

2.4.2. Paradoxe Handlungskontexte

Die Relevanz des Umgangs mit risikoreichen Situationen lässt sich nur im Kontext des sozialen Miteinanders errahnen. Jedes eigene Wollen und Verhalten wird somit zur Bedeutung für andere.

Bisher hat sich gezeigt, dass zwischen *Einstellungen* und *Verhaltensweisen* im Rahmen bedrohlicher Phänomene gewisse „Unstimmigkeiten“ auftauchen. Wie ist diese scheinbare Diskrepanz einzustufen? Können bestimmte Handlungsmuster Unsicherheiten vollständig überwinden oder sie nur reduzieren? Sind es Traditionen oder Konventionen, hinter denen sich manche immer wieder verstecken, oder gar Widersprüche, in die sich manche verstricken? Wie kann etwas als „kontrollierbar“ empfunden werden, wenn es entweder nur selektiv oder gar nicht wahrgenommen wird? Was steckt hinter dieser „stillen“ Einschätzung des Risikos – etwa eine Strategie der Kalkulation gänzlich ohne Nebenwirkung?

2.4.2.1. Ansätze in der Risikoforschung: entscheidungstheoretischer und psychometrischer Ansatz

In Anlehnung an *Luhmann* gelten Risiken im Sinne von Gefahren wie z.B. Naturkatastrophen usw. nicht unmittelbar als Folge einer menschlichen Entscheidung. Risiken im Sinne von riskanten Handlungen hingegen können unmittelbar als Folge einer Entscheidung von Menschen gelten (z.B. schnelles und riskantes Autofahren, übermäßiger Alkoholkonsum). Mit Hilfe dieser Differenzierung beider Begriffsvarianten soll versucht werden, Strategien im Rahmen von risikoreichen Situationen näher zu beschreiben. Ansätze in der Risikoforschung versuchen aufgrund subjektiver Risikowahrnehmungen Variablen zu bestimmen, die für den Umgang mit bedrohlichen Situation als entscheidend einzustufen sind. Zwei dieser Ansätze sind kurz zu erörtern.

Vlek u. Stallen, als Vertreter des *entscheidungstheoretischen Ansatzes*, betrachten den Begriff des Risikos als Eigenschaft »of a well-defined course of action«, wobei die Variable eines solchen Risikos die „Gefährlichkeit“ »seriousness« ist. Dieser »normativ-deskriptive« Ansatz bringt, ausgehend von der Variable der „Gefährlichkeit“ eines Risikos, zwei weitere hervor: die „Wahrscheinlichkeit“ eines negativen Ereignisses und deren „Folgeschwere“. Der von *Fischhoff u.a.* begründete *psychometrische Ansatz*

versucht hingegen mittels Bewertungen von Risiken psychologische Variablen zur Risikowahrnehmung „empirisch“ zu bestimmen. Hieraus ließen sich ebenfalls drei Faktoren ermitteln, die von wesentlicher Bedeutung sind: die „Schrecklichkeit“ (*dread*) einer Bedrohungssituation, deren „Unbekanntheit“ (*un-known*) und die „Betroffenheit“ (*exposure*).³²⁴ Während die „Schrecklichkeit“ die Furcht, die ein Risiko auslösen kann, beschreibt, charakterisiert die „Unbekanntheit“ eines Risikos das Fremde und das Ausmaß der Bedrohung für den Menschen. Die „Betroffenheit“ besagt nichts anderes, als wie hoch die Anzahl derer ist, die davon betroffen sind.

Die meisten empirischen Untersuchungen haben sich seit den 80iger Jahren vordergründig auf den *psychometrischen Ansatz* konzentriert. *Orth u. Broszkiewicz* stießen in ihren Untersuchungen beider Ansätze jedoch auf erhebliche Probleme, die sich vor allem in der allgemeingültigen Aussagekraft solch oben beschriebener Faktoren äußerten, d.h. letztendlich musste eine Verallgemeinerung dieser als signifikant zu bezeichnenden Größen weitgehend in Frage gestellt werden. Ein weiteres, weitaus wesentliches Problem stellte sich zudem heraus: Eine ausbleibende Differenzierung der Begriffe „Risiko“ und „Gefahr“, wie sie z.B. von *Luhmann* vorgenommen wurde. Damit bleibt nach Meinung *Orth u. Broszkiewicz* zwangsläufig die Frage offen, ob hinsichtlich dieser Ansätze beide Begrifflichkeiten daraufhin gleichrangig beurteilt werden können.³²⁵

Um diese Lücke letztendlich schließen zu können, führten *Orth u. Broszkiewicz* selbst ergänzende und weiterführende Studien zur AIDS-Risikowahrnehmung durch. Neben dem Vergleich zu anderen allgemeinen Risiken stellten sie darüber hinaus auch Vergleichsmomente zwischen AIDS und anderen Krankheiten³²⁶ dar und analysierten so spezifische Dimensionen differenzierter AIDS-Risiken, nämlich „gesellschaftliche“ und „individuelle“ Risiken. Während es sich bei „gesellschaftlichen“ oder „sozialen“ Risiken eher um „Gefahren“ handelt, beschreiben „individuelle“ Risiken vor allem Handlungen in Form von „Risiken“. „Gesellschaftliche“ Risiken sind im Rahmen des *psychometrischen Ansatzes*, „individuelle“ Risiken dagegen im Rahmen des *entscheidungstheoretischen Ansatzes* untersucht worden, d.h. neben dem *entscheidungstheoretischen Ansatz*, dem explizit das „Risiko“ als riskante Handlung zugrunde-

³²⁴ Vgl. *Orth; Broszkiewicz*: Subjektive Wahrnehmung individueller und gesellschaftlicher AIDS-Risiken, in: *Lange (Hg.): AIDS – eine Forschungsbilanz*. 27-40. Ihre Untersuchungen wurden mit Hilfe unterschiedlicher Datenerhebungs- und Auswertungsmethoden nach dem „multitask-multimethod“ Ansatz durchgeführt; vgl. auch: *Vlek; Stallen*: Rational and personal aspects of risk, 1980. 276; *Fischhoff u.a.*: How safe is safe enough?, 1978. 127-152.

³²⁵ Vgl. *Orth; Broszkiewicz*: Subjektive Wahrnehmung individueller und gesellschaftlicher AIDS-Risiken, in: *Lange (Hg.): AIDS – eine Forschungsbilanz*. 29.

³²⁶ Vgl. hierzu auch: *Jacob u.a.*: AIDS-Vorstellungen in Deutschland. 110f.

legt wurde, betrachtete man den *psychometrischen Ansatz* überwiegend als „Risiko“ im Sinne von Gefahren.³²⁷

Der *entscheidungstheoretische Ansatz* geht – wie bereits oben dargelegt – vordergründig von einer Entscheidungssituation aus, in der ein Mensch zwischen mindestens zwei alternativen Handlungen auswählen kann. Voraussetzung dafür ist, dass >>... die Zurechnung auf Entscheidung ... spezifischen Bedingungen<< genügen kann, >>darunter der, daß die Alternativen sich in Bezug auf die Möglichkeit von Schäden erkennbar unterscheiden<<, so *Luhmann*.³²⁸ Diese Entscheidung führt demzufolge mit einer gewissen „Wahrscheinlichkeit“ entweder zu Ereignissen mit positiven oder negativen Folgen – und zwar sowohl für den Akteur als auch für den unmittelbar durch diese Handlung Betroffenen. Im Kontext von riskanten Entscheidungsabwägungen mit Einbezug von Alternativen kommt es nach Ansicht *Luhmanns* zu einer Folge von Entscheidungsmöglichkeiten, die wiederum für sich riskante Entscheidungen enthalten können. Ein Problem könnte dann auftreten, wenn innerhalb der Alternativen wiederum Risiken auftreten, die selbst wiederum Grundlage einer Unterscheidung bieten. *Luhmann* spricht hier von >>*Bifurkationen*<< oder einem >>*Entscheidungsbaum*<<, d.h. entweder hat sich das „Risiko“ gelohnt oder die Entscheidung wird im Nachhinein bedauert.³²⁹

Die von *Orth u. Broszkiewicz* in der HIV-Risikoforschung untersuchte subjektive Risikowahrnehmung zeigte im Ergebnis wesentlich, dass sie überwiegend durch drei Größen bestimmt wird: Die „Wahrscheinlichkeit“ eines Risikos, seine „Kontrollierbarkeit“ und seine „Folgeschwere“. Einerseits erwiesen sich die „Wahrscheinlichkeit“ und die „Folgeschwere“ als grundlegend im *entscheidungstheoretischen Ansatz*, andererseits zeigte sich im Horizont der *handlungstheoretischen* Entscheidung die „Kontrollierbarkeit“ und die damit verbundene konkrete Einflussnahme als „psychologisch“ bedeutsam. Hierbei dürfte es sich eher um einen pragmatischen Aspekt handeln, der den möglichen Umgang mit Risiken betrifft.

Aufschlussreich ist hierzu die Beobachtung von *Orth u. Broszkiewicz*, die zwischen der Wahrnehmung und der Akzeptanz die „Kontrollierbarkeit“ als *wesentliches* Binde-

³²⁷ Vgl. Orth; Broszkiewicz: Subjektive Wahrnehmung individueller und gesellschaftlicher AIDS-Risiken, in: Lange (Hg.): AIDS – eine Forschungsbilanz. 30; vgl. hierzu auch: Vlek; Stallen: Rational and personal aspects of risk. 273-300. Diese teilen Risiken ebenfalls in >>large-scale sociotechnical<< und >>small-scale psychotechnical<< ein. Eine gesellschaftliche Gefahr wäre z.B. die Belastung des Gesundheitssystems durch eine hohe Infektionsrate, ein ungeschützter Sexualverkehr mit unbekanntem Personen wäre hingegen ein risikoreiches Wagnis.

³²⁸ Luhmann: Soziologie des Risikos. 32.

³²⁹ Vgl. Luhmann: Soziologie des Risikos. 32f. Letzteres stellt den Grund für die Entwicklung der Risikokalkulation dar, wobei diese selbst eine Paradoxie beinhalten kann, da nicht jede vermeintlich „falsche“ Entscheidung im Nachhinein sich auch als solche herausstellen muss.

glied sehen. Diese Variable gilt es demnach nicht zu vernachlässigen, auch wenn jede dieser drei Dimensionen ihre Relevanz sowohl für „gesellschaftliche“ als auch für „individuelle“ HIV-Gefahren/Risiken haben. Vor allem bei der rationalen Abwägung eines Risikos kommt ihnen damit eine wesentliche Aussagekraft zu. Dennoch konnte beobachtet werden, dass diese Größen innerhalb der „individuellen“ HIV-Risikowahrnehmungen durch weitaus extremere Positionen gekennzeichnet waren als bei der „gesellschaftlichen“ HIV-GefahrenEinstufung.³³⁰

Dieses Ergebnis deutet u.a. darauf hin, dass im Hinblick des *entscheidungstheoretischen* Ansatzes sich die eigene Einflussnahme, also die „individuelle Kontrollierbarkeit“, als *wesentlich bedeutsam* für den Umgang und die Einschätzung von Risiken erweist und so höchst pragmatische Relevanz bekommt.

2.4.2.2. Individuelle Kontrollmöglichkeiten

Im Bereich der individuellen Kontrollmöglichkeiten findet vor allem in der Sozialpsychologie eine Unterscheidung zwischen „internen“ (z.B. Begabung, Kompetenz, Leistung usw.) und „externen“ (Zufall, Schicksal, Glück, Pech usw.) Kontrollüberzeugungen statt, die vermuten lassen, dass diese ursächlich für bestimmte Verhaltensweisen und Handlungsfolgen sind.³³¹

Personen mit „externen“ Kontrollüberzeugungen, so *Jacob u.a.*, gehen davon aus, dass sie wenig oder gar keine Kontrollmöglichkeit über ihr Verhalten besitzen und unvorhergesehen eingetretene Situationen überwiegend als >>schicksalhafte Gefahren<< verbuchen. Diese Unterschiede lassen sich auch bei der Kontrollierbarkeit anderer Gesundheitsprobleme beobachten. Personen mit „internen“ Kontrollüberzeugungen, die Bedrohungen eher als >>steuerbare Risiken<< interpretieren, scheinen demnach auch bewusster mit ihrer eigenen Gesundheit und ihrem Wohlbefinden umzugehen als Personen mit „externen“ Kontrollüberzeugungen. Letztere empfinden und interpretieren Bedrohungen eher als schicksalsbedingt, wobei starre Gesetzmäßigkeiten, bestimmte überlieferte Weltanschauungen, Traditionen, religiöse Ansichten oder prinzipiell schlechte Empirien Antrieb für Typisierungen sein können, so dass konkrete Einzelfälle

³³⁰ Vgl. Orth; Broszkiewicz: Subjektive Wahrnehmung individueller und gesellschaftlicher AIDS-Risiken, in: Lange (Hg.): AIDS – eine Forschungsbilanz. 32f.

³³¹ Vgl. hierzu: Krampen: Handlungstheoretische Persönlichkeitspsychologie, Göttingen 1987; vgl. außerdem dazu: Zimbardo: Psychologie 434-436; vgl. Mielke: Locus of control, in: Mielke (Hg.): Interne/Externe Kontrollüberzeugung. 15-42.

integriert werden in >>... tradierte Interpretationsmuster subjektiv ähnlich gelagerter Fälle<<.³³²

Menschen mit „internen“ Kontrollüberzeugungen sind hingegen fest davon überzeugt, dass sie sowohl ihr eigenes Verhalten als auch die daraus resultierenden Folgen gut abschätzen und kontrollieren können. Diese Personengruppen, so konstatierten *Jacob u.a.*, kalkulieren und beherrschen risikoreiche Situationen durch ihre solide und hohe Kontrollüberzeugung. Sie halten eine Ansteckung mit dem HI-Virus als wesentlich individuell kontrollierbarer³³³ als andere Erkrankungen, finanzielle, berufliche oder psychosoziale Risiken. Interne Kontrollüberzeugungen bilden nach Ansicht von *Jacob u.a.* daher eine >>abstrakte Handlungsressource<< aus, die sie als >>sicheres Umgehen mit Unsicherheit<< oder auch als >>Handlungs- und Gestaltungskompetenz<< bezeichnen.³³⁴ Ein sicheres Umgehen mit Unsicherheit setzt jedoch voraus, dass man die Übersicht behält, dass man sich auskennt, sich stetig informiert, gewillt und motiviert ist, Lösungen zu finden, dass man dieses „sichere Umgehen mit Unsicherheit“ auch handlungskompetent umsetzen kann.

Nun zeigt sich aber, dass gerade Personen mit internen Kontrollüberzeugungen vor allem auf externe Informationen angewiesen sind, um ihr Verhalten höchstmöglich risikominimierend auszurichten. Dabei müssen sie auf Orientierungen zurückgreifen, die überzeugend, fachkompetent und frei von jeglicher Manipulation ausgerichtet sind. Unreflektiert übernommene Ansichten werden sich ebenso wenig wie „stille“ Einschätzungen dafür eignen, die individuellen Kontrollüberzeugungen so zu erweitern, um adäquat rational zu entscheiden. Ist hier also Zweifel an dieser „Strategie“ angesagt?

Eine Anwendung der „Strategie“ interner Kontrollüberzeugungen auf Krankheiten zeigt allerdings eher eine unrealistische Reduktion von Unsicherheiten. Tendenziell steht bislang fest, dass das derzeitige individuelle HIV-Risiko im Vergleich zu anderen Risiken vor allem durch seine extreme „Folgeschwere“ bzw. „Schrecklichkeit“, gleichzeitig aber durch „gute Kontrollierbarkeit“ und „niedrige Wahrscheinlichkeit“ gekennzeichnet ist. Die Darstellung der individuellen Wahrnehmung einer „hohen Kontrollmöglichkeit“ und der zeitgleichen Feststellung einer – immer wieder monierten – „unzurei-

³³² *Jacob u.a.*: AIDS-Vorstellungen in Deutschland. 47. Die Assoziation BSE mit AIDS ist derzeit sicher als exponiertes Beispiel zu nennen.

³³³ Vgl. Orth; Broszkiewicz: Subjektive Wahrnehmung individueller und gesellschaftlicher AIDS-Risiken, in: Lange (Hg.): AIDS – eine Forschungsbilanz. 35.

³³⁴ Vgl. *Jacob u.a.*: AIDS-Vorstellungen in Deutschland. 46f. „Unsicherheit“ wird hier allerdings nicht im üblichen Sinn gebraucht, sondern bezeichnet vielmehr eine >>wertneutrale Kontingenz von Situationen<< - Situationen, die grundsätzlich offen sind für Wahlmöglichkeiten.

chenden tatsächlichen Kontrolle“ im präventiven Bereich des Sexualverhaltens, des Nadeltauschs o.ä., zeigt sich jedoch als höchst widerspruchsvoll.³³⁵

Eine individuelle Überzeugung hinreichenden HIV-Schutzverhaltens verliert dann ihre Aussagekraft, wenn sie in Dissonanz zum eigenen tatsächlichen Verhalten steht. Dies lässt den Schluss zu: Ein hohes Wissen um die Ansteckungsgefahren bzw. das Wissen, dass von Infizierten im alltäglichen Sozialkontakt keine „Gefahr“ ausgeht, steht in weitreichender Dissonanz sowohl zum „risikoreichen Sexualverhalten“ als auch zur mangelhaften „Selbstkontrolle“ über Stigmatisierungs- und Diskriminierungsbereitschaften.

Man kann deshalb davon ausgehen, dass Personen, die Krankheiten grundsätzlich als Risiken einstufen, sich nicht generell dementsprechend risikominimierend verhalten. Für diesen Personenkreis stellt HIV häufig nur ein „Risiko“ für andere dar, während das eigene Risiko hingegen als vergleichsweise gering gesehen wird. Dieses Reaktionsmuster ist eher als „utopischer Optimismus“ zu bezeichnen und zeigt wohl kaum ein sicheres Umgehen mit Unsicherheiten. Es stellt sich deshalb die Frage, welche Strategien hier angewendet werden und wie diese Kluft zwischen *Einstellung* und *Verhalten* zu erklären sind. Die Frage, wie mit HIV oder AIDS umzugehen ist, bleibt für viele entweder weiterhin unbeantwortet oder wird individuell subjektiv entschieden. Der Bereich des eigenen Sexual- und Sozialverhaltens zeigt, ob das integrierte AIDS-Wissen handlungsleitend ausgerichtet ist, oder das „Problem“ generell verdrängt wird. Es zeigt aber auch, ob und wie das notwendige AIDS-Wissen in das Alltagswissen integriert wurde, oder eben nicht.

2.4.2.3. Strategien einer kognitiven Krankheitsvermeidung

Der Glaube, dass man im Vergleich zu anderen Menschen eine relativ geringe Verwundbarkeit (Vulnerabilität) besitze, scheint weithin verbreitet zu sein. Diese Annahme stellt im Kontext von Krankheiten ebenfalls eine strategische Bewältigung von Unsicherheit dar. Sie kann als „kognitive Vermeidung von Krankheiten“ bezeichnet werden und ist nicht nur im Rahmen von HIV und AIDS zu beobachten.³³⁶

Unterschiedliche Krankheiten lassen vergleichbare Reaktionsmuster erkennen. Auch wenn viele Menschen darum wissen, dass extensiver Alkoholkonsum oder Rauchen

³³⁵ Vgl. BZgA: AIDS im öffentlichen Bewusstsein der Bundesrepublik Deutschland 1999. 29-31 u. 36f.

³³⁶ Vgl. Jacob u.a.: AIDS-Vorstellungen in Deutschland. 49f.

organschädigend sein kann, ist der Glaube an die „eigene Unverletzlichkeit“ unvermindert groß.

Das in Aufklärungsbotschaften lange Zeit propagierte Motto, „AIDS gehe uns doch alle an“, fand schnell den rettenden Beisatz „aber mich persönlich trifft es nicht“. Versucht man diesen scheinbar widersprüchlichen Zusammenhang näher zu durchleuchten, so stellt man fest, dass AIDS meist als ein Phänomen außerhalb des eigenen Lebensumfeldes existiert und wahrgenommen wird. Es sind die „anderen“ – Homosexuelle, Fixer, Prostituierte usw. – die AIDS bekommen können und nicht Menschen im eigenen sozialen Umfeld oder gar man selbst.

Diese Vorstellung lässt sich insbesondere bei Menschen beobachten, die eine Krankheit grundsätzlich als „gefährlich“ einstufen, so dass >>... in der Risikointerpretation die Existenz von Krankheiten prinzipiell akzeptiert und nur die Möglichkeit der Erkrankung an andere delegiert wird ...<<.³³⁷ Nach Koch u. Bengel kann davon ausgegangen werden, dass beide >>... Bewertungsdimensionen – wahrgenommenes eigenes Risiko und wahrgenommene eigene Bedrohung<< – eine „erhebliche Diskrepanz“ darstellen, weil im >>Vergleich zur sozialen Bezugsgruppe [Betroffenen] die individuelle Vulnerabilität [die eigene Verwundbarkeit] erheblich geringer eingeschätzt<< wird.³³⁸ *Einstellung* und *Verhalten* stehen hier in Diskrepanz. Man spricht in diesem Zusammenhang auch von einem „einstellungsdiskrepanten Verhalten“.³³⁹ Dieser Zustand, von gleichzeitig zwei kognitiven Vorstellungen kann durch diese Strategie überwunden oder reduziert werden. Am Beispiel HIV wird dies deutlich: „HIV ist zwar gefährlich“, dennoch lässt man sich auf „risikoreiches Sexualverhalten“ ein. Ein Reduzieren dieser Dissonanz ist durch die Auffassung möglich: „HIV bekämen nur andere“.

Reimann u. Bardeleben konnten im Rahmen ihrer Studie zum *Problem der Stigmatisierung und Diskriminierung im Zusammenhang mit AIDS* bei befragten Studenten

³³⁷ Jacob u.a.: AIDS-Vorstellungen in Deutschland. 49f.

³³⁸ Bengel; Koch: Zur Psychologie der Angst, in: Rosenbrock; Salmen (Hg.): AIDS-Prävention. 115; vgl. hierzu auch: Verres: Krebs und Angst. Subjektive Theorien von Laien über Entstehung, Vorsorge, Früherkennung, Behandlung und die psychosozialen Folgen von Krebserkrankungen, Berlin u.a. 1986.

³³⁹ In diesem Zusammenhang spricht man auch von einer kognitiven Dissonanz, die immer dann auftritt, wenn eine >>unangenehme psychologische Spannung, die immer dann empfunden wird, wenn sich eine Kognition aus dem Gegenteil der anderen Kognition ergibt<< (Krech u.a.: Grundlagen der Psychologie. 51). Die Theorie der kognitiven Dissonanz geht auf Festinger (1957) zurück und wurde seitdem mehrfach weiterentwickelt. Durch diese Theorie soll versucht werden, vor allem einstellungsdiskrepantes Verhalten zu erklären (z.B. „ich hasse Wein“ und „ich trinke Wein“). >>Hat man dissonante Meinungen, so erzeugt dies kognitive Dissonanz, einen unangenehmen Erregungszustand, der die Person dazu anregt, die Dissonanz dadurch zu verringern dass Kognitionen [Einstellungen, Meinungen, Erwartungen] hinzugefügt, eliminiert oder ersetzt werden<< (Bohner, Einstellungen, in: Stroebe u.a. (Hg.): Sozialpsychologie. 293); vgl. hierzu außerdem auch die näheren Ausführungen zur Sozialpsychologie von: Zimbardo: Psychologie. 603-618.

kompliziertere Verknüpfungen zwischen Autoritarismus, rigider Einstellungen zur Sexualität und Diskriminierungsbereitschaft enthüllen. Dabei stellte es sich als besonders auffällig heraus, dass ein Teil der männlichen Studenten, die autoritäre Einstellungen aufwiesen und vorwiegend im konservativen Lager anzutreffen waren, eher eine starre Sexualmoral vertraten und zudem nicht bereit waren, ihr eigenes Sexualverhalten in Bezug auf AIDS zu ändern. Darüber hinaus fiel eine Gruppe von vergleichsweise promiskuitiv lebenden Studenten auf, die sich ebenfalls durch eine überdurchschnittlich hohe Bereitschaft zur Diskriminierung auszeichneten. Auch sie waren – wie ihre Kommilitonen – nicht bereit, ihre *Einstellung* zum eigenen Sexualverhalten zu verändern. Erhebliche Bedenken hatten sie jedoch, mit infizierten Personen grundsätzlich zusammen zu arbeiten. Darüber hinaus hofften die selbst promiskuitiv lebenden Studenten, dass durch repressive staatliche Maßnahmen die Ausbreitung von AIDS effektiv bekämpft werden könne.³⁴⁰

Vergleichbare Strategien sehen u.a. eine „Umdefinition von Krankheit“ vor, mit dem Ziel, Krankheiten doch noch individuell bewältigen zu können. Für die Majorität der Gesellschaft gelten bestimmte Gruppen als „Fremde“³⁴¹, als unmoralisch, widernatürlich und pervers. Die von HIV und AIDS Betroffenen werden mitunter als Bedrohung gesehen, die Bedrohung selbst wird wiederum dem Fremden zugeordnet. Hier findet ein Prozess der Umdefinition statt, der im Fall von AIDS Folgendes ermöglicht: Indem der Kranke als pervers deklariert wird, bietet es die Möglichkeit einer subjektiven Ausgrenzung und somit der Bewältigung von der eigenen berührten Unsicherheit, die als existentiell bedrohlich empfunden wird.³⁴² Diese Chance einer Bewältigung oder Steuerung von Ansteckungsängsten besteht darin, sich mit anderen – die als „fremd“ oder „anders“ gesehen werden – gerade *nicht* zu identifizieren. Es gibt eine Vielzahl von Diffamierungen, durch die wir andere Menschen in ihrer Lebensqualität und -chance wirksam einschränken – wenn auch oft unbewusst.³⁴³

Eine weitere Dissonanz tritt dann auf, wenn konkrete Ansteckungsängste mit vermittelten Normen kollidieren, die es nicht zulassen, dem Kranken unsere Hilfe, Zuwendung und Nächstenliebe zu entziehen. Dieser „Normkonflikt“ lässt sich durch eine Um-

³⁴⁰ Vgl. Reimann; Bardeleben: Permissive Sexualität und präventives Verhalten. 197.

³⁴¹ Die relative Schlüssigkeit der Übertragungswege des HI-Virus trägt u.a. dazu bei, sich ganz klar gegenüber den Hauptbetroffenen abzugrenzen. Diese risikobezogene Schlüssigkeit hat sich jedoch als gefährlicher Trugschluss erwiesen: Die Ausbreitung des HI-Virus wird - nach Angaben von Medizinerinnen - in der hetero-/bisexuellen Bevölkerungsgruppe größer.

³⁴² Vgl. Jacob u.a.: AIDS-Vorstellungen in Deutschland. 50.

³⁴³ Vgl. Goffman: Stigma. 13f.

definition auflösen, denn im Gegensatz zum Kranken verdient es der „Fremde“ oder „Sündige“, auf unterschiedliche Art und Weise repressiv bestraft zu werden.³⁴⁴

Das Phänomen AIDS bringt neben der Angst vor Krankheit und Tod auch weitere Gefährdungen mit sich, die als höchst bedrohlich einzustufen sind. Die Art und Weise einiger despotischer Institutionen im Umgang mit Betroffenen zeigt, dass die durch AIDS hervorgerufenen Ängste >>... mit der von der Konfrontation mit Fremden generell ausgehenden symbolischen Gefährdung der eigenen Weltsicht und Weltdeutung zusammenhängen<<. >>Diese Weltdeutungen<<, so *Jacob u.a.*, >>beruhen auf sozial geteilten Deutungsmustern, Normüberzeugungen, unbeweisbaren, aber gleichwohl verbindlichen Unterstellungen über das Sein der Dinge und der Menschen. Wir verfügen sozialisationsbedingt über eine Fülle von (sub)-kulturspezifischen Gewißeheiten und Einstellungen, die zur Konsequenz haben, daß wir im Normalfall des routinisierten Alltagslebens unsere Weltauffassung fraglos als die schlechthin richtige und angemessene ansehen<<.³⁴⁵ Offensichtlich sind hier auch vorgegebene Norm- und Wertsysteme verfügbar, die häufig nur unreflektiert widergespiegelt einen Nährboden dafür schaffen, dass abweichende Verhaltensweisen diskreditiert werden. Diverse Institutionen, inklusiv ihrer eigenen „Wirklichkeit“, dem Menschen als zwingendes Faktum gegenüberstehend, üben durch ihre Weltauffassungen über menschliches Verhalten „Kontrolle“ aus.

Wesentliche Voraussetzung für eine solche Sicht ist, dass alle in dieser gesellschaftlichen Umgebung Lebenden auch nahezu dieselbe Weltauffassung vertreten und als „normale“ Menschen sich durch gemeinsam vertretene Normidentitäten verbunden fühlen. Wird hingegen der andere als „fremd“ oder als „unmoralisch“ identifiziert, indem er eine andere Weltauffassung vertritt als wir selber, sehen wir in ihm ein potentielles „Risiko“, denn dann wird unsere fraglose und für sicher empfundene Weltsicht in Frage gestellt und manchmal auch erschüttert. *Berger u. Luckmann* bringen dies auf den Punkt: >>Das Verhalten des Abweichlers bedroht die gesellschaftliche Wirklichkeit als solche fundamental, indem es die Gewißeheit ihrer kognitiven und normativen Verfahrensweisen ... in Frage stellt.<<³⁴⁶

³⁴⁴ Vgl. *Jacob u.a.*: AIDS-Vorstellungen in Deutschland. 52. Grundgelegt wird dieser Normkonflikt nicht zuletzt durch ein traditionell christlich vermitteltes Weltbild mit diametralen ethisch-moralischen Imperativen. Siehe hierzu auch: *Hartfeld*: Homosexualität im Kontext von Bibel, Theologie und Seelsorge, Wuppertal u. Zürich 1991.

³⁴⁵ *Jacob u.a.*: AIDS-Vorstellungen in Deutschland. 51.

³⁴⁶ *Berger; Luckmann*: Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit. 121. Als Beispiel kann hier auch die Ausländerproblematik genannt werden, die im Menschen oft eine tiefe Angst vor der Andersartigkeit (Aussehen, Charakter usw.) des Fremden auslöst und ihn dadurch gewalttätig erscheinen lässt.

Einstellungen oder Verhaltensweisen müssen – wollen sie als „normal“ gelten – nach den Normalitätsanforderungen einer Gesellschaft ausgerichtet sein. Gelingt die Rückkehr des Abweichlers zur „Normalität“ nicht, ist die Resozialisierung in die sog. „objektive Wirklichkeit“ der symbolischen Sinnwelt seiner Gesellschaft gescheitert. Um jeden, der nicht in die eigene „Sinnwelt“ hineinpasst, zumindest theoretisch liquidieren zu können, braucht es nach Ansichten von *Berger u. Luckmann* die „Nihilierung“, die die Wirklichkeit von Phänomenen leugnet. Entweder wird einem abweichenden Phänomen ein negativer ontologischer Status zugeschrieben, indem man Individuen oder Gruppen als „Untermenschen“ bezeichnet, oder sie werden mit Begriffen aus der eigenen Sinnwelt versehen, um sie der eigenen Sinnwelt gänzlich einzuverleiben und dann zu liquidieren. Dabei wird dem Abweichler immer unterstellt, er wisse nicht genau, was er eigentlich sagt. So wird z.B. aus dem „Atheisten“ in „Wirklichkeit“ doch noch ein „Gläubiger“, aus dem „Homosexuellen“ ein „psychisch kranker Heterosexueller“.³⁴⁷

Im Resultat bietet eine strategische Bewältigung bedrohlicher Situationen mit Hilfe einer „Umdefinition der Gefahr“ auf einzelne Menschen oder Gruppen eine Grundlegung aktiver Diskriminierung an. Der bedrohliche „Fremde“ wird so zum Objekt physischer, psychischer und sozialer Restriktionen einer feindlichen Umwelt. Dabei handelt es sich nach *Jacob u.a.* bei >>... Fremdheitszuschreibungen gerade nicht um Differenzen über einzelne Thesen politischer, moralischer, religiöser oder ästhetischer Art, über die man vielleicht diskutieren könnte, sondern um die weitgehend im transdiskursiven Bereich impliziter Annahmen verbleibenden kognitiven und evaluativen Habitus, Vorlieben und Orientierungen<<, d.h.: >>Unser Weltverständnis bleibt gerade deswegen prekär und gefährdet, weil es im wesentlichen Folge nur bedingt aufklärbarer, zum größten Teil unbewußter oder nur halb bewußter Prägung ist – mit vielfach gleichwohl gravierenden Folgen, wie etwa die immer wieder zu beobachtenden Ausschreitungen gegen Ausländer oder Behinderte zeigen<<.³⁴⁸

Dies zeigt, dass innerhalb unseres Welt- und Wirklichkeitsverständnisses Handlungen und Reaktionen im Gange sind, die nicht nur gegen unbekannte Bedrohungen von „außen“ und von „innen“ gerichtet sind, sondern sich auch als „höchst widerspruchsvoll“ herausstellen können. Vielleicht könnten selbstbewusste Subjekte die Legitimation zweifelhafter (Welt-)Anschauungen, Überzeugungen, Traditionen einiger Institutionen, die einzelne ja selbst legitimieren, kritisch in Frage bzw. zur Diskussion stellen. Es erweckt ansonsten den Anschein, dass vorgegeben, oft moralisch legitimierte Einstel-

³⁴⁷ Vgl. Berger; Luckmann: Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit. 123f.

³⁴⁸ Jacob u.a.: AIDS-Vorstellungen in Deutschland. 51f.

lungs- und Handlungsweisen zum verfestigten und unwiderrufbaren Modell verkommen, hinter deren es zweckmäßig ist, sich zu verstecken.

2.4.2.4. Resümee

Dimensionen wie „Wahrscheinlichkeit“, „Kontrollierbarkeit“ und „Folgeschwere“ können als wichtige Variablen einer subjektiven Risikowahrnehmung gesehen werden. Im Rahmen einer individuellen Einschätzung von Risiken erweist sich die Größe der „Kontrollierbarkeit“ zwar als psychologisch, aber kaum pragmatisch bedeutsam. Daher ist die „Kontrollierbarkeit“ für Personen mit internen Kontrollüberzeugungen eher als einschränkend im entscheidungstheoretischen Kontext zu betrachten.

Interne Kontrollüberzeugungen können dazu verhelfen, im Rahmen des eigenen Schutzverhaltens und der Prävention und ihrer subjektiven Bedeutungen, Bedrohungen und Risiken besser einzuschätzen. Deutlich zeigt sich allerdings, dass Strategien von subjektiven Kontrollüberzeugungen häufig ohne unmittelbaren Bezug zur Realität versuchen, Handlungsressourcen auszubilden, um mit Unsicherheiten und Bedrohungen umgehen zu können. Ihre signifikante Bedeutsamkeit erscheint im Vollzug eines einstellungsdiskrepanten Verhaltens als höchst fraglich und damit auch als pragmatisch wenig bedeutsam.

Dort, wo individuelle Kontrollüberzeugungen sich dennoch pragmatisch handlungsorientierend erweisen, bekommen sie, zugegeben, nicht nur innerhalb des eigenen Sexualverhaltens ihren besonderen Stellenwert, sondern auch dort, wo sie dem fremden Sexualverhalten zugeschrieben und abverlangt werden. Es ist deshalb auch nach der ethischen Verantwortung solcher „Bewältigungsstrategien“ zu fragen, die die direkte situations-aktivierte moralische Handlungsverantwortung für die von Handlungen betroffenen Personen mit einschließt.

Sowohl die Strategie der „Nihilierung der eigenen Vulnerabilität“ als auch die „Umdefinition von Krankheiten“ macht deutlich, dass beide sich bestenfalls dafür eignen, langfristig kognitive Dissonanzen zu beseitigen. Die Nihilierung von Phänomenen garantiert und ermöglicht weiter im Rahmen der eigenen Welt- und Normvorstellungen zu verbleiben. Eine solche Identifikationsvermeidungs-Strategie durch Umdefinition in etwas „Fremdes“ sehe ich deshalb als problematisch an, da der „Fremde“ als *die* eigentliche Bedrohung und nicht die „Krankheit“ – in unserem Fall das HI-Virus – als „Risiko“ oder

„Gefahr“ wahrgenommen wird. Dies führt wiederum zu ausgrenzenden und stigmatisierenden Tendenzen, wie bereits mehrfach ausgeführt.

Im Kontext von Prävention und Aufklärung gibt es viele ausgeprägte unterschiedliche subjektive und individuelle Auffassungen, Interpretationen und vor allem Strategien, die zu überprüfen und gegebenenfalls auch zu korrigieren sind. So zeigt der Umgang mit eigenen Risiken und Bedrohungen, dass dieser häufig von Verdrängung, Nicht-wahrhaben-wollen, aber auch von einstellungsdiskrepantem Verhalten geprägt ist. Die Tendenz, eine nur nach „außen“ gerichteten „sozial erwünschten Einstellung“ einer Gesellschaft zu vertreten, ist weithin verbreitet, so dass mit tatsächlichen Reaktionen von Diskriminierung und Stigmatisierung Einzelner weiterhin zu rechnen ist. Diese treten eher latent zu Tage, und nur dann, wenn ein potentielles Risiko für sich selbst befürchtet wird.

Sinnvoll erscheint deshalb ein Nachdenken darüber, wie verhärtete Wahrnehmungs- und Denkstrukturen erneuert werden können, damit „objektiv richtige“ Informationen über HIV subjektiv wahrgenommen und effektiv handlungsrelevant werden.

Die Effektivität gegenwärtiger Präventionsbemühungen scheint dann bedroht, wenn die Einsicht ausbleibt, dass Aufklärung und Prävention nichts Statisches ist. Nicht nur aktuelle und zeitgebundene Einflüsse müssen ihre Bedeutung für die Präventionsarbeit zurückgewinnen, sondern auch die im Bereich von Sexualität vorzufindenden individuellen und subjektiven Faktoren sind ebenso zu berücksichtigen wie etwaige einstellungsdiskrepante Verhaltensweisen und Dissonanzen klar aufzuzeigen.

Widersprüchlichkeiten und Verdrängungsmechanismen hindern den Einzelnen daran, Risiken und Gefahren wahrzunehmen und rational abzuwägen. Wie können aber Risiken überhaupt vermieden werden, wenn eigene Kontrollüberzeugungen sich als kaum realisierbar erweisen? Inwieweit bietet überhaupt eine „rationale Abwägung“ zwischen Risiken und Nicht-Risiken die Chance, eine hohe Wirkung in der Minimierung von Risiken zu erzielen? Welche Faktoren wirken auf unser eigenes (Risiko-)Bewusstsein eigentlich ein?

2.4.3. Strategien kalkulierter Risikominderung

Die Wahrnehmung von Bedrohungspotentialen, wie z.B. HIV, ruft individuelle Reaktionen hervor, die das Schutzverhalten maßgeblich beeinflussen. Geht man davon aus,

dass der Mensch nicht nur ein mit Instinkt, sondern auch ein mit Vernunft ausgestattetes Wesen ist, stellt sich mehr und mehr die Frage, wie rational ein „Risiko“ überhaupt einkalkuliert werden kann, um zum Nicht-Risiko für sich und andere zu werden.

Selbst interne Kontrollüberzeugungen werden sich in keinem Falle stets als realisierbar und handlungsleitend erweisen. Stellen sie aber deshalb nur eine imaginäre Größe dar, um eigennützige Ziele zu verfolgen, auch auf Kosten anderer, oder können sie im Rahmen einer kritischen Auseinandersetzung von Vor- und Nachteilen doch noch einen Beitrag dafür leisten, einen verantwortlichen Umgang mit Sexualität zu ermöglichen?

Verantwortungsbewusste Intimität spielt nicht nur eine unentbehrliche Rolle bei der Entwicklung personaler Identität. Sie fordert auch heraus, anvisierte Ziele, Absichten und Leidenschaften kritisch ins Zentrum zu setzen und strategisches Machtgehabe und taktisches Wählen von Zielen selbstreflexiv zu überdenken. Das Streben nach individueller Freiheit, nach Selbstverwirklichung erfährt auch innerhalb einer sexuellen Praxis seine Grenzen dort, wo subjektive Ichsucht die Beziehung zum anderen Subjekt überlagert.

Im Mittelpunkt folgender Überlegung steht die Handlungsmotivation, die grundsätzlich einer Nutzen-Kosten-Abwägung zu folgen scheint, und die Frage, ob diese Motivation zum rationalen Handeln innerhalb des sexuellen Kontextes überhaupt standhalten kann? Muss hier mit eventuellen „Störfaktoren“ gerechnet werden? Konkret gefragt: Gibt es im Kontext von HIV-Risikoabwägungen bestimmte Strategien, die zur Überwindung der Unsicherheit beitragen?

2.4.3.1. *Rational-Choice und HIV*

Die Diskussion um präventives Verhalten zum Schutz vor dem HIV-Risiko wird immer wieder mit der Strategie eines „kalkulierten Risikoverhaltens“ in Verbindung gebracht. Innerhalb von sexuellem Handeln scheint dies jedoch nicht gerade unproblematisch, wie das eben erläuterte Beispiel der internen Kontrollüberzeugung verdeutlichte. Oft gehen zudem Vorstellungen, Absichten und Wünsche der Betroffenen weit auseinander. Es stellt sich deshalb die Frage, inwieweit ein HIV-Risikoverhalten durch rationale Handlungsintentionen zu beeinflussen ist – ob es überhaupt möglich ist, im Kontext von sexuellen Verhaltensweisen „kalkuliert-riskant“ zu handeln, ohne sich selbst und andere in Mitleidenschaft zu ziehen?

Ausgehend von internen Kontrollüberzeugungen muss ein besonderer Augenmerk dem Zusammenhang zwischen der Einschätzung einer Kontrolle und der konkreten Handlung geschenkt werden. Der Prozess der individuellen Kontrollierbarkeit, will er pragmatisch relevant werden, ist notwendigerweise mit dem Prozess einer individuellen Abwägung von Vor- und Nachteilen in Verbindung zu bringen. Zwischen der Wahrnehmung eines Risikos und der Akzeptanz steht die Reflexion einer mehr oder weniger bewussten Abwägung, welche durch unterschiedliche Komponenten (u.a. Nutzen-Kosten) geprägt sind. Die Eigenreflexion über anvisierte Ziele macht bewusst, dass Handlungskontexte grundsätzlich Wahlmöglichkeiten beinhalten. Dieser Handlungsspielraum lässt sich auch im Zusammenhang gelebter Sexualität einrichten. Er ermöglicht nicht zuletzt auch eine wesentliche Erweiterung der Kommunikation über Ängste, Bedenken und Risiken. »Von Risiko«, so *Luhmann*, »kann man, wie immer man den Begriff faßt, nur sprechen, wenn man voraussetzt, daß derjenige, der ein Risiko wahrnimmt und sich eventuell darauf einläßt, bestimmte Wahrnehmungen macht, nämlich die Unterscheidung von guten und schlechten Ergebnissen, Vorteilen und Nachteilen [Nutzen-Kosten], Gewinnen und Verlusten sowie die Entscheidung von Wahrscheinlichkeiten oder Unwahrscheinlichkeiten ihres Eintreffens.«³⁴⁹

Die Fähigkeit zur Wahrnehmung von Unterscheidung setzt nicht nur die Kompetenz einer moralisch-sittlichen Eigenreflexion über „gut“ und „schlecht“, „richtig“ und „falsch“ voraus, sondern auch die Fähigkeit zum differenzierten Wahrnehmen der eigenen Triebe, Leidenschaften und Wünsche. Es scheint deshalb notwendig, dass der einzelne Mensch von seinen verschiedenen Handlungsmöglichkeiten (Alternativen) weiß und darüber „frei“ entscheiden kann, wie und warum er so und nicht anders handelt. Jede noch so umfangreiche Wahlmöglichkeit wird sich als hinfällig erweisen, wenn die grundsätzliche Fähigkeit zum *Sich-Entscheiden-Können* nicht vorausgesetzt werden kann bzw. nicht grundgelegt ist. So stellt sich die Frage, ob der Mensch grundsätzlich in der Lage ist, seinen Willen, seine Leidenschaften und Triebe überhaupt zu reflektieren und zu kontrollieren. Kann er sich dem dauernden Zwang instinkthafter Handlungen mit Hilfe der Vernunft überhaupt noch entziehen?

Das Thema HIV zeigt, dass sowohl der momentane Notstand in der Informationsaufnahme als auch der im tatsächlichen Schutzverhalten unweigerlich zur Frage überleitet: Wie „unreflektiert“ und „leichtgläubig“ wird die eigene Wahrnehmung der von „außen“ einwirkenden Systeme (z.B. Medien) strukturiert oder beeinflusst?

³⁴⁹ Luhmann: Soziologie des Risikos. 235.

Im Folgenden soll nun versucht werden, dem Prozess der Abwägung auf handlungstheoretischer Ebene zu begegnen. Eine Möglichkeit bieten hierzu die *rational-choice-Theorien* (= rationale Wahlen), die aus der Theorie des „zweckrationalen Handelns“ Webers³⁵⁰ zu entnehmen sind. In Anlehnung an die Handlungslehre Webers versuchen *Reimann u. Bardeleben* grundlegende Dimensionen und Problempunkte mit dem Konzept des präventiven Handelns mit Hilfe der *Theorie der rationalen Wahl* zu verbinden.

Die *Theorie der rationalen Wahl*, die eine Möglichkeit anbietet, sich dem Thema Sexualität handlungstheoretisch anzunähern, besagt im Wesentlichen: Der Akteur ist in seinem Rahmen dazu verpflichtet, sich einen Überblick über unterschiedliche Handlungsmöglichkeiten und -alternativen zu beschaffen, die Folgen jeder dieser möglichen Handlung abzuschätzen und dann aufgrund seines eigenen Wertsystems auszuwählen.³⁵¹

Dieser Anspruch ist mit großer Wahrscheinlichkeit nicht leicht umzusetzen. Das liegt nicht nur daran, dass sexuelles Handeln schwer „rational“ zu steuern ist, sondern dass »in sexuellen Kommunikationen ... sich Menschen« begegnen können, die »... weder alles über sich wissen noch wissen wollen, die Ungewissheiten absorbieren, sich Selbsttäuschungen hingeben, andere auch bewusst täuschen und: Unlustbarrieren beiseite schieben«.³⁵² Schwer umzusetzen ist dieser Anspruch offenkundig auch wegen des Mangels an individuellen Handlungsorientierungen und subjektiven Wertebewusstsein.³⁵³

Ausgehend von dieser eher pessimistischen Theorie des sexuellen Handelns sahen *Reimann u. Bardeleben* sich veranlasst, wichtige Aspekte der Sexualität mit der Theorie der rationalen Wahl in Verbindung zu bringen, um präventive AIDS-Komponenten zu formulieren. Da Menschen grundsätzlich versucht sind, ihr Handeln immer auch unter

³⁵⁰ Weber sieht die Rationalität als zentrale sozialwissenschaftliche Kategorie nicht in der menschlichen Natur oder der reflexiven Vernunft begründet, sondern im Vorbild der Ökonomie, in zweckgerichtetem Handeln. Das Konzept Webers umfasst vier Thesen des sozialen Handelns: Er unterscheidet zwischen dem „affektuellen“, „traditionellen“, „wertrationalen“ und dem „zweckrationalen“ Handeln. »Zweckrational handelt, wer sein Handeln nach Zweck, Mitteln und Nebenfolgen orientiert und dabei sowohl die Mittel gegen die Zwecke, wie die Zwecke gegen die Nebenfolgen, wie endlich auch die verschiedenen möglichen Zwecke gegeneinander rational abwägt: also jedenfalls weder affektiv (und insbesondere nicht emotional), noch traditional handelt (Weber: Soziologische Grundbegriffe. 45); vgl. dazu auch: Billmann-Mahecha: Handlungstheoretische Überlegungen zur Argumentation über sexuelle Verhaltensweisen, in: Rosenbrock; Salmen (Hg.): AIDS-Prävention. 105-109.

³⁵¹ Dazu vgl. grundsätzlich: Reimann; Bardeleben: Permissive Sexualität und präventives Verhalten, Berlin 1992.

³⁵² Reimann; Bardeleben: Permissive Sexualität und präventives Verhalten. 26.

³⁵³ Das eigene Wertesystem steht unentwegt in Spannung zwischen Fremd- und Selbstbestimmung und umfasst sowohl den Verhaltensanspruch, der von außen an den Menschen herangetragen wird (Moral), als auch den Anspruch an das jeweilige Handlungssubjekt zur freien Selbstverpflichtung (Sittlichkeit).

den Aspekten von *Kosten* und *Nutzen* unterschiedlich zu orientieren, kann davon ausgegangen werden, dass „rationale Wahlen“ auch im sexuellen Bereich stattfinden.

Im Gegensatz zum Idealtypus des „zweckrationalen Handelns“ *Webers* betonen *Reimann u. Bardeleben* ferner die Notwendigkeit, mehrere Akteure in diese Theorie mit einzubeziehen. Dies zu berücksichtigen ist sicher unentbehrlich, da verantwortungsvolle Intimität meist zwischenmenschlich gestaltet wird.

Reimann u. Bardeleben sehen die große Chance in einer selbstreflexiven Anwendung im Anknüpfen an gewisse »alltägliche Rationalitätsstrukturen«. Besonders im Bereich von Sexualität wird das Problem der Rationalität sexueller Wahlen sichtbar. Bestimmte Risiken treten nicht nur deutlicher hervor, sondern die Chance für ein verantwortungsvolles und präventives Handeln wird vor allem erheblich gesteigert. Durch einen Vorgang der rationalen Wahl verstärke sich ihrer Auffassung nach das eigene Bewusstsein im Umgang mit bedrohlichen Situation und das Bewusstsein der Grenzen solcher Wahlen.³⁵⁴ Jedenfalls ist durch einen derartigen Vorgang eine Steigerung des eigenen Problembewusstseins für solche Handlungen zu erreichen, die zunächst als „unkalkulierbar“ eingestuft werden.

Die Nutzenanwendung für eine rationale Wahl im Zusammenhang mit dem HIV-Schutzverhalten sehen *Reimann u. Bardeleben* zudem durch folgende Aspekte begründet: Aus dem vorliegenden Ansatz könnte erstens eine »Praxeologie der Wahl« entwickelt werden, die dem hohen Rationalitätsdruck zahlreicher Präventionsbotschaften und wohlmeinenden Empfehlungen entgegenwirkt. Zweitens könnte der *rational-choice-Ansatz* auch verschiedene Techniken der Sexualität mit einbeziehen, so dass weder die Kalküle der Wahl noch die Randbedingungen vernachlässigt würden. Die Mittel und die Folgen könnten demnach analysiert und gegeneinander abgewogen und mögliche Risiken eingeschätzt werden. Dem Handelnden wird daraufhin deutlich, welche Folgen er aus seiner Entscheidung zu erwarten hat.³⁵⁵

Ohne Zweifel setzt diese Möglichkeit der vernünftigen Wahl optimale Informationsbedingungen voraus, ohne die es zu irreversiblen Folgen für die daran beteiligten Handlungssubjekte kommen kann. Eine Rationalisierung der Sexualität, wie *Reimann u. Bardeleben* sie in ihrem Ansatz fordern, steigert nicht nur das Bewusstsein für Wahlen, sondern zeigt Folgen, Risiken und Alternativen auf, welche die Entscheidungskapazität des Menschen weitgehend positiv beeinflussen.

³⁵⁴ Vgl. Reimann; Bardeleben: Permissive Sexualität und präventives Verhalten. 37f.

³⁵⁵ Vgl. Reimann; Bardeleben: Permissive Sexualität und präventives Verhalten. 44f.

Ein möglicher Einwand, dass in Bezug auf individuelle Handlungsorientierungen mit erheblichen Divergenzen aufgrund sozialer, kultureller oder psychologischer Dispositionen zu rechnen ist, scheint berechtigt und fordert allerdings ein kritisches Überdenken des vorgestellten reflexiven Ansatzes.

So stellen Liebe und Sexualität ein System dar, in dem rationale Kalküle mit gegenwirkenden Momenten, wie z.B. Zwängen, Verboten, Fixierungen usw., kollidieren können. Die Tatsache, dass es sich im Bereich von Sexualität und Intimität um mitunter eine höchst widersprüchliche und paradoxe Interaktion handelt, ist von Anfang an in AIDS-Aufklärungskampagnen übersehen worden.³⁵⁶ Deshalb ist davon auszugehen, dass sexuelle Kommunikationen *nicht* völlig kontrollierbar sind und individuelle Entscheidungen häufig durch kommunikative Dynamiken eingeholt werden. Der erwähnte *rational-choice-Ansatz* macht deutlich, dass Menschen zwar nicht generell, aber doch überwiegend „rationale Wahlen“ treffen können. Es geht in dieser Theorie wohl primär eher darum, den Menschen ein Bewusstsein über risikoreiche Entscheidungen zu vermitteln, um evtl. verhängnisvolle Folgen durch Nichtwissen weitgehend zu vermeiden. Denn gerade ein „Nichtwissen“ über mögliche Handlungsweisen kann sich zu einem unsichtbar präsenten Faktor entwickeln.

Nimmt man all diese Faktoren in der Diskussion um präventives HIV-Schutzverhalten ernst, ist daraus folgernd festzustellen, dass sexuelles Handeln sich äußerst widersprüchlich zeigt. Zumindest aus analytischer Sicht offenbart sich die Aufrichtigkeit im kommunikativen Handeln im Rahmen von Intimität und Sexualität als höchst fragwürdig.³⁵⁷ Der vielfache Mangel an Offenheit und Ehrlichkeit innerhalb sexueller Praxis bringt wenig Effizienz, so dass die pure Absicht, verantwortungsvolle Intimität anderen und mir zu gewährleisten, selbstgefällig und sarkastisch wirkt, wenn sie nicht auch *handlungspraktisch* umgesetzt wird.

Frank u.a. konnten aus ihrer wissenschaftlichen Studie im Kontext des kommunikativen Verhaltens und des HIV-Schutzverhaltens u.a. den Beleg dafür ableiten, dass das Thema HIV in der sexuellen Interaktion eher eine untergeordnete Rolle spielt.³⁵⁸ *Ger-*

³⁵⁶ Vgl. hierzu außerdem: Müller-Doohm: Risiko-Handlungskompetenz, in: Rosenbrock; Salmen (Hg.): AIDS-Prävention. 103.

³⁵⁷ Vgl. dazu auch: Reimann; Bardeleben: Permissive Sexualität und präventives Verhalten. 26f.

³⁵⁸ Vgl. Frank u.a.: „Jeden Tag, wenn die Liebe sich lohnt“, in: Bengel (Hg.): Risikoverhalten und Schutz vor AIDS. 177-221. Im Rahmen einer Tagebuchstudie beschreiben die Autoren zentrale Einflussfaktoren auf das HIV-Schutz und Risikoverhalten, die sich überwiegend aus der Analyse von sexuellen Interaktionen ergeben. Als wesentliche Dimension auf das Schutzverhalten wird vor allem die Kommunikation über HIV zwischen den Partnern beschrieben, wobei zu bedenken ist, dass Kommunikation über HIV und AIDS sicher zu HIV-Schutzverhalten führen kann, nicht aber als voraussetzungsreich angesehen werden muss.

hards, der auch im Auftrag der BZgA eine Studie über *intime Kommunikation* durchgeführt hat, sieht die Ursache für mangelnde Kommunikation innerhalb sexueller Praktiken vor allem darin begründet, weil es grundlegend »an sozial definierten Handlungsmustern für intime sexuelle Interaktionen, an Ritualen des Kennenlernens und der Kommunikation über eigene Bedürfnisse und Wünsche mangelt ...« und »der durch das Ideal romantischer Liebe definierte Bereich für Intimität ... sozial unterstrukturiert« häufig bleibt.³⁵⁹ Nach seiner Überzeugung sind es die intimen Kommunikationen zwischen Menschen, die häufig von hohen Unsicherheiten und Missverständnissen geprägt sind – und zwar deshalb, weil in diesem Kontext der Intimität soziale Regelsysteme, die dem Handelnden Sicherheit und Orientierung bieten könnten, hier nur unzureichend ausgeprägt vorhanden sind, d.h. die wechselseitigen Orientierungen des Handelns müssen erst entwickelt werden. Insbesondere dort, wo es zu einer Neuorientierung von Partnerschaft kommt, unterbleibt vielfach das Thematisieren von AIDS und HIV.³⁶⁰

Diese Feststellung betrifft sicher nicht nur die AIDS-Problematik. Auch im Alltag eines jeden sexuellen Handelns vollzieht sich dieser Akt. Akteure nehmen innerhalb von intimen Kommunikationsprozessen oft nur eine weniger ausgereifte reflexiv-rationale Abwägung vor und orientieren ihr Handeln vorwiegend „nur“ an ihren Instinkten.³⁶¹

Im Allgemeinen ist davon auszugehen, dass sich im Rahmen intimer Kommunikation mindestens zwei Akteure gegenüberstehen, die auch u.U. List und Täuschung anwenden, um eigene Ziele zu erreichen. Was aber, wenn – abgesehen von mangelnder Kommunikationsfähigkeit – durch eigennützige Lust, Begierde oder Gerissenheit ein Konsens zwischen beiden Partnern über die jeweilige Sichtweise unmöglich wird? Was, wenn die »Lust außer Kontrolle gerät«, wenn die Lust „Oberhand“ gewinnt – wenn die all zu beschworene „Vernunft“ zu schwinden droht? »Bei jemanden«, so *Becker u. Clement*, »der so entschieden auf die affekt- und widerspruchsbereinigte Vernunft setzt, muß der Gedanke, daß die Vernunft nicht flächendeckend und zeitstabil den net-

³⁵⁹ Gerhards: Die soziale Dimension sexuellen Handelns und die Bedingungen von Safer Sex, in: Rosenbrock; Salmen (Hg.): AIDS-Prävention. 176; vgl. auch: BZgA: AIDS im öffentlichen Bewusstsein der Bundesrepublik Deutschland 1999. 33ff.

³⁶⁰ Vgl. Gerhards: Die soziale Dimension sexuellen Handelns und die Bedingungen von Safer Sex, in: Rosenbrock; Salmen (Hg.): AIDS-Prävention. 176f; vgl. hierzu auch: Ahlemeyer: Intime Kommunikation und präventives Handeln, in: Rosenbrock; Salmen (Hg.): AIDS-Prävention. 183. Der Autor unterteilt intime Kommunikationssysteme in vier unterschiedliche Typen: a) romantische, b) hedonistische, c) matrimoniales, d) prostitutive Beziehungssysteme. Diese Intimsystemtypen erweisen sich als different und zeigen darüber hinaus unterschiedliche Voraussetzungen für den mit einem HIV-Risiko relevanten Umgang.

³⁶¹ Zur weiteren Vertiefung siehe auch: Ahlemeyer: Intime Kommunikation und präventives Handeln, in: Rosenbrock; Salmen (Hg.): AIDS-Prävention. 181-187.

ten Trieb ins Kondom kanalisiert, natürlich das Schlimmste befürchten lassen<<.³⁶² Es darf deshalb nicht darüber hinwegtäuschen, dass im Bereich von Sexualität und Liebe häufig ein Machtspiel im Gange ist, mit dem Ziel, dass es zu eigenen Gunsten entschieden wird.

Die Frage, inwieweit eine rationale Abwägung überhaupt die Chance beinhaltet, eine hohe Wirkung in der Minimierung von Risiken zu erzielen, ist letztlich wohl individuell zu beantworten.³⁶³ So ist es das jeweilige Handlungssubjekt selbst, das sich im Rahmen seiner Entscheidungs- und Handlungsfreiheit für ein Ziel „frei“ entscheiden kann. Von wesentlichem Vorteil ist hierfür aber mehr denn je das Wahrnehmen von Handlungs- und Alternativmöglichkeiten, die ermöglichen, auch „vernünftig“ auszuwählen. Auch wenn offensichtlich derartige ökonomische Erklärungsansätze sich wenig auf das menschliche Sexualverhalten übertragen lassen, sind *Reimann u. Bardeleben* davon überzeugt: >>Wer wählen kann, wer anders wählen kann, wer sein Handeln an verschiedenen Zwecken, verschiedenen Mitteln orientiert, die Mittel gegeneinander und gegen die Folgen – und das heißt, auch im Hinblick auf Risiken – abwägen kann, wer in diesem Sinne entscheiden kann, damit also über Substitutionselastizitäten verfügt, vergrößert den Spielraum seiner Autonomie<<.³⁶⁴

Gewiss ist der Konzeption von *Reimann u. Bardeleben* Positives abzuverlangen. So tragen sie nicht nur zur Erweiterung der allgemeinen Problematik einer verkürzt dargestellten Prävention bei, sondern arbeiten Strukturen ungewisser und paradoxer Handlungssituationen heraus, die über einfache Formeln und Empfehlungen hinausgehen. Im Ergebnis betonen beide, dass durch die Möglichkeit solch rationaler Wahlen Menschen sich ein klareres Bewusstsein über die Folgen ihrer Handlungswahl verschaffen könnten. Nur eine Aufklärungsstrategie, die schonungslos Nutzen wie Kosten aufzeigt, stärkt das Bewusstsein der Menschen. Dies setzt natürlich voraus, dass der jeweilige Mensch sein sexuelles Verhalten aufgrund dieser rationalen Argumentation weitgehend verändern will.³⁶⁵ Mehr als ein Schärfen des Bewusstseins über etwaige Alternativmöglichkeiten sexuellen Handelns kann dieser doch sehr „theoretische Ansatz“ allerdings nicht leisten. Meines Erachtens sollte gleichwohl an diese Theorie keine allzu großen Erwartungen geknüpft werden. Denn ob durch eine schärfere Nutzen-Kosten-Kalkula-

³⁶² Becker; Clement: HIV – Infektion, Prävention und Sexualität, in: Rosenbrock; Salmen (Hg): Rosenbrock; Salmen (Hg.) AIDS-Prävention. 221.

³⁶³ Hierbei muss jedoch das Problem der „irrationalen Wahlen“ berücksichtigt werden; denn es gibt Menschen, die „bewusst“ Risiken eingehen, z.B. im Straßenverkehr, Alkoholismus usw.

³⁶⁴ Reimann; Bardeleben: Permissive Sexualität und präventives Verhalten. 43.

³⁶⁵ Vgl. Billmann-Mahecha: Handlungstheoretische Überlegungen zur Argumentation über sexuelle Verhaltensweisen, in: Rosenbrock; Salmen (Hg.): AIDS-Prävention. 106.

tion von Wahlen ein generell präventives bzw. ein risikominimierendes Handeln erwartet werden kann, ist fraglich, da in diesem Zusammenhang sicher auch mit „Irrationalitäten“ gerechnet werden muss.

Denn auch dann, wenn eine Rationalisierung eine Steigerung des Bewusstseins für Wahlen hervorbringt, Risiken, Folgen oder auch Alternativen aufzeigt, taucht die Frage nach den individuellen Entscheidungskapazitäten des Einzelnen auf, über die er verfügt oder (häufig) nicht verfügt. Die Frage muss deshalb erlaubt sein, inwieweit ein Mensch grundsätzlich fähig und willig sein wird, hinsichtlich seiner gelebten Begierden bestimmte Risiken durch Nicht-Risiken einzutauschen. Auf diese Problematik weisen auch *Reimann u. Bardeleben* hin, denn »Handlungssysteme sind weder gänzlich als rationale Aktionskontexte zu begreifen noch sind sie vollkommen „irrational“; sie sind stets eine Mischung aus beiden so bezeichneten Elementen. Sie verarbeiten unterschiedliche Kontexte, Fundierungen, Absichten, Antriebsquellen und geraten auf diese Weise häufig in Eigenwidersprüche oder aber Widersprüche, die vom Standpunkt eines Beobachters als solche erscheinen. Gegenwirkende Faktoren etwa zu den Entwürfen des zweckrationalen Handelns können situative Störfaktoren oder verborgene, unbewußte Faktoren sein«.³⁶⁶

Das Konzept *Webers* über „zweckrationales Handeln“ – auf das nicht näher eingegangen werden kann – verliert hingegen nicht zuletzt aufgrund dieser Problematik seine Wirkung, da es nicht berücksichtigt, wie zwei oder mehrere Personen den Kontext des Handelns verändern. So müsste rationales Handeln im Kontext mehrerer Personen und mit Einbezug ihrer jeweiligen Psychodynamik konzipiert werden, um annähernd aussagekräftig zu erscheinen. Zudem ist es äußerst fraglich, ob *emotionale* und *affektuelle* Faktoren bei den *zweckrationalen* Überlegungen gänzlich ausgeschaltet werden können. *Müller-Doohm* hat deshalb völlig Recht, wenn er auch die „Gefühlserlebnisse“ des Einzelnen in diese Überlegungen eingebunden wissen will: »Damit sich informativ vermitteltes Risikowissen auf der kognitiven Ebene in selbstkontrolliertes Risikoverhalten auf der Ebene alltagspraktischen Handelns umsetzt, bedarf es der katalysatorischen Mitwirkung von Gefühlen, bedarf es des Prozesses der emotionalen Aneignung und subjektiven Integration in das System persönlicher Verhaltensorientierung.«³⁶⁷

³⁶⁶ Reimann; Bardeleben: Permissive Sexualität und präventives Verhalten. 46. Neben soziodemographischen Faktoren üben mitunter auch psychologische Faktoren Einfluss auf den individuellen Entscheidungsprozess aus, wobei das generelle Vorsorgeverhalten von erheblichen Diskrepanzen geprägt sein kann.

³⁶⁷ Müller-Doohm: Risiko-Handlungskompetenz, in: Rosenbrock; Salmen (Hg.): AIDS-Prävention. 103.

Nur durch das Einbeziehen solcher emotionaler Anteile ist es möglich, eine Sprache – innerhalb intersubjektiver Verständigung – zu entwickeln, die dann ihre Relevanz für eine mögliche Risikominderung erhält. So kritisieren *Farin u.a.* in ihrer Untersuchung über subjektive Gefährdungseinschätzung bei HIV ebenfalls zu Recht, dass im Verhältnis zwischen Risikobewusstsein und Risikoverhalten die Kosten-Nutzen-Vorstellung sich als zu wenig komplex darstellt. Sie machen darauf aufmerksam, dass sich »... objektive Gefährdung und subjektives Sich-gefährdet-fühlen nicht decken, sondern daß die jeweiligen Lebenszusammenhänge, wie sie sich im Alter der Befragten, ihrer religiösen Bindung oder der Wohnortgröße wiederfinden, Einstellungen und Verhalten bezüglich AIDS bestimmen«.³⁶⁸

Möchte man ausschließen, sexuelles Verhalten als „nur triebgesteuert“ einzustufen, bleibt die Frage, welche Alternativen zur rationalen Abwägung und Entscheidung überhaupt entwickelt werden können. Gleichwohl bleibt im Ergebnis festzuhalten, dass von einer rationalen Abfolge der Umsetzung von bestimmten Gesundheitsüberzeugungen in konkrete Handlungen nicht prinzipiell auszugehen ist. Demzufolge kristallisiert sich im Zusammenhang mit dem Umgang des HIV-Risikos folgender Prozess heraus: Er ist gekennzeichnet von einem strategischen und kalkulierten Handeln, welches als „kalkulierte Risikominderung“ zu bezeichnen ist. Der Prozess dieser „kalkulierten Risikominderung“ stellt zwar eine Strategie dar, die zumindest ein „Risiko“ mit einkalkuliert. Problematisch an dieser Strategie ist aber zum einen die „Kalkulation“ bestimmter Risiken, die häufig latente eigene und fremde Sehnsüchte, Begierden und Psychodynamiken nicht vollständig erfassen kann, zum anderen die „Überlistung der eigenen Psychodynamik“ durch fingierte Absichten oder emotionale Lüste.

2.4.3.2. Risikoakzeptanz

Entscheidet sich ein Akteur bewusst für ein „Risiko“, kommt es zur „Risikoakzeptanz“, d.h. der Handelnde muss zuvor ein „Risiko“ erkennen, um evtl. darauf einzugehen oder eben nicht. Dabei wird er davon ausgehen, dass die von ihm getroffene Entscheidung *für ihn* möglichst gewinnbringend ausfällt.

³⁶⁸ Farin u.a.: Sozialkognitive Modelle und Erklärungsansätze zum HIV-Risikoverhalten, in: Bengel (Hg.): Risikoverhalten und Schutz vor AIDS. 64.

In der von *Luhmann* schon mehrfach erwähnten Unterscheidung zwischen „Risiko“ und „Gefahr“ wird offensichtlich, dass bewusste Entscheidungen³⁶⁹, die für den oder die Entscheidungsträger lediglich als risikoakzeptierend angenommen sind, für die von diesen Entscheidungen Betroffenen zur katastrophalen „Gefahr“ werden können, auf die sie selbst wiederum keinen Einfluss haben.³⁷⁰ Eine Risikobereitschaft, die zum überwiegendem Teil durch Eigennutz bedingt ist, beinhaltet unter besonderer Berücksichtigung ein höchstes Maß an Eigen- und Fremdverantwortung, d.h. die subjektive Eigennützlichkeits könnte zur Unberechenbarkeit für andere werden. Oder anders gesagt: Das skrupellose Durchsetzen meiner eigenen Interessen und Begehrlichkeiten wird zur uneinschätzbaren Gefahr für andere.

Zugegebenerweise muss aber auch klar sein, dass die Theorie der rationalen Wahl bei bestimmten Persönlichkeitscharakteren und in bestimmten Situationen nicht anwendbar ist und insbesondere im Kontext sexuellen Handelns an ihre Grenzen stößt. *Gerhards* gibt deshalb wohl nicht unbegründet zu bedenken: >>Gerade weil es an einer gemeinsam geteilten Kommunikationskultur für Intimität mangelt, lässt sich das Thema AIDS-Vermeidung an keiner Stelle richtig in das Interaktionsmuster einhaken. ... Selbst risikobewusste Menschen ... optieren in der Situation des Intimwerdens für Risikobereitschaft oder genauer: sie blenden das Risiko aus.<<³⁷¹

In der bereits mehrfach erwähnten *BZgA-Studie* wird deutlich herausgestellt, dass sich das für die HIV-Prävention relevante Sexualverhalten innerhalb der letzten Jahre nicht wesentlich geändert hat. Besonders problematisch sei im Kontext von HIV allerdings die zunehmende Bereitschaft, bestimmte Risiken (Nadeltausch, Prostitution, Promiskuität usw.) einzugehen. Vielleicht muss diese Tendenz auf die „Unwissenheit“ oder „Naivität“ Einzelner zurückgeführt werden. Hierzu fällt nämlich auf, dass trotz des scheinbar hohen Informationswissens über eine mögliche Infektion mit HIV nicht wenige sich einem potentiell riskantem Sexualverhalten – bewusst oder unbewusst – aussetzen. So stellte die *BZgA* u.a. fest, dass die einst positive Bereitschaft zur größeren Vorsicht im Umgang mit fremden Sexualkontakten in den letzten Jahren – parallel zum Nachlassen einer Nutzung von Aufklärungsmedien – stagnierte. Des Weiteren würden Personen, die mit mehreren und mit sporadisch wechselnden Sexualpartnern Kontakte knüpfen (Promiskuität), gelegentlich oder sogar nie Verhütungsmittel verwenden, sich

³⁶⁹ Doch auch ein „Nicht-Entscheiden“ kann riskant sein und somit auch andere Gefahren heraufbeschwören!

³⁷⁰ Vgl. hierzu: *Luhmann: Soziologie des Risikos*, Berlin 1991.

³⁷¹ *Gerhards: Die soziale Dimension sexuellen Handelns und die Bedingungen von Safer Sex*, in: *Rosenbrock; Salmen (Hg.): AIDS-Prävention*. 178.

tatsächlich im Vergleich zu anderen wesentlich riskanter verhalten. Die Auswertung der *BZgA-Studie* kritisiert insbesondere, dass das notwendige Schutzverhalten zu wenig konsequent und regelmäßig praxisorientiert umgesetzt wird. Bei spontanen Sexualkontakten mit unbekanntem Partnern verwenden noch im Jahr 1998 immerhin 49%, im Jahr 1999 nur noch 36% Kondome.³⁷² Diese Feststellung sollte die *BZgA* zum Nachdenken ihrer eigenen Aufklärungsstrategie anregen, anstatt die gegenwärtige Situation ständig zu beschönigen. Hinweise für eine ausgereifere Aufklärung liefert sich die Behörde ja selbst, indem sie darauf hinweist, dass Gründe für ein nachlassendes Schutzverhalten nicht nur im sozialen und im psychologischen Kontext der jeweiligen Menschen zu suchen sind, sondern insbesondere im »Ablauf der Interaktionen und des Aushandlungsprozesses über das Schutzverhalten«.³⁷³

Auch wenn eine grundsätzliche Ablehnung des Schutzverhaltens in Bezug auf eine Infektion mit dem HI-Virus nicht festzustellen ist, so fällt dennoch auf, dass besonders junge Menschen, die nur noch kaum oder überhaupt nicht von Medien der AIDS-Aufklärungskampagnen erreicht werden, eine weitaus geringere positive Einstellung zum Schutz vor HIV und somit ein mangelhaftes konsequentes Schutzverhalten aufweisen. Auf diese erschreckende Tendenz haben bereits *Jacob u.a.* hingewiesen. Sie sehen einen weiteren möglichen Grund für ein derzeitiges Unterlassen von Schutzmaßnahmen – neben »situationsspezifischen Gründen« – in der fehlenden Bereitschaft, sich überhaupt schützen zu wollen.³⁷⁴ Auf der Suche nach Erklärungen dafür, stellt auch *Bengel* in seiner Studie zum *Risikoverhalten und Schutz vor AIDS* u.a. fest, dass ein Mangel an Schutzverhalten zwangsläufig nicht auf ein „Nichtwissen“ zurückgeführt werden müsse; problematisch sei vielmehr, dass dieses „Wissen“ sich als nicht handlungsleitend herausstelle und somit der »Nachteil des Schutzes« (z.B. sexuelle Lust) über »den Vorteil« (Eliminierung eines Risikos) dominiere.³⁷⁵

Zu fragen bleibt hier schon, wie grundsätzlich eine Einstellungsveränderung ohne entsprechende Konfrontation mit neuen Informationen herbeigeführt werden soll. Wissensvermittlung allein führt noch zu keiner Veränderung von Einstellung und Verhalten und bietet darüber hinaus auch wenig Raum, praktische und verantwortungsvolle Orientierungen zu entwickeln.

³⁷² Vgl. *BZgA: AIDS im öffentlichen Bewusstsein der Bundesrepublik Deutschland 1999*. 46.

³⁷³ Vgl. *BZgA: AIDS im öffentlichen Bewusstsein der Bundesrepublik Deutschland 1999*. 33.

³⁷⁴ Vgl. *Jacob u.a.: AIDS-Vorstellungen in Deutschland*. 152.

³⁷⁵ Vgl. *Bengel u.a.: Zusammenfassung und Konsequenzen*, in: *Bengel (Hg.): Risikoverhalten und Schutz vor AIDS*. 231.

Offenbar erweisen sich allein Aufklärungsstrategien, die einseitig nur auf der Basis einer Übermittlung von Wissen beruht, als wenig plausibel und kaum effektiv. Dies wird daran deutlich, dass die anfangs noch überspannte Risikowahrnehmung und die Angst, sich mit dem HI-Virus anzustecken, einem gesellschaftlichen wie individuellen Vermeidungsverhalten Platz gemacht hat. Aus dem anfänglichen Risiko-Vermeidungsverhalten findet zunehmend eine Strategie der „kalkulierten Risikominderung“ ihren Weg, die mehr und mehr von der Risikoverdrängung abgelöst wird. Jedenfalls beobachtet auch *Bochow* einen >>Übergang vom Vermeidungsverhalten zu Strategien des Risikomanagements<<. ³⁷⁶

Demzufolge muss darauf hingewiesen werden, dass neben der kognitiven Erkenntnis über Infektionsgefahren, den Arten der Infektionsvermeidung, die Psychodynamik des Einzelnen, das Wissen um Möglichkeiten und Probleme der Umsetzung dieses Wissens ihre Bedeutung für zukünftige Konzepte bekommen müssen. Dies setzt mehr denn je eine handlungsorientiertere Aufklärung voraus, die über einer massenmedialen Aufklärung hinaus konkrete Interaktions- und Thematisierungsformen bereitstellen muss.

Aber auch die *bewusste Risikoakzeptanz* ist an dieser Stelle zu erwähnen. Dass sich ein Teil der Menschen bewusst auf risikoreiche Kontakte einlässt, mit der Intention, dabei einen *Kick* zu erleben, scheint im Anreiz zu liegen, sich in der Spannung zwischen „Glück gehabt“ und „Pech gehabt“ bewegen zu können. So wird ein „Risiko“ als eine besondere Herausforderung oder als „Thrill“ (z.B. bei „Barebacking“) bewusst gesucht und erlebt. ³⁷⁷

Die Versuche unterschiedliche Einflussfaktoren und theoretische Konstrukte zur Erklärung des HIV-Risikoverhaltens ausfindig zu machen, zeigen, dass Faktoren wie Persönlichkeitsmerkmale, AIDS-bezogenes Wissen, Einstellungen gegenüber Sexualität, Drogenkonsum, Kommunikation, Kondomgebrauch usw. als wichtig und ausschlaggebend anzusehen sind. Wichtiger als diese Einflussfaktoren, die sich durchaus wesentlich auf das (Sexual-)Verhalten auswirken, sind allerdings die inneren Beweggründe und Intentionen des einzelnen Menschen im Bereich von Sexualität und Intimität.

Es scheint geradezu, dass subjektive Risiken dann leichter eingegangen werden, wenn sie als vermeidbar, kontrollierbar oder als „nicht gefährlich“ eingestuft werden.

³⁷⁶ Bochow: Reaktionen homosexueller Männer in Deutschland auf die AIDS-Epidemie, in: Marcuse (Hg.): Glück gehabt?. 153-183, hier 167. Ein generelles Vermeidungsverhalten bedeutet in diesem Kontext auch eine Flucht vor der Alltagswirklichkeit; vgl. hierzu ferner: Müller-Doohm, Risiko-Handlungskompetenz: Zum Konzept lebensweltspezifischer AIDS-Aufklärung, in: Rosenbrock; Salmen (Hg.): AIDS-Prävention. 100.

³⁷⁷ Vgl. Jacob u.a.: AIDS-Vorstellungen in Deutschland. 71.

Dabei ist auffällig, dass Menschen oft dazu neigen, sehr wahrscheinliche Ereignisse (soweit sie als solche auch erkennbar gemacht sind) eher zu unterschätzen und sehr unwahrscheinliche Ereignisse eher zu überschätzen.

Eine Ansteckung mit dem HI-Virus stellt zwar im Vergleich zu anderen Krankheiten oder Gesundheitsgefährdungen im weitesten Sinn ein „relativ seltenes Risiko“ dar; dennoch könnte ein realistischer Umgang mit HIV auch eine sachlichere Haltung mit unserer „alltäglichen Risikogesellschaft“ bewirken. Nicht zuletzt auch deshalb, da nicht nur die individuelle Risikowahrnehmung, sondern auch die individuelle Risikokontrollierbarkeit/Bewältigungsfähigkeit an bereits erlebte und bekannte alltagstheoretische Krankheitserfahrungen, wie Herkunft, Vorstellung und Verlauf der Krankheit, anknüpfen. Gerade in gefährlichen Situationen greifen nicht wenige Menschen auf bereits vorhandene und erlernte Verhaltensmuster zurück, die im Kontext der Bewältigung von Risikosituationen im Alltag sich als höchst effektiv erweisen können.³⁷⁸

Jede zukünftige theoretische präventive Fortentwicklung sollte deshalb auch berücksichtigen, dass subjektive Vorstellungen, die insbesondere durch Prozesse der Interaktion und der zwischenmenschlichen Wahrnehmung geprägt sind, stets aktualisiert und darüber hinaus auch handlungsrelevant werden können. Die These, sexuelles Schutz- und Risikoverhalten lediglich als Gesundheitsverhalten erklären zu wollen, welches durch individuelle Risiko- und Kontrollkognitionen gesteuert wird, scheint in diesem Kontext bei weitem zu kurz gefasst.³⁷⁹

2.4.3.3. Resümee

Im Ergebnis ist festzustellen, dass rationales Handeln eine kalkulierte, durch Wissen gestützte Mittel-Zweck-Relation voraussetzt, die sich innerhalb von Sexualität und Intimität durchaus bewähren kann. Dennoch sind individuelle Absichten, Konstitutionen, Verhaltensweisen u.a. Gegebenheiten im aktuellen Kontext der jeweiligen Person zu berücksichtigen. Dieser Kontext zeigt sich z.B. häufig geprägt von der Diskrepanz zwischen Wissen um Risiken und der Notwendigkeit, dieses Wissen praktisch umzusetzen. Wie diffizil sich gelebte Sexualität im Alltag gestaltet, zeigt der Versuch vieler, ihr Risi-

³⁷⁸ Vgl. Farin u.a.: Sozialkognitive Modelle und Erklärungsansätze zum HIV-Risikoverhalten, in: Bengel (Hg.): Risikoverhalten und Schutz vor AIDS. 65.

³⁷⁹ Vgl. Farin u.a.: Sozialkognitive Modelle und Erklärungsansätze zum HIV-Risikoverhalten, in: Bengel (Hg.): Risikoverhalten und Schutz vor AIDS. 65.

koverhalten allein durch rationale Handlungsintentionen zu erklären. Dabei dürften es doch vielmehr emotionale und sexuelle Bedürfnisse sein, die das Handeln der Menschen weit reichend determinieren.

Zweifelsfrei wird die sexuelle Praxis häufig weniger durch rationale als durch gefühlbetonte oder irrationale Dispositionen (Triebe, Leidenschaften usw.) gelenkt. Sexuelle Leidenschaften richten nicht nur den Menschen handlungsleitend aus, sondern sie überlagern mitunter das notwendige Schutzbedürfnis – schalten die „Vernunft“ aus. Dies lässt deshalb auch den Schluss zu, dass rein rationales Wissen allein noch kein rationales Handeln zur Folge haben muss.

Ist deshalb das Gebiet der Sexualität als „nur gefühlbetont“ oder „rein triebhaft“ zu bezeichnen? Keineswegs: Sexualität ist weder als rein reaktiv noch als ausschließlich triebgeleitet zu betrachten, ansonsten wäre eine Veränderbarkeit des Sexualverhaltens weder durch Informationen und Argumentationen der Aufklärungskampagnen noch durch mühsame Eigenreflexion zu erreichen. Nichtsdestoweniger werden sich Präventionsbemühungen, die nur darauf abzielen, ein allgemein praktiziertes risikofreies Sexualverhalten zu postulieren, sich dann als kontraproduktiv erweisen, wenn allein mit Hilfe von rationalen Entscheidungen sexuelle Verhaltensänderungen herbeigeführt werden sollen.

Ein individuell verantwortungsvolles Sexualverhalten ist immer durch diverse Komponenten (Traditionen, Bildung, unbewusste oder emotionale Faktoren) beeinflusst. Diese müssen nicht nur in zukünftige Präventionsbemühungen mit einfließen, sondern sind auch im Kontext einer ethischen Reflexion – einschließlich der Bewertung von Handlungen – zu berücksichtigen. Wenn durch Präventionsaufklärung klar werden soll, was Menschen mit bestimmten Mitteln für Folgen bewirken und welche Risiken sie in ihren Handlungen eingehen, so sind die Überlegungen, Absichten, Ziele und Wahlen der Handlungssubjekte ernst zu nehmen. Deshalb sind im Rahmen neuer Aufklärungsarbeit diese Faktoren wahrzunehmen und zu begreifen, um sie in künftige handlungsorientierte Aufklärungsstrategien mit einbeziehen zu können. Denn unverkennbar ist: Im Unterschied zu den alltäglichen Situationswahlen gibt es im Bereich von HIV und AIDS irreversible Folgen. Das handelnde Subjekt, das sich für das „Risiko“ bewusst entscheidet, trägt für evtl. Folgen nicht nur für *sich* die Verantwortung, sondern auch für sein unmittelbares Gegenüber. Nicht zuletzt liegt darin auch ein ethisches Dilemma von Freiheit und Verantwortung.

Aus diesem Grunde ist im Hinblick auf den Kontext HIV und AIDS neben der *Perspektive des Handelnden* auch die *Perspektive des Betroffenen* zu bedenken, d.h. es entstehen gerade innerhalb sexueller Kommunikationen Schwierigkeiten, die sich nicht selten in Differenzen zwischen den Erwartungen der Partner äußern. In Verbindung mit einem geringeren Risikobewusstsein verweist ein unterlassener Schutz auf eine niedrige Risikowahrnehmung und lässt das Gefahrenpotential auf Seiten der von dieser Handlung betreffenden Person (Partner) zunehmen. Da derzeit in Bezug auf HIV ein allgemein geringeres Risikobewusstsein vorherrscht, gegenwärtige Tendenzen kaum wahrgenommen werden wollen, muss die Frage nach einem verantwortungsvollen Umgang mit Sexualität mit sich und anderen von jedem selbst beantwortet werden. Die Frage bleibt dennoch im Raum: Ist es überhaupt möglich, sich riskant zu verhalten, ohne andere zu gefährden?

Anstatt sich offen rational auf scheinbar widerspruchsfreie Aussagen festzulegen und mit dem Ansinnen nach einer reinen Rationalität im Umgang mit HIV und AIDS gegenwärtige Probleme lösen zu wollen, wäre es meiner Ansicht nach adäquater, offensiv den Widersprüchen zu begegnen und handlungsorientiertere Aufklärungen voranzutreiben.