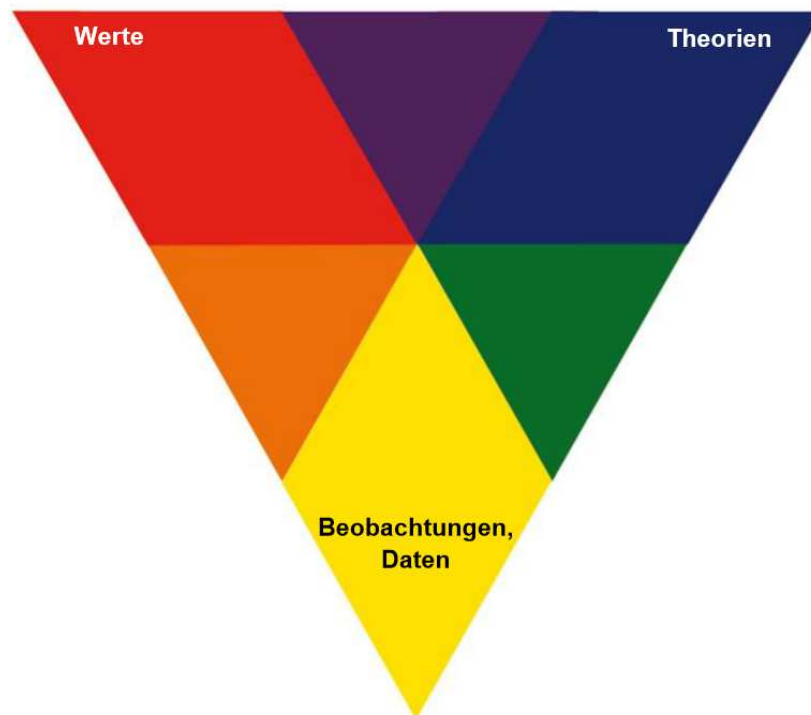


Stigmatisierung von Menschen mit HIV durch Fachpersonen der Sozialen Arbeit



1 Dreieck nach Galtung (eigene Abbildung)

Modul MA07

Konzepte und Methoden forschungsbasierter Praxis

Eingereicht bei Prof. Dr. Oberholzer und Prof. Dr. Sommerfeld

Olten, 29. Januar 2016

Andrea Pfeuti, Aline Schulthess, Olivia Conrad, Mike Scheuber, Michèle Fehlmann

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	3
1.1 Erkenntnisinteresse und Fragestellung	3
1.2 Methodisches Vorgehen	4
1.3 Begriffsbestimmung	5
1.3.1 Stigmatisierung	5
1.3.2 Diskriminierung	5
1.3.3 Fachpersonen der Sozialen Arbeit	5
1.3.4 HIV/Aids	5
2. Kritizismus	6
2.1 Beobachtungen und Daten	6
2.2 Werte	9
2.3 Kritik	10
3. Empirie	12
3.1 Individuelle und gesellschaftliche Funktionen des Stigmatisierungsprozesses	12
3.2 HIV-bedingtes Stigma – Zusammenfassung Theorie und empirische Studien	13
3.2.1 HIV-bedingte Stigmatisierung	13
3.2.2 Entstehung von Stigmatisierungsprozessen gegenüber HIV-positiven Menschen	14
3.2.3 Funktionen von HIV- bedingtem Stigma	15
3.3 Begründungszusammenhang	15
3.3.1 Fehlendes Wissen	16
3.3.2 Stabilisierung des eigenen psychischen Gleichgewichts in Bezug auf eigene Abweichungstendenzen	16
3.3.3 Struktur- und Entlastungshilfe in sozialen Interaktionen	16
4. Konstruktivismus	17
4.1 Werte	17
4.2 Theoriebildung	17
4.3 Modellentwicklung	19
4.4. Interventionsüberlegungen	20
5. Fazit	22
5.1 Limitationen und Empfehlungen	22
6. Verzeichnisse	23
6.1 Literatur	23
6.2 Abbildungen	25
7. Ehrenwörtliche Erklärung	26
8. Anhang	27
Anhang 1: Beobachtungen: Stigmatisierung und Diskriminierung von HIV positiven Menschen durch Fachpersonen der Sozialen Arbeit	27
Anhang 2: Eigenes Modell zum HIV-bedingten Stigma	30
Anhang 3: Eigenes Modell zur Veranschaulichung der Stigmaebenen	31
Anhang 4: Human Library	32

1. Einleitung

Dieser Leistungsnachweis befasst sich mit dem Thema der Stigmatisierung HIV-positiver Klienten und Klientinnen durch Fachpersonen der Sozialen Arbeit. In diesem Kapitel werden zuerst das Erkenntnisinteresse und die Fragestellung dargelegt, ehe das methodische Vorgehen beschrieben und schliesslich wichtige Begrifflichkeiten definiert werden.

1.1 Erkenntnisinteresse und Fragestellung

Dank des beträchtlichen medizinischen Fortschrittes und den aktuell guten Behandlungsmöglichkeiten haben sich die Lebensbedingungen sowie die Lebenserwartung HIV-positiver Menschen seit Entdeckung des HI-Virus 1983 massiv verbessert. Mit der Einführung der antiretroviralen Therapie (ART) 1996 ist es möglich, bei regelmässiger Einnahme und guter Toleranz, die Virusvermehrung zu unterdrücken (Viruslast unter der Nachweisgrenze) und ein Fortschreiten der Erkrankung zu verhindern (vgl. Rockstroh 2011: 2/ Hoffmann 2011: 62). Gemäss UNAIDS leben weltweit (Stand 2014) geschätzte 36.9 Millionen Menschen mit HIV. Die Zahl der Neuinfektionen 2014 betrug circa 2 Millionen. Seit dem Jahr 2000 ist ein Rückgang der Anzahl von Neuinfektionen um 35% zu beobachten (vgl. UNAIDS 2014: o.S.). In der Schweiz leben zurzeit rund 25'000 HIV-positive Menschen. Die Anzahl der Neudiagnosen 2014 betrug 519, was einer Reduktion von 10% gegenüber dem Vorjahr entspricht (vgl. Aids-Hilfe Schweiz o.J.). HIV ist im normalen Alltagskontakt nicht übertragbar. Als wichtigster Übertragungsweg gilt ungeschützter hetero- und homosexueller Geschlechtsverkehr. In der Schweiz wurden 2014 nur ca. 2% der Virusübertragungen durch andere Wege (Spritzentausch bei intravenösem Drogenkonsum) registriert. Übertragungen von der Mutter auf das Kind oder über Bluttransfusionen und Blutprodukte wurden 2014 keine gemeldet (vgl. Bundesamt für Gesundheit). Die Eidgenössische Kommission für AIDS-Fragen (EKAF) hat 2008 das EKAF-Statement publiziert, welches besagt, dass eine Person nicht mehr sexuell infektiös ist, wenn sie unter wirksamer ART steht und die Viruslast seit 6 Monaten unter der Nachweisgrenze liegt sowie keine anderen sexuell übertragbaren Infektionen (STI) vorhanden sind (vgl. EKAF Statement 2008). Das Risiko einer HIV-Übertragung wird durch eine regelmässige Behandlung somit beträchtlich gesenkt. Erstaunlich scheint in diesem Zusammenhang, dass trotz der guten Therapiemöglichkeiten, die Diskriminierungsmeldungen bei der Aids-Hilfe-Schweiz (AHS) zwischen den Jahren 2013 und 2014 um 40% angestiegen sind. Es liegen dabei auch Meldungen vor, in denen Fachpersonen der Sozialen Arbeit stigmatisierende und teilweise diskriminierende Handlungen bis hin zu Datenschutzverletzungen vorgenommen

haben. Dies widerspricht dem Berufskodex der Sozialen Arbeit Schweiz, welcher als Handlungsmaximen unter anderem die Förderung der sozialen Gerechtigkeit und der persönlichen Autonomie der Klienten und Klientinnen, der Chancengleichheit sowie die Vermeidung von diskriminierendem Verhalten enthält (vgl. AvenirSocial 2010: 10-14). HIV-positive Menschen sind auf Hilfeleistungen angewiesen, die häufig über die medizinische Begleitung hinausgehen. Trotz guter Behandelbarkeit bleibt HIV eine chronische Krankheit, welche physische, psychische und psychosoziale Folgen für die Betroffenen hat.

Die Studierenden widmen sich nun der Frage, wie sich diese stigmatisierenden und teilweise diskriminierenden Handlungen der Fachpersonen erklären lassen und formulieren hierzu folgende Fragestellung:

- *Wie lässt sich stigmatisierendes und diskriminierendes Verhalten durch Fachpersonen der Sozialen Arbeit gegenüber HIV-positiven Klienten und Klientinnen erklären und welche stigmareduzierenden Handlungsansätze lassen sich daraus für die Praxis ableiten?*

Die Fragestellung wird mit Hilfe des wissenschaftlichen Dreiecks nach Galtung bearbeitet und im Folgenden näher erläutert.

1.2 Methodisches Vorgehen

Diese Arbeit bezieht sich auf das Programm der integrierten, wissenschaftlichen Tätigkeit, welches Galtung 1978 beschrieb. Damit lassen sich neben der Gewinnung von wissenschaftlich fundierten Erkenntnissen auch evidenzbasierte Handlungsansätze für Problemlösungen der Praxis entwickeln. Das Programm wird anhand eines Dreiecks modelliert und unterscheidet drei verschiedene Welten, welche in Relation zu einander stehen. Die drei Welten beziehen sich jeweils auf beobachtbare Daten (beobachtete Welt), empirische Daten oder Theorien (vorausgesagte Welt) und Werte (vorgezogene Welt). Die Relationen zwischen den Welten nennen sich **Kritizismus** (Daten/Werte), **Empirismus** (Daten/Theorien) und **Konstruktivismus** (Werte/Theorien). Diese werden solange miteinander verglichen und aneinander angepasst, bis eine möglichst hohe Übereinstimmung erfolgt. Üblicherweise werden in dieser Bearbeitungsphase die Werte und Theorien weiterentwickelt und darauf basierend ein Handlungsplan erstellt, welcher in der Praxis angewendet wird. Galtung beschreibt dies als Schaffung einer neuen Wirklichkeit (vgl. Galtung 1978: 78-82).

Realistisch betrachtet, muss dieses Programm also mehrfach durchlaufen werden, bis eine Übereinstimmung dieser drei Welten erreicht wird. In dieser Arbeit wird aufgrund

zeitlicher Beschränkung nur ein Programmablauf bis zur Entwicklung des Handlungsplans vollzogen. Dabei wird das oben beschriebene Vorgehen angewendet.

1.3 Begriffsbestimmung

In diesem Leistungsnachweis stellen Stigmatisierung und Diskriminierung begriffliche Kernelemente dar. Um die beiden Begriffe voneinander abgrenzen zu können, folgt an dieser Stelle eine Definition.

1.3.1 Stigmatisierung

Ein Stigma bezeichnet ein Merkmal einer Person, das sicht- oder unsichtbar ist. Dieses Merkmal weicht zumeist von der Vorstellung der Norm ab und führt dazu, dass eine Person, die über ein solches Merkmal verfügt, nicht in gleicher Weise sozial und gesellschaftlich aufgenommen wird und partizipieren kann. Es versteht sich, dass der Besitz eines Stigmas somit Auswirkungen auf die betroffene Person selbst sowie auf die Personen und Systeme aus dem Umfeld hat. Betroffene können/werden unterdrückt, ausgegrenzt, sozial und/oder rechtlich benachteiligt (Diskriminierung). Diese Auswirkungen sind innerpsychischer, sozialer, institutioneller und politischer Ebene auszumachen (vgl. Hohmeier 1975: 5-22). Somit kann, wenn es um Stigmatisierung geht, von einem Prozess gesprochen werden.

1.3.2 Diskriminierung

Unter Diskriminierung werden Handlungen verstanden, die von 'normalen' Personen gegenüber Personen mit einem Stigma begangen werden. Die diskriminierende Handlung besteht in einer Ungleichbehandlung von Personen in vergleichbaren Situationen, auf Grund eines Merkmals, das zum Beispiel die Hautfarbe, Nationalität, Religion, sexuelle Orientierung, psychische Verfassung, das Geschlecht oder dergleichen betrifft (vgl. <http://www.humanrights.ch/>).

1.3.3 Fachpersonen der Sozialen Arbeit

Im Leistungsnachweis werden Praktiker und Praktikerinnen, die in den drei Hauptberufsfeldern Sozialarbeit, Sozialpädagogik und Soziokulturelle Animation tätig sind, als **Fachpersonen der Sozialer Arbeit** bezeichnet.

1.3.4 HIV/Aids

Bei HIV (Humane Immunschwäche Virus) handelt es sich um eine menschliche Immun- und Abwehrschwäche. Das Virus greift dabei die für das Abwehrsystem zentralen Helfer-, oder CD4-Zellen an und zerstört diese. Aids (Acquired Immune Deficiency

Syndrome) ist das Spätstadium einer nicht erfolgreich behandelten HIV-Infektion (vgl. Aids-Hilfe Schweiz 2014: 12-13).

2. Kritizismus

Im folgenden Kapitel wird zuerst die beobachtete und dann die wertebasierende Welt beschrieben, bevor dann basierend auf dem Vergleich beider Welten kritische Gedanken und Schlüsse dargelegt werden.

2.1 Beobachtungen und Daten

Diese Arbeit stützt sich auf Beobachtungen aus der Praxis einer Fachperson der Sozialen Arbeit, welche bei der Aids Hilfe Bern tätig ist, sowie auf statistische Daten der Diskriminierungsmeldestelle der Aids Hilfe Schweiz (AHS) zwischen 2012 und 2015. Die Aids-Hilfe Schweiz fungiert als eidgenössische Stelle für Diskriminierungen und Persönlichkeitsverletzungen im HIV/Aidsbereich. Betroffene, Angehörige aber auch Fachpersonen können in anonymisierter Form Diskriminierungen schriftlich (per Mail oder Formular) melden. Die gesammelten Fälle werden zweimal jährlich an die Eidgenössische Kommission für Sexuelle Gesundheit (EKSG) weitergeleitet. Auf Wunsch der Betroffenen interveniert die AHS auch bei Diskriminierungsfällen und bietet Unterstützung bei der Einforderung ihrer Rechte an (vgl. Aids-Hilfe Schweiz 2014a). In der Periode 2015 wurden **116** Diskriminierungen und Datenschutzverletzungen aufgrund von HIV gemeldet (Vorjahr 117 Fälle). Davon betreffen 33 Meldungen die Sozialversicherungen, 22 die Privatversicherungen, 14 die Erwerbstätigkeit und 21 Datenschutzverletzungen (vgl. Aids-Hilfe Schweiz: Diskriminierungsmeldungen 2014/2015).

In einem ersten Schritt wurden jene Diskriminierungsmeldungen der Aids-Hilfe Schweiz sowie die Beobachtungen aus der Praxis gesichtet und dokumentiert, in welchen Fachpersonen der Soziale Arbeit stigmatisierende oder diskriminierende Handlungen vorgenommen haben. Die Beobachtungen wurden dann in drei Untergruppen **Diskriminierungen**, welche aufgrund einer HIV-Diagnose erfolgen, **Datenschutzverletzungen** sowie **Stigmatisierungen** aufgrund von Vorurteilen und Stereotypen festgehalten. Diese Kategorien werden in folgenden Absätzen dargelegt. Im Anhang befindet sich eine detaillierte Fallliste (vgl. Anhang 1).

mehr neben die Klientin.

Diskriminierung aufgrund der HIV- Diagnose

Diskriminierende Handlungen von Fachpersonen der Sozialen Arbeit kommen in unterschiedlichen Sozialarbeitskontexten (Asylkoordination, Sozialdienst, Arbeitsvermittlung, Kinderschutz, sozialpädagogische Einrichtung usw.) vor. Es handelt sich hierbei bei-

spielsweise um unangemessene, druckerzeugende sowie abwertende verbale Äusserungen bis hin zu einer gesundheitsgefährdenden Forderung (z.B. Arbeit im Winter im Wald trotz gesundheitlicher Probleme aufgrund von HIV). Eine weitere Diskriminierung zeigt sich indem eine Jugendliche mit HIV-Diagnose aufgrund von irrationalen Ängsten innerhalb des Betreuungsteams, nicht in ein therapeutisches Wohnangebot aufgenommen wurde. Auch Einschränkungen der beruflichen Tätigkeit aufgrund der Krankheit bei der Stellensuche auf dem RAV, der Entscheid eines Sorgerechtsentzuges basierend auf der HIV-Diagnose der Mutter sowie die Durchführung von HIV-Tests in einem Asylzentrum, ohne die vorgängige Information oder die Einwilligung der Asylsuchenden, fallen in diese Kategorie. Drei Fälle zeigen zudem auf, dass Sozialarbeitende volle Einsichtnahme in Gesundheitsdaten verlangten und deshalb eine Entbindung von der Schweigepflicht forderten. In allen Fällen stellte sich heraus, dass eine solch umfassende Akteneinsicht nicht rechtens und eine Entbindung der Schweigepflicht nur gegenüber dem Vertrauensarzt zulässig ist. Es gibt auch Meldungen darüber, dass Sozialarbeitende aufgrund der Diagnose auf personale Distanz gehen. Beispielsweise lehnte eine Sozialarbeiterin das Händeschütteln ab und setzte sich in Sitzungen nicht mehr neben die Klientin.

Datenschutzverletzungen

Bei den Datenschutzverletzungen geht es hauptsächlich um die Weitergabe der HIV-Diagnose durch Fachpersonen der Sozialen Arbeit an Dritte ohne die explizite Einwilligung der Betroffenen. Darunter fällt beispielsweise die Mitteilung der Diagnose durch eine RAV-Mitarbeiterin an den potentiellen Arbeitgeber mit der Folge, dass das Arbeitsverhältnis noch in der Probezeit aufgelöst wurde. Die Bekanntgabe der HIV-Diagnose einer Klientin durch den Sozialarbeiter des Sozialdienstes an die Beiständin des fremdplatzierten Kindes stellt ebenfalls eine schwerwiegende Datenschutzverletzung dar.

Stigmatisierung aufgrund von Vorurteilen, Stereotypen und Unwissen

Negative Einstellungen, Vorurteile und Stereotypen durch Fachpersonen der Sozialen Arbeit wirken sich ebenfalls ungünstig auf HIV-positive Klienten und Klientinnen aus. Deutlich wird auch, dass der Alltagskontakt als gefährlich (Ansteckbarkeit) eingeschätzt wird und dadurch eine Informationspflicht, insbesondere eine moralische gegenüber Nahestehenden sowie potentiellen Arbeitgebern, besteht. Zudem wird berichtet, dass Klienten und Klientinnen stigmatisierende Etikettierungen über sich ergehen lassen müssen, weil beispielsweise Fachpersonen der Sozialen Arbeit bei Menschen mit einer HIV-Diagnose automatisch davon ausgehen, dass diese ein Drogenproblem haben.

Folgen der Stigmatisierung auf die Betroffenen

Trotz guter Behandlungsmöglichkeiten stellt Stigmatisierung immer noch eine grosse Belastung für die HIV-Betroffenen dar und kann die Lebensqualität von Menschen mit HIV stark beeinträchtigen (vgl. Deutsche Aids Hilfe 2014: 7). Sie führt zu erschwerter und negativer psychischer Anpassung, schlechterem Zugang zu medizinischer Behandlung sowie einer verringerten Behandlungsqualität (vgl. Dinkel et al. 2014: 1). Dinkel et al. (ebd.: 8) konnten in ihrer Studie zum Stigmaerleben von schwulen Männern in Deutschland zudem feststellen, dass Personen mit niedrigem Einkommensstatus ein erhöhtes Stigmaerleben aufweisen. Es wurde auch ein enger Zusammenhang zwischen Stigmatisierung und psychischem Stress sowie zwischen Stigma und Lebenszufriedenheit erkannt. Die Ergebnisse zeigen, dass ein geringes Mass an sozialer Unterstützung mit erhöhtem Stigmatisierungserleben korreliert. Eine zentrale Konsequenz der Stigmatisierung für die Betroffenen besteht zudem darin, dass die Angst, die Diagnose offenzulegen, gross ist. Besonders belastend ist die Offenlegung des HIV-Status für Menschen, welche mehrfachstigmatisiert werden. Angst vor Stigmatisierung führt dazu, dass die Diagnose verheimlicht wird, was sich wiederum in Schuldgefühlen, der Vermeidung von sozialen Kontakten und sozialem Rückzug äussert und zu psychischen Problemen bis hin zum Suizid führen kann (vgl. Stürmer/ Salewski 2009: 275).

Bereits vorhandene Massnahmen gegen HIV-bedingte Stigmatisierung

Um HIV-bedingter Stigmatisierung entgegen zu wirken, wurde bisher vor allem auf der Ebene der Informationsvermittlung auf nationaler und kantonaler Ebene viel getan. Im Onlineshop der Aids-Hilfe Schweiz sind eine Vielzahl von Broschüren zu den Themen HIV-Diagnose, Therapie, HIV und Arbeit, HIV und Datenschutz usw. vorhanden und gratis verfügbar. Wie bereits erwähnt, ist die AHS auch zuständig für die Sammlung der Diskriminierungsmeldungen und verfügt eine Rechtsberatungsstelle für Betroffene, welche diese bei der Ergreifung von Massnahmen unterstützt. Die regionalen Aids-Hilfestellen sind für die psychosoziale Beratung von HIV-positiven Menschen zuständig und begleiten diese in allen Lebenslagen, auch bei erlebter Stigmatisierung und Diskriminierung. Die Aids Hilfe Bern bietet auch ein Beratungsangebot für Fachpersonen (Fachberatungen). Diese können sich bei Fragen, Ängsten und Unsicherheiten an die Geschäftsstelle wenden und sich die notwendigen Informationen sowie Unterstützung gratis organisieren.

2.2 Werte

Nach Galtung werden in der vorgezogenen Welt die Werte beschrieben. Im vorliegenden Leistungsnachweis sind dies einerseits die **relevanten rechtlichen Grundlagen**, welche HIV-positive Menschen vor Stigmatisierung und Diskriminierung schützen. Im Weiteren sind wir im **Berufskodex der schweizerischen Sozialen Arbeit** von AvenirSocial auf thematische Wertsetzungen gestossen. Zudem betrachten wir auch die von Becker/Müller verfassten **Grundlagen für ein Professionsideal** unter dem Wertaspekt.

Der schweizerische Verein - Dialog Europäische Menschenrechtskonvention (EMRK) – bezieht sich in seinem Themendossier HIV/AIDS-Bekämpfung auf die zentralen Menschenrechte von HIV/Aids-Betroffenen. Darin wird u.a. beschrieben, dass HIV-positive Menschen aufgrund ihrer Diagnose Ungleichbehandlungen und Diskriminierungen ausgesetzt sind. Explizit wird auf das Recht der Privatsphäre und darin auf die vertrauliche Behandlung des HIV-Status hingewiesen. Auch wird beschrieben, dass kein Mensch zu einem HIV-Test gezwungen werden darf. (vgl. Humanrights.ch. Themendossier HIV/AIDS-Bekämpfung) In der schweizerischen Bundesverfassung wird im Artikel 8 Abs. 1 erwähnt, dass niemand diskriminiert werden darf. Im Artikel 13 wird der Schutz der Privatsphäre beschrieben und darin der Schutz vor Missbrauch von persönlichen Daten genannt (vgl. Bundesverfassung 2016). Gesundheitsdaten gelten als besonders schützenswert. Weitere gesetzliche Regelungen und Bestimmungen zum Persönlichkeitsschutz sind in der Bundesgesetzgebung unter dem Punkt Datenschutz, den kantonalen Datenschutzbestimmungen sowie im Zivil- und Strafgesetzbuch (vgl. Aids-Hilfe Schweiz 2013: 29) festgehalten.

Im Berufskodex von AvenirSocial wird als wichtiger Wert das Handeln der Fachpersonen der Sozialen Arbeit genannt. Es werden Handlungsmaximen für diese Berufsgruppe beschrieben. Unter anderem ist festgehalten, dass Diskriminierung nicht geduldet werden darf oder ungerechte Praktiken, „die in Bezug auf Menschen und ihre sozialen Umfelder unterdrückend, ungerecht oder schädlich sind“ (AvenirSocial 2010: 10), aufzudecken seien. Die Fachpersonen verpflichten sich demnach zur Einlösung von Solidarität, indem sie Stigmatisierungen aktiv entgegenwirken. Hinsichtlich der direkten Klientenarbeit wird erwähnt, dass „nur fachlich adäquate und ethisch begründete Anforderungen“ (ebd.: 12) gestellt werden dürfen und der Datenschutz und die Schweigepflicht von hoher Priorität seien. Des Weiteren wird im Berufskodex auf das dreifache Mandat hingewiesen. Darunter wird die Verpflichtung der Fachpersonen der Sozialen Arbeit verstanden, Leistungen im Spannungsfeld von gesellschaftlichem Mandat,

dem Auftrag der Klientel und den Forderungen seitens des eigenen „Professionswissens, der Berufsethik und den Prinzipien der Menschenrechte und der sozialen Gerechtigkeit“ (ebd.: 7) zu erbringen.

Becker-Lenz/Müller (vgl. Becker/Müller 2009: 208) beziehen sich in ihren Ausführungen auf die persönlichen Voraussetzungen (Ausstattung) welche eine Fachperson der Sozialen Arbeit mitbringen sollte um ihren Auftrag berufskonform umzusetzen. Sie halten fest, dass Fachpersonen grundsätzlich den Interessen der Klienten und Klientinnen verpflichtet sind. Es wird davon ausgegangen, dass die individuelle Persönlichkeit der Fachperson der Sozialen Arbeit eine wichtige Voraussetzung für gelingendes berufliches Handeln darstellt (vgl. Becker-Lenz/Müller 2009: 218ff). Professionalität ist unter diesem Aspekt eine Frage des Habitus, welcher eine Person aufweist. „Der spezifische Habitus einer Person ist ein Ergebnis von Charaktermerkmalen, die immer sozialisationsbedingt sind und den jeweiligen, spezifischen Handlungsproblemen, denen sich die Person u. a. in einem beruflichen Alltag stellen muss.“ (Harrach/Loer/Schmidtke 2000: 81f) Um diesen Handlungsanforderungen gewachsen zu sein, benötigen Fachkräfte der Sozialen Arbeit gemäss Becker-Lenz/Müller einen professionellen sozialpädagogischen bzw. sozialarbeiterischen Habitus, der es ihnen ermöglicht, berufsadäquat zu handeln (vgl. Becker/Müller 2009: 21). Aufgrund dieser Erkenntnis haben Becker/Müller Grundlagen für ein Professionsideal definiert. Sie erachten ein verinnerlichtes Berufsethos resp. eine berufsspezifische ethische Grundhaltung als unverzichtbar für die Ausübung der Tätigkeit. Die Kompetenz, den gegebenen institutionellen Auftrag zu begründen und in der Praxis entsprechend umzusetzen, erachten sie als unabdingbar. Die Aneignung des professionellen Habitus läuft dabei gemäss Oevermann zitiert in Becker-Lenz/Müller-Hermann nicht nur über die Vermittlung von Theorien und Fachwissen während der Ausbildung. Vielmehr sollte im Studium im Rahmen eines fall-exemplarischen Ausbildungsteils eine Einführung in eine professionalisierte Praxis erfolgen (vgl. Becker-Lenz/Müller-Hermann 2013: 209). Professionelle Soziale Arbeit impliziert den Einbezug von evidenzbasierten wissenschaftlichen Erkenntnissen in der Praxis.

2.3 Kritik

In diesem Kapitel wird die beobachtete Welt in Relation zur vorgezogenen Welt gesetzt. Daraus wird folgende Kritik formuliert:

Die Existenz der Diskriminierungsmeldestelle der Aids-Hilfe Schweiz zeigt auf, dass Menschen mit HIV/Aids einem erhöhten Stigmatisierungs- und Diskriminierungspotential ausgesetzt sind und diesbezüglich Hilfebedarf besteht. Als beratende Stelle kann

die Aids-Hilfe Schweiz zusammen mit den regionalen Aidshilfestellen die von Stigmatisierung und Diskriminierung betroffenen Menschen beim Einfordern ihrer Rechte unterstützen. Damit wird dem im Berufskodex beschriebenen Aufdecken von Diskriminierungen Beachtung geschenkt. Um Stigmatisierungen und Diskriminierungen HIV-positiver Klienten und Klientinnen durch Fachpersonen der Sozialen Arbeit nachhaltig reduzieren zu können, scheint eine Meldestelle alleine aber nicht ausreichend. Ob diese Meldestellen die Häufigkeit von Diskriminierungen zu senken vermag, kann hier nicht beantwortet werden. Hier spielt auch die Problematik einer wahrscheinlich hohen Dunkelziffer eine Rolle. Die Praxiserfahrung der Aids Hilfe Bern zeigt, dass viele Klienten und Klientinnen zögern, eine Diskriminierung durch Fachpersonen der Sozialen Arbeit zu melden bzw. sich dann aus Angst vor Repressionen und Sanktionen oft gegen eine Intervention durch die Aids-Hilfe Schweiz oder die regionalen Aidshilfestellen entscheiden. Auch die Einlösung der geforderten Solidarität und somit das aktive Gegenwirken gegen Stigmatendenzen wird durch die Existenz einer solchen Stelle nicht direkt gefördert. Melde- und Beratungsstellen haben eher einen passiven Auftrag, da sie erst dann aktiv werden, wenn sich die Klientel bei ihnen meldet. Die Beobachtungen zeigen auf, dass Stigmatisierungen und Diskriminierungen durch Fachpersonen der Sozialen Arbeit stattfinden. Dass solche Handlungen sozialarbeiterisch unprofessionell sind, ist offensichtlich. Gerade Menschen, die von Stigmatisierung betroffen sind, benötigen Schutz vor Diskriminierung. Druckerzeugende verbale Äusserungen, gesundheitsgefährdende Massnahmen, Ablehnung von Wohnangeboten oder Arbeitsvermittlungsaufträgen, Sorgerechtsentzug aufgrund der HIV-Diagnose oder aufgezwungene HIV-Tests sind fachlich inadäquate und ethisch nicht vertretbare Verhaltensweisen. Auch die hohe Priorisierung des Datenschutzes und der Schweigepflicht wird nicht eingehalten, wenn ohne die Einwilligung der Betroffenen die HIV-Diagnose an Dritte weitergegeben wird. Solche Handlungen schränken die Klienten und Klientinnen in ihrer Autonomie und somit in ihrer Handlungsfreiheit ein. Mit der im dritten Mandat beschriebenen Verpflichtung gegenüber der eigenen Profession, werden die Fachpersonen dazu aufgefordert, Leistungen zu erbringen, welche den Professionsansprüchen entsprechen. Das Konzept des professionellen Habitus wiederum macht deutlich, dass ein verinnerlichter Berufsethos bzw. eine berufsethische Grundhaltung für eine Soziale Arbeit, in der die Bedürfnisse der Klienten und Klientinnen im Fokus stehen, unerlässlich ist. Dazu gehört auch eine hohe Reflexionsfähigkeit und fallspezifisches Wissen. Die Kritik zeigt auf, dass die Praxis der Sozialen Arbeit im Kontext von HIV/Aids professionalisierungsbedürftig ist.

3. Empirie

Im vorangegangenen Kapitel wurde der Kritizismus dargelegt. Dieser ergibt sich aus einer Verletzung der Werte in der beobachteten Welt, indem Fachpersonen der Sozialen Arbeit gegenüber HIV-positiven Personen stigmatisierend und diskriminierend handeln. Es gilt nun zu prüfen, was für theoretische Grundlagen vorhanden sind, die Aufschluss darüber geben können, weshalb diese stigmatisierenden und diskriminierenden Handlungen in einer professionellen Praxis der Sozialen Arbeit geschehen. Dabei wird der Fokus auf die Handlungen der Fachpersonen der Sozialen Arbeit gelegt und den Rahmen der Organisationen und Einrichtungen in denen diese Arbeiten ausser Acht gelassen.

3.1 Individuelle und gesellschaftliche Funktionen des Stigmatisierungsprozesses

Für das Individuum haben Stigmata in sozialen Interaktionen eine Orientierungsfunktion, indem bestimmte Vorstellungen, Erwartungen und Verhaltensanweisungen von einer Person an das Gegenüber herangetragen werden. Unsicherheiten können somit verringert werden, indem die Situation bereits im Vorfeld strukturiert werden kann (vgl. ebd.: 10). Insbesondere in Gesellschaften, die eine hohe Rate gesellschaftlichen Wandels, und damit einhergehenden territorialer Mobilität aufweisen, ist das Bedürfnis von Individuen nach Einordnung gross.

Tiefenpsychologisch werden Stigmata als Projektionen verstanden, die eine Funktion der Abreaktion von Aggressionen haben. Wiederum andere theoretische Perspektiven fassen Stigmatisierung als Identitätsstrategie auf, die zur Bewahrung oder Wiederherstellung eines gestörten psychischen Gleichgewichtes beiträgt. Die Begegnung mit einem Stigmatisierten stellt eine Konfrontation mit der eigenen Abweichungstendenz dar und kann bedrohlich wirken. Durch betonte Abgrenzung, Herausstellung der eigenen Normalität und der Ablehnung des Stigmatisierten wird das eigene psychische Gleichgewicht wiederhergestellt. Neben der Ablehnung zählen Kontaktvermeidung und soziale Isolierung als Strategien, um das psychische Gleichgewicht zu halten (vgl. ebd.: 11).

Die Aussagen über die Funktion von Stigmatisierung auf gesellschaftlicher Ebene sind nur vage formuliert und können weniger belegt werden. Stigmatisierungsprozesse werden auf gesellschaftlicher Ebene als Regulatoren verstanden z.B. in Bezug auf Majoritäten und Minoritäten oder des Zugangs zu knappen Gütern wie Status, Berufschancen oder Bildung. Gesamtgesellschaftlich betrachtet, profitiert eine Gesellschaft von der Existenz mit wenig Macht ausgestatteter Gruppen, die in Krisenmomenten die Rolle

des Sündenbocks übernehmen. Zudem dienen sogenannte Randgruppen als Kontrast all derer, die sich erfolgreich an der Norm orientieren. Gäbe es keine Stigmatisierten wäre es auch kein Vorteil 'normal' zu sein (vgl. ebd.: 12).

Stigmatisierungen können auch dazu dienen, gewisse Gruppierungen bewusst zu unterdrücken und diese wirtschaftlich, politisch oder anderweitig an gewissen Systemen der Gesellschaft nicht partizipieren zu lassen. Somit stellt der Stigmatisierungsprozess auch eine Herrschaftsfunktion dar (vgl. ebd.: 12).

In Anlehnung an die soeben dargestellten individuellen und gesellschaftlichen Funktionen von Stigmatisierung, folgt nun eine Darstellung von Erkenntnissen, die aus wissenschaftlichen Studien gewonnen wurde und sich spezifisch auf die Ursachen und Funktionen der Stigmatisierung von HIV-positiven Personengruppen bezieht.

3.2 HIV-bedingtes Stigma – Zusammenfassung Theorie und empirische Studien

Trotz guter Behandlungsmöglichkeiten stellen Stigmatisierung und Diskriminierung immer noch eine grosse Belastung für HIV-positive Menschen dar. Seit Beginn der HIV-Epidemie wurde zum Thema HIV und Stigma/Diskriminierung viel geforscht. Dabei wurden sowohl Ursachen, Prozesse als auch die Folgen dieses Phänomens analysiert. Es wurden auch Erfassungsinstrumente (verschiedene HIV-Stigma-Indexes) entwickelt, Interventionsstrategien erarbeitet und diese auf ihre Wirksamkeit überprüft. Dabei hat sich gezeigt, dass die Stigmatisierung von Betroffenen, insbesondere durch Professionelle im Gesundheitswesen, weltweit nach wie vor ein grosses Problem darstellt. Aber auch im straf-, versicherungs- und arbeitsrechtlichen Bereich kommt es immer wieder zu Diskriminierungen (vgl. Deutsche Aids-Hilfe 2014, Mark et al. 2015, Rutledge et al. 2011, Stürmer/Salewski 2009).

3.2.1 HIV-bedingte Stigmatisierung

Beaulieu et al. (2013: 1-3) beschreiben in ihrer Studie zur Erarbeitung einer HIV-Stigma Skala drei relevante Komponenten: Die **Stereotypisierung** (kognitive Ebene), bezieht sich auf **moralisches Werten** (Schuld, Bestrafung, Verurteilung, Verantwortung für Krankheit) und manifestiert sich auch in negativen Einstellungen gegenüber Hochprävalenzgruppen (Männer, die Sex mit Männern haben, Migranten und Migrantinnen usw.). Das **Vorurteil** (affektive Dimension) bezieht sich auf **Emotionen** gegenüber Betroffenen. HIV-bedingte Vorurteile können mit Hilfe von irrationalen Ängsten, welche mit der Erkrankung in Zusammenhang stehen, erklärt werden (Angst vor Ansteckung, Unheilbarkeit). Als dritte Ebene definieren die Autoren die **Diskriminierung** (Verhaltensdimension), welche in der **konkreten Behandlung** der Betroffenen inner-

halb der Gesellschaft sichtbar wird. Gemäss Bos et al (2008) ist das Ausmass der HIV-bedingten Stigmatisierung von vier zentralen Kognitionen abhängig. Der wahrgenommenen **Infektiosität** (Gefahr), wobei die Einschätzung der Ansteckungsgefahr und nicht das tatsächliche Ansteckungsrisiko ausschlaggebend ist. Dem wahrgenommenen **Schweregrad** (Verlauf). Wobei die Unheilbarkeit und der tödliche Verlauf bei Nichtbehandlung zentrale Aspekte sind. Immer noch persistente Bilder aus der Anfangszeit prägen die Stigmatisierung und sind wirksamer als die medizinische Realität. Die wahrgenommene **persönliche Verantwortung** (Entstehung), dabei geht es um die Verantwortung für den Erwerb der Krankheit. Je nach Ansteckungsweg wird den Betroffenen eine starke Verantwortung für die Diagnose zugeschrieben (moralische Komponente). Die generellen **Einstellungen zu normverletzendem Verhalten**. Sie beeinflussen ebenfalls die Stigmabereitschaft (vgl. Drewe 2013: 43f). Als Vermittler zwischen Kognitionen und Stigmatisierung fungieren die Emotionen *Angst, Mitgefühl und Wut* (vgl. ebd.: 44). Weniger zentrale, aber immer noch vorhandene Denkmuster können, basierend auf Jones et al. (1984), die Sichtbarkeit/ Verheimlichung der Krankheit, sowie die Rolle des Stigmas für die soziale Interaktion sein (vgl. ebd.: 15f).

3.2.2 Entstehung von Stigmatisierungsprozessen gegenüber HIV-positiven Menschen

Das HIV-Stigma kann auf verschiedenen Ebenen entstehen und sich in unterschiedlicher Art und Weise manifestieren. In der Literatur wird zwischen **Stigmatisierenden** (interpersonal), **Stigmatisierten** (intrapersonal) und **Gesellschaft** (Organisationen/Institutionen/Community/Politik) unterschieden. Die erste Ebene zeichnet sich durch Stereotype, Vorurteile und stigmatisierendem sowie diskriminierendem Verhalten aus. Auf der Ebene der Betroffenen kann sich das Stigma in Form von Selbststigmatisierung, wahrgenommenem Stigma aber auch konkretem Stigmaerleben ausdrücken. Auf Ebene der Gesellschaft, Organisationen und Politik wiederum in diskriminierendem Dienste, Gesetzen, Praktiken sowie Medien zeigen (vgl. ebd.: 26, Stürmer/Salewski 2009: 277f, Strangl et al. 2013: 3). Ein weiteres zentrales Konzept für das Verständnis des HIV-Stigmas ist das Konzept des *geschichteten oder überlagerten Stigmas*, welche die Tatsache beschreibt, dass die meisten Personen, welche von HIV betroffen sind, bereits selbst einer stigmatisierten Gruppen angehören und nicht nur wegen ihrer Krankheit, sondern auch wegen anderen Merkmalen stigmatisiert werden. Dies können beispielsweise Männer, die Sex mit Männern haben, Migrantinnen und Migranten, Drogenkonsumierende, Sexarbeiter und Sexarbeiterinnen sein (vgl. Drewe 2013: 29f).

3.2.3 Funktionen von HIV- bedingtem Stigma

Die **soziale bzw. gesellschaftliche Repräsentation** einer Krankheit steht in engem Zusammenhang mit dem dazugehörigen Stigma. Unter sozialer Repräsentation werden die vorhandenen und geteilten sozialen Meinungen und Vorstellungen bestimmter Sachverhalte innerhalb der Gesellschaft verstanden. Diese stellen eine Vermischung aus medizinischem Expertenwissen, Alltagsvorstellungen, sowie religiösen Einstellungen dar (z.B. Vorstellungen über den Verlauf, die Symptome, die Behandlungsmöglichkeiten, die Übertragungswege einer Krankheit usw.). Es erfolgt aber auch eine Definition der Betroffenengruppen und damit einhergehend eine Differenzierung zwischen „uns“ und „denen“. In Bezug auf die soziale Repräsentation von HIV/AIDS kann diese je nach kulturellem und politischem Kontext stark variieren und sich im Laufe der Zeit auch verändern (vgl. Stürmer/Salewski 2009: 269). Die **instrumentelle Funktion** des HIV-Stigmas bezieht sich auf medizinische Aspekte und die oben genannten Kognitionen, Ansteckung sowie Schweregrad. Zentral für die Wahrnehmung der Dimensionen Infektiosität und Schweregrad ist das vorhandene HIV-bezogene Wissen. Fehlendes Wissen kann deshalb als Prädiktor für instrumentelle Stigmatisierung betrachtet werden (vgl. Drewe 2013: 43). Negative Einstellungen gegenüber Betroffenen können dabei die Angst um die eigene gesundheitliche Gefährdung widerspiegeln. Stigmatisierung kann dabei zu einer Stärkung der eigenen Selbstwahrnehmung durch die Abwertung der Betroffenen führen (vgl. Stürmer/Salewski 2009: 271). Die **symbolische Funktion** des HIV Stigmas wiederum bezieht sich auf die beiden Kognitionen **wahrgenommene persönliche Verantwortung** sowie **Einstellungen zu normverletzendem Verhalten**. Prädiktoren für diese Dimensionen sind negative Einstellungen, Vorurteile und Stereotypen (vgl. Drewe 2013: 45). Diese symbolische Funktion der Stigmatisierung steht in direktem Zusammenhang mit der moralischen Zuschreibung der gesellschaftlichen Repräsentation von HIV/AIDS und ist Ausdruck von Vorurteilen, welche sich in Zuweisung von Schuld, Schande, Scham, Verantwortung sowie moralischer Verurteilung und Abwertung der Betroffenen zeigt (vgl. Stürmer/Salewski 2009: 271). Im Anhang befinden sich zwei Modelle, welche den Prozess der HIV-bedingten Stigmatisierung sowie die Stigmaebenen und Interventionsstrategien visualisieren (vgl. Anhang 2 und 3).

3.3 Begründungszusammenhang

Im Begründungszusammenhang werden die in der Arbeit genannten Fallbeispiele mit dem Wissen aus der Theorie von Goffman in Bezug auf die Funktionalität und den wissenschaftlichen Studien zur HIV-Stigmatisierung erklärt. Dabei wird insbesondere Bezug auf das unprofessionelle Verhalten der Fachpersonen der Sozialen Arbeit genom-

men. Zudem ist anzumerken, dass es sich bei den Rückschlüssen ausschliesslich um Annahmen handelt.

3.3.1 Fehlendes Wissen

Unter fehlendem Wissen wird der aktuelle medizinische Forschungsstand bezüglich Übertragungswege, Diagnose und Therapieverlauf von HIV/AIDS, sowie den epidemiologischen Daten zur Verbreitung in der Schweiz und den festgestellten Risikogruppen, die speziell von HIV/AIDS betroffen sind, subsumiert. Ein Teil der diskriminierenden Handlungen in den aufgeführten Fallbeispielen könnte durch fehlendes Wissen erklärt werden. Ein falsch angenommenes Übertragungsrisiko führt zu Angstgefühlen und einem überhöhten Verantwortungsgefühl der Fachpersonen in Bezug auf den Schutz vor Ansteckung. Das erhöhte Verantwortungsgefühl legitimiert die Weitergabe des HIV-Status an den Arbeitgeber oder führt beispielsweise auch dazu, dass eine Jugendliche nicht in ein stationäres Wohnangebot aufgenommen wird.

3.3.2 Stabilisierung des eigenen psychischen Gleichgewichts in Bezug auf eigene Abweichungstendenzen

Aus psychologischer Perspektive kann der Kontakt zu einer Person mit einem Stigma für eine Fachperson der Sozialen Arbeit eine Konfrontation mit der eigenen Abweichungstendenz von der Norm darstellen und wirkt bedrohlich auf das psychische Gleichgewicht. In Bezug auf HIV-positive Menschen könnten dies beispielsweise die Konfrontation mit dem Verhütungsverhalten und dem damit einhergehenden Risikoverhalten oder die sexuelle Orientierung einer Person darstellen, die das Werte und Norm System der Fachperson ins Ungleichgewicht bringt. Durch eine entschiedene Orientierung an der Norm und der Abwertung des Verhaltens der HIV-positiven Person, oder der Person als Ganzes, indem sie Kontakt meidet, wird von Seiten der Fachperson der Sozialen Arbeit versucht, ihr inneres psychisches Gleichgewicht zu halten. Personen mit HIV-Status gehören oft Personengruppen an, die bereits über Stigmamerkmale verfügen und deshalb anfällig für Mehrfachstigmatisierungen (z.B. Suchterkrankungen, Migrationshintergrund oder sexuelle Orientierung) sind.

3.3.3 Struktur- und Entlastungshilfe in sozialen Interaktionen

Wenn Stigmata uns bestimmte Vorstellungen, Erwartungen und Verhaltensanweisungen suggerieren, fällt uns der Umgang mit Personen, die über ein Stigma verfügen, einfacher. Das Stigma übernimmt demzufolge eine Orientierungsfunktion in Interaktionssituationen. (vgl. Hohmeier 1975: 10). Dies wird auf Ebene der Einrichtungen der Sozialen Arbeit deutlich, die sich z.B. auf die Arbeit mit delinquenten Jugendlichen, Arbeitslosen, Migranten und Migrantinnen oder eben HIV-positiven Personen speziali-

sieren. Innerhalb dieser Einrichtungen übernehmen die Fachpersonen der Sozialen Arbeit einen spezifischen Auftrag in der Zusammenarbeit mit der Klientel, indem das Stigma unter anderem definiert, was für Methoden und Hilfestellungen von Seiten der Fachpersonen angewendet werden sollen, um die Situation der Klientel zu verbessern. Auf Ebene der einzelnen Fachpersonen der Sozialen Arbeit gilt dasselbe Prinzip. In der Begegnung mit einem HIV-positiven Menschen werden Vorstellungen, Erwartungen und Verhaltensanweisungen suggeriert, die der Fachperson z.B. bei der Entscheidung der Anwendung von Methoden hilfreich sein können. Gleichzeitig können damit jedoch auch Verhaltensweisen abgerufen werden, die Stigma verstärkend wirken und nicht hilfreich sind, wie bereits in den beiden vorangegangenen Unterkapiteln beschrieben wurde. Beispielsweise kann eine solche Erwartung beinhalten, dass man davon ausgeht, dass eine HIV-positive Person auch eine Drogensucht aufweist.

4. Konstruktivismus

Ziel dieses Kapitels ist, die Erkenntnisse aus der vorausgesagten und vorgezogenen Welt in Verbindung zu bringen und darauf aufbauend ein Handlungskonzept zu entwickeln, welches zur Problemlösung beiträgt.

4.1 Werte

Die Werte in der vorgezogenen Welt werden grundsätzlich als ausreichend angesehen, um Stigmatisierung und Diskriminierung in der Praxis der Sozialen Arbeit zu vermeiden und müssen nicht angepasst werden. In der Praxis ist ersichtlich, dass durch mangelndes Wissen und mangelnde Reflexionsgabe der Fachpersonen eine Verletzung der Werte in Bezug auf die Handlungsmaximen einer professionellen Sozialen Arbeit stattfindet. Ziel des folgenden Handlungskonzeptes ist deshalb die Förderung einer verbesserten Reflexionsfähigkeit der Fachpersonen der Sozialen Arbeit in Bezug auf ihr persönliches Stigmapotential.

4.2 Theoriebildung

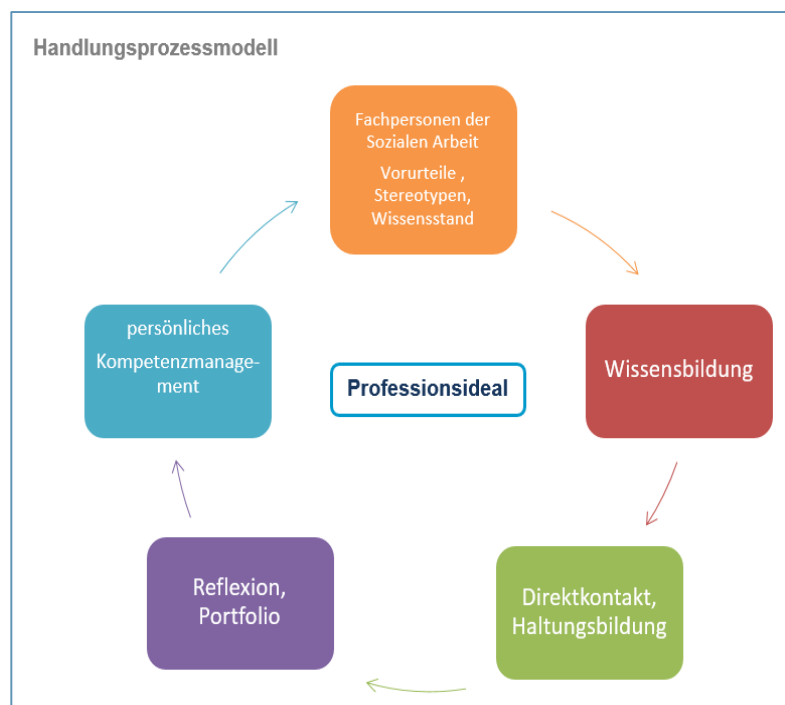
Mit den herangezogenen Theorien konnte das Phänomen der Stigmatisierung in der Praxis adäquat erklärt werden. In Bezug auf wirksame Stigmareduktionsstrategien sind bereits viele theoretische sowie empirische Erkenntnisse vorhanden, welche für die Planung des Handlungskonzeptes dieser Arbeit wichtige Hinweise geben. Diese sollen im Folgenden dargestellt werden. Anschliessend wird darauf aufbauend ein Modell eingeführt, welches den Prozess der angedachten Intervention veranschaulicht.

Reduktionsstrategien können auf der Ebene der Stigmatisierer, der Stigmatisierten und der Gesellschaft/Organisation/Politik ansetzen (vgl. Strangl et al 2013: 1, Stürmer/Salewski 2009: 276ff). Wie bereits erläutert, können die Ursachen für HIV-bedingte Stigmatisierung zum einen in fehlendem Wissen und zum anderen in vorhandenen negativen Einstellungen, Vorurteilen, sowie Stereotypen festgemacht werden. Studien sowie die Praxiserfahrung haben gezeigt, dass allein die Vermittlung von Wissen für die Bekämpfung von Stigmatisierung nicht ausreichend ist (vgl. Mark et al. 2015, Rutledge et al. 2011). Auf individueller Ebene (Stigmatisierer) ist eine Veränderung von Einstellungen, Vorurteilen, Stereotypen, Gefühlen sowie Verhaltensweisen zentral. Wichtig dabei ist der Einbezug der Betroffenen in die Interventionsplanung sowie – Durchführung. Auf struktureller Ebene kann das HIV-Stigma mit politischen Massnahmen und Gesetzesänderungen (z.B. Entkriminalisierungen) bekämpft werden (vgl. Dewe 2013: 76). Der Abbau von Vorurteilen/Stereotypen und Einstellungen läuft gemäss Pettigrew und Tropp (2006) über drei Mechanismen: die **Angstreduktion**, die **Empathiebildung** sowie den **Wissenszuwachs** (kognitiver Faktor), wobei die beiden affektiven Faktoren wichtiger sind. **Direktkontakt** (Kontakttheorie) mit Betroffenen zeigt sich für die Angstreduktion als besonders wirksam. Aber auch indirekter/imaginierter Kontakt kann zu einem Abbau von Vorurteilen führen. Für die Empathiebildung wiederum ist die **Perspektivenübernahme** ein wichtiger Punkt. Erst durch den Abbau von Angst ist der Aufbau von Empathie, sowie ein Wissenszuwachs nachhaltig möglich (vgl. Dewe 2013: 80). Es zeigt sich, dass eine Kombination von Wissensvermittlung und Bewusstseinsbildung/Direktkontakt am wirksamsten für die Bekämpfung von HIV-bedingter Stigmatisierung wäre (vgl. ebd. 81). Bei der **Informationsvermittlung** kann die Wirkung der antiretroviralen Therapie (ART) eine wichtige Rolle spielen. Das Wissen um die **Wirkung der antiretroviralen Therapie** verändert das Krankheitsbild (HIV wird zu einer behandelbaren, chronischen Erkrankung) und führt in der Folge zu einer **Normalisierung**. Auf der anderen Seite führt die ART zu einer Verminderung der Infektiosität, was wiederum die Bereitschaft zur sozialen und sexuellen Interaktion mit Betroffenen erhöht. Dieser Prozess der Wissensvermittlung funktioniert aber nur, wenn die verinnerlichten Bilder, Einstellungen und Ängste (symbolische Aspekte) auch wirksam angegangen werden. Ein zentraler Aspekt bei der Wissensvermittlung ist zudem die Glaubwürdigkeit der Information (vgl. ebd.: 160f). Rutledge et al. (2011: 674) betonen in ihrer Studie die Wichtigkeit, dass Fachpersonen sich ihrem **Stigmatisierungspotential** (Einstellungen, Vorurteile) bewusst sind. Wichtig dabei ist, dass sie sich der negativen Folgen ihrer Stigmabereitschaft für die Klienten und Klientinnen und auch ihrer eigenen Macht in der Interaktion bewusstwerden (vgl. ebd.). Mark et al. (2015: 1) haben in ihrer Studie ebenfalls festgehalten, dass die **Perspektivenübernahme** zu

einer Reduktion von Stereotypisierungen führen sowie die **Förderung einer empathischen Perspektive** in direktem Zusammenhang mit einer positiveren Haltung gegenüber Betroffenen gebracht werden kann. Sie legten ihren Fokus in der Studie deshalb darauf, die Sensibilität für die Betroffenen durch experimentelle Rollenspiele und Gruppendiskussionen zu erhöhen. Wissensvermittlung wurde entweder mit Direktkontakt oder dem experimentellen Zugang kombiniert. (vgl. ebd.: 1). Beide Zugänge haben sich dabei als gleich effektiv für den Abbau von Stigmatisierungen erwiesen, wobei die Förderung der Empathie als zentraler Aspekt erkannt wurde (vgl. ebd.: S.3). Strangl et al. (2013: 3) beschreiben die Beratung und Unterstützung von Betroffenen sowie strukturelle Interventionen auf der Ebene der Politik, Gesellschaft, Organisation als Interventionsstrategien (vgl. ebd. S.13, Stürmer/Salewski 2009: 276ff). In der Studie von Strangl et al. (2013: 13) wurde deutlich, dass für ein gutes Resultat eine Kombination unterschiedlicher Interventionsstrategien mit verschiedenen Stigmaebenen sinnvoll ist, die sich wechselseitig beeinflussen.

4.3 Modellentwicklung

Aufgrund der Fragestellung haben die Studierenden sich für eine Intervention auf Ebene der Stigmatisierer (Fachpersonen der Sozialen Arbeit) unter Einbezug der Stigmatisierten entschieden. Der Fokus wird dabei, basierend auf den empirischen Erkenntnissen, auf die Haltungsbildung gelegt. Dieser Ansatz soll mit Wissensvermittlung kombiniert werden. Basierend auf diesen



Überlegungen wurde das in Abbildung 2 dargestellte Modell entwickelt, welches den Ausgangspunkt für die Interventionsplanung darstellt. *2 Handlungsprozessmodell (eigene Abbildung)*

Basis des Prozessmodells bildet das bereits beschriebene Professionsideal von Becker-Lenz/Müller-Hermann, welches im Kapitel 2.2 Werte beschrieben worden ist. Dabei spielt die individuelle Persönlichkeit der Fachperson der Sozialen Arbeit und der

vorhandene professionelle, sozialarbeiterische Habitus (Berufsethos) eine wichtige Rolle. Ausgangspunkt stellen die Fachpersonen der Sozialen Arbeit mit ihren potentiell vorhandenen Vorurteilen, Stereotypen und ihrem HIV bedingten Wissensstand dar. Ziel der Intervention ist die individuelle Kompetenzförderung mittels Wissens- und Haltungsbildung, Direktkontakt mit HIV-Betroffenen und anschliessender Reflexion, um sich dem oben beschriebenen Professionsideal anzunähern. Der dem Modell zugrundeliegende Prozess wird als agil, dynamisch und iterativ verstanden.

4.4. Interventionsüberlegungen

Das Feld der Sozialen Arbeit ist gross, Organisationen die sich spezifisch um die Anliegen von HIV-positiven Personen kümmern, existieren bereits und wissenschaftliches Wissen kann von Fachpersonen abgeholt werden, wenn diese sich dafür entscheiden. Es erscheint unrealistisch, flächendeckend in Organisationen der Sozialen Arbeit Wissen über HIV/AIDS zu verbreiten, da das Wissen teilweise nur marginal zum Einsatz kommt, oder die Fachpersonen, welche regelmässig mit HIV-positiven Menschen arbeiten, auf dem aktuellen Stand der Forschung stehen.

Die Intervention richtet sich an die Ausbildungsstätten der Sozialen Arbeit, da die Studierenden der Meinung sind, dass die Auseinandersetzung mit eigenen stigmatisierenden Denk- und Handlungsmustern innerhalb der Ausbildung, nicht nur in Bezug auf HIV-positive Personen, sondern generell einen Platz haben sollte. Dies entspricht auch Oevermanns Idee, dass im Rahmen des Studiums ein fall-exemplarischer Ausbildungsteil angeboten werden soll, wo nicht nur Wissen, sondern auch berufsethische Haltungen vermittelt und eingeübt werden können.

Themenblock zu Stigmatisierungsprozessen in der Sozialen Arbeit

Die konzipierte Themenblockwoche heisst: **Stigmatisierungsprozesse innerhalb der Sozialen Arbeit. Sich seiner eigenen Vorurteile und Stereotypen bewusstwerden und professionell damit umgehen.** Die Woche besteht aus insgesamt fünf Blöcken und kann in allen Bildungseinrichtungen angeboten werden, die Fachpersonen der Sozialen Arbeit ausbilden. Grundsätzlich wäre diese Themenblockwoche auf alle marginalisierten Gruppen anpassbar, z.B. sexuelle Orientierung, Gewalt, Flüchtlinge, etc., damit das Thema Stigmatisierung aus unterschiedlichen Perspektiven beleuchtet werden kann. In dieser Arbeit wird aber exemplarisch auf die Thematik von HIV/Aids Bezug genommen. Um zu messen, wie sich die Haltungs- und Wissensbildung bei den Studierenden verändern, wird einen Pre- und Post-Test mittels Fragebogen durchgeführt. So kann die Wirkung der Lernblockwoche evaluiert und allfällige Anpassungen und Änderungen vorgenommen werden.

Ablauf einer Themenblockwoche (vgl. Handlungsprozessmodell):

Pre-Test	Fragebogen	Vorgängig wird den Teilnehmenden einen Fragebogen abgegeben, mit dem das Stigmatpotenzial gemessen werden kann. Haltungen, Einstellungen und Stereotypen, sowie Wissen soll in diesem Test erfragt werden.
1. Tag	Grundlagewissen Profession	Wissensvermittlung: Dozierende aus der Soziologie und Rechtswissenschaft - Stigmatheorien, Normen in der CH, Stigmatisierungsprozesse anhand historischer und aktueller Beispiele Professionsverständnis der SA, Stigmatisierungsprozesse innerhalb der Sozialen Arbeit /Rolle der SA, Antidiskriminierungsrecht in der Schweiz / Europa, Datenschutzbestimmungen
2. Tag	Grundlagewissen HIV	Wissensvermittlung: Rechtsberatungsstelle Aids-Hilfe CH, Regionale Aidshilfestellen, Positivrat CH (Interessevertretung HIV-positive Menschen) zu: HIV-relevanten rechtlichen Themen und Leben mit HIV Infektiologen - Medizinisches Wissen, Krankheitsverlauf, Folgen
3. Tag	«Human library»¹	Human Library Einladen von Personen die von Stigmatisierung betroffen sind – in Zusammenarbeit mit dem Positivrat CH - Verfassen eines Essays über die Begegnung in der Human Library aus Sicht als Fach-/Privatperson
4. Tag	Rollenspiele	Diskussion in der Gruppe über die Begegnungen in der Human Library. Rollenspiele Einbezug von Betroffenen, die bereit wären im Rollenspiel mitzuwirken oder Rückmeldungen zu geben: - Übernahme der Rolle Beratungsperson gegenüber einer Person die von Stigmatisierung betroffen ist - Übernahme der Rolle der stigmatisierten Person gegenüber einer Beratungsperson
5. Tag	Eigene Vorurteile und Stereotype	Wissensvermittlung durch Dozierende der Hochschule aus dem Bereich Sozialisation und Supervision - Eigene Vorurteile und Stereotype als Hindernis in der professionellen Begleitung, Beratung und Unterstützung von Personen mit einem Stigma
Post Test	Evaluation	Nach der Woche werden die Teilnehmenden nochmals mittels eines Fragebogens befragt und so die Wirkung der Themenblockwoche gemessen.

¹ (Siehe Anhang 4)

Ein „Lernportfolio der eigenen Stigmatisierungstendenz“ wird neben dem Themenblock, während des ganzen Ausbildungszeitraumes angeboten, indem die Möglichkeit besteht, sich mit dieser Frage mit Hilfe eines Coaches als Fachperson zu reflektieren und den Prozess zu dokumentieren. Das Lernportfolio soll eine vertiefte Reflexion der eigenen Stigmatendenz als Fachperson ermöglichen. Wichtig erscheint dabei die Unterscheidung, ob das Stigma eine symbolische oder instrumentelle Funktion innehat oder es sich um eine Kombination beider handelt. Bei der instrumentellen Funktion ginge es primär um die Erarbeitung eines spezifischen Fachwissens, bei der symbolischen Funktion um eine vertiefte Reflexion der eigenen Haltung. Das Lernportfolio kann so einerseits auf ein Thema spezifisch (in dieser Arbeit HIV/Aids) erarbeitet werden, oder die Thematik kann so gelegt werden, dass die allgemeinen Vorurteile im Vordergrund stehen.

5. Fazit

Das stigmatisierende Verhalten durch Fachpersonen der Sozialen Arbeit gegenüber HIV-positiven Klienten und Klientinnen konnte mit den herangezogenen Theorien erklärt werden. Nur über einen ganzheitlichen Zugang, welcher mehr als nur Wissensvermittlung beinhaltet, kann eine wirkungsvolle Stigmareduktion erfolgen. Durch das Erlernen der Selbstreflexion der eigenen Stigmatendenzen, dem Kontakt zu Betroffenen sowie dem Aneignen spezifischen Wissens, können die Folgen von Stigmatisierung reduziert werden. Die Lernblockwoche stellt in diesem Zusammenhang ein Präventivangebot auf Ebene der Ausbildung dar.

5.1 Limitationen und Empfehlungen

Die bereits ausgebildeten Fachpersonen der Sozialen Arbeit werden mit diesem Angebot nicht erreicht. Für diese Zielgruppe müsste ein Angebot auf Weiterbildungs-, und/oder Organisationsebene entwickelt werden.

Zudem muss festgehalten werden, dass im Interventionsmodell der organisationsbezogene Rahmen sozialer Einrichtungen nicht berücksichtigt wurde. Dieser ist insofern von Bedeutung, als dass das professionelle Handeln der darin tätigen Fachpersonen durch diesen massgeblich beeinflusst wird. Erstrebenswert wäre die Funktion von Stigmatisierungsprozessen ebenfalls auf Ebene der Organisation im gesellschaftlichen Gesamtkontext in ihrer Bedeutung zu beleuchten, da die Studierenden davon ausgehen, dass Soziale Arbeit an und für sich stigmatisierende Tendenzen in sich birgt.

6. Verzeichnisse

6.1 Literatur

- Aids-Hilfe Schweiz (Hg.) (2014a). Diskriminierungsmeldungen 2014.
URL: http://www.aids.ch/de/downloads/pdfs/Diskriminierungsmeldung_2014.pdf
[Zugriffsdatum: 06. Dezember 2015].
- Aids-Hilfe Schweiz (Hg.) (2014b). HIV-positiv. Das wichtigste nach der Diagnose (Bro-
schüre)
- Aids-Hilfe Schweiz (Hg.) (2015). Diskriminierungsmeldungen 2015.
URL: http://www.aids.ch/de/downloads/pdfs/Diskriminierungsmeldung_2015.pdf
[Zugriffsdatum: 06. Januar 2016].
- Aids-Hilfe Schweiz (o.J). Zahlen zu HIV und Aids. URL:
<http://www.aids.ch/de/fragen/hiv-aids/zahlen.php>
[Zugriffsdatum: 06. Dezember 2015].
- Aids-Hilfe Schweiz (o.J). Diskriminierungsmeldungen.
URL: <http://www.aids.ch/de/was-wir-tun/lobbying/diskriminierungsmeldungen.php>
[Zugriffsdatum: 06. Dezember 2015].
- AvenirSocial - Professionelle Soziale Arbeit Schweiz (Hg.) (2010). Berufskodex Soziale
Arbeit Schweiz. Ein Argumentarium für die Praxis der Professionellen.
In: URL: http://www.avenirsocial.ch/cm_data/do_berufskodex_web_d_gesch.pdf
[Zugriffsdatum: 19. Januar 2016].
- Beaulieu, Marianne/Adrien, Alix/Potvin, Louise/Dassa, Clément/Comité consultatif sur
les attitudes envers les PVVIH (2014). Stigmatizing attitudes towards people living
with HIV/AIDS: validation of a measurement scale. In: BMC Public Health. 14:1246.
S.1-13. URL: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-14-1246.pdf>
[Zugriffsdatum: 01. November 2015].
- Becker-Lenz, Roland/Müller, Silke (2009). Der professionelle Habitus in der Sozialen
Arbeit. Grundlagen eines Professionsideals. Bern. Internationaler Verlag der Wis-
senschaften.
- Becker-Lenz, Roland/Müller-Hermann, Silke (2013). Die Notwendigkeit von wissen-
schaftlichem Wissen und die Bedeutung eines professionellen Habitus für die Be-
rufspraxis der Sozialen Arbeit. In: Becker-Lenz, Roland/Busse, Stefan/Ehlert, Gu-
drun/Müller-Hermann, Silke (Hg.). Professionalität in der Sozialen Arbeit. Stand-
punkte, Kontroversen, Perspektiven. 3. Aufl. Wiesbaden: Springer VS. S. 203-229.
- Bundesamt für Gesundheit (2014). Fact Sheet HIV und Aids: Eckdaten per Ende 2014.
URL: http://www.bag.admin.ch/hiv_aids/12472/12480/12481/12484/index.html?lang=de
[Zugriffsdatum: 06. Dezember 2015].
- Bundesverfassung – Schweizerische Eidgenossenschaft (Hg.) (2016). In:
<https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19995395/index.html#ani1> [Zu-
griffsdatum: 19. Januar 2016].
- Bursten, Manfred/Hohmeier, Jürgen (1975). Stigmatisierung 1. Zur Produktion gesell-
schaftlicher Randgruppen. Hermann Luchterhand Verlag. Neuwied und Darmstadt.
S.5-24.
- Deutsche Aids-Hilfe (2014). positive Stimmen – Ergebnisbericht PLHIV Stigma Index.
URL: [http://aidshilfe.de/de/shop/positive-stimmen-ergebnisbericht-des-plhiv-stigma-
index-deutschland](http://aidshilfe.de/de/shop/positive-stimmen-ergebnisbericht-des-plhiv-stigma-index-deutschland) [Zugriffsdatum: 01. November 2015].

- Dinkel, Andreas/Nather, Christina/Jaeger, Hans/Jaegel-Guedes, Eva/Lahmann, Claas/Steinke, Christina/Wolf, Eva/Ronel, Joram (2014). Stigmatisierungserleben bei HIV/AIDS: erste deutsche Adaptation der HIV-Stigma Skala (HSS-D). In: PPMP Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie. Stuttgart-New York: Georg Thieme Verlag. S.20-27. URL: [http://www.researchgate.net/publication/236912305_Stigmatization_in_HIVAIDS_fir_st_German_adaptation_of_the_HIV-stigma_scale_\(HSS-D\)](http://www.researchgate.net/publication/236912305_Stigmatization_in_HIVAIDS_fir_st_German_adaptation_of_the_HIV-stigma_scale_(HSS-D)) [Zugriffsdatum: 01. November 2015].
- Drewes, Jochen (2013). HIV-Stigma, Viruslast und Infektiosität: Eine experimentelle Untersuchung des Beitrags der antiretroviralen Therapie zur Entstigmatisierung von HIV/AIDS. Unveröffentlichte Dissertation der Erlangung der Doktorwürde. Fachbereich Erziehungswissenschaft und Psychologie der Freien Universität Berlin. Studium der Philosophie. Berlin.
- Galtung, Johan (1978). Methodologie und Ideologie. Aufsätze zur Methodologie. Frankfurt a. Main.
- Goffman, Erving (2012). Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität. Suhrkamp Taschenbuch Verlag. Frankfurt am Main.
- Hffmann, Christian (2011). ART 2011. In: Hoffmann, Christian/ Rockstroh, Jürgen Kurt (Hg.). HIV 2001. München: Medizin Fokus Verlag. S. 60-254.
- Human library, URL: <http://humanlibraryuk.org/human-library/the-methodology/> [Zugriffsdatum: 10. Januar 2016].
- Informationsportal. Humanrights.ch. Was ist Diskriminierung? (o.J.). URL: <http://www.humanrights.ch/de/menschenrechte-themen/diskriminierungsverbot/juristisch/allgemein/diskriminierung> [Zugriffsdatum: 26. Dezember 2015].
- Informationsportal. Humanrights.ch Themendossier HIV/AIDS (o.J.). URL: <http://www.humanrights.ch/de/menschenrechte-themen/hiv/einfuehrung> [Zugriffsdatum: 26. Dezember 2015].
- Verfassung des Kantons Bern (131-212) vom 6. Juni 1993 (Stand am 11. März 2015)¹. URL:<https://www.admin.ch/opc/de/classifiedcompilation/19930146/201503110000/131.21.pdf> [Zugriffsdatum: 24. Januar 2016].
- Mak, Winnie W.S./Cheng, Shannon S.Y./Law, Rita W./Cheng, Winnie W.L./Chan, Fei (2015). Reducing HIV-related stigma among health-care professionals: a game-based experiential approach. In: AIDS Care. Volume 27. No. 7. S.855-859. URL: <http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/09540121.2015.1007113> [Zugriffsdatum: 01. November 2015].
- Rockstroh, Jürgen Kurt (2011). Einleitung in: Hoffmann, Christian/ Rockstroh, Jürgen Kurt (Hg.). HIV 2001. München: Medizin Fokus Verlag. S. 2-12.
- Rutledge, Scott Edward/Whyte, James/Abell, Neil/Brown, Kristin M./Nicole Cesnales I. (2011). Measuring Stigma Among Health Care and Social Service Providers: The HIV/AIDS Provider Stigma Inventory. In: AIDS PATIENT CARE and STDs. Volume 25. Number 11. S. 673-682. URL: <http://online.liebertpub.com/doi/pdf/10.1089/apc.2011.0008> [Zugriffsdatum: 01. November 2015].
- Stürmer, Stefa/Salewski, Christel (2009). Chronische Krankheit als Stigma – Das Beispiel HIV/Aids. In: Beelmann, Andreas/ Jonas, Kai J. Diskriminierung und Toleranz. Psychologische Grundlagen und Anwendungsperspektiven. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 263-282.
- Strangl, Anne L./Lloyd, Jennifer K./Brady, Laura M./Holland, Claire E./Baral, Stefan

(2013). A systematic review of interventions to reduce HIV-related stigma and discrimination from 2002 to 2013: how far have we come? In: Journal of the International AIDS Society. 16 (Suppl 2): 18743. S.1-16. URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3833106/> [Zugriffsdatum: 22. November 2015].

UNAIDS. (2014). Aidsinfo: URL: <http://aidsinfo.unaids.org> [Zugriffsdatum: 06. Dezember 2015].

Vernazza Pietro/Hirschel, Bernhard/Bernasconi Enos/Flepp Markus. (2008). HIV-infizierte Menschen ohne andere STD sind unter wirksamer antiretroviraler Therapie sexuell nicht infektiös. In: Schweizerische Ärztezeitung. 89. Jg. (5). S.165-169. URL: http://www.aids.ch/de/downloads/pdfs/EKAF-Statment_2008-05-089.pdf [Zugriffsdatum: 06. Dezember 2015].

Von Harrach, Eva-Marie/ Loer, Thomas/ Schmidtke, Oliver (2000). Verwaltung des Sozialen. Formen der subjektiven Bewältigung eines Strukturkonflikts. Konstanz.

6.2 Abbildungen

Abbildung 1: Eigener Entwurf des wissenschaftlichen Dreiecks nach Galtung

Abbildung 2: Eigene grafische Darstellung des Handlungsmodells

7. Ehrenwörtliche Erklärung

Wir erklären hiermit ehrenwörtlich, dass wir die vorliegende Bachelor Thesis selbstständig, ohne unerlaubte Hilfe und nur unter Benutzung der angegebenen Quellen, Hilfsmittel und Hilfeleistungen verfasst und sämtliche Zitate kenntlich gemacht haben.



Michèle Fehlmann



Andrea Pfeuti



Olivia Conrad



Aline Schulthess



Mike Scheuber

8. Anhang

Anhang 1: Beobachtungen: Stigmatisierung und Diskriminierung von HIV positiven Menschen durch Fachpersonen der Sozialen Arbeit

Die folgenden Meldungen basieren auf die statistischen Daten der Diskriminierungsmeldungen der Aids-Hilfe Schweiz aus den Jahren 2011-2015 sowie Beobachtung aus dem Beratungsalltag von Aline Schulthess, Sozialarbeiterin der Aids Hilfe Bern:

Diskriminierung aufgrund von HIV

Aids Hilfe Bern

Nicht-Aufnahme in ein therapeutisches Wohnen: Eine minderjährige unbegleiteten HIV-positive Asylsuchende wurde nicht in ein therapeutisches Wohnen aufgenommen. Die Aufnahme wurde an die Bedingung geknüpft, dass das Mädchen sofort ihren HIV-Status bei den anderen Bewohnerinnen hätte offenlegen müssen, obwohl juristisch gesehen keine Informationspflicht besteht.

Asylkoordination: Die Sozialarbeiterin einer Klientin schikaniert diese aufgrund der HIV Diagnose immer wieder. Sie verlangt von der Klientin im Winter im Wald Holz zu hacken, obwohl dies medizinisch kontraindiziert ist. Sie platziert die Klientin in eine Wohnung ausserhalb des Ortes, wo die Klientin 30 Minuten jeden Tag, bei jedem Wetter, hin und zurück laufen muss, was insbesondere im Winter gesundheitsgefährdend ist. Sie teilt der Klientin zudem regelmässig mit, dass sie aufgrund der Erkrankung für den Staat zu hohe Kosten verursache.

Aids Hilfe Schweiz

Schikanierendes Sozialamt: Aufgrund von HIV und den damit verbundenen Folgeerkrankungen musste ein Mann seine Stelle aufgeben und sich bei der IV anmelden. Deren Wiedereingliederungsmassnahmen waren erfolglos, da die Belastungen für den Mann zu gross waren. Zur Überbrückung beantragte er bei seiner Gemeinde Sozialhilfe. Diese weigerte sich, seine Wohnkosten anzuerkennen mit dem Hinweis, dass es als HIV-Positiver unverantwortlich sei, keine billige Wohnung zu mieten. Dies im Wissen darum, dass der Mann die Wohnung bereits vor fünf Jahren bezogen und davon während 4.5 Jahren voll gearbeitet hatte.

Arbeitsvermittlung: Eine Arbeitsvermittlerin wollte einen Koch infolge seiner HIV-Infektion nicht in eine Kantine vermitteln. Sie fürchtete, dass sie haftbar gemacht werden könnte, wenn es zu einer HIV-Übertragung im Restaurant kommen würde. In einem Gespräch konnte die Vermittlerin darüber aufgeklärt werden, dass es keine Übertragungsgefahr gibt und eine Nicht-Vermittlung deshalb diskriminierend ist.

Kindesschutz – Entzug des Sorgerechts: Einer Frau wurde das Sorgerecht für ihr Kind entzogen und dieses wurde in ein Kinderheim gebracht. Als sie einen Termin beim Psychiater hatte, erwähnte dieser, der Entzug des Sorgerechts stehe im Zusammenhang mit ihrer HIV-Infektion.

Schikanen und Leistungskürzungen: Ein Mann wurde von der Sozialhilfe aufgrund seiner Drogenvergangenheit und seiner HIV-Infektion immer wieder schikaniert und es wurden ihm die Sozialhilfeleistungen gekürzt.

Sozialhilfe: Die Sozialhilfe hatte einem Klienten ein Formular vorgelegt, mittels welchem er der Sozialarbeiterin volle Einsicht in die Gesundheitsdaten geben sollte. Der Klient wollte nicht, dass die Sozialarbeiterin von seiner HIV-Diagnose erfährt und grenzte die Vollmacht ein, worauf ihm mit Kürzungen gedroht wurde. Schlussendlich konnte ein Vertrauensarzt zwischengeschaltet werden.

Datenschutzverletzungen/ Einhaltung Schweigepflicht:

Weitergabe der HIV-Diagnose ohne Einwilligung des/der Klient_in:

Beispiele Aids Hilfe Bern:

Arbeitsintegration: Weitergabe der HIV Diagnose an den Abteilungsleiter Reinigung, obwohl die Klientin klar kommuniziert hat, dass sie das nicht will und keine Informationspflicht besteht.

Kindesschutz: Weitergabe der HIV Diagnose der Klientin durch den Sozialarbeiter des Sozialdienstes an die Beiständin des fremdplatzierten Kindes.

RAV: Weitergabe der HIV Diagnose des Klienten an den zukünftigen Arbeitgeber in der Küche eines Altersheimes. Das Altersheim hat den Arbeitsvertrag dann in der Probezeit gekündigt.

Stiftung: Es wurde ein Gesuch zwecks finanzieller Unterstützung bei einer Stiftung eingereicht. Die Sozialarbeiterin, welche das Gesuch bearbeitet hat, kannte die Partnerin des Klienten und hat diesen ohne dessen Einwilligung über die HIV Diagnose informiert.

Aids Hilfe Schweiz

Asylbereich – HIV-Test ohne Einwilligung/Verletzung des Datenschutzes:

Eine regionale Aids-Hilfe berichtete über HIV-Tests ohne Einwilligung und Information der Betroffenen in einem Asylzentrum. Bei einem positiven Testergebnis würden alle Mitarbeitenden informiert.

Sozialhilfe: Der Sozialdienst hat von der HIV-positiven Frau die Entbindung vom Arztgeheimnis gegenüber dem zuständigen Sozialarbeiter verlangt. Der Bezirksrat hat entschieden, dass die Behörde nur verlangen kann, dass man seinen Arzt gegenüber ei-

nem Vertrauensarzt von der Schweigepflicht entbindet oder dass man sich von einem Vertrauensarzt untersuchen lässt.

Weitergabe Diagnose im Wohnheim: Eine Mitarbeiterin eines Wohnheimes erfährt zufällig von der HIV-Infektion eines Patienten. Daraufhin informiert sie alle Mitbewohner und Mitarbeiter.

Stigmatisierung aufgrund von Vorurteilen und Stereotypen

Aids Hilfe Bern

Kinderschutz: Eine Beiständin einer Klientin gibt dieser, seit sie Kenntnis von der HIV-Infektion hat, nicht mehr die Hand und setzt sich im Gespräch im Kinderheim nicht mehr neben sie.

Sozialhilfe Migration: Eine Sozialarbeiterin hatte aufgrund von Ängsten das Gefühl, dass die Mutter ihre kleinen Kinder sowie die Tagesmutter über ihr HIV-Diagnose informieren muss, da sie den Kontakt im Alltag als Gefahr für eine HIV-Übertragung ausgemacht hat.

Sozialarbeiterin pro infirmis: Eine Sozialarbeiterin hatte das Gefühl, dass die HIV-Diagnose potentiellen Arbeitgeber in der Gastronomie mitgeteilt werden muss, da ein Ansteckungsrisiko in diesem Bereich besteht.

Sozialarbeiterin pro infirmis Solothurn: Bei der Zuweisung einer Klientin, wurde mitgeteilt, dass die pro infirmis Solothurn keine Drogenkonsumierende begleitet, sondern dafür die Perspektive zuständig sei. Die Sozialarbeiterin ging ohne nachzufragen davon aus, dass es sich bei der HIV-positiven Klientin um eine Suchtmittelabhängige Person handelt.

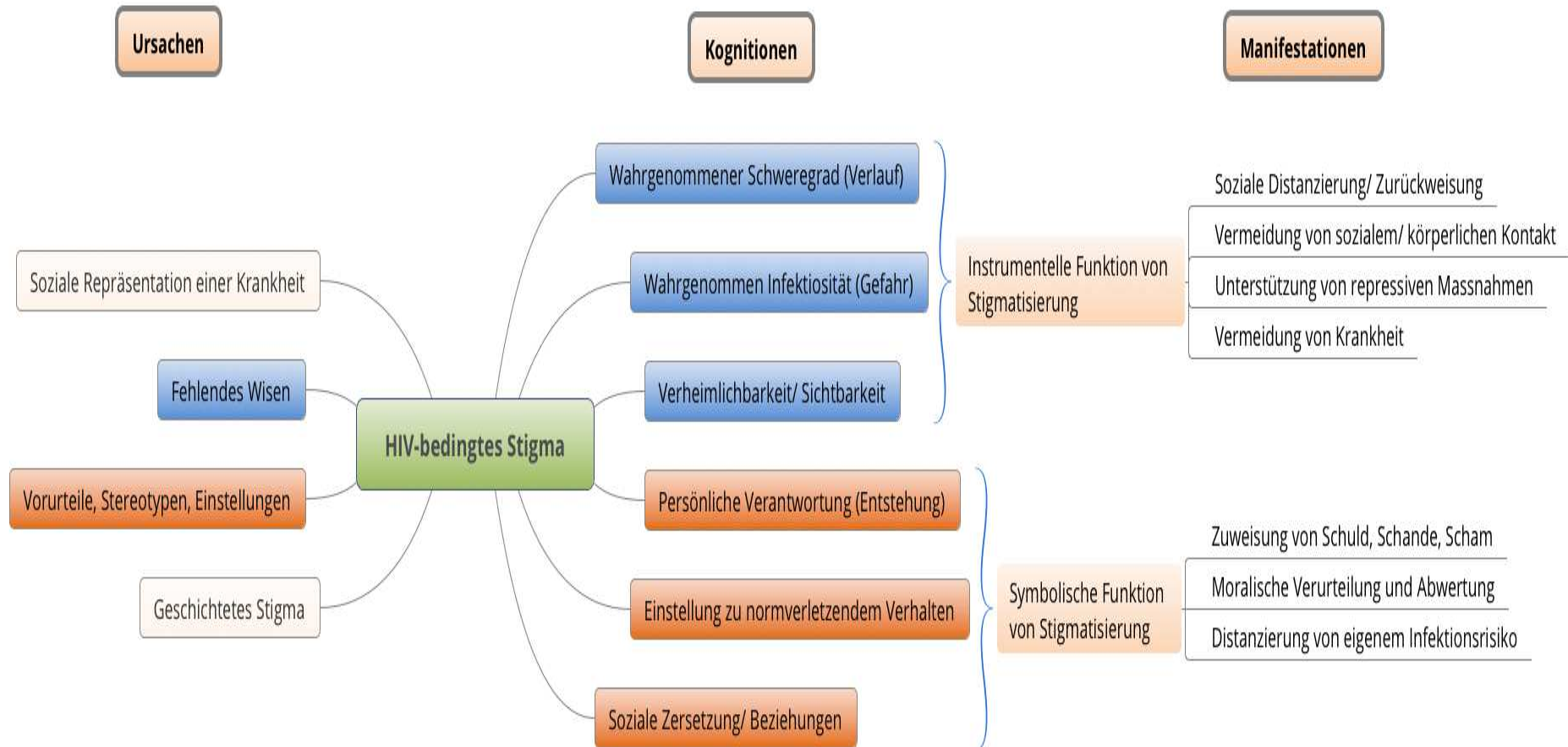
Sozialhilfe Gemeinde: Ein Sozialarbeiter eines Klienten erfragte im Intake die Suchtanamnese des Klienten. Dieser hat nie illegale Substanzen konsumiert. Es stellte sich heraus, dass der Sozialarbeiter immer noch davon ausging, dass sich primär Drogenkonsumierenden mit HIV anstecken. Der Klient fühlte sich dadurch stark stigmatisiert.

Sozialdienst Gemeinde: Diese wollte eine Klientin mit Migrationshintergrund dazu zwingen ihre Kinder über die Erkrankung zu informieren, da sie als Mutter dazu moralisch verpflichtet sei.

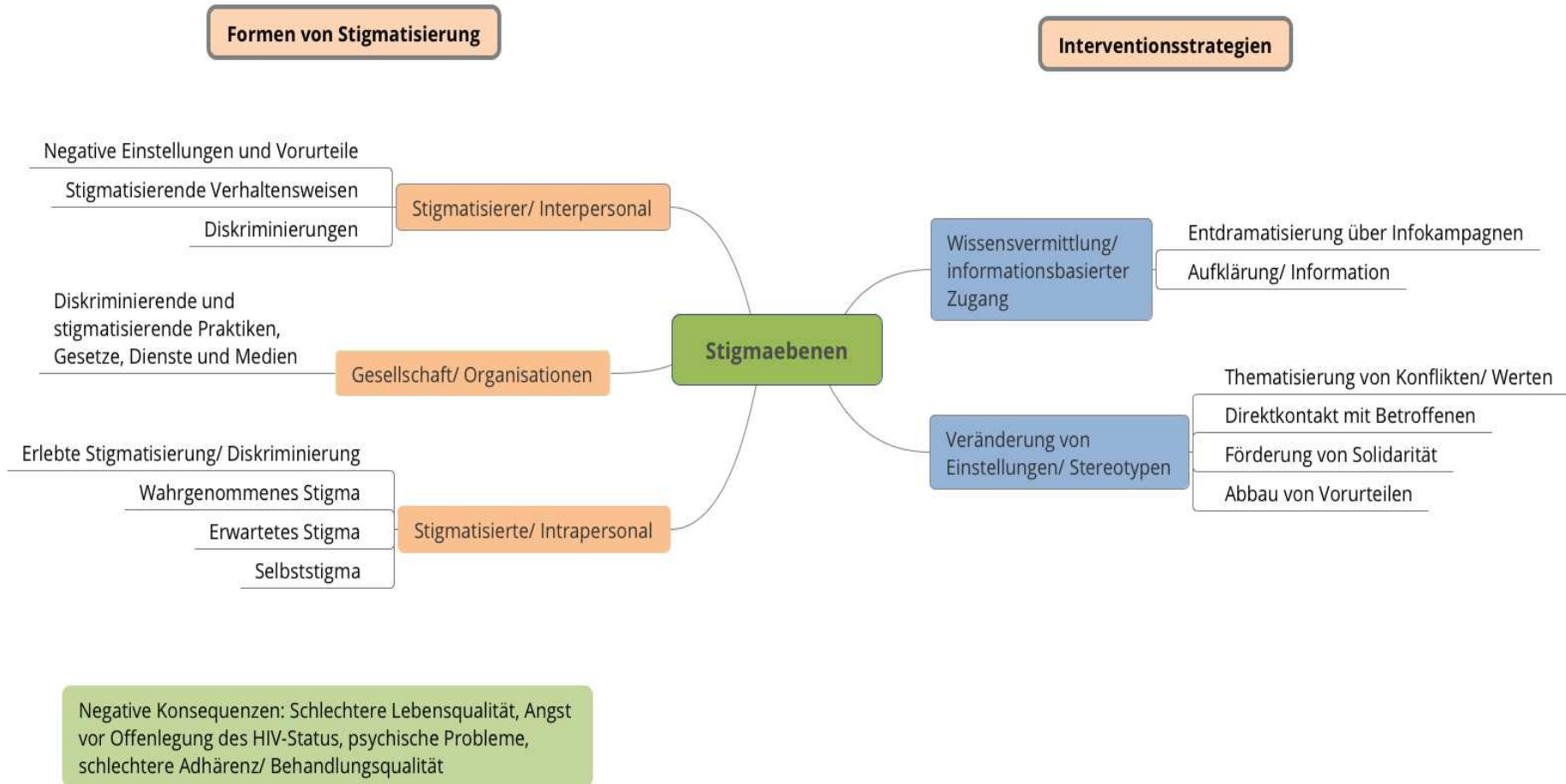
Quelle: Aids-Hilfe Schweiz (o.J). Diskriminierungsmeldungen. URL: <http://www.aids.ch/de/was-wir-tun/lobbying/diskriminierungsmeldungen.php>

[Zugriffsdatum 06.Dezember 2015].

Anhang 2: Eigenes Modell zum HIV-bedingten Stigma



Anhang 3: Eigenes Modell zur Veranschaulichung der Stigmaebenen



Anhang 4: Human Library

In Recherchen wurde ein Projekt aus England gefunden, welches sich «Human library» nennt (vgl. <http://humanlibraryuk.org/human-library/the-methodology/>). Ziel des Projekts ist die Diskriminierung gegenüber aller Personen und Gruppen anzufechten, durch den Abbau von Stereotypen und Vorurteilen. Beim diesem Projekt werden Menschen mit einer breiten Palette von Hintergründen rekrutiert (z.B. Muslime, Flüchtlinge, Homosexuelle, Transgender, Juden, minderjährige Mütter, Schizophrenie, HIV Positive, jung schwarz männlich, etc.), die sich als «Buch» zur Verfügung stellen. Sie vertreten und fordern die potenziellen Vorurteile, Stereotypen, Stigmatisierungen, die in unseren Gesellschaften erlebt werden können. Sie bieten Freiwilligen die Gelegenheit, Menschen unterschiedlichster Herkunft und Erfahrungen teil zu haben, mit dem Ziel Vorurteile, Stigmatisierungen und Stereotypen herauszufordern (vgl. ebd.) Die «Lesenden» beteiligen sich freiwillig, sollen offen und motiviert sein, sich mit ihren eigenen Stigmas und Vorurteile auseinanderzusetzen und diese reflektieren. Die Methode der «Human library» ist darauf bedacht, dass die Bibliothek nicht einfach ein Mechanismus für das Geschichtenerzählen oder Eigenwerbung ist. Es sollen viel mehr die sozialen Kontakte und den interkulturellen Dialog fördern, zur Förderung der Gleichstellung und der Akzeptanz, sowie die Reduktion von Diskriminierung und Hass.