

Franziska Hartung

HIV und Schuldgefühle

Zur Psychodynamik in der HIV-Testberatung



<https://doi.org/10.30820/9783837977189>, am 10.09.2024, 00:21:17

Open Access –  – <https://www.nomos-elibrary.de/open-access>

Psychosozial-Verlag

Franziska Hartung
HIV und Schuldgefühle

Die Reihe »Angewandte Sexualwissenschaft« sucht den Dialog: Sie ist interdisziplinär angelegt und zielt insbesondere auf die Verbindung von Theorie und Praxis. Vertreter_innen aus wissenschaftlichen Institutionen und aus Praxisprojekten wie Beratungsstellen und Selbstorganisationen kommen auf Augenhöhe miteinander ins Gespräch. Auf diese Weise sollen die bisher oft langwierigen Transferprozesse verringert werden, durch die praktische Erfahrungen erst spät in wissenschaftlichen Institutionen Eingang finden. Gleichzeitig kann die Wissenschaft so zur Fundierung und Kontextualisierung neuer Konzepte beitragen.

Der Reihe liegt ein positives Verständnis von Sexualität zugrunde. Der Fokus liegt auf der Frage, wie ein selbstbestimmter und wertschätzender Umgang mit Geschlecht und Sexualität in der Gesellschaft gefördert werden kann. Sexualität wird dabei in ihrer Eingebundenheit in gesellschaftliche Zusammenhänge betrachtet: In der modernen bürgerlichen Gesellschaft ist sie ein Lebensbereich, in dem sich Geschlechter-, Klassen- und rassistische Verhältnisse sowie weltanschauliche Vorgaben – oft konflikthaft – verschränken. Zugleich erfolgen hier Aushandlungen über die offene und Vielfalt akzeptierende Fortentwicklung der Gesellschaft.

BAND 25

ANGEWANDTE SEXUALWISSENSCHAFT

Herausgegeben von Ulrike Busch, Harald Stumpe,

Heinz-Jürgen Voß und Konrad Weller

Institut für Angewandte Sexualwissenschaft

an der Hochschule Merseburg

Franziska Hartung

HIV und Schuldgefühle

**Zur Psychodynamik
in der HIV-Testberatung**

Psychosozial-Verlag

Die Open-Access-Publikation wurde durch eine Förderung des Bundesministerium für Bildung und Forschung ermöglicht.

Dieses Werk ist lizenziert unter der Creative Commons Attribution-Non-Commercial-NoDerivs 3.0 DE Lizenz (CC BY-NC-ND 3.0 DE).

Diese Lizenz erlaubt die private Nutzung und unveränderte Weitergabe, verbietet jedoch die Bearbeitung und kommerzielle Nutzung.

Weitere Informationen finden Sie unter: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/de/>



Die Bedingungen der Creative-Commons-Lizenz gelten nur für Originalmaterial. Die Wiederverwendung von Material aus anderen Quellen (gekennzeichnet mit Quellenangabe) wie z. B. Schaubilder, Abbildungen, Fotos und Textauszüge erfordert ggf. weitere Nutzungsgenehmigungen durch den jeweiligen Rechteinhaber.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Originalausgabe

© 2020 Psychosozial-Verlag, Gießen

E-Mail: info@psychosozial-verlag.de

www.psychosozial-verlag.de

Alle Rechte vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form (durch Fotografie, Mikrofilm oder andere Verfahren) ohne schriftliche

Genehmigung des Verlages reproduziert oder unter Verwendung elektronischer Systeme verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden.

Umschlagabbildung: Philipp Spiegel (Christopher Klettermayer),

Self Portrait II (2017) © VG-Bild-Kunst, Bonn 2020

Umschlaggestaltung & Innenlayout nach Entwürfen von Hanspeter Ludwig, Wetzlar

Satz: metiTEC-Software, me-ti GmbH, Berlin

ISBN 978-3-8379-3009-2 (Print)

ISBN 978-3-8379-7718-9 (E-Book-PDF)

ISSN 2367-2420 (Print)

<https://doi.org/10.30820/9783837977189>

Inhalt

1 Einführung	7
Hintergrund	7
Forschungsfragen und Herangehen	10
Theoretischer Hintergrund	
2 Schuld und Schuldgefühl	17
Schuld, Existenz und Identität	18
Schuld und Verantwortung	22
Schuld, soziale Ordnung und Macht	24
Beichte und Geständnis	
als institutionalisierte Bekenntnisse	28
Schuldgefühle und Gewissen	30
3 Schuld als stigmatisierende Zuschreibung im HIV/Aids-Diskurs	35
Schuld als sinnstiftende Erklärung im Aids-Diskurs der Anfangsjahre	38
Schuldzuweisungen in aktuellen HIV-Debatten	44
Schuld als (internalisierte) Stigmatisierung	49
4 Normative Prozesse der HIV-Prävention	55
Eigenverantwortung als Leitmotiv im aktuellen Gesundheitsdiskurs	57
Verschiebung von Gefahrendiskursen auf Risikodiskurse	59
»Condom Sense« – Die Normierung des Kondoms	62
Die soziale Praxis des HIV-Tests und die Verhandlung von Schuld und Verantwortung	66
5 Zusammenfassung der theoretischen Befunde	75

Empirische Forschung und Befunde

6 Forschungsdesign	81
Die Interviews	83
Datenanalyse und Typenbildung mittels Dokumentarischer Methode	88
7 Fallvignetten	95
Hailey – »Mit deinen ganzen Sexualpartnern«	96
Lars – »Jetzt, wo ich meinen Lebenswillen wiederhabe«	99
Marvin – »Ich war nie ein Mensch, der gern Kante zeigt«	102
Sandro – »Das ist schon eine extreme Umbruchphase«	105
8 Typenbildung	111
»Ich bin selbst schuld« – Die »Selbstverantwortlichen«	112
»Das war gar nicht meine Art« – Die »Depersonalisierten«	120
»Ich bin ein böser Mensch« – Die »unmoralischen Täter_innen«	135
»Wer so lebt, hat es verdient« – Die »schuldigen Stigmatisierten«	141
»Mich trifft es bestimmt« – Die »Fatalist_innen«	153
»Ich habe die Kontrolle verloren« – Die »Unschuldigen«	156
9 Schluss	167
Literatur	177
Anhang	
Expertengespräche	187
Transkriptionsregeln	213
Danksagung	215

1 Einführung

Hintergrund

Anlass zu diesem Buch gaben die Erfahrungen, die ich während meiner Tätigkeit in der »Beratungsstelle für sexuell übertragbare Krankheiten und AIDS« im Gesundheitsamt Leipzig machte, zu dessen Aufgaben neben dem Test- und Screeningangebot unter anderem die Beratung zu HIV/Aids und anderen sexuell übertragbaren Infektionen (STI) gehört. Die vorliegende Analyse knüpft dabei an ein in der Praxis der HIV-Testberatung beobachtetes Phänomen an: Schuldgefühle. Sie scheinen eine wesentliche Dimension in der HIV-Testberatung darzustellen und bei der Risikowahrnehmung und Ansteckungsangst, dem Risikomanagement sowie dem Erleben des HIV-Testprozederes eine Rolle zu spielen.

Die Verbindung von HIV/Aids und Schuld lässt zunächst an die Zeit zu Beginn der Infektion in den 1980er Jahren denken, in der eine Ansteckung mit der HIV-Infektion aufgrund der folgenden Aids-Erkrankung nicht nur einem Todesurteil gleichkam, sondern auch mit vielfältigen Bedeutungen und Metaphern versehen wurde, die zu einer Stigmatisierung der Infektion und der von ihr betroffenen Menschen beigetragen haben. Schuld und Strafe für »abweichendes« Sexualverhalten waren dabei wesentliche Topoi, die medial verbreitet wurden und sich in den Alltagstheorien der Bevölkerung fanden (vgl. Sontag, 2003; Hahn et al., 1996). Heute führt die gute HIV-Therapie dazu, dass Menschen mit HIV eine normale Lebenserwartung haben und der Virus – selbst bei kondomlosem Sex – in der Regel nicht mehr übertragbar ist. Zudem stehen im Zeitalter des »Safer Sex 3.0« neben

dem Kondom weitere zuverlässige Präventionsmaßnahmen zur Verfügung, wie »Schutz durch Therapie« und die PrEP¹ (vgl. DAH, 2018). Doch trotz dieser positiven Entwicklungen kann von einer gesellschaftlichen »Normalisierung« (Rosenbrock et al., 1999) nur teilweise gesprochen werden. Nach wie vor werden HIV-positive Menschen sowie Personengruppen, die hauptsächlich mit HIV in Verbindung gebracht werden, stigmatisiert und diskriminiert. Bei Betroffenen kann dies drastische Folgen haben, wie die Studie »Positive Stimmen« von 2012 zeigt. Neben Ausgrenzung, Ablehnung und der Verweigerung medizinischer Behandlungen von HIV-Positiven kann eine Internalisierung des Stigmas zu Schuld- und Schamgefühlen sowie zu Straf- und Selbstmordgedanken führen (vgl. DAH, 2014a, 2014b). Zudem wird weltweit² davon ausgegangen, dass Stigmatisierung, Diskriminierung und soziale Ungleichheit der Hauptgrund sind, warum es Aids noch gibt (vgl. UNAIDS, 2015). So kann die (befürchtete) Ausgrenzung die Angst vor dem HIV-Test zur Folge haben und einen frühen Therapiebeginn verhindern (vgl. DAH, 2014a). Auch in Deutschland gibt es nach wie vor eine hohe Zahl von Menschen, die nichts von ihrer Infektion wissen oder

-
- 1 Das Präventionskonzept »Safer Sex 3.0« umfasst die drei Schutzmöglichkeiten gegen eine HIV-Übertragung: Kondombenutzung, »Schutz durch Therapie« und PrEP. Unter »Schutz durch Therapie« wird die Möglichkeit verstanden, auf die HIV-Therapie als Infektionsschutz zu vertrauen und auf Kondome zu verzichten. Wie einige Studien belegen, kann eine wirksame HIV-Therapie bei Einhaltung bestimmter Kriterien beim Sex genauso effektiv vor einer HIV-Übertragung schützen wie Kondome. Mit der PrEP (Prä-Expositions-Prophylaxe) ist die vorsorgliche Medikamenteneinnahme HIV-Negativer gemeint, um sich vor einer Ansteckung mit HIV zu schützen. Seit Ende 2019 gibt es die Möglichkeit, die PrEP auf Rezept zu bekommen (vgl. DAH, 2018).
 - 2 Die Ausführungen in diesem Buch beziehen sich vorrangig auf den deutschsprachigen Raum, sodass epidemiologische, politische und strukturelle Problemlagen aus Ländern des globalen Südens, insbesondere des südlichen Afrikas oder Osteuropas/Zentralasiens, in dieser Arbeit nicht berücksichtigt werden.

die erst in einem Stadium von ihrer HIV-Infektion erfahren, in dem es bereits starke Immundefizite gibt (vgl. RKI, 2019).³

Es deutet sich an, dass HIV/Aids noch immer mit dem alten Schuld-Topos infolge der Stigmatisierung verbunden ist. Vermuten lässt sich jedoch auch, dass sich heute neue Bilder und Zuschreibungen darunter mischen, und es stellt sich die Frage, welche Dynamiken dies mit sich bringt – insbesondere in Bezug auf den HIV-Test als wesentliches Instrument der HIV-Prävention.

In der HIV-Testberatung beobachtete ich immer wieder, dass Schuldgefühle das Erleben von Menschen mitbestimmen, die befürchten, sich mit HIV infiziert zu haben. Zunächst stehen in der HIV-Testberatung jedoch nicht Schuldgefühle, sondern vor allem HIV-spezifische Ängste im Mittelpunkt, da sich die Klient_innen in der Regel mit dem Wunsch nach einem HIV-Test⁴ und/oder STI-Screening an eine Beratungsstelle wenden, um eine sexuelle Risikosituation hinsichtlich HIV und/oder anderen STI abzuklären. An potenzielle sexuelle Ansteckungssituationen sind neben einem mehr oder weniger großen Übertragungsrisiko aber auch immer unterschiedliche Normen und moralische Wertvorstellungen sowie persönliche und biografische Hintergründe geknüpft. In der Beratungspraxis wird vor diesem Hintergrund

-
- 3 Im Jahr 2018 haben sich nach Schätzung des Robert-Koch-Institut (RKI) rund 2.400 Menschen mit dem HI-Virus infiziert. Damit sind die Neuinfektionen (insbesondere bei Männern, die Sex mit Männern haben) in den letzten Jahren kontinuierlich rückläufig. Bis Ende 2018 stieg die Zahl der Menschen mit einer HIV-Infektion in Deutschland auf 87.900. Von diesen sind etwa 10.600 HIV-Infektionen noch nicht diagnostiziert. Im Jahr 2018 wurden zudem etwa 32% der HIV-Infektionen erst mit einem fortgeschrittenen Immundefekt und etwa 15 Prozent erst mit dem Vollbild Aids diagnostiziert (vgl. RKI, 2019).
 - 4 HIV-Test wird im Folgenden vereinfacht für die fachlich richtige Bezeichnung als HIV-Antikörper-Test verwendet. Dieser weist frühestens sechs Wochen nach einer potenziellen Infektion die HIV-Antikörper (und nicht den Virus) nach.

deutlich, dass sich häufig eine faktenbasierte Risikobewertung mit starken Ängsten vor den Folgen, der moralisch-ethischen Bewertung des eigenen Handelns, internalisierten Normen und stereotypen Vorstellungen von Risiken vermischt. So wird beispielsweise ungeschützter Sex mit einer vertrauten Person – trotz unbekanntem HIV-Status – in der Regel weniger riskant und schuldhaft erlebt als ungeschützter Sex bei einem One-Night-Stand oder einem Seitensprung. An diesem Punkt kommen in der Beratung neben der Ansteckungsangst oft Aspekte der Sexualmoral zur Sprache. Die vermeintliche Ansteckungssituation wird häufig schuldhaft erlebt und bereut mit Sätzen wie »Wie konnte ich so dumm sein?« oder »Das wird mir nicht noch mal passieren!« So spielt auch der Vorwurf der Verantwortungslosigkeit eine Rolle, wenn gegen die Regeln des Safer Sex verstoßen wurde, was auf normierende Prozesse der HIV-Prävention verweist. Zudem kann hinter den (teilweise irrational erscheinenden) Ängsten häufig auch die schuldhafte Verarbeitung eines sexuellen Erlebnisses stehen, wobei sich HIV aufgrund seiner moralischen Bedeutungsebenen als »Folie« für Straffantasien anzubieten scheint (vgl. AHS & BAG, 2013; Wöss, 2009). Darüber hinaus wurde in der HIV-Testberatung deutlich, dass der HIV-Test neben dem Abklären eines Risikos auch eine Reihe symbolischer Funktionen erfüllt, die mit Schuldgefühlen in Verbindung gebracht werden können. So entstand nicht selten der Eindruck, die Klient_innen »beichteten« in der Beratung ihre »Sünden« und der negative HIV-Test symbolisiere dabei eine Art »Ablassbrief«.

Forschungsfragen und Herangehen

Diese speziellen Aspekte und Zusammenhänge, die mit der Betrachtung von Schuldgefühlen in der HIV-Beratung sichtbar werden, sind sicher vielen Fachpersonen vertraut. Dennoch hat sich die wissenschaftliche Forschung bisher kaum mit den Fragen,

die mit dem Fokus auf dieses Phänomen aufkommen, auseinandergesetzt. Diese Lücke möchte ich mithilfe meiner Ergebnisse schließen. Die deskriptiv-explorativen Untersuchungen geben einen Überblick über diese Thematik, um Berater_innen in diesem Feld sowie Agierenden in der HIV-Prävention eine reflexive Anregung sowie einen Anstoß für die weitere wissenschaftliche Auseinandersetzung zu bieten.

Im Sinne einer kritischen Sexualwissenschaft⁵ werden die Schuldgefühle der Klient_innen nicht als individuelles, psychologisches oder sogar pathologisches Problem begriffen, sondern als Symptom mit einer spezifischen Sinnhaftigkeit, das nicht von gesellschaftlichen Diskursen zu trennen ist. Mit Blick auf die Schuldgefühle, die immer auch Aussagen über gesellschaftliche Normen enthalten, geht es vielmehr darum, normative Prozesse, ausgehend von den geschilderten Erfahrungen der Klient_innen, reflexiv in das Blickfeld zu rücken. Zentral ist dabei nicht die Frage, *ob* Schuldgefühle eine Rolle spielen, sondern *was* sich mit Blick auf die Schuldgefühle zeigt, und zu rekonstruieren, *wie* es dazu kommt. Dabei wird in der qualitativen Forschung zum einen der Genese der Schuldgefühle nachgegangen. Es wird gefragt, welche persönlichen, normativen und moralischen Orientierungen⁶ die Schuldgefühle von Menschen mitbestimmen, die befürchten, sich mit HIV infiziert zu haben. Zum anderen werden die Rolle der HIV-Infektion, die Bewertung des Ansteckungsrisikos (Risikobewertung/Ansteckungsangst), der Umgang mit Risiken (Risikomanagement) sowie das HIV-Testprozedere in der subjektiven Wahrnehmung von Schuld untersucht.

- 5 Hier sei verwiesen auf Volkmar Siguschs »Prämissen kritischer Sexualwissenschaft« (vgl. Sigusch, 2015, S. 125ff.).
- 6 Im Sinne der Dokumentarischen Methode, welche als Auswertungsmethode für das Interviewmaterial verwendet wurde, geht es um das in der Alltagspraxis zum Tragen kommende nicht explizierbare handlungsleitende Erfahrungswissen, welches sich in Orientierungsmustern (normative Vorgaben sowie sozial geprägte individuelle Denk- und Handlungsmuster) manifestiert (vgl. Bohnsack, 2014).

Um die angeführten Forschungsfragen beantworten zu können, erfolgt zunächst eine transdisziplinäre Annäherung im Sinne kursorischer Exkurse zu den Themen Schuld und Schuldgefühl. Diese Exkurse helfen, das Konzept Schuld mit seinen verschiedenen (theologischen, philosophischen, ethischen, soziologischen und psychologischen) Dimensionen (be)greifbar zu machen. Darauffolgend wird der HIV/Aids-Diskurs hinsichtlich der Aspekte der Schuld und Verantwortung beleuchtet. Dabei wird zunächst auf den Aids-Diskurs der Anfangsjahre eingegangen und herausgestellt, inwiefern »Schuld« sinnstiftend zur Erklärung dieser neuen, bedrohlichen Krankheit diene. Daraufhin wird der aktuelle HIV-Diskurs hinsichtlich Schuldzuweisungen untersucht und die Bedeutung der HIV-bezogenen Stigmatisierung beleuchtet. Zudem wird die HIV-Prävention bezüglich normativer Prozesse betrachtet und herausgearbeitet, inwiefern sich der Fokus dabei auf Verantwortung, Risiko und Sicherheit verschoben hat. Neben der Normierung des Kondoms wird darüber hinaus die (soziale) Praxis des HIV-Tests beleuchtet und anhand von Expertengesprächen⁷ herausgestellt, welche Rolle den Schuldgefühlen in der HIV-Testberatung beigemessen wird. Im Forschungsteil stehen letztlich die Ergebnisse der qualitativen Forschung im Mittelpunkt. Hierfür wurden vier Problemzentrierte Interviews (nach Witzel, 1985, 2000) mit Klient_innen der HIV-Beratung des Gesundheitsamtes Leipzig durchgeführt und anhand der Dokumentarischen Methode (nach Bohnsack, 2014; Bohnsack et al., 2013; Nohl, 2017) analysiert. Nach Darstellung des Forschungsdesigns werden die Ergebnisse zunächst auf einer fallinternen Ebene mittels Fallvignetten und danach auf einer fallübergreifenden Ebene mittels Typenbildung vorgestellt. Die Typen stellen dabei die einzelnen Anteile des Schuldgefühls

7 Als Experten wurden herangezogen: Dr. Dr. Stefan Nagel (Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Psychoanalyse, Sozialmedizin), Dr. Matthias Stiehler (HIV- und STI-Beratungsstelle, Gesundheitsamt Dresden), Werner Bock (Deutsche Aidshilfe).

dar und machen die Verschränkungen mit den zugrunde liegenden Bedeutungsebenen der HIV-Infektion, der Bewertung des Ansteckungsrisikos, dem Umgang mit Risiken und dem HIV-Testprozedere deutlich.

Theoretischer Hintergrund

2 Schuld und Schuldgefühl

Um »Schuld« und »Schuldgefühle« besser zu verstehen, erfolgt zunächst eine Annäherung durch erste Assoziationen und allgemeine Gedanken zu diesen Begriffen. So lassen sich als Erstes verschiedene Arten der Schuld unterscheiden, beispielsweise die rechtliche, moralische, historische, wirtschaftliche oder religiöse Schuld. Mit Schuld kann zum einen etwas »Gesolltes«, auf die Zukunft Gerichtetes gemeint sein, beispielsweise kann man bei jemandem in der Schuld stehen oder auch sich selbst und dem eigenen Leben etwas schuldig sein. Zum anderen geht es bei der Schuld mit Blick auf die Vergangenheit um die Frage, wer nach einer Tat als schuldig benannt und zur Verantwortung gezogen werden kann. In diesem Sinne stellt die Schuld das Ergebnis einer Handlung (oder Unterlassung) dar, zum Beispiel einen Verstoß gegen eine sittliche, ethisch-moralische oder gesetzliche Norm, für die eine Person verantwortlich ist und die zumeist mit einer negativen Konsequenz einhergeht. Die schuldhaftige Handlung wird häufig als etwas Böses, Schlechtes, Falsches oder Sündiges angesehen und von einer äußeren, inneren oder metaphysischen Instanz (ein Gericht, das eigene Gewissen oder Gott) als Verfehlung, Vergehen, Verbrechen oder Verstoß verurteilt, worauf beispielsweise mit Strafe, Vergeltung, Vergebung, Reue, Buße oder Wiedergutmachung reagiert werden kann. Darüber hinaus rückt auch der Aspekt des subjektiven Erlebens und Verarbeitens, des Erfahrens von eigener oder fremder Schuld in den Blick. Deutlich wird dabei, dass wir uns nicht nur für reale Taten, sondern auch für unsere Gedanken schuldig fühlen können. So kann es auch Schuldgefühle ohne tatsächliche Schuld und andersherum auch zugeschriebene Schuld ohne eigenes Schul-

derleben geben. Darüber hinaus lässt sich festhalten, dass Schuld gar nicht existieren würde, wenn sie nicht definiert würde. Dabei spielen Religion und Gesellschaft als ethisch-moralische sowie rechtliche Bestimmungsinstanzen eine zentrale Rolle, wenn es um die Definition von Schuld und Schuldigen sowie den Umgang damit geht (vgl. Schiefelbein, 2009, S. 15ff.; Hirsch, 2017; Ziemer, 2011).

Diese ersten Annäherungen verdeutlichen die Bandbreite der mit Schuld verbundenen Aspekte und Dimensionen. So ist sie Gegenstand verschiedenster wissenschaftlicher Überlegungen, beispielsweise aus der Rechts- und Kulturwissenschaft, der Emotions- und Moralpsychologie, der Psychoanalyse, der Philosophie und Ethik, der Theologie sowie der Soziologie. Da diese Arbeit bei Weitem nicht der Komplexität dieser Thematik gerecht werden kann, wird auf den nächsten Seiten in Form von Exkursen und Gedankenanstößen auf Aspekte der Schuld und des Schuldgefühls näher eingegangen, die mit Bezug zur Fragestellung relevant erscheinen und einen theoretischen Rahmen bilden.

Schuld, Existenz und Identität

Zunächst lässt sich festhalten, dass es sich bei Schuld um eine anthropologische Konstante handelt, die als individuelles und kollektives Erleben die ganze Menschheitsgeschichte umfasst und dabei eine wesentliche Schattenseite menschlicher Existenz bildet (vgl. Reuter, 2015, S. 108). Die existenzielle Dimension der Schuld steht vor allem im Fokus von theologischen, philosophischen sowie psychoanalytischen Betrachtungen.

Der Psychoanalytiker Mathias Hirsch (2017, S. 15ff.) geht in seinen Ausführungen auf die existenzielle Dimension der Schuld aus theologischer Sicht ein und betont, dass diese bereits in der Schöpfungsgeschichte ihren Ursprung hat und damit symbolisch für die Menschwerdung steht. Der biblischen Erzählung zufolge kam es durch den sogenannten »Sündenfall« – den Verstoß

Adams und Evas gegen Gottes Verbot, vom Baum der Erkenntnis des Guten und des Bösen zu kosten – zu einer Trennung des Menschen von Gott und einem immanenten Zustand der Unvollkommenheit, die im Sinne der »Ersünde« auf alle Menschen als Erben übertragen wurde. Im christlichen Verständnis bestehe nach Hirsch die Sünde also nicht nur in einer »Tatschuld« in Bezug auf den Ungehorsam gegenüber Gottes Willen, im Zulassen des Bösen oder der Verführung. Der Anfang aller Schuld liege grundsätzlich im »Wissen-Wollen«, »Tun-Wollen« und »Frei-entscheiden-Wollen« des Menschen (ebd.). So stelle die Schuld den Preis dar, den die Menschen für ihre prinzipielle Entscheidungsfreiheit bezahlen müssen, und gehöre damit unausweichlich zur Existenz des Menschen.

Auch in der Existenzphilosophie sowie der Daseinsanalyse⁸ gehört die Schuld wesentlich zum Menschsein. Sie existiert unabhängig von einer schuldigen Tat, der Übertretung definierter sozialer Normen, einem Schuldbewusstsein oder dem freien Willen. Der Mensch ist daseinsanalytisch schon insofern schuldig, als er eben seinem Dasein etwas schuldig ist. Es gibt also auch eine Ebene der Verantwortung für die Gestaltung des eigenen Lebens. Das heißt, der Mensch trägt die Bürde seiner Existenz und hat durch die ihm gegebene Freiheit die Schuld, das eigene Leben möglichst so zu gestalten, dass er seinen Fähigkeiten, Begabungen, Potenzialen, seinen Lust- und Triebmöglichkeiten sowie seiner Beziehungsgestaltung zu anderen Menschen möglichst nahekommt und gerecht wird. Das Gefühl, hinter seinen Möglichkeiten zurückzubleiben, kann als existenzielles Schuld-

8 Wichtige Vertreter der Existenzphilosophie sind Søren Kierkegaard, Martin Heidegger sowie Jean-Paul Sartre. Die Daseinsanalyse ist eine spezielle Richtung der Psychoanalyse, welche psychoanalytische Theorien mit einem philosophischen Nachdenken über die grundlegenden Bedingungen menschlicher Existenz verbindet. Gion Condrau widmet sich in seinem daseinsanalytischen Werk der *Angst und Schuld als Grundprobleme in der Psychotherapie* (vgl. Condrau, 1976 [1962]).

gefühl bezeichnet werden (vgl. Condrau, 1976 [1962]). Dies entspreche laut Hirsch (2017, S. 38) einer »Identitätsangst«, der »Angst vor dem Tode als dem Ende eines zu wenig gelebten Lebens«.

Über das existenzielle Schuldgefühl hinaus betont Reuter (2015), dass auch durch das Erleben einer tatsächlichen Schuld die gesamte Existenz infrage gestellt, bedroht oder gänzlich zerstört werden könne, da diese auf der Seele, dem Gewissen und dem Leben laste und die Lebensfreude und das Gefühl der positiven Selbstwirksamkeit nehme. Vor diesem Hintergrund führe das Bewusstsein der Schuld zu einem Gefühl, moralische Würde verloren zu haben, und zu einem Gefühl der »Verstörung durch uns selbst« (Bieri, 2013, S. 274f., zit. nach Reuter, 2015, S. 123f.). So sei uns bewusst, dass wir Erwartungen der Rücksichtnahme enttäuscht und die bisherige Anerkennung der anderen verloren haben, was zu Ablehnung und Isolation führe, die wir zudem berechtigt fänden. Der einzige Weg, die Würde, die wir vor uns selbst und anderen verloren haben, wiederzuerlangen, liege in der Möglichkeit, mit der Schuld umzugehen und sie wiedergutzumachen, um die verlorene moralische Ordnung wiederherzustellen (vgl. Reuter, 2015).

Mit dem beschriebenen Gefühl der Verstörung unseres Verhältnisses zur Umwelt und den Mitmenschen wird deutlich, dass Schuld unsere personale Integrität gefährdet, worunter nach Pollmann (2005, S. 77ff.) ein »unversehrtes Selbst- und Weltverhältnis« und das Gefühl von »Ganzheit« zu verstehen ist, die eine wesentliche Grundlage für unsere Identität darstellt. Integrität umfasst dabei in ihrer Gesamtheit nicht nur das subjektive Gefühl der Integrität, sondern auch die Fremdwahrnehmung als integren Menschen. Wesentliche Bestandteile der personalen Integrität sind neben der psychischen Integriertheit, die das Gefühl der Kohärenz umfasst, auch die Selbsttreue einer Person, welche durch die schuldhaftige Handlung verletzt wird und zu einem Gefühl der Selbstentfremdung führen kann. Darüber hinaus ist damit auch die moralische Integrität gemeint, welche die

moralische und normative Kongruenz und ein Gefühl der Rechtfertigung und Unbescholtenheit umfasst und ebenso durch Schuld gefährdet werden kann (vgl. Pollmann, 2005, S. 77ff.).

Eine weitere Perspektive in Bezug auf Schuld und Identität lässt sich in soziologischen Theorien finden. So geht Luhmann (1973) davon aus, dass der Mensch den tiefen Wunsch verspürt, Normativität zu erleben, und verortet das Phänomen des Gewissens und somit auch das Schuldgefühl im Bereich derjenigen Strukturen und Prozesse, die zur Selbstidentifikation der Persönlichkeit beitragen. So sind die Erwartungen an das eigene normative Verhalten nicht nur durch das Außen gestellt, sondern kommen ebenso aus sich selbst heraus. Das Gefühl, Normativität zu erleben, ist dabei grundlegend für die Identität eines Menschen. Da es jedoch nicht möglich ist, diesen gegenseitigen Erwartungen immer gerecht zu werden – aber auch dann noch an den Erwartungen festgehalten wird, wenn alle Beteiligten anders handeln –, werden dann diejenigen Fakten in der eigenen Identität problematisch, die mit dem eigenen Selbstbild und den antizipierten Erwartungen nicht konsistent sind. Dies führt zu Verunsicherungen, Selbstenttäuschungen und damit zur Destabilisierung der Identität. So plädiert Luhmann dafür, dass der Einzelne die Fähigkeit erwerben muss, sich auch bei Konflikten und deren Beendigung selbst zu stabilisieren, indem ein dynamisches Konzept der Identität gefunden wird. So braucht der Mensch »eine Identität, die Prinzipien und Enttäuschungen mit sich selbst übergreift« (ebd., S. 238). Hierbei wird die Funktion von Schuldgefühlen für das Individuum deutlich. »Das Schuldgefühl ist der Modus, in dem diese Probleme gestellt und gelöst – das heißt: nicht einfach als Lebenslast hingenommen, sondern auf Gründe gebracht und gegebenenfalls in Handlungen umgesetzt werden« –, und zwar »unter Wahrung seiner Identität« (ebd., S. 242). Schuld wird dabei erlebt »als Präsenz anderer Möglichkeiten der *Vergangenheit* – nämlich als Fortdauer der Möglichkeit, anders gehandelt haben zu können« (ebd., S. 241, Hervorh. i. O.). Da die Vergangenheit erledigt hinter

uns liegt, sind Strafe oder Wiedergutmachung – als Funktionen der Schuld – nur noch in Bezug auf andere Möglichkeiten der Zukunft denkbar. So betont Luhmann, dass nach Gewissensverstößen eine besondere Bereitschaft zum Nachgeben, Helfen, Gutes tun besteht, »die häufig nicht an das Opfer oder die spezifische Art des Verstoßes gebunden [ist], sondern häufig nur in irgendeiner Form einen Ausgleich sucht« (ebd., S. 223ff.).

Schuld und Verantwortung

Die Begriffe der Schuld und Verantwortung werden oft synonym verwendet und lassen sich nicht klar voneinander trennen. Nach dem Philosophen Bayertz (1995, S. 5ff.) kann ein Großteil dessen, was unter Verantwortung verstanden wird, in der Tradition des moralischen Denkens und Urteilens auch unter dem Begriff der Schuld subsumiert werden. Im Folgenden soll daher auf den Begriff der Verantwortung eingegangen werden.

Bayertz (ebd.) beschreibt das »klassische Modell der Verantwortung«, welches sich in Neuzeit und Aufklärung durchgesetzt hat und noch heute gültig ist. Danach kann Verantwortung als die Zurechnung von Handlungsfolgen, die ein Subjekt kausal verursacht hat, verstanden werden. Darüber hinaus ist dieses Verständnis von Verantwortung auch an subjektive Faktoren gebunden wie die Intention des Handelnden, die Möglichkeit der Voraussicht der Folgen sowie die Freiheit⁹, auch anders entscheiden und handeln zu können. In diesem Sinne existiert auch eine moralische und normative Dimension von Verantwortung, da diese nicht von einem Werturteil zu trennen ist. Dieses Verständnis von Verantwortung und Schuld bildet die Grundlage für das

9 In der Philosophie und im Strafrecht besteht eine seit Langem andauernde Debatte über die Willensfreiheit, welche durch den Determinismus und durch Strömungen der Philosophie des Geistes geprägt ist (vgl. Pauen & Roth, 2008).

Strafrecht. So ist es auch im Strafrecht zentral, Schuld von den individuellen Motiven, der Absicht und dem Willen eines Menschen her zu deuten. Demnach gilt in Bezug auf das Abwägen mildernder Umstände bei der Strafzumessung (§46 StGB) sowie auf die Feststellung (verminderter) Schuldfähigkeit (§20–21 StGB) der Grundsatz: Je weniger Wille und Handlungsfreiheit vorhanden sind, desto geringer sind Schuld und Strafe.

Darüber hinaus bedeutet Verantwortung jedoch nicht nur das Rechtfertigen vor einer äußeren Instanz (z. B. vor Gott oder einem Gericht), sondern auch die Verantwortung vor dem eigenen Gewissen als innere Stimme, durch die sich die moralische Gesinnung des Subjekts ausspricht und die das Handeln durch Schuldgefühle sanktioniert. Die Übernahme von Verantwortung und das Rechtfertigen vor dem eigenen Gewissen kann als Selbstverantwortung bezeichnet werden (vgl. Bayertz, 1995, S. 5ff.; Schmidt, 2008, S. 18ff.).

Über das klassische Modell der Verantwortung hinaus gibt es ein weiteres, positives Verständnis von Verantwortung als Verpflichtung auf die Zukunft. In diesem Sinne trägt man Verantwortung bereits für etwas Tuendes, als Verpflichtung, für sich selbst und andere zu sorgen. Insofern geht es um den Erhalt von positiven Zuständen, womit Verantwortung auch eine präventive Funktion innehat (vgl. Schmidt, 2008, S. 20f.). Für Bayertz (1995, S. 3ff.) wird das klassische Modell dabei um die Zurechnung von Aufgaben und Verpflichtungen erweitert und ist unter anderem Ausdruck von Koordinierungs- und Steuerungsproblemen in modernen, funktional ausdifferenzierten Gesellschaften. So konstatiert Bayertz (1995, S. 24ff.), dass unter den Bedingungen moderner Gesellschaften von einem homogenen und eindeutig abgrenzbaren Phänomen der Verantwortung nicht mehr die Rede sein kann. Schmidt (2008, S. 25f.) stellt vor diesem Hintergrund fest, dass der Verantwortungsbegriff expandiert und als »Heilversprechen« dient »für eine Gesellschaft, in der zunehmend undurchschaubarer wird, welche gesellschaftlichen Akteure für welche Ereignisse Verantwortung übernehmen können und sol-

len«. Insofern erfährt auch der Verantwortungsbegriff im Neoliberalismus eine Konjunktur. Eine wesentliche Neuschöpfung des Neoliberalismus ist darüber hinaus nach Schmidt (2008) der unklar definierte Begriff der »Eigenverantwortung«, welche den Fokus auf die Zuständigkeit der verantwortlichen Subjekte im Sinne einer Selbstsorge legt und auch ins Gesundheitssystem Einzug hält. Dabei erfährt die (moralische) Verantwortung vor dem Hintergrund gesundheitsökonomischer Ansätze eine Verknüpfung mit der neoliberalen Rationalität. Dazu führt Lemke aus:

»Das Spezifikum der neoliberalen Rationalität liegt in der anvisierten Kongruenz zwischen einem verantwortlich-moralischen und einem rational-kalkulierenden Subjekt. Sie zielt auf die Konstruktion verantwortlicher Subjekte, deren moralische Qualität sich darüber bestimmt, dass sie die Kosten und Nutzen eines bestimmten Handelns in Abgrenzung zu möglichen Handlungsalternativen rational kalkulieren. Da die Wahl der Handlungsoptionen als Ausdruck eines freien Willens auf der Basis einer selbstbestimmten Entscheidung erscheint, sind die Folgen des Handelns dem Subjekt allein zuzurechnen und von ihm selbst zu verantworten« (Lemke, 2007, S. 55).

Schuld, soziale Ordnung und Macht

So wie die Gesellschaft keine Tatsache ist, sondern aus handelnden Subjekten besteht und durch diese bestimmt ist, ruht auch die Schuld nicht den Handlungen selbst inne, sondern kann als Ergebnis sozialer Konstruktion angesehen werden (vgl. Rauer, 2016). Demnach ist Schuld eine Definitionssache, die als Konsequenz erst den Schuldigen entstehen lässt (vgl. Goffman, 2003). »Wir verurteilen sie [die Tat] nicht, weil sie ein Verbrechen ist, sondern sie ist ein Verbrechen, weil wir sie verurteilen« (Durkheim, 1992, S. 130).

Schuld ist nicht nur sozial konstruiert, sondern besitzt darüber hinaus auch ordnungsstabilisierende und machterhaltende

Funktionen. Schuld als funktionale Kategorie ist Bestandteil der systemtheoretischen Soziologie von Niklas Luhmann. Er thematisiert die ordnungsstabilisierende Funktion des Schuldkonzeptes in Zusammenhang mit Konflikten und Konfliktlösungen in hochkomplexen Gesellschaften. So wird mittels der Kategorie Schuld zum einen die Ordnung wiederhergestellt, indem die Asymmetrie benannt, der Schuldige bestraft und reintegriert wird. Zum anderen werden aber damit auch die Grenzen dieser Ordnung markiert und ein Außerhalb bestimmt. In diesem Sinne erhält Schuld auch die Funktion einer Rückvergewisserung dieser Ordnung, des Menschen und der zwischenmenschlichen Beziehungen. Insofern stellen Schuld und Schuldgefühl Mechanismen sozialer Kontrolle dar (vgl. Luhmann, 1973, S. 223ff.). Kontrollprozesse treten in Gesellschaften auf, um Abweichungen vom Normalzustand zu verhindern und zu regulieren. Sie tragen zugleich aber auch dazu bei, Abweichungen zu produzieren und erst in Gang zu bringen, sie zu definieren, bestimmten Trägern zuzuschreiben und sozial zu verorten, mit dem Ziel, die herrschenden Normen aufrechtzuerhalten und zu bestätigen. Schuldzuschreibungen in Bezug auf Personen und Personengruppen sind dabei ein wesentliches Kontrollinstrument (vgl. ebd.; Rauer, 2016). Hier knüpft der Stigmatisierungsansatz Erving Goffmans an (vgl. Goffman, 2003). Stigmata bedeuten im etymologischen Sinn Stiche, Tätowierungen, Narbungen oder Male und beschreiben den »Makel« einer Person. Stigmata existieren jedoch nicht aus sich heraus, sondern werden gesellschaftlich als solche definiert. Es handelt sich hierbei um Eigenschaften oder Zugehörigkeiten (z. B. in Bezug auf sexuelle Identitäten, ethnische oder nationale Zugehörigkeit, Drogenkonsum, Behinderung etc.), welche die jeweiligen normativen Identitätsstandards nicht erfüllen und dem Menschen die Anerkennung einer »normalen Person« entziehen. Stigmata sind zudem verbunden mit Abwertungen und Alltagstheorien, die sich auf die Ursache des Stigmas beziehen. Schuld und Strafe sind dabei als Erklärung zentral. Insofern implizieren Stigmata, dass ihre Träger physische, psychische oder

soziale »Defekte« nicht nur haben, sondern auch verantwortlich dafür sind und diese »verdient« haben. Stigmatisierung kann neben sozialem Ausschluss und Diskriminierung auch zu einer Beeinträchtigung der sozialen Identität und der subjektiven Ich-Identität führen (vgl. von Engelhardt, 2010, S. 123ff.). Goffman (2003) spricht hierbei von einer »beschädigten Identität«, die dadurch gekennzeichnet ist, dass eine Person nicht mehr subjektiv entscheiden kann, was sie ausmacht oder wer sie ist, sondern dies durch Fremdbestimmung geschieht. Darüber hinaus kann es zu einer Internalisierung des Stigmas kommen, das heißt zu einer Übernahme der negativen Attribute, was weitreichende Folgen auf das psychische und physische Wohlbefinden der Betroffenen haben kann (ebd.; Engelhardt, 2010).

In Bezug auf den Zusammenhang von Schuld(gefühlen) und Macht sind insbesondere Foucaults Analysen von Belang. Macht ist nach Foucault jedoch nicht an ein Subjekt oder eine Institution gebunden, die die Menschen manipuliert, unterdrückt oder kontrolliert. Vielmehr entsteht diese aus dem Zusammenwirken aller Kräfte einer Gesellschaft. Macht wird nicht von den einen ausgeübt und von den anderen erlitten, sondern sie kommt von allen und von überall her (vgl. Foucault, 2014 [1976]). In Foucaults Arbeiten zur Macht nimmt Sexualität eine zentrale Position ein. In »Der Wille zum Wissen« (ebd.) untersucht er dabei das Sexualitätsdispositiv, welches die komplexen Machtstrukturen in Bezug auf Sexualität beschreibt. Unter Dispositiven¹⁰ versteht Foucault eine Reihe von machtvollen Praktiken,

10 Andere Autoren, die im Rahmen dieser Arbeit angeführt werden, beziehen sich auf verschiedene Definitionen und Interpretationen des Dispositivbegriffs wie beispielsweise die von Keller (2008, S. 258). Für ihn sind Dispositive ein Teil von Diskursen und bezeichnen »Mittel und Wege, durch die ein Diskurs in der Welt interagiert«. Sie beschreiben dabei »die tatsächlichen Mittel der Machtwirkungen eines Diskurses. [...] Ein Dispositiv ist der institutionelle Unterbau, das Gesamt der materiellen, handlungspraktischen, personellen, kognitiven und normativen Infrastruktur der Produktion eines Diskurses« (ebd.).

»ein entschieden heterogenes Ensemble, das Diskurse, Institutionen, architekturelle Einrichtungen, reglementierende Entscheidungen, Gesetze, administrative Maßnahmen, wissenschaftliche Aussagen, philosophische, moralische oder philanthropische Lehrsätze, kurz: Gesagtes ebenso wie Ungesagtes umfasst« (Foucault, 1978, S. 119f.).

Die Sexualität ist nach Foucault (2014 [1976], S. 16ff.) immer schon an spezifische Machtformen gekoppelt, die jedoch nicht durch Repression ausgeübt werden. So fragt er sich, wie es kommt, dass Sex mit solcher Wichtigkeit belegt wird, dass er bis in die intimsten Sphären erforscht, klassifiziert und gleichzeitig verschwiegen und mit Schuldgefühlen belegt wird. Statt sexuelle Schuldgefühle allein auf eine Unterdrückung der Sexualität und die historische Verknüpfung mit der Sünde zu beziehen, erforscht er die »Polymorphen Techniken der Macht« (ebd., S. 19) und stellt fest, dass die »Polizei des Sexes« (ebd., S. 23ff.) nicht nur durch Einschränkungen, sondern ebenso durch Verführung und Erregung, durch Anreizung und Intensivierung »die alltägliche Lust durchdringt und kontrolliert« (ebd., S. 19) und den Sex durch nützliche und öffentliche Diskurse¹¹ zu regeln versucht. So komme es anstatt zu einer Unterdrückung zu einem Anreiz, einer Vermehrung und einer Vielfalt an Diskursen über Sex. Vor diesem Hintergrund spricht Foucault von einer »diskursiven Explosion« (ebd., S. 23), wie sie sich in der Erforschung des Sexuellen zeigt. Dazu gehört unter anderem die Patholo-

11 Ebenso wie der Dispositivbegriff Foucaults ist der Diskursbegriff nicht endgültig definiert. Foucault zufolge soll man Diskurs »eine Menge von Aussagen nennen, insoweit sie zur selben diskursiven Formation gehören. Er bildet keine rhetorische oder formale, unbeschränkt wiederholbare Einheit, deren Auftauchen oder Verwendung in der Geschichte man signalisieren (und gegebenenfalls erklären) könnte. Er wird durch eine begrenzte Zahl von Aussagen konstituiert, für die man eine Menge von Existenzbedingungen definieren kann« (Foucault, 1995 [1969], S. 170).

gisierung bestimmter sexueller Praktiken oder die Definition sexueller »Abweichungen«. Vor diesem Hintergrund können Schuldgefühle als Resultat von verwobenen Machtstrukturen betrachtet werden, die weniger durch Repression und Verbote als vielmehr durch sogenannte diskursive »Reizkreise« (ebd., S. 49) entstehen, die erst hervorrufen, was sie zu regulieren versuchen.

Beichte und Geständnis als institutionalisierte Bekenntnisse

Die Begriffe der Schuld und Sünde sind zentrale Begriffe innerhalb der christlichen Glaubenslehre und in ihrer Bedeutung eng miteinander verwoben. Die Schuld im Sinne der Sünde habe im Zuge des Wandels der kirchlichen Sündenlehre seit dem 12. Jahrhundert eine Subjektivierung erfahren, indem sie sich nicht mehr nur auf Taten, sondern immer mehr auch auf (sexuelle) Intentionen, innere Motive, Gedanken und Vorstellungen fokussierte (vgl. Hahn, 2000, S. 197). Insbesondere für die Entwicklung der Beichte seit dem Mittelalter sei dieses veränderte Schuld- und Sündenverständnis ausschlaggebend gewesen. Die Kirche als »Anstalt mit dem Monopol der Gewährung von Zugangschancen zum Heil« (ebd., S. 202) institutionalisiere die Beichte und setzte die »erzwungene Befassung mit sich selbst« (ebd., S. 205) im Sinne einer angeleiteten Selbstreflexion mehr und mehr durch. So kam es zu einer »sozialen Kontrolle des Gewissens« (ebd., S. 206), die dem/der Beichtenden Kontrolle und Orientierung in der Fülle von Handlungsmöglichkeiten geben soll und die »Schuldangst« im Angesicht des Jüngsten Gerichts bewältigen hilft (ebd., S. 208). Vor dem Hintergrund des veränderten Sündenverständnisses, welches nach Foucault insbesondere mit der lust- und triebhaften Seite der Sexualität verbunden ist, wird insbesondere die Sexualität als Gegenstand der Selbstprüfung in der Beichte zentral.

»Gedanken, Begehren, wollüstige Vorstellungen, Ergötzungen, verschlungene Regungen der Seele und des Körpers – all das muß fortan bis ins Detail genau ins Spiel der Beichte und der Seelenführung eintreten« (Foucault, 2014 [1976], S. 23ff.).

Institutionelle Geständnisse spielen jedoch nicht nur im Kontext religiöser sozialer Kontrolle eine Rolle. So sei die Moderne insbesondere seit dem 19. Jahrhundert durch eine Säkularisierung und den gesteigerten Einsatz von Bekenntnisritualen charakterisiert, welche sich auch in anderen gesellschaftlichen Bereichen wie der Medizin, der Justiz, der Pädagogik oder in Familien- und Liebesbeziehungen finde (vgl. Hahn, 2000, S. 197f.; Foucault, 2014 [1976], S. 57ff.). Für Foucault nimmt das Geständnis mit seinen christlichen Wurzeln eine zentrale Stellung als Diskursritual und Machtinstrument ein. Er spricht dabei von einer »Ausweitung des Geständnisses, des Geständnisses über das Fleisch« (Foucault, 2014 [1976], S. 25) und verortet diese im Kontext der »Biomacht«¹², welche »verschiedenste Techniken zur Unterwerfung der Körper und zur Kontrolle der Bevölkerung« beinhaltet und auf die völlige »Durchsetzung des Lebens« zielt (ebd., S. 135). Er postuliert vor diesem Hintergrund, dass unsere Zivilisation keine *ars erotica*, dafür aber eine *scientia sexualis* betreibe, die um den Sex herum einen Apparat konstruiert habe, der die »Wahrheit« produzieren solle, wobei das Geständnis eine der höchstbewährten Techniken der Wahrheitsproduktion darstelle und insbesondere in das Gesundheitssystem und die Wissenschaft Einzug halte (ebd., S. 57ff.). »Der Staat muss wis-

12 Unter Biomacht versteht Foucault (2014 [1976], S. 135) zum einen Techniken der Disziplinierung des Körpers sowie die Regulierung der Bevölkerung beispielsweise in Bezug auf die Geburten- und Sterblichkeitsrate oder das Gesundheitsniveau. In diesem Zusammenhang betrachtet er auch die öffentliche Gesundheitsfürsorge als Ausdruck eines Machtssystems, denn diese gebe vor, die »physische Kraft und moralische Sauberkeit des gesellschaftlichen Körpers zu erhalten« (ebd., S. 58).

sen, wie es um den Sex der Bürger steht und welchen Gebrauch sie davon machen« (ebd., S. 32). Das Geständnis stellt dabei einen Ausdruck von Macht dar, welches jedoch unter dem hervorgerufenen subjektiven Bedürfnis zu beichten verschleiert werde.

»Die Verpflichtung zum Geständnis wird uns mittlerweile von so vielen Punkten nahegelegt, daß sie uns gar nicht mehr als Wirkung einer Macht erscheint, die Zwang auf uns ausübt; im Gegenteil scheint es uns, als ob die Wahrheit im Geheimsten unserer selbst keinen anderen »Anspruch« hegte als den, an den Tag zu treten« (ebd., S. 63f.).

Darüber hinaus findet die Geständnispraxis in einem direkten Machtverhältnis statt, bei dem es ein Gegenüber gebe, das »nicht einfach Gesprächspartner, sondern Instanz ist, die das Geständnis fordert, erzwingt, abschätzt und die einschreitet, um zu richten, zu strafen, zu vergeben, zu versöhnen«. Dabei bewirkt dieses Ritual, unabhängig von der Konsequenz, eine innere Veränderung sowie eine Erleichterung des Beichtenden. »Sie tilgt seine Schuld, kauft ihn frei, reinigt ihn, erlöst ihn von seinen Verfehlungen, befreit ihn und verspricht ihm das Heil« (ebd., S. 61ff.).

Schuldgefühle und Gewissen

Im Folgenden stehen das emotionale Erleben und Verarbeiten der Schuld sowie die innerpsychische Entstehung von Schuldgefühlen im Vordergrund.

In der psychologischen Emotionsforschung gibt es keine Einigkeit darüber, ob Schuldgefühle zu den Basisemotionen gehören (vgl. Lammers, 2016; Hülshoff, 2012, S. 191ff.). Schuldgefühl wird hier als affektiv-kognitives Phänomen verstanden, da es zum einen das affektive Erleben der Schuld umfasst, wie es sich bereits in Ansätzen beim Primaten finden lässt. Zum anderen ist das Schuldgefühl immer von einer kognitiven Bewertung abhän-

gig, welche auf den jeweiligen Normen und Werten einer Kultur beruht, die zuvor durch Prozesse der Erziehung in die eigene emotionale und kognitive Struktur integriert wurden. Schuldgefühle entstehen dann, wenn Prinzipien der Gemeinschaft verletzt werden. Da sie moralisches, ethisches und prosoziales Verhalten steuern, das soziale Miteinander regulieren und grundlegend für die Aufrechterhaltung von gesellschaftlichen Normen sind, werden sie den moralischen Gefühlen zugeordnet.

Um Schuld empfinden zu können, gehört auf der kognitiven Ebene neben der Fähigkeit, sich in andere Menschen hineinzuversetzen (Empathie) auch die Fähigkeit, in kausalen Kategorien zu denken, sodass beispielsweise eine Handlungsfolge auf die eigene Verantwortung zurückgeführt werden kann. Das Bedürfnis, Kausalität herzustellen, kann nach Hülshoff (2012, S. 193f.) jedoch ebenso dazu führen, dass Schuldgefühle auch bei unbegreiflichen, bedrohlichen Ereignissen entstehen, beispielsweise wenn sich Patient_innen die Schuld an einer Erkrankung geben.

Nach Hülshoff (ebd., S. 195) ist das Schuldgefühl zudem eng an Angst geknüpft. Schon in der Sozialisation können Regelübertretungen nicht nur zu Schuldgefühlen, sondern ebenso zur Angst vor Strafe und der Angst, verlassen zu werden, führen. Insofern sind Schuldgefühle eng verknüpft mit der Sorge, von der Gemeinschaft ausgeschlossen zu werden.

Überdies sind aus emotionspsychologischer Sicht Schuldgefühl und Schamempfinden eng miteinander verwandt. So kann man sich in einer Sache schuldig fühlen und sich zugleich dafür schämen. Während Schuldgefühle jedoch durch eine Verletzung von Normen entstehen, geht es bei der Scham vor allem darum, wie man von außen wahrgenommen wird – um den Blick, der auf mich selbst verweist (vgl. ebd., S. 170ff.; Ziemer, 2011). Auch nach Goffman (2003, S. 16) ist Scham der Ausdruck einer Person, deren Ich-Ideal hinter dem Ich zurückfällt und auf einem gefühlten Gesichts- und Imageverlust in einer sozialen Interaktion beruht. Scham tritt nach Ziemer (2011) dann auf, wenn wir vor anderen lieber etwas im Verborgenen gehalten hätten.

Das muss keine normverletzende Handlung sein, es können auch Unzulänglichkeiten, Verfehlungen, das Wissen um körperliche und soziale Intimität sein. So kann zum Beispiel ein verratenes Gefühl Scham auslösen. Während die Scham zumeist gegenstandslos wird, wenn die Öffentlichkeit verschwindet, besteht das Schuldgefühl auch dann, wenn kein anderer davon erfährt.

Das Schuldgefühl kann zudem sehr belastend und quälend sein sowie mit starken Selbstvorwürfen und mit kontrafaktischem Denken einhergehen. So spielt es eine große Rolle bei psychischen Erkrankungen wie Depressionen und Angststörungen. Darüber hinaus gehen Schuldgefühle mit dem Bedürfnis einher, mit sich und der Umgebung wieder ins Reine zu kommen, die anerkannte Schuld zu verarbeiten, einen Ausgleich zu schaffen und Wiedergutmachung zu leisten. So können auch starke und quälende Selbstvorwürfe als Schuldausgleich im Sinne einer Selbstbestrafung verstanden werden. Überdies kann sich das Bedürfnis, die eigene Schuld loszuwerden und emotionale Entlastung zu erfahren, auch in kognitiven Abwehrmechanismen manifestieren, zum Beispiel in gegenregulierenden Gedanken (»So schlimm war es nicht«), der Zurückweisung der eigenen Verantwortung (»Das habe ich nicht gewollt«) oder Wiedergutmachungskognitionen (»Ich habe mich entschuldigt«) (vgl. Lammers, 2016).

Einen wichtigen Beitrag zum Thema Schuldgefühle leistet darüber hinaus die psychoanalytische Betrachtungsweise.¹³ Während in der Emotionspsychologie das Schuldgefühl vorrangig als Antwort auf reale Schuld verstanden wird, geht es in der Psychoanalyse vielmehr um innerpsychische Dynamiken und die neurotischen Ausprägungen des Schuldgefühls. So plädiert Hirsch (2017, S. 9ff.) zunächst für eine klare Trennung zwischen

13 Eine differenzierte, psychoanalytisch fundierte Systematisierung des Schuldgefühls gab es bisher nicht. Hier sei auf Hirsch (2017) und seine Arbeit zu Schuld und Schuldgefühlen aus psychoanalytischer Sicht verwiesen, welcher eine Klassifizierung des Schuldgefühls vorgenommen hat.

einem unrealistischen Schuldgefühl und einem Schuldbewusstsein, das auf realen Taten und Normverstößen beruht.

Insbesondere Sigmund Freud leistete mit seiner Arbeit eine wichtige Grundlage zur Betrachtung von Schuldgefühlen aus psychoanalytischer Sicht. In »Das Unbehagen der Kultur«¹⁴ geht er näher auf Schuldgefühle ein und beschreibt diese als Reaktionen auf die Forderungen des Gewissens, welches sich im bewussten Teil des Über-Ichs verorten lässt, in dem Normen und Moralvorstellungen verinnerlicht wurden. Das Über-Ich entsteht im Zuge der Sozialisation, wenn das Kind gegen Forderungen des Außen verstößt und mit Liebesentzug bestraft wird. Diesen Zustand beim Kind bezeichnet Freud (2015 [1930], S. 79) als »Gewissensangst«, welche als Angst vor Bestrafung und Trennung von den versorgenden und liebenden Eltern verstanden werden kann. Vom »echten« Schuldgefühl und Gewissen könne man nach Freud jedoch erst sprechen, wenn aus der kindlichen Angst vor dem Liebesverlust der Eltern heraus die Autorität im reifen Über-Ich verinnerlicht wurde. Verinnerlichung der Autorität im reifen Über-Ich entstanden ist. So wird vom Über-Ich eine Art Schranke gegen die eigenen Regungen und Triebimpulse errichtet, wie sie beim Kind in der Außenwelt in Gestalt der Eltern vorhanden war. Schuldgefühle entstehen also aus der Dialektik zwischen Lustprinzip und Realitätsprinzip. Der Begriff der »Schuldhaftigkeit« ist zudem nach Freud eng verbunden mit dem Begriff des »Bösen«, das im Es anzusiedeln ist. Dies ist aber nicht immer etwas, das dem Ich schädlich oder gefährlich ist, sondern es kann auch etwas sein, das ihm erwünscht ist und sogar Vergnügen bereitet. Mit der Entwicklung des Über-

14 Nach Freud (2015 [1930]) entstehen Schuldgefühle überall dort, wo Menschen zusammenleben. Er erklärt, »daß der Preis für den Kulturfortschritt in der Glückseinbuße durch die Erhöhung des Schuldgefühls bezahlt wird« (ebd., S. 87). Er zieht den Schluss, dass auch die Gemeinschaft ein Über-Ich bildet und als Kultur-Über-Ich seine Ideale und daran geknüpfte Forderungen im Sinne der Ethik ausbildet.

Ich kann dann bereits der Wille oder Gedanke an eine böse Tat schuldbeladen sein (vgl. ebd., S. 74ff.). So wird deutlich, dass die Gründe, derer sich das Über-Ich bedient und die ein Schuldgefühl rechtfertigen, mehr oder weniger realitätsgerecht, aber auch irrational und unrealistisch sein und mit Ängsten und Bestrafungswünschen einhergehen können (vgl. Hirsch, 2017, S. 68; Freud, 2015 [1930], S. 77). Darüber hinaus kann es zu einer Abwehr des Schuldgefühls kommen, da dieses nach Hirsch (2017, S. 84ff.) als unangenehmer, zerstörerischer oder lähmender Affekt das Selbstgefühl und die Ich-Funktion beeinträchtigen kann. Die bewusste Auseinandersetzung mit den Schuldgefühlen könne für das Ich der Person so bedrohlich sein, dass es folglich zu einer Abwehr des Schuldgefühls kommt, zum Beispiel durch die Verdrängung ins Unbewusste, Rationalisierungsmechanismen, Abspaltung, Projektion nach außen. Die abgewehrten Schuldgefühle lassen die Menschen jedoch fortan nicht in Ruhe, sondern kommen in Form von Neurosen, Selbstbestrafung, Depression oder auch in Form von Angst oder Krankheit zum Vorschein. So beschreibt Freud in »Das Ich und das Es« die Verlagerung des unbewussten Schuldgefühls auf die Krankheit als Ausdruck einer unbewussten Selbstbestrafung.

»Man kommt endlich zu der Einsicht, dass es sich um einen sogenannten ›moralischen‹ Faktor handelt, um ein Schuldgefühl, welches im Kranksein seine Befriedigung findet und auf die Strafe des Leidens nicht verzichten will. [...] Aber dieses Schuldgefühl ist für den Kranken stumm. Es sagt ihm nicht, dass er schuldig ist, er fühlt sich nicht schuldig, sondern krank« (Freud, 2017 [1923], S. 75).

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 Betroffenenengruppen 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).

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-

gnen, 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 bereuen, 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 beten 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 Präferenzen, 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.

5 Zusammenfassung der theoretischen Befunde

Zunächst wurde deutlich, dass sich Schuldgefühle an der Schnittstelle zwischen der Gesellschaft und ihren Werten und Normen, Macht- und Herrschaftsmechanismen, religiösen und kulturellen Praxen sowie der einzelnen Person mit ihrer Biografie, Sozialisation, psychischen Konstitution und ihren moralischen Überzeugungen verorten lassen. Die soziale Konstruktion von Schuld, (kollektive) Schuldzuschreibungen und Stigmatisierungsprozesse erfüllen dabei die Funktion, die soziale Ordnung aufrechtzuerhalten und zu stabilisieren, während das Schuldgefühl ein emotionaler Indikator für eine Normübertretung darstellt. Andererseits erfüllt dieses auch die innerpsychische Funktion der (sexuellen) Impulsregulierung und kann daher auch irrational sein. Schuld und Schuldgefühle, unabhängig davon, ob sie durch den Verstoß gegen Normen »berechtigt«, im Sinne irrationaler Schuldgefühle »unberechtigt« oder aufgrund von Stigmatisierung zugeschrieben sind, können für den Einzelnen sehr schwer zu ertragen und existenziell bedrohlich sein, da sie unsere Identität destruieren, zu einem Verlust der Integrität führen und mit Bestrafung zum Beispiel durch sozialen Ausschluss oder Ablehnung einhergehen können. In diesem Zusammenhang spielen der Umgang und die Bewältigung von Schuld und Schuldgefühlen beispielsweise durch Abwehr, Reue, Entschuldigung, Schuldgeständnisse, Wiedergutmachung oder (Selbst-)Bestrafung eine Rolle.

In Bezug auf den Schuldaspekt im HIV/Aids-Diskurs wurde festgestellt, dass insbesondere tödliche und unerklärbare Krankheiten individuelle wie auch kollektive Ängste auslösen und Schuldzuschreibungen deren sinnhafte Bewältigung ermögli-

chen. Die Verknüpfung von Krankheit, Moral und Schuld ist bei HIV/Aids jedoch noch von wesentlich stärkerer Bedeutung als bei anderen Krankheiten, da HIV sexuell übertragbar ist und die Hauptbetroffenengruppen schon vorher stigmatisierte Gruppen waren (vgl. Sontag, 2003; Hahn et al., 1996). Insbesondere durch die mediale Inszenierung des »Mythos Aids« (Wießner, 2003) mit Auftreten der Infektion wurden stigmatisierende Metaphern von »Schuld« und »Strafe« verbreitet. Homosexuelle, Prostituierte und Drogenkonsument_innen wurden dabei als »Schuldige« identifiziert, stigmatisiert und diskriminiert (vgl. ebd.). Inzwischen ist jedoch die sichtbare Krankheit Aids aus der Öffentlichkeit verschwunden, und ein Leben mit HIV ist aufgrund der guten medizinischen Therapie möglich. Trotz dieser Normalisierungsprozesse spielen Schuldzuweisungen auch in aktuellen Debatten um die Infektion eine Rolle, wengleich weniger direkt von »Schuld« und »Strafe« die Rede ist als vielmehr von »Verantwortung« und »Verwehrung der Kostenübernahme«. Zudem können diese Debatten heute eher als moralische Stellvertreterdiskussionen in Bezug auf allgemeine sexualitätsbezogene Fragen und Ängste bezeichnet werden, für die sich HIV mit seinen »alten« Bedeutungen nach wie vor als Projektionsfläche anzubieten scheint (vgl. Nagel, 2016). Auch bei Betroffenen stellen Stigmatisierungsprozesse und deren Folgen nach wie vor ein wesentliches Problem dar, wobei vor dem Hintergrund der Unsichtbarkeit der HIV-Infektion insbesondere internalisierte Stigmatisierung und so auch Schuldgefühle an Bedeutung gewinnen (vgl. DAH, 2014a; Langer, 2010; Dannecker, 2019 [2016]). In Bezug auf die normierenden Prozesse der HIV-Infektion wurde deutlich, dass durch die gesellschaftliche Lernstrategie die Subjekte »eigenverantwortlich« für die präventive Kontrolle der eigenen Gesundheit wie auch den Schutz ihrer Gegenüber vor einer Ansteckung sorgen (sollen). Darüber hinaus lässt sich auch eine Verschiebung von Gefahren- auf Risikodiskurse verzeichnen, womit Sexualität immer eine Frage des »Risikomanagements« wird – der Abwägung zwischen Sicher-

heit und Gesundheit sowie der sexuellen Lust. In diesem Spannungsfeld kann es zu Schuldgefühlen kommen, welche – durch gute Absichten in Bezug auf zukünftiges Verhalten – zwar einerseits präventives Verhalten fördern können, andererseits aber die psychische Gesundheit beeinträchtigen können.

Gesundheitspolitisch zeichnet sich ein biopolitischer Wandel von Repressions- und Disziplinarpraktiken der Old Public Health hin zu Sicherheitsdispositiven als Instrumente der New Public Health ab (vgl. Pfundt, 2010). Beispielhaft für normierende Prozesse steht dabei das Kondom als Kollektivsymbol für »sauberen« und »verantwortungsvollen« Sex, welches mit seiner vielfältigen symbolischen Bedeutung als Teil eines »infektiologischen Hygieneregimes« (Hoyer, 2015) der HIV-Prävention eine regulative Normierung von Erleben und Verhalten bewirkt. Außerdem wurde deutlich, dass der HIV-Test und die obligatorische Beratung als soziale Praxis und Instrument der HIV-Prävention einen Ort der Verhandlung von Verantwortung und Schuld darstellen, an welchem zu einem Gespräch über Risikosituationen, Risikomanagement und verantwortungsvollen Sex angeregt wird. Auch in den Expertengesprächen zeigte sich, dass Schuld und Schuldgefühle eine wesentliche Rolle in der HIV-Beratung spielen und mit Strafgedanken, (irrationalen) Ängsten sowie Beicht- und Absolutionswünschen einhergehen können.

Empirische Forschung und Befunde

6 Forschungsdesign

Im zweiten Teil der Arbeit steht die eigene qualitative Forschung im Vordergrund. Zunächst wird dabei das Forschungsdesign vorgestellt, welches sowohl die Forschungsprinzipien und das Herangehen, die Fallgewinnung und -auswahl, die Erhebung mittels Problemzentrierter Interviews und die Auswertung durch die Dokumentarische Methode umfasst.

Vor dem Hintergrund des Erkenntnisinteresses und des Zugangs zu einem neuen Untersuchungsgegenstand bietet sich ein qualitativer Forschungsansatz an, der sich durch seinen deskriptiven und interpretativen Ansatz von hypothesenprüfenden Verfahren abgrenzt (vgl. Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2014, S. 21ff.). Im Rahmen der qualitativen Forschung wurden vier Problemzentrierte Interviews (nach Witzel, 1985, 2000) mit Klient_innen der Beratungsstelle für sexuell übertragbare Infektionen und AIDS im Gesundheitsamt Leipzig geführt, welche mithilfe der Dokumentarischen Methode (nach Bohnsack, 2014; Bohnsack et al., 2013; Nohl, 2017) ausgewertet wurden.

Kennzeichnend für diesen qualitativen Forschungsprozess ist die Offenheit im Forschungsprozess sowie bei der Erhebung. Im Sinne der Subjektbezogenheit qualitativer Forschung bestimmt demnach der Gegenstand die Methode. So soll vorurteilsfrei, also ohne vorab festgelegte Deutungsmuster, Relevanzsysteme oder zu strenge Hypothesen, an das Forschungsfeld herangegangen werden (vgl. Rosenthal, 2015, S. 50ff.). Die im ersten Teil der Arbeit angeführten Vorannahmen und Theorien werden demnach als Vorwissen verstanden, welches durch die eigene qualitative Forschung weiterentwickelt, vertieft und angepasst wird und in Bezug auf die Bedeutungsebenen der Befragten offenbleibt.

Die Arbeit verfolgt dabei einen rekonstruktiven Ansatz. Ausgang des qualitativen Forschungsprozesses ist demnach die Alltagspraxis und das Alltagswissen der Erforschten und das Verstehen derselben. Der Sinn des Gesagten ergibt sich jedoch nicht unmittelbar aus den Äußerungen, sondern erst daraus, dass die spezifischen Bedeutungen und das intuitive Wissen, welches hinter den Äußerungen verborgen liegt, erschlossen werden. Die Rekonstruktion der Alltagspraxis und des Alltagswissens wird dabei durch eine »kontrollierte Methode des Fremdverstehens« ermöglicht (vgl. Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2014, S. 14ff.).

Trotz der geringen Fallzahl sollen die Fälle nicht nur für sich selbst und ihre fallinterne Sinnstruktur stehen, sondern auch repräsentativ sein. So wird im Kontrast zu quantitativen Forschungsmethoden, bei der eine Verallgemeinerung vor dem Hintergrund der Häufigkeit des Auftretens sozialer Phänomene geschieht, bei interpretativen Verfahren von einer generellen Auffindbarkeit des Allgemeinen im Besonderen ausgegangen, wofür die Menge der ausgewählten Fälle letztlich nicht ausschlaggebend ist (vgl. Rosenthal, 2015, S. 79).

»Jeder einzelne Fall, der ja immer ein in der sozialen Wirklichkeit konstituierter ist, verdeutlicht etwas über das Verhältnis von Individuellem und Allgemeinem. Er entsteht im Allgemeinen und ist demnach auch Teil des Allgemeinen. Damit gibt auch jeder einzelne Fall Hinweise auf das Allgemeine« (ebd.).

Vor diesem Hintergrund geht es in qualitativer Forschung weniger um eine (statistische) Repräsentativität als um eine konzeptuelle Repräsentanz der erhobenen Fälle (vgl. Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2014, S. 181ff.; Rosenthal, 2015, S. 79ff.).

Darüber hinaus ist in der sozialwissenschaftlichen Forschung die Einhaltung forschungsethischer Prinzipien unerlässlich. Aufgrund der Sensibilität des Themas orientierte ich mich dabei insbesondere an der Bonner Ethikerklärung (vgl. Poelchau et al., 2015). Zudem wurde ein Sicherheitskonzept in Bezug auf die

Umsetzung der Forschungsethik und Forschungsstandards erstellt, welches von der Stadt Leipzig genehmigt wurde. So sind darin der Sinn, Zweck und die Anlage der Forschungsarbeit und ihre spätere praktische Umsetzung formuliert. Dies schließt die Bestimmung der Art und des Umfangs der Daten, die Methode der Erhebung und die Weiterverarbeitung der Daten ein, inklusive des sachgemäßen Umgangs mit Technik und Software sowie Regelungen des Datenschutzes. Darüber hinaus wurde von jeder/jedem Teilnehmenden im Vorfeld des Interviews eine schriftliche Einwilligung eingeholt. Zudem wurde durch Pseudonymisierung und Anonymisierung der Daten darauf geachtet, dass eine Identifizierung der Untersuchten und eine Rückführbarkeit auf Personen weitestgehend ausgeschlossen werden kann. Dennoch kann eine Rückführbarkeit aufgrund der spezifischen Fall- und Lebensgeschichte zum Beispiel durch nahestehende Personen nicht gänzlich ausgeschlossen werden, was den Interviewten jedoch im Vorfeld erläutert wurde.

Die Interviews

Zunächst gestaltete sich der Zugang zum Untersuchungsfeld unkompliziert, da ich durch meine Anstellung in der Beratungsstelle für sexuell übertragbare Krankheiten und Aids im Gesundheitsamt Leipzig Klient_innen direkt ansprechen konnte. Schwieriger war jedoch die Frage, welche Klient_innen für die Forschung geeignet seien. Darüber hinaus stand die Überlegung im Zentrum, wie ein Zugang zu Schuldgefühlen der Klient_innen erreicht werden kann, ohne diese in ihrer aktuellen »Krise« während des Wartens auf das Testergebnis emotional zu überfordern und eine Verzerrung der Ergebnisse zu riskieren. Andererseits sollte aber auch nicht zu viel Zeit zwischen der Aktualität und einem »Abhaken« des Ereignisses und den damit verbundenen Schuldgefühlen verstreichen. Letztlich wurden in Anlehnung an das »Theoretical Sampling« (Glaser &

Strauss, 1967, nach Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2014, S. 181ff.) die endgültigen Kriterien der Fallauswahl nicht direkt zu Beginn des Forschungsprozesses festgelegt, sondern im Verlauf der Forschung schrittweise entwickelt, wobei die Auswahlkriterien zunehmend spezifischer und eindeutiger wurden. Zunächst wurden Klient_innen gesucht,

- die in einer Situation waren, in der sie die Befürchtung hatten, sich mit HIV angesteckt zu haben, oder bei denen diese Sorge nicht allzu lange zurücklag;
- die vor Kurzem einen HIV-Test gemacht hatten;
- die in der Testberatung Schuldgefühle direkt geäußert oder anderweitig zum Ausdruck gebracht hatten, zum Beispiel durch Selbstvorwürfe.

Weiterhin kristallisierte sich heraus, dass es im Sinne einer Strategie des maximalen Vergleichs (vgl. Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2014, S. 173ff.) ratsam erschien, die Fälle nach unterschiedlichen Testanlässen, aber auch nach Geschlechtsidentität sowie der sexuellen Orientierung auszuwählen, da angenommen wurde, dass diese Kriterien einen Einfluss auf die Genese der Schuldgefühle haben. Die Interviews sollten zudem retrospektiv, das heißt zeitnah nach der Testung und der dazugehörigen Test- und Befundberatung, stattfinden. Es wurde zudem im Sinne der Fragestellung sowie aus forschungsethischen Gründen festgelegt, dass nur Klient_innen interviewt werden, die ein negatives Testergebnis haben und die keine klinisch relevanten Ängste oder Schuldgefühle vorweisen, beispielsweise Anzeichen einer Aids-Phobie oder -Hypochondrie.

Um Interviewpartner_innen zu gewinnen, wurden Informationszettel im Wartezimmer der Aidsberatungsstelle ausgelegt. Zudem wurden die Kolleginnen aufgefordert, Klient_innen, die in der HIV-Beratung Schuldgefühle äußerten, auf das Interviewgesuch aufmerksam zu machen. Auch die Möglichkeit, selbst Klient_innen der eigenen Beratungen anzusprechen, wurde genutzt. So erklärten sich drei von vier Interviewpartner_innen aus den

eigenen Beratungen zu einem Gespräch bereit. Dies lässt sich unter anderem vor dem Hintergrund meines Forschungsinteresses, der direkten Anfrage sowie dem entstandenen Vertrauensverhältnis in der Beratung erklären. Um eine interpretative Verzerrung zu vermeiden und eine intersubjektive Nachvollziehbarkeit zu erreichen, wurden Feldnotizen der eigenen Beratungen und Vorgespräche angefertigt (vgl. Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2014, S. 49ff.).

Insgesamt konnten vier Interviews realisiert werden. Die Klient_innen unterschieden sich in Geschlecht und sexueller Orientierung, hatten jeweils verschiedene Testanlässe und äußerten Schuldgefühle unterschiedlicher Genese, sodass Kontraste ausreichend gegeben waren. Beim Einbezug weiterer Interviewpartner_innen hätte das Themenfeld jedoch breiter eruiert werden können, und es wäre möglich gewesen, zu weiteren, besser abgrenzbaren Typen zu gelangen.

Da es bei dem zugrunde liegenden Forschungsinteresse um ein klar umrissenes (psychosoziales) »Problem« und die Erfassung von subjektiven Wahrnehmungen und Verarbeitungsweisen geht, erwies sich das leitfadengestützte Problemzentrierte Interview (PZI nach Witzel, 1985, 2000) in Form des offenen Leitfadeninterviews als geeignete Methode.

Die Methode liegt als »diskursiv-dialogisches Verfahren« (Mey, 1999, S. 145, nach Witzel, 2000) und aufgrund ihrer induktiv-deduktiven Vorgehensweise dicht an einer natürlichen und offenen Gesprächssituation, da das Interview die Befragten möglichst frei zu Wort kommen lässt. Durch die besondere Offenheit dieser Interviewform kann so eine selbstläufige Problemdarstellung durch die Interviewten erfolgen, wobei durch die gleichzeitige Fokussierung auf die Problemstellung dennoch ein gewisser Grad an Strukturierung und Eingrenzung erreicht wird. Vor dem Hintergrund der Offenheit des Interviews geht es um einen an den Äußerungen der Interviewten orientierten Gesprächsablauf (vgl. Rosenthal, 2015, S. 150ff.). Daher diente der Leitfaden lediglich als Orientierungsrahmen und Gedächtnis-

stütze und ordnete sich der Darstellungslogik der Interviewten unter.

Im PZI kommen methodisch erzählungsgenerierende Fragen sowie immanente Nachfragen zum Einsatz. Witzel (1985, 2000) unterscheidet dabei zwischen allgemeinen Sondierungsfragen zur Vertiefung bereits angesprochener Themen sowie spezifischen Sondierungen wie Spiegelungen und Konfrontationen mit dem Ziel, Argumentationen anzuregen. Während des Gesprächs und der Entfaltung der Problemsicht durch die Interviewten entwickeln sich dadurch immer wieder neue Aspekte zum gleichen Thema, welche teilweise auch widersprüchlich sein können und Ausdruck von individuellen Ambivalenzen, Orientierungsproblemen, Interessenswidersprüchen und Entscheidungsdilemmata sein können. Die interviewende Person kann dabei einen aktiveren Part einnehmen, ohne jedoch die Problemsicht der Befragten zu überdecken. So hilft das aktive Nachfragen dabei, den Gegenstandsbereich in seiner Vollständigkeit abzutasten und weiter zu explorieren.

In diesem Sinne zeigt das Problemzentrierte Interview Ähnlichkeiten zu Prinzipien der klient_innenzentrierten Gesprächsführung sowie der systemischen Beratung, wie eine wertschätzende, empathische und bewertungsfreie Grundhaltung sowie Hypothesenbildung und Zirkularität (Schlippe, 2016; Weinberger, 2011). Zwar ist ein qualitatives Interview nicht mit einer Therapie oder Beratung zu verwechseln, dennoch bieten sich diese systemischen und klient_innenzentrierten Grundhaltungen und Gesprächstechniken auch in einem Interview an, um einen gewissen Reflexionsgrad der Interviewten zu ermöglichen und das Themenfeld »systemisch« zu beleuchten. Diesbezüglich beschreibt Rosenthal (2015, S. 152), dass die Interaktion zwischen interviewter und interviewender Person auch in offenen Interviews nicht als Störung angesehen wird, sondern selbst ein wesentlicher Bestandteil des Forschungsprozesses ist.

Der Interviewleitfaden untergliederte sich in mehrere Themenblöcke, welche an der zugrunde liegenden Fragestellung und

den themenrelevanten Theorien und Vorüberlegungen orientiert waren. Um eine narrative Gesprächsstruktur zu ermöglichen, war jeder Themenkomplex mit offenen, beschreibungs- oder erzählgenerierenden Fragen und jeweiligen spezifischen Nachfrageideen versehen.

Witzel (1985) schlägt für den Beginn des Interviews eine offene, vorformulierte Einleitungsfrage als Mittel der Zentrierung des Gesprächs auf das zu untersuchende Problem sowie als Erzählstimulus vor. Nachdem zunächst die Formalien (Einverständniserklärung, Anonymisierung, Tonbandaufnahme, gewünschte Ansprache etc.) sowie das Erkenntnisinteresse und die Form des Interviews besprochen wurden, diente zumeist die Frage nach dem Anlass des Aufsuchens der Beratungsstelle und dem Erleben der Gesamtsituation als Gesprächseinstieg. Darüber hinaus wurden Fragen gestellt zur Risikobewertung in Bezug auf HIV, zu den Motiven und Gefühlen hinsichtlich der zugrunde liegenden (sexuellen) Situation, den HIV-bezogenen Ängsten und Assoziationen sowie zur Rolle von Schuldgefühlen in der Situation. Über die aktuelle Lebenssituation hinaus wurden auch Fragen zur Beziehungs- und Familiengeschichte gestellt. Am Ende des Interviews hatten die Klient_innen noch einmal Gelegenheit, offengebliebene Inhalte anzusprechen oder ein zu kurz gekommenes Thema weiter zu elaborieren. Darüber hinaus erkundigte ich mich nach dem Befinden während der Interviewsituation und der aktuellen Verfassung, um einen weiteren Gesprächs- oder Beratungsbedarf zu klären.

Alle Interviews wurden mittels eines digitalen Aufnahmegepätes festgehalten und gemäß dem Sicherheitskonzept verarbeitet. Bei der Transkription der Interviews habe ich mich nicht nur auf besonders interessante Abschnitte beschränkt, wie es Nohl (2017, S. 49ff.) vorschlägt, sondern eine Totaltranskription vorgenommen. Die Transkriptionsregeln und die Auflösung des Transkripts wurden auf der Grundlage des Forschungsinteresses und forschungsökonomischer Gesichtspunkte erstellt. Der Interviewleitfaden, eine detaillierte Darstellung der Transkripti-

onsregeln sowie alle Transkripte befinden sich im Anhang dieser Arbeit.

Datenanalyse und Typenbildung mittels Dokumentarischer Methode

Als Auswertungsverfahren wurde die Dokumentarische Methode (nach Bohnsack, 2014; Bohnsack et al., 2013; Nohl, 2017) gewählt. Diese steht in der Tradition der Wissenssoziologie von Karl Mannheim und der Ethnomethodologie von Harold Garfinkel. Durch die Dokumentarische Methode wird ein Zugang »nicht nur zum reflexiven, sondern auch zum handlungsleitenden Wissen der Akteure und damit zur Handlungspraxis« eröffnet (vgl. Bohnsack et al., 2013, S. 9). Daher lassen sich durch diese Methode nicht nur die subjektiven Perspektiven und Orientierungen der Interviewten rekonstruieren, sondern auch deren Erfahrungen, aus denen diese Orientierungen hervorgegangen sind, mit dem Ziel, das Zusammenwirken gesellschaftlicher Strukturen und individueller bzw. kollektiver Handlungen zu erkennen (vgl. Kleemann et al., 2013, S. 156). Dabei unterscheidet Karl Mannheim (1964, nach Nohl, 2017, S. 4ff.) zwei verschiedene Sinnebenen. So geht es bei der Dokumentarischen Methode weniger um den immanenten Sinngehalt, also um das, was wörtlich explizit gemeint ist (intentionaler Ausdruckssinn), oder darum, welche allgemeine Bedeutung (Objektsinn) eine Aussage hat, sondern um den Dokumentsinn. Es geht hier also nicht um die Darstellung dessen, was die gesellschaftliche Realität in der Perspektive der Akteur_innen ist, sondern darum, *wie* diese Praxis hergestellt wird und welche Orientierungsmuster sich in den geschilderten Erfahrungen dokumentieren. Unter Orientierungsmustern werden zwei Wissensformen verstanden, welche im wechselseitigen Bezug aufeinander das Alltagswissen und -handeln der Menschen bestimmen: Orientierungs-

schemata umfassen dabei das Wissen um institutionalisierte normative Vorgaben und Erwartungen der Gesellschaft, während Orientierungsrahmen durch konkrete Sozialisationserfahrungen (z. B. aufgrund von Milieu-, Generations- oder Geschlechtszugehörigkeit) erworbene, sozial geprägte Denk- und Handlungsmuster darstellen (vgl. Bohnsack, 2014, S. 132f.). Es handelt sich dabei um kommunikatives (gesellschaftliches) und konjunktives (milieuspezifisches) Wissen, über welches die Akteur_innen selbst verfügen. Im Sinne der Wissenssoziologie Karl Mannheims wird also nicht davon ausgegangen, dass die Wissenschaftler_innen »mehr wissen als die Akteure und Akteurinnen, sondern davon, dass letztere selbst nicht wissen, was sie da eigentlich alles wissen« (Bohnsack et al., 2013, S. 12; Hervorh. i. O.). Somit verfügen sie über implizites oder atheoretisches Wissen, welches ihnen reflexiv nicht ohne Weiteres zugänglich ist und kommuniziert werden kann. Die Aufgabe besteht also darin, dieses atheoretische Wissen zur begrifflich-theoretischen Explikation zu bringen (vgl. ebd., S. 12). Die Dokumentarische Methode bleibt damit einerseits dem Wissen und den Relevanzen der Interviewten verpflichtet, ohne aber an deren subjektiven Intentionen und Common-Sense-Theorien gebunden zu bleiben, diesen sozusagen aufzusitzen (vgl. ebd., S. 241ff.). Es geht also darum, sich von den im Problemzentrierten Interview geäußerten Reflexionen und Argumentationen zu lösen, um das dahinterliegende atheoretische Wissen und den dokumentarischen Sinn zu rekonstruieren.

»Erst dann, wenn wir versuchen, das »Symptom« in seiner aus der Situation resultierenden Sinnhaftigkeit zu begreifen, beginnen wir, dokumentarisch zu interpretieren« (vgl. Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2014, S. 284).

Insofern werden die geäußerten Schuldgefühle der Klient_innen als »Symptom« verstanden und hinsichtlich ihrer Sinn-

haftigkeit untersucht. Dabei läuft der gesamte Forschungsprozess auf eine Identifizierung und den Vergleich von Orientierungsmustern durch komparative Analyse von fallspezifischen Besonderheiten und fallexternen Gemeinsamkeiten hinaus. Letztlich mündet dieser Prozess in einer sinngenetischen Typenbildung, welche die gemeinsamen Sinnstrukturen zusammenfasst.

Die dokumentarische Interpretation lief in folgenden Schritten ab:

1. *Formulierende Interpretation*: In diesem ersten Schritt wurde ein thematischer Verlauf der gesamten Transkripte angefertigt, in dem das Was des Gesagten durch die Wiedergabe des thematischen Gehalts freigelegt wurde. Dabei wurden Ober- und Unterthemen identifiziert und in zentrale Kategorien eingeordnet. Hierbei ließen sich in einem induktiv-deduktiven Verfahren jene Themen identifizieren, welche hinsichtlich der Forschungsfrage besonders interessant waren und zu denen sich die Befragten besonders intensiv geäußert hatten (vgl. Nohl, 2017, S. 30f.). Folgende Kategorien wurden gebildet (Tabelle 1), in deren Rahmen die darauffolgenden Interpretationsschritte vollzogen wurden.

Kategorie	Thematischer Gehalt
Schuldgefühle	Verantwortung, gesellschaftliche Normen, moralische Prinzipien, eigene Überzeugungen, Selbstbild, HIV-Risiko, Schuldzuweisung, Relativierung, Wiedergutmachung
Risikobewertung	Promiskuität, »Risikogruppen«, Prävention, Sicherheit, Beziehung, Prostitution
Risikomanagement	Vertrauen, Liebe, Kontrolle, Einschränkungen, sexuelle Lust und Wünsche, Ausbruch, Sicherheit
HIV/Aids	Stigmatisierung, sozialer Ausschluss, persönliche Folgen, Krankheit, Schuld, Strafe
HIV-Test und Beratung	Scham, Bewertung von außen, Stigmatisierung, Absolution, Erleichterung

Tabelle 1: Kategorien und thematischer Gehalt der Interviews

2. *Reflektierende Interpretation*: Während die formulierende Interpretation dem Was eines Interviewtextes gewidmet war, galt die reflektierende Interpretation dem Wie. So stand hier die Frage im Mittelpunkt, in Bezug auf welche Orientierungsmuster ein Thema behandelt wurde. Dabei wurde zunächst eine formale Interpretation und Textsortentrennung³¹ der ausgewählten Interviewpassagen eines Falles vorgenommen, da diese Aufschluss über die Semantik des Textes gibt. Auch die Art der Fragestellung wurde einer formalen Analyse unterzogen, um die darauffolgenden Schilderungen besser einordnen zu können. Darüber hinaus wurden die Schilderungen dahin gehend untersucht, was sich in den Äußerungen über den Fall zeigt, welche Bestrebungen und/oder Abgrenzungen in den Äußerungen enthalten sind und welches Prinzip oder welcher Sinngehalt Grundlage der Äußerungen sein kann. Dies geschah durch eine Analyse der Abfolge der Äußerungen (Sequenzanalyse). Bei der Rekonstruktion des Dokumentsinns wird davon ausgegangen, dass auf einen ersten Erzählabschnitt nur ein zweiter, spezifischer Abschnitt folgen kann. In diesem Sinne wurde die implizite Regelmäßigkeit rekonstruiert, die den ersten Abschnitt mit dem zweiten verbindet (vgl. Nohl, 2017, S. 35ff.; Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2014, S. 296f.).
3. *Komparative Analyse und sinngenetische Typenbildung*: Während die formulierende und reflektierende Interpretation auf die Rekonstruktion fallspezifischer Besonderheiten und Orientierungen zielte, ging es in diesem Schritt um die Erar-

31 Dabei wurde hauptsächlich zwischen Erzählung (Darstellung von Handlungs- und Geschehensabläufen in einem zeitlichen Verlauf), Beschreibung (Darstellung von Sachverhalten), Argumentation (alltagstheoretische Zusammenfassung zu Motiven, Beweggründen und Bedingungen für eigenes und fremdes Handeln) und Bewertungen (evaluative Stellungnahmen zu eigenem und fremdem Verhalten) unterschieden. Darüber hinaus wurde

beitung einer fallübergreifenden Typik von Orientierungen. Die reflektierende Interpretation und die komparative Analyse fließen jedoch bereits dahin gehend ineinander, dass zur Rekonstruktion der impliziten Regelmäßigkeit nach minimal und maximal kontrastierenden Fällen und Äußerungen gesucht wurde, die zunächst gedankenexperimentell als Vergleichshorizont herangezogen wurden. Dazu wurde beim Interpretieren insbesondere die eigene Standortgebundenheit reflektiert, das heißt die Einbettung in den eigenen soziokulturellen Kontext, welche mit Luhmanns Worten als »Blinder Fleck« des/der Beobachtenden bezeichnet werden kann (vgl. Luhmann, 1990, S. 85, nach Bohnsack, 2014, S. 235). So gestaltet sich das Verstehen beispielsweise umso schwieriger, je weiter der/die Forschende von den Kommunikationspartner_innen biografisch und kulturell entfernt ist, aber auch umso näher diese ihrem Forschungsgegenstand sind, da so auf Wissensbestände zurückgegriffen wird, die selbstverständlich erscheinen und so das Risiko von vorschnellen Schlussfolgerungen gegeben ist (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2014, S. 14ff.).

Im weiteren Verlauf wurden die Interviews fallübergreifend hinsichtlich homologer Muster und Themen miteinander verglichen, und es wurde von den gefundenen Orientierungsmustern abstrahiert (vgl. Nohl, 2017, S. 35ff.). Zunächst erfolgte eine Systematisierung der abstrahierten Orientierungsmuster innerhalb der relevanten Kategorien, welche folgender Übersicht (Tabelle 2) zu entnehmen sind:

die Diskursorganisation analysiert. Hierbei kam es vor allem auf Propositionen (Aufwerfen eines Orientierungsgehaltes), Elaborationen (Weiterbearbeitung des Orientierungsgehaltes), Exemplifikationen (argumentative Beispielanführung) und Differenzierungen (Weiterbearbeitung der Orientierung im Sinne des Aufzeigens von Grenzen) an (vgl. Nohl, 2017, S. 32ff.; Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2014, S. 298f.).

Kategorie	Orientierungsmuster
Schuld- gefühle	<ul style="list-style-type: none"> – Selbst- und Fremdverantwortung – Selbstentfremdung – Verletzung moralischer Prinzipien – stigmatisiertes Sexualverhalten und antizipierte Schuldzuschreibungen – »mildernde Umstände«
Risiko- bewertung	<ul style="list-style-type: none"> – »entfremdende« Sexualkontakte – »omnipräsentes« Risiko – geringe Risikowahrscheinlichkeit
Risiko- management	<ul style="list-style-type: none"> – rationale Kosten-Nutzen-Rechnung – Ausbruch aus Kontrolle, Sicherheit, Grenzen – höchstmögliche Sicherheit
HIV/Aids	<ul style="list-style-type: none"> – Konsequenz für riskantes Verhalten – HIV als »Indiz« für die Schuld – fatalistische Strafüberzeugung/Schicksal – HIV als »Ausweis« des Stigmas und der Schuld
HIV-Test und Beratung	<ul style="list-style-type: none"> – Selbst- und Fremdverantwortung – Selbstoffenbarung und Reflexion – »Indiz« für Normabweichung und Stigma – Absolution/Unschuldsbeweis

Tabelle 2: Fallübergreifende Orientierungsmuster

Es zeigten sich jedoch nicht nur fallübergreifende, sondern auch kategorieübergreifende Orientierungsmuster, aus welchen sich die jeweiligen sinngenetischen Basistypiken bilden ließen. Dabei wurden insbesondere sozio- und psychogenetische Kategorien wie Geschlecht, sexuelle Orientierung, biografische Erfahrungen und Persönlichkeitsmerkmale als Dimensionen herangezogen, um die Zusammenhänge und Konstellationen, in denen die typisierten Orientierungsmuster stehen, zu erklären. Eine mehrdimensionale soziogenetische Typenbildung konnte jedoch nicht erfolgen, da nicht genügend Vergleichsfälle einbezogen wurden (vgl. ebd., S. 43ff.).

7 Fallvignetten

Im Folgenden werden die Ergebnisse der qualitativen Forschung vorgestellt. Dabei wird auf Transparenz und intersubjektive Nachvollziehbarkeit geachtet. So werden die Interpretationen der Interviews an einigen Stellen durch Zitation aus den Interview-Transkripten untermauert, um diese anschaulich zu machen. Es ist zudem darauf hinzuweisen, dass persönliche Daten wie Berufsbezeichnung oder Städte- und Ländernamen anonymisiert oder leicht verändert wurden, um eine Rückführbarkeit weitestgehend auszuschließen.

Die Darstellung der Ergebnisse erfolgt dabei auf zwei Ebenen: einer fallinternen Ebene mittels Fallvignetten sowie einer fallübergreifenden Ebene im Sinne einer Typenbildung.

Zunächst erfolgt die Darstellung mittels Fallvignetten in Anlehnung an Langer (2013, S. 113ff.). Nachdem auf den Erstkontakt sowie den persönlichen und biografischen Hintergrund der Interviewten eingegangen wird, wird darauffolgend die eigene Rolle bei der Entwicklung der Befunde, der Unterschied zwischen Forscherin und Erforschten und die potenzielle Beeinflussung der Interviewführung reflektiert. Dabei geht es um die Reflexion von Befremdlichkeiten, Irritationen und Störungen, welche eine Aussage über die Forschungssituation sowie den Gegenstand (z. B. durch Reflexion von Gegenübertragungen) enthalten können. Zentrale Inhalte des Interviews und erste Interpretationsansätze werden in der Reflexion angeschnitten; zugunsten der späteren Typenbildung können psychodynamische Zusammenhänge hier jedoch nicht in ihrer Komplexität interpretiert und dargestellt werden.

Hailey – »Mit deinen ganzen Sexualpartnern«

Erstkontakt

Hailey sucht die Beratungsstelle auf, um sich auf HIV testen zu lassen, und führt mit mir das dazugehörige Testgespräch. Sie schildert, dass sie den Test schon lange vor sich hergeschoben habe und es eine große Überwindung für sie gewesen sei, in die Beratungsstelle zu kommen. Auslöser für diesen Schritt sei ihr aktueller Freund, der ihr den notwendigen Anschub gegeben habe, den Test zu machen. Sie artikuliert im Beratungsgespräch starke Ängste sowie Selbstvorwürfe hinsichtlich einiger ungeschützter Sexualkontakte sowie ihre »Promiskuität«. Die Hypothese, dass Schuldgefühle für sie eine größere Rolle spielen, bestätigt sie. Obwohl ich schon eine Frau für das Interview akquiriert hatte (die dann später abgesagt hat), erschien mir Haileys Perspektive, insbesondere auf die von ihr reflektierte Stigmatisierung von Promiskuität, für die Untersuchung gewinnbringend. Ich lade sie ein, mit mir das Interview zu führen, wozu sie sich sofort bereit erklärt. Nachdem ich ihr dennoch etwas Bedenkzeit gebe, führen wir das Interview etwa eine Woche nach ihrem negativen Testergebnis.

Persönlicher Hintergrund

Im Interview erfahre ich, dass Hailey 25 Jahre alt ist, Pädagogik studiert und aus einem binationalen, akademischen und toleranten Elternhaus kommt, in dem sie sich sehr angenommen und aufgehoben fühlt. Ihr aktuelles Leben beschreibt sie als das »normale Leben einer Mittzwanzigjährigen«. Ihre Vorstellung von Normalität bezieht sie dabei auf die Lebenswelt von Studierenden, die im Freundeskreis sozial eingebunden sind, (sexuelle) Beziehungen haben und feiern gehen. »So, man hat nen Freund. Man hat Freunde. Man geht feiern. Man hat Uni.«

Hinsichtlich ihrer Beziehungsgeschichte beschreibt sie, dass sie bisher schnell Männer kennengelernt habe, was sie mit stereotypen Schönheitsidealen begründet, denen sie entspreche. Mit den bisherigen Männern führte sie wechselnde Kurzzeitbeziehungen von etwa dreimonatiger Dauer. Vor dem Hintergrund ihrer gewünschten Unabhängigkeit bewertet sie das Modell der Kurzzeitbeziehungen positiv. Sie betont, dass sie die seit einem halben Jahr bestehende Fernbeziehung mit ihrem Freund genieße, da sie gerne reise und er sie im Kontrast zu den anderen Männern ernst nehme. Darüber hinaus sei er nicht nur an ihrem Körper interessiert, so wie sie es bisher des Öfteren erfahren habe. Zudem beschreibt sie ihn als konservativer, intelligenter und vernünftiger als ihre bisherigen Freunde, was ihr mittlerweile gut gefalle.

Im Interview kommt sie darüber hinaus auf mehrmalige Erfahrungen mit sexualisierter Gewalt durch exhibitionistische Belästigung, sexistische Beleidigungen sowie unerwünschtes Anfasseln auf Partys zu sprechen. Dahin gehend habe sie zudem Schuldzuweisungen aufgrund ihres freizügigen Äußeren sowie ihrer Promiskuität erfahren.

»[D]as sind alles so Situationen (.) aber ich habe auch schon viele Stimmen gehört, die dann so meinten ›Naja, was erwartest du denn?! Kannst du überhaupt sexuelle Belästigung spüren mit deinen ganzen Sexualpartnern?!‹ «

Sie beschreibt sich selbst als kämpferisch hinsichtlich ihrer Ansichten und abenteuerlustig. Zudem denke sie nicht so viel über Konsequenzen nach und brauche eher weniger Kontrolle. Sie lenkt jedoch ein, dass sie zwar nichts bereuen wolle, aber vielleicht manchmal mehr über Konsequenzen nachdenken sollte.

Reflexion der Interviewsituation

Hailey trägt zum Interview einen Minirock sowie auffällige Ohringe und wirkt sehr selbstbewusst und offen. Auf die Frage, wie sie gerne angesprochen werden möchte, wünscht sie sich das Du, was für mich in Ordnung ist. Dies ist das erste Interview, und ich bin aufgrund meiner Unsicherheit in der Interviewführung noch sehr am Leitfaden orientiert und unterbreche den Erzählfluss leider des Öfteren durch meine Fragen. Ich fühle mich als Frau ihrer Lebenswelt und ihren Schilderungen sehr nah. So teile ich ihre kritische Haltung in Bezug auf Sexismus, insbesondere die Stigmatisierung weiblicher Promiskuität. Das Thema der Schuldzuweisungen hinsichtlich ihrer Promiskuität macht insgesamt einen großen Anteil im Interview aus, was sich auch vor dem Hintergrund erklären lässt, dass sie sich von mir verstanden fühlt. Zum anderen kann jedoch die Tatsache, dass die Anzahl ihrer (ungeschützten) Sexualkontakte nicht zur Sprache kommt, auf Schamgefühle mir gegenüber zurückgeführt werden. Ihre Sorge vor HIV erklärt sie ebenso mit der Stigmatisierung der Erkrankung und der Verbindung von HIV mit Promiskuität. Die Angst vor sozialer Ächtung habe sie auch so lange davon abgehalten, den Test zu machen. Hailey weist sich im Interview zudem sehr stark die Schuld zu und bezeichnet sich mehrmals als »naiv«, wenngleich sie beschreibt, dass sie teilweise von Männern zu ungeschütztem Sex als »Liebesbeweis« »genötigt« worden sei. In Haileys Schilderungen habe ich insgesamt das Bedürfnis, sie bezüglich ihrer Schuldzuweisungen zu beruhigen, und vermute, dass diese vor allem auf Konflikten bezüglich ihres Selbstbildes beruhen. So präsentiert sie im Interview das Selbst- bzw. Idealbild einer jungen, toleranten, selbstbewussten und unabhängigen Frau, die das Leben auskostet und auch ihre Sexualität frei lebt, wobei sie auf moralisches Handeln Wert legt und ein »guter Mensch« sein möchte, ihr Handeln jedoch aus ihrer Sicht diesem Selbstbild entgegensteht.

Lars – »Jetzt, wo ich meinen Lebenswillen wiederhabe«

Erstkontakt

Lars wurde in der HIV-Beratung durch meine Kollegin auf das Interviewgesuch aufmerksam und wendet sich direkt nach dem Beratungsgespräch an mich. Ich stelle ihm mein Anliegen vor und frage ihn danach, was ihn dazu bewogen hat, auf mein Interviewgesuch zu reagieren. Er schildert, er hätte einmal kondomlosen Sex mit seinem aktuellen Partner gehabt, der HIV-positiv ist, dessen HIV-Viruslast jedoch durch die Antiretrovirale Therapie unter der Nachweisgrenze sei. Trotz des nicht vorhandenen Ansteckungsrisikos macht sich Lars unheimliche Vorwürfe, wie er sich in so eine Situation bringen konnte, und hat große Sorge, sich bei seinem Freund angesteckt zu haben. Er macht ein großes Bedürfnis deutlich, über seine Schuldgefühle zu sprechen. Seine starke Angst vor HIV scheint vor dem Hintergrund des geringen Restrisikos eher »irrational«, und ich frage mich, welche Rolle seine Schuldgefühle dabei spielen und inwiefern seine Homosexualität dabei relevant ist. Ich halte ihn für einen geeigneten Interviewpartner, gebe ihm jedoch noch Bedenkzeit, da er gerade in einer starken Angst steckt und das Testresultat noch nicht vorliegt. Er wollte das Interview gerne direkt nach dem Abholen des Ergebnisses führen, um unnötige Wege zu vermeiden, worauf ich im Falle eines HIV-negativen Ergebnisses einwillige.

Persönlicher Hintergrund

Lars ist 20 Jahre alt und beschreibt sein Leben im Interview als »gefestigt«. So besitze er eine eigene Wohnung und habe eine Ausbildung als Großhandelskaufmann abgeschlossen, eine befristete Stelle begonnen und einen Freundeskreis in Leipzig aufgebaut.

Seit einem halben Jahr ist er in einer festen Beziehung mit seinem HIV-positiven Freund. Dieser habe jedoch die HIV-Infektion zu Beginn der Beziehung vor ihm verheimlicht, bis Lars über einen Bekannten einen Hinweis bekommen habe. Seitdem ist die Beziehung von Misstrauen geprägt. Bisher hatte er, bis auf einen One-Night-Stand (L, 908), ausschließlich feste Partner. Er macht deutlich, dass er unverbindliche Sexualkontakte für sich eher ablehnt.

Lars kommt aus einer Kleinstadt in Ostdeutschland. Die Schilderungen in Bezug auf seine Heimatstadt und familiäre Vergangenheit sind vor allem aufgrund seiner einschneidenden Outingerfahrungen sehr negativ besetzt. Familiär sei er vor allem von seinem Vater aufgrund seiner Homosexualität abgelehnt worden, und auch das Umfeld in der Heimatstadt sei von Vorurteilen geprägt. Darüber hinaus erzählt Lars von seinen Mobbing-Erfahrungen in der Schulzeit und den daraus entstandenen psychischen Problemen, die soweit reichten, dass er seinen Lebensmut verloren habe.

»Na (..) und dann ist da ja auch noch so ein Punkt. Da war ja, wie gesagt, in der Schule das Thema mit dem Mobbing und so. Und da hatte ich auch oft Phasen, in denen ich mit meinen Eltern Stress hatte, in der Schule das Mobbing, und da war ich früher schon öfter an dem Punkt, wo ich gesagt habe, ich will nicht mehr. Das macht alles keinen Sinn mehr [...].«

In Leipzig habe er hingegen positive Erfahrungen in Bezug auf die Akzeptanz seiner Homosexualität gemacht und sich ein »intaktes« Leben aufgebaut. Darüber hinaus beschreibt er sich selbst als eher pessimistisch und vorsichtig, mit einem stärkeren Bedürfnis nach Sicherheit und Kontrolle.

Reflexion der Interviewsituation

Wir nehmen das Interview direkt am Tag seines negativen Testergebnisses auf. Lars wirkt zu Beginn des Interviews sehr unsicher,

und bei der Nachfrage, ob ihm Du oder Sie als Ansprache lieber wäre, ist er sich nicht schlüssig, sodass wir beim Sie bleiben. Das Interview findet in meinem Büro im Gesundheitsamt statt. Leider werden wir während des Interviews zweimal gestört, sodass es kleine Unterbrechungen im Interview gibt, was sich negativ auf den Erzählfluss auswirkt.

Das Interview dreht sich hauptsächlich um das Dilemma zwischen seinem Interesse nach größtmöglicher Sicherheit und dem Wunsch seines Freundes nach kondomlosem Sex. Sein Freund scheint kondomlosen Sex als »Liebes- und Vertrauensbeweis« zu verstehen, und aus diesem Grund habe sich Lars einmal darauf eingelassen, was bei ihm direkt danach starke Schuldgefühle und Ängste ausgelöst habe. Die Tatsache, dass er gerade erst seinen Lebensmut wiedergefunden habe, scheint seine Schuldgefühle und Ansteckungsangst zu vergrößern.

»Und da dachte ich auch, jetzt, wo ich meinen Lebenswillen wiederhabe, schlafe ich mit meinem Partner ohne Kondom, und da dachte ich auch gleich an HIV.«

Trotz des Bewusstseins über ein verschwindend geringes Restriktiko ist Lars davon überzeugt, dass es ihn mit Sicherheit trifft. Seine größte Sorge in Bezug auf eine HIV-Infektion ist es, erneut stigmatisiert zu werden und sein intaktes Leben zu verlieren, das er sich aufgebaut hat.

Lars' biografische Schilderungen in Bezug auf seine mit der Homosexualität verbundenen Stigmatisierungserfahrungen und die psychischen Folgen lösen bei mir ein trauriges und betroffenes Gefühl aus. Zudem werde ich ärgerlich darüber, was ihm widerfahren ist, auch wenn ich aufgrund meiner sexuellen Orientierung keine Stigmatisierung erfahren habe und mir nur annähernd vorstellen kann, wie belastend es sein muss, aufgrund seiner sexuellen Identität abgewertet zu werden. Während des Interviews spüre ich seine Last durch die Schuldgefühle nahezu auf meinen eigenen Schultern und eine Enge in der Brust, was

ich auf ein Mitfühlen seines Konfliktes und seiner biografischen Belastung zurückführe. Gleichzeitig bemerke ich während der sich wiederholenden Schilderungen seines Dilemmas und seiner Ängste eine Ungeduld. Dies lässt sich auf eine Gegenübertragung zurückführen, welche mir das Gefühl vermittelt, aus dem starken Sicherheitsbedürfnis sowie den (»irrationalen«) Ängsten »fliehen« zu wollen. Deutlich wird dies im Interview darin, dass ich an einer Stelle das Bedürfnis habe, das Interview zu beenden, obwohl noch längst nicht alle Fragen besprochen wurden. Ich habe das Gefühl, dass seine Vergangenheit und die »zweite Chance« durch den Neuanfang in einer anderen Stadt stark auf ihm lasten und ihm Druck machen, sein Leben zu nutzen. Vor diesem Hintergrund könnten sich sein ausgeprägtes Sicherheitsbedürfnis und die Schuldgefühle erklären, da er aus seiner Sicht sein Leben selbst riskiert hat.

Marvin – »Ich war nie ein Mensch, der gern Kante zeigt«

Erstkontakt

An einem Freitag, einem stundenfreien Tag, sucht Marvin die Beratungsstelle auf und fragt nach unserem Testangebot. Er äußert große Angst vor einer Ansteckung und will am liebsten sofort einen Test machen. Ich spreche kurz mit ihm, versuche ihn etwas zu beruhigen und ihn auf Montag zu vertrösten. Am Montag kommt er direkt am Morgen zu mir in die Beratung. Er schildert, dass er Sex mit Männern habe, und informiert sich zu sexuell übertragbaren Infektionen, deren Ansteckungswegen und dem jeweiligen Screeningangebot. Neben seinem Wunsch nach einem STI-Screen wird seine große Sorge vor HIV deutlich. Als wir auf sein HIV-Risiko zu sprechen kommen, stellt sich heraus, dass es eine Situation vor zwei Jahren gegeben habe, bei der er sich nachträglich nicht ganz sicher war, ob ein Kondom ge-

nutzt wurde. Diese sexuelle Situation löse jedoch erst jetzt, zwei Jahre später, bei ihm Unsicherheiten und Ängste aus. Ein HIV-Risiko ist dabei zwar nicht mit Sicherheit ausgeschlossen, dennoch scheint seine Sorge vor HIV eher »irrational«. Deutlich werden darüber hinaus starke Selbstvorwürfe, die auf Schuldgefühle hindeuten. Ich frage mich, was der Auslöser für seine Ängste ist und welche Rolle seine Schuldgefühle dabei spielen, und mache ihm den Vorschlag, an meiner Interviewstudie teilzunehmen, dem er eher vorsichtig und unverbindlich zustimmt; er möchte zunächst nichts versprechen. Vor dem Hintergrund seiner aktuellen Sorgen und Ängste und dem ausstehenden Testergebnis ist das jedoch vollkommen verständlich. Nachdem er eine Woche später sein negatives HIV-Testergebnis in Empfang nimmt, willigt er in das Interview mit der Begründung ein, dass er sehr dankbar für die wertfreie Beratung sei.

Persönlicher Hintergrund

Marvin ist 20 Jahre alt und studiert Literaturwissenschaft. Zurzeit treffe er sich mit zwei Männern, mit denen er aber keine feste Beziehung führe. Mit einem der Männer könne er sich aber eine feste Beziehung vorstellen, dieser lebe jedoch in einer anderen Stadt, was eine Beziehung schwierig machen würde. In der Vergangenheit habe er sich mit unterschiedlichen Männern getroffen. Deutlich wird jedoch an mehreren Stellen sein Wunsch nach einer festen Beziehung, die er in Kontrast stellt zu reinen Sexbeziehungen und unverbindlichen Sexualkontakten.

»Also ich find-, im Prinzip ist es ja irgendwie so: Sex ist immer schön (.) gut und schön, aber im Prinzip ist es nichts anderes als eine Triebbefriedigung, also sozusagen, es ist schön (.), aber es ist auch nicht mehr. Und (.) ich finde, was mir da mehr gibt, ist so dieses Kuscheln und so weiter, aber das ist jetzt ein anderes Thema.«

Er gibt im Interview Einblicke in die schwule »Szene« und erläutert, dass er auch ab und zu auf Partys mit Drogen experimentiert habe, gleichzeitig distanzieren er sich jedoch auch von der schwulen Subkultur. Auf die Nachfrage, wie er sich selbst sehe, beschreibt er sich als eher kontrolliert, vorsichtig und angepasst. Sein Bedürfnis nach Normativität wird auch in der Schilderung seines Outings und seiner Erfahrungen in Bezug auf seine Homosexualität deutlich. So sei seine Homosexualität zwar »nie irgendwie ein großes Ding« gewesen, jedoch betont er mehrfach sein Bedürfnis, aufgrund seiner Homosexualität nicht »stören« zu wollen, weshalb er sich eher angepasst und unauffällig verhalte. So beschreibt er sich als Mensch, der gemocht werden möchte und nicht gern »Kante zeigt« und daher auch keiner »extremen Szene« zugeordnet werden möchte. In Leipzig kann er jedoch eher er selbst sein und offener und freier mit seiner Homosexualität umgehen, was ihn auch reizt.

Reflexion der Interviewsituation

Das Zustandekommen des Interviews begründet Marvin mit der Dankbarkeit über die gute Beratung, was mich einerseits freut, andererseits möchte ich jedoch nicht, dass er sich »gezwungen« fühlt. Wir besprechen dies jedoch zu Beginn des Interviews. Marvin rutscht bereits in der Beratung ins Du, was für mich ein Zeichen von Vertrauen darstellt und für mich in Ordnung ist, da ich ihn als Gesprächspartner als sehr angenehm empfinde. So schlage ich ihm auch für das Interview das Du vor.

Im Interview nimmt er immer wieder Bezug zu meinen Erfahrungen als Frau und vergewissert sich, ob ich seine Schilderungen, insbesondere in Bezug auf die schwule Subkultur, nachvollziehen könne. Dies lässt sich vor dem Hintergrund unserer verschiedenen Lebenswelten erklären, die jedoch hin-

sichtlich der Erfahrungen in Bezug auf Stigmatisierung von Promiskuität bei Frauen und schwulen Männern Überschneidungen zeigen.

Das Interview kreist vor allem um seine Schuldgefühle bei unverbindlichen und unbekanntem Sexualkontakten sowie Sexualkontakten in der schwulen Szene, denen er generell ein hohes Risiko beimisst. So habe er in diesen Situationen die (irrationale) Überzeugung, sich immer anstecken zu können. Er schildert, dass diese Schuldgefühle ihn davon abhielten, sich auf diese Sexualkontakte einzulassen, was er jedoch als Einschränkung erlebe. Deutlich wird dahin gehend, dass HIV als Konsequenz für ihn vor allem mit Stigmatisierung und Schuld verbunden sei und ihn zum sozialen Außenseiter machen würde, was er zu verhindern versuche.

Im Interview gibt es kaum Reibungspunkte, was ich auf seine Angepasstheit zurückführe. So habe ich an einigen Stellen im Interview das Bedürfnis, ihn etwas zu provozieren. Ich frage ihn beispielsweise, ob er nicht zu den »Szene-Schlampen« gezählt werden möchte und vermute, dass die Angst vor HIV eine Stellvertreterfunktion für abgewehrte sexuelle Wünsche darstellt, die von ihm mit einer Stigmatisierung verbunden werden.

Sandro – »Das ist schon eine extreme Umbruchphase«

Erstkontakt

Sandro sucht an einem Dienstag die Beratungsstelle auf, um einen HIV-Test zu machen. Er ist braungebrannt und wirkt zunächst sehr locker. Auf die Frage nach seinem Testanlass wird er etwas verlegen und erzählt nach einigem »Rumdrucksen«, dass er am Wochenende von einer Reise außerhalb Europas wiedergekommen sei und ungeschützten Sex mit einer einheimischen

Frau hatte. Er habe sich zudem schon viel im Internet zu regionalen HIV-Statistiken etc. informiert und wünsche sich eine Einschätzung des Risikos. Er scheint sehr nervös zu sein und weniger Interesse am Reden zu haben. Er schildert jedoch, dass er bereits angerufen habe und über die diagnostische Lücke³² sowie die Möglichkeit (oder Notwendigkeit) eines Beratungsgesprächs aufgeklärt worden sei. Da ihm klar war, dass eine Abklärung des Risikos noch nicht möglich ist, bin ich verwundert, dass er dennoch gekommen ist. Ich frage ihn, was die Situation für ihn so besonders belastend mache. Er schildert, dass es sich dabei um eine sexuelle Episode mit einer Prostituierten gehandelt habe. Zudem begründet er seine schwierige Situation damit, dass er sich kurze Zeit vorher in eine andere Frau verliebt habe und hoffe, mit ihr zusammenzukommen. Im Gespräch wird ein starker Druck deutlich, den Test schnellstmöglich durchzuführen. Da der Sexualkontakt jedoch erst ein paar Tage her ist, muss ich ihn aufgrund der diagnostischen Lücke vertrösten.

Als ich ihn fünf Wochen später zum Test wiedersehe, wirkt der Testdruck nicht mehr so hoch. Ich frage, wie es ihm gehe, und er erzählt, dass er die letzten Wochen mit Liebeskummer verbracht habe, da sich die Frau von ihm distanziert habe. Dieses zweite Gespräch ist relativ kurz, und es geht hauptsächlich um den Test. Ich schlage ihm vor, an meiner Interviewstudie teilzunehmen. Er ist jedoch unsicher, da er nicht wisse, ob Schuldgefühle bei ihm eine Rolle spielen würden. Dennoch ist er interessiert und willigt ein, als er eine Woche später von mir sein negatives Testergebnis in Empfang nimmt. Ich selbst bin mir unsicher, ob er ein passender Teilnehmer für meine Forschung ist, da er selbst keine Schuldgefühle thematisiert oder reflektiert. Dennoch waren sie für mich in vielen Aussagen im

32 Als »diagnostische Lücke« wird die Zeit zwischen dem Risikokontakt und der Sichtbarkeit der HIV-Antikörper im HIV-Antikörpertest bezeichnet. Diese Zeit beträgt sechs Wochen.

ersten Gespräch mit ihm spürbar, und ich bin neugierig, was sich im Interview offenbart.

Persönlicher Hintergrund

Sandro ist 40 Jahre und von Beruf Ingenieur. Er beschreibt seine aktuelle Lebensphase als »Selbstfindungs- und Umbruchphase«, in der er vieles neu ausprobieren und bewerten und mit einer »emotionalen Achterbahnfahrt« verbunden sei. So habe er beispielsweise neben seinem Beruf noch ein Studium angefangen und sich vor Kurzem von seiner Frau scheiden lassen. Er erzählt, dass die Ehe schon lange »tot« gewesen sei und eine Affäre mit der besten Freundin seiner Frau letztlich zur Scheidung geführt habe. Zudem mache er gerade eine Psychotherapie, in der er die Vergangenheit aufarbeite.

»Naja also es ist schon (...) emotional und psychologisch schon eine extreme Umwälzung, sage ich mal. Also ich sage mal (...) durch die Ereignisse-, die Ereignisse an sich, egal ob man sie jetzt positiv bewertet oder nicht, also ich bewerte es jetzt im Nachhinein nicht negativ, aber ähm (...) also das setzt natürlich auch viele Gedanken in Gang. Also in erster Linie natürlich auch das mit meiner Frau damals. Also wie gesagt, die Beziehung war halt damals schon viele Jahre tot [...], im Endeffekt muss ich sagen, dass es gut war, dass es so passiert ist. [...] [A]ber ich meine, das ist schon eine extreme Umbruchphase. Was vielleicht auch noch viele, viele Monate braucht, um sich da so ein bisschen [...] selber einzupendeln und seine Mitte zu finden.«

Darüber hinaus beschreibt er seine ersten sexuellen Erfahrungen und bezeichnet sich als »Spätzünder« und »schüchtern«. Er bewertet sich im Vergleich zu seinen männlichen Freunden zudem als »verklemmt«. In Bezug auf seine Familie beschreibt er seine Mutter eher als konservativ und seinen russischen Vater als

sehr »locker«. Zu seinem Vater hatte er jedoch kaum Kontakt, da seine Mutter noch einmal geheiratet habe.

Reflexion der Interviewsituation

Für das Interview wünscht sich Sandro als Ansprache das Du, und ich spüre, dass ich lieber eine gewisse professionelle Distanz zu ihm wahren möchte, willige aber dennoch zugunsten eines Vertrauensverhältnisses ein. Bereits in der Beratung hatte ich das Gefühl, dass es mir etwas unangenehm war, mit ihm über Sexualität zu sprechen, was auch im Sinne einer Gegenübertragung auf eine Unsicherheit seinerseits zurückgeführt werden kann sowie auf den Faktor, dass ich ihm als Frau gegenüber saß.

Sandro hat eine lockere und humorvolle Art, hinter der er jedoch seine Unsicherheit zu verbergen scheint, was sich beispielsweise am Erröten bemerkbar macht. Er tritt dennoch eher selbstbewusst auf und scheint die Führung übernehmen zu wollen, als er das Interview ohne Frageimpuls meinerseits mit seiner Erzählung beginnt. Er berichtet, dass er vor dem Urlaub mit einer Frau (Heike) einen heimlichen und intensiven Flirt begonnen habe, obwohl sie mit einem Bekannten von ihm liiert sei. Er habe aber die Hoffnung gehabt, dass sie zusammenkommen würden, und bezeichnet sie als »Frau seiner Träume«. Er berichtet weiter von seiner Reise mit der Männergruppe, die schnell etwas »wilder« wurde. So besuchte die Gruppe Orte, die für Sextourismus bekannt sind, und es kam zur Begegnung mit Melinda, einer Prostituierten, mit der er letztlich einmal ungeschützten Sex hatte. Schuldgefühle thematisiert er von sich aus kaum. Erst am Ende des Interviews reflektiert er diese vor dem Hintergrund seines »Helfersyndroms« gegenüber Melinda und fragt sich, ob er ihre Armutssituation ausgenutzt haben könnte. Zudem spricht er über seine anfängliche Befürchtung, Heike »erklären« zu müssen, woher er die Infektion im Falle einer Ansteckung habe. Da sie sich jedoch mittlerweile von ihm distanziert habe, spiele diese Sorge keine Rolle mehr.

Während des Interviews stolpere ich immer wieder über Aussagen, die ich als Rechtfertigungen und Schuldabwehr deute. So betont er, dass er lediglich ein »wissenschaftliches Interesse« an Sextourismus und Prostitution gehabt hätte. Wenngleich die Beratung sowie die Interviewsituation von einer akzeptierenden und wertschätzenden Haltung meinerseits geprägt war, spürte ich in Bezug auf seine Rechtfertigungen Widerstände in mir aufsteigen. Meine Widerstände und mein Stolpern über seine Rechtfertigungen werden auch in der Art meiner Fragen und dem »Herumreiten« auf seiner Initiative und seinen Schuldgefühlen deutlich, als würde ich ein »Schuldeingeständnis« von ihm herausfordern. So muss berücksichtigt werden, dass ich ihm in der Interviewsituation als potenzielle (weibliche) Bewertungsinstanz gegenüber saß, die Schuldeingeständnisse, Rechtfertigungen und sozial erwünschte Antworten möglicherweise generierte.

8 Typenbildung

»Ich glaube, es ist einfach nur schwer, bei diesem Gespräch wie bei HIV und der Schuld eine klare Schuld zu finden [...], also ich glaube, es gibt da 1.001 Faktoren, die da auf einen zukommen [...], die sich auch verbinden. Und ich glaube, es ist einfach schwer, irgendwie die auch aufzudröseln [...] so, man hat einfach nur dieses Gefühl – Schuld [...], wenn man jemanden schlägt, weiß man, was man gemacht hat« (Hailey).

Während im vorangegangenen Abschnitt auf der personenbezogenen Ebene die einzelnen Interviewpartner_innen vorgestellt wurden und eine Reflexion der Interviewsituation vorgenommen wurde, erfolgt nun die Darstellung der Ergebnisse auf einer fallübergreifenden Ebene. Wie es Haileys Zitat verdeutlicht, stellen die Schuldgefühle bei den Klient_innen in der HIV-Testberatung eine komplexe »Gemengelage« dar und sind nicht leicht zu explizieren. In diesem Sinne ist es das Ziel der sinngenetischen Typenbildung, die einzelnen Anteile des Schuldgefühls der Interviewten herauszustellen. Hierzu werden die gemeinsamen Orientierungsmuster, welche die subjektive Wahrnehmung von Schuld mitbestimmen, herausgearbeitet. Dabei wird innerhalb der Typen auf die Rolle der HIV-Infektion, der Risikobewertung, des Risikomanagements sowie des HIV-Testprozederes eingegangen. Die Typen lassen sich klar voneinander abgrenzen, weisen jedoch auch an manchen Punkten Überschneidungen auf. Zudem lässt sich eine Person nicht ausschließlich einem Typus zuordnen. Vielmehr spielen mehrere Typen bzw. Orientierungsmuster eine Rolle beim Schuldgefühl der einzelnen Person, wobei einzelne Aspekte überwiegen können. Die Typenbildung ist zwar

losgelöst von den jeweiligen Einzelfällen und deren fallspezifischer Sinnstruktur, dennoch werden innerhalb der Typen auch die Besonderheiten des Einzelfalls als Ausdruck dieses Typus herausgestellt und in einen sozio- und psychogenetischen Hintergrund eingebettet.

Die Namen der Typen sind überspitzt formuliert, dennoch stellen sie eindrücklich die Besonderheit dieses Typus dar und sind insofern geeignet, die Aspekte des Schuldgefühls herauszustellen, die bei dem/der jeweiligen Klient_in eine Rolle spielen.

»Ich bin selbst schuld« – Die »Selbstverantwortlichen«

Bei diesem Typus steht die Orientierung an der »Selbstverantwortung« im Fokus. Wie es im Theorieteil dargelegt wurde, zeichnet sich eine selbstverantwortliche Person zum einen durch die Bereitschaft aus, präventiv für sich selbst und andere zu sorgen. Zum anderen ist sie auch bereit, für das eigene (Nicht-)Handeln die Verantwortung zu übernehmen und die daraus entstandenen Konsequenzen zu tragen. Risiken und Handlungsfolgen werden also der eigenen Entscheidung und Verantwortlichkeit zugerechnet. Ein Versagen der Verantwortung und die Zurechnung der negativen Handlungsfolgen kann als »Schuld« bezeichnet werden. Für die moralische Bewertung der Schuld ist unter anderem die Vermeidbarkeit, die Wahl- und Entscheidungsfreiheit, die Absicht oder der Wille einer Handlung sowie die Absehbarkeit der Folgen ausschlaggebend (vgl. Bayertz, 1995). Deutlich wurde zudem, dass insbesondere im aktuellen HIV- und Gesundheitsdiskurs immer mehr Verantwortung auf die Subjekte verlagert wird. So sollen diese selbst- oder eigenverantwortlich für die präventive Kontrolle der eigenen Gesundheit wie auch den Schutz ihrer Gegenüber sorgen und im Sinne eines Risikomanagements die Kosten und den Nutzen der (sexuellen) Handlung rational kalkulieren und im Abgleich mit möglichen Handlungs-

alternativen abwägen. Insofern wird präventives Verhalten auch als Norm für eine »verantwortungsvolle Sexualität« betrachtet (vgl. Schmidt, 2008, 2010; Lemke, 2007). So stellt auch der HIV-Test einen (normativen) Standard für eine verantwortungsvolle Sexualität dar und wird in diesem Typus als Akt der Selbst- und Fremdverantwortung betrachtet.

Orientierung an der Selbstverantwortung

Der Bezug zur Selbstverantwortung zeigt sich als wesentlicher Orientierungsgehalt in allen Interviews. So entstehen die Schuldgefühle mit der subjektiven Zuschreibung der Selbstverantwortung und der Erkenntnis, dieser nicht gerecht geworden zu sein. Deutlich wird dies in Selbstvorwürfen, in denen sich Selbstenttäuschung sowie eine starke psychische Belastung durch die Schuldgefühle zeigen.

»[A]lso ich wäre erst mal mega fertig gewesen. Und (..) also einerseits wäre ich auch mega wütend gewesen auf mich, weil ich sozusagen so dumm gewesen wäre, mich anzustecken oder so« (Marvin).

»Habe mir somit wirklich extreme Vorwürfe gemacht und konnte auch kaum schlafen und habe mich noch mal gefragt, warum ich das überhaupt gemacht habe, warum habe ich mich drauf eingelassen?« (Lars)

»So, also (...) man hätte es besser machen können. Also einfach nur solche Sachen und (...) nee, also es wäre, also ich habe wirklich die ganze Woche eigentlich die Schuld bei mir gesucht und habe mir gesagt: >Ja, das ist meine Schuld, dass ich das gemacht habe. Es ist meine Schuld!<« (Hailey)

»Du bist ja total bekloppt. Du hast es doch mitgehabt. Warum hast du nicht die Minute das Kondom rausgesucht?« (Sandro)

Trotz der Verantwortung, die auch die Sexualpartner_innen tragen (so bekräftigen es auch Haileys Freund_innen: »[E]s gehören halt auch zwei dazu!«), suchen die »Selbstverantwortlichen« die Schuld vor allem bei sich selbst. So argumentiert Hailey, dass sich der/die Schuldige nicht so einfach ausfindig machen ließe und man selbst »einfach die nächste Person ist, die man findet«. Zudem könne dem/der Überträger_in nur bedingt die Schuld zugewiesen werden, da man selbst einen eigenen Anteil an der Situation habe (»Und ich war dabei anscheinend 50 Prozent.«). Auch Lars beschreibt hinsichtlich der Frage, was seinen Schuldgefühlen zugrunde liege, dass er nicht »nachgedacht« und sich leichtsinnig auf eine »Gefahrensituation« eingelassen habe, die er hätte verhindern können. So betont er, dass die Schuld einer Ansteckung niemandem zugeschoben werden könne außer ihm selbst, da er »nein« hätte sagen können (»[I]ch hätte dann sagen müssen: >Nein, ich will nicht.<«). Auch Marvin sucht den »Fehler« ausschließlich bei sich vor dem Hintergrund, dass ihn »ja niemand dazu gezwungen« habe. Deutlich wird in diesen Aussagen ein Bezug auf die Handlungsfreiheit und »vernünftiger« Handlungsalternativen, gegen die man sich mehr oder weniger bewusst entschieden habe. So beinhalten die Schuldgefühle die eigene »falsche« Entscheidung und das Wissen um die Vermeidbarkeit. Dabei ist in diesem Typus das »bessere Wissen und Können« ein Narrativ, auf das sich häufig bezogen wird und welches die Schuld begründet (»[S]elbst dran schuld [...], weil du wusstest ja, was du dagegen machen kannst« [Marvin].).

Darüber hinaus wird bei den Interviewten die Relevanz des Themas der Selbstverantwortung auch dahin gehend deutlich, dass sie sich vorwerfen, von anderen Personen überredet worden zu sein oder jemand anderem zuliebe auf das Kondom verzichtet zu haben. In diesen Fällen wurde anderen Menschen »blind« vertraut (Lars) und die Verantwortung für die eigene Gesundheit auf jemand anderen übertragen. So betont Lars seine Selbstverantwortung (»[I]ch bin ja für mich selbst verantwortlich in

dem Moment« [L, 277].), während der Partner »eigentlich eine fremde Person« sei.

HIV als Konsequenz des eingegangenen Risikos

Eine potenzielle Ansteckung mit HIV stellt vor dem Hintergrund der Selbstverantwortung die »Konsequenz« für das eingegangene Risiko und damit die »Strafe« für das als verantwortungslos bewertete Verhalten dar.

Die Deutung von HIV als Strafe im Sinne der Konsequenz für das eigene Handeln findet sich beispielsweise bei Marvin, der sich von der religiösen Deutung der Strafe klar abgrenzt und sich rationalisierend auf seine Selbstverantwortung bezieht.

»Also ich, ähm, ich musste zuerst so ein bisschen an diese religiöse Komponente denken. [...] Aber da bin ich jetzt nicht so dabei, muss ich sagen. Da glaube ich einfach nicht dran. Ähm, aber dann habe ich so ein bisschen – dass man es auch anders interpretieren könnte. [...] [A]lso ich würde sogar teilweise sagen, man könnte es schon so ein bisschen als Strafe interpretieren. Also sozusagen, das ist dann einfach die Strafe für mein eigenes dummes Verhalten. Weil, sozusagen, ich hätte ja auch nicht mit dem Typen schlafen können. [...] Also von daher ist es definitiv, ähm (.) keine direkte Strafe, aber es ist meine Schuld [...]//Also das Ergebnis meiner Handlung//[...]«

Auch Sandro bezieht sich darauf, dass die HIV-Infektion mit einer generellen Schuld verbunden sei, während andere Erkrankungen (wie die meisten Krebsarten) eher als Schicksalsschlag bewertet würden und somit nicht auf das eigene Handeln zurückgeführt werden könnten. HIV hingegen habe man sich selber »eingefangen«, und deswegen sei man »selber schuld«.

Das selbstverantwortliche Einlassen auf eine Gefahr und damit das riskante Verhalten ist somit der zentrale Inhalt der Schuldgefühle. Das Narrativ des »Risikos« verweist im Gegen-

satz zur von außen kommenden und unkontrollierbaren »Gefahr« auf die Selbstverantwortung und weniger auf die Schuld von anderen.

Risikomanagement als rationale »Kosten-Nutzen-Rechnung«

Die »Selbstverantwortlichen« zeichnen sich zudem durch eine Orientierung an einer rationalen »Kosten-Nutzen-Rechnung« in Bezug auf das eingegangene Risiko aus. So werfen sie sich vor, dass sie in der sexuellen Situation nicht von einem rationalen Risikomanagement Gebrauch gemacht hätten, während nach dem Sex die Vernunft wieder eingesetzt habe.

»[A]lso vor dem Sex, da denkt man da gar nicht so drüber nach und so im Nachhinein irgendwie schon« (Marvin).

So betont Hailey, dass sie sich am meisten dafür schuldig fühle, nicht von ihrem »Kopf« (als Ausdruck der Vernunft) Gebrauch gemacht zu haben, und dass die »Vagina« (als Symbol für die sexuelle Lust) »gewonnen« habe, wobei sie einen »Kampf« zwischen der (irrationalen) sexuellen Lust und der Vernunft verdeutlicht.

»[D]ass ich es besser weiß und ich mich in den Momenten trotzdem dagegen entschieden habe. [...] [A]lso, dass es irgendwie so Vagina gegen Kopf war, und die Vagina hat gewonnen (lachend), so im Prinzip.«

Nachträglich steht der »Nutzen« kaum noch zur Disposition, und es werden vor allem die »Kosten« aufgewogen. So stellt Marvin den Nutzen des »kurzen, vergänglichen Spaßes« einer potenziellen HIV-Infektion gegenüber, die das gesamte Leben auf Dauer »versaut«.

»Und sozusagen für diese (..) diese 30 Minuten Spaß, die ich dann habe (..) sozusagen, mir das gesamte Leben zu versauen« (Marvin).

Auch Lars wägt die Kosten (sein »intaktes Leben«) und den Nutzen (die Beziehung zu seinem Freund) seines Handelns ebenso wie Marvin vor dem Hintergrund der »Dauer« der Konsequenz ab. Der »Nutzen« des Risikos (der »kurze Spaß« oder die Beziehung) ist jedoch im Gegensatz zur lebenslangen HIV-Infektion nicht auf Dauer garantiert (»Dann ist die Beziehung vorbei, und ich habe HIV und (..) das ist ja dann auch nicht heilbar.«).

So offenbart sich mit dem Bezug zur »Dauer« ein Narrativ, das sich in allen Interviews findet: die »lebenslange Geschlechtskrankheit« (»Das habe ich dann für immer, und das begleitet mich dann ein Leben lang« [Lars].). HIV als Handlungsfolge ist dabei von einer Spezifik gekennzeichnet, die es undenkbar macht, diese mit anderen sexuell übertragbaren Infektionen gleichzusetzen (Marvin). Vor diesem Hintergrund bezeichnet Marvin HIV als »die Königsklasse der Geschlechtskrankheiten«, »das Schlimmste vom Schlimmsten« sowie als »Damoklesschwert«. Darin wird deutlich, dass die HIV-Infektion letztlich nicht heilbar und mit einer potenziellen Aids-Erkrankung sowie der Idee der Verschlimmerung verknüpft ist und eine Person mit der eigenen Anfälligkeit und Vergänglichkeit konfrontiert (»[M]an ist nicht unantastbar, also man ist anfällig« [Hailey].). Die Gesundheit stellt dabei einen wesentlichen Bestandteil der Identität dar, den es zu erhalten gilt und welcher durch das eigene Verhalten riskiert wurde. So wirft sich Hailey mit Bezug auf die eigene Verantwortung für ihre Gesundheit vor, dass sie hätte besser auf sich aufpassen sollen (»[I]ch hätte drauf aufpassen müssen. Es ist mein Körper, es ist mein Heiligtum.«). In dieser Aussage offenbart sich ein Bild des »heiligen«, »gesunden« Körpers, welcher durch das Handeln riskiert wurde und nicht nur den eigenen Wert darstellt, sondern auch einen gesellschaftlichen Wert verdeutlicht. So geht es beim Risikoverhalten auch um einen

Verstoß gegen die Norm des präventiven, gesundheitsfördernden und selbstverantwortlichen Verhaltens. Dennoch zeigt sich angesichts der guten Behandelbarkeit, dass die »Kosten« des Risikos weniger auf die gesundheitlichen Folgen oder eine potenzielle Tödlichkeit bezogen sind als vielmehr auf die sozialen Folgen der Infektion.

»Und dann hatte ich mich schon damit abgefunden, dass dieses HIV, diese Krankheit selbst an sich (.) gar nicht die Furcht mehr war. Ich mein', wie gesagt, ich hatte ja schon erwähnt, ich kenne Leute, die positiv sind [...], die damit super umgehen können. Wo das Leben ganz normal weiterspielt [...], außer, dass man halt diese Medikamente nehmen muss. (..) Aber ich glaube, die meiste Angst war wirklich einfach die Reaktion aus dem sozialen Umfeld« (Hailey).

Dabei steht vor allem die Angst vor Stigmatisierung und sozialem Ausschluss im Vordergrund. Diese Angst bezieht sich auf alle sozialen Lebensbereiche wie Familie, Partner_innenschaft, Sexualleben, den Freundeskreis, das weitere soziale Umfeld sowie das berufliche Leben. So besteht beispielsweise die Sorge, aufgrund der Infektion gemieden zu werden oder keine_n Sexualpartner_innen mehr zu finden.

»Möchte mich dann überhaupt noch jemand haben?! So [...], weil man ist ja dann irgendwie kaputte Ware [...], ganz vulgär und salopp ausgedrückt« (Hailey).

»[I]st ja jetzt kein schönes, ähm, kein schönes (..) Feature von dir, wenn du jetzt HIV hast« (Marvin).

Eine HIV-Infektion bedeutet demnach, ein Merkmal zu tragen und vom Umfeld darauf reduziert zu werden. So beschreibt Marvin, dass eine potenzielle HIV-Infektion alle anderen Themenbereiche in seinem Leben »fortfegen« und sein Leben do-

minieren würde und auch Lars befürchtet, wie sein HIV-positiver Freund von seinem sozialen Umfeld »Aids« genannt zu werden. Deutlich wird die Angst vor Stigmatisierung an der von allen Interviewten geäußerten Schwierigkeit, eine potenzielle Infektion im sozialen Umfeld zu offenbaren, worin sich der Wunsch nach Geheimhaltung zeigt.

Dabei wird ersichtlich, dass die »Kosten« des Risikos nicht nur eine lebenslängliche Krankheit, sondern auch ein lebenslanges Stigma sowie eine lebenslängliche »Schuld« darstellen. HIV bedeutet in mehrfacher Hinsicht eine Bedrohung für das »intakte Leben« (Lars). Durch das Handeln wird die körperliche und personale Integrität und damit das Gefühl der Ganzheit im Sinne eines unversehrten Selbst- und Weltverhältnisses gefährdet, was für die Interviewten (zumindest nachträglich) den »Nutzen« (die kurze sexuelle Lust sowie eine zumeist zeitlich begrenzte Beziehung) nicht aufwiegt. Mit dem Vorwurf der Verantwortungslosigkeit geht in Anbetracht der prophezeiten Folgen ein existenzielles Schuldgefühl einher. Die Interviewten fühlen sich schuldig gegenüber ihrem eigenen Leben, da sie von der Verantwortung, die sie gegenüber sich selbst haben, nicht Gebrauch gemacht und durch ihr Handeln ihre Möglichkeiten in der Zukunft eingeschränkt haben.

Der HIV-Test als Akt der Selbst- und Fremdverantwortung

Vor dem Hintergrund der Verantwortungsübernahme sich selbst und anderen gegenüber wird der HIV-Test in diesem Typus als Instrument verstanden, dieser Verantwortung im Falle eines eingegangenen Risikos zumindest nachträglich gerecht zu werden. Wird dem nicht oder nicht rechtzeitig nachgekommen, wird dies als Versagen der Verantwortung gewertet und als schuldhaft erlebt. So finden sich bei Hailey und Marvin Vorwürfe dahin gehend, sich nicht rechtzeitig getestet und somit vor allem andere

gefährdet zu haben. Deutlich wird darüber hinaus eine Selbstenttäuschung in Bezug auf das als verantwortungslos bewertete Verhalten.

»Na//Ich glaub irgendwo auch, dass ich irgendwie Angst hätte, dass ich mich selber dann als bösen Menschen erachtet hätte, wenn ich jetzt hätte andere damit angesteckt [...], weil ich mich ja hätte einfach testen können. Also einfach dieses >ich hätte ja auch schlauer sein können. Ich hätte es besser machen können< [...], also ich glaube, dass ich selber an mir irgendwo diese (...) Haltung habe, dass ich besser sein könnte, als ich es gemacht habe [...], und dass es immer einen besseren Weg gibt und dass ich irgendwo zu feige war, ihn einzuschlagen (..) schon früher. Ich meine, ich hätte den Test ja schon vor Ewigkeiten machen können (.) und hab's nicht« (Hailey).

»[U]nd auch einfach (.) mehr so diese Vorwürfe auf andere bezogen. Also- [...] ähm, >Wieso hast du das noch nicht früher testen lassen? Wieso hast du darauf einfach nicht so geachtet? Wieso hast du einfach mit Leuten geschlafen, wenn du es gar nicht wusstest, ob du das hast oder nicht?« (Marvin).

Bei Hailey wird zudem deutlich, dass ihr Freund sie aufgrund der Anzahl ihrer Sexualpartner zu einem Test gedrängt hat, was sie zwar einerseits verurteilt, aber im Namen der Selbstverantwortung sowie der persönlichen Sicherheit auch wiederum gutheißt (»Aber jetzt, also ich bin auch jetzt froh, dass ich es gemacht habe [...], egal wie blöd der Anreiz war, der Anreiz musste kommen [...].«).

»Das war gar nicht meine Art« – Die »Depersonalisierten«

Zunächst sei noch einmal der Bezug zur personalen Integrität (vgl. Pollmann, 2005) hergestellt. Wesentliche Bestandteile der

Integrität sind die Selbsttreue und die Unbestechlichkeit. Dabei geht es um den Wunsch einer Person, sich selbst treu zu sein, das heißt, in Übereinstimmung mit dem zu leben, was ihr wichtig und wertvoll ist und demgegenüber sie sich selbst verpflichtet fühlt. Mit Integrität im Sinne der Selbsttreue wird demnach das Gefühl beschrieben, zu dem, was man tut und denkt zu stehen, das heißt, sich mit seinen Handlungen zu identifizieren. Insofern ist das Gefühl der Selbsttreue wesentlich für die Identität. Ein Betrug dieser Ideale würde einer »Verletzung der unhintergehbaren Grenzen der eigenen Persönlichkeit« (ebd., S. 85) gleichkommen, was das Selbst als solches in Gefahr bringen und eine entfremdende Grenzerfahrung im Sinne einer »Depersonalisation«³³ zur Folge haben kann. Darüber hinaus spielt die Integrität auch im Fremdbild eine Rolle. Das heißt, um von außen als integer wahrgenommen zu werden, muss das Selbstbild einer Person nicht nur in ihren Äußerungen, sondern auch in ihren Handlungen und in ihrem sonstigen Verhalten zum Ausdruck kommen und in ihrem Lebensvollzug erkennbar sein. Zudem weist man integren Personen einen »festen Willen« im Sinne einer Unbestechlichkeit zu, sie sind in ihren Überzeugungen und Grundfesten des Charakters also standhaft gegenüber Verführungs- und Manipulationsversuchen (vgl. ebd., S. 77ff.).

Bei diesem Typus steht also die Orientierung an der Selbsttreue im Zentrum. Er unterscheidet sich vom vorangegangenen dadurch, dass der entsprechende Sexualkontakt die Integrität gefährdet und aufgrund der persönlichen oder normativen Grenzüberschreitung zu einer Selbstentfremdung³⁴ (»Depersonalisi-

33 Pollmann (2005, S. 88f.) schlägt den Begriff der »Depersonalisation« für die Erfahrung der Untreue sich selbst gegenüber (im Sinne einer Entfremdungserfahrung) vor, welche von der klinischen Verwendung des Begriffs als psychischer Störung abzugrenzen ist.

34 An den Entfremdungsbegriff sind verschiedene komplexe philosophische und soziologische Diskurse geknüpft. Insbesondere im Marxismus und der kritischen Theorie ist »Entfremdung« ein zentraler Begriff, der hier jedoch nicht in diesem Sinne verwendet wird.

on«) führt und schuldhaft erlebt wird. Darüber hinaus stehen bei diesem Typus die Risikobewertung bzw. das Risikomanagement bei entfremdenden bzw. grenzüberschreitenden Sexualkontakten im Vordergrund sowie der HIV-Test als Ort der Selbststoffbearbeitung und Reflexion.

Orientierung an der Selbsttreue

Wie es bereits beim Typus der »Selbstverantwortlichen« deutlich geworden ist, findet sich in den Schilderungen immer wieder der Bezug auf die eigene »Dummheit« und »Naivität«, was nicht nur auf das Versagen der Verantwortung aufgrund des besseren Wissens und Könnens verweist, sondern ebenso auf eine Selbstenttäuschung. In diesen Aussagen offenbart sich das Gefühl bzw. der Vorwurf der persönlichen »Willensschwäche«. So werden bei diesem Typus Schuldgefühle vor dem Hintergrund deutlich, sich aus Gründen der persönlichen Schwäche auf etwas eingelassen zu haben, was eine persönliche Grenze überschreitet und dem eigenen Leben schadet. Dieses Handeln widerspricht dabei dem (heutigen) Selbst- bzw. Idealbild. So wirft sich Hailey persönliche Schwäche in Bezug auf den »Kampf« zwischen Lust bzw. Liebe (»Vagina«) und Vernunft (»Kopf«) vor. Und auch Marvin bereut, für »15 Minuten animalische Triebbefriedigung« sein Leben möglicherweise »versaut« zu haben. In beiden Schilderungen dokumentiert sich eine negative Bewertung von lustgesteuerter, unkontrollierter Sexualität, welche dem angestrebten vernünftigen Handeln (geschützter Sex) entgegensteht und neben dem Vorwurf der Verantwortungslosigkeit auch den Vorwurf eines schwachen Willens enthält. Die Bewertung des eigenen Verhaltens als willensschwach zeigt sich ebenso, wenn es sich um Grenzüberschreitung durch andere Personen handelt. So betont Hailey zwar einerseits, dass sie von den wesentlich älteren Männern »missbraucht« und »genötigt« worden sei, ohne Kondom mit ihnen zu schlafen. Andererseits wirft sie sich je-

doch vor, dass sie nicht selbstbewusst für die eigenen Interessen eingestanden und als »junges Mädchen« mit wesentlich älteren Männern »aus Liebe« geschlafen habe. Darüber hinaus betont sie, dass ihr damaliges Verhalten ihrem heutigen Selbstbild (als unabhängige, selbstbewusste Frau) widerspreche. Auch Marvin hat sich in einigen Situationen von den älteren Sexualpartnern »ausgenutzt« gefühlt und wirft sich vor, »dass ich einfach so dumm war, mich darauf einzulassen«. Und Lars schildert, dass er sich von seinem Freund zu kondomlosem Sex überreden lassen habe und er von sich selbst enttäuscht sei. Er wirft sich vor, in seinem eigenen Wunsch, »auf Nummer sicher zu gehen« und Kondome zu verwenden, aus Liebe zu seinem Freund »eingeknickt« zu sein und den Überredungsversuchen seines Freundes nicht konsequent genug entgegengestanden zu haben.

Über den Vorwurf des schwachen Willens und einer Selbstenttäuschung hinaus handelt es sich um Situationen, die der persönlichen Normalität widersprechen und insofern eine persönliche Grenze überschreiten und als »untypisch« bewertet werden. So argumentiert Marvin in Bezug auf seinen älteren Sexualpartner, dass er sich »normalerweise« Sexualpartner in seinem Alter suche. An anderer Stelle beschreibt er ein Date mit einem jüngeren Sexualpartner, dem er einen »Daddy-Komplex« als einen von ihm wahrgenommenen Phänomen der schwulen Subkultur bescheinigt, und macht deutlich, dass dies »eigentlich gar nicht die Art von Mensch ist, die ich date«. Auch bei Lars finden sich in Bezug auf einen früheren One-Night-Stand Schuldgefühle vor dem Hintergrund einer für ihn untypischen sexuellen Situation (»[U]nd das ist eigentlich auch nicht meine Art« [Lars].).

Die Grenzüberschreitung kann jedoch nicht nur eine persönliche Norm betreffen, sondern auch auf gesellschaftliche Normen und Tabus bezogen sein. So zeigen sich in den Interviews auch normative Grenzüberschreitungen, die zu einer Selbstentfremdung führen, beispielsweise in Bezug auf Promiskuität oder die Inanspruchnahme einer sexuellen Dienstleistung.

Risikobewertung/Risikomanagement bei entfremdenden Sexualkontakten

Die Schilderungen über schuldhaft erlebte, grenzüberschreitende Sexualkontakte stehen häufig in einem engen Zusammenhang mit Aussagen über das Zurechnen eines Risikos. Die Dichte der Zusammenhänge wird besonders in Marvins Schilderung deutlich:

»[J]a, keine Ahnung. Das zum Beispiel mit dem älteren Typen vor ein paar Jahren hätte jetzt nicht sein müssen, oder so. (..) Ich meine, der war halt schon viel älter, und der hätte auch wirklich was haben können. Und irgendwie so ein paar Situationen, wo ich mir so denke, »Ja, hast du dich vielleicht auch so ein bisschen (.) nicht ausnutzen lassen, aber (.) keine Ahnung« [...], vor allem sind ja auch viel, viel ältere Leute immer unterwegs. [...] [I]ch versuche dann immer, Leute in meinem Alter zu suchen, und wenn man sich darauf dann immer mal so einlässt, ich finde, dann fühlt man sich auch recht schnell ausgenutzt. [...] Obwohl es auch Spaß gemacht hat. Oder auch dieses Mind-Setting steht da auch so ein bisschen dahinter. Und, ähm, einfach so diese Gefahr, sozusagen, nur noch das so, das schwebt da, das kommt dann noch ein bisschen mit dazu sozusagen. Diese Gefahr ist dann immer so ein bisschen im Hintergrund, und ähm, du weißt halt irgendwie nie, wo der Typ oder die Person halt vorher war.«

In dieser Schilderung wird eine untypische und schuldhaft erlebte Situation, die zudem mit einem Gefühl des Sich-ausnutzen-Lassens einhergeht, in Verbindung gebracht mit einem hohen Ansteckungsrisiko aufgrund einer Distinktion von Angehörigen anderer Altersgruppen. Hinzu kommt, dass er sich eingesteht, dass es ihm auch Spaß gemacht habe, was dem Gefühl des Ausgenutztwerdens auf den ersten Blick widerspricht. Anzunehmen ist, dass der Genuss einer grenzüberschreitenden und potenziell gefährdenden sexuellen Situation zu einer Erhöhung des Schuld-

gefühls und der Ansteckungsangst führt, worauf später noch näher eingegangen wird.

Auch bei Lars wird dieser Zusammenhang in ähnlicher Weise deutlich. So handelte es sich bei seinem One-Night-Stand um einen fremden jungen Mann, mit dem er Petting hatte. Dies stellt für ihn eine untypische Situation dar, die er zugleich mit einem hohen Risiko verbindet.

»Ähm und das war wirklich der erste und letzte One-Night-Stand, den ich hatte. Das wollte ich dann auch gar nicht mehr, und das ist eigentlich auch nicht meine Art. Ich habe lieber eine feste Beziehung. Da hatte ich dann auch schon solche Panik, weil ich mich auf jemanden eingelassen habe und gar nicht wusste, ob der vielleicht was hat.«

Sexualkontakte in Settings, die nicht nur als untypisch, sondern auch als entfremdend und verunsichernd wahrgenommen werden und zusätzlich auch einen Tabubruch darstellen (wie beispielsweise in der schwulen Subkultur, im Bordell, bei One-Night-Stands oder mit fremden Personen), werden in den Interviews als riskanter und unsicher bewertet. So wird bei Marvin an mehreren Stellen im Interview deutlich, dass er losen Sexualkontakten, sexuellen Begegnungen in der schwulen Szene sowie Promiskuität ein höheres Risiko beimisst als Sexualkontakten mit Personen, die er »kennt« und »mag«, wie folgendes Zitat illustriert:

»[A]lso ich bin jetzt nicht der Mensch, der im Club die Leute abschleppt oder so, aber ähm sozusagen, wenn du jemanden hast, der in dieser Szene unterwegs ist und so weiter (..) dann ist ja auch d- die Wahrscheinlichkeit höher sozusagen [...], dass er eine Krankheit hat oder so. Das ist ja einfach so. Da gibt's ja auch dieses aus den 90ern und so weiter, dieses Bugchasing-Phänomen, [...] sozusagen, dass sich Leute absichtlich mit HIV anstecken [...] und irgendwie zum Beispiel (.) wann war denn das? (..) Ja, genau im März oder

so, da war ich im Berghain in Berlin, da waren solche Pissoirs, und da war so ein Typ in der Mitte und der hat die Männer gefragt, ob sie ihm einen blasen können. (.) Einfach sozusagen vor den Pissoirs gekniet. [...] [U]nd wenn du solche Personen siehst, dann denkst du sofort (..) >da holst du dir auch was<. Und irgendwie, wenn ich dann aber eine Person persönlich kenne, sie gern mag, dann ist das einfach eine ganz andere Situation« (Marvin).

Die schwule Szene wird hier also mit »leichtsinnigem« Risikoverhalten assoziiert (»Blasen« auf der Clubtoilette) sowie mit »vorsätzlichem« Risikoverhalten (»Bugchasing«). Zudem ordnet er der Szene »objektifizierende« und »entwürdigende« Sexpraktiken zu, was bei ihm ein befremdendes, »seltsames« Gefühl hinterlässt. Auch für Lars sind unverbindliche Sexualkontakte mit Unsicherheit (auch hinsichtlich sexuell übertragbarer Infektionen) verbunden, während eine feste Beziehung mit Vertrauen, Verlässlichkeit und Sicherheit verbunden wird (»[W]eil ich einen Partner brauche, auf den ich mich verlassen kann und wo auch ein Vertrauen da ist [...].«).

Auch in weiteren Schilderungen der Interviewten wird deutlich, dass in sexuellen Situationen, die mit Vertrauen sowie Liebe/Verliebtheit verbunden sind, eher auf das Kondom verzichtet und das Risiko dort tendenziell als geringer eingestuft wird. So ist für Sandro und Marvin ausschlaggebend, wie gut sie die Person kennen, wobei der HIV-Status weniger eine Rolle spielt als die Tatsache der nicht-promiskuitiven Lebensweise.

»[U]nd sozusagen ähm, klar hatte ich schon mal Sperma im Mund, aber das waren dann halt auch Typen, die ich sehr gut kannte. [...] Und das sind dann einfach so keine Menschen, die dann so ein promiskuitives Leben führen« (Marvin).

Das Motiv des Sich-Kennens und Vertrauens lässt sich unter anderem durch ein Gefühl der Kontrollier- und Handhabbarkeit im Sinne einer Komplexitätsreduktion erklären, was Sicherheit

vermittelt, obwohl ein Risiko möglicherweise ebenso vorhanden ist wie in anderen Situationen. Zudem bewegen sich diese Sexualkontakte auch innerhalb normativer Grenzen. In der Fachliteratur wird in Bezug auf diese Dynamik vom »Risikofaktor Liebe« gesprochen (Dannecker, 1994). So schildert Sandro, dass er sehr wahrscheinlich auch mit Heike ungeschützt geschlafen hätte, und führt argumentativ die Verliebtheit an.

Zum anderen wird deutlich, dass besonders in diesen Zusammenhängen die Grenzüberschreitung in Bezug auf das sexuelle Erleben auch gewünscht sein kann und dass das Kondom dabei als »störende Zwischenwand« empfunden wird. Marvin bezieht sich dabei nicht auf die körperliche Empfindung, sondern auf eine symbolische Verknüpfung von ungeschütztem Sex, Risiko und Intimität. So setzt er Safer Sex mit »Triebbefriedigung« gleich, welche er eher abwertet.

»[U]nd bei Safer Sex, da kommt das Wort Triebbefriedigung ganz gut hin, muss ich sagen. Es ist einfach so, man macht einfach so die Tätigkeit und so weiter, aber man hat immer noch so eine Wand zwischen dem anderen [...].«

Darüber hinaus spielen auch Rausch und Risiko eine Rolle im sexuellen Erleben. Bereits im Theorieteil wurde deutlich, dass Sexualität immer in einem gewissen Sinne als rauschhaft und »entgrenzend« erlebt wird und dass den sexuellen Wünschen auch eine Sehnsucht nach rauschhaften Erlebnissen zugrunde liegt. Zudem wird Risikoverhalten eine stärkere Lustkomponente zugerechnet. Marvin beschreibt dies folgendermaßen:

»Also es gibt nicht nur eine körperliche Komponente, sondern auch eine geistige Komponente, und dadurch ist es ja auch, dass wenn du jetzt irgendwie gewisse Sachen machst, die vielleicht auch ein bisschen risikoreicher sind, die aber dadurch intensiver passieren. Da ist einfach ein ganz anderes Mind-Set, wenn du ein Kondom verwendest, oder wenn du keins verwendest.«

Bei entfremdenden und grenzüberschreitenden Sexualkontakten muss es sich demnach nicht nur um eine negative Erfahrung handeln, es kann dabei auch um das Ausleben von sexuellen Wünschen und das Erfahren von Grenzüberschreitungen gehen, die jedoch zumeist im Nachhinein als schuldhaft erlebt werden. So schildert Aarburg (1996) das Phänomen der »Angstlust«, dem ersehnten »Ausbruch« aus Sicherheit und Kontrolle, welcher aber gleichzeitig auch aufgrund des drohenden Verlustes einer schützenden (sozialen) Ordnung Angst und Schuldgefühle machen könne. Deutlich wird diese Dynamik des »Ausbruchs« insbesondere bei Sandro und Marvin. So gesteht sich Sandro ein, dass er die sexuelle Situation mit einer Prostituierten möglicherweise auch »provoziert« habe und schildert seinen Wunsch nach einem »Ausbruch« aus den Grenzen des bürgerlichen (Ehe-)Lebens (»Jetzt war man viele Jahre immer so der solide Ehemann [...]«) sowie aus den »starrten Regeln« der »moralischen Normen«. Zudem beschreibt er vor dem Hintergrund seiner aktuellen »Umbruchphase« eine tendenzielle Neugier nach neuen Erfahrungen. So wolle er »alles mal ausprobieren« und sich »ausleben«. Für ihn selbst sei die Situation zudem »nichts Normales«. Er ist sich nicht sicher, wie er die Situation moralisch bewerten soll, tendiert jedoch eher zu einer negativen Bewertung (»[E]s wäre jetzt schon so ein bisschen negativ besetzt, sage ich mal.«). Vor dem Hintergrund seiner Selbstbeschreibung als »schüchtern«, »Spätzünder« und »verklemmt« lässt sich Sandro zudem als sexuell eher »unerfahren« einordnen. Insofern stellt diese sexuelle Erfahrung eine persönliche und normative Grenzüberschreitung im Sinne eines Bruchs mit einem gesellschaftlichen Tabu, bisherigen persönlichen Erfahrungen und Moralvorstellungen dar. Deutlich wird, dass diese Situation stärker angst- und schuld- auslösend ist als seine bisherigen Sexualkontakte. Das Feld der Prostitution scheint sich aufgrund seiner erotisierten, subkulturellen Bedeutung zum einen für das Bedürfnis, die geheimen sexuellen Wünsche auszuleben, zum anderen jedoch auch für Schuldgefühle aufgrund der Grenzüberschreitung anzubieten.

Ähnlich formuliert auch Marvin den Wunsch nach einem »Ausbruch« aus seiner (kontrollierten und eher vorsichtigen) Persönlichkeit sowie aus gesellschaftlich vorgegebenen Rollen. Dieser Ausbruch gelinge ihm vor allem durch rauschhafte Erlebnisse wie Sex und Drogenkonsum. Insofern sind grenzüberschreitende und entfremdende Erfahrungen von ihm zwar einerseits erwünscht – so ist es ihm auch ein Bedürfnis, seine triebhafte »animalische« Seite auszuleben –, werden aber andererseits als schuldhaft erlebt.

»[A]lso ich wäre gern anders, aber ich bin mehr kontrolliert, denke ich. Also das ist auch so ein bisschen so ein interessantes Ding. Ich bin sehr, sehr vorsichtig und versuche immer, alles unter Kontrolle zu haben und achte immer darauf, mit allen gut klarzukommen. Da habe ich so ein paar Bereiche in meinem Leben, wo ich sozusagen ausbreche, und das ist sehr konträr zu meinem eigentlichen Verhalten irgendwie. Da ist so einerseits dieses Sex haben oder so ein paar Drogen ausprobieren [...], so diese beiden Komponenten irgendwie. Und das sind so die einzigen Komponenten, wo ich versuche- also wo diese beiden Sachen die Übermittler sind, um sich fallenzulassen. Da kannst du so ein bisschen aus deiner eigenen Persönlichkeit ausbrechen und so ein bisschen diese Sorgen und Gedanken vergessen und einfach so ein bisschen (..) so die animalische Seite (..) so dieses persönliche Ich einfach vergessen. So blöd es auch klingt [...], sich einfach fallenlassen. Und deswegen- also das sind so diese Punkte irgendwie und ähm (.) das wird sozusagen als Mittel genommen, um aus dieser Vernunft auszubrechen [...]. Also es kann schön sein und so weiter, aber letztendlich ist das schlechte Gewissen wieder da, was es dann auch wieder so ein bisschen versaut« (Marvin).

In dieser Schilderung offenbart sich ein Widerspruch, welcher auf einen Konflikt zwischen widerstreitenden Wünschen zurückgeführt werden kann. So bewertet er die schwule Sexualität zum einen generell positiv, da im Kontrast zur heterosexuellen Lebenswelt Sexualität »freier« gelebt werden könne. Demnach würde er gerne mehr ausprobieren und betont, dass er keine

Schwierigkeiten damit hätte, auch negative, grenzüberschreitende Erfahrungen zu machen. Dies widerspricht jedoch anderen Aussagen im Interview. So wurde bisher sein Wunsch nach einer festen Beziehung deutlich; unverbindliche Sexualkontakte werden negativ als »animalische Triebbefriedigung« bewertet. Seine Schuldgefühle beschreibt er dabei jedoch lediglich vor dem Hintergrund des höheren Infektionsrisikos bei unverbindlichen Sexualkontakten (»Aber ich hätte dann nur das schlechte Gewissen wegen der Krankheiten [...]. Also wenn das nicht wäre, dann wäre es mir auch ziemlich wurst.«). Das schlechte Gewissen warnt ihn also bei unverbindlichen Sexualkontakten davor, ein Risiko einzugehen. Dies hat einen »Lustverlust« zur Folge, welcher ihn am freien Ausleben seiner Sexualität hindert. Hier verdeutlicht sich sein Risikomanagement im Sinne einer Vermeidung erwünschter Sexualkontakte, die mit Rausch, Kontrollverlust und Grenzüberschreitung verbunden werden. Dabei haben die Schuldgefühle die Funktion einer »Kontrollinstanz«. In Marvins Schilderungen spielt es dabei jedoch keine Rolle, ob die Sexualkontakte geschützt oder ungeschützt sind, und es geht lediglich um die Art des Sexualkontaktes. Diesbezüglich beschreibt er eine »Irrationalität« und Belastung durch seine »diffusen Ängste«, die lediglich bei unverbindlichen Sexualkontakten als Ausdruck von Ausbruchsbestrebungen auftreten.

Hierzu erläutert Nagel, dass Schuldgefühle und Bestrafungsängste besonders bei der Gruppe der »Überkontrollierten« auftreten, da diese destruktive und libidinöse Impulse abwehren und durch ein selbstkontrollierendes Verhalten beschränken würden. Schuldgefühle erfüllen dabei die intrapsychische Funktion, uns vor unseren Impulsen und unserer eigenen Risikofreudigkeit zu schützen. In diesem Sinne kann angenommen werden, dass die Angst vor HIV und die Schuldgefühle bei grenzüberschreitenden und nicht normativen Sexualkontakten eine »Stellvertreterfunktion« für abgewehrte sexuelle Wünsche und Impulse darstellen können, die umso größer werden, je höher das Risiko tatsächlich ist.

Die HIV-Beratung als Ort der Selbstoffenbarung und Reflexion

Das dem Test vorgelagerte Beratungsgespräch spielt beim Typus der »Depersonalisierten« eine besondere Rolle in Bezug auf den gefühlten Integritätsverlust aufgrund einer Selbstenttäuschung und -entfremdung. So dokumentiert sich in allen Schilderungen zunächst Scham und eine Hemmung, über die dem Testanlass zugrunde liegende (sexuelle) Situation zu sprechen und sich gegenüber dem/der Berater_in zu »offenbaren«. Scham ist für Goffman (2003, S. 16) Ausdruck dafür, dass das Ich-Ideal einer Person hinter das Ich zurückfällt, und ein Zeichen für einen Gesichts- und Imageverlust, den es zu vermeiden gilt. Vor diesem Hintergrund stellt das Sprechen über die eigene Sexualität und die damit verbundenen Ängste, Schuldgefühle und Schwächen zum einen etwas sehr Intimes dar, zum anderen werden dadurch auch die Widersprüche zwischen dem eigenen Handeln und dem Selbstbild vor einer anderen Person offenbart. Insofern kann die HIV-Testberatung als Ort der »Selbstoffenbarung« verstanden werden, da sie immer eine soziale Situation darstellt, bei der es ein – zumindest in den Befürchtungen – beurteilendes Gegenüber gibt.

»[A]ber ich finde, hier wird man einfach mit der gesamten Breite der menschlichen Existenz so ein bisschen- also mit dieser- das ist hier ja was ganz Intimes, und hier muss ja jeder faktisch und gefühlt die Hosen runterlassen (lachend)« (Marvin).

In Marvins Aussage dokumentiert sich ein Gefühl der »Entblößung« (»Die Hosen runterlassen«), was er nicht nur auf das Offenbaren der intimen »Schwächen« sowie einer potenziellen Schuld bezieht, sondern ebenso auf den Analabstrich, der zwar eine medizinische Notwendigkeit darstellt, aber dennoch mit Scham verbunden ist. So beschreibt Marvin das Gefühl, »schmutzig« zu sein, was auf eine »sündhafte« Sexualität sowie

die »Beschmutzung« durch eine sexuell übertragbare Krankheit bezogen sein kann. Auf die Nachfrage, ob er das Gefühl hatte, »zu Kreuze zu kriechen«, bestätigt er diesen Symbolgehalt. In diesem Sinne wird das Testprozedere von ihm als »strafend« empfunden.

Auch Sandro hat die Beratung als »unangenehme Pflicht« erlebt und beschreibt in diesem Zusammenhang »Hemmungen« (»Naja gut, ich hatte schon ein paar Hemmungen, aber im Endeffekt war ja klar, dass ich keine Wahl habe, das zu umgehen.«). So hat er zunächst versucht, »still und heimlich« und anonym im Internet zu recherchieren, worin sich ebenso eine Scham verdeutlicht, sich in der Beratung zu offenbaren.

Auch Lars erwartet hinsichtlich seiner »Offenbarung« des kondomlosen Sexes mit seinem HIV-positiven Partner eine elterliche Reaktion im Sinne einer Schuldzuweisung oder Mahnung durch den »erhobenen Zeigefinger«, worin sich eine (Straf-)Erwartung an das Gesundheitsamt als elterliche Vernunftinstanz bzw. pädagogisierende Institution und damit ein Machtverhältnis dokumentiert.

»Weil ich habe ja die Frau Doktor auch gefragt, wenn er jetzt HIV-positiv ist und seine Medikamente nimmt und alles, könnte ich dann ohne Kondom mit ihm schlafen, worauf sie meinte, dass das möglich sei. Das war auch erst mal ein Schock für mich, weil (.) so habe ich mich ja nie wirklich mit HIV befasst [...] und dachte, dass ich schon im Gesundheitsamt bin, die ja für die Gesundheit sind und gegen HIV, sage ich mal [...], und dann von einer Ärztin zu hören: »Wenn er seine Medikamente nimmt, dann schlafen Sie doch mit ihm« (..) [...] vielleicht auch von meinem Vater geprägt, hätte ich eher die Antwort erwartet: »Nein, machen Sie das bloß nicht. Nehmen Sie ein Kondom und passen Sie auf.««

Darüber hinaus ist der Weg zum HIV-Test angesichts des ausstehenden Testergebnisses sehr angstbesetzt. Hailey bezeichnet ihn als »Henkersweg«, Lars als »Horror«. Für Eirnbeter et al.

(1993, S. 38) stellt der HIV-Test ein Wahrheitsdispositiv dar, welcher die »Wahrheit« über den Serostatus und damit über eine »andere Identität« offenbart. Bis zum Zeitpunkt des Testergebnisses, welches erst in der Testberatung nach etwa einer Woche Wartezeit verkündet wird, wisse man demnach nicht, wer man selber sei. Dies kann zur Angst führen, den Test überhaupt durchzuführen oder das Ergebnis abzuholen. Andererseits könne man sich dieser Identität nur sicher sein, wenn man den Test riskiert. Der HIV-Test bedeutet so, der »anderen Identität« (welche mit einer potenziellen »Schuld« und Angst verbunden ist) »ins Auge zu blicken« (Hailey). Im Weg zum HIV-Test zeigt sich ein »Bekenntnis« zum eigenen (schuldhaften) Handeln und den potenziell entstandenen Konsequenzen, wie es Haileys Zitat verdeutlicht:

»[U]nd ich habe die Nacht vorher auch kaum geschlafen und habe mich hin- und hergewälzt, und es war halt einfach so >Naja, jetzt wirst du es rausfinden, jetzt musst du!< [...], also, naja und war auch wieder die Schuld, wie immer, mit dabei. Und einfach die Gedanken (..) ähm, es wurde auf einmal real und greifbar. Vorher war es immer so diese abstrakte Angst, und dann war sie auf einmal einfach da.«

Das Sprechen darüber und die Erfahrung des Angenommenwerdens (mit allen »Fehlern« und Widersprüchen) kann jedoch auch eine heilsame Wirkung auf das zerrüttete Selbstbild haben. So gibt Hailey preis, dass durch das Gespräch eine Last von ihr gefallen sei, da sie Akzeptanz erfahren habe und für ihr Verhalten nicht verurteilt worden sei. Das Beratungsgespräch hat also auch eine entlastende und beruhigende Wirkung. Zum einen bildet die wertneutrale und akzeptierende Haltung des/der Berater_in ein Gegengewicht zur Selbstentwertung, da die befürchtete Fremdbewertung ausbleibt. Zum anderen stellt auch eine externe Risikobewertung auf einer faktenbasierten Grundlage (ohne falsche Versprechungen zu machen) ein Gegengewicht in Bezug auf die Ängste der Klient_innen dar.

»Ähm (.) na es war für mich auf jeden Fall unangenehm. Ich muss auch sagen, ich fand es ganz cool, wie du so da- das fand ich eigentlich ganz cool, dass so jemand wie du dann einfach da ist und mit den Leuten dann einfach auch redet und sagt: ›Hey, da musst du dir jetzt nicht so viele Sorgen machen.< Das, finde ich, ist auch ein wichtiger Satz [...], den man so sagt. Man soll die Leute natürlich nicht anlügen, aber wenn es einfach so ist, dann machen die Leute einfach Panik und so weiter [...], ich ja auch. Und einfach so ein bisschen die Leute beruhigen. Ich finde das wichtig, dass man das auch irgendwie macht« (Marvin).

Darüber hinaus wird der Beratung eine reflexive Funktion beigegeben. Insbesondere Hailey beschreibt nach der Beratung ein »In-sich-Gehen« und die positive Chance, über ihre Vergangenheit zu reflektieren. Auch bei Marvin wird deutlich, dass das Sprechen in der Interviewsituation (welche mit einer Beratungssituation verglichen werden kann) eine Selbstreflexion anregt.

»[A]lso wenn man so drüber nachdenkt und redet, kommt man auch selber immer so-, also man reflektiert sich dann auch schnell.«

Dies bezieht er auf die Chance, neben den Ängsten auch seine Schuldgefühle und Strafgedanken in der Beratung zu besprechen, und formuliert als Voraussetzung, dass diese ernst genommen werden und dass man in der Beratung »aufgefangen« wird.

»Also ich finde es auch wichtig, zu zeigen, dass man jemanden auffängt und halt so ein bisschen dieses (..) dieses Strafding auch rausbekommt [...], dass man den Leuten nicht das Gefühl gibt, dass sie einer von vielen sind, sondern dass man sich um sie kümmert irgendwo auch. [...] [D]as ist auch ein krass ernstes Thema.«

Diese Ausführungen verdeutlichen, dass die HIV-Beratung einen Ort der Selbstoffenbarung und Reflexion darstellt, an dem »Geständnisse« (Foucault) generiert werden, ähnlich der christlichen

Beichtpraxis. So geht es dabei zum einen um ein »Bekenntnis« des (schuldhaften) Handelns sowie um das Annehmen der Konsequenzen. Dies geht mit Ängsten und Schamgefühlen einher, da es zum einen in der Fantasie ein beurteilendes Gegenüber gibt, welches über das Handeln »richtet«. Zum anderen wird in der HIV-Beratung die Wahrheit über den Serostatus offenbart, welche, im Falle eines positiven Testergebnisses, mit einer »anderen Identität« einhergeht. Das Gefühl, sich vor einer fremden Person mit der eigenen Fehlerhaftigkeit als auch mit der eigenen Sexualität sowie Körperlichkeit (beispielsweise im Falle des Analabstrichs) zu entblößen, kann nicht nur schamhaft und angstbesetzt, sondern sogar als strafend erlebt werden. Letztlich hat das Sprechen darüber und das Reflektieren, das »Schuldbekenntnis« und die erfahrene Akzeptanz jedoch eine erleichternde und entlastende Wirkung und führt aufgrund der Reflexion zu einer inneren Veränderung und einer Erweiterung des Selbstkonzeptes.

»Ich bin ein böser Mensch« – Die »unmoralischen Täter_innen«

Bei diesem Typus steht die Orientierung an der moralischen Verantwortung gegenüber anderen Menschen im Vordergrund. In diesem Sinne sei hier auf die moralische Integrität (nach Pollmann, 2005, S. 95ff.) verwiesen, welche aus der subjektiven Sicht das Gefühl der Rechtschaffenheit darstellt, während es aus der Außensicht darum geht, ob sich jemand im moralischen Sinne etwas zu Schulden hat kommen lassen. Ist dies nicht der Fall, wird der Person eine »weiße Weste« oder »Unbescholtenheit« attestiert. Die Bereitwilligkeit, sich an der Moral bzw. an den jeweils vorherrschenden Moralvorstellungen der eigenen Gemeinschaft zu orientieren, dient so auch dem Ziel, den Status einer moralisch integren Person zu erlangen.

Insofern finden sich bei diesem Typus auch Parallelen zum Typus der »Depersonalisierten«, da mit unmoralischem Ver-

halten auch eine Selbstenttäuschung und ein Fremdheitsgefühl einhergehen kann. Da bei diesem Typus vor allem die Verantwortung anderen Menschen gegenüber im Fokus steht, gibt es auch Schnittmengen mit den »Selbstverantwortlichen«, die auch eine interpersonelle Verantwortung übernehmen. Bei diesem Typus geht es jedoch um die empfundene moralische Schuld, eine (potenzielle) »Täter_innen«-Identität und die Bedeutung der HIV-Infektion als »Indiz« dafür.

Orientierung an moralischen Prinzipien

Die »unmoralischen Täter_innen« zeichnen sich dadurch aus, dass sie sich schuldig gegenüber anderen Menschen fühlen und gegen moralische Prinzipien verstoßen hätten. Zudem sehen sie sich als »Täter_in« in ihrer moralischen Integrität gefährdet. So fühlt sich Hailey dahin gehend schuldig, ihre Sexualpartner womöglich verletzt zu haben, da sie ungeschützt ohne vorherigen Test mit ihnen geschlafen hat.

»Ja, da habe ich vielleicht auch die Schuld gesucht, dass ich vielleicht auch anderen Leuten vorgegaukelt habe, ich wäre eine sichere Person. (.) Also halt auch sowas. [...] Na, vielleicht wirkt man irgendwie so, weil natürlich, ich nicht diese Risikogruppe bin.

Ich bin so das nette Mädchen, Studentin (.) da fühlt man sich vielleicht auch einfach sicherer mit dieser Person [...], irgendwie (.) ungeschützten Verkehr zu haben, als jetzt mit jemanden, der sagt, er hat irgendwie 'ne 12-jährige Cristal-Meth-Abhängigkeit gehabt.«

Hier bezieht sie sich auf ein gesellschaftliches Orientierungsschema, das Menschen, die offensichtlich zu »Risikogruppen« gehören, als »unsichere« Personen – also als »Gefahr« – und andere Menschen als »sicher« klassifiziert. Da sie um diese Zuordnung weiß, fühlt sie sich schuldig: Sie hat sich nicht als »Gefahr« ge-

genüber ihren Sexualpartnern »geoutet« und wirft sich nicht nur fahrlässiges, sondern sogar bewusstes Handeln vor. Hierin dokumentiert sich ihr Selbstbild als »Täterin«. Bei dieser Selbstzuschreibung spielt die Eigenverantwortung anderer keine Rolle. Zudem gehen mit der Selbstzuschreibung als Täterin eine Selbstenttäuschung und eine Erschütterung der Identität einher. Sie bezieht sich dabei auf ihren eigenen »moralischen Kompass«, wobei alles erlaubt ist, was andere Menschen nicht verletzt. So würde Hailey sich selbst als »bösen Menschen« verurteilen, wenn sie andere Menschen durch eine HIV-Infektion verletzt hätte. Auch Marvin wirft sich vor, mit anderen Menschen ohne vorherigen Test geschlafen und diese möglicherweise gefährdet zu haben. Dabei bezieht er sich argumentativ auf die Folgen der HIV-Infektion, die nicht nur körperlich, sondern auch psychisch belasten.

»Ähm, und einfach so 'nen bisschen, sozusagen, das Leben anderer Leute zu zerstören. Das ist ja auch irgendwie (.) also für viele Leute ist es ja nicht nur was Körperliches, sondern auch was Psychisches, was die dann belastet. [...] Sozusagen, dass ich dann irgendwie dafür verantwortlich bin, dass jemand (.) so psychisch einfach kaputt ist oder sich kaputt macht oder ich ihn kaputtgemacht habe. Das wäre für mich was ganz Schlimmes irgendwie.«

Deutlich wird hier, dass für Marvin die schlimmste »Strafe« wäre, mit der Schuld und den Schuldgefühlen gegenüber anderen leben zu müssen.

»[U]nd ähm (..) ja, ich wüsste dann nicht, wie ich damit irgendwie leben sollte. [...] [A]lso mit diesem Schuldgefühl halt auch irgendwie [...]. Das ist so die schlimmste Komponente mit [...].«

Schuldgefühle gegenüber anderen finden sich auch bei Sandro. Seine Schuldgefühle stehen jedoch auf den ersten Blick nicht mit HIV in Verbindung. Sie sollen hier zunächst in ihrer Aus-

prägung beschrieben und darauffolgend in den Zusammenhang mit HIV gestellt werden. So betont auch Sandro, dass er aus seiner Sicht niemanden durch ungeschützten Sex in Gefahr gebracht und somit in diesem Sinne keine Schuld auf sich geladen habe. Seine Schuldgefühle beziehen sich vielmehr auf die sexuelle Situation an sich. So fragt er sich, ob es moralisch vertretbar sei, dass er die Armut von Melinda »ausgenutzt« habe, beantwortet diese Frage jedoch letztlich nicht. Seine »moralischen Gefühle« sind dabei nicht generell auf Prostitution bezogen, sondern eher auf den Faktor des Ausnutzens einer Armutssituation:

»Es ist natürlich unterschwellig immer dieses Ding da. Ich meine [Land] ist halt irgendwo trotzdem ein Dritte-Welt-Land [...] und ähm (...) ja, ich sage mal (...) auch diese Frage, ist das nun eigentlich moralisch gerechtfertigt, dass man ja sozusagen irgendwo die Armut ja dann auch ausnutzt sozusagen [...]. Ja also (...) es ist ja- (.) ich denke, es ist halt was anderes, wenn man hier zu einer Prostituierten geht, vorausgesetzt, sie wurde jetzt nicht dazu gezwungen, ist es schon was anderes.«

Darüber hinaus weist Sandro den »alten Säcken«, die für 20 Euro mit jungen Frauen schlafen, eine Täterposition zu und grenzt sich an mehreren Stellen im Interview von ihnen ab. Zum anderen muss er sich jedoch »eingestehen«, dass er selbst nicht viel mehr gegeben habe und damit möglicherweise nicht viel besser sei als die übrigen Sextouristen.

»Naja, ich fand es schon ziemlich extrem, also sagen wir mal (...), dass da jetzt auch so junge und attraktive Mädels mit den alten Säcken für 20 Euro sozusagen die komplette Nacht verbringen, fand ich dann schon relativ extrem, sage ich mal. [...] [I]ch muss aber auch selbst eingestehen, dass ich nur 25 Euro dann gegeben habe. Ja also, keine Ahnung (...) [...]. Ja gut, was ist da die-. Also es ist schon ein komisches Gefühl in dem Moment.«

Darüber hinaus wird bei Sandro ein schlechtes Gewissen gegenüber Heike deutlich, da er mit Melinda geschlafen hat, obwohl er bereits mit Heike emotional involviert war. Auch er bezieht sich dabei argumentativ auf seinen moralischen Maßstab, den er in diesem Fall gegenüber einer anderen Person nicht eingehalten hat (»Man sollte da natürlich auch nicht mit zwei Maßstäben da irgendwo rangehen.«). Wäre er jedoch Single gewesen, hätte er die Situation eher abgetan (»was soll's«) und als Urlaubsabenteuer gesehen.

»[W]enn das mit [Heike] vorher nicht gewesen wäre und man wäre wirklich als Single dorthin gefahren- so ist es natürlich noch mal eine ganz andere Geschichte. Also so sagt man dann: >Ok, was soll's«. Ich meine, man lebt nur einmal, und es ist halt auch Urlaub und (...) es ist ein anderer Kontinent, und ob das nun passiert oder nicht, was soll's. Dann hätte man das schon etwas lockerer gesehen, denke ich mal, also jetzt in dem Moment, wo man jetzt eben sagt: >Ok, was passiert hier jetzt?«<

HIV als »Indiz« für die moralische Schuld

Über die Schuldgefühle gegenüber anderen hinaus zeigt sich, dass die moralische Schuld durch eine HIV-Infektion für das Umfeld sichtbar werden kann und man somit auch Gefahr läuft, von außen als »Täter_in« beurteilt zu werden. Insofern stellt die »Strafe« durch eine HIV-Infektion bei diesem Typus die negative moralische Bewertung des Handelns durch andere dar. Die HIV-Infektion ist so ein »Indiz« für »moralische Schuld«. So beschreibt Stefan Nagel im Experteninterview, dass HIV das »Kainsmal nicht auf der Stirn, aber im Blut« sei. Deutlich wird dies vor allem bei Sandro. In seinem beiläufigen Kommentar, dass er hoffe, es werden keine »Beweisvideos« auftauchen, manifestiert sich eine potenzielle Schuld sowie die Frage des Beweises für seine »Tat«. In diesem Sinne existiert zwar kein Video, das die

Tat belegt, dennoch schwebt die Sorge im Raum, man könnte von seiner sexuellen Episode mit Melinda erfahren, für die HIV ein »Indiz« wäre. So äußert er die Sorge, dass er im Falle eines positiven Testergebnisses seiner Tochter und Exfrau sowie Heike erklären müsse, woher er die Infektion habe, worin eine gefühlte Notwendigkeit zum Ausdruck kommt, den Ursprung der HIV-Infektion offenzulegen.

»Ok, jetzt so rein hypothetisch (.) [Heike] als Frau meiner Träume. Ich komme jetzt doch mit ihr zusammen, und dann habe ich am Ende mir tatsächlich irgendwas weggeholt. Aids, Syphilis oder was auch immer. Und dann darf ich ihr noch erklären, wie ich dazu gekommen bin zum Beispiel.«

Die antizipierten Folgen benennt er an dieser Stelle zwar nicht konkret. Es ist jedoch anzunehmen, dass sein Handeln von Heike als »Betrug« oder »Unaufrichtigkeit« gedeutet werden würde, was zu Ablehnung führen könnte. Darüber hinaus stellt er sein Handeln moralisch infrage (»Es ist ja an sich naja gut, jetzt könnte man natürlich sagen, was ist da jetzt so schlimm dran? Ist es schlimm? Ist es moralisch verwerflich?«).

So wird im aktuellen Prostitutionsdiskurs deutlich, dass Freiern insbesondere in feministischen Diskursen eine »Täter-Position« zugeschrieben wird (vgl. Gerheim, 2014, S. 93ff.). Auch vor dem Hintergrund der möglichen Bewertung als »unmoralischer Freier« ist seine Sorge dahin gehend einzuordnen, dass seine sexuelle Episode außerhalb seines männlichen Freundeskreises »auffliegen« und verurteilt werden könnte. So befürchtet Sandro, andere Personen könnten über die Herkunft seiner Infektion mutmaßen und »tratschen«. Er schildert, dass er die moralischen Folgen einer HIV-Infektion vor dem Hintergrund seiner spezifischen Situation für sich persönlich schlimmer bewerten würde als die gesundheitlichen Folgen.

Auch bei Marvin wird deutlich, dass es nicht nur um eine Selbstzuschreibung als »Täter« geht, sondern auch um die »Au-

ßenwirkung gegenüber anderen«, worin sich in Anbetracht einer etwaigen Schuld durch die Ansteckung einer anderen Person unter anderem die Angst vor der Fremdzuschreibung als »Täter« dokumentiert. Ähnlich lässt sich diese Sorge vor der Fremdzuschreibung als »Täter« bei Lars finden, welche jedoch weniger auf tatsächlichen Schuldgefühlen seinem Freund gegenüber beruhen. Seine Sorge, von anderen als »Täter« wahrgenommen zu werden, beschreibt er vor dem Hintergrund des Stigmas »HIV als Schwulenkrankheit«. So könnte sein Umfeld fälschlicherweise davon ausgehen, dass sein Freund, der vorher mit einer Frau zusammen war, sich bei ihm angesteckt habe. Insofern stellt HIV ein (falsches) »Indiz« für die potenzielle »Tat« dar, jemanden infiziert zu haben.

»Da denke ich mir auch, wenn jetzt jemand Fremdes ihn kennenlernt, kommt jetzt auch noch das Bild hinzu, dass wir ein schwules Paar sind, und wenn die dann hören, dass er HIV hat, dann denken die vielleicht noch, dass er es von mir hat« (Lars).

»Wer so lebt, hat es verdient« – Die »schuldigen Stigmatisierten«

Wie bereits im Theorieteil dargelegt wurde, haben Schuldgefühle nicht nur eine innerpsychische, sondern auch eine soziale Funktion. Durch Schuldgefühle wird auf einer emotionalen Ebene unsere Normkonformität überprüft (vgl. Hüls-hoff, 2012). So beschreibt Nagel im Experteninterview, dass Menschen im Zusammenhang mit Sexualität fast immer die Erfahrung einer Normdifferenz machen würden, da sich die tatsächliche Sexualität oft nicht nach den Normen richte, die bestimmen, wann Sexualität »richtig« oder »falsch« ist. Überdies zeigte sich, dass »Schuld« gesellschaftlich konstruiert ist und eine ordnungsstabilisierende Funktion erfüllt. So werden durch gesellschaftliche Prozesse Normabweichungen

erst produziert, definiert und zugeschrieben, mit dem Ziel, Normen aufrechtzuerhalten (vgl. Luhmann, 1973). Stigmatisierung und Schuldzuschreibung stellen dabei wesentliche soziale Kontrollinstrumente dar (vgl. Goffman, 2003). In Bezug auf HIV/Aids zeigte sich, dass die Infektion von Anfang an mit einer normabweichenden und stigmatisierten Sexualität in Verbindung gebracht wurde, wobei insbesondere im HIV-Diskurs der Anfangsjahre Homosexuelle und Prostituierte aufgrund promiskuitiver und »abweichender« Sexualität als Schuldige identifiziert und stigmatisiert wurden (vgl. Wißner, 2003).

Vor diesem Hintergrund geht es beim Typus der »schuldigen Stigmatisierten« um die Orientierung an gesellschaftlichen Normen und Sittlichkeitsvorstellungen sowie antizipierten Schuldzuschreibungen in Bezug auf normabweichendes sexuelles Verhalten durch signifikante oder generalisierte Andere.

Es zeigen sich auch Überschneidungen mit anderen Typen. So werden die Schuldgefühle beim Typus der »Depersonalisierten« vor dem Hintergrund der persönlichen und normativen Grenzüberschreitung eingeordnet. Hierbei stand jedoch das resultierende Gefühl der Selbstentfremdung im Vordergrund. Auch beim Typus der »unmoralischen Täter_innen« sowie der »Selbstverantwortlichen« können die Schuldgefühle als Verstoß gegen moralische Normen oder gegen die Norm der »Selbstverantwortung« betrachtet werden. Beim Typus der »schuldigen Stigmatisierten« wird das Schuldgefühl hingegen als Ausdruck von antizipierten (und internalisierten) Schuldzuweisungen aufgrund eines sexuellen Normverstoßes gewertet. HIV stellt vor diesem Hintergrund die Bestätigung des Stigmas dar. Zudem wird deutlich, dass normabweichende Sexualkontakte als risikoreicher bewertet werden und dass Angehörige von »Risikogruppen« ein »omnipräSENTes« Risiko verspüren. Zudem wird der HIV-Test bei diesem Typus als »Indiz« für die Normabweichung verstanden.

Orientierung an Schuldzuschreibungen in Bezug auf stigmatisiertes Sexualverhalten

Es zeigte sich, dass sich die Orientierung an antizipierten Schuldzuweisungen in Bezug auf eine HIV-Infektion vor dem Hintergrund eines sexuellen Normverstößes ausschließlich bei denjenigen findet, die sich bereits aufgrund ihrer gelebten Sexualität, ihrer sexuellen Orientierung oder Geschlechtszugehörigkeit stigmatisiert fühlen (oder Gefahr laufen, stigmatisiert zu werden). So wurde schon in den Fallvignetten deutlich, dass Lars und Marvin Stigmatisierungserfahrungen aufgrund ihrer Homosexualität gemacht haben und auch Hailey sich aufgrund ihrer Promiskuität als »Schlampe« stigmatisiert fühlt. Auch Sandros Sexualkontakt mit einer Prostituierten stellt einen »Tabubruch« dar, und es zeigen sich bei ihm Schuldgefühle aufgrund der normativen und persönlichen Grenzüberschreitung sowie die Sorge, dass sein »moralisch fragwürdiges« Verhalten außerhalb seiner männlichen Peergroup bekannt werden könnte. Er äußert jedoch keine Angst vor der Stigmatisierung als »Freier« im Sinne eines »anhaltenden« Merkmals und diesbezüglichen Schuldzuschreibungen. Dies lässt sich darauf zurückführen, dass er aufgrund seiner gesellschaftlichen Position als heterosexueller Cis-Mann³⁵ allgemein weniger Schuldzuschreibungen aufgrund seiner gelebten Sexualität befürchten muss. In diesem Zusammenhang spricht Gerheim (2014, S. 23ff.) von Freiern als »unsichtbaren Subjekten«, die bisher kaum in den Fokus wissenschaftlichen und öffentlichen Interesses gerückt seien, während eine massive wissenschaftliche, politische, soziale und administrative Diskursvie-

35 »Cis-« stammt aus dem Lateinischen und bedeutet »diesseitig«, die Vorsilbe »trans-« dagegen »jenseitig« oder »darüber hinaus«. So es die Bezeichnung Transgender gebe, müsse es auch Cisgender geben, folgerte der Sexualwissenschaftler Volkmar Sigusch, der diesen Begriff einführte. Cisgender bezeichnet demnach Personen, deren Geschlechtsidentität mit ihrem körperlichen Geschlecht übereinstimmt (vgl. Sigusch, 2005, S. 210).

rung der Prostitution, insbesondere der Prostituierten, erfolge. Gerheim ordnet dies im Kontext der Entstehung der bürgerlich-patriarchalen Geschlechterordnung inklusive ihrer binären Geschlechtermatrix ein, die (heterosexuelle) Männer mit einem unanfechtbaren Privileg ausstattet, während Menschen, die nicht der Heteronorm entsprechen, insbesondere promiskuitive Frauen und Homosexuelle, als das »Besondere«, »Abweichende« klassifiziert werden. Deutlich wird die Unsichtbarkeit von Freiern auch im HIV-Diskurs. Insbesondere in den Anfangsjahren wurde lediglich den Prostituierten (»Mörderbienen«, *Der Spiegel*, 48/1986) die Schuld an der Ausbreitung der HIV-Infektion gegeben. Freier hingegen fanden keine Erwähnung oder wurden als »Opfer« (»Die Welt der braven Bürger«, *Der Spiegel*, 45/1984) eingeordnet.

Im Folgenden wird deutlich, inwiefern sich vor dem Hintergrund der Orientierung an antizipierten Schuldzuweisungen aufgrund eines sexuellen Normverstößes HIV die Bedeutung einer Bestätigung der Stigmatisierung erhält.

HIV als »Ausweis« des Stigmas und der Schuld

Bei diesem Typus wird HIV als »Ausweis« der Stigmatisierung in Bezug auf das »abweichende« Sexualverhalten verstanden. Sich mit HIV infiziert zu haben, würde so für signifikante und generalisierte Andere mit der Annahme einhergehen, dass es sich um eine »abweichende« Sexualität gehandelt haben muss, über die man sich infiziert hat, was mit einer Schuldzuweisung einhergeht. So bezieht sich Hailey in ihrer Aussage »Oh nein, eine Geschlechtskrankheit. Du bist so ein schlimmer Mensch!« auf die Stigmatisierung von sexuell übertragbaren Infektionen, welche den Träger_innen dieser Infektionen nicht nur schlimmes Verhalten zuschreibt, sondern eine generelle »Schuld« (im Sinne von »Verdorbenheit«), welche der/die Infizierte als Merkmal trägt. Darüber hinaus bezieht sie sich auf ein gesellschaftliches

Orientierungsschema, das (weibliche) Promiskuität in einen kausalen Zusammenhang mit einer HIV-Infektion bringt (»[W]eil auch dieses gesellschaftliche Ding da ist, wer viele Männer hat, der hat auch Aids.«). So wird HIV zum einen als logische Konsequenz und zum anderen als »Ausweis« von nicht normativem, »schuldhaftem« Verhalten begriffen, was hierbei vor allem auf weibliche Promiskuität bezogen ist. Diese generalisierenden Aussagen implizieren eine Schuldzuweisung, welche von Hailey antizipiert und internalisiert wird und sich in dem Gedanken festigt, HIV als »Strafe« »verdient« zu haben.

»[S]o von wegen, ich habe es verdient [...]. So, für all das, was ich gemacht habe. Ich habe verdient, HIV zu haben [...] und das wäre dann so die Strafe irgendwo für mein (..) naja (..) Lotterleben (lachend) [...]. Halt einfach das wilde Leben. Wie man es auch immer betiteln will. Das (..) nicht klassische Leben [...]. 70 Prozent der Bevölkerung sieht das eh anders [...], die sieht das noch, äh, traditioneller, noch konservativer. Wie auch immer man das nennen will. Und die würden, glaube ich, auf jeden Fall damit übereinstimmen, dass ich HIV verdient hätte [...]. So von wegen, »wer so lebt, naja«, erstaunlich, dass ich es nicht habe, fast.«

Auch Marvin bezieht sich auf eine Stigmatisierung von nicht normativer Sexualität. So führt er an, dass »deine sexuellen Vorlieben dich gesellschaftlich immer so ein bisschen stigmatisieren«. Zwar betont er, dass Homosexualität mittlerweile generell sozial akzeptierter ist, dennoch grenzt er diese gesellschaftliche Akzeptanz wiederum durch die ihm widerfahrenen Zuschreibungen in Bezug auf Homosexualität ein. So werde Homosexualität von der heterosexuellen Gemeinschaft häufig zuerst in Verbindung mit sexuell aktivem, promiskuitivem Verhalten und sexuell übertragbaren Krankheiten gebracht und auf diese reduziert.

»HIV, da denkt man gleich, das ist doch diese Krankheit, die eher schwule Leute haben [...]. Es ist ja auch zum Beispiel so, also man

wird dann immer gleich so als Ansprechpartner für eine ganze [...] sexuelle Orientierung irgendwie so genommen und wird dann so 10.000 Dinge gefragt, [...] also Freunde von mir, wenn sie ein bisschen betrunkenere waren auf Party, haben mich gefragt, ob ich schon mal einen HIV-Test gemacht habe. Und solche Dinge einfach (.). Und auch zum Beispiel, wenn es um analsex geht, werde auch immer ich gleich gefragt. Also (.) das ist halt immer so ein Ding einfach, irgendwie. Und irgendwie ist dann dieser Schritt dann sozusagen nicht weit« (Marvin).

Darüber hinaus beschreibt Marvin auch Stigmatisierungsprozesse (»Slut Shaming« sowie »Bottom Shaming«³⁶) innerhalb der schwulen Subkultur. Vor diesem Hintergrund erzählt er, dass er die Zahl seiner Sexualpartner nach unten korrigiert, um »braver« zu wirken, worin sich sein Wunsch nach Normativität äußert. So will er nicht als »extrem« wahrgenommen werden oder einer von außen als »extrem« wahrgenommenen Szene zugeordnet werden. Zudem berichtet er, dass Menschen aus der schwulen Subkultur mit sexuell übertragbaren Infektionen und einer kollektiven »Unsauberkeit« verbunden würden (»Oh, der hat sich sicher irgendwo Tripper oder so geholt.«). Vor dem Hintergrund der Stigmatisierung von HIV als »Schwulenkrankheit« würde er durch eine potenzielle HIV-Infektion dieser Subkultur zugeordnet werden, sodass er seinem eigenen »Klischee« entsprechen, auf dieses Merkmal reduziert und in der Folge zum sozialen Außenseiter degradiert werden würde.

36 Slut Shaming greift vor allem Frauen für ihr (sexuell aktives) Verhalten oder auch ihre Kleidungsweise an und redet ihnen hierfür Scham- und Schuldgefühle ein. Bottom Shaming fußt auf heterosexistischen Stereotypen, die Männer als überlegen und Frauen als schwach einstufen. Bei Schwulen seien dementsprechend aktive Sexualpartner (»tops«) »richtige« Männer. Die Passiven (»bottoms«) gelten nach diesem Konzept hingegen als unmännlich, da sie beim Sex die »Frauenrolle« übernehmen. Dem aktiven Part wird damit in der heterosexistischen Logik eine höhere Wertigkeit zugesprochen als dem passiven (vgl. Mannschaft Magazin, 2017).

»[D]as eine Merkmal reduziert dich [...], die Leute denken nur daran, wenn sie dich sehen. Und dann bist du sofort wieder (.) kein Teil der Gruppe mehr.«

Die Angst vor Stigmatisierung in Bezug auf die Verbindung zwischen einer HIV-Infektion und der sexuellen Orientierung findet sich ebenso bei Lars. Auch er bezieht sich im Interview häufig auf die Zuschreibung von HIV als »Schwulenkrankheit« und beschreibt, dass im Gegensatz zu heterosexuellen HIV-positiven Menschen homosexuelle HIV-positive Männer das »Klischee« erfüllen würden.

Bei diesem Typus wird deutlich, dass sich die Interviewten auf ein Orientierungsschema beziehen, in dem Promiskuität und Homosexualität mit HIV assoziiert werden. Insbesondere bei Marvin und Hailey ist dies der Fall. So reflektieren sie, dass heterosexuellen Männern hinsichtlich des Auslebens von Promiskuität ein Privileg zufalle. Dies bestätigt auch Nagel im Experteninterview. So hätten schwule Männer zwar insgesamt eine größere Akzeptanz erfahren, aber eine promiskuitive Lebensweise, welche der »schwulen Subkultur« zugeordnet werde, werde nach wie vor stigmatisiert. Der Normverstoß sei daher nicht die Homosexualität, aber die Lebensform, die dem heterosexuellen Ideal nicht entspreche.

Risikobewertung bei normabweichenden Sexualkontakten

In den Interviews zeigt sich, dass normabweichende und stigmatisierte Sexualkontakte (dazu gehört auch Sex innerhalb und mit »Risikogruppen«) als riskanter eingeordnet werden bzw. mit einer stärkeren Angst vor Ansteckung verbunden sind. Diese Bewertung bezieht sich jedoch nur teilweise auf epidemiologische Wahrscheinlichkeiten oder auf ein tatsächliches Risikoverhalten.

So führt Hailey auf die Frage nach ihrem Testanlass zunächst ihre Promiskuität als Grund an.

»Ja, also ich glaube, bei mir war vor allem das durch die Promiskuität [...], dass es halt diese vielen Geschlechtspartner waren. [...] [D]u bist ja nicht besser als eine Prostituierte. Die haben ja eh alle Aids. Also so halt, solche Sachen [...]. Wo man sich dann auch denkt, so >Ja, so funktioniert das halt auch irgendwie auch nicht<. [...] Und, ich glaube, das ist auch einfach dieses Stigma. Hätte ich jetzt nur sechs Geschlechtspartner gehabt, hätte nie jemand gesagt, du hast Krankheiten. [...] So, obwohl, wenn ich 100 Geschlechtspartner hab' und davon sind sechs ungeschützt, bin ich genau gleich mit den anderen sechs ungeschützten Mädchen sozusagen. [...] Aber bei ihr wird das halt niemand denken.«

Deutlich wird, dass sie vor allem das Stigma von Promiskuität zu einem Test bewogen hat. Sie stellt dabei eine Parallele zum »Huren-Stigma« her, welches ebenso mit der höheren Gefahr von STI belegt ist. Sie reflektiert zwar, dass nicht die Anzahl der Sexualpartner ausschlaggebend ist, sondern lediglich die Anzahl der ungeschützten Kontakte; dennoch richtet sich ihre Sorge vor allem auf die Bestätigung dieses Stigmas.

Auch Sandro begründet seine Risikobewertung vor dem Hintergrund der Prostitution, während er »normalen« Frauen kein Risiko zurechnen würde. Er bezieht sich damit auf ein Orientierungsmuster, welches Prostituierte zum einen aus dem Rahmen der Normalität ausschließt und zudem mit einem generell höheren Risiko in Verbindung bringt, wobei er reflektiert, dass diese Unterscheidung hinsichtlich einer Risikobewertung nicht unbedingt realistisch ist, da jeder ungeschützte Kontakt, egal mit wem, ein Risiko und einen Testanlass darstellen würde.

»Ja zum Teil ist es natürlich auch nicht ganz rationell begründet, weil man kann ja natürlich immer sagen- na gut, ich meine Prostituierte hin oder her, aber, ähm, wenn man davon ausgeht, dass

sie normalerweise ein Kondom nimmt, dann ist ja die Wahrscheinlichkeit im Vergleich nicht so hoch. Klar sagt man sich, dass bei normalen Frauen- aber zum Teil kennt man die ja auch nicht so gut. Da sagt man ja dann auch, dass man im Prinzip auch ungeschützten Sex hatte, und da hat man sich ja dann auch nicht so wirklich Gedanken drüber gemacht. [...] Das ist halt (.) wirklich dieser Spezialfall, warum auch immer, Prostitution. Obwohl das eigentlich ja nicht unbedingt was ausmachen muss« (Sandro).

Darüber hinaus sind auch bei Marvin normabweichende und stigmatisierte Sexualkontakte nicht nur mit einem höheren Risiko belegt, es würde für ihn auch einen Unterschied machen, in welchen Situationen er sich ansteckt. So würde er es schlimmer bewerten, sich bei stigmatisierten Sexualkontakten zu infizieren, welche er auf Szenekontakte (z. B. »auf der Clubtoilette«) oder auf Promiskuität bezieht (One-Night-Stand). Diese stehen im Kontrast zu einer Ansteckung innerhalb von Liebesbeziehungen und Partner_innenschaften. Vor dem Hintergrund seines Normativitätsbedürfnisses ist es evident, dass er bei stigmatisierten Sexualkontakten, denen er zudem ein hohes Risiko beimisst, starke Schuldgefühle und HIV-bezogene Ängste verspürt. So fasst Marvin den Konflikt zwischen dem Wunsch nach sozialer Anerkennung (»wie man gerne wäre«) und dem Wunsch nach dem freien Leben der eigenen Sexualität (»was man gerne ausprobieren würde«) zusammen. Eine HIV-Infektion würde so nicht nur seinen sozialen Status gefährden, sondern ebenso sein Selbst- bzw. Idealbild, von allen gemocht zu werden.

»Omnipräsentes« Risikoempfinden bei »Risikogruppen«

Eine besondere Dynamik hinsichtlich der Bewertung von Risiken lässt sich bei Lars und Marvin mit Blick auf die Zugehörigkeit zur »Risikogruppe« finden. Beide orientieren sich dabei am Ri-

sikogruppenkonzept und der gesellschaftlichen Stigmatisierung von HIV als »Schwulenkrankheit«. Vor dem Hintergrund der medialen Präsenz dieser Risikozuweisung sowie den Zuschreibungen durch signifikante Andere verspüren beide ein »omnipräsentes Risiko«.

»[D]as ist halt immer so präsent, und da hast du halt immer so eine diffuse Angst (.), dass du dich eigentlich immer anstecken könntest« (Marvin).

Marvin und Lars begründen diese Orientierung zum einen mit häufigen Hinweisen und Ermahnungen durch signifikante Andere (»nutzt Kondome«), welche sie aufgrund ihrer Homosexualität erfahren hätten.

»Als ich meinem Bruder früher auch gebeichtet habe, dass ich schwul bin, meinte der auch gleich: »Benutz Kondome, und du weißt schon, wegen den Geschlechtskrankheiten und so weiter.« [...] Wo ich mir aber auch so denke, dass unter den Heterosexuellen das Thema Geschlechtskrankheiten gar nicht so das Thema ist. Denn es heißt immer, dass die Schwulen die Geschlechtskrankheiten haben« (Lars).

»[A]lso wie das meine Mutter zum Beispiel gesagt hat, so: »Hey, passt auf euch auf!« und sowas. Das hat sie sicherlich nicht meinem großen Bruder gesagt, der heterosexuell ist« (Marvin).

Darüber hinaus führen beide die mediale Berichterstattung sowie Präventionsbotschaften an, welche das Thema Geschlechtskrankheiten insbesondere bei schwulen Männern omnipräsent erscheinen lassen. Deutlich wird hier, dass das Kondom als gesellschaftlicher Common Sense für verantwortungsvollen (schwulen) Sex wahrgenommen wird. Die Schuldgefühle können darauf zurückgeführt werden, dass sie sich aufgrund der Zugehörigkeit zur »Risikogruppe« eher von den Botschaften angesprochen

fühlen und diese internalisieren. Präventionsbotschaften und Ermahnungen des Umfeldes in Bezug auf das Risiko und die Schutzmöglichkeiten führen ihnen so ihre eigene Verantwortlichkeit vor Augen und hinterlassen bei beiden das Gefühl, im Falle einer Ansteckung »selbst schuld« zu sein.

»Also ich finde zum Beispiel diese Plakatkampagne »Gib Aids keine Chance« und so weiter. [...] Sozusagen »Hey, nur mit Kondom«, und was weiß ich was und ähm, dass es dann immer so dargestellt wird, als wäre es absolut deine Entscheidung und als wärst du selbst dafür verantwortlich, und das klammert diese ganze emotionale Seite dabei aus, dass man manchmal einfach gar nicht dran denkt [...], das impliziert ja auch sofort, wenn du dann dich anstecken würdest, wärst du komplett selbst dran schuld, weil du wusstest ja, was du dagegen machen kannst. [...] [A]lso wird ja von der Gesellschaft sozusagen auch vorgeschrieben, »Ja, wenn du das und das nicht machst, bist du ja selber dran schuld«, und so passiert es dann auch« (Marvin).

»Ich denke auch, das ist auch der Punkt, der da in diese Schuldgefühle mit reinspielt. Ich bin schwul und habe nun mal schon das Vorurteil (...) oder das wird ja auch so publiziert, dass die Schwulen die ganzen Krankheiten haben. [...] [U]nd wenn ich dann noch sage, dass ich auf das Kondom verzichte und dazu auch noch weiß, dass er HIV hat« (Lars).

Lars antizipiert vor diesem Hintergrund Schuldzuweisungen durch seine Eltern und Freunde im Falle einer Ansteckung mit HIV. Diese Befürchtung vor direkten Schuldzuweisungen verstärkt sich durch das Wissen um die HIV-Infektion seines Freundes. Lars beschreibt dies als »doppelte Schuld«.

»Nicht nur, dass ich für mich alleine schon sage, dass ich dumm war, weil ich es ohne Kondom gemacht habe, sondern es würden ja dann auch alle ringsum auch das Gleiche sagen.«

Der HIV-Test als »Indiz« für die Normabweichung

Marvin, Hailey und Sandro äußern die Sorge, dass andere sie im Wartezimmer oder vor dem Gesundheitsamt sehen könnten. Dass sie nicht gesehen werden wollen, deutet auf eine Scham durch eine antizipierte negative Bewertung des Außen hin. So prophezeit Sandro: »[D]ann ist ja auch eigentlich klar, warum man da reingeht.« Und auch Hailey befürchtet, dass »die Leute« etwas Schlechtes über sie denken könnten.

»Aber ich glaube, ich hatte einfach nur Angst, im Wartezimmer zu sitzen und jemanden zu sehen, den man kennt. [...] Oder einfach in dieses Gebäude reinlaufen und die Leute denken irgendwas.«

Auch Marvin schildert »eine gewisse Komik« im Wartezimmer, da zwar keiner gesehen werden will, man sich aber trotzdem gegenüber sitzt. Zudem wird eine negative Bewertung von Krankheiten deutlich (»Krankheit ist dann dieser Mittelpunkt und dann fühlt man sich irgendwie auch gleich so (.) ich will jetzt nicht sagen schmutzig [...].«). Es wird deutlich, dass durch die Präsenz des Themas Krankheit in den Räumlichkeiten zum einen die Wahrscheinlichkeit in unmittelbare Nähe rückt. Zum anderen wird in der Verbindung zwischen »schmutzig sein« und Krankheit auch der Ort des HIV-Tests als »schmutziger Ort« erlebt, an dem alle Personen, die ihn aufsuchen »müssen«, potenziell »schmutzig« sind. Wie bereits deutlich wurde, kann der Begriff schmutzig mit verschiedenen, zumeist negativen Bedeutungen besetzt sein wie »eklig«, »dreckig«, »sündhaft«, »versaut« und damit auf eine »Befleckung« mit einer sexuell übertragbaren Infektion verweisen, die mit einer »abweichenden« und »schuldhaften« Sexualität in Verbindung steht. Wenngleich an anderer Stelle der HIV-Test als verantwortungsvoll betrachtet wird, wird der Ort des Geschehens in der antizipierten Fremdwahrnehmung demnach als ein Ort gesehen, den »schuldhafte«, »schmutzige« Menschen aufsuchen, die eine »abweichende«

Sexualität praktizieren, nicht etwa als Ort, den Menschen aufsuchen, die Verantwortung für sich und andere übernehmen.

»Mich trifft es bestimmt« – Die »Fatalist_innen«

Die »Fatalist_innen« sind ein eigener Typus, der sich von den anderen in Bezug auf eine Orientierung am Schicksal unterscheidet und HIV nicht wie beim Typus der »Selbstverantwortlichen« als logische Konsequenz für eine schuldhafte Handlung versteht, sondern als »Strafe«, die nicht nur auf die (schuldhafte) Handlung, sondern auch auf die Person und ihr »Sein« bezogen ist. Personen, die diesem Typus entsprechen, empfinden die Infektion demnach als auferlegte »Strafe« einer universell wirkenden Instanz, welche das Handeln beurteilt und darüber richtet. Dies kann eine Gottheit oder eine unpersönliche oder abstrakte Macht sein. Im weiteren (alltagssprachlichen) Sinne kann nach Oertner (2005) unter Fatalismus auch Pessimismus und Zynismus verstanden werden, der eine verhängnisvolle (fatale) Entwicklung des Lebens prophezeit, was ebenso diesem Typus zugeordnet werden kann. So findet sich bei diesem Typus die fatalistische Vorstellung, dass es die eigene Person »trifft«, unabhängig davon, wie hoch das Risiko erscheint. Eine völlige Schicksalsergebenheit ist jedoch nicht diesem Typus zuzuordnen, da eine gänzliche Vorherbestimmtheit des Lebensverlaufs die Frage der Schuld obsolet werden lässt.

Orientierung am Schicksal

Zunächst lässt sich festhalten, dass sich in keinem der Interviews die Vorstellung von HIV als »Strafe Gottes« findet. Marvin nimmt zwar Bezug darauf, grenzt sich jedoch rationalisierend davon ab. Bei Lars wird insgesamt eine gewisse Schicksalsorientierung deutlich. So beschreibt er im Hinblick auf das Kennenlernen seines Freundes, »dass es das Schicksal war, dass wir zu-

sammengefunden haben«. Eine fatalistische Überzeugung, sich anzustecken, findet sich bei Lars dahin gehend, dass er davon überzeugt ist, sich bei seinem HIV-positiven Freund trotz des geringen Restrisikos infiziert zu haben, wohingegen andere Menschen in der gleichen Situation eher verschont bleiben würden. Er begründet dies mit seiner pessimistischen Grundüberzeugung:

»[U]nd bei meinem Glück, wie gesagt, ich bin Pessimist, bin ich dann eben jenes Restrisiko. Wahrscheinlich können 300 Leute miteinander schlafen, obwohl sie HIV haben und in Behandlung sind (.), aber ich könnte mir vorstellen, dass ich dann derjenige bin, der es macht und bei dem das Restrisiko besteht, dass dann was passiert.«

Deutlich wird hier ein biografischer Bezug zu seiner Vergangenheit. So prophezeit er, dass es ihn bei seinem »Glück« trifft, was ebenso auf die Annahme einer schicksalhaften Abfolge negativer Ereignisse verweist. Lars schildert einschneidende Erfahrungen von Stigmatisierung und Ablehnung aufgrund seiner Homosexualität in seiner Familie und dem sozialen Umfeld sowie Mobbing in seiner Schulzeit, was bei ihm zum Verlust des Lebensmuts geführt habe. Es ist zu vermuten, dass die Stigmatisierung von ihm internalisiert wurde, was einen beschädigten Selbstwert oder eine beschädigte Identität (Goffman, 2003) zur Folge hat. In Lars' Ausführungen wird deutlich, dass er sein derzeitiges Leben als »zweite Chance« begreift. So habe er sich ein »intaktes Leben« aufgebaut, an dem er mittlerweile sehr hänge. Jedoch ist er der Überzeugung, für den kleinsten Fehler »bestraft« zu werden und sich mit Sicherheit bei diesem einzigen kondomlosen Sex – was eigentlich ein verschwindend geringes Risiko mit sich bringt – angesteckt zu haben und prophezeit eine schicksalhafte Wiederholung seiner Stigmatisierungserfahrung.

»Und da dachte ich auch, jetzt, wo ich meinen Lebenswillen wiederhabe, schlafe ich mit meinem Partner ohne Kondom, und da dachte ich auch gleich an HIV.«

»[U]nd habe halt jetzt hier ganz viele Freunde gefunden und habe ein intaktes Leben [...] und da habe ich dann auch gedacht: »Ok, wenn ich jetzt aber HIV habe, dann sage ich es meinen Freunden und verliere dann ganz viele von denen« [...]. Dann stehe ich wieder an einem Punkt wie in [Kleinstadt in Ostdeutschland].«

Es ist zu vermuten, dass er sein Handeln als »undankbar« gegenüber dieser »2. Chance« begreift, was seine starke Überzeugung, sich angesteckt zu haben, erklären könnte. So führt er als Begründung an, dass er HIV »verdient« habe, da er sich auf kondomlosen Sex mit seinem HIV-positiven Freund eingelassen habe.

»Weil in dem Moment, als ich auch die Angst hatte (..) danach dann-
»Hast du dich jetzt angesteckt oder nicht?«, war es ein bisschen so
»Na wahrscheinlich habe ich es verdient«. Ich habe ihn nun mal so kennengelernt und so akzeptiert, habe mich drauf eingelassen [...].«

Darüber hinaus fragt sich Lars, wie er nun mit dieser »Strafe« umgehen solle. Deutlich wird auch hier seine pessimistische Grundhaltung, welche einhergeht mit einer gewissen Resignation und Schicksalsergebenheit.

»[D]ass ich mich jetzt hinsetzen könnte und heulen und dann zum Gesundheitsamt gehen, mit dem Wissen, dass ich es habe. Übertrieben gesagt. [...] Oder ich setze mich hin, und mir ist alles egal, weil es jetzt so ist.«

Orientierung an der höchstmöglichen Sicherheit

Die Überzeugung, sich trotz des geringen Risikos angesteckt zu haben, verweist auf die Orientierung an einem omnipräsenten Risiko, welche mit der Unsicherheit, sich immer anstecken zu können, einhergeht und bei Lars auch vor dem Hintergrund seiner fatalistischen (Straf-)Erwartung einzuordnen ist. Die Ge-

wissheit, dass es keine hundertprozentige Sicherheit für ihn gibt, bringt ein permanentes Gefühl der Unsicherheit und Schuld mit sich. So bezieht sich Lars in seinen Schilderungen häufig auf das »Restrisiko«, welches aus seiner Sicht immer vorhanden ist und ihm Schuldgefühle machen würde, wenn er es ignorieren würde.

»Also für mich ist da immer ein Restrisiko da, und wenn ich jetzt blind sagen würde, dass wir auf das Kondom verzichten, und ich infizier' mich dann doch, dann (..) würde ich mir wahrscheinlich noch mehr Vorwürfe machen.«

Aufgrund der antizipierten Schuldgefühle sowie seiner generellen Vorsichtigkeit macht er sein Bedürfnis deutlich, »auf Nummer sicher zu gehen« und jedes Restrisiko auszuschließen, was ihn zur Kondomnutzung und regelmäßigen HIV-Testung motiviert. Sein Bedürfnis nach Sicherheit war schon vor seiner aktuellen Beziehung mit seinem HIV-positiven Freund sehr hoch, wobei der zweimalige HIV-Test für ihn und seinen Partner zwingend dazugehörte. Wegen des Misstrauens gegenüber seinem Partner und der Erkenntnis, dass auch das Vertrauen (trotz Test) keine Sicherheit gibt (»[M]an weiß ja trotzdem nicht, was der Partner so macht.«), des vorhandenen Restrisikos sowie der mangelnden Kontrolle der Blutergebnisse, kommt für ihn ausschließlich die Nutzung von Kondomen infrage.

»Ich habe die Kontrolle verloren« – Die »Unschuldigen«

Bisher standen Anteile des Schuldgefühls im Vordergrund, die sich auf das Versagen der Selbstverantwortung (die »Selbstverantwortlichen«), die Verletzung der eigenen Integrität und Selbstreue (die »Depersonalisierten«), die Verletzung moralischer Prinzipien gegenüber anderen (die »unmoralischen Täter_innen«) oder auf ein persönliches und verdientes Schicksal

(die »Fatalist_innen«) beziehen. Über die sich selbst zugeschriebene Schuld hinaus ging es bei den »schuldigen Stigmatisierten« um Schuldgefühle in Form von antizipierten (und internalisierten) Schuldzuschreibungen aufgrund einer normabweichenden und stigmatisierten Sexualität. Jedoch ließen sich in den Interviews auch Anteile und Bestrebungen finden, sich von der Schuld zu befreien. Diese Anteile geben Hinweise auf einen weiteren Typ, der im konträren Bezug zu den vorangegangenen Typen steht. Es wurde bereits deutlich, dass Schuld und Schuldgefühle sehr schwer zu ertragen sowie für die Identität bedrohlich sein können und dass Wege gefunden werden müssen, mit ihnen umzugehen und sie zu bewältigen. Dies kann beispielsweise geschehen, indem das Handeln gerechtfertigt wird, »mildernde Umstände« geltend gemacht werden, Wiedergutmachung geleistet, Buße getan oder Strafe ertragen wird.³⁷ Die Bezeichnung des Typus der »Unschuldigen« soll jedoch nicht missverstanden werden. Sicher finden sich in der Beratung auch Klient_innen, für die Schuld und Schuldgefühle keine Rolle spielen. Da in meine Forschung jedoch ausschließlich Klient_innen einbezogen wurden, für die das Schuldthema relevant war, werden unter dem Typus der »Unschuldigen« Mechanismen des Umgangs mit der Schuld und den Schuldgefühlen gefasst, welche diese abwehren, abmildern, entlasten oder davon befreien sollen.

Orientierung an »mildernden Umständen«

»Mildernde Umstände« reduzieren im strafrechtlichen Sinn die Schwere der Schuld sowie die Strafzumessung und bedingen vor

37 Zudem sind psychische Mechanismen bekannt, die Schuldgefühle gänzlich ins Unbewusste verdrängen, welche sich dann jedoch in Symptomen wie einer erhöhten Ängstlichkeit oder Hypochondrie äußern können (vgl. Hirsch, 2017). Unbewusste und verdrängte Schuldgefühle können aber im Rahmen dieser Analyse nicht erfasst werden.

allem ein Bereuen der Tat, den Mangel an Vorsatz, die Unabsehbarkeit der Folgen und die Bestrebungen, die Tat wieder gutzumachen. Hinzu kommt, dass auch eine mangelnde Wahl- und Entscheidungsfreiheit die Schuld reduziert oder von dieser befreit. So ist im Falle des Missbrauchs einer Machtbeziehung die Entscheidungs- und Handlungsfreiheit durch andere eingeschränkt. Hailey und Marvin machen diesbezüglich deutlich, dass sie zu ungeschütztem Sex genötigt oder sexuell ausgenutzt wurden. Darüber hinaus macht Hailey »mildernde Umstände« dahin gehend deutlich, dass sie zu jung war, um Sex zu haben.

»Also, wenn ich jetzt auch so zurückblicke (.) die meisten ungeschützten Sexualverkehre hatte ich, ähm, in einem Alter, in dem ich vielleicht auch einfach nicht hätte Sex haben sollen. [...] [I]ch war irgendwo sehr, sehr jung (..) und die Männer waren nicht ganz so jung [...], also ich meine irgendwo ist es ja nicht normal, wenn eine 17-Jährige einen 25-jährigen Mann hat.«

In diesen Aussagen kann ein Bedürfnis nach Schuldentlastung oder -befreiung gesehen werden. Da die Interviewten sich in diesen Fällen außerhalb einer autonomen Subjektposition sehen, wird die Selbstverantwortung und die Frage der Schuld reduziert.

Darüber hinaus wird in dem Motiv, sich aus »Liebe« auf ungeschützten bzw. kondomlosen Geschlechtsverkehr eingelassen zu haben, wie es sich bei Hailey und Lars finden lässt, der Hinweis auf eine »gute Absicht« deutlich, welche ebenso als Bedürfnis der Schuldmilderung verstanden werden kann. Auch die Erklärung, ausgenutzt worden zu sein, lässt eine »gute Absicht« vermuten.

Des Weiteren wird häufig der »Kontrollverlust« aufgrund der sexuellen Erregung (»Triebe«), des Alkoholrauschs oder der emotionalen Verbundenheit als Argumentation für ungeschützten Sex angeführt. Auch hierin kann ebenso das Bedürfnis der Schuldentlastung vor dem Hintergrund der eingeschränkten Wahl- und Entscheidungsfreiheit gesehen werden. So wird

in folgenden Aussagen deutlich, dass der ungeschützte Sex argumentativ weniger auf die eigene Entscheidung als vielmehr auf andere »Mächte« zurückgeführt wird, die den Verstand »auszuschalten«.

»Ich meine, gut, einerseits, so wie es passiert ist, sage ich mal, (..) ja (..) ist es ja irgendwo schon triebgesteuert gewesen. Es ist halt einfach so. [...] Wo man eben da (..) da die Kontrolle etwas verloren hat, sozusagen« (Sandro).

»Oder es waren auch ganz komplett betrunkene, ähm (..) im Feuer des Gefechts dann ganz vergessen oder man denkt nicht mehr dran oder einfach nur im Hinterkopf. Man wusste eigentlich, dass man es besser machen soll, aber dann in dem Moment hat man es dann halt nicht (..)« (Hailey).

»Na, ich sage mal, es war dann wirklich so, dass wir beide Urlaub hatten. Wir hatten einen schönen Tag, und es hat auch alles gepasst, und abends kam es dann halt dazu. Und da hatte er auch gemeint: »Wollen wir es denn nicht mal ohne machen? Du weißt ja (...)«, und in dem Moment habe ich mir auch gedacht, dass ich ihn ja eigentlich liebe, und er meinte ja auch, dass er nicht ansteckend sei, und (...) in dem Moment war ich dann schon so weit, durch das Küssen und allem, dass man dann irgendwie schon ausgeschaltet hatte und auch gar nicht mehr dran gedacht hat« (Lars).

Darüber hinaus fallen in Sandros Ausführungen eine Reihe Argumentationen und Rechtfertigungen auf, welche sich in einer besonderen Dichte in seiner Eingangserzählung des »Urlaubserlebnisses« finden. Diese deuten darauf hin, dass die Schuld »mit am Tisch sitzt«, wenngleich sie nicht direkt benannt wird. So fragt er sich, ob sein Handeln »moralisch verwerflich« sei. Die Frage der Schuld schwebt also im Raum, will jedoch von ihm nicht direkt beantwortet werden. Vor diesem Hintergrund beschreibt er seine Schuldgefühle als »unbewusst« und »unterschwel-

lig«. Durch seine Rechtfertigungen in Bezug auf die mangelnde Absicht, Initiative und Vorhersehbarkeit werden Bestrebungen deutlich, eine potenzielle Schuld abzumildern. So schildert er beispielsweise, dass der Urlaub »relativ ergebnisoffen« gewesen sei, wobei lediglich ein »wissenschaftliches Interesse« am Sex-tourismus bestanden habe. Durch die scheinbare Objektivität des »wissenschaftlichen Interesses« sowie der häufigen Generalisierung durch das »man« distanziert er sich allerdings von seinem persönlichen Interesse. Darüber hinaus zeichnet sich in Sandros Schilderung der »Vermittlung« der Sexarbeiterin durch eine männliche Urlaubsbekanntschaft ein passiver Objektstatus von Frauen und ein Machtverhältnis ab, welches er allerdings nicht hinterfragt. Im Gegensatz dazu rechnet er letztlich sogar der Frau die aktive Entscheidung bei der Wahl des Mannes zu und konstruiert diese als »Verführerin«, während er sich damit in eine passive, »unschuldige« Rolle begibt.

»Und dann war es so, dass wir so am Pool sitzen und plötzlich ein Mann zu uns kommt, der auch dort eingeecheckt hatte und meinte, er hätte ja irgendwie zwei Frauen gerade am Start [...], ob ich nicht Lust hätte, die zweite Frau sozusagen zu übernehmen. (lacht) [...] Ja, ein bisschen skurril. Aus gegebenem Anlass hatte ich eigentlich keine Lust und habe das dann quasi an einen meiner Kumpels weitervermittelt und (.) der irgendwie Lust hatte. Aber irgendwie lief das dann extrem komisch. Also erst mal war sie dann extrem sauer, dass ich sie da weitervermittelt habe. Also (.) wie auch immer [...], ja gut. Das ist jetzt- ja ich weiß auch nicht, wie sie auf mich kam. Also ich meine (..), die meisten waren halt wirklich sehr alt. Wir waren da auch wirklich mit die Einzigen, die da etwas jünger waren. Wobei mein Kumpel jetzt auch nicht unattraktiv ist und der ist auch- der klettert auch. Also der ist eigentlich auch gut durchtrainiert. Also keine Ahnung. Warum auch immer.«

Deutlich wird im vorangegangenen Zitat und an weiteren Stellen im Interview zudem eine Abgrenzung von den »alten Sextou-

risten«, wohinter sich die Annahme, »besser« zu sein, und das Bedürfnis, die Schuld abzumildern, verbergen können, wie es im folgenden Zitat noch deutlicher wird:

»[A]lso- so richtig wohl fühle ich mich dabei jetzt auch nicht. Einerseits war es sehr schön, und irgendwie wollte sie es ja offensichtlich auch [...], bei den anderen Typen, mit denen sie da zusammen ist, die sind wahrscheinlich noch eine Ecke schlimmer und so [...].«

Zudem berichtet Sandro, dass er überlegt, Melinda ein Auto zu kaufen oder einen Englischkurs zu finanzieren, um ihr bezüglich ihrer Armut zu helfen und sie eventuell zum Ausstieg aus der Prostitution zu bewegen. In der Schilderung seines, wie er es nennt, »Helfersyndroms« offenbart sich das Bedürfnis der Wiedergutmachung, womit sich Sandro die Schuldgefühle gegenüber Melinda »eingesteht«.

»[D]ieses (.) Helfersyndrom im Nachhinein deutet ja auch irgendwo auf Schuldgefühle hin sozusagen, die irgendwo unterschwellig da sind [...]. Was da natürlich irgendwie auch in dem Zusammenhang steht, dass man das vielleicht dann doch irgendwie ausgenutzt hat.«

Das Bedürfnis nach Schuldentlastung wird jedoch nicht nur durch Rechtfertigungen deutlich. Auch eine (übermäßig) artikuliert Reue im Sinne der Asche, die über das Haupt geschüttet wird, stellt das Bestreben dar, von der Schuld befreit zu werden. Dies findet sich bei Hailey, Lars und Marvin.

Über das Bedürfnis hinaus, sich von den eigenen Schuldgefühlen zu befreien, wird zudem eine Abwehr der antizipierten gesellschaftlichen Schuldzuschreibungen in Bezug auf eine normabweichende Sexualität sichtbar, wie es sich vor allem in Haileys Schilderungen verdeutlicht. So bezieht sie sich im Interview sehr oft auf die gesellschaftliche Stigmatisierung und Schuldzuschrei-

bung von weiblicher Promiskuität, die sie mehrfach aktiv von sich weist.

»Aber dann will ich mir selber auch keine Schuld machen, weil ich mein (.) 2017?! Ich darf Sex haben [...]. Ich glaube einfach, irgendwo ist es halt auch einfach internalisierter Sexismus [...], also es sind ja dann auch diese Stereotype, die dann einfach in einem drin hocken, und dann kommt auch dieser Schuldkonflikt auch. Denn man weiß, man ist ein guter Mensch, aber von allen Seiten wird einem gezeigt, man ist gar nicht der gute Mensch [...].«

Im Kontrast zu den Schuldzuweisungen, die Hailey, Marvin und Lars vor dem Hintergrund der Normabweichung und Stigmatisierung ihres sexuellen Verhaltens antizipieren, erfährt Sandro eine normative Absicherung seines Handelns durch seine männlichen Freunde.

»Naja, die fanden das irgendwie alle deutlich normaler. Die haben dabei jetzt auch gar nichts gefunden [...]. Egal, wie auch immer. Prostituierte oder nicht. Also ich habe schon mit ein bis zwei drüber gesprochen. Also mit denen, die mit in [Land] waren, mit denen habe ich auch zum Teil gesprochen und auch mit anderen Freunden (..) ja, der fand auch die Idee völlig abwegig, sich da überhaupt irgendwie (..) Gedanken- also jetzt nicht wegen Aids oder so, sondern wegen [Melinda] und sich da überhaupt drüber Gedanken zu machen. Von wegen man bleibt in Kontakt oder nicht und ähm [...], schickt man die Kreditkarte oder nicht. Die Idee fand er zum Beispiel schon völlig abwegig [...]. Also irgendwie (.) ja, bin ich da wahrscheinlich auch ein bisschen komisch. Keine Ahnung.«

Prostitution wird in seinem Freundeskreis als selbstverständlich und normal gesehen, was auf eine Orientierung an Prostitution als standardbiografisches Element heterosexueller männlicher Lebenswelt (»es gehört dazu«) schließen lässt (vgl. Gerheim, 2014, S. 151ff.). Aufgrund der »Normalität« seines Verhal-

tens (zumindest innerhalb seiner männlichen Peergroup) wird er daher in seinem Schuldgefühl entlastet, wenngleich er sich diesbezüglich als »komisch« und »verklemmt« bezeichnet.

Orientierung an einer geringen Risikowahrscheinlichkeit

Bisher wurde an den Schilderungen der anderen Typen verdeutlicht, inwiefern ein Risiko vor dem Hintergrund der Schuldgefühle als besonders hoch eingeschätzt wird. Im Gegensatz dazu findet sich in den Interviews auch die Orientierung an einer geringen Risikowahrscheinlichkeit, welche sich vor allem in Rationalisierungen und einem Herunterrechnen des Risikos äußert. Deutlich wird, dass sich diese Abgrenzungsstrategien ebenso des Risikogruppenkonzepts bedienen, was auch in einen Zusammenhang mit dem Bedürfnis nach Schuldentlastung gebracht werden kann. So argumentiert Hailey, dass sie den Test vor sich hergeschoben habe, da es sich bei ihren Sexualpartnern um »vernünftige Männer« gehandelt habe. »Vernünftig« bezieht sie dabei auf Männer, die keiner »Risikogruppe« angehören.

»Und da habe ich dann halt jahrelang überlegt, ob ich es mal machen sollte oder nicht. Und das war auch immer ein bisschen so im Hinterkopf, weil man sich ja auch versucht, zu beruhigen. [...] Naja, so schlimm ist es ja gar nicht. So viele Männer ungeschützt waren das auch nicht. Andere würden sich gar nicht die Gedanken machen. [...] Du wirst schon nichts haben. Das waren ja auch alles irgendwo vernünftige Männer oder dann wieder dieses keine Hetero- ähm Homosexuellen, keine Drogenabhängigen.«

Zudem argumentiert sie, dass sie sich selbst zu keiner »Risikogruppe« zählen würde (»[N]aja, eigentlich bin ich ja gar nicht in der Risikogruppe drinne.«). Darüber hinaus rechnet sie ihr Risiko vor dem Hintergrund der geringen Wahrscheinlichkeit herunter (»[N]aja auf 80 Millionen, so viele sind das

ja gar nicht.«). Das Herunterrechnen des Risikos erfüllt dabei die Funktion einer Selbstberuhigung und dient als Grund, der »Verantwortung« des Tests aus dem Weg zu gehen. Sie exemplifiziert dies ebenso am Beispiel ihrer Freunde, die den Test nicht machen, da sie sich nicht zur »Risikogruppe« zugehörig fühlen und nicht diesen »Milieus« zugerechnet werden wollen.

»Also ich glaube einfach, wenn die Stereotypen vielleicht auch einfach nicht nur auf Homosexuellen und Drogenabhängigen wären, weil einfach so der normale Durchschnitts-Ottonormalverbraucher sieht sich einfach nicht in dieser Risikogruppe [...]. Also der sagt dann einfach so: ›Es kann mir nie passieren‹, ich bin nicht in diesen Milieus.«

Auch bei Sandro wird das Bedürfnis einer »rationalen« Risikobewertung durch die Betrachtung von Wahrscheinlichkeiten mit der Funktion der »Selbstberuhigung« deutlich.

»Und (...) da hat man natürlich erst mal recherchiert (lacht)- wie hoch ist die Wahrscheinlichkeit, und da kam man natürlich erst mal zu dem Ergebnis, dass die Aids-Rate in [Land] extrem niedrig ist, also etwa auf dem deutschen Level – Punkt A. Und Punkt B, dass der einmalige Kontakt beziehungsweise die einmalige Übertragung auch nicht so wahrscheinlich ist, dass man sich da jetzt wirklich ansteckt. Also die Chancen (...) selbst wenn sie Aids gehabt hätte (..) was ja auch schon unwahrscheinlich war, weil (..) es ja in [Land] kein Drogenproblem gibt und deswegen da auch eine sehr niedrige Aids-Rate existiert. Und sie war ja auch noch relativ jung und auch noch nicht lange dabei und so weiter. Also (..) man sagt rational, dass es sehr unwahrscheinlich ist, aber im Unterbewusstsein ist es natürlich da.«

Die Orientierung an einer geringen Risikowahrscheinlichkeit erklärt sich in Zusammenhang mit dem Schuldthema dahin gehend, dass durch ein positives Testergebnis die Schuld real wird

und man diese mit einem HIV-positiven Testergebnis als Stigma für immer mit sich trägt. Durch das Herunterrechnen des Risikos kann somit auch die Auseinandersetzung mit der potenziellen Schuld vermieden werden.

Das negative HIV-Testergebnis als erhoffter Unschuldsbeweis

Erst das negative Testergebnis ist in dieser Logik der erhoffte »Unschuldsbeweis« und kann die letzte Erleichterung verschaffen. Wie schon deutlich wurde, hat bereits das »Schuldgeständnis« in der HIV-Testberatung eine erleichternde Wirkung, ähnlich der psychologischen Wirkung der »Beichte«. Um in dieser symbolischen Deutung zu bleiben, kann das »Lossprechen« von den »Sünden« (im Sinne einer »Absolution«) erst nach dem negativen HIV-Test erfolgen. Diese symbolische Bedeutung des HIV-Tests finde sich nach Stiehler und Bock in der Beratungspraxis häufiger. Auch in den Aussagen der Interviewten manifestiert sich der Absolutionsgedanke. So begründet Hailey ihren HIV-Test auch damit, dass sie die neue Beziehung mit einem »reinen Gewissen« starten will, wenn sie diese Beziehung ernst nehmen und mit Zukunft sehen will. Auch Marvin beschreibt, dass er auf Absolution gehofft habe, die jedoch durch die diagnostizierte Chlamydieninfektion nicht gänzlich gegeben werden konnte. Ebenso können Sandros Aussagen als »Absolutionswunsch« gedeutet werden. Da der Test negativ ausfiel, bewertet er die Situation im Nachhinein als »Dummheit« und formuliert den Vorsatz, dass ihm dies nicht noch einmal passieren werde (»[E]s war halt schon (..) blöd und Dummheit sozusagen und passiert mir halt so nicht noch mal.«). Weil sein Handeln letztlich keinen »Schaden« verursacht hat, kann er diese Situation als »Lehrgeld« »abhaken«. Trotz seines Bedürfnisses, die Schuld »abzuhaken«, wird deutlich, dass die Schuldgefühle weiterhin vorhanden sind. So kann trotz des erhofften »Neuanfangs«

durch das negative Ergebnis sein Handeln nicht ungeschehen gemacht werden.

»Man könnte jetzt natürlich denken, dass man daraus einen Neuanfang machen kann. Das ist schon – der Gedanke kommt einem dann schon immer mal. Also (...) ja. Aber auf der anderen Seite sind diese ganzen alten Stories dann dennoch da. Das ist halt ähm (...) ja. Das wird noch ein bisschen dauern, bis das final aufgearbeitet ist.«

So stellt auch Hailey fest, dass bereits nach der Testberatung eine Last von ihren Schultern gefallen sei, ihre Schuldgefühle nach dem negativen Testergebnis jedoch noch immer vorhanden seien. Wie Sandro betont sie ihre »guten Vorsätze«, dass nach dem HIV-Test ein »neuer Lebensabschnitt« beginne, in dem sie einiges ändern möchte. So möchte sie Sexualität mit mehr »Gewissen« leben und sich mehr Gedanken über Konsequenzen machen.

In den Interviews zeigt sich, dass zwar der befürchtete »Schaden« einer HIV-Infektion und die damit verbundenen Folgen nicht eingetreten sind, die Schuldgefühle aber nicht allein durch das negative Testergebnis beseitigt werden. HIV fällt hier lediglich als Zeichen bzw. Stigma weg. Die Schuldgefühle müssen bewältigt werden. Wie bereits deutlich wurde, stehen dafür verschiedene Bewältigungsmöglichkeiten zur Verfügung. »Gute Vorsätze«, »Wiedergutmachung« und »aus den Fehlern lernen« sind dabei drei Möglichkeiten, die Vergangenheit und Zukunft in Kongruenz zu bringen.

9 Schluss

Während meiner Tätigkeit als Beraterin in der HIV-Testberatung im Gesundheitsamt Leipzig entstand die Annahme, dass neben der Ansteckungsangst auch Schuldgefühle eine wesentliche Dimension im Erleben der Klient_innen darstellen und eine Rolle spielen bei der Risikowahrnehmung und Ansteckungsangst, dem Risikomanagement sowie dem Erleben des HIV-Testprozederes. Die vorliegende Arbeit knüpft an dieser Beobachtung an und bietet eine theoretische und empirische Auseinandersetzung mit Schuld und Schuldgefühlen in der HIV-Testberatung.

Um die Schuldgefühle der Klient_innen besser zu verstehen, erfolgte zunächst eine transdisziplinäre Annäherung an die Themen Schuld und Schuldgefühl, um danach den HIV/Aids-Diskurs dahin gehend zu analysieren. Darüber hinaus wurden Fachgespräche mit Experten der HIV-Prävention und -Beratung geführt. In der eigenen qualitativen Forschung mit vier Klient_innen der HIV-Testberatung wurde daraufhin untersucht, welche persönlichen, normativen und moralischen Orientierungsmuster den Schuldgefühlen zugrunde liegen und welche Rolle dabei die HIV-Infektion, die Risikobewertung bzw. Ansteckungsangst, das Risikomanagement und die Wahrnehmung des HIV-Testprozederes spielen. Mittels der Dokumentarischen Methode konnten schließlich sechs sinngenetische Typen herausgearbeitet werden, welche die Anteile des Schuldgefühls und die zugrunde liegenden Dynamiken zusammenfassen. Da bei interpretativen Verfahren der qualitativen Sozialforschung von einer generellen Auffindbarkeit des Allgemeinen im Besonderen ausgegangen wird, können die Typen als ein erster Entwurf sich abbildender Mechanismen verstanden werden, die nicht nur »Dokumen-

te« subjektiver Erfahrungen darstellen, sondern auch allgemeine Bezüge vorweisen. Methodisch lässt sich hierbei anmerken, dass in einer weitergehenden Forschung mit einer höheren Fallzahl und dem Einbezug von Klient_innen mit verschiedenen Testanlässen, sexuellen und geschlechtlichen Identitäten und Lebenshintergründen – wie beispielsweise Sexarbeiter_innen, Drogenkonsument_innen und Trans*personen – eine theoretische Sättigung erreicht werden könnte. So könnten Zusammenhänge deutlicher herausgearbeitet und möglicherweise weitere Typen gebildet werden.

Zusammenfassend lässt sich die zu Beginn des Forschungsprozesses aufgestellte Annahme bestätigen, dass Schuld und Schuldgefühle nach wie vor relevante Dimensionen in der HIV-Testberatung darstellen. So konstatieren auch die befragten Experten, dass bei den meisten Klient_innen das Thema »Schuld« von Bedeutung sei. Angesichts der guten Behandelbarkeit der Infektion und der in der Fachliteratur immer wieder benannten »Normalisierung« stellt sich jedoch die Frage, wie es dazu kommt, dass »Schuld« im subjektiven Erleben der Klient_innen noch immer ein so großes Thema ist. Diesbezüglich wurde in der theoretischen Auseinandersetzung festgestellt, dass der Schuld-Topos den HIV/Aids-Diskurs von Beginn an durchzieht und auch heute noch wirksam ist. Während jedoch die Schuldzuweisungen im Aids-Diskurs der Anfangsjahre vor allem als sinnstiftende Bewältigung kollektiver und individueller Ängste in Bezug auf die tödlich verlaufende Infektion dienten, scheinen diese im aktuellen HIV-Diskurs eher eine Stellvertreterfunktion hinsichtlich allgemeiner moralischer Fragen der Sexualität zu erfüllen und können als Ausdruck postmoderner und neoliberaler Leistungs- und Selbstoptimierungstendenzen und in Zusammenhang mit einer Privatisierung von Gesundheit verstanden werden. So wird in aktuellen HIV-Debatten (z. B. in Bezug auf die PrEP) weniger von »Schuld« und »Strafe« gesprochen, dafür jedoch von Fragen der »Verantwortung« und »Kostenübernahme«. Zudem stellten sich im Theorieteil aktu-

elle Tendenzen heraus, die auf eine Subjektivierung der Schuld durch die Verschiebung auf Risiko-, Sicherheits- und Verantwortungsdiskurse hindeuten. Auch die HIV-Prävention ist in diese Prozesse eingebunden und wird normativ wirksam, indem sie – im Sinne der Foucault'schen »Biomacht« – weniger auf Repressionen als vielmehr auf die Selbstregulierung der Subjekte setzt. In diesem Zusammenhang wurde deutlich, dass insbesondere die Suggestion der (Eigen-)Verantwortung, das hervorgerufene Bedürfnis nach höchstmöglicher Sicherheit und die damit verbundenen Schuldgefühle wirksame Kontroll- und Machtmechanismen im Gesundheitswesen sind.

Die theoretisch erarbeiteten Zusammenhänge spiegelten sich auch in den Äußerungen der Klient_innen wider. Es zeigte sich dabei, dass die Schuldgefühle eine komplexe Gemengelage aus unterschiedlichen persönlichen, moralischen und normativen Anteilen darstellen, die für Klient_innen nicht leicht zu explizieren sind. Diese können sehr belastend sein und treten nicht nur situationsspezifisch auf, sondern können die gesamte Sexualität betreffen, die sexuelle Lust beeinträchtigen und in Zusammenhang mit teilweise unbegründeten HIV-spezifischen Ängsten und einer verzerrten Risikowahrnehmung stehen. Dabei wurde deutlich, dass die Schuldgefühle auch auf ein »Weiterleben« des »alten« Schuldtopos und der mit HIV verbundenen Stigmatisierung zurückgeführt werden können. So antizipieren und internalisieren insbesondere Personen, die sich bereits aufgrund ihrer Sexualität stigmatisiert fühlen oder Gefahr laufen, stigmatisiert zu werden, Schuldzuschreibungen durch andere, wenn sie ein Ansteckungsrisiko eingehen. Dies erhöht zudem die Ansteckungsangst in stigmatisierten Settings, da eine HIV-Infektion das Stigma bestätigen würde. Dies betrifft vor allem gleichgeschlechtliche Sexualkontakte sowie weibliche und homosexuelle Promiskuität. Aufgefallen ist dabei, dass keine Befürchtungen hinsichtlich der Stigmatisierung als »Freier« und Schuldzuweisungen in diesem Zusammenhang geäußert wurden, was auf die Unsichtbarkeit von »Freiern« sowie auf eine bürgerlich-patriar-

chale und heteronorme Geschlechterordnung verweist. Zudem wurde deutlich, dass die potenzielle Zurechnung zu einer stigmatisierten »Risikogruppe« die Durchführung eines HIV-Tests auch verhindern kann. So ließ sich in den Interviews mehrfach die Deutung finden, dass den Ort des Geschehens vor allem »schuldhaft«, »schmutzige« Menschen aufsuchen, die eine »abweichende« Sexualität praktizieren. Insbesondere Menschen, die sich in Bezugnahme auf diese stigmatisierenden Konnotationen des Risikogruppenkonzeptes von bestimmten Personengruppen oder Verhaltensweisen abgrenzen, werden das Risiko eher herunterrechnen und möglicherweise den HIV-Test aus Scham und Angst vor Ausgrenzung meiden.

Außerdem zeigte sich, dass biografische Erfahrungen mit Stigmatisierung zu psychischen Problemen und einer »beschädigten Identität« (Goffman) führen und ursächlich für eine »fatalistische Straferwartung« sein können – die Überzeugung, dass man sich trotz eines unwahrscheinlichen Risikos mit HIV infiziert, da man es verdient habe. Auch die Sorge, als »unmoralische_r Täter_in« verurteilt und von anderen als »Gefahr« gesehen zu werden, verweist auf Topoi im alten Aids-Diskurs, wie beispielsweise den der »Aids-Desperados«. Vor diesem Hintergrund ist die Strategie der Deutschen Aidshilfe, im Rahmen der strukturellen Prävention Stigmatisierung, Diskriminierung und Kriminalisierung zu thematisieren und zu bekämpfen, nach wie vor wichtig und notwendig.

Darüber hinaus zeichnet sich in den Interviews eine Orientierung an der Selbst- und Fremdverantwortung ab. So entstehen Schuldgefühle, wenn gegen die Norm der Verantwortung in Bezug auf präventives Verhalten verstoßen wurde. Grundsätzlich ist die Übernahme von Verantwortung in Bezug auf Safer Sex notwendig und wichtig. Dennoch können die starken Vorwürfe der »persönlichen Schwäche« sowie der »Verantwortungslosigkeit« auch als negativer Ausdruck einer Internalisierung neoliberaler Prämissen wie Selbstoptimierung, Eigenverantwortung und Sicherheit gewertet werden und den Vorwurf enthalten, »selbst

schuld« an einer Ansteckung zu sein. Zwar sind normierende Prozesse der HIV-Prävention nicht gänzlich zu vermeiden, da sie Wissen über Schutzmöglichkeiten zur Verfügung stellen und Verhaltensnormen setzen muss, um wirksam zu sein. Jedoch sollten normierende Prozesse der HIV-Prävention reflektiert werden, ohne dabei die Sinnhaftigkeit und Notwendigkeit von Schutzmaßnahmen infrage zu stellen. Dies stellt ein Spannungsfeld dar, dem sich vor allem die Aidshilfen immer wieder stellen müssen. Vor diesem Hintergrund lassen sich einige aktuelle Tendenzen der HIV-Prävention kritisch hinterfragen. Beispielhaft sind an dieser Stelle die Normierung des Kondoms sowie die vervielfältigten Safer-Sex-Maßnahmen zu nennen, die neben ihrer (notwendigen) medizinischen Schutzwirkung verstärkt mit einer moralischen Dimension versehen werden und zu Schuldgefühlen führen können, wenn der Sex nicht »sicher« genug ist. Insbesondere scheint eine »Hypersensibilität« in Bezug auf Risiken vor allem Angehörige der »Risikogruppen«, speziell schwule Männer, zu betreffen. In den Interviews wurde deutlich, dass diesen durch signifikante und generalisierte Andere ein »omnipräsentes« Risiko und eine generelle Betroffenheit vermittelt wird, was auch zu Ängsten und Schuldgefühlen in Situationen führen kann, denen kein HIV-relevantes Risiko zugrunde liegt. Daher sollten Präventionsmaßnahmen achtsam gestaltet werden, um solche Prozesse nicht weiter zu fördern, die statt struktureller Rahmenbedingungen das individuelle Versagen in den Mittelpunkt rücken. So ist auch die aktuelle Präventionsstrategie der Deutschen Aidshilfe kritisch zu betrachten, die verstärkt Männer, die Sex mit Männern haben, anspricht und diese dazu bewegen will, sich auch ohne konkretes Risiko regelmäßig testen zu lassen. Diese (vereinfachte) Präventionsbotschaft, welche zunächst nicht zwischen HIV und anderen STI unterscheidet, verfestigt das Risikogruppenkonzept und scheint durch eine Internalisierung dieser Botschaften Schuldgefühle sowie irrationale Ängste bei Menschen zu verstärken, die den sogenannten »Risikogruppen« zugeordnet werden. Zudem ist fragwürdig, wie

tragbar das Risikogruppenkonzept vor dem Hintergrund der hohen Zahl an Spät Diagnosen bei heterosexuellen Männern und Frauen ist. Differenziertere Informationen über Übertragungswege und Testempfehlungen, unabhängig von der zugehörigen Gruppe, scheinen hier mit Blick auf die beschriebenen Dynamiken sinnvoller als »Reihentests« für »Risikogruppen«. So sollten Präventionsstrategien auch die Gruppe der heterosexuellen Menschen verstärkt erreichen.

Schuldgefühle können darüber hinaus auch aus einem Verstoß gegen die Selbsttreue resultieren und zu einem Gefühl der Selbstentfremdung führen. Sie treten auf, wenn Sexualkontakte eingegangen werden, die eine persönliche Grenze oder Norm überschreiten. So zeigte sich auch, dass Sexualkontakte in Settings, die als grenzüberschreitend und entfremdend wahrgenommen werden, mit einer erhöhten Risikobewertung sowie Ansteckungsangst einhergehen als vertraute und normative Sexualkontakte. Überdies können Schuldgefühle als Ausdruck der innerpsychischen Selbstregulierung verstanden werden, da sie auch davon abhalten können, grenzüberschreitende Situationen einzugehen und den »gefährlichen Lüsten« nachzugeben. Es zeigt sich jedoch, dass es trotz der Lustunterdrückung durch die Schuldgefühle zu (teilweise ersehnten) Ausbruchssituationen kommen kann, da häufig auch ein starkes Bedürfnis nach lustvoller Grenzüberschreitung und rauschhaften sexuellen Erlebnissen besteht. In der Fachliteratur wird außerdem beschrieben, dass diese Ausbruchssituationen häufiger zu ungeschützten Sexualkontakten führen können. Schuldgefühle scheinen in diesem Sinne zwar ein innerpsychisches Instrument des (moralischen) Risikomanagements zu sein, dennoch wird deutlich, dass dieses langfristig nicht funktioniert oder zu Lasten der sexuellen Zufriedenheit und der psychischen Gesundheit geht.

Die aufgezeigten Zusammenhänge stellen zudem eine besondere Herausforderung in der Beratungspraxis dar. So besitzt der HIV-Test eine Reihe (symbolischer) Bedeutungen und kann mit »Aufträgen« an den/die Berater_in verbunden sein. Zum einen

wird der Test als Instrument der Selbst- und Fremdverantwortung verstanden. Andererseits gilt er jedoch als »Indiz« für die Normabweichung und die Zugehörigkeit zu einer (stigmatisierten) »Risikogruppe«. Darüber hinaus ist an den HIV-Test die Hoffnung einer »Absolution« – im Falle eines negativen HIV-Testergebnisses – geknüpft. Dies kann beispielsweise das in der Beratung häufig beobachtete »Drängen« auf einen Test erklären. Auch der gemeinsame Test zu Beginn einer Partner_innenschaft kann als »Absolutionswunsch« interpretiert werden. Zudem übernimmt die (obligatorische) HIV-Testberatung mit der damit verbundenen Selbstoffenbarung und -reflexion eine »Beichtfunktion«. Dies kann zum einen scham- und angstbesetzt sein, andererseits aber auch erleichtern, wenn die befürchtete Bewertung durch den/die Berater_in ausbleibt. Zudem bietet sich in der Beratung die Chance, die zugrunde liegenden Dynamiken zusammen mit den Klient_innen zu reflektieren, um ein individuelles Risikomanagement – im Sinne einer Balance zwischen der Infektionsvermeidung und der sexuellen Zufriedenheit – zu finden. Hierfür ist es wichtig, die Schuldgefühle ernst zu nehmen, zu verstehen und sie weder auszureden, vorschnell als »irrational« zu beurteilen oder zu »verteufeln«. Sie erfüllen für Klient_innen einen subjektiven Sinn und können durchaus »berechtigt« sein. Gleichzeitig ist es wichtig, die Grenzen der Beratung anzuerkennen und im Falle von pathologischen Schuldgefühlen auf Psychotherapeut_innen zu verweisen. Es wird überdies deutlich, wie wichtig die (freiwillige) psychosoziale Beratung neben der medizinischen Abklärung eines Risikos und der Vermittlung von Informationen über Schutzmöglichkeiten ist. Mit Blick auf die komplexen psychosozialen Zusammenhänge, die auch für das Risikomanagement zentral sind, ist es notwendig, qualifiziertes Personal und Möglichkeiten der Selbstreflexion zur Verfügung zu stellen und einen wertschätzenden, lebensweltakzeptierenden Rahmen zu schaffen, da unterschwellig transportierte Deutungen oder Bewertungen die Schuldgefühle der Klient_innen verstärken können.

Wenngleich das Schuld-Thema für Praktiker_innen sehr relevant zu sein scheint, zeigt sich mit Blick auf die aktuelle HIV-Forschung und Fachdebatten der HIV-Prävention, dass das Thema »Schuld« bisher eher wenig Beachtung findet und vor allem in Verbindung mit dem »alten« Aids-Diskurs und der Internalisierung der damit verbundenen Bilder gebracht wird. Im Rahmen der theoretischen und empirischen Auseinandersetzung in dieser Arbeit offenbaren sich jedoch tiefergehende Zusammenhänge und Problematiken, die auch in heutigen HIV-Diskursen begründet sind und deren Betrachtung für die HIV-Beratung und -Prävention gewinnbringend erscheint. So war an die Arbeit die Hoffnung geknüpft, einen Beitrag zum Verständnis der Schuldgefühle leisten zu können und somit Berater_innen in diesem Bereich eine Orientierung zu bieten und Anregungen für eine weitere wissenschaftliche Betrachtung zu geben. So wäre denkbar, zum einen auch die Schuldgefühle von Menschen mit HIV-Infektion durch qualitative Forschungsmethoden intensiver zu untersuchen und die Rolle der PrEP und dem »Schutz durch Therapie« in den Schuldgefühlen herauszuarbeiten. Zum anderen scheint es sinnvoll, sich auch den moralischen Dimensionen von anderen STIs zu widmen, die durch die aktuellen Entwicklungen in Bezug auf die HIV-Therapie und -Prävention offenbar an Bedeutung gewinnen. Vor dem Hintergrund der immer wieder benannten Tatsache, dass Ausgrenzung die Angst vor einem HIV-Test schürt, wäre zudem eine Untersuchung der Bedeutungsebenen des HIV-Tests und der daraus folgenden Konsequenzen nützlich. Meine Arbeit soll darüber hinaus Praktiker_innen dazu einladen, an den Ergebnissen anzuknüpfen, diese weiterzudenken und möglicherweise beraterische Interventionen sowie Präventionsansätze zu entwickeln, die an den Schuld- und Verantwortungsthemen ansetzen.

Die weitere fachliche und wissenschaftliche Auseinandersetzung mit Schuldgefühlen ist auch vor dem Hintergrund eines ganzheitlichen Verständnisses von sexueller Gesundheit relevant, da diese nicht nur als Abwesenheit von Krankheit definiert wird,

sondern ebenso die sexuelle Zufriedenheit und psychische Gesundheit umfasst. Insbesondere in Zeiten der Behandelbarkeit von HIV/Aids sollte die Dimension der sexuellen Zufriedenheit immer mehr an Bedeutung gewinnen. So scheint es in Zukunft wichtig, nicht nur Infektionen, sondern auch sexuellen Schuldgefühlen präventiv vorzubeugen.

Literatur

- Aarburg, H.P. von (1996). Sexualität zwischen psychohygienischer Fitness und Rausch. In Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (DAH) (Hrsg.), *Risikomanagement. Aspekte der Primärprävention von HIV/AIDS. Dokumentation der Präventionsfachkonferenz der Deutschen AIDS-Hilfe e.V. vom 10. bis 12. Mai 1996 in Berlin* (S. 31–41). Aids-Hilfe Schweiz (AHS) & Bundesamt für Gesundheit (BAG) (Hrsg.). (2013). HIV und Schuld. *Swiss Aids News*, (4).
- Bayertz, K. (Hrsg.). (1995). *Verantwortung. Prinzip oder Problem?* Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- Behrens, C. (2018). EU lässt Anti-HIV-Pille zu. *Süddeutsche Zeitung*, vom 08.04.2018. <http://www.sueddeutsche.de/gesundheits/infectionsmedizin-eu-laesst-anti-hiv-pille-zu-1.3144962> (14.05.2018).
- Bleibtreu-Ehrenberg, G. (1989). *Angst und Vorurteil. AIDS-Ängste als Gegenstand der Vorurteilsforschung*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Bochow, M. (2010). *Kontexte von HIV-Neuinfektionen bei schwulen Männern. Eine Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Bonn und in Kooperation mit der Gemeinschaftspraxis Jessen, Berlin*. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe.
- Bohnsack, R. (2014). *Rekonstruktive Sozialforschung. Einführung in qualitative Methoden* (9., überarb. u. erw. Aufl.). Opladen: Budrich.
- Bohnsack, R., Nentwig-Gesemann, I. & Nohl, A. M. (Hrsg.). (2013). *Die dokumentarische Methode und ihre Forschungspraxis. Grundlagen qualitativer Sozialforschung* (3., akt. Aufl.). Wiesbaden: Springer VS.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.). (2015). *HIV und Aids im öffentlichen Bewusstsein der Bundesrepublik Deutschland/Endbericht*. Köln.
- Condrau, G. (1976 [1962]). *Angst und Schuld als Grundprobleme der Psychotherapie. Philosophische Betrachtungen zu Grundfragen menschlicher Existenz*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Dannecker, M. (1994). Im Liebesfall. *Aktuell – Das Magazin der Deutschen AIDS-Hilfe*, (7/2014), 16–21.
- Dannecker, M. (2002). Erosion der HIV-Prävention. *Zeitschrift für Sexualforschung*, 15(1), 58–64.
- Dannecker, M. (2006). Abschied von Aids. *Zeitschrift für Sexualforschung*, 19(1), 63–67.

- Dannecker, M. (2019 [2016]). Bilder von Aids. In ders. (Hrsg.), *Fortwährende Eingriffe. Aufsätze, Vorträge und Reden zu AIDS und HIV aus vier Jahrzehnten*. Berlin: Deutsche Aidshilfe e.V.
- Deacon, H. (2006). Towards a Sustainable Theory of Health-Related Stigma: Lessons from the HIV/AIDS Literature. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 16, 418–425. DOI: 10.1002/casp.900
- Der Spiegel* (22/1982). Schreck von drüben. <http://www.spiegel.de/spiegel/print/d-14338963.html> (05.03.2020).
- Der Spiegel* (28/1983). Wie die Pest. <http://www.spiegel.de/spiegel/print/d-14020894.html> (05.03.2020).
- Der Spiegel* (45/1984). Aids: »Die Bombe ist gelegt«. <http://www.spiegel.de/spiegel/print/d-13510622.html> (05.03.2020).
- Der Spiegel* (28/1984). Ich bin en Tunt, bin kerngesund. <http://www.spiegel.de/spiegel/print/d-13509358.html> (05.03.2020).
- Der Spiegel* (48/1986). Aids: »In Afrika droht eine Apokalypse«. <http://www.spiegel.de/spiegel/print/d-13522273.html> (05.03.2020).
- Der Spiegel* (34/1987). Aids: »Ich bin positiv«. <http://www.spiegel.de/spiegel/print/d-13524939.html> (05.03.2020).
- Deutsche Aidshilfe e.V. (o.J.). #wissenverdoppeln. <https://www.aidshilfe.de/wissen-verdoppeln-0> (05.03.2020).
- Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (DAH). (2009). *HIV-Therapie und Prävention. Positionspapier der Deutschen AIDS-Hilfe e.V. Berlin*. https://www.aidshilfe.de/sites/default/files/documents/0904_DAH-Papier_HIV-Therapie_und_Praevention.pdf (05.03.2020).
- Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (DAH). (2012). *Keine Kriminalisierung von Menschen mit HIV!* Berlin, März 2012. https://www.aidshilfe.de/sites/default/files/documents/DAH_Positionspapier_Kriminalisierung_2012-03-16.pdf (05.03.2020).
- Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (DAH). (2013). *Schutz durch Therapie ist Safer Sex*. Berlin, Oktober 2013. <https://www.aidshilfe.de/sites/default/files/documents/201110%20Positionspapier%20Schutz%20durch%20Therapie.pdf> (05.03.2020).
- Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (DAH). (2014a). *DAH reloaded 2014. Einen neuen Aufbruch wagen – selbstbestimmt, solidarisch, emanzipatorisch. Wir wollen Aids in Deutschland bis 2020 beenden!* Berlin. <https://www.aidshilfe.de/sites/default/files/documents/DAH%20Reloaded%202014.pdf> (05.03.2020).
- Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (DAH). (Hrsg.). (2014b). *positive stimmen. Ergebnisbericht des PLHIV Stigma Index Deutschland*. <https://www.aidshilfe.de/sites/default/files/documents/positive%20stimmen%20Ergebnisbericht.pdf> (05.03.2020).
- Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (DAH). (2015). Aktion »Wir machen's ohne«: *Schutz durch HIV-Therapie wirkt*. Berlin, 30.11.2015. <https://www.aidshilfe.de/meldung/aktion-machens-ohne-schutz-hiv-therapie-wirkt> (05.03.2020).

- Deutsche AIDS-Hilfe e. V. (DAH). (2017). *HIV- und STI-Test. Informationen und Standards* (5. Aufl.). Berlin. <https://www.aidshilfe.de/shop/pdf/9245> (05.03.2020).
- Deutsche Aidshilfe e. V. (DAH). (2018). *Safer Sex 3.0. Mehr Schutz vor HIV. Du entscheidest*. Broschüre im Rahmen der Präventionskampagne Ich weiß was ich tu. Schwuler Sex, Schwules Leben (IWWIT). <https://www.aidshilfe.de/shop/pdf/9777> (05.03.2020).
- Deutsche Aidshilfe e. V. (DAH). (2019). *positive stimmen 2.0: Wie leben Menschen mit HIV im Jahr 2020?* <https://www.aidshilfe.de/meldung/positive-stimmen-20?fbclid=IwAR2JNmHGxmY6fBFiZbYqrc2E2wIX7D2r3zZGnSd0MLiB0dy8lbYVfWkkZ00> (05.03.2020).
- Drewes, J. et al. (2010). Strukturelle Prävention – eine Betrachtung aus gesundheitswissenschaftlicher Perspektive. In J. Drewes & H. Sweers (Hrsg.), *Strukturelle Prävention und Gesundheitsförderung im Kontext von HIV* (S. 13–27). Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe. http://www.aidshilfe.de/sites/default/files/forum_57_gesundheitsfoerderung.pdf. (05.03.2020).
- Drewes, J. (2013). *HIV-Stigma, Viruslast und Infektiosität*. Dissertation, Freie Universität Berlin.
- Durkheim, É. (1992). *Über soziale Arbeitsteilung. Studie über die Organisation höherer Gesellschaften*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Eidgenössische Kommission für Aids-Fragen, EKAF (2008). HIV-infizierte Menschen ohne andere STD sind unter wirksamer antiretroviraler Therapie sexuell nicht infektiös. *Schweizerische Ärztezeitung*, 5(89), 165–169.
- Eirmbter, W. H., Hahn, A. & Jakob, R. (1993). *AIDS und die gesellschaftlichen Folgen*. Frankfurt am Main: Campus-Verlag.
- Engelhard, M. von (2010). Erving Goffman: Stigma. Techniken der Bewältigung beschädigter Identität. In B. Jörissen & J. Zirfas (Hrsg.), *Schlüsselwerke der Identitätsforschung* (S. 123–141). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Epstude, K. & Jonas, K. J. (2015). Regret and Counterfactual Thinking in the Face of Inevitability: The Case of HIV-Positive Men. *Social Psychological and Personality Science*, 6(2), 157–163. DOI: 10.1177/1948550614546048
- Etgeton, S. (2010). »Gesundheit für alle«? Prävention und ihre Grenzen. In J. Drewes & H. Sweers (Hrsg.), *Strukturelle Prävention und Gesundheitsförderung im Kontext von HIV* (S. 47–57). Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe. http://www.aidshilfe.de/sites/default/files/forum_57_gesundheitsfoerderung.pdf (05.03.2020).
- Foucault, M. (1978). *Dispositive der Macht. Über Sexualität, Wissen und Wahrheit*. Berlin: Merve Verlag.
- Foucault, M. (1995 [1969]). *Archäologie des Wissens* (7. Aufl.). Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Foucault, M. (2014 [1976]). *Sexualität und Wahrheit* (20. Aufl.). Frankfurt am Main: Suhrkamp.

- Frankfurter Allgemeine Zeitung (2010). Zwei Jahre Bewährung für Nadja Benaissa, vom 26.08.2010. <http://www.faz.net/aktuell/gesellschaft/gesundheit/urteil-im-prozess-gegen-no-angels-saengerin-zwei-jahre-bewaehrung-fuer-nadja-benaissa-11025664.html> (05.03.2020).
- Freud, S. (2015 [1930]). *Das Unbehagen in der Kultur*. Stuttgart: Reclam.
- Freud, S. (2017 [1923]). *Das Ich und das Es*. Köln: Anaconda.
- Gerheim, U. (2014). *Die Produktion des Freiers. Macht im Feld der Prostitution. Eine soziologische Studie*. Bielefeld: transcript Verlag.
- Goffman, E. (2003). *Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität*. Sonderausg. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Hahn, A. (2000). *Konstruktionen des Selbst, der Welt und der Geschichte. Aufsätze zur Kulturosoziologie*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Hahn, A., Eirmbter, W.H. & Jacob, R. (1996). *Krankheitsvorstellungen in Deutschland. Das Beispiel AIDS*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Hirsch, M. (2010). »Mein Körper gehört mir ... und ich kann mit ihm machen, was ich will!«. *Dissoziation und Inszenierungen des Körpers psychoanalytisch betrachtet*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Hirsch, M. (2017). *Schuld und Schuldgefühl. Zur Psychoanalyse von Trauma und Injektion* (7., überarb. Aufl.). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Hoyer, A. (2015). Verkehrsregeln. Auswirkungen eines infektiologischen Hygieneregimes in den sozialen Kapillaren der Intimität. In V. Sigusch et al. (Hrsg.), *Grenzverschiebungen des Sexuellen. Perspektiven einer jungen Sexualwissenschaft* (S. 91–117). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- HomoWiki (2007). *Barebacking*. <http://www.homowiki.de/Barebacking> (05.03.2020).
- Hülshoff, T. (2012). *Emotionen. Eine Einführung für beratende, therapeutische, pädagogische und soziale Berufe* (4., akt. Aufl.). München, Basel: Ernst Reinhardt Verlag.
- Jäger, H. (Hrsg.). (1988). *AIDS-Phobie. Krankheitsbild und Behandlungsmöglichkeiten*. Stuttgart: Thieme.
- Joffe, H. (1999). *Risk and the other*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Keller, R. (2008). *Wissenssoziologische Diskursanalyse. Grundlegung eines Forschungsprogramms* (2. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Kleemann, F., Krähnke, U. & Matuschek, I. (2013). *Interpretative Sozialforschung: Eine Einführung in die Praxis des Interpretierens* (2. Aufl.). Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Kneer, G., Nassehi, A. (2000). *Niklas Luhmanns Theorie sozialer Systeme: Eine Einführung* (4., akt. Aufl.). Paderborn: Wilhelm Fink.
- Köhl, A., Schürhoff, R. (2001). *AIDS im gesellschaftlichen Bewußtsein: Aspekte der Stigmatisierung von HIV-Infizierten und Risikogruppen*. Dissertation, Justus-Liebig-Universität Gießen.

- Lammers, M. (2016). *Emotionsbezogene Psychotherapie von Scham und Schuld*. Stuttgart: Schattauer Verlag für Medizin und Naturwissenschaften.
- Langer, P.C. (2009). *Beschädigte Identität. Dynamiken des sexuellen Risikoverhaltens schwuler und bisexueller Männer*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Langer, P.C. (2010). Sieben Thesen zur Strukturellen Prävention. In J. Drewe & H. Sweers (Hrsg.), *Strukturelle Prävention und Gesundheitsförderung im Kontext von HIV* (S. 321–349). Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe. http://www.aidshilfe.de/sites/default/files/forum_57_gesundheitsfoerderung.pdf (05.03.2020).
- Langer, P.C. (2013). Chancen einer interpretativen Repräsentation von Forschung: die Fallvignette als »Reflexive Account«. In P.C. Langer, A. Kühner & P. Schweder (Hrsg.), *Reflexive Wissensproduktion. Anregungen zu einem kritischen Methodenverständnis in qualitativer Forschung* (S. 111–132). Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Lemke, T. (2007). *Gouvernementalität und Biopolitik*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Lenz, M. (2004). »Reiten ohne Sattel«. Die Lust am Aidsrisiko. *Spiegel Online*, vom 01.12.2004. <http://www.spiegel.de/wissenschaft/mensch/reiten-ohne-sattel-die-lust-am-aidsrisiko-a-330389.html> (05.03.2020).
- Link, B.G. & Phelan, J.C. (2001). Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, 363–385. DOI: <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.27.1.363>
- Luhmann, N. (1973). Das Phänomen des Gewissens und die normative Selbstbestimmung der Persönlichkeit. In F. Böckle & E-W. Böckenförde (Hrsg.), *Naturrecht in der Kritik* (S. 223–244). Mainz: Matthias-Grünwald-Verlag.
- Mannschaft Magazin (2017). »Bottom Shaming –wenn »passive« Schwule beleidigt werden. <https://mannschaft.com/2017/06/23/bottom-shaming-wenn-passive-schwule-beleidigt-werden/> (05.03.2020)
- Meyer, I.H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations. Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129, 674–697.
- Meyer, M. (2018). »Wir könnten längst sehr viel weiter sein«. Michèle Meyer im Interview mit Axel Schock. <https://magazin.hiv/2018/01/26/ekaf-statement-meyer/> (05.03.2020).
- Nagel, S. (2012). »Als mündiger Mensch ist man immer für seine Handlungen verantwortlich«. Stefan Nagel im Interview mit Bernd Aretz. Hrsg. v. Deutsche AIDS-Hilfe e.V., DAH. <https://www.aidshilfe.de/sites/default/files/documents/Nagel.pdf> (05.03.2020).
- Nagel, S. (2016). *Das Kondom im Kopf*. <https://magazin.hiv/2016/07/25/das-kondom-im-kopf/> (05.03.2020).

- Nagel, S. & Bürger, P. (2002). *Von wegen schwaches Fleisch. Warum Safer Sex keine reine Willenssache ist. Texte zur HIV-Prävention in der schwulen Szene*. Düsseldorf: Selbstverlag der AHD e.V.
- Nohl, A.-M. (2017). *Interview und Dokumentarische Methode. Anleitungen für die Forschungspraxis* (5., akt. u. erw. Aufl.). Wiesbaden: Springer VS.
- Parker, R.Guy & Aggleton, P. (2003). HIV and AIDS-related stigma and discrimination: A conceptual framework and implications for action. *Social Science & Medicine*, 57, 13–24.
- Pauen, M. & Roth, G. (2008). *Freiheit, Schuld und Verantwortung: Grundzüge einer naturalistischen Theorie der Willensfreiheit*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Pfundt, K. (2010). *Die Regierung der HIV-Infektion. Eine empirisch-genealogische Studie* [Diss.]. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Pollmann, A. (2005). *Integrität. Aufnahme einer sozialphilosophischen Personalie* [Diss.]. Bielefeld: transcript.
- Przyborski, A. & Wohlrab-Sahr, M. (2014). *Qualitative Sozialforschung. Ein Arbeitsbuch* (4., erw. Aufl.). München: Oldenbourg.
- Rauer, V. (2016). Zentrierte und diffundierte Schuld: Eine soziologische Perspektive. In T. Moos & S. Engert (Hrsg.), *Vom Umgang mit Schuld. Eine multidisziplinäre Annäherung*. Frankfurt am Main, New York: Campus.
- Renner, B. & Schwarzer, R. (2003). Risikostereotype, Risikowahrnehmung und Risikoverhalten im Zusammenhang mit HIV. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 11(3), 112–121. DOI: <https://dx.doi.org/10.1026//0943-8149.11.3.112>
- Reuter, H. (2015). Schuld aus tiefenpsychologischer und verhaltenstherapeutischer Sicht. Kulturpsychologische Anmerkungen. In U. Lüke & G. Souvignier (Hrsg.), *Schuld – überholte Kategorie oder menschliches Existential? Interdisziplinäre Annäherungen* (S. 108–125). Freiburg im Breisgau: Herder.
- Robert Koch-Institut, RKI (2019). Schätzung der Zahl der HIV-Neuinfektionen und der Gesamtzahl von Menschen mit HIV in Deutschland. *Epidemiologisches Bulletin*, (46), 483–504. https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2019/Ausgaben/46_19.pdf;jsessionid=8C54BD69B08C0097A12A4EAAA98B1BEC.internet071?__blob=publicationFile (05.03.2020).
- Rosenbrock, R., Schaeffer, D., Moers, M., Dubois-Arber, F., Pinell, P. & Setbon, M. (1999). *Die Normalisierung von Aids in Westeuropa: Der Politik-Zyklus am Beispiel einer Infektionskrankheit*, WZB Discussion Paper (S. 99–201). Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB).
- Rosenbrock, R. (2000). Der HIV-Test in der politische Auseinandersetzung – ein persönlicher Rückblick. In C. Höpfner, K. Lemmen & H. Sweers (Hrsg.), *HIV-Test 2000. Bestandsaufnahme und Perspektiven*. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe.
- Rosenthal, G. (2015). *Interpretative Sozialforschung. Eine Einführung* (5., akt. u. erg. Aufl.). Weinheim, Basel: Beltz Juventa.

- Rüden, U. von, Töppich, J. (2015). *AIDS im öffentlichen Bewusstsein der Bundesrepublik Deutschland 2014. Wissen, Einstellungen und Verhalten zum Schutz vor HIV/AIDS und anderen sexuell übertragbaren Infektionen (STI)*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. https://www.bzga.de/fileadmin/user_upload/PDF/studien/aioib_kurz_2014--9f4169411c18ba499c103917b202a35f.pdf (05.03.2020).
- Rüden, U. von & Kostrzewski, D. (2017). *Repräsentative Bevölkerungsbefragung anlässlich des Welt-AIDS-Tages 2017. BZgA-Forschungsbericht*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. https://www.bzga.de/fileadmin/user_upload/PDF/studien/bericht_wat__2017_bzga--445042af55846fc894c03dca658edb30.pdf (05.03.2020).
- Sander, D. (2016). *Ausgrenzung kann krank machen – Wie Diskriminierung die Gesundheitschancen sexueller Minderheiten beeinflusst*. https://www.aids-hilfe.de/sites/default/files/documents/2016-05-17_wissenschaftlicher_backgroud_-_homophobie_macht_krank_0.pdf (05.03.2020).
- Schiefelbein, M. (2009). *Schuld, Kategorie, Kompetenz und Prinzip*. Dissertation, Friedrich-Schiller-Universität Jena.
- Schlippe, A. von & Schweitzer, J. (2016). *Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung*. Studienausgabe. Göttingen, Bristol: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schmidt, B. (2008). *Eigenverantwortung haben immer die Anderen. Der Verantwortungsdiskurs im Gesundheitswesen*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Schmidt, B. (2010). Völlig gesund und vollends verantwortlich. Die Gesundheitsförderung in der Gesundheitsförderung. In J. Drewes & H. Sweers (Hrsg.), *Strukturelle Prävention und Gesundheitsförderung im Kontext von HIV* (S. 57–71). Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe. http://www.aids-hilfe.de/sites/default/files/forum_57_gesundheitsfoerderung.pdf. (05.03.2020).
- Sigusch, V. (2005). *Neosexualitäten: über den kulturellen Wandel von Liebe und Perversion*. Frankfurt am Main: Campus Verlag.
- Sigusch, V. (2015). *Sexualitäten. Eine kritische Theorie in 99 Fragmenten* (2. Aufl.). Frankfurt am Main: Campus Verlag.
- Sontag, S. (2003). *Krankheit als Metapher*. Neuausg. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch.
- Stall, R., Friedman, M. & Catania, J. A. (2008). Interacting epidemics and gay men's health: A theory of syndemic production among urban gay men. In R. J. Wolitski, R. Stall & R. O. Valdiserri (Hrsg.), *Unequal opportunity: Health disparities affecting gay and bisexual men in the United States* (S. 251–274). New York: Oxford University Press.
- Stürmer, S. & Salewski, C. (2009). Chronische Krankheit als Stigma: Das Beispiel HIV/AIDS. In A. Beelmann & K. J. Jonas (Hrsg.), *Diskriminierung und Toleranz*. VS Verlag für Sozialwissenschaften.

- Sweers, H. (2014). *Präser, Pillen, Lust und Stigma – Schwule und die HIV-PrEP*. <https://magazin.hiv/2014/09/10/praeser-pillen-lust-und-stigma-schwule-und-die-hiv-prep/> (05.03.2020).
- UNAIDS (2015). *UNAIDS Board adopts bold and ambitious strategy to end the AIDS epidemic by 2030*. https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/pressreleasesandstatementarchive/2015/october/20151030_PR_PCB37 (05.03.2020).
- Weinberger, S. (2011). *Klientenzentrierte Gesprächsführung. Lern- und Praxisanleitung für psychosoziale Berufe* (13. Aufl.). Weinheim: Beltz Juventa.
- Weingart, B. (2002). *Ansteckende Wörter. Repräsentationen von AIDS*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Wießner, P. (2003). AIDS als moderner Mythos. In C. Höpfner & H. Sweers (Hrsg.), *AIDS im Wandel der Zeiten* (S. 19–73). Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe. <https://www.aidshilfe.de/shop/pdf/2865> (05.03.2020).
- Witzel, A. (1985). Das problemzentrierte Interview. In G. Jüttemann (Hrsg.), *Qualitative Forschung in der Psychologie. Grundfragen, Verfahrensweisen, Anwendungsfelder*. Weinheim: Beltz. https://www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/563/ssoar-1985-witzel-das_problemzentrierte_interview.pdf (05.03.2020).
- Witzel, A. (2000). Das problemzentrierte Interview. *Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research*, 1(1). <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1132/2519> (05.03.2020).
- Wöss, M. (2009). Das »zerstörte Leben«. Von der Lust-Verstörung bei AIDS- Phobien. *Plus Minus*, (1). https://www.aidshilfen.at/sites/www.aidshilfen.at/files/publikationen/pm0109screen_0.pdf (05.03.2020).
- Ziemer, J. (2011). *Schuld und Schuldgefühle – psychologische Sichtweisen*. [https://pt.theol.uni-leipzig.de/fileadmin/pt.theol.uni-leipzig.de/uploads/dokument e/Ziemer_Schuld_und_Schuldgefuehle.pdf](https://pt.theol.uni-leipzig.de/fileadmin/pt.theol.uni-leipzig.de/uploads/dokument/e/Ziemer_Schuld_und_Schuldgefuehle.pdf) (05.03.2020).

Anhang

Expertengespräche

Dr. med. Dr. phil. Stefan Nagel (am 29.03.2017)

Zur Person

Dr. med. Dr. phil. Stefan Nagel ist Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und verfügt zudem über die Zusatzbezeichnungen Psychoanalyse und Sozialmedizin. Er leitet die psychosomatische Abteilung einer Rehabilitationsklinik. Schon seit Beginn der HIV-Infektionen in den 1980er Jahren beschäftigt er sich mit dem Thema und war teilweise auch für die psychotherapeutische Betreuung der HIV-Patient_innen auf der damaligen HIV-Station des Universitätsklinikum Düsseldorf zuständig. Auch später ist er mit der Thematik vertraut geblieben und hat die AIDS-Hilfen in ethischen, sozialen und politischen Fragen beraten.

Entstehung von Schuldgefühlen

Nagel erläutert, dass Sexualität in allen menschlichen Gemeinschaften reguliert werde. So gebe es immer Normen, die festlegen, wann Sexualität falsch oder richtig sei. Diese veränderten sich zwar historisch sowohl in bestimmten Kulturen als auch unter bestimmten gesellschaftlichen Bedingungen, sie seien aber immer vorhanden. Daher stellten Schuldgefühle eine notwendige anthropologische Konstante dar. Nagel betont, dass die Normen in der Regel nicht zwingend in Übereinstimmung mit den tatsächlichen Gefühlen von Menschen stehen und dass sich ihre Sexualität

daher oft nicht nach den Normen richte, die die Sexualität einzuhegen versuche. So machten Menschen im Zusammenhang mit Sexualität fast immer die Erfahrung einer Normdifferenz, wodurch Schuldgefühle ausgelöst würden. Es könne sogar sein, dass wir uns bereits für unsere bloßen Gedanken schuldig fühlen, nicht nur für unsere Taten. So gehe es bei den »Aids-Phobiker_innen« häufig um die Schuld für die inneren Wünsche und Gedanken. Für die tatsächlich HIV-Infizierten sei eher Thema, was sie getan haben.

Da HIV sehr eng mit Sexualität verbunden ist, sei eine Ansteckung »gekoppelt an die Vorstellung, dass es eine falsche Sexualität ist, über die man das bekommt«. HIV fungiere so als »Ausweis für die Schuld«, sozusagen als »Beweis für den Normverstoß«. Somit sei die HIV-Infektion ein Stigma und nach Nagel gebe es kaum Betroffene, die sich nicht schuldig fühlen.

Bedeutungsebenen der HIV-Infektion

Nagel vergleicht die subjektive Bedeutung der HIV-Infektion mit der einer Krebserkrankung. So fragen sich Tumor-Patient_innen in der Regel »Warum ich?« – HIV-positive Personen stellen sich diese Frage nie.

»Sie erleiden kein Schicksal wie der Krebspatient, sondern haben immer eine Schuld. Bis hin zu der Fantasie, die viele unterschwellig haben, dass die Krankheit zugleich die Strafe für die Schuld ist. Also ist die Krankheit sowohl der Ausweis als auch die Strafe für die Schuld.«

Er beschreibt jedoch, dass auch Tumor-Patienten im Verlauf der Erkrankung eine Erklärung im Sinne eines verursachenden Prinzips für ihre Erkrankung suchen. »Das gibt uns das Gefühl von Kontrolle gegenüber dem Schicksal. Man kann eine Wirkungskette im Kopf herstellen, eine Kausalität.« So tauche auch immer

wieder die Debatte um die »Krebspersönlichkeit« als Erklärung für die Erkrankung auf. Man habe sich zu viel Stress zugemutet oder sich falsch ernährt. Aber bei Krebs seien diese Erklärungen sehr viel weniger virulent und auch nicht derart hochgradig psychisch besetzt, da sexuelle Schuld als besonders dramatisch erlebt werde. »Dieser Normverstoß wird sehr viel schlimmer erlebt, als wenn Sie ein bisschen zu viel Fleisch essen.«

HIV-bezogene Ängste

Nagel sieht in Bezug auf HIV zwei Arten von Ängsten. Die einen Ängste in Bezug auf HIV seien eher medizinischer Natur. Obwohl HIV inzwischen eine chronische Erkrankung sei, sei diese weiterhin mit erheblichen Risiken, Folgen und einer lebenslangen Medikation verbunden. Daher gebe es zum einen ganz konkrete, körperbezogene Ängste, was die Infektion und ihre weitere Entwicklung betrifft. Diese Ängste hätten jedoch Menschen mit anderen Erkrankungen auch. Bei HIV-Patienten sieht Nagel vor allem die Verbindung zu den nicht mehr medizinisch begründeten Ängsten, da die Erkrankung eben immer auch als Folge eines Normverstoßes verstanden werde.

»Das sind dann soziale Ängste. Wenn ich gegen eine soziale Norm verstoße, werde ich dafür eine soziale Strafe bekommen, also nicht nur die Krankheit als Strafe, sondern ich werde vielleicht ausgegrenzt, ich werde für gefährlich erachtet. Ich bekomme vielleicht beruflich negative Folgen, mein Partner oder meine Partnerin verlässt mich.«

Damit spricht er die erwartete »Strafe« durch die Gemeinschaft an. Die Gemeinschaft kann die Primär- oder Sekundärfamilie, die soziale Gruppe oder das berufliche Umfeld sein. Diese Ängste sind nicht immer realistisch, haben jedoch oft einen realistischen Hintergrund.

»Man könnte vereinfacht sagen, die einen Ängste sind die vor den medizinischen Konsequenzen, die anderen Ängste sind sozialer Natur – wie wird mich die Gemeinschaft dafür bestrafen, dass ich nicht so gelebt habe, wie sie es verlangt.«

Funktion von Schuldgefühlen

Zur Funktion von Schuldgefühlen beschreibt Nagel, dass Ängste und Schuldgefühle sowohl eine intrapsychische als auch eine extrapsychische, also soziale Funktion haben. So werde durch das Schuldgefühl auf einer inneren emotionalen Ebene unsere Normaffinität überprüft. Wir spüren zuerst durch unser Schuldgefühl, dass wir etwas getan haben, was irgendwie nicht in Ordnung ist, weniger durch intellektuelle Überlegungen. Darüber hinaus können uns diese auch vor unseren Impulsen und unserer eigenen Risikofreudigkeit schützen. Sozial haben sie die Funktion, unser äußeres soziales Zusammenleben zu regulieren und Orientierung zu bieten.

Nagel beschreibt außerdem, dass wir uns immer in einem Spannungsfeld von Sicherheit, die mit Einschränkung verbunden ist, und Freiheit, die mit Risiko verbunden ist, bewegen. »Wir wollen immer beides. Die Sicherheit eines klaren normativen Spielregelkonzepts und gleichzeitig die Freiheit zu tun, was wir wollen.«

Nagel geht darüber hinaus auf Liberalisierungsprozesse in Europa ein. Er fragt sich jedoch, ob das innere Erleben immer damit Schritt gehalten habe. Grundsätzlich dürfe man die äußere Veränderung einer Norm nicht gleichsetzen mit einer Veränderung der Schuldgefühle. Das Sich-Loslösen von internalisierten Normen, auch bei Veränderung des inneren Schulterlebens, ist nach Nagel ein sehr schwieriger und träger Prozess. So blieben die inneren »alten« Normen oft erhalten, was wichtig sei, um Gemeinschaften über lange Zeiträume funktionieren zu lassen. Die Persistenz einer inneren Norm bei äußerer Befreiung erken-

ne man auch oft bei Frauen, die beispielsweise nach einem One-Night-Stand Schuldgefühle bekommen. So könne sich auch die selbstbewusste, emanzipierte Frau vom »Schlampen-Stigma« noch nicht gänzlich befreien und habe nicht nur das Gefühl des Normverstoßes, sondern womöglich ebenso das Gefühl, minderwertig in der eigenen Existenz zu sein. Für Frauen gelte dieser Maßstab der Einhaltung der ursprünglichen sexuellen Normen noch viel stärker als für Männer.

Die Liberalisierung habe jedoch ihrerseits eine Norm gesetzt, so Nagel: »Man darf nicht nur frei sein, man muss sogar frei sein.« Diese neue Norm der Freiheit bei den gleichzeitigen internalisierten »alten« Normen führe zu einer starken inneren Normendifferenz, an der sich dann Schuldgefühlen entwickeln können.

In diesem Zusammenhang betont er, dass es in gewissen politischen Richtungen wieder eine größere Sehnsucht nach strengeren Normen gebe, unter der Vorstellung, dass man sich dann wieder sicherer und geborgener fühle.

»Das heißt ja auch, dass das, was an Liberalisierung stattgefunden hat, von vielen Menschen nicht als richtig, also normativ akzeptabel erlebt wird, sondern dass es mit Fragezeichen verbunden wird. Diese Fragezeichen entstehen, weil sie innerlich etwas weiterhin als problematisch oder schuldhaft erleben, selbst wenn sie scheinbar so liberal leben, wie es von Außen propagiert wird.«

Lustvolle, promiskuitive Sexualität als Normverstoß

Nagel beschreibt, dass Menschen infolge der Verinnerlichung sozialer Normen Schuldgefühle besonders dann entwickeln, wenn sie sexuelle Praktiken ausüben, die nicht generativ, also fortpflanzungsmotiviert sind. Da wir alle erotische Wünsche haben, die nicht unmittelbar auf Kinder ausgerichtet sind, ist Sexualität so schuldbehaftet. Nagel unterscheidet dabei zwischen sozial

akzeptierten, nicht-generativen Formen von Sexualität und sozial nicht akzeptierten Formen nicht-generativer Sexualität. Pure Lust gilt demnach als minderwertig, sie muss immer auch noch einem darüber hinausreichenden Zweck dienen (z. B. Ausdruck von Liebe sein und/oder zu Kindern führen), um höherwertig zu sein. So haben Menschen in dem Moment, in dem sie reine Lust suchen, oft das Gefühl, sich damit schuldig zu machen. Berater_innen werden diese unterschwelligen Hypothesen in vielen Äußerungen der Klient_innen wiedererkennen. So gebe es zum Beispiel den scheinbar »aufgeklärten« Homosexuellen, der in seiner sexuellen Orientierung kein Problem mehr sieht. Das sei aber bei genauem Hinsehen sehr selten. An sich habe er zwar kein großes Problem mit seiner Homosexualität, aber häufig mit seiner Promiskuität. In diesem Fall besteht der Normverstoß nicht in der Homosexualität, sondern in der Lebensform, die als promiske nicht dem heterosexuellen Ideal entspricht.

Normative Prozesse der HIV-Prävention

In Bezug auf die normative Dimension der HIV-Prävention beschreibt Nagel ein Dilemma der AIDS-Hilfen. Zum einen gehe es darum, »aufzuklären«, aber andererseits gebe es auch ein klares Ziel, nämlich Neuinfektionen möglichst zu verhindern. Nagel stellt fest, dass jede Prävention normativ sei, denn wenn sie Infektionen verhindern will, müsse sie Möglichkeiten und Wissen anbieten, wie sie das tun kann, das heißt, sie müsse Regeln festlegen, wie man sich verhalten solle.

»Das Kondom war ursprünglich ein mechanisches Präventionsmittel, und heute hat man Schuldgefühle, wenn man keins nimmt. Das heißt, die Prävention provoziert Schuldgefühle, indem sie Normen setzt, und damit auch Normverstöße möglich sind und mit diesen auch Schulgefühle. Da gibt es kein Entkommen. Prävention ohne dieses Problem gibt es nicht.«

Deswegen sei es eine wichtige Aufgabe, Prävention so zu gestalten, dass diese Normativität bewusst gemacht wird und diskutiert werden darf und dass vermieden wird, das Normative unterschwellig zu transportieren. Bei einer unterschweligen Vermittlung von Schuldgefühlen seien weder Schuldgefühle behandelbar, noch könne man eine günstige Präventionsstrategie entwickeln. Nagel betont den Erfolg der freiwilligen und strukturellen Prävention in vielen westlichen Ländern im Unterschied zu Ländern, in denen sehr strikte und repressive Strategien mit deutlich weniger Erfolg angewendet werden.

Den Begriff »Risikogruppe« betrachtet Nagel kritisch. Dennoch meint er, es gebe aus epidemiologischer Sicht Menschen mit einem höheren und Menschen mit einem geringeren Risiko. Der Begriff sei aber kontraproduktiv, wenn dadurch der Eindruck entstünde, man könnte das HIV-Problem lösen, indem es nur bestimmten Gruppen zugeschrieben wird. Diese Zuschreibungen führen zu einer Verstärkung der Stigmatisierung und werden verinnerlicht. Nagel merkt jedoch an, dass man die Internalisierung nicht allein durch ein Verbot des Wortes »Risikogruppe« verhindern könne. Das Gefühl, zu einer Gruppe mit höherem Risiko zu gehören, werde dadurch nicht aus der Welt geschaffen.

Normative Bewertung des Kondoms

»Das Kondom hat sich zu einer sexuellen Norm entwickelt. Der Mensch, der kein Kondom benutzt, verstößt gegen diese Norm. Das ist eine Entwicklung, die ich kritisch finde, weil das ursprünglich schmutzverdächtige Kondom inzwischen zu einem Symbol der sexuellen Reinheit geworden ist und auch als solches betrachtet wird. Es ist über seine rein medizinische Funktion hinaus, die ich keineswegs in Abrede stelle, zu einer normativen Instanz geworden. Man misst am Kondomgebrauch, ob sich jemand sexuell richtig oder falsch [...] verhalten hat. Das bedeutet nicht, dass man keine Kondome benutzen soll, aber man soll sie nicht für das Heil halten,

sondern im Rahmen ihrer Funktion durchaus sinnvoll nutzen. Aber zu glauben, dass der Sex dadurch richtiger oder falscher würde, ist ein Irrtum.«

Nagel spricht in Bezug auf die normative Dimension des Kondoms über die negativen Reaktionen, wenn es um eine andere Präventionsstrategie, nämlich »Schutz durch Therapie« geht. Er beschreibt, dass die Schutzwirkung ähnlich hoch sei wie die eines Kondoms und dass die AIDS-Hilfen diese Präventionsstrategie als eine Möglichkeit des Schutzes zwar politisch vertreten, diese jedoch unter anderem auch aus den eigenen Reihen kritisiert werde. Es werde unterstellt, dass dadurch eine beliebige und ungesteuerte Sexualität propagiert wird. Die unterschwellige Norm besteht offenbar darin, dass eine solche Sexualität schlimm und schmutzig, während Sex mit Kondom weniger beliebig und besser gesteuert sei.

Sexualität, Risiko und Rausch

»Es scheint so zu sein, dass Sexualität in einem gewissen Sinne rauschhaft erlebt wird. Orgasmuszustände erleben wir mehr als ein >außer uns sein< als ein >bei uns sein< (was dann wieder so verstanden werden kann, dass ich genau dann bei mir bin, wenn ich außer mir bin). Das ist aber bei Rauschzuständen anderer Genese auch so. Wir haben dann ein Gefühl von Eigentlichkeit, obwohl wir in einem von außen ausgelösten Rauschzustand sind. Die sexuelle Sehnsucht ist immer die Sehnsucht nach einer vergleichbaren rauschhaften orgiastischen Lust, wobei wir uns gerade dann bewusst sind, dass Rausch und Risiko sehr eng miteinander verknüpft sind.«

Nagel geht auf evolutionsbiologische Gründe ein, wegen derer Risikoverhalten als etwas Attraktives bewertet wird, und führt als Beispiel an, dass risikofreudige Männer als sexuell attraktiver bewertet werden, im Gegensatz zum »ängstlich-zwanghaften

Biedermann«. Auch wenn Menschen womöglich eher dazu neigen, den »Biedermann« als dauerhaften Partner zu wählen, verbinden sie mit dem »draufgängerischen Helden« dennoch eine höhere Lustkomponente. Dazu komme, dass auch der Spaß am Verbotenen oft attraktiver sei als vernünftiges Verhalten.

Sehr viele »HIV-Ängstliche« oder »Phobiker_innen« kämen zum Beispiel nach einem Bordellbesuch in die Beratung, also genau dann, wenn sie eine verbotene, aber vielleicht höchst spannende, als riskant erlebte Lust genossen haben. »Die nachfolgende Fantasie ist, ich bekomme dann eine böse Krankheit, wenn ich die böse Lust genossen habe.« So erhöht Risikobereitschaft das Schuldgefühl.

»Das bedeutet, dass es einen Aspekt gibt, der ungeheuer reizvoll, im Nachhinein aber zugleich sehr schuldbehaftet ist. Wenn ich dann ein hohes Risiko eingegangen bin oder etwas getan habe, was im Rahmen des Risikos sogar verboten war, dann wird das Schuldgefühl eher stärker werden.«

Solche Situationen werden daher häufig im Rahmen von Pornografie dargestellt und sind vor allem in der heterosexuellen Welt auch mit Bordellen und Rotlichtvierteln verknüpft. Dadurch entstehen die typischen Ängste, sich bei einer Prostituierten angesteckt zu haben. Dabei gehe es nicht um die Realität der Handlung, sondern um die Realität des Normverstoßes, der vermeintlich oder tatsächlich begangen wurde. »HIV ist dann das Zeichen, das Stigma dieses Normverstoßes. Ich habe das Kainsmal nicht auf der Stirn, aber in meinem Blut.«

Die »Überkontrollierten« sind nach Nagel eine weitere Gruppe von Klient_innen, die in der Beratung Schuldgefühle äußern. Nach psychoanalytischem Verständnis wehren sie destruktive und libidinöse Impulse ab bzw. beschränken diese durch ein selbstkontrollierendes Verhalten. Solche Klient_innen erleben eine erotische Begegnung, die den Rahmen sprengt, als einen enormen Kontrollverlust, welcher mit einer hohen Bestrafungs-

angst für diesen Impulsdurchbruch einhergehen kann. Zudem destruiert der Kontrollverlust das Selbstwertgefühl. »Ich habe es nicht geschafft, mich in Schach zu halten. Das erweckt bei den Klienten enorme Angst vor den Folgen.«

Als Beispiel für diesen Mechanismus führt er homosexuelle Männer an, die nach außen hin ein scheinbar »normales«, an heterosexuellen Prinzipien ausgerichtetes Leben führen. Wenn diese Menschen regelhaft oder punktuell aus diesem normativen Feld ausbrechen und zum Beispiel auf einen Autoparkplatz fahren oder einen anderen Ort der schwulen Subkultur aufsuchen, erleben sie das als enorme Bedrohung und beantworten es mit hoher Ängstlichkeit.

Die vereinfachte Vorstellung, dass der Unerfahrene eher gefährdet ist für Schuldgefühle als der Erfahrene, stimme nach Nagel so nicht.

»Wir neigen dazu, zu denken, dass der Erfahrene keine Schuldgefühle mehr hat. Das stimmt aber in vielen Fällen nicht, wie sie in der Beratung feststellen werden. Auch wenn sie mit Menschen aus der schwulen Subkultur sprechen, die eher sehr erfahren sind, sind Sie oft verblüfft, wie dahinter doch eine Idee von Schuld steht. Die Unerfahrenen sind besonders vorsichtig und ängstlich, da haben Präventionskampagnen etwas bewirkt, kann man sagen. Ob im Guten oder im Schlechten, weiß man nicht so genau, weil es beide Aspekte hat. Die Aufklärungskampagnen haben die Menschen gut erreicht, was die Vorsicht bei Sexualität betrifft. Das hindert aber viele zugleich, zu einer unbeschwerten Sexualität zu finden. Doch es ist natürlich, was den Kondomgebrauch angeht, sehr erfolgreich gewesen.«

Darüber hinaus beschreibt Nagel, dass es Gruppen gebe, die besonders vulnerabel in Bezug auf ein tatsächliches Infektionsrisiko sind. Das seien Menschen, die aus einem inneren Grund heraus vermehrt sexuelle Kontakte suchen. Sie seien auch gefährdeter, ein riskantes Verhalten an den Tag zu legen, und reagierten

zusätzlich oft mit Ängsten und Schuldgefühlen, weil sie dies intuitiv wissen. Nagel betont, man müsse hier mit Interpretationen besonders vorsichtig sein, da ihre Promiskuität normativ oft negativ, im Sinne von Destruktivität bzw. Autodestruktivität, bewertet wird. Insbesondere bei Frauen schwinde dann das alte Vorurteil mit, dass eine Frau nicht promiskuitiv sein könne, wenn sie seelisch gesund ist.

Herausforderungen und Chancen der HIV-Beratung

- Nach Nagel spielen bei HIV/Aids Schuldgefühle fast immer eine wichtige Rolle, egal an welchem Punkt der Aufgeklärtheit oder Liberalisierung wir stehen. Wichtig ist, nicht davon auszugehen, der aufgeklärte Schwule oder die emanzipierte Frau hätten keine Schuldgefühle.
- In der Beratung ist es essenziell, herauszufinden, wo das individuelle Schuldgefühl verortet ist, da die internalisierten Normen unterschiedliche Bereiche betreffen können. Dies ist eine große Herausforderung in der Beratung, vor allem hinsichtlich der geringen Zeit, die zur Verfügung steht.
- Zudem sind die Berater_innen entscheidende Multiplikator_innen, vor allem hinsichtlich des Transportierens von Normen. So besteht die Gefahr, in der Beratung neue Schuldgefühle zu erzeugen. Hier ist es überaus wichtig, selbstreflexiv zu sein und ein Bewusstsein dafür zu haben, welche Botschaften man als Berater_in unterschwellig transportiert.
- Agierende der HIV-Prävention sollen sich immer wieder kritisch-reflexiv mit den transportierten Botschaften auseinandersetzen. Nagel befürwortet die Diskussionen, denen sich die AIDS-Hilfen immer wieder stellen.
- Darüber hinaus hat die HIV-Beratung oft einen Beichtaspekt, und dieser hat wieder einen normativen Charakter, da in der Beichte der Normverstoß eingestanden und eine entsprechende Buße auferlegt wird. So gibt es bei Klient_innen viele

Fantasien und Befürchtungen bezüglich normativer Urteile durch den/die Berater_in. Es ist nicht zwingend notwendig, diese normativen Urteile ganz zu verbergen, aber umso wichtiger, dem/der Klient_in zu vermitteln, dass man offen damit umgehen und ihn trotzdem angemessen verstehen und beraten kann. Vor diesem Hintergrund ist es wichtig zu wissen, wo man als beratende Person steht. Daher ist Selbstreflexion, Supervision oder Intervision eine wesentliche Voraussetzung für gute Beratung.

- Ist das gegeben, hat Beratung eine enorme Chance. Lebensstilakzeptanz im Rahmen der strukturellen Prävention dient dazu, Normen aufzuweichen und neue Freiräume zu gestalten sowie Schuldgefühle abzubauen.
- Es ist zugleich sehr wichtig, die eigene Machtposition als Berater_in zu reflektieren, denn auch eine Schuldentlastung ist immer etwas Autoritäres. »Auch dann ist man ein Normensetzer, wenn man sagt >du darfst<, nicht nur wenn man verbietet. Deshalb bedarf auch das einer Reflexion. Die Chance besteht weniger darin, dass man etwas erlaubt, sondern darin, dass man begreift, dass es mehr gibt zwischen Himmel und Erde als nur eine Variante.«
- Gegen Ende des Gespräches geht Nagel auf das enorme soziale Strafbedürfnis in Gruppen ein. Zum einen gehe es auf der gesellschaftlichen Ebene darum, dass »der Abweichler« bestraft werden muss. Aber auch auf der individuellen Ebene gebe es Bestrafungsfantasien für abweichendes Verhalten. So sei es für die psychische Betreuung von Menschen von großer Bedeutung, zu schauen: Was macht da jemand mit sich? Psychodynamisch diene Strafe dem Ziel, sich von Schuldgefühlen zu entlasten. Dies sei aber kein tatsächlicher Ausweg aus den Schuldgefühlen. Ein günstigerer Ausweg aus Schuldgefühlen bestehe laut Nagel in der Erweiterung der Akzeptanz von eigenen Wünschen und Bedürfnissen. Dazu gehöre aber auch eine politische Aufgabe, Mechanismen der Ausgrenzung und Bestrafung von »Abweichlern« kritisch zu betrachten. Auch

innerhalb von Selbsthilfegruppen gebe es Prozesse, in deren Rahmen Menschen bestraft werden, wenn sie nicht »brav« sind. Ebenso ist in der gesamtgesellschaftlichen Entwicklung eine Tendenz, in der eine vermehrte Bestrafung von Außen-seiter_innen gefordert wird, als problematisch zu betrachten.

- In diesem Zusammenhang versteht Nagel die Angst vor HIV eher als Bestrafungsangst. Er begrift die Schuldverarbeitung auf der Beratungsebene daher als viel ausschlaggebender als die reine Angstbekämpfung, »weil es die Angst von selber nimmt, wenn es Ihnen gelingt, auf der Schuldebene eine Entlastung zu erzeugen«.

Dr. Matthias Stiehler (am 22.03.2017)

Zur Person

Dr. Matthias Stiehler leitet die »Beratungsstelle für AIDS und sexuell übertragbare Infektionen« im Gesundheitsamt Dresden und arbeitet dort seit 25 Jahren als psychologischer Berater. Er studierte Theologie und promovierte zum Thema »Gesundheitsförderung im Gefängnis am Beispiel der Aidsprävention«. Seitdem widmet er sich auch dem Thema Männergesundheit und ist Mitbegründer der Initiative für den Männergesundheitsbericht. Darüber hinaus ist er Autor mehrerer Publikationen, zum Beispiel »Partnerschaft ist einfach. Ein kleines Buch für ein gutes Leben«.

Schuldgefühle in der HIV-Beratung

Zum Thema Schuld erläutert Stiehler einleitend, dass das Thema in der öffentlichen Diskussion oft »abgebügelt« werde. Dies habe eine politische Motivation, die seiner Meinung nach auch Sinn mache, denn gerade die zu Beginn des Aidsdiskurses verbrei-

teten Schuldzuweisungen müssten abgewehrt werden. Dennoch begegnen ihm in der HIV-Beratung Schuldgefühle sehr häufig. Seinen Erfahrungen nach seien es nicht nur die HIV-positiv getesteten Personen, die Schuldgefühle haben. In der Testberatung spielen nach Stiehler zudem auch unbewusste Straferwartungen eine Rolle, die sich in gewissen Aussagen finden würden. Stiehler schildert, dass Klient_innen in die Beratung kommen und beispielsweise überzeugt seien: »Ich bin fremdgegangen, also muss ich bestraft werden«. Oder wenn der/die Partner_in nach einem »Seitensprung« den Test einfordert (»Es gibt erst wieder Sex, wenn du einen Test gemacht hast«), oder wenn ein Test zu Beginn einer Beziehung gemacht wird, um sich »abzusichern«. In diesen Fällen werde für Stiehler der Absolutionsgedanke sichtbar. »Wie drei Rosenkränze beten und dann ist die Sünde vorbei. Einen Test machen und dann sind meine Sünden vergeben.« Die Kausalität »Aids als Strafe Gottes« spielte zu Beginn der Aids-Epidemie in der öffentlichen Debatte eine größere Rolle. Jedoch ist diese lineare Vorstellung heutzutage kaum noch vertreten. Dennoch spricht Stiehler von einem Essenzial des Lebens, dass Menschen nach dem Sinn fragen: »Warum passiert mir das?« Und dabei spielen Straferwartungen eine Rolle, die auf frühkindliche Präzungen zurückzuführen seien: die Erfahrung von Strafe, nachdem man etwas Verbotenes getan hat. Stiehler betont, wie wichtig es sei, die Schuldgefühle der Klient_innen ernst zu nehmen und die Klient_innen dazu anzuregen, die eigenen Schuldanteile bzw. die eigene Verantwortung in den Blick zu nehmen. Stiehler schildert dies eindrücklich in einem Beispiel, das er als »klischeehaft« bezeichnet, welches aber dennoch ein Klassiker in der Beratung sei: »Der Fremdgeher, der das noch nie gemacht hat«.

»Klassentreffen, man hat die damalige Liebe wiedergetroffen, hat getrunken, geredet und ist sich nähergekommen und am Ende ist man im Bett gelandet – und am nächsten Tag sind sowohl die Frau als auch der Mann entsetzt. Und dann gehen sie auseinander und er ist völlig in der Schuld: ›Oh Gott, was mach ich? Kilos, zentner-

weise Asche über mein Haupt! Das mache ich nie wieder, das ist alles ganz schlimm und furchtbar!< Und da jetzt zu sagen, >das ist alles nicht schlimm<, kommt natürlich nicht an. Aber gleichzeitig halte ich auch nichts davon, zu sagen >Das mache ich nie wieder<, weil wenn ich nicht verstehe, warum ich es getan habe, dann kann man sich das versuchen abzuklemmen, vielleicht klappt das, aber wahrscheinlich nicht. Also es geht eher darum zu verstehen, was ist da passiert.<<

Stiehler betont an dieser Stelle, er sei der festen Überzeugung, dass die Handlungen auf einer intrapsychischen Ebene sinnhaft seien. So sei es wichtig, nicht nach der Verwerflichkeit des Verhaltens zu schauen, sondern den Fokus auf das Verstehen zu lenken und zu ergründen, was denn der Sinn hinter dem Verhalten sei. Denn häufig gebe es eine Diskrepanz zwischen den eigenen Wünschen und dem Tun. »Ich glaube nicht, dass der Mensch per se monogam ist. Die Frage ist, ob es sich lohnt, es trotzdem zu sein.« Und Verantwortung meint für Stiehler, dass jedes Handeln Konsequenzen hat, unabhängig davon, ob man bewusst gehandelt hat oder nicht. Selbst wenn man die Entscheidung an jemand anderen abgebe, sei man dafür verantwortlich. Und an dieser Stelle unterscheide sich das Schuldkonzept vom Konzept der Verantwortung. Die Schuld werde im klassischen Sinne abgemildert, wenn man etwas nicht willentlich getan hat; dennoch sei man dafür verantwortlich. Das bedeute aber wiederum auch, dass die »Fremdgeher« nicht die alleinigen Schuldigen seien und auch die Partner einen Teil der Verantwortung tragen. Denn das Fremdgehen sei »eigentlich oftmals ein Zeichen von Lebendigkeit, da ist man noch mit was unzufrieden«. Daher sei es wichtig, das Fremdgehen ernst zu nehmen und diese Unzufriedenheit in der Beratung zu besprechen.

Ein weiterer Aspekt ist für Stiehler das Bedürfnis, die Schuld abzugeben. Der Impuls, dem Partner/der Partnerin vom Seitensprung zu erzählen, könne im Sinne einer »Beichte« und damit einer Entlastung der Schuld interpretiert werden.

»Ich rate dann meistens, das nicht zu sagen, weil das die Partnerschaft zerstören kann. Da legt man die eigenen Schuldgefühle auf dem Anderen ab. Der hat dann damit zu tun und man selbst ist erleichtert, weil man gebeichtet hat. Das finde ich nicht gut. Aber die Konsequenz muss sein, auf die Partnerschaft zu gucken und zu fragen, was muss passieren, dass es besser wird. Das wäre ein wichtiger Aspekt. Und es ist auch wichtig, die Begrenzung von Partnerschaft zu akzeptieren. Beziehungen sind nie vollkommen. Und dann muss eine wichtige Entscheidung kommen, lebe ich die Bedürfnisse anderweitig aus, muss ich die Partnerschaft ändern oder mich trennen oder versuche ich, das Entsagen zu akzeptieren. Das ist eine sehr komplexe Thematik.«

Weiterhin spricht Stiehler über Aspekte der Existenzialschuld, dem Gefühl, sich selbst etwas schuldig zu sein. Ihm sei es wichtig, auch die eigenen Begrenzungen zu sehen und es könne unter Umständen schwer sein, diese zu akzeptieren. Eine Partnerschaft führe uns immer auch unsere eigene Begrenzung vor Augen. So zitiert Stiehler: »Der eigentliche Schmerz in der Partnerschaft ist, in den Grenzen des Anderen die eigenen zu erkennen.« Er betont, dass unsere Sehnsüchte nach Leben sich nie erfüllen, so wie wir sie anstreben. »Wie gehe ich damit um, dass mein Leben unvollkommen und schmerzhaft ist und sich das Erstrebte nie erfüllt?«

Er betont, dass es in der Beratung nicht darum gehe, die Schuld zu bewerten, sondern nach den tieferen Bedeutungsebenen des Verhaltens zu suchen. Und so könne aus seiner Sicht auch eine HIV-Infektion für Klient_innen unbewusst Sinn ergeben.

Funktion von Schuldgefühlen

Stiehler ist der Meinung, dass Schuldgefühle keine lange Halbwertszeit haben. Diese würden häufig nicht reichen, um Menschen dauerhaft zu einem anderen Verhalten zu bewegen. Sie könnten

aber zur Entlastung dienen, vor allem wenn man sie anderen gegenüber deutlich macht, zum Beispiel dem/der Berater_in. »Die Asche über sich zu kippen ist ja auch immer die Bitte an den Berater verbunden ›Sag mal, das ist nicht so schlimm.« Der/Die Klient_in wolle dadurch gut gefunden und beruhigt werden. Dies stelle auch eine Form von Narzissmus dar, der sich nicht immer in überheblicher Prahlerei äußere (dem »Größensebst«), sondern auch in verdeckter Form (dem »Größenklein«) zum Beispiel in Form von Selbstmitleid zum Vorschein komme. Dies könne die beratende Person im Sinne einer Gegenübertragung auch verärgern. Denn Schuldgefühle seien von den Emotionen her Aggressionen, die man gegen sich selbst wende.

Angst und Schuld

In Bezug auf HIV gebe es »falsche« und »richtige« Ängste. Angst in Bezug auf HIV gehe eher in die Richtung der »falschen« Ängste, vor allem wenn Schuldgefühle eine Rolle spielen. Jedoch gebe es auch die berechtigte Angst, beispielsweise wenn durch eine Infektion die Beziehung aufs Spiel gesetzt wurde. Stiehler spricht darüber hinaus auch von der »Angstlust«. »Natürlich will man keine HIV-Infektion haben, dennoch könnte es sein, dass man unbewusst auch herausfinden will, was die Partnerschaft hergibt oder wie weit man gehen kann.« In Bezug auf die Angst vor HIV sei es vielleicht auch einfacher, die Angst vor sich herzutragen, als die Verantwortung zu sehen. Denn Schuldgefühle seien schwer zu ertragen und man kenne sie auch aus der Kindheit.

»Tiefenpsychologen reden gerne davon, dass Schuldgefühle so eine Muttersache sind und irgendwie manipulativ. Der schlagende Vater ist eine Sauerei, aber da haben Kinder das Gefühl, dass es schlimm ist, was ihnen passiert. Aber diese scheinbare Liebe und der Vorwurf der Undankbarkeit. Da kann man sich als Kind nicht mal in sich gegen diese Schuldgefühle wehren.«

Und auch Religion sei manipulativ, da sie Schuldgefühle auslösen könne. Jedoch sei die Religionslosigkeit und die Entlassung aus der selbstverschuldeten Unmündigkeit (Kant) nach Stiehler auch nicht immer gut, da in der säkularen Gesellschaft oft die Instrumente fehlen, mit den Schuldgefühlen umzugehen. Und diese Instrumente, so Stiehler, biete Aids. »Plötzlich habe ich eine Folie, wo ich den Strafgedanken reinpacken kann.« Er betont, dies heiße nicht, dass es zurückgeht in die alte kirchliche Religiosität. Aber es sei wichtig, die Prozesse zu verstehen. Aids biete weiße Flächen und einen Erklärungsansatz, zum Beispiel für Ängste.

Prävention und Verantwortung

Nach Stiehler solle die Prävention daraufhin geprüft werden, ob sie Schuldgefühle auslöst im Sinne einer Moral, die sie manifestiert – »Du darfst nicht!« Es gehe aber auch nicht darum, zu sagen »Tut was ihr wollt, das ist immer richtig«. Dennoch sei es für ihn wichtig, die Verantwortung in den Blick zu nehmen und die Präventionsbotschaft zu transportieren: »Übernimm die Verantwortung, deswegen sei dir klar was mit dir ist und akzeptiere, dass du Potenzial hast und Begrenzung.« Es gehe darum, sich der eigenen Verantwortung bewusst zu sein, ohne in Schuldgefühlen zu verharren.

Chance der HIV-Beratung

In der HIV-Beratung sieht er grundsätzlich die Chance eines Mehrwertes für die Klient_innen. Und dazu sei es seiner Meinung nach von Bedeutung, auch auf Schuldgefühle zu schauen. Allerdings werde die HIV-Beratung oft nicht so verstanden. Das Verstehen der Schuldgefühle könne seiner Meinung nach wichtige Reifungsprozesse anstoßen. In der Regel kommen die

Klient_innen jedoch nicht wegen der Beratung, sondern wegen des Tests in die Sprechstunde und nur die wenigsten wollen »reden«. Grundsätzlich sei für ihn dennoch eine Basisberatung vor einem HIV-Test wichtig: »Man geht ja auch nicht zum Arzt und sagt »Blutabnehmen« und der Arzt weiß nicht warum.« Wenn er bei Klient_innen einen größeren Beratungsbedarf vermutet, lässt er erst einmal einen Versuchsballon los und fragt etwas wie »Mensch, sie haben ein schlechtes Gewissen?« und an der Stelle sei die Chance, dass die Klient_innen darüber sprechen können, wenn sie das möchten. Darüber hinaus betont er vor allem die Chance für Männer, sich beraten zu lassen. Vor allem »Freier« würden oft nicht wissen, an wen sie sich wenden können.

Werner Bock (am 06.03.2017)

Zur Person

Werner Bock ist seit zehn Jahren bei der Deutschen AIDS-Hilfe e. V. (DAH) als fachlicher Leiter der Telefon- und Onlineberatung angestellt. Davor arbeitete er fünf Jahre bei der AIDS-Hilfe in Nürnberg und absolvierte eine Zusatzausbildung zum systemischen Berater und Therapeuten.

»Schuld« als Thema der AIDS-Hilfe

Zunächst betont Bock, dass die Themen »Schuld« und »Strafe« schwierige und wichtige Themen in Bezug auf HIV/Aids seien. Er denkt dabei an die Anfänge von Aids und an die prägenden Schlagzeilen von »Aids als Strafe Gottes« sowie die Wirkung, die diese Schlagzeilen auf das gesellschaftliche Bewusstsein von HIV/Aids hatten. Die AIDS-Hilfen setzen sich seit Beginn der Krankheit auf politischer Ebene mit der Schuldproblematik auseinander. So spricht Bock zunächst die juristische Schuld an, die

zum Beispiel relevant ist, wenn HIV-positive Menschen verurteilt werden, wenn sie den Virus durch ungeschützten Sex an eine andere Person weitergegeben haben, ohne den/die Sexualpartner_in vorher über ihre HIV-Infektion zu informieren. Vor allem setzt sich die DAH dabei gegen die Kriminalisierung von HIV-positiven Menschen ein. Dabei wirft Bock die Fragen auf: »Wer hat eigentlich welche Verantwortung? Wer macht sich schuldig? Mach' ich mich schuldig, wenn ich meine Sexualität ausleben will und es dabei dazu führt, dass ich eine andere Person infiziere?«

Schuldgefühle als Thema in der HIV-Beratung

Fällt ein HIV-Test positiv aus, so sei es nach Bock sehr wahrscheinlich, dass Schuldgefühle eine Rolle spielen. Typische Sätze seien: »Ich bin selbst schuld, denn ich habe Dinge gemacht, die hätte ich vielleicht so nicht machen sollen.« Er beschreibt, dass in der Beratung häufig bereits in der ersten Sequenz der Satz eine Rolle spielt »Ach Mensch, ich weiß es doch besser, wie konnte ich nur so dumm sein und das machen«. Neben den Schuldgefühlen stecke in dieser Aussage eine starke Selbstabwertung.

Hinsichtlich der Frage, wie bewusst den Klient_innen ihre Schuldgefühle sind, ist sich Bock nicht sicher. Er vermutet, dass sich dabei Schuldgefühle, Angst und Scham mischen. Deutlich werde dabei, dass die Angst vor HIV andere Themen überdecken könne.

»Ich weiß nicht, ob man da jetzt sagen kann, da ist ihnen dann das Schuldgefühl bewusst. Das ist irgendein diffuses Gefühl. Irgendwas ist denen schon bewusst, sie wenden sich ja an uns mit irgendwas. Da kommt dann so ein Schuldgefühl und gleichzeitig auch eine Angst, aber die Frage ist so, welche Angst. Klar, ich habe Angst, dass ich mir dabei irgendwas geholt habe. Und dieses Risiko wird dann bei uns besprochen und abgecheckt beim HIV-Test. Aber eigentlich steckt da wahrscheinlich auch dahinter eine Angst: Oh Gott, wenn

das jetzt meine Frau erfährt. Die Angst betrifft eigentlich auch noch andere Gebiete als die HIV-Angst. Die ist nur irgendwie ein Mittel, dass ich vielleicht symbolisch mit dieser Angst umgehen kann und sie loswerden kann.«

In Bezug auf Schuldgefühle in der Telefonberatung fallen Bock zunächst die »Freier« als »typische« Zielgruppe ein.

»Das Erste, was mir einfällt, sind viele Freier, die sich an uns wenden, vor allem in der Onlineberatung. Da ist natürlich oft das Schuldgefühl, ich habe meine Frau betrogen. Das begegnet uns sehr häufig. Einerseits ist das so, ich will unbedingt Klarheit haben. Ich will ja meine Frau nicht anstecken, deswegen muss ich jetzt ganz schnell den Test machen, damit ich sozusagen auch wieder reingewaschen bin, aber da steckt eigentlich viel mehr drin. Das hat glaube ich ganz viel mit Absolution zu tun. Da ist der HIV-Test in dem Moment etwas, das für Katholiken der Beichtstuhl war.«

An dieser Stelle werden Parallelen zu religiösen Begriffen, Deutungen und Praxen deutlich. Und so geht Bock auf die »Beichtfunktion« des HIV-Tests sowie auf die Vorstellungen von Reinheit ein. Vor diesem Hintergrund stellt er infrage, ob unsere Gesellschaft so aufgeklärt ist, wie sie vorgibt. »Wenn es mich aber dann betrifft, dann kommen ganz andere, alte Mechanismen zu tragen.« Vor allem Freier nutzen die Onlineberatung, da laut Bock keine anderen Angebote für diese Zielgruppe existieren.

»Es gibt nicht eine Beratungsstelle für Freier, die Schuldgefühle oder Eheprobleme haben. Die wissen wahrscheinlich nicht recht wo anders hin. Und dieses HIV-Thema bietet sich auch irgendwie an. Da kann ich so ein bisschen meine Angst loswerden und ich kann aber, und vielleicht spielt das auch eine Rolle, wieder dieses Beichtstuhlding, mit jemand anderes sprechen und was loswerden. Ich glaube, es gibt dieses Bedürfnis, ich will hier wieder etwas loswerden. Und die Schuld will man ja auch loswerden.«

Er betont, dass es natürlich nicht alle Freier oder schwulen Männer betreffe. Aber er beschreibt, dass hinter der starken Angst, die auch schwule Männer in der Beratung äußern, auch eine Unsicherheit bezüglich der sexuellen Orientierung und ungeklärte Dinge stehen können. Auch an dieser Stelle sei HIV ein Thema, das ein anderes überlagere. Und in der HIV-Beratung sei es wichtig zu schauen, was dahintersteckt. So reflektiert Bock, dass man sich nicht ganz frei machen könne von gesellschaftlichen Erwartungen – seien es Frauen, die wegen wechselnder Sexualpartner als »Schlampe« gelten, oder der Schwule, der jedes Wochenende auf einer Sexparty ist. Darüber hinaus beschreibt er auch Bedingungen der Sozialisation, die Einfluss auf Schuldgefühle haben.

»Als Beispiel, wenn ein schwuler Mann auf dem Land groß geworden ist und vielleicht noch katholisch ist. Der hat ja dann vielleicht 18 Jahre lang gehört, dass schwul sein das Allerletzte ist und wie kann er dann von heute auf morgen irgendwie so umschalten. Natürlich lebt er dann Sexualität, aber das heißt ja noch lange nicht, dass der ganze alte Ballast weg ist.«

Stigmatisierung und gesellschaftliche Schuldzuschreibungen

Nach Bock biete sich HIV für Schuldzuschreibungen besonders an, da die Krankheit mit Sex und vor allem schwulem Sex verbunden ist. Und obwohl HIV mittlerweile gut behandelbar sei und sich das Leben mit der Krankheit im Vergleich zu Beginn der Epidemie stark verändert habe, seien die alten Bilder seiner Meinung nach immer noch sehr mächtig. Oft seien damit Fantasien von ausschweifender Sexualität, Promiskuität und Drogengebrauch verbunden. An dieser Stelle fänden nach Bock gesellschaftliche Schuldzuschreibungen und Stigmatisierung statt.

»Ich glaube, dass es bei vielen Menschen so ein Gefühl gibt, ich will mich da abgrenzen oder ich bin ja nicht so, obwohl mich manches vielleicht auch fasziniert. Aber ich bin ja nicht so und deswegen muss ich mir das weghalten und deswegen sind die anders und schuldig.«

Rolle der HIV-Beratung

Vor dem Hintergrund der Stigmatisierung betont er, dass sich natürlich nicht alle Freier oder Schwule stigmatisiert fühlen. »Es gibt bestimmt auch genug, die gehen ins Bordell und fühlen sich gut und gehen dann nach Hause. Und es gibt viele Schwule, die leben ihr schwules Leben und haben den Sex, den sie haben, und gut ist.« Er weist jedoch darauf hin, dass diese Menschen eher weniger in die Beratung kommen oder zumindest keinen hohen Beratungsbedarf haben. Menschen mit Schuldgefühlen hätten hingegen einen höheren Beratungsbedarf und bräuchten nicht nur Informationen über Ansteckungswege. Beratung könne da ansetzen, indem sie erst einmal mit ihrer grundsätzlichen Haltung einen wertneutralen Raum ermöglicht.

»Und manchmal erleben wir auch, dass Leute ganz erstaunt sind, dass wir sie nicht verurteilen. So überspitzt: Da schimpft bestimmt der Beratungspapa >meine Güte, jetzt hatten Sie Sex ohne Kondom<. Das erwarten manche und sind ganz überrascht, dass das nicht passiert. Und Beratung kann einfach einen Raum öffnen, wo Menschen sich im Idealfall öffnen können, und das geht nur, wenn ich da neutral bin und nicht wertend. Damit nimmt man den Schuldgefühlen schon ein bisschen den Wind aus den Segeln.«

Zum einen sei es nicht die Aufgabe von Beratung, die Schuldgefühle auszureden. Zum anderen sei ein zu starker Fokus auf Schuldgefühle nicht zielführend. So merkt er an, dass die HIV-Beratung nur einen begrenzten Rahmen habe und dass das The-

ma für die HIV-Beratung zu groß sei. »Da in die Tiefe zu gehen ist nicht unsere Aufgabe. Wenn jemand so extreme Schuldgefühle hat, ist das eher eine therapeutische Angelegenheit.« So sei die HIV-Beratung keine »Schuldberatung«, es gehe eher darum, einen Raum zu schaffen, in dem Leute willkommen sind.

Wirkmacht der Prävention

In Bezug auf die Wirkmacht von Prävention bei der Entstehung bzw. Verhinderung von Schuldgefühlen beschreibt Bock den Diskurs der AIDS-Hilfe und das Bestreben, in der Prävention »abzurüsten«. So hätte die Prävention neben den guten Erfolgen bei der Senkung der Neuinfektionszahlen auf der anderen Seite auch zu starken Ängsten und Verunsicherungen geführt.

»Ich denke, die 30 Jahre HIV-Prävention in Deutschland haben gewirkt. Und zwar nicht nur, dass wir im europäischen Vergleich gut dastehen mit den Neuinfektionszahlen. Manchmal denke ich, sie hat zu sehr gewirkt bei manchen Menschen. Wir erleben in der Beratung, dass Menschen, die bei uns auftauchen, wirklich vollkommen überzogene Ängste haben. Die denken, HIV hole ich mir bei jeder kleinsten Gelegenheit und es gibt bestimmt Millionen HIV-Infizierte und die Gefahr lauert überall. Was wir versuchen ist gerade realistische Bilder zu senden. Und realistische Bilder sind in den allermeisten Fällen heute: Mit HIV kannst du gut leben. Und das bringt uns als AIDS-Hilfe schon auch in ein Dilemma. Zum einen ist es wichtig, den Menschen den Schutz naheulegen und für Risiken zu sensibilisieren und zum anderen zu vermitteln, dass man mit HIV leben kann.«

Bock bezeichnet diesen schmalen Grat zwischen realistischer Aufklärung und der Verhinderung der Neuinfektionen als »Glatt-eis«. So seien zwei Güter zu erhalten. »Das eine ist die Gesundheit, das andere aber auch eine lustvolle Sexualität.« So

beschreibt er, dass sich die AIDS-Hilfe in den letzten 30 Jahren vor allem auf die körperliche Gesundheit konzentriert habe. »>Dann nimm einfach das Kondom, da ist doch nichts dabei<, erzählen Sie das mal 'nem schwulen Mann, der 30 Jahre lang Kondome nehmen muss.« Erst in den letzten Jahren sei die Frage nach der sexuellen Zufriedenheit auch mehr in den Fokus gerückt, was Bock für sehr sinnvoll halte. So hatte eine HIV-Infektion früher zumeist tödliche Folgen und damit eine ganz andere Dimension. Im Zuge der guten Behandlungsmöglichkeiten gäbe es jetzt viel mehr Freiheiten, auch die sexuelle Zufriedenheit in den Blick zu nehmen.

Darüber hinaus geht Bock auf die normative Bedeutung von Präventionsbotschaften ein. Die Botschaft »Kondome nutzen ist so einfach« könne bei Menschen tatsächlich Schuldgefühle auslösen, so Bock. »Dann denkt sich jemand, der dann doch sein positives Testergebnis bekommt, weil er es eben nicht geschafft hat. Mhh. Das ist doch so einfach und ich bin so doof und schaffe es nicht.«

Er thematisiert außerdem die Diskussion um die HIV-PrEP. So habe er ein Interview mit einem Aktivist*in geführt, der sich in Deutschland für eine bezahlbare PrEP einsetzt. Dieser hätte immer das Bestreben gehabt, HIV-negativ zu bleiben, aber er wollte seine Sexualität auch leben, und das Kondom sei dabei für ihn nicht das passende Mittel gewesen. Mit PrEP könne er Sexualität ganz anders ausleben und müsse nicht ständig Angst haben. Und nach Bock sei eine angstfreie Sexualität auch ein wichtiger Wert.

Transkriptionsregeln

(...) bzw. (.)	Anzahl der Sekunden einer Pause bzw. kurze Pause
viellei-	Abbruch eines Wortes
(doch)	Unverständliches und Unsicherheiten bei der Transkription
()	verständliche Äußerung, je nach Länge
((lacht))	parasprachliche Ereignisse, Lachen oder Wechsel der Sprache
Mhm	Hörsignal
[Beratungsstelle]	von Autorin zum besseren Verständnis eingesetzte Wörter/Änderungen zur Anonymisierung
//	Unterbrechung

Danksagung

An erster Stelle möchte ich meinen Interviewpartner_innen danken, ohne die diese Arbeit nicht hätte entstehen können. Sie haben mir ihr Vertrauen geschenkt und sich bereit erklärt, mit mir offen über ihre sehr persönlichen Themen in Bezug auf ihre Sexualität und damit verbundene Schuldgefühle zu sprechen.

Überdies gilt mein Dank Dr. Dr. Stefan Nagel, Werner Bock und Dr. Matthias Stiehler, die mir für umfangreiche und interessante Expertengespräche zur Verfügung standen.

Für die Betreuung der Masterarbeit und die fachliche Begleitung der Veröffentlichung bedanke ich mich bei Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Ulrike Busch, Prof. Dr. Konrad Weller und Prof. Dr. Heinz-Jürgen Voß.

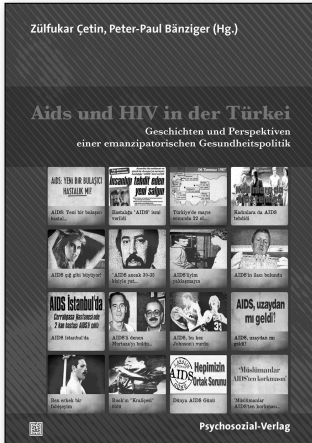
Insbesondere möchte ich Dr.ⁱⁿ Aspasia Manos und Carmen Kaethner-Schulz von der Beratungsstelle für sexuell übertragbare Infektionen und Aids des Gesundheitsamts Leipzig für die wertvollen Erfahrungen danken, die ich während meiner Tätigkeit als Beraterin sammeln durfte und die mich zu dieser Arbeit bewegt haben.

Stefan Lachmund, Esther Stahl, Theresa Gnadt, Dirk Nickel, Karoline Heyne und Juliane Hartung danke ich von Herzen für die fachlichen und methodischen Anregungen, inspirierenden thematischen Diskussionen, ihre motivierende und emotionale Unterstützung und Geduld in dieser Zeit.



Zülfukar Çetin, Peter-Paul Bänziger (Hg.)

Aids und HIV in der Türkei
Geschichten und Perspektiven
einer emanzipatorischen Gesundheitspolitik



2019 · 305 Seiten · Broschur
ISBN 978-3-8379-2826-6

HIV-Infektionen haben in der Türkei erst in jüngster Zeit in besorgniserregendem Ausmaß zugenommen. Dennoch formierte sich schon früh eine heterogene Bewegung aus kritischen Ärzt*innen, Vertreter*innen marginalisierter Gruppen und Menschen mit HIV, die sich für die Sensibilisierung der Bevölkerung und von staatlichen Institutionen einsetzten oder als direkt Betroffene die Stimme erhoben. Zülfukar Çetin und Peter-Paul Bänziger dokumentieren anhand von Interviews die Geschichte dieser Menschen – ihre Trauer und Wut, ihre Kämpfe, ihre Erfolge und Misserfolge.

Die Interviewten geben einen fundierten und vielseitigen Einblick in die Geschichte von Sexualität und Gesundheit in der Türkei von den 1980er Jahren bis zur Gegenwart. Sie zeigen auf, wie der Einfluss sozialer Bewegungen zu einem Wandel in der Gesundheitspolitik beitrug. Es entsteht ein komplexes Bild eines Landes, in dessen Wahrnehmung heute Polarisierungen dominieren.

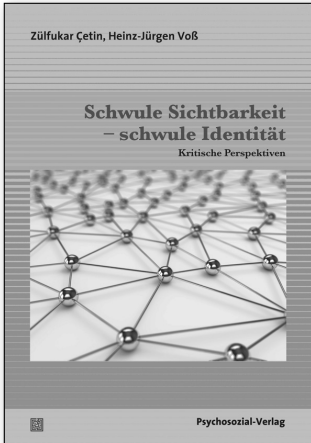
Walltorstr. 10 · 35390 Gießen · Tel. 0641-969978-18 · Fax 0641-969978-19
bestellung@psychosozial-verlag.de · www.psychosozial-verlag.de



Psychosozial-Verlag

Zülfukar Çetin, Heinz-Jürgen Voß

Schwule Sichtbarkeit – schwule Identität Kritische Perspektiven



2016 · 146 Seiten · Broschur
ISBN 978-3-8379-2549-4

Vorangetrieben von »Schwulen« selbst wurde seit dem 19. Jahrhundert das Konzept schwuler Identität durchgesetzt. Noch heute gelten »Sichtbarkeit« und »Identität« weithin als Schlüsselbegriffe politischer Kämpfe Homosexueller um Anerkennung und Respekt. Jedoch wird aktuell immer deutlicher, dass auf diese Weise ein Ordnungsregime entsteht, das auf Geschlechternorm, Weißsein, Bürgerlichkeit und Paarbeziehung basiert. So werden beispielsweise Queers of Color und Queers mit abweichenden Lebensentwürfen marginalisiert.

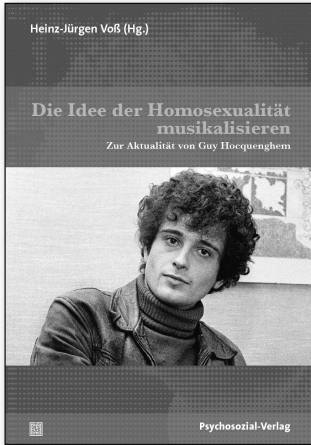
Die Autoren des vorliegenden Bandes hinterfragen die Gewissheit, dass eine einheitliche schwule Identität existiert, aus unterschiedlichen Perspektiven: bewegungsgeschichtlich, wissenschaftstheoretisch und mit Blick auf aktuelle gesellschaftliche Auseinandersetzungen um Homonationalismus und rassistische Gentrifizierung.

Walltorstr. 10 · 35390 Gießen · Tel. 0641-969978-18 · Fax 0641-969978-19
bestellung@psychosozial-verlag.de · www.psychosozial-verlag.de



Heinz-Jürgen Voß (Hg.)

Die Idee der Homosexualität musikalisieren Zur Aktualität von Guy Hocquenghem



2018 · 128 Seiten · Broschur
ISBN 978-3-8379-2783-2

Guy Hocquenghems Essay *Das homosexuelle Verlangen* kann »als erstes Beispiel für das gelten, was heute Queer Theory heißt«, schrieb Douglas Crimp im Klappentext einer US-amerikanischen Neuausgabe dieses Buches. Der französische Aktivist und Theoretiker, Journalist und Romancier prägte in den 1970er und

1980er Jahren die Geschichte der radikalen Schwulenbewegung nicht nur seines Landes, sondern auch der alten Bundesrepublik mit.

Während das Interesse an Hocquenghem in Frankreich und den USA wieder wächst, wird er im deutschsprachigen Raum heute kaum noch rezipiert. Doch die Lektüre lohnt sich, denn sie bietet Perspektiven, sexuelle Orientierung nicht starr, sondern »offen« und prozesshaft zu denken – eben »musikalisch«: Auch ein Ton tritt nur in Erscheinung, wenn er seine ganze Amplitude ausschöpft. 2018, fünfzig Jahre nach der sogenannten sexuellen Revolution und zum 30. Todestag von Guy Hocquenghem, unternehmen es die Autoren, aktuelle identitäts- und rassistisch-kritische queere Positionen mit diesem Denker in Diskussion zu bringen.

Mit Beiträgen von Guy Hocquenghem (übersetzt von Salih Alexander Wolter), Rüdiger Lautmann, Norbert Reck und Heinz-Jürgen Voß

Walltorstr. 10 · 35390 Gießen · Tel. 0641-969978-18 · Fax 0641-969978-19
bestellung@psychosozial-verlag.de · www.psychosozial-verlag.de

In den 1980er Jahren kam eine HIV-Infektion noch einem Todesurteil gleich. Menschen mit HIV und Aids wurden stigmatisiert und die Ansteckung mit Schuld und Strafe für »abweichende« Lebensstile und Sexualverhalten assoziiert. Obwohl sich die Therapiemöglichkeiten und der gesellschaftliche Umgang mit HIV deutlich verbessert haben, lässt sich in der HIV-Testberatung nach wie vor beobachten, dass neben der Ansteckungsangst vor allem Schuldgefühle das Erleben von Menschen bestimmen, die befürchten, sich mit HIV infiziert zu haben.

Franziska Hartung knüpft an diese Beobachtungen an, analysiert und konzeptionalisiert die zugrunde liegenden Schuld-Dynamiken. Sie zeigt, dass Schuld und Schuldgefühle nach wie vor relevante Themen im HIV-Diskurs sind und das subjektive Erleben von Klient_innen in der HIV-Testberatung bestimmen sowie für Prävention und Beratung eine wichtige Rolle spielen. Ein besseres Verständnis der Schuldgefühle kann dazu beitragen, wirksam gegen Stigmatisierung vorzugehen und sexuelle Gesundheit ganzheitlich zu betrachten.

Franziska Hartung, M.A. Angewandte Sexualwissenschaft, forscht am Institut für Demokratie und Zivilgesellschaft in Kooperation mit der Deutschen Aidshilfe zu HIV-bezogener Stigmatisierung und Diskriminierung und ist Lehrbeauftragte an der Hochschule Merseburg.

