

Hochschule Merseburg

Fachbereich Soziale Arbeit. Medien. Kultur

Zwischen Verhaltenskorsett und Lustspirale - eine Analyse von Präventionsbotschaften in Materialien der Deutschen AIDS-Hilfe e.V.

Bachelorarbeit im Studiengang Soziale Arbeit

vorgelegt von: Saskia Kopf
Matrikelnummer: 22177
Email-Adresse: saskia.kopf@stud.hs-merseburg.de

Erstgutachter*in: Prof. Dr. phil. Maika Böhm
Zweitgutachter*in: Prof. Dr. phil. Heinz-Jürgen Voß
Abgabedatum: 06.09.2018

Inhalt

EINLEITUNG	3
1 DIE ANFÄNGE VON AIDS – EIN ÖFFENTLICHES BILD ENTSTEHT.....	4
1.1 DIE ZEIT DER „ERSTEN MALE“ – AIDS IN DEN FRÜHEN 1980ER JAHREN IN DEN USA.....	4
1.2 AIDS IN DEUTSCHLAND – MITTE DER 1980ER JAHRE.....	8
2 ANFÄNGE INSTITUTIONALISIERTER AIDS-PRÄVENTION IN DEUTSCHLAND	12
2.1 SUCH- UND KONTROLLSTRATEGIE VS. GESELLSCHAFTLICHE LERNSTRATEGIE – EINE GRUNDSATZENTSCHEIDUNG.....	14
2.2 DAS SOFORTPROGRAMM ZUR BEKÄMPFUNG VON AIDS.....	15
2.3 DIE DAH UND IHR KONZEPT DER STRUKTURELLEN PRÄVENTION.....	16
3 INHALTSANALYSE	18
3.1 DIE QUALITATIVE INHALTSANALYSE NACH MAYRING.....	19
3.2 MATERIALIEN.....	20
3.3 ERGEBNISSE DER INHALTSANALYSE.....	22
3.3.1 SAFER SEX.....	22
3.3.1.1 SAFER SEX IN DEN JAHREN 1985 BIS 1988.....	23
3.3.1.2 SAFER SEX IN DEN JAHREN 1997 BIS 2001.....	27
3.3.1.3 SAFER SEX IN DEN JAHREN 2008 BIS 2012.....	30
3.3.2 DER HIV-TEST.....	34
3.3.2.1 DER HIV-TEST IN DEN JAHREN 1985 BIS 1988.....	35
3.3.2.2 DER HIV-TEST IN DEN JAHREN 1997 BIS 2001.....	35
3.3.2.3 DER HIV-TEST IN DEN JAHREN 2008 BIS 2012.....	36
3.4 INTERPRETATION.....	36
3.4.1 DIE JAHRE 1985 BIS 1988.....	36
3.4.2 DIE JAHRE 1997 BIS 2001.....	40
3.4.3 DIE JAHRE 2008 BIS 2012.....	42
FAZIT	43
LITERATURVERZEICHNIS.....	45
VERZEICHNIS DER ANALYSIERTEN MATERIALIEN	47

Einleitung

Als in den frühen 1980er Jahren in den USA junge männliche Homosexuelle Symptome entwickelten, die für ihr Alter untypisch waren, z.B. spezifische Lungenentzündungen und einen seltenen Hautkrebs, wurde in den Medien über eine unbekannte Krankheit berichtet, die scheinbar ausschließlich Schwule befiel. Die AIDS-Epidemie wurde beschworen. AIDS-Panik brach aus. Elemente politischer, juristischer und seuchenpolizeilicher Repressionen waren Teil der öffentlichen Diskussion, Teil der Politik, Teil der Reaktionen des Gesundheitssystems und damit auch Teil der Lebenswelten von sogenannten Risikogruppen (vgl. Schomers 2018: 113).

Anlass für die Themenstellung dieser Arbeit war eine Situation, die ich im Rahmen meiner Tätigkeit bei der regionalen AIDS-Hilfe 2015 erlebte: die AIDS-Hilfe hatte zu diesem Zeitpunkt seit etwa fünf Jahren ein HIV-Schnelltest-Angebot installiert, das mit einer besonderen Lebensweltorientierung und auch nutzer_innenorientierteren Beratungs- und Testzeiten aufwarten wollte. Innerhalb der Vortest-Beratung, die zum Ziel hat, das Infektionsrisiko der beratenen Person einzuschätzen, dies zu kommunizieren und den Umgang mit einem potentiellen Testergebnis abzuklären, traf ich auf einen schwulen Mann, zwischen 45 und 55 Jahren, der, nach den ersten Sätzen zu „seiner“ Risikosituation, mir gegenüber äußerte, wie unglaublich schwer es ihm gefallen sei, das HIV-Test-Angebot in einer AIDS-Hilfe wahrzunehmen. Diese Aussage weckte mein Interesse und ließ mich seit dieser Begegnung bis heute nicht los, so dass ich sie zum Anlass nehmen möchte, mich innerhalb meiner Bachelorarbeit mit ihr und den enthaltenen Facetten auseinander zu setzen.

Er berichtete von seinen Erlebnissen Anfang der 1990er Jahre: junge Männer aus seinem Freundes- und Bekanntenkreis starben qualvoll binnen kürzester Zeit an AIDS. Die Botschaften des Safer Sex aus den AIDS-Hilfen schienen hinlänglich bekannt, er empfand sie als orientiert an seiner Lebenswelt und seinen Lebensstil akzeptierend und dennoch traf es Menschen aus seinem Umfeld, Menschen seiner Couleur, die es nicht schafften sich zu schützen. Manchmal, so schilderte er, habe er Angst gehabt, einfach „übrig zu bleiben“, als Letzter aus seinem Freundeskreis zu überleben. Jahrzehnte lang, so räumte er ein, habe er sich erfolgreich an Handlungsanweisungen gehalten und nun schäme er sich, weil er einen „schwachen Moment“ gehabt hätte und unsafes Sex mit einem ihm nahezu unbekanntem Mann hatte. Diese Scham, so berichtete er, wirke besonders stark, weil er die AIDS-Hilfe und ihre Botschaften als Begleiterin innerhalb seines Lebenslaufes

erlebt habe und eben dieser Stelle seine temporäre Unfähigkeit zum Safer Sex gegenüber der Organisation offenlegen müsse, die er als seine Interessen wahrnehmend und verteidigend, gegen Stigmatisierungen und Ausgrenzungen kämpfend und agierend kannte.

In der bisherigen wissenschaftlichen und fachpolitischen Auseinandersetzung wurde bislang nur unzureichend die Wirkung von Informationen und Präventionsbotschaften einer sich auf Selbsthilfe und Interessenvertretung berufenden Organisation auf die Identität(-bildungsprozesse) und das Selbstbild der von ihr vertretenen Gruppen und Individuen fokussiert. Hier setzt das geplante Vorhaben an und zielt darauf, ausgewählte Materialien aus drei Jahrzehnten HIV-Prävention und ihre Effekte in den Blick zu nehmen.

Den Beginn der Arbeit bildet eine Einführung in die Entstehung des Phänomens AIDS. Dabei liegt der Fokus auf den USA und Deutschland, in Deutschland insbesondere auf dem öffentlichen Bild. Die Entwicklung der Arbeit der Deutschen AIDS-Hilfe als Interessenvertreterin und Selbsthilfeorganisation bildet den zweiten Teil dieser Arbeit, der auch die Konzeptionalisierung und Institutionalisierung von AIDS-Arbeit in Deutschland darlegt. Im dritten Teil der Arbeit wird die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring vorgestellt, die zu analysierenden Materialien werden eingeführt. Gegliedert ist dieser Abschnitt in die Themen Safer Sex und HIV-Test. Diese Aspekte werden in Bezug auf die Effekte in der Zielgruppe betrachtet. Der Punkt 3.4 dieser Arbeit ist der Interpretation der Analyseergebnisse gewidmet, die in den Kontext von gesellschaftlichen Verhältnissen gesetzt wurden.

1 Die Anfänge von AIDS – ein öffentliches Bild entsteht

Das erste Kapitel meiner Arbeit skizziert die Anfänge von AIDS. Nach einem Blick auf die Anfänge von AIDS in den USA (1.1) werde ich das öffentliche Bild von AIDS in Deutschland näher betrachten (1.2). Es werden Gemeinsamkeiten und Unterschiede in der (medialen) Präsenz des Themas AIDS deutlich, die sich im Alltagswissen von Menschen, auch von schwulen Männern, thematisch und emotional aufgeladen verankerten. Dies soll der erste Teil des Rahmens für meine empirische Analyse der Materialien der DAH (3.3) sein.

1.1 Die Zeit der „ersten Male“ – AIDS in den frühen 1980er Jahren in den USA

„In the period October 1980-May 1981, 5 young men, all active homosexuals, were treated for biopsy-confirmed Pneumocystis carinii pneumonia at 3 different hospitals in

Los Angeles, California. Two of this patients died.”(Gottlieb et al. 1981). Das waren die ersten beiden Sätze der Veröffentlichung von Michael Gottlieb im Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR), dem Mitteilungsblatt der US-amerikanischen Gesundheitsbehörden CDC (Centers for Disease Control): das erste Mal, dass Fälle von seltener Lungenentzündung (PCP) bei ansonsten scheinbar völlig gesunden, jungen Schwulen berichtet wurden, die erste wissenschaftliche Veröffentlichung zu AIDS. Die Herausgeber des MMWR formulierten in der Einleitung zu Gottliebs Artikel Hypothesen auf Grundlage anamnestisch erhobener Daten, die in den ersten Monaten des Auftretens des Syndroms und in der weiteren Folge zu verschiedensten Schlussfolgerungen führten: die Betroffenen waren homosexuelle Männer, sie zeigten eine Schwächung des Immunsystems, es wurde also ein Zusammenhang zwischen Aspekten des homosexuellen Lebensstils und dem Auftreten der PCP angenommen (vgl. Gottlieb et al. 1981).

Die breite Öffentlichkeit in den USA las erstmals am 3. Juli 1981 von diesen Fällen der Lungenentzündung, die jetzt in Kombination mit einem seltenen Hautkrebs bei Schwulen aus New York aufgetreten waren. Unter der Überschrift „Seltener Krebs bei 41 Homosexuellen beobachtet“ veröffentlichte der renommierte Medizinjournalist Lawrence K. Altman einen Artikel in der New York Times (Altman 1981). In Altmans Artikel kommt Dr. Alvin Friedman-Kien, der gerade im MMWR zu weiteren Fällen der PCP bei schwulen Männern veröffentlicht hatte, zu Wort, er verdeutlicht den Zusammenhang zwischen Homosexualität und Krankheit: die betroffenen Männer seien fast ausschließlich homosexuell und hätten häufig sexuelle Kontakte mit verschiedenen Partnern gehabt, manche sogar mehr als zehn Kontakte in einer Nacht über einen Zeitraum von Wochen hinweg (vgl. Altman 1981). Außerdem wurde berichtet, dass viele der Patienten wegen viraler und parasitär verursachter Infektionen in Behandlung gewesen waren, sie hatten Amylnitrit und LSD zur Luststeigerung verwendet (vgl. ebd.). James Curran – Leiter einer von den CDC gegründeten *Task Force on Kaposi's Sarcoma and Pneumocystis Carinii Pneumonia* - äußert im gleichen Artikel: dass keine Fälle der Krankheit bei Nicht-Homosexuellen und Frauen berichtet wurden, sei Beweis dafür, dass die Krankheit auf Homosexuelle begrenzt sei (vgl. ebd.). Eine beinahe als logisch zu bezeichnende Konsequenz aus dem fast ausschließlichen Interesse der Mediziner_innen an bestimmten homosexuellen Lebenszusammenhängen waren die ersten Namensgebungen des beobachteten Krankheitskomplexes als Gay Related Immune Deficiency, kurz GRID, daneben kursierten Bezeichnungen wie Gay Cancer

(„Schwulenkrebs“) und Gay Plague („Schwulenpest“), die „nicht nur außermedizinisch verwendet wurden“ (Weingart 2002: 22). Erst Ende Juli 1982 war mit AIDS, für Acquired Immuno Deficiency Syndrome, eine Bezeichnung gefunden worden, die die Krankheit nicht mehr durch die Charakterisierung ihrer Träger_innen beschrieb. (vgl. Rühmann 1985: 19 ff.; auch Würdemann 2017: 13).

Bereits in den Anfängen in den USA wurden Facetten im Umgang mit AIDS und den von AIDS betroffenen Menschen deutlich: AIDS wurde als Krankheit entworfen, in das Zentrum der wissenschaftlichen Betrachtung rückte *der* homosexuelle Lebensstil. Begriffe aus der Epidemiologie wurden mit persönlichen Charakterisierungen verknüpft. Homosexualität und Homosexuelle wurden unter die Deutungshoheit von Mediziner_innen gestellt. Die epidemiologische Beschreibung von Homosexuellen verkürzte sich auf eine Beschreibung von Risikofaktoren und charakterisierte die Träger der Krankheit als homosexuell. Homosexualität selbst wurde zu einem Risikofaktor, sie war zwar keine Krankheit mehr, aber sie führte zu einer (vgl. Rühmann 1985: 23ff).

In den schwulen Communities zeigte sich der todbringende körperliche Verfall durch AIDS: er war Krankheit, Leiden und Sterben, und: er war ganz nah. Nathan Fain, US-amerikanischer Journalist und Mitgründer von Gay Men`s Health Crisis – der größten non-profit-Organisation für Menschen mit AIDS in den USA – beschrieb in seiner Rede vor der ersten Europäischen AIDS-Konferenz 1984 seine Eindrücke vom Sommer 1981: in den ersten Auseinandersetzungen mit AIDS und seinen Symptomen wurde den schwulen Männern gewahr, dass das Leben auf der *fast lane* untrennbar mit diesem Schicksalsschlag verbunden zu sein schien, dass die Krankheit und der Tod ganz nah waren. AIDS, als sexuell übertragbare Krankheit, traf einen Kern der individuellen und sozialen Identität der schwulen Männer: Sexualität. Die Sexualität, die durch ihre Abweichung von der heterosexuellen Norm, die Homosexuellen verbindet. Weil Politik und Gesundheitsbehörden nicht ausreichend handelten und besannen sie sich selbst - im Gefühl des allein gelassen seins und der Hilflosigkeit - aus ihren Communities heraus aktiv zu werden und Geld für medizinische Forschung zu sammeln (vgl. Fain 1984, nach Rühmann 1985: 113 f.).

Die Zuversicht, der Krankheit aus den Communities heraus entgegenzutreten zu können, schien es im März 1983 kaum mehr zu geben: Menschen starben weiter, Schweigen, Untätigkeit und Desinteresse von vielen Seiten bestimmten den Umgang mit AIDS und den betroffenen Menschen. Larry Kramers legendäre Wutrede „1,112 and counting“, ist

der Text, der als erster größerer Essay über AIDS am 14.03.1983 im *New York Native*, der schwulen Zeitung, die als erste über AIDS berichtete, erschien. Er beginnt mit den Worten: „There are now 1,112 cases of serious Acquired Immune Deficiency Syndrome. When we first became worried, there were only 41“ (Kramer 1983), nach einer Kritik an untätiger Politik, Gesundheitsbehörden und Forschung, formulierte Kramer auch einen Angriff auf die schweigenden Schwulen und ihre Medien (vgl. Würdemann 2017: 14). Das Ende von Kramers Rede - Würdemann schreibt, es würde sich wie ein „frühes ACT-UP-Manifest“ (ebd.: 15) lesen – war klar, deutlich und kämpferisch: „Ich will nicht sterben. Ich kann nur annehmen, dass auch ihr nicht sterben wollt. Können wir gemeinsam kämpfen?“ (Kramer 1983, zitiert nach Würdemann 2017: 15).

Beim Jahrestreffen der *National Gay and Lesbian Health Conference* im Juni 1983 wurde, erstmals von Menschen mit AIDS selbst, eine Erklärung mit Forderungen für den Umgang und die Rechte von Menschen mit AIDS, die sogenannten *Denver Prinzipien*, aufgestellt, die später Handlungsgrundlage von ACT UP wurden (vgl. Würdemann 2011).

Kramers Rede erfuhr 1987 eine traurige Fortsetzung. Innerhalb einer Versammlung im *Lesbian and Gay Services Community Center* sprach Kramer am 10. März 1987 über AIDS und stellte fest: vier Jahre später lebten bereits 32.000 Menschen mit AIDS in den USA. Seine Kritik richtete sich erneut gegen untätige Politik und er sparte auch nicht mit deutlichen Worten gegenüber den aus den Communities gegründeten Organisationen, bezeichnete sie als „politisch impotent“ (Kramer 1987, zitiert nach Würdemann 2017: 15). Kramers Rede endete mit der Frage, ob die Anwesenden bereit seien, eine neue Organisation ins Leben zu rufen, die sich politischen Aktionen widmet. Geeint in Gefühlen von Wut und wahrgenommener Ignoranz, dass Politik, Medizin und Forschung lieber wegsahen, untätig blieben und offen homophob agierten, wurde die AIDS Coalition to Unleash Power, ACT UP, gegründet (vgl. Würdemann 2017: 15 f.). Motto und Logo von ACT UP - „Silence = Death“ auf schwarzem Grund und darüber ein Rosa Winkel – galten als Symbole des AIDS-Aktivismus und Symbole der Identifikation. Mit der Ergänzung des Slogans um „Aktion = Leben“ reagierte ACT UP nicht nur auf AIDS-Diskurse und die Bedrohung schwuler Lebensgestaltung, sondern wurde aktiv und lehnte sich gegen Lähmendes, Passivität und Perspektivloses auf, ein Schritt der Selbstermächtigung (vgl. ebd.: 21).

Trotz unverkennbarer Parallelen und Ähnlichkeiten in der gesellschaftlichen Auseinandersetzung mit AIDS, im Erleben von Leiden, Sterben und schwuler Solidarität,

in Hetze und einer Mischung aus Opfer- oder Sündenbockstatus, aus Ängsten und Bedrohungsempfinden: zwischen den USA und Deutschland gab es doch auch Unterschiede in der Situation zu Beginn der sogenannten AIDS-Krise, die ich im Folgenden darstellen möchte.

1.2 AIDS in Deutschland – Mitte der 1980er Jahre

Zwei wesentliche Unterschiede zwischen dem Beginn von AIDS in den USA und Deutschland legt Würdemann (2017) dar: AIDS in den USA begann deutlich früher und es gab eine wesentlich höhere Zahl von direkt betroffenen Menschen. In den USA waren bis Ende 1984 bereits 3.665 Menschen an AIDS gestorben, 1990 waren es über 100.000 Menschen. In Deutschland wurden im Jahr 1988 etwas mehr als 1.000 AIDS-Todesfälle gezählt, bis 2010 waren etwa 29.000 Menschen gestorben (vgl. Würdemann 2017: 144).

Aber es gab weitere Unterschiede. In den USA gab es beim Vorkommen von AIDS eine zentralisierte Situation, die meisten Infektionen gab es an Ost- und Westküste, New York und San Francisco – Los Angeles. In Deutschland gab es mehrere Zentren mit gleicher Bedeutung. Die Unterschiede im Gesundheits- und Krankenversicherungssystem führten in den USA zu einer größeren Zahl von nicht- oder ungenügend Krankenversicherten, die im öffentlichen Gesundheitsdienst unzureichend aufgefangen wurden. In den USA war die Teilnahme an Studien zur Arzneimittelprüfung für AIDS-Kranke oft die einzige Möglichkeit, Zugang zu einer Therapie zu haben. In Deutschland waren Studienteilnahmen weniger verlockend: nahezu jeder Mensch mit AIDS hatte über die gesetzliche oder private Krankenversicherung Zugang zu Medikamenten (vgl. Würdemann 2017: 145 ff.). Die Drogenpolitiken in den USA und in Deutschland waren von Repression und Verboten getragen. In Deutschland gab es auch Beratungs- und Hilfeangebote, was ein Blick auf den Verlauf der Epidemie bei den intravenös Drogengebrauchenden sichtbar macht. Im Bereich der AIDS-Politik wird in Deutschland eine frühere Auseinandersetzung mit AIDS und dessen Folgen, anders als in den USA, deutlich. Ein Blick auf die Protestkultur legt offen, dass in Deutschland spezifische Gruppen für gruppenbetreffende Probleme existierten, gruppenübergreifende Koalitionen sich selten und nur für kurze Zeit einstellten. Das Verhältnis von Bürger_innen zu Staat, das ehrenamtliche Engagement und die Präsenz von Formen des zivilen Ungehorsams in Bürger_innenbewegungen divergierte deutlich zwischen den USA und Deutschland. Betrachtet man die politische Schwulenbewegung der 1980er Jahre, vor dem Auftreten von AIDS, zeigte sie sich in Deutschland zerstritten und zersplittert.

Sie besaß in Großstädten zwar informelle Netzwerke, kooperierte aber nur selten über ihre Gruppe hinaus. Die US-amerikanische politische Schwulenbewegung zeigte einen höheren Grad an Organisation (vgl. ebd.). In den USA waren schon vor AIDS vertrauensvolle Formen der Zusammenarbeit zwischen Ärzt_innen und Schwulenbewegung entstanden, die als Vertrauensbasis für die Zeit mit AIDS dienten. In Deutschland war das nicht der Fall, ein möglicher Grund hierfür war die Beteiligung von Medizinern an der Verfolgung von Homosexuellen im Nationalsozialismus (vgl. Würdemann 2017: 144 ff.).

Das amerikanische Minderheitenproblem AIDS war bis zum Spätsommer 1982 in Deutschland kaum von öffentlichem Interesse. Die wenigen Meldungen in Deutschland waren sich, trotz andauernder Ursachenspekulation der Mediziner_innen, in der Zuordnung der Krankheit jedoch bereits einig: häufiger Partnerwechsel führe bei Homosexuellen zur Schwächung des Immunsystems durch den Schwulenkreb. Bei weiblichen Prostituierten, sei dieses Krebsleiden nicht aufgetreten, was daran läge, dass diese kein „Poppers“, also Amyl- oder Butylnitrit, geschnüffelt hätten (vgl. Rühmann 1985: 56).

Nachdem die ersten AIDS-Fälle in Europa bekannt wurden, wurde die Krankheit für die Presse interessant. Im Spätsommer 1982 wurde durch das Wissen um die Übertragbarkeit von AIDS über Blut und Blutprodukte, aus einer Krankheit einer Minderheit, ein Gesundheitsproblem der gesamten Bevölkerung (vgl. ebd.: 57). Im Februar 1983, nach einer Verlautbarung des Robert-Koch-Instituts, damals als Teil des Bundesgesundheitsamtes, dass die Homosexuellen-Krankheit nun auch bei uns angekommen sei, begann die Zeit der unzähligen Meldungen zu AIDS in der deutschen Presse. Nachdem das Bundesgesundheitsamt im März 1983 im *Deutschen Ärzteblatt* veröffentlicht hatte, dass die Ursachen der Krankheit unerforscht und daher schlecht zu bekämpfen seien, sie vorwiegend über homosexuelle Kontakte weltweit verbreitet würde – ein deutliches Mitgehen mit der Meinung in der US-amerikanischen Ärzteschaft – wurde die Krankheit für so gefährlich erachtet, dass man behandelnden Ärzt_innen und dem medizinischen Personal nahe legte, zum eigenen Schutz Kontakte mit der Haut, mit Blut und Gewebeprobe von Menschen mit AIDS zu vermeiden (vgl. ebd.: 58 f.).

Die Berichterstattung über AIDS basierte 1983 wenig auf gesicherten Fakten, sie war auf Vermutungen – vermutliche Erreger, vermutliche Übertragungswege und vermutliche Ausbreitung – angewiesen. Emotional besetzte Adjektive ersetzten Unsicherheiten, das

Bild von AIDS in der Presse war das eines „unkalkulierbaren und gefährlichen Phänomens“ (Rühmann 1985: 60), das wurde es auch bei den Lesenden. Die Beschreibung ging jedoch weit die tatsächlichen Ansteckungsmöglichkeiten hinaus (vgl. ebd.).

Beunruhigend wirkte außerdem, so Rühmann, dass der größte Teil der von AIDS betroffenen Menschen der diskriminierten Minderheit der Homosexuellen zugehörig war: die Krankheit war also nicht nur innerhalb des Sexuellen, sondern in einer fremden, für viele Menschen abstoßend wirkenden Sexualität verortet. Die Presse verstärkte dieses Bild von Homosexuellen mit stereotypen Zuschreibungen: Homosexuelle wurden als extrem promisk bezeichnet und der Analverkehr als eine sexuelle Praktik, die Verletzungen hervorruft. Homosexuelle Menschen mit Lebenspartnern und Freunden findet man in der Berichterstattung zu AIDS in dieser Zeit nicht. Der homosexuelle Lebensstil beeinflusste das Leben von Bürger_innen unmittelbar: beim Blutspenden schleusten die Homosexuellen AIDS in Blutbanken ein (vgl. ebd.: 61 f.). Die Argumentationsmuster dieser Zeit macht eine dpa-Meldung vom 1. September 1983 deutlich: ein neun Monate altes Baby war nach einer Bluttransfusion an AIDS gestorben. Die Frage war nicht, ob einer der Spender an AIDS erkrankt war; stattdessen hieß es: es sei noch nicht bekannt, ob einer der Spender homosexuell war. Die Übertragbarkeit von AIDS durch Bluttransfusionen führte zu einer Kategorisierung der Menschen mit AIDS: die „Schuldigen“, das waren Homosexuelle und später auch Drogenabhängige und die „Unschuldigen“, Bluter und Empfänger von Bluttransfusionen (vgl. ebd.: 62 f.).

Auch rassistische und sexistische Züge prägten das Bild von AIDS. Im Magazin Stern vom 10. März 1983 nach: bei der Suche nach Gemeinsamkeiten der von AIDS betroffenen haitianischen Einwanderer und den Homosexuellen in den USA wurde dargelegt, dass Menschen aus Haiti häufiger am Kaposi-Sarkom litten, dies sei auf ihre Abstammung aus Äquatorial-Afrika zurückzuführen. Ob diese Einwanderer in der Lage gewesen seien, eine Seuche in Gang zu setzen oder ob die amerikanischen Homosexuellen, die gern auf Haiti Urlaub machten, die Krankheit mit nach Hause gebracht haben könnten, war Teil der öffentlichen Diskussion. Auch Robert Gallo, der 1983 HTLV III isolierte, schrieb AIDS dem Globalen Süden zu. Gallos These erscheint in einer dpa-Meldung im Juni 1984: der Erreger sei aus Afrika eingeschleppt worden, schwarze Sklaven seien die Überträger gewesen, Untersuchungen würden verdeutlichen, dass AIDS häufiger bei schwarzen als bei weißen Männern auftrete. „Bei diesen

Beschreibungen vermischen sich assoziativ Elemente des Rassismus und des Sexismus, nämlich die des triebhaften Homosexuellen und des superpotenten Negers“ (ebd.: 64).

Der deutschen Presse fehlte es an kritischer Distanz gegenüber dem Charakter medizinischer Veröffentlichungen. Auch, weil es gut in das eigene Bild von AIDS passte, knüpften Journalist_innen mit ihrer Berichterstattung an populärwissenschaftlichen Zeitungen für Ärzt_innen und Pflegekräfte an, sahen diese als seriöse Grundlage für ihre Arbeit. Da diese Zeitschriften auch als Informationsgrundlage derer dienten, die als erste auf Patient_innen mit AIDS treffen - nämlich eben der Ärzt_innen und Pflegekräfte - und sie damit auch ein Bild von AIDS prägten, scheint doch vielsagend (vgl. ebd. 65 ff.). In Zeitschriften wie *selecta*, *Medical-Tribune* oder *Ärzte-Zeitung* wurde AIDS, ohne Ausnahme, als eine Krankheit der Homosexuellen oder als Seuche angeführt.

Die Wirkung der Presseartikel gründete nicht in erster Linie auf Zuschreibungsprozessen sondern auf einer Inszenierung von AIDS durch die Presse, die eine direkte emotionale Wirkung erzielte, Schuldzuweisungen gegen Homosexuelle gewähren ließ und einen empathischen Kontakt mit den Erkrankten sabotierte. Existente Vorurteile wurden erinnert und emotional erhöht, sie zeigten sich als Resultat einer tatsächlichen Gefahr: Hemmungen wurden abgebaut und Aggressionen gegenüber Homosexuellen freigesetzt (vgl. ebd.: 70). Der alte Mythos des Krankheitsdämons wurde freigesetzt. Derartig geprägte Denkformen wurden in Zusammenhang mit AIDS, z.B. in der Verwendung von Vokabeln wie Pest, Seuche und Plage, belegt. AIDS wurde als Apokalypse der Menschheit dargestellt, sie löste damit eine Frage nach den Ursachen im metaphysischen Sinn aus. Seuchen und Plagen sind untrennbar mit der Vorstellung von Vergeltung von Sünden verbunden. Sie implizierten eine Vorstellung von Schuldigen, in der öffentlichen Diskussion um AIDS den Homosexuellen als „uneinsichtigen Sünder“ (vgl. ebd.: 72 f.). AIDS wurde in einer Kette maßlosen sexuellen Genusses, exotischen Lebenswandels und dem Abweichen vom Pfad der Tugend verbalisiert. Gefährliches Verhalten, das AIDS hervorruft, fand sich als Ausschweifung, Kriminalität und als abartig geltende Form von Sexualität. Hohe Partnerzahlen wurden als Verletzungen für bürgerliche Moralvorstellungen besprochen, sie vermittelten den Lesenden das Bild einer unbegreiflichen sexuellen Monströsität (vgl. ebd.: 85 f.).

Auf diskriminierenden Implikationen aufbauend (vgl. Sontag 1989: 26 ff.) wurde ein Mythos geschaffen, der die Mehrheit von Menschen mit AIDS „entmenschlichte“ und so gesellschaftliche und rechtliche Ausgrenzungen zu legitimieren versuchte (vgl. Wießner

2003: 44f.). Ein Prozess der als diskriminierend und stigmatisierend erlebt wurde. Ulrich Würdemann umreißt die Situation: eine schwule Kultur, die das Experimentieren kultivierte und Utopien lebte, drohte verloren zu gehen, sie traf auf Diskreditierung und wurde „unter Generalverdacht gestellt“ (Würdemann 2017: 33). Zusammen mit dem erlebten Leiden und Sterben führte dies zu massiven Ängsten und Bedrohungsempfindungen bei schwulen Männern: „Die Berichterstattung in Deutschland, vor allem der berühmte Spiegel-Artikel, war ein Angriff auf unsere Szene und unseren Lebensstil“ (Vael 2013).

2 Anfänge institutionalisierter AIDS-Prävention in Deutschland

Dieser Einblick in die öffentliche Darstellung von AIDS in den 1980er Jahren umschreibt die Situation, der sich AIDS-Prävention in Deutschland stellen musste. Ein als diskriminierend und ausgrenzend empfundenenes und erlebtes gesellschaftliches Umfeld konnte gesundheitsbewusstes Verhalten behindern. Politik und Selbsthilfe waren gefragt, es brauchte tragfähige Konzepte für die AIDS-Arbeit in der BRD.

Am 23. September 1983, wurde in Berlin die Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (DAH) von neun Männern und einer Frau gegründet (vgl. Würdemann 2012). Ihre Ziele waren zu Beginn: Förderung der Ursachenerforschung und der Entwicklung von Behandlungsmöglichkeiten; das Sammeln von Informationen für eine wertfreie Berichterstattung; die Förderung der Selbsthilfe von und für Menschen aus den Hauptbetroffenengruppen, um Menschen mit AIDS und deren Angehörige sozial und kommunikativ zu begleiten, Einsetzen für die Einrichtung von weiteren Untersuchungsstellen (vgl. DAH 1984). In den Zielorientierungen der DAH zeigte sich ein innovatives Novum bei der gesellschaftlichen Bearbeitung des AIDS-Problems erkennbar: bis zum Auftreten von AIDS waren Selbsthilfegruppen bei eingetretenen Gesundheitsrisiken, also tertiärpräventiv, tätig geworden. Mit den AIDS-Hilfen entstanden jedoch Organisationen, die sich in gleicher Weise auch primärpräventiv, also infektionsverhindernd, engagierten (vgl. Rosenbrock 1992: 92). Der Druck sozialer Bewegungen hatte schon häufig zu gesundheitspolitischen Entscheidungen und Entwicklungen geführt, gesundheitspolitische Themen besaßen, in verschiedenen sozialen Bewegungen, einen Platz an der Spitze von politischen Agenden, sie hatten sich als Motor für Mobilisierungs- und Bündnisfähigkeiten gezeigt. Die Besonderheit in Zusammenhang mit AIDS bestand darin, dass die Entwicklung zum „Sofortprogramm zur Bekämpfung von AIDS“, welches in einem Dreieck zwischen Staat – Medizin –

Schwulenbewegung entstand, als überraschend günstig verlaufend bezeichnet werden konnte, insbesondere weil eben die Beziehung zwischen Medizin – Staat – Schwulenbewegung in Deutschland, wegen jahrzehntelanger Kriminalisierung und Pathologisierung von Homosexuellen, nicht nur vor dem Hintergrund des Nationalsozialismus, als besonders problematisch eingeschätzt werden musste (vgl. ebd.: 101). Die schnelle Etablierung der AIDS-Hilfen kann als direkte Einbeziehung sozialer Bewegungen in Prozesse gesundheitspolitischer Entscheidungsfindung gesehen werden (vgl. ebd.: 102). Dabei kann diese Inklusion auch Gefahren bergen, wie beim Nachlassen des Einsatzes für Primärprävention durch die Schwulenbewegung und ACT UP in den USA auffiel. Diese Organisationen fokussierten ihr Engagement auf Entwicklung, Erprobung und Verteilung von Arzneimitteln. Eine Erklärung fand sich in der sozialen Herkunft der Mehrzahl der AIDS-Aktivisten: für weiße Homosexuelle aus der Mittelschicht, für die die Probleme von Safer Sex und Prävention im Wesentlichen gelöst waren. Es entstand eine Dethematisierung ungelöster Präventionsprobleme, z.B. in den Armenghettos der Farbigen, bei Drogengebraucher_innen und beim Zugang zur Behandlung. In der Praxis von New Public Health braucht es eine Gleichrangigkeit zwischen der Förderung von Betroffenenkompetenz, sozialen Bewegungen mit Gesundheitsbezug, angemessenen medizinischen und pharmakologischen Interventionen und dem Abbau von sozialer Ungleichheit vor Krankheit und Tod (vgl. ebd.: 102 f.).

Der althergebrachten Auffassung von öffentlicher Gesundheit – mit rigiden, seuchenpolitischen Maßnahmen, Infektionsquellenforschung, Ermittlung von Infizierten und deren Absonderung - standen die Vertreter_innen von New Public Health mit ihren Konzepten, die auf Aufklärung und Information, ebenso wie auf Freiwilligkeit, positive Anreize, Einbeziehung und Mobilisierung der communities in und für die Umsetzung von Prävention, Versorgung und soziale Unterstützung zielten und auf die Befähigung und Stärkung von Einzelnen und Gruppen ausgerichtet waren, gegenüber (vgl. Würdemann 2017: 38; auch Bochow 2010: 1).

Zwischen 1983 und 1987 fanden hart geführte Debatten statt, deren Höhepunkt war der bayerische *Maßnahmen-Katalog zur Abwehr von AIDS* vom Februar 1987: er enthielt die namentliche Meldepflicht für HIV-Infizierte und Zwangstests bei Beamtenanwärter_innen, Drogengebraucher_innen, Sexarbeiter_innen und Migrant_innen. Menschen mit HIV oder AIDS wurden als „Aussätzig“ (Gauweiler 1987, zitiert nach Würdemann 2017: 38) bezeichnet, Homosexualität sollte zurück in den ihr

zustehenden „Randbereich der Entartung“ (Zehetmaier, zitiert nach Würdemann 2017: 39) gedrängt werden, Saunen wurden geschlossen und von der Polizei kontrolliert – Gauweiler rief im Magazin Der Spiegel 1987 aus: „Wir lassen niemanden ungeschoren.“ (Der Spiegel 1987) und zielte damit auf das Zerstören schwuler Strukturen.

2.1 Such- und Kontrollstrategie vs. gesellschaftliche Lernstrategie – eine Grundsatzentscheidung

Seit September 1985 war auch Rita Süssmuth, als Bundesministerin für Jugend, Familie und Gesundheit, Teil der parlamentarischen Diskussion über Maßnahmen zur HIV-Bekämpfung. Sie wollte den seuchenmedizinisch begründeten Such- und Kontrollstrategien ein Konzept der gesellschaftlichen Lernstrategie entgegensetzen, das neben der gesundheitspolitischen Auseinandersetzung auch Aspekte des gesellschaftlichen Zusammenlebens in den Fokus nahm. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) verschickte im November 1985 die Broschüre „AIDS – Was Sie über AIDS wissen sollten“ an sämtliche Haushalte der Bundesrepublik, darin die eindringliche Mahnung der Gesundheitsministerin: „Nutzen Sie diese Informationen. Und handeln Sie verantwortungsbewußt“ (BZgA 1985: 1). Die Broschüre war ein Zeichen dafür, dass Rita Süssmuth Ausgrenzung, Stigmatisierung und Isolation ablehnte und stattdessen durch Aufklärung den Betroffenen helfen und gleichzeitig eine Ausbreitung von AIDS in der Bevölkerung verhindern wollte. In der Zusammenarbeit mit Ärzt_innen, Wissenschaftler_innen und mit den AIDS-Hilfen lernte Süssmuth Methoden kennen, deren Vertretung für die Christdemokratin schwierig waren. Die Überzeugung, dass Menschen sich, wenn sie um die Gefahren von HIV-Infektionen wissen, anders verhalten und nicht aus Zwang, sondern freiwillig, sich und andere schützen, einte damals nur eine kleine Gruppe von Menschen. Das Robert-Koch-Institut (RKI) gehörte zu Süssmuths wichtigen Partnern: es hatte 1982 bereits ein AIDS-Fallregister eingerichtet, was Zahlen liefern konnte, mit denen man den Horrorszenarien Fakten entgegensetzte. Bei den Koalitionsverhandlungen im Februar 1987 musste Süssmuth allerdings feststellen, dass sie und ihre Mitstreiter_innen mit ihrer Strategie eine Minderheit bildeten. Doch Süssmuth blieb hartnäckig. In Diskussionen, Gesprächen und Auftritten warb und kämpfte sie mit Fakten und Argumenten für die Aufklärung zu AIDS und für den Schutz der Betroffenen. Ihre Unterstützer_innen waren nicht mehr nur Ärzt_innen, AIDS-Hilfen und Seelsorger_innen, Bands, Kultur- und Literaturschaffende und Bürger_innen schlossen sich ihr an. AIDS bewegte die zivilgesellschaftliche Auseinandersetzung, über Sexualität wurde gesprochen, Tabuisierungen durchbrochen, die Mehrheit der Menschen

in der BRD entschied sich für Aufklärung und eigenverantwortliches Handeln und gegen Zwangstests. Im Herbst 1987 war es soweit, Das *Sofortprogramm zur Bekämpfung von AIDS* der Bundesregierung begann (vgl. RKI 2016).

2.2 Das Sofortprogramm zur Bekämpfung von AIDS

Ab dem Herbst 1987 unterstützte der Staat mit Millionen von DM den Ausbau und die Umsetzung präventiver Maßnahmen. Bis dahin war die Prävention in Deutschland und Europa unterschätzt worden, man konnte sich bei der Entwicklung einer nationalen Präventionsstrategie gegen AIDS nicht an einem existierenden Modell orientieren. Daher entschloss man sich, nach einer umsichtigen Analyse der Ausgangssituation, Voraussetzungen für eine erfolgreiche Präventionskampagne zu entwickeln. Auf Basis von aktuellen Erkenntnissen zu Übertragungswegen, zu Infrastruktur, vorhandenen Lücken, Hemmnissen und unterstützenden Faktoren entstand das Konzept der AIDS-Prävention in Deutschland. Im Anschluss an die Analyse der Ausgangssituation wurden Ziele und Zielgruppen, ebenso wie die zu vermittelnden Botschaften festgelegt, aus denen geeignet erscheinende Maßnahmen zur Zielerreichung resultierten (vgl. Pott 2000: 103 f.).

Es wurde eine Aufklärungskampagne etabliert, die durch einen Zielkonsens und durch arbeitsteilige Kooperation charakterisiert wurde. Der schnelle gesellschaftliche Konsens zu Präventionsbotschaften und Präventionsaktivitäten war bedeutsam, die Botschaften - informiere dich – schütze dich – handle solidarisch - wurden mehrheitlich getragen und dienten als Grundlage für die Gestaltung von Aufklärungsmaßnahmen. Die Deutsche AIDS-Hilfe, als Organisation der sogenannten Hauptbetroffenen, besaß hierbei eine große Bedeutsamkeit in AIDS-Politik und Prävention. Sie bildete, neben der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, bis heute eine der zwei Säulen der AIDS-Arbeit in Deutschland. Diese Arbeitsteilung zwischen der BZgA, als staatlicher Einrichtung, und der DAH, als Selbsthilfeorganisation, zeigte sich als Struktur auch auf regionaler Ebene: Gesundheitsämter, psychosoziale Beratungsstellen, Drogenberatungsstellen, Krankenhäuser und Ärzt_innen arbeiteten mit lokalen AIDS-Hilfen zusammen (vgl. Pott 2000: 104).

Die Aktivitäten der BZgA sprachen dabei die heterosexuell lebende Allgemeinbevölkerung an. Die von der BZgA entwickelte Kampagne „Gib AIDS keine Chance“ konnte nur in

vorhandener Präventionsinfrastruktur erfolgreich sein: innerhalb des sogenannten Großmodells Gesundheitsämter wurde allen Gesundheitsämtern der BRD ermöglicht, jeweils eine AIDS-Fachkraft einzustellen. Neben den massenmedialen Angeboten der BZgA, z.B. Kondom-Werbespots und Plakatkampagnen, bestehen als personalkommunikative Angebote die Aufklärungs-, Informations- und Beratungsangebote durch die Gesundheitsämter und seit 1987 auch die anonyme Telefonberatung zum Thema AIDS (Pott 2000: 104 ff.).

2.3 Die DAH und ihr Konzept der Strukturellen Prävention

Die Arbeit der DAH richtet sich, nach einer 1985 mit dem Bundesgesundheitsministerium getroffenen Entscheidung, an die sogenannten Hauptbetroffenengruppen: homo- und bisexuelle Männer, intravenös Drogengebrauchende und Menschen mit HIV und AIDS. Von Beginn an war klar, dass eine effektive Ansprache von Menschen aus diesen Gruppen durch staatliche Einrichtungen schwer möglich sein würde, es stattdessen glaubwürdige Ansprachen und Kompetenz von Menschen mit ähnlichen Erfahrungen und Lebensstilen braucht (vgl. Pott 2000: 104).

In ihrer Broschüre zum 30jährigen Bestehen spannt die DAH einen Bogen von den Anfängen ihrer Arbeit, verwurzelt in Selbsthilfe und entstanden in den Communities der Zielgruppen, bis zu ihrem aktuellen standing als „doppelt vertrauenswürdig: für den Gesundheitsminister ebenso wie für den „Junkie“ auf der Straße“ (DAH 2015: 3). Sie verweist auf die Vielfalt ihrer Kompetenzen und Ausrichtungen ihrer Arbeit, z.B. als Informationsgeberin in schwulen Saunen, ebenso wie als fachliche Expertin auf medizinischen Kongressen. Sie sieht sich in einer Vermittlerinnenposition „zwischen Welten“ (ebd.), sie positioniert Menschen mit HIV und besonders stark von HIV betroffene Gruppen als einen Teil der Lösung und ist mit Angeboten für ebendiese Gruppen wichtiger Teil der staatlich finanzierten HIV/Aids-Prävention. Der Weg dorthin wird als „Marsch durch die Institutionen“ (ebd.) beschrieben. Die DAH will auch eine ernstzunehmende Verhandlungspartnerin für die Teilhabe von Menschen mit HIV und den besonders von HIV betroffenen Gruppen am gesellschaftlichem Leben sein (vgl. ebd.).

In ihrem aktuellen Leitbild aus 2007 weist sie sich als einen Verband aus, der Selbsthilfe- und Präventionsorganisation, genauso wie Dach-, Fach- und Interessenverband sein will. Die regionalen AIDS-Hilfen haben den direkten Kontakt zu den Menschen aus den

Zielgruppen und garantieren so „Authentizität, Lebensweltnähe und lokale Einbindung unserer Präventionsarbeit“ (DAH 2007). Die Einbeziehung der Menschen und Netzwerke aus den AIDS-Hilfe-Zielgruppen und die enge Zusammenarbeit sei „eine wichtige Quelle unserer Fachkompetenz“ (ebd.) und ermöglicht eine glaubwürdige Vertretung der Interessen dieser Menschen (vgl. ebd.).

Die DAH arbeitet mit dem Konzept der sogenannten Strukturellen Prävention. Diese Herangehensweise will Verhaltens- und Verhältnisprävention verknüpfen. Strukturelle Prävention wird aus gesundheitswissenschaftlicher Perspektive beschrieben als: „Konzept der verhältnisgestützten Verhaltensmodifikation mit emanzipatorischem und partizipativem Leitmotiv“ (Drewes et al. 2010: 24). Besondere Betrachtung und Einbeziehung erfahren dabei das Lebensweisen-Konzept und das Konzept der Gesundheitsförderung (vgl. ebd.). In die Strukturelle Prävention sind die drei Stufen der Prävention - Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention - involviert. Damit soll nicht auf einzelne Krankheitsphasen fokussiert werden, sondern die Präventionsmaßnahmen den Zielen aller drei Präventionsstufen gerecht werden oder ihnen zumindest nicht widersprechen.

Prävention meint alle die Maßnahmen, die das Eintreten eines Ereignisses, eine Infektion oder das Auftreten von Krankheitssymptomen, verhindern sollen (vgl. Mayer 1995: 13). Diese Maßnahmen sind nicht auf Medizinisches beschränkt, sie beziehen psychische, soziale, politische und ökonomische Maßnahmen ein (vgl. ebd.: 13 f.). In der Literatur erfolgt die Darstellung von Prävention in drei Stufen: primäre, sekundäre und tertiäre Prävention folgen aufeinander, ihnen sind bestimmte Maßnahmen zugeordnet (vgl. ebd.: 14). Primärprävention findet vor dem Eintritt einer Störung des Organismus statt. Mit dem Beseitigen oder Umgehen von ursächlichen Umweltstörungen wird versucht, die Störung zu verhindern, z.B. mit Impfungen, Prophylaxe, aber auch durch Verhaltens- und Verhältnisprävention (vgl. ebd.: 18). Die beiden letzteren haben für die HIV-Prävention besondere Bedeutung: Verhaltensprävention will Individuen befähigen, eigene Risikofaktoren einzuschätzen und zu mindern, sie zielt auf den individuellen Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten. Verhältnisprävention übt Einfluss auf die Umwelt selbst aus: äußere Lebensbedingungen sollen verändert werden, dass eine Störung des Organismus unwahrscheinlicher wird (vgl. ebd.: 19 ff.).

Die Sekundärprävention setzt ein, wenn die Störung des Organismus bereits eingetreten ist. Ziel ist, das Ausbrechen der Krankheit und die subjektive Wahrnehmbarkeit von Symptomen zu verhindern oder zu mindern, z.B. Mittel zur Früherkennung der Störung

für die Allgemeinheit und für bestimmte Gruppen. Sekundärprävention will den Status quo erhalten oder strebt Verbesserung an (vgl. ebd.: 23).

Wenn erste Symptome aufgetreten sind und die Krankheit manifest geworden ist, beginnt die Tertiärprävention. Ihr Ziel ist, das Fortschreiten der Krankheit zu verhindern und die Bandbreite und Intensität von Symptomen gering zu halten. Der Fokus liegt auf Erhaltung und Verbesserung der sonstigen Gesundheit und auf der Linderung von Symptomen (vgl. ebd.: 24).

Die DAH will in ihrem Konzept der Strukturellen Prävention die Ziele einzelner Präventionsstufen verbinden, sie in Beziehung zueinander setzen: eine Präventionsmaßnahme mit dem Ziel der Verhinderung von HIV-Infektionen, klassisch primärpräventiv, soll den klassisch sekundärpräventiven Zielen Entstigmatisierung und Antidiskriminierung zuträglich sein und ihnen nicht entgegenlaufen. Mit der Forderung, dass verhaltensmodifizierende Interventionen immer in kontextgestaltendes Eingreifen eingebunden sein sollen, löst das Konzept der Strukturellen Prävention die Trennung von Verhaltens- und Verhältnisprävention auf (vgl. Drewes et al. 2010: 17). Als Voraussetzung für gesundheitsförderndes Verhalten von Individuen müssen also zunächst die Verhältnisse, in denen die besonders betroffenen und bedrohten Gruppen leben, verbessert werden. Ein Grund dafür, dass das Konzept der Strukturellen Prävention zusätzlich eine emanzipatorische Triebkraft implizieren will, die sich auf Teilhabe und Beteiligung der Zielgruppen bei Planung, Umsetzung und Evaluation der Präventionsmaßnahmen stützt (vgl. ebd.).

Eine Vielzahl von verbandsinternen Auseinandersetzungen, Diskussionen und sogar „Aufstände“: wie der „Aufstand der Positiven“ bei der Mitgliederversammlung der DAH 1988, bei dem sich Menschen mit HIV und AIDS gegen die Klientelisierung der Positiven in den AIDS-Hilfen wehrten und für mehr Sichtbarkeit von Positiven in den Gremien der DAH stritten, belegen, dass dieses Konzept, seine Entstehung, Etablierung, (Weiter-)Entwicklung und Umsetzung, nie ein Selbstläufer war, sein konnte und sein wird (vgl. Würdemann 2017: 46).

3 Inhaltsanalyse

In meiner Arbeit werde ich ausgewählte Präventionsmaterialien der DAH einer qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring unterziehen. Nach einer kurzen theoretischen Einführung zur qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring, werde ich die Auswahl des Materials darlegen und die Entstehungssituation der Materialien in Bezug auf die drei von mir gewählten Epochen von AIDS-Arbeit beschreiben (3.2). Anschließend erfolgt

eine formale Charakterisierung der Materialien, der sich Ausführungen zur Ausrichtung meiner Analyse bezüglich der Absichten, Einstellungen, Situationsdeutungen, zu Wissen und Annahmen in Präventionsmaterialien der DAH in Zusammenhang mit den von mir fokussierten Schwerpunkten Safer Sex und HIV-Test anschließen (vgl. Lamnek/Krell 2016: 447).

Nachfolgend stelle ich die Ergebnisse meiner Analyse vor (3.3) und deute diese Analyseergebnisse unter Zuhilfenahme von Modellen und Theorien zu Gesundheit und Krankheit, Prävention und Gesundheitsförderung sowie von (schwulen) Identitätsbildung(-prozessen) und Emanzipation (3.4).

3.1 Die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring

Absichten, Einstellungen, Situationsdeutungen, Wissen und stillschweigende Annahmen von Menschen zeigen sich in Gesprochenem und Geschriebenem: an dieser Tatsache setzt Inhaltsanalyse an. Dabei spiegeln die Absichten, Einstellungen usw. Merkmale der Persönlichkeit ebenso wie die Zugehörigkeit der/des Schreibenden/Sprechenden zu einem soziokulturellen System wider (vgl. Lamnek/Krell 2016: 447). Das, was Menschen sprechen oder schreiben, zeigt - mit institutionalisierten Werten, Normen und sozial vermittelten Situationsdefinitionen – Merkmale der sie umgebenden Gesellschaft. Rückschlüsse auf beeinflussende Faktoren werden durch die Analyse möglich. Dabei geht es nicht nur um das Verstehen sprachlicher Bedeutung, sondern darum, durch die sprachlichen Eigenschaften Rückschlüsse auf nicht sprachliche Eigenschaften von Personen und Gruppen ziehen zu können (vgl. ebd.).

Mit Hilfe der Methode wird Material analysiert, das menschliches Verhalten oder soziales Handeln darstellt: in der wissenschaftlichen Inhaltsanalyse sind das schriftliche Kommunikationsinhalte, also Texte (vgl. ebd.: 451). Die analytische Erforschung der Texte kann dabei zwei wesentliche Zielrichtungen haben: a) von den Inhalten der Kommunikation auf affektive oder intellektuelle Verfasstheiten oder auf Deutungsmuster des Kommunizierenden zu schließen oder b) Zusammenhänge zwischen den Kommunikationsinhalten und deren Wirkung bei den Lesenden herausarbeiten (vgl. ebd.: 452 f.).

Die vorliegende Arbeit wird sich an Mayrings allgemeinem mehrstufigem Ablaufmodell orientieren (vgl. Mayring 2003: 47 ff.). Nach der Festlegung des zu untersuchenden Materials werde ich die Entstehungssituation der Materialien analysieren, die drei Epochen der Materialentstehung werden skizziert. Nach einer formalen

Charakterisierung des Materials werden Schwerpunkte festgelegt. Im Anschluss an die Darstellung der Analyseergebnisse werden diese interpretiert (vgl. Mayring 2003: 47 ff.).

3.2 Materialien

Als Grundlage der Analyse dienen die Präventionsmaterialien der Deutschen AIDS-Hilfe. Sie zeichnet für die Gestaltung und Distribution dieser Materialien verantwortlich. Die DAH agiert als bundesweit größte und staatlich geförderte Herausgeberin. Die Verteilung der Materialien erfolgt auf verschiedenen Wegen, sie können zugesandt und online eingesehen werden. Des Weiteren können Organisationen und Initiativen Materialien anfordern, um sie an Interessierte weiterzugeben. Die DAH betreibt ein Online-Archiv in dem alle seit 1984 veröffentlichten Materialien abrufbar sind: eine präventionshistorische Fundgrube.

Die Analyse bezieht sich auf Materialien aus drei Epochen der AIDS-Arbeit. Die Epoche der Jahre 1985 bis 1988: eine Zeit, in der sich AIDS-Hilfe-Arbeit konstituierte und begann Safer-Sex-Regeln zu formulieren. Zwar gab es noch keine belastbaren Studien zu den Übertragungswegen von HIV und zum Verlauf von AIDS, es wurde aber die Notwendigkeit gesehen, lebbare Präventionsbotschaften zu entwickeln. Es gab bereits erste Informationen und Annahmen zu den HIV-Übertragungswegen, die Materialien der DAH waren Einzelpersonen, Initiativen und Mitgliedsorganisationen zugänglich (vgl. Würdemann 2012).

Der zweite Zeitabschnitt sind die Jahre von 1997 bis 2001, nach der 11. Welt-AIDS-Konferenz in Vancouver 1996, innerhalb derer erstmals erfolgversprechende Studien zur Behandlung der HIV-Infektion mit einer sogenannten Kombinationstherapie, also mit Medikamenten aus verschiedenen Gruppen vorgestellt wurden, die das Leben von Menschen mit HIV deutlich verlängern konnten. Mit der Welt-AIDS-Konferenz 1996 begann die Ära der sogenannten HAART, highly active antiretroviral therapy. Bis zu diesem Zeitpunkt konnten bei Menschen mit HIV/AIDS lediglich die opportunistischen Infektionen behandelt werden, eine Therapie der HIV-Infektion selbst wurde erst ab 1987 möglich: die Mono-Therapie mit AZT (Azidothymidin) wirkte oft nur für Wochen oder wenige Monate lebensverlängernd. Durch hohe Dosierungen des Medikaments kam es zu unerträglichen Nebenwirkungen: mit AZT-Behandelte hatten das Gefühl, nicht an AIDS sondern bereits vorher an AZT sterben. Daneben entwickelten sich sogenannte Resistenzen: die HI-Viren hatten sich angepasst, die Medikamente wurden wirkungslos. Die Möglichkeiten mit HIV/AIDS zu überleben wurden mit den neuen

Therapiemöglichkeiten ab 1996 deutlich besser und gingen auch mit einer Veränderung Lebenswirklichkeiten von Menschen mit HIV/AIDS einher (vgl. Würdemann 2012 a).

Der dritte in meiner Analyse fokussierte Zeitraum beginnt in den späten 2000er Jahren, am 30. Januar 2008, als der Schweizer Infektiologe Prof. Dr. Pietro Vernazza mit Kollegen in der Schweizerischen Ärztezeitung das sogenannte Swiss oder EKAFF-Statement veröffentlichte, fünf Seiten mit einer Botschaft: bei erfolgreicher HIV-Therapie kann HIV beim Sex ohne Kondom nicht übertragen werden (vgl. Vernazza et al. 2008). Die Aufregung damals war groß, die Stellungnahme der Schweizer Wissenschaftler kam einem Tabubruch in der Prävention gleich. Diese rein biologische Erkenntnis aus der Schweiz führte bei Menschen mit HIV/AIDS zur Erleichterung. Dabei stand im EKAFF-Statement nur, was in der Wissenschaft und bei Behandler_innen schon Jahre bekannt war: die Wirksamkeit der modernen Kombinationstherapien war so gut, dass bei den meisten behandelten Menschen mit HIV schon nach Wochen keine HI-Viren mehr im Blut zu finden waren, selbst empfindlichste HIV-Tests zeigten ein HIV-negatives Ergebnis: die Viruslast war unter der Nachweisgrenze. Die Viruslast im Blut lässt Rückschlüsse auf die Viruslast in anderen Körperflüssigkeiten (Sperma, Scheidensekret, Flüssigkeitsfilm auf der Darmschleimhaut) zu. Die Information – wo kein Virus, da auch keine Ansteckung – hatten zu dieser Zeit Ärzt_innen schon an ihre HIV-Patient_innen weitergegeben (vgl. Würdemann 2015).

Für die Analyse wurden die Materialien für die Gruppe der homo- und bisexuellen Männer, so die Bezeichnung im DAH-Archiv, ausgewählt. Im Anschluss an das Literaturverzeichnis findet sich ein Verzeichnis der analysierten 29 Materialien. Die Materialien werden aus verschiedenen Blickrichtungen untersucht. Neben der Analyse des Gegenstandes, den Safer Sex- Botschaften und Informationen zum HIV-Test, werde ich einen Fokus auf die Darstellung der lebensweltlichen Aspekte und die Benennung der Rezipienten legen. Außerdem betrachte ich die in den Texten dargestellten Handlungen und Handlungsoptionen, die zum Gelingen oder dem Nicht-Gelingen von Safer Sex beitragen und damit einhergehende Beschreibungen. Der zweite Teil meiner Analyse gilt dem Umgang und der Beschreibung, des Misslingens von Safer Sex oder möglichen Schwierigkeiten beim Umsetzen von Safer Sex, den daraus folgenden Handlungsoptionen und Zuschreibungen. Hierzu habe ich die folgenden Fragestellungen entwickelt, die meine Analysearbeit leiten:

Wer wird als Rezipient benannt bzw. angesprochen?

In welchem Kontext wird Safer Sex in den Materialien beschrieben?

Welche sexuellen Praktiken und Handlungen firmieren unter Safer Sex? Welche nicht?
Werden weitere Strategien zur Minderung von HIV-Infektionsrisiken genannt?

Welche Beschreibungen gehen mit dem Einhalten der Safer-Sex-Regeln einher? Welche mit dem Nicht-Einhalten?

Werden Safer-Sex-Pannen, Safer-Sex-Unfälle oder der Umgang mit Schwierigkeiten bei der Umsetzung der Safer-Sex-Regeln thematisiert? Gibt es Hinweise für den Umgang mit solchen Situationen?

Werden mögliche Folgen beim Nicht-Einhalten von Safer Sex genannt? Wie werden sie beschrieben?

Wird der HIV-Test angesprochen? Wie wird er beschrieben? Für welche Situationen wird er als dienlich geschildert?

3.3 Ergebnisse der Inhaltsanalyse

Die Ergebnisse der Inhaltsanalyse stelle ich in diesem Abschnitt meiner Arbeit thematisch gegliedert vor, ich zeige zunächst die Aussagen der Materialien in Zusammenhang mit Safer Sex auf, denen dann die Ausführungen zum HIV-Test folgen. Bei beiden Themen folgt eine Untergliederung in die drei zeitlichen Abschnitte meiner Analyse.

3.3.1 Safer Sex

Unter Safer Sex werden Methoden verstanden, die eine Übertragung von HIV wirksam verhindern. Die Deutsche AIDS-Hilfe nennt auf ihrer Homepage drei Safer-Sex-Methoden, die bei sachgemäßer Anwendung, wirksam eine HIV-Infektion verhindern: Kondome schützen bei analem und vaginalem Geschlechtsverkehr, unterstützend kann die Verwendung von fettfreien Gleitmitteln erfolgen, um Verletzungen in Vagina und Anus und Beschädigungen des Kondoms zu vermeiden; Schutz durch Therapie: wenn Menschen mit HIV seit mindestens sechs Monaten eine gut funktionierende HIV-Therapie einnehmen und die Viruslast unter der Nachweisgrenze liegt, kann HIV nicht übertragen werden; die Prä-Expositions-Prophylaxe, kurz als PrEP bezeichnet, innerhalb einer PrEP nehmen HIV-negative Personen HIV-Medikamente ein, das schützt sie vor einer Ansteckung mit HIV (vgl. DAH 2018).

Der Oralverkehr, gemeint sind orale Kontakte mit Penis, Scheide oder After, wird als eine sexuelle Praktik beschrieben, in der es effektiv kein HIV-Risiko gibt. Selbst bei der Aufnahme von Sperma oder Menstruationsblut in den Mund gilt das Übertragungsrisiko als gering und es seien nur sehr wenige Fälle beschrieben, bei denen eine Übertragung von HIV auf diesem Weg stattgefunden habe (vgl. DAH 2018).

Die DAH offeriert weitere Möglichkeiten zur Minderung von HIV-Infektionsrisiken. Als Strategien zu Safer Sex werden der Bilanztest und die Strategie der ausgehandelten Sicherheit genannt, beide sollen in festen Partnerschaften HIV-Risiken reduzieren, sie verlangen ein hohes Maß an Vertrauen zum Partner/zur Partnerin. Beim Bilanztest machen beide Partner_innen einen HIV-Test, dessen negative Ergebnisse ermöglichen den Kondomverzicht innerhalb dieser Partnerschaft, wenn beide keine anderen Sexualpartner_innen haben. Die Strategie der ausgehandelten Sicherheit kann angewendet werden: wenn Paare eine offene Beziehung leben und bei sexuellen Kontakten außerhalb der Beziehung die Safer-Sex-Regeln einhalten, können sie, nach klaren Absprachen, auf Kondomnutzung verzichten (vgl. DAH 2018).

Daneben gilt es, so die DAH, nicht nur über Kondome Bescheid zu wissen, sondern auch auf sich selbst zu achten. Wer gut mit sich selber umgeht, die eigenen Bedürfnisse kennt und nur tut, was er/sie tun möchte, kann selbstbewusst für den eigenen Schutz sorgen (vgl. DAH 2018).

Das auf diese Breite von Safer-Sex-Methoden und Strategien zu Safer Sex in den 1980er und 1990er Jahren noch nicht zurückgegriffen werden konnte, werden die folgenden Analyseergebnisse verdeutlichen.

3.3.1.1 Safer Sex in den Jahren 1985 bis 1988

Im ersten von mir untersuchten Zeitraum von 1985 bis 1988 habe ich 13 Präventionsmaterialien untersucht, zehn davon waren Comics und drei Faltblätter. In elf der Materialien fand sich Safer Sex im Titel, in zwei Materialien (vgl. DAH 1985 e, 1987 d) war das nicht der Fall.

Die Rezipienten

Als Rezipienten werden in sieben Materialien Schwule oder schwule Männer genannt (vgl. DAH 1985, 1985 a, 1985 c, 1985 e, 1987, 1987 d, 1988). In sechs Materialien bleiben die Rezipienten unbenannt (vgl. DAH 1985 a, 1985 d, 1986, 1987 a, 1987 b, 1987 c). In diesen Materialien werden sexuelle Konstellationen sichtbar, entweder in der bildlichen Darstellung oder in einer verbalen Beschreibung, die angesprochene Rezipienten verdeutlichen: dabei werden in sechs Materialien sexuelle Kontakte zwischen Männern sichtbar (vgl. DAH 1985 a, 1985 d, 1986, 1987 a, 1987 b, 1987 c) und in einem Comic ein verheirateter, bisexueller Mann, der sexuelle Kontakte zu einem Mann hat (vgl. DAH 1985 a). Mit Ausnahme von zwei Protagonisten im Comic von 1988, die HIV-positiv sind bzw. werden (vgl. DAH 1988) und dem Freund mit AIDS (vgl. DAH 1985 e), wird in

keinem der untersuchten Materialien dieses Zeitabschnittes der HIV-Status, z.B. HIV-positiv, HIV-negativ, ungetestet, der Rezipienten benannt oder explizit in den Botschaften erwähnt.

Der Kontext

Der Kontext, der sich durch alle 13 Präventionsmaterialien zieht, ist das Thema Veränderung, insbesondere in Situationen des Kontaktes. Es gibt Veränderungen in der „neuen Zeit“ (DAH 1985), die es nötig machen, bisheriges Verhalten zu modifizieren (vgl. ebd.). Die Veränderungen werden nötig im Kontakt mit bekannten Menschen (vgl. DAH 1985, 1985 a, 1985 b, 1985 e, 1986, 1987, 1987 a, 1987 c) aber auch im Kontakt mit unbekanntem Menschen (vgl. DAH 1985, 1985 c, 1986, 1988). Bei den sich verändernden Kontakten handelt es sich zum einen um eher sexuell geprägte (vgl. DAH 1985, 1985 a, 1985 b, 1985 c, 1985 d, 1986, 1987, 1987 a, 1987 d, 1988), des Weiteren sind es emotional und sozial geprägte Kontakte (vgl. DAH 1985 e, 1986, 1987, 1987 c). Miteinander bekannte Sexualpartner handeln ihr sexuelles Verhalten neu aus (vgl. DAH 1985 a, 1985 b, 1986, 1987, 1987 a). In allen Materialien avanciert das Kondom zu einem Bestandteil schwuler und mann-männlicher Sexualität. Die Beschreibung erfolgt in allen Materialien gruppensprachlich, sie ist orientiert an dem Sprachgebrauch innerhalb schwuler Szenen. Fachsprache oder medizinische Terminologien finden keine Verwendung. Es findet die Beschreibung von Verhalten statt.

Die sexuellen Handlungen und Praktiken

Zur besseren Übersicht stelle ich die Safer-Sex-Praktiken aus den zehn Comics zu Safer Sex in der folgenden Tabelle dar:

Comic	Analverkehr mit Kondom	Oralverkehr ohne Ejakulation	gegenseitige oder gemeinsame Masturbation	Massieren, Streicheln, Kämpfen
1985	X		X	
1985 a	X			
1985 b	X		X	
1985 c	X			
1986	X	X		X
1987	X	X		
1987 a	X			
1987 b	X			
1987 c	X	X	X	
1988	X	X		

In den drei anderen Falblättern werden folgende Safer-Sex-Praktiken genannt: Analverkehr mit Kondom, gereinigte Sexspielzeuge, wenn sie nur an der eigenen Person verwendet werden, Urinspiele auf intakter Haut (vgl. DAH 1985 d), nicht genitalbezogener Sex, Anfassen Streicheln, Massieren (vgl. DAH 1985 e) und Sex, bei dem Kondome richtig gebraucht werden (vgl. DAH 1987 d).

Sogenannte riskante Sexualpraktiken, die nicht als Safer-Sex-Praktiken gelten, die in den Materialien genannt werden, finden sich in der folgenden Tabelle:

Material / Quelle	genannte riskante Sexualpraktiken und Handlungen
1985	Küsse mit Speichelkontakt, Oralverkehr ohne Ejakulation, Analverkehr ohne Kondom, Rimming (Stimulation des Afters mit der Zunge), Urinspiele
1985a	Küssen, Oralverkehr, Urinspiele, Fisten (Einführen der Hand oder Faust in den After), Körpersäfte aufnehmen
1985 b	Küssen, Oralverkehr, Analverkehr ohne Kondom
1985 d	Küsse mit Speichelkontakt, Oralverkehr insertiv und rezeptiv unabhängig von Ejakulation, Analverkehr ohne Kondom, Rimming, Speichel als Gleitmittel, Gleitmittel aus größeren Verpackungen gemeinsam verwenden, Fisten, Brustwarzenklammern mit Zacken, Dildos mit Metallstäben, Urin in Augen, Mund oder Wunden
1986	Küssen mit offenen Wunden, Oralverkehr mit Ejakulation in den Mund, Analverkehr ohne Kondom, Austausch von Blut und Sperma, Blutkontakte
1987	Analverkehr ohne Kondom, harte S/M-Praktiken, die Verletzungen hervorrufen
1987 c	Analverkehr ohne Kondom, Oralverkehr mit Ejakulation in den Mund, blutige S/M-Praktiken
1988	Analverkehr ohne Kondom

Als Strategien zur Minderung des HIV-Übertragungsrisikos werden genannt: Partnerzahl reduzieren und Sexualpraktiken auf nicht-insertive Praktiken einschränken (vgl. DAH 1985, 1987), auf Qualität von Kondomen achten und fettfreie Gleitmittel verwenden (vgl. DAH 1985 d, 1986, 1987 a, 1988), Immunsystem stabil halten, wenige andere Infektionen haben, Drogen- und Alkoholkonsum einschränken, Safer Use beim intravenösen Drogenkonsum (vgl. DAH 1986), richtiger Gebrauch von Kondomen (vgl. DAH 1987 d).

Die Beschreibungen zum Einhalten und Nicht-Einhalten von Safer Sex

Safer Sex wird in acht der Materialien als eine Praktik genannt, die immer eingehalten werden soll (vgl. DAH 1985 a, 1985 b, 1985 c, 1985 d, 1985 e, 1986, 1987, 1987 a). Bei den Beschreibungen zum Einhalten von Safer Sex finden sich am häufigsten zwei

Aussagen: in vier Materialien weiter Sex haben können (vgl. DAH 1985, 1985 a, 1985 d, 1986) und drei Mal, dass Safer Sex selbstverständlich und zur Routine wird (vgl. DAH 1985, 1986, 1987 d). Sich selbst und den Partner schützen wird zweimal genannt (vgl. DAH 1986, 1987 d), das Einhalten von Safer Sex erfordert konsequentes Verhalten ebenso (vgl. DAH 1985 d, 1987 a) und ebenfalls zweimal wird Safer Sex als ungewohnt beschrieben (vgl. DAH 1985, 1985 b). Das Ansprechen von Safer Sex passiert in fünf Comics durch den rezeptiven Sexualpartner (vgl. DAH 1985, 1985 a, 1985 b, 1985 c, 1987 a) und nur einmal durch den insertiven Sexualpartner (vgl. DAH 1988). Die rezeptiven Sexualpartner sind es auch, die Kondome mit sich führen (vgl. DAH 1985, 1985 a, 1985 c, 1987 a, 1987 c) und nur einer der insertiven Sexualpartner (vgl. DAH 1988). In vier Comics reagieren die insertiven Sexualpartner auf den Wunsch des rezeptiven Sexualpartners nach Kondombenutzung mit Auslachen (vgl. DAH 1985 a), Enttäuschung (vgl. DAH 1985 b) oder Verärgerung (vgl. DAH 1985 c, 1987 a).

Das Nicht-Einhalten von Safer Sex, also riskantes Sexualverhalten, soll vermieden werden (vgl. DAH 1985, 1985 a, 1985 d, 1986, 1987, 1987 c). In den weiteren Beschreibungen zum Nicht-Einhalten von Safer Sex werden lustorientierte Wünsche und Bedürfnisse genannt (vgl. DAH 1985 b, 1985 d, 1987, 1987 c, 1988).

Die Schwierigkeiten beim Umgang mit Kondomen und Safer-Sex-Pannen

Safer-Sex-Pannen oder Safer-Sex-Unfälle, wie z.B. abgerutschte oder geplatze Kondome, die Benutzung fetthaltiger Gleitmittel oder Fehlhandhabungen beim Überstreifen des Kondoms, konnten in den untersuchten Materialien nicht gefunden werden. Als einziges findet eine Situation Erwähnung, in der der insertive Sexualpartner sich ein Kondom überzieht, was zu einer Minderung der Steifheit seines Penis führt. Der rezeptive Sexualpartner unterstützt daraufhin das Anlegen des Kondoms mit seinen Händen und stimuliert gleichzeitig den Penis des anderen (vgl. DAH 1985 c).

Die Folgen beim Nicht-Einhalten von Safer Sex

Als mögliche Folge des Nicht-Einhaltens von Safer Sex wird in vier der Materialien AIDS genannt (vgl. DAH 1985 d, 1986, 1987 d, 1988), in zwei Materialien wird von einer gefährlichen Krankheit gesprochen (vgl. DAH 1985 a, 1986). In einem Comic wird Angst als Folge des Nicht-Einhaltens von Safer Sex kommuniziert, diese Angst führte zur Ausbildung von Symptomen, die zu AIDS gehören (vgl. DAH 1987 c). In einem Faltblatt werden als Folgen „Tripper und Syphilis“ (DAH 1987 d) erwähnt.

3.3.1.2 Safer Sex in den Jahren 1997 bis 2001

Für den Zeitraum von 1997 bis 2001 habe ich 10 Präventionsmaterialien untersucht, davon waren neun Broschüren und ein Faltblatt.

Die Rezipienten

In sechs der untersuchten Materialien werden Schwule oder schwule Männer als Rezipienten genannt (vgl. DAH 1997 a, 1997 b, 1998, 2001, 2001 a, 2001 b), in drei Broschüren sind es Männer, die Sex mit Männern haben (vgl. DAH 1997 c, 1998 a, 2000) und in zwei Präventionsmaterialien sind es bisexuelle Menschen (vgl. DAH 1998, 1999).

Die Menschen, die in den Materialien genannt werden bzw. zu Wort kommen, haben in sieben Fällen unterschiedliche HIV-Status (vgl. DAH 1997 a, 1997 c, 1998 a, 2000, 2001, 2001 a, 2001 b), sie haben in sechs Materialien unterschiedliche sexuelle Präferenzen (vgl. DAH 1997 a, 1997 b, 2000, 2001, 2001 a, 2001 b) und sie werden in sechs Materialien in unterschiedlichen Formen von Beziehungen lebend gezeigt (vgl. DAH 1998, 1999, 2000, 2001, 2001 a, 2001 b). In fünf Materialien finden sich Menschen mit unterschiedlichen sexuellen Orientierungen (vgl. DAH 1998, 1999, 2000, 2001, 2001 b), in vier der Materialien sind sie Konsumierende von Alkohol und Drogen (vgl. DAH 1997 a, 2000, 2001, 2001 b).

Der Kontext

Die Kontexte in denen Safer Sex thematisiert wird, sind in sieben Materialien psychosoziale Kontexte, z.B. verschiedene Beziehungsformen wie Liebesbeziehungen (vgl. DAH 1997 c, 1998, 2000, 2001 a), feste Beziehungen (vgl. DAH 2001), Beziehungen zu HIV-Positiven (vgl. DAH 1997 c, 2001 a), die erste große Liebe (vgl. DAH 1998, 2001 a, 2001 b), Formen bisexuellen Lebens und Liebens (vgl. DAH 1999). Ebenfalls in sieben Materialien wird Safer Sex im Zusammenhang mit individuellem Risikomanagement angesprochen (vgl. DAH 1997 a, 1997 c, 1998 a, 2000, 2001, 2001 a, 2001 b). Die Kopplung von sexuellen Praktiken und Safer Sex wird in sechs Materialien deutlich (vgl. DAH 1997 a, 1997 b, 1998, 1998 a, 2000, 2001) und in fünf Materialien findet eine Einbettung von Safer Sex in den Themenbereich Gesundheit statt (vgl. DAH 1997 a, 1997 b, 1999, 2000, 2001 b).

Die sexuellen Handlungen und Praktiken

Die unter Safer Sex firmierenden sexuellen Handlungen und Praktiken in dem betrachteten Zeitabschnitt sind zahlreich, weshalb ich sie in der folgenden Tabelle darstellen möchte:

genannte sexuelle Handlungen und Praktiken	Anzahl Nennungen	Material/Quelle
Analverkehr mit Kondom	9	vgl. DAH 1997 a, 1997 b, 1997 c, 1998, 1998 a, 1999, 2000, 2001, 2001 a
Oralverkehr ohne Ejakulation in den Mund	7	vgl. DAH 1997 a, 1997 b, 1998, 1998 a, 2000, 2001, 2001 a
nicht insertive Praktiken	7	vgl. DAH 1997 a, 1997 b, 1998, 1998 a, 2000, 2001, 2001 a
Urinspiele	5	vgl. DAH 1997 a, 1997 b, 2000, 2001, 2001 a
Fisten	4	vgl. DAH 1997 a, 1997 b, 2000, 2001
Dildo mit Kondom	4	vgl. DAH 1997 a, 1997 b, 2000, 2001 a
Fingerspiele	2	vgl. DAH 1997 a, 2001 a
Kotspiele	2	vgl. DAH 1997 a, 2001 a
Piercing	1	vgl. DAH 1997 a
S/M-Praktiken ohne blutende Verletzungen	1	vgl. DAH 1997 b
Oralverkehr mit Kondom oder insertiv	1	vgl. DAH 1998 a
Vaginalverkehr mit Kondom	1	vgl. DAH 1999
Analverkehr mit Kondom von HIV-Positiven	1	vgl. DAH 1997 a

In den Materialien als riskant benannte Handlungen und Praktiken sind aus der folgenden Tabelle ersichtlich:

genannte riskante Handlungen und Praktiken	Anzahl Nennungen	Material / Quelle
Sperma-Schleimhaut-Kontakt	5	vgl. DAH 1997 a, 1997 b, 1998 a, 2000, 2001
Blut-Schleimhaut-Kontakt	4	vgl. DAH 1997 a, 1997 b, 1998, 2001
Analverkehr ohne Kondom	4	vgl. DAH 1997 b, 2000, 2001, 2001 a
Analverkehr mit Kondom nach Fisten mit fetthaltigem Gleitmittel	4	vgl. DAH 1997 a, 2000, 2001, 2001 a
Sperma oder Blut in Wunden	3	vgl. DAH 1997 a, 1998 a, 2001
Analverkehr mit Kondom bei Öl- und Schlammspielen	1	vgl. DAH 1997 a

Die weiteren Strategien zur Minderung des HIV-Infektionsrisikos, die in den Präventionsmaterialien genannt wurden, finden sich in der folgenden Tabelle:

genannte Strategie	Anzahl Nennungen	Material / Quelle
Vermittlung in komplementäre Hilfesysteme	6	Vgl. DAH 1997 a, 1997 b, 1998, 2000, 2001 b
Schutz vor sexuell übertragbaren Infektionen	5	vgl. DAH 1997 a, 1997 b, 1999, 2001, 2991 a
Impfung gegen Hepatitis A und B	5	vgl. DAH 1997 a, 1997 b, 1999, 2001, 2001 a
bei Symptomen einer sexuell übertragbaren Infektion zum Arzt	2	vgl. DAH 1997 a, 1997 b
über Safer Sex reden	2	vgl. DAH 1997 c, 1998
klare Absprachen mit Sexpartner	2	vgl. DAH 1998 a, 2000
Schutz vor sexuell übertragbaren Infektionen für HIV-Positive	1	vgl. DAH 1997 a
auf Signale vor einer Ejakulation achten	1	vgl. DAH 1998 a
keinen Alkohol trinken auf Sexpartys	1	vgl. DAH 2001

Die Beschreibungen zum Einhalten und Nicht-Einhalten von Safer Sex

Die größte Zahl von Nennungen beim Einhalten des Safer Sex entfallen auf das individuelle Abwägen des Risikos (vgl. DAH 1997 b, 1998, 1998 a, 2000, 2001, 2001 a), vier Mal wird lustvolle Hingabe genannt (vgl. DAH 1997 b, 1998, 2000, 2001) und je drei Mal wird die erfüllte Sexualität von HIV-Positiven (vgl. DAH 1997 a, 1997 c, 2001 a) und die nicht vorhandene 100%ige Sicherheit angegeben.

In den Beschreibungen zum Nicht-Einhalten von Safer Sex finden sich verschiedene emotionale Zustände: ungenügende sexuelle Erfahrungheit (vgl. DAH 1998, 2000, 2001, 2001 b), Gefühle innerhalb einer Beziehung (vgl. DAH 1998, 2000, 2001), verliebt sein (vgl. DAH 1998, 2000), Einsamkeit (vgl. DAH 1998, 2000, 2001), eine starke sexuelle Anziehung (vgl. DAH 2000, 2001, 2001 b) und die Wirkungen beim Konsum von Alkohol und Drogen (vgl. DAH 2000, 2001, 2001 b).

Die Schwierigkeiten beim Umgang mit Kondomen und Safer-Sex-Pannen

Schwierigkeiten im Umgang mit Kondomen und Safer-Sex-Pannen werden in drei der Broschüren dargestellt: die Unterbrechung des sexuellen Miteinanders durch das Aufziehen des Kondoms (vgl. DAH 1998, 2000) und einmal wird beim Oralverkehr, trotz anderer Absprache, in den Mund ejakuliert (vgl. DAH 1998 a).

Als Möglichkeiten des Umgangs mit den genannten Situationen werden das Ausspucken des Spermas und das Nachspülen des Mundes mit Wasser (vgl. DAH 1998 a), nicht in Panik verfallen (vgl. DAH 1998), weiter Safer Sex machen (vgl. DAH 1998) und allein den Kondomgebrauch üben (vgl. DAH 2000) angeführt.

Die Folgen beim Nicht-Einhalten von Safer Sex

Als Folge des Nicht-Einhaltens von Safer Sex wird in acht Broschüren eine HIV-Infektion genannt, dabei erfolgt in vier Broschüren erfolgt ausschließlich eine Nennung (vgl. DAH 1997 b, 1999, 2001, 2001b), in vier Broschüren werden auch die Nicht-Heilbarkeit, die Immunschwäche, die bessere Behandelbarkeit durch neue Kombinationstherapien und die höhere Lebenserwartung beschrieben (vgl. DAH 1997 a, 1998 a, 2000, 2001 a). In drei der Materialien werden dieser Beschreibung schwere Nebenwirkungen der Therapie, strenge Einnahmeregeln und Infektionen mit resistenten Viren zugefügt (vgl. DAH 1998 a, 2000, 2001 a).

Eine weitere, sieben Mal genannte Folge sind sexuell übertragbare Infektionen. In drei Materialien erfolgt lediglich eine Nennung (vgl. DAH 1999, 2000, 2001 a), in vier Materialien werden der Nennung noch die Eigenschaften heilbar, behandlungswürdig und Impfungen möglich hinzugefügt (vgl. DAH 1997 a, 1997 b, 1998 a, 2001).

3.3.1.3 Safer Sex in den Jahren 2008 bis 2012

Für den Zeitraum von 2008 bis 2012 habe ich sechs Präventionsmaterialien untersucht, davon waren vier Broschüren und zwei Faltblätter.

Die Rezipienten

In einem der Materialien werden ausschließlich Männer, die Sex mit Männern haben (MSM) benannt (vgl. DAH 2008 a), in zwei Materialien werden schwule Männer und MSM angesprochen (vgl. DAH 2008, 2010), allein schwule Männer werden in zwei Materialien als Adressaten bezeichnet (vgl. DAH 2010 a, 2011) und in einem Faltblatt werden keine Rezipienten genannt, jedoch kann von der Darstellung der sexuellen Kontakte auf mann-männliche Kontakte geschlossen werden (vgl. DAH 2012).

Der Kontext

Die Einbettung des Themas Safer Sex erfolgt bei fünf der Materialien in lebensweltliche Zusammenhänge: einmal in Lebenswelten türkischer MSM (vgl. DAH 2008 a), bei zwei Materialien im Blick auf sexuelles Erleben (vgl. DAH 2010, 2011) und bei zwei weiteren Materialien findet eine Auseinandersetzung mit dem Thema Risikominderung nach riskanten sexuellen Kontakten statt (vgl. DAH 2010 a, 2012). In einem der Materialien wird Safer Sex als Thema genitaler Männergesundheit präsentiert (vgl. DAH 2008).

Die sexuellen Handlungen und Praktiken

Die unter Safer Sex firmierenden sexuellen Handlungen und Praktiken in diesem Zeitabschnitt sind divers, die Darstellung in einer Tabelle ermöglicht eine bessere Übersicht:

genannte sexuelle Handlungen und Praktiken	Anzahl Nennungen	Material/Quelle
Analverkehr mit Kondom	4	vgl. DAH 2008, 2008 a, 2010, 2011
Oralverkehr ohne Ejakulation in den Mund	4	vgl. DAH 2008, 2008 a, 2010, 2011
nicht-insertive Praktiken	2	vgl. DAH 2010, 2011
Urinspiele	1	vgl. DAH 2010
Fisten	1	vgl. DAH 2010
Dildo mit Kondom	1	vgl. DAH 2010
Fingerspiele	1	vgl. DAH 2010
Kotspiele	1	vgl. DAH 2010
Piercing	1	vgl. DAH 2010
S/M-Praktiken ohne blutende Verletzungen	1	vgl. DAH 2010
insertiver Oralverkehr	1	vgl. DAH 2011
Vaginalverkehr mit Kondom	2	vgl. DAH 2008, 2008 a
Oralverkehr bei menstruierender Frau mit Frischhaltefolie	1	vgl. DAH 2008 a

Die als riskant beschriebenen Handlungen und Praktiken sind in der folgenden Tabelle aufgelistet:

genannte riskante Handlungen und Praktiken	Anzahl Nennungen	Material / Quelle
Analverkehr ohne Kondom	5	vgl. DAH 2008, 2008 a, 2010, 2010 a, 2012
(Schleimhaut-)Kontakt mit STI-Geschwüren, -Flüssigkeiten und -Hautveränderungen	3	vgl. DAH 2008, 2010, 2011

Blut oder Sperma-Schleimhaut-Kontakt	2	vgl. DAH 2008 a, 2011
Oralverkehr mit Ejakulation in den Mund	2	vgl. DAH 2008, 2011
Analverkehr mit Kondom nach Fisten mit fetthaltigem Gleitmittel	1	vgl. DAH 2010
Analverkehr mit Kondom bei Öl- und Schlammspielen	1	vgl. DAH 2010
Vaginalverkehr ohne Kondom	1	vgl. DAH 2008 a
abgerutschtes oder geplatzt Kondom beim Analverkehr	1	vgl. DAH 2010 a

Weitere genannte Strategien zur Senkung des HIV-Infektionsrisikos finden in der folgenden Tabelle ihre Darstellung:

genannte Strategie	Anzahl Nennungen	Material / Quelle
Impfung gegen Hepatitis A und B	4	vgl. DAH 2008 a, 2010, 2011, 2012
Information über STI-Infektion an Sexpartner_innen	4	Vgl. DAH 2008, 2008 a, 2010, 2012
Behandlung von sexuell übertragbaren Infektionen	3	vgl. DAH 2008, 2010, 2011
HIV-PEP	3	vgl. DAH 2010, 2010 a, 2012
Schutz vor sexuell übertragbaren Infektionen	2	vgl. DAH 2008, 2011
Schutz durch Therapie in fester Partnerschaft	1	vgl. DAH 2010

Die Beschreibungen zum Einhalten und Nicht-Einhalten von Safer Sex

Das Einhalten von Safer Sex wird in den Materialien aus den 2000er Jahren am häufigsten in Zusammenhang mit sexuell übertragbaren Infektionen beschrieben. Sexuell aktive Menschen, sollten sich einmal jährlich auf das Vorliegen einer STI untersuchen lassen (vgl. 2008, 2010, 2011, 2012), dabei sollten Menschen, die mit mehr als zehn Partner_innen im Jahr sexuelle Kontakte haben, die Testfrequenz auf zwei bis vier Mal im Jahr erhöhen (vgl. DAH 2011, 2012). Daneben werden beschrieben: individuelle Strategien zur Risikominderung (vgl. DAH 2008, 2010, 2011, 2012), Selbstsorge und Safer Use (vgl. DAH 2008 a), die Erhöhung des Risikos für STI im Zusammenhang mit der Anzahl der Sexpartner (vgl. DAH 2010), Wissen zur PEP und keine 100%ige Sicherheit (vgl. DAH 2010 a).

Die sexuell übertragbaren Infektionen stehen auch beim Nicht-Einhalten von Safer Sex im Fokus der Betrachtung: STI wirken auf das HIV-Übertragungsrisiko (vgl. DAH 2008, 2010, 2011, 2012), sie sind bei Schwulen häufig und wieder auf dem Vormarsch (vgl. DAH 2008, 2010) und sie belasten das Immunsystem von Menschen mit HIV (vgl. DAH 2008). Nach Drogenkonsum (vgl. DAH 2010, 2010 a) und aufgrund der hohen Viruslast bei akut HIV-Infizierten (vgl. DAH 2010 a, 2012) wird sexuelles Handeln risikoreicher. Außerdem wird Safer Sex nicht eingehalten bei ersten sexuellen Erfahrungen, weil Treue nicht funktioniert, weil sexuelle Lust groß ist, weil es Irrtümer zu HIV gibt und innerhalb von Sexwork (vgl. DAH 2008 a).

Die Schwierigkeiten beim Umgang mit Kondomen und Safer-Sex-Pannen

In vier Materialien werden Ejakulationen in den Mund als Safer-Sex-Pannen dargestellt und als Sofortmaßnahmen das Ausspucken des Spermas und das Nachspülen mit Wasser genannt (vgl. DAH 2008, 2008 a, 2010, 2011), ein im Darm abgerutschtes oder geplatzt oder beim Analverkehr vergessenes Kondom ist in drei Materialien Thema, reagiert wird hier mit einer HIV-PEP (vgl. DAH 2010, 2010 a, 2012), einer Ejakulation im Rachen wird mit dem Schlucken des Spermas und Nachspülen mit Wasser begegnet und das Ausspülen des Auges mit Wasser wird nach einer Ejakulation ins Auge als Sofortmaßnahme beschrieben (vgl. DAH 2011).

Die Folgen beim Nicht-Einhalten von Safer Sex

Die HIV-Infektion wird in allen Materialien als Folge des Nicht-Einhaltens von Safer Sex genannt, dabei wird sie in allen, außer in einem Material (vgl. DAH 2011), auch umfänglich mit Symptomen, Übertragung, Behandlung, Lebenslänglichkeit und Unheilbarkeit beschrieben (vgl. DAH 2008, 2008 a, 2010, 2010 a, 2012). Ebenso umfassend beschriebene Infektionen mit STI finden sich in vier Materialien (vgl. DAH 2008, 2008 a, 2010, 2011), nur einmal erfolgt lediglich eine Nennung (vgl. DAH 2012). Die Infektion mit HIV über eine STI wird in einem Material thematisiert (vgl. DAH 2008).

3.3.1.4 Zusammenfassung Safer Sex

In der Betrachtung der Analyseergebnisse wird deutlich, dass in den betrachteten Zeiträumen Inhalte, Handlungen, Beschreibungen und Ausrichtungen von Safer Sex kontinuierlichem Wandel unterlagen.

In den 1980er Jahren wurden in den Materialien mehrheitlich schwule Männer angesprochen, Menschen mit HIV werden kaum erwähnt. Es wird auf

Verhaltensänderungen in Situationen von sexuellen Kontakten gezielt, Safer Sex soll dort Einzug halten: Analverkehr nur mit Kondom erfolgen, alternativ stehen nicht-insertive Praktiken, z.B. gemeinsames Masturbieren oder nicht genitalbezogener Sex, zur Verfügung. Insbesondere in den frühen Jahren sind viele Körperflüssigkeiten mit einer AIDS-Angst belegt, sie werden aus sexuellem Miteinander verbannt. Safer Sex birgt die einzige Möglichkeit, weiter Sex haben zu können, ohne an AIDS zu erkranken. Riskantes sexuelles Verhalten, darunter fallen in diesem Zeitabschnitt die Mehrzahl sexueller Handlungen und Praktiken, soll vermieden werden. Es kommt nicht darauf an, wo man was macht – keine Risikoorte - oder mit wie vielen man was macht – keine Risikopersonen -, sondern wie man was macht - Risikosituationen.

In den Jahren 1997 bis 2001 werden in den Materialien weiter mehrheitlich schwule Männer angesprochen, deren HIV-Status als Positive auch thematisiert wird. Es werden risikofördernde Faktoren, wie sexuelle Unerfahrenheit, Drogenkonsum, mangelnde Selbstakzeptanz und sexuelle Bedürfnisse, aus den Lebenswelten der Adressaten in den Blick genommen. Das nun umfassendere Wissen zur HIV-Infektion ist genauso Bestandteil der Materialien wie gesundheitsfördernde Aspekte um sexuell übertragbare Infektionen.

In den Materialien der Jahre 2008 bis 2012 teilen sich die schwulen Männer die Adressatenschaft mit den MSM, also Männern, die Sex mit Männern haben. Die Einbettung von Safer Sex erfolgt hauptsächlich im Blick auf sexuelles Erleben, auch auf riskantes sexuelles Erleben. Die als riskant dargelegten Handlungen orientieren sich nur wenig an Praktiken, sondern nehmen verschiedene Körperflüssigkeiten und mögliche Eintrittspforten für HIV in den Blick, dabei finden vermehrt medizinisch anmutende Bezeichnungen Verwendung. Die medizinische Orientierung findet sich auch im Umgang mit STI, deren Vorbeugung, Behandlung und Beschreibung, sowie in umfassenden Ausführungen zu medizinischen Verfahren bei Safer-Sex-Unfällen.

3.3.2 Der HIV-Test

Eine vorhergegangene Situation, von der Menschen glauben, sich mit HIV infiziert zu haben, z.B. durch ungeschützten Sex, soll mit einem HIV-Test abgeklärt werden (vgl. DAH 2018 a). Aktuell stehen hierfür zwei Testverfahren zur Verfügung. Es existieren HIV-Antikörper-Suchtests, innerhalb derer im Blut nach vom Immunsystem infolge einer HIV-Infektion gebildeten Antikörpern gesucht wird. Die Reaktion des Immunsystems nimmt einige Zeit in Anspruch, Mediziner_innen nennen sie das diagnostische Fenster. Ein Nachweis von HIV-Antikörpern, also der Nachweis einer stattgefundenen HIV-

Infektion, kann bereits nach sechs Wochen erfolgen, der Ausschluss einer HIV-Infektion ist erst nach 12 Wochen möglich. Der „klassische“ HIV-Test beim Gesundheitsamt, die sogenannten HIV-Schnelltests, die HIV-Selbst- oder Heimtests und sogenannte Einsendetests funktionieren als Antikörper-Suchtests (vgl. DAH 2018 a).

Ein weiteres Verfahren ist der HIV-PCR-Test, er wird zur Überprüfung der Wirkung der HIV-Therapie eingesetzt, kann aber auch in der akuten Phase der HIV-Infektion, in der die Anzahl der HI-Viren im Blut sehr hoch ist, zusätzlich zum Antikörper-Suchtest eingesetzt werden. Beim HIV-PCR-Test werden Bestandteile von HIV, meistens Proteine aus der Virushülle, direkt nachgewiesen. Das Ergebnis des PCR-Tests wird in Anzahl der Viren pro Milliliter Blut angegeben, die kleinste, mit den gängigen PCR-Verfahren messbare Viruslast sind 20 Viren pro Milliliter Blut (vgl. DAH 2018 a).

Neben der Klarheit, die ein HIV-Test schaffen kann, stehen auch immer die Möglichkeiten, bei einer rechtzeitig erkannten HIV-Infektion einer Schädigung des Immunsystems vorzubeugen, indem mit einer medikamentösen HIV-Therapie begonnen werden kann (vgl. DAH 2018 a).

Aktuell empfiehlt die DAH auf ihrer Homepage schwulen Männern, sich einmal im Jahr auf HIV testen zu lassen (vgl. DAH 2018 a).

3.3.2.1 Der HIV-Test in den Jahren 1985 bis 1988

Der HIV-Test wird in den Materialien dieses Zeitabschnittes nur einmal angesprochen (vgl. DAH 1988). Daneben findet sich der deutlich formulierte Hinweis, die Entscheidung zum Test „nur“ (ebd.) nach einer Beratung bei der AIDS-Hilfe zu treffen, als Kontakt zur AIDS-Hilfe ist eine Telefonnummer angegeben (vgl. ebd.).

3.3.2.2 Der HIV-Test in den Jahren 1997 bis 2001

In sechs der Materialien aus den Jahren 1997 bis 2001 wird der HIV-Test Thema. Dabei wird er in zwei Broschüren eher benannt: als Nachweis für eine HIV-Infektion (vgl. DAH 1997 a) und als positives Testergebnis, welches nicht das Aus für die Beziehung bedeutet (vgl. DAH 1997 c). In zwei der Materialien erfolgt eine umfängliche Beschreibung des Tests als schwierig zu treffende Entscheidung, bei der man innerhalb einer Beratung bei einer AIDS-Hilfe Pro und Kontra abwägen sollte; als Entscheidung, vor der man praktische und emotionale Konsequenzen reflektieren sollte; HIV-positives Testergebnis als Belastung, die möglicherweise schwerer zu tragen ist, als die Ungewissheit; die Möglichkeit einer frühzeitigen Behandlung der HIV-Infektion, außerdem werden das diagnostische Fenster und der Testort Gesundheitsamt kommuniziert (vgl. DAH 2000, 2001 a).

Als Gründe für den HIV-Test werden angegeben: in drei Materialien, die Sorge nach ungeschütztem sexuellen Kontakt (vgl. DAH 2000, 2001, 2001 a), in jeweils zwei Materialien, der Bilanztest in der Partnerschaft (vgl. DAH 2000, 2001 b) sowie der Bilanztest vor einer neuen Partnerschaft (vgl. DAH 2000, 2001 a). In zwei Materialien wird dargelegt, dass regelmäßige HIV-Tests Menschen in falscher Sicherheit wiegen (vgl. DAH 2000, 2001).

3.3.2.3 Der HIV-Test in den Jahren 2008 bis 2012

Der HIV-Test wird in fünf der sechs untersuchten Materialien angesprochen. In vier Materialien wird der Test ausführlich beschrieben: anonym und kostenlos beim Gesundheitsamt, rechtzeitiges Erkennen der HIV-Infektion schützt vor Schädigung des Immunsystems, optimale Nutzung der medizinisch-therapeutischen Möglichkeiten, Test beim Arzt nicht anonym, kann versicherungsrechtliche Probleme mit sich bringen (vgl. DAH 2008, 2008 a, 2010, 2012). Die HIV- Schnelltests und Nachttests im Rahmen einer PEP werden geschildert (vgl. DAH 2010 a) und auch verschiedene Testverfahren bei HIV-Infektionsverdacht, z.B. der p24-Test oder der PCR-Test, als direkte Virusnachweise (vgl. DAH 2012).

Es werden verschiedene Situationen geschildert, in denen ein HIV-Test angeraten wird: die Sorge, sich mit HIV angesteckt zu haben (vgl. DAH 2008, 2008 a), bei der Diagnose Syphilis (vgl. DAH 2008), nach einer Risikosituation (vgl. DAH 2010) oder nach Analverkehr mit geplatzttem Kondom, wenn der Gegenüber wahrscheinlich HIV-positiv ist oder ein HIV-Positiver ist, dessen Viruslast nicht unter der Nachweisgrenze ist (vgl. DAH 2010 a). Im letzten von mir analysierten Material findet sich der Hinweis, dass sexuell Aktive und Menschen mit mehr als zehn Sexualpartnern im Jahr über einen HIV-Test nachdenken sollten (vgl. DAH 2012).

3.4 Interpretation

3.4.1 Die Jahre 1985 bis 1988

Als Ausgangspunkt für die Bildung einer kollektiven Identität bei Schwulen wird die Mobilisierung der westdeutschen Schwulenbewegung durch die Verfolgung Homosexueller im Nationalsozialismus und die bedrohliche Pathologisierung und Kriminalisierung von Homosexualität auch in der BRD betrachtet. Die Diskriminierung von Schwulen im Nationalsozialismus und in der BRD wurde in der Tradierung des Heterosexismus, der monogame heterosexuelle Paarbeziehungen auf Kosten anderer real existierender Lebens- und Lebensformen privilegierte, sichtbar. Die zweite

Homosexuellenbewegung ab 1969 legte einen Schwerpunkt auf die sexuellen Dimensionen (vgl. Schomers 2018: 103). Mit der Polizeirazzia im New Yorker Stonewall-Inn, den darauffolgenden Demonstrationen und Straßenkämpfen begann die moderne Schwulen- und Lesbenbewegung, die Sexualität neu verhandelte (vgl. ebd.: 104, Stümke/Finkler 1981: 411). Die Entwicklung einer homosexuellen Gegenkultur, die nicht mehr nach Ähnlichkeiten zwischen Hetero- und Homosexuellen suchte, sondern ihre Unterdrückung über ihre Differenz erklärte, wurde Grundlage politischen Handelns und kollektiver Identität (vgl. Schomers 2018: 104). Diese Betrachtung blendete jedoch Unterschiede innerhalb dieses Kollektivs, z.B. bei Milieu, Geschlecht und ethnischer Zugehörigkeit aus und verstärkte Spaltung und Ausschlüsse (vgl. ebd. 105). Die klassische Frage der Identitätsforschung: Wer bin ich in einer sozialen Welt, kann sich in der durch epochale gesellschaftliche Veränderungen, durch Individualisierung, Pluralisierung und Globalisierung gekennzeichneten Spätmoderne kaum mehr auf sich regelhaft-linear ereignende Entwicklungsverläufe beziehen. Identität kann nicht mehr selbstverständlich ausgemacht werden. Als zeitgerechter wird eine Betrachtung angesehen, die die Chance ergreift, sich von klar umrissenen Begrifflichkeiten und rein wissenschaftlichen Diskursen zu lösen (vgl. Keupp et al. 2008: 7 ff.). Identität kann als ein subjektiver Konstruktionsprozess verstanden werden, in dem Einzelne eine Passung von innerer und äußerer Welt suchen. Dabei werden in alltäglicher Identitätsarbeit Identitätsbausteine, wie bei einem Patchwork, zu einer paßförmigen Identitätskonstruktion verknüpft. Diese Identitätskonstruktion ermöglicht dem Individuum eine sinnhafte Verortung in seiner bzw. der Welt und Handlungsfähigkeit (vgl. ebd.). Dieser Prozess der Identitätsherstellung bedarf psychischer, sozialer und materieller Ressourcen. Diese Ressourcen wirken maßgeblich auf die Fähigkeit von Individuen, Widersprüchlichkeiten, gesellschaftliche Unübersichtlichkeit und Enttraditionalisierung für sich zu ordnen und eigene Konstruktionen zu entwerfen. Identitätsarbeit verlangt eine hohe Eigenleistung im Prozess der konstruktiven Selbstverortung. Segmente der Erfahrung, Patches, sollen in einen sinnhaften Zusammenhang gebracht werden: Patchwork. Das gelingt mit aktiver und kreativer Eigenleistung der Subjekte (vgl. ebd.). Im gesellschaftlichen Aktualitätsbezug findet Identitätsbildung nicht bruchlos und nicht regelhaft statt, sie kann für einen Suchprozess stehen.

Die Ansprache der Rezipienten in den Materialien der 1980er Jahre erfolgt fast ausschließlich über die Bezeichnung schwul. Männer, die sich selbst nicht als schwul definieren, Schwulsein nicht als Teil ihrer Identität betrachten, fühlen sich in den

Materialien nicht angesprochen. Dieser Ausschluss kann Folge einer anderen Selbstbezeichnung sein, er kann zurückgeführt werden auf eine lebensweltliche Zugehörigkeit zu einem Milieu, in welchem die Bezeichnung schwul stark tabuisiert oder gar nicht sag- und denkbar ist. Daneben ist vorstellbar, dass sich Schwule durch eigene oder überlieferte Erfahrungen von Verfolgung und Pathologisierung von dieser Selbstbezeichnung abwendeten. Auch die gerade in den frühen Zeiten von AIDS im öffentlichen Raum weit verbreitete Formel AIDS=schwul=Tod (vgl. Weingart 2002: 8 f.), die auch im Zusammenhang mit der Bezeichnung schwul ein Todesurteil fällt, kann zu einer Abkehr von schwul als Selbstbezeichnung oder zu einem Nicht-Annehmen dieser Selbstbezeichnung, im Sinne von können und wollen, führen. Schwulen Männern ohne Kontakt zu schwulenpolitisch-aktiven oder schwulenbewegten Mitmenschen oder Organisationen fällt das Empfinden einer kollektiven Identität schwerer, ihnen ist auch der Zugang zu Safer-Sex-Informationen erschwert, beides kann begründet sein mit z.B. ökonomisch bedingter geringerer Mobilität und kulturell oder bildungsbedingten Zugangsmöglichkeiten in Gruppen.

Die gerade erst mit der Schwulenbewegung erkämpfte sexuelle Freiheit der Schwulen gelangte durch die sexualitätsbezogenen Untersagungen beim Safer Sex in den DAH-Materialien der 1980er Jahre in einen Widerspruch. Dieser Widerspruch fand in den Materialien kaum Erwähnung, die individuellen Möglichkeiten für interpersonellen Austausch waren unterschiedlich. Die Diskrepanz zwischen individuellen sexuellen Wünschen und der verordneten Eliminierung von Risiken musste von den Subjekten selbst, in Eigenleistung erkannt, überdacht, bearbeitet und im Selbst verortet werden. Das Ausleben sexueller Wünsche wurde durch die Beschreibung einer Mehrzahl von sexuellen Praktiken als riskant und vermeidungswürdig deutlich beschnitten. Der Kontakt zu Körperflüssigkeiten anderer Männer wurde den Rezipienten teilweise gänzlich untersagt, das Kondom sollte zum ständigen Begleiter werden, es soll als unbezweifelte Ansicht der Mehrheit etabliert werden (vgl. ebd.: 130). Die Stellung der sexuellen Wünsche und Bedürfnisse in der sexuellen Kommunikation und Interaktion wurde durch Safer Sex verändert, die freiheitliche Lustorientierung wich dem Schutz vor der Infektion. In der Darstellung der präsexuellen Kommunikation innerhalb der untersuchten Materialien zeigt sich eine unkritische Übernahme patriarchaler Muster durch die Herausgebenden: in der Mehrzahl initiieren die Männer, die den rezeptiven sexuellen Part inne haben, die Kommunikation um Safer Sex, sie sind es, die sich den erniedrigenden und verletzenden Äußerungen der insertiven Partner stellen, sie sind es, die die konsequente Umsetzung des Safer Sex bewerkstelligen (sollen), bis hin zum

Verzicht auf den sexuellen Kontakt. Das Durchsetzen von Safer Sex lässt also Machtverhältnisse in der jeweiligen Positionierung beim Sex als rezeptiver oder insertiver Partner (erstmalig) sichtbar werden, diese Erfahrung wirkt auf die Passung von innerer und äußerer Welt. Die Habitualisierung von Safer Sex ist allein durch Handlungsanweisungen nicht zu erreichen, die Orientierung auf individuelle Ressourcen und deren Einbeziehung in individuelle Aushandlungsprozesse greift in den analysierten Materialien zu kurz.

Die Identitätsarbeit ist aber nicht nur in der Passung zwischen dem Individuum und seiner sozialen Nahwelt, z.B. in sexuellen Kontakten oder in der Gruppenzugehörigkeit, zu betrachten, auch die individuelle Verortung in gesellschaftlichen Zusammenhängen muss geleistet werden. Eine Auseinandersetzung mit dem zu dieser Zeit in der BRD weit verbreiteten, mit der Diskriminierung, Stigmatisierung und Bedrohung von Schwulen und ihren Lebensweisen verbundenen öffentlichen Bild von AIDS, im Kapitel 1.2 dieser Arbeit ausgeführt, findet innerhalb der Materialien nicht statt. Schwule werden in dieser Kontroverse nicht aufgefangen oder unterstützt, sie sind auf sich allein gestellt. Eine alternative Betrachtung von AIDS im Vergleich zum öffentlichen Bild wird nicht entworfen. Die Möglichkeiten des Austauschs, z.B. in Schwulengruppen, an Orten schwuler Kontakte oder in AIDS-Hilfen, standen nur einem kleinen Kreis schwuler Männer offen. An Orten schwuler Kontakte waren noch nicht ausreichend Möglichkeiten der Kommunikation geschaffen. Strukturelle Gegebenheiten und individuelle Ressourcen wirkten auf den Zugang zu interpersonellem Austausch, der individuelle Erfahrungen mit den Erfahrungen anderer vergleichen lässt und eine konstruktive Selbstverortung erreichen kann.

In den Materialien der 1980er Jahre fand AIDS ätiologisch in einem eher biomedizinischen Modell von Krankheit statt: AIDS hatte eine Ursache, einen Erreger, der sich in Körperflüssigkeiten befand, AIDS nahm einen bestimmten Verlauf, an dessen Ende eine gefährliche Krankheit stand. Der soziale Kontext wurde in den Materialien nicht in die Klassifizierung von AIDS einbezogen (vgl. Franke 2008: 121 ff.). Die zu diesem Modell gehörende Betrachtung der Kranken in einer sozialen Rolle als Patienten findet sich in den Materialien nicht. Das Medizin- oder Gesundheitssystem und Ärzt_innen kommen in den Materialien der 1980er Jahre, bis auf eine Ausnahme, nicht vor. Hier zeigten sich Widersprüche: ein ursächlich in Anlehnung an biomedizinische Modelle von Krankheit dargestelltes AIDS weist keinen Bezug zum Gesundheitssystem auf und das „[...] Erscheinen einer neuen, tödlichen Epidemie mußte in einem Zeitalter umfassender

medizinischer und technischer Machbarkeit als Anachronismus gelten“ (Weingart 2002: 28). Die Bearbeitung der in den Materialien dargestellten Widersprüche wurde erneut den Individuen selbst überlassen.

3.4.2 Die Jahre 1997 bis 2001

Die Benennung der Rezipienten und die Kontexte in den Materialien dieses Zeitabschnittes fokussieren stark auf Diversität. Diese wird in Bezug auf sexuelle Orientierung, sexuelle Präferenzen, HIV-Status und Formen des Zusammenlebens dargestellt. Mit dieser Vorgehensweise kann die Mehrdimensionalität von Lebenspraxis ebenso wie die von Identitätsbildung sichtbar werden und Zugang zu selbstreflexivem Umgang mit eigenen Identitätskonstruktionen, sowie sozial und kulturell machtvollen Konstellationen ermöglichen. Gerade aber die Darstellung der Verschränkung von Safer Sex mit individuellem Handeln und mit Dominanz- und Unterordnungsstrukturen bleibt in den Materialien der DAH unreflektiert. Schwierigkeiten und Probleme im Erleben oder Verhalten werden mit einer individuellen, in der Person liegenden Begründung versehen, es werden HIV-risikofördernde Faktoren, wie sexuelle Unerfahrenheit, Einsamkeit oder Alkohol- und Drogenkonsum, ausgemacht und das individuelle Risikomanagement avanciert zum bestimmenden Faktor, insbesondere für das Einhalten von Safer Sex. Ein strukturelles Problem der Primärprävention und des individuellen Risikomanagements ist das Verhältnis zwischen dem Intimitätsbedürfnis und dem innerhalb von Risikomanagement verlangten Distanzerfordernis (vgl. Bochow 1996). Bochow sieht hier einen „Grundwiderspruch“ (Bochow 1996).

In den späten 1990er Jahren etablierte sich nicht nur die tertiärpräventive Medikalisierung von AIDS durch die neuen therapeutischen Möglichkeiten der Kombinationstherapien bei HIV sondern auch die Medikalisierung in primär- und sekundärpräventiven Botschaften. Die Beschreibung der riskanten Handlungen umfasst kaum noch sexuelle Praktiken, sie findet sich stattdessen in medizinischen Formulierungen, wie z.B. Schleimhaut-Blut-Kontakt. Auch als weitere Strategien zur Senkung des HIV-Risikos werden mehrheitlich medizinische Maßnahmen, wie Impfungen gegen Hepatitis A und B, mit medizinischem Symptomwissen verbundene Maßnahmen, z.B. zum Schutz vor STI oder die Behandlung von STI im Medizinsystem genannt. Auch der HIV-Test im Gesundheitsamt, der nach individuellen Risikosituationen angedacht ist, vermittelt Menschen in die Nähe des Gesundheitssystems.

Es zeigt sich eine Transformation von sozialen in medizinische Probleme (vgl. Schneider/Strauß 2013). Menschen, in deren Verhalten HIV-risikofördernde Faktoren

abgebildet werden, vermittelt AIDS-Hilfe in das komplementäre Hilfesystem, das bedeutet, z.B. im Zusammenhang mit Drogenhilfe oder bei sozial nichtakzeptablem Verhalten oder Erleben, nicht selten Klinikaufenthalte, eine Behandlung im Medizinsystem und damit einhergehende Pathologisierung. Mit der Medikalisierung und individuell begründeten Schwierigkeiten und Problemen werden Menschen in eine „abhängige und passive Grundhaltung gedrängt“ (Schneider/Strauß). In dieser Situation geht Selbstwirksamkeit verloren, die Motivation, sich aktiv an der Veränderung dieser kritischen Verhältnisse zu beteiligen, schwindet (vgl. Schneider/Strauß). In diesem Zusammenhang ist auch das Nachlassen der Politisierung im Zusammenhang mit AIDS zu betrachten, ebenso wie eine Konstituierung von HIV/AIDS als individuelles Problem (vgl. Schomers 2018: 115). Den Zusammenhang zwischen Medikalisierung, als Therapieaktivismus, und einer Abwendung von politischem Aktivismus, stellt bereits Würdemann am Ende von ACT UP in Deutschland dar (vgl. Würdemann 2017: 139). Der Beitrag der DAH dazu wird in den Materialien der 1990er Jahre sichtbar.

In der Vermittlung von Schwulen in das komplementäre Hilfesystem wird eine unkritische Übernahme gesellschaftlicher Normierungsprozesse von abweichendem Verhalten in den Materialien der DAH sichtbar. Das Verhalten von Schwulen wird, in den Materialien der DAH, in die Krankheitskategorien des ICD, die International statistical Classification of Diseases and related health problems, als suchtkrank oder psychisch krank, eingeordnet. Lebensrealitäten und -entwürfe werden problematisiert und pathologisiert. Es findet eine Exklusion der Betroffenen aus den AIDS-Hilfe-Strukturen statt. Neben diesem Exklusionsprozess wirken auch die individuellen Erfahrungen der Einzelnen im komplementären Hilfesystem bzw. beim Zugang in dieses. Der Ausbau des Hilfesystems und damit verbundene Zugangsmöglichkeiten sind regional verschieden. Außerhalb der Großstädte zeigen sich regionale Disparitäten, viele Regionen im Osten Deutschlands hatten ihre Hilfesysteme auf Basis prekärer Fördersituationen aufgebaut, das galt für die AIDS-Hilfen, für Drogenberatungsstellen oder auch für Wohneinrichtungen. Erfahrungen von Mehrfachdiskriminierung waren die Folge, wenn schwule Männer mit ihren Lebensentwürfen in Drogenhilfe oder betreuten Wohnformen Unterstützung suchten. Wenn hierzu noch der Makel HIV-Infektion kam, waren Stigmatisierung, Diskriminierung und erneute Ausgrenzung die Folge. In der Erarbeitung und Konzeptionalisierung der Materialien in der DAH wurden regionale Gegebenheiten nur ungenügend beachtet. Die in den Materialien transportierten Botschaften sind in regionalen Bezügen teilweise nicht umsetzbar. In den konzeptionellen Arbeitsgruppen der DAH fanden sich mehrheitlich Mitarbeitende aus den AIDS-Hilfen der schwulen Ballungszentren, die Einbeziehung der

AIDS-Hilfen mittelgroßer und kleiner Städte oder der AIDS-Hilfen aus dem Osten Deutschlands fand nur unzureichend statt.

3.4.3 Die Jahre 2008 bis 2012

In den Materialien dieses Zeitabschnittes werden in gleichen Anteilen Schwule und MSM als Rezipienten genannt. Die Materialien fokussieren auf die Kontexte Sexualität und Risiko. Als Safer Sex werden sexuelle Praktiken benannt. Die Nennungen bei riskantem sexuellem Verhalten zeigen sich sowohl in sexuellen Praktiken und Handlungen als auch in medizinischen Bezeichnungen. Alle in den Materialien genannten weiteren Strategien zur Minderung des HIV-Übertragungsrisikos sind direkt im Medizinsystem verortet, Schutz und Behandlung von STI, Impfungen, Viruslastmethode in fester Partnerschaft und HIV-PEP. Auch die Beschreibungen zum Einhalten und Nicht-Einhalten von Safer Sex sind überwiegend im Medizinsystem verortet: regelmäßige Tests auf STI und HIV, die Post-Expositionsprophylaxe und die hohe Viruslast bei frisch HIV-Infizierten. Die Handlungsmöglichkeiten bei Safer-Sex-Unfällen wurden durch medizinische Verfahren erweitert, damit aber auch aus den Händen gegeben. Und im Zusammenhang mit dem häufig und umfassend dargestellten HIV-Test wird explizit auf die optimale Nutzung der medizinischen Möglichkeiten bei einer HIV-Infektion verwiesen. Die Verortung der Botschaften der HIV-Prävention verschiebt sich weg von den Lebenswelten schwuler Männer hin zum Medizinsystem. Das aktive Handeln der schwulen Männer ist nun vorwiegend in der Entscheidung zum Zugang in das Medizinsystem und als individuelle Abwägung zu Risiken gefragt. Aushandlungsprozesse und der Austausch zwischen Sexpartnern sind in den Materialien kaum zu finden. Die Einflussnahme auf das Medizinsystem und die darauf zielenden Botschaften ist für schwule Männer nicht gegeben. In der Community selbst entstandene Strategien der Risikominderung, wie z.B. strategic oder sero-positioning oder serosorting, werden nicht Teil der öffentlichen Botschaften der DAH. Damit bleiben sie ausschließlich dem wissenden Personenkreis zugänglich. Im Vergleich zur Wirksamkeit der im Medizinsystem verorteten Möglichkeiten der Prävention wird diesen Risikominderungsstrategien die Gleichwertigkeit abgesprochen. Dem emanzipatorischen Akt der Selbsthilfe wird aufgrund geringerer Wirksamkeit, im Vergleich zu den medizinischen Möglichkeiten, auch Verantwortungslosigkeit im Verhalten der diese Strategie Nutzenden zugeschrieben. Im Zuge der Kommunikation der verbesserten medizinischen Möglichkeiten im Zusammenhang mit HIV und AIDS innerhalb der DAH-Materialien wird vorausgesetzt, dass alle Rezipienten gleiche Zugangsmöglichkeiten in das Medizinsystem haben bzw. haben wollen und im Medizinsystem ihre individuellen Vorstellungen und Anliegen

kommunizieren können. Auch die Kommunikation und die Sinnhaftigkeit von regelmäßigen Tests auf STI und HIV zeigt sich in den Materialien als verändert. Zählte am Ende der 1990er Jahre regelmäßiges Testen als ein Wiegen in falscher Sicherheit, wird es den Rezipienten am Ende der 2000er Jahre als sinnvolle Präventionsmaßnahme nahegelegt. Diese Ausrichtung von Prävention erinnert an die Infektionsquellenforschung und –eliminierung, die Teil seuchenpolitischer Maßnahmen war und die sich am Ende der 1980er Jahre im bayerischen Maßnahmenkatalog fand. Die Eliminierung der Infektionsquellen erfolgt am Ende der 2000er Jahre mit einer erfolgreichen medikamentösen Therapie der HIV-Infektion. Die Erkenntnisse der Schweizer Infektiologen aus dem EKAF-Statement vom Januar 2008 fanden bis 2012 in keinen Einzug in die Präventionsmaterialien für homo- und bisexuelle Männer. Sie wurden jedoch innerhalb von Arzt-Patienten-Gesprächen an Menschen mit HIV weitergegeben, die sie dann in den Communities kommunizierten. Nicht selten ernteten die sich vom Makel als Infektionsquelle Befreienden ungläubige Blicke, Kopfschütteln und Ablehnung.

Fazit

In der Interpretation der analysierten Materialien, der sich auf Selbsthilfe berufenden DAH, zeigten sich Widersprüche und Ausschlussmechanismen.

In den 1980er Jahren werden durch die AIDS-Hilfe in einer Zeit der erkämpften sexuellen Freiheit schwuler Männer sexualitätsbezogene Untersagungen kommuniziert und entsprechende Verhaltensregeln entworfen. Eine Unterstützung bei der Ermächtigung von Menschen, sich dazu eine eigene Meinung zu bilden und danach zu handeln, fand in den Materialien der DAH keine Berücksichtigung. Sowohl in Auseinandersetzungen mit einer Selbstbezeichnung als auch in der Konfrontation mit einem bedrohlichen öffentlichen Bild von AIDS und den Trägern dieser Krankheit werden die Rezipienten nicht unterstützt. Ungleichheiten in den Zugängen zu Orten des Dialoges und des Austausches, z.B. mit anderen schwulen Männern, wirken auf die Möglichkeiten der Individuen, sich in der sozialen Welt zu verorten.

Am Ende der 1990er Jahre wird in den Materialien der DAH die offensichtliche Diversität der Rezipienten deutlich. Sie wird jedoch nur in defizitorientierten Zusammenhängen thematisiert. Individuelle Fähigkeiten sowie soziale, ökonomische und kulturelle Ressourcen der Einzelnen im Risikomanagement bilden den Gradmesser für den Verbleib innerhalb von AIDS-Hilfe als Hilfesystem. Mit der Etablierung der Medikalisierung werden Transformationsprozesse sichtbar: Verhalten wird problematisiert, soziale Probleme

werden zu medizinischen, Verhalten wird pathologisiert und Menschen aus AIDS-Hilfe exkludiert.

In den späten 2000er Jahren verschiebt sich die Verortung des Safer Sex und dessen Umsetzung weg von dem zwischenmenschlichen Kontakten hin zum Medizinsystem. Nicht die Schwulen selbst agieren, das haben Expert_innen für sie übernommen. Sie haben die Deutungshoheit über Aspekte schwulen Lebens. In den Communities entstandene Strategien zur Risikominderung, das eigentlich so geforderte individuelle Risikomanagement, werden nicht als gleichwertig erkannt. Regelmäßige Tests auf STI und HIV avancieren zur anerkannten Maßnahme der Primärprävention.

Eine wertfreie an den Lebenswelten orientierte Sprache kann ein Gefühl des Verstehens und Verstanden Werdens vermitteln, kann eine gemeinsame sprachliche Basis schaffen, wenn sich Menschen jedoch in den Inhalten der sprachlichen Kommunikation nicht wiederfinden oder die Inhalte nicht in eine Passung zu ihrer (Er-)Lebenswelt gebracht werden können, sind Aspekte von Selbsthilfe und Lebensweltorientierung schwerer spürbar.

Wer denkt, dass sich AIDS-Hilfe-Arbeit auf das Übermitteln von Wissen und Habitualisierung von Verhaltensregeln beschränken kann, denkt AIDS-Hilfe-Arbeit zu kurz. AIDS-Hilfe-Arbeit ist immer auch Ermächtigungsarbeit, die vor sozialer Ungleichheit in Zugängen und Ressourcen nicht die Augen verschließt, sondern sie zum Thema macht, in ihren Organisationen, in der Öffentlichkeit und auch in der politischen Arbeit. Es kann nicht Ziel von AIDS-Hilfe sein, nur denen, die Safer-Sex-Botschaften ohne Schwierigkeiten einhalten, denen, die sich sozial adäquat verhalten, denen, die alle auf sie wirkenden gesellschaftlichen, sozialen und persönlichen Veränderungen mühelos konstruktiv im Selbst verorten, dass nur denen die Lustspirale offensteht. Die im Konzept der Strukturellen Prävention vorgesehene Verschränkung von Verhaltens- und Verhältnisprävention impliziert, dass AIDS-Hilfe bereit ist, im Zusammenhang mit dem Aufzeigen sozialer Ungleichheiten besonders in Verhältnissen, ihren Finger in die Wunde zu legen.

Es wäre sicher gewinnbringend für die AIDS-Hilfe als Verband aber auch für regionale AIDS-Hilfen, sich kritisch mit den eigenen Botschaften, dem eigenen Handeln, dem Gegenwärtigem und dem Vergangenen auseinander zu setzen, um sich manche Frage nach der (Neu-) Ausrichtung von AIDS-Hilfe in einer von medizinischem Fortschritt geprägten Zeit selbst beantworten zu können.

Literaturverzeichnis

Altman, Lawrence K. (1981): Rare cancer seen in 41 homosexuals. In: New York Times 03.07.1981. New York. online: [Zugriff: 22.06.2018]

<http://www.nytimes.com/1981/07/03/us/rare-cancer-seen-in-41-homosexuals.html>

Bochow, Michael (1996): Risikomanagement – Aspekte der Primärprävention von HIV/AIDS. In: 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. Online: [Zugriff: 22.06.2018]

<http://www.aidshilfe.de/shop/pdf/3006>

Bochow, Michael (2010): AIDS-Prävention: Erfolgsgeschichte mit offenem Ausgang. In: Bundeszentrale für politische Bildung (Hrsg.): Homosexualität. Aus Politik und Zeitgeschichte. APuZ 15-16/2010. Berlin. Online: [Zugriff: 22.06.2018]

<http://www.bpb.de/apuz/32836/aids-praevention-erfolgsgeschichte-mit-offenem-ausgang>

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung [BZgA] (Hrsg.) (1985): AIDS – Was Sie über AIDS wissen sollten. Köln

Der Spiegel (1987): Entartung ausdünnen. Nr. 12/1987, 16. März 1987, Hamburg

Deutsche AIDS-Hilfe [DAH] (1984): AIDS. Online: [Zugriff: 22.06.2018]

<http://www.aidshilfe.de/shop/pdf/2761>

Deutsche AIDS-Hilfe [DAH] (2007): Leitbild. Online: [Zugriff: 22.06.2018]

<http://www.aidshilfe.de/leitbild>

Deutsche AIDS-Hilfe [DAH] (2015): Aids ist auch nicht mehr, was es mal war. Online: [Zugriff: 22.06.2018] <http://www.aidshilfe.de/shop/pdf/3278>

Deutsche AIDS-Hilfe [DAH] (2018): Safer Sex. Online: [Zugriff 22.06.2018]

<http://www.aidshilfe.de/safer-sex>

Deutsche AIDS-Hilfe [DAH] (2018 a): HIV-Test. Online: [Zugriff 22.06.2018]

<http://www.aidshilfe.de/hiv-test#tab-1>

Drewes, Jochen; Gusy, Burkhard; Kraschl, Christoph; Kleiber, Dieter (2010): Strukturelle Prävention – eine Betrachtung aus gesundheitswissenschaftlicher Perspektive. In: Jochen Drewes und Holger Sweers (Hrsg.): Strukturelle Prävention und Gesundheitsförderung im Kontext von HIV. Berlin.

Gottlieb, Michael et al. (1981): Epidemiologic Notes and reports: Pneumocystis pneumonia – Los Angeles. In: Morbidity and Mortality Weekly Report, Centers for Disease Control and Prevention, 05. Juni 1981, Atlanta, online: [Zugriff: 22.06.2018]

http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/june_5.htm

Keupp, Heiner; Ahbe, Thomas; Gmür, Wolfgang; Höfer, Renate; Mitzscherlich, Beate; Kraus, Wolfgang; Straus, Florian (2008): Identitätskonstruktionen. Das Patchwork der Identitäten in der Spätmoderne. Rowohlt. Reinbek bei Hamburg.

- Kramer, Larry (1983): 1,112 and Counting. In: New York Native, Issue 59, March 14 – 27 1983, New York; online: [Zugriff: 22.06.2018]
<http://www.thebody.com/content/art32414.html>
- Lamnek, Siegfried; Krell, Claudia (2016): Qualitative Sozialforschung. Beltz. Weinheim, Basel. 6., überarbeitete Auflage
- Mayer, Alexander (1995): Prävention. Definition, Entwicklung, Organisation. Roderer. Regensburg.
- Mayring, Philipp A. E. (2003): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Beltz. Weinheim.
- Pott, Elisabeth (2000): Aids-Prävention in Deutschland. In: Brockmeyer, Norbert H. (Hrsg.): HIV-Infekt: Epidemiologie, Prävention, Pathogenese, Diagnostik, Therapie, Psycho-Soziologie. Springer. Berlin, Heidelberg, New York.
- Robert-Koch-Institut (Hrsg.) (2016): 1981 bis 1990: AIDS – die politische Dimension in den 1980er Jahren. In: Das besondere Stück: Eine Institutsgeschichte in Bildern. Berlin. Online: [Zugriff: 22.06.2018]
http://www.rki.de/DE/Content/Institut/Geschichte/Bildband_Salon/1981-1990.html
- Rosenbrock, Rolf (1992): AIDS: Fragen und Lehren für Public Health. In: Jahrbuch für Kritische Medizin Band 18 – Wer oder was ist „Public Health“. JKM 18/AS 198. Argument. Hamburg. online: [Zugriff: 22.06.2018] <http://www.jkmg.de/> und http://www.med.uni-magdeburg.de/jkmg/wp-content/uploads/2013/03/JKM_Band18_Kapitel6_Rosenbrock.pdf
- Rühmann, Frank (1985): AIDS. Eine Krankheit und ihre Folgen. Campus. Frankfurt am Main, New York.
- Schneider, Wolfgang; Strauß, Bernhard (2013): Medikalisierung. In: Psychotherapeut Nr. 58, Ausgabe 3, 2013. Springer. online: [Zugriff: 22.06.2018]
<http://link.springer.com/article/10.1007/s00278-013-0981-9>
- Schomers, Bärbel (2018): Coming-out – Queere Identitäten zwischen Diskriminierung und Emanzipation. Budrich. Opladen, Berlin, Toronto.
- Sontag, Susan (1989): Aids und seine Metaphern. Carl Hanser. München. Wien.
- Stümke, Hans-Georg; Finkler, Rudi (1981): Rosa Winkel, Rosa Listen. Homosexuelle und „gesundes Volksempfinden“ von Auschwitz bis heute. Rowohlt. Reinbek bei Hamburg.
- Vael, Guido (2013): „Die Leute hatten einfach Angst“. In: Quilt – das Magazin der Münchener Aids-Hilfe e.V.. Ausgabe 1/2013. München.
- Vernazza, Pietro; Hirschel, Bernhard; Bernasconi, Enos; Flepp, Markus (2008): HIV-infizierte Menschen ohne andere STD sind unter wirksamer antiretroviraler Therapie sexuell nicht infektiös. In: Schweizerische Ärztezeitung. Ausgabe 05/2008. Online: [Zugriff: 22.06.2018] <http://saez.ch/de/article/doi/saez.2008.13252/>
- Weingart, Brigitte (2002): Ansteckende Wörter. Repräsentationen von AIDS.

Suhrkamp. Frankfurt am Main.

Wießner, Peter (2003): AIDS als moderner Mythos. In: Deutsche AIDS-Hilfe (Hrsg.): AIDS im Wandel der Zeiten. Teil 1. Berlin, S. 19-71.

Würdemann, Ulrich (2011): Die Denver Prinzipien 1983. Online: [Zugriff: 22.06.2018] <http://www.2mecs.de/wp/2011/04/denver-prinzipien-1983/>

Würdemann, Ulrich (2012): Aids-Zeiten: HIV und AIDS 1980 bis 1986. Online: [Zugriff: 22.06.2018] <http://www.2mecs.de/wp/aids-zeiten-hiv-aids-1980-1986/>

Würdemann, Ulrich (2012a): Aids-Zeiten: HIV und AIDS 1987 bis 1996. Online: [Zugriff: 22.06.2018] <http://www.2mecs.de/wp/aids-zeiten-hiv-aids-1987-1996/>

Würdemann, Ulrich (2015): Safer Sex ohne Kondom. Online: [Zugriff: 22.06.2018] <http://www.2mecs.de/wp/2015/11/safer-sex-ohne-kondom/#more-24908>

Würdemann, Ulrich (2017): Schweigen = Tod, Aktion = Leben. ACT UP in Deutschland 1989 bis 1993. Thomas Michalak. Berlin.

Verzeichnis der analysierten Materialien

Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (Hrsg.) [DAH 1985]: Safer Sex Comic 1 - Der Verhüter; Berlin; <http://www.aidshilfe.de/shop/pdf/2449>

Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (Hrsg.) [DAH 1985 a]: Safer Sex Comic 2 – Der König und der Narr; Berlin; <http://www.aidshilfe.de/shop/pdf/2450>

Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (Hrsg.) [DAH 1985 b]: Safer Sex Comic 3 – Die Videonummer; Berlin; <http://www.aidshilfe.de/shop/pdf/2452>

Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (Hrsg.) [DAH 1985 c]: Safer Sex Comic 4 – Diesmal: Was besonders Versautes; Berlin; <http://www.aidshilfe.de/shop/pdf/2453>

Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (Hrsg.) [DAH 1985 d]: Safer Sex. Tips die jeder kennen sollte, um das Infektionsrisiko beim Sex zu verringern.; Berlin; <https://www.aidshilfe.de/shop/pdf/7817>

Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (Hrsg.) [DAH 1985 e]: Wenn ein Freund AIDS hat...; 2. Auflage; Berlin; <https://www.aidshilfe.de/shop/pdf/2789>

Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (Hrsg.) [DAH 1986]: Safer Sex – Mach mit!; Berlin; <http://www.aidshilfe.de/shop/pdf/2460>

Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (Hrsg.) [DAH 1987]: Safer Sex Comic 5 – Sag Bescheid wenn`s losgeht!; Berlin; <http://www.aidshilfe.de/shop/pdf/2454>

Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (Hrsg.) [DAH 1987 a]: Safer Sex Comic 6 – 114 Stufen; Berlin; <http://www.aidshilfe.de/shop/pdf/2454>

Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (Hrsg.) [DAH 1987 b]: Safer Sex Comic 7 – Spermaschlabber im Hot Rubber; Berlin; <http://www.aidshilfe.de/shop/pdf/2457>

Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (Hrsg.) [DAH 1987 c]: Safer Sex Comic 8 – Der Hypochonder; Berlin; <http://www.aidshilfe.de/shop/pdf/2458>

Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (Hrsg.) [DAH 1987 d]: Kondome und wie man sie gebraucht; Berlin; <http://www.aidshilfe.de/shop/pdf/2212>

Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (Hrsg.) [DAH 1988]: AIDS – was ist das?! – Ein Safer-Sex-Comic (nicht nur) für gehörlose Schwule; Berlin; <http://www.aidshilfe.de/shop/pdf/2459>

Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (Hrsg.) [DAH 1997 a]: Schwuler Sex – Lust und Risiken; Berlin; <http://www.aidshilfe.de/shop/pdf/2039>

Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (Hrsg.) [DAH 1997 b]: Von Mann zu Mann. Tips für Sexualität und Gesundheit; Berlin; <http://www.aidshilfe.de/shop/pdf/2365>

Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (Hrsg.) [DAH 1997 c]: Mein Partner ist positiv – ich liebe ihn; Berlin; <http://www.aidshilfe.de/shop/pdf/2520>

Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (Hrsg.) [DAH 1998]: Come out! Für Jungs die ihr Schwulsein entdecken; Berlin; <http://www.aidshilfe.de/shop/pdf/2049>

Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (Hrsg.) [DAH 1998 a]: Blasen. Welche Risiken gibt es?; Berlin; <http://www.aidshilfe.de/shop/pdf/2013>

Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (Hrsg.) [DAH 1999]: Bisexualität ist eine Möglichkeit; Berlin; <http://www.aidshilfe.de/shop/pdf/2115>

Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (Hrsg.) [DAH 2000]: Für Männer mit Lust auf Männer; Berlin; <http://www.aidshilfe.de/shop/pdf/2082>

Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (Hrsg.) [DAH 2001]: SexParty. Streiflicher aus dem schwulen Nachleben; Berlin; <http://www.aidshilfe.de/shop/pdf/2117>

Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (Hrsg.) [DAH 2001 a]: Es liegt in deiner Hand. Schwules Leben zwischen Coming-out und Hochzeitsglocken; Berlin; <http://www.aidshilfe.de/shop/pdf/3705>

Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (Hrsg.) [DAH 2001 b]: Rausch und Risiko. Schwule Männer und ihre Drogen; Berlin; <http://www.aidshilfe.de/shop/pdf/2083>

Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (Hrsg.) [DAH 2008]: Fit im Schritt?! Infos für Männer, die Sex mit Männern haben; Berlin; <http://www.aidshilfe.de/shop/pdf/2075>

Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (Hrsg.) [DAH 2008 a]: „Männer sind eben was ganz Besonderes“. Aus Interviews mit türkischen Männern, die (auch) Sex mit Männern haben; Berlin; <http://www.aidshilfe.de/shop/pdf/2060>

Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (Hrsg.) [DAH 2010]: Sex unter Männern – Lust und Risiken; Berlin; <http://www.aidshilfe.de/shop/pdf/1173>

Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (Hrsg.) [DAH 2010 a]: HIV-PEP. Pillen danach; Berlin; <http://www.aidshilfe.de/shop/pdf/947>

Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (Hrsg.) [DAH 2011]: Besser Blasen. Tipps und Infos für viel Spaß und wenig Risiko; Berlin; <http://www.aidshilfe.de/shop/pdf/1592>

Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (Hrsg.) [DAH 2012]: HIV-Risiko gehabt? Was tun?; Berlin; <http://www.aidshilfe.de/shop/pdf/1663>

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig verfasst und dabei keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Sämtliche Stellen der Arbeit, die im Wortlaut oder dem Sinn nach Publikationen oder Vorträgen anderer Autoren entnommen sind, habe ich als solche kenntlich gemacht. Die Arbeit wurde bisher weder gesamt noch in Teilen einer anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch noch nicht veröffentlicht.

Halle, den 06.09.2018

Saskia Kopf