

AIDS-FORUM DAH

Band

50

„Man kann's therapieren, aber man wird's nie los.“

**Kontexte von HIV-Infektionen bei
jüngeren schwulen Männern in Deutschland**
Eine qualitativ-empirische Erhebung

Dirk Sander

Bibliografische Information der Deutschen Bibliothek

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

Impressum

Deutsche AIDS-Hilfe e.V., Berlin
Internet: www.aidshilfe.de
E-Mail: dah@aidshilfe.de

2007 (unveränderter Nachdruck
der 1. Auflage [2006])
Bestellnummer: 305050

Redaktion: Rainer Schilling, Holger Sweers
Bearbeitung: Holger Sweers
Gestaltung: moniteurs
Satz: Carmen Janiesch
Druck: Druckerei Conrad GmbH
alle Berlin

Spenden an die DAH

Konto 220 220 220,
Berliner Sparkasse,
BLZ 100 500 00,
IBAN: DE27 1005 0000 0220 2202 20,
BIC: BELAEBEXXX;
online: www.aidshilfe.de

Sie können die DAH auch unterstützen,
indem Sie Fördermitglied werden.
Nähere Informationen unter
<http://www.aidshilfe.de> oder bei der DAH.

Die DAH ist als gemeinnützig und besonders förderungswürdig anerkannt. Spenden und Fördermitgliedschaftsbeiträge sind daher steuerabzugsfähig.

Inhalt

- 4 **Vorbemerkungen**
- 6 **Danksagung**

Einführung und Überblick

Ausgewählte Ergebnisse früherer Studien

- 12 Wright 1997
- 13 Biechele u. a. 2001
- 14 Rosengarten/Race/Kippax 2000
- 16 Dilley u. a. 2003
- 17 Bochow/Wright/Lange 2004
- 19 Fazit

Theoretischer Bezugsrahmen

- 21 Modell gesundheitlicher Überzeugungen
- 22 Theorie des rationalen Handelns und des geplanten Verhaltens
- 23 Modell des Problemverhaltens/Anforderungs-Ressourcen-Modell
- 24 Optimistische Fehlschlüsse und Risikostereotypen
- 26 „Risikofaktor Liebe“

Die Befragung

- 28 Untersuchungsgruppe
- 29 Vergleichsgruppe
- 30 Erhebungsmethode
- 31 Auswertung der Interviews

Empirische Ergebnisse

- 33 Ergebnisse aus der Befragung jüngerer HIV-positiver MSM
„Vulnerable Karrieren“: *problematische Biografien als Hintergrundfolien von HIV-Infektionen* 35 | *Coming-out und erste sexuelle Erfahrungen* 49 | *Schutzillusionen/optimistische Fehlschlüsse/Risikobereitschaft* 63 | *Fatalismus* 68 | „*Risikofaktor Liebe*“ 69 | *Risikobegrenzung statt Risikovermeidung: Individuelle Strategien* 73 | *Zum Einfluss der Kombinationstherapien auf das präventive Verhalten („Therapieoptimismus“)* 76 |
- 84 Ergebnisse aus der Vergleichsgruppe

Fazit und Ausblick

- 87 Folgerungen für die HIV-Prävention
- 89 **Literaturverzeichnis**
- 93 **Anhang: Interview-Leitfaden**
- 95 **Vom Autor empfohlene Literatur**
- 104 **Der Autor**

Vorbemerkungen

Der vorliegende Band präsentiert die Ergebnisse einer von Juli 2003 bis Mai 2004 im Auftrag der Deutschen AIDS-Hilfe e. V. durchgeführten qualitativen Erhebung zu den Kontexten von HIV-Infektionen bei jüngeren Männern, die Sex mit Männern haben (MSM). Ausgangspunkt war u. a. die Frage, ob die medizinisch-technischen Entwicklungen seit Mitte der neunziger Jahre (Erfolge der Kombinations-therapien, Möglichkeit der Viruslastbestimmung) zu einem Nachlassen des Safer-Sex-Verhaltens von MSM in dieser Altersgruppe geführt haben. Ziel der Erhebung war die Ableitung empirisch gestützter Empfehlungen für die HIV-Prävention in dieser Zielgruppe.

Die Studie von Dr. Sander bestätigt einmal mehr, dass HIV-Infektionen bei Männern, die Sex mit Männern haben, meist nicht darauf zurückzuführen sind, dass diese Männer schlecht informiert wären. Dies sei an die Adresse all jener gerichtet, die glauben, man müsse nur (mehr, drastischer) aufklären, und schon würden sich die Menschen „vernünftig“ verhalten. Tatsache ist: Ungeschützter Sex findet in der Regel statt, *obwohl* die Beteiligten gut informiert sind. Ob der Sex in einer Begegnung „safer“, ungeschützt oder „unsafe“ ist, kann dabei von zahl-

reichen Faktoren abhängen: von der Biografie und vom Selbstwertgefühl, von der Persönlichkeit, von der derzeitigen Lebenssituation und den eigenen Werten, Normen und Zukunftsperspektiven, von Alkohol und anderen Drogen, vom Verhältnis und der Dynamik zwischen den Beteiligten (gibt es Abhängigkeiten, z. B. wirtschaftlicher oder emotionaler Art?, wird Zwang ausgeübt?, welche Rolle spielen Liebe und „blindes“ Vertrauen?) und von vielem anderen ... Für solche Faktoren „im Infektionsgeschehen“ bietet die vorliegende Erhebung anschauliche Beispiele – so etwa für Schutzillusionen, optimistische Fehlschlüsse, Risikofreudigkeit oder für den „Risikofaktor Liebe“.

Das Verdienst der vorliegenden Studie ist aber nicht nur, (weitere) Belege für die zumeist auf alltagsempirischen Beobachtungen beruhenden Hypothesen und Vermutungen zu den oben beschriebenen Zusammenhängen zu liefern. Mit der Prägung des Begriffs „vulnerable Karriere“ weist der Autor auf die Bedeutung belastender Konstellationen und Ereignisse der frühen Biografie (auch) für das spätere Safer-Sex-Verhalten hin. Für die Prävention bedeutet das zweierlei: Zum einen zeigen die Ergebnisse der Erhebung von Dirk Sander die Grenzen der HIV-Primärprävention auf. In einer nach wie vor überwiegend (zumindest latent) homosexuellenfeindlich eingestellten Gesellschaft bleibt die Entwicklung einer „schwulen Identität“ und eines positiven Selbstwertgefühls für (prä-)homosexuelle Kinder und Jugendliche schwierig. Das hat Auswirkungen auch auf das HIV-Schutzverhalten, denn bei Personen, die sich nicht schätzen, ist die Wahrscheinlichkeit höher, dass sie sich selbst – und andere – nicht schützen. Zum anderen heißt das aber auch, dass die Deutsche AIDS-Hilfe und andere Akteure der Prävention nicht nachlassen dürfen im Bemühen um die Verhältnisprävention, die mit der Verhaltensprävention eng verknüpft ist. Aus diesem Grund kooperiert die DAH z. B. mit Selbsthilfenetzwerken und anderen Organisationen schwuler Männer, aus diesem Grund bildet sie nach wie vor Leiter von Coming-out-Gruppen aus, und aus diesem Grund fördert sie auch die sozialwissenschaftliche Forschung im Kontext von HIV. Das allein reicht aber nicht und kann auch nicht reichen: Gefragt ist die ganze Gesellschaft – jede und jeder Einzelne kann und muss hier Verantwortung übernehmen.

In diesem Sinne wünsche ich eine anregende und aufschlussreiche Lektüre.

*Rainer Schilling,
DAH-Referent für Schwule und Stricher*

Danksagung

Viele Personen haben mich bei den Vorarbeiten, der Durchführung der Erhebung und der Auswertung der Daten unterstützt:

Mein Dank gilt zuerst Rainer Schilling von der Deutschen AIDS-Hilfe e.V., der die Studie von Anfang an begleitet hat, und Christian Kollan vom Robert Koch-Institut in Berlin, der mir die Zahlen für den statistischen Bezugsrahmen zur Verfügung gestellt hat.

Herzlich bedanke ich mich auch bei Halu und Sebastian, die mir bei der aufwändigen Rekrutierung der Interviewpartner behilflich waren, und bei Michael Klinkebiel, mit dem ich über einige Interviews diskutieren konnte – das hat erheblich zur kommunikativen Validität meiner Interpretationen beigetragen.

Vor allem aber danke ich den jungen Männern, die sich zu einem Interview bereit erklärt und mir sehr offen ihre ganz persönliche Lebensgeschichte erzählt haben.

Berlin, im März 2006

Dr. Dirk Sander



Einführung und Überblick

7

In den Medien ist seit einigen Jahren im Zusammenhang mit HIV und Aids von „nachlassender Vorsicht“, „zunehmender Sorglosigkeit“, einer „neuen Unbekümmertheit“, „sich breit machender neuen Unvorsichtigkeit bei Schwulen“ und Ähnlichem mehr die Rede. Hintergrund ist die Zunahme sexuell übertragbarer Krankheiten wie der Syphilis – vor allem bei Männern, die Sex mit Männern haben (MSM; zum Begriff: Müller 2002) –, der Rückgang der Kondom-Verkaufszahlen (vgl. z. B. Dannecker 2002) und ein Anstieg der HIV-Erstmeldungen, wobei auch hier ein Großteil auf MSM entfällt.¹ Einer der Hintergründe dieser Entwicklung, so wird vermutet, könnten die Erfolge der seit 1996 auf breiter Basis verfügbaren antiretroviralen Therapien sein, die die HIV-Erkrankung im Großen und Ganzen zu einer gut behandelbaren chronischen Krankheit mit relativ langen Überlebenszeiten gemacht haben: Weil Aids seinen Schrecken verloren habe, sei auf individueller Ebene die Schutzmotivation zurückgegangen. Damit einhergegangen sei die gesellschaftliche „Normalisierung“ von Aids, wobei Normalisierung allgemein einen Prozess bezeichnet, „in dessen Verlauf ein Phänomen, das für außerordentlich (unbekannt, groß, klein, gut, böse, bedrohlich, bereichernd) gehalten wurde,

1 Daten zur Epidemiologie bietet das Robert Koch-Institut unter www.rki.de → Infektionskrankheiten A–Z → HIV/Aids.

seinen Ausnahmestatus verliert und in Wahrnehmung wie Handeln in die Welt des Bekannten, Gewohnten überwechselt“ (Rosenbrock u. a. 2002, S. 34).

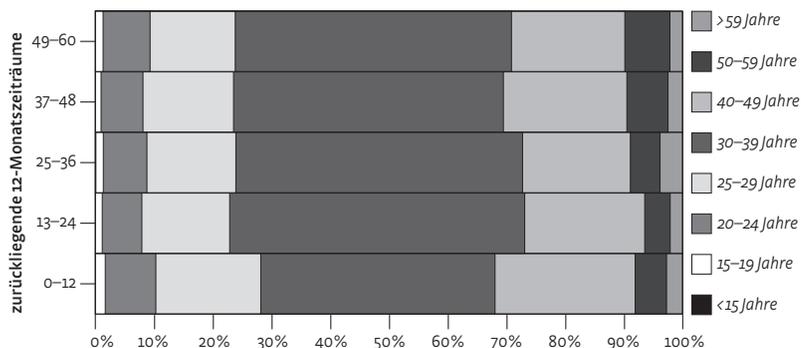
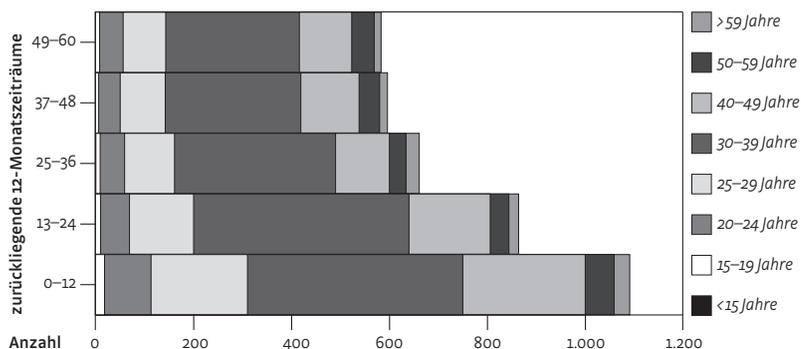
Einige Fakten allerdings sprechen gegen die Annahme eines direkten Zusammenhangs zwischen den Erfolgen der antiretroviralen Kombinationstherapien und der Normalisierung von Aids auf der einen und dem zu beobachtenden Nachlassen des Safer-Sex-Verhaltens auf der anderen Seite. So zeigen etwa die seit 1987 regelmäßig im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung durchgeführten Befragungen von Männern, die Sex mit Männern haben, bereits seit 1991 einen Anstieg der Zahl jener Befragten, die die in den 1980er Jahren eingeschlagenen Vermeidungsstrategien wieder aufgegeben haben und sich stärker auf eine Strategie kalkulierter Risiken einlassen. Das lasse sich an der Zunahme der Partnerzahlen, der Frequenz sexueller Kontakte und anal-genitaler Kontakte belegen und könne – bei aller gebotenen Vorsicht – so gedeutet werden, dass darin zumindest teilweise eine Verarbeitung des Aids-Schocks der 1980er Jahre zum Ausdruck komme; die Zunahme dürfe keinesfalls eindimensional als Anzeichen „wiederkehrender Sorglosigkeit“ interpretiert werden (vgl. Bochow 2000a, S. 168 f.).

Aus der empirischen Forschung liegen bisher erst wenige und z. T. widersprüchliche Ergebnisse zur Frage vor, ob es einen Zusammenhang zwischen den Erfolgen der Kombinationstherapien und dem Wandel des Safer-Sex-Verhaltens gibt. Das Gleiche gilt für die Vermutung, dass ein solcher Zusammenhang gerade bei jüngeren MSM gegeben sei, weil diese den Schrecken von Aids (z. B. den Verlust von Freunden und Bekannten) nicht selbst erlebt hätten, sondern er für sie lediglich noch historisches Faktum sei. Dazu schreibt etwa der Sozialwissenschaftler Michael Bochow: „Die Abnahme der durch Aids bedingten Todesfälle, die relativ geringe Zahl an Neuinfektionen und die Erfolge der Kombinationstherapien führen zu einer *geringeren Sichtbarkeit von Personen mit HIV/Aids*. Zudem hat die Thematisierung von Aids sowohl in der allgemeinen Öffentlichkeit als auch unter Schwulen seit der zweiten Hälfte der 1990er Jahre stark abgenommen. Dies führt dazu, dass in den Lebenswelten der unter 30-jährigen Schwulen die Konfrontation mit Aids und die *Orientierung an Safer Sex* abgenommen haben“ (Bochow 2005, S. 65 f.; Hervorhebungen: Michael Bochow).

Sind junge MSM also besonders HIV-gefährdet?² Das Gros der statistischen Meldungen zu den HIV-Erstdiagnosen bei MSM in Deutschland betrifft – wie in anderen Industrienationen auch – nach wie vor Männer zwischen 30 und 39, während auf die unter 30-Jährigen insgesamt etwa ein Viertel der neu festgestellten HIV-Infektionen entfällt und auf Jugendliche und junge Männer bis zum Alter von 25 Jahren „nur“ etwa 10 % der jährlichen Meldungen bei MSM entfallen, wie die Abbildung 1 zeigt:

2 So legte es z. B. die im Folgenden wiedergegebene Äußerung von Dr. Uli Marcus vom Robert Koch-Institut zum Welt-Aids-Tag 2004 nahe: „Vom Verhalten her gefährdet sind insbesondere junge homosexuelle Männer zwischen 25 und 30 Jahren“ (Quelle: http://www.tagesthemen.de/aktuell/meldungen/0,1185,01D3821372_REF1_NAV00.htm).

Abbildung 1: Verteilung der HIV-Erstdiagnosen vom 01.07.2000 bis 30.06.2005 bei MSM nach Altersgruppen in den letzten fünf 12-Monatszeiträumen

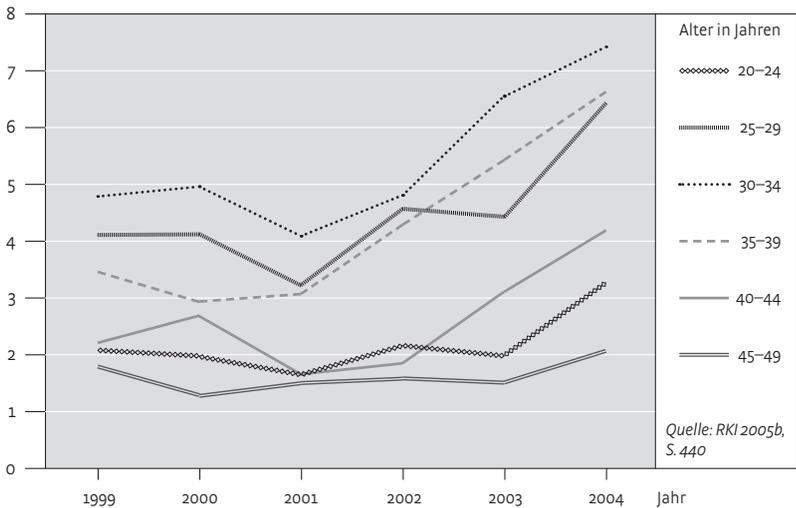


	zurückliegende 12-Monatszeiträume				
	0-12 Monate	13-24 Monate	25-36 Monate	37-48 Monate	49-60 Monate
>59 Jahre	32	20	27	16	14
50-59 Jahre	59	38	34	42	46
40-49 Jahre	250	166	110	119	107
30-39 Jahre	440	440	329	277	273
25-29 Jahre	197	131	102	93	87
20-24 Jahre	95	59	50	43	48
15-19 Jahre	17	9	7	5	7
<15 Jahre	0	0	1	0	0

Quelle: RKI 2005a, S. 9, Abb. 4

Rechnet man allerdings die Inzidenzen auf jeweils 100.000 Personen der jeweiligen Alterskohorte um (aufgrund des „Pillenknicks“ sind diese Kohorten unterschiedlich groß), ergibt sich das in Abbildung 2 dargestellte Bild.

Abbildung 2: HIV-Erstdiagnosen pro 100.000 Personen der männlichen Alterskohorte in verschiedenen Altersgruppen bei MSM in Deutschland, 1999–2004



10

2001 steigt also die Zahl der Neudiagnosen zunächst in der Altersgruppe 35–40 Jahre, ab 2002 dann auch bei den 30- bis 35- und den 40- bis 45-Jährigen, ab 2003 schließlich auch in den Altersgruppen 25–30, 20–25 sowie 45–50 Jahre.³ Diese Zunahme bei MSM konzentrierte sich dabei zunächst im Wesentlichen auf die Großstädte Berlin, Hamburg, München, Köln und Frankfurt, auch wenn in einigen mittleren Großstädten wie Mannheim, Nürnberg und Hannover ebenfalls steigende Zahlen zu verzeichnen waren (vgl. RKI 2004, S. 1). Im Zeitraum vom 1.7.2004 bis zum 30.6.2005 fiel die Zunahme der gemeldeten HIV-Erstdiagnosen bei MSM (bei weiter steigenden Zahlen) in den östlichen Bundesländern und in Berlin besonders stark aus, aber auch einige mittlere westdeutsche Großstädte wie Mannheim und Münster wiesen im Vergleich zu den Vorjahren deutliche Steigerungen auf. In ostdeutschen Großstädten wie Leipzig, Dresden und Halle erreichte die Zahl der HIV-Erstdiagnosen (bei weiterhin deutlich niedrigerer HIV-Prävalenz) dasselbe Niveau wie in vergleichbar großen Städten in Westdeutschland (vgl. RKI 2005a, S. 2).

Dass junge MSM *auch* gefährdet sind, steht außer Frage; dass sie *besonders* gefährdet sind, wage ich dagegen zu bezweifeln. Mit Blick auf die HIV-Prävention

³ Dabei ist allerdings zu beachten, dass es sich um das Alter bei Meldung und damit nicht unbedingt um das Alter bei der HIV-Infektion handelt; Infektion und Test können ja zeitlich weit auseinander liegen. Aus den Daten lassen sich also nur Trends ablesen. Außerdem hat es vermutlich in den letzten Jahren eine Veränderung beim Test- und Meldeverhalten gegeben. In der Sonderausgabe A des Epidemiologischen Bulletins des RKI vom 19. März 2004 heißt es dazu: „Es gibt diskrete Hinweise darauf, dass sich das Testverhalten zumindest in bestimmten Gruppen allmählich verändert. Bei den MSM steigt der Anteil von Personen, bei denen die HIV-Infektion in einem frühen Stadium (ohne HIV-bedingte klinische Symptomatik) diagnostiziert wurde. Auch der Anteil der Erstdiagnosen, bei denen ein vorangegangener negativer HIV-Test in den letzten beiden Jahren angegeben wird, nimmt zu. Dies könnten Hinweise darauf sein, dass HIV-Infektionen in dieser Gruppe zunehmend früher diagnostiziert werden, was eine leichte Zunahme der HIV-Erstdiagnosen teilweise erklären könnte“ (RKI 2004, S. 1).

stellt sich allerdings sehr wohl die Frage, ob junge MSM *spezifischen* Risiken ausgesetzt sind und welche diese gegebenenfalls sind; Untersuchungen dazu liegen bisher kaum vor (siehe dazu S. 12 ff.). Um Kontexte von HIV-Infektionen bei jüngeren MSM zu erheben und daraus, wenn möglich, Empfehlungen für die HIV-Prävention für diese Zielgruppe abzuleiten, führte ich daher von August 2003 bis Mai 2004 leitfadengestützte Interviews mit 21 jüngeren HIV-positiven Männern durch. Zur Verortung der Ergebnisse dieser Befragung zog ich außerdem Interviews mit 11 jungen MSM heran, die ich im gleichen Zeitraum im Rahmen der Arbeiten für eine neue Coming-out-Broschüre der DAH befragte. Theoretischer Bezugsrahmen (siehe S. 20 ff.) war dabei ein ganzheitliches Gesundheitsverständnis, das sowohl die salutogenetische Perspektive (d. h. die Frage, welche Faktoren dazu beitragen können, eine HIV-Infektion zu verhindern) als auch die pathogenetische Perspektive (d. h. die Frage, welche Faktoren die Vulnerabilität, also die „Verletzlichkeit“ für eine HIV-Infektion erhöhen können) umfasst. In einem solchen Verständnis werden Gesundheit und Krankheit als von vielen Faktorenfeldern beeinflusst gesehen (z. B. genetische und biologische Faktoren, Faktoren des Lebensstils, Faktoren der Umwelt, biografische, soziale und kulturelle Faktoren; vgl. Naidoo/Wills 2003, S. 27 ff.). Für die HIV-Prävention heißt das z. B., dass es nicht ausreicht, nur die situativen Kontexte von HIV-Infektionen zu erheben. HIV-Infektionen finden aus dieser Perspektive auf dem Hintergrund eines multifaktoriellen Bedingungsgeflechtes statt; berücksichtigt werden müssen u. a. auch die Schichtzugehörigkeit, Armut, Drogengebrauch, aber auch bestimmte Paardynamiken (vgl. z. B. Bochow 1998, S. 18; Bochow 2000, S. 170 ff.).

Bei der Durchführung und Auswertung der Interviews wurde daher auf die Ermittlung solcher Faktoren geachtet, die das sexuelle Verhalten beeinflussen können. Ziel war es, auf diese Weise Antworten auf Fragen wie die folgenden zu finden:

- » Haben die Kombinationstherapien das Verhalten der Befragten beeinflusst?
- » Welche persönlichen, sozialen und Umweltfaktoren stellen den Hintergrund der HIV-Infektion dar (Ressourcen, Belastungen)?
- » Sind Zuschreibungen wie „Sorglosigkeit“ oder „Präventionsmüdigkeit“ im Hinblick auf jüngere MSM berechtigt?
- » Welche Informationen haben die Interviewten heute zum Thema HIV/Aids, welche hatten sie vor ihrer Infektion?
- » Wie war das sexuelle Verhalten vor dem positiven Testergebnis, und hat es sich danach verändert?
- » Warum sind die Befragten zum Test gegangen?
- » Welche Bedeutungen hat „Aids“ heute für Männer, die Sex mit Männern haben?
- » Lassen sich „neue“ bzw. bisher nur selten beschriebene Kontexte von HIV-Infektionen ausmachen?

Ausgewählte Ergebnisse früherer Studien

Im Folgenden werden zum einen Ergebnisse zu jungen MSM aus empirischen Erhebungen vorgestellt, die in den letzten Jahren in Deutschland durchgeführt wurden, zum anderen Ergebnisse aus jüngeren Erhebungen, die sich mit dem Einfluss der Kombinationstherapien auf das individuelle Verhalten beschäftigen. Da für den letztgenannten Komplex bisher kaum Daten aus Deutschland vorliegen, werden hier auch internationale Studien zitiert, obwohl Vergleiche aufgrund unterschiedlicher Untersuchungsmethoden und Interpretationsmuster nur bedingt möglich sind (vgl. dazu etwa Wright 1997, S. 11 f.).

Wright 1997

Eine Ende der 1990er Jahre von Michael T. Wright durchgeführte quantitative Erhebung unter jungen Männern zwischen 16 und 30 Jahren (Wright 1997) kam zu dem Ergebnis, es gebe „keine nachweisbare Korrelation zwischen Alter und der Variable Risiko. Die Vermutung, Risikoverhalten sei häufiger bei jüngeren homo-

sexuell aktiven Männern anzutreffen, könne nicht bestätigt werden (Wright 1997, S. 39).

Anhand der Analyse der Daten wurde als wichtigster mit dem HIV-Risiko verbundener Faktor ungeschützter Analverkehr mit einem Sexualpartner mit unbekanntem HIV-Status ermittelt. Weitere Faktoren waren:

- » keine Kenntnis des eigenen HIV-Status
- » Sexpartner mit positivem HIV-Status, aber ohne Krankheitszeichen
- » ältere Partner
- » eine feste Beziehung zum Sexualpartner (ebd.).

Die Untersuchung, so Wright, deute auf die Tendenz, „dass das Risiko einer HIV-Infektion [häufig] in einer festen Beziehung eingegangen wird, in der ein größerer Altersunterschied zwischen den Partnern besteht, wobei beide Partner ungetestet sind“; so genannte One-Night-Stands hingegen spielten eine weniger große Rolle (a.a.O., S. 39 f.). Zu diesem Phänomen schreibt Wright weiter, den Hintergrund stellten unter anderem bestimmte Beziehungsdynamiken dar, „in denen das Bedürfnis nach Vertrauen und Nähe einen Kondomverzicht“ begünstige (a.a.O., S. 41); der Sexualwissenschaftler Martin Dannecker hat dies unter dem Begriff „Risikofaktor Liebe“ zusammengefasst (Dannecker 1994). „Der fehlende Einfluss solcher Faktoren wie Selbstwertgefühl und Drogen- und Alkoholprobleme und der hohe Wissensstand zu den Infektionswegen“, so Wright weiter, deuteten darauf hin, dass Risiken in einer intimen Beziehung eher bewusst eingegangen würden. Es gebe keine Hinweise darauf, dass ungeschützter Analsex eher widerwillig oder aufgrund psychischer Defizite praktiziert würde (Wright 1997, S. 40). Risikoverhalten, so fasst der Autor zusammen, könne eher durch situative Faktoren erklärt werden als durch soziodemografische und psychische Kontexte (ebd.).

Allerdings könne das Risikoverhalten bei altersunterschiedlichen Beziehungen durchaus „mit einem selbst wahrgenommenen Mangel an Kontrolle über Sex seitens des Jugendlichen verbunden“ sein; das könne „mit jugendspezifischen situativen Faktoren, Coming-out-Themen, der eigenen Sexualentwicklung und biographischen Zusammenhängen“ zu tun haben, die nicht im Fragebogen berücksichtigt seien (Wright 1997, S. 41 f.) – zu diesen Faktoren können die Ergebnisse der vorliegenden Erhebung einige Hinweise geben.

Biechele u. a. 2001

In einer 1998/1999 durchgeführten quantitativen Erhebung unter schwulen Jugendlichen im Alter zwischen 15 und 25 Jahren (Biechele u. a. 2001) kamen die Autoren zu folgenden Ergebnissen: Das Coming-out sei bei den Befragten mit phasenspezifischen Gefühlen der Einsamkeit und mit „erheblichen Identitäts-

problemen“ verbunden; negative Gefühle wie „Unsicherheit und Furcht“ begleiteten diesen Prozess. Die Bekanntmachung der eigenen Homosexualität im Familien- und Freundeskreis werde „als erheblicher Stressfaktor“ wahrgenommen. Sexualität werde in dieser Entwicklungsphase eher mit älteren Partnern gelebt. Viele der Befragten beschrieben die Schule als „homophoben Ort“, einige hatten auch Erfahrungen sexueller Gewalt. Die psychosozialen Probleme, so fassen die Autoren zusammen, lägen „vor allem auf dem Feld der Liebe und Sexualität sowie den sozialen Beziehungen“; am häufigsten genannt worden seien:

- » Partnerschaftsprobleme/Liebeskummer (54 %)
- » Einsamkeit (47 %)
- » Sorgen wegen Aids (40 %)
- » Kennenlernen anderer Schwuler (37 %)
- » Unzufriedenheit mit dem Sexualleben (34 %)
- » Outing in der Familie (33 %).

Für drei Viertel aller Befragten sei zumindest einmal im Leben Suizid ein Thema gewesen, jeder zwölfte habe bereits einen oder mehrere Suizidversuche hinter sich gehabt (Biechele u. a. 2001, S. 37; vgl. auch Biechele 2001, S. 102 ff.). Zu ähnlichen Ergebnissen kam eine Studie, die zeitgleich von der Berliner Senatsverwaltung für Schule, Jugend und Sport durchgeführt wurde (SenSJS [Hrsg.] 1999).

Rosengarten/Race/Kippax 2000

Im Rahmen einer qualitativen Erhebung befragten Marsha Rosengarten, Kane Race und Susan Kippax 56 MSM zwischen 18 und 54 Jahren (davon zehn unter 25 Jahren) aus Sydney und Brisbane (Australien) zu ihrer Einstellung zu Kondomen, zu ihrem Sexualverhalten und zu ihren Partnern, zu ihrem Wissen über klinische Marker (Viruslast) und deren Bedeutung für die Infektiosität, zu ihrer Einstellung zu ungeschütztem Analverkehr und zur Frage, ob sie ihren Serostatus gegenüber Sexpartnern offen legen. 23 der Befragten waren HIV-positiv, 33 waren HIV-negativ getestet oder nahmen von sich an, negativ zu sein; in serodiskordanten Partnerschaften lebten sechs HIV-positive und zwei HIV-negative Befragte, zwei HIV-positive Befragte lebten in einer serokongruenten Partnerschaft (Rosengarten/Race/Kippax 2000).

Hintergrund der Untersuchung war die Vermutung, dass (unter anderem) aufgrund der antiretroviralen Therapien und der damit verbundenen (messbaren) Senkung der Viruslast eine Zunahme des ungeschützten Analverkehrs zu erwarten sei, zumal dann, wenn eine Viruslast unter der Nachweisgrenze bzw. eine geringe Viruslast als geringeres Infektionsrisiko für andere gedeutet werde. Weiterhin wurde unterstellt, dass HIV seit Einführung der antiretroviralen Therapien als chronische, behandelbare Krankheit wahrgenommen werde und dies die Furcht

vor einer Infektion vermindert habe, was ein Nachlassen im Safer-Sex-Verhalten begünstigen könne. Mit Blick auf die Ergebnisse größerer quantitativer Erhebungen, die eine statistisch signifikante, stetige Zunahme des ungeschützten Analverkehrs belegten (und zwar bei negativ getesteten, ungetesteten und positiv getesteten MSM), sollte darüber hinaus nach Antworten auf die Frage gesucht werden, ob möglicherweise auch die im Folgenden genannten und weitere Faktoren zu dieser Zunahme beitragen (einzeln oder in Kombination):

- » das Gefühl, die Aids-Krise sei vorbei (die Autorinnen und der Autor verwenden dafür den Begriff „Post-Aids“)
- » eine gewisse Selbstzufriedenheit
- » allgemeine „Safer-Sex-Müdigkeit“
- » „Therapie-Optimismus“
- » eine optimistische Sicht bezüglich des Infektionsrisikos bei geringer Viruslast.

Die wichtigsten Ergebnisse dieser Erhebung waren (vgl. a.a.O., S. 4):

- » HIV-positive Männer verfolgen individuelle Risikominimierungsstrategien beim Analverkehr – auch beim ungeschützten Analverkehr.
- » Eine niedrige oder unter der Nachweisgrenze liegende Viruslast kann dazu führen, sich für weniger infektiös zu halten.
- » HIV-positiven Männern (und ihren festen Partnern) gelingt es eher, die HIV-Risiken von Sexualpraktiken abzuschätzen, als HIV-negativen Männern.
- » HIV-negative Männer (oder Ungetestete, die sich für negativ halten) sind im Allgemeinen nicht gut über klinische Marker wie die Viruslast und deren Bedeutung für die Infektiosität informiert.
- » HIV-positive und HIV-negative Männer gehen bei sexuellen Kontakten mitunter von unterschiedlichen Annahmen und Informationen hinsichtlich des Serostatus, der Verantwortung und des Risikos aus. Das kann zu „falschen Annahmen“ führen, etwa zur bei HIV-Negativen verbreiteten Erwartung, dass positive Männer ihren Status vor dem oder beim Sex offen legen, oder bei HIV-Positiven zur Vermutung, dass ein Sexpartner, der nicht auf den Gebrauch von Kondomen besteht, auch positiv sein müsse.
- » Epidemiologische Erkenntnisse zum HIV-Risiko (z. B.: größeres Risiko bei rezeptivem als bei insertivem Analverkehr, größtes Risiko bei Aufnahme von Sperma) scheinen zur Entwicklung der Strategien des „Strategic Positioning“ bzw. des „Dipping“ beim ungeschützten Analverkehr mit einem (bekanntermaßen oder vermutlich) serodiskordanten Partner geführt zu haben, d. h., HIV-negative Partner übernehmen die „aktive“ (eindringende) Rolle und/oder der eindringende Partner (ob HIV-negativ, ungetestet oder positiv) verzichtet auf die Ejakulation im Rektum des aufnehmenden Partners („withdrawal before ejaculation“).

- » Ungeschützter eindringender Analverkehr von ungetesteten, sich aber für HIV-negativ haltenden Männern ist möglicherweise ein wichtiger epidemiologischer Faktor.

Dilley u. a. 2003

Dilley u. a. führten von 1997 bis 1999 insgesamt 248 Interviews mit MSM aus San Francisco, die sie im Rahmen des Beratungs- und HIV-Test-Angebots der Stadt rekrutierten. Befragt wurden Männer, die telefonisch einen Termin für einen HIV-Test vereinbaren wollten; Teilnahmevoraussetzung war mindestens ein ungeschützter anal-genitaler Kontakt in den zurückliegenden zwölf Monaten. Durchschnittlich gaben die Befragten 6,8 solcher Kontakte in den 90 Tagen vor der Befragung an: 3,9 mit dem „primären Partner“ (der Partner, mit dem sie in den letzten 12 Monaten am häufigsten Sex hatten) und 2,9 mit anderen Partnern. 83 % der Interviewten waren zwischen 26 und 45 Jahre alt, 62 % hatten einen College- oder höheren Abschluss, 60 % verfügten über ein mittleres bis hohes Einkommen (30.000 Dollar pro Jahr oder mehr).

Hintergrund war auch hier die Frage, ob der in der schwulen Szene wahrzunehmende Optimismus⁴ mit Blick auf die Behandelbarkeit der HIV-Erkrankung dazu führe, dass die HIV-Infektion als nicht mehr so ernst wahrgenommen werde und es in der Folge zu einer Abnahme des Safer-Sex-Verhaltens komme. Besonderes Augenmerk lag dabei zum einen auf der Frage, ob hierbei auch die so genannte Post-Expositions-Prophylaxe (PEP) eine Rolle spiele – eine befristete antiretrovirale Therapie nach einem Risikokontakt, um ein „Angehen“ der Infektion zu verhindern –, für die es in San Francisco eine Anzeigenkampagne gegeben hatte. Zum anderen ging es den Forschern um „Selbst-Rechtfertigungen“, um „Stories“ über potenzielle Partner bzw. über das eigene Risikoverhalten, mit denen MSM das Eingehen riskanter Sexkontakte rechtfertigten. Dazu gehörten für sie z. B. Unterstellungen wie „Er sieht so gesund aus, er kann nicht HIV-positiv sein“ oder „Mein Verhalten kann nicht sehr riskant sein, sonst hätte ich mich schon längst angesteckt“, aber z. B. auch die Unterstellung, bei niedriger oder nicht mehr nachweisbarer Viruslast sei man nicht mehr infektiös.

Die Forschungsgruppe kam zu folgenden Ergebnissen: 83 % der Befragten widersprachen („somewhat disagree“ und „strongly disagree“) der Aussage, sie seien aufgrund der neuen Behandlungsmöglichkeiten für HIV-Positive „sehr viel weniger besorgt“, sich mit HIV zu infizieren, während immerhin 16 % hier eine gewisse Zustimmung äußerten. Der Aussage „Aufgrund der neuen Behandlungsmöglichkeiten für HIV-Positive bin ich eher bereit, das Risiko einer HIV-Infektion beim Sex

⁴ Als Beispiel führten die Autoren einen Artikel im Bay Area Reporter, dem größten schwul-lesbischen Blatt der Region, vom 13. August 1998 an, in dem unter dem Titel „No Obits“ (keine Todesfälle) darüber berichtet wurde, dass es zum ersten Mal seit 16 Jahren in der zurückliegenden Woche keine aidsbedingten Todesfälle gegeben habe (Dilley u. a. 2003, S. 28).

einzugehen“ stimmten 7 % der Interviewten zu. 11 % sagten aus, sie hätten schon einmal das Risiko in Kauf genommen, sich zu infizieren (Dilley u. a. 2003, S. 33).

Die Hälfte der Befragten (die Auswahl erfolgte nach dem Zufallsprinzip) wurde im Rahmen von Tiefeninterviews eingehender befragt, unter anderem zu ihrer Einschätzung der PEP. 3 % dieser 124 Befragten gaben an, bei der Entscheidung für ungeschützten Analverkehr „stark“ oder „mäßig“ daran gedacht zu haben, sie könnten die neuen Medikamente nehmen, um sich vor einer Infektion zu schützen; 18,5 % gaben an, „ein bisschen“ daran gedacht zu haben (Dilley u. a. 2003, S. 34). Die Autoren führen zum Vergleich Zahlen einer Befragung von 3.450 französischen und 1.097 Schweizer MSM an, von denen 18 % bzw. 5 % angegeben hätten, sich aufgrund der Verfügbarkeit der antiretroviralen Medikamente weniger zu schützen als zuvor.

Bochow/Wright/Lange 2004

Der Sozialwissenschaftler Bochow, der seit 1987 in regelmäßigen Abständen im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung in Köln schwule Männer zu ihrem Sexualverhalten vor dem Hintergrund von HIV und Aids befragt, führte eine solche Erhebung zuletzt im Frühjahr 2003 durch (Bochow/Wright/Lange 2004).

Berücksichtigt wurden insgesamt 4.750 Fragebögen. 835 der Teilnehmer kamen aus Ostdeutschland und Ostberlin (= 18 %), 3.840 aus Westdeutschland und Westberlin (= 81 %). 18 % der Befragten waren jünger als 23 Jahre, 42 % jünger als 30, ebenfalls 42 % zwischen 30 und 44 und 15 % über 44.

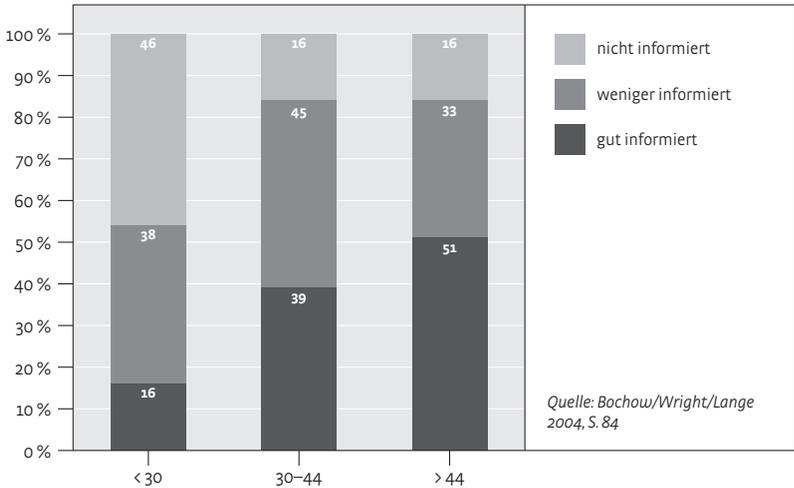
Zu der oben von mir angesprochenen Frage, ob jüngere MSM ein deutlich höheres Infektionsrisiko als andere Alterskohorten haben, schreiben die Autoren: „Seit Mitte der 90er Jahre wird immer wieder die Frage gestellt, ob junge Schwule sich risikoreicher verhalten als ältere, doch ist dies weder 2003 noch in den bisherigen Erhebungen belegbar. Es gibt allerdings Unterschiede hinsichtlich der Formen des Risikoverhaltens: Der Anteil der unter 30-Jährigen, die Risikokontakte mit ihrem festen Freund haben, ist wesentlich größer als bei den Männern der beiden älteren Gruppen. Mit steigendem Alter kommen Risikokontakte mit einem festen Freund seltener vor, dafür steigt aber die Bereitschaft zu Risikokontakten mit anderen Partnern“ (Bochow/Wright/Lange 2004, S. 156).

Zur Frage der Auswirkungen der Kombinationstherapien auf das präventive Verhalten lassen sich die Angaben heranziehen, die die Befragten zu ihrem Informationsstand und zu ihrer Einschätzung der antiretroviralen Therapie sowie zu ihren präventiven Vorkehrungen gemacht haben. Zur Messung des Informationsniveaus wurde die Zustimmung zu folgenden Aussagen herangezogen:

- „Die neuen Kombinationstherapien bewirken,
 1. dass behandelte Menschen mit HIV und Aids das Virus nicht mehr übertragen,
 2. dass Menschen mit HIV und Aids länger leben,
 3. dass Aids endgültig geheilt werden kann.“ (Bochow/Wright/Lange 2004, S. 84).

Die folgende Abbildung zeigt den Informationsstand nach Altersgruppen:

Abbildung 3: Informationsstand über Kombinationstherapien nach Altersgruppen



Insgesamt, so die Autoren, war die Mehrheit der Befragten (68 %) gut über die Kombinationstherapien informiert; eher schlecht oder schlecht informiert waren 21 %, nicht informiert 11 % (zum Vergleich: eine 2001 im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung durchgeführte Befragung zeigte, dass nur ein Fünftel der Allgemeinbevölkerung von den Kombinationstherapien gehört hatte; vgl. Bochow/Wright/Lange 2004, S. 84 f.). Das Informationsniveau zu den Behandlungsmöglichkeiten entsprach dabei weitgehend dem Informationsstand zu HIV und Aids allgemein: 94 % der Befragten zeigten sich als gut bis sehr gut über HIV und Aids informiert; die schlechter Informierten fanden sich vor allem bei den unter 21- und über 44-jährigen (vgl. a.a.O., S. 79); auch beim Wissen über die Kombinationstherapien waren die Befragten unter 30 und über 44 schlechter informiert als Männer in den anderen Altersgruppen (vgl. a.a.O., S.157).

83 % aller Befragten lehnten die Aussage ab, dass behandelte Menschen mit HIV und Aids das Virus nicht mehr übertragen, und ebenso viele lehnten die Aussage ab, dass Aids mit den neuen Kombinationstherapien endgültig geheilt werden kann (nur 4 % stimmten dieser Aussage zu). Andererseits stimmten 73 % aller

Befragten der Aussage zu, dass Menschen mit HIV und Aids dank der Kombinationstherapien länger leben. Dies bedeute, so die Forscher, dass die große Mehrheit der Befragten den therapeutischen Wert der Kombinationstherapien sehe, aber die Grenzen ihrer Wirksamkeit nicht verkenne (vgl. a.a.O., S. 85): „Der hohe Informationsstand bei der Mehrheit der Befragten hat Auswirkungen auf die Wahrnehmung der eigenen Gefährdung durch Aids. Nur 6 % der negativ und 7 % der nicht Getesteten geben an, dass sie aufgrund der Kombinationstherapien weniger Angst vor einer Ansteckung mit HIV haben, bei der großen Mehrheit beider Gruppen ist das nicht der Fall. [...] Die Skepsis gegenüber einer Senkung des Übertragungsrisikos führt dazu, dass lediglich 7 % aller Befragten angeben, sich heute weniger zu schützen als früher“ (a.a.O., S. 90). Allerdings könne man einen „Zusammenhang zwischen positiver Einschätzung der Kombinationstherapien und einer erhöhten Risikobereitschaft“ feststellen: Von den 6 % der negativ getesteten Befragten, die angaben, wegen der Behandlungsmöglichkeiten weniger Angst vor einer HIV-Infektion zu haben als früher, hatten 56 % in den zwölf Monaten vor der Befragung keinen ungeschützten Analverkehr, während es bei den Männern, denen die Therapien die Angst vor einer Ansteckung nicht genommen haben (82 % der negativ Getesteten), 73 % waren.

Fazit

Die oben vorgestellten Ergebnisse neuer und älterer Erhebungen zum Thema zeigen, dass man von einem Zusammenhang zwischen der Wahrnehmung der Kombinationstherapien und der „Erosion der Safer-Sex-Compliance“ (Bochow 2005, S. 65) ausgehen kann, doch ist dieses Erklärungsmuster nicht eindimensional zu verstehen; hier bedarf es weiterer Forschung. Dies gilt umso mehr, wenn man Erkenntnisse dazu gewinnen will, ob jüngere MSM in besonderem Maße und/oder besonderen HIV-Risiken ausgesetzt sind.

Theoretischer Bezugsrahmen

In der Literatur lässt sich eine Fülle von Theorien und Modellen finden, die individuelles Gesundheitsverhalten zu erklären versuchen (vgl. z. B. Schwarzer 1996; Hurrelmann/Laaser 2002; Naidoo/Wills 2003, S. 217 ff.; speziell zum HIV-Risikoverhalten: Susenbeth 2000, Abschnitt 1.2). Als interdependente Bedingungsfaktoren gelten z. B. subjektive Gesundheitskonzepte, Einstellungen und Ansichten, die individuelle Wahrnehmung von Risiken bzw. die Einschätzung der Empfänglichkeit dafür, das Vorhandensein gesundheitlicher Kontrollüberzeugungen, die gesundheitlichen Kompetenzerwartungen, aber auch soziale Faktoren wie etwa die Unterstützung durch andere, die Rolle von Vorbildern, sozialer Druck und soziodemografische Merkmale wie Schicht, Alter, Geschlecht und Milieu. Des Weiteren können auch stress-, ressourcen- und lerntheoretische Ansätze zur Erklärung des Gesundheitsverhaltens herangezogen werden. Für die vorliegende Untersuchung ist z. B. die soziale Lerntheorie von Bedeutung, der zufolge die Art und Weise, wie Menschen erklären, was ihnen widerfährt, biografisch bedingt ist: „Jene Menschen, die für ihre Erfolge immer belohnt und für ihre Fehler immer

konsequent und halbwegs gerecht bestraft wurden, kommen zu der Überzeugung, dass sie ihr Leben beeinflussen können. Jene dagegen, die unabhängig von ihrem Verhalten inkonsequente Belohnungen oder Bestrafungen erhalten haben, sehen die Dinge eher als eine Folge von Zufällen und ihre eigene Rolle dabei als irrelevant an (Naidoo/Wills 2004, S. 227).

Im Folgenden werden kurz einige Ansätze vorgestellt und Begriffe erläutert, die aufgrund unserer Vorüberlegungen zur Erklärung der Hintergründe von HIV-Infektionen bei jungen MSM geeignet scheinen (vgl. dazu auch Susenbeth 2000, Abschnitt 1.2):

Modell gesundheitlicher Überzeugungen

Dem „Modell gesundheitlicher Überzeugungen“ (health belief model, vgl. z. B. Naidoo/Wills 2004, S. 220 ff.) zufolge ist mit Blick auf HIV/Aids davon auszugehen, dass „Safer Sex mit größerer Wahrscheinlichkeit dann praktiziert wird, wenn man sich persönlich als bedroht ansieht und HIV bzw. Aids für eine sehr ernste Krankheit hält. Bedrohungswahrnehmung und eingeschätzter Schweregrad zusammen ergeben die wahrgenommene Vulnerabilität für eine Infektion mit HIV und damit das ‚energetisierende‘ Moment, um sich überhaupt präventiv verhalten zu wollen“ (Pant 2003, S. 271). Ob aber präventive Maßnahmen ergriffen werden, hängt unter anderem von einer Kosten-Nutzen-Abwägung ab; hierbei wird zwischen materiellen Kosten, beispielweise den finanziellen Aufwendungen für Kondome, und immateriellen Kosten, z. B. Erektionsproblemen beim Einsatz des Kondoms oder der Angst vor Ablehnung, unterschieden (vgl. ebd.; Schwarzer 1996, S. 54). In diesem Zusammenhang bezeichnet die „Selbstwirksamkeitserwartung“ die Überzeugung, in der konkreten Interaktion in der Lage zu sein, ein Kondom kompetent einzusetzen bzw. den Partner dazu veranlassen zu können. Nach diesem Modell können innere Reize wie z. B. Angstzustände beim Warten auf die Mitteilung eines HIV-Testergebnisses und äußere Auslöser wie TV-Aufklärungssspots oder der Kontakt zu HIV-Infizierten im Freundes- und Bekanntenkreis bei einer sexuellen Interaktion aktualisiert werden und so das Schutzverhalten beeinflussen (vgl. Pant 2003, S. 272). Mit Blick auf Kosten-Nutzen-Erwägungen ist bei dieser Erhebung von Interesse, ob sich das Vorhandensein der neuen Kombinationstherapien und klinischer Marker (z. B. der Viruslast) auf diese Bilanzen auswirkt.

Die Bereitschaft zum (präventiven) Handeln hängt nach dem Health-Belief-Modell also unter anderem von folgenden Faktoren ab:

- » der subjektiv wahrgenommenen Verletzlichkeit (Empfänglichkeit/Vulnerabilität)
- » der Einschätzung des Schweregrades der Krankheit oder der Krankheitsfolgen (Ernsthaftigkeit)

- » dem wahrgenommenen Nutzen der Infektionsvermeidung
- » den Barrieren bzw. „Handlungskosten“
- » der Selbsterwartung (dem Gefühl, in der Lage zu sein, präventives Verhalten auch umsetzen zu können)
- » äußeren Auslösern (z. B. massenmediale Kampagnen, persönliche Begegnungen)

(vgl. z. B. Seibt 2003, S. 151; Naidoo/Wills 2004, S. 220 ff.).

Kritisch kann angemerkt werden, dass das Health-Belief-Modell nicht berücksichtigt, dass Menschen sich nicht nur rational verhalten und dass sie auch entgegen ihren eigenen Überzeugungen handeln. Auch werden situative Faktoren und biografische sowie soziale oder kulturelle Hintergründe außer Acht gelassen, ebenso Gefühle, Gewohnheiten, spontane Eingebungen oder mangelnde Weitsicht (vgl. Naidoo/Wills 2004, S. 233; zur Kritik an diesem Modell vgl. auch Susenbeth 2000, Abschnitt 1.2.1).

Theorie des rationalen Handelns und des geplanten Verhaltens

22

Die Theorie des rationalen Handelns (Theory of Reasoned Action) und die Theorie des geplanten Verhaltens (Theory of Planned Behavior), eine Weiterentwicklung der Theorie des rationalen Handelns, betonen gegenüber dem Health-Belief-Modell die Bedeutung sozialer Faktoren: Menschliches Verhalten sei von zwei Variablen abhängig, zum einen von den Einstellungen, d. h. den Ansichten über die Folgen des Verhaltens und der Bewertung der positiven und negativen Aspekte der Verhaltensänderung, zum anderen von den subjektiven Einschätzungen der bestehenden sozialen Normen, d. h., was „wichtige Andere“ (significant others) tun und erwarten und inwieweit man diese Normen erfüllen und so sein möchte wie diese „wichtigen Anderen“ (vgl. Naidoo/Wills 2004, S. 225 ff.). Damit geraten Faktoren wie die Rolle von Vorbildern und Peers, gesellschaftliche Normen und Normen des sozialen Umfelds, wahrgenommener oder vermuteter sozialer Druck oder das Selbstwertgefühl in den Blick. Die Theorie des geplanten Verhaltens berücksichtigt darüber hinaus, dass menschliches Verhalten „eine Konsequenz der wahrgenommenen Kontrolle über [das] Leben“ ist, die auch biografisch bedingt sei (vgl. a.a.O., S. 227). Unterschieden wird dabei zwischen interner Verhaltenskontrolle (= der Grad, bis zu dem der Einzelne sich für seine Gesundheit verantwortlich fühlt) und externer Verhaltenskontrolle (= die Überzeugung oder das Gefühl, dass der Zufall, das Schicksal, Glück oder andere Mächte bzw. „mächtige Andere“ das Handeln beeinflussen).

Abgesehen von sonstiger Kritik an diesem Modell (vgl. z. B. Naidoo/Wills 2004, S. 225 ff.) ist auch mit Blick auf den Gegenstand der vorliegenden Untersuchung

der Einwand angebracht, dass „jugendliches Gesundheitsverhalten kaum oder gar nicht aufgrund gesundheitsbezogener Wissensbestände und Einstellungen vorhersagbar ist und die Entstehung gesundheitsbezogener Einstellungen nicht erklärt wird“ (Mittag 2002, S. 214).

Modell des Problemverhaltens/Anforderungs-Ressourcen-Modell

Das Modell des Problemverhaltens unterscheidet zwischen den Bereichen Persönlichkeit, Umwelt und Verhalten und erklärt das Verhalten – ob gesundheitsförderlich oder riskant – mit dem Wechselspiel der Systembereiche bzw. verschiedener Risiko- und Schutzfaktoren: „Auf individueller Ebene sind dies z. B. Selbstkonzeptmerkmale, Selbstwertgefühl, Kompetenzerwartungen, bestimmte Bewältigungsstrategien sowie Stress und emotionale Befindlichkeiten. Auf der sozialen Ebene haben z. B. die wahrgenommene soziale Unterstützung, soziale Bindungs- und Klimavariablen sowie Gruppennormen und Gruppendruck eine zentrale Bedeutung. Auf der Ebene umweltbezogener Faktoren handelt es sich um Wohnumfeldmerkmale wie die Verbreitung von Arbeitslosigkeit, Kriminalität und Substanzgebrauch sowie gesellschaftliche Wert- und Normvorstellungen und Medieneinflüsse“ (Mittag 2002, S. 215).

Bestimmte Bewältigungsstrategien und andere Faktoren können je nach Ausprägung sowohl Risiko- als auch Schutzfaktoren sein; dies galt es sowohl bei der Durchführung als auch bei der Auswertung der Interviews zu berücksichtigen, ebenso wie die komplexen Wechselbeziehungen zwischen diesen Faktoren: Negative Einflüsse bestimmter Risikofaktoren (z. B. schwaches Selbstwertgefühl) können durch positive Auswirkungen von Schutzfaktoren (z. B. soziale Unterstützung) aufgehoben oder gemildert werden (Puffer-Effekte). Auf der anderen Seite können aber auch negative Synergie-Effekte auftreten, z. B. dann, wenn negative Lebensereignisse und fehlangepasste Bewältigungsstile zusammentreffen (vgl. ebd.). Von Bedeutung ist, wie es den Individuen gelingt, bestimmte Belastungs- und Entlastungsfaktoren auszubalancieren.

Dieser Zusammenhang lässt sich in einem Anforderungs-Ressourcen-Modell abbilden, wonach der jeweilige Gesundheitszustand davon abhängt, wie es dem Individuum mit Hilfe der ihm zur Verfügung stehenden Ressourcen gelingt, externe (z. B. aus der beruflichen oder sozialen Umwelt) und interne (z. B. Bedürfnisse wie Schlaf, Sexualität, Selbstverwirklichung usw.) Anforderungen und Herausforderungen so auszubalancieren bzw. zu bewältigen, dass es sich wohl fühlt. Gelingt das weniger bzw. gar nicht, ist mit einer Beeinträchtigung der seelischen und körperlichen Gesundheit zu rechnen (vgl. Becker 2003, S. 13 f.). Der ressourcentheoretische Ansatz geht davon aus, dass an Menschen

im Verlaufe ihrer Biografie sowohl langfristig als auch situativ immer wieder (neue) Anforderungen gestellt werden, die es zu bewältigen gilt. Als „salutogene“, also gesundheitsförderliche Ressourcen gelten dabei u. a. als positiv empfundene soziale Beziehungen und Netzwerke, die Gewissheit, die eigene Situation steuern, verändern oder beeinflussen zu können (Berechenbarkeit), sowie positive bzw. als hilfreich empfundene Rückmeldungen (Zuwendung) aus der Umwelt (vgl. Badura 2004). Unterschieden wird zwischen internen bzw. psychischen Ressourcen (etwa die vorhandenen Fähigkeiten, Kompetenzen, Selbstwirksamkeitsüberzeugungen oder bestimmte Persönlichkeitseigenschaften) und externen Ressourcen (soziale Unterstützungssysteme, Beziehungen, Vergemeinschaftungen, das soziale Ansehen, aber auch die berufliche und materielle Integration sowie gesellschaftliche und ökologische Verhältnisse). Die körperliche Gesamtverfassung ist in diesem Sinne auch eine physische Ressource (vgl. Becker 2003, S. 14).

Eine weitere Widerstandsressource möchte ich in diesem Zusammenhang ergänzen, und zwar das von Antonovsky (1997; zuerst: 1987) eingeführte Konzept des Kohärenzinns als „Grundorientierung, die das Ausmaß eines umfassenden, dauerhaften und gleichzeitig dynamischen Vertrauens darin ausdrückt, dass a) die Stimuli aus der äußeren und inneren Umgebung im Laufe des Lebens strukturiert, vorhersehbar und erklärbar sind, b) die Ressourcen verfügbar sind, um den durch die Stimuli gestellten Anforderungen gerecht zu werden, und c) diese Anforderungen Herausforderungen sind, die ein inneres und äußeres Engagement lohnen“ (Waller 2002, S. 22).

Optimistische Fehlschlüsse und Risikostereotypen

Wichtige Elemente des Modells gesundheitlicher Überzeugungen (siehe S. 21) sind die subjektiv wahrgenommene Verletzlichkeit (Empfänglichkeit/Vulnerabilität⁵) und die Einschätzung des Schweregrades der Krankheit oder der Krankheitsfolgen. Dabei können Schutzillusionen bzw. „optimistische Fehlschlüsse“ eine wichtige Rolle spielen: „Wenn es darum geht, die persönliche Wahrscheinlichkeit für das Eintreffen einer Gefahr anzugeben, dann unterschätzt man sie leicht, indem man glaubt, man sei weniger verwundbar als andere Leute“ (Schwarzer 1996, S. 71). Solche Fehlschlüsse können kognitive oder motivationale Ursachen haben, sie können z. B. auf falschen oder unzureichenden Informationen beruhen, auf „Angsttendenzen“ oder auf dem „Bedürfnis nach Selbstwertschutz“, sie können mit einer fatalistischen Haltung korrespondieren oder auf der (vermeintlichen) Ferne einer Krankheit oder Bedrohung zur eigenen Lebenswelt beruhen. Mit der Unterschätzung von Risiken geht auch die Unterschätzung der

⁵ Vulnerabilität kann definiert werden als „Risiko eines Individuums, eine bestimmte Krankheit im Verlauf einer definierten Zeitperiode zu bekommen“ (Jeffrey 1997, S. 126).

eigenen Verletzbarkeit einher. Da selbstschützendes bzw. präventives Handeln aber gerade auch durch das Erleben von Bedrohung und Verletzbarkeit sowie durch die Überzeugung von der Wirksamkeit von Gegenmaßnahmen veranlasst wird, stellt sich im Rahmen der Prävention die Frage, „unter welchen Bedingungen der optimistische Fehlschluss reduziert und angemessenes Vorsorgeverhalten ausgelöst werden kann“ (Schwarzer 1996, S. 72).

Werden objektive Risiken heruntergespielt, spricht man auch von „defensivem Optimismus“. Im Hinblick auf HIV und Aids tendieren z. B. selbst Mitglieder besonders betroffener Gruppen dazu, das eigene Infektionsrisiko zu unterschätzen und anzunehmen, dass andere Mitglieder der Gruppe – aus welchen Gründen auch immer – verwundbarer seien als sie selbst (vgl. Schwarzer 1996, S. 236). Ob „Unverwundbarkeitsillusionen“ (vgl. z. B. Pant 2003, S. 273) bei Jugendlichen gehäuft anzutreffen sind, wie einige Entwicklungspsycholog(inn)en meinen, erscheint fraglich; Annemarie Rettenwander zumindest kommt aufgrund ihrer Literaturanalyse zum „Risikoverhalten Jugendlicher“ (Rettenwander 2003) zu folgendem Ergebnis: „Generell muss man wohl in Frage stellen, ob Jugendliche tatsächlich in höherem Maße als Erwachsene dazu neigen, sich als unverwundbar anzusehen.“ Sie verweist auf eine Studie von Quadrel, Fischhoff und Davis aus dem Jahre 1993, der zufolge „zwischen Jugendlichen und Erwachsenen kein deutlicher Unterschied hinsichtlich der Einschätzung ihrer eigenen Unverwundbarkeit“ bestehe (a.a.O., S. 15).

Die Psychologin Britta Renner und der Psychologe André Hahn, die sich im Rahmen einer Studie mit 72 Raucher(inne)n, 39 Ex-Raucher(inne)n und 40 Nichtraucher(inne)n mit optimistischen Fehlschlüssen beschäftigten, kamen aufgrund einer Literaturanalyse zu dem Fazit, dass „der optimistische Fehlschluss insbesondere bei subjektiv kontrollierbaren, verhaltensabhängigen Ereignissen“ auftrete und dass Menschen über „implizite Risikofaktoretheorien [verfügen], die vermutlich stereotype Vorstellungen über besonders gefährdete Personen, die sog. Risikostereotype, enthalten“. Die Einschätzung der eigenen Vulnerabilität erfolge aufgrund eines Vergleichs des eigenen Risikoverhaltens mit dem Verhalten eines solchen Risikostereotyps (vgl. Renner/Hahn 1996, S. 223). Die Autoren zitieren in diesem Zusammenhang auch eine Studie von Moore und Rosenthal (1991), der zufolge „die von ihnen Befragten ihr Aids-Risiko umso geringer einschätzten, je klarer ihre stereotype Vorstellung über ein Aids-Opfer war“ (ebd.). Inwieweit dies auf die im Rahmen der vorliegenden Erhebung befragten HIV-positiven Männer zutrifft, wird herauszuarbeiten sein; authentische Aussagen zu solchen optimistischen Fehlschlüssen ließen sich möglicherweise in der Prävention aufgreifen.

„Risikofaktor Liebe“

Die vom Sozialwissenschaftler Michael Bochow regelmäßig durchgeführten Befragungen zum Sexualverhalten von Männern, die Sex mit Männern haben (vgl. oben, S. 17), belegen, dass die Beziehung zum Sexualpartner – ob es sich um einen festen Partner handelt oder nicht – sowie die Art (monogam oder „offen“) und Dauer der Beziehung wichtige Faktoren für die Häufigkeit und die Art von HIV-Risikokontakten bei MSM und damit ein wichtiger epidemiologischer Faktor sind:⁶ „Der Anteil der Befragten mit mindestens einem Risikokontakt in den zwölf Monaten vor der Erhebung war bei Männern in festen Beziehungen genauso hoch wie bei Männern ohne festen Partner. Innerhalb fester Beziehungen kommen Risikokontakte (ungeschützter Analverkehr jeden Monat/jede Woche) jedoch *deutlich öfter* vor als außerhalb fester Beziehungen, vor allem mit Partnern mit unbekanntem Serostatus“ (Bochow/Wright/Lange 2004, S. 150 [Hervorhebungen: Dirk Sander]; vgl. a.a.O., S. 35). Weiter schreiben die Autoren: „Die Habitualisierung des Kondomgebrauchs ist abhängig von der Dauer der festen Beziehung: je länger die Beziehung dauert, umso eher wird auf das Kondom verzichtet“ (a.a.O., S. 36).

26

Zur Erklärung dieser Befunde wird eine besondere Psychodynamik von (realen oder imaginierten)⁷ Liebesbeziehungen unterstellt: Die „Idealisierung des geliebten Objekts“, so der Sexualwissenschaftler Martin Dannecker, könne es den Partnern erschweren, jenen „Realitätsbezug zur eigenen Sexualgeschichte und der Sexualgeschichte des geliebten Objekts aufrechtzuerhalten, der von der Logik der Aids-Prävention verlangt wird“ (Dannecker 1996, S. 336). Bei Paaren komme zu der auch bei flüchtigen Kontakten gegebenen Einschränkung des sexuellen Erlebens durch die Verwendung von Kondomen eine unbewusst unterlegte Bedrohung der Paarbeziehung hinzu (vgl. Susenbeth 2000, Abschnitt 1.2.3). Dabei spielen Michael Bochow zufolge neben unterschiedlichen Präferenzen und psychischen Besetzungen von Sexualpraktiken auch unterschiedliche emotionale Bedürfnisse eine Rolle: „Männer mit starken symbiotischen Bedürfnissen haben größere Probleme, ein konsequentes Risikomanagement durchzuführen, als Männer, die auch in Liebesdingen ihre Partner etwas auf Distanz halten“ (Bochow 1996, S. 45).

Im Hintergrund dieser Überlegungen steht das so genannte romantische Liebesideal als „das gegenwärtig dominierende, auf sozialen Konventionen beruhende kulturelle Deutungsmuster von Intimität“, das „Idealformen für angemessenes Verhalten“ vorzeichne und „dem Individuum einen Rahmen für die Interpretation intimer Situationen“ biete (Gerhards/Schmidt 1991, S. 15). Es sei

⁶ Dies umso mehr, als „serielle Monogamie das gegenwärtig dominierende Modell darstellt, nach dem Partnerschaften gegründet und wieder aufgelöst werden“, wie es Ralph Susenbeth formulierte (Susenbeth 2000, Abschnitt 1.2.3).

⁷ Die im Folgenden geschilderten Dynamiken können, so Martin Dannecker, auch in flüchtigen Begegnungen vorkommen, zu denen Liebe als Möglichkeit phantasiert oder gewünscht wird (vgl. Susenbeth 2000, Abschnitt 1.2.3).

unter anderem dadurch gekennzeichnet, dass „(1) Sexualität und Liebe eine Einheit bilden, d. h., Sexualität eine Beweisfunktion für Liebe zukommt, (2) die Liebesbeziehung einen für die Lebenserfüllung und Identitätsbildung im Vergleich zu anderen Lebensbereichen herausragenden Stellenwert besitzt, (3) auf Grundlage wechselseitigen Vertrauens und Verstehens das eigene Handeln auf die Bedürfnisse des anderen ausgerichtet ist, (4) die intime Beziehung einzigartig ist, d. h., keine gleichwertige Beziehung zu einem anderen Menschen bestehen kann und die Partner/innen einander treu sind“ (ebd.). Der Kondomgebrauch innerhalb solcher Beziehungen könne „die Illusion der Einzigartigkeit der Beziehung durch die Möglichkeit der Existenz anderer Partner“ zerstören (a.a.O., S. 64), außerdem verhindere es als reale und mehr noch symbolische Grenze das Einswerden zweier Körper.

Die Befragung

Untersuchungsgruppe

Ausgehend von den Vorüberlegungen sollte sich die Untersuchungsgruppe aus möglichst jungen HIV-positiven MSM zusammensetzen, die sich nach der Einführung der Kombinationstherapien infiziert haben. Zur Gewinnung solcher Interviewpartner wurden zunächst alle Aidshilfen in Deutschland sowie das Schwule Netzwerk NRW und der Lesben- und Schwulenverband in Deutschland⁸ mit der Bitte angeschrieben, in ihren Institutionen in Frage kommende Personen auf die Befragung hinzuweisen bzw. dem Interviewer entsprechende Kontakte zu vermitteln. Auf diesem Weg kam allerdings nur ein Interview zustande. Erfolgreicher waren Kontakte zu Gruppen junger HIV-Positiver, die sich in einigen Ballungsräumen unter dem Namen „20+pos“ treffen⁹; auf diese Weise konnten zehn Interviews realisiert werden. Eine Anzeige in der „position!“, der Zeitschrift des Netzwerks Plus, sowie auf der Homepage des Netzwerks¹⁰ führte zu einem Selbstmelder-Interview. Über die regelmäßig im Tagungshaus der Akademie Waldschlösschen stattfindenden „Positiventreffen“ kam leider kein Kontakt zustande.

⁸ Nähere Informationen unter www.schwul-nrw.de bzw. www.lsvd.de.

⁹ Nähere Informationen unter www.twentypluspos.de.

¹⁰ www.netzwerkplus.aidshilfe.de

Als weitere Möglichkeit der Kontaktaufnahme wurde das Internet genutzt, und zwar insbesondere ein unter MSM beliebtes Kontakt- und Kommunikationsportal.¹¹ Für dieses Portal legte der Interviewer ein Profil an, in dem er auf das Projekt aufmerksam machte und die anderen Nutzer auf die Möglichkeit hinwies, sich bei den Mitarbeitern der Deutschen AIDS-Hilfe rückzuversichern; auf der Plattform sprach er dann gezielt Nutzer an, die sich in ihrem Profil als HIV-positiv zu erkennen gaben. Über dieses Portal kamen fünf Interviews zustande, über Anzeigen auf weiteren Internetplattformen zwei weitere.

Insgesamt wurden Interviews mit 21 MSM aus großen und kleinen Städten geführt, die über die Aidshilfen (1 Interview), über Internetplattformen (7 Interviews), über 20+pos-Gruppen (10 Interviews), über das Positiven-Selbsthilfenetzwerk Netzwerk plus (1 Interview) und einen eigenen Kontakt des Interviewers (1 Interview) rekrutiert wurden; hinzu kam ein „Schneeball-Interview“. Sieben Personen aus der Untersuchungsgruppe hatten einen Migrationshintergrund.

Vergleichsgruppe

Um die Ergebnisse der Erhebung unter jüngeren HIV-positiven MSM besser einordnen zu können, wurden Interviews mit jüngeren MSM herangezogen, die ich im gleichen Zeitraum zwecks Vorbereitung einer neuen DAH-Broschüre zum Thema Coming-out führte. Die Interviewpartner wurden über schwule Jugendgruppen bzw. über Coming-out-Gruppen in Berlin sowie in einem kleineren Ort in Norddeutschland rekrutiert. Zwar konnten diese Interviews aus forschungsökonomischen Gründen nicht in der gleichen Tiefe geführt und nicht mit dem gleichen Auswertungsaufwand behandelt werden, doch zeigt ein Vergleich mit den Ergebnissen aus der Untersuchungsgruppe einige deutliche Unterschiede, auf die im Ergebnisteil näher eingegangen wird (siehe unten, S. 84).

Exkurs: Direkte Ansprache von MSM im Internet zu Präventionszwecken

Die Gewinnung von MSM-Interviewpartnern im Internet erwies sich als schwierig. Kontakte wurden häufig wieder abgebrochen, manche Reaktionen auf die direkte Ansprache empfand der Verfasser auch als aggressiv. Als Begründungen für die Ablehnung des Interviewwunsches wurden unter anderem genannt:

- » Distanz zur empirischen Sozialforschung im Allgemeinen
- » schlechte Erfahrungen mit der Aidshilfe (bei einigen diffus, bei einigen mit dem Hinweis auf konkrete Mitarbeiter)
- » Engagement in der katholischen Kirche und Angst vor Aufdeckung der Identität
- » keine oder nur wenig Zeit
- » „Habe zurzeit ganz andere Probleme.“
- » „Bin nicht HIV-positiv.“

In der Regel dauerte es nach der ersten Kontaktaufnahme eine gewisse Zeit, bis ein Vertrauensverhältnis aufgebaut war (zunächst über den Austausch von kurzen Meldungen auf den jeweiligen Internetplattformen, dann über E-Mails, später telefonisch) und schließlich ein Interviewtermin verabredet werden konnte. Immer wieder brachen Zielpersonen aber schon vor der Verabredung eines Interviewtermins den Kontakt ab, und selbst bereits vereinbarte Termine wurden nicht eingehalten – was umso ärgerlicher war, wenn der Interviewer dafür eine weite Anreise auf sich genommen hatte.

Diese Erfahrungen deuten darauf hin, dass die entsprechenden Internetplattformen besondere Schutzräume bieten und dass dieser Schutz für die angesprochenen Personen einen hohen Wert hat; das oben erwähnte Kontakt- und Kommunikationsportal z. B. bietet die Möglichkeit, so genannte geschlossene Clubs einzurichten, denen man nur auf Antrag und nur nach Genehmigung des jeweiligen Administrators beitreten kann und denen man nur so lange angehört, wie man sich an die Regeln des Clubs hält. Wichtig für jeden, der solche Plattformen oder Schutzräume mit dem Ziel betritt, Prävention zu betreiben, ist daher ein äußerst behutsames Vorgehen; so muss er oder sie sich z. B. bewusst sein, dass Kontaktpersonen einen gewissen „Rechtfertigungsdruck“ gegenüber Präventionist(inn)en empfinden könnten.

Erhebungsmethode

Für die vorliegende Erhebung wurden leitfadengestützte biografisch-narrative Interviews durchgeführt und ausgewertet, da sie aufgrund ihrer Offenheit die Möglichkeit bieten, schon vorhandene Annahmen und Erklärungsmuster zu modifizieren oder zu präzisieren und zusätzlich bisher unbekannte Hintergründe und Zusammenhänge aufzudecken (zur Methode der narrativen Interviews vgl. Schütze 1976); insofern sind narrative Interviews nicht nur für die Überprüfung von Hypothesen und Theorien wichtig, sondern auch für deren Entwicklung. Im Folgenden einige Ausführungen zu dieser Methode und ihrer Anwendung im Rahmen dieser qualitativen Studie.

Biografisch orientierte narrative Interviews

In biografisch orientierten narrativen Interviews werden die Befragten dazu animiert, dem (fremden) Interviewer oder der (fremden) Interviewerin über Ereignisse, Prozesse und Strukturbedingungen ihrer Biografie zu berichten. Ausgehend von einer Einleitungsfrage, die ein biografisch einschneidendes bzw. relevantes Erlebnis thematisiert, das deshalb erwartungsgemäß noch gut zu erinnern ist (z. B.: „Wie war das damals, als du von deiner HIV-Infektion erfahren hast?“), verwickeln sich die Befragten idealerweise in drei „Erzählzwänge“: Da sie erstens ihre Bereit-

schaft zum Interview erklärt haben, werden sie danach trachten, dem Interviewer ihre „Geschichte“ im Rahmen einer zusammenhängenden, verständlichen und im Ablauf logischen Erzählung bis zum Ende mitzuteilen (Gestaltschließungszwang). Aufgrund der Kürze der zur Verfügung stehenden Zeit werden sich die Befragten zweitens auf das Wesentliche konzentrieren (Kondensierungszwang). Haben die Befragten erst einmal bestimmte Zusammenhänge angesprochen, werden sie sich in der Regel drittens dazu aufgefordert fühlen, das Geschehene im Detail plausibel und fortlaufend zu erzählen und sich am tatsächlichen Ablauf zu orientieren (Detaillierungszwang; zu den „Erzählzwängen“ vgl. Schütze 1976, S. 224 f.). Ein Leitfaden dient dabei lediglich als „Hintergrundfolie“ eines solchen Gesprächs (Kade 1983, S. 179) und strukturiert nicht den Interviewverlauf.

Aufgrund der genannten „Erzählzwänge“ werden die Befragten dabei auch über Ereignisse und Handlungsorientierungen sprechen, über die sie „aus Schuld- bzw. Schambewusstsein oder aufgrund bestimmter Interessenverflechtungen in normalen Gesprächen und konventionellen Interviews ... zu schweigen [vorziehen], zum anderen halten während des Erzählflusses alle „narrativen Stegreif-Aufbereitungen eigenerlebter Erfahrungen das System der Indexikalitäten, das für die berichteten aktuellen Handlungen relevant war, nicht nur prinzipiell durch, sondern bringen es noch deutlicher zum Ausdruck, als das in der faktischen Handlung möglich ist“ (Schütze 1976, S. 225). Die Befragten heben also das hervor, was sie selbst für relevant halten, und versuchen, das Erlebte bzw. ihr Verhalten zu erklären und in bestimmte plausible Handlungszusammenhänge und Erklärungsmuster einzuordnen.

Für die vorliegende Erhebung wurden die Interviewten gebeten, zunächst einmal ihre Biografie bis zum Coming-out zu rekonstruieren („Wenn du dich noch mal zurückerinnerst: Wo bist du aufgewachsen? Eltern, Geschwister, Schule – erzähl doch einfach mal so!“); im Anschluss wurden sie aufgefordert, zu berichten, wie es ihnen bei der Mitteilung ihres positiven HIV-Testergebnisses ergangen war. In allen Phasen des Interviews dienten Nachfragen dazu, angesprochene Aspekte zu vertiefen bzw. bisher nicht angesprochene Aspekte und Themen einzubringen.

Auswertung der Interviews

Allgemein anerkannte Kriterien für Auswertung und Interpretation von narrativen Interviews fehlen bisher. Umso wichtiger ist es, die jeweils gewählten Erhebungs- und Auswertungsmethoden und -kriterien transparent zu machen, um Ergebnisse einordnen und einschätzen zu können (vgl. z. B. Kohli 1978, S. 4); die Gültigkeit bzw. Zuverlässigkeit der Ergebnisse der vorliegenden Erhebung, die mit relativ geringen Ressourcen durchgeführt wurde, muss sich letztlich an schon

vorhandenen oder im weiteren Forschungsprozess folgenden Resultaten messen lassen.

Die Vorannahmen und Hypothesen, der Prozess der Interviewpartnergewinnung, die Zusammensetzung des Samples sowie die Vorgehensweise bei der Durchführung der Interviews sind oben bereits dargestellt worden. Die Auswertung der Interviews gestaltete sich wie folgt: Zunächst wurden die Interviews mit den jungen positiven Männern komplett verschriftlicht und pseudonymisiert bzw. anonymisiert (Namen, Orte); anschließend wurde eine kurze Zusammenfassung angefertigt, die auch schon wichtige Daten aus dem Lebenslauf beinhaltete. Darüber hinaus wurden unmittelbar nach dem Interview Notizen zur Gesprächsatmosphäre und zu nichtsprachlichen Äußerungen festgehalten, die dem Interviewer in Erinnerung geblieben waren.

In einer zweiten Phase wurden beim wiederholten Lesen solche Interviewstellen markiert, die im Hinblick auf die Gesamtbiografie als essenzielle Erzählsequenzen aufgefasst wurden (das konnten sowohl Themen aus dem Leitfaden sein, die mit Softwareunterstützung im Text hervorgehoben wurden, als auch neue, nicht erwartete Themen und Zusammenhänge).

In einem weiteren Schritt wurden die Erzählungen beim nochmaligen Lesen auf „Stimmigkeit“ bzw. Widersprüche und Diskontinuitäten geprüft; so wurde z. B. darauf geachtet, ob die Interviewten an bestimmten Stellen ihre Erzählstränge verließen, das Thema wechselten oder „unangenehme“ Themen zu umgehen versuchten und ob es an anderen Stellen in den Interviews klare oder „verschlüsselte“ Hinweise gab, die dafür Erklärungsmöglichkeiten boten. In einem letzten Schritt schließlich wurden die wichtigsten Textpassagen den Kategorien des sich aus der Auswertung ergebenden „neuen“, modifizierten Leitfadens zugeordnet, und für jedes Interview wurde eine Zusammenfassung mit den relevanten Einzelthemen angefertigt.

Im Rahmen dieses Auswertungsprozesses kristallisierten sich bestimmte Themenbereiche heraus, die für mehrere Interviews relevant zu sein schienen, aber auch individuelle Besonderheiten und Abweichungen. Gemeinsamkeiten bzw. spezifische wiederkehrende Muster oder essenzielle Zusammenhänge wurden so weit abstrahiert, dass typische Verläufe oder Handlungstypen hervortraten, die bei der Darstellung der Ergebnisse zusammen mit typischen und anschaulichen Interviewsequenzen vorgestellt werden, um den Leserinnen und Lesern die Möglichkeit zu geben, die angebotenen Interpretationen überprüfen zu können. Einige der Interviews sind zudem von Michael Klinkebiel, einem befreundeten Soziologen, gelesen worden. Mit ihm habe ich auch meine Analysen und Interpretationen diskutiert, um mittels dieser intersubjektiven Überprüfung die innere Schlüssigkeit und Stimmigkeit der Ergebnisse zu erhöhen; die externe Reliabilität muss sich – wie oben gesagt – noch erweisen.



Empirische Ergebnisse

33

Ergebnisse aus der Befragung jüngerer HIV-positiver MSM

Die Befragten waren bis auf eine Ausnahme gut über die Übertragungswege von HIV informiert; schon nach den ersten Interviews wurde deutlich, dass ihre HIV-Infektionen nicht auf Informationsdefizite zurückzuführen waren, sondern zur Erklärung eher milieuspezifische Faktoren und ihre Sozialisationserfahrungen herangezogen werden müssen. Dies bestätigte sich in den weiteren Interviews; in der Gesamtsicht kann ein Teil der Biografien der Befragten mit dem Begriff „vulnerable Karriere“ beschrieben werden, an deren vorläufigem Ende die HIV-Infektion steht. Der Begriff der „vulnerablen Karriere“, der sich an Prägungen wie „Drogenkarriere“, „Suchtkarriere“ oder „kriminelle Karriere“ anlehnt, ist hier keinesfalls zynisch gemeint, sondern soll verdeutlichen, dass es sich um ein biografisches Muster handelt, das durch aufeinander folgende oder gleichzeitige Belastungen und deren Bewältigung bzw. Bewältigungsversuche gekennzeichnet ist; von daher könnte man auch von „biografischer Vulnerabilität“ sprechen. Im Material repräsentiert sich dieses Muster durch eine Vielzahl von kritischen stressinduzierenden Lebensereignissen und -verhältnissen wie dem Tod der

Eltern oder eines Elternteils, Vernachlässigung, Gewalterfahrungen oder Alkoholismus eines Elternteils. Einige Interviewte hatten auch Erfahrungen mit „Fremdbetreuung“ z. B. in Heimen oder Pflegefamilien; besondere Zuwendung, Wertschätzung und Förderung haben sie aufgrund der Schwächen in ihren sozialen Netzwerken kaum erfahren (vgl. Bochow 1997, S. 110). Mit Blick auf den theoretischen Bezugsrahmen ist dabei zu betonen, dass es sich bei den geschilderten Kontexten nicht nur um „objektive Tatbestände“ handelt, sondern dass auch die Befragten selbst ihnen zentrale Bedeutung für ihren Lebensweg beimessen: Sie empfanden die Qualität der sozialen Beziehungen und Netzwerke als schlecht, ihnen fehlte die Gewissheit, die eigene Situation steuern bzw. beeinflussen zu können, positive und als hilfreich empfundene Rückmeldungen aus der Umwelt gab es wenig.

Diese Biografien, die ich als „vulnerable Karrieren“ bezeichnet habe (siehe unten, S. 35 ff.), zeichnen sich auch durch schwierige Identitätsfindungsprozesse im Coming-out aus. Einigen Befragten aus dieser Teilgruppe ist es bis heute nicht gelungen, ein positives Selbstbild bzw. Selbstbewusstsein und Selbstwertgefühl zu entwickeln. Hintergrund sind verschiedene, sich teilweise überlagernde Ausgrenzungserfahrungen: Da ist zum einen die „Abwehr von Unmännlichkeit“, die dem prähomosexuellen Kind oder Jugendlichen begegnet und ihm das Gefühl vermittelt, „anders“ zu sein (vgl. Bochow 2005, S. 68), was Martin Dannecker wie folgt beschreibt: „Referenz für ihr Gefühl des Andersseins ist das jeweils geläufige Stereotyp von Jungenhaftigkeit. Folglich wird dieses Gefühl an ganz handfesten Differenzen zwischen dem Verhalten gleichaltriger Geschlechtsgenossen und ihrem eigenen Verhalten im Kindes- oder frühen Jugendalter festgemacht. Während jene vergnügt mit ihren Vätern oder anderen Jungen Fußball spielten, ihrem Vater begeistert bei irgendwelchen im Haus anfallenden Reparaturarbeiten halfen, mit anderen Jungen rauften oder grob mit ihnen umgingen, hielt sich der werdende Homosexuelle aus solchen Aktivitäten möglichst heraus. Diese gleichsam negative Referenz zu den kulturellen Manifestationen von Männlichkeit wird nicht selten von einer positiven Referenz zu den kulturellen Manifestationen von Weiblichkeit ergänzt“ (Dannecker 1997b, S. 153 f.). Diese weiblicheren Verhaltensweisen, so Michael Bochow, lösten „bei den allermeisten Vätern Unbehagen, nicht selten weitaus härtere, z. T. gewalttätige Reaktionen aus“ (Bochow 2005, S. 69) – gewiss keine guten Voraussetzungen für die Ausbildung einer positiven homosexuellen Identität. Einige Befragte waren darüber hinaus als Kinder übergewichtig und wurden sowohl von ihren Peers als auch im Elternhaus abgelehnt, andere berichteten von Tendenzen zu innerer Isolation, von Depressionen, Alkoholismus, Selbstverletzungen und Suizidgedanken, die letztlich sogar das HIV-Infektionsgeschehen mit begründen können. Auch Dauerbelastungen wie hoher Erwartungsdruck aus dem Elternhaus, eine „Normalbiografie“

zu entwickeln und beruflich erfolgreich zu sein, stehen der Entwicklung saluto-
gener Potenziale entgegen.

Etwas anders stellen sich die biografischen Hintergründe der HIV-Infektion bei den befragten MSM mit Migrationshintergrund dar: In der Gesamtsicht haben sie ein höheres Bildungsniveau und höhere Ausbildungsabschlüsse, und erste sexuelle Erfahrungen mit Männern haben sie im Durchschnitt später, zum Teil erst mit Beginn des Studiums (auch wenn ihr Coming-out zu Beginn der Pubertät stattfand). Dennoch berichteten auch Befragte mit Migrationshintergrund über Ausgrenzungserfahrungen in der Kindheit, und zwar sowohl durch ihre Eltern als auch in der Gleichaltrigengruppe. Besonders belastend waren für viele die Erfahrungen im Zusammenhang mit ihrem Coming-out, d. h. mit dem Konflikt zwischen dem Respekt vor ihren Eltern und dem Wunsch, einen „anerkannten“ schwulen Lebensstil zu führen.

„Vulnerable Karrieren“: problematische Biografien als Hintergrundfolien von HIV-Infektionen

Durch die biografisch orientierte Eingangsfrage aufgefordert, erzählten mir die Interviewten ihre Geschichten, die mich nicht nur durch die teils drastischen Schilderungen ihrer Sozialisationsumwelten beeindruckten, sondern zunehmend auch durch die überzufällige Häufung problematischer Biografien als Hintergrund der HIV-Infektion. Im Folgenden einige Beispiele:

Belastende Ereignisse und Familienkonstellationen in der frühen Lebensphase

» BENJAMIN

Benjamin ist zum Zeitpunkt des Interviews 27 Jahre alt; sein positives Testergebnis hat er fünf Jahre vorher erhalten.¹² Die leibliche Mutter des Befragten verstirbt, als er fünf Jahre alt ist. Sein Vater heiratet erneut, doch fühlt sich Benjamin von seiner Stiefmutter nicht angenommen. Als die Trennung seines Vaters von seiner zweiten Frau ansteht, übergibt der mit der Erziehung überforderte Vater ihn der Obhut einer Tante, die in einem anderen Ort lebt, und auch sein Bruder wächst nicht beim Vater auf.

Benjamin: Mit fünf Jahren ist ... meine Mutter verstorben, durch 'ne nicht entdeckte Lungenentzündung, und daraus aus den Folgen an Herzversagen. Ja, dann hat mein

¹² Interessanterweise fällt die Mitteilung des positiven Testergebnisses eng mit einer schweren Krankheit von Benjamins Vater zusammen, der zwei Monate nach der Ergebnismitteilung stirbt. Eine solche zeitliche Parallelität von belastenden Ereignissen wie z. B. einer schweren Erkrankung eines Elternteils und der HIV-Infektion bzw. Diagnose der HIV-Infektion habe ich bei mehreren Befragten festgestellt – möglicherweise ein Indiz dafür, dass in Phasen und Situationen mit großen Belastungen die Schutzmotivation (auch im sexuellen Bereich) sinken kann.

Vater noch mal neu geheiratet, die Ehe war aber nicht so prickelig, weil diese Frau selber keine Kinder hatte und jetzt zwei Kinder miterziehen sollte. Und als dann klar war, dass sie sich trennen würden, bin ich dann mit ... vierzehneinhalb zu meiner Tante nach [Ort] gezogen. Hab dann da die Schule zu Ende gemacht, wobei von vorneherein mein Vater auch klargestellt hat, dass ich die Ausbildung wieder dann in [Stadt] machen werde.

I.: Du hast die Schule in [Ort] besucht.

Benjamin: Ja. Hab dann da den Realschulabschluss gemacht.

I.: Welche Erinnerungen hast du an die Zeit damals? Als deine Mutter gestorben ist, Stiefmutter ...

Benjamin: Hm. Ja, zwiespältige, weil – ich hab sie halt am Anfang irgendwo geliebt, und, hm, diese Liebe ist halt irgendwo nicht ..., habe ich halt nicht zurückbekommen, und, ähm, na ja, erst Jahre später, auch als ich dann in [Stadt] gewohnt habe, da hat – kam dann der richtige Hass dann eigentlich durch. [...]

I.: Hm. Und Erinnerungen an deine leibliche Mutter?

Benjamin: Hab ich gar keine – also, ich kann mich zwar noch ein bisschen an den Tag erinnern, wo sie halt gestorben ist. Aber alles, was davor war?

36

>> ANDREAS

Der zum Zeitpunkt des Interviews 27 Jahre alte Andreas hat mehrere Jahre als Stricher gearbeitet und sich im Alter von 20 Jahren in einer Beziehung infiziert. Als Kleinkind wird er in der Scheidungsphase seiner Eltern zur Schwester seines Vaters gebracht, die ihn wiederholt misshandelt, worüber er ausführlich berichtet.

Andreas: [M]ein Vater hat mich ... entführt und zu meiner Tante gebracht, und die hat mich misshandelt, eingesperrt und hungern lassen, und ich bin dann rausgekommen damals, nach ein paar Monaten, und hab unter Hospitalismus gelitten, habe selbst meine Mutter nicht wiedererkannt, hab mich hinterm Sofa versteckt [...].

>> BERND

Bernd ist zum Zeitpunkt des Interviews 27 Jahre alt, seine HIV-Infektion liegt vier Jahre zurück. Er entscheidet sich im Alter von 14 Jahren, „freiwillig“ in ein Heim zu gehen, um der belastenden häuslichen Umgebung zu entgehen.

Bernd: [I]ch hab bis zu meinem 14. Lebensjahr ... zu Hause gewohnt, bei meiner Mutter und bei meinem Stiefvater, dann bin ich aber freiwillig ins Heim gegangen, weil ich ... mit dem gegebenen Familienkonstrukt ... nicht zurechtkam. [...] [M]eine Mutter hat ... extrem viel Alkohol getrunken, und mein Stiefvater, der war sehr aggressiv

Während seines Heimaufenthaltes erfährt Bernd durch einen Zufall, dass der Mann seiner Mutter nicht, wie bisher von ihm angenommen, sein biologischer Vater ist. Im Verlauf des Interviews erzählt er ausführlich über seine Recherchen, mit denen er die Hintergründe des aufgedeckten Familiengeheimnisses herauszufinden hoffte. Deutlich wird, wie sehr dieses Ereignis seine Identität erschüttert hat.

Bernd: [Ü]ber die Vergangenheit von meiner Mutter wusste ich eigentlich so gut wie gar nichts. [...] [D]a gab's nämlich auch keine Bilder, ... auch keine Familie, keine Tanten, Oma, Opa, irgendwie nichts. Da wurden mir dann so Geschichten erzählt, wie die ... alle ums Leben gekommen sind, und ... als ich kleiner war, habe ich das dann auch geglaubt.

Schließlich gelangt Bernd nach vielen Umwegen – im Zuge seiner Nachforschungen lernt er auch seine Schwester kennen, die ihm bei der weiteren Aufklärung der Familiengeschichte hilft – zu der für ihn schmerzlichen Erkenntnis, dass er das Kind einer Prostituierten und ihres Freiers ist. Die langen Interviewpassagen zu diesem Komplex machen deutlich, wie wichtig dieser Identitätsfindungsprozess für seine Lebensgeschichte ist.

Bernd: [A]lso, ich hab sie [die Schwester; D. S.] dann darum gebeten, mir das auch alles so zu sagen, und ... dann erzählte sie halt, dass, also ... meine Mutter, die hatte ... im Bordell gearbeitet, ... da hat sie auch meinen leiblichen Vater kennen gelernt, ... da bin ich auch gezeugt worden [...] Ja, und da war ich ... erst mal bedient ..., da war ja erst mal alles, was ich so 24 Jahre für mich eigentlich ... mehr oder minder akzeptiert hab, ... vollkommen überholungsbedürftig. Und ... ich hab das so hingenommen ..., und ... wir sind dann noch was trinken gegangen, und [ich] hab mir ... dann die Kante gegeben Ja, das war auch so 'ne schwere Zeit ... für mich, ... ich hatte ja knapp ein Jahr vorher ... das positive Testergebnis gekriegt, und dann hatte ich mich ... gerad' damit irgendwie abgefunden Ja, und wo ich jetzt gerad' so dachte, na jetzt geht's irgendwie, und ich hatte nach der Abendschule auch mit dem Abitur angefangen, und dann kam so was, und ..., ja, ich hab das so als gegeben hingenommen, einfach für mich. Nur – das hat mich natürlich immer weiter ... beschäftigt, und irgendwie ... hat mich das dann noch lange Zeit wirklich richtig aufgewühlt, aber ich wollte da auch nicht drüber reden, und ich wusste auch eigentlich nicht, mit wem soll ich da jetzt drüber reden, und ... ich hab mir dann auch immer selbst so suggeriert: Na ja, das schaffst du schon. Und das war eigentlich der absolute Trugschluss ..., weil, da bin ich dann irgendwie so nach und nach total abgedriftet Ja, ich hab das immer so ein bisschen zynisch ... gesehen ... : Na ja, wunderbar, Mutter Prostituierte, Vater im Knast, du im Puff gezeugt worden.

Ich habe dieses längere Zitat hier eingefügt, weil es deutlich die empfundene soziale (Des-)Integration und ein bestimmtes Konfliktbewältigungs- oder eher -verdrängungsmuster zeigt. Wie viele andere Befragte auch konnte Bernd nur wenige oder gar keine Unterstützungsressourcen mobilisieren (oder glaubte, keine Unterstützung aktivieren zu können) und versuchte deshalb, alle Probleme alleine zu lösen. Faktisch scheint kaum jemand aus der Umwelt dieser Befragten ihr individuelles Leiden bemerkt zu haben, und insgesamt scheinen sie während der Schul- und Ausbildungszeit, aber auch während des Aufenthalts in besonderen Sozialisationsinstitutionen (Heimerziehung; Pflegefamilien) wenig Unterstützung erhalten zu haben. Hier macht sich auch die „strukturelle Rücksichtslosigkeit“ (Kaufmann 1990, S. 132 f.) des Staates bzw. der staatlichen Institutionen auf der individuellen Ebene bemerkbar.

» ALBERT

Albert ist zum Zeitpunkt des Interviews 23 Jahre alt, seine HIV-Infektion liegt sechs Jahre zurück. Er hat ebenfalls als Stricher gearbeitet. Wie auch einige andere Befragte ist er nicht bei seinen leiblichen Eltern aufgewachsen. Dieser Umstand hat, so wird man annehmen dürfen, auch einen gewissen Einfluss auf die Identitätsentwicklung, insbesondere dann, wenn sich die Jugendlichen dadurch abgelehnt bzw. gekränkt fühlen. Allerdings soll hier nicht einem eindimensionalen Zusammenhang im Sinne einer „pathologischen“ Auswirkung das Wort geredet werden; auch bestimmte Kommunikationsstile und die Persönlichkeit des jeweiligen Jugendlichen sind von Bedeutung (vgl. Grob/Jaschinski 2003, S. 52).

Albert: [D]ank meiner Oma hatte ich 'ne schöne Kindheit.... Die Eltern existieren für mich eigentlich nur auf'm Papier. Na, ich sag mal so: Meinen leiblichen Vater kenn ich überhaupt nicht, der ist abgehauen – Gott, wann war 'nn das? Erster Schwangerschaftsmonat [lacht]. Und [atmet tief aus] ... Mutter, die wollte dann auch ihr Studium nicht uffgeben, da bin ich halt bei Oma wieder gelandet, die hat mich dann eigentlich uffgezogen, und – ja, den ... Stiefvater hier..., den hab ich nie als einen solchen akzeptiert.

» HANS

Auch Hans, der zum Zeitpunkt des Interviews 27 Jahre alt ist und dessen HIV-Infektion zwei Jahre zurückliegt, ist bei seinen Großeltern aufgewachsen. Er erklärt sich das damit, dass er „kein Wunschkind“ gewesen sei und „vor der Eheschließung geboren“ wurde. Warum der Kontakt zwischen ihm und seinen Eltern dem zwischen „Fremden“ gleicht, vermag Hans nicht zu sagen; ob sich dahinter möglicherweise „Familiengeheimnisse“ verbergen, muss offen bleiben. Sein Großvater verstarb 1995; seine Großmutter hat Hans offensichtlich ohne Unterstützung von außen seit seinem 18. Lebensjahr über mehrere Jahre gepflegt, bis sie verstarb.

Hans: Also, ich bin geboren in [Ort], bin allerdings aufgewachsen in [Wohnort], bei der Oma und Opa, und von Kindheit an. Der Opa ist dann gestorben '95, und die Oma ist dann gestorben vor drei Jahren. So. Die Eltern, die leben noch, aber da ist ganz, ganz wenig Kontakt, und der Bruder, der lebt auch, ja gut, es gibt auch einen Halbbruder, ja, der ist auch schwul und lebt in [Stadt].

I.: Und warum konntet ihr nicht bei den Eltern aufwachsen?

Hans: [...] Sie wollten kein Kind haben vor der Ehe, und sie heirateten dann doch später, aber sie konnten auch nicht so umgehen mit Kindern. Das kam erst später, als dann mein Bruder geboren wurde. Das war dann doch ein Wunschkind.

I.: Und du hast wenig Kontakt zu deinen leiblichen Eltern?

Hans: Also, ich ruf ab und zu mal an ... und sie auch, aber – es ist Kontakt wie zu Fremden; also, ich erzähl ihnen ... ganz selten was ... von mir, ... so oberflächliche Sachen halt ... Also, es ist kein intensiver Kontakt.

I.: Versuchen deine Mutter oder dein Vater den Kontakt zu intensivieren, und du willst das nicht, oder hat sich das so eingespielt?

Hans: Es war noch nie im Leben Kontakt großartig da. Es war immer schon so ganz oberflächlich.

Ich möchte es zunächst bei dieser Auswahl von Zitaten belassen, die belastende familiäre Ereignisse und Konstellationen in der frühen Entwicklung der befragten MSM beleuchten. Zu den Auswirkungen solcher Situationen und Verhältnisse schreibt der Erziehungswissenschaftler und Jugendforscher Klaus Hurrelmann: „Besonders bei Konstellationen von einschneidendem Gewicht, die nicht unmittelbar durch eigenes Handeln beeinflusst werden können, sind selbst Jugendliche mit hohen individuellen Bewältigungskompetenzen überfordert. Bei kritischen Lebensereignissen wie Tod eines Elternteils oder nahen Verwandten, einem schweren Unfall oder Trennung der Eltern ist Hilfe durch wichtige Bezugspersonen und Institutionen notwendig, um mit den Belastungen umgehen zu können“ (Hurrelmann 2002, S. 159 f.). Es zeigt sich aber, dass bei den hier zitierten Befragten genau solche Ressourcen zur Belastungsbewältigung nicht vorhanden waren. Nun müssen belastende Lebensereignisse und -situationen nicht per se die Kompetenzen der Kinder und Jugendlichen zur Bewältigung der damit verbundenen Anforderungen übersteigen, doch wird es schwierig, wenn es zu „negativen Synergien“ durch Anhäufung solcher Stressoren kommt: „Die kleine Gruppe der Jugendlichen, die durch eine Vielzahl von kritischen Lebensereignissen besonders belastet wird, benötigt daher ein hohes Maß an sozialer Unterstützung“, um „langfristige Konsequenzen der hohen Belastung oder Überbelastung“ zu mindern oder zu verhindern (Grob/Jaschinski 2003, S. 131). Wie verbreitet solche Belastungen gerade unter Jugendlichen mit „schwierigen“ Biografien sind, zeigte auch eine qualitative Erhebung zur Frage, wie es institutionsauffälligen Jugend-

lichen unter schwierigen Bedingungen gelingen kann, gesund zu bleiben bzw. zu werden: „Erstens waren die gesundheitlichen Belastungen dieser Altersgruppe im Allgemeinen höher als erwartet, vor allem was die psychischen und psychosomatischen Stresssymptome betrifft. Und zweitens waren sowohl die gesundheitlichen Belastungen, das Risikoverhalten als auch die psychosozialen Belastungen der von uns untersuchten Jugendhilfejugendlichen höher“ (Höfer 1999, S. 166).

Ausgrenzungserfahrungen

Die im Folgenden beschriebenen Ausgrenzungs- bzw. Stigmatisierungserfahrungen haben, so wird man postulieren können, Auswirkungen auf die Entwicklung des Selbstwertgefühls der Befragten gehabt, das wiederum im Zusammenhang mit dem präventiven Handeln eine Rolle spielt („Nur wer sich schätzt, schützt sich und andere“).

>> Nico

Nico ist 29 Jahre, als ich das Interview mit ihm führe, mit HIV hat er sich im Alter von 22 Jahren infiziert. Er fühlte sich – wie andere Befragte auch – von seinen Eltern abgelehnt.

Nico: [I]ch habe zwei Brüder, die sind acht und zehn Jahre älter; ... ich war das unerwartete Zäpfchenkind, ... das war 'ne Verhütungstechnik in den Siebzigern, wo man in die Vagina ein Zäpfchen eingeführt hat, und dann hat das geschäumt, und das sollte dann die Spermien abtöten.

>> Mick

Mick, zum Zeitpunkt des Interviews 29 Jahre alt, ist im Alter von 28 Jahren positiv getestet worden. Er berichtet über Ablehnung und Ausgrenzung durch die Peer-Group, aber auch durch seine Eltern, wobei die Gründe unter anderem in seiner Prähomosexualität (vgl. oben, S. 34) und in seinem Übergewicht gelegen haben dürften.

Mick: Also, ich war eher so der Belächelte ..., man hat mir nicht so viel zugetraut, weder geistig noch insgesamt.

I.: So in der Schule oder auch im Elternhaus?

Mick: Ich mein', es kam dazu, dass ich als Kind ... auch ziemlich dick war ... und ... als Jugendlicher auch und war daher schon immer ein bisschen ein Außenseiter und wurde – nicht so ernst genommen. [...] Also, weil ich halt auch anders war, ich war einfach anders, ja? Die ... andern spielten Fußball, und ich hörte den ganzen Tag ABBA-Schallplatten, die andern rauften draußen im Feld, ich spielte mit meinen Puppen, die andern bauten ein Baumhaus, ich baute mir 'n Barbie-Haus, ... die andern fanden's

toll zu zelten, und ich wär nirgendswo hingegangen, wo keine Steckdose mit Strom wäre.

» THOMAS 1

Ähnliche Erfahrungen wie Mick hat auch Thomas 1 gemacht, einer der Befragten mit Migrationshintergrund. Zum Zeitpunkt des Interviews ist er 24 Jahre alt, mit HIV hat er sich im Alter von 18 Jahren infiziert. Seine Eltern leben getrennt, er ist bei seinem türkischen Vater aufgewachsen.

Thomas 1: Also, von meinem Vater hab ich früher immer das Gefühl bekommen, dass ich der Arsch bin. Also, ich war ziemlich fett gewesen, da hieß es dann halt immer, was weiß ich, „Du fette Sau“ oder „Du bist viel zu fett für dein Alter“, „Das schaffst du sowieso nich“, und dann wurd' ich ziemlich schnell zum Einzelgänger, weil dadurch, dass ich halt wirklich übergewichtig war, ich dann halt auch von Klassenkameraden oder so gehänselt wurde, und deshalb war damals eigentlich so mein bester Freund das Fernsehen. Also, ich kenn glaub ich heut noch viele Folgen, die ich ... auswendig mitsprechen kann, wenn ich sie sehen würde. Also ... mein Leben bestand aus Essen, Fernsehgucken, und dann hatt' ich so zwei, drei Freunde, denen das egal war. Aber ansonsten halt relativer Einzelgänger, mein Vater hat ... nicht irgendwie versucht, mich da rauszuholen, sondern hat mich eigentlich noch immer tiefer da reingeritten, indem er halt das immer wieder bestätigt hat, wenn ich zum Beispiel versucht hab abzunehmen, ... dann halt mit einem Kommentar: „Na, wenn du meinst, dass du's versuchen musst, schaffen wirst es eh nicht.“

» ANDREAS (siehe oben, S. 36)

Die auch in vielen anderen Interviews auftauchende (subjektiv empfundene) Isolation, mangelnde Anerkennung oder Gleichgültigkeit wird auch im folgenden Zitat aus dem Interview mit dem bereits oben zitierten Andreas deutlich:

Andreas: Und das zog sich und zieht sich bis heute mein ganzes Leben durch, diese Angst, vergessen zu werden. Also ... in meiner Kindheit ..., wenn ich was ausgefressen hab, dann war das eigentlich mehr aus Angst heraus, ... man könnte mich vergessen.

I.: Also um auf dich aufmerksam zu machen.

Andreas: Genau. Und – mit allen Mitteln. Und da es ja so ist, dass man's am Anfang versucht, z. B. indem man 'ne Eins in der Schule schreibt, ... man bekommt ja normalerweise bei normalen Eltern und in einer normalen Familie, sag ich mal, eigentlich dann schon 'ne Aufmerksamkeit, „Mensch, toll“, und man ist stolz, und ... das gab's bei uns gar nicht. Das war – also meine Mutter war ... eiskalt, ... „Ja, schön gemacht“, und das war alles. So. Also, das wurde nicht besonders belohnt, aber es wurde jetzt auch keine Fünf bestraft, ... es war scheißegal.

Gewalterfahrungen und autoaggressives Verhalten

Einige der Befragten berichteten von Gewalterfahrungen, z. T. auch von Erfahrungen sexualisierter Gewalt. Die im Folgenden wiedergegebenen Interviewpassagen sollen illustrieren, wie sich solche pathogenen Sozialisationsbedingungen auswirken können, nicht zuletzt auf die sexuelle Sozialisation und das Schutzverhalten: Mangelndes Selbstwertgefühl, die damit verbundenen geringen Kompetenzerwartungen und fehlendes Durchsetzungsvermögen treten im Zusammenhang mit Erfahrungen sexualisierter Gewalt deutlicher hervor als in anderen Interviewpassagen.

>> MURAT

Murat ist zum Zeitpunkt des Interviews 22 Jahre alt und hat sich ein Jahr zuvor in einer Beziehung infiziert. Er beschreibt rückblickend, warum er auf das Kondom bzw. auf den Schutz vor einer HIV-Infektion verzichtet hat – deutlich wird seine mangelnde Durchsetzungsfähigkeit:

I.: Habt ihr nicht irgendwann in der Beziehung mal das Thema HIV angesprochen?

Murat: Doch, ich hab's angesprochen. Das ist ja das Blöde daran. „Ja“, und da wurde er sofort patzig ..., „hau ab, meinst du etwa, dass ich HIV hab? Ich hab kein HIV. Was soll das?“ War nur am Nuscheln und, äh, hat dann einen Streit verursacht, sodass gar nicht weiter darüber geredet wurde oder diskutiert wurde. Habe ich mir gedacht: „Ja, wenn er sich so dagegen sträubt, dann wird's auch nicht so sein.“ Ich mein', ich war damals 18 oder so 18, 19 gewesen, um den Dreh, da ist man halt noch ein bisschen ...

I.: Naiv?

Murat: [lacht] Ja, naiv, vielleicht.

>> Nico (siehe oben, S. 40)

An den im Folgenden wiedergegebenen Auszügen aus dem Interview mit Nico zeigt sich meines Erachtens, dass ein negatives Selbstbild bzw. fehlendes Selbstwertgefühl, geringe Kontrollüberzeugungen und Isolationstendenzen in Kombination mit kaum vorhandenen externen Ressourcen die Fähigkeit zur konstruktiven Bewältigung von (externen wie internen Anforderungen) schmälern: Nico berichtet von abwertenden Äußerungen seiner Eltern anlässlich einer Fernsehsendung über „Homosexuelle in der Großstadt“ („Meine Eltern fanden das ganz eklig, dass die das so gezeigt hatten“) und von einem hohen Erwartungsdruck bezüglich seiner privaten Zukunft: „Familie, Einfamilienhaus, Kinder“. Wertschätzung bzw. eine positive Bewertung als Schwuler erlebt er erstmals, als er bei einer Klassenfahrt in einer deutschen Metropole

eine Schwulenbar besucht:¹³ „War dann da auch ganz nett, da habe ich dann ganz viele Cocktails spendiert bekommen von dem Barkeeper und war dann zum Schluss so besoffen, dass er dann jemanden gebeten hat, mich zurück zur Jugendherberge zu bringen.“ Seine Ausbildung macht Nico in einer Mittelstadt, und zugleich versucht er, so etwas wie eine Identität als Schwuler zu entwickeln: „[[J]a, und dann habe ich da eben so meine Ausbildung gemacht und irgendwie versucht, mir 'ne Stelle zu finden eben auch, ähm, als Schwuler mir so meine Daseinsberechtigung zu suchen. – Und, ja. Hab da so die verschiedenen Formen dann durchgemacht, von Tunte bis zum Lederschwulen, und bis ich dann da – irgendwo versucht habe, so ein bisschen ein Zuhause zu finden.“

Zum Studium zieht Nico in eine Großstadt, wo er seinen ersten festen Freund kennen lernt; dieser Mann ist es auch, der Nico (wahrscheinlich) mit HIV infiziert, als er ihn vergewaltigt:

Nico: Hm, na ja, dann habe ich in [Großstadt] 'nen Mann kennen gelernt und – mich auch ganz schrecklich in den verliebt [redet stockend] – und – ja, und hatte dann 'ne ganz schreckliche Beziehung mit dem geführt, – und, – ja, – ähm, die hat dann auch sehr unglücklich geendet, – hm, und denn nach einiger Zeit hatte ich dann – wieder einen Mann kennen gelernt, und das war dann eigentlich 'ne sehr schöne Beziehung, da kam aber dann zwischenzeitlich mein positives Testergebnis dann rein, und –
I.: Ich würde gerne noch mal zurückgehen, will dich aber nicht unterbrechen. Was war denn so schrecklich an der Beziehung, dass du sagst: unglückliches Ende? Erzähl ruhig mal so ein bisschen.

Nico: Na ja, also so schrecklich an dieser Sache war, dass er sehr jähzornig war, dass er sehr gewalttätig war, dass er mich sehr häufig geschlagen hat, dass er mich verprügelt hat, dass er mich um ziemlich viel Geld betrogen hat – ja, und im Grunde genommen eigentlich so ziemlich ausgenutzt hat ... und natürlich auch sehr belogen hat, was sein'n – wie ich's dann später feststellte, was sein'n HIV-Status und was seinen – seine Treue anbelangt hat Was dann eben dann alles in der nächsten Beziehung eigentlich zu Tage trat.

¹³ Dieses Phänomen spiegelt sich auch in anderen der von mir geführten Interviews wider; so erzählt etwa Mick (siehe oben, S. 40): „Ja, also ... wenn man auf dem Land groß wird als Schwuler ... – und ich war damals schon offensichtlich schwul irgendwie, mit siebzehn, von andern erkennbar schwul –, dann bleibt natürlich Diskriminierung nicht aus, mit einer gewissen Minderwertschätzung deiner Person. Und wenn du dann auf einmal in die Schwulenszene eintauchst und auf einmal sehr viel Wertschätzung bekommst, auf einmal wirklich merkst, so was wie einen hohen Marktwert zugewiesen bekommst, dann findest du das natürlich ganz toll, also für mich war das Eintauchen in die Schwulenwelt der Moment, wo ich ... auch wirklich sagen kann, ich hab angefangen zu leben und Selbstbewusstsein zu entwickeln und so weiter.“ Und der ebenfalls bereits erwähnte Andreas (siehe S. 36), der mit 15 Jahren seiner Mutter und seinem Stiefvater mitteilt, er sei homosexuell, sich angesichts ihrer negativen Reaktionen zum Auszug entschließt und anschließend als Stricher arbeitet, erzählt: „Und da – die Freier standen Schlange. Ich war keine 16, und jeder in diesem Laden ... wollte mit mir vögeln ... – absolut jeder, und deswegen bin ich da auch fast acht Jahre aus dieser Szene nicht mehr rausgekommen, ... obwohl es mir dann natürlich bewusst war, was man da tut ..., aber ich glaube, das kann keiner nachvollziehen, der es nicht wirklich mal gemacht hat. Dieses, was man gewinnt – also es ist pervers, aber es ist einfach so. Man fühlt sich aufgehoben, so pervers das auch ist und so bescheuert das klingt, aber man hat auf einmal ein familiäres Umfeld, was einen akzeptiert.“

I.: Du hast die Beziehung beendet und jemand Neues kennen gelernt und hast dann in der neuen Beziehung erfahren, dass du dich bei deinem ehemaligen Freund infiziert hast?

Nico: Also, hm, ich kann's nur darauf zurückschließen, ich weiß es immer noch nicht, ob ich's wirklich bei ihm mir geholt hab – vermute es einfach, es spricht einfach fast alles dafür.

I.: Hm. Was spricht alles dafür?

Nico: Ähm, dass ich eigentlich mit niemandem sonst unsafem Sex hatte. Hm, sicherlich ist auch mal ein Unfall oder so was passiert, aber – hm, es spricht auch dafür, dass ... – ... also, ... als er mal aus Gran Canaria zurückkam, da war ich krank davor, und er wollte dann Sex, und ich wollte es nicht, und da fing das dann eigentlich auch an, dass er mich irgendwie vergewaltigt hatte, und von da an hat er das eigentlich ständig gemacht, und – das kam eben so, dass er mich erst zusammengeprügelt hat, weil er meinte, ich will keinen Sex, weil ich ihn betrogen hätte, und, ähm – ja, war das eben nicht nur sehr schmerzhaft, sondern ich war dann kurz danach eben ... wieder krank und hatte eben so diese typischen grippeähnlichen Symptome, und irgendwie habe ich einfach so die Vermutung, das muss da gewesen sein, wo ich mich infiziert hatt'.

44

» TIMO

Der zum Zeitpunkt des Interviews 24 Jahre alte Timo hat sein positives Testergebnis im Alter von 23 Jahren bekommen. Seine frühe Lebensphase ist, wie bei vielen anderen Befragten auch, durch belastende Ereignisse und Konstellationen geprägt (siehe oben, S. 33 ff.). Das Kind einer offenbar alkoholkranken Mutter kommt mit zehn Jahren in ein Heim, später wechselt er in eine Pflegefamilie. Im Alter von 17 Jahren zieht Timo bei seinen Pflegeeltern aus und bekommt übers Jugendamt eine eigene Wohnung. Seine Ausbildung „verschläft“ er aber und verliert dadurch sowohl seinen Ausbildungsplatz als auch seine Wohnung. Timo zieht in die nächstgrößere Stadt, wo er sich im örtlichen Schwulen- und Lesbenverein engagiert. Er arbeitet in verschiedenen schwulen Bars sowie in einer Sauna und beginnt damit, Belastungen durch Alkohol zu kompensieren:

Timo: Nebenbei hab ich ... noch im [Gay-Bar] gearbeitet. Ja, hab's dann natürlich geschafft, überall sehr viel zu trinken. [...] Zwischendurch hab ich denn noch in [Stadt] auch gearbeitet in 'ner Sauna, auch hinterm Tresen, sonntags immer, also Wochenenden, war eben halt arbeitstechnisch voll ausgebucht. War auch zu viel, es war teilweise 'n 48-Stunden-Job-Dienst am Wochenende, das natürlich untermalt mit Alkohol und allem Drum und Dran. Hab mich natürlich dann auch anderweitig viel vergnügt [...], bin von einem Bett ins andere gehüpft, muss ich ehrlich zugeben. Na ja, frisch – jung – dabei.

Im Anschluss durchläuft er zahlreiche weitere Stationen: Er lebt in einer problematischen, auch durch Gewalt gekennzeichneten Beziehung mit einem Mann, der ebenfalls alkoholkrank ist, wird arbeitslos und obdachlos, arbeitet als Stricher. Sein Alkoholkonsum nimmt weiter zu; er berichtet über „Depri-Phasen“ und mehrere Suizidversuche. Dennoch gelingt es ihm immer wieder, sich Hilfe zu holen und den Absprung zu schaffen. Im Gespräch tritt er humorvoll und eloquent auf, was vermutlich auch daran liegt, dass er nach einer Therapie unmittelbar vor dem Einzug in eine betreute Wohngemeinschaft steht.

Timo: Ja. Mit dem, mit dem ich zusammengewohnt hab, war [das] dann wirklich so, ähm – es war nun halt mehr 'ne Zweckbeziehung, weil ich ihn doch sehr gerne mochte – äh, war schon mehr als 'ne Freundschaft, aber keine Beziehung, würd ich so sagen.

I.: Was macht denn eine Beziehung aus für dich?

Timo: Hm, naja, also wenn ich von Liebe spreche, dann kann ich auch von 'ner Beziehung sprechen. Aber Liebe war nun nich vorhanden, es war'n mehr Gefühle da als freundschaftlich, also irgend so 'n Mittelding war das dann irgendwo. Und, äh, da war bloß das Problem: Er hat auch selber viel getrunken, also nach dem, was ich jetzt so weiß, würd ich ihm auch attestieren, dass er Alkoholiker is, aber das glaubt er mir sowieso nich, und wir ham uns dadurch auch ziemlich oft in die Wolle gekriegt, er hat auch, ich glaub, in den zwei Jahren hat er mich dreißig, vierzig Mal rausgeschmissen [lacht] irgendwie. Ich bin dann auch mal kurzzeitig ausgezogen, dann wieder hingezogen, also es hatte schon so 'n bisschen was von Hörigkeit auch. Und, ja, zu Anfang war das so – ja, war's nur Angeschreie, später ... ging's dann auch eben mit körperlicher Gewalt.

I.: Das heißt, er hat dich verprügelt?

Timo: Er hat's versucht. Also, ähm, ich war ja Gott sei Dank stärker als er und kannte mich auch so 'n bisschen mit Kampfsport aus. Das heißt nun nich, dass ich [lacht] ihm eins auf die Schnauze gehauen hab, sondern eben halt mal so gepackt hab, dass er sich nich mehr bewegen konnte, und hab denn auf ihn eingeredet, sodass er langsam wieder runterkam, bis irgendwann denn mal, äh, er mit 'm Messer aufmich losgegangen is, ne, und hat mir zwei Schnitte am Fuß versetzt, also am Bein hier, [nuschelt] hab ich gar nich mitgekriegt. Äh, hab nur Glück gehabt: Eigentlich sollte das Messer ... in 'n Bauch gehen, hab ihm das aber aus 'n, aus die Hand treten [angewidert] – äh ...

I.: ... aus der Hand treten können, versteh schon.

Timo: Aus der Hand treten können [lacht], nich, äh, war da aber auch schon ziemlich angetrunken, ja, und, äh, da war dann irgendwo der Knackpunkt, wo ich dann gesagt habe: Raus ...

I.: Jetzt musst du die Reißleine ziehen.

Timo: Jetzt raus. Und – und war auch ziemlich schnell ausgezogen da. Und davor gab's noch mal 'ne Szene da, äh, das war auch grad' wieder so 'ne Depri-Phase, die

ich hatte, da hatt' ich auch diesen Streit mit ihm. Ich glaub, das war vor eineinhalb Jahren ungefähr. Und da bin ich dann abgehauen und bin dann auch auf so 'ne bescheuerte Idee gekommen, na ja, wenn ich jetzt irgendwo 'ne Verletzung habe, dann wird er nich mehr böse auf mich sein oder so was, und hab mich dann selber hier verletzt – sieht nett aus – und, also, es war auch schon sehr psychisch belastet so, es war, obwohl – er hat's auch grundsätzlich immer so geschafft, dass selbst wenn er schuld war, äh, das so hinzukriegen, dass ich mich schuldig gefühlt habe, und [ich] bin meistens derjenige gewesen, der angekrochen kam. Und habe also wirklich ziemlich lange gebraucht, um mich von ihm auch zu lösen. Ähm, ja, und wie gesagt, nach diesem Angriff mit dem Messer bin ich dann zu Bekannten gezogen ... War auch 'n schwules Pärchen. War allerdings super ausgewählt, weil auch Alkoholiker gewesen – na ja, weil, ich sag mal, als Alkoholiker hat man glaub ich das Talent, auch diese Leute zu finden –, und hab dann bei denen glaub ich drei Monate gewohnt, ne, auch natürlich kräftig getrunken. ... [H]ab denn auch wieder 'ne Arbeit gefunden. Und, ja, hatte daraufhin natürlich auch mehr Geld und bin dann natürlich wieder richtig trinken gegangen, weil ich bin nich nur, ähm, hab nich nur bei denen getrunken, zu Hause hab ich eigentlich selten getrunken, sondern mehr außerhalb. Und war dann so einer von diesen Edelsäufern, sag ich mal. Eigentlich nur in der Kneipe. Und, äh, ja, da war [es] eben halt damals immer so, dass ich denn nich mehr zahlen konnte, ich hatte mit denen ausgemacht, für dat Zimmer und für Essen irgendwie, ich glaub, zweihundert oder so was geb ich denen dann ab, und das konnt' ich natürlich nicht, weil die hatt' ich dann glaub ich am ersten Abend ausgegeben, versoffen, und irgendwann wollten die dann halt nich mehr und ham mich dann auch rausgeschmissen. ... [I]ch hab dann erst mal zwei Tage auf der Straße gepennt. Und, ähm, hab da noch, äh – ja, ich sag mal, Marathon-Anschaffen gemacht, also versucht, möglichst viel Geld zu verdienen [nuschelt], ich sag mal: Wer gibt 'nem Besoffenen [lacht] irgendwie, nee, ich war froh, dass ich dann irgendwann zwanzig Euro verdient hatte, bin dann natürlich gleich wieder ab in die Kneipe. Und, äh, hab mir dann aber gesagt: Irgendwo funktioniert das nich mehr, muss was dran ändern, und hab mich dann mal wieder an die Treberhilfe gewandt, kannst' ich ja schon. Und da bin ich dann erst mal zwei Monate untergekommen. Hab mich dann auch dazu entschieden, 'ne Therapie zu machen. Weil, das ging ja einfach so nich mehr weiter. Ja, und bin dann nach zwei Monaten eben halt in die Therapieeinrichtung gegangen, wo ich gestern entlassen wurde.

Infiziert hat Timo sich in der oben angesprochenen Zweierbeziehung; damals, so berichtet er, sei er an einem Punkt gewesen, an dem ihm eine Infektion egal gewesen sei:

Timo: Ja, also wir war'n, hatten keine Beziehung in dem Sinne, wir war'n eben halt befreundet und haben auch mit'nander geschlafen, ne. Und, äh, also ich vermute mal

deswegen, dass es von ihm kommt, weil das passt auch zeitlich so in den Rahmen. War eben halt auch für mich grad' die Zeit, wo ich diese Depri-Phase hatte, und wir war'n beide auch ziemlich angetrunken, na ja, angetrunken war'n wir nich mal, be-soffen war'n wir richtig, und war uns beiden das halt auch egal. Ich hab ihm gesagt, er soll eben halt auch ohne.

I.: Also habt ihr ohne Kondom Sex gehabt?

Timo: Hm [lacht]. Ja, und da isses dann wohl passiert.

Diese Situation wird später auf meine Nachfrage hin noch einmal aufgegriffen. Timo gibt an, er habe seinem Leben statt mit einem „Suizid auf Raten“ durch eine HIV-Infektion lieber ein schnelles Ende machen wollen:

I.: Wie war das denn mit deiner HIV-Infektion? Weißt du, wo du dich infiziert hast?

Timo: Hm, ich bin mir da verhältnismäßig sicher, weil die is einfach nich so lange her. Das is jetzt glaub ich, pf, ja, 'n Dreivierteljahr vielleicht. Und, äh, also ich hab hier auch in [Großstadt] natürlich fröhlich weiter gemacht, von einem Bett zum andern, tja, fleißig am Gange [lacht], und hab dadurch auch einige Leute kennen gelernt, auch darunter einen, der HIV-positiv is [räuspert sich]. Und, er hat es mir nich gesagt, aber zu Anfang hatten wir auch immer verhütet. Ich hab das wohl irgendwann mal gemerkt an den Medikamenten, die in seiner Wohnung lagen, und irgendwann kam er dann auch von sich aus und sagte „HIV-positiv“. Mein' ich: „Ja, pf, keine Probleme.“ Hatt' ich überhaupt kein Problem mit, weil ich mich auch vorher schon ziemlich viel drüber informiert hatte auch immer, interessantes Thema schon. Und, ja, und es war eben halt wirklich so vor 'm Dreivierteljahr, hm, als eben halt auch meine Alkoholsucht immer stärker wurde, ich dadurch immer weniger Geld hatte, auch, ähm, ja, meinen Job verloren hatte mal wieder und so, und hatte dadurch eben halt auch ziemlich starke Depri-Phasen, hatte auch drei Suizidversuche hinter mir, äh, die ich aber Gott sei Dank nie zu Ende geführt habe, und, ja, irgendwo war ich dann mal an dem Punkt angelangt, so, dieses ganz blödsinnige Suizid auf Raten, ne, und hab dann wirklich es provoziert, dass ich HIV kriege – das war damals so, könnt' ich mich heute für schlagen, aber damals war eben halt – so.

Dieses Thema habe ich an anderer Stelle noch ein weiteres Mal aufgegriffen, um zu erfragen, ob es einen Zusammenhang zwischen Timos Wissen um die HIV-Therapien und seiner HIV-Infektion geben könnte:

Timo: Was auch so im Grunde genommen meine Einstellung is, wirklich, ähm: HIV is zwar irgend 'ne Krankheit, die nicht wieder heilbar is, aber es gibt dann halt, die ham mittlerweile sehr viele Medikamente [räuspert sich] und Möglichkeiten auch, um wirklich dann sehr alt zu werden.

I.: Ja. Das wusstest du aber vorher nicht?

Timo: Doch, das wusst' ich, aber das ...

I.: Hast du gedacht: Ist mir egal, dass ich mich infiziere, weil es gibt ja Medikamente, oder so?

Timo: Also nee, so hatt' ich nich gedacht dann, ne? Also, als ich es drauf angelegt hatte, war das eben halt so, äh, dass ich die Infektion haben wollte und da natürlich auch nix gegen tun wollte, damit's so schnell wie möglich geht, ne? Und dann, äh, später natürlich is das natürlich auch klarer geworden, als die Depressionen auch weniger wurden, ähm, da dachte [nuschelt] – schaltete sich natürlich der Verstand ein, und ich hab mir eben halt wirklich tatsächlich dann auch gesagt, ähm: Die Leute, die ich kenne mit HIV, denen geht's ziemlich gut, denen geht's sehr gut, ähm. Der eine, der mich wahrscheinlich angesteckt hat, dem geht's jetzt so gut, dass sie die Medikation eingestellt haben, ne? Der hat teilweise bessere Werte als 'n Gesunder. Und, äh, das war'n alles so Punkte für mich dann, äh, um aus diesem – ja, aus dieser kleinen Depri-Phase ... wieder rauszukommen, ne? Und da hab ich mich dann auch wirklich irgendwann fürs Leben entschieden und bin jetzt auf dem Punkt eigentlich, dass ich mir sage, äh: Es hat auch was Gutes, weil, gerade durch die HIV-Infektion hab ich noch 'n Grund mehr, abinent zu bleiben, nicht rückfällig zu werden mit Alkohol.

48

Timo scheint also die HIV-Infektion nicht aufgrund seines Wissens um die Therapiemöglichkeiten in Kauf genommen zu haben – die lebensverlängernden Möglichkeiten der Kombinationstherapien wären aus seiner damaligen Sicht seinem Ziel zuwidergelaufen, dem „Suizid auf Raten“ ein schnelles Ende zu machen. Erst in der Rückschau erkennt er den paradoxen Gewinn seiner Infektion, nämlich die HIV-Infektion als Grund, „nicht rückfällig zu werden mit Alkohol“.

Abschließend zu diesem Abschnitt zu den „vulnerablen Karrieren“ möchte ich David Le Breton zitieren, der sich unter anderem mit dem Risikoverhalten Jugendlicher vor dem Hintergrund schwieriger Familienverhältnisse beschäftigt hat. Er schreibt etwas pathetisch, aber nicht unzutreffend: „Riskantes Verhalten äußert sich nicht unbedingt in spektakulären Aktionen. Es kann sich in einer schmerzhaften Diskretion vollziehen, die den Jugendlichen in eine Situation großer Verletzlichkeit versetzt. Jugendliche erleben erschüttert ein Dasein, das ständig auf Messers Schneide steht. Zum größten Teil aus zerrütteten Familien stammend, in denen sie nie das Gefühl gehabt haben, als Individuen zu existieren, zum Teil Opfer von familiärer Gewalt oder sexuellem Missbrauch, von denen, die ihnen am nächsten standen, vernachlässigt, irren sie, gleich Heimatlosen, an ihrem Nirgendwosein leidend, umher. Sie spielen mit ihrer Existenz, die sie nicht als einer Wertbeimessung würdig einschätzen, und führen ein Leben in sozialen Nischen“ (Le Breton 2001, S. 118).

Coming-out und erste sexuelle Erfahrungen

Neben belastenden Ereignissen und Konstellationen in frühen Lebensphasen kann auch das Coming-out selbst mit Gefühlen der Einsamkeit, Identitätsproblemen, Unsicherheit und Furcht verbunden sein und als erheblicher Stressfaktor wahrgenommen werden (siehe S. 34). Für die Suche nach den Kontexten von HIV-Infektionen bei jungen MSM spielen daher Fragen nach dem Coming-out und den ersten sexuellen Erfahrungen eine wichtige Rolle. Was die von mir geführten Interviews angeht, so lässt sich zusammenfassend sagen, dass der Zeitpunkt, zu dem erste sexuelle Erfahrungen gemacht werden bzw. den Eltern, anderen nahen Angehörigen und Freundinnen sowie Freunden die eigene Homosexualität eröffnet wird, individuell sehr verschieden liegt. Einige der Befragten leben auch noch zum Zeitpunkt des Interviews verdeckt und führen ein „Doppelleben“, andere durchleben nach der Entdeckung ihrer Homosexualität ein lang andauerndes Moratorium, bis sie ihre ersten sexuellen Erfahrungen machen, wieder andere bezeichnen sich zunächst als bisexuell und machen sexuelle Erfahrungen mit Frauen. Gemeinsam ist den meisten Befragten allerdings die Erfahrung, dass das Coming-out gegenüber den Eltern zu mehr oder weniger starker Ausgrenzung bzw. Stigmatisierung führt, wobei sich die Situation bei Befragten mit Migrationshintergrund häufig verschärft darstellt, da ihnen der „Rauswurf“ aus dem elterlichen Haushalt bzw. der Ausschluss aus der Familie droht (vgl. hierzu auch Bochow 2000b).

Im Folgenden werden Passagen wiedergegeben, in denen die von mir Befragten über ihre Erfahrungen mit dem Coming-out bzw. über ihre ersten sexuellen Erfahrungen berichten:

» **ANDREAS** (siehe oben, S. 36 und 41)

Andreas: [M]it dreizehn habe ich meine ersten sexuellen Erfahrungen mit Männern – nein, eigentlich habe ich sie schon früher gemacht, ... aber dass ich schwul bin, also wirklich dieses auch wissen, was schwul ist, oder damals wusste ich das auch nicht, aber das war mir das erste Mal klar, dass man das als schwul bezeichnet, als ich dreizehn wurde. [...] Mit fünfzehn war mein Coming-out, da hat meine Mutter damals einen Brief gefunden, den ich an meinen Freund geschrieben habe, weil ich hatte damals einen Freund, also, pf, eigentlich nicht, aber [lacht] damals dachte man das halt, mit fünfzehn. Und, ähm, ja, den hat sie gefunden. Und sie hat dann gedroht, ihn anzuzeigen wegen Verführung Minderjähriger und so weiter und so fort. [...] Es gab dann halt auch ein Gespräch zwischen mir und meinem Stiefvater, ... der hat damals zu mir gesagt, ich möchte bitte noch mal, ich bin jetzt fast sechzehn, ich könnte ja noch mal bis zu meinem achtzehnten Lebensjahr so mit Frauen probieren, und wenn ich dann immer noch meine, ich wäre schwul, wäre das in Ordnung, aber dann möchte ich auch ausziehen bitte.

» **MURAT** (siehe oben, S. 42)

Murat wächst bis zu seinem 18. Lebensjahr bei seiner Mutter auf und übernimmt dann, als diese zu einem neuen Lebensgefährten zieht, ihre Wohnung. Er hat ein „passives Coming-out“, als seine Mutter ihn auf seinen damaligen Freund anspricht; sie kommt mit der Tatsache aber gut zurecht, und auch in seinem Freundeskreis scheint es keine größeren Probleme zu geben:

Murat: Und nachdem ich dann so meine eigene Wohnung hatte und so mein eigenes Geld verdient hatte, so 'n bisschen, ähm, na, habe ich mich dann eben halt geoutet. Oder eher gesagt: Meine Mutter hat mich geoutet. Die hat mich gefragt [lacht]. Das war damals so gewesen: Ich lag damals im Krankenhaus, weil ich Gallensteine hatte, und hatte damals einen Freund gehabt, und der war halt auch immer jeden Tag im Krankenhaus gewesen. Meine Mutter hat sich gefragt: „Es kann doch nicht irgendwie so ein Kerl immer im Krankenhaus da sitzen. Auch wenn es ein guter Freund ist.“ Ja, und dann hat sie mich irgendwann mal abends angerufen und hat mich gefragt: „Kann das sein, dass das dein Freund ist?“ Ich sage: „Ja, klar ist das mein Freund.“ Da sagt sie: „Ja, so brauchst du mir das ja nicht direkt sagen, ne?“ Ich so: „Wie meinst du das jetzt?“ Auf einmal macht's „Hm, ha“ und irgendwie so: „Ja, das ist mein Freund.“ Sagt sie: „Da reden wir dann morgen drüber.“ Ich die ganze Nacht nicht geschlafen, und die hat das total locker aufgenommen. Also, sie hat überhaupt kein Problem damit.

I.: Klasse. Das war kein Problem. Und hast du das dann auch Freunden erzählt? Oder wie war das?

Murat: Ja, ich hab's meiner ... damaligen besten Freundin erzählt, und, na ja, dann brauchte ich es eigentlich keinem mehr erzählen, weil, das hat sie schon getan. Also: Wusste jeder nachher. Aber ist o.k. gewesen, also ich hab bis jetzt, wenn ich ganz ehrlich bin, noch keine negativen Erfahrungen gemacht, also in meiner Gegend, da wo ich wohne, und – ist o.k. Also ich kann damit leben. Ich meine jetzt, bei Freunden und so, es hat sich keiner ab- – doch, es hat sich wohl jemand abgekapselt, damals mit sechzehn hatt' ich mal 'ne Freundin gehabt, so 'ne Scheinfreundin, ich glaub', das hatte jeder schon mal, äh, die hat sich dann abgekapselt von mir. Ich war zwar mit der befreundet, und die ist da gar nicht mit klargekommen. Zu der habe ich heute aber auch keinen Kontakt...

» **ARTHUR**

Auch Arthur (zum Zeitpunkt des Interviews 25 und seit einem Jahr als HIV-positiv diagnostiziert) hat – für ihn selbst unerwartet – ein eher positives Coming-out erlebt:

Arthur: Ähm, ich hab, glaube ich, mit fünfzehn, sechzehn, oder eher mit sechzehn, zum ersten Mal so für mich selber – also so das innere Coming-out, wie man das nennt, festgestellt oder das benannt als schwul oder bisexuell, hab mir vorher eigentlich

keine Gedanken darüber gemacht, und das war dann so 'n Prozess von, ich würde sagen, zwölf Monaten, bis ich dann irgendwann gesagt habe: „Ja du, ich bin schwul.“ Ähm, und so ab der Hälfte dieses Prozesses habe ich angefangen, das Leuten zu sagen, die mir irgendwie am Herzen lagen, also erst meine beste Freundin, dann andere gute Freunde, sodass es dann fünf, sechs Leute wussten, bevor ich es meinen Eltern erzählt habe, die überraschenderweise – also für mich überraschenderweise – sehr, oder ziemlich gut reagiert haben für ihre Verhältnisse. Ähm, ich hatte eigentlich mit 'ner sehr negativen Reaktion gerechnet, ähm, nach so Äußerungen von meinen Eltern über Schwule, über Homosexuelle dachte ich eigentlich, das ist für sie ein absolutes – eine absolute Katastrophe, wenn ich das dann sage, ähm. Hinzu kommt, was es nicht so einfach gemacht hat, dass mein Vater mal auf 'ner Geschäftsreise von – ähm, also was da genau passiert ist, darüber wurde nie geredet, aber er ist mal von einer Gruppe von Schwulen vergewaltigt worden [atmet aus]. Und, ähm, ich konnte mir gut vorstellen, dass, wenn sein Sohn auch so 'n Arschficker ist – so wie er das empfunden haben muss –, dass das dann, ähm, ja, ein schwerer Schlag für ihn sein wird. Aber, wie gesagt, meine Eltern haben sehr viel besser reagiert, als ich gedacht hätte, ich bin nicht rausgeflogen, es wurde zwar am Anfang ein bisschen geweint, aber – es wurde ganz gut aufgenommen, dann so nach und nach nach akzeptiert. Mittlerweile, ähm, reden meine Eltern sehr offen, erzählen das auch von sich aus anderen Verwandten, ähm – also, leben so ein bisschen nach dem Credo: Hauptsache, ich bin glücklich. Und dann sind sie glücklich.

» **BENJAMIN** (siehe oben, S. 35)

Der bereits vorgestellte Benjamin hat sich – so gibt er zu verstehen – erst aufgrund seines positiven Testergebnisses „dazu durchgerungen, wirklich schwul zu sein“; eine positive schwule Identitätsvorstellung hat er bis zum Zeitpunkt des Interviews nicht entwickelt.

Benjamin: Ja, Coming-out hatte ich eigentlich nie richtig. Also, ähm – ich hab mich halt erst nach meinem positiven Testergebnis dazu durchgerungen, wirklich schwul zu sein. Weil ich eigentlich – klar, man hatte vorher schon gewisse Kontakte mal gehabt oder so, aber ich hab immer eigentlich von der Familie mit fünf Kindern geträumt. Und diesen Traum habe ich eben mit meinem positiven Testergebnis endgültig begraben. [...] Und, ähm, ... dadurch, dass ... zwei Monate später nach meinem Testergebnis mein Vater gestorben ist, gibt's also auch in der Familie eigentlich – habe ich mich bei meinem Bruder anschließend, als wir wieder zusammengezogen sind, erst geoutet, und das war aber für ihn dann schon schon klar und so, familientechnisch weiß eigentlich keiner was.

I.: Da weiß keiner, dass du schwul bist.

Benjamin: Nee.

I.: Wie war das denn in deinem Coming-out-Prozess, hast du das angenommen? Du hast von der Familie mit fünf Kindern geträumt, und du hast zwischendurch Kontakte zu Männern gehabt, hast das aber für dich nicht ...

Benjamin: Ja, ja, ja, sehr spät hatte ich halt erst die Kontakte, also ich bin erst mit [atmet] achtzehn – hab ich mal den Versuch gewagt, in die Szene zu gehen.

I.: Hm. Erzähl mal, wie ist das so abgegangen?

Benjamin: Ja gut, ich kannte nur das eine und hab gedacht, ja gut, dann ist [das] ja auch nicht so schlecht, dann guckste da mal so ein bisschen, und bin da halt absolut mal rausgegangen, hab dann irgendwelche Leute kennen gelernt, aber irgendwie, ... durch die ganze Verlogenheit, ... dann trifft man seine ersten Typen und denkt: Ich bin schwul, der ist schwul, das muss ja klappen. Und das klappte dann natürlich spontan erst mal gar nicht. Und ja, man wird dann immer nur verarscht, und irgendwann hat man dann auch keinen Bock mehr drauf.

I.: Was klappte da nicht?

Benjamin: Ja, weil, immer, wenn ich jemand kennen gelernt habe, war das gleich die große Liebe für mich, und – wie das wahrscheinlich bei jedem so ist –, und ... da ich eben durch meine Kindheit, so ... mit der Erfahrung mit meiner Mutter und so, ... schon relativ wenig Kontakte zu Gleichaltrigen hatte – weil man halt immer schon irgendwie so, vom Denken, vom Handeln her, ein bisschen weiter ... ist. Man lebt nicht mehr ... so ganz so blau in den Tag hinein ... – dass ich auch mit Älteren eher zurechtgekommen bin.¹⁴

>> BERND (siehe oben, S. 36)

Auch bei Bernd, der wie Benjamin eine „vulnerable Karriere“ (siehe oben, S. 33 ff.) hinter sich hat, ist der Coming-out-Prozess schwierig verlaufen:

Bernd: Ja, was war mit meinem Coming-out. Ja gut, das war, äh, also ich glaub, dass ich schwul – das wusste ich irgendwie schon immer. Also, das habe ich auch – ich war so, mit dreizehn war ich das erste Mal verliebt, ... also so richtig, [Name] hieß der, [...] die Eltern irgendwie stinkendreich, ... die ham so vier, nee, fünf große Läden hatten die seinerzeit. Gut betuchte Familie, und der war halt voll arrogant bis zum Gehnichts mehr, so im Nachhinein, aber da war, ich weiß nicht, da war ich auch blind [lacht].

I.: [lacht] Na ja, man war jung ...

Bernd: Ja, genau Wir haben uns auch irgendwie gut verstanden und –

I.: Aber sexuell lief da noch nichts, oder?

Bernd: Nee, gar nicht.

I.: Eher 'ne Freundschaft, und er wusste gar nichts davon, dass du – ?

¹⁴ Benjamin entspricht dem Typus des eher „verdeckt homosexuell lebenden“ Mannes, aber auch dem von Wright beschriebenen jüngeren Mann, der eher ältere Sexualpartner hat (siehe oben, S. 13). Interessant scheint mir die zitierte Passage auch als Illustration für den „Risikofaktor Liebe“ (siehe oben, S. 26 f.), der sich eben nicht nur auf (feste) Beziehungen bezieht: „[I]mmer, wenn ich jemand kennen gelernt hab, war das gleich die große Liebe für mich ...“ Dieses Phänomen habe ich auch in anderen Interviews gefunden.

Bernd: Hm, nee, nee – also, wir haben dann schon mal so gezeltet, und irgendwie gab's dann schon mal so, ähm, ja [lacht], so, ne? So ein bisschen irgendwie. [...] Ja, und dann im Heim irgendwie, das war ... Irgendwie habe ich eigentlich, also ich wusste immer, dass ich irgendwie, ähm, – schwul bin, und – und dann habe ich aber eigentlich immer noch gedacht – na ja, das ist vielleicht auch so, damals, ich wurde ja damals auch nicht sonderlich gut aufgeklärt, ... irgendwie so Bravo, – und ich dachte irgendwann, das legt sich dann. Und, ja dann habe ich mir auch selbst immer suggeriert, ich bin in jemanden verliebt, also in ein ... Mädchen, und dachte ..., das ist es jetzt, aber irgendwie hatte dieses Mädchen dann halt auch 'nen netten Bekannten, und dann fand ich den Bekannten doch irgendwie wieder besser [lacht]. Ähm, und dann kam „Speed“ mit Keanu Reeves ins Kino, und [lacht] den Film habe ich vier Mal gesehen ..., ich fand den unglaublich sexy irgendwie, und dann wusste ich auch definitiv Bescheid: Ja, so ist es jetzt. Und das habe ich aber dann auch nie so ausgelebt für mich, also nie den Reiz gehabt, ... auch nie großartig drüber gesprochen. Das war für mich irgendwie auch nie so'n Thema. Und dann so mit zwanzig, einundzwanzig eigentlich kam das dann irgendwie so, Coming-out, und dann so mit 'ner besten Freundin, die kannte dann halt so ein paar andere Schwule irgendwie, und so kam ich dann so in diese ganze Szene und, ähm – ja.

» **ALBERT** (siehe oben, S. 38)

Albert hat, wie manche anderen Befragten auch, ein ungewolltes Coming-out und sieht sich danach sowohl verbalen Anfeindungen als auch körperlicher Gewalt ausgesetzt:

Albert: Also, meine Mutter, die hat das per Zufall '97 erfahren – weil ... da einfach schon ... dieses Verhältnis immer so gestört war, dass ich da irgendwo zu Hause gar nichts mehr erzählt hab, was war so in der Schule oder wat. Na ja, ham die sich halt das Schnüffeln angewöhnt und ham dann irgendwann – ich weiß nich, was das war, aber irgendwas hat sie da ... bei mir in der Jacke gefunden [schluckt], was irgendwie auf ... Schwulsein deutete. Das war irgend 'ne Telefonnummer, mit so 'nem ziemlich einschlägigen Spruch drunter ... – war geil und dann halt, pf [atmet tief aus], Nachname oder oder ... Vorname und, pf, irgendsowas in dieser Richtung auf jeden Fall.

I.: Ruf doch mal an oder so.

Albert: Hm.

I.: Ja, und was hat sie gesagt?

Albert: Pf, also ich sag mal, wenn ich die ganzen zweideutigen Komplimente und Flüche weglasse, hat sie eigentlich gar nichts gesagt.

I.: Hm. Was meinst du mit „zweideutige Komplimente“ und „Flüche“?

Albert: Pf, Arschficker, Schwanzlutscher.

I.: Hm.

Albert: Was eine Mutter so in in manchen Augenblicken zu sagen pflegt.

I.: Und dein Stiefvater hat in dasselbe Rohr geblasen, sozusagen?

Albert: Pf, der hatt' endlich mal 'n Grund, sich an mir richtig schön auszutoben ... Weil, ich sag mal – dass das irgendwie so 'ne offene Hasstirade war zwischen uns beiden die ganzen sieben Jahre da, da braucht kein Geheimnis draus gemacht zu werden. Äh, ihn hat's ja immer gewurmt, er hatte, ne?, er hatte nichts, womit er mich am Arsch kriegen konnte. Und da war natürlich die Gelegenheit wieder [macht ein „Plopp“-Geräusch mit dem Mund] bombig.

» **TIMO** (siehe oben, S. 44)

Ähnlich wie Albert ergeht es auch Timo, der zudem eine ähnliche Lebensgeschichte hat:

Timo: Ähm, ja, zu Hause bei meinen Eltern hab ich mich natürlich überhaupt nicht geoutet, allerdings – meine Mutter, die hatte so 'n Kontrollfimmel und hat natürlich auch ständig meine – mein Zimmer durchsucht, und ich hatte natürlich dann auch so Bilder von Jungs und allem Möglichen, ... das hat sie dann auch gefunden. Und wusste dann natürlich auch irgendwann Bescheid. Und hat mich dann doch mit ihrer Reaktion ziemlich geschockt, weil, sie war sonst immer diejenige, die gesagt hat: „Oh, das is ja toll, ich find das so süß, wenn die so Hand in Hand durch die Straße laufen“ und „Ich mag die ja“, ne, und auf einmal war aber der eigene Sohn schwul, und da kamen dann eben halt so Sprüche rüber, ähm, ja, „dreckiger Arsch- äh- lecker“ oder sonst irgendwie so was und denn halt auch, ja, „sollte man vergasen“ und „so was gibt's doch nich“ und „is doch widerlich“ und ...

I.: Ach, so eine harte Ablehnung kam dann?

Timo: Doch, so sehr hart, ja, und, äh, ja, da hab ich natürlich auch irgendwann mal gesagt [leise] Das war auch mit der Grund warum ich dann ausgezogen bin. Äh, ja, interessant war eigentlich die Reaktion von meiner Oma, die fand das eigentlich wirklich nicht so schlimm, also meine Mutter hatte ihr das erzählt, weil ich hab irgendwann mal ... zu meiner Mutter gesagt: „Ja, is ja in Ordnung, du hast recht, und jetzt lass mich in Ruhe.“ Und dann hat sie das mal meiner Oma erzählt, sie kam dann irgendwann mal auf mich zu und sagte: „Äh, du hast deiner Mutter erzählt, du bist schwul?“, so: „Ja, und?“ [lacht] „Junge, dat is doch in Ordnung, aber das sagt man doch nich.“ [lacht] Weil, damals hab ich mich tierisch drüber aufgeregt, jetzt find ich das einfach nur noch lustig. Na ja.

» **THOMAS 1** (siehe oben, S. 41)

Thomas 1 gehört zu den Befragten mit Migrationshintergrund (sein Vater ist türkischer Abstammung). Er hat sich kurz vor seinem achtzehnten Geburtstag bei seinem Vater geoutet, wobei er diesen Zeitpunkt bewusst gewählt hat:

Thomas 1: *[K]urz vor meinem achtzehnten Geburtstag hab ich mich geoutet, weil ich da aber ... auch schon wusste, dass ich auszieh'n werde, das hatt' ich alles schon geplant. Und ich hab's meinem Vater dann kurz vor meinem Achtzehnten erzählt. Und er fragte mich dann halt nur, warum ich ihm das antue. Und daraufhin hab ich dann 'ne patzige Antwort gegeben – weil, mein Vater halt, hm, also mein Vater ist türkischer Abstammung, und das kam dann halt in dem Moment richtig durch. Er gab mir halt als Antwort, ähm: „Als Türke darf man Männer ficken, aber man darf sie nicht lieben.“ Und daraufhin guckte ich ihn halt an: „Das heißt, du hast auch schon Männer gefickt?“ Gab's dann halt gleich eine. Na ja, und –*

I.: Also er hat dich geschlagen?

Thomas 1: *Ja. Also, was heißt geschlagen, der hat mir so eine gelangt, dass ich mir das Zimmer mal genauer angucken konnte. Und – wobei das mir aber relativ egal is, mir war es egal, wie mein Vater reagiert, weil für mich war eh klar: Ich zieh aus. Und ich hab's ihm aber in dem Moment, weil ich mir da, ich wollte, dass er's weiß, und eigentlich hatt' ich mir auch gewünscht, dass er's versteht und dass er sagt, es is nich schlimm.*

>> THOMAS 2

Auch der Vater von Thomas 2 reagiert gewalttätig auf das Coming-out seines Sohnes, der das Coming-out im Anschluss „widerruft“ und seitdem weder seine Homosexualität noch seine HIV-Infektion thematisiert (siehe hierzu auch Bochow 2000b, S. 241 ff.); hierin zeigt sich nicht zuletzt die Zerrissenheit des Befragten zwischen der Loyalität zu den Eltern und dem Wunsch, seine – mühsam errungene¹⁵ – Identität als Homosexueller zu leben, der ihn in Distanz zu den Normen seiner Herkunftskultur bringt.

Thomas 2: *Also, ich war wirklich zu der Zeit, zu meiner Realschulzeit war ich wirklich absolut schüchtern und zurückgezogen und hatte auch kaum soziale Kontakte gepflegt. Ja, und dann sah ich eben plötzlich einen schwulen Film im Fernsehen, es ging auch über – HIV und Aids, ich mein', einen Film aus den Achtzigern, '86, ich weiß auch gar nicht, wie der heißt, ähm, und, äh, dacht' ich mir: Na, ... das findest du toll, also nicht, nicht im Bezug auf HIV [lacht] oder so, sondern so: Mein Gott, da küssen sich zwei Kerle, und das ist ja, ne?, ... das tört mich ja irgendwo an, also ein völlig neues Lebensgefühl, irgendwo, ne? – Ja, und dann, ähm, bin ich – also mittlerweile, das beobachte ich ja in der Szene, die Menschen kommen in die Szene, also insbesondere Jüngere, takeln sich dann auf, ham da irgendwas, und so vollziehen die ihr Coming-out. Also ganz radikal. Bei mir war das absolut sachte – also, ich hab ganz, ähm, konservativ 'ne Coming-out-Gruppe aufgesucht, wo auch nur Ältere waren,*

15 Wie andere Befragte auch hatte Thomas 2, der sich im Alter von 16 Jahren seine Homosexualität „eingesteht“, eine Freundin: „Und ich war auch wirklich hemmungslos in sie verliebt; also wäre ich hetero, ich glaube, ich hätte die geheiratet, weil es stimmte, von der Chemie stimmte das, so zwischenmenschlich, nur eben sexuell nicht, es ist da auch nie was gelaufen, ich konnte nicht.“

also das ging von – ich war sechzehn, und dann ab 25 bis 50. Und das war auch ganz toll, und dann habe ich dann auch 'nen richtig guten Freund kennen gelernt, der die Coming-out-Gruppe geleitet hat, und, ähm, ... so habe ich ganz langsam mein Coming-out vollzogen. Und, ähm, also, ich hatte auch damals nicht das Geld, ich hab nicht so viel gearbeitet nebenbei, um mich dann toll anzuziehen, also um irgendwie großartig jetzt mich da so zu integrieren, im Sinne von dem Schönheitsideal so ein bisschen anpassen, und, ähm, das war bei mir – hat sehr lange alles gedauert, wie gesagt, mein erster Sex, das war mit Mitte achtzehn muss das gewesen sein. Ja, Mitte achtzehn. Sehr langsam, ne?

Der Befragte informiert seine Eltern nach seinem zweiten Besuch in der schwulen Szene, in einem Zustand der „Euphorie“, auf einem „Höhenflug“, wie er sagt, und zwar im Zusammenhang mit einem Streit, was dafür spricht, dass er bewusst den „Tabubruch“ gesucht hat. Im Nachhinein bedauert er offenbar seinen Mut:

Thomas 2: [Atmet durch] Ach, ... im Nachhinein kann man vielleicht so ein bisschen drüber schmunzeln, aber, äh – klar, man geht dann so das, ich glaub, das zweite Mal war ich in der schwulen Szene, war natürlich völlig euphorisch, ne?, man konnte sich dann schon mit denen so ein bisschen identifizieren. Und, ähm – ja, und irgendwie habe ich dann so 'n Höhenflug gehabt, also ich war total gut drauf, und jetzt kannst' es mal sagen, hab es dummerweise auch noch während eines Streites gesagt, weil, mein Vater hat natürlich ganz andere, ganz andere Sachen in Bezug auf Sexualität, und, äh, der ist natürlich völlig ausge- – obwohl ich sagen will, der ist liberal – also er, wenn ihm ein Arbeitskollege sagen würde: Hör mal, ich bin schwul, dann würde der das hinnehmen. Aber der eigene Sohn, und dann noch der ein-, das Einzelkind, was ja in dem Sinne auch noch, ne?, die Familie noch so ein bisschen weitertragen müsste, muss, wie auch immer – ähm, ist natürlich was ganz anderes. Und meine Mutter kommt nach wie vor damit nicht gut klar, auch nicht, sie weiß es, sie kennt ein paar Leute, aber so auf Distanz, also aus den Augen, aus dem Sinn.

I.: Man redet nicht darüber.

Thomas 2: Man redet da nicht drüber. Es ist, ähm, sie nimmt es hin, aber man redet da nicht drüber.

I.: Aber so Erfahrungen, dass dein Vater dich rausschmeißt oder sonst irgendwas in der Art waren das nicht?

Thomas 2: Nein. Gut, er hat mich an dem Abend rausgeschmissen, aber – ich bin dann auch wiedergekommen, das war dann nachts irgendwann, und dann haben wir vier Wochen nicht mehr geredet, und dann habe ich es auch dementiert, ne? „War ein Streit, ich hab's einfach nur gesagt, um dich zu ärgern.“ Weil, diese Situation zu Hause – wirklich.

I.: Du hast es erst mal zurückgezogen.

Thomas 2: Hm. Weil, diese Situation, also er beschuldigte meine Mutter, und er sackte voll in sich zusammen, und dann dachte ich mir, gut, ähm, also ich bin nicht ein Mensch, der unbedingt nach 'ner Wahrheit aus ist, also ich muss Menschen nicht unbedingt die Wahrheit – ich denk mir, wenn ich Menschen ausschließlichs damit schade, was in dem Fall ja der Fall war, dann denk ich mal, dann ist es einfach besser, wenn man's verheimlicht.

I.: Versteh ich.

Thomas 2: Und, ähm, ja. Er denkt momentan, also er hofft auf 'ne Freundin, und, äh, solche Sachen.

I.: Das ist also auch heute noch der Status quo. Du hast nie wieder einen Anlauf gemacht.

Thomas 2: Nein. Bei meiner Mutter, ... die hat's ja hingenommen, und wir hatten auch anfangs Gespräche geführt, ich weiß noch, wie sie zu mir sagte: „Na gut! [imitiert] Und du willst unbedingt in den Arsch gefickt werden.“ Also, das war etwas [lacht], ne? Also dieses typische Klischeedenken, ähm, und dann hat man ein paar Mal darüber geredet, und dann ist auch gut, dann wird's verschwiegen. Obwohl ich mit ihr ein super Verhältnis habe, mit meinem Vater eigentlich auch, aber das wird so verschwiegen, irgendwie totgeschwiegen.

I.: Deine Eltern sind beide türkischer Abstammung?

Thomas 2: Nee, meine Mutter ist Deutsche.

I.: Das ist ja auch ein Unterschied, ob man selber fickt oder gefickt wird.

Thomas 2: Ja klar, natürlich, ne? Und klar, dieses hierarchische System, ne?, so: Der Ältere fickt den Jüngeren, der Ältere ist in dem Moment nicht schwul [lacht] – völlig paradox. Das ist ja völlig idiotisch, so was, ne? Und, ähm, ja ... [lacht]

I.: Die Leute aus deinem engeren Freundeskreis, die wissen schon Bescheid, mit denen du so zu tun hast?

Thomas 2: Ganz langsam, das ging auch alles ganz langsam vonstatten. Also, ich hab damals, ne? – meine ehemals engste Freundin, die war auch lesbisch, das war auch einfach 'ne Freundschaft aufgrund dessen, weil wir beide 'ne Gemeinsamkeit hatten, und sie hatte auch so ganz komplizierte Eltern, also ihre Eltern waren, wie man so schön sagt, Arschlöcher, also das war wirklich das Letzte. Und dann hatte man so einen gemeinsamen Nenner gefunden, und, ähm – das ging dann ganz langsam. Also, ich war auch ganz vor- – ich hab's ... nicht so [laut] tralala, ich bin schwul, sondern ganz langsam, also die Leute richtig kennen gelernt, und dann über Monate und erst mal so ganz vorsichtig, und dann, ne?

I.: Und die Reaktionen, die waren o.k.?

Thomas 2: Ich hab bisher eigentlich immer nur gute Erfahrungen gemacht, weil ich's eben nur Personen gesagt habe, mit denen ich, ähm, ... auch gut verstanden habe, mit denen ich auch weiß, mein Gott, die sind so liberal und so tolerant, die nehmen's hin,

und – die wissen ja, mein Gott, ich fall die nicht an, oder sonst was, und dann ist es auch o.k., ne?

>> HAKAN

Hakan ist zum Zeitpunkt des Interviews 29 Jahre alt und weiß seit drei Jahren, dass er HIV-positiv ist. Seine Eltern sind Türken; wie auch bei anderen Befragten mit Migrationshintergrund hat Hakan sein Coming-out eher später als Interviewte ohne Migrationshintergrund. Auch er berichtet von Verwirrung, Zerrissenheit zwischen der Liebe zu den Eltern und dem Wunsch nach Anerkennung seiner eigenen sexuellen Identität, von Überforderung, Isolation, vom Totschweigen der Homosexualität – all dies trägt sicher nicht dazu bei, gesund zu bleiben.

Hakan: Ja, Beziehungen habe ich auch ein paar Mal angefangen, hatte auch, ... äh, in der Zeit auch drei Beziehungen gehabt, ähm, äh, ich sag mal, meine erste Beziehung war partout mit einem, der halt schon ein paar Jährchen älter war als ich; also ich war damals vielleicht dreiundzwanzig, und er war neunundzwanzig, das war schon ein großer Unterschied da. Und es ging halt über, äh, gewisse Monate – euphorisch, wie man dann halt auch war, und meine Eltern merkten halt auch irgendwann, dass ich halt sehr oft nicht zu Hause war. Und irgendwann kam natürlich auch die Frage von meinen Eltern: Ja, Kind, was stimmt denn mit dir nicht? Äh, hast du 'ne Freundin, oder wie auch immer, und hast du ein Mädchen geschwängert...? Solche Fragen kamen da. Und da musste ich dann immer halt beim Abendessen, wo mir die Fragen einfach zu blöd wurden, gesagt haben, dass ich einen Jungen kennen gelernt hatte, und, äh, dass ich schwul bin, und mich geoutet habe. [...] Das war kein schönes Erlebnis, muss ich eingestehen, ähm – mein Vater war sauer, meine Mutter am Flennen, äh, war sehr schwierig, und danach bin ich auch, äh, ich hatte zum Glück ein WG-Zimmer in [Großstadt] gehabt, bin ich dann da in der Nacht noch, äh, in mein Zimmer geflüchtet, mit dem Auto, ... weil ich meine Ruhe brauchte, ne? Und habe auch daraufhin letztendlich, äh, ... weil ich nicht mehr wusste, was ich echt, äh, denken sollte, wie ich reagieren sollte, und meine Eltern mir auch sehr, sehr wichtig waren, habe ich in der Zeit auch mit meinem Freund Schluss gemacht. Weil, wie gesagt, ich brauch meinen Freiraum, ich muss erst mal einen klaren Kopf kriegen, ja. – So ging das.

I.: Und hat sich das Verhältnis zu deinen Eltern mittlerweile verändert?

Hakan: Also, äh, am Anfang war es sehr schwer, mein Vater ist darauf mit mir auch zum Psychiater gerannt auch: „Mein Kind braucht Hilfe“. Ich hab mich nie an einen Psychiater gewandt, weil ich das für unsinnig hielt, ähm. Nur um meinem Vater einen Gefallen damit zu tun, also fand ich ein bisschen blödsinnig. Ähm, hier und da tauchten ab und zu Diskussionen darüber auch auf, ähm, teilweise auch ziemlich lautstark – bis irgendwann sich das Ganze, ich weiß nicht, äh, sich legte, ähm, und einfach in der Regel, ich sag' mal, darüber nicht mehr gesprochen wurde.

I.: Ausgeblendet.

Hakan: Ausgeblendet, genau. Ab und zu fallen so, werde ich schon gepiesackt, ich merk das schon, also, ähm, um drei Ecken, ne? Wenn gewisse Sachen, äh, sozusagen laut werden, und, ähm – ja. Also, ich hab ein sehr gutes Verhältnis zu meinen Eltern, so ist es nicht, nicht? Und sie tun echt alles für mich, sie haben meine Ausbildung finanziert, hier und da, und machen auch viel. Äh, natürlich wünschen sie sich, dass ich mich, äh, ... mit einem Mädels zusammen tun würde und so, klar, aber – sonst, äh, ich mein', sie wissen von meiner Situation, und – Punkt ist, und mehr kann ich nicht tun.

>> JULIO

Julio ist zum Zeitpunkt der Befragung 30 Jahre alt und hat ein Jahr zuvor sein positives HIV-Testergebnis bekommen. Zwar hat er schon mit 14 Jahren gespürt, dass er Männer sexuell anziehender findet als Frauen, die ersten sexuellen Erfahrungen hat er aber aufgrund seiner „kirchlichen Betätigung“ bis zum Beginn seines Hochschulstudiums in einer anderen Stadt „vertagt“. Das Coming-out vor seinen Eltern hatte er erst im Alter von etwa 26 Jahren.

Julio: Nee, es hat ziemlich lange gedauert bei mir, aufgrund der Tatsache auch, dass ich, äh, irgendwann als Jugendlicher angefangen habe, mich kirchlich zu betätigen, in einer Kirchengemeinde, ähm, irgendwann, als ich dann in der Oberstufe war, so ab dem sechzehnten oder siebzehnten Lebensjahr, ... und da das ... sowieso 'n Tabuthema war, ähm, und das das Ganze für mich ... sicherlich verzögert hat, das Coming-out. Sonst wäre das sicher ein paar Jahre vorher schon passiert. Weiß ich nicht, aber ich hatte mein Coming-out im Großen und Ganzen, sag ich mal, mit dreiundzwanzig erst, als ich an die Uni gegangen bin zum Studieren und dort per Zufall ... die ersten Schwulen und Lesben kennen gelernt habe, ja, da hatte ich dann richtig mein Coming-out. Mit allem Drum und Dran, dem ersten Freund und der schwulen Clique und – jeder Hetero, mit dem man sonst Umgang hatte, und das waren nicht wenige, wusste es, und keiner hatte ein Problem damit, und war 'ne sehr aufregende und wichtige Zeit.

I.: Hm. Dass du ein schwieriges Coming-out hattest, kann man nicht sagen, es hat halt relativ lange gedauert, war aber nicht problembeladen irgendwie, mit Ausgrenzungserfahrungen, dass Leute sich von dir abgekehrt haben.

Julio: Gar nicht. Hatte ich überhaupt nicht. In keinster Weise. – Meine Eltern wissen's auch, die ham's erst viele Jahre später erfahren, also jetzt grad mal vor drei, dreieinhalb Jahren, aber sie haben's gut hingenommen, ist jetzt nicht gerad' das Dauerthema zu Hause, wenn ich mal bei den Eltern bin, aber – es wird auch nicht vollkommen tabuisiert. – Ja. Also, ich hatte in der Hinsicht nur gute Erfahrungen, was das Coming-out angeht. Hab da eigentlich immer eher so die Fragezeichen, wenn andere Schwule oder Lesben von negativen Erfahrungen erzählen.

I.: Hm.

Julio: Das heißt jetzt auf der Arbeit, jetzt als Erwachsener, sei es als Jugendlicher in der Schule oder so – gut, ich hab mich damals in der Schule auch nicht geoutet, aber selbst als Erwachsener –, dann an der Uni, ähm, die ganzen Jobs, die ich gemacht habe neben der Uni ..., und da wusste es eigentlich immer jeder. Und das waren nicht irgendwelche Jobs in, was weiß ich, ähm, irgendwelchen Restaurantküchen oder so was, sondern – im kaufmännischen Bereich, da habe ich eigentlich, bin da immer sehr offensiv vorgegangen, hab da immer positive Erfahrungen gemacht. [...]

I.: Und der Weg in die Kirche, das Spirituelle, hat das was mit deinem Schwulsein zu tun gehabt?

Julio: Sicherlich. Ich denk, ich bin damals mit siebzehn vor dieser Tatsache wegge- laufen. Ganz sicher. Und hab mich da einfach – ohne dass meine Eltern diejenigen waren, die da irgend 'nen Einfluss drauf gehabt haben oder so –, habe ... mich da ... in dieses Spirituelle, Kirchliche, Christliche geflüchtet und bin sicherlich von meinem – von meinem Schwulsein weggelaufen. Deswegen sagte ich vorhin auch, ich hätte sicher mein Coming-out mit achtzehn, neunzehn haben können, stattdessen habe ich es halt mit vierundzwanzig oder dreiundzwanzig gehabt.

I.: Das wundert mich ein bisschen. Du hättest ja auch schon früher offen schwul sein können, weil du ja vom Umfeld eigentlich keine negativen Reaktionen zu erwarten hattest. Trotzdem hast du für dich ohne irgendwelche Ausgrenzungserfahrungen erst mal diesen Umweg gewählt. Es gab keinen Auslöser, es kam aus dir raus?

Julio: [Hustet] Gut, es war halt auch nicht ganz so einfach zu Hause. Ich komm aus 'nem spanischen Elternhaus.

I.: Hm.

Julio: Ähm, meine Eltern – ohne dass das jetzt irgendwas damit zu tun hat in erster Linie –, aber sie haben nicht gerade unbedingt den höchsten Bildungsstand – ohne mich dafür entschuldigen zu wollen, in keinster Weise –, ... sie sind halt auch sehr katholisch ... erzogen worden, obwohl sie dann, als sie nach Deutschland kamen, nix mit der katholischen Kirche am Hut hatten, oder selten etwas mit der katholischen Kirche am Hut hatten, aber gewisse Traditionen und Denkmuster und Denkweisen, ... die haben sie bis heute nicht abgelegt, trotz, was weiß ich, ... 'nem Aufenthalt von über 30 Jahren im Ausland, wo man vielleicht meinen könnte, gut, da müssen sie ein bisschen die Perspektive erweitert haben oder verändert haben. Ähm – hab trotzdem sehr viel Angst gehabt, es meinen Eltern zu sagen, weil ich in einem Elterhaus groß geworden bin, in dem es immer hieß: Ja, Schwule – und so ist es halt in der ganzen spanischen Gesellschaft, oder überhaupt in ... den südeuropäischen Ländern, dass der Schwule immer nur akzeptiert wird, solange er halbwegs, ähm, ich sag mal, ... zum Amüsement der Gesellschaft beiträgt, ... wenn er die Leute bei Laune hält und ... zum Lachen bringt, äh, ununterbrochen. Dann wird das akzeptiert, aber dass da auch mal

vielleicht ein Mann, dem man es nicht gerad', was weiß ich, auf den ersten Blick zu-
traut, auch schwul sein könnte – damit haben die dann doch die meisten Probleme,
bis heute eigentlich.

I.: Ja.

Julio: Und das war mir eigentlich ziemlich schnell auch bewusst als Jugendlicher,
ähm, meine Eltern hatten zu Schwulen Kontakte in [Stadt 1] damals, aus dem spa-
nischen Kreis der Leute, die sie so kannten, Bekannte, Freunde, aber das waren dann
so richtige – Dragqueens, mit allem Drum und Dran, also, wie man so schön zu sagen
pflegt, ähm, Tunten hoch zehn. Und die waren akzeptiert. – Ähm, ja.

I.: Das versteh ich.

Julio: Das hat sicherlich dazu beigetragen, dass es so lange gedauert hat, mich mei-
nen Eltern gegenüber zu outen.

**I.: Du warst ja auch nach diesem Bild ein anderer Schwuler, weil du halt nicht
effeminiert warst, keine Tunte.**

Julio: Nee, also ich war dann eher so der Typ, der mit den Brüdern, äh, vielleicht
manchmal auch aus Zwang eher, ... in der Freizeit zum Fußballspielen gegangen, oder
einfach mitgeschleppt wurde, weil der elfte Mann ... gefehlt hat in der Mannschaft.
[...] Äh, das habe ich jahrelang mitgemacht, und das hat mir auch nicht wenig Spaß
gemacht, auch wenn ich mich da immer mehr von – abgekapselt habe von der Ge-
schichte und dann doch irgendwann auch meine eigenen Wege gegangen bin. Unter
anderem – Kirchenkram. Der mir sicherlich nicht geschadet hat, aber wo ich heute
sage, da bin ich vor einigem weggelaufen.

» PEDRO

Pedro, Student in einer deutschen Großstadt, ist bis zum sechsten Lebensjahr mit
seinem lateinamerikanischen Vater und seiner deutschen Mutter in Südamerika
aufgewachsen und danach mit seiner Mutter nach Deutschland gekommen. Zum
Interview hat er mich in eine Kleinstadt gebeten, wo er die Wohnung seiner kurz
zuvor verstorbenen Mutter auflösen muss. Er ist zu diesem Zeitpunkt 26 Jahre alt;
mit 25 hat er sein positives Testergebnis bekommen.

Pedro: Also, das ging eigentlich ziemlich früh los, aber da war das natürlich schon et-
was angsteinflößend, jetzt grade hier in der doch relativ ländlichen Gegend ..., und
da dacht' ich mir dann: „Oh nee, das is jetzt aber doch wohl nich wahr“, und hab dann
aber schon auch Freundinnen gehabt, und das ging eigentlich auch, bis ich neunzehn,
zwanzig war. Und so die ersten Erfahrungen so mit Typen, mit Männern, hatt' ich
erst so mit achtzehn. Also, gar nich so, wie das bei andern so is, so mit, äh, pubertie-
renden Jungs, die dann irgendwie mit Gleichaltrigen was haben, da war bei mir gar
nichts, komischerweise. Zu dem Zeitpunkt hatt' ich immer was mit, äh, Freundinnen,
mit Mädchen, war sowieso auch 'n Spätzünder, aber dann ging's eigentlich ziemlich

schnell, dass ich so 'n Doppelleben führte, dass ich mich hier mit, äh, Jungs und Männern aus der Gegend getroffen habe, aber gleichzeitig auch Freundinnen hatte, und erst später, so mit einundzwanzig, dann gesagt hab: „Okay, ich lass das mit den Frauen, ich bin nur schwul.“

I.: Hm.

Pedro: Jetzt hier in der Gegend is das ja mit Kneipen nich so, ne? Das is, ja, ähm – wenn, dann ... muss man schon nach [Großstadt] ..., wenn du so richtig was Nettes haben willst, ansonsten halt [Stadt], was, äh, relativ dürftig auch so is, das Angebot ... – und da war ... bei mir einfach die Sache: Ich lebte halt, äh, als Hetero für alle hier, und da kann es dir auch einfach passieren, dass du in [Stadt] jemandem übern Weg läufst, und da wollt ich da jetzt nich aus irgendso 'm Laden ... rausstolpern, und dann hab ich das eigentlich gar nicht wahrgenommen, also ich hatte einfach gar keine Ahnung, was hier schwulentechnisch eigentlich angeboten wird. Kneipen? Keine Ahnung, ... ich wusste, wo sie sind, aber ich bin nie reingegangen. [...]

I.: Aber nach [Großstadt] bist du schon gefahren, oder hattest du dann wieder die Befürchtung, dass dich jemand hier aus [Dorf] sieht?

Pedro: Nee, ich hatt' das so ziemlich anonym ... gemacht, also, es war natürlich dann so, dass es da noch zu dem Zeitpunkt noch nich so intensiv Internet gab, ... und dann gab es halt so Telefon-Chatlines. Und über diese Telefon-Lines hab ich dann Männer kennen gelernt, mich mit denen hier getroffen. Und so hab ich eigentlich Schwule kennen gelernt, also, hatt' ich dann, äh, Freunde, Bekannte, mit denen ich mich dann öfter getroffen hab, halt nur, um Sex zu haben, aber ... öffentlich war ich dann eigentlich, äh, hetero, so vom Auftreten her. Also das wusste keiner, dass ich mich mit Männern treffe.

I.: Das war'n so heimliche Verabredungen, heimliche Liebschaften?

Pedro: Das war'n nich wirklich Liebschaften, das war'n wirklich nur Sextreffen.

I.: Hm. Und wie ging das dann weiter? Hast du irgendwann beschlossen, es jetzt doch den Leuten zu sagen, dass du schwul bist, oder lebst du bis heute so verdeckt?

Pedro: Nee, jetzt leb ich völlig offen. Aber das ging dann erst in [Großstadt 1] los. In [Großstadt 1] hatt' ich dann auch im im ersten Semester, wo ich mein Studium begonnen hatte, da war ich einundzwanzig – da hatt' ich ja auch noch 'ne Freundin, zwei Monate lang, und merkte dann, also ich hab ... ihr gesagt ...: „Ich muss dir jetzt mal was sagen. Also, ich treff mich eigentlich auch mit Männern, und ich würd mich eher bisexuell definieren. Äh, wie findste das?“ Fand sie natürlich nich so toll. Kam sie nich so gut mit klar, aber irgendwann hat sie's doch akzeptiert, bis ich dann aber irgendwann merkte: So richtig glücklich bin ich mit ihr auch nich, und dann hab ich mich dann auch von ihr getrennt, und meine Begründung war: „Ich denk, ich bin eigentlich doch hundert Prozent schwul und doch nich bi.“ Und von da an hab ich mich dann, also es war auch wirklich so, drei Tage ging's mir richtig schlecht, weil ich mir das ein-

fach selber so verklickern musste, und dann hab ich das dann auch allen gesagt, also meinen besten Freunden, die ja auch schon wussten, dass ich nebenbei auch was mit Männern hatte, dann war das jetzt nich mehr so der Schocker für die, aber halt dann auch – meiner Mutter zum Beispiel, ne? Und das war dann schon etwas heftiger. Weil die ja da gar nich vorbereitet war, das kam für die ganz überraschend. Vier Wochen ganz übel so, musste da, hm – sehr dran arbeiten einfach so, sehr mit rumkämpfen, sie hatte wirklich, äh, panische Angst, dass ich in der Gesellschaft Probleme haben würde und dass ich dann auch, äh, HIV-positiv werden würde. So die große Gefahr, das hat sie damals irgendwie ganz oft gehört, schwul wird dann direkt, äh, positiv, und da hatte sie einfach 'ne große Sorge um mich, dass es mir gesundheitlich irgendwann schlecht gehen könnte oder einfach, dass ich, äh, ausgegrenzt werde von der Gesellschaft, dass ich irgendwie mehr Probleme haben werde, sie hat sich vier ... Wochen lang wirklich große Sorgen gemacht. Und dann hat sie's irgendwie akzeptiert und fand's dann eigentlich ganz gut, weil sie nie mit Schwulen zu tun hatte, und dass sie jetzt so, äh, am Ende ihres Lebens noch mal durch mich dazu gekommen is, etwas kennen zu lernen, was es auf diesem Planeten gibt, aber [wovon] sie vorher eigentlich gar keine Ahnung hatte – und eigentlich war sie dann auch ziemlich dankbar ... für diese neue Lektion, Erfahrung – ja.

Schutzillusionen/optimistische Fehlschlüsse/ Risikobereitschaft

Bei vielen der von mir befragten MSM haben falsche, (zu) „optimistische“ Vorstellungen über Sexual- und Beziehungspartner (siehe oben, S. 24 f.) eine wichtige Rolle bei der HIV-Infektion gespielt, wie die im Folgenden wiedergegebenen Interviewausschnitte zeigen. Damit verbunden ist häufig, dass Risiken als (zu) gering eingeschätzt oder im Gegenteil gerade bewusst gesucht und/oder eingegangen wurden. Hier lässt sich tendenziell ein altersabhängiger Unterschied ausmachen: Während für diejenigen Interviewten, die sich in sehr jungem Alter infiziert haben, zu gelten scheint, dass sie „Gesundheit als etwas Selbstverständliches“ betrachtet haben, „das jederzeit verfügbar ist“ (Beelmann/Kieselbach 1997, S. 269), und dass sie gewisse Unverletzlichkeitsvorstellungen hatten – z. B. die Vorstellung, von einer kontrollierbaren Welt umgeben zu sein (eine Sicht, die sich nicht nur auf die Sexualität, sondern auch auf andere Lebensbereiche wie z. B. das Autofahren oder den Drogengebrauch bezieht)¹⁶ –, scheint für die etwas älteren befragten Männer eher zu gelten, dass sie bereit waren, Risiken „bis zum Limit“ einzugehen – aufgrund sexueller Erregung und „Triebhaftigkeit“, wie es einer der Interviewten formuliert. Und während die ganz jungen befragten MSM meist genau angeben können, in welcher Situationen sie sich infiziert haben, sind sich diese älteren Männer hier eher nicht sicher.

¹⁶ Zur Kritik an dieser These vgl. Rettenwander 2003 (siehe oben, S. 25).

>> ALBERT (siehe oben, S. 38 und 53)

Albert, der zum Typus „vulnerable Karriere“ gezählt werden kann, hat bei seiner Arbeit als Stricher („Hauptbahnhof, Stricher, Drogenkarriere“) nach eigenen Angaben immer auf den Schutz vor HIV geachtet. Infiziert hat er sich im Alter von 17 Jahren bei einem etwas älteren Bekannten.

Albert: [A] Iso ich bin eine ganze Weile – nach dieser Schiene gefahren: Ich weiß zwar, was ... HIV is, ich weiß, wie man's kriegt, aber mich, um Himmels willen, mich kann's doch nich treffen.

I.: Hm. Und wieso kann's dich nich treffen?

Albert: Ja, ich denke mal, pf – gut ..., jetzt im Nachhinein kann man das auch schwer beantworten, aber ... mit der heutigen ... Denkweise denk ich mal, das war einfach dieses übliche kindische Denken. Diese jugendliche Unbefangenheit einfach, weeßte [macht Pfeifgeräusch], leck Arsch: Was heut is, ... is, und was morgen kommt, interessiert mich nich, was gestern war, kann ich auch nich ändern, so [macht Zischgeräusch] richtig schön fett in 'n Tag hinein.

I.: Hm.

Albert: Und ich denke mal, daher wird auch diese, diese Einstellung, pf, gerührt haben.

64

>> BENJAMIN (siehe oben, S. 35 und 51)

Der oben bereits vorgestellte Benjamin hatte, als er sich im Alter von 22 Jahren mit HIV infizierte, keine schwule Identität und suchte eher anonyme Orte zur sexuellen Interaktion auf. Bei seiner Antwort auf die Frage, wie er sich infiziert habe, wird die auch bei anderen befragten MSM anzutreffende Schutzillusion deutlich, HIV treffe nur „Ältere“:

Benjamin: Ich weiß nicht, von wem ich's hab, und ich kann damit auch relativ gut leben. [...]

I.: Hm, du sagst, auf Parkplätzen relativ viel Sex gehabt, was für Sex hast du da gehabt? Erzähl ruhig mal so ein bisschen. [...] Hast du eher Analverkehr ohne Kondom gemacht, oder – wie kann es passiert sein?

Benjamin: Also ich – wenn, dann ... eher eigentlich so ... vom Blasen oder so. Wobei, ich hatte auch mal – ja, so ab und an hatte man halt ... schon Analverkehr, das war dann generell ungeschützt. [...]

I.: Wie kam das, generell ungeschützt? Hattest du damals noch nichts davon gehört, dass Kondome schützen ...?

Benjamin: Also, insofern war ich eigentlich ... schon aufgeklärt, aber – ich habe eigentlich immer gedacht, dadurch, dass ich es ja auch nicht mit jedem gemacht habe – ich habe schon immer geguckt, wie die Typen aussahen –, und – ja, man hat halt

noch diese diese ganzen Klischees im Kopf: Das kann nur Ältere treffen, das sieht man und so, und von daher habe ich dann auch gedacht, also – nee, dich trifft's nicht. Und mein bester Freund, der sagte auch immer zu mir: Mein Gott, so wie du lebst, wirst du dich irgendwann mal infizieren. Ich sag: Ich doch nicht. Trifft doch eh nur die Älteren.

» **THOMAS 2** (siehe oben, S. 55)

Der 21-jährige Thomas 2, ein Befragter mit Migrationshintergrund, der nicht dem Typus „vulnerable Karriere“ zugeordnet werden kann, hat sich erst wenige Monate vor dem Interview infiziert. Er geht von sich aus auf das Thema „Unverletzlichkeitsphantasien“ ein:

Thomas 2: Als Jugendlicher kommt man sich ja in gewisser Weise unzerstörbar vor, ne? So: Ach, ich bin jung, ich bin unverlebt, ich kann Drogen nehmen – obwohl ich auch nie Drogen, obwohl – einmal Drogen genommen, o.k., einmal 'ne Pille geschmissen, aber ich bin Narzisst, und dann denke ich mir: Nee, tut dir nicht gut, lass es sein [lacht]. [...]

I.: So ein Gefühl, mir kann ja nichts passieren, bin unverletzlich und stark und so.

Thomas 2: Genau. Und, äh – ja, und das hat man einfach jetzt [nach der Infektion; D.S.] in gewisser Weise, ähm, abgelegt, ne? Dieses: Ich bin unzerstörbar.

Dieser „jugendliche Optimismus“, den man auch als Kontroll- oder Allmachtsphantasie beschreiben könnte, zeigt sich auch an einer anderen Stelle im Interview, hier in Verbindung mit dem bewussten Suchen und Eingehen von Risiken:

Thomas 2: Ich trinke eigentlich gerne ab und zu mal, also ich bin nicht jemand, jedes Wochenende, um Gottes willen, aber ich denke, wenn du mal weggehst, und ich war mit ganz vielen Leuten da, also sechs, sieben Mann und dann mein bester Freund und zwei ganz enge Freundinnen und davon dann noch ganz viele Leute, das war eben schön, und da hab ich eben natürlich richtig getrunken, ne, [...] auch während der Fahrt getrunken [lacht]. Das war der Risikomensch, aber ähm ...

I.: Du hast während der Fahrt getrunken.

Thomas 2: Genau. Also während der Fahrt so ein Bier in der Hand gehabt, ne [lacht]? Und ausgestiegen und noch mal zwei getrunken [lacht], ne?

I.: Man ist jung, und es kann nichts passieren.

Thomas 2: Das ist, das ist das, genau, ne? Solange ich etwas selber unter Kontrolle habe, dann gehe ich das Risiko auch ein. So ein Mensch bin ich. Also meine Mutter sagt das so: „Du bist ein absoluter Risikomensch, dir passiert noch irgendwann mal was.“ Also rein intuitiv sieht sie das schon, in gewisser Weise ahnt sie etwas und hat es immer geahnt.

Das Gefühl der Unverletzlichkeit und das Ausloten und Auskosten des Risikos scheint bei seiner HIV-Infektion eine gewisse Rolle gespielt zu haben, wobei offensichtlich auch noch ein autoaggressives oder gar selbstzerstörerisches Element hinzukam, das Thomas 2 als „Todesgeilheit“ bezeichnet und wie eine fremde Macht beschreibt, die von ihm Besitz ergriffen hat:

Thomas 2: [atmet durch] Ähm – also grundsätzlich muss ich erst mal sagen, ich bin eigentlich immer jemand gewesen, der – so Safer Sex war eigentlich immer – also, ich hab's bisher dreimal – zweimal war ich, ähm, da war ich jünger, da hatte ich 'ne Beziehung, und, äh, hab's dann auch bereut – aber ansonsten eigentlich immer, das war kein Thema. Und meine HIV-Infektion, das war, kann ich noch genau sagen, am 1. August letzten Jahres ... Ich hatte einen One-Night-Stand ... und war also wirklich dermaßen alkoholisiert ..., benebelt, das war in einer Disco ... mit 'nem Darkroom, die hatten da irgendso 'ne Party [...], und da habe ich dann ... so 'nen – war drei, vier Jahre älter als ich – getroffen, hatte dann was mit dem, hatte anfangs auch verhütet – äh, bin ich auch wirklich, äh, habe ich auch gesagt, nur mit Gummi, und dann war ich eben an der Reihe, klar, hatte auch 'nen Gummi, und dann war er eben wieder an der Reihe, und dann muss er wohl in der Zeit – kein Gummi mehr drauf gehabt haben, also nicht mehr verhütet, hat er nicht mehr verhütet, und, ähm, ja. [...] Und, ähm, ... das war also eine Nacht, ähm – ich weiß nicht, ... wie man dieses Gefühl beschreiben kann. Also, ich war mir schon ziemlich – unsicher, weil dann kamen danach so Fragen auf, äh, hat er verhütet, hat er nicht verhütet – dann fing man schon an, rational darüber nachzudenken, und versuchte, so einzelne Bausteine der Erinnerung wieder so ein bisschen zusammenzufügen, ne? Und das ging eben nicht so recht. Und ich hatte ein Gefühl, das war – ich beschreib das mal so als Todesgeilheit. Also man hat, ähm – man, man, ähm, hm, wie kann man das beschreiben, man hatte das Gefühl, man hat etwas gemacht – oder es ist etwas passiert, was dein Leben grundlegend verändern wird, in Bezug auf, auf – Tod. Also ich, ich war, hatte so das Gefühl, ich bin dem Tod extrem nah – und das war, das war ein Gefühl, was mir also wirklich eine Angst eingejagt hat, wie ich noch nie so 'ne Angst verspürte. Aber auf der anderen Seite auch so 'ne gewisse Neugier. Das hört sich jetzt vielleicht so ein bisschen paradox an oder oder so, so 'n bisschen krankhaft vielleicht auch, aber das war so 'ne, ähm, eine völlig, ein, ein völlig, ähm, einnehmendes – exzessives Gefühl. – Und Todesängste eben, also absolut Todesängste. Also ich bin jemand, also, ich hab, ähm, ich fahr manchmal wie 'ne besengte Sau, und wenn ich das Gefühl habe, ich kann etwas, es liegt alles in meinem Ermessen, ich habe etwas unter Kontrolle, dann bin ich bereit, ein Risiko einzugehen. Und dann auch ein höheres Risiko. Weil ich weiß – bin ich dann vielleicht so selbsteingenommen –, denke: Das packst du. Wenn du, wenn du selber etwas managen kannst, dann kannst du's. Aber da war etwas, von außen – das habe ich nicht unter Kontrolle, das kommt von außen, das befällt mich, und ich kann es

nicht kontrollieren. Ich hab da kein'n Einfluss drauf. – Und das, das gab eben so diese, diese Todesangst, irgendwo, aber auch dieses, dieses Gefühl, dieses, ähm – da ist et-was, das beherrscht dich jetzt, ne?

Bei Thomas 2 zeigt sich auch eine weitere, auch bei anderen Interviewten zu findende und offenbar verbreitete Vorstellung: dass nämlich Menschen mit HIV an äußeren Symptomen oder bestimmten Lebensweisen zu erkennen wären – oder im Umkehrschluss, dass Menschen ohne Symptome bzw. ohne solche Lebensweisen nicht HIV-infiziert wären. Er berichtet, dass er es zunächst nicht glauben konnte, als man ihm erzählte, dass ein Bekannter HIV-positiv sei:

Thomas 2: Mensch, das hätte ich nie gedacht, weil der seriös ist, weil der ein normales Leben führt, weil der auch wirklich hübsch war. Unverlebt und hübsch.

Auch in der folgenden Passage, in der er darüber spricht, dass ihm ein „positives“ Leitbild für ein Leben als Positiver fehle, zeigt sich noch sein altes Bild vom Leben mit HIV („Aber die sind ... alle frühberentet ...“):

Thomas 2: Was mir fehlt, ist ein Leitbild. Also ... wenn ein Schwuler in die Szene kommt, ... hat er auch seine Leitbilder und guckt sich an, so möchte ich mal werden. Klar, war ja auch bei mir so, wo man sich gewisse Leitbilder genommen hat, in der Schule nimmt man sich auch Leitbilder, im Beruf auch, man orientiert sich. Und – bei der HIV-Infektion fehlen mir die Leitbilder. Mir fehlt ein Gleichaltriger, der in meinem Alter ist, der kein Stricher ist, der, ähm, keine Drogen nimmt, sondern der irgendwo in Führungsstrichen normal ist, ein normales Leben führt, aber auch in der gleichen Situation ist. Das fehlt mir. Dann fehlt mir jemand, der das dreißig Jahre lang hat, berufstätig ist, wahrscheinlich noch politisch aktiv, und 'ne Familie hat und ganz normal vor sich hin lebt. ... [K]lar gibt's natürlich Leute, die haben's 20, 30 Jahre, ne? Aber die sind dann alle frühberentet, die ... schreiben da auf ihren – die haben eigene Homepages bezüglich HIV und schreiben da: Ja, wenn ich mal die Kraft habe, dann setz' ich mich mal ins Auto und mach da irgendwas ehrenamtlich, und ich denke dann immer: Meine Güte!

» **MURAT** (siehe oben, S. 42 und 50)

Auch bei Murat herrschen offenbar, wie bei anderen Befragten auch, Bilder des „alten Aids“ (Martin Dannecker) vor, also der HIV-Infektion und Aids-Erkrankung vor Einführung der antiretroviralen Therapien. Dies zeigt sich an der im Folgenden wiedergegebenen Interviewpassage, in der Murat beschreibt, wie er nach seinem positiven Testergebnis versuchte, andere HIV-Positive in seinem Alter kennen zu lernen:

Murat: Ja, ich musste unbedingt irgendwelche Leute kennen lernen und da mal gucken, wie die aussehen und so. Ich hab mir das ja total schlimm vorgestellt, ich hab ja gedacht, die sehen alle krank aus und total abgemagert und irgendwie verstört – aber ist ja überhaupt nicht der Fall. Ist ja gar nicht der Fall. Ich habe echt gedacht, ich hab gedacht, die Leute, äh, äh, man macht sich ein ganz falsches Bild von, wenn man es gar nicht kennt. Ich hab das dann auch – die meisten in meinem Alter, dieses Bild von den Leuten, weil man denkt dann, ja, dann sehen sie krank aus, dann, äh, fallen denen die Haare aus und dann haben sie überall irgendwelchen Ausschlag und so, aber ist ja nicht an dem. Man merkt es denen ja gar nicht an. –

I.: Die sehen alle gesund aus, so wie du.

Murat: Ja, weil es ist ja so. – Gut, wenn die Viruslast jetzt ... austritt, also wenn der Virus jetzt austritt, ich weiss nicht, wenn man dann Aids hat, wie es dann aussieht. Ich mein; da habe ich wirklich noch keinen kennen gelernt. [...] Ich weiss es nicht.

Fatalismus

Als Gegenpol zu optimistischen Fehlschlüssen könnte man eine fatalistische Haltung betrachten, die gewissermaßen zu pessimistischen Fehlschlüssen führt. Eine solche Einstellung habe ich bei einem Interviewten gefunden, den ich im Folgenden vorstellen möchte.

» ANDRÉ

André ist zum Zeitpunkt des Interviews 23 Jahre alt, sein positives Testergebnis erhielt er ein Jahr vor dem Interview. Er berichtet über Einsamkeit in der Schulzeit, über ein unfreiwilliges Coming-out, über eine sechs Jahre andauernde Drogenkarriere (Amphetamine, LSD), die er unter dem Eindruck des Suizids eines Freundes unter Drogeneinfluss beendet hat; Kraft dazu habe ihm auch der Glaube gegeben, sagt er – auf der Suche nach Sinn¹⁷ hat er sich intensiv mit verschiedenen Religionen auseinander gesetzt. Wie er sich mit HIV infiziert hat, kann er nicht genau angeben.

André: Ähm, da muss ich so sagen, ... 80 % waren ungeschützt gewesen, und, hm, ich kann das in Zahlen, glaube ich, nicht mehr ausdrücken, weil, also ... da gibt's so viele, 'ne Dunkelziffer, also, pf, etliche.

I.: Hast du irgendwie gedacht, dass es dich nicht treffen könnte?

André: Das Witzige ist ...: Meine Mum hatte mir erzählt, als ich mit vierzehn, als das so rauskam mit HIV und so und ... schwul und so – sie hat immer nachts Alpträume

¹⁷ Möglicherweise gibt es hier einen Zusammenhang zwischen Andrés „Sinnsuche“ und seinem Risiken in Kauf nehmenden Verhalten; David Le Breton zumindest hat das riskante Verhalten Jugendlicher als individuellen Übergangsritus beschrieben: „Auf einer höheren Ebene hängen riskante Verhaltensweisen der jungen Generation ... mit einem allgemeinen Leiden und sozialer Entflechtung zusammen. Sie sind schmerzhafteste Versuche, symbolisch einen Platz in der Gemeinschaft zu erlangen und sich wieder in die Welt einzugliedern“ (Le Breton 2001, S. 114 f.).

gehabt von wegen BILD, HIV, und die sind eben dran, ja? Also, das war ihre größte Angst. [...] Da habe ich mir meine Gedanken drum gemacht, und bei mir habe ich dann gedacht, na gut, weißt du, also, ich bin sowieso damals schon ausgegangen davon, dass es mir irgendwann passieren würde. – Weil ich überhaupt net Lust drauf hatte, äh, dagegen irgendwas zu tun oder sonst irgendwas. Ich hab mir gedacht, also gut, wenn das das Schicksal so will, dann will es das so. Und hab eigentlich schon immer, ähm, ... wie soll man das jetzt sagen, die Verantwortung abgegeben, in Sachen, wo ich mir gedacht habe, das wär mir zu viel Verantwortung [lacht] – ja, da hab ich mir schon damals gedacht, o.k., das trifft dich sowieso früher oder später, ja, also es ist eigentlich egal. Gerechnet habe ich damit, ja.

„Risikofaktor Liebe“

Für das Phänomen „Liebe als Schutzraum“ (vgl. S. 26 f.) habe ich in den von mir geführten Interviews mehrere Beispiele gefunden. So gingen einige der Befragten relativ schnell von einer „festen Beziehung“ aus, auch wenn sie den Partner erst wenige Tage kannten, und verzichteten dann bald (oder sogar von Anfang an) auf Kondome. Im Hintergrund steht meist ein gewisser „Vertrauensvorschuss“, nämlich die in sozialen Lerntheorien als „basales Vertrauen“ bezeichnete generalisierte Erwartung, sich auf andere (insbesondere Ältere) verlassen zu können. Zu diesem „im Liebesfall“ (Dannecker 1994) relativ schnell gegebenen Vertrauensvorschuss gehört offenbar unter anderem, dass man voraussetzt, dass der Partner HIV-negativ ist bzw. gegebenenfalls seinen positiven HIV-Status mitteilen würde – dieses Phänomen tauchte bei mehreren Befragten auf. Bei Beziehungen zwischen Älteren und Jüngeren kommt häufig hinzu, dass jüngere Männer davon ausgehen, dass der ältere Partner die Verantwortung für den Schutz übernehmen wird.

» BERND (siehe oben, S. 36 und 52)

Bernd hat sich in einer Beziehung infiziert; bei seiner Infektion spielten neben Verliebtheit auch Schutzillusionen eine Rolle, wie der folgende Interviewausschnitt zeigt:

Bernd: Also, ... ich hatte jemanden aus [Vorort] kennen gelernt, ... das war im [schwule Bar], der hatte mir irgendwie so – ich hab den gar nicht gesehen irgendwie, und ich bekam dann halt so 'nen Bierdeckel zugeschustert, mit ... seinem Namen und, ähm, seiner Telefonnummer, und dann hatte ich mich irgendwie ein paar Tage später mal darauf gemeldet – und, ähm ... Er war halt auch älter, ich war damals ... 23, und, ähm – ja irgendwie ist es auch so, ich glaub, also mit so Leuten in meinem Alter kann ich oder gerade Jüngeren kann ich eigentlich eh nichts anfangen, und ... der war damals

– ich glaube, 37 war der. Ja, wir haben uns halt kennen gelernt, war ich ein paar Mal in [Vorort], und irgendwie waren wir dann, ja, zusammen. Und ... dann haben wir uns eigentlich fast jedes Wochenende gesehen, und ich war einfach ziemlich – blöd, und naiv, in vielerlei Hinsicht. Also, ich glaub ja irgendwie heut noch so an die große Liebe oder so [lächelt]. [...] Und, ähm, ... dann kam's halt auch zum ungeschützten Geschlechtsverkehr, und, ähm, ... also ich war mir eigentlich sicher, dass da nichts ist irgendwie, und, äh, und ich hab das bei ihm auch gedacht, dass das so ist, und, ähm – gut, dann waren wir wieder auseinander, das hat dann doch nicht funktioniert, und, ähm, das war dann auch o.k.

» **MURAT** (siehe oben, S. 42, 50 und 67)

Bei Murat scheint neben dem „Vertrauensvorschuss“ auch fehlende Durchsetzungsfähigkeit eine Rolle gespielt zu haben:

Murat: Ja, am Anfang ja, aber so nach zwei, drei Monaten denkt man sich, man vertraut seinem Partner, und, äh, ich würde mir jetzt auch blöd dabei vorkommen, wenn ich jetzt zu dem gesagt hätte: Ja, bevor wir irgendwas machen, lass uns einen HIV-Test machen. Weil, dann, ich denk mal, nach zwei, drei Monaten vertraut man irgendeinem blind und macht dann eben halt ohne. – Was eigentlich ein Fehler ist, weil, äh, man sieht ja, was dabei herauskommt. [...].

I.: Ist ja auch wichtig, dass man Vertrauen hat.

Murat: Eigentlich ja, aber man sollte nicht so früh Vertrauen reinstecken.

» **ANDREAS** (siehe oben, S. 36, 41 und 49)

Andreas, dessen Schutzverhalten während seiner Zeit als Stricher als professionell bezeichnet werden kann, hat sich in einer Beziehung infiziert. Im Interview mit diesem Befragten, der zum Typus der vulnerablen Karrieren gehört, wird seine Sehnsucht nach einer „heilen“ Familie deutlich, etwa in einer sehr langen Passage, in der er erzählt, wie er eine Weihnachtsfeier für seine Freunde organisiert hat. Sein Wunsch nach einer treuen Beziehung ist letztendlich der Wunsch nach jemandem, auf den er sich verlassen kann; mögliche Risiken werden ausgeklammert.

Andreas: Ich hab halt, ich hab 'ne Beziehung gehabt, äh, zu einem, der war, ... ja, er müsste damals ... 23 gewesen sein, ... ich war 18.... Also ich bin der Meinung, wir hatten halt 'ne Beziehung, und – für mich basierte damals eine Beziehung auch mit Treue. Und wir haben auch damals zusammen einen Test gemacht, und der war bei beiden negativ, ... und somit war für uns klar, ... dass wir unsafes Sex machen können. Also das empfehle ich ja heute gar nicht mehr, auch wenn es in vielen Talkshows immer gesagt wird: „Habt ihr denn zusammen einen Test gemacht, hach, dann ist ja alles gut.“ Ich hab das damals auch geglaubt – und ich war halt jung, dumm und verliebt,

und ich habe halt gedacht: Wunderbar, wir haben einen Test gemacht, dann kann nix passieren. [...] Mein Freund, mein Freund ist untreu gewesen und hat sich infiziert und hat daraufhin nicht, er hat mir das nie erzählt. Er war nicht nur einmal untreu, er war wohl sehr regelmäßig untreu, äh, ich hab das nicht mitbekommen, und, äh, dass er sich infiziert hat, ähm, dass wusste er dann auch nicht. Als er es wusste, hat er es mir immer noch nicht gesagt. Aber da waren wir dann auch schon nicht mehr zusammen. Also, er hat es mir nie erzählt, dass er sich infiziert hat.

>> THOMAS 1 (siehe oben, S. 41 und 54)

Thomas 1 betont glaubhaft, dass er über die Schutzmöglichkeiten gut Bescheid wusste. Auf das Kondom verzichtete er, nachdem er für einen Partner „Gefühle entwickelt“ hatte:

Thomas 1: Ähm, also bei mir isses passiert, ich war, hatte so zwischen sechzehn und achtzehn die Phase, wo ich mich so richtig ausgelebt hab – und war da aber relativ froh, denn ich hatte eigentlich so ziemlich am Anfang ’n paar Leute kennen gelernt, die mir dies ziemlich eingepflicht haben. Wenn ich mit denen Sex hatte, auch immer vorher: „Hier, das darfst du nie vergessen.“ Und das war denn auch in meiner in Anführungsstrichen Schlampenphase, wo ich mich halt richtig ausgelebt hab, ... auch nie ’n Problem. Und für mich war dann das Problem, wie ich das erste Mal jemand kennen gelernt hab, für den ich Gefühle entwickelt habe. Weil bei mir war irgendwie – also ich mein’ jetzt, heute kann ich’s nicht mehr nachvollziehen, aber damals war bei mir irgendwie im Kopf drinne: „Jemand, für den du Gefühle hast, mit dem du zusammen bist, musst du kein Kondom benutzen.“ Ja gut, das war dann halt sehr dumm.

I.: Das heißt, ihr hattet dann ’ne Beziehung, und dann hast du auf das Kondom verzichtet?

Thomas 1: Beziehung kann man das nicht nennen, also für mich war das ’ne Beziehung, von seiner Seite aus ... war das nie Beziehung, aber ich hatte mich halt in ihn verliebt, und deshalb war das für mich: „Ich bin in ihn verliebt und ich bin glücklich und da brauch ich kein Kondom mehr.“ Und wir haben uns dann irgendwann, also er hat mir dann später mal gesagt, dass er es schon die ganze Zeit wusste.

I.: Er hat’s dir aber nicht gesagt?

Thomas 1: Er hat in dem Moment, so hat er es mir gesagt, ähm, aus Geilheit nicht dran gedacht. Wobei ich ihm dadraus aber nie ’n Vorwurf gemacht habe, also wir haben heut noch Kontakt, wir treffen uns. Wobei es – aber gut, also wir hatten dann so fünf Jahre, wo wir gar kein’n Kontakt hatten. Ich glaub’, sonst wär das auch nicht gegangen.

Der Befragte wechselt an dieser Stelle das Thema, greift es aber in der folgenden Sequenz wieder auf, in der berichtet, dass er bei Partnern, die er in Saunen oder

an ähnlichen Orten traf, ganz selbstverständlich auf dem Schutz vor HIV bestanden habe. In seinem Fall scheint der „Vertrauensvorschuss“ für seine (älteren) Partner zunächst durchaus berechtigt gewesen zu sein: Thomas 1 hatte offenbar das Glück, auf verantwortungsbewusste Männer zu treffen, wie er es selbst ausdrückt:

I.: Und was du eben so als deine Schlampenphase bezeichnet hast, da hast du dich also ein bisschen ausprobiert, aber immer drauf geachtet, dass du dich schützt?

Thomas 1: Ja. Also ich glaub, ich weiß nicht, ob das wirklich so gekommen wär, wenn ich am Anfang andere Leute kennen gelernt hätte. Aber die ersten Typen, die ich kennen gelernt habe, die haben – also ich mein', ich hab auf Ältere gestanden, und es war'n halt, war'n halt Typen von der Sorte, die sich halt ... nicht einfach nur gedacht haben: „Oh geil, 'n junger Typ zum Ficken“, sondern die da schon auch sehr viel Verantwortungsbewusstsein gezeigt haben. Die also wirklich auch mit mir darüber gesprochen haben, die, was weiß ich? Einer hatte mir auch mal das [schwules Präventionsprojekt] gezeigt und hat mir auch mal gezeigt, wo die Aidshilfe is ..., und er hat mit mir auch darüber gesprochen, und für mich gehörte das immer automatisch dazu. Also, das war halt immer, das war einfach selbstverständlich. Also, das fiel mir nie schwer oder dass ich irgendwie mal gesagt hab: „Och komm, jetzt isses grade so geil, jetzt is nich“, sondern da hat es fest drinne gesessen. Aber ich glaub, da war's wirklich so indirekte Erziehung halt auch. Allein schon die Angst – ich mein', also ich bin halt viel in Saunen gegangen. Und da war halt auch immer einer von denen mit, weil, alleine hatt' ich da Angst, da hinzugehen, und ich weiß nicht, vielleicht war's auch die Angst, dass der gucken kommt oder sonst irgendwas, aber das gehörte einfach dazu, also ich hab auch immer gesagt, wenn irgendjemand das versucht hat ohne, hab ich gesagt: „Mh-mh [verneinend]. Nur mit.“

I.: Und in der Beziehung, wo du gedacht hast, dass du den liebst oder dass du mehr Gefühle dem Menschen gegenüber hattest, da hast du gedacht, du brauchst dich nicht zu schützen, weil dich das dann nicht mehr trifft?

Thomas 1: Das is schwer zu beschreiben. Also, es war einfach nur so in meinem Kopf drinne, wenn ich mit jemandem zusammen bin, dann brauch ich kein Kondom. Aber wie das – also, ich hab da nich mehr näher drüber nachgedacht, weil ich dann halt irgendwann mal gesagt hab: „Okay, ich nehm's einfach als gottgegeben hin.“ Ich weiß gar nich, woher das kam, also vielleicht kam's 'n bisschen – also man muss dazu sagen, ich war mit achtzehn gefühlsmäßig noch nicht achtzehn gewesen. Also, ich war gefühlsmäßig irgendwo so bei zwölf, dreizehn gewesen. Und vielleicht – heute kann ich's nich mehr nachvollziehen, aber vielleicht war's wirklich noch so dieses Denken, so: Alle, die ich kannte, war'n zwar Hetero-Pärchen, aber die ham auch alle keine Kondome benutzt, weil irgendwoher mussten ja die Kinder kommen. Und ich glaub, das war für mich so 'n Stück weit, ich hab mich in den verliebt – wir ham zwar nicht

drüber gesprochen, dass wir zusammen sind, aber wir ham öfter getroffen, und, was weiß ich, wir ham auch mehr zusammen gemacht als nur zu ficken, wir war'n dann auch mal was trinken, und das war für mich halt einfach so, ach, Beziehung. Und da war das für mich, ja – wir ham nicht mal drüber gesprochen: „Komm, lass es uns ohne Kondom machen“, sondern das war dann halt einfach so. Ich hab nich nachgefragt, er hat auch nichts dazu gesagt, und dann ham wir's halt einfach ohne gemacht.

Interessant scheint mir, dass der Befragte zur Begründung für den Verzicht auf das Kondom sogar den ungeschützten Analverkehr mit dem ungeschützten Vaginalverkehr zum Zweck der Fortpflanzung parallelisiert (Reproduktionsphantasien). Darüber hinaus spricht er auch einen gewissen Fatalismus an („gottgegeben“) und vermutet rückblickend, dass er in dieser Zeit entwicklungsbedingt noch nicht in der Lage gewesen sei, die Situation zu kontrollieren („Ich war mit achtzehn gefühlsmäßig ... irgendwo so bei zwölf, dreizehn gewesen.“). Infiziert hat Thomas 1 sich bei einem Partner, der ihn nicht über seine HIV-Infektion aufklärte und trotz seiner Infektion auf das Kondom verzichtete. An seiner Wut auf diesen Partner wird deutlich, dass er erwartet hätte, dass sein älterer Partner die Verantwortung für den Schutz für HIV übernimmt – umso mehr, als er einen „Wissensvorsprung“ hatte.

Thomas 1: Also ich ... hab meinen Teil des Fehlers auf mich genommen und hab mich aber halt auch an ihm ausgetobt, der mich angesteckt hat. Weil, wie er mir dann später erzählte, er hat es schon seit fünf Jahren und er hat es einfach nur aus Geilheit vergessen, da hab ich mich dann vergessen. Weil für mich, jetz grade auch heute, wir reden heute teilweise noch drüber, wo ich dann ... zu ihm gesagt hab: „Weißte, für eine Sache könnt ich dir heute noch spontan mitten in die Fresse hauen.“ Und da fragte er mich: „Was?“ Da hab ich gesagt „Es gibt nicht ein einziges Mal Sex, wo ich vergessen hätte, dass ich positiv bin.“ Also ich hab auch schon, ich hatte mal was mit 'nem Sechzehnjährigen, das war auch supergeil, und er wollte auch ohne Kondom, und ich hab das in dem Moment nicht vergessen. Und das ist das einzige Argument, was ich ihm heute teilweise unterschwellig noch vorwerfe, so dieses: „Ich habe das in dem Moment vor Geilheit vergessen.“ Ich hab das noch nie vergessen, dass ich positiv bin. [...]

Risikobegrenzung statt Risikovermeidung: Individuelle Strategien

Die Aussagen einiger der von mir Interviewten können als Belege dafür gewertet werden, dass sich, wie Michael Bochow es ausdrückt, Safer-Sex-Strategien individualisieren und dass „Strategien der Risikobegrenzung ... Strategien der

Risikovermeidung“ verdrängen (Bochow 2005, S. 66). Die betreffenden Interviewpartner – sie gehören zu den älteren Befragten, die häufig Sexkontakte über das Internet anbahnen – lassen sich als gesundheitsbewusst beschreiben; sie sahen sich durchaus in der Lage, ihr Risiko in der sexuellen Interaktion einzuschätzen, und ließen in gewissen Abständen einen HIV-Test vornehmen, um ihren Status zu überprüfen. Diejenigen unter ihnen, die in „offenen“ Beziehungen lebten, achteten darauf, sich beim Sex außerhalb der Beziehung zu schützen, um so auch ihren Partner zu schützen. Als Beispiel sei im Folgenden ein längerer Auszug aus dem Interview mit dem bereits vorgestellten Pedro wiedergegeben, in dem der Befragte Vermutungen darüber äußert, wie er sich infiziert haben könnte:

» **PEDRO** (siehe oben, S. 61)

Pedro: Ja, nee, wir ham das auch ziemlich strikt eingehalten, äh, außerhalb der Beziehung, wenn da schon mal was gelaufen is, dass es natürlich safe abläuft, weil wir natürlich unsere, äh, Beziehung da schützen wollten, ne, und weiter auch unsafe Sex haben wollten. Nur halt wie gesagt, äh, ganz so konsequent war ich da nicht, was mich auch sehr ärgert, und ich einfach froh bin, dass ich ihn auch trotz allem nicht angesteckt habe. Obwohl es natürlich da diese Zeit gab, wo ich dann nicht wusste: Bin ich positiv? Da hatten wir dann auch unsafe Sex, aber, ähm, das hat sich ... dann zum Schluss rausgestellt, dass er weiterhin negativ geblieben ist. Was mich sehr, sehr wundert, weil wir sehr intensiven unsafes Sex hatten, und trotzdem hat es nicht dazu geführt, dass er angesteckt wurde. Wohingegen ich aber dann wie gesagt diese, äh, Risiken hatte, von denen ich eben sprach, die aber im Vergleich zu unserem unsafes Sex viel, viel kleiner waren. Ich hatte wirklich nur ganz, äh, ... kleine Risiken, wo ich jetzt, ähm, sage: Okay, ähm – das ... Kondom, ja das hab ich dann weggelassen, aber es gab jetzt irgendwie keine Ejakulation oder so, dass ich jetzt irgendwie Samen aufgenommen habe oder so, sondern es gab 'ne Penetration ohne Kondom.

I.: Also du hast dich ohne Kondom ficken lassen?

Pedro: Ja, aber wie gesagt erst, das war – also zeitlich isses auch irgendwie so ungeklärt, weil das, äh, im April passiert is, ich die ersten, äh, Infektionssymptome aber im Juni hatte, und da haben dann einige Ärzte dann auch in [Großstadt 1] gesagt, eigentlich wäre zeitlich dieses Risiko da 'n bisschen zu früh, im April, und ... außerdem hast du ja gar keinen ... Samen aufgenommen, als du dich hast ficken lassen, und dann is das Risiko noch mal 'n bisschen kleiner ... Und dann, ähm, bin ich langsam auch der Ansicht, dass ich vielleicht – und da bin ich mir eigentlich langsam ziemlich sicher –, dass ich das einfach ... beim Blasen ... aufgenommen hab, das Virus ..., weil, da hatt'ich auch ... jemanden kennen gelernt im Juni, und, ähm, während ich ihn geblasen habe, hatte er plötzlich an der Eichel 'ne kleine Verletzung, und da kam dann Blut raus. Irgendwie kam er dann 'n bisschen zu heftig an 'nem Zahn von mir vorbei, und ich hab ziemlich genau die Erinnerung ..., dass ich so 'n Geschmack von Blut ... im Mund hatte,

... also im ersten Moment hab ich da gar nich so dran gedacht und ... wollte einfach nur, ... dass die Blutung aufhört, und hab da ... noch so drübergeleckt, bis es dann irgendwie aufhörte. Und später hab ich ihn dann ... kontaktiert, als ich dann wusste, okay, ich bin positiv: „Wie siehst denn aus? Ich glaub, ich hab mich bei dir angesteckt, ... wie siehst's aus? Bist du positiv?“ Und hat er gesagt: „Nee, so 'n Quatsch. Ich bin natürlich negativ“, und ... hat sogar mir ... 'n Testergebnis eingescannt und hat's mir per E-Mail geschickt, und es war negativ. Jetzt is so 'n Test aber natürlich anonym, ne, also ... es könnte natürlich auch sein, dass er 'n Freund gebeten hat: „Lass dich mal testen“, und das ist natürlich jetzt auch nicht hundertprozentig sicher, dass er wirklich negativ is, ne?

I.: Also bist du dir unsicher, ob das stimmt?

Pedro: Ja, ich bin mir natürlich unsicher, weil er vielleicht ... Angst hat, dass ich ihn irgendwie zur Verantwortung ziehe oder so, ne, und von daher – also ich kann mich noch genau erinnern, dass – also während ich da ... über seinen Schwanz leckte und versuchte, dass die ... Blutung aufhört, guckte er mich ganz ... konsterniert an und fragte mich: „Was machst 'nn du da?“ [...] Und fand das irgendwie schon ganz komisch, von daher könnt' es also schon sein, dass er im Nachhinein mir vielleicht dann doch was ganz anderes erzählt hat. Hinzu kommt noch, dass ich mich ... auch noch ... mit Syphilis infiziert habe, ... und dann meinte die Ärztin sowieso schon: „Ja, das is Syphilis, was du da hast. Geh mal zu so 'm ... Bluttest.“ Und da hab ich direkt ... Syphilis und HIV zusammen testen lassen, und beides war positiv.

I.: Das ist heut sozusagen fast üblich, dass dann auf HIV getestet wird.

Pedro: Ja, ... ich vermute ... mal, dass ich mich ... oral infiziert habe, und zwar gleichzeitig mit Syphilis-Erregern und dem HI-Virus. Das zusammen über das Zahnfleisch, weil, ich hatte nämlich dann auch, da kann ich mich noch genau dran erinnern, ich hatte auch am Zahnfleisch so 'ne offene Stelle, das sah so 'n bisschen aus wie so 'ne Aphte, so 'n bisschen wund einfach, und ... für mich is das einfach ... der ... Eintrittspunkt gewesen für die Erreger Jetzt hab ich zurzeit ... Kontakt zu einem, mit dem ich mich damals auch getroffen hatte, und der hat mir dann jetzt nach ... ungefähr 'nem halbem Jahr gesagt, er sei positiv. Und ich so: „Aha. Endlich gibt's mal einer zu von euch ... lustigen Kerlchen da in [Stadt]“. Aber wir hatten ... extrem safen Sex, weil er sich dessen ja bewusst war, dass er positiv is, und auch da natürlich besonders drauf geachtet hat, dass er mich nicht infiziert, aber er hat's natürlich nich angesprochen so, und wir hatten einfach so Sex, und ich ... hab mir gar keine Gedanken drüber gemacht..., „Is halt negativ“, weil sonst in [Großstadt 1] ham mir auch ... einige Männer gesagt, sie seien positiv, also ich kannte das eigentlich, dass die das einfach auch sagen, aber er halt nich, ne, er sagte es halt nich, und er ... sagt: „Ich könnte es gewesen sein“, ich weiß es nich, ähm. Das könnten ... wir nur rauskriegen, wenn wir unsere Viren mal genau untersuchen lassen, ob sie jetzt so ähnlich sind oder die gleichen sind, aber da dacht ich dann auch also: „Ich glaub eigentlich nicht, dass du das

warst, weil das war doch total safe, was zwischen uns abgelaufen is, ich denke, das muss irgendwie anders passiert sein.“

Pedro hat sich übrigens infiziert, als er im Rahmen seines Studiums ein Jahr im Ausland verbrachte und sich mit sexuellen Kontakten über die Trennung von seinem Freund und über seine Einsamkeit hinweghelfen wollte:¹⁸

Pedro: Ja, ich hab mich total einsam gefühlt. Ich kann mich da genau dran erinnern, dass ich ... wirklich da ... meinen Freund sehr vermisst habe und ... auch mehrere Nächte wirklich geheult hab, weil ich irgendwie so dachte: Was mach' ich hier eigentlich, bin total weit weg von... Zuhause, und ich kann schon diesen Telefonhörer nich mehr sehn, wir telefonieren die ganze Zeit wie blöde, aber letztendlich, äh, wenn ich dann hier auflege, fühl ich mich dann doch irgendwie einsam. Das war wirklich ... so 'n Suchen nach Nähe und ... nach ... Sex, nach Spaß ..., nach so 'm Rumgeflirte, aber trotz allem nicht zu sehr an irgendjemanden binden, weil das hier is ja eh nur äh ... zeitlich begrenzt, und du hast ja eigentlich auch ein Leben und einen Partner zu Hause.

I.: Hm.

Pedro: Das war wirklich also einfach mangelnde Konsequenz von wegen: Ja okay, das is halt hier temporär, und dann ... musst du halt durch diese einsame Zeit durch. Da war ich nich stark genug, und hab dann wirklich ... Kontakte gesucht. Richtig extrem auch. Und die war'n dann auch ständig wechselnd. Und – ja, das war einfach ... so die Medizin gegen diese Einsamkeit im Ausland, ... während des Auslandsjahrs.

76

Zum Einfluss der Kombinationstherapien auf das präventive Verhalten („Therapieoptimismus“)

Keiner der Interviewten hat von sich aus einen Zusammenhang zwischen seinem Schutzverhalten und der Verfügbarkeit von Anti-HIV-Medikamenten hergestellt – das Thema wurde nur auf Nachfrage aufgegriffen –, und es lässt sich auch keine Aussage finden, in der sich ein Kausalzusammenhang zwischen den Therapien und dem Verzicht auf Schutzmaßnahmen vor HIV manifestiert. Im Gegenteil: Entsprechende Fragen verneinten die meisten Befragten, manche reagierten auch mit Unverständnis darauf. Auch die Tatsache, dass bei vielen Interviewten offenbar noch Bilder des „alten Aids“ vorherrschen – das positive Testergebnis wurde zumeist als Schock erlebt und mit Tod und Sterben assoziiert –, spricht gegen die Annahme, dass „Therapieoptimismus“ sie zu einem Nachlassen im Safer-Sex-Verhalten geführt hätte. Hinzu kommt: Die meisten Befragten waren vor ihrer Infek-

¹⁸ Auch bei anderen Befragten geschah die HIV-Infektion vor dem Hintergrund von Mehrfachbelastungen (z. B. hohe Beanspruchung im Studium, schwere Erkrankung eines Elternteils, Beziehungskonflikte, Dauerbelastungen durch das „Doppelleben“ bei jungen Männern mit Migrationshintergrund). Das ist insofern von Bedeutung, als der Umgang mit und die Bewertung von Belastungen aus theoretischer Perspektive auch Einfluss auf die Ressourcen zur Erhaltung der Gesundheit bzw. auf die Bereitschaft zur Risikübernahme haben (vgl. Franzkowiak 2003, S. 18 ff.).

tion eher oberflächlich über die Therapiemöglichkeiten informiert, und diejenigen Interviewpartner, die gut informiert waren, scheinen nicht geglaubt zu haben, dass Aids heilbar sei – gerade die besser informierten Befragten (das sind eher die Älteren mit HIV-Positiven im Bekanntenkreis) verwiesen häufig auf die Nebenwirkungen der Therapien. Typisch für die im Großen und Ganzen realistische Einschätzung der Chancen wie auch der Grenzen der antiretroviralen Behandlung ist eine Aussage von Hakan, die den Titel für diese Veröffentlichung geliefert hat: „Man kann’s therapieren, aber man wird’s nie wieder los.“ Nichtsdestotrotz kann nicht ausgeschlossen werden, dass das bei einigen vorhandene diffuse Wissen darüber, dass es „Mittel gibt“, einen Einfluss auf ihr Schutzverhalten gehabt hat.

» FRANK

Frank ist zum Zeitpunkt des Interviews 29 Jahre alt; dass er positiv ist, weiß er, seitdem er 22 ist.

Frank: Also, ich bin erst mal nach Hause gefahren, hab da erst mal geheult wie so ein Schlosshund irgendwie – ist klar, in dem Moment ... denkt man eigentlich, ja, toll, jetzt hast du so den Freischein für die – für die Kiste irgendwie so, auf gut Deutsch. [...]

» HAKAN (siehe oben, S. 58)

Hakan: Oh Gott. – Also es war wirklich, ... 'ne Hoffnungslosigkeit, ich weiß es nicht, also irgendwie nach dem Motto, das Leben geht bald zu Ende, als ob alles so um mich herum zusammenbrechen würde, weil das ist ja schon ein Ergebnis, wo man viele Ängste mit verbindet, davor, wovor man sich immer gefürchtet hat, ist äh, schon ein Horrorerlebnis. Weil, man hatte vorher ja, sag ich mal, 'ne Ahnung, wie es eventuell sein könnte, und dann diese Klarheit doch zu bekommen – man hat gehofft, oder ich hab gehofft, dass es nicht sein sollte, aber es war halt so ...

» THOMAS 2 (siehe oben, S. 55 und 65)

I.: Was ging durch deinen Kopf, als der Arzt sagte, das Ergebnis ist positiv?

Thomas 2: Gar nichts. Absolute Leere. Ich ... hab also gar nichts gedacht, ich hab einfach nur, ich, das, das darf nicht wahr sein, das, das – was passiert jetzt, was, wie wirst du, so Zukunftsgedanken, im Grunde war's das „Du wirst bald sterben irgendwann“, ne? – Und, ähm, ja, und dann bin ich, äh, zur Bundeswehr gegangen, und das war mein Glück. Weil ich hatte dann die Möglichkeit, ... aufgrund des Stresses nicht ewig daran zu denken. – Also tagsüber habe ich da gar nicht dran gedacht, und irgendwann habe ich mir dann so, wenn ich die Zeit gefunden habe, habe ich dann schon drüber nachgedacht und dann ... das Ganze ganz langsam verarbeitet in den drei Monaten der Grundausbildung. Ähm, nur schlimm war das, ähm, immer, wenn ich dann die Wochenenden zu Hause war. Also, ich kam freitags nach Hause und

war völlig euphorisch, also ich hatte im Grunde eine Depression. So war's. Ich hatte eine absolute Depression, ich war also, als ich freitags nach Hause kam, war ich also richtig euphorisch und motiviert und energisch und richtig gut drauf, und am Samstagmorgen ging das dann los. Dass ich dann also richtig zusammengebrochen bin in mich.

Von der antiretroviralen Therapie erfährt Thomas 2 erst nach seinem positiven Testergebnis:

Thomas 2: Ich war dann in ... [Großstadt], in der immunologischen Ambulanz, und das war auch ganz toll da, also ich muss sagen, ich bin ja völlig melancholisch dahin gefahren, da kam dann ein ... Krankenpfleger ... und hat mich dann erst mal so ein bisschen aufgeklärt und gesagt, mittlerweile, die medizinischen Möglichkeiten, und im Grunde hat der mir das Blaue vom Himmel geredet. „Ach, Sie sehen ja ganz gut aus, und Sie werden auch noch weiterhin gut aussehen, und Sie werden auch steinalt werden, rein theoretisch können Sie, haben sie die gleiche Lebenserwartung.“ [...] Das tat mir auch gut, ... und ... mittlerweile hat man einfach so ein Mittelding gefunden zwischen ... dieser absoluten Euphorie, ich werde 100 Jahre alt, sprich so diese, diese jugendliche Stärke, die man ja hat, ne, ach, ja, da kann nichts kommen, ne – Blödsinn –, und diesem, ich ..., ich werde in zehn Jahren ein eingefallenes Gesicht haben, und ich werde, ähm, keine Kinder haben, und ich werde, äh, Frührentner sein, also so 'n Mittelding hat man gefunden, einfach, dass man versucht, so rational so sein Mittelding zu finden. Ich denke, das ist auch gesund, so auf lange Sicht gesehen, ne?

78

Auf die direkte Frage nach einem möglichen Zusammenhang zwischen seinem Wissen um die Behandlungsmöglichkeiten und seinem Verzicht auf das Kondom angesprochen, reagiert er entrüstet:

I.: Hast du denn auf das Kondom verzichtet, weil du denkst, es gibt jetzt ja 'ne Therapie?

Thomas 2: Ja, ach um Gottes willen, nein, ich hab, ich hab Angst vor Tabletten. Wenn, wenn's mir schlecht geht, äh, bin ich ganz vorsichtig, nur 'ne Aspirin zu nehmen. Dann denk ich lieber, du legst dich ins Bett oder du joggst oder du machst irgendwas dagegen. Also so von Tabletten, da denk ich mir, ne, da machste dir die Leber kaputt [lacht] ..., und denk ich mir, nee, ne, stehst du das anderweitig durch. [...] Ich musste zeitweise, ich hatte mal Streptokokken, und da musste ich dann auch ... irgendwas nehmen, ... irgendwas Härteres auch, ich musste das zwei Wochen nehmen, und ich sah aus wie der Tod. Also ich war ganz bleich, ich fühlte mich völlig geschwächt, und ich war einfach nur froh, als ich es durchgestanden habe. Du bist, bist vorsichtiger, ne? [...]

» **ALBERT** (siehe oben, S. 38, 53 und 64)

Auch bei Albert wurden Bilder vom „alten Aids“ aktualisiert, als er sein positives Testergebnis mitgeteilt bekam:

Albert: Na, ich, ich hatte erst mal so, die ersten dreißig Sekunden saß ich da – ja – [lacht], ... um das erst mal überhaupt an sich zu lassen. Und da weiß ich noch, das Erste, was ich gemacht habe, ich hab erst ma' so ganz cool in die Runde geguckt, bin auf [Arzt] zugegangen, hab dem nur links und rechts eine gekleistert und gesagt: „D-du Arschloch, wat willst 'nn eigentlich von mir? Ick bin siebzehn, mein Leben fängt gerade erst an, und du willst mir erzählen, dass es ... schon wieder vorbei is?“ Das war'n wortwörtlich meine Worte damals. Und da hab ich mich wieder auf'n Stuhl gesetzt und hab einfach hemmungslos angefangen zu heulen.

» **ARTHUR** (siehe oben, S. 50)

Anders als die anderen Interviewpartner berichtet Arthur von sich aus von HIV-positiven Männern in seinem Bekanntenkreis, und er hat sich auch schon vor seinem positiven Testergebnis über die Therapie informiert. Nichtsdestotrotz war er vom Testergebnis „geschockt“, weil er glaubte, er habe sich nichts „vorzuwerfen“:

Arthur: Ja. Also ich war ja, ähm, ich bin zwar jedes Mal, wenn ich so 'n Testergebnis abgeholt ... hatte, aufgeregt gewesen, ähm, musste mir dann immer wieder sagen, du hast dir nichts vorzuwerfen, das Testergebnis wird negativ sein, aber so 'ne gewisse Aufregung war natürlich da. Und ich war – schon geschockt. Auf jeden Fall, also damit hatte ich nicht gerechnet. Ich hab's, glaube ich, nur deswegen relativ, ähm, nüchtern aufgenommen, trotz allem, weil ich mich damit schon mal auseinander gesetzt hatte: Wie wäre das, wenn du positiv wärst? Also ich bin ein Mensch, der [atmet tief] alle möglichen Situationen immer im Kopf durchspielt, und auch das hatte ich mir schon mal irgendwie – ist mir schon mal durch den Kopf gegangen, und so – war das nicht, also ich war nicht völlig – unvorbereitet. Soweit man darauf vorbereitet sein kann, aber ich war also – ich wusste, o.k., ich werd jetzt zum Arzt gehen, ich werd jetzt, ähm, möglichst schnell – oder zumindest darüber reden, ob ich gleich 'ne Therapie machen soll, ähm. – Ich hatte, ich hab auch andere Positive in meinem Umfeld, junge Positive auch, ähm, sodass das für mich eben auch 'n Thema war, das jetzt mich nicht täglich beschäftigt hatte, aber es war zumindest da. Es war nicht ausgeblendet von mir.

Arthur bewertet die Behandlungsmöglichkeiten positiv, widerspricht aber der Vermutung, dass das Wissen um die Therapien sein Safer-Sex-Verhalten beeinflusst habe:

Arthur: Ja. Also ich hatte ... ja von dieser Gruppe von ... Jungpositiven in meinem Umfeld erzählt, ... und die haben ... alle in Absprache mit den behandelnden Ärzten sofort angefangen, Medikamente zu nehmen, ähm, ... und dadurch wusste ich so ein bisschen was darüber, und, ähm, das schien mir auch einleuchtend, ... weil es, wenn man sagt, ein halbes oder ein Jahr, 'ne absehbare Zeit, um dann zu sagen, dann gucken wir mal, wie lange das Immunsystem durchhält, bevor es wieder anfängt – allmählich zu kollabieren, und dann fangen wir wieder an mit Medikamenten. [Atmet durch] Ähm, und das fand ich voll o.k., wie gesagt, auch das Gefühl, etwas zu tun, war mir sehr wichtig. Auch – ich hab auch angefangen, auf meine Ernährung so ein bisschen zu achten, viel Obst zu essen. Ich hab am Anfang sehr regelmäßig – zwar nicht so hochdosierte, aber immerhin, Vitaminpräparate genommen, ähm, ich war seitdem auch nicht wieder krank. Also ich bin sonst jemand, der ... mindestens zweimal im Jahr 'n Schnupfen hat und auch mal 'ne Woche mit Fieber richtig flach liegt, ähm, und seit, seit, ähm, ich bin völlig gesund durch den letzten Winter gekommen, keine Sommergrippe – und das soll auch so bleiben. Weil das fühlt sich ganz gut an.

I.: Ja, sicher! Also, es ist nicht so, das hört man manchmal so, das Bewusstsein, da gibt es neue Therapien gegen Aids, dass es das Safer-Sex-Verhalten beeinflusst?

Arthur: Mh-Mh, nee. Ich wusste, also ich wusste sehr wohl, ähm, dass es ähm – also ich war dann, als ich angefangen habe mit meiner Therapie, war ich zum einen über-rascht, wie wenige Tabletten ich nehmen musste und wie unkompliziert das ist. Ich muss nur morgens und abends zwei mal zwei nehmen, ähm, ich hab – wie gesagt – nur am Anfang starke Nebenwirkungen gehabt, die sich dann relativ schnell nach wenigen Wochen eingestellt haben, ähm, aber eigentlich dachte ich, dass das schei-ße ist. Also dass ... ich da sechsmal am Tag irgendwie Tabletten nehmen muss, immer andere, dass ich andauernd die Uhr danach stellen muss, wann ich wieder Tabletten nehmen muss. Dass ich, ähm, aufgrund der Tabletten, ähm, dass es eben zu dieser Körperfett-Umverteilung kommt, dass ich Lipodystrophie oder wie das heißt, dass ich ganz heftige Nebenwirkungen haben werde und dass ... mich am Ende die Nebenwirkungen umbringen. Und deswegen habe ich also nicht gedacht, na ja, das ist so'n, so'n, so ein Sicherheitsnetz. Also, die Einstellung hatte ich ganz sicher nicht.

>> JULIO (siehe oben, S. 59)

Auch Julio verneint ausdrücklich die Frage, ob das Wissen um die Therapiemöglichkeiten sein Schutzverhalten beeinflusst habe:

Julio: [G]erade das war bei mir halt nicht der Fall. Weil – alles, was ich kannte, waren die Risiken. Ich kannte nicht die in Anführungsstrichen Heilmittel, die es mittlerweile doch gibt, ja, vor allem in den letzten ganzen Jahren. Das war mir, war mir nicht be-wusst. Ich hab mich immer nur mit den Risiken ein Stück weit beschäftigt, und, ähm – war ja auch oft genug in der Szene unterwegs, sodass man hier und da mal was

mitkriegte, und, ähm, im Internet über diverse, was weiß ich, schwule ... Seiten ..., da hat man immer mal wieder was, auch bewusst, also ich zumindestens, angeklickt und sich das durchgelesen, Risiken von Geschlechtskrankheiten und HIV vor allem auch. – Das kannte ich nicht, so das Motto, äh: Es gibt noch Hoffnung, auch für HIV-Positive. Ähm, dafür hatte ich einfach kein Bewusstsein – in dem Moment. Das kam sehr schnell, ... nachdem ich das Ergebnis erfahren habe.

Mittlerweile fühlt er sich offenbar so gut informiert, dass er sich angesichts seiner geringen Viruslast, die infolge einer erfolgreichen antiretroviralen Behandlung nur knapp über der Nachweisgrenze liegt, bei anonymen Sexkontakten ungeschützten Verkehr „gönnt“:

Julio: Ja, durch die geringe Viruslast, ähm, pf, gut, treibe ich es vielleicht, wenn es mal passiert, der schnelle anonyme Sex, ja, One-Night-Stand, ... dass ich da vielleicht – et was freizügiger bin, weil ich weiß: Moment mal, deine Viruslast liegt gerade über der Nachweisgrenze, ähm, 60 ... Kopien, das Höchste war mal 200 Kopien, und der Arzt jedes Mal irgendwie – jubelt und jauchzt, wenn er mir das dann mitteilt, und ich dann sage, ja gut, eigentlich sollte ich das tun, und nicht Sie ... [lacht], weil ich bin ja der Patient, aber, äh ... [...]

I.: Beruhigt dein Gewissen vielleicht?

Julio: Beruhigt 'n Stück weit auch das Gewissen, dass ich dann sage: Ja, ich bin halt nicht so infektiös, wie wenn's jetzt irgendwie, was weiß ich, 100.000 Kopien wären, ... nach dem Motto: [betont] Du darfst dir das dann noch gönnen, andere dürfen's dann nicht, beziehungsweise wenn das, die Zeiten gehen dann auch mal vorbei, ja, dann geht die Viruslast, was weiß ich, irgendwas auf 100.000 oder sonst was; und dann ist dann Sense, ja? Also so ... einen Scheiß redet man sich dann ein. Mein Gott, so lange es hilft [lacht].

» BENJAMIN (siehe oben, S. 35, 51 und 64)

Benjamin hatte vor seiner HIV-Infektion zwar „schon mal“ von den Kombinationstherapien gehört, war aber nur oberflächlich informiert. Die Behandlungsmöglichkeiten stellen für ihn offenbar keinen Anlass zur Euphorie dar – er geht nach wie vor davon aus, „eher sterben“ zu müssen:

I.: Du hast angenommen, du bist positiv, und bist dann zu der Ärztin gegangen.

Benjamin: Genau. Ich bin dann halt am nächsten Tag zu der Ärztin hin, und die hatte mir das dann halt gesagt und hatte mir dann auch direkt noch die, ähm, Telefonnummer von der Hautklinik hier aufgeschrieben und von der Aidshilfe halt. – Ja, und dann musste ich halt wieder arbeiten, musste ich mich halt wieder, ne, in eine Schutzhülle stecken, sage ich mal, und dann, ähm, am nächsten Tag habe ich dann gedacht: Du

musst jetzt sofort irgendwie was tun; wenn du ins Klinikum gehst, kann es sein, dass die dich abwimmeln, weil du keinen Termin hast. – Da habe ich gedacht, gehst du zur Aidshilfe, und die ham mir dann also auch sofort weitergeholfen, und dann habe ich also hier das erste Gespräch mit dem [Sozialarbeiter] ... gehabt, da habe ich schon gemerkt, ... es gibt Mittel und Wege, und das muss jetzt nicht alles so ... von heute auf morgen mit dem Tod sein; aber was mir schon von vornherein dann klar war, ja, du wirst halt eher sterben, ne? Aber – Genaueres weiß man letztendlich auch nicht. – Und danach haben sie einen Termin im Klinikum gemacht.

I.: Der Sozialarbeiter hat dir auch von den neuen Therapiemöglichkeiten erzählt. Was hat der genau erzählt?

Benjamin: Ja, der hat erst mal sehr viel von sich erzählt, was er alles gemacht hat und was er tut halt, ... mir halt auch irgendwo ... signalisiert, man kann auch normal weiterleben damit halt, ne? [...] Was das Medizinische jetzt so angeht, hat er dann auch wohl irgendwo ein bisschen angesprochen, aber nicht wirklich so.

I.: Du wusstest vorher auch nicht, dass es da neue Medikamente im Zusammenhang mit HIV gibt? Also, dass sich da was verändert hat?

Benjamin: Ja, also ich sag mal so, dass das halt irgendwie ... 'ne Therapie geben würde, davon hatte ich schon mal gehört, aber wie vielfältig oder wie genau das aussieht, wusste ich alles überhaupt nicht. Und das kam dann erst eigentlich so ... – ja ein Stückchen weit halt durch das Klinikum, weil die halt schon relativ schnell gesehen hatten, dass die Viruslast sehr hoch war, aber die Helferzellen relativ tief, hat mir dann halt zu 'ner Therapie geraten, und ich dann sofort, ja klar, mach ich, ne? – Ohne mich da genauer zu informieren, und nehm' seitdem eigentlich auch dann die gleiche Therapie. [...]

>> BERND (siehe oben, S. 36, 52 und 69)

Bernd hatte vor seiner Infektion keine Kenntnisse über die medizinischen Möglichkeiten zur Behandlung der HIV-Erkrankung. Nach seinem positiven Testergebnis hat er sich intensiv mit dem Thema auseinander gesetzt, ist aber mit Blick auf die Kombinationstherapien eher skeptisch, wie der folgende Interviewauschnitt zeigt:

Bernd: Das Thema hat mich dann beschäftigt bis zum Gehnichtmehr. Und dann habe ich natürlich auch überlegt, na ja, klar, gehst jetzt mal einen Test machen lassen. Dann habe ich mich aber erst mal so, ähm, belesen, aber jetzt nicht, äh, war also nicht über die Aidshilfe irgendwie informiert, sondern ich hatte mir – damals wohnte ich ja noch in [Stadt] –, da hatte ich mir dann, ähm, aus dem Archiv der Stadtbücherei ... dann wirklich alles irgendwie rausge-, also nachgeblättert, und ... in mühseliger Arbeit habe ich wirklich so gut wie alles irgendwie, was ich über HIV der letzten, na ja, so 16, 17 Jahre kriegen konnte, ... habe ich mir rausgezogen, um das einfach für mich zu verfolgen: Wie hat sich das entwickelt ..., und ... wie ist die Prognose? Und, ähm,

gut, jetzt wusste ich, es gibt diese Kombitherapien, und, gut, funktioniert irgendwie, und, ähm, mal hoch gelobt, mal weniger hoch gelobt, also, ne? So Pro und Contra, also dieses Übliche. Es gibt ja immer irgendwelche, die schreien „Hurra“, und die anderen sind dann wieder etwas skeptischer halt [...] Ja, dann habe ich aber irgendwie gedacht, nee, mh-mh, nee, das muss jetzt auch nicht sein.

>> THOMAS 1 (siehe oben, S. 41, 54 und 71)

Auf meine Frage, ob er vor seiner HIV-Infektion über die antiretrovirale Therapie informiert gewesen sei, antwortet Thomas 1, dass er in der Schule über die damaligen Behandlungsmöglichkeiten aufgeklärt worden sei (AZT-Monotherapie):

Thomas 1: [...] Also ich mein', ich kannte AZT, ... weil, das hab ich in der Schule gelernt. Also wir hatten in der Schule sechs Monate HIV-Aufklärung. Weil, wir haben 'ne neue Lehrerin bekommen, die bei uns ihr Praxisjahr ... gemacht hat, und die war damals der Meinung, dass es für uns ziemlich wichtig ist und dass wir darüber ziemlich viel reden sollten. [...] Sie hat das wirklich ... sechs Monaten auch so verkauft, also ich wusste nach dem Unterricht, ... wie 'n Virus aussieht, ich wusste, was ich machen darf und was ich nicht machen darf, und von daher – das war schon okay. Und deshalb kannst' ich also, alles, was ich bis dahin kannte, kannte ich halt aus der Schule. [...]

Nach der HIV-Diagnose hat er sich eingehender über die Therapien informiert und auch mehrmals mit einer antiretroviralen Behandlung begonnen, diese aber aus Furch vor körperlichen Veränderungen immer wieder abgebrochen:

Thomas 1: Ich bin froh oder ich bin stolz und froh, dass ich so 'n Arzt gefunden hab wie den, den ich jetzt hab. Also ich fahr immer nach [Stadt], was halt schon ziemlich weit is. Aber bei ihm isses, ich kann mit ihm auch über solche Ängste reden. Also beispielsweise: Ich hab ihm halt mal gesagt, er möchte bitte mit in Betracht ziehen, dass ich halt sehr, sehr jung bin und dass es für mich halt schon noch so dieses – also ich mein', ich renn jetzt keinen Modelmaßen hinterher, aber es gibt schon Sachen – mein Aussehn is mir wichtig. Deshalb hab ich halt gesagt: Ich möchte halt kein Medikament, also ich wusste, dass es Medikamente gibt, wo es Fett-Verschiebungen gibt. Dann hat er halt gesagt, „Ja, das sind die Protease-Hemmer.“ Und deshalb hat er aber zum Beispiel auch immer bei mir bei 'ner Therapie drauf geachtet, dass keine Protease-Hemmer mit dabei sind. Und da nimmt er auch, also da bin ich halt wirklich froh, weil er dadrauf Rücksicht nimmt, also ich kann mit ihm auch über solche Ängste reden. Weil ich hatte das dann auch mal gehört, was weiß ich, mit Fettnacken oder dass das Gesicht dann so verhungert aussieht, und davor hatt' ich schon Angst. Weil – ja, also ohne arrogant sein zu wollen, aber ich will halt schon irgendwie gut aussehn, also

ich hab jetzt kein'n Bock, dass ich dann irgendwo reinkomm ... und fünfzig Prozent ... denkt sich [angeekelt]: „Pf, äh – das muss ja übel sein.“ Also, das wollt ich nicht.

Ergebnisse aus der Vergleichsgruppe

Wie bereits erwähnt, konnte aus forschungsökonomischen Gründen kein differenzierter Kontrollgruppenvergleich durchgeführt werden (siehe oben, S. 29). Dennoch lässt ein Vergleich der Aussagen der Befragten aus beiden Gruppen deutliche Unterschiede erkennen. So ist etwa auffällig, dass die von einigen HIV-positiven Befragten beschriebenen belastenden Familienkonstellationen bei den Befragten aus der Vergleichsgruppe nicht anzutreffen waren. Außerdem gab es bei den Interviewpartnern aus der Vergleichsgruppe tendenziell weniger Schwierigkeiten mit dem Coming-out: Von aggressiven verbalen oder körperlichen Reaktionen der Eltern wurde nicht berichtet (einige Befragte sprachen sogar von positiven Erfahrungen), und mit Ausgrenzungserfahrungen konnten die MSM aus der Vergleichsgruppe im Allgemeinen selbstbewusster umgehen. Insgesamt lässt sich bei den Interviewpartnern aus der Vergleichsgruppe eine deutlich höhere formelle und informelle (biografische) Ressourcendichte festmachen – auf diesen Umstand sollte bei folgenden Erhebungen, die sich mit den Kontexten von HIV-Infektionen befassen, besonders geachtet werden.

Fazit und Ausblick

Der Ausgangspunkt der vorliegenden Studie war die Frage, ob die seit 1996 auf breiter Basis verfügbaren antiretroviralen Medikamente gegen HIV bei Männern, die Sex mit Männern haben, zu einem „sorgloseren“ Umgang mit dem HIV-Risiko führen – etwa nach dem Motto: „Es gibt ja Pillen, Aids ist behandelbar und deshalb nicht mehr so schlimm!“ Der weit verbreiteten Annahme, dass dem so sei – und zwar insbesondere bei jüngeren Männern –, liegt zweierlei zugrunde: zum einen der aus der Gesundheitspsychologie bekannte Zusammenhang, dass Wissen (auch diffuses Wissen) über medizinisch-therapeutische Möglichkeiten und Entwicklungen die Konsequenzerwartungen und damit das Handeln beeinflussen kann, zum anderen der Hinweis darauf, dass die meisten jüngeren MSM den mit dem „alten Aids“ verbundenen Schrecken (z. B. den Verlust von Freunden und Bekannten) nur noch vom Hörensagen kennen.

Die Aussagen der von mir befragten jungen HIV-positiven Männer lassen jedoch keinen Zusammenhang zwischen dem Wissen um die Behandlungserfolge und Behandlungsmöglichkeiten und dem Safer-Sex-Verhalten erkennen – je-

denfalls keinen direkten und schon gar keinen monokausalen Zusammenhang. In der Regel hatten sie nämlich vor ihrem positiven Testergebnis nur geringe oder gar keine Kenntnisse über die Kombinationstherapien, und in den Interviews hat keiner der Befragten von sich aus einen Zusammenhang zwischen seinem Schutzverhalten (vor Mitteilung des positiven Testergebnisses) und der Verfügbarkeit der antiretroviralen Therapien hergestellt. Mehr noch: Die Frage nach einem solchen Zusammenhang wurde von einigen Befragten vehement verneint. Gegen einen Einfluss der Erfolge der Kombinationstherapien auf das präventive Verhalten der Befragten spricht auch die Tatsache, dass sie die Mitteilung des positiven Testergebnisses in der Regel als Schock erlebten. Vermutet werden kann ein solcher Einfluss daher allenfalls bei jenen Befragten, die schon vor ihrer eigenen Infektion wahrgenommen hatten, dass (gleichaltrige) HIV-positive Männer aus ihrem Bekanntenkreis erheblich von der antiretroviralen Therapie profitierten und wenig Probleme mit ihr hatten – hier bedarf es weiterer Forschung.

Was diese qualitative Erhebung aber zeigt, ist ein biografisches Muster, das ich mit dem Begriff der „vulnerablen Karriere“ zu fassen versuche: Bei vielen der befragten jungen HIV-positiven Männer waren insbesondere die frühen Lebensphasen durch eine Häufung von stressinduzierenden Lebensereignissen und -konstellationen gekennzeichnet (etwa durch den frühen Tod der Eltern bzw. eines Elternteils oder durch destruktive Familienverhältnisse wie Vernachlässigung, Gewalt oder Alkoholismus) – aus gesundheitstheoretischer Perspektive handelt es sich hier um negative Synergien durch Anhäufung von Stressoren bei gleichzeitigem Fehlen von Bewältigungsressourcen (z. B. in Form von privaten und/oder institutionellen Unterstützungssystemen). Solche „vulnerablen Karrieren“ und mangelnden Ressourcen bieten keine günstigen Voraussetzungen für die Bewältigung der mit der Adoleszenz verbundenen Entwicklungsaufgaben – zumal dann nicht, wenn die Aufgabe der Identitätsentwicklung zusätzlich dadurch erschwert wird, dass ein Junge oder junger Mann sich sexuell zum eigenen Geschlecht hingezogen fühlt.

Negative Synergien im Hintergrund der HIV-Infektion habe ich im Übrigen auch bei jenen jungen HIV-positiven Männern gefunden, die bessere Voraussetzungen hatten als die Befragten mit einer „vulnerablen Karriere“, z. B. eine hohe Beanspruchung im Studium, Gefühle von Einsamkeit, eine schwere Erkrankung oder der Tod eines Elternteils, Belastungen durch Beziehungskonflikte oder besondere Herausforderungen durch das „Doppelleben“ bei jungen Männern mit Migrationshintergrund. Der Umgang mit solchen Belastungen und ihre Bewertung haben einen nicht zu unterschätzenden Einfluss auf gesundheitliche Ressourcen und das Risikoverhalten.

Über die dargestellten Ergebnisse hinaus bietet die von mir durchgeführte Erhebung weitere Belege für das Phänomen der Unverletzlichkeitsphantasien, für

optimistische Fehlschlüsse und für eine altersspezifische Ausprägung des „Risikofaktors Liebe“, die sich z. B. in der (unbewussten) Erwartung äußern kann, der ältere Partner werde die (alleinige) Verantwortung für den Schutz vor HIV übernehmen. Erklärt werden kann die hohe Zahl von MSM, die sich trotz ansonsten weitgehend konsequenten Safer-Sex-Verhaltens innerhalb einer Beziehung (bzw. unter dem Einfluss von Verliebtheit) infiziert haben, möglicherweise dadurch, dass der „Schutzraum“ Beziehung bzw. Liebe vor dem Hintergrund der hohen Anforderungen und Belastungen aus anderen Lebensbereichen (Entwicklung einer sexuellen Identität, Ausbildung, Einsamkeit, die Suche nach „Halt“ und Glück usw.) eine besondere Rolle im Sinne einer Entlastungsfunktion spielt.

Folgerungen für die HIV-Primärprävention

„Ich könnte dem X, [Aidshilfe-Mitarbeiter; D. S.] eins auf die Schnauze hauen, wenn er mir auf der schwulen Party ein Kondom überreichen will“ – diese aggressive Äußerung eines jungen Mannes im Rahmen eines Vorgesprächs für ein Interview zur vorliegenden Erhebung macht deutlich, welche Reaktionen eine lediglich an das *Verhalten* appellierende HIV-Prävention auslösen kann, wenn die *Verhältnisse*, in denen die Zielgruppen leben, ihnen „ganz andere Probleme“ bereiten (wie dies ein potenzieller Interviewpartner ausdrückte, mit dem aber kein Interview zustande kam). Dass „Strategien gegen HIV und Aids ... die materiellen und sozialen Bedingungen berücksichtigen [müssen], in denen Risikosituationen stattfinden“ (Rosenbrock 2002, S. 72), gehört zum „Grundwissen“ der strukturellen Prävention, wie sie von der Deutschen AIDS-Hilfe betrieben wird. Allerdings stößt die Prävention hier schnell an ihre Grenzen – unter anderem, weil ihr die Ressourcen für die Vor-Ort-Arbeit fehlen, aber auch, weil auf gesamtgesellschaftlicher Ebene – allen Fortschritten im Kampf gegen Diskriminierung und für Gleichberechtigung zum Trotz – von einem „normalen Umgang“ mit Homosexualität nicht die Rede sein kann. Vielmehr muss „mindestens ein Drittel der deutschen Bevölkerung als stark schwulenfeindlich eingestuft werden“, während ein weiteres Drittel „ambivalent, d. h. nicht durchgängig antihomosexuell, aber keinesfalls frei von ablehnenden oder klischeehaften Einstellungen“ ist (Bochow 2005, S. 69 [mit Blick auf eine 1991 durchgeführte Repräsentativbefragung]).

Nichtsdestotrotz lassen sich aus den von mir und anderen durchgeführten Erhebungen einige allgemeine Empfehlungen für die HIV-Prävention ableiten. So gilt es zum Beispiel, die Kooperation mit Institutionen und Projekten für solche Jugendliche zu suchen bzw. zu verstärken, die eine „vulnerable Karriere“ hinter sich haben und/oder Mehrfachbelastungen ausgesetzt sind, z. B. Einrichtungen der Jugendpflege, Stricherprojekte oder Projekte, die Schutzräume und Beratung für junge Männer mit Migrationshintergrund anbieten. Auch das Engagement

gegen Homophobie sollte ausgebaut werden, ebenso der Ansatz des „Empowerments“ zur Selbstwertstärkung (in diesem Fall von MSM) und zur Förderung von Fähigkeiten und Kompetenzen zur Belastungsbewältigung, die eine Flucht in potenziell selbst- und fremdschädigendes Risikoverhalten verhindern helfen. Dafür ist es unter anderem erforderlich, dass Schulen und andere Sozialisations- und Erziehungsinstanzen Konzepte und Programme zu einer nachhaltigen Gesundheitsförderung entwickeln und umsetzen, welche die individuellen Lebensumstände und altersentsprechenden Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen berücksichtigen.

Für sinnvoll halte ich es darüber hinaus, Schutzillusionen und optimistische Fehlschlüsse im Rahmen von medialen Kampagnen aufzugreifen. So sollte das Thema „Liebe, Treue, Vertrauen und Schutz innerhalb und außerhalb von Beziehungen“ sowohl in der Vor-Ort-Arbeit als auch in der medialen Prävention immer wieder neu zur Sprache kommen, wobei auch psychosexuelle Dynamiken und das Thema Gewalt (in Beziehungen) nicht ausgespart werden sollten.

Literaturverzeichnis

89

Antonovsky 1997

Antonovsky, A.: Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: dgvt-Verlag 1997

Badura 2004

Badura, B.: Erhaltung und Förderung von Gesundheit und Leistungsfähigkeit – altersfreundliche Gestaltung der Lebens- und Arbeitswelt. Vortrag auf dem 1. Kongress des Deutschen Forums Prävention und Gesundheitsförderung, Berlin, 30. April 2004

Becker 2003

Becker, P.: Anforderungs-Ressourcen-Modell in der Gesundheitsförderung. In: BZgA (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Schwabenheim a.d. Selz: Peter Sabo Verlag 2003, S. 13–15

Beilmann/Kieselbach 1997

Beilmann, G./Kieselbach, T.: Subjektive Theorien von Gesundheit und Krankheit bei Jugendlichen im Stadt-Land-Vergleich. In: Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 5. Jg., H. 4, S. 258–271

Biechele 2001

Biechele, U.: Schwule Jugendliche: Lebenssituation und psychosozialer Hilfebedarf. In: Deutsche Aids-Hilfe (Hrsg.): Beratung von Lesben und Schwulen. Berlin: Deutsche Aids-Hilfe 2001, S. 102–111

Biechele/Reisbeck/Keupp 2001

Biechele, U./Reisbeck, G./Keupp, H.: Schwule Jugendliche: Ergebnisse zur Lebenssituation, sozialen und sexuellen Identität (Dokumentation). Hannover: Niedersächsisches Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales o. J. (2001; im Internet unter http://cdl.niedersachsen.de/blob/images/C2563512_L20.pdf als PDF-Datei herunterzuladen)

Bochow 1996

Bochow, M.: Risikomanagement – Aspekte der Primärprävention von HIV/Aids. In: Deutsche Aids-Hilfe (Hg.): Dokumentation der Präventionsfachkonferenz der Deutschen Aids-Hilfe vom 10. bis 12. Mai 1996. Berlin: DAH 1996, S. 41–46

Bochow 1997

Bochow, M.: Informationsstand und präventive Vorkehrungen im Hinblick auf AIDS bei homosexuellen Männern aus der Unterschicht (AIDS-FORUM DAH, Bd. XXVI). Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe 1997

Bochow 1998

Bochow, M.: Was tun, wenn der Schrecken nachlässt? Brauchen wir neue Ansätze in der Primärprävention oder nur ein Mittel gegen die Panik der Präventionisten? In: DAH (Hrsg.): Vancouver – zwei Jahre danach. Dokumentation der Fachtagung, Berlin, 17.–19. Juli 1998, S. 17–21

Bochow 2000a

Bochow, M.: Reaktionen homosexueller Männer in Deutschland auf die AIDS-Epidemie. In: Marcus, U. (Hrsg.): Glück gehabt? Zwei Jahrzehnte AIDS in Deutschland. Berlin/Wien: Blackwell 2000, S. 153–183

Bochow 2000b

Bochow, M.: Das kürzere Ende des Regenbogens. HIV-Infektionsrisiken und soziale Ungleichheit bei schwulen Männern. Berlin: edition sigma 2000

Bochow 2003

Bochow, M.: Sex unter Männern oder schwuler Sex. Zur sozialen Konstruktion von Männlichkeit unter türkisch-, kurdisch- und arabischstämmigen Migranten in Deutschland. In: Bochow, M./Marbach, R. (Hrsg.): Homosexualität und Islam. Hamburg: MännerschwarmSkript 2003, S. 99–115

Bochow 2005

Bochow, M.: HIV und Homosexualität – alles ganz normal? in: Lemmen, K./Schepers, J./Sweers, H./Tillmann, K. (Hg.): Sexualität wo-hin? Einblicke. Einblicke. Ausblicke (AIDS-FORUM DAH, Band 49). Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe 2005, S. 63–74

Bochow/Wright/Lange 2004

Bochow, M./Wright, M. T./Lange, M.: Schwule Männer und Aids: Risikomanagement in Zeiten der sozialen Normalisierung einer Infektionskrankheit (AIDS-FORUM DAH, Band 48). Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe 2004

Dannecker 1994

Dannecker, M.: Im Liebesfall. In: *Aktuell* – Das Magazin der Deutschen AIDS Hilfe, 7(1994), S. 16–20

Dannecker 1996

Dannecker, M.: „Risikofaktor Liebe“ am Beispiel homosexueller Männer. In: Jäger, H. (Hg.): Aids. Management der Erkrankung (Aids-Monographien, Band 5). Landsberg am Lech: ecomed 1996, S. 331–332

Dannecker 1997a

Dannecker, M.: Safer Sex im Liebesfall. In: Ders.: Vorwiegend homosexuell. Hamburg: MännerschwarmSkript 1997, S. 111–120

Dannecker 1997b

Dannecker, M.: Probleme der männlichen homosexuellen Entwicklung. In: Ders.: *Vorwiegend homosexuell*. Hamburg: MännerschwarmSkript 1997, S. 147–167

Dannecker 2002

Dannecker, M.: HIV-Prävention und Sexualität. In: AIDS INFOTHEK 4/02, November 2002, S. 37–44 (im Internet unter <http://www.aidsnet.ch/modules.php?name=News&file=article&sid=1553>)

Dilley u. a. 2003

Dilley, J. W./Woods, W. J./Sabatino, J./Rinaldi, J./Lithashi, T./McFarland, W.: Availability of combination therapy for HIV: effects on sexual risk taking in a sample of high-risk gay and bisexual men. In: *Aids Care*, 15. Jg., H. 1, S. 27–37

Franzkowiak 2003

Franzkowiak, P.: Belastung und Bewältigung/ Stress-Bewältigungs-Perspektive. In: BZgA (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Schwabenheim a.d. Selz: Peter Sabo, S. 18–21

Gerhards/Schmidt 1991

Gerhards, J./Schmidt, B.: Was hindert Menschen daran, risikoarmes Sexualverhalten zu praktizieren? Abschlussbericht einer qualitativen Befragung im Auftrag der BZgA (BZgA-Dokumentationen Nr. 140038). Köln: BZgA 1991

Grob/Jaschinski 2003

Grob, A./Jaschinski, U.: Erwachsen werden. Entwicklungspsychologie des Jugendalters. Weinheim: Beltz 2003

Höfer 1999

Höfer, R.: Kohärenzgefühl als Widerstandsresource: Warum bleiben benachteiligte Jugendliche gesund? In: Deutsche Gesellschaft für Public Health e.V. (Hrsg.): Public-Health-Forschung in Deutschland. Bern u. a.: Huber 1999, S. 166–170

Hurrelmann 2003

Hurrelmann, K.: Gesundheitssoziologie. Weinheim/München: Juventa 2003

Hurrelmann 2004

Hurrelmann, K.: Lebensphase Jugend. 7., vollständig überarbeitete Auflage. Weinheim: Juventa 2004

Hurrelmann/Laaser 2003

Hurrelmann, K./Laaser, U.: Entwicklung und Perspektiven der Gesundheitswissenschaften. In: Dies. (Hrsg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften, 3. Auflage. Weinheim: Juventa 2003, S. 17–45

Jeffrey 1997

Jeffrey, W. J.: Risikoverhalten und Gesundheit: Individuelle und populationsbezogene Perspektive. In: Weitkunat, R./Haisch, J./Kessler, M. (Hrsg.): Public Health und Gesundheitspsychologie. Bern: Huber 1997, S. 126–137

Kade 1983

Kade, S.: Methoden des Fremdverstehens. Bad Heilbrunn: Klinkhardt 1983

Kaufmann 1990

Kaufmann, F. X.: Die Zukunft der Familie: Stabilität, Stabilitätsrisiken und Wandel der familialen Lebensformen sowie ihre gesellschaftlichen und politischen Bedingungen. München: Beck 1990

Kippax/Race 2003

Kippax, S./Race, K.: Sustaining safe practice: twenty years on. In: Social Science & Medicine, 57, S. 1–12

Kohli 1978

Kohli, M.: „Offenes“ und „geschlossenes“ Interview: Neue Argumente zu einer alten Kontroverse. In: Soziale Welt, 29, S. 1–25

Le Breton 2001

Le Breton, D.: Riskantes Verhalten Jugendlicher als individueller Übergangsritus. In: Raithel, J. (Hrsg.): Risikoverhaltensweisen Jugendlicher. Opladen: Leske und Budrich 2001, S. 111–128

Mittag 1998

Mittag, O.: Gesundheitliche Schutzfaktoren. In: Amann, G./Wipplinger, R. (Hrsg.): Gesundheitsförderung. Tübingen: dgvt-Verlag, S. 177–192

Mittag 2002

Mittag, W.: Gesundheitsverhalten Jugendlicher. In: Schwarzer, R./Jerusalem, M./Weber, H. (Hrsg.): Gesundheitspsychologie von A–Z. Göttingen: Hogrefe 2002, S. 213–216

Mittag/Jerusalem 1997

Mittag, W./Jerusalem, M.: Evaluation von Präventionsprogrammen. In: Schwarzer, R. (Hrsg.): Gesundheitspsychologie. 2., überarb. Aufl. Göttingen: Hogrefe 1997, S. 595–611

Moore/Rosenthal 1991

Moore, S. M./Rosenthal, D. A.: Adolescent invulnerability and perception of AIDS risk. In: Journal of Adolescent Research, 6, S. 164–180

Müller 2002

Müller, W.: Homosexuelles Coming-out und HIV-Prävention. Die Broschüre „Unser Kind fällt aus der Rolle“. In: BZgA (Hrsg.): Forum Sexualaufklärung und Familienplanung. H. 4/2002, S. 17–20 (im Internet unter http://www.bzga.de/bzga_stat/pdf/13329120.pdf als PDF-Datei abrufbar)

Naidoo/Wills 2003

Naidoo, J./Wills, J.: Lehrbuch der Gesundheitsförderung (englisches Original: „Health Promotion – Foundations for Practice“, 2. Auflage, Edinburgh u. a.: Harcourt Publishers Limited 2000). Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2003

Neubauer 2001

Neubauer, G.: Sexuelle Risikolagen und sexuelles Risikoverhalten von Jugendlichen. In: Raithel, J. (Hrsg.): Risikoverhaltensweisen Jugendlicher. Opladen: Leske und Budrich 2001, S. 183–200

Onnen-Isemann 2000

Onnen-Isemann, C.: Wenn der Familienbildungsprozess stockt ... Eine empirische Studie über Stress und Coping-Strategien reproduktionsmedizinisch behandelter Partner. Berlin: Springer 2000

Pant 2003

Pant, A.: Sexualverhalten. In: Jerusalem, M./Weber, H. (Hrsg.): Psychologische Gesundheitsförderung. Diagnostik und Prävention. Göttingen: Hogrefe 2003, S. 269–289

Raithel (Hrsg.) 2001

Raithel, J. (Hrsg.): Risikoverhaltensweisen Jugendlicher. Opladen: Leske und Budrich 2001

Renner/Hahn 1996

Renner, B./Hahn, A. (1996): Stereotype Vorstellungen über gefährdete Personen und unrealistisch optimistische Risikoeinschätzungen. In: Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 4. Jg., H. 3, S. 220–240

Rettenwander 2003

Rettenwander, A.: risiko und Extremsport. Literaturanalyse fokussiert auf den Bereich „Risikoverhalten Jugendlicher“ (3 D Special „Risiko“). Innsbruck: Alpenvereinsjugend (Hg.) 2003 (im Internet unter <http://www.psychologie-und-gesundheit.at/Texte/Risiko&Extremsport.pdf> als PDF-Datei abrufbar)

RKI 2004

Robert Koch-Institut: HIV-Infektionen und Aids-Erkrankungen in Deutschland. Aktuelle epidemiologische Daten (Stand vom 31.12.2003). Epidemiologisches Bulletin, Sonderausgabe A/2004 vom 19. März 2004 (im Internet unter www.rki.de → Infektionskrankheiten A–Z → HIV/Aids → Veröffentlichungen → Epidemiologisches Bulletin)

RKI 2005a

Robert Koch-Institut: Epidemiologisches Bulletin, Sonderausgabe B/2005 vom 30. September 2005 (im Internet unter www.rki.de → Infektionskrankheiten A–Z → HIV/Aids → Veröffentlichungen → Epidemiologisches Bulletin)

RKI 2005b

Robert Koch-Institut: Epidemiologisches Bulletin, Nr. 47/2005 vom 25. November 2005 (im Internet unter www.rki.de → Infektionskrankheiten A–Z → HIV/Aids → Veröffentlichungen → Epidemiologisches Bulletin)

Rosenbrock 2002

Rosenbrock, R.: Ein Grundriss wirksamer Aids-Prävention. In: Rosenbrock, R./Schaeffer, D. (Hrsg.): Die Normalisierung von Aids. Berlin: edition sigma 2002, S. 71–81

Rosenbrock u. a. 2002

Rosenbrock, R./Schaeffer, D./Moers, M./Dubois-Arber, F./Pinell, P./Setbon, M. (2002): Die Normalisierung von Aids in Westeuropa – Der Politikzyklus am Beispiel einer Infektionskrankheit. In: Rosenbrock, R./Schaeffer, D. (Hrsg.): Die Normalisierung von Aids. Berlin: edition sigma 2002, S. 11–68

Rosengarten/Race/Kippax 2000

Rosengarten, M./Race, K./Kippax, S.: „Touchwood, everything will be ok“. Gay men's understanding of clinical markers in sexual practice (Monograph 7/2000). Sydney: National Centre in HIV Social Research 2000 (im Internet unter <http://nchsr.arts.unsw.edu.au/pdf%20reports/touchwood.pdf> als PDF-Datei abrufbar)

Schütze 1976

Schütze, F.: Zur Hervorlockung und Analyse von Erzählungen thematisch relevanter Geschichten im Rahmen soziologischer Feldforschung. In: Arbeitsgruppe Bielefelder Soziologen (Hrsg.): Kommunikative Sozialforschung. München: Fink 1976, S. 159–260

Schütze 1983

Schütze, F.: Biographieforschung und narratives Interview. In: Neue Praxis, 13, S. 283–295

Schwarzer 1996

Schwarzer, R. (1996): Psychologie des Gesundheitsverhaltens. 2., überarb. u. erw. Auflage. Göttingen: Hogrefe 1996

Schwarzer 2002

Schwarzer, R.: Gesundheitspsychologie. In: Schwarzer, R./Jerusalem, M./Weber, H. (Hrsg.): Gesundheitspsychologie von A–Z. Göttingen: Hogrefe 2002, S. 175–179

Seibt 2003

Seibt, A. C.: Modell der Gesundheitsüberzeugung/Health Belief Model. In: BZgA (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Schwabenheim a.d. Selz: Peter Sabo 2003, S. 150–152

SenSJS (Hrsg.) 1999

Senatsverwaltung für Schule, Jugend und Sport (Hrsg.): Sie liebt sie, er liebt ihn. Eine Studie zur psychosozialen Situation junger Lesben, Schwuler und Bisexueller in Berlin. Hrsg. in Kooperation mit der Gewerkschaft Erziehung und Wissenschaft. Berlin: SenSJS 1999 (im Internet unter http://www.senbjs.berlin.de/familie/gleichgeschlechtliche_lebensweisen/veroeffentlichungen/sie_liebt_sie/inhalt.asp abrufbar)

Susenbeth 2000

Susenbeth, R.: Anwendung des Transtheoretischen Modells gesundheitsfördernder Verhaltensänderung auf HIV-protektiven Kondomgebrauch. Inaugural-Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der gesamten Medizin. Marburg: Fachbereich Humanmedizin der Philipps-Universität Marburg 2000 (im Internet unter <http://archiv.ub.uni-marburg.de/diss/z2000/0076/html/als HTML-Dokument abrufbar>)

Ullrich 1999

Ullrich, C. G.: Deutungsmusteranalyse und diskursives Interview. In: Zeitschrift für Soziologie, 28. Jg., H. 6, S. 429–447

Waller 2002

Waller, H.: Gesundheitswissenschaften. Eine Einführung in Grundlagen und Praxis. Stuttgart: Kohlhammer 2002

Wright 1997

Wright, M. T.: Junge Männer, Homosexualität und HIV – Was sind die Risiken? (AIDS-FORUM DAH, Bd. XXX). Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e. V. 1997

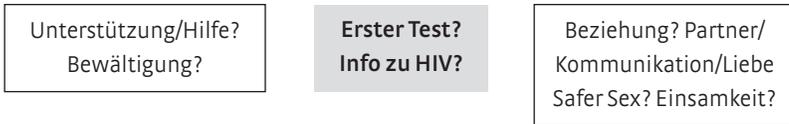
Anhang: Interview-Leitfaden

VIELLEICHT ERZÄHLS DU MAL SO VON ANFANG AN ... WO DU GEBOREN UND AUFGEWACHSEN BIST, SCHULE UND WIE ES SO WEITERGING ...

COMING-OUT/HIV

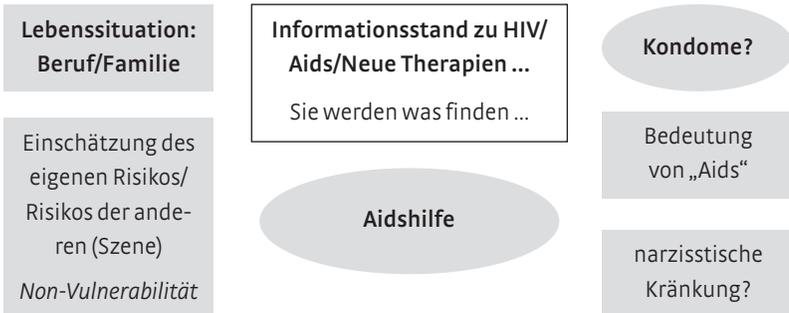
WIE WAR DAS SO, ALS DU VON DEINER HIV-INFEKTION ERFAHREN HAST?

WAS GING DA SO DURCH DEINEN KOPF?

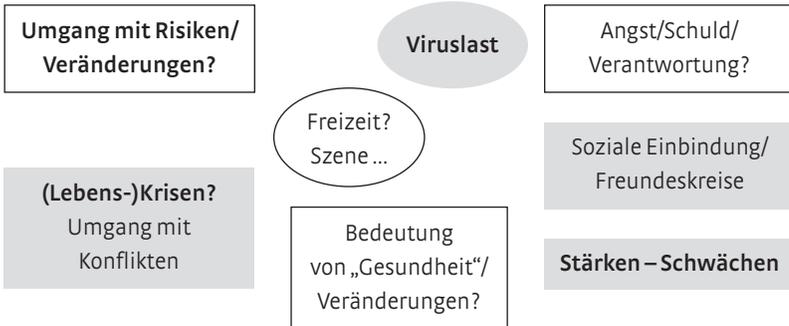


HAST DU EINE AHNUNG, WO DU DICH INFIZIERT HABEN KÖNNTEST?

WANN? WO? SITUATION?



Sexualität vorher/nachher: Veränderungen?



WENN DU ZURÜCKBLICKST, WAS WÜRDEST DU ANDERS MACHEN?

Wünsche für
die Zukunft

HARTE DATEN

Wohnort (Stadt/Land)?

Ausbildung

Einkommen

Wohnsituation

Wann infiziert?

Alter

Familienzusammensetzung

Vom Autor empfohlene Literatur

95

**Klaus Hurrelmann: Lebensphase Jugend.
Eine Einführung in die sozialwissen-
schaftliche Jugendforschung**

8., vollständig überarbeitete Auflage
Weinheim und München: Juventa Verlag 2005
255 Seiten, 16,- €
ISBN: 3-7799-1480-8

Der Autor ist Professor an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften an der Universität Bielefeld, seine Schwerpunkte liegen in der Sozialisations-, Gesundheits-, Kindheits- und Jugendforschung. In seiner hier besprochenen Einführung in die sozialwissenschaftliche Jugendforschung beschreibt Hurrelmann – unter Einbeziehung von Erkenntnissen aus verschiedenen Disziplinen –, wie Jugendliche mit der Herausforderung umgehen, „die schnelle Veränderung von Körpermerkmalen, Gefühlslagen, Denkweisen und Antriebsenergien zu verarbeiten und zugleich soziokulturelle Anpassungs- und sozioökonomische Qualifizierungsleistungen zu erfüllen“ (a.a.O., S. 157).

Als Entwicklungsaufgaben der Jugendphase benennt der Autor im ersten Kapitel die Entwicklung der intellektuellen und sozialen Kompetenzen, die Entwicklung des inneren Bildes von der Geschlechtszugehörigkeit, die Entwicklung selbstständiger Handlungsmuster für die Nutzung des Konsummarktes und die Entwicklung eines Werte- und Normensystems sowie eines ethischen und politischen Bewusstseins. Im folgenden Kapitel gibt Hurrelmann einen Abriss über die sozialwissenschaftliche und psychologische Jugendforschung und beschreibt wichtige Grundannahmen der Sozialisationstheorie. In diesem Zusammenhang weist er auch auf die „Auswirkungen einer wachsenden sozialen Ungleichheit und eines relativen Armutsrisikos bei Kindern und Jugendlichen auf ihre Einstellungen und Wertorientierungen (bis hin zum rechtsextremistischen politischen Denken) und ihr entwicklungstypisches Risikoverhalten (bis hin zu selbstzerstörerischem Gesundheitsverhalten)“ hin (a.a.O., S. 78) – ein Umstand, der

auch für die HIV-Prävention von Bedeutung ist. Die Rahmenbedingungen für die Gestaltung der Lebensphase Jugend skizziert der Autor im dritten Teil, wobei er (unter geschlechtsdifferenzierender Perspektive) als wichtigste Sozialisationsinstanzen und Lebensbereiche Jugendlicher die Bildungs- und Qualifikationsinstanzen, Familie und Partnerschaft, Gleichaltrigengruppe und Freizeit sowie Wertebildung und politische Teilnahme beschreibt. Im vierten Kapitel geht Hurrelmann auf die Prozesse der Auseinandersetzung Jugendlicher mit ihrer sozialen Lebenssituation, auf Entwicklungsprobleme und gesundheitliche Beeinträchtigungen ein, wobei er auf geschlechtstypische Ausprägungen gesundheitlicher Beschwerden und geschlechtstypische Muster der Problembewältigung hinweist und auch die spezifischen Probleme von Jugendlichen aus ökonomisch, sozial, kulturell und hinsichtlich der Bildungschancen benachteiligten Familien beschreibt. Im abschließenden fünften Kapitel schließlich stellt Hurrelmann Möglichkeiten vor, wie man Jugendliche in Herkunftsfamilie, Schule und Jugendeinrichtungen, in der Freizeit, im Beruf und in punkto Gesundheit bei der Bewältigung der spezifischen Anforderungen, denen sie sich gegenübersehen, unterstützen kann. Angesichts des sukzessiven Abbaus informeller Unterstützungssysteme sieht er hier die Notwendigkeit präventiv wirkender professioneller Hilfesysteme, benennt aber zugleich die (politischen) Barrieren, welche der Etablierung solcher Systeme entgegenstehen. Zusammenfassend schreibt der Autor: „[D]ie spezifischen Formen der Lebensbewältigung der Angehörigen der Lebensphase Jugend [sind] von beispielhafter und prototypischer Bedeutung für alle nachfolgenden Lebensphasen. Die ‚Standardisierung‘ des Lebenslaufs mit festen, institutionell markierten Abläufen und erwartbaren biografischen Deutungen gehört der Vergangenheit an. Eine sinnvolle, stimmige Gestaltung der flexibel gewordenen, mit unvorhersehbaren Brüchen und Wandlungen ausgestatteten Biografie verlangt heute von jedem Gesellschaftsmitglied ein hohes Maß an sozialer Kompetenz, die virtuose Fähigkeit der Selbstorganisation und eine reflektierte Lebensführung. [Für Jugendliche] ist die souveräne Entfaltung einer solchen Lebensführung aber nur möglich, wenn sie alle rechtlichen, ökonomischen, kulturellen und sozialen Ressourcen erhalten können, um ihre Lebensphase Jugend als einen eigenständigen Abschnitt im Lebenslauf kreativ gestalten zu können“ (a.a.O., S. 235 f.).

Jürgen Raitchel: **Jugendliches Risikoverhalten. Eine Einführung**

Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften
2004
197 Seiten, 18,90 €
ISBN: 3-531-14366-2

Der Jugendforscher Jürgen Raitchel hat bereits mehrere Veröffentlichungen vorgelegt, in denen er – unter anderem – auf das Risikoverhalten von Jugendlichen in der Adoleszenz eingeht (siehe unten). Mit seiner hier besprochenen Einführung legt er nun eine systematische Übersicht über das Thema vor. Dazu beschreibt er zunächst die seit etwa der Mitte des 19. Jahrhunderts zu beobachtende Herausbildung einer eigenständigen Jugendphase – erst seit dieser Zeit gebe es überhaupt eine Vorstellung von Jugend, die sich heute über die Postadoleszenz bis weit in die dritte Lebensdekade verlängern könne. In der Moderne sei dieser Lebensabschnitt durch zahlreiche Optionen und Chancen markiert, die auf individueller Ebene allerdings auch als Überforderung bzw. Bedrohung erlebt werden könnten (zu den Entwicklungsaufgaben in der Jugend und Adoleszenz siehe die Rezension zu Klaus Hurrelmann: *Lebensphase Jugend*). Auch Raitchel betont, dass in der Jugend und Adoleszenz bestimmte Lebensstile habitualisiert und die Weichen für das zukünftige Gesundheitshandeln gestellt werden, etwa in den Bereichen Drogenkonsum, Ernährungsverhalten, Bewegungs- und Sportverhalten oder auch im Sexualverhalten.

Ausführlich geht der Autor auf die unterschiedlichen Formen des Risikoverhaltens ein und stellt soziologische und psychologische Risikokonzepte vor. Grundsätzlich, so Raitchel, könne es zu riskanten Verhaltensweisen dann kommen, wenn sich durch belastende Situationen, Ereignisse und Lebenslagen Anforderungen ergeben, die eine Person in ihrer jeweiligen Lebensphase nicht erfüllen und bewältigen könne (vgl. a.a.O., S. 67). Die Lebensphase zwischen Kindheit und Erwachsensein sei aufgrund der zahlreichen, in kurzer Zeit zu bewältigenden Veränderungen in dieser Hinsicht besonders sensibel. Komme es bei der Bewältigung von Lebensanforderungen während dieser Statuspassage zu Problemen, könne sich dies in riskanten Verhaltensweisen ausdrücken, etwa aus dem Gefühl heraus, nichts mehr verlieren zu können (vgl. a.a.O., S. 52), aber z. B. auch aufgrund eines unrealistischen Optimismus, positiver Illusionen, fatalistischer Vorstellungen oder aufgrund von Invulnerabilitätsphantasien. Raitchel stellt neben dem belastungstheoreti-

schen Sozialisationsmodell auch verschiedene andere Modelle zur Erklärung von Risikoverhalten vor, etwa das Konzept des „doing gender“ (siehe unten die Kurzbeschreibung seines Buches „Die Stilisierung des Geschlechts. Jugendliche Lebensstile, Risikoverhalten und die Konstruktion von Geschlechtlichkeit“).

Abschließend widmet sich der Autor der Prävention von riskanten Verhaltensweisen im Jugendalter. So gelte es, Wissen zu vermitteln, gesundheitsförderliche Einstellungen zu unterstützen sowie die Handlungs- und Bewältigungskompetenzen im persönlich bedeutsamen sozialen Kontext zu stärken, ohne aber direktiv in die Lebens- und Wertewelt Jugendlicher einzudringen: „Die Alternativen zum Risikoverhalten müssen unmittelbar greifbar, anschaulich und praktisch durchführbar sein, sonst werden sie nicht gewählt. Dennoch darf bei alledem nicht die subjektive Funktionalität der riskanten Verhaltensweisen für den Jugendlichen aus dem Blick geraten“ (a.a.O., S. 166).

WEITERE VERÖFFENTLICHUNGEN DES AUTORS ZUM THEMA:

Jürgen Raithe: Die Stilisierung des Geschlechts. Jugendliche Lebensstile, Risikoverhalten und die Konstruktion von Geschlechtlichkeit

(Jugendforschung, hrsg. von W. Heitmeyer, K. Hurrelmann, J. Mansel und U. Sander)
Weinheim: Juventa 2005
269 Seiten, 28,- €
ISBN: 3-7799-1742-4

Kurzbeschreibung des Verlags: „In dieser Studie werden anhand einer Lebensstilanalyse geschlechtsrollendifferenzierende Stilgruppen sowie bedeutsame Einflussgrößen der weiblichen und männlichen Geschlechtsrollenorientierung in Form von unterschiedlichen Stilisierungsmerkmalen identifiziert. Die jugendspezifische Lebensstilkonstruktion wird um den Stilisierungsbereich der riskanten Verhaltensweisen erweitert. Bei den in die Lebensstilanalyse einfließenden Risikoverhaltensweisen stehen jene des gesundheitlichen und delinquenten Handlungsbereichs im Mittelpunkt. Lebensstile werden als Ausdruck der Sozialisation und Identitätsentwicklung gesehen, für welche biographische Aspekte in Form von Erziehungserfahrungen bedeutsam sind. Da angenommen wird, dass der jeweilige Lebensstil der interaktiven Konstruktion von Geschlechtlich-

keit („doing gender“) dient, sollen die ermittelten Lebensstiltypen Aufschluss über die geschlechts- bzw. genderspezifische Realitätsverarbeitung geben. Ausgehend von dieser Basis wird der Frage nachgegangen, inwiefern geschlechtsrollenspezifische Lebensstile auffindbar sind und welche Lebensstilmerkmale besonders aussagekräftig sind. Vertiefend wird analysiert, ob und in welchem Ausmaß Zusammenhänge zwischen der Geschlechtsrollenorientierung und den gesundheitlichen wie delinquenten Verhaltensweisen als Stilisierungsmittel existieren.“

Jürgen Raithe: Gesundheitsrelevantes Verhalten und Lebensstile Jugendlicher

Lengerich/Westfalen u. a.: Pabst Science Publishers 2004
179 Seiten, 20,- €
ISBN: 3-89967-177-5

Kurzbeschreibung des Verlages (www.pabst-publishers.de): „Die zweite Lebensdekade ist Einstiegspunkt und oft auch Höhepunkt für die Ausübung gesundheitsriskanter Verhaltensweisen. Die Beleuchtung dieser Altersphase ist besonders wichtig, da im Jugendalter individuelle Verhaltensweisen habitualisiert werden und dies eine Weichenstellung für das weitere Leben darstellt. Doch verhalten sich keineswegs alle Jugendlichen gleichermaßen riskant oder förderlich, sondern es bestehen vielmehr gravierende gesundheitliche Differenzen. Diesen Ungleichheiten wird sich in der Untersuchung mit einem Lebensstilmodell genähert, wobei ein breites Spektrum gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen im Zentrum der Analyse steht.“

Jürgen Raithe: Unfallursache: Jungliches Risikoverhalten. Verkehrsgefährdung Jugendlicher, psychosoziale Belastungen und Prävention

(Jugendforschung, hrsg. von D. Baacke, W. Heitmeyer, K. Hurrelmann und J. Mansel)
Weinheim: Juventa 2001
272 Seiten, 25,- €
ISBN: 3-7799-0467-5

Kurzbeschreibung des Verlages: „Das Straßenverkehrsunfallgeschehen wird überproportional von den jugendlichen Fahrern dominiert. Als exponierte Risikogruppe im Straßenverkehr sind die männlichen motorzweiradfahrenden Jugendlichen zu identifizieren. Eine wesentliche Ursache der Unfallbilanz im Jugendalter ist in dem riskanten Verkehrsverhalten zu sehen,

welches eine spezifische Form des jugendlichen Risikoverhaltens darstellt. Der entwickelte Erklärungsansatz für das riskante Verhalten Jugendlicher im und außerhalb des Straßenverkehrs basiert auf einem sozialisations- und belastungstheoretischen Modell, unter Berücksichtigung jugendspezifischer Bedingungen des Aufwachsens, und unterscheidet sich somit grundlegend von gängigen und vorherrschenden verkehrspolitischen Erklärungsansätzen des riskanten Fahrverhaltens. Auf der Grundlage der empirischen Befunde werden Grenzen und Irrtümer gängiger Verkehrserziehung aufgezeigt und eine weiter gefasste Perspektive präventiv-pädagogischer Interventionsmöglichkeiten entfaltet. Zum Abschluss der Arbeit wird ein Modellbeispiel für die Praxis der Jungenarbeit skizziert.“

Michael Bochow: Das kürzere Ende des Regenbogens: HIV-Infektionsrisiken und soziale Ungleichheit bei schwulen Männern

(Ergebnisse sozialwissenschaftlicher Aids-Forschung, Bd. 21)
 Berlin: edition Sigma 2000
 342 Seiten, 19,90 €
 ISBN: 3-89404-685-6

Der Sozialwissenschaftler Michael Bochow befragt bereits seit 1987 regelmäßig Männer, die Sex mit Männern haben, zu ihrem Sexualverhalten vor dem Hintergrund von Aids. In dem hier besprochenen Band beschäftigt er sich mit dem Phänomen der deutlich höheren Betroffenheit durch HIV und Aids bei MSM der unteren sozialen Schichten, das sich bei der Auswertung der von ihm erhobenen Daten zeigte – und dies, obwohl ihre allgemeine Risikoexposition, d. h. die Frequenz der Sexualkontakte sowie der anal-genitalen Kontakte, niedriger ist als bei Mittelschichtsmännern (vgl. a.a.O., S. 30). Zugrunde liegt der Veröffentlichung, die Kontexte wie die Alltagspraxis, den schichtspezifischen Habitus, individuelle Motivationslagen und psychosoziale Dynamiken sexueller Beziehungen in unterschiedlichen Lebenswelten beschreibt, eine qualitative Befragung von 69 MSM aus soziokulturell und sozioökonomisch benachteiligten Schichten.

Nach einem allgemeinen Überblick über sozioökonomische und soziokulturelle Hintergründe erhöhter Morbidität und Mortalität und über schichtspezifisches Gesundheitsverhalten, der sich im Wesentlichen an den Arbeiten zu sozialem und kulturellem Kapital von Pierre Bourdieu orientiert, stellt der Autor zunächst Ergebnisse

aus seinen Wiederholungsbefragungen im Hinblick auf schichtspezifische Besonderheiten dar, etwa die geringere Offenheit bezüglich der sexuellen Orientierung gegenüber „signifikanten Anderen“ (Familie, Freunde, Kollegen usw.) und die höhere soziale Isolation von Unterschichtsmännern im Vergleich zu Mittelschichtsmännern. Im Anschluss präsentiert Bochow die Ergebnisse seiner hier besprochenen Untersuchung in vier Kapiteln. Der Darstellung der Lebensstile und protektiver Strategien bei homosexuellen Männern der unteren Schichten folgen je ein Kapitel zu Männern der Mittelschichten, zu den präventiven Strategien bei Strichern und Callboys und zur besonderen Situation von homosexuellen Migranten.

Bei MSM aus den unteren sozialen Schichten findet Bochow u. a. eine Kumulation psychischer Belastungen in den Biografien, ebenso eine beziehungsorientierte Lebensplanung bei gleichzeitig geringeren Chancen, eine dauerhafte Beziehung bzw. generell soziale Netzwerke zu etablieren. „Die geringere soziale Handlungskompetenz und Aushandlungsstärke“, so der Autor, „führt bei Unterschichtsmännern in sexuellen Interaktionen offenkundig auch zu einem häufigeren Eingehen von Infektionsrisiken. Zwei Drittel der von den interviewten Mittelschichtsmännern berichteten Risikosituationen (ungeschützter Analverkehr mit einem Partner mit unbekanntem oder anderem Serostatus) erfolgten mit dem festen Freund und/oder im Stadium großer Verliebtheit; dies berichtet ein Drittel der Unterschichtsmänner. Alkohol, Einsamkeit, Unerfahrenheit und Getäuschtwerden über den positiven Serostatus des Partners werden fast ausschließlich von den interviewten Unterschichtsmännern als Umstände angegeben, die dazu führten, Infektionsrisiken einzugehen.“ (a.a.O., S. 125). Im Vergleich mit den im zweiten Ergebnisteil vorgestellten Interviews mit homosexuellen Männern aus der Mittelschicht lassen sich weitere Unterschiede erkennen; hier sind u. a. die verschiedenen Sozialisationsmuster zu nennen, die unterschiedliche Bewältigungsstrategien im Hinblick auf die Bedrohung durch HIV und Aids hervorbringen, weiterhin die ungleich höhere Stigmatisierung von Homosexualität in den unteren Schichten, der bereits erwähnte Mangel an informellen Netzwerken sowie andere Kommunikationsmuster. Auch hier soll der Autor selbst zu Wort kommen: „Die materielle Deprivation und die größere soziale Isolierung behindern die Integration der präventiven Botschaften in das eigene Sexualver-

halten. Es ist nicht die Unkenntnis der Übertragungswege, die zu einem erhöhten Risikoverhalten bei schwulen Unterschichtsmännern führt, ... es ist das Übermaß an sozialem Stress – bedingt u. a. durch die Konflikte mit der Herkunftsfamilie, instabile Beschäftigungsverhältnisse, mangelnde oder nicht belastungsfähige soziale Netzwerke –, das eine Umsetzung des „präventiven Wissens“ in „präventives Handeln“ behindert“ (a.a.O., S. 172).

Auch beim Vergleich zwischen Callboys und Strichern erkennt Bochow ähnliche Unterschiede; so zeichneten sich etwa die Biografien der befragten Stricher eher durch „Broken-Home-Situationen“, massive Spannungen mit der Herkunftsfamilie und einen Mangel an sozialer Unterstützung aus. „Als besonders schwierige und im Hinblick auf HIV-Übertragungen potentiell risikoreiche Zeit“, so der Autor weiter, erweise sich die Phase des Einstiegs in die Prostitution (bei vielen Strichern im Lebensalter von 13 bis 17 Jahren); in diesem Alter sei das Informationsniveau zu HIV und Aids niedrig, die eigene (homo-)sexuelle Orientierung nicht gefestigt, die Erfahrung in sexuellen Interaktionen gering und die psychophysische Verfassung bei Spannungen mit dem Elternhaus oder Abbruch der Beziehungen zur Herkunftsfamilie äußerst labil (vgl. a.a.O., S. 234 f.).

Im folgenden vierten Ergebnisteil widmet sich der Autor schließlich der besonderen Situation homosexueller Migranten mit türkischer und kurdischer Herkunft. Für die strikte Ablehnung der Homosexualität in der traditionellen türkischen bzw. kurdischen Kultur sei dabei der soziale Konstruktionsprozess von Männlichkeit und das gesellschaftliche Konstrukt der „Ehre“ wesentlich bedeutsamer als der muslimische Glaube – diesem Umstand müsse auch die HIV-Prävention Rechnung tragen. So sei davon auszugehen, dass nur ein geringer Teil dieser MSM sich selbst als homosexuell oder schwul definiere (und als homosexuell bzw. schwul angesprochen werden könne), dass gleichgeschlechtliche Sexualkontakte häufig nur angedeutet, oft aber auch verschwiegen würden und dass viele dieser MSM ein kräftezehrendes „Fassadenmanagement“ betreiben müssten, das manche von ihnen psychisch labilisiere. Die Biografien einiger der von Bochow befragten türkischen Interviewpartner dokumentieren gravierende Brüche und Belastungsmomente, die zu psychischen Krisen führten – diese psychische Vulnerabilität stelle für manche eine größere Gesundheitsgefährdung als das Risiko einer HIV-Infektion dar, so der Autor (vgl. a.a.O., S. 314 f.).

Die Angaben zu den im Folgenden genannten Werken basieren auf den Verlagsbeschreibungen; Bearbeitung: Holger Sweers

GESUNDHEITSPSYCHOLOGIE

**Ralf Schwarzer (Hrsg.):
Gesundheitspsychologie**

Göttingen u. a.: Hogrefe Verlag für Psychologie
2005
635 Seiten, 149,- €
ISBN: 3-8017-1500-0

Die Fragestellungen innerhalb der Gesundheitspsychologie richten sich vor allem auf körperliche Erkrankungen und Behinderungen sowie auf riskante und präventive Verhaltensweisen. Besondere Beachtung wird den psychischen und sozialen Einflussgrößen sowie deren Wechselwirkungen auf Krankheit und Gesundheit geschenkt. Der erste Teil des Bandes behandelt allgemeine Grundlagen und Perspektiven der Gesundheitspsychologie, der zweite Teil das Thema Stress und Krankheit, der dritte Teil schließlich geht auf Gesundheitsverhalten und Gesundheitsförderung ein.

**Nina Knoll/Urte Scholz/Nina Rieckmann:
Einführung in die Gesundheitspsychologie**

München/Basel: Ernst Reinhardt Verlag 2005
265 Seiten, 24,90 €
ISBN: 3-8252-2650-6

Diese Einführung informiert über gesundheitspsychologische Theorien, Modelle und Forschungsergebnisse: Welche Faktoren beeinflussen die Gesundheit (z. B. Stress, Resilienz, soziale Unterstützung)? Wie entsteht Risikoverhalten (z. B. Rauchen, mangelnder Sonnenschutz, Verzicht auf Kondombenutzung)? Wie kann man gesundheitsschädliche Verhaltensweisen verändern (z. B. Prävention, Rückfallvermeidung)?

Toni Faltermaier: Gesundheitspsychologie

Stuttgart: Verlag Kohlhammer 2005
366 Seiten, 19,- €
ISBN: 3-17-017187-9

Toni Faltermaiers Lehrbuch bietet eine Übersicht über zentrale gesundheitspsychologische Theorien, wichtige Ergebnisse der Forschung und neue Anwendungsmöglichkeiten. Ausgehend von den Problemen des medizinischen Gesundheitssystems entwickelt er die Grundfragen und -begriffe einer modernen Psychologie der Gesundheit. Theoretische Modelle der Krankheits-

entstehung und der Salutogenese werden als Orientierung herangezogen, um die psychischen und sozialen Einflüsse auf den Gesundheits- und Krankheitsprozess systematisch zu beschreiben. Einen großen Raum nimmt dabei die Bedeutung der Gesundheitspsychologie für die Praxis ein.

Ralf Schwarzer: Psychologie des Gesundheitsverhaltens. Einführung in die Gesundheitspsychologie

3., überarbeitete Auflage
Göttingen: Hogrefe Verlag für Psychologie 2004
444 Seiten, € 32,95
ISBN: 3-8017-1816-6

ENTWICKLUNGSPSYCHOLOGIE

Rolf Oerter/Leo Montada (Hrsg.): Entwicklungspsychologie

5., vollständig überarbeitete Auflage
Weinheim: Beltz 2002
1207 Seiten, 39,90 €
ISBN: 3-621-27479-0

Dieses Lehrbuch bietet Beiträge namhafter Autoren zu den Grundlagen der Entwicklungspsychologie, zur Entwicklung in einzelnen Lebensabschnitten, zur Entwicklung einzelner Funktionsbereiche, zur Entwicklungspsychologie in der Praxis sowie zu den Methoden der Entwicklungspsychologie.

Alexander Grob/Uta Jaschinski: Erwachsenwerden. Entwicklungspsychologie des Jugendalters

Weinheim: Beltz 2003
232 Seiten, 32,90 €
ISBN: 3-621-27500-2

Dieter Baacke: Die 13- bis 18-jährigen. Einführung in die Probleme des Jugendalters

(bearbeitet von Ralf Vollbrecht)
9., vollständig überarbeitete und aktualisierte Auflage

Weinheim: Beltz 2005
344 Seiten, 19,90 €
ISBN: 3-407-22106-1

Vor dem Hintergrund der Lebenswelten Jugendlicher beschreibt Baacke die körperliche Reifung, ihre psychischen und sozialen Auswirkungen, die Intelligenzentwicklung, Kreativität, Sexualität, Moralentwicklung und das politische Handeln von Jugendlichen. Dabei diskutiert er vor allem die Identitätsfindung, welche die Adoleszenz in besonderer Weise bestimmt.

JUGENDFORSCHUNG

Hans Merckens/Jürgen Zinnecker (Hrsg.): Jahrbuch Jugendforschung

5. Ausgabe
Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften 2005
333 Seiten, 39,90 €
ISBN: 3-531-14801-X

Das nunmehr fünfte Jahrbuch Jugendforschung widmet sich der wenig bekannten Geschichte delinquenten Jugendkulturen in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts in der Bundesrepublik, der DDR und in den USA sowie der jugendlichen Motorisierung, räumlichen Mobilisierung und Stadterfahrung. Darüber hinaus stellen sich vier aktuelle Forschungsprojekte vor, darunter erstmals der neue Jugendsurvey des Deutschen Jugendinstituts, außerdem geht es um Jugendforschung in Brasilien und in der Slowakei.
<http://www.jahrbuch-jugendforschung.de>

JUGENDSOZIOLOGIE

Bernhard Schäfers/Albert Scherr: Jugendsoziologie. Einführung in Grundlagen und Theorien

8., umfassend aktualisierte und überarbeitete Auflage
Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften 2005
204 Seiten, 12,90 €
ISBN: 3-531-14685-8

Diese Einführung vermittelt in verständlicher Form die wichtigsten Ergebnisse der soziologischen, psychologischen und pädagogischen Jugendforschung. Aus dem Inhalt: Begriff, Differenzierung und Institutionalisierung von Jugend; Jugendliche in der Bevölkerungs- und Sozialstruktur; jugendsoziologische Theorien; kurze Sozialgeschichte der Jugend; psychodynamische und körperliche Entwicklungsprozesse im Jugendalter; Identitätsbildung und Orientierung in einer sich wandelnden Gesellschaft; Jugendliche in gesellschaftlichen Grundgebilden; politische Einstellungen und Verhaltensweisen; Jugendkultur und jugendliche Subkultur; abweichendes Verhalten Jugendlicher.

KINDER/JUGENDLICHE UND SOZIALE BENACHTEILIGUNG

Andreas Mielck: Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Einführung in die aktuelle Diskussion

Bern: Verlag Hans Huber 2005
112 Seiten, 19,95 €
ISBN: 3-456-84235-X

Das vorliegende Buch gibt Antworten auf drei Fragen: Wie groß sind die Unterschiede im Gesundheitszustand zwischen den Gruppen, die sich mit Hilfe von Merkmalen wie Bildung, berufliche Stellung und Einkommen unterscheiden lassen, wie lassen sich diese „gesundheitlichen Ungleichheiten“ erklären, und wie können sie verringert werden?

Karin Holm/Volker Eichener (Hrsg.): Kinder- und Jugendlichenarmut in Problemstadtteilen.

Das Ende der Chancengleichheit
Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften
2006
250 Seiten, 24,90 €
ISBN: 1-14508-8

Die Zukunfts- und Erwerbschancen von Kindern und Jugendlichen hängen wesentlich vom Sozialraum ab, in dem sie aufwachsen – angesichts von materieller, sozialer und kultureller Armut und Segregation kann hier von Chancengleichheit allerdings keine Rede sein.

Matthias Richter: Gesundheit und Gesundheitsverhalten im Jugendalter. Der Einfluss sozialer Ungleichheit

Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften
2005
347 Seiten, 34,90 €
ISBN: 3-531-14528-2

Auf Basis der WHO-Studie „Health Behaviour in School-aged Children“ stellt Matthias Richter repräsentative Daten über den Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten im Jugendalter sowie deren soziale Kontexte bereit. Folgende Fragen stehen im Mittelpunkt seiner Untersuchung: Lassen sich für deutsche Jugendliche ähnlich schwache Zusammenhänge zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit identifizieren wie für Jugendliche aus anderen westeuropäischen Ländern? Wie ist der Einfluss sozialer Ungleichheit auf das gesundheitsrelevante Verhalten zu bewerten, das zwischen

sozialer Ungleichheit und Gesundheit vermittelt? Welche Rolle kommt der Schule und der Peer-Group bei einer Angleichung gesundheitlicher Ungleichheiten zu?

Monika Jungbauer-Gans/Peter Kriwy (Hrsg.): Soziale Benachteiligung und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen

Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften
2004
205 Seiten, 29,90 €
ISBN: 3-531-14261-5

Aus dem Inhalt: Ungleichheit und Kindergesundheit; Jugend und Gesundheit in der Europäischen Union; gesundheitliche Konsequenzen des Aufwachsens in Armut und sozialer Benachteiligung; soziales Kapital als Ressource für Gesundheit im Jugendalter; partizipative Strukturen und die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen; „Lieber arm und gesund als reich und krank“?; Geschlecht, Lebensstile und Ernährung; Identität und Behinderung; Identitätsentwicklung geistig Behinderter am Beispiel des Down-Syndroms

SOZIALE ARBEIT MIT JUGENDLICHEN

Ulrich Deinert (Hrsg.): Sozialräumliche Jugendarbeit. Grundlagen, Methoden und Praxiskonzepte

2., völlig überarbeitete Auflage
Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften
2005
349 Seiten, 29,90 €
ISBN: 3-8100-4086-X

Das Buch bietet theoretische und praktische Zugänge, Methoden und Beispiele für sozialräumliche Konzepte. Schwerpunkt ist das Aneignungskonzept, wonach die Aneignung ihrer Lebenswelt eine zentrale Entwicklungsaufgabe von Kindern und Jugendlichen ist. Aus dem Inhalt: Grundlagen sozialräumlicher Konzeptentwicklung; Aneignung und Raum; subjektbezogene Dimensionen der Aneignung; Jugend und sozialer Raum; Konzepte im ländlichen Raum; Jugendhaus im Aneignungsraum; Raum der Jugendarbeit aus architektonischer Sicht; Aneignung als Bildungskonzept; Methoden der Lebensweltanalyse; kleinräumige Jugendtreffs; LAN-Partys; Scout-Projekt; Jugendhilfeplanung; Team Jugendförderung; Zusammenarbeit mit den Hilfen zur Erziehung; Partizipation

**Inghard Langer/Stefan Langer:
Jugendliche begleiten und beraten**

(Personenzentrierte Beratung und Therapie; 1)
München: Ernst Reinhardt Verlag 2005
155 Seiten, 18,90 €
ISBN: 3-497-01760-4

Viele Erfahrungen und Konflikte können in der schwierigen Phase der Pubertät ernsthafte Krisen auslösen und zu Depressionen, Risikoverhalten oder Gewalt führen. Der personenzentrierte Ansatz weist den Weg, wie man Jugendliche in Krisensituationen verständnisvoll und einfühlsam berät und begleitet. Aus dem Inhalt: Pubertät; Lebensphase wichtiger Wandlungen: orientierende Haltungen; Entwicklungsschritte im Jugendalter; Wie Jugendliche Verletzungen abwehren; tragische Entwicklungen (Essstörungen, Schizophrenie, sexueller Missbrauch, Depression und Suizidgefährdung, Risikoverhalten, Aggression); Vom aufzubauenden unterstützenden Gefüge; Jugendliche begleiten: Wandlungs-Unterstützung nach Virginia Satir; personenzentrierte Psychologie von Carl R. Rogers; Selbstwert erleben; Freiheit unterstützen, Grenzen setzen, Wahlmöglichkeiten erschließen; Konzepte für die Praxis; Die drei Dimensionen des sozialpädagogischen Problems; Konsequenzen für die Handlungsebene; Anwendungsbeispiele

SALUTOGENESE

Rüdiger Lorenz: Salutogenese. Grundwissen für Psychologen, Mediziner, Gesundheits- und Pflegewissenschaftler

2., durchgesehene Auflage
München: Ernst Reinhardt Verlag 2005
208 Seiten, 24,90 €
ISBN: 3-497-01790-6

Lorenz stellt die theoretischen Bausteine des Salutogenese-Konzeptes anschaulich dar, ordnet sie kritisch ein, gibt einen Überblick über den Stand der Forschung und zeigt, welche Bedeutung das Konzept für andere aktuelle Forschungsgebiete (Säuglingsforschung, Entwicklungspsychologie, Emotionsregulation) hat. Zahlreiche Fallbeispiele illustrieren, wie man das Salutogenese-Konzept in der Psychotherapie fruchtbar machen, Ressourcen nutzen und Selbstheilungskräfte fördern kann.

**PRÄVENTION UND
GESUNDHEITSFÖRDERUNG**

**Klaus Hurrelmann/Theodor Klotz/
Jochen Haisch (Hrsg.): Lehrbuch
Prävention und Gesundheitsförderung**

Bern: Verlag Hans Huber 2004
413 Seiten, 29,95 €
ISBN: 3-456-84070-5

Die Gesundheitssysteme der meisten westlichen Länder funktionierten so lange gut, wie die zu behandelnden Krankheiten tatsächlich geheilt werden konnten. Das ist heute wegen des Vorherrschens von chronischen Krankheiten nicht mehr der Fall. Deswegen gewinnen vorbeugende Strategien ebenso an Bedeutung wie krankheitsbegleitende Förderstrategien. Dieses Buch gibt einen Überblick über die Grundlagenkonzepte der modernen Prävention und Gesundheitsförderung und bietet Beispiele für vorbeugende Ansätze bei heute stark verbreiteten gesundheitlichen Störungen und Krankheiten, darunter Strategien zur Prävention von Bewegungs-, Ernährungs- und Belastungsstörungen. Ein zweiter Teil behandelt die spezifische Prävention in der Allgemeinmedizin, den verschiedenen medizinischen Fächern, der Rehabilitation, der Pflege und der Psychotherapie. Der Band schließt mit Programmen der Prävention und Gesundheitsförderung in verschiedenen gesellschaftlichen Bereichen und mit Vorschlägen für die gesundheitspolitische Umsetzung moderner Präventionsstrategien.

**PRÄVENTION UND GESUNDHEITS-
FÖRDERUNG BEI JUGENDLICHEN**

Arnold Lohaus/Matthias Jerusalem/Johannes Klein-Heßling (Hrsg.): Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter

Göttingen: Hogrefe 2006
537 Seiten, 39,95 €
ISBN: 3-8017-1776-3

Das Kindes- und Jugendalter ist von besonderer Bedeutung für die Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention, da hier entscheidende Grundlagen für das Gesundheitsverhalten im Erwachsenenalter gelegt werden. Das Bewältigungsverhalten, das frühzeitig erlernt wird, setzt sich vielfach in die späteren Lebensabschnitte fort. Umso wichtiger ist es, frühzeitig mit Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention einzusetzen, um

Fehlentwicklungen, die später weit schwerer zu korrigieren sind, bereits im Vorfeld zu vermeiden. Der Band stellt die theoretischen und methodischen Grundlagen der Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter dar und fasst den aktuellen Wissensstand zu verschiedenen Präventionsbereichen zusammen.

JUGENDSEXUALITÄT

Clemens Dannenbeck/Jutta Stich:
Sexuelle Erfahrungen im Jugendalter.
Aushandlungsprozesse im Geschlechter-
verhältnis. Eine qualitative Studie im Auftrag
der Bundeszentrale für gesundheitliche
Aufklärung

(Forschung und Praxis der Sexualaufklärung und Familienplanung)

Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2002 (Bestellnummer: 13300023)

ISBN: 3-933191-86-6, Schutzgebühr 14,- €; unter http://www.bzga.de/bzga_stat/pdf/13300023.pdf kostenlos als PDF-Datei herunterzuladen

Unter welchen Bedingungen eignen sich Jugendliche ihre interpersonelle Sexualität an? Wie unterstützen Peers sich dabei gegenseitig? Wie verständigen sie sich untereinander über dieses Thema? Diesen Fragen ging ein Forschungsprojekt nach, das Wissen für die sexualpädagogische Arbeit bereitstellen sollte: 18- bis 22-jährige Männer und Frauen aus unterschiedlichen Regionen Deutschlands wurden gebeten, ihr Leben und ihre Erfahrungen mit Freundschaften, Liebe und Sexualität zu erzählen. Die Interviews gewähren Einblicke in unterschiedliche Erfahrungsweisen und Lebenswelten, dokumentieren ungleichen Zugang zu sozialen Ressourcen und zeichnen selbstorganisierte Lern- und Entwicklungsprozesse im Bereich sexueller Erfahrungen nach.

JUGENDHILFE

Franz Petermann /Martin H. Schmidt (Hrsg.):
Qualitätssicherung in der Jugendhilfe.
Neue Erhebungsverfahren und Ansätze
der Praxisforschung

Weinheim: Beltz 2004

211 Seiten, 44,90 €

ISBN: 3-621-27557-6

MIGRATION UND JUGEND IM BERATUNGSKONTEXT

Janine Radice von Wogau/Hanna Eimmer-
macher/Andrea Lanfranchi (Hrsg.): Therapie
und Beratung von Migranten. Systemisch-
interkulturell denken und handeln

Weinheim: Beltz 2004

279 Seiten, 34,90 €

ISBN: 3-621-27542-8

Teil I widmet sich den Grundlagen, z. B.: Was ist Migration, Kultur, System? Wie gestaltet sich Netzwerkarbeit? Warum sind Sprache und eine interkulturelle Fachlichkeit so wichtig für Therapie und Beratung? Aus diesem Katalog entwickelt sich das Konzept des „systemisch-interkulturellen Denkens und Handelns“. Teil II gilt der Praxis: Hier kommen Autoren zu Wort, die nach obigem Konzept arbeiten und Einblick in ihre medizinische, therapeutische und sozialarbeiterische Praxis geben. Abgerundet wird der Band durch viele methodisch-didaktische Hinweise und Praxisbeispiele.

Thea Borde/Matthias David: Kinder und
Jugendliche mit Migrationshintergrund.
Lebenswelten, Gesundheit und Krankheit

Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag 2005

315 Seiten, 25,90 €

ISBN: 3-935964-69-2

Die Beiträge beschäftigen sich u. a. mit Unterschieden im Ernährungsverhalten und bei Erziehungsmustern von Kindern verschiedener Ethnien, beleuchten psychische Entwicklungsrisiken bei Kindern und Jugendlichen und gehen auf die Gesundheitssituation von Flüchtlingskindern ein.

Der Autor

Dirk Sander

Jahrgang 1961, Dr. rer. pol., Diplom-Sozialwissenschaftler, von 1994–1999 wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Soziologie der Universität Oldenburg; Schwerpunkte: Lebensformen und Lebensphasen, Methoden, Theorien. Ausbildung im Vereins- und Verbandsmanagement. Seit 2001 selbstständig für wissenschaftliche und außerwissenschaftliche Institutionen im Gesundheitsbereich tätig.

„Man kann's therapieren, aber man wird's nie los.“ Kontexte von HIV-Infektionen bei jüngeren schwulen Männern in Deutschland Eine qualitativ-empirische Erhebung

Der vorliegende Band präsentiert die Ergebnisse einer von Juli 2003 bis Mai 2004 im Auftrag der Deutschen AIDS-Hilfe e.V. durchgeführten qualitativen Erhebung zu den Kontexten von HIV-Infektionen bei jüngeren Männern, die Sex mit Männern haben (MSM). Ausgangsfrage war, ob die medizinisch-technischen Entwicklungen seit Mitte der neunziger Jahre (Erfolge der Kombinationstherapien, Möglichkeit der Viruslastbestimmung) zu einem Nachlassen des Safer-Sex-Verhaltens von MSM in dieser Altersgruppe geführt haben.

Die von ihm geführten Interviews, so der Autor, liefern keine Belege für einen solchen direkten Zusammenhang, wohl aber für andere Faktoren im „HIV-Infektionsgeschehen“ wie etwa Unverletzlichkeitsphantasien oder optimistische Fehlschlüsse. Darüber hinaus zeigt Sander ein biografisches Muster auf, das er als „vulnerable Karriere“ bezeichnet: Bei vielen der befragten jungen HIV-positiven Männer seien insbesondere die frühen Lebensphasen durch eine Häufung von stressinduzierenden Lebensereignissen und -konstellationen gekennzeichnet, etwa durch den frühen Tod eines Elternteils oder durch destruktive Familienverhältnisse. Aus gesundheitstheoretischer Perspektive handele es sich hier um negative Synergien durch Anhäufung von Stressoren bei gleichzeitigem Fehlen von Bewältigungsressourcen – solchen „Vulnerabilitätsfaktoren“ entgegenzuwirken, sei eine wichtige gesamtgesellschaftliche Aufgabe.