

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-Exposition-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 verstößen 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 Be trachtung 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, auseinandersetzt. 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 diente. 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

