

»Mich berührt nücht mehr.«

Zur Intersektionalität von Stigmaerfahrungen bei HIV-positiven schwulen Männern im Alter¹

Phil C. Langer²

»Ich komm nach Hause, setze mich vor die Kiste und lass die Zeit vergehen. Morgens geht der Wecker, ich geh zur Arbeit, ich komm nach Hause, setz mich vor die Kiste und lass die Zeit vergehen. [...] Manchmal hab ich das Gefühl, ich hab gar kein Herz mehr. An der Stelle hab ich irgendwie Hornhaut oder was. Mich berührt nücht mehr.«

Dieses Zitat stammt aus dem Interview mit Klaus, das ich im Rahmen der Studie »Positives Begehren« zur Untersuchung der psychosozialen Dynamiken von HIV-Infektionen bei schwulen Männern geführt habe (siehe Langer 2009: 91-98). Klaus war zum Zeitpunkt des Interviews 56 Jahre alt. Geboren im Jahr 1950 in einem kleinen Dorf in Niedersachsen wuchs er in einem gesellschaftlichen Klima der westdeutschen Nachkriegszeit auf, das durch eine Reaktualisierung konservativer Auffassungen von Sexualität gekennzeichnet war, in der auch die polizeiliche und gerichtliche Verfolgung und Bestrafung homosexueller Handlungen verschärft wurde, da – ich zitiere aus einem Kommissionsentwurf an den Bundestag von 1962 – »die geschlechtliche Beziehung von Mann zu Mann [...] nach der weitaus überwiegenden Auffassung der deutschen Bevölkerung als eine verachtenswerte Verirrung [ist], »die geeignet ist, den Charakter zu zerrütten und das sittliche Empfinden zu zerstören« (zit. nach Bauer et al. 1963: 406f.).

Dieser gesellschaftliche Hintergrund spiegelt sich in dem Interview mit Klaus sehr deutlich wider. Es ist auffällig, dass er etwa auf die Bezeichnung »schwul« nur ein einziges Mal rekurrierte: Er legte es als abschätzige, verniedlichende Vokabel einem Beobachter des Christopher Street Day in den Mund, der für ihn die Meinung der heterosexuellen Mehrheitsgesellschaft repräsentierte. In dieser Szene, die ich Ihnen gleich vorlesen werde, zeigt sich zugleich seine eigene Positionierung als doppelter Außenseiter, der weder zur imaginierten Mehrheitsgesellschaft gehören kann noch sich als Schwuler als Teil einer Gruppe oder gar einer Gemeinschaft sehen möchte:

¹ Der vorliegende Beitrag entspricht weitgehend der Fassung des im Dezember 2013 auf dem 1. LSBTI*-Wissenschaftskongress der Bundesstiftung Magnus Hirschfeld gehaltenen mündlichen Vortrages.

² Prof. Dr. Phil C. Langer, Juniorprofessor für Soziologie mit dem Schwerpunkt soziologische Sozialpsychologie, Fachbereich Gesellschaftswissenschaften, Goethe-Universität Frankfurt, E-Mail: langer@soz.uni-frankfurt.de.

»Ich fühl mich eigentlich in der Gruppe auch als Außenseiter, nicht dazugehörig, weil ich mich nicht als typischer Vertreter fühle. Ich kann mit dem CSD und diesem ganzen albernen Quatsch nichts anfangen. [...] Das sind ja nur die Extremen, die dabei sind. Ich meine, ich hab auch gern Spaß. Aber was abgeht, ne? Das ist nicht nur Haha und Trallala und dass die an der Straße stehen und [KLATSCHT IN DIE HÄNDE] wieder witzig die Schwulen. Oh, die sind ja witzig, die sind immer so lustig, die mitzieh'n. Da krieg ich ne Krise. Ne? Und deswegen bin ich nicht bereit, mich hinzustellen und zu sagen, ja, ich bin so.«

Diese Positionierung lässt sich aus seinen Erfahrungen in der schwulen Szene, die er seit Mitte der 1970er Jahren kennengelernt hatte, verstehen. Es war eine Szene vor ihrem kollektiven *Coming-out*, vor der Existenz einer zugänglichen *Community-Struktur*, vor der gesellschaftlichen Akzeptanz schwulen Lebens in der Öffentlichkeit, in der eine sozial anerkannte schwule Identität nicht möglich oder denkbar war. Und es war eine Szene, die sich nicht als so integrativ und tolerant herausstellte, wie er dachte und hoffte, sondern die zutiefst von homonormativen Praktiken geprägt war, die ihm immer wieder – und immer noch – weitreichende Exklusionserfahrungen bescherten und bescheren. Die Hoffnung auf emotionale Nähe in einer Partnerschaft stellte sich für Klaus als unerreichbare Utopie heraus, deren Erkenntnis jenen vollständigen Rückzug nach sich zog, der bereits im Bild der Hornhaut als Ersatz eines Herzens angeklungen ist. Er habe so »gar keine Lust mehr, mich zu öffnen oder mich jemand anzuvertrauen«. Seine oben angeführte Bemerkung, dass ihn nichts mehr berühre, ist durchaus wörtlich zu verstehen: »Irgendwie konnte ich keine Berührungen mehr ertragen.« Die Haut fungiert in seiner Erzählung als Schnittpunkt von äußerer und innerer Berührung, als Ort der Liebe. Insofern erscheint es fast konsequent, dass das erste Anzeichen seiner HIV-Infektion, die er in seiner einzigen festen Beziehung Mitte der 1980er Jahre von seinem kurz darauf an den Folgen von AIDS gestorbenen Freund bekommen hatte, »ganz fürchterlich[er] Juckreiz« gewesen war: »Ich hätt' mir den Rücken blutig kratzen können.«

Der negative Bezug zur eigenen Homosexualität zeigt sich nicht zuletzt in den einzigen zwei Belegstellen für die Selbst- oder Fremdbezeichnung »Homosexueller« in dem Interview. In der einen erzählte Klaus davon, dass jemand ihn auf dem Dorf denunzieren wollte: »Dann fand ich nen fiesen Brief, den er so geschrieben hatte, ich wär der größte Homosexuelle der Welt. Der wollt mir jetzt ein' verplätzen. Der dachte wohl, es findet jemand den Brief, jemand anderes, ne?« Die Gleichsetzung von Homosexualität und gesellschaftlichem Ausschluss – »um Gottes Willen, wie soll das funktionieren, hier aufm Dorf und das geht nicht« – erzeugte eine stete Furcht vor Entdeckung und reflektiert verinnerlichte Erfahrungen sozialer Stigmatisierungspraktiken. Homosexualität war für Klaus nicht öffentlich lebbar. Sie war, in der Tradition homosexueller Subkultur, nur über Andeutungen und doppeldeutige Signale vermittelbar, wie die zweite Stelle zeigt: Ein Brieffreund aus Schweden habe »eben mal so Andeutungen gemacht, dass er eben sehr viele Homosexuelle in seinem Bekanntenkreis« habe, eine Bemerkung,

die er als Chiffre der Homosexualität des Freundes selbst erkannte. In diesem Sinn war Homosexualität für Klaus auch im Jahr 2007 noch die sprichwörtliche »love that dare not speak it's name« (Lord Douglas 1896): »Ich red sehr zweideutig. Ich trag's nicht auf der Stirn. Aber wer gut zuhört, der kann sich's wohl denken, was Sache ist.« Reduziert auf ein im Transkript apostrophiertes »es«, eine »Sache«, eine »Fraktion«, wie er an anderen Stellen sagte, erscheint seine Sexualität als ein verdinglichtes und entfremdetes Äußeres, zu dem er selbst in der Sprache keinen Zugang findet. Ein affirmativer Bezug zu einer Sexualität ist für Klaus nicht herstellbar, es verbleibt nur eine stigmatisierende Sicht, als mögliches Mal auf der Stirn des Anderen. In einer signifikanten Passage, in der Klaus zuerst um Worte der Selbstbezeichnung ringend abbricht (»ich, ich bin so...«), stellt er nach längerer Pause resigniert fest: »Ich weiß nicht, was ich bin.« Nicht »wer' er sei, steht hier zur Disposition; sein sexuelles »ich« ist als objektiviertes »was« in der Sprache ausgelöscht: »ich, ich, ich, ich, ich... ich hab nix mehr«. Die mehrfache Wiederholung des »ich«, das er zu finden, zu fassen, festzuhalten versucht, löst sich in der Betonung des »nix« endgültig auf.

In seiner Lebensgeschichte offenbart Klaus so ein zutiefst inkohärentes Bild von sich. In ihrer empirischen Untersuchung zur Identitätsarbeit in der Postmoderne betonen Heiner Keupp et al. (1999: 246), »daß Kohärenz in einem prozessualen Sinn für die alltägliche Identitätsarbeit von Menschen nach wie vor eine zentrale Bedeutung hat, deren Fehlen zu schwerwiegenden emotionalen und gesundheitlichen Konsequenzen führt«. Die Konsequenzen für die psychische und physische Gesundheit von Klaus werden im Gespräch sehr greifbar. Psychisch: Schon in den 1980er Jahren war er bei einem »Klupsdoktor«, der ihm jedoch nicht helfen konnte; eine später aufgesuchte Psychiaterin verstärkte sein Gefühl des sozialen Ausgegrenztseins durch eine als vorurteilsbeladen und abschätzig wahrgenommene Art noch: »[...] und da kriegte ich von dieser blöden Ärztin gleich die Antwort: Ach, sie sind auch einer, der hier im Park rumläuft.« Physisch: Seine HIV-Infektion erkennt er als unvermeidliches Ergebnis einer langen Geschichte sexueller Krankheiten. Nachdem er mehrere Gonorrhö-Erkrankungen, Hepatitis A und B gehabt hatte, war für ihn, als Anfang der 1980er Jahre das Thema AIDS in die Medien kam, klar: »Na, dann bist du auch dabei.« Doch das Bewusstsein, sich wahrscheinlich Mitte der 80er Jahre mit dem HI-Virus infiziert zu haben, berührt ihn scheinbar kaum. Seine Diagnose bekam Klaus erst 2003, als er mit mehreren opportunistischen Erkrankungen in die Klinik eingeliefert worden ist und der Test nur mehr *pro forma* das ohnehin Offensichtliche zu bestätigen hatte: »[I]ch habe gesagt, wissen sie was, dann machen Sie das doch, das ist mir so scheißegal«.

Hier bricht sich ein Fatalismus Bahn, der sein gesamtes Leben affiziert. Es stehen ihm keinerlei Ressourcen zur Verfügung, um die Belastungen zu bewältigen: nicht mithilfe von sozialen Netzwerken, nicht durch familiäre Unterstützung, nicht im beruflichen Umfeld. So verbleibt am Ende des Interviews nur die Flucht in Fiktionen, in denen seine Träume eines nicht gelebten Lebens stellvertretend ausgelebt werden: »Ich zieh' mich da manchmal an schönen Filmen... hoch und denk': Ach, so könnt's sein.« Dabei führte er bezeichnenderweise die romantische

Komödie HARTE KERLE als ihn persönlich anrührenden Film an und gibt zugleich ein idealisiertes und projektives Amerika-Bild als Land der unbeschränkten Möglichkeiten, der Freiheit, preis: »Wenn ich jetzt so verrückt wär, wünschte ich, dass ich in Amerika, wo immer die Sonne ist, geboren wäre.«

Anhand dieser sozialpsychologischen Fallvignette habe ich versucht, Ihnen einen der wesentlichen Befunde der Studie »Positives Begehren«, in der 58 schwule und bisexuelle Männer mittels Tiefeninterviews nach den psychosozialen Hintergründen ihrer HIV-Infektion befragt wurden, zu verdeutlichen: die tief greifende und folgenreiche Einschreibung von Stigmatisierungserfahrungen in die Identitätsbildung schwuler Männer, die Genese einer »beschädigten schwulen Identität« unter heteronormativen Sozialisations- und gesellschaftlichen Lebensbedingungen (siehe dazu Langer 2009). Bedeutsam dabei ist, dass das Erleben von heteronormativer Stigmatisierung, Diskriminierung und psychischer Gewalt nicht nur mit den hohen Prävalenzen psychischer Probleme in Zusammenhang steht und sich etwa unter Bezug auf das von Ilan Meyer (2003) vorgeschlagene *Minority Stress Model* plausibilisieren lässt, sondern konkrete physische Beschädigungen zeitigt. In den biografischen Erzählungen der Interviewpartner wird deutlich, dass gerade in persönlichen Krisensituationen ein Umschlag eines bis dato (mehr oder weniger) konsistenten Schutzverhaltens in ein HIV-relevantes sexuelles Risikoverhalten durch zumeist unbewusst wirksame psychosoziale Vulnerabilitätsdynamiken angetrieben wird (vgl. Abbildung 1):

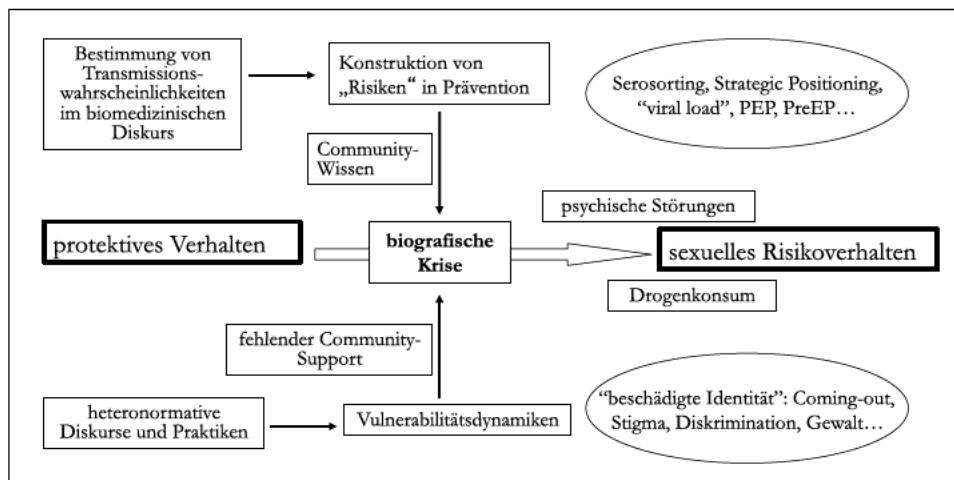


Abb. 1: *Crossroad-Modell* zur Psychodynamik sexuellen Risikoverhaltens schwuler Männer in Deutschland (Langer 2009b)

Metaphorisch gesprochen, lassen sich unterhalb des manifesten Risikoverhaltens, das in den Erzählungen der Interviewpartner zur HIV-Infektion führte, eben jene Beschädigungen der sexuellen Identität herausarbeiten, die schwule Männer verwundbar machen für das Eingehen von gesundheitlichen Risiken. In gewissem Sinne ist es tragisch: Die psychosozialen Dynamiken, die zur Zeit der Durchführung der Studie 2006 bis 2008 beim Eingehen HIV-bezogener gesundheitlicher Risiken am Werk waren, unterscheiden sich nicht wesentlich von denjenigen, die

Mitte der 1990er Jahre Hutter, Koch-Burghardt und Lautmann (2000) in ihrer prägnant »Ausgrenzung macht krank« betitelten Studie aufgezeigt haben.

Die Feststellung einer beschädigten schwulen Identität soll indes keiner Reaktualisierung einer psychopathologisierenden Perspektive auf Homosexualität das Wort reden, sondern auf die destruktive Macht heteronormativer gesellschaftlicher Diskurse und Praktiken auf die Identitätsbildung schwuler Männer hinweisen. Aufzeigen lässt sich dies etwa in Bezug auf das, was oft als Selbststigmatisierung bezeichnet wird, etwas genauer als internalisierter Heterosexismus zu fassen wäre: der in der beschriebenen Szene in der Fallvignette abwertend auf sich selbst zurückgespiegelte Blick einer imaginierten heterosexuellen Mehrheitsgesellschaft. In Bezug auf die gesundheitlichen Folgen des *Double-Binds* einer verinnerlichten heteronormativen und idealisierten Männlichkeitsvorstellungen auf der einen und verkörperter Männlichkeitsdefizite, die auf die soziokulturelle Engführung von Homosexualität und Weiblichkeit reagieren, auf der anderen Seite habe ich dies jüngst in einem Aufsatz in der Zeitschrift Feministische Studien versucht darzulegen (Langer 2013). Mitunter firmiert HIV-bezogenes sexuelles Risikoverhalten als Medium eines paradoxen Ausagierens der als Stigma- und Diskriminierungserfahrungen sich manifestierenden Verweigerung der sozialen Anerkennung sexueller Identität. Dass dies nicht nur und nicht einmal in besonderer Weise schwule Männer betrifft, die altersmäßig in jenem konservativen gesellschaftlichen Umfeld der 1950er Jahre sozialisiert wurden wie Klaus, sondern auch jüngere Interviewpartner, die in den 2000er Jahren ihr *Coming-out* als *Teens* hatten, sei an dieser Stelle nur kurz erwähnt.

Wichtig scheint mir jedoch noch der Befund zu sein, dass die hier anskizzierten psychosozialen Dynamiken, die bei den Interviewpartnern zur Infektion geführt haben, mit der Diagnose HIV nicht beendet waren, sondern konflikthaft fort dauerten und sich einschrieben in den Umgang mit der Infektion. Sie beeinflussen etwa die wahrgenommene Möglichkeit eines zweiten *Coming-out* als nun positiver schwuler Mann und die damit verbundenen Optionen sozialer Unterstützung, die im Kontext chronischer Erkrankungen so wichtig sind. Dies wird gerade im Zuge des Älterwerdens signifikant, wenn, wie in der Fallvignette geschildert, eine »innere Emigration« mit einem Fehlen sozialer Netzwerke einhergeht.

Erfahrungen der Stigmatisierung und Diskriminierung älterer schwuler HIV-infizierter Menschen stellen einen Fokus des aktuellen Projektes *50plushiv* dar, das die Bedarfe der aufgrund der Behandelbarkeit der Infektion älter werdenden Menschen mit HIV untersucht. In Abbildung 2 ist die methodische Anlage der Studie mit Fokus auf den qualitativen Studienarm angeführt.

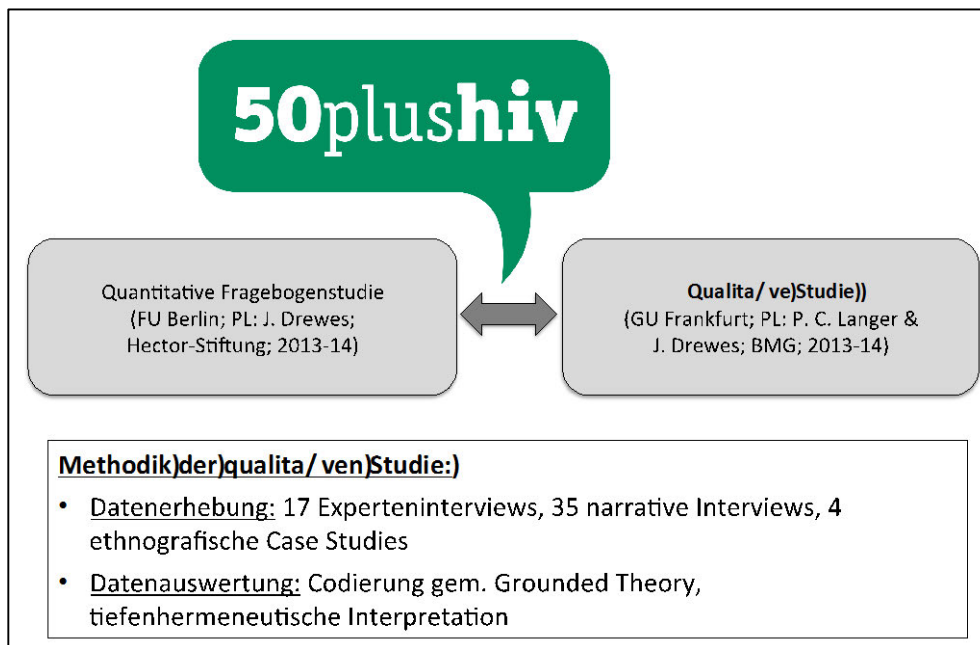


Abb. 2: Überblick über die methodische Anlage der Studie *50plushiv* zur Untersuchung der psychosozialen Aspekte des Älterwerdens mit HIV und Aids in der BRD (siehe dazu auch www.50plushiv.de)

Ich hätte Ihnen heute gern, den Angaben zum Vortrag in der Konferenzbroschüre folgend, bereits erste Befunde aus der *qualitativen* Studie vorgestellt. Wir sind indes noch mitten in der Datenerhebung und fortlaufenden Interpretation, sodass ich an dieser Stelle lediglich Andeutungen geben kann, wie sich Homosexualität, HIV-Infektion und Alter als Stigma-Angst und Stigma-Erfahrungen überschneiden. Erstens zieht sich durch die bisherigen Interviews die Angst vor dem Verlust sexueller Attraktivität als Folge sowohl der erwähnten Bedeutungsaufladung des Sexuellen als Artikulationsraum eines Anerkennungsbegehrens als auch der mit fantasmatischer Jugendlichkeit konnotierten schwulen Szene selbst. Insofern Älterwerden im Kontext einer HIV-Infektion oft mit längerer Erwerbslosigkeit einhergeht und zugleich mit hohen Kosten in Verbindung gebracht wird, fallen die Interviewpartner zweitens aus jener subjektivierenden Kategorie, die der Soziologie Lessenich (2008) als »Alterskraftunternehmer« beschrieben hat, heraus; ihr gesellschaftlicher – und das ist, unter neoliberalen Primat: ökonomisch messbarer – Nutzen erscheint im besten Fall gleich null. In diesem Sinn lassen sich stigmatisierende Wahrnehmungen auch innerhalb der sogenannten *HIV-Community* nachweisen, die eine wertende Differenzierung zwischen den Positiven, die qua Arbeit etwas zum Gemeinwohl beitragen können, und denjenigen, die dieses ausnutzen, aufzeigen. Drittens: Vor dem Hintergrund zunehmender Privatisierung von Gesundheit, die unter Ausblendung struktureller Lebensbedingungen den Gesundheits- oder Krankheitszustand des Einzelnen individuell zurechenbar macht, ist

eine HIV-Infektion – im Gegensatz etwa zum ominösen *Burn-out*, das als Folge einer ökonomischen Leistungsbereitschaft positiv konnotiert ist – nach wie vor als moralischer Makel stigmatisiert; dabei scheint es, als würde das klassische Stigma Homosexualität nun auf HIV verschoben, indem zwischen den guten (sprich: angepassten, unauffälligen, verpartnerten, auf ihre Gesundheit achtenden, fleißig arbeitenden) Schwulen und den bösen (sprich: selbst verschuldet mit HIV infizierten, promiskuen, andere gefährdenden und das Gemeinwohl ausnutzenden) Schwulen differenziert wird. Schließlich sind nach wie vor Stigma-Erfahrungen aufgrund von Homosexualität an der Tagesordnung, wenn man sich die Erfahrungen des Älterwerdens im Regelversorgungssystem, in traditionellen Alters- und Pflegeheimen etwa, ansieht. Die Lebenswelten älterer, HIV-positiver Schwuler liegen damit, wie in Abbildung 3 skizziert, an einem signifikanten Überschneidungspunkt vielfacher Stigma-Diskurse, die in der Tat von der scheinbar unbekümmerten Feier sexueller Freiheit, die Klaus in der Fallvignette am CSD festmachte und so vehement zurückwies, weit entfernt sein dürften.

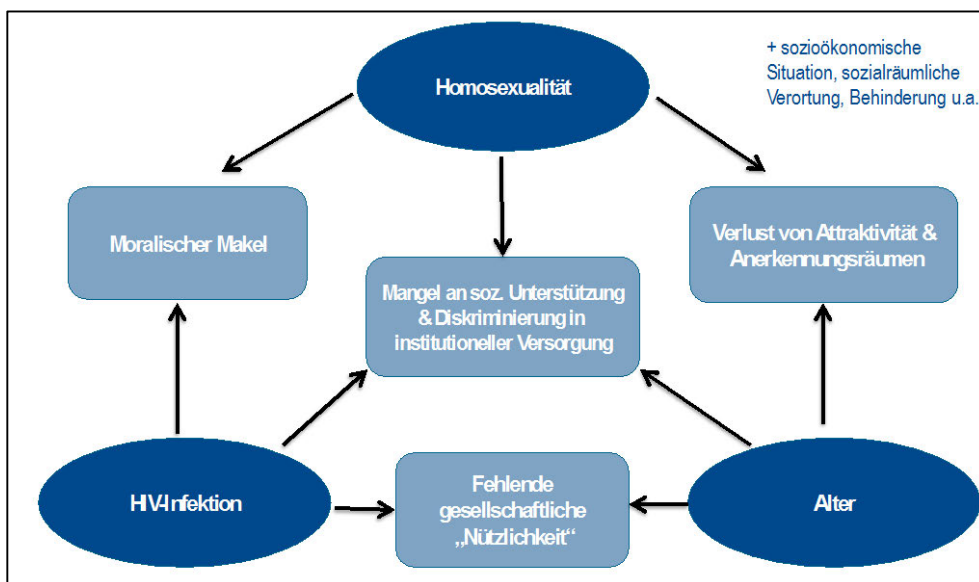


Abb. 3: Interdependenz von Stigma-Diskursen zum Älterwerden mit HIV und Aids in Deutschland

Im individuellen Zusammenspielen der vielfältigen biografischen Erfahrungen ist Klaus sicherlich – wie jede und jeder andere auch – ein Einzelfall, vielleicht auch ein Extremfall. Die psychosozialen Dynamiken der Verwundbarwerdung, durch die sich gesellschaftlich begründete Stigmatisierungen als Beschädigungen von Identität tief ins Subjekt einschreiben und weitreichende psychische und physische Folgen zeitigen, sind indes strukturell verankert und generalisierbar. In diesem Sinn verstehe ich die Biografie von Klaus als Ausweis eines nicht gelebten Lebens und als *Reminder* der Bedeutung sozialer Anerkennung für gelingende Identitätsarbeit und selbstbestimmte Lebensführung für uns alle.

Literatur

- Bauer, F., Bürger-Prinz, H., Giese, H., & Jäger, H. (Hrsg.) (1963). *Sexualität und Verbrechen*. Frankfurt/ M.: Fischer.
- Hutter, J., Koch-Burghardt, V., & Lautmann, R. (2000). *Ausgrenzung macht krank. Homosexuellen- Feindlichkeit und HIV-Infektion*. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.
- Keupp, H. et al. (1999). *Identitätskonstruktionen. Das Patchwork der Identitäten in der Spätmoderne*. Reinbek: Rowohlt.
- Langer, P. C. (2009a). *Beschädigte Identität. Dynamiken des sexuellen Risikoverhaltens schwuler und bisexueller Männer*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Langer, P. C. (2009b). Dynamiken des Risikoverhaltens schwuler und bisexueller Männer in Deutschland. Vortrag auf der *Konferenz HIV im Dialog*. Rotes Rathaus. Berlin. 12.09.2009.
- Langer, P. C. (2013). »im Grunde genommen hab ich die Seele eines kleinen Mädchens« – Männlichkeitsbilder, internalisierter Heterosexismus und gesundheitliches Risikoverhalten bei schwulen Männern in Deutschland. *Feministische Studien*, 31(2), 294-307.
- Lessenich S. (2008). Produktives Altern : auf dem Weg zum Alterskraftunternehmer? In M. Füllsack (Hrsg.), *Verwerfungen moderner Arbeit: Zum Formwandel des Produktiven* (S. 45-64). Bielefeld: transcript Verlag.
- Lord Douglas, A. (1896). *Poems*. Abgerufen am 15.3.08 von <http://www.law.umkc.edu/faculty/projects/ftrials/wilde/poemsofdouglas.htm>.
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice, Social Stress, and Mental Health in Lesbian, Gay, and Bisexual Populations: Conceptual Issues and Research Evidence. *Psychological Bulletin*, 129(5), S. 674-697.