



Nina Jann

Zur Subjektivierung der HIV-Infektion

Mütter mit HIV zwischen
gesellschaftlicher Zuschreibung
und biografischem Eigensinn

BELTZ JUVENTA

Nina Jann
Zur Subjektivierung der HIV-Infektion

Nina Jann

Zur Subjektivierung der HIV-Infektion

Mütter mit HIV zwischen gesellschaftlicher
Zuschreibung und biografischem Eigensinn

Die Autorin

Dr. Nina Jann ist akademische Mitarbeiterin in der Abteilung Sozialpädagogik der Eberhard-Karls-Universität Tübingen. Ihre Arbeitsschwerpunkte sind Kinder- und Jugendhilfeforschung, Diskurs- und Subjektforschung.

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronische Systeme.



Dieses Buch ist erhältlich als:

ISBN 978-3-7799-6389-9 Print

ISBN 978-3-7799-5696-9 E-Book (PDF)

1. Auflage 2020

© 2020 Beltz Juventa

in der Verlagsgruppe Beltz · Weinheim Basel

Werderstraße 10, 69469 Weinheim

Alle Rechte vorbehalten

Herstellung und Satz: Ulrike Poppel

Druck und Bindung: Beltz Grafische Betriebe, Bad Langensalza

Printed in Germany

Weitere Informationen zu unseren Autor_innen und Titeln finden Sie unter: www.beltz.de

Inhalt

Danksagung	9
1 Einleitung	11
2 HIV und Aids – eine Erkrankung und ihre gesellschaftlichen Dimensionen	17
2.1 HIV und Aids – Eine Krankheit wird ‚entdeckt‘	17
2.1.1 Die gesellschaftliche Ausgangslage der Debatten um HIV und Aids	18
2.1.2 Charakteristische Merkmale der frühen Debatten um HIV und Aids	19
2.1.3 Das Ringen um angemessene seuchenpolitische Maßnahmen	23
2.1.4 Die Rolle der Medien im frühen Aids-Diskurs	26
2.2 Das neue Aids	30
2.3 Das neue Aids?	33
3 Zum Verhältnis von Diskurs und Subjekt	38
3.1 Definitorische Annäherungen an den Diskursbegriff	38
3.2 Das Subjekt im Diskurs	42
3.2.1 Freiheit als Existenzbedingung von Macht – Biografischer Eigensinn bei Michel Foucault	48
3.2.2 Der Mangel des Diskurses als Möglichkeitsbedingung von Freiheitsräumen – Biografischer Eigensinn bei Ernesto Laclau und Chantal Mouffe	50
3.2.3 Subjektivierungsprozesse und ihr ‚Rest‘ – Biografischer Eigensinn bei Judith Butler	53
3.3 Anerkennung als Vermittlungsinstanz zwischen Diskurs und Subjekt	58
4 Das Subjekt der HIV-Infektion im wissenschaftlichen Fokus	62
4.1 Schlussfolgerungen aus den theoretischen Analysen	62
4.2 Das Subjekt der HIV-Infektion? Die empirische Fragestellung der Arbeit	64
4.3 Zum Stand der empirischen Erkenntnisse	65
4.3.1 Studien zum Diskurs um HIV und Aids	66

4.3.2	Studien zur familiären Bedeutung einer elterlichen HIV-Infektion	73
4.3.3	Studien zum Zusammenhang von Diskurs und Subjekt in Bezug auf die HIV-Infektion	75
5	Das methodische Vorgehen der Arbeit I	79
5.1	Die diskursanalytische Forschungsperspektive	79
5.2	Grundlagen der Wissenssoziologischen Diskursanalyse	82
5.3	Das diskursanalytische Vorgehen der vorliegenden Arbeit	88
6	Die Diskursivierung von HIV und Aids im SPIEGEL von 1996-2013	92
6.1	Spezifische Merkmale der Berichterstattung des SPIEGELS	92
6.2	Auswertung der Analysekatoren	96
6.2.1	HIV/Aids als behandelbare Erkrankung	96
6.2.2	HIV/Aids als Erkrankung bestimmter ‚Betroffenengruppen‘	102
6.2.3	HIV/Aids als Erkrankung der ‚Dritten Welt‘	106
6.2.4	HIV/Aids als Geschlechtskrankheit	113
6.2.5	HIV/Aids als selbstverschuldete Erkrankung	118
6.2.6	Menschen mit HIV als Gefahr	121
6.2.7	Geheimhaltung vs. Offenlegung der HIV-Infektion	129
6.2.8	Lebensführung mit HIV und Aids	137
6.3	Die Konstruktion der HIV-Infektion als soziales Problem	140
6.4	Das neue Aids?	142
7	Das methodische Vorgehen der Arbeit II	145
7.1	Das offene Leitfadenterview	146
7.2	Die Entwicklung des Leitfadens	149
7.3	Die Befragungspersonen	151
7.4	Die Materialerhebung	154
7.5	Die Auswertung des Interviewmaterials	155
8	Die subjektiven Deutungen von Frauen mit HIV	159
8.1	Alexandra	159
8.1.1	Subjektive Deutungen der HIV-Infektion	160
8.1.2	Strategien des Umgangs mit HIV-bezogenen Deutungen, Zuschreibungen und Anforderungen	171
8.1.3	Resümee	178

8.2	Christiane	180
8.2.1	Subjektive Deutungen der HIV-Infektion	181
8.2.2	Strategien des Umgangs mit HIV-bezogenen Deutungen, Zuschreibungen und Anforderungen	192
8.2.3	Resümee	198
8.3	Katja	199
8.3.1	Subjektive Deutungen der HIV-Infektion	200
8.3.2	Strategien des Umgangs mit HIV-bezogenen Deutungen, Zuschreibungen und Anforderungen	209
8.3.3	Resümee	216
8.4	Mütter mit HIV zwischen Normalität und Ausnahmezustand	218
8.4.1	Normalisierung vs. Dramatisierung	219
8.4.2	Nichtinfektiosität vs. Ansteckungsrisiko	221
8.4.3	Identifikation vs. Abgrenzung	223
8.4.4	Reproduktion vs. Dekonstruktion von Vorurteilen gegenüber Menschen mit HIV	224
8.4.5	Geheimhaltung der HIV-Diagnose vs. Offener Umgang mit dem Immunschwächevirus	226
8.5	Zwischenresümee	228
9	Mütter mit HIV als Subjekte der HIV-Infektion	230
9.1	Die besondere Wirkmacht des Diskurses um HIV und Aids	231
9.2	Anerkennung als Schlüsselmoment der theoretischen und empirischen Analysen	237
10	Mütter mit HIV im Spannungsfeld von Zuschreibung, Reproduktion und Eigensinn	243
10.1	Zusammenfassung der Ergebnisse	243
10.2	Die Bedeutung der Berücksichtigung des diskursiven Rahmens subjektiver Lebensverhältnisse durch Empirie und Praxis	248
10.3	Familien mit HIV als blinder Fleck der gesellschaftlichen und wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit dem Immunschwächevirus	250
	Literatur	254
	Internetquellen	262
	Korpus	262

Danksagung

Die Erstellung der vorliegenden Arbeit ist der Unterstützung einer Vielzahl an Menschen zu verdanken.

Mein größter Dank gilt meinen Interviewpartnerinnen, die mir mit einer beeindruckenden Offenheit Einblicke in ihr Erleben und ihren Alltag gegeben haben.

Ich danke außerdem Eva Edskes, Vera Baranyai, Stine Paul, Verena Schulte, Deborah Becker und Flo Stubbe für Kopien, Bibliotheksgänge und freundschaftliche Gespräche.

Meiner Freundin und Kollegin Susan Bochert sowie den Teilnehmer*innen des Promotionskolloquiums des Arbeitsbereichs Sozialpädagogik an der Freien Universität Berlin danke ich für die stets konstruktive und wertschätzende Diskussion meiner Texte und Zwischenergebnisse. Besonders hervorheben möchte ich an dieser Stelle Dr. Julian von Oppen, der den gesamten Dissertationsprozess nicht nur mit seiner fachlichen Expertise, sondern vor allem mit seiner wertvollen Freundschaft begleitet hat.

Mein ganz besonderer Dank gilt Prof. Dr. Ulrike Urban-Stahl, die mir als Betreuerin der Arbeit verlässlich zur Seite stand und es mir gleichermaßen ermöglicht hat eigene Ideen umzusetzen.

Prof. Dr. Philipp Sandermann und Prof. Dr. Petra Bauer danke ich für Denkanstöße, die diese Arbeit geprägt und bereichert haben.

Ich danke meinen Freund*innen Dr. Selma Haupt, Laura Hermenau, Steffen Hickel, Dr. Sarah Willner, Dr. Jan C. Watzlawik, Katharina Nicol, Samuel Zehndner, Florian Wolz und Simon Walch für Korrekturen und Denkanstöße, aber auch für viele Worte der Ermutigung.

Mein liebevollster Dank geht aber an Matthias Gather, der mich all die Jahre bedingungslos unterstützt hat, und an meine Kinder Tilda und Janosch, die die Rückseiten meines Manuskripts unermüdlich mit ihren Zeichnungen verschönern und der Doktorarbeit auf diese Weise erst einen unschätzbaren Wert verliehen haben.

1 Einleitung

Am 28. November 2018 ging die Deutsche AIDS-Hilfe mit einer Kampagne an die Öffentlichkeit, die im Wesentlichen aus einer Botschaft bestand: „HIV ist unter Therapie selbst beim Sex nicht übertragbar“ (Deutsche AIDS-Hilfe 2018). Unter dem Hashtag #wissenverdoppeln setzt sich die Aktion zum Ziel, diese Information mit der Unterstützung von Politiker*innen, Aktivist*innen, Verbänden und Fachkräften einer breiten Masse zugänglich zu machen. Doch die Aussage, dass Menschen unter wirksamer HIV-Therapie nicht infektiös sind, ist keineswegs neu. Bereits im Jahr 2008 gaben Forscher*innen der Schweizerischen Kommission für Aidsfragen bekannt, dass unter der regelmäßigen und zuverlässigen Einnahme antiretroviraler Medikamente das HI-Virus im Rahmen sexueller Kontakte nicht weitergegeben werden kann (vgl. Vernazza/Hirschel et al. 2008: 165). Für Menschen mit HIV bedeutete diese Aussage einen radikalen Wandel im Leben mit dem Immunschwächevirus. Frauen mit HIV, die zuvor nur per Kaiserschnitt entbinden konnten, hatten nun die Möglichkeit einer vaginalen Geburt bei der kein Risiko mehr bestand das HI-Virus auf die Kinder zu übertragen. Paare mit nur einem/einer Partner*in mit HIV mussten sich bei ungeschütztem Geschlechtsverkehr nicht mehr sorgen ihre/n negative/n Partner*in zu infizieren und Menschen mit HIV, die mit ihren Sexualpartner*innen nicht über ihre HIV-Infektion sprechen konnten oder wollten, liefen nicht mehr Gefahr wegen versuchter Körperverletzung verurteilt zu werden (vgl. ebd.: 167f.). Während diese „Erweiterung der Safer-Sex-Botschaften“ (Fedler 2018) in der bundesdeutschen Allgemeinheit bislang wenig Verbreitung fand – lediglich 10% der Bevölkerung wissen, dass das HI-Virus unter der Nachweisgrenze nicht übertragen werden kann (vgl. Deutsche AIDS-Hilfe 2018) – ist sie längst Teil des gelebten Alltags von Menschen mit HIV. Doch Studienergebnisse zeigen, dass sich diese Entdramatisierung im Leben mit dem Immunschwächevirus nicht automatisch im gesellschaftlichen Umgang mit der HIV-Infektion niederschlägt. Nach wie vor sind Vorurteile und Ängste weit verbreitet und Menschen mit HIV von Stigmatisierung bedroht (vgl. positive Stimmen verschaffen sich Gehör 2012).

Ein zentrales Moment in den gesellschaftlichen Verhandlungen der HIV-Infektion seit dem Auftreten der ersten Krankheitsfälle war die Konstruktion unterschiedlicher vom Immunschwächevirus betroffener Gruppen. Zu Beginn der 1980er Jahre setzte sich in Rekordgeschwindigkeit die Annahme durch, die Ansteckung mit dem HI-Virus betreffe insbesondere homosexuelle Männer (vgl. Bleibtreu-Ehrenberg 1987, S. 64). Die Nebenwirkungen dieser dominanten Deutung im Diskurs um HIV und Aids bestanden nicht nur darin, dass homosexuelle

Männer in besonders drastischer Weise von Diskriminierung und Ausgrenzung betroffen waren. Die Konzentration der Aufmerksamkeit auf schwule Männer hatte außerdem zur Folge, dass Menschen mit HIV mit anderer Geschlechtszugehörigkeit und/oder sexuellen Orientierung weitestgehend aus dem Bewusstsein von Öffentlichkeit und Forschung verschwanden. Dieses Phänomen betraf in besonderer Weise Familien mit HIV-positiven Elternteilen. Bemerkenswerterweise hat sich an dieser Situation bis heute wenig verändert. Nach wie vor finden Familiensysteme mit HIV sowohl in der gesellschaftlichen Debatte als auch im Rahmen wissenschaftlicher Auseinandersetzungen kaum Beachtung. Doch von HIV und Aids sind seit jeher auch erwachsene Menschen mit Kindern betroffen, weshalb die HIV-Infektion schon immer auch ein *Familienthema* war. Eine theoretische wie empirische Untersuchung der Lebenssituation von Familien mit HIV erfolgte bislang jedoch nicht und steht somit schon lange aus. Diese Forschungslücke will die vorliegende Arbeit schließen.

Grundsätzlich gilt es in der Fachliteratur, die sich mit der psychosozialen Situation von Familien mit einem oder mehreren von Krankheit betroffenen Elternteilen beschäftigt, als hinlänglich bewiesen, dass eine körperliche Erkrankung ein Familiensystem vor große Herausforderungen stellt. Diese gehen über die Bewältigung von körperlichen Symptomen und Beschwerden hinaus und können ebenso Beziehungsdynamiken und Rollenanforderungen in Frage stellen. Die Erfahrung einer körperlichen Erkrankung von Mutter und/oder Vater stellt für Familiensysteme deshalb eine solche Bedrohung dar, da Eltern minderjähriger Kinder psychisch und soziokulturell kaum auf diese Situation, die erst im Alter erwartet wird, vorbereitet sind (vgl. Romer/Haagen 2007: 4). Für den von Krankheit betroffenen Elternteil lässt „der Kontrollverlust über den eigenen Körper, Teile des Körpers oder über die gesamte eigene Lebenssituation, der mit dem Krankheitserleben häufig einhergeht, [...] oft ein Gefühl völliger Unsicherheit über die Zukunft entstehen“ (Lanzerath 2006: 27). Dies gilt nicht nur für eventuell tödlich verlaufende Erkrankungen, sondern auch für chronische Krankheiten, deren Verlauf nur schwer vorherzusehen ist (vgl. Stürmer/Salewski 2009: 263f.). Kinder wiederum wachsen normalerweise mit der Vorstellung auf, dass Mütter und Väter im Grunde unzerstörbar und als Bindungsobjekte immer verfügbar sind. Diese Annahme bildet eine wichtige Basis ihrer eigenen Lebenskompetenz (vgl. Romer/Haagen 2007: 15). Kinder, deren Eltern von einer schweren oder sogar lebensbedrohlichen Erkrankung betroffen sind, sind durch diese deshalb einer tiefen existenziellen Verunsicherung ausgesetzt.

Daneben wirken sich auch die Diskurse, die eine Erkrankung begleiten, maßgeblich auf den individuellen Umgang mit dieser aus. Medizinische und gesellschaftliche Aspekte einer körperlichen Krankheit stehen in einem wechselseitigen Verhältnis zueinander und tragen gleichermaßen zum Hervorbringen von bestimmten Erkrankungen und deren Bewertungsmaßstäben bei. Aus sozialwissenschaftlicher Perspektive sind Krankheit, Gesundheit und Gesellschaft grund-

sätzlich in einem unauflösbaren Zusammenhang zu denken. Ernst Bloch sprach bereits 1959 davon, dass Gesundheit „nicht nur ein medizinischer, sondern überwiegend ein gesellschaftlicher Begriff“ (Bloch 1959: 539) sei. Dieses Verständnis der Termini Krankheit und Gesundheit betont gesellschaftliche Normen und Werte als Bezugsrahmen medizinischer Phänomene. Beide Begrifflichkeiten unterliegen „Werturteile[n] [...], die nur im entsprechenden soziokulturellen Kontext verstanden werden könnten“ (Lanzerath 2006, S. 22).

Was die HIV-Infektion ‚ist‘ und wie diese von den Betroffenen selbst sowie deren sozialem Umfeld erlebt wird, definiert sich folglich nicht ausschließlich ausgehend von den somatischen Begleiterscheinungen der Ansteckung mit dem Immunschwächevirus, sondern wird ebenso von den gesellschaftlichen Deutungen einer HIV-Diagnose beeinflusst. Familiensysteme, die mit der Aufgabe konfrontiert sind, die HIV-Infektion zu bewältigen, sind deshalb einerseits dazu aufgefordert, sich mit den bereits erwähnten psychosozialen Anforderungen an Familien mit einem körperlich erkrankten Elternteil auseinanderzusetzen. Andererseits entstehen aus den gesellschaftlichen Zuschreibungen des Immunschwächevirus für viele Familien mit HIV zusätzliche Belastungen. Nach gängigen, die gesellschaftlichen Verhandlungen seit dem Bekanntwerden der ersten Krankheitsfälle dominierenden Deutungsmustern geht die Infektion mit dem HI-Virus mit einem Verhalten einher, das als unmoralisch gilt und das zudem gefährlich sei. „Es ist Ausschweifung, Kriminalität – Abhängigkeit von Drogen, die illegal sind, und von Formen der Sexualität, die als abartig gelten“ (Rühmann 1989: 28). Bereits hier deutet sich an, dass sich in der HIV-Infektion scheinbar zentrale gesellschaftliche Diskurse wirkmächtig miteinander verbinden: beispielhaft seien hier der Diskurs um Sexualität, der Diskurs um Krankheit und Gesundheit sowie der Diskurs um (sexuelle) Abweichung, Devianz und Normalität genannt. Damit berührt die Erkrankung zugleich mehrere Tabuthemen (vgl. Rosenbrock/Schaeffer et.al. 2002: 16; Eitz 2003: 78; Kramer 2006: 11). Wohl deshalb werden – und dies wird im Verlauf dieser Arbeit deutlich herausgearbeitet – bezüglich keiner anderen körperlichen Erkrankung Fragen von Diskriminierung und Ausgrenzung so intensiv diskutiert wie im Kontext von HIV und Aids.

Die vorangegangenen Überlegungen führen zu der Annahme, dass das individuelle Erleben einer HIV-Infektion und die Diskurse, die die Ansteckung mit dem Immunschwächevirus begleiten, in enger Wechselwirkung stehen. Um die Lebenssituation von Familien mit HIV empirisch und theoretisch angemessen in den Blick zu nehmen ist es deshalb notwendig, die Auswirkungen der diskursiv vermittelten Bedeutungsgehalte der HIV-Infektion auf die subjektiven Deutungen von Menschen mit HIV zu berücksichtigen. Das Erkenntnisinteresse der Arbeit bezieht sich damit sowohl auf die diskursive Verhandlung der HIV-Infektion als auch auf das subjektive Erleben der Ansteckung mit dem Immunschwächevirus.

Zur Beantwortung der Fragestellung sollten ursprünglich HIV-positive El-

ternteile sowie ihre (seronegativen) Partner*innen zu ihren Erfahrungen mit der Ansteckung mit dem Immunschwächevirus befragt werden. Leider ist es nicht gelungen, männliche und/oder homosexuelle Elternteile für eine Teilnahme an der Studie zu gewinnen bzw. Elternteile gemeinsam zu befragen. Aus diesem Grund wurde im Laufe der Erstellung der Arbeit die Fragestellung aus forschungspragmatischen Gründen auf die Lebenssituation von Müttern mit HIV hin wie folgt präzisiert:

Wie verorten sich Mütter mit HIV im Spannungsfeld zwischen diskursiver Zuschreibung und subjektiver Aneignung von HIV-spezifischen Bedeutungsgehalten und welche Erklärungsansätze lassen sich für die Entwicklung von biografischem Eigensinn angesichts wirkmächtiger Diskurse im Rahmen theoretischer und empirischer Analysen identifizieren?

Zur Bearbeitung des der Arbeit zugrundeliegenden Erkenntnisinteresses, ist es zunächst erforderlich das Verhältnis von Diskurs und Subjekt einer theoretischen Analyse zu unterziehen. Darauf aufbauend wird der Fragestellung durch die Durchführung von zwei unterschiedlichen empirischen Untersuchungen nachgegangen. Zum einen wird im Rahmen der Durchführung einer Diskursanalyse die Frage bearbeitet, welche Bewertungsmaßstäbe an der Diskursivierung zum Themenfeld HIV und AIDS deutlich werden und welche Umgangsweisen mit der HIV-Infektion den betroffenen Subjekten nahe gelegt werden. Zum anderen wird im Rahmen einer Interviewstudie mit Müttern mit HIV rekonstruiert, welche Deutungsmuster und diskursiven Zuschreibungen die Befragten erleben und welche Strategien des Umgangs mit diesen Deutungsmustern die Interviewpartnerinnen entwickelt haben.

Die vorliegende Arbeit gliedert sich in drei Teile: Zunächst wird die theoretische Perspektive entwickelt, auf deren Grundlage die Fragestellung konkretisiert und das empirische Vorgehen präzisiert wird (Kap. 2-4). Anschließend erfolgen die Erläuterung des empirischen Vorgehens sowie die Darstellung der Ergebnisse der Auswertung des empirischen Materials (Kap. 5-8). Schließlich werden die Ergebnisse der theoretischen und empirischen Analysen zusammengeführt und zentrale Schlussfolgerungen hinsichtlich der Gesamtfragestellung der Arbeit formuliert (Kap. 9; 10).

In Kapitel 2 werden zunächst die gesellschaftlichen und historischen Ausgangslagen rekonstruiert, in deren Folge die HIV-Infektion zu Beginn der 1980er Jahre zu einem drängenden medizinischen und sozialen Problem erklärt wurde. Hierfür werden die ‚Entdeckung‘ der HIV-Infektion veranschaulicht und die Besonderheiten der frühen Debatten um HIV und Aids sowie die Auseinandersetzung um angemessene ‚seuchenpolitische Maßnahmen‘ dargestellt. Außerdem wird die spezifische Rolle der Medien bei der Verhandlung von HIV und Aids

erörtert und abschließend diskutiert, inwiefern die unter dem Schlagwort des ‚neuen Aids‘ zusammengefassten Normalisierungen im Umgang mit HIV der aktuellen Lebenssituation von Menschen mit HIV gerecht werden.

In Kapitel 3 werden die zentralen Überlegungen von Diskurs- und Subjekttheorie dargestellt, um das Verhältnis zwischen diskursiver Zuschreibung und subjektiver Aneignung zu systematisieren. Im Rahmen des Arbeitsschritts sollen Erklärungen, die sich ausgehend von den theoretischen Analysen von Michel Foucault, Ernesto Laclau, Chantal Mouffe und Judith Butler für die Entwicklung von biografischem Eigensinn finden lassen, herausgearbeitet werden. Ziel des Kapitels ist es anhand der relevanten Theoriebestände ein Analyseinstrument zu entwickeln, das es im Forschungsprozess ermöglicht, Bedingungen subjektiver Freiheitsräume angesichts wirkmächtiger Diskurse im Datenmaterial zu identifizieren.

In Kapitel 4 wird auf Grundlage der Ergebnisse der theoretischen Analysen die Fragestellung für die Planung und Durchführung des empirischen Vorgehens formuliert. Darüber hinaus wird der aktuelle Forschungsstand zum Diskurs um HIV und Aids, zur Bedeutung einer elterlichen HIV-Infektion für Familien sowie zu Untersuchungen zum Zusammenhang von Diskurs und Subjekt in Bezug auf die HIV-Infektion dargestellt.

Um sowohl die diskursive Verhandlung der HIV-Infektion als auch das subjektive Erleben von Müttern mit HIV zu erfassen, müssen im Rahmen der vorliegenden Arbeit zwei unterschiedliche Forschungszugänge miteinander kombiniert werden. Im 5. Kapitel wird begründet, warum die Durchführung einer sozialwissenschaftlichen Diskursanalyse einerseits und die Durchführung einer Interviewstudie andererseits zur Klärung des Erkenntnisinteresses notwendig sind. Darüber hinaus führt das Kapitel in die methodischen Grundlagen der Diskursanalyse ein. Die Zusammenstellung des Datenkorpus, der Untersuchungszeitraum und das konkrete empirische Vorgehen der Arbeit werden erläutert und reflektiert.

Die Ergebnisse der Diskursanalyse werden in Kapitel 6 dargestellt und diskutiert. Einerseits werden im Rahmen dieses Darstellungsschritts die spezifischen Merkmale der Berichterstattung zu HIV und Aids im SPIEGEL von 1996 bis 2013 beschrieben. Andererseits widmet sich das Kapitel den inhaltlichen Gesichtspunkten der Verhandlung der HIV-Infektion und der von ihr betroffenen Subjekte im Nachrichtenmagazin. Abschließend wird reflektiert, inwieweit sich die Rede vom ‚neuen Aids‘, ausgehend von den Forschungsergebnissen, als tragfähig erweist.

Die Analyse aller von 1996 bis 2013 im SPIEGEL erschienenen Beiträge zu HIV und Aids wurde durch eine Interviewstudie im Rahmen derer Mütter mit HIV zu ihrem Alltag mit dem Immunschwächevirus befragt wurden, ergänzt. Die methodischen Grundlagen des Forschungsschritts werden in Kapitel 7 dargestellt und es wird begründet, warum sich die Durchführung offener Leitfaden-

interviews zur Beantwortung der Analysefrage besonders eignet. Darüber hinaus wird die Entwicklung des Leitfadens skizziert, die Auswahl der Interviewpartnerinnen begründet und die Strategie, mit der das erhobene Datenmaterial ausgewertet wurde, dargelegt.

Die Ergebnisse der Interviewstudie werden in Kapitel 8 in zwei Auswertungsschritten dargestellt. Zunächst werden drei Einzelfallstudien vorgestellt, die besonders die Logik der Einzelfälle in den Blick nehmen und analysieren. Im Anschluss daran werden die Ergebnisse der Analyse des Gesamtdatenmaterials im Querschnitt beschrieben und am Ende der Ergebnisdarstellung ein erstes Zwischensumme gezogen.

Im 9. Kapitel werden die Ergebnisse der beiden empirischen Teilstudien zueinander in Bezug gesetzt. Ziel des Kapitels ist es, den Zusammenhang zwischen diskursiver Verhandlung der HIV-Infektion im SPIEGEL und der subjektiven Deutungen der befragten Frauen auszuleuchten. Darüber hinaus werden die theoretischen Vorüberlegungen und die empirischen Ergebnisse der Arbeit unter der Fragestellung in den Blick genommen, welche Erklärungsansätze sich für die Entwicklung von biografischem Eigensinn von Menschen mit HIV jenseits wirkmächtiger Diskurse ausmachen lassen.

Im 10. und letzten Kapitel der vorliegenden Arbeit werden die Ergebnisse zusammengefasst und Schlussfolgerungen hinsichtlich der Bedeutung, die eine Verschränkung von Diskurs- und Interviewforschung über das Themenfeld ‚HIV und Aids‘ hinaus haben kann, formuliert. Abschließend wird dargestellt, welche Hinweise sich aus den Untersuchungsergebnissen für die Planung und Durchführung von Anschlussforschungen zum Thema Familien mit HIV und Aids ergeben.

2 HIV und Aids – eine Erkrankung und ihre gesellschaftlichen Dimensionen

Um zu untersuchen wie die HIV-Infektion gedeutet und wahrgenommen wird, ist es vor dem Hintergrund der vorangegangenen Überlegungen notwendig, den gesellschaftlichen Kontext zu berücksichtigen, der die Bewertungsmaßstäbe der Ansteckung mit dem Immunschwächevirus hervorgebracht hat. Um diesen in angemessener Weise einzuholen, werden im Folgenden die spezifischen gesellschaftlichen und historischen Bedingungen rekonstruiert, die zu einer Definition der HIV-Infektion als soziales und medizinisches Problem führten. Dies ist auch deshalb unerlässlich, da die aktuelle Diskursivierung der HIV-Infektion nur im Zusammenhang mit den bisherigen Verhandlungen adäquat diskutiert werden kann. In einem ersten Schritt wird zunächst die ‚Entdeckung‘ der HIV-Infektion kurz skizziert (vgl. 2.1) um in einem weiteren Schritt den gesellschaftlichen Nährboden zu beschreiben, der die hochemotionalen Debatten um HIV und Aids ermöglichte, wenn nicht gar provozierte (vgl. 2.1.1). In einem zweiten Schritt werden die Besonderheiten der frühen Debatten um HIV und Aids dargestellt (vgl. 2.1.2), das Ringen um angemessene seuchenpolitische Maßnahmen beleuchtet (vgl. 2.1.3) und die spezifische Rolle der Medien im Aids-Diskurs beschrieben (vgl. 2.1.4). Abschließend werden die aktuellen medizinischen und gesellschaftlichen HIV-spezifischen Entwicklungen, die unter dem Schlagwort ‚neues Aids‘ Eingang in die Debatten gefunden haben, vorgestellt (vgl. 2.2) und diskutiert, inwiefern sich die Feststellung eines normalisierten Umgangs mit HIV und Aids als tragfähig erweist (vgl. 2.3).

2.1 HIV und Aids – Eine Krankheit wird ‚entdeckt‘

Häufig wird bei dem Versuch, die ‚Geschichte‘ der HIV-Infektion im zeitlichen Verlauf nachzuzeichnen, das Auftreten der ersten Krankheitsfälle auf das Jahr 1981 datiert. Und tatsächlich berichtete die Zeitschrift der US-amerikanischen Gesundheitsbehörde, dem Centers for Disease Control (CDC), erstmalig am 05. Juni 1981 über fünf junge, männliche Patienten, die zwischen Oktober 1980 und Mai 1981 mit einer besonderen Form der Lungenentzündung in drei verschiedenen Kliniken in Los Angeles vorstellig geworden waren (vgl. MMWR 1981; Bock et al. 1992: 2; Marcus 2000: 9; Tümmers 2012: 233; Tümmers 2014: 161). Doch genau genommen handelte es sich bei den damit beschriebenen körperlichen Auffälligkeiten nicht um eine „neue Krankheit“ (Hartl 2003: 73), denn Fälle der

Viruserkrankung waren bereits in der Vergangenheit – wenn auch in wesentlich geringerem Ausmaß – vorgekommen (vgl. Riesling-Schärfe 1998: 53; Marcus 2000: 1; Eitz 2003: 82; Gürtler 2004: 680; Marcus 2013: 39). ‚Neu‘ war jedoch zum einen der Anstieg der Zahl von mit dem HI-Virus infizierten Menschen und zum anderen – dies wird schnell deutlich, nimmt man die damaligen Debatten in den Blick – der gesellschaftliche Nährboden, auf den die ‚Entdeckung‘ der Immunschwächekrankheit fiel. Beide Aspekte sorgten dafür, dass die Erkrankung zu einer drängenden medizinischen Herausforderung erklärt wurde und die HIV-Infektion Eingang in den Katalog relevanter sozialer Probleme fand.

Das Bekanntwerden der ersten Krankheitsfälle löste zum Teil hochemotionale Reaktionen und heftige Debatten aus und führte zu „archaischen Ängsten“ (Rosenbrock/Schaeffer 2003: 10) unter der Bevölkerung. Um den damit einhergehenden Diskurs, den das Auftreten der HIV-Infektion nach sich zog, zu verstehen, ist es unabdingbar die gesellschaftliche Ausgangslage zu rekonstruieren, die einen spezifischen politischen, medizinischen und zwischenmenschlichen Umgang mit der HIV-Infektion ermöglichte und beförderte.

2.1.1 Die gesellschaftliche Ausgangslage der Debatten um HIV und Aids

Als entscheidend für den spezifischen Charakter der HIV-bezogenen Diskussionen wird häufig der Umstand angeführt, dass das Auftreten von Symptomen ohne eindeutig identifizierbare Ursache das medizinische Selbstverständnis der damaligen Zeit in erheblichem Maße erschüttert habe. Die ersten Fälle der Infektion waren zu einem Zeitpunkt aufgetreten, als sich durch die Verfügbarkeit wirksamer Antibiotika die Annahme durchgesetzt hatte, dass Infektionskrankheiten keine reelle gesellschaftliche Bedrohung mehr darstellten. Vielmehr hatte sich „die Sicherheit verbreitet, dass das *Zeitalter der Infektionskrankheiten in industrialisierten und reichen Ländern zu Ende sei*“ (Rosenbrock/Schaeffer et.al. 2002: 16; vgl. Tümmers 2012: 231). Die Erkenntnis, dass zunächst keine wirksamen medizinischen Mittel zur Behandlung von mit HIV infizierten Menschen zur Verfügung standen, versetzte dem „Glaube an die ‚Machbarkeit‘ von Gesundheit“ (Rosenbrock/Schaeffer 2003: 10) einen herben Rückschlag. Grundlegende zivilisatorische Errungenschaften schienen ernsthaft in Frage gestellt, wodurch „ein sehr weit verbreitetes, nicht mehr hinterfragtes Sicherheitsgefühl“ (ebd.; vgl. Wright 2000: 277) obsolet wurde.

Doch durch die Erschütterung des Vertrauens in medizinische Errungenschaften allein lassen sich die massiven gesellschaftlichen Reaktionen auf die HIV-Infektion nicht erklären. Auch für den Soziologen Frank Rühmann deuten die heftigen Debatten, die die ‚Entdeckung‘ der Erkrankung auslösten, darauf hin, dass sich die Verhandlungen nicht in erster Linie auf die HIV-Infektion selbst bezogen, son-

dern dass diese als Schauplatz genutzt wurde, um stellvertretend andere gesellschaftliche Kämpfe auszufechten. Frank Rühmann spricht in diesem Zusammenhang davon, dass die HIV-Infektion einen „gesellschaftlichen Sinn“ (Rühmann 1985: 13) habe. Die Debatten um die HIV-Infektion werden dieser Argumentation folgend auch als ‚Spätfolgen‘ der gesellschaftlichen Umwälzungsprozesse, die seit Ende der 60er Jahre zu beobachten waren, verstanden. Hierbei wird insbesondere auf den drastischen Wandel der Sexualmoral verwiesen, mit dem in den USA und Westeuropa die Entwicklung einer toleranteren Haltung gegenüber Homosexualität einherging (vgl. Eitz 2003: 80). Vor diesem Hintergrund wird die „soziale Konstruktion von HIV/AIDS als eine todbringende Krankheit, durch die homosexuelle Männer die heterosexuelle Bevölkerungsmehrheit gefährden [...] als eine politische Strategie von Vertretern des rechtskonservativen politischen Spektrums und konservativer religiöser Gruppen und Institutionen interpretiert [...], um ihre Anhänger und andere Teile der Bevölkerung gegen diesen sozialen Wandel zu mobilisieren“ (Stürmer/Salewski 2009: 270). Stefan Stürmer und Christel Salewski untermauern diese These mit der Beobachtung, dass homosexuelle Männer auch dann noch als „anhaltende Gefahr für die Gesellschaft“ (ebd.) gebrandmarkt wurden, als bestimmte Übertragungswege für die Ausbreitung der HIV-Infektion nachgewiesen werden konnten und deutlich wurde, dass es problemlos möglich wäre, sich vor einer Ansteckung mit dem HI-Virus zu schützen (vgl. ebd.). Darüber hinaus forderten rechtskonservative Vertreter*innen zwar Sanktionen gegen homosexuelle Männer, die Forderung nach Präventions- und Aufklärungsangeboten blieb jedoch gleichzeitig aus (vgl. ebd.: 270f.). Hier wird deutlich, dass das Auftreten der HIV-Infektion und damit eines als neu ausgewiesenen medizinischen Phänomens in erheblichem Maße dazu genutzt wurde, eine gesellschaftliche Debatte um gültige moralische Grundprinzipien zu führen (vgl. Hübner 1987: 221). Eberhard Hübner formuliert, dass die „Kritik des sexuellen Verhaltens [...] sich nicht auf normative Überlegungen, neue Wünsche und Unzufriedenheiten“ (ebd.) stützte, sondern sich der Erkrankung „als argumentativer Krücke“ (ebd.) bediente (vgl. Venrath 1994: 126f.).

2.1.2 Charakteristische Merkmale der frühen Debatten um HIV und Aids

Die folgenden Ausführungen zu den frühen Auseinandersetzungen mit der HIV-Infektion beruhen auf einer Rekonstruktion der in der Sekundärliteratur beschriebenen allgemeinen Diskussionslinien zu HIV und Aids von 1981 bis 1996. Die im Rahmen der Arbeit durchgeführte Diskursanalyse bezieht sich auf die Diskursivierung der HIV-Infektion von 1996 bis 2013 und konzentriert sich damit auf die gesellschaftlichen Debatten um die Ansteckung mit dem Immunschwächevirus nach Einführung der Kombinationstherapie (vgl. Kap. 5; 6).

Insgesamt lassen sich für den Zeitraum von 1981 bis 1996 verschiedene Themenschwerpunkte identifizieren. Diese sind sowohl für die ‚frühen‘ gesellschaftlichen Debatten zu Beginn der 1980er Jahre, als auch für den weiteren Verlauf der Debatten um die Infektionserkrankung bis 1996 charakteristisch. In der Gesamtschau zeigt sich, dass der Diskurs um die HIV-Infektion von Beginn an von Kontroversen um eine angemessene Lebensweise begleitet wurde, wobei aufgrund der sexuellen Übertragbarkeit der Erkrankung die moralischen Bewertungsmaßstäbe über ein angemessenes Ausleben von Sexualität deutlich im Fokus standen. Hieran wird deutlich, dass die Ursachen für das ‚neue‘ Krankheitsbild insbesondere im moralischen Bereich vermutet wurden, da zunächst kein medizinischer Auslöser der HIV-Infektion identifiziert werden konnte (vgl. Bleibtreu-Ehrenberg 1987: 63; Tümmers 2012: 233).

Ein erstes Indiz hierfür liefert der bereits erwähnte Bericht der amerikanischen Gesundheitsbehörde über erste Patientenfälle aus dem Jahr 1981. Die Verfasser*innen des Rapports vermuten bereits zu diesem Zeitpunkt, – ohne, dass hierfür eine medizinische Indikation vorlag – die Ursache der Krankheitsfälle könnte im Zusammenhang mit Merkmalen homosexueller Lebensweise stehen (vgl. MMWR 1981). Folglich wurden bereits bei Auftreten der ersten Krankheitsfälle die Ursachen der Erkrankung in bestimmten Formen der Lebensführung vermutet und zudem vermeintliche Kennzeichen einer homosexuellen Lebensweise als riskant, gefährlich, ungesund, gar potenziell tödlich definiert und damit als abweichend, unnormale und unmoralisch erklärt. Die Deutung, dass die HIV-Infektion in unmittelbarem Zusammenhang mit einer homosexuellen Lebensweise stehe, erwies sich auch im weiteren Verlauf der Auseinandersetzungen mit der HIV-Infektion als dominant. Denn obwohl bspw. in den USA nicht nur homosexuelle Männer Symptome der HIV-Infektion aufwiesen (vgl. Huth/Roccioletti 2001: 257), wurden diese als Hauptbetroffenengruppe ausgewiesen, wodurch schwule Männer als ‚Hauptverbreiter‘ (vgl. Bleibtreu-Ehrenberg 1987: 64) des HI-Virus ins Visier gerieten. Die Betonung von homosexuellen Männern als hauptsächlich von der HIV-Infektion betroffener Gruppe bei gleichzeitiger Ausblendung auch heterosexueller Menschen mit HIV hatte zur Folge, dass sich der Symptomkomplex zunächst unter Begrifflichkeiten wie ‚Schwulenkrebs‘, ‚Schwulen-Lungenentzündung‘, ‚Schwulenpest‘ oder ‚GRID (Gay Related Immuno Deficiency)‘ (vgl. Riesling-Schärfe 1998: 53; Bock et al. 1992: 2; Marcus 2000: 9; Eitz 2003: 85) etablierte. Durch diese Begriffsbezeichnungen wurde die Erkrankung „durch die Charakterisierung ihrer Träger“ (Rühmann 1985: 26) beschrieben. Zudem griffen die Wortschöpfungen zwei Termini auf, „die das Bild der männlichen Homosexualität als einer ansteckenden Krankheit erneuerten und festschrieben“ (Riesling-Schärfe 1998: 53). Erst als es im Jahr 1982 Wissenschaftler*innen erstmals gelang das Virus zu isolieren (vgl. Venrath 1994: 9), erhielt der Symptomkomplex von der US-amerikanischen CDC die Bezeichnung Aids (Acquired Immune Deficiency Syndrome) (vgl. Marcus 2000: 9; Eitz 2003:

85; Hartl 2003: 74). Demgegenüber begann sich das öffentliche Bewusstsein erst durch die HIV-Infektion des vermeintlich heterosexuellen US-amerikanischen Schauspielers Rock Hudson im Jahr 1985 zu wandeln. Die Erkrankung verlor ihre Bezeichnung als „Homo-Seuche“ (Eitz 2003: 81), da nun deutlich wurde, dass die HIV-Infektion „nicht mehr nur als Krankheit gesellschaftlicher Randgruppen“ (ebd.) begriffen werden konnte, sondern „als ‚Gefahr für die Volksgesundheit‘“ (ebd.).

Kennzeichnend für die medialen Auseinandersetzungen mit der HIV-Infektion war es des Weiteren, diese als „neue Seuche“ (Halter 1985: 32) zu bezeichnen. Hierdurch wurde die Immunschwächekrankheit in engen Zusammenhang mit hochgradig ansteckenden Infektionskrankheiten wie der Pest, Cholera und Pocken gebracht. Die damit hergestellte Analogie mit Erkrankungen, die die Weltbevölkerung in der Vergangenheit massiv bedrohten, unterstrich die der HIV-Infektion unterstellte Gefährlichkeit und suggerierte, dass diese in der Lage sei, die Welt zu ‚entvölkern‘ (vgl. Schappach 2012: 9). Der Begriff der „Schwulenpest“ (Stürmer/Salewski 2009: 270) brachte zudem besondere Anforderungen an einen angemessenen Umgang mit HIV-positiven Menschen zum Ausdruck. Denn indem die HIV-Infektion als gefährliche, tödliche und hochinfektiöse Erkrankung ausgewiesen wurde, wurde es gleichzeitig als legitim, wenn nicht gar notwendig erachtet, mit dem HI-Virus infizierte Menschen zu meiden, auszugrenzen und zu isolieren (vgl. ebd.).

Der Verweis auf Seuchen wie die Pest implizierte außerdem, dass Menschen mit HIV selbst verantwortlich für ihre Ansteckung mit der Infektionskrankheit seien. Die Pest galt im Mittelalter als Strafe Gottes für eine sündige Lebensweise: „Die Referenz auf dieses religiöse Bild impliziert, dass die von HIV-betroffenen homosexuellen Männer durch die Erkrankung eine gerechte Strafe für ihren unmoralischen Lebenswandel erfahren [...].“ (Stürmer/Salewski 2009: 270; vgl. Wright 2000: 274). Wissenschaftler*innen des CDC hatten in den auf die Entdeckung der HIV-Infektion folgenden 18 Monaten epidemiologische Studien durchgeführt, im Rahmen derer Geschlechtsverkehr, intravenöser Drogengebrauch und Verletzungen im Rahmen der Ausübung bestimmter beruflicher Tätigkeiten als riskant hinsichtlich der Übertragung des HI-Virus ausgewiesen wurden (vgl. Hartl 2003: 74). Die Festlegung bestimmter Risikofaktoren sei zwar scheinbar notwendig gewesen, weil die Erkrankung zum damaligen Zeitpunkt noch nicht medikamentös behandelt werden konnte, sie habe jedoch dazu geführt, „daß ein Verhalten“ (Rühmann 1985: 190f.) und „typische Merkmale der Betroffenen“ (Wright 2000: 274; vgl. Sontag 1989: 26) als Auslöser der Erkrankung ausgewiesen wurden. Durch die Identifizierung von Risikofaktoren für eine Ansteckung mit dem HI-Virus wurde die Annahme, die Verantwortung für die Infektion liege bei den Betroffenen selbst, medizinisch legitimiert und untermauert. Es zeigt sich, dass sich die sexuelle Übertragbarkeit in besonderer Weise dazu eignete, Menschen mit HIV als selbstverantwortlich für ihre Ansteckung auszu-

weisen, denn diese wird „von den meisten als Suppe betrachtet, die man sich selber einbrockt“ (Sontag 1989: 28).

Als weiteres zentrales Moment in den Verhandlungen um die HIV-Infektion erweist sich die Deutung der HIV-Infektion als Erkrankung der ‚Anderen‘ (vgl. Lindner 2014: 130). Bereits im Zusammenhang mit anderen seuchenartigen Erkrankungen in der Geschichte wie der Pest, der Cholera oder der Syphilis zeigte sich, dass die gesellschaftlichen Reaktionen auf die Ausbreitung der Infektionskrankheiten durch eine ‚kollektive Verleugnungsdynamik‘ (vgl. Wright 2000: 197) gekennzeichnet war. Diese implizierte die Annahme, dass „die Gefahr der Verbreitung nur bei bestimmten (benachteiligten) Anteilen der Bevölkerung auszumachen“ (ebd.: 272) sei. Als gefährdete Menschen wurden vor allem diejenigen angesehen, die als zu einer marginalisierten Gruppe zugehörig definiert wurden und sich durch eine ‚ungesunde‘ und/oder ‚unmoralische‘ Lebensweise auszeichneten. Die Annahme, die verantwortlichen Erreger einer Erkrankung entstammten dem als verachtenswert anzusehenden Milieu und dessen Mitgliedern, denkt diese Logik konsequent weiter und weist die Schuld an der Verbreitung bestimmter Erkrankungen bestimmten Bevölkerungsgruppen zu (vgl. ebd.: 273). Auch das in Deutschland im Rahmen öffentlicher Präventionsbemühungen verbreitete Motto ‚Aids geht alle an‘ konnte wenig daran ändern, das Infektionsrisiko bei bestimmten Risikogruppen auszumachen, die „in der kollektiven Phantasie [...] von den Normen eines gesunden Lebens abweichen [...]“ (ebd.: 272; vgl. Venrath 1994: 127). Darüber hinaus wurde die HIV-Infektion als Erkrankung aus der ‚Fremde‘ ausgewiesen und damit ein weiteres Merkmal der Debatten um seuchenartige Erkrankungen der Vergangenheit aufgegriffen. So wurde bereits die Syphilis mit Bezeichnungen versehen, die deutlich zum Ausdruck bringen sollten, dass vor allem Zugehörige anderer Nationalitäten „Überträger einer zumeist tödlich endenden Lustseuche“ (Wießner 2003: 23; vgl. Riesling-Schärfe 1998: 51; Wright 2000: 274) seien. So nannte man sie bspw. „Franzosenkrankheit“, ‚italienische‘ und auch ‚spanische Krankheit‘ (ebd.). Ähnliches galt für die HIV-Infektion, die bspw. von den Franzosen als ‚maladie americaine‘ bezeichnet wurde (vgl. Riesling-Schärfe 1998: 51). Der sich an diesen Wortschöpfungen ausdrückende Wunsch, Verantwortliche für das Auftreten und die Ausbreitung der HIV-Infektion zu identifizieren und diese in bestimmten Gesellschaftsschichten oder im Ausland zu lokalisieren, setzte sich auch hinsichtlich der Frage fort, worin die Ursache für das Auftreten der HIV-Infektion bestehen könnte. Die hierfür gefundenen Erklärungsmuster vermuteten die ‚Infektionsherde‘ in der vermeintlich feindlichen Fremde:

Homosexuelle mutmaßten, amerikanische Geheimlabors hätten das Virus erfunden, um sie auszurotten, und das amerikanische Verteidigungsministerium verwies auf den sowjetischen Geheimdienst KGB. Amerika und Europa machten Afrika als Ursprungsland von Aids aus, während in afrikanischen Dörfern und Städten der mora-

lische Sittenverfall der Metropolen Europas und den USA als Quelle von Aids galt. (ebd.)

Zudem wurde die HIV-Infektion frühzeitig als Erkrankung interpretiert, die hauptsächlich Länder der sogenannten ‚Dritten Welt‘ betrifft. Auch den sogenannten Industrienationen wurden hohe Mortalitätsraten prophezeit, dennoch erwies sich die sogenannte ‚Dritte Welt‘ in der öffentlichen Wahrnehmung als besonders betroffen (vgl. Riesling-Schärfe 1998: 118). Bereits 1985 nimmt der Medizinjournalist Hans Halter auf Expert*innen Bezug, die prognostizieren, dass der Virus Länder der sogenannten ‚Dritten Welt‘ stärker treffen werde als die sogenannten westlichen Industrienationen: „Ihre neue Pest heißt Aids.“ (Halter 1985: 17) Frank Rühmann beschreibt ausgehend von solchen Äußerungen die Diskussionen um HIV und Aids, nicht nur als hochgradig ideologisch aufgeladen sondern bemerkt, dass diese ebenso rassistische Züge aufweisen (vgl. Rühmann 1985: 63).

Als Resultat der einseitigen und moralisch aufgeladenen Debatten sahen sich Menschen mit HIV zahlreichen Diskriminierungen ausgesetzt. So wurde bspw. 1984 in Hamburg ein Bus geräumt und desinfiziert, weil ein Fahrgast zusammengebrochen war, der, ausgehend von Unterlagen, die dieser bei sich trug, scheinbar mit dem HI-Virus infiziert war (vgl. ebd.: 184f.). Im Jahr 1988 wurde erstmals ein mit HIV Infizierter wegen versuchter gefährlicher Körperverletzung zu zwei Jahren Haft verurteilt (vgl. Bock et al. 1992: 3). Besonderes Gewicht wurde in der Urteilsbegründung auf den Umstand gelegt, dass der homosexuelle Mann vielfach von Seiten seiner behandelnden Ärzt*innen auf das bestehende Übertragungsrisiko bei ungeschütztem Anal- und Vaginalverkehr hingewiesen worden sei. Auch wenn es zu keiner nachweislichen Ansteckung seiner Sexualpartner gekommen sei, so wurde dem Verurteilten attestiert, dass er „um seinen Sexualtrieb zu befriedigen, billigend in Kauf [genommen habe], daß [...] [seine Sexualpartner] erkranken und in die Gefahr des Todes kommen“ (BGH Urt. v. 04.11.1988, Az.: 1 StR 262/88).

2.1.3 Das Ringen um angemessene seuchenpolitische Maßnahmen

Das Auftreten der HIV-Infektion setzte nicht nur gesellschaftliche Debatten um angemessene Lebensformen in Gang, sondern führte auch zu politischen und legislativen Reaktionen. Die diskutierten seuchenpolitischen Maßnahmen liefern Aufschluss hinsichtlich der gesellschaftlichen Bewertungsmaßstäbe der Erkrankung und zeugen von der zum damaligen Zeitpunkt vorherrschenden massiven Erregung und von irrationalen Ängsten hinsichtlich der Ausbreitung des HI-Virus in der Bevölkerung. So wurde von Seiten konservativer Politiker*innen der Ruf nach einem konsequenten staatlichen Durchgreifen laut, das auf Kontrolle,

Sanktionen und Zwangsmaßnahmen im ‚Kampf‘ gegen die HIV-Infektion setzte. Demgegenüber sprachen Vertreter*innen des Bundesministeriums für Gesundheit diesen Strategien im Umgang mit HIV jeglichen Nutzen ab und vertraten die Annahme, dass es notwendig sei, sich auf Strategien der Prävention und Aufklärung zu konzentrieren, die auf Freiwilligkeit und Selbstbestimmung beruhen (vgl. Wright 2000: 277; Tümmers 2012: 238f.; Lindner 2014: 132). Die Auseinandersetzungen zwischen beiden Lagern verliefen teils heftig und lassen sich als Ringen um eine angemessene politische Reaktion auf die HIV-Infektion verstehen.

In der DDR wurden früher als in der Bundesrepublik Maßnahmen im Kampf gegen HIV eingeleitet, „die zugunsten der Allgemeinheit die Freiheiten des kranken Individuums einschränkten“ (Tümmers 2012: 242). Es wurde eine namentliche Meldepflicht für HIV-Infizierte eingeführt und es gab strikte Vorgaben hinsichtlich des Verhaltens von Menschen mit HIV, deren Zuwiderhandlung mit Bußgeldstrafen sowie Freiheitsentzug belegt waren. Darüber hinaus waren Menschen ohne die DDR-Staatsbürgerschaft und Strafgefangene zur Durchführung von HIV-Tests verpflichtet (vgl. ebd.). In der öffentlichen Darstellung gaben sich ostdeutsche Expert*innen gelassen und verwiesen auf die geringe Infektionsrate im Land, die auf die frühzeitig eingesetzten seuchenpolitischen Maßnahmen zurückgeführt wurde. Doch innerhalb der Bevölkerung war durchaus Besorgnis angesichts der Ausbreitung des HI-Virus auszumachen: „Denn trotz Grenze und Gegenmaßnahmen glaubten nur 4% der Befragten, sich ‚niemals‘ mit HIV zu infizieren; 96% hielten sich für gefährdet.“ (Tümmers 2014: 159) Der Aids-Diskurs, der bspw. in Westdeutschland oder in den USA geführt wurde, fand somit durchaus Eingang in das Erleben und die Deutungen ostdeutscher Bürger*innen (vgl. ebd.), weshalb die HIV-Infektion „auf beiden Seiten der Mauer als ernste Bedrohung wahrgenommen“ (ebd.: 160) wurde.

Die intensiven gesellschaftlichen und politischen Debatten um die HIV-Infektion setzten im bundesdeutschen Raum zu Beginn des Jahres 1983 ein, als die ersten Patientenfälle der Bundesrepublik registriert und öffentlich bekannt wurden (vgl. Eitz 2003: 84). Die steigenden Fallzahlen schürten bei SPD und Grünen „die Sorge um eine explosionsartige Ausbreitung des Virus im Bundesgebiet“ (Tümmers 2012: 238). Neben der Angst vor einem dramatischen Anstieg der Fallzahlen setzte sich auch die Erkenntnis durch, dass die HIV-Infektion kein rein medizinisches Thema war:

Denn die Krankheit drängte auf eine Auseinandersetzung über Kernthemen des gesellschaftlichen Zusammenlebens: Sexualität und Tod, der Umgang mit Mitmenschen, Werte, Tugenden und die Grenzen politischen Handelns. (ebd.: 231)

Insbesondere Vertreter*innen konservativer Parteien erkannten, dass sich die Debatten um die HIV-Infektion dazu nutzen ließen, traditionelle Werte wie Ehe

und Monogamie zu postulieren und „traditionell abweichendes Verhalten und Minderheiten als Projektionsfläche für gesellschaftliche Schuldzuschreibungen zu benutzen“ (Rosenbrock/Schaeffer et.al. 2002: 16f.).

Als „das wichtigste Konfliktfeld der medizin- und gesundheitspolitischen Aushandlung der Aids-Politik“ (ebd.: 25) wird in diesem Zusammenhang der 1984 in Deutschland und 1985 in den USA eingeführte HIV-Antikörpertest bezeichnet. Die Markteinführung des Testverfahrens, mittels dessen nachgewiesen werden kann, ob sich im Blut der Patient*innen HIV-Antikörper befinden (vgl. Riesling-Schärfe 1998: 46), evozierte die Notwendigkeit zu diskutieren, ob und inwiefern dieser für die Durchführung von „Massen-Screenings“ (Tümmers 2012: 238) und der Zwangstestung von sogenannten Hauptbetroffenengruppen, zu denen Prostituierte und intravenös Drogengebrauchende gezählt wurden, eingesetzt werden sollte (vgl. Wießner 2003: 20). Diese Zwangsmaßnahmen sollten durch die Vorgaben des Bundesseuchengesetzes oder des Geschlechtskrankheitengesetzes legitimiert werden (vgl. Riesling-Schärfe 1998: 47). Weiterhin wurde gefordert, dass Einwanderer*innen aus außereuropäischen Herkunftsländern nur nach negativem HIV-Test einreisen dürfen. Hunderte HIV-Infizierte wurden zudem in Fahndungscomputern des Bundeskriminalamtes und der Bundesländer gespeichert – heimlich und ohne das Wissen der Betroffenen (vgl. Schreiber 2012: 72). Es wurden repressive Maßnahmen diskutiert, wie die „Schließung von Schwulensaunen, Sexverbot, Absonderung, die Anwendung des gesamten seuchenrechtlichen Instrumentariums“ (Wießner 2003: 20). Gegner*innen dieser Maßnahmen kritisierten die Pläne scharf und lehnten deren Eingriffscharakter strikt ab. Sie interpretierten die diskutierten Vorhaben gar als Infragestellung der bundesdeutschen Demokratie und als Versuch sich unbeliebter Bevölkerungsgruppen zu entledigen (vgl. ebd.).

Als Schlüsselfiguren im frühen bundesdeutschen Diskurs um HIV und Aids gelten der CSU-Politiker Peter Gauweiler und die damalige Gesundheitsministerin Rita Süßmuth. Während Peter Gauweiler zum Hauptvertreter einer repressiven Aidspolitik avancierte, setzte sich Rita Süßmuth für politische Strategien ein, die die Bürger*innen dazu befähigen sollten sich und ihre Sexualpartner*innen vor einer Ansteckung mit dem HI-Virus zu schützen (vgl. Riesling-Schärfe 1998: 47). Statt Menschen mit HIV zu kriminalisieren, wie es die Pläne Gauweilers vorsahen, lag es im Interesse der Gesundheitsministerin, von HIV und Aids betroffene Menschen vor Diskriminierung, Stigmatisierung und Ausgrenzung zu schützen (vgl. Stürmer/Salewski 2009: 264). Unter dem Motto ‚Aids geht uns alle an‘, sollte zum Ausdruck gebracht werden, dass die Ansteckung mit dem HI-Virus nicht unweigerlich an bestimmte sexuelle Orientierungen oder Lebensformen gebunden ist, sondern alle Menschen betrifft (vgl. Wießner 2003: 60). Hierdurch sollte gleichzeitig einem erniedrigenden, respektlosen, beschämenden und ausgrenzenden Umgang mit Mitgliedern sogenannter ‚Hauptbetroffenengruppen‘ vorgebeugt werden (vgl. Huth/Roccioletti 2001: 258).

An den Debatten, die in der BRD mit der Entwicklung einer wirksamen Strategie im Umgang mit HIV und Aids einhergingen wurden frühzeitig Vertreter*innen von Betroffenenorganisationen und Aktivist*innen beteiligt. Damit wurde der Stellenwert der Medizin relativiert und das Augenmerk stattdessen auf eine partizipative und demokratische Gestaltung der Entwicklungs- und Diskussionsprozesse gelegt (vgl. Rosenbrock/Schaeffer et.al. 2002: 20).

Für das Vorantreiben eines liberalen politischen Umgangs mit der HIV-Infektion wurde Rita Süßmuth vielfach Anerkennung zuteil. Der ehemaligen Ministerin sei es zu verdanken, dass „die Zweiteilung der Welt in gut/gesund und böse/krank“ (Wießner 2003: 60) aufgehoben werden konnte. Ihr wird zugutegehalten, dass sie sich der Gefahren bewusst war, die ein repressiver Umgang mit der HIV-Infektion und den von ihr betroffenen Menschen langfristig für Gesellschaft und Politik hätten haben können (vgl. ebd.). Dennoch wurde bereits frühzeitig auf die normativen Deutungsmuster verwiesen, die auch eine auf Prävention und Aufklärung setzende politische Strategie im Umgang mit HIV impliziert. So hält bspw. Frank Rühmann fest, dass Präventionsstrategien nicht nur ein als riskant definiertes Sexualverhalten verurteilen, sondern ebenfalls „ein anderes, das vor allem auf der monogamen Zweierbeziehung aufbaut und das Eingehen sogenannter sozialer Verpflichtungen im Rahmen eines bestimmten Sozialgefüges“ (Rühmann 1985: 193) umfasst, als erstrebenswert ausweist. Rühmann unterstellt diesen Präventionsstrategien also „unter dem Deckmantel der Naturwissenschaft und der Verhütung von Krankheiten alten konservativen Gesellschaftsidealen wieder zum Durchbruch zu verhelfen und ihnen eine neue Aktualität zu verleihen“ (ebd.) und damit alte Herrschaftsmechanismen zu restaurieren.

Dass sich am Ende diejenige Position durchsetzte, die den staatlichen Eingriff möglichst gering halten wollte und sich für die Implementierung von Unterstützungsstrukturen für Menschen mit HIV und die Entwicklung von Informationsmaterialien aussprach, kann aus humanistischer Sicht als Erfolgsgeschichte im Umgang mit HIV gelesen werden. Dennoch stellen sich die vergangenen Entwicklungen als mehrdeutig und widersprüchlich dar (vgl. Kohler 2002: 245), wie die vorangegangenen Ausführungen zeigen. Insofern erweist es sich als angemessener, relativierend von einer teilweisen oder Quasi-Erfolgsgeschichte zu sprechen und damit die Mehrdeutigkeiten, die den Suchbewegungen innewohnen, zu berücksichtigen.

2.1.4 Die Rolle der Medien im frühen Aids-Diskurs

Die bereits erwähnten heftigen Reaktionen, die das Auftreten der HIV-Infektion hervorrief, lassen sich – wie oben gezeigt – vor dem Hintergrund einer spezifischen gesellschaftlichen Ausgangslage erklären und nachvollziehen. Das Eintre-