

# DER AIDS-KOMPLEX

Dimensionen einer  
Bedrohung

Herausgegeben von  
Ernst Burkel

Peter Atteslander, Christiane Bender  
Aids und das Risiko der Intimität

ULLSTEIN

Peter Atteslander, Christiane Bender  
**Aids und das Risiko  
der Intimität**

## I. Vorbemerkungen

### 1. Veränderungen des Sozialverhaltens

Die Risiken intimer Handlungen, wie ungeplante Schwangerschaft, Geschlechtskrankheiten, ungewünschte Gefühlsverwicklungen, Diffamierungen – um nur einige Beispiele zu nennen –, waren schon immer gefürchtet. Zuverlässige Verhütungsmittel, wirksame Antibiotika und eine liberalisierte Moralauffassung haben hier zur Minderung von Risiken beigetragen.

Die Gefahr, an Aids zu erkranken und zu sterben, stellt jedoch die genannten Risiken weitgehend in den Schatten. Die Ausübung sexueller Aktivitäten mit einem Partner muß daher als besonders lebensgefährdendes Risiko<sup>1)</sup> betrachtet werden, für dessen Beseitigung auf absehbare Zeit keine medizinische Therapie in Aussicht steht.

Neben der Einflußnahme auf das Verhalten von Drogenabhängigen kommt der Herausbildung eines sozialen Bewußtseins der Gefährdung und der Durchsetzung entsprechend risikoarmer Sexualverhalten die derzeit größte Chance zu, die Ausbreitung der Krankheit zu blockieren.

Diese Auffassung wird von einem die politischen Lager übergreifenden Konsens in der Öffentlichkeit gestützt.<sup>2)</sup> Dissens besteht allerdings über die sozialen Strategien, wie Einfluß auf das Risikoverhalten genommen werden soll: Geht es darum, über Aufklärung zur Stärkung der Handlungskompetenz der Handelnden beizutragen und damit der Selbstverantwortung der Individuen die Risikovermeidung zu überlassen? Hilft man den Betroffenen, ihre sozialen Beziehungen weiterhin leben

<sup>1)</sup> Zum Begriff des Risikoverhaltens vgl. ATTESLANDER: Weltgesundheit Nr. 2. 1986. S. 16 ff.

<sup>2)</sup> Stern Nr. 6. 1987. S. 24 ff.

zu können? Oder versucht man, mittels bürokratischer Maßnahmen, die (noch) nicht Betroffenen zu schützen, indem man Risikoverhalten und -gruppen von der Gesellschaft abgrenzt und aussondert? Bietet hierfür die Rückkehr zu einer konservativen Sexualmoral eine Lösung? Zwischen diesen beiden grob skizzierten Extremen bewegt sich gegenwärtig die Diskussion.<sup>1)</sup>

Verdeutlicht man sich, daß derzeit die Entwicklung geeigneter sozialer Strategien der Verhaltensänderung als alleiniges wirksames Mittel gegen die Virusausbreitung anzusehen ist, so bekommen sozialwissenschaftliche Analysen ein erhebliches Gewicht für die Beantwortung der Frage nach effizienten Maßnahmen: Zu nennen sind hier einmal rekonstruktive Analysen, die – vor dem Hintergrund des Wandels der Bedeutung der Sexualität in der modernen Gesellschaft – Bezugspunkte und Beurteilungsmaßstäbe für Anti-Aids-Strategien liefern können. Zum zweiten sind subjektive Einstellungsanalysen dokumentierter Lebenserfahrungen von Betroffenen notwendig, in denen der untrennbare Zusammenhang von subjektiven Situationsdefinitionen und praktischem Sozialverhalten aufgedeckt und szenarienhaft typisiert wird. Hiervon sind Aussagen zu Verhaltensänderungen bei Betroffenen zu erwarten.

In diesem Beitrag soll den genannten Aufgaben sozialwissenschaftlicher Analysen exemplarisch Rechnung getragen werden. In einem abschließenden dritten Teil sollen darüber hinaus weitere Aufgaben und Themen für eine begleitende sozialwissenschaftliche Aids-Forschung aufgezeigt werden.

## 2. Soziale Normierung versus Freizügigkeit der Sexualität

Die soziale Strategie, die auf eine gesellschaftliche Diskriminierung HIV-Infizierter und -Erkrankter zielt, bedient sich einer rigiden Sexualmoral, die Praktiken, die zur Ansteckung geführt haben, als »abweichendes Verhalten«<sup>2)</sup> stigmatisiert. Im Unterschied dazu werden sexuelle Handlungen, die an die Exklusivität der Ehe gebunden sind, als normal bezeichnet.

Blickt man auf die »anomisch« gewordene Situation des Sexualverhaltens<sup>3)</sup> seit der Liberalisierungsphase in den sechziger Jahren, so fallen Tendenzen der sogenannten Freizügigkeit auf, die eine Rückkehr zur »Normalität« geboten erscheinen lassen. Dazu einige Beispiele:

– Die Leitbilder von Unterhaltungsindustrie, Werbung und Moden propagieren

<sup>1)</sup> *Der Spiegel* Nr. 8. 22. 2. 1988. S. 120ff.

<sup>2)</sup> Zur Soziologie »abweichenden Verhaltens« vgl. BECKER: *The Other Side*; LÜDERSSEN/SACK: *Abweichendes Verhalten I, II, III*.

<sup>3)</sup> Vgl. dazu den Sammelband von SCHULLER/HEIM: *Vermessene Sexualität*.

offen oder latent ein polygam ausgerichtetes Sexualverhalten. Werbemethoden arbeiten geschickt damit, die Konsumenten auf das Bild eines anonymen und gleichsam immer anwesenden potentiellen Sexualpartners und dessen angebliche Bedürfnisse zu orientieren.

- In den Medien werden zum Teil Klischees aufgebaut, in denen soziale Erfolge und individuelles Selbstbewußtsein auf den »Sex Appeal« von Frauen und Männern zurückgeführt werden.
- Die in schnellebigen Milieus der Großstädte verbreitete Erwartung von sexueller Aufgeschlossenheit und ständiger Bereitschaft stellt eine Hürde der Zulassung und Verteilung sozialer Anerkennung dar und ist Symptom der Entprivatisierung der Sexualität, die – so Sennet – in die »Tyrannei der Intimität« (1983) umschlägt. Vor allem von Frauen, die häufig Opfer solcher Zumutungen sind, wird dies beklagt.<sup>1)</sup>
- Der Zwang zur Individualisierung, der in der modernen Gesellschaft besteht und Image und Prestigezuweisungen reguliert, hat zu einer »Umwertung aller Werte« (Nietzsche) geführt – einem permanenten Prozeß, in welchem tradierte Gepflogenheiten durchgängig zugunsten der Andersheit des Neuen negiert werden. Daher genießen ungewöhnliche und fremdartige Sexualtechniken und -praktiken Hochkonjunktur.
- Vor allem im häufigen Scheitern von Freundschafts- und Liebesverhältnissen kommt eine Verdinglichung der Sexualität zum Ausdruck. Damit geht die Unfähigkeit einher, Sexualität in die Kontinuität intimer vertrauensvoller Beziehung und Dauer individueller Lebensführung zu integrieren.

Vermutlich könnten die unliebsamen Phänomene eines ungezügelter Hedonismus durch eine stärkere moralische und soziale Normierung der Sexualität im Zuge einer forcierten Anti-Aids-Kampagne mit beseitigt werden. Dabei wird allerdings die »andere Seite« der Liberalisierungswelle unterschlagen, nämlich die Dimension des Lernprozesses, die Ausübung von Sexualität nicht von vorgegebenen sozialen Rollen, Normen und Institutionen abhängig zu machen, sondern dem einzelnen das Recht auf selbstbestimmte und eigenwillige Konstruktionen von Intimität zuzugestehen. Das bedeutet auch, daß die institutionalisierte Form von Ehe und Familie<sup>2)</sup> nicht mehr für Liebe, Partnerschaft und Sexualität unbedingte soziale Verbindlich

<sup>1)</sup> Dem Tatbestand, daß auch scheinbar offene und freie Formen des Umgangs mit Sexualität neue Herrschaftsmechanismen enthalten, widmet sich FOUCAULT: *Sexualität und Wahrheit*.

<sup>2)</sup> Diesem Sachverhalt ist auf dem Londoner Kongreß *The Global Impact of Aids* (8.–10. 3. 1988) Rechnung getragen worden. Dort wurden soziologische Untersuchungen über Familienbeziehungen gefordert, die nicht von einem traditionell eng gefaßten Begriff von Familie als sozialer Institution ausgehen, sondern den Akzent auf deren Eigenart im Sinne von freiwillig gewählten, emotionsstabilisierenden sozialen Beziehungen legen.

keit beanspruchen kann, sondern neue, unkonventionelle Formen des Privat- und Zusammenlebens entstanden und anzuerkennen sind. Gesichtspunkte wie Selbstverwirklichung und individuelles Glück bilden vielmehr zentrale handlungsleitende Zielorientierungen, die sich in dem Maße sozial durchsetzen, wie die Ehe ihren funktionalen Beitrag für die Sicherung der Existenz der Partner verliert.<sup>11</sup>

Von daher ergeben sich einige Aspekte, unter denen die Verpflichtung der Sexualität auf die Ehe bereits aufgehoben worden ist. Zum Beispiel werden voreheliche Erfahrungen der Partner weitgehend für sinnvoll gehalten, da hierin die Erfahrungsbasis dafür liegt, sich kompetent für die Ehe als Lebensprojekt entscheiden zu können. In diesem Zusammenhang steht die Toleranz und Zustimmung, daß Jugendliche ihre sexuellen Bedürfnisse ausleben dürfen und sollen. Ein anderes Beispiel ist die Einstellung zur Ehe, die dann als gescheitert betrachtet wird und aufzulösen ist, wenn die Gefühlsbindungen zwischen den Partnern nicht mehr bestehen und die Weiterführung zur Zerstörung des psychischen Lebens der Partner führt.

Seit der Romantik hat sich ein Verständnis von Ehe und Liebe durchgesetzt, das vor allem die Gefühlsbeziehung und die Leidenschaft betont. Hier nimmt die »Liebe als Passion«<sup>21</sup>, die Sexualität, eine paradigmatische Stellung in der modernen Gesellschaft ein. Abgekoppelt von funktionalen Bestimmungen für Fortpflanzung und Ehe, abgelöst von religiösen und moralischen Deutungsmustern, ist sie zum Selbstzweck geworden: Spontaneität und Augenblickhaftigkeit, Hingabe ohne Fragen und Bindungen sind einige der Stichworte, die Reiz und Genuß der Sexualität versprechen und auf diese Weise einen besonders fragilen und leidensanfälligen Typus »dualer« sozialer Beziehungen darstellen.

Der Versuch dagegen, über eine soziale Normierung Veränderungen im Sexualverhalten zu bewirken, muß auf tradierte Rollenmuster zurückgreifen. Die Chancen dafür sind jedoch gering einzuschätzen, denn der strukturelle Wandel der modernen Gesellschaft, der sich auf dem Arbeitsmarkt, innerhalb des Bildungswesens und der Berufsorganisationen vollzieht, greift in die individuellen Biographien ein und läßt die Realisierung vorausschaubarer Kontinuität im Beruf und Privatleben immer fraglicher, dagegen Brüche und Krisen in den intimen Beziehungen, durch Orts-, Berufs- und Einstellungswechsel verursacht, immer wahrscheinlicher und alltäglicher werden.

<sup>11</sup> »Es ist nicht mehr klar, ob man heiratet, wann man heiratet, ob man zusammenlebt und nicht heiratet, heiratet und nicht zusammenlebt, ob man das Kind innerhalb oder außerhalb der Familie empfängt oder aufzieht, mit dem, mit dem man zusammenlebt, oder mit dem, den man liebt, der aber mit einer anderen zusammenlebt, vor oder nach der Karriere oder mittendrin. Wie dies alles kurzfristig, langfristig oder vorübergehend mit den Zwängen oder Ambitionen der Versorgungssicherung, der Karriere des Berufs aller Beteiligten zu vereinbaren ist« (BECK: *Risikogesellschaft*. S. 163 f.).

<sup>21</sup> LUHMANN: *Liebe als Passion*.

Hinzu tritt, daß die Ansätze zur beruflichen Emanzipation der Frau Entscheidungsmöglichkeiten für oder gegen Ehe und Familie eröffnen. Die *Stabilität der intimen Beziehung* hängt daher mehr denn je davon ab, ob *zwei eigenständige Lebensentwürfe* mit allen ihren externen und internen Risiken in *Übereinstimmung* gebracht werden können.<sup>11</sup>

Unter Berücksichtigung der genannten Strukturbedingungen wird Intimität in individuellen Biographien und im Zusammenleben der Partner generell risikoanfällig und problematisch. Die Partner benötigen hier ein hohes Maß an Selbständigkeit, Verantwortungsbereitschaft und Solidarität, um die Komplexität ihrer Lebensumstände, die Labilität ihrer Lebenslagen innerhalb eines sinnvollen Lebenszusammenhangs konstruktiv zu bewältigen.

Insofern macht es wenig Sinn, die Illusion risikofreier Sexualität überhaupt zu nähren. Entscheidend aber kommt hinzu, daß die in der Liberalisierungsphase gesetzten Ansatzpunkte zur Selbstbestimmung und Verantwortung der Sexualität in Frage gestellt werden – und damit auch die Voraussetzung für eine rationale Bewältigung des Ansteckungsrisikos. Gerade wenn man in Rechnung stellt, daß Sexualität sich nur sehr schwer kalkulatorischen und funktionalen Steuerungen beugt, sondern in tiefen, reflexiv kaum zugänglichen Schichten der Persönlichkeit wurzelt und sich daher der Verstandeslenkung entzieht, können angemessene Lösungen, das Ansteckungsrisiko zu minimieren, nur durch Aufklärung und Stärkung der Handlungskompetenz und Gesprächsfähigkeit der Partner gefunden werden. Dies gilt besonders, wenn man berücksichtigt, daß der *Ort der Gefährdung* die *intime Beziehung* der Partner zueinander ist, in die der *Staat nur mittelbar eingreifen* kann. Moralisierung und Normierung von Sexualität in der Öffentlichkeit könnte hier zur Gefahr erneuter Tabuisierungen und Verheimlichungen führen. Die Schwierigkeit, sexuelle Erfahrungen oder Bedürfnisse auszusprechen, nimmt unter dem Verdacht moralischer Verfehlung zu.

Wie schwer ist es, privat zu besprechen, was öffentlich bereits als abweichendes Verhalten gekennzeichnet wird. Die naheliegende fatale Konsequenz dürfte die Bildung einer Doppelmoral sein: Insgeheim wird weiter praktiziert, was öffentlich abgelehnt und gebrandmarkt wird. Während die einen glauben, sich im Rahmen ihrer Ehe einer »ansteckungsfreien« Sexualität hinzugeben, wächst die Dunkelziffer erheblich. Es ist dann die Illusion der *zweigeteilten Sexualität*, einer Sexualität mit Ansteckungsrisiko und einer Sexualität ohne Ansteckungsgefahr, die es den Handelnden erspart, sich gegenseitig zu schützen.

Moralische Appelle soziologisch zu betrachten, heißt, nicht nur ihre Inhalte zu thematisieren, sondern ebenso die Funktion zur Kenntnis zu nehmen, die sie erfüllen. Moralische Entrüstungsrufe mögen daher durchaus nützlich für die Image-

<sup>11</sup> »Zur Individualisierung weiblicher Lebenszusammenhänge« siehe BECK-GERNSHEIM: *Soziale Welt* 34, S. 307.

pflege bestimmter politischer und religiöser Gruppierungen sein, sie mögen implizit dazu beitragen, politische Maßnahmen gegen die Betroffenen durchzusetzen und mögliche Kostenanforderungen an Gesundheits- und Sozialpolitik gering zu halten; nur im Interesse einer effizienten Bewältigung und Bekämpfung der Krankheit ist die Verbreitung einer repressiven Sexualmoral nicht.

Die Infizierten als »Abweichler« von der Norm zu behandeln, heißt, die Krankheit sozusagen als Strafe für ihr »Vergehen« anzusehen. In dem Maße, in dem die Gesellschaft die *Krankheit* den *Kranken* als *Strafe* anlastet, *entlastet* sie sich selbst *graduell* von komplizierten Aufgaben der *Therapie* und der *Hilfeleistung*, wobei gerade die »Unmoral« und »geheime Funktionalität« dieses moralischen Postulats deutlich wird.

Eine soziale Strategie, die bei Teilen der Bevölkerung zur Veränderung des Verhaltens beitragen will, schadet der Durchsetzung ihres Ziels, wenn sie sich darauf konzentriert, für die Ursachen der Infizierung lediglich Risikogruppen und Risikoträger auszumachen, statt zur Verbreitung des Bewußtseins allgemeiner und alle betreffender Gefährdung durch das HIV-Virus beizutragen und somit zu erreichen, daß *jeder sich verantwortlich fühlt und zur rationalen Auseinandersetzung bereit ist*. Ein weiterer Schritt besteht allerdings darin, die Infizierten und Erkrankten nicht zusätzlich sozial zu sanktionieren. Hierdurch wird auch denen, die zweifeln, ob sie infiziert sind oder nicht, der Mut genommen, geeignete Schritte zu unternehmen, um sich Klarheit zu verschaffen.

Erforderlich sind vielmehr soziale Maßnahmen, die der Bewältigung und Verarbeitung der Krankheit durch die Betroffenen dienen und deren eigene Ansätze zur Selbsthilfe unterstützen. Hierfür ist die Kenntnis von Krankheitsgeschichten und konkreten sozialen Problem- und Risikolagen erforderlich. Die sozialwissenschaftliche Analyse und Auswertung der Berichte von Betroffenen soll dazu beitragen.

## II. Fallanalyse

### 1. Problemstellung

Unserer folgenden Auswertung liegen die im Nachrichtenmagazin *Der Spiegel* Nr. 34–38/1987 publizierten Berichte der Betroffenen zugrunde. Diese Berichte beruhen auf authentischen Schilderungen, die im Gespräch mit Reportern des Magazins abgegeben wurden. Die Redaktion bereinigte das Material sprachlich und faßte es zu einheitlichen, möglichst wortgetreu reproduzierten Berichten zusammen und veröffentlichte sie in der Reihenfolge nach Risikogruppen: Heterosexuelle

(3 Berichte), Bluter (3 Berichte), Homosexuelle (4 Berichte), Fixer (4 Berichte), Prostituierte (5 Berichte). Hinweise auf die konkrete Identität der Personen, wie Namen und Ortsangaben, wurden geändert, damit die Anonymität gewahrt bleibt.

Bei den analysierten Berichten handelt es sich also um subjektive Darstellungen, die ausschließlich Informationen aus der Sicht von Betroffenen zum Ausdruck bringen. Darin besteht jedoch kein Nachteil, im Gegenteil: Der Analyse liegt die These zugrunde, daß die Art und Weise, wie die Betroffenen ihre Krankheit deuten, welche Erfahrungen sie mit Umweltreaktionen machen, entscheidend ist sowohl für die individuelle Bewältigung der Krankheit als auch für die Ausbildung geeigneter sozialer Verhaltensweisen, sich und andere zu schützen. Diese individuelle und soziale Verarbeitung wird, dies geht aus den Berichten hervor, schwer belastet durch Erlebnisse gesellschaftlicher Stigmatisierung und Diskriminierung.

Stigmatisierung und Diskriminierung bezeichnen typische Prozesse der Bildung von nicht gleichberechtigten Minderheiten in der Gesellschaft: Die Öffentlichkeit identifiziert bestimmte Personen mit bestimmten »negativen« Merkmalen. Für die betroffenen Personen heißt dies, daß ihnen im öffentlichen Bewußtsein ein Etikett anhaftet, aufgrund dessen alle weiteren Wesenszüge ignoriert werden. Identifizieren sich die Betroffenen in ihrer Selbstwahrnehmung mit diesen Charakterisierungen durch die Öffentlichkeit, den Fremdstigmatisierungen, so erfolgt eine *Selbststigmatisierung*, die zumeist zur *Selbstverachtung* und *-verneinung* führt. In den hier geschilderten Fällen wird das Attribut »HIV-positiv« zum Stigma<sup>11</sup>, insofern damit negative Bewertungen wie »Seuchenträger«, »Angehöriger einer Risikogruppe«, »asozial«, »amoralisch« verbunden sind und alle weiteren Aspekte der Infizierten ausgeblendet werden. Die »Absonderlichkeit« der Betroffenen (aufgrund der Stigmatisierung) bildet dann die Grundlage für den Abbruch von sozialen Kontakten, für ungleiche Verteilung von Handlungschancen und soziale Diskriminierung.

*Stigmatisierungen* erfüllen für die Gesellschaft die Funktion, Diskriminierungen zu legitimieren und den Anspruch an *Unterstützungsleistungen gering* zu halten. Sie führen nicht nur dazu, essentielle Formen materieller Hilfe zu verhindern, sondern auch dazu, daß dem Infizierten die Möglichkeit genommen wird, sich über die Infizierung auszusprechen und zu verständigen – also Handlungen, die nicht nur sinnvoll für die Problembewältigung der Betroffenen sind, sondern auch im Interesse eines problembewußten Umgangs seitens der Umwelt liegen.

Das Resultat dieser sozialen Form der Stigmatisierung der Infizierten und

<sup>11</sup> »Der Terminus Stigma wird also in Bezug auf eine Eigenschaft gebraucht . . . , die zutiefst diskreditierend ist, aber es sollte gesehen werden, daß es einer Begriffssprache von Relationen, nicht von Eigenschaften bedarf« (GOFFMAN: *Stigma*. S. 11). Vgl. auch BRUSTEN/HOHMEIER: *Stigmatisierung*.



Erkrankten (und darüber hinaus der Zugehörigen zu sogenannten Risikogruppen) mit der Folge der Diskriminierung, so wird in den Berichten deutlich, ist Angst und Panik. Betroffene sehen sich gezwungen »unterzutauchen«, Zweifler finden nicht den Mut, sich einem Test zu unterziehen, die Gefahr von Dunkelziffern vergrößert sich.

Die *Angst* vor den *ungewissen Folgen der Infizierung* und die *Angst* vor den *sozialen Konsequenzen* lassen sich im Bewußtsein der meisten Betroffenen *nicht* voneinander unterscheiden.

Deutungs- und handlungsrelevant wirken sich diese Stigmatisierungs- und Diskriminierungsprozesse besonders in der Gruppe der Betroffenen aus, die aufgrund eines Testergebnisses die Nachricht bekommen haben, »positiv« zu sein, jedoch keinerlei Anzeichen körperlichen Leidens an sich wahrnehmen.<sup>11</sup> Für diese Gruppe gilt, daß sie sich, neben der ärztlichen Beratung, weitgehend an der Einschätzung und Bewertung der Ansteckung in den Medien und den Einstellungen der sozialen Umwelt orientiert. Allein das Wissen um die Ansteckung bedeutet eine schwerwiegende Belastung für die Betroffenen, die zu Krisen und zu Brüchen in der sozialen und psychischen Identität führt. Daher befinden sich die Betroffenen in der paradoxen Situation, Vertrauen, Gesprächsbereitschaft, Auseinandersetzungsmöglichkeiten dringend zur Verarbeitung der Infizierung zu benötigen, was aber durch die Angst vor Fremd- und Selbststigmatisierung aufgrund des Merkmals »positiv« gerade verhindert wird. Je mehr ihnen jedoch Chancen gegeben werden, ihre Infizierung zu akzeptieren, ihre Probleme zu artikulieren und ihr Verhalten zu ändern, ohne vom Ausschluß aus sozialen Handlungskontexten bedroht zu sein, desto höher sind die Chancen, daß die Betroffenen rational im Sinne des eigenen Schutzes sowie des Schutzes ihrer Umwelt handeln.

Dagegen zeigt sich in der Möglichkeit der *Betroffenen*, mit dem *Wissen um die Ansteckung leben* zu können, ein *gemeinsames Interesse* von *Erkrankten*, *Infizierten* und *Nicht-Infizierten*. Die Chancen eines rationalen und verantwortungsvollen Handelns steigen.

Im folgenden stellen wir typische soziale und psychische Problemlagen und Ver-

<sup>11</sup> Historische und kulturvergleichende Studien zur Bezeichnung von Krankheit haben deutlich gemacht, daß eine rein medizinische Definition von Krankheit eine Fiktion darstellt. Der Bedeutungswandel, den die Etikettierung von Krankheit im Kontrast zu Gesundheit erfahren hat, weist auf das umgreifende Bezugssystem, den sozialen Definitionsprozeß hin, innerhalb dessen die soziale Kompetenz einer bestimmten historischen Gesellschaft (abgesehen von Alter und Schwangerschaft) das Kriterium für die Identifizierung und Differenzierung von Krankheit und Gesundheit abgibt. So betrachtet ist die Rede von *Krankheit als Metapher* (SONTAG) durchaus korrekt. Die lediglich Infizierten, die über alle wesentlichen sozialen Kompetenzen verfügen, können in diesem Sinne nicht als krank bezeichnet werden. Es handelt sich also um eine ideologische Verwendungsweise, die HIV-Infizierung schon als Krankheit zu bezeichnen.

arbeitungsmuster von Betroffenen vor. Dazu werden wir immer wieder die Interviewten selbst zu Wort kommen lassen.

Untersuchungen dieser Art, die zu Einblicken in konkrete Biographien führen, sind eine unabdingbare materiale Voraussetzung, um über Maßnahmen und Kampagnen zu diskutieren, die integrativ-kompensatorischen und nicht diskriminierend-verschärfenden Charakter tragen.

## 2. Der Test als Auslöser einer Krisensituation

In allen Berichten wird der Test und die Übermittlung des positiven Testergebnisses als dramatischer Einschnitt im Leben der Betroffenen beschrieben.

Berichtet wird von Zuständen wie Diffusität, Deutungsunsicherheit und Hilflosigkeit, die übergehen in Gefühle der Ausweglosigkeit, Verzweiflung, Depressionen und Panik. Unwissenheit über den Verlauf der Ansteckung mischt sich mit Todesängsten, und dazu kommt die Angst vor einer Krankheit, bei der man nicht Hilfe, sondern Ablehnung erfährt. Geschildert wird, daß die Fortsetzung und Kontinuität des sozialen und psychischen Lebens plötzlich in Frage steht und dieses Erlebnis zu schwerwiegenden *Identitätskrisen* führt.

Hilflos und zutiefst beunruhigt reagierten die Eltern auf die kommentarlose Auskunft des Arztes, ihr bluterkranktes Kind sei »positiv«, denn sie verstanden nicht, daß damit in der Medizin die Feststellung einer Infizierung gemeint ist. Der behandelnde Arzt enthielt sich jeder Erläuterung, überließ es der Familie, die richtige Bedeutung des Wortsinns zu finden (Nr. 35, S. 70).

Häufig wird von Suizidgedanken berichtet als spontane Reaktion auf die Mitteilung der Hiobsbotschaft. Der Homosexuelle Heinz schilderte die Situation, als ihm das Ergebnis eines Testes völlig überraschend mitgeteilt wurde: »... da merkte ich, ... daß ich abrutschte. Ein Gefühl tat sich auf, als wenn ich nicht mehr ich selber war. Und dann die Angst, jetzt ist alles aus, alles ist zu Ende, ist vorbei. Ich wollte mich gleich suizidieren« (Nr. 36, S. 85). Die Prostituierte Mary: »Ich denk' immer öfters: Mach doch jetzt schon Schluß.«

»Jetzt hast du die Krankheit, jetzt springst du in die Kiste ... Ich kenne mich ja gar nicht aus, hatte mich nie mit Aids beschäftigt ... Da hatte ich nur einen Gedanken: Das kannst du zu Hause niemals sagen, das kannst du keinem Menschen sagen. Ich wollte einfach irgendwie Schluß machen, ich wollte mich einfach verdrücken. Weil ich keinen Mut hatte, das zu beichten« (Heterosexueller Ingo, Nr. 34, S. 67).

An Ingos Äußerungen wird die Problematik der HIV-Ansteckung deutlich: Es ist nicht nur die physische Erkrankung – hier wäre der Wunsch und die Hoffnung, therapiert zu werden, eine wahrscheinliche Reaktion auf die Leiden –, sondern es ist vor allem die Angst vor drohenden sozialen Folgen, die die Suizidabsichten aufkommen läßt.

Die Angst vor einem tödlichen Ausgang der Infizierung und die Angst vor der ablehnenden verurteilenden Haltung der Umwelt lassen sich im Bewußtsein und in der Einstellung der Betroffenen nicht voneinander lösen.

Von den 19 Berichten wird lediglich von zwei Prostituierten und zwei Fixern die Absicht bekundet, nicht daran zu denken, daß sie positiv sind: »Als sie mir (im Gefängnis – d. Verf.) sagten, daß ich infiziert bin, hab' ich das erst überhaupt nicht bewußt aufgenommen... Erst als ich dann in der Zelle lag und überlegte, ist mir bewußt geworden, was für eine Scheiße ich da hab'. Aber dann hab' ich mir gesagt, kannst nichts machen, mach' dich nicht verrückt, sonst schwächst du dich auch noch selber... Erst wenn die Krankheit ausbricht, fühle ich mich krank« (Holger, Nr. 37, S. 115). Der Drogenabhängige Werner: »Ich geh' jetzt ein- oder zweimal im Jahr zur Untersuchung, damit ich weiß, ob's ausbricht oder nicht... Je mehr man sich Sorgen und Kopfzerbrechen macht, desto mehr betrifft es einen auch« (Nr. 37, S. 115).

Mit seinem letzten Satz gibt Werner zu, daß das Wissen, positiv zu sein, auch für ihn nicht leicht zu verdrängen ist, wird er doch durch die Untersuchungen immer wieder darauf hingewiesen. Die zitierten Reaktionen bezeichnen jedoch Ausnahmen. Sie sind nur auf dem Hintergrund der Probleme von Drogenabhängigkeit richtig zu verstehen. Hier wird Aids tatsächlich von unmittelbar drastisch sich niederschlagenden seelischen und körperlichen Schwierigkeiten des Drogenentzugs zwischen Kriminalität und Gefängnis überdeckt.

Typisch jedoch sind Reaktionen der Verzweiflung. Für viele kommt die Nachricht überraschend und unerwartet – bei Prostituierten im Rahmen von Routineuntersuchungen, bei Hetero- und Homosexuellen im Zusammenhang mit Untersuchungen zu harmloseren Krankheiten – als unfreiwilliger Test, auf dessen Ergebnis die Betroffenen sich nicht einstellen konnten. Da die Infizierten auf keinerlei Erfahrung aus eigener Anschauung zurückgreifen können, sind sie weitgehend auf Einschätzungen der Ärzte, Medien und des sozialen Umfeldes angewiesen, um das Wissen, positiv zu sein, zu verarbeiten.

Eine wichtige Funktion können hier die Ärzte, die die Nachricht übermitteln, aufgrund ihres Fachwissens erfüllen: falsche Vorstellungen beseitigen, geeignete Therapiemaßnahmen besprechen und die Patienten an weitere Betreuungsstellen vermitteln. Insbesondere bedürfen Patienten, die lediglich infiziert sind, einer medizinischen Beratung, um sich vor weiteren Ansteckungen zu schützen. Die Beispiele in den Berichten zeigen jedoch, daß das Verhalten der Ärzte wenig von Kenntnis um die Krise, die das Wörtchen »positiv« auslöst, geprägt ist. Einige Ärzte neigen vielmehr dazu, ihre eigene menschliche oder fachliche Unsicherheit hinter autoritärem kurzangebundenem Verhalten zu verbergen und die Betroffenen mit dem nur schwer verarbeitbaren Wissen allein zu lassen, wie im schon geschilderten Fall des bluterkranken Jungen. So erzählt der Homosexuelle Heinz, daß er am Arbeitsplatz telefonisch verständigt wurde (Nr. 36, S. 85), die Heterosexuelle Christine (Nr. 34,

S. 62) erfuhr die Nachricht durch die Sprechstundenhilfe am Telefon, die Prostituierte Margot bekam von ihrem Arzt einen moralischen Vortrag gehalten, »sie würde... halb Deutschland ausrotten... mit oder ohne Gummi« (Nr. 38, S. 127). Es wird aber auch das Beispiel des Hausarztes berichtet, der den Patienten, der die Nachricht nicht verkräftet, sofort persönlich zur Aids-Hilfe bringt (Nr. 36, S. 85).

Die meisten, die hier zu Wort kommen, schildern, daß, ausgelöst durch die Nachricht des positiven Testergebnisses, ihnen ihre Vergangenheit in einem neuen Licht erscheint. Sie fragen danach, wie die Ansteckung erfolgte und ob sie vermeidbar gewesen wäre. Hierauf wissen Drogenabhängige und Kriminelle für sich keine eindeutige Antwort, ob sie sich an »einem Partner« oder an »der Nadel« infiziert haben, da sie eine aktive Strukturierung und Planung ihres Lebens aufgegeben haben. Dagegen geht aus den Schilderungen sogenannter Normalbiographien hervor, daß die Infizierung in »früheren Phasen« oder bei »Seitensprüngen« innerhalb einer sonst »geregelt« Lebensorganisation erfolgte.

Beispielhaft für die erstgenannte Gruppe schildert die Prostituierte Margot den Ablauf ihres Alltagslebens und den ihrer infizierten Kolleginnen: »Arbeiten, Gift besorgen, arbeiten, Gift besorgen« (Nr. 38, S. 126). Aids ist hier nur ein Teilproblem, das dazu beiträgt, daß die Betroffenen immer tiefer in ihr soziales und psychisches Elend hineingeraten, sich selbst mit einer depressiv fatalistischen Haltung betrachtend. Biographien bilden jedoch den Hintergrund, auf dem Täter zugleich Opfer von Milieuschädigungen sind, denen sie schon als Kind ausgeliefert waren. Mit jedem weiteren Schritt gerieten sie zugleich tiefer in die Verstrickung von Drogenabhängigkeit und Kriminalität und/oder Prostitution hinein. Wer ihnen helfen will, muß daran ansetzen.

»Bei mir kommt erst der Stoff, dann lange nix und dann die Frau. Ohne das kann ich nicht leben und fühle mich nicht wohl. Dann erst kann ich an eine Frau denken« (Fixer Werner, Nr. 37, S. 115).

Das Bild stellt sich völlig anders dar, betrachtet man die Gruppen Bluter, Homo- und Heterosexuelle: Bis zum Zeitpunkt des Testes haben die Betroffenen ein unauffälliges Leben geführt mit Erwartungen an Beruf und Privatleben. Besonders tragisch ist das Schicksal von Ingo, einem 48jährigen Industriekaufmann, der sich vor seiner Hochzeit bei »einem einzigen Fehltritt« im Urlaub angesteckt hat und erkrankt. »Büro, Garten und die Beziehung«, darin spielte sich sein Leben ab. »Ich sage immer, ich habe selber schuld, daß ich mich überhaupt nicht informiert habe über diese Krankheit. Ich bin so richtig ins offene Messer gelaufen. ... Wenn ich damals gewußt hätte, was ich heute alles weiß, hätte ich damals wohl auf Gummi oder so bestanden. Aber ich hatte in meinem Leben nie Gummi benutzt. Das war bei mir einfach nicht im Kopf drin. ... Es war wirklich nur ein einziger Fehler von gut 18 Jahren« (Nr. 34, S. 72). Er vereinsamt, nachdem ihn seine langjährige Verlobte, die den Treuebruch nicht verzeihen kann, verlassen hat, und er physisch unfähig ist, seinen Beruf weiter auszuüben.

Menschen mit alltäglichen Berufen wie Metzger, Verkäufer, Krankenpfleger, eine Frau, die durch ein Fachabitur sich eine geeignetere Position erhofft, sind hier zu Wort gekommen, die durch länger anhaltende Krankheitserscheinungen aus ihrer Laufbahn herausgeworfen wurden. Die Art und Weise, wie sie ihr Geschlechtsleben gestalteten, vertrug sich mit ihrer bürgerlichen Berufsexistenz. Hier finden sich sowohl Infizierte, die häufig ihre Partner wechselten, ebenso wie Ingo, für den der Seitensprung die einmalige Ausnahme war.

»Ich habe so meine Phasen gehabt. Ich habe Phasen gehabt, da bin ich in Kneipen gegangen, dann habe ich wieder ein paar Monate gar nichts gemacht. ... Ich habe nicht alle zwei, drei Monate einen anderen gehabt. Aber wenn mir einer gut gefällt, dann verknalle ich mich halt auch gleich in den. Und dann fällt man halt auch irre oft auf die Schnauze ...« (Nr. 34, S. 59), beschreibt Christine ihre Suche nach einem Partner, durchaus typisch für viele Jugendliche. Christine zog dann mit dem Mann, der sie ansteckte, einem Libanesen, zusammen.

»Wie ich mich infizierte, weiß ich nicht einmal. Man hört mittlerweile, daß man das Virus bis zu 15 Jahre in sich haben kann. Und damals, ab 16 aufwärts, hatte ich eine wilde Zeit, mit Ha-We-Ge (häufig wechselnder Geschlechtsverkehr, d. Verf.) und so, das nennt man doch so – ... Nach dieser Zeit hatte ich neun Jahre lang eine feste Beziehung« (Anni, Nr. 34, S. 72).

### 3. Soziale Problemlagen

#### a) Beruf

Die zitierten Äußerungen zeigen, daß die plötzlich aufgetretene Unsicherheit und Ungewißheit vor der Zukunft panikartige Reaktionen hervorrufen, wobei die Angst vor dem tödlichen Ausgang der Infizierung und die Angst vor den sozialen Folgen nicht voneinander zu trennen sind. Die damit verbundenen Belastungen für die Identität der Betroffenen sind kaum zu bewältigen und führen zu einer tiefen Krise.

Entscheidend dafür, ob es den Patienten gelingt, die Krise zu bewältigen und mit dem Wissen, daß sie infiziert oder gar erkrankt sind, zu leben, sind die konkreten Erfahrungen, die sie im Beruf und im Privatleben machen.

Stigmatisierungs- und Diskriminierungserlebnisse wie Verlust des Arbeitsplatzes, Rückzug von Kollegen, Bekannten oder Partnern verringern die Chancen der Bewältigung erheblich und verschärfen Prozesse der negativen Selbstwahrnehmung, der Selbststigmatisierung. Es bildet sich das Gefühl, in eine existenzielle Sackgasse zu geraten. Diese sozialen Belastungen führen häufig zu einer Verschlechterung des gesundheitlichen und psychischen Zustands.

Die soziale Strategie, die – wenn auch nicht bewußt gesteuert – hinter dem Stigmatisierungs- und Diskriminierungsverhalten der Gesellschaft gegenüber den Infizierten steht, richtet sich jedoch gegen die Gesellschaft selbst: Die Produktion von

»Asozialen« und Verzweifelten schafft allererst die Voraussetzung für »asoziale« und verzweifelte Aktionen der Betroffenen und entzieht ihnen die soziale und psychische Basis für rationales verantwortungsvolles Handeln.

Den vielen Schilderungen ungelöster Schwierigkeiten am Arbeitsplatz steht nur ein einziger Fall gelungener Problembewältigung gegenüber.

Die Erkrankten, die ihre Geschichte berichteten, sind alle aufgrund körperlicher Beeinträchtigungen nicht mehr im Beruf tätig. Ihre Bemühungen, eine leichtere Arbeit zu finden, bleiben erfolglos. Ihre weitere Situation ist daher weitgehend unklar.

Der infizierte Homosexuelle Rudi schildert seine erheblichen Schwierigkeiten, einen neuen Arbeitsplatz zu finden, nachdem er in seiner alten Firma aus Angst vor sozialer Diskreditierung gekündigt hatte. Obwohl er mit einem neuen Arbeitgeber schon einen Arbeitsvertrag unterschrieben hatte, mußte er sich unüblicherweise einer betriebsärztlichen Untersuchung unterziehen. Anlaß war ein anonymer Brief von Arbeitskollegen aus der alten Firma. Rudi bekam die Stelle daraufhin nicht (Nr. 36, S. 97).

Der Homosexuelle Hannes, der Gelegenheitsjobs sucht, hat in Boutiquen und in der Gastronomie keinen Erfolg. Seine offensichtliche Homosexualität macht ihn in den Augen potentieller Arbeitgeber Aids-verdächtig. »Nur wenn sie wissen, daß du schwul bist, fragt der Boß schon mal, ob du Aids hast. Das habe ich mehrfach erlebt. Gerade in Kneipen, in Schwulenkneipen. Die wollen das wissen wegen der Kundschaft. Das ist halt so, jedes gekaufte Bier ist irgendwie ein Stück vom Kellner« (Nr. 36, S. 82).

Heinz, der Krankenpfleger, wird von seiner Arbeitsstelle immer wieder aufgefordert, sich beurlauben zu lassen: »Ich bin arbeitsfähig und nicht krank. Und da ich nicht krank bin, kann ich mich nicht krank schreiben lassen. Es wird sich auch kein Arzt finden, der mich krank schreibt. . . . Nur weil die Stadt das möchte? . . . Und das ist auch wichtig als Therapieziel, daß ich mich nicht als krank empfinde. Und das hat man ja auch in der Therapie erreicht, daß ich von meiner Aids-Phobie abrücke, daß ich mich als positiv sehe, mit den ganzen Höhen und Tiefen, die dazugehören . . .« (Nr. 36, S. 88).

Seinem Wunsch, in der Psychiatrie zu arbeiten, entsprach der Arbeitgeber nicht. Statt dessen bot man ihm an, in der Telefonvermittlung tätig zu sein. Die schlimmen Erfahrungen mit den Versuchen, ihn durch bürokratische Maßnahmen »von oben« abzuschieben, blockieren das Ziel seiner Therapie, mit dem Bewußtsein, Virusträger zu sein, leben zu können. Er erkrankte wiederholt an psychosomatischen Beschwerden.

Anni, die an Tuberkulose erkrankt ist, will sich aus ihrer Firma zurückziehen: »Und wenn die Kollegen in der Firma das erfahren, dann ist zappenduster. . . . Manche würden mich nicht mehr reinlassen, wenn die das wüßten. Die würden einfach sagen: Lustseuche!« (Nr. 34, S. 74).

Allein das Beispiel Hansjakobs, der in seinem Betrieb offen darüber reden kann, ragt »positiv« aus der Liste von Stigmatisierungen und Diskriminierungen heraus. Obwohl auch hier seine männlichen Kollegen immer noch Angst haben, daß sie sich anstecken und damit ihre Kinder zu Hause gefährden könnten, kann Hansjakob offen über seine Probleme sprechen. »Ich habe die Betreffenden (Kollegen, d. Verf.) direkt angesprochen. Damit packt man die Leute meist sehr gut, wenn man sie direkt anspricht, durch Offenheit. Dazu kam eine sehr große Hilfe durch Arbeitskolleginnen... Einige haben mir ständig beim Kommen und Gehen einen Kuß gegeben, vor den anderen Kollegen. Nur um zu zeigen: Du bist okay. Dieser angstfreie Umgang mit mir hat sehr viel bewirkt... Der Firmenleitung mußte ich zwangsläufig Mitteilung machen... Und es ist eine bekannte Sache, daß es für HIV-Infizierte wichtig ist, wenn die beruflichen Streßbedingungen auf ein Minimum herabgesetzt werden. Das war natürlich nur möglich, wenn ich dann mit offenen Karten spielte« (Nr. 36, S. 91).

Dieses Beispiel zeigt deutlich, daß nicht-stigmatisierender und nicht-diskriminierender Kontakt mit Infizierten sowohl im Interesse der Infizierten liegt, die sich dann trotz des Merkmals »positiv« akzeptiert und integriert fühlen und weiterhin alle sozialen Handlungschancen wahrnehmen können, wie auch im Interesse der Nicht-Infizierten, die dadurch die Chance gewinnen, sich rational zu verhalten und Gefährdungen zu vermeiden. Vor allem wird hierdurch die Angst gemildert, die Infizierte dazu bringt, ihre Infizierung zu verschweigen, womit die Chancen eines sorgsamen und rationalen Umgangs auf beiden Seiten verspielt werden.

#### b) Privatleben

Das Privat- und Intimleben, das für jeden Menschen eine essentielle Notwendigkeit zur Bildung und Entfaltung seiner Persönlichkeit darstellt und unabdingbar für die Bestätigung des individuellen Selbstwertgefühls ist, wird durch das Bewußtsein, mit dem Virus infiziert zu sein, am stärksten betroffen. Da private Beziehungen weitgehend auf Emotionen beruhen, stellen sie für die Betroffenen besonders prekäre Problemlagen dar: Einerseits sind sie besonders abhängig von Vertrauens- und Gefühlszuwendungen, um ihre Krise zu meistern, andererseits ist das Risiko, aufgrund des eingeständnisses Vertrauen und Gefühlsbindungen zu verlieren, groß. Die Angst vor ablehnenden Reaktionen bei Freunden und Verwandten läßt die Betroffenen zumeist schweigen und treibt sie in innere, kaum auflösbare Einsamkeit.

Der vereinsamte Ingo findet nach einer Äußerung seiner Cousine, einer Krankenschwester, nicht mehr den Mut, sich mitzuteilen. Er zitiert sie: »... ich weiß auch, daß man sich nicht anstecken kann. Aber in mir ist eine furchtbare Angst, mit diesen Leuten irgendwie zu reden oder irgendwie zusammenzusein, sagt sie. Wenn die wüßte, daß einer die Krankheit hat, dann würde sie einen Riesenbogen um den machen – so meine Cousine« (Nr. 34, S. 70).

Die Statistiken zeigen, daß Homosexuelle besonders betroffen sind. Dies ist besonders tragisch, da die Homosexuellen in mühevollen und schmerzlichen Auseinandersetzungen mit gesellschaftlichen Vorurteilen gerade ein höheres Maß an Akzeptanz erreicht hatten. Jetzt scheint für viele ein zusätzlicher Anlaß gefunden zu sein, die alten Vorurteile wieder hervorzuholen und Homosexualität mit Aids infiziert gleichzusetzen und deshalb die Homosexuellen zu diskriminieren. So wurde der Homosexuelle Hannes auf einem Fest mit folgendem Ausspruch konfrontiert: »Guck mal da drüben, da stehen noch ein paar Tote« (Nr. 36, S. 82).

Dagegen zeigen die Schilderungen von zwei Familien mit Bluter-Infizierten (Nr. 35, S. 70), daß ein gemeinsames Leben möglich ist. Durch Offenheit und Gesprächsbereitschaft stehen die Familienangehörigen den Infizierten solidarisch zur Seite und tragen dazu bei, Außenangriffe abzuwenden und Maßnahmen zu besprechen, um so Infizierte und deren Familien gesundheitlich zu schützen. Das gegenseitige Vertrauen, das hier herrscht, stellt eine wesentliche Möglichkeit für die Infizierten dar, mit diesem Bewußtsein leben zu können und dabei nicht zu verzweifeln.

Besonders belastet werden die intimen Beziehungen, wenn einer der Partner infiziert ist. Das Intimleben, das trotz vorausgegangener »sexueller Revolution« dennoch häufig sprachlos gelebt wurde, muß jetzt zum Gegenstand von Gesprächen, Geständnissen und rationalen Handlungsstrategien werden. Fällt es allgemein schon schwer, die »richtigen Worte« für sexuelle Erlebnisse und Wünsche zu finden, so ist dies hier besonders belastet, sind doch Ängste damit verknüpft, den Partner zu verlieren. Vor allem in Intimbeziehungen, in denen die Partnerschaft vor der Infizierung labil und wenig gefestigt war, besteht die Gefahr, daß sie unter der psychischen Belastung völlig zerbrechen.

Wiederholt schildern die Interviewten Fälle, in denen die Mitteilung zum sofortigen Abbruch geführt hat. Für Ingo ist das Geständnis zum schmerzlichen Testfall der Liebe seiner Verlobten geworden. Sie konnte ihm den einzigen Seitensprung innerhalb ihrer 18jährigen Beziehung, in der sie ihn »computerkorrekt« überwacht hat, nicht verzeihen.

Rudi schildert eine typische Situation: »Er lag neben mir, ich hatte ihn im Arm, und wir hatten schon ein paar Streicheleinheiten ausgetauscht, und dann habe ich ihm gesagt: »Ich bin positiv.« Das war ein Schock...: So schnell, wie der aus dem Bett draußen war, so schnell ist seither nie mehr einer aus dem Bett gegangen« (Nr. 36, S. 97).

Gerade im Bereich sexuellen und erotischen Erlebens ist das Gefühl, vom Partner als anziehend und begehrenswert empfunden zu werden, ausschlaggebend. Im Falle der Aids-Infizierung bedeuten daher die Angst des Partners vor Ansteckung und seine Distanzierungsversuche eine erhebliche Einschränkung der Lust am Sexualkontakt. Es entstehen Situationen »scheinbar auswegloser gemeinsamer Verzweiflung«.

Christine leidet daher darunter, das positive Gefühl für ihren Körper verloren zu



haben, und glaubt, ihr Freund werde sie wegen einer anderen Frau verlassen, während der Freund vermutet, daß Christine nur bei ihm bleibt, weil sie keinen anderen Mann mehr findet. So resigniert wie Christine ihre Situation schildert, so wenig scheinen sie und ihr Freund ihr gemeinsames Intimleben retten und ihre Freude an der Sexualität wiedererlangen zu können. Sie bedürften dringend des Gesprächs und der Beratung, »positiv« als Infiziertsein und nicht als Makel zu begreifen.

Der Fixer Franz mußte seine Freundin auffordern, sich ebenfalls untersuchen zu lassen. Sie mußte dann, nachdem auch sie positiv getestet wurde, einen Schwangerschaftsabbruch vornehmen. Seitdem lebt sie apathisch vor sich hin (Nr. 37, S. 128).

Die Angst, den Menschen, in den man sich vielleicht gerade verliebt hat, zu verlieren, weil man ihn vorher informieren muß, schildert Isolde: »Eine tiefere Beziehung zu einem Mann kann ich im Moment nicht eingehen, das ist für mich tabu. Das kann ich auch seelisch nicht. Erstens mal ist da die Angst, das mit Aids zu sagen, und zweitens dann die Angst vor der Reaktion von dem« (Nr. 38, S. 117).

Obwohl die Homosexuellen in der Vergangenheit bereits erheblich unter sozialer Stigmatisierung und Diskriminierung zu leiden hatten, fallen jedoch in den Berichten die häufig geäußerte Bereitschaft zur Offenheit und die Solidaritätsbekundungen bei Freunden und Intimpartnern auf. Hansjakob schildert, daß das Gespräch mit Freunden ihm hilft, den psychischen Streß abzubauen und die Angst vor der Zukunft zu lindern (Nr. 36, S. 91). Ebenso der Fixer Jürgen: »Das Thema Aids schweige ich nicht tot. Ich vertraue mich Menschen an, auf die ich mich verlassen kann. Ich käme nicht klar, wenn ich denke, am besten, du sagst es niemandem« (Nr. 37, S. 124).

Die Weiterführung vertrauensvoller und emotionaler Beziehungen ist eine wesentliche Voraussetzung dafür, daß die ausgelöste Krise verarbeitet werden kann und es nicht über die Zerstörung des Selbstbewußtseins zum ausweglosen Scheitern kommt.

#### 4. Die Erwartungen der Betroffenen

Welche Erwartungen hegen die Betroffenen? Positive Erwartungen und Hoffnungen für die Zukunft sind eine wesentliche Bedingung dafür, Probleme, die sich in der Gegenwart stellen, zu verarbeiten. Von den projizierten sozialen und psychischen Lebensmöglichkeiten hängt das Verhalten und die Definition des gegenwärtigen Lebens weitgehend ab. Allen Interviewten gemeinsam ist die Sorge und Ungewißheit über die Verschlimmerung der Infektion beziehungsweise der Erkrankung. Hinzu kommt aber die Angst davor, daß der gesellschaftliche und politische Druck die soziale und individuelle Situation unerträglich werden läßt und sich die Möglichkeit einer sinnvoll zu gestaltenden lebenswerten Zukunft für immer verschließt.

Das Gefühl sozialer Alternativlosigkeit drückt die Prostituierte Susi aus: »Ich

werde weiter anschaffen gehen, was soll ich sonst machen? Soll ich ins KZ gehen, weil ich Aids habe? Oder auf die Lepra-Insel, auf die Aids-Insel?« (Nr. 38, S. 126).

Die Androhung von Zwangstests, Berufsverboten, Registrierung löst bei vielen Betroffenen die Angst aus, jegliche Lebensgrundlage zu verlieren und ins gesellschaftliche Abseits gedrängt zu werden. »Es ist halt so, daß, wenn ich mir vorstelle, hier in Deutschland länger zu leben, ich bestimmt schon aus psychischen Gründen krank werde. . . . Also wenn ich mir zum Beispiel vorstelle, Meldepflicht soll eingeführt werden – das ist ja nicht nur einfach so, daß die Leute registriert werden, . . . sondern das zieht ja unheimlich viel nach sich. Vielmehr: daß Leute reinschauen dürfen, Arbeitgeber zum Beispiel, daß du halt keinen Job mehr kriegst, daß du keine Wohnung mehr kriegst und lauter solche Sachen. Oder daß Zwangstests eingeführt werden für Ausländer zum Beispiel, oder daß Firmen Zwangstests machen sollen bei der Einstellung und so Sachen, und Berufsverbote und so. Das erinnert mich voll ans Dritte Reich« (Nr. 34, S. 64).

Wesentlich ist im Zusammenhang der Auswertung nicht die Frage, ob die angesprochenen Maßnahmen tatsächlich in die Richtung zielen, in die Christine sie einordnet, wesentlich ist hier vielmehr, daß diese polit-administrativen Maßnahmen von Betroffenen so aufgefaßt werden und zu Handlungen persönlicher Verzweiflung führen. Die *Konsequenzen*, die aus *Verzweiflung* entstehen, sind dann allerdings für die *Betroffenen* und für das *soziale Umfeld gefährlich*.

»Unterzutauchen« (Nr. 38, S. 127) scheint für Margot als Reaktion darauf die einzige Überlebensstrategie. Hier wird deutlich: In dem Maße, in dem die Gesellschaft den Betroffenen soziale und individuelle Chancen zum Leben blockiert, statt kompensatorisch-integrativ zu agieren, vergrößert sie ihr eigenes Risiko. Die Betroffenen fühlen sich einer Gesellschaft gegenüber, die ihre Lebenserhaltung gefährdet, nicht verantwortlich. Und aus Verzweiflung heraus ist wohl kaum ein rationales Verhalten sich selbst und der Umwelt gegenüber zu erwarten. Die Konsequenz liegt im Anwachsen der Dunkelziffer.

Daher: Je mehr Chancen den Betroffenen geboten werden, desto verantwortungsvoller und rationaler wird auch ihr Verhalten sein, da davon die Perspektive ihres eigenen Lebens abhängt. In den Schilderungen von Ingo, Anni, Jürgen, Holger, Hannes und Hansjakob finden sich immer wieder Hinweise, daß sie »nachdenklicher«, »bewußter«, »sinnvoller« ihr Leben leben wollen als bisher. »Ich werde weiterleben wie bisher; versuchen, den Anforderungen des Lebens gerecht zu werden, so gut ich es vermag, allerdings mit dem Unterschied zum vorherigen Leben. Ich versuche mehr als früher, Wichtiges von Unwichtigem zu trennen« (Nr. 36, S. 94).

Das Beispiel des früheren Fixers Jürgen zeigt, daß selbst in schwierigen Lebenslagen ein gestärktes Selbstwertgefühl, neue Handlungsalternativen und ein rationaler Umgang mit dem Wissen, »positiv« zu sein, möglich ist. Er lebt jetzt in einer therapeutischen Wohngemeinschaft und erzählt von sich: »... ich fühle mich... wohler

als zu der Zeit, als ich noch nicht wußte, daß ich positiv bin. Das liegt daran, daß ich ohne jegliche Drogen, wie ich sie früher ständig hereingezogen habe, wesentlich zufriedener bin und ganz andere positive Erfahrungen mache. Seit ich clean bin, merke ich, daß mein Hirn arbeitet, daß ich fähig bin, mich zu konzentrieren, in Gespräche einzusteigen. Daß ich sportlich immer noch einiges machen kann. Daß ich wieder Gefallen an Dingen habe, die ich früher gemacht habe, Zeichnen zum Beispiel, und daß ich gern etwas mit anderen Leuten tue« (Nr. 37, S. 124).

Nicht nur, daß die Gesellschaft aus ethischen Gründen kein Recht dazu hat, diese Lebenserwartung zu enttäuschen; in der Einstellung der Infizierten und Erkrankten, ihre Krise konstruktiv meistern zu wollen, liegt zugleich die soziale Chance, die Ausbreitung des Virus zu verhindern und effiziente Maßnahmen zum Schutz der Nichtinfizierten realisieren zu können.

Aber auch aus der Perspektive der (bisiang) nicht Infizierten stellen Stigmatisierung und Diskriminierung keine geeigneten sozialen Strategien dar, Aids zu bekämpfen: Vielmehr wird so die Illusion gefördert, daß diejenigen, die keiner Risikogruppe angehören, unbesorgt und risikofrei weiterhin ihren Lüsten nachgehen können. Statt das Verantwortungsbewußtsein jedes einzelnen, dem Partner und sich selbst gegenüber, zu stärken, werden »Sündenböcke« benannt und verantwortlich gemacht. Die reale Gefahr, die im individuellen Sexualverhalten liegt, wird dagegen verharmlost.

Zum Schluß: Vielleicht wird man den Vorwurf erheben, den Angaben der Betroffenen wäre blind vertraut worden, ohne den Wahrheitswert der Aussagen in Zweifel zu ziehen. Darum ging es aber auch nicht. Es sollte vielmehr herausgearbeitet werden, daß die subjektiven, weitgehend durch soziale Erlebnisse vermittelten Deutungen der Infizierung und Erkrankung entscheidend zur Kennzeichnung der typischen Problemlagen beitragen und von besonderer Bedeutung für die Chancen rationalen Verhaltens der Betroffenen sind und damit auch für den Schutz der Gesellschaft. Die Perspektiven der Betroffenen müssen daher in die Diskussion um geeignete soziale Strategien eingebracht und berücksichtigt werden.

### III. Aids als Herausforderung an die empirische Sozialforschung

Die Ausarbeitung wirksamer sozialer Strategien gegen die Ausbreitung der Viruskrankheit Aids erfordert die Einbeziehung von Untersuchungen und Ergebnissen der empirischen Sozialforschung. Im Grunde bestehen Anforderungen an die Soziologie, ist ein objektiver Bedarf an Klärung entstanden, für die Forschungskapazität in ausreichendem Maße in absehbarer Zeit nicht zur Verfügung steht. Es wird deshalb

darum gehen müssen, bisherige Befunde, sofern sie plausibel und auf wissenschaftliche Erkenntnisse gestützt sind, direkt in die Gesundheitspolitik einzubringen. Mit Sicherheit werden übliche standardisierte demoskopische Umfragen nicht genügen, um Auswirkungen von administrativen Maßnahmen zu erfassen, geschweige denn Verarbeitungsmuster von Betroffenen auch nur annähernd wiederzugeben. Die mühselige Arbeit der *Dunkelfeldforschung* steht vor uns.

Es ist zunächst überhaupt Forschungskapazität zu schaffen, es sind vor allem qualitative Forschungsmethoden zu entwickeln und anzuwenden. Gleichzeitig sind die in die Politik einfließenden sozialen Daten, sind epidemiologische Befunde nach ihrem tatsächlichen und wirklichen gesellschaftlichen Gehalt zu überprüfen. Allerdings kann sich die Soziologie nicht auf den bequemen Stuhl einer im Grunde unteiligen »Ideologiekritik« zurückziehen. Es wird der Sache wenig nützen, wenn wir genüßlich feststellen, daß die meisten epidemiologischen Daten von heute statistische »Artefakte« darstellen, daß Aufklärungskampagnen möglicherweise in entscheidenden Bereichen wirkungslos sind oder daß durch unsachgemäße gesundheitspolitische Äußerungen vornehmlich Aids-Hysterie produziert wird. Es sind zumindest in drei Bereichen programmatische Aussagen möglich:

## 1. Aids und Subkultur

Was sich an Diskriminierung und Ausgrenzung von Aids-Betroffenen abspielt, trägt für den Sozialforscher vertraute Züge. Neu und unvertraut ist das Ausmaß. Es sind deshalb die aus jahrzehntelanger Gruppenforschung und Vorurteilsforschung gewonnenen Erkenntnisse systematisch zu übertragen, wenn es im praktischen Alltag nach der Maxime »Hilfe vor Strafe« gehen soll. Eine aktualisierte Theorie der Subkultur ist dabei unabdingbar, um Daten über die Binnenperspektiven von Betroffenen zu gewinnen und so zu einer näheren Kennzeichnung prekärer sozialer Risikolagen von Gruppen und Personen beizutragen. So unklar wie der Begriff der Risikogruppe ist, so sehr verbietet sich die Vorstellung einer einheitlichen Subkultur. Die Unterschiedlichkeit, ja die Gegensätzlichkeit einzelner speziell betroffener Gruppen muß mit dem entsprechenden Aufwand empirisch untersucht werden. Nicht die Beschreibung einzelner Subkulturen, ihre Stellung zur übrigen Gesellschaft, sondern ihre handlungsorientierende Funktion für Aids-Betroffene ist dabei wesentlich.

Abgesehen von großen interkulturellen Unterschieden sind Funktionen der Subkulturen zu untersuchen: 1. Zusammenhänge zwischen entstehenden Gegennormen, 2. feststellbare Gegenpraxis, schließlich 3. Gegensozialisierung. Es ist davon auszugehen, daß notwendigerweise gesellschaftliche Institutionen, die sich mit Aids-Prophylaxe auseinandersetzen müssen, keineswegs mit mehrheitlich befolgten gesellschaftlichen Normen operieren können.

## 2. Kampf gegen Datennotstand

Die bisher veröffentlichten Daten bestehen aus einem oft unentwirrbaren Gemisch von medizinisch-statistisch erhobenen Daten, Simulationen und Schätzungen. Eine interdisziplinäre und integrierte epidemiologische Forschung ist dringend erforderlich.<sup>11</sup> In zweierlei Hinsicht kann die empirische Sozialforschung dabei dienlich sein. Zunächst bedeutet Dunkelfeldforschung nicht, daß das Vorgehen der Forschung selbst im dunkeln läge: Gewiß ist von vornherein, daß mit standardisierten Forschungsmethoden kaum soziale Erfahrungen und Erlebnisse erhoben werden können.

Das bedeutet aber eine Umorientierung der Erwartungen an die Sozialforschung: Wir müssen lernen, *qualitativen* Aussagen, denen *subjektive* Einstellungen und Deutungen zugrunde liegen, *höhere Bedeutung* als bisher zuzumessen. Gefordert ist die Anwendung qualitativer Forschungsmethoden, wobei ein erheblicher personeller und finanzieller Aufwand entsteht.

Außerdem ist dem Umstand Rechnung zu tragen, daß Aids ein weltweites Phänomen darstellt und daß Zahlen nur dann vergleichbar sind, wenn dafür identische Kriterien vorliegen. Da es immer wichtiger wird, gerade Aids-Phänomene vor der Registrierung zu untersuchen – dies in unterschiedlichsten Kulturen –, muß auf die Erfahrung interkultureller Anwendung von Forschungsmethoden Rücksicht genommen werden.

## 3. Aktivitäten und Aktivismus

Der wohl dringendste und unmittelbarste Beitrag der Sozialforschung liegt in Begleituntersuchungen laufender Kampagnen. Es verbietet sich von selbst, Unsummen von Geld in Kampagnen zur Verhaltensänderung, zur Aufklärung und Prävention fließen zu lassen, ohne deren Wirkung laufend zu überprüfen. Über die Wirkungsweise aufwendiger öffentlicher Aufklärungskampagnen liegen noch keine umfassenden und gesicherten Erkenntnisse vor.

Administrativer Aktivismus bedroht die ohnehin brüchige Sicherung beim Datenschutz. Da Mittel im gesamten Gesundheitswesen zunehmend knapper werden, muß gewährleistet sein, daß sie nicht der eigentlichen Betreuung und Pflege HIV-Krankter entzogen werden. Wenn unter dem politischen Druck eine Flut von Broschüren und Inseraten gleichsam den Beleg für Aktivitäten der Verantwortlichen bezeugen soll, so laufen Aktivitäten dieser Art ohne systematische Auswertung (Evaluation) Gefahr, in blinden Aktionismus auszuarten. *Unwirksamkeit* von *Maßnahmen* bedeutet gerade im Bereich Aids nicht nur *Verlust von Geldmitteln*,

<sup>11</sup> ATTESLANDER. In: GUTZWILLER/KOCHER: *Schweiz. Gesellschaft – Gesundheit – Politik*.

sondern uneinholbarer *Verlust an Vertrauen*, mithin *Verstärkung der Resignation*.

Auch die geforderte Wirkungsanalyse von Aufklärungskampagnen, administrativen und sozialpädagogischen Maßnahmen muß weitgehend von qualitativen Forschungsmethoden und interdisziplinärer Forschungsstrategie getragen werden. Erfreulich ist, daß mit wenigen Ausnahmen sich längst die Einsicht verbreitet hat, daß mit dem Propagieren moralisierender Sekundärtugenden nichts zu erreichen ist. Die in der Sozialmedizin noch vorherrschende naturwissenschaftlich-quantitative und am Messen orientierte Rationalität muß angesichts der komplexen Aufgabe durch eine evaluative Rationalität ergänzt werden.<sup>11</sup>

»Alles, was die Seuche stoppt«, so der ranghöchste beamtete Arzt des amerikanischen Gesundheitswesens *Surgeon General* Everett Koop auf der Londoner Aids Konferenz 1988, »muß erlaubt sein.« Daraus ist zu folgern: Alles, was an sozialwissenschaftlichen Befunden vorliegt, was an Forschungsmethoden zur Verfügung steht, muß eingesetzt werden. Soziale Analysen müssen einer Diskussion über geeignete soziale Strategien und Taktiken, sollen diese nicht fehlen, zugrunde liegen.

## Zusammenfassung

Auf absehbare Zeit kann die Virus-Krankheit Aids nur durch Veränderungen im Sozialverhalten, nämlich durch eine risikovermindernde Sexualität bekämpft werden. Von entscheidender Bedeutung ist daher die Frage nach geeigneten sozialen Strategien, die zum Erfolg führen. Die hier vorgestellten sozialwissenschaftlichen Analysen beantworten diese Frage einmal aus der Perspektive der Definition von Sexualität als Risikohandeln und beziehen dazu den Bedeutungswandel der Sexualität in der modernen Gesellschaft ein. Zweitens werten die Autoren dokumentierte Berichte von Infizierten und Erkrankten inhaltsanalytisch aus. Herausgearbeitet werden typische soziale Problemlagen und die Konsequenzen von sozialen Prozessen, wie Stigmatisierung und Diskriminierung, für das Verhalten HIV-Infizierter sich selbst und ihrer Umwelt gegenüber. In einem dritten Schritt werden zusätzliche Ansatzpunkte für eine Anti-Aids-Strategien begleitende sozialwissenschaftliche Forschung benannt.

<sup>11</sup> ATTESLANDER. In: GUTZWILLER/KOCHER: *Schweiz. Gesellschaft – Gesundheit – Politik*.

## Literatur

- ATTESLANDER, P.: Sanktionen für Risikoverhalten – Ausweg oder Unsinn. In: *Weltgesundheitsmagazin*, Magazin der Weltgesundheitsorganisation Nr. 2. 1986. S. 16 ff.
- ATTESLANDER, P.: Moderne Medizin zwischen fachlichem Verfügungswissen und gesellschaftlicher Orientierung. In: F. GUTZWILLER und G. KOCHER (Hg.). *Schweiz. Gesellschaft – Gesundheit – Politik*. Schriftenreihe der SGGP. Horgen. Nr. 12. 1987. S. 23 ff.
- BECK, U.: *Risikogesellschaft*. Auf dem Weg in eine andere Moderne. Frankfurt/M. 1986.
- BECKER, H. S.: *The Other Side*. Perspective on Deviance. New York/London/Toronto 1964.
- BECK-GERNSHEIM, E.: Vom »Dasein für andere« zum Anspruch auf ein Stück eigenen Lebens: Industrialisierungsprozesse im weiblichen Lebenszusammenhang. In: *Soziale Welt* 34. 1984. S. 307.
- BRUSTEN, M. und S. HOMEIER (Hg.): *Stigmatisierung*. Zur Produktion gesellschaftlicher Randgruppen, 2 Bde., Neuwied/Darmstadt 1975.
- FOUCAULT, M.: *Sexualität und Wahrheit*. 1. Bd.: Der Wille zum Wissen. Frankfurt 1977.
- GOFFMAN, E.: *Stigma, über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität*. Frankfurt/M. 1980.
- LÜDERSSEN, K. und F. SACK (Hg.): Seminar: *Abweichendes Verhalten I*. Die selektiven Normen der Gesellschaft. Frankfurt/M. 1975.
- LÜDERSSEN, K. und F. SACK (Hg.): Seminar: *Abweichendes Verhalten II, III*. Die gesellschaftliche Reaktion auf Kriminalität. 2 Bde. Frankfurt/M. 1975 a; 1977.
- LUHMANN, N.: *Liebe als Passion*. Zur Codierung von Intimität. Frankfurt/M. 1984.
- SENNET, R.: *Verfall und Ende des öffentlichen Lebens*. Die Tyrannei der Intimität. Frankfurt/M. 1983.
- SCHULLER, A. und N. HEIM (Hg.): *Vermessene Sexualität*. Berlin/Heidelberg 1987.
- SONTAG, S.: *Krankheit als Metapher*. Frankfurt/M. 1981.