
positive stimmen 2.0

Mit HIV leben, Diskriminierung abbauen

Ergebnisse eines partizipativen Forschungsprojekts zum Leben mit HIV in Deutschland

Forschungsteam und Autor*innen:

Dr. Janine Dieckmann, Franziska Hartung,
Marie-Theres Piening & Clemens Lindner
(Institut für Demokratie und Zivilgesellschaft)

Matthias Kuske, Eléonore Willems & Heike Gronski
(Deutsche Aidshilfe)

Unter Mitarbeit von:

Marie Bahati Kaiser



umfrage zu
hiv-bezogener
diskriminierung

positive-stimmen.de



INSTITUT FÜR DEMOKRATIE
UND ZIVILGESELLSCHAFT



Impressum

© Deutsche Aidshilfe e.V.
Wilhelmstr. 138
10963 Berlin
Tel.: (030) 69 00 87-0
Fax: (030) 69 00 87-42
www.aidshilfe.de
dah@aidshilfe.de

„positive stimmen 2.0“ ist ein Kooperationsprojekt der Deutschen Aidshilfe (DAH) und des Instituts für Demokratie und Zivilgesellschaft (IDZ), das in Trägerschaft der Amadeu Antonio Stiftung arbeitet.

Mehr Informationen zum Projekt:
www.positive-stimmen.de

1. Auflage, 2021
DAH-Bestellnr.: 029007

Inhaltlich verantwortlich:

Dr. Janine Dieckmann (IDZ), Heike Gronski (DAH)

Referenznummer des Ethikvotums:

ERCPN-223_84_05_2020

Projektteam IDZ:

Dr. Janine Dieckmann, Franziska Hartung,
Marie-Theres Piening, Clemens Lindner, Marie Kaiser

Projektteam DAH:

Heike Gronski, Matthias Kuske, Eléonore Willems

Das Projekt und dieser Forschungsbericht sind gefördert aus Mitteln des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) auf Grundlage eines Beschlusses des Deutschen Bundestages.

Korrektorat:

Anna-Lena Hermelingmeier

Gestaltung und Satz:

Die Goldkinder GmbH
Oranienstraße 183
10999 Berlin

Spenden für die AAS:

Amadeu Antonio Stiftung
GLS Gemeinschaftsband eG
IBAN: DE32 4306 0967 6005 0000 00
SWIFT-BIC: GENODEM1GLS

Bitte geben Sie bei der Überweisung eine Adresse an, damit wir Ihnen eine Spendenbescheinigung zuschicken können.

Spenden für die DAH:

Deutsche Aidshilfe e.V.
IBAN: DE27 1005 0000 0220 2202 20
BIC: BELADEVXXX
Online: www.aidshilfe.de

Sie können die DAH auch unterstützen, indem Sie Fördermitglied werden.

Nähere Informationen unter www.aidshilfe.de und bei der DAH.

Die DAH ist als gemeinnützig und besonders förderungswürdig anerkannt.

Spenden und Fördermitgliedschaftsbeiträge sind daher steuerabzugsfähig.



Gefördert durch:



aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

0.0 Inhaltsverzeichnis

1.0	Das Gesamtprojekt „positive stimmen 2.0“	11
1.1	Einleitung	12
1.2	Ziele von „positive stimmen 2.0“	13
1.3	Hintergründe zu „positive stimmen 2.0“ – Ein Projekt, zwei Modulstudien	14
1.4	Umsetzung als partizipatives Forschungsprojekt	15
1.5	Methodik und Design	17
1.6	HIV im gesellschaftlichen Kontext	19
1.6.1	HIV früher und heute	19
1.6.2	Der gesellschaftliche Umgang mit Viruspanidemien – Parallelen zwischen HIV & Corona	20
1.6.3	HIV-bezogene Stigmatisierung und Diskriminierung	21
2.0	Modulstudie A: Peer-to-Peer-Befragung im Rahmen des PLHIV Stigma-Index 2.0 in Deutschland	25
2.1	Einleitung und partizipative Umsetzung des PLHIV Stigma-Index 2.0 in Deutschland	26
2.1.1	Partizipative Umsetzung mit Peer-Interviewenden	27
2.1.2	Fragebogen des PLHIV Stigma-Index 2.0	27
2.2	Stichprobe	28
3.0	Ergebnisse der Modulstudie A	37
3.1	Diskriminierungs- und Stigmatisierungserfahrungen aufgrund der HIV-Infektion	38
3.1.1	Diskriminierende Situationen im sozialen Umfeld und der Familie	40
3.1.2	Verbale Angriffe, Erpressung und vorurteilsgeleitete Gewalt	42
3.1.3	Diskriminierung im Arbeitsleben	43
3.1.4	Diskriminierung im Sex- und Beziehungsleben	45
3.2	Offener Umgang mit der HIV-Infektion	46
3.3	Verinnerlichte HIV-bezogene Stigmatisierung	51
3.3.1	Einfluss auf Selbstwert	51
3.3.2	Ängste und Vermeidungsverhalten	53
3.4	Kontakt mit Gesundheitsdiensten	55
3.4.1	HIV-Test, HIV-Therapie und allgemeiner Gesundheitszustand	55
3.4.2	Diskriminierung im Gesundheitswesen	57
3.4.3	Offenheit und Vertrauen in nicht HIV-bezogene Gesundheitsleistungen	62
3.5	Menschenrechte und Engagement für Veränderung	63
3.5.1	Menschenrechtsverletzungen	63
3.5.2	Umgang mit Rechtsverletzungen	65
3.5.3	Reaktionen auf Diskriminierungssituationen	65
3.6	Nicht HIV-bezogene Stigmatisierung und Diskriminierung	67
3.6.1	Schwule und MSM	67
3.6.2	Bisexuelle & Personen, die Sex mit Männern und Frauen haben	69
3.6.3	Schwarze Personen, Nicht-weiße Personen oder People of Color	71
3.6.4	(Ehemalige) Drogengebrauchende	73

4.0	Zusammenfassung und Reflexion Modulstudie A	75
4.1	Zentrale Ergebnisse	76
4.1.1	HIV-bezogene Diskriminierung und Auswirkungen	76
4.1.2	Diskriminierung im Gesundheitswesen	77
4.1.3	Zur Vergleichbarkeit der Ergebnisse beider Erhebungen des PLHIV Stigma-Index	77
4.2	Reflexion zur partizipativen Umsetzung	78
4.2.1	Schulung, Supervision und Akquise	78
4.2.2	Die Akquise von Interview-Partner*innen	79
4.2.3	Supervision in Form von virtuellen Austauschtreffen	79
4.2.4	Die Peer-to-Peer-Interviews	80
4.2.5	Empowerment und Mehrwert für die Peer-Interviewer*innen	81
4.2.6	Grenzen und Herausforderungen Modulstudie A	82

5.0	Modulstudie B: Wahrnehmung und Auswirkungen HIV-bezogener Stigmatisierung und Diskriminierung	83
5.1	Zur Umsetzung der Modulstudie B	84
5.1.1	Mixed-methods-Design	84
5.1.2	Inhaltliche Schwerpunkte von Modulstudie B	84
5.1.3	Datenerhebung und Erhebungsinstrumente	85
5.1.4	Datenauswertung	86
5.2	Stichprobe	87
5.2.1	Stichprobenbeschreibung der Online-Befragung	87
5.2.2	Zusammensetzung der Fokusgruppen	96

6.0	Ergebnisse der Modulstudie B	97
6.1	Leben mit HIV	98
6.1.1	Gesundheit	98
6.1.2	HIV als Teil des Lebens	105
6.1.3	Zusammenfassung Leben mit HIV	111
6.2	HIV-bezogene Stigmatisierung	112
6.2.1	Erlebte Stigmatisierung	112
6.2.2	Antizipierte Stigmatisierung	115
6.2.3	Offenes Sprechen über die eigene HIV-Infektion	117
6.2.4	Internalisierte Stigmatisierung	129
6.2.5	Zusammenfassung HIV-bezogene Stigmatisierung	137
6.3	HIV-bezogene Diskriminierungserfahrungen	138
6.3.1	HIV-bezogene Diskriminierung im letzten Jahr	138
6.3.2	Institutionelle HIV-bezogene Diskriminierung	143
6.3.3	Auswirkungen HIV-bezogener Diskriminierung	150
6.3.4	Zusammenfassung HIV-bezogene Diskriminierung	152

6.4	Umgang mit HIV-bezogener Diskriminierung	153
6.4.1	Ressourcen im Umgang mit Diskriminierung	153
6.4.2	Reaktion auf ein diskriminierendes Ereignis	156
6.4.3	Gründe, in Diskriminierungssituationen nichts zu unternehmen	162
6.4.4	Zusammenfassung Umgang mit HIV-bezogener Diskriminierung	165
6.5	Sexualität und Beziehungsleben	166
6.5.1	Beziehung und Sexleben	166
6.5.2	Sexuelle Zufriedenheit	171
6.5.3	Sexualitätsbezogene Diskriminierung aufgrund der HIV-Infektion	174
6.5.4	Offenes Sprechen über HIV im Sex- und Beziehungsleben	178
6.5.5	Auswirkungen von HIV auf das Sex- und Beziehungsleben	185
6.5.6	Schutz durch Therapie	191
6.5.7	Zusammenfassung	197
6.6	Mehrdimensionale Diskriminierung	198
6.6.1	Weitere Diskriminierungsaspekte zusätzlich zu HIV	199
6.6.2	Mehrdimensionale Diskriminierung und ihre Auswirkungen	209
6.6.3	Subjektive Bedeutung der unterschiedlichen Diskriminierungsdimensionen im Leben	216
6.6.4	Zusammenfassung mehrdimensionale Diskriminierung	218
6.7	Community und Engagement	219
6.7.1	Identifikation mit der HIV-Community	219
6.7.2	Repräsentation innerhalb der HIV-Community	222
6.7.3	Engagement im HIV-Bereich	223
6.7.4	Diskriminierung in der HIV-Community	224
6.7.5	Zusammenfassung Community und Engagement	229
<hr/>		
7.0	Zusammenfassung der Ergebnisse aus Modulstudie B	230
<hr/>		
8.0	„positive stimmen 2.0“ – Zusammenfassung, Reflexion und Diskussion	235
<hr/>		
9.0	Forderungen und Handlungsempfehlungen	238
9.1	Forderungen	240
9.2	Handlungsempfehlungen	242
<hr/>		
10.0	Tabellen- und Abbildungsverzeichnis	246
10.1	Tabellenverzeichnis	247
10.2	Abbildungsverzeichnis	249
<hr/>		
11.0	Literaturverzeichnis	251
<hr/>		

0.1 Abkürzungsverzeichnis

Bezeichnungen

ART = Antiretrovirale (HIV)-Therapie

(B)PoC = (Black) People of Color

DAH = Deutsche Aidshilfe

GNP+ = Global Network of People living with HIV

HIV = Humane Immundefizienz-Virus

ICW = Globales Netzwerk für Frauen mit HIV

IDZ = Institut für Demokratie und Zivilgesellschaft

IPPF = Internationaler Verband für Familienplanung

MSM = Männer, die Sex mit Männern haben

n=n = nicht nachweisbar = nicht übertragbar

PLHIV = People living with HIV (Menschen, die mit HIV leben)

PrEP = Prä-Expositions-Prophylaxe

SdT = Schutz durch Therapie

SES = Sozioökonomischer Status

Statistische Werte

MW = Mittelwert

SD = Standardabweichung

p = Signifikanzniveau

r = Korrelation nach Pearson

T = Testgröße des T-Tests

n = eine bestimmte Anzahl der Teilnehmenden

N = Gesamtstichprobe der Studie

df = Freiheitsgrade

Liebe Leser*innen,

Wie leben HIV-positive Menschen heute? Werden Sie diskriminiert? Wenn ja, wo und in welcher Form? Erfahren sie Stigmatisierung? Diesen und anderen Fragen sind wir im partizipativen Forschungsprojekt nachgegangen.

Die Veröffentlichung der Projektergebnisse umfasst zwei Publikationen:

1. Die Projektbroschüre „positive stimmen 2.0 – Mit HIV leben, Diskriminierung abbauen“, die Anfang September 2021 veröffentlicht wurde. Sie vermittelt in Kurzfassung die Hintergründe zur Studie, zentrale Ergebnisse und die – gemeinsam mit vielen Partner*innen – entwickelten Maßnahmen- und Handlungsempfehlungen.
2. Diesen Forschungsbericht, welcher die vollständige Auswertung der Ergebnisse beider Modulstudien des Projekts umfasst.

Beide Publikationen können als Printversion im Shop der Deutschen Aidshilfe www.aidshilfe.de/shop bestellt werden.

Die Ergebnisse der ersten Auflage des ‚PLHIV Stigma-Index‘ in Deutschland 2012 waren bereits zentral für die Weiterentwicklung der Antidiskriminierungsarbeit und haben die Beteiligten und die Communities gestärkt.

Ein zentrales Ziel von „positive stimmen 2.0“ ist, dass die Ergebnisse Wirkung entfalten und dass sich Menschen mit HIV empowern. Wir wissen von den

Peer-Interviewer*innen, dass die vielen Gespräche auf Augenhöhe bereits zu einem Gefühl der Selbstermächtigung geführt haben. Auch soll das Projekt helfen, Diskriminierung und Ausgrenzung strukturell abzubauen. Dafür wurden auf Basis der Ergebnisse Handlungsempfehlungen entwickelt.

„positive stimmen 2.0“ ist ein Community-basiertes und partizipatives Forschungsprojekt. Ohne die vielen Beteiligten, die sich – auch trotz der besonderen Herausforderungen während der Corona-Pandemie – kreativ und intensiv für das Projekt engagiert haben, könnten wir diese Ergebnisse nicht präsentieren. Wir danken vor allem den Mitgliedern des Projektbeirats für ihre Beratung, Mitwirkung und Begleitung des Projekts sowie allen Peer-Interviewer*innen für ihre beeindruckende Arbeit im Jahr 2020.

Wir wünschen uns, dass dieser Forschungsbericht Sie wissenschaftlich bewegt und Sie im Sinne partizipativer Forschung aktiviert. Damit Menschen mit HIV in Zukunft nicht nur mit ihrer Infektion gut leben können, sondern auch weniger Stigmatisierung und Diskriminierung erleben.

Das Team von „positive stimmen 2.0“

Dr. Janine Dieckmann, Franziska Hartung,
Marie-Theres Piening, Clemens Lindner, Marie Kaiser
(IDZ)

Heike Gronski, Matthias Kuske, Eléonore Willems
(DAH)

Liebe Interessierte!

Mit Freude habe ich die Schirmherrschaft über die Fachtagung „positive stimmen 2.0“ übernommen. Mit dieser Publikation liegen Ihnen nun die Ergebnisse dieses wichtigen Forschungsprojekts zu den Stigmatisierungs- und Diskriminierungserfahrungen von Menschen mit HIV in Deutschland vor.

Bereits der erste Teil des Projekts „positive stimmen“ vor zehn Jahren war wegweisend: Menschen mit HIV befragten dafür andere Menschen mit HIV nach ihren Erfahrungen mit Diskriminierung und Stigmatisierung. Dieser Ansatz wurde nun im gemeinsamen Projekt der Deutschen Aidshilfe und dem Institut für Demokratie und Zivilgesellschaft mit rund 500 Befragten fortgeführt. Hinzu kam eine Online-Befragung von rund 1000 Menschen.

Ich möchte den bewusst gewählten Weg der Peer-to-Peer-Interviews hier noch einmal ausdrücklich als vorbildlich loben: Interviews auf Augenhöhe sind nicht nur besonders vertrauensvoll und tiefgehend. Sie empowern auch beide Seiten: Die Interviewten und die Interviewer*innen.

Wir wissen, dass HIV-Infektionen heute gut behandelbar sind, dass eine wirksame Therapie die Übertragbarkeit praktisch auf Null reduziert. Aber hat das auch die Erfahrungen von Diskriminierung entsprechend verringert?

Dem ist, wie wir auch aus unserer eigenen Beratung nur zu gut wissen, leider nicht so. Besonders frustrierend ist es, dass im so wichtigen Gesundheitsbereich immer noch Wissensdefizite, Vorurteile und

irrationale Ängste zu Stigmatisierung von Menschen mit HIV führen, so dass etwa Zahnärzt*innen die Behandlung verweigern. Das ist umso schlimmer für die Betroffenen, da sie hier einem ungleichen Machtverhältnis ausgesetzt sind und sie sich benachteiligenden Erfahrungen kaum entziehen können. Aber auch in anderen Bereichen gibt es nach wie vor Diskriminierungserfahrungen, ob im Arbeitsleben, im privaten Lebensbereich oder im Umgang mit staatlichen Behörden.

Es gibt aber auch etwas sehr Ermutigendes hervorzuheben: Menschen mit HIV bauen auf einem starken Netzwerk auf, das seinesgleichen sucht. Die Community bietet Unterstützung, regen Austausch, emotionalen Halt. Die jahrzehntelange Arbeit der Selbsthilfeorganisationen trägt hier Früchte!

Im Projekt wurden gemeinsam, durch die Community und Wissenschaft, Handlungsempfehlungen erarbeitet. Ich wünsche uns allen, dass diese Empfehlungen auch beherzigt und umgesetzt werden. Denn ein Schutz vor Diskriminierung und Stigmatisierung bedeutet Teilhabe, Lebensqualität, das Erhalten psychischer und physischer Gesundheit. Das sind fundamentale Rechte, auf die wir bestehen müssen – für alle.

Bernhard Franke, kommissarischer Leiter der Antidiskriminierungsstelle des Bundes

Liebe Leser*innen,

es gibt eine gute und eine schlechte Nachricht: Menschen mit HIV in Deutschland erleben die Infektion selbst heute praktisch nicht mehr als Einschränkung. Aber ein großer Teil fühlt sich durch die mit HIV verbundenen Vorurteile beeinträchtigt.

Menschen mit HIV leiden auch heute noch unter Offenlegungsangst, Scham, Schuldzuweisungen und einem geringen Selbstwertgefühl – und zwar umso mehr, wenn ihre Haut nicht weiß ist, sie Frauen sind, in ländlichen Regionen leben oder einen niedrigen sozioökonomischen Status haben. Sie werden im Arbeitsumfeld gemieden, erfahren Zurückweisung beim Dating und werden in ärztlichen Praxen mit Aussagen konfrontiert, die von 1985 stammen könnten und keinerlei Willen erkennen lassen, sich über die Entwicklungen in den letzten Jahrzehnten zu informieren.

Zum zweiten Mal nach 2011 haben Menschen aus der positiven Community andere Menschen mit HIV zu ihrem Leben mit der Infektion befragt. Das partizipativ entwickelte und umgesetzte Projekt „positive stimmen 2.0“ vermittelt einen plastischen Eindruck in die Aspekte dieses Lebens jenseits der medizinischen Erfolge. Vielleicht mehr noch als Zahlen und Diagramme rücken einzelne Aussagen ins Bewusstsein, was Stigmatisierung und Ausgrenzung bewirken – etwa, wenn wir lesen, dass sich jemand „schmutzig, wertlos und wie Müll“ fühlt, aus Angst vor der Offenlegung einem möglichen Partner gegenüber lieber auf Sex verzichtet oder berichtet, dass dieser Satz nach einer langen Zeit des Versteckens nun leichter, „mit weniger Schmerz und Leid“, über die Lippen geht: Ich bin HIV-positiv. Nur wenige vertrauen darauf, dass die Gesellschaft gut über den Schutz durch Therapie informiert ist und die entlastende Botschaft richtig einordnen kann.

„positive stimmen 2.0“ hat uns einen unschätzbaren Fundus an Erkenntnissen geliefert, und dafür danken wir allen, die das Projekt ermöglicht, unterstützt und begleitet haben: dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Institut für Demokratie und Zivilgesellschaft, der Antidiskriminierungsstelle des Bundes, dem Beirat aus Community-Vertreter*innen und Wissenschaft, GNP+ als internationalem Träger des PLHIV Stigma-Index und dem DAH-Projektteam. Allen voran seien die Interviewer*innen und Befragten genannt, die dem Projekt erst die Stimmen verliehen haben: Herzlichen Dank für Euer großes Engagement und Eure Offenheit!

Aus der ersten Befragung waren u.a. mit dem Buddyprojekt und der Kontaktstelle HIV-bedingte Diskriminierung ganz konkrete Maßnahmen gegen die Stigmatisierung und für das Empowerment von Menschen mit HIV entstanden. Daran wollen wir anknüpfen und freuen uns über die vielen wichtigen Impulse aus dem Fachtag im Juni. Klar ist schon jetzt: Wir brauchen starke Bündnisse, um unsere Vorstellungen z. B. zur Aus- und Weiterbildung im Gesundheitswesen zu verwirklichen.

Ein Ziel haben wir übrigens schon erreicht: Sowohl die Interviewer*innen als auch die Befragten berichteten, wie sehr sie allein die Beteiligung an den „positiven stimmen 2.0“ bestärkt hat. Das ist für uns Motivation und Antrieb, die nächsten dicken Bretter zu bohren.

Der Vorstand der Deutschen Aidshilfe

Liebe Leser*innen,

„positive stimmen 2.0“ – schon der Name des Forschungsprojekts verweist auf eine Überzeugung, die unsere Arbeit im Institut für Demokratie und Zivilgesellschaft und in der Amadeu Antonio Stiftung als seiner Trägerin prägt: Die Perspektive der Betroffenen von Gruppenbezogener Menschenfeindlichkeit und Diskriminierung muss in einer demokratischen und vielfältigen Gesellschaft mehr Gehör finden und kann dann Veränderungen in der Mehrheitsgesellschaft und ihren Strukturen hervorrufen und den Weg zu einer wirklich inklusiven und offenen Gesellschaft begleiten.

Verschiedene Formen von Menschenfeindlichkeit dürfen dabei nicht gegeneinander ausgespielt werden. HIV-bezogene Stigmatisierung und Diskriminierung sind auch 40 Jahre nach der globalen HIV/Aids-Krise keine Randthemen, sondern brauchen immer noch mehr Öffentlichkeit und Gegenmaßnahmen. Die Ausgrenzung HIV-positiver Personen ist eng verbunden mit rassistischer und homofeindlicher Diskriminierung. Wo sich solche Praktiken und verbundene Einstellungen unwidersprochen durchsetzen können, haben auch Rechtsextreme leichtes Spiel und können Vorurteile und Ängste nutzen, um für ihr menschenfeindliches Weltbild zu agitieren.

Auch in Hinblick auf historische Kontinuitäten lohnt sich ein Blick auf das Phänomen: Wie auch gerade in der Corona-Pandemie erlebbar, waren Antisemitismus, Rassismus und Homofeindlichkeit seit dem Aufkommen von HIV/Aids die Ideologien, die mit der Suche nach den Schuldigen und Sündenböcken verknüpft waren. Können wir aus den Erfolgen im Umgang mit Diskriminierung und Menschenfeindlichkeit im Kontext der HIV/Aids-Krise lernen?

Wir freuen uns, dass wir dieses wichtige Forschungsprojekt zu HIV-bezogener Stigmatisierung und Diskriminierung in Deutschland gemeinsam mit der Deutschen Aidshilfe durchführen können. Fünf Jahre nach der Gründung des Instituts für Demokratie und Zivilgesellschaft in Jena reiht sich die Arbeit im Projekt „positive stimmen 2.0“ ein in ein breites Spektrum wichtiger Forschung in den Feldern der Diskriminierung, Ideologien der Ungleichwertigkeit und Rechtsextremismus.

Ich danke den Kolleg*innen im Projekt für ihre engagierte Arbeit unter der wissenschaftlichen Leitung von Dr. Janine Dieckmann, wünsche eine erkenntnisreiche Lektüre der hier vorgestellten Projektergebnisse und freue mich über Rückmeldungen, Gespräche und auf weitere Zusammenarbeit im Themenfeld.

Beste Grüße,

Timo Reinfrank, Geschäftsführer der Amadeu Antonio Stiftung

Das Gesamtprojekt „positive stimmen 2.0“

1.0

1.1 Einleitung

Das partizipativ angelegte Forschungsprojekt „positive stimmen 2.0“ untersucht aktuelle Formen und Kontexte HIV-bezogener Stigmatisierung und Diskriminierung von Menschen, die in Deutschland mit HIV leben. Potenzial und Ziel partizipativer Forschung ist es, dass soziale oder gesellschaftliche Forschungsfragen wissenschaftlich und gemeinschaftlich mit Expert*innen in eigener Sache, deren Lebensrealität durch den Forschungsgegenstand geprägt ist – im Projekt „positive stimmen 2.0“ HIV-bezogene Stigmatisierung und Diskriminierung – untersucht werden.

Darüber hinaus werden Wirkmechanismen sowie die psychologischen, gesundheitlichen und sozialen Auswirkungen HIV-bezogener Stigmatisierung und Diskriminierung von Menschen mit HIV analysiert. Schwerpunkte stellen dabei das Gesundheitswesen sowie das Sex- und Beziehungsleben dar. Des Weiteren wird die Bedeutung der gesellschaftlichen Stigmatisierung bzw. deren Verinnerlichung von Menschen mit HIV zentral untersucht. Ein weiterer Forschungsschwerpunkt ist die Analyse des intersektionalen Charakters HIV-bezogener Diskriminierung, also ihrer Verwobenheit und Wechselwirkung mit weiteren gesellschaftlichen Diskriminierungsdimensionen (wie vor allem, aber nicht ausschließlich Homosexuellenfeindlichkeit).

Der vorliegende Forschungsbericht¹ ergänzt die Projektbroschüre „positive stimmen 2.0 – Mit HIV leben, Diskriminierung abbauen“², welche die zentralen Ergebnisse und Handlungsempfehlungen des Projekts in Kurzfassung präsentiert.

Das Projekt setzt sich aus zwei Modulstudien zusammen. Dabei ist Modulstudie A die zweite Erhebung des international standardisierten „People living with HIV“ (PLHIV) Stigma-Index in Deutschland, welcher bereits vor 10 Jahren zum ersten Mal in Deutschland erhoben wurde (DAH 2014). Die Ergebnisse dieser

Modulstudie werden über diesen Forschungsbericht hinaus als *Country Report* für Deutschland an die internationalen Kooperationspartner UNAIDS, GNP+ (Globales Netzwerk von Menschen mit HIV), ICW (Globales Netzwerk für Frauen mit HIV) und IPPF (Internationaler Verband für Familienplanung) übermittelt. Modulstudie B ergänzt die Ergebnisse des Stigma-Index um die Untersuchung konkreter Auswirkungen von HIV-bezogener Stigmatisierung und Diskriminierung und ihrer Wechselwirkungen.

Die partizipative Umsetzung der Peer-to-Peer-Interviewstudie sowie die Beschreibung der Stichprobe von Modulstudie A werden in Kapitel 2 beschrieben. Die Erhebung der Diskriminierungserfahrungen der befragten Menschen mit HIV in den zwölf Monaten vor der Befragung sowie alle Ergebnisse zu Fragen des Umgangs mit der HIV-Infektion, der verinnerlichten Stigmatisierung, den Erfahrungen im Gesundheitswesen, aber auch zu Menschenrechtsverletzungen und Community-Engagement werden in Kapitel 3 und zusammenfassend in Kapitel 4 beschrieben.

Kapitel 5 beinhaltet die Beschreibung der Umsetzung und der Stichprobe von Modulstudie B, einer Mixed-methods-Studie bestehend aus einer Online-Befragung und ergänzenden Fokusgruppen.

Die Ergebnisse werden umfangreich in Kapitel 6 dargelegt und in Kapitel 7 zusammengefasst. Anschließend werden in Kapitel 8 die zentralen Ergebnisse beider Modulstudien vor dem Hintergrund der abzuleitenden Ansatzpunkte für einen gesamtgesellschaftlichen Abbau von HIV-bezogener Stigmatisierung und Diskriminierung diskutiert.

Kapitel 9 umfasst alle Forderungen und Handlungsempfehlungen, die empirisch fundiert und partizipativ entwickelt aus den Ergebnissen der Modulstudien abgeleitet wurden.

¹ Vielen Dank an unsere Projektbeiratsmitglieder Dr. Carolin Vierneisel und Prof. Kai Jonas für wertvolle Anmerkungen zu vorherigen Versionen des Berichts sowie an Lisa Wessel und Jaroscha Steinhauer für ihre tatkräftige Unterstützung bei der Erstellung dieses umfassenden Forschungsberichts.

² Projektbroschüre „positive stimmen 2.0 – Mit HIV leben, Diskriminierung abbauen“: www.positive-stimmen.de/ergebnisse.

1.2 Ziele von „positive stimmen 2.0“

„positive stimmen 2.0“ ist ein partizipatives Forschungsprojekt zur Erhebung des Stigmatisierungs- und Diskriminierungserlebens von Menschen, die mit HIV leben. Als Community-basiertes Projekt mit partizipativem Forschungsansatz ist hierbei neben der Datenerhebung die (positive) Auswirkung auf die Lebenswirklichkeit von Menschen mit HIV von besonderer Bedeutung. Die Ziele des Projekts gliedern sich in folgende Teilziele auf:

1. Bereitstellung einer aktuellen *Bestandsaufnahme* zu HIV-bezogener Diskriminierung durch die Erhebung von aussagekräftigen quantitativen und qualitativen Daten zu HIV-bezogenen Stigmatisierungsprozessen und -auswirkungen. Die gewonnenen Daten tragen zu einem größeren Verständnis bei, wie Stigmatisierung und Diskriminierung von Menschen mit HIV erlebt werden, und welche aktuellen Ansatzpunkte es gibt, auf verschiedenen Ebenen und in verschiedenen gesellschaftlichen Bereichen effiziente Antidiskriminierungsarbeit zu leisten.
2. *Empowerment* von Menschen mit HIV: Durch die Mitarbeit im Projekt als Peer-Interviewer*in oder als Mitglied im Projektbeirat werden einerseits Menschen direkt in ihren Kompetenzen gestärkt. Ihre persönliche und politische Selbstwirksamkeit wird gestärkt, denn durch die Teilnahme an den Befragungen tragen Menschen mit ihren eigenen Erfahrungen dazu bei, Maßnahmen und Handlungsoptionen gegen Diskriminierung zu entwickeln. Andererseits ermöglicht die Einbindung von Menschen mit HIV im Projekt das Einbeziehen ihrer Perspektive und Lebensrealitäten auf allen Stufen des Projekts. Die dadurch entstandenen Ergebnisse und Outcomes des Projekts führen letztendlich auch zu einer Bestärkung und dem Empowerment der HIV-Community.
3. Entwicklung empirisch fundierter, Community-basierter *Forderungen* und *Handlungsempfehlungen* für eine wirkungsvolle Antidiskriminierungsarbeit in Deutschland. Die datenbasierten Erkenntnisse aus den Untersuchungen dienen dazu, zukünftige programmatische Interventionen zu entwickeln und Veränderungen auf unterschiedlichen Ebenen zu initiieren.

1.3

Hintergründe zu „positive stimmen 2.0“ – Ein Projekt, zwei Modulstudien

Basierend auf den ersten Ergebnissen der weltweiten Erhebungen des „PLHIV Stigma-Index“³ wurde auf der Welt-AIDS-Konferenz 2018 in Amsterdam die überarbeitete Version des Fragebogens zum ‚PLHIV Stigma-Index 2.0‘ veröffentlicht. Da die erste Umsetzung des PLHIV Stigma-Index in Deutschland mit dem Projekt „positive stimmen“ bereits 2011 stattfand, ist eine aktuelle Neuauflage in Deutschland angesichts der medizinischen und gesellschaftlichen Entwicklungen der letzten 10 Jahre notwendig, um eine aktualisierte Bestandsaufnahme zu HIV-bezogener Stigmatisierung und Diskriminierung zu erhalten und entsprechend angepasste Handlungsempfehlungen zu erarbeiten. Das Forschungsprojekt greift dabei zentrale Entwicklungen seit der ersten Auflage 2011 auf. Ein wesentlicher Fragenbereich umfasst so beispielsweise die Auswirkungen von „Schutz durch Therapie“ und somit der Nichtübertragbarkeit von HIV auf das Leben, die Sexualität sowie die verinnerlichte Stigmatisierung und Diskriminierungserfahrungen von Menschen mit HIV.

Im Rahmen des Projekts fand die zweite Erhebung des PLHIV Stigma-Index in Deutschland als Modulstudie A statt (siehe Kapitel 2–4). Die Neuauflage der Erhebung des international standardisierten Stigma-Index wurde hierbei um eine Online-Befragung und Fokusgruppen ergänzt (Modulstudie B, siehe Kapitel 5–7). Somit konnten Forschungsfragen zu Auswirkungen und Zusammenhängen vertieft untersucht werden sowie andere Forschungsfragen, die für den Kontext, in denen Menschen mit HIV in Deutschland leben, relevant sind, ergänzt werden.

„positive stimmen 2.0“ wurde in Kooperation des Instituts für Demokratie und Zivilgesellschaft (IDZ) und der Deutschen Aidshilfe (DAH) realisiert und durch das Bundesministerium für Gesundheit finanziert.

³ *People living with HIV (PLHIV) Stigma Index, www.stigmaindex.org*

1.4 Umsetzung als partizipatives Forschungsprojekt

Partizipativ zu forschen bedeutet, Forschungsfragen partnerschaftlich mit den Personen zu untersuchen, deren Lebensrealität vom Forschungsgegenstand beeinflusst ist und die ihre lebensweltliche Expertise mit in den Forschungsprozess einbringen. Von partizipativer Forschung (oder Peer-Forschung⁴) wird gesprochen, wenn Menschen, die aufgrund ihrer eigenen Biografie spezifisches Wissen zum Forschungsthema besitzen, Forschung mitgestalten und z.B. andere Peers interviewen (vgl. von Unger 2014). Für die Diskriminierungsforschung relevant ist dabei das spezifische lebensweltliche Wissen zu Erfahrungen aus dem Erleben und Umgang mit gesellschaftlicher Stigmatisierung und Diskriminierung. Dieses lebensweltliche Wissen hat immer auch einen Bezug zu den sozialen Identitäten der Person, also wie sie sich in einer Gruppe oder der Gesellschaft allgemein einordnet und positioniert bzw. auch von anderen eingeordnet wird. Spezifische Lebensrealitäten, Sozialisations Hintergründe, aber auch spezifische Identitäten sind die Grundlage dieses Wissensbestandes (z. B. die Identität als schwuler Mann, als Trans* Person oder (Black) People of Color [(B)PoC]). Durch den partizipativen Forschungsansatz wird *mit* Menschen als „Expert*innen in eigener Sache“, die also – im Kontext der Diskriminierungsforschung – von der spezifischen Diskriminierung betroffen sind, geforscht und nicht *über* sie. Wichtige Merkmale des partizipativen Forschungsansatzes im Forschungsprojekt „positive stimmen 2.0“ (wie auch im Projekt „positive stimmen“ 2012, DAH 2014) sind:

- a. die Teilnahme und die Einbeziehung [der Menschen], über die geforscht wird,
- b. ein Aktivismus-orientierter Ansatz, der die erhobenen Daten zur Verbesserung der Situation von [Peer-]Forschenden und Beforschten nutzt, und
- c. das ‚Empowerment‘ (die „[Er]mächtigung“) der an der Forschung beteiligten [Repräsentant*in-nen] der [Community], ihre Interessen [und die ihrer Community] selbstbestimmt(er) zu vertreten und zu gestalten“ (DAH 2014, S. 9).

Das Verständnis von tatsächlicher Partizipation lebensweltlicher Expert*innen (Peer-Forscher*innen) im Forschungsprozess ist im „Stufenmodell der Partizipation“ (vgl. von Unger 2014) veranschaulicht (Abbildung 1). Das Stufenmodell unterscheidet neun verschiedene Arten von Beteiligung der Community-Partner*innen. Anhand dessen lässt sich identifizieren, ab wann ein Forschungsprozess als partizipativ gilt. Die Stufen der Instrumentalisierung (1) und Anweisung (2) sind dabei Nicht- bzw. Scheinpartizipationsformen. Die Stufen von Information (3), Anhörung (4) und Einbeziehung (5) gelten als wichtige Vorstufen der Partizipation. Nach diesem Modell findet tatsächliche Partizipation dann statt, wenn Peer-Forscher*innen über die Projektgestaltung mitbestimmen können (6), über Teile des Projekts mitentscheiden (7) bzw. wichtige Entscheidungen des Projekts selbst vornehmen (8). Die Stufe 9 bezeichnet Prozesse des selbstorganisierten Handelns und geht über partizipative Forschung hinaus (von Unger 2014).

Auch den GIPA-Prinzipien⁵ folgend, sind es Menschen mit HIV, die in dem Projekt auf allen Ebenen Prozessverantwortung tragen. Im Forschungsprojekt „positive stimmen 2.0“ insgesamt gestaltet sich die Partizipation von Menschen mit HIV dadurch, dass alle Schritte des Projekts sowie des Forschungsprozesses in Abstimmung und Rückkopplung mit Stellvertreter*innen der HIV-Community(s), der Deutschen Aidshilfe und Wissenschaftler*innen mit Expertise in der HIV-Forschung stattfinden. Das Projekt wurde durch einen Beirat von zehn Mitgliedern begleitet und beraten. Dieser bestand aus sechs Community-Vertreter*innen, drei Wissenschaftler*innen und einer Vertreterin des BMG und tagte drei Mal während der Projektlaufzeit.⁶ Darüber hinaus wurde er bei wichtigen Themen im Umlaufverfahren per Mail beteiligt.

⁴ Der englische Begriff „peers“ lässt sich mit „Ebenbürtige“, „Gleichgestellte“ oder Menschen einer „Bezugsgruppe“ übersetzen.

⁵ „Greater Involvement of People Living with HIV and Aids“ (GIPA, „größere Beteiligung von Menschen mit HIV und Aids“).

⁶ Die Beiratsmitglieder von „positive stimmen 2.0“ waren Michael Dyrna, Anke Geißler, Aminata Giese, Prof. Dr. Kai Jonas, Edgar Kitter, Kerstin Mörsch, Sabin Schumacher, Christian Szillat, Dr. Carolin Vierneisel und Prof. Dr. Hella von Unger.

Stufen der Partizipation



Abbildung 1: Stufen der Partizipation (vgl. von Unger 2014)

Aufgaben des Beirats waren insbesondere:

- Projektbegleitung aus wissenschaftlicher und Communityperspektive
- Beratung der Projektteams
- Prozessbegleitung und Vorschläge zur Unterstützung der Prozesse
- Unterstützung in der Auswertung und Interpretation der gewonnenen Daten und Durchsicht/ Feedback der Projektergebnisse

Insbesondere die Beteiligung von Menschen mit HIV als „Peer-Forscher*innen“ zeichnet das partizipative, Community-basierte Forschungsprojekt aus. Die „Beforschten“ wurden somit als „Co-Forscher*innen“ an der wissenschaftlichen Arbeit beteiligt und führten als Peers auf Augenhöhe die Interviews mit anderen Menschen mit HIV durch. 33 Peer-Forscher*innen konnten im Rahmen des Forschungsprojekts aus-

gebildet werden. Diese haben insgesamt 450 Peer-Interviews mit Menschen mit HIV durchgeführt. Eine Beschreibung des partizipativen Forschungsansatzes und Peer-Ansatzes findet sich in Abschnitt 2.1.1 dieses Forschungsberichts sowie ausführlich in der Projektbroschüre.

Auch die Studienergebnisse wurden partizipativ im Rahmen verschiedener projektinterner Gremien sowie auf öffentlichen Fachtagungen dargestellt und gemeinsam mit Menschen aus der HIV-Community, Vertreter*innen der Selbsthilfe und der Netzwerke von Menschen mit HIV diskutiert und interpretiert. Letztendlich wurden anhand der Studienergebnisse konkrete, Community-basierte Forderungen und Handlungsempfehlungen an Politik, Verwaltung und Gesellschaft für eine wirkungsvolle Antidiskriminierungsarbeit partizipativ entwickelt.

1.5 Methodik und Design

Das Gesamtprojekt setzt sich aus zwei Modulstudien zusammen (siehe auch Tabelle 1):

Modulstudie A ist die zweite Erhebung des PLHIV Stigma-Index in Deutschland (siehe Kapitel 2–4). Der PLHIV Stigma-Index 2.0 wurde mittels Peer-to-Peer-Interviews erhoben. Insgesamt wurden 450 Interviews geführt. Die Fragen des PLHIV Stigma-Index 2.0 sind international standardisiert und werden entsprechend über diesen Forschungsbericht hinaus von GNP+ zu einem internationalen Bericht vergleichend ausgewertet, integriert und interpretiert. Über den standardisierten Fragenkatalog hinaus wurden weitere vertiefende Fragen für den deutschen Kontext gestellt. Der Fragebogen stand den Interviewer*innen ausgedruckt als gebundenes Heft in den Sprachen Deutsch, Englisch und Russisch zur Verfügung.

Modulstudie B untersucht mithilfe eines *mixed-methods-Designs* (Creswell 2015) ergänzend die Auswirkungen und den Umgang mit HIV-bezogener Stigmatisierung und Diskriminierung (siehe Kapitel 5–7). Es werden Fragestellungen aus Modulstudie A vertieft. Die Studie kombiniert Daten einer quantitativen Befragung und qualitativer Fokusgruppen, um die Forschungsfragen nicht nur mit quantitativen Ergebnissen, sondern auch mit konkreten Erzählungen aus der Lebensrealität von Betroffenen zu beantworten.

Die quantitative Online-Befragung fokussiert auf Forschungsfragen, die der PLHIV Stigma-Index 2.0 nicht bzw. nur unzureichend abdeckt. So wurde beispielsweise vertiefend nach individuellen Auswirkungen auf die Gesundheit, das Beziehungs- und Sexleben sowie Coping-Strategien der Betroffenen gefragt. Auch die wahrgenommenen Veränderungen durch den Schutz durch Therapie wurden untersucht. Weitere Schwerpunkte der Online-Befragung waren die Auswirkungen mehrdimensionaler Diskriminierung, das Engagement, aber auch Diskriminierungserfahrungen in der HIV-Community. 935 Menschen mit HIV, die in Deutschland leben, nahmen teil.

In vier Fokusgruppen wurden aufbauend auf den Ergebnissen aus Modulstudie A und der Online-Befragung offene Fragen und spezifische Perspektiven innerhalb der HIV-Community untersucht. Insgesamt haben 28 Menschen an den Fokusgruppen teilgenommen. Zwei Fokusgruppen fanden auf Community-Treffen statt und waren heterogen zusammengesetzt (z. B. hinsichtlich Geschlecht, Alter, sexueller Orientierung). Eine Fokusgruppe bestand aus jungen Menschen mit HIV und eine Fokusgruppe waren Teilnehmerinnen, die sich als weiblich, heterosexuell und Mütter identifizieren.

	Modulstudie A	Modulstudie B	
		Online-Befragung	Fokusgruppen
Inhalt	International standardisierte Fragen des PLHIV Stigma-Index 2.0	Diskriminierungserfahrungen von PLHIV in verschiedenen Kontexten, internalisiertes Stigma, Schuldgefühle, Umgang	Moderiertes Diskussionsverfahren mit jeweils circa 7 Teilnehmer*innen zu HIV-bezogener Stigmatisierung und Diskriminierung
Erhebungsform	Peer-to-Peer Interviews side-by-side (gemeinsames Ausfüllen des Fragebogens) Alternativ via Skype, Zoom, Telefon	Online-Fragebogensoftware SoSci-Survey	Tonmitschnitt des moderierten Diskussionsgesprächs; anschließende Transkription; Feldnotizen der/des Interviewer*in
Fragebogenform	Standardisierter Fragebogen	Standardisierter Fragebogen	Flexibler Interviewleitfaden
Zielstichprobe	Menschen mit HIV	Menschen mit HIV	Subgruppen innerhalb der HIV-Community
Stichprobenziehung	Aktive Rekrutierung; Interviewer*innen kontaktierten gezielt Personen aus dem Umfeld	Passive Rekrutierung; Schneeballprinzip; Werbung auf Internetseiten, Facebookgruppen, Foren, Ansprache und Aushänge in ärztlichen Praxen, Kliniken, Aidshilfen	Aktive Rekrutierung; Ansprache potenzieller Teilnehmer*innen bspw. im Rahmen von Community-Veranstaltungen
Erhebungszeitraum	März 2020 bis Januar 2021	Juni 2020 bis Oktober 2020	Oktober 2020 bis Juni 2021
Teilnehmende (Netto-Stichprobe)	450	935	28
Umfragesprachen	Deutsch, Englisch, Russisch	Deutsch, Englisch	Deutsch

Tabelle 1: Zusammenfassung der zwei Modulstudien.

1.6 HIV im gesellschaftlichen Kontext

1.6.1 HIV früher und heute

Historisch gesehen ist HIV/Aids im Vergleich zu religiösen Zugehörigkeiten oder rassistisch stigmatisierten Merkmalen eines der jüngsten stigmatisierten Merkmale in unserer Gesellschaft. Erst vor 40 Jahren wurde das Krankheitsbild – das ein Jahr später „AIDS“ (Acquired Immune Deficiency Syndrome) genannt wurde – erstmals wissenschaftlich erwähnt (CDC 1981). Das dafür verantwortliche HI-Virus wurde 1983 entdeckt und breitete sich seit den 1980er zunächst im US-amerikanischen Raum und kurze Zeit später zu einer weltweiten Pandemie aus. Insbesondere zu Beginn der Infektion wurde Aids durch die mediale Berichterstattung zu einer „Bedeutungsepidemie“ (Weingart 2002, S. 7), indem die Krankheit mit verschiedenen Sinnzuweisungen beladen wurde, die als Vehikel für Vorurteile und Benachteiligung genutzt wurden. Damit einher ging neben einer Reihe Ursprungs- und Verschwörungsmymen die Suche nach Sündenböcken für die Verbreitung der Infektion. Als deutlich wurde, dass die Infektion insbesondere homosexuelle Männer betrifft, wurde sie zunächst mit dem Kurzwort „GRID“ belegt, was für „Gay Related Immune Deficiency Syndrome“ stand – im Volksmund abwertend: „Schwulenpest“. Aber nicht nur schwulen Männern wurde die „Schuld“ an der Verbreitung der Infektion gegeben. Auch andere marginalisierte und vulnerable gesellschaftliche Gruppen, die schon vor HIV/Aids stigmatisiert wurden – wie Sexarbeiter*innen oder Drogenkonsument*innen – wurden nun als „Risikogruppen“ gelabelt. Verstanden wurden sie jedoch als „Gefahrengruppen“, welche für die Verbreitung der „Lustseuche“ (DER SPIEGEL 22/1982) verantwortlich gemacht wurden. Insbesondere die sexuelle Übertragbarkeit bot sich dabei für Schuldzuschreibungen und Stigmatisierung an (vgl. Wießner 2003, Weingart 2002).

Lange wurde angenommen, dass die Stigmatisierung und Diskriminierung zurückgehen würden, wenn die Krankheit erklärt und behandelt werden könne, so wurde von einer gesellschaftlichen „Normalisierung“ gesprochen (vgl. Rosenbrock/Schaeffer 2002). Tatsächlich gelangen der medizinischen Forschung im Laufe der letzten vier Jahrzehnte in der Behandlung und Bekämpfung von HIV und Aids bahnbrechende Fortschritte. Seit der ersten, 1987 eingeführten, jedoch wenig erfolgreichen HIV-Therapie mit AZT/Retrovir hat sich viel getan. 1996 wurde die erste antiretrovirale Kombinationstherapie (ART) eingeführt, welche wesentliche Erfolge brachte. HIV-positive Menschen

können seither im Allgemeinen ein Leben ohne HIV-bezogene Symptome und Aids führen und HIV wurde zu einer „chronischen Infektion“. Die heutige anti-retrovirale HIV-Therapie (ART) ist nebenwirkungsarm und muss in der Regel nur einmal täglich eingenommen werden. HIV war auch vorher in Alltagskontakten nicht übertragbar und ist heutzutage durch die regelmäßige Einnahme der ART auch beim Sex, dem häufigsten Übertragungsweg, nicht übertragbar. Die Therapie hält die Viruslast „unter der Nachweisgrenze“. ⁷ Eine Weitergabe des Virus ist damit ausgeschlossen. Zudem stehen heute, im Zeitalter des „Safer Sex 3.0“⁸, neben dem Kondom auch die Prä-Expositions-Prophylaxe (PrEP) und „Schutz durch Therapie“ als zuverlässige Präventionsmöglichkeiten zur Verfügung.

Dennoch zeigt sich, dass trotz der medizinischen Entwicklungen auch 40 Jahre nach dem Ausbruch von HIV und Aids Menschen mit HIV weiterhin mit Vorurteilen gegenüber HIV konfrontiert sind und in vielen Lebensbereichen Diskriminierung aufgrund ihrer HIV-Infektion erleben. HIV ist auch heute nicht nur eine „physische Krankheit“. HIV ist mit einem gesellschaftlichen Stigma belegt: Es bestehen weiterhin abwertende Vorurteile gegenüber Menschen mit HIV. Die Horrorszenarien und -bilder, die in den 1980er und 1990er Jahren von Aids verbreitet wurden, wirken weiter in den Köpfen, im Verhalten und institutionellen Handlungsrouninen dieser Gesellschaft und mischen sich zudem mit neuen stigmatisierenden Bildern. Dennoch sind auch positive gesellschaftliche Entwicklungen und Effekte zu betonen und herauszustellen, die einen Bedeutungswandel von HIV mit sich bringen, welcher sich insbesondere durch „Schutz durch Therapie“ und die „PrEP“ abzeichnet (vgl. Dannecker 2019).

⁷ Das heißt, dass die Viren mit heutigen Nachweismethoden (PCR-Test) nicht mehr nachgewiesen werden können, in der Regel bei weniger als 50 Viruskopien/ml. Verschiedene Studien belegen, dass wenn die Viruslast im Blut sechs Monate stabil unter der Nachweisgrenze ist, die Infektiosität unter wirksamer ART drastisch reduziert wird (vgl. www.rki.de/SharedDocs/FAQ/HIVAids/FAQ-Liste.html#FAQId2436740).

⁸ Das Präventionskonzept „Safer Sex 3.0“ umfasst drei Schutzmöglichkeiten gegen eine HIV-Übertragung: Kondomnutzung, „Schutz durch Therapie“ und PrEP. Studien belegen, dass eine wirksame HIV-Therapie die Übertragbarkeit beim Sex genauso effektiv verhindert wie Kondome. Das Vertrauen darauf wird als „Schutz durch Therapie“ bezeichnet. Mit der PrEP ist die vorsorgliche Medikamenteneinnahme HIV-negativer Menschen gemeint, um sich vor einer Ansteckung mit HIV zu schützen (vgl. www.iwwit.de/safer-sex).

1.6.2 Der gesellschaftliche Umgang mit Viruspanidemien – Parallelen zwischen HIV & Corona

Die aktuelle Situation der Corona-Pandemie, die sich mit der Durchführung des Forschungsprojekts überschneidet, zeigt – trotz aller Unterschiede der Viren selbst – Parallelen in den gesellschaftlichen Mechanismen und Umgangsweisen mit pandemischen Infektionskrankheiten zum damaligen Umgang mit HIV (vgl. Hartung/Piening/Dieckmann 2021). Wie auch die aktuelle Corona-Pandemie eindrücklich zeigt, sind die Reaktionen und der Umgang mit Viruspanidemien bzw. tödlichen Infektionskrankheiten seit Menschengedenken von vergleichbaren sozialen (Gruppen-)Prozessen geprägt (vgl. Sontag 2003). Menschliche und gesellschaftliche Reaktionen auf derartige Infektionskrankheiten setzen sich dabei in unterschiedlichen Phasen der Ausbreitung und Eindämmung durch mehrere kollektive und gruppenpsychologische Prozesse zusammen.

Zu Beginn finden neben individuellen Schutzstrategien auch vermehrt Prozesse der kollektiven Schuldzuweisung gegenüber vermeintlich Schuldigen und (Haupt-)Überträger*innen statt. Die sogenannte Sündenbocksuche führt sowohl zu infektionsbezogenen Zuschreibungen (z. B. Schuld aufgrund normabweichender Lebensstile) und zu gruppenbezogenen Ausgrenzungen (z. B. „Ihr seid schuld und deshalb seid ihr nicht erwünscht“). Im Endeffekt findet eine Reproduktion und Verstärkung von in der Gesellschaft vorherrschenden Ungleichwertigkeitsvorstellungen statt. So stieg aktuell zu Beginn der Corona-Pandemie der anti-asiatische Rassismus in vielen Gesellschaften an (für Deutschland u. a. Mediendienst Integration 2021). Asiatisch-gelesene Menschen wurden als vermeintlich Schuldige angesehen. Diese generalisierenden gruppenbezogenen Schuldzuweisungen und Erklärungsversuche zur Krankheitsausbreitung fanden auch im Mittelalter bei Krankheiten wie Pest, Lepra oder Syphilis statt. Kollektive Schuldzuweisungen in Bezug auf Pandemien knüpfen sich seit jeher an bestehende historisch ältere Ideologien, ihre Narrative und Denkmuster. So finden sich in Bezug auf viele pandemische Infektionskrankheiten Belege für antisemitische und rassistische Schuldzuweisungen (vgl. Sontag 2003, Hödl 1997). Um den gesellschaftlichen Umgang mit Viruspanidemien zu verstehen und einzuordnen ist der Einbezug des jeweiligen gesellschaftspolitischen Kontextes mitzubetrachten (Stürmer/Salewski 2009). Für die Entstehung der gesellschaftlichen Stigmatisierung von HIV ist vor allem auch ihre Funktionalität im Kontext der USA und Westeuropa der 1980er Jahre relevant. Um gegen die zunehmende Liberalisierung gesellschaftlicher Einstellungen gegenüber Homosexualität vorzugehen, erfüllte die Stigmatisierung von HIV und Aids als „tödbringende Seuche“ und Gefahr vor allem von schwulen

Männern ausgehend (später auch für andere nicht-normativ lebende gesellschaftliche Gruppen) ihren Zweck (vgl. ebd.). Die HIV-Ausbreitung wurde und wird vor allem schwulen Männern, Drogengebraucher*innen und Sexarbeiter*innen zugeschrieben. Jedoch begrenzt sich die Übertragung von HIV keinesfalls nur auf eine sexuelle Orientierung bzw. diese gesellschaftlich marginalisierten Gruppen.⁹

Mit zeitlichem Fortbestehen pandemischer Viruserkrankungen, das heißt sowohl mit der akuten Bekämpfung sowie der langfristigen Präventionsarbeit, kommen zunehmend gesellschaftliche Ungleichwertigkeitsvorstellungen und strukturelle Ungleichheiten zum Tragen. Sie manifestieren sich dann nicht nur in Schuldzuweisungen, sondern beispielsweise auch im ungleichen Zugang zu Schutz(-maßnahmen) vor Übertragung und dem Verlauf der Erkrankung (z. B. in Bezug auf Corona aufgrund von Arbeits- und Wohnverhältnissen, aufgrund niedrigen sozioökonomischen Status, Wachtler/Hoebel 2020). Soziale Ungleichheiten zeigen sich im Zugang zu virusbezogenen Informationen, Aufklärung und Wissen, aber auch im langfristigen Zugang zu angemessener Therapie und Medikamenten (z. B. fehlender Zugang zu HIV-Medikamenten, vgl. UNAIDS 2021).

Dass eine globale Bekämpfung von HIV und Aids nur durch eine globale Pandemiestrategie möglich ist, welche ebenso soziale Ungleichheit bekämpfen muss, wurde auf dem diesjährigen *UN General Assembly 2021 High-Level Meeting on HIV/AIDS* deutlich formuliert.¹⁰ Die Expert*innen des Treffens kamen zu dem Schluss, dass es für das Ziel, Aids weltweit bis 2030 erfolgreich zu bekämpfen, weiterhin viel zu verändern gibt (ebd.). Die Ergebnisse des Forschungsprojekts „positive stimmen 2.0“ sollen dazu beitragen, diesem Ziel im Kontext der Bundesrepublik Deutschland näherzukommen.

⁹ Die in Deutschland oder von Menschen deutscher Herkunft im Ausland erworbenen 76.800 Infektionen (95 % KI: 71.900 – 82.000) verteilen sich zu etwa 72,8 % (n = 55.900) auf MSM und zu etwa 14,7 % (n = 11.300) auf Frauen (9,8 %, n = 7.500) und Männer (4,9 %, n = 3.800), die sich über heterosexuelle Kontakte infiziert haben. Etwa 8.300 (10,8 %) aller Menschen mit HIV haben ihre Infektion beim Gebrauch intravenöser Drogen erworben. Darüber hinaus gibt es ca. 450 Personen (0,6 %), die sich größtenteils in den frühen 1980er Jahren über Bluttransfusionen oder Blutprodukte mit HIV infiziert haben, und ca. 800 Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene (1,0 %). Von den Menschen, die mit HIV in Deutschland leben, sind etwa 13.900 (15,3 %) Menschen ausländischer Herkunft, die sich auch im Ausland mit HIV infiziert haben (vgl. RKI 2020).

¹⁰ <https://hlm2021aids.unaids.org>.

1.6.3 HIV-bezogene Stigmatisierung und Diskriminierung

HIV-bezogene Stigmatisierung

„Stigma“ bedeutet im etymologischen Sinn „Stich“, „Tätowierung“ oder „Brandmal“ und beschreibt ein Merkmal, das von der gesellschaftlichen Norm abweicht. Stigmata würden nicht existieren, ohne dass sie gesellschaftlich definiert werden (vgl. Deacon 2006). Sie sind soziale Konstruktionen, die mindestens zwei Aspekte beinhalten: Einerseits die binäre Unterscheidung zwischen Menschen allein auf Grundlage eines spezifischen Merkmals (Menschen ohne versus Menschen mit Merkmal) und andererseits eine daraus folgende Abwertung der Merkmals-träger*innen (Dovidio et al. 2003). Stigmata gehen immer mit Vorurteilen einher. Sie entstehen in der Geschichte der jeweiligen Gesellschaft bzw. sind im Laufe der Menschheitsgeschichte entstanden und global verbreitet. Es gibt zahlreiche gesellschaftlich stigmatisierte Merkmale. Diese können für Menschen sowohl unveränderlich von Geburt an vorhanden sein, einige sind auch im Laufe des Lebens variabel oder kommen hinzu. Menschen werden beispielsweise aufgrund ihrer Hautfarbe, ihres Aussehens, Kultur oder Herkunft, ihrer Geschlechtsidentität, der sexuellen Orientierung, ihrer Religion oder aufgrund einer körperlichen oder kognitiven Beeinträchtigung bzw. Behinderung gesellschaftlich stigmatisiert. Auch aufgrund des Substanzkonsums, einer als promiskuitiv bewerteten Sexualität oder der Tätigkeit in der Sexarbeit werden Menschen gesellschaftlich stigmatisiert (vgl. von Engelhardt 2010).

Die (zugeschriebenen) stigmatisierten Merkmale werden als „abweichend“ von gesellschaftlichen Normen und Werten definiert. Menschen, die aufgrund dieser Merkmale von der vermeintlichen gesellschaftlichen Normalitätsvorstellung abweichen, werden primär über dieses Merkmal wahrgenommen. Die daraus resultierende Unterscheidung zwischen „Wir“ und „die Anderen“ geht mit stigmatisierenden Zuschreibungen und abwertenden Deutungen gegenüber „den Anderen“ einher. Es kommt nicht nur individuell, sondern auch innerhalb der Gesellschaft zur Distanzierung und Marginalisierung dieser anderen Gruppe von Menschen, die kontinuierlich abgewertet und ausgegrenzt wird. Gesellschaftlich führt Stigmatisierung – und die daraus resultierende Diskriminierung (siehe unten) – meist zu einem geringeren gesellschaftlichen Status und weniger Teilhabe der stigmatisierten Personen bzw. Teilgruppen. Es besteht demnach ein enger Zusammenhang zwischen Stigmatisierung und ge-

sellschaftlichen Machtverhältnissen (vgl. Deacon 2006; Link/Phelan 2001).

Auch wenn Personen selbst aufgrund eines Merkmals gesellschaftlich stigmatisiert werden, können sie andere stigmatisieren, denn auch sie haben gesellschaftliche Normen gelernt und reproduzieren sie in Bezug auf andere Merkmale (vgl. Joffe 1999). So kann beispielsweise auch ein schwuler, weißer cis-Mann – selbst potenziell von gesellschaftlicher Stigmatisierung betroffen – Menschen mit HIV oder Menschen mit Migrationsgeschichte stigmatisieren. Folglich ist auch die HIV-Community kein diskriminierungsfreier Raum und es kann zu Diskriminierung aufgrund anderer Merkmale kommen, z. B. aufgrund der Geschlechtsidentität, der sexuellen Orientierung oder der Herkunft. Aber auch aufgrund des Gesundheitszustandes sowie der Art der Ansteckung. An dieser Stelle wird auch die Unterscheidung zwischen „guten“ und „bösen“ Positiven relevant, wenn Verhaltensweisen, die zu einer Ansteckung geführt haben, diskreditiert werden, was Schuldzuweisungen und Stigmata (insbesondere von Promiskuität) befördert (vgl. Langer 2010a).

Verinnerlichte Stigmatisierung

Menschen, die stigmatisiert werden, sind selbst Teil der Gesellschaft, haben das gesellschaftliche Wertesystem erlernt und nehmen die negativen Zuschreibungen wahr, auch wenn sie sie noch nicht erlebt haben. Sie sind sich der Tatsache bewusst, dass sie selbst potenziell von stigmatisierenden und diskriminierenden Reaktionen betroffen sein können. Dieser Aspekt wird als wahrgenommenes oder antizipiertes¹¹ Stigma bezeichnet. Die Wahrnehmung von Stigmatisierung kann zu einer Angst vor Ablehnung und Ausgrenzung führen. Wenn möglich, wird das stigmatisierte Merkmal (z. B. HIV) verheimlicht, versteckt oder es werden gewisse Situationen gemieden, in denen Diskriminierung stattfinden könnte (vgl. Goffman 1963, Earnshaw/Chaudoir 2009). Oft werden die negativen Zuschreibungen der Gesellschaft von den betroffenen Personen als Teil ihres Selbstbildes übernommen und verinnerlicht. Durch diese verinnerlichte Stigmatisierung (vgl. Stuart 2005) erlebt sich die Person als defizitär und wertet

¹¹ Bedeutet „vorweggenommen“ oder „vorausgeahnt“.

sich selbst ab. Dies kann Scham- und Schuldgefühle, gesellschaftlichen Rückzug, Stress, Angst oder gar Depressionen zur Folge haben (u.a. Miller/Major 2003, Pascoe/Richman 2009). Die Internalisierung von Stigmatisierung ist allerdings keine zwangsläufige Reaktion. Die stigmatisierenden Zuschreibungen können von den Betroffenen auch anders verarbeitet und bewältigt werden, beispielsweise durch Empowerment, Aktivismus und Engagement (vgl. Siegel et al. 1998, Vierneisel 2016).

HIV-bezogene Diskriminierung

Wenn die gesellschaftliche Stigmatisierung eine konkrete Benachteiligung nach sich zieht, spricht man von Diskriminierung. Diskriminierung kann als nachteilige Behandlung von Personen bzw. Gruppen aufgrund der Zuschreibung eines gesellschaftlich stigmatisierten Merkmals definiert werden (vgl. Dieckmann 2017). Wenngleich Stigmatisierung keine Diskriminierung zur Folge haben muss, ist Diskriminierung immer eine Folge gesellschaftlicher Stigmatisierung. Sie kann aufgrund aller gesellschaftlich stigmatisierten Merkmale stattfinden. Diskriminierungserfahrungen sind die für die Betroffenen spürbare Konsequenz im Alltag von gesellschaftlicher Stigmatisierung und Normalitäts- bzw. Ungleichwertigkeitsvorstellungen.

Diskriminierung kann auf unterschiedlichen Ebenen stattfinden – der individuellen (von Personen ausgehend) und der institutionellen (von Institutionen ausgehend). Darüber hinaus zeigt sich Diskriminierung auch auf einer (gesellschafts-)strukturellen Ebene, wenn z. B. von der Benachteiligung in Bezug auf gesellschaftliche Teilhabe und Ressourcen sowie soziale Ungleichheit gesprochen wird. Diskriminierung wirkt sich, unabhängig des Merkmals aufgrund dessen sie stattfindet, negativ auf die Gesundheit der Betroffenen aus (u.a. Dieckmann et al. 2017, Pascoe/Richman 2009). Internationale Studien zeigen, dass Mitglieder benachteiligter gesellschaftlicher Gruppen durch Diskriminierung mehr Stresssituationen als „Mehrheitsmitglieder“ erleben (Flores et al. 2008, Meyer 2003). Meyer (2003) beschreibt diesen sogenannten „Minderheitenstress“ als eigenständigen chronischen Stressor, mit dem Mitglieder dieser Gruppen im Laufe ihres Lebens konfrontiert sind. Die Besonderheit dieses Stressors ist sein genuin sozialer Ursprung durch seine Entstehung aus gesellschaft-

lichen Werten und Normen. Die Belastung durch Diskriminierung in einer Gesellschaft ist demnach ungleich verteilt (vgl. Thoits 2010) und trifft jene, die gesellschaftlichen Normalitätsvorstellungen nicht entsprechen, so auch Menschen mit HIV.

Die Ergebnisse der ersten Erhebung des PLHIV Stigma-Index 2012 zeigten eindrücklich, wie sehr Menschen mit HIV in vielen Teilbereichen unserer Gesellschaft diskriminiert werden (DAH 2014). Im sozialen Umfeld berichteten jeweils rund die Hälfte der Personen, die im letzten Jahr vor der Befragung Diskriminierung erlebt haben (z. B. Ausschluss von (familiären) Zusammenkünften, verbale Beleidigung, körperliche Bedrohung, tätlichen Angriff), dass dies aufgrund ihrer HIV-Infektion stattfand. Fast die Hälfte der sexuell aktiven Befragten berichtete von sexueller Zurückweisung aufgrund ihrer HIV-Infektion im Jahr vor der Befragung. Im Gesundheitswesen zeigte sich, dass fast jeder fünften Person wurde im Jahr vor der Befragung mindestens einmal eine Gesundheitsleistung verweigert wurde (z. B. Zahnarztbesuch). 10 % der Befragten vermieden es in eine Arztpraxis zu gehen aus Angst vor Diskriminierung. Nur 37 % waren sich sicher, dass ihre HIV-Infektion vertraulich behandelt wird.

Auch im Arbeitsleben berichtete 2012 nur knapp ein Drittel davon, offen mit ihrer HIV-Infektion umzugehen. Von diesen gaben 26 % an, dass die Arbeitgeber*innen diskriminierend reagierten (ebd.). Welche Diskriminierungssituationen am Arbeitsplatz erlebt werden können, fasst Exner-Freisfeld in einzelne Diskriminierungsphasen innerhalb eines Arbeitsverhältnisses zusammen (2012, S. 15):

1. Bewerbungsphase: Ungerechtfertigtes Erfragen des HIV/Aids-Status, Nichtanstellung allein wegen HIV; Nichtanstellung wegen befürchteter oder tatsächlicher gesundheitlicher Nichteignung
2. Vertragsabschluss: unzulässiger Datenaustausch, Weitergabe der Diagnose an Arbeitgeber*in, schlechtere Arbeitsbedingungen wegen HIV/Aids
3. Während der Anstellung: Mobbing durch Mitarbeiter*innen oder Arbeitgeber*in, Gerüchteverbreitung, Druckkündigung, Datenschutzverletzung, diskriminierende Arbeitszuteilung, fehlende Rücksichtnahme auf die Gesundheit

4. Bei Beendigung des Arbeitsverhältnisses: Missbräuchliche Kündigung wegen HIV bei vermeintlich eingeschränkter Leistungsfähigkeit
5. Nach Beendigung der Tätigkeit: Informierung potenzieller neuer Arbeitgeber*innen über den HIV-Status

Auch in der 2015 durchgeführten Betroffenenbefragung der Antidiskriminierungsstelle des Bundes wurde von HIV-bezogener Diskriminierung in Deutschland berichtet. Vor allem wurden hierbei Situationen im Gesundheits- und Pflegebereich benannt. Patient*innen wurde eine reguläre Behandlung bei Zahnärzt*innen versagt, Termine nur am Ende des Praxistages vergeben (Beigang et al. 2017, S. 247). Auch unter Ärzt*innen und Pflegepersonal herrscht große Unsicherheit im Umgang mit HIV-positiven Patient*innen (ebd., vgl. DAH 2014). Des Weiteren zeigte sich, dass das Verbot der Blutspende der Bundesärztekammer für Schwule (auch für Heterosexuelle mit sexuellem Risikoverhalten und Sexarbeiter*innen) mit der Begründung eines erhöhten HIV-Infektionsrisikos als diskriminierend wahrgenommen wird (Beigang et al. 2017, S. 240).

Eine weitere Auswirkung HIV-bezogener Stigmatisierung und Diskriminierung zeigt sich auch in der Präventionsarbeit: Weltweit lassen sich HIV-bezogene Stigmatisierung, Diskriminierung und soziale Ungleichheit als größte Barriere für die HIV-Prävention und die Lebensqualität von Menschen mit HIV identifizieren. So können beispielweise Stigmata mit falschen Krankheitsvorstellungen einhergehen (z. B. Annahmen über sogenannte Risikogruppen und Übertragungswege) und sich auf die Bereitschaft auswirken, sich auf HIV testen zu lassen. Somit tragen Stigmatisierung und Diskriminierung dazu bei, dass auch heute noch in Deutschland ca. 1/3 der HIV-Infektionen erst in einem späten Stadium festgestellt werden und die Menschen hierdurch deutliche gesundheitliche Nachteile in Kauf nehmen müssen, da sie nicht von einer rechtzeitigen HIV-Therapie profitieren können (vgl. Langer 2010b).

Die Verantwortung für Fragen des Gesundbleibens und Gesundwerdens trotz Diskriminierungsrisikos liegt nicht allein bei potenziell von Stigmatisierung und Diskriminierung Betroffenen bzw. ihren Interessenvertretungen, sondern bei kollektiven Entscheidungsträger*innen der Gesellschaft (Dieckmann et al. 2017). Es müssen gesellschaftliche und politische Gegenmaßnahmen ergriffen werden, um Stigmatisierung und Diskriminierung abzubauen (vgl. Thoits 2010).

Mehrdimensionale Stigmatisierung und Diskriminierung im Kontext von HIV

Zentral für das Verständnis des HIV-Stigmas ist eine intersektionale¹² Betrachtungsweise. In Bezug auf HIV zeigt sich in besonderem Maße die Verwobenheit von Stigmatisierung und Vorurteilen, Diskriminierung, Gesundheit und sozialer Benachteiligung. Mit dem Konzept der Intersektionalität ist (nicht nur) ein sozialwissenschaftlicher Analyserahmen beschrieben, ungleichheitsgenerierende Kategorien (wie zu Beginn der US-amerikanischen Intersektionalitätsforschung vor allem betrachtet: *race*, *class* und *gender*), aber auch weitere Kategorien wie Sexualität, Alter oder eben auch Behinderung bzw. chronische Krankheiten und somit auch HIV in ihren Interdependenzen, ihrer Verwobenheit und ihren Überkreuzungen (intersections) in den Blick zu nehmen. Damit wird über ein rein additives Konzept von Diskriminierung hinausgegangen und betont, dass mehrdimensionale und intersektionale Diskriminierung spezifische, andere Formen und Erfahrungen von Diskriminierung hervorbringt (vgl. hierzu sowie der theoretischen Debatte des Konzeptes: Marten/Walgenbach 2017).

¹² Das Konzept der Intersektionalität geht zurück auf die US-amerikanische Juristin Kimberlé W. Crenshaw. Crenshaw beschäftigt sich in ihrem wegweisenden Aufsatz (Crenshaw 1989) mit den Verwobenheiten von Kategorien und Zugehörigkeiten, aufgrund derer Menschen diskriminiert werden. Zentral ist hierbei für sie das Bild der Straßenkreuzung: Steht eine schwarze Frau* in der Mitte dieser Kreuzung, können Diskriminierungen (wie eben auch der Straßenverkehr) aus allen Richtungen kommen, also sexistisch, rassistisch usw. sein und Verletzungen verursachen, die mehrdimensional, also auf mehreren Ebenen angesiedelt sind.

Für eine empirische Untersuchung von HIV als verwobene Diskriminierungskategorie ist also eine intersektionale Herangehensweise unerlässlich. Von Beginn an wurde HIV zu einer Infektion der „Anderen“ gemacht. So wird HIV – unabhängig von statistischen Tatsachen – vor allem Gruppen zugeschrieben, die auch schon vor Beginn der HIV-Pandemie stigmatisierte Gruppen waren, wie „promiskuitive“ schwule Männer, Sexarbeiter*innen, Drogengebrauchende oder Schwarze Menschen, was wiederum zur Abwertung dieser Gruppen beiträgt.

Zudem erleben viele Menschen mit HIV Stigmatisierung und Diskriminierung nicht nur aufgrund ihrer HIV-Infektion, sondern auch aufgrund anderer stigmatisierter Merkmale, z. B. als schwuler Mann, als trans* Person, als (B)PoC, als Frau, drogengebrauchende Person oder Sexarbeiter*in. Diese Stigmata überlagern sich nicht nur, indem sie zu „mehr“ Stigmatisierung und Diskriminierung führen, sondern sie sind miteinander verwoben und führen zu spezifischen Stigmatisierungserfahrungen und Benachteiligungen. So unterscheidet sich das Leben eines HIV-positiven schwulen jungen cis-Mannes, der aus der Mittelschicht kommt und einen Hochschulabschluss hat, möglicherweise weniger von dem eines HIV-negativen Mannes, während eine HIV-positive Schwarze Frau ohne Aufenthaltsgenehmigung und Krankenversicherung höchstwahrscheinlich Schwierigkeiten haben wird, an die lebenswichtigen Medikamente zu kommen und für ihre Gesundheit zu sorgen.

In internationalen Studien zeigen sich die negativen Auswirkungen HIV-bezogener Diskriminierung auf die physische und psychische Gesundheit von Betroffenen (z. B. Depression, Posttraumatische Belastungsstörung, stärkere AIDS-bezogene Symptome): Gerade im Kontext HIV-bezogener Diskriminierung zeigen sich starke Effekte mehrdimensionaler Diskriminierung (z. B. aufgrund ethnischer Herkunft, sexueller Orientierung, sozialem Status; u.a. Bogart et al. 2011, Thorburn et al. 2004). Dies macht deutlich, dass mehrdimensionale Diskriminierung mehr in den Fokus der Antidiskriminierungsarbeit im Bereich HIV rücken muss, um potenziell Betroffene mit Präventions- und Interventionsmaßnahmen aufzufangen (vgl. Marten/Walgenbach 2016).

Empirische Ergebnisse, wie sich Diskriminierungserfahrungen aufgrund der HIV-Infektion auch auf die Gesundheit von Betroffenen auswirken, wie Diskriminierungsbetroffene mit ihren Erfahrungen umgehen, stehen für Deutschland teilweise noch aus. Außerdem besteht ein Forschungsdesiderat in Bezug auf die mehrdimensionale Diskriminierung im Zusammenhang mit HIV-bezogener Diskriminierung in Deutschland. Während die erste Erhebung des PLHIV Stigma-Index 2012 aufzeigt (DAH 2014), dass auch in Deutschland andere Diskriminierungsmerkmale mit der HIV-Infektion als Merkmal interagieren, bleibt offen, welche Auswirkungen dies für spezifische Betroffenengruppen hat (ebd.). Im aktuellen Forschungsprojekt wird sich dieser Forschungsfrage aus Perspektive der Betroffenen genähert (vgl. Dieckmann et al. 2017).

Modulstudie A: Peer-to- Peer-Befragung im Rahmen des PLHIV Stigma-Index 2.0 in Deutschland

2.0

2.1 Einleitung und partizipative Umsetzung des PLHIV Stigma-Index 2.0 in Deutschland

In dieser Modulstudie des Forschungsprojekts wurde die zweite Erhebung des internationalen Projekts PEOPLE LIVING WITH HIV (PLHIV) Stigma-Index¹³ in Deutschland umgesetzt. „Vor dem Hintergrund der Erkenntnis, dass HIV-bezogene Stigmatisierung und Diskriminierung die Lebensqualität von Menschen mit HIV sowie die HIV-Prävention stark beeinflussen kann, beschlossen 2005 die vier international tätigen Organisationen UNAIDS, GNP+ (Globales Netzwerk von Menschen mit HIV), ICW (Globales Netzwerk für Frauen mit HIV) und IPPF (Internationaler Verband für Familienplanung) eine systematische Auseinandersetzung mit diesen Themen zu starten“ (DAH 2014). So wurde der „PLHIV Stigma-Index“ ins Leben gerufen, welcher weltweit HIV-bezogene Stigmatisierung und Diskriminierung dokumentieren soll. Zentrale Akteur*innen des Projekts sind, ganz im Sinne der GIPA-Prinzipien (Greater Involvement of People Living with HIV/Aids), Menschen mit HIV. Die GIPA-Prinzipien sagen aus, dass Menschen mit HIV als Akteur*innen gleichberechtigt in alle Belange einzubeziehen sind und Maßnahmen und Projekte mitgestalten, die sie betreffen (vgl UNAIDS 1994). 2011/2012 setzte die Deutsche AIDS-Hilfe unter dem Titel „positive stimmen“ das Projekt in Deutschland um (DAH 2014), welches nun in der zweiten Auflage durchgeführt wird. Seit Beginn der Initiative ist der PLHIV Stigma-Index in über 100 Ländern der Welt durchgeführt worden.

Ziel der aktuellen Erhebung des PLHIV Stigma-Index¹⁴ ist es, zu dokumentieren, wie Menschen mit HIV aktuell in Deutschland in ihrem Alltag Diskriminierung und Stigmatisierung erleben, sowohl in Bezug auf HIV als auch hinsichtlich anderer Vielfaltsmerkmale. Damit ermöglicht die Erhebung des PLHIV Stigma-Index 2.0 eine Situationsbeschreibung des gesellschaftlichen Umgangs mit HIV und davon, was es bedeutet als Mensch mit HIV in Deutschland zu leben. Durch die internationale systematische Durchführung des Index in mehreren Ländern zeigen sich die unterschiedlichen Lebensrealitäten von Menschen mit HIV in den entsprechenden nationalen gesundheitspolitischen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen.

Die Ergebnisse der ersten Erhebung des PLHIV Stigma-Index und die Maßnahmen, welche aufgrund der Studie vor rund 10 Jahren folgten (DAH 2014) förderten den Ausbau der Antidiskriminierungsarbeit und die Empowerment-Arbeit in den Strukturen der Community und der Deutschen Aidshilfe.

¹³ Internationale Homepage des PLHIV Stigma-Index: www.stigmaindex.org [Zugriff 13.09.2021].

¹⁴ Weitere Informationen zum Hintergrund und zur Umsetzung des PLHIV Stigma-Index 2.0 (Modulstudie A) finden sich auch in der Projektbroschüre „positive stimmen 2.0 – Mit HIV leben, Diskriminierung abbauen“: www.aidshilfe.de/shop/positive-stimmen-20 (Bestellnummer 029006).

2.1.1 Partizipative Umsetzung mit Peer-Interviewenden

Der PLHIV Stigma-Index ist ein auf internationaler Ebene partizipativ angelegtes Forschungsprojekt. Konkret in dieser Modulstudie wurde die Befragung von Menschen mit HIV durch HIV-positive Interviewer*innen durchgeführt. 33 Menschen mit HIV wurden als Peer-Interviewer*innen geschult, um den Stigma-Index in Form eines standardisierten Fragebogens und Interviews mit anderen Menschen mit HIV zu erheben. Für die Interviewer*innen war keine methodische Vorerfahrung vorausgesetzt. In der Anfrage potenzieller Interviewer*innen wurde eine deutschlandweite regionale Verteilung sowie eine Vertretung unterschiedlicher Communities angestrebt. Ziel war es, die Zusammensetzung der Stichprobe möglichst breit und divers anzulegen, um Erfahrungen aus unterschiedlichen Perspektiven und Communities von Menschen mit HIV zu erhalten.

In einer umfassenden Schulung wurden sie für die Interviewführung ausgebildet. Sie erlernten theoretisches Wissen über die Arbeitsdefinitionen im Projekt von (HIV-bezogener) Stigmatisierung und Diskriminierung sowie forschungspraktisches und -ethisches Wissen zu Standards guter Interviewführung (z. B. Verhalten als Interviewer*in, Umgang mit herausfordernden Situationen). In den Schulungen wurde der Fragebogen detailliert durchgearbeitet, um aufkommende inhaltliche und Verständnisfragen zu klären und ggf. im Fragebogen anzupassen sowie potenzielle Herausforderungen während der Interviewarbeit zu diskutieren (z. B. Wohlbefinden der Interviewer*innen, Inter- und Supervision).

2.1.2 Fragebogen des PLHIV Stigma-Index 2.0

Den internationalen Fragebogen entwickelten Akteur*innen (von UNAIDS, GNP+, ICW, IPPF) gemeinschaftlich mit Wissenschaftler*innen, um weltweit einen systematischen Einblick in verschiedene nationale Kontexte zu erhalten. Um ein einheitliches Vorgehen zu ermöglichen, sollte der standardisierte Fragebogen nur minimal verändert und nah am englischen Original in die jeweilige Sprache übersetzt werden. In der aktuellen Erhebung in Deutschland wurden einige Fragen in Abstimmung mit den internationalen Kooperationspartner*innen modifiziert und ergänzt, um den Fragebogen an den deutschen Kontext zu adaptieren. Beispielsweise wurden Fragen zum Gesundheitswesen an das deutsche Gesundheitssystem angepasst, Fragen zum Sexleben sowie zu nicht HIV-bezogenen Diskriminierungserfahrungen aufgrund rassistischer Zuschreibungen ergänzt. Der Fragebogen des PLHIV Stigma-Index 2.0 war als Papierversion auf Deutsch, Englisch und

Russisch verfügbar. Insgesamt wurden mit 78 Fragen die Themenbereiche

- Offener Umgang mit der HIV-Infektion,
 - Erfahrungen mit Stigmatisierung und Diskriminierung aufgrund HIV,
 - Verinnerlichte Stigmatisierung und Resilienz,
 - Kontakt mit Gesundheitsdiensten,
 - Menschenrechte und Engagement für Veränderung sowie
 - Nicht HIV-bezogene Stigmatisierungs- und Diskriminierungserfahrungen
- abgefragt.

2.2 Stichprobe

Insgesamt wurden Interviews mit 450 Teilnehmer*innen im Zeitraum von April 2020 bis Januar 2021 geführt (siehe Tabelle 2). Alle Teilnehmenden wurden entweder direkt durch die Peer-Interviewenden akquiriert oder über die Deutsche Aidshilfe an die Peer-Interviewenden vermittelt.¹⁵ Die Interviews dauerten im Durchschnitt eineinhalb Stunden.¹⁶ Die Peer-Interviewenden befragten ihre Interviewpartner*innen mit den Fragen des standardisierten

Papier-Fragenbogens und füllten diesen stellvertretend aus. Die meisten Interviews wurden im Side-by-side-Setting geführt.¹⁷ Aufgrund der Coronapandemie wurden in Absprache mit den internationalen Projektpartner*innen auch 44 Interviews als Onlinevideokonferenz (sowie 4 am Telefon) durchgeführt (11 %). Es wurden 2 russische und 55 englischsprachige Fragebogenversionen ausgefüllt.

	Monat des Interviews										N
	2020										
	April	Mai	Juni	Juli	August	Sept	Okt	Nov	Dez	Januar	
Anzahl	4	39	50	62	57	54	51	59	56	18	450

Tabelle 2: Monat und Anzahl der Interviews.

Alter

Das Durchschnittsalter liegt bei 45 Jahren¹⁸, wobei mit 54 % über die Hälfte der interviewten Personen zwischen 41 und 60 Jahren ist. 37 % sind jünger und 9 % älter (siehe Tabelle 3).

Alter	Anteil (in %)	n
16–20	1	5
21–40	36	162
41–60	54	241
61+	9	42

Tabelle 3: Alter. N = 450.

¹⁵ Durch dieses Vorgehen handelt es sich bei der Stichprobe um ein sog. convenience sample, d.h. die Auswahl der Teilnehmer*innen geschieht willkürlich und ist nicht repräsentativ für die Grundgesamtheit aller Menschen, die in Deutschland mit HIV leben.

¹⁶ Die Start- und Endzeit des Interviews wurde im Fragebogen abgefragt.

¹⁷ Mit entsprechenden Corona-bedingten Anpassungen (z. B. Abstand oder draußen).

¹⁸ Alter: M = 44.57, SD = 11.96, Spannweite: 16–74 Jahre.

Leben mit der HIV-Infektion

Der Großteil der Teilnehmenden lebt schon länger mit der HIV-Infektion.¹⁹ 56 % der Teilnehmer*innen sind länger als 10 Jahre HIV-positiv ($n = 251$, siehe Abbildung 2). 21 % leben seit 6 bis 10 Jahren mit HIV ($n = 95$). Bei 2 % der Stichprobe lag die HIV-Infektion weniger als ein Jahr zurück ($n = 11$).

Geschlechtsidentität

Von den insgesamt 450 Teilnehmenden geben 123 Personen (28 %) an, ihre geschlechtliche Identität als weiblich zu beschreiben (siehe Abbildung 3). 314 Personen (71 %) beschreiben sich als männlich, eine Person als trans* und fünf Personen gaben an, sich „nicht als weiblich, männlich oder trans*“ zu identifizieren (1 %).

Zeit seit Diagnose (in %)

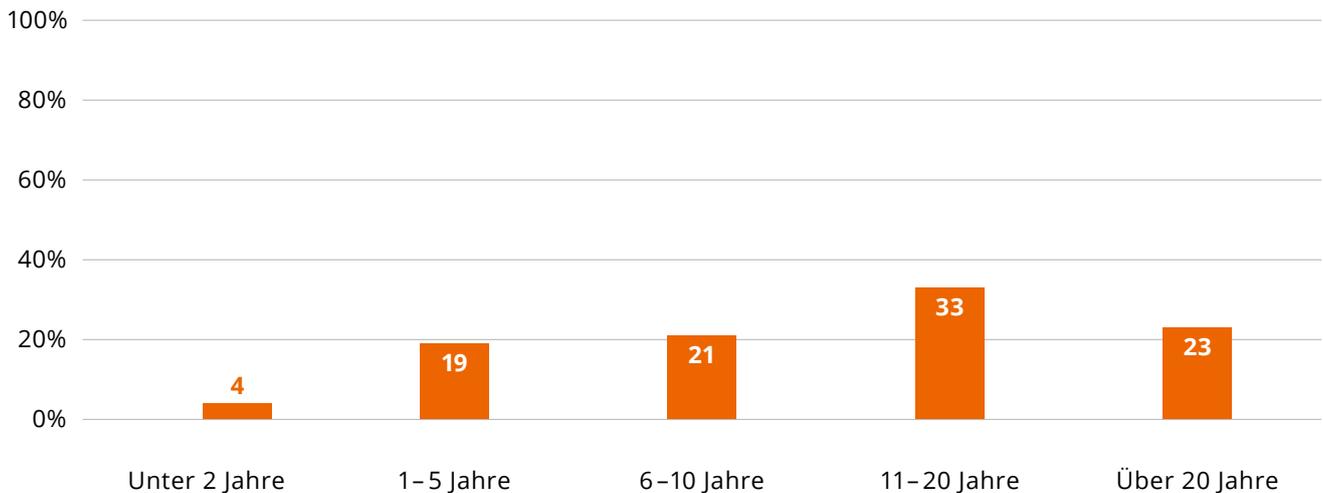


Abbildung 2: Zeit seit Diagnose. Prozentualer Anteil aller Teilnehmenden, welche die entsprechende Frage beantwortet haben ($n = 447$).

Geschlechtliche Identität (in %)

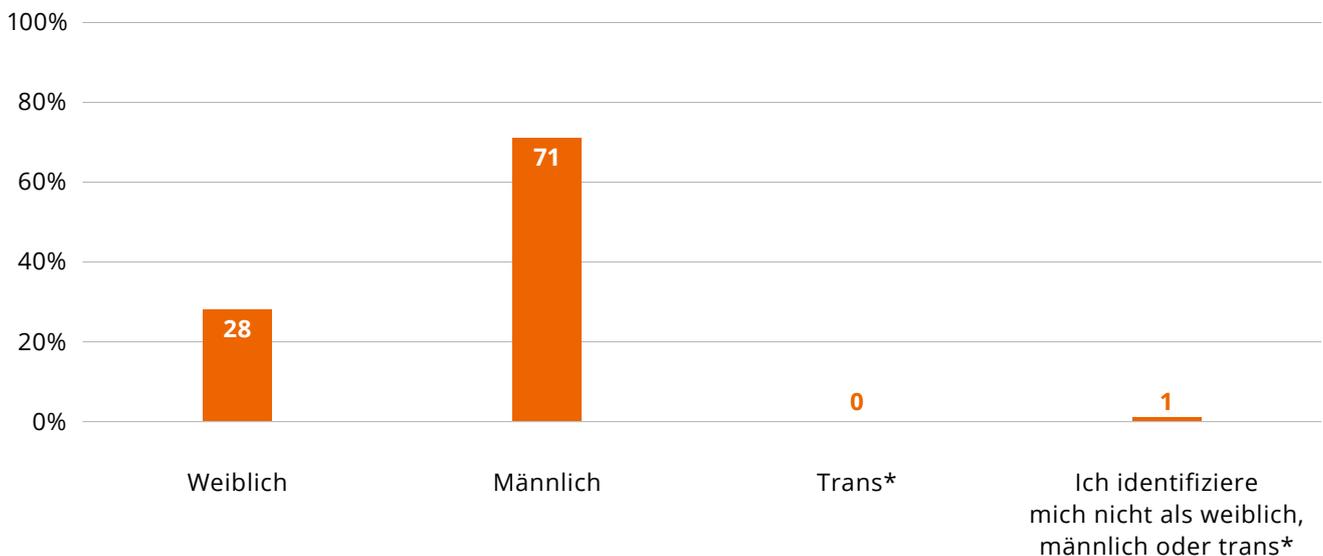


Abbildung 3: Geschlechtliche Identität. Prozentualer Anteil aller Teilnehmenden, welche die entsprechende Frage beantwortet haben ($n = 443$).

Sexuelle Orientierung

Der Großteil der männlich identifizierten Teilnehmenden gab an „schwul/homosexuell“ zu sein (67 % von 314, $n = 211$) oder sich als Mann, der Sex mit Männern hat (MSM), zu identifizieren (7 % von 314, $n = 22$). 9 % gaben an, bisexuell zu sein ($n = 27$) und 15 % stimmten keiner der genannten sexuellen Orientierungen zu ($n = 46$).²⁰ Insgesamt lassen sich 233 Personen als schwule Männer und MSM zusammenfassen. Nur 1 %

($n = 3$) der 123 weiblichen Teilnehmenden gaben an „lesbisch/homosexuell“ zu sein. Für fast alle weiblichen Teilnehmenden traf „keine der genannten“ sexuellen Orientierungen zu (62 %, 33 % keine Angabe), was für einen großen Anteil heterosexueller Frauen²¹ spricht (siehe Tabelle 4, Fußnote 20).

Sexuelle Orientierung	Anteil (in %)	<i>n</i>
Schwul/Homosexuell	47	211
Lesbisch	1	3
Männer, die Sex mit Männern haben (MSM)	5	22
Bisexuell	7	34
Keine der genannten	28	123
Keine Angabe	12	54

Tabelle 4: Sexuelle Orientierung. Prozentualer Anteil aller Teilnehmenden, welche die entsprechende Frage beantwortet haben ($N = 450$).

¹⁹ Zeit seit Diagnose: $M = 13,18$; $SD = 8,77$; Spannweite: 0,25 (3 Monate) – 36 Jahre.

²⁰ Im Vergleich zu 2012 wurde in der aktuellen Fragebogenversion des PLHIV-Stigma-Index keine Frage zu Beginn des Interviews direkt zur sexuellen Orientierung als Identifikationskategorie gestellt. Erst am Ende des Fragebogens (Teile zu spezifischen Diskriminierungserfahrungen von Schlüsselgruppen) wurden Fragen an die spezifischen Teilgruppen gerichtet (z. B. schwule Männer und MSM). Heterosexualität wurde nicht erhoben.

²¹ Inklusive der Frauen, die angaben, dass in ihrer Geburtsurkunde „männlich“ zugeschrieben wurde.

Beziehungs- und Sexleben

Die Fragen nach dem Familienstand und Beziehungsstatus wurden in der deutschen Version ergänzt.²² Mit 62 % ($n = 278$) geben die meisten Befragten an, ledig zu sein. 24 % der Befragten ($n = 108$) sind verheiratet oder verpartnert. 12 % der Befragten ($n = 55$) leben getrennt. Diejenigen Befragten, die nicht verheiratet oder verpartnert sind, wurden anschließend gefragt, wie ihr derzeitiger Beziehungsstatus ist.

Familienstand	Anteil (in %)	n
Ledig	62	278
Verheiratet oder verpartnert	24	108
Getrennt	12	55
Verwitwet	2	8

Tabelle 5: Familienstand. Prozentualer Anteil aller Teilnehmenden, welche die entsprechende Frage beantwortet haben ($n = 449$).

Von den nicht verheirateten oder verpartnerten Befragten ($n = 335$) leben zum Zeitpunkt der Befragung 31 % ($n = 104$) in einer (oder mehreren) Beziehung(en). Zwei Drittel der Befragten gaben an, „Single“ zu sein (67 %, $n = 225$).

Beziehungsstatus	Anteil (in %)	n
Beziehung	31	104
Single	67	225
Keine Angabe	2	6

Tabelle 6: Beziehungsstatus. Prozentualer Anteil aller Teilnehmenden, welche die entsprechende Frage beantwortet haben ($n = 335$).

Die Teilnehmer*innen wurden gefragt, ob sie sich derzeit in einer oder mehreren intimen oder sexuellen Beziehungen befinden, egal ob in einer festen Partner*innenschaft oder nicht. Über die Hälfte der Befragten gab an, derzeit in einer oder mehreren sexuellen Beziehungen zu sein (54 %, $n = 241$). Von diesen befindet sich der Großteil (84 %, $n = 203$) in einer festen Partner*innenschaft oder Ehe. Deutlich weniger Befragte gaben an, „Single“ zu sein und derzeit in einer intimen oder sexuellen Beziehung zu sein (14 %, $n = 34$).

Alle Teilnehmer*innen wurden gefragt, wie der HIV-Status der*des Partner*in ist. Insgesamt haben 240 Personen die Frage beantwortet (53 %). 40 % von diesen gaben an, dass auch die*der Partner*in HIV-positiv ist ($n = 97$). Beim größeren Anteil mit 56 % war die*der Partner*in HIV-negativ ($n = 135$). Acht Personen waren sich unsicher über den HIV-Status der*des Partner*in.

Bildung

Das Bildungsniveau unter den Teilnehmer*innen ist insgesamt hoch. 60 % der Teilnehmer*innen haben Abitur oder einen höheren Abschluss ($n = 272$), weitere 23 % ($n = 101$) haben einen Realschulabschluss. Der kleinste Teil der Stichprobe (16 %, $n = 74$) hat einen Hauptschulabschluss oder keinen formalen Abschluss.

²² Ergänzung in deutscher Version: „Familienstand“ (Verheiratet oder verpartnert, ledig, geschieden/getrennt, verwitwet) & „Wenn nicht verheiratet oder verpartnert: Was ist dein gegenwärtiger Beziehungsstatus?“ (In einer oder mehreren Beziehungen lebend, single, Ich ziehe vor, nicht zu antworten).

Wohnortgröße und Wohnsituation

Die meisten der Befragten leben in Metropolen (31 %, $n = 140$), gefolgt von knapp einem Viertel der Befragten, die in Orten zwischen 100.000 und 500.000 Einwohnenden leben ($n = 106$). 12 % der Befragten ($n = 52$) gaben an, in ländlichen Regionen zu leben. Etwas mehr als die Hälfte der Teilnehmenden gab an, alleine zu wohnen (53 %, $n = 239$), gefolgt von 29 %

der Befragten, die mit ihrer*ihrem Partner*in zusammenwohnen ($n = 132$). Deutlich weniger Personen leben mit Familienmitgliedern zusammen oder in einer Wohngemeinschaft (jeweils 8 %, $n = 37$). Beide Fragen wurden in der deutschen Version ergänzt. Mit 84 % berichtet der überwiegende Teil der Teilnehmer*innen, ohne Kinder im Haushalt zu leben.

Wohnortgröße	Anteil (in %)	n
Unter 20.000	12	52
20.000 bis unter 100.000	13	59
100.000 bis unter 500.000	24	106
500.000 bis unter 1 Mio.	20	89
1 Mio. und mehr	31	140

Tabelle 7: Wohnortgröße. Prozentualer Anteil aller Teilnehmenden, welche die entsprechende Frage beantwortet haben ($n = 446$).

Religion

Die meisten Teilnehmenden fühlen sich keiner Religionsgemeinschaft zugehörig (69 %, $n = 303$). Etwa ein Drittel der Befragten gab an, einer Religion anzugehören ($n = 137$), davon 69 % dem Christentum

($n = 94$), dem Islam 11 %, ($n = 15$), dem Judentum 3 % ($n = 4$) und anderen Religionen oder Glaubensgemeinschaften 18 % ($n = 24$). Diese Frage wurde in der deutschen Version ergänzt.

Glaubensgemeinschaft	n	Anteil (in %)
Ja	137	31
		Davon Anteil (in %)
Christentum	94	69
Islam	15	11
Judentum	4	3
Andere	24	18
Nein	303	69

Tabelle 8: Religion. Prozentualer Anteil aller Teilnehmenden, welche die entsprechende Frage beantwortet haben ($n = 440$).

Arbeit und Einkommen

Die interviewten Menschen mit HIV sind relativ gut im Arbeitsleben etabliert. So arbeiteten fast die Hälfte der Teilnehmer*innen in Vollzeitbeschäftigung (45 %, $n = 201$) und weitere 19 % in Teilzeitbeschäftigung ($n = 86$). Ein relativ großer Anteil der Teilnehmenden bezieht Erwerbsminderungsrente (14 %, $n = 63$).

Entsprechend dieser Verteilung berichten 19 % der Teilnehmer*innen von einem Netto-Haushaltseinkommen von weniger als 1000 € im Monat ($n = 87$), wohingegen über die Hälfte der Stichprobe ein Einkommen zwischen 1000 € und 3000 € bezieht (56 %, $n = 250$) und 18 % der Teilnehmer*innen mehr als 3000 € im Monat verdienen ($n = 80$; siehe Tabelle 10). Diese Frage wurde in der deutschen Version ergänzt.

Arbeitssituation	Anteil (in %)	n
Vollzeit	45	201
Teilzeit	19	86
Erwerbsminderungsrente	14	63
Rente	5	23
ALG I oder II	7	32
Grundsicherung nach SGB XII	3	13
Haus-/Familienarbeit	2	8
Leistungen nach Asylbewerberleistungsgesetz	1	4
Minijob	2	11
Arbeitslos	2	7

Tabelle 9: Arbeitssituation. Prozentualer Anteil aller Teilnehmenden, welche die entsprechende Frage beantwortet haben ($n = 448$).

Auf die Frage wie oft die Teilnehmenden in den letzten zwölf Monaten nicht in der Lage waren, ihre Grundbedürfnisse zu decken (z. B. Lebensmittel, Unterkunft, Kleidung), gibt der Großteil der Teilnehmer*innen „nie“ an (80 %, $n = 361$). Jedoch geben auch 16 % ($n = 74$) an, diese Sorgen „manchmal“ zu haben, und 3 % ($n = 15$) der Teilnehmer*innen berichten, meistens die eigenen Grundbedürfnisse nicht decken zu können (siehe Tabelle 11).

Einkommen	Anteil (in %)	n
Bis unter 500€	3	14
500€ bis unter 1000€	16	73
1000€ bis unter 1500€	17	75
1500€ bis unter 2000€	19	85
2000€ bis unter 3000€	20	90
3000€ bis unter 4000€	10	46
4000€ und mehr	8	34
Ich ziehe es vor, nicht zu antworten	7	32

Tabelle 10: Einkommen. Prozentualer Anteil aller Teilnehmenden, welche die entsprechende Frage beantwortet haben ($n = 449$).

Grundbedürfnisse nicht decken können	Anteil (in %)	n
Meistens	3	15
Manchmal	16	74
Nie	80	361

Tabelle 11: Grundbedürfnisse. Prozentualer Anteil aller Teilnehmenden, welche die entsprechende Frage beantwortet haben. $N = 450$. Abweichung von 100 % durch Rundungen.

Menschen mit Migrationshintergrund bzw. (Black) People of Color

Gemäß der Definition des Statistischen Bundesamtes (2021) haben Menschen einen Migrationshintergrund²³, wenn sie selbst oder mindestens ein Elternteil nicht in Deutschland geboren wurden. In der internationalen Version des PLHIV Stigma-Index wurden keine Fragen zum Migrationshintergrund gestellt und daher alle folgenden Fragen in der deutschen Version ergänzt. Danach haben insgesamt 29 % der Interviewten einen Migrationshintergrund ($n = 139$), wobei 20 % für sich selbst und für die Eltern ein anderes Geburtsland als Deutschland angaben ($n = 89$), 9 % der Teilnehmer*innen sind selbst in Deutschland geboren, nicht aber ihre Eltern ($n = 40$).

70 % der Teilnehmer*innen ($n = 311$) haben keinen Migrationshintergrund, d.h. sie selbst und ihre Eltern wurden in Deutschland geboren.²⁴ Mit 84 % besitzt die überwiegende Mehrheit der Teilnehmer*innen die deutsche Staatsbürgerschaft ($n = 378$). 17 % der Teilnehmer*innen ($n = 75$) haben eine bzw. weitere Staatsbürgerschaft(en) angegeben. Zwei Personen gaben an, staatenlos zu sein.

79 Personen (18 % der Gesamtstichprobe) geben an, sich als Schwarze Person, Nicht-Weiße-Person oder Person of Color (PoC) zu identifizieren oder dass ihnen eine nicht-weiße Hautfarbe zugeschrieben wird.

Auf die im international standardisierten Teil des PHLIV Stigma-Index 2.0 gestellte Frage nach der eigenen Gruppenzuschreibung gaben 9 % der Befragten ($n = 41$) an, einer „ethnischen oder religiösen Minderheit“ anzugehören. Geflüchtete Menschen (6 %, $n = 25$) und Arbeitsmigrant*innen (2 %, $n = 7$) konnten ebenfalls mit der Peer-to-Peer-Befragung erreicht werden (siehe Tabelle 12).

Teilgruppe	Ja (in %)	Nein (in %)
Ethnische Minderheit ($n = 447$)	9	91
Geflüchtete Person/Asylbewerber*in ($n = 447$)	6	94
Arbeitsmigrant*in ($n = 446$)	2	98

Tabelle 12: Eigene Gruppenzuschreibung. Prozentualer Anteil aller Teilnehmenden, welche die entsprechenden Aussagen beantwortet haben und nicht „Ich ziehe es vor, nicht zu antworten“ angekreuzt haben.

²³ Die Bezeichnung „Migrationshintergrund“ (v.a. in der engen Definition des statistischen Bundesamtes) wird zunehmend kritisch diskutiert. Im Kontext der Diskriminierungsforschung reicht er als Kategorie nicht aus, um rassistische Diskriminierung zu untersuchen. Einerseits reproduziert er selbst die Abgrenzung gegenüber vermeintlichen „Migrant*innen“ und homogenisiert diese zu einer Gruppe. Andererseits umfasst er Menschen nicht, die von Rassismus betroffen sind, deren Familie jedoch seit Generationen in Deutschland leben, bzw. umfasst er Menschen, die nicht von Rassismus betroffen sind (z. B., weil sie nicht als (Black) People of Color kategorisiert werden). Aus diesem Grund wurde im deutschen Fragebogen die Frage nach der eigenen Identität als „Schwarze Person, Nicht-weiße Person oder Person of Color (POC)“ ergänzt sowie ein Fragenkomplex nach den Diskriminierungserfahrungen aufgrund der Zuschreibung eines Migrationshintergrunds oder der Zuschreibung „als Schwarze Person, Nicht-weiße Person oder People of Color“.

²⁴ Inklusive der Personen, die als eigenes Geburtsland 'DDR' als Geburtsland angaben.

Weitere Teilgruppen

Weiterhin wurde im international standardisierten Teil des PLHIV Stigma-Index 2.0 abgefragt, ob sich die Teilnehmenden aktuell oder jemals zu einer der folgenden Gruppen zugehörig fühlen oder gefühlt haben. 19 % gaben an, mit einer Behinderung oder Beeinträchtigung (außer HIV) zu leben ($n = 86$). Es waren 14 Personen jemals oder aktuell in Haft (3 %).

Alle Teilnehmenden der Studie haben die Frage gestellt bekommen, ob sie schon einmal Sex gegen Güter eingetauscht haben. Ein Viertel der Befragten (25 %, $n = 111$) bejahte die Frage. 72 % der Befragten ($n = 322$) verneinte die Frage und vier Prozent ($n = 17$) machten keine Angabe. Diejenigen Befragten, die mit „Ja“ geantwortet haben wurden weiterhin gefragt, ob sie sich als Sexarbeiter*in identifizieren. Von den 111 Personen, die schon einmal Sex gegen Güter eingetauscht haben, gaben acht Personen an (7 %), sich als Sexarbeiter*in zu identifizieren. Mit 93 % verneinte der Großteil diese Frage ($n = 103$).

Teilgruppe	Ja (in %)	Nein (in %)
Mensch mit Behinderung bzw. Beeinträchtigung (außer HIV) ($n = 444$)	19	81
In Haft ($n = 446$)	3	97

Tabelle 13: Gruppenzugehörigkeit. Prozentualer Anteil aller Teilnehmenden, welche die entsprechenden Aussagen beantwortet haben und nicht „Ich ziehe es vor, nicht zu antworten“ angekreuzt haben.

Übersicht über spezifische Teilgruppen bzw. Schlüsselgruppen

Die Zusammensetzung der spezifischen Teilgruppen, die sich aus dem Fragebogen ableiten lassen, mit ihrem Anteil an männlichen und weiblichen Teilnehmenden ist in Tabelle 14 dargestellt.

Teilgruppe	Anteil (in %) (n) Gesamt (n = 450)	Anteil (in %) (n) männlich (n = 314)	Anteil (in %) (n) weiblich (n = 123)
Trans*/keine Geschlechtszuordnung	1 (6)	-	-
Schwule und MSM (außer bisexuelle Männer)	52 (233)	74 (233)	-
Bisexuelle Menschen	8 (34)	9 (27)	2 (3)
Schwarze Personen, Nicht-weiße Personen bzw. People of Color	18 (79)	11 (33)	32 (39)
Ethnische Minderheit	9 (41)	8 (24)	13 (16)
Geflüchtete Person/ Asylbewerber*in	6 (25)	4 (13)	8 (10)
Arbeitsmigrant*in	1 (6)	1 (4)	2 (2)
In Haft	3 (14)	3 (8)	4 (5)
(Ehemalige) Sexarbeit	2 (8)	1 (2)	5 (6)
(Ehemalige) Drogengebrauchende	14 (64)	15 (48)	13 (16)
Menschen mit Behinderung/Beeinträchtigung außer HIV	19 (86)	18 (56)	22 (27)

Tabelle 14: Übersicht über spezifische Teilgruppen der Stichprobe. N = 450.

Ergebnisse der Modulstudie A

3.0

3.1 Diskriminierungs- und Stigmatisierungserfahrungen aufgrund der HIV-Infektion

Kernstück des PLHIV Stigma-Index ist die Abfrage nach Erfahrungen von Stigmatisierung und Diskriminierung aufgrund der HIV-Infektion in verschiedenen Lebensbereichen. Es wurden 12 konkrete Situationen erfragt. Dabei wurde abgefragt, ob die jeweiligen Erfahrungen im zurückliegenden Jahr („Ja, in den letzten 12 Monaten“), jemals („Ja, aber nicht in den letzten 12 Monaten“) oder überhaupt nicht gemacht wurden.²⁵ Tabelle 15 zeigt alle abgefragten Diskriminierungserfahrungen in einer Übersicht.

Diese werden in den folgenden Unterkapiteln nach Lebensbereichen spezifiziert beschrieben und durch Zitate aus der offenen Antwortmöglichkeit am Ende des Fragebogens²⁶ ergänzt. Im Text werden dabei alle „Ja“-Antworten zusammen präsentiert und keine Unterscheidung gemacht, ob die Diskriminierungserfahrung in den letzten 12 Monaten oder jemals gemacht wurde. Diese spezifischen Angaben finden sich in den jeweiligen Tabellen und Abbildungen der folgenden Abschnitte.

²⁵ Aufgrund der Corona-Kontaktbeschränkungen seit März 2020 sind die Angaben für „Ja, in den letzten 12 Monaten“ nur bedingt interpretierbar. Daher werden im Text der folgenden Unterkapitel alle „Ja“-Antworten zusammengefasst, die getrennten Angaben („Ja, in den letzten 12 Monaten“ und „Ja, aber nicht in den letzten 12 Monaten“) sind den jeweiligen Abbildungen zu entnehmen.

²⁶ Frage 78: „Gibt es sonst noch etwas, das du mir über deine Erfahrungen mitteilen möchtest? Zum Beispiel über Stigmatisierung mit Bezug auf die Offenlegung deines HIV-Status, deinen Umgang mit Gesundheitsdiensten, deine Menschenrechte oder dein Engagement für Veränderung?“

Diskriminierung aufgrund HIV-Status	Ja, in den letzten 12 Monaten (in %)	Ja, aber nicht in den letzten 12 Monaten (in %)	Nein (in %)
Ausschluss von gesellschaftlichen Anlässen (<i>n</i> = 416)	2	10	88
Ausschluss von religiösen Anlässen oder Gotteshäusern (<i>n</i> = 269)	1	3	96
Ausschluss von Familienaktivitäten (<i>n</i> = 403)	3	8	89
Diskriminierende Bemerkungen oder Tratschen in der Familie (<i>n</i> = 401)	7	20	73
Diskriminierende Bemerkungen oder Tratschen außerhalb der Familie (<i>n</i> = 426)	16	28	56
Verbal belästigt (z. B. angeschrien, beschimpft oder anderweitig verbal angegriffen) (<i>n</i> = 436)	8	24	68
Erpressung (<i>n</i> = 435)	1	6	92
Körperlich belästigt oder verletzt (z. B. geschubst, geschlagen oder anderweitig körperlich missbraucht) (<i>n</i> = 433)	0	5	95
Beschäftigungsverhältnis verweigert oder Einkommensquelle bzw. Arbeit verloren (<i>n</i> = 388)	2	7	91
Änderung Tätigkeitsbeschreibung bzw. Art der Arbeit oder Verweigerung einer Beförderung (<i>n</i> = 374)	1	7	93
Diskriminierung von Ehefrau-/Ehemann, Partner*in(nen) oder Kindern (<i>n</i> = 315)	3	12	86
Sexuelle Zurückweisung (<i>n</i> = 429)	27	31	41

Tabelle 15: Diskriminierende Situationen aufgrund HIV-Status. Prozentualer Anteil pro Situation, der Personen, welche auf die jeweilige Frage nicht mit „nicht zutreffend“ antworteten, Mehrfachnennungen möglich.

3.1.1 Diskriminierende Situationen im sozialen Umfeld und der Familie

12 % der Befragten wurde im letzten Jahr und davor schon mindestens einmal von gesellschaftlichen Anlässen ausgeschlossen und 4 % von religiösen Anlässen. Fast die Hälfte der Befragten gab an, dass ihnen gegenüber vom sozialen Umfeld außerhalb der Familie diskriminierende Beleidigungen geäußert oder über sie getratscht wurde (44 %, siehe Tabelle 15). So berichtet eine Person:

„Ich wollte ein befreundetes Ehepaar besuchen und habe vorher dort angerufen. Ich wurde gefragt, wie es mir geht und ob ich wirklich so krank bin, wie sie gehört haben. Von wem sie das gehört haben, wurde mir nicht gesagt. Darauf habe ich, wie ich es immer mache, gesagt: ‚Ja, ich habe HIV.‘ Man hat mich daraufhin gebeten nicht zu kommen, man habe Angst vor einer Infektion. Ich habe daraufhin die Freundschaft beendet.“ *Peer-to-Peer-Befragung, Frage 78*

Dass auch die Familie nicht immer als Ort der Akzeptanz für Menschen mit HIV erlebt wird, zeigt sich dadurch, dass 27 % der Befragten auch diskriminierende Bemerkungen und Tratschen aufgrund des HIV-Status innerhalb der Familie erlebten. Von Familienaktivitäten wurden 11 % der Befragten jemals ausgeschlossen (siehe Abbildung 4). Die Diskriminierung durch nahestehende Personen wie Familie und Partner*innen wird in der offenen Antwortmöglichkeit als sehr belastend beschrieben.

„Ich leide sehr darunter, dass meine Eltern mich wegen HIV ausgestoßen haben und meinem Mann die Schuld für die Infektion geben.“ *Peer-to-Peer-Befragung, Frage 78*

„Ich habe Diskriminierung von meiner damaligen Ehefrau erlebt. Meine Kinder leben bei ihr und ich hoffe sie sagt ihnen nichts von meinem Problem. Es weiß niemand außer ihr und ich werde es auch niemandem sagen.“ *Peer-to-Peer-Befragung, Frage 78*

Zudem erfahren nicht nur Menschen mit HIV selbst Diskriminierung im sozialen Umfeld. Auch einige Angehörige sind davon betroffen. So berichten 15 % davon, dass ihre Kinder oder (Ehe-)Partner*innen jemals Diskriminierung erfahren haben (siehe Abbildung 4).

Diskriminierung im sozialen Umfeld (in %)

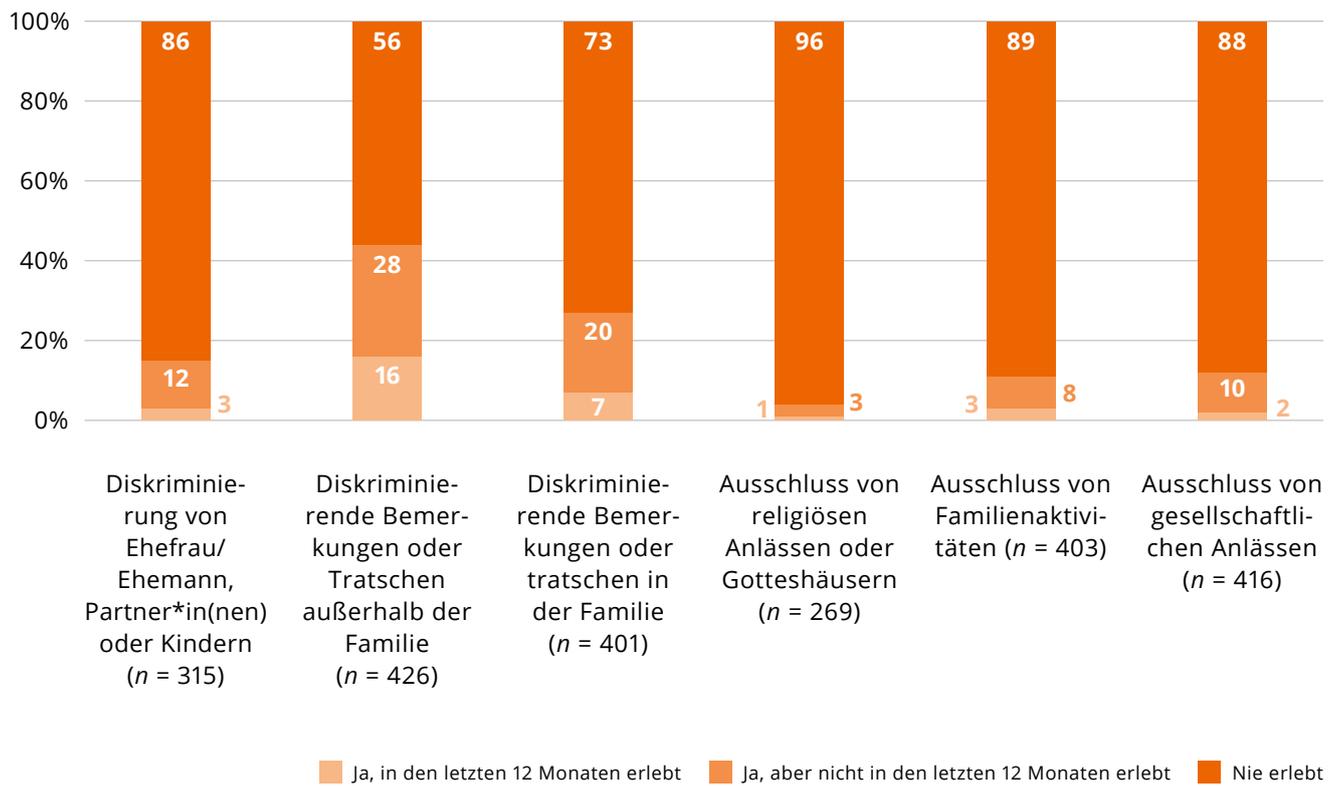


Abbildung 4: Diskriminierung im sozialen Umfeld. Prozentualer Anteil pro Situation, der Personen, welche die jeweilige Frage beantwortet haben und nicht mit „nicht zutreffend“ antworteten.

3.1.2 Verbale Angriffe, Erpressung und vorurteilsgeleitete Gewalt

Auch Erfahrungen mit expliziter psychischer Gewalt bzw. sogar physischer Gewalt aufgrund des HIV-Status werden im PLHIV Stigma-Index mit drei Situationen abgefragt. Knapp ein Drittel der Befragten gab an, aufgrund ihres HIV-Status schon mindestens einmal verbal angegriffen worden zu sein (32 %). Dass sie aufgrund ihres HIV-Status auch körperlich angegriffen wurden, also das Erleben von vorurteilsgeleiteter Gewalt (vgl. Geschke/Dieckmann 2017), berichteten insgesamt immerhin 22 Personen (5 %).

(Strafrechtlich relevante) Diskriminierung mit hoher Gewalt (in %)

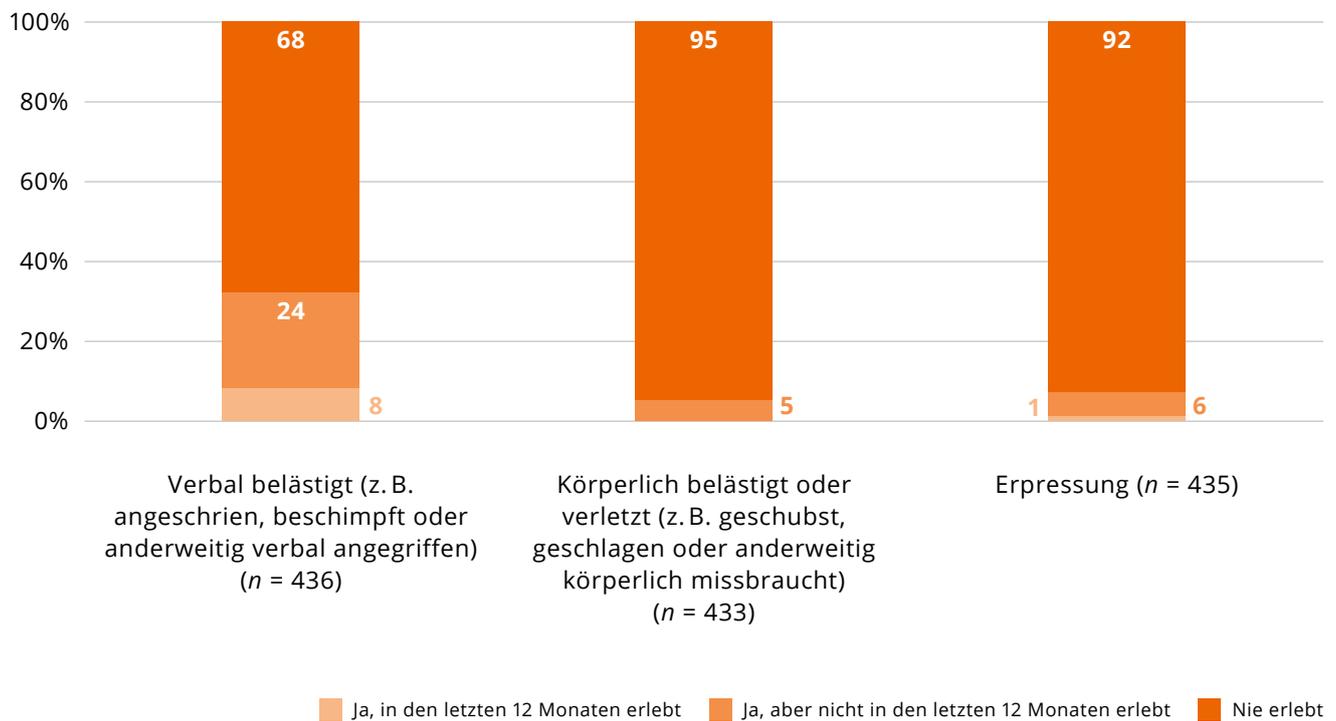


Abbildung 5: (Strafrechtlich relevante) Diskriminierung mit hoher Gewalt. Prozentualer Anteil pro Situation, der Personen, welche auf die jeweilige Frage nicht mit „nicht zutreffend“ antworteten.

3.1.3 Diskriminierung im Arbeitsleben

Ein Verlust des Arbeitsplatzes oder Karriereinschnitte aufgrund der HIV-Infektion entbehren jeglicher Begründung und widersprechen dem Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetz (vgl. Exner-Freisfeld 2012). Dennoch sind derartige existentielle Einschnitte einigen der Befragten passiert. So wurde 9 % der interviewten Menschen mit HIV schon mindestens einmal aufgrund des HIV-Status ein Beschäftigungsverhältnis verweigert oder sie haben eine Einkommensquelle bzw. Arbeit verloren. 8 % geben an, dass sich aufgrund der HIV-

Infektion jemals ihre Tätigkeitsbeschreibung bzw. die Art der Arbeit geändert hat oder dass ihnen eine Beförderung verweigert wurde. Diskriminierende Reaktionen aufgrund des eigenen HIV-Status können nur erlebt werden, wenn Menschen mit HIV in den entsprechenden Lebensbereichen offen mit ihrer Infektion umgehen. Gerade das Arbeitsleben ist für Menschen mit HIV in Bezug auf ihr offenes Sprechen ein fortwährend herausforderndes Thema (siehe Modulstudie B, 6.2).

Diskriminierung im Arbeitsleben (in %)

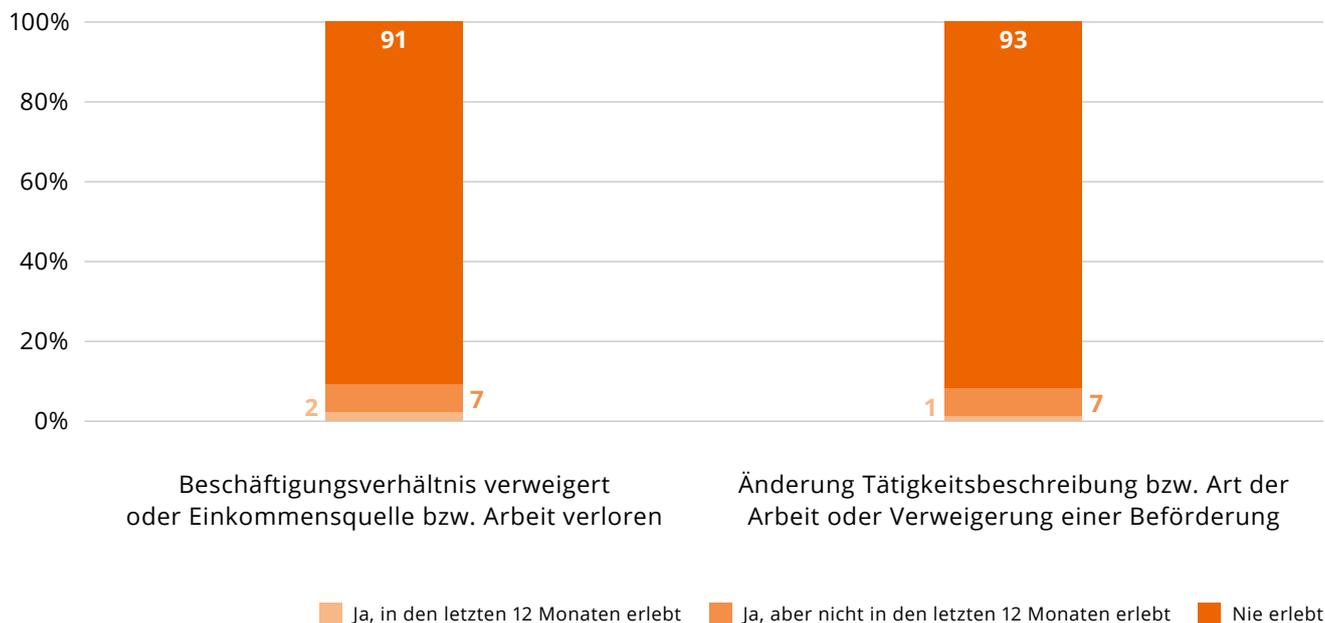


Abbildung 6: Diskriminierung im Arbeitsleben. Prozentualer Anteil pro Situation, der Personen, welche auf die jeweilige Frage nicht mit „nicht zutreffend“ antworteten.

Auch in den offenen Antworten werden diskriminierende Situationen im Arbeitsleben als besonders einschneidend und belastend beschrieben, wie Mobbing am Arbeitsplatz, Jobverlust nach Bekanntwerden der HIV-Infektion oder starke Befürchtungen in Bezug auf ein ungewolltes HIV-Outing und potenzielle Folgen für die Karriere:

„Ich hatte endlich eine Arbeit in einer Bäckerei gefunden, bei den Gesundheitsfragen musste ich sagen, dass ich HIV+ bin und wurde sofort gekündigt.“ *Peer-to-Peer-Befragung, Frage 78*

„Ich erlebe, dass Lehrer mit HIV deutlich mehr Sorgen haben vor Stigmatisierung und Diskriminierung im Schuldienst. Die Rechtslage ist zwar eindeutig, die Sorgen und Ängste sind aber gleichgeblieben.“ *Peer-to-Peer-Befragung, Frage 78*

3.1.4 Diskriminierung im Sex- und Beziehungsleben

Die Ergebnisse zeigen, dass Erfahrungen von HIV-bezogener Diskriminierung besonders häufig im Sex- bzw. Beziehungsleben²⁷ gemacht werden (siehe Abbildung 7). Mehr als die Hälfte aller Personen wurde aufgrund ihres HIV-Status schon mindestens einmal sexuell zurückgewiesen (58 %). 60 % der Teilnehmenden gaben an, dass Sie generell schon mindestens einmal sexuelle Zurückweisung aufgrund ihres HIV-Status erlebt haben.

Auch in den offenen Antworten spielt sexuelle Zurückweisung insbesondere beim Dating eine große Rolle und wird als einschneidende Erfahrung berichtet:

„Beim Dating gibt es noch immer Negativ-Erfahrungen und viel Nichtwissen (z. B. über n = n).“ Peer-to-Peer-Befragung, Frage 78

„Ein Ex wusste seit dem ersten Date vom positiven HIV-Status. In der Beziehung hat er dann einmal, als der Sex schon bei Null war, gesagt: „Ich ekel mich vor dir, weil du positiv bist.“ Im Nachhinein kam raus, dass er zu seinem vorherigen Freund geäußert hat, dass er mit positiven Menschen nichts zu tun haben möchte.“

Peer-to-Peer-Befragung, Frage 78

„Bei Erwähnen von Infektion gegenüber potenziellen Partnern wurde der Kontakt abgebrochen.“ Peer-to-Peer-Befragung, Frage 78

Diskriminierung im Sexleben (in %)

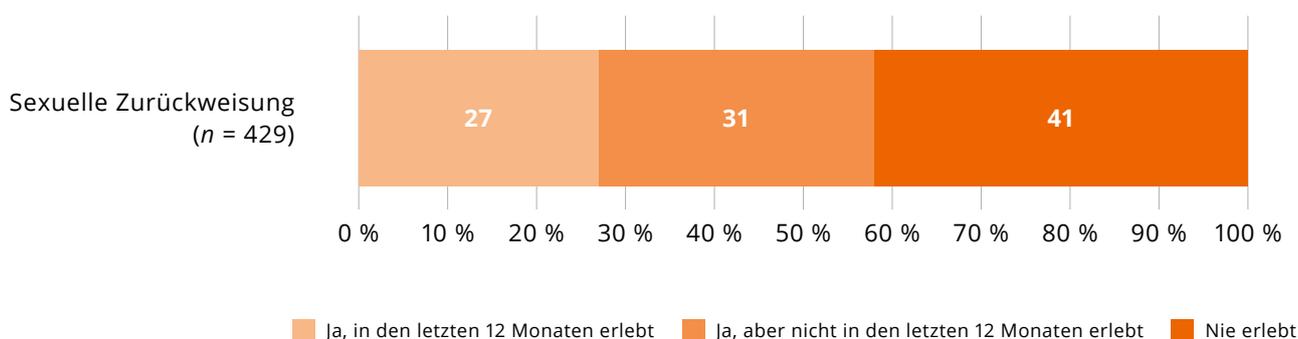


Abbildung 7: Diskriminierung im Sexleben. Prozentualer Anteil pro Situation, der Personen, welche auf die jeweilige Frage nicht mit „nicht zutreffend“ antworteten (n = 429).

²⁷ Siehe auch Modulstudie B, Kapitel 6.

3.2 Offener Umgang mit der HIV-Infektion

Verinnerlichte Stigmatisierung ebenso wie erlebte Diskriminierungserfahrungen können ein wesentliches Hindernis darstellen, offen mit der eigenen HIV-Infektion umzugehen. Der größte Teil der Befragten hat Schwierigkeiten, mit anderen offen über die eigene HIV-Infektion zu sprechen.

70 % ($n = 314$) der Befragten geben an, dass es ihnen schwerfällt anderen von der HIV-Infektion zu erzählen. Zwei Drittel der Interviewten gaben an, dass sie ihren HIV-Status vor anderen verstecken (63 %, $n = 282$).

Hinsichtlich des offenen Umgangs mit der HIV-Infektion zeigen sich unterschiedliche Bezugskontexte, in denen Menschen mit HIV die Offenlegung ihres Status anpassen. So legen die Interviewten eher ihren

HIV-Status offen in *intimen und sehr nahen sozialen Beziehungen* wie sexuelle Beziehungen (71 %), Partner*innenschaft (86 %), Freund*innenschaft (85 %) oder der Familie (72 %). Auch im Beratungskontext sprechen die meisten der interviewten Personen offen über ihren HIV-Status (75 %). In eher *institutionellen Settings*, wie im Arbeitsumfeld (27 % gegenüber Kolleg*innen bzw. 28 % gegenüber Arbeitgeber*innen), in der Schule (12 %) oder bei Behörden (16 %) legt nur ein geringer Teil der Befragten den eigenen HIV-Status offen. Dies gilt auch im weniger nahen sozialen Umfeld wie der Nachbar*innenschaft (16 %). Auf Online-Dating-Plattformen (42 %) und gegenüber den eigenen Kindern (47 %) zeigt sich keine klare Tendenz: ungefähr die Hälfte der Befragten legt ihren Status offen, die andere Hälfte nicht (siehe Tabelle 16).

Umgang mit HIV-Infektion (in %)

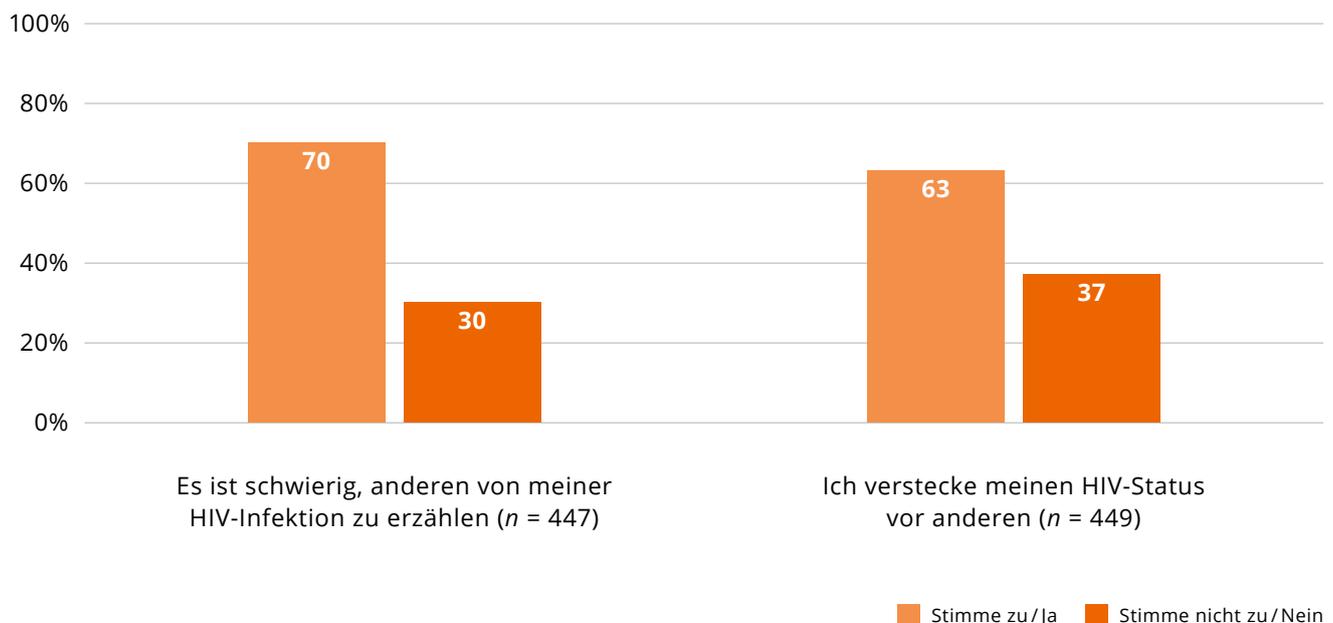


Abbildung 8: Umgang mit HIV-Infektion. Prozentualer Anteil aller Teilnehmenden, welche die entsprechenden Aussagen beantwortet haben.

Offener Umgang	Ja (in %)	Ja, ohne Zustimmung (in %)	Nein (in %)
Ehemann/Ehefrau/(feste) (Partner*in(nen) (n = 302)	86	4	14
Deine Kinder (n = 154)	47	9	53
Andere Familienangehörige (n = 474)	72	12	28
Freund*innen (n = 468)	85	8	15
Nachbar*innen (n = 447)	16	21	84
Arbeitgeber*innen (n = 373)	27	14	73
Arbeitskolleg*innen (n = 367)	28	12	72
Lehrer*innen/Mitarbeiter*innen der Schulverwaltung (n = 143)	11	47	89
Mitschüler*innen (n = 136)	12	31	88
Einflussreiche Persönlichkeiten im gesellschaftlichen Leben (z. B. Politik, Religion) (n = 294)	18	9	82
Vertreter*innen des Staates (z. B. Polizei, Richter*innen, Strafvollzug- beamt*innen) (n = 314)	16	18	84
Sexualpartner*innen (n = 431)	71	10	29
Sozialarbeiter*innen, Berater*innen (n = 332)	75	2	25
Medien (Funk, Fernsehen, Printmedien) (n = 322)	20	9	80
Soziale Netzwerke, Onlineplatt- formen, (Dating-) Apps (n = 397)	42	11	58

Tabelle 16: Offener Umgang. Prozentualer Anteil aller Teilnehmenden, welche die Aussagen nicht mit „nicht zutreffend“ beantwortet haben.

Die folgenden Zitate geben Einblicke in die individuellen Abwägungsstrategien und Befürchtungen, welche letztendlich den offenen Umgang mit dem eigenen positiven HIV-Status in den unterschiedlichen Lebensbereichen beeinflussen können. Häufig wird dabei sehr genau abgewogen gegenüber welchen Personen die HIV-Infektion mitgeteilt wird.

„Im Zweifelsfalle wäge ich sehr genau ab, wem ich von meiner HIV-Infektion erzähle, und wem nicht. Beim geringsten Zweifel ziehe ich es vor, den Status nicht mitzuteilen. Mit dieser Einstellung bin ich bisher sehr gut zurechtgekommen.“

Peer-to-Peer-Befragung, Frage 78

Ein Geheimhalten der Infektion kann dabei zu der Angst führen, dass andere von der HIV-Infektion erfahren, weil negative Konsequenzen befürchtet werden. Beispielsweise kann die Sorge, dass der Arbeitgeber von der HIV-Infektion erfährt, zu existentiellen Ängsten in Bezug auf die berufliche Zukunft führen.

„Ich arbeite im Krankenhaus, befürchte aber, wenn ich meine HIV-Infektion bekannt geben würde, Probleme und Diskriminierung, dafür habe ich keine Energie.“

Peer-to-Peer-Befragung, Frage 78

„Ich lege meine HIV-Infektion nicht offen, da ich mit Kindern arbeite und ich Angst vor der Reaktion der Eltern und Kollegen habe.“

Peer-to-Peer-Befragung, Frage 78

Als Gründe für das Geheimhalten der Infektion werden nicht nur antizipierte Diskriminierung und Stigmatisierung angeführt, sondern auch tatsächlich gemachte negative Erfahrungen und die daraus resultierende Angst vor sozialer Ablehnung und Diskriminierung.

„Ich bin mehrmals enttäuscht worden von Personen, die mir nahestanden. Deshalb habe ich kein Vertrauen mehr in andere Personen. Ich traue mich nicht, offen mit HIV zu leben.“

Peer-to-Peer-Befragung, Frage 78

Deutlich wird auch, dass die Angst „aufzufallen“ und damit als „normabweichend“ identifiziert zu werden dazu führt, dass nicht nur der HIV-Status verheimlicht wird, sondern auch die Homosexualität. Im drastischen Fall kann dies bedeuten, dass der Familie eine andere (sexuelle) Identität vorgespielt wird (vgl. Dieckmann 2017b).

„Ich bin sehr vorsichtig und versuche nicht aufzufallen. Meine Mutter und der Rest der Familie weiß nicht, dass ich schwul bin und HIV+ bin. Meine Mutter denkt, ich wäre mit einer Frau zusammen.“

Peer-to-Peer-Befragung, Frage 78

Im PLHIV Stigma-Index 2.0 wurden weiterhin die positiven Aspekte eines offenen Umgangs mit der HIV-Infektion sowie die Unterstützung von Freund*innen und Bekanntenkreisen abgefragt. Es zeigt sich, dass die Befragten vor allem mit Personen, denen sie nahestehen, positive Erfahrungen mit der Offenlegung des HIV-Status machen (91 % Zustimmung²⁸, $n = 386$) und von diesen Personen auch Unterstützung erhalten (83 % Zustimmung, $n = 340$). Positive Erfahrungen damit, den eigenen HIV-positiven Status gegenüber Personen offenzulegen, die die Befragten nicht gut kennen, berichten über zwei

Drittel der Interviewten (71 %, $n = 248$). Hinsichtlich der Unterstützung von eher weniger gut bekannten Personen ergibt sich eher ein differenziertes Bild: 60 % der Befragten stimmen zu, von diesen Personen Unterstützung zu bekommen, aber auch 40 % ($n = 133$) stimmen dem nicht zu. Danach gefragt, ob es den Befragten über die Zeit der HIV-Infektion leichter gefallen ist, den HIV-Status offenzulegen, stimmen gut drei Viertel der Befragten (73 %, $n = 312$) zu, wohingegen es dem anderen Viertel der Befragten (28 %, $n = 119$) über die Zeit nicht leichter gefallen ist.

Positive Aspekte eines offenen Umgangs	Stimme zu (in %)	Stimme mehr oder weniger zu (in %)	Stimme nicht zu (in %)
Im Allgemeinen positive Erfahrungen mit Offenlegung des HIV-Status gegenüber nahestehenden Personen ($n = 425$)	63	28	9
Im Allgemeinen Unterstützung von nahestehenden Personen, als diese vom HIV-Status erfahren haben ($n = 411$)	56	27	17
Im Allgemeinen positive Erfahrungen mit Offenlegung des HIV-Status gegenüber nicht nahestehenden Personen ($n = 351$)	29	42	29
Im Allgemeinen Unterstützung von nicht nahestehenden Personen, als diese vom HIV-Status erfahren haben ($n = 331$)	25	35	40
Es ist einfacher mit der Zeit, HIV-Status offenzulegen ($n = 431$)	49	24	28

Tabelle 17: Positive Aspekte eines offenen Umgangs. Prozentualer Anteil aller Teilnehmenden, welche die entsprechenden Aussagen beantwortet haben.

²⁸ Antwortkategorien „stimme zu“ und „stimme mehr oder weniger zu“ zusammengefasst.

In den offenen Antworten zeigt sich, dass ein offener Umgang mit der HIV-Infektion als empowernd erlebt werden kann. Ein Argument, das angeführt wird ist, dass man dann weniger angreifbar sei, beispielsweise, weil die große Sorge, dass jemand davon erfahren könnte, wegfällt.

„Ich gebe meinen HIV-Status meinem Gegenüber immer bekannt, wer damit klarkommt ist willkommen, und wer nicht, der nicht.“

Peer-to-Peer-Befragung, Frage 78

„Ich lebe offen mit HIV, das war die beste Entscheidung, weil mich keiner angreifen kann.“ *Peer-to-Peer-Befragung, Frage 78*

3.3 Verinnerlichte HIV-bezogene Stigmatisierung

Die verinnerlichte Stigmatisierung der HIV-Infektion beschreibt das Resultat eines 40 Jahre langen gesellschaftlichen Stigmatisierungsprozesses. Die gesellschaftlich mit HIV verknüpften abwertenden Eigenschaften werden von Menschen mit HIV auf das eigene Selbst bezogen und im eigenen Denken, Fühlen und Handeln verankert.²⁹ Auswirkungen der Stigmatisierung können sein, dass sich Menschen mit HIV schlecht und wertlos aufgrund ihrer HIV-Infektion fühlen, sich selbst aufgrund von Vorwürfen und Schuldgefühlen abwerten, ihre HIV-Infektion vor anderen verstecken und letztendlich auch soziale Situationen meiden, in denen sie wegen ihrer HIV-Infektion Diskriminierung befürchten – wie das folgende Zitat beschreibt.

„Ich habe mich lange selber von allen zurückgezogen. Besonders wenn es um Beziehungen geht. Ich habe das Vertrauen und mein Selbstbewusstsein verloren, viel Unsicherheit, z. B. bin ich nicht mehr in die Kirche gegangen, weil ich mich durch HIV bestraft gefühlt habe. Der alte Spruch „HIV ist eine Strafe Gottes“ hängt immer noch über mir und ich werde ihn nicht los. Ich war seit 20 Jahren (seit meiner Diagnose) nicht schwimmen, weil ich das Gefühl hatte, da nicht hinzugehören.“

Peer-to-Peer-Befragung, Frage 78

3.3.1 Einfluss auf Selbstwert

Es zeigt sich, dass ein Viertel der Interviewten sich wegen der HIV-Infektion schuldig fühlt (27 %, $n = 119$), sich dafür schämt HIV-positiv zu sein (25 %, $n = 114$) und sich manchmal wertlos fühlt (24 %, $n = 108$, siehe Tabelle 18).

Im Zusammenhang mit diesen negativen Gefühlen gegenüber der eigenen HIV-Infektion wurden die Teilnehmenden außerdem gefragt, ob und inwieweit die Infektion wichtige Aspekte ihres Selbst, ihrer Bedürfnisse und Fähigkeiten im zurückliegenden Jahr verändert hat – negativ wie auch positiv. Die meisten Personen nehmen keinerlei Einfluss ihrer HIV-Infektion – zumindest in den letzten 12 Monaten – auf die verschiedenen abgefragten Aspekte des Selbst bzw. Fähigkeiten wahr (siehe Tabelle 19). 26 % der Befragten gaben an, dass die HIV-Infektion ihr Selbstvertrauen negativ beeinflusst hat, das Selbstwertgefühl wurde bei 30 % negativ beeinflusst. Auch weitere zentrale Aspekte des eigenen Wohlbefindens, wie enge und sichere Beziehungen zu anderen Menschen zu haben (28 %), Liebe zu finden (26 %) und

mit Stress zurechtzukommen (21 %) verschlechterten sich laut der Interviewten durch die HIV-Infektion (siehe Tabelle 19).

Als positive Veränderungen benannte circa ein Viertel der Personen, dass sich ihre Fähigkeit, andere zu respektieren, verbessert habe (25 %). Ungefähr 22 % haben durch die HIV-Infektion die Fähigkeit verstärkt, etwas zu ihrem gesellschaftlichen Umfeld beizutragen.

Die Ergebnisse zeigen vor allem, dass die erlebten Auswirkungen und Veränderungen im Leben durch HIV äußerst unterschiedlich wahrgenommen werden können.³⁰

²⁹ *Formen und Auswirkungen der verinnerlichteten HIV-bezogenen Stigmatisierung wurden in Modulstudie B vertieft untersucht (siehe Kapitel 6).*

³⁰ *Für eine vertiefte Untersuchung zu Auswirkungen der verinnerlichteten HIV-bezogenen Stigmatisierung: siehe Modulstudie B, Kapitel 6.*

Auswirkungen verinnerlichter HIV-bezogener Stigmatisierung	Stimme zu / Ja (in %)	Stimme nicht zu / Nein (in %)
Ich fühle mich schmutzig, weil ich HIV-positiv bin (n = 450)	12	88
Ich fühle mich schuldig, dass ich HIV-positiv bin (n = 449)	27	73
Ich schäme mich, dass ich HIV-positiv bin (n = 449)	25	75
Ich fühle mich manchmal wertlos, weil ich HIV-positiv bin (n = 449)	24	76

Tabelle 18: Auswirkungen verinnerlichter HIV-bezogener Stigmatisierung. Prozentualer Anteil aller Teilnehmenden, welche die entsprechenden Aussagen beantwortet haben.

Veränderungen auf Aspekte des Selbstbildes	Negativ von HIV-Status beeinflusst (in %)	Nicht von HIV-Status beeinflusst (in %)	Positiv von HIV-Status beeinflusst (in %)
Mein Selbstvertrauen (n = 440)	26	57	17
Mein Selbstwertgefühl (n = 442)	30	55	15
Meine Fähigkeit, andere zu respektieren (n = 424)	4	71	25
Meine Fähigkeit, mit Stress zurechtzukommen (n = 432)	21	63	16
Meine Fähigkeit, mit anderen Menschen enge und sichere Beziehungen einzugehen (n = 428)	28	58	15
Meine Fähigkeit, Liebe zu finden (n = 413)	26	61	13
Mein Kinderwunsch (n = 181)	27	62	11
Das Erreichen meiner persönlichen oder beruflichen Ziele (n = 396)	18	70	12
Meine Fähigkeit, zu meinem gesellschaftlichen Umfeld beizutragen (n = 420)	10	67	22
Meine Fähigkeit, eine Religion/einen Glauben nach meinen Wünschen zu praktizieren (n = 207)	7	84	10

Tabelle 19: Wahrgenommene Veränderung auf Aspekte des Selbstbildes durch HIV. Prozentualer Anteil aller Teilnehmenden, welche die Aussagen nicht mit „nicht zutreffend“ beantwortet haben.

3.3.2 Ängste und Vermeidungsverhalten

Diskriminierungserfahrungen sowie HIV-bezogene Stigmatisierung und die Sorge, dass andere von der HIV-Infektion erfahren können, können zu Ängsten und vermeidendem Verhalten führen (z. B. Meidung ärztlicher Besuche, Reisen, sozialer Kontakte). So berichten es auch einige Befragte in den offenen Antworten.

„Ich fühlte mich grundsätzlich sehr eingeschränkt, ich will nicht, dass irgendjemand von meinem HIV-Status erfährt. Deshalb reise ich nicht ins Ausland, weil ich Angst habe, dass meine Medikamente entdeckt werden. Ich lebe immer mit Angst, z. B. lasse ich (fast) niemanden in meine Wohnung oder ich habe Angst, dass Mitarbeiter*innen in Arztpraxen indis- kret sind und das jemandem zu erzählen, mit dem ich arbeite.“

Peer-to-Peer-Befragung, Frage 78

Auch die Angst vor sexueller Zurückweisung spielt bei den befragten Menschen mit HIV eine große Rolle. So gaben 41 % der Befragten an ($n = 182$), in den letzten 12 Monaten Angst davor gehabt zu haben, dass andere wegen des HIV-positiven Status mit ihnen nicht sexuell intim sein wollten.³¹ Knapp ein Fünftel (19 %, $n = 85$) der befragten Teilnehmer*innen gibt zudem an, dass sie aufgrund des HIV-Status in den letzten zwölf Monaten Sex vermieden haben. Darüber hinaus haben sich 18 % ($n = 77$) von der Familie oder von Freund*innen zurückgezogen. 10 % ($n = 45$) haben gesellschaftliche Anlässe nicht besucht. 8 % ($n = 37$) haben Gesundheitsdienste nicht in Anspruch genommen und 7 % ($n = 24$) haben sich entschieden, sich aufgrund der HIV-Infektion nicht für eine Arbeitsstelle zu bewerben. 5 % ($n = 18$) haben keine soziale Unterstützung in Anspruch genommen.

³¹ Diese Frage wurde in der deutschen Version ergänzt.

Vermeidende Umgangsstrategien	Ja (in %)	Nein (in %)
Ich habe mich dafür entschieden, gesellschaftliche Anlässe nicht zu besuchen (<i>n</i> = 437)	10	90
Ich habe mich entschieden, Gesundheitsdienste nicht in Anspruch zu nehmen (<i>n</i> = 439)	8	92
Ich haben mich entschieden, mich nicht für (eine) Arbeitsstelle(n) zu bewerben (<i>n</i> = 455)	7	93
Ich habe mich entschieden, keine soziale Unterstützung in Anspruch zu nehmen (<i>n</i> = 351)	5	95
Ich habe mich von der Familie und/oder Freund*innen isoliert (<i>n</i> = 438)	18	82
Ich habe mich entschieden, keinen Sex zu haben (<i>n</i> = 439)	19	81

Tabelle 20: Vermeidende Umgangsstrategien. Prozentualer Anteil aller Teilnehmenden, welche die Aussagen nicht mit „nicht zutreffend“ beantwortet haben.

3.4 Kontakt mit Gesundheitsdiensten

Für die meisten Menschen mit HIV ist der regelmäßige Kontakt zu Gesundheitsdiensten unerlässlich, um die therapeutische Begleitung einer HIV-Infektion sicherzustellen. Im PLHIV Stigma-Index 2.0 werden daher folgende Fragenkomplexe differenziert:

1. HIV-Test, HIV-Therapie und allgemeiner Gesundheitszustand
2. Diskriminierung im Gesundheitswesen, sowohl im Bereich der HIV-Versorgung als auch außerhalb der HIV-Versorgung (mit Ergänzung um sexuelle und reproduktive Gesundheit)
3. Offenheit und Vertrauen im Gesundheitswesen (v.a. nicht HIV-bezogene Gesundheitsleistungen)

3.4.1 HIV-Test, HIV-Therapie und allgemeiner Gesundheitszustand

HIV-Test

Die Entscheidung, einen HIV-Test zu machen, hat der Großteil der Befragten selbst getroffen (73 %, $n = 328$). Trotzdem gaben insgesamt auch 25 % der Befragten an³², unfreiwillig getestet oder sogar zum Test gezwungen worden zu sein. So gaben 10 % ($n = 45$) an, von anderen unter Druck gesetzt worden zu sein, 2 % ($n = 9$) wurden ohne Zustimmung zum Test gezwungen. 13 % der Befragten ($n = 57$) gab an, gar ohne ihr Wissen getestet worden zu sein.

Von den Personen, die sich selbst entschieden haben, einen HIV-Test zu machen, gab ein Drittel der Befragten an (30 %, $n = 100$), dass sie sich nach Beratung von Gesundheitsdienstleister*innen (z. B. bei Symptomen) entschieden haben, einen Test durchzuführen. Ein weiteres Drittel entschied sich dazu, weil sie selbst ein HIV-Risiko vermuteten (34 %, $n = 112$). Die Zeit zwischen der Vermutung, sich möglicherweise mit HIV infiziert zu haben und dem Test war bei den meisten befragten Teilnehmer*innen relativ kurz, d.h. weniger als ein halbes Jahr (bei 58 %, $n = 218$). Jedoch bei immerhin 9 % der Befragten vergingen mehr als zwei Jahre zwischen dem ersten Gedanken, einen Test zu machen und dem tatsächlichen ersten Test ($n = 34$).

³² Die angegebenen 25 % ergeben sich aus der Summe der drei Antwortoptionen, die als ‚nicht freiwillig‘ klassifiziert wurden.

HIV-Therapie

Fast alle befragten Personen sind oder waren in HIV-Therapie. Nur zwei Personen gaben an, noch nie antiretrovirale Medikamente genommen zu haben. Eine regelmäßige Versorgung und Behandlung der HIV-Infektion erhalten fast alle Befragten entweder in einer Schwerpunktpraxis (69 %, $n = 313$) oder in einer staatlichen bzw. öffentlichen Klinik oder Ambulanz (29 %, $n = 132$). In den Interviews gaben 96 % ($n = 430$) aller Befragten an, dass sie unter der Nachweisgrenze sind. Sechs Personen gaben an, nicht unter der Nachweisgrenze zu sein. Die Entscheidung, die Therapie zu beginnen, hat nur ein kleiner Teil (11 %, $n = 50$) der Befragten sofort getroffen, nachdem sie das Angebot vom medizinischen Personal bekommen haben. Ein Drittel der Personen (32 %, $n = 141$) haben die Entscheidung eine Therapie mittels antiretroviraler Medikamente (ART) zu beginnen innerhalb des ersten Monats nach Bekanntwerden der HIV-Infektion getroffen, weitere 20 % ($n = 87$) innerhalb des ersten halben Jahres. Allerdings haben auch 20 % ($n = 87$) die HIV-Therapie erst nach mehr als zwei Jahren nach der Diagnose begonnen.³³ Auf die Frage, welche Faktoren den Beginn der HIV-Therapie verzögert haben, gaben 13 % ($n = 59$) der Befragten an, dass sie selbst noch nicht bereit waren, sich ihrer HIV-Infektion zu stellen, 11 % ($n = 50$) haben schlechte Erfahrungen mit Gesundheitspersonal gemacht und 10 % ($n = 44$) hatten Angst, dass andere Personen außerhalb des Familien- und Freund*innenkreises so von der HIV-Infektion erfahren könnten.

Unterbrechungen der Therapie haben nur 21 % der Teilnehmer*innen ($n = 92$) berichtet. Die Therapieunterbrechung lag dabei bei den meisten Befragten³⁴ nicht im zurückliegenden Jahr (63 %, $n = 53$). Diejenigen Befragten, die im letzten Jahr eine Therapieunterbrechung angegeben haben ($n = 31$), führten als *HIV-bezogene Gründe* dafür unter anderem an, dass sie nicht bereit waren, sich der Infektion zu stellen ($n = 4$) oder berichteten eine allgemeine Niedergeschlagenheit ($n = 7$). Als *nicht HIV-bezogene Gründe*, die Therapie zu unterbrechen, führten 10 % der Befragten das Gefühl an, dass die Therapie nicht notwendig sei und 11 % litten unter Nebenwirkungen der Therapie. In den offenen Antworten wurde darüber hinaus die Entscheidung beschrieben, eine Pause von der Therapie gebraucht zu haben, die Medikamente nicht bekommen zu haben (z. B. auf Reisen) oder dass parallel notwendige Behandlungen die HIV-Therapie unmöglich gemacht haben (z. B. Hepatitis-C-Behandlung mit Interferon). Die Entscheidung, die Therapie wiederaufzunehmen, wurde nur unwesentlich von HIV-bezogenen Gründen verzögert bzw. verhindert. So gaben 16 % ($n = 15$) der Personen, die ihre Therapie unterbrachen, an, dass sie auch bei

der Wiederaufnahme nicht bereit waren, sich ihrer HIV-Infektion zu stellen, 10 % ($n = 9$) hatten Angst, dass andere Personen den HIV-positiven Status erfahren könnten.

Allgemeiner Gesundheitszustand

Insgesamt beschreiben die meisten Befragten ihren allgemeinen Gesundheitszustand als gut (64 %), 32 % als „Teils-teils“ und nur ein sehr geringer Anteil gibt an, dass der Gesundheitszustand schlecht ist (4 %). Im zurückliegenden Jahr wurde bei fast einem Viertel (23 %) der Befragten eine psychische Erkrankung (z. B. Depression) diagnostiziert, bei 17 % eine sexuell übertragbare Infektion (z. B. Tripper, Chlamydien) und bei 12 % eine nicht übertragbare Krankheit, wie Bluthochdruck oder Krebs. Dem Großteil derer, bei denen eine Erkrankung im zurückliegenden Jahr diagnostiziert wurde ($n = 212$), wurde eine entsprechende Behandlung angeboten (82 %).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass für den Großteil der Interviewten der Weg vom Test bis zur regelmäßigen HIV-bezogenen Gesundheitsversorgung gut verläuft und vielen Menschen mit HIV so ein „normales“ Leben ermöglicht werden kann (siehe auch 6.1), in dem HIV als chronische Infektion nicht im Vordergrund stehen muss:

„Nach dem Anfangsschock lebe ich normal weiter wie vorher.“ *Peer-to-Peer-Befragung, Frage 78*

„HIV macht mir heute keine Sorgen, läuft einfach mit, Probleme habe ich z. B. mit meiner Hüftarthrose.“ *Peer-to-Peer-Befragung, Frage 78*

³³ Aufgrund der hohen Nebenwirkungen der HIV-Therapie wurde ein Therapiebeginn bis in die 2000er erst empfohlen, wenn die Helferzellenzahl (CD4-Zellen) auf 200 gesunken ist. Erst seit 2015 wird allen Patient*innen unabhängig von den CD4-Zellen empfohlen, sofort nach Diagnose mit der Therapie zu beginnen und diese nicht zu unterbrechen (vgl. Hoffmann/Rockstroh 2020, S. 147).

³⁴ Bezogen auf die Teilnehmer*innen, die jemals die Therapie unterbrochen haben.

3.4.2 Diskriminierung im Gesundheitswesen

Das Gesundheitswesen ist ein neuralgischer Punkt hinsichtlich der Stigmatisierung und Diskriminierung von HIV. Es ist für Menschen mit HIV der Lebensbereich, in dem ihr HIV-Status meist offengelegt wird (zumindest in HIV-bezogenen Therapiekontexten). Sie sind regelmäßig als Patient*innen darauf angewiesen, Gesundheitsdienste aufzusuchen und Dienstleistungen wahrzunehmen. Gleichzeitig ist das Gesundheitswesen ein Bereich, in dem sich Menschen mit HIV besonders vulnerabel fühlen, da sie einerseits von medizinischen Leistungen abhängig sind und andererseits oft empfinden, in einer schwächeren Position oder Situation zu sein. Entsprechend wird auch im PLHIV Stigma-Index 2.0 besonders auf HIV-bezogene Diskriminierung im Gesundheitswesen fokussiert – sowohl in Bezug auf HIV-bezogene Gesundheitsleistungen (wie bei Schwerpunktärzt*innen oder HIV-Ambulanzen) als auch bei nicht HIV-bezogenen Gesundheitsleistungen (wie Allgemeinmediziner*innen, Fachärzt*innen oder Physiotherapeut*innen). Diskriminierungserfahrungen in diesem Bereich stellen sich für viele als äußerst einschneidend dar und werden in den offenen Antworten sehr häufig thematisiert:

„Die schlimmste Diskriminierung erfahre ich bei Ärzten. Termine nach Praxisabschluss, separates Wartezimmer, mir wurde sogar eine OP verweigert, nur wegen HIV!“

Peer-to-Peer-Befragung, Frage 78

Diskriminierung bei HIV-bezogenen Gesundheitsleistungen

Die Ergebnisse zeigen, dass in den letzten zwölf Monaten vor dem Interview in absoluten Zahlen gesehen wenig Diskriminierung im Kontext HIV-bezogene Gesundheitsdienstleistungen wahrgenommen wurde. Am häufigsten berichteten die Interviewten, dass ihnen unangemessene Fragen (z. B. nach dem Infektionsweg) gestellt wurden (10 %, $n = 44$, Abbildung 9), wie das folgende Zitat beschreibt:

„Ich habe immer Angst zu einem neuen Arzt zu gehen, weil man ständig gefragt wird, wie und wo man sich angesteckt hat.“ *Peer-to-Peer-Befragung, Frage 78*

Im Bereich HIV-bezogener Gesundheitsleistungen berichten dennoch 9 % der Teilnehmenden, dass die Patient*innenakte besonders gekennzeichnet wurde, 8 % haben einen gesonderten Termin erhalten (z. B. am Ende der Sprechzeit) und 7 % berichten, dass Körperkontakt vermieden bzw. besondere Schutzvorkehrungen getroffen wurden (Abbildung 9).

Erfahrungen von Stigmatisierung und Diskriminierung im Gesundheitswesen bei HIV-bezogener Gesundheitsleistung (in %)

10%

Unangemessene Fragen, z. B. nach Infektionsweg (n = 447)

0%

Körperlicher Missbrauch (n = 447)

8%

Behandlung nur an besonderen Terminen (n = 447)

2%

Verbale Belästigung (n = 447)

2%

Weitergabe des HIV-Status an Menschen, die nicht mit Behandlung zu tun haben (n = 446)

5%

Es wurde schlecht über sie gesprochen oder getratscht (n = 447)

9%

Besondere Kennzeichnung der Patient*innenakte (n = 447)

4%

Geraten keinen Sex zu haben (n = 447)

6%

Mitteilung HIV-Status ohne Zustimmung (n = 447)

2%

Verweigerung einer Gesundheitsleistung (n = 447)

7%

Vermeidung von Körperkontakt /zusätzliche Vorkehrungen (n = 446)

Abbildung 9: Erfahrungen von Stigmatisierung und Diskriminierung im Gesundheitswesen bei HIV-bezogener Gesundheitsleistung. Prozentualer Anteil aller Teilnehmenden, welche die entsprechenden Aussagen beantwortet haben.

Diskriminierung bei nicht HIV-bezogenen Gesundheitsleistungen

In Bezug auf *nicht HIV-bezogene Gesundheitsleistungen* gaben 83 % der Befragten ($n = 367$) an, diese im zurückliegenden Jahr in Anspruch genommen zu haben. Im Kontext nicht HIV-bezogener Gesundheitsleistungen stellen sich die empirischen Ergebnisse zu HIV-bezogener Stigmatisierung und Diskriminierung deutlich schlechter dar. Es wird deutlich öfter von Diskriminierungserfahrungen berichtet. So berichtet fast ein Drittel der Befragten (28 %, $n = 101$, siehe Abbildung 10), dass ihre Patient*innenakte besonders gekennzeichnet wurde. Ebenso wird häufig berichtet, dass Körperkontakt vermieden wurde (26 %, $n = 95$), die Behandlung zu besonderen Terminen stattfand (22 %, $n = 82$) und unangemessene Fragen gestellt wurden (24 %, $n = 87$). 16 % ($n = 57$) der Befragten wurde eine zahnärztliche Behandlung verweigert und 10 % ($n = 37$) berichteten, dass über sie schlecht gesprochen oder getratscht wurde.

Auch in den offenen Antworten wurden Diskriminierungserfahrungen im Gesundheitswesen am häufigsten berichtet, die hier nur auszugsweise dargelegt werden können. Es finden sich etliche dramatische Beispiele von vier übereinander angezogenen Schutzhandschuhen, Verstößen gegen die Schweigepflicht, besonderen Behandlungsterminen, abwertenden Bemerkungen und der Verweigerung von Gesundheitsleistungen. Dies kann für die betroffenen Personen so traumatisch sein, dass sie Ängste vor ärztlichen Besuchen entwickeln und teilweise drastische Konsequenzen daraus ziehen.

„November 2019 Noteinweisung (Blutdruck) in Klinik. Krankenpfleger unterbrach bzw. brach Blutabnahme ab, nach Erfahren des HIV-Status – zog laut schimpfend Nadel aus dem Arm, vor anderen Mitpatienten und verwies auf andere Pflegerin, welche aber ihrem Kollegen recht gab und sich lautstark über die Medikation (vor Mitpatienten) lustig machte.“

Peer-to-Peer-Befragung, Frage 78

„Ambulante Reha besucht, dort wurde auf dem Trainingsplan ganz deutlich sichtbar HIV-positiv notiert.“ *Peer-to-Peer-Befragung, Frage 78*

„Bedauerlicherweise sind Ärzte und Krankenschwestern noch immer nicht alle über HIV aufgeklärt. Ich muss die Krankenschwestern darüber aufklären. Immer noch unterschiedliche Behandlung bei Zahnarzt, Akupunktur, immer noch HIV-Stempel mit Aufdruck ‚HIV-positiv‘. Wurde in Zahnklinik schon wieder weggeschickt, bei Zahn ziehen, zu viel Blut! Beim Zahnarzt immer der letzte Termin. Große Teile der Bevölkerung sind leider immer noch nicht aufgeklärt, alles Wissen von damals, nichts dazugelernt.“ *Peer-to-Peer-Befragung, Frage 78*

Mit dem Anspruch eines menschenrechtlich orientierten und diskriminierungsfreien Gesundheitssystems sind diese diskriminierenden Erfahrungen HIV-positiver Menschen im Gesundheitswesen in dieser Häufigkeit bedenklich. Sie haben einen deutlichen negativen Einfluß auf die Gesundheit und das Wohlbefinden von Menschen mit HIV (siehe 6.3). Der Befund, dass Diskriminierung sowohl in allgemeinen als auch in HIV-bezogenen Gesundheitsleistungen im Jahr 2020 im dem berichteten Ausmaß stattfinden, signalisiert, dass hier Maßnahmen intensiviert werden sollten (siehe Handlungsempfehlungen für Gesundheitswesen Kapitel 9).

Erfahrungen von Stigmatisierung und Diskriminierung im Gesundheitswesen bei nicht HIV-bezogener Gesundheitsleistung (in %)

16%

Verweigerung zahnärztliche Versorgung (*n* = 367)

26%

Vermeidung von Körperkontakt/zusätzliche Vorkehrungen (*n* = 367)

24%

Unangemessene Fragen (*n* = 366)

1%

Körperlicher Missbrauch (*n* = 357)

22%

Behandlung nur an besonderen Terminen (*n* = 365)

2%

Verbale Belästigung (*n* = 363)

3%

Weitergabe des HIV-Status an Menschen, die nicht mit Behandlung zu tun haben (*n* = 366)

10%

Es wurde schlecht über sie gesprochen oder getratscht (*n* = 367)

28%

Besondere Kennzeichnung der Patient*innenakte (*n* = 366)

7%

Geraten keinen Sex zu haben (*n* = 367)

12%

Mitteilung HIV-Status ohne Zustimmung (*n* = 367)

8%

Verweigerung einer Gesundheitsleistung (*n* = 367)

Abbildung 10: Erfahrungen von Stigmatisierung und Diskriminierung im Gesundheitswesen bei nicht HIV-bezogener Gesundheitsleistung. Prozentualer Anteil aller Teilnehmenden, welche die entsprechenden Aussagen beantwortet haben.

Sexuelle und reproduktive Gesundheit

Diskriminierung im Gesundheitswesen im *Kontext sexueller und reproduktiver Gesundheit* (u.a. Fragen zu Familienplanung, Schwangerschaft, Sterilisation, Kondomnutzung) spielen im internationalen Kontext eine wesentliche Rolle und wurden daher im PLHIV Stigma-Index 2.0 als weiterer Teilbereich explizit abgefragt. 9 % ($n = 31$) der Befragten berichten, dass ihnen empfohlen wurde, unbedingt ein Kondom zu benutzen, obwohl sie unter der Nachweisgrenze waren, wie es folgendes Beispiel verdeutlicht:

„Einmal wollte ich die ‚Pille danach‘ in einer Apotheke kaufen und während des Kaufs belehrte mich die Apothekerin, ich solle sowieso nicht ohne Kondom mit Männern schlafen (weil ich gefragt habe, ob die Pille mit meinen HIV-Medis vereinbar ist).“

Peer-to-Peer-Befragung, Frage 78

Tabelle 21: Erfahrungen von Stigmatisierung und Diskriminierung hinsichtlich sexueller und reproduktiver Gesundheit. Prozentualer Anteil aller Teilnehmenden, welche die entsprechenden Aussagen beantwortet haben.

Andere abgefragte Diskriminierungserlebnisse, wie die Mitteilung, dass die HIV-Therapie nur bei Empfängnisverhütung verschrieben wurde ($n = 1$) oder geraten wurde, kein Kind auszutragen oder zu zeugen ($n = 4$), wurden äußerst selten berichtet und waren für viele Befragte auch nicht zutreffend (siehe Tabelle 21).

Personen, die Kinder gebären können ($n = 110$), wurden darüber hinaus spezifisch gefragt, ob sie im Kontext von Schwanger- oder Mutterschaft bestimmte Diskriminierungssituationen erlebt haben. Sechs Personen gaben an, dass ihre HIV-Infektion in den Mutterpass oder das Kinderuntersuchungsheft eingetragen wurde, obwohl dies den aktuellen Richtlinien widerspricht. Jeweils fünf Personen berichten außerdem, dass Druck auf sie ausgeübt wurde eine bestimmte Methode der Entbindung zu wählen bzw. während der Schwangerschaft antiretrovirale Medikamente einzunehmen. Dass vor allem Frauen mit HIV generell und im Zusammenhang mit Mutterschaft spezifische Erlebnisse und damit auch spezifischen Bedarf der Unterstützung haben, deutet sich im folgenden Zitat aus den Interviews an:

„Als positive Frau mit einem positiven Kind werden einem beim Arzt schon sehr oft unangenehme Fragen gestellt. Sehr oft bekommt man Mitleid für das Kind [...] und als Mutter bekommt man die Schuld zugeschrieben.“ *Peer-to-Peer-Befragung, Frage 78*

Diskriminierungserfahrungen im Kontext sexueller und reproduktiver Gesundheit	Ja (in %)	Nein (in %)
Ratschlag, kein Kind auszutragen/zu zeugen ($n = 189$)	2	96
Bedrängnis oder Anreize zur Sterilisation ($n = 267$)	1	98
Sterilisation ohne Wissen oder Einwilligung ($n = 283$)	0	99
Verweigerung Schwangerschaftsverhütung/ Familienplanungsdienste ($n = 195$)	1	97
Mitteilung, dass bestimmte Empfängnisverhütungsmethode angewendet werden muss, um ART zu erhalten ($n = 251$)	0	98
Empfehlung Kondomnutzung, obwohl ART und unter Nachweisgrenze ($n = 352$)	9	91

3.4.3 Offenheit und Vertrauen in nicht HIV-bezogene Gesundheitsleistungen

Außerhalb der HIV-Ambulanz oder Schwerpunktpraxis legen drei Viertel aller Befragten ihren HIV-Status offen (75 %, $n = 334$). Auf die Frage, ob die Interviewten glauben, dass ihr HIV-Status in der Patient*innenakte vertraulich behandelt wird, sind sich über die Hälfte der Befragten *nicht sicher* (52 %, $n = 230$) und 8 % ($n = 37$) sind sich sicher, dass die Patient*innenakte *nicht* vertraulich behandelt wird. Nur 40 % ($n = 179$) der Befragten sind sich sicher, dass ihre Akte vertraulich behandelt wird, d.h. der HIV-Status nicht ohne Zustimmung weitergegeben wird.

Die Befunde des PLHIV Stigma-Index 2.0 zeigen also, dass bei nicht HIV-bezogenen Gesundheitsleistungen eine deskriptive Norm bzw. die wahrgenommene Notwendigkeit zur Offenlegung des eigenen HIV-Status existiert. Neben der medizinischen Notwendigkeit begründet sich dies oftmals mit der hohen Erwartungshaltung bezüglich der Offenlegung der Infektion seitens der Mediziner*innen, der Abfrage in Anamnesebögen und der Hoffnung auf ein vertrautes Verhältnis zur Ärzt*in.

Wenngleich der Großteil in der Regel den HIV-Status im Gesundheitswesen offenlegt, sind es immerhin 25 % ($n = 110$), die ihren HIV-Status im Gesundheitswesen verschweigen oder sehr genau abwägen, wo sie die HIV-Infektion offenlegen und wo nicht. Diskriminierungserfahrungen spielen hier eine große Rolle. Dabei es kann es deutliche Nachteile, in diesem Bereich die HIV-Infektion nicht anzusprechen (z. B. Wechselwirkung mit Medikamenten).

„Die geplante digitalisierte Patientenakte macht mir Angst und ich habe da Bedenken, wie sicher meine Daten wären. Ich möchte weiterhin bestimmen können, ob ich angebe HIV+ zu sein oder nicht. Es geht nicht jeden Arzt und jede Arzthelferin was an.“ *Peer-to-Peer-Befragung, Frage 78*

„Ich habe es nur meinem Hausarzt und meinem Schwerpunktarzt gesagt, sonst weiß keiner von meiner Infektion, weil ich Angst vor Ausgrenzung habe.“

Peer-to-Peer-Befragung, Frage 78

„Oft lege ich bei bestimmten Ärzten (wie Orthopäde) meinen Status nicht offen dar, aus Angst vor Diskriminierung. Bei Zahnärzten z. B. tue ich dies aber trotz Angst, weil ich Angst habe zu lügen oder dass es falsch ist es nicht zu sagen. Ich habe Angst zu neuen Ärzten zu gehen, ich bin immer noch bei meiner Kinderärztin. Ich gehe immer nur zu einer bestimmten Apotheke, um die Medikamente abzuholen und fühle mich jedes Mal unwohl. Manchmal frage ich mich, wie ich ohne die Medis physisch + psychisch wäre.“ *Peer-to-Peer-Befragung, Frage 78*

3.5 Menschenrechte und Engagement für Veränderung

3.5.1 Menschenrechtsverletzungen

Im letzten HIV-bezogenen Teil des PLHIV Stigma-Index 2.0 wurden die Teilnehmer*innen nach konkreten Menschenrechtsverletzungen befragt, welche sie erlebt haben, sowie nach dem Umgang, den sie damit gefunden haben. Zunächst fokussierten die abgefragten Diskriminierungssituationen auf Erfahrungen, in denen die Befragten in den letzten zwölf Monaten gezwungen wurden, ihren HIV-Status offenzulegen bzw. einen HIV-Test zu machen, um beispielsweise ein Visum oder ein Beschäftigungsverhältnis zu erhalten.

6 % der Befragten ($n = 27$) berichten, dass sie ihren HIV-Status offenlegen mussten, um eine Arbeit oder Altersversorgung zu bekommen. 4 % der Befragten mussten dies tun, um eine Gesundheitsversorgung zu erhalten ($n = 20$), ein Visum in einem bestimmten Land ($n = 20$) oder eine Krankenversicherung zu bekommen ($n = 17$, siehe Tabelle 22).³⁵

In den offenen Antworten des Fragebogens wurden besonders häufig Einschnitte in Bezug auf das private oder berufsbedingte Reisen³⁶ thematisiert. Auch das Reisen in andere Länder, in die Menschen mit HIV nicht einreisen oder keine Aufenthaltsgenehmigung bekommen können, kann aufgrund der HIV-Infektion behindert werden. Dies stellt einen wesentlichen Einschnitt in die Freiheit der Menschen mit HIV dar.

„Absehbar ist ein Problem für eine Aufenthaltsgenehmigung für einen studienbedingten Aufenthalt in Israel.“

Peer-to-Peer-Befragung, Frage 78

„Es gibt Länder in denen sowohl Homosexualität als auch HIV zur Ausweisung führen. Sollte ich gezwungen sein einen beruflichen Auftrag meines Arbeitgebers in einem dieser Länder (Außendienst) wahrzunehmen, müsste ich mich entweder bei meinem Arbeitgeber outen (HIV) oder auf Medikamente während des Aufenthalts verzichten.“ *Peer-to-Peer-Befragung, Frage 78*

„Ich dürfte nie zu meiner Partnerin ziehen, da ich als HIV-Positiver kein Visum in dem Land meiner Partnerin (Singapur) erhalten würde.“ *Peer-to-Peer-Befragung, Frage 78*

³⁵ Aufgrund der geringen Fallzahlen der im zurückliegenden Jahr berichteten Erfahrungen, wurden die Angaben 'Ja, in den letzten 12 Monaten' und 'Ja, aber nicht in den letzten 12 Monaten' zusammengefasst, d.h. es wurde ausgewertet, ob Personen eine der abgefragten Rechtsverletzungen überhaupt erfahren haben.

³⁶ Einige Länder verbieten Menschen mit HIV die Einreise oder erlauben sie nur unter bestimmten Bedingungen. Ein HIV-Test wird normalerweise nur verlangt, wenn man ein Visum für die mehrfache Einreise oder für einen längeren Aufenthalt beantragt. Weitere Informationen finden sich unter www.hivtravel.org oder DAH 2016 www.aidshilfe.de/shop/pdf/7698.

Im zweiten Teil Grundrechtsverletzungen ging es um Situationen, die unmittelbar mit dem HIV-positiven Status zusammenhängen, d.h. es wurde abgefragt, ob sie beispielsweise aufgrund ihrer HIV-Infektion schon einmal verhaftet wurden, ihnen die Einreise in ein anderes Land verwehrt wurde oder sie gezwungen wurden Sex zu haben (siehe Tabelle 22). Die Angaben der Befragten zeigen, dass die am häufigsten erlebte Grundrechtsverletzung ist, dass sie gezwungen werden, den HIV-Status öffentlich zu machen bzw. ihr HIV-Status ohne Zustimmung öffentlich ge-

macht wurde (8 %, $n = 36$). 3 % ($n = 12$) der Befragten wurde wegen ihres HIV-Status einmal die Einreise in ein Land verweigert.

4 % ($n = 19$) berichten außerdem, dass sie dazu gezwungen wurden, Sex zu haben, obwohl sie nicht wollten. Erfahrene Rechtsverletzungen, die explizit Frauen betreffen, wurden mit drei Aussagen abgefragt.³⁷ Sechs Frauen berichten, dass ihr*e Partner*in verhindert hat, Gesundheitsangebote zu nutzen.

Menschenrechtsverletzungen	Ja (in %)	Nein (in %)
Zwang, Status offenzulegen bzw. Offenlegung ohne Zustimmung: Erhalt eines Visums oder Beantragung Aufenthaltsgenehmigung/ Staatsbürgerschaft in einem Land ($n = 448$)	4	95
Bewerbung für Beschäftigungsverhältnis oder Erhalt Rentenversicherung/Altersversorgung ($n = 448$)	6	94
Besuch einer Bildungseinrichtung oder Erhalt Stipendium ($n = 447$)	1	99
Erhalt Gesundheitsversorgung ($n = 448$)	4	95
Erhalt Krankenversicherung ($n = 447$)	4	96
Grundrechtsverletzungen: Verhaftung wegen Anzeige aufgrund HIV oder vor Gericht gestellt ($n = 447$)	1	98
Festsetzung oder Quarantäne aufgrund HIV ($n = 448$)	1	99
Verweigerung Visum oder Einreise in anderes Land aufgrund HIV ($n = 449$)	3	97
Verweigerung Niederlassung oder Aufenthaltsgenehmigung in anderem Land aufgrund HIV ($n = 447$)	1	98
Zwang HIV-Status öffentlich zu machen oder Öffentlichmachung ohne Zustimmung ($n = 448$)	8	92
Nur Frauen: Zwang, Sex zu haben, ohne Zustimmung ($n = 446$)	4	95
Verweigerung Zugang zu Frauenhaus/Schutzraum vor häuslicher Gewalt ($n = 118$)	1	98
Verhinderung der Nutzung von Gesundheitsangeboten durch Partner*in ($n = 119$)	5	95

Tabelle 22: Menschenrechtsverletzungen. Prozentualer Anteil aller Teilnehmenden, welche die entsprechenden Aussagen beantwortet haben.

³⁷ Personen, die sich nicht als „weiblich“ identifizieren, wurden von der Analyse ausgeschlossen.

3.5.2 Umgang mit Rechtsverletzungen

Diejenigen Befragten, die im zurückliegenden Jahr eine Rechtsverletzung erfahren haben ($n = 45$) wurden daraufhin gefragt, ob, und wenn ja, welche Schritte sie diesbezüglich unternommen haben. Ein sehr geringer Teil der Befragten von acht Personen hat etwas gegen die berichtete Rechtsverletzung unternommen (z. B. Anzeige erstattet, Anwalt*in konsultiert, Beschwerde, Öffentlichmachen, an Communityorganisation wenden). Vier Personen berichten, dass in der Folge nichts passiert sei, in den anderen Fällen wurde ($n = 2$) oder wird momentan ($n = 1$) damit umgegangen. Vier Personen gaben an, dass die Sache für sie erfolgreich abschließend behandelt wurde. Für zwei Personen wurde die Sache nicht erfolgreich abgeschlossen.

Diejenigen Befragten, die nichts unternommen haben, gaben als Gründe dafür vor allem an, dass sie keinen Glauben daran hatten, dass die Maßnahme erfolgreich sein könnte (26 %, $n = 9$), wussten nicht an wen oder welche Stelle sie sich wenden konnten (12 %, $n = 4$), waren eingeschüchtert oder ängstlich (12 %, $n = 4$) oder ihnen schien der Prozess zu kompliziert (15 %, $n = 5$).

Ungeachtet des Umstandes, ob Personen Rechtsverletzungen erlebt haben oder nicht, wurden Teilnehmer*innen befragt, ob sie wissen, dass es in Deutschland entsprechende Antidiskriminierungsgesetze gibt. Die Kenntnis über die Gesetzeslage in Deutschland³⁸ ist relativ gut: 72 % ($n = 322$) aller Befragten geben an, diese zu kennen. 18 % der Befragten ($n = 80$) sind sich unsicher, ob es solche Gesetze gibt und 10 % ($n = 322$) glauben, dass es solche Gesetze nicht gibt.

3.5.3 Reaktionen auf Diskriminierungssituationen

Institutionen einzuschalten und Rechte geltend zu machen ist ein wichtiger Bestandteil davon, HIV-bezogener Stigmatisierung und Diskriminierung entgegenzuwirken. Dennoch gibt es zahlreiche Diskriminierungssituationen im Alltag, die nicht strafrechtlich relevant sind. Die Teilnehmenden wurden auch gefragt, wie sie auf diese Vorfälle HIV-bezogener Diskriminierung reagieren. Es zeigt sich, dass Betroffene von HIV-bezogener Diskriminierung diese für sich selbst sehr engagiert adressieren: So gibt über die Hälfte der Befragten (57 %, $n = 256$) an, die Person, welche sie diskriminiert hat, anzusprechen und aufzuklären. Weitere 50 % der Befragten ($n = 225$)

haben dies auch dann getan, wenn sie den Vorfall nur beobachteten. 58 % der Befragten ($n = 261$) gibt darüber hinaus an, andere Menschen mit HIV, die von Diskriminierung betroffen waren, emotional, finanziell oder anderweitig zu unterstützen. Fast die Hälfte der Teilnehmer*innen (46 %) engagierte sich schon einmal in einer Organisation oder Kampagne gegen die Diskriminierung von Menschen mit HIV. Einflussreiche Persönlichkeiten (17 %) oder Entscheidungsträger*innen (12 %) wurden hingegen weniger kontaktiert. Knapp ein Viertel der Befragten (24 %, $n = 108$) hat über das Problem schon in den Medien gesprochen (siehe Tabelle 23).

³⁸ Das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz (AGG).

Engagement für Veränderung	Ja (in %)	Nein (in %)
Person, die dich stigmatisiert oder diskriminiert hat, angesprochen oder aufgeklärt (<i>n</i> = 449)	57	43
Person, die andere Menschen mit HIV stigmatisiert oder diskriminiert hat, angesprochen oder aufgeklärt (<i>n</i> = 448)	50	50
Person mit HIV emotional, finanziell oder anderweitig unterstützt oder Person dabei geholfen, mit Stigmatisierung und/oder Diskriminierung umzugehen (<i>n</i> = 448)	58	42
In Organisation oder bei Aufklärungskampagne zu Stigmatisierung und Diskriminierung von Menschen mit HIV mitgemacht (<i>n</i> = 447)	46	54
Eine*n bekannte*n Aktivist*in der Community dazu ermutigt, etwas gegen Stigmatisierung und Diskriminierung von Menschen mit HIV zu unternehmen (<i>n</i> = 448)	17	83
Eine*n Entscheidungsträger*in in Regierung oder Politik dazu ermutigt, etwas gegen das Problem der Stigmatisierung und Diskriminierung von Menschen mit HIV zu unternehmen (<i>n</i> = 449)	12	88
Mit Medien über das Problem der Stigmatisierung und Diskriminierung von Menschen mit HIV gesprochen (<i>n</i> = 448)	24	76

Tabelle 23: Engagement für Veränderung. Prozentualer Anteil aller Teilnehmenden, welche die entsprechenden Aussagen beantwortet haben.

3.6

Nicht HIV-bezogene Stigmatisierung und Diskriminierung

Eine wesentliche Änderung des PLHIV Stigma-Index 2.0 gegenüber der ersten Auflage ist, dass auch nicht HIV-bezogene Diskriminierungserfahrungen aufgrund von anderen Diskriminierungsmerkmalen abgefragt wurden. Aufgrund der Diversität von Menschen mit HIV erlebt ein großer Teil der Menschen mit HIV auch Diskriminierung aufgrund anderer gesellschaftlich stigmatisierter Merkmale. In Modulstudie B wird auf mehrdimensionale Diskriminierung vertiefend eingegangen (siehe 6.6). Im internationalen Fragebogen des Stigma-Index wurden zusätzlich Diskriminierungserfahrungen aufgrund folgender Aspekte abgefragt:

- trans*
- Schwule und Männer, die Sex mit Männern haben
- Lesben und Frauen, die Sex mit Frauen haben
- Bisexuelle und Menschen, die Sex mit Frauen und Männern haben
- Sexarbeitende
- Drogenkonsumierende

In der deutschen Version des Fragebogens wurden zudem

- Menschen, die sich als People of Color oder Schwarz identifizieren, die einen Migrationshintergrund haben oder denen ein Migrationshintergrund zugeschrieben wird,

zu nicht HIV-bezogener Diskriminierung aufgrund rassistischer Zuschreibungen befragt.

Im Folgenden werden für einige Teilgruppen (Schwule und MSM; Lesben; Bisexuelle; (ehemalige) Drogengebrauchende und (B)PoC jeweils drei Fragen hinsichtlich der Diskriminierungserfahrungen, des offenen Umgangs und der Zugehörigkeit zu einem Netzwerk oder einer Selbsthilfegruppe dargestellt. Mit Trans* Personen, Sexarbeitenden und Lesben, die sich selbst mit diesen Kategoriezuschreibungen identifizieren, wurden für eine Auswertung zu wenig Interviews geführt.³⁹

3.6.1 Schwule und MSM

Diskriminierung aufgrund Homosexualität

In der Gruppe der Schwulen und MSM⁴⁰ ($n = 233$) ist die häufigst genannte Diskriminierung aufgrund der sexuellen Orientierung die verbale Belästigung mit 62 % ($n = 144$). Weitere 43 % ($n = 100$) der Schwulen und MSM hatten schon ein- oder mehrmals den Eindruck, dass Familienangehörige diskriminierende Bemerkungen gemacht oder getratscht haben. Körper-

liche Belästigung oder sogar Verletzungen haben 28 % der Befragten ($n = 64$) erfahren und 21 % ($n = 49$) haben sich schon ein oder mehrere Male von Familienanlässen ausgeschlossen gefühlt. Die wenigsten haben schon einmal Gesundheitsdienste vermieden, weil sie sich Sorgen gemacht haben, dass jemand von ihrer sexuellen Orientierung erfährt und die wenigsten wurden aufgrund ihrer sexuellen Orientierung erpresst.

³⁹ Eine vergleichende Darstellung der Ergebnisse für die oben genannten Teilgruppen der Stichprobe in Bezug auf die bisher beschriebenen Konstrukte und Fragen finden sich im Online-Anhang (www.positive-stimmen.de).

⁴⁰ In diese Gruppe fließen diejenigen mit ein, die sich als Mann (inkl. trans*) identifizieren und angeben, schwul/homosexuell oder MSM zu sein. Diejenigen Männer, die angaben „je Sex mit einem Mann gehabt zu haben“, sich jedoch nicht als schwul identifizieren, werden nicht berücksichtigt.

Diskriminierung aufgrund sexueller Orientierung	Anteil „Ja“ (in %)	Anteil „Nein“ (in %)
Von Familienanlässen ausgeschlossen gefühlt (n = 231)	21	79
Eindruck diskriminierende Bemerkungen/Tratsch von Familienangehörigen (n = 230)	43	57
Angst Gesundheitsdienste in Anspruch zu nehmen (n = 230)	11	89
Vermeidung von Gesundheitsdiensten (n = 231)	9	91
Verbale Belästigung (n = 231)	62	38
Erpressung (n = 231)	10	90
Körperliche Belästigung/Verletzung (n = 229)	28	72

Tabelle 24: Diskriminierung aufgrund sexueller Orientierung; Schwule & MSM. Prozentualer Anteil aller Teilnehmenden, welche die entsprechenden Fragen beantwortet haben und nicht „Keine Angabe“ antworteten.

In den offenen Antworten wird die enge Verknüpfung zwischen HIV und Homosexualität deutlich und doch sind es zwei verschiedene Herausforderungen in Bezug auf die Coming-Outs. Einige berichten, dass zunächst das (alltägliche) Coming-Out als schwul schon Herausforderung genug sei. Das Coming-Out als HIV-positiv komme als zusätzliche Herausforderung dazu.

„Bei der Suche nach einem Psychotherapeuten wurde ich von einer Therapeutin abgelehnt, weil ich schwul UND HIV-positiv bin im Jahr 2019 (in Berlin).“

Peer-to-Peer-Befragung, Frage 78

„Ich kann hier auf dem Dorf meinen Status nicht öffentlich machen, seit die AfD so stark ist, ist es schon schwer genug als Schwuler weiter akzeptiert zu werden.“

Peer-to-Peer-Befragung, Frage 78

„Ich habe mich erst Ende 30 als Schwuler geoutet, das war schon sehr schwer. Als dann mit Anfang 40 das positive Ergebnis kam, dachte ich mein Leben ist wirklich zerstört. Ich kann mich sehr schwer Menschen öffnen, weil ich immer wieder schlechte Erfahrungen mache, egal ob schwul sein oder positiv.“

Peer-to-Peer-Befragung, Frage 78

„Rumänische Familie (außer Tante) weiß nicht vom Thema Schwul und HIV. Es wäre jedoch einfacher Familie von HIV zu berichten, als vom Schwul sein.“

Peer-to-Peer-Befragung, Frage 78

Offenheit in Bezug auf Homosexualität

Fast alle Schwule und MSM gehen offen mit ihrer sexuellen Orientierung um. 99 % geben an, dass andere Schwule und MSM über ihre sexuelle Orientierung Bescheid wissen, und 97 % geben an, dass Familie und Freund*innen Bescheid wissen. Bei anderen Personen im Umfeld sind es 89 %.

Wissen folgender Personen über sexuelle Orientierung	Ja (in %)	Nein (in %)
Andere Schwule & MSM (n = 232)	99	1
Familie/Freund*innen (n = 232)	97	3
Anderen Personen im Umfeld (n = 231)	89	11

Tabelle 25: Wissen folgender Personen über sexuelle Orientierung; Schwule & MSM. Prozentualer Anteil aller Teilnehmenden, welche die entsprechenden Aussagen beantwortet haben.

Zugehörigkeit zu Netzwerk/Selbsthilfegruppe

28 % der befragten Schwulen und MSM sind Mitglied eines Netzwerkes oder einer Selbsthilfegruppe.

Mitglied in einem Netzwerk/Selbsthilfegruppe	Anteil (in %)	n
Nein	72	168
Ja	28	66

Tabelle 26: Mitglied in einem Netzwerk/Selbsthilfegruppe; Schwule & MSM. Prozentualer Anteil aller Teilnehmenden, welche die entsprechende Frage beantwortet haben (n = 233).

3.6.2 Bisexuelle & Personen, die Sex mit Männern und Frauen haben

Diskriminierung aufgrund Bisexualität

34 Personen identifizieren sich als bisexuell (siehe 2.2). Auch bei den Bisexuellen und Menschen, die Sex mit Männern und Frauen haben, sind die verbalen Belästigungen mit 55 % und der Eindruck diskriminierende Bemerkungen und/oder Tratsch von Familienangehörigen zu erleben mit 52 % die häufigsten genannten Diskriminierungserfahrungen. Des Weiteren haben 28 % der 34 Bisexuellen und Menschen,

die Sex mit Männern und Frauen haben, Angst davor Gesundheitsdienste in Anspruch zu nehmen, weil sie sich Sorgen machen, dass jemand von der sexuellen Orientierung erfahren könnte. Von Familienanlässen ausgeschlossen gefühlt haben sich 21 % der Bisexuellen und Menschen, die Sex mit Männern und Frauen haben. Jeweils 17 % geben an schon ein- oder mehrmals körperlich belästigt oder erpresst worden zu sein.

Diskriminierung aufgrund sexueller Orientierung	Ja (in %)	Nein (in %)
Von Familienanlässen ausgeschlossen gefühlt (n = 29)	21	79
Eindruck diskriminierende Bemerkungen/Tratsch von Familienangehörigen (n = 29)	52	48
Angst Gesundheitsdienste in Anspruch zu nehmen (n = 29)	28	72
Vermeidung von Gesundheitsdiensten (n = 29)	14	86
Verbale Belästigung (n = 29)	55	45
Erpressung (n = 29)	17	83
Körperliche Belästigung/Verletzung (n = 29)	17	83

Tabelle 27: Diskriminierung aufgrund sexueller Orientierung; Bisexuell. Prozentualer Anteil aller Teilnehmenden, welche die entsprechenden Fragen beantwortet haben und nicht „Keine Angabe“ antworteten.

Offenheit in Bezug auf Bisexualität

86 % der Bisexuellen und Menschen, die Sex mit Männern und Frauen haben, teilen anderen Menschen der gleichen sexuellen Orientierung ihre sexuelle Orientierung mit. Weitere 55 % geben jeweils an, dass auch Familie und Freund*innen und andere Personen im Umfeld von ihrer sexuellen Orientierung wissen.

Wissen folgender Personen über sexuelle Orientierung	Ja (in %)	Nein (in %)
Andere Bisexuelle & Personen, die Sex mit Männern und Frauen haben (n = 29)	86	14
Familie/Freund*innen (n = 29)	55	45
Andere Personen im Umfeld (n = 29)	55	45

Tabelle 28: Wissen folgender Personen über sexuelle Orientierung; Bisexuell. Prozentualer Anteil aller Teilnehmenden, welche die entsprechende Frage beantwortet haben.

Zugehörigkeit zu Netzwerk/Selbsthilfegruppe

Nur 7 % der Bisexuellen und Menschen, die Sex mit Männern und Frauen haben, sind in einem Netzwerk oder einer Selbsthilfegruppe engagiert, die restlichen 93 % gehören keinem Netzwerk oder einer Selbsthilfegruppe an.

Mitglied in einem Netzwerk/Selbsthilfegruppe	Anteil (in %)	n
Nein	93	27
Ja	7	2

Tabelle 29: Mitglied in einem Netzwerk/Selbsthilfegruppe; Bisexuell. Prozentualer Anteil aller Teilnehmenden, welche die entsprechende Frage beantwortet haben.

3.6.3 Schwarze Personen, Nicht-weiße Personen oder People of Color

Diskriminierung aufgrund rassistischer Zuschreibungen

Von den 79 Menschen, die sich als Schwarze Person, Nicht-weiße Person oder Person of Color ((B)PoC) identifizieren,⁴¹ geben 34 % an schon ein- oder mehrmals verbal belästigt worden zu sein. Jeweils 22 % haben den Eindruck, dass Familienangehörige diskriminierende Bemerkungen gemacht oder getratscht haben aufgrund des (angeblichen) Migrationshintergrundes oder weil die Person (B)PoC ist und haben schon ein- oder mehrmals Gesundheitsdienste vermieden, weil die Personen Angst vor möglicher Diskriminierung hatten. Angst zu verspüren, Gesundheitsdienste in Anspruch zu nehmen, geben 18 % der Befragten an. Weitere 18 % wurden schon einmal körperlich belästigt und/oder verletzt.

Die folgenden Zitate zeigen die mehrdimensionale Diskriminierung im Kontext von HIV und auch die Zuschreibungen von HIV aufgrund des (angeblichen) Migrationshintergrundes und/oder der Identifikation als (Black) People of Color (siehe 6.6).

„Es ist immer schwierig zu erkennen, warum ich diskriminiert werde. Im Verlauf des Interviews wurde mir klar, dass ich am meisten Diskriminierung wegen meiner Hautfarbe erlebe. Das sehen die Menschen sofort, HIV nicht.“

Peer-to-Peer-Befragung, Frage 78

„Ich werde an der Arbeit (und in der Gesellschaft) oft als Schwarzer diskriminiert. Das ist Alltag. Meine Arbeit habe ich gerade deswegen gekündigt.“

Peer-to-Peer-Befragung, Frage 78

„Ich fühle mich mehr diskriminiert, weil ich schwarze Hautfarbe habe, aber auch bei HIV ist noch viel zu tun. Viele fragen mich ganz direkt nach HIV, weil ich schwarz bin.“ *Peer-to-Peer-Befragung, Frage 78*

⁴¹ Ergänzung in deutscher Version des PLHIV-Stigma-Index.

Diskriminierung aufgrund Migrationshintergrund und/oder BPoC	Ja (in %)	Nein (in %)
Von Familienanlässen ausgeschlossen gefühlt (<i>n</i> = 78)	8	92
Eindruck diskriminierende Bemerkungen/Tratsch von Familienangehörigen (<i>n</i> = 79)	22	78
Schlechtere Behandlung von Gesundheitsdiensten (<i>n</i> = 77)	21	79
Angst Gesundheitsdienste in Anspruch zu nehmen (<i>n</i> = 77)	18	82
Vermeidung von Gesundheitsdiensten (<i>n</i> = 77)	22	78
Verbale Belästigung (<i>n</i> = 79)	34	66
Körperliche Belästigung/Verletzung (<i>n</i> = 78)	18	82

Tabelle 30: Diskriminierung aufgrund Migrationshintergrund und/oder BPoC. Prozentualer Anteil aller Teilnehmenden, welche die entsprechenden Fragen beantwortet haben und nicht „Keine Angabe“ antworteten.

Zugehörigkeit zu Netzwerk/Selbsthilfegruppe

Die meisten (B)PoC sind keine Mitglieder in Netzwerken oder Selbsthilfegruppen.

Mitglied in einem Netzwerk/Selbsthilfegruppe	Anteil (in %)	<i>n</i>
Nein	84	65
Ja	16	12

Tabelle 31: Mitglied in einem Netzwerk/Selbsthilfegruppe; Migrationshintergrund und/oder BPoC.

3.6.4 (Ehemalige) Drogengebrauchende

Diskriminierung aufgrund von Drogengebrauch

Knapp die Hälfte der 64 (ehemaligen) Drogengebrauchenden haben den Eindruck diskriminierende Bemerkungen und/oder Tratsch von Familienangehörigen zu erfahren (48 %). Verbal belästigt wurden schon 43 % der (ehemaligen) Drogengebraucher*innen ein- oder mehrmals. 34 % fühlten sich schon ein- oder mehrmals von Familienanlässen ausgeschlossen und 28 % haben Angst Gesundheitsdienste in Anspruch zu nehmen, weil die Personen sich Sorgen machen, dass jemand von dem Drogengebrauch erfahren könnte. 25 % haben sogar schon ein- oder mehrmals Gesundheitsdienste aus demselben Grund vermieden.

Wie auch bei anderen Teilgruppen werden Drogengebrauchenden teilweise bestimmte Merkmale wie eine HIV-Infektion zugeschrieben, was das folgende Zitat verdeutlicht.

„Als Drogengebraucher wird mir immer automatisch unterstellt, Aids zu haben, das nervt!“ Peer-to-Peer-Befragung, Frage 78

Diskriminierung aufgrund von Drogengebrauch	Ja (in %)	Nein (in %)
Von Familienanlässen ausgeschlossen gefühlt (n = 61)	34	66
Eindruck diskriminierende Bemerkungen/Tratsch von Familienangehörigen (n = 61)	48	52
Angst Gesundheitsdienste in Anspruch zu nehmen (n = 61)	28	72
Vermeidung von Gesundheitsdiensten (n = 61)	25	75
Verbale Belästigung (n = 61)	43	57
Erpressung (n = 61)	10	90
Körperliche Belästigung/Verletzung (n = 59)	10	90

Tabelle 32: Diskriminierung aufgrund von Drogengebrauch. Prozentualer Anteil aller Teilnehmenden, welche die entsprechenden Fragen beantwortet haben und nicht „Keine Angabe“ antworteten.

Offenheit in Bezug auf Drogenkonsum

94 % geben an anderen Personen, die Drogen gebrauchen von dem eigenen Drogengebrauch zu berichten. 76 % der 64 Drogengebraucher*innen erzählen der Familie und Freund*innen von ihrem Drogengebrauch und 59 % erzählen auch anderen Personen im Umfeld davon.

Wissen folgender Personen über Drogengebrauch	Ja (in %)	Nein (in %)
Andere Personen, die Drogen gebrauchen (n = 63)	94	6
Familie/Freund*innen (n = 63)	76	24
Andere Personen im Umfeld (n = 63)	59	41

Table 33: Wissen folgender Personen über Drogengebrauch. Prozentualer Anteil aller Teilnehmenden, welche die entsprechende Frage beantwortet haben.

Zugehörigkeit zu Netzwerk/Selbsthilfegruppe

Die meisten Personen, die Drogen gebrauchen oder gebraucht haben, gehören keinem Netzwerk oder einer Selbsthilfegruppe an (94 %).

Mitglied in einem Netzwerk/Selbsthilfegruppe	Anteil (in %)	n
Nein	94	59
Ja	6	4

Table 34: Mitglied in einem Netzwerk/Selbsthilfegruppe; Drogengebrauch. Prozentualer Anteil aller Teilnehmenden, welche die entsprechende Frage beantwortet haben.

Zusammenfassung und Reflexion Modulstudie A

4.0

4.1 Zentrale Ergebnisse

4.1.1 HIV-bezogene Diskriminierung und Auswirkungen

Die Ergebnisse aus der zweiten Erhebung des PLHIV Stigma-Index 2.0 zeigen, dass Menschen mit HIV auch 2020 in Deutschland mit HIV-bezogener Stigmatisierung und in der Folge Diskriminierung konfrontiert sind. Sie gehören zu regelmäßigen Erfahrungen im Alltag. Ein Blick in unterschiedliche Lebensbereiche diesbezüglich deutet darauf hin, dass viele sowohl in ihrem weiteren sozialen Umfeld, aber vor allem auch in der eigenen Familie mit diskriminierenden Situationen umgehen mussten (z. B. Beleidigungen, Tratschen). Für einige Menschen mit HIV ist auch die Familie kein akzeptierender Rückzugsort. Wenn auch weniger genannt, kann Diskriminierung auch gewaltvolle Handlungen im Sinne psychischer (z. B. Erpressung) oder gar physischer Gewalt (z. B. körperlicher Angriff) annehmen. Insgesamt 22 Personen der 450 Interviewten gaben an, schon einmal aufgrund ihres HIV-Status körperlich angegriffen worden zu sein (2 Personen in 2020). Dies ist ein alarmierendes Ergebnis, geht es dabei doch um vorurteilsgeleitete Gewalt allein aufgrund des HIV-Status einer Person (vgl. Geschke/Dieckmann 2017).

Wie in der Erhebung 2011 bleibt auch 2020 die (Angst vor) Diskriminierung im Arbeitsleben für Menschen mit HIV weiterhin ein belastendes Thema (z. B. Mobbing, Jobverlust bei Bekanntwerden der HIV-Infektion, Nicht-Bewerben). Viele Menschen wägen sehr genau ab, ob sie ihren HIV-Status im Arbeitsleben offen kommunizieren. Nur 27 % sind offen

gegenüber ihren Kolleg*innen. In den aktuellen Interviews wurden auch einige Befürchtungen benannt, die dazu führen, dass Menschen am Arbeitsplatz bzw. im Berufsleben nicht offen über ihren HIV-Status sprechen. Die Angst vor Jobverlust nach Bekanntwerden der HIV-Infektion oder vor einem ungewollten HIV-Outing und potentielle Folgen für die Karriere sind reelle Befürchtungen, mit denen Menschen mit HIV im Arbeitsleben konfrontiert sind. Die Interviewten legen generell ihren HIV-Status eher in *intimen und sehr nahen sozialen Beziehungen* offen. In eher *institutionellen* Settings wie im Arbeitsumfeld (gegenüber Kolleg*innen oder Arbeitgeber*innen), in der Schule oder bei Behörden legt nur ein geringer Teil der Befragten den HIV-Status offen.

Auswirkungen der gesellschaftlichen HIV-bezogenen Stigmatisierung können sich auf das Selbstbild von Menschen mit HIV auswirken. Ungefähr ein Viertel der Befragten fühlt sich schuldig bzw. schämt sich aufgrund der HIV-Infektion. Ebenfalls ein Viertel der Interviewten gab an, sich wertlos aufgrund ihrer HIV-Infektion zu fühlen oder sich selbst aufgrund von Vorwürfen und Schuldgefühlen abzuwerten. In der Folge verstecken sie ihre HIV-Infektion vor anderen (63 %) und einige meiden letztendlich deshalb auch soziale Situationen (mit Familie und Freund*innen, gesellschaftliche Anlässe). 8 % gaben auch an, Gesundheitsdienste nicht in Anspruch genommen zu haben.

4.1.2 Diskriminierung im Gesundheitswesen

Wenn auch in der aktuellen Erhebung relativ wenig Diskriminierungserfahrungen im Kontext *HIV-bezogener Gesundheitsdienstleistungen* wahrgenommen wurden, ist alarmierend, dass es sie immer noch gibt. Jede 10. Person im Interview gab an, an Orten, wo sie ihre HIV-Therapie erhält, unangemessene Fragen gestellt zu bekommen und dass ihre Akte besonders gekennzeichnet wurde. Auch in HIV-bezogenen Gesundheitsdienstleistungen erlebten 8 % eine Behandlung an gesondertem Termin oder etwa die Vermeidung von Körperkontakt.

Im Kontext nicht HIV-bezogener Gesundheitsleistungen stellt sich die Häufigkeit der Diskriminierungserfahrungen noch negativer da. Über ein Viertel aller Interviewten, die 2020 Gesundheitsleistungen in Anspruch nahmen, gab an, dass ihre Patient*innenakte markiert wurde, Körperkontakt vermieden wurde oder zusätzliche Schutzmaßnahmen ergriffen wurden. Knapp ein Viertel der Interviewten erlebte unangemessene Fragen und eine Behandlung zu gesonderten Terminen.

Auch wenn die Zahlen für *HIV-bezogene Gesundheitsdienstleistungen* deutlich geringer sind als bei nicht HIV-bezogenen Gesundheitsdienstleistungen, so ist hervorzuheben, dass es hier spezifisch um *HIV-bezogene Dienstleistungen* geht, in der Regel in Schwerpunktpraxen und -ambulanzen – und somit Gesundheitspersonal und -institutionen als Akteur*innen der Diskriminierung handeln bzw. wahrgenommen werden, zu denen ein besonderes Vertrauensverhältnis besteht. Daher ist es hier besonders wichtig, für Menschen mit HIV einen Schutzraum zu bieten, in denen sie diskriminierungsfrei behandelt werden. Die von Diskriminierung Betroffenen sind kontinuierlich auf diese Dienstleistungen angewiesen und das medizinische Personal muss im Umgang mit HIV-Patient*innen geschult bzw. erfahren sein und sensibel auf dem aktuellsten Kenntnisstand handeln.

4.1.3 Zur Vergleichbarkeit der Ergebnisse beider Erhebungen des PLHIV Stigma-Index

2011 wurden im Rahmen der ersten Erhebung bereits 1.148 Menschen mit HIV von Peer-Interviewer*innen zu ihrem Leben mit HIV und ihren Stigmatisierungs- sowie Diskriminierungserlebnissen befragt (DAH 2014). Aus wissenschaftlicher Perspektive ist ein direkter Vergleich zwischen den Erhebungen aus diversen Gründen nicht möglich. Einerseits aus methodologischen Gründen: Der standardisierte Fragebogen wurde in seiner zweiten Version aktualisiert und an vielen Stellen geändert, so dass Fragen in beiden Versionen nicht mehr identisch formuliert sind. Außerdem unterscheiden sich die Stichproben aus dem Projekt „positive stimmen“ 2012 und der aktuellen Erhebung des PLHIV Stigma-Index voneinander. Sie sind nicht repräsentativ für alle Menschen, die in Deutschland mit einer HIV-Diagnose leben. Die Ergebnisse beider Befragungen geben demnach nur Einblicke in einen gewissen Teil der Grund-

gesamtheit, ohne dass valide Rückschlüsse auf alle Menschen mit HIV gezogen werden können. Auch Vergleiche im Sinne der Entwicklungen zwischen den Erhebungen in den letzten zehn Jahren sind damit wissenschaftlich schwierig. Andererseits sind Vergleiche zwischen 2011/2012 und 2020 nicht aussagekräftig, da in der Interpretation der Ergebnisse 2020 immer die Kontakteinschränkungen durch die Corona-Pandemie mitzudenken sind. Eine scheinbare Abnahme der Diskriminierungserfahrungen kann also auch allein aufgrund der fehlenden Kontaktsituation (z. B. in der Familie) zustande gekommen sein. Umso bemerkenswerter sind jedoch die erfassten Zahlen der Diskriminierungssituationen (siehe auch Modulstudie B), wäre doch zu vermuten, dass Kontaktsituationen ohne Corona-Einschränkungen öfter stattgefunden hätten.

4.2 Reflexion zur partizipativen Umsetzung

Die Durchführung der Interviews in Modulstudie A (ausführliche Informationen: siehe Projektbroschüre), also die Datenerhebung des PLHIV Stigma-Index 2.0, stellte im Sinne der GIPA-Prinzipien den Schwerpunkt der Partizipation im Projekt dar. In der Erhebung waren 33 Menschen mit HIV als Peer-Forscher*innen tätig. Um ihre Tätigkeit und Partizipation zu reflektieren

und die Auswirkungen des Projekts auf die Peer-Forscher*innen zu erfassen, wurde im Anschluss an den Fachtag im Juni 2021 mit diesen eine Fokusgruppe durchgeführt. Einige Reflexionen über den Partizipationsprozess sowie Aussagen der Interviewenden sind im Folgenden kurz zusammengefasst:

4.2.1 Schulung, Supervision und Akquise

Auf der Schulung wirkten die Interviewenden aktiv an der Formulierung des Fragebogens mit, um Missverständnissen während des Interviews vorzubeugen und um sensibel für alle Lebensrealitäten zu formulieren.

„Wir wurden sehr intensiv geschult und haben uns gemeinsam den Fragebogen angeschaut zu einem Zeitpunkt, wo wir ihn noch zum Teil mitgestalten konnten. Das heißt, da wo Fragen nicht klar genug definiert waren oder wo Missverständnisse entstehen konnten, konnten wir noch korrigierend miteingreifen, und das so gestalten, dass wir uns wohl fühlen und dieses Wohlgefühl an die Interviewten weitergeben können.“ *Isabel*

„Gut gewesen ist, dass wir in der Ausbildung auf Punkte wie Verweisungskompetenzen nicht nur hingewiesen wurden, sondern diese auch geübt haben. In 3–4 Interviews hat mir das geholfen, wo ich innerlich bei einer Antwort sehr zusammengezuckt bin, dass ich das erstmal aufgeschrieben und gesagt habe ‚Wenn wir mit dem Block durch sind, sprechen wir nochmal über diese spezielle Frage‘.“ *Christian*

„Dass die Kolleginnen vom IDZ bei der Schulung auch dabei waren, hat eine Vertrauensbasis geschaffen. Es war nicht bloß ‚Die Wissenschaftler verarbeiten nur die Zahlen und wir sind nur Nummern‘, sondern es hat ein Vertrauen geschaffen, dass es gut gehandhabt wird.“ *Steffen*

4.2.2 Die Akquise von Interview-Partner*innen

Eine der größten Herausforderungen des Projekts war es, genug Menschen mit HIV zu finden, die bereit waren, sich interviewen zu lassen. Die Covid-19-Pandemie mit den dazugehörigen Kontaktbeschränkungen hat viele potenzielle Interview-Partner*innen davon abgehalten, sich zu beteiligen.

Außerdem kam bei vielen Interview-Anfragen die Rückmeldung, dass das Thema HIV-bezogene Diskriminierung für die angefragten Personen keine besondere Relevanz hat. Die Interviewer*innen berichteten jedoch auch, dass von denen, die meinten, keine Diskriminierungserfahrungen gemacht zu haben und dennoch zum Interview bereit waren, vielen durch das Interview bewusst wurde, dass sie Stigmatisierung und Ausgrenzung erlebt haben.

„Da ich nicht so lange in der Community unterwegs bin und nicht so viele Menschen kenne, die HIV-positiv sind, musste ich mich für die Akquise an Gruppen anschließen [...]. Doch wegen Corona war die Aids-Hilfe [...] erstmal zu, deswegen war es noch schwieriger, Leute zu finden.“ *Nicole*

4.2.3 Supervision in Form von virtuellen Austauschtreffen

Eine Aufgabe des Projektteams war die Betreuung der Peer-Interviewer*innen während der intensiven und in vieler Hinsicht herausfordernden Interviewphase. Abgesehen von der Schulung konnte aufgrund der Pandemieeinschränkungen leider kein weiteres Präsenztreffen geplant werden. Die Austauschtreffen zur Begleitung und Supervision der Interviewer*innen konnten über virtuelle Online-Austauschtreffen realisiert werden, zumindest mit einem Teil der Interviewenden.

Bei diesen Treffen wurde viel Raum für Austausch über die Interviewer*in-Tätigkeit gegeben – die Schwierigkeiten (z. B. organisatorisch, emotional), aber auch die positiven Erfahrungen. Auch Erkenntnisse über Diskriminierung und Stigmatisierung, die durch die Erhebung der Daten gewonnen wurden, waren Thema. Die Interviewer*innen konnten sich gegenseitig unterstützen, indem sie Tipps austauschten. Schließlich waren diese Treffen eine gute Gelegenheit, um mit dem wissenschaftlichen Team in Austausch zu bleiben. So waren die ersten Zwischenergebnisse Thema eines Online-Treffens nach der Interviewphase, als die Daten eingegeben und zum Teil ausgewertet waren. Die teilnehmenden Peer-Forscher*innen bekamen einen Gesamtüberblick und konnten ihre Eindrücke und Interpretationen austauschen. Darüber hinaus bot der virtuelle Austausch die Möglichkeit, die Interviewer*innen über ihre Interviewtätigkeit hinaus in das Projekt einzubeziehen.

4.2.4 Die Peer-to-Peer-Interviews

Die Corona-Einschränkungen forderten Kreativität in Bezug auf die Interview-Settings:

„Als wir die Interviews hätten beginnen können, kam der erste Lockdown. Ich dachte: ‚Was mache ich jetzt?‘ Dann habe ich in Parks Plätze gesucht, wo ich draußen Interviews machen kann. [Dann] habe ich mit fast all meinen Menschen dort die Interviews geführt.“ *Brigitte*

„Plätze zu finden war für mich keine Frage, weil ich mich überall bei Aids-Hilfen in [Bundesland] gemeldet hatte, so dass ich meine Interviews dort machen konnte. Für die Leute, die das nicht dort machen wollten, haben wir einfach ein Café oder einen Platz ausgesucht, wo es ruhig war. Es hat einfach geklappt. Einige Interviews habe ich auch online per Zoom durchgeführt.“ *Nicole*

„Man wurde sehr erfinderisch, was die Auswahl der Plätze angeht. Das war sogar was Bereicherndes. Sonst wäre es vielleicht immer in den Räumen der Aids-Hilfe gewesen, und so gab es andere Sachen, andere Reize. In der Natur zu sitzen kann außerdem bestärkend sein und lockerer machen.“ *Dennis*

Neben der Erhebung von Daten zur Generierung von quantitativen Ergebnissen haben die Interviews auch Auswirkungen auf der persönlichen Ebene gehabt.

„Ich habe versucht, das Interview als ein entspanntes Gespräch zu entwickeln. Ich habe darauf geachtet, dass wir nach dem Interview länger gesessen sind. Hier konnte die interviewte Person Fragen zu mir persönlich stellen. Ich war nicht nur diejenige, die Daten abgefragt hat, sondern ich habe auch etwas von mir gegeben.“ *Brigitte*

„Was bei mir hängen geblieben ist, ist ein unglaubliches Vertrauen, was ich geschenkt bekommen habe von meinen Interviewpartnern. Sie sind im Rahmen des Interviews massiv in die Tiefe gegangen, haben privateste Dinge rausgelassen und, ja, teilweise auch üble Geschichten! Aber das hat mich nicht runtergezogen, sondern wir haben das im Gespräch gemeinsam aufgearbeitet.“ *Christian*

„Dadurch, dass ich sagte, dass ich schon seit 25 Jahren positiv bin, öffnete sich bei meinem Gegenüber das Vertrauen. Und wenn das 3 Stunden gedauert hat und das so intensiv war, dass die Zeit gerast ist, dann war das so. Es wurden nicht nur die Fragen abgearbeitet, sondern es wurde auch viel ausgetauscht. [...] Das hatte für beide Seiten was Empowerndes.“ *Denis*

4.2.5 Empowerment und Mehrwert für die Peer-Interviewer*innen

Ein Ziel partizipativer Forschung ist es, einen Mehrwert für die Community mit sich zu bringen. Sowohl einerseits für die Community als Ganzes in Form von Handlungsempfehlungen als auch für die beteiligten Community-Mitglieder individuell durch die Möglichkeit, sich selbst und die eigenen Ausgrenzungserfahrungen zu reflektieren und durch den Prozess gestärkt und empowert zu werden.

a. Selbstvertrauen

„Durch die unterschiedlichen Geschichten, die ich gehört habe, habe ich mehr Mut bekommen, über HIV zu sprechen. Da waren einige Leute, die sehr Angst haben, darüber zu sprechen und teilweise sehr lange das komplett verschweigen, selbst bei ihren eigenen Eltern. Das hat wiederum bei mir den Gedanken ausgelöst: So will ich nicht leben.“ *Nicole*

„Durch die Interviews habe ich mich in diesem halben Jahr nahezu komplett geoutet. Weil die Akquise von Interview-Partnern sich schwierig gestaltete, musste ich neue Wege finden, um an Leute zu kommen. Und das hieß bei mir: offensiver rausgehen. Ich habe mir irgendwann einen Flyer erstellt mit meinem Foto und meinen Privatdaten drauf, habe es an alle verschickt und in meinen WhatsApp-Status hochgeladen. Damit habe ich ein riesen Coming-Out für mich ausgelöst. Das war eine Wahnsinns-Erfahrung für mich. Und auch für meinen Mann, der an der Stelle mitgewachsen ist.“ *Andreas*

„Bei mir war es keine Veränderung, sondern eher eine Bestärkung. Dass der Weg, den ich gegangen bin durch meine Infektion der richtige war. Die Interview-Partner haben mich bestärkt, dort weiterzumachen.“ *Denis*

b. Stärkung der Selbstwirksamkeit

„Das Empowernde lag für mich an der Anerkennung meiner Arbeit. Diese intensive Dankbarkeit, die viele meiner Interviewpartner mir gezeigt haben, die hat mich jedes Mal motiviert, mit Freude an das nächste Interview ranzugehen.“ *Christian*

„Ich habe es unheimlich genossen, anderen Interviewpartnern Mut zu geben. Ich hatte einige dabei, die einfach nur froh waren, endlich gehört worden zu sein und eine Stimme bekommen zu haben. Das hat mir wiederum sehr gutgetan, der ‚Überbringer der guten Nachricht‘ zu sein. Aber auch Anlaufpunkte nennen zu können, wo man sich hinwenden kann. Zum Beispiel das Buddy-Projekt, was bei meinen Interviewpartnern sehr wenig bekannt war. Ich war froh, diese Freude bei denen zu sehen – ‚Da gibt es etwas!‘“ *Isabel*

- c. Weitergabe des Empowerments an andere Menschen mit HIV

„Ich habe jetzt drei neue Leute in unserer Positiven-Gruppe vor Ort. Das ist auch ein schönes Ergebnis.“ *Andreas*

„Eine meiner Interviewpartnerinnen habe ich in der Aids-Hilfe kennengelernt. Bevor ich sie gefragt habe, ob sie teilnehmen will, habe ich ihr selbstbewußt gesagt: ‚Ich bin HIV-positiv‘ [...] Sie hat mich so angestarrt und war sehr überrascht, dass ich das so locker heraus sage. Es ist empowernd, wenn man andere Menschen sieht, für die HIV kein Problem ist. Sie konnte dann einfach nicht mehr nein sagen.“ *Nicole*

4.2.6 Grenzen und Herausforderungen Modulstudie A

Die Corona-Pandemie stellte für das Forschungsprojekt insgesamt und für die Peer-to-Peer-Befragung im Besonderen eine große Herausforderung dar. So bildet sich der erste Lockdown im Frühjahr 2020 auch empirisch in der Anzahl der geführten Interviews in den ersten Monaten ab (siehe Tabelle 2). Die Akquise für Interviewpartner*innen und für die Fokusgruppen gestaltete sich äußerst schwierig. Weitere Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die erhobenen Daten des PLHIV Stigma-Index 2.0, beispielsweise der Einfluss der Kontaktbeschränkungen auf die berichtete Anzahl erlebter Diskriminierung (z. B. weniger Kontakte und Begegnungen), lassen sich in den vorliegenden Daten nicht kontrollieren und sollten in der Interpretation der Ergebnisse mitbeachtet werden. Auch der Vergleich mit den Ergebnissen der ersten PLHIV Stigma-Index-Erhebung 2011/2012 ist durch die Corona-Pandemie zusätzlich eingeschränkt (neben anderen methodischen Gründen).

Neben den Herausforderungen, die mit der Corona-Pandemie einhergingen, sind im Wesentlichen zwei methodische Herausforderungen des aktuellen internationalen Fragebogens anzumerken: Zum einen fehlte im Vergleich zur ersten Version des PLHIV Stigma-Index eine konkrete Abfrage von relevanten (Identitäts-)Kategorien bzw. Selbstbeschreibungen zu Beginn des Fragebogens. Somit wurden Selbstzuschreibungen für relevante Schlüsselgruppen in Bezug auf HIV nicht explizit erfragt (z. B. sexuelle Orientierung).⁴² Diese wurden teilweise für die deutsche Fragebogenversion ergänzt (v.a. Identifi-

kation als Schwarze Person oder Person of Color). Zum anderen wurden in den aktuellen Fragebogen Zuschreibungen zu Identitätskategorien aufgenommen, welche Personen zu einer bestimmten relevanten Schlüsselgruppe zählen (z. B. Schwule und Männer, die Sex mit Männern haben [MSM]), der sie sich selbst jedoch nicht zuordnen. So wurden Teilnehmende gefragt, ob sie sich als schwul (oder MSM) beschreiben. Diese wurden am Ende des Fragebogens auch nach ihren spezifischen Diskriminierungserfahrungen aufgrund ihrer homosexuellen Orientierung befragt. Nach diesen Erfahrungen wurden aufgrund der standardisierten Fragebogenlogik aber auch männliche Personen gefragt, welche Angaben, „jemals“ Sex mit einem Mann gehabt zu haben. Das heißt auch heterosexuelle Männer, die in ihrer Jugend einmal Sex mit einem Mann hatten und sich selbst nicht als schwul oder MSM beschreiben, wurden als „schwul“ kategorisiert und beantworteten Fragen zu homofeindlicher Diskriminierung. In die aktuelle Auswertung wurden nur die Personen in die Teilgruppenanalysen einbezogen, die sich qua Selbstbeschreibung den jeweiligen Gruppen zuordnen (z. B. Schwule und MSM).

⁴² Infolgedessen fehlte beispielsweise in Bezug auf die sexuellen Orientierungen die Option „heterosexuell“. Die Anzahl der Teilnehmenden, die sich selbst als heterosexuell beschreiben, konnte entsprechend nicht erfasst werden. Auf eine nur unscharfe Schätzung der Anzahl der heterosexuellen Teilnehmenden durch Ausschlussverfahren (d.h. alle, die nicht angaben schwul, lesbisch oder bisexuell zu sein) wurde verzichtet.

Modulstudie B: Wahrnehmung und Auswirkungen HIV-bezogener Stigmatisierung und Diskriminierung

5.0

5.1 Zur Umsetzung der Modulstudie B

5.1.1 Mixed-methods-Design

Modulstudie B ist als Studie mit sogenanntem *Mixed-method-Ansatz* geplant und umgesetzt worden. Vereinfacht gesagt bedeutet mixed-method, dass Daten, die mit verschiedenen Methoden (quantitativ und qualitativ) gewonnen wurden, in einer Ergebnisinterpretation zusammengeführt werden (vgl. Creswell 2015; auch „Triangulation“ Kelle 2008, Kuckartz 2014). Die in Modulstudie B verwendeten Methoden der Datenerhebung sind dabei (1) eine quantitative Erhebung mittels standardisiertem Online-Fragebogen und (2) eine qualitative Erhebung mittels halbstandardisierten Fokusgruppen. Ziel der Kombination verschiedener Forschungsmethoden und Daten ist es, die Stärken von quantitativer und qualitativer Forschung zu kombinieren. Das Ziel von quantitativen Methoden ist die Verallgemeinerbarkeit über verschiedene Individuen und ihre individuellen Daten hinweg. So weist der Fragebogen ein hohes Maß an Standardisierung auf, d.h. dass die Teilneh-

mer*innen grundsätzlich dieselben Fragen auf dieselbe Art und Weise gestellt bekommen haben. Dabei ist der Fragebogen gleichzeitig adaptiv, d.h. dass in Abhängigkeit bestimmter Antworten Zusatzfragen gestellt oder Frageblöcke ausgelassen werden. Ein hoher Grad an Standardisierung erlaubt es, Antworten zusammenzufassen bzw. in Abhängigkeit des Antwortformats inferenzstatistische Analysen durchzuführen. Jedoch können individuelle Erklärungen sowie Begründungen für ein bestimmtes Antwortverhalten nicht weiter ergründet werden. Diese Stärke liegt vor allem bei qualitativen Methoden, welche das Ziel haben, soziale und individuelle Prozesse, Handlungs- und Deutungsmuster zu verstehen. Die Fokusgruppen (vgl. Schulz et al. 2012; Tausch/Menold 2015) folgen dabei dem Prinzip der größtmöglichen Offenheit, um die aus der quantitativen Befragung gewonnenen Erkenntnisse zu validieren, zu ergänzen und zu erklären.

5.1.2 Inhaltliche Schwerpunkte von Modulstudie B

In Modulstudie B wurden Forschungsfragen in den Fokus gestellt, die unter anderem die Auswirkungen von und den Umgang mit HIV-bezogener Stigmatisierung und Diskriminierung sowie Forschungsfragen zur HIV-Community näher beleuchten. Zusätzlich wurde der Fokus auf die Lebensbereiche geschärft, die im PLHIV Stigma-Index 2.0 (Modulstudie A) nur grob oder gar nicht abfragt wurden (z. B. Gesundheitswesen in Deutschland, Sex- und Beziehungsleben). Forschungsfragen wurden unter anderem in folgenden Themenkomplexen untersucht:

- a. Auswirkungen von HIV-bezogener Stigmatisierung und Diskriminierung in verschiedenen Lebensbereichen,
- b. Einfluss der Nicht-Übertragbarkeit von HIV unter Therapie auf das Leben von Menschen mit HIV,
- c. Beziehungs- und Sexleben von Menschen mit HIV sowie
- d. Verschränkung von HIV-Stigmatisierung mit anderen Diskriminierungsmerkmalen.

5.1.3 Datenerhebung und Erhebungsinstrumente

Die Datenerhebung der *Online-Befragung* lief von Juni bis Oktober 2020 mittels SoSci-Survey. Der Link zur Studie wurde an lokale Einrichtungen der DAH geschickt, auf dem Facebook-Profil sowie der Internetseite der DAH beworben und über passende Mailverteilerlisten verbreitet.

Der Online-Fragebogen wurde im partizipativen Forschungsteam gemeinsam entwickelt und durchlief eine Pre-Test-Phase. Insgesamt umfasste der Fragebogen 64 Seiten. Er konnte in Deutsch und Englisch ausgefüllt werden.

Er beinhaltet neun Bereiche:

1. Demografische Angaben zur Person;
2. Leben mit HIV;
3. HIV-bezogene Stigmatisierung;
4. Diskriminierungserfahrungen aufgrund von HIV;
5. Umgang mit Diskriminierungserfahrungen;
6. Allgemeines Wohlbefinden und Lebensqualität;
7. Beziehungsleben und Sexualität;
8. Diskriminierung aufgrund anderer Merkmale (bzw. Zuschreibungen) als HIV und
9. Identifikation mit HIV-Community und Engagement.

Ergänzt wurde die Online-Befragung durch *Fokusgruppen*, die einerseits die Ergebnisse der statistischen Auswertungen illustrieren und vertiefen sollten. Andererseits wurde mit den Fokusgruppen auf Perspektiven von Menschen mit HIV fokussiert, die eventuell durch die Online-Befragung weniger erreicht und somit sichtbar wurden. Insbesondere durch die Nähe, Vertrautheit und Offenheit der Fokusgruppen konnten Aspekte und Situationen thematisiert werden, welche die Online-Befragung nicht abfragte.

Fokusgruppen sind ein moderiertes Diskussionsverfahren, bei dem eine Kleingruppe über ein bestimmtes Thema zur Diskussion angeregt wird. Sie ist dabei eine stark an partizipatorischen Prämissen orientierte Forschungsmethode (vgl. Schulz et al. 2012, Tausch/Menold 2015). So wurden explizit Menschen mit HIV zu ihren Erfahrungen in Bezug auf das Leben mit der Infektion und potenzieller Stigmatisierung und Diskriminierung befragt. Im Sinne des partizipativen Forschungsansatzes des Projekts wurden die Diskussionen zudem durch eine Person moderiert, welche die Community vertritt (DAH), eine weitere Person protokollierte den Gesprächsverlauf. Zudem wurden Feldnotizen nach der Diskussion angefertigt, welche das Setting, erste Eindrücke und Beobachtungen festhielten. Akquiriert wurden die Fokusgruppen ausschließlich über die Community, so dass die Teilnehmenden auch eher in der Community vernetzt sind. Die Zusammensetzung der Fokusgruppen wurde durch verschiedene inhaltliche Kriterien festgelegt, welche im Verlauf des Projekts angepasst wurden.

Die Fokusgruppen folgten einem flexiblen Leitfaden. In allen Fokusgruppen wurde zunächst eine offene Frage gestellt, welche zum freien Erzählen und zum Setzen eigener Themen einlud. Zudem wurden einige Fragen gestellt, die sich auch aus den Ergebnissen der Online-Befragung speisten. Generell waren die Teilnehmenden eingeladen, möglichst frei zu erzählen, zu erklären und zu reflektieren, was sie persönlich zum Thema „HIV-bezogene Diskriminierung und Stigmatisierung“ bewegt. Die Gespräche wurden aufgenommen und anonymisiert transkribiert. Im Vorfeld wurde von jeder*m Teilnehmenden eine Einwilligungserklärung unterzeichnet sowie ein Datenblatt⁴³ mit soziodemografischen Daten ausgefüllt.

⁴³ Das Datenblatt wurde nicht bei der Fokusgruppe, welche online stattfand ausgefüllt.

5.1.4 Datenauswertung

Für die Auswertung der Daten der Online-Befragung wurde SPSS Version 28 genutzt. Die Forschungsfragen dieser Modulstudie wurden mittels deskriptiven Auswertungen und inferenzstatistischen Verfahren untersucht. Wie in Kapitel 3 beziehen sich alle Prozentangaben auf die Personen, die die entsprechende Frage bzw. Aussage beantwortet haben, als Grundgesamtheit. Es sei denn, es ist anders angegeben. Die statistischen Werte (z. B. Mittelwerte, Testwerte) für die durchgeführten Analysen (z. B. Korrelationsanalysen, T-Tests, Varianzanalysen) sind größtenteils angegeben, im Sinne der Lesbarkeit teilweise in Fußnoten oder auch im Online-Anhang (zu finden auf der Homepage des Projekts „positive stimmen“: www.positive-stimmen.de).

Die hier berichteten quantitativen Ergebnisse und durchgeführten Analysen stellen eine erste umfassende, wenn auch nicht abschließende, Auswertung der erhobenen Daten dar. Gerade in der Analyse der fokussierten Teilgruppen der Stichprobe konnten nur erste Mittelwertvergleiche durchgeführt werden. Um einer Kumulation des Alpha-Fehlers vorzubeugen, wurde das Signifikanzniveau aller Tests auf $p = ,01$ angepasst. Die Skalen, mit denen die verschiedenen Konstrukte operationalisiert wurden (z. B. internalisierte Stigmatisierung, psychosomatische Symptome, Identifikation mit der HIV-Community), werden in den entsprechenden Abschnitten beschrieben.

Die Auswertung der Fokusgruppen erfolgte auf der Grundlage der anonymisierten Transkription. Dabei wurde eine einfache Transkription vorgenommen, d.h. es wurde alles Gesagte Wort für Wort abgetippt, ebenso wie Pausen, Unterbrechungen und lautsprachliche Äußerungen wie Lachen. Die Fokusgruppen wurden mittels qualitativer Inhaltsanalyse (vgl. Mayring 2015) ausgewertet. Dabei wurde eine strukturierende Inhaltsanalyse in einem induktiv-deduktiven Verfahren vorgenommen, das heißt es wurden Kriterien im Sinne von vorher festgelegten Kategorien an das Material herangetragen und diese Kategorien durch Themen ergänzt, welche in den Fokusgruppen zur Sprache kamen. Hierfür wurde ein Kodierleitfaden erstellt. Die Kodierung wurde durch jeweils zwei Personen durchgeführt und abgeglichen, um eine intersubjektive Nachvollziehbarkeit zu gewährleisten. Für die Darstellung im Forschungsbericht werden einzelne Zitate verwendet, welche vereinfacht und sprachlich geglättet wurden. Im Sinne des Mixed-methods-Designs dieser Modulstudie werden alle quantitativen und qualitativen Ergebnisse themenbezogen bzw. konstruktbezogen miteinander dargestellt.

5.2 Stichprobe

5.2.1 Stichprobenbeschreibung der Online-Befragung

In die Auswertung der Daten wurden die Personen einbezogen, die der Nutzung ihrer Daten am Ende des Fragebogens zustimmten. Die finale Stichprobe besteht aus 935 Menschen.⁴⁴ Das Ausfüllen des Fragebogens dauerte durchschnittlich etwa eine Stunde.⁴⁵

Alter

Das Durchschnittsalter der Teilnehmer*innen lag bei 46 Lebensjahren⁴⁶, wobei die beiden größten Altersgruppen Befragte mittleren Alters (41–60 Jahre) mit über der Hälfte waren (58 %) und Befragte zwischen 21 und 40 Jahren, die mit 33 % etwa ein Drittel ausmachen (siehe Tabelle 35). Jünger als 22 Jahre waren sechs Personen, wohingegen mit 9 % der Befragten ($n = 79$) eine große Gruppe HIV-positiver Menschen über 60 Jahre erreicht wurde.

Altersgruppe	<i>n</i>	Prozent
16–20 Jahre	6	0,6 %
21–40 Jahre	312	33 %
41–60 Jahre	537	58 %
61–82 Jahre	79	9 %

Tabelle 35: Alter. $N = 935$, Abweichungen von 100 % durch Rundungen.

Eine Teilgruppe, die in den Analysen besondere Beachtung findet, sind Menschen mit HIV, die über 60 Jahre alt sind ($n = 79$, siehe Seite 94).

Geschlechtsidentität

Von den 935 Teilnehmer*innen identifizierten sich 121 Personen als „weiblich“ (13 %), 798 Personen als „männlich“ (86 %), vier Personen als „Transfrau“ (0,4 %), drei Personen als „Inter*“ (0,3 %), eine Person als „trans*“ (0,1 %), vier Personen gaben an, Geschlechtsbezeichnungen für sich abzulehnen (0,3 %) und zwei Personen gaben andere Geschlechtsidentitäten als die genannten an (0,2 %).

Geschlechtsidentität	<i>n</i>	Prozent
Weiblich	121	13
Männlich	798	86
Transfrau	4	0,4
Trans*	1	0,1
Inter*	3	0,3
Anderes	2	0,2
Ich lehne Geschlechtsbezeichnungen für mich ab	4	0,4

Tabelle 36: Geschlechtsidentität. $n = 933$.

Frauen mit HIV sind eine fokussierte Teilgruppe dieser Studie ($n = 121$, siehe Seite 94).

⁴⁴ Von den 76.800 2019 in Deutschland lebenden Menschen mit HIV-Diagnose macht dies etwa 1,2 % aus (vgl. RKI 2020).

⁴⁵ Dauer der Interviews: $M = 50,49$ min, $SD = 159,8$.

⁴⁶ Alter: $M = 45,77$; $SD = 11,44$; Spannweite: 17–82 Jahre.

Sexuelle Orientierung

Der Großteil der Teilnehmenden gab „schwul“ als sexuelle Orientierung an (78 %, 89 % der männlichen Teilnehmenden). Als heterosexuell identifizierten sich 15 % aller Teilnehmenden (92 % der weiblichen Teilnehmenden). Auch 44 bisexuelle Menschen mit HIV nahmen an der Studie teil (5 %). Zwei Personen gaben an, „pansexuell“ zu sein und eine Person „lesbisch“.

Sexuelle Orientierung	n	Prozent
Schwul	722	78
Heterosexuell	138	15
Lesbisch	1	0,1
Bisexuell	44	5
Pansexuell	15	2
Anderes	9	1

Tabelle 37: Sexuelle Orientierung. n = 929, Abweichungen von 100 % durch Rundungen.

HIV-positive Schwule und Männer, die Sex mit Männern haben (MSM), sind eine Schlüsselgruppe in Bezug auf HIV und werden in den Analysen fokussiert (n = 783, siehe Seite 94).

HIV und Gesundheit

Zeit seit HIV-Diagnose

Durchschnittlich leben die Teilnehmenden seit 12 Jahren⁴⁷ mit HIV. Die Zeit seit der HIV-Diagnose reicht dabei von einem Monat bis 40 Jahre. Insgesamt leben 103 Personen (11 %) seit weniger als zwei Jahren mit HIV, von diesen wissen 58 Personen (6 % der Gesamtstichprobe) erst kürzer als ein Jahr von ihrer HIV-Infektion. 18 % leben seit mehr als 20 Jahren mit ihrer HIV-Diagnose. Von diesen wissen 43 Personen (5 % der Gesamtstichprobe) seit 30–40 Jahren von ihrer HIV-Diagnose (siehe Tabelle 38).

Zeit seit HIV-Diagnose	Anteil (in %)	n
Unter 2 Jahren	11	103
2–5 Jahre	19	176
6–10 Jahre	24	220
11–20 Jahre	28	265
mehr als 20 Jahre	18	171
Anderes	9	1

Tabelle 38: Zeit seit HIV-Diagnose. N = 935, Abweichungen von 100 % entstehen durch Rundungen.

Die Teilgruppe der Personen mit HIV, die ihre Diagnose kürzer als 2 Jahre haben, werden in Modulstudie B besonders fokussiert (n = 103, siehe Seite 94).

⁴⁷ Zeit seit Diagnose: M (SD) = 11,93 (8,98) Jahre.

HIV-Therapie und Viruslast

Die überwiegende Mehrheit der Teilnehmenden (98 %; $n = 919$) nimmt derzeit antiretrovirale Medikamente (ART) zur Unterdrückung ihrer HIV-Infektion. 16 Personen⁴⁸ (2 %) gaben an, derzeit keine ART zu nehmen. Von den 919 Personen, die derzeit ART nehmen, haben 880 Personen (96 %) eine Viruslast, die unter der Nachweisgrenze liegt.⁴⁹ Dies entspricht 94 % der Gesamtstichprobe.

29 Personen (3 %), die ART nehmen, haben eine Viruslast, die nicht unter der Nachweisgrenze liegt (siehe Tabelle 39).

Viruslast unter der Nachweisgrenze bei Teilnehmenden in ART	Anteil (in %)	<i>n</i>
Ja	96	880
Nein	3	29
Ich kenne meine Viruslast nicht	1	10
11–20 Jahre	28	265

Tabelle 39: Viruslast der Teilnehmenden. Prozentualer Anteil aller Teilnehmenden, welche die entsprechenden Fragen beantwortet haben ($n = 919$). Abweichungen von 100 % entstehen durch Rundungen.

⁴⁸ Von diesen 16 gaben 7 Personen an, ihre Diagnose kürzer als zwei Jahre zu kennen.

⁴⁹ 96 % der Menschen, die 2019 in Deutschland von ihrer HIV-Infektion wissen, befinden sich in HIV-Therapie und haben eine Viruslast unter der Nachweisgrenze (vgl. RKI 2020).

Wohnort

Bundesland

Die meisten der Befragten kamen aus Nordrhein-Westfalen (23 %, $n = 212$), gefolgt von Berlin, wo 17 % der Teilnehmenden ($n = 161$) wohnhaft sind. Tabelle 40 zeigt die exakte Aufschlüsselung der befragten Personen nach Bundesland.

Bundesland	Anteil (in %)	<i>n</i>
Nordrhein-Westfalen	23	212
Berlin	17	161
Bayern	10	98
Hessen	9	87
Baden-Württemberg	8	77
Niedersachsen	8	73
Rheinland-Pfalz	5	48
Hamburg	5	45
Sachsen	4	34
Schleswig-Holstein	2	19
Brandenburg	2	18
Saarland	1	14
Sachsen-Anhalt	1	14
Bremen	1	12
Thüringen	1	11
Mecklenburg-Vorpommern	1	7

Tabelle 40: Bundesland.

Wohnortgröße

Die meisten der Befragten wohnen in Millionenstädten und Metropolenregionen mit mehr als einer Million Einwohner*innen. Gut ein weiteres Drittel der Befragten wohnt in Großstädten mit mehr als 100.000 Einwohner*innen. Insgesamt 180 Personen (19 %) der Befragten leben in Wohnorten unter 20.000 Einwohner*innen.

Wohnortgröße	Anteil (in %)	n
Unter 1.000	3	26
1.000 bis unter 10.000	9	86
10.000 bis unter 20.000	7	68
20.000 bis unter 100.000	14	128
100.000 bis unter 500.000	18	168
500.000 bis unter 1. Mio	16	148
1. Mio und mehr	32	300
Total	100	924

Tabelle 41: Wohnortgröße.

Die Teilgruppe der Menschen mit HIV, die in Wohnorten unter 20.000 Einwohner*innen leben, werden in den Analysen fokussiert (siehe Seite 94).

(Black) People of Color und Personen mit zugeschriebenem Migrationshintergrund

Um den Migrationshintergrund zu erfassen, wurden Staatsangehörigkeit, Geburtsland der Eltern, eigenes Geburtsland und Aufenthaltstitel erfasst.⁵⁰ Insgesamt ließen sich 271 Personen (29 % der Gesamtstichprobe) kategorisieren, die potenziell von Rassismus betroffen sein könnten. Dies betrifft Personen, die nicht in Deutschland geboren sind und/oder deren Eltern nicht in Deutschland geboren sind und/oder die sich als (B)PoC identifizieren oder denen ein Migrationshintergrund zugeschrieben wird. Für die Analysen in diesem Bericht wurden nur die Personen einbezogen, die sich als Schwarze Person, nicht-weiße Person oder Person of Color identifizieren oder denen nach eigener Aussage ein Migrationshintergrund zugeschrieben wird. Dies sind 6 % der Befragten ($n = 53$, siehe Tabelle 42).

(B)PoC und zugeschriebener Migrationshintergrund	Anteil (in %)	n
Ja	6	53
Nein	94	861

Tabelle 42: (B)PoC und zugeschriebener Migrationshintergrund.

Die Menschen mit HIV, welche sich als (B)Poc identifizieren wurden als Teilgruppe in den Analysen fokussiert ($n = 53$, siehe Seite 94).

⁵⁰ Deskriptive Beschreibung dieser soziodemografischen Variablen: siehe Online-Anhang.

Sozioökonomischer Status

Aus den Variablen Bildungsabschluss, Beruf und Einkommen⁵¹ wurde für die Auswertung ein Index für den sozioökonomischen Status (*socioeconomic status*, SES) der Teilnehmer*innen gebildet (in Anlehnung an Reiser et al. 2018). Anhand des Index werden drei Gruppen unterschieden: Personen mit niedrigem, mittlerem und hohem SES. Die Unterscheidung von Teilnehmer*innengruppen mit unterschiedlichem SES erlaubt es, Verschränkungen von HIV und sozioökonomischer Lage in dieser Studie zu untersuchen. Beschreibend zeigt sich, dass nach diesem Index der größte Teil der Befragten (42 %, $n = 392$) einen mittleren SES hat. Ein Drittel der Befragten (34 %, $n = 314$) hat einen hohen SES, 16 % der Befragten ($n = 145$) haben einen niedrigen SES.

SES	Anteil (in %)	n
niedrig	16	145
mittel	42	392
hoch	34	314
Gesamt	91	851

Tabelle 43: Sozioökonomischer Status.

HIV-positive Menschen mit niedrigem SES werden als Teilgruppe in den Analysen fokussiert ($n = 145$, siehe Seite 94).

⁵¹ Deskriptive Darstellung dieser soziodemografischen Variablen: siehe Online-Anhang. Für die Berechnung des Sozioökonomischen Status wurde das Haushaltsnettoäquivalenzeinkommen zugrunde gelegt, d.h. das Einkommen auf die im Haushalt lebenden Personen verrechnet.

⁵² Frage SK09 „Hast du im letzten Jahr sexuelle Handlungen gegen Geld oder Güter eingetauscht? (z. B. weil du als Sexarbeiter*in, Prostituierte*r, Escort, Callboy/Callgirl arbeitest oder gearbeitet hast?)“.

Spezifische Teilgruppen

In der Online-Befragung wurden die Zugehörigkeiten zu weiteren Gruppen abgefragt, um Verschränkungen von weiteren Stigmatisierungs- und Diskriminierungsmerkmalen mit HIV untersuchen zu können. So kann die Studie Auskunft darüber geben, welche Teilgruppen der HIV-Community besonders vulnabel für HIV-bezogene Stigmatisierung und Diskriminierung sind bzw. welche Auswirkungen diese auf konkrete Teilgruppen der Menschen mit HIV haben. Darüber hinaus sind Analysen zu mehrdimensionaler Diskriminierung möglich (siehe 6.6).

Sexarbeit

In der Befragung wurde die Sexarbeit/Prostitution (im letzten Jahr) erhoben.⁵² Gemäß dieser Frage haben 6 % der Befragten ($n = 56$) im zurückliegenden Jahr Sex gegen Geld oder Güter eingetauscht (z. B. weil sie als Sexarbeiter*in, Prostituierte*r, Escort, Callboy/Callgirl arbeiten oder gearbeitet haben). 94 % der Befragten ($n = 874$) gaben an, keine sexuellen Handlungen gegen Geld oder Güter eingetauscht zu haben.

Sexarbeit	Anteil (in %)	n
Ja	6	56
Nein	94	874
Total	-	930

Tabelle 44: Sexarbeit.

Die Teilgruppe „Sexarbeitende mit HIV“ geht als fokussierte Teilgruppe⁵³ in die Analysen ein (siehe Seite 94).

⁵³ Da die Häufigkeit der Tätigkeit ebenso wie die Identifikation als Sexarbeiter*in nicht erfragt wurde, lassen sich aus der Teilgruppe dieser 56 Personen nur bedingt Rückschlüsse auf die Erfahrungen von Menschen mit HIV, die Sexarbeit regelmäßig bzw. beruflich durchführen, ziehen. Dennoch leitet der Fragezusatz „z. B. weil du als Sexarbeiter*in, Prostituierte*r, Escort, Callboy/Callgirl arbeitest oder gearbeitet hast“ auf dieses Verständnis von Sexarbeit hin. Der Teilgruppe können demnach auch z. B. schwule Männer, die einmal Sex gegen Geld/Güter eingetauscht haben, zugeordnet sein. Dies gilt es in der Interpretation der Ergebnisse mitzubeachten.

Drogengebrauch

(Ehemalige) Drogengebraucher*innen wurden über die Frage erfasst, ob die Befragten *jemals* regelmäßig Drogen/Substanzen wie Heroin, Kokain oder Methamphetamin gespritzt oder konsumiert haben. In der Studie wurde nicht unterschieden, ob die Befragten in der Vergangenheit oder aktuell Drogen gebrauchen bzw. gebraucht haben und wie sie sich diesbezüglich identifizieren.⁵⁴ Kriterium war der regelmäßige (ehemalige) Gebrauch/Konsum. 22 % der Befragten ($n = 200$) gab an, jemals regelmäßig Drogen wie Heroin, Kokain, etc. gebraucht zu haben.

Drogenkonsum	Anteil (in %)	n
Ja	22	200
Nein	78	709
Total	–	909

Tabelle 45: Drogenkonsum.

Darüber hinaus wurden die Teilnehmenden nach dem Gebrauch von chemischen Drogen oder Substanzen gefragt, die zum Sex konsumiert werden (z. B. Kokain, MDMA oder Methamphetamin). Diese Frage bejahten 390 Personen (42 %) der Stichprobe.⁵⁵

Die Teilgruppe der (ehemalig) Drogengebrauchenden mit HIV wird in den Analysen dieser Studie fokussiert ($n = 200$, siehe Seite 94).

Hafterfahrung

Drei Männer, die an der Studie teilgenommen haben, sind aktuell oder waren im zurückliegenden Jahr in Haft. Der Großteil der Befragten (99 %, $n = 926$) hat hingegen keine Hafterfahrung berichtet. Über die Erfahrungen von Menschen mit HIV in Haft kann diese Studie entsprechend der geringen Fallzahl keine Auskunft geben.

⁵⁴ Sie kann demnach auch Personen beinhalten, die kurzzeitig regelmäßig Drogen konsumiert haben, und diesen Drogenkonsum nicht als gesellschaftlich stigmatisiert erleben (z. B. Chem-Sex-User). Dies gilt es in der Interpretation der Ergebnisse mitzubeachten.

⁵⁵ Die Häufigkeit des Gebrauchs von 11 verschiedenen Substanzen wurde im Rahmen dieser Studie abgefragt. Eine detailliertere Auswertung des Themenbereiches „Sexualisierter Substanzkonsum/Chemsex“ kann im Rahmen von „positive stimmen 2.0“ nicht stattfinden. Der hohe Anteil an Menschen mit HIV, die Substanzen zum Sex konsumieren, deutet auf eine gewisse Bedeutung der Thematik hin. Dieses Desiderat sollte durch weitere Forschung bearbeitet werden.

Behinderung/Beinträchtigung und chronische Erkrankung (außer HIV)

Im Fragebogen wurde erfasst, ob die Befragten eine „Behinderung, langfristige Beeinträchtigung oder chronische Krankheit(en) außer HIV“ haben (Mehrfachnennungen möglich). 60 % der Befragten gab an, keine weitere Behinderung, langfristige Beeinträchtigung oder chronische Krankheit zu haben. 21 % der Befragten ($n = 189$) gaben an, eine weitere chronische Erkrankung zu haben. 17 % der Befragten

($n = 157$) berichteten eine psychische Belastung. 9 % der Befragten ($n = 85$) gaben eine Beeinträchtigung der körperlichen Mobilität an. Eine Beeinträchtigung der Sinneswahrnehmung (4 %, $n = 38$), der kognitiven Leistungsfähigkeit (4 %, $n = 34$) und der sprachlichen Ausdrucksfähigkeit (1 %, $n = 8$) berichteten vergleichsweise wenige Befragte.

Behinderung/Beeinträchtigung oder chronische Krankheit (außer HIV/Aids)	Anteil (in %)	n
Keine	60	557
Beeinträchtigung der körperlichen Mobilität	9	85
Beeinträchtigung der sprachlichen Ausdrucksfähigkeit	0,9	8
Beeinträchtigung der Sinneswahrnehmung	4	38
Beeinträchtigung der kognitiven Leistungsfähigkeit	4	34
Psychische Belastung	17	157
Chronische Krankheit	21	189
Anderes	5	46

Tabelle 46: Behinderung/Beeinträchtigung oder chronische Krankheit (außer HIV/Aids). (Mehrfachnennungen möglich).

Die Teilgruppe der Personen mit HIV, die eine „Behinderung, langfristige Beeinträchtigung oder chronische Krankheit(en) außer HIV“ angaben, werden in den Analysen fokussiert ($n = 189$, siehe Seite 94).

Überblick der fokussierten Teilgruppen

Im Rahmen von „positive stimmen 2.0“ wurden für den Kontext HIV besonders relevante Diskriminierungskategorien und Aspekte abgefragt und berücksichtigt (z. B. (ehemaliger) Drogengebrauch, Sexarbeit). Weiterhin wurden Vielfaltsmerkmale, die im Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetz (AGG) geschützt werden, abgefragt (z. B. sexuelle Orientierung, Behinderung, Merkmale aufgrund derer rassistische Zuschreibungen stattfinden). Doch auch zusätzliche Merkmale, die im AGG fehlen, wurden abgefragt (vgl. hierzu Winker/Degele 2009, Beigang et al. 2017). So ist der Aspekt der sozioökonomischen Herkunft auch im Kontext HIV eine wichtige Kategorie und kann sich auf den gelingenden Umgang mit der HIV-Infektion auswirken (vgl. Drewes/Kruspe 2013, S. 201; Schmidt 2008).

Um die grundlegenden Forschungsfragen dieser Studie auch in Hinblick auf verschiedene Teilgruppen zu untersuchen, wurden verschiedene Gruppen ($n > 50$) besonders fokussiert. Die Auswahl basierte auf Überlegungen der Relevanz der Teilgruppe im Kontext HIV und den Fallzahlen in dieser Studie. Aufgrund der zu geringen Größe einzelner relevanter Teilgruppen (z. B. Trans*, Inter* Personen, Personen mit Haft Erfahrung) konnten diese in den statistischen Berechnungen keine Berücksichtigung finden. Eine Übersicht über die fokussierten Teilgruppen mit zentralen Charakteristika sind Tabelle 47 zu entnehmen.

Teilgruppe (n)	Definition	Ausgewählte Aspekte zur Zusammensetzung
Ü 60 (n = 79)	Personen, älter als 60 Jahre	<ul style="list-style-type: none"> • 80 % Schwule & MSM (n = 63), • 14 % heterosexuelle Frauen (n = 11) • im Durchschnitt seit 20 Jahren infiziert (länger als restliche Stichprobe)
Frauen (n = 121)	Alle Personen, die als Geschlechtsidentität „weiblich“ angegeben haben	<ul style="list-style-type: none"> • 92 % heterosexuell (n = 109)
Schwule & MSM (n = 783)	Alle Personen, die sich als schwul identifizieren, und Männer, die sich als bisexuell oder pansexuell identifizieren sowie heterosexuelle Männer, die sich sexuell zu Männern hingezogen fühlen	<ul style="list-style-type: none"> • wohnen eher in Millionenstädten • höherer SES als Rest der Stichprobe
SES niedrig (n = 145)	Menschen, die einen niedrigen sozioökonomischen Status besitzen	
(B)PoC (n = 53)	Personen, die sich als Schwarze Person, nicht weiße Person oder Person of Color (PoC) identifizieren oder denen ein Migrationshintergrund zugeschrieben wird	<ul style="list-style-type: none"> • 12 heterosexuelle Frauen (12 %), • 84 Schwule & MSM (82 %) • durchschnittlich 38 Jahre

Tabelle 47 (Teil 1): Teilgruppen. Auswahl der Aspekte zur Zusammensetzung u.a. auf Grundlage explorativer Analysen (z. B. Mittelwertsvergleiche).

Teilgruppe (n)	Definition	Ausgewählte Aspekte zur Zusammensetzung
HIV-Diagnose < 2 Jahre (n = 103)	Menschen, die ihre HIV-Diagnose vor weniger als 2 Jahren bekommen haben	<ul style="list-style-type: none"> • 12 heterosexuelle Frauen (12 %), • 84 Schwule & MSM (82 %) • durchschnittlich 38 Jahre
Wohnortgröße <20.000 (n = 180)	Personen, die in einem Wohnort unter 20.000 Einwohnenden leben	
(ehemalige) Drogengebraucher*innen (n = 200)	Personen, die angeben jemals regelmäßig Drogen/Substanzen wie Heroin, Kokain, Methamphetamin gespritzt oder konsumiert zu haben	<ul style="list-style-type: none"> • 18 heterosexuelle Frauen (9 %), • 5 heterosexuelle Männer (3 %), • 177 Schwule und MSM (89 %)
Sexarbeitende (n = 56)	Personen, die im letzten Jahr sexuelle Handlungen gegen Geld oder Güter eingetauscht haben, z. B. weil sie als Sexarbeiter*in, Prostituierte*r, Escort, Callboy/Callgirl arbeiten oder gearbeitet haben	<ul style="list-style-type: none"> • rund 40 Jahre alt (jünger als restliche SP) • 96 % Schwule & MSM (n = 54) • 19 Personen (34 %), die jemals regelmäßig Drogen konsumiert haben • 6 Personen (11 %) (B)PoC
Menschen mit Behinderung (n = 561)	Menschen, die auf Frage „Hast du eine Behinderung, langfristige Beeinträchtigung oder chronische Krankheit außer HIV/Aids“ mit „ja“ geantwortet haben	<ul style="list-style-type: none"> • durchschnittlich 49 Jahre alt (älter als restliche Stichprobe) • niedriger SES im Vgl. zu restlicher Stichprobe
Keine Diskriminierung (HIV) (n = 51)	Menschen, die keine der abgefragten Diskriminierungserfahrungen jemals erlebt haben	

Tabelle 47 (Teil 2): Teilgruppen. Auswahl der Aspekte zur Zusammensetzung u.a. auf Grundlage explorativer Analysen (z.B. Mittelwertvergleiche).

5.2.2 Zusammensetzung der Fokusgruppen

Es fanden insgesamt 4 moderierte Fokusgruppen zwischen November 2020 und Juni 2021 mit jeweils durchschnittlich 7 Teilnehmenden statt. Die Fokusgruppen wurden aus Realgruppen/-treffen generiert. 3 Fokusgruppen waren an Community-Treffen angebunden, bei dem sich die Teilnehmenden zum Teil kannten. Die vierte Fokusgruppe, welche online stattfand, wurde über eine Selbsthilfegruppe akquiriert, d.h. die Teilnehmer*innen kannten sich schon im Vorfeld, was eine vertrauensvolle Gesprächsebene ermöglichte.

Insgesamt haben 28 Menschen an den Fokusgruppen teilgenommen. Im Durchschnitt waren die Teilnehmenden um die 43 Jahre alt und haben im Mittel vor 11 Jahren ihre HIV-Diagnose bekommen. Der Großteil der Teilnehmenden wohnt in größeren Städten, 36 % in Städten mit über 500.000 Einwohner*innen und weitere 32 % sogar in Städten über 1 Mio. Einwohner*innen.⁵⁶ 20 Teilnehmende sind männlich, 10 sind weiblich und eine Person gibt an nicht-binär zu sein. 64 % der Männer sind schwul, acht Menschen (hauptsächlich Frauen) sind heterosexuell, drei geben an bisexuell zu sein und eine Person gibt an queer zu sein. Eine Person aus den vier Fokusgruppen gibt an intravenös Drogen zu konsumieren. Vier weitere Menschen geben an einen Migrationshintergrund zu haben oder diesen zugeschrieben zu bekommen.

Zwei Fokusgruppen waren heterogen zusammengesetzt (z. B. hinsichtlich Geschlechtsidentität, Alter, sexuelle Orientierung). Eine Fokusgruppe bildeten junge Menschen mit HIV. Hier lag das Durchschnittsalter bei 28 Jahren. Die Zeit seit Diagnose liegt bei knapp 7 Jahren mit einem Ausreißer von 22 Jahren (seit Geburt HIV-positiv). Bei einer Fokusgruppe waren alle drei Teilnehmenden weiblich und gaben an heterosexuell zu sein. Zudem waren alle drei Frauen Mütter.

⁵⁶ Zwei weitere Personen wohnen in Orten zwischen 100.000 und 500.000 Einwohner*innen, drei Menschen wohnen in Wohnorten mit 20.000 bis 100.000 Einwohner*innen, weitere zwei in Orten über 10.000 Einwohner*innen und eine Person wohnt in einem Dorf mit unter 1.000 Einwohner*innen.

Ergebnisse der Modulstudie B

6.0

6.1 Leben mit HIV

6.1.1 Gesundheit

Gesundheitliche Einschränkungen durch HIV

Ein Großteil der Befragten fühlt sich *nicht* durch gesundheitliche Aspekte der HIV-Infektion eingeschränkt und nimmt den eigenen Gesundheitszustand als gut an. So stimmen 76 % der Aussage „Gesundheitliche Aspekte in Bezug auf die HIV-Infektion schränken mich wenig ein“ sehr und eher zu. Etwa ein Viertel der Teilnehmenden fühlt sich hingegen durch gesundheitliche Aspekte beeinträchtigt (siehe Abbildung 11).

Gesundheitliche Einschränkungen durch HIV (in %)

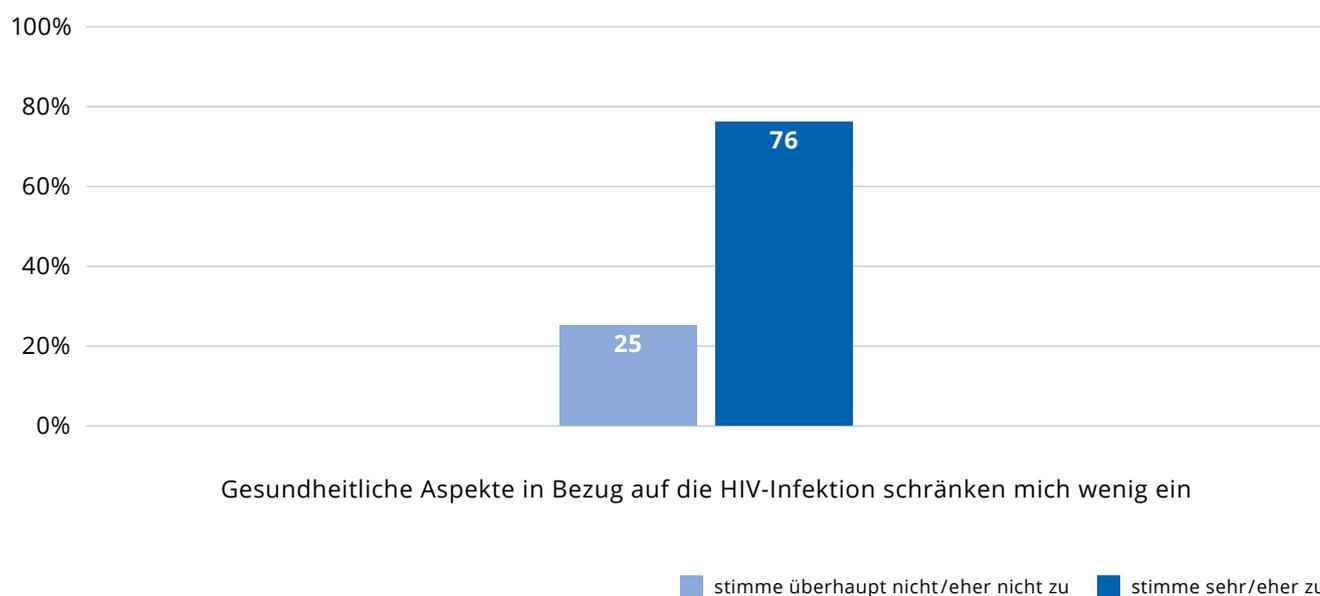


Abbildung 11: Gesundheitliche Einschränkungen durch HIV. Prozentualer Anteil aller Teilnehmenden, welche die entsprechende Aussage beantwortet haben (n = 934). Abweichungen von 100 % entstehen durch Rundungen.

Gesundheitszustand

Neben den empfundenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen durch HIV wurde der subjektiv *wahrgenommene allgemeine Gesundheitszustand* abgefragt. 72 % geben an, einen guten bis sehr guten Gesundheitszustand zu haben und nur 3 % einen schlechten bis sehr schlechten.

Gesundheitszustand	Anteil (in %)	n
(sehr) schlecht (1–25)	3	26
eher schlecht (26–50)	12	109
eher gut (51–75)	13	116
(sehr) gut (76–101)	72	630

Tabelle 48: Subjektiv empfundener Gesundheitszustand. Prozentualer Anteil aller Teilnehmenden, welche die entsprechenden Fragen beantwortet haben (n = 881). Abweichungen von 100 % entstehen durch Rundungen.

In den Fokusgruppen wurden gesundheitliche Aspekte weniger thematisiert. Ebenso wie es die statistischen Daten der Online-Befragung zeigen, lässt dies auf eine eher geringe Relevanz im Leben der meisten Teilnehmenden schließen. Dennoch wird mehrfach daran erinnert, dass Aids auch in Deutschland nach wie vor ein Thema ist, unter anderem auch aufgrund vieler Spät Diagnosen⁵⁷, die erst im Stadium Aids mit erheblichen Immundefiziten gestellt werden. Es wird betont, dass „Aids kein Ding der Vergangenheit“ (Fokusgruppe 1, Pos. 228) ist und nicht in Vergessenheit geraten darf. Ein Teilnehmer der Fokusgruppen berichtet über die eigene Aids-Erkrankung und fragt sich, ob er der Einzige ist, der an Aids erkrankt ist. Durch seine Aussage wird deutlich, wie stark eine Aidserkrankung belasten kann.

„Ich weiß nicht ob ich der Einzige bin, aber ich habe tatsächlich Aids, das ist für mich nochmal schlimmer als nur HIV zu haben furchtbarerweise.“ Fokusgruppe 2, Pos. 40

Eine weitere Person berichtet, dass sie aufgrund ihrer HIV-Infektion sehr starken Gewichtsverlust hatte, sich sehr krank gefühlt hat und darunter auch ihr Selbstwertgefühl gelitten hat.

„[...] weil ich körperlich sehr ausgezehrt war, ich war eh schon super dünn gewesen, ich wog da nur noch 50 Kilo und ich war eh am Anfang noch, weil es ja – Liebes- und Sexualleben und sich finden und so weiter und ich habe mich einfach sehr krank gefühlt und auch körperlich sah ich eben auch schon fast aus wie aidskrank [...] und da war dann so indirekt halt das Selbstwertgefühl und auch das Körpergefühl einfach sehr unten.“ Fokusgruppe 3, Pos. 160

⁵⁷ So wurden im Jahr 2019 etwa 34 % der HIV-Infektionen erst mit einem fortgeschrittenen Immundefekt und etwa 15 % erst mit dem Vollbild Aids diagnostiziert (vgl. RKI 2020).

Teilgruppenanalysen: Gesundheitliche Einschränkung durch HIV und Gesundheitszustand

Betrachtet man spezifische Teilgruppen von Menschen mit HIV jeweils im Vergleich zur restlichen Stichprobe genauer, lassen sich Unterschiede in Bezug auf die Einschätzung feststellen, inwiefern *gesundheitliche Aspekte der HIV-Infektion als Einschränkung* erlebt werden (siehe Abbildung 12). So

zeigt sich, dass sich Menschen mit Behinderung⁵⁸ im Vergleich zum Rest der Stichprobe besonders durch gesundheitliche Aspekte beeinträchtigt fühlen, während sich Schwule und MSM im Vergleich zu allen anderen Teilnehmenden weniger durch gesundheitliche Aspekte der HIV-Infektion beeinträchtigt fühlen; ebenso wie Menschen, die im letzten Jahr keine der abgefragten Diskriminierungserfahrungen gemacht haben im Vergleich zu Menschen, die diese Diskriminierung erlebt haben.⁵⁹

Gesundheitliche Einschränkung durch HIV nach Teilgruppen (1 = hohe Einschränkung bis 4 = keine empfundene Einschränkung)

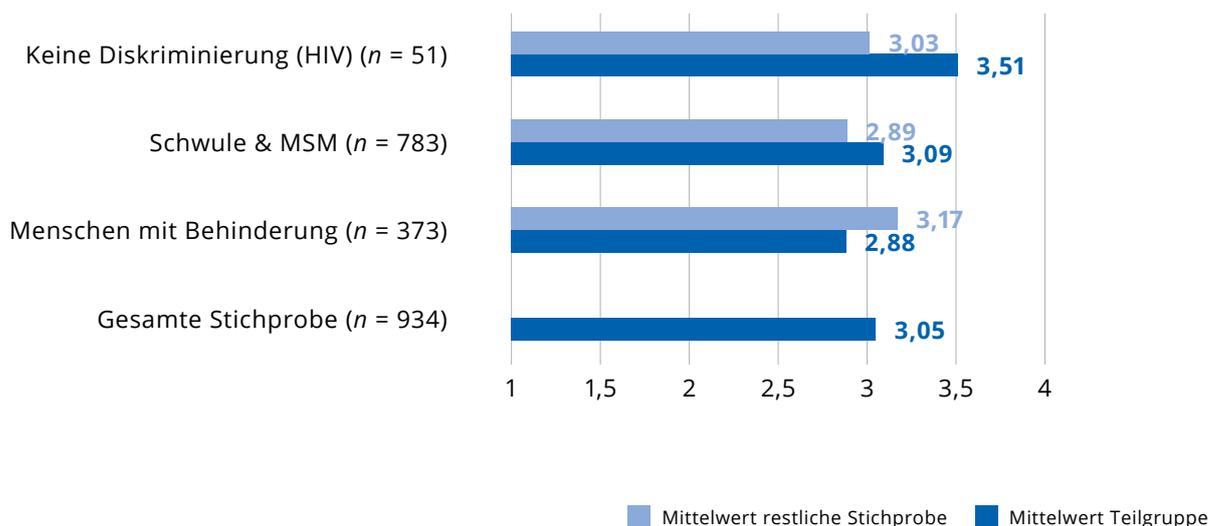


Abbildung 12: Mittelwertvergleiche der Skala „Einschränkungen durch gesundheitliche Aspekte von HIV“ zwischen einzelnen Teilgruppen mit der jeweiligen restlichen Stichprobe. Dargestellt sind nur die Teilgruppen, die sich signifikant vom jeweiligen Rest der Stichprobe unterscheiden. Da sich die Teilgruppen auch überschneiden (z. B. Schwule & MSM, die eine Behinderung haben) und die Mittelwertunterschiede je Variable/Konstrukt getestet wurden, können gegenseitige (intersektionale) Effekte nicht ausgeschlossen werden.

⁵⁸ Vor allem in dieser spezifischen Teilgruppe der Teilnehmenden (Menschen mit Behinderung) können die höheren Werte in Bezug auf Einschränkung durch gesundheitliche Aspekte der HIV-Infektion auch auf HIV/Aids-bezogene Begleiterkrankungen hinweisen.

⁵⁹ Die Mittelwertvergleiche zwischen den Teilgruppen und dem jeweiligen Rest der Stichprobe zur Aussage „Gesundheitliche Aspekte in Bezug auf die HIV-Infektion schränken mich wenig ein“, 1 = stimme überhaupt nicht zu bis 4 = stimme sehr zu) wurden mittels T-Tests untersucht (statistische Kennwerte siehe Online-Anhang).

In Bezug auf den *eigenen Gesundheitszustand* zeigt sich im Mittelwertvergleich verschiedener Teilgruppen mit dem jeweiligen Rest der Stichprobe, dass Menschen mit Behinderung/chronischer Erkrankung (außer HIV) und Menschen mit niedrigem sozioökonomischem Status (SES, siehe 5.2) einen signifikant schlechteren subjektiv empfundenen Gesundheitszustand angeben als der jeweilige Rest der Stichprobe.⁶⁰

Darüber hinaus wurden die Teilnehmenden der Online-Befragung nach verschiedenen psychosomatischen Beschwerden in ihrer Häufigkeit in den letzten sechs Monaten befragt (z. B. Kopfschmerzen, Rückenschmerzen, Nervosität, Schlafprobleme;

vgl. Haugland/Wold 2001, Ravens-Sieberer/Thomas 2003).⁶¹ Mittelwertvergleiche zwischen einzelnen Teilgruppen und dem jeweiligen Rest der Stichprobe⁶² zeigen, dass Menschen mit Behinderung dabei häufiger Beschwerden wahrnehmen als die restliche Stichprobe, ebenso Menschen mit niedrigem SES und Frauen. Wohingegen Schwule und MSM sowie Menschen, die im letzten Jahr keine der abgefragten Diskriminierungserfahrungen gemacht haben, signifikant weniger psychosomatische Beschwerden angeben (siehe 6.1, zum Zusammenhang zwischen psychosomatischen Symptomen und Stigmatisierung sowie Diskriminierung siehe Kapitel 6.3).

Psychosomatische Symptome nach Teilgruppen (1 = selten psychosomatische Symptome bis 5 = häufig psychosomatische Symptome)

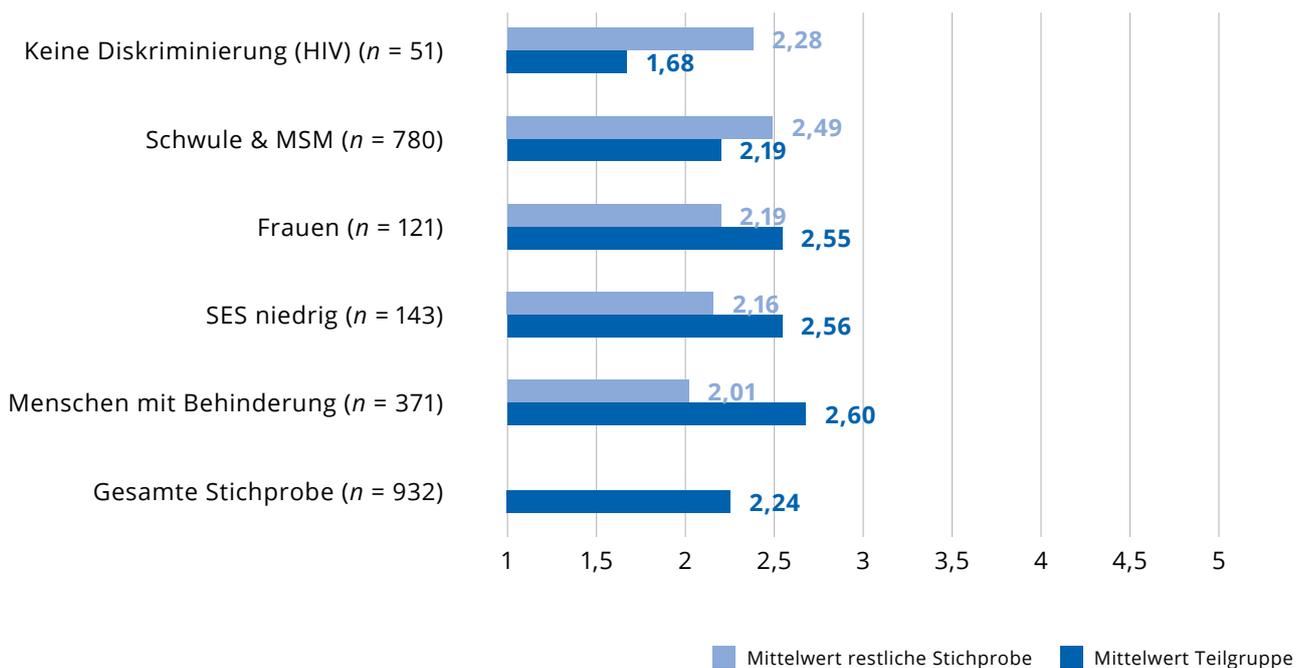


Abbildung 13: Mittelwertvergleiche der Skala „Psychosomatische Symptome“ zwischen einzelnen Teilgruppen mit der jeweiligen restlichen Stichprobe. Dargestellt sind nur die Teilgruppen, die sich signifikant vom jeweiligen Rest der Stichprobe unterscheiden. Da sich die Teilgruppen auch überschneiden (z. B. Schwule & MSM, die eine Behinderung haben) und die Mittelwertunterschiede je Variable/Konstrukt getestet wurden, können gegenseitige (intersektionale) Effekte nicht ausgeschlossen werden.

⁶⁰ Die Mittelwertvergleiche zwischen den Teilgruppen und dem jeweiligen Rest der Stichprobe zu „Subjektiv empfundener Gesundheitszustand“ wurden mittels T-Tests untersucht (statistische Kennwerte siehe Online-Anhang).

⁶¹ Für alle abgefragten psychosomatischen Symptome wurde eine Skala „Psychosomatische Symptome“ gebildet (Cronbachs $\alpha = ,881$; $n = 902$; 1 = selten psychosomatische Symptome bis 5 = häufige psychosomatische Symptome).

⁶² Die Mittelwertvergleiche zwischen den Teilgruppen und dem jeweiligen Rest der Stichprobe zu „Psychosomatische Symptome“ wurden mittels T-Tests untersucht (statistische Kennwerte siehe Online-Anhang).

Lebenszufriedenheit und Selbstwirksamkeit

Die Teilnehmenden wurden gefragt, wie zufrieden sie gegenwärtig im Leben sind. Der Durchschnitt der Befragten gibt eine relativ hohe allgemeine Lebenszufriedenheit an.⁶³

Über die Lebenszufriedenheit hinaus wurde auch die Selbstwirksamkeit der Teilnehmenden erfragt, also die Überzeugung oder das Gefühl einer Person, auch schwierige Situationen und Herausforderungen im Leben aus eigener Kraft erfolgreich bewältigen zu können (z.B. „Ich bin zuversichtlich in meinem Leben das zu erreichen, was mir zusteht.“; „Ich bestimme, was in meinem Leben passiert.“; „Ich bin in der Lage, mit den meisten meiner Probleme fertig zu werden.“; vgl. Judge et al. 2003). Im Durchschnitt nehmen die Teilnehmenden eine relativ hohe Selbstwirksamkeit wahr⁶⁴ (zum Zusammenhang von Selbstwirksamkeit mit Stigmatisierung und Diskriminierung siehe 6.2 und 6.3).

Teilgruppenanalysen: Lebenszufriedenheit und Selbstwirksamkeit

Im Vergleich der Teilgruppen mit dem jeweiligen Rest der Stichprobe⁶⁵ zeigt sich, dass Menschen mit HIV, die im letzten Jahr keine der abgefragten Diskriminierungserfahrungen gemacht haben, zufriedener sind als alle anderen. Schwule und MSM bekunden mehr Zufriedenheit als der Rest der Stichprobe. Signifikant niedrigere Werte geben Menschen mit niedrigem SES, (B)PoC und Frauen sowie Menschen mit Behinderung – immer im Vergleich zur jeweils restlichen Stichprobe – an (siehe Abbildung 14, zum Zusammenhang von Lebenszufriedenheit mit Stigmatisierung und Diskriminierung siehe 6.2 und 6.3).

In Bezug auf die Selbstwirksamkeit zeigt sich in den Teilgruppenvergleichen⁶⁶, dass Menschen mit niedrigem SES, Frauen und Menschen mit Behinderung/chronischer Erkrankung (außer HIV) eine signifikant niedrigere Selbstwirksamkeit haben als der jeweilige Rest der Stichprobe. Menschen, die keine HIV-bezogenen Diskriminierungserfahrungen im letzten Jahr erlebten, sowie Schwule und MSM nehmen eine höhere Selbstwirksamkeit wahr als der jeweilige Rest der Stichprobe (siehe Abbildung 15).

⁶³ *M (SD) = 7,13(2,25); Skala: 1 = überhaupt nicht zufrieden bis 10 = völlig zufrieden; n = 912.*

⁶⁴ *Aus fünf Aussagen wurde die Skala „Selbstwirksamkeit“ gebildet (Cronbachs $\alpha = ,80$; n = 929; M (SD) = 3,63 (0,77); Skala; 1 = Trifft gar nicht zu bis 5 = Trifft vollkommen zu; n = 934).*

⁶⁵ *Die Mittelwertvergleiche zwischen den Teilgruppen und dem jeweiligen Rest der Stichprobe zu „Lebenszufriedenheit“ wurden mittels T-Tests untersucht (statistische Kennwerte siehe Online-Anhang).*

⁶⁶ *Die Mittelwertvergleiche zwischen den Teilgruppen und dem jeweiligen Rest der Stichprobe zu „Selbstwirksamkeit“ wurden mittels T-Tests untersucht (statistische Kennwerte siehe Online-Anhang).*

Lebenszufriedenheit nach Teilgruppen (1 = überhaupt nicht zufrieden bis 10 = völlig zufrieden)

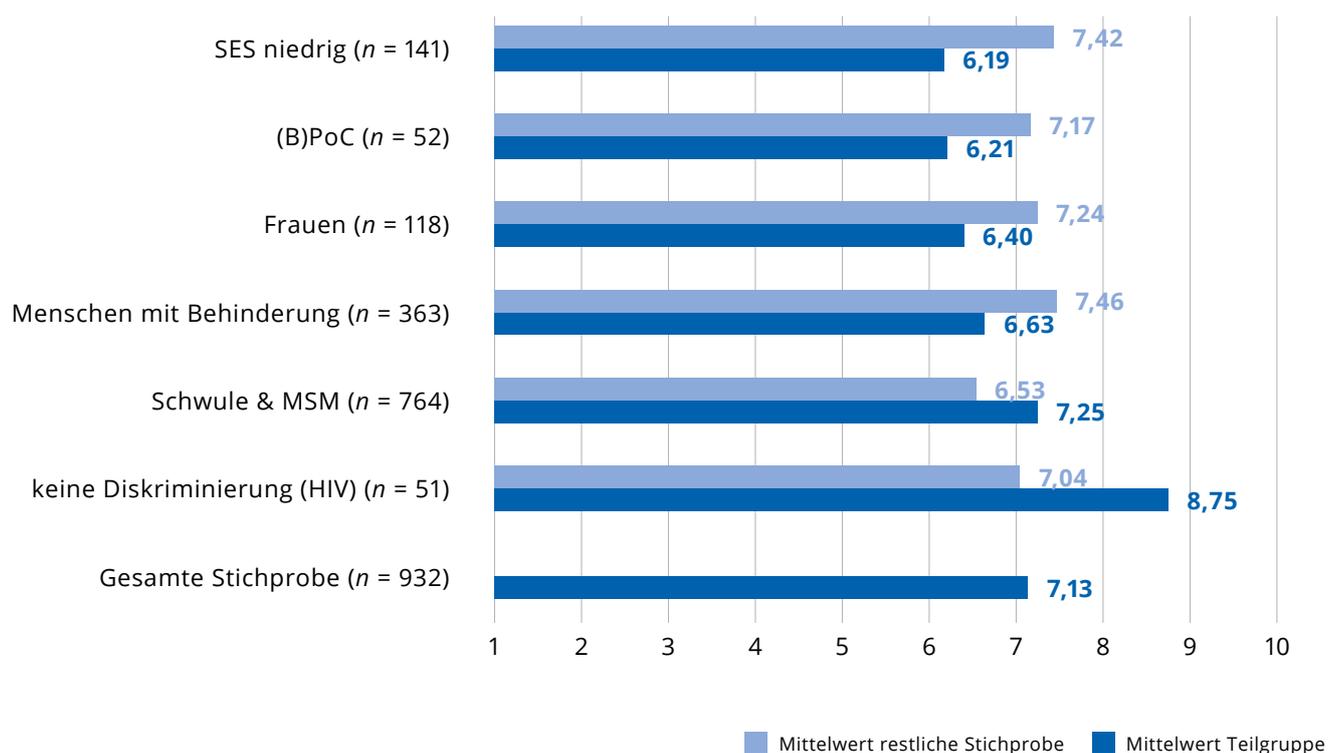


Abbildung 14: Mittelwertvergleiche der Skala „Lebenszufriedenheit“ zwischen einzelnen Teilgruppen mit der jeweiligen restlichen Stichprobe. Dargestellt sind nur die Teilgruppen, die sich signifikant vom jeweiligen Rest der Stichprobe unterscheiden. Da sich die Teilgruppen auch überschneiden (z. B. Schwule & MSM, die eine Behinderung haben) und die Mittelwertunterschiede je Variable/Konstrukt getestet wurden, können gegenseitige (intersektionale) Effekte nicht ausgeschlossen werden.

Selbstwirksamkeit nach Teilgruppen (1 = trifft gar nicht zu bis 5 = trifft vollkommen zu)

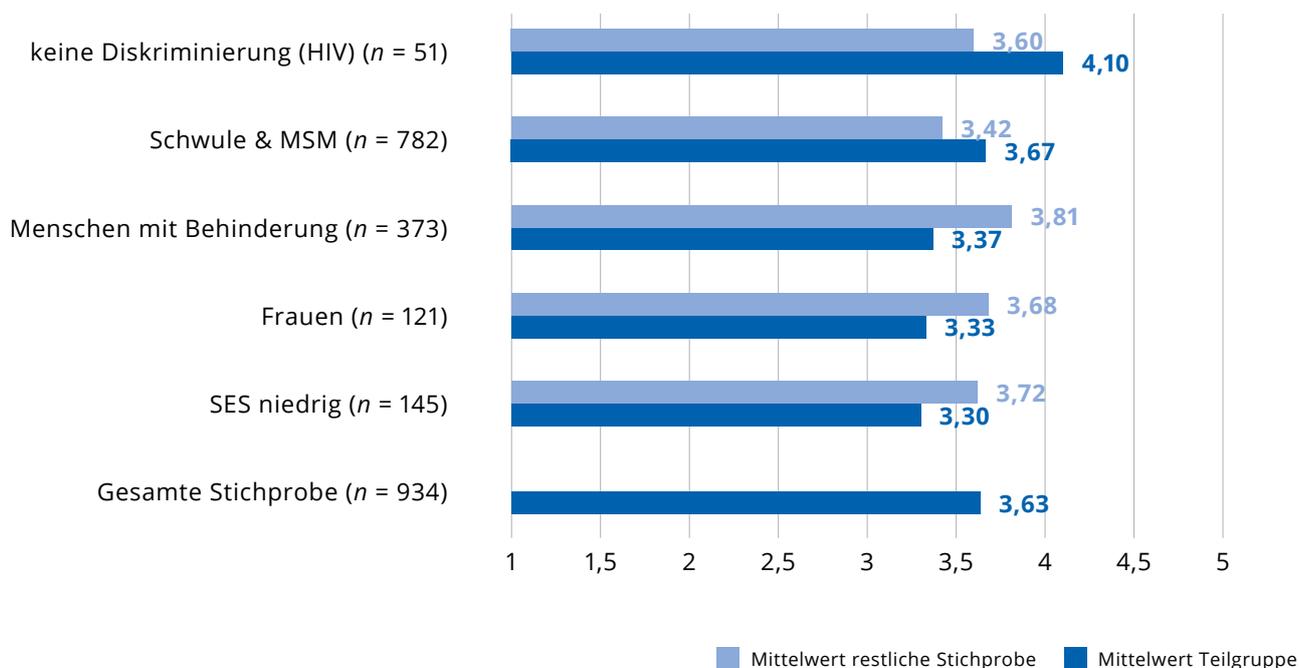


Abbildung 15: Mittelwertvergleiche der Skala „Selbstwirksamkeit“ zwischen einzelnen Teilgruppen mit der jeweiligen restlichen Stichprobe. Dargestellt sind nur die Teilgruppen, die sich signifikant vom jeweiligen Rest der Stichprobe unterscheiden. Da sich die Teilgruppen auch überschneiden (z. B. Schwule & MSM, die eine Behinderung haben) und die Mittelwertunterschiede je Variable/Konstrukt getestet wurden, können gegenseitige (intersektionale) Effekte nicht ausgeschlossen werden.

Zusammenhänge zwischen Gesundheit und Lebenszufriedenheit

Es zeigt sich ein Zusammenhang zwischen der Gesundheit und der allgemeinen Lebenszufriedenheit. Ein positiv empfundener Gesundheitszustand geht mit einer höheren Lebenszufriedenheit ($r = ,552$; $p < ,001$; $n = 860$) und einer höheren Selbstwirksamkeit

($r = ,485$; $p < ,001$; $n = 880$) der Teilnehmenden der Online-Befragung einher. Ebenso verhält es sich in Bezug auf die Wahrnehmung von gesundheitlichen Beeinträchtigungen durch HIV. Eine geringe Beeinträchtigung durch HIV geht mit höherer Lebenszufriedenheit ($r = ,209$; $p < ,001$; $n = 911$) und Selbstwirksamkeit ($r = ,201$; $p < ,001$; $n = 933$) einher — und umgekehrt.

6.1.2 HIV als Teil des Lebens

Integration der HIV-Infektion in das eigene Leben

87 % stimmen der Aussage „HIV ist ein Teil von mir, den ich akzeptiere“ sehr und eher zu. 13 % stimmen dieser Aussage überhaupt nicht/eher nicht zu. Auch der Anteil derer, die zustimmen, dass sie gut mit ihrer HIV-Infektion leben, ist mit 90 % sehr hoch (siehe Abbildung 16).

Integration von HIV in das eigene Leben (in %)

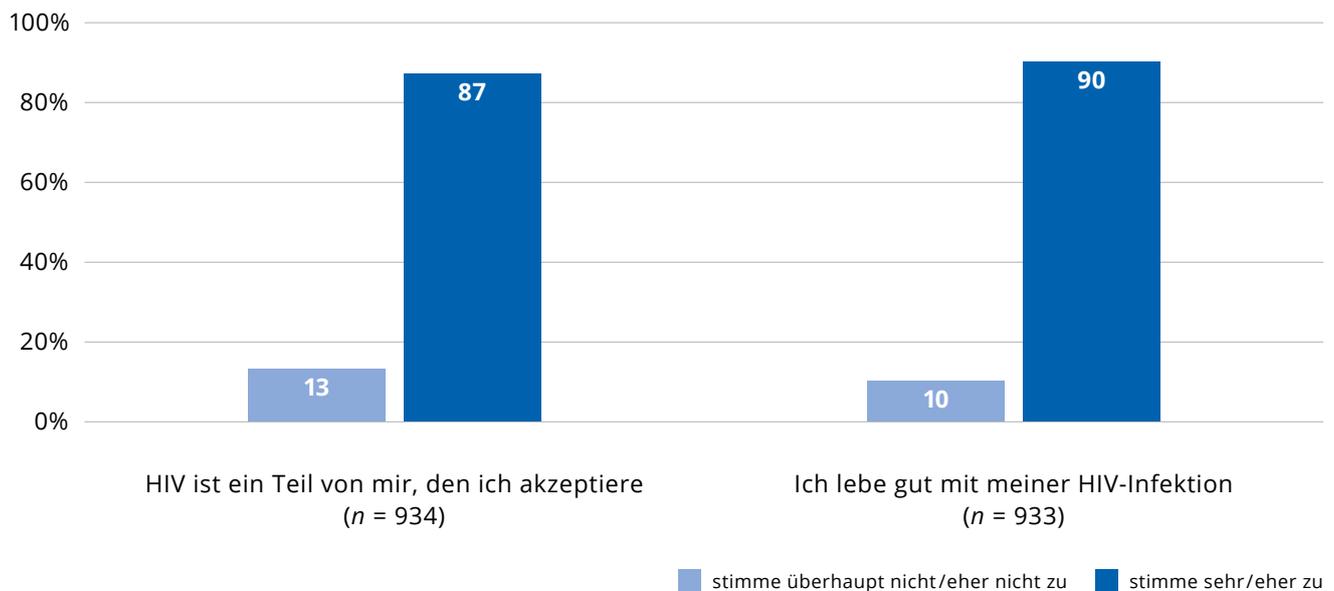


Abbildung 16: Integration von HIV in das eigene Leben. Prozentualer Anteil aller Teilnehmenden, welche die entsprechenden Aussagen beantwortet haben.

Die HIV-Diagnose als einschneidendes Ereignis und Entwicklungsprozess

Mit Blick auf die Dauer seit der HIV-Diagnose zeigt sich in der Teilgruppenanalyse, dass Menschen mit HIV, die eine „frische“ HIV-Diagnose von unter 2 Jahren haben, die HIV-Infektion weniger als Teil von sich akzeptieren und angeben, weniger gut mit ihrer HIV-Infektion zu leben (siehe Abbildung 17). Eine frische HIV-Diagnose stellt auch heute noch für viele Menschen zunächst einen großen Schock dar. Die Diagnose wird als ein einschneidendes Ereignis erlebt und stellt die eigene Identität und das bisherige Leben infrage. Es kann einhergehen mit vielen Fragen und Sorgen hinsichtlich der gesundheitlichen Aspekte und den Lebensperspektiven, aber auch der sozialen Folgen, welche befürchtet werden. Häufig schildern die Teilnehmenden der Fokusgruppen die Angst vor Ablehnung, was auch einen sozialen Rückzug zur Folge haben kann (siehe Kapitel 6). Häufig wird beschrieben, dass sich nach der HIV-Diagnose zunächst alles um die Infektion dreht und die Identität durch HIV bestimmt wird. Der Umgang mit der Diagnose wird jedoch als ein Entwicklungsprozess beschrieben, der dazu führt, HIV als Teil von sich zu akzeptieren, in das eigene Leben zu integrieren, das Selbstwertgefühl wiederzuerlangen und sich als vollwertige, liebenswerte Person zu fühlen.

„Es hat knapp anderthalb Jahre gedauert bis ich halt an dem Punkt war, diese Selbstakzeptanz wiederaufzubauen und mich nicht mehr über die Krankheit zu definieren. Die ersten zwei Jahre hat man sich ja selber doch auch ein bisschen zurückgenommen und nicht mehr so als volle Person gesehen irgendwie oder hundert Prozent normal.“ Fokusgruppe 3, Pos. 185

„Ich bin ein Mensch und werde reduziert auf HIV. Aber HIV ist nur eine von vielen Facetten von mir.“ Fokusgruppe 1, Pos. 117

„Heute habe ich einfach für mich selber ein ganz anderes Selbstbewusstsein und dieser Virus gehört einfach zu mir und der macht mich auch ein Stück weit aus, also die ganze Entwicklung, die ich machen musste aufgrund dieser Erkrankung hat mich zu der Person geformt, die ich bin und die macht mich eigentlich sehr zufrieden und deswegen ist es für mich kein Thema mehr.“ Fokusgruppe 1, Pos. 115

Teilgruppenanalysen: Integration der HIV-Infektion in das eigene Leben

In den Teilgruppenanalysen⁶⁷ wird deutlich, dass vor allem (B)PoC und Menschen mit Behinderung ihre HIV-Infektion weniger gut in das eigene Leben integrieren (können) als der jeweilige Rest der Stichprobe. Menschen, die keine der abgefragten HIV-bezogenen Diskriminierungen im letzten Jahr erlebt haben, haben HIV besser in ihr Leben integriert (siehe Abbildung 17).

Integration von HIV in das eigene Leben nach Teilgruppen (1 = niedrige Integration bis 4 = hohe Integration)

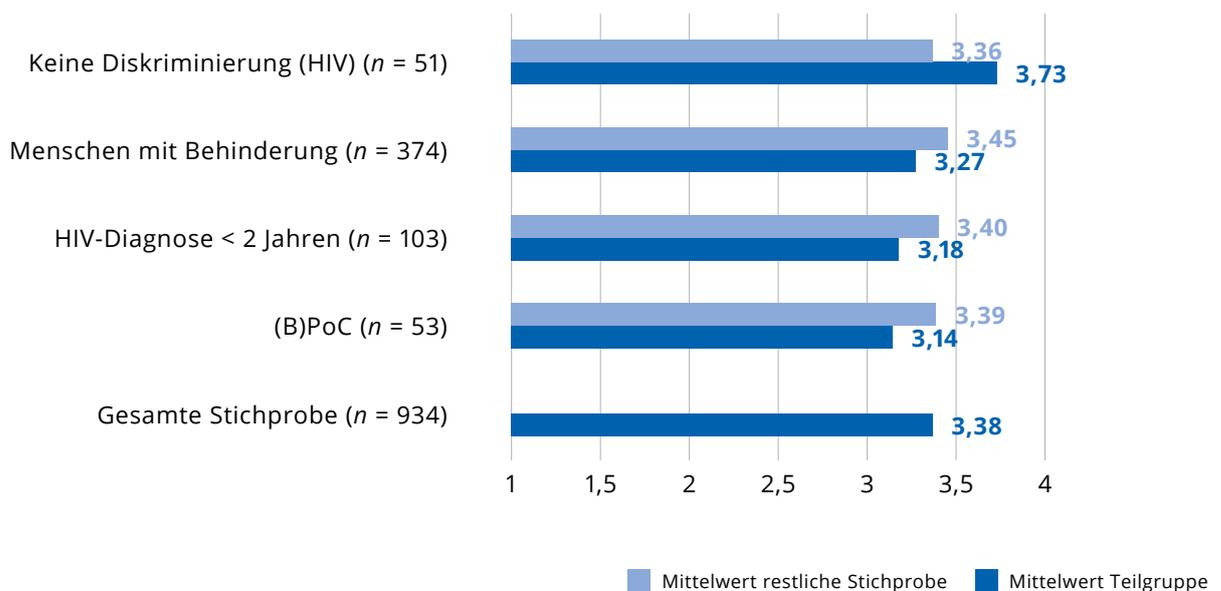


Abbildung 17: Mittelwertvergleiche der Skala „Integration von HIV in das eigene Leben“ zwischen einzelnen Teilgruppen mit der jeweiligen restlichen Stichprobe. Dargestellt sind nur die Teilgruppen, die sich signifikant vom jeweiligen Rest der Stichprobe unterscheiden. Da sich die Teilgruppen auch überschneiden (z. B. Schwule & MSM, die eine Behinderung haben) und die Mittelwertunterschiede je Variable/Konstrukt getestet wurden, können gegenseitige (intersektionale) Effekte nicht ausgeschlossen werden.

⁶⁷ Hierfür wurde aus beiden Aussagen „HIV ist ein Teil von mir, den ich akzeptiere“ und „Ich lebe gut mit meiner HIV-Infektion“ eine Skala für „Integration der HIV-Infektion in das eigene Leben“ gebildet (Cronbachs $\alpha = ,77$; $n = 933$; 1 = geringe Akzeptanz von HIV bis 4 = hohe Akzeptanz). Die Mittelwertvergleiche zwischen den Teilgruppen und dem jeweiligen Rest der Stichprobe zu „Integration der HIV-Infektion in das eigene Leben“ wurden mittels T-Tests untersucht (statistische Kennwerte siehe Online-Anhang).

Einschränkung durch Vorurteile und stigmatisierende Zuschreibungen

HIV wird häufig mit (hetero-)normabweichenden Sexualitäten und Lebensstilen verknüpft (z. B. Promiskuität, Homosexualität, Drogenkonsum oder Sexarbeit).

Die Zuschreibung von (angeblicher) Promiskuität erleben 40 % der Teilnehmenden der Online-Befragung und 36 % wurde aufgrund der sexuellen Orientierung schon einmal zugeschrieben, HIV-positiv zu sein. HIV-bezogene Stigmatisierung und Diskriminierung stellt häufig ein „Vehikel“ beispielsweise für Rassismus oder Schwulenfeindlichkeit dar (siehe 6.6).

Ein Leben mit HIV heißt auch, einen Umgang mit diesen Vorurteilen und stigmatisierenden Zuschreibungen finden zu müssen. In Bezug auf die Einschätzung, inwieweit Vorurteile das eigene Leben beeinträchtigen, teilen sich die Meinungen der Befragten: 52 % geben an, sich sehr/eher durch Vorurteile beeinträchtigt zu fühlen, während 48 % sich überhaupt nicht/eher nicht durch Vorurteile beeinträchtigt fühlen ($n = 932$).

Teilgruppenanalysen: Einschränkung durch Vorurteile gegenüber HIV

Auch hier zeigen sich signifikante Unterschiede im Vergleich der Teilgruppen mit dem jeweiligen Rest der Stichprobe⁶⁸ (siehe Abbildung 18). Im Vergleich zum jeweiligen Rest der Stichprobe fühlen sich (B)PoC, Frauen und Menschen mit Behinderung stärker durch Vorurteile eingeschränkt. Hingegen fühlen sich Schwule und MSM sowie über 60-Jährige weniger durch HIV-bezogene Vorurteile beeinträchtigt als der jeweilige Rest der Stichprobe.

In den Fokusgruppen wird deutlich, wie stark HIV-bezogene Stigmatisierung und Vorurteile das Leben von Menschen mit HIV beeinträchtigen können. Trotz der Möglichkeit, ein gutes und gesundes Leben mit der Infektion führen zu können, spüren viele der Interviewten eine gewisse „Unnormalität“ – sowohl in Bezug auf die gesellschaftlich vorherrschenden und veralteten Bilder in Bezug auf HIV-Infektionen, die negativen Reaktionen der Mitmenschen als auch sich selbst gegenüber.

„Trotz aufgeklärter Menschen und dass ein Leben mit HIV doch so normal sein kann, herrscht trotzdem unterschwellig eigentlich eine Unnormalität. Und das ist verdammt nochmal scheiße!“ Fokusgruppe 2, Pos. 11

Es wird beschrieben, dass HIV vom sozialen Umfeld und der Gesamtbevölkerung nicht „einfach so“ als „behandelbare Krankheit“ betrachtet wird. Sondern dass HIV nach wie vor mit einem Stigma belegt ist und ein „soziales Ausschlusskriterium“ darstellt (Fokusgruppe 4, Pos. 47). Die „Unnormalität“ und die Vorurteile werden für die Teilnehmenden spürbar, beispielweise wenn abfällige Bemerkungen über „Aids“ gemacht werden.

⁶⁸ Die Mittelwertvergleiche zwischen den Teilgruppen und dem jeweiligen Rest der Stichprobe zur Aussage „Vorurteile gegenüber HIV beeinträchtigen mein Leben“ (1 = stimme überhaupt nicht zu bis 4 = stimme sehr zu) wurden mittels T-Tests untersucht (statistische Kennwerte siehe Online-Anhang).

Einschränkung durch Vorurteile nach Teilgruppen (1 = keine Einschränkung bis 4 = hohe Einschränkung)

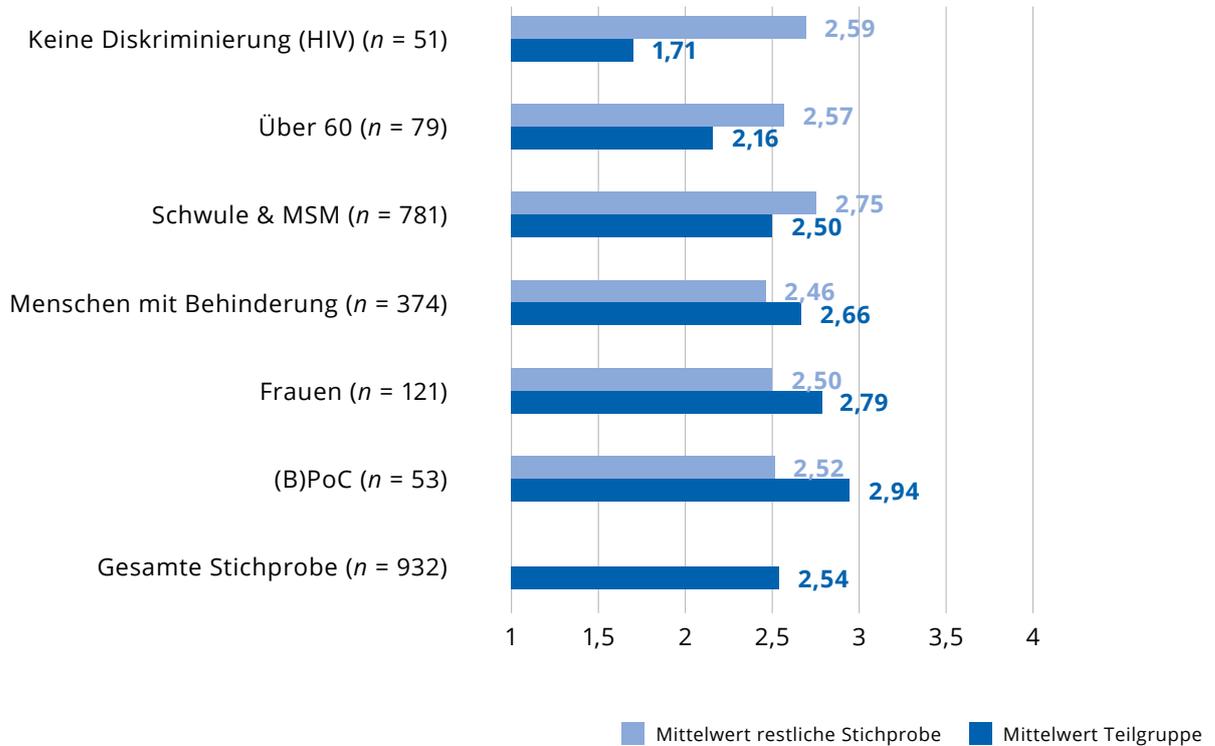


Abbildung 18: Mittelwertvergleiche der Aussage „Einschränkung durch Vorurteile“ zwischen einzelnen Teilgruppen mit der jeweiligen restlichen Stichprobe. Dargestellt sind nur die Teilgruppen, die sich signifikant vom jeweiligen Rest der Stichprobe unterscheiden. Da sich die Teilgruppen auch überschneiden (z.B. Schwule & MSM, die eine Behinderung haben) und die Mittelwertunterschiede je Variable/Konstrukt getestet wurden, können gegenseitige (intersektionale) Effekte nicht ausgeschlossen werden.

„Ich habe schon in der Schulzeit immer mitbekommen, dass Aids mit was Negativem in Verbindung gebracht wird, dass ich da glaube ich so eine Angst davor habe verurteilt zu werden.“ Fokusgruppe 1, Pos. 101

„Ich merk das bei mir super häufig im Freundeskreis, dass das ins Lächerliche gezogen wird, also wenn man dann in einer großen Gruppe ist und man HIV-Witze macht oder das irgendwie dumm in den Raum wirft und das ist irgendwie doch stigmatisierend, indem es als negativ dargestellt wird, als etwas, worüber man sich lustig machen kann.“ Fokusgruppe 3, Pos. 48

Gründe für die gesellschaftlichen Vorurteile werden unter anderem im Nichtwissen der Gesamtbevölkerung gesehen. So wird häufiger erlebt, dass HIV nach wie vor mit Aids gleichgesetzt wird.

„Also ich glaube, das ist immer noch super verbreitet, das Unwissen.“ Fokusgruppe 4, Pos. 20

„Ich wünsche mir, dass es eine ganz selbstverständliche Information ist, dass HIV nicht gleich Aids ist. Das ist es aber auch nicht für Menschen in meinem Umfeld, die, meine ich, sehr gebildet sind.“

Fokusgruppe 1, Pos. 240

In Bezug auf die nach wie vor bestehenden Vorurteile wird als Begründung immer wieder auf die Geschichte von HIV/Aids verwiesen. Dabei wird auch von einem gesellschaftlichen „Trauma“ durch die Aids-Epidemie in den 1980er Jahren gesprochen.

„[...] dass HIV einfach auch ein gesamtgesellschaftliches Trauma ist, das totale Ängste triggert bei Menschen und da ist vielleicht heute eine 20-jährige Person nicht so von betroffen, aber 50-, 60-Jährige, die halt voll in der Zeit groß geworden sind [...] ja es war ja eine Todesangst in der Zeit und das hat mit den Menschen auch was gemacht.“ Fokusgruppe 4, Pos. 7

Die „alten“ Bilder von HIV/Aids scheinen einerseits nach wie vor in der Allgemeinbevölkerung vorhanden zu sein und sich verankert zu haben. Hier wird allerdings mehrfach betont, dass dies insbesondere auch die Generation betrifft, die in den 1980er und 1990er Jahren von den alten Bildern des Aids-Diskurses geprägt wurden. Die Hoffnung besteht bei den Teilnehmenden, dass sich dies in den kommenden Generationen verändern kann.

„Und dieses Trauma, was HIV mit einer Generation, mit mehreren Generationen gemacht hat, das ist nicht einfach so rauszukriegen und ich glaube, dass sich das sozusagen rauswächst, weil das Trauma einfach irgendwann nicht mehr die eigene Erfahrung der Menschen ist, aber natürlich immer reaktiviert werden kann.“

Fokusgruppe 4, Pos. 77

Vor diesem Hintergrund wird einerseits betont, wie wichtig es ist, auch neue Bilder vom Leben mit HIV zu verbreiten. Dennoch ist es insbesondere für Menschen, die schon lange mit der HIV-Infektion leben wichtig, auch an die Anfangszeit von HIV/Aids in den 1980er Jahren zu erinnern – an die Bedrohung durch die Infektion, das Sterben insbesondere vieler schwuler Männer und Freund*innen, aber auch die massive Diskriminierung in der Anfangszeit und die Kämpfe der Community.

Es wird betont, dass heute ein „anderes Positiv-Sein“ möglich ist, obwohl die Stigmatisierung nach wie vor existiert und es auch für junge HIV-positive Menschen noch eine große Herausforderung ist.

„Viele junge Positive wissen überhaupt gar nichts über die Geschichte [hinter HIV]. Ich bin 1987 positiv getestet worden, was für eine Zeit das war [...] was da durchgemacht wurde, was da stattgefunden hat, auch politisch oder was das menschlich bedeutet hat zu dem Zeitpunkt HIV-positiv zu sein. Das ist für mich schwierig zu ertragen, weil ich einen ganz schweren langen Weg hatte, um rauszukommen aus dieser Geschichte. Aber auch die jungen Positiven haben ihr Päckchen zu tragen. Es ist zwar einfacher heute, aber es ist immer noch nicht einfach positiv zu sein.“ Fokusgruppe 4, Pos. 20

6.1.3 Zusammenfassung Leben mit HIV

Ein hoher Anteil der Befragten fühlt sich *nicht* durch gesundheitliche Aspekte der HIV-Infektion eingeschränkt und gibt zudem einen guten bis sehr guten Gesundheitszustand an. Die Ergebnisse untermauern die Aussage, dass ein gutes Leben mit HIV für die Mehrheit der Befragten möglich ist. Zudem ist der Anteil derer hoch, die die HIV-Infektion als Teil von sich akzeptieren, was auf eine gute Bewältigung in Bezug auf die HIV-Infektion schließen lässt. Die meisten Teilnehmenden haben HIV als Teil ihres Lebens akzeptiert.

Trotz der erfolgreichen HIV-Therapie und der Tatsache, dass ein gutes Leben mit HIV heute für den Großteil der Menschen mit HIV möglich ist, existieren auch heute noch gesellschaftliche Vorurteile und daraus resultierende Diskriminierungserfahrungen gegenüber Menschen mit HIV. Vorurteile gegenüber HIV schränken nach wie vor etwa die Hälfte der Befragten ein (siehe Abbildung 19).

Wenngleich der größte Teil der Befragten einen guten Gesundheitszustand hat und sich kaum durch gesundheitliche Aspekte der HIV-Infektion eingeschränkt fühlt, ist es wichtig, diejenigen im Blick zu halten, die sich durch gesundheitliche Aspekte der HIV-Infektion beeinträchtigt fühlen (25 %) sowie diejenigen, die einen schlechten Gesundheitszustand angeben (15 %).

Mit HIV kann ich leben, mit Vorurteilen nicht! (in %)

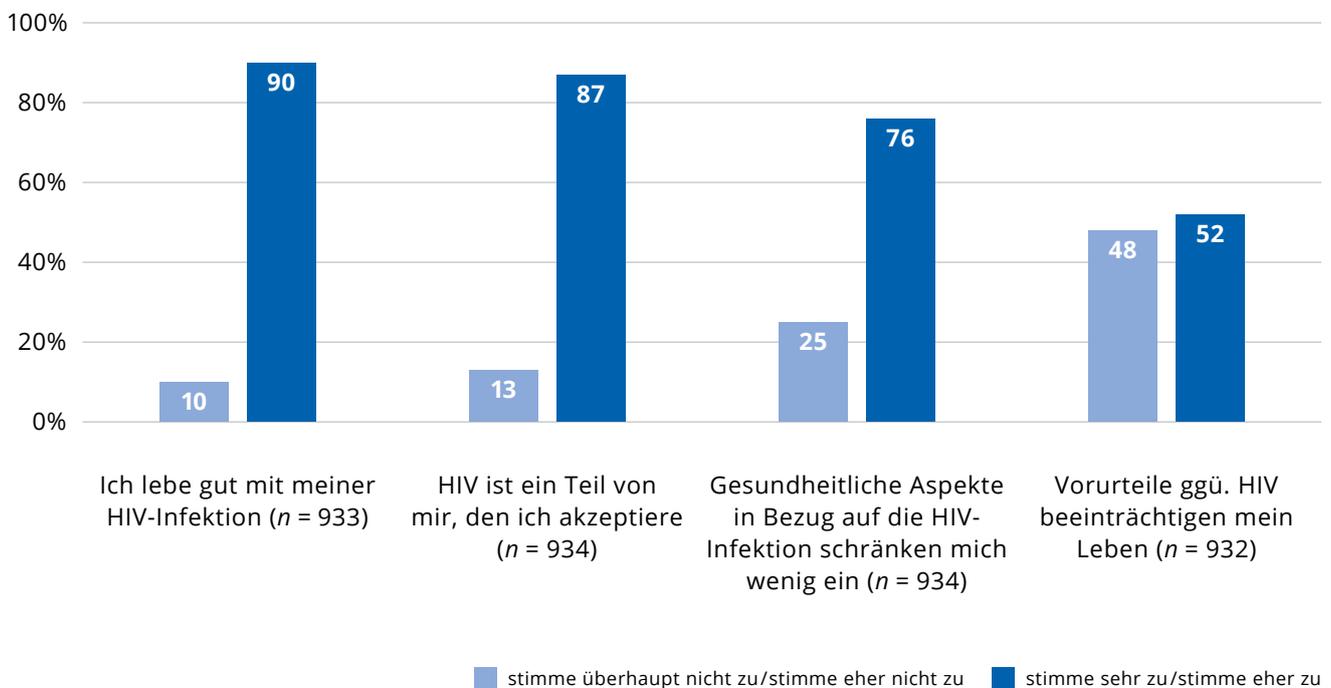


Abbildung 19: Ausgewählte Aussagen zu „Mit HIV kann ich leben, mit Vorurteilen nicht“. Prozentualer Anteil aller Teilnehmenden, welche die entsprechenden Aussagen beantwortet haben.

6.2 HIV-bezogene Stigmatisierung

Um das Stigmatisierungserleben differenziert zu untersuchen, wurden verschiedene Dimensionen von Stigmatisierung abgefragt. Diese umfassen:

- *subjektiv erlebte Stigmatisierung* (z. B. ablehnendes Verhalten der Mitmenschen),
- *antizipierte Stigmatisierung* (z. B. die Sorge, was andere aufgrund der HIV-Infektion über die Person denken, Angst aufgrund der HIV-Infektion abgelehnt oder zurückgewiesen zu werden)

- *Offenes Sprechen über HIV* (bzw. die Sorge, dass andere Menschen von der HIV-Infektion erfahren könnten)
- *internalisierte Stigmatisierung* (z. B. niedriger Selbstwert aufgrund der HIV-Infektion, Schuldgefühle)

Im Folgenden werden einzelne Dimensionen von Stigmatisierung genauer betrachtet, um ein besseres Bild davon zu bekommen, wie Stigmatisierung auf Menschen mit HIV wirkt.

6.2.1 Erlebte Stigmatisierung

Zunächst steht die erlebte Stigmatisierung⁶⁹ im Fokus. Es handelt sich hierbei um wahrgenommenes diskriminierendes Verhalten des sozialen Umfeldes aufgrund der HIV-Infektion, wie ablehnendes oder meidendes Verhalten.

25 % stimmen dabei sehr oder eher zu, dass Menschen, die von der HIV-Infektion wissen, sich distanzierter verhalten. 16 % geben an, dass Menschen vermeiden sie anzufassen, 17 % geben an, dass sich Menschen, die ihnen wichtig sind, sich nicht mehr bei Ihnen gemeldet haben, 14 % geben an, dass die Leute sie nicht in der Nähe ihrer Kinder haben wollen, 13 % haben den Eindruck, dass Menschen ihre guten Seiten ignorieren, weil sie HIV-positiv sind (siehe Abbildung 20).

Die Teilnehmenden der Fokusgruppen erleben Stigmatisierung in ihrem Alltag beispielsweise durch negative und abwertende Blicke oder ablehnendes – auch nonverbales – Verhalten, wenn andere von der HIV-Infektion erfahren.

„[...] Schon wie die mich angeguckt haben, [...], ich habe mich so eklig gefühlt.“

Fokusgruppe 1, Pos. 18

„Der Arzt hat mich dann halt gefragt, ob ich Medikamente nehme und dann habe ich gesagt „Ja, HIV-Medikamente“, der hat mich dreimal gefragt, als ich das gesagt hab und dann hat er mich angeguckt und schweigend untersucht, dann hat er was im Rechner eingetippt, was er reingetippt hat, das kann ich mir nicht vorstellen.“

Fokusgruppe 1, Pos. 50

⁶⁹ Die erlebte Stigmatisierung wurde erfasst über ausgewählte Items der Subskala „erlebte Stigmatisierung“ der Berger HIV-Stigma Scale (Berger et al. 2001) in der deutschen Adaption von Dinkel et al. (2014).

Erlebte Stigmatisierung (in %)

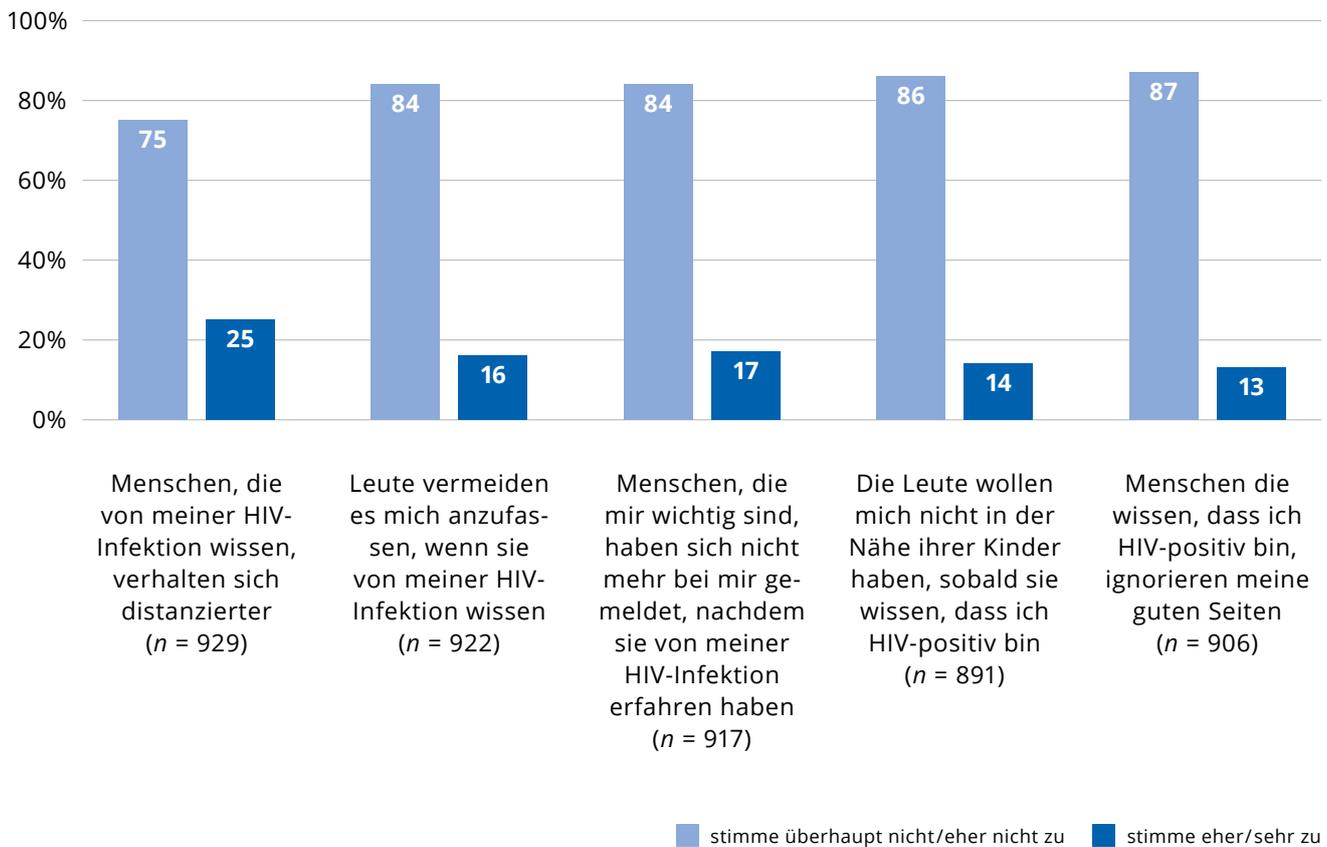


Abbildung 20: Erlebte Stigmatisierung. Prozentualer Anteil aller Teilnehmenden, welche die entsprechenden Aussagen beantwortet haben.

Darüber hinaus wird berichtet, dass sich Freund*innen, Bekannte oder Familienangehörige aufgrund der HIV-Infektion distanziert haben.

„Drei Personen, die ich als meine aller-, allerbesten Freunde bezeichnet hätte, also zwei Frauen davon und ein Mann. Die zwei Frauen sind mir als Freundschaft weggebrochen, [...] also von den Dreien hat einer zu mir gehalten.“ Fokusgruppe 2, Pos. 19

„Ich habe dann lang überlegt, sie war die Letzte, der ich es gesagt habe [...], also wir sind seit über 10 Jahren befreundet. [...] Ich habe mich dann entschieden, das zu sagen, bin auch im Nachhinein froh, weil das schon auch erleichtert. Ich bin noch mit ihr befreundet, aber die enge Bindung ist tatsächlich zerbrochen... das muss ich schon sagen. Wir sehen uns auch weniger.“

Fokusgruppe 2, Pos. 18

Teilgruppenanalysen: Erlebte Stigmatisierung

Vergleicht man die Mittelwerte der Skala „Erlebte Stigmatisierung“ nach Teilgruppen⁷⁰ mit dem jeweiligen Rest der Stichprobe, wird deutlich, dass Menschen mit niedrigem SES, Frauen, Menschen mit Behinderung und Menschen, die in einem Wohnort mit weniger als 20.000 Einwohner*innen leben, häufiger HIV-bezogene Stigmatisierung erleben als der Rest der jeweiligen Stichprobe. Schwule und MSM erleben hingegen seltener Stigmatisierung als der Rest der Stichprobe.

Erlebte Stigmatisierung nach Teilgruppen
(1 = keine erlebte Stigmatisierung bis 4 = hohe erlebte Stigmatisierung)

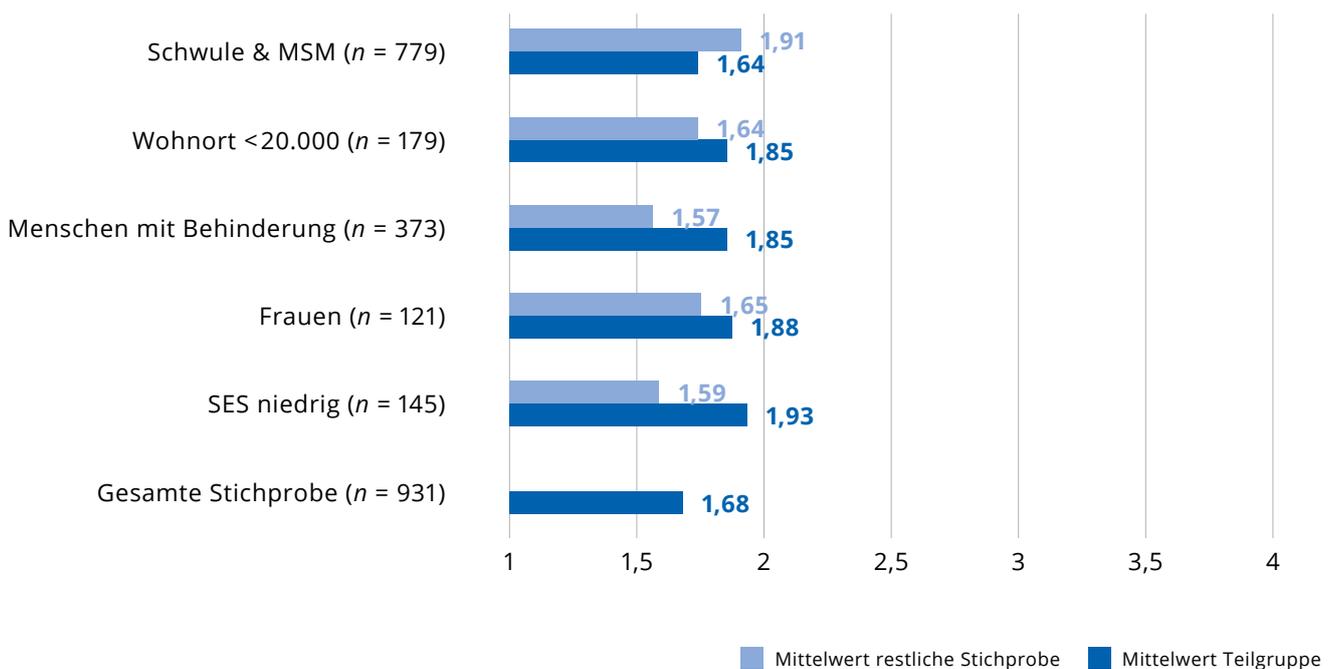


Abbildung 21: Mittelwertvergleiche der Skala „Erlebte Stigmatisierung“ zwischen einzelnen Teilgruppen mit der jeweiligen restlichen Stichprobe. Dargestellt sind nur die Teilgruppen, die sich signifikant vom jeweiligen Rest der Stichprobe unterscheiden. Da sich die Teilgruppen auch überschneiden (z. B. Schwule & MSM, die eine Behinderung haben) und die Mittelwertunterschiede je Variable/Konstrukt getestet wurden, können gegenseitige (intersektionale) Effekte nicht ausgeschlossen werden.

⁷⁰ Hierfür wurde aus 5 Items eine Skala für „Erlebte Stigmatisierung“ gebildet (Cronbachs $\alpha = ,90$; $n = 890$; 1 = geringe erlebte Stigmatisierung bis 4 = hohe erlebte Stigmatisierung). Die Mittelwertvergleiche zwischen den Teilgruppen und dem jeweiligen Rest der Stichprobe zu „Erlebte Stigmatisierung“ wurden mittels T-Tests untersucht (statistische Kennwerte siehe Online-Anhang).

6.2.2 Antizipierte Stigmatisierung

Die antizipierte Stigmatisierung wurde über ein Item erfragt, welches die befürchtete Zurückweisung misst.⁷¹ 60 % ($n = 559$) stimmen dabei sehr oder eher der Aussage zu, dass die meisten Menschen zurückgewiesen werden, wenn andere erfahren, dass sie HIV-positiv sind, während 40 % ($n = 372$) dieser Aussage überhaupt nicht oder eher nicht zustimmen. Die Zustimmung zu dieser Aussage kann auf eigenen Erfahrungen mit Zurückweisung beruhen.

Die Angst vor Zurückweisung wird auch in den Fokusgruppen beschrieben. Dies betrifft beispielsweise die Sorge, von Freund*innen, der Familie oder Partner*innen abgelehnt zu werden oder die Angst, alleine zu sein und keine*n neue*n Partner*in zu finden.

„[...] dann kommen immer die Ängste, die Ängste vor Ablehnung, Ängste verlassen zu werden und so. Und eigentlich finde ich es total zum Kotzen. Weil es darüber hinaus so viel Kraft kostet.“ Fokusgruppe 2, Pos. 11

„Ich habe das eigentlich sehr gut akzeptiert und konnte damit an sich gut umgehen. Aber die Angst war einfach da, den Rest meines Lebens alleine zu sein.“

Fokusgruppe 3, Pos. 189

„[...] wenn ich mich jetzt von meinem Freund trenne, wird es nochmal einen anderen Mann geben, der das so akzeptieren wird?“ Fokusgruppe 3, Pos. 189

Auch die Sorge, von anderen verurteilt zu werden, wenn sie von der HIV-Infektion erfahren, ist in den Fokusgruppen sehr präsent. Eine Rolle spielt hierbei auch die HIV-bezogene Zuschreibung von abweichendem Sexualverhalten, Promiskuität und Homosexualität.

„Wenn ich das jetzt meinen Eltern erzähle, kommt dann wieder dieser erhobene moralische Zeigefinger ‚Das haben wir ja immer gewusst, wir haben es ja kommen sehen‘. Du und dein verlotterter Lebenswandel. Ja und ständig diese Vögelei du dann auch noch mit Männern.“ Fokusgruppe 2, Pos. 35

⁷¹ Die antizipierte Stigmatisierung wurde erfasst über eine Aussage der Subskala „Sorge über öffentliche Meinung“ der Berger HIV-Stigma Scale (Berger et al. 2001) in der deutschen Adaption von Dinkel et al. (2014).

Die erlebte Stigmatisierung, die Sorge abgelehnt zu werden und Diskriminierung zu erfahren, kann zur Folge haben, dass Menschen nicht offen über ihre HIV-Infektion sprechen. Das kann auch zur Vermeidung von Situationen führen, in denen Diskriminierung stattfinden könnte. So werden teilweise Krankenhausaufenthalte gemieden oder die Arbeitsstelle gewechselt, was negative Folgen für die Gesundheit und biografische Einschnitte zur Folge haben kann.

„Ja, ich würde sagen es spielt so eine Rolle als Vermeidungsstrategie, also dass man potenziell diskriminierenden Situationen schon von vorneherein ausweicht.“

Fokusgruppe 4, Pos. 7

„[...] Ich habe immer noch ein bisschen Angst, wenn ich jetzt mal ins Krankenhaus muss, man muss es ja dann wirklich sagen [...] wenn es dann auf dem Zimmer jemand hört. Ja keine Ahnung, bei gewissen Menschen ist es ja so. Das tue ich mir nicht an, das weiß ich.“ *Fokusgruppe 1, Pos. 54*

„Es wird ja gerne getratscht. Und ich hab mir dann einen wahnsinnigen Kopf gemacht, weil in der Stadt in der ich groß geworden bin auch noch Schulkollegen von damals gearbeitet haben und ich habe mich dann aufgrund dessen versetzen lassen, einfach um mich damit besser zu fühlen. [...] Ich hatte einfach kein gutes Gefühl an die Arbeitsstelle zu gehen, weil wenn der Zahnarzt das schon weiß, dann wird es auch da ankommen.“

Fokusgruppe 1, Pos. 56

6.2.3 Offenes Sprechen über die eigene HIV-Infektion

Sorge offen über HIV zu sprechen

Die Angst vor Zurückweisung hängt stark mit der Sorge zusammen, anderen von der HIV-Infektion zu erzählen.⁷² So zeigt sich in der Zusammenhangsanalyse, dass eine hohe Angst vor Zurückweisung auch mit einer hohen Sorge einhergeht, anderen von der Infektion zu erzählen ($r = ,534$; $p < ,001$; $n = 931$). Nur ein geringer Anteil der Befragten geht offen mit

der Infektion um. Ein großer Teil hat Befürchtungen, die mit einem offenen Umgang mit HIV zusammenhängen und überlegt sich sehr genau, wem sie von der Infektion erzählen. So geben etwa drei Viertel (73 %) der Teilnehmenden an, dass in vielen Bereichen des Lebens niemand oder nur wenige Menschen von der HIV-Infektion wissen. 69 % empfinden es als sehr oder eher riskant, jemandem von der HIV-Infektion zu erzählen und 87 % passen (sehr) genau auf, wem sie von der HIV-Infektion erzählen.

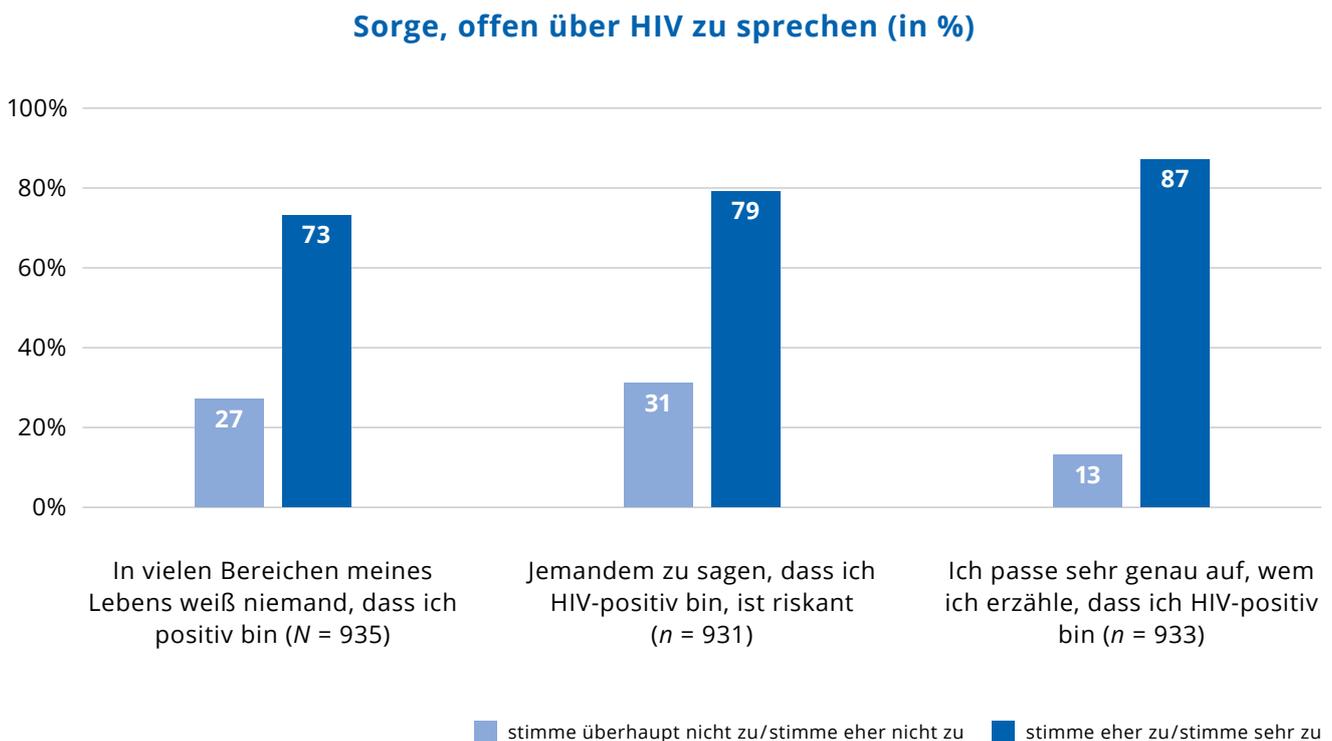


Abbildung 22: Sorge, offen über HIV zu sprechen. Prozentualer Anteil aller Teilnehmenden, welche die entsprechenden Aussagen beantwortet haben.

⁷² Die Sorge offen über HIV zu sprechen wurde erfasst über ausgewählte Aussagen der Subskala „Offenbarungsangst“ der Berger HIV-Stigma Scale (Berger et al. 2001) in der deutschen Adaption von Dinkel et al. (2014) (Cronbachs $\alpha = ,82$; $n = 929$; 1 = niedrig bis 4 = hoch).

Generelle Offenheit bezüglich ihres HIV-Status

Hinsichtlich der Frage, wie offen die Teilnehmenden generell mit Anderen über ihre HIV-Infektion sprechen, gaben die Teilnehmenden ein geteiltes Bild ab.⁷³ Schaut man sich die Verteilung genauer an, zeigt sich eine deutliche Polarisierung. Zusammengefasst wählten 43 % einen Wert zwischen 1 bis 25, was einer (sehr) geringen Offenheit entspricht. 13 % der

Gesamtstichprobe haben sogar angegeben *nie offen* mit der HIV-Infektion umzugehen. 28 % hingegen gaben einen Wert zwischen 76 und 101 an, was einer (sehr) hohen Offenheit entspricht. 7 % der Gesamtstichprobe haben dabei angegeben, *immer offen* über ihre HIV-Infektion zu sprechen (siehe Abbildung 23).

Offenes Sprechen über die HIV-Infektion (in %) (1 = *nie offen* bis 101 = *immer offen*)

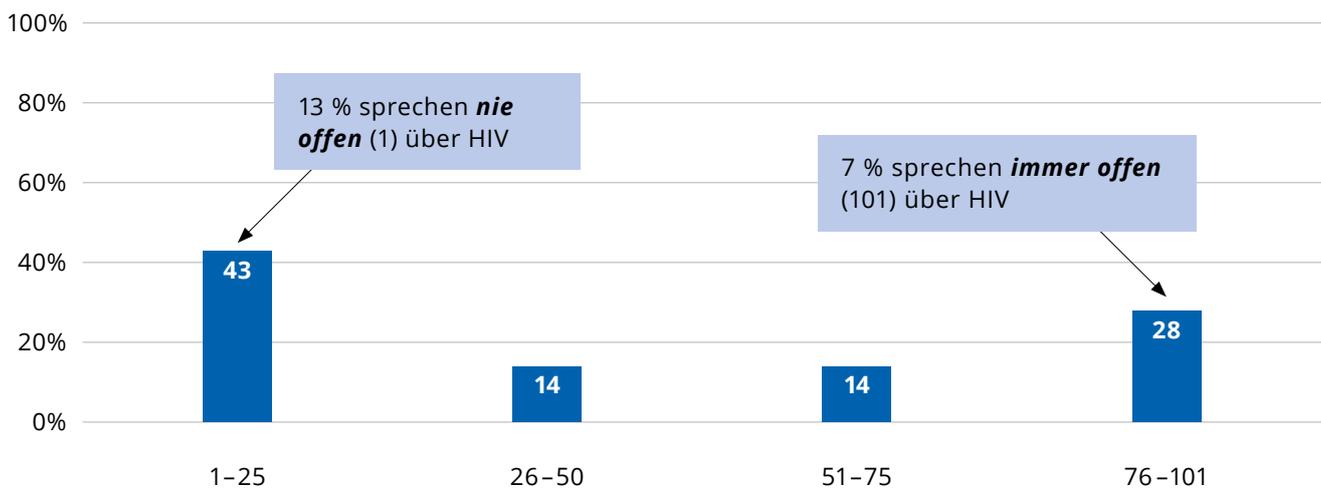


Abbildung 23: Offenes Sprechen über die HIV-Infektion. Prozentualer Anteil aller Teilnehmenden, welche die Aussage beantwortet haben ($n = 862$).

⁷³ Offenheit über HIV zu sprechen: $M (SD) = 42,94 (34,77)$; 1 = ich spreche nie offen darüber bis 101 = ich spreche immer offen darüber.

Teilgruppenanalyse: Offenes Sprechen über HIV

Es zeigen sich signifikante Unterschiede im offenen Sprechen bei verschiedenen Teilgruppen.⁷⁴ Menschen, die eine HIV-Diagnose von unter zwei Jahren haben und Personen, die in einem Wohnort mit unter 20.000 Einwohner*innen leben, sprechen weniger offen über ihre HIV-Infektion als der jeweilige Rest der Stichprobe. Offener als der jeweilige Rest der Stichprobe gehen hingegen (ehemalige) Drogengebraucher*innen mit ihrer HIV-Infektion um (siehe Abbildung 24).

Offenes Sprechen über HIV nach Teilgruppen (1 = *nie offen* bis 101 = *immer offen*)

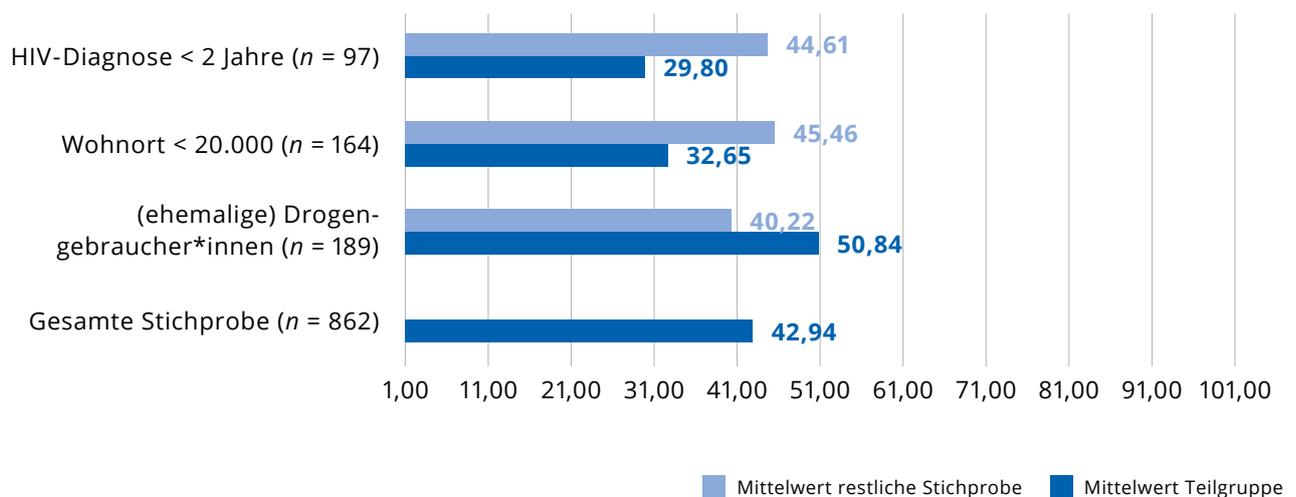


Abbildung 24: Mittelwertvergleiche „Offenes Sprechen über HIV“ zwischen einzelnen Teilgruppen mit der jeweiligen restlichen Stichprobe. Dargestellt sind nur die Teilgruppen, die sich signifikant vom jeweiligen Rest der Stichprobe unterscheiden. Da sich die Teilgruppen auch überschneiden (z.B. Schwule & MSM, die eine Behinderung haben) und die Mittelwertunterschiede je Variable/Konstrukt getestet wurden, können gegenseitige (intersektionale) Effekte nicht ausgeschlossen werden.

⁷⁴ Die Mittelwertvergleiche zwischen den Teilgruppen und dem jeweiligen Rest der Stichprobe zu „Offenes Sprechen über HIV“ wurden mittels T-Tests untersucht (statistische Kennwerte siehe Online-Anhang).

Zusammenhangsanalysen: Offenes Sprechen über HIV

In Zusammenhangsanalysen⁷⁵ bezüglich des offenen Sprechens über die HIV-Infektion zeigt sich, dass je offener über die HIV-Infektion gesprochen wird, desto höher ist die Lebenszufriedenheit ($r = -,150$; $p < ,001$; $n = 842$) und die Selbstwirksamkeit ($r = -,137$; $p < ,001$; $n = 842$). Zudem weisen Menschen, die offener über HIV sprechen weniger körperliche und psychische Symptome auf ($r = -0,142$; $p = < ,001$; $n = 860$).

Ebenso zeigt sich, dass je mehr Stigmatisierung erlebt wird (z.B. Abweisung oder meidendes Verhalten des sozialen Umfeldes), desto weniger offen wird über die HIV-Infektion gesprochen ($r = -,253$; $p < ,001$; $n = 858$). Menschen, die sich weniger durch Vorurteile beeinträchtigt fühlen, sprechen hingegen offener über ihre HIV-Infektion ($r = -,248$; $p < ,001$; $n = 860$). Ebenso sprechen diejenigen offener über HIV, die ihre HIV-Infektion besser in ihr eigenes Leben integrieren und akzeptieren ($r = ,323$; $p < ,001$; $n = 862$). Zwischen der Anzahl der Diskriminierungserfahrungen im letzten Jahr und dem offenen Sprechen über HIV zeigte sich keine signifikante Korrelation.

Geheimhalten oder offen HIV-positiv leben?

In den Fokusgruppen war die Frage, wie offen mit der HIV-Infektion umgegangen wird sehr präsent und eines der Themen, über das am häufigsten gesprochen wurde. Es bestätigt sich hierbei der statistische Befund, dass die erlebte Stigmatisierung sowie die Angst vor Ablehnung (antizipierte Stigmatisierung) stark mit dem Geheimhalten der Infektion einhergehen.

„Ich weiß halt nicht wirklich wie Leute damit umgehen, denn an sich würde ich ja gerne offen damit umgehen.“

Fokusgruppe 3, Pos. 114

„Aber ich bin eigentlich so, dass ich das niemanden erzähle, weil es schreckt doch viele ab. Die Pillen verstecke ich immer und wenn mich jemand fragt was das ist, dann sag ich ja Blutzucker und ja was man halt im Alter so kriegt“ *Fokusgruppe 2, Pos. 89*

„Ich stehe in keinem Lebensbereich offen dazu. Muss ja im medizinischen Bereich nicht anders sein, aber wenn ich da irgendwie drumherum komme, dann tue ich das auch mal. Bei mir weiß es auch nicht meine Familie, ich kann mir aber vorstellen, dass es unter anderem damit in Verbindung steht, dass ich schon in der Schulzeit immer mitbekommen habe, dass Aids mit was Negativem in Verbindung gebracht wird. In manchen Rap-Texten hört man das ja auch immer noch und mich brainwashed das so sehr, dass ich da glaube ich so eine Angst davor habe, Angst verurteilt zu werden.“

Fokusgruppe 1, Pos. 101

⁷⁵ Korrelationstabelle siehe Online-Anhang.

Für Menschen, die ihre HIV-Infektion geheim halten, bedeutet dies einen enormen Aufwand, da beispielsweise die Pillen versteckt werden müssen oder man zu einem*r Ärzt*in in eine andere Stadt fahren muss, damit niemand von der HIV-Infektion erfährt.

„Jahrelang habe ich das versteckt, die Sache mit dem Positiv sein, auch bei der Arbeit. Meinen ersten Arzt habe ich aufgesucht, da bin ich dann immer 52 km gefahren, das war ein Mordsaufwand, da hinzufahren, die Pillen holen, den Bluttest machen, nur damit man nicht feststellt beim Arzt, dass man mich kennt.“ Fokusgruppe 2, Pos. 89

Das Geheimhalten der Infektion wird zum Teil als starke Belastung erlebt.

„Das ist etwas, was ich bis heute also trotzdem immer noch in mir trage, dass ich mit der Sprache nicht rauskommen kann, dass ich nicht vor ihr stehen kann und in einer Leichtigkeit sagen kann ‚Ich bin HIV-positiv‘. Das ist wie so eine kleine Last, die ich da immer mit mir rumschleppe.“

Fokusgruppe 2, Pos. 4

Als Gründe für eine Geheimhaltung wird neben der Angst vor Ablehnung angeführt, dass dies „eine persönliche Sache“ ist, weil man niemanden damit belasten möchte und auch nicht auf HIV reduziert werden oder als schwach angesehen werden will.

„Aktuell glaub ich, würd ich sie damit irgendwie mehr verletzen. [...] Aktuell ist das mein Päckchen, das kann auch gern mein Päckchen bleiben, das muss ich jetzt nicht noch meiner Mutter oder meinen Geschwistern oder so noch aufsetzen.“

Fokusgruppe 3, Pos. 79

„Ich wollte kein Mitleid und ich wollte nicht auch nur auf dieses reduziert werden, ich wollte eigentlich als Mensch anerkannt werden und nicht als HIV-Positiver. Und das war eigentlich der Grund, warum ich es niemanden gesagt habe.“ Fokusgruppe 2, Pos. 94

„Und ich weiß auch nicht, ob sie mich dann als so'n kleinen Pflegefall ansehen oder so. Ist alles gut, geht's dir gut, was machst du? Gibt's was Neues, erzähl. Ich will halt nicht, dass es so'n Riesenthema wird dann, dass halt immer ständig darüber gesprochen wird.“ Fokusgruppe 3, Pos. 81

Als Gründe für einen offenen Umgang wird hingegen angeführt, dass dann auch positive Erfahrungen gemacht werden können, und dass es auch anderen abzuverlangen sei, nicht diskriminierend auf Menschen mit HIV zu reagieren. Ein Geheimhalten der Infektion verstärke zudem die internalisierte Stigmatisierung und könne zu einer starken psychischen Belastung führen. Es wird von vielen der Wunsch geäußert, damit komplett offen umzugehen, so wie mit anderen „Merkmalen“ auch.

„Ich hab damals die Erfahrung gemacht, dass wenn ich das in mich reinfresse und das verleugne, mach ich mich selber irgendwie kaputt. Ich hab dann [irgendwann] zu mir [...] gesagt: ‚Es funktioniert so nicht. Ich will mich nicht verstecken und nicht jedes Mal eine Ausrede suchen.‘“ *Fokusgruppe 1, Pos. 86*

„Diese Geister, die man füttert, wenn man nicht darüber spricht, werden größer, es bleibt so ein Verhafteten in der verinnerlichten Stigmatisierung aufgrund der wohl auch gemachten Erfahrungen und Befürchtungen, aber man belässt diesen Status quo und wir bleiben in dieser glibberigen, dunkelgrauen Masse und es macht Schatten in unser schönes Regenbogen-Leben, was wir alle haben könnten, ob schwul, lesbisch, hetero oder wie auch immer.“

Fokusgruppe 2, Pos. 31

„Ich habe mittlerweile die Einstellung, wenn jemand damit nicht klarkommt, dann kann ich auf den auch verzichten.“

Fokusgruppe 1, Pos. 93

„Also, mein Ideal wäre auch, völlig offen damit zu leben, ja, und das ist auch mein Verständnis von Freiheit [...], weil ich auch einfach finde, wir sind in einem Kontext, wo das zuzumuten ist und wo das den Leuten auch abzuverlangen ist, damit nicht diskriminierend umzugehen.“

Fokusgruppe 4, Pos. 49

Häufig stellt das Sprechen über die HIV-Infektion einen Abwägungsprozess dar. Es wird je nach Kontext, Situation oder Person entschieden, ob man von der HIV-Infektion erzählt oder nicht. Häufig wird dabei das Vertrauen anderen Menschen gegenüber als Voraussetzung für das „Coming-Out“ angeführt, dies betrifft auch (Sexual-)Partner*innen, mit denen sich die Beziehung gefestigt hat (siehe 6.5).

„Bei mir waren das immer sehr enge Freundinnen, denen ich unter anderem vertraut habe, dass die damit vertraulich und gut umgehen und auch reflektiert sind, mich dafür nicht verurteilen und dann waren es aber auch Sexualpartner, mit denen ich in eine Beziehung gegangen bin.“

Fokusgruppe 3, Pos. 62

Insbesondere gegenüber (potenziellen) Sexpartner*innen stellt das „HIV-Coming-Out“ einen Abwägungsprozess dar. So stellt sich insbesondere in anbahnenden Beziehungen die Frage nach dem richtigen Zeitpunkt, offen über die HIV-Infektion zu sprechen (siehe 6.2).

Darüber hinaus ist es auch in Partnerschaften ein Thema Kompromisse zu finden, zwischen dem eigenen Wunsch nach Offenheit und den Bedürfnissen des*der Partner*in(nen) in Bezug auf den offenen Umgang mit der Infektion.

„Also es wäre mein Ideal glaube ich, eigentlich offener damit leben zu können, aber natürlich mein Partner, [...] über seine Grenzen kann ich auch nicht einfach hinweg und wir haben dann so für uns den Deal gemacht, also was meine Freunde angeht und meine Familie, kann ich frei entscheiden und was gemeinsame Freunde angeht entscheiden wir es halt zusammen und da hat er Vetorecht und so handhaben wir das und das funktioniert auch gut.“

Fokusgruppe 4, Pos. 49

Es wurde festgestellt, dass sich Menschen mit HIV sehr häufig in potenziellen Coming-Out-Situationen wiederfinden, in denen sie entscheiden müssen, ob sie den HIV-Status (immer wieder) thematisieren. Es besteht dahingehend Konsens in den Fokusgruppen, dass es nicht möglich und auch nicht der Anspruch ist, es allen zu sagen.

„Also ich steh zu meiner HIV-Erkrankung wie zu meiner Homosexualität. Hab jetzt aber nicht das Bedürfnis jedem, dem ich die Hand geben will zu sagen ‚Übrigens ich bin HIV-positiv‘, weil ich sag auch nicht jedem ‚Ich bin Katholik‘. Wenn mich jemand fragen würde und das Gespräch aufkommt, hätte ich damit kein Problem, das zu erzählen.“ *Fokusgruppe 1, Pos. 90*

Ein weiterer Abwägungsprozess bezieht sich auf die Frage, wann man den eigenen Kindern von der HIV-Infektion erzählt. In diesem Zusammenhang steht auch die Frage, wie offen man selbst damit umgeht, denn die Sorge besteht, dass die Information unkontrolliert zu den Kindern gelangt, bevor man selbst mit Ihnen darüber gesprochen hat.

„Wir haben auch relativ junge Kinder und wir sind da auch offen mit der Medikamenteneinnahme, aber es wurde noch nicht benannt in einem aufklärerischen Sinne. Das wird ja alles noch kommen und das will ich nicht durch ein eigenes Outing vorwegnehmen, also erstmal müssen die mit diesem Prozess mitgenommen werden, bevor irgendwer anders Drumherum da noch weiter, also bevor man sich da sonst in der Gesellschaft noch weiter outet.“

Fokusgruppe 4, Pos. 49

Offenes Sprechen über HIV und Wohnortgröße

In den Fokusgruppen berichten Menschen, die in Kleinstädten oder ländlichen Regionen leben, dass es ihnen schwerfällt, offen mit der Infektion umzugehen. Begründet wird dies häufig mit dem Eindruck, dass es sich um eine „ältere“ oder konservative Nachbarschaft handelt sowie mit der Angst oder der tatsächlichen Erfahrung, dass dort häufiger „getratscht“ wird und die Informationskontrolle dadurch schwieriger ist.

„Also ich merke, dass ich seitdem ich wieder auf dem Land wohne, dass ich das mehr verheimliche. [...], da muss man halt immer aufpassen, was man erzählt und das ist immer schwierig. Das belastet mich auch, ähm, das ist auch ein Grund, warum wir überlegen, ob wir wieder in die Großstadt ziehen, weil es dort angenehmer ist. Ich hab die Erfahrung gemacht, da war der Status nicht das Thema und auch nicht das Problem.“ Fokusgruppe 1, Pos. 62

„Wir sind jetzt umgezogen und in der dortigen Nachbarschaft wäre es mir unangenehmer, würde es mir schwerer fallen, da leben sehr viele alte Menschen, eben auch in einer mittelgroßen Stadt.“

Fokusgruppe 1, Pos. 93

Offenes Sprechen über HIV und Zeit seit Diagnose

In den Fokusgruppen wurde berichtet, dass es am Anfang besonders schwer war, anderen von der HIV-Infektion zu erzählen und dass es leichter wird, je öfter man es erzählt (siehe auch Modulstudie A Kapitel 3).

„Also für die ersten Outings hab ich teilweise Wochen gebraucht, und Wochen immer wieder probiert mit der Person zu reden und musste es immer wieder abbrechen und mittlerweile merk ich, dass es mir – vielleicht mit Sexualpartnern noch nicht so, das ist immer schon schwierig – aber mit meinen Freundinnen ist es viel leichter. Also es geht leichter über die Lippen und mit weniger Schmerz und mit weniger Leid.“ Fokusgruppe 3, Pos. 66

Offenes Sprechen über HIV im Gesundheitswesen

Im Gesundheitswesen (z. B. beim Besuch bei Ärzt*innen, Zahnärzt*innen, Physiotherapie) wird insgesamt eher offen über die eigene HIV-Infektion gesprochen als im Arbeitsleben, dennoch gibt es einen nicht zu unterschätzenden Anteil derer, die auch im Gesundheitswesen ihre Infektion (teilweise) verschweigen. Auf die Frage nach der Offenheit im Gesundheitswesen antworteten die Teilnehmenden der Online-Befragung auf einer Skala von 1 = *ich spreche nie offen darüber* bis 101 = *ich spreche immer offen darüber* im Mittel mit einem Wert von 80 eher offen über ihre HIV-Infektion.⁷⁶ Auch mit Blick auf die Verteilung wird deutlich, dass der größte Teil der Befragten (sehr) offen im Gesundheitswesen über die Infektion spricht

(73 %). 46 % der Gesamtstichprobe geben dabei an, immer offen (101) über ihre Infektion zu sprechen. 12 % geben hingegen Werte von 1–25 an, was einer (sehr) geringen Offenheit entspricht. Dabei geben 4 % der Gesamtstichprobe an, nie offen im Gesundheitswesen über ihre HIV-Infektion zu sprechen. Das Geheimhalten der Infektion kann als mangelndes Vertrauen gewertet werden. Dies ist der Bereich, in dem die Teilnehmenden im Jahr 2019/2020 sehr häufig Diskriminierung erlebt haben (56 % geben dies im letzten Jahr an, siehe 6.3). Es ist nicht immer notwendig im Gesundheitswesen die HIV-Infektion zu kommunizieren (z. B. Physiotherapeut*innen). In anderen Fällen kann dies jedoch Nachteile mit sich bringen, was zum Beispiel Wechselwirkungen von Medikamenten anbetrifft.

Offenes Sprechen über HIV im Gesundheitswesen (in %) (1 = *nie offen* bis 101 = *immer offen*)

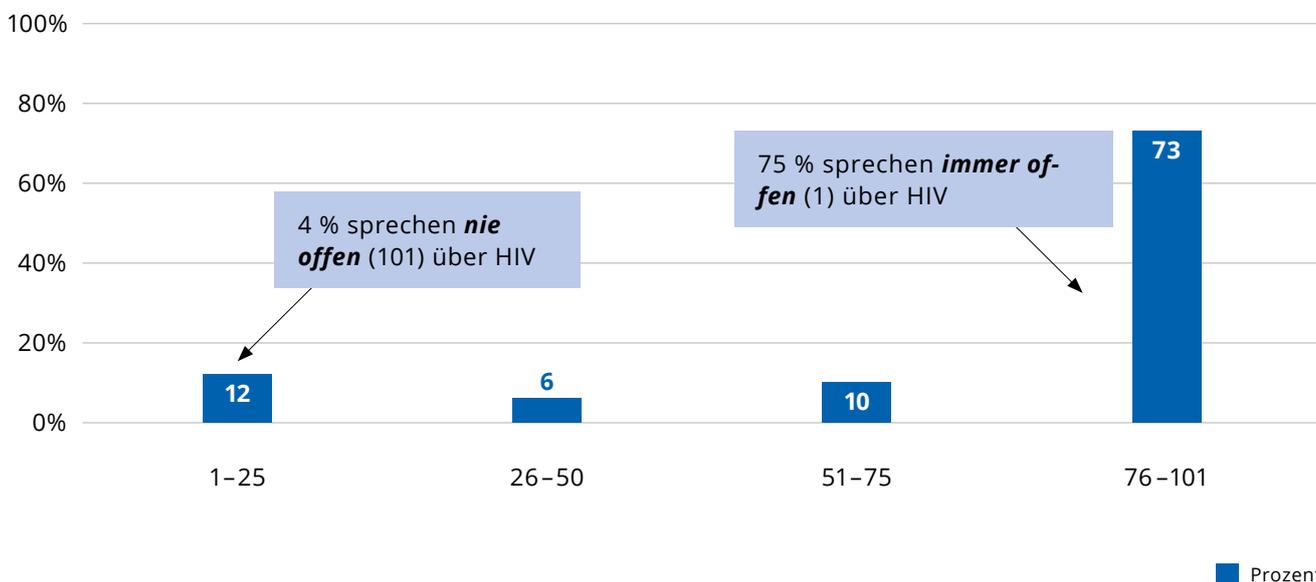


Abbildung 25: Offenes Sprechen über HIV im Gesundheitswesen. Prozentualer Anteil aller Teilnehmenden, welche die Frage beantwortet haben (n = 847).

⁷⁶ 1 = *nie offen* bis 101 = *immer offen*; M (SD) = 79,73 (30,98).

In den Fokusgruppen wird deutlich, dass auch im Gesundheitswesen abgewogen wird, wo es notwendig erscheint, die HIV-Infektion zum Thema zu machen. Insbesondere bei medizinischen Leistungen, bei denen die HIV-Infektion keine Rolle spielt, wird der HIV-Status eher verschwiegen.

„Und dann ist es schon ein bisschen so, dass je nachdem wen ich vor mir habe, auch in der Ärzteschaft oder der Pflege, also Leute im Gesundheitssystem, ich schon so ein bisschen danach scanne und dann je nachdem das offenlege oder auch nicht.“

Fokusgruppe 4, Pos. 7

„[...] nachdem es immer nur Kontrolluntersuchungen waren, war es für mich noch nicht relevant ihm das zu sagen, nachdem ja noch gar nichts passiert ist, er keinen Eingriff machen musste und wenn man frisch infiziert ist, ist halt auch nicht, wenn man in einer Kleinstadt wohnt, unbedingt die erste Sache, wo man dem Zahnarzt direkt sagt, ich bin positiv.“

Fokusgruppe 3, Pos. 24

Offenes Sprechen über HIV im Arbeitsleben

Über die generelle Offenheit hinaus wurde danach gefragt, wie offen die Teilnehmenden im Arbeitsleben über ihre HIV-Infektion sprechen. Deutlich wird, dass in diesem Lebensbereich eher weniger offen über die HIV-Infektion gesprochen wird. Auf einer Skala von 1 = *ich spreche nie offen darüber* bis 101 = *ich spreche immer offen darüber*, haben die Teilnehmenden eine Offenheit von 20,8 angegeben.⁷⁷ Insgesamt geben 76 % Werte von 1–25 an, was einer (sehr) geringen Offenheit entspricht. Dabei geben etwas weniger als die Hälfte (44 %) der Gesamtstichprobe an, im Arbeitsleben *nie offen* (1) über ihre HIV-Infektion zu sprechen. 14 % geben hingegen Werte von 76–100 an, was einer (sehr) hohen Offenheit entspricht. Dabei geben 6 % der Gesamtstichprobe an, *immer offen* über ihre HIV-Infektion zu sprechen.

Auch in den Fokusgruppen zeigt sich ein ähnliches Bild. Häufig wird es nicht für notwendig erachtet, im Berufsleben die HIV-Infektion zu thematisieren. Beispielsweise wenn man in einem größeren Betrieb oder mit vielen Kund*innen arbeitet oder die Kolleg*innen häufiger wechseln, scheint es für die Teilnehmenden der Fokusgruppen nicht möglich und auch nicht notwendig, mit jeder Person über die HIV-Infektion zu sprechen. Einige Teilnehmende können gut damit leben, diesen Teil des (Privat-) Lebens nicht zu offenbaren, für andere ist es hingegen belastender, die Infektion in ihrem Arbeitsleben zu verschweigen.

„[...] aber ich habe dann gemerkt, jedes Mal, das Team wechselte sich aus, jemand ging, jemand Neues kam und jedes Mal dann, jeden Neuen beiseite nehmen und mich outen, das mache ich jetzt nicht mehr und dann habe ich den Arbeitgeber gewechselt und beim nächsten Mal da habe ich es gar nicht mehr gemacht, da war es dann kein Thema mehr. Ich habe gemerkt, das hat mich schon immer mal wieder unterschiedlich stark bedrückt, ich hätte es an manchen Stellen gerne einfach sagen können und es aber dann auch einfach wieder dabei belassen können.“ *Fokusgruppe 4, Pos. 54*

⁷⁷ *M (SD) = 20,79 (33,60).*

Offenes Sprechen über HIV im Arbeitsleben (in %)

(1 = *nie offen* bis 101 = *immer offen*)

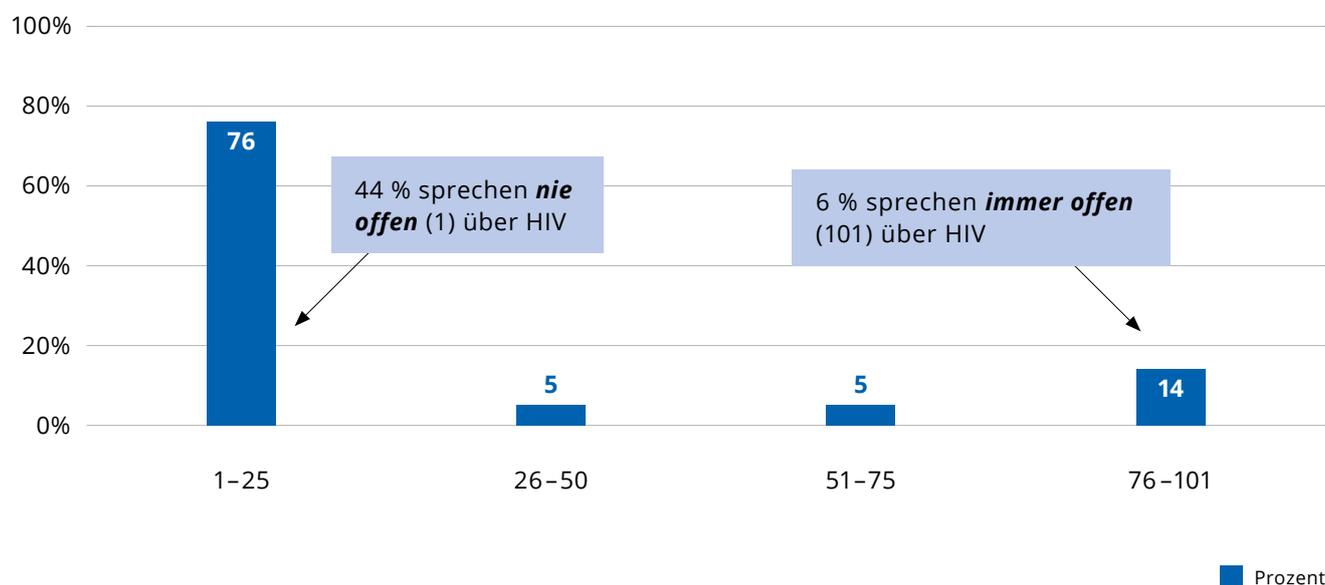


Abbildung 26: Offenes Sprechen über HIV im Arbeitsleben. Prozentualer Anteil aller Teilnehmenden, welche die entsprechende Frage beantwortet haben (n = 728).

Auch wenn vielen bewusst ist, dass sie aufgrund der HIV-Infektion nicht gekündigt werden dürfen, gibt es dennoch Befürchtungen in Bezug auf Nachteile in der Karriereplanung oder dem aktuellen Job.

„Ich hab ja Lehramt angefangen. Vielleicht mach ich das irgendwann mal weiter. Da ist jetzt auch die Frage, macht das überhaupt Sinn unter dem Gesichtspunkt HIV, also gerade, wenn man dann erst in das Beamtentum reingeht, weiß ich momentan nicht, ob das ein Problem machen könnte, auch wenn vielleicht offiziell kein Bluttest gemacht werden dürfte. Wenn es dann trotzdem rauskommt, dann wird es wahrscheinlich zu einem Problem gemacht.“ Fokusgruppe 3, Pos. 110

Andere wiederum gehen an ihrem Arbeitsplatz offen mit der Infektion um. Zunächst bestanden jedoch auch Sorgen, insbesondere in der Probezeit oder wenn man selbstständig ist. Zwei Personen schildern jedoch sehr positive Erfahrungen mit ihrem offenen Umgang mit der HIV-Infektion im Arbeitsleben.

„Also ich habe auf Arbeit gute Erfahrung gemacht, ich hab mich letztes Jahr nach der Probezeit auch geoutet bei meinem Vorgesetzten. Ich war sehr positiv überrascht, weil bei meinem vorherigen Arbeitgeber hatte ich immer so ein Problem mit den Terminen zur Vorsorge. Man muss sich terminlich immer nach den Arztpraxen richten, und ich hatte einfach keinen Bock mehr mich dann dauernd krankschreiben zu lassen, weil das hat mich dann irgendwann auch den Job gekostet. Und dann habe ich Glück gehabt, schnell was Neues zu finden, da hab ich gesagt, jetzt reicht es, jetzt ist Schluss, ich hab die Probezeit noch abgewartet und nach der Probezeit hab ich mich dann bei meinem direkten Teamleiter geoutet, und er hat positiv reagiert, überhaupt nicht diskriminierend, ganz im Gegenteil, ich könnte mir also für jeden Termin frei nehmen, den ich haben will.“

Fokusgruppe 1, Pos. 110

6.2.4 Internalisierte Stigmatisierung

Um verinnerlichte Stigmatisierung zu erfassen, wurden sowohl das negative Selbstbild⁷⁸ als auch Schuldgefühle erfragt. Ebenso lassen sich die bereits beschriebenen Items zur Integration von HIV in das eigene Leben unter verinnerlichter Stigmatisierung fassen. Im Folgenden werden die Ergebnisse zunächst deskriptiv dargestellt. In einem zweiten Schritt werden dann Auswirkungen des Gesamtkonstrukts „Internalisierte Stigmatisierung“ dargestellt.

Negatives Selbstbild

Etwa ein Viertel der teilnehmenden Menschen mit HIV hat negative Einstellungen über HIV verinnerlicht und weist ein negatives Selbstbild auf. So stimmen 25 % der Aussage „Die Einstellung der Menschen zu HIV lässt mich schlecht über mich selbst denken“ sehr und eher zu. 27 % stimmen sehr und eher der Aussage „Ich habe das Gefühl, nicht so gut wie andere zu sein, da ich HIV-positiv bin“ zu.

Negatives Selbstbild (in %)

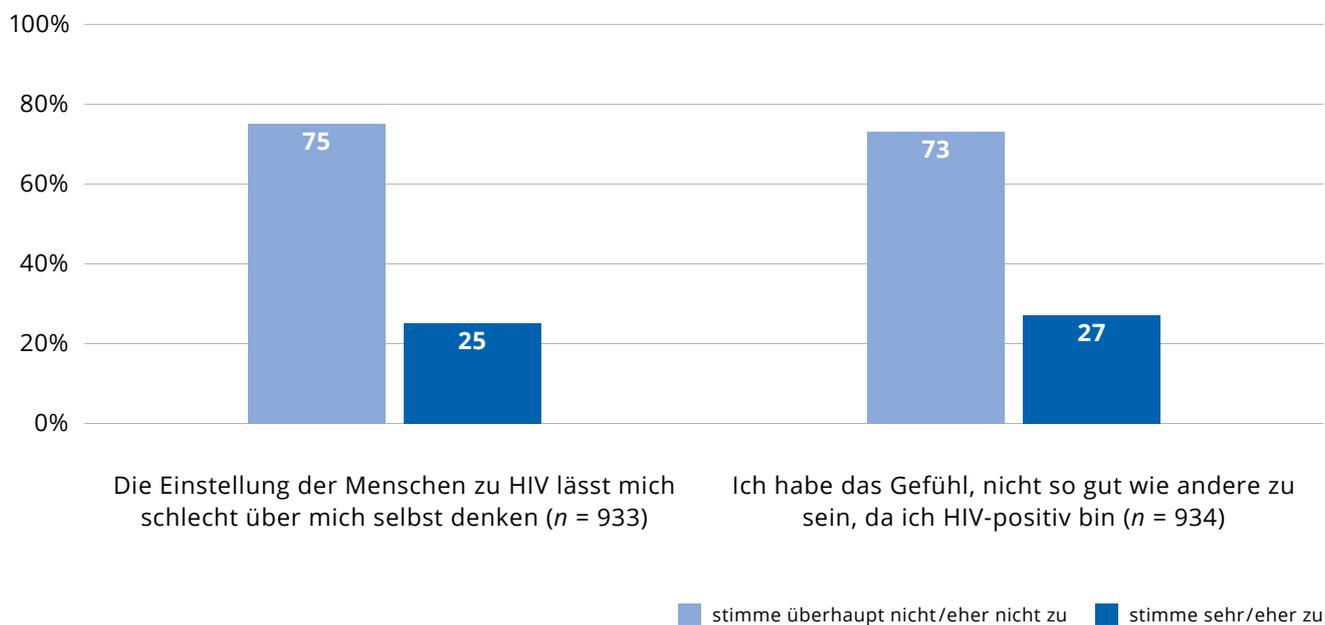


Abbildung 27: Negatives Selbstbild. Prozentualer Anteil aller Teilnehmenden, welche die entsprechenden Aussagen beantwortet haben.

⁷⁸ Das negative Selbstbild bezüglich ihres HIV-Status wurde erfasst über ausgewählte Items der Subskala „Negatives Selbstbild“ der Berger HIV-Stigma Scale (Berger et al. 2001) in der deutschen Adaption von Dinkel et al. (2014).

Schuldgefühle

Etwa die Hälfte der Menschen mit HIV (47 %) hat Schuldgefühle, die mit der HIV-Infektion zusammenhängen. Ein Großteil (72 %) bedauert, sich mit HIV angesteckt haben. 38 % der befragten Menschen mit HIV machen sich selbst Vorwürfe, sich mit HIV angesteckt zu haben. Knapp ein Viertel (24 %) hat das Gefühl, HIV war die Strafe für ihr Handeln. 43 % der Teilnehmenden haben das Gefühl, andere schreiben ihnen die Schuld an ihrer HIV-Infektion zu.

Die Teilnehmenden der Online-Befragung hatten die Möglichkeit in einem offenen Antwortfeld anzugeben, wenn sie aus anderen Gründen Schuldgefühle in Bezug auf ihre HIV-Infektion haben. Darüber hinaus werden Schuldgefühle auch in den Fokusgruppen thematisiert. Hier lassen sich die Antworten in mehrere Kategorien zusammenfassen (vgl. HIV-Schuldtypen nach Hartung 2020).

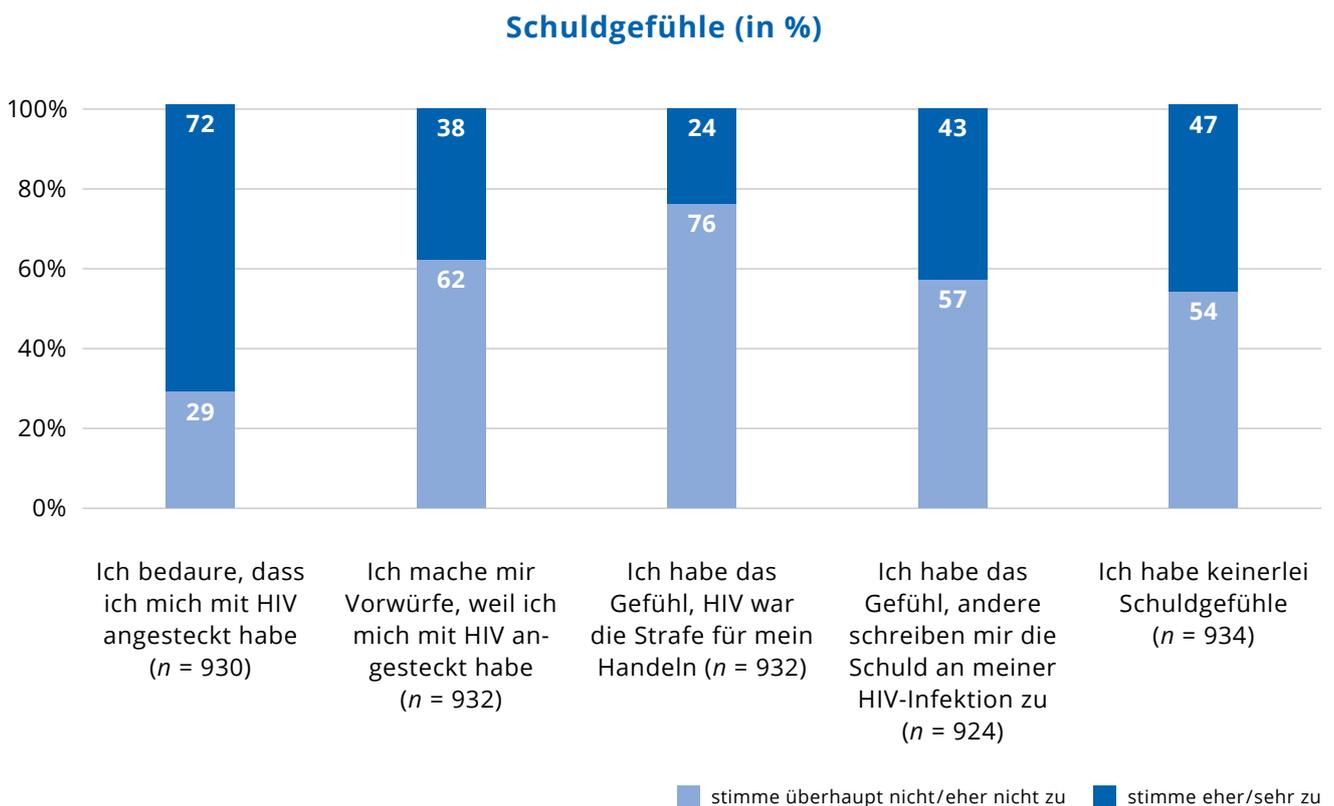


Abbildung 28: Schuldgefühle. Prozentualer Anteil aller Teilnehmenden, welche die entsprechenden Aussagen beantwortet haben.

Schuldgefühle aufgrund der Zuschreibung von Selbstverantwortung⁷⁹

Da HIV eine übertragbare Krankheit ist, stellt sich für viele Menschen mit HIV die Frage der Verantwortung für die eigene Infektion. Es wird abgewogen, welchen Anteil man selbst und welchen Anteil andere an der Infektion haben.

„Ich habe einem Ex-Freund die Schuld gegeben, obwohl ich mittlerweile glaube, dass es mein eigenes Handeln war.“

Online-Befragung, Frage HB10⁸⁰

„Ich sehe ich mich so als Opfer, was halt auch so mein Selbstwertgefühl runterbringt und zwar irgendwie so das Opfer der eigenen Dummheit, klar will ich nicht sagen, ich bin an der Sache nicht beteiligt gewesen und nicht ganz unschuldig, aber irgendwo ist es ja auch so, bei der Person, wo ich mich angesteckt habe, so ein kleines Verantwortungsgefühl irgendwie da auch so einfach die anderen zu schützen [...]“

Fokusgruppe 4, Pos. 163

In vielen Aussagen wird deutlich, dass auch Selbstvorwürfe eine starke Rolle spielen können, weil die Infektion hätte verhindert werden können.

„Ja, ich glaube, das ist schon ein bisschen da, Schuldgefühle. So, wie soll man das ausdrücken? Man hätte mehr auf sich achten können, man hätte es verhindern können, wenn man ein bisschen mehr aufgepasst hätte. Also ich glaube, dieser Gedanke hat einfach jeder, weil hättest du auf dich aufgepasst, wärst du nicht infiziert.“

Fokusgruppe 3, Pos. 167

Andere wiederum übernehmen die Verantwortung für die eigene HIV-Infektion, aber fühlen sich nicht durch Schuldgefühle belastet. Sie akzeptieren ihre HIV-Infektion und stehen zu ihrem Handeln. Beispielsweise wird argumentiert, dass Sexualität mit Leidenschaft zu tun hat und es nicht immer möglich ist, sich zu schützen.

„Keine Schuldgefühle. HIV-Infektion war das logische Ergebnis der Umsetzung eines selbstbestimmten freiheitlichen Lebensstils.“ *Online-Befragung, Frage HB10*

„Natürlich bin ich dafür verantwortlich, dass ich mich infiziert habe. Schuldgefühle würde ich es aber nicht nennen. Ich bin mir dessen bewusst und akzeptiere es.“

Online-Befragung, Frage HB10

⁷⁹ Vgl. HIV-Schuldtypus „Die Selbstverantwortlichen“ nach Hartung 2020.

⁸⁰ Frage HB10: „Ich habe aus anderen Gründen Schuldgefühle in Bezug auf meine HIV-Infektion, und zwar:“

„Schuld ist sowieso immer das falsche Wort, was dafür können oder so, weil alle Menschen sind in der Sexualität mit der Leidenschaft, dass es dann nicht immer rational geht und da darf man noch nicht mal denken.“ Fokusgruppe 3, Pos. 164

Andere schreiben sich selbst nicht die Verantwortung für die Infektion zu, da sie durch sexualisierte Gewalt infiziert wurden oder sich beispielsweise über Blutkonserven angesteckt haben.

„Mir wurden KO-Tropfen verabreicht und ich wurde vergewaltigt, Schuldgefühle habe ich keine.“ Online-Befragung, Frage HB10

„Nein, Stichwort Bluter.“

Online-Befragung, Frage HB10

Ein Thema, das einige der Befragten beschäftigt, ist die Übernahme von „Eigenverantwortung“ mit Blick auf das Sozialsystem (vgl. Schmidt 2010). Einige fühlen sich schuldig, dass sie das Sozialsystem bezüglich der Therapiekosten belasten und/oder nicht mehr leistungsfähig sind.

„Ich bin nicht mehr in der Lage, Leistungsfähigkeit in die Gesellschaft zu tragen.“

Online-Befragung, Frage HB10

„Die Therapie ist schon teuer, ich bin mir der gesellschaftlichen Kosten durchaus bewusst. Es wäre mir wohler, wären die nicht so hoch.“ Online-Befragung, Frage HB10

Selbstenttäuschung und Schuldgefühle sich selbst gegenüber⁸¹

Aus einigen offenen Antworten wird eine starke Selbstenttäuschung/Selbstentfremdung deutlich, da die Betroffenen nicht so gehandelt haben, wie sie es selbst (und andere) von sich erwartet hätten. So wird sich selbst Schwäche, Naivität oder Dummheit vorgeworfen. Das eigene Verhalten wird als Risikoverhalten bezeichnet und teilweise abgewertet.

„In der Woche der Ferienliebe, die mich angesteckt hat, als Frau nicht genug auf mich selbst aufgepasst zu haben und mich blöd behandelt gelassen zu haben.“

Online-Befragung, Frage HB10

„Jemandem vertraut zu haben, der mein Vertrauen missbraucht hat.“

Online-Befragung, Frage HB10

„Dass ich zu leichtgläubig war.“

Online-Befragung, Frage HB10

⁸¹ Vgl. HIV-Schuldtypus „Die Depersonalisierten“ nach Hartung 2020.

„Mein Sexualleben in jungen Jahren.“

Online-Befragung, Frage HB10

„Meine HIV-Infektion ist das Resultat autodestruktiven, risikobehafteten Sexualverhaltens.“ Online-Befragung, Frage HB10

„Ungeschützten Sex, nicht auf andere gehört, zu spät getestet!“ Online-Befragung, Frage HB10

„Weil ich so dumm war.“

Online-Befragung, Frage HB10

„Weil man eigentlich alle Bildung hat und aufgeklärt ist HIV zu vermeiden.“

Online-Befragung, Frage HB10

Andere haben Schuldgefühle sich selbst gegenüber, weil sie ihr „gutes Leben“ riskiert haben und aufgrund der HIV-Infektion beispielsweise unter den gesundheitlichen Folgen oder dem Stigma leiden. Auch das Gefühl, anderen nicht sagen zu können, dass man HIV-positiv ist, führt zu einer starken Belastung und Schuldgefühlen sich selbst gegenüber.

„Dass ich lebenslang mit dem Geheimnis leben muss.“ Online-Befragung, Frage HB10

„Dass ich keine(r) sagen kann, dass ich HIV-positiv bin.“ Online-Befragung, Frage HB10

Schuldgefühle gegenüber anderen Menschen aufgrund der (befürchteten) Weitergabe von HIV⁸²

In den offenen Antworten wird deutlich, dass sich einige Befragte schuldig fühlen, da sie potenziell die Infektion – zumeist unwissentlich – an andere Menschen weitergegeben haben könnten oder tatsächlich weitergegeben haben. So fühlen sie eine moralische Schuld Anderen gegenüber.

„Ich habe mein Kind im Bauch angesteckt.“

Online-Befragung, Frage HB10

„Mein Ehemann wurde im Laufe unserer 20-jährigen Beziehung positiv und ich mache mir manchmal den Vorwurf, dass ich nicht genug auf ihn aufgepasst habe. Aber es belastet mich nur mittelschwer.“

Online-Befragung, Frage HB10

⁸² Vgl. HIV-Schuldtypus „Die unmoralischen Täter*innen“ nach Hartung 2020.

„Weil ich Angst vor Zurückweisung hatte, habe ich mich nicht geoutet und auf Verhütung beim Sex bestanden – somit habe ich aber wissentlich andere dem Risiko einer Ansteckung ausgesetzt; infolgedessen auch Krankheit und eventuell Tod.“

Online-Befragung, Frage HB10

In den Fokusgruppen und den offenen Antworten findet sich häufiger das Narrativ der alleinigen Verantwortung für den Infektionsschutz bei der HIV-positiven Person, was zur Folge haben kann, dass sich Menschen mit HIV verpflichtet fühlen, anderen von der HIV-Infektion zu erzählen. Die Angst vor der Weitergabe der Infektion und einer potenziellen Schuld kann darüber hinaus auch zu irrationalen Ängsten führen.

„Also ich bin seit 23 Jahren HIV-positiv und Ende der 90er, da ging es noch stark um die Schuldfrage, also es wurde gesagt, derjenige der beim Sex nicht aufpasst ist dann auch schuld daran, dass er den anderen infiziert und am Anfang beim Sex dachte ich immer, es wäre meine Aufgabe Präventionsarbeit zu machen, wir müssen Kondom benutzen, kein Sperma schlucken [...].“

Fokusgruppe 1, Pos. 147

„Es ist mir nicht immer gelungen, HIV vor einem sexuellen Kontakt anzusprechen.“

Online-Befragung, Frage HB10

„Weil ich in den meisten sexuellen Situationen das Gefühl habe, ich habe die alleinige Verantwortung, wenn jemand mit einem positiven Testergebnis zu mir kommen würde, würde ich sämtliches medizinisches Wissen über den Haufen werfen oder mir denken, oh je, vielleicht gab es einen Tag wo ich mal über der Nachweisgrenze war, also irrationales Denken, dass ich jetzt Schuld daran bin.“ *Online-Befragung, Frage HB10*

Darüber hinaus fühlen sich einige Befragte schuldig gegenüber anderen Menschen, weil sie sich durch sexuelle Außenkontakte mit HIV infiziert haben, die Infektion potenziell mit in die Beziehung getragen haben, und/oder der „Seitensprung“ durch die Infektion offenbar wurde und zu Leid auf Seiten der Partner*innen geführt hat.

„Weil ich meinen damaligen Partner durch die beim Fremdgehen erworbene Infektion angesteckt habe.“ *Online-Befragung, Frage HB10*

Darüber hinaus werfen sich manche vor, andere Menschen (beispielsweise die Eltern oder die Kinder) durch die eigene Infektion belastet zu haben.

„Zumutung meiner Mutter gegenüber, dass ihr 16-jähriger Sohn HIV-positiv wurde.“

Online-Befragung, Frage HB10

„Ob ich trotz HIV eine gute Mutter war [...]“ *Online-Befragung, Frage HB10*

Schuldgefühle aufgrund antizipierter Schuldzuschreibungen⁸³

Darüber hinaus empfinden bzw. antizipieren Teilnehmende der Fokusgruppen Schuldzuschreibungen durch Andere, welche sich auf normabweichendes und stigmatisierendes Sexualverhalten beziehen. Insbesondere referieren diese Schuldzuschreibungen auf die stigmatisierende Zuschreibung von männlicher Homosexualität und Promiskuität („Aids als Schwulenkrankheit“). HIV stellt vor diesem Hintergrund die Bestätigung dieses Stigmas „abweichender“ Sexualität dar. Dies kann bei Betroffenen das Gefühl auslösen, HIV sei die (zugeschriebene) Strafe für ihr Handeln.

„Es geht für mich gar nicht um die Diskriminierung von HIV, sondern es wird mein Sexualleben diskriminiert. Weil, um das jetzt mal so salopp zu sagen, ‚ich bin eine Schlampe!‘ [...] Das wird natürlich negativ besetzt und auch diskriminiert tatsächlich. [...] Und da deswegen kommt dann wieder die Schuldfrage, das heißt, natürlich wissen meine Freunde wie ich rumgehurt habe, das tue ich auch gern, ich hab auch Spaß dabei und trotzdem jetzt sozusagen mit dem Ergebnis HIV doch als Strafe oder es ist ja wieder ‚selbst schuld‘, also die Diskriminierung die empfinde ich tatsächlich und weiß auch nicht wie ich für mich damit umgehen soll und das ist nach wie vor ganz schrecklich.“ *Fokusgruppe 2, Pos. 45–47*

„Ich habe mich mit 20 Jahren bei meinen Eltern als schwuler Junge geoutet. Das war gerade die Zeit als die ersten Aids-Nachrichten so durch die Zeitungen gingen, ‚Schwulenkrebs und Aids‘ und die erste Reaktion meiner Mutter ist gewesen: ‚Du weißt ja, dass es diese Krankheit gibt‘ und ich habe gesagt ‚Selbstverständlich, weiß ich, dass es da eine Krankheit gibt, aber glaub mir bitte, ich weiß was ich tue‘.“

Fokusgruppe 2, Pos. 35

⁸³ Vgl. HIV-Schuldtypus „Die schuldigen Stigmatisierten“ nach Hartung 2020.

Teilgruppenanalysen: Internalisierte Stigmatisierung gesamt

Betrachtet man das Gesamtkonstrukt der internalisierten Stigmatisierung⁸⁴ in Bezug auf das negative Selbstbild, Schuldgefühle sowie die (geringe) Integration von HIV in das eigene Leben, lassen sich signifikante Gruppenunterschiede feststellen.⁸⁵

Im Durchschnitt zeigt sich in der Gesamtstichprobe ein mittleres Niveau in Bezug auf die internalisierte Stigmatisierung. Höhere Werte als der Rest der Stichprobe haben (Black) People of Color, Menschen, die eine „frische“ HIV-Diagnose von unter einem Jahr haben, Frauen, Menschen mit niedrigem SES sowie Befragte, die in einem Wohnort unter 20.000 Einwohner*innen leben. Eine geringere internalisierte

Internalisierte Stigmatisierung nach Teilgruppen
(1 = niedrige internalisierte Stigmatisierung bis 4 = hohe internalisierte Stigmatisierung)

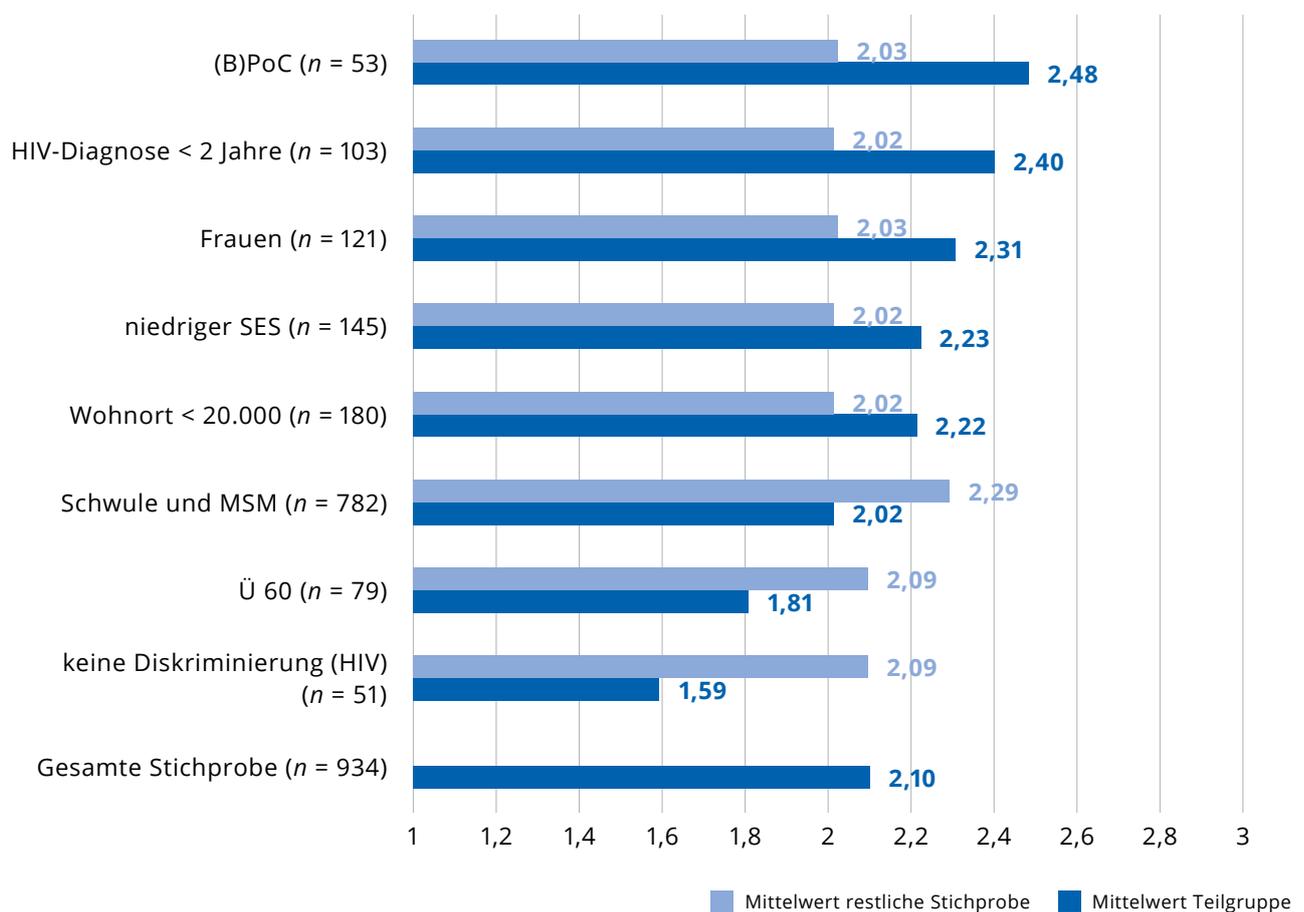


Abbildung 29: Mittelwertvergleiche der Skala „Internalisierte Stigmatisierung“ zwischen einzelnen Teilgruppen mit der jeweiligen restlichen Stichprobe. Dargestellt sind nur die Teilgruppen, die sich signifikant vom jeweiligen Rest der Stichprobe unterscheiden. Da sich die Teilgruppen auch überschneiden (z. B. Schwule & MSM, die eine Behinderung haben) und die Mittelwertunterschiede je Variable/Konstrukt getestet wurden, können gegenseitige (intersektionale) Effekte nicht ausgeschlossen werden.

⁸⁴ Um internalisierte Stigmatisierung zu erfassen, wurde aus den Items zu Schuldgefühlen, negatives Selbstbild sowie Integration von HIV in das eigene Leben eine Skala für „Internalisierte Stigmatisierung“ gebildet (Reliabilität: Cronbachs $\alpha = ,846$; $n = 929$); Skala: 1 = geringe internalisierte Stigmatisierung bis 4 = hohe internalisierte Stigmatisierung).

⁸⁵ Die Mittelwertvergleiche zwischen den Teilgruppen und dem jeweiligen Rest der Stichprobe zu „Internalisierte Stigmatisierung“ wurden mittels T-Tests untersucht (statistische Kennwerte siehe Online-Anhang).

Stigmatisierung haben hingegen Menschen mit HIV, die keine der abgefragten HIV-bezogenen Diskriminierungserfahrungen im letzten Jahr erlebt haben, Menschen über 60 Jahre sowie Schwule und MSM.

Zusammenhangsanalysen: Internalisierte Stigmatisierung

In den Zusammenhangsanalysen⁸⁶ in Bezug auf die internalisierte Stigmatisierung wird deutlich, dass eine hohe erlebte Stigmatisierung (meidendes/ablehnendes Verhalten der Mitmenschen) mit hoher internalisierter Stigmatisierung einhergehen kann ($r = ,406$; $p < ,001$; $n = 930$) – und umgekehrt. Ebenso verhält es sich mit der Anzahl der Diskriminierungserfahrungen: Je häufiger die Teilnehmenden Diskriminierung im letzten Jahr erlebt haben, desto eher geben sie eine hohe internalisierte Stigmatisierung

an ($r = ,265$; $p < ,001$; $n = 910$). Ebenso geht hohe internalisierte Stigmatisierung mit hoher befürchteter Zurückweisung ($r = ,459$; $p < ,001$; $n = 931$) und der Sorge, HIV offen zu kommunizieren einher ($r = ,449$; $p < ,001$; $n = 934$). Deutlich wird hier, dass das offene Sprechen eng mit der Ausprägung der internalisierten Stigmatisierung zusammenhängt. So geht das offene Sprechen über HIV mit weniger internalisierter Stigmatisierung einher ($r = -,452$; $p < ,001$; $n = 862$) – und umgekehrt.

Zudem zeigen sich Zusammenhänge zwischen internalisierter Stigmatisierung und der Lebensqualität. Höhere internalisierte Stigmatisierung hängt mit schlechterer Lebenszufriedenheit zusammen ($r = -,420$; $p < ,001$; $n = 919$), weniger Selbstwirksamkeit ($r = -,408$; $p < ,001$; $n = 933$) und einem als schlechter empfundenen Gesundheitszustand ($r = -,226$; $p < ,001$; $n = 880$). Menschen mit HIV weisen mit höherer internalisierter Stigmatisierung auch eher psychosomatische Symptome auf ($r = ,370$; $p < ,001$; $n = 931$) – und umgekehrt.

6.2.5 Zusammenfassung HIV-bezogene Stigmatisierung

HIV-bezogene Stigmatisierung ist für einen wesentlichen Teil der befragten Menschen mit starken Herausforderungen und Belastungen verbunden. So ist etwa ein Viertel der Befragten mit abweisendem und meidendem Verhalten des sozialen Umfeldes konfrontiert. Die wahrgenommenen Vorurteile und erlebte Zurückweisungen können dazu führen, dass die Stigmatisierung in vielen Situationen vorweggenommen und Zurückweisung befürchtet wird, was sich auch auf ihr Verhalten niederschlägt, wie offen sie über die HIV-Infektion sprechen. So geben etwa drei Viertel der Befragten an, dass in vielen Bereichen

niemand von der Infektion weiß. Das offene Sprechen stellt für Viele ein vulnerables und herausforderndes Ereignis dar und hängt eng mit der internalisierten Stigmatisierung zusammen. Ein Viertel der Befragten gibt ein vermindertes Selbstwertgefühl aufgrund der HIV-bezogenen Vorurteile an und etwa die Hälfte hat HIV-bezogene Schuldgefühle. Es zeigt sich, dass diese Verinnerlichung der Vorurteile die Lebensqualität und Gesundheit der Menschen stark beeinträchtigen kann.

⁸⁶ Siehe Online-Anhang.

6.3

HIV-bezogene Diskriminierungserfahrungen

Wichtiger Bestandteil, nicht nur in der Neuauflage des PLHIV Stigma-Index (siehe Modulstudie A, Kapitel 3), sondern auch in Modulstudie B war die Erhebung erlebter Diskriminierungserfahrungen von Menschen mit HIV in Deutschland.

Diskriminierungserfahrungen können auf unterschiedlichen Ebenen stattfinden (vgl. Dieckmann et al. 2017):

- a. individuelle Diskriminierung (z. B. Ausschluss aus Gesprächen im Freund*innenkreis, unabgesprochene Weitergabe des HIV-Status),
- b. institutionelle Diskriminierung (z. B. im Gesundheitsbereich oder im Arbeitsleben),
- c. c) strukturelle Diskriminierung (z. B. durch herabwürdigende Darstellungen von Menschen mit HIV in den Medien).

Unterschiedliche Formen von Diskriminierung zeigen sich hierbei nicht nur hinsichtlich der Ebenen, sondern z. B. auch im Ausmaß der ausgeübten Gewalt (z. B. Ausgrenzung aus Gesprächen bis hin zu Hassgewalt). Unter (potenzieller) Hassgewalt wird hierbei *vorurteilsgeleitete Gewalt* verstanden, d.h. Gewalt, die gegenüber den Opfern aufgrund ihres positiven HIV-Status angewendet wird. In der aktuellen Befragung sind dabei folgende Erfahrungen subsummiert: Androhung von oder Bedrohung durch Gewalt, tatsächlich erfolgte sprachliche Gewalt (Beleidigungen, Beschimpfungen) und tatsächlich stattgefundene körperliche Gewalt (vgl. Geschke/Dieckmann 2017).

Insgesamt geben in der Online-Befragung 94,5 % ($n = 880$) der Teilnehmenden an, HIV-bezogene Diskriminierung in ihrem Leben erfahren zu haben. 5,5 % ($n = 51$) geben an keine der abgefragten HIV-bezogenen Diskriminierungserfahrungen jemals gemacht zu haben.

6.3.1 HIV-bezogene Diskriminierung im letzten Jahr

Die erlebten Diskriminierungserfahrungen im letzten Jahr wurden mithilfe von 10 Situationen abgefragt (vgl. Beigang et al. 2017; Dieckmann et al. 2017). In Tabelle 49 sind die Antworten zu „Ja, mindestens einmal im letzten Jahr erlebt“ dargestellt.⁸⁷

Neben dem häufigen Erleben diskriminierender Darstellung in den Medien (60 %) ist die hohe Anzahl erlebter sexueller Zurückweisung aufgrund von HIV auffällig: mehr als die Hälfte der Stichprobe hat dies in den letzten 12 Monaten erlebt (55 %, siehe 6.3). Auch die Weitergabe des HIV-Status an Dritte ohne Einverständnis haben mehr als ein Drittel der Teilnehmenden erlebt (37 %). Dies verdeutlicht stellvertretend folgendes Zitat aus der Fokusgruppe:

„[...] Familiär hat's begonnen, Stigmatisierung so ein bisschen. Gerade am Anfang ist [...] halt meine Mutter ohne meine Erlaubnis durch die Familie gegangen und hat da die Aufklärerin gespielt. Das empfinde ich schon auch als eine Art von Stigmatisierung.“ Fokusgruppe 3, Pos. 26

⁸⁷ Anzumerken ist hierzu, dass die Erhebung unter Pandemie bedingten Kontakteinschränkungen stattgefunden hat, demnach einige zwischenmenschliche Kontaktsituationen auch darum nicht stattgefunden haben. In der Interpretation der Ergebnisse ist demnach ein „Corona-Effekt“ nicht auszuschließen bzw. mitzudenken.

Diskriminierungssituation	Anteil "Ja"- Antworten (in %)	n
Menschen mit HIV wurden in den Medien herabwürdigend dargestellt. (n = 783)	60	468
Ich wurde aufgrund meines HIV-Status sexuell zurückgewiesen. (n = 864)	55	476
Jemand hat ohne mein Einverständnis meinen HIV-Status gegenüber anderen offengelegt. (n = 872)	37	326
Ich wurde im Internet aufgrund meines HIV-Status durch einen Kommentar abgelehnt, beleidigt oder bedroht (z. B. in sozialen Netzwerken). (n = 886)	28	245
Ich habe aufgrund meines HIV-Status unerwünschte sexualisierte Kommentare erlebt. (n = 883)	28	243
Ich wurde aufgrund meines HIV-Status angeschrien, beschimpft oder beleidigt. (n = 892)	20	179
Ich wurde in einem Gespräch ausgeschlossen, ausgegrenzt oder ignoriert. (n = 874)	13	110
Ich wurde aufgrund meines HIV-Status erpresst, unter Druck gesetzt oder bedroht. (n = 897)	11	95
Ich wurde aufgrund meines HIV-Status von bestimmten Anlässen ausgeschlossen (z.B. Freizeitaktivitäten, Hochzeiten, Beerdigungen, Partys). (n = 873)	10	84
Ich wurde aufgrund meines HIV-Status körperlich angegriffen oder verletzt (z. B. geschubst, geschlagen). (n = 889)	5	43

Tabelle 49: HIV-bezogene Diskriminierung (12 Monate vor Befragung). Skala: Nie, Einmal, Zweimal, 3-5 mal, 6-9 mal, 10 mal oder mehr. Prozentualer Anteil aller Teilnehmenden, welche die entsprechenden Aussagen nicht mit „Nie“ beantwortet haben.

Mehr als jede vierte Person hat Abwertung im Internet erlebt (28 %), was das nachfolgende Zitat aus der Online-Befragung auch im Zusammenhang mit der diskriminierenden Darstellung von HIV in den Medien verdeutlicht:

„Falsche oder verkürzte Darstellung von HIV in der Presse, sehr dumme Kommentare zu solchen Darstellungen bei FB oder Twitter, falsche Darstellung von HIV in anderen Medien.“ *Online-Befragung, Frage ME04*⁸⁸

Zentral in der medialen Darstellung ist häufig die thematische Rahmung von HIV und die Verknüpfung mit abwertenden Darstellungen von z. B. Homosexualität oder von abweichenden nicht-heteronormativen Lebens- und Liebensweisen:

„Aber das ist ein gesamtgesellschaftlicher Prozess, weil so erlebe ich das, also dieses [Sexualmoral-Thema] kommt immer wieder auf. Ob 2017 mit der PrEP, guckt euch doch mal die Medien an (wie die das beschrieben haben), jetzt die Schwulen, die zu doof sind ihre Kondome zu benutzen, warum müssen wir dem jetzt die PrEP bezahlen (...).“ *Fokusgruppe 2, Pos. 63*

„Warum wollen wir den Schlampen ihren Spaß finanzieren? Solche Sätze sind durch die sozialen Netzwerke gegangen, zu hunderten und zu tausenden. Was meine Forderung dann wirklich gesamtgesellschaftlich, aber auch an die Politik gerichtet ist, ist wirklich von dieser verdammten Heteronormativität, von dieser Illusion einer glücklichen, zufriedenen, monogam lebenden Kleinfamilie mal weg zu kommen.“ *Fokusgruppe 2, Pos. 64*

Häufig thematisiert wird auch, keine Diskriminierung erlebt zu haben, weil der Umgang mit der HIV-Infektion aktiv und bewusst gewählt *nicht offen* stattfindet. Zentral ist, dass Angst und Sorge vor abwertender Behandlung dabei immer mitschwingen und die Infektion verschwiegen wird, um diese antizipierte Abwertung nicht erleben zu müssen.

„Da es kaum einer weiß, habe ich keine Erfahrungen damit.“ *Online-Befragung, Frage DS16*⁸⁹

„Da ich niemandem davon erzähle, kann ich nicht abwertend behandelt o.ä. werden.“

Online-Befragung, Frage DS16

⁸⁸ Frage ME04: „Bitte beschreibe nun kurz eine konkrete Situation deiner Wahl, in der du aufgrund anderer Merkmale/Gründe als HIV Diskriminierung erlebt hast“.

⁸⁹ Frage DS16: „Bitte beschreibe nun noch kurz eine konkrete Situation, in der du aufgrund deines HIV-Status abwertend behandelt oder benachteiligt wurdest“.

„Ich sage es einfach niemandem, um nicht in diese Situation zu kommen.“

Online-Befragung, Frage DS16

„Es gab keine. Auch deswegen, weil ich vorsichtig mit der Info umgehe.“

Online-Befragung, Frage DS16

„Es gibt keine Beispiele, weil ich genau das von Vorneherein mit Stillschweigen verhindere.“

Online-Befragung, Frage DS16

Thematisiert werden aber dennoch diskriminierende Erlebnisse und Situationen, in denen die Personen zwar einerseits keine direkte Betroffenheit äußern und wahrnehmen, da sie nicht direkt angesprochen werden, in denen Abwertung aber dennoch stattfindet und implizit auch als solche erlebt wird. Dies veranschaulicht insbesondere das zweite Zitat, in dem zwar angegeben wird, keine Erlebnisse zu haben, aber dennoch die Betroffenheit, das verletzte Gefühl und die Notwendigkeit, sich abzugrenzen, thematisiert wird.

„Da ich niemandem von meiner eigenen Infektion erzähle, betreffen insbesondere abwertende Kommentare immer Dritte. Z.B. wenn das Thema im Freundeskreis aufkommt und sich teilweise unaufgeklärt oder abwertend zu HIV geäußert wird. Meine Leute wissen dann in dem Moment gar nicht, dass jemand am Tisch sitzt, der betroffen ist.“ *Online-Befragung, Frage DS16*

„Ich habe in den letzten Jahren keine persönlichen Abwertungserlebnisse gehabt, weil ich selten offen über die Infektion rede. Aber ich höre ab und zu, wie Menschen, die nicht wissen, dass ich positiv bin, negativ über Positive sprechen. Das trifft mich und ich muss mich beherrschen bzw. abgrenzen/versuchen, das nicht an mich ranzulassen. Das ist sehr anstrengend.“

Online-Befragung, Frage DS16

Teilgruppenanalysen: HIV-bezogene Diskriminierung

In den Analysen zu Unterschieden zwischen bestimmten Teilgruppen zum jeweiligen Rest der Stichprobe zeigt sich, dass Menschen mit Behinderung sowie Menschen mit niedrigem SES im Durchschnitt signifikant mehr HIV-bezogene Diskriminierungserfahrungen berichten als der jeweilige Rest der Stichprobe.⁹⁰

HIV-bezogene Diskriminierung nach Teilgruppen

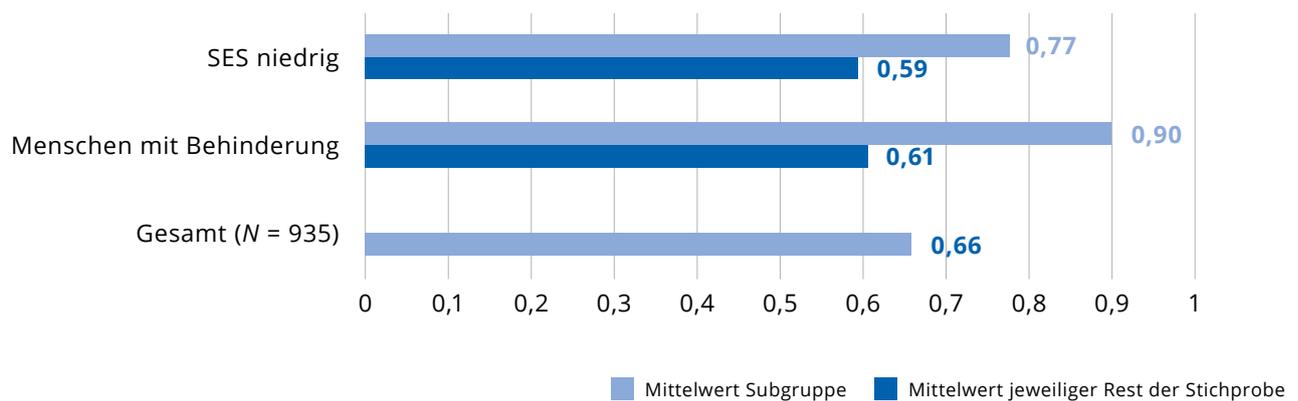


Abbildung 30: Mittelwertvergleiche der Häufigkeit berichteter Diskriminierung in letzten 12 Monaten zwischen Teilgruppen und jeweiliger restlicher Stichprobe. Dargestellt sind nur die Teilgruppen, die sich signifikant vom jeweiligen Rest der Stichprobe unterscheiden. Da sich die Teilgruppen auch überschneiden (z. B. Schwule & MSM, die eine Behinderung haben) und die Mittelwertunterschiede je Variable/Konstrukt getestet wurden, können gegenseitige (intersektionale) Effekte nicht ausgeschlossen werden.

⁹⁰ Siehe Online-Anhang: Teilgruppenanalysen HIV-bezogene Diskriminierungserfahrungen im letzten Jahr. Hierzu wurde der Mittelwert aus 10 möglichen Items mit einem jeweiligen Skalenniveau von „Nie, Einmal, Zweimal, 3–5 mal, 6–9 mal, 10 mal oder mehr“ berechnet. Der Wert der Gesamtstichprobe beträgt $M(SD) = 0,66(0,81)$; $n = 920$.

6.3.2 Institutionelle HIV-bezogene Diskriminierung

Das Gesundheitswesen ist qua Abhängigkeit und Angewiesenheit darauf für Menschen mit HIV ein besonders sensibler Bereich. Diskriminierung im Gesundheitswesen entsteht nicht nur durch individuelle Faktoren (z.B. Verhalten einzelner Ärzt*innen), sondern auch durch strukturelle Gegebenheiten in Institutionen wie traditionelle Handlungspraktiken und Abläufe (z.B.

Markierung von Akten). Insgesamt berichten über die Hälfte der Teilnehmenden der Online-Befragung (56 %, $n = 521$) von mindestens einer negativen Erfahrung im Gesundheitswesen in den letzten 12 Monaten, 42 % ($n = 388$) geben an hier keine negativen Erfahrungen gemacht zu haben (siehe Tabelle 50).

Diskriminierungssituation Gesundheitsbereich	Anteil (in %)	n
Meine Krankenakte wurde aufgrund meines HIV-Status markiert.	39	367
Mir wurde aufgrund meines HIV-Status ein besonderer Behandlungstermin gegeben (z.B. am Ende der Sprechstunde).	26	240
Mir wurden unangebrachte Fragen zu meiner HIV-Infektion gestellt (Ansteckungsweg etc.).	20	187
Mir wurde aufgrund meines HIV-Status eine Gesundheitsleistung verweigert.	12	109
Mein HIV-Status wurde gegen meinen Willen gegenüber anderen preisgegeben (z.B. anderen Ärzt*innen, Lebenspartner*innen, Eltern).	11	104
Ich wurde aufgrund von HIV zu einem medizinischen Verfahren oder Gesundheitsverfahren gedrängt oder gezwungen (z.B. Schwangerschaftsverhütung, Schwangerschaftsabbruch, Kaiserschnitt, Stillverzicht, HIV-Therapie).	2	17
Mir wurden aufgrund meines HIV-Status Dienstleistungen in den Bereichen sexuelle und reproduktive Gesundheit verweigert (z.B. Gesundheitsberatung, Verschreibung von Verhütungsmitteln, Schwangerschaftsbetreuung, Kinderwunschbehandlung).	1	10
Mir ist etwas Anderes passiert.	10	94

Tabelle 50: Diskriminierung im Gesundheitswesen. Mehrfachnennung möglich. Prozentaler Anteil aller Teilnehmenden, die die jeweilige Antwortoption gegeben haben, $N = 935$.

Im Rahmen der Fokusgruppen war der Bereich „Gesundheit“ und insbesondere die Diskriminierungserfahrungen im Gesundheitswesen einer der am häufigsten thematisierten Bereiche, was noch einmal die Bedeutung dieses Settings für HIV-positive Menschen verdeutlicht. Wichtiges Thema war immer wieder der Mangel an Wissen von Ärzt*innen und medizinischem Personal bezüglich HIV, was häufig zu diskriminierendem Verhalten führt. Dies erstreckt sich über die Erfahrungen von verweiger-ten Gesundheitsleistungen und die grundsätzliche Ablehnung als Patient*in bis hin zu speziellen Behandlungsterminen oder Behandlungen nur unter bestimmten (hygienischen) Voraussetzungen.

„Ich [...] hab mich mit der Sprechstundenhilfe unterhalten, alles war super. Und hatte dann zwei Monate später wieder einen Termin in der Praxis und wurde dann drei Tage vorher von der Praxis angerufen ‚Es tut uns leid, wir können ihren Termin nicht mehr wahrnehmen, alles Gute, auf Wiedersehen und es wurde aufgehoben, also es wurde kein neuer Termin vereinbart und ich hing in der Luft, weil [...] ich dann mitbekommen habe, ah, es wird ja gerne getratscht und dann hat er wahrscheinlich erzählt ‚[Person] ist positiv‘.“ Fokusgruppe 1, Pos. 56

„Das war dann aber glaube ich mehr eine Ausrede, weil er hat mir halt Druck gemacht, wenn ich dann bis zum OP-Termin oder bis zum Eingriff, bis zum Zahn ziehen keinen Nachweis mitbringe der Viruslast, dann würde er mich halt auch nicht behandeln.“ Fokusgruppe 3, Pos. 38

Häufig werden HIV-positive Menschen dann zu Expert*innen „in eigener Sache“: Sie erklären und vermitteln Ärzt*innen und medizinischem Personal sowie Sprechstundenpersonal aktuelle und medizinisch fundierte Informationen über die HIV-Infektion, (Nicht-)Übertragbarkeit, ART und PrEP.

Das folgende Zitat verdeutlicht nicht nur die Wichtigkeit von informiertem Personal, sondern spricht auch weitere Dimensionen von HIV-bezogener Diskriminierung an: der Verweis auf das Zwei-Bett-Zimmer entspricht hier der Thematik der unerlaubten Weitergabe der Informationen über die HIV-Infektion an Dritte, was ebenfalls ein in den Fokusgruppen häufig angesprochenes Problem darstellt.

„Sie sind HIV-positiv. Sie könnten sich in dem Becken verletzen und andere, die in diesem Wasser sind, in Gefahr bringen.“ [...] Wohlge-merkt, ich war zu diesem Zeitpunkt auch schon unter der Nachweisgrenze. Der Oberarzt und die Oberschwester haben mit mir dieselbe Diskussion angefangen, [...] und haben in meinem Beisein beim Hygienebeauftragten des Krankenhauses angerufen, der ihnen dann erklärt hat, dass der Infektionsweg komplett ausgeschlossen ist. Und man muss dazu sagen Zwei-Bett-Zimmer, es war jemand anderes in dem Raum, während diese ganze Diskussion geführt wurde. [...]. Zu dem Zeitpunkt war ich schon über 22 Jahre positiv und hatte wirklich in der Form sowas noch nicht erlebt und bin eigentlich davon ausgegangen, dass, wenn ich in so ein Krankenhaus gehe, treffe ich auf informierte Menschen.“ Fokusgruppe 1, Pos. 16

Auch in den offenen Antworten der Online-Befragung spielt das Thema Diskriminierung im Gesundheitsbereich eine zentrale Rolle.

„In der Ausbildung zum Altenpfleger sprachen Dozenten sehr unsachlich über HIV. Sie waren sehr uninformiert über die Therapiemöglichkeiten. HIV wurde somit oft mit AIDS gleichgesetzt. Außerdem nahm ich an einer Exkursion in eine Blutspendebank im Rahmen der Ausbildung teil, in der man negativ über HIV-positive Menschen und homosexuelle Menschen sprach – Homosexuelle werden von der Spende ausgegrenzt, da diese aus deren Sicht einer HIV-Risikogruppe angehören. Außerdem wurde ich im Rahmen eines Einstellungsverfahrens bei einem Arbeitgeber, vom jeweiligen Arbeitsmediziner herablassend behandelt, als dieser von meiner Infektion erfuhr.“

Online-Befragung, Frage DS16

Die am häufigsten berichtete Diskriminierungserfahrung für die letzten 12 Monate ist die Markierung der Krankenakte; dies berichtet mehr als ein Drittel der Teilnehmenden mindestens einmal erlebt zu haben (39 %). Jeder vierten Person wurde mindestens einmal in den letzten 12 Monaten ein spezieller Behandlungstermin gegeben (26 %), jede*r fünfte Teilnehmer*in berichtet von unangebrachten Fragen zur HIV-Infektion im letzten Jahr (20 %).

Für den Gesundheitsbereich lassen sich keine Unterschiede in Bezug auf spezifische Teilgruppen ausmachen, mit Ausnahme der Teilgruppe der Frauen. Diese berichten signifikant mehr über Diskriminierung im Gesundheitswesen: sowohl in Bezug auf die Markierung der Krankenakte als auch bezüglich unangebrachter Fragen zur HIV-Infektion oder eines speziellen Behandlungstermins, z. B. am Ende der Sprechstunde.⁹¹ Im folgenden Zitat wird auch eine gewisse Verknüpfung von HIV-Stigmatisierung mit sexistischen Zuschreibungen deutlich:

„Das geht jetzt vielleicht in eine ganz andere Richtung, mehr so in diese positive Stigmatisierung, aber ich erlebe es regelmäßig beim Arzt, Krankenschwestern wie auch immer, dass so mitleidende Blicke kommen oder ‚Och herrje, wo hast du dir denn das geholt?‘. Also ‚wo hast du dir das geholt?‘, da kann ich schon eine Strichliste machen wer mich das noch nicht gefragt hat wahrscheinlich. Weil es kommt einfach regelmäßig vor und dieses mitleidige ‚Du bist ja noch so jung und dann auch noch so schön, wie kann das sein?‘ und das ist mir immer sehr, sehr unangenehm, dass das so kommentiert wird.“

Fokusgruppe 1, Pos. 20

Die Thematik sexuelle und reproduktive Selbstbestimmung und Gesundheit, Geburt und Gynäkologie spielen in den Fokusgruppen ebenfalls eine zentrale Rolle. So erleben Frauen, dass ihnen falsche, uninformierte oder veraltete Diagnosen gestellt und Therapievorschlüsse gemacht werden. Gleichzeitig sind sie, was das obige Zitat der positiven Stigmatisierung schon aufwirft, stereotypen Vorstellungen über Geschlecht, Weiblichkeit, weibliche Sexualität und geschlechterstereotypen Erwartungshaltungen bezüglich ihres Verhaltens ausgesetzt.

„Oder auch beim Frauenarzt wurde ich angemacht, was mir einfällt, dass ich HIV-positiv nur so klein auf dem Blatt vermerke und, weiß ich nicht, querbeet übers Blatt kritzle. Ja, also das war tatsächlich hauptsächlich bei Ärzten, wo ich bis jetzt Diskriminierung erfahren habe. Ansonsten eigentlich nicht wirklich.“ *Fokusgruppe 3, Pos. 24*

⁹¹ *Statistische Werte für Teilgruppenanalysen „Diskriminierung im Gesundheitswesen“ siehe Online-Anhang.*

Einige HIV-positive Menschen versuchen auch die antizipierte Stigmatisierung und Diskriminierung im Gesundheitswesen zu vermeiden, indem sie nur von Schwerpunktpraxen empfohlene Ärzt*innen etc. wählen.

„Keine bekannt, da ich sehr restriktiv mit der Info umgehe und bei Ärzten die Ärzte besuche, die meine Schwerpunktpraxis empfiehlt.“ *Online-Befragung, DS16*

Grundsätzlich werden aber auch Verbesserungen und positive Erfahrungen im Gesundheitsbereich in den Fokusgruppen angerissen, ab und zu wird auch auf die relativ komfortable Situation in Metropolen mit Schwerpunktpraxen etc. verwiesen.

Dennoch wird trotz der Verbesserungen und der positiven Erfahrungen auf die Einprägbarkeit negativer Erfahrungen verwiesen, selbst wenn positive Erfahrungen überwiegen.

„Also wenn ich jetzt so mal zurückblicke, wiegen diese Erfahrungen, das waren jetzt zwei, drei Erfahrungen bei mir, die bleiben natürlich im Gedächtnis und haben ein anderes Gewicht, aber, wenn ich jetzt mir vor Augen halte, meine anderen Kontakte mit Ärztinnen und Ärzten und medizinischem Personal, da habe ich mindestens, also eigentlich noch mehr, echt positive Erfahrungen auch gemacht.“ *Fokusgruppe 4, Pos. 21*

Abschließend sei noch darauf verwiesen, dass zum Komplex Gesundheitswesen nicht nur der Kontakt mit Ärzt*innen und medizinischem Personal gehört, sondern ebenfalls die Thematik Krankenkassen und damit verbundene Finanzierung von Leistungen, Betreuung, Beratung und Service. Hier wird u. a. auf die schwierige Situation verwiesen, in psychischen und physischen Ausnahmesituationen auch noch bürokratische Diskussionen um Dienstleistungen führen zu müssen.

„Diese Behörde, wo ich denke, die sind doch eigentlich für mich da, oder? Zumindest war das mein Glaube, mein Denken, und ich muss da so kämpfen, ich werde da behandelt wie der letzte Dreck [...] ich werde jetzt gegen zwei Sachen klagen, das mache ich, aber dieses Verhalten, das ist mir auch bei der Krankenkasse aufgefallen, die ansonsten gut ist, aber wo nicht für mich die Sensibilität da ist, die haben ja momentan eine Ausnahmesituation, ich habe ja nicht nur HIV, ich hab auch noch Depressionen, das wissen die ja alle, das steht in den Unterlagen drin und trotzdem wird da nicht drauf eingegangen. Trotzdem muss ich dagegen ankämpfen, das finde ich nicht [...] privat anstrengend, sondern so gegen Institutionen, da fühle ich mich tatsächlich diskriminiert und weiß nicht, wie ich damit umgehen soll.“

Fokusgruppe 2, Pos. 14

HIV-bezogene Diskriminierung durch andere Behörden

Vereinzelt wird in den Fokusgruppen auch auf HIV-bezogene Diskriminierung durch Sicherheitsbehörden und Polizei sowie die nach wie vor bestehende Kriminalisierung von HIV eingegangen. Im Rahmen der Fokusgruppen berichtete ein Teilnehmer in die umstrittene Kategorie ANST (für „ansteckend“) der Polizeidatenbank⁹² kategorisiert worden zu sein. Auch im Rahmen der Online-Befragung wird die institutionelle Dimension von sicherheitsbehördlicher Diskriminierung betont:

„Aufgrund meiner HIV-Infektion werde ich von der Polizei als gefährlich eingestuft. Zugleich werden mir praktisch legitim Rechte entzogen. Das geschieht alles informell und strukturell. Man hat versucht, mir den Führerschein zu entziehen, weil ich bei einer Polizeikontrolle einen Polizisten anstecken könnte. Das wurde alles unreflektiert von allen bearbeitenden Stellen übernommen.“

Online-Befragung, Frage DS16

„Nachdem mich die Aidshilfe im Gefängnis geoutet hat, wurde ich isoliert. 23 Stunden Einzelhaft.“ *Online-Befragung, Frage DS16*

„Weitere subtile Diskriminierung erlebte ich durch das Familiengericht und das Jugendamt und gerichtliche Gutachter. Ich wurde pauschal als psychisch krank deklariert, wodurch die Bindung mit meinem Kind gestört wurde. HIV und Zustand nach Krebs (= AIDS-Ausbruch) wurde stillgeschwiegen.“ *Online-Befragung, Frage DS16*

⁹² Siehe: <https://www.aidshilfe.de/anst-kennzeichnung-hiv-positiver-polizeidatenbanken>.

HIV-bezogene Diskriminierung im Arbeitsleben

Ein weiterer wichtiger Bereich im Leben HIV-positiver Menschen stellt das Erwerbsleben dar. Hier berichten 64 % ($n = 593$) der Teilnehmenden keine der abgefragten diskriminierenden Erfahrungen gemacht zu haben. 12 % ($n = 109$) aller Teilnehmenden gaben an, in den letzten 12 Monaten diskriminierende Erfahrungen im Arbeits- und Erwerbsleben gemacht zu

haben (keine Angabe machen 25 %, $n = 233$). In der Interpretation dieses Ergebnisses ist mitzudenken, dass viele Menschen mit HIV nicht offen am Arbeitsplatz über ihre HIV-Infektion reden, demnach auch weniger Diskriminierung erleben (siehe 6.2.3).

In Bezug auf die Teilgruppen der Stichprobe zeigen sich keine Unterschiede. Die Ergebnisse für die abgefragten Diskriminierungserfahrungen sind in Tabelle 51 abgebildet.

Diskriminierungssituation Arbeitsleben	Anteil (in %)	<i>n</i>
Mein HIV-Status wurde ohne mein Einverständnis gegenüber Dritten offengelegt (z. B. Vorgesetzten, Kolleg*innen).	4	39
Ich wurde aufgrund meines HIV-Status in meinem Arbeitsumfeld ausgegrenzt, gemieden bzw. schikaniert.	3	31
Ich habe aufgrund meines HIV-Status eine Einkommensquelle oder Arbeitsstelle verloren.	3	24
Mir wurde aufgrund meines HIV-Status eine Arbeitsstelle verweigert.	2	22
Aufgrund meines HIV-Status hat sich die Tätigkeitsbeschreibung oder die Art meiner Arbeit geändert.	2	21
Mir wurde aufgrund meines HIV-Status eine Beförderung verweigert.	1	11
Mir ist etwas Anderes passiert.	3	32

Tabelle 51: Diskriminierung im Arbeitsleben. Mehrfachnennung möglich. $N = 935$.

Eine HIV-Infektion beeinflusst auch das Arbeits- und Erwerbsleben. Die Situation, welche die Teilnehmenden am häufigsten erleben, ist die Weitergabe ihres HIV-Status ohne Einverständnis an Dritte. Aber auch mit finanziellen Fragen der Lebenssicherung verbundene Themen, das Erhalten eines Arbeitsplatzes oder Fragen der Versicherung spielen eine Rolle, was die nachfolgenden Zitate verdeutlichen.

„Chefin hat über meine Diagnose geplaudert. Hab das Unternehmen verlassen müssen.“

Online-Befragung, Frage DS16

„Das Bewerbungsverfahren wurde eingestellt. O-Ton: ‚Da man so jemanden dann hinterher nicht wieder loswird, wenn es nicht klappt.‘ Es ging um Gleichstellung.“

Online-Befragung, DS16

„[Die HIV-Infektion] hat jetzt aktuell nicht so unbedingt den größten Einfluss, aber auf die Zukunft gesehen schon ein bisschen, weil ich halt auch am Überlegen bin, in die Richtung Selbstständigkeit zu gehen, wo man dann ja das Riesenthema Versicherung bekommt. Wo ich jetzt gestern halt auch von einem anderen Teilnehmer erfahren hab, was er in die Privatversicherung, aber auch in die Gesetzliche bezahlen musste, wo ich nochmal doppelt schockiert war, also sprich, es ist halt dahingehend schon eine Riesenüberlegung, geh ich den Schritt, trau ich mich das, ist das eine extreme finanzielle Belastung?“ *Fokusgruppe 3, Pos. 108*

Die Thematik Versicherung wird auch in der Online-Befragung aufgegriffen:

„Ich wollte eine Berufsunfähigkeitsversicherung abschließen. Leider sind wir mit meinem Lebenspartner aus diesem Grund als Kandidaten ausgeschlossen.“

Online-Befragung, DS16

„Ich wurde von der Deutschen Rentenversicherung in ein medizinisches Verfahren (Belastungstest) ohne Verordnung durch einen Arzt und ohne Genehmigung der Krankenkasse gedrängt. Dann wurde mir von einer Arbeitsmedizinerin aufgrund von angeblichem Infektionsrisiko eine bereits genehmigte Umschulung nachträglich verweigert und ich bin physisch und psychisch gesund verrentet worden.“

Online-Befragung, DS16

Häufig aufgegriffen wird auch die Thematik des offenen Umgangs bzw. der Sorge davor in Bezug auf das Erwerbsleben:

„Ich war oft krank. Chef droht mit Kündigung. Ich will ihn nicht über meinen Status informieren, da ich befürchte, dass dann eine Rundmail in alle Abteilungen geschickt wird, aber will meinen Arbeitsplatz auch nicht verlieren.“

Online-Befragung, DS16

Aber auch positive Erfahrungen wurden im Rahmen der Fokusgruppen berichtet, wenn z. B. Arbeitgeber*innen über Therapiemöglichkeiten und Nachweisgrenzen informiert sind.

„Firma: Ja, die weiß es. Und da war ich auch sehr überrascht, ich bin ja vor einem Jahr abgeworben worden und hab dann meinem Chef erzählt, obwohl er nie gefragt hat, ‚Du weißt aber, dass ich HIV-positiv bin?‘ und dann sagt er ‚Naja, wer sich in dem Zeitalter nicht weiterbildet, ist selbst schuld, bist du über oder unter dem Nachweis?‘ Das war die einzige Frage.“

Fokusgruppe 1, Pos. 75

6.3.3 Auswirkungen HIV-bezogener Diskriminierung

Im Folgenden werden die Ergebnisse in Bezug auf psychologische Auswirkungen HIV-bezogener Diskriminierung auf die Betroffenen bzw. unter anderem ihr Wohlbefinden, ihre internalisierte HIV-Stigmatisierung und ihre Lebensqualität berichtet.⁹³

Diskriminierung wirkt sich negativ und belastend auf Lebensqualität, Wohlbefinden, Gesundheit etc. aus (vgl. Diskriminierung allgemein: u.a. Dieckmann et al. 2017; bezüglich HIV im Speziellen: DAH 2014, von Unger 2005). Auch die Ergebnisse dieser Studie zu HIV-bezogener Diskriminierung im Jahr 2020 zeigen diese Zusammenhänge. Es lässt sich ein positiver Zusammenhang zwischen der Anzahl der erlebten HIV-bezogenen Diskriminierungserfahrungen im Jahr vor der Befragung und der Höhe der internalisierten HIV-Stigmatisierung finden ($r = ,265; p < ,001; n = 919$). Das heißt, Menschen mit hohen Diskriminierungswerten berichteten auch eher hohe Stigmatisierungswerte in Bezug auf HIV – und umgekehrt.⁹⁴

Für die allgemeine Lebensqualität, den Gesundheitszustand und psychosomatische Symptome lassen sich jeweils negative Zusammenhänge mit erlebter HIV-bezogener Diskriminierung feststellen: mehr HIV-bezogene Diskriminierungserfahrungen in den letzten zwölf Monaten hängen mit geringerer Lebenszufriedenheit ($r = -,299; p < ,001; n = 898$), einem schlechteren Gesundheitszustand ($r = -,215; p < ,001; n = 866$) und mehr psychosomatischen Symptomen in den letzten sechs Monaten ($r = -,275; p < ,001; n = 919$) zusammen – und umgekehrt. Menschen, die stark von HIV-bezogener Diskriminierung betroffen sind, nehmen eher eine niedrigere Lebensqualität, einen schlechteren Gesundheitszustand und häufiger psychosomatische Beschwerden und Beeinträchtigungen wahr als Menschen, die weniger HIV-bezogene Diskriminierungserfahrungen berichten.

⁹³ Für allgemeine Werte und Erläuterung der jeweiligen Skalen (siehe 6.2).

⁹⁴ Sowohl die Diskriminierungserfahrungen (siehe 6.3) als auch die Skala zu internalisierter Stigmatisierung wurden durch Werte von „gar nicht/wenig = 1“ und „sehr viel = 5 bzw. 4“ erhoben, weshalb sich hier positive Korrelationskoeffizienten ergeben.

Auch bezogen auf die empfundene Selbstwirksamkeit von Menschen kann Diskriminierung negative Auswirkungen haben. Es zeigt sich ein negativer Zusammenhang zwischen der Anzahl der erlebten Diskriminierungserfahrungen im letzten Jahr und der Selbstwirksamkeit ($r = -,262$; $p < ,001$; $n = 919$). Das heißt, Menschen, die mehr Diskriminierungserfahrungen angaben, berichteten auch eher von einem weniger guten Selbstwirksamkeitserleben bzw. umgekehrt.⁹⁵

In einem Vergleich der Teilgruppe dieser Stichprobe, die keinerlei abgefragte HIV-bezogene Diskriminierung berichtet mit dem Rest der Stichprobe, welcher HIV-bezogene Diskriminierung erlebt hat, wird die Bedeutung von HIV-bezogenen Diskriminierungserfahrungen für Lebensqualität und Wohlbefinden, aber auch bezüglich der internalisierten Stigmatisierung deutlich.

Die Teilgruppe der Personen, die keine HIV-bezogene Diskriminierung erlebt hat, berichtet eine signifikant niedrigere internalisierte HIV-Stigmatisierung als der Rest der Stichprobe, der Diskriminierung erlebt hat (siehe Abbildung 31).⁹⁶

Internalisierte Stigmatisierung (1 = niedrig bis 4 = hoch)

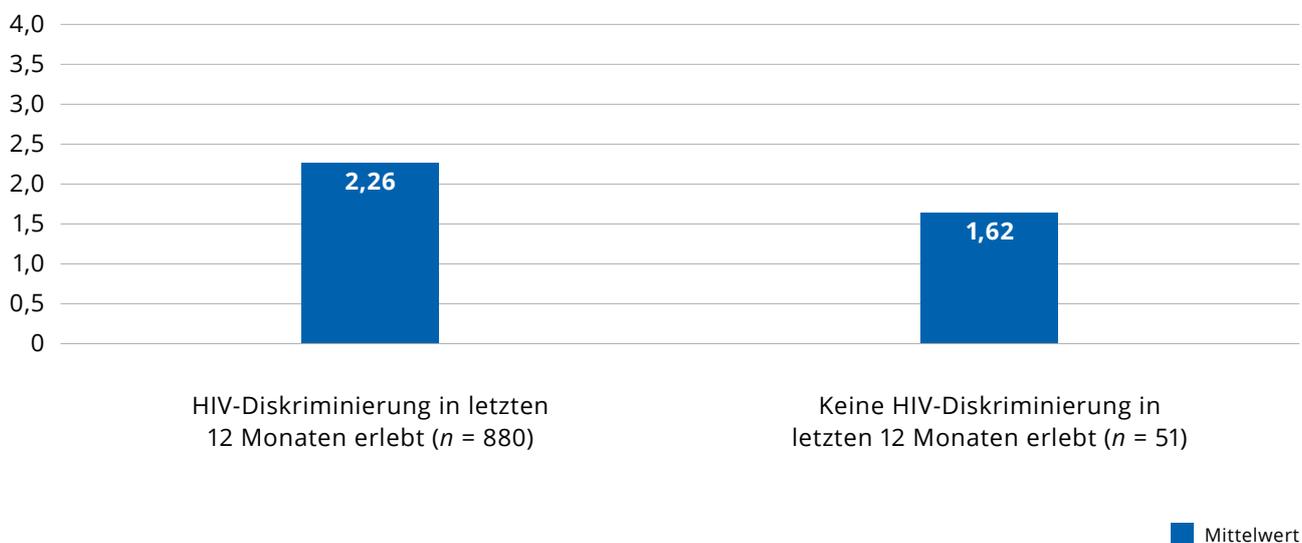


Abbildung 31: „Internalisierte Stigmatisierung“ für Menschen, die „keine Diskriminierungserfahrung“ und „Diskriminierungserfahrung“ gemacht haben. Mittelwerte aller Teilnehmenden getrennt nach diesen Gruppen.

⁹⁵ Für eine Übersicht der berichteten Korrelationskoeffizienten: siehe Online-Anhang.

⁹⁶ Teilgruppenvergleich mittels T-Test; $T(69,68) = 12,04$; $p < ,001$. Für weitere deskriptive Werte siehe Online-Anhang.

6.3.4 Zusammenfassung HIV-bezogene Diskriminierung

Von den abgefragten Diskriminierungssituationen wurde neben dem häufigen Erleben diskriminierender Darstellung in den Medien oft sexuelle Zurückweisung aufgrund von HIV erlebt. Auch die Weitergabe ihres HIV-Status an Dritte ohne Einverständnis haben mehr als ein Drittel der Teilnehmenden erlebt. Diskriminierung entsteht nicht nur durch individuelle Faktoren (z.B. Verhalten anderer Menschen), sondern auch durch strukturelle bzw. institutionelle Gegebenheiten wie traditionelle Handlungspraktiken, Abläufe oder sogenanntes „Institutionenwissen“.

Es lässt sich festhalten, dass nach wie vor die Diskriminierung im Gesundheitswesen eines der prägnantesten Themen für Menschen mit HIV ist. Sowohl in der Online-Befragung als auch in den vertiefenden Fokusgruppen spielen negative HIV-bezogene Erfahrungen mit Gesundheitspersonal eine zentrale Rolle. Immer wieder tauchen die Schlagworte ‚Zahnarzt, Zahnärztin, Praxis, Krankenhaus, Physiotherapie‘ etc. auf. Im Arbeitsleben zeigen sich eher niedrige Zahlen für konkrete Diskriminierungserfahrungen, jedoch zeigt sich im Arbeitsleben auch ein sehr gemischtes Bild für den offenen Umgang mit der HIV-Infektion (siehe 6.2). Menschen, die nicht offen über ihre HIV-Infektion sprechen, erleben keine direkte HIV-bezogene Diskriminierung. Tendenziell berichten Frauen eher von Diskriminierungserfahrungen im Gesundheitswesen.

Menschen, die häufiger von HIV-bezogener Diskriminierung betroffen sind, nehmen unter anderem eher eine niedrigere Lebensqualität, einen schlechteren Gesundheitszustand und häufiger psychosomatische Symptome wahr.

6.4 Umgang mit HIV-bezogener Diskriminierung

6.4.1 Ressourcen im Umgang mit Diskriminierung

Diskriminierende Situationen können die betroffenen Personen stark verunsichern oder gar traumatisieren. Wird Diskriminierung erlebt, stellt sich die Frage, ob und wie darauf reagiert wird. Es gibt viele Faktoren, die Einfluss darauf haben, wie reagiert werden kann, so kann es in bestimmten Situationen zum Nachteil werden, sich konfrontativ gegen Diskriminierung zu wehren (z.B. in unsicheren Beschäftigungsverhältnissen) oder wenn niemand von der Infektion erfahren soll. Zudem kann Diskriminierung unterschiedlich verarbeitet werden, je nachdem wie resilient⁹⁷ die Person ist und welche inneren und äußeren Ressourcen zur Verfügung stehen, die bestärken und Kraft geben.

So wurde in der Online-Befragung auch nach Faktoren gefragt, die den Teilnehmenden, welche Diskriminie-

rung erlebt haben, helfen, mit den erlebten Diskriminierungserfahrungen umzugehen. Der Rückhalt durch Freund*innen (57 %; $n = 466$) und Partner*innen (51 %, $n = 419$) wird dabei von allen Teilnehmenden, die im letzten Jahr diskriminierende Erfahrungen gemacht haben, am häufigsten als stärkende Ressource genannt. Eine weitere wichtige Ressource wird im Rückhalt durch andere Menschen mit HIV gesehen. Dies geben 48 % ($n = 395$) der Befragten an, die im letzten Jahr diskriminierende Erfahrungen gemacht haben.

Weitere Ressourcen stellen für 37 % der Befragten die eigene Familie dar – dies kann die aktuelle Familie oder die Herkunftsfamilie sein. 30 % fühlen sich durch ihre Hobbys bestärkt, 24 % durch ihre Arbeit und 21 % durch andere Communities wie die Queere oder Black Community (siehe Abbildung 32).

Ressourcen im Umgang mit Diskriminierung (in %)

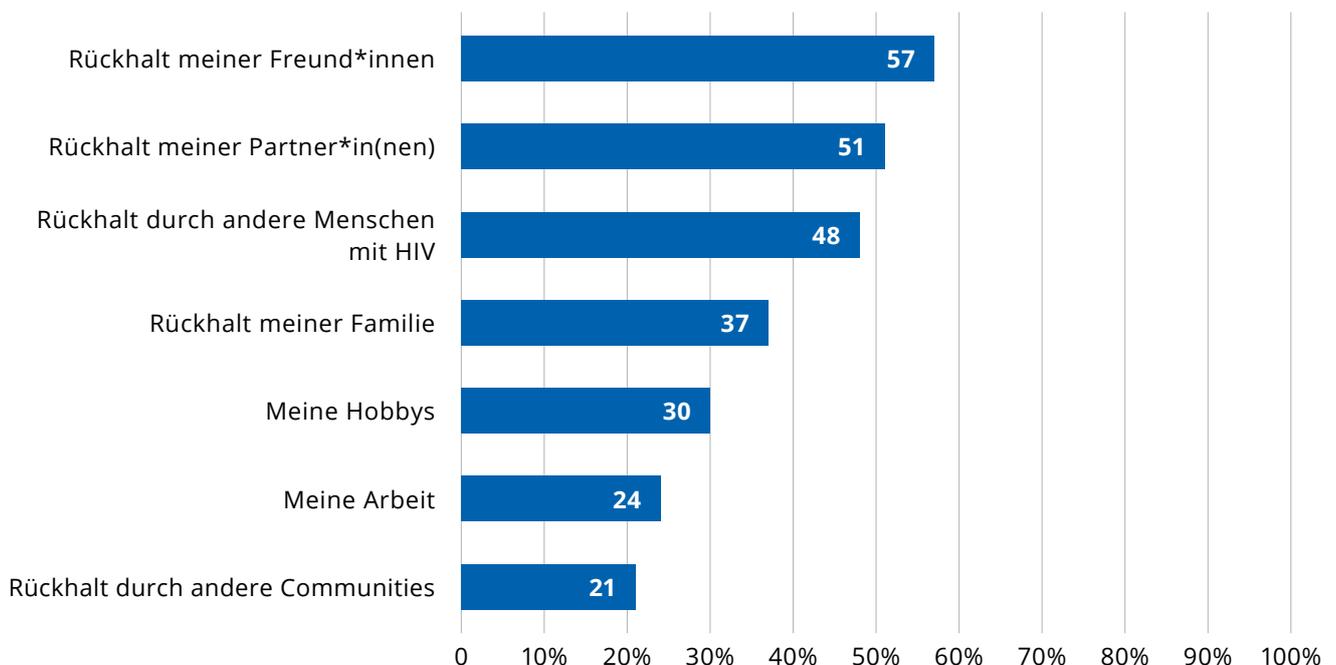


Abbildung 32: Ressourcen im Umgang mit Diskriminierung. Mehrfachnennung möglich. Prozentualer Anteil aller Teilnehmenden, welche diskriminierende Erfahrung(en) im letzten Jahr angegeben haben ($n = 816$).

⁹⁷ Unter „Resilienz“ wird die psychische Widerstandsfähigkeit verstanden, die dabei hilft auch schwierige Lebenssituationen ohne anhaltende Beeinträchtigungen zu meistern.

11 % (n = 88) der Befragten geben andere Ressourcen wie die „eigene Lebenserfahrung“, „wissenschaftliche Fakten“ und „Information“ beispielsweise in Bezug auf *Schutz durch Therapie* (SdT) an. Andere benennen, dass sie Bestärkung in einer HIV-Beratungsstelle, bei Psychotherapeut*innen, durch Meditation oder durch die ehrenamtliche Tätigkeit etwa in der lokalen Aids-hilfe erfahren. Darüber hinaus schöpfen einige Teilnehmende Kraft aus sich selbst heraus, weil sie sich stark fühlen, einen starken eigenen Willen, Optimismus und Selbstbewusstsein haben. Es gibt aber auch die Personen, die niemandem von der HIV-Infektion erzählen und angeben, dass sie sich alleine und einsam fühlen.

Auch in den Fokusgruppen wurden Ressourcen besprochen, die helfen, mit diskriminierenden Situationen umzugehen. Deutlich wird hier, dass die Befragten, die gut in Netzwerke eingebunden sind, offen mit ihrer HIV-Infektion umgehen und selbstbewusst zu ihrer Infektion stehen, sich weniger stigmatisiert fühlen und im Falle von Diskriminierung die Situation nicht so sehr „an sich heranlassen“ und bestimmte Situationen nicht als diskriminierend bewerten, weil sie selbstbewusst „darüberstehen“. Vor diesem Hintergrund lassen sich auch die hohe Lebenszufriedenheit und Selbstwirksamkeit der Personen, die keine der hier abgefragten Diskriminierungserfahrungen erlebt haben, interpretieren. Einerseits kann dies auf eine starke Resilienz verweisen. Andererseits kann aber auch das Nicht-Erleben von Diskriminierung zu positiven Auswirkungen führen.

„Ich bewege mich weitestgehend diskriminierungsfrei in meinem Leben. Ich habe wunderbare medizinische Versorgung, ich habe tolle Netzwerke, auch über den Verband und über meine aktivistische Tätigkeit, da geht es mir gut. Für meine Freunde ist es ganz klar: Ich bin selbstverständlich positiv und, ja, es ist gut so wie es ist.“

Fokusgruppe 2, Pos. 35

„Ich habe auch das Gefühl, dass je mehr Leute es wissen und je mehr positive Erfahrungen ich mache, desto weniger erlebe ich auch Stigmatisierungen. Vor einem Jahr habe ich gefühlt alles, jede kleinste Reaktion als Stigmatisierung noch wahrgenommen, sei es in der Apotheke, wie mir die Medikamente gegeben werden, ob geredet wird hinten im Lager oder wenn die Frauenärztin irgendwie komisch guckt oder einen komisch ausfragt, ja generell die Frage ‚Woher hast‘ denn das, wie hast‘ denn dir das eingefangen so?‘ habe ich als sehr stigmatisierend wahrgenommen und ich kann da jetzt ein bisschen besser drüberstehen, weil ich gefühlt ein bisschen Stärke daraus ziehen konnte mit dem Outing. Und ich sehe, dass es auch Menschen gibt, die mich dafür nicht verurteilen.“

Fokusgruppe 3, Pos. 60

So wird die Unsicherheit von HIV-negativen Personen beispielsweise in Bezug auf Sexualkontakte mit HIV-positiven Personen und dahinterstehenden Ansteckungsängsten umgedeutet und zugestanden, da man insbesondere kurz nach der HIV-Diagnose selbst auch die Erfahrung der Verunsicherung und (Selbst-)Ablehnung gemacht hat.

„Ich brauchte auch meine Zeit, um für mich einen Umgang zu finden, warum soll ich den anderen das nicht zugestehen. Aber meine Erfahrungen sind deutlich besser und ich nehme es nicht mehr persönlich. Früher habe ich das sozusagen auch als eine Ablehnung empfunden, wenn jemand aufgrund ‚Ah du bist positiv, dann lieber nicht‘. Heute kann ich mir sagen, so, dann ist das halt so und ich sehe das nicht mehr als persönliche Kränkung und ich mach deutlich sehr viel bessere Erfahrungen durch meinen offenen und ehrlichen Umgang mit HIV.“

Fokusgruppe 2, Pos. 38

Zudem wird geschildert, dass je öfter diskriminierende Situationen erlebt werden, desto leichter fällt es, mit diesen umzugehen, da man in gewisser Weise „gewappnet“ in potenziell diskriminierende Situationen geht. Es stellt für viele eine empfundene Tatsache dar, dass Menschen mit HIV mit Diskriminierung rechnen müssen und die Auseinandersetzung damit unumgänglich ist.

„Je öfter ich es erlebe, desto leichter wird es [...] weil ich lernen muss damit umzugehen, weil ich weiß es wird mir immer wieder irgendwo begegnen, es wird immer wieder ein Thema sein, wenn ich zum Arzt gehe. Und man entwickelt da so seine Resilienzen.“

Fokusgruppe 1, Pos. 26–28

„Und ich würde jetzt nicht unbedingt sagen, ich habe Diskriminierung erlebt, aber ich glaube, ich bin auch sehr gut gewappnet in jede möglich potenziell diskriminierende Situation gegangen, also Stichwort Geburt, was ja eh, also selbstbestimmte Geburt, das ist ja eh ein schwieriges Thema, auch ohne HIV, wo ich nicht weiß, wäre ich nicht sehr, sehr gewappnet und sehr klar was ich will da hingegangen [...].“ *Fokusgruppe 4, Pos. 7*

6.4.2 Reaktion auf ein diskriminierendes Ereignis

In der Online-Befragung wurden verschiedene Reaktionen auf jeweilige diskriminierende Situationen abgefragt. Hierbei lassen sich *konfrontative Reaktionen* bzw. Umgangsweisen (z. B. diskriminierende Person darauf ansprechen, andere Anwesende darauf aufmerksam machen, an Antidiskriminierungsstelle wenden) von eher *vermeidenden Umgangsweisen* (z. B. nichts unternehmen, Arbeitsplatz wechseln, umziehen) unterscheiden. Hierbei ist anzumerken, dass bei dieser Unterscheidung keine Wertung vorgenommen wird, welche Umgangsweise „die richtige“ ist. Es gibt viele Gründe, die in jeder einzelnen Situation für oder gegen eine konfrontative oder vermeidende Reaktion sprechen.

Konfrontative Reaktionen

Ein großer Teil der Personen hat sich konfrontativ gegen die diskriminierende Erfahrung zur Wehr gesetzt oder anderen davon berichtet und sich Unterstützung geholt. Beispielsweise haben 33 % ($n = 233$) anderen von der Diskriminierung berichtet, 30 % ($n = 208$) haben die Person direkt auf ihr Verhalten angesprochen und 11 % ($n = 79$) haben andere Anwesende darauf angesprochen (siehe Abbildung 33).

In den Fokusgruppen wird deutlich, dass einer direkten Konfrontation der Person mit ihrer diskriminierenden Handlung häufiger ein Gefühl von Wut und Empörung vorausgeht.

„Ich merke, dass je mehr Zeit vergeht, ich auch so ein bisschen Trotz entwickle, dass ich dann vielleicht auch einfach mal sage ‚Ist das jetzt relevant, wie ich mich infiziert habe?‘. Es gab eine Situation, da habe ich gesagt ‚Das finde ich jetzt irgendwie nicht okay, dass Sie das jetzt so werten!“

Fokusgruppe 1, Pos. 30

Wie bereits deutlich wurde, wird betont, dass eine eigene Informiertheit beispielsweise über *Schutz durch Therapie* und rechtliche Regelungen – z. B., dass HIV nicht in den Mutterpass eingetragen werden muss – darin bestärken, für die eigenen Rechte einzustehen. Zudem bestärkt wiederum ein Eintreten für die eigenen Rechte auch das eigene Selbstbild und führt zu einem Gefühl von „Stolz“.

„Das Problem war auch gar nicht so sehr die Frauenärztin, sondern eher das Personal in der Praxis, die darauf bestehen wollte, dass meine HIV-Diagnose in den Mutterpass eingetragen wird. Gott sei Dank war ich gut informiert und war auch irgendwie in einer Phase der Verarbeitung der Diagnose, wo ich das schon alles echt ganz gut eingeordnet habe und war da auch selbstbewusst und in der Lage rüberzubringen, dass das nicht geht und dass das nicht in Ordnung ist. Ich habe da auch viel erklärt, wie das so ist mit HIV zu leben und wie es übertragen wird. Aber so ein Standing muss man erstmal haben, also da war ich auch auf mich ein bisschen stolz.“ *Fokusgruppe 4, Pos. 13*

Häufig werden Menschen mit HIV zu Anwält*innen ihrer selbst und klären uninformierte Personen auf.

„Am Welt-Aids-Tag bin ich früh in die Praxis, bin rein, habe Informationsmaterial und Flyer abgelegt und bin wieder gegangen, die sollen das mal lesen, die sollen sich mal informieren, was soll ich da diskutieren. Und dann bin ich gegangen.“ *Fokusgruppe 1, Pos. 50*

Auch Sarkasmus kann eine Form sein, um beispielsweise auf unangemessene Fragen zu reagieren.

„Ich reagier auch gerne mit Sarkasmus, auf die Frage ‚Woher hast du dir denn das geholt?‘ sag ich dann auch gerne ‚War bei Aldi im Angebot‘.“ Fokusgruppe 1, Pos. 31

Das konfrontative Vorgehen gegen Diskriminierung und das Konfrontieren der diskriminierenden Person mit ihrer Uninformiertheit kann auch auf Gegenwehr stoßen. In den Fokusgruppen wird deutlich, wie anstrengend es sein kann, sich zu wehren, insbesondere wenn die betreffenden Personen/Organisationen nicht einsehen, dass sie diskriminierend gehandelt haben. So schildert eine Person eine Situation in einer Reha-Einrichtung, in der ihr verboten wurde, an der Wassergymnastik teilzunehmen.

„[...] Dann kam der Oberarzt und die Oberschwester ins Zimmer, die mit mir dieselbe Diskussion angefangen haben und dann habe ich versucht denen zu erklären, dass ich in diesem Becken ausbluten müsste, um andere zu infizieren. Und dann sagt er ich könnte ja alles Mögliche behaupten und erst als sie in meinem Beisein beim Hygienebeauftragten angerufen haben, der ihnen dann erklärt hat, dass der Infektionsweg komplett ausgeschlossen ist, hieß es dann, unter diesen Umständen wäre es möglich. Ich bin davon ausgegangen, dass wenn ich in so ein Krankenhaus gehe, treffe ich auf informierte Menschen. Zu diesem Oberarzt habe ich noch gesagt ‚hätte ich jetzt hier eine HIV-spezifische Erkrankung, ich wäre hier komplett aufgeschmissen. Kann es sein, dass sie komplett uninformiert sind?‘“

Fokusgruppe 1, Pos. 16

Insbesondere wenn Diskriminierung in Institutionen stattfindet, die Diskriminierungssituation zu einer starken Belastung führt und man alleine nicht weiterkommt, kann es sinnvoll sein, sich an eine Antidiskriminierungsstelle (z. B. der DAH) zu wenden. Dies haben 4 % ($n = 29$) der Teilnehmenden im letzten Jahr getan.

„[...] und dann hat er mir erklärt, in seiner Praxis gebe es ja immer mal Notfälle und dann meinte der Arzt ‚Wenn Sie wiederbelebt werden müssten und ich gehe rein und lese den Hinweis HIV, sie glauben ja nicht im Ernst, dass ich sie Mund-zu-Mund beatmen würde!‘ Und da ist mir wirklich die Luft weggeblieben und merkte, dass ich völlig außer mir war und habe dann die Diskussion beendet. Ich bin aufgestanden und gegangen. So und ich kann eigentlich meine Position immer gut vertreten, aber das hat mich so aus der Bahn geworfen und da habe ich eben auch gemerkt, ich muss etwas tun und dann habe ich eben die Antidiskriminierungsstelle der DAH kontaktiert, weil ich auch gemerkt habe, ich kam gar nicht runter. Ich will, dass da jetzt was passiert und ich kriege das alleine gar nicht hin.“ Fokusgruppe 1, Pos. 4

8 % ($n = 56$) der Teilnehmenden der Online-Befragung haben sich politisch engagiert, um gegen Diskriminierung vorzugehen. Dies kann beispielsweise das Engagement in Aidshilfen oder bei Antidiskriminierungskampagnen sein. Andere wiederum wenden sich beispielsweise an die Presse, um etwas zu verändern:

„Ich habe eine unwahrscheinliche Wut auf diesen Mann und ich will, dass da was passiert und ich merk so, es hat meine Kampfeslust bestärkt, so, wenn er nicht reagiert, ich bin jetzt auch an einem Punkt, dass ich auch an die regionale Presse gehen will. Ich will, dass der sich damit auseinandersetzt.“ Fokusgruppe 1, Pos. 10

In einigen Situationen kann es sinnvoll sein, sich rechtliche Unterstützung zu holen oder zu klagen. Deutlich wird, welcher Kraftakt das ist, insbesondere, wenn man eine physische oder psychische Erkrankung hat.

„Und ich habe gottseidank einen guten Anwalt an meiner Seite, aber überhaupt, dass ich das machen muss, dass ich die Kraft haben muss, mich damit auseinanderzusetzen, in meinem jetzigen Zustand. Ich kann froh sein, dass ich so stark bin, aber ich kann mir viele vorstellen, die es nicht schaffen und das dann nicht machen und dann ihr Recht auch einfach nicht durchsetzen und das halte ich für fatal.“ Fokusgruppe 2, Pos. 61

2 % ($n = 13$) der Teilnehmenden der Online-Befragung haben zudem im Zuge einer Diskriminierungssituation die Polizei eingeschaltet. Zudem haben sich 11 % ($n = 79$) der Befragten Hilfe bei Beratungsstellen (z. B. der Opferberatung, Antidiskriminierungsberatungsstellen oder der lokalen Aidshilfe) geholt.

6 % ($n = 44$) haben andere Dinge genannt, die sie gegen die diskriminierende Situation getan haben, z. B. haben sich einige rechtliche Unterstützung durch eine*n Anwält*in geholt, Klage eingereicht, Aufklärung in den sozialen Medien betrieben, die diskriminierende Person in sozialen Medien gemeldet, Beschwerde bei Ärztekammer oder beim Gesundheitsministerium eingereicht. Andere haben den*die Ärzt*in gewechselt oder einen anderen Umschulungsplatz gesucht, was beides aktive Reaktionen sind, durch die die potenzielle Diskriminierungssituation zukünftig vermieden wird.

Vermeidende Reaktionen

Ein Drittel (33 %; $n = 223$) der Personen⁹⁸, die diskriminierende Erfahrungen erlebt haben, geben an *nie* etwas dagegen unternommen zu haben oder sie haben eher vermeidende Strategien gewählt. So gaben 21 % an, dass sie der Person oder Situation aus dem Weg gegangen sind. 33 % geben an, sich aufgrund der diskriminierenden Situationen von sozialen Netzwerken oder Online-Plattformen (z. B. Dating-Apps) abgemeldet zu haben, 2 % sind umgezogen und 1 % haben ihren Arbeitsplatz gekündigt. Die Gründe hierfür sind vielfältig. Sie können beispielsweise darin liegen, dass man versucht, es nicht an sich herankommen zu lassen, weil es sich nicht „lohnt“ etwas dagegen zu sagen. Andere Gründe sind aber auch, dass man keine Kraft hat, sich nicht traut oder weil man nicht offen mit der HIV-Infektion umgeht und aus Selbstschutz nicht bzw. vermeidend reagiert.

⁹⁸ Von diesen 223 Personen haben 51 Personen (6 %) ausschließlich „Ich unternehme in derartigen Situationen nie etwas“ angegeben. Die restlichen Personen haben auch andere Umgangsweisen angegeben (z. B. meidende Umgangsweisen wie „Ich bin umgezogen“).

„Weil es in derselben Stadt ist, wo ich groß geworden bin, in der auch noch Schulkollegen aus anderen Klassen von damals gearbeitet haben und habe mich dann aufgrund dessen versetzen lassen, einfach um mich damit besser zu fühlen, weil ich hatte kein gutes Gefühl an die Arbeitsstelle zu gehen, weil wenn der Zahnarzt das schon weiß, dann wird es auch auf Arbeit ankommen und ich bin Erzieher. HIV-positive Menschen und kleine Kinder, das ist ein sehr heikles Thema.“ *Fokusgruppe 1, Pos. 56*

„Das belastet mich auch, das ist auch ein Grund zu überlegen, ob wir wieder in die Großstadt ziehen, weil es dort angenehmer ist, ich habe vorher in einer größeren Stadt gewohnt und hab die Erfahrung gemacht, da war der Status nicht das Thema und auch nicht das Problem.“ *Fokusgruppe 1, Pos. 62*

Auch ein Kontaktabbruch mit der Familie kann als letzte Lösung und zum Selbstschutz notwendig erscheinen.

„Was dazu geführt hat, ich habe meinen Schlüsselbund rausgenommen, den Schlüssel meines Elternhauses abgedreht, auf den Tisch gelegt und bin gegangen. Und habe seitdem keinen Kontakt mehr mit meiner Familie.“ *Fokusgruppe 2, Pos. 35*

Andere wechseln die Ärzt*in und suchen sich Expert*innen bzw. informierte Praxen.

„Ich habe mir eine Klinik gesucht, die halt auch eine gute Infektiologie hat, die damit einfach Berührungen haben, die wissen, wo kann ich mich anstecken und wo nicht und was ist einfach komplett unbedenklich und die dann auch dementsprechend total professionell und auch völlig unaufgeregt damit umgehen.“ *Fokusgruppe 4, Pos. 24*

Konfrontative und vermeidende Umgangsweisen im Vergleich

Um unterschiedliche Auswirkungen der beiden Umgangsweisen zu untersuchen, wurden die Mittelwerte verschiedener stigmabezogener Skalen zwischen Personen mit vermeidenden Umgangsweisen und denen verglichen, die sich konfrontativ gewehrt haben. Hierbei ist zu betonen, dass bei den vorhandenen Unterschieden Ursache und Wirkung eng miteinander zusammenhängen und daher keine Interpretationsrichtung vorgegeben werden kann. So kann beispielsweise ein hohes internalisiertes Stigma zu einem vermeidenden Umgang führen, aber auch umgekehrt – eine vermeidende Reaktion zu einem stärkeren internalisierten Stigma, beispielsweise durch Schuldgefühle sich selbst gegenüber, wie es folgendes Zitat aus der Online-Befragung verdeutlicht:

„In dem Moment fehlen die Worte und später schämte ich mich, dass ich den Mund nicht aufgeklappt hatte.“ *Online-Befragung, Frage UD05*

Reaktion auf Diskriminierung (letzte 12 Monate) (in %)

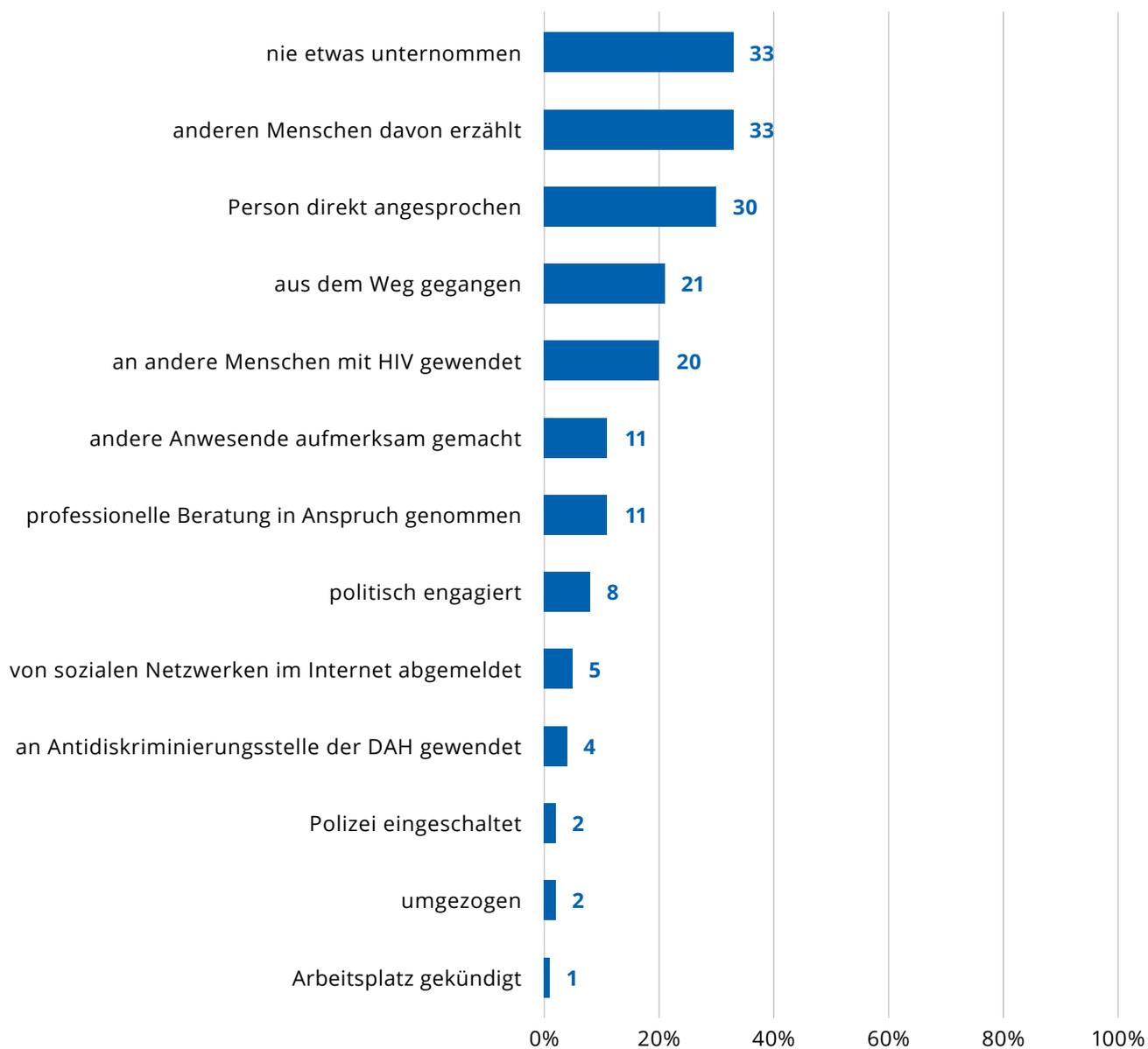


Abbildung 33: Reaktion auf Diskriminierung (Mehrfachantworten möglich). Prozentualer Anteil aller Teilnehmenden, welche diskriminierende Erfahrung(en) im letzten Jahr angegeben haben, n = 699.

Um Unterschiede zwischen konfrontativen und vermeidenden Reaktionen auf diskriminierende Situationen zu analysieren, wurden zwei Gruppen gebildet.⁹⁹

1. Personen, die nichts gegen die Diskriminierung unternommen haben und Umgangsweisen gewählt haben, die zur (zukünftigen) Vermeidung der Diskriminierungssituation geführt haben ($n = 260$)
2. Personen, die (auch) konfrontative Umgangsweisen mit Diskriminierungserfahrungen gewählt haben ($n = 420$)

Unterschiede zwischen vermeidenden und konfrontativen Umgangsweisen mit Diskriminierung werden in Bezug auf Aspekte der HIV-bezogenen Stigmatisierung, dem offenen Umgang mit der HIV-Infektion

und der Identifikation mit der HIV-Community bzw. dem eigenen Engagement im HIV-Bereich sichtbar. In Bezug auf die HIV-bezogene Stigmatisierung, insbesondere in Bezug auf die internalisierte Stigmatisierung, zeigt sich, dass diejenigen, die vermeidende Strategien im Umgang mit Diskriminierung anwenden, eine signifikant höhere internalisierte Stigmatisierung aufweisen als diejenigen, die konfrontativ gegen die Diskriminierung vorgehen. Zudem identifizieren sich Menschen, die konfrontativ mit der diskriminierenden Situation umgehen, signifikant stärker mit der HIV-Community (siehe Abbildung 34).

Darüber hinaus gehen diejenigen, die vermeidend reagieren oder gar nichts unternehmen, signifikant weniger offen mit ihrer HIV-Infektion um und haben eine geringere Motivation, sich im HIV-Bereich zu engagieren als diejenigen, die konfrontativ auf die Situation reagieren.

Vermeidender und konfrontativer Umgang im Vergleich

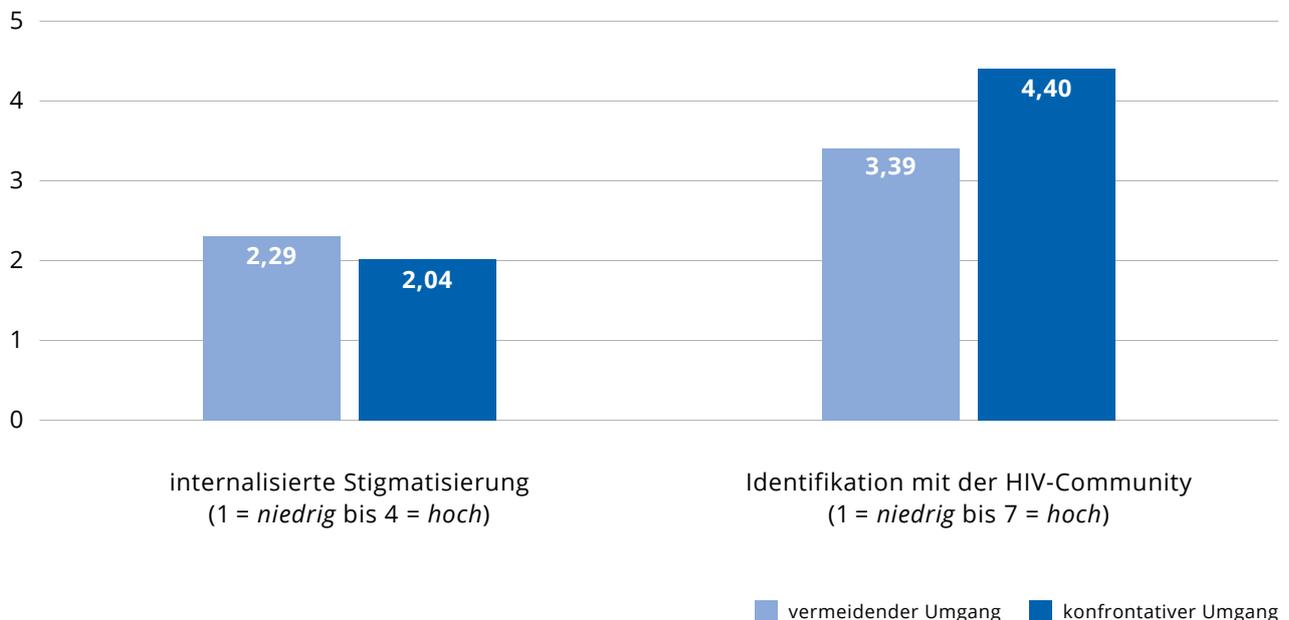


Abbildung 34: Vergleich der Umgangsweisen in Bezug auf internalisierte Stigmatisierung und Identifikation mit Community; dargestellt sind Mittelwerte der Teilgruppen „Vermeidender Umgang“ und „Konfrontativer Umgang“ pro Konstrukt, ($n = 816$).

⁹⁹ Statistische Angaben siehe Online-Anhang.

6.4.3 Gründe, in Diskriminierungssituationen nichts zu unternehmen

Es gibt zahlreiche Gründe, warum in diskriminierenden Situationen nichts unternommen wird. In der Online-Befragung wurde gefragt, welche Gründe es gab, in

manchen diskriminierenden Situationen nichts zu unternehmen (siehe Abbildung 35).

Gründe in Diskriminierungssituationen nichts zu unternehmen (in %)

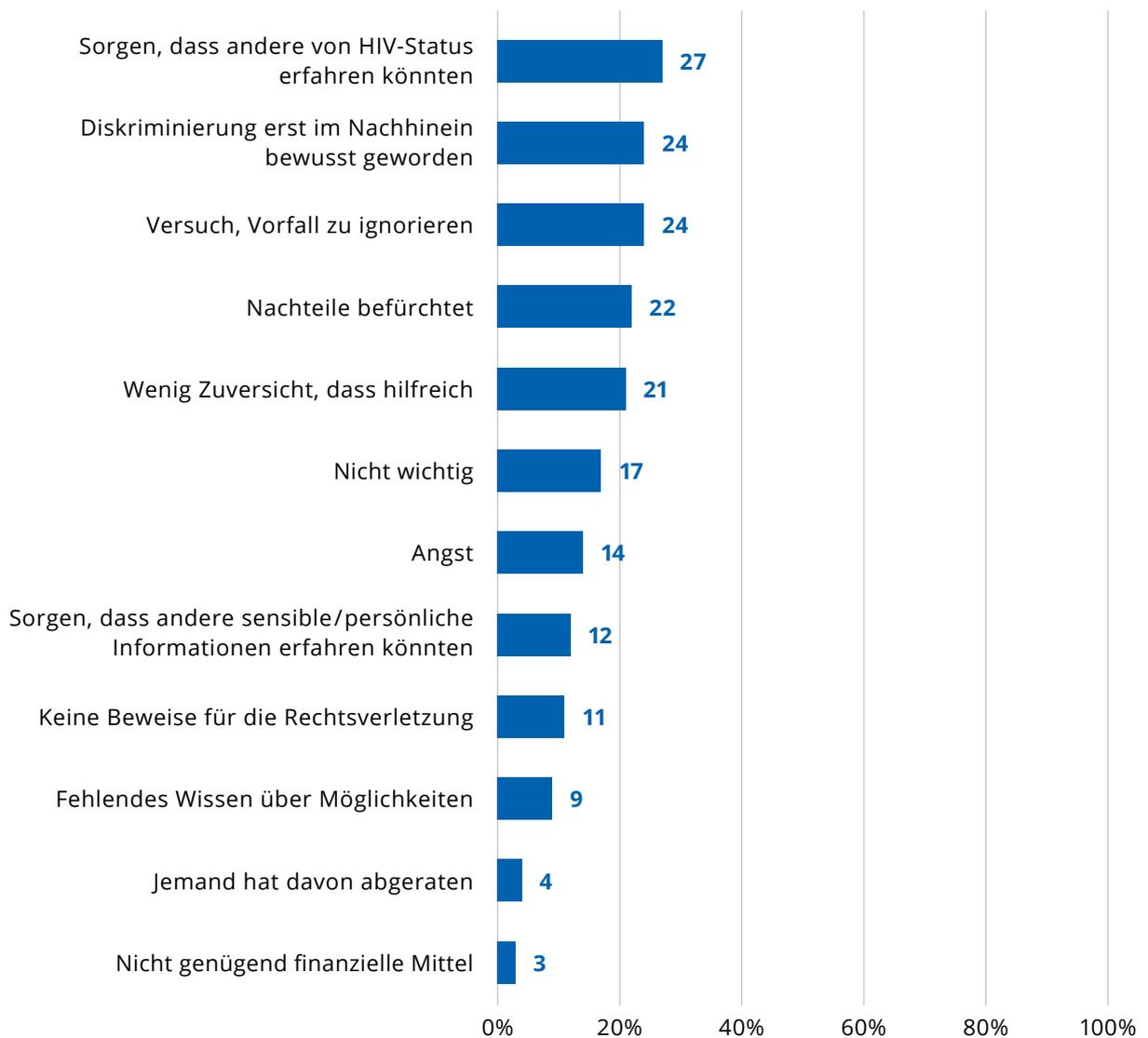


Abbildung 35: Gründe in Diskriminierungssituationen nichts zu unternehmen. Mehrfachnennung möglich. Prozentualer Anteil aller Teilnehmenden, welche diskriminierende Erfahrung(en) im letzten Jahr angegeben haben.

In den Fokusgruppen wird häufig geschildert, dass es von der eigenen Stärke in diesem Moment abhängt, ob man etwas unternimmt oder nicht.

„Es schwankt, es ist schon auch dieser eigene Umgang und mal fühle ich mich stärker oder kann besser damit umgehen und manchmal bin ich einfach auch dünnhäutig und dann überlege ich auch anders.“

Fokusgruppe 4, Pos. 9

Der am häufigsten genannte Grund, in Diskriminierungssituationen nichts gegen die Diskriminierung zu unternehmen, ist die Sorge, dass andere von der HIV-Infektion erfahren könnten. Dies nennen 27 % ($n = 217$) derjenigen, die Diskriminierung im letzten Jahr erlebt haben. Folgende Zitate veranschaulichen die dahinterliegenden Überlegungen.

„Wenn ich jetzt gesagt hätte ‚Hör mal auf darüber Witze zu machen‘, dann wäre der halt gekommen ‚Hä bist du, bist du positiv?‘ Oder, ‚Warum gehst du darauf jetzt so ein?‘ Und stattdessen guck ich in die Runde, sieht mir grad jemand etwas an? Ich fang an zu schwitzen und ich fange so ein ‚Okay-Lass-es-dir-nicht-anmerken-Lachen‘ an. Ja, das macht einen ein bisschen unsicher, traurig und nachdenklich. Sagst du was oder sagst du nix.“ *Fokusgruppe 3, Pos. 50*

¹⁰⁰ Frage UD05: Welche Gründe gab es, weshalb du in einigen Situationen nichts unternommen hast, in denen du aufgrund deines HIV-Status benachteiligt wurdest?

„Ich hätte glaube ich auch was gesagt, aber ich bin nicht geoutet, also meine Familie weiß es nicht, das war natürlich auch so ein Ding, da ist noch ein Patient im Raum, wer weiß, ob das jetzt nicht noch durch die ganze Stadt geht, wer weiß, ob der was mit meinem Namen anfangen kann. Sonst hätte ich da auch eine Beschwerde eingelegt und hätte mich tierisch darüber aufgeregt, aber so waren mir einfach die Hände gebunden.“

Fokusgruppe 1, Pos. 18

24 % ($n = 192$) geben an, dass ihnen erst später aufgefallen ist, dass sie diskriminiert wurden.

„Wo ich in der Notaufnahme war, wegen irgendwas. Ich habe als Vorerkrankung HIV angegeben und wurde dann auch gefragt von einer Krankenschwester: ‚Ach was echt, Sie, wo haben Sie das denn her und in ihrem Alter so?‘ Ja, wo habe ich das her? Was soll ich sagen? ‚Geht Sie das irgendetwas an?‘ Das habe ich nicht gesagt. Ganz oft bin ich auch einfach perplex und weiß dann auch erst hinterher erst, ja, was ich Schlagfertiges hätte sagen können.“

Fokusgruppe 4, Pos. 15

21 % ($n = 168$) geben an, dass sie wenig Zuversicht hatten, dass etwas dabei herauskommen würde.

„Dumme, ignorante Menschen kann man nicht ändern.“ *Online-Befragung, Frage UD05¹⁰⁰*

„Ich glaube, es ist auch trotzdem immer noch diese Grundeinstellung der Menschen, die müsste, glaube ich, geändert werden, wie weit ist die LGBTQ-Szene gekommen und es gibt immer noch diesen Haufen von Menschen, die einfach schwulenfeindlich sind und egal wie sehr du diese Gruppe aufklären würdest, würden sie es nicht raffan [...] Genauso sehen die Leute das mit HIV.“

Fokusgruppe 3, Pos. 213–215

14 % ($n = 112$) fühlen sich eingeschüchtert oder hatten Angst, etwas zu unternehmen und 9 % ($n = 71$) wissen nicht, was sie in der diskriminierenden Situation tun sollen oder wohin sie sich wenden sollen.

„[...] und habe dann auch den Arzt gewechselt und hab mich dann auch weiter nicht drum gekümmert, weil da wusste ich dann auch noch nichts von der Antidiskriminierungsstelle der DAH und so weiter. Das war da noch ziemlich am Anfang. Bis ich dann bei der Aidshilfe selber eingestiegen bin und dann so auch peu à peu die einzelnen Möglichkeiten dann kannte.“ *Fokusgruppe 1, Pos. 12*

Darüber hinaus wurde auch deutlich, dass Schamgefühle und eine starke Kränkung in der Situation daran hindern können, sich gegen die Diskriminierung zur Wehr zu setzen.

„Also ich hatte schon einige Arztbesuche, danach bin ich rausgegangen und habe geweint, weil ich mich irgendwie so schlecht und gekränkt gefühlt habe. Manchmal sage ich gar nichts und ignoriere es. Was soll ich darauf sagen: ‚Ja, ich hatte Sex.‘“

Fokusgruppe 1, Pos. 22

Andere geben an, dass sie nicht schwach sein wollen und deswegen nichts gegen die diskriminierende Person unternehmen.

„Ich gehöre nicht zur Generation, die jammert und sein Leid nach außen trägt.“

Online-Befragung, UD05

6.4.4 Zusammenfassung Umgang mit HIV-bezogener Diskriminierung

Als wichtigste Ressourcen im Umgang mit Diskriminierung werden Freund*innen und Partner*innen genannt. Auch andere Menschen mit HIV werden häufig als Ressource genannt. Das Eingebunden-Sein in die HIV-Community kann also als wichtige Ressource gesehen werden, aktiv gegen die Diskriminierung vorzugehen.

Circa ein Drittel der Teilnehmenden, die im letzten Jahr Diskriminierung erlebt haben, hat sich konfrontativ gegen Diskriminierung eingesetzt, anderen davon berichtet und sich Unterstützung geholt. Ungefähr ein weiteres Drittel wählte vermeidende Umgangsweisen, um entweder direkt aus der Situation zu kommen oder zukünftig derartige Situationen zu vermeiden (u.a. Umzug, Arbeitsplatzwechsel). Ein Vergleich beider Umgangsweisen zeigt, dass Befragte, die

konfrontativ vorgehen, unter anderem weniger internalisierte Stigmatisierung aufweisen oder sich mehr mit der HIV-Community identifizieren als Befragte, die vermeidende Umgangsweisen angaben. Die Gründe in Einzelsituationen konfrontativ oder vermeidend vorzugehen sind von vielen Faktoren wie der persönlichen Verfassung in der Situation, der Relevanz der Situation, fehlendem Wissen über Möglichkeiten oder der Angst, dass der HIV-Status öffentlich wird abhängig. Der konfrontative Umgang scheint auf das psychologische Wohlbefinden zunächst positive Auswirkungen zu haben, ist jedoch auch mit Anstrengung oder Zeitaufwand verbunden. Einige Teilnehmende wählten auch eine längerfristige und über die eigenen Erfahrungen hinausgehende Möglichkeit des Umgangs mit Diskriminierung in Form von Engagement und Aktivismus in der HIV-Community (siehe 6.7).

6.5 Sexualität und Beziehungsleben

Sexuelle Gesundheit umfasst neben der Abwesenheit von Krankheiten auch eine erfüllte Sexualität. Um diese zu erreichen, muss die eigene Sexualität frei von Diskriminierung und Gewalt gelebt werden können (vgl. IPPF 2009, WHO 2011). HIV – als eine sexuell übertragbare Infektion – kann die Sexualität und das Beziehungsleben von Menschen mit HIV vor einige Herausforderungen stellen und sollte daher auch als Thema in der HIV-Forschung verstärkt Berücksichtigung finden. In Deutschland lassen sich insbesondere die Studie „Schwule Männer und HIV“ (vgl. Drewes/ Kruspe 2013) sowie die European Men-Who-Have-Sex-With-Men Internet Survey (vgl. EMIS 2019) hervorheben, welche sexualitätsbezogene Aspekte berücksichtigten. International konnte in einigen Studien

eine geringere sexuelle Zufriedenheit von Menschen mit HIV im Vergleich zu HIV-negativen Personen belegt werden (z. B. Wilson et al. 2010). Zudem können sexuelle Unzufriedenheit, sexuelle Funktionsstörungen und das Fehlen eines Sexuallebens von Menschen mit HIV zumindest teilweise durch HIV-bedingte Stigmatisierung und Diskriminierung insbesondere im sexuellen Umfeld erklärt werden, welche zum Teil auch mit Depressionen, Angststörungen, Schuld- und Einsamkeitsgefühlen sowie Ansteckungsängsten einhergehen (vgl. u.a. Peyre et al. 2019; Schönnesson et al. 2018; Kaida et al. 2015; De Ryck et al. 2012). So lag ein Schwerpunkt von „positive stimmen 2.0“ in der sexualwissenschaftlichen Untersuchung im Kontext Sex- und Beziehungsleben von Menschen mit HIV.

6.5.1 Beziehung und Sexleben

Über die Hälfte der Befragten (59 %) befindet sich zurzeit in einer oder mehreren festen Beziehung(en). 32 % derjenigen, die nicht in einer festen Beziehung sind, gaben an, in den letzten 12 Monaten sexuelle

Kontakte gehabt zu haben. Insgesamt sind 9 % der gesamten Stichprobe weder in einer Beziehung noch sexuell aktiv (siehe Tabelle 52).

Beziehungsstatus und Sexleben	Anteil (in %)	n
In einer/mehreren festen Beziehung(en)	59	526
Sexuell aktiv in den letzten 12 Mon. (ohne feste Beziehung)	32	282
Nicht in Beziehung und nicht sexuell aktiv	9	82
Gesamt	100	925

Tabelle 52: Beziehungsstatus und Sexleben. Prozentualer Anteil aller Teilnehmenden, welche die entsprechenden Fragen beantwortet haben.

Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass HIV bei einem nicht unerheblichen Anteil der Befragten das Sex- und Beziehungsleben beeinträchtigt und beispielsweise zum Verlust von festen Beziehungen, zu sexueller Ablehnung, zu Angst vor Ablehnung, Ansteckungsängsten beim Sex sowie dem Meiden von Sexualität führen kann (siehe auch Kapitel 3). Es soll hierbei nicht vermittelt werden, dass eine feste Beziehung oder ein aktives Sexualleben Voraussetzung für ein glückliches und gesundes Leben ist oder das Fehlen als defizitär dargestellt werden. Ein selbstbestimmtes Leben – ob mit HIV oder ohne – kann ebenso gut ein Leben ohne Sex oder Beziehung sein.

Die Ergebnisse dieser Studie deuten jedoch an, dass das *unfreiwillige* Fehlen eines aktiven und erfüllenden Sex- und Beziehungslebens mit negativen Effekten einhergehen kann. Dies kann viele Ursachen haben, unter anderem können auch HIV-bezogene Faktoren eine Rolle spielen. Das Fehlen eines aktiven Sex- und Beziehungslebens kann dabei einerseits Folge von HIV-bezogener Stigmatisierung und Diskriminierung sein. So geben 52 % an, dass es schwerer ist, aufgrund von HIV eine*n (Sexual-)Partner*in zu finden, und 32 % geben an, manchmal Sex zu meiden aufgrund der HIV-Infektion (siehe 6.5). Andererseits kann das Vorhandensein einer Beziehung bzw. ein aktives Sexualleben eine Ressource darstellen, die dabei hilft mit HIV-bezogener Stigmatisierung umzugehen. So geben 52 % aller Teilnehmenden und 94 % derjenigen, die in einer (oder mehreren) festen Beziehung(en) sind, an, dass der Rückhalt des*der Partner*in dabei hilft, mit HIV-bezogener Stigmatisierung und Diskriminierung umzugehen (siehe 6.1).

Beziehungsverlust aufgrund von HIV

Insgesamt haben 20 % der Befragten schon einmal oder öfter eine Beziehung aufgrund der HIV-Infektion verloren (davon 15 % einmal, 5 % öfter; siehe Tabelle 53).

Ein Beziehungsverlust aufgrund der HIV-Infektion kann beispielsweise auf Ablehnung der (festen) Partner*innen nach Bekanntwerden der HIV-Infektion zurückgehen. Hier lassen sich Überschneidungen mit sexueller Ablehnung verzeichnen, wenn die Ablehnung in sich anbahnenden Beziehungen geschieht oder es sich um feste Sexpartner*innen handelt, die aufgrund der HIV-Infektion die Beziehung bzw. den Kontakt beenden.

Beziehungsverlust aufgrund HIV	Anteil (in %)	n
Nein	80	724
Ja, einmal	15	133
Ja, öfter	5	43
Gesamt	100	900

Tabelle 53: Beziehungsverlust aufgrund HIV. Prozentualer Anteil aller Teilnehmenden, welche die entsprechende Frage beantwortet haben.

„Eine anbahnende Beziehung hat nach mehreren Dates geäußert, dass er damit nicht umgehen kann, [er hat] den Kontakt abgebrochen und danach meinen Status weiter kommuniziert.“ *Online-Befragung, Frage DS16*

„Als ich ihm dann erzählt hatte, dass ich positiv getestet worden war, hat er sich nie wieder bei mir gemeldet. Ich hatte noch einige Male versucht, ihn telefonisch zu kontaktieren, doch er hatte dann nie Zeit und wollte mich zurückrufen, was er nie getan hat. Das war in meinem persönlichen Umfeld die einzige negative Erfahrung, die ich je gemacht habe.“ *Online-Befragung, Frage DS16*

Ebenso kann auch die internalisierte Stigmatisierung und eine daraus möglicherweise resultierende fehlende Selbstakzeptanz dazu führen, dass die Sorge abgelehnt zu werden, so groß ist, dass man selbst die Beziehung beendet, wenngleich der*die Partner*in die HIV-Infektion akzeptiert.

„Es war eher so, dass ich einen Mann kennen gelernt habe, der HIV-negativ war und ich Probleme hatte, mich ihm zu offenbaren. Als ich es dann doch gemacht habe, war das so sehr im Mittelpunkt für mich, akzeptiert zu werden, dass sexuell die Luft raus war, obwohl es für den Mann kein so großes Ding war. Ich hatte das Gefühl, dass es nicht geht.“

Online-Befragung, Frage DS16

In einer festen Beziehung können zudem Konflikte, die aufgrund der HIV-Infektion entstehen, zu einem Beziehungsverlust führen. So stimmen 17 % sehr oder eher zu, dass die HIV-Infektion zu mehr Konflikten in der Partnerschaft führt (siehe 6.5). Konflikte in der Beziehung aufgrund der HIV-Infektion werden auch in den Fokusgruppen berichtet. Beispielsweise dann, wenn sich ein*e Partner*in innerhalb der festen Beziehung bei einem Außenkontakt angesteckt hat oder den/die Partner*in angesteckt hat. Zudem kann es vorkommen, dass die HIV-negativen Partner*innen bei Bekanntwerden der HIV-Infektion Schwierigkeiten haben, mit der Infektion zurechtzukommen, weil sie beispielsweise irrationale Ansteckungsängste haben. Die Offenlegung der HIV-Infektion in einer festen Beziehung kann für die Beteiligten häufig eine „Krise“ darstellen, die bewältigt werden muss. So muss der Umgang damit in der Beziehung ausgehandelt werden – beispielsweise in Bezug auf Safer Sex, die befürchtete Stigmatisierung der Partner*innen, das offene Sprechen über die Infektion im Freund*innenkreis oder der Familie. Diese Konflikte können mit dem Ende der Beziehung einhergehen, aber auch zu einer Stärkung der Beziehung beitragen.

„Also ich hatte seitdem drei Sexualpartner, zwei von denen sind sehr gut und locker damit umgegangen, wahrscheinlich lockerer als ich, haben auch viel darüber recherchiert und haben das ‚Unter der Nachweisgrenze-Sein‘ mehr geglaubt als ich es geglaubt habe. Jetzt der Aktuelle akzeptiert das schon, hat aber auch eine ähnlich irrationale Angst und ist auch auf jeden Fall vorsichtiger.“

Fokusgruppe 3, Pos. 143

„Das ist bei mir auch konkret, weil es eine Auseinandersetzung in meiner Partnerschaft ist und wir uns da auch irgendwie einigen mussten, wie gehen wir damit um, also wie geht er damit um, wie gehe ich damit um, es ist auch wahrscheinlich nicht so häufig, dass Paare, die sich angesteckt haben, noch zusammen sind.“ *Fokusgruppe 4, Pos. 49*

Gründe für den Verlust einer Beziehung aufgrund der HIV-Infektion müssen jedoch nicht stigma- oder diskriminierungsbedingt sein. So wurde in der Online-Befragung beispielsweise geschildert, dass durch die HIV-Infektion die sexuelle Untreue in der Beziehung bekannt geworden ist und die Beziehung daraufhin beendet wurde.

„HIV hat aufgedeckt, dass ich mit Huren und Trans* Sex hatte, dadurch ist meine Ehe zerbrochen und meine Frau ist psychisch in einem sehr schwierigen Zustand.“

Online-Befragung, HB10

Bekanntheit und Relevanz des HIV-Status des*der Partner*in(nen)

HIV-Status der Partner*innen	Anteil (in %)	n
Ja, er*sie ist/sie sind HIV-positiv.	29	156
Ja, er*sie ist/sie sind HIV-negativ.	64	348
Ja, der HIV-Status ist unterschiedlich (bei mehreren Partner*innen).	4	20
Nein, ich kenne den HIV-Status nicht.	4	23
Gesamt	100	547

Tabelle 54: HIV-Status der Partner*innen. Prozentualer Anteil aller Teilnehmenden, welche die entsprechende Frage beantwortet haben.

29 % derjenigen, die in einer festen Beziehung sind, geben an, eine*n HIV-positiven Partner*in zu haben (siehe Tabelle 54). In Bezug auf die Bekanntheit ihres HIV-Status der Sexualpartner*innen stimmen 53 % derjenigen, die im letzten Jahr Sexualkontakte außerhalb von Beziehungen hatten, sehr oder eher zu, dass ihnen der HIV-Status der Sexpartner*innen in der Regel bekannt ist. Darüber hinaus wurde nach der Relevanz ihres HIV-Status gefragt. Hierbei stimmen 15 % sehr und eher zu, dass sie nur Sex mit HIV-positiven Sexpartner*innen haben. 64 % geben an, dass ihnen der HIV-Status der Sexpartner*innen (mehr oder weniger) egal ist (siehe Abbildung 36).

In den Fokusgruppen wird geschildert, dass es für manche Menschen mit HIV leichter ist, Sex mit ebenso HIV-positiven Menschen zu haben, oder mit Menschen, die PrEP nehmen. Begründet wird dies damit, dass es dann leichter fällt, sich beim Sex fallen zu lassen, man sich weniger Gedanken um den Infektionsschutz machen muss und keine Angst haben muss, abgelehnt zu werden.

„Also ich denke generell, dass man einen Selbstschutz entwickelt. Weil vorher hat man geguckt, der gefällt mir, mit dem will ich Sex. Heute suche ich zwar auch, der gefällt mir, aber such mir einen Gleichgesinnten, guck in seinen Status, ist er HIV-positiv? Wenn ja umso besser, das macht mir das Sexleben leichter. Weil ich muss nicht fragen, brauchen wir ein Kondom, müssen wir uns schützen oder sonst was, sondern man kann sich einfach fallen lassen und einfach genießen, was ich leider Gottes, muss ich ganz ehrlich sagen, teilweise mit Negativen nicht kann.“

Fokusgruppe 2, Pos. 152

Relevanz des HIV-Status bei Sexpartner*innen (in %)

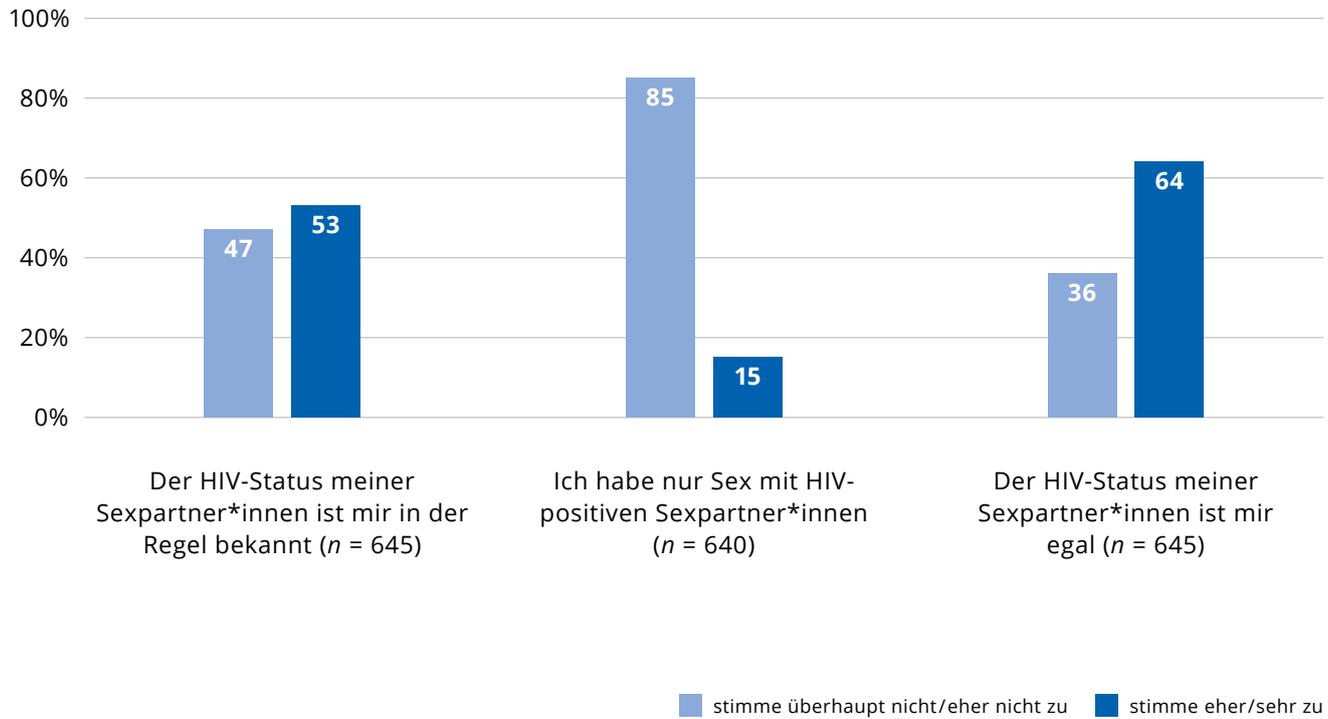


Abbildung 36: Relevanz ihres HIV-Status bei Sexpartner*innen. Prozentualer Anteil aller Teilnehmenden, welche die entsprechenden Aussagen beantwortet haben.

6.5.2 Sexuelle Zufriedenheit

Über die allgemeine Lebenszufriedenheit hinaus wurde in der Online-Befragung ebenso die sexuelle Zufriedenheit abgefragt. Der Großteil der Befragten gibt zusammengefasst mit 60 % an, sehr/eher zufrieden zu sein. Wobei 43 % angeben eher zufrieden zu sein. Darüber hinaus geben 40 % an, sehr/eher unzufrieden zu sein, wovon 29 % angeben, eher unzufrieden mit ihrer Sexualität zu sein.¹⁰¹

Sexuelle Zufriedenheit (in %)

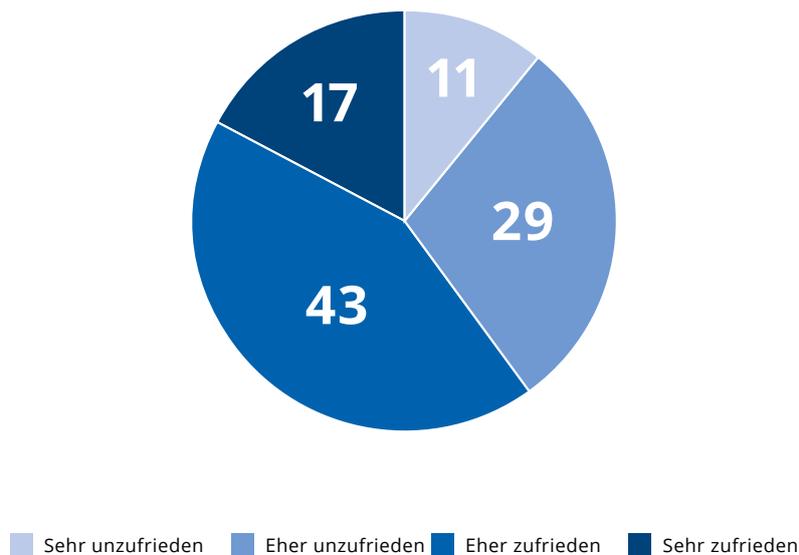


Abbildung 37: Sexuelle Zufriedenheit. Prozentualer Anteil aller Teilnehmenden, welche die entsprechende Frage beantwortet haben.

¹⁰¹ Sexuelle Zufriedenheit: $M (SD) = 2,7 (0,90)$, Skala: 1 sehr unzufrieden bis 4 sehr zufrieden.

Teilgruppenanalysen: Sexuelle Zufriedenheit

Die sexuelle Zufriedenheit wird von vielen Faktoren beeinflusst. Dazu gehört beispielsweise der Gesundheitszustand, das Vorhandensein einer Behinderung oder die Beziehungsdauer (vgl. Dekker et al. 2020). Aber auch der SES und andere strukturelle Faktoren spielen eine Rolle bei der sexuellen Zufriedenheit

(vgl. Sánchez-Fuentes et al. 2014). In den Teilgruppenanalysen¹⁰² für die sexuelle Zufriedenheit zeigt sich, dass Frauen, Menschen mit Behinderung, über 60-Jährige und Menschen mit niedrigem SES signifikant weniger sexuell zufrieden sind als der jeweilige Rest der Stichprobe. Menschen mit HIV, die im letzten Jahr keine Diskriminierungserfahrungen gemacht haben, sind signifikant zufriedener als der Rest der Stichprobe (siehe Abbildung 38).

Sexuelle Zufriedenheit nach Teilgruppen (1 = sehr unzufrieden bis 4 = sehr zufrieden)

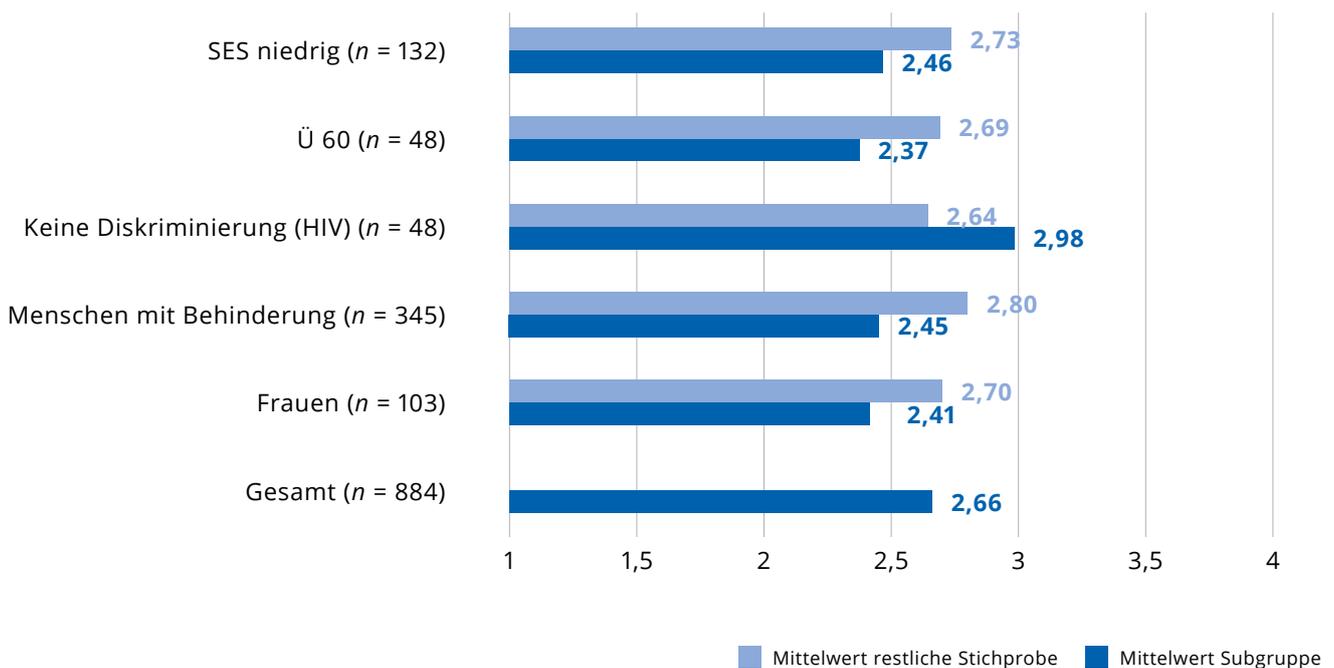


Abbildung 38: Mittelwertvergleiche der Skala „Sexuelle Zufriedenheit“ zwischen einzelnen Teilgruppen mit der jeweiligen restlichen Stichprobe. Dargestellt sind nur die Teilgruppen, die sich signifikant vom jeweiligen Rest der Stichprobe unterscheiden. Da sich die Teilgruppen auch überschneiden (z. B. Schwule & MSM, die eine Behinderung haben) und die Mittelwertunterschiede je Variable/Konstrukt getestet wurden, können gegenseitige (intersektionale) Effekte nicht ausgeschlossen werden.

¹⁰² Die Mittelwerte verschiedener Teilgruppen wurden mittels T-Test nach signifikanten Teilgruppenunterschieden untersucht (siehe Online-Anhang).

Zusammenhangsanalysen: Sexuelle Zufriedenheit

Insgesamt wird auch in dieser Studie deutlich, dass die sexuelle Zufriedenheit positiv mit der Lebensqualität und Gesundheit zusammenhängt, d.h. eine höhere sexuelle Zufriedenheit der Befragten geht mit einer höheren Lebenszufriedenheit einher ($r = ,429$; $p < ,001$; $n = 865$), mit einem besseren Gesundheitszustand ($r = ,280$; $p < ,001$; $n = 884$) und mit weniger psychosomatischen Symptomen ($r = -,370$; $p < ,001$; $n = 882$) – und umgekehrt.

Auch HIV-bezogene Aspekte – so auch Stigmatisierung und Diskriminierung – wirken mit der sexuellen Zufriedenheit zusammen. Es zeigt sich, dass Befragte,

die eine hohe sexuelle Zufriedenheit haben, eher eine niedrigere internalisierte Stigmatisierung ($r = -,255$; $p < ,001$; $n = 865$) angeben und weniger Diskriminierung im letzten Jahr erfahren haben ($r = -,162$; $p < ,001$; $n = 870$) – und umgekehrt.

Die folgende Grafik stellt dar inwiefern mit einem hohen internalisierten Stigma die sexuelle Unzufriedenheit einhergeht. Die Teilnehmenden wurden in drei Gruppen (geringe, mittlere und hohe internalisierte Stigmatisierung) geteilt.¹⁰³ Es zeigt sich (hier deskriptiv), dass Personen, die angeben sehr unzufrieden mit ihrer Sexualität zu sein, zu 57 % hohe Stigmatisierungswerte aufweisen, während Personen, die angeben sehr zufrieden mit ihrer Sexualität zu sein, nur zu 19 % hohe Stigmatisierungswerte angeben.

Sexuelle Zufriedenheit und internalisiertes Stigma (in %)

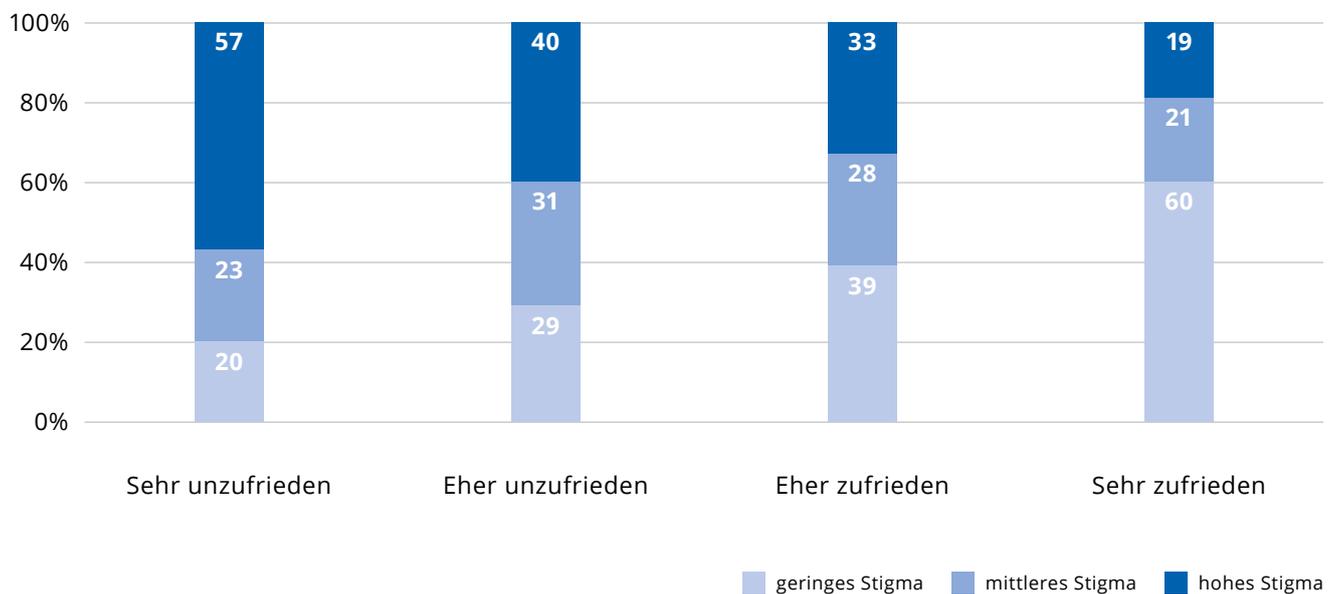


Abbildung 39: Sexuelle Zufriedenheit und internalisierte Stigmatisierung. Prozentualer Anteil der Teilnehmenden in den drei Gruppen, getrennt nach ihren Werten der Skala „Internalisierte Stigmatisierung“ (deskriptive Darstellung).

¹⁰³ Die Zuordnung zu den Gruppen erfolgte über Perzentile. Das Drittel der Teilnehmenden mit den niedrigsten internalisierten Stigmatisierungswerten wurde der Gruppe „Niedriges Stigma“ zugeordnet, während das Drittel mit den höchsten internalisierten Stigmatisierungswerten der Gruppe „Hohes Stigma“ zugeordnet wurde. Weitere statistische Werte: siehe Online-Anhang.

6.5.3 Sexualitätsbezogene Diskriminierung aufgrund der HIV-Infektion

Wie bereits in Modulstudie A (Kapitel 3) und Abschnitt 6.3 beschrieben, wurden HIV-bezogene Diskriminierungserfahrungen, welche die Sexualität betreffen, von den Teilnehmenden sehr häufig berichtet. So erlebten über die Hälfte der Befragten (55 %) im letzten Jahr sexuelle Zurückweisung aufgrund der HIV-Infektion. 28 % geben an, mindestens einmal unerwünschte sexualisierte Kommentare erlebt zu haben (siehe Abbildung 40).

Auch in den Fokusgruppen waren Erfahrungen mit sexueller Ablehnung aufgrund von HIV Thema. Diese werden als verunsichernd, belastend und einschneidend wahrgenommen.

„[...] und ich habe aber auch schon schlechte Erfahrungen gemacht, also auch Zurückweisungen erlebt. Ein Sexualpartner hatte meine Medikamente gefunden, dann hat er schnell einen Zettel geschrieben, dass er die gefunden hat und er deswegen jetzt geflohen ist, also eigentlich hat er sich auch entschuldigt. [...] Ich fand das direkt in dem Moment schon schlimm, es war zum ersten Mal so und auch nur einmal.“ Fokusgruppe 3, Pos. 122

Sexuelle Zurückweisung und sexualisierte Kommentare (in %)

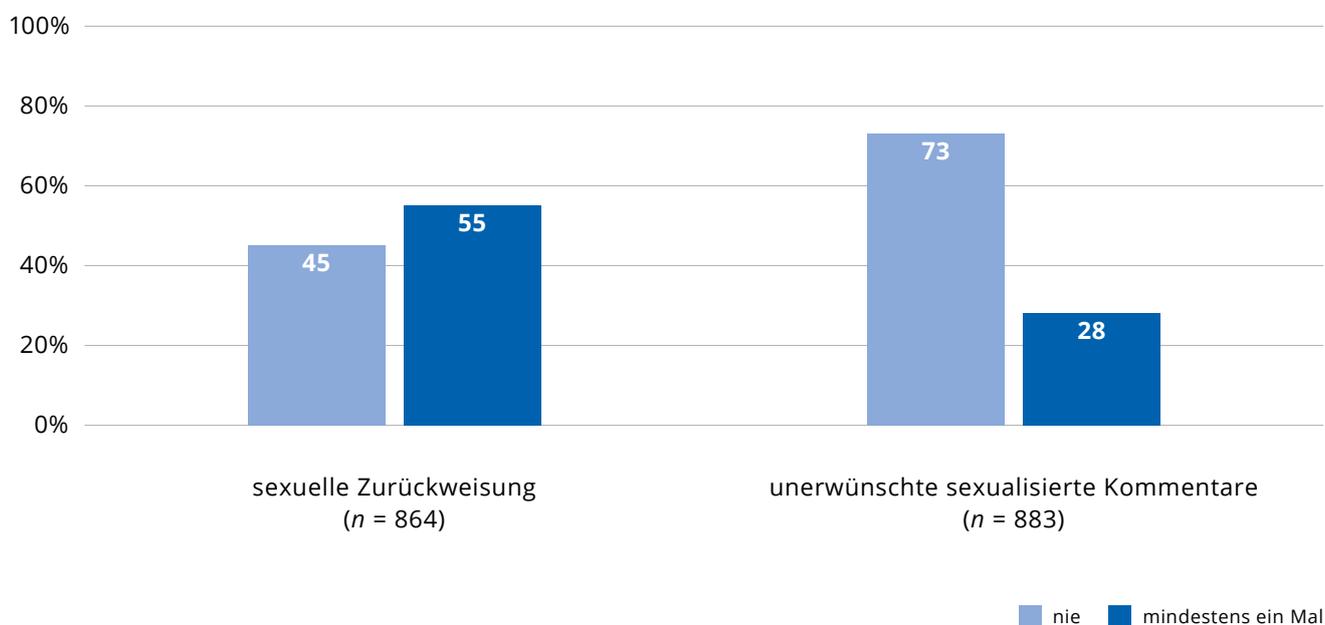


Abbildung 40: Sexuelle Zurückweisung und sexualisierte Kommentare. Prozentualer Anteil aller Teilnehmenden, welche die entsprechende Frage beantwortet haben.

„Ich hatte ein Date, das war im Restaurant. Wir haben gesprochen, uns kennengelernt und irgendwann habe ich ein Bedürfnis verspürt, meinen HIV-Status zu outen. Also ich spiele auch mit offenen Karten und dann sag ich es einfach sofort beim ersten Date. Und dann ist er einfach aufgestanden und abgehauen. [...] und ich fühle mich schmutzig und wertlos und ich fühle mich wie Müll.“ *Fokusgruppe 1, Pos. 131–135*

Auch in vielen Schilderungen der Online-Befragung wurde sexuelle Ablehnung als diskriminierende Erfahrung benannt:

„Ich hatte nach Jahren ein Date und wir hatten Oralsex. Mitten in der Nacht ist er ohne Begründung gegangen. Nachdem ich nicht aufhörte zu bohren, meinte er, er könne sich nichts Langfristiges mit jemanden mit HIV vorstellen. Seitdem habe ich nicht mehr gedatet.“ *Online-Befragung, Frage DS16*

„Ich habe mich mit einer Person gedated. Die Person schien sehr unaufgeklärt zu sein, ich habe bestmöglich versucht die Person aufzuklären, als ich jedoch sagte, dass ich selbst HIV-positiv war, ist die Person laut, beleidigend und ablehnend geworden. Ich wurde beschimpft und zurückgewiesen, eine normale Unterhaltung war nicht mehr möglich.“ *Online-Befragung, Frage DS16*

Insbesondere spielt sexuelle Ablehnung auch beim Online-Dating eine Rolle. Auch hier gab es viele Berichte von Diskriminierungserfahrungen in der Online-Befragung sowie in den Fokusgruppen.

„Eigentlich habe ich das bisher nur im Chat auf Plattformen [...] kennengelernt. Zum Beispiel Beschimpfungen, nachdem ich meinen Status offenbart habe.“

Online-Befragung, Frage DS16

„Auf Datingseiten gab ich bei Chats SdT [Schutz durch Therapie] an bzw. dass ich unter der Nachweisgrenze bin. Da gab es schon negative Reaktionen, die verletzend sind. Dabei bemühte ich mich um Aufklärung, die [aber] keinen Anklang fand.“

Online-Befragung, Frage DS16

„Mir wurde auf einer Gay Datingplattform vorgeworfen ich wolle andere vorsätzlich infizieren und daraufhin wurde ich von der Person angezeigt.“ *Online-Befragung, Frage DS16*

„[...] Wenn mir jemand sagt, du bist ein netter, ich würde gerne grundsätzlich mit dir, aber ich habe einfach ein ungutes Gefühl, mit einem HIV-positiven Menschen Sexualität zu leben. Dann kann ich das akzeptieren, ja [...], aber es ist vielfach dann einfach nur ‚Ihh‘ oder man wird direkt geblockt. Dass sind Momente, die empfinde ich nach wie vor heute als diskriminierend und als unerträglich, die will ich nicht.“

Fokusgruppe 2, Pos. 37

Über sexuelle Ablehnung hinaus erleben Menschen mit HIV auch, dass sie aufgrund ihres HIV-Status von (ehemaligen) Sexpartner*innen erpresst und genötigt wurden, der HIV-Status weitererzählt oder mit einer Anzeige wegen angeblicher Körperverletzung gedroht wurde.

„Erpressung wegen ungeschütztem Geschlechtsverkehr – nach dem Motto, wenn ich nicht..., dann...“

Online-Befragung, Frage DS16

„Ich habe mich einem Sexpartner gegenüber als positiv geoutet. Er gab an, damit keine Probleme zu haben. Als ich kurz darauf keinen Sex mehr mit ihm wollte, hat er andere mögliche Sexpartner vor mir ‚gewarnt‘ und mich der Körperverletzung bezichtigt, weil ich mit ihm kondomlosen Sex hatte (nachdem ich mit ihm über meinen Status gesprochen hatte).“

(Online-Befragung, Frage DS16)

¹⁰⁴ Mittelwerte beider Diskriminierungssituationen „Sexuelle Zurückweisung im letzten Jahr“ und „Unerwünschte sexualisierte Kommentare“ wurden zusammengefasst (sexualitätsbezogene Diskriminierung); (Cronbachs $\alpha = ,71$; $n = 851$). Die statistischen Kennwerte finden sich im Online-Anhang.

Teilgruppenanalysen: Sexualitätsbezogene Diskriminierung aufgrund der HIV-Infektion

Vergleicht man die Mittelwerte der fokussierten Teilgruppen¹⁰⁴ mit dem jeweiligen Rest der Stichprobe, zeigt sich, dass Menschen mit Behinderung sowie Menschen mit einer HIV-Diagnose von unter 2 Jahren mehr sexualitätsbezogene Diskriminierungserfahrungen im letzten Jahr erlebt haben als der jeweilige Rest der Stichprobe. Menschen über 60 Jahre erleben hingegen weniger sexualitätsbezogene Diskriminierung im letzten Jahr (siehe Abbildung 41).

Sexualitätsbezogene Diskriminierung aufgrund HIV nach Teilgruppen (0 = nie bis 5 = 10 mal oder mehr)

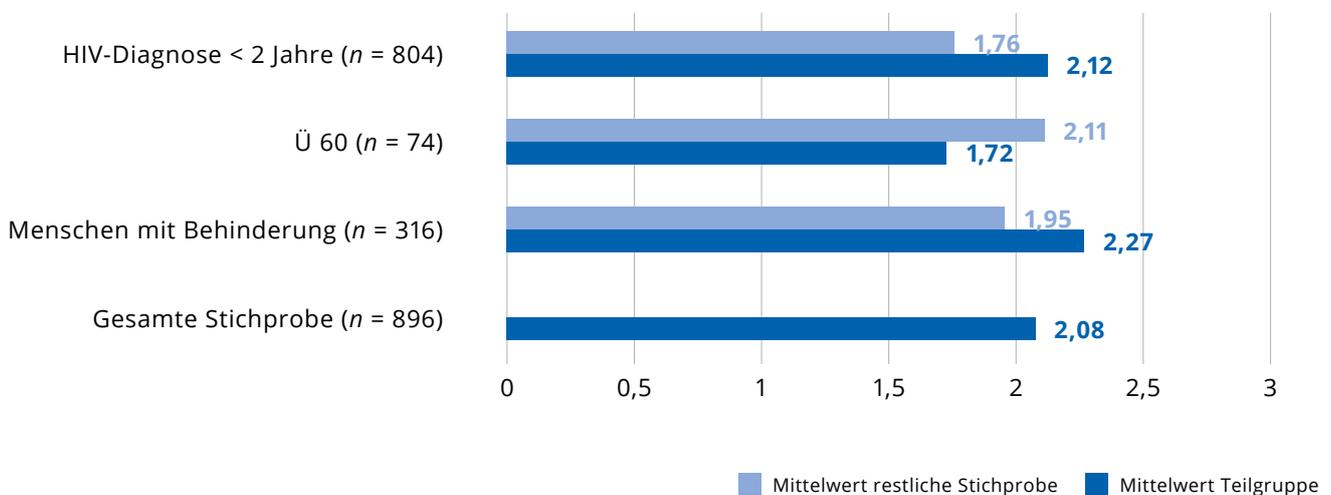


Abbildung 41: Mittelwertvergleiche der Skala „Sexualitätsbezogene Diskriminierung aufgrund HIV“ zwischen einzelnen Teilgruppen mit der jeweiligen restlichen Stichprobe. Dargestellt sind nur die Teilgruppen, die sich signifikant ($p < ,01$) vom jeweiligen Rest der Stichprobe unterscheiden. Da sich die Teilgruppen auch überschneiden (z. B. Schwule & MSM, die eine Behinderung haben) und die Mittelwertunterschiede je Variable/Konstrukt getestet wurden, können gegenseitige (intersektionale) Effekte nicht ausgeschlossen werden.

6.5.4 Offenes Sprechen über HIV im Sex- und Beziehungsleben

Neben dem offenen Umgang allgemein (siehe 6.2) wurde in der Online-Befragung der offene Umgang spezifisch in festen Beziehungen, gegenüber Sexpartner*innen sowie beim Online-Dating fokussiert. Dabei unterliegt der Umgang mit HIV in Bezug auf das offene Kommunizieren des Status keiner Wertung, das heißt ob es „gut“ oder „schlecht“ ist, den HIV-Status offenzulegen. Es ist eine individuelle Entscheidung und zahlreiche Gründe führen situativ zur Entscheidung für oder gegen einen offenen Umgang. Als „offen“ wurden in dieser Studie Antwortoptionen klassifiziert, die den HIV-Status faktisch kommuni-

zieren, als „nicht offen“ alle Antwortoptionen, die den HIV-Status verschweigen oder verschleiern (z. B. Angaben HIV-negativ zu sein, PrEP zu nehmen oder HIV-Status nicht zu kennen). Insbesondere das Angeben von PrEP ist dabei eine (neue) Strategie, den HIV-positiven Status nicht angeben zu müssen.

Es zeigt sich für die Teilnehmenden der Studie deskriptiv, je näher und enger die (sexuelle/romantische) Beziehung zu einer Person ist, desto offener wird über die HIV-Infektion gesprochen (siehe Abbildung 42).

Offenes Sprechen über HIV im Sex- und Beziehungsleben (in %)

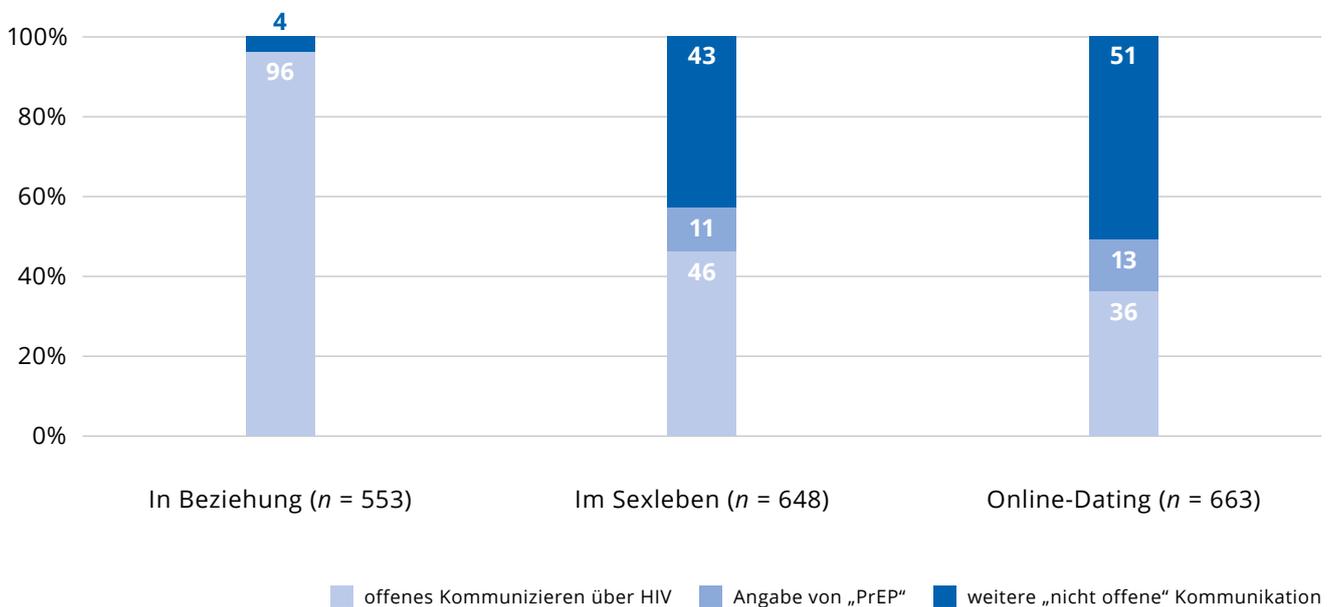


Abbildung 42: Offenes Sprechen über HIV im Sex- und Beziehungsleben. Prozentualer Anteil aller Teilnehmenden, welche die entsprechenden Fragen beantwortet haben.

Gegenüber festen Partner*innen geben nahezu alle Teilnehmenden, die in Beziehung(en) sind, an, dass sie HIV-positiv sind (96 %). Gegenüber Sexpartner*innen kommunizieren etwas weniger als die Hälfte der Befragten (46 %) den HIV-Status offen. 29 % entscheiden von Situation zu Situation, ob sie offen über die HIV-Infektion mit ihren Sexpartner*innen sprechen. 11 % sagen nichts über ihren HIV-Status und ebenso geben 11 % an, dass sie die PrEP nehmen. Außerdem wurde in der offenen Antwortmöglichkeit unter „Anderes“ angegeben, dass der HIV-Status nur auf Nachfrage kommuniziert, aber nicht proaktiv von sich aus angesprochen wird.

„Ich sage meinen Status ehrlich, aber nur wenn ich gefragt werde.“ *Online-Befragung SB09*

Weiterhin wird angegeben, dass generell immer Kondome beim Sex verwendet werden, dass man sich generell so verhalten sollte, als wären beide positiv und dass es die Sexualpartner*innen insbesondere bei One-Night-Stands „nichts angeht“.

„Meinen Sexualpartner, in diesem Fall ONS [One-Night-Stand], geht das gar nichts an was ich für einen Status habe. Ich verhalte mich als wären wir beide positiv, verwende AUSSCHLIEßLICH Kondome und praktiziere ganz normalen altmodischen Safer Sex! Dann kann mir und ihm nichts passieren!“ *Online-Befragung, Frage SB09*

Auf die Frage, ob Online-Dating genutzt wird, bejahten 70 % der Gesamtstichprobe (663 Personen, davon 92 % Schwule & MSM). Insgesamt geben 36 % derjenigen, die Online-Dating nutzen, auf ihrem Profil bzw. im Chat offen an, dass sie HIV-positiv sind. 45 % geben nichts über ihren HIV-Status an, 13 % geben an, dass sie die PrEP nehmen, 2 % geben an, dass sie HIV-negativ sind und 0,9 % geben an, dass sie ihren HIV-Status nicht kennen. Unter „Anderes“ wurde von den Teilnehmenden u.a. angegeben, dass sie keine öffentlichen Angaben zum HIV-Status machen möchten und dann ggf. im persönlichen Kontakt die HIV-Diagnose mitteilen. Andere entscheiden je nach Chatverlauf, ob sie der Person die HIV-Infektion mitteilen. Auch beim Online-Dating wird teilweise von Situation zu Situation entschieden oder auf unterschiedlichen Plattformen werden unterschiedliche Angaben gemacht.

„Ich entscheide von Situation zu Situation.“

Online-Befragung, Frage SB10¹⁰⁵

„Ich mache keine öffentlichen Angaben zum HIV Status, ggf. im persönlichen Chat.“

Online-Befragung, Frage SB10

„Wenn dann gefragt wird, gebe ich Bescheid. Oder bevor es zu einem Treffen kommt, weiß der andere auch immer Bescheid.“

Online-Befragung, Frage SB10

„Ich gebe an, dass ich Safer Sex praktiziere.“

Online-Befragung, Frage SB10

¹⁰⁵ Frage SB10: „Welche Angaben machst du beim Online-Dating über deinen HIV-Status?“

Herausforderungen beim offenen Sprechen über HIV im Sex- und Beziehungsleben

Mehr als die Hälfte der Teilnehmenden hat Schwierigkeiten über den HIV-Status im Sex- und Beziehungsleben zu kommunizieren. So lehnen 55 % der Befragten die Aussage ab, dass es ihnen leichtfällt, den HIV-Status gegenüber (potenziellen) Sexpartner*innen und 48 % gegenüber (potenziellen) festen

Partner*innen mitzuteilen. 62 % stimmen der Aussage zu, dass es ihnen schwerfällt den richtigen Zeitpunkt zu finden, potenziellen Sex- und Beziehungspartner*innen von der Infektion zu erzählen. Wichtig ist aber auch festzuhalten, dass – insbesondere aufgrund der Schutzwirkung der Therapie¹⁰⁶ – von vielen Menschen mit HIV nicht die Notwendigkeit gesehen wird, Sexpartner*innen den HIV-Status mitzuteilen. Dieser Aussage stimmen 39 % sehr und eher zu (siehe Abbildung 43).

Herausforderungen des offenen Umgangs im Sex-/Beziehungsleben (in %)

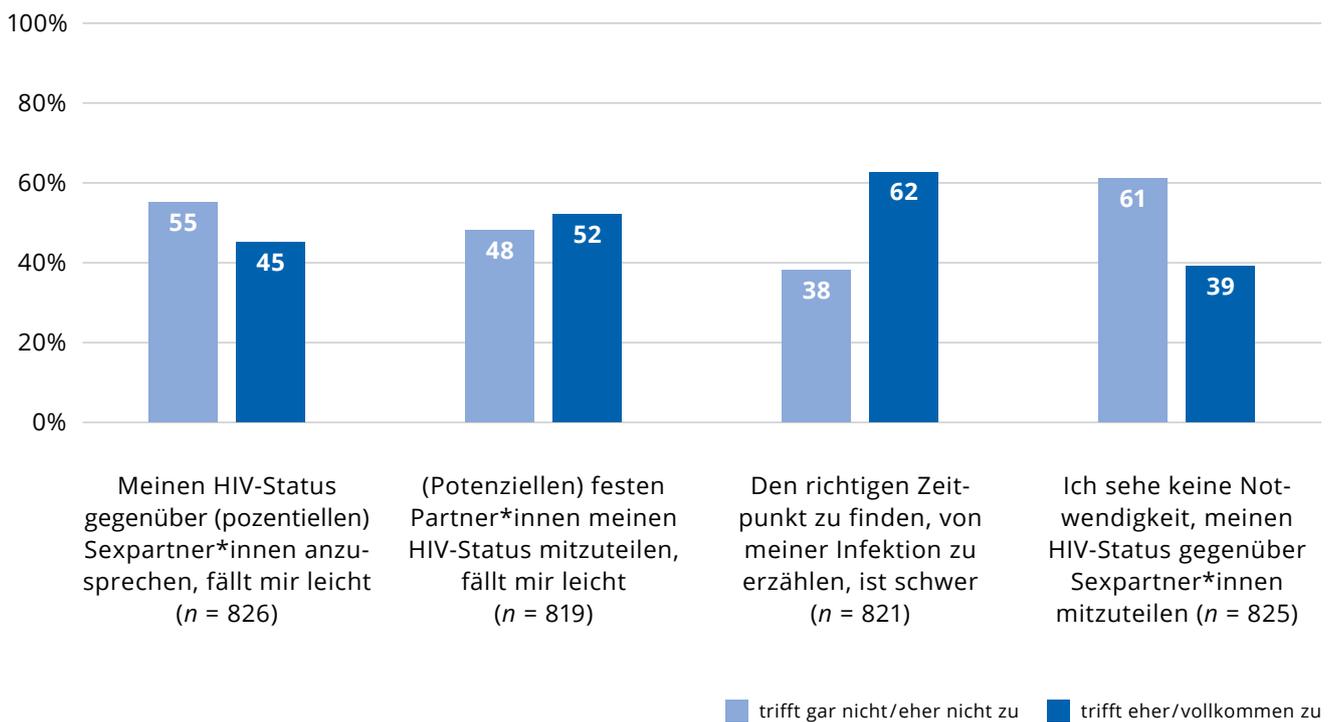


Abbildung 43: Herausforderungen in Bezug auf offenen Umgang im Sex- und Beziehungsleben. Prozentualer Anteil aller Teilnehmenden, welche die entsprechende Frage beantwortet haben.

¹⁰⁶ Mit „Schutz durch Therapie“ ist gemeint, dass HIV unter Therapie beim Sex nicht übertragbar ist. In der HIV-Community wird auch die Präventionsbotschaft n=n (nicht nachweisbar = nicht übertragbar) verbreitet (vgl. <https://wissen-verdoppeln.hiv/ueber/>).

Ebenso wie in den Ergebnissen der Online-Befragung wird auch in den Fokusgruppen deutlich, dass das eigene HIV-Coming Out gegenüber (potenziellen) Sex- oder Beziehungspartner*innen ein vulnerables Ereignis darstellt und mit viel Unsicherheit und Ängsten einhergehen kann. Einerseits erscheint es einigen bei Sexdates nicht notwendig, den HIV-Status offenzulegen. Andererseits äußern einige, dass es sogar leichter fällt bei unverbindlichen Sexkontakten darüber zu sprechen. Die Mehrheit der Teilnehmenden äußert das Bedürfnis, in festen Beziehungen offen mit der HIV-Infektion umzugehen. Hier scheint jedoch das offene Sprechen über den eigenen HIV-Status aufgrund der befürchteten Sorge vor Ablehnung schwierig zu sein. Es stellt sich insbesondere die Frage des „richtigen“ Zeitpunktes, von der HIV-Infektion zu erzählen.

„Es ist ein Zwiespalt, dieses Ding, wann sag ich es, wann ist der richtige Moment, aber es gibt einfach keinen richtigen Moment.“

Fokusgruppe 1, Pos. 149

„Alles, was oberflächlich ist, da mache ich mir keine Gedanken, da denke ich auch nicht darüber nach, muss ich dem das jetzt sagen, da ja alles geschützt abläuft, unter der Nachweisgrenze und Kondom. Es fängt dann halt wirklich erst an blöd zu werden, wenn ich merke, okay gut, diese Person könnte ich gut finden, wo ich nach wie vor nicht wirklich weiß, wie geht man damit um, wann erzählt man das?“ *Fokusgruppe 3, Pos. 146*

„Also ich glaub es ist auch nochmal ein Unterschied, ob ich eher den Fokus auf Sex und Beziehung habe oder einfach ein Sexdate, weil ich glaube, wenn ich nur ein Sexdate haben will, dann kann ich das direkt raushauen, aber, wenn da jemand ist, mit dem ich gerne eine Beziehung haben möchte, dann spielt auch der Zeitpunkt eher eine Rolle.“ *Fokusgruppe 1, Pos. 145*

In Bezug auf die Frage des richtigen Zeitpunktes fühlen einige der Befragten eine Dilemma-Situation. Sie machen die Erfahrung oder haben die Befürchtung, dass ein HIV-Coming-Out vor dem ersten Sex oder beim Kennenlernen zu Ablehnung führen kann, während ein späteres Coming-Out – beispielsweise dann, wenn sich Vertrauen oder eine emotionale Bindung aufgebaut hat – zu einem gefühlten (Vertrauens-) Bruch beim Gegenüber führt und ebenso Ablehnung zur Folge haben kann.

„Vor kurzem habe ich jemanden kennengelernt und dann habe ich mich erst bei dem 4. oder 5. Treffen geoutet und er ist nicht abgehauen. Gott sei Dank! Aber er hat mich gefragt ‚Warum sagst du es nicht am Anfang?‘ und ich bin einfach verwirrt, weil beim letzten Mal habe ich es am Anfang gesagt und dann ist er abgehauen und jetzt hab ich es beim 4. Treffen gesagt und es heißt dann ‚Warum sagst du es nicht am Anfang?‘“ *Fokusgruppe 1, Pos. 137*

Darüber hinaus wird berichtet, dass es auch „nerven“ kann, immer wieder den HIV-Status mitzuteilen, mit der Reaktion und den Ängsten des Gegenübers umzugehen, ggf. *Schutz durch Therapie* erklären zu müssen und die andere Person zu beruhigen.

„Ich sag es immer spätestens beim zweiten Treffen oder wenn man sich ein paar Mal getroffen hat und denkt da könnte mehr draus werden. ‚Erzähl mal was über HIV‘ und dann musst du aufklären, [sagen], dass man keine Angst haben muss und das da noch nie was passiert ist. Und dann immer wieder das Bohren, wenn wir dann mal was haben: ‚Da kann ja nichts passieren, oder?‘ und immer wieder kommt das gleiche ‚Na du hast es doch gesagt‘, aber da habe ich keine Lust mehr irgendwas anzufangen, das geht nicht.“ Fokusgruppe 1, Pos. 139–143

Während einige Teilnehmenden betonen, immer offen mit ihrer HIV-Infektion im Sex- und Beziehungsleben umzugehen, verschweigen andere selbst in festen Beziehungen ihren HIV-Status aus Angst vor Ablehnung. Die Geheimhaltung geht dann häufiger mit einem hohen Aufwand einher, da beispielsweise Medikamente versteckt oder ärztliche Termine verschwiegen werden müssen.

„Und einmal habe ich durch Zufall einen positiven Partner gehabt, das hat mir natürlich nichts ausgemacht. Ich habe es [meine Infektion] aber trotzdem verschwiegen bis zum Ende. Wir haben uns gut ergänzt, aber es ging in die Brüche, aber ich bin eigentlich so, dass ich das niemandem erzähle, weil es schreckt doch viele ab.“ Fokusgruppe 2, Pos. 89

Auch beim Online-Dating wird abgewogen, wie offen man dort mit der eigenen HIV-Infektion umgeht. Insbesondere wird betont, dass es eine öffentliche Angabe ist, die theoretisch jede*r im Netz sehen kann und dass dies auch angreifbar macht.

„Also da würde ich beispielsweise nichts reinschreiben. Dafür bin ich nicht stark genug das auszuhalten. Also da würde ich mich diskriminiert fühlen und ich erlebe das auf [schwulen Dating-Apps], dass mich Unbekannte anschreiben und ich weiß nicht ‚Gibt es diesen Menschen wirklich, ist es fake?‘ Und der fragt mich, ob ich positiv bin und ich weiß gar nicht wem ich das sage, vielleicht ist es mein Nachbar, deswegen werde ich da immer ganz vorsichtig, solange ich jemanden nicht kenne.“

Fokusgruppe 2, Pos. 45

Einige machen die Erfahrung von sexueller Ablehnung und Beleidigung aufgrund von HIV beim Online-Dating, aber entscheiden sich dennoch dafür, proaktiv mit ihrer HIV-Infektion umzugehen und „drüberzustehen“.

„[...] auf den Datingplattformen, da mach ich kein Hehl mehr draus, da steht [mein HIV-Status] ganz klipp und klar drin, ich habe mittlerweile die Einstellung, wenn jemand damit nicht klarkommt, dann kann ich auf den auch verzichten, wobei ich eben auch erlebe, dass man tatsächlich auch beschimpft wird und das erlebe ich immer wieder.“ Fokusgruppe 1, Pos 93

„Ich kann aber sagen, dass ich in den letzten zwei, drei Jahren weitgehend nur positive Erfahrungen gemacht habe. Also zum Beispiel bei mir steht selbstverständlich SdT [Schutz durch Therapie], die Leute wissen Bescheid. [...] Dann auch diese Frage, die mir auch langsam auf den Keks geht ‚Bist du gesund?‘ und dann antworte ich zum Beispiel ‚Ja, ich bin gesund, in Therapie und unter der Nachweisgrenze.‘ Und es gibt wenige Leute, die dann sagen im Sinne von ‚Oh, ne ich habe da aber meine Bedenken‘ oder ‚Lieber nicht‘, aber dann gestehe ich denen das auch zu. Ich brauchte auch meine Zeit, um ein Setting für mich und einen Umgang zu finden, warum soll ich den anderen das nicht zugestehen?“ Fokusgruppe 2, Pos. 38

Andere erleben, dass sie weniger bei den potenziellen Sexpartner*innen „ankommen“, wenn sie HIV im Profil angeben und entscheiden sich deswegen dafür, den HIV-Status nicht im Profil kenntlich zu machen.

„Also ich erlebe es wirklich bei [Dating-Apps] in beide Richtungen, ich erlebe Ablehnung aufgrund HIV. Ich habe zum Beispiel bei mir ein Bild drin, ich hatte mal Schutz durch Therapie als Angabe drin, dann habe ich es wieder rausgenommen, weil ich festgestellt habe, jetzt wo wieder keine Angabe drinsteht, mehr Zulauf ist. Das kann vielleicht auch an der Stadt liegen, weiß ich nicht, aber ich habe es eben genau auch umgekehrt erlebt, einfach auch Zuspruch oder dass die Leute sagen, ‚Ja kein Problem, ich nehme lieber dich, weil da weiß ich, dass da nichts passieren kann.“

Fokusgruppe 2, Pos. 75

Anhand der Ergebnisse der Online-Befragung lässt sich sehen, dass einige HIV-positive Menschen auch angeben PrEP zu nehmen, wenngleich es insbesondere auf schwulen Dating-Plattformen häufig die Möglichkeit gibt, auch *Schutz durch Therapie* anzugeben. Gründe hierfür können beispielsweise in den tatsächlich erlebten Diskriminierungserfahrungen auf Online-Portalen gesehen werden oder in der Angst vor Ablehnung aufgrund der verinnerlichten Stigmatisierung. In den Fokusgruppen wurde darüber diskutiert, ob die Tatsache, dass beim Dating insbesondere in der schwulen Community (augenscheinlich vermehrt) nicht offen über HIV kommuniziert wird, auf eine nach wie vor sehr starke oder sogar verstärkte Stigmatisierung der HIV-Infektion zurückzuführen ist, und welche Rolle die Einführung der PrEP dabei spielt.

„Also da komme ich nochmal auf PrEP zurück, also ich habe festgestellt, dass so gerade bei [schwulen Dating-Apps] sehr viele jetzt PrEP stehen haben und ich kenne diese Typen, die sind aber HIV-positiv. Das heißt also für mich, [die] haben eher Angst mit ihrer Infektion umzugehen, weil wenn da PrEP steht, dann bin ich ja ein guter Schwuler, also, das finde ich dann auch zum Kotzen.“

Fokusgruppe 2, Pos. 68

Teilgruppenanalysen: Herausforderungen beim offenen Sprechen im Sex- und Beziehungsleben

Vergleicht man die Wahrnehmung der Herausforderung in Bezug auf das offene Sprechen im Sex- und Beziehungsleben¹⁰⁷ für verschiedene Teilgruppen, zeigen sich signifikante Unterschiede (siehe Abbildung 44). Hierbei fällt es Frauen und Menschen

mit kurzer Diagnosedauer unter 2 Jahren schwerer, den HIV-Status offen gegenüber (potenziellen) (Sex-) Partner*innen anzusprechen oder den richtigen Zeitpunkt zu finden als dem jeweiligen Rest der Stichprobe. MSM sowie den Personen, die im letzten Jahr keine der in der Studie abgefragten Diskriminierungserfahrungen gemacht haben, fällt der offene Umgang hingegen leichter als dem jeweiligen Rest der Stichprobe.

Empfinden des offenen Sprechens über HIV im Sex- und Beziehungsleben (1 = fällt sehr schwer bis 4 = fällt sehr leicht)

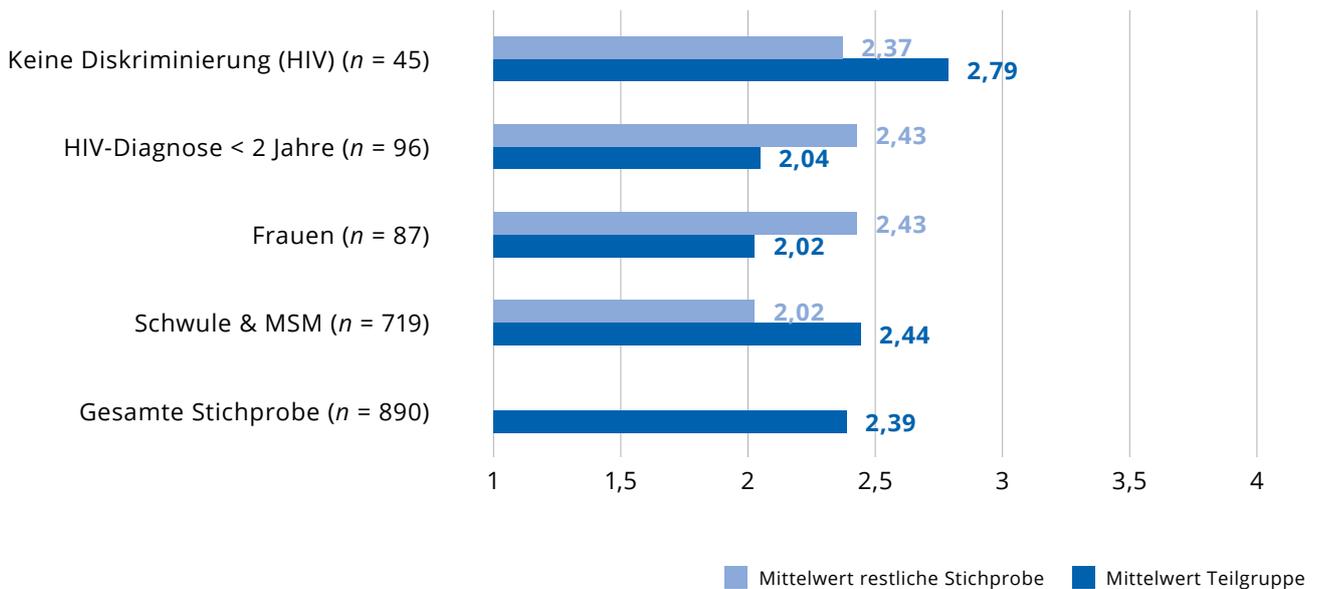


Abbildung 44: Mittelwertvergleiche der Skala „Empfinden des offenen Sprechens über HIV im Sex- und Beziehungsleben“ zwischen einzelnen Teilgruppen mit der jeweiligen restlichen Stichprobe. Dargestellt sind nur die Teilgruppen, die sich signifikant vom jeweiligen Rest der Stichprobe unterscheiden. Da sich die Teilgruppen auch überschneiden (z. B. Schwule & MSM, die eine Behinderung haben) und die Mittelwertunterschiede je Variable/Konstrukt getestet wurden, können gegenseitige (intersektionale) Effekte nicht ausgeschlossen werden.

¹⁰⁷ Hierfür wurden 3 Aussagen zur Skala „Herausforderung offenes Sprechen über HIV“ zusammengefasst (Cronbachs $\alpha = ,78$; $n = 830$; 1 = fällt sehr schwer bis 4 = fällt sehr leicht). Die Mittelwertunterschiede zwischen den Teilgruppen wurden mittels T-Tests untersucht (statistische Kennwerte siehe Online-Anhang).

6.5.5 Auswirkungen von HIV auf das Sex- und Beziehungsleben

In der Online-Befragung wurden verschiedene Auswirkungen von HIV auf das Sex- und Beziehungsleben abgefragt (siehe Tabelle 55).

Über die Hälfte (58 %) der Befragten stimmt sehr/ eher zu, dass ihre Sexualität nicht durch HIV beeinträchtigt ist. Viele empfinden jedoch eine mehr oder weniger starke Beeinträchtigung ihres Sex- und Beziehungslebens, so lehnen 42 % die Aussage ab, dass ihre Sexualität nicht durch HIV beeinträchtigt ist.

Auswirkungen von HIV auf das Sex- und Beziehungsleben	Stimme gar nicht/eher nicht zu (in %)	Stimme sehr/ eher zu (in %)
Meine Sexualität ist durch meine HIV-Infektion nicht beeinträchtigt. (n = 879)	42	58
Durch meine HIV-Infektion habe ich weniger Spaß beim Sex. (n = 854)	71	29
Ich fühle mich beim oder nach dem Sex oft schuldig wegen meiner HIV-Infektion. (n = 853)	85	15
Ich habe keine Angst, jemanden beim Sex mit HIV anzustecken. (n = 873)	32	68
Ich habe Angst davor, aufgrund meiner HIV-Infektion sexuell zurückgewiesen zu werden. (n = 869)	43	57
Ich meide manchmal Sex aufgrund meiner HIV-Infektion. (n = 866)	77	32
Meine HIV-Infektion hilft mir, mich mehr mit meiner Sexualität auseinanderzusetzen. (n = 806)	55	45
Meine HIV-Infektion hat mein sexuelles Selbstbewusstsein gestärkt. (n = 840)	59	41
Aufgrund meiner HIV-Infektion ist es schwerer, eine*n feste*n Partner*in zu finden. (n = 722)	48	52
Meine HIV-Infektion führt zu mehr Konflikten in meiner Partnerschaft. (n = 684)	83	17
Mit meiner HIV-Infektion kann ich meinen Kinderwunsch nach meinen Vorstellungen umsetzen. (n = 313)	64	37

Tabelle 55: Auswirkungen von HIV auf das Sex- und Beziehungsleben. Prozentualer Anteil aller Teilnehmenden, welche die entsprechende Frage beantwortet haben.

Positive Auswirkungen von HIV auf die Sexualität

Um keinen rein defizitären Blick auf Auswirkungen der HIV-Infektion auf das Sex- und Beziehungsleben zu werfen, wurde auch nach positiven Auswirkungen der HIV-Infektion auf das Sex- und Beziehungsleben gefragt.

Insbesondere wenn die (Sexual-)Partner*innen kein Problem mit der HIV-Infektion haben, wird dies in den Fokusgruppen als positive Erfahrung geschildert.

„Für mich hat sich eigentlich gar nichts geändert, was, glaube ich, auch einfach darauf zurückzuführen ist, dass ich damals, als ich es erfahren habe, gerade frisch in einer Beziehung war, deshalb haben wir uns testen lassen und er hat mich von Tag eins nicht anders behandelt. Selbst als meine Viruslast noch sehr hoch war, hatten wir von Tag eins ein ganz normales Sexleben. Dadurch, dass ich, glaube ich, nie das Gefühl vermittelt bekommen habe, ich muss mich schämen oder ich muss mich eckeln oder [mich] wie irgendeine Virenschleuder fühlen, glaube ich einfach, dass es sich dadurch nach wie vor ganz normal entwickelt hat [...].“

Fokusgruppe 3, Pos. 122

So geben 45 % an, dass ihnen die HIV-Infektion hilft, sich mehr mit der eigenen Sexualität auseinanderzusetzen. Zudem stimmen 41 % sehr und eher zu, dass durch die HIV-Infektion das sexuelle Selbstbewusstsein gestärkt wurde. So kann beispielsweise ein Emanzipationsprozess durch die HIV-Infektion angestoßen und ein proaktiver Umgang mit der HIV-Infektion erlangt werden. Dies kann bewirken, dass man einen positiveren Zugang zur eigenen Sexualität erhält, in dem man sich durch die HIV-Infektion bewusster mit der eigenen Sexualität auseinandersetzt, lernt über Sexualität zu sprechen und sich selbst

anzunehmen. In den Fokusgruppen wird auch geschildert, dass die Sexualität durch die HIV-Infektion befreiter gelebt werden kann, da die omnipräsente Sorge vor einer HIV-Infektion (insbesondere für schwule Männer und MSM) wegfällt und unter erfolgreicher Therapie die Gewissheit besteht, niemanden mehr unwissentlich mit HIV infizieren zu können, wie es folgendes Zitat verdeutlicht.

„Na gut, ich weiß ja nicht, meistens habe ich Sex mit Positiven oder Leuten auf PrEP. Die Infektion hat verändert, dass für mich viele Hemmungen weg sind.“ *Fokusgruppe 3, Pos. 142*

Lustverlust

Zu den negativen Auswirkungen zählt der Verlust des Spaß am Sex. So kann dieser zeitweise oder dauerhaft eingeschränkt sein, dieser Tatsache stimmen 29 % sehr und eher zu. 32 % stimmen zudem zu, aufgrund der HIV-Infektion manchmal Sex zu meiden. Insbesondere zu Beginn der Infektion werden sexuelle Schwierigkeiten, Lustverlust und meidendes Sexualverhalten beschrieben.

„Ganz am Anfang war es bei mir so, dass ich mit meinem Partner den Sex nicht so genießen konnte. Also da hatte ich so die leichten Probleme damit überhaupt Sex mit ihm zu haben, er hat sich auch bemüht, dass es dann auch wieder funktioniert.“ *Fokusgruppe 1, Pos. 149*

Gründe für den Verlust der sexuellen Lust sowie der sexuellen Aktivität nach einer HIV-Diagnose sind sehr vielfältig und komplex. Diese können beispielsweise in internalisierter Stigmatisierung und vorhandenen Schuldgefühlen liegen und dem Gefühl, sich „dreckig“ zu fühlen. So geben 15 % an, sich nach oder beim Sex schuldig wegen der HIV-Infektion zu fühlen.

„Am Anfang habe mich dreckig und dumm gefühlt, aber nicht lange, weil ich war ja irgendwie aufgeklärt. Ich habe jahrelang meinen Spaß gehabt und es ist nichts passiert und dann ist es [die HIV-Infektion] doch passiert. Und deswegen war danach erstmal überhaupt gar keine Lust mehr auf Sex und mit der Zeit ging es wieder.“ Fokusgruppe 3, Pos. 153

Ansteckungsängste

Ebenso kann die (häufig als irrational bewertete) Angst, andere beim Sex anzustecken die Sexualität beeinträchtigen. 68 % der Befragten stimmen sehr und eher zu, keine Angst zu haben, jemanden beim Sex mit HIV anzustecken. Das heißt, dass bei 32 % eine gewisse Sorge besteht, andere infizieren zu können, wenngleich 95 % der Teilnehmenden (Gesamtstichprobe) eine Viruslast unter der Nachweisgrenze angeben und somit eine sexuelle Übertragung ausgeschlossen ist.

„Ich glaube, bei mir ist es so, dass sich mein Leben um 180 Grad gedreht hat. Früher war ich viel hemmungsloser und mein Selbstwertgefühl war da und nach der Infektion war dann erstmal tote Hose und bei mir hat es erstmal super lange gedauert, bis ich für mich selbst das Verständnis hatte, dass ich unter der Nachweisgrenze einfach nicht mehr ansteckend bin. Bis ich das erst realisiert habe, dass ich eigentlich einen Vorteil in Bezug auf sexuelle Beziehungen habe. Ich glaube, ich bin immer noch auf dieser Stufe nach oben, um dann zu sagen, ich bin irgendwann wieder mit meinem Gefühl da, wo es früher war. Ich glaube das dauert einfach und jeder verarbeitet das anders.“

Fokusgruppe 3, Pos. 151

„Ich hatte über ein Jahr gar keinen sexuellen Kontakt und habe auch alles abgeblockt, was in die Richtung ging und habe sämtliche Menschen von mir gestoßen, sobald es in Richtung Sex ging, um dem aus dem Weg zu gehen. Also von komplett aktiv zu gar nicht aktiv. Ich hatte einfach richtig Angst, obwohl ich ständig unter der Nachweisgrenze war, hatte ich trotzdem Angst andere anzustecken, auch mit Kondom. Also einfach total irrationale Ängste.“ Fokusgruppe 3, Pos. 143

Der Prozess der (Selbst-)Akzeptanz sowie der Integration der HIV-Infektion in das eigene Leben insbesondere mit einer HIV-Diagnose unter 2 Jahren hängt demnach auch stark mit den empfundenen Auswirkungen auf das Sexleben zusammen. So zeigen auch explorative Analysen, dass Menschen mit einer HIV-Infektion von unter zwei Jahren eher negative Auswirkungen auf die Sexualität empfinden als der Rest der Stichprobe.

Angst vor Zurückweisung/keine*n Partner*in zu finden

Auch die Angst vor Ablehnung kann das Sexleben stark beeinträchtigen. So stimmen 57 % sehr und eher zu, dass sie Angst davor haben, aufgrund ihrer HIV-Infektion sexuell zurückgewiesen zu werden ($n = 869$).

Die Angst vor Zurückweisung hängt dabei mit den erlebten Diskriminierungserfahrungen, die das Sexleben betreffen, zusammen (sexuelle Ablehnung, sexualisierte Kommentare). So ist die Angst vor Ablehnung bei den Befragten stärker, die derartige Diskriminierungserfahrungen erlebt haben ($r = ,239$; $p < ,001$; $n = 877$). Ebenso hängt die Angst vor Ablehnung stark mit dem Meiden von Sex zusammen. Die Befragten, die eine stärkere Angst vor sexueller Zurückweisung haben, geben auch eher an, Sex zu meiden ($r = ,560$; $p < ,001$; $n = 844$). Ebenso empfinden diejenigen, die stärkere Angst vor Ablehnung haben auch den offenen Umgang mit ihrer HIV-Infektion im Sex- und Beziehungsleben als schwerer ($r = ,345$; $p < ,001$; $n = 803$).

„[...] und bei mir hat die Diagnose im Sexuellen tatsächlich dazu geführt, dass ich auch super, super lang gar keinen Sex hatte, weil ich eben nicht offen damit umgehe und dann den persönlichen Struggle hatte, dass ich es nicht Leuten erzählen möchte, die ich vielleicht erst ein paar Monate kenne, weil ich so schnell nicht Vertrauen aufbauen kann [...].“ Fokusgruppe 1, Pos. 156

„Zum Beispiel auf [schwulen Online-Dating-Portalen] kann man ja auch seit einiger Zeit auch SdT oder so angeben. Seit neuester Zeit schreibe ich da PrEP rein. Ich weiß nicht, ob das viele so machen, die HIV infiziert sind, weil das ist so ein Zwischending, dann kommen halt keine blöden Fragen und das wird ja auch immer mehr genutzt, weil ich eben schon Angst habe vor Zurückweisung. Gerade im Chat oder so habe ich auch schon einiges gehört, dass es da auch Stigmatisierungen und Beleidigungen gibt, wenn man das so offen angibt und da habe ich keinen Bock drauf und ich will es einfach sehr unkompliziert haben. Also ich bin auch bereit zu sprechen, aber dann nicht mit denjenigen, deswegen mache ich das so.“

Fokusgruppe 3, Pos. 130

„[...] und bei mir hat die Diagnose im Sexuellen tatsächlich dazu geführt, dass ich auch super, super lang gar keinen Sex hatte, weil ich eben nicht offen damit umgehe und dann den persönlichen Struggle hatte, dass ich es nicht Leuten erzählen möchte, die ich vielleicht erst ein paar Monate kenne, weil ich so schnell nicht Vertrauen aufbauen kann [...].“ Fokusgruppe 1, Pos. 156

52 % stimmen darüber hinaus sehr und eher zu, dass es aufgrund der HIV-Infektion schwieriger ist, eine*n neue*n Partner*in zu finden. Auch in den Fokusgruppen wird diese Sorge geschildert. Die Angst, keine*n Partner*in zu finden kann auch dazu führen, dass man in unglücklichen Beziehungen bleibt.

„[...] die Beziehung, die ich damals geführt habe, das war nicht unbedingt die gesündeste und ich habe mich aber nicht aus der Beziehung rausgetraut, weil einfach Ängste da waren: ‚Werde ich nochmal jemanden finden, der das so toll annimmt?‘“

Fokusgruppe 3, Pos. 193

Ebenso wurde in der Online-Befragung auf die Bitte, eine Situation zu schildern, in der man aufgrund des HIV-Status abwertend behandelt oder benachteiligt wurde mehrfach angegeben, dass man aufgrund des HIV-Status bei der Partner*innensuche Schwierigkeiten hat.

„[...] bei der Partnersuche, viele denken man wäre nur zum Sex gut und nicht für eine Partnerschaft.“ *Online-Befragung, DS16*

„Partnersuche stellt sich sehr schwierig dar. Viele Schwule haben einfach ein Problem und wollen keinen positiven Partner.“

Online-Befragung, DS16

Teilgruppenanalysen: Negative Auswirkungen von HIV auf das Sexleben

Vergleicht man die negativ empfundenen Auswirkungen von HIV in Bezug auf verschiedene Teilgruppen¹⁰⁸ der Menschen mit HIV zeigt sich, dass Frauen, (Black) People of Color, Menschen mit niedrigem SES,

diejenigen, die in einem Wohnort mit unter 20.000 Einwohner*innen leben sowie Menschen mit Behinderung die Auswirkungen auf das Sex- und Beziehungsleben signifikant negativer empfinden als der jeweilige Rest der Stichprobe. Schwule und MSM empfinden die Auswirkungen signifikant weniger negativ als der Rest der Stichprobe.

Negative Auswirkungen von HIV auf Sex- und Beziehungsleben nach Teilgruppen (1 = geringe negative Auswirkungen bis 4 = hohe negative Auswirkungen)

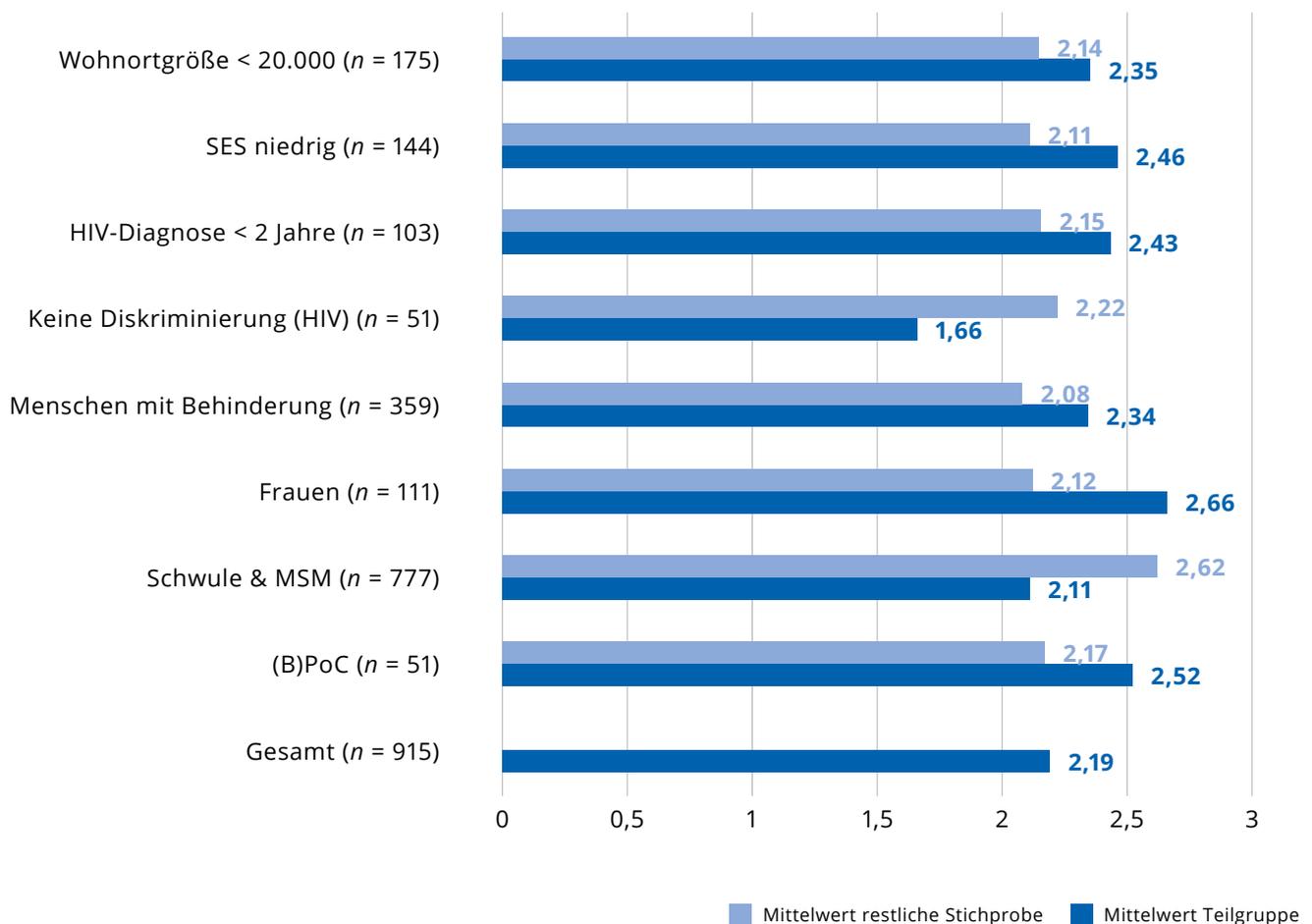


Abbildung 45: Mittelwertvergleiche der Skala „Negative Auswirkungen von HIV auf Sex- und Beziehungsleben“ zwischen einzelnen Teilgruppen mit der jeweiligen restlichen Stichprobe. Dargestellt sind nur die Teilgruppen, die sich signifikant ($p < ,01$) vom jeweiligen Rest der Stichprobe unterscheiden. Da sich die Teilgruppen auch überschneiden (z.B. Schwule & MSM, die eine Behinderung haben) und die Mittelwertunterschiede je Variable/Konstrukt getestet wurden, können gegenseitige (intersektionale) Effekte nicht ausgeschlossen werden.

¹⁰⁸ Hierfür wurde aus acht der Items eine Skala für „Negative Auswirkungen von HIV auf das Sex- und Beziehungsleben“ gebildet (Cronbachs $\alpha = ,82$; $n = 935$; 1 = geringe negative Auswirkungen bis 4 = hohe negative Auswirkungen). Die Mittelwerte der Teilgruppen für die Skala wurden mittels T-Test auf signifikante Gruppenunterschiede untersucht. Die deskriptive Darstellung: siehe Online-Anhang.

Zusammenhangsanalysen: Auswirkungen von HIV auf das Sex- und Beziehungsleben

Insgesamt zeigen Zusammenhangsanalysen¹⁰⁹, dass die Wahrnehmung von negativen Auswirkungen auf das Sex- und Beziehungsleben mit mehr Diskriminierungserfahrungen ($r = ,290, p < ,001; n = 900$) im letzten Jahr sowie hoher internalisierter Stigmatisierung (z.B. starke Schuldgefühle und ein niedriger Selbstwert) einhergehen ($r = -,604, p < ,001; n = 913$) – und umgekehrt. Zudem hängt weniger Offenheit, über die HIV-Infektion zu sprechen ($r = -,324, p < ,001; n = 844$) mit negativeren Auswirkungen auf das Sexleben zusammen – und umgekehrt.

6.5.6 Schutz durch Therapie

Wissen über Schutz durch Therapie

Insgesamt ist der Wissensstand zu *Schutz durch Therapie (SdT)* der Befragten sehr hoch. So fühlen sich 93 % gut informiert über die Schutzwirkung der Therapie. 6 % wissen von SdT, aber fühlen sich nicht

gut informiert und 0,7 % haben noch nicht von SdT gehört. Explorative Analysen zeigten, diejenigen, die nicht gut über SdT informiert sind oder gar kein Wissen haben, sind signifikant häufiger Menschen mit niedrigem SES bzw. Menschen, die in einem Wohnort unter 20.000 Einwohner*innen leben (siehe Tabelle 56).¹¹⁰

Wissen über SdT	Gesamt (in %)	SES niedrig (in %)	Wohnortgröße < 20.000 (in %)
Gut informiert ($n = 869$)	93	86	87
Nicht gut Informiert/Kein Wissen ($n = 66$)	7	14	13

Tabelle 56: Wissen über Schutz durch Therapie. Prozentualer Anteil aller Teilnehmenden, $N = 935$.

¹⁰⁹ Für eine tabellarische Übersicht der Zusammenhangsanalysen siehe Online-Anhang.

¹¹⁰ Statistische Angaben der entsprechenden Chi-Quadrat-Tests: siehe Online-Anhang.

Vertrauen in *Schutz durch Therapie*

Insgesamt ist das Vertrauen der Befragten hinsichtlich der Schutzwirkung der Therapie sehr hoch. So geben 96 % der Befragten ein hohes Vertrauen an. Dies widerspricht jedoch der Tatsache, dass nur 68 % der Aussage zustimmen „Ich habe keine Angst jemanden mit HIV zu infizieren“. 32 % haben daher eine gewisse Sorge, andere beim Sex zu infizieren, wenngleich sie ein hohes Vertrauen in die Schutzwirkung angeben (siehe Abbildung 46). Dieses Ergebnis kann möglicherweise mit den als „irrational“ beschriebenen Ängsten, welche auf eine internalisierte Stigmatisierung zurückgehen können, interpretiert werden. Das internalisierte Stigma der „Virenschleuder“ (z. B. Fokusgruppe 3, Pos. 68–71) scheint noch im Gefühl mancher Menschen mit HIV verankert zu sein, während der Verstand um die Schutzwirkung der Therapie weiß und ihr vertraut.

So wird das steigende Vertrauen in Schutz durch Therapie den Fokusgruppen als Erkenntnisprozess beschrieben, in dem das Vertrauen vom „Kopf“ erst in den „Bauch“ gelangen muss.

„[...] und als ich dann an dem Punkt war ‚Ja okay, du bist jetzt unter der Nachweisgrenze, ich könnte jetzt Kondome weglassen [...]‘. [...] Über die Zeit merkt man immer mehr okay, das ist nicht schlimm, ich kann das machen und man merkt immer mehr, das sind gar nicht so viele Punkte, die jemand anderen stören könnten, wo man aber am Anfang noch denkt ‚Naja, ob jetzt jemand unbedingt mit einer HIV-Positiven ins Bett steigen will?‘ Man versteht mit der Zeit immer mehr, dass es weniger schlimm ist. Es war tatsächlich einfach die Zeit, wo das erste Mal der Arzt gesagt hat ‚Wow, du bist unter der Nachweisgrenze, wenn ihr Bock habt, könnt ihr Gummis weglassen.‘ Da hat es angefangen, dass sich der Schalter umgelegt hat und dann kamen immer mehr positive Gedanken.“

Fokusgruppe 3, Pos. 193

Weiterhin schätzen 92 % das Vertrauen der Partner*innen und 86 % das der Sexualpartner*innen hinsichtlich der Schutzwirkung der Therapie hoch ein. Mit Blick auf die subjektive Einschätzung der Teilnehmenden, wie hoch sie das Wissen der Gesamtbevölkerung zu SdT vermuten, zeichnet sich ein anderes Bild ab. Hier sind es nur 11 %, welche das Wissen der Gesamtbevölkerung zu *Schutz durch Therapie* hoch einschätzen. 89 % schätzen das Wissen der Gesamtbevölkerung eher gering ein¹¹¹ (siehe Abbildung 46).

¹¹¹ Diese subjektive Einschätzung deckt sich mit dem tatsächlichen Wissen über SdT innerhalb der Bevölkerung von 18 % (vgl. DAH 2020).

Vertrauen in Schutz durch Therapie (SdT) (in %)

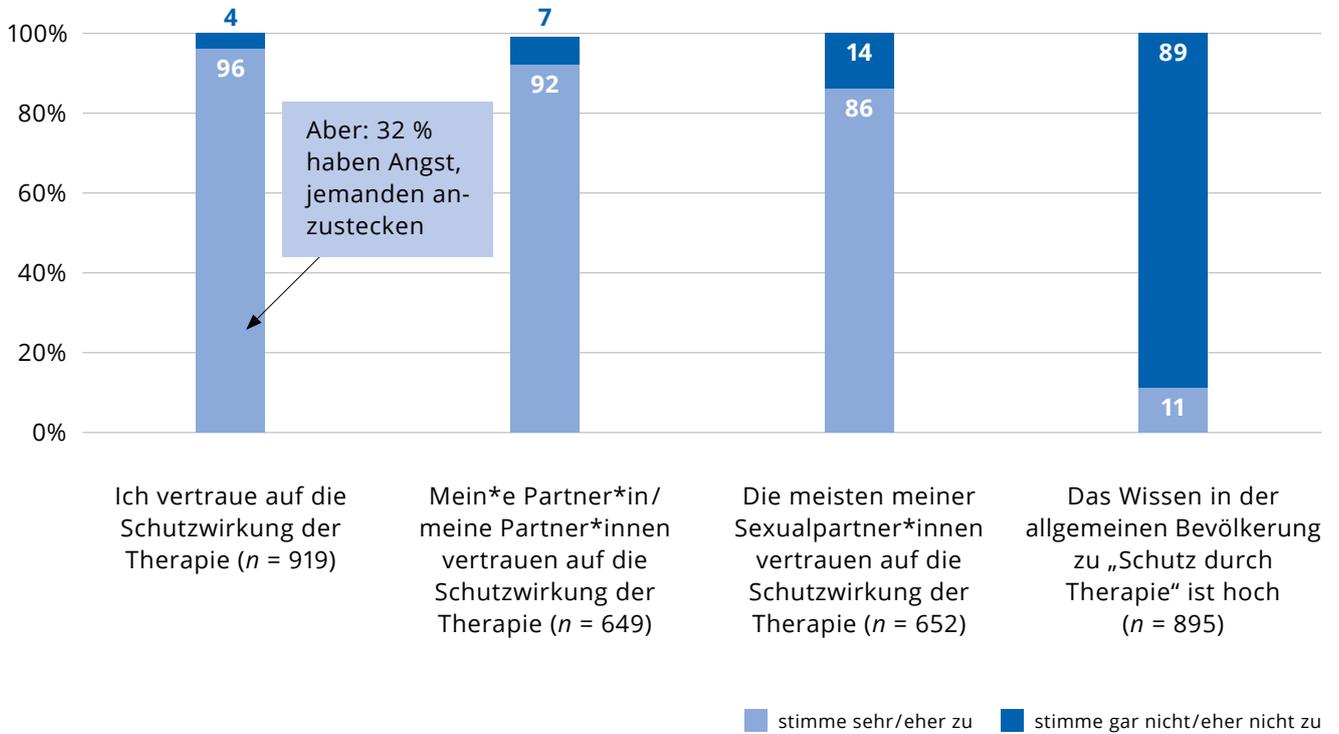


Abbildung 46: Vertrauen in Schutz durch Therapie. Prozentualer Anteil aller Teilnehmenden, welche die entsprechende Frage beantwortet haben.

Das eigene Vertrauen hinsichtlich der Schutzwirkung der Therapie sowie die Einschätzung bezüglich des Wissens der Gesamtbevölkerung unterscheidet sich für die untersuchten Teilgruppen der Stichprobe nicht.

Positive Effekte von *Schutz durch Therapie*

In der Online-Befragung wurden mehrere Fragen in einer Skala zu positiven Effekten von SdT auf das eigene Leben gestellt. Hierbei zeigt sich, dass die Befragten die Auswirkungen von SdT als sehr positiv empfinden. Beispielsweise stimmen 85 % sehr/eher zu, dass SdT das Selbstwertgefühl stärkt. 60 % geben an, weniger Diskriminierung zu erfahren aufgrund von SdT und 88 % haben weniger Angst, ihre Sexpartner*innen anzustecken (siehe Tabelle 57).

Positive Effekte von <i>Schutz durch Therapie</i>	Stimme gar nicht/eher nicht zu (in %)	Stimme sehr/eher zu (in %)
Mein Selbstwertgefühl wurde gestärkt. (n = 823)	15	85
Ich erlebe weniger Diskriminierung. (n = 652)	40	60
Ich habe mehr Spaß am Sex. (n = 768)	25	76
Ich habe mehr Sex ohne Kondom. (n = 804)	28	72
Mein Verhältnis zu meiner Sexualität hat sich verbessert. (n = 755)	33	67
Ich habe weniger Angst, meine Sexpartner*innen anzustecken. (n = 839)	12	88
Ich kann insgesamt offener über meine HIV-Infektion sprechen. (n = 810)	43	57
Ich finde leichter eine*n feste*n Partner*in. (n = 515)	69	31
Es gibt weniger Konflikte in meiner Partnerschaft. (n = 423)	50	50
Ich kann meinen Kinderwunsch nach meinen Vorstellungen umsetzen. (n = 240)	54	46

Tabelle 57: Positive Effekte von Schutz durch Therapie. Prozentualer Anteil aller Teilnehmenden, welche die entsprechende Frage beantwortet haben.

Teilgruppenanalysen: Positive Effekte von *Schutz durch Therapie*

Mit Blick auf verschiedene Teilgruppen der Menschen mit HIV zeigt sich, dass Menschen mit Behinderung und Menschen mit niedrigem SES geringere positive Effekte in Bezug auf SdT empfinden als der jeweilige Rest der Stichprobe¹¹². Hingegen geben Menschen, die im letzten Jahr keine Diskriminierungserfahrungen aufgrund der HIV-Infektion erlebt haben, wesentlich stärkere positive Effekte an als der Rest der Stichprobe (siehe Abbildung 47).

Positive Effekte von *Schutz durch Therapie* nach Teilgruppen (1 = sehr geringe positive Effekte bis 4 = sehr positive Effekte)

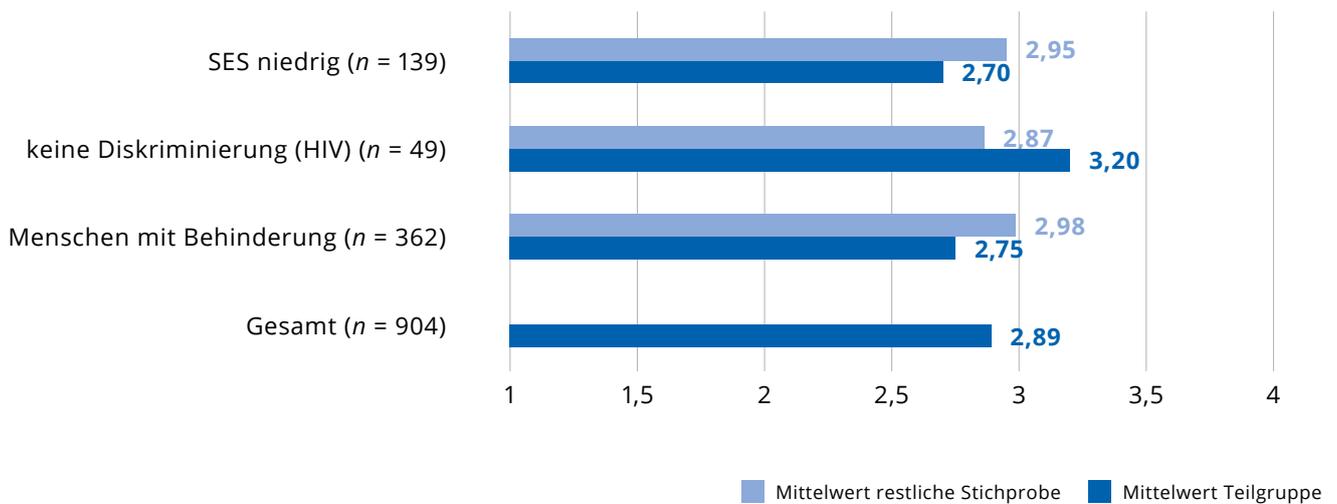


Abbildung 47: Mittelwertvergleiche der Skala „Positive Effekte von Schutz durch Therapie zwischen einzelnen Teilgruppen“ mit der jeweiligen restlichen Stichprobe. Dargestellt sind nur die Teilgruppen, die sich signifikant vom jeweiligen Rest der Stichprobe unterscheiden. Da sich die Teilgruppen auch überschneiden (z. B. Schwule & MSM, die eine Behinderung haben) und die Mittelwertunterschiede je Variable/Konstrukt getestet wurden, können gegenseitige (intersektionale) Effekte nicht ausgeschlossen werden.

¹¹² Siehe Online-Anhang.

Zusammenhangsanalysen: Positive Effekte von Schutz durch Therapie

In Zusammenhangsanalysen¹¹³ spiegeln sich die subjektiven Einschätzungen der Teilnehmenden in Bezug auf die erlebten Effekte von SdT wider. Die hohe Einschätzung positiver Effekte der Schutzwirkung geht mit geringerer internalisierter Stigmatisierung einher ($r = -,382$; $p < ,001$; $n = 903$), weniger Stigmatisierung (z.B. abweisendes Verhalten des sozialen Umfeldes; $r = -,322$; $p < ,001$; $n = 904$) und offenerem Umgang mit der HIV-Infektion ($r = ,349$; $p < ,001$; $n = 834$) – oder umgekehrt. Insbesondere im Sex- und Beziehungsleben fällt es eher leichter die HIV-Infektion zu kommunizieren ($r = ,305$; $p < ,001$; $n = 808$). Darüber hinaus nehmen Menschen, die positivere Effekte von SdT wahrnehmen eher einen besseren Gesundheitszustand wahr ($r = ,283$; $p < ,001$; $n = 851$) sowie eine bessere allgemeine Lebenszufriedenheit ($r = ,331$; $p < ,001$; $n = 883$) und sind sexuell zufriedener ($r = ,326$; $p < ,001$; $n = 862$) – oder umgekehrt.

In den Fokusgruppen wird SdT als eine große Erleichterung beschrieben und es werden eine Reihe positiver Effekte betont.

„Ich habe [Schutz durch Therapie] von Anfang [meiner Diagnose] an, also seit 2014, schon immer angewendet. Seit 2008 ist ja bekannt, dass Schutz durch Therapie geht. Für mich ist es dann schon unbeschwerter geworden, ich habe mich auch nie als Virenschleuder oder so gesehen, weil ich auch sehr schnell unter der Nachweisgrenze war, innerhalb von wenigen Wochen und ich habe der Medizin und der Forschung einfach direkt vertraut.“ Fokusgruppe 3, Pos. 122

Durch die Schutzwirkung der Therapie und das Vertrauen in diese kann auch der Sex unbeschwerter und befreiter genossen werden. Dabei wird der Kommunikation von „n = n“ (Präventionsbotschaft: nicht nachweisbar = nicht übertragbar) der Ärzt*innen, der

Aidshilfen und der Präventionsinstanzen eine große Wichtigkeit beigemessen, welche das Vertrauen in wissenschaftliche Fakten stärkt.

„Und dann kam die Studie 2008, das hat ja dann auch gedauert, bis das bei allen ankam, bei den Ärzten, bei den Medien, bei den Aidshilfen. Seitdem es die Botschaft n=n gibt, seit 2 oder 3 Jahren, hat das bei mir nochmal einen Denkprozess ausgelöst und seitdem kann ich den Sex befreiter genießen, kann ihn auch so genießen wie ich möchte [...]“ Fokusgruppe 1, Pos. 147

Es zeigen sich zudem Synergieeffekte zwischen der Verbreitung von *Schutz durch Therapie* und PrEP.

„Also ich glaube, dass uns als Großstädter die PrEP-Bewegung durchaus geholfen hat, [sowie] auch n=n. [...]. Dadurch, dass es aus meiner Sichtweise sehr viel leichter geworden ist auch positiv zu leben, weil eben viele einfach wissen, dass da kein Risiko mehr besteht, speziell in der schwulen Welt und in der Heterowelt glaube ich sickert es so langsam durch. [...] Ich sehe da eine positive Entwicklung.“ Fokusgruppe 1, Pos. 112–114

Andere wiederum sehen diese positiven Effekte weniger und wünschen sich insgesamt einen offeneren und bewertungsfreien Umgang mit Sexualität.

¹¹³ Siehe Online-Anhang.

„Ich dachte es gibt da eine Chance, seitdem es PrEP gibt, wo Leute dann proaktiv ähnlich wie Frauen eine Schwangerschaft verhüten wollen durch die Pille. Man sieht auch immer mehr PrEP-User auf den Portalen und so weiter und da dachte ich, jetzt gibt es da vielleicht eine Möglichkeit nochmal über Sexualität neu zu diskutieren, weil jetzt mittlerweile die Prävention oder der Schutz gleichberechtigter von der Anwendung geworden ist. Und es gibt mehr Sexmöglichkeiten von Leuten, die halt HIV-positiv sind und eben nicht, aber das ist bisher ausgeblieben.“ *Fokusgruppe 2, Pos. 62*

6.5.7 Zusammenfassung

In diesem Kapitel wurde untersucht, inwieweit die HIV-Infektion sowie HIV-bezogene Stigmatisierung und Diskriminierung die Sexualität von Menschen mit HIV beeinflussen. Wenngleich HIV sich auch für Viele positiv auf die Sexualität auswirken kann, geben knapp die Hälfte an, dass ihre Sexualität durch HIV beeinträchtigt wurde. So haben über die Hälfte der Befragten sexuelle Zurückweisung erlebt und mehr als ein Viertel war im letzten Jahr mit sexualisierten Kommentaren aufgrund der HIV-Infektion konfrontiert. Insbesondere beim Online-Dating scheinen Abwertung und Ablehnung eine Rolle zu spielen. HIV-bezogene Stigmatisierung und Diskriminierung kann dazu führen, dass das Sexleben angst- und schambe-setzt ist. Insbesondere die Angst Sexualpartner*innen beim Sex anzustecken, oder die Angst vor Zurückweisung spielen dabei eine Rolle. Darunter kann auch die sexuelle Zufriedenheit leiden. So hängt das Ausmaß der internalisierten Stigmatisierung und erlebter Diskriminierungserfahrungen mit der sexuellen

Zufriedenheit zusammen. Auch das offene Sprechen über HIV im Sex- und Beziehungsleben stellt nach wie vor eine Herausforderung dar. Insbesondere den richtigen Zeitpunkt zu finden, (potenziellen) Sex- und Beziehungspartner*innen von der Infektion zu erzählen, fällt einem großen Teil der Befragten schwer. Eine Strategie dies zu umgehen beim Online-Dating ist die Angabe, PrEP zu nehmen.

Der Wissensstand der Befragten zu SdT und das Vertrauen in die Schutzwirkung ist insgesamt sehr hoch und es zeigen sich insgesamt starke empowernde Effekte, wie ein gestärktes Selbstbewusstsein durch das Wissen um SdT. Dass 32 % trotzdem die Sorge haben, Sexualpartner*innen anzustecken, deutet darauf hin, dass das Wissen zwar kognitiv vorhanden ist, aber noch nicht im Gefühl der Menschen mit HIV verankert ist. Der größte Teil der Befragten schätzt das Wissen der Gesamtbevölkerung zu SdT als eher gering ein.

6.6 Mehrdimensionale Diskriminierung

„Armutsdiskriminierung und Altersdiskriminierung sind Alltag, dem viele ausgesetzt sind. Diskriminierung wegen sexueller Identität oder gesundheitlicher Beeinträchtigung allgemeiner Art und HIV kommen obendrauf. Das alles zusammen ist schon eine heftige Mixtur ;-/.“ *Online-Befragung, Frage ME04*

In diesem Zitat aus der Online-Befragung wird deutlich, wie verschiedene Diskriminierungen ineinandergreifen können und miteinander verwoben sind. HIV-bezogene Stigmatisierung und Diskriminierung sind Prozesse, die kaum ohne ihre Verwobenheit und Interaktion mit anderen sozialen Kategorien und Verhältnissen verstanden werden können. Aus diesem Grund ist es wichtig, die Mehrdimensionalität oder auch Intersektionalität HIV-bezogener Stigmatisierung und Diskriminierung zu fokussieren.

Soziale bzw. gesellschaftliche Positionierungen von Menschen sind nicht eindimensional, sondern komplex und mehrschichtig. Sie verändern, verschieben und wirken sich in verschiedenen Momenten und Kontexten unterschiedlich aus. Folglich sind auch Diskriminierungserfahrungen, die Menschen mit mehreren sozialen Positionierungen machen, unterschiedlich. Der Aussage „Bei vielen Diskriminierungserfahrungen fällt es mir schwer, diese nur auf meinen HIV-Status zurückzuführen“ (vgl. LesMigras 2012) stimmen 52 % der Teilnehmenden eher nicht bzw. gar nicht zu ($n = 440$). Knapp die andere Hälfte jedoch (48 %, $n = 401$) stimmt der Aussage eher oder vollkommen zu. Dies deutet auf eine gewisse Mehrschichtigkeit des HIV-Stigmas und der damit verknüpften Diskriminierungserfahrungen hin. Insgesamt geben 65 % der Teilnehmenden an, zusätzlich zu HIV aufgrund weiterer Aspekte Diskriminierung zu erleben.

In Hinblick auf Stigmatisierung und Diskriminierung ist es wichtig, diese nicht nur eindimensional zu untersuchen, sondern in den Blick zu nehmen, wie diese insbesondere von vulnerablen und mehrfach marginalisierten Personen und gesellschaftlichen Gruppen erlebt werden.

Gruppenzugehörigkeiten oder Identitätskategorien sind nicht unbedingt immer selbstgewählt, sondern werden auch von Dritten zugeschrieben – oftmals verknüpft mit abwertender Stigmatisierung. So ist auch Diskriminierung als Auswirkung mehrschichtig und wird oft aufgrund mehrerer und sich überlagernder Merkmalszuschreibungen oder Gruppenzugehörigkeiten erlebt. Gerade die Stigmatisierung und Diskriminierung aufgrund HIV ist eng verwoben mit Schwulenfeindlichkeit, Heteronormativität und in Teilen auch mit Rassismus bzw. rassistischer Diskriminierung. Aus diesem Grund fokussiert diese Studie auch Fragen und Zusammenhänge der mehrdimensionalen Diskriminierung im Leben von Menschen mit HIV.

6.6.1 Weitere Diskriminierungsaspekte zusätzlich zu HIV

Um den Forschungsschwerpunkt der mehrdimensionalen Diskriminierung im Kontext HIV genauer zu untersuchen, wurden die Teilnehmenden gefragt, aufgrund welcher *weiteren Aspekte zusätzlich zu HIV* sie Diskriminierung erleben.

Zur Erhebung der weiteren Aspekte, aufgrund derer zusätzlich zu HIV Diskriminierung erlebt wird, wurden unterschiedliche Diskriminierungsgründe in Anlehnung an die Merkmale im AGG, aber auch darüber hinaus (für HIV-Kontext relevant z. B. Sexarbeit, Promiskuität, SES), in einer Liste präsentiert, welche die

Teilnehmenden auswählen konnten (Mehrfachnennung möglich). Ferner gab es ein freies Feld „aufgrund eines anderen Merkmals“. Die verschiedenen Aspekte können dabei je nach Person und Situation unterschiedliche Wichtigkeit und Dominanz haben und HIV als Diskriminierungskategorie muss – aufgrund der Mehrschichtigkeit des HIV-Stigmas und insbesondere seine „Vehikelfunktion“ – nicht notwendigerweise die Ankerkategorie sein. Die Häufigkeiten der angegebenen Aspekte verteilen sich hierbei wie folgt (vgl. Tabelle 58):

Diskriminierungsaspekt	Anteil (in %)	n
Aufgrund sexueller Orientierung/sexuellen Begehrens	45	416
Aufgrund des Alters	21	195
Aufgrund (angeblich) vieler Sexpartner*innen	12	115
Aufgrund des Einkommens	9	84
Aufgrund Behinderung/Beeinträchtigung oder chronischer Krankheit (außer HIV/Aids)	8	75
Aufgrund Geschlechts/Geschlechtsidentität	6	59
Aus rassistischen Gründen	6	56
Aufgrund Arbeitslosigkeit	5	46
Aufgrund eines anderen Merkmals	5	
Aufgrund Religion	3	28
Aufgrund Bildungsstandes	2	22
Aufgrund Sexarbeit	1	12
Aufgrund intravenösen/regelmäßigen Drogengebrauchs	1	12
Aufgrund Hafterfahrung	0,6	6
Aufgrund Wohnungslosigkeit	0,2	2

Tabelle 58: Diskriminierungsaspekt. Mehrfachnennung möglich. Prozentualer Anteil aller Teilnehmenden, welche die entsprechende Frage beantwortet haben. N = 935.

Der häufigste genannte Diskriminierungsaspekt der Gesamtstichprobe ist die sexuelle Orientierung/sexuelles Begehren mit 45 %. Hier zeigt sich die nach wie vor enge Verknüpfung von HIV-bezogener Diskriminierung mit Homosexuellenfeindlichkeit bzw. Diskriminierung von Schwulen und MSM. Die gesellschaftlichen Stigmata überlagern sich und werden – bis heute – in beide Richtungen miteinander verschränkt wahrgenommen.

Der zweithäufigste genannte Grund ist das Alter mit 21 % und der dritthäufigste genannte Aspekt die (zugeschriebene) Promiskuität („weil ich angeblich viele Sexpartner*innen habe“) mit 12 %. Aufgrund der Zusammensetzung der Stichprobe sind diese Angaben nicht als gewichtige und/oder weniger gewichtige Gründe zu bewerten, sondern spiegeln das Verhältnis der in der Stichprobe erhobenen Gruppen wider. Genannte Häufigkeiten unterscheiden sich nach Teilgruppenzugehörigkeiten. So geben beispielsweise die Gruppe der (B)PoC Rassismus mit 62 % als den für sie häufigsten Diskriminierungsaspekt zusätzlich zu HIV an, im Vergleich zu den 6 % der Gesamtstichprobe.¹¹⁴

Die Verschränkungen und Vielschichtigkeiten der Diskriminierungskategorien und -anlässe zeigen sich in den folgenden Zitaten aus der Online-Befragung, in denen die Teilnehmenden nach weiteren bzw. mehrdimensionaler Diskriminierung gefragt wurden.

„Armutsdiskriminierung und Altersdiskriminierung sind Alltag, dem viele ausgesetzt sind. Diskriminierung wegen sexueller Identität oder gesundheitlicher Beeinträchtigung allgemeiner Art und HIV kommen obendrauf. Das alles zusammen ist schon eine heftige Mixtur ;-/.“ *Online-Befragung, Frage ME04*

„Die Tatsache, dass ich aufgrund einer schweren Depression in Rente bin, führt oft zu Diskriminierung, ‚ich sei zu faul zum Arbeiten‘.“ *Online-Befragung, ME04*

„Wegen meiner gesundheitlichen Konstitution konnte ich meinen Beruf nicht mehr ausüben und musste früher in Rente. Diesen Umstand halte ich nun seinerseits wieder möglichst geheim, zumal er auch in den Bereichen zu Ablehnung führen kann, in denen mir üblicherweise stark geholfen wird bei der Bewältigung der HIV-Infektion. Demnach scheint es so zu sein, dass mit allgemein guter Behandelbarkeit und effizient wirksamer Unterstützungsarbeit bei der Bewältigung der HIV-Infektion Begleitumstände aus dem Blickfeld geraten. So werden Äußerungen getätigt, dass inzwischen eine HIV-Infektion nicht mehr zur Berentung führe – führen dürfe – und schon stehe ich in der Gruppe als Versager, Blindgänger, Drückeberger da. Keiner traut sich mehr zu sagen, dass er eigentlich auch fertig ist, und den Druck im Arbeitsleben kaum noch aushält. Da ist es schnell vorbei mit dem Schutzraum, weil man wieder ellenlang erklären muss, warum man nun individuell doch kaputt ist.“ *Online-Befragung, ME04*

Die Zitate sprechen den Zusammenhang zwischen Gesundheit, Armut und Leistungsdruck an aufgrund derer abwertende Zuschreibungen stattfinden. Im zweiten Zitat zeigen sich diese Erfahrungen auch in einem vermeintlichen „Schutzraum“ zur „Bewältigung der HIV-Infektion“ und sind verknüpft mit normativen Vorstellungen, wie leistungsfähig Menschen mit HIV „inzwischen“ sein müssten. Eine Sensibilität für weitere Diskriminierungsaspekte muss auch hier (z.B. in HIV-bezogenen Beratungsstellen) mitgedacht werden.

Weitere häufig genannte Diskriminierungserfahrungen sind Body- und Fat-Shaming sowie Benachteiligungen und Ausgrenzung aufgrund einer (oder mehrerer) Behinderung(en).

¹¹⁴ Siehe Online-Anhang.

„Ich werde auf Grund meines Übergewichts häufig zurückgewiesen und auch grundlos beleidigt.“ *Online-Befragung, ME04*

„Alltägliche Barrieren in Sachen Kommunikation: TV/Medien sind nicht so aufbereitet, dass man versteht, worum es geht. In vielen Lebensbereichen wird man (nicht direkt) diskriminiert, weil vieles nicht barrierefrei für Gehörlose aufbereitet ist. Um dort in den Kommunikationsformen zurechtzukommen, muss man sich immer mehr bemühen als andere.“ *Online-Befragung, Frage ME04*

Die Stichprobe der Online-Befragung ist in Hinblick auf gesellschaftlich stigmatisierte Merkmale keinesfalls gleichverteilt. Um den für die Thematik HIV relevanten Gruppen sowie dem Anspruch der Sensibilität für mehrdimensionale soziale Positionierungen gerecht zu werden, soll im Folgenden spezifischer auf einzelne Teilgruppen eingegangen werden.

Zusätzliche (mehrdimensionale) Diskriminierung von Schwulen und MSM

Die Gruppe der Schwulen und MSM ($n = 783$) erlebt neben Diskriminierung aufgrund von HIV vor allem Diskriminierung aufgrund der sexuellen Orientierung/des Begehrens. Schwule und MSM geben mit 52 % zwar signifikant häufiger die sexuelle Orientierung/Begehren als zusätzlichen Diskriminierungsgrund an als der Rest der Stichprobe (siehe Tabelle 59), ebenso das Alter mit 23 %. Da ein überwiegender Teil der Gesamtstichprobe aus dieser Teilgruppe besteht, verteilen sich die häufig genannten Aspekte in der Gesamtstichprobe ähnlich. Die Aspekte Geschlechtsidentität und Behinderung werden signifikant seltener angegeben als vom Rest der Stichprobe (siehe Tabelle 59 sowie im Online-Anhang).

Auffällig viele schwule Männer berichten von verbaler Gewalt oder auch vorurteilsgeleiteter körperlicher Gewalt gegen sie. Auch die Thematik Konversions„therapie“¹¹⁵ kommt vor.

„Man wollte mich zum Arzt schicken, damit ich hetero werde.“ *Online-Befragung, ME04*

„Als offen schwuler Mann [...] Hand in Hand mit einem anderen Mann durch die Stadt zu gehen, ist immer noch Anlass für andere, mich doof anzumachen. Und das ist, glaube ich, für viele schwule Männer der Grund, das eben genau nicht zu tun.“ *Online-Befragung, Frage ME04*

„Zusammengeschlagen, weil ich als schwul erkannt wurde auf der Straße.“

Online-Befragung, ME04

„Als ich mit meinem Freund unterwegs war, wurden wir von einer fremden Frau als abartig beschrieben.“ *Online-Befragung, ME04*

Weitere Diskriminierungsaspekte für Schwule & MSM	Anteil (in %)	$n = 783$
Aufgrund sexueller Orientierung/sexuellen Begehrens	52*	410
Aufgrund des Alters	23*	181
Aufgrund (angeblich) vieler Sexpartner*innen	13	101
Aufgrund des Einkommens	8	65
Aufgrund Behinderung/Beeinträchtigung oder chronischer Krankheit (außer HIV/Aids).	7*	53
Aus rassistischen Gründen	6,0	47

Tabelle 59: Weitere Diskriminierungsaspekte Schwule & MSM. Signifikante Unterschiede der Teilgruppe zum Rest der Stichprobe sind mit Sternchen (*) markiert (siehe Online-Anhang).

¹¹⁵ Eine Konversions„therapie“ (oder auch Reorientierungstherapie) hat zum Ziel, homosexuelle Menschen zu heterosexuell begehrenden Menschen umzuerziehen. Diese steht im Widerspruch zu etablierten wissenschaftlichen Auffassungen über Homosexualität und wird von internationalen psychiatrischen und psychologischen Fachgesellschaften abgelehnt (u.a. DGPPN 2013).

„Als sexuell pervers und abartig in der U-Bahn beschimpft worden und der Versuch des Anspuckens mit der Bemerkung, dass ‚solche Perversen ebenso wie die Ausländer entsorgt werden sollten.‘“

Online-Befragung, ME04

Häufig wird auch die Thematik Alter explizit in der Schwulen-Community thematisiert, oftmals auch in Bezug auf (Online-)Dating.

„Schwulenszene und Älterwerden ist eine sehr schlechte Kombination.“

Online-Befragung, ME04

Zusätzliche (mehrdimensionale) Diskriminierung von Frauen

„Als Frau? Ständig! Alltagssexismus...“

Online-Befragung, Frage ME04

Frauen nennen am häufigsten Geschlecht/Geschlechtsidentität als zusätzlichen Diskriminierungsgrund (18 %) und dies auch signifikant häufiger als der Rest der Teilnehmenden. An zweiter Stelle folgt der Aspekt „Behinderung“. Sozioökonomische Aspekte werden auch häufig genannt. Den Diskriminierungsaspekt Alter geben Frauen signifikant seltener an als die übrige Stichprobe (siehe Tabelle 60).

Weitere Diskriminierungsaspekte für Frauen	Anteil (in %)	n = 121
Aufgrund Geschlechts/Geschlechtsidentität	18*	22
Aufgrund Behinderung/Beeinträchtigung oder chronischer Krankheit (außer HIV/Aids)	14*	17
Aufgrund des Einkommens	14	17
Aufgrund des Alters	10*	12
Aufgrund eines anderen Merkmals	10	12
Aufgrund Arbeitslosigkeit	9	11
Aufgrund (angeblich) vieler Sexpartner*innen	8	10

Tabelle 60: Weitere Diskriminierungsaspekte für Frauen. Mehrfachnennung möglich. Signifikante Unterschiede der Teilgruppe zum Rest der Stichprobe sind mit Sternchen (*) markiert (siehe Online-Anhang).

Zusätzliche (mehrdimensionale) Diskriminierung von (Black) People of Color und Personen mit zugeschriebenem Migrationshintergrund

„Ich bin schwarz. Wo soll ich da anfangen?“

Online-Befragung, ME04

(B)PoC geben am häufigsten und signifikant häufiger als die übrige Stichprobe rassistische Gründe als weiteren Diskriminierungsaspekt an. Die Geschlechtsidentität wird ebenfalls signifikant häufiger angegeben sowie Arbeitslosigkeit (siehe Tabelle 61).

Auch im Rahmen von „positive stimmen 2.0“ berichten (Black) People of Color in den Freitextfeldern von Racial Profiling¹¹⁶ und Rassismus gegen sie:

„Patienten, die aufgrund von meiner Hautfarbe meine Kompetenzen unterschätzen.“

Online-Befragung, ME04

„Ich bin nicht weiß, deswegen wurde ich [von der Polizei] kontrolliert und nach meinen Ausweisdokumenten gefragt. Menschen glauben wegen meiner Nationalität nicht, dass ich mir bestimmte Dinge leisten kann.“

Online-Befragung, ME04

Darüber hinaus wird im Rahmen der Fokusgruppen die Intersektion zwischen rassistischer Diskriminierung und HIV-Bezug angesprochen. Der bereits erwähnte Selbstverantwortungsdiskurs (in diesem Fall mit Blick auf die Krankenkassen) spielt hier ebenfalls eine Rolle und ist wichtiger Bestandteil der empfundenen Stigmatisierung.

„Wegen meines Migrationshintergrundes habe ich Stigmatisierung erlebt. Zum Beispiel, wenn ich zu meinem Arzt gehe, um meine Medikamente abzuholen, fühle ich mich wirklich unwohl damit. (Sie) hat gedacht, ich bin hier und belaste die Krankenkassen in Deutschland [...]“

Fokusgruppe 1, Pos. 167

Weitere Diskriminierungsaspekte für (B)PoC	Anteil (in %)	n = 53
Aus rassistischen Gründen	62*	33
Aufgrund sexueller Orientierung/sexuellen Begehrens	45	24
Aufgrund Geschlechts/Geschlechtsidentität	15*	8
Aufgrund (angeblich) vieler Sexpartner*innen	15	8
Aufgrund Arbeitslosigkeit	13*	7
Aufgrund des Einkommens	13	7

Tabelle 61: Weitere Diskriminierungsaspekte für (B)PoC. Mehrfachnennung möglich. Signifikante Unterschiede der Teilgruppe zum Rest der Stichprobe sind mit Sternchen (*) markiert (siehe Online-Anhang).

¹¹⁶ Racial Profiling bezeichnet eine rassistische polizeiliche Praxis, bei der Personen kontrolliert werden, die auf Grundlage phänotypischer Merkmale und der vermuteten Herkunft ausgewählt werden. Racial Profiling ist in Deutschland grundsätzlich verboten, da es eine unzulässige Ungleichbehandlung darstellt (vgl. Abdul-Rahman et al. 2020).

„Ich habe wirklich einfach ein Unwohlgefühl durch die Stigmatisierung aufgrund meines Migrationshintergrundes. Jedes Mal, wenn ich meine Medikamente abhole, „Ach, das ist einfach die aus einem anderen Land, also Ausländer einfach quasi, und die belasten nur die Krankenkasse in Deutschland.“

Fokusgruppe 1, Pos. 175

Zusätzliche (mehrdimensionale) Diskriminierung von Personen mit niedrigem sozioökonomischem Status

Menschen mit niedrigem SES (zur Berechnungsgrundlage der Teilgruppe vgl. 5.2) geben am häufigsten die sexuelle Orientierung/das sexuelle Begehren als zusätzlichen Diskriminierungsgrund an. Das Einkommen folgt an zweiter, Alter und Arbeitslosigkeit an dritter und vierter Stelle. Einkommen und Arbeitslosigkeit werden in dieser Gruppe signifikant häufiger angegeben als im Rest der Stichprobe (siehe Tabelle 62).

Weitere Diskriminierungsaspekte für Personen mit niedrigem SES	Anteil (in %)	n = 145
Aufgrund sexueller Orientierung/sexuellen Begehrens	44	64
Aufgrund des Einkommens	23*	34
Aufgrund des Alters	22	32
Aufgrund Arbeitslosigkeit	16*	23
Aufgrund (angeblich) vieler Sexpartner*innen	15	22
Aufgrund Behinderung/Beeinträchtigung oder chronischer Krankheit (außer HIV/Aids)	15*	21
Aufgrund eines anderen Merkmals	10	15

Tabelle 62: Weitere Diskriminierungsaspekte für Personen mit niedrigem SES. Mehrfachnennung möglich. Signifikante Unterschiede der Teilgruppe zum Rest der Stichprobe sind mit Sternchen () markiert (siehe Online-Anhang).*

Zusätzliche (mehrdimensionale) Diskriminierung von (ehemaligen) Sexarbeitenden

Die Teilgruppe der (ehemaligen) Sexarbeitenden¹¹⁷ gibt als weitere Diskriminierungsaspekte insbesondere die sexuelle Orientierung sowie das Alter an. Signifikant häufiger als vom jeweiligen Rest der Stichprobe werden die Aspekte (zugeschriebene) Promiskuität, Einkommen, Sexarbeit und Arbeitslosigkeit angegeben (siehe Tabelle 63 sowie Online-Anhang).

Weitere Diskriminierungsaspekte Sexarbeitende	Anteil (in %)	n = 56
Aufgrund sexueller Orientierung/sexuellen Begehrens	52	29
Aufgrund des Alters	27	15
Aufgrund (angeblich) vieler Sexpartner*innen	27*	15
Aufgrund des Einkommens	20*	11
Aufgrund Sexarbeit	14*	8
Aufgrund Geschlechts/Geschlechtsidentität	13	7
Aufgrund Arbeitslosigkeit	13*	
Aus rassistischen Gründen	11	6

Tabelle 63: Weitere Diskriminierungsaspekte Sexarbeitende. Mehrfachnennung möglich. Signifikante Unterschiede der Teilgruppe zum Rest der Stichprobe sind mit Sternchen (*) markiert (siehe Online-Anhang).

¹¹⁷ Personen, die im letzten Jahr sexuelle Handlungen gegen Geld oder Güter eingetauscht haben, z. B. weil sie als Sexarbeiter*in, Prostituierte*r, Escort, Callboy/Callgirl arbeiten oder gearbeitet haben. Der Teilgruppen können demnach auch z. B. schwule Männer, die einmal Sex gegen Geld/Güter eingetauscht haben, zugeordnet sein. Dies gilt es in der Interpretation der Ergebnisse mitzubeachten.

Zusätzliche (mehrdimensionale) Diskriminierung von (ehemaligen) Drogengebraucher*innen

Die drei meistgenannten Diskriminierungsaspekte der Teilgruppe der (ehemaligen) Drogengebraucher*innen¹¹⁸ sind die sexuelle Orientierung, das Alter sowie (zugeschriebene) Promiskuität. Wobei nur die letztgenannte signifikant häufiger berichtet wird als vom Rest der Stichprobe (siehe Tabelle 64 sowie Online-Anhang).

Weitere Diskriminierungsaspekte (ehemalige) Drogengebraucher*innen	Anteil (in %)	n = 200
Aufgrund sexueller Orientierung/sexuellen Begehrens	48	96
Aufgrund des Alters	24	48
Aufgrund (angeblich) vieler Sexpartner*innen	19*	38
Aufgrund des Einkommens	13	26
Aufgrund Behinderung/Beeinträchtigung oder chronischer Krankheit (außer HIV/Aids)	9	18
Aufgrund Geschlechtsidentität	8	16
Aufgrund intravenösen/regelmäßigen Drogengebrauchs	6*	12

Tabelle 64: Weitere Diskriminierungsaspekte (ehemalige) Drogengebraucher*innen. Mehrfachnennung möglich. Signifikante Unterschiede der Teilgruppe zum Rest der Stichprobe sind mit Sternchen (*) markiert (siehe Online-Anhang).

¹¹⁸ Sie kann demnach auch Personen beinhalten, die kurzzeitig regelmäßig Drogen konsumiert haben, und diesen Drogenkonsum nicht als gesellschaftlich stigmatisiert erleben (z. B. Chem-Sex-User). Dies gilt es in der Interpretation der Ergebnisse mitzubeachten.

Zusätzliche (mehrdimensionale) Diskriminierung von Personen älter als 60 Jahre

Die Teilgruppe der über 60-Jährigen berichtet, nach weiteren Diskriminierungsaspekten zusätzlich zu HIV gefragt, vor allem den Aspekt Alter. Der Aspekt sexuelle Orientierung/sexuelles Begehren ist zwar der zweithäufigste genannte Aspekt, insgesamt wird dieser aber signifikant seltener angegeben als vom jeweiligen Rest der Stichprobe (siehe Tabelle 65 sowie Online-Anhang).

Weitere Diskriminierungsaspekte Personen Ü 60	Anteil (in %)	n = 79
Aufgrund des Alters	30	24
Aufgrund sexueller Orientierung/sexuellen Begehrens	19*	15
Aufgrund Geschlechts/Geschlechtsidentität	5	4
Aufgrund des Einkommens	4	3

Tabelle 65: Weitere Diskriminierungsaspekte Personen Ü 60. Mehrfachnennung möglich. Signifikante Unterschiede der Teilgruppe zum Rest der Stichprobe sind mit Sternchen () markiert (siehe Online-Anhang).*

6.6.2 Mehrdimensionale Diskriminierung und ihre Auswirkungen

Um die in der Studie fokussierten Auswirkungen untersuchen zu können, wurde eine Unterscheidung der Stichprobe vorgenommen, um sich dem Konzept Mehrdimensionalität bzw. Intersektionalität von Stigmatisierung und Diskriminierung anzunähern.

Aus der Abfrage der weiteren Diskriminierungsaspekte zusätzlich zu HIV ($n = 896$) wurden vier Teilgruppen gebildet:

- **Teilgruppe HIV+0** ($n = 289$) besteht aus denjenigen Teilnehmenden, die keine weiteren Diskriminierungsaspekte zusätzlich zu HIV angegeben haben.
- **Teilgruppe HIV+1** ($n = 297$) aus denjenigen Teilnehmenden, die zusätzlich zu HIV einen weiteren Diskriminierungsaspekt angegeben haben,
- **Teilgruppe HIV+2** ($n = 166$) aus denjenigen Teilnehmenden, die angegeben haben aufgrund zwei weiterer Aspekte zusätzlich zu HIV Diskriminierung zu erleben und
- **Teilgruppe HIV+3 und mehr** ($n = 144$) aus denjenigen Teilnehmenden, die 3 und mehr weitere Diskriminierungsaspekte angegeben haben (siehe Tabelle 58).

So gab es z. B. Teilnehmende, die angaben, aufgrund ihres HIV-Status und ihrer Homosexualität Diskriminierung zu erleben; diese Personen gehören zur Teilgruppe HIV+1. Zur Teilgruppe HIV+2 gehören beispielsweise Personen, die angaben, HIV-bezogene Diskriminierung und Diskriminierung aufgrund ihres Alters sowie ihrer (ehemaligen) Sexarbeit zu erleben. Zur Teilgruppe HIV+3 gehören etwa Personen, die berichten, HIV-bezogene Diskriminierung und Diskriminierung aufgrund ihrer Geschlechtsidentität, ihres Einkommens sowie aufgrund von Rassismus zu erleben. Wie bereits oben angerissen können die verschiedenen Aspekte je nach Person und Situation unterschiedliche Wichtigkeit und Dominanz haben, und HIV muss nicht notwendigerweise Ankerkategorie, d.h. „Auslöser“ sein. Vielmehr drücken sich gesellschaftliche Stigmata sowie Macht- und Dominanzverhältnisse *vermittelt* über die HIV-Infektion aus, wenn z. B. Homosexuellenfeindlichkeit oder Rassismus an HIV „angedockt“ werden.

Insgesamt geben 65 % der Teilnehmenden an, zusätzlich zu HIV aufgrund weiterer Aspekte Diskriminierung zu erleben. Hiervon berichten 32 % aufgrund *eines weiteren Aspektes* zusätzlich zu HIV, 18 % aufgrund *zwei weiterer Aspekte* und 15 % aufgrund *drei und mehr weiteren Aspekten* von Diskriminierung betroffen zu sein. 31 % der Teilnehmenden geben neben HIV keine weiteren Aspekte an (siehe Tabelle 66).

Mehrdimensionale Diskriminierung Teilgruppen	Anteil (in %)	<i>n</i>
HIV+0	31	289
HIV+1	32	297
HIV+2	18	166
HIV+3 und mehr	15	144

Tabelle 66: Mehrdimensionale Diskriminierung Teilgruppen. Prozentualer Anteil aller Teilnehmenden, welche Diskriminierung aufgrund von HIV erleben bzw. aufgrund weiterer Aspekte zusätzlich zu HIV.

Lebenszufriedenheit

Die Studie zeigt Effekte negativer Auswirkungen von Diskriminierung und Abwertung auf die allgemeine Lebenszufriedenheit und Gesundheit. Die Lebenszufriedenheit der befragten HIV-positiven Menschen wird zwar durchschnittlich relativ hoch angegeben (siehe 6.1), werden aber weitere Diskriminierungsgründe zusätzlich zu HIV erlebt, nimmt die berichtete allgemeine Lebenszufriedenheit mit zunehmender Anzahl an Diskriminierungsaspekten signifikant ab (siehe Abb. 51). Hierbei unterscheiden sich alle Teilgruppen signifikant voneinander mit Ausnahme der Gruppe HIV+2 zu „HIV+3 und mehr“.¹¹⁹

Gesundheitszustand

Ein ähnliches Muster zeigt sich für den wahrgenommenen eigenen Gesundheitszustand. Insgesamt wird im Mittel ein relativ guter Gesundheitszustand berichtet (siehe 6.1). Mit steigender Anzahl der berichteten Diskriminierungsaspekte wird jedoch auch ein weniger positiver Gesundheitszustand berichtet. Hierbei unterscheiden sich die Teilgruppen signifikant voneinander, mit Ausnahme der Teilgruppen HIV+0 zu HIV+1 und HIV+1 zu HIV+2.¹²⁰

Lebenszufriedenheit
(1 = sehr unzufrieden bis 10 = sehr zufrieden)

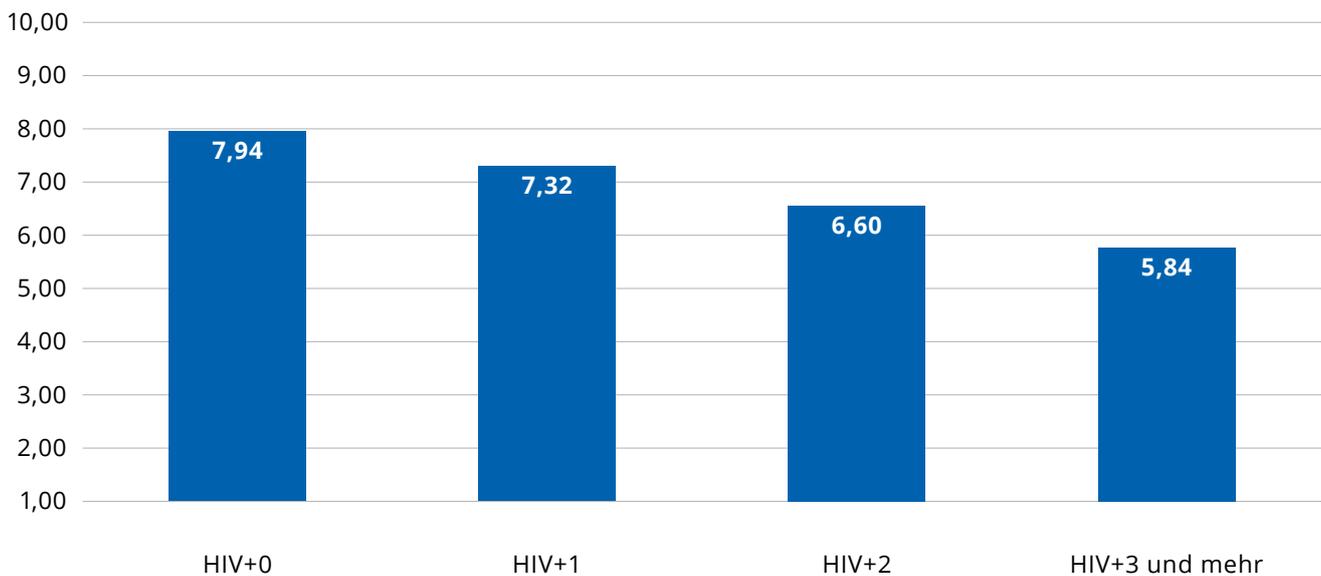


Abbildung 48: Mittelwert der Skala „Lebenszufriedenheit“ für Teilgruppen. („Anzahl der erlebten Diskriminierungsmerkmale“).

¹¹⁹ Post-hoc-Tests (Bonferroni) der einzelnen Teilgruppenunterschiede: $p < ,004$; $F(3) = 34,871$; $p < ,001$, $\eta^2 = ,11$; deskriptive Werte: siehe Online-Anhang.

¹²⁰ Post-hoc-Tests (Bonferroni) der einzelnen Teilgruppenunterschiede: $p < ,002$; $F(3) = 24,294$; $p < ,001$, $\eta^2 = ,08$; deskriptive Werte: siehe Online-Anhang.

Gesundheitszustand (1 = sehr schlecht bis 101 = sehr gut)

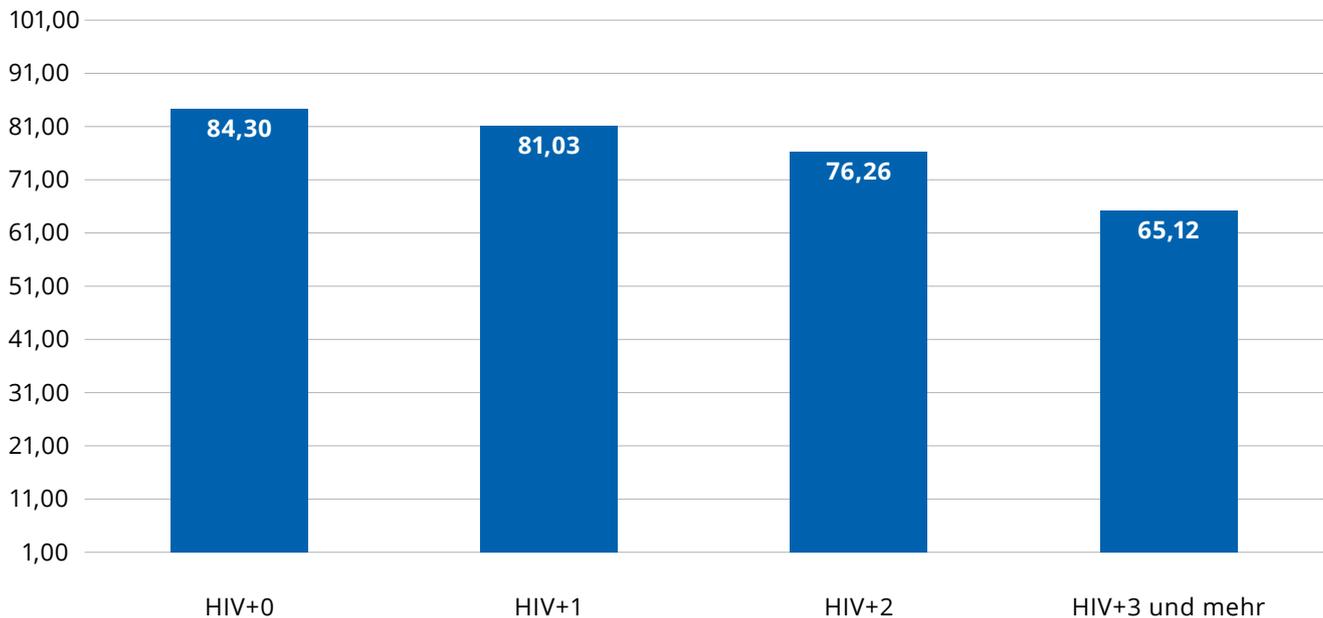


Abbildung 49: Mittelwerte der Skala „Gesundheitszustand“ für Teilgruppen. („Anzahl der erlebten Diskriminierungsmerkmale“).

Psychosomatische Symptome

Belastungen im Alltag können sich auch in psychosomatischen Symptomen (z. B. Kopfschmerzen, Nervosität, Schlafprobleme; siehe 6.1) auswirken. Dass diese Belastungen auch vom Erleben gesellschaftlicher Diskriminierung und Stigmatisierung beeinflusst und verstärkt werden können, verdeutlicht die differenzierte Untersuchung dieser Symptome im Zusammenhang mit mehrdimensionaler Diskriminierung. Auch hinsichtlich der Ausprägung psychosomatischer Symptome unterscheiden sich die Teilgruppen der

Mehrfachmarginalisierten voneinander und berichten mehr Symptome mit zunehmenden Diskriminierungsaspekten. Hierbei unterscheiden sich alle Teilgruppen signifikant voneinander.¹²¹ Konkret bedeutet dies, Menschen die Diskriminierung aufgrund weiterer Aspekte zusätzlich zu HIV erleben, leiden auch häufiger unter psychosomatischen Symptomen wie z. B. Kopfschmerzen, Rückenschmerzen und Schlafproblemen.

¹²¹ Post-hoc-Tests (Bonferroni) der einzelnen Teilgruppenunterschiede: $p < ,004$; $F(3) = 44,795$; $p < ,001$, $\eta^2 = ,13$; deskriptive Werte: siehe Online-Anhang.

Selbstwirksamkeit

In der Online-Befragung wurde auch die wahrgenommene Selbstwirksamkeit der Menschen erfasst (siehe 6.1). Hinsichtlich mehrfachmarginalisierter Menschen mit HIV zeigt sich, dass die Selbstwirksamkeit bei zunehmenden Diskriminierungsaspekten niedriger angegeben wird; hierbei unterscheiden sich alle Teilgruppen signifikant voneinander (siehe Abbildung 50).¹²²

Internalisierte HIV-Stigmatisierung und HIV-bezogene Diskriminierung

Neben Auswirkungen auf Lebensqualität, Gesundheitszustand und Selbstwirksamkeit zeigt sich, dass Mehrfachmarginalisierung bzw. -diskriminierung auch Auswirkungen auf den Umgang mit der HIV-Infektion hat. So berichten mehrfachmarginalisierte Personen von signifikant höherer internalisierter HIV-Stigmatisierung: die internalisierte Stigmatisierung (siehe 6.2) nimmt mit der Anzahl der Diskriminierungsaspekte zu (siehe Abbildung 51).¹²³

Selbstwirksamkeit
(1 = niedrige Selbstwirksamkeit bis 5 = hohe Selbstwirksamkeit)

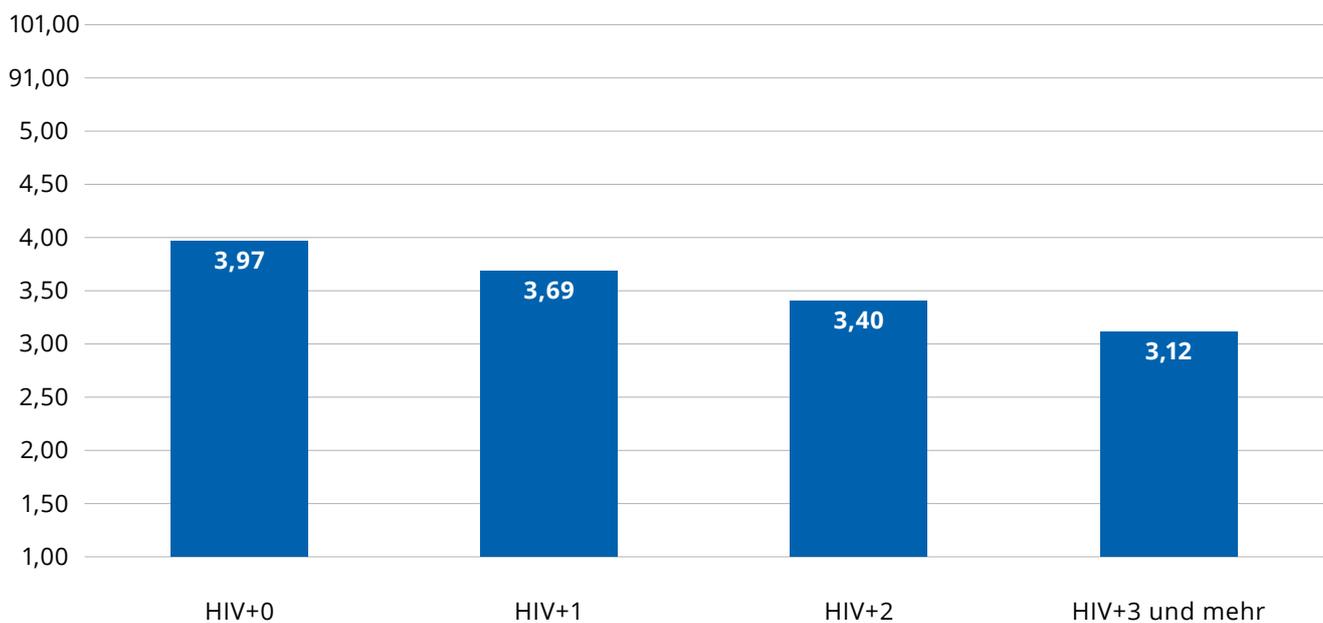


Abbildung 50: Mittelwerte der Skala „Selbstwirksamkeit“ für Teilgruppen. („Anzahl der erlebten Diskriminierungsmerkmale“).

¹²² Post-hoc-Tests (Bonferroni) der einzelnen Teilgruppenunterschiede: $p < ,004$; $F(3) = 51,744$; $p < ,001$, $\eta^2 = ,15$; deskriptive Werte siehe: Online-Anhang.

¹²³ Hierbei unterscheiden sich die Teilgruppen HIV+0 zu HIV+2 und zu „HIV+3 und mehr“ signifikant voneinander. Post-hoc-Tests (Bonferroni) der einzelnen Teilgruppenunterschiede: $p < ,003$; $F(3) = 7,884$; $p < ,001$, $\eta^2 = ,03$; deskriptive Werte siehe Online-Anhang.

HIV-positive Menschen, die mehrere Diskriminierungsaspekte zusätzlich zu HIV angeben, nehmen auch mehr HIV-bezogene Diskriminierung wahr (siehe 6.3). Alle Teilgruppenunterschiede zueinander unterscheiden sich signifikant.¹²⁴ Bemerkenswert ist auch, dass sich ein Zusammenhang zwischen der – in der Stichprobe sehr hohen – Adhärenz zur ART (Anzahl der Tage in den letzten drei Monaten, an denen keine HIV-Medikamente genommen wurden) und der Anzahl der Diskriminierungsgründe zeigt.¹²⁵ Personen, die mehr Gründe angeben, aufgrund derer sie im Leben Diskriminierung erleben, geben auch eher eine eher geringe ART-Adhärenz an.

Insgesamt zeigt sich also, dass vulnerable Gruppen, die aufgrund mehrerer Merkmale von struktureller, institutioneller und individueller Diskriminierung betroffen sind, auch negativere Auswirkungen hinsichtlich ihrer Lebensqualität und Gesundheit wahrnehmen. Die Ergebnisse in Bezug auf die internalisierte HIV-bezogene Stigmatisierung und Diskriminierung weisen darauf hin, dass für mehrfachmarginalisierte Personen, die weniger gesellschaftliche Teilhabechancen haben und von weniger vorhandenen materiellen, aber auch emotionalen Ressourcen profitieren, auch ein weniger positiver Umgang mit der eigenen HIV-Infektion einhergehen kann. Dies manifestiert sich beispielsweise im Zugang zum Gesundheitssystem, aber auch zu Beratungs- und Community-Angeboten.

Internalisierte HIV-Stigmatisierung (1 = niedrig bis 4 = hoch)

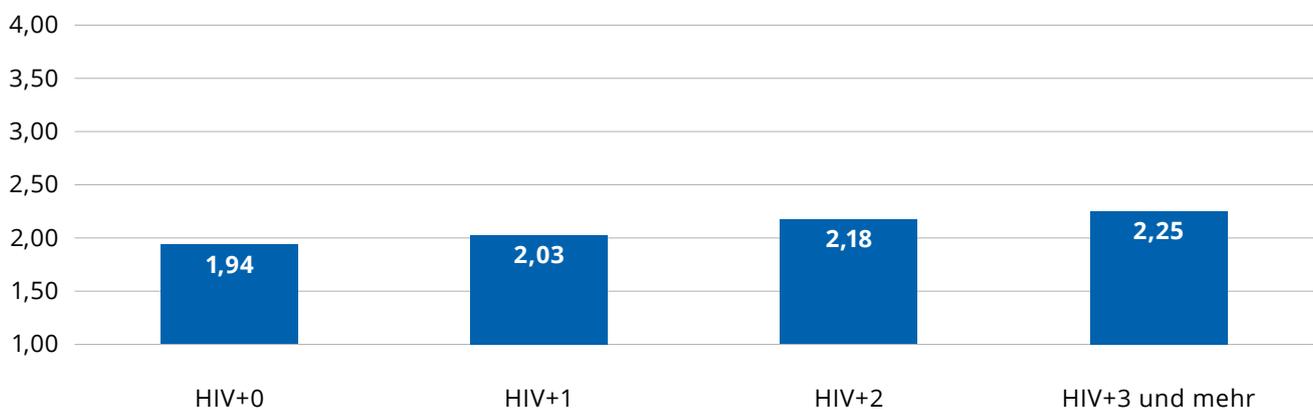


Abbildung 51: Mittelwerte der Skala „Internalisierte HIV-Stigmatisierung“ für Teilgruppen. („Anzahl der erlebten Diskriminierungsmerkmale“).

¹²⁴ Post-hoc-Tests (Bonferroni) der einzelnen Teilgruppenunterschiede: $p < ,002$; $F(3) = 42,185$; $p < ,001$, $\eta^2 = ,13$; deskriptive Werte siehe Online-Anhang.

¹²⁵ Korrelation: $\rho = ,18$, $p < ,01$, $n = 884$.

HIV-bezogene Diskriminierung (0 = nie bis 6 = über 10 mal oder mehr)

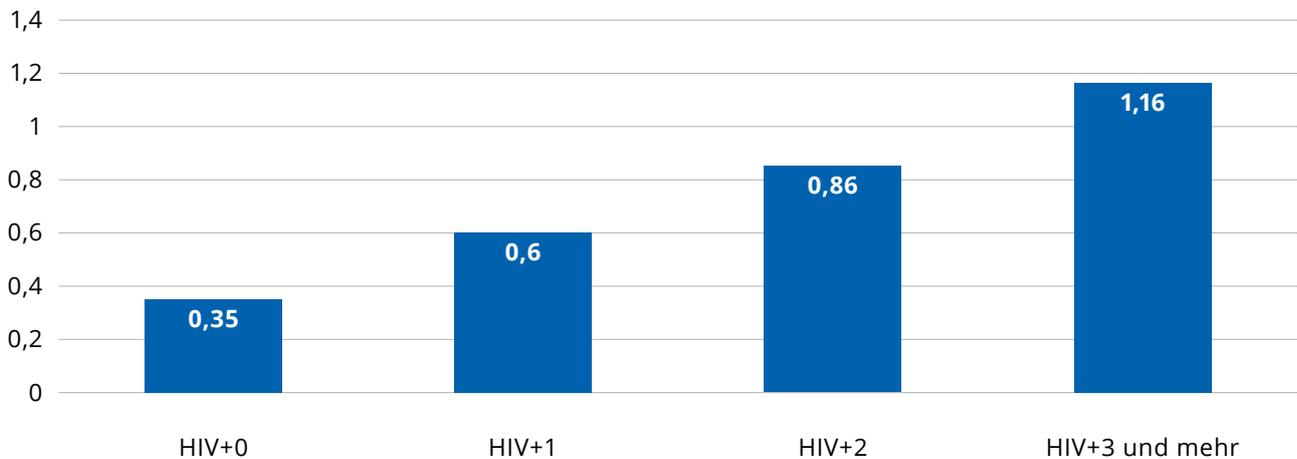


Abbildung 52: Mittelwerte der Häufigkeit erlebter HIV-bezogener Diskriminierung (in letzten 12 Monaten) für Teilgruppen („Anzahl der erlebten Diskriminierungsmerkmale“).

Mehrdimensionale Stigmatisierung und HIV-bezogene Zuschreibungen

Um sich der Verknüpfung von HIV-bezogener Stigmatisierung und Diskriminierung als Vehikel für andere Diskriminierungsfacetten empirisch zu nähern, wurden diskriminierende Zuschreibungen abgefragt. HIV-bezogene Stigmatisierung kann beispielsweise als Vehikel dienen für Homosexuellen- bzw. Schwulenfeindlichkeit, die sich über eine generalisierte Zuschreibung von HIV-positiv-Sein auf Schwule ausdrückt (z.B. Blutspendenverbot für Schwule), aber auch für rassistische Differenzierung, die sich durch eine generalisierte Zuschreibung einer HIV-Infektion bestimmter Personengruppen manifestiert (z.B. Geflüchtete oder Migrant*innen aus bestimmten Ländern oder Gebieten).

Gefragt nach diskriminierenden Zuschreibungen gaben nur vier von zehn Personen an, dass ihnen nichts dergleichen, also keine der diskriminierenden Zuschreibungen passiert ist. Sechs von zehn Personen gaben an, bereits eine solche Zuschreibung oder Unterstellung erlebt zu haben (siehe Abbildung 53 „Mir ist nichts dergleichen passiert“: 59 % „Nein“, 41 % „Ja“, $n = 935$).

Ein weit verbreitetes Narrativ ist die enge und vor allem negativ betonte Verknüpfung von HIV mit einem nicht-heteronormativen sowie nicht-monogamen Lebensstil, welcher von einer vermeintlichen heterosexuellen und monogamen Norm abweicht. Dieses sexualitätsbezogene Stigma, welches HIV als Schuld und Strafe für einen lustvollen und nicht-schambehafteten Umgang mit Sexualität rahmt (vgl. Hartung 2020), wurde durch die Aussage „Mir wurde aufgrund meines HIV-Status schon einmal zugeschrieben, dass ich (angeblich) viele Sexpartner*innen habe oder hatte“ erfasst. 41 % Zustimmung der Gesamtstichprobe zeigen, wie dominant diese Erzählung über HIV nach wie vor ist (siehe Abbildung 53). Die nach wie vor enge Verzahnung von HIV-bezogener Stigmatisierung und Diskriminierung mit (unterstellter) Homosexualität bzw. schwulenfeindlichen

Narrativen und vice versa wird im folgenden Ergebnis deutlich. Die Zuschreibung aufgrund der sexuellen Orientierung HIV-positiv zu sein, erlebten 36 % der Teilnehmenden. Die (umgekehrte) Zuschreibung von Homosexualität aufgrund des HIV-Status 24 %. 43 % der Teilgruppe der Schwulen und MSM geben an, dass ihnen aufgrund ihrer sexuellen Orientierung schon einmal unterstellt wurde, HIV-positiv zu sein. 15 % aller Teilnehmenden wurde aufgrund ihres HIV-Status zugeschrieben Drogenkonsument*in zu sein (siehe Abbildung 53). Die rassistisch diskriminierende Zuschreibung „Mir wurde aufgrund meiner (angeblichen) ethnischen/kulturellen Zugehörigkeit schon einmal zugeschrieben, dass ich HIV-positiv bin“ berichten 11 % der Teilgruppe der (Black) People of Color; d.h. mehr als jede zehnte Person dieser Teilgruppe der Teilnehmenden hat diese Diskriminierungserfahrung gemacht.

Diskriminierende Zuschreibungen (in %) N = 935

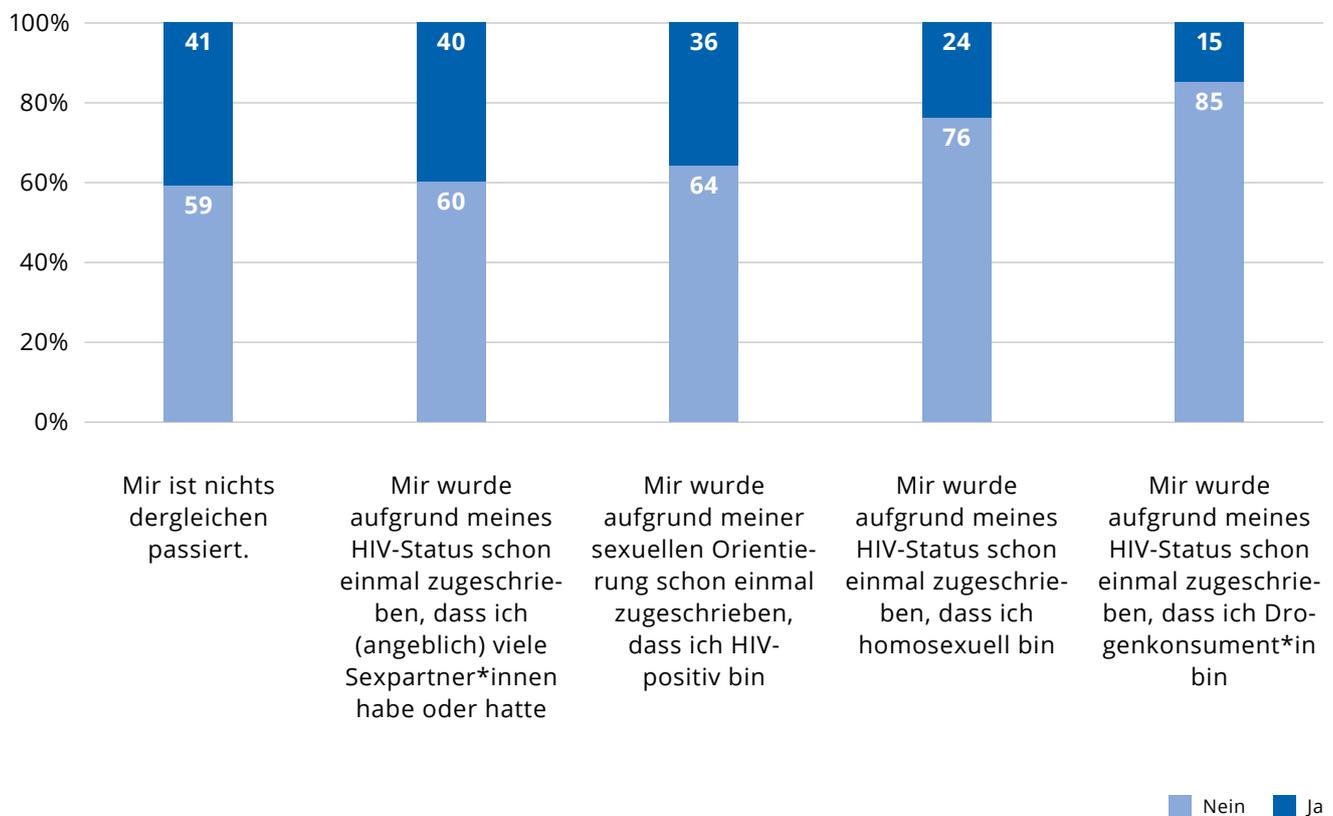


Abbildung 53: Diskriminierende Zuschreibungen („Ist Ihnen Folgendes schon einmal passiert? Mehrfachnennung möglich“). Prozentualer Anteil aller Teilnehmenden. N = 935

6.6.3 Subjektive Bedeutung der unterschiedlichen Diskriminierungsdimensionen im Leben

Die Teilnehmenden der Online-Befragung wurden gebeten, die jeweils angegebenen Aspekte hinsichtlich der von ihnen subjektiv empfundenen „Relevanz für ihre Diskriminierungserfahrungen im Allgemeinen“¹²⁶ zu bewerten. Gab eine Person beispielsweise an, wegen rassistischer Gründe, aufgrund der Geschlechtsidentität und des Einkommens Diskriminierung zu erleben, wurde im nächsten Schritt die empfundene Relevanz von Rassismus, Geschlechtsidentität und Einkommen für das eigene Erleben von Diskriminierung abgefragt (1 = *weniger relevant* bis 100 = *sehr relevant*). Zusätzlich wurde jeder Person die Frage nach der Relevanz der HIV-Infektion hinsichtlich der gemachten Diskriminierungserfahrungen gestellt.¹²⁷ Es ist hierbei wichtig zu betonen, dass nach der ganz persönlichen, subjektiven Relevanz der jeweiligen Teilnehmer*innen gefragt wurde, nicht nach sozialstrukturellen und/oder kategorialen Zusammenhangsverhältnissen und deren Wichtigkeit und/oder Dominanz.

Subjektiv empfundene Relevanz der HIV-Infektion für allgemeines Diskriminierungserleben

Insgesamt wird der HIV-Infektion für gemachte Diskriminierungserfahrungen eine mittlere Relevanz zugeschrieben.¹²⁸ Hinsichtlich der Frage nach der subjektiven Relevanz der HIV-Infektion ergeben sich signifikante Unterschiede für einige Teilgruppen. Für die Gruppe der Personen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status sowie Frauen spielt die HIV-Infektion größere Rolle hinsichtlich des allgemeinen Diskriminierungserlebens, für Schwule eine geringere Rolle (je im Vergleich zum jeweiligen Rest der Stichprobe).

Subjektive Relevanz der HIV-Infektion
(1 = *wenig relevant* bis 100 = *sehr relevant*)

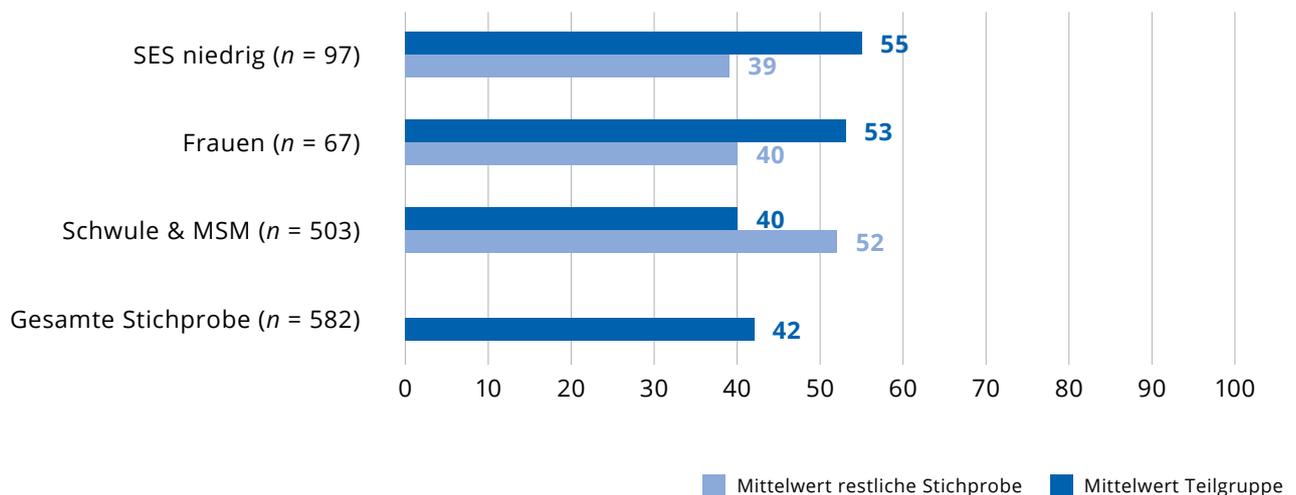


Abbildung 54: Mittelwertvergleiche der Skala „Relevanz der HIV-Infektion“ zwischen einzelnen Teilgruppen mit der jeweiligen restlichen Stichprobe. Dargestellt sind nur die Teilgruppen, die sich signifikant vom jeweiligen Rest der Stichprobe unterscheiden. Da sich die Teilgruppen auch überschneiden (z. B. Schwule & MSM, die eine Behinderung haben) und die Mittelwertunterschiede je Variable/Konstrukt getestet wurden, können gegenseitige (intersektionale) Effekte nicht ausgeschlossen werden.

¹²⁶ Fragestellung der Online-Befragung: „Wie relevant sind die von dir genannten Aspekte hinsichtlich deiner Diskriminierungserfahrungen?“

¹²⁷ Aufgrund eines Programmierungsfehlers konnten die Bewertungen der Relevanz für die Kategorien Religion, Sexarbeit, Hafterschaft, Drogengebrauch, (angeblich) viele Sexpartner*innen, Alter, Wohnungslosigkeit sowie „weitere Merkmale“ nicht berechnet werden.

¹²⁸ $M = 41,94$; $SD = 32,61$, Skala: „Wie relevant ist deine HIV-Infektion hinsichtlich deiner erlebten Diskriminierungserfahrungen?“ (n = 582). Statistische Werte für Teilgruppenvergleiche siehe Online-Anhang.

Subjektive Relevanz und Bedeutung weiterer Diskriminierungsaspekte in Vergleich zu HIV

Die folgende Grafik veranschaulicht die subjektive Relevanz der HIV-Infektion für die gemachten Diskriminierungserfahrungen im Vergleich zu anderen Diskriminierungsaspekten. Hierbei wurden jeweils Angaben der Teilgruppen verglichen, welche die jeweiligen Diskriminierungsaspekte ausgewählt haben.

D.h. in den Vergleich „HIV-Bildungsstand“ sind nur Werte der Personen eingegangen, die den Aspekt Bildungsstand ausgewählt haben und den Aspekt HIV bewertet haben.

Es zeigt sich, dass für alle Diskriminierungsaspekte die HIV-Infektion mit einer jeweils niedrigeren Relevanz bewertet wurde als der jeweils andere angegebene Diskriminierungsaspekt.

Subjektive Relevanz der HIV-Infektion im Vergleich mit anderen Diskriminierungsaspekten (1 = weniger relevant bis 100 = sehr relevant)

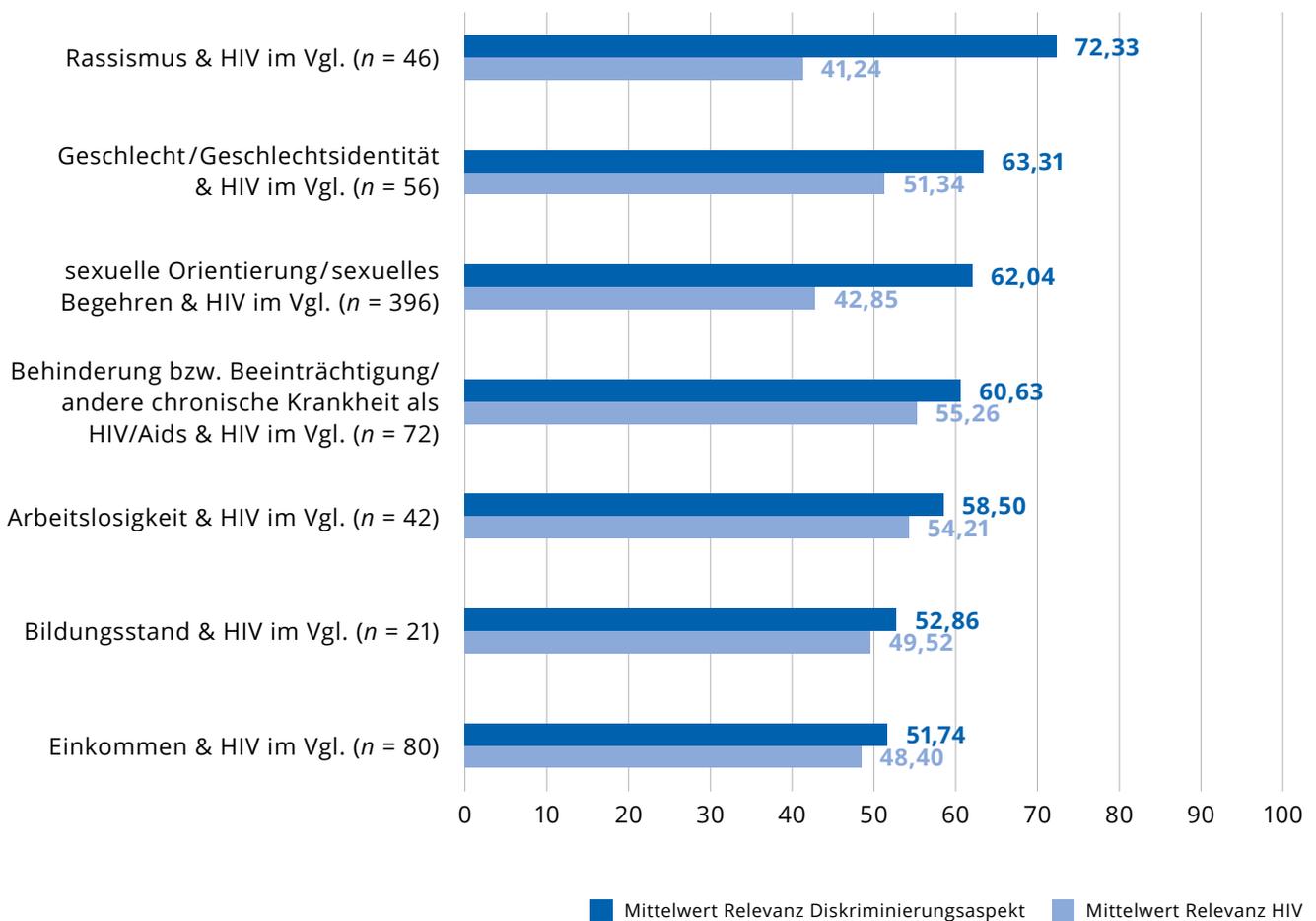


Abbildung 55: Subjektive Relevanz der HIV-Infektion im Vergleich mit anderen Diskriminierungsaspekten. Darstellung der Mittelwerte pro Diskriminierungsaspekt.

6.6.4 Zusammenfassung mehrdimensionale Diskriminierung

Die Ergebnisse in diesem Abschnitt verdeutlichen zum einen die Bedeutung der weiteren Diskriminierungsaspekte für Menschen mit HIV, die gesellschaftlich mehrdimensional stigmatisiert werden. Zum anderen unterstreichen sie die Wichtigkeit, auch diese weiteren – über HIV hinausgehenden – Diskriminierungsaspekte für eine erfolgreiche Präventions- und Antidiskriminierungsarbeit zu fokussieren, um die Diskriminierung von Menschen mit HIV gesamtgesellschaftlich abzubauen bzw. sie im Umgang mit HIV-bezogener Stigmatisierung und Diskriminierung zu unterstützen.

In Bezug auf unterschiedliche Teilgruppen von Menschen mit HIV zeigt sich, dass sie neben HIV-bezogener Diskriminierung auch von weiteren Ungleichwertigkeitsvorstellungen in der Gesellschaft betroffen sind (z. B. aufgrund Homosexuellenfeindlichkeit, Sexismus, Rassismus). Dabei zeigen die Ergebnisse eindrücklich, dass sich mit jedem Diskriminierungsaspekt, den Menschen mit HIV in ihrem Leben wahrnehmen, auch die negativen Auswirkungen verstärken

können. Zunehmende (selbst wahrgenommene) Mehrdimensionalität des eigenen Diskriminierungserlebens hängt mit weniger Lebenszufriedenheit, schlechterer Gesundheit und weniger Selbstwirksamkeit zusammen. Hervorzuheben im Kontext HIV ist dabei, dass auch die internalisierte HIV-bezogene Stigmatisierung mit der wahrgenommenen Mehrdimensionalität zusammenhängt. Zunehmende Mehrdimensionalität geht mit zunehmender internalisierter HIV-bezogener Stigmatisierung einher.

Die Relevanz von HIV für das allgemeine Diskriminierungserleben der Menschen zeigt sich vor allem für Menschen mit niedrigem SES und für Frauen als hoch. Für Schwule und MSM scheint HIV-bezogene Diskriminierung eher eine weniger wichtige Rolle zu spielen, wenn sie auf ihr gesamtes Diskriminierungserleben schauen. Vergleicht man die Relevanzeinschätzungen von HIV als Diskriminierungsgrund im Vergleich mit den weiteren Diskriminierungsgründen, zeigt sich in den Ergebnissen, dass HIV dabei allgemein eine geringere Relevanz zugeordnet wird.

6.7 Community und Engagement

Ein weiterer wichtiger Schwerpunkt dieser Studie ist die Untersuchung der Themenfelder „Community der Menschen mit HIV“ und das Engagement in der Community. Dieses Kapitel liefert zunächst einen Überblick über das Verbundenheitsgefühl von HIV-positiven Menschen zur HIV-Community, geht auf die Wahrnehmung von Repräsentation unterschiedlicher Teilgruppen in der HIV-Community ein und stellt abschließend die Frage nach dem Zusammenhang

von Zugehörigkeitsgefühl und Engagement sowie Empowerment. Aufbauend auf den Ergebnissen zur mehrdimensionalen Diskriminierung von Menschen mit HIV (siehe 6.6) wirft die Studie auch einen diskriminierungskritischen Blick in die HIV-Community selbst, um gegebenenfalls die Sensibilisierung bezüglich spezifischer Angebote und hinsichtlich des Abbaus von Ungleichheiten zu erhöhen.

6.7.1 Identifikation mit der HIV-Community

Fast alle Teilnehmenden der Online-Befragung gaben an, andere Menschen mit HIV persönlich zu kennen (92 %). Nur 7 % gaben an, keine anderen Menschen mit HIV zu kennen (1 % gaben an, es nicht zu wissen). Gefragt nach ihrem Verbundenheitsgefühl zu anderen Menschen mit HIV, fühlen sich zwei Drittel der Teilnehmenden anderen Menschen mit HIV eher stark oder sehr stark verbunden, 20 % der Teilnehmenden fühlen sich anderen Menschen mit HIV weniger stark oder überhaupt nicht verbunden (siehe Abbildung 56).

Zitate aus den Fokusgruppen verdeutlichen, dass die Verbindung mit anderen Menschen mit HIV, andere HIV-positive Menschen zu kennen und sich mit ihnen auszutauschen einen bestärkenden, empowernden Effekt für HIV-positive Menschen hat:

„Und deswegen bin ich auch hier, weil ich einfach gucken wollte. Ich habe direkt gemerkt, wir sitzen alle im gleichen Boot und da, wo ich herkomme, hat man niemanden, mit dem man drüber reden kann. Allein dieses Treffen hier war einfach eine Riesenhilfe: Dass man sieht, auch wenn das jetzt eine etwas kleinere Gruppe war als sonst, dass es wahrscheinlich nur ein Bruchteil von Millionen von Leuten ist, die es betrifft, deswegen glaube ich, hilft so was allgemein dafür das Selbstwertgefühl wieder ein Stück nach oben zu schießen.“

Fokusgruppe 3, Pos. 151

„Ich habe das Gefühl, dass ich in einer Community ankomme, aber [...] ich wünschte mir auch, dass ich deutlich früher schon angekommen wäre, also ich war ja fünf Jahre oder bin fünf Jahre nach meiner Diagnose erst auf andere Menschen mit der gleichen Diagnose gestoßen und ich hätte den Weg früher gehen sollen. Aber ich fühle, dass ich ankomme und dass da sehr viel Potenzial ist, total tolle Menschen kennenzulernen und total schöne Erfahrungen und Austausch zu haben.“ *Fokusgruppe 3, Pos. 202*

Verbundenheit mit anderen Menschen mit HIV (in %) (1 = überhaupt nicht stark bis 7 = sehr stark)

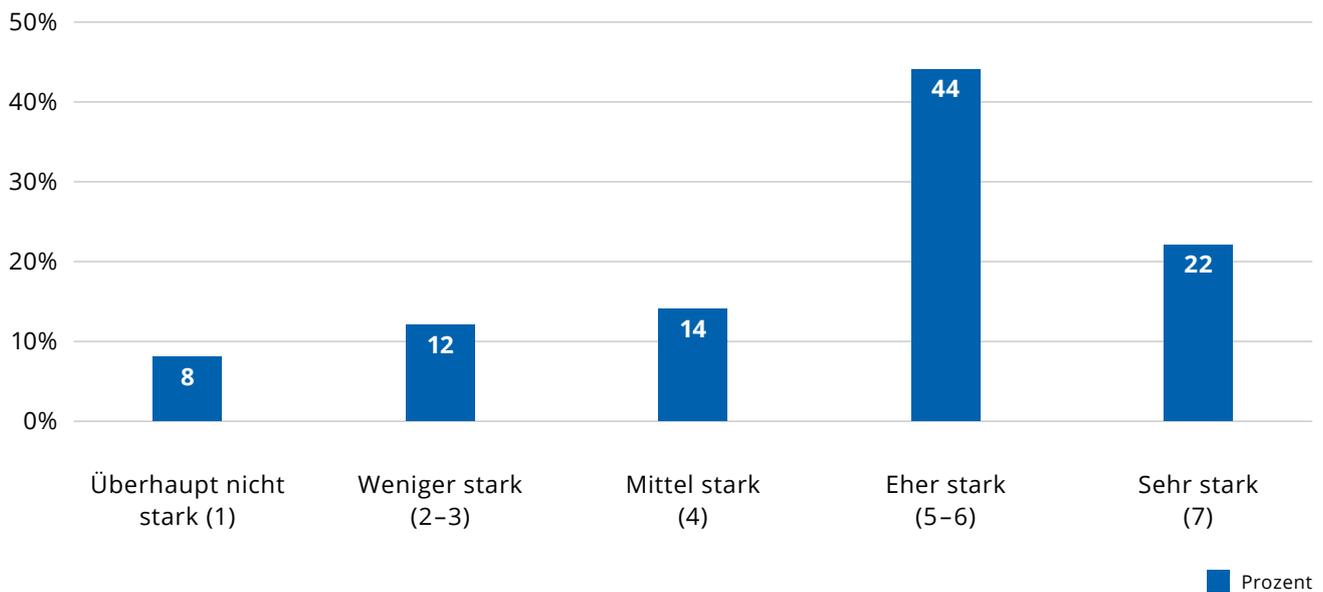


Abbildung 56: Verbundenheit mit anderen Menschen mit HIV.
Prozentualer Anteil aller Teilnehmenden, welche die entsprechende Frage beantwortet haben.

Teilgruppenanalysen: Verbundenheit mit anderen Menschen mit HIV und Identifikation mit der HIV-Community

Vergleicht man die Verbundenheit mit anderen HIV-positiven Menschen nach Gruppen ergibt sich folgendes Bild (siehe Abbildung 57): Im Mittelwert fühlen sich die Teilnehmenden der Stichprobe anderen Menschen mit HIV eher stärker verbunden.¹²⁹ (Ehemalige) Drogengebraucher*innen und über 60-Jährige fühlen sich anderen HIV-positiven Menschen signifikant stärker verbunden als der jeweilige Rest der Stichprobe. Menschen mit einer HIV-Diagnose unter 2 Jahren fühlen sich anderen Menschen mit HIV signifikant weniger stark verbunden als der Rest der Stichprobe.¹³⁰

Die Identifikation mit der HIV-Community (vgl. Doosje et al. 2005, 7 Aussagen¹³¹, z.B. „Ich identifiziere mich mit der HIV-Community“) ist bei den Teilnehmenden der Online-Befragung mittelstark.¹³² Ähnlich wie bei der Verbundenheit mit anderen HIV-positiven Menschen identifiziert sich die Gruppe der (ehemaligen) Drogengebraucher*innen signifikant stärker mit der HIV-Community als der Rest der Stichprobe. Die Gruppe der über 60-Jährigen identifiziert sich am stärksten mit der HIV-Community. Personen, die in einem Wohnort mit weniger als 20.000 Einwohner*innen leben, identifizieren sich signifikant weniger stark mit der HIV-Community als der Rest der Stichprobe (siehe Abbildung 58).¹³³

Verbundenheit mit anderen Menschen mit HIV nach Teilgruppen (1 = überhaupt nicht stark bis 7 = sehr stark)

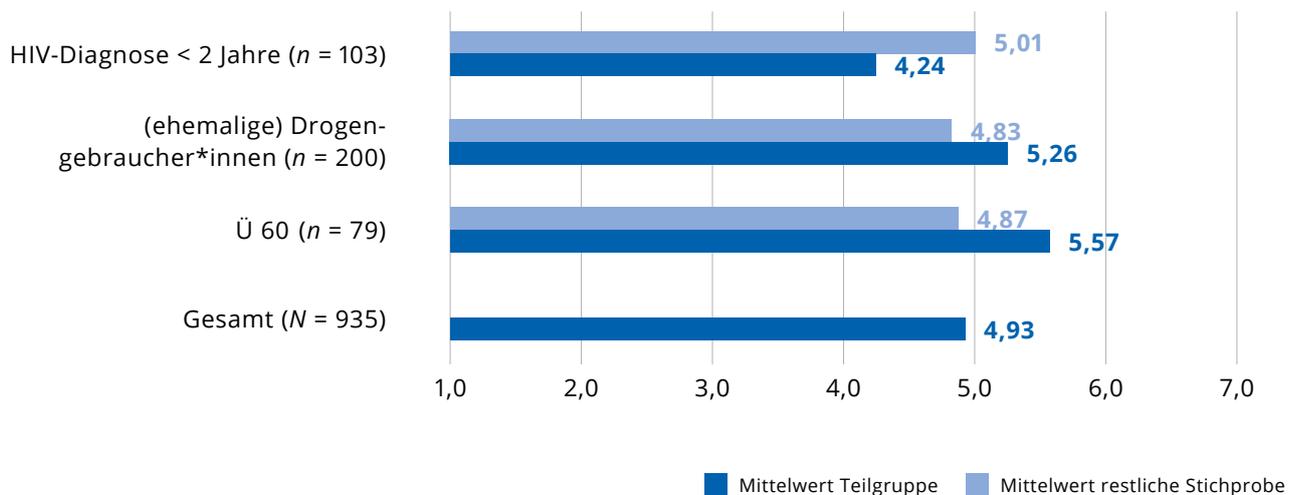


Abbildung 57: Mittelwertvergleiche zu „Verbundenheit mit anderen Menschen mit HIV“ zwischen einzelnen Teilgruppen mit der jeweiligen restlichen Stichprobe. Dargestellt sind nur die Teilgruppen, die sich signifikant vom jeweiligen Rest der Stichprobe unterscheiden. Da sich die Teilgruppen auch überschneiden (z.B. Schwule & MSM, die eine Behinderung haben) und die Mittelwertunterschiede je Variable/Konstrukt getestet wurden, können gegenseitige (intersektionale) Effekte nicht ausgeschlossen werden.

¹²⁹ $M = 4,9$, $SD = 1,85$; Skala: 1 = überhaupt nicht stark bis 7 = sehr stark.

¹³⁰ Die Mittelwerte zwischen den Teilgruppen und dem jeweiligen Rest der Stichprobe wurden mittels T-Tests untersucht (statistische Kennwerte siehe Online-Anhang).

¹³¹ Aus den Aussagen wurde eine Skala „Identifikation mit HIV-Community“ gebildet (Cronbachs $\alpha = ,94$; $n = 933$; 1 = trifft überhaupt nicht zu bis 7 = trifft voll und ganz zu).

¹³² $M = 3,95$, $SD = 1,95$.

¹³³ Die Mittelwerte zwischen den Teilgruppen und dem jeweiligen Rest der Stichprobe wurden mittels T-Tests untersucht (siehe Online-Anhang).

Identifikation mit der HIV-Community nach Gruppen (1 = sehr schwache Identifikation bis 7 = sehr starke Identifikation)

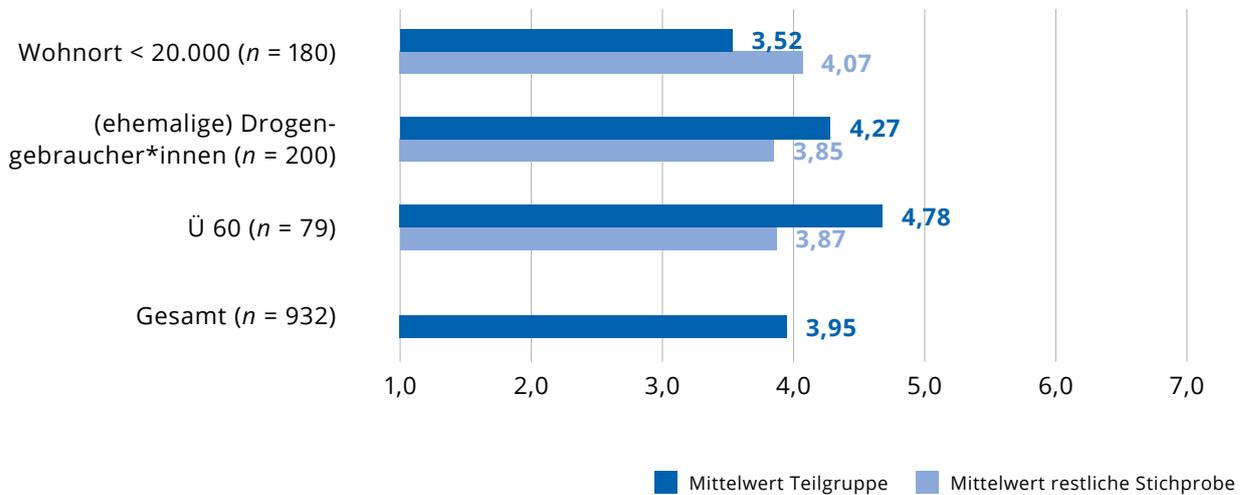


Abbildung 58: Mittelwerte der Skala „Identifikation mit der HIV-Community“ einzelner Teilgruppen und der jeweiligen restlichen Stichprobe. Dargestellt sind nur die Teilgruppen, die sich signifikant vom jeweiligen Rest der Stichprobe unterscheiden. Da sich die Teilgruppen auch überschneiden (z. B. Schwule & MSM, die eine Behinderung haben) und die Mittelwertunterschiede je Variable/Konstrukt getestet wurden, können gegenseitige (intersektionale) Effekte nicht ausgeschlossen werden.

6.7.2 Repräsentation innerhalb der HIV-Community

Um die eigene Repräsentation in der HIV-Community (u.a. Sichtbarkeit der eigenen Perspektive und Bedarfe) in Hinblick auf Auswirkungen und ihre Zusammenhänge zu untersuchen (z.B. mit Motivation, sich zu engagieren), wurde eine Skala „Repräsentation in der HIV-Community“ gebildet (z.B. „Meine Interessen sind innerhalb der HIV-Community gut vertreten“, „Ich kann mich mit meinen Fähigkeiten, Wünschen und Bedürfnissen gut in der HIV-Community einbringen“, „Bestimmte Gruppen dominieren das Bild der HIV-Community zu sehr“).¹³⁴

Insgesamt nehmen die Teilnehmenden ihre eigene Repräsentation in der HIV-Community mittelstark wahr. Signifikante Unterschiede für die fokussierten Teilgruppen sind nicht zu finden. Weiterführende Analysen in Bezug auf einzelne Aussagen der Skala deuten an, dass vor allem Menschen mit Behinderung sich beispielsweise bei Angeboten der Community manchmal ausgegrenzt fühlen.¹³⁵ Hinsichtlich der Angebote der HIV-Community deutet sich an, dass auf dem Land bzw. in kleineren Kommunen Leerstellen existieren: Menschen mit HIV, die auf dem Land wohnen, bemängeln eher, dass in ihrer Nähe Angebote der HIV-Community fehlen.¹³⁶

¹³⁴ $M = 4,39$ ($SD = 1,21$); $n = 914$; Cronbachs $\alpha = ,77$, Skala: 1 = sehr wenig Zustimmung bis 7 = sehr hohe Zustimmung.

¹³⁵ Vgl. Online-Anhang.

¹³⁶ Vgl. Online-Anhang.

6.7.3 Engagement im HIV-Bereich

Die Geschichte von HIV ist auch eine Geschichte erfolgreicher Selbstorganisation, politischer Arbeit und Engagement. In der vorliegenden Studie wurde deshalb die Thematik politisches Engagement und Ehrenamt im HIV-Kontext genauer untersucht.

In der Stichprobe der Online-Befragung ist fast jede vierte Person engagiert. 22 % der Teilnehmenden ($n = 205$) haben sich im letzten Jahr ehrenamtlich im HIV-Bereich engagiert. 77 % ($n = 721$) gaben an, sich nicht in den letzten 12 Monaten im HIV-Bereich engagiert zu haben.¹³⁷ Gefragt nach der Höhe der Motivation, sich im HIV-Bereich zu engagieren, zeigt sich eine mittlere Motivation bei den Teilnehmenden.¹³⁸ Die Motive, sich im HIV-Bereich zu engagieren, stellen sich dabei wie folgt dar (siehe Tabelle 67).

Gründe sich zu engagieren	Anteil (in %)	<i>n</i>
Anderen Menschen mit HIV helfen	75	154
Andere Menschen über HIV aufklären	73	150
Gesellschaftlich und politisch etwas verändern	72	148
Verbundenheit zu anderen Menschen mit HIV	71	146
Für Interessen und Antidiskriminierung von HIV-positiven Menschen einsetzen	62	126
Geschützter Raum, Wertfreiheit und Offenheit	57	116
Sich mit der eigenen HIV-Infektion auseinanderzusetzen	56	114
Das eigene Selbstbewusstsein stärken	52	107
Für Interessen und Antidiskriminierung von Gruppen einsetzen, die von HIV-bezogener Diskriminierung betroffen sind (z.B. Migrant*innen, schwule Männer & MSM, Sexarbeiter*innen, Trans*)	51	104
Andere Menschen kennenlernen/neue Freund*innen finden	50	102
Gemeinschaft erleben, nicht allein sein	48	99
Emotionale Unterstützung	45	93
Anerkennung bekommen	21	42

Tabelle 67: Gründe sich zu engagieren. Prozentualer Anteil aller Teilnehmenden, welche die entsprechende Antwortoption gegeben haben (Mehrfachnennung möglich). $n = 205$

¹³⁷ Die Einschränkungen durch Corona-Maßnahmen müssen bei der Interpretation der Ergebnisse mitbedacht werden.

¹³⁸ $M = 52,54$, $SD = 33,83$, Skala: 1 = sehr niedrige Motivation bis 100 = sehr hohe Motivation.

Weitere Gründe, die in den offenen Antworten erwähnt wurden, sind: Wunsch, etwas von der erfahrenen Hilfe zurückzugeben, Aufklärung an Schulen und für Pflegeberufe zu betreiben und der Wunsch nach Allianzen zwischen HIV-positiven Menschen und anderen politischen Kämpfen:

„HIV-positive Menschen in einen sexpositiven gesellschaftlichen Block integrieren, der die Repuritanisierung unserer Gesellschaft ebenso bekämpft wie die Klimakrise und den Faschismus.“ *Online-Befragung, Frage EN06*¹³⁹

6.7.4 Diskriminierung in der HIV-Community

Wie bereits angerissen, wurde auch ein Blick innerhalb der Community auf Diskriminierungserfahrungen gerichtet. Hierbei wurde vor allem nach nicht HIV-bezogenen Diskriminierungserfahrungen innerhalb der HIV-Community gefragt, um so Verbesserungsbedarfe zu erheben und um gegebenenfalls spezifischere Angebote für bestimmte Teilgruppen der Community entwickeln zu können.

20 % der Teilnehmenden der Online-Befragung haben schon einmal Diskriminierung innerhalb der HIV-Community erlebt ($n = 178$). 63 % haben keine Diskriminierung erlebt ($n = 570$) und 18 % wissen es nicht ($n = 159$).

Die 178 Personen, die Diskriminierung innerhalb der HIV-Community erlebt haben, wurden nach den Gründen für ihre Diskriminierungserfahrungen gefragt: der meistgenannte Grund war Diskriminierung aufgrund des Alters, gefolgt vom Diskriminierungsgrund der zugeschriebenen vielen Sexpartner*innen und Diskriminierung aufgrund der sexuellen Orientierung (siehe Tabelle 68). Auch der Aspekt der Behinderung wurde mit 17 % häufig angegeben.¹⁴⁰

Immer wieder auftauchende Themen in den offenen Antworten sind die mangelnde Sensibilität und Berücksichtigung von unterschiedlichen Teilgruppen in der HIV-Community. Dies betrifft – im Rahmen dieser Stichprobe – sowohl (ehemalige) Drogengebraucher*innen als auch vor allem Frauen.

„Als ehemalige Drogengebraucherin werde ich oft ignoriert und nicht wahrgenommen.“

*Online-Befragung, Frage ME10*¹⁴¹

„Weil ich nicht homo oder sonst wie sexuell anders bin, sondern eine stinknormale heteroinfizierte Frau, gehöre ich zur homosexuell dominierten HIV-Community wie auch zu Aidshilfen nicht wirklich dazu.“

Online-Befragung, Frage ME10

¹³⁹ Frage „Was motiviert dich am meisten, dich im HIV-Bereich zu engagieren? Bitte wähle die Gründe aus, die dich am meisten motivieren.“

¹⁴⁰ Die Auflistung gibt keinen Aufschluss über die Wichtigkeit oder Relevanz einzelner Diskriminierungsgründe innerhalb der HIV-Community, sondern aufgrund ihrer Nicht-Repräsentativität lediglich über die Verteilung der Diskriminierungsgründe in der Stichprobe.

¹⁴¹ ME10: „Bitte beschreibe in Stichpunkten ein Beispiel, das Dir innerhalb der HIV-Community passiert ist.“

Diskriminierungsgrund innerhalb der HIV-Community	Anteil (in %)	n
Aufgrund des Alters	32	57
Aufgrund (angeblich) vieler Sexpartner*innen	24	42
Aufgrund sexueller Orientierung/sexuelles Begehren	21	37
Aufgrund Behinderung/Beeinträchtigung oder chronischer Krankheit (außer HIV/Aids)	17	31
Aufgrund eines anderen Merkmals	15	26
Ich weiß es nicht	14	24
Aufgrund Geschlechts/Geschlechtsidentität	12	22
Aufgrund des Einkommens	10	18
Aufgrund Drogenkonsum	10	17
Aufgrund Arbeitslosigkeit	7	13
Aus rassistischen Gründen	6	11
Aufgrund des Bildungsstandes	5	9
Aufgrund Sexarbeit	5	9
Aufgrund Religion	4	7

Tabelle 68: Diskriminierungsgrund innerhalb der HIV-Community. Mehrfachnennung möglich.

„Für heterosexuelle Frauen ohne eine bestimmte Gruppenzuweisung gibt es fast keine Angebote. Das empfinde ich als ausgrenzend.“ *Online-Befragung, Frage ME10*

„[Auf Community-Treffen] attackierte mich ein schwuler Mann verbal und beleidigte mich aufgrund meines Frau-Seins.“

Online-Befragung, Frage ME10

„Als Frau finde ich mich in den schwul dominierten Hilfsangeboten nicht unbedingt wieder. Frauenangebote [...] suhlen sich in der ‚Wir sind Opfer‘-Rolle.“

Online-Befragung, Frage ME10

In den offenen Antworten der Online-Befragung wird auch von einer vorgenommenen Unterscheidung in „gute/legitime“ und „schlechte, teils weil selbstverschuldete“ HIV-positive Menschen berichtet. Dies passiert sowohl entlang der Kategorien und Gruppenzugehörigkeiten „Alter“, „Sexualität“ als auch „Drogengebrauch“ und zeigt, dass sich auch innerhalb der HIV-Community Selbst- und Eigenverantwortungskurse sowie Schuldzuweisungserzählungen reproduzieren und zunehmend durchsetzen (Schmidt 2010; Langer 2009):

„Heterosexuelle HIV-Positive hielten sich für die ‚besseren Positiven‘, da sie ‚unverschuldet‘ angesteckt wurden und nicht wie die Schwulen herumhuren.“

Online-Befragung, Frage ME10

„Aufgrund meines jüngeren Alters habe ich von anderen Frauen diskriminierende Sprüche gehört, weil früher einiges schwerer war als positive Frau oder eine zu wenig Blick für andere Lebensrealitäten / Altersabschnitte hatte.“

Online-Befragung, Frage ME10

„Die Junkies sind die schlechten Positiven.“

Online-Befragung, Frage ME10

„Bei einem Positiventreffen [...] von einem älteren Positiven, warum und wie ich mich trotz aller Aufklärung trotzdem anstecken konnte. Das empfand ich als diskriminierend. Hätte ich dort nicht erwartet.“

Online-Befragung, Frage ME10

Auch die Auswirkungen der HIV-Therapie und die Anerkennung, dass Menschen auf diese verschieden reagieren und diese unterschiedlich gut vertragen, spielt eine Rolle, wie das folgende Zitat verdeutlicht:

„Ich habe unter der HIV-Therapie verschiedene, teils gravierende Nebenwirkungen. Andere, die keine Nebenwirkungen haben und z. B. ganz normal in Vollzeit arbeiten ignorieren das oft oder glauben es einfach nicht und halten mich für ‚faul‘ und einen ‚Sozialschmarotzer‘.“ *Online-Befragung, Frage ME10*

Zusammenhangsanalysen: Engagement in der HIV-Community

Im Zusammenhang mit der Motivation, sich im HIV-Kontext zu engagieren, wurden verschiedene Zusammenhänge mit Zugehörigkeitsgefühl, Identifikation mit der HIV-Community und wahrgenommener Repräsentation in der HIV-Community untersucht.

Hierbei zeigt sich, dass die eigene Identifikation mit der HIV-Community positiv mit dem offenen Sprechen über die HIV-Infektion zusammenhängt ($r = ,304$; $p < = ,001$; $n = 859$), d.h. hohe Identifikation mit der HIV-Community geht mit offenerem Umgang einher – oder umgekehrt. Eine hohe Identifikation mit der Community hängt außerdem zusammen mit hoher Lebenszufriedenheit ($r = ,151$; $p < = ,001$; $n = 910$) und hoher Selbstwirksamkeit ($r = ,122$; $p < = ,001$; $n = 932$). Auch die Motivation, sich im HIV-Bereich zu engagieren, und das Zugehörigkeitsgefühl zur HIV-Community hängen positiv zusammen ($r = ,540$; $p < = ,001$; $n = 835$). Das bedeutet, hohe Identifikation geht einher mit hoher Motivation, sich im HIV-Bereich zu engagieren, bzw. andersherum.

Die quantitativ aufzeigten Zusammenhänge zwischen Community, dem offenen Umgang mit der HIV-Infektion, Empowerment und Engagement werden auch im folgenden Zitat passend beschrieben:

„Am nächsten Tag [nachdem] die Diagnose vom Gesundheitsamt kam, bin ich dann zur Aids-Hilfe [...] gegangen und habe in dem Regenbogencafé erstmal Mittag gegessen. Da habe ich es auch ganz offen, weil ich mich da auch schon im geschützten Rahmen wohl gefühlt hatte und einen vorgefunden hatte, angesprochen. Da war dann auch jemand von Positiv Handeln gerade da und ja, das war so mein spontaner Buddy sozusagen [...]. Dadurch ist das alles ins Rollen gekommen und der hat mich dort unter die Leute gebracht, die ich dann immer mehr kennengelernt habe. Ich bin dann da auch ins Ehrenamt [...] gegangen und so bin ich dann auch zu positiven Begegnungen [...] gekommen

und das hat mich total gestärkt. Es war gut, dass ich sofort in die Community reingegangen bin. Und auch die Selbsthilfe für Junge Positive von der Aidshilfe und das hat mich total gestärkt und deshalb gehe ich da auch relativ locker mit um.“ Fokusgruppe 3, Pos. 195

Eine hohe Identifikation mit der Community geht auch einher mit weniger internalisierter HIV-Stigmatisierung ($r = -,312$; $p < = ,001$; $n = 931$), welches auch das folgende Zitat beschreibt:

„Der Austausch hier mit Menschen, die mir gesagt haben, ‚Nein, du bist keine Virenschleuder‘, der Austausch mit Menschen, die gesagt haben, ‚Du bist nicht verpflichtet, es Menschen, mit denen du sexuell verkehrst, auf dem Silbertablett zu präsentieren‘ und das ganz oft, immer wieder, immer wieder und das hat mir geholfen, meine Sichtweise zu ändern. Und tatsächlich einfach zu sehen, dass die Menschen auf dem Treffen ganz normale Menschen sind wie ich und gar nicht eklig sind und ich es dann vielleicht auch nicht bin.“ Fokusgruppe 3, Pos. 145

Die wahrgenommene Repräsentation in der HIV-Community wiederum hängt positiv zusammen mit der Motivation sich im HIV-Bereich ehrenamtlich zu engagieren ($r = ,258$; $p < = ,001$; $n = 817$) sowie mit der Identifikation mit der HIV-Community ($r = ,364$; $p < = ,001$; $n = 914$). Hier zeigt sich, dass Identifikation mit der HIV-Community und eine gute Sichtbarkeit der eigenen Gruppe in dieser eng miteinander verknüpft sind.

Die Relevanz der angemessenen Berücksichtigung spezifischer Teilgruppen innerhalb der HIV-Community und ihren Angeboten wird in folgendem Zitat deutlich, wenn unterschiedliche Lebensrealitäten besondere Unterstützungsbedarfe oder Themen hervorbringen.

„[...] ich habe nach der Diagnose, nachdem dieser ganze medizinische Bereich abgedeckt war, [wie] Behandlung, Medikamente, habe ich mir auch eine Psychotherapie gesucht, das hat mir auch total geholfen und dazu beigetragen, dass ich irgendwie ein bisschen ruhiger wurde. Aber [obwohl] es dann alles ganz gut eingetütet war, hat immer noch was gefehlt und das war tatsächlich der Kontakt zu anderen, besonders zu anderen Frauen und anderen Müttern, dass das vollkommen gemacht hat, und das wirklich auch erst ermöglicht hat, die Diagnose so in mein Leben zu integrieren. Also das Entscheidende war wirklich, Menschen in einer ähnlichen Lebenssituation zu treffen. Also ich hatte tolle Beratungsgespräche in der Aidshilfe mit einem Berater, aber das war ein schwuler Mann und ich war schwanger und [...] ich war in einer anderen Lebenssituation, hatte andere Fragen und auf einer gewissen Ebene konnten wir, also hat er mir gut geholfen und das war irgendwie auf einer Augenhöhe, aber es war noch nicht so ganz das, was die anderen Frauen, die anderen Mütter ja, mir auch geben konnten [...] Und ja, ich finde das auch total bereichernd, ich bin großer Fan von Selbsthilfegruppen.“ Fokusgruppe 4, Pos. 67

Gleichzeitig wird das Potenzial betont, das Selbsthilfe- und Unterstützungsgruppen für den Umgang mit einschneidenden Lebensereignissen bieten können (für Thematik HIV vgl. Vierneisel 2016). Wenn z. B. über die medizinische Versorgung und die Psychotherapie hinweg der Kontakt zu anderen Menschen mit HIV mit geteilter Lebensrealität (im Zitat andere Frauen und Mütter) als besonders hilfreich und bestärkend empfunden wird, und insbesondere die kollektive Bearbeitung zur Bewältigung der Situation beiträgt (vgl. Cvetkovich 2003).

6.7.5 Zusammenfassung Community und Engagement

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass Community-Zugehörigkeit, eine starke Verbundenheit zu anderen Menschen mit HIV sowie die Motivation sich zu engagieren und eine als gut erlebte Repräsentation innerhalb der HIV-Community sich gegenseitig positiv bedingen. Weiterhin berichten Menschen mit einem hohen Zugehörigkeitsgefühl zur HIV-Community auch von weniger internalisierter Stigmatisierung. Gleichzeitig findet auch innerhalb der HIV-Community Diskriminierung und Ausgrenzung statt, manche Teilgruppen werden nicht achtsam genug gesehen und wahrgenommen und in den Angeboten ihren Wünschen und Bedürfnissen entsprechend nicht berücksichtigt.

Besonders hervorzuheben ist der empowernde Effekt, den Community bieten kann. Insbesondere dann, wenn sie Angebote bietet, die auch für weitere Diskriminierungserfahrungen und Teilgruppen sensibel und in der Lebenswelt der Zielgruppen angesiedelt sind. Das abschließende Zitat verdeutlicht die Wichtigkeit von Gemeinschaft, gerade auch in Corona-Pandemiezeiten und betont den Rückhalt, der durch Community erfahren werden kann.

„Ich bin quasi nach der Diagnose losgerannt und habe mir so viel Community wie möglich besorgt, weil das ist natürlich ein Schock und man muss sich irgendwie orientieren und das einzige, was einen orientiert, sind andere Menschen, die in der gleichen Situation sind. Ich brauche das jetzt sicher nicht mehr so in dem Ausmaß, wie am Anfang. Also, am Anfang brauchte ich echt, [...] ganz viel Information und ganz viel Auseinandersetzung und dann kann es sich mal setzen und dann kann ich es auch wieder loslassen und, aber es ist nach wie vor so, dass es für mich total wichtig ist und dass es eine total wichtige Referenz ist, also einfach auch bei Fragen, aber auch wenn man vielleicht auch wieder in so einen Zweifelmodus kommt, da irgendwie diese Gruppe zu haben. [...] Ich finde das alles wirklich wahnsinnig, wahnsinnig wertvoll für die Verarbeitung!“

Fokusgruppe 4, Pos. 63

Zusammenfassung der Ergebnisse aus Modulstudie B

7.0

Die Ergebnisse dieser Studie liefern ergänzend zu Modulstudie A (siehe Kapitel 3) empirische Befunde zu HIV-bezogener Diskriminierung sowohl auf individueller Ebene, d.h. von Individuen ausgehend, beispielsweise durch diskriminierende Zuschreibungen und Handlungen, als auch auf institutioneller Ebene, d.h. von Institutionen ausgehend, durch eingeschlifene Handlungspraktiken und -routinen sowie traditionelles und uninformatives Institutionenwissen (z. B. im Gesundheitswesen: Markierung von Patient*innen-Akten, unangemessene Hygienemaßnahmen).

Die Ergebnisse zeigen, dass nahezu jede Person mit HIV in ihrem Leben mit Diskriminierung konfrontiert ist (siehe 6.3). Dabei stellt nach wie vor das *Gesundheitswesen* einen besonders vulnerablen Kontext dar (siehe dazu Modulstudie A Kapitel 3 sowie Modulstudie B Abschnitt 6.3). Über ein Drittel der Teilnehmenden der Online-Befragung berichteten, dass die Krankenakte gesondert markiert wurde. Jede vierte Person berichtete, dass ein besonderer Behandlungstermin vergeben wurde und jeder fünften Person wurden unangemessene Fragen gestellt.

Bezogen auf allgemeinere Diskriminierungserfahrungen in den letzten zwölf Monaten zeigen die Ergebnisse (siehe 6.3), dass auch die herabwürdigende Darstellung von Menschen mit HIV in den *Medien* eine starke diskriminierende Wirkung auf ebendiese hat. Über die Hälfte der Teilnehmenden gibt weiterhin an, dass sie auch in Bezug auf das *Sexualleben* Diskriminierung erfährt (siehe 6.5). Abwertende Kommentare im *Internet* berichten über ein Viertel der Teilnehmenden. Der Befund, dass 43 Personen physische Gewalt erfahren haben in den zwölf Monaten vor der Befragung gemacht haben, zeigt, dass die Qualität HIV-bezogener Diskriminierung auch Ausmaße annehmen kann, die im Konzept der *vorurteilsgeleiteten Gewalt bzw. Hasskriminalität gegenüber Menschen mit chronischer Infektion* verstanden werden können (vgl. Geschke/Dieckmann 2017).

Verknüpft mit dem Themenkomplex mehrdimensionaler Diskriminierung und der Intersektionalität von HIV-bezogener Stigmatisierung und Diskriminierung liefern die Ergebnisse auch einen diskriminierungskritischen Blick in die HIV-Community selbst (siehe 6.7). Jede*r fünfte Teilnehmende berichtet auch innerhalb der HIV-Community Stigmatisierung und Diskriminierung aufgrund anderer Diskriminierungsaspekte zu erleben. Dabei werden bei den Teilnehmenden der Online-Befragung gesellschaftlich stigmatisierte Merkmale wie Alter, sexuelle Orientierung, Promiskuität häufig erwähnt, aber auch Behinderung bzw. Beeinträchtigung, sozioökonomischer Status sowie rassistische Zuschreibungen.

Über diese Analyse der vielfältigen Diskriminierungskontexte und -erfahrungen hinaus liefern die Ergebnisse dieser Modulstudie vertiefende Einblicke in die Wirkmechanismen sowie die psychologischen und sozialen Auswirkungen HIV-bezogener Stigmatisierung und Diskriminierung für Menschen mit HIV. Deutlich wird dabei die zentrale Rolle der Verinnerlichung des gesellschaftlichen Stigmas gegenüber HIV (*internalisierte Stigmatisierung*, siehe 6.2). Das Wahrnehmen der gesellschaftlichen Stigmatisierung zeigt sich einerseits in Bezug auf die Offenheit über die eigene HIV-Infektion zu sprechen (siehe 6.2). Abhängig vom (institutionellen) Kontext (z. B. Arbeitsleben, Gesundheitswesen) und der emotionalen Nähe (z. B. Familie, Partner*in versus Nachbar*innen) reflektieren und entscheiden viele Menschen mit HIV sehr differenziert, ob und gegenüber wem sie wann von ihrer HIV-Infektion erzählen. Andererseits beeinflusst die gesellschaftliche Stigmatisierung von HIV auch, wie Menschen mit HIV über ihre Infektion und sich selbst denken. Ein Viertel der Teilnehmenden empfindet Schuld in Bezug auf die Infektion, schämt sich für diese bzw. fühlt sich wertlos (siehe 6.2). Eine Analyse der Zusammenhänge und möglicher psychologischer Prozesse zeigt, dass internalisierte Stigmatisierung unter anderem mit der Häufigkeit erlebter Diskriminierung zusammenhängt. Mehr Diskriminierungserfahrungen können mit höherer internalisierter Stigmatisierung einhergehen, ebenso mit einem subjektiv wahrgenommenen schlechteren Gesundheitszustand, mehr psychosomatischen Symptomen, weniger sexueller Zufriedenheit und weniger Lebenszufriedenheit.¹⁴²

Die Ergebnisse zur Forschungsfrage, welche Auswirkungen der *Schutz durch Therapie* auf Menschen mit HIV hat, weisen vor allem auf generell positive Auswirkungen für das Selbstbild, den eigenen Umgang sowie auf das Sexleben hin. Der Befund, dass nahezu alle Teilnehmenden auf die Schutzwirkung der Therapie vertrauen, aber trotzdem ein Drittel Angst davor hat, jemanden anzustecken, macht deutlich, dass das kognitive und faktische Wissen bei vielen Menschen noch nicht emotional verankert ist (siehe 6.5).

¹⁴² Hierbei gilt zu beachten, dass die Ergebnisse der durchgeführten Korrelationsanalyse keine Aussage über die Wirkrichtung des Zusammenhangs geben. Höhere internalisierte Stigmatisierung könnte also auch zur erhöhten Sensibilität für Diskriminierungssituationen führen usw.

Internalisierte Stigmatisierung zeigt sich auch als Einflussgröße für die Art des Umgangs mit Diskriminierung (siehe 6.2): Die Teilnehmenden der Online-Befragung, die *nur* vermeidende Umgangsweisen in konkreten Fällen der Diskriminierung wählen (z.B. nichts unternehmen, aus dem Weg gehen, umziehen, Kündigung), weisen höhere Werte internalisierter Stigmatisierung auf als Teilnehmende, die nach erlebter Diskriminierung *auch* aktive bzw. konfrontative Strategien verfolgen (z.B. Ansprechen, Aufklären, an Antidiskriminierungsstelle wenden). Die Gründe in Einzelsituationen konfrontativ oder vermeidend vorzugehen sind von zahlreichen Faktoren abhängig (z.B. persönliche Verfassung in der Situation, Relevanz der Situation, fehlendes Wissen über Möglichkeiten, Angst, dass HIV-Status öffentlich wird). Aktive bzw. konfrontative Umgangsweisen scheinen für das psychologische Wohlbefinden zunächst positivere Auswirkungen zu haben, sind jedoch meist mit Anstrengung oder Zeitaufwand verbunden. Einige Teilnehmende wählten auch eine längerfristige und über die eigenen Erfahrungen hinausgehende Möglichkeit des Umgangs, indem sie sich in der HIV-Community engagierten.

Auch generell zeigt sich in den Ergebnissen, dass die HIV-Community eine wichtige Ressource für Menschen mit HIV darstellen kann (siehe 6.7). Das Verbundenheitsgefühl mit der HIV-Community und das dortige Engagement kann positive Auswirkungen auf das eigene Selbstbild, das Ausmaß internalisierter Stigmatisierung sowie den generellen Umgang mit der Infektion haben. Wie oben beschrieben ist aber auch die HIV-Community kein Schutz- bzw. Resonanzraum für alle Menschen mit HIV. Einerseits wirken gesellschaftliche Ungleichheitsvorstellungen auch innerhalb der Community (z.B. Body-Shaming, Klassismus, Rassismus), andererseits entwickelten sich auch auf Grundlage der Community-Geschichte und der medizinischen Entwicklungen eigene Normalitätsvorstellungen in Bezug auf ein „gutes normales Leben mit HIV“, welche zu Stigmatisierung und Diskriminierung führen können (z.B. aufgrund weniger Leistungsfähigkeit, Neuinfektion, vgl. Langer 2013).

Um HIV-bezogene Stigmatisierung auch in ihrer Verbundenheit mit anderen Diskriminierungsaspekten bzw. gesellschaftlichen Ungleichwertigkeitsvorstellungen zu verstehen, wurden die zentralen Konzepte bzw. Auswirkungen, die in dieser Studie untersucht wurden, spezifisch für Menschen mit HIV analysiert, die gleichzeitig von anderen gesellschaftlichen Stigmatisierungsprozessen betroffen sind. Diese Untersuchung geschah einerseits in Form von Teilgruppenanalysen. Die zentralen Ergebnisse sind im Folgenden dargestellt:

Ergebnisse der Teilgruppenanalyse

Die Auswertungen für die fokussierten Teilgruppen konnten im Rahmen der Projektlaufzeit nicht vertiefend stattfinden. Die hier zusammengefassten Ergebnisse können nur einen ersten Einblick in die vorhandenen Daten der Teilgruppen geben. Da viele Teilnehmende auch zu mehreren Teilgruppen gehören (z.B. sind viele Schwule und MSM in der Gesamtstichprobe), sind die Ergebnisse der Mittelwertvergleiche zwischen Teilgruppe und jeweiligem Rest der Stichprobe mit Vorsicht zu interpretieren. Diese ersten Analysen deuten darauf hin, dass es Schwulen und MSM (betrachtet ohne ihre mehrdimensionale Zugehörigkeit auch zu anderen Teilgruppen) im Gegensatz zum Rest der Stichprobe besser gelingt mit HIV umzugehen.

In einem weiteren Analyseschritt wurden Menschen mit HIV, die zusätzlich zu ihrer HIV-Infektion auch andere Diskriminierungsaspekte in ihrem Leben wahrnahmen (u.a. meist genannt: sexuelle Orientierung, Alter, Promiskuität, Einkommen, Behinderung), spezifisch danach untersucht, inwieweit sich die Anzahl der Diskriminierungsgründe bzw. -dimensionen auf die Gesundheit, die allgemeine Lebenszufriedenheit, aber auch die internalisierte HIV-Stigmatisierung auswirkt (siehe 6.2). Die Ergebnisse zeigen eindrücklich, dass mit zunehmender Mehrdimensionalität des eigenen Diskriminierungserlebens negativere Auswirkungen einhergehen – im Kontext der HIV-Forschung besonders spannend ist der Befund, dass mit zunehmender Mehrdimensionalität auch eine höhere Verinnerlichung des HIV-Stigmas einhergeht.

Jeweils im Vergleich zum Rest der Stichprobe, erfahren/fühlen/berichten ...	
Schwule und MSM (n = 783)	<ul style="list-style-type: none"> • weniger durch gesundheitliche Aspekte der HIV-Infektion beeinträchtigt • weniger psychosomatische Beschwerden • höhere Lebenszufriedenheit • höhere Selbstwirksamkeit • weniger durch HIV-bezogene Vorurteile beeinträchtigt • weniger internalisierte Stigmatisierung • höhere Offenheit beim Sprechen über HIV-Status mit (potenziellen) (Sex-) Partner*innen • HIV-Infektion spielt geringere Rolle hinsichtlich des allgemeinen Diskriminierungserlebens
Menschen mit Behinderung bzw. Beeinträchtigung oder chronischer Krankheit (außer HIV) (n = 561)	<ul style="list-style-type: none"> • mehr durch gesundheitliche Aspekte der HIV-Infektion beeinträchtigt • schlechterer subjektiv empfundener Gesundheitszustand • häufiger psychosomatische Beschwerden • weniger sexuell zufrieden • geringere Lebenszufriedenheit • niedrigere Selbstwirksamkeit • stärker durch Vorurteile eingeschränkt • mehr HIV-bezogene Stigmatisierung • mehr HIV-bezogene Diskriminierungserfahrungen
Menschen mit niedrigem sozioökonomischem Status (n = 145)	<ul style="list-style-type: none"> • schlechterer subjektiv empfundener Gesundheitszustand • häufiger psychosomatische Beschwerden • niedrigere Lebenszufriedenheit • niedrigere Selbstwirksamkeit • stärker durch HIV-bezogene Vorurteile eingeschränkt • häufiger HIV-bezogene Stigmatisierung • höhere internalisierte Stigmatisierung • mehr HIV-bezogene Diskriminierungserfahrungen • weniger sexuell zufrieden • weniger Wissen über Schutz durch Therapie • HIV-Infektion spielt größere Rolle hinsichtlich des allgemeinen Diskriminierungserlebens
(B)Poc (n = 53)	<ul style="list-style-type: none"> • niedrigere Lebenszufriedenheit • stärker durch HIV-bezogene Vorurteile eingeschränkt • höhere internalisierte Stigmatisierung • weniger Integration von HIV im Leben • häufiger HIV-bezogene Stigmatisierung
Wohnortgröße < 20.000 (n = 180)	<ul style="list-style-type: none"> • häufiger HIV-bezogene Stigmatisierung • weniger offenes Sprechen über HIV-Infektion • höhere internalisierte Stigmatisierung • weniger Wissen über Schutz durch Therapie
Frauen (n = 121)	<ul style="list-style-type: none"> • häufiger psychosomatische Beschwerden • niedrigere Lebenszufriedenheit • niedrigere Selbstwirksamkeit • häufiger HIV-bezogene Stigmatisierung • weniger sexuell zufrieden • höhere internalisierte Stigmatisierung • weniger Offenheit beim Sprechen über HIV-Status mit (potenziellen) (Sex-) Partner*innen • HIV-Infektion spielt größere Rolle hinsichtlich des allgemeinen Diskriminierungserlebens

Tabelle 69 (Teil 1): Zusammenfassung der Teilgruppenanalysen.

Jeweils im Vergleich zum Rest der Stichprobe, erfahren/fühlen/berichten ...	
Ü 60 (n = 79)	<ul style="list-style-type: none"> • weniger durch HIV-bezogene Vorurteile beeinträchtigt • weniger sexuell zufrieden • stärkere Verbundenheit zu anderen HIV-positiven Menschen
HIV-Diagnose kürzer als 2 Jahre (n = 103)	<ul style="list-style-type: none"> • weniger offenes Sprechen über HIV-Infektion • höhere internalisierte Stigmatisierung • weniger Offenheit beim Sprechen über HIV-Status mit (potenziellen) (Sex-) Partner*innen
(ehemalige) Drogengebraucher*innen (n = 200)	<ul style="list-style-type: none"> • gehen offener mit ihrer HIV-Infektion um • stärkere Verbundenheit zu anderen HIV-positiven Menschen

Tabelle 69 (Teil 2): Zusammenfassung der Teilgruppenanalysen.

Grenzen und Herausforderungen Modulstudie B

Einerseits war vor allem die Akquise für die Fokusgruppen durch die Einschränkungen während der Corona-Pandemie erschwert (zum Einfluss der Corona-Kontakteinschränkungen auf die Interpretation der Ergebnisse siehe 2.2.3).

Andererseits sind in Bezug auf die Erhebung mittels Online-Befragung folgende Grenzen zu nennen: Durch die Methode ergeben sich internet-spezifische Selektionseffekte (z. B. IT-Interesse, Zugänglichkeit, hohe Abbruchrate) sowie diverse nichtkontrollierbare Einflüsse auf die Erhebungssituation (z. B. Fragebogenpräsentation auf unterschiedlichen Endgeräten). Modulstudie B wurde als Online-Befragung konzipiert, da mit HIV-positiven Menschen eine spezifische Teilgruppe der Gesellschaft fokussiert wurde, die

zusätzlich auch von gesellschaftlicher Stigmatisierung betroffen ist. Hinsichtlich der Erreichbarkeit spezifischer Gruppen – gerade auch in der Diskriminierungsforschung – ist das Internet traditioneller Laborforschung in vielen Aspekten überlegen (vgl. Reips 2000, Schmidt 1997).

Gleichzeitig müssen die Grenzen quantitativer Forschung benannt werden, wenn es z. B. nicht gelingt, genug Teilnehmer*innen bestimmter Teilgruppen zu erreichen und somit eine genaue Erhebung und Beleuchtung der Situation (z. B. von HIV-positiven Trans* Personen, HIV-positiven Geflüchteten) nicht möglich ist. Gerade diese Gruppen werden jedoch in der Forschung zu wenig berücksichtigt, weswegen hier weitere Forschung (insbesondere auch qualitativ) nicht nur wünschenswert, sondern auch notwendig erscheint.

**„positive stimmen 2.0“ –
Zusammenfassung,
Reflexion und Diskussion**

8.0

Um die umfassenden Ergebnisse dieses partizipativen Forschungsprojekts zu beschreiben und zusammenzufassen soll zunächst noch einmal auf den Ansatz partizipativer Forschung referiert werden (siehe Kapitel 1). Es geht dabei um einen wissenschaftlichen Erkenntnisgewinn, der eng verzahnt mit lebensweltlichen Perspektiven und „situiertem Wissen“¹⁴³ generiert wird, und gleichzeitig um die empirisch untermauerte Initiierung eines Veränderungsprozesses in der konkreten Lebenswelt der Akteur*innen. Auch das Empowerment der Akteur*innen und ihrer Communities ist Ziel dieses Forschungsansatzes, denn die Peer-forscher*innen sind aktiv und verantwortlich in den Forschungsprozess einbezogen, nicht nur untersuchte Objekte der Forschung und können so ihre bzw. in stellvertretender Rolle die Perspektive ihrer Community einbringen (vgl. von Unger 2014). Gerade für die Diskriminierungsforschung ist diese beschriebene Wechselwirkung von großem Interesse, sie profitiert nicht nur vom kooperativen Zugang zu gesellschaftlich marginalisierten Teilgruppen sowie zu ihrem partiellen situierten Wissen, sondern auch vom bestenfalls entstehenden Vertrauensvorschuss der Studienteilnehmenden – geht es doch um individuelle negative Erfahrungen, die eines sensiblen Umgangs und verantwortungsvollen Forschungsprozesses bedürfen.

Der Empowermentcharakter für die Peer*forscherinnen im aktuellen Projekt, der auch im Initialprojekt „positive stimmen“ 2012 (DAH 2013) seine Wirkung entfaltete, wird in Kapitel 4 dokumentiert. Die Ergebnisse und Handlungsempfehlungen (siehe Kapitel 9) des aktuellen Projekts haben das Potenzial das Empowerment der HIV-Community in Deutschland nachhaltig zu stärken. Auch für den oben beschriebenen Veränderungsprozess, also das aktive Vorgehen gegen HIV-bezogene Stigmatisierung und Diskriminierung, spielte bereits bei „positive stimmen“ 2012 in Deutschland eine wichtige Rolle. Nun, nach 10 Jahren, kann das vorliegende Projekt aktuelle Ergebnisse beisteuern, um den Veränderungsprozess voranzutreiben und an aktuelle gesellschaftliche und medizinische Entwicklungen im Kontext HIV-Prävention, Gesundheitspolitik und Community-Arbeit zu adjustieren.

¹⁴³ *Situiertes Wissen kann verstanden werden als sozial geteilter Wissensbestand, den nur Menschen besitzen, die in einer bestimmten sozialen Positionierung und Lebensrealität die Konsequenzen dieser kennen und erleben (z. B. stigmatisierte gesellschaftliche Gruppen) im Gegensatz zu Menschen, die diese Lebensrealität nicht teilen (vgl. Haraway 1988).*

Die wissenschaftlichen Ergebnisse der beiden Modulstudien liefern eine empirische Untermauerung des Slogans „Mit HIV kann ich leben, mit Vorurteilen nicht“. Sie zeigen, dass auch 2020 Menschen mit HIV in Deutschland beständig HIV-bezogene Stigmatisierung und Diskriminierung erfahren – auf unterschiedlichen Ebenen und in vielen Lebensbereichen. Es lässt sich festhalten, dass die Diskriminierung im **Gesundheitswesen** dabei eines der prägnantesten Themen im Leben von Menschen mit HIV bleibt. Gerade die Ergebnisse aus Modulstudie A weisen darauf hin, dass selbst im Kontext HIV-bezogener Gesundheitsleistungen nach wie vor Diskriminierung erlebt wird. Weniger häufig als im Kontext nicht HIV-bezogener Dienstleistungen, dennoch sind die Befunde nicht weniger alarmierend. Geht es dabei doch um den Bereich des Gesundheitswesens, auf den Menschen mit HIV besonders angewiesen sind und aufgrund der Bekanntheit ihres HIV-Status besonders vulnerabel. Die Befunde weisen darauf hin, dass auch 2020 generell im Gesundheitswesen weiterhin alte Bilder über HIV vorherrschen, veraltetes medizinisches Wissen in den Köpfen des Personals und institutionellen Abläufen verhaftet ist.

Bezogen auf Diskriminierungserfahrungen generell weisen die Befunde darauf hin, dass Menschen mit HIV, die häufig von HIV-bezogener Diskriminierung betroffen sind, eher eine niedrigere Lebensqualität, einen schlechteren Gesundheitszustand und häufiger psychosomatische Beschwerden wahrnehmen als Menschen mit HIV, die weniger von HIV-bezogenen Diskriminierungserfahrungen betroffen sind. Neben dem Gesundheitswesen legen die Befunde des Projekts nahe, dass auch die **öffentliche und mediale Darstellung** von Menschen mit HIV eine Quelle für Diskriminierungserleben darstellt. Auch hier werden weiterhin größtenteils traditionelle stigmatisierende Bilder und Erzählungen über HIV sowie wenig aktuelles Wissen zur Nichtübertragbarkeit von HIV vermittelt. Die Ergebnisse beider Modulstudien zeigen, dass Menschen mit HIV vor allem in ihrem **Sexual- und Beziehungsleben** mit Diskriminierung konfrontiert werden und sich diese in erheblichem Ausmaß auch auf ihre sexuelle Zufriedenheit auswirken kann. Dies stellt Menschen mit HIV nicht nur vor große Herausforderungen in Bezug auf ihre Offenheit, ihren HIV-Status zu kommunizieren. Sie kann auch die Verinnerlichung traditioneller Schuldzuschreibungen aufgrund einer vermeintlich unmoralischen Sexualität verstärken.

Die Ergebnisse veranschaulichen, dass viele Menschen mit HIV auch von Diskriminierung aufgrund weiterer gesellschaftlich stigmatisierter Merkmale betroffen sind. Spezifisch für HIV-bezogene Diskriminierung – oder auch für Diskriminierungsmechanismen im Zuge von Pandemien im Allgemeinen – ist ihr intersektionaler Charakter. Viele Menschen mit HIV, die **mehrdimensionale Diskriminierung** erfahren, sind von negativeren Auswirkungen betroffen als andere. Für viele stellt auch die HIV-Community keinen diskriminierungsfreien Raum dar. Obwohl im Allgemeinen die Anbindung, Verbundenheit und das Engagement in der **HIV-Community** eine wichtige Ressource für Menschen mit HIV darstellen kann, um akzeptierender mit ihrer HIV-Infektion umzugehen, wie die Ergebnisse dieses Projekts zeigen.

Positive Auswirkungen zeigt dabei das Vertrauen in den **Schutz durch Therapie**. In Anknüpfung an bestehende Forschung zur Wirkung von Schutz durch Therapie auf die Entstigmatisierung von HIV (vorwiegend zur Perspektive HIV-negativer Menschen, für einen Überblick siehe Drewes 2013) zeigen die Ergebnisse von Modulstudie B, dass wahrgenommene positive Auswirkungen durch die Schutzwirkung der Therapie auch zum Abbau verinnerlichter Stigmatisierung von Menschen mit HIV beitragen kann. Dennoch zeigt sich auch, dass trotz hohem Vertrauen in die Schutzwirkung bei einigen Menschen mit HIV immer noch Ängste bestehen, andere anzustecken. Das Wissen über die Nichtübertragbarkeit unter Therapie ($n = n$) in der Allgemeinbevölkerung schätzen die meisten Menschen mit HIV als sehr gering ein. Mehr Wissen über $n = n$ in der Gesellschaft kann helfen, die gesellschaftliche Stigmatisierung von HIV und daraus resultierende Diskriminierung weiter abzubauen.

Der Blick auf die Komplexität sozialer und gesellschaftlicher Mechanismen auf individueller, institutioneller und struktureller Ebene, die HIV-bezogene Stigmatisierung und Diskriminierung in der Gesellschaft am Laufen halten (vgl. Dieckmann 2017), sowie die Befunde dieses Projekts zu zahlreichen alltäglichen Erfahrungen der Abwertung, Zurückweisung und Benachteiligung von Menschen mit HIV im Jahr 2020 zeigen, dass der Abbau der gesellschaftlichen Stigmatisierung von HIV auch gesamtgesellschaftlich und auf mehreren Ebenen gedacht werden muss. Verstärkte Antidiskriminierungsmaßnahmen, Aufklärungs- und Antidiskriminierungsarbeit im Bildungsbereich (vor allem auch Fort- und Weiterbildung), im Arbeitskontext, im Bereich der Sexualpädagogik sowie letztendlich auch die Beratung, Unterstützung und das Empowerment von Menschen mit HIV und der HIV-Community tragen dazu bei, dass Menschen mit HIV zunehmend in einer Gesellschaft leben, in der sie diskriminierungsfrei leben können. Die Verantwortung dafür, die individuellen, gesundheitlichen und sozialen Auswirkungen abzubauen, die mit HIV-bezogener Diskriminierung einhergehen – wie sie die Ergebnisse dieses Forschungsprojekts aufzeigen – liegt bei politischen Entscheider*innen und auf Seite der Mehrheitsgesellschaft. Um diese zu informieren und potenzielle Handlungsansätze zu liefern, wurden aus den empirischen Ergebnissen des Projekts gemeinschaftlich mit Menschen mit HIV die folgenden Forderungen und Handlungsempfehlungen entwickelt.

Forderungen und Handlungsempfehlungen

9.0

9.0 Forderungen und Handlungsempfehlungen

Hintergrund

Das Projekt „positive stimmen 2.0“ dient nicht nur einer Bestandsaufnahme, es soll vor allem den Abbau von Stigmatisierung und Diskriminierung von Menschen mit HIV vorantreiben. Aus diesem Grund wurden die am Projekt Beteiligten – die Interviewer*innen und Interviewten sowie die Teilnehmer*innen der Fokusgruppen und des Fachtages – auch dazu befragt, welche Maßnahmen ihrer Meinung nach ergriffen werden sollten, um HIV-bezogene Diskriminierung und Stigmatisierung abzubauen.

Aus diesem partizipativen Prozess sind zahlreiche Vorschläge und Forderungen entstanden, die sich an unterschiedliche Akteur*innen richten: z. B. an Aidshilfen, die Politik, das Gesundheitswesen, an die Communitys der Menschen mit HIV, Medienschaffende, die Antidiskriminierungsstelle des Bundes, Patientenbeauftragte, Ärztekammern oder die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. In diesem Kapitel stellen wir die aus Sicht des Projektteams wichtigsten Ergebnisse aus diesem Prozess vor – 7 Forderungen und 17 konkrete Handlungsempfehlungen für verschiedene Adressat*innen, die auf die Umsetzung der Forderungen zielen.

Die Handlungsempfehlungen und Forderungen knüpfen an die Maßnahmen des ersten Projekts „positive stimmen“ aus dem Jahr 2012 an und sollen dazu beitragen, die nicht hinnehmbare Diskriminierung von Menschen mit HIV endlich zu beenden.

9.1 Forderungen

1. Schlechter- oder Nichtbehandlung von Menschen mit HIV beenden!

Nach wie vor werden Menschen mit HIV Gesundheitsleistungen verweigert oder nur eingeschränkt bzw. zu bestimmten Zeiten angeboten, z. B. am Ende der Sprechstunde. Menschen mit HIV können und müssen in allen medizinischen Einrichtungen wie alle anderen Patient*innen behandelt werden. „Besondere Hygienemaßnahmen“ sind nicht notwendig und entsprechen nicht den allgemein anerkannten fachlichen Standards.

2. Daten- und Persönlichkeitschutz in allen Sektoren des Gesundheitswesens wahren!

Das Recht auf informationelle Selbstbestimmung gilt auch bei Daten, die eine HIV-Infektion betreffen. So dürfen etwa Patient*innenakten von Menschen mit HIV nicht markiert und andere dürfen nicht ohne Zustimmung der Patient*innen über die HIV-Infektion informiert werden oder davon erfahren, zum Beispiel, wenn Gespräche zwischen Mitarbeiter*innen von anderen mitgehört werden können.

3. Beschwerden schnell und kompetent bearbeiten!

Ärztékammern und Beschwerdestellen müssen Beschwerden schneller und mit Fachkompetenz in Sachen HIV bearbeiten. Dazu müssen Kammern und Beschwerdestellen ihre Mitarbeiter*innen kontinuierlich zum aktuellen Wissen zu HIV (z. B. HIV-Übertragung, Nichtübertragbarkeit und Leben mit HIV) schulen (lassen).

4. „ANST“ in Polizeidatenbanken bundesweit abschaffen!

Mit dem Kürzel ANST (für „Ansteckungsgefahr“) werden in Polizeidatenbanken in Deutschland Personen registriert, die mit HIV, Hepatitis B oder Hepatitis C infiziert sind. Wir fordern die bundesweite Abschaffung dieser stigmatisierenden Praxis, weil sie nicht zum Schutz der Bediensteten beiträgt, kontraproduktiv für die HIV-Prävention ist und das Recht auf informationelle Selbstbestimmung verletzt (siehe dazu auch die Empfehlung des Nationalen AIDS-Beirats aus dem Jahr 2016).

5. Kriminalisierung der (potenziellen) HIV-Übertragung beenden!

Menschen mit HIV darf nicht die alleinige Verantwortung für den Schutz beim Sex zugeschoben werden. Die strafrechtliche Verfolgung der (potenziellen) HIV-Übertragung bei einvernehmlichem Sex ist stigmatisierend und schadet der HIV-Prävention. In der Osloer Deklaration von 2012 haben zivilgesellschaftliche Organisationen aus ganz Europa auf die schädlichen Auswirkungen der Kriminalisierung hingewiesen. Laut Votum des Nationalen AIDS-Beirats von 2013 ist die „Zuschreibung als Täter und Opfer“ in diesem Zusammenhang „nicht angemessen“. Sollte es trotzdem zu Verfahren kommen, muss wenigstens die sexuelle Nichtübertragbarkeit unter Therapie berücksichtigt werden.

6. Menschen mit HIV in den Medien und das Leben mit HIV sachgerecht und ohne Stigmatisierung und Diskriminierung darstellen!

Medienschaffende haben die Pflicht, sich über das Leben mit HIV heute und die Lebenswelten der diversen Schlüsselgruppen der HIV-Prävention zu informieren, um adäquat berichten zu können. Für ihre medialen Beiträge müssen sie auf eine diskriminierungssensible Sprache und Bildauswahl achten und die dazu erarbeiteten Handreichungen und Leitlinien befolgen.

7. Partizipation und Vielfalt in Aidshilfe-Kontexten fördern, Diskriminierung intersektional angehen!

Aidshilfen und Aidshilfe-Projekte müssen partizipative Strukturen ausbauen und Menschen aus den Schlüsselgruppen, für die sie Angebote schaffen, mit Entscheidungsmacht an den Entwicklungs- und Entscheidungsprozessen teilhaben lassen. Aidshilfen müssen diverser werden und Vielfalt aktiv fördern. Dazu gehört auch, sich umfassend und selbstkritisch mit (strukturellem) Rassismus sowie mit anderen Unterdrückungs- und Diskriminierungsformen und mit deren Verschränkungen (Intersektionalität/Mehrfachdiskriminierung) auseinanderzusetzen, Ressourcen abzugeben und Bündnisse zu schließen.

„Was meine Forderung gesamtgesellschaftlich ist, aber auch an die Politik gerichtet ist, ist wirklich von dieser verdammt Heteronormativität, von dieser Illusion einer glücklichen, zufriedenen, monogam lebenden Kleinfamilie mal weg zu kommen. [...] Ich glaube, da könnte unsere Gesellschaft wirklich von profitieren.“

Teilnehmer an einer Fokusgruppe

9.2 Handlungsempfehlungen

Gesundheitswesen

1. Ärzt*innen, Pfleger*innen und anderes Gesundheitspersonal sollen besser zu HIV aus- und regelmäßig fortgebildet werden.

- Ein wichtiger Handlungsansatz ist die Aus- und Fortbildung der Lehrenden an Pflegeschulen und der Praxisanleiter*innen in der Pflege („Train-the-Trainer“-Modell). Aidshilfen sollen an der Gestaltung der Aus- und Fortbildungsinhalte beteiligt werden. Das betrifft auch die Inhalte der neuen akademischen Studiengänge (z. B. „Master für Pflegepädagogik“).
- Seit 2020 sind die Themen HIV und LGBTIQ* Teil der neuen bundesweiten Rahmenpläne der Pflegeausbildung. Diese haben empfehlende Wirkung für die Lehrpläne der Länder und die Curricula der Pflegeschulen. Aidshilfen sollen den Ländern und Pflegeschulen anbieten, die Ausbildungsmodule zu HIV gemeinsam mit ihnen und mit Vertreter*innen der Communities zu gestalten.
- Die Inhalte der medizinischen und pflegerischen Aus- und Weiterbildungen zu HIV sollen nicht nur auf Hygiene, sondern ganz besonders auf das heutige Leben mit HIV, HIV-Stigmatisierung sowie stigmatisierende und diskriminierende Verhaltensweisen fokussieren. Ärzt*innen, Pfleger*innen und Berater*innen (z. B. in Schwangeren- und Familienberatungsstellen) sollen auch zum Thema HIV und Sexualität geschult werden (u. a. zu Schutz durch Therapie, Stigma-bezogene Ursachen sexueller Dysfunktionen, Chemsex, HIV-Coming-out im Sex- und Beziehungsleben, HIV und Schwangerschaft usw.).
- Menschen mit HIV aus verschiedenen Communities sollen in Fortbildungen für Gesundheitspersonal eingebunden werden und für diese Arbeit eine Aufwandsentschädigung erhalten. Fortbildungsmaterialien sollen in Zusammenarbeit mit Menschen mit HIV konzipiert, erstellt und evaluiert werden.
- Ärzt*innen sollen zur sensiblen Mitteilung der HIV-Diagnose geschult werden.

„Der Arzt, der uns diagnostiziert hat, hat es am Telefon gemacht, während ich Autofuhr [...] Das kann echt richtig nach hinten losgehen.“

Teilnehmerin an einer Fokusgruppe

- Ärzt*innen und Klinikleitungen sollen ihr Praxis- und Klinikpersonal für Stigmatisierungs- und Diskriminierungsthemen sensibilisieren und ihre Einrichtungen zu einem sicheren Ort für Menschen mit HIV, LGBTIQ*-Personen und Menschen vielfältiger kultureller und sprachlicher Hintergründe machen (siehe www.praxis-vielfalt.de).
2. Besonders direkt nach der Diagnose brauchen viele Menschen mit HIV kompetente Ansprechpartner*innen. Aus diesem Grund sollen Aidshilfen möglichst flächendeckend leicht erreichbare Angebote für frisch positiv Getestete einrichten oder ausbauen und ihre psychosozialen Angebote besser mit der medizinischen HIV-Versorgung verzahnen.
- Aidshilfe-Berater*innen können z. B. (mehr) Sprechstunden in Klinikambulanzen und Schwerpunktpraxen und/oder online anbieten.
 - Ärzt*innen sollen an Aids- und Selbsthilfeangebote weiterverweisen, z. B. an das Buddyprojekt der Deutschen Aidshilfe (www.buddy.hiv).

„Die heikelste Phase war tatsächlich der erste Zeitraum, also die ersten Tage nach der Diagnosestellung und die Zeit, die direkt danach folgte. [...] Ich wurde damals nicht gut aufgenommen und ich finde, dass dieser Zeitpunkt im Leben mit HIV noch besser aufgefangen werden könnte.“

Teilnehmerin an einer Fokusgruppe

Medien

3. Um sicherzustellen, dass Medienschaffende Menschen mit HIV und das Leben mit HIV sensibel, informiert und frei von Stigmata und Diskriminierung darstellen (z. B. am Welt-Aids-Tag), soll die Deutsche Aidshilfe einen Pressekodex erarbeiten und verbreiten.
4. Damit Menschen mit HIV souverän und auf Augenhöhe mit Journalist*innen und anderen Medienschaffenden kommunizieren können, sollen Aidshilfen ihnen Unterstützung und Medien-Trainings anbieten.

Antidiskriminierungsarbeit

5. In allen Aidshilfen müssen Ansprechpersonen für die Antidiskriminierungsberatung benannt werden. Die bundesweite Kontaktstelle muss ausgebaut werden um die strukturelle Antidiskriminierungsarbeit sowie die Koordination, Fortbildung und Weiterentwicklung der bundesweiten dezentralen Antidiskriminierungsarbeit leisten zu können.
6. Alle allgemeinen Antidiskriminierungsstellen sollen sich zu HIV weiterbilden. Sie sollen sich besser vernetzen und ihr Wissen untereinander weitergeben. Hier wünschen wir uns eine koordinierende Funktion der Antidiskriminierungsstelle des Bundes.
7. Die Patientenbeauftragten des Bundes und der Länder sollen stärker zum Thema HIV und Diskriminierung sensibilisiert werden.
8. Aidshilfen und allgemeine Antidiskriminierungsstellen sollen Menschen mit HIV bei Diskriminierungen im Gesundheitswesen zu einer Klage auf Grundlage des AGGs ermutigen und sie bei diesem Schritt begleiten. Eine Musterklage kann sicherstellen, dass das AGG tatsächlich in solchen Fällen anwendbar ist, was bis zu einer Stellungnahme der Antidiskriminierungsstelle des Bundes im Jahr 2020 unklar war (s. Kasten) und wozu es bisher noch kein Gerichtsurteil gibt.

Schutz durch das AGG bei Diskriminierungen im Gesundheitswesen

Das Allgemeine Gleichstellungsgesetz (AGG) schützt bei Benachteiligung aufgrund von HIV nur, wenn ein sogenanntes Massengeschäft oder ein mit „Massengeschäften“ vergleichbarer Vertrag betroffen ist. Um ein Massengeschäft handelt es sich, wenn das Ansehen der Person keine oder nur eine nachrangige Bedeutung hat und das Rechtsgeschäft „zu vergleichbaren Bedingungen in einer Vielzahl von Fällen“ (§ 19 Abs. 1 Nr. 1 AGG) zustande kommt. Ob auch medizinische Behandlungsverträge als Massengeschäfte gelten und damit das AGG auch bei Benachteiligungen im Gesundheitswesen greift, war lange fraglich. 2020 hat die Antidiskriminierungsstelle des Bundes hierzu eine Stellungnahme (Standpunkte Nr. 01-09/2020) abgegeben: Danach gilt der medizinische Behandlungsvertrag als ein mit Massengeschäften vergleichbarer Vertrag und fällt in den Schutzbereich des AGG. Diese Stellungnahme muss nun mit Leben gefüllt werden.

Aufklärungsarbeit

9. Die Allgemeinbevölkerung soll verstärkt und kontinuierlich über die Nichtübertragbarkeit von HIV unter erfolgreicher Therapie aufgeklärt werden. Die Deutsche Aidshilfe soll die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) deswegen auffordern, das Thema „Schutz durch Therapie“ in ihre Plakatmotive im Rahmen der Kampagne LIEBESLEBEN zu integrieren.

10. Menschen mit HIV sollen noch sicht- und hörbarer werden. Sie können zum Beispiel in Interviews, Features, Podcasts, Bilderstreifen oder Kampagnen als Role Models, die „Gesicht zeigen“, über das heutige Leben mit HIV informieren und zur Entstigmatisierung von Menschen mit HIV beitragen. Aidshilfe-Organisationen sollen Menschen mit HIV ermutigen und mit Ressourcen unterstützen, damit sie selbst ihre Bilder vom Leben mit HIV in die Öffentlichkeit tragen, Medienschaffende immer wieder zur Auseinandersetzung mit dem heutigen Leben mit HIV auffordern und ihnen dazu Angebote machen.

Empowerment

11. Die Deutsche Aidshilfe, die Aidshilfen und die Zuwendungsgeber*innen sollen Maßnahmen zum Empowerment von Menschen mit HIV ausbauen. Die positiven stimmen regen an,

- Argumentationsworkshops in Empowerment-Trainings zu integrieren, damit Menschen mit HIV Diskriminierung und Ausgrenzung abwehren können,
- den Umgang mit gesellschaftlicher und die Bewältigung internalisierter Stigmatisierung stärker zu thematisieren und einzuüben (u. a. in Community-basierten Angeboten),
- spezifische Empowerment-Trainings, bspw. für Frauen oder BPoC mit HIV, zu konzipieren.

12. Die Deutsche Aidshilfe, die Aidshilfen und die Zuwendungsgeber*innen sollen die Organisation von Selbstvertretung und Selbsthilfe stärker und kontinuierlich fördern. Dazu können z. B. folgende Maßnahmen beitragen:

- Vermittlung von Informationen (z. B. in Form von Podcasts, Videotutorials, Vorträgen oder Seminaren) zu Themen wie „Selbsthilfegruppen gründen“ oder „Motivation in der Gruppe aufrechterhalten“,

- Auf- und Ausbau von Selbsthilfe-Gruppen im ländlichen Raum,
- Gründung von bundesweiten Online-Selbsthilfegruppen (auch schlüsselgruppenspezifisch) mit regelmäßigen Online-Treffen, um die Vernetzung innerhalb der Communitys und der Regionen zu fördern,
- langfristige Sicherung von Ressourcen für die Selbsthilfe (u. a. Finanzen, Räumlichkeiten).

Sexualität

13. Die Deutsche Aidshilfe und die Aidshilfen sollen ein ganzheitliches Verständnis von sexueller Gesundheit in den Fokus ihrer Arbeit stellen. Das bedeutet unter anderem:

- Schulungen für Aidshilfe-Mitarbeitende zum Themenbereich „Sexualität und HIV“, das heißt zu Aspekten wie (sexueller) Selbstwert nach einer HIV-Diagnose, Chemsex, Reflexion zu Verantwortung, sexpositive Kommunikation, gendersensible Kommunikation oder HIV-Coming-out im Beziehungs- und Sexleben.
- Qualifizierte Sexualberatung in Aidshilfen: Aidshilfe-Berater*innen sollen zum Thema Sexualität geschult werden und selbst gezielte Angebote für Menschen mit HIV und Unterschlüsselgruppen schaffen.

14. Die Deutsche Aidshilfe und die Aidshilfen sollen die sexuelle Bildungsarbeit für Jugendliche und Erwachsene ausbauen und sexualpädagogische Methoden entwickeln, die Informationen zu allen Methoden zum Schutz vor sexueller HIV-Übertragung vermitteln (Kondome, Schutz durch Therapie, PrEP) und auch Aspekte wie Lust, Verantwortung, das heutige Leben mit HIV oder die Stigmatisierung von Menschen mit HIV und STIs ansprechen.

Diversity

15. Um Aidshilfe diverser und inklusiver zu machen, empfehlen die positiven stimmen unter anderem

- Diversitytrainings für Aidshilfe-Mitarbeiter*innen
- Schulungen zu diskriminierungssensibler Kommunikation
- Einstellung/Beauftragung von Menschen aus den HIV-Communities als Aidshilfe-Mitarbeiter*innen, Trainer*innen, Referierende, Journalist*innen usw. Stellen müssen so ausgeschrieben werden, dass sie Menschen aus den verschiedenen HIV-Communities tatsächlich erreichen (Sprache, Bilder, Vertriebswege), die Aidshilfen müssen ihre Strukturen so einrichten, dass Menschen aus verschiedenen Unter-Schlüsselgruppen eine reelle Chance auf eine Einstellung haben (z. B. durch Anerkennung ausländischer Abschlüsse oder Ermöglichung von Mehrsprachigkeit in Aidshilfen).

Communities der Menschen mit HIV

16. Die verschiedenen Communities von Menschen mit HIV sollen ihre Ressourcen und Privilegien reflektieren (z. B. Finanzen, Entscheidungsmacht) und solidarisch teilen. Communities mit mehr Macht sind gegenüber mehrfach benachteiligten Communities privilegiert und sollen Ressourcen und Macht abgeben.

17. Menschen mit HIV sollen alle gesellschaftlichen Zuschreibungen von „Schuld“ und die Trennung in „gute“ und „schlechte“ HIV-positive Menschen abwehren – auch innerhalb ihrer eigenen Communities. Wie, wann und wodurch sich jemand mit HIV infiziert, ist für andere unerheblich.

Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

10.0

10.1 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Zusammenfassung der zwei Modulstudien	18
Tabelle 2: Monat und Anzahl der Interviews	28
Tabelle 3: Alter	28
Tabelle 4: Sexuelle Orientierung	30
Tabelle 5: Familienstand	31
Tabelle 6: Beziehungsstatus	31
Tabelle 7: Wohnortgröße	32
Tabelle 8: Religion	32
Tabelle 9: Arbeitssituation	33
Tabelle 10: Einkommen	33
Tabelle 11: Grundbedürfnisse	33
Tabelle 12: Eigene Gruppenzuschreibung	34
Tabelle 13: Gruppenzugehörigkeit	35
Tabelle 14: Übersicht über spezifische Teilgruppen der Stichprobe	36
Tabelle 15: Diskriminierende Situationen aufgrund HIV-Status	39
Tabelle 16: Offener Umgang	47
Tabelle 17: Positive Aspekte eines offenen Umgangs	49
Tabelle 18: Auswirkungen verinnerlichter HIV-bezogener Stigmatisierung	52
Tabelle 19: Wahrgenommene Veränderung auf Aspekte des Selbstbildes durch HIV	52
Tabelle 20: Vermeidende Umgangsstrategien	54
Tabelle 21: Erfahrungen von Stigmatisierung und Diskriminierung hinsichtlich sexueller und reproduktiver Gesundheit	61
Tabelle 22: Menschenrechtsverletzungen	64
Tabelle 23: Engagement für Veränderung	66
Tabelle 24: Diskriminierung aufgrund sexueller Orientierung; Schwule & MSM	68
Tabelle 25: Wissen folgender Personen über sexuelle Orientierung; Schwule & MSM	69
Tabelle 26: Mitglied in einem Netzwerk/Selbsthilfegruppe; Schwule & MSM	69
Tabelle 27: Diskriminierung aufgrund sexueller Orientierung; Bisexuell	70
Tabelle 28: Wissen folgender Personen über sexuelle Orientierung; Bisexuell	70
Tabelle 29: Mitglied in einem Netzwerk/Selbsthilfegruppe; Bisexuell	70
Tabelle 30: Diskriminierung aufgrund Migrationshintergrund und/oder BPoC	72
Tabelle 31: Mitglied in einem Netzwerk/Selbsthilfegruppe; Migrationshintergrund und/oder BPoC	72
Tabelle 32: Diskriminierung aufgrund von Drogengebrauch	73
Tabelle 33: Wissen folgender Personen über Drogengebrauch	74
Tabelle 34: Mitglied in einem Netzwerk/Selbsthilfegruppe; Drogengebrauch	74
Tabelle 35: Alter	87

Tabelle 36: Geschlechtsidentität	87
Tabelle 37: Sexuelle Orientierung	88
Tabelle 38: Zeit seit HIV-Diagnose	88
Tabelle 39: Viruslast der Teilnehmenden	89
Tabelle 40: Bundesland	89
Tabelle 41: Wohnortgröße	90
Tabelle 42: (B)PoC und zugeschriebener Migrationshintergrund	90
Tabelle 43: Sozioökonomischer Status	91
Tabelle 44: (Ehemalige) Sexarbeit	91
Tabelle 45: Drogenkonsum	92
Tabelle 46: Behinderung/Beeinträchtigung oder chronische Krankheit (außer HIV/Aids)	93
Tabelle 47: Teilgruppen	94
Tabelle 48: Subjektiv empfundener Gesundheitszustand	99
Tabelle 49: HIV-bezogene Diskriminierung (12 Monate vor Befragung)	139
Tabelle 50: Diskriminierung im Gesundheitswesen	143
Tabelle 51: Diskriminierung im Arbeitsleben	148
Tabelle 52: Beziehungsstatus und Sexleben	166
Tabelle 53: Beziehungsverlust aufgrund HIV	167
Tabelle 54: HIV-Status der Partner*innen	169
Tabelle 55: Auswirkungen von HIV auf das Sex- und Beziehungsleben	185
Tabelle 56: Wissen über Schutz durch Therapie	191
Tabelle 57: Positive Effekte von Schutz durch Therapie	194
Tabelle 58: Diskriminierungsaspekt	199
Tabelle 59: Weitere Diskriminierungsaspekte Schwule & MSM	202
Tabelle 60: Weitere Diskriminierungsaspekte für Frauen	203
Tabelle 61: Weitere Diskriminierungsaspekte für (B)PoC	204
Tabelle 62: Weitere Diskriminierungsaspekte für Personen mit niedrigem SES	205
Tabelle 63: Weitere Diskriminierungsaspekte Sexarbeitende	206
Tabelle 64: Weitere Diskriminierungsaspekte (ehemalige) Drogengebraucher*innen	207
Tabelle 65: Weitere Diskriminierungsaspekte Personen Ü 60	208
Tabelle 66: Mehrdimensionale Diskriminierung Teilgruppen	209
Tabelle 67: Gründe, sich zu engagieren	223
Tabelle 68: Diskriminierungsgrund innerhalb der HIV-Community	225
Tabelle 69: Zusammenfassung der Teilgruppenanalysen	234

10.2 **Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1: Stufen der Partizipation	16
Abbildung 2: Zeit seit Diagnose	29
Abbildung 3: Geschlechtliche Identität	29
Abbildung 4: Diskriminierung im sozialen Umfeld	41
Abbildung 5: (Strafrechtlich relevante) Diskriminierung mit hoher Gewalt	42
Abbildung 6: Diskriminierung im Arbeitsleben	43
Abbildung 7: Diskriminierung im Sexleben	45
Abbildung 8: Umgang mit HIV-Infektion	46
Abbildung 9: Erfahrungen von Stigmatisierung und Diskriminierung im Gesundheitswesen bei HIV-bezogener Gesundheitsleistung	58
Abbildung 10: Erfahrungen von Stigmatisierung und Diskriminierung im Gesundheitswesen bei nicht HIV-bezogener Gesundheitsleistung	60
Abbildung 11: Gesundheitliche Einschränkungen durch HIV	98
Abbildung 12: Mittelwertvergleiche der Skala „Einschränkungen durch gesundheitliche Aspekte von HIV“ zwischen einzelnen Teilgruppen mit der jeweiligen restlichen Stichprobe	100
Abbildung 13: Mittelwertvergleiche der Skala „Psychosomatische Symptome“ zwischen einzelnen Teilgruppen mit der jeweiligen restlichen Stichprobe	101
Abbildung 14: Mittelwertvergleiche der Skala „Lebenszufriedenheit“ zwischen einzelnen Teilgruppen mit der jeweiligen restlichen Stichprobe	103
Abbildung 15: Mittelwertvergleiche der Skala „Selbstwirksamkeit“ zwischen einzelnen Teilgruppen mit der jeweiligen restlichen Stichprobe	104
Abbildung 16: Integration von HIV in das eigene Leben	105
Abbildung 17: Mittelwertvergleiche der Skala „Integration von HIV in das eigene Leben“ zwischen einzelnen Teilgruppen mit der jeweiligen restlichen Stichprobe	107
Abbildung 18: Mittelwertvergleiche der Aussage „Einschränkung durch Vorurteile“ zwischen einzelnen Teilgruppen mit der jeweiligen restlichen Stichprobe	109
Abbildung 19: Ausgewählte Aussagen zu „Mit HIV kann ich leben, mit Vorurteilen	111
Abbildung 20: Erlebte Stigmatisierung	113
Abbildung 21: Mittelwertvergleiche der Skala „Erlebte Stigmatisierung“ zwischen einzelnen Teilgruppen mit der jeweiligen restlichen Stichprobe	114
Abbildung 22: Sorge, offen über HIV zu sprechen	117
Abbildung 23: Offenes Sprechen über die HIV-Infektion	118
Abbildung 24: Mittelwertvergleiche „Offenes Sprechen über HIV“ zwischen einzelnen Teilgruppen mit der jeweiligen restlichen Stichprobe	119
Abbildung 25: Offenes Sprechen über HIV im Gesundheitswesen	125
Abbildung 26: Offenes Sprechen über HIV im Arbeitsleben	127
Abbildung 27: Negatives Selbstbild	129
Abbildung 28: Schuldgefühle	130

Abbildung 29: Mittelwertvergleiche der Skala „Internalisierte Stigmatisierung“ zwischen einzelnen Teilgruppen mit der jeweiligen restlichen Stichprobe	136
Abbildung 30: Mittelwertvergleiche der Häufigkeit berichteter Diskriminierung in letzten 12 Monaten zwischen Teilgruppen und jeweiliger restlicher Stichprobe	142
Abbildung 31: „Internalisierte Stigmatisierung“ für Menschen, die „keine Diskriminierungserfahrung“ und „Diskriminierungserfahrung“ gemacht haben	151
Abbildung 32: Ressourcen im Umgang mit Diskriminierung	153
Abbildung 33: Reaktion auf Diskriminierung	160
Abbildung 34: Vergleich der Umgangsweisen in Bezug auf internalisierte Stigmatisierung und Identifikation mit Community	161
Abbildung 35: Gründe in Diskriminierungssituationen nichts zu unternehmen	162
Abbildung 36: Relevanz ihres HIV-Status bei Sexpartner*innen	170
Abbildung 37: Sexuelle Zufriedenheit	171
Abbildung 38: Mittelwertvergleiche der Skala „Sexuelle Zufriedenheit“ zwischen einzelnen Teilgruppen mit der jeweiligen restlichen Stichprobe	172
Abbildung 39: Sexuelle Zufriedenheit und internalisierte Stigmatisierung	173
Abbildung 40: Sexuelle Zurückweisung und sexualisierte Kommentare	174
Abbildung 41: Mittelwertvergleiche der Skala „Sexualitätsbezogene Diskriminierung aufgrund HIV“ zwischen einzelnen Teilgruppen mit der jeweiligen restlichen Stichprobe	177
Abbildung 42: Offenes Sprechen über HIV im Sex- und Beziehungsleben	178
Abbildung 43: Herausforderungen in Bezug auf offenen Umgang im Sex- und Beziehungsleben	180
Abbildung 44: Mittelwertvergleiche der Skala „Empfinden des offenen Sprechens über HIV im Sex- und Beziehungsleben“ zwischen einzelnen Teilgruppen mit der jeweiligen restlichen Stichprobe	184
Abbildung 45: Mittelwertvergleiche der Skala „Negative Auswirkungen von HIV auf Sex- und Beziehungsleben“ zwischen einzelnen Teilgruppen mit der jeweiligen restlichen Stichprobe	190
Abbildung 46: Vertrauen in Schutz durch Therapie	193
Abbildung 47: Mittelwertvergleiche der Skala „Positive Effekte von Schutz durch Therapie zwischen einzelnen Teilgruppen“ mit der jeweiligen restlichen Stichprobe	195
Abbildung 48: Mittelwert der Skala „Lebenszufriedenheit“ für Teilgruppen	210
Abbildung 49: Mittelwerte der Skala „Gesundheitszustand“ für Teilgruppen	211
Abbildung 50: Mittelwerte der Skala „Selbstwirksamkeit“ für Teilgruppen	212
Abbildung 51: Mittelwerte der Skala „Internalisierte HIV-Stigmatisierung“ für Teilgruppen	213
Abbildung 52: Mittelwerte der Häufigkeit erlebter HIV-bezogener Diskriminierung (in letzten 12 Monaten)	214
Abbildung 53: Diskriminierende Zuschreibungen	215
Abbildung 54: Mittelwertvergleiche der Skala „Relevanz der HIV-Infektion“ zwischen einzelnen Teilgruppen mit der jeweiligen restlichen Stichprobe	216
Abbildung 55: Subjektive Relevanz der HIV-Infektion im Vergleich mit anderen Diskriminierungsaspekten	217
Abbildung 56: Verbundenheit mit anderen Menschen mit HIV	220
Abbildung 57: Mittelwertvergleiche zu „Verbundenheit mit anderen Menschen mit HIV“ zwischen einzelnen Teilgruppen mit der jeweiligen restlichen Stichprobe	221
Abbildung 58: Mittelwerte der Skala „Identifikation mit der HIV-Community“ einzelner Teilgruppen und der jeweiligen restlichen Stichprobe	222

Literaturverzeichnis

11.0

A

Abdul-Rahman, L./Grau, H. E./Klaus, L./Singelstein, T. (2020): Zweiter Zwischenbericht zum Forschungsprojekt „Körperverletzung im Amt durch Polizeibeamt*innen“ (KviAPol): Rassismus und Diskriminierungserfahrungen im Kontext polizeilicher Gewaltausübung. Online: https://kviapol.rub.de/images/pdf/KviAPol_Zweiter_Zwischenbericht.pdf [17.09.2021].

B

Beigang, S./Fetz, K./Kalkum, D./Otto, M. (2017): Diskriminierungserfahrungen in Deutschland: Ergebnisse einer Repräsentativ- und einer Betroffenenbefragung. Antidiskriminierungsstelle des Bundes [Hrsg.]. Nomos: Baden-Baden.

Berger, B. E./Ferrans, C.E./Lashley, F.R. (2001): Measuring stigma in people with HIV: Psychometric assessment of the HIV stigma scale. In: *Research in Nursing and Health*, Heft 24(6), S. 518–529.

Bogart, L. et al. (2011): Perceived Discrimination and Mental Health Symptoms Among Black Men With HIV. In: *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, Heft 17(3), S. 295–302.

C

Centers for Disease Control (CDC) (1981): Pneumocystis pneumonia – Los Angeles. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 30, S. 250–252.

Crenshaw, K. (1989): Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine. In: *The University of Chicago Legal Forum*, Heft 1, S. 139–167.

Creswell, J. W. (2014): *A Concise Introduction to Mixed Methods Research*. SAGE Publications: Thousand Oaks.

Cvetkovich, A. (2003): *An Archive of Feelings: Trauma, Sexuality, and Lesbian Public Cultures*. Duke University Press: Durham.

D

Dannecker, M. (2019 [2016]): Bilder von Aids. In: Dannecker, M. [Hrsg.]: *Fortwährende Eingriffe. Aufsätze, Vorträge und Reden zu Aids und HIV aus vier Jahrzehnten*. Berlin: Deutsche Aidshilfe.

De Ryck, I./Van Laken, D./Nöstlinger, C. et al. (2012): Sexual Satisfaction Among Men Living with HIV in Europe. In: *AIDS and Behavior* volume, Heft 16, S. 225–230.

Deacon, H. (2006): Towards a sustainable theory of health-related stigma: lessons from the HIV/AIDS literature. In: *Journal of Community & Applied Social Psychology*, Heft 16(6), S. 418–425.

Dekker, A./Matthiesen, S./Cerwenka, S./Otten, M./Briken, P. (2020): Gesundheit, sexuelle Aktivität und sexuelle Zufriedenheit: Ausgewählte Ergebnisse aus dem Survey „Gesundheit und Sexualität in Deutschland – GeSiD“. In: *Deutsches Ärzteblatt international*, Heft 117(39), S. 645–652.

DER SPIEGEL (1982): Schreck von drüben. Online: <http://www.spiegel.de/spiegel/print/d-14338963.html> [08.09.2021].

Deutsche AIDS-Hilfe e. V. (2014): positive stimmen: Ergebnisbericht des PLHIV Stigma Index in Deutschland. Online: <https://www.aidshilfe.de/shop/pdf/2482> [14.09.2021].

Deutsche AIDS-Hilfe e. V. (2015): Schnellfinder Einreise- und Aufenthaltsbestimmungen für Menschen mit HIV und Aids. Online: <https://www.aidshilfe.de/shop/pdf/7698> [14.09.2021].

Deutsche AIDS-Hilfe e. V. (2020): Repräsentative Bevölkerungsbefragung zur Nicht-Übertragbarkeit von HIV unter Therapie: Ergebnisbericht. Online: https://www.aidshilfe.de/sites/default/files/documents/dah_studie_nichtubertragbarkeit_von_hiv_unter_therapie.pdf [07.09.2021].

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (2013): Stellungnahme des DGPPN-Referats „Sexuelle Orientierung in Psychiatrie und Psychotherapie“ zu Konversionstherapien bzw. „reparativen“ Verfahren bei Homosexualität. Online: https://web.archive.org/web/20140330155703/https://www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/_medien/download/pdf/stellungnahmen/2013/DGPPN-Referat_Stellungnahme_zu_Konversionstherapien.pdf [17.09.2021].

Dieckmann, J. (2017a): Was ist Diskriminierung? Über illegitime Ungleichbehandlung, Demokratie und Sand im Getriebe. In: *Wissen schafft Demokratie*, Band 1, S. 150–167.

Dieckmann, J. (2017b): Ein Leben unter dem Deckmantel der Heterosexualität – Was späte Coming-outs über die Gesellschaft verraten. In: *Wissen schafft Demokratie*, Band 1, S. 250–265.

Dieckmann, J./Geschke, D./Braune, I. (2017): Diskriminierung und ihre Auswirkungen für Betroffene und die Gesellschaft. In: Wissen schafft Demokratie, Band 2, S. 18–37.

Dinkel, A. et al (2014): Stigmatization in HIV/AIDS: first German adaptation of the HIV-stigma scale (HSS-D). In: Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie, Heft 64(1), S. 20.

Doosje B./Ellemers N./Spears R. (2005): Perceived intragroup variability as a function of group status and identification, *Journal of Experimental Social Psychology*, 31(5), S. 410–436.

Drewes, J. (2013) HIV-Stigma, Viruslast und Infektiösität: Eine experimentelle Untersuchung des Beitrags der antiretroviralen Therapie zur Entstigmatisierung von HIV/AIDS. Dissertation, FU Berlin.

Drewes, J./Kruspe, M. (2013): Schwule Männer und HIV/AIDS 2013: Schutzverhalten und Risikomanagement in den Zeiten der Behandelbarkeit von HIV. Deutsche AIDS-Hilfe e. V.: Berlin.

Dovidio, J. F./Major, B./Crocker J. (2003): Stigma: Introduction and Overview, In: Heatherton, T. F./Kleck, R. E./Hebl, M. R./Hull, J. G. (2003): *The Social Psychology of Stigma*. The Guilford Press: New York, S. 1–28.

E

Earnshaw, V. A./Chaudoir, S. R. (2009): From conceptualizing to measuring HIV stigma: a review of HIV stigma mechanism measures. In: *AIDS and behavior*, Heft 13(6), S. 1160–1177.

EMIS (2019): EMIS-2017: The European Men-Who-Have-Sex-With-Men Internet Survey. Key findings from 50 countries. European Centre for Disease Prevention and Control: Stockholm.

Exner-Freisfeld, H. (2012): Diskriminierung von Menschen mit HIV/AIDS, insbesondere in der Arbeitswelt: Historische Abfolge der Antidiskriminierungsmaßnahmen – Eine arbeits- und sozialmedizinische Betrachtung. Books on Demand: Norderstedt.

F

Flores, E. et al. (2008): Perceived discrimination, perceived stress, and mental and physical health among Mexican-origin adults. In: *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 30, Heft 4, S. 401–424.

Frick, A./Bächtiger, M. T./Reips, U.-D. (2001): Financial incentives, personal information, and drop out in online studies. In: Reips, U.-D./Bosnjak, M. [Hrsg.]: *Dimensions of Internet science*. Pabst Science: Lengerich, S. 209–219.

G

Geschke, D./Dieckmann, J. (2017): Hasskriminalität: Auswirkungen der Gewalt gegen Minderheiten. Ergebnisse einer Befragung von Betroffenen. In: *Wissen schafft Demokratie*, Band 2, S. 38–51.

Goffman, E. (1963): *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Simon & Schuster: New York.

H

Haraway, Donna (1988): Situated Knowledges: The Science Question in Feminism and the Privilege of Partial Perspective, *Feminist Studies*, Vol. 14, No. 3, S. 575–599.

Hartung, F. (2020): HIV und Schuldgefühle: Zur Psychodynamik in der HIV-Testberatung. Psychosozial-Verlag: Gießen.

Hartung, F./Piening, M. T./Dieckmann, J. (2021): Gesellschaftspolitische Dimensionen von Viruspanidemien – HIV und Corona im Vergleich. In: *Wissen schafft Demokratie*, Band 9, Amadeu Antonio Stiftung: Berlin.

Haugland, S./Wold, B. (2001): Subjective health complaints in adolescence – reliability and validity of survey methods. In: *Journal of adolescence*, Heft 24(5), S. 611–624.

Heatherton, T. F./Kleck, R. E./Hebl, M. R./Hull, J. G. (2000): *The Social Psychology of Stigma*. The Guilford Press: New York.

Hödl, K. (1997): Der ‚jüdische Körper‘ als Stigma. In: *Österreichische Zeitschrift für Geschichtswissenschaften*, Heft 8(2), S. 212–230.

Hoffmann, C./Rockstroh J. K. (2020): HIV 2020/2021. Medizin Fokus Verlag: Hamburg. Online: <https://www.hivbuch.de/wp-content/uploads/2020/11/HIV2020-21-1.pdf> [10.09.2021].

Hooks, B. (2020 [2000]): Die Bedeutung von Klasse: warum die Verhältnisse nicht auf Rassismus und Sexismus zu reduzieren sind. Unrast: Münster.

- I**
Idemudia, E. S./Matamela, N. (2012): The role of stigmas in mental health: A comparative study, *Curationis*, 35 (1). doi:10.4102/curationis.v35i1.30.
- International Planned Parenthood Federation (2009): Sexuelle Rechte: Eine IPPF Erklärung. Online: https://www.profamilia.de/fileadmin/publikationen/profamilia/IPPF_Deklaration_Sexuelle_Rechte-dt2.pdf [07.09.2021].
- J**
Joffe, H. (1999): *Risk and the other*. Cambridge University Press: Cambridge.
- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (2021): Global Commitments, Local Action: After 40 years of AIDS, charting a course to end the pandemic. Online: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-commitments-local-action_en.pdf [08.09.2021].
- Judge, T. A./Erez, A./Bono, J. E./Thoresen, C. J. (2003): The Core Self-Evaluations Scale: Development of a Measure. In: *Personnel Psychology*, Heft 56, S. 303–331.
- K**
Kaida, A. et al. (2015): Sexual inactivity and sexual satisfaction among women living with HIV in Canada in the context of growing social, legal and public health surveillance. In: *Journal of the International AIDS Society*, Heft 18 (5).
- Kelle, U. (2008): *Die Integration qualitativer und quantitativer Methoden in der empirischen Sozialforschung: Theoretische Grundlagen und methodologische Konzepte*. Springer VS: Wiesbaden.
- Kuckartz, U. (2014): *Mixed Methods: Methodologie. Forschungsdesigns und Analyseverfahren*. Springer VS: Wiesbaden.
- L**
Langer, P. C. (2009): *Beschädigte Identität: Dynamiken des sexuellen Risikoverhaltens schwuler und bisexueller Männer*. Springer VS: Wiesbaden.
- Langer, P. C. (2010a): Sieben Thesen zur strukturellen Prävention. In: Drewes, J./Sweers, H. [Hrsg.]: *Strukturelle Prävention und Gesundheitsförderung im Kontext von HIV*. Deutsche Aidshilfe: Berlin, S. 321–348.
- Langer, P.C. (2010b): *Spät diagnose HIV – Hintergründe und Verbesserungsansätze für die Präventionsarbeit*. Deutsche Aidshilfe, Berlin. Online: <https://www.aidshilfe.de/sites/default/files/documents/abschlussbericht%20Sp%C3%A4tdiagnose%20HIV.pdf> [10.09.2021].
- Langer, P. C. (2013): „Mich berührt nüscht mehr“: Zur Intersektionalität von Stigmaerfahrungen bei HIV-positiven schwulen Männern im Alter. Online: <http://hirschfeld-kongress.de/images/download/publikationen/Mich%20ber%C3%BChrt%20n%C3%BCscht%20mehr%20-%20Langer.pdf> [17.09.2021].
- LesMigraS (2012): „...nicht so greifbar und doch real“ Eine quantitative und qualitative Studie zu Gewalt- und (Mehrfach-)Diskriminierungserfahrungen von lesbischen, bisexuellen Frauen und Trans* in Deutschland“. Berlin.
- Link, B. G./Phelan, J. C. (2001): Conceptualizing Stigma. In: *Annual review of sociology*, Heft 27, S. 363–385.
- M**
Mak, W. W./Poon, C. Y./Pun, L. Y./Cheung, S. F. (2007): Meta-analysis of stigma and mental health. In: *Social science & medicine* (1982) Heft 65(2), S. 245–261.
- Marten, E./Walgenbach, K. (2017): Intersektionale Diskriminierung. In: Scherr, A./El-Mafaalani, A./Yüksel, E. [Hrsg.]: *Handbuch Diskriminierung*. Springer VS: Wiesbaden, S. 157–171.
- Mayring, P. (2015): *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken*. Beltz: Weinheim; Basel.
- Mediendienst Integration (2021): Factsheet: Anti-asiatischer Rassismus in der Corona-Zeit. Online: https://mediendienst-integration.de/fileadmin/Dateien/Factsheet_Anti_Asiatischer_Rassismus_Final.pdf [26.09.2021].
- Meyer, I. H. (2003): Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. In: *Psychological Bulletin*, 129 Heft 5, S. 674–697.

P

Pascoe, E. A./Smart Richman, L. (2009): Perceived discrimination and health: A meta-analytic review. In: Psychological Bulletin, Heft 135(4), S. 531–554.

Peyre, M. et al. (2019): Satisfaction with sexual life in people living with HIV/AIDS: The persistent weight of the fear of transmission. In: AIDS care, Heft 31(6), S. 681–686.

R

Ravens-Sieberer, U./Thomas, A. (2003): Gesundheitsverhalten von Schülern in Berlin: Ergebnisse der HBSC-Jugendgesundheitsstudie im Auftrag der WHO. Robert Koch-Institut: Berlin.

Reips, U.-D. (2000): The Web experiment method: Advantages, disadvantages, and solutions. In: Birnbaum, M. H. [Hrsg.]: Psychological experiments on the Internet. Academic Press: San Diego, S. 89–118.

Reiser, M./Best, H./Salheiser, A./Vogel, L. (2018): Politische Kultur im Freistaat Thüringen: Heimat Thüringen. Ergebnisse des Thüringen-Monitors 2018.

Robert Koch-Institut (2020): Aktuelle Daten und Informationen zu Infektionskrankheiten und Public Health: Epidemiologisches Bulletin. HIV im Jahr 2019 in Deutschland: Neuinfektionen und Gesamtkrankheitslast. Online: https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2020/Ausgaben/48_20.pdf?__blob=publicationFile [07.09.2021].

Rosenbrock, R./Schaeffer, D. [Hrsg.] (2002): Die Normalisierung von Aids. Politik – Prävention – Krankenversorgung. edition sigma: Berlin.

S

Sánchez-Fuentes, M. d. M./Santos-Iglesias, P./Sierra, J. C. (2014): A systematic review of sexual satisfaction. In: International journal of clinical and health psychology, Heft 14(1), S. 67–75.

Schmidt, B. (2008): Eigenverantwortung haben immer die Anderen: Der Verantwortungsdiskurs im Gesundheitswesen. Verlag Hans Huber: Bern.

Schmidt, B. (2010): Völlig gesund und vollends verantwortlich: Die Gesundheitsforderung in der Gesundheitsförderung. In: Drewes, J./Sweers, H. [Hrsg.]: Strukturelle Prävention und Gesundheitsförderung im Kontext von HIV. AIDS-Forum DAH, Heft 57, S. 57–70.

Schmidt, W. C. (1997): World Wide Web survey research: Benefits, potential problems, and solutions. In: Behavior Research Methods, Instruments, and Computers, Heft 29, S. 274–279.

Schönnesson, L. N. et al. (2018): Sexual (Dis)satisfaction and Its Contributors Among People Living with HIV Infection in Sweden. In: Archives of sexual behavior, Heft 47, S. 2007–2026.

Schulz, M./Mack, B./Renn, O. [Hrsg.] (2012): Fokusgruppen in der empirischen Sozialwissenschaft: Von der Konzeption bis zur Auswertung. Springer VS: Wiesbaden.

Siegel, K./Lune, H./Meyer, I. H. (1998): Stigma Management Among Gay/Bisexual Men with HIV/AIDS. In: Qualitative sociology, Heft 21, S. 3–24.

Sontag, Susan (2003): Krankheit als Metapher. Fischer-Taschenbuch-Verlag: Frankfurt a. M.

Statistisches Bundesamt (2021). *Migrationshintergrund*. Online: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Migration-Integration/Glossar/migrationshintergrund.html> [13.09.2021].

Stuart, H. (2005): Fighting Stigma and Discrimination Is Fighting for Mental Health. In: Canadian Public Policy Heft 31(1), S. 21–28.

Stürmer, S./Salewski, C. (2009): Chronische Krankheit als Stigma: das Beispiel HIV/AIDS. In: Beelmann, A./Jonas, K. J. [Hrsg.]: Diskriminierung und Toleranz: psychologische Grundlagen und Anwendungsperspektiven. Verlag für Sozialwissenschaften: Wiesbaden, S. 263–281.

T

Tausch, A. P./Menold, N. (2015): Methodische Aspekte der Durchführung von Fokusgruppen in der Gesundheitsforschung: Welche Anforderungen ergeben sich aufgrund der besonderen Zielgruppen und Fragestellungen? GESIS, Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften: Mannheim.

Thoits, P. A. (2010): Stress and health: Major findings and policy implications. In: Journal of Health and Social Behavior, 51, S. 41–53.

Thorburn Bird, S./Bogart, L. M./Delahanty, D. L. (2004): Health-related correlates of perceived discrimination in HIV care. In: AIDS Patient Care STDS, Heft 18(1), S. 19–26.

U

UNAIDS (1994): The Paris declaration. Online: https://data.unaids.org/pub/externaldocument/2007/theparisdeclaration_en.pdf [Zugriff 13.09.2021].

V

Vierneisel, C. (2016): Zur Rolle von Selbsthilfe in der Bewältigung HIV-bezogener Stigmatisierung: Im Begegnen mit dem Anderen um Handlungsraum ringen. Online: https://refubium.fu-berlin.de/bitstream/handle/fub188/804/Dissertation_C._Vierneisel.pdf?sequence=1&isAllowed=y [07.09.2021].

von Engelhardt, M. (2010): Erving Goffman. Stigma: über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität. In: Jörissen, B./Zirfas, J. [Hrsg.]: Schlüsselwerke der Identitätsforschung. Verlag für Sozialwissenschaften: Wiesbaden, S. 123–140.

von Unger, H. (2005): Multiple stigmatization of lesbian and bisexual mothers with HIV/AIDS in New York: A qualitative study. Online: <https://edocs.tib.eu/files/e01dh05/49380577X.pdf> [07.09.2021].

von Unger, H. (2014): Partizipative Forschung: Einführung in die Forschungspraxis. Springer VS: Wiesbaden.

W

Wachtler, B./Hoebel, J. (2020): Soziale Ungleichheit und COVID-19: Sozialepidemiologische Perspektiven auf die Pandemie. In: Gesundheitswesen. Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany), Heft 82(8-09), S. 670–675.

Weingart B. (2002): Ansteckende Wörter – Repräsentationen von AIDS. Suhrkamp Verlag: Frankfurt a. M.

Weltgesundheitsorganisation (2011): Sexuelle und reproduktive Gesundheit: Definition. Online: <https://www.euro.who.int/de/health-topics/Life-stages/sexual-and-reproductive-health/news/news/2011/06/sexual-health-throughout-life/definition> [07.09.2021].

Wießner, P. (2003): AIDS als moderner Mythos. In: Höpfner, C./Sweers, H. [Hrsg.]: AIDS im Wandel der Zeiten. AIDS-Forum DAH, 47, Berlin, S. 19–72.

Wilson et al. (2010): HIV infection and women's sexual functioning. In: Journal of acquired immune deficiency syndromes, Heft 54(4), S. 360–367.

Winker, G./Degele, N. (2009): Intersektionalität: zur Analyse sozialer Ungleichheiten. Transcript-Verlag: Bielefeld.

