

**positive  
stimmen  
verschaffen  
sich gehör!**

Die Umsetzung des PLHIV Stigma Index in Deutschland

## Impressum

### Deutsche AIDS-Hilfe e.V.

Wilhelmstr. 138, 10963 Berlin

Tel.: 030 / 69 00 87-0

E-Mail: [dah@aidshilfe.de](mailto:dah@aidshilfe.de)

Internet: [www.aidshilfe.de](http://www.aidshilfe.de)

--> [www.positive-stimmen.de](http://www.positive-stimmen.de)



1. Auflage, 2012

Bestellnummer: 119046

**Konzept:** Carolin Vierneisel, Holger Sweers

**Texte und Redaktion:** Carolin Vierneisel

**Interviews:** Kim Winkler (S. 29), Philip Eicker (S. 34),  
Carmen Vallero (S. 44 und S. 49), Carolin Vierneisel (S. 71)

**Bearbeitung:** Holger Sweers

**Gestaltung und Satz:** Carmen Janiesch

**Druck:** vierC Print & mediafabrik GmbH & Co. KG,  
Gustav-Holzmann-Str. 2, 10317 Berlin

**Spenden an die DAH:** Konto 220 220 220, Berliner Sparkasse,  
BLZ 100 500 00; online: [aidshilfe.de](http://aidshilfe.de)

Sie können die DAH auch unterstützen, indem Sie Fördermitglied werden.  
Nähere Informationen unter [aidshilfe.de](http://aidshilfe.de) oder bei der Deutschen AIDS-Hilfe.  
Die DAH ist als gemeinnützig und besonders förderungswürdig anerkannt.  
Spenden und Fördermitgliedschaftsbeiträge sind daher steuerabzugsfähig.

### Zur Verwendung des Unterstrichs („Gender Gap“) in dieser Broschüre:

Als Gender Gap (Englisch für Geschlechter-Zwischenraum, manchmal auch als Gender\_Gap geschrieben oder Gendergap, Gap genannt) wird die meist durch einen Unterstrich gefüllte Lücke zwischen maskuliner und femininer Endung eines Wortes bezeichnet. Sie wird bei Wörtern eingefügt, welche ungewollte (Falsch-)Informationen über das soziale Geschlecht (Gender) enthalten können (beispielsweise Lehrer\_innen). Es ist eine aus dem Bereich der Queer-Theorie stammende Variante des Binnen-I. Der Gender Gap soll ein Mittel der sprachlichen Darstellung aller sozialen Geschlechter und Geschlechtsidentitäten, auch jener abseits der gesellschaftlich hegemonialen Zweigeschlechtlichkeit sein. In der deutschen Sprache wäre dies sonst nur durch Umschreibungen möglich. Die Intention ist, durch den Zwischenraum einen Hinweis auf diejenigen Menschen zu geben, welche nicht in das ausschließliche Frau/Mann-Schema hineinpassen oder nicht hineinpassen wollen, wie Intersexuelle oder Transgender. Da es sich um das gesellschaftliche Geschlecht und die Geschlechterrolle handelt, ist aber in weiterer Folge auch beispielsweise der Butch und die Tunte gemeint.

Quelle: [http://de.wikipedia.org/wiki/Gender\\_Gap\\_%28Linguistik%29](http://de.wikipedia.org/wiki/Gender_Gap_%28Linguistik%29)

**Das Herz von „positive stimmen“ bildeten 40 überaus engagierte Menschen, denen es als Interviewer\_innen gelang, das Projekt in verschiedenen Gruppen von Menschen mit HIV bekannt zu machen und schließlich 1.148 Interviews zu führen.**

**Ihnen gilt der Dank aller, die dem Projekt verbunden sind.**

**Ein großes Dankeschön auch an die Mitglieder des Projektbeirats – und nicht zuletzt an die 1.148 Menschen, die sich auf das „Abenteuer Interview“ in diesem Projekt eingelassen haben.**

*Sylvia Urban für den Vorstand der Deutschen AIDS-Hilfe e. V.*

# INHALT

## 6 VORWORT

## 8 EINFÜHRUNG

## 10 ERGEBNISSE VON „POSITIVE STIMMEN“ IM ÜBERBLICK

## 12 EMPFEHLUNGEN DES PROJEKTBEIRATS IM ÜBERBLICK

## 14 STIGMATISIERUNG UND DISKRIMINIERUNG – THEORETISCHE HINTERGRÜNDE

14 Was ist Stigmatisierung?

17 Was ist HIV-bezogene Stigmatisierung?

19 Was sind die Ursachen von Stigmatisierung?

22 Was sind die Folgen von Stigmatisierung?

24 Verwendete und weiterführende Literatur

## 26 „POSITIVE STIMMEN“: VON DER IDEE ...

26 The People Living with HIV Stigma Index

29 „Die Umsetzung ist genauso wichtig wie das Ergebnis“ –  
Interview mit Julian Hows, Verantwortlicher für den PLHIV  
Stigma Index bei GNP+

34 „Mehr Sensibilität in den eigenen Reihen entwickeln“ –  
Interview mit Dieter Telge, Interviewer im Projekt „positive  
stimmen“

## **38 ... ÜBER DIE UMSETZUNG ...**

**38 „positive stimmen“: die Umsetzung des PLHIV Stigma Index in Deutschland**

**44 „Wir verändern die Welt – nicht nur in Haft!“ –**  
Interview mit Hildegard Welbers und Manfred Müller,  
Interviewer\_innen im Projekt „positive stimmen“

**49 „Eine Chance, die eigene Situation zu reflektieren“ –**  
Interview mit Manni, Interviewter im Projekt „positive stimmen“

## **52 ... ZUR AUSWERTUNG**

**52 Die Ergebnisse der statistischen Auswertung von  
„positive stimmen“**

**71 „Der Ansatz hat sich bewährt“ –**  
Interview mit Laurel Sprague, Wissenschaftlerin  
und Mitglied von GNP+

## **76 FORDERUNGEN UND EMPFEHLUNGEN DES PROJEKTBEIRATS**

## **80 WEITERE INFORMATIONEN**

# VORWORT

Menschen mit HIV wissen heute, dass die HIV-Infektion gut behandelbar ist. Dank wirksamer Therapien können sie oft mit einem langen Leben und einer stabilen Gesundheit rechnen. Sie wissen um den Effekt einer wirksamen Therapie, dass HIV beim Sex praktisch nicht mehr übertragen werden kann. Die HIV-Infektion hat einen Bedeutungswandel erfahren und das Selbstbild von Menschen mit HIV verändert sich grundlegend: HIV-Positive sind HIV-Negativen in zentralen Aspekten wieder „gleicher“ geworden. Man sollte meinen, dass damit auch die Stigmatisierung und Diskriminierung aufgrund von HIV abgenommen hätte.

In der Gesellschaft ist das Wissen um die veränderte Lebenssituation von Menschen mit HIV aber nicht ausreichend angekommen. Ein unaufgeregter Umgang mit HIV-Positiven kann nicht als gegeben vorausgesetzt werden: HIV löst weiterhin oft Stress, Angst und eine Verunsicherung aus, die erklärt und aufgeklärt werden muss.

Trotz Therapiefortschritten bleibt HIV eine Infektionskrankheit, die mit Sexualität, Drogenkonsum und von der bürgerlichen Norm abweichenden Lebensstilen verknüpft ist. Zusammen mit irrationalen Ansteckungsängsten bildet dies den Nährboden für Stigmatisierung und Diskriminierung.

Als Teil einer globalen Befragung haben im Projekt „positive stimmen“ Menschen mit HIV die Realität in Deutschland im Jahr 2011/2012 selbst erforscht. Von ihnen wurden 1.148 standardisierte Interviews mit anderen HIV-Positiven geführt. Für viele Interviewte ergab sich darüber erstmals die Gelegenheit, frei über ihre belastenden Erlebnisse zu erzählen.

Die Ergebnisse fordern dazu auf, Menschenrechte für Menschen mit HIV in Deutschland umfassender zu verwirklichen. Unsere Gesellschaft als Ganze steht in der Verantwortung, dieses Ziel zu erreichen.

Wir danken allen Menschen mit HIV, die sich im Projekt „positive stimmen“ engagiert haben. Ebenso herzlich danken wir Carolin Vierneisel, die mit ihrem großartigen Engagement als Projektkoordinatorin in der Deutschen AIDS-Hilfe wesentlich zum erfolgreichen Abschluss der Befragung beigetragen hat.



*Für den Projektbeirat von  
„positive stimmen“:  
Michael Jähme*

# EINFÜHRUNG

## Diese Broschüre möchte

### ... informieren

Bei HIV-bezogener Diskriminierung und Stigmatisierung – ob in der Zahnarzt- oder Arztpraxis, im Beruf oder auch in der Familie – steht oft zunächst die individuelle Tragweite im Vordergrund.

Solchen Erfahrungen liegen aber meist die gleichen Strukturen zugrunde. Erst wenn wir dafür sensibilisieren, können wir das individuelle Erleben auf eine übergeordnete Ebene heben und daraus politische Forderungen entwickeln.

Am Anfang unserer Broschüre findet sich daher eine kurze theoretische Hinführung zu den Themen Stigmatisierung und Diskriminierung. Im Mittelpunkt stehen Auftreten, Hintergründe und Funktionen.

### ... inspirieren

Im Anschluss stellen wir den Grundgedanken und den Verlauf des Projekts „positive stimmen“ vor: Menschen mit HIV dokumentieren, wie andere Positive Stigmatisierung erleben. Dies liefert nicht nur eine Argumentationsbasis für politische Forderungen, sondern inspiriert Interviewer\_innen wie Interviewte dazu, sich einzubringen und einzumischen, wo es um ihre Belange geht.



Inspirieren sollen darüber hinaus auch die über diese Broschüre verstreuten Interviews mit Projektverantwortlichen, Interviewer\_innen und Interviewten: Hinter all den Zahlen und Daten, die wir für die politische Debatte brauchen, verbergen sich eben immer auch Persönlichkeiten mit ihrer Geschichte.

### **... anspornen**

Ein halbes Jahr lang waren 40 speziell geschulte HIV-positive Interviewer\_innen in ganz Deutschland unterwegs und haben in über 2.000 Stunden Arbeit 1.148 andere Menschen mit HIV über ihre Erfahrungen mit Stigmatisierung befragt. Die Ergebnisse der statistischen Auswertung präsentieren wir im Schlussteil der Broschüre.

Der Projektbeirat hat daraus erste Schlussfolgerungen gezogen und Empfehlungen formuliert, wie wir Stigmatisierung und Diskriminierung von Menschen mit HIV weiter abbauen können – uns allen zum Ansporn für die weitere Arbeit.

Mit den Ergebnissen und den vielen im Projekt Engagierten haben wir eine einzigartige Ausgangsbasis, um auch in Zukunft die „positiven stimmen“ laut und deutlich zur Geltung zu bringen!

*Für das Projektteam:  
Carolin Vierneisel*

# ERGEBNISSE VON „POSITIVE STIMMEN“ IM ÜBERBLICK

10% gingen nicht in eine Arztpraxis, als es nötig gewesen wäre.

Bei denjenigen, die im Medizinbetrieb schon einmal Zurückweisung erlebt hatten, waren es 18%.

13% halten ihre medizinischen Unterlagen für nicht vertraulich, 49% sind sich nicht sicher.



**Jeder 5. Person wurde eine medizinische Behandlung verweigert!**



**Mehr Berufstätige verloren ihren Job aufgrund von Diskriminierung als wegen eines schlechten Gesundheitszustandes!**

54% der Befragten sind in Voll- oder Teilzeit beschäftigt.

29% gehen dabei am Arbeitsplatz offen mit der Infektion um.

26% der Arbeitgeber\_innen reagierten diskriminierend auf die Offenlegung.



**1.148**  
**Menschen mit HIV**  
**berichten**

20% der Befragten entschieden sich mindestens einmal, aufgrund ihrer HIV-Infektion auf Sex zu verzichten.

Bei der Gruppe derjenigen, die sexuelle Zurückweisung erfahren haben, steigt die Zahl auf 25% an.

61% hatten Angst, sexuell zurückgewiesen zu werden.



Fast die Hälfte der sexuell aktiven Befragten wurde aufgrund ihres HIV-Status sexuell zurückgewiesen.



42% der Befragten geben an, aufgrund der HIV-Infektion ein niedriges Selbstwertgefühl gehabt zu haben.

30% haben sich im letzten Jahr aufgrund ihrer HIV-Infektion von der Familie zurückgezogen.

23% fühlten sich schuldig.

31% schämten sich.




Engagieren lohnt sich!

51% waren im HIV-Bereich engagiert.

58% der Engagierten stellten Leute bei Diskriminierungserfahrungen zur Rede, bei den nicht Engagierten waren es nur 36%



# EMPFEHLUNGEN DES PROJEKTBEIRATS IM ÜBERBLICK



Menschen mit HIV dürfen im Gesundheitssystem aufgrund ihrer HIV-Infektion keine Nachteile bei ihrem Zugang und ihrer Versorgung haben!

Diskriminierungsfreie Gesundheitsversorgung für Menschen mit HIV!

Aufklärung in Schulen und Betrieben: Menschen mit HIV können und dürfen jeden Beruf ausüben!



Die Tatsache, dass eine HIV-Infektion heutzutage kein Hinderungsgrund für die Ausübung eines Berufes ist, muss sich in der Beschäftigungssituation und den Arbeitsbedingungen von Menschen mit HIV widerspiegeln!



Neben der Entkriminalisierung der HIV-Übertragung bzw. -Exposition brauchen wir mehr Aufklärung und Unterstützung für eine informierte und selbstbestimmte Sexualität aller!

Gemeinsam  
Diskriminierung und  
Stigmatisierung  
aufdecken, um sie  
abzubauen!

Aidshilfen müssen sich verstärkt dem Thema HIV-bezogene Diskriminierung und den sich daraus ergebenden Arbeitsfeldern widmen – dafür sind enge Bündnisse notwendig!

Selbstbestimmte  
Sexualität fördern,  
Strafbarkeit der  
HIV-Übertragung  
abschaffen!



Die Vielfalt des  
Lebens mit HIV  
heute zeigen!



Realistische und differenzierte Bilder vom Leben mit HIV heute müssen genutzt werden, um HIV von Begriffen wie Schuld und Scham zu befreien!



# STIGMATISIERUNG UND DISKRIMINIERUNG – THEORETISCHE HINTERGRÜNDE

## Was ist Stigmatisierung?

### Stigmatisierung als Prozess

Im Projekt „positive stimmen“ haben wir den Begriff „Stigmatisierung“ und nicht „Stigma“ verwendet, weil es uns um den Prozess und nicht um eine „Eigenschaft“ oder „Tatsache“ geht.

Ein soziales Stigma „an sich“ gibt es nicht<sup>1</sup>, und man kann auch kein Stigma „besitzen“. Stigmatisierung ist vielmehr ein dynamischer Prozess, der in und zwischen Individuen und Gruppen abläuft und unter anderem von gesellschaftlichen, wirtschaftlichen, kulturellen und religiösen Faktoren beeinflusst wird. Ein Beispiel: In vielen westlichen Kulturen wird Drogengebrauch verurteilt (und werden Drogengebraucher\_innen stigmatisiert), während er in anderen Kulturen als Hilfsmittel zur Erlangung spiritueller Erfüllung gewertet wird.

Menschen werden dann stigmatisiert, wenn sie mit Verhalten oder Eigenschaften in Verbindung gebracht werden, die in einer bestimmten Kultur oder Gruppe abgewertet werden – zum Beispiel mit Drogenkonsum oder schwulem Sex. Wechseln Menschen den kulturellen Kontext oder verändern sich die gesellschaftlichen Bedingungen (ein Beispiel ist die steigende Zahl Alleinerziehender), wird dieses Verhalten bzw. werden diese Eigenschaften womöglich anders bewertet und nicht länger stigmatisiert.

### Die Stufen der Stigmatisierung

Wie entsteht Stigmatisierung? Ein genauer Blick zeigt einen mehrstufigen Prozess: Zunächst machen Einzelne oder Gruppen Unterschiede zwischen sich und anderen fest, schreiben den anderen dann negative

<sup>1</sup> Das griechische Wort „Stigma“ (Mehrzahl: Stigmata) bedeutet ursprünglich so viel wie „Wundmal“ oder „Brandmal“.

Eigenschaften zu und werten sie damit ab und ziehen schließlich eine endgültige Trennlinie.

Anhand eines Beispiels sei dieser Prozess verdeutlicht:

- Erste Abgrenzung: „Ich gehe arbeiten – und sie nicht.“
- Zuschreibung negativer Eigenschaften: „Wer nicht arbeitet, ist faul und eine Last für die Gemeinschaft.“
- Endgültige Trennung in Gruppen, also zwischen „wir“ und „sie“: „Das sind die Sozialschmarotzer, für die wir uns den Rücken krummschufen!“
- Diskriminierung und Statusverlust derjenigen, die als Mitglieder einer auf diesem Wege als „anders“ identifizierten Gruppe gelten: „Mit solchem Abscham möchte ich nichts zu tun haben – denen gehören die Sozialleistungen gestrichen!“

## Macht und Diskriminierung

Stigmatisierung und Machtverhältnisse gehören untrennbar zusammen: Den größten Einfluss, also die größte Macht haben diejenigen gesellschaftlichen Gruppen, die sich in den günstigsten sozialen, politischen und ökonomischen Positionen befinden. Menschen in Haft z. B. können zwar Vorurteile gegenüber Gefängnisbediensteten haben, diese aber nicht stigmatisieren, da sie nicht in der (Macht-)Position sind, daraus tatsächliche Benachteiligungen folgen zu lassen.

Solche klaren Benachteiligungen bezeichnen wir als Diskriminierung – sie kann als „Umsetzung“ von Stigmatisierung verstanden werden und steht am Ende eines Stigmatisierungsprozesses. Die beiden Konzepte gehören also eng zusammen und werden häufig gemeinsam verwendet.

## Mehrfach- und sich überlagernde Stigmatisierung

Manche Menschen erfahren verschiedene Stigmatisierungen – zum Beispiel aufgrund ihrer Religionszugehörigkeit und einer körperlichen

Einschränkung. Haben diese Stigmatisierungen nichts miteinander zu tun, spricht man von Mehrfachstigmatisierung. Hängen verschiedene Stigmatisierungen zusammen (etwa die Stigmatisierung von Menschen mit HIV und von schwulen Männern), spricht man von sich überlagernder Stigmatisierung – dies bringt auch zum Ausdruck, dass eine Stigmatisierung zu einer oder mehreren anderen beiträgt.

Mehrfach- und sich überlagernde Stigmatisierungen können sich addieren oder verstärken, eine Stigmatisierung kann aber auch eine andere überdecken oder als weniger schwerwiegend erscheinen lassen – vielfältige Zusammenhänge sind möglich. Meist belasten sowohl sich überlagernde als auch Mehrfachstigmatisierungen die stigmatisierte Person mehrfach.

## Verinnerlichte Stigmatisierung

Wer stigmatisiert wird, verinnerlicht häufig die negativen Zuschreibungen „der Gesellschaft“ oder bestimmter Gruppen – manchmal bereits in der Kindheit und Jugend, in anderen Fällen erst später aufgrund der Feststellung, dass man als „anders“ wahrgenommen wird oder dass einem ein bestimmtes Verhalten oder bestimmte Eigenschaften zugeschrieben werden.

Schwule und Lesben, Menschen mit Migrationshintergrund oder Menschen mit HIV zum Beispiel setzen sich fast zwangsläufig an irgendeinem Punkt in ihrem Leben mit negativen Zuschreibungen auseinander. Wie sie damit umgehen (können), hängt unter anderem von ihrer Lebenslage, ihren Bewältigungsressourcen und ihren Bewältigungsstrategien ab – bei manchen verfestigen sich negative Zuschreibungen in ihrem Selbstbild. Diese Verinnerlichung von Stigmatisierung kann sich auf das Selbstbewusstsein und das Selbstwertgefühl und damit auch auf die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten auswirken.



# Was ist HIV-bezogene

# Stigmatisierung?

## Risiko, Moral und Bilder

Ein (wahrgenommenes oder vermutetes) Risiko, das von den als anders Ausgegrenzten ausgeht, befördert Stigmatisierung. Als in den 1980er Jahren die ersten Aidsfälle auftraten, stand das Risiko für andere im Vordergrund: HIV war übertragbar und Aids tödlich, die Epidemie wurde als unkontrollierbar eingeschätzt. Hinzu kam, dass der Ursprung des Phänomens in einem „moralisch verwerflichen Verhalten“ (promisk gelebte Homosexualität, Drogenkonsum, Sexarbeit) gesehen und ein „Verschulden“ der betroffenen Person ausgemacht wurde. Und nicht zuletzt war Aids an äußerlichen Merkmalen wie den Kaposi-Sarkomen oder ausgezehrten Gesichtern und Körpern erkennbar.

Von Beginn an wurden Menschen mit HIV und Aids nicht nur stigmatisiert, sondern auch diskriminiert – so gab es zum Beispiel Pläne für eine „lebenslange, der Krankheit angemessene Quarantäne für Uneinsichtige“ (womit hauptsächlich Drogengebraucher\_innen und Sexarbeiter\_innen gemeint waren).

## Stigmatisierung und Wissen

HIV ist nicht die erste Infektionskrankheit, die stigmatisiert wird. Ähnlich verhielt es sich in der Vergangenheit mit Lepra, Tuberkulose oder auch Cholera. Die damit einhergehenden Stigmatisierungen konnten mit der Zeit unter anderem durch Forschung, Verbesserung der Behandlungs- und Heilmethoden und Aufklärung der Bevölkerung abgebaut werden.

Auch HIV und Aids gelten mittlerweile aufgrund des größeren Wissens und der besseren Behandelbarkeit als weniger stigmatisiert als

noch in den 1980er Jahren. Allerdings stellt sich – ähnlich wie bei der Stigmatisierung und Diskriminierung von Schwulen oder Lesben – die Frage, ob und inwieweit Stigmatisierung und Diskriminierung tatsächlich abgebaut wurden oder vielleicht mittlerweile nur subtiler stattfinden und damit weniger greifbar und bekämpfbar sind.

## HIV und Lebensweisen

Das „Beharrungsvermögen“ HIV-bezogener Stigmatisierung wird auch auf das Phänomen der sich überlagernden Stigmatisierung zurückgeführt: Über HIV-bezogene Stigmatisierung wird die Ablehnung und Abwertung „anderen“ Verhaltens zum Ausdruck gebracht, z.B. von schwulem Sex, Drogenkonsum oder Sexarbeit.

HIV-bezogene Stigmatisierung wird also auch genutzt, um die von der Mehrheitsgesellschaft ausgehende Stigmatisierung bestimmter Lebens- und Verhaltensweisen zu bekräftigen und verfestigen (siehe auch: Was sind die Ursachen von Stigmatisierung?, S. 19).

## Wie zeigt sich HIV-bezogene Stigmatisierung?

HIV-Positive erleben Stigmatisierung und Diskriminierung in vielen Lebensbereichen, etwa wenn sich feste oder potenzielle Partner\_innen aufgrund des HIV-Status abwenden, das Thema HIV in der Familie tabuisiert wird, Freund\_innen sich abkehren, Kolleg\_innen abfällig über sie reden (sei es mit Bezug auf eine offengelegte HIV-Infektion oder auf der Grundlage von Vermutungen) oder wenn sie in Arzt- und Zahnarztpraxen erst am Ende der Sprechstunde oder gar nicht behandelt werden.

Auch kommt es in Deutschland und vielen anderen Ländern immer wieder zu Prozessen und Verurteilungen aufgrund (potenzieller) HIV-Übertragungen – Menschen mit HIV wird hier einseitig die Verantwortung für den Schutz vor HIV zugeschoben. Und nicht zuletzt sind Einreisebeschränkungen für Menschen mit HIV, wie sie in vielen Ländern noch gelten, klare Fälle von Diskriminierung.

# Was sind die Ursachen von Stigmatisierung?

Eine abschließende Theorie über die Ursachen von (HIV-bezogener) Stigmatisierung gibt es nicht. Mittlerweile sind allerdings viele Erklärungsansätze entwickelt worden, die zusammen einen guten Verständnisrahmen für dieses gesellschaftliche Phänomen bieten.

## Schutz vor Risiken und Verdrängung des Todes

Bei der Frage nach den Ursachen von Stigmatisierung wird oft zwischen „instrumenteller“ und „symbolischer“ Stigmatisierung unterschieden: Instrumentelle Stigmatisierung soll vor einer als real wahrgenommenen Bedrohung schützen, symbolische Stigmatisierung die gesellschaftliche Ordnung bewahren, also gesellschaftlich definierte Werte und Moralvorstellungen schützen. Bei der symbolischen Stigmatisierung verurteilt man Verhalten, das als „gesellschaftsschädigend“ gilt, und grenzt Menschen aus, die mit diesem Verhalten in Verbindung gebracht werden. Bei HIV und Aids waren vor allem in den 1980er Jahren beide Formen stark ausgeprägt.

Häufig wird auch auf die Bedeutung des Todes und der Sterblichkeit hingewiesen: Menschen, die damit direkt konfrontiert sind, reagieren oft mit lähmender Angst. Gesellschaften aber leben durch Entwicklung und müssen einer solchen Lähmung vorbeugen. Eine Strategie ist, der Auseinandersetzung mit dem Tod und der individuellen Sterblichkeit aus dem Wege zu gehen – und zu verbannen, was daran erinnert. In den 1980er Jahren, als viele Menschen an den Folgen von HIV und Aids starben und die Medizin machtlos war, entstand ein Bild von HIV als tödlicher Bedrohung für Individuen und Gesellschaft, das die Wahrnehmung der Infektion bis heute prägt.

## Orientierungshilfe und Aufrechterhaltung von Macht

Gesellschaftliche Normen bieten nicht nur Schutz, sondern auch Orientierung: Sie geben Kriterien vor, an denen Menschen ihr Verhalten ausrichten können. Wer nach Orientierung sucht, betrachtet diese Regeln vielleicht als hilfreich und versucht, sie aufrechtzuerhalten.

Sucht jemand dagegen keine externe Orientierung oder verhält sich anders als „vorgegeben“, kann dies als Infragestellung der Orientierungshilfe wie der gesellschaftlichen Ordnung insgesamt gewertet werden. Um das abzuwenden, reagiert die Mehrheitsgesellschaft oft mit Ausgrenzung und Abwertung.

Weitergeführt wird der Gedanke der Orientierungshilfe in dem Modell des Glaubens an eine gerechte Welt, also der Überzeugung, dass sich „gutes“ Verhalten irgendwann positiv und „schlechtes“ Verhalten negativ auszahlen wird. Der Umkehrschluss lautet: Wem etwas Schlechtes widerfährt, muss „einen schlechten Charakter“ haben oder sich schlecht verhalten haben – und wird verurteilt.

Gesellschaftliche Normen werden meist von gesellschaftlichen Gruppen geprägt, die sich in günstigen sozialen, politischen und ökonomischen Positionen befinden. Sie nutzen Normen dazu, diese Unterschiede aufrechtzuerhalten, um weiterhin von Vorteilen ihrer Position zu profitieren. Stigmatisierung und Diskriminierung können also auch als Instrumente gesehen werden, um Machtpositionen zu behalten.

## Selbstaufwertung und Homophobie

„Selbstaufwertung“ als Funktion und Ursache von Stigmatisierung heißt, dass Individuen wie auch Gruppen über die Abwertung anderer Menschen und Gruppen ihren Selbstwert zu steigern versuchen. Als positiver Effekt auf individueller Ebene wird ein gesteigertes Selbstbewusstsein gesehen, auf Gruppenebene auch ein gesteigertes Zusammengehörigkeitsgefühl und eine Festigung der Gruppenidentität, die

über ein verstärktes Engagement für die Gruppenziele zu (noch) mehr gesellschaftlichem Einfluss und Vorteilen für die Gruppenmitglieder führt. Die Abwertung selbst erfolgt oft darüber, dass schwächere Gruppen als ungleichwertig eingestuft und benannt werden – vielfach anhand von kulturellen oder sozialen Kriterien.

HIV-bezogene Stigmatisierung hängt eng mit der Stigmatisierung von „abweichenden“ Lebensweisen zusammen. Vorurteile gegenüber und Ablehnung von schwulen Männern zum Beispiel gründen unter anderem darin, dass sie Normen wie die Geschlechterrollen oder „sexuelle Treue“ hinterfragen. Schwule Männer wurden schon lange vor den ersten HIV-Fällen stigmatisiert und dann für die Ausbreitung von HIV und Aids verantwortlich gemacht, HIV-bezogene Stigmatisierung entwickelte sich also in direktem Bezug zur Stigmatisierung Homosexueller.

## Was sind die Folgen von Stigmatisierung?

### Gesundheit

Die negativen Folgen verinnerlichter Stigmatisierung und Stigmatisierung durch andere können vielfältig sein; Beispiele sind Selbstvorwürfe wegen der Infektion, das „Hadern mit dem Schicksal“ oder Selbstabwertung. HIV-Positive sind auch überproportional von depressivem Erleben betroffen – häufig verstärkt durch die HIV-Medikamenteneinnahme –, das oft unbehandelt bleibt, da sie keine Hilfe suchen.

Eine verringerte Selbstwertschätzung kann darüber hinaus zu einer Geringschätzung der eigenen Gesundheit führen, was sich etwa in verstärktem Drogenkonsum äußern kann. Hinzu kommt oft, dass Arztbesuche hinausgeschoben oder vermieden werden, weil dies mit einer Offenlegung des HIV-Status einhergehen könnte und Diskriminierung befürchtet wird.

### Soziales Umfeld

Menschen mit HIV fürchten oft Unverständnis, Verurteilung und Ausgrenzung, wenn sie ihren HIV-Status offenlegen. Ein „positives Coming-out“ ohne Angst ist weder in der eigenen Familie noch im Freundeskreis oder am Arbeitsplatz selbstverständlich möglich. Dazu trägt bei, dass man sich durch Offenlegung des HIV-positiven Status in den Augen der anderen auch als (tatsächliche\_n oder vermeintliche\_n) „Normbrecher\_in“ outet – als schwul lebend, Drogen gebrauchend oder der Sexarbeit nachgehend zum Beispiel, egal, ob das zutrifft oder nicht. Fehlende Unterstützung, erlebte Zurückweisung und das ständi-

ge Versteckspiel um die Infektion können zu Isolation und schwerwiegenden psychischen Problemen bei Menschen mit HIV führen.

## HIV-Prävention

Stigmatisierung von Menschen mit HIV, Schwulen, Drogengebraucher\_innen, Sexarbeiter\_innen und anderen Menschen mit „normabweichenden“ Lebensweisen macht es schwierig, diese Gruppen mit Präventionsbotschaften zu erreichen, und erschwert die Kommunikation in und über Situationen, in denen Übertragungen stattfinden können: beim gemeinsamen Sex oder Drogengebrauch.

Das kann etwa zur Folge haben, dass erst dann ein HIV-Test gemacht wird, wenn der Gesundheitszustand sich bereits deutlich verschlechtert hat, oder dass positiv Getestete erst spät mit einer HIV-Therapie beginnen. Auch die sogenannte Therapietreue, das heißt die Befolgung der Einnahmевorschriften, kann negativ beeinflusst werden: In Subsahara-Afrika zum Beispiel kommt es vor, dass HIV-Positive nicht regelmäßig den Bus zum Krankenhaus nehmen, um sich nicht vor den Nachbar\_innen zu outen.

## Verwendete und weiterführende Literatur

### **Überblick:**

Parker, R. and P. Aggleton (2003). „HIV and AIDS-related stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action.“ *Social Science and Medicine* 57: 13–24.

### **Konzeptionalisierung von Stigmatisierung:**

Link, B. G. and J. C. Phelan (2001). „Conceptualizing Stigma.“ *Annual Reviews Sociology* 27: 363–385.

### **Stigmatisierung als Prozess:**

Dovidio, J., B. Major, et al. (2000). *Stigma: Introduction and Overview. The Social Psychology of Stigma.* T. F. Heatherton, R. E. Kleck, M. R. Hebl and J. G. Hull. New York, Guilford Press.

### **Überlagernde Stigmatisierung sowie Stigmatisierung und Krankheit:**

Herek, G. M. (1990). *Illness, Stigma, and AIDS. Psychological Aspects of Serious Illness.* G. R. VandenBos. Washington D.C., American Psychological Association.

### **Sexualität und Stigmatisierung:**

Herek, G. M. (2002). „Thinking about AIDS and Stigma: A Psychologist’s Perspective.“ *The Journal of Law, Medicine and Ethics*, 30:4, Winter 2002: 594–607.

### **Stigmatisierung als Orientierungshilfe:**

Major, B. and L. T. O’Brien (2005). „The Social Psychology of Stigma.“ *Annual Reviews Psychology* 56: 393–421.



**Stigmatisierung und Angst vor dem Tod:**

Solomon, S., J. Greenberg, et al. (2004). The cultural animal: Twenty years of terror management theory and research. Handbook of experimental existential psychology. S. Solomon, S. L. Koole and T. Pyszczynski. New York, Guilford: 13–34.

**Variabilität von Stigmatisierung:**

Yang, L. H., A. Kleinman, et al. (2007). „Culture and Stigma: Adding moral experience to stigma theory.“ *Social Science and Medicine* 64: 1524–1535.

**Stigmatisierung und HIV-Prävention:**

Chesney MA, Smith AW (1999). Critical delays in HIV testing and care: the potential role of stigma. *Am Behav Sci*, 42, S. 1162–1174.

Meiberg AE, Bos AE, Onya HE, Schaalma HP (2008). Fear of stigmatization as barrier to voluntary HIV counselling and testing in South Africa. *East Afr J Public Health* 5:49–54.

UNAIDS (2009). HIV-related stigma and discrimination: A summary of recent literature.

**Verinnerlichung von Stigmatisierung:**

Stutterheim, S. E. (2011). *Understanding HIV-Related Stigma: Social and Psychological Processes*. Maastricht, Sarah E. Stutterheim.

**Macht und Stigmatisierung:**

Hohmeier, J. (1975). *Stigmatisierung als sozialer Definitionsprozess. Stigmatisierung 1, Zur Produktion gesellschaftlicher Randgruppen*. M. Brusten and J. Hohmeier. Darmstadt, Luchterhand-Verlag.

# „POSITIVE STIMMEN“: VON DER IDEE ...



## The People Living with HIV Stigma Index

### Hintergrund

HIV-bezogene Stigmatisierung und Diskriminierung können die Lebensqualität von Menschen mit HIV stark beeinträchtigen. Gleichzeitig behindern sie – wie sowohl Praxis als auch Wissenschaft zeigen – die HIV-Prävention.

Vor diesem Hintergrund 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. Besonders an dieser Initiative ist, dass Stigmatisierung und Diskriminierung nicht getrennt betrachtet, sondern als zusammenhängend verstanden werden.

Erstes Ergebnis dieser Auseinandersetzung ist der „PLHIV Stigma Index“ (etwa: „Stigma-Index von Menschen mit HIV“), der HIV-bezogene Stigmatisierung dokumentieren soll. Getragen wird der Index im Sinne der GIPA-Prinzipien von Akteuren, die selbst mit dem Virus leben: GIPA („Greater Involvement of People Living with HIV/ Aids“) sieht Menschen mit HIV als Akteure, die gleichberechtigt in alle Belange einzubeziehen sind, die sie betreffen.

Seit Beginn der Initiative ist der „PLHIV Stigma Index“ in über 45 Ländern der Welt durchgeführt worden. 2011/2012 ermöglichte die Deutsche AIDS-Hilfe unter dem Titel „positive stimmen“ die Umsetzung des Projekts in Deutschland.

## Die Ziele

Das Projekt soll dokumentieren, wie Menschen mit HIV Stigmatisierung erleben. Erhebungsinstrument sind Interviews auf der Grundlage eines Fragebogens. Das Besondere: Sowohl die Befragenden als auch die Befragten sind Menschen mit HIV.

Der Stigma-Index will darüber hinaus aber auch einen Beitrag zum Abbau HIV-bezogener Stigmatisierung leisten, indem er Interviewer\_innen und Interviewte bei ihrer Auseinandersetzung mit dem Thema und bei der Selbstorganisation unterstützt und die relevanten Akteur\_innen vernetzt und aktiviert.

## Die Prinzipien

Die Verantwortung für die Umsetzung des Projektes in den einzelnen Ländern liegt bei HIV-Selbsthilfe-Organisationen, um die Interessen von Menschen mit HIV zu wahren und ein Höchstmaß an Transparenz und Datenschutz zu gewährleisten.

Die Prozessverantwortung – vor allem bei der Dokumentation der Stigmatisierungserfahrungen – tragen gemäß den GIPA-Prinzipien Menschen mit HIV. Dazu werden sie zu sogenannten Peer-Forscher\_in-

nen ausgebildet, das heißt, sie setzen sich mit Themen auseinander, die sie selbst und Menschen in ihrer Situation („Peers“) betreffen. Der Peer-Forschungs-Ansatz soll zum gegenseitigen Verständnis und zur Offenheit beitragen und der interviewten Person Anknüpfungspunkte bieten, selbst aktiv zu werden – zum Beispiel, indem sie Kontakt zum Beratungs- und Hilfesystem oder zu Initiativen der Selbstorganisation aufnimmt.

Wichtig für den Stigma-Index ist die Zusammenarbeit aller relevanter und möglichst vieler interessierter Akteur\_innen, die sich in diesem Feld bewegen: Das Projekt soll dazu beitragen, neue Kooperationen aufzubauen und bestehende zu festigen.

Nicht zuletzt soll der PLHIV Stigma Index als Möglichkeit der Interessenvertretung genutzt werden: Sowohl der Prozess an sich, in dem Menschen mit HIV sich selbst des Themas annehmen, als auch die Ergebnisse, die Formen der Stigmatisierung aufzeigen, sollen Argumente liefern, um sich gegenüber Politik und (Fach-)Öffentlichkeit für die Belange von Menschen mit HIV einsetzen zu können.

## Die Perspektiven

Die Ergebnisse des Stigma-Index dienen als Ansatzpunkte für Konzepte zur Verringerung von Stigmatisierung und Ausgrenzung von Menschen mit HIV. Auch können Prozesse der Zusammenarbeit von Menschen mit HIV, die durch das Projekt gefördert werden, für Initiativen der Selbstorganisation genutzt werden.

Langfristig werden das Projekt und die damit eingeleiteten Schritte dazu beitragen, die HIV-bezogene Stigmatisierung zu reduzieren und die Lebensqualität von Menschen mit HIV und Aids zu verbessern, etwa in den Bereichen Beschäftigung und psychosoziale Belastung.

Nicht zuletzt kann auch die Prävention profitieren, z.B. dadurch, dass die Schwelle zur Nutzung des HIV-Tests sinkt, wenn man für den Fall einer HIV-Diagnose nicht mehr Stigmatisierung und Diskriminierung befürchten muss.

„Die Umsetzung ist genauso wichtig wie das Ergebnis“



Von Positiven für Positive: **Julian Hows** von der globalen Selbsthilfeorganisation GNP+ (Global Network of People Living with HIV) ist einer der internationalen Koordinatoren des Projekts „PLHIV Stigma Index“, das in Deutschland unter dem Titel „positive stimmen“ durchgeführt wird. Kim Winkler sprach mit ihm über Stigmatisierung, die Rolle der Community und Hilfe zur Selbsthilfe.

**Julian, seit einigen Jahren wird viel darüber gesprochen, dass die HIV-Infektion zu einer „normalen“ chronischen Krankheit geworden sei. Wozu brauchen wir heute noch einen „Stigma-Index“?**

*Julian Hows:* Es stimmt: Die meisten Menschen wissen heute, dass man sich nicht beim Küssen oder bei alltäglichen Kontakten infizieren kann. Wenn sie dann aber tatsächlich auf eine HIV-positive Person treffen, tut sich oft ein großer Graben auf. Mit anderen Worten: Es gibt einen Unterschied zwischen Wissen und der Umsetzung in der Praxis. HIV-positiv zu sein ist völlig in Ordnung, aber will ich, dass meine Schwester oder mein Bruder einen Menschen mit HIV heiratet? Das sollte sich jeder einmal selbst fragen.

**Ist es schwieriger geworden, Stigmatisierung und Ausgrenzung dingfest zu machen?**

Trotz „liberaler“ Weltbilder und der verfügbaren Medikamente finden Stigmatisierung und Diskriminierung auch in der sogenannten industrialisierten Welt immer noch statt – aber sehr viel mehr in unterschweligen Formen. Die Rechte von Menschen mit HIV sind ja teilweise sogar gesetzlich geschützt, zum Beispiel beim Zugang zu Gesundheit, Arbeit oder Bildung. Aber damit verändert sich eben nicht automatisch, wie über Positive gedacht wird. Ein anderes Beispiel: Überall in Europa werden junge schwule Männer in ihren Schulen gemobbt. Das hängt auch damit zusammen, dass schwule Männer immer noch stark mit HIV/Aids in Verbindung gebracht werden.

**Was bedeutet es, stigmatisiert zu werden?**

Genauso wie schwule Männer in vielen Teilen der Welt an den gesellschaftlichen Rand gedrängt werden, bekommen wir als HIV-Positive manchmal das Gefühl vermittelt, minderwertige Menschen zu sein. Das kann Einflüsse auf unser Selbstwertgefühl haben und damit darauf, wie wir uns um uns selbst und unsere Gesundheit kümmern. Zugleich haben Menschen mit HIV oft eben doch noch nicht den gleichen Zugang zu Gesundheitssystemen, Informationen und Unterstützung

wie andere. Die meisten von uns sind bereits Teil einer Minderheit und tragen an der gesellschaftlichen Bürde, die damit einhergeht. Es ist wirklich nicht leicht zu sagen: „Ich bin nicht nur schwul, sondern auch HIV-positiv.“

### **Wo setzt ihr mit dem Stigma-Index an?**

Wir fragen nach Stigmatisierungserfahrungen. Neben der tatsächlichen Stigmatisierung geht es dabei auch um die Frage, ob und wie Menschen sie erleben. Die persönliche Wahrnehmung hat einen erheblichen Einfluss darauf, ob du ein positives und gutes Leben führen kannst. Ein Beispiel: Es geht nicht nur darum, ob Sozialarbeiter\_innen alle HIV-Positiven genauso behandeln wie andere Menschen, sondern ob die Positiven auch das Gefühl haben, gleich behandelt zu werden. Es kommt immer wieder vor, dass Menschen mit HIV den Eindruck gewinnen, ihre Patientenakten würden nicht vertraulich behandelt. Andere glauben, dass man hinter ihrem Rücken über sie redet oder dass andere Patientinnen und Patienten bevorzugt behandelt werden.

### **Wie könnt ihr da helfen?**

Zum einen machen wir die Diskriminierungserfahrungen durch den Index sichtbar und tragen die Ergebnisse in die Öffentlichkeit. Zum anderen überprüfen wir, inwieweit die Menschen ihre Rechte als HIV-Positive überhaupt kennen – und klären sie darüber auf. Empowerment, also die Hilfe zu Selbsthilfe, ist integraler Bestandteil des Projekts.

### **Das ist ungewöhnlich: Ein Projekt, das den Befragten etwas mit auf den Weg geben will.**

Es ist keine normale Studie. Die interviewte Person wird nicht als „Forschungsobjekt“ betrachtet. Anders als bei klassischer Forschung setzen wir uns mit den Befragten zusammen und unterhalten uns anderthalb Stunden darüber, wie der andere Mensch sich fühlt, was andere über ihn denken oder denken könnten. Vielleicht erzählt die Person von konkreten Situationen, in denen sie diskriminiert wurde. Mit solchen

Erinnerungen im Kopf kann man Menschen natürlich nicht alleine lassen – da haben wir Verantwortung. Wir schlagen den Leuten Möglichkeiten vor, wie sie mit der Diskriminierungserfahrung umgehen können, oder vermitteln Unterstützung.

### **Was gebt ihr den Leuten an die Hand?**

Im Wesentlichen drei Dinge: Erstens: Informationen. Zweitens: Ratschläge im Sinne von „Du bist nicht alleine und kannst folgendes tun: a), b) oder c)“, wobei wir auch an beratende Organisationen oder Initiativen weitervermitteln. Und drittens: Die Ergebnisse aus den Gesprächen werden in die Communities zurückgetragen, sodass die Menschen die Möglichkeit haben, noch einmal in sich zu gehen und zu sehen, was sie trotz Stigmatisierung und Diskriminierung auf die Beine gestellt haben.

### **Die Interviewerinnen und Interviewer sind selbst HIV-positiv. Erleichtert dies den Befragten, über ihre Erfahrungen zu sprechen?**

Ja, das tut es! Es vermittelt uns das Gefühl, dass dieses Projekt und damit auch die Befragung von uns und nicht mit uns gemacht wird. Das Projekt ist partizipativ, das heißt, es wird von Befragenden und Befragten gemeinsam gestaltet. Das Projekt und der Fragebogen wurden von HIV-Positiven auf der ganzen Welt ausgearbeitet, um sicherzustellen, dass alles enthalten ist, was in verschiedenen Ländern wichtig ist.

### **Was ist bei der Umsetzung zu beachten?**

Wir sagen allen nationalen Teams, dass die Umsetzung der Umfrage genauso wichtig ist wie das Ergebnis. Der Stigma-Index wird für Diskussionen sorgen: Was ist der weiterführende Dialog, den wir innerhalb unserer Positiven-Community brauchen? Wie fühlen wir uns und wie gehen wir mit uns selbst um? Wie gehen wir mit anderen Positiven um und welche Wünsche haben wir an die anderen bezüglich des Umgangs mit uns? Daraus können weiterführende Fragen entwickelt werden: Wie können wir von unseren Gesundheitsversorgern bekommen,



was uns zusteht? Mit welchen Strategien können wir reagieren, wenn Leute hinter unserem Rücken über uns sprechen?

**Es geht also um beides: Die persönliche Umgangsweise und politische Forderungen.**

Natürlich! Wichtiger als eine Einkaufsliste von Forderungen nach Leitlinien und Gesetzen ist dabei vielleicht manchmal zu schauen, was einzelne Menschen brauchen, um wieder mehr Kontrolle über ihr eigenes Leben zurückzugewinnen. Damit wieder mehr und mehr Menschen selbstbewusst zu sich stehen können und damit Veränderungen in der Welt schaffen. Ja, ich denke, es ist an der Zeit, diese Art von Aktivismus und Selbsthilfe wiederzubeleben!

**Danke, Julian!**

## „Mehr Sensibilität in den eigenen Reihen entwickeln“



**Worum geht es bei „positive stimmen“? Was ist das Besondere? Und was macht überhaupt ein gutes Interview aus? Philip Eicker sprach mit Dieter Telge über dessen Erfahrungen als Interviewer im Projekt.**

**Dieter, in einem Wochenendseminar bei der Deutschen AIDS-Hilfe hast du dich mit anderen auf deine Aufgabe als Interviewer vorbereitet. Was habt ihr da gelernt?**

*Dieter Telge:* Wir haben zum Beispiel Probe-Interviews geführt. Ich habe einen anderen Teilnehmer interviewt und er mich. Dabei haben wir gelernt, dass es wichtig ist, nicht sich selber ins Gespräch einzubringen, sondern das Gegenüber in die Lage zu versetzen, seine eigenen Sichtweisen zu äußern. Deshalb kommt es darauf an, immer offen zu fragen, selbst wenn wir den Eindruck haben, dass das Gesagte nicht stimmig scheint. Dann gilt es nachzufragen, aber so vorsichtig und respektvoll, dass mein Gegenüber nicht den Eindruck bekommt, ich wüsste über seine Erfahrungen besser Bescheid.

**Ist dir das Interviewen leichtgefallen?**

Ich habe schon eine Vorstellung davon mitgebracht, welche Sensibilität dafür nötig sein könnte. Ich bin seit Langem in lesben- und schwulen-

politischen Zusammenhängen aktiv wie auch in der Aidshilfe engagiert. Ich war schon immer daran interessiert, diejenigen mit einzubeziehen, die sich eher bedeckt halten, die sogenannten schwer Erreichbaren, zum Beispiel Menschen mit Migrationshintergrund. Deshalb habe ich gelernt, alle Sinne aufzusperren für das, was andere mitbringen.

### **Warum ist es wichtig, dass HIV-Positive die Interviews führen?**

Das ist ja nicht in jedem Fall wichtig. Ich persönlich könnte jedem Menschen ein Interview geben. Aber viele andere Menschen, vor allem solche, die Diskriminierungs- und Stigmatisierungserfahrungen gemacht haben, können unsicher sein. Erstens, ob sich das Gespräch überhaupt lohnt, und zweitens, ob die Person, das ganze Verfahren überhaupt vertrauenswürdig ist. Es kommt ja darauf an, dass diese Gespräche durchgeführt werden, dass die Leute sich dabei wohlfühlen, sich nicht abkapseln und bestimmte Dinge vielleicht nicht mehr preisgeben, weil es ihnen unangenehm ist. Das kann gerade in jenen Fällen, wo es um unangenehme Erfahrungen geht, eine wesentliche Voraussetzung sein, um diese Probleme zu dokumentieren. Deshalb ist es wichtig, dass Menschen mit Migrationshintergrund die Chance bekommen, von Ihresgleichen interviewt zu werden. Dasselbe gilt für Frauen, für Schwule – und ganz allgemein für Positive. Jeder soll sich das Setting herausuchen können, das ihm am besten entspricht.

### **Wie kann man das nötige Vertrauen für ein solches Gespräch schaffen?**

Indem wir darauf achten, eine angenehme Gesprächssituation vorzubereiten, zum Beispiel den richtigen Ort auswählen. Ein lautes Café, wo viele mithören, ist kein günstiger Treffpunkt. Es sollte ein kleines Getränk geben. Und ganz wichtig: Vorher müssen wir die Rahmenbedingungen klären: Zu Anonymität und Datenschutz der Beteiligten gibt es bei „positive stimmen“ ausführliche Regelungen, die sich Interessierte in Ruhe durchlesen können, bevor sie entscheiden, ob sie überhaupt mitmachen wollen. Zum Beispiel habe ich als Interviewer eine Verschwiegenheitserklärung unterschrieben. Alle erfragten Daten

werden so eingegeben, dass später keine Rückschlüsse zu den Interviewten gezogen werden können.

**Du hast anfangs erwähnt, Positive würden sich auch überlegen, ob sich die Teilnahme an so einem Projekt überhaupt lohnt. Was könnte denn dagegen sprechen?**

Erst mal nimmt man natürlich an: Positive sind dankbar für die Gelegenheit, ihre Stimme zu erheben. Aber das baut ja stark auf der Annahme auf, dass in der Aidshilfe nur Gutmenschen arbeiten, die schon sehr sensibel sind für Diskriminierung und Stigmatisierung. Die persönlichen Erfahrungen sind leider oft ganz andere. Da müssen wir als Interviewende auch im Einzelfall Überzeugungsarbeit leisten, müssen für das Projekt werben. Aids- und Selbsthilfe ist ja – wie auch die Schwulen- oder Transcommunity – etwas janusköpfig: Auch dort sind fehlbare Menschen aktiv, die nicht davor geschützt sind, andere zu diskriminieren oder stigmatisieren. Für solche Fehlentwicklungen müssen wir immer aufmerksam sein und ihnen streitbar entgegentreten. Die „positiven stimmen“ nehme ich als wichtigen Versuch wahr, mehr Sensibilität in den eigenen Reihen zu entwickeln.

**Warum?**

Weil das Verfahren sehr offen ist, sehr interaktiv. Alle Beteiligten entwickeln das Projekt auf Augenhöhe. Niemand der Projektverantwortlichen hat uns spüren lassen: Wir Schlaunen wissen, wie's geht, und ihr seid nur der Transmissionsriemen in die Communities. Ich habe das selbst ausgetestet und war überrascht, wie offen mit meinen Vorschlägen umgegangen wurde. Diese Erfahrung war sehr wichtig, weil ich so aus voller Überzeugung anderen Leuten vermitteln kann: Diese Sache ist von vorn bis hinten gut und offen für die Bedürfnisse der Menschen, die sich daran beteiligen.

**Was ist für dich das Ziel der „positiven stimmen“?**

Was ich toll finde: Durch das Projekt werden Diskriminierungs- und Stigmatisierungserfahrungen aus ganz unterschiedlichen Lebenswel-

ten zusammengetragen – nicht nur bezogen auf HIV und Aids. Aber über das Merkmal HIV können sie gebündelt und dokumentiert werden. Mich haben die Umfrageergebnisse aus anderen Ländern und Kontinenten zum Teil sehr erschreckt.

### **Was genau hat dich so erschreckt?**

Während der Schulung schilderte eine Interviewerin ihre Erschütterung über einen Bericht ihrer Gesprächspartnerin, einer Frau aus Afrika, die selbst gelernt hatte, ihre heftigen Erfahrungen – notgedrungen – lässig zu nehmen. Zumindest hat sie uns das so präsentiert. Aber die Interviewerin war so angerührt, dass sie anfang zu weinen. Da wurde mir plötzlich klar: Ähnliche Gefühle hatte ich nach meinen eigenen Diskriminierungserlebnissen eigentlich hinter mir lassen wollen, aber ich würde sie nicht loswerden. Es war eine sehr wichtige Erfahrung, sich dessen bewusst zu werden und sich dabei in der Gruppe aufgehoben zu fühlen. Ein solcher Moment kann ja auch später in einem Interview entstehen. Unter Umständen muss ich den Menschen, mit dem ich spreche, in einer ähnlich krisenhaften Gesprächssituation auffangen.

### **„positive stimmen“ will Menschen mit HIV ein Forum schaffen. Welche positiven Stimmen werden denn deiner Meinung nach noch nicht ausreichend wahrgenommen?**

Es ist nicht so, dass einzelne Gruppen gänzlich fehlen. Sie sind aber unterschiedlich laut wahrzunehmen. Nur: Bei einer Gesamtheit, die zumindest hierzulande noch immer zu zwei Dritteln aus schwulen, weißen, deutschen Mittelschichtsmännern besteht, werden zum Beispiel einzelne engagierte Frauen mit HIV nicht so stark wahrgenommen. Dazu kommt: Menschen mit Migrationshintergrund oder mit Drogen-erfahrungen haben vielleicht auch ganz andere Prioritäten in ihrem Leben, als dass sie sich immerzu zum Thema HIV lautstark zu Wort melden könnten. Das bedeutet leider, dass sie unter Umständen viel weniger wahrgenommen werden.

## „positive stimmen“: die Umsetzung des PLHIV Stigma Index in Deutschland



### Planung

Über internationale Kontakte drangen nach und nach Informationen über eine weltweite Initiative namens „PLHIV Stigma Index“ auch nach Deutschland durch. 2010 war es dann soweit: Der Fachbereich Leben mit HIV der Deutschen AIDS-Hilfe (DAH) erstellte eine Planung samt Kalkulation, um das Projekt auch in Deutschland umsetzen zu können, und beantragte die Projektkosten erfolgreich bei der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.



### Grundsteinlegung

Knapp ein Jahr später, im August 2011, fiel der Startschuss für „positive stimmen“: Für die Koordination wurde eine Stelle im Umfang von 20 Wochenstunden mit Carolin Vierneisel besetzt.



### Die Fundamente werden gegossen

Im Laufe des Septembers wurden Vertreter\_innen aus Initiativen von Menschen mit HIV für den Projektbeirat gesucht – und mit Sabine Weinmann, Gabriele Trost, Markus Schmidt, Michael Jähme, Christian Longklang, Koki Petrov und Melike auch gefunden. Sie begleiteten „positive stimmen“ über die gesamte Projektlaufzeit und trafen sich insgesamt drei Mal in Berlin, um über strategi-

sche und Umsetzungsfragen zu beraten. Darüber hinaus vertraten sie das Projekt auf Konferenzen und Seminaren, aber auch in der Öffentlichkeit, um die Bekanntheit von „positive stimmen“ zu erhöhen.

Mit der wissenschaftlichen Begleitung wurde ebenfalls im September der Gesundheitswissenschaftler Jochen Drewes vom Arbeitsbereich Public Health der Freien Universität Berlin beauftragt.

Mit Beginn des Projektes wurde auch die Website [www.positive-stimmen.de](http://www.positive-stimmen.de) frei geschaltet. Sie informiert sowohl die breite Öffentlichkeit als auch und vor allem Menschen mit HIV ausführlich über das Projekt und die Themen Stigmatisierung und Diskriminierung. Ein weiteres wichtiges Ziel war, Menschen mit HIV als Interviewer\_innen, Unterstützer\_innen oder interviewte Personen zu gewinnen.

Zur Unterstützung der Öffentlichkeitsarbeit rund um das Projekt kam Carmen Vallero ins Team: Sie „fütterte“ unter anderem mehrmals in der Woche die Facebook-Fanseite von „positive stimmen“ ([facebook.de/positive.stimmen](https://facebook.de/positive.stimmen)) mit Infos rund um Thema und Projekt und führte für den Blog auf [positive-stimmen.de](http://positive-stimmen.de) Interviews mit Projektbeteiligten.



## Der Rohbau wird hochgezogen

Unterdessen wurde am Herzstück des Projekts gearbeitet: Wir suchten regional gut vernetzte Menschen mit HIV, die Lust haben würden, als Interviewer\_innen dabei zu sein! Nach Aufrufen in Positiven-Netzwerken, anderen Initiativen von Menschen mit HIV und Aidshilfen gingen bis Oktober über 40 „Bewerbungen“ aus dem gesamten Bundesgebiet ein. In drei Drei-Tages-Schulungen wurden schließlich 40 Interessierte im Oktober und November 2011 in kleineren Gruppen zu Peer-Forscher\_innen ausgebildet.



### „positive stimmen“ als Projekt der Peer-Forschung

Der englische Begriff peers lässt sich mit „Ebenbürtige“, „Gleichgestellte“ oder Menschen einer „Bezugsgruppe“ übersetzen. Von peer research oder Peer-Forschung wird gesprochen, wenn Menschen, die eine bestimmte Erfahrung sehr gut kennen, andere Menschen, die diese Erfahrung ebenfalls kennen, zu dieser Erfahrung interviewen oder Forschung dazu weitgehend mitgestalten. Beispiele für solche Erfahrungen sind, im Gefängnis gewesen zu sein, Drogen zu gebrauchen oder einer bestimmten Form von Diskriminierung ausgesetzt zu sein; die erforschten Erfahrungen können sich aber auch auf Identitäten (auch zugeschriebene Identitäten) beziehen, beispielsweise die Identität als schwuler Mann, als lesbische Frau, als Trans-Person oder als Migrant\_in.

Während bei der „traditionellen“ Forschung die ausgebildeten Forscher\_innen meist eine große Distanz zu ihrem Thema haben, werden in der Peer-Forschung Menschen, die meist keine Forschungsausbildung oder -erfahrung mitbringen, zu Forscher\_innen ausgebildet und reflektieren ihre Forschungsrolle kontinuierlich, um dem Gebot wissenschaftlicher Objektivität zu folgen. Wichtige Merkmale des Peer-Forschungsansatzes von „positive stimmen“ sind

- a) die Teilnahme und die Einbeziehung jener, über die geforscht wird,
- b) ein aktivismusorientierter Ansatz, der die erhobenen Daten zur Verbesserung der Situation von Forschenden und Beforschten nutzt, und
- c) das „Empowerment“ (die „Bevollmächtigung“) der an der Forschung beteiligten Menschen der Bezugsgruppe, ihre Interessen selbstbestimmt(er) zu vertreten und zu gestalten.



Ein Schwerpunkt der Schulungen war die theoretische und persönliche Auseinandersetzung mit den Themen Diskriminierung und Stigmatisierung. Ko-Trainerin von Carolin Vierneisel war Carla LaGata/Dr. Carsten Balzer, die als Expertin der Peer-Forschung die Potenziale und Fallstricke dieses Ansatzes vermitteln konnte. Vor allen Dingen aber bekamen die Teilnehmer\_innen das Werkzeug an die Hand, um sicher und kompetent Interviews zum Thema Stigmatisierung durchführen zu können, und brachten sich auch selbst aktiv ein, etwa bei den Fragebogeninhalten oder beim Thema Datenschutz.

Unterstützt wurden die Interviewer\_innen durch ein von den Trainerinnen entwickeltes Handbuch und durch ein Onlineforum, über das sich alle Projektbeteiligten bei Bedarf austauschen konnten.



## Dachaufbau und Innenausbau

Nach den Schulungen ging es sofort los: Bereits im Oktober 2011 startete die sechsmonatige Interviewphase, begleitet von einer umfangreichen Informationskampagne: HIV-Schwerpunktpraxen, Ambulanzen, Aidshilfen, Beratungseinrichtungen und Substitutionspraxen wurden angeschrieben und gebeten, in ihrem Umfeld auf die Initiative und die Möglichkeit einer Mitarbeit aufmerksam zu machen. Auch in Zeitschriften und Onlinemedien wurde für das Projekt geworben, und nicht zuletzt aktivierten die Interviewer\_innen ihre Kontakte und warben für eine Teilnahme. Bis Ende März 2012 konnten so sage und schreibe 1.148 Interviews durchgeführt werden – in über 2.000 Stunden Arbeit (die Interviewer\_innen bekamen ein

Honorar von 20 Euro pro durchgeführtem Interview, die Interviewten konnten sich entstandene Kosten in Höhe von fünf Euro erstatten lassen).



## Installationen und Inneneinrichtung

Ab April wurden die Daten von zwei Werkvertragnehmer\_innen in eine Datenmaske eingegeben und in den Monaten Juni bis August von Carolin Vierneisel und Ute Herrmann mit Hilfe der Statistik-Software SPSS ausgewertet.



## Schlüsselübergabe

Am 23. August 2012 war es dann soweit: Im Vorfeld der „Positiven Begegnungen“, der größten Konferenz zum Leben mit HIV in Europa, trafen sich Interviewer\_innen, Mitglieder des Projektbeirats und andere Projektbeteiligte zur projektinternen Abschlussveranstaltung in Wolfsburg, um über die Ergebnisse und mögliche Schlussfolgerungen zu diskutieren (die Auswertung und Darstellung der Ergebnisse wird noch bis 2013 fortgeführt).

Erste Daten waren bereits am 22. August bei der Pressekonferenz zu den Positiven Begegnungen präsentiert worden und wurden auf der Veranstaltung diskutiert. Um am Thema „dranzubleiben“, wurden gleich mehrere Arbeitsgruppen eingerichtet, in denen sich Menschen mit HIV konzeptionell mit Stigmatisierung und Diskriminierung auseinandersetzen wollen.



## Tag der offenen Tür

Um die Ergebnisse von „positive stimmen“ auch in die Fachöffentlichkeit zu tragen, veranstaltet die DAH Ende Oktober 2012 die Fachtagung „Ausgrenzung. Macht. Krankheit“ zu HIV-bezogener Stigmatisierung.



## Ausblick

Die Ergebnisse von „positive stimmen“ werden wir nach und nach öffentlich bekannt machen, um über Schlussfolgerungen zu diskutieren. Ein erster Schritt sind die Empfehlungen des Projektbeirats, die wir auf S. 76 veröffentlichen.

Entscheidend ist, dass Menschen mit HIV in Arbeitsgruppen, bei Positiventreffen, in Netzwerken, in den Sozialen Medien und in sonstigen Räumen darüber sprechen, welche Initiativen angesichts der Erfahrungen und Ergebnisse des Projekts sinnvoll und nötig sind.

Wichtige Akteur\_innen können hier die Interviewer\_innen sein, von denen einige nach Abschluss der Interviewphase schon selbst aktiv geworden sind, etwa mit öffentlichkeitswirksamen Themenwanderungen, selbst verfassten Broschüren oder selbst organisierten Seminaren zur Auseinandersetzung mit eigenen stigmatisierenden Bildern. Nicht zuletzt haben sich zwei Interviewer\_innen entschieden, 2012 bei der Welt-Aids-Tags-Kampagne „positiv zusammen leben“ ([www.welt-aids-tag.de](http://www.welt-aids-tag.de)) als Botschafter\_innen zu einem realistischen Bild des Lebens mit HIV beizutragen.

Weitergeführt werden muss die Debatte aber auch in der Fachöffentlichkeit – auf Tagungen und Konzepttreffen, in Fachgesellschaften und Fachkreisen – und auf der politischen Ebene.

Die Deutsche AIDS-Hilfe schließlich wird ihre Anti-Diskriminierungs-Aktivitäten ausbauen, die Vernetzung forcieren und verstärkt mit relevanten Akteur\_innen im Bereich Arbeit/Beschäftigung und Gesundheit zusammenarbeiten (Jobcenter/Arbeitsagenturen, Gewerkschaften, Arbeitgeber- und Ärzteverbände, Ausbildungseinrichtungen usw.).

## „Wir verändern die Welt – nicht nur in Haft!“



FOTO: MARTINA TAYLOR/PIXELIO.DE

**Hildegard Welbers** und **Manfred Müller** arbeiten ehrenamtlich für die Aidshilfe. Hildegard betreut u. a. Menschen mit HIV in der Justizvollzugsanstalt. Im Projekt „positive stimmen“ sind beide als Interviewerin bzw. Interviewer dabei. Im Rahmen dieser Aufgabe führten sie Gespräche zu HIV-bezogener Stigmatisierung und Diskriminierung mit Menschen hinter Gittern. Carmen Vallero sprach mit ihnen über ihre Erfahrungen in dieser besonderen Interviewsituation.

**Ihr habt ja beide Interviews zu „positive stimmen“ geführt, auch innerhalb des Gefängnisses. Wie kam es zu diesen Kontakten?**

*Hildegard:* Ich bin ja öfter in der JVA, da ich dort die Insassen vonseiten der Aidshilfe betreue, und ich habe Klienten dort auf das Projekt angesprochen. Einige haben sofort Interesse gehabt.

*Manfred:* Ich war vorher noch nie in einem Knast. Ich habe die Anfrage über eine hauptamtliche Mitarbeiterin der Aidshilfe erhalten. Ich finde das Projekt sehr wichtig und mir gefällt, dass auch Menschen hinter Gittern erreicht werden, daher war das auch für mich ein wenig spannend. Vor meinem Besuch dort musste ich den Fragebogen der Gefängnisleitung geben, damit sie einen Blick darauf werfen konnte und wusste, worum es geht. Dann bin ich mit der Mitarbeiterin der lokalen Aidshilfe dort hingegangen. Ich musste durch die ganzen Kontrollen, also auch alle Taschen ausleeren, und nach einer kurzen Vorstellung bin ich mit dem Klienten in einem abgeschlossenen Raum allein geblieben. Alle waren sehr nett, aber ehrlich gesagt, ein bisschen Angst hatte ich schon.

**Wovor hast du dich denn gefürchtet?**

*Manfred:* Nun, es ist ein himmelweiter Unterschied zu einem Interview im Café. Ich hatte mir am Anfang da schon ein paar Gedanken gemacht und die Vorstellung, meinen Personalausweis abgeben zu müssen und dann wird hinter mir abgeschlossen, hat mir gar nicht gefallen. Sonst ist mir der Kontext und der Alltag der Interviewpartner\_innen halt auch vertrauter. Hier empfand ich das Setting also erst mal als unangenehm. Das ist aber schnell verflogen, ich habe mich dann genauso wohl und sicher in der Situation und in der Durchführung gefühlt wie an jedem anderen Ort.

**Würdet ihr denn sagen, dass die Anforderungen an euch als Interviewer\_in im Knast andere sind?**

*Hildegard:* Ja, man muss sehr aufmerksam sein und sich sehr zurücknehmen. Es ist schwerer, das Gegenüber einzuschätzen. Ich empfinde die Situation als sehr viel sensibler.

**Manfred:** Einer meiner Interviewpartner sagte, dass er auch schon einmal zugeschlagen, also Gewalt angewendet hat, wenn er diskriminiert wurde. Das hat mich erst mal erschreckt. Beim Reden miteinander hat sich das aber schnell gelöst und ich konnte mich im Gespräch zurückhalten, schließlich bin ich da ja nicht als Berater. Hier muss man einfach aufpassen, in der Rolle zu bleiben. Besonders gut war, dass ein Austausch stattfand; mein Gesprächspartner hat mich gefragt, wie ich lebe, wie lange ich positiv bin, und es ist uns nach meiner Auffassung gut gelungen, unterschiedliche Meinungen zu akzeptieren.

**Sind eure Gesprächspartner in der JVA als positiv geoutet? Welche Stigmatisierungserfahrungen können daraus entstehen – sind dies andere als in Freiheit?**

**Hildegard:** Meine Klienten leben offen mit HIV, die Bediensteten und die Mithäftlinge wissen von der Infektion. Das war am Anfang wohl sehr schwer, aber nachdem die Aidshilfe eingebunden wurde und Informationsveranstaltungen gemacht hat, läuft es viel besser. Ich habe überhaupt den Eindruck, dass vonseiten der Anstaltsleitung mittlerweile sehr viel aufmerksamer z. B. mit schwulenfeindlichen Sprüchen umgegangen wird; das wird nicht toleriert und die Beamten sind da ziemlich hinterher. Die Leitung soll sofort informiert werden, man will verhindern, dass es zu schlimmen Stigmatisierungen und Übergriffen kommt.

**Manfred:** Auch meine Gesprächspartner sind als positiv geoutet. Diese Inhaftierten haben es nach meinem Eindruck schwer, weil die JVA-Mitarbeiter oft nicht genug wissen über die Infektion. Da gibt es immer noch Bedienstete, die an eine Übertragung durch die Luft oder durch Händedruck denken. Das führt dazu, dass die HIV-positiven Häftlinge bestimmte Arbeiten nicht machen können, weil dort ein Risiko vermutet wird, was gar nicht besteht. Bei Auseinandersetzungen, die in eine Schlägerei münden, werden die Insassen mit HIV „verschont“, weil die Mithäftlinge Angst haben, sich zu infizieren. Oft werden sie daher eher verbal angegriffen, handgreifliche Auseinandersetzungen mit Positi-

ven sind selten – so wurde mir das zumindest berichtet. Wer dagegen seine Infektion geheim hält, wird insofern auch nicht stigmatisiert. Ich fand einfach, dass es da so ein Dauerkribbeln gibt, es ist nicht nur die direkte Diskriminierung, im Knast muss man viel mehr um seine Rechte kämpfen, die medizinische Versorgung ist anders, man kann nicht einfach den Arzt wechseln, alles ist viel schwieriger und aufwendiger. Diese Probleme nehmen daher einen großen Raum ein.

*Hildegard:* Ja, die medizinische Information und Versorgung ist oft ein Thema. Es besteht große Sorge, dass die Medikamente, die draußen zur Verfügung stehen, im Knast nicht ankommen. Da ist viel Angst, dass man vergessen wird oder dass einem etwas vorenthalten wird. Es gibt Klienten, die hartnäckig sind, immer wieder Anträge schreiben und auf ihre Rechte pochen. Hier gibt es dann auch Bedienstete, die sie ein bisschen schmoren lassen. Das sind Erfahrungen, die draußen weniger gemacht werden. Hinter den Mauern muss alles vehement verfolgt werden, da fühlen sich Menschen mit HIV oft benachteiligt und stigmatisiert.

**„positive stimmen“ ist ja nicht nur eine Datenerhebung, sondern soll auch die Vernetzung untereinander anregen. Ist dies in Haft überhaupt möglich?**

*Hildegard:* Dazu kann ich erzählen, dass einer meiner Klienten Kontakt zur Aidshilfe aufgenommen hat, weil er gern ein positives Netzwerk finden möchte, um sich mit anderen auszutauschen. Leider ist der Besuch einer Gruppe draußen nicht so einfach, wir versuchen das aber zu organisieren. Meine Interviewpartner im Knast sind in verschiedenen Abteilungen und ich glaube nicht, dass sie voneinander wissen.

*Manfred:* Wirklich vernetzen können sich die Häftlinge nicht. Meine Interviewpartner wissen alle von den jeweils anderen über die Beteiligung am Projekt „positive stimmen“. Ich glaube aber, dass diese Kontakte zueinander bereits vorher bestanden, man trifft sich ja auch auf den Informationsveranstaltungen z.B. der Aidshilfe und kommt da miteinander ins Gespräch.

**Welche Veränderungen wünschen sich Menschen mit HIV in Haft, was sind ihre Forderungen?**

*Hildegard:* In jedem Fall möchten sie sicher sein, dass sie gleichgestellt sind, was die medizinische Versorgung angeht. Sie möchten, dass man sich hier mehr um sie kümmert, sie ernst nimmt und sie nicht mehr so viel kämpfen müssen.

**„positive stimmen“ bringt Menschen mit HIV miteinander ins Gespräch. Wie war die Erfahrung hinter den Mauern für euch und mit welchem Eindruck seid ihr wieder rausgegangen?**

*Manfred:* Ich hatte den Eindruck, dass mein Gesprächspartner es gut fand, dass jemand da war, der zuhört – und das war auch für mich ein tolles Gefühl. Die Ebene, also dass wir auf Augenhöhe miteinander sprechen können, trotz unserer Unterschiedlichkeit, das hat uns glaube ich beide ziemlich beeindruckt.

*Hildegard:* Ich finde auch, bei diesem Projekt passiert viel allein dadurch, dass man sich Zeit für die Gespräche nimmt. Dass überhaupt jemand etwas über die Häftlinge wissen möchte, dass sie gefragt werden, weil sie als „wichtig genug“ erachtet werden, dass ihre Meinung zählt und sie auch gehört werden, dafür ist viel Dankbarkeit spürbar. Und vielleicht kann auch einfach nur durch Zuhören viel von der Angst abgebaut werden. Und damit verändern wir die Welt – nicht nur in Haft!



## „Eine Chance, die eigene Situation zu reflektieren“



Foto: DAH

**Manni (55)** aus Köln ist seit 2003 HIV-positiv. Seit zwei Jahren pensioniert, genießt er das arbeitsfreie Leben zwischen Köln, seinem Wohnsitz, und Berlin, wo sein Freund lebt. Seine HIV-Infektion ist für ihn ein Thema, das er nicht mit Diskriminierung in Verbindung bringt – bisher hat er diesbezüglich keinerlei schlechte Erfahrungen gemacht. Dennoch entschloss er sich zur Teilnahme an einem Interview bei „positive stimmen“. Carmen Vallero befragte ihn zu seinen Erfahrungen.

**Manni, wie hast du denn von „positive stimmen“ erfahren und warum hast du dich entschlossen, dich interviewen zu lassen?**

**Manni:** Mich hat ein Freund darauf hingewiesen und ich fand das Projekt ganz spannend – nicht zuletzt, da es ja auch international durchgeführt wird. Dann ging alles schnell und unkompliziert: Ich habe den Interview-

wer angerufen, der das in meinem Umkreis macht, und wir haben uns getroffen. Ehrlich gesagt habe ich mir vorher keine Gedanken gemacht, wie das wohl sein wird, welche Fragen gestellt werden, ich war völlig unvoreingenommen. Es war dann ein sehr angenehmes Gespräch.

### **... nur angenehm oder doch ein bisschen mehr?**

Ja, da ist schon noch mehr passiert. Allein dreht man sich ja eher im Kreis mit seinen Gedanken. Und hier fand gleichzeitig ein Austausch statt. Es macht einen großen Unterschied, mit einem Menschen in der gleichen Situation – zumindest was das Virus angeht – zu sprechen. Man bekommt ein direktes Feedback und das ist auch ein Anstoß, mal in eine andere Richtung zu denken als bisher.

### **Was meinst du damit?**

Stigmatisierung oder Diskriminierung habe ich im Zusammenhang mit HIV nie erlebt – und ich finde es wichtig, dass diese guten Erfahrungen bei „positive stimmen“ ebenso vertreten sind. Ich bin sowohl mit meiner Homosexualität als auch mit der Infektion im Freundeskreis immer offen umgegangen. Meiner Familie gegenüber musste ich mich nicht „offiziell“ als schwul outen, das haben die schon von allein gemerkt. Über meine HIV-Infektion habe ich mit ihnen nicht gesprochen, obwohl ich nicht befürchte, dass das irgendwie problematisch sein könnte. An meinem Arbeitsplatz wusste niemand, außer der für uns dort zuständige Arzt, dass ich schwul und HIV-positiv bin. Ich habe in einer Institution der Bundesregierung gearbeitet, das ist ein sehr konservatives Umfeld. Ich habe mich darin gut eingerichtet, konnte auch ziemlich gut schauspielern. Es war okay so, aber es war ein Doppelleben, auf Dauer ist das anstrengend. Heute fühle ich mich viel freier. Das ist auch genau der Punkt, bei dem ich bei dem Stichwort „Selbststigma“ im Interview noch einmal ins Nachdenken gekommen bin. Ich habe mich gefragt, ob ich mich aus Gründen der verinnerlichten Stigmatisierung gescheut habe, mich im Job als schwul zu outen – oder ob ich einfach keine blöden Fragen und meine Ruhe wollte.

### **Was bedeutet denn für dich „verinnerlichte Stigmatisierung“?**

Nun, ich glaube, dass das im Alltag von jedem anders erlebt wird. Ist es schon Selbststigma, wenn ich mich aus der Furcht vor Ablehnung nicht traue, mit meinem Freund Hand in Hand zu gehen, oder bin ich einfach nur zu feige? Ich kann das nicht eindeutig beantworten. Jeder Einzelne macht eigene Erfahrungen mit von außen erlebter Stigmatisierung und der eigenen Stigmatisierung. Jeder Fragebogen von „positive stimmen“ enthält daher eine individuelle Geschichte, die sich mit keiner anderen gleichen wird.

### **Wie sind deine Wünsche an die Zukunft der Menschen, die in Deutschland mit HIV leben?**

Ich möchte es mal mit einer anderen Krankheit vergleichen: Wer Diabetes hat, muss daraus kein Geheimnis machen, es wird von allen akzeptiert. Es wäre schön, wenn das auch mit HIV ginge. Ich glaube aber, dass die Gesellschaft dafür noch nicht bereit ist. Klar, es gibt heute Leute, die ihre Infektion öffentlich machen, sie sind auf Großflächenplakaten zu sehen, sie trauen sich das und ich bewundere das. Ich wünsche mir, dass es für alle möglich ist, z. B. am Arbeitsplatz von HIV zu sprechen – auch wenn ich aus meiner eigenen Erfahrung glaube, dass dies nicht in jedem Umfeld möglich sein wird.

### **Und welche Rolle kann aus deiner Sicht „positive stimmen“ auf diesem Weg einnehmen?**

„positive stimmen“ ist sicher auch ein Schritt auf dem Weg zu mehr Offenheit im Umgang mit HIV. Ich denke, dass die Auswertung des Projekts ein Stimmungsbild ergibt, und dies sollte der Politik zugänglich gemacht werden. Auch die Aidshilfen müssen sich die Ergebnisse gut anschauen und prüfen, ob ihr Auftrag, den sie vor 25 Jahren übernommen haben, heute noch derselbe ist. Für Menschen mit HIV ist das Projekt vor allem eine Chance, ihre Situation zu reflektieren, und das finde ich einfach sehr gut.

## Die Ergebnisse der statistischen

## Auswertung von „positive stimmen“

Innerhalb von rund sechs Monaten haben 40 Interviewer\_innen in über 2.000 Stunden<sup>1</sup> 1.148 Menschen mit HIV aus dem gesamten Bundesgebiet gefragt, wie sie Stigmatisierung und Diskriminierung erleben. Damit wurden insgesamt rund 1,6% der in Deutschland lebenden HIV-Positiven erreicht.<sup>2</sup> Die Interviews wurden anhand eines auf internationaler Ebene entwickelten standardisierten Fragebogens geführt. Einige wenige Fragen waren offen zu beantworten, bei den anderen gab es vorgegebene Antwortmöglichkeiten. Um vergleichbare Daten zu bekommen, wurden (sofern nicht anders angegeben) Erfahrungen aus den zurückliegenden 12 Monaten erfragt.

In dieser Broschüre präsentieren wir ausgewählte Ergebnisse der statistischen Auswertung, gegliedert nach folgenden Schwerpunkten:

- 1. Die Interviewten (Soziodemografie)**
- 2. Soziales Umfeld**
- 3. Gesundheitswesen**
- 4. Arbeit und Beschäftigung**
- 5. Sexualität**
- 6. Offener Umgang mit dem HIV-Status**
- 7. Verinnerlichung von Stigmatisierung**
- 8. Rechte, Gesetze, Leitlinien**
- 9. Veränderungen bewirken.**

Abgeschlossen wird die Darstellung durch eine Einordnung der Ergebnisse.

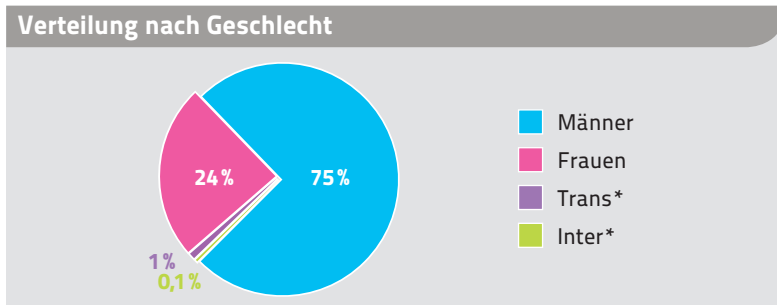
<sup>1</sup> Quelle: Befragung der Interviewer\_innen im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitforschung

<sup>2</sup> Laut Robert Koch-Institut lebten Ende 2011 rund 73.000 Menschen mit HIV in Deutschland: [http://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/H/HIVAIDS/Epidemiologie/Daten\\_und\\_Berichte/EckdatenDeutschland.pdf?\\_blob=publicationFile](http://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/H/HIVAIDS/Epidemiologie/Daten_und_Berichte/EckdatenDeutschland.pdf?_blob=publicationFile)

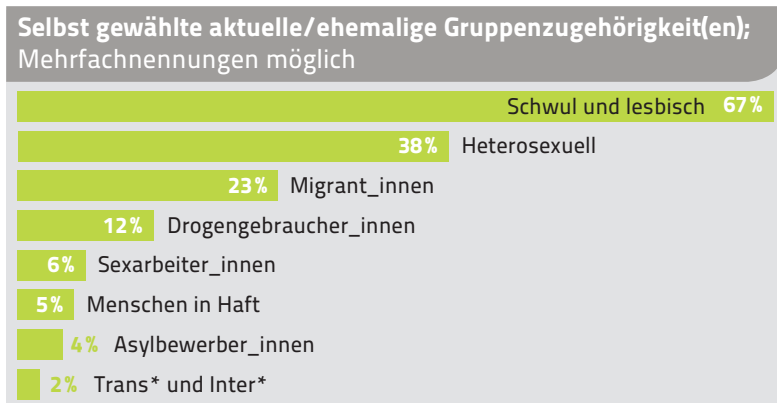
Eine ausführliche Ausarbeitung soll 2013 als Online-Veröffentlichung erscheinen – dann lässt sich auch einschätzen, ob und wie das Teilziel Mobilisierung von Menschen mit HIV erreicht wurde.

## 1. Die Interviewten (Soziodemografie)

75 % der Befragten sind Männer, 24 % Frauen, ca. 1 % Trans\*- und Inter\*-Menschen.



Die Interviewten ordnen sich selbst folgenden Gruppen zu, wobei es sich sowohl um eine aktuelle als auch um eine ehemalige Zugehörigkeit handeln kann:



Die Gruppe der schwulen und lesbischen Befragten (67%) setzt sich dabei vorwiegend aus schwulen Männern zusammen (n = 694). Lediglich 31 Frauen sowie acht Trans\*- und Inter\*-Personen ordnen sich auch dieser Kategorie zu.

Trans\*-Personen sind Menschen, die eine andere geschlechtliche Identität besitzen oder ausleben/darstellen als jene, die ihnen bei der Geburt zugewiesen wurde – auch solche, die sich aus innerem Zwang, einer Vorliebe folgend oder frei gewählt mithilfe von Sprache, Kleidung, Accessoires, Kosmetik oder körperlichen Modifikationen in einer anderen Weise präsentieren, als es den Erwartungen an die ihnen bei Geburt zugewiesene Geschlechterrolle entspräche. Dies sind – unter vielen anderen – Transsexuelle und Transgender, Transvestiten, Cross-Dresser, geschlechtslose, mehrgeschlechtliche und genderqueere Menschen.

Inter\*-Personen können genetisch (aufgrund der Geschlechtschromosomen) und/oder anatomisch (aufgrund der Geschlechtsorgane) und hormonell (aufgrund des Mengenverhältnisses der Geschlechtshormone) nicht eindeutig dem weiblichen oder männlichen Geschlecht zugeordnet werden.

38% der Befragung kreuzen die Kategorie „heterosexuell“ an. Für die Auswertung wurden allerdings nur diejenigen dieser Gruppe zugeordnet, die nicht zusätzlich auch „schwul oder lesbisch“ angekreuzt haben, da davon auszugehen ist, dass sich die Angabe „heterosexuell“ in diesem Fall auf die Vergangenheit bezieht. Der sich so ergebende Anteil von 33% heterosexuellen Befragten bekommt noch klarere Umrisse, wenn man die Überschneidungen in den Gruppenzugehörigkeiten betrachtet: Der überwiegende Teil ist weiblich (61%), 28% geben einen Migrations- und 25% einen Drogenhintergrund an.

Zur Bildung der Kategorie „Migrationshintergrund“ (insgesamt 23% der Befragten) wurden neben der selbst gewählten Gruppen-

zugehörigkeit die Angaben zum Aufenthaltsstatus, zur Herkunft aus einem Land mit weiter HIV-Verbreitung und zur Staatsangehörigkeit hinzugenommen. Befragte aus der Gruppe der Migrant\_innen zählen sich häufiger zur Gruppe der Sexarbeiter\_innen (11%) als Befragte ohne Migrationshintergrund. Bei den befragten Männern mit Migrationshintergrund ist der Anteil derer, die sich selbst als „schwul“ bezeichnen (69%), niedriger als bei den Befragten ohne Migrationshintergrund.

In der Gruppe der ehemals oder aktuell Drogen Gebrauchenden (12% aller Befragten) ist der Anteil der Frauen mit 53% überproportional hoch. Auch Sexarbeiter\_innen sind mit 24% in dieser Gruppe stark vertreten. Der Anteil der Migranten bei den Männern mit Drogenhintergrund ist mit 33% relativ hoch, während Frauen mit Migrationshintergrund nur 15% der aktuell oder ehemals Drogen gebrauchenden Frauen ausmachen. 28% der Männer und 19% der Frauen mit Drogenhintergrund ordnen sich außerdem der Gruppe der schwulen oder lesbischen Menschen zu.

Was das Alter angeht, so stellen die 30–49-Jährigen mit 58% die größte Gruppe der Befragten dar, gefolgt von den über-50-Jährigen (27%) und den unter-29-Jährigen (15%). Bei den Frauen ist der Anteil der Befragten in der mittleren Alterskategorie besonders hoch (62%).

44% der Frauen geben an, 15 Jahre und länger infiziert zu sein – dieser Anteil ist deutlich höher als bei den Männern. Bei den Männern sind 29% seit maximal vier Jahren infiziert. Insgesamt gesehen ist der Anteil der Befragten am größten (41%), die 5–14 Jahre mit HIV leben.

Das Bildungsniveau der Gesamtgruppe ist relativ hoch, wobei Männer häufiger ein hohes Bildungsniveau angeben als Frauen (Männer: 52%, Frauen: 44%). Nichtsdestotrotz sind viele Befragte erwerbslos oder in Teilzeit beschäftigt (Frauen: 81%, Männer: 59%). 27% der Männer und 34% der Frauen leben in einem Haushalt mit einem Einkommen von weniger als 1.000 Euro und lediglich 35% der Männer und 26% der Frauen in einem Haushalt mit einem Einkommen von über 2.000 Euro im Monat.

## 2. Soziales Umfeld<sup>3</sup>

13% der Befragten berichten, in den zwölf Monaten vor der Befragung mindestens einmal von einer gesellschaftlichen Zusammenkunft wie Vereinsaktivitäten oder Feierlichkeiten ausgeschlossen worden zu sein, 6% führen dies direkt auf ihre HIV-Infektion zurück. Ähnliches zeigt sich bei familiären Aktivitäten: 13% aller Befragten berichten von einem Ausschluss, 7% erlebten ihn aufgrund ihrer HIV-Infektion.

Auf die Frage, ob andere hinter ihrem Rücken über sie getratscht hätten, antwortet über die Hälfte der Interviewten (55%) mit Ja, 31% führen dies direkt auf ihren HIV-Status zurück.

29% der Befragten geben an, in den zwölf Monaten vor der Befragung verbal beleidigt worden zu sein, 14% sagen, dies sei in Verbindung mit ihrer HIV-Infektion geschehen. Körperlich bedroht wurden insgesamt 11% der Befragten, 5% geben die HIV-Infektion als Grund dafür an. Tatsächlich körperlich angegriffen wurden 8% aller Befragten, 3% sehen hier einen direkten Zusammenhang mit ihrer HIV-Infektion.

Haben Sie in den letzten 12 Monaten diese Erfahrung gemacht? Und wenn ja, war dies aufgrund Ihrer HIV-Infektion?		
Ausgrenzungserfahrung	Ja	Gesamt wegen HIV
Ausschluss Zusammenkünfte	13%	6%
Ausschluss Familie	13%	7%
Tratschen	55%	31%
Verbale Beleidigung	29%	14%
Körperliche Bedrohung	11%	5%
Tätlicher Angriff	8%	3%
Keine dieser Erfahrungen	39%	

<sup>3</sup> Zur Methodik: Bei den Fragen zu Stigmatisierungs- und Diskriminierungserfahrungen im sozialen Umfeld wurde zunächst jeweils nach negativen Erfahrungen allgemein gefragt. Wurde eine solche Erfahrung angegeben, wurde in einem nächsten Schritt erfragt, ob diese Erfahrung eindeutig auf den HIV-Status zurückzuführen war.



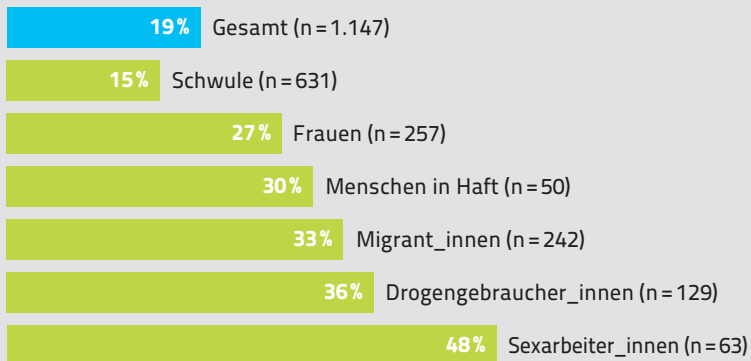
Wird die negative Erfahrung nicht direkt auf den HIV-Status zurückgeführt, geben 41 % als Grund ihre sexuelle Orientierung an, 11 % ihren Migrationshintergrund, 10% ihren Drogenhintergrund und 3 % die Sexarbeit; weitere 34% sehen andere Gründe.

Weibliche Befragte sind deutlich häufiger von verbalen Beleidigungen und körperlichen Bedrohungen betroffen als männliche, bei den tatsächlichen Übergriffen sind jedoch keine Geschlechtsunterschiede festzustellen. Hier deuten die Daten darauf hin, dass Männer häufig im Zusammenhang mit ihrer homosexuellen Orientierung körperlich angegriffen werden.

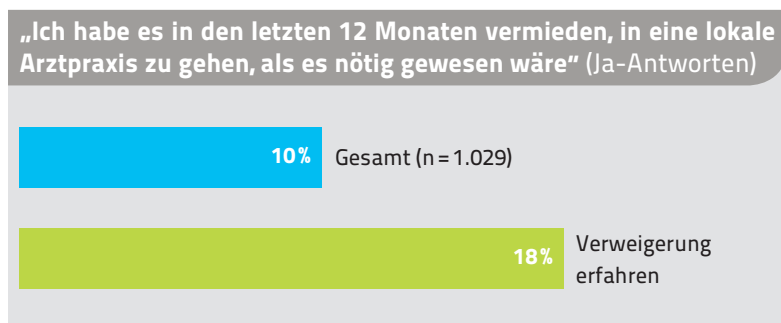
### 3. Erfahrungen im Gesundheitswesen

19% der Befragten geben an, im Jahr vor der Befragungen sei ihnen eine Gesundheitsdienstleistung wie zum Beispiel eine Zahnbehandlung verweigert worden, wobei sich die Erfahrungen je nach Gruppenzugehörigkeit (Frauen, Menschen mit Drogenhintergrund, Sexarbeiter\_innen usw.) stark unterscheiden (siehe unten).

**Wurden Ihnen in den letzten 12 Monaten aufgrund Ihres HIV-Status Gesundheitsdienste einschließlich Zahnbehandlungen verweigert? (Ja-Antworten)**



Die Frage, ob sie in den zwölf Monaten der Befragten mindestens einmal auf einen eigentlich nötigen Arztbesuch verzichtet hätten, bejahen 10% der Befragten; in der Gruppe derjenigen, denen im gleichen Zeitraum eine Behandlung verweigert wurde, liegt dieser Anteil bei 18% (siehe unten).



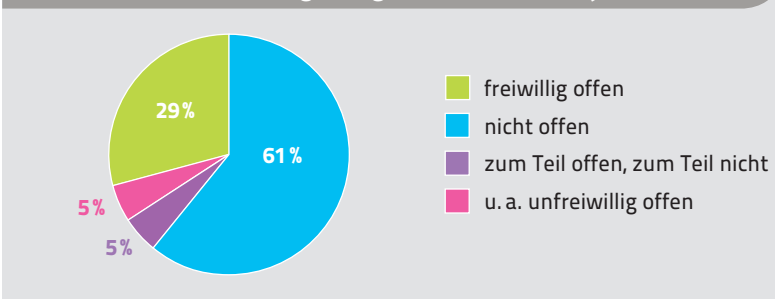
Nur 37% der Befragten sind sich sicher, dass die medizinischen Unterlagen über ihre HIV-Infektion völlig vertraulich gehandhabt werden; 49% sind sich nicht sicher, 13% halten es für offensichtlich, dass eine vertrauliche Handhabung nicht gewährleistet ist.

Bei der Frage nach dem HIV-Test zeigt sich folgendes Bild: 20% geben an, ohne ihr Wissen, unter Druck oder sogar unter Zwang auf HIV getestet worden zu sein (16% der Menschen, die seit bis zu vier Jahren positiv sind, 25% der Befragten, die seit über 15 Jahren positiv sind, 27% der Frauen, 30% der Migrant\_innen, 33% der Drogengebraucher\_innen und 39% der Befragten ohne Schulabschluss; innerhalb der Kategorie „unwissentlich/unter Druck/unter Zwang“ ist dabei der Anteil der unwissentlich Getesteten jeweils am größten).

## 4. Arbeit und Beschäftigung

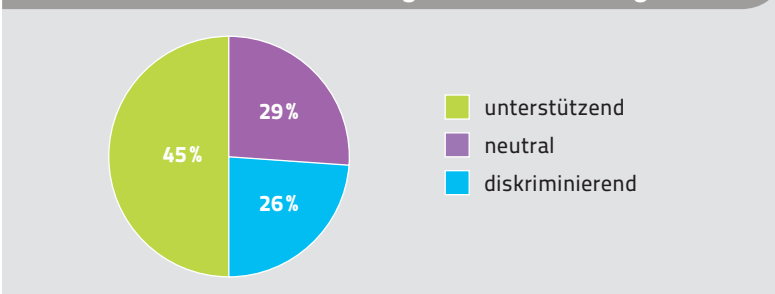
54% der Befragten sind in Voll- oder Teilzeit beschäftigt. 29% von ihnen gehen nach eigener Angabe gegenüber dem Arbeitgeber offen mit dem HIV-Status um, 61% tun das nicht, 5% gehen teils offen mit ihrem Status um, teils nicht. Weitere 5% geben an, zum Teil gegen ihren Willen geoutet worden zu sein („u.a. unfreiwillig offen“).

Sind Sie vor Ihrem Arbeitgeber geoutet, und wenn ja, wie?



45% derjenigen, die am Arbeitsplatz offen mit ihrer HIV-Infektion umgehen, berichten von einer unterstützenden Reaktion des Arbeitgebers, 29% von einer neutralen und 26% von einer diskriminierenden Reaktion.

Wie war die Reaktion Ihres Arbeitgebers auf Ihr Outing? (n = 287)



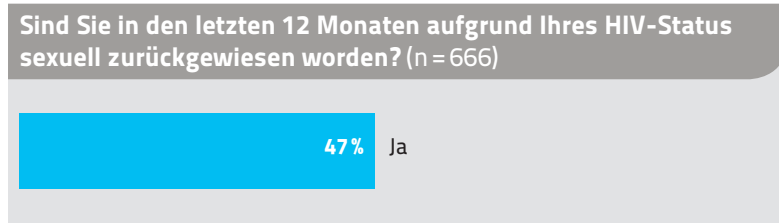
Von denjenigen, die im Jahr vor der Befragung ihren Job verloren haben und dies auf ihre HIV-Infektion zurückführen, geben mehr Interviewte HIV-bezogene Diskriminierung als Grund für die Kündigung an als einen HIV-bezogenen schlechten Gesundheitszustand.

Zusammenhang zwischen der HIV-Infektion und Kündigung	
Diskriminierung durch Arbeitgeber_in	46%
Kombination aus Diskriminierung und Gesundheitszustand	38%
Schlechter Gesundheitszustand	13%
Anderer Zusammenhang mit HIV	4%

Frage: Wenn der HIV-Status der Grund war: Wie steht aus Ihrer Sicht Ihre HIV-Infektion damit in Zusammenhang? (n = 24)

## 5. Sexualität

Fast die Hälfte der Interviewten hat im Jahr vor der Befragung sexuelle Zurückweisung aufgrund des HIV-Status erlebt<sup>4</sup>; Geschlechtsunterschiede zeigen sich hier keine. Besonders hoch ist der Anteil derer, die zurückgewiesen werden, unter den 16-29-Jährigen (57%), den Migrant\_innen (57%) sowie den Drogengebraucher\_innen und Sexarbeiter\_innen (jeweils 56%).



<sup>4</sup> Hier wurden nur diejenigen eingerechnet, die nach eigenen Angaben sexuell aktiv sind.

20% aller Befragten geben an, im letzten Jahr mindestens einmal aufgrund der HIV-Infektion auf Sex verzichtet zu haben. Höher ist dieser Anteil bei Männern unter 26 Jahren (28%), Frauen über 50 (29%) und Männern mit Drogenhintergrund (32%).

Haben Sie sich in den letzten 12 Monaten aufgrund Ihrer HIV-Infektion einmal entschieden, keinen Sex zu haben? (n = 1.068)

Ja 20%

Nein 80%

## 6. Offener Umgang mit dem HIV-Status

84% der Befragten geben an, gegenüber ihren Partner\_innen komplett und freiwillig offen mit ihrem HIV-Status umzugehen. Bei den weiblichen Befragten liegt dieser Anteil bei 80%, bei den Männern unter 26 bei 73%, bei Migrant\_innen bei 72%, bei Menschen mit Drogenhintergrund bei 71% und bei Sexarbeiter\_innen bei 53%.

Wem gegenüber sind Sie komplett offen und freiwillig als positiv geoutet?

Partner\_innen 84%

Freund\_innen 64%

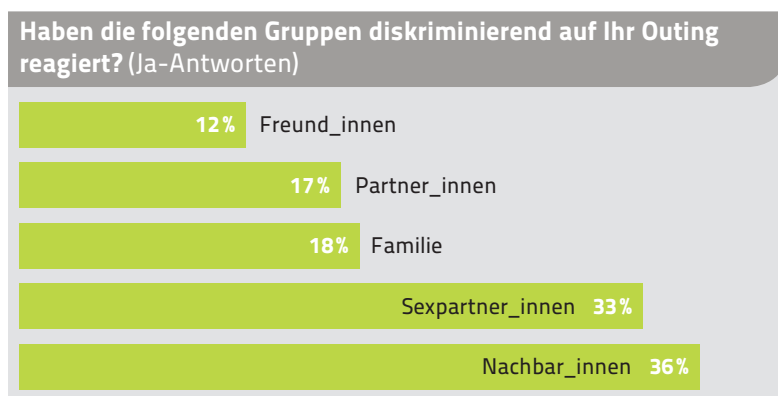
Familie 56%

Sexpartner\_innen 52%

13% Nachbar\_innen

Freund\_innen gegenüber sind 64% komplett und freiwillig offen, der Familie gegenüber 56%, Sexpartner\_innen gegenüber 52% und Nachbar\_innen gegenüber nur 13%.

Diskriminierende Reaktionen von ihren Partner\_innen haben 17% erlebt, von Freund\_innen 12%, von der Familie 18%, von Sexpartner\_innen 33% und von Nachbar\_innen 36%.

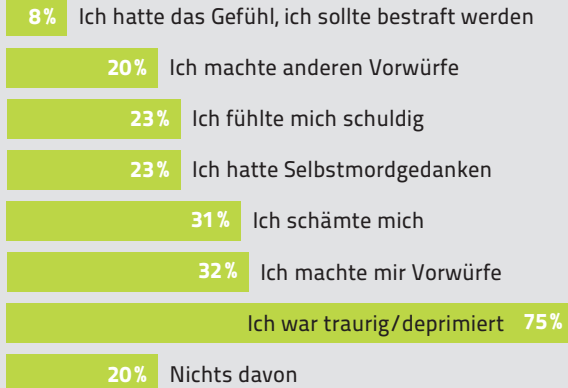


19% geben an, dass sie die Offenlegung ihres Status immer als stärkend erlebt haben, bei 31% war das oft der Fall, bei 36% manchmal und bei 14% nie.

## 7. Verinnerlichung von Stigmatisierung

42% aller Befragten hatten zu mindestens einem Zeitpunkt im Jahr vor der Befragung ein niedriges Selbstwertgefühl aufgrund ihrer HIV-Infektion. 75% geben an, sie seien wegen der Infektion traurig und deprimiert gewesen, 32% machten sich Vorwürfe, 23% hatten Schuldgefühle, 8% stimmten der Aussage zu „Ich hatte das Gefühl, ich sollte bestraft werden“. Lediglich 20% geben an, dass sie in den letzten 12 Monaten keine negativen Gefühle im Zusammenhang mit ihrer HIV-Infektion erlebten.

### Hatten Sie in den letzten 12 Monaten eines dieser Gefühle? (Ja-Antworten)



## 8. Rechte, Gesetze, Leitlinien

16% der Interviewten berichteten, dass ihnen im Jahr vor der Befragung eine Versicherung verweigert wurde. 13% wollten in ein Land reisen, das Menschen mit HIV die Einreise verweigert (gefragt wurde nach der Reiseabsicht, nicht nach einer tatsächlichen Einreiseverweigerung).

Einschränkung aufgrund von HIV	Ja
Versicherung verweigert	16%
Einreise nicht möglich	13%
Offenlegung wegen Aufenthalt	5%
Isolation, Absonderung, Quarantäne	3%
Festnahme/Anklage	2%
Anderes	5%
Keines	68%

Frage: Haben Sie in den letzten 12 Monaten aufgrund Ihres HIV-Status eine der folgenden Situationen erlebt?

Für einen Aufenthaltstitel oder die Beantragung einer Staatsangehörigkeit mussten 5 % der Befragten ihren HIV-Status offenlegen (hierbei handelt es sich fast ausschließlich um Menschen mit Migrationshintergrund).

3 % der Befragten geben an, dass sie isoliert, abgesondert oder in Quarantäne genommen wurden, 2 % berichten über Festnahmen und Anklagen im Zusammenhang mit der HIV-Infektion, darunter vor allem Drogengebraucher\_innen.

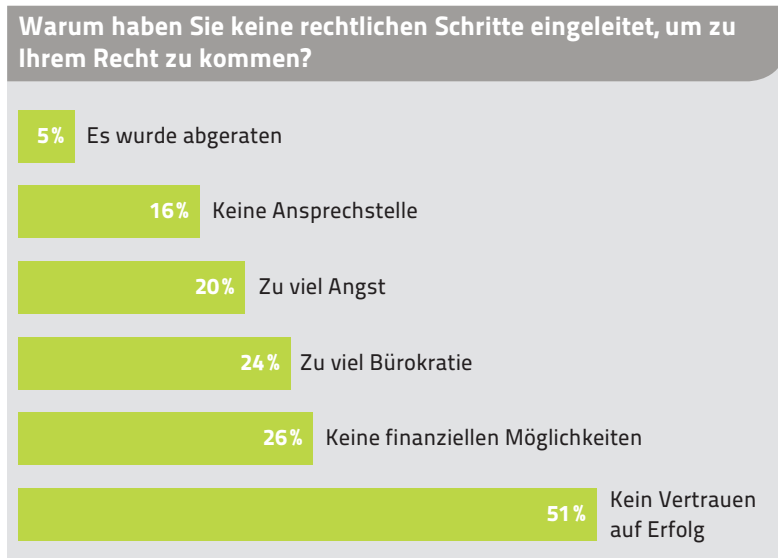
## 9. Veränderungen bewirken

51 % der 1.148 Interviewten geben an, sich im Jahr vor der Befragung im HIV-Bereich engagiert zu haben; der Großteil als Mitglied einer Selbsthilfe-Initiative oder eines Netzwerks von Menschen mit HIV (45 %). 26 % waren im angegebenen Zeitraum in einem Programm engagiert, 9 % haben sich an einer Petition oder der Entwicklung von Leitlinien beteiligt. Von den nicht im HIV-Bereich aktiven Befragten zeigen sich 35 % an einem zukünftigen Engagement interessiert.

Anteil der in HIV-Selbstorganisation Engagierten (n = 1.148)	
Mitglied in Selbsthilfe/Netzwerk	45 %
Programmbeteiligung (12 Monate)	26 %
Petitionsbeteiligung (12 Monate)	9 %
Gesamt Engagierte	51 %
Interesse unter bisher nicht Engagierten	35 %



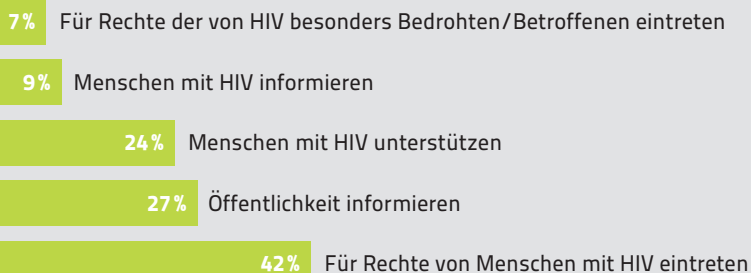
Wenn Interviewte, deren Rechte im Jahr vor der Befragung nach eigenen Angaben verletzt worden sind, keine rechtlichen Schritte deswegen einleiten, nennen 51 % fehlendes Vertrauen auf Erfolg als Grund, 26 % fehlende finanzielle Möglichkeiten und 24 % „zu viel Bürokratie“.



Während 36% aller Interviewten in den zwölf Monaten vor der Befragung eine Person aufgeklärt oder konfrontiert haben, von der sie sich falsch behandelt oder diskriminiert fühlten, sind es unter den Engagierten 58%.

Was ist das Wichtigste, was Organisationen und Initiativen in Bezug auf Diskriminierung und Stigmatisierung tun müssen? 42% geben an, dass sie sich für die Rechte von Menschen mit HIV einsetzen müssen, 27% nennen den Auftrag, die Öffentlichkeit zu informieren, 24% die Unterstützung von Menschen mit HIV.

### Was ist das Wichtigste, das Organisationen und Initiativen gegen HIV-bezogene Stigmatisierung tun sollten?



## Einordnung der Ergebnisse

Die Verteilung nach selbst gewählten Gruppenzugehörigkeiten der Interviewten kann die epidemiologische Situation in Deutschland verhältnismäßig gut abbilden<sup>5</sup>, auch wenn Repräsentativität in der Forschung mit und von Menschen mit HIV aufgrund der unklaren Grundgesamtheit nicht möglich ist (unbekannt ist, wie viele Menschen mit HIV nicht von ihrer Infektion wissen).

<sup>5</sup> Dies gilt für die dort ebenfalls erhobenen Kategorien „Geschlecht“, „Männer, die Sex mit Männern haben“ und „Intravenöser Drogengebrauch“. Unsere verwendete Kategorie „Migrationshintergrund“ geht in ihrem Umfang deutlich über die RKI-Kategorie „Person aus Hochprävalenzland“ hinaus (vgl. [http://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/H/HIVAIDS/Epidemiologie/Daten\\_und\\_Berichte/EckdatenDeutschland.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/H/HIVAIDS/Epidemiologie/Daten_und_Berichte/EckdatenDeutschland.pdf?__blob=publicationFile)).

Nichtsdestotrotz sind die hier erhobenen Daten und Ergebnisse aufgrund der Gruppenrepräsentativität verallgemeinerbar. Dabei ist allerdings Folgendes zu bedenken:

- Im Vergleich zu den epidemiologischen Daten des Robert Koch-Instituts hat die Studie überdurchschnittlich viele jüngere Leute erreicht.<sup>6</sup>
- Das Bildungsniveau der Gesamtgruppe liegt deutlich höher als das der Allgemeinbevölkerung.<sup>7</sup>
- Gleichzeitig sind sowohl die Beschäftigungssituation als auch das Haushaltseinkommen der Befragten insgesamt prekärer als in der Allgemeinbevölkerung.<sup>8</sup>

Die negativen Erfahrungen der Befragten im sozialen Umfeld machen das Konzept der „HIV-bezogenen Stigmatisierung“ anschaulich: 50 % derjenigen, die im Jahr vor der Befragung von gesellschaftlichen Zusammenkünften ausgeschlossen wurden, geben als Grund dafür die HIV-Infektion an. Von denjenigen, die andere Gründe angeben, nennen 41 % ihre sexuelle Orientierung. HIV-bezogene Stigmatisierung umfasst beides: Stigmatisierung aufgrund von HIV und von Phänomenen, die damit in Verbindung gebracht werden – sexuelle Orientierung, Migrationshintergrund, Drogengebrauch, Sexarbeit. Um Strategien zum Abbau HIV-bezogener Stigmatisierung entwickeln zu können, muss das Themenfeld also in seiner ganzen Breite in den Blick genommen werden.

6 [http://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/H/HIVAIDS/Epidemiologie/Daten\\_und\\_Berichte/HIV-AIDS-Folien.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/H/HIVAIDS/Epidemiologie/Daten_und_Berichte/HIV-AIDS-Folien.pdf?__blob=publicationFile)

7 ALLBUS-Daten (<http://www.gesis.org/allbus/datenzugang/>)

8 *Der Anteil der Erwerbslosen oder Teilzeitbeschäftigten in der Studie ist höher als in der Allgemeinbevölkerung (bei den Männern: 59 % der Befragten gegenüber 41 % in der Allgemeinbevölkerung, bei den Frauen 81 % in der Befragung gegenüber 72 % in der Allgemeinbevölkerung). Entsprechend höher ist der Anteil der Befragten, die weniger als 1.000 Euro im Monat verdienen (Männer: 27 % gegenüber 8 % in der Allgemeinbevölkerung, Frauen: 34 % gegenüber 14 %). Der Anteil der Befragten, die mehr als 2.000 Euro im Monat verdienen, ist deutlich niedriger (Männer: 35 % gegenüber 65 %, Frauen: 26 % gegenüber 54 %).*

In der Regel geht man davon aus, dass Menschen mit HIV in Deutschland gesundheitlich gut versorgt sind – mit Ausnahme von Menschen in Haft und Menschen ohne Papiere. Die Ergebnisse der Studie zeigen jedoch deutlich, dass diskriminierendes Verhalten von medizinischem Personal den Zugang zum Gesundheitssystem einschränken kann: Fast jeder fünften befragten Person wurde im Jahr vor der Befragung mindestens einmal eine Gesundheitsleistung verweigert – ein alarmierendes Ergebnis angesichts der unmittelbaren negativen Auswirkungen auf die Gesundheit und angesichts der Konsequenzen: 10% aller Interviewten, aber 18% derjenigen, denen eine Leistung verweigert wurde, haben in den zwölf Monaten vor der Studie einen eigentlichen notwendigen Arztbesuch unterlassen.

Fast ein Drittel der in Voll- oder Teilzeit Beschäftigten in der Studie gibt an, ihren Arbeitgeber\_innen gegenüber offen mit ihrem HIV-Status umzugehen, und 45% der Arbeitgeber\_innen haben unterstützend auf dieses „positive Coming-out“ reagiert – ein ermutigend hoher Anteil, dem allerdings völlig inakzeptable 26% gegenüberstehen, die diskriminierend reagiert haben. Hier bleibt noch viel zu tun, um positive Beispiele für einen akzeptierenden und unterstützenden Umgang in die Öffentlichkeit zu tragen.

Ebenso inakzeptabel ist es, dass heutzutage immer noch Menschen mit HIV ihren Job aufgrund HIV-bezogener Diskriminierung verlieren (auch wenn die Tatsache, dass dies heute häufiger der Grund für eine Kündigung ist als ein HIV-bedingter schlechter Gesundheitszustand, den erfreulichen Umstand widerspiegelt, dass Menschen mit HIV bei erfolgreicher Behandlung im Durchschnitt genauso leistungsfähig und nicht häufiger krank sind als ihre Kolleg\_innen).

Geht es um die Sexualität von Menschen mit HIV, stößt man schnell auf Ängste, Unsicherheiten und offene Fragen. Dies spiegelt sich auch in den Ergebnissen wider: Dass fast die Hälfte der sexuell aktiven Befragten angibt, in den zwölf Monaten vor der Befragung wegen ihrer HIV-

Infektion sexuelle Zurückweisung erfahren zu haben, ist erschreckend – angesichts der Tatsache, dass dies nichts mit der Persönlichkeit oder der Attraktivität, sondern mit einer vermeidbaren Infektionskrankheit zu tun hat. Solche Zurückweisungen aufgrund der eigenen HIV-Infektion können sehr verletzend sein und starke Auswirkungen auf das psychische Gleichgewicht haben, vor allem dann, wenn jemand diese Erfahrung häufiger macht. Dies zeigt sich auch daran, dass 20% der Interviewten im Jahr vor der Befragung mindestens einmal aufgrund ihrer HIV-Infektion auf Sex verzichtet haben. Die Gründe für Zurückweisungen liegen dabei meist in Ängsten und Unsicherheiten der potenziellen Sexpartner\_innen, die ihr Risiko oft drastisch überschätzen. Es zeigt sich auch hier, dass das Wissen um die Nichtinfektiosität unter wirksamer Therapie breiter bekannt gemacht werden muss!

Angesichts der negativen Erfahrungen, die viele Menschen mit HIV nach der Offenlegung ihres HIV-Status machen, ist es nicht überraschend, dass viele sich nur in bestimmten sozialen Kontexten outen, in anderen hingegen nicht. So gesehen spiegeln sich die Angaben zum offenen Umgang mit der Infektion stark in den jeweiligen Reaktionen des Umfelds – und umgekehrt. Die Daten zeigen aber ebenso, dass ein offener Umgang mit der HIV-Infektion durchaus auch positive Auswirkungen auf Menschen mit HIV haben kann – das ist ermutigend!

Menschen verinnerlichen Normen und Bilder der Gesellschaft, in der sie leben – dies gilt auch für Menschen mit HIV. Meist sind gesellschaftliche Bilder von HIV/Aids aber mit Unsicherheit, Angst und Bedrohung verbunden, und auch die eigenen Erfahrungen von Stigmatisierung und Diskriminierung hinterlassen Spuren – die Daten belegen dies deutlich. Viele Menschen mit HIV haben darüber hinaus auch heute noch Schuld- und Schamgefühle wegen ihrer Infektion, ein vermindertes Selbstwertgefühl oder sind von depressivem Erleben betroffen.

Es gibt keine speziellen Rechte für Menschen mit HIV – aber ihnen stehen dieselben Rechte zu wie allen anderen. Es ist daher inakzeptabel,

dass Menschen mit HIV, wie die Daten zeigen, weiterhin Versicherungen verwehrt werden, dass sie von Einreise- und Aufenthaltsbeschränkungen betroffen sind, abgesondert werden oder wegen (potenzieller) HIV-Übertragungen angeklagt werden. Als Minderheit sollten sie vielmehr besonderen Schutz ihrer Rechte genießen, wie es zum Beispiel durch die Aufnahme von chronischen Krankheiten in das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz umsetzbar wäre.

Hoffnung machen die Ergebnisse zur Selbstorganisation von Menschen mit HIV: Engagieren lohnt sich! HIV-Positive darin zu unterstützen, sich auf kleiner wie auf großer Ebene für ihre eigenen Interessen einsetzen zu können, muss also weiterhin Priorität für alle Akteur\_innen im HIV-Feld haben – dies haben die renommierten Stigmatisierungs-Forscher Parker und Aggleton bereits 2003 so formuliert:

„Viel zu selten wurden Ansätze mit dem Ziel entworfen, die Macht des Widerstandes der stigmatisierten Gruppen und Communities zu entfesseln – trotz all der empirischen Studien zum Empowerment und zur sozialen Mobilisierung im Zusammenhang mit HIV und Aids, die so deutlich zeigen, dass die effektivsten und wirkkräftigsten Antworten auf die Epidemie bisher immer dann gegeben wurden, wenn betroffene Communities sich selbst mobilisiert haben, um die sie und ihr Leben betreffende Stigmatisierung und Unterdrückung zu bekämpfen!“<sup>9</sup>

9 Original: “Only more rarely have interventions been designed with the goal of unleashing the power of resistance on the part of stigmatized populations and communities – in spite of the fact that empirical studies of empowerment and social mobilization in response to HIV and AIDS have clearly demonstrated that the most effective and powerful responses to the epidemic (or ‘natural experiments’ if one prefers the language of much public health research) have taken place precisely when affected communities have mobilized themselves to fight back against stigmatization and oppression in relation to their lives.”; Parker, R. & Aggleton, P. (2003). HIV- and AIDS-related stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action. *Social Science and Medicine* (57), 13–24.

## „Der Ansatz hat sich bewährt“



**Laurel Sprague** ist Wissenschaftlerin an der Eastern Michigan University und Mitglied von GNP+ (Globales Netzwerk von Menschen mit HIV) in Nordamerika. Für GNP+ beschäftigt sie sich mit den länderübergreifenden Auswertungen des PLHIV Stigma Index. Carolin Vierneisel sprach mit ihr über globale Tendenzen, die sich in den Analysen zeigen, Ansätze in der Forschung und die Aussichten für die Zukunft.

**Laurel, du vergleichst Daten aus verschiedenen Umsetzungen des „PLHIV Stigma Index“. Wie sahen diese Analysen bisher aus? Und von wie vielen Ländern konntet ihr bisher Ergebnisse vergleichen?**

**Laurel Sprague:** Aktuell haben wir einen Pool von Daten aus 45 Länderumsetzungen. Das bietet natürlich unglaublich aufregende Möglichkeiten für eine systematische, länderübergreifende Auswertung! Bisher konzentrieren wir uns bei diesen Analysen meist auf bestimmte

Themen. In fünf Ländern Ost-/Zentraleuropas und Zentralasiens haben wir z.B. zusammen mit Netzwerken von Menschen mit HIV die Daten unter dem Gesichtspunkt „Testung und Therapie“ ausgewertet.<sup>1</sup> Ein anderes Beispiel: Mit Unterstützung lokaler Netzwerke von Menschen mit HIV aus Kenia und Sambia konnten wir Ergebnisse zum Thema „Diskriminierung am Arbeitsplatz“ auswerten, haben gemeinsam mit der Internationalen Arbeitsorganisation ILO hat GNP+ einen Bericht zu diesem Thema veröffentlicht, der die Erfahrungen aus neun verschiedenen Ländern zusammenführt,<sup>2</sup> und bei den Auswertungen zum Asien-Pazifik-Raum wurden Daten aus einer gesamten Region analysiert.<sup>3</sup>

Bei all der Freude finde ich es allerdings wichtig, im Kopf zu behalten, dass die Hauptziele unserer Initiative ja hauptsächlich auf lokaler Ebene angesiedelt sind: die Stärkung der Zusammenschlüsse von Menschen mit HIV vor Ort und die Verbesserung ihrer Situation durch die Verwendung der Ergebnisse. Entsprechend ist es erst einmal wichtig, die meist begrenzten Energien und Ressourcen auf die jeweiligen Länderumsetzungen und -anstrengungen zu verwenden.

### **Wenn Leute sagen, die Daten aus den verschiedenen Ländern seien nur schwer miteinander vergleichbar – was entgegnest du darauf?**

Die Länderumsetzungen richten ihren Blick immer erst einmal auf die Situation vor Ort – das macht eine länderübergreifende Analyse natürlich herausfordernd! Dem begegne ich dann, indem ich sage, dass die gesammelten Daten deswegen nicht an Gültigkeit verlieren – wir aber

1 Der Bericht in englischer Sprache findet sich hier: [http://gnpplus.net/images/stories/Rights\\_and\\_stigma/2011\\_HIVStigma\\_Report\\_EN.pdf](http://gnpplus.net/images/stories/Rights_and_stigma/2011_HIVStigma_Report_EN.pdf).

2 Der Bericht in englischer Sprache findet sich hier: [http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@ed\\_protect/@protrav/@ilo\\_aids/documents/publication/wcms\\_185808.pdf](http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@ed_protect/@protrav/@ilo_aids/documents/publication/wcms_185808.pdf).

3 Der Bericht in englischer Sprache findet sich hier: <http://www.aidsdatahub.org/en/reference-librarycols2/stigma-and-discrimination/item/23967-people-living-with-hiv-stigma-index-asia-pacific-regional-report-2011-cameron-s-2011>.



bei der länderübergreifenden Auswertung umso genauer in der Darstellung und umso transparenter mit den möglichen Einschränkungen sein müssen. Wir arbeiten auch ständig an der Weiterentwicklung der Methodik, um die Aussagekraft unserer übergreifenden Analysen weiter zu verbessern.

**Wenn wir uns die Ergebnisse eurer Auswertungen anschauen – gibt es allgemeine Tendenzen oder gravierende Unterschiede zwischen verschiedenen Ländern?**

Ein Ergebnis ist sicherlich, dass Stigmatisierung und Diskriminierung für Menschen mit HIV allgegenwärtig sind. Die Interpretation der Daten sagt, dass das Ausmaß an negativen Erfahrungen unfassbar hoch ist. Egal, wo gefragt wurde: Über den ganzen Globus verteilt berichten Menschen mit HIV von Stigmatisierung im sozialen Umfeld, von Ausgrenzung, von dem Verlust ihres Arbeitsplatzes oder einem erzwungenen Wohnortwechsel aufgrund ihres HIV-Status. Und das gilt unabhängig davon, ob es in den jeweiligen Ländern einen gesetzlichen Schutz von Diskriminierung gibt oder nicht.

Wir können aufgrund der Daten nicht allgemein sagen: „In diesem oder jenem Land passiert mehr oder weniger Stigmatisierung als in einem anderen.“ Das ist auch gut so: So können die Ergebnisse nicht genutzt werden, um Länder gegeneinander auszuspielen – nach dem Motto: „Bei uns ist es nicht so schlimm wie bei denen!“ Was wir allerdings sagen können, ist, dass die *Interviewten* – die ja sorgfältig ausgewählt wurden – in Land A mehr Erfahrungen mit Stigmatisierung gesammelt haben als die *Interviewten* in Land B. Die Ergebnisse sind so oft ein Weckruf für die jeweiligen Regierungen, wenn zum ersten Mal schwarz auf weiß nachgewiesen werden kann, wie groß das Ausmaß an Diskriminierung von Menschen mit HIV tatsächlich ist.

**Welche Ergebnisse haben dich persönlich besonders beeindruckt?**

Die eine Sache, die mich besonders erschüttert hat, war das unglaublich hohe Ausmaß an verinnerlichter Stigmatisierung, das berichtet

wurde. Menschen von überall her gaben an, als Konsequenz daraus z.B. einen Gesundheitsdienst nicht aufgesucht zu haben, als es notwendig gewesen wäre. In den offenen Antwortmöglichkeiten zu diesen Fragen wurde meist die Angst der Leute geschildert, wie das medizinische Personal mit ihnen umgehen könnte, wenn ihr Status bekannt wird.

Auch haben mich die extrem hohen Zahlen an unfreiwilligen Testungen auf HIV erschreckt, also Testungen unter Nötigung oder ohne Wissen bzw. Einwilligung. Außerdem scheint die Beratung, wenn Menschen positiv getestet werden, in vielen Ländern mehr als dürftig. Das ist in mehrfacher Hinsicht besorgniserregend: zum einen vor einem menschenrechtlichen Hintergrund – damit meine ich das Recht auf körperliche Unversehrtheit –, zum anderen aber auch unter ethischen Gesichtspunkten, wenn wir daran denken, dass Menschen vollständig über ihre medizinische Lage und Möglichkeiten informiert sein sollten. Und hier sprechen wir von denen, die den Weg zu einem Testangebot gefunden haben! Die Auswertung der Daten aus fünf Ländern in Ost-/Zentraleuropa und Zentralasien zeigt, dass viele Leute aus Angst erst gar nicht zum Test gehen oder es lange hinauszögern. Das ist die gleiche Angst, die dafür sorgt, dass man nicht mit der Therapie beginnt, nachdem man positiv getestet worden ist.

### **Gab es denn auch ermutigende Ergebnisse?**

Es gibt erste Hinweise, dass die Mitgliedschaft bzw. die Mitarbeit in einer Selbsthilfeinitiative, zum Beispiel einem Netzwerk von Menschen mit HIV, Leute eher dazu bringt, diejenigen anzusprechen und aufzuklären, durch die sie sich falsch behandelt oder diskriminiert fühlen. Dieser Frage werden wir in Zukunft nachgehen. Es wäre ein prima Ansatzpunkt, Menschen mit HIV zu stärken und gleichzeitig Stigmatisierung und Diskriminierung abzubauen.

Außerdem werden aus allen Ländern auch positive Erfahrungen mit der Offenlegung des Status zurückgemeldet. Gerade wenn es um Erfahrungen von Stigmatisierung geht, ist Unterstützung aus dem Um-

feld meist sehr wichtig. Solche Schilderungen und Ergebnisse sind es, die dann auch wieder Mut machen!

**Wenn du dir die länderübergreifenden Ergebnisse anschaust – gibt es hier schon erste Empfehlungen? Was braucht es in Zukunft, um Stigmatisierung und Diskriminierung abzubauen?**

Insgesamt ist es wohl noch zu früh, um endgültige Aussagen zu treffen – aber ein paar Punkte zeichnen bereits ab:

Es hat sich gezeigt, dass der Ansatz des Projektes, in Initiativen von Menschen mit HIV zu investieren, ihnen Möglichkeiten zu geben, ihre Fähigkeiten durch bedeutungsvolle Arbeit in den eigenen Communities auszubauen, sie zu befähigen, diese Daten für ihre eigenen Zwecke einzusetzen, eine Verringerung der verinnerlichten Stigmatisierung, durch die Öffentlichkeitsarbeit aber auch eine Verringerung der Stigmatisierung von außen bewirken kann. Zugleich haben viele Menschen mit HIV gelernt, sich noch stärker für ihre eigenen Interessen einzusetzen. Der Ansatz hat sich damit aus meiner Sicht mehr als bewährt und sollte weitergeführt, wenn nicht sogar ausgebaut werden.

Außerdem habe ich ja bereits die guten Erfahrungen mit der Offenlegung des HIV-Status erwähnt. Diese Positivbeispiele müssen bekannt gemacht werden, um als Vorbilder dienen zu können: Solche Familienmitglieder, Arbeitgeber\_innen, Nachbar\_innen und Gesundheitsfachkräfte können andere motivieren, es ihnen gleichzutun – und eigene negative Einstellungen gegenüber Menschen mit HIV abzubauen.

Nicht zuletzt, wie gesagt, zeigen sowohl unsere Daten wie auch Daten von UNAIDS, dass ein bestehender gesetzlicher Schutz vor Diskriminierung oft gar nicht greift oder nicht ausreicht, um Diskriminierung zu verhindern. Daraus ergibt sich die klare Forderung, diese Regelungen auszuweiten bzw. solche Regelungen einzuführen, die auch endlich Wirkung zeigen können. Voraussetzung dafür ist natürlich der politische Wille, diese Rechte für Menschen mit HIV umzusetzen!

# FORDERUNGEN UND EMPFEHLUNGEN DES PROJEKTBEIRATS

Das Projekt „positive stimmen“ wurde über die gesamte Laufzeit von einem Beirat aus sieben Vertreter\_innen verschiedener Communities von Menschen mit HIV begleitet. Auf der Grundlage einer ersten Auswertung und Diskussion der Daten formulierte der Beirat die folgenden Schlussfolgerungen und Empfehlungen:



## 1. Gesundheitswesen

**Forderung: Menschen mit HIV dürfen im Gesundheitssystem aufgrund ihrer HIV-Infektion keine Nachteile bei ihrem Zugang und ihrer Versorgung haben!**

**Diskriminierungsfreie  
Gesundheits-  
versorgung für  
Menschen mit HIV!**



Um dies zu erreichen, brauchen wir Kooperationen zwischen Strukturen und Organisationen aus Zivilgesellschaft und Positivenselbsthilfe auf der einen und Akteur\_innen aus Politik und Gesundheitsbereich auf der anderen Seite.

Schwerpunkte müssen zum einen die Entwicklung und Umsetzung von gemeinsamen Empfehlungen zum Umgang mit Infektionskrankheiten im Gesundheitssystem sein. Zum anderen geht es um die Verbesserung des medizinischen Know-hows und der Selbstverständlichkeit im Umgang mit HIV-positiven Menschen im Gesundheitssystem. Darunter fällt auch die Akzeptanz unterschiedlicher Lebenswelten durch Mitarbeiter\_innen des gesamten Gesundheitsbereichs.



## 2. Arbeitsleben

**Forderung: Die Tatsache, dass eine HIV-Infektion heutzutage kein Hinderungsgrund für die Ausübung eines Berufes ist, muss sich in der Beschäftigungssituation und den Arbeitsbedingungen von Menschen mit HIV widerspiegeln!**

Zentrales Thema neben dem Schutz der Rechte von Menschen mit HIV am Arbeitsplatz ist hier die Aufklärung zum Leben mit HIV heute und zum Umgang mit irrationalen Infektionsängsten im Arbeitsumfeld.

Um diese Ziele zu erreichen, sind Kooperationen zwischen Zivilgesellschaft und zentralen Akteur\_innen aus Politik, Arbeitgeberverbänden, Gewerkschaften usw. unabdingbar.

**Aufklärung in Schulen und Betrieben: Menschen mit HIV können und dürfen jeden Beruf ausüben!**

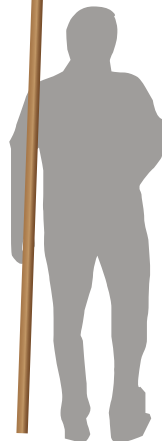


## 3. Sexualität

**Forderung: Neben der Entkriminalisierung der HIV-Übertragung bzw. -Exposition brauchen wir mehr Aufklärung und Unterstützung für eine informierte und selbstbestimmte Sexualität aller!**

Um sexuelle Zurückweisung aufgrund von Ängsten und Unsicherheit zu vermeiden, ist es wichtig, realistische Bilder vom vielfältigen Leben mit HIV heute zu vermitteln und Menschen mit HIV in ihrer persönlichen Auseinandersetzung mit der Infektion zu unterstützen.

**Selbstbestimmte Sexualität fördern, Strafbarkeit der HIV-Übertragung abschaffen!**



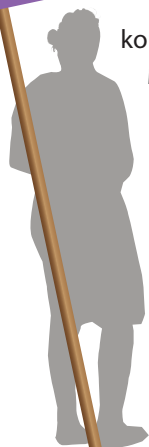
Schreibt man allein HIV-positiven Menschen die Verantwortung für den Schutz bei selbstbestimmten sexuellen Handlungen zu, trägt dies zur Stigmatisierung von Menschen mit HIV bei und schadet der HIV-Prävention. Jede und jeder muss für den Schutz vor HIV selbst Verantwortung übernehmen!

Öffentlichkeitswirksame Kampagnen, Leitlinien, personalkommunikative Maßnahmen und Kooperationen mit Akteur\_innen aus Politik, Rechtswesen, Gesundheitswesen und Selbsthilfeorganisationen müssen hier weiterentwickelt und fortgeführt werden.



#### 4. Verinnerlichung von Stigmatisierung

Die Vielfalt  
des Lebens mit HIV  
heute zeigen!



**Forderung: Realistische und differenzierte Bilder vom Leben mit HIV heute müssen genutzt werden, um HIV von Begriffen wie Schuld und Scham zu befreien!**

Bestehende Bilder von HIV und Aids müssen überprüft, aktualisiert und entsprechend kommuniziert werden. Auch hier ist es wichtig, Menschen mit HIV in ihrer persönlichen Auseinandersetzung mit der Infektion zu unterstützen.

Öffentlichkeitswirksame Kampagnen, personalkommunikative Maßnahmen und Kooperationen mit Akteur\_innen aus Politik, Gesundheitswesen und Selbsthilfeorganisationen müssen hier neu konzipiert oder weiterentwickelt werden. Fortbildungs- und Reflektionsangebote für Menschen mit HIV müssen weitergeführt und mit diesem Schwerpunkt ausgebaut werden.



## 5. Grundlegende Forderungen an Aidshilfen

**Forderung: Aidshilfen müssen sich verstärkt dem Thema HIV-bezogene Diskriminierung und den sich daraus ergebenden Arbeitsfeldern widmen – dafür sind enge Bündnisse notwendig!**

Damit wir alle positiv zusammen leben können, müssen wir Diskriminierung und Stigmatisierung im Alltagsleben aufzeigen, systematisch erfassen und abbauen und einen selbstverständlichen, akzeptierenden und solidarischen Umgang mit HIV-positiven Menschen fördern. Das ist und bleibt eine zentrale Aufgabe von Aidshilfen. Ihre Beratungskompetenz und Beratungsangebote müssen hierfür erweitert und offen – auch für HIV-Positive – nach außen kommuniziert werden.

Darüber hinaus müssen auch die Vernetzung von Menschen mit HIV, Selbsthilfestrukturen und die Möglichkeit zu fachlichem wie persönlichem Austausch gesichert und ausgebaut werden.

Gemeinsam  
Diskriminierung und  
Stigmatisierung  
aufdecken, um sie  
abzubauen!

# WEITERE INFORMATIONEN

## **Mehr zum Thema Stigmatisierung und zu Beratungsmöglichkeiten:**

[www.positive-stimmen.de](http://www.positive-stimmen.de)

[www.aidshilfe.de](http://www.aidshilfe.de)

[www.aidshilfe-beratung.de](http://www.aidshilfe-beratung.de)

[www.antidiskriminierungsstelle.de](http://www.antidiskriminierungsstelle.de)

## **Übersicht über Initiativen von Menschen mit HIV in Deutschland:**

[www.aidshilfe.de/de/wir-ueber-uns/aidshilfen-amp-netzwerke/netzwerke](http://www.aidshilfe.de/de/wir-ueber-uns/aidshilfen-amp-netzwerke/netzwerke)

## **Der PLHIV Stigma Index ist eine Gemeinschaftsinitiative von**

Global Network of People Living with HIV (GNP+)

[www.gnpplus.net](http://www.gnpplus.net)

International Community of Women Living with HIV/AIDS (ICW)

[www.icw.org](http://www.icw.org)

International Planned Parenthood Federation (IPPF)

[www.ippf.org](http://www.ippf.org)

Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS)

[www.unaids.org](http://www.unaids.org)





Die Deutsche AIDS-Hilfe ermöglichte und koordinierte die Umsetzung des PLHIV Stigma Index in Deutschland unter dem Titel „positive stimmen“.



Die Umsetzung des PLHIV Stigma Index in Deutschland wurde finanziert von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG).



FOTO: KOKI PETROV

Ein Teil des Projektteams

### **Bundesweit 40 Interviewer\_innen, darunter**

Stefano Caporaso, Ralph Ehrlich, Claus Eschemann, Alexandra Frings, Kiumars, Philippe Matern, Manfred Müller, Holger Pauly, Brigitte Popp, Mihajlo Raskovic, Sullivan, Angelika Timmer und Marco Woitke



*Aus dem Projektbeirat: Michael Jähme, Gabriele Trost, Markus Schmidt (v.l.n.r)*

### **Projektbeirat**

Michael Jähme, Christian Longklang, Koki Petrov, Markus Schmidt, Gabriele Trost, Sabine Weinmann und Melike

### **Projektleitung**

Carolin Vierneisel

### **Öffentlichkeitsarbeit**

Carmen Vallero

### **Wissenschaftliche Begleitung**

Jochen Drewes

### **Trainerinnen der Schulungen**

Carolin Vierneisel und Carla LaGata/Dr. Carsten Balzer

### **Dateneingabe**

Stefano Caporaso, NN

### **Datenauswertung**

Carolin Vierneisel und Ute Herrmann



