

**Fachbereich Erziehungswissenschaft und Psychologie  
der Freien Universität Berlin**

**HIV-Stigma, Viruslast und Infektiosität: Eine experimentelle Untersuchung des  
Beitrags der antiretroviralen Therapie zur Entstigmatisierung von HIV/AIDS**

Dissertation

zur Erlangung des akademischen Grades

Doktor der Philosophie (Dr. phil.)

vorgelegt von

Diplom-Psychologe  
Jochen Drewes

Berlin, 2013

Erstgutachter

Prof. Dr. Dieter Kleiber

Zweitgutachterin

Prof. Dr. Anna Auckenthaler

Tag der Disputation: 26.06.2013

## **Erklärung**

Hiermit versichere ich an Eides statt, dass ich die vorliegende Dissertation „HIV-Stigma, Viruslast und Infektiosität: Eine experimentelle Untersuchung des Beitrags der antiretroviralen Therapie zur Entstigmatisierung von HIV/AIDS“ selbstständig verfasst und dabei keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel verwendet habe.

Diese Arbeit wurde nicht an anderer Stelle als Abschlussarbeit eingereicht.

Berlin, im April 2013

## Danksagung

Herzlich bedanken möchte ich mich bei den Teilnehmern des Unister-Marktforschungspanels, die an dem Online-Experiment teilgenommen haben, das die Datengrundlage dieser Dissertation darstellt, sowie bei den Mitarbeitern des Unister-Marktforschungspanels für die freundliche und kompetente Zusammenarbeit.

Mein Dank gilt aber an erster Stelle allen meinen Kolleginnen und Kollegen des *Arbeitsbereichs Public Health: Prävention und psychosoziale Gesundheitsforschung*. Ich bedanke mich bei Herrn Prof. Dr. Dieter Kleiber nicht nur für die Unterstützung bei der Durchführung der empirischen Erhebung, sondern vor allem für die Bereitschaft, meine Arbeit zu begutachten. Bei Herrn Dr. Dr. Burkhard Gusy und Herrn Martin Kruspe (M.Sc.) bedanke ich mich für ihre wertvollen Anmerkungen und Anregungen zu dieser Arbeit. Mein Dank gilt auch Manuela Weber und Jennifer Ebert für ihre Unterstützung.

Prof. Dr. Dr. Phil C. Langer und Prof. Dr. Anand Pant danke ich für ihre äußerst hilfreichen inhaltlichen Rückmeldungen.

Mein Dank gilt auch den Mitgliedern meiner Promotionskommission Prof. Dr. Dr. Phil C. Langer, PD Dr. Hans-Uwe Hohner, Dr. Katrin Lohmann und allen voran der Zweitgutachterin Prof. Dr. Anna Auckenthaler.

Holger Sweers und Daniel Schaarenberg danke ich für ihre Unterstützung bei der Fertigstellung dieses Manuskripts.

Nicht zuletzt gebührt Dank meinen Eltern, allen meinen Freundinnen und Freunden, Kolleginnen und Kollegen für ihre Geduld, ihre Aufmunterungen und ihre Unterstützung. Dieser Dank gebührt ohne Zweifel ganz besonders meinem Partner Christian.

# Zusammenfassung

## Hintergrund

Das zunehmende Wissen über die negativen individuellen und gesellschaftlichen Konsequenzen der Stigmatisierung von Menschen mit HIV/AIDS (PWA) führt in den letzten Jahren zu einer verstärkten Suche nach wirksamen Strategien zur Entstigmatisierung von HIV/AIDS. Ein aktueller Ansatz besteht in der Untersuchung des diesbezüglichen Potenzials der antiretroviralen Therapie (ART), die zu einem tief greifenden Wandel des Krankheitsbilds HIV/AIDS geführt hat. Bisherige Studien zu diesem Ansatz konzentrierten sich auf die Auswirkung des ART-bedingten veränderten Schweregrads von HIV auf HIV-Stigma, zeigen aber inkonsistente Ergebnisse. Eine effektive ART senkt auch die Viruslast und damit die Infektiosität einer Person mit HIV/AIDS (PWA). Auch diese verminderte Infektiosität kann zu einer Entstigmatisierung beitragen, wie theoretische und empirische Vorarbeiten zeigen.

## Methoden

Um den Zusammenhang zwischen antiretroviraler Therapie, Viruslast, Infektiosität und Stigmatisierung zu untersuchen, wurde eine experimentelle Online-Studie durchgeführt. 752 Teilnehmer wurden zufällig entweder über den Zusammenhang zwischen Viruslast und Infektiosität aufgeklärt oder nicht. Soziale und intime/sexuelle Distanz gegenüber einer in einer Vignette beschriebenen PWA, die entweder eine hohe oder eine niedrige Viruslast aufwies, sowie instrumentelles und symbolisches Stigma wurden als abhängige Variablen erfasst. Vier Gruppen von Teilnehmern entstanden:  $I_H$  (Information/hohe Viruslast),  $I_N$  (Information/niedrige Viruslast),  $K_H$  (keine Information/hohe Viruslast),  $K_N$  (keine Information/niedrige Viruslast). Vier Hypothesen zu Mittelwertunterschiede zwischen den Gruppen wurden gebildet und anhand einfaktorieller Varianzanalysen mit Kontrasten geprüft.

## Ergebnisse

Die soziale Distanzierung und das symbolische Stigma waren in der Stichprobe vergleichsweise gering, die intime/sexuelle Distanzierung und das instrumentelle Stigma hingegen stark ausgeprägt. Es fanden sich keine Effekte der Viruslasthöhe auf die soziale Distanz, instrumentelles und symbolisches Stigma. Intime/sexuelle Distanz war signifikant niedriger in der Gruppe  $I_N$  im Vergleich zu der Gruppe  $I_H$  sowie den Gruppen  $K_H$  und  $K_N$ . Unterschiede zwischen den Gruppen  $I_H$ ,  $K_H$  und  $K_N$  fanden sich nicht. Frauen zeigten eine geringere soziale Distanzierung, aber eine höhere intime/sexuelle Distanzierung als Männer. Nur für die Hälfte der Mitglieder der Gruppen  $I_H$  und  $I_N$  hat die Viruslasthöhe bei der Beantwortung der Stigma-Items eine Rolle gespielt. Zur Begründung wird auf ein Restrisiko verwiesen oder darauf, dass die Tatsache, dass eine HIV-Infektion vorlag, alle weiteren Aspekte ausgeblendet hat. Außerdem wurden explizite und implizite Zweifel am Informationstext geäußert.

## Schlussfolgerungen

In dieser Studie konnte ein kausaler Effekt zwischen der Höhe der Viruslast einer PWA und dem Ausmaß der Stigmatisierung, die diese Person erfährt, demonstriert werden. Damit zeigt sich empirisch, dass die ART ein Potenzial für die Entstigmatisierung von HIV/AIDS besitzt.

## Abstract

### Background

The increasing knowledge on the negative individual and societal consequences that stigmatization imposes on people living with HIV/AIDS (PWA), has recently led to an intensified search for effective strategies to destigmatize this disease. Since antiretroviral therapy (ART) has changed the picture of HIV/AIDS dramatically, the potential of ART in the destigmatization of HIV/AIDS has evolved as a current research approach. Hitherto studies focussed on the effect of the perception of a reduced severity of HIV after the introduction of ART, however these showed mixed results. Effective ART is also known to reduce the viral load and infectivity of PWA. Existing theoretical understandings and empirical research results conclude that perceived (sexual) infectivity can also predict the stigmatization of PWA.

### Methods

In order to analyze the relationship between ART, viral load, infectivity and stigmatization, an online-experiment was conducted. 752 participants were either informed about the viral load-infectivity connection or not. A vignette-based description of a PWA with either a high or a low viral load was presented to the participants. Subsequently, measures of social and intimate/sexual distance as well as instrumental and symbolic stigmatization towards this PWA were assessed as dependent variables. Thus, participants were randomly assigned to one of four groups  $I_H$  (information/high viral load),  $I_N$  (information/low viral load),  $K_H$  (no information/high viral load),  $K_N$  (no information/low viral load). Four hypotheses regarding differences between group means were constructed and tested via ANOVA with contrast tests.

### Results

Levels of social distance and symbolic stigma were low in this sample, while intimate/sexual distance and instrumental stigma were high. Height of viral load showed no effect on social distance, instrumental and symbolic stigma. Intimate/sexual distance was significantly lower in group  $I_N$  compared to group  $I_H$ , as well as compared to groups  $K_H$  and  $K_N$ . There were no mean differences observed between groups  $I_H$ ,  $K_H$  and  $K_N$ . Female participants showed lower social distancing but higher intimate/sexual distancing compared to male participants. Only half of the participants in groups  $I_H$  and  $I_N$  indicated that the height of the viral load influenced their answers to the stigma items. Negation of influence was explained by references to a remaining risk or the view that the pure existence of HIV suppressed all other arguments. Participants expressed explicit and implicit doubts regarding the information text.

### Conclusions

This study provides experimental proof for the hypothesis, that the perception of a PWA's viral load influences the stigmatization this person is subjected to. It can be concluded that ART holds a potential for the destigmatization of PWA.

# Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung .....	V
Abstract .....	VI
0 Einleitung .....	1
1 Theoretischer Hintergrund .....	4
1.1 Das Stigma-Konzept .....	4
1.1.1 Definitionen und Modelle von Stigma seit Goffman.....	4
1.1.2 Stigma und verwandte (psychologische) Variablen .....	8
1.1.3 Typologien und Dimensionen von Stigma .....	13
1.1.4 Funktionen von Stigma.....	17
1.1.5 Ansätze zur Systematisierung der Forschungsperspektiven auf Stigma.....	20
1.2 HIV-Stigma.....	23
1.2.1 Was macht HIV zu einem Stigma?.....	23
1.2.2 Definitionen und Manifestationen von HIV-Stigma .....	25
1.2.3 Dimensionen, Funktionen und Prädiktoren von HIV-Stigma.....	31
1.2.4 Die Erfassung von HIV-Stigma.....	56
1.2.5 Konsequenzen von HIV-Stigma .....	68
1.2.6 Strategien zur Entstigmatisierung von HIV .....	76
1.3 Zum Zusammenhang zwischen antiretroviraler Therapie, Viruslast, Infektiosität und HIV-Stigma.....	85
1.3.1 Antiretrovirale Therapie und HIV-Stigma: Zur Bedeutung der Behandelbarkeit für die Stigmatisierung von HIV .....	85
1.3.2 Antiretrovirale Therapie, Viruslast und verminderte Infektiosität: Medizinische Grundlagen .....	98
1.3.3 Verminderte Infektiosität und HIV-Stigma .....	101
2 Methoden.....	103
2.1 Studiendesign .....	103
2.2 Stichprobenzugang und Stichprobe.....	106
2.3 Materialien und Durchführung.....	107
2.4 Variablen.....	109
2.4.1 HIV-spezifische Variablen .....	109
2.4.2 Abhängige Variablen .....	110
2.5 Datenbereinigung und Nettostichprobe.....	113
2.6 Analyseverfahren und Hypothesen .....	115
3 Ergebnisse .....	118
3.1 Deskriptive Ergebnisse .....	118
3.1.1 Soziodemografie .....	118
3.1.2 Deskriptive Ergebnisse zu den stigmaspezifischen Variablen.....	120
3.1.3 Deskriptive Ergebnisse zu den Informationstextvariablen .....	121

3.1.4 Deskriptive Ergebnisse zu den abhängigen Variablen.....	122
3.1.5 Zusammenhänge zwischen Stigma und anderen Variablen.....	125
3.2 Ergebnisse der Hypothesentestung .....	127
3.2.1 Zusammenfassung zu den Ergebnissen der Hypothesentests .....	131
3.3 Ergebnisse zu den Nebenfragestellungen.....	132
3.3.1 Zusammenfassung zu den Nebenfragestellungen.....	137
3.4 Ergänzende Ergebnisse zur subjektiven Bedeutung der Viruslast .....	138
3.4.1 Zusammenfassung zur Bedeutung der Viruslast .....	142
4 Diskussion .....	143
4.1 Zusammenfassung der Ergebnisse .....	143
4.2 Limitierungen.....	148
4.3 Diskussion einzelner Ergebnisse.....	149
4.3.1 Das geringe Niveau der sozialen Distanzierungsbereitschaft.....	149
4.3.2 Die geringe Größe des Effekts hinsichtlich der sexuellen Distanzierungsbereitschaft .....	152
4.3.3 Der Geschlechtsunterschied.....	154
4.3.4 Gefahren dieses entstigmatisierenden Ansatzes .....	155
4.4 Schlussfolgerungen .....	158
4.4.1 Beitrag zum Wissen über HIV-Stigma .....	158
4.4.2 Konsequenzen für die Entstigmatisierung von HIV .....	159
4.4.3 Forschungsdesiderata.....	162
5 Abbildungs- und Tabellenverzeichnis .....	165
6 Literaturverzeichnis.....	168
Anhang .....	201
Lebenslauf .....	218

## 0 Einleitung

34 Millionen Menschen lebten im Jahr 2011 weltweit mit dem Humanen Immundefizienz-Virus (HIV), schätzte das *Joint United Nations Programme on HIV/AIDS* in seinem 2012 veröffentlichten epidemiologischen Bericht über die Lage der HIV-Pandemie (UNAIDS, 2012). Keine Region der Welt ist von dieser Pandemie verschont geblieben. Ihr Beginn wird offiziell auf das Jahr 1981 gelegt, als erstmals Fälle von Erkrankungen beschrieben wurden, die später AIDS genannt werden sollten (ein Akronym der englischen Bezeichnung *Acquired Immunodeficiency Syndrome*). Global betrachtet sind derzeit 0,8 % der erwachsenen Bevölkerung zwischen 15 und 49 Jahren mit HIV infiziert, und die absolute Zahl dieser Menschen, die mit HIV/AIDS leben (PWA: *People With AIDS*<sup>1</sup>), steigt seit dem Beginn der Pandemie stetig. Allerdings ist die Inzidenz bereits seit Mitte der 90er Jahre des letzten Jahrhunderts rückläufig, genau wie auch die Zahl der AIDS-Diagnosen und der AIDS-bedingten Todesfälle.

International sind die Prävalenzen von HIV/AIDS sehr ungleich verteilt. Die höchsten Prävalenzen finden sich in den Ländern des südlichen Afrikas. In diesen Subsahara-Staaten sind bis zu 26 % der Bevölkerung mit HIV infiziert, was nicht nur verheerende Folgen für die davon betroffenen Menschen und ihre Familien, sondern auch für den wirtschaftlichen, gesellschaftlichen und staatlichen Zusammenhang dieser Staaten zeitigt. Da in diesen und anderen afrikanischen Staaten die gesamte Bevölkerung von HIV/AIDS betroffen ist (die hauptsächliche Transmissionsroute des HI-Virus ist ungeschützter heterosexueller Geschlechtsverkehr), spricht man in diesen Staaten auch von generalisierten Epidemien. In vielen anderen Ländern herrschen hingegen konzentrierte Epidemien, die dadurch charakterisiert sind, dass bestimmte Bevölkerungsgruppen überdurchschnittlich stark von HIV/AIDS betroffen sind, während HIV-Infektionen unter dem großen übrigen Teil der Bevölkerung kaum verbreitet sind. Diese Risikogruppen sind in osteuropäischen, aber auch in asiatischen Ländern vor allem intravenös (i. v.) Drogen Konsumierende, die sich in der Regel über die gemeinsame Nutzung von Spritzbesteck infizieren. In den Industriestaaten Westeuropas und Nordamerikas sind es schwule, bisexuelle und andere Männer, die Sex mit Männern haben (MSM), die sich in der Regel über ungeschützten Analverkehr infizieren.

Auch Deutschland ist ein Land mit einer konzentrierten Epidemie. Hier lebten nach Schätzungen des Robert Koch-Instituts (RKI) Ende 2012 ungefähr 78.000 PWA. Ungefähr 3.400 Menschen sollen sich 2012 infiziert haben, eine Zahl, die seit Mitte des letzten Jahrzehnts nach Angaben des RKI mit nur geringfügigen Schwankungen stabil ist (RKI, 2012). Die am stärksten von HIV/AIDS betroffene sozi-

---

<sup>1</sup> Neben dem Akronym PWA sind weitere Akronyme vor allem im englischen Sprachraum geläufig, zum Beispiel PLWHA (für *People Living With HIV/AIDS*) oder PLWH. Da der Begriff PWA in internationalen wissenschaftlichen Kontexten am stärksten verbreitet scheint und eine ähnliche deutschsprachige Abkürzung nicht existiert, wird in dieser Arbeit auf dieses Akronym zurückgegriffen, um die Gesamtheit aller Menschen, die mit HIV/AIDS leben, zu benennen. Tatsächlich ist die Nutzung dieses Begriffs inhaltlich nicht korrekt, da die meisten Menschen aus dieser Gruppe nicht als an AIDS erkrankt diagnostiziert wurden.

ale Gruppe in Deutschland stellen MSM dar. Geschätzt 51.000 der hier lebenden PWA haben sich über homosexuellen Geschlechtsverkehr infiziert, ein Anteil von fast zwei Dritteln.

Die Situation der PWA in Deutschland sowie in den anderen Industriestaaten Westeuropas und Nordamerikas unterscheidet sich deutlich von derjenigen der PWA in anderen Regionen der Welt. Durch eine stetige Verbesserung der Behandlungsmöglichkeiten, die wenn auch keine Heilung, so doch eine effiziente medizinische Kontrolle der HIV-Infektion ermöglichen, können PWA in diesen Ländern ein Leben weitgehend ohne große Einbußen der Lebensqualität durch die HIV-Infektion oder starke Nebenwirkungen der antiretroviralen Therapie (ART) führen.

Allerdings stellt eine HIV-Diagnose auch heutzutage noch einen massiven psychologischen und sozialen Einschnitt in das Leben der Betroffenen dar (vgl. Langer, Drewes & Kühner, 2010). Diese psychosozialen Konsequenzen persistieren offenbar weitgehend unabhängig von den trotz des medizinischen Fortschritts verbleibenden gesundheitlichen Einschränkungen und Risiken. Ein zentraler Grund für diese psychosozialen Belastungen, die PWA in Deutschland und weltweit erfahren, besteht in dem Stigma der HIV-Infektion. So berichtet in einer aktuellen Befragung von mehr als 1.000 PWA in Deutschland ein Fünftel der Befragten, dass ihnen aufgrund ihres HIV-Serostatus medizinische Leistungen im Jahr vor der Befragung verweigert wurden, und fast die Hälfte der PWA erfuhr sexuelle Zurückweisungen. Große Anteile der Befragten berichten von Schuld- und Schamgefühlen, Selbstmordgedanken und Gefühlen der Trauer und Deprimiertheit (Vierneisel, 2012).

Die vorliegende Arbeit befasst sich mit dieser Stigmatisierung von PWA. Sie will nicht nur das Verständnis des grundlegenden Prozesses dieser Stigmatisierung verbessern helfen, sondern auch einen Beitrag zu dem praktischen Ziel der Entstigmatisierung von HIV/AIDS leisten.

Diese Arbeit beginnt deshalb mit einem Überblick über ihren Forschungsgegenstand, das Stigma der HIV-Infektion. Zuerst wird das grundlegende Konzept Stigma hergeleitet, dann werden zentrale theoretische Konzeptionen thematisiert. Darauf aufbauend gibt der nächste Abschnitt einen Überblick über theoretische Konzeptionen und empirische Forschungsbefunde zur konkreten Stigmatisierung von HIV/AIDS. Dabei sollen die Fragen beantwortet werden, was HIV-Stigma ist, warum PWA stigmatisiert werden, welche Prädiktoren das Ausmaß der Stigmatisierung beeinflussen, was die Konsequenzen von HIV-Stigma sind, wie HIV-bezogene Stigmatisierung erfasst wird und wie das Stigma von HIV/AIDS reduziert werden kann. Angesichts der zahlreichen publizierten wissenschaftlichen Studien zu diesen Fragestellungen kann dieser Versuch eines Überblicks nicht den Anspruch auf Vollständigkeit erheben. Einige Einschränkungen ergeben sich aus der Perspektive dieser Arbeit. Zum einen steht die Perspektive der Stigmatisierer, also der nicht HIV-Infizierten, im Zentrum dieser Arbeit, allerdings wird an manchen Stellen, zum Beispiel bei den Konsequenzen und den Methoden zur Erhebung von HIV-Stigma, durchaus ausführlich auf die Perspektive der Stigmatisierten eingegangen; zum anderen ist der Blickwinkel dieser Arbeit ein genuin (sozial-)

psychologischer. Andere Perspektiven können dabei allerdings angesichts der multidisziplinären Zugänge der Stigma-Forschung kaum vollständig unberücksichtigt bleiben.

Der Anspruch auf Vollständigkeit kann auch durch den notwendigen Verzicht auf eine tiefer gehende Diskussion von zitierten Forschungsergebnissen an vielen Stellen kaum erreicht werden, vor allem, wenn empirische Studien in Einzelfragen widersprüchliche Ergebnisse liefern, wie zum Beispiel hinsichtlich einzelner Prädiktoren für HIV-bezogene Stigmatisierung. Ausführlich wird hingegen die zentrale Forschungsfrage dieser Arbeit nach dem Zusammenhang der infolge ART reduzierten Infektiosität von PWA und der HIV-bezogenen Stigmatisierung hergeleitet. Ausgehend von den medizinischen Grundlagen wird die vergleichsweise spärliche Literatur zum Zusammenhang von ART und der Stigmatisierung von PWA vollständig herangezogen und diskutiert, um auf diesen empirischen wie theoretischen Ergebnissen aufbauend die genaue Fragestellung der vorliegenden Arbeit zu begründen und zu formulieren.

Auf den Theorieteil folgen die Beschreibung der Methoden, also des Vorgehens bei der Durchführung der empirischen Studie, und die Dokumentation der Ergebnisse der statistischen Analysen.

Die Arbeit wird durch eine Diskussion der Studien und ihrer Ergebnisse abgeschlossen, in der diese Ergebnisse zusammengefasst und auf ihre Konsequenzen für das wissenschaftliche Verständnis von HIV-Stigma und ihre Relevanz für die Bemühungen zur Entstigmatisierung von HIV/AIDS untersucht und diskutiert werden. Die Arbeit endet mit der Formulierung von Desiderata für zukünftige Forschung.

# 1 Theoretischer Hintergrund

## 1.1 Das Stigma-Konzept

### 1.1.1 Definitionen und Modelle von Stigma seit Goffman

Der Begriff Stigma umschreibt laut dem *Etymologischen Wörterbuch des Deutschen* ein „Merkmal, (entehrendes) Kennzeichen, Wundmal“ und geht zurück auf den griechischen Begriff *stigma* (dt. Stich, Brandmal, Malzeichen, Kennzeichen). Anfang des 17. Jahrhunderts wird der Begriff in zwei Bedeutungen ins Deutsche übernommen: zum einen in der ursprünglichen Bedeutung, die er im antiken Griechenland hatte, „den Sklaven und Verbrechern zur Beschimpfung eingebranntes Zeichen, Brandmal“ (DWDS, o. Jahr), und zum anderen als Bezeichnung „eines der fünf Wundmale Christi“. Neben dieser religiösen Bedeutung finden sich weitere Verwendungen des Begriffs Stigma unter anderem in der Psychiatrie, der Psychoanalyse, der Zoologie, der Biologie und der Botanik.

Angelehnt an seine ursprüngliche Bedeutung unterliegt der Stigma-Begriff heute einer nahezu inflationären Nutzung in den Sozialwissenschaften. Er hat sich aber nicht nur im wissenschaftlichen, sondern auch im alltäglichen Sprachgebrauch eingebürgert (vgl. Weiss, Ramakrishna & Somma, 2006).

Diese Karriere verdankt der Begriff in erster Linie dem Soziologen Erving Goffman, der in seinem Werk *Stigma. Notes of the management of spoiled identity* (Goffman, 1963) den Grundstein für die moderne Stigma-Forschung legte. Goffman, der sich auf bereits vorliegende Arbeiten von Psychologen und Soziologen zu der „situation of the individual who is disqualified from full social acceptance“ (o. S. [preface]) bezieht, definiert Stigma als ein „attribute that is deeply discrediting“, das seinen Träger herabmindert „from a whole and usual person to a tainted, discounted one“. Diese viel zitierte Definition rekurriert auf die ursprüngliche Bedeutung des Begriffs und die Verwendung für die *Markierung* von Verbrechern und Sklaven im antiken Griechenland, auf die sich Goffman auch explizit bezieht. Goffman fügt dieser Definition aber weitere Merkmale hinzu, indem er die soziale Konstruiertheit und Kontextabhängigkeit des Stigma-Konzepts betont: „The term stigma, then, will be used to refer to an attribute that is deeply discrediting, but it should be seen that a language of relationships, not attributes, is really needed. An attribute that stigmatizes one type of possessor can confirm the usualness of another, and therefore is neither creditable nor discreditable as a thing in itself“ (Goffman, 1963, S. 3). Diesen sozialen Konstruktivismus schränkt er jedoch wieder ein: „A stigma, then, is really a special kind of relationship between attribute and stereotype, although I don't propose to continue to say so, in part because there are important attributes that almost everywhere in our society are discrediting“ (Goffman, 1963, S. 4). Illustriert wird Goffmans Verständnis des Stigma-Begriffs an seiner Erläuterung der „soziologischen Merkmale“, die ihm zufolge alle Stigmata gleichermaßen aufweisen.

*An individual who might have been received easily in ordinary social intercourse possesses a trait that can obtrude itself upon attention and turn those of whom he meets away from him, breaking the claim that his other attributes have on us. He possesses a stigma, an undesired differentness from what we had anticipated (Goffman, 1963, S. 5).*

Große Ähnlichkeiten zu Goffmans Definition weist diejenige von Jones et al. (1984) auf. Im Zentrum ihrer Definition steht der Begriff der Markierung (engl. *mark*), der bei ihnen den von Goffman genutzten Begriff des Stigmas für das stigmatisierte Merkmal ersetzt. Der Begriff Markierung „is thus our generic term for perceived or inferred conditions of deviation from a prototype or norm that *might* initiate the stigmatizing process“ (Jones et al., 1984, S. 8). Eine solche Markierung muss allerdings nicht physischer Art sein, sie kann auch in Verhaltensweisen, Lebensgeschichte oder Gruppenzugehörigkeit verankert sein. Da eine Markierung nicht zwangsläufig zu einer Stigmatisierung führen muss, erläutern sie, wie sie den Stigmatisierungsprozess verstehen:

*To mark a person implies that the deviant condition has been noticed and recognized as a problem in the interaction or the relationship. To stigmatize a person generally carries a further implication that the mark has been linked by an attributional process to dispositions that discredit the bearer, i.e. that “spoil” his identity (Jones et al., 1984, S. 8).*

Crocker, Major & Steele (1998) bemerken, dass die Vielzahl und Unterschiedlichkeit der durch diverse Stigmata betroffenen Personen nur schwer durch ein einzelnes Merkmal gekennzeichnet werden kann. Wenn dies überhaupt möglich sei, dann dadurch, dass „stigmatized individuals possess (or are believed to possess) some attribute, or characteristic, that conveys a social identity that is devalued in a particular social context“ (Crocker et al., 1998, S. 505). Diese abgewertete Identität ist für Crocker et al. zentral für ihr Verständnis von Stigma, „in essence stigma is a devaluing social identity“ (S. 505). Auch hier wird deutlich, dass Crocker et al. (1998), wie schon bei Jones et al. angeklungen, nicht das abweichende Attribut selbst mit dem Begriff Stigma benennen, sondern dessen Folge, also die abgewertete Identität bzw. den Prozess, der zur Abwertung der Identität führt. Dabei wird betont, dass Stigma ein Produkt sozialer Konstruktionen und damit kontextabhängig ist:

*Social stigma is a function of having an attribute that conveys a devalued social identity in a particular context. In other words, possession of a particular attribute might lead an individual to be stigmatized in one context but not in another. [...] Thus it [the attribute] is not inextricably linked to something essential to the stigmatized person, as our language often implies. As suggested by the term ‘predicament’, the problem of stigma does not reside in the stigmatized attribute, or the person that possesses that attribute, but in the unfortunate circumstance of possessing an attribute that, in a given social context, leads to devaluation (S. 506).*

Diese und andere soziokognitiven Perspektiven auf Stigma betonen die Kontextabhängigkeit und soziale Konstruiertheit von Stigma und nehmen als Kern des Stigmatisierungsprozesses Attributionen an, die mit einer Abwertung der Identität der stigmatisierten Person einhergehen. Leary und Schreindorfer (1998) lehnen diese kognitiven Reaktionen als Kern des Stigma-Konzepts ab und stellen stattdessen die interpersonale Distanzierung als Essenz von Stigmatisierung in den Mittelpunkt ihrer Definition:

*In our view, the essential feature of stigma is nor discreditation, negative attribution, perceived illegitimacy, or any other type of cognitive response suggested by previous conceptualizations. Rather, the essence of stigmatization appears to be interpersonal disassociation. In our view, stigmatization occurs, when a shared characteristic of a category of people be-*

*comes consensually regarded as a basis for disassociating from (that is, avoiding, excluding, ostracizing, or otherwise minimizing interaction with) individuals who are perceived to be members of that category (S. 14 f.).*

Im Gegensatz zur Betonung der Kontextabhängigkeit in den soziokognitiven Definitionen behaupten sie, dass eine Reihe von Merkmalen universell, das heißt über verschiedene Epochen und Kulturen hinweg, als Stigmata gelten – worauf bereits Goffman selbst hingewiesen hat –, und machen diese Beobachtung zum Ausgangspunkt ihrer evolutionspsychologisch fundierten, funktionalen Analyse von Stigma. Im Einklang mit anderen evolutionspsychologischen Perspektiven auf Stigma (z. B. Kurzban & Leary, 2001; Neuberg, Smith & Asher, 2000) verstehen sie Stigmatisierung als eine evolutionär entstandene Strategie zur Sicherung des Überlebens und der Effizienz der eigenen Gruppe. Dazu listen Leary und Schreindorfer (1998) vier Merkmale von Personen auf, die je nach Ausprägung des jeweiligen Merkmals sozial ausgeschlossen werden: 1) Personen, die eine Gefahr für die Gesundheit oder die Sicherheit anderer Menschen darstellen, 2) Personen, die stark von Gruppenstandards abweichen, 3) Personen, die nicht adäquat zum Wohlergehen der eigenen Gruppe beitragen können, und 4) Personen, die negative emotionale Reaktionen bei anderen Personen auslösen. Dieser Perspektive zufolge werden Personen, die mindestens eines der genannten Merkmale aufweisen, aufgrund konsensuell geteilter Überzeugungen von sozialen Interaktionen ausgeschlossen, also stigmatisiert.

Diese psychologischen Definitionen, die Stigma auf der Ebene des Individuums und der interpersonellen Interaktion verorten, wurden aus soziologischer Perspektive wegen der Vernachlässigung der gesellschaftlichen Bezüge von Stigma kritisiert. Link und Phelan (2001) legen eine Definition von Stigma vor, die diese individualistische Sicht um soziale und strukturelle Faktoren, also die Makroebene, ergänzt. Laut dieser Definition existiert Stigma,

*[...] when the following interrelated components converge. In the first component, people distinguish and label human differences. In the second dominant cultural beliefs link labeled persons to undesirable characteristics – to negative stereotypes. In the third, labeled persons are placed in distinct categories so as to accomplish some degree of separation of ‘us’ from ‘them’. In the fourth labeled persons experience status loss and discrimination that lead to unequal outcomes. Finally stigmatization is entirely contingent on access to social, economic, and political power that allows the identification of differentness, the construction of stereotypes, the separation of labeled persons into distinct categories, and the full execution of disapproval, rejection, exclusion, and discrimination. Thus, we apply the term stigma when elements of labeling, stereotyping, separation, status loss, and discrimination co-occur in a power situation that allows the components of stigma to unfold (S. 367).*

Während die beiden Autoren für ihr Stigma-Modell auf eine Reihe sozialpsychologischer Konstrukte wie zum Beispiel das Stereotypisieren zurückgreifen, die bereits in den soziokognitiven Ansätzen eine große Rolle spielen, zeichnet sich ihr Modell zum einen durch die Integration von Diskriminierung in das Stigma-Konzept und zum anderen durch die zentrale Bedeutung, die in ihrer Definition dem Konzept von Macht zukommt, aus.

Dieser kurze Überblick über zentrale Definitionen des Stigma-Begriffes zeigt vor allem, dass eine verbindliche, mehrheitlich akzeptierte Definition des Begriffes Stigma nicht existiert. Die damit verbundene Vagheit und Unklarheit des Begriffs ist ein zentrales Argument von Kritikern dieses Kon-

zepts, wie auch Link und Phelan (2001) feststellen. In dieser konzeptuellen Unklarheit sei auch die Ursache für die mangelnde theoretische Fundierung der empirischen Forschung zu den verschiedenen Stigmata zu sehen:

*One of the curious features of literature concerning stigma is the variability that exists in the definition of the concept [...]. In many circumstances investigators provide no explicit definition and seem to refer to something like the dictionary definition ('mark of disgrace') (S. 364).*

Die empirische Literatur zu HIV-Stigma bestätigt diese Aussage. In der Regel wird auf einen theoretischen Hintergrund entweder ganz verzichtet oder es wird einleitend auf Goffmans Stigma-Definitionals den sozusagen kleinsten gemeinsamen Nenner der Stigma-Forschung Bezug genommen (vgl. auch Mahajan et al., 2008).

Mehrere Gründe können für die Unterschiede in der Definition von Stigma identifiziert werden. Da ist zum einen die enorme Anzahl und Vielfalt an Merkmalen, auf die das Stigma-Konzept angewandt wurde. So basiert die Definition von Crocker et al. (1998) auf der Vorüberlegung, dass „there may be no single feature or even set of defining features that unambiguously signifies that an individual or group is stigmatized“ (S. 505). Diese Variabilität innerhalb der Stigmata erschwert die Bemühungen um eine allgemeingültige Definition und Theorie von Stigma erheblich.

Ein weiterer Grund liegt in der Multidisziplinarität der Stigma-Forschung. Link und Phelan (2001) weisen darauf hin, dass Beiträge zur Stigma-Forschung aus der Psychologie, der Soziologie, der Anthropologie, den Politikwissenschaften und der Soziogeografie stammen, und „although there is a great deal of overlap in interests across these disciplines, there are nevertheless some differences in emphasis“ (S. 365). Diese Unterschiede finden sich natürlich auch innerhalb der verschiedenen Disziplinen in dem Maße, in dem unterschiedliche theoretische Hintergründe vorliegen. Zur Unschärfe des Stigma-Konzepts trägt auch die Fülle an Variablen und Konstrukten bei, die Überschneidungen zum Stigma-Konzept aufweisen und teilweise auch mit diesem synonym genutzt werden, etwa die Begriffe Devianz, Stereotyp, Vorurteil und Diskriminierung.

Ein letzter Grund betrifft die verschiedenen Perspektiven, die Forschung zu Stigma einnehmen kann, indem sie sich mit der Makro- oder der Mikroebene, mit den Stigmatisierten, den Stigmatisierern, der Interaktion von Stigmatisierern und Stigmatisierten oder mit der Entstehung, den Prädiktoren, den Manifestationen oder den Konsequenzen von Stigma befasst. Dass diese Ebenen und Perspektiven nicht immer explizit und klar getrennt werden, erschwert die Definition des Begriffs zusätzlich.

Um diesen Überblick über den Stigma-Begriff und seine allgemeinen, nicht auf spezifische Stigmata bezogenen Konzeptualisierungen zu vervollständigen, werden nun die aufgeführten Gründe für die mangelnde Klarheit des Konzepts näher erläutert und Ansätze benannt, die zur Klärung der jeweiligen Probleme beitragen sollen. Diese Diskussion umfasst a) die Unterschiede und Gemeinsamkeiten zwischen dem Stigma-Konzept und den Konzepten Stereotyp, Vorurteil und Diskriminierung sowie b) die Ansätze zur Kategorisierung oder Gliederung der diversen Stigmata, die in Form von Typologien und

Dimensionen vorliegen. Da diese auch herangezogen werden, um die Frage zu beantworten, welches Merkmal das Potenzial besitzt, ein Stigma zu werden, und welches nicht, wird hier ergänzend c) die Forschung zu den Funktionen von Stigma dargestellt. Die Frage danach, warum es überhaupt Stigmatisierung gibt und welche Funktionen sie erfüllt, stellt ebenfalls einen zentralen Aspekt des Stigma-Diskurses dar. Abgeschlossen wird dieses Kapitel zum theoretischen Hintergrund des Stigma-Konzepts mit d) einer Darstellung verschiedener Rahmenmodelle, die helfen sollen, die unterschiedlichen Forschungsperspektiven auf Stigma zu systematisieren.

Verzichtet wird in diesem Überblick auf die Darstellung der Forschung zur Perspektive der Stigmatisierten. Da der inhaltliche Fokus dieser Arbeit auf den Stigmatisierern liegt, werden die Konsequenzen für die Stigmatisierten und die Mechanismen, über die die Konsequenzen von Stigma für die Betroffenen wirken, nur im weiteren Verlauf am konkreten Fall des HIV-Stigmas dargestellt.

### **1.1.2 Stigma und verwandte (psychologische) Variablen**

Die Sozialpsychologie und die Soziologie weisen eine lange Tradition in der Erforschung von negativen Bewertungen von Personen und Gruppen von Personen auf. Gerade in der Sozialpsychologie wurde eine Vielzahl von Konstrukten und Theorien entwickelt, die zur Beschreibung und Erklärung der negativ gefärbten Emotionen, Kognitionen und Verhaltensweisen gegenüber bestimmten sozialen Gruppen genutzt werden. Zentrale Begrifflichkeiten zur Beschreibung dieser Phänomene sind Stereotype, Vorurteile und (soziale) Diskriminierung, mit denen der Stigma-Begriff mehr oder weniger starke Überschneidungen aufweist. Definitionen von Stigma können sich dadurch auszeichnen, dass sie eine Abgrenzung zu einzelnen dieser Variablen vornehmen oder einzelne Variablen explizit in die Definition aufnehmen. Vor allem Operationalisierungen von Stigma für die empirische Erfassung bedienen sich oft der genannten Konzepte.

Im Folgenden werden die Definitionen und Konzeptualisierungen der drei Begriffe Stereotyp, Vorurteil und (soziale) Diskriminierung sowie ihre Beziehung zu Stigma erläutert.

#### **Stereotyp**

Der Begriff Stereotyp in seinem heutigen Verständnis geht auf den Journalisten Walter Lippman (1922) zurück, der Stereotype als „pictures in our heads“ (S. 98) bezeichnete. In einem wissenschaftlich-psychologischen Kontext wird der Begriff jedoch erstmals elf Jahre später von Katz und Braly (1933) geprägt. Beide gelten mit ihrer Studie zu *racial stereotypes* als Vorreiter der sozialpsychologischen Stereotypforschung, vor allem auch aufgrund der von ihnen hier verwendeten *personality trait list*. Diese Liste von Persönlichkeitsmerkmalen galt lange Zeit als Standard der Erfassung von Stereotypen. In der Psychologie existieren zahlreiche Definitionen des Begriffs Stereotyp – nach Miller (1982) handelt es sich dabei um so viele und unterschiedliche Definitionen, wie es Autoren gibt, die

sie formuliert haben. Generell werden Stereotype heute als Überzeugungen verstanden; in diesem Sinne definieren Leyens, Yzerbyt und Schadron (1994) Stereotype als „shared beliefs about person attributes, usually personality traits, but often also behaviours, of a group of people“ (S. 11). Stereotype werden oft im Rahmen von sozialen Kategorisierungsprozessen untersucht, wobei soziale Kategorisierung nach Petersen und Six-Materna (2006) als kognitiver Prozess verstanden wird, bei dem Personen aufgrund gemeinsamer Merkmale zu Gruppen, Kategorien zusammengefasst werden. Den entstandenen Gruppen werden in charakteristischer Weise bestimmte Eigenschaften zugeschrieben, die die Stereotype darstellen.

In einer anderen Forschungstradition, der Kognitionsforschung, werden Stereotype als kognitive Strukturen oder kognitive Schemata verstanden, in denen das Wissen über Gruppen von Personen enthalten ist. So sind Stereotype nach der Definition von Hamilton und Trolier (1986) „a cognitive structure that contains the perceiver’s knowledge, beliefs, and expectations about a human group“ (S. 133). Der Begriff Stereotyp wird von einigen Autoren explizit vom Begriff des *stereotyping* unterschieden. Stereotype werden dabei als Endprodukte des Stereotypisierens beschrieben: „[T]he process of stereotyping individuals is the process of applying a – stereotypical – judgement as rendering these individuals interchangeable with other members of the category“ (Leyens et al., 1994, S. 11).

Uneinigkeit besteht in der Frage, inwiefern Stereotype von anderen Personen geteilt werden müssen. Ist die Überzeugung von Person x, dass Brillenträger temperamentvoll sind, ein Stereotyp, oder muss diese Überzeugung auch von Person y und z bzw. allen Mitgliedern der sozialen Gruppe, der Person x angehört, geteilt werden, um diese Überzeugung als Stereotyp bezeichnen zu können? Einige Autoren haben als Lösungsvorschlag die Unterscheidung zwischen individuellen Stereotypen und sozialen oder kulturellen Stereotypen, die mehrheitlich geteilte Stereotype darstellen, in die Diskussion eingeführt (vgl. z. B. Ashmore & Del Boca, 1981; Secord & Backman, 1974). Für Leyens et al. (1994) liegt die Lösung dieser Frage in der Unterscheidung zwischen dem Stereotyp selbst, das immer konsensuell geteilte Inhalte enthält, und dem *stereotyping*, das als Prozess der Informationsverarbeitung immer individuell abläuft.

Stereotype gegenüber Gruppen von Personen werden klassisch mithilfe von Eigenschaftslisten erfasst, die sämtlich auf die Eigenschaftsliste von Katz und Braly (1933) zurückgehen. Dieses Verfahren misst die Inhalte des Stereotyps gegenüber einer sozialen Gruppe. Dabei geben die Befragten für jede auf einer Liste genannte Eigenschaft an, ob sie auf eine bestimmte Gruppe zutrifft oder nicht. Das Verfahren wurde in der Folge von vielen Autoren übernommen und bearbeitet. Auf diese Weise entstanden weitere Instrumentarien, mit denen die Inhalte und die Stärke von Stereotypen direkt erfasst werden konnten, wie Ratingverfahren, das Stereotypdifferenzial auf der Basis des semantischen Differenzials oder Prozentschätzverfahren (vgl. Eckes, 2008). In der Kognitionsforschung wurden implizite Verfahren der Stereotypmessung entwickelt, die über die Messung von Reaktionsgeschwindigkeiten Aussa-

gen zu Inhalten und Stärken von Stereotypen machen wollen (für einen umfassenden Überblick über direkte und indirekte Verfahren der Stereotypmessung wird auf Eckes, 2008, verwiesen).

In vielen Stigma-Theorien spielt der Prozess des Stereotypisierens eine bedeutende Rolle. Das Kategorisieren und die Zuschreibung von Attributen aufgrund der Zugehörigkeit zu einer sozialen Gruppe, die sich durch mindestens ein gemeinsames Merkmal auszeichnet, sind ein elementarer Prozess, der sowohl dem Prozess des Stereotypisierens als auch dem des Stigmatisierens unterliegt. Jones et al. (1984) weisen dem Stereotypisieren in ihrer Stigma-Theorie eine entsprechend hohe Bedeutung zu: „Thus, stigmatizing reactions may or may not involve elaborate stereotypes, but the marking process is likely to drift toward stereotype formation over time in the service of affect justification“ (Jones et al., 1984, S. 11). Auch bei Link und Phelan (2001) stellt der Prozess des Stereotypisierens eine der zentralen Komponenten in ihrer Darstellung des Stigma Prozesses dar. Nach dem *labeling* des spezifischen Unterschieds, wird dieser mit negativen Attributen verbunden: „In our terms, this aspect of stigma involves a label and a stereotype, with the label linking the person to a set of undesirable characteristics that form the stereotype“ (S. 369). Darüber hinaus merken sie an, dass

*this connection between labels and stereotypes has been a major aspect of the psychological study of stigma in recent years, following the social cognitive approach [...]. This intriguing and very fruitful body of research seeks to elucidate the cognitive processes underlying the use of categories and the linking of these categories to stereotypes (S. 369).*

Allerdings zeigen sich auch Unterschiede zwischen den Konzepten Stereotyp und Stigma. So ist ein Stigma immer negativ bewertet, während ein Stereotyp auch positiv sein kann, wie Leyens, Yzerbyt und Schadron (1994) bei ihrer Abgrenzung des Stereotypkonzepts vom Vorurteilskonzept bemerken.

Über diese konzeptuellen Überschneidungen von Stereotyp und Stigma hinaus weisen auch die Forschungstraditionen beider Konzepte Ähnlichkeiten auf. So lassen sich in allen Traditionen Forschungsarbeiten identifizieren, die sich mit der Entstehung, den Funktionen und den Konsequenzen für die Objekte wie für die Subjekte der jeweiligen Prozesse befassen. So greifen Stangor und Crandall (2000) bei der Entwicklung ihrer Theorie zur Entstehung von Stigma explizit auf Ergebnisse der Forschung zur Ätiologie von Stereotypen (sowie Vorurteilen und Diskriminierung) zurück. Auch bei anderen Autoren finden sich fast identische Funktionen von Stigmatisierung und Stereotypisierung (vgl. z. B. Snyder & Miene, 1994). Bei der Analyse der Mechanismen von Stigmatisierung und Stereotypisierung, die zu negativen Konsequenzen für die von diesen Prozessen Betroffenen führen, werden zum Beispiel mit den Konzepten des *stereotype threat* (Steele & Aronson, 1995) und des *stigma consciousness* (Pinel, 1999) sehr ähnliche Mechanismen diskutiert, die jeweils das Bewusstsein von Personen über das sie betreffende Stigma bzw. Stereotyp thematisieren.

In ihrer vergleichenden Analyse des Stigma- und des Stereotyp-Konzepts erklären Biernat und Dovidio (2000) entsprechend auch den Prozess des Stereotypisierens zu einem grundlegenden Mechanismus, der der Stigmatisierung zugrundeliegt: „In conclusion, we suggest that considering the role of

basic psychological processes and mechanisms, such as stereotyping, can be a productive approach for understanding stigmatisation“ (S. 112).

### Vorurteil

Die erste Definition des Vorurteilsbegriffs stammt von Walter Allport, einem Sozialpsychologen, der Vorurteile in seinem Werk *The Nature of Prejudice* (1954) als Antipathie definierte: „[...] an antipathy based on faulty and inflexible generalization. It may be felt or expressed. It may be directed towards a group as a whole or an individual because he is a member of that group“ (S. 9). Heute hat sich weitgehend ein Verständnis von Vorurteil als einer negativen Einstellung durchgesetzt: „Prejudice is typically conceptualized as an attitude that, like other attitudes – has a cognitive component (e.g. beliefs about a target group), an affective component (e.g. dislike), and a conative component (e.g. a behavioral predisposition to behave negatively toward the target group)“ (Dovidio, Hewstone, Glick & Esses, 2010, S. 5). Der klassische Forschungsgegenstand der Vorurteilsforschung ist der Rassismus (vgl. Phelan, Link & Dovidio, 2008), in diesem Kontext ist auch die Begriffsbestimmung von Allport entstanden. Dovidio (2001) unterscheidet drei Paradigmen der Vorurteilsforschung. In der ersten Phase (20er bis 50er Jahre des letzten Jahrhunderts) wurden Vorurteile als Ausdruck von Psychopathologie verstanden. Dies zeigt sich am deutlichsten an Adornos Konzept der autoritären Persönlichkeit (Adorno, Frenkel-Brunswik, Levinson & Sanford, 1950), das zu dem Zweck entwickelt wurde, die Neigung zu Vorurteilen zu erklären. In der zweiten Phase wurden Vorurteile als normale psychologische Prozesse im Rahmen sozialer Kategorisierung konzeptualisiert. Neben der Untersuchung der Rolle von sozialen Normen und Gruppenprozessen als den Fundamenten von Vorurteilen entstehen vor allem im Kontext der Rassismuskonzepte zu subtilen, unabsichtlichen und benevolenten Formen von Vorurteilen. Diese unter der Bezeichnung *symbolic racism* oder *modern racism* bekannten Konzepte sollten das Phänomen abbilden, dass durch den Wandel des gesellschaftlichen Klimas (in den USA) rassistische Vorurteile zwar weiterhin (bewusst oder unbewusst) existieren, aber nicht mehr öffentlich geäußert werden. Moderner Rassismus ist entsprechend gekennzeichnet durch Überzeugungen, „that blacks are violating cherished values and making illegitimate demands for changes“ (McConahay & Hough, 1976, S. 38) und dass Diskriminierung aufgrund von ethnischer Gruppenzugehörigkeit nicht mehr existent sei. In ähnlicher Weise speist sich das Konzept des *subtle prejudice* nach Pettigrew und Meertens (2006) aus den drei Komponenten 1) Verteidigung traditioneller Werte, 2) Übertreibung von kulturellen Unterschieden und 3) Leugnung positiver Emotionen, die es von der Form des klassischen, offensichtlichen Vorurteils unterscheidet. Die dritte und aktuelle Phase der Vorurteilsforschung seit Mitte der 90er Jahre des letzten Jahrhunderts ist Dovidio (2001) zufolge durch den Fokus auf die empirische Erforschung unbewusster/impliziter Vorurteile, die mittels neurokognitiver Forschungsmethoden erstmals erfassbar seien, sowie auf die Untersuchung der konkreten Manifestationen von Vorurteilen in den Interaktion zwischen Personen bzw. Gruppen geprägt.

Als klassische Methode zur Erfassung von Vorurteilen dienen Selbstauskunftsmaße wie Einstellungsskalen und Ratingverfahren. Dazu zählen Verfahren wie das *Feeling Thermometer* (Campbell, 1971), das die emotionale, affektive Komponente von Vorurteilen auf einer optisch an ein Thermometer angelehnten Skala erfasst, Maße der sozialen Distanz, die auf Bogardus' *Social Distance Scale* (1925, 1933) zurückzuführen sind, aber auch inhaltliche Skalen, die spezifische Einstellungen gegenüber sozialen Gruppen erfassen. Die *Modern Racism Scale* (McConahay, Hardee & Batts, 1981) und die *Subtle Prejudice Scale* (Pettigrew & Meertens, 1995) sind Beispiele für solche Skalen. Sie lassen sich auch als Strategien zur Vermeidung sozial erwünschter Antworten, also verfälschender Angaben oder neutraler formuliert „strategischer Antworten“, verstehen; andere Ansätze, um dies zu vermeiden, bestehen zum Beispiel in der direkten Erfassung dieser Antworttendenz (vgl. u. a. die *Marlowe-Crowne Social Desirability Scale*, Crowne & Marlowe, 1960) oder in der Nutzung der *Bogus-Pipeline-Technik*, bei der die Probanden an einen „Lügendetektor“ angeschlossen werden, der, wie ihnen mitgeteilt wird, erkennen könne, ob ihre Antworten wahr oder falsch seien (zuerst angewandt von Jones & Sigall, 1971). Implizite Maße zur Erfassung von Vorurteilen sind eine weitere Methode deren Vorteil in der Annahme einer Immunität gegenüber Antwortverfälschungen besteht. Diese impliziten Techniken funktionieren über die Messung von Reaktionszeiten, etwa beim weithin bekannten *Implicit Association Test* (Greenwald, McGee & Schwartz, 1998), oder über physiologische Messungen von Muskelaktivität oder elektrodermalen Aktivität (vgl. Guglielmi, 1999).

Wo liegen nun Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen Vorurteil und Stigma? Für Stuber und Meyer (2008) unterscheiden sich die beiden Forschungstraditionen mehr in den Gegenständen des Forschungsinteresses als in konzeptueller Hinsicht. Die Ansätze der Urväter beider Forschungstraditionen, Allport und Goffman, vergleichend, listen sie die von ihnen identifizierten Gemeinsamkeiten auf:

*In their works, stigma and prejudice are each complex concepts that encompass individual experience, the interaction between non-marginalized and marginalized groups, and broader structural and social phenomena such as power relations, historical contingencies, community practices and program/policy design (S. 351).*

Phelan, Link und Dovidio (2008) bestätigen diese Annahmen. Sie vergleichen die Arten von Merkmalen, die in den Studien der Vorurteils- und der Stigma-Forschung behandelt werden, und können so zeigen, dass die Forschung zu Vorurteilen sich überwiegend mit Rassismus befasst, während die Stigma-Forschung überwiegend Erkrankung und Behinderung thematisiert. Abgesehen von diesen Unterschieden dominieren in ihrer Analyse der den jeweiligen Konzepten zugrundeliegenden Prozesse aber die Gemeinsamkeiten:

*We suggest that the social processes involved in enacting and maintaining stigma and prejudice are more alike than different once a human characteristic gets selected as a basis for stigma and prejudice. All involve categorization, labeling, stereotyping, negative emotions, interactional discomfort, social rejection and other forms of discrimination, status loss and other harmful effects on life chances of targets, as well as stigma management and coping (S. 364).*

Trotz dieser Übereinstimmungen plädieren sie dafür, Stigma als den übergeordneten Begriff zu verwenden und als Vorurteil die entsprechende Einstellungskomponente des Stigmaprozesses zu benennen. Sie folgen dabei Dovidio, Major & Crocker (2000), die Stigma ebenfalls als einen breiteren Begriff verstehen: „Stigma is more inclusive than prejudice because it involves individual-based responses to deviance, as well as group-based reactions as a function of category membership“ (S. 5).

### Diskriminierung

Unter Diskriminierung wird die unangemessene und potenziell ungerechte Behandlung von Individuen aufgrund ihrer Gruppenzugehörigkeit verstanden (vgl. Dovidio, Hewstone, Glick & Esses, 2010). Dabei spielt in der Motivation des Verhaltens die Bevorzugung der eigenen Gruppe, die einen Vorteil durch die ungleiche Behandlung der Mitglieder anderer Gruppen erlangt, eine zentrale Rolle, wie Jones (1972) deutlich macht, indem er Diskriminierung definiert als „those actions designed to maintain own-group characteristics and favored positions at the expense of the comparison group“ (Jones, 1972, S. 4).

Diskriminierung kann als eine Folge von Stereotypen und Vorurteilen verstanden werden, weswegen die Erfassung von Diskriminierung eng mit der Erfassung dieser beiden Konzepte verknüpft ist. Verhaltensbasiert kann individuelle Diskriminierung zum Beispiel in Labor- oder Feldexperimenten erfasst werden, in denen Diskriminierung über das Hilfeverhalten gegenüber Personen verschiedener sozialer Minderheiten operationalisiert wird (Correll, Judd, Park & Wittenbrink, 2010).

Dass Stigma und Diskriminierung eng miteinander verknüpft sind, ist unstrittig. Uneinigkeit besteht lediglich darin, ob Diskriminierung als Konsequenz von Stigmatisierung verstanden oder wie beim Modell von Link und Phelan als Element von Stigma konzeptualisiert wird. Allerdings nehmen Link und Phelan (2001) mit ihrem Konzept des Einbezugs eine Sonderrolle ein. Andere Autoren kritisieren diesen Standpunkt explizit, weil damit Stigmatisierung, die sich nicht in Diskriminierung äußert, nicht mehr als Stigmatisierung benannt werden könne, obwohl „even in the absence of any active discrimination, stigma may have a negative impact on the self-concept and actions of stigmatised people“ (Deacon, 2006, S. 421).

### 1.1.3 Typologien und Dimensionen von Stigma

Die große Anzahl an Merkmalen, auf die das Stigma-Konzept bisher angewandt wurde, ist von einer Reihe von Autoren problematisiert und als Grund für die Schwierigkeit benannt worden, eine allgemein akzeptierte Definition von Stigma zu finden. Die große Anzahl und die Unterschiedlichkeit der potenziellen Stigmata wirft eine Reihe von Fragen auf. Lassen sich diese Merkmale sinnvoll gruppieren? Unterscheiden sich Aspekte des Stigmatisierungsprozesses für verschiedene Gruppen von Merk-

malen? Wie lassen sich Merkmale, die ein potenzielles Stigma darstellen, von Merkmalen abgrenzen, die kein potenzielles Stigma darstellen?

Einen Weg, die Vielzahl an Stigmata zu systematisieren und damit nicht nur die Bandbreite an Stigmata darzustellen, sondern auch definitorische Kriterien zu identifizieren, die Merkmale erfüllen müssen, um als Stigmata bezeichnet werden zu können, stellt die Bildung von Typologien dar. Die erste und zugleich bekannteste Typologie von Stigmata wurde von Goffman (1963) vorgelegt:

*Three grossly different types of stigma may be mentioned. First there are abominations of the body – the various physical deformities. Next there are blemishes of individual character perceived as weak will, domineering or unnatural passions, treacherous and rigid beliefs, and dishonesty, these being inferred from a known record of, for example, mental disorder, imprisonment, addiction, alcoholism, homosexuality, unemployment, suicidal attempts, and a radical political behavior. Finally there are the tribal stigma of race, nation, and religion, these being stigma that can be transmitted through lineages and equally contaminate all members of a family. (S. 4)*

Kurz gefasst unterscheidet Goffman also 1) die Stigmata, die auf körperlichen Entstellungen beruhen, 2) Stigmata, die moralischer Natur sind oder auf psychischen Störungen beruhen, und 3) Stigmata, die sich aus der familiären Herkunft ergeben und ethnischer oder religiöser Natur sind. Goffmans Typologie mangelt es allerdings an einer theoretischen Fundierung; die verschiedenen Typen sind willkürlich gewählt. Nicht alle Merkmale, die als Stigmata gelten, lassen sich uneindeutig in das Kategoriensystem einordnen oder werden von den drei Kategorien überhaupt erfasst. So lässt sich zum Beispiel das Merkmal der Übergewichtigkeit sowohl als Charakterschwäche als auch als körperliche Deformation beschreiben, worauf Crocker, Major und Steele (1998) hinweisen. Andererseits lassen sich die chronischen körperlichen Erkrankungen und insbesondere Infektionserkrankungen, die heute von zentralem Interesse für die Stigma-Forschung sind, keiner der drei Kategorien ohne weiteres zuordnen.

Eine andere Art der Kategorisierung von Stigmata wurde von Phelan et al. (2008) im Rahmen ihres bereits erwähnten Vergleichs der Konzepte Stigma und Vorurteil vorgenommen. Sie gruppieren Stigmata entlang ihrer (psychologischen/sozialen) Funktionen in die drei Kategorien 1) *Ausbeutung/Beherrschung*, 2) *Durchsetzung sozialer Normen* und 3) *Vermeidung von Krankheiten*. Diese drei Funktionen sind nicht unabhängig voneinander und können auch verstanden werden als „keeping people down; keeping people in; and keeping people away“ (Phelan et al., 2008, S. 362). Unter der Kategorie *Ausbeutung/Beherrschung* subsumieren die Autoren Stigmatisierung aufgrund der Hautfarbe, der Zugehörigkeit zu ethnischen Minderheiten, des Geschlechts oder des sozioökonomischen Status. Die Kategorie *Durchsetzung sozialer Normen* umfasst Verhaltensweisen und soziale Identitäten wie zum Beispiel Homosexualität, Polygamie, kriminelles Verhalten, extreme politische Ansichten, den Konsum psychoaktiver Substanzen und das Rauchen. Die dritte Kategorie *Vermeidung von Krankheiten* bezieht sich nicht nur auf übertragbare Erkrankungen wie HIV und Tuberkulose, sondern auch auf chronische Erkrankungen und körperliche Behinderungen. Anhand dieser Beispiele wird eine gewisse Korrespondenz mit Goffmans drei Typen von Stigma deutlich, abgesehen davon, dass die Autoren körperliche Erkrankungen explizit in ihre Typologie aufnehmen. Goffmans *tribal stigma* entspricht

dabei grob der Kategorie *Ausbeutung/Beherrschung*, *blemishes of individual character* stimmt mit den Typus *Durchsetzung sozialer Normen* bei Phelan et al. überein, und die Kategorie *abominations of the body* wird erweitert zum Typus *Vermeidung von Krankheiten*.

Während Typologien stigmatisierbare Merkmale zu Gruppen zusammenfassen und auf diese Weise zur Analyse von Unterschieden und Gemeinsamkeiten zwischen Stigmata beitragen, wählen andere Forscher mit der Identifizierung von allgemeinen Dimensionen, die den Stigmata unterliegen, einen anderen Weg, um sich diesem Ziel der Gruppierung stigmatisierbarer Merkmale zu nähern. Dieser Ansatz ist vor allem hilfreich bei der Beantwortung einer der zentralen Frage der Stigma-Forschung, nämlich nach der Abgrenzung der Merkmale, Eigenschaften oder Verhaltensweisen, die potenziell ein Stigma darstellen, also stigmatisierbar sind, und den Merkmalen, die kein Stigmatisierungspotenzial aufweisen. Dieses Problem der mangelnden Abgrenzbarkeit stellt eine Konsequenz der in der Sozialpsychologie weit verbreiteten Auffassung dar, dass Stigmata sozial konstruiert bzw. kontextabhängig seien. Als Beispiel für die soziale Konstruktion von Stigmata wird mit Recht angeführt, dass zum Beispiel Homosexualität in verschiedenen Epochen und Kulturen sehr unterschiedlich betrachtet wurde und nicht immer mit einem Stigma behaftet war (einen guten Überblick zu diesem Thema bietet Katz, 1984). Auch Dickleibigkeit gilt zum Beispiel in den USA als Stigma, im benachbarten Mexiko jedoch weniger (Crandall & Martinez, 1996). Die Kontextabhängigkeit von Stigma wird besonders in Interaktionsmodellen betont, in denen Stigma in der Interaktion zwischen einer Person, die Träger eines stigmatisierbaren Merkmals ist, und einer Person, die nicht Träger dieses Merkmals ist, verortet wird. Dieser Konzeption folgend wird darauf verwiesen, dass zum Beispiel Homosexualität in einer Schwulenbar kein Stigma darstellt oder sich in einer Gruppe von Jugendlichen die Farbe der Schnürsenkel zu einem stigmatisierbaren Merkmal entwickeln kann. Wenn die Stigmatisierung bzw. die Stigmatisierbarkeit eines Merkmals vom sozialen Kontext abhängig ist, kann dann, wie Crocker et al. (1998) fragen, jedes beliebige Merkmal einer beliebigen Person in einer bestimmten sozialen Situation zu einem Stigma werden? Kann dann auch ein weißer Mann Opfer von Stigmatisierung werden, zum Beispiel in einer feministischen Unterstützergroup für vergewaltigte Frauen? In der Analyse der Dimensionen von Stigma sehen Crocker et al. eine Möglichkeit zur Klärung dieser Frage.

Die bekannteste Aufstellung von Faktoren, die als Dimensionen allen Stigmata zugrunde liegen, wurde von Jones et al. (1984) vorgestellt. Die Autoren, die sich mit der Frage beschäftigen, wie Stigmata soziale Interaktionen beeinflussen, wollen vor allem die Dimensionen identifizieren, die mit der Rolle zusammenhängen, die ein Stigma in eben diesen interpersonalen Interaktionen spielt. In den theoretischen und empirischen Studien zu den Dimensionen von Stigma identifizieren sie insgesamt 50 Variablen, die sie auf sechs allgemeingültige Dimensionen reduzieren:

1. Verheimlichbarkeit (*concealability*)
2. Verlauf (*course*)
3. Zersetzung (*disruptiveness*)

4. ästhetische Qualitäten (*aesthetic qualities*)
5. Entstehung (*origin*)
6. Gefahr (*peril*).

Diese Faktoren unterliegen allen Stigmata und stehen in Zusammenhang mit der Stärke der Stigmatisierung, die eine Person mit einem solchen Merkmal trifft. So können diese Dimensionen helfen, die Frage zu beantworten, warum manche Merkmale stärker und manche Merkmale weniger stark stigmatisiert werden, wie eine kurze Erläuterung der einzelnen Dimensionen zeigen wird. Der Faktor *Verheimlichbarkeit* steht für das Ausmaß, in dem ein Merkmal öffentlich sichtbar ist oder vor anderen verborgen werden kann; je sichtbarer ein Merkmal für andere ist, je weniger es also vor anderen verborgen werden kann, desto stärker ist die damit verbundene Stigmatisierung. Der *Verlauf* betrifft die Veränderungen eines Merkmals über die Zeit und den letztendlichen Status bzw. das Ergebnis des Merkmals. Verändert sich das Merkmal nicht, wie zum Beispiel die meisten von Goffman als phylogenetische Stigmata bezeichneten Merkmale, oder ist es fortschreitend, wie zum Beispiel eine schwerwiegende Infektionskrankheit, die zum Tod führen kann? Merkmale, die progressiv sind und mit einem negativen Ausgang verbunden sind, werden stärker stigmatisiert als solche, die statisch sind. Mit dem Faktor *Zersetzung* ist das Ausmaß gemeint, in dem ein Merkmal soziale Interaktionen belastet bzw. stört. Jones et al. (1984) zufolge sind solche Merkmale zersetzend, die zwischenmenschliche Beziehungen unvorhersehbar machen, die vollständige Aufmerksamkeit auf sich ziehen und den Kommunikationsprozess stören. Merkmale, die in diesem Sinn eine stark zersetzende Wirkung haben, zum Beispiel Stottern, Schielen oder einige psychische Erkrankungen, werden demzufolge stärker stigmatisiert als Merkmale, die weniger oder gar nicht zersetzend wirken. Der Faktor *ästhetische Qualitäten* beschreibt das Ausmaß, in dem das Merkmal seinen Träger verunstaltet und für andere abstoßend und verärgern wirkt. Beispiele der Autoren für Merkmale, die solche abstoßenden ästhetischen Qualitäten aufweisen, sind Amputationen, Buckel oder Fettleibigkeit. Merkmale, die den Träger ästhetisch verunstalten, sind stärker stigmatisiert als Merkmale, die keine Auswirkungen auf ästhetische Qualitäten aufweisen. Der Faktor *Entstehung* thematisiert vor allem die Frage nach der Verantwortung für das Merkmal: Ist das Merkmal erworben oder seit der Geburt vorhanden, und wer ist im Falle eines Erwerbs des Merkmals verantwortlich? Merkmale, die in der Verantwortung des Merkmalsträgers liegen, werden deutlich stärker stigmatisiert als Merkmale, für die dem Merkmalsträger keine persönliche Verantwortung zugewiesen werden kann. Der letzte Faktor *Gefahr* bezieht sich auf die Bedrohung, die von dem Merkmal oder seinem Träger ausgeht; je stärker diese potenzielle Bedrohung ist, umso stärker wird das Merkmal stigmatisiert.

Deutlich wurde bei dieser Beschreibung der Dimensionen vor allem, dass die Dimensionen nicht voneinander unabhängig sind. Gerade der Faktor *Zersetzung* hängt stark mit anderen Faktoren zusammen; so sind viele stark zersetzend wirkende Merkmale auch sichtbar und weisen abstoßende *ästhetische Qualitäten* auf. Auch sind die meisten Verunstaltungen sichtbar und damit kaum zu verheimlichen, die

Verunstaltung kann allerdings auch Körperstellen betreffen, die im normalen sozialen Umgang von Kleidung bedeckt sind, und damit zu einem gewissen Grad – abhängig von der Art der sozialen Interaktion – eben doch verheimlicht werden können.

Anhand der aufgeführten Dimensionen zeigt sich, inwiefern diese unser Verständnis von Stigma und der Stigmatisierbarkeit von Merkmalen verbessern. Je nachdem, wo ein spezifisches Merkmal auf diesen Dimensionen platziert ist, ist dieses Merkmal stärker oder schwächer stigmatisierbar. Auf diese Weise können die Dimensionen auch als Prädiktoren für Stigma verstanden werden. Tatsächlich nutzen Autoren (implizit) einzelne dieser Dimensionen im Rahmen von Modellen des Stigmatisierungsprozesses spezifischer Stigmata. Beispiele für das HIV-Stigma (z. B. Bos, Schaalma & Pryor, 2008) werden später thematisiert.

Helfen die vorgeschlagenen Typologien und Dimensionen von Stigma zwar, Aussagen über Unterschiede und Gemeinsamkeiten von Stigmata und über die Stärke der Stigmatisierung zu treffen, können sie allerdings die Frage, warum es überhaupt zu Stigmatisierung kommt beziehungsweise wie ein Stigma entsteht, kaum beantworten. Dieser Frage nach den Funktionen von Stigma wird im folgenden Abschnitt nachgegangen.

#### **1.1.4 Funktionen von Stigma**

„Social stigma is ubiquitous. In every society, some individuals are stigmatized. The universality of stigma suggests that it may have functional value for the individual who stigmatizes, for the group from which he or she comes, for the society, or for all of these” (Crocker et al., 1998, S. 508).

Verschiedene dieser Funktionen von Stigma wurden bereits vorgeschlagen. Sie sind, wie Crocker et al. (1998) andeuten, entweder auf der Ebene des Individuums oder der Gruppe beziehungsweise der Gesellschaft angesiedelt – je nach Perspektive und disziplinärer Herkunft der Wissenschaftler, die sich mit diesen Funktionen befassen. Wichtige Beiträge zu diesem Forschungsansatz der funktionalen Analyse von Stigma stammen aus der Sozialpsychologie, der Evolutionspsychologie und der Soziologie. Über die individuellen und gruppenbezogenen psychologischen Funktionen geben Crocker et al. (1998) einen umfassenden Überblick, der vor allem verdeutlicht, dass diese Funktionen gänzlich den Funktionen von Einstellungen, Stereotypen und Vorurteilen entsprechen. Diese Funktionen umfassen a) die Erhöhung der Selbstwertschätzung der eigenen Person und der eigenen Gruppe, b) die Systemrechtfertigung und c) die Abwehr existenzieller Angst.

Die Selbstwertschätzung des Individuums kann Crocker et al. (1998) zufolge grundsätzlich durch soziale Abwärtsvergleiche mit stigmatisierten Personen erhöht werden. Da Studien zeigen, dass Personen, deren Selbstwert bedroht ist, eher dazu neigen, anderen Personen zu schaden (vgl. Wills, 1981), kann dies als Beleg für diese Hypothese verstanden werden. In ähnlicher Weise kann auch eine positive soziale Identität (vgl. Tajfel & Turner, 1979), also diejenige Identität, die auf der Zugehörigkeit zu

Gruppen basiert, durch Abwärtsvergleiche erhalten beziehungsweise gestärkt werden. Kurzban und Leary (2001) stellen mit Hogg und Sunderland (1991) allerdings fest, “that there was ’little support for either corollary of the self-esteem hypothesis” (Hogg & Sunderland, 1991, zitiert nach Kurzban & Leary, 2001, S. 189). Darüber hinaus kritisieren Kurzban und Leary (2001), dass die Sichtweise von Stigma als Mittel der Selbstwerterhöhung kaum erklären kann, warum die Mitglieder mancher Gruppen stigmatisiert werden und diejenigen anderer Gruppen nicht.

Die Motivation, den gesellschaftlichen Status quo zu rechtfertigen, steht im Zentrum von zwei sozialpsychologischen Theorien, der *system justification theory* von Jost und Banaji (1994) und der *social dominance theory* von Sidanius und Pratto (1999). Beide Theorien gehen von der Annahme aus, dass Menschen motiviert sind, das Gesellschaftssystem, in dem sie leben, zu rechtfertigen. Da diesen Systemen Jost und Banaji zufolge immer Statusunterschiede, also Ungleichheiten und Ungerechtigkeiten, zwischen Bevölkerungsgruppen inhärent sind, müssen diese Gruppenunterschiede, um Konflikte zu vermeiden, legitimiert werden, indem „societies minimize group conflict by creating consensus on ideologies that promote the superiority of one group versus another“ (Pratto, Sidanius, Stallworth & Malle, 1994, zitiert nach Crocker et al., 1998; S. 509). Diese Ideologien oder *hierachy-legitimizing myths* funktionieren zum Beispiel über die Zuschreibung von Stereotypen bzw. die Stigmatisierung von spezifischen Gruppen, wie Kurzban und Leary (2001) beschreiben:

*This view suggests for example, that people in a particular culture might come to believe that, members of a subordinate group are lazy and lack initiative because this belief justifies the subordinate group’s role as servants or slaves. In this way, intergroup status differences are naturalized and legitimized (S. 189).*

Im Gegensatz zu den Selbstwertschätzungstheorien kann dieser Ansatz den weit verbreiteten Konsens in einer Gesellschaft darüber, welche Gruppen auf welche Weise stigmatisiert werden, erklären und warum Mitglieder statusniedriger Gruppen oft die negativen Stereotypen, die mit ihrer Gruppen verbunden sind, akzeptieren (Crocker et al., 1998). Kurzban und Leary (2001) kritisieren aber zu Recht, dass dieser Ansatz kultur- und epochenübergreifende Übereinstimmungen hinsichtlich der Stigmatisierung bestimmter Gruppen nicht erklären kann und Schwierigkeiten bei der Erklärung der Existenz von Stigmata bietet, die keine vorrangigen sozialen, ökonomischen oder politischen Implikationen aufweisen, wie zum Beispiel bestimmte gesundheitsbezogene Stigmata.

Das Bedürfnis von Menschen, Angst, insbesondere die existenzielle Angst angesichts des Bewusstseins des eigenen Todes, kontrollieren zu wollen, ist der Ausgangspunkt der *terror management theory* von Greenberg, Pyszczynski und Solomon (1986). Die Kontrolle dieser existenziellen Angst geschieht dieser Theorie zufolge hauptsächlich, indem eine spezifische *kulturelle Weltsicht* übernommen wird, die dem Leben Sinn verleiht. Ist diese Weltsicht bedroht, besteht die Gefahr, dass die Angst vor dem Tod der eigenen Kontrolle entgleitet, sodass diese Sicht auf die Welt wieder bestätigt werden muss. Stigma entsteht diesen Annahmen entsprechend

*from the tendency to reject those who are different, and particular those who deviate from cultural norms, because such individuals 'make salient the lack of social consensus for our views and thus threaten our confidence in the absolute validity of our own worldviews' (Solomon, Greenberg & Pyszczynski, 1991, zitiert nach Crocker et al., 1998, S. 510).*

Opfer von Stigmatisierung werden aus dieser Perspektive Menschen, die abweichende religiöse oder politische Auffassungen vertreten, Menschen, die gegen kulturelle Normen verstoßen, und Menschen, die durch ihr Äußeres, zum Beispiel infolge einer Krankheit, ihre Mitmenschen an den Tod erinnern (vgl. Crocker et al., 1998).

In Abgrenzung zu diesen klassischen individualpsychologischen Analysen der Funktion von Stigmatisierung und verwandten sozialpsychologischen Konstrukten argumentieren Evolutionspsychologen, dass die Funktion von Stigma in der adaptiven Lösung von Problemen liegt, mit denen der Mensch im Laufe seiner Stammesgeschichte wiederkehrend konfrontiert wurde (vgl. Kurzban & Leary, 2001). Basierend auf der evolutionspsychologischen Konzeptualisierung von Stigma als interpersonale Distanzierung und Ausgrenzung wird Stigma als eine Adaption mit der Funktion beschrieben, Bedrohungen für das effektive Funktionieren der eigenen Gruppe abzuwehren: „People will stigmatize those individuals whose characteristics and actions are seen as threatening or hindering the effective functioning of their group“ (Neuberg, Smith & Asher, 2000, S. 34). Konkret werden Stigma hier drei Funktionen zugeschrieben:

*a) decreasing the probability of being cheated in a social exchange and avoiding interactions with partners who have little to offer in terms of social gain, b) maintaining one's group's integrity and exploiting those in subordinate groups, and c) decreasing the probability of parasitic infection (Kurzban & Leary, 2001, S. 189).*

Diese drei Funktionen von Stigma weisen große Ähnlichkeiten mit den bereits eingeführten drei Funktionen auf, die Phelan et al. (2008) als dem Stigmazugrunde liegend postulieren, nämlich 1) *Ausbeutung/Beherrschung*, 2) *Durchsetzung sozialer Normen* und 3) *Vermeidung von Krankheit*. Während *Ausbeutung/Beherrschung* in der Typologie von Kurzban und Leary stark der Funktion „maintaining one's group's integrity and exploiting those in subordinate groups“ (s. o.) entspricht, und die *Vermeidung von Krankheit* mit der Funktion „decreasing the probability of parasitic infection“ (s. o.) umschrieben werden kann, geht Kurzbans und Learys Funktion „decreasing the probability of being cheated in a social exchange and avoiding interactions with partners who have little to offer in terms of social gain“ (s. o.) über die reine *Durchsetzung sozialer Normen* hinaus, indem auch Aspekte eines *Benefits*, etwa in Form eines Zuwachses an sozialen und ökonomischen Ressourcen (vgl. Kurzban & Leary, 2001), als mögliche Funktion von Stigmatisierung ins Spiel gebracht werden.

Eine einzige Funktion von Stigma postulieren Stangor und Crandall (2000) in ihrer Theorie der Stigma-Ätiologie: „Stigma requires, first, an initial functional impetus. Although there are many potential functions, we believe that the goal of avoiding threat to the self is the most likely candidate“ (S. 73). Diese wahrgenommene Gefahr, die es zu vermeiden gilt, kann sowohl konkreter als auch symbolischer Natur sein. Konkrete, realistische Gefahren definieren sich darüber, dass sie materielle oder andere konkrete Güter wie die Gesundheit, die Sicherheit, den Besitz oder die soziale Position bedrohen,

während symbolische Gefahren Überzeugungen, Werte, Ideologien in Frage stellen, also grundsätzliche Sichtweisen, wie die soziale, politische oder spirituelle Welt funktioniert. Stangors und Crandalls Funktion von Stigma ist mit vielen der bisher genannten Funktionen vereinbar. Die Funktionen der Systemrechtfertigung und des *terror management* stellen nichts anderes als eine abwehrende Reaktion auf eine Bedrohung der eigenen Weltsicht dar. Ein möglicher Verlust von Selbstwert ist ebenfalls eine massive Bedrohung für das Individuum. Evolutionspsychologisch fundierte Funktionen von Stigma basieren ebenfalls auf der Vermeidung einer Bedrohung des Funktionierens der eigenen sozialen Gruppe. Und auch alle drei von Phelan et al. (2008) postulierten Funktionen lassen sich auch als Reaktion auf eine Bedrohung verstehen, wie die Autoren selbst bemerken: „[D]omination/exploitation defends against the threat of loss of power and economic advantage; norm enforcement defends against the threat of social disorder and harm to group members; and disease avoidance defends against the threat of infection“ (S. 363). In dieser Hinsicht erscheint die Vermeidung oder Kontrolle wahrgenommener Bedrohungen als die allgemeinste und plausibelste Funktion von Stigma, die alle bisher vorgeschlagenen Stigma-Funktionen umfasst.

### 1.1.5 Ansätze zur Systematisierung der Forschungsperspektiven auf Stigma

Dieser problemorientierte Überblick über das Stigma-Konzept soll nun mit Ansätzen, die auf eine systematische Darstellung der verschiedenen Ebenen und Perspektiven des Stigmatisierungsprozesses abzielen, abgeschlossen werden. Diese Ansätze sind darauf angelegt, die Komplexität des Stigma-Konstrukts zu veranschaulichen und Forschungsstrategien und -ergebnisse entlang spezifischer Dimensionen einzuordnen.

Phelan et al. (2008) entwerfen in ihrer vergleichenden Studie der Konzepte Stigma und Vorurteil ein Raster (vgl. Abbildung 1), das als Grundlage ihrer Analyse dient, aber auch dazu beitragen kann, die Prozesse des Stigma-Konstrukts zu systematisieren. Sie unterscheiden insgesamt sechs Prozesse, die wiederum in der Regel – als eine weitere zentrale Einteilung – sowohl auf der Ebene der Stigmatisierer (*perpetrator*) als auch auf der Ebene der Stigmatisierten (*target*) untersucht werden können. Diese sechs Prozesse umfassen 1) grundlegende Ursprünge oder Funktionen von Stigma bzw. der Reaktion auf Stigmatisierung, 2) Konflikte zwischen Gruppen, Kategorien/Labels und Normen, 3) kognitive und emotionale Prozesse, die durch die Kräfte unter 1) und 2) ausgelöst werden (beispielsweise Stereotype, Erwartungen, Identität, Emotionen, Persönlichkeit), 4) Diskriminierung und andere Wege, auf denen die Prozesse aus 3) in Verhalten und andere konkrete Ergebnisse für die Stigmatisierten transformiert werden, 5) die Wahrnehmung und Bewältigung von Stigma durch die Stigmatisierten und 6) die Folgen von Stigma hinsichtlich Status, Selbstwert, Arbeit, Gesundheit, etc.

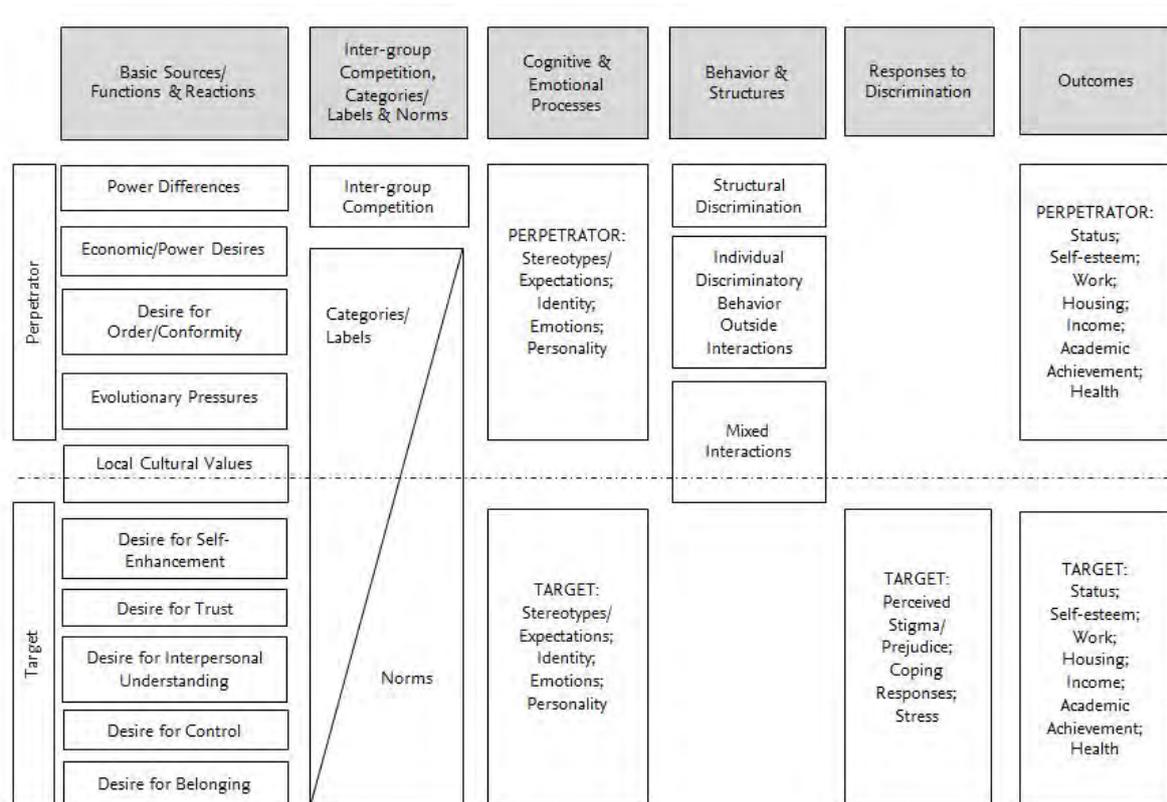


Abbildung 1: Raster zur Analyse der Prozesse der Konzepte Stigma und Vorurteil (Phelan et al., 2008)

Ein weiterer Kategorisierungsansatz zielt auf die unterschiedlichen Wege, Stigma empirisch zu erfassen. Van Brakel (2006) stellt seinem Literaturreview über Erfassungsmethoden von gesundheitsbezogenem Stigma fünf Kategorien unterschiedlicher Manifestationen von Stigma voran, wobei er die folgenden Gruppen differenziert:

1. Einstellungen gegenüber einem von einem Stigma betroffenen Menschen,
2. diskriminierende und stigmatisierende Praktiken, Dienste, Gesetzgebung und Materialien wie Massenmedien, Schulbücher etc.,
3. Erfahrungen tatsächlicher Diskriminierung von Personen, die von einem Stigma betroffen sind,
4. wahrgenommenes oder gefühltes Stigma von Personen, die von einem Stigma betroffen sind, und
5. Selbststigmatisierung oder internalisiertes Stigma von Personen, die von einem Stigma betroffen sind.

Stigma existiert diesem Kategoriensystem entsprechend auf der Ebene des Stigmatisierers in Form von Einstellungen, auf gesellschaftlicher und institutioneller Ebene in Form von Praktiken, Gesetzgebungen und anderen sozialen Repräsentationen und auf der Ebene des Stigmatisierten als tatsächliche Erfahrung von Diskriminierung und Stigmatisierung, als wahrgenommene sowie als internalisierte Stigmatisierung.

Ein weiterer Ansatz ist das konzeptuelle Rahmenmodell von Dovidio et al. (2000), die „rather than describing stigma in terms of its key structural elements or functions, we propose an alternative, complementary perspective that attempts to locate the study of stigma within the larger context of general social-psychological processes“ (S. 9). Das Modell (vgl. Abbildung 2) sieht drei grundlegende Dimensionen vor: 1) *perceiver-target*, 2) *personal-group based identity* und 3) *affective-cognitive-behavioral response*. Die erste Dimension bildet den fundamentalen Unterschied zwischen der Perspektive der Stigmatisierer und derjenigen der Stigmatisierten ab. Der Begriff Rezipient (*perceiver*) soll dabei der Beobachtung Rechnung tragen, dass der Stigmatisierer zum einen in anderen Kontexten ebenfalls ein Stigmatisierter sein kann, zum anderen eine aktive Rolle im Stigmatisierungsprozess einnimmt und somit kein einfacher Beobachter ist. Der Begriff des Ziels (*target*) wurde ebenfalls gewählt, um zu verdeutlichen, dass die Stigmatisierten nicht passive Objekte von Stigmatisierung sind, sondern auf diese in verschiedener Hinsicht reagieren. Die zweite Dimension, die Unterscheidung zwischen persönlicher und sozialer Identität, verweist darauf, dass

*Stigma is both an interpersonal and an intergroup phenomenon, understanding it requires a knowledge of both (1) personal processes, reactions, and identity; and (2) collective processes, action, and identity. The distinction between individual and categorial responses is a fundamental one for considering the behaviours of targets as well as perceivers. It affects how people process information, how they interpret information and make attributions, and what motives are most salient (Dovidio et al., 2000, S. 13).*

Die dritte Dimension unterscheidet zwischen affektiven, kognitiven und verhaltensbezogenen Reaktionen, die mit dem Stigmatisierungsprozess verbunden sind. Eine ähnliche Unterscheidung findet sich in der Sozialpsychologie in verschiedenen Versionen des Einstellungskonzeptes.

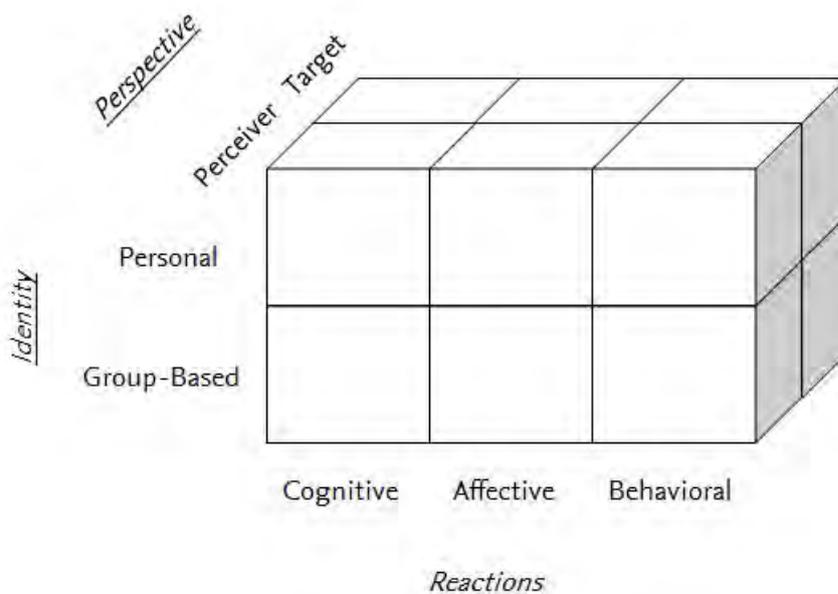


Abbildung 2: Drei Stigma-Dimensionen nach Dovidio, Major & Crocker (2000)

Anhand dieser drei Ansätze, die diversen Ebenen und Perspektiven des Stigma-Konzepts aufgrund unterschiedlicher Fragestellungen zu systematisieren, wird die Komplexität des Stigma-Konzepts deutlich. Gleichzeitig ermöglichen diese Ansätze, Definitionen und Konzeptualisierungen von Stigma sowie Stigma-bezogene Forschungsstrategien und Forschungsergebnisse in der Komplexität des Konstrukts zu verorten und verhelfen damit letztendlich zu einem besseren Verständnis des Stigma-Konzepts.

## 1.2 HIV-Stigma

### 1.2.1 Was macht HIV zu einem Stigma?

Die HIV-Infektion gilt seit dem Beginn der HIV-Epidemie in den 1980er Jahren als eine stigmatisierte Erkrankung. Den ersten Berichten über das gehäufte Auftreten von seltenen Erkrankungen wie Kaposi-Sarkomen und Pneumocystis-Pneumonie (PCP, eine Form der Lungenentzündung) vor allem unter schwulen Männern in den USA im Jahr 1981 in medizinischen und epidemiologischen Fachzeitschriften (Centers for Disease Control, 1981a, 1981b; Hymes et al., 1981) folgten schon im Jahr 1983 Berichte in US-amerikanischen Tageszeitungen, in denen das mit der AIDS-Erkrankung verbundene Stigma erwähnt wird. Zu den ersten Berichten dieser Art<sup>2</sup> gehören ein Artikel in der *Washington Post* vom 9. Juli 1983, in dem unter dem Titel *AIDS: A Question of Life and Life Style* (Goodman, 1983) auch ein schwuler Mann zitiert wird:

*As Kraus put it, 'When I first heard about AIDS, I thought, 'Oh, God, they've finally found a disease for the diseased.' It rekindles in the psyche all the hateful propaganda that you are sick.' Many in the gay community share those vivid memories and experiences of being labeled 'sick' and 'untouchable.' In some terrible irony they feel a medical stigma replacing the old social stigma. The fear of being persecuted again, this time for carrying a 'gay plague' – although the disease is not believed to be caught through casual contact – leads to denial and paranoia (S. A21).*

In einem im gleichen Jahr in der *New York Times* publizierten Artikel wird angesprochen, wie die Bevölkerungsgruppe der in die USA immigrierten Haitianer durch ihre Bezeichnung als eine der zentralen Risikogruppen für HIV/AIDS in den Anfangsjahren der Epidemie stigmatisiert wird:

*The New York City Health Commissioner said yesterday that he had removed Haitians from the city's list of major AIDS risk groups. The Commissioner, Dr. David J. Sencer, said he had taken the step because the small percentage of cases involving Haitians no longer justified stigmatizing the city's Haitian community (Sullivan, 1983, S. B3).*

Im selben Jahr wird der Begriff Stigma auch zum ersten Mal in wissenschaftlichen Fachzeitschriften auf die AIDS-Erkrankung bezogen.<sup>3</sup> In einem *Letter to the Editor* mit dem Titel *Haiti and the stigma of AIDS* kritisiert der US-amerikanische Chirurg Ralph S. Greco in der renommierten Fachzeitschrift

<sup>2</sup> Die Suche in der Datenbank *ProQuest Historical Newspapers* berücksichtigt lediglich die großen US-amerikanischen Tageszeitungen, das sind die *New York Times*, die *Washington Post*, das *Wallstreet Journal* und die *Los Angeles Times*. Es ist nicht auszuschließen und sogar wahrscheinlich, dass Berichte in anderen regionalen und lokalen US-amerikanischen Zeitungen noch früher erschienen sind.

<sup>3</sup> Dies ergab eine Recherche in den Datenbanken *PsycINFO*, *PubMed* und *Google Scholar*.

*The Lancet* die Definition der Haitianer als Hochrisikogruppe und die Berichterstattung der Medien darüber, die eine starke Stigmatisierung der haitianischen Immigrant\*innen in den USA bewirkt habe:

*Haitians can and will continue to acquire AIDS and so will Americans – if they are homosexual, addicted to intravenous drugs, or the recipients of blood products. Being Haitian is not itself a risk factor. However, Haitian Americans have already begun to pay the price for the stigma given them by the media. “Boat people” have been housed in makeshift prisons, and Haitians who have immigrated legally are housed in a different “prison” in our ghettos. Some have already lost desperately needed jobs and others are beginning to experience the prejudice of their neighbours who see them not only as black and poor and different but, now, also as contaminated by disease of which they are, rightfully, frightened (Greco, 1983, S. 516).*

Bereits ein Jahr später erscheint der Artikel *Responding to the psychological crisis of AIDS* in den *Public Health Reports* (Morin & Batchelor, 1984). Dieser Artikel befasst sich als einer der ersten überhaupt – und bevor das HI-Virus als Auslöser von AIDS identifiziert wurde – mit den psychologischen Konsequenzen der AIDS-Epidemie für die davon direkt und indirekt Betroffenen. Die Autoren beschreiben AIDS als eine stigmatisierte Erkrankung, die mit massiven psychologischen Konsequenzen für die Betroffenen und deren Angehörige und Freunde verbunden ist:

*The mental health aspects of the AIDS crisis affect not only those with AIDS but also the people in their lives. Lovers, friends, and family are all likely to experience significant distress and may need mental health services. Because AIDS is a mysterious and stigmatized illness, the psychological issues raised for significant others may be more complicated than those for other life-threatening illnesses (S. 6).*

*For people with AIDS, psychological needs stem from such psychosocial stressors as fear of death and dying, repeated infections, degenerative physical status, social stigma, fear of exposure of lifestyle, guilt, fear of contagion, loss of lovers or friends, fears of loss of physical attractiveness, loss of occupational and financial status, and increased dependency (S. 5).*

Nach diesem ersten wissenschaftlichen Artikel, der bereits zentrale Themen der Forschung zu HIV-Stigma benennt, nimmt die psychologische und sozialwissenschaftliche Forschung zur Stigmatisierung von HIV/AIDS kontinuierlich an Fahrt auf. Für das Jahr 2012 ergibt eine stichprobenhafte Recherche in der psychologischen Fachdatenbank *PsycINFO* 204 Artikel, die die Worte HIV oder AIDS und Stigma\* aufweisen, viele weitere Beiträge lassen sich in anderen medizinischen und sozialwissenschaftlichen Fachdatenbanken finden.

Auch in Politik und Gesellschaft war während der vergangenen drei Jahrzehnte ein stetig steigendes Interesse an der Stigmatisierung von PWA mit dem Fokus auf Strategien der Reduzierung der Stigmatisierung und der Konsequenzen für die Betroffenen zu verzeichnen. Viele internationale und nationale Anti-Stigma-Kampagnen von staatlichen und nichtstaatlichen Organisationen wurden in den letzten Jahren ins Leben gerufen, etwa die Antistigma-Kampagne der *International AIDS Society (IAS)* in Kooperation mit der französischen Non-Profit-Organisation *AIDES*, die deutsche *Welt-AIDS-Tag-Kampagne* der *Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)*, der *Deutschen AIDS-Hilfe e. V. (DAH)* und der *Deutschen AIDS-Stiftung* und die Kampagne *Lets stop HIV together* der *Centers for Disease Control and Prevention* in den USA. UNAIDS hat den Kampf gegen die Stigmatisierung

und Diskriminierung von PWA in den letzten Jahren wiederholt zu einer ihrer Prioritäten erklärt (z. B. UNAIDS, 2010).

Ein Grund für dieses massive Interesse am Stigma HIV/AIDS mag die relative Stärke sein, mit der PWA stigmatisiert werden. Im Vergleich mit der Stigmatisierung, die andere gesundheitliche Einschränkungen betrifft, zeigt sich, wie außerordentlich das Stigma von HIV/AIDS ist. In den späten 1980er Jahren durchgeführte Studien finden eine deutlich stärkere Stigmatisierung von an AIDS erkrankten Personen als von Personen, die an Leukämie – einem oft zum Vergleich herangezogenen Leiden – erkrankt waren (Poling, Redmon & Burnette, 1990; St. Lawrence, Husfeldt, Kelly & Hood, 1990; St. Lawrence, Kelly, Owen & Hogan, 1990). In einer Studie, die Patienten mit Hepatitis, Grippe und Querschnittslähmung zum Vergleich heranzieht, ist ebenfalls der AIDS-Patient derjenige, der am stärksten stigmatisiert wird (Crandall, 1991). Eine Meta-Analyse aus dem Jahr 1996 über 21 Studien bestätigt die Befunde, dass das mit AIDS verbundene Stigma deutlich stärker ist als das Stigma der Erkrankungen, die in den verschiedenen Studien jeweils zum Vergleich herangezogen wurde. Die durchschnittliche Effektgröße des Unterschieds zwischen AIDS und diversen gepoolten Krebserkrankungen betrug  $d = 0,45$  (Crawford, 1996), was nach Cohens Klassifikation (1988) als mittlerer Effekt zu bezeichnen ist. Auch für die ebenfalls gepoolten übrigen körperlichen Erkrankungen zeigte sich ein Effekt dieser Größe.

Dieser Trend ist nicht auf die Anfangszeit der Epidemie beschränkt. Auch aktuelle Studien finden eine stärkere Stigmatisierung von HIV-Infizierten im Vergleich zu an anderen Erkrankungen leidenden Patienten, allerdings gilt dies mehr oder minder nur für körperliche Erkrankungen wie z. B. die Epilepsie (Fernandes et al., 2007), die Hepatitis B (Li, et al., 2007) und andere sexuell übertragbare Erkrankungen (Neal, Lichtenstein & Brodsky, 2010). Schwere psychische Störungen und Substanzabhängigkeiten weisen wahrscheinlich ein stärkeres Stigmatisierungspotenzial als HIV/AIDS auf, wie sich in Studien für Schizophrenie (Walkup, Cramer & Yeras, 2004) und die Kokainabhängigkeit (Crespo, Pérez-Santos, Muñoz & Guillén, 2008) herausstellte. Allerdings sind die Studienbefunde zu dieser Frage inkonsistent. So konnten Crespo et al. zeigen, dass Patienten mit einer Psychose in ihrer Stichprobe weniger stark stigmatisiert wurden als Patienten mit AIDS.

### **1.2.2 Definitionen und Manifestationen von HIV-Stigma**

Obwohl die Stigmatisierung von PWA ein zentrales Thema der sozialwissenschaftlichen Beschäftigung mit HIV/AIDS darstellt und ihr eine stetig zunehmende Bedeutung in Wissenschaft und Praxis zugemessen wird, ist die Frage, was genau unter dem Begriff HIV-Stigma zu verstehen ist, nicht einfach zu beantworten. Die konzeptuelle Unklarheit, die dem Stigma-Konzept eigen ist, findet sich auch unverändert hinsichtlich des Konzepts HIV-Stigma. Spezifische Definitionen von HIV-Stigma finden sich nur selten, Herek stellt mit seiner eine Ausnahme dar. Er definiert HIV-Stigma sehr pragmatisch

über den Umweg der Stigma-Manifestationen: „AIDS-related stigma refers to all unfavorable attitudes, beliefs, behaviors, and policies directed at persons perceived to be infected HIV, whether or not they actually are infected and regardless of whether or not they manifest symptoms of AIDS“ (Herek, 1990, S. 116).

Die meisten Autoren, die sich empirisch oder theoretisch mit HIV-Stigma befassen, verzichten allerdings auf eine Definition ihres Forschungsgegenstands oder lehnen sich an eine allgemeine Stigma-Definition an. Am weitesten verbreitet ist dabei der Bezug auf die klassische Definition von Goffman (1963) – ganz im Sinne von Link und Phelans Feststellung (vgl. S. 7 dieser Arbeit). Auch Mahajan et al. (2008) betonen dies in ihrem Review zu HIV-Stigma und empfehlen selbst den Rückgriff auf die Definition bzw. das Stigma-Modell von Link und Phelan (2001) als Basis für die Konzeptualisierung von HIV-Stigma.

Da die Suche nach einer theoretisch fundierten, gar allgemein akzeptierten Definition von HIV-Stigma wenig Erfolg versprechend scheint, mag es sinnvoller sein, dem Vorbild Hereks zu folgen und die Frage danach, was HIV-Stigma ist, über seine Manifestationen zu bestimmen. Diese Manifestationen können nämlich, obwohl auch hier eine gewisse Variabilität zwischen wissenschaftlichen Disziplinen und Paradigmen festgestellt werden kann, als weitgehend unstrittig bezeichnet werden.

Es hat sich eingebürgert, zwischen Manifestationen von HIV-Stigma auf der Seite der Stigmatisierer, der Stigmatisierten und auf gesellschaftlicher Ebene zu unterscheiden. Earnshaw und Chaudoir (2009), die ein (psychologisches) Modell der Mechanismen, durch die HIV-Stigma wirkt, vorgeschlagen haben, fokussieren darin auf die Manifestationen von HIV-Stigma auf der Ebene des Individuums. HIV-Stigma selbst definieren sie über die ursprüngliche Bedeutung des Wortes, „HIV is a stigma—it is a ‘mark’ or attribute that is socially devalued“ (Earnshaw & Chaudoir, 2009, S. 1161). Die Manifestationen auf der Seite der Stigmatisierer sind in ihrem Modell Vorurteile und Stereotype sowie diskriminierende Handlungen gegenüber PWA:

*Stigma mechanisms are manifested in 3 predominant ways among HIV uninfected individuals: prejudice, stereotyping, and discrimination towards people living with HIV/AIDS (PLWHA). Prejudice refers to negative emotions and feelings such as disgust, anger, and fear that HIV uninfected people feel toward HIV infected people [...]. Stereotypes refer to group-based beliefs about HIV infected people that are often applied to specific individuals living with HIV/AIDS [...]. Discrimination refers to behavioral expressions of prejudice by HIV uninfected people directed at HIV infected people (S. 1162).*

Unter der Stigmatisierung von HIV-Infizierten können somit alle negativen kognitiven, emotionalen und behavioralen Reaktionen gegenüber PWA gefasst werden. Dieses Verständnis von Stigmatisierung als Vorurteile und Stereotype, die spezielle Formen von Einstellungen darstellen, steht auch im Einklang mit neueren Analysen des Stigma-Konzepts, in denen die starken Überschneidungen dieser beiden psychologischen Konzepte mit Stigma betont werden (Biernat & Dovidio, 2000; Phelan et al., 2008; vgl. auch Abschnitt 1.1.2 dieser Arbeit).

Auch Herek et al. (1998) stimmen in ihrer Umschreibung der Manifestationen von HIV-Stigma mit dieser Sichtweise überein: „At the individual level, it [AIDS stigma] takes the form of behaviors, thoughts, and feelings that express prejudices against persons infected with HIV“ (S. 37). Die Autoren fügen aber hinzu, „because stigma is, by definition, a relational construct, adequately understanding it requires analysis at both cultural and individual levels“ (S. 37). Die Beschränkung auf eine individuelle, das heißt psychologische Sichtweise auf HIV-Stigma wird von anderen Autoren kritisiert, die in der Regel ein soziologisches Modell von Stigma vorziehen (z. B. Mahajan et al., 2008). Diese Kritik verkennt jedoch, dass auch die Konzepte Stereotype und Vorurteile die gesellschaftliche Perspektive nicht unberücksichtigt lassen. Dies kommt bereits in der Definition von HIV-Stigma als „shared values, attitudes, and beliefs“ zum Ausdruck (Herek et al., 1998, Hervorhebung durch den Verfasser). Vorurteile und Stereotype sind konsensuell geteilte Einstellungen, die eben auch eine gesellschaftliche Entsprechung aufweisen. Dies wird besonders deutlich in der Theorie zur Entstehung von Stigma von Stangor und Crandall (2000), die genau diesen Prozess der konsensuellen Teilung von Stigma in den Blick nehmen. Sie definieren diesen Prozess unter Bezugnahme auf psychologische Theorien zur Bildung von Stereotypen:

*Furthermore, this initial function is then [...] consolidated at a social level through social sharing of information. The result is a sharing of stigma, such that stigmatisation becomes part of the society that creates, condones, and maintains such attitudes and behavior (S. 73).*

Stürmer und Salewski (2009) erläutern die konsensuelle Teilung von Einstellungen und Überzeugungen anhand des Konzepts der sozialen Repräsentation, das auf Mosovici (1984) zurückgeht:

*Das Stigma, das einer Krankheit anhaftet, hängt unmittelbar mit der sozialen und politischen Konstruktion der Krankheit beziehungsweise mit ihrer sozialen Repräsentation zusammen [...] Soziale Repräsentationen von Krankheiten sind eine ‚Komposition‘ aus dem vorherrschenden medizinischen Expertenwissen sowie Alltagsvorstellungen und kulturellen oder religiösen Überzeugungen. Sie beinhalten typischerweise Vorstellungen über die Symptome, den Verlauf, die Übertragungswege, Präventions- und Behandlungsmöglichkeiten (S. 268 f.).*

Deutlich wird, dass diese sozialen Repräsentationen von HIV/AIDS, die nicht zwangsläufig dem medizinischen Wissensstand entsprechen, selbst auch stigmatisierende Überzeugungen beinhalten können. Herek et al. (1998) sprechen in diesem Fall von kulturellen Manifestationen von HIV/AIDS-Stigma, die eben nicht nur abstrakte Repräsentationen darstellen, sondern auch in konkreten politischen Handlungen und gesellschaftlichen Strukturen ihren Ausdruck finden: „At the cultural level, AIDS stigma is manifested in laws, policies, popular discourse, and the social conditions of persons with HIV (PWHIVs) and those at risk for infection“ (S. 37). Beispiele für solche gesellschaftlichen Manifestationen von HIV-Stigma sind die Einreiseverbote und -beschränkungen für HIV-Infizierte, die in vielen Ländern existieren, Verbote, bestimmte Berufe auszuüben, oder die Verweigerung des Abschlusses bestimmter Versicherungen wie Kranken- und Lebensversicherungen.

Sehr verschieden von diesen individuellen und gesellschaftlichen Manifestationen von HIV-Stigma, aber nicht von ihnen unabhängig, ist die Art und Weise, wie HIV-Stigma sich auf der Seite der Stig-

matisierten manifestiert. PWA erleben HIV-bezogene Diskriminierung, sie nehmen die vorherrschende Stigmatisierung wahr und verarbeiten diese psychisch. Entsprechend werden drei unterschiedliche Arten von Manifestationen des HIV-Stigmas auf Seite der Stigmatisierten unterschieden: erlebte Diskriminierung, wahrgenommenes Stigma und internalisiertes Stigma. Earnshaw und Chaudoir (2009), die diese drei Manifestationsmöglichkeiten in ihrem Modell wiederum als Mechanismen beschreiben, definieren erlebte Diskriminierung als „the degree to which PLWHA believe they have actually experienced prejudice and discrimination from others in their community“ (Earnshaw & Chaudoir, 2009, S. 1163). Diskriminierung kann neben dem Erleben verbaler und physischer Gewalt oder direkter und indirekter Ablehnungen und Zurückweisungen durch Individuen auch staatlicher oder institutioneller Natur sein.

Aber auch ohne die konkrete Erfahrung persönlicher Diskriminierung wirkt sich HIV-Stigma auf die davon Betroffenen aus. Diese nehmen auf unterschiedlichste Arten die sozialen Repräsentationen und kulturellen Manifestationen von HIV-Stigma wahr, wissen nicht nur um die Existenz von Diskriminierung, Vorurteilen und Stereotypen, sondern sind sich auch der Tatsache bewusst, dass sie selbst potenzielle Opfer dieser stigmatisierenden Reaktionen sind. Dieser Aspekt wird bei Earnshaw und Chaudoir unter dem Begriff des *anticipated stigma* gefasst und thematisiert „the degree to which PLWHA expect that they will experience prejudice and discrimination from others in the future“ (Earnshaw & Chaudoir, 2009, S. 1163). Andere Autoren sprechen von *perceived stigma* oder *felt stigma*, also wahrgenommenem oder gefühltem Stigma – so zum Beispiel van Brakel (2006), der dieses Konzept als „stigma and discrimination they [people with a (potentially) stigmatized health condition] fear or perceive to be present in the community or society“ (S. 309) definiert. Diese Unterscheidung zwischen tatsächlich erlebter Stigmatisierung bzw. Diskriminierung und der gefühlten, wahrgenommenen bzw. antizipierten Stigmatisierung geht auf den Soziologen Graham Scambler zurück, der diese beiden Konzepte im Rahmen seiner Forschung mit Epilepsie-Patienten entwickelt hat (vgl. Scambler, 1989).

Die wahrgenommene und die erlebte Stigmatisierung werden von den Stigmatisierten auch psychisch verarbeitet. Dieser Prozess kann zu einer Internalisierung der Inhalte der negativen Stereotype und Vorurteile durch die PWA führen. Earnshaw und Chaudoir (2009) beschreiben dieses Resultat von Stigmatisierung mit dem Konzept des *internalised stigma*, das von einigen Autoren auch als *self-stigma* bezeichnet wird (vgl. van Brakel, 2006), als „the degree to which PLWHA endorse the negative beliefs and feelings associated with HIV/AIDS about themselves“ (Earnshaw & Chaudoir, 2009, S. 1163). Die kognitiven und affektiven Inhalte des internalisierten Stigmas umfassen Gefühle von Schuld, Schande und Minderwertigkeit (Stuart, 2005) sowie Vorwürfe gegenüber sich selbst und soziale Rückzugswünsche (Hasan et al., 2012).

Die Internalisierung wahrgenommener und erlebter Stigmatisierung ist allerdings keine zwangsläufige Reaktion. Die stigmatisierenden Zuschreibungen können von den Betroffenen auch anders verarbeitet und bewältigt werden, das reicht bis zur Beteiligung an Aktivitäten des Empowerments, zu politi-

schem Aktivismus und zum Engagement für die Rechte und Interessen von PWA (Siegel, Lune & Meyer, 1998).

Eine interessante Perspektive auf internalisiertes Stigma eröffnen die Erörterungen von Cox, Abramson, Devine und Hollon (2012), die eine integrative Sichtweise der Konzepte Stereotyp und Vorurteil auf der einen Seite und Depression auf der anderen Seite vorschlagen. Sie weisen darauf hin, dass Stereotype und Selbstschemata, wie sie zum Beispiel von Beck (1967) als Ursache von Depressionen verstanden wurden, sehr ähnliche kognitive Strukturen aufweisen. Diese Selbstschemata können somit auch als Selbststereotype verstanden werden, die zum Beispiel durch die Internalisierung von zugeschriebenen Stereotypen entstehen. Die Analyse dieser Gemeinsamkeiten von internalisiertem Stigma und depressionsauslösenden Selbstschemata im Sinne von Beck kann dazu beitragen, den empirisch gefundenen starken Zusammenhang zwischen internalisiertem HIV-Stigma und dem Auftreten von Depressionen (vgl. z. B. Kalichman et al., 2009) besser zu verstehen.

### HIV-Stigma als geschichtetes Stigma

Ein zentrales Konzept für das Verständnis von HIV-Stigma ist das Konzept des *layered stigma*. Der Begriff des geschichteten oder überlagerten Stigmas beschreibt den Umstand, dass die meisten Personen, die vor allem in Ländern mit konzentrierten Epidemien von HIV/AIDS betroffen sind, selbst bereits stigmatisierten Bevölkerungsgruppen angehören, also de facto Stigmatisierung nicht nur aufgrund von HIV, sondern auch aufgrund anderer Merkmale erfahren. Die Hauptbetroffenen in diesen Ländern sind schwule und andere Männer, die mit Männern Sex haben, intravenös Drogen Konsumierende, Sexarbeiterinnen und Sexarbeiter sowie Migranten aus Hochprävalenzländern, also soziale Minderheiten, die marginalisiert und diskriminiert werden. Gerade schwule Männer sind überproportional von HIV/AIDS betroffen und prägen seit Beginn der Epidemie das Bild dieser Erkrankung in den westlichen Industrieländern, wie die älteren Bezeichnungen *Gay Related Immunodeficiency Disease (GRID)* und *gay cancer* (vgl. Altman, 1982; Kehr, 2003; Shilts, 1987) besonders deutlich versinnbildlichen. Der Begriff *layered stigma* – andere Autoren verwenden die Begriffe *double stigma* (Kowalewski, 1988) oder *co-stigma* (Chan, Yang, Zhang & Reidpath, 2007) – soll vor allem verdeutlichen, dass schwule HIV-positive Männer bereits aufgrund ihrer sexuellen Orientierung Stigmatisierung erleben und wegen der HIV-Infektion zusätzlich stigmatisiert werden; vergleichbar gilt das natürlich auch für andere Risikogruppen. Diese Verbindung von männlicher Homosexualität und HIV/AIDS hat neben den Folgen für die gesellschaftliche Wahrnehmung von HIV/AIDS auch Konsequenzen für die Wahrnehmung von schwulen Männern. So konnten Ruel und Campbell (2006) in einer Re-Analyse jährlich durchgeführter nationaler Befragungen zeigen, dass die Zunahme der HIV/AIDS-Prävalenz in den USA in den 1980er und 1990er Jahren mit einer generellen Abnahme der Toleranz gegenüber Homosexuellen in der Allgemeinbevölkerung verbunden war. Ein weiterer Aspekt des überlagerten Stigmas, der vor allem für die Prävention neuer HIV-Infektionen von Interesse ist, liegt in der erhöhten Vulnerabilität für eine HIV-Infektion als Resultat der Erfahrungen von Stigmatisierung und Diskriminierung

aufgrund der sexuellen Orientierung oder des intravenösen Drogenkonsums. Für das Stigma sexuelle Orientierung konnten verschiedene Autoren diesen Zusammenhang empirisch nachweisen, teilweise unter Bezugnahme auf das *Minority Stress Model* von Meyer (2003), so z. B. Hatzenbuehler, Nolen-Hoeksema & Erickson (2008), Langer (2009) oder Rosario, Rotheram-Borus & Reid (1996).

In einer Vielzahl von Studien wurde gezeigt, dass die sexuelle Orientierung einer PWA die Stigmatisierungsbereitschaft gegenüber dieser Person beeinflusst. Viele dieser Studien nutzen ein Vignetten-Design – so auch die Studie von McBride (1998), auf die hier als Beispiel näher eingegangen werden soll. Den Teilnehmern dieser Studie, 181 heterosexuellen Studierenden in den USA, wurden im Rahmen eines Fragebogens sechs Vignetten vorgelegt. Diese Vignetten beschrieben einen HIV-positiven Mann, in den Beschreibungen variierten dessen sexuelle Orientierung (heterosexuell vs. bisexuell<sup>4</sup>) und die Route der HIV-Transmission (Bluttransfusion vs. ungeschützter Sex vs. intravenöser Drogenkonsum). Eine Beispielvignette lautete:

*John is a 19 year-old, bisexual male. He practices unsafe sex. He has just been hospitalized with pneumonia. His test for HIV was positive (McBride, 1998, S. 598).*

Jeder Vignette folgten im Fragenbogen als Maß für die Stigmatisierungsbereitschaft gegenüber der beschriebenen Version von John unter anderem eine Soziale-Distanz-Skala, die die Bereitschaft erfasste, mit der beschriebenen Person zu interagieren, und ein semantisches Differenzial, mit der die Bewertung der Person anhand von sieben Eigenschaftswortpaaren erfasst wurde. Die Ergebnisse zeigen, dass die Stigmatisierungsbereitschaft gegenüber dem bisexuellen John immer höher ist als gegenüber dem heterosexuellen John, und zwar für alle drei Transmissionsrouten, also auch, wenn die HIV-Übertragung bei beiden über eine Transfusion erfolgte.

Die zentralen Forschungsfragen für die Analyse von geschichtetem Stigma werfen Chan und Reidpath in zwei Publikationen auf (Chan, Yang, Zhang & Reidpath, 2007; Reidpath & Chan, 2005): Sind die unterschiedlichen Schichten von Stigma unabhängig voneinander oder nicht, und wie wirken unterschiedliche Schichten von Stigma zusammen? Sind das HIV-Stigma und ein anderes Stigma abhängig voneinander, können sie im resultierenden geschichteten Stigma vollständig oder partiell überlappen (vgl. Abbildung 3). Sind sie unabhängig voneinander, können sie additiv oder synergistisch zusammenwirken (synergistisch heißt, beide Stigmata interagieren miteinander, sodass sie gemeinsam stärker sind als die bloße Summe beider Stigmata).

Erste Ergebnisse bei Nutzung einer von Reidpath und Chan (2005) entwickelten Methode, um die einzelnen Schichten von geschichtetem Stigma voneinander zu trennen, zeigen, dass das Stigma von HIV/AIDS und von intravenösem Drogengebrauch (IVD) bzw. von Sexarbeit abhängig voneinander sind und sich partiell überlappen. Da die Autoren schlussfolgern, dass in der Co-Stigma-Bedingung

<sup>4</sup> Warum hier als sexuelle Orientierung Bisexualität statt Homosexualität gewählt wird, wird von der Autorin nicht erläutert. Dies ist umso merkwürdiger, als es ihr tatsächlich um die Operationalisierung von Homosexualität geht, wie aus der folgenden Erläuterung hervorgeht: „In order to assess the stigma of homosexuality, the male in the vignette was described as either bisexual or heterosexual“ (McBride, 1998, S. 598).

das spezifische Stigma von AIDS vollständig im geteilten Stigma aufgeht und nur das IVD- bzw. Sexarbeit-Stigma einen eigenständigen Anteil hat, ist das geschichtete Stigma deutlich geringer, als es das additive Modell vorhersagen würde (Chan, Yang, Zhang & Reidpath, 2007).<sup>5</sup> Allerdings zeigen andere Studien durchaus additive Effekte zwischen verschiedenen Co-Stigmata (z. B. Crandall, 1991), weshalb die Frage als weiterhin ungeklärt betrachtet werden muss.

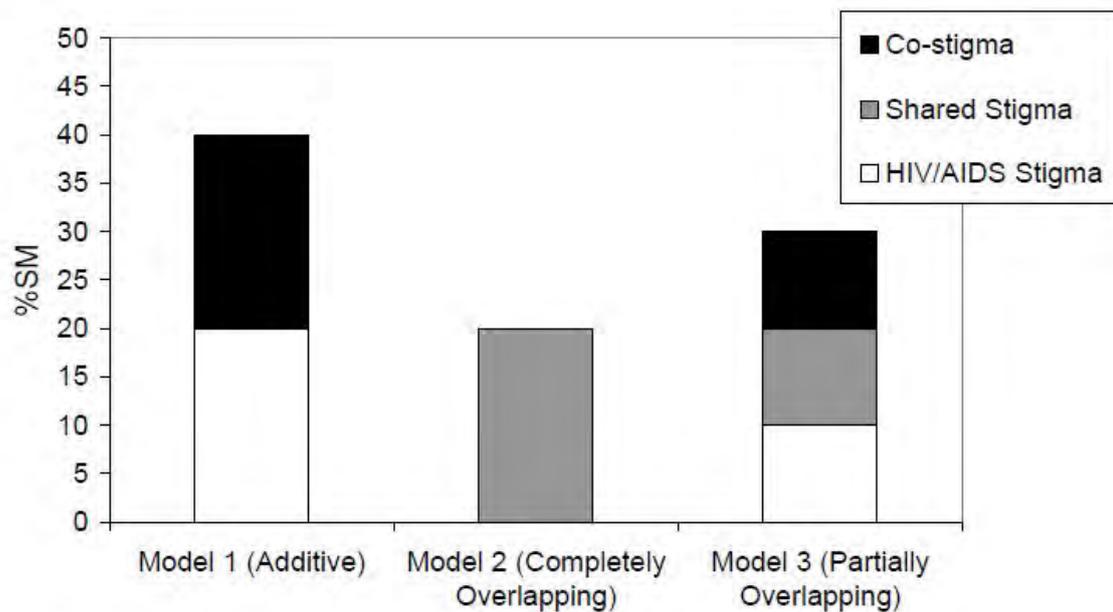


Abbildung 3: Drei Modelle geschichteten Stigmas (Chan, Yan, Zhang & Reidpath, 2007, S. 2)

### 1.2.3 Dimensionen, Funktionen und Prädiktoren von HIV-Stigma

Die immense Stärke, mit der PWA stigmatisiert werden, kann durch die Beschäftigung mit den Dimensionen, die dieser Stigmatisierung zugrunde liegen, den Funktionen, die die Stigmatisierung für die Stigmatisierer aufweisen, und den Prädiktoren der Stigmatisierung besser verstanden werden, wie Abschnitt 1.1.3 gezeigt hat. Dabei sprechen Dimensionen, Funktionen und Prädiktoren ganz unterschiedliche Aspekte von Stigma an. Die Dimensionen entsprechen in erster Linie Eigenschaften des stigmatisierten Merkmals selbst; ein Merkmal kann zum Beispiel sichtbar sein, erworben oder angeboren. Diese Eigenschaften eines Merkmals determinieren seine Stigmatisierbarkeit durch Menschen, die dieses Merkmal nicht aufweisen. Funktionen und Prädiktoren sind auf der Seite des Stigmatisierers

<sup>5</sup> Nicht nur ist das gemeinsame Stigma aus HIV/AIDS und Co-Stigma geringer, als es das additive Modell vorhersagen würde, sondern für das Co-Stigma IVD sogar geringer als für das Stigma für IVD allein – ein Befund, den sich die Autoren nicht erklären können: „Another challenge to the orthodox understanding of HIV/AIDS stigma is the statistically significant drop in the levels of stigma between an injecting drug user with no disease and an injecting drug user with AIDS [...]. One could interpret the results as showing that having AIDS actually reduces the overall social distance of an injecting drug user. The analogous relationship between IDU and the control disease (leukaemia) suggests that this may be a general (perhaps sympathetic) reaction [...]. This merits further investigations as does the contrary finding that the moderating effect of illness on stigma is missing in the layering of AIDS and CS [commercial sex work]“ (Chan et al., 2007, S. 9).

verortet. Dabei sind die Prädiktoren Eigenschaften und Prozesse, die der Stigmatisierung vorausgehen und das Ausmaß dieser Stigmatisierung determinieren. Die Funktionen hingegen folgen theoretisch der Stigmatisierung, sie sind (positive) Konsequenzen, die sich für den einzelnen Stigmatisierer oder seine Gruppe bewusst oder auch unbewusst, direkt oder auch indirekt aus der Stigmatisierung ergeben.

### Die Dimensionen von HIV-Stigma

Warum ist das Stigma von HIV/AIDS so stark ausgeprägt? Warum wird HIV/AIDS als die *quintessential stigma experience of the twentieth century* (Green, 2009) bezeichnet? Um diese Frage zu beantworten, lassen sich die sechs Stigma-Dimensionen heranziehen, die Jones et al. (1984) zusammengestellt haben. Diese Dimensionen können, wie bereits ausgeführt, auch als Prädiktoren der Intensität des Stigmas von stigmatisierbaren Merkmalen verstanden werden, d. h., je stärker die jeweilige Dimension bei einem Stigma wie HIV/AIDS ausgeprägt ist, umso stärker sind die Träger dieses Merkmals stigmatisierbar.

Mit der Dimension *Verheimlichbarkeit* thematisieren Jones et al. (1984), inwiefern ein Stigma sichtbar bzw. inwiefern die Sichtbarkeit kontrollierbar ist. Die Sichtbarkeit der HIV-Infektion selbst ist in der Regel durch die Betroffenen kontrollierbar – mit den ganz eigenen Problemen, die ein unsichtbares, also verheimlichbares Stigma mit sich bringt (vgl. dazu z. B. Pachankis, 2007; Smart & Wegner, 2000). Zu den Symptomen einer AIDS-Erkrankung zählen jedoch eine Reihe opportunistischer Infektionen, das Kaposi-Sarkom, das Wasting-Syndrom und das Lipodystrophie-Syndrom, die die Erkrankung für Außenstehende meist deutlich sichtbar machen. Das Lipodystrophie-Syndrom umfasst eine Reihe von Fettverteilungsstörungen, die sich unter anderem durch einen Verlust des Unterhautfettgewebes, in der Regel im Gesicht und an den Armen (Lipoatrophie), manifestieren können. Die Ursachen dieser Störung sind immer noch weitgehend unbekannt, allerdings gibt es Hinweise darauf, dass sie durch spezifische antiretrovirale Medikamente mitverursacht wird. Studien weisen darauf hin, dass die Lipodystrophie auch heute noch weit verbreitet ist (vgl. z. B. Peterson, Martins & Cofrancesco, 2008). Studien zu den Auswirkungen von Lipodystrophie auf die Lebensqualität und die wahrgenommene Stigmatisierung von PWA (z. B. Guaraldi et al., 2008; Persson, 2005; Stutterheim, et al., 2011) zeigen, dass die Rolle der Lipodystrophie für die HIV-bezogene Stigmatisierung kaum überbewertet werden kann.

Mit der Dimension *Verlauf* ist bei Jones et al. nicht nur die Veränderung über die Zeit, sondern auch das endgültige Resultat, der Ausgang eines stigmatisierten Merkmals gemeint. Während Stigmata wie die Zugehörigkeit zu einer Ethnie oder andere Stigmata aus Goffmans Klasse der phylogenetischen Stigmata über den gesamten Lebenslauf eines Menschen stabil sind, gilt dies gerade für erworbene gesundheitsbezogene Stigmata keinesfalls. Dass die (unbehandelte) HIV-Infektion und AIDS-Erkrankung unheilbar sind, unvermeidlich degenerativ und tödlich verlaufen, ist im Hinblick auf die Stigmatisierbarkeit ein wichtiges Charakteristikum, das zur Stärke der Stigmatisierung beiträgt. Im Kontext gesundheitsbezogener Stigmata wie HIV/AIDS kann diese Dimension auch als Schweregrad

eines Stigmas verstanden werden. Der Schweregrad von HIV/AIDS wird tatsächlich sehr hoch bewertet. Den jährlichen Repräsentativerhebungen der BZgA zufolge haben im Jahr 1987 67 % der befragten Bundesbürger AIDS spontan als eine der „gefährlichsten Krankheiten“ genannt. Allerdings ist dieser Anteil in den nachfolgenden Jahren rückläufig, im Jahr 2009 sind es nur noch 23 % (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2011). Unklar ist dabei, ob dieser Rückgang in der öffentlichen Wahrnehmung ursächlich auf die Behandelbarkeit der HIV-Infektion und das dadurch gewandelte klinische Bild zurückzuführen ist, oder ob der Rückgang nicht eher das nachlassende Medieninteresse an HIV/AIDS reflektiert. Auf ein Vorherrschen der „alten“ Bilder von AIDS (vgl. Dannecker, 2000) in der Öffentlichkeit, also der Bilder von Leiden und Sterben vor dem Auftreten der antiretroviralen Kombinationstherapien, verweisen vereinzelte anekdotische Befunde (z. B. Langer, 2010). Solche persistenten Bilder und Vorstellungen prägen die Stigmatisierung von HIV/AIDS weitaus stärker als medizinische Realitäten.

Die Dimension *Zersetzung* blickt vor allem auf die Rolle, die ein Stigma in den Beziehungen und Interaktionen zwischen Trägern und Nichtträgern des stigmatisierten Merkmals spielt. Das englische Wort „disruptive“ kann auch mit „unterbrechend“ und „störend“ übersetzt werden. Jones et al. nennen als ein gutes Beispiel für ein Merkmal, das stark zersetzend ist, das Stottern. Auch psychische Störungen können stark verstörend sein, und zwar in dem Maße, in dem sie von unvorhersehbarem Verhalten des Patienten begleitet werden. Das Zersetzungspotenzial von HIV/AIDS wurde bisher kaum in der Stigma-Forschung thematisiert. Eine frühe Ausnahme stellt die Studie von Crandall und Coleman (1992) dar, die die Zersetzung bzw. Störung sozialer Beziehungen als Folge des Stigmaprozesses aus der Perspektive der Stigmatisierten beschreiben. Jones et al. (1984) weisen allerdings auf einen gewissen Sonderstatus dieser Dimension hin, der konzeptuelle Unklarheiten nach sich zieht: „[D]isruptiveness is somewhat different from the others. It is not as conceptually clear, it may be less independent of the other five“ (S. 45). Gerade diese Abhängigkeit von den anderen Dimensionen betonen die Autoren:

*The more visible, dangerous, and aesthetically displeasing the mark, the more destructive of smooth interpersonal interactions it will be. Most people who find themselves seated on an airplane next to someone with an obvious and disfiguring skin disease would find it very difficult to maintain their aplomb while conversing with the afflicted passenger (S. 46).*

In Bezug auf das Stigma HIV/AIDS weisen Leary und Schreindorfer (1998) darauf hin, dass eine HIV-Infektion, soweit den Interaktionsteilnehmern bekannt, bereits an sich zu negativen emotionalen Reaktionen führen kann – durch das Wissen um die tödliche Erkrankung, die persönliche Tragödie, die dahinter vermutet wird, und die Unsicherheit, wie darauf reagiert werden soll:

*Interacting with a person who has suffered any traumatic event can be disturbing whether it be the death of a loved one, rape or a paralyzing injury. Many people may be particularly uncomfortable interacting with someone known to have a terminal illness. Not only are people upset by thinking about the other person's tragedy, their uncertainty about how best to respond creates social anxiety and awkwardness (S. 19).*

In diesem Sinne kann auch die HIV-Infektion als stark zersetzend erlebt werden, aber das Ausmaß der Zersetzung ist fast vollständig abhängig von anderen Dimensionen, nämlich der Sichtbarkeit, der Bedrohung und den ästhetischen Qualitäten.

Die Dimension *ästhetische Qualitäten* ist in Bezug auf die Stigmatisierung von HIV/AIDS vollständig von der Dimension „Sichtbarkeit“ abhängig. Es sind die beschriebenen Symptome, die die HIV-Infektion oder AIDS-Erkrankung sichtbar machen, die auch die ästhetischen Qualitäten, das Aussehen der Betroffenen beeinträchtigen. Allerdings geht die Dimension *ästhetische Qualitäten* über die reine Sichtbarkeit hinaus, indem sie den entstellenden Charakter des stigmatisierten Merkmals thematisiert. Diese Entstellung wird von einigen Autoren als wichtigstes Charakteristikum der sichtbaren Symptome in psychosozialer Hinsicht beschreiben, so für das Kaposi-Sarkom (Bor, 1993), die verschiedenen Formen der Lipodystrophie, insbesondere die Lipoatrophie (Ong et al., 2007), und auch das Wasting-Syndrom (Rivera, Briggs, Qian & Sattler, 1998).

Die Dimension *Entstehung* oder *Ursprung* bezieht sich nach Jones et al. (1984) auf verschiedene Aspekte von stigmatisierten Merkmalen, etwa die Fragen, ob das Merkmal angeboren ist oder nicht, wann im Lebensverlauf das Merkmal erworben wurde oder wie schnell oder langsam das Merkmal aufgetreten ist. Inhaltlich dominiert werden diese Aspekte jedoch von der Frage nach der Verantwortung für den Erwerb des Merkmals. Wird die Verantwortung für den Erwerb des Merkmals bei der betroffenen Person gesehen, wird diese Person stärker stigmatisiert, als wenn der Erwerb des Merkmals außerhalb ihres Verantwortungsbereichs wahrgenommen wird. Einer Person, die sich mit HIV infiziert hat, wird aufgrund der vorherrschenden Transmissionswege – ungeschützter vaginaler oder analer Geschlechtsverkehr sowie gemeinsame Nutzung von Spritzbesteck bei intravenösem Drogenkonsum – eine starke Verantwortung für den Erwerb der Infektion zugeschrieben (vgl. z. B. Weiner, 1995). So stimmen in den repräsentativen Telefonbefragungen, die Herek und Kollegen in den späten 1990er Jahren in den USA durchgeführt haben, ungefähr die Hälfte der Befragten der undifferenzierten Aussage „Most people with AIDS are responsible for having their illness“ zu (Herek, Capitanio & Widaman, 2002).

Die sechste und letzte Dimension der Aufzählung von Jones et al. (1984) ist die Dimension *Gefahr*. Gefahr kann auf unterschiedliche Weise von Trägern stigmatisierter Merkmale ausgehen. Jones et al. (1984) nennen zwei potenzielle Arten der Bedrohung: „This dimension is most often relevant when considering mental patients, people who have committed violent crimes, and those whose diseases are believed to be contagious“ (S. 65). Die Gefahr einer direkten Gewaltausübung hat für die Stigmatisierung von PWA keine Bedeutung, ausschlaggebend ist vielmehr, dass die HIV-Infektion ansteckend ist. Diese Dimension ist allerdings ebenfalls abhängig von einer anderen Dimension, und zwar von der Dimension *Verlauf* bzw. dem Schweregrad der ansteckenden Erkrankung. So ist die Grippe zwar ebenfalls ansteckend, das Grippevirus deutlich infektiöser als das HI-Virus und sogar in alltäglichen sozialen Kontaktsituationen übertragbar, jedoch ist die Grippe, auch wenn sie tödlich verlaufen kann,

in der Regel eine akute Erkrankung, die vollständig ausheilt. Entsprechend fällt die Stigmatisierung von an Grippe Erkrankten deutlich geringer aus (vgl. Bishop, Alva, Cantu & Rittiman, 1991; Crandall, 1991), obwohl die Gefahr einer Ansteckung deutlich höher ist. Auch bei dieser Dimension ist wieder die Wahrnehmung der Ansteckungsgefahr und nicht das tatsächliche Ansteckungsrisiko der relevante Faktor, der die Stigmatisierung beeinflusst. Die irrige Annahme, dass HIV auch bei normalen sozialen (also nicht sexuellen) Kontakten übertragbar sei, führt zu einer deutlich höheren Stigmatisierungsbereitschaft, wie in den folgenden Abschnitten deutlich wird. Dass HIV/AIDS eine Erkrankung ist, die von medizinischen Laien kaum verstanden wird, wie Alonzo und Reynolds (1995) anmerken, trägt natürlich zur wahrgenommenen Ansteckungsgefahr und damit zum Bedrohungspotenzial von HIV/AIDS bei. Darüber hinaus führen Jones et al. (1984) neben der direkten Ansteckungsgefahr noch den Aspekt einer eher abstrakt verstandenen Kontamination als Teil der Bedrohungsdimension ein. Die Angst vor einer Kontamination wird dabei nicht nur bei Infektionskrankheiten, sondern auch bei nicht ansteckenden Erkrankungen wie etwa psychischen Störungen beobachtet:

*The most convincing evidence that people are unrealistically fearful of physical contamination from blemished individuals is provided by Wheeler, Farina, and Stern (1981). They report that one-third or more of their college student subjects indicated agreement with the following items, which refer to mental patients. 'I would not go swimming in a pool used by a group of mental patients,' and 'I would wash my hands after touching a mental patient' (S. 71).*

Ganz ähnliche Befunde präsentiert die Arbeitsgruppe um Paul Rozin bezogen auf HIV/AIDS. In ihrem Experiment äußern 77 % der Teilnehmer, dass es ihnen unangenehmer wäre, einen Pullover anzuziehen, den vorher ein an AIDS Erkrankter getragen hat, als einen Pullover, den zuvor eine „gesunde“ Person trug (Rozin, Markwith & Nemeroff, 1992). Eine Ansteckung mit dem HI-Virus wird aber wohl keiner der Teilnehmer ernsthaft befürchtet haben.

Diese sechs Dimensionen finden sich auch wieder in den Auflistungen von Gründen für die intensive Stigmatisierung von PWA, die von verschiedenen Autoren aus unterschiedlichen Forschungstraditionen vorgelegt wurden.

Leary und Schreindorfer (1998) zählen vier bereits erwähnte Faktoren auf, die zu einem sozialen Ausschluss von Menschen führen, weil sie als Gefahr für das Wohlergehen der Gruppe und ihrer Mitglieder wahrgenommen werden. PWA werden aus dieser Perspektive deshalb so stark stigmatisiert, weil sie alle vier Kriterien erfüllen können:

*An analysis of AIDS-related stigma in terms of this disassociation conceptualization reveals why the stigma of AIDS is so pervasive and potent: unlike nearly every other stigmatized condition, AIDS meets all four of the criteria for social disassociation listed above (1998, S. 16).*

HIV/AIDS stellt 1) eine Bedrohung für die Gesundheit dar, weil diese Erkrankung ansteckend und unheilbar ist: „To the extent that AIDS is contagious, fatal, and presently incurable, many people hesitate to interact with individuals who are known to be seropositive“ (Leary & Schreindorfer, 1998, S. 16). HIV/AIDS ist 2) mit Devianz von sozialen Normen verbunden, weil die Infektion mit Verhaltensweisen verknüpft wird, die von der gesellschaftlichen Mehrheit als moral- und normverletzend

wahrgenommen werden, wie schwuler Sex, Promiskuität, kommerzieller Sex und intravenöser Drogengebrauch. 3) Eine HIV-Infektion und in noch stärkerem Ausmaß eine AIDS-Erkrankung erschweren aufgrund krankheitsbedingter körperlicher und geistiger Einschränkungen die Wahrnehmung beruflicher, familiärer und sozialer Verpflichtungen. Aus diesem Grund können den Autoren zufolge davon betroffene Menschen nicht adäquat zum Wohlergehen der Gesellschaft, Familie oder sonstigen Gruppe, der sie angehören, beitragen. 4) Negative emotionale Reaktionen auf HIV/AIDS werden einerseits durch sichtbare Symptome der HIV-Infektion wie zum Beispiel die Lipodystrophie oder das Kaposi-Sarkom und andererseits durch den zersetzenden Charakter der HIV-Infektion in Bezug auf soziale Interaktionen ausgelöst.

Auch Stürmer und Salewski (2009) nennen vier Merkmale der HIV-Infektion bzw. der AIDS-Erkrankung, auf die sie die starke Stigmatisierung zurückführen. Drei dieser Merkmale sind medizinischer Natur, nämlich die 1) Ansteckungsgefahr, 2) die Unheilbarkeit und 3) die Sichtbarkeit der Symptome. Ein vierter, sozialer Faktor betrifft die zumindest für die westlichen Industrieländer geltende Assoziation von HIV/AIDS mit männlicher Homosexualität.

In ähnlicher Weise zählt Herek (1999) vier Charakteristika auf, die die Stigmatisierung eines Merkmals sehr wahrscheinlich machen und sämtlich von HIV/AIDS erfüllt werden, nämlich 1) die Wahrnehmung, dass der Träger für die eigene Erkrankung verantwortlich ist, 2) die Wahrnehmung der Krankheit als tödlich oder degenerativ, 3) die Wahrnehmung der Krankheit als ansteckend und 4) das Vorhandensein körperlicher Veränderungen, die für andere sichtbar sind und als unangenehm wahrgenommen werden. Dieselben Faktoren nennen auch Crowley und Gubi (2004), die zusammenfassend feststellen, dass damit HIV/AIDS „the perfect conditions for a stigmatized condition“ (S. 3) aufweist.

Die letzte und umfassendste Übersicht von Faktoren, die hier genannt werden soll, stammt von Alonzo und Reynolds (1995) und umfasst sechs Gründe, warum PWA stigmatisiert werden. HIV/AIDS wird 1) mit deviantem Verhalten assoziiert, 2) als in der Verantwortung des Individuums liegend verortet, 3) aufgrund religiöser Überzeugungen als unmoralisch und Ausdruck einer Charakterschwäche wahrgenommen, 4) als ansteckend und als Bedrohung für die Gemeinschaft wahrgenommen, 5) mit einer nicht wünschenswerten und unästhetischen Art des Todes verbunden und 6) von Laien schlecht verstanden und von gesundheitlichen Fachkräften negativ beurteilt.

Diese Darstellung der Stigma-Dimensionen in Bezug auf das Stigma von HIV/AIDS konnte eine Vielzahl von Gründen identifizieren, warum PWA so stark stigmatisiert werden. Welche dieser Gründe sind aber die wichtigsten, welche determinieren den Grad der Stigmatisierung von HIV/AIDS am stärksten?

Der Sozialpsychologe Christian Crandall und seine Kollegen haben sich mit dieser Frage nach den zentralen Dimensionen der Stigmatisierung von physischen und psychischen Erkrankungen befasst und ein innovatives Untersuchungsdesign entwickelt, um diese Faktoren identifizieren zu können (Crandall & Moriarty, 1995; Feldman & Crandall, 2007). Crandall und Moriarty (1995) legten ihren

Untersuchungsteilnehmern Vignetten vor, die eine Person mit einer von insgesamt 66 körperlichen Erkrankungen wie z. B. Akne, Bronchitis, Bindehautentzündung, Diabetes, Grippe, genitaler Herpes oder Parkinson beschrieben (HIV/AIDS war in dieser Liste nicht enthalten). Die Vignette zu Hämophilie lautete zum Beispiel:

*Brian Sims is a 12-year-old male, who presented to his family paediatrician two years ago with evidence of uncontrolled bleeding in his knee and elbow joints following a bicycle accident. His physician admitted him to an emergency room, where a blood test showed a prolonged partial thromboplastin time, and a normal fibrogen level. He was treated with desmopression acetate to reduce the bleeding, and released.*

*The attending physician diagnosed Mr Sims with mild haemophilia. There is a history of mild haemophilia in Mr Sims's mother's family.*

*Mr Sims is on treatment involving infusion by catheter of blood factor VIII:C, an extract of plasma from donation. Factor VIII is now heat-treated to reduce the likelihood of transmission of AIDS and hepatitis B, but viral infections from recurrent transfusions continue to be a risk. Mr Sims is not currently afflicted with any such infection (Crandall & Moriarty, 1995, S. 71).*

Nach jeder Vignette wurden die Teilnehmer gebeten, auf einer Skala zur sozialen Distanz anzugeben, inwiefern sie zu sozialem Kontakt mit der in der Vignette beschriebenen Person bereit wären. Ein Beispielitem dieser Skala lautete *Brian Sims is the kind of person that I tend to avoid*. Anschließend wurde die in der Vignette beschriebene Erkrankung von den Teilnehmern auf 13 Dimensionen mittels einer siebenstufigen semantischen Differenzial-Technik bewertet.<sup>6</sup> Für die Analysen stellten die Erkrankungen die Untersuchungseinheiten (die Fälle) dar. Für jede dieser Erkrankungen wurden der jeweilige Mittelwert für die einzelnen Dimensionen sowie für die soziale Distanz ermittelt und Korrelationen zwischen Dimensionen und der sozialen Distanz berechnet. Nur fünf der 13 Dimensionen zeigten eine statistisch signifikante Korrelation mit der sozialen Distanz, und zwar die Eigenschaften *verhaltensbedingt*, *vermeidbar*, *sexuell übertragbar*, *schwerwiegend* und *ansteckend*. In einer anschließenden schrittweisen Regressionsanalyse blieben zwei dieser Dimensionen als statistisch signifikante Prädiktoren der sozialen Distanz übrig: der Grad, zu dem eine Erkrankung als *verhaltensbedingt* und als *schwerwiegend* wahrgenommen wurde. Die übrigen drei Eigenschaften *ansteckend*, *vermeidbar* und *sexuell übertragbar* umfassen inhaltlich ebenfalls Verhaltenskomponenten und weisen aus diesem Grund wahrscheinlich eine hohe gemeinsame Varianz untereinander und mit der Dimension *verhaltensbedingt* auf. Tatsächlich ließ sich zeigen, dass jede dieser Eigenschaften, als Prädiktor anstelle des Prädiktors *verhaltensbedingt* in einer Regressionsanalyse eingesetzt, gemeinsam mit dem Prädiktor *schwerwiegend* eine annähernd gleiche Varianzaufklärung leisten konnte wie die beiden Prädiktoren der ursprünglichen Regressionsanalyse. In allen drei Fällen waren der Schweregrad und die jeweilige Verhaltensvariable signifikante und unabhängige Prädiktoren der sozialen Distanz.

<sup>6</sup> Die Dimensionen wurden durch diese Paare von Eigenschaften erfasst: *severe/mild*, *publicly visible/potentially concealable*, *highly contagious/not at all contagious*, *quite common/very rare*, *treatable/no treatment exists*, *acute (short-lived)/chronic (long-lasting)*, *a function of age/unrelated to person's age*, *one sex gets it/both sexes get the disease*, *caught by behaviour/unaffected by behaviour*, *avoidable/disease is unavoidable*, *ethnic-related/unrelated to ethnic group*, *hereditary/not at all hereditary*, *sexually transmitted/not sexually transmitted*.

Feldman und Crandall (2007) replizierten diese Studie, um die Dimensionen zu identifizieren, die die Stigmatisierung von psychischen Erkrankungen vorhersagen. Für 40 Erkrankungen aus dem DSM-IV-TR, zum Beispiel antisoziale Persönlichkeitsstörung, Kleptomanie, Alkoholabhängigkeit, Hypochondrie, Autismus und Major Depression, wurden Ratings auf 17 Dimensionen erhoben. Dabei handelte es sich teilweise um Dimensionen, die bereits in der Studie von 1995 genutzt wurden, und teilweise um Dimensionen, die als spezifisch für psychische Erkrankungen eingefügt wurden.<sup>7</sup>

Sieben der 17 Eigenschaften korrelierten statistisch signifikant mit der sozialen Distanz: *Gefährlichkeit, persönliche Verantwortung, Unvermeidbarkeit, Realitätsverlust, Seltenheit, Zersetzungspotenzial* und *medikamentöse Behandelbarkeit*. In der anschließenden schrittweisen Regressionsanalyse konnten drei Eigenschaften als statistisch signifikante Prädiktoren der sozialen Distanz identifiziert werden: *persönliche Verantwortung, Gefährlichkeit* und *Seltenheit*.

Diese beiden Studien liefern äußerst hilfreiche Ergebnisse in Bezug auf die Identifikation derjenigen Stigma-Dimensionen, die das Ausmaß gesundheitsbezogener Stigmatisierung am stärksten determinieren. Als zentrale Dimensionen der Stigmatisierbarkeit von körperlichen Erkrankungen erweisen sich einerseits der Schweregrad und andererseits eine Dimension, die austauschbar durch eine der varianzüberlappenden Eigenschaften *verhaltensbedingt, vermeidbar, ansteckend* oder *sexuell übertragbar* beschreibbar ist. Die Autoren verstehen diese Dimension im Sinne der Dimension *Entstehung/Verantwortlichkeit* von Jones et al. (1984), da alle diese Eigenschaften einen durch die Person kontrollierbaren Erwerb der Erkrankung beschreiben. Allerdings sollte hier ergänzt werden, dass zwei dieser Eigenschaften auch als Operationalisierungen der Dimension *Gefahr* (nach Jones et al.) verstanden werden können, da hier die Gefahr einer Ansteckung thematisiert wird. Die untersuchten Dimensionen in der zweiten Studie (Feldman & Crandall, 2007) unterscheiden sich von den Dimensionen der ersten Studie (Crandall & Moriarty, 1995); hier erweisen sich zwei Eigenschaften als zentrale Prädiktoren, die in der ersten Studie in dieser Form nicht direkt einbezogen wurden: die persönliche Verantwortung für den Erwerb der Erkrankung und die Gefährlichkeit der Erkrankung. Hinsichtlich des dritten Prädiktors der Stigmatisierung psychischer Erkrankungen, der Seltenheit einer Erkrankung, vermuten die Autoren, gestützt auf Beobachtungen von Ditto und Jemmott (1989) sowie Jemmott, Ditto und Croyle (1986), dass die Teilnehmer seltene Erkrankungen als schwerwiegender bewertet haben, hier also das Merkmal der Seltenheit einer Erkrankung eigentlich wiederum den Schweregrad erfasst.

Zusammengefasst sprechen die Ergebnisse dieser beiden Studien dafür, dass für die Stigmatisierung von Erkrankungen die Dimensionen *Entstehung/Verantwortung, Verlauf/Schweregrad* und *Gefahr/Ansteckung* aus der Klassifikation von Jones et al. eine ausschlaggebende Bedeutung haben. Eine Erkrankung wird entsprechend umso stärker stigmatisiert, je stärker die Verantwortung für den Erwerb

<sup>7</sup> Beispiele für Eigenschaften, die spezifisch für psychische Erkrankungen sind: *person is in complete control of him/herself/person is completely unable to control him/herself, symptoms are not sexual in nature/symptoms are very sexual in nature* oder *not treatable with psychotherapy/treatable with psychotherapy*.

der Erkrankung bei dem Betroffenen verortet wird und als je schwerwiegender, ansteckender oder anderweitig bedrohlicher für die eigene körperliche Unversehrtheit sie wahrgenommen wird.

Für die Bedeutung gerade dieser Dimensionen sprechen auch andere empirische Studien. So befassten sich etwa Frable (1993) sowie Deaux, Reid, Mizrahi und Ethier (1995) mithilfe ähnlicher Studiendesigns mit der Frage nach den wichtigsten Dimensionen, die das Ausmaß der Stigmatisierbarkeit diverser Merkmale determinieren. In der Zusammenfassung dieser Studienergebnisse durch Dovidio et al. (2000) erscheinen auch hier *Gefahr* und *Kontrollierbarkeit* neben der *Sichtbarkeit* als bedeutendste Dimensionen. Bishop (1991a) beschäftigte sich, aufbauend auf seinen umfangreichen Forschungen zu Repräsentationen von Krankheiten bei Laien (*lay disease representations*, vgl. z. B. Bishop, 1987, 1991b; Bishop & Converse, 1986), mit den Kategorien, in denen Menschen über Krankheiten denken. Auch er fand zwei zentrale Dimensionen, *Ansteckungsgefahr* und *Schweregrad*, die das Ausmaß der sozialen Distanzierung gegenüber von unterschiedlichen Erkrankungen betroffenen Personen beeinflussen.

Für die Dimension *Kontrollierbarkeit/Verantwortlichkeit* liegen ebenfalls zahlreiche Forschungsergebnisse vor. Diese Studien gehen in der Regel von dem Attributionsmodell aus, das Weiner (1980, 1995) entworfen hat, um den Zusammenhang zwischen Kontrollierbarkeit und der Zuschreibung von Verantwortung auf der einen Seite und stigmatisierenden Reaktionen auf der anderen Seite über vermittelnde Emotionen wie Mitleid und Wut zu erklären. So können Weiner, Perry und Magnusson (1988) in einer Studie, in der sie so verschiedene Stigmata wie AIDS, Blindheit, Dickleibigkeit, Drogenutzung und Kindesmissbrauch vergleichen, zeigen, dass die Beurteilung eines Stigmas als kontrollierbar (englisch mit dem Begriff der *onset-controllability* bezeichnet) mit höheren Zuschreibungen von Verantwortlichkeit, höherer Zuweisung von Schuld und einem erhöhten Ausdruck von Wut/Ärger sowie geringerer Sympathie, geringerem Mitleid und geringerer Hilfsbereitschaft einhergeht. Dieses Paradigma auf das Stigma HIV/AIDS anwendend beschäftigt sich eine Vielzahl von Studien mit der Frage, inwiefern die Wahrnehmung der HIV-Infektion als (un)kontrollierbar mit emotionalen und behavioralen Reaktionen von PWA zusammenhängt und welche Variablen einen Einfluss auf diesen Zusammenhang ausüben (z. B. Borchert & Rickabaugh, 1995; Derlega, Sherburne & Lewis, 1998; Dooley, 1995; Seacat, Hirschman & Mickelson, 2007). Diese Ergebnisse experimenteller psychologischer Forschung werden im Abschnitt zu Funktionen und Prädiktoren von HIV-bezogener Stigmatisierung ausführlicher diskutiert.

### Die Funktionen von HIV-Stigma

Ungeachtet der sehr unterschiedlichen Funktionen von Stigma, die bisher in der allgemeinen Stigma-Forschung vorgeschlagen wurden, wird die Diskussion um die Funktionen von HIV-Stigma von zwei übergeordneten Kategorien dominiert, den instrumentellen und den symbolischen Funktionen von HIV-Stigma. Diese Unterscheidung zweier Funktionsbereiche wurde von Pryor, Reeder, Vinacco und Kott (1989) auf der Basis funktionaler Einstellungstheorien in die HIV-Stigma-Forschung eingeführt.

Diese funktionalen Ansätze in der Einstellungstheorie gehen davon aus, dass Einstellungen für Individuen grundsätzlich psychologisch funktional sind: „Attitudes [...] are strategies for satisfying psychological needs“ (Herek, 1986, S. 99). Dabei kann eine spezifische Einstellung für eine spezifische Person mehr als eine Funktion gleichzeitig haben (vgl. Pryor et al., 1989). Katz (1960) hat erstmals vier unterschiedliche Funktionen von Einstellungen vorgeschlagen: „1) an instrumental function, 2) a value-expressive function, 3) an ego-defensive function, and 4) a knowledge organization function“ (Pryor et al., 1989, S. 380). Gregory Herek, der neben seiner intensiven Beschäftigung mit der Stigmatisierung von PAW vor allem auch zu den (homophoben) Einstellungen gegenüber Schwulen und Lesben geforscht hat (z. B. Herek, 1984, 1988, 1998, 2004), hat in diesem letzteren Kontext Katz' Analyse von Funktionen zum besseren Verständnis von Einstellungen wieder aufgenommen und in seinem neofunktionalen Ansatz zum Einstellungskonzept weiterentwickelt (Herek, 1986, 1987). Er schlägt zwei unterschiedliche Kategorien von Funktionen vor: Zum einen beschreibt er eine evaluative Kategorie, bei der „the attitude object is treated as an end in itself because of its perceived association with rewards or punishments“ (Herek, 1986, S. 105). Das heißt, positive Einstellungen resultieren, wenn das Einstellungsobjekt als eine Quelle von Belohnungen, Gewinn oder Vergnügen bewertet wird, während sich negative Einstellungen aus vergangenen oder antizipierten schädlichen, unangenehmen oder bestrafenden Erfahrungen mit dem Einstellungsobjekt speisen. „Such attitudes enable people to organize the world's objects according to their own self-interest that, along with the predictability and order resulting from such categorization, makes the attitude 'functional'“ (Herek, 1986, S. 105). Die andere Kategorie von Funktionen nennt Herek expressiv, da der Nutzen der Einstellung für das Individuum im Ausdruck, im Äußern oder im bloßen Besitz der Einstellung selbst besteht: „The attitude object in this case is a means to an end – it provides a vehicle for securing social support, for increasing self-esteem, or for reducing anxiety“ (Herek, 1986, S. 105). Herek reagiert mit seinem Ansatz explizit auf eine Diskussion in der Rassismus-Forschung darüber, ob rassistische Einstellungen und Vorurteile eher instrumentellen oder symbolischen Funktionen dienen. Herek und Capitanio (1998) erläutern dazu:

*In studies of racial prejudice, for example, researchers have debated whether Whites' anti-Black attitudes primarily reflect concerns about their immediate self-interest or result from 'a blend of antiblack affect and the kind of traditional American values embodied in the Protestant Ethic' (Kinder & Sears, 1981, p. 416). These two competing explanations for prejudice have been labeled, respectively, instrumental and symbolic (Herek & Capitanio, 1998, S. 230).*

Auf diesen Ansatz greifen auch Pryor et al. (1989) zurück, wenn sie mit den instrumentellen und den symbolischen Funktionen zwei übergeordnete Funktionen von HIV-bezogener Stigmatisierung vorschlagen. In Hereks ursprünglicher Terminologie entsprechen die instrumentellen Funktionen der evaluativen Kategorie von Einstellungsfunktionen und die symbolischen Funktionen der expressiven Kategorie (Herek, 1986).

Grundsätzlich kann festgehalten werden, dass instrumentelle Funktionen von Einstellungen und Vorurteilen ihre Wurzeln im Eigeninteresse der Menschen haben. Crandall, Glor und Britt (1997) bez-

eichnen instrumentell fundierte Einstellungen allgemein als „founded primarily on the real-world consequences of actions, and beliefs about the utility to the individual for performing a particular behavior“ (Crandall et al., 1997, S. 96). Symbolische Funktionen dienen entsprechend weniger dem Eigeninteresse, sondern „derive from the symbolic meaning of behavior [...]“. Symbolic attitudes, according to the theory are part of a long-standing ideology and an integral set of values“ (Crandall et al., 1997, S. 96).

Instrumentell fundierte stigmatisierende Einstellungen gegenüber PWA entstehen demnach in erster Linie aus der Angst, sich mit HIV zu infizieren, also der Angst um die eigene Gesundheit. Pryor et al. (1989) definieren die Basis dieser HIV-bezogenen instrumentellen Funktionen etwas allgemeiner als „a concern about the potential consequences of interacting with AIDS-infected persons“ (Pryor et al., 1989, S. 378). Wichtig ist hier, dass diese Angst vor Ansteckung auf einer Überschätzung von Risiken beruht, die medizinisch nicht gerechtfertigt ist, ein Punkt, den auch Weiss, Ramakrishna und Somma (2006) in ihrer Definition gesundheitsbezogenen Stigmas betonen. Deacon (2005) schlussfolgert daher, instrumentelles Stigma sei „defined with reference to a body of accepted medical knowledge concerning the biological nature of the disease“ (Deacon, 2005, S. 43). Sie vergisst aber nicht zu betonen, dass auch biomedizinisches Wissen sozial konstruiert ist und die Grenze zwischen begründeter Vorsichtsmaßnahme und dem, was unbegründet und damit stigmatisierend ist, dadurch nicht nur unklar ist, sondern eben auch sozialer Konstruktion unterliegt.

Einstellungen, die dieser Funktion dienen, sind, wie Stürmer und Salewski (2009) darstellen, „insofern psychologisch instrumentell, da sie dazu [führen], vermeintliche Infektionsrisiken zu vermeiden“ (S. 271). Instrumentell motiviertes Stigma äußert sich dementsprechend in der Distanzierung und Zurückweisung von PWA, einer generellen Ablehnung von sozialem und körperlichen Kontakt sowie der Unterstützung von bzw. der Forderung nach repressiven politischen Maßnahmen zur Kontrolle der HIV-Pandemie.

Einstellungen gegenüber PWA, die symbolische Funktionen erfüllen, basieren hingegen auf allgemeineren Einstellungen über die bereits stigmatisierten von HIV/AIDS am stärksten betroffenen Bevölkerungsgruppen, also zum Beispiel schwule Männer, intravenös Drogen Konsumierende oder Sexarbeiterinnen. Sie speisen sich auf einer übergeordneten Ebene aus Werthaltungen und Normen zu Sexualität und Drogenkonsum. Aber auch grundsätzliche Einstellungen, die das Thema Krankheit betreffen, spielen dabei eine Rolle. So weist Herek (2002) unter Bezug auf Sontags Forschung zu Krankheiten als Metaphern (1978, 1989) darauf hin, dass „illnesses such as cancer and AIDS have often been interpreted not as amoral biological phenomena, but rather in terms of good and evil, virtue and vice, punishment and innocence“ (Herek, 2002, S. 598). Pryor et al. definieren diese Einstellungen entsprechend als begründet in „a concern about what AIDS symbolizes“ (Pryor et al., 1989, S. 378). Auch diese Funktionen können als eine (indirekte) Form der Distanzierung von wahrgenommenen Risiken, die mit HIV/AIDS einhergehen, verstanden werden. In Deacons (2005) *blaming model of stigma* be-

steht die zentrale Funktion von symbolisch motiviertem Stigma in der Verminderung der Angst hinsichtlich eines eigenen Infektionsrisikos, indem eine (symbolische) Distanzierung der eigenen Person (und der eigenen Gruppe) von diesem Risiko vorgenommen wird, sodass eine Wahrnehmung von sich selbst als nicht infektionsgefährdet aufrechterhalten werden kann. Dies geschieht in mehreren Schritten: „a) constructing it as preventable and controllable; b) identifying ‘immoral’ behaviours causing the disease; c) associating these behaviours with ‘carriers’ of disease in other groups; and d) thus blaming certain people for their own infection and justifying punitive action against them“ (Deacon, 2005, S. 23).

Es sind also moralische Werthaltungen und Normen zu Sexualität und Drogen allgemein und zu Homosexualität, Treue und Promiskuität, Sexarbeit und intravenösem Drogenkonsum im Speziellen, welche die Basis dieser symbolisch motivierten Einstellungen darstellen. Ebenso werden sie von herrschenden „Gesundheitsideologien“ gespeist, die Krankheit mit Charakterschwäche, einem Mangel an Selbstkontrolle, Willenskraft und Disziplin gleichsetzen (vgl. dazu Crawford, 1994). Symbolisch fundiertes HIV-Stigma manifestiert sich entsprechend in Zuweisungen von Schuld, Schande und Scham an PWA sowie einer moralischen Verurteilung, Abwertung und Herabwürdigung.

Mit der Unterscheidung zwischen den instrumentellen und symbolischen Funktionen HIV-bezogener Stigmatisierung haben sich hier zwei Kategorien von Funktionen eingebürgert, die auf der einen Seite die spezifischen Charakteristika HIV-bezogener Stigmatisierung reflektieren, zum anderen aber auch kompatibel mit Funktionen von Stigma sind, die andere Autoren vorgeschlagen haben.

Stangor und Crandall (2000) haben als zentrale Funktion der Stigmatisierung die Vermeidung oder Kontrolle wahrgenommener Bedrohungen für die eigene Person (oder die eigene Gruppe) identifiziert. Dabei ziehen sie nicht nur materielle Bedrohungen wie Bedrohungen der Unversehrtheit der eigenen Gesundheit und des eigenen Körpers in Betracht, sondern betonen, dass die wahrgenommene Bedrohung auch symbolischer Natur sein kann. Eine ähnliche Analogie zeigt sich auch für zwei der drei von Phelan et al. (2008) vorgeschlagenen Funktionen<sup>8</sup>, nämlich Durchsetzung sozialer Normen und Vermeidung von Krankheit. Die Funktionen Durchsetzung sozialer Normen und Vermeidung von Krankheit decken sich passgenau mit den Konzepten der symbolischen bzw. instrumentellen Funktionen von HIV-Stigma. Die Analogie zu symbolisch motiviertem HIV-Stigma wird sehr deutlich, wenn die Autoren die Funktion Durchsetzung sozialer Normen definieren als „to make the deviant conform and rejoin the in-group, as in reintegrative shaming [...], or it may be to clarify for other group members the boundaries of acceptable behavior and identity and the consequences of non-conformity“ (Phelan et al., 2008, S. 362) und als Geltungsbereich explizit auch nicht der Norm entsprechendes sexuelles Verhalten und nonkonforme sexuelle Identitäten nennen.

<sup>8</sup> Der Geltungsbereich der Funktion Ausbeutung/Dominierung, der einzigen Funktion, die keine Überschneidung zu den Konzepten der symbolischen und instrumentellen Funktionen von HIV-bezogener Stigmatisierung aufweist, wird auf Merkmale wie Ethnie, Geschlecht und sozioökonomischer Status (also phylogenetische Stigmata in Goffmans Typologie) beschränkt (Phelan et al., 2008).

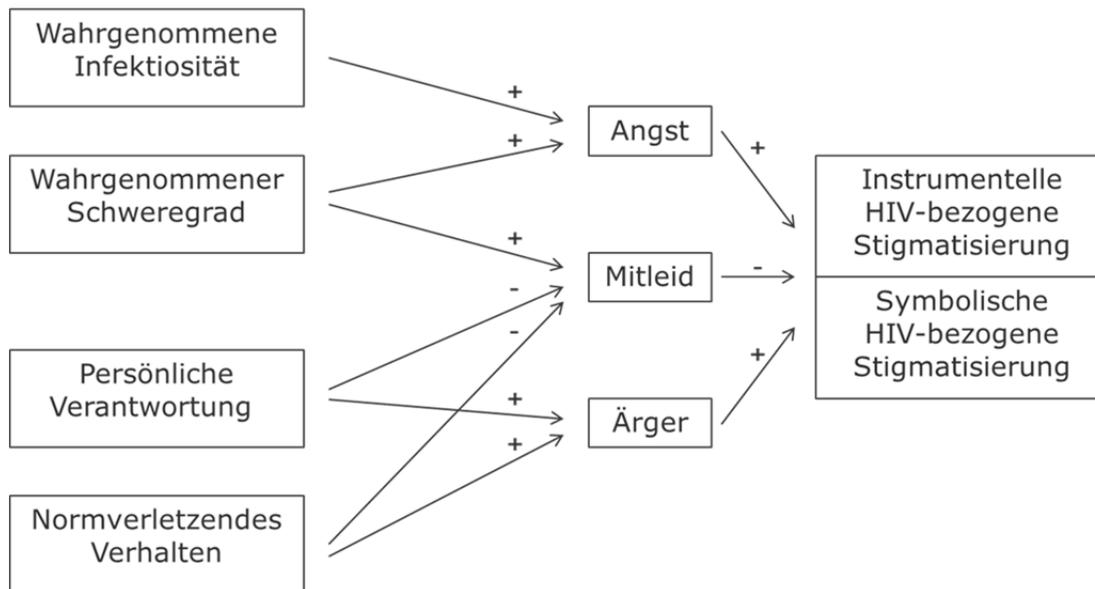
Zusammengefasst wird zum einen deutlich, dass sich die instrumentellen und symbolischen Funktionen als die beiden dominierenden Funktionen HIV-bezogener Stigmatisierung als anschlussfähig an die im allgemeinen Stigma-Diskurs identifizierten Stigma-Funktionen erweisen. Zum anderen zeigt sich, dass die Kontrolle wahrgenommener Bedrohungen, die als zentrale Stigma-Funktion identifiziert wurde, auch das maßgebliche Motiv HIV-bezogener Stigmatisierung darstellt.

### Die Prädiktoren für HIV-Stigma

Unter den Prädiktoren für HIV-bezogene Stigmatisierung sollen im folgenden Merkmale der potenziellen Stigmatisierer verstanden werden, die den Grad der tatsächlichen Stigmatisierung beeinflussen. Instrumentell motivierte Stigmatisierung steht dabei mit anderen Prädiktoren in Zusammenhang als symbolisch motivierte Stigmatisierung. Bezogen auf die zentralen Dimensionen, die der HIV-bezogenen Stigmatisierung unterliegen, sind es die Dimensionen Verlauf und Gefahr, die mit instrumentell motivierter Stigmatisierung inhaltlich in Verbindung stehen, während symbolisch motivierte Stigmatisierung eher durch die Dimension Entstehung/Verantwortlichkeit beeinflusst wird. Diese Zusammenhänge sind es auch, die Bos, Schaalma und Pryor (2008) zu ihrem kognitiv-emotionalen Modell von HIV-Stigma inspiriert haben. Dieses Modell, das auf der von Dijker und Koomen (2003) vorgenommenen Erweiterung von Weiners Attributions-Emotions-Modell auf die Stigmatisierung kranker Menschen beruht, erklärt das Ausmaß der HIV-bezogenen Stigmatisierung als Konsequenz von vier Kognitionen: der wahrgenommenen Ansteckungsgefahr, dem wahrgenommenen Schweregrad, der wahrgenommenen Verantwortung und der Einstellung zu normverletzendem Verhalten. Als Vermittler zwischen Kognitionen und Stigmatisierung werden dem auf Emotionen fokussierten Modell Weiners entsprechend drei Emotionen verstanden, nämlich *fear*, *pity* und *anger*. Abbildung 4 zeigt das gesamte Modell.

Die Autoren bemerken, dass die beiden ersten Kognitionen als Prädiktoren instrumentell motivierten Stigmas und die beiden letzten Kognitionen als Prädiktoren symbolisch motivierten Stigmas fungieren.

Wahrnehmungen der Ansteckungsgefahr und des Schweregrads konnten zwar bisher als grundsätzliche Prädiktoren der Stigmatisierung von Erkrankungen identifiziert werden, allerdings werden diese Kognitionen kaum bezogen auf die Stigmatisierung von HIV/AIDS erfasst. Als Prädiktor für instrumentell motiviertes Stigma wird in empirischen Studien stattdessen vor allem das Wissen über HIV bzw. über die Übertragungswege erfasst. HIV-bezogenes Wissen kann zumindest als indirekte Operationalisierung der Dimensionen Ansteckungsgefahr/Infektiosität und Schweregrad verstanden werden. Das Ausmaß, in dem HIV als ansteckend und somit als eine Gefahr für die eigene Gesundheit wahrgenommen wird, variiert mit den Überzeugungen hinsichtlich der möglichen Transmissionswege und der Leichtigkeit der Ansteckung, und das Wissen über die Erkrankung steht natürlich auch mit der Wahrnehmung des Schweregrads in Zusammenhang.



**Abbildung 4: Das kognitiv-emotionale Modell AIDS-bezogener Stigmatisierung (Bos et al., 2008, S. 453, übersetzt und überarbeitet durch den Autor)**

Zahlreiche Studien berichten, dass stigmatisierende Einstellungen und Diskriminierung gegenüber PWA signifikant mit verschiedenen Aspekten des Wissens über HIV und die Transmissionswege zusammenhängen. In einer der ersten Studien, die diesen Zusammenhang empirisch untersuchen, zeigt sich bereits in der französischen Allgemeinbevölkerung ein deutlicher Zusammenhang zwischen der irrigen Annahme einer Übertragbarkeit des HI-Virus durch flüchtigen Kontakt und der Stigmatisierungsbereitschaft gegenüber HIV-Infizierten sowie der Unterstützung von Zwangsmaßnahmen im Rahmen der HIV-Prävention (Dab, Moatti, Bastide, Abenheim & Brunet, 1989). Ähnliche Ergebnisse finden Studien aus den USA (Herek & Glunt, 1991; Lewis & Range, 1992; Price & Hsu, 1992). Der Zusammenhang zwischen HIV-bezogenem Wissen und der Stigmatisierungsbereitschaft konnte auch in aktuelleren Studien bestätigt werden, die unter der Allgemeinbevölkerung im US-amerikanischen Bundesstaat Nevada (Shapiro, 2005), unter Frauen in Puerto Rico (Norman, Abreu, Candelaria & Sala, 2009), unter Bewohnern ländlicher Gebiete in China (Sullivan et al., 2010; Wen et al., 2011) und unter der Allgemeinbevölkerung in Nigeria (Olapegba, 2010) durchgeführt wurden. In einer in Deutschland durchgeführten Studie zeigen sich Überzeugungen, HIV-Transmissionen seien durch flüchtigen Kontakt möglich, als ein wichtiger Prädiktor für HIV-stigmatisierende Einstellungen (von Collani, Grumm & Streicher, 2010). Auch unter Beschäftigten im Gesundheitswesen spielt das Wissen über HIV eine wichtige Rolle bei der Stigmatisierung von PWA, worauf Ergebnisse einer Studie unter angehenden Krankenpflegern (Leasure, McKenney & Merrill, 1995) und unter kalifornischen Ärzten (Smith & Mathews, 2007) verweisen.

In einer ländlichen Gemeinde in Äthiopien zeigt sich, dass mangelndes Wissen darüber, wie HIV nicht übertragen wird, unter verschiedenen Aspekten HIV-bezogenen Wissens den größten Effekt auf die Höhe stigmatisierender Einstellungen gegenüber PWA ausübt (Lifson et al., 2012). Mondragón,

Kirkman-Liff und Schneller (1991) unterscheiden zwischen der Überzeugung, dass ein hohes Transmissionsrisiko bei Verhaltensweisen mit objektiv geringem Risiko wie z. B. einem Restaurantbesuch besteht (inkorrekte Transmissionsüberzeugungen), und der Überzeugung, dass ein hohes Risiko bei Verhaltensweisen mit objektiv hohem Risiko wie z. B. der gemeinsamen Benutzung von Spritzbesteck bei intravenösem Drogenkonsum besteht (korrekte Transmissionsüberzeugungen). Während die inkorrekten Transmissionsüberzeugungen positiv mit HIV-stigmatisierenden Einstellungen korrelieren, korrelieren die korrekten Transmissionsüberzeugungen negativ mit der Stigmatisierungsbereitschaft. In ihrer Studie, in der Wissen und HIV-Stigma differenziert erhoben und ausgewertet werden, finden Boer und Emons (2004) in einer anfallenden Stichprobe in Thailand ebenfalls, dass die Anzahl der inkorrekten Transmissionsüberzeugungen (wie z. B. die angenommene Übertragbarkeit bei flüchtigen sozialen Kontakten), nicht aber die Anzahl der korrekten Transmissionsüberzeugungen Angst und Irritation sowie soziale Distanzierung gegenüber PWA beeinflussen. Obwohl sie keinen Einfluss des Wissens auf symbolische Aspekte von HIV-Stigma (wie z. B. Schuldzuweisungen) finden, zeigt sich erstaunlicherweise ein Zusammenhang zwischen unkorrekten Überzeugungen und der Angst vor Homosexuellen. Dass das HIV-bezogene Wissen nicht nur mit instrumentellen, sondern auch mit symbolischen Aspekten von HIV-Stigma in Zusammenhang steht, ist hingegen das erstaunliche Hauptergebnis der Studie von Herek und Capitanio (1998). Dekker und Mootz (1992) erklären in Übereinstimmung mit Bell, Feraios und Bryan (1990) diese Zusammenhänge zwischen Wissen und symbolisch motiviertem Stigma damit, dass Homophobie bzw. restriktive sexuelle Moralvorstellungen als Barriere für den Erwerb HIV-bezogenen Wissens fungieren könnten (vgl. dazu auch die Ergebnisse der Studie von Pryor, Reeder & McManus, 1991, Abschnitt 1.2.7 dieser Arbeit).

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass das Ausmaß des Wissens über HIV und dass insbesondere inkorrekte Transmissionsüberzeugungen einen wichtigen Prädiktor instrumentell motivierter Stigmatisierungsbereitschaft gegenüber PWA darstellen.

Andere Prädiktoren können eher den symbolischen Aspekten HIV-bezogener Stigmatisierung zugeordnet werden. Zu den am stärksten erforschten Prädiktoren gehören negative Einstellungen und Vorurteile gegenüber homosexuellen Männern. Diese wurden ursprünglich von Weinberg (1972) mit dem Begriff Homophobie gekennzeichnet, die er als „the dread of being in close quarters with homosexuals“ (Weinberg, 1972, S. 4) definiert. Herek (2000, 2004) plädiert für die Nutzung der Begriffe *sexual stigma* und *sexual prejudice*, um die Forschung zu den negativen Reaktionen auf Homosexuelle an die sozialpsychologischen Forschungstraditionen von Stigma und Vorurteil anschlussfähig zu machen. Allerdings hat sich eine Umbenennung des Konzepts bisher nicht durchgesetzt (vgl. Ahmad & Bhugra, 2010).

Homophobe Einstellungen beeinflussen den für symbolische Aspekte von Stigma zentralen Attributionsprozess, in dem über die Wahrnehmung von Kontrollierbarkeit und Verantwortung für den Erwerb der HIV-Infektion den PWA Schuld an ihrer HIV-Infektion zugeschrieben wird. Dies zeigen Studien,

in denen die Kontrollierbarkeit des Erwerbs der HIV-Infektion von Personen, die sich auf sexuellem Weg infiziert haben, je nach sexueller Orientierung unterschiedlich bewertet wird. In einer Vignetten-Studie von Seacat, Hirschman und Mickelson (2007), in der die sexuelle Orientierung der in der Vignette beschriebenen Person (heterosexuell vs. homosexuell) und der Transmissionsweg, über den diese sich mit HIV infiziert hat (ungeschützter Analverkehr vs. Bluttransfusion), manipuliert wurden, wurde der Erwerb der HIV-Infektion als stärker kontrollierbar bewertet, wenn die Person als homosexuell beschrieben wurde, und zwar unabhängig davon, ob die Infektion auf sexuellem Wege oder über eine Bluttransfusion erfolgte. Dieses Muster zeigte sich auch hinsichtlich der wahrgenommenen Verantwortung für den Erwerb der HIV-Infektion. Auch in der älteren Studie von Dowell, Lopresto und Sherman (1991) wird einer homosexuellen PWA ein höheres Ausmaß an Schuld zugewiesen als einer heterosexuellen PWA. Allerdings fanden die Autoren im Gegensatz zu Seacat et al. (2007) keine Unterschiede hinsichtlich der sexuellen Orientierung, wenn das HI-Virus über eine Bluttransfusion oder intravenösen Drogenkonsum übertragen wurde.

Neben den Studien, die dem Paradigma von Weiners Attributionsmodell folgen und indirekt den Einfluss von Homophobie auf die Stigmatisierung von PWA demonstrieren, werden in einer Vielzahl von Korrelationsstudien auch direkte Zusammenhänge zwischen Maßen der Homophobie und der HIV-bezogenen Stigmatisierung erfasst. Starke Zusammenhänge finden sich in Studien aus der Anfangszeit der HIV-Epidemie, die in studentischen Stichproben in den USA durchgeführt wurden (Bouton et al., 1987; Dupras, Levy, Samson & Tessier, 1989; Kunkel & Temple, 1992; Larsen, Serra & Long, 1990). Auch unter Beschäftigten des Gesundheitswesens hängen Homophobie und HIV-Stigma zusammen, so zum Beispiel bei Mitarbeitern eines US-amerikanischen Krankenhauses (O'Donnel, O'Donnel & Pleck, 1987) und unter US-amerikanischen Ärzten (Smith & Matthews, 2007). Auf der Basis ihrer repräsentativen Telefonbefragung englischsprachiger Erwachsener in den USA zeigen Herek und Glunt (1991), dass Einstellungen gegenüber schwulen Männern mit den Einstellungen zu gesetzlichen Zwangsmaßnahmen zur Kontrolle der HIV-Epidemie zusammenhängen. Die Befragten befürworteten diese Zwangsmaßnahmen umso stärker, je homophober sie waren, und lehnten auch umso stärker auf Mitgefühl basierende pragmatische Maßnahmen ab.

Besonders erstaunliche und kontrovers diskutierte Ergebnisse zur Bedeutung von Homophobie in der HIV-bezogenen Stigmatisierung legte die Arbeitsgruppe um den Psychologen John B. Pryor vor (Pryor et al., 1989). Grundannahme von Pryor et al. ist die (vollständige) Repräsentation der symbolisch motivierten Komponente von HIV-Stigma durch das Konzept der Homophobie. Dies begründen sie mit der starken Assoziation von Homosexualität und AIDS in der Allgemeinbevölkerung. In einer Serie von Studien untersucht Pryor mit seinen Kollegen die besondere Bedeutung der Homophobie als Funktion der HIV-bezogenen Stigmatisierung (Pryor et al., 1989). Um dabei mögliche instrumentelle Funktionen, die homophobe Einstellungen gegenüber einem homosexuellen Einstellungsobjekt haben können, zu kontrollieren, wählen sie explizit eine nicht homosexuelle Person, die sich mit HIV infiziert hat, als zu bewertendes Einstellungsobjekt in ihren Experimenten:

*However, if we measured attitudes toward homosexuals with AIDS, such negative reactions could be interpreted as serving an instrumental function: People who have a general prejudice regarding homosexuals may foresee negative consequences from interacting with a homosexual. For this reason, we chose to assess attitudes toward interacting with a non-homosexual who had contracted AIDS (S. 381).*

In drei der Teilstudien wurden die Teilnehmer gebeten, sich vorzustellen, dass ihr Kind dieselbe Schulklasse wie ein hämophiles Kind besucht, das sich über eine Bluttransfusion mit HIV infiziert hat, und über den Verbleib des eigenen Kindes in der Schulklasse entscheiden. Pryor et al. können hier zeigen, dass diese Entscheidung nicht nur mit instrumentellen Erwägungen, also Überzeugungen darüber, welche negativen gesundheitlichen, psychischen und sozialen Konsequenzen sich für das Kind und die Eltern aus dem Verbleib in der Schulklasse ergeben könnten, sondern auch mit den Einstellungen gegenüber Homosexuellen in Zusammenhang steht. Dabei zeigte sich dieser Zusammenhang zwischen dem Grad der Homophobie und der Entscheidung über den Verbleib des Kindes in der Schule nicht nur in bivariaten Analysen – auch nach der statistischen Kontrolle der instrumentellen Erwägungen war die Homophobie ein signifikanter Prädiktor dieser Entscheidung.

In weiteren Teilstudien mit einer realistischeren Stimulus-Situation wurde den Teilnehmern, Studierenden am Anfang eines neuen Kurses, von einem Ersatzdozenten erklärt, dass der eigentlich vorgesehene Dozent bei einer Operation mit HIV infiziert worden sei, aber bald wieder in der Lage sei, den Kurs selbst durchzuführen. In diesem Szenario war der Wunsch der Teilnehmer, den Kurs zu wechseln oder nicht zu wechseln, sogar unbeeinflusst von instrumentellen Überzeugungen zu Transmissionsrisiken. Stattdessen erklärte ausschließlich der Grad der Homophobie der Studierenden diesen Wunsch. Einige Jahre später können Reeder und Pryor (2000) in einer weiteren Studie zeigen, dass die Einstellung von Studierenden zum Comeback des heterosexuellen HIV-positiven Basketballspielers Magic Johnson im Jahr 1996 ebenfalls von instrumentellen Erwägungen (operationalisiert als das Risiko seiner Mitspieler, sich mit HIV zu infizieren), aber auch substantiell vom Ausmaß der Homophobie der Befragten beeinflusst wurde.

Erklärt werden diese Ergebnisse mit der starken Assoziation, die in den westlichen Industrieländern epidemiologisch und in den kulturellen und sozialen Repräsentationen der Krankheit zwischen HIV/AIDS und schwulen Männern herrscht. Mit ihrem Zwei-Faktoren-Modell von HIV-Stigma (Pryor, Reeder & Landau, 1999; Reeder & Pryor, 2000), das sich in die Tradition einer Vielzahl ähnlicher Dual-Stage-Modelle sozialer Kognitionen einreihet (siehe dazu z. B. auch Strack & Deutsch, 2004), bieten die Autoren einen theoretischen Rahmen zur Erklärung ihrer und anderer Ergebnisse an. Ihr Modell postuliert, dass die initiale Reaktion auf eine HIV-infizierte Person auf der Basis assoziativer Prozesse geschieht. Diese Assoziationen werden relativ automatisch aktiviert, sind entsprechend vorbewusst, mit Emotionen verbunden und dienen evaluativen Funktionen. Assoziative Verbindungen sind stark und sie sind schwer zu ändern. Besonders dominant sind die Assoziationen, wenn sie mit negativen Emotionen verknüpft sind. Dies erklärt die starke ablehnende Haltung homophober Personen gegenüber PWA. Nur wenn ausreichend Zeit, Ressourcen und/oder Motivation vorhanden sind,

wird das sogenannte Anpassungsstadium (*adjustment*) erreicht, in dem kognitiv basierte, rationale Entscheidungen mit in den Entscheidungsprozess einfließen. Hier erst kommen instrumentelle Erwägungen über die potenziellen Folgen eines Verhaltens sowie Werte und Normen zum Tragen. Das prädiktive Potenzial homophober Einstellungen hinsichtlich der Reaktion gegenüber heterosexuellen PWA wie dem Basketballer Magic Johnson erklärt sich diesem Modell zufolge aus der vorhandenen allgemeinen Assoziation zwischen Homosexualität und HIV, die durch ein HIV-positives Einstellungsobjekt unabhängig von dessen sexueller Orientierung automatisch aktiviert wird:

*Our preferred interpretation of this correlation is that when persons who are prejudiced against homosexuals encounter a PWA, negative affect toward homosexuals is automatically activated. Unless there is an adjustment for this negative affect, it then colors the reaction to the PWA (Reeder & Pryor, 2000, S. 309).*

Die Validität der Ergebnisse der Pryor-Studien wurde von zwei Forschergruppen (Bishop et al., 1991; Crandall et al., 1997) bald in Frage gestellt. Die Autoren bezweifeln insbesondere die Dominanz von symbolischen Einstellungen über instrumentelle Erwägungen. Sozialer Distanzierung gegenüber PWA sollten aus dieser Sicht viel stärker instrumentelle Erwägungen zugrunde liegen, während symbolische Einstellungen eher die affektive Bewertung oder die Hilfsbereitschaft beeinflussen sollten.

Kritisiert wird an Pryors Studien das korrelative Studiendesign (Bishop et al., 1991) sowie eine mögliche Konfundierung der Messung von Homophobie mit anderen Variablen (Bishop et al., 1991; Crandall et al., 1997). In eigenen experimentellen Studien finden beide Autorengruppen auch empirische Belege, die für das Überwiegen instrumenteller Erwägungen und eine nur untergeordnete Bedeutung symbolischer Einstellungen als Prädiktoren sozialer Distanzierung gegenüber PWA sprechen. In diesen Studien werden die zentralen Merkmale von HIV/AIDS wie der Schweregrad, die Ansteckungsgefahr und die Verbindung mit Homosexualität manipuliert, indem eine erfundene bzw. kaum bekannte Erkrankung so konstruiert wird, dass sie dem Krankheitsbild von HIV/AIDS in allen Charakteristika ähnelt.

In der Studie von Bishop et al. (1991) lasen die Teilnehmer kurze Vignetten, in denen eine Person mit der fiktiven Erkrankung *Meyer-Zweig Disease* geschildert wurde, die je nach experimenteller Bedingung als ansteckend oder nicht ansteckend sowie als mit der Gruppe homosexueller Männer assoziiert oder nicht assoziiert beschrieben wurde. Für die in der Vignette beschriebenen Personen gaben die Teilnehmer den wahrgenommenen Schweregrad der Erkrankung, die wahrgenommene Verantwortung der Person für die Erkrankung und die Bereitschaft zu verschiedenen sozialen Kontakten mit der Person an und bewerteten die Person zusätzlich anhand einer Reihe vorgegebener Eigenschaftswörter. Diese Merkmale von HIV/AIDS bzw. in diesem Fall der Meyer-Zweig-Erkrankung standen ganz unterschiedlich mit den abhängigen Variablen in Verbindung, die verschiedene Aspekte der Stigmatisierung von PWA operationalisierten. Für die soziale Distanzierung gegenüber der beschriebenen Person war entscheidend, ob die fiktive Erkrankung ansteckend war oder nicht. Die Assoziation mit männlicher Homosexualität hatte nur dann eine Bedeutung für die soziale Distanzierung, wenn die Erkan-

kung als nicht ansteckend beschrieben wurde.<sup>9</sup> Die Zuschreibungen von Verantwortlichkeit und die Bewertungen der Persönlichkeit der erkrankten Person wurden jedoch von der Assoziation der Erkrankung mit Homosexualität beeinflusst. Wurde die Erkrankung als mit männlicher Homosexualität assoziiert beschrieben, wurde der beschriebenen Person mehr Verantwortung für die Erkrankung zugeschrieben, und sie wurde mit negativeren Eigenschaften bewertet.

*Overall, the results of this experiment argue that, although both contagiousness and homosexual association influence how people respond to disease victims, they do so in different ways. There is no doubt that homosexuality is stigmatized in our society and the results obtained in this study indicate that this stigma influences perceptions of responsibility and personality. [...] willingness to interact is another story. Willingness to interact in a variety of situations [...] is essentially a function of the perceived contagiousness of the disease (Bishop et al., 1991, S. 1885).*

Neben diesem Hauptergebnis ihrer Studie, wonach die Ansteckungsgefahr einer Erkrankung instrumentelle Aspekte der Stigmatisierung beeinflusst, während die Assoziation mit männlicher Homosexualität Prädiktor der symbolischen Aspekte ist, unterzogen Bishop et al. im Rahmen dieser Studie auch das Instrument, das Pryor und Kollegen zur Erfassung der Homophobie ihrer Teilnehmer genutzt hatten, die *Heterosexuals' Attitude Toward Homosexuality Scale* (HATH; Larsen, Reed & Hoffman, 1980), einer genaueren Untersuchung. Die Teilnehmer wurden gebeten, auch diese Skala auszufüllen, zudem wurden zwischen den Vignetten mit der fiktiven Meyer-Zweig-Erkrankung auch Vignetten präsentiert, die Personen mit tatsächlich existenten Erkrankungen beschrieben, die von den Teilnehmern ebenfalls bewertet wurden. Erstaunlicherweise korrelierten die Werte der HATH-Skala in allen experimentellen Bedingungen mit der sozialen Distanzierung von der beschriebenen Person, ganz egal, ob diese als mit Homosexualität assoziiert oder als ansteckend beschrieben wurde oder nicht, und beide Variablen korrelierten auch dann, wenn die Vignetten real existierende Erkrankungen beschrieben. Die Autoren schlussfolgern daraus, dass die HATH-Skala eine grundsätzliche Tendenz erfasst, sich von erkrankten Personen zu distanzieren, vermittelt über eine Drittvariable wie zum Beispiel das Persönlichkeitskonstrukt des Autoritarismus:

*The correlations obtained in the present study between the HATH and willingness to interact with any disease victim [...] suggest that individuals who score as homophobic on the HATH may simply be fearful of interacting with anyone who is ill. At the very least, they suggest that the correlations reported by Pryor et al. overstate the extent to which unwillingness to interact with PWAs is a result of the association of AIDS with homosexuality (Bishop et al., 1991, S. 1886).*

Crandall et al. (1997) gehen in ihrer Replik auf Pryor et al. (1989) einen ähnlichen Weg, indem sie die wenig bekannte Erkrankung Zytomegalie (Infektion mit dem Cytomegalie-Virus/CMV) nutzen, um auf diese Weise ebenfalls indirekt Merkmale von HIV/AIDS einer experimentellen Manipulation un-

<sup>9</sup> Ein ähnliches Ergebnis berichtet McBride (1998, für eine detaillierte Beschreibung der Studie siehe Abschnitt 1.2.2 dieser Arbeit), die zur Erklärung dieser Ergebnisse das *discounting principle* (Kelley, 1971) und die *just world theory* (Lerner & Simmons, 1966) heranzieht. Während sich die Ausführungen zur *just world theory* auf den grundlegenden Zusammenhang zwischen sexueller Orientierung und Stigmatisierung beziehen, sagt das *discounting principle* vorher, dass bei Vorliegen mehrerer möglicher Ursachen für ein Outcome (hier die HIV-Infektion) die einzelnen Ursachen weniger stark durch einen Beobachter zur Erklärung herangezogen werden als dies der Fall wäre, wenn die jeweilige Ursache allein verantwortlich wäre. McBride folgert entsprechend „without a behavior [z. B. ungeschützter Geschlechtsverkehr oder intravenöser Drogenkonsum, Anmerkung J. D.] on which to blame the illness, the victim's 'character flaw' [Homosexualität, Anmerkung J. D.] became a more important source of information“ (McBride, 1998, S. 605).

terziehen zu können. Eine Person „Dan“ wird mit ihrer Krankengeschichte ausführlich in einer Vignette beschrieben, wobei die Beschreibung der Erkrankung dem Krankheitsbild AIDS folgt, aber je nach Bedingung mit dem Label AIDS oder CMV bezeichnet wird. Die Studienteilnehmer wurden nach dem Lesen der Beschreibung gebeten, den wahrgenommenen Schweregrad der gesundheitlichen Beeinträchtigung und die Bereitschaft zu verschiedenen Formen von sozialer Interaktion anzugeben. Um zu überprüfen, inwiefern es gelungen war, mit der Beschreibung von CMV eine Erkrankung zu konstruieren, die alle medizinischen Charakteristika, aber nicht die symbolischen Komponenten von AIDS aufwies, gaben die Teilnehmer zusätzlich an, mit welcher Wahrscheinlichkeit „Dan“ homosexuell oder Drogenkonsument ist. Tatsächlich zeigte sich kein Unterschied in der sozialen Distanzierung gegenüber „Dan“ zwischen beiden Bedingungen, auch der Schweregrad der Erkrankung von AIDS und CMV wurde gleich stark bewertet. Allerdings wurde die Wahrscheinlichkeit, dass „Dan“ homosexuell ist oder Drogen konsumiert, in der CMV-Bedingung als deutlich weniger wahrscheinlich bewertet als in der AIDS-Bedingung. Die Autoren schließen daraus, dass allein die medizinischen Aspekte von HIV/AIDS zur sozialen Distanzierung gegenüber PWA beitragen, nicht jedoch die symbolischen Aspekte wie die Assoziation mit Homosexualität und Drogenkonsum.

Für ein weiteres Experiment wurden wiederum Schweregrad, Ansteckungsgefahr und die Behandelbarkeit in der ursprünglichen CMV-Vignette manipuliert – mit dem Ergebnis, dass die soziale Distanzierung gegenüber „Dan“ signifikant geringer ist, wenn CMV als nicht ansteckend, nicht schwerwiegend oder als behandelbar beschrieben wird.

*In concert with previous research, the results of the present studies indicate that both instrumental and symbolic attitudes are important in determining reactions to people with illness. Pryor, Reeder, and their colleagues (Pryor et al., 1989, 1991) have argued that symbolic beliefs play an important role in the process of stigmatization. But these studies suggest that the instrumental beliefs, based primarily in the physical aspects of the disease, are the critical variables affecting AIDS-related stigmatization (Crandall et al., 1997, S. 114).*

Um ebenfalls die Validität der HATH-Skala zu untersuchen, verglichen die Autoren in einer letzten Studie die Korrelationen zwischen dieser Skala und der sozialen Distanzierung gegenüber einer Person, die entweder als PWA oder als beinamputiertes Unfallopfer sowie als homosexuell oder als heterosexuell beschrieben wird. Tatsächlich korrelieren die Werte der HATH-Skala sehr hoch mit der sozialen Distanzierung gegenüber der homosexuellen PWA wie auch gegenüber dem homosexuellen Unfallopfer. Etwas geringer fiel die Korrelation für die heterosexuelle PWA aus, ein Befund, der den Ergebnissen von Pryor und Kollegen gleicht. Crandall et al. (1997) konnten aber auch zeigen, dass die HATH-Skala ebenfalls mit der Stigmatisierungsbereitschaft gegenüber dem heterosexuellen Unfallopfer korrelierte, und zwar im gleichen Umfang wie gegenüber der heterosexuellen PWA. Die HATH-Skala stellt deshalb aus ihrer Sicht ein Instrument dar, das weit mehr als nur Einstellungen gegenüber homosexuellen Menschen misst, nämlich auch eine generelle Ablehnung von Devianz. In anderen Worten: In der Studie von Pryor et al. (1989) hätte die HATH-Skala auch die Stigmatisierung gegen-

über „Magic“ Johnson – hier die Einstellung zu seinem Comeback – vorausgesagt, wenn dieser an Krebs erkrankt wäre.

Tatsächlich sprechen einige Gründe dagegen, Homophobie als den alleinigen oder dominanten symbolischen Aspekt HIV-bezogener Stigmatisierung zu konstruieren, wie dies von Pryor, Herek und anderen Forschern getan wird. Studien zeigen, dass in Ländern, in denen nicht homosexuelle Männer die Hauptbetroffenengruppe von HIV/AIDS darstellen, sondern Heterosexuelle (wie in vielen Ländern Afrikas) oder intravenös Drogen Konsumierende (wie in osteuropäischen und einigen asiatischen Ländern), symbolisch motiviertes HIV-Stigma stark verbreitet ist (z. B. Maman et al., 2009; Rankin, Brennan, Schell, Laviwa & Rankin, 2005). Auch die Existenz von instrumentell und symbolisch motiviertem HIV-Stigma unter HIV-negativen schwulen Männern (Smit et al. 2012; Drewes & Kleiber, 2012) kann als Beleg dafür dienen, dass Homophobie nicht die entscheidende Rolle bei der Stigmatisierung von PWA spielen kann.

Überdies wird das Konzept des symbolischen Stigmas durch die alleinige Operationalisierung über homophobe Einstellungen inhaltlich unnötig eingeschränkt. Wie bereits festgestellt, basiert symbolisches HIV-Stigma auf allgemeinen moralischen Vorstellungen über Sexualität und Drogenkonsum sowie auf Ideologien über Gesundheit und Krankheit. Homophobie stellt in diesem Kontext nur einen Aspekt allgemeinerer Einstellungen gegenüber Verhaltensweisen dar, die eine wahrgenommene gesellschaftliche Norm verletzen. Derartige allgemeine Einstellungen konnten in zahlreichen Studien als Prädiktoren HIV-bezogener Stigmatisierung identifiziert werden. So finden Kraft und Rise (1995) einen schwachen, aber statistisch signifikanten Zusammenhang zwischen konservativen sexuellen Einstellungen wie der Ablehnung von Sexualaufklärung in Schulen und der Befürwortung restriktiver politischer Maßnahmen zur Bekämpfung der HIV-Epidemie. Larsen, Serra und Long (1990) finden im Rahmen der Validierung der *Attitudes-toward-AIDS-Victims*-Skala (ATAV-Skala) schwache Zusammenhänge zwischen sexuellen Einstellungen wie der Befürwortung des Verbots öffentlicher Kondomwerbung und Einstellungen gegenüber PWA. In einer Studie von Dupras et al. (1989) zeigen sich schwache Zusammenhänge zwischen der Ablehnung von Sexualität im Jugendalter und außerehelichen sexuellen Beziehungen einerseits und verschiedenen Einstellungen gegenüber PWA und politischen Maßnahmen zur Bekämpfung der HIV-Epidemie andererseits.

Einstellungen, Stereotype und Vorurteile gegenüber devianten Verhaltensweisen und anderen Merkmalen können auch als Ausdruck übergeordneter Persönlichkeitsmerkmale oder Ideologien verstanden werden, zum Beispiel der Konstrukte soziale Dominanzorientierung (SDO) und Autoritarismus, wobei Letzterer vor allem in der Konzeption von Altemeyer (1981) als *Right-Wing Authoritarianism* (RWA) erforscht wird. Diese Konstrukte sind über die Bedeutung von sozialen Normen und die Unterwerfung unter diese Normen definiert. In Duckitts *Dual-Process-Motivational-Ansatz* (DPM-Ansatz) werden diese Konstrukte als zwei Dimensionen sozialer Einstellungen definiert, über die unterschiedliche soziale Werte oder motivationale Ziele ausgedrückt werden, die unabhängig voneinander spezifische

Einstellungen und Vorurteile beeinflussen (vgl. Duckitt, 2001). Für beide Konstrukte liegen umfangreiche Forschungsbefunde vor, die einen Zusammenhang mit Vorurteilen verschiedener Art belegen (einen Überblick bietet die Metanalyse von Sibley & Duckitt, 2008). Von Collani et al. (2010) untersuchten in ihrer deutschen Online-Studie den Zusammenhang zwischen beiden Konstrukten und verschiedenen Aspekten der Stigmatisierung von PWA. In ihrem Modell können sie zeigen, dass RWA und SDO sowohl einen direkten als auch einen indirekten Einfluss auf HIV-Stigma ausüben. Auch in anderen Studien finden sich Zusammenhänge zwischen Einstellungen gegenüber PWA und ähnlichen Konzepten wie autoritären Einstellungen (Dekker & Mootz, 1992; Green & Banerjee, 2006; Larsen, Elder, Bader & Dougard, 1990) oder Konservativismus (Bouton et al., 1989; Dekker & Mootz, 1992; Leasure, McKenney & Merrill, 1995).

McCrae et al. (2007) untersuchten ebenfalls Persönlichkeitskorrelate der HIV-bezogenen Stigmatisierung. Ihre Arbeit ist die einzige, in der die breiten Persönlichkeitsdimensionen des Five-Factor-Modells (vgl. Costa & McCrae, 1992) – Neurotizismus, Extraversion, Offenheit für Erfahrungen, Verträglichkeit und Gewissenhaftigkeit – im Kontext der Stigmatisierung von PWA untersucht wurden. In einer hierarchischen Regressionsanalyse erwiesen sich Offenheit und Verträglichkeit als statistisch signifikante Prädiktoren für stigmatisierende Einstellungen gegenüber PWA, das heißt, je geringer die Offenheit und die Verträglichkeit ausgeprägt ist, umso höher ist die Bereitschaft, PWA zu stigmatisieren. Offenheit ist dabei eine Disposition, die unter anderem mit Toleranz gegenüber anderen Lebensstilen einhergeht, negative Zusammenhänge bestehen mit Konservativismus und Autoritarismus. Der Zusammenhang mit Verträglichkeit verweist den Autoren zufolge auf einen Mangel an Altruismus und Sympathie (vgl. McCrae et al., 2007).

Mit der Religiösität wird eine weitere Variable, die mit Konservativismus und Autoritarismus zusammenhängt (vgl. z. B. Altemeyer, 1988), als Prädiktor für HIV-bezogene Stigmatisierung untersucht. Religiösität weist allerdings, anders als zum Beispiel Konservativismus, einen inkonsistenten Zusammenhang mit der Häufigkeit und Intensität der Äußerung von Vorurteilen auf. Zwar geht Religiösität mit einem geringeren Ausmaß an rassistischen und anderen Vorurteilen einher, dies gilt aber nicht für homophobe Vorurteile, da Homosexualität von den meisten Religionen negativ bewertet wird. Verschiedene Indikatoren von Religiösität hängen deshalb mit Homophobie (z. B. Whitley Jr., 2009) und allgemeineren restriktiven sexuellen Einstellungen (z. B. Murray, Ciarrocchi & Murray-Swank, 2007) zusammen, ein Grund, warum Zusammenhänge auch mit HIV vermutet werden. Herek et al. (1998) stellen dazu fest, dass „the religious response to AIDS has often been conflictual and ambivalent“ (S. 43), da religiöse Institutionen zwar die Stigmatisierung und Diskriminierung von PWA verurteilen, aber die meisten zu einer Transmission führenden Verhaltensweisen bzw. Lebensstile als Sünde begreifen. Tatsächlich zeigt sich empirisch ein uneinheitliches Bild hinsichtlich des Zusammenhangs verschiedener Aspekte von Religiösität sowie verwandter Konzepte wie Spiritualität auf der einen und HIV-bezogener Stigmatisierung auf der anderen Seite. Kunkel und Temple (1992) finden zum Beispiel, dass diejenigen Personen in ihrer Stichprobe, die sich zu einer christlichen Religionsgemein-

schaft bekennen, höhere Werte auf einer Homophobie-Skala erreichen als Personen, die sich als Atheisten oder Agnostiker bezeichnen, während sich für die *Fear-of-AIDS*-Skala keine statistisch signifikanten Unterschiede finden. Hinsichtlich der Häufigkeit des Kirchenbesuchs findet sich kein linearer Zusammenhang hinsichtlich der AIDS-Angst, die höchste Angst drücken diejenigen aus, die nur monatlich oder jeden zweiten Monat den Gottesdienst besuchen. Dekker und Mootz (1992) verweisen hingegen auf einen schwachen, aber statistisch signifikanten Zusammenhang zwischen religiöser Orthodoxie, die sie als Komponente autoritärer Einstellungen erfasst haben, und der sozialen Akzeptanz von PWA. Weitere Studien aus der Anfangszeit der Epidemie zeigen, dass Einstellungen zu politischen Maßnahmen zur Bekämpfung der Verbreitung von HIV mit religiösen Überzeugungen in Verbindung stehen (Dab et al., 1989; Greeley, 1991). Bei Greene und Banerjee (2006) hängen symbolische und instrumentelle Aspekte von HIV-bezogener Stigmatisierung mit religiöser Intensität (der Häufigkeit religiöser Aktivitäten) und religiöser Ideologie (den Inhalten der religiösen Überzeugungen, z. B. konservativ/liberal) zusammen, dies ist jedoch nicht der Fall bei der Stigmatisierung von Menschen mit Krebserkrankungen. Aktuelle Studien zum Zusammenhang zwischen Religiosität und HIV-Stigma liegen vor allem für ethnische Minderheiten und aus nichtwestlichen Ländern vor und zeigen ein uneinheitliches Bild. Für Männer aus Saudi-Arabien (Badahdah, 2005), afroamerikanische Frauen in den USA (Muturi & An, 2010) sowie Menschen aus Gesundheitsberufen in Puerto Rico (Varas-Diaz & Neilands, 2009) und Bangladesch (Hossain & Kippax, 2011) geht eine intensivere Religiosität mit einer höheren Stigmatisierung von PWA einher. Andere Studien zeigen hingegen, dass muslimische Studierende aus Südafrika (Paruk, Mohamed, Patel & Ramgoon, 2006) und Jugendliche aus Mosambik (Noden, Gomes & Ferreira, 2010) sich umso weniger stigmatisierend gegenüber PWA zeigen, je stärker sie sich als religiös bezeichnen.

Auch soziodemografische Variablen weisen Zusammenhänge mit HIV-Stigma auf. Empirisch finden sich immer wieder Geschlechtsunterschiede in Bezug auf die Stigmatisierungsbereitschaft gegenüber PWA. Allerdings zeigen die verschiedenen Studien kein einheitliches Muster. Frauen neigen in der überwiegenden Zahl der Studien in geringerem Ausmaß zu Stigmatisierung als Männer (z. B. Badahdah & Sayem, 2010; Lewis & Range, 1992; Mondragon, Kirkman-Liff & Schneller, 1991). In einer in Jamaika durchgeführten Vignetten-Studie äußerten Frauen mehr Mitgefühl mit einer homosexuellen PWA, hier aber fand sich kein Geschlechtsunterschied hinsichtlich des Mitgefühls gegenüber einer heterosexuellen PWA oder einer Sexarbeiterin mit HIV (Norman, Carr & Jiménez, 2006).

In einigen Studien konnten gar keine signifikanten Geschlechtsunterschiede identifiziert werden (z. B. Chliaoutakis & Trakas, 1996; Dekker & Mootz, 1992; Volk & Koopman, 2001), während Studien in nichtwestlichen Ländern auf eine höhere Stigmatisierungsbereitschaft von Frauen im Vergleich zu Männern hinweisen, so z. B. in Vietnam (Pharris et al, 2011), in Ghana (Ocansey, 2006), Äthiopien (Lifson et al., 2012) und unter Health-Workern in Ruanda (Rahlenbeck, 2004).

Auch das Alter kann eine Rolle als Prädiktor für HIV-Stigma spielen. So berichten einige Studien eine geringere Stigmatisierungsbereitschaft Jüngerer in verschiedenen Kulturen und Populationen (z. B. Chliaoutakis & Trakas, 1996; Dekker & Mootz, 1992; Hossain & Kippax, 2011; Quian et al., 2007), andere finden jedoch keine Altersunterschiede (z. B. Lifson et al., 2012; Volk & Koopman, 2001).

Die stärksten empirischen Belege liegen für den Zusammenhang zwischen Bildungsgrad und HIV-bezogener Stigmatisierung vor. Einen starken Zusammenhang finden zum Beispiel Kraft und Rise (1995), die ihre Untersuchung in der Allgemeinbevölkerung in Norwegen durchgeführt haben. Hier stellt sich der Bildungshintergrund in Regressionsanalysen als der wichtigste Prädiktor der Befürwortung oder Ablehnung politischer Maßnahmen zur Bekämpfung der HIV-Epidemie heraus. Weitere Studien, die Belege für einen starken Zusammenhang berichten, liegen für westliche Länder (z. B. Chliaoutakis & Trakas, 1996; Dekker & Mootz, 1992; Mondragon, Kirkman-Liff & Schneller, 1991) und für nichtwestliche Länder (z. B. Ackerson, Ramanadhan, Arya & Viswanath, 2011; Amuri, Mitchell, Cockcroft & Andersson, 2011; Baiden et al., 2007; Noden, Gomes & Ferreira, 2010; Pharris et al., 2011; Sullivan et al., 2010; Volk & Koopman, 2001) vor und beziehen sich sowohl auf instrumentelle als auch auf symbolische Aspekte von HIV-bezogener Stigmatisierung.

Wie der Bildungsgrad gilt auch das Einkommen als Indikator für die soziale Schichtzugehörigkeit einer Person. Für die Rolle des Einkommens als Prädiktor für HIV-Stigma liegen zwar deutlich weniger Studienergebnisse vor, diese verweisen allerdings auf einen gleichgerichteten Zusammenhang, wie er bezüglich des Bildungshintergrunds identifiziert werden konnte. Menschen mit einem geringeren Haushaltsnettoeinkommen weisen eine höhere Stigmatisierungsbereitschaft auf, wie Mondragon et al. (1991) für die USA, Sullivan et al. (2010) für ländliche Gebiete Chinas und Ackerson et al. (2011) für Indien zeigen können. Dass der Zusammenhang zwischen Einkommen und Stigma nicht nur indirekt über den Zusammenhang zwischen Bildung und Stigma mediiert wird, stellt eine Studie in Tansania fest, in der symbolisches Stigma vom Einkommen der Befragten auch nach der statistischen Kontrolle des Bildungsniveaus vorhergesagt wurde (Amuri et al., 2011).

Mondragon et al. (1991) finden, dass Bewohner ländlicher Gebiete eher zu Stigmatisierung neigen, während Dekker und Mootz (1992) keinen Effekt für die Wohnortgröße ihrer Befragten nachweisen können. In zwei aktuellen Studien, die auf dem afrikanischen Kontinent durchgeführt wurden, zeigt sich allerdings ebenfalls ein Stadt-Land-Effekt. Auf dem Land ist die Stigmatisierungsbereitschaft in einer Studie aus Äthiopien (Lifson et al., 2012) und einer Studie aus Tansania (Amuri et al., 2011) höher als in der Stadt.

Zu den individuellen Prädiktoren, die HIV-Stigma vorhersagen, gesellen sich gesellschaftliche und strukturelle Prädiktoren, die einen Einfluss auf das individuelle Ausmaß der HIV-Stigmatisierung haben. Solche gesellschaftlichen und strukturellen Prädiktoren können zum Beispiel Gesetze sein, aber auch HIV-bezogene oder allgemeine Merkmale einer Community oder Gesellschaft. Nur wenige solche Prädiktoren wurden allerdings bisher empirisch untersucht, was nicht zuletzt auf die großen An-

forderungen an Design und Durchführung entsprechender Studien zurückgeführt werden kann: Studien müssen, um derartige Zusammenhänge zu identifizieren, Daten über mehrere Communities hinweg sowohl auf der individuellen als auch auf der Makro-Ebene erfassen.

Chen, Choe, Chen und Zhang (2005) haben eine solche Studie in China durchgeführt. Dazu befragten sie mehr als 5.000 zufällig ausgewählte Teilnehmer aus insgesamt 66 Communities (in diesem Fall waren das Dörfer und Stadtteile) und erfassten ebenso Merkmale dieser Communities – allerdings wurden in diesem Fall die strukturellen Merkmale, nämlich die Häufigkeit von HIV-Risikoverhaltensweisen und die Verfügbarkeit von Leitungswasser als Grad der wirtschaftlichen Entwicklung, von den Teilnehmern selbst erhoben und dann auf Community-Ebene aggregiert. Die Autoren können so zeigen, dass diese beiden strukturellen Merkmale nach statistischer Kontrolle von individuellen Charakteristika einen deutlichen Zusammenhang mit den individuellen stigmatisierenden Einstellungen der Teilnehmer aufweisen. Eine starke Verbreitung von Risikoverhalten und eine geringe wirtschaftliche Entwicklung standen jeweils mit einer höheren Bereitschaft, PWA zu stigmatisieren, in Zusammenhang.

In zwei Studien wurde die Rolle der regionalen HIV-Prävalenz auf die Einstellungen von Gesundheitsfachkräften gegenüber PWA untersucht. In einer in den USA durchgeführten Studie mit Studierenden der Pflegewissenschaften konnten West, Davis-Lagrow, Leasure und Allen (1998) zeigen, dass die Einstellungen der Teilnehmer gegenüber HIV-infizierten Patienten in einer Gegend mit geringerer HIV-Prävalenz akzeptierender und weniger stigmatisierend waren als unter den Studienteilnehmern aus Gegenden mit höherer Prävalenz. Li, Lin, Wu, Comulada und Ding (2012) berichten dagegen, dass chinesische Krankenhausmitarbeiter in Regionen mit einer hohen HIV-Prävalenz akzeptierender gegenüber HIV-infizierten Patienten sind. Beide Autorengruppen erklären ihre Ergebnisse über das Ausmaß und die Art des Kontakts der Befragten mit PWA. Während in der Studie von West et al. (1995) in beiden Gegenden das Ausmaß des Kontakts mit PWA ähnlich war, unterschied sich die Art des Kontakts zwischen den Gegenden mit hoher und niedriger Prävalenz. In den Gegenden mit niedrigerer Prävalenz war Kontakt eher privater Natur, in der Gegend mit höherer Prävalenz eher professioneller Natur, wie aus den Angaben der Teilnehmer hervorgeht. Ob hier eventuell aufgrund der geringen Stichprobengröße oder anderer Selektionseffekte ein Artefakt vorliegt, wird von den Autoren nicht weiter diskutiert. Einleuchtender erscheint stattdessen die Interpretation von Li et al. (2012), die ihre konträren Ergebnisse mit der Annahme einer Normalisierung von HIV/AIDS und einer Abnahme von Diskriminierung und Stigmatisierung unter dem Einfluss hoher Prävalenz begründen. Auch die Ergebnisse der Studie von Genberg et al. (2009) in mehreren afrikanischen Ländern weisen darauf hin, dass eine hohe HIV-Prävalenz mit einer geringeren Verbreitung von HIV-bezogener Stigmatisierung einhergeht.

Der Einfluss von Gesetzen und anderen politischen Maßnahmen auf individuelle HIV-stigmatisierende Einstellungen ist weitgehend unerforscht. Eine Ausnahme stellt die Studie von Hor-

vath, Weinmeyer und Rosser (2010) dar. Hier wurde untersucht, inwiefern die individuelle Forderung nach einer Bestrafung von PWA, die ungeschützten Analverkehr haben, ohne den eigenen HIV-Serostatus gegenüber dem Sexpartner offenzulegen, mit der Existenz entsprechender Gesetze zur Kriminalisierung der HIV-Übertragung, die in verschiedenen Bundesstaaten der USA in Kraft sind, in Zusammenhang steht.<sup>10</sup> Es zeigte sich kein Unterschied in den Einstellungen der befragten Männer, die Sex mit Männern haben, zwischen Staaten mit und ohne entsprechende Gesetze, ein Ergebnis, das den Autoren zufolge auch auf eine eventuelle mangelnde Kenntnis dieser Gesetze durch die Befragten zurückgeführt werden kann, eine Variable, die in der Studie nicht erfragt wurde.

Die gesellschaftlichen Manifestationen von HIV-Stigma in Form kollektiv geteilter Einstellungen gegenüber PWA stellen einen weiteren Einflussfaktor auf die individuellen HIV-stigmatisierenden Einstellungen dar. Diesen Zusammenhang von in der Community wahrgenommenem Stigma und den eigenen Einstellungen untersuchen Visser, Makin, Vandormael, Sikkema und Forsyth (2009) in Südafrika. Sie nutzen dazu ihre parallelen Skalen zur Erfassung von individuellem und wahrgenommenem HIV-Stigma (Visser, Kershaw, Makin & Forsyth, 2008) und finden nur einen sehr schwachen Zusammenhang zwischen beiden Manifestationen des HIV-Stigmas. Interessant ist jedoch, dass das Ausmaß des durchschnittlich in der Community wahrgenommenen Stigmas, also der wahrgenommenen Einstellungen der anderen Community-Mitglieder gegenüber PWA, das Ausmaß des jeweils eigenen Stigmas deutlich übertrifft. Dieser Sachverhalt kann sowohl mit einer tatsächlichen Überschätzung der Einstellungen der anderen Community-Mitglieder als auch mit dem Bestreben der Befragten erklärt werden, sich selbst als weniger stigmatisierend und vorurteilsbehaftet darzustellen. Li, Liang, Wu, Lin und Wen (2009), die das kollektive Stigma als wahrgenommene soziale Normen konzeptualisieren, kommen in ihrer Studie mit chinesischen Gesundheitsfachkräften allerdings zu dem Ergebnis, dass für die Mehrheit der Befragten die individuellen Einstellungen und die wahrgenommene soziale Norm hinsichtlich der Einstellungen gegenüber PWA übereinstimmen. Eventuell können kulturelle Unterschiede diese trotz unterschiedlicher Analysemethoden widersprüchlichen Befunde erklären.

#### 1.2.4 Die Erfassung von HIV-Stigma

*Essential for the scientific understanding of stigma is our capacity to observe and measure it (Link, Yang, Phelan und Collins, 2004, S. 511).*

<sup>10</sup> Die Kriminalisierung der HIV-Transmission, wie sie in verschiedenen Ländern praktiziert wird, wird von HIV-Organisationen wie zum Beispiel in Deutschland von der Deutschen AIDS-Hilfe e.V. (vgl. Deutsche AIDS-Hilfe, 2012, Wicht, 2013) stark kritisiert, unter anderem, weil diese die Verantwortung für eine HIV-Transmission einseitig der HIV-positiven Person zuweist und weil negative Konsequenzen für die HIV-Prävention befürchtet werden (für einen Überblick über die Argumente gegen die Kriminalisierung der HIV-Transmission siehe Galletly & Pinkerton, 2006; Burris & Cameron, 2008, und Wicht, 2013). Allerdings existieren auch Gegenpositionen, die die Kriminalisierung aus moral-juristischen Gründen rechtfertigen (z. B. Bennett, Draper & Frith, 2000). Die Gleichsetzung der Befürwortung der Kriminalisierung der HIV-Transmission mit HIV-Stigma, wie sie an dieser Stelle vorgenommen wird, ist allerdings bereits dadurch gerechtfertigt, dass in der zur Frage stehenden Einstellung die mögliche Konsequenz des Verhaltens gar nicht expliziert, sondern die Kriminalisierung des bloßen ungeschützten Geschlechtsverkehrs thematisiert wird.

Die Frage, wie HIV-bezogene Stigmatisierung empirisch erfasst werden kann, ist grundlegend für die wissenschaftliche Beschäftigung mit HIV-Stigma. Die Messung HIV-bezogener Stigmatisierung ist aber nicht nur für die wissenschaftliche Theoriebildung wichtig. Abgesehen davon, dass wissenschaftliche Erkenntnisse zu den Prävalenzen, Prädiktoren, Mechanismen und Konsequenzen von HIV-Stigma in Gestaltung von Interventionen zur Reduzierung der HIV-bezogenen Stigmatisierung einfließen und damit auch einen Beitrag zur gesellschaftlichen Bewältigung von HIV-Stigma leisten, wird von vielen Autoren auch die Wichtigkeit der validen und reliablen Erfassung von HIV-Stigma im Kontext entsprechender entstigmatisierender Programme und Interventionen betont.

*Indicators or scales would enable the tracking of stigma burdens over time as well as a comparison of stigma across different regions. Such indicators could determine how stigma is affected by the implementation of routine HIV testing and scale-up of antiretroviral therapy (ART). Indicators are needed to evaluate stigma-reduction interventions and assist programme managers and donors to identify which anti-stigma approaches are most likely to be successful and how they should be applied in different contexts and among different populations. Indicators may also be useful to detect if programmes or policies are inadvertently exacerbating HIV stigma in the community (Mahajan et al., 2008, S. 71).*

Eine Vielzahl ganz verschiedener Wege zur Erfassung von HIV-Stigma wurde bisher in empirischen Studien genutzt. Dieser Umstand ist nicht zuletzt der Tatsache zu verdanken, dass HIV-Stigma bislang nicht allgemeingültig definiert werden konnte. Allerdings ist die Vielzahl und Unterschiedlichkeit der Erhebungsinstrumente zu einem großen Teil auch auf die Komplexität des Stigma-Konzepts selbst zurückzuführen. Die verschiedenen Perspektiven auf und Ebenen von HIV-bezogener Stigmatisierung erfordern unterschiedliche Instrumente zu ihrer Erfassung. Überblicksartikel zur Erfassung HIV-bezogener oder allgemein gesundheitsbezogener Stigmatisierung aus den letzten Jahren weisen auf diesen Umstand hin und legen eigene Raster zur Systematisierung der unterschiedlichen Perspektiven und Ebenen bei der Erfassung von HIV-Stigma vor. Earnshaw und Chaudoir (2009) betonen vor allem, dass die Perspektiven der Nicht-HIV-Infizierten und der HIV-Infizierten, also der Stigmatisierer und der Stigmatisierten, unterschieden werden müssen. Ihr Modell der Stigma-Mechanismen (siehe Abbildung 5) unterscheidet weiterhin zwischen der Messung der Stigma-Mechanismen und der Erfassung der *outcomes*, also der Konsequenzen von HIV-Stigma.

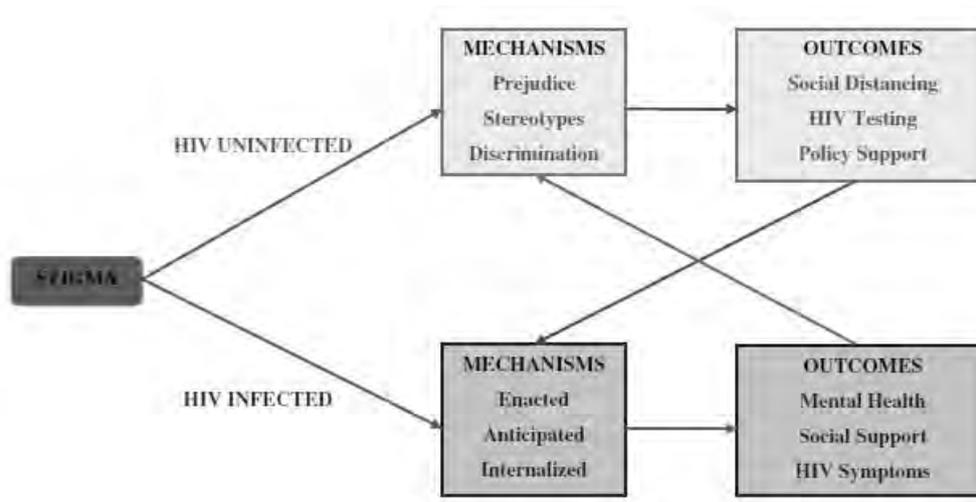


Abbildung 5: Stigma-Mechanismen nach Earnshaw und Chaudoir (2009, S. 1162)

Nyblade (2006) unterscheidet in ihrem Review ebenfalls zwischen den Perspektiven der Stigmatisierer und der Stigmatisierten und führt unerklärlicherweise als weitere Kategorie solche Studien ein, die HIV-Stigma mit dem Stigma anderer Erkrankungen vergleichen.

Van Brakel (2006) erweitert diese Raster um die gesellschaftliche Ebene. Seine Systematik der fünf Ebenen empirisch erfassbarer Manifestationen von Stigma wurde bereits vorgestellt (S. 23 f.).

Die ersten Instrumente wurden zur Erfassung von HIV-Stigma aus der Perspektive der Stigmatisierer entworfen. Zu diesem Zweck liegt mittlerweile eine Vielzahl von Instrumenten mit unterschiedlichen Anwendungsbereichen vor. Einige Instrumente sind für den Einsatzbereich in der Allgemeinbevölkerung westlicher Staaten gedacht; diese wurden vor allem in den 1990er Jahren in den USA konzipiert. Seit dem Beginn des neuen Jahrhunderts wurden zunehmend Skalen für den Einsatz in Hochprävalenzländern entwickelt. Vermehrt werden auch Instrumente publiziert, die HIV-Stigma bei Menschen erfassen sollen, die in Gesundheitsberufen arbeiten. Neben der Nutzung dieser nach psychometrischen Kriterien entwickelten Skalen werden häufig auch selbst konstruierte Ad-hoc-Instrumente oder Einzelitems in empirischen Studien eingesetzt. Darüber hinaus finden sich auch vereinzelt Studien, die Beobachtungsverfahren (Page, 1999) oder implizite Erhebungsverfahren (z. B. Naughton & Venable, 2012) nutzen; auf diese Verfahren soll an dieser Stelle nicht weiter eingegangen werden.

Die ersten Instrumente, die man in der Allgemeinbevölkerung, d. h. unter medizinischen Laien, zur Erfassung stigmatisierender Einstellungen gegenüber PWA einsetzte, wurden in den USA entwickelt. Bereits 1989 publizierten Shrum, Turner und Bruce die *AIDS Attitudes Scale* (AAS). Diese Skala umfasst insgesamt 54 Items, die sich auf drei im Rahmen einer explorativen Faktorenanalyse gefundene Subskalen verteilen: 1) die Nähe zu PWA (z. B. *I would consider marrying someone with AIDS; Being around someone with AIDS would not put my health at danger*), 2) moralische Fragen (z. B. *The ,gay plague‘ is an appropriate way to describe AIDS; No one deserves to have a disease like AIDS*) und 3) gesetzliche und soziale Maßnahmen (z. B. *Money being spent on AIDS research should be spent in-*

*stead on disease that affect innocent people; A person who gives AIDS to someone else should be legally liable for any medical expenses*). Die Gesamtskala weist eine sehr gute interne Konsistenz mit einem Cronbachs Alpha von ,96 auf, für die Subskalen werden keine Reliabilitäten beschrieben. Offenbar ist nur eine Auswertung der Gesamtskala, nicht aber der Subskalen von den Autoren vorgesehen, was zumindest als merkwürdig zu bezeichnen ist, da eine Homogenität bzw. Eindimensionalität eben nicht gegeben ist. Die Konstruktvalidität der Skala wurde von Bruce und Reid (1998) überprüft, die von ihnen berichteten Korrelationen mit Instrumenten zur Erfassung von Homophobie und Autoritarismus weisen in die vorhergesagte Richtung. Die AAS wird vor allem in studentischen Stichproben angewandt (z. B. Bruce & Walter, 2001).

Um symbolische Aspekte der HIV-bezogenen Stigmatisierung, hier vor allem Schuldzuweisungen, zu erfassen, entwickelten Mulford und Lee (1996) die *AIDS Victim Blaming Scale*. Über eine Nutzung dieser Skala in weiteren Studien sind allerdings keine Belege zu finden, selbst die Autoren setzen ihre Skala in einer später von ihnen durchgeführten Studie zu Schuldzuweisungen gegenüber PWA (Lee, Campbell & Mulford, 1999) nicht ein. Aus diesem Grund wird auf eine ausführliche Darstellung dieses Instruments verzichtet.

Um die spezifischen Einstellungen gegenüber Frauen mit HIV/AIDS zu erfassen, haben O'Hea, Sytsma, Copeland und Brantley (2001) die *Attitudes Toward Women with HIV/AIDS Scale* (ATWAS) vorgelegt. Die Items wurden auf der Basis bestehender Instrumente und eines Literaturreviews konzipiert und sollten die drei Domänen 1) Einstellungen gegenüber Frauen mit HIV/AIDS, 2) frauenspezifisches Wissen und 3) Einstellungen gegenüber weiblicher Sexualität abdecken. Nach Durchführung einer Itemselektion und einer Faktorenanalyse wurde aus einem ursprünglichen Itempool von 66 Items eine Skala mit insgesamt 27 Items gebildet, die sich aus den folgenden vier Subskalen zusammensetzt: 1) Kindererziehung (z. B. *Young children should be removed from the home if their mother has HIV/AIDS*), 2) Mythen/negative Stereotype (z. B. *Most women with HIV/AIDS have slept around a lot*), 3) Reproduktion/Kontrazeption (z. B. *A woman owes it to her husband to have unprotected sex with him even if he has HIV/AIDS*) und 4) Sympathie/Transmissionsweg (z. B. *I feel more sympathetic toward women who get HIV/AIDS from blood transfusions than those who get it from sexual intercourse*). Als Maß für die Reliabilität wird einzig die interne Konsistenz berichtet, die für alle Subskalen zufriedenstellend ist. Die Überprüfung der Konstruktvalidität verweist auf teilweise geringe Zusammenhänge mit anderen Konstrukten, die aber in die erwartete Richtung gehen. Eine weitere publizierte Studie, in der die ATWAS eingesetzt wurde, wurde nicht gefunden, allerdings legen einige Jahre später Tyler-Viola und Duffy (2010) teilweise auf der Basis von Items dieses Instruments eine ähnliche Skala vor, die Einstellungen gegenüber schwangeren Frauen mit HIV/AIDS erfassen soll.

Erstaunlicherweise sind diese Instrumente die einzigen nach psychometrischen Gütekriterien konstruierten Skalen, die zur Erfassung von HIV-Stigma unter medizinischen Laien in westlich geprägten Ländern entwickelt wurden. Zwar wurde in dieser Population HIV-Stigma in zahlreichen Studien er-

fasst, aber fast alle diese Studien nutzten ad hoc konstruierte Instrumente – so auch der in der Liste von Stigma-Instrumenten von Earnshaw und Chaudoir (2009) aufgeführte *AIDS Stigma Index* von Herek (2002), der hier beispielhaft vorgestellt werden soll. Hereks Items, die er in den 1990er Jahren in mehreren repräsentativen telefonischen Bevölkerungsbefragungen einsetzte, umfassen die unterschiedlichsten inhaltlichen Bereiche wie Einstellungen zu politischen Zwangsmaßnahmen zur Bekämpfung der HIV-Epidemie, negative Gefühle gegenüber PWA, Schuldzuweisungen, Transmissionsüberzeugungen, Intentionen, den Kontakt mit PWA zu vermeiden, Gefühle des Unbehagens über Kontakt mit PWA und irrationale Ängste über „symbolischen“ Kontakt mit HIV/AIDS. Allerdings wurde eine psychometrische Überprüfung des Indexes nicht vorgelegt. Darauf, dass eine klassische psychologische Skala vom Autor gar nicht intendiert ist, verweist auch die Variabilität der Antwortformate innerhalb des Instruments. Nichtsdestotrotz stellt Hereks Instrument ein interessantes Indikatorensystem mit hoher Inhaltsvalidität dar, das die wichtigsten Aspekte HIV-bezogener Stigmatisierung thematisiert. Auch Green (1995) entwickelt ein Instrument zur Erfassung stigmatisierender Einstellungen gegenüber PWA. Sie berichtet zwar Ergebnisse einer explorativen Faktorenanalyse, die die drei inhaltlichen, von ihr a priori definierten Subskalen (Stereotype, Schuldzuweisungen und Zustimmung zu repressiven Maßnahmen) bestätigt, sowie zufriedenstellende Werte für die interne Konsistenz, Angaben zur Itemselektion, Validität und Reliabilität des Instruments fehlen jedoch. Greens Instrument kann deshalb als ein weiteres Beispiel für die vielen im Bereich der HIV-Stigma-Forschung entwickelten Ad-hoc-Instrumente stehen.

Neben den eigens konzipierten Skalen mit Items, die inhaltliche Bereiche HIV-bezogener Stigmatisierung operationalisieren, werden häufig auch bewährte Instrumente zur Erfassung von Stereotypen und Vorurteilen in der HIV-Stigma-Forschung eingesetzt, zum Beispiel semantische Differenziale (vgl. Osgood, Suci & Tannenbaum, 1957) und Maße der sozialen Distanz (vgl. Bogardus, 1925). Ein semantisches Differenzial zur Erfassung von HIV-Stigma setzt zum Beispiel McBride (1998) in ihrer Studie ein. Es besteht aus sieben Wortpaaren (*good-bad, clean-dirty, honest-dishonest, strong-weak, pleasant-unpleasant, successful-unsuccessful, wise-foolish*), mit denen der Charakter einer in einer Vignette beschriebenen Person beurteilt werden soll. Die Antworten der Teilnehmer werden auf einer siebenstufigen Antwortskala erfasst und für die Analysen addiert, sodass ein Summenwert entsteht, der zwischen einer sehr positiven Bewertung (sieben Punkte) und einer sehr negativen Bewertung (1 Punkte) variieren kann. Ähnlich gehen auch Hergovich, Ratky und Stollreiter (2003) vor.

Skalen der sozialen Distanz stellen ein weiteres, häufig genutztes Maß zur Erfassung von HIV-Stigma dar. Soziale Distanzskalen erfassen das qualitative und quantitative Ausmaß des sozialen Kontakts, zu dem die befragte Person mit einer Person bereit ist, die einer stigmatisierten Gruppe angehört, und können somit insbesondere als angemessene Operationalisierung instrumenteller Aspekte von HIV-Stigma dienen. Skalen der sozialen Distanz finden in der HIV-Stigma-Forschung insbesondere in Studien Verwendung, die als Stimulusmaterial Vignetten einsetzen (z. B. Crandall, 1991; Leiker, Taub & Gast, 1995; Reidpath & Chan, 2005). Eine ausführlichere Erörterung von Maßen der sozialen Distanz

und des semantischen Differenzials geben Yang, Link und Phelan (2008) für die Erfassung des Stigmas psychischer Erkrankungen. In diesem Forschungsfeld stellen diese Maße die am häufigsten genutzten Instrumente zur Erfassung von Stigmatisierung dar (vgl. Link, Yang, Phelan und Collins, 2004).

Während für den westlichen Raum mit konzentrierten Epidemien nur wenige psychometrisch getestete und überhaupt keine aktuellen Skalen zur Erfassung von HIV-Stigma vorliegen, sieht die Situation für Länder mit generalisierten Epidemien bzw. für nichtwestliche Länder deutlich anders aus. Kalichman et al. (2005) legten hier mit ihrer kurzen *AIDS Related Stigma Scale* als erste ein Instrument vor, das speziell für den Einsatz in Afrika konzipiert wurde. Die Items für den ursprünglichen Itempool wurden von den Autoren aus verschiedenen bestehenden Instrumenten, darunter auch dem von Herek et al. (2002), zusammengefügt und umfassten verschiedene Aspekte HIV-bezogener Stigmatisierung, zum Beispiel Schuldzuweisungen, Vermeidung von Kontakt und die Unterstützung von Zwangsmaßnahmen. Die endgültige Skala besteht aus neun Items und umfasst offenbar nur eine Dimension. Eine Faktorenanalyse zur Überprüfung dieser Annahme von Eindimensionalität wird nicht berichtet. Dabei sprechen die Items durchaus unterschiedliche Aspekte von HIV/AIDS-bezogener Stigmatisierung an. Dies wird auch von den Autoren festgestellt und an den beiden folgenden Beispielitems deutlich: *People who have AIDS should be ashamed* und *It is safe for people who have AIDS to work with children*. Während das erste Item symbolische Aspekte von HIV-Stigma operationalisiert, werden beim zweiten Item instrumentelle Aspekte thematisiert.

Abgesehen von der fehlenden Überprüfung der Dimensionalität werden zufriedenstellende Werte für die interne Konsistenz, die Retestreliaibilität, die konvergente und diskriminante Validität sowie die Konstruktvalidität berichtet. Die Skala liegt in englischer und in zwei afrikanischen Sprachen vor und wurde bereits in Studien zur Erfassung HIV-bezogener Stigmatisierung in Afrika eingesetzt (z. B. Kalichman et al., 2008; Vermeer, Bos, Mbwambo, Kaaya & Schaalma, 2009).

Zelaya et al. (2008) entwickelten eine Skala für den Einsatz in Indien, das zu den Ländern mit der höchsten Anzahl an PWA zählt. Sie konzipierten Items, die sich einer von drei theoretischen Domänen zuordnen lassen: 1) Angst vor Übertragung und Erkrankung, 2) Assoziation mit Scham, Schuld und Verurteilung und 3) Unterstützung für diskriminierende Maßnahmen oder Gesetzgebungen gegenüber PWA. Die 24 für die Endversion der Skala ausgewählten Items luden jedoch den Ergebnissen einer explorativen Faktorenanalyse zufolge auf vier Dimensionen, da die Items, die inhaltlich der dritten Domäne zugeordnet waren, zwei unterschiedliche Dimensionen bildeten. Auf diese Weise entstand ein Instrument mit den vier Subskalen 1) *fear of transmission and disease* (sechs Items, z. B. *If you kiss someone on the cheek that has HIV/AIDS, you might get infected; I fear my child could become infected with HIV if they play with a child who has HIV or AIDS*), 2) *association with shame, blame and judgement* (sechs Items, z. B. *HIV/AIDS is a punishment for bad behavior; Only those who were infected with HIV by medical needles or blood in a hospital deserve to receive care and treatment*), 3)

*personal support of discriminatory actions or policies* (sechs Items, z. B. *A person with HIV/AIDS should be allowed to work with other people; People who have HIV/AIDS should be treated the same as everyone else*) und 4) *perceived community support of discriminatory actions or policies* (sechs Items, z. B. *People living with HIV/AIDS in this community face neglect from their family; People living with HIV/AIDS in this community face verbal abuse or teasing*). Auch wenn die Orientierung an inhaltlichen Domänen, die auf die Unterscheidung von instrumentellem und symbolischem Stigma rekurrieren, einen vielversprechenden Ansatz darstellt, werfen die Beispielitems Fragen bezüglich der Operationalisierung auf. Die Items der ersten Subskala messen zweifelsfrei inkorrekte HIV-Transmissionsüberzeugungen, diese stellen jedoch lediglich einen Prädiktor für instrumentelles HIV-Stigma dar – hier wird also Wissen statt stigmatisierender Einstellungen erfragt. Während die Items der zweiten Subskala durchaus symbolisches Stigma in Form von Schuldzuweisungen und moralischen Verurteilungen von PWA erfassen, operationalisieren die beiden anderen Subskalen tatsächlich Aspekte von instrumentell motiviertem HIV-Stigma, einmal als persönliche Einstellungen und einmal als in der Community wahrgenommenes Stigma. Abgesehen von diesen inhaltlichen Mängeln erreichen die Subskalen zufriedenstellende Werte für die interne Konsistenz, Werte für die Retestrelia-bilität und Validität werden nicht berichtet.

Wie die *AIDS Related Stigma Scale* von Kalichman et al. (2005) ist auch die Skala von Visser, Kershaw, Makin und Forsyth (2008) für die Nutzung in Südafrika konzipiert worden. Visser et al. legen dabei parallele Skalen vor, die nicht nur persönliches Stigma messen, sondern auch das in der Community wahrgenommene Stigma. Für jedes der zwölf Items liegt dabei eine Version in der persönlichen und eine in der Fassung für die Community vor. Überdies sind die Items in einer dritten Fassung so formuliert, dass sie internalisiertes (und wahrgenommenes) Stigma von Menschen, die mit HIV/AIDS leben, erfassen können. Auf diese Weise können verschiedene Perspektiven von HIV-Stigma parallel erhoben und verglichen werden.

Die Items laden den Ergebnissen einer explorativen Faktorenanalyse zufolge auf zwei Faktoren. Die beiden Subskalen wurden *Blame and Judgement* sowie *Interpersonal Distancing* genannt. Die erste erfasst symbolisch motiviertes HIV-Stigma und umfasst sechs Items (z. B. im Wortlaut der persönlichen Skalenversion *Getting HIV is a punishment for bad behavior* und *People with HIV should be ashamed of themselves* sowie im Wortlaut der Community-Skalenversion *Most people think that getting HIV is a punishment for bad behavior* und *Most people believe that someone with HIV should be ashamed of themselves*). Die zweite Subskala erfasst instrumentell motiviertes Stigma und umfasst ebenfalls sechs Items (z. B. im Wortlaut der persönlichen Skalenversion *I would not like to be friends with someone with HIV* und im Wortlaut der Community-Skalenversion *Most people would reject the friendship of someone with HIV*). Die Subskalen weisen zufriedenstellende Werte für die interne Konsistenz auf, wobei die Community-Versionen in allen Stichproben eine bessere interne Konsistenz aufweisen als die persönlichen Versionen. Ein Wert für die Retestrelia-bilität wird nicht berichtet, die Ergebnisse der Validitätsanalysen zeigen, dass die Skala und ihre Subskalen als valide bezeichnet

werden können. Die Skala wurde bereits im Rahmen einer weiteren Studie der Autoren in einer südafrikanischen Stichprobe eingesetzt (Visser et al., 2009).

In den letzten Jahren wurde eine Reihe weiterer Instrumente entwickelt, deren ausführliche Darstellung den Rahmen dieser Arbeit sprengen würde. Dazu zählen die kurze *Yemeni AIDS Stigma Scale* (YASS) von Badahdah, Sayem & Foote (2009), die bisher einzige für den arabischen Kulturraum konzipierte Skala, und zwei in China entwickelte Skalen (Ha, Liu, Li, Nield & Lu, 2012; Yang, Wang & Juan, 2010). Zwei weitere Skalen wurden in China vorgelegt, die für den Einsatz in spezifischen Subgruppen konzipiert wurden. Das Instrument von Liu, Feng, Rhodes und Liu (2009) richtet sich an Männer, die Sex mit Männern haben, das Instrument von Lin et al. (2010) an Kinder, deren Eltern HIV-positiv sind oder an AIDS gestorben sind. Eine weitere Skala richtet sich an jugendliche Mitarbeiter von Nichtregierungsorganisationen in Indien (Nambiar & Rimal, 2012).

Mitarbeiter des Gesundheitssystems stellen die spezifische Zielgruppe diverser Skalen dar, die auf die Interaktionen zwischen Ärzten, Pflegepersonal und anderen Berufsgruppen sowie PWA fokussieren. Dass das erste überlieferte Instrument zur Erfassung von HIV-Stigma überhaupt für diese Zielgruppe vorgelegt wurde (*AIDS-Phobia Index*, O'Donnell et al., 1987), spricht genau wie die verhältnismäßig große Anzahl dieser Instrumente für die Bedeutung, die HIV-Stigma in diesem Kontext zugemessen wird. Neben diesem *AIDS-Phobia Index*, der ein klassisches Ad-hoc-Instrument ohne theoretische Itemkonstruktion, ohne statistische Itemselektion und ohne Prüfung psychometrischer Gütekriterien darstellt, wurden bereits früh weitere Skalen vorgestellt, zum Beispiel die *AIDS Attitude Scale* (Froman, Owen & Daisy, 1992), die *AIDS Attitudes and Conservative Views Scale* (Harrison, Fusilier & Worley, 1994) und die *Nurses Attitudes About AIDS Scale* (NAAS) (Preston, Young, Koch & Forti, 1995), die alle in den USA für den Einsatz bei Krankenpflegepersonal konzipiert wurden. In den letzten Jahren wurden weitere Instrumente, die ebenfalls in den USA entwickelt wurden, vorgelegt, so etwa die *HIV Provider Stigma Scale* (Reece, Tanner, Karpiak & Coffey, 2007), die *HIV/AIDS Stigma Scale* (für den Einsatz in Puerto Rico, Varas-Díaz & Neilands, 2009), die *Pregnant Women with HIV Attitude Scale* (Tyer-Viola & Duffy, 2010) und das *HIV/AIDS Provider Stigma Inventory* (Rutledge, Whyte, Abell, Brown & Cesnales, 2011). Es existieren aber auch aktuelle Instrumente zur Erfassung von HIV-Stigma im Gesundheitswesen in nichtwestlichen Ländern, so in China (Stein & Li, 2008), in diversen afrikanischen Ländern (*HIV/AIDS Stigma Instrument – Nurse/HASI-N* von Uys et al., 2009) und in Äthiopien (Feyissa, Abebe, Girma & Woldie, 2012).

Wie Earnshaw und Chaudoir (2009) berichten, setzt erst um die Jahrtausendwende, zum Beginn der dritten Dekade der Epidemie, eine verstärkte wissenschaftliche Beschäftigung mit der Wahrnehmung und Bewältigung von Stigmatisierung durch PWA und den Konsequenzen, die diese Stigmatisierung für die Betroffenen hat, ein. Tatsächlich werden die ersten Instrumente zur spezifischen Erfassung von HIV-Stigma aus der Perspektive der Stigmatisierten zu dieser Zeit entwickelt und publiziert. Allerdings finden sich auch vor dieser Zeit Studien, in denen Stigma bei PWA erfasst wird (z. B. Crandall

& Coleman, 1992), diese nutzen jedoch generische Instrumente, die allgemein für die Erfassung von Stigmatisierung von (chronisch) Kranken konstruiert wurden. Im Folgenden werden sowohl für HIV spezifische als auch generische Instrumente vorgestellt und daraufhin untersucht, inwiefern sie die drei Mechanismen erfassen können, durch die HIV-bezogene Stigmatisierung laut Earnshaw und Chaudoir (2009) die Stigmatisierten beeinflusst, nämlich das Erleben von Diskriminierung, die Wahrnehmung von Stigma und die Internalisierung von Stigma.

Die erste Entwicklung eines für HIV spezifischen Instruments identifizieren Earnshaw und Chaudoir in ihrem Review in einer Studie von Sowell et al. (1997). Die Teilnehmerinnen – HIV-positive Frauen aus einer ländlich strukturierten Gegend in Georgia (USA) – sollen für insgesamt 13 Aussagen angeben, wie häufig sie bestimmte ihre HIV-Infektionen betreffende Gefühle bzw. Verhaltensweisen erlebt haben, z. B. *I felt blamed by others for my illness, I felt ashamed of my illness, I felt people avoided me because of my illness* oder *People who know I am HIV positive treat me with kid gloves*. Diese Items sollen „perceptions of stigma“ (S. 307) erfassen; eine Definition von Stigma, die der Konstruktion der Items zugrunde liegt, findet sich in der Studie nicht. Auffällig ist, dass die Ergebnisse dieser Skala von den Autoren ursprünglich auf Ebene der einzelnen Items ausgewertet wurden, die Konstruktion einer Skala war von den Autoren also gar nicht intendiert. Erst später wird die Skala von Emler (2005), mittlerweile unter der Bezeichnung *HIV Stigma Scale* (HSS), einer psychometrischen Prüfung unterzogen. Er setzt die Skala in einer Stichprobe von 88 PWA ein und prüft neben Reliabilität und Validität auch die faktorielle Struktur der Skala. Die explorative Faktorenanalyse zeigt, dass zwölf der Items auf drei Faktoren laden; diese Subskalen mit je vier Items benennt Emler mit *Distancing*, *Blaming* und *Discrimination*. Das dreizehnte Item *People who know I am HIV positive treat me with kid gloves* lädt auf keine der drei Subskalen hoch; der Autor eliminiert das Item jedoch nicht, sondern lässt es zumindest in den Gesamtskalenwert einfließen. Allerdings wirft die Bezeichnung *Discrimination* für Items mit dem Wortlaut *I feared that people would hurt my family if they learned about my illness* oder *I feared that I might lose my job if someone found out about my illness* inhaltlich Fragen auf. Definitiv erfassen diese Items keine erlebte Diskriminierung, sondern wahrgenommenes Stigma. Das Item *I thought my illness was a punishment for things I've done in the past*, das ebenfalls Teil dieser Subskala ist, misst hingegen internalisiertes Stigma. Deutlich wird hier, dass diese Skala eben nicht die theoretischen Konstrukte *erlebte Diskriminierung*, *wahrgenommenes Stigma* und *internalisiertes Stigma* erfasst, wie zum Beispiel Earnshaw und Chaudoir (2009) behaupten (vgl. S. 1165). Tatsächlich handelt es sich um eine Mischung aus Items, die inhaltlich wahrgenommenes Stigma sowie internalisiertes Stigma erfassen, ohne dass die Items sich empirisch trennscharf diesen beiden Dimensionen zuordnen ließen. Abgesehen von diesen inhaltlichen Mängeln berichtet Emler (2005) eine zufriedenstellende Reliabilität, gemessen über die interne Konsistenz, mit einem Cronbachs Alpha von ,83 für die Gesamtskala. Trotz ihrer inhaltlichen Mängel findet die Skala weite Verbreitung unter Wissenschaftlern. Logie und Gadalla (2009) zählen allein in ihrer Meta-Analyse zu gesundheitlichen und demografischen Korrelaten von HIV-bezogener Stigmatisierung, die alle seit 2000 publizierten Studien einschloss, fünf Studien, bei

denen diese Skala verwendet wurde. Damit zählt die *HIV Stigma Scale* von Sowell et al. (1997) zu den in diesem Kontext am häufigsten eingesetzten Instrumenten. Nur eine Skala wurde laut Logie und Gadalla (2009) ebenso häufig verwendet, nämlich die von Berger, Ferrans und Lashley (2001) vorgelegte *HIV Stigma Scale*, die, wohl zur besseren Abgrenzung zur gleichnamigen Skala von Sowell et al. (1997), auch unter dem Namen *Berger HIV Stigma Scale* bekannt ist.

Die *Berger HIV Stigma Scale* wurde auf Basis theoretischer Überlegungen konstruiert und erfasst *perceived stigma*, das die Autoren definieren als

*the person with HIV's awareness of HIV-related actual or potential social disqualification (less than full social acceptance, social rejection), denial or limitation of opportunity (for example, in housing, jobs, or dental services), and negative change in social identity (how others see him/her) (Berger et al., 2001, S. 520).*

Die 40 Items der Skala wurden nach psychometrischen Kriterien aus einem anfänglichen Pool von 101 Items ausgewählt. Faktorenanalytisch konnte gezeigt werden, dass die 40 Items auf vier Faktoren laden. Diese vier Subskalen nannten die Autoren *personalized stigma* (18 Items; z. B. *I regret having told some people that I have HIV; People I care about stopped calling after learning I have HIV*), *disclosure concerns* (12 Items; z. B. *I am very careful who I tell that I have HIV; I never feel the need to hide the fact that I have HIV*), *negative self-image* (neun Items; z. B. *Having HIV makes me feel unclean; I feel I am not as good a person as others because I have HIV*) und *concerns with public attitudes about people with HIV* (12 Items; z. B. *People with HIV are treated like outcasts; Most people are uncomfortable around someone with HIV*). Items, die in der Faktorenanalyse auf mehr als einen Faktor höher als ,50 luden, wurden ihrer Faktorladung entsprechend mehreren Subskalen zugeordnet.

Drei der Subskalen entsprechen dem Namen nach jeweils einer der drei Dimensionen von HIV-bezogener Stigmatisierung aus der Perspektive der Stigmatisierten, können diese aber nach einer inhaltlichen Betrachtung nicht trennscharf abbilden. Die Subskala *personalized stigma* entspricht am ehesten der Dimension erlebte Diskriminierung, umfasst aber auch Items, die wahrgenommene Stigmatisierung operationalisieren. Die Subskala *negative self-image* soll internalisiertes Stigma, die Subskala *concerns with public attitudes about people with HIV* soll wahrgenommenes Stigma erfassen. Die Autoren haben allerdings eine theoriegeleitete Operationalisierung der drei Mechanismen durch ihre Subskalen gar nicht intendiert, was die nicht trennscharfe Erfassung dieser Dimensionen erklären kann. Weiterhin bleibt konzeptionell unklar, warum *disclosure concerns*, die im Modell der Autoren als Folge von HIV-bezogener Stigmatisierung konzipiert sind, in ihrem Instrument als Operationalisierung von Stigmatisierung herangezogen werden.

Abgesehen von diesen inhaltlichen Unklarheiten weist die Skala gute psychometrische Eigenschaften auf. Die Retestreliaibilität nach durchschnittlich drei Wochen liegt für die Gesamtskala bei ,92 und für die Subskalen zwischen ,87 und ,90. Die interne Konsistenz gemessen über Cronbachs Alpha fällt für die Gesamtskala und die Subskalen sehr gut aus. Ferner werden Hinweise auf eine gute Konstruktvali-

dität der Skala berichtet. Übersetzungen der *HIV Stigma Scale* von Berger et al. (2001) liegen in diversen Sprachen vor (teilweise in gekürzten Fassungen), so zum Beispiel auf Französisch (Castro, Le Gall, Andreo & Spire, 2010), auf Tamil (Thomas et al., 2005; eine verkürzte Version wurde 2013 von Jeyaseelan et al. publiziert) und auf Swahili (Kaai et al., 2010). Jimenez et al. (2010) haben eine kulturell angepasste spanischsprachige Version für den Einsatz in Puerto Rico konzipiert, die unter der Bezeichnung *HIV Felt-Stigma-Scale* (HFSS) firmiert. Eine überarbeitete Version der Skala legten Bunn, Solomon, Miller & Forehand (2007) vor, die einige der Probleme wie die Mehrfachzuordnung der Items zu verschiedenen Subskalen korrigierten und auf diese Weise ein kürzeres Instrument schufen, das durchaus bessere Werte hinsichtlich der Validität aufweist. Diese Version war Ausgangspunkt für eine deutsche Übersetzung dieser HIV-Stigma-Skala, die kürzlich von Dinkel et al. (2013) vorgenommen wurde.

In den letzten Jahren ist eine deutliche Zunahme an weiteren Instrumenten zur Erfassung von HIV-bezogener Stigmatisierung aus Perspektive der HIV-Infizierten zu verzeichnen. Viele dieser Instrumente führen die Bezeichnung *internalisiertes Stigma* in ihrem Namen, die meisten erfassen aber auch die Dimensionen wahrgenommenes Stigma und erlebte Diskriminierung. Offenbar wird der Begriff internalisiertes Stigma nur verwendet, um die von den Skalen erfasste Perspektive zu verdeutlichen und sie von den Instrumenten abzugrenzen, die auf die Perspektive der Stigmatisierer fokussieren.

Eine Ausnahme von dieser Regel stellt die eindimensionale Skala von Phillips (2011; auch Phillips, Moneyham & Tavakoli, 2011) dar, die mit zehn Items ausschließlich internalisiertes Stigma misst. Das theoretische Rahmenmodell für diese Skala stellt die für einen Pflegekontext entwickelte Selbstkonzept-Theorie des *Roy Adaption Model* (Andrews & Roy, 1991; Roy & Andrews, 1999) dar. Die Skala weist zufriedenstellende psychometrische Kennzahlen auf.

Sayles et al. (2008) entwickelten eine weitere Skala zur Erfassung von „internalisiertem“ HIV-Stigma. Die 28 Items der Skala wurden auf Basis einer explorativen Faktorenanalyse den vier Subskalen *stereotypes*, *disclosure concerns*, *social relationships* und *self-acceptance* zugeordnet. Die Skala umfasst zwar Items, die inhaltlich sowohl internalisiertes Stigma als auch wahrgenommenes Stigma und erlebte Diskriminierung operationalisieren, die vier Subskalen trennen aber nicht zwischen diesen drei Dimensionen. Die Kennzahlen für die psychometrischen Gütekriterien für diese Skala fallen ebenfalls zufriedenstellend aus.

In der Skala *HIV and Abuse Related Shame Inventory* (HARSI) von Neufeld et al. (2012), die zur Erfassung von Scham bezüglich Missbrauchserfahrungen in der Kindheit und der HIV-Infektion konstruiert wurde, findet sich eine Subskala zu *HIV-related shame*, die internalisiertes HIV-Stigma misst und gute psychometrische Kennwerte aufweist.

Während diese Instrumente in den USA entwickelt wurden, fokussiert eine Reihe weiterer Instrumentenentwicklungen auf den Einsatz in Ländern mit generalisierten Epidemien, insbesondere im Süden Afrikas.

Das *HIV/AIDS Stigma Instrument-PLWA* (HASI-P) von Holzemer et al. (2007) wurde mit dem Ziel konstruiert, HIV-Stigma unter PWA in Afrika zu erfassen, und liegt in mehreren afrikanischen Sprachen vor. Die 33 Items luden in einer Faktorenanalyse auf sechs Faktoren. Eine dieser Subskalen erfasst internalisiertes Stigma, die übrigen fünf Subskalen erlebte Diskriminierung in unterschiedlichen Lebensbereichen. Wahrgenommenes Stigma wird durch das Instrument nicht erfasst. Die Skala weist zufriedenstellende Reliabilitäten, aber hinsichtlich ihrer Validität nur geringe Korrelationen mit verwandten Konstrukten auf.

Das bereits vorgestellte Instrument von Visser et al. (2008), das sowohl Skalen für die Erfassung der Perspektive der Stigmatisierer als auch für die Perspektive der Stigmatisierten umfasst, enthält eine spezifische Subskala für internalisiertes Stigma, die nur bei PWA eingesetzt wird, und eine Subskala für wahrgenommenes Stigma (*attributed stigma*). Letztere Skala wird sowohl in Stichproben von HIV-positiven als auch von HIV-negativen Menschen eingesetzt und soll so einen direkten Vergleich der Wahrnehmungen zur Prävalenz stigmatisierender Einstellungen in beiden Gruppen ermöglichen. Auch in dieser Skala werden Items, die wahrgenommenes Stigma oder auch erlebte Diskriminierung operationalisieren, zur Erfassung von internalisiertem Stigma eingesetzt, z. B. *Because of my HIV people would not date me*. Die psychometrischen Eigenschaften der Subskalen sind zufriedenstellend.

Zelaya et al. (2012) haben ebenfalls parallele Skalen zur Erfassung von internalisiertem Stigma, erlebter Diskriminierung und wahrgenommenem Stigma entwickelt, die direkte Vergleiche zwischen diesen drei Dimensionen ermöglichen sollen. Die in Indien entwickelte Skala basiert auf der bereits vorgestellten Skala zur Erfassung von HIV-Stigma aus der Perspektive der Stigmatisierer (Zelaya et al., 2008). Obwohl inhaltlich unklar bleibt, warum die Skalen als parallele Skalen bezeichnet werden, ist dieses Instrument das einzige, dessen Subskalen trennscharf die drei Dimensionen erlebte Diskriminierung, wahrgenommenes Stigma und internalisiertes Stigma erfassen. Allerdings wurde auf eine Analyse der Faktorenstruktur der Gesamtskala verzichtet, stattdessen wurden die einzelnen Subskalen faktorenanalytisch auf Eindimensionalität geprüft. Eine Auswertung der Skalen wird entsprechend nur für die jeweiligen Subskalen und nicht für die Gesamtskala vorgenommen, Reliabilität und Validität der Subskalen sind zufriedenstellend.

Kalichman et al. (2009) legen mit der *Internalized AIDS-Related Stigma Scale* (IA-RSS) ein weiteres Instrument zur Erfassung von internalisiertem Stigma vor, das sowohl für den Einsatz in Südafrika als auch in den USA getestet wurde. Die eindimensionale Skala, deren Items ausschließlich internalisiertes Stigma operationalisieren, liegt in vier Sprachfassungen vor. Die Items wurden basierend auf den Items der bereits vorgestellten *AIDS-Related Stigma Scale* (Kalichman et al., 2005) konstruiert, einem Instrument zur Erfassung stigmatisierender Einstellungen gegenüber PWA. Die Reliabilität der Skala ist auffällig niedriger als die der anderen bisher vorgestellten Skalen. Auch die im Rahmen der Validierung berechneten Koeffizienten schwanken stark zwischen den Samples, verweisen jedoch zusammengefasst auf eine gute Validität der Skala.

Neben diesen für HIV/AIDS spezifischen Instrumenten zur Erfassung von Stigmatisierung werden in der empirischen Forschung auch generische Stigma-Instrumente eingesetzt, zum Beispiel die *Social Impact Scale* (SIS) (Pan, Chung, Fife & Hsiung, 2007; Fife & Wright, 2000). Eine erst kürzlich publizierte und bisher nicht in einem Sample von HIV-positiven Probanden eingesetzte Skala ist die *Chronic Illness Anticipated Stigma Scale* (CIASS) (Earnshaw, Quinn, Kalichman & Park, 2012), die vor allem zu dem Zweck konstruiert wurde, Vergleiche hinsichtlich der wahrgenommenen Stigmatisierung zwischen verschiedenen Patientengruppen zu erfassen. Die Autoren schließen damit eine Lücke, die van Brakel (2006) in seiner Übersicht zu Instrumenten zur Erfassung gesundheitsbezogener Stigmatisierung ausgemacht hatte.

Wie für die Perspektive der Stigmatisierer finden sich auch diverse Studien, die HIV-bezogene Stigmatisierung aus der Perspektive der Stigmatisierten mithilfe ad hoc generierter, nicht psychometrisch getesteter Instrumente erfassen (einige Beispiele dafür sind Clark, Lindner, Armistead & Austin, 2003; Courtney-Quirk, Wolitski, Parsons & Gomez, Clark, 2006; Peretti-Watel, Spire, Pierret, Lert, Opadia & The VESPA Group, 2006; Vanable, Carey, Blair & Littlewood, 2006).

In den letzten Jahren wurden zudem auch Indikatorensysteme entwickelt, die im Sinne von Mahajan et al. (2008) vor allem der umfassenden Dokumentation von Stigmatisierungserfahrungen und -wahrnehmungen von PWA dienen, mit dem Ziel, auf Basis der Ergebnisse Interventionen und Programme zur Reduktion der HIV-bezogenen Stigmatisierung einzufordern und die gewonnenen Erkenntnisse in deren Gestaltung einfließen zu lassen. Im Rahmen des Projekts *Siyam'kela* (Policy Project, 2003) wurde ein solches Indikatorensystem für den Einsatz im südlichen Afrika entwickelt. Die weitaus größte Unternehmung in dieser Hinsicht stellt jedoch der *The People Living With HIV Stigma Index* ([www.stigmaindex.org](http://www.stigmaindex.org)) dar. Dieser umfassende Stigma-Index wurde von verschiedenen internationalen Organisationen entwickelt und ist bisher in vielen Ländern eingesetzt worden (vgl. IPPF, GNP+, ICW & UNAIDS, 2008). In Deutschland wurde der Stigma-Index kürzlich unter dem Titel *positive stimmen* von der Deutschen AIDS-Hilfe e. V. (DAH) durchgeführt (Vierneisel, 2012); hierfür wurde der englische Originalfragebogen ins Deutsche übertragen und an die deutschen Gegebenheiten angepasst.

### 1.2.5 Konsequenzen von HIV-Stigma

*Stigma, silence, discrimination and denial, as well as lack of confidentiality, undermine prevention, care and treatment efforts and increase the impact of the epidemic on individuals, families, communities and nations (Paragraf 13 der United Nations Declaration of Commitment on HIV/AIDS, United Nations, 2001).*

Die Bedeutung, die der HIV-bezogenen Stigmatisierung heute zugemessen wird, ist in den mannigfaltigen negativen Auswirkungen zu suchen, die sie für die Stigmatisierten, aber auch für die Stigmatisierer zeitigt. Inhaltlich lassen sich diese Auswirkungen grob zu zwei Dimensionen zusammenfassen:

gesundheitliche und soziale Auswirkungen für die Stigmatisierten und Auswirkungen auf den Verlauf der Epidemie.

Die massiven Auswirkungen der Stigmatisierung auf die psychische und physische Gesundheit sowie die Lebensqualität von PWA wurde in zahlreichen Studien belegt. Besonders viele empirische Studien demonstrieren Zusammenhänge mit der psychischen Gesundheit von PWA. Dabei steht Depressivität als zentraler Marker der psychischen Gesundheit im Fokus, in diesen Studien in der Regel über Instrumente wie den *CES-D (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale)* erfasst, indem die Befragten angeben, wie häufig sie in der Woche vor der Befragung diverse depressive Symptome erlebt haben (Radloff, 1977). Vanable et al. (2006) finden einen deutlichen bivariaten Zusammenhang zwischen erlebter Diskriminierung und Depressivität, Simbayi et al. (2007a) finden in multivariaten Analysen einen starken Zusammenhang zwischen internalisiertem Stigma und Depressivität. In der Studie von Grov, Golub, Parsons, Brennan & Karpiak (2010) mit älteren PWA in New York City korreliert Stigma in bivariaten Analysen mit Depressivität. In einer Stichprobe thailändischer PWA hängt internalisiertes Stigma ebenfalls direkt mit Depressivität zusammen, wahrgenommenes Stigma jedoch nur indirekt, wahrscheinlich vermittelt über internalisiertes Stigma (Li, Lee, Thammawijaya, Jiraphongsa & Rotheram-Borus, 2009). Andere Studien zeigen, dass auch Risikofaktoren für psychische Erkrankungen wie wahrgenommener Stress (Riggs, Vosvick & Stallings, 2007) oder negativer Affekt (Vance, 2006) mit Stigma zusammenhängen. In einer Längsschnittstudie mit US-amerikanischen PWA asiatischer Herkunft konnten Kang, Rabkin und de Almeida (2006) die Zeitstabilität von negativen Auswirkungen erlebter und wahrgenommener Stigmatisierung auf den Selbstwert der Teilnehmer für einen Zeitraum von zwei Jahren demonstrieren.

Hatzenbuehler, O'Cleirigh, Mayer, Mimiaga und Safren (2011) zeigen in einer Längsschnittstudie mit HIV-positiven US-amerikanischen MSM, dass HIV-Stigma nicht nur depressive Symptome, sondern auch Symptome von Panikstörungen und generalisierte Angststörungen vorhersagt. Symptome von Angststörungen standen auch in einer Studie mit kanadischen HIV-positiven Frauen mit einer Subskala der *Berger HIV Stigma Scale (Concern with Public Attitudes about People with HIV)* im Rahmen einer multivariaten Analyse in Zusammenhang.

Diese starken Zusammenhänge zwischen Stigma und psychischer Gesundheit werden durch die Ergebnisse von zwei Meta-Analysen bestätigt. Mak, Poon, Pun und Cheung (2007) führten eine Meta-Analyse durch, um den Zusammenhang zwischen negativen Indikatoren psychischer Gesundheit<sup>11</sup> und dem Stigma diverser Merkmale zu bestimmen. Für die sechs Studien zu HIV-bezogener Stigmatisierung, die sie in ihre insgesamt 49 Studien umfassende Meta-Analyse einbeziehen, schätzen sie einen zusammengefassten starken Effekt von  $r = -.53$  zwischen Stigma und psychischen Störungen. Logie und Gadalla (2009) können auf der Basis von zwölf Studien zu HIV-bezogener Stigmatisierung für den Zusammenhang zwischen Stigma und negativen Indikatoren psychischer Gesundheit eine Effekt-

---

<sup>11</sup> Diese negativen Indikatoren umfassen vor allem Maße für Depressivität, Angst, Stress, Einsamkeit etc.

größe von  $r = ,41$  berechnen; dieser Zusammenhang entspricht in Cohens Klassifikation (1988) einem mittleren Effekt, „which would be recognized by the individual in daily life“ (Logie & Gadall, 2009, S. 749).

Um zu verstehen, auf welchem Weg HIV-Stigma zu Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit führt, kann auf ein Modell von Hatzenbuehler (2009) zurückgegriffen werden, das dieser zur Erklärung der erhöhten Prävalenzen psychopathologischer Störungen bei Angehörigen sexueller Minderheiten entwickelt hat. Hatzenbuehler bringt in seinem *Psychological Mediation Framework* verschiedene Stränge der Forschung zu den Ursachen dieser erhöhten Prävalenzen zusammen. Auch wenn er seine Ausführungen auf Schwule, Lesben und andere sexuelle Minderheiten bezieht, spricht grundsätzlich nichts gegen eine Übertragbarkeit auf andere Stigmata. In diesem Modell führt die Existenz eines Stigmas durch das Erleben von Diskriminierung zu einer verstärkten Stressbelastung. Dieser Stress erhöht wiederum die Wahrscheinlichkeit diverser dysfunktionaler kognitiver, emotionaler und behavioraler Zustände und Prozesse wie z. B. Nutzung dysfunktionaler Copingstrategien und Neigung zu dysfunktionaler emotionaler Regulierung, Erleben sozialer Isolation, Wahrnehmung von dysfunktionalen sozialen Normen, Empfinden von Hoffnungslosigkeit oder Nutzung negativer Selbstschemata. All diese Prozesse erhöhen die Wahrscheinlichkeit des Auftretens von psychopathologischen Störungen und vermitteln so den Zusammenhang zwischen Stigmatisierung und psychischer Gesundheit.

Den Zusammenhang von HIV-Stigma und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität dokumentieren ebenfalls zahlreiche Studien. Bei Holzemer et al. (2009) erweist sich HIV-Stigma in einem internationalen Sample von PWA als wichtiger Prädiktor der Lebensqualität, auch nach Kontrolle für klinische Variablen wie der Häufigkeit von HIV-Symptomen und dem individuellen Schweregrad der Erkrankung. Auch hinsichtlich der Lebensqualität von antiretroviral behandelten Patienten in Südafrika (Booyesen, van Rensburg, Bachmann, Louwagie & Fairall, 2007) und von PWA im Libanon (Abboud, Nouredine, Huijer, DeJong & Mokhbat, 2010) besteht ein Zusammenhang mit HIV-Stigma. In einer Stichprobe von US-amerikanischen Frauen mit HIV/AIDS war wahrgenommenes HIV-Stigma in multivariaten Analysen ein signifikanter Prädiktor der Lebensqualität, ein Zusammenhang mit internalisiertem Stigma zeigte sich jedoch nur in bivariaten Analysen. Die vier Subskalen der *Berger HIV Stigma Scale* konnten in einer Studie von Buseh, Kelber, Hewitt, Stevens und Park (2006) einen großen Anteil der Varianz in der Lebenszufriedenheit von afrikanischen PWA erklären. In einer Längsschnittstudie in fünf afrikanischen Ländern zeigten die Autoren, dass Veränderungen im wahrgenommenen Stigma mit Veränderungen in der Lebenszufriedenheit einhergehen (Greeff et al., 2010). Heckman (2003) entwirft das *Chronic Illness Quality of Life-Model*, um die Lebenszufriedenheit von PWA zu erklären. HIV-Stigma, hier als erlebte Diskriminierung operationalisiert, stellt dabei die Ausgangsvariable des Modells dar, die die Lebenszufriedenheit direkt und indirekt über weitere Faktoren beeinflusst. In seiner empirischen Überprüfung des Modells zeigt der Autor, dass die erlebte Diskriminierung und Zugangsbarrieren zu medizinischer Versorgung zusammenhängen und dass körperliches Wohlbefinden und wahrgenommene soziale Unterstützung durch die erlebte Diskriminierung

negativ beeinflusst werden. Die Lebenszufriedenheit wird wiederum indirekt über diese Variablen beeinflusst. Die Existenz eines direkten Einflusspfads von erlebter Diskriminierung auf die Lebenszufriedenheit bestätigte sich empirisch jedoch nicht.

Wolitski, Pals, Kidder, Courtenay-Quirk und Holtgrave (2009) berichten, dass sie in ihrer Studie von wohnungslosen und von Wohnungslosigkeit bedrohten PWA Zusammenhänge zwischen wahrgenommenem und internalisiertem Stigma und dem SF-36 als Maß für die selbstberichtete physische Gesundheit finden. Sie können aber keinen Einfluss auf Marker des Immunitätszustands von PWA wie den Anteil der CD4-Zellen und die Viruslast feststellen. Sie diskutieren drei Gründe für diesen aus ihrer Sicht inkonsistenten Befund:

*It is possible that persons who view the world and their own situation negatively perceived higher levels of stigma and rated themselves less healthy than they actually were. Alternatively, HIV stigma may have had real effects on mental health, which in turn negatively affected self-assessed physical health. [...] It is also possible that HIV stigma has indirect effects on physical health that were not adequately captured by CD4 and HIV viral load but were better measured by the more comprehensive SF-36 health assessment (S. 1228 f.).*

Gerade der erste Grund hat auch grundsätzliche Implikationen für die empirischen Befunde zu den starken Zusammenhängen zwischen Stigma und Depression sowie anderen (negativen) Indikatoren psychischer Gesundheit. Bereits bestehende depressive Grundhaltungen, die sich in einer negativen Sicht auf sich selbst und die umgebende Welt äußern, können auch die Wahrnehmung und Internalisierung von HIV-Stigma intensivieren, eine Sichtweise, die für die Existenz eines reziproken kausalen Zusammenhangs zwischen Stigma und psychischer Gesundheit spricht. Auch die Argumentation von Cox et al. (2012) geht inhaltlich in die gleiche Richtung, indem sie auf Übereinstimmungen zwischen den kognitiven Strukturen von depressiven Selbstschemata und Stereotypen verweisen (vgl. Abschnitt 1.2.2 dieser Arbeit).

Soziale Unterstützung kann als Mediator zwischen Stigma und der Entwicklung psychischer Störungen verstanden werden, wie dies zum Beispiel im Modell von Hatzenbühler (2009) geschieht. Allgemein wird soziale Unterstützung und insbesondere funktionale soziale Unterstützung als Ressource betrachtet, die einen protektiven Effekt ausübt. In welchem Zusammenhang HIV-Stigma und (wahrgenommene) soziale Unterstützung stehen, ist jedoch noch eine weitgehend offene Frage. Manche Autoren finden keinen Zusammenhang zwischen beiden Variablen (Murphy, Austin & Greenwell, 2007). Andere wie zum Beispiel Prachakul, Grant und Keltner (2007) berichten einen negativen Zusammenhang zwischen wahrgenommener Stigmatisierung und funktionaler Unterstützung. Sie gehen davon aus, dass soziale Unterstützung den Grad des wahrgenommenen Stigmas im Sinne einer protektiven Variable beeinflusst. Insbesondere die Subskala *negative self image* der *Berger HIV Stigma Scale* hängt offensichtlich mit fehlender (wahrgenommener) sozialer Unterstützung zusammen (Dowshen, Binns & Garofalo, 2009), was wiederum im Einklang mit Forschungsergebnissen steht, dass Menschen mit hoher wahrgenommener sozialer Unterstützung sich selbst seltener mit negativen Wörtern und häufiger mit positiven Wörtern beschreiben (vgl. Pierce, Sarason & Sarason, 1996). Auf der ande-

ren Seite ist HIV-Stigma, insbesondere die instrumentell motivierte Komponente, definiert durch soziale Zurückweisung und wirkt sich auf diese Weise negativ auf den Erhalt sozialer Unterstützung aus. Dies spricht zumindest für eine wechselseitige Beeinflussung von Stigma und sozialer Unterstützung.

Ein weiterer Mechanismus, über den Stigma das Ausmaß sozialer Unterstützung negativ beeinflussen kann, funktioniert über seinen Zusammenhang mit dem Disclosure-Verhalten. Wer seinen HIV-positiven Serostatus nicht offenlegt, kann auch in den zentralen krankheitsrelevanten Problembereichen keine soziale Unterstützung erhalten. Stigma stellt dabei den zentralen Grund für die Entscheidung dar, andere Personen nicht über die Infektion zu informieren. Dieser Sachverhalt spiegelt sich prominent in der Entscheidung von Berger et al. (2001) wider, Items, die Disclosure-Bedenken und Disclosure-Verhalten thematisieren, in ihre HIV-Stigma-Skala aufzunehmen und somit die Entscheidung über die Offenlegung des eigenen HIV-Serostatus als Operationalisierung von HIV-Stigma selbst zu verstehen.

Empirische Untersuchungen bestätigen den starken Zusammenhang zwischen Disclosure und Stigma. In der Studie von Chandra, Deepthivarma und Manjula (2006) wird Angst vor Stigmatisierung von der großen Mehrheit der befragten indischen PWA als Grund für ihr Nicht-Disclosure genannt. Derlega, Winstead, Greene, Serovich & Elwood (2002) zeigen, wie stark wahrgenommenes HIV-Stigma den Entscheidungsprozess für oder gegen Disclosure beeinflusst.

Der Prozess des Disclosure kann sich wiederum auf die Wahrnehmung und Internalisierung von HIV-Stigma auswirken. Die Offenlegung der HIV-Infektion stellt in der Regel die Voraussetzung dar, um überhaupt Opfer von Diskriminierung werden zu können. Eine negative Reaktion auf ein Disclosure kann sowohl die Wahrnehmung und Antizipation von HIV-Stigma verstärken als auch Selbstbewusstsein und Selbstwertgefühl beeinträchtigen und auf diese Weise die Internalisierung von Stigma verstärken. Die Erfahrung einer positiven Reaktion jedoch kann helfen, Wahrnehmungen von HIV-Stigma zu reduzieren. So berichten PWA, die ihren Status in der Öffentlichkeit offenlegen, von befreienden Konsequenzen, was Paxton (2002) das *paradox of public disclosure* nennt.

Die physische Gesundheit von PWA wird maßgeblich durch die ART aufrechterhalten. Der Zugang zu dieser Therapie und die vorschriftsmäßige Einnahme der Medikamente ist damit eine wichtige Voraussetzung für den körperlichen Gesundheitszustand. HIV-Stigma steht, wie empirische Studien zeigen konnten, mit Zugang und Adhärenz zur antiretroviralen Therapie in direktem und indirektem Zusammenhang.

So erweist sich HIV-Stigma in einer Längsschnittstudie mit HIV-positiven afroamerikanischen MSM als Prädiktor für Adhärenz (Bogart, Wagner, Galvan & Klein, 2010). Peretti-Watel et al. (2006) berichten von einem Zusammenhang zwischen erlebter Diskriminierung aufgrund der eigenen HIV-Infektion und mangelnder Adhärenz unter PWA in Frankreich. Andere finden nur einen indirekten Einfluss auf die Adhärenz, vermittelt über den Zusammenhang von Stigma mit Depression (Rao et al., 2012). Nicht über Depression, sondern über Selbstwirksamkeit wird der indirekte Einfluss von Stigma

auf Adhärenz in der empirischen Überprüfung eines anderen Modells vermittelt (Dilorio et al., 2009). Sayles und Kollegen berichten ebenfalls, dass Stigma in ihrer Studie die Adhärenz indirekt über den Mediator psychische Gesundheit beeinflusste, mit dem selbstberichteten Zugang zu medizinischer Versorgung bestand jedoch ein direkter Zusammenhang (Sayles, Wong, Kinsler, Martins & Cunningham, 2009).

Während diese quantitativen Studien eher für die Existenz eines indirekten statt eines direkten Effekts von Stigma auf die Adhärenz sprechen, zeigen qualitative Studien, dass Patienten als eine wesentliche Barriere für die Adhärenz zur ART die potenzielle Sichtbarmachung der Infektion durch die Einnahme der Medikamente benennen (z. B. Rao, Kekwaletswe, Hosek, Martinez & Rodriguez, 2007; Starks et al., 2008; Ware, Wyatt & Tugenberg, 2006).

Es ist zu vermuten, dass sich über den Umweg der niedrigeren Adhärenz (oder des schlechteren Zugangs zu medizinischer Versorgung) durch HIV-Stigma auch indirekte Auswirkungen auf den Immunstatus und den körperlichen Gesundheitszustand von PWA ergeben. Dies legen zum Beispiel die Ergebnisse von Sumari-de Boer, Sprangers, Prins und Nieuwkerk (2012) nahe, die in ihrer Studie einen Einfluss von HIV-Stigma auf die Adhärenz nachweisen können, die wiederum gemeinsam mit anderen Variablen das Therapieergebnis beeinflusst.

Späte Diagnosen oder der späte Beginn einer ART, d. h. zu einem Zeitpunkt, zu dem zum Beispiel bereits erste Symptome der chronischen HIV-Infektion oder AIDS-definierende Erkrankungen vorliegen, sind ebenfalls mit starken gesundheitlichen Konsequenzen für die Patienten und einer schlechteren Prognose für den Verlauf der Erkrankung verbunden. Abaynew, Deribew und Deribe (2011) berichten im Rahmen einer Fall-Kontroll-Studie in Äthiopien, dass HIV-Stigma ein wichtiger Prädiktor für einen späten Therapiebeginn war. In einer mexikanischen Studie erhöhte HIV-Stigma die Wahrscheinlichkeit einer späten Diagnose unter PWA (Carrizosa et al., 2010), und in einer Studie aus Venezuela war HIV-Stigma ebenfalls eine der Barrieren, die mit einer Spätdiagnose verbunden waren (Bonjour et al., 2008).

HIV-Stigma wird heute auch ein bedeutender Einfluss auf den weltweiten Verlauf der HIV-Epidemie nachgesagt. Die internationalen Organisationen UNAIDS und WHO formulieren in einem programmatischen Statement:

*Stigma and discrimination both stymie efforts to control the global epidemic and create an ideal climate for further growth. Together, they constitute one of the greatest barriers to preventing further infections, providing adequate care, support and treatment, and alleviating the epidemic's impact (UNAIDS/WHO, 2003, S. 31).*

Konsequenzen für den Verlauf der Epidemie haben vor allem die Auswirkungen von HIV-Stigma auf das HIV-Risikoverhalten und das HIV-Testverhalten, aber auch Präventionsansätze können in ihrer Effektivität durch den Einfluss von HIV-Stigma auf verschiedene Weise vermindert werden.

Der Einfluss von Stigma auf das sexuelle Risikoverhalten von HIV-Negativen erfolgt theoretisch über die Veränderung der wahrgenommenen Vulnerabilität für eine HIV-Infektion und die Veränderung

von Risikowahrnehmungen bezüglich riskanter Verhaltensweisen. Stigmatisierende Einstellungen gegen PWA können zum Beispiel mit Stereotypen darüber verbunden sein, welche Personen sich mit HIV infizieren und welche nicht, was wiederum Risikowahrnehmungen und Schutzverhalten beeinträchtigen kann. Das Stigmatisieren von PWA kann auch mit einem Fehlen von Empathie und Identifizierung gegenüber den Betroffenen einhergehen und zu der Wahrnehmung führen, nicht zu einer Risikogruppe zu zählen (vgl. zu diesen theoretischen Perspektiven Riley & Baah-Odoom, 2010, sowie Reidpath & Chan, 2006).

Aktuell liegen vier Studien vor, die den Zusammenhang zwischen Stigma und dem sexuellen Risikoverhalten von nichtinfizierten Personen empirisch untersucht haben. Volk und Koopman (2001) finden keinen Zusammenhang zwischen HIV-stigmatisierenden Einstellungen von Jugendlichen in Kenia und der Häufigkeit ihrer Kondomnutzung. Liu et al. (2005) können in ihrer Stichprobe von jungen Arbeitsmigranten in China jedoch zeigen, dass HIV-stigmatisierende Einstellungen sowohl mit der relativen Häufigkeit der Kondomnutzung als auch mit der Anzahl der Sexpartner und der Lebenszeitprävalenz von sexuell übertragbaren Infektionen zusammenhängen. Auch in einer Studie in Südafrika wiesen Teilnehmer, die sich stigmatisierend gegenüber PWA äußerten, ein leicht erhöhtes HIV-Infektionsrisiko auf, da sie seltener Kondome nutzten, mehr Sexualpartner hatten und bei ihnen mit einer größeren Wahrscheinlichkeit eine sexuell übertragbare Infektion diagnostiziert wurde (Pitpitani et al., 2012). Riley und Baah-Odoom (2012) testeten in einer Stichprobe von jungen Erwachsenen in Ghana, inwiefern die Wahrnehmung der eigenen Vulnerabilität als Mediator zwischen HIV-stigmatisierenden Einstellungen und Safer-Sex-Intentionen wirkt. Allerdings fand sich hier kein Zusammenhang mit aktuellem Risikoverhalten.

Hinweise liegen auch dafür vor, dass HIV-Stigma das sexuelle Risikoverhalten von PWA beeinflusst. Dieser Zusammenhang kann zum Beispiel über negativen Affekt und das Vorliegen einer Depression vermittelt sein, denn dass psychische Gesundheit und Risikoverhalten unter PWA zusammenhängen, zeigen diverse Studien (vgl. z. B. Alvy et al., 2011; Wagner, Ghosh-Dastidar, Holloway, Kityo & Mugenyi, 2012). So berichten Clum, Chung und Ellen (2009) in ihrer Studie mit jungen HIV-positiven Frauen, dass Depressivität zwischen wahrgenommenem HIV-Stigma und sexuellem Risikoverhalten vermittelt, wie sie unter Bezugnahme auf das *Cognitive Escape Model* (McKirnan, Ostrow & Hope, 1996) prognostiziert hatten. Illa et al. (2008) untersuchen den Zusammenhang zwischen wahrgenommenem HIV-Stigma und inkonsistenter Kondomnutzung bei älteren PWA. Während sich in ihrer Stichprobe ein Zusammenhang zwischen beiden Variablen in univariaten Analysen zeigt, ist dieser in multivariaten Analysen nicht statistisch signifikant. Die Autoren vermuten, dass die negative Stimmung als Mediator zwischen den beiden Variablen fungiert, überprüfen diese Annahme allerdings nicht. Hatzenbuehler et al. (2011) können wiederum im Rahmen einer Längsschnittstudie mit HIV-positiven MSM einen direkten prospektiven Zusammenhang zwischen wahrgenommenem HIV-Stigma und ungeschütztem Analverkehr mit HIV-negativen Partnern und Partnern, deren HIV-Serostatus nicht bekannt war, identifizieren, allerdings erwiesen sich die verschiedenen erhobenen

Indikatoren der psychischen Gesundheit nicht als Mediatoren dieses Zusammenhangs. In einer Studie in Frankreich stand das Erleben von Diskriminierung aufgrund der HIV-Infektion im Zusammenhang mit Risikoverhalten, also ungeschütztem Geschlechtsverkehr mit einem HIV-negativen Partner oder einem Partner, dessen HIV-Serostatus unbekannt war, in den 12 Monaten vor der Befragung (Peretti-Watel, Spire, Obadia & Moatti, 2007). In einer südafrikanischen Studie (Simbayi et al., 2007b) findet sich dagegen kein Zusammenhang zwischen erlebter Diskriminierung und sexuellem Risikoverhalten. Allerdings berichten die Autoren, dass das Erleben von Diskriminierung mit dem Nichtoffenlegen der eigenen HIV-Infektion gegenüber Sexualpartnern zusammenhängt und dieses Non-Disclosure wiederum mit sexuellem Risikoverhalten in Verbindung steht. Dieser naheliegende Mediationseffekt wurde von den Autoren jedoch nicht analysiert.

Ist die Studienlage zum Zusammenhang zwischen Stigma und Risikoverhalten bei Infizierten und Nichtinfizierten noch als dürftig zu kritisieren, liegt eine Vielzahl von Studien vor, die den Zusammenhang zwischen HIV-Stigma und dem HIV-Testverhalten belegen. In diversen Kulturen und Zielgruppen konnten HIV-stigmatisierende Einstellungen als eine zentrale Barriere für die Durchführung eines HIV-Tests identifiziert werden. So zeigen umfangreiche Studien, die in China durchgeführt wurden, dass stigmatisierende Einstellungen gegenüber PWA unter MSM mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit in Zusammenhang stehen, noch nie auf HIV getestet worden zu sein (Li, Lu, Raymond et al., 2012) sowie nicht aktuell auf HIV getestet worden zu sein (Li, Lu, Ma et al., 2012), und unter intravenös Drogen Konsumierenden mit einer geringeren Bereitschaft zur Durchführung eines HIV-Tests (Du et al., 2012) verbunden sind. Auch in Afrika stellt HIV-Stigma einen zentralen Prädiktor für HIV-Testverhalten dar. Zwar finden Venkatesh et al. (2011) keinen Zusammenhang zwischen Stigma und Testverhalten bei Bewohnern eines Townships in Südafrika, in anderen südafrikanischen Studien zeigt sich jedoch, dass Stigma durchaus mit dem HIV-Testverhalten zusammenhängt (Pipitan et al., 2012; Young et al., 2010). In einer Studie in Namibia stand Stigma zwar nicht mit dem bisherigen Testverhalten, aber mit dem Interesse, zukünftig einen HIV-Test zu machen, in Verbindung (Creel & Rimal, 2011). In Malawi hingegen konnte in einer Studie ein Zusammenhang zwischen Stigma und dem Interesse an einem HIV-Test sowie dem bisherigen Testverhalten identifiziert werden (Berendes & Rimal, 2011). Stigma erwies sich in Afrika auch als Barriere für die Teilnahme an freiwilligen Test- und Beratungsangeboten, so unter Jugendlichen in Nigeria (Yahaya, Jimoh & Balogun, 2010) und in Tansania (Ostermann et al., 2011), unter Männern in Uganda (Bwambale, Ssali, Byaruhanga, Kalyango & Karamagi, 2008) und unter schwangeren Frauen in Nigeria (Okonkwo, Reich, Alabi, Umeike & Nachman, 2007). Auch bei schwangeren Frauen in Kenia erwies sich antizipiertes HIV-Stigma als ein wichtiger Prädiktor für die Weigerung, einen HIV-Test durchführen zu lassen (Turan et al., 2011). Nicht nur individuelle stigmatisierende Einstellungen, sondern auch ein aggregiertes Maß für Stigma auf dem Community-Level standen in einer Studie, die unter ghanaischen Frauen durchgeführt wurde, mit dem tatsächlichen Testverhalten und dem Interesse an einem HIV-Test in Zusammenhang (Koku, 2011). Studienergebnisse, die als Beleg für die Rolle von HIV-Stigma als Barriere zur Durchführung

eines HIV-Tests dienen können, liegen darüber hinaus auch aus anderen Teilen der Welt vor. So korrelierte das HIV-Testverhalten von Gefängnisinsassen in Jamaika (Andrinopoulos, Kerrigan, Figueroa, Reese & Ellen, 2010), von Truckfahrern in Brasilien (Pulerwitz, Michaelis, Lippman, Chinaglia & Díaz, 2008) und von MSM in Schottland (Flowers, Knussen & Church, 2003) mit den HIV-stigmatisierenden Einstellungen der Befragten.

HIV-Stigma kann auch eine Bedrohung der Effektivität von Interventionen zur HIV-Prävention darstellen. Programme, die auf Information, Aufklärung und Verhaltensänderung zielen, können in ihrer Wirksamkeit durch eine mangelnde Teilnahmebereitschaft der Zielgruppe beeinflusst werden. Eine Studie unter chinesischen Arbeitsmigranten konnte hier zeigen, dass die Bereitschaft, an einer HIV-Präventionsintervention teilzunehmen, von den HIV-stigmatisierenden Einstellungen der Befragten abhängt (Yang et al., 2004). Auch auf den Wissenszuwachs von Teilnehmenden an einer solchen Intervention kann sich HIV-Stigma negativ auswirken, wie Barker et al. (2012) in einer Studie mit afro-amerikanischen Heranwachsenden zeigen konnten.

Als Konsequenz dieser empirischen Befunde zu den Auswirkungen auf das HIV-Testverhalten, den Zugang zu medizinischer Versorgung, die Bereitschaft zur Aufnahme einer antiretroviralen Therapie und die Adhärenz zu dieser Therapie stellt HIV-bezogene Stigmatisierung auch eine zentrale Herausforderung für den Erfolg der biomedizinischen Präventionsansätze dar, die auf der Wirkung der antiretroviralen Medikamente zur Behandlung der HIV-Infektion beruhen (vgl. dazu Mahajan et al., 2008; MacQueen, 2011, und Abschnitt 1.3.2 dieser Arbeit).

### **1.2.6 Strategien zur Entstigmatisierung von HIV**

Angesichts der vielfältigen psychischen und sozialen Funktionen, die die Stigmatisierung von PWA für die Stigmatisierer erfüllt, und angesichts der wirkmächtigen gesellschaftlichen Repräsentationen von HIV/AIDS, die die Stigmatisierung begünstigen und aufrechterhalten, stellt der Kampf gegen Stigma eine mühsame und langwierige Aufgabe dar. Weil die Funktion HIV-bezogener Stigmatisierung in der Wahrnehmung besteht, vermeintliche psychologische und soziale Kontrolle über eine wahrgenommene reale oder symbolische Bedrohung zu erlangen, ist es unrealistisch anzunehmen, dass die Stigmatisierung von Erkrankungen wie HIV/AIDS, die unbezweifelbar grundsätzlich eine reale physische Bedrohung darstellen, völlig eliminiert werden kann. Dennoch ist es wichtig, angesichts der massiven negativen Konsequenzen von HIV-Stigma für die Stigmatisierten und für den Verlauf der Epidemie am Ziel einer Welt ohne Stigmatisierung und Diskriminierung von PWA festzuhalten.

In den letzten Jahren sind verstärkte Bemühungen auf politischer Ebene, aber auch durch Vertreter von Selbsthilfe und Wissenschaft zu verzeichnen, die HIV-bezogene Stigmatisierung zu bekämpfen. Dabei werden die unterschiedlichsten Ansätze, Strategien und Ziele verfolgt. Grundsätzlich können

Anti-Stigma-Strategien entweder auf die strukturelle Ebene oder die Ebene des Individuums zielen. Während strukturelle Ansätze Gesetze oder andere politische Maßnahmen zu ändern versuchen, die zu einer Stigmatisierung beitragen, wird auf der individuellen Ebene eine Veränderung von Einstellungen, Überzeugungen, aber auch Gefühlen und Verhaltensweisen angestrebt. Strategien dieser Art richten sich allerdings nicht nur an Menschen, die nicht HIV-infiziert sind (als potenzielle Stigmatisierer), sondern können sich auch an die Stigmatisierten selbst richten, indem diese in ihrer Bewältigung der Auswirkungen der Stigmatisierung unterstützt werden. Die Bewältigung (Coping) stigmatisierender Erfahrungen und Wahrnehmungen sowie die Verhinderung der Internalisierung von stigmatisierenden Einstellungen kann durch Beratung und Therapie, aber auch durch Empowerment und direkte politische Aktion der Betroffenen gefördert werden. Der Partizipation von PWA bei allen Entscheidungen, die sie betreffen, gerade auch bei Maßnahmen gegen ihre Stigmatisierung, wird international ebenfalls eine zentrale und unabdingbare Bedeutung zugemessen, was in den Kriterien der *GIPA*-Deklaration (*Greater Involvement of People Living with HIV and AIDS*) ihren Ausdruck findet (UNAIDS, 2000). Eine ausführliche Erörterung dieser Strategien steht allerdings nicht im Fokus dieser Arbeit, hierzu wird auf Campbell und Deacon (2006) sowie Parker und Aggleton (2003) verwiesen.

Wie kann HIV-Stigma in Form von Einstellungen, Vorurteilen und Verhaltensweisen also verändert, reduziert werden? Dieser Frage wird im Folgenden anhand theoretischer Grundlagen und von Beispielen aus der Praxis nachgegangen werden.

Eine theoretische Fundierung von Anti-Stigma-Interventionen ist die zentrale Voraussetzung für ihren Erfolg, wie Angermeyer (2002) in seinem Kommentar „From intuition- to evidence-based anti-stigma interventions“ für die Bekämpfung des Stigmas psychischer Erkrankungen formuliert (vgl. dazu auch Stuart, 2008). Auch im Bereich der Bekämpfung von HIV-Stigma setzt sich diese Sichtweise durch. So kritisieren Bos et al. (2008), dass gerade in Entwicklungsländern „most of these stigma interventions are not based upon scientific insights on social stigma and stigma reduction“ (S. 451). In Analogie zur Praxis von Gesundheitsförderung und Prävention stellen sie fest, dass „without a theory- and evidence-based understanding of the cognitive, emotional and behavioural aspects of AIDS-related stigma, health promoters lack the insight in what should change to reduce AIDS stigma“ (S. 451). Ihr *Cognitive-Emotional Model of AIDS-Related Stigmatization* (siehe Abbildung 4) wurde zu dem Zweck entwickelt, diese praktisch relevanten Fragen nach den Prädiktoren für HIV-Stigma zu beantworten. Demnach stellen die wahrgenommene Ansteckungsgefahr, der wahrgenommene Schweregrad, die zugeschriebene persönliche Verantwortung für die Infektion und die Einstellung zu normverletzendem Verhalten die theoretischen und evidenzbasierten Ansatzpunkte für eine effektive Anti-Stigma-Intervention dar.

Um HIV-Stigma effektiv zu bekämpfen, sind neben Theorien zu den Prädiktoren des Stigmatisierungsprozesses auch theoretische Erkenntnisse über die Veränderbarkeit der dem Stigmatisierungsprozess zugrunde liegenden psychologischen Variablen wie Stereotype, Vorurteile und Einstellungen

notwendig. Die sozialpsychologische Forschung hat in jahrzehntelanger Beschäftigung mit dieser Frage eine Reihe wichtiger Befunde hervorgebracht, die als theoretische Grundlage für Strategien der Bekämpfung von Stigma dienen können.

Eine grundlegende Erkenntnis der Einstellungsforschung betrifft die Persistenz von Einstellungen, Stereotypen und Vorurteilen. Lippmans (1922) Feststellung, that „there is nothing so obdurate to education or criticism as the stereotype“ (S. 99), hat zwar grundsätzlich nichts an Aktualität verloren, aber seit diesem frühen Urteil wurden verschiedene sozialpsychologische Theorien und Modelle, wie Stereotypen und Vorurteilen verändert werden können, vorgelegt und empirisch überprüft.

Eine dieser Strategien stellt die bewusste Unterdrückung der Stereotype durch ihren Träger dar. Dies erfordert in der Praxis jedoch eine hohe Motivation und Anstrengung, da sonst ungewünschte Konsequenzen wie die Verstärkung der zu unterdrückenden Stereotypinhalte resultieren können (für einen Überblick hierzu siehe Monteith, Sherman & Devine, 1998). Auch wenn dieser Ansatz auf den ersten Blick als wenig geeignet für den Einsatz in Interventionen erscheint, deren Zielgruppe über (hochmotivierte) Einzelpersonen hinausgeht, findet sich der Grundgedanke doch auch in anderen Ansätzen der Stigma- und Vorurteilsforschung. Plant und Devine (1998) betonen zum Beispiel die Rolle internaler und externaler Motivation, Vorurteile zu unterdrücken. Die empirische Beobachtung, dass Vorurteile aus eben diesen Gründen nicht öffentlich geäußert werden, hat zum Beispiel im Kontext der Rassismus-Forschung zur Bildung des Konstrukts des modernen oder symbolischen Rassismus geführt. Auch Crandall und Eshleman (2003) verstehen geäußerte Vorurteile nur als Funktion der *genuinen Vorurteile*; Letztere werden durch verschiedene Mechanismen sowohl der Rechtfertigung als auch der Unterdrückung von Vorurteilen moderiert, bevor sie geäußert werden. Miller, Grover, Bunn und Solomon (2011) haben das Konzept der Unterdrückung von Vorurteilen in einer Studie zu gesellschaftlichen Prädiktoren für HIV-Stigma untersucht. Sie finden tatsächlich, dass die Bedenken, den eigenen HIV-Serostatus offenzulegen, unter PWA aus Communities, in denen die potenziellen Stigmatisierer durch persönliche Wertvorstellungen motiviert waren, HIV-bezogene Vorurteile zu kontrollieren, geringer waren als bei PWA aus Communities, in denen die Stigmatisierer keine derartigen Wertvorstellungen hegten. Empirische Befunde dieser Art zeigen, dass die bewusste Unterdrückung von Vorurteilen durchaus Auswirkungen auf das Erleben von Stigmatisierung durch die PWA haben kann und dass dieser Ansatz, obwohl er nur auf die *Äußerung* der Vorurteile/Stereotype, aber nicht auf deren *Inhalte* selbst zielt, Potenzial für die Anwendung in Anti-Stigma-Kampagnen aufweist. Eine konkrete Anwendungsmöglichkeit für diesen Ansatz stellen zum Beispiel Anti-Stigma-Strategien dar, die auf eine Bewusstmachung der Existenz von HIV-Stigma setzen.

Ein anderer Ansatz nutzt die Bedeutung psychologischer Konsistenz für das Individuum. In Festingers einflussreicher *Theorie der kognitiven Dissonanz* (1957) entsteht bei einer Person mit mindestens zwei sich widersprechenden Kognitionen (dies können auch Überzeugungen, Verhaltensweisen, emotionale Reaktionen sein) eine Dissonanz, die die Person zu reduzieren bestrebt ist. Dies kann geschehen, in-

dem eine der bestehenden Kognitionen verändert wird, neue ergänzende Kognitionen entstehen oder indem die Bedeutung einer der beiden Kognitionen vermindert wird. Stereotype (und Vorurteile, Stigma) können, so lässt sich aus diesem Modell folgern, demnach grundsätzlich durch die Bereitstellung stereotyp-inkonsistenter Informationen verändert werden. Auf diesem Prinzip basieren drei kognitive Modelle, die sich in der Intensität und der Art der Reaktion auf die Konfrontation mit inkonsistenten Informationen unterscheiden. Das *Bookkeeping*-Modell sagt einen graduellen Wandel des Stereotyps mit jeder neuen relevanten inkonsistenten Information hervor, während das *Conversion*-Modell nach dem Alles-oder-Nichts-Prinzip entweder einen dramatischen Wandel des Stereotyps bei drastischen neuen Informationen oder gar keinen Wandel bei geringfügig inkonsistenten Informationen prognostiziert. Das *Subtyping*-Modell hingegen versteht Stereotype als hierarchisch angeordnete kognitive Strukturen. Neue inkonsistente Informationen führen innerhalb dieser kognitiven Strukturen zur Bildung eines spezifischen Substereotyps, die das übergeordnete Super-Stereotyp vor einer Veränderung „schützen“ (Weber & Crocker, 1983). Unter den drei Modellen hat sich das *Subtyping*-Modell empirisch am besten bewährt (Hewstone, 1994). Während der *Subtyping*-Prozess als „a fundamental aspect of group representations, [...] that seems to insulate stereotypes from change“ (S. 69) verstanden werden kann, können aus diesem Modell auch Hinweise abgeleitet werden, wie Interventionen, die auf eine Veränderung von Stereotypen und Vorurteilen zielen, effektiver gestaltet werden können. Kunda und Oleson (1997) schlussfolgern, dass Stereotype verändert werden können, wenn Menschen mit Individuen konfrontiert werden, die nur moderat von einem vorherrschenden Stereotyp abweichen, denn der Prozess des *Subtyping*, der zur Aufrechterhaltung des Stereotyps führt, laufe umso wahrscheinlicher ab, je extremer sich die neue Information vom bestehenden Stereotyp unterscheidet. Auch die Präsentation vieler unterschiedlicher Individuen, die vom Stereotyp abweichen, ermöglicht die Veränderung eines Stereotyps, da es auf diese Weise dem Stereotypträger schwer fallen sollte, für alle diese Individuen Subgruppen zu bilden (Kunda & Oleson, 1995).

Neben diesem informationsbasierten Ansatz, die den Stereotypen und Vorurteilen zugrundeliegenden Schemata durch die Präsentation inkonsistenter Informationen zu ändern, existiert mit der Kontakt-Theorie ein weiterer weithin erforschter Ansatz zur Änderung dieser Schemata. Kontakt zwischen verschiedenen Gruppen wurde bereits von Allport<sup>12</sup> in seiner grundlegenden Monografie „The Nature of Prejudice“ (1954) als Strategie vorgeschlagen, rassistische Vorurteile zu bekämpfen. Seitdem wurde diese Kontakt-Theorie in Hinblick auf diverse Gruppen empirisch untersucht. Auf der Basis dieser umfangreichen Forschungsbefunde kommen Pettigrew und Tropp (2006) im Rahmen einer Meta-Analyse zu dem Schluss, dass substanzielle Evidenz für die Reduktion von Vorurteilen verschiedenster Arten durch Kontakt zwischen Gruppen existiert. In einer weiteren Meta-Analyse können die Autoren zeigen, dass der Zusammenhang zwischen Kontakt und dem Abbau von Vorurteilen über drei

---

<sup>12</sup> Allport gilt zwar weithin als Vater der Kontakt-Theorie, konnte allerdings auf zahlreiche theoretische Überlegungen und empirische Befunde zur Wirkung von Kontakt zwischen ethnischen Gruppen zurückgreifen (für einen Überblick über die Geschichte der Kontakt-Hypothese vgl. Pettigrew & Tropp, 2005).

Mechanismen vermittelt wird. Die beiden affektiven Faktoren 1) Angstreduktion und 2) Empathiebildung spielen jedoch eine wichtigere Rolle als der kognitive Faktor 3) Wissenszuwachs. Aufgrund von Zusammenhängen, die sie zwischen Angstreduktion auf der einen Seite und Empathiebildung sowie Wissenszuwachs auf der anderen Seite identifizieren können, vermuten sie, dass „there may be a causal sequence operating whereby initial anxiety must first be reduced with intergroup contact before increased empathy, perspective taking, and knowledge of the outgroup can effectively contribute to prejudice reduction“ (Pettigrew & Tropp, 2006, S. 929). Die Befunde zur Effektivität von direktem sozialem Kontakt wurden in den letzten Jahren um Hinweise auf die Effektivität von indirektem Kontakt für die Reduktion von Vorurteilen ergänzt. Indirekter Kontakt kann in erweitertem bzw. stellvertretendem Kontakt bestehen, bei dem ein Kontakt eines anderen Gruppenmitglieds mit einem Mitglied der anderen Gruppe beobachtet wird oder man davon bloß erfährt. Aber auch ein lediglich imaginierter Kontakt mit einem Mitglied der anderen Gruppe kann Vorurteile abbauen (für einen Überblick vgl. Dovidio, Eller & Hewstone, 2011), und auch für die erst kürzlich vorgelegte *Parasocial Contact Hypothesis* (Schiappa, Gregg & Hewes, 2005), die die Kontakt-Theorie auf die massenmediale Kommunikation anwendet, liegen erste Befunde zur Wirkung von Fernsehsendungen, die Mitglieder stigmatisierter Gruppen positiv darstellen, auf die Reduktion von Vorurteilen bei den Zuschauern vor (Schiappa, Gregg & Hewes, 2006).

Abschließend sei auf eine wichtige Konsequenz der Annahmen des funktionalen Ansatzes von Einstellungen eingegangen, auf die auch Yep (1997) hinweist. Unterschiedliche Funktionen von Einstellungen bedingen demnach auch unterschiedliche Herangehensweisen an die Veränderung dieser Einstellungen. Für das von ihm gewählte Beispiel der Änderung homophober Einstellungen schlägt Yep entsprechend differenzierte Strategien vor. Programme, die Einstellungen ändern wollen, die zum Beispiel einer Wissensfunktion (*knowledge function*) dienen, sollten auf die Vermittlung von Wissen und Fakten beruhen, während Einstellungen, die der Äußerung von Werten dienen (*value expressive function*), durch das Thematisieren von potenziellen Problemen, Konflikten und Inkonsistenzen in den individuellen Wertesystemen angegriffen werden sollten. Auch auf Unterschiede in der Veränderbarkeit der unterschiedlich motivierten Formen von HIV-Stigma, also von symbolischem und instrumentellem Stigma, wurde in der Literatur hingewiesen. Instrumentell motiviertes Stigma (das ebenfalls einer Wissensfunktion dient) kann durch Aufklärung und Information über die HIV-Infektion, die Transmissionswege und Schutzmöglichkeiten reduziert werden, symbolisch motiviertes Stigma hingegen, das auf übergeordneten Werthaltungen und moralischen Überlegungen basiert, wird durch informationsbasierte Interventionen kaum veränderbar sein (vgl. Herek, 2002; Crandall et al., 1997). Pryor et al. (1991) haben diese Annahme anhand eines Films überprüft, der über die Ungefährlichkeit der Zusammenarbeit mit einem HIV-infizierten Kollegen am Arbeitsplatz aufklären soll. In ihrer Studie zeigten homophobe Studierende (für die HIV-Stigma überwiegend eine symbolische Funktion hat) und nicht homophobe Studierende (für die HIV-Stigma überwiegend eine instrumentelle Funktion hat) unterschiedliche Reaktionen auf diesen Film. Unter den nicht homophoben Teilnehmern (*prohomose-*

*xual subjects*) zeigte sich die intendierte Wirkung, indem diejenigen von ihnen, die den Film gesehen hatten (Interventionsgruppe), eine deutlich höhere Bereitschaft berichteten, mit einem HIV-infizierten Kollegen an einem Arbeitsplatz zusammenzuarbeiten, als diejenigen, die den Film nicht gesehen hatten (Kontrollgruppe). Unter den homophoben Teilnehmern (*antihomosexual subjects*) zeigte sich jedoch kein Unterschied zwischen Mitgliedern der Interventions- und der Kontrollgruppe.<sup>13</sup>

### Strategien zur Reduzierung von HIV-Stigma

Diese grundlegenden sozialpsychologischen Forschungsbefunde finden auch Anwendung in den praktischen Ansätzen zur Reduktion von HIV-Stigma. Hier lassen sich zwei zentrale Strategien unterscheiden, die sich auf diese Forschungsbefunde beziehen, nämlich Information/Aufklärung und der Kontakt mit PWA (vgl. Bos et al., 2008; Brown, Macintyre & Trujillo, 2003; Heijnders & van der Meij, 2006).

Informationsbasierte Ansätze finden sich in den meisten Interventionen zur Reduktion von HIV-Stigma wieder (Brown et al., 2003). Diese Ansätze können unterschiedlichste Kanäle wie zum Beispiel Anzeigen, Broschüren, Videos oder direkte Präsentationen vor Personengruppen nutzen. Informationsbasierte Ansätze eignen sich besonders dazu, instrumentell motiviertes Stigma zu bekämpfen, das auf der Wahrnehmung einer physischen Bedrohung durch PWA beruht. Informationen können diese Wahrnehmung korrigieren, insofern sie auf inkorrekten Überzeugungen über die HIV-Transmissionswege basiert. Ferner können falsche, veraltete Bilder von HIV/AIDS thematisiert werden, indem die Behandelbarkeit von HIV angesprochen und die Lebensrealität von Menschen mit einer HIV-Infektion dargestellt wird, die sich prinzipiell nicht von derjenigen anderer Menschen mit einer chronischen Erkrankung unterscheidet. Informationsbasierte Ansätze zielen also vor allem auf die Prädiktoren *wahrgenommene Ansteckungsgefahr* und *wahrgenommener Schweregrad* des Modells von Bos et al. (2008). Sie können aber auch stereotyp-inkonsistente Informationen präsentieren, die beispielsweise die Wahrnehmung korrigieren sollen, dass die HIV-Infektion immer in der Verantwortung der HIV-Infizierten liegt oder mit normverletzendem Verhalten verbunden ist. Auf diese Weise können sie auch auf die beiden anderen Prädiktoren des Modells zielen.

Informationsbasierte Ansätze werden oft mit Kontakt-Ansätzen kombiniert, das heißt, es wird eine Umgebung geschaffen, in der die Zielgruppe der Intervention mit PWA in sozialen Kontakt kommt. Dieser Kontakt kann direkter Art sein, zum Beispiel wenn PWA als Redner oder Trainer im Rahmen der Intervention fungieren oder als Gesprächspartner zur Verfügung stehen. Der Kontakt kann aber auch indirekt über Medien vermittelt werden, über Testimonials von PWA zum Beispiel, aber auch durch die Integration von HIV-positiven Figuren in Filme oder Fernsehserien (vgl. Brown et al., 2003). Kontakt-Ansätze sind geeignet, Ängste vor PWA abzubauen, worin bereits ein Ziel von Anti-

<sup>13</sup> Zur Kritik an dem von Pryor et al. (1991) eingesetzten Instrument zur Erfassung von Homophobie und zu alternativen Erklärungen für die von Pryor und Kollegen in dieser und anderen Studien gefundenen Zusammenhänge von Homophobie und HIV-Stigma siehe Abschnitt 1.2.3 dieser Arbeit.

Stigma-Interventionen bestehen kann, sie ermöglichen bzw. erleichtern dadurch aber auch die Aufnahme neuer Informationen und die Empathiebildung.

### Beispiele für Kampagnen zur Entstigmatisierung von HIV

Verschiedenste Interventionen, die einem oder beiden dieser Ansätze folgen, wurden mittlerweile realisiert. Nicht alle Interventionen zielen primär auf die Reduktion von HIV-Stigma. Im Rahmen von bevölkerungsweiten Kampagnen ist die Bekämpfung von HIV-Stigma auch teilweise eingebettet in (zielgruppenspezifische) HIV-Präventionskampagnen wie zum Beispiel in der Kampagne *ICH WEISS WAS ICH TU* der Deutschen AIDS-Hilfe e. V. Bei einigen der Interventionen handelt es sich um medial vermittelte, bevölkerungsweite Kampagnen, andere sind Schulungsprogramme, die in kleineren Stichproben eingesetzt werden.

Für den Einsatz im Internet wurden in den letzten Jahren einige informationsbasierte Interventionen initiiert, die darauf setzen, die Zielgruppe zu überzeugen. Das *HIV Stigma Project* etwa strebt die Reduktion von HIV-Stigma und letztendlich auch der HIV-Inzidenz durch die Vermittlung eines breiten Wissens über HIV/AIDS und die HIV-Epidemie an. Das Ziel der Kampagne besteht in einer

*„HIV Neutral“ world, free of judgment, fear, discrimination and alienation by educating both positive and negative individuals from all walks of life about the constantly evolving state of the epidemic. We seek to reduce the HIV infection rate through knowledge, awareness, and effective marketing and advertising (The Stigma Project, o. Jahr).*

Durch Plakate und *Wallpaper* (Anzeigenbanner im Internet) verbreitet die Kampagne ihre Botschaften, die sich zum Beispiel gegen die Kriminalisierung der HIV-Transmission, gegen die Abwertung von PWA und gegen veraltete Wahrnehmungen und Bilder von HIV/AIDS aussprechen. Informationen zu den theoretischen Hintergründen, genutzten Strategien und angesprochenen Zielgruppen finden sich nicht, sodass davon auszugehen ist, dass es sich nicht um eine theoriebasierte Kampagne handelt. Eine Evaluation der Kampagne (und damit Angaben zu ihrer Reichweite und Wirksamkeit) liegt ebenfalls nicht vor.

Im Gegensatz dazu wurde die ebenfalls internetbasierte Kampagne *hivstigma.com* aus Kanada einer Prozess- und Ergebnisevaluation unterzogen (Adam et al., 2011). Dieses Projekt bezog HIV-positive schwule Männer im Rahmen des *Community Mobilisation Model* (vgl. Adam, 1997) in die Konzipierung und Durchführung der Kampagne ein. Sie richtete sich an HIV-negative schwule Männer und andere MSM und setzte vor allem auf die Bewusstmachung der Existenz und der negativen Konsequenzen von HIV-Stigma. Darüber hinaus sollte sie stigmatisierende Verhaltensweisen von HIV-negativen MSM gegenüber HIV-positiven MSM bewusst machen und reduzieren. Mit der Frage „If you were rejected everytime you disclose, would you?“ sollten Diskussionen und Umdenkprozesse in der Zielgruppe angestoßen werden. Zu diesem Ziel wurde nicht nur die namensgebende Homepage entwickelt, sondern es wurden auch communityweit Anzeigen geschaltet und Informationsmaterialien von Vor-Ort-Mitarbeitern in der schwulen Szene verteilt. Die begleitende internetbasierte Evaluation

stellte eine Wirksamkeit der Intervention hinsichtlich der Erreichung ihrer Ziele fest (vgl. Adam et al., 2011).

Reine Informationskampagnen sind in diesem Bereich jedoch selten, sehr häufig werden diese um den Aspekt des direkten oder indirekten Kontakts mit Menschen, die mit HIV oder AIDS leben, ergänzt.

Ein Beispiel für eine Intervention, die sowohl Informations- als auch Kontaktelemente umfasst, stellt die kurze Intervention zur Stigmareduktion bei gesundheitlichen Fachkräften dar, die Wu et al. (2008) entwickelt und getestet haben. Diese vierstündige Intervention besteht aus einer Mischung aus Spielen, Diskussionen, Rollenspielen, Kontakt mit PWA und dem Bericht eines Arztes über den eigenen, stigmafreien Umgang mit HIV-Patienten. Diese intensive Intervention, die in einem *Randomized Control Trial* (RCT) mit drei Messzeitpunkten evaluiert wurde, führte zu einer deutlichen Reduktion in allen erfassten Indikatoren für HIV-Stigma. Die Effekte erwiesen sich als zeitstabil und waren sechs Monate nach der Intervention sogar noch stärker ausgeprägt als drei Monate nach der Intervention.

Den Effekt von direktem und indirektem Kontakt auf stigmatisierende Einstellungen prüften Herek und Capitanio (1997) im Rahmen ihrer repräsentativen bevölkerungsweiten Telefonbefragungen zu HIV-Stigma in den USA. In ihrem längsschnittlichen Studiendesign erhoben sie über zwei Wellen (1990/91 und 1991/92), ob die Befragten eine PWA kennen (direkter Kontakt) und ob sie von der Bekanntmachung des prominenten Basketballspielers Earvin „Magic“ Johnson über seine HIV-Infektion gehört hatten (indirekter Kontakt). Diese Bekanntmachung erfolgte zwischen den beiden Erhebungswellen und kann als eine „natürliche Intervention“ (vgl. Brown, Trujillo & Macintyre, 2001) verstanden werden. Selbstberichtete Kenntnis einer PWA, also direkter Kontakt, stand deutlich mit einer geringeren Zustimmung zu stigmatisierenden Einstellungen in Zusammenhang. Da grundsätzlich nichtstigmatisierende Einstellungen gegenüber PWA auch zu einer größeren Bereitschaft führen, mit diesen in Kontakt zu treten, ist die Richtung eines etwaigen kausalen Zusammenhangs zwischen Stigma und Kontakt unklar. Einen deutlicheren Hinweis auf den Effekt von Kontakt geben allerdings die Analysen der Befragten, die nur zum zweiten Erhebungszeitpunkt Kontakt mit einer PWA berichteten. Diese Personen, die zwischen den Erhebungszeitpunkten erstmalig Kontakt zu einer PWA hatten, zeigten zum zweiten Erhebungszeitpunkt eine geringere Vermeidungsbereitschaft gegenüber PWA, aber keine Veränderungen hinsichtlich anderer Aspekte von HIV-bezogener Stigmatisierung wie Schuldzuweisungen und Unterstützung repressiver Maßnahmen gegenüber PWA.

Noch schwieriger war es, den Effekt des indirekten Kontakts über die Kenntnis von Johnsons Bekanntmachung seines HIV-Status zu analysieren. Da fast alle Befragten von der Bekanntmachung gehört hatten, nutzten die Autoren für ihre Analysen die Selbsteinschätzungen dazu, in welchem Ausmaß eigene Einstellungen durch die Bekanntmachung beeinflusst wurden. Es zeigten sich nur Effekte für die Vermeidungsbereitschaft, aber nicht für die anderen Aspekte von HIV-bezogener Stigmatisierung. Personen, die bei der ersten Erhebung eine besonders hohe Vermeidungsbereitschaft geäußert hatten, bezeichneten sich am stärksten durch die Bekanntmachung beeinflusst und zeigten bei der

zweiten Erhebung eine gesunkene Vermeidungsbereitschaft. Die Autoren schlossen aufgrund dieser methodischen, durch das Studiendesign bedingten Mängel lediglich, dass die Bekanntmachung der HIV-Infektion durch „Magic“ Johnson in der Allgemeinbevölkerung zu einer Reduktion der Vermeidungsbereitschaft gegenüber PWA geführt haben *könne* (für weitere Studien zu den Auswirkungen dieses Ereignisses vgl. den Review von Kalichman, 1994). Hinsichtlich des Effekts von direktem Kontakt argumentierten sie ebenfalls vorsichtig, dass „any causal relationship between direct contact and attitudes, to the extent that one exists, is not simple“ (Herek & Capitanio, 1997, S. 26). Kontakt kann in erster Linie die Vermeidungsbereitschaft, also instrumentelle Aspekte HIV-bezogener Stigmatisierung, reduzieren, nicht jedoch oder nur auf längere Sicht andere Aspekte von HIV-Stigma.

In Deutschland arbeitet die Kampagne ICH WEISS WAS ICH TU unter anderem mit einem Rollenmodellansatz, der indirekte, massenmedial vermittelte Kontakte mit authentischen schwulen und bisexuellen Männern, die mit HIV leben, ermöglicht und zu einer Auseinandersetzung mit den biografischen Berichten über ihren Umgang mit der HIV-Infektion anregt (vgl. Sander, 2012). Den Ergebnissen einer begleitend durchgeführten Ergebnisevaluation zufolge war die Kampagne, für die die Stigmareduktion in der Zielgruppe nur ein Ziel unter verschiedenen anderen war, hinsichtlich dieses Ziels erfolgreich (vgl. Drewes, Kraschl & Kleiber, 2011; Drewes & Kleiber, 2012). Eine weitere deutsche Anti-Stigma-Kampagne, die sich allerdings an die Allgemeinbevölkerung richtet, arbeitet ebenfalls mit authentischen PWA. Die *Welt-AIDS-Tags-Kampagne* „Positiv zusammen leben. Aber sicher!“ der *Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)* in Kooperation mit der *Deutschen AIDS-Hilfe e. V.* und der *Deutschen AIDS-Stiftung* zielt auf eine Gesellschaft ohne Diskriminierung und Ausgrenzung von PWA, indem Menschen über HIV/AIDS aufgeklärt werden, HIV-Stigma bewusst gemacht wird und „realisierbare Lösungsansätze für ein positives Zusammenleben aufgezeigt werden“ (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, o. Jahr). Die HIV-positiven Kampagnenbotschafter repräsentieren die Kampagne in der Öffentlichkeit und schaffen auf diese Weise direkte und indirekte Kontaktmöglichkeiten. Evaluationsergebnisse zu Wirksamkeit und Reichweite der Kampagne liegen allerdings nicht vor.

Mittlerweile wurden mehrere Übersichtsarbeiten vorgelegt, die den jeweils aktuellen Erkenntnisstand der Forschung über (die Effektivität von) Interventionen zur Reduzierung von HIV-Stigma darlegen (Brown et al., 2003; Heijnders & van der Meij, 2006; Sengupta et al., 2011). Als systematische Reviews (vgl. Higgins & Green, 2008; Petticrew & Roberts, 2006) formulieren diese Arbeiten hohe Anforderungen an die interne und externe Validität der Studien, die sie einbeziehen. Die Kritik der Autoren fokussiert entsprechend vor allem auf die methodischen Mängel der durchgeführten Studien, die aus ihrer Sicht inhaltliche Schlussfolgerungen kaum zulassen.

Als ein grundlegendes Problem stellt sich heraus, dass viele dieser Interventionen gar nicht auf ihre Wirkung hin evaluiert werden (Heijnders & van der Meij, 2006). Für die von ihnen betrachteten 22 Studien, die Interventionen beschrieben, die einer Evaluation unterzogen wurden, kritisieren Brown et

al. (2003) darüber hinaus 1) eine mangelnde externe Validität, da diese in der Regel nur in kleinen Populationen von (Psychologie-)Studierenden durchgeführt wurden, 2) die Vielzahl von eingesetzten Instrumenten zur Erfassung von HIV-Stigma, von denen die meisten nicht psychometrisch getestet waren oder gar Stigmatisierung nur mit einem einzelnen Item erfassten, und 3) die mangelnde Erfassung von Langzeiteffekten. Inhaltlich stellen sie fest, dass die Interventionen nach ihrer Art, ihrem Inhalt, ihrer Intensität und dem Zielpublikum zu unterschiedlich waren, um die Ergebnisse zusammenfassend darstellen zu können. Während gemischte Interventionen, die über die reine Präsentation von Informationen hinausgehen, offenbar besser wirken als Interventionen, die nur einen Ansatz nutzen, folgern sie doch:

*However, we can still conclude little about which types of mixed method interventions work best for reducing stigma. Each mix seems to have something to recommend it, and yet no studies have tackled the relative impact of different strategies systematically (Brown et al., 2003, S. 66).*

Stärker noch kritisieren Sengupta et al. (2011), die bei der Auswahl der Studien für ihren systematischen Review Wert auf ein Pretest-Posttest-Studiendesign legen, die methodische Qualität der von ihnen gesichteten Interventionsstudien. Obwohl 14 der 19 von ihnen einbezogenen Studien (von denen nur drei von als genuine Anti-Stigma-Interventionen konzipiert waren) eine Effektivität hinsichtlich des Ziels einer Stigmareduktion demonstrieren, stellen sie fest, dass sie nur wenige Studien guter Qualität identifizieren konnten und eine Datenlage, die die Durchführung evidenzbasierter Interventionen ermöglichen würde, derzeit nicht vorliegt. Sie plädieren deshalb für methodisch streng evaluierte, im Idealfall durch RCT auf ihre Wirksamkeit geprüfte und theoretisch fundierte Interventionen, um letztlich eine Evidenzbasierung von Interventionen zur Reduktion von HIV-Stigma zu ermöglichen. Für eine alternative Sichtweise plädiert der Beitrag von Stuart (2008), in dem theoriebasierte Evaluationen gefordert werden, die dem Charakter bevölkerungsweiter Kampagnen, wie sie zur Bekämpfung von Stigma üblich sind, besser angepasst sind.

### **1.3 Zum Zusammenhang zwischen antiretroviraler Therapie, Viruslast, Infektiosität und HIV-Stigma**

#### **1.3.1 Antiretrovirale Therapie und HIV-Stigma: Zur Bedeutung der Behandelbarkeit für die Stigmatisierung von HIV**

Als im Jahr 1987, bereits sechs Jahre nach den ersten gemeldeten Fällen der damals noch nicht beschriebenen AIDS-Erkrankung in den USA und nur drei Jahre nach der Identifizierung des HI-Virus als Ursache von AIDS, die Substanz *Zidovudin* (bekannter unter der Abkürzung AZT für *Azidothymidin*) von der *Food and Drug Administration* (FDA) in den USA zur Behandlung von AIDS zugelassen wurde, wurde dies als ein Meilenstein im Kampf gegen eine Epidemie gefeiert, der Ärzte und Wissenschaftler bis dahin hilflos gegenüberstanden. Die Anwendung von AZT, bereits 1964 von Horwitz ursprünglich als Medikament zur Behandlung von Krebs (für diesen Zweck jedoch erfolglos) syntheti-

siert, führte anfänglich tatsächlich zu einer Verbesserung des Gesundheitszustandes und zu einer verlängerten Überlebensdauer der Patienten. Die starke Toxizität der Substanz, vor allem bei den hohen Dosen, in denen sie in den ersten Jahren verabreicht wurde, und die hohe Neigung des Virus zu einer Resistenzentwicklung gegen AZT machten erste Hoffnungen auf einen tatsächlichen Durchbruch allerdings bald zunichte. Ab 1991 wurden jedoch immer mehr antiretrovirale Medikamente entwickelt, und zwar auch solche Medikamente, deren Wirkung auf das Virus anderen Wirkmechanismen folgte als AZT. Es standen nun Medikamente aus drei verschiedenen Substanzklassen zur Verfügung, die Nukleosidischen Reverse-Transkriptase-Inhibitoren (NRTI), zu denen auch AZT gehört, die Nichtnukleosidischen Reverse-Transkriptase-Inhibitoren (NNRTI) und die Protease-Inhibitoren (PI).<sup>14</sup> Dies ermöglichte eine neue Strategie im medizinischen Kampf gegen das Virus. Unter der Bezeichnung hoch aktive antiretrovirale Therapie (*Highly Active Antiretroviral Therapy*, HAART, heute ist die kürzere Abkürzung ART für *Antiretroviral Therapy* gebräuchlicher) wurde 1996 eine Kombinationstherapie eingeführt, in der mindestens drei Substanzen aus unterschiedlichen Klassen zusammen verabreicht wurden. Diese Vorgehensweise half, das drängende Problem der Resistenzentwicklung weitgehend unter Kontrolle zu bekommen. Zudem wurden immer besser verträgliche Medikamente entwickelt bzw. die Dosierungen wie im Fall des AZT drastisch reduziert, sodass Nebenwirkungen seltener auftraten.

Die Wirkungsweise all dieser verschiedenen Substanzen besteht in der Unterdrückung der Replikation des HI-Virus. Dieses Retrovirus zeichnet sich durch eine besonders hohe Replikationsrate von bis zu 10 Milliarden Viruskopien pro Tag aus. Dazu dockt das Virus an eine potenzielle Wirtszelle an, ohne die sich das Virus nicht vermehren kann (z. B. T-Lymphozyten, Makrophagen und andere Zellen, die eine Rolle in der Immunabwehr des Körpers spielen), und fusioniert mit dieser Zelle. Mithilfe des Prozesses der reversen Transkription schreibt das Virus seine Erbsubstanz von einsträngiger RNA in doppelsträngige DNA um und baut diese mithilfe des Enzyms Integrase in die DNA der Wirtszelle ein. Ist dieser Prozess abgeschlossen, wird die Wirtszelle dazu genutzt, neue Viren zu bilden und freizusetzen. Die massive Replikation stellt in Verbindung mit der hohen Fehlerrate der reversen Transkription den Grund für die Neigung des HI-Virus zur Resistenzbildung dar. Die antiretroviralen Medikamente setzen je nach Substanzklasse an unterschiedlichen Schritten der Virusreplikation an, einige verhindern den Eintritt des Virus in eine Wirtszelle, andere behindern den Prozess der reversen Transkription oder hemmen die Enzyme Integrase oder Protease. Die gleichzeitige Gabe von unterschiedlichen Substanzen, wie sie im Rahmen der Kombinationstherapien durchgeführt wird, macht eine Resistenzentwicklung sehr unwahrscheinlich. Allerdings erfolgt selbst bei völliger Unterbindung der Replikation des Virus keine Eradikation des Virus aus dem Körper des Infizierten. Zwar beträgt die durch-

---

<sup>14</sup> Mittlerweile stehen Substanzen aus zwei weiteren Klassen zur Verfügung, den Integrase-Inhibitoren und den Entry-Inhibitoren.

schnittliche Lebenserwartung der befallenen Immunzellen nur ein paar Tage, aber es existieren auch sogenannte ruhende Zellen, die jahrzehntelang überdauern können.<sup>15</sup>

Die neuen Kombinationstheorien waren und sind also nicht in der Lage, die HIV-Infektion zu heilen, jedoch waren die Rückgänge in Mortalität und Morbidität unter den HIV-infizierten Betroffenen gewaltig (z. B. Pallela et al., 1998; Sterne et al., 2005; Vittinghoff et al., 1999; Wong, Chan & Lee, 2004). Bei Patienten, bei denen bereits das Vollbild AIDS diagnostiziert wurde, verbesserten sich der Immunstatus und der Gesundheitszustand dramatisch, ein Phänomen, das bezeichnenderweise auch Lazarus-Effekt genannt wird (vgl. z. B. Grossman, 2006). Bei Patienten, die sich noch im asymptomatischen Stadium der HIV-Infektion befinden, wird die Krankheitsprogression gestoppt, das Auftreten opportunistischer Infektionen verhindert und damit ein Ausbruch des Vollbild AIDS unterbunden (z. B. Jacobson & French, 1998; Murphy et al., 2001).

Heute wird HIV/AIDS durch diese Fortschritte in der medizinischen Behandlung nicht mehr als akutes Todesurteil verstanden, sondern stellt, zumindest in den westlichen Industrieländern, die eine umfassende medizinische Behandlung und den Zugang zu antiretroviralen Medikamenten gewährleisten, eine kontrollierbare chronische Erkrankung dar (vgl. z. B. Scandlyn, 2000; Siegel & Leks, 2002). Als deutlicher Beleg für diesen Wandel wird die gestiegene Lebenserwartung von PWA gewertet, die sich in westlichen Industrieländern der durchschnittlichen Lebenserwartung nichtinfizierter Menschen annähert. In einer kürzlich veröffentlichten Modellrechnung beträgt die projizierte Lebenserwartung eines schwulen Manns in Großbritannien, der sich im Jahr 2010 im Alter von 30 Jahren mit HIV infizierte, 75 Jahre. Im Vergleich zu der ohne HIV projizierten Lebenserwartung von 82 Jahren liegt der Verlust an Lebensjahren bedingt durch die HIV-Infektion bei 7 Jahren. Dieser Effekt entspricht ungefähr dem Verlust an Lebensjahren, den andere chronische Erkrankungen wie ein Diabetes verursachen (Nakagawa et al., 2012). Diese Entwicklungen und die in der Regel gering ausgeprägten Nebenwirkungen schlagen sich auch in einer messbaren Verbesserung der (gesundheitsbezogenen) Lebensqualität der antiretroviral behandelten Patienten nieder (Beard, Feeley & Rosen, 2009; Jelsma, Maclean, Hughes, Tinise & Darder, 2005; Louwagie et al., 2007) und ermöglichen den Betroffenen ein weitgehend normales Leben.

Mit diesem drastischen Wandel des Krankheitsbilds HIV/AIDS ging auch gesellschaftlich ein Prozess der Normalisierung einher. Für Rosenbrock et al. (2000) markiert das Jahr 1996 das Ende des gesundheitspolitischen *exceptionalism* von AIDS. Ungefähr zeitgleich mit der Einführung der Kombinationstherapien diagnostizieren die Autoren den Beginn des Prozesses der *Normalisierung von AIDS*. Diese Normalisierung kann auf verschiedenen Ebenen beobachtet werden, in der Medizin, der Krankenversorgung, bei den mit AIDS verbundenen sozialen Bewegungen, in der Prävention und der Politik (vgl. auch Rosenbrock & Schaeffer, 2002). Das medizinische Krankheitsbild von HIV/AIDS, aber auch die

---

<sup>15</sup> Für eine ausführlichere, leicht verständliche Darstellung des Replikationszyklus des HI-Virus und der Wirkungsweise der antiretroviralen Medikamente wird auf die Broschüre „HIV-Infektion und Therapie 2011“ der Deutschen AIDS-Hilfe e.V. (Deutsche AIDS-Hilfe, 2011) verwiesen, die auch als Grundlage für diese Darstellungen dient.

gesellschaftliche Wahrnehmung der Erkrankung wandelten sich. Diese mit dem Normalisierungsprozess einhergehenden Veränderungen hat Dannecker (2000) mit dem im deutschen Diskurs populär gewordenen Begriff des *neuen AIDS* bezeichnet, welches die Bilder von Tod, Krankheit und Leiden, die mit dem *alten AIDS* verbunden waren, ablöst.

Insofern die antiretrovirale Therapie das klinische Bild von HIV/AIDS und die Lebenswirklichkeit der davon Betroffenen massiv verändert hat, wäre zu vermuten, dass sich der durch die antiretrovirale Therapie verursachte Prozess der Normalisierung auch auf die Stigmatisierung der HIV-Infektion auswirkt.

Eine solche Veränderung des HIV-Stigmas durch die Behandelbarkeit von HIV/AIDS wurde bereits früh prognostiziert, zum Beispiel von Crandall et al. (1997): „With the advent of a cure for AIDS, prevention through a vaccine, or even the amelioration of HIV-related disease through antiretroviral drugs, we may expect a reduction in the negativity associated with people with AIDS“ (S. 114). Die WHO und UNAIDS begründeten ihre Initiative *Treating 3 million by 2005*<sup>16</sup> sogar programmatisch mit dieser Annahme: „As HIV/AIDS becomes a disease that can be both prevented and treated, attitudes will change, and denial, stigma and discrimination will rapidly be reduced“ (UNAIDS/WHO, 2003, S. 6).

Der Frage, inwiefern die Einführung der antiretroviralen Therapie tatsächlich zu einer Reduktion von HIV-Stigma beigetragen hat, sind tatsächlich einige, wenn auch nur vereinzelt Studien nachgegangen. Dazu haben sie die Auswirkungen der Kenntnis antiretroviraler Medikamente, ihrer Verfügbarkeit oder ihrer Einnahme auf stigmatisierende Einstellungen HIV-Negativer und die Wahrnehmung und Internalisierung HIV-Positiver empirisch untersucht. Diese Studien konzentrieren sich in der Regel auf den Einfluss der Kenntnis dieser Medikamente, also des theoretischen Wissens um die Behandelbarkeit der HIV-Infektion, oder der tatsächlichen Verfügbarkeit dieser Medikamente.

Der von internationalen Geldgebern im Rahmen der *Univeral-Access-Initiative*<sup>17</sup> finanzierte Rollout antiretroviraler Medikamente in Entwicklungsländern stellt für die Mehrheit der Studien, die dieser Frage nachgehen, eine ideale Untersuchungsgrundlage dar. Die massive und umfassende Versorgung von Patienten mit antiretroviralen Medikamenten zum Beispiel in Ländern des südlichen Afrikas, in denen bisher kaum ein HIV-infizierter Patient Zugang zu diesen Medikamenten hatte und oft auch gar nicht zu medizinischer Versorgung, kann als eine bevölkerungsweite Intervention betrachtet werden, die mit massiven Veränderungen für die Betroffenen und die gesamte Gesellschaft einhergeht. Wolfe et al. (2008) untersuchen diese Konsequenzen des Rollouts antiretroviraler Medikamente in Botswana und finden in ihrer Befragung von über 1.000 nicht HIV-infizierten Erwachsenen drei unterschiedliche

<sup>16</sup> Ziel der Initiative war die Versorgung von drei Millionen PWA in den Entwicklungsländern mit antiretroviralen Medikamenten bis zum Jahr 2005.

<sup>17</sup> Zur Erläuterung: „Universal access is a global commitment to scale up access to HIV treatment, prevention, care and support. The movement, enshrined in the 2006 UN Political Declaration, is led by countries worldwide with support from UNAIDS and other development partners including civil society“ (UNAIDS, 2011).

Hinweise darauf, dass der universelle Zugang zu antiretroviralen Medikamenten zu einer Reduktion von Stigmatisierung und Diskriminierung von PWA geführt hat. Direkt gefragt antworten 63 % der Teilnehmer, dass aus ihrer Sicht die Verfügbarkeit von antiretroviralen Medikamenten zu einer Reduzierung der Diskriminierung geführt hat. In einem Vergleich mit einer methodisch ähnlich durchgeführten Studie zu stigmatisierenden Einstellungen in Botswana aus dem Jahr 2001, also vor dem Roll-out, stellen sie in ihrer Studie eine deutliche Verringerung der Prävalenz dieser Einstellungen fest. Die primäre Analyse ihrer Daten besteht jedoch in einem Vergleich von Personen, die berichten, dass die antiretroviralen Medikamente in ihrem Dorf oder in der Nähe des Dorfs verfügbar sind, und jenen Personen, die dies verneinen. Unter Kontrolle anderer, vor allem soziodemografischer Prädiktoren zeigt sich, dass die Wahrscheinlichkeit, mindestens einer stigmatisierenden Aussage in Bezug auf PWA zuzustimmen, deutlich höher ist für diejenigen Befragten, bei denen die ART nicht verfügbar ist. Noch deutlicher ist dieser Unterschied zwischen beiden Gruppen hinsichtlich eines zweiten Maßes, des antizipierten Stigmas, das die erwarteten negativen sozialen Folgen einer HIV-Infektion erfasst (z. B. den Verlust des Jobs oder von Freunden). Durch die Nutzung dieses Instruments sollte der Einfluss sozialer Erwünschtheit auf das Antwortverhalten bezüglich der Stigma-Items minimiert werden. Die Autoren folgern aus ihren Ergebnissen, dass

*[...] lack of access to HIV treatment is 1 of the key structural factors contributing to HIV stigma. According to this view, expanded ART access would contribute to a reduction of HIV stigma as well as the adverse consequences of stigma. For example, effective HIV treatment can transform a deadly and often disfiguring disease into a manageable condition that is not visible to others. Accordingly, widespread treatment access changes public perception of the disease [...] (Wolfe et al., 2008, S. 1668).*

Auch wenn die Studie auf einen deutlichen Zusammenhang zwischen der lokalen Verfügbarkeit von antiretroviraler Behandlung und stigmatisierenden Einstellungen hinweist, sind einige methodische Schwachstellen zu kritisieren, die die Aussagekraft der Ergebnisse einschränken. So ist die Studie aufgrund ihres querschnittlichen Designs grundsätzlich nicht geeignet, kausale Zusammenhänge festzustellen, zumal die Autoren nicht theoretisch darlegen, wie die örtliche Verfügbarkeit der ART sich auf Stigma auswirken könnte. Zudem unterlassen es die Autoren zu diskutieren, was der Indikator „lokale Verfügbarkeit von HAART“ überhaupt operationalisiert. Ist es nur das bloße Wissen um die Existenz der antiretroviralen Medikamente, zum Beispiel als Indikator für ein besseres HIV-bezogenes Wissen allgemein, oder wirkt hier das Wissen um die eigenen Behandlungsmöglichkeiten im Falle einer HIV-Infektion, die diese als weniger dramatisch erscheinen lässt, sodass als subjektive Konsequenz HIV-Infizierte weniger gemieden werden müssen? Oder sind es konkrete Beobachtungen der Verbesserungen von Gesundheitszustand und Lebenssituation der antiretroviral behandelten Dorfbewohner, die zur (wahrgenommenen) Entstigmatisierung führen? Für Letzteres stellt die erhobene Variable jedoch nur eine suboptimale Operationalisierung dar.

Dem Einfluss antiretroviraler Medikamente auf die stigmatisierenden Einstellungen gegenüber PWA gehen auch Genberg et al. (2009) in ihrer vier Länder übergreifenden Studie nach. Sie erfragen von

ihren Teilnehmern aus Thailand, Tansania, Simbabwe und Südafrika (mit den zwei Erhebungsorten Soweto und Vulindlela) die Kenntnis der Existenz antiretroviraler Medikamente und erfassen für jeden Erhebungsort den Grad der Versorgung der HIV-infizierten Bevölkerung mit der ART als Makrovariable. Beide Variablen korrelieren sie entweder auf Basis der individuellen oder der für die Erhebungsorte aggregierten stigmatisierenden Einstellungen der Teilnehmer, die einmal als persönliches Stigma und einmal als in der Community wahrgenommene Diskriminierung von PWA erfasst werden.

Die zwei ART-bezogenen Variablen in dieser Studie erfassen ganz unterschiedliche Aspekte. Die Kenntnis der ART operationalisiert, wie die Autoren annehmen, das Wissen über die Behandelbarkeit von HIV/AIDS. Dieses Wissen ist mit dem persönlichen Stigma verbunden, aber nicht mit der wahrgenommenen Diskriminierung. Gerade der letztgenannte Befund ist einleuchtend, da das eigene Wissen um die Behandelbarkeit der HIV-Infektion auch nur die eigenen Einstellungen, aber nicht den Grad der Diskriminierung, die in der eigenen Community geschieht, beeinflussen kann. Der Grad der Versorgung der HIV-Patienten mit antiretroviralen Medikamenten in den fünf Ländern/Erhebungsorten hängt mit der wahrgenommenen Diskriminierung in den Erhebungsorten, aber nicht mit dem persönlichen Stigma zusammen. Diese Ergebnisse sind allerdings aufgrund der geringen Fallzahl von fünf Orten nur mit Vorsicht zu interpretieren, zudem war die Erfassung der Variable Versorgungsgrad fehlerbehaftet, wie die Autoren anmerken. Hinzu kommen die üblichen Probleme einer Querschnittsuntersuchung, und darüber hinaus wurde der Zusammenhang zwischen ART-Kenntnis und stigmatisierenden Einstellungen nicht für Indikatoren der sozialen Schicht kontrolliert (wie zum Beispiel das Bildungsniveau), die wahrscheinlich die Kenntnis der ART beeinflussen.

Die einzige Studie, die den Zusammenhang zwischen der Kenntnis der ART und verschiedenen Aspekten HIV-bezogener Stigmatisierung untersucht und nicht in einem Entwicklungsland durchgeführt wurde, stammt von Bos, Kok und Dijker (2001). Sie nehmen an, dass:

*The new and more effective HIV treatments may have changed people's representation of HIV/AIDS from a lethal disease to a more chronic, life-threatening, but potentially manageable disease [...]. As a consequence, public reactions to people with HIV/AIDS may have changed accordingly (S. 220 f.).*

Ihre bevölkerungsrepräsentative Befragung in den Niederlanden zeigt auch, dass diejenigen Befragten, die die ART kannten, signifikant stärker bereit waren, Kontakt mit PWA zu haben, signifikant weniger Angst in Bezug auf PWA berichteten und signifikant geringere Risikowahrnehmungen hinsichtlich Situationen berichteten, in denen es nicht zu einer HIV-Transmission kommen kann. Während also ein Zusammenhang zwischen ART-Kenntnis mit diesen instrumentellen Aspekten von HIV-Stigma existierte, fanden sich keine Zusammenhänge mit symbolischen Aspekten wie Schuldzuweisungen, Wut und Mitleid gegenüber PWA. Allerdings erwiesen sich die Befragten, die die ART kannten, auch als weniger homophob. Auch in dieser Studie ist die Folgerung eines kausalen Zusammenhangs aufgrund des Designs als Korrelationsstudie nicht möglich, wie die Autoren selbst anmerken:

*On the one hand it might be possible that knowledge about HAART leads to less negative reactions toward people with HIV/AIDS. On the other hand, people with a positive attitude toward people with HIV/AIDS might be more interested in information about HIV/AIDS and therefore be better informed about HAART (S. 226).*

Weiterhin werden diese Zusammenhänge nicht für andere möglicherweise relevante Variablen kontrolliert, sodass diese Studie dadurch weiter Aussagekraft einbüßt.

Im Gegensatz zu diesen Studien, die – wenn auch wegen methodischer und inhaltlicher Mängel nur mit eingeschränkter Validität – zu dem Ergebnis kommen, dass die Einführung antiretroviraler Medikamente tatsächlich mit einer Reduzierung von HIV-bezogener Stigmatisierung einhergegangen ist, kommt Maughan-Brown (2010) aufgrund seiner Längsschnittstudie mit Jugendlichen im südafrikanischen Kapstadt zu dem Schluss, dass „stigma rises despite antiretroviral roll-out“ (S. 368). Tatsächlich verzeichnet er in seiner Stichprobe, die zudem einer Population entstammt, die Zielgruppe intensiver HIV-präventiver Botschaften war, zwischen den beiden Erhebungszeitpunkten 2003 und 2006 einen deutlichen Anstieg an instrumentell und symbolisch motivierter HIV-Stigmatisierung. Da zu dieser Zeit staatliche Stellen in Südafrika begannen, PWA umfassend mit antiretroviralen Medikamenten zu versorgen, schließt er, dass dieser Rollout der ART zumindest nicht zu einer Reduktion von HIV-stigmatisierenden Einstellungen geführt hat bzw. dass dieser Effekt durch andere Faktoren, die zu einem Anstieg von HIV-bezogenem Stigma geführt haben, verdeckt wurde: „This suggests that AIDS prevention and treatment initiatives either had no effect on reducing stigma, or that any potential reduction in stigma achieved through these initiatives was overwhelmed by other factors“ (Maughan-Brown, 2010, S. 372). Gerade aber diese Ergebnisse werfen Zweifel in Bezug auf ihre Aussagekraft auf. Zwar ist diese Studie im Gegensatz zu den anderen berichteten Studien als Längsschnittstudie angelegt, da aber keine ART-spezifischen Variablen wie Kenntnis oder Verfügbarkeit erhoben werden, ist unklar, inwiefern der Rollout antiretroviraler Medikamente, der laut Autor schon vor dem ersten Erhebungszeitpunkt in Kapstadt begann, überhaupt mit diesem Stigma-Anstieg in Zusammenhang steht.

Neben quantitativen Studien wurden auch zwei qualitative Studien durchgeführt, die der Frage nach dem Zusammenhang von ART und stigmatisierenden Einstellungen nachgegangen sind. Roura et al. (2009) haben die Effekte des Rollouts antiretroviraler Medikamente im Norden Tansanias im Rahmen von halbstrukturierten Interviews mit (nicht HIV-infizierten) lokalen Respektspersonen (*community leaders*) untersucht. Sie finden Hinweise darauf, dass insbesondere symbolisches Stigma in Form von Schuldzuweisungen (*blaming*) trotz der von den Befragten beobachteten Veränderungen in Gesundheitszustand und Lebenssituation von PWA weiterhin unverändert existierte. Darüber hinaus offenbarte sich in den Äußerungen der Befragten eine neue, genuin auf die Effekte der ART bezogene Manifestation von stigmatisierenden Einstellungen, die auf der Befürchtung gründete, dass antiretroviral therapierte HIV-Infizierte zum einen durch ihren verbesserten Gesundheitszustand wieder stärker in der Lage sind, sexuelle Beziehungen aufzunehmen, und zum anderen durch die Rückbildung der sichtbaren körperlichen Symptome von AIDS nicht mehr als HIV-infiziert erkennbar sind.

*These antiretrovirals are not useful ... they make him look healthy so if you don't know him you may have sex with him and then you are infected too. We advise the government and relevant organisations that once someone is discovered to be HIV positive he should be given medicine to make him impotent. Let him take these medicines and become fat but he should be made impotent so that he should not look for women anymore (S. 311).*

Die Autoren schließen aus ihrer Studie, dass der Rollout von antiretroviralen Medikamenten allein, ohne die Begleitung durch Anti-Stigma-Interventionen, nicht zu einer automatischen Reduktion von stigmatisierenden Einstellungen in der Bevölkerung führen wird:

*Our findings cast doubts on the assumption that ARV provision will lead to a reduction in stigma [...]. The persistence of blaming attitudes in the community and the emergence of new sources of stigma directly associated with ARV provision fuel stubbornly high levels of anticipated stigma, [...] context-specific manifestation of each type of stigma will need to be considered in order to develop appropriate interventions (S. 311).*

In einer ebenfalls qualitativen Studie in China finden Cao, Sullivan, Xu und Wu (2006) allerdings Hinweise, dass die Stigmatisierung von PWA durch die Einführung der antiretroviralen Medikamente aufgrund der damit verbundenen Verbesserung des Gesundheitszustands reduziert wurde, wie es in den Äußerungen eines älteren Dorfbewohners zum Ausdruck kommt:

*After they started providing free ART to AIDS patients, there was a lot less discrimination. When people saw how some AIDS patients recovered from very serious symptoms after receiving ART, they realized that AIDS was curable and was not so horrible any more. People's attitudes toward AIDS patients have changed (S. 524).*

Nimmt das gesellschaftliche Stigma der HIV-Infektion ab, kann bzw. sollte auch das Ausmaß des von den Stigmatisierten wahrgenommenen Stigmas sinken. Durch eine geringere Wahrnehmung von Stigma in der Gesellschaft oder durch die Konsequenzen der Behandlung selbst kann auch die Internalisierung von Stigma beeinflusst werden.

Campbell et al. (2011), die sich in ihrer qualitativen Studie mit eben diesen Konsequenzen des antiretroviralen Rollouts in Simbabwe für das internalisierte Stigma von PWA befassen, sehen in der Wiederherstellung ökonomischer und sozialer Partizipation der Betroffenen die Ursache einer Reduktion internalisierten Stigmas. Die Einschränkung dieser Partizipationsmöglichkeiten in Folge der gesundheitlichen Beeinträchtigungen durch die HIV-Infektion stellt ihrem Verständnis entsprechend die Ursache von Stigma dar: „A vital precondition for human well-being and agency is the recognition of people as having value by those around them. Stigma arises when people are denied such recognition“ (S. 1004). Die ART kann nach dieser Logik auf vier verschiedene Weisen zu einer Verringerung internalisierten Stigmas beitragen, und zwar 1) über ein besseres Management von HIV, 2) über die aktive Partizipation der ART-Patienten im Rahmen des HIV-Managements, 3) weil ART-Nutzer normale und produktive Leben führen und 4) indem ART-Nutzer positive Identitäten konstruieren. In ihren Interviews finden sie Anhaltspunkte dafür, dass ART-Nutzer tatsächlich einen Anstieg von Selbstwertgefühl, Selbstvertrauen und Würde verzeichnen können:

*People often spoke of how ART enabled the economic rehabilitation of people living with HIV/AIDS, giving them the confidence to resist stigma and to restore their own, and sometimes the community's, sense of themselves as dignified persons of social value (S. 1007).*

Daraus schlussfolgern sie: „Treatment availability gives many ART users a renewed sense of social value, including confidence in their previously compromised abilities to engage in housework, subsistence farming, or formal work where available“ (S. 1008). Allerdings betonen ihre Interviewpartner entgegen den Erwartungen, dass sie ungeachtet des ART- Rollouts weiterhin Stigmatisierung aufgrund von Ängsten vor einer Ansteckung und aufgrund der sexuellen Übertragbarkeit von HIV stark wahrnehmen:

*However, stigma continued to be rife in our study community, with fear of infection and sexual embarrassment still cited as powerful drivers, even in the face of growing evidence that ART offered the possibility of restoring the abilities of people living with HIV/AIDS to function as socially productive members of society, no longer necessarily a drain on scarce resources (S. 1008).*

Mit ihrem theoretischen Ansatz der Ermöglichung von Partizipation und der Erfüllung sozialer Rollen durch die ART – mit dem Resultat des Rückgewinns sozialer Anerkennung als vollwertiges Mitglied der Gesellschaft und der dadurch bedingten Stigmareduktion – beziehen sich Campbell et al. (2011) auf Castro und Farmer (2005), die diesen Zusammenhang erstmals an einem Fallbeispiel erläutert haben. Die Kontextualisierung von Stigma als Ausdruck von struktureller Gewalt ist eine zentrale Annahme von Castro und Farmer, der auch Abadía-Barrero und Castro (2006) in ihrer Studie zum Einfluss der ART auf die Wahrnehmungen von und den Umgang mit HIV-bezogener Stigmatisierung von Kindern und Jugendlichen in Brasilien nachgehen. Sie zeigen, wie diese Kinder und Jugendlichen durch die Verbesserung ihres Gesundheitszustandes in die Lage versetzt werden, aktiv Stigma zu bekämpfen, betonen aber auch, wie die zurückgewonnene Gesundheit der HIV-positiven Kinder und Jugendlichen aus ihrer Sicht die öffentlichen Wahrnehmungen von HIV/AIDS positiv beeinflusst.

Die große Bedeutung des Aussehens als Visualisierung der wiedergewonnenen Gesundheit tritt auch in den zwei afrikanischen Studien von Gebrekristos, Lurie, Mthethwa und Karim (2009) sowie Izugbara und Wekesa (2011) zutage. Die interviewten Patienten aus einem integrierten Therapieprogramm für HIV und Tuberkulose schildern, wie sie durch die Behandlung an Gewicht zunehmen und sich auf diese Weise ihre HIV-Infektion von einem sichtbaren zu einem unsichtbaren und so verheimlichbaren Merkmal wandelt. Die weiterhin bestehenden massiven Disclosure-Probleme der Befragten verweisen allerdings auch darauf, dass dieser Prozess wohl nicht mit einem bedeutenden Rückgang von internalisiertem und wahrgenommenem Stigma einhergeht (Gebrekristos et al., 2009). In einer Studie zur ART-Adhärenz nennen die interviewten sozial benachteiligten Kenianer als Hauptgrund für ihre gute Adhärenz die Motivation, die stigmatisierenden Konsequenzen, die ein schlechter HIV-bedingter Gesundheitszustand mit sich bringt, zu vermeiden:

*The major reason adherent PLWHA gave for taking the medications as prescribed was that it helped them forestall the negative consequences of being known to be HIV positive by employers or community members, which often potentially included loss of livelihoods and employability as well as rejection and stigmatization (Izugbara & Wekesa, 2011, S. 877).*

Darauf, dass die HAART die HIV-Infektion nicht nur zu einem unsichtbaren, verheimlichbaren Merkmal transformieren kann, sondern umgekehrt auch als potenzieller Marker der HIV-Infektion dienen kann, weisen die Frauen hin, die Nguyen, Rasch, Bygbjerg und Mogensen (2012) in Vietnam interviewt haben. Diese berichten zwar, dass die Frauen die Möglichkeit sehen, durch die Einnahme der antiretroviralen Therapie ihren Gesundheitszustand zu verbessern und ihre sozialen Aufgaben zu erfüllen, sodass sie ihre in den Augen der Gesellschaft verlorene Moralität wiederherstellen können. Allerdings stellt die ART diese Wahrnehmung einer restaurierten Moralität auch wieder in Frage, da auch die regelmäßige Einnahme der Pillen und die kontinuierlichen Besuche der HIV-Klinik die HIV-Infektion für Außenstehende sichtbar machen können. Dieser Befund verweist auf die potenziell ambivalenten Konsequenzen, die die ART für die individuelle Stigmatisierung einer betroffenen Person haben kann. In Studien erweist sich die Angst vor Stigmatisierung als wichtige Ursache mangelnder Adhärenz, da eben durch die regelmäßige Medikamenteneinnahme eine Sichtbarmachung der HIV-Infektion befürchtet wird (z. B. van Tam, Pharris, Thorson, Alfven & Larsson, 2011).

Ein gemischtes Bild hinsichtlich der Frage nach den Veränderungen von HIV-Stigma durch die ART aus der Perspektive von PWA zeigen auch die umfangreichen Ergebnisse der Studie von Lekas, Siegel und Shrimshaw (2006). In ihrer qualitativen Untersuchung interviewten sie eine Stichprobe von Frauen vor und eine Stichprobe nach der Einführung der ART in den USA. Obwohl weder eine tatsächliche Längsschnittstudie vorliegt noch die Teilnehmerinnen der Post-ART-Stichprobe direkt nach Veränderungen durch die ART gefragt werden, berichten die Autoren doch einige Trends, die sich aus dem direkten Vergleich der beiden Stichproben ergeben: Weder in der Wahrnehmung von symbolisch motiviertem Stigma noch hinsichtlich der Internalisierung von Stigma finden sie Unterschiede zwischen beiden Stichproben. „The fact that persons with HIV/AIDS continue to be stereotyped as irresponsible and worthless, despite the advent of HAART, which has made the disease more manageable and less lethal, indicates the importance of the symbolic aspects of the disease“ (Lekas et al., 2006, S. 1184). Die Frauen der Post-ART-Stichprobe berichten allerdings weniger Episoden erlebter Diskriminierung: „Our finding that this form of enacted stigma was less prevalent in the HAART era suggests that it has become less socially acceptable to humiliate and hurt persons with HIV/AIDS overtly“ (S. 1187). Auch instrumentell motiviertes Stigma, das sich für diese Frauen vor allem in unnötigen und übertriebenen hygienischen Vorsichtsmaßnahmen insbesondere in medizinischen Einrichtungen äußerte, wurde zu beiden Befragungszeitpunkten erwähnt, wenn auch nach Einführung der ART in geringerem Ausmaß:

*The finding that unfounded fears of contagion that brought about hygienic degradation acts were also reported—albeit with less frequency and poignancy—by the HAART sample has significant implications for interventions and future research. It suggests that the initial image of HIV/AIDS as a deadly and highly contagious disease not fully understood lin-*

gers in the public consciousness, thus pointing at the limitations of educational campaigns regarding the modes of transmission of HIV (S. 1187).

Die Schlussfolgerung, dass auch Diskriminierung und Stigmatisierung durch Fachkräfte im Gesundheitswesen nach Einführung der ART abgenommen habe, führen die Autoren allerdings nicht nur auf einen tatsächlichen Rückgang von Stigmatisierung in diesem Bereich zurück, sondern auch auf ein verändertes Stigmabewusstsein der Frauen:

*We attributed the decline in perceived provider discrimination to actual changes in the attitude and practices of medical staff but also to changes in women's stigma consciousness. In the pre-HAART sample, the instances of offensive or insensitive statements providers made about the ways in which women contracted HIV were more frequent than in the HAART sample. However, women in the pre-HAART era were also more likely to interpret as intrusive and discriminatory physicians' routine questions about their health that were not seen as discriminatory by the women in the HAART era, an indication that women's stigma-related vigilance probably relaxed in the latter period (S. 1188).*

Neben diesen qualitativen Studien liegen vier quantitativ-empirische Studien vor, die alle anhand eines Längsschnittdesigns Veränderungen hinsichtlich des internalisierten und wahrgenommenen Stigmas unter PWA erfassen, die mit einer antiretroviralen Therapie beginnen. Dieser glückliche Umstand verdankt sich der Tatsache, dass der Rollout antiretroviraler Medikamente in vielen Entwicklungsländern von wissenschaftlichen Evaluationsprogrammen begleitet wird (Gilks et al., 2006). Drei der vier Studien begleiten die HAART-bezogene Intervention *directly observed therapy (DOT* bzw. *modified directly observed therapy: mDOT*), bei der die Einnahme der antiretroviralen Medikation mit verschiedenen unterstützenden und beratenden Maßnahmen begleitet wird, um die Adhärenz der Patienten zu verbessern (vgl. Mitty, Macalino, Taylor, Harwell & Flanigan, 2003; Mitty et al., 2005). Allerdings weisen auch diese Studien inkonsistente Ergebnisse auf. In einer Studie in Mosambik (Pearson et al., 2007), die eine *mDOT*-Intervention begleitet, finden sich sechs und zwölf Monate nach Beginn der ART keine Veränderungen in internalisiertem und wahrgenommenen Stigma, das mit der *Berger HIV Stigma Scale* (Berger et al., 2001) erfasst wurde. Kaai et al. (2010) vergleichen mit einer randomisierten Kontrollgruppen-Studie Patienten, die eine ART mit begleitender *DOT*-Intervention erhalten, mit Patienten, die eine ART ohne diese begleitende Intervention erhalten. Sie finden nach zwölf Monaten in beiden Gruppen einen geringen, aber statistisch signifikanten Rückgang des HIV-Stigmas, wiederum erfasst mit der *Berger HIV Stigma Scale*. Zu einem anderen Ergebnis kommen Munoz et al. (2010), die in Peru mit einem ähnlichen Studiendesign ebenfalls auf der *Berger HIV Stigma Scale* einen deutlichen Rückgang des HIV-Stigmas in der Interventionsgruppe, jedoch nicht in der Kontrollgruppe finden. Sie vermuten, dass der Stigmarückgang auf die intensive psychosoziale Betreuung der Interventionsgruppe zurückzuführen ist. In der einzigen Studie, die keine *DOT*-Intervention evaluiert und nicht die *Berger HIV Stigma Scale* nutzt, untersuchen Peltzer und Ramlagan (2011) in Südafrika Veränderungen hinsichtlich internalisierten Stigmas (erfasst mit der Skala von Kalichman et al., 2009) und erlebter Diskriminierung bei Patienten, die neu mit einer HAART beginnen. Sie beobachten, dass das internalisierte Stigma zwar sechs und zwölf Monate nach Beginn der HAART sinkt, die Häufigkeit erlebter Diskriminierung jedoch leicht, aber statistisch signifikant steigt.

Zusammengefasst kann festgestellt werden, dass, obwohl sich bereits einige Studien mit dem Einfluss der ART auf die Stigmatisierung von PWA sowie die Wahrnehmung und Internalisierung dieser Stigmatisierung durch PWA befasst haben, kaum valide Erkenntnisse zu dieser Frage vorliegen. In drei von vier Studien, die sich mit der Perspektive der Stigmatisierer auseinandersetzen, zeigt sich zwar, dass die Kenntnis und die lokale Verfügbarkeit der ART sowie der regionale Versorgungsgrad von HIV-Patienten mit der ART mit einem geringeren Ausmaß an individuellen und wahrgenommenen stigmatisierenden Einstellungen einhergehen, jedoch kann ein kausaler Zusammenhang zwischen ART und Stigma durch diese Studien nicht nachgewiesen werden, da sie alle korrelativer Natur sind. Darüber hinaus erfolgt nur in einer der drei Studien bei der Analyse des Zusammenhangs zwischen ART und Stigma eine Kontrolle anderer Variablen, die potenziell sowohl die Kenntnis der ART als auch das Ausmaß, in dem stigmatisierende Einstellungen geäußert werden, beeinflussen. Keine der Studien unterbreitet zudem ein Wirkmodell, das den Einfluss der ART auf Stigma theoretisch erklären kann, sondern sie folgen allesamt einem epidemiologischen *Black-Box*-Modell (vgl. zur Kritik dieser Vorgehensweise Broadbent, 2011). Es ist daher schwierig, die in den Studien beobachteten Reduktionen HIV-bezogenen Stigmas auf die ART zurückzuführen. Die gleichen Einschränkungen treffen auch auf die Studie zu, die eine Zunahme von Stigmatisierung im Zuge der Einführung der regionalen ART beobachtet. Obwohl diese Studie als Längsschnittstudie realisiert wurde, werden keine ART-bezogenen Variablen erhoben, sodass unklar bleibt, ob die Teilnehmer Kenntnis der ART hatten, ob sie die Verfügbarkeit der ART in ihrer Community bemerkt haben oder eventuelle Änderungen durch die Einführung der ART beobachtet haben. Ohne diese Information kann aber keine Aussage über eine kausale Wirkung des ART-Rollouts auf den beobachteten Stigma-Anstieg getroffen werden.

Die beiden qualitativen Untersuchungen, die Auswirkungen der ART auf Stigma untersucht haben, tragen ebenfalls kaum zum Verständnis der Prozesse im Inneren der *Black Box* der quantitativen Studien bei. Eine der beiden Studien untersucht vor allem symbolisch motiviertes Stigma und findet hier keine Veränderungen hinsichtlich der Schuldzuweisungen gegenüber PWA, stattdessen aber eine neue Manifestation von Stigma gegenüber antiretroviral behandelten PWA, die im Grunde in einer instrumentell motivierten Infektionsangst besteht. Die zweite qualitative Studie liefert nicht mehr als einen anekdotischen Hinweis darauf, dass eine mögliche Reduktion stigmatisierender Einstellungen über die Wahrnehmung eines verringerten Schweregrads von HIV/AIDS vermittelt wird.

Für die Perspektive der PWA, also die Konsequenzen der ART für die Wahrnehmung und Internalisierung von HIV-Stigma, liegen bereits mehr Studien vor als für die Perspektive der Stigmatisierer. Auch hier sind wiederum fast alle Studien in Entwicklungsländern mit generalisierten Epidemien durchgeführt worden, allerdings sind alle vier Untersuchungen, die quantitative Daten erfassen, immerhin als längsschnittliche Interventionsstudien angelegt. Die Ergebnisse dieser Studien sind jedoch ebenfalls inkonsistent. Eine Studie findet keine Veränderungen hinsichtlich der Wahrnehmung und Internalisierung von HIV-Stigma, eine andere einen leichten Rückgang und die dritte Studie keine Veränderung in der (Kontroll-)Gruppe, die nur die ART erhalten hat, aber einen starken Rückgang von Stigma in

der Gruppe, die neben der ART noch eine intensive psychosoziale Betreuung erfahren hat. Die Autoren schreiben diesen Rückgang folgerichtig auch dieser psychosozialen Intervention zu. Zu kritisieren ist bei diesen Studien die Verwendung der *Berger HIV Stigma Scale*, deren Subskalen inhaltlich nicht zwischen wahrgenommenem und internalisiertem Stigma differenzieren können. Eine vierte Studie, die ein in dieser Hinsicht besser geeignetes Instrument nutzt, stellt einen Rückgang von internalisiertem Stigma, aber einen leichten Anstieg von erlebter Diskriminierung fest.

Die qualitativen Studien, die sich mit dieser Frage auseinandersetzen, verweisen auf mannigfaltige Auswirkungen der ART auf die Wahrnehmungen von Stigma durch PWA sowie ihre Internalisierung von und ihren Umgang mit diesem Stigma. Sie vermitteln allerdings ebenfalls kein konsistentes Bild. Es zeigen sich Hinweise auf eine Zunahme von Selbstbewusstsein und Selbstwert, die teilweise vermittelt durch die Wiedererlangung von Gesundheit und der damit verbundenen Möglichkeit des Ausfüllens der ursprünglichen sozialen Rollen erklärt wird. Allerdings sind die Wahrnehmungen HIV-bezogener Stigmatisierung von der ART nicht betroffen, sondern bleiben unverändert hoch.

Dieser Überblick über den Forschungsstand zeigt vor allem, dass der Zusammenhang zwischen ART und Stigma, insbesondere mit Blick auf die Perspektive der Stigmatisierter, sehr komplex ist und insbesondere in Feldstudien ohne die Kontrolle möglicher Drittvariablen schwer zu untersuchen ist. Es fehlen Studien, die theoretisch abgeleitete Hypothesen zum Wirkmechanismus dieses Zusammenhangs überprüfen.

In anderen Feldern, zum Beispiel der Entstigmatisierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen, liegen Studien vor, die einen ähnlichen Ansatz verfolgen, stigmatisierende Einstellungen mithilfe von Informationen über die Behandelbarkeit dieser Erkrankungen zu bekämpfen. Diese Studien evaluieren die Wirksamkeit ihres Ansatzes darüber hinaus anhand experimenteller Studien und können auf diese Weise dazu beitragen, valide Aussagen über die antistigmatisierenden Effekte dieses Informationsansatzes zu treffen. Romer und Bock (2008) konnten in einer Interventionsstudie zeigen, dass das Ausmaß der negativen Stereotype, die ihre jugendlichen Untersuchungsteilnehmer einem imaginären Depressionspatienten zuschrieben, abhängig von der Information war, ob dieser als behandelt (und symptomlos) oder als unbehandelt beschrieben wurde. Lebowitz und Ahn (2012) präsentierten ihren Teilnehmern in einer experimentellen Online-Studie Vignetten, die Personen beschrieben, die an Schizophrenie oder der Borderline-Persönlichkeitsstörung erkrankt waren. Diese Vignetten wurden in den verschiedenen experimentellen Bedingungen mit Beschreibungen einer biologischen versus einer nichtbiologischen Ätiologie und mit oder ohne Informationen über die Behandelbarkeit dieser Erkrankungen kombiniert. Tatsächlich zeigte sich ein Einfluss der Information über die Behandelbarkeit auf die soziale Distanzierung gegenüber den in der Vignette beschriebenen Patienten, jedoch nur dann, wenn die Erkrankungen als biologisch verursacht dargestellt wurden.

Als theoretischer Hintergrund für die Untersuchung des Zusammenhangs zwischen HAART und HIV-bezogener Stigmatisierung kann zum Beispiel das Modell von Bos et al. (2008) dienen (siehe Abbil-

dung 4). Von den vier kognitiven Prädiktoren für HIV-Stigma in diesem Modell werden zwei durch die Konsequenzen der ART beeinflusst, nämlich die Wahrnehmung des Schweregrads und die Wahrnehmung der Infektiosität der HIV-Infektion.

Die Konsequenzen der ART für die Wahrnehmung des Schweregrads betrachten alle bisher durchgeführten quantitativen Studien, auch wenn sie diesen Zusammenhang eher implizit annehmen, und auch die Ergebnisse der qualitativen Studien weisen auf die Bedeutung dieses Prädiktors hin. Die ART bewirkt in diesen Studien in der Regel theoretisch eine Reduktion von Stigma, indem sie dazu beiträgt, dass eine HIV-Infektion als weniger schwerwiegend wahrgenommen wird, sei es, weil sie zu einer chronischen Erkrankung mutiert, nicht mehr den sicheren Tod bedeutet, die Bilder vom Leiden und Sterben der Betroffenen aus der Öffentlichkeit verschwinden, die Infektion immer unsichtbarer wird oder der Gesundungsprozess von Betroffenen direkt beobachtet wird. Der wahrgenommene Schweregrad von HIV wird allerdings in diesen Studien nicht erhoben, erhoben wird lediglich die distale Variable Kenntnis oder Verfügbarkeit der ART. Auf diese Weise kann aber keine Aussage über die angenommene proximale Variable, den potenziell veränderten Schweregrad von HIV, getroffen werden.

Die zweite Variable in Bos' Modell, die medizinische Aspekte von HIV/AIDS thematisiert, ist die wahrgenommene Infektiosität. Keine der bisher vorliegenden Studien zum Zusammenhang von ART und Stigma bezieht sich explizit oder implizit auf diesen Prädiktor.

Kann die ART auch zu einer Reduzierung von HIV-Stigma beitragen, indem sie die Wahrnehmung der Infektiosität von PWA verändert? Um diese Frage zu beantworten, werden im Folgenden die medizinischen Grundlagen der verminderten Infektiosität von erfolgreich antiretroviral behandelten PWA erläutert und die Bedeutung der wahrgenommenen Infektiosität für die Stigmatisierung von HIV dargestellt.

### **1.3.2 Antiretrovirale Therapie, Viruslast und verminderte Infektiosität: Medizinische Grundlagen**

Im Januar des Jahres 2008 veröffentlichte die Eidgenössische Kommission für AIDS-Fragen (EKAF) unter dem provokativen Titel „HIV-infizierte Menschen ohne andere STD sind unter wirksamer antiretroviraler Therapie sexuell nicht infektiös“ ein Statement zu den Auswirkungen der antiretroviralen Behandlung auf die Infektiosität von PWA in der Schweizerischen Ärztezeitung (Vernazza, Hirschel, Bernasconi & Flepp, 2008). PWA können diesem Statement zufolge HIV-negative Sexualpartner dann nicht mit HIV infizieren, wenn sie a) ihre antiretrovirale Therapie den Vorgaben entsprechend einnehmen und die Therapie von einem Arzt regelmäßig kontrolliert wird, b) die Viruslast, ein Maß für die Anzahl an Viruskopien in einem Milliliter Blut, seit mindestens sechs Monaten vollständig supp-

rimiert ist, also unter der Nachweisgrenze<sup>18</sup> liegt, und c) keine weitere sexuell übertragbare Infektion (STD für *Sexually Transmitted Disease*, gebräuchlicher ist STI für *Sexually Transmitted Infection*) bei dieser Person vorliegt. Obwohl dieses Statement international Gegenstand heftiger kontroverser Diskussionen wurde, hatten die Autoren lediglich bereits in der Fachwelt weithin bekannte Forschungsergebnisse zusammengefasst und daraus praktische Konsequenzen gezogen, wie der Erstautor an anderer Stelle erläutert:

*Das Statement war mutig, das war allen klar. Doch es war auch überfällig. Viele Ärzte haben im persönlichen Gespräch mit ihren Patienten auf das minimale Risiko einer Übertragung unter einer erfolgreichen antiretroviralen Therapie hingewiesen. Gelegentlich auch mit dem Hinweis, niemandem davon zu erzählen. Ein solcher Umgang mit einer medizinischen Information ist sonderbar (Vernazza, 2008a, S. 18).*

Diese Forschungsergebnisse betreffen die Konsequenzen der antiretroviralen Therapie für die Viruslast und den Zusammenhang zwischen Viruslast und Infektiosität. Im Mittelpunkt dieser Erkenntnisse steht demnach die Viruslast. Ihre Rolle als Marker der Krankheitsprogression wurde bereits Mitte der 1990er Jahre entdeckt (Ho et al., 1995). Die Technologie der *Polymerase Chain Reaction* (PCR), mit der die Viruslast quantifiziert werden konnte, ermöglichte die Messung von Veränderungen der Viruslast und damit auch die Kontrolle des Erfolgs der damals neuen Kombinationstherapien (Mellors et al., 1997). Um diese Zeit werden die ersten Studien publiziert, die einen Zusammenhang zwischen der Höhe der Viruslast und der Wahrscheinlichkeit einer HIV-Transmission beobachten (Lee et al., 1996; Operskalski et al., 1997; Ragni, Faruki & Kinsley, 1998). Aber erst Quinn et al. (2000) identifizieren im Rahmen einer in Uganda durchgeführten prospektiven Beobachtungsstudie mit 415 serodiskordanten Paaren die Viruslast der HIV-infizierten Partner als den wichtigsten Prädiktor für die Transmission des Virus auf den HIV-negativen Partner. Dieser Befund, der sich schon vorher in Studien zur perinatalen HIV-Transmission gezeigt hatte, wo ebenfalls die Höhe der Viruslast der Mutter die Wahrscheinlichkeit für das neugeborene Kind, sich bei der Geburt mit HIV zu infizieren, determinierte (vgl. z. B. Mayaux et al., 1997; Garcia et al., 1999), ließ die Autoren Vermutungen über einen Zusammenhang zwischen der als Folge der ART reduzierten Viruslast und den Transmissionswahrscheinlichkeiten anstellen: „This finding raises the possibility that reductions in viral load brought about by the use of antiretroviral drugs could potentially reduce the rate of transmission in this population“ (Quinn et al., 2000, S. 927). In Bezug auf die perinatale HIV-Transmission war dieser Effekt zu diesem Zeitpunkt bereits untersucht und bestätigt worden. Sperling et al. (1996) hatten zum Beispiel in einer Interventionsstudie zeigen können, dass eine Behandlung mit AZT während der Schwangerschaft die Wahrscheinlichkeit, dass das Neugeborene sich bei der Geburt mit HIV infiziert, stark senken konnte.

Während die Mutter-Kind-Transmission von HIV über den Kontakt mit infektiösem Blut erfolgt, muss, um eine Auswirkung der antiretroviralen Therapie auch auf die sexuelle Transmission von HIV

<sup>18</sup> Die Nachweisgrenze gibt die Anzahl an Viruskopien pro Milliliter Blut an, unter der ein PCR-Test, bedingt durch den Grad seiner Sensitivität, keine Viruskopien im Blut erfassen kann. Diese Nachweisgrenze liegt heute bei den gängigen PCR-Tests bei 40 Kopien/ml.

plausibel zu machen, durch die Behandlung auch eine Reduktion der Viruskopien in den Körperflüssigkeiten erfolgen, die beim Vaginal- und Analverkehr beteiligt sind, also im Sperma sowie im Vaginal- und im Darmsekret.

Frühe Studien hatten bereits gezeigt, dass die Höhe der Viruslast im Blut mit der Höhe der Viruslast in Sperma und Scheidenflüssigkeit stark korreliert und letztere ebenso wie die Viruslast im Blut durch die ART gesenkt wird (Gupta et al., 1997; Hart et al., 1999), sodass eine zentrale Voraussetzung für die Plausibilität der Behauptung einer Reduktion der sexuellen Übertragbarkeit unter antiretroviralen Behandlung erfüllt war (vgl. Cohen, Gay, Kashuba, Blower & Paxton, 2007). Ausgehend von diesen grundlegenden Befunden bestätigten später eine Reihe von epidemiologischen Studien mit heterosexuellen HIV-serodiskordanten Paaren, auf die sich die EKAF-Autoren berufen, die Vermutung von Quinn et al. (2000). War der HIV-positive Partner wirksam antiretroviral behandelt, traten während des Beobachtungszeitraums keine HIV-Transmissionen auf den HIV-negativen Partner auf (Castilla et al., 2005, Melo, Varella, Nielsen, Turella & Santos, 2006; Barreiro et al., 2006). Vernazza et al. folgerten daraus:

*Das Risiko einer HIV-Übertragung beim Sex ohne Kondom unter vollständig supprimierter Viruslast ist deutlich geringer als 1:100000. Das verbleibende Restrisiko lässt sich zwar wissenschaftlich nicht ausschliessen, es ist aber nach Beurteilung der EKAF und der beteiligten Organisationen vernachlässigbar klein (S. 167).*

Mittlerweile liegen weitere Studien vor, die die Aussagen des EKAF-Statements untermauern, zum Beispiel der systematische Review von Attia, Egger, Muller, Zwahlen & Low (2009). Die Autoren werten elf Kohortenstudien mit heterosexuellen, HIV-serodiskordanten Paaren aus, in denen es zu keiner beobachteten HIV-Transmission von einem antiretroviral behandelten HIV-positiven Partner kam. Statistisch errechnen sie, dass die ART zu einer 92-%igen Reduktion von heterosexuellen HIV-Transmissionen geführt hat. Die Ergebnisse der in zahlreichen Ländern durchgeführten RCT-Studie HPTN 052 verweisen sogar auf eine Reduktion des Transmissionsrisikos um 96 Prozent bei einem frühen Therapiebeginn (Cohen et al., 2011).

Diese deutliche Datenlage zum Effekt der ART auf die Transmissionswahrscheinlichkeit hat mittlerweile dazu geführt, dass in der ART nicht nur eine zentrale Strategie der Sekundärprävention, sondern auch der Primärprävention gesehen wird. Der biomedizinische Ansatz *Treatment as Prevention* sieht in der Diagnostik und Behandlung von HIV-Infektionen ein Mittel zu einer bevölkerungsweiten Inzidenzsenkung von HIV-Infektionen (vgl. Charlebois, Das, Porco & Havlir, 2011; Cohen & Gay, 2010; Hull & Montana, 2011; Novitsky & Essex, 2012). Dieser bevölkerungsweite Public-Health-Ansatz findet sein auf das Individuum bezogenes Pendant in der Risikomanagementstrategie der sogenannten Viruslastmethode. Diese stellt einen Ansatz der Prävention dar, der ergänzend zu bereits bestehenden Risikomanagementstrategien wie der Kondomnutzung unter bestimmten Bedingungen auch die effektive Behandlung einer PWA als eine wirksame Schutzstrategie zur Vermeidung einer HIV-Infektion versteht (vgl. Deutsche AIDS-Hilfe, o. Jahr; Davidovich, Van den Boom, Witlox & Stolte, 2011).

Allerdings ist die Effektivität dieser Ansätze auf der Bevölkerungsebene nicht unumstritten (vgl. z. B. Wilson, Law, Grulich, Cooper & Kaldor, 2008; Wilson, Grulich & Boyd, 2011). Studien, die auf Probleme des *Treatment-as-Prevention*-Ansatzes unter realen Bedingungen verweisen (z. B. Wang et al., 2010; Kalichman et al., 2013), stellen den potenziellen Erfolg dieser Ansätze in Frage (vgl. Cohen, 2010).

### 1.3.3 Verminderte Infektiosität und HIV-Stigma

Eines der primären Ziele, das die EKAF-Autoren erklärtermaßen mit ihrem Statement über die sexuelle Nichtinfektiosität von wirksam behandelten PWA verbinden, ist die Verminderung von Infektionsängsten sowohl von Nicht-HIV-Infizierten als auch von HIV-Infizierten (Vernazza et al., 2008). Dabei geht es nicht nur um Ängste, die das Sexualleben der PWA beeinträchtigen, wie die Autoren explizit anmerken, sondern auch um die Ängste Nichtinfizierter in anderen Lebensbereichen wie z. B. am Arbeitsplatz.

Indem sie einen Zusammenhang zwischen Infektiosität und Infektionsängsten herstellen, spielen sie auf die zentrale Rolle der Ansteckungsgefahr für die Stigmatisierung von PWA an, wie sie zum Beispiel von Bos et al. (2001) in ihrem Modell dargestellt und von weiteren Autoren aufgrund empirischer Befunde betont wird.

Grundsätzlich sind Erkrankungen, bei denen eine Ansteckungsgefahr besteht, einer stärkeren Stigmatisierung ausgesetzt, wie Crandall und Moriarty (1995) in ihrer empirischen Analyse der Dimensionen, die der Stigmatisierung von Erkrankungen unterliegen, festgestellt haben. In ihrem Vergleich diverser physischer Erkrankungen werden diejenigen Erkrankungen am stärksten stigmatisiert, die als ansteckend, schwerwiegend, unbehandelbar und kontrollierbar wahrgenommen wurden. Die Ansteckungsgefahr trägt dabei vor allem maßgeblich zu der subjektiven Wahrnehmung einer Bedrohung durch eine Erkrankung bei. Bedrohung erscheint schon in der klassischen Typologie Jones et al. (1984) als eine von acht zentralen Dimensionen, die dem Stigmatisierungsprozess zugrundeliegen. In der Folge wird die zentrale Bedeutung des Bedrohungsaspekts für die Ätiologie von Stigma von verschiedenen Autoren aus unterschiedlichen Fachgebieten immer wieder hervorgehoben (Stangor & Crandall, 2000; Blascovich, Mendes, Hunter & Lickel, 2000; Kurzban & Leary, 2001).

Auch und gerade HIV-Stigma beruht auf der Wahrnehmung einer physischen Bedrohung durch die wahrgenommene Gefahr, sich bei einer PWA mit HIV zu infizieren (instrumentelles Stigma). Die Bedeutung von Infektionsängsten für die Stigmatisierung von PWA, wenn auch zeitweilig von einigen Autoren in Frage gestellt (z. B. Pryor et al., 1989, Castro & Farmer, 2005), wird von zahlreichen empirischen Studien sowohl korrelativer als auch experimenteller Natur bestätigt.

Herek und Capitano (1998) kommen zum Beispiel im Rahmen ihrer korrelativen Studie zu den Funktionen von HIV-stigmatisierenden Einstellungen zu dem Ergebnis, dass entgegen ihren Erwartungen

auch diejenigen Teilnehmer, deren HIV-Stigma überwiegend von symbolischen Funktionen (wie Homophobie) motiviert ist, in ihrer sozialen Distanzierung von PWA eher von Infektionsängsten motiviert sind: „In this study, intentions to avoid PWAs appeared to be shaped largely by concerns about HIV transmission, regardless of whether a respondent’s AIDS attitudes serve an expressive or evaluative function“ (Herek & Capitanio, 1998, S. 239). In ihrer bevölkerungsweiten Studie in den Niederlanden können Bos et al. (2001) Ängste bezüglich der Übertragung von HIV in alltäglichen sozialen Situationen als wichtigsten Prädiktor der Bereitschaft, persönlichen Kontakt mit PWA zu haben, identifizieren. Auch Risikowahrnehmungen und Überzeugungen hinsichtlich der Transmissionswege des HI-Virus, die als eine Operationalisierung der wahrgenommenen Ansteckungsgefahr verstanden werden können, stellen in korrelativen Studien einen wichtigen Prädiktor von HIV-Stigma dar (vgl. Abschnitt 1.2.3).

Darüber hinaus betonen die experimentellen Studien von Crandall et al. (1997) und Bishop et al. (1991), die sich eines Umwegs bedienen, um die Infektiosität von HIV/AIDS in ihren Experimenten variieren zu können, ebenfalls die Bedeutung der Ansteckungsgefahr für die soziale Distanzierung.

Seit die Viruslast, wie beschrieben, als Marker der Krankheitsprogression und der Infektiosität identifiziert wurde, besteht jedoch eine rationale Basis dafür, die Wahrnehmungen von unterschiedlichen Ausprägungen der Infektiosität von PWA und ihre Konsequenzen für Einstellungen und Stigma gegenüber diesen Personen direkt in experimentellen Studien zu untersuchen. Auf diese Weise kann die Forschung zum Zusammenhang von HAART und Stigma um die Untersuchung eines zweiten Aspekts, neben der Wahrnehmung eines verringerten Schweregrads von HIV, erweitert werden, und zwar um die Wahrnehmung einer verringerten Infektiosität von PWA.

Ausgehend von diesen empirischen Ergebnissen und theoretischen Überlegungen soll im Folgenden der Versuch unternommen werden, den Zusammenhang zwischen der wahrgenommenen Höhe der Viruslast, abhängig von der antiretroviralen Behandlung, und der Stigmatisierung von PWA empirisch zu testen.

Dabei soll die übergeordnete Forschungsfrage überprüft werden, ob und wie sich die Wahrnehmung der Viruslasthöhe auf das Ausmaß der HIV-bezogenen Stigmatisierung der Teilnehmer auswirkt, wenn sie den Zusammenhang zwischen antiretroviraler Therapie, Viruslast und Infektiosität kennen.

## 2 Methoden

### 2.1 Studiendesign

Diese Studie wird den Einfluss der wahrgenommenen Höhe der Infektiosität einer PWA, vermittelt über die Wahrnehmung der Viruslasthöhe, auf die Stigmatisierung, die diese Person erfährt, untersuchen. Um diese Frage zu beantworten, wird eine experimentell angelegte Online-Studie durchgeführt, bei der die Höhe der Infektiosität einer PWA im Rahmen einer Vignette manipuliert wird. Die Viruslast dieser PWA wird in der Vignette entweder als infolge einer wirksamen antiretroviralen Behandlung niedrig oder als durch Abwesenheit einer ART hoch beschrieben. Untersucht werden die Auswirkungen dieser experimentellen Manipulation auf verschiedene Aspekte HIV-bezogener Stigmatisierung als abhängige Variablen.

Damit steht diese Studie in der Tradition anderer experimenteller Studien (vgl. Bishop et al., 1991, Crandall et al., 1997), die ebenfalls ein Vignettendesign nutzten, um die Bedeutung der Infektiosität von PWA auf die Stigmatisierung von PWA zu analysieren. Im Gegensatz zu den ausschließlich grundlagenwissenschaftlichen Fragestellungen dieser Studien nach der Bedeutung der Infektiosität für die Stigmatisierung einer Erkrankung wie HIV wird diese Fragestellung in der vorliegenden Studie mit einem praktisch relevanten Aspekt verknüpft. Die experimentelle Manipulation der Infektiosität einer PWA, die hier implizit über die Variation der ART-bedingten Viruslasthöhe erfolgt, ermöglicht nämlich auch die Beantwortung der Frage nach dem Potenzial der antiretroviralen Therapie für die Entstigmatisierung von PWA.

Dieses Vorgehen weist im Vergleich zu den beiden Vorgängerstudien eine höhere interne Validität auf, weil nicht der Umweg über eine zu diesem Zweck konstruierte fiktive Erkrankung genommen wird, sondern direkt die Infektiosität einer PWA, neue medizinische Erkenntnisse zur Rolle der Viruslast nutzend, manipuliert werden kann.

Den Kern der vorliegenden Studie stellt die experimentelle Manipulation der Viruslast einer in einer Vignette beschriebenen PWA dar (1. Bedingung: hohe Viruslast vs. niedrige Viruslast). Diese Manipulation kann die Fragestellung beantworten, inwiefern die Stigmatisierung durch die Wahrnehmung der Viruslasthöhe beeinflusst wird. Da allerdings nicht davon auszugehen war, dass die Versuchsteilnehmer den Zusammenhang zwischen Viruslast und Infektiosität kennen, wurden sie darüber in einem kurzen Text informiert. Dieser Text erläutert allgemeinverständlich 1) das Konzept der Viruslast, 2) die Wirkung der antiretroviralen Medikamente auf die Viruslast sowie 3) den Zusammenhang zwischen Viruslast und (sexueller) Infektiosität, also der Wahrscheinlichkeit einer HIV-Transmission auf sexuellem Wege. Um in einem zweiten Schritt auch die Effekte des Wissens um den Zusammenhang von Viruslast und Infektiosität analysieren zu können, wurde jeweils der Hälfte der Teilnehmer dieser Text nicht präsentiert (2. Bedingung: Informationstext vs. kein Informationstext).

Auf diese Weise kann zum einen kontrolliert werden, ob etwaige Effekte der Manipulation der Viruslast auf die abhängigen Stigma-Variablen in der Informationsgruppe tatsächlich auf das Wissen um den Zusammenhang von Viruslast und Infektiosität oder auf andere (unbekannte) Faktoren wie die Formulierung der Vignette zurückzuführen sind. Findet sich nämlich unter den Teilnehmern der Nicht-Informationsgruppe ein ähnlicher Effekt wie in der Informationsgruppe, so ist es wahrscheinlich, dass nicht das Wissen um den Zusammenhang zwischen Viruslast und Infektiosität diesen Effekt in der Informationsbedingung bewirkt hat und damit auch nicht die wahrgenommene Infektiosität der in der Vignette beschriebenen PWA. Finden sich in Gruppen, die den Informationstext nicht gesehen haben, keine Effekte der Manipulation der Viruslast, so ist ein in der Informationsgruppe gefundener Unterschied tatsächlich auf das Wissen um den Viruslast-Infektiosität-Zusammenhang, also auf die wahrgenommene Infektiosität der PWA zurückzuführen.

Zum zweiten kann – für das Ziel der Entstigmatisierung von hoher Relevanz – untersucht werden, ob das Wissen um den Zusammenhang zwischen Viruslast und Infektiosität tatsächlich zu einer Entstigmatisierung (von antiretroviral behandelten PWA mit einer niedrigen Viruslast) oder im Gegenteil zu einer (nicht erwünschten) Verstärkung der Stigmatisierung (von nicht antiretroviral behandelten PWA mit einer hohen Viruslast) oder auch parallel zu beiden Konsequenzen führt.

Neben diesen Hauptfragestellungen ermöglichen weitere im Fragebogen erfasste Variablen die Analyse von Nebenfragestellungen, die sich mit zusätzlichen Einflussfaktoren auf die in den abhängigen Variablen erfasste Stigmatisierung beschäftigen. Diese Analysen betreffen einen möglichen Geschlechtseffekt, die Bewertung der Glaubwürdigkeit des Informationstextes sowie die grundlegende Wahrnehmung der Infektiosität einer PWA und des Schweregrads einer HIV-Infektion. Für alle diese Variablen soll untersucht werden, ob sie sich auf die abhängigen Variablen und/oder den Effekt der Manipulation der Viruslasthöhe auswirken. Diese zusätzlichen Analysen sind korrelativer Natur, da die untersuchten zusätzlichen Einflussfaktoren nicht experimentell manipuliert wurden.

Geschlechtseffekte werden untersucht, weil aufgrund des Forschungsstands eine unterschiedliche Stigmatisierungsbereitschaft von Männern und Frauen gegenüber PWA angenommen werden kann, da Frauen, zumindest in westlichen Industrieländern, in einem geringeren Ausmaß zu Stigmatisierung neigen. Diese Unterschiede können sich wiederum auch auf die Wirkung der Viruslastmanipulation auswirken.

Die Effektivität der experimentellen Manipulation der Viruslast ist in großem Maße abhängig von der Qualität des Informationstextes, der über den Viruslast-Infektiosität-Zusammenhang aufklärt. Die wahrgenommene Glaubwürdigkeit kann auch als ein Maßstab für die Güte des Informationstextes verstanden werden. Wird der Informationstext von den Teilnehmern als sehr glaubwürdig oder unglaubwürdig bewertet, sollte sich dies auf die Wirkung der Viruslastmanipulation auswirken.

Als dritte und vierte Nebenfragestellung soll der mögliche Einfluss der beiden Prädiktoren instrumenteller Stigmatisierung aus dem Modell von Bos et al. (2008), der wahrgenommenen Ansteckungsge-

fahr und des wahrgenommenen Schweregrads von HIV, auf den Effekt der Viruslastmanipulation untersucht werden. So ist zum Beispiel denkbar, dass Personen, die HIV grundsätzlich als eine sehr schwerwiegende bzw. eine sehr ansteckende Erkrankung wahrnehmen, kaum durch den Informationstext beeinflussbar sind und entsprechend die Viruslastmanipulation keine Wirkung auf die Stigmatisierungsbereitschaft gegenüber PWA ausübt.

### Das Online-Experiment als Methode

Das Experiment ist der Goldstandard für die Untersuchung der vorliegenden Forschungsfrage, da durch die randomisierte Zuteilung der Teilnehmer auf die experimentellen Bedingungen personenbezogene Störvariablen kontrolliert werden können. Diese Kontrolle von Störfaktoren sichert eine hohe interne Validität experimenteller Untersuchungen. Auf diese Weise ist das experimentelle Design am ehesten dazu geeignet, eine kausale Beziehung zwischen der unabhängigen und der abhängigen Variable zu prüfen (vgl. Bredenkamp, 1996; Huber, 2009).

Spezifisch für ein Online-Experiment, eine Methode, die in Psychologie und Sozialwissenschaften immer häufiger Anwendung findet (vgl. Reips, 2008), ist die Unabhängigkeit der Durchführung des Experiments von einem Laborsetting. Stattdessen ruft der Teilnehmer eine Internetseite über einen ihm zugesandten Link auf und startet das Experiment in einem von ihm frei gewählten Setting (in der Regel am heimischen Computer) und zu einer von ihm frei gewählten Uhrzeit.

Die Durchführung eines Online-Experiments weist sowohl Vorteile als auch Nachteile auf. Reips (2002a) nennt als zentrale Vorteile den geringeren organisatorischen Aufwand bei der Durchführung und die damit verbundene einfachere Erreichung von Probanden. Dies führt in der Regel zur Realisierung größerer Stichproben, in denen soziodemografische Merkmale stärker variieren als bei klassischen Laborexperimenten. Letzteres nutzen Reips und andere Autoren (z. B. Gnambs & Strassning, 2007) als Argument für eine höhere externe Validität bzw. ökologische Validität von Online-Experimenten. Tatsächlich kann auch bei der experimentellen sozialpsychologischen Forschung allgemein (Reips, 2002b, Sears, 1986) und gerade auch zu Vorurteilen eine deutliche Tendenz hin zu Stichproben von (Psychologie-)Studierenden beobachtet werden, was eine deutliche Einschränkung der ökologischen und externen Validität bedeutet (vgl. Henry, 2008). Die externe Validität eines Online-Experiments kann zudem auch infolge der Nichtanwesenheit eines Studienleiters bei der Teilnahme erhöht sein.

Als Nachteil dagegen, der die interne Validität beeinträchtigen kann, gilt die geringere Kontrolle über die Umgebungsvariablen, also die Situation, in der ein Proband an dem Experiment teilnimmt – ein Problem, das sich über die größere Stichproben von Online-Experimenten eventuell wieder ausgleicht, wenn diese mit einer hohen Variabilität der Settingvariablen einhergehen. Problematisch ist tatsächlich die mangelnde Kontrolle des Studienleiters über die Stimulus-Präsentation, so kann zum Beispiel kaum garantiert werden, dass Texte, die als Stimuli dienen sollen, tatsächlich gelesen werden. Darüber hinaus ist die Möglichkeit von spontanen Verständnisfragen durch den Probanden stark eingeschränkt.

Ein weiterer Nachteil von Online-Experimenten betrifft die Möglichkeit multipler Teilnahmen durch ein- und dieselbe Person, ein Umstand, der die grundlegende Voraussetzungen – die Unabhängigkeit der Messungen – für die meisten statistischen Verfahren verletzen würde. Das Phänomen scheint jedoch insgesamt selten zu sein (vgl. Reips, 2002a).

## **2.2 Stichprobenzugang und Stichprobe**

800 heterosexuelle Probanden, davon 400 Frauen und 400 Männer, die über ein kommerzielles Online-Marktforschungspanel<sup>19</sup> rekrutiert wurden, nahmen zwischen dem 24. August und dem 1. September 2011 an dem Online-Experiment teil. Dazu erhielten Personen, die sich für die Teilnahme an diesem Online-Marktforschungspanel registriert hatten, vom Betreiber dieses Panels eine E-Mail mit dem Hinweis auf die Studie, der Zusage eines Incentives im Falle einer Teilnahme sowie einem Link, über den sie die Startseite der Studie erreichen konnten.

Der Stichprobenzugang über ein solches kommerzielles Panel ist in den Sozialwissenschaften noch wenig gebräuchlich, weist aber Vorteile hinsichtlich der Zusammensetzung der Stichprobe auf. Bisher wurden Probanden für die experimentelle Stigma-Forschung überwiegend aus studentischen Populationen gezogen (wie auch in den Studien von Bishop et al., 1991, und Crandall et al., 1997). Der Zugang über ein kommerzielles Panel und damit der Zugriff auf bezahlte Teilnehmer verspricht hingegen eine stärkere Streuung von soziodemografischen Merkmalen in der realisierten Stichprobe. Tatsächlich ist durch den gewählten Zugang über ein kommerzielles Panel sogar eine Selektion bzw. Quotierung von Studienteilnehmern anhand diverser soziodemografischer Merkmale möglich. Im vorliegenden Fall wurde die realisierte 50:50-Verteilung von weiblichen und männlichen Probanden dem Anbieter vorgegeben.

Zudem kann durch die (geringfügige) Entlohnung der Probanden durch den Betreiber des Panels die Selbstselektion der Studienteilnehmer, die ein zentrales Problem der Online-Rekrutierung darstellt, reduziert werden. Die Selbstselektion der Teilnehmer ist gerade bei sozialpsychologischen Studien häufig sehr stark durch das Interesse am Studienthema bedingt (vgl. Reips, 2002b). Dies spielt zwar bei Studien, die verallgemeinerbare Aussagen über die Häufigkeit gewisser Merkmale oder Verhaltensweisen treffen wollen (z. B. in der epidemiologischen Forschung), eine größere Rolle als bei (sozial-)psychologischer experimenteller Forschung, deren Ziel in der Analyse psychologischer Prozesse und Zusammenhänge besteht. Jedoch kann es auch bei sozialpsychologischen Fragestellungen zu Vorurteilen, Stereotypen und Stigmatisierung von Vorteil sein, wenn die Stichprobe nicht vollständig aus beispielsweise grundsätzlich sehr toleranten Probanden besteht, da dies eine aus statistischen Gründen unerwünschte Einschränkung der Variabilität der Verteilung der abhängigen Variablen zur Folge hätte.

---

<sup>19</sup> Online-Panel Unister der Unister Market Research & Analysis (UMA)

Zwar kann ein monetärer Anreiz, auch wenn er gering ist, Probanden zur Teilnahme an der Studie motivieren, die nur an diesem Incentive interessiert sind und die Items aus diesem Grund nicht gewissenhaft und wahrheitsgemäß beantworten, allerdings bieten die technischen Grundlagen der Internetforschung Möglichkeiten, diese Probanden zum Beispiel anhand einer stark verkürzten Beantwortungsdauer zu identifizieren und aus der Datenauswertung auszuschließen.

### 2.3 Materialien und Durchführung

Für die internetbasierte Durchführung des Experiments wurde ein Fragebogen mithilfe des Programms EFS-Survey des Anbieters Unipark/Globalpark erstellt. Der Fragebogen umfasste eine Startseite mit Erläuterungen zur Studie und Durchführungshinweisen, im Folgenden wurden Informationen zu soziodemografischen Merkmalen und die HIV-spezifischen Variablen zur wahrgenommenen Infektiosität von HIV und dem wahrgenommenen Schweregrad von HIV erfasst.

Die soziodemografischen Variablen umfassten unter anderem das Geschlecht und die sexuelle Orientierung der Teilnehmer. Die Information zum Geschlecht wurde im Hintergrund, für die Teilnehmer unbemerkt, in einer sogenannten Quotenvariablen gespeichert, die die erreichte Anzahl an männlichen und weiblichen Probanden zählte. Nach Erfüllung einer Quote wurden weitere Teilnehmer mit dem Hinweis, dass ihre Quote erfüllt war, von der Teilnahme ausgeschlossen. Da aus inhaltlichen Gründen nur heterosexuelle Personen an der Studie teilnehmen sollten, wurden Personen, die sich im Fragebogen als homo- oder bisexuell bezeichneten, ebenfalls von der Befragung ausgeschlossen.

Die Teilnehmer wurden zufällig einer von vier experimentellen Bedingungen zugewiesen. In diesen Bedingungen wurde die Beschreibung der PWA in der Vignette (*hohe Viruslast vs. niedrige Viruslast*) und die Art der Information über den Viruslast-Infektiosität-Zusammenhang (*Information vs. keine Information*) variiert. Dadurch ergaben sich vier Gruppen von Probanden, wie Tabelle 1 zeigt: *Information/hohe Viruslast* ( $I_H$ ), *Information/niedrige Viruslast* ( $I_N$ ), *keine Information/hohe Viruslast* ( $K_H$ ) und *keine Information/niedrige Viruslast* ( $K_N$ ).

Tabelle 1: experimentelles Design

Gruppe	Informationstext		Viruslast in Vignette	
	ja	nein	hoch	niedrig
$I_H$	X		X	
$I_N$	X			X
$K_H$		X	X	
$K_N$		X		X

Für alle Mitglieder der Gruppen  $I_H$  und  $I_N$  wurde im Anschluss an die Erfassung der HIV-spezifischen unabhängigen Variablen der Informationstext eingeblendet. Dieser umfasste einen Text im Umfang von ungefähr einer DIN A4-Seite; der genaue Wortlaut kann Anhang I entnommen werden.

Um ein direktes Weiterklicken durch die Probanden zu unterbinden, wurde der *Weiter*-Button, mit dem die Teilnehmer die nächste Seite des Fragebogens aufrufen mussten, erst nach 30 Sekunden eingeblendet. Diese Manipulation erhöht zwar die Wahrscheinlichkeit, dass der Text gelesen wurde, kann dieses aber nicht garantieren. Um wenigstens einen Teil der Probanden zu identifizieren, die den Text nicht gelesen haben, wurde auf der folgenden Seite erfragt, ob der Text gelesen und verstanden wurde. Teilnehmer, die dies verneinten, wurden im Rahmen der Datenbereinigung von den Analysen ausgeschlossen. Als zusätzliche den Text betreffende Informationen wurde die Einschätzung der Glaubwürdigkeit der im Text enthaltenen Informationen erfasst und nach der bisherigen Kenntnis dieses Zusammenhangs von Viruslast und Infektiosität gefragt.

Mitglieder der Gruppen  $K_H$  und  $K_N$  erhielten weder den Informationstext noch die darauf bezogenen Fragen.

Im Anschluss wurde für jeden Probanden eine Vignette mit einer kurzen Beschreibung einer fiktiven PWA eingeblendet. Um sicherzustellen, dass homophobe Einstellungen oder moralische Ansichten zu Promiskuität das Antwortverhalten der Teilnehmer nicht beeinflussen, wurde die PWA als heterosexuell beschrieben und betont, dass sie sich in einer festen Beziehung durch den damaligen Partner bzw. die damalige Partnerin mit HIV infiziert hatte.

In der Vignette wurde die Viruslast der Person für die Teilnehmer der Gruppen  $I_H$  und  $K_H$  als hoch beschrieben, da die Person auf Anraten ihres Arztes keine antiretrovirale Medikamente einnahm. Für die Mitglieder der Gruppen  $I_N$  und  $K_N$  wurde die Viruslast als niedrig beschrieben, weil die Person auf Anraten ihres Arztes antiretrovirale Medikamente einnahm. Die in der Vignette dargestellte PWA wurde für männliche Teilnehmer als weiblich beschrieben, für weibliche Teilnehmer als männlich – aus dem einfachen Grund, dass die abhängigen Variablen zur sozialen Distanzierung, die soziale, intime und sexuelle Interaktionen umfassten, sich auf die beschriebene Person bezogen und eine Vignette mit einer Person des jeweils anderen Geschlechts voraussetzten. Die zwei Versionen der Vignette in der Variante für männliche Teilnehmer finden sich in Anhang II.

Nach den Vignetten wurden die abhängigen Variablen zur Stigmatisierungsbereitschaft gegenüber der in der Vignette beschriebenen PWA erfasst.

Den Abschluss des Fragebogens bildeten Fragen zur wahrgenommenen Rolle der Höhe der Viruslast der PWA bei der Beantwortung der abhängigen Variablen zur Stigmatisierung und Distanzierung. Teilnehmer, die den Informationstext erhalten hatten, wurden abschließend per Internetlinks auf weitere Informationsmöglichkeiten über den Zusammenhang von Viruslast und Infektiosität bei HIV-Infizierten verwiesen, um ihnen die Möglichkeit zu geben, Antworten auf eventuell aufgetauchte weiterführende Fragen zu geben. Außerdem wurde den Teilnehmern als eine Art Disclaimer die Nutzung von Kondomen bei allen sexuellen Kontakten insbesondere mit Sexualpartnern, die sie nicht gut kennen, empfohlen. Sollte in einer festen HIV-diskordanten Partnerschaft der Wunsch auf den Verzicht

von Kondomen bestehen, wurde die vorherige Inanspruchnahme einer ärztlichen Konsultation dringend angeraten.

Alle Teilnehmer erhielten sowohl auf der Startseite als auch auf der Endseite des Fragebogens als Kontaktmöglichkeit die E-Mail-Adresse des Studienleiters, falls weitere Fragen auftreten sollten, allerdings machte keiner der Teilnehmer von dieser Möglichkeit Gebrauch.

Teilnehmer, die den Fragebogen beendet hatten, wurden einige Tage später durch den Panelbetreiber mit Bonuspunkten im Gegenwert von einem Euro belohnt.

## 2.4 Variablen

### 2.4.1 HIV-spezifische Variablen

#### Wahrgenommene Infektiosität von HIV

Die *wahrgenommene Infektiosität* wurde über ein Item erfasst, das die wahrgenommene Wahrscheinlichkeit einer HIV-Transmission bei einem einmaligen ungeschützten Sexualkontakt mit einer PWA erfragte. Die Antwort wurde auf einer an eine Prozentskala angelehnten Skala von 0 (*auf keinen Fall mit HIV infiziert*) bis 100 (*auf jeden Fall mit HIV infiziert*) erhoben. Der genaue Wortlaut der Frage lautete: *Stellen Sie sich vor, Sie haben einmal ungeschützten Sex mit einer HIV-infizierten Person. Wie wahrscheinlich ist es Ihrer Meinung nach, dass Sie danach selbst HIV-infiziert sind?* Für die statistischen Analysen wurde die Variable *wahrgenommene Infektiosität* anhand eines Mediansplits dichotomisiert.

#### Wahrgenommener Schweregrad von HIV

Der *wahrgenommene Schweregrad* einer HIV-Infektion wurde über ein Item mit einer elfstufigen Antwortskala von 0 (*gar kein Problem*) bis 10 (*die schwerwiegendste Erkrankung, die ich mir vorstellen kann*) erfasst. Für die statistischen Analysen wurde die Variable *wahrgenommener Schweregrad* anhand eines Mediansplits dichotomisiert.

#### Wahrgenommene Glaubwürdigkeit des Informationstextes

Die Teilnehmer bewerteten die Glaubwürdigkeit der Information über den Viruslast-Infektiosität-Zusammenhang auf einer vierstufigen Skala (*sehr glaubwürdig, eher glaubwürdig, eher unglaubwürdig, sehr unglaubwürdig*). Das Item lautete: *Für wie glaubwürdig halten sie die Informationen, die Sie eben gelesen haben?*

Für die Durchführung der statistischen Analysen wurde diese Variable auf der Basis der Verteilung der Antworten dichotomisiert (*sehr glaubwürdig* vs. *nicht sehr glaubwürdig*).

### 2.4.2 Abhängige Variablen

Verschiedene Aspekte von HIV-Stigma stellen die abhängigen Variablen dieses Experiments dar. Als in der Stigma-Forschung weit verbreitetes Instrument wurde eine Skala zur Erfassung der sozialen Distanz adaptiert. Soziale Distanzierung erfasst eher instrumentell motivierte Stigmatisierung. Weitere instrumentell motivierte Aspekte HIV-bezogener Stigmatisierung werden in einer zusätzlichen Stigma-Skala erfasst. Eine Skala zu symbolisch motiviertem HIV-Stigma ergänzt diese Instrumente.

#### Soziale Distanz

Zur Erfassung der sozialen Distanz wurden 13 Items konzipiert, die die Bereitschaft der Probanden zu verschiedenen Arten von sozialen Interaktionen mit der in der Vignette beschriebenen PWA erfragten. Instrumente zur Erfassung der sozialen Distanz sind in der Vorurteils- und Stigma-Forschung weit verbreitet (Link et al., 2004, vgl. auch Abschnitt 1.2.5). Gerade auch in der experimentellen Vignetten-Forschung zu HIV-bezogener Stigmatisierung, in der die soziale Distanzierung gegenüber einem Individuum erfasst wird, werden diese Skalen genutzt (z. B. Bishop et al., 1991; Crandall et al., 1997).

Soziale Distanz beschreibt „the relative willingness of an individual to take part in relationships of varying degrees of intimacy with a person who has a stigmatized identity (Lauber et al. 2004; Baumann 2007)“ (Ouellette-Kuntz, Burge, Brown & Arsenault, 2010, S. 133). Skalen der sozialen Distanz erfassen also Verhaltensintentionen, die den Grad der emotionalen Intimität zwischen Individuen und Gruppen widerspiegeln (vgl. Angermeyer & Matschinger, 1997; Bogardus, 1959).

Insbesondere in der Erfassung von HIV-Stigma berücksichtigen Maße der sozialen Distanz auch die starke Bedeutung von sozialer Ablehnung für stigmatisierte PWA:

*The experience of being stigmatized involves psychological alienation as well as physical distance from ‘normals’ (Crandall & Coleman, 1992; Kleck, Ono & Hastorf, 1966; Worthington, 1974), and the groups with a higher prevalence of AIDS tend to be relatively socially isolated within broader society (des Jarlais & Friedman, 1987). (Crandall et al., 1997, S. 98).*

PWA erfahren Zurückweisungen und Ablehnungen auf unterschiedlichen Ebenen, durch Familienmitglieder und Verwandte, Arbeitskollegen und Freunde, Beziehungspartner und Sexualpartner. Insbesondere diese letzteren romantischen und intimen sozialen Kontakte spielen bei HIV aufgrund der Übertragungswege der HIV-Infektion eine besondere Rolle. Aus diesem Grund umfasst das Instrument zur Erfassung der sozialen Distanz auch körperliche und intime, speziell auch sexuelle Interaktionen, nicht zuletzt, da der Interventionstext die sexuelle Übertragung von HIV thematisiert. Damit stellt die vorliegende Arbeit die erste Studie dar, in der die Bereitschaft zu körperlichen und intimen Kontakten in einem Instrument zur sozialen Distanz erfasst wird. Auf diese Weise geht die inhaltliche Bandbreite der Items deutlich über die Intensität der sozialen Interaktionen anderer Skalen der sozialen Distanz hinaus. Dies lässt sich am Beispiel der ersten Skala zur Erfassung der sozialen Distanz zeigen. Bogardus (1925) konstruierte eine Guttman-Skala, deren charakteristische Eigenschaft die aufsteigende Schwierigkeit der Items ist, sodass eine Zustimmung zu einem beliebigen Item die Zu-

stimmung zu den vorhergehenden Items impliziert. Das schwierigste Item in Bogardus' Originalskala thematisiert das Einheiraten eines Mitglieds der zu bewertenden Personengruppe in die eigene Familie (vgl. Bogardus, 1925).

Um die Varianz der abhängigen Variablen zu erhöhen, wird im Einklang mit den meisten in der Stigma-Forschung eingesetzten Skalen der sozialen Distanz statt des dichotomen Antwortformats der Originalskala von Bogardus eine vierstufige Likertskala gewählt, die Antworten von 1 (*dazu wäre ich auf jeden Fall bereit*) bis 4 (*dazu wäre ich auf keinen Fall bereit*) zulässt und auf das Format der Guttman-Skala verzichtet. Alle Items können im Wortlaut Anhang III und IV entnommen werden.

Zur Überprüfung der Dimensionalität dieser Items wurde eine explorative Faktorenanalyse nach der Maximum-Likelihood-Methode mit Varimax-Rotation durchgeführt. Der Screeplot und die Anzahl der Faktoren mit Eigenwerten  $> 1,0$  verweisen auf eine Zwei-Faktoren-Lösung. Beide Faktoren klären gemeinsam 65,8 % der Gesamtvarianz auf.

In der rotierten Faktorenlösung laden sieben Items mit einer Faktorladung von  $> 0,5$  auf den ersten Faktor, vier Items laden in mindestens dieser Höhe auf den zweiten Faktor. Für keines dieser Items findet sich eine hohe Ladung von  $> 0,5$  auf den jeweiligen anderen Faktor, sodass die Zuordnung der Items eindeutig ist. Zwei Items konnten nicht eindeutig einem der beiden Faktoren zugordnet werden, da sie auf keinen der beiden Faktoren hoch laden (# 13) bzw. weil sie eine hohe Ladung auf beiden Faktoren aufweisen (# 10). Die Ergebnisse der Faktorenanalyse können Anhang V entnommen werden.

Auf der Basis der rotierten Faktorladungen wurden zwei Subskalen gebildet. Die beiden nicht eindeutigen Items wurde dabei keiner der beiden Subskalen zugewiesen. Eine inhaltliche Analyse der Items, die jeweils auf einen der beiden Faktoren hoch laden, zeigte, dass der erste Faktor alltägliche soziale Interaktionen sowie Interaktionen umfasst, die keine intimen oder sexuellen Kontakte implizieren, während der zweite Faktor intime/sexuelle Interaktionen oder Beziehungen thematisiert, die diese implizieren. Als das zentrale Unterscheidungskriterium zwischen den Items von Faktor 1 und Faktor 2 kann die Wahrscheinlichkeit von Schleimhautkontakten identifiziert werden, die beim ersten Faktor unwahrscheinlich, beim zweiten Faktor zumindest möglich sind. Die Subskalen sollen diesen Eigenheiten entsprechend mit den Namen *soziale Distanz* (Faktor 1) und *intime/sexuelle Distanz* (Faktor 2) bezeichnet werden.

### Skala *soziale Distanz*

Die Skala *soziale Distanz* ( $D_S$ ) umfasst sieben Items, die die Bereitschaft zu sozialen Interaktionen mit der beschriebenen PWA thematisieren, ohne dass ein intimer Körperkontakt impliziert wird, zum Beispiel das Wohnen Tür an Tür, die Zusammenarbeit am Arbeitsplatz, die enge Freundschaft, das Schütteln der Hände oder ein Kuss auf die Wange. Hohe Werte auf dieser Skala entsprechen einer hohen sozialen Distanz. Auf der Basis von 738 gültigen Fällen weist diese Subskala mit einem Cronbachs Alpha von 0,90 einen sehr guten Wert für die interne Konsistenz auf.

### Skala *intime/sexuelle Distanz*

Die Skala *intime/sexuelle Distanz* ( $D_1$ ) umfasst vier Items, die die Bereitschaft thematisieren, intime und sexuelle Kontakte bzw. eine feste Partnerschaft/Beziehung mit der beschriebenen PWA einzugehen. Die zwei Items, die sexuelle Kontakte beschreiben, Petting und Geschlechtsverkehr mit einem Kondom, folgen den weithin bekannten Safer-Sex-Richtlinien, die eine HIV-Transmission mit hoher Wahrscheinlichkeit ausschließen. Auch Küssen auf den Mund stellt keinen möglichen Transmissionsweg dar. Die feste Partnerschaft als viertes Item bezieht sich im Gegensatz dazu nicht direkt auf eine intime oder sexuelle Praktik, impliziert diese aber. Hier können noch andere Aspekte eine Rolle bei der Beantwortung durch die Probanden spielen, zum Beispiel der häufigere Geschlechtsverkehr, den eine feste Partnerschaft impliziert, oder die Angst vor *courtesy stigma*<sup>20</sup> als Angehöriger einer PWA. Dazu zählen eventuelle Ängste, in der Partnerschaft Krankheit, Leiden und Tod erleben zu müssen, wie sie von den alten Bildern von AIDS hervorgerufen werden. Hohe Werte auf dieser Skala weisen auf eine starke Distanzierung hin. Auf der Basis von 745 gültigen Angaben weist diese Subskala eine gute interne Konsistenz mit einem Cronbachs Alpha von 0,87 auf.

### Skala *instrumentelles Stigma*

Um instrumentell motivierte stigmatisierende Einstellungen gegenüber PWA zu erfassen, wurden vier Items konstruiert, die auf der Basis von Literaturanalysen verschiedene relevante Aspekte von instrumentell motiviertem HIV-Stigma abdecken. Diese Items thematisieren beispielsweise, ob die in der Vignette beschriebene PWA als Krankenpfleger arbeiten oder generell Sex mit nicht HIV-infizierten Personen haben dürfe.

Zur Prüfung der Eindimensionalität der Skala wurde eine explorative Faktorenanalyse (Maximum-Likelihood-Methode mit Varimax-Rotation) durchgeführt. Der Screeplot und die Anzahl der Faktoren mit Eigenwerten  $> 1,0$  verweisen auf die Existenz nur eines Faktors, der 50,0 % der Gesamtvarianz der Items aufklärt. Drei Items laden ausreichend hoch auf diesen Faktor ( $> 0,5$ ). Nur eine geringe Ladung auf den gemeinsamen Faktor ( $< 0,2$ ) weist das Item [*Christine/Michael*] *hat die Pflicht, Sexpartner vor dem Sex immer über die eigene HIV-Infektion zu informieren* auf, sodass es bei der Bildung der Skala *instrumentelles Stigma* nicht berücksichtigt wurde (vgl. Anhang V). Dieses Item weist eine sehr schiefe Verteilung mit einer sehr geringen Varianz von 0,12 auf, was eventuell den Grund für das Ergebnis der Faktorenanalyse darstellt.

Die übrigen drei Items bilden die Skala *instrumentelles Stigma* ( $S_1$ ), die auf der Basis von 750 gültigen Fällen eine zufriedenstellende interne Konsistenz mit einem Cronbachs Alpha von 0,73 aufweist. Hohe Werte auf dieser Skala entsprechen einer hohen instrumentell motivierten Stigmatisierung.

### Skala *symbolisches Stigma*

<sup>20</sup> *Courtesy stigma* umschreibt eine Art der Stigmatisierung, zu deren Objekt eine Person aufgrund der Assoziation mit einer stigmatisierten Person wird. Der Begriff geht auf Goffman (1963) zurück.

Symbolisch motivierte stigmatisierende Einstellungen wurden anhand von fünf Items erhoben, die moralische Urteile über und Schuldzuweisungen an die in der Vignette beschriebene PWA formulierten. Diese Items lauteten beispielsweise *[Christine/Michael] ist eine verantwortungslose Person* oder *[Christine/Michael] hat kein Mitleid wegen ihrer/seiner HIV-Infektion verdient*. Das Antwortformat bestand aus einer vierstufigen Likertskala von 1 (*stimme voll zu*) bis 4 (*stimme gar nicht zu*). Die Überprüfung der Eindimensionalität wurde anhand einer explorativen Faktorenanalyse (Maximum-Likelihood-Methode mit Varimax-Rotation) vorgenommen. Dem Screeplot und der Anzahl der Faktoren mit Eigenwerten  $> 1,0$  entsprechend konnte auf eine Ein-Faktor-Lösung geschlossen werden. Dieser Faktor klärt 64,8 % der Gesamtvarianz aller fünf Items auf. Alle Items laden hoch ( $> 0,5$ ) auf diesen Faktor (vgl. Anhang V).

Die Skala *symbolisches Stigma* ( $S_S$ ) umfasst daher fünf Items und weist auf der Basis von 744 gültigen Fällen eine gute interne Konsistenz mit einem Cronbachs Alpha von 0,83 auf. Hohe Werte auf dieser Skala entsprechen einer hohen symbolisch motivierten Stigmatisierung.

#### Weitere Variablen

Neben diversen soziodemografischen Variablen wurde in den Gruppen  $I_H$  und  $I_N$  die bisherige Kenntnis des Viruslast-Infektiosität-Zusammenhangs und die subjektive Rolle der Viruslast bei der Beantwortung der abhängigen Variablen erfragt.

Die Frage nach einer bereits vorhandenen Kenntnis des Zusammenhangs wurde nach der Präsentation des Informationstexts gestellt. Auf die Frage *Kannten Sie bereits den beschriebenen Zusammenhang von Viruslast und Übertragungswahrscheinlichkeit bei HIV?* folgten drei Antwortoptionen *Nein, davon habe ich noch nie gehört*, *Ja, davon habe ich schon gehört* und *Ja, darüber weiß ich gut Bescheid*.

Die Rolle der Kenntnis des Viruslast-Infektiosität-Zusammenhangs wurde sowohl in einer geschlossenen als auch in einer offen formulierten Frage erfasst. Auf die Frage *Hat die Höhe der Viruslast von [Christine/Michael] für Sie eine Rolle bei der Beantwortung dieser Fragen gespielt?* konnte mit *ja* oder *nein* geantwortet werden; je nach Antwort wurden die Teilnehmer daraufhin gefragt, welche Rolle die Viruslast bzw. warum diese keine Rolle gespielt habe.

## 2.5 Datenbereinigung und Nettostichprobe

Nur Teilnehmer, die den Fragebogen vollständig beantwortet hatten, wurden in die Analysen einbezogen. Insgesamt haben 986 Personen, die eine E-Mail mit dem Link zum Online-Fragebogen von den Panelbetreibern erhalten hatten, den Link angeklickt. 90 dieser Personen wurden aufgrund einer nicht-heterosexuellen Orientierung ausgescreent, 42 weitere Personen wurden abgewiesen, da ihre jeweilige Quote bereits erfüllt war. Abgebrochen wurde die Beantwortung des Fragebogens nur von 54 Personen der verbliebenen 854 Personen, was einer Abbrecherquote von 6,3 % entspricht. Diese Quote ist

für Internetbefragungen äußerst gering und ist aller Wahrscheinlichkeit nach eine Folge des Vorgehens bei der Rekrutierung. Den höchsten Anteil an Abbrechern weist die Seite mit dem Interventionstext auf, hier brachen elf Teilnehmer die Befragung ab. Die Tatsache, dass der *Weiter*-Button auf dieser Seite erst nach 30 Sekunden eingeblendet wurde, wird dabei eine Rolle gespielt haben.

Die Daten der 800 Teilnehmer wurden zur Datenbereinigung und Datenauswertung in die Statistiksoftware *SPSS 21.0* eingelesen. Zur Verbesserung der Datenqualität wurden verschiedene Schritte unternommen. Auf der Basis der durchschnittlichen Beantwortungszeit über alle Teilnehmer wurden solche Teilnehmer identifiziert, die die Items des Fragebogens in einer Zeit beantwortet hatten, in der ein Lesen und Verstehen der Fragentexte sowie ein sorgfältiges Beantworten aller Wahrscheinlichkeit nach nicht möglich ist.

Dazu wurde die mittlere Beantwortungszeit in Form des Medians separat für die Teilnehmer der Gruppen  $I_H$  und  $I_N$  sowie für die Gruppen  $K_H$  und  $K_N$  berechnet.<sup>21</sup> Der Median der Beantwortungszeit beträgt für 372 der 382 Probanden in der *Information*-Gruppe<sup>22</sup> 489 Sekunden; alle  $n = 17$  Teilnehmer dieser Gruppe, die den Fragebogen in weniger als der Hälfte dieser Zeit beantworteten, wurden eliminiert. Für die *Keine-Information*-Gruppe lag der Median der Beantwortungsdauer mit 334 Sekunden auf der Basis von 411 der 418 Teilnehmer dieser Gruppe<sup>23</sup> deutlich niedriger. Auch hier wurden die  $n = 16$  Teilnehmer, die den Fragebogen in weniger als der Hälfte dieser Zeit beantworteten, eliminiert.

Als zweites wurden die soziodemografischen Variablen auf Ausreißerwerte überprüft. Nur die Verteilung der Variable Alter zeigte auffällige Ausreißer. Während alle übrigen Teilnehmer zwischen 20 und 41 Jahren alt waren, fanden sich fünf Teilnehmer, die 49 Jahre und älter waren (vgl. Anhang VI). Da auch das Antwortverhalten dieser Teilnehmer bezüglich der abhängigen und unabhängigen Variablen deutlich von den übrigen, jüngeren Teilnehmern abwich, wurden diese fünf Teilnehmer aus den Analysen entfernt.

Als drittes wurde im Rahmen der Datenbereinigung die Frage betrachtet, ob der Informationstext gelesen und verstanden wurde. Von den verbliebenen 362 Teilnehmern, die den Informationstext erhalten hatten, gaben 267 (73,8 %) an, den Text *gelesen und alles verstanden* zu haben, weitere 85 (23,5 %) hatten ihn *gelesen, aber nicht alles verstanden*. Aus den Datenanalysen ausgeschlossen wurden lediglich acht Teilnehmer, die angegeben hatten, den Text zwar *gelesen, aber nicht verstanden* zu haben, sowie die zwei Teilnehmer, die den Text nicht gelesen hatten.

Fehlende Werte stellen in dieser Befragung kein Problem dar. Für fast alle Items konnte die Beantwortung als obligatorisch definiert werden. Bei Nichtbeantwortung einzelner Fragen konnte der Teilneh-

---

<sup>21</sup> Der Median wird gewählt, weil er robust gegen Ausreißerwerte ist. Die Gruppen wurden getrennt behandelt, da beide eine andere Fragebogenversion mit unterschiedlicher Anzahl von Fragebogenseiten und Items bearbeitet hatten.

<sup>22</sup> Für zehn Teilnehmer fehlte das Datum zur Beantwortungsdauer, da diese die Beantwortung des Fragebogens nach einer Unterbrechung wieder aufgenommen hatten. In diesem Fall berechnet die Software EFS Survey keine Beantwortungszeiten.

<sup>23</sup> Für sieben Teilnehmer fehlte das Datum zur Beantwortungsdauer, da diese die Beantwortung des Fragebogens nach einer Unterbrechung wieder aufgenommen hatten. In diesem Fall berechnet die Software EFS Survey keine Beantwortungszeiten.

mer nicht die folgende Seite des Fragebogens aufrufen. Fehlende Werte tauchen aus diesem Grund in der Regel ausschließlich bei Fragebatterien auf, bei denen es technisch nicht möglich war, die Beantwortung jedes Items einer Fragebatterie als obligatorisch zu definieren, sondern die Beantwortung eines Items aus der Batterie ausreichte, um den Fragebogen weiter zu bearbeiten. Allerdings überschreitet auch bei diesen Fragetypen die Anzahl der fehlenden Werte nie den Anteil von 1 % aller Fälle. Aufgrund fehlender Werte wurde deshalb kein Teilnehmer aus den Analysen ausgeschlossen.

Insgesamt wurden somit 48 Teilnehmer von der Analyse ausgeschlossen. Es resultierte eine Analyse-Stichprobe von  $n = 752$  heterosexuell identifizierten Menschen zwischen 20 und 41 Jahren.

## 2.6 Analyseverfahren und Hypothesen

Um die Hauptfragestellungen dieser Arbeit zu beantworten, werden im Folgenden vier Hypothesen hinsichtlich Mittelwertunterschieden zwischen den vier Gruppen ( $I_H$ ,  $I_N$ ,  $K_H$ ,  $K_N$ ), die die experimentelle Manipulation darstellen, formuliert.

Gegen die Überprüfung dieser Hypothesen mittels einer Serie von t-Tests spricht die Gefahr einer Alphafehler-Kumulierung. Stattdessen wird eine einfaktorische Varianzanalyse mit den vier Gruppen als Faktorstufen gerechnet, um die Existenz eines signifikanten Unterschieds innerhalb dieser vier Gruppen zu überprüfen. Die vier Hypothesen werden mit Kontrasten im Rahmen dieser Varianzanalyse nachgebildet und auf Signifikanz überprüft.

Die Hypothesen werden auf allen vier abhängigen Variablen überprüft, also den Skalen *soziale Distanz* ( $D_S$ ), *intime/sexuelle Distanz* ( $D_I$ ), *instrumentelles Stigma* ( $S_I$ ) und *symbolisches Stigma* ( $S_S$ ). Ein Effekt wird nur auf den Skalen erwartet, die instrumentelle Aspekte von Stigmatisierung operationalisieren, also den Skalen  $D_S$ ,  $D_I$  und  $S_I$ . Kein Effekt wird hingegen hinsichtlich der Skala *symbolisches Stigma* ( $S_S$ ) erwartet.

Die erste Hypothese fragt nach der Wirkung der Viruslast auf die Stigmatisierungsbereitschaft. Diese Hypothese wird unter den Probanden getestet, die über diesen Zusammenhang auch informiert wurden. Es werden also die Mittelwerte in den Gruppen  $I_H$  und  $I_N$  verglichen. Auf der Basis theoretischer Annahmen, dass die Infektiosität, für die die Viruslast als Indikator gewählt wurde, ein Prädiktor für Stigmatisierung ist und insofern eine höhere wahrgenommene Infektiosität mit einer höheren Stigmatisierungsbereitschaft einhergeht, wird die gerichtete erste Hypothese formuliert:  $H_{11}: I_H > I_N$  (Alternativhypothese), die entsprechende Nullhypothese lautet  $H_{01}: I_H \leq I_N$ .

Die zweite Hypothese soll überprüfen, ob dieser Unterschied tatsächlich vom Wissen um den Viruslast-Infektiosität-Zusammenhang abhängig ist. Diese Annahme würde bestätigt, wenn unter der Nichtkenntnis dieses Zusammenhangs die Höhe der Viruslast keine Wirkung auf die Stigmatisierungsbereitschaft zeigt. Hier werden die Mittelwerte in den Gruppen  $K_H$  und  $K_N$  verglichen. Da in diesem Fall

die Gleichheit der Mittelwerte überprüft werden soll, ist eine direkte Überprüfung der Hypothese im vorliegenden Fall nicht möglich. Muss nämlich die Nullhypothese aufgrund eines nichtsignifikanten Unterschieds beibehalten werden, kann keine Aussage über die Wahrscheinlichkeit getroffen werden, mit der bei dieser Entscheidung ein Fehler gemacht wird. Die zweite Alternativhypothese lautet also  $H_{12}: K_H \neq K_N$ , die entsprechende Nullhypothese lautet  $H_{02}: K_H = K_N$ . Die Prüfung erfolgt entsprechend der ungerichteten Hypothese zweiseitig.

In der dritten und vierten Hypothese soll überprüft werden, ob die Stigmatisierungsbereitschaft durch die Kenntnis des Zusammenhangs zwischen Viruslast und Infektiosität steigt oder sinkt. Eine theoretisch fundierte Annahme über die Richtung dieser Hypothesen kann nicht formuliert werden, diese Analysen sind damit explorativer Natur. Diese Fragestellung kann folgendermaßen begründet werden: Angenommen, hinsichtlich der ersten Hypothese zeigt sich in der Informationsgruppe erwartungsgemäß, dass eine niedrige Viruslast ( $I_N$ ) zu einer geringeren Stigmatisierungsbereitschaft führt als eine höhere Viruslast ( $I_H$ ). Dann kann dieses Ergebnis zum einen dadurch entstanden sein, dass die höhere Viruslast zu einer stärkeren Stigmatisierungsbereitschaft oder dass die niedrige Viruslast zu einer geringeren Stigmatisierungsbereitschaft jeweils gegenüber der zu einer Baseline vorhandenen Stigmatisierungsbereitschaft geführt hat. Natürlich können auch beide Prozesse parallel stattgefunden haben. Nur falls die niedrige Viruslast mit einer Senkung der Stigmatisierungsbereitschaft verbunden war, kann tatsächlich von einem entstigmatisierenden Potenzial der antiretroviralen Therapie und des Wissens um die durch die Therapie verminderte Infektiosität gesprochen werden. Ist die hohe Viruslast mit einem Anstieg der Stigmatisierungsbereitschaft verbunden, so wäre dies eine unerwünschte Konsequenz der antiretroviralen Therapie auf die Stigmatisierung von PWA.

Da aus methodischen Erwägungen keine Vorher-Nachher-Messung<sup>24</sup> vorgenommen wurde, müssen für die demnach nicht vorhandenen Baseline-Werte die Mittelwerte in den Gruppen herangezogen werden, die nicht über den Viruslast-Infektiosität-Zusammenhang informiert wurden.

Für die Testung der Hypothesen werden die Mittelwerte der Gruppe  $I_H$  und  $I_N$  mit den zusammengefassten Mittelwerten der Gruppen  $K_H$  und  $K_N$  verglichen. Diese Zusammenfassung wird allerdings nur unter dem Vorbehalt vorgenommen, dass tatsächlich kein Unterschied zwischen beiden Gruppen existiert.

Als dritte Hypothese sollte, damit der Zusammenhang zwischen Viruslast und Infektiosität auch für die Entstigmatisierung von PWA nutzbar ist, die Alternativhypothese  $H_{13}: I_N < K_H + K_N$  gelten. Die entsprechende Nullhypothese lautet  $H_{03}: I_N \geq K_H + K_N$ .

Damit die Kenntnis über diesen Zusammenhang aber nicht zu einer stärkeren Stigmatisierung führt, sollte für die vierte Hypothese die Alternativhypothese  $H_{14}: I_H \leq K_H + K_N$  gelten. Die entsprechende Nullhypothese lautet  $H_{04}: I_H > K_H + K_N$ .

<sup>24</sup> Es wurde zum Beispiel eine Sensibilisierung der Teilnehmer durch die Vorhermessung befürchtet.

Diese Hypothesen werden anhand der Kontraste nur geprüft, wenn das Ergebnis der einfaktoriellen Varianzanalyse statistisch signifikant ist. Um eventuelle Effekte in dieser Studie mit größtmöglicher Wahrscheinlichkeit zu detektieren, wird das Signifikanzniveau auf dem 5%-Niveau festgelegt.

Zur Untersuchung der Nebenfragestellungen werden zweifaktorielle Varianzanalysen durchgeführt, und zwar mit dem ersten Faktor *Höhe der Viruslast* und als zweitem Faktor der jeweilig interessierenden Variable. Dabei stehen ein etwaiger Haupteffekt des zweiten Faktors und eine etwaige Interaktion zwischen beiden Faktoren auf die abhängigen Variablen im Fokus. Diese Analysen werden entsprechend nur für die Gruppen  $I_H$  und  $I_N$  durchgeführt und nur für diejenigen abhängigen Variablen geprüft, für die sich auch ein signifikantes Ergebnis in der einfaktoriellen Varianzanalyse gezeigt hat.

Die Auswertung der offenen Antworten auf die Frage nach der subjektiven Rolle der Viruslast(höhe) für die Beantwortung der abhängigen Variablen erfolgt explorativ. Die Angaben werden inhaltlich zu Kategorien zusammengefasst und gezählt.

## 3 Ergebnisse

### 3.1 Deskriptive Ergebnisse

#### 3.1.1 Soziodemografie

Die Auswertungen basieren auf den Angaben von 752 Teilnehmern. Die Verteilung der soziodemografischen Merkmale dieser Teilnehmer (Alter, Geschlecht, höchster allgemeinbildender Schulabschluss und Hochschulstudium, Wohnortgröße) sowie hinsichtlich der Durchführung eines HIV-Tests und der Kenntnis einer PWA werden im Folgenden sowohl für die Gesamtgruppe als auch für die vier Gruppen  $I_H$ ,  $I_N$ ,  $K_H$  und  $K_N$  dargestellt. Etwaige Unterschiede in den Gruppen werden per  $F$ -Test oder  $\chi^2$ -Test auf Signifikanz (5%-Niveau) untersucht, um den Erfolg der randomisierten Zuteilung der Teilnehmer auf die vier Gruppen zu analysieren.

Wie Tabelle 2 entnommen werden kann, sind die Teilnehmer mit einem durchschnittlichen Alter von knapp 30 Jahren relativ jung (Altersrange 20–41 Jahre<sup>25</sup>). Die Verteilung von Frauen und Männern ist entsprechend der Vorgabe an den Panelbetreiber fast ausgeglichen. Die minimalen Unterschiede sind ein Resultat der Datenbereinigung: In der Bruttostichprobe ( $n = 800$ ) betrug der Anteil von Frauen und Männern jeweils exakt 50 %. Teilnehmer, die die Hochschulreife bzw. die Fachhochschulreife erlangt haben, stellen mit 57 % die Mehrheit in der Stichprobe dar. Teilnehmer, die als höchsten Bildungsabschluss einen Hauptschulabschluss oder das Fehlen eines allgemeinbildenden Schulabschluss angeben, sind mit 8 % deutlich seltener vertreten. Der Akademikeranteil liegt mit 23 % vergleichsweise hoch, weitere 21 % der Teilnehmer geben darüber hinaus an, derzeit an einer Universität oder Hochschule zu studieren. Mit 45 % lebt fast die Hälfte der Teilnehmer in ländlich geprägten Gegenden, nur 12 % wohnen in einer Stadt mit mehr als einer Million Einwohnern. Insbesondere hinsichtlich der schulischen Ausbildung ist die erzielte Stichprobe stark verzerrt im Vergleich zu der Gesamtbevölkerung in Deutschland. Laut amtlicher Statistik hatten im Jahr 2011 in Deutschland unter den 25- bis 35-Jährigen<sup>26</sup> 24,7 % einen Hauptschulabschluss oder keinen Abschluss, 33,1 % einen Realschulabschluss und 45,3 % die Fachhochschul- oder Hochschulreife<sup>27</sup> (Statistisches Bundesamt, 2012). Damit sind Niedriggebildete in der Stichprobe deutlich unterrepräsentiert und Höhergebildete überrepräsentiert. Keine bedeutenden Unterschiede im Vergleich zur Gesamtbevölkerung finden sich allerdings in der Verteilung der Teilnehmer auf die Wohnortgrößen. Dem Statistischen Bundesamt zufolge (Statistisches Bundesamt, persönliche Mitteilung, 28. Januar 2013) lebten Mitte 2012 68,6 % der Einwohner Deutschlands in Städten mit weniger als 100.000 Einwohnern, während dies unter den Teilnehmern

<sup>25</sup> Fünf Teilnehmer, die älter als 41 Jahre waren, wurden als Ausreißer gewertet und entsprechend aus den Analysen ausgeschlossen, siehe Abschnitt 2.5.

<sup>26</sup> Diese Altersgruppe deckt zwar nicht den gesamten Altersrange in der vorliegenden Stichprobe ab, stellt aber aufgrund nur geringer Unterschiede zu den darüber und darunter liegenden Altersgruppen einen guten Vergleichsmaßstab dar. Daten für die Altersgruppe 20 bis 41 Jahre liegen leider nicht vor.

<sup>27</sup> An 100 % fehlende Werte umfassen fehlende Angaben und Personen, die sich noch in schulischer Ausbildung befinden.

59,4 % sind. In Städten mit mehr als einer Million Einwohnern lebten 9,4 % der Bundesbürger, in der vorliegenden Stichprobe sind dies 12 %.

**Tabelle 2: Soziodemografische und HIV-bezogene Merkmale der Teilnehmer für die Gesamtgruppe und die vier Untergruppen**

	<b>Gesamt- gruppe (N=752)</b>	<b>I<sub>H</sub> (N=168)</b>	<b>I<sub>N</sub> (N=184)</b>	<b>K<sub>H</sub> (N=194)</b>	<b>K<sub>N</sub> (N=206)</b>	<b>S.</b>
<b>Alter</b>	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	
Ø	29,6 (6,0)	29,6 (6,1)	30,0 (5,5)	29,0 (6,2)	29,6 (6,0)	ns
<b>Geschlecht</b>	<b>% (n)</b>	<b>% (n)</b>	<b>% (n)</b>	<b>% (n)</b>	<b>% (n)</b>	
weiblich	50,9 % (383)	57,7 % (97)	47,8 % (88)	51,0 % (99)	48,1 % (99)	ns
männlich	49,1 % (369)	42,3 % (71)	52,2 % (96)	49,0 % (95)	51,9 % (107)	
<b>Schulbildung</b>						
Hauptschulabschluss/ kein Abschluss	8,0 % (60)	10,1 % (17)	10,4 % (19)	3,6 % (7)	8,3 (17)	ns
Realschulabschluss	34,8 % (262)	36,9 % (62)	30,4 % (56)	32,0 % (62)	39,8 % (82)	
(Fach-) Hochschulreife	57,2 % (430)	53,0 % (89)	59,2 % (109)	64,4 % (125)	51,9 % (107)	
<b>Abschluss eines Studiums</b>						
nein	56,5 % (425)	57,7 % (97)	57,1 % (105)	50,5 % (98)	60,7 % (125)	ns
ja	22,6 % (170)	21,4 % (36)	24,5 % (45)	24,7 % (48)	19,9 % (41)	
studiere gerade	20,9 % (157)	20,8 % (35)	18,5 % (34)	24,7 % (48)	19,4 % (40)	
<b>Wohnortgröße</b>						
bis 50.000 Einwohner	44,8 % (337)	43,7 % (73)	42,9 % (79)	46,4 % (90)	46,1 % (95)	ns
50.000 bis 100.000 E.	14,6 % (110)	13,7 % (23)	15,2 % (28)	15,5 % (30)	14,1 % (29)	
100.000 bis 500.000 E.	17,7 % (133)	20,8 % (35)	17,9 % (33)	19,1 % (37)	13,6 % (28)	
500.000 bis 1 Mio. E.	10,9 % (82)	8,3 % (14)	13,0 % (24)	8,8 % (17)	13,1 % (27)	
mehr als 1 Mio. E.	12,0 % (90)	13,7 % (23)	10,9 % (20)	10,3 % (20)	13,1 % (27)	
<b>HIV-Test</b>						
nein	49,5 % (372)	45,8 % (77)	45,1 % (83)	54,6 % (106)	51,5 % (106)	ns
ja	50,3 % (378)	53,6 % (90)	54,9 % (101)	44,8 % (87)	48,5 % (100)	
Keine Angabe	0,3 % (2)	0,6 % (1)	0,0 % (0)	0,5 % (1)	0,0 % (0)	
<b>Kenntnis PWA</b>						
nein	89,1 % (670)	87,5 % (147)	88,6 % (163)	90,7 % (176)	89,3 % (184)	ns
ja, eine Person	10,2 % (77)	11,3 % (19)	10,9 % (20)	8,2 % (16)	10,7 % (22)	
ja, mehrere Personen	0,7 % (5)	1,2 % (2)	0,5 % (1)	1,0 % (2)	0,0 % (0)	

Anmerkung: *M* = Mittelwert; *SD* = Standardabweichung; S.= Ergebnis des Signifikanztests, ns = nicht signifikant ( $p > ,05$ )  
I<sub>H</sub> = Gruppe Information/hohe Viruslast, I<sub>N</sub> = Information/niedrige Viruslast, K<sub>H</sub> = keine Information/hohe Viruslast, K<sub>N</sub> = keine Information/niedrige Viruslast

Hinsichtlich der Interpretation der Ergebnisse sind Verzerrungen eher als unproblematisch zu bewerten, da die Studie ihrer Fragestellung entsprechend nicht auf Repräsentativität für die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland angelegt ist.

Die Hälfte der Teilnehmer hat sich bereits einem HIV-Test unterzogen, seropositive HIV-Testergebnisse werden nicht berichtet.<sup>28</sup> Dieser Anteil steht im Einklang mit den im Rahmen der repräsentativen Wiederholungsbefragung „AIDS im öffentlichen Bewusstsein“ für das Jahr 2010 ermittelten Werten zur Inanspruchnahme des HIV-Tests (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2012). Ein Zehntel der Teilnehmer berichtet, eine PWA im Freundes- oder Bekanntenkreis zu kennen. Auch dieser Wert entspricht dem in dieser Repräsentativbefragung 2011 für die Gruppe der 16- bis 44-Jährigen ermittelten Anteil von 10,7 % (U. von Rügen, persönliche Mitteilung, 30.01.2013).

Statistisch signifikante Unterschiede zwischen den vier Gruppen  $I_H$ ,  $I_N$ ,  $K_H$  und  $K_N$  finden sich für keine dieser Variablen.

### 3.1.2 Deskriptive Ergebnisse zu den stigmaspezifischen Variablen

#### Wahrgenommene Infektiosität von HIV

Die Einschätzungen der Teilnehmer zur Infektiosität von HIV weisen für 731<sup>29</sup> gültige Werte einen Mittelwert von 69,4 mit einer vergleichsweise hohen Streuung von 25,8 auf und einen Median von 80.

Die Wahrscheinlichkeit einer HIV-Infektion nach einem einmaligen ungeschützten sexuellen Kontakt mit einer PWA wird demnach durchschnittlich auf 69,4 % geschätzt. Dieser Wert überschätzt das tatsächliche Risiko, das je nach sexueller Praktik und Viruslast des HIV-infizierten Sexualpartners zwischen 0,1 % (Vaginalverkehr in der asymptomatischen Phase der HIV-Infektion) und im Extremfall 30 % (Analverkehr bei hoher Viruslast) schwankt. Fast ein Zehntel der Teilnehmer ist sogar der Ansicht, dass ein ungeschützter Sexualkontakt mit einer HIV-infizierten Person eine HIV-Serokonversion zwingend nach sich zieht.

Die Verteilung der Variable *wahrgenommene Infektiosität* weicht deutlich von einer Normalverteilung ab, wie die Abbildung im Anhang VII und der signifikante Kolmogorov-Smirnov-Test zeigen ( $d_n = 0,17$ ,  $df = 731$ ,  $p < 0,5$ ). Die signifikante einfaktorielle Varianzanalyse mit dem Faktor *Gruppe* ( $I_H$ ,  $I_N$ ,  $K_H$  und  $K_N$ ) zeigt, dass sich die Mitglieder der Gruppen überzufällig hinsichtlich dieser Einschätzungen unterscheiden ( $F = 3,6$ ,  $df = 3$ ,  $p < 0,5$ ). Für die folgenden Post-hoc-Tests wird auf die Games-Howell-Prozedur für Varianzinhomogenität zurückgegriffen, da der Levene-Test signifikant wird ( $F = 5,3$ ,  $df1 = 3$ ,  $df2 = 727$ ,  $p < ,05$ ). Diese Post-hoc-Tests zeigen allerdings keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen. Diese inkonsistenten Ergebnisse sind wahrscheinlich auf die größere Teststärke der ANOVA im Vergleich zu den Post-hoc-Tests zurückzuführen, was dafür spricht, dass die Unterschiede zwischen den Gruppen nicht sehr stark ausgeprägt sind. Die Variable

<sup>28</sup> Entsprechend der Fragestellung wären etwaige HIV-positive Teilnehmer auch aus den Analysen ausgeschlossen worden.

<sup>29</sup> Die relativ hohe Zahl von 21 Missings für diese Variable erklärt sich aus dem unglücklichen Umstand, dass bei der Programmierung dieser Variable im Online-Fragebogen der Wert 0 sowohl als ein gültiger als auch als ein fehlender Wert kodiert war. Aus diesem Grund mussten auch eventuell gültige Werte als fehlend definiert werden, was zu dem hohen Mittelwert beigetragen hat.

*wahrgenommene Infektiosität von HIV* stellt einen wichtigen Prädiktor HIV-bezogener Stigmatisierung dar. Darüber hinaus kann sie hier als ein allgemeiner Baseline-Wert für die spezifische Infektiosität (dargestellt über die Viruslasthöhe) der in der Vignette beschriebenen PWA verstanden werden. Um zu überprüfen, inwiefern diese gefundenen initialen Gruppenunterschiede in der Variable *wahrgenommene Infektiosität von HIV* die Ergebnisse der Varianzanalyse beeinträchtigen, werden im Folgenden alle Varianzanalysen, die der Prüfung der Hypothesen dienen, zusätzlich mit den um den Einfluss dieser Variablen bereinigten abhängigen Variablen durchgeführt. Zu diesem Zweck werden diese Analysen statt mit der Originalvariable mit den Residuen einer Regressionsanalyse der Variable *wahrgenommene Infektiosität von HIV* auf die jeweilige Originalvariable gerechnet. Die Ergebnisse dieser Regressionsanalysen und Varianzanalysen werden aus Gründen der Anschaulichkeit und Übersichtlichkeit nur berichtet, wenn diese Analysen tatsächlich zu einem anderen Ergebnis hinsichtlich der Entscheidung über die Beibehaltung der Nullhypothese führen.

Frauen schätzen die Infektiosität von HIV höher ein als Männer (Frauen:  $M = 71,5$ ,  $SD = 23,1$ ; Männer:  $M = 67,5$ ,  $SD = 28,1$ ; Varianzen sind nicht gleich:  $F = 12,1$ ,  $p < ,05$ ; t-Test:  $t = 2,1$ ,  $df = 695,2$ ,  $p < ,05$ ). Kein Zusammenhang zeigt sich mit der Höhe der Schulbildung ( $F = 2,4$ ,  $df = 2$ ,  $p > ,05$ ) und der Kenntnis einer PWA (als dichotomisierte Variable;  $t = 0,1$ ,  $df = 729$ ,  $p > ,05$ ).

Für die folgenden Analysen wird die *wahrgenommene Infektiosität* mittels eines Mediansplits dichotomisiert.

#### Wahrgenommener Schweregrad von HIV

Auch der Schweregrad der HIV-Infektion wird von den Teilnehmern als sehr hoch eingeschätzt. Auf einer Skala von 0 bis 10, bei der 10 für die schwerwiegendste Erkrankung steht, die die Teilnehmer sich vorstellen können, liegt der Mittelwert bei 8,4 ( $SD = 1,6$ ) und der Median bei 9 ( $n = 752$ ). Die Verteilung dieser Variable (siehe Anhang VII) und der signifikante Kolmogorov-Smirnov-Test ( $d_n = 0,18$ ,  $df = 752$ ,  $p < 0,5$ ) verweisen darauf, dass die Variable nicht normalverteilt ist. Es finden sich keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen  $I_H$ ,  $I_N$ ,  $K_H$  und  $K_N$  hinsichtlich dieser Variable ( $F = 0,9$ ,  $df = 3$ ,  $p > 0,5$ ). Zusammenhänge mit Geschlecht ( $t = 1,1$ ,  $df = 750$ ,  $p > ,05$ ), Bildung ( $F = 2,4$ ,  $df = 2$ ,  $p > ,05$ ) und Kenntnis einer PWA ( $t = -0,3$ ,  $df = 750$ ,  $p > ,05$ ) finden sich nicht.

Für die folgenden Analysen wird die Variable ebenfalls mittels eines Mediansplits dichotomisiert.

### 3.1.3 Deskriptive Ergebnisse zu den Informationstextvariablen

Nachdem den Mitgliedern der Gruppen  $I_H$  und  $I_N$  der Text zum Zusammenhang von HIV-Viruslast und Infektiosität vorgelegt wurde, sollten sie drei Fragen zur Kontrolle und zur Bewertung des Textes beantworten. Die Frage nach dem Verständnis des Informationstextes wurde bereits bei der Datenbe-

reinigung genutzt: Teilnehmer, die angegeben hatten, den Text nicht gelesen oder nicht verstanden zu haben, wurden aus den Analysen ausgeschlossen. Von den übrigen 352 Mitgliedern dieser Gruppen geben drei Viertel an, den Text vollständig verstanden zu haben (75,9 %), ein Viertel (24,1 %) hat den Text nicht vollständig verstanden.

Von der Mehrheit der Mitglieder der Gruppen  $I_H$  und  $I_N$  wird der Text als glaubwürdig bewertet (88,4 %), allerdings sind es nur 23,9 %, die den Text als *sehr glaubwürdig* betrachten, die übrigen 64,5 % halten ihn für *eher glaubwürdig*. Die übrigen 11,6 % der Interventionsgruppe halten den Text zu Viruslast und Infektiosität bei HIV für *eher unglaubwürdig*.

Für die überwiegende Mehrheit der Teilnehmer war der Inhalt des Informationstexts bisher unbekannt (71,6 %), 25,3 % geben an, bereits davon gehört zu haben, und 3,2 % wissen nach eigener Aussage bereits gut über den beschriebenen Zusammenhang Bescheid. In der Tendenz zeigt sich, dass der Grad der bisherigen Kenntnis mit der Einschätzung der Glaubwürdigkeit dieses Texts zusammenhängt, wie Tabelle 3 verdeutlicht. Dieser Zusammenhang erweist sich unter der Bedingung einer einseitigen Hypothese als statistisch signifikant ( $\chi^2 = 12,6$ ,  $df = 4$ ,  $p/2 < ,05$ ).

**Tabelle 3: Kreuztabelle Kenntnis der Information x Glaubwürdigkeit des Informationstexts, Gruppen  $I_H$  und  $I_N$  (n = 352)**

Kenntnis des Informationstext	Glaubwürdigkeit des Informationstext			Gesamt
	Sehr glaubwürdig	Eher glaubwürdig	Eher unglaubwürdig	
nein	21,4 %	65,1 %	13,5 %	100 %
ja, schon davon gehört	25,8 %	66,3 %	7,9 %	100 %
ja, weiß gut Bescheid	63,6 %	36,4 %	0 %	100 %

Zwischen den beiden Gruppen  $I_H$  und  $I_N$  finden sich keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich dieser drei interventionsbezogenen Variablen (Verständnis:  $\chi^2 = 1,9$ ,  $df = 1$ ,  $p > ,05$ ; Kenntnis:  $\chi^2 = 1,9$ ,  $df = 2$ ,  $p > ,05$ ; Glaubwürdigkeit:  $\chi^2 = 0,7$ ,  $df = 2$ ,  $p > ,05$ ).

### 3.1.4 Deskriptive Ergebnisse zu den abhängigen Variablen

Obwohl diese experimentelle Studie nicht darauf ausgelegt ist, deskriptive Ergebnisse zu den abhängigen Variablen auf der Ebene der Gesamtgruppe zu interpretieren, werden für ein besseres Verständnis der Antwortmuster der Teilnehmer diese Ergebnisse im Folgenden sowohl auf der Ebene der Einzelitems als auch auf der Skalenebene dargestellt.

#### Soziale und intime/sexuelle Distanz

Tabelle 4 zeigt die Verteilungen der einzelnen Items gruppiert nach der Zugehörigkeit zu den beiden Subskalen *soziale Distanz* und *intime/sexuelle Distanz*. Die Teilnehmer zeigen deutliche Unterschiede

hinsichtlich der sozialen Distanzierung gegenüber der in der Vignette beschriebenen Person einerseits und der intimen bzw. sexuellen Distanzierung gegenüber dieser Person andererseits. Alltägliche oder andere soziale Interaktionen, die sich vor allem dadurch auszeichnen, dass sie keine Schleimhautkontakte umfassen, stellen nur für die wenigsten Teilnehmer ein Problem dar. Eine lockere Freundschaft oder Bekanntschaft, Händeschütteln, ein gemeinsam verbrachter Abend in der Kneipe oder gemeinsames Arbeiten mit der beschriebenen Person stellen über alle Teilnehmer hinweg nur für jeweils weniger als ein Zehntel ein Problem dar. Auch zu einem Kuss auf die Wange oder einer engen Freundschaft mit der beschriebenen HIV-positiven Person ist die überwiegende Mehrheit der Teilnehmer bereit.

Deutlich geringer fällt die Bereitschaft der Teilnehmer zu intimen und sexuellen Kontakten aus. Zwar ist mehr als die Hälfte der Teilnehmer über alle Gruppen hinweg grundsätzlich bereit, die in der Vignette beschriebene Person auf den Mund zu küssen. Zu sexuellen Interaktionen jedoch, selbst wenn diese mit Kondom erfolgen bzw. ohne eine Penetration ausgeführt werden, also den Safer Sex-Regeln entsprechen, und kein nennenswertes Transmissionsrisiko aufweisen, ist nur eine Minderheit der Teilnehmer bereit. Petting und Geschlechtsverkehr mit Kondom können sich grundsätzlich nur jeweils ein Drittel der Teilnehmer vorstellen. Eine feste Partnerschaft mit der beschriebenen HIV-positiven Person stellt für einen noch geringeren Anteil der Teilnehmer eine Option dar.

Unter der Rubrik der anderen Items in der Tabelle sind diejenigen Items versammelt, die aufgrund der Faktorenanalyse keiner der beiden Subskalen zugeordnet werden konnten. Das Item, das die Bereitschaft zu einem sexuellen Kontakt ohne Kondom erfragt, weist kaum Varianz auf. Fast kein Teilnehmer ist dazu bereit.

Die beiden Subskalen verdeutlichen die auf der Itemebene beschriebenen Unterschiede in der Bereitschaft zu sozialer und intimer/sexueller Interaktion. Der Mittelwert der Subskala soziale Distanz liegt mit  $M = 1,3$  ( $SD = 0,5$ ) deutlich niedriger als der Mittelwert der Subskala intime/sexuelle Distanz mit  $M = 2,8$  ( $SD = 0,9$ ).

### Symbolisches und instrumentelles HIV-Stigma

Die Mittelwerte zu stigmatisierenden Einstellungen gegenüber HIV-Positiven bzw. der in der jeweiligen Vignette beschriebenen Person können Tabelle 5 entnommen werden. Auch in dieser Tabelle wird aus Gründen der Anschaulichkeit der Anteil der Teilnehmer über alle Gruppen hinweg, der die jeweilige Aussage (eher) ablehnt, berichtet.

Instrumentell motivierte stigmatisierende Einstellungen gegenüber der in der Vignette beschriebenen Person werden von einem vergleichsweise hohen Anteil der Teilnehmer über alle Gruppen hinweg geteilt. Zwar ist nur ein Drittel der Teilnehmer der Ansicht, dass die beschriebene HIV-positive Person grundsätzlich keinen Sex mit HIV-negativen Sexpartnern haben sollte, aber fast die Hälfte hält diese

Person für ungeeignet, mit Kindern zu arbeiten. Eine deutliche Mehrheit ist der Meinung, dass diese Person nicht als Krankenpfleger arbeiten sollte.

**Tabelle 4: Mittelwerte und Anteile von Teilnehmern, die zu der jeweiligen Interaktion bereit sind, für Items und Skalen der sozialen Distanzierung, Gesamtgruppe (n = 752)**

Item	M (SD)	Anteil Bereitschaft
<b>soziale Distanz (D<sub>S</sub>)</b>		
Tür an Tür	1,1 (0,5)	97,2 %
Hand geben	1,2 (0,5)	95,7 %
lockere Freundschaft/ Bekanntschaft	1,3 (0,6)	94,8 %
Kneipenabend	1,3 (0,6)	93,2 %
Arbeitsplatz	1,3 (0,7)	92,5 %
Kuss auf die Wange	1,5 (0,9)	86,2 %
enge Freundschaft	1,7 (0,9)	82,8 %
Skala <i>soziale Distanz</i>	1,3 (0,5)	
<b>intime/sexuelle Distanz (D<sub>I</sub>)</b>		
Kuss auf den Mund	2,3 (1,1)	57,9 %
sexueller Kontakt mit Kondom	2,9 (1,1)	35,7 %
sexueller Kontakt ohne Penetration	2,9 (1,1)	33,6 %
feste Partnerschaft	3,0 (0,9)	30,5 %
Skala <i>intime/sexuelle Distanz</i>	2,8 (0,9)	
<b>Andere Items</b>		
massieren lassen	1,7 (1,0)	81,0 %
sexueller Kontakt ohne Kondom	3,9 (0,4)	2,5 %

Anmerkung: Mittelwerte auf einer Skala von 1 bis 4, höhere Werte entsprechen einer höheren Stigmatisierung. Für die Spalte *Anteil Bereitschaft* wurden diejenigen Teilnehmer zusammengefasst, die die Antwortoption 1 oder 2 gewählt haben. Sonstige Items sind Items, die nicht in die Skalen aufgenommen wurden. Der vollständige Wortlaut der Items kann Anhang III entnommen werden.

M = Mittelwert; SD = Standardabweichung

**Tabelle 5: Mittelwerte und Anteile von Teilnehmern, die die jeweilige Aussage ablehnen, für HIV-Stigma-Items und -Skalen, Gesamtgruppe (n = 742)**

Item	M (SD)	Anteil „Ablehnung“
<b>instrumentelles Stigma (S<sub>I</sub>)</b>		
kein Sex mit HIV-Negativen	2,1 (1,1)	66,7 %
kein Kindergärtner	2,3 (1,0)	57,2 %
kein Krankenpfleger	2,8 (1,1)	38,3 %
Skala <i>instrumentelles Stigma</i>	2,4 (0,8)	
<b>symbolisches Stigma (S<sub>S</sub>)</b>		
schämen	1,1 (0,5)	97,2 %
unmoralisch	1,2 (0,5)	96,2 %
Eltern	1,2 (0,5)	96,1 %
kein Mitleid	1,3 (0,7)	92,0 %
verantwortungslos	1,4 (0,8)	88,6 %
Skala <i>symbolisches Stigma</i>	1,2 (0,5)	
<b>Andere Items</b>		
Disclosurepflicht	3,9 (0,3)	1,3 %

Anmerkung: Mittelwerte auf einer Skala von 1 bis 4. Höhere Werte entsprechen einer höheren Stigmatisierung. Für die Spalte Anteil „Ablehnung“ wurden diejenigen Teilnehmer zusammengefasst, die die Antwortoption 1 oder 2 gewählt haben. Sonstige Items sind Items, die nicht in die Skalen aufgenommen wurden. Der vollständige Wortlaut der Items kann dem Anhang IV entnommen werden.

M = Mittelwert; SD = Standardabweichung

Von einem deutlich geringeren Anteil der Teilnehmer werden symbolisch motivierte stigmatisierende Aussagen geteilt. Nur ein Bruchteil der Befragten ist der Ansicht, dass die in der Vignette beschriebene Person sich schämen sollte, unmoralisch sei oder dass ihre Eltern keinen Grund hätten, auf sie stolz zu sein. Auch die Aussage, dass diese Person kein Mitleid verdient habe oder verantwortungslos sei, wird von jeweils ungefähr 90 % der Teilnehmer abgelehnt.

Ein weiteres Stigma-Item, das eher instrumentell motiviertes Stigma erfasst, aufgrund der Ergebnisse der Faktorenanalyse aber weder der Skala *instrumentelles Stigma* noch der Skala *symbolisches Stigma* zugeordnet wurde, ist die Einstellung, dass PWA grundsätzlich verpflichtet seien, potenzielle Sexualpartner über ihren HIV-Serostatus aufzuklären. Fast alle Teilnehmer teilen diese Einstellung.

Auf der Ebene der Skalen *instrumentelles Stigma* und *symbolisches Stigma* zeigt sich ebenfalls, dass instrumentell motivierte Stigmatisierung mit einem Mittelwert von  $M = 2,4$  ( $SD = 0,8$ ) in der Stichprobe in der Tendenz stärker ausgeprägt ist als symbolisches Stigma mit einem Mittelwert von  $M = 1,2$  ( $SD = 0,5$ ).

### Verteilungseigenschaften der abhängigen Variablen

Alle vier Skalen, die im Folgenden als abhängige Variablen in den Auswertungen der experimentellen Manipulation dienen, sind in der Gesamtgruppe nicht normalverteilt. Darauf verweisen die Abbildungen der Verteilungen der vier Variablen in Anhang VIII. Auch die Ergebnisse des Kolmogorov-Smirnov-Test sind für jede Skala signifikant, also muss die Annahme, dass ihre Verteilungen der Normalverteilung entsprechen, verworfen werden (vgl. Tabelle 6). Die Normalverteilungsannahme wurde auch für die vier Gruppen separat für jede Skala überprüft, auch diese Ergebnisse zeigen, dass die Skalen nicht normalverteilt sind (auf eine Darstellung der 16 Teststatistiken wird aus Gründen der Übersichtlichkeit verzichtet).

Tabelle 6: Ergebnisse des Kolmogorov-Smirnov-Tests für die abhängigen Variablen, Gesamtgruppe (n = 738–750)

	$d_n$	df	Sig.
<i>soziale Distanz</i>	0,27	738	<,05
<i>intime/sexuelle Distanz</i>	0,11	745	<,05
<i>symbolisches Stigma</i>	0,30	744	<,05
<i>instrumentelles Stigma</i>	0,09	750	<,05

Anmerkung:  $d_n$  = Teststatistik des Kolmogorov-Smirnov-Tests, df = Freiheitsgrade, Sig. = Ergebnis des Signifikanztests

### 3.1.5 Zusammenhänge zwischen Stigma und anderen Variablen

#### Zusammenhänge zwischen den abhängigen Variablen

Die Korrelationen zwischen den vier abhängigen Variablen sind sämtlich statistisch signifikant (vgl. Tabelle 1). Besonders stark korrelieren die beiden Distanz-Skalen ( $D_S$  und  $D_I$ ), während die beiden Stigma-Skalen ( $S_I$  und  $S_S$ ) deutlich geringer korrelieren. Die beiden Distanz-Skalen korrelieren ebenfalls hoch mit der Skala *instrumentelles Stigma* ( $S_I$ ), während sie mit der Skala *symbolisches Stigma*

(S<sub>S</sub>) deutlich geringer korrelieren. Dieser Unterschied ist besonders für die Skala *intime/sexuelle Distanz* (D<sub>I</sub>) ausgeprägt, die mit der Skala S<sub>S</sub> nur einen geringen Zusammenhang aufweist.

**Tabelle 7: Korrelationsmatrix der vier Stigma-Skalen, Gesamtgruppe (n = 730–745)**

	D <sub>S</sub>	D <sub>I</sub>	S <sub>I</sub>	S <sub>S</sub>
<i>soziale Distanz</i> (D <sub>S</sub> )	1,0	--	--	--
<i>intime/sexuelle Distanz</i> (D <sub>I</sub> )	,53*	1,0	--	--
<i>instrumentelles Stigma</i> (S <sub>I</sub> )	,45*	,52*	1,0	--
<i>symbolisches Stigma</i> (S <sub>S</sub> )	,36*	,14*	,32*	1,0

Anmerkung: \* Korrelation ist statistisch signifikant ( $p < ,05$ )

### Zusammenhänge zwischen Stigma und soziodemografischen Variablen

Zusammenhänge zwischen den soziodemografischen Merkmalen der Teilnehmer und den abhängigen Variablen wurden über die experimentellen Bedingungen hinweg untersucht. Allerdings finden sich nur wenige statistisch signifikante Unterschiede. So korreliert das Alter mit keiner der vier Stigma-Skalen. Frauen zeigen eine signifikant geringere soziale Distanzierung gegenüber der in der Vignette beschriebenen Person ( $t = -2,69$ ,  $df = 736$ ,  $p < ,05$ ), aber eine signifikant stärkere intime/sexuelle Distanzierung als Männer ( $t = 3,3$ ,  $df = 729,1$ ,  $p < ,05$ ). Kein Geschlechtsunterschied findet sich für symbolisches Stigma ( $t = -2,1$ ,  $df = 719,7$ ,  $p > ,05$ ) oder instrumentelles Stigma ( $t = -0,8$ ,  $df = 748$ ,  $p > ,05$ ).

Die Schulbildung der Teilnehmer hängt lediglich mit der Skala *symbolisches Stigma* zusammen ( $p < ,05$ ).<sup>30</sup> Teilnehmer mit einem Hauptschulabschluss vertreten stärker symbolisch motivierte stigmatisierende Einstellungen gegenüber der in der Vignette beschriebenen Person als Teilnehmer mit einem höheren Bildungsabschluss. Für die Skalen *soziale Distanz* ( $F = 0,3$ ,  $df = 2$ ,  $p > ,05$ ), *intime/sexuelle Distanz* ( $F = 1,1$ ,  $df = 2$ ,  $p > ,05$ ) und *instrumentelles Stigma* ( $F = 0,4$ ,  $df = 2$ ,  $p > ,05$ ) zeigt sich kein Zusammenhang.

Es finden sich keine Unterschiede zwischen Stadt und Land hinsichtlich der abhängigen Variablen (D<sub>S</sub>:  $p > ,05$ <sup>31</sup>; D<sub>I</sub>:  $F = 0,2$ ,  $df = 2$ ,  $p > ,05$ ; S<sub>S</sub>:  $p > ,05$ <sup>32</sup>; S<sub>I</sub>:  $F = 1,4$ ,  $df = 2$ ,  $p > ,05$ ).

Für die HIV-spezifischen Variablen existiert ein statistisch signifikanter Zusammenhang lediglich zwischen dem HIV-Test-Status und der sozialen Distanzierung. Teilnehmer, die sich bereits auf HIV haben testen lassen, zeigen eine geringere soziale Distanzierung als Teilnehmer, die sich noch nicht

<sup>30</sup> Da für diese Analyse keine gleich großen Gruppen, keine Normalverteilung und keine Varianzhomogenität vorliegen, wurde auf die Analyse mittels eines nonparametrischen Verfahrens zurückgegriffen (Kruskal-Wallis-Test).

<sup>31</sup> siehe Fußnote 30

<sup>32</sup> siehe Fußnote 30

**Tabelle 8: Mittelwertvergleiche der fünf Stigma-Skalen nach soziodemografischen Variablen, Gesamtgruppe (n = 742)**

	<b>D<sub>S</sub></b>	<b>D<sub>I</sub></b>	<b>S<sub>S</sub></b>	<b>S<sub>I</sub></b>
<b>Alter</b>	ns	ns	ns	ns
<i>r</i>	-,06	-,05	,01	-,01
	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>
<b>Geschlecht</b>	sig.	sig.	ns	ns
weiblich	1,3 (0,5)	2,9 (0,8)	1,2 (0,4)	2,4 (0,8)
männlich	1,4 (0,5)	2,7 (0,9)	1,3 (0,5)	2,5 (0,9)
<b>Schulbildung</b>	ns	ns	sig.	ns
Hauptschulabschluss/ kein Abschluss	1,4 (0,6)	2,7 (1,0)	1,4 (0,6)	2,5 (0,9)
Realschulabschluss	1,3 (0,5)	2,7 (0,9)	1,2 (0,5)	2,4 (0,8)
(Fach-) Hochschulreife	1,4 (0,5)	2,8 (0,9)	1,2 (0,4)	2,4 (0,9)
<b>Wohnortgröße</b>	ns	ns	ns	ns
bis 50.000 Einwohner	1,3 (0,5)	2,7 (0,9)	1,2 (0,4)	2,4 (0,8)
50.000 bis 500.000 Einw.	1,4 (0,6)	2,8 (0,9)	1,3 (0,6)	2,5 (0,8)
mehr als 500.000 Einw.	1,4 (0,5)	2,8 (0,9)	1,3 (0,5)	2,5 (0,9)
<b>HIV-Test</b>	sig.	ns	ns	ns
nein	1,4 (0,6)	2,8 (0,9)	1,2 (0,4)	2,5 (0,9)
ja	1,3 (0,5)	2,7 (0,9)	1,3 (0,5)	2,4 (0,8)
<b>Kenntnis HIV-Positiver</b>	ns	ns	ns	ns
nein	1,4 (0,5)	2,8 (0,9)	1,2 (0,4)	2,4 (0,8)
ja	1,3 (0,5)	2,6 (0,9)	1,3 (0,6)	2,4 (0,8)

Anmerkung: ns = nicht signifikant, sig. = signifikant ( $p < ,05$ ); *M* = Mittelwert; *SD* = Standardabweichung  
*D<sub>S</sub>* = soziale Distanz; *D<sub>I</sub>* = intime/sexuelle Distanz; *S<sub>S</sub>* = symbolisches Stigma, *S<sub>I</sub>* = instrumentelles Stigma

haben testen lassen ( $t = 2,7$ ,  $df = 713,0$ ,  $p < ,05$ ). Keine Unterschiede zwischen diesen Gruppen finden sich hinsichtlich der intimen/sexuellen Distanzierung ( $t = 1,9$ ,  $df = 741$ ,  $p > ,05$ ), des symbolischen Stigmas ( $t = -1,1$ ,  $df = 740$ ,  $p > ,05$ ) und des instrumentellen Stigmas ( $t = 0,6$ ,  $df = 746$ ,  $p > ,05$ ). Ob die Teilnehmer eine PWA persönlich kennen oder nicht, hat keine Bedeutung für die Ausprägung der abhängigen Variablen (*D<sub>S</sub>*:  $t = 1,4$ ,  $df = 736$ ,  $p > ,05$ ; *D<sub>I</sub>*:  $t = 2,5$ ,  $df = 743$ ,  $p > ,05$ ; *S<sub>S</sub>*:  $t = -1,7$ ,  $df = 90,7$ ,  $p > ,05$ ; *S<sub>I</sub>*:  $t = 0,7$ ,  $df = 748$ ,  $p > ,05$ ).

### 3.2 Ergebnisse der Hypothesentestung

Um die Hypothesen zu überprüfen, wurden einfaktorielle Varianzanalysen mit dem vierstufigen Faktor *Gruppe* (*I<sub>H</sub>*, *I<sub>N</sub>*, *K<sub>H</sub>*, *K<sub>N</sub>*) und jeder der vier Stigma-Skalen als abhängiger Variable durchgeführt. Für diejenigen abhängigen Variablen, auf denen sich ein statistisch signifikanter Effekt in der Varianzanalyse zeigt, wurden vier den Hypothesen entsprechende Kontraste berechnet (vgl. Tabelle 9 für die Kontrastkoeffizienten).

Tabelle 9: Kontrastkoeffizienten

Kontrast	I <sub>H</sub>	I <sub>N</sub>	K <sub>H</sub>	K <sub>N</sub>
1	1	-1	0	0
2	0	0	1	-1
3	-1	0	0,5	0,5
4	0	-1	0,5	0,5

Anmerkung: I<sub>H</sub> = Information/hohe Viruslast, I<sub>N</sub> = Information/niedrige Viruslast, K<sub>H</sub> = keine Information/hohe Viruslast, K<sub>N</sub> = keine Information/niedrige Viruslast

Zwar sind die abhängigen Variablen nicht normalverteilt, aber die Anzahl der Teilnehmer für die vier Stufen des Faktors sind annähernd gleich und Varianzhomogenität ist gegeben, wie der Levene-Test zeigt, der für keine der abhängigen Variablen statistisch signifikant wird (vgl. Tabelle 10). Da unter den Voraussetzungen einer Varianzanalyse nur die Normalverteilungsannahme verletzt ist und die Varianzanalyse relativ robust gegenüber Verletzungen ihrer Voraussetzungen ist, kann mit den vorliegenden Daten dennoch eine Varianzanalyse durchgeführt werden.

Tabelle 10: Test auf Homogenität der Varianzen für die vier durchgeführten Varianzanalysen

AV	F	df1	df2	Sig.
<i>soziale Distanz</i>	1,7	3	734	p>,05
<i>intime/sexuelle Distanz</i>	2,3	3	741	p>,05
<i>symbolisches Stigma</i>	0,5	3	740	p>,05
<i>instrumentelles Stigma</i>	2,0	3	746	p>,05

Anmerkung: AV = abhängige Variable, df = Freiheitsgrade, Sig. = Ergebnis des Signifikanztests

### Abhängige Variable *soziale Distanz*

Die Varianzanalyse für die abhängige Variable *soziale Distanz* zeigt ein nicht signifikantes Ergebnis (vgl. Tabelle 12). Auf die Angabe der Effektgröße und die Berechnung der Kontraste wird aus diesem Grund verzichtet. Die Hypothese, dass die Höhe der Viruslast einen Effekt auf die soziale Distanzierung ausübt, wird verworfen.

Tabelle 11: Kennwerte der einfaktoriellen Varianzanalyse über die abhängige Variable *soziale Distanz*

Faktor	n	M	SD	SE
I <sub>H</sub>	166	1,4	0,6	0,05
I <sub>N</sub>	181	1,3	0,6	0,04
K <sub>H</sub>	189	1,3	0,5	0,03
K <sub>N</sub>	202	1,3	0,5	0,03
Gesamt	738	1,3	0,5	0,02

Anmerkung: n = Anzahl der Teilnehmer; M = arithmetischer Mittelwert; SD = Standardabweichung, SE = Standardfehler des Mittelwerts

I<sub>H</sub> = Information/hohe Viruslast, I<sub>N</sub> = Information/niedrige Viruslast, K<sub>H</sub> = keine Information/hohe Viruslast, K<sub>N</sub> = keine Information/niedrige Viruslast

**Tabelle 12: Ergebnisse der einfaktoriellen Varianzanalyse über die abhängige Variable soziale Distanz**

	<i>QS</i>	<i>df</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<b>Sig.</b>	<i>R</i> <sup>2</sup>
<b>zwischen den Gruppen</b>	0,7	3	0,2	0,8	p>,05	--
<b>innerhalb der Gruppen</b>	210,3	734	0,3			
<b>Gesamt</b>	210,9	737				

Anmerkung: *QS* = Quadratsumme; *df* = Freiheitsgrade; *MS* = Mittel der Quadrate, **Sig.** = Ergebnis des Signifikanztests

### Abhängige Variable *intime/sexuelle Distanz*

Für die abhängige Variable *intime/sexuelle Distanz* zeigt die Varianzanalyse einen signifikanten Gesamteffekt ( $F = 5,8$ ,  $df = 3$ ,  $p < ,05$ ). Die Kontrastanalysen (vgl. Tabelle 9) bestätigen einen signifikanten Effekt für den ersten und den vierten Kontrast, der zweite und dritte Kontrast werden allerdings nicht signifikant. Damit kann für die Hypothesen 1 und 4 die Nullhypothese verworfen werden. Für die Hypothesen 2 und 3 muss die Nullhypothese beibehalten werden.

Das heißt, es existiert ein signifikanter Unterschied auf dieser Variablen zwischen den Gruppen  $I_H$  und  $I_N$  (Hypothese 1), aber kein Zusammenhang zwischen  $K_H$  und  $K_N$  (Hypothese 2). Der gemittelte Wert von  $K_H$  und  $K_N$  unterscheidet sich nicht von  $I_H$  (Hypothese 4), ist aber signifikant höher als  $I_N$  (Hypothese 3).

Die Effektgrößen  $r$  (berechnet nach Field 2009, vgl. S. 390) für die beiden signifikanten Kontraste ebenso wie für die Varianzanalyse verweisen auf einen schwachen Effekt nach der Klassifikation von Cohen (1988).

**Tabelle 13: Kennwerte der einfaktoriellen Varianzanalyse über die abhängige Variable *intime/sexuelle Distanz***

	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>SE</i>
<b><math>I_H</math></b>	167	2,9	0,8	0,06
<b><math>I_N</math></b>	183	2,5	0,9	0,07
<b><math>K_H</math></b>	192	2,9	0,9	0,06
<b><math>K_N</math></b>	203	2,8	0,9	0,06
<b>Gesamt</b>	745	2,8	0,9	0,03

Anmerkung:  $n$  = Anzahl der Teilnehmer;  $M$  = arithmetischer Mittelwert;  $SD$  = Standardabweichung,  $SE$  = Standardfehler des Mittelwerts

$I_H$  = Information/hohe Viruslast,  $I_N$  = Information/niedrige Viruslast,  $K_H$  = keine Information/hohe Viruslast,  $K_N$  = keine Information/niedrige Viruslast

**Tabelle 14: Ergebnisse der einfaktoriellen Varianzanalyse über die abhängige Variable *intime/sexuelle Distanz***

	<i>QS</i>	<i>df</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<b>Sig.</b>	<i>R</i> <sup>2</sup>
<b>zwischen den Gruppen</b>	13,7	3	4,6	5,8	p<,05	0,023
<b>innerhalb der Gruppen</b>	578,5	741	0,8			
<b>Gesamt</b>	592,1	744				

Anmerkung: *QS* = Quadratsumme; *df* = Freiheitsgrade; *MS* = Mittel der Quadrate, **Sig.** = Ergebnis des Signifikanztests

**Tabelle 15: Kontrasttests abhängige Variable intime/sexuelle Distanz**

Kontrast	Kontrastwert	SE	t	df	Sig.	r
1	0,33	0,09	3,52	741	p<,05	0,13
2	0,08	0,09	0,87	741	p<,05	--
3	-0,04	0,08	-0,45	741	p>,05	--
4	0,30	0,08	3,74	741	p<,05	0,14

Anmerkung: SE = Standardfehler; df = Freiheitsgrade; Sig. = Ergebnis des Signifikanztests; r = Effektgröße

### Abhängige Variable *symbolisches Stigma*

Die Varianzanalyse für die abhängige Variable *symbolisches Stigma* zeigt wiederum ein nicht signifikantes Ergebnis (vgl. Tabelle 17). Der Faktor übt keinen Effekt auf die abhängige Variable aus, die Nullhypothese muss für alle Hypothesen beibehalten werden. Auf die Angabe der Effektgröße und die Berechnung der Kontraste wird aus diesem Grund verzichtet.

**Tabelle 16: Kennwerte der einfaktoriellen Varianzanalyse über die abhängige Variable *symbolisches Stigma***

	n	M	SD	SE
I <sub>H</sub>	168	1,3	0,5	0,03
I <sub>N</sub>	182	1,2	0,5	0,04
K <sub>H</sub>	190	1,2	0,4	0,03
K <sub>N</sub>	204	1,2	0,5	0,04
Gesamt	744	1,2	0,5	0,02

Anmerkung: n = Anzahl der Teilnehmer; M = arithmetischer Mittelwert; SD = Standardabweichung, SE = Standardfehler des Mittelwerts

I<sub>H</sub> = Information/hohe Viruslast, I<sub>N</sub> = Information/niedrige Viruslast, K<sub>H</sub> = keine Information/hohe Viruslast, K<sub>N</sub> = keine Information/niedrige Viruslast

**Tabelle 17: Ergebnisse der einfaktoriellen Varianzanalyse über die abhängige Variable *symbolisches Stigma***

	QS	df	MS	F	Sig.	R <sup>2</sup>
zwischen den Gruppen	0,8	3	0,3	1,2	p>,05	--
innerhalb der Gruppen	162,3	740	0,2			
Gesamt	163,0	743				

Anmerkung: QS = Quadratsumme; df = Freiheitsgrade; MS = Mittel der Quadrate, Sig. = Ergebnis des Signifikanztests

### Abhängige Variable *instrumentelles Stigma*

Auch die Varianzanalyse für die Variable *instrumentelles Stigma* ergibt ein nicht signifikantes Ergebnis. Da auch in diesem Fall der Faktor keinen Effekt auf die abhängige Variable ausübt, wird für alle Hypothesen die Nullhypothese beibehalten. Effektstärke und Kontraste werden nicht berechnet.

**Tabelle 18: Kennwerte der einfaktoriellen Varianzanalyse über die abhängige Variable *instrumentelles Stigma***

	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>SE</i>
<b>I<sub>H</sub></b>	168	2,5	0,8	0,06
<b>I<sub>N</sub></b>	183	2,4	0,9	0,07
<b>K<sub>H</sub></b>	193	2,4	0,8	0,06
<b>K<sub>N</sub></b>	206	2,5	0,8	0,06
<b>Gesamt</b>	750	2,4	0,8	0,03

Anmerkung: *n* = Anzahl der Teilnehmer; *M* = arithmetischer Mittelwert; *SD* = Standardabweichung, *SE* = Standardfehler des Mittelwerts

I<sub>H</sub> = *Information/hohe Viruslast*, I<sub>N</sub> = *Information/niedrige Viruslast*, K<sub>H</sub> = *keine Information/hohe Viruslast*, K<sub>N</sub> = *keine Information/niedrige Viruslast*

**Tabelle 19: Kennwerte der einfaktoriellen Varianzanalyse über die abhängige Variable *instrumentelles Stigma***

	<i>QS</i>	<i>df</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<i>Sig.</i>	<i>R</i> <sup>2</sup>
<b>zwischen den Gruppen</b>	1,7	3	0,6	0,8	p>,05	--
<b>innerhalb der Gruppen</b>	535,6	746	0,7			
<b>Gesamt</b>	537,3	749				

Anmerkung: *QS* = Quadratsumme; *df* = Freiheitsgrade; *MS* = Mittel der Quadrate, *Sig.* = Ergebnis des Signifikanztests

### 3.2.1 Zusammenfassung zu den Ergebnissen der Hypothesentests

Für die abhängigen Variablen *soziale Distanz*, *instrumentelles Stigma* und *symbolisches Stigma* besteht kein signifikanter Unterschied zwischen den vier Gruppen. Eine Überprüfung der Hypothesen wurde für diese Variablen nicht vorgenommen. Das Fehlen eines Effekts des Faktors *Gruppe* auf die Variablen *soziale Distanz* und *instrumentelles Stigma* ist erwartungswidrig. Hinsichtlich der Variablen *symbolisches Stigma* ist das Fehlen eines Effekts jedoch erwartungsgemäß.

Die Überprüfung der Hypothesen an der abhängigen Variablen *intime/sexuelle Distanz* zeigt eine Übereinstimmung für alle vier Hypothesen.

1. Hypothese: Es sollte gelten  $I_H > I_N$ . Diese Hypothese wird bestätigt. Die intime/sexuelle Distanzierung ist in der Gruppe *Information/niedrige Viruslast* signifikant niedriger ausgeprägt als in der Gruppe *Information/hohe Viruslast*. Es handelt sich um einen kleinen Effekt nach Cohen (1988).

2. Hypothese: Es sollte gelten  $K_H = K_N$ . Tatsächlich findet sich kein signifikanter Unterschied hinsichtlich der intimen/sexuellen Distanzierung zwischen den Gruppen *keine Information/hohe Viruslast* und *keine Information/niedrige Viruslast*.

3. Hypothese: Es sollte gelten  $I_N < K_H + K_N/2$ . Diese Hypothese wird bestätigt. Die intime/sexuelle Distanzierung ist in der Gruppe *Information/niedrige Viruslast* signifikant geringer ausgeprägt als in den beiden (gemittelten) Gruppen, in denen keine Information erfolgte. Mit der Information über den Viruslast-Infektiosität-Zusammenhang sinkt die intime/sexuelle Distanzierung gegenüber einer PWA mit einer niedrigen Viruslast.

4. Hypothese: Es sollte gelten  $I_H \leq K_H + K_N/2$ . Tatsächlich findet sich kein Unterschied hinsichtlich der intimen/sexuellen Distanzierung zwischen der Gruppe *Information/hohe Viruslast* und den beiden

(gemittelten) Gruppen, in denen keine Information erfolgte. Mit der Information über den Viruslast-Infektiosität-Zusammenhang geht keine Steigerung der intimen/sexuellen Distanzierung gegenüber einer PWA mit einer hohen Viruslast einher.

### **3.3 Ergebnisse zu den Nebenfragestellungen**

Da nur für die abhängige Variable *intime/sexuelle Distanz* ein signifikanter Effekt in der Varianzanalyse gefunden wurde, werden die Nebenfragestellungen nur für diese abhängige Variable untersucht. Wie beschrieben, werden die Analysen auf die Gruppen  $I_H$  und  $I_N$  beschränkt, da die Gruppen  $K_H$  und  $K_N$  ohne Belang für diese Fragestellungen sind. Im Folgenden beschreibt der erste Faktor der zweifaktoriellen Varianzanalyse immer die Variable *Höhe der Viruslast*.

#### Geschlecht

Die Ergebnisse der zweifaktoriellen Varianzanalyse *Viruslasthöhe* x *Geschlecht* zeigen, dass die beiden Haupteffekte *Viruslasthöhe* und *Geschlecht* signifikant sind, allerdings nicht ihre Interaktion (vgl. Tabelle 21). Das heißt, neben der Viruslast übt auch das Geschlecht einen Effekt auf die abhängige Variable *intime/sexuelle Distanz* aus. Frauen weisen signifikant höhere Werte auf der abhängigen Variablen *intime/sexuelle Distanz* auf. Allerdings ist der Levene-Test auf Varianzhomogenität signifikant ( $F = 3,2$ ,  $df1 = 3$ ,  $df2 = 346$ ,  $p < ,05$ ), womit zentrale Voraussetzungen der Durchführung einer Varianzanalyse verletzt sind, nämlich neben der Normalverteilung der abhängigen Variable auch die Varianzhomogenität in den Gruppen. Auf die Anwendung eines alternativen nichtparametrischen Verfahrens wird an dieser Stelle verzichtet.

Tabelle 20 kann entnommen werden, dass der Effekt des Faktors *Viruslasthöhe* deutlich stärker unter den männlichen Teilnehmern als unter den weiblichen Teilnehmern ausgeprägt ist. Um zu überprüfen, inwiefern sich dieser Effekt eventuell nur in der Gruppe der Männer, aber nicht unter den Frauen zeigt, wurde die ursprüngliche einfaktorielle Varianzanalyse mit den vier Gruppen als Faktorstufen getrennt sowohl für Frauen als auch für Männer durchgeführt.

**Tabelle 20: Kennwerte der zweifaktoriellen Varianzanalyse Viruslasthöhe (hoch vs. niedrig) x Geschlecht auf intime/sexuelle Distanz (n = 350)**

Faktor Geschlecht		Faktor Viruslasthöhe		
		hoch	niedrig	Randwerte
weiblich	<i>M</i>	2,9	2,7	2,8
	<i>SE</i>	0,09	0,09	0,07
männlich	<i>M</i>	2,8	2,4	2,6
	<i>SE</i>	0,10	0,09	0,06
Gesamt	<i>M</i>	2,9	2,5	2,7
	<i>SE</i>	0,07	0,06	0,05

Anmerkung: *M* = arithmetischer Mittelwert; *SE* = Standardfehler des Mittelwerts

**Tabelle 21: Statistische Prüfung der zweifaktoriellen Varianzanalyse Viruslasthöhe (hoch vs. niedrig) x Geschlecht auf intime/sexuelle Distanz (n = 350)**

	<i>QS</i>	<i>df</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	Sig.	$\eta^2$
Faktor Viruslasthöhe	8,8	1	8,8	12,2	p<,05	0,03
Faktor Geschlecht	2,6	1	3,6	4,9	p<,05	0,01
Interaktion Viruslasthöhe x Geschlecht	2,3	1	2,3	3,2	p>,05	--
innerhalb der Gruppen	251,6	346	0,7			
Gesamt	267,5	349				

Anmerkung: *QS* = Quadratsumme; *df* = Freiheitsgrade; *MS* = Mittel der Quadrate; Sig. = Ergebnis des Signifikanztests;  $R^2 = 0,06$

Das Muster der Mittelwertunterschiede auf der Skala *intime/sexuelle Distanz* (vgl. Tabelle 22) entspricht auch für die weiblichen Teilnehmer dem Muster, das sich in den Mittelwerten der Gesamtstichprobe gezeigt hatte (vgl. Tabelle 13). Allerdings werden diese Mittelwertunterschiede in der Varianzanalyse nicht statistisch signifikant (vgl. Tabelle 23). Der Levene-Test für diese Varianzanalyse ist nicht signifikant ( $F = 0,37$ ,  $df1 = 3$ ,  $df2 = 374$ ,  $p > ,5$ ).

**Tabelle 22: Kennwerte der einfaktoriellen Varianzanalyse über die abhängige Variable intime/sexuelle Distanz, nur weibliche Teilnehmer (N = 378)**

	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>SE</i>
<b>I<sub>H</sub></b>	96	2,9	0,8	0,08
<b>I<sub>N</sub></b>	87	2,7	0,8	0,09
<b>K<sub>H</sub></b>	98	2,9	0,9	0,09
<b>K<sub>N</sub></b>	97	2,9	0,8	0,08
<b>Gesamt</b>	378	2,8	0,8	0,04

Anmerkung: *n* = Anzahl der Teilnehmer; *M* = arithmetischer Mittelwert; *SD* = Standardabweichung, *SE* = Standardfehler des Mittelwerts

*I<sub>H</sub>* = Information/hohe Viruslast, *I<sub>N</sub>* = Information/niedrige Viruslast, *K<sub>H</sub>* = keine Information/hohe Viruslast, *K<sub>N</sub>* = keine Information/niedrige Viruslast

**Tabelle 23: Ergebnisse der einfaktoriellen Varianzanalyse über die abhängige Variable *intime/sexuelle Distanz*, nur weibliche Teilnehmer (n = 378)**

	<i>QS</i>	<i>df</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<b>Sig.</b>	<i>R</i> <sup>2</sup>
<b>zwischen den Gruppen</b>	2,5	3	0,8	51,2	p>,05	--
<b>innerhalb der Gruppen</b>	261,7	374	0,7			
<b>Gesamt</b>	264,3	377				

Anmerkung: *QS* = Quadratsumme; *df* = Freiheitsgrade; *MS* = Mittel der Quadrate

Im Gegensatz dazu werden sowohl der Gesamteffekt (vgl. Tabelle 25) als auch die Kontraste 1 und 4 unter den männlichen Teilnehmern für die abhängige Variable *intime/sexuelle Distanz* signifikant (vgl. Tabelle 26). In Einklang mit den formulierten Hypothesen und analog zu den Ergebnissen in der Gesamtgruppe werden die Kontraste 2 und 3 nicht signifikant.

Allerdings ist keine Varianzhomogenität in den Gruppen gegeben, der Levene-Test ist signifikant ( $F = 3,0$ ,  $df_1 = 3$ ,  $df_2 = 363$ ,  $p < 0,5$ ). Für die Kontraste wird auf die jeweiligen Teststatistiken für Varianzungleichheit zurückgegriffen.

**Tabelle 24: Kennwerte der einfaktoriellen Varianzanalyse über die abhängige Variable *intime/sexuelle Distanz*, nur männliche Teilnehmer (n = 367)**

	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>SE</i>
<b>I<sub>H</sub></b>	71	2,8	0,8	0,09
<b>I<sub>N</sub></b>	96	2,4	1,0	0,10
<b>K<sub>H</sub></b>	94	2,8	0,9	0,09
<b>K<sub>N</sub></b>	106	2,7	1,0	0,09
<b>Gesamt</b>	367	2,7	,09	0,05

Anmerkung: *n* = Anzahl der Teilnehmer; *M* = arithmetischer Mittelwert; *SD* = Standardabweichung; *SE* = Standardfehler des Mittelwerts

**Tabelle 25: Ergebnisse der einfaktoriellen Varianzanalyse über die abhängige Variable *intime/sexuelle Distanz*, nur männliche Teilnehmer (N = 367)**

	<i>QS</i>	<i>df</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<b>Sig.</b>	<i>R</i> <sup>2</sup>
<b>zwischen den Gruppen</b>	12,7	3	4,2	5,0	p<,05	0,04
<b>innerhalb der Gruppen</b>	306,5	363	0,8			
<b>Gesamt</b>	312,2	366				

Anmerkung: *QS* = Quadratsumme; *df* = Freiheitsgrade; *MS* = Mittel der Quadrate; **Sig.** = Ergebnis des Signifikanztests

**Tabelle 26: Kontrasttests abhängige Variable *intime/sexuelle Distanz* nur männliche Teilnehmer (n = 367)**

<b>Kontrast</b>	<b>Kontrastwert</b>	<i>SE</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<b>Sig.</b>	<i>r</i>
<b>1</b>	0,48	0,14	3,58	163,7	p<,05	0,13
<b>2</b>	0,11	0,13	0,85	197,5	p>,05	--
<b>3</b>	-0,11	0,11	-0,97	146,4	p>,05	--
<b>4</b>	0,37	0,12	3,15	182,1	p<,05	0,14

Anmerkung: *SE* = Standardfehler; *df* = Freiheitsgrade; **Sig.** = Ergebnis des Signifikanztests; *r* = Effektgröße

### Glaubwürdigkeit des Informationstexts

In der zweifaktoriellen Varianzanalyse *Viruslasthöhe* x *Glaubwürdigkeit* auf die unabhängige Variable *intime/sexuelle Distanz* wird der Faktor *Viruslast* signifikant, der Faktor *Glaubwürdigkeit* nicht, aller-

dings ist die Interaktion signifikant (vgl. Tabelle 28). Die hybride Interaktion (siehe Abbildung 6) zeigt, dass das Ausmaß des Effekts der Höhe der Viruslast abhängig von den Einschätzungen der Glaubwürdigkeit ist: Wird die Glaubwürdigkeit als sehr hoch eingeschätzt, ist der Effekt deutlich stärker ausgeprägt, als wenn die Glaubwürdigkeit weniger hoch eingeschätzt wird. Allerdings ist auch für diese Varianzanalyse keine Varianzhomogenität in den Gruppen gegeben. Der Levene-Test wird signifikant ( $F = 3,5$ ,  $df1 = 3$ ,  $df2 = 346$ ,  $p < ,05$ ).

**Tabelle 27: Kennwerte der zweifaktoriellen Varianzanalyse *Viruslasthöhe* (hoch vs. niedrig) x *Glaubwürdigkeit* (hoch vs. mittel) auf *intime/sexuelle Distanz* (n = 350)**

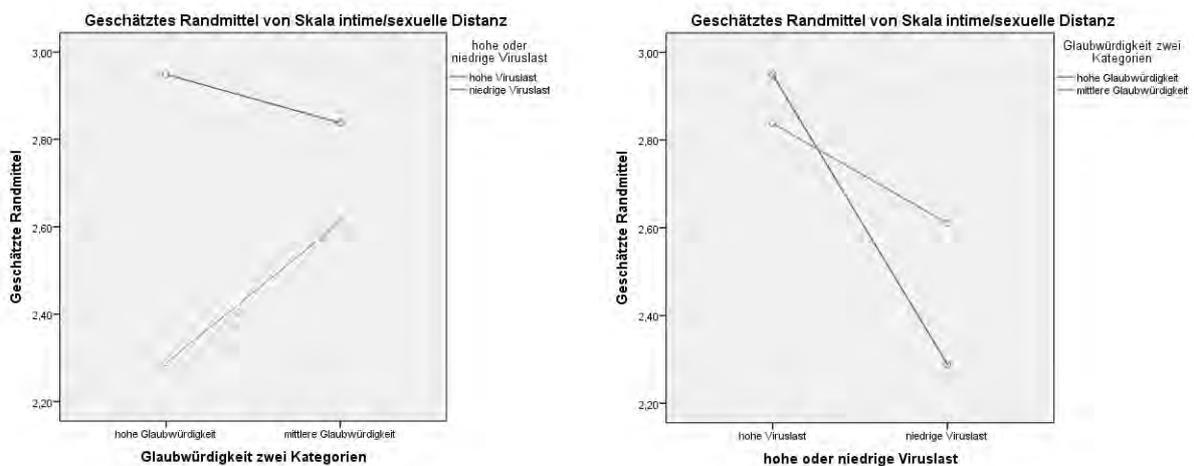
Faktor Glaubwürdigkeit		Faktor Viruslasthöhe		
		hoch	niedrig	Randwerte
hoch	<i>M</i>	2,9	2,3	2,6
	<i>SE</i>	0,14	0,13	0,09
mittel	<i>M</i>	2,8	2,6	2,7
	<i>SE</i>	0,08	0,07	0,05
Gesamt	<i>M</i>	2,9	2,5	2,7
	<i>SE</i>	0,08	0,07	0,05

Anmerkung: *M* = arithmetischer Mittelwert; *SE* = Standardfehler des Mittelwerts

**Tabelle 28: Statistische Prüfung der zweifaktoriellen Varianzanalyse *Viruslasthöhe* (hoch vs. niedrig) x *Glaubwürdigkeit* (hoch vs. mittel) auf *intime/sexuelle Distanz* (n = 350)**

	<i>QS</i>	<i>df</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	Sig.	$\eta^2$
Faktor Viruslasthöhe	12,5	1	12,5	17,0	p<,05	0,05
Faktor Glaubwürdigkeit	0,7	1	0,7	1,0	p>,05	--
Interaktion Viruslasthöhe x Glaubwürdigkeit	3,0	1	3,0	4,0	p>,05	0,01
innerhalb der Gruppen	254,0	346	0,7			
Gesamt	267,5	349				

Anmerkung: *QS* = Quadratsumme; *df* = Freiheitsgrade; *MS* = Mittel der Quadrate; Sig. = Ergebnis des Signifikanztests;  $R^2 = 0,05$



**Abbildung 6: Interaktionsgrafiken für die zweifaktorielle Varianzanalyse *Viruslasthöhe* x *Glaubwürdigkeit* auf die abhängige Variable *intime/sexuelle Distanz***

### Wahrgenommene Infektiosität der HIV-Infektion

Die zweifaktorielle Varianzanalyse *Viruslasthöhe* x *wahrgenommene Infektiosität* auf die abhängige Variable *intime/sexuelle Distanz* zeigt zwei signifikante Haupteffekte, aber keine signifikante Interaktion. Neben der Höhe der Viruslast steht demnach auch die wahrgenommene Infektiosität mit der abhängigen Variablen *intime/sexuelle Distanz* in Zusammenhang. Je stärker infektiös die HIV-Infektion wahrgenommen wird, umso stärker fällt die intime/sexuelle Distanzierung aus. Allerdings ist wiederum keine Varianzhomogenität gegeben (Levene-Test:  $F = 2,8$ ,  $df1 = 3$ ,  $df2 = 337$ ,  $p < ,05$ ).

**Tabelle 29: Kennwerte der zweifaktoriellen Varianzanalyse *Viruslasthöhe* (hoch vs. niedrig) x *wahrgenommene Infektiosität* (niedrig vs. hoch) auf *intime/sexuelle Distanz* (n = 341)**

Faktor Infektiosität	Faktor Viruslasthöhe			
	hoch	niedrig	Randwerte	
niedrig	<i>M</i>	2,7	2,4	2,6
	<i>SE</i>	0,10	0,09	0,07
hoch	<i>M</i>	3,0	2,6	2,8
	<i>SE</i>	0,09	0,09	0,07
Gesamt	<i>M</i>	2,9	2,5	2,7
	<i>SE</i>	0,07	0,06	0,05

Anmerkung: *M* = Mittelwert; *SE* = Standardfehler des Mittelwerts

**Tabelle 30: Statistische Prüfung der zweifaktoriellen Varianzanalyse *Viruslasthöhe* (hoch vs. niedrig) x *wahrgenommene Infektiosität* (niedrig vs. hoch) auf *intime/sexuelle Distanz* (n = 341)**

	<i>QS</i>	<i>df</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	Sig.	$\eta^2$
Faktor Viruslasthöhe	9,7	1	9,7	13,4	p<,05	0,04
Faktor Infektiosität	5,0	1	5,0	6,9	p<,05	0,02
Interaktion Viruslasthöhe x Geschlecht	0,4	1	0,4	0,5	p>,05	--
innerhalb der Gruppen	244,0	337	0,7			
Gesamt	259,0	340				

Anmerkung: *QS* = Quadratsumme; *df* = Freiheitsgrade; *MS* = Mittel der Quadrate; Sig. = Ergebnis des Signifikanztests;  $R^2 = 0,06$

### Wahrgenommener Schweregrad der HIV-Infektion

Auch in der zweifaktoriellen Varianzanalyse *Viruslasthöhe* x *wahrgenommener Schweregrad* auf die abhängige Variable *intime/sexuelle Distanz* werden die beiden Haupteffekte signifikant, nicht jedoch die Interaktion. Auch der Faktor wahrgenommener Schweregrad der HIV-Infektion korreliert demnach mit der abhängigen Variablen *intime/sexuelle Distanz*, eine Wahrnehmung der HIV-Infektion als sehr schwerwiegend geht mit einer höheren Distanzierung einher. Ein kausaler Zusammenhang lässt sich aufgrund der nicht vorgenommenen Randomisierung der Faktorstufen nicht überprüfen. Der Levene-Test wird nicht signifikant ( $F = 2,2$ ,  $df1 = 3$ ,  $df2 = 346$ ,  $p > ,05$ ).

**Tabelle 31: Kennwerte der zweifaktoriellen Varianzanalyse *Viruslasthöhe* (hoch vs. niedrig) x *Schweregrad* (hoch/niedrig) auf *intime/sexuelle Distanz* (n = 350)**

Faktor Schweregrad	Faktor <i>Viruslasthöhe</i>			
	hoch	niedrig	Randwerte	
niedrig	<i>M</i>	2,8	2,3	2,5
	<i>SE</i>	0,09	0,09	0,07
hoch	<i>M</i>	2,9	2,7	2,8
	<i>SE</i>	0,09	0,09	0,06
Gesamt	<i>M</i>	2,9	2,5	2,7
	<i>SE</i>	0,07	0,06	0,05

Anmerkung: *M* = arithmetischer Mittelwert; *SE* = Standardfehler des Mittelwerts

**Tabelle 32: Statistische Prüfung der zweifaktoriellen Varianzanalyse *Viruslasthöhe* (hoch vs. niedrig) x *Schweregrad* (hoch/niedrig) auf *intime/sexuelle Distanz* (n = 350)**

	<i>QS</i>	<i>df</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	Sig.	$\eta^2$
Faktor <i>Viruslasthöhe</i>	10,7	1	10,7	14,9	p<,05	0,04
Faktor <i>Infektiosität</i>	8,1	1	8,1	11,3	p<,05	0,03
Interaktion <i>Viruslasthöhe</i> x <i>Geschlecht</i>	1,7	1	1,7	2,3	p>,05	--
innerhalb der Gruppen	247,8	346	0,7			
Gesamt	267,5	349				

Anmerkung: *QS* = Quadratsumme; *df* = Freiheitsgrade; *MS* = Mittel der Quadrate; Sig. = Ergebnis des Signifikanztests;  $R^2 = 0,07$

### 3.3.1 Zusammenfassung zu den Nebenfragstellungen

Der Einfluss von vier Variablen auf die Skala *intime/sexuelle Distanz* und die Interaktion mit dem Einfluss der Variablen *Viruslasthöhe* wurden als Nebenfragstellungen untersucht.

Geschlecht: Es konnte ein Geschlechtseffekt identifiziert werden. Weibliche Teilnehmerinnen zeigen eine signifikant stärkere intime/sexuelle Distanzierung als männliche Teilnehmer. Kein Interaktionseffekt zeigt sich zwischen *Viruslasthöhe* und *Geschlecht*. Eine Überprüfung der vier Hypothesen getrennt nach *Geschlecht* ergibt, dass sich für weibliche Teilnehmerinnen kein Effekt der *Viruslasthöhe* zeigt.

Glaubwürdigkeit: Die Bewertung der Glaubwürdigkeit des Informationstexts hängt nicht direkt mit der intimen/sexuellen Distanzierung zusammen. Allerdings konnte ein Interaktionseffekt zwischen der Glaubwürdigkeitsbewertung und der *Viruslasthöhe* identifiziert werden: je glaubwürdiger der Informationstext bewertet wird, umso größer ist der Effekt der *Viruslasthöhe* auf die intime/sexuelle Distanzierung ausgeprägt.

Wahrgenommene Infektiosität: Die wahrgenommene Infektiosität von HIV hängt mit der intimen/sexuellen Distanzierung zusammen. Je höher die wahrgenommene Infektiosität, desto stärker ist die intime/sexuelle Distanzierung ausgeprägt. Ein Interaktionseffekt zwischen wahrgenommener Infektiosität und *Viruslasthöhe* wurde nicht identifiziert.

**Wahrgenommener Schweregrad:** Der wahrgenommene Schweregrad von HIV hängt mit der intimen/sexuellen Distanzierung zusammen. Mit einem höheren wahrgenommenen Schweregrad geht eine stärkere intime/sexuelle Distanzierung einher. Zwischen dem wahrgenommenen Schweregrad und der Viruslasthöhe konnte keine Interaktion identifiziert werden.

### 3.4 Ergänzende Ergebnisse zur subjektiven Bedeutung der Viruslast

Unter den Teilnehmern der Gruppen  $I_H$  und  $I_N$ , also jenen Gruppen, die den Informationstext gelesen hatten, gab insgesamt die Hälfte an, dass die Höhe der Viruslast der in der Vignette beschriebenen PWA eine Rolle bei der Beantwortung der Distanz- und Stigma-Items gespielt habe. Dieser Anteil unterschied sich zwischen den Gruppen  $I_H$  und  $I_N$  signifikant ( $\chi^2 = 11,0$ ,  $df = 1$ ,  $p < 0,05$ ), und zwar spielte die Viruslast in der Gruppe  $I_H$  für mehr Teilnehmer eine Rolle als in der Gruppe  $I_N$ .

**Tabelle 33: Kreuztabelle Gruppe ( $I_H$  vs.  $I_N$ ) x Rolle der Viruslast (ja vs. nein) (n = 352)**

Gruppe	Viruslast hat Rolle gespielt		Gesamt
	ja	nein	
$I_H$	60,1 %	39,9 %	100 %
$I_N$	42,4 %	57,6 %	100 %
<b>Gesamt</b>	50,9 %	49,1 %	100 %

Anmerkung:  $I_H$  = Gruppe Information/hohe Viruslast,  $I_N$  = Information/niedrige Viruslast

Die Antworten auf die Frage, welche Rolle die Viruslast spielt bzw. warum sie keine Rolle spielt, sind weniger ergiebig als erhofft. Viele Teilnehmer beantworteten die Frage gar nicht oder geben einen nicht nachvollziehbaren oder sinnlosen Kommentar an. Nichtsdestotrotz finden sich einige häufiger wiederkehrende interessante Antworten, die an dieser Stelle aufgrund der geringen Fallzahl nicht mit dem Ziel einer Quantifizierung, sondern mit dem Ziel einer exemplarischen Veranschaulichung dargestellt werden sollen. Da sich die Argumentationen je nach der Höhe der Viruslast der in der Vignette beschriebenen PWA unterscheiden können, werden die Antworten entsprechend getrennt für die Gruppen  $I_H$  und  $I_N$  dargestellt. Wörtliche Zitate der Teilnehmer, die zur Veranschaulichung der gebildeten Kategorien dienen, wurden hinsichtlich Rechtschreibung und Grammatik bearbeitet, um Lesbarkeit und Verständnis zu erleichtern.

#### Warum spielt die Viruslast keine Rolle?

In der Gruppe  $I_N$  geben 106 Teilnehmer an, dass die Viruslast für sie bei der Beantwortung der Stigma-Items keine Rolle gespielt habe, davon liegen sinnvoll interpretierbare Antworten für 93 Teilnehmer vor. Von ihnen wird der fehlende Einfluss der in dieser Gruppe niedrigen Viruslast auf das Antwortverhalten am häufigsten damit begründet, dass die Ansteckungsgefahr bleibt, weil ein Restrisiko besteht, sich zu infizieren, oder weil grundsätzlich nicht die Wahrscheinlichkeit einer Ansteckung von

Bedeutung ist, sondern die Tatsache, dass eine HIV-Infektion vorliegt. Letzteres drückt ein Teilnehmer prägnant in der kurzen Formel *HIV ist HIV* aus. Andere Teilnehmer schreiben:

- *Ich gehe davon aus, dass ein Infektionsrisiko unabhängig von der Höhe der Viruslast besteht.*
- *Weil es gibt keine 100% Sicherheit.*
- *Man muss kein Risiko eingehen, es gibt immer Ausnahmen.*
- *Weil ich kein unnötiges Risiko eingehen möchte, ich würde auch nicht auf der Autobahn laufen, wenn am Tag nur 1 Auto fahren würde.*
- *HIV wird gedanklich HIV bleiben. Die Angst vor Ansteckung ändert sich nicht.*

Diese Kategorie umfasst mit 49 Teilnehmern mehr als die Hälfte der antwortenden Teilnehmer dieser Gruppe. Deutlich weniger Teilnehmer argumentieren, dass die Viruslast keine Bedeutung bei ihrer Antwort hatte, da sie sich bei der Bewertung eines Menschen an anderen Aspekten orientieren (13 Teilnehmer). Ihre Antworten beziehen sich dabei eher auf nichtsexuelle soziale als auf sexuelle Interaktionen. Antworten lauten beispielsweise:

- *Es geht um die Person und nicht um Krankheiten. Außerdem ist HIV keine über Luft übertragbare Krankheit.*
- *Weil es mir egal ist, wie hoch die Viruslast bei einem Infizierten ist. Es sind Menschen wie ich auch, und auch die brauchen Freunde und Leute, die für sie da sind.*

Zu dieser Kategorie lässt sich auch eine kleinere Gruppe von vier Teilnehmern rechnen, die in ähnlicher Weise argumentieren, dass bei nichtsexuellen Kontakten die Viruslast keine Rolle spielt.

- *Weil man sich ja auch nicht bei jedem Kontakt anstecken kann, z. B. Haus an Haus wohnen etc.*

Darauf, dass bei einer Nutzung von Kondomen die Höhe der Viruslast keine Rolle spielt, verweisen acht Teilnehmer:

- *Weil ich ein Mensch mit Verstand bin. Solange auf alle Schutzmaßnahmen geachtet wird, besteht keine Ansteckungsgefahr, ganz gleich ob hohe oder niedrige Viruslast.*
- *Weil man sich gegen HIV schützen kann, egal wie hoch die Viruslast ist.*

Nur vier Teilnehmer aus dieser Gruppe drücken explizite Zweifel an den Informationen aus, die sie über den Zusammenhang von Viruslast und Infektiosität erhalten haben:

- *Weil ich der These, dass bei einer geringen Virenlast nahezu keine Gefahr der Ansteckung besteht, keinen Glauben schenke.*

Allerdings steckt auch in vielen Antworten der großen Kategorie *Restrisiko* ein impliziter Zweifel an der Gültigkeit des Zusammenhangs von Viruslast und Infektiosität. Diese Zweifel stellen im Grunde die Motivation dieser Antworten dar.

In der Gruppe  $I_H$ , also unter den Teilnehmern, die eine Vignette mit einer PWA mit einer hohen Viruslast gesehen hatten, geben 67 Personen an, dass die Viruslast keine Rolle bei ihren Antworten gespielt hat. Von 55 Teilnehmern liegen auswertbare Antworten vor. Die entsprechenden Begründungen ähneln den Begründungen in der Gruppe  $I_N$  sehr stark. Auch hier wird mit 17 Nennungen am häufigsten auf das *Restrisiko* verwiesen oder betont, dass die Tatsache, dass eine HIV-Infektion vorliegt, die Frage der Infektiosität überwiegt. Aus den Antworten wird ebenfalls eine implizite Skepsis am Viruslast-Infektiosität-Zusammenhang deutlich.

- *Weil das Restrisiko (egal wie hoch die Viruslast ist), sich doch anzustecken, für mich persönlich zu hoch wäre.*
- *Ich hätte Angst bei einer geringen wie bei einer hohen Viruslast.*

- *HIV bleibt HIV! Egal wie hoch die Viruslast ist.*
- *Weil sie den HI-Virus in sich trägt und mir dadurch die Höhe der HI-Viren in ihrem Körper egal sind.*

Dass bei der Bewertung des Menschen andere Aspekte wichtiger sind, dass Stigmatisierung und Diskriminierung explizit abgelehnt wird, ist die zweithäufigste Argumentation in dieser Gruppe (zehn Teilnehmer):

- *Es hängt doch von der Menschlichkeit ab und nicht von der Höhe der Viruslast.*
- *Es geht um den Menschen selber. Wenn man ihn mag, ist es egal, an welcher Erkrankung er leidet oder gesund ist.*

Die Viruslast spielt für weitere zehn Teilnehmer keine Rolle, weil sie sich unabhängig von ihrer Höhe auf jeden Fall beim Sex schützen würden.

- *Weil ich z. B. nur geschützten Sex mit ihm haben würde und daher spielt es keine Rolle.*

Sieben Teilnehmer würden gar keine sexuellen Kontakte mit der beschriebenen PWA eingehen und verweisen darauf, dass die Viruslast bei sozialen Kontakten unerheblich sei:

- *Freundschaftlichen Kontakt kann man zu ihm haben, er kann nichts für seine Krankheit. Solange man aufpasst, nicht intim wird oder Kontakt zu seinem Blut macht, kann schließlich nichts passieren.*

Spezifische Argumente, die sich auf die Tatsache beziehen, dass die PWA in der Vignette eine hohe Viruslast aufwies, finden sich in dieser Gruppe nicht.

Erstaunlich hingegen ist, dass nur eine Person die Höhe der Viruslast als irrelevant für die eigene Entscheidung bezeichnet, da sie nicht wissen könne, wie hoch die Viruslast bei einer anderen Person tatsächlich sei.

#### Welche Rolle spielt die Viruslast?

Unter den Teilnehmern der Gruppe I<sub>N</sub> haben 78 angegeben, dass die Viruslast eine Rolle bei ihren Antworten gespielt hat, 61 auswertbare Antworten liegen vor. Unter ihnen paraphrasieren 16 Teilnehmer den Informationstext, indem sie darauf verweisen, dass eine niedrige Viruslast mit einer niedrigen Ansteckungsgefahr einhergeht, oder sie bezeichnen die Bedeutung der Viruslast als hoch, ohne dies näher zu begründen.

Elf Teilnehmer geben explizit an, dass sie wegen der niedrigen Viruslast der beschriebenen PWA allgemein zu engerem Kontakt mit ihr bereit wären.

- *Es war interessant zu wissen, wie sich die Viruslast auf die Ansteckungsgefahr auswirkt. Dies hat mich dazu bewegt, eher offener zu sein.*
- *Da nach den mir nun vorliegenden Informationen die Ansteckung geringer ist als gedacht, ist der Umgang mit C. zwar sensibel, jedoch nicht mehr unmöglich für mich.*

Für weitere neun Teilnehmer führte die niedrige Viruslast explizit zu einer größeren Bereitschaft zu sexuellen Interaktionen mit der PWA, weil durch die niedrige Viruslast die Ansteckungsgefahr geringer ist.

- *Da sie nur eine geringe Viruslast hat, ist die Ansteckungsgefahr ja ebenfalls geringer. Das hatte zumindest Auswirkung auf die Beantwortung der Fragen mit sexuellem Bezug.*

Diese Antworten waren in einigen Fällen auch negativ formuliert:

- *Bei niedrigerer Viruslast würde ich noch vielleicht sexuellen Kontakt mit ihr eingehen, stände da was anderes, dann wahrscheinlich nicht.*
- *Ich glaube, ich würde eher keine Beziehung mit ihm eingehen, wenn ich nicht wüsste, dass seine Viruslast niedrig ist.*

Für drei Teilnehmer war die Tatsache von Bedeutung, dass die niedrige Viruslast der beschriebenen PWA auf einen verantwortungsvollen Umgang mit der Erkrankung weist:

- *Zeigt den konstruktiven Umgang mit ihrer Krankheit, spricht dafür, dass sie offen damit umgeht. Hat mir ein positiveres Gefühl bei ihr vermittelt.*
- *Dass er durch die Medikamente Verantwortung für sich übernimmt und dadurch das Risiko, andere Menschen anzustecken, verringert.*

14 Teilnehmer in dieser Gruppe geben in ihrer Begründung an, dass die Höhe der Viruslast doch keine Rolle gespielt hat, und widersprechen sich damit selbst. Die Begründungsmuster sind die gleichen wie die bereits genannten (*Restrisiko, HIV bleibt HIV*).

In der Gruppe I<sub>H</sub> geben 101 Teilnehmer an, dass die Höhe der Viruslast bei ihren Antworten eine Rolle gespielt hat, von 86 Teilnehmern liegen auswertbare Antworten vor. Davon geben 13 Teilnehmer an, dass die Höhe der Viruslast eine große Rolle gespielt hat, ohne dies weiter zu begründen. 24 Teilnehmer verweisen auf die erhöhte Ansteckungsgefahr und paraphrasieren dabei teilweise einfach den Inhalt des Informationstextes, z. B. in der Formel *hohe Viruslast = höhere Ansteckungsgefahr*.

Für 21 Teilnehmer spielte die Höhe der Viruslast bei sexuellen und intimen Kontakten (und auch eventuellen Kontakten mit Blut) eine Rolle.

- *Grundsätzlich würde ich bei einer hohen Viruslast jeden körperlichen Kontakt, bei dem es zum Austausch von Körperflüssigkeiten kommen KANN, vermeiden!*
- *Da ich Mutter von kleinen Kindern bin, habe ich ihnen gegenüber Verantwortung und würde mit Michael keine feste Partnerschaft/Sexkontakt eingehen, da HIV bei ihm hochgradig ansteckend ist. Freundschaft, beste Freunde, das würde ich nicht wegen HIV fallen lassen.*

Vier weitere Teilnehmer geben an, dass sie bei einer geringeren Viruslast eher zu sexuellen oder intimen Kontakten bereit wären:

- *Bei geringerer Viruslast wäre ich wohl noch eher zu einer Beziehung und geschütztem Geschlechtsverkehr bereit gewesen.*

Allgemeiner vorsichtig bei Kontakten allgemein sind ebenfalls vier Teilnehmer:

- *Umso höher die Viruslast ist, umso höher die Ansteckungsgefahr. Klar, dass das eher der Fall beim Sex wäre, aber es beeinflusst doch ein wenig den Umgang mit ihr.*

Drei Teilnehmer wären bei einer niedrigeren Viruslast allgemein zu mehr Kontakten bereit:

- *Na ja, wenn die Viruslast gering wäre, würde ich wahrscheinlich alle Aussagen um einen Punkt verbessern.*

Zehn Teilnehmer erwähnen explizit die Angst, die ihnen die höhere Viruslast macht, weswegen sie hier zu einer eigenen Kategorie zusammengefasst wurden:

- *Ich hätte Angst, mich zu infizieren.*
- *Ich hätte beim GV absolut Angst, mich anzustecken ...*

### 3.4.1 Zusammenfassung zur Bedeutung der Viruslast

Nur die Hälfte der Teilnehmer gibt an, dass die Viruslast subjektiv überhaupt eine Rolle bei der Beantwortung der Stigma-Items gespielt hat.

Als häufigste Gründe, warum die Viruslast keine Rolle gespielt hat, stellen die Teilnehmer den Informationstext in Frage, indem sie auf Restrisiken verweisen oder die Höhe der Viruslast grundsätzlich nicht als Prädiktor der Ansteckungswahrscheinlichkeit bezeichnen. Die zweitgrößte Gruppe der Teilnehmer lehnt Stigmatisierung ab und verweist darauf, dass ihnen der Mensch wichtig ist, nicht die Viruslast. Für andere Teilnehmer spielt die Viruslast keine Rolle, da sie sich grundsätzlich bei sexuellen Interaktionen mit Kondomen vor einer HIV-Infektion schützen würden. Andere Teilnehmer verweisen darauf, dass die Viruslast nur bei sexuellen, nicht aber bei sozialen Interaktionen eine Rolle spiele, und sie nicht zu sexuellen Interaktionen mit einer PWA bereit seien.

Die größte Gruppe der Teilnehmer, für die die Viruslast eine Rolle gespielt hat, verweist auf die geringere Transmissionswahrscheinlichkeit (falls eine PWA mit niedriger Viruslast präsentiert wurde) bzw. auf die höhere Transmissionswahrscheinlichkeit (im Falle der PWA mit hoher Viruslast). Explizit geben einige Teilnehmer an, dass sie bei einer niedrigen Viruslast eher zu sexuellen oder sozialen Interaktionen bereit wären bzw. bei hoher Viruslast vorsichtiger wären. Einige Teilnehmer betonen, dass die PWA mit niedriger Viruslast verantwortungsvoll sei. Viele dieser Teilnehmer geben keine sinnvoll interpretierbare Antwort bzw. widersprechen sich selbst, indem sie darauf verweisen, dass die Viruslast keine Rolle gespielt habe.

## 4 Diskussion

### 4.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

Aufbauend auf theoretischen und empirischen Forschungsergebnissen über die Bedeutung der wahrgenommenen Infektiosität von PWA für das Ausmaß der Stigmatisierung, die diese erfahren, sollte die vorliegende Studie das Potenzial der antiretroviralen Therapie untersuchen, über die Verringerung der Viruslast und die Reduzierung der Infektiosität von PWA zu einer Entstigmatisierung von PWA beizutragen. Dazu wurde ein Online-Experiment durchgeführt, in dem die Höhe der Viruslast einer in einer Vignette beschriebenen PWA manipuliert und die Auswirkung dieser Manipulation auf die Stigmatisierungsbereitschaft der Teilnehmer gegenüber dieser Person erfasst wurde. Nur die Hälfte der Teilnehmer wurden über den Zusammenhang zwischen antiretroviraler Therapie, Viruslast und Infektiosität aufgeklärt, auf diese Weise entstanden aus den beiden Bedingungen *hohe* oder *niedrige Viruslast* und *Information* oder *keine Information* vier verschiedene Gruppen. Vier Hypothesen wurden aufgestellt, die als Mittelwertvergleiche zwischen diesen Gruppen operationalisiert und einer statistischen Prüfung unterzogen wurden.

Insgesamt konnten die Angaben von 752 heterosexuellen und nicht HIV-positiv getesteten Personen in die Auswertung einfließen. Die Rekrutierung der Teilnehmer erfolgte über ein kommerzielles Marktforschungspanel. Das Vorgehen resultierte in einer vergleichsweise guten Datenqualität, vor allem hinsichtlich des moderaten Anteils fehlender Werte. Allerdings mussten auch einige Teilnehmer aus der Analytestichprobe entfernt werden, deren Antworten offensichtlich nicht sorgfältig und wahrheitsgemäß erfolgten.

Obwohl eine Repräsentativität der Stichprobe keine zentrale Voraussetzung für die Validität der Ergebnisse dieser experimentellen Studie darstellt, konnte durch die internetbasierte Durchführung und die Art der Rekrutierung eine hinsichtlich verschiedener soziodemografischer Merkmale vielfältige Stichprobe realisiert werden. Damit hebt sich diese Studie deutlich von anderen experimentellen Stigma-Studien ab, die sich vor allem studentischer Stichproben bedienen, was für eine größere ökologische und auch externe Validität der vorliegenden Ergebnisse spricht. Die externe Validität wird durch das vergleichsweise junge Alter der Teilnehmer eingeschränkt. Darüber hinaus weist die Stichprobe vor allem einen Bias hinsichtlich des Bildungshintergrunds auf, da die Teilnehmer durchschnittlich besser gebildet sind als die entsprechende Altersgruppe der bundesdeutschen Gesamtbevölkerung.

Für einen Selbstselektionsbias aufgrund des Themas, ein zentrales Problem internetbasierter Sozialforschung, liegen keine Anhaltspunkte vor. Tatsächlich weicht der Anteil der Teilnehmer, der sich bereits auf HIV testen lassen, sowie der Anteil der Teilnehmer, der eine PWA persönlich kennt, kaum von den diesbezüglichen Ergebnissen altersgleicher Stichproben in repräsentativen Bevölkerungsbefragungen ab.

Interessante Aspekte weisen bereits die deskriptiven Ergebnisse der Variablen zur Wahrnehmung der Infektiosität und des Schweregrads von HIV sowie zur Stigmatisierung der in der Vignette geschilderten PWA auf. Die Teilnehmer schätzen die generelle Infektiosität von HIV durchschnittlich als sehr hoch ein, deutlich höher, als dies medizinisch gerechtfertigt wäre. Im Vergleich zu anderen Infektionserregern ist das HI-Virus nämlich eher schwer übertragbar, das Risiko einer Transmission bei heterosexuellem Geschlechtsverkehr liegt, wie bereits erwähnt, in der Regel deutlich unter 1 % und übersteigt diese Wahrscheinlichkeit nur in bestimmten Konstellationen, vor allem dann, wenn eine andere sexuell übertragbare Infektion bei einem der Partner vorliegt. Die durchschnittliche Wahrscheinlichkeit von fast 70 %, mit der eine Transmission bei einem ungeschützten Sexualakt mit einem HIV-positiven Sexualpartner nach Einschätzungen der Teilnehmer erfolgt, überschätzt diese tatsächliche Wahrscheinlichkeit erheblich. Allerdings verweist die hohe Varianz in den Antworten darauf, dass es für die Teilnehmer nicht leicht war, diese Einschätzung vorzunehmen. Nichtsdestotrotz kann die vorliegende Studie zum ersten Mal empirisch zeigen, dass die Wahrscheinlichkeit einer HIV-Transmission bei ungeschütztem Geschlechtsverkehr mit einer PWA in der Allgemeinbevölkerung unrealistisch hoch eingeschätzt wird. Dieser Befund einer Überschätzung der tatsächlichen Transmissionswahrscheinlichkeiten steht im Einklang mit den Einschätzungen nicht HIV-infizierter schwuler Männer, die Gold und Skinner (2001) berichten. Hier schwanken die durchschnittlich wahrgenommenen Wahrscheinlichkeiten für eine HIV-Transmission bei einem einmaligen ungeschützten insertiven Analverkehr mit einem HIV-positiven Partner zwischen 54 und 59 % und bei einem einmaligen ungeschützten rezeptiven Analverkehr mit Ejakulation zwischen 82 und 86 %.

Auch der Schweregrad einer HIV-Infektion wurde von den Teilnehmern durchschnittlich als sehr hoch bewertet. Unterschiede zwischen verschiedenen soziodemografischen Gruppen finden sich nicht. Vermutungen, dass aufgrund des medizinischen Fortschritts in der Behandelbarkeit der HIV-Infektion und des damit verbundenen Normalisierungsprozesses HIV/AIDS in der Allgemeinbevölkerung als eine weniger schwerwiegende Erkrankung wahrgenommen wird, werden durch diese Ergebnisse nicht bestätigt.

Vier Aspekte HIV-bezogener Stigmatisierungsbereitschaft wurden als abhängige Variablen in vier eigens konstruierten Skalen erfasst, dabei handelt es sich um soziale Distanz, intime/sexuelle Distanz, instrumentelles Stigma und symbolisches Stigma.

Es zeigt sich, dass die soziale Distanzierungsbereitschaft – unabhängig von der experimentellen Manipulation – unter den Teilnehmern sehr gering ausgeprägt ist. Dies betrifft insbesondere Kontakte, die nicht zwangsläufig mit körperlichen Berührungen verbunden sind (z. B. Nachbarschaft und Zusammenarbeit am Arbeitsplatz). Aber auch alltägliche Berührungen wie Händeschütteln und ein Wangenkuss stellen für die weitaus überwiegende Mehrheit der Teilnehmer kein Problem dar. Nur ein geringer Anteil der Teilnehmer zeigt sich nicht zu normalen sozialen Interaktionen mit der in der Vignette beschriebenen PWA bereit.

Ganz im Gegensatz dazu fällt die intime/sexuelle Distanzierungsbereitschaft unter den Teilnehmern sehr hoch aus. So ist nur ein Drittel der Teilnehmer zu sexuellen Praktiken mit der geschilderten PWA bereit, die den klassischen, in der Allgemeinbevölkerung als wirksamer Schutz vor einer HIV-Infektion weithin bekannten Safer-Sex-Regeln entsprechen (z. B. Petting und Geschlechtsverkehr mit Kondom). Darüber hinaus zeigen die Antworten zur Bereitschaft zu ungeschütztem Geschlechtsverkehr – unabhängig von der experimentellen Manipulation – kaum Varianz. Es ist (fast) niemand zu ungeschütztem Geschlechtsverkehr bereit, und das, obwohl die sexuelle Nichtinfektiosität von effektiv antiretroviral behandelten PWA im Informationstext betont wurde.

Auch instrumentell motivierte Stigmatisierungsbereitschaft gegenüber der in der Vignette geschilderten PWA findet sich in substanziellem Ausmaß. Insbesondere eine Eignung für die Krankenpflege wird dieser Person von der Mehrheit der Teilnehmer abgesprochen. Eine weitere Einstellung, die von den Teilnehmern – unabhängig von der Höhe der Viruslast – einhellig geteilt wird, ist die wahrgenommene Pflicht zum Offenlegen des HIV-Serostatus gegenüber potenziellen Sexpartnern.

Sehr gering wiederum ist die symbolisch motivierte Stigmatisierungsbereitschaft in der Stichprobe ausgeprägt. Kaum ein Teilnehmer ist der Ansicht, dass die geschilderte PWA sich schämen sollte, unmoralisch sei oder kein Mitleid verdient habe. Einzig die Aussage, dass die PWA verantwortungslos sei, erfährt eine höhere Zustimmung.

Hinsichtlich dieser vier Skalen zur HIV-bezogenen Stigmatisierungsbereitschaft wurden die vier Hypothesen über die Auswirkungen der experimentellen Manipulation geprüft. In einem ersten Analyse-Schritt zeigte sich, dass sich ein Effekt überhaupt nur für die intime/sexuelle Distanzierungsbereitschaft findet. Keinen Effekt zeigen die statistischen Analysen hinsichtlich der sozialen Distanzierungsbereitschaft, der instrumentellen und der symbolischen Stigmatisierungsbereitschaft.

Die einzelnen Hypothesen wurden dementsprechend nur hinsichtlich der abhängigen Variable *intime/sexuelle Distanz* überprüft. Die Ergebnisse zeigen, dass die empirischen Daten mit allen Hypothesen in Einklang stehen.

Unter den Teilnehmern, die über den Zusammenhang von Viruslast und Infektiosität informiert wurden, ist die intime/sexuelle Distanzierungsbereitschaft gegenüber der PWA mit hoher Viruslast stärker ausgeprägt als gegenüber der PWA mit niedriger Viruslast. Es bestätigt sich, dass dieser Aspekt HIV-bezogener Stigmatisierung tatsächlich von der Höhe der Viruslast beeinflusst wird. Dieser für die Forschungsfrage fundamentale Effekt ist von kleiner Größe, folgt man der Klassifikation von Effektgrößen, die Cohen (1988) vorgeschlagen hat.

Die Überprüfung der zweiten Hypothese zeigt keinen entsprechenden Effekt bei den Teilnehmern, die nicht über den Viruslast-Infektiosität-Zusammenhang informiert wurden. Das Ausmaß der intimen/sexuellen Distanzierungsbereitschaft gegenüber der PWA mit hoher und der PWA mit niedriger Viruslast unterscheidet sich nicht zwischen diesen beiden Gruppen. Entsprechend kann geschlussfol-

gert werden, dass der zwischen den Informationsgruppen gefundene Effekt der experimentellen Manipulation tatsächlich ursächlich auf das Wissen um diesen Zusammenhang rückführbar ist.

Die dritte und vierte Hypothese dienen der Überprüfung der Richtung der Veränderung der Stigmatisierungsbereitschaft. Dies betrifft die Frage, ob die Stigmatisierungsbereitschaft bei einer höheren Viruslast steigt und/oder bei einer niedrigen Viruslast sinkt. Als Ergebnis der Überprüfung der dritten Hypothese zeigte sich, dass sich die Distanzierungsbereitschaft gegenüber der PWA mit hoher Viruslast unter den Teilnehmern der Informationsgruppe nicht von der Distanzierungsbereitschaft gegenüber der PWA in den beiden Gruppen, in denen die Teilnehmer nicht informiert wurden, unterscheidet. Das heißt, die vorliegenden Daten sprechen dafür, dass das Wissen um den Viruslast-Infektiositäts-Zusammenhang nicht zu einer stärkeren Stigmatisierungsbereitschaft gegenüber PWA mit einer höheren Viruslast im Vergleich zu uninformierten Personen führt. Stattdessen führt dieses Wissen offensichtlich dazu, einer PWA mit niedriger Viruslast mit einer geringeren Distanzierungsbereitschaft zu begegnen, wie die Überprüfung der vierten Hypothese zeigt. Die Distanzierungsbereitschaft gegenüber der PWA mit niedriger Viruslast ist in der Informationsgruppe signifikant niedriger als gegenüber der PWA in den beiden Gruppen, in denen die Teilnehmer nicht über den Zusammenhang informiert wurden.

In der vorliegenden Studie konnte demnach zum ersten Mal empirisch gezeigt werden, dass die Höhe der Viruslast als Konsequenz einer antiretroviralen Behandlung und als Prädiktor der Infektiosität einer PWA mit der Stigmatisierungsbereitschaft gegenüber dieser Person in Zusammenhang steht.

Weitere Analysen zeigen, dass das Ausmaß der Glaubwürdigkeit, die dem Informationstext zugeschrieben wird, den Effekt der wahrgenommenen Viruslasthöhe auf die intime/sexuelle Distanzierungsbereitschaft beeinflusst. Die Glaubwürdigkeit selbst steht dabei nicht direkt in Zusammenhang mit dieser Variablen. Stattdessen nimmt die Größe des Effekts der wahrgenommenen Viruslasthöhe mit steigender Glaubwürdigkeit zu. Dieser Befund ist ein weiterer Hinweis darauf, dass das Wissen um den Viruslast-Infektiositäts-Zusammenhang ursächlich für den identifizierten Effekt der Viruslasthöhe ist, da die wahrgenommene Glaubwürdigkeit als Indikator für die Intensität oder Güte dieses Wissens verstanden werden kann.

Zudem konnte ein Geschlechtseffekt identifiziert werden. Frauen zeigen eine höhere Distanzierungsbereitschaft hinsichtlich intimer und sexueller Interaktionen mit dem in der Vignette beschriebenen HIV-positiven Michael, als Männer sie gegenüber der fiktiven Christine äußern. Obwohl keine Interaktion zwischen Geschlecht und Höhe der Viruslast gefunden wurde, zeigt sich doch, dass der Effekt der Viruslast auf die intime/sexuelle Distanzierungsbereitschaft unter den weiblichen Teilnehmerinnen so viel geringer als unter den männlichen Teilnehmern ausgeprägt ist, dass er in dieser Gruppe nicht statistisch signifikant wird. Auf der Basis der vorliegenden Studie muss der Gültigkeitsbereich dieser Ergebnisse auf Männer eingeschränkt werden.

Für die beiden Konstrukte *wahrgenommener Schweregrad* und *wahrgenommene Infektiosität von HIV*, die in dem Modell von Bos et al. (2008) als Prädiktoren instrumenteller Stigmatisierung konzipiert wurden, konnte ein Zusammenhang mit der intimen/sexuellen Distanzierungsbereitschaft gegenüber PWA bestätigt werden. Je schwerwiegender und je infektiöser die Teilnehmer eine HIV-Infektion grundsätzlich wahrnahmen, umso stärker ist ihre Stigmatisierungsbereitschaft ausgeprägt. Dabei konnte hier konkret gezeigt werden, dass ein Zusammenhang zwischen der wahrgenommenen Wahrscheinlichkeit einer HIV-Transmission nach einem einmaligen Risikokontakt und der HIV-bezogenen Stigmatisierungsbereitschaft besteht. Eine Interaktion mit der Höhe der Viruslast liegt für beide Variablen nicht vor.

Zusätzliche Daten zur Rolle der Höhe der Viruslast bei der Beantwortung der Fragen zur Stigmatisierungsbereitschaft können das Verständnis der gefundenen Ergebnisse vertiefen. Diese zusätzlichen Daten betreffen die Frage, ob und inwiefern die Höhe der Viruslast eine Rolle bei der Beantwortung der Stigma-Items gespielt hat.

Insgesamt hat diesen Angaben zufolge die Viruslast nur bei der Hälfte der Teilnehmer eine Rolle bei der Beantwortung der Stigma-Items gespielt. Allerdings spielt die Viruslast im Falle der Präsentation einer Vignette mit einer hohen Viruslast häufiger eine Rolle als bei Präsentation einer Vignette mit niedriger Viruslast. Die Auswertung der Begründungen der Teilnehmer liefert Erklärungsansätze für zwei zentrale Befunde dieser Studie, den geringen Effekt auf die intime/sexuelle Distanzierungsbereitschaft und die Beschränkung des Effekts auf die intime/sexuelle Distanzierungsbereitschaft. Ersteres erklärt sich dadurch, dass die Viruslasthöhe oft gar keine Rolle gespielt hat. Viele der Teilnehmer geben nämlich an, dass die Höhe der Viruslast für sie keine Rolle bei der Interaktion mit einer PWA spielt, weil für sie nicht die Höhe des Risikos, sondern die Tatsache, dass überhaupt ein Risiko besteht, relevant ist. In den häufigen Verweisen auf ein auch bei niedriger Viruslast bestehendes Restrisiko kommt diese Haltung deutlich zum Ausdruck. Dass es nicht nur das bestehende Restrisiko – ein mehr oder weniger rationaler Grund – ist, das zu einer Bedeutungslosigkeit der wahrgenommenen Viruslasthöhe führt, sondern auch irrationale Aspekte eine Rolle spielen können, zeigt sich in den Antworten der Kategorie *HIV ist HIV*, die eher auf die Befürchtung einer Kontamination als einer Ansteckung verweisen (vgl. die von Jones et al., 1984, vorgenommene Unterscheidung zwischen diesen beiden Begriffen) und rationale Argumente ausblenden.

Die Beschränkung des gefundenen Effekts auf die intime/sexuelle Distanzierungsbereitschaft kann durch die Äußerungen der Teilnehmer erklärt werden, die angeben, dass die Relevanz der Viruslasthöhe als Maß der Ansteckungsgefahr auf körperliche und sexuelle Interaktionen beschränkt war. Für die Bereitschaft zu sozialen Interaktionen mit einer PWA, bei denen kein Infektionsrisiko besteht, spielt die Höhe der Viruslast für sie entsprechend keine Rolle.

## 4.2 Limitierungen

Die vorliegende Studie wurde als Online-Experiment durchgeführt. Obwohl die experimentelle Vorgehensweise eine hohe interne Validität aufweist und durch die vergleichsweise vielfältige Stichprobe, die durch die Online-Durchführung und die Rekrutierung von Teilnehmern über ein Panel entstanden ist, eine hohe ökologische Validität vorliegt, liegen gewisse methodenbedingte Einschränkungen der internen und externen Validität vor.

Die interne Validität kann durch die mangelnde Kontrolle der Interviewsituation beeinträchtigt sein. So kann man zum Beispiel nicht feststellen, ob die Teilnehmer der Gruppen  $I_H$  und  $I_N$  den Informationstext tatsächlich gelesen haben. Die externe Validität kann durch Effekte der Art der Rekrutierung eingeschränkt sein. So ist die Repräsentativität der Daten auf verschiedene Weisen eingeschränkt, da keine Zufallsstichprobe aus der Population der heterosexuellen Bevölkerung in Deutschland gezogen wurde. Es konnten nur Personen an der Studie teilnehmen, die das Internet nutzen und die sich zudem in dem genutzten Online-Marktforschungspanel eingeschrieben hatten. In welchen Merkmalen sich diese Paneteilnehmer von der Gesamtbevölkerung unterscheiden, ist genauso unbekannt wie die Motivation zur Teilnahme an einem solchen Panel. Weiterhin besteht die Stichprobe nur aus Personen zwischen 20 und 41 Jahren und weist im Vergleich zur Gesamtbevölkerung eine überdurchschnittlich hohe Schulbildung auf. Auch ist die Motivation für die Studienteilnahme schwer zu bestimmen. Diese kann einerseits in einem gesteigerten Interesse am Thema begründet sein – in der Einladungs-E-Mail wurde das grobe Thema der Befragung angekündigt –, allerdings finden sich in den beiden Variablen, die als Marker eines gesteigerten Interesses am Thema gelten können, keine im Vergleich zur Gesamtbevölkerung erhöhten Werte. Andererseits kann die angebotene Vergütung für die Teilnahme eine Motivation dargestellt haben, die zu einer nachlässigen, nicht wahrheitsgemäßen Beantwortung der Fragen geführt hat – immerhin mussten einige Teilnehmer aus der Analysestichprobe ausgeschlossen werden, da sie den Fragebogen in einer unrealistisch kurzen Zeitdauer beantwortet hatten. Allerdings war die Vergütung im Gegenwert von einem Euro zu gering, als dass dies sich merklich nachteilig auf die Qualität der verbliebenen Daten ausgewirkt haben könnte.

Auch Probleme, die mit den statistischen Analysen verbunden sind, können die interne Validität dieser Studie einschränken. Gleich mehrere Voraussetzungen zur Durchführung von Varianzanalysen waren in den erhobenen Daten verletzt. So waren die abhängigen Variablen in der Regel weder normalverteilt, noch lag Varianzhomogenität zwischen den vier Gruppen vor. Dies kann die Aussagekraft der durchgeführten Signifikanztests beeinträchtigen. Zudem konnten zwei Hypothesen, nämlich diejenigen, die eine Mittelwertgleichheit formulierten (Hypothese 2 und 3), nicht direkt getestet werden. Das hier gewählte indirekte Vorgehen ist als suboptimal zu bezeichnen, da es keine Aussagen über die Fehlerwahrscheinlichkeiten bei der Beibehaltung der Nullhypothese zulässt.

Ein weiteres Problem kann in dem Verzicht auf die Nutzung eines bewährten psychometrisch getesteten Instruments gesehen werden. Eine eigene Konstruktion von Skalen ist immer dann abzulehnen,

wenn bereits ein eingeführtes Instrument zur Erfassung des Konstrukts existiert, das zufriedenstellende psychometrische Kennwerte aufweist. Tatsächlich liegen aber keine aktuellen Instrumente vor, die den Anforderungen dieser Studie entsprochen hätten, wie der Überblick in Abschnitt 1.2.5 offenlegt. Für eine angemessene Bearbeitung des Forschungsziels wurde ein Instrument zur Erfassung HIV-bezogener Stigmatisierung benötigt, das zwischen instrumentellem und symbolischem Stigma differenziert. Ein solches Instrument liegt derzeit nicht vor. Das einzige Instrument, welches eine solche Differenzierung annähernd abbildet, ist das von Visser et al. (2008) vorgelegte. Dieses Instrument wurde jedoch für den Einsatz in Afrika konzipiert und bisher nur in dem Hochprävalenzland Südafrika eingesetzt (vgl. Visser et al., 2009). Aus diesem Grund bestand die Notwendigkeit, ein eigenes, ad hoc konstruiertes Instrument zu nutzen. Die Erfassung der sozialen Distanzierungsbereitschaft wurde in Anlehnung an die *Soziale-Distanz-Skala* von Bogardus (1925) konzipiert. In der psychologischen Stigma-Forschung sind viele Instrumente auf ähnliche Weise nach diesem Vorbild konstruiert worden, keines dieser Instrumente hat sich jedoch durchgesetzt. In der vorliegenden Studie sollten zudem Aspekte körperlicher und intimer/sexueller Interaktionen in das Instrument integriert werden, da diese für die Fragestellung von großem Interesse waren. Aus diesem Grund konnte auf keine der bereits vorgelegten Skalen zurückgegriffen werden, da von ihnen diese Aspekte nicht abgebildet wurden.

### **4.3 Diskussion einzelner Ergebnisse**

#### **4.3.1 Das geringe Niveau der sozialen Distanzierungsbereitschaft**

Ein unerwartetes Ergebnis dieser Studie ist das teilweise sehr gering ausgeprägte Niveau HIV-bezogener Stigmatisierungsbereitschaft unter den Teilnehmern. Zwei der vier Skalen, die zur Erfassung von Distanzierungsbereitschaft und Stigmatisierungsbereitschaft gegenüber PWA eingesetzt wurden, weisen äußerst niedrige Skalenmittelwerte auf. Das betrifft einerseits die Skala  $D_S$  zur sozialen Distanzierungsbereitschaft und andererseits die Skala  $S_S$  zur symbolischen Stigmatisierungsbereitschaft. Konkret bedeutet dies, dass nur sehr wenige Teilnehmer angeben, sie wären nicht bereit, mit der in der Vignette beschriebenen PWA am Arbeitsplatz zusammenzuarbeiten oder eine Freundschaft einzugehen. Eine Ausnahme, bei der die Bereitschaft gering niedriger ausgeprägt ist, stellen nur der Kuss auf die Wange und die enge Freundschaft dar. Für die Existenz einer weit verbreiteten sozialen Distanzierung gegenüber und Zurückweisung von PWA findet sich in dieser Stichprobe kein Beleg. Gleiches gilt für die symbolische Verurteilung von PWA. Auch hier ist es nur ein verschwindend geringer Anteil der Teilnehmer, der der in der Vignette beschriebenen PWA zum Beispiel attestiert, unmoralisch zu sein oder kein Mitleid zu verdienen. Die einzige Ausnahme unter diesen Items stellt die Zuschreibung als verantwortungslos dar, die eine wiederum gering höhere Zustimmungsrates aufweist.

Selbst wenn man für die Einschätzung der Prävalenz stigmatisierender Einstellungen unter den Teilnehmern nur die stärkste Form der Zustimmung auf der vierstufigen Antwortskala – *dazu wäre ich auf*

*jeden Fall bereit* bzw. *stimme voll zu* – als nicht stigmatisierende Reaktion auffassen würde, liegt der Anteil stigmatisierender Antworten für diese Items zwischen 10 % und 45 %, meist unter 25 %. Auch in diesem Fall äußert sich die (große) Mehrheit der Teilnehmer bezüglich jedes Items nicht stigmatisierend.

Bei den beiden anderen Aspekten HIV-bezogener Stigmatisierung, der intimen/sexuellen Distanz und dem instrumentellen Stigma, fallen die Zustimmungen zu stigmatisierenden Aussagen und Distanzierungsbereitschaften deutlich höher aus. So ist nur ein geringer Teil der Teilnehmer uneingeschränkt der Meinung, dass die in der Vignette beschriebene Person auch als Krankenpfleger arbeiten könne, oder wäre uneingeschränkt zu einer festen Partnerschaft mit der PWA bereit.

Dieser auffällige Unterschied zwischen intimer/sexueller Distanzierungsbereitschaft und instrumenteller Stigmatisierungsbereitschaft auf der einen und sozialer Distanzierungsbereitschaft sowie symbolischer Stigmatisierungsbereitschaft auf der anderen Seite lässt grundsätzlich zwei Interpretationen zu. Entweder sind die soziale Distanzierungsbereitschaft und die symbolische Stigmatisierungsbereitschaft tatsächlich unter den Teilnehmern sehr gering ausgeprägt, oder die Teilnehmer beantworten diese Items nicht gemäß ihren wahren Einstellungen.

Hinsichtlich der beiden Aspekte interpersonaler Distanzierungsbereitschaft und der instrumentellen Stigmatisierungsbereitschaft ist offensichtlich, dass die Teilnehmer zwischen Interaktionen, Situationen und Handlungen unterscheiden, bei denen sie eine Transmission des HI-Virus für möglich halten oder bei denen ihnen eine Transmission unmöglich erscheint. Diese subjektive Unterscheidung in mögliche und unmögliche Transmissionswege spiegelt die Definition von instrumentell motivierter Stigmatisierung wider, der zufolge diese Stigmatisierung durch die Wahrnehmung einer Bedrohung initiiert wird und aus der Sorge um die physischen Konsequenzen einer Interaktion mit einer PWA motiviert ist (vgl. Pryor et al., 1989). Dieser Befund würde vor allem auch darauf hinweisen, dass irrationale Ängste hinsichtlich der Ansteckungsgefahr mit HIV in alltäglichen sozialen Interaktionen unter den Teilnehmern kaum verbreitet sind, die wichtigsten Präventionsbotschaften zu den Übertragungswegen des HI-Virus also gelernt und verinnerlicht wurden.

Andererseits zeigen die wenigen Befragungen von PWA durchaus Erfahrungen von Diskriminierung und Wahrnehmungen von Stigmatisierung in einem Ausmaß, das für eine deutlich höhere Prävalenz von sozialer Distanzierung und symbolischer Stigmatisierung in der Bevölkerung als die hier gefundene spricht (vgl. z. B. Nachega et al., 2012; Vierneisel, 2012). Auch suggerieren die Einschätzungen von PWA hinsichtlich der Verbreitung von stigmatisierenden Einstellungen unter HIV-Negativen ebenfalls höhere Prävalenzen, obwohl diese Wahrnehmungen natürlich einem Bias unterliegen und daher nur begrenzt Hinweise auf die tatsächliche Verbreitung dieser Einstellungen geben können. In einer bisher nicht veröffentlichten deutschlandweiten Studie zeigte sich, dass zwischen 40 und 50 % der ungefähr 1.000 befragten HIV-positiven MSM annehmen, symbolisch stigmatisierende Einstellungen seien in der schwulen Community sehr stark oder stark verbreitet. Insgesamt wird die Prä-

valenz symbolisch motivierten Stigmas in der schwulen Community sogar höher eingeschätzt als die von instrumentell motiviertem Stigma (Drewes & Kleiber, 2011, unveröffentlichte Daten).

Diese Befunde sprechen eher dafür, dass die gefundenen Prävalenzen sozialer Distanzierungsbereitschaft und symbolischer Stigmatisierungsbereitschaft Produkt eines *response bias* sind. Tatsächlich unterliegt, wie bereits angesprochen, die Äußerung von Einstellungen, Vorurteilen und Stigma einer gewissen Antworttendenz. Dieser *response bias* kann einerseits mit dem Konzept der sozialen Erwünschtheit erklärt werden, andererseits können diese Antworttendenzen aber auch Ausdruck eines willentlichen Unterdrückens von stigmatisierenden Einstellungen und Reaktionen sein.

Die Tendenz, sozial erwünschte Antworten bei der Beantwortung von Fragebögen zu geben, wird in der psychologischen Forschungspraxis bereits seit den 1950er Jahren thematisiert (vgl. Edwards, 1957). Edwards versteht darunter die Tendenz, anstatt der zutreffenden Antwort eine Antwort zu geben, die der Antwortende als sozial erwünscht wahrnimmt. Die Motivation dieser Antworttendenz liegt in dem Wunsch nach sozialer Anerkennung. Vor allem in der US-amerikanischen psychologischen Forschung zu rassistischen Vorurteilen wird seit geraumer Zeit eine weit verbreitete Tendenz des „overreporting of admirable attitudes and behaviors and underreporting those that are not socially respected“ (Krosnick, 1999, zitiert nach Evans, Garcia, Garcia & Baron, 2003, S. 273) beobachtet, da sich in den USA eine soziale Norm etabliert habe, die das öffentliche Äußern expliziter rassistischer Vorurteile sanktioniere. Diese Beobachtungen haben auch zur Entwicklung von Konzepten wie dem *modern racism* bzw. *symbolic racism* (vgl. McConahay, 1983, 1986; Sears & Henry, 2005) geführt, die über Skalen erfasst werden, die nicht explizite, offen rassistische Einstellungen erfragen, sondern subtile, implizite Äußerungen von Rassismus (z. B. Henry & Sears, 2002). Ähnliche Entwicklungen sind auch auf dem Gebiet der Forschung zu Sexismus (z. B. Benokraitis & Feagin, 1986; Eckes & Six-Materna, 1998) und Homophobie (Raja & Stockes, 1998) zu beobachten.

Es muss sich allerdings nicht zwangsläufig eine mutwillige Verfälschung von Antworten hinter diesem Phänomen verbergen. Dies kann auch in der willentlichen Unterdrückung von Vorurteilen und Stigmatisierung begründet sein, um eigenen egalitären Werten und Normen zu entsprechen. Crandall (2000) nennt derartige Systeme von Werten und Normen *suppression ideologies*. Ein Beispiel für eine solche Ideologie stellt Crandall zufolge das Wertesystem *humanitarianism/egalitarianism* dar, definiert als „the belief that all people are created equal and deserve treatment als full human beings“ (Crandall, 2000, S. 139). In verschiedenen Studien konnte dieses Wertesystem Einstellungen gegenüber verschiedenen Ethnien, Homosexuellen und Übergewichtigen vorhersagen, da diese egalitären Werte persönliche Standards erzeugen, Vorurteile und Stigmatisierung nicht zu tolerieren, sondern zu unterdrücken. Die Nutzung dieser Unterdrückungsideologien für die Entstigmatisierung von PWA wurde bereits in Abschnitt 1.2.7 thematisiert.

Diese Prozesse können ein Grund für die Annahme sein, dass die tatsächlichen Prävalenzen stigmatisierender Einstellungen in dieser Studie unterschätzt werden. Allerdings stehen die hohen Prävalenzen

intimer/sexueller Distanzierungsbereitschaft und instrumenteller Stigmatisierungsbereitschaft dieser Argumentation entgegen. Eine mögliche Erklärung für diesen Widerspruch besteht in der Hypothese, dass die Teilnehmer zwischen stigmatisierenden und nichtstigmatisierenden Verhaltensweisen unterscheiden. Soziale Distanzierung nehmen sie tatsächlich als eine Form von Stigmatisierung und Diskriminierung wahr, deren Ausdruck sie aus den genannten Gründen unterdrücken oder verfälschen. Die intime und sexuelle Distanzierung jedoch nehmen sie nicht als diskriminierend wahr, sondern sehen diese als rationale und damit legitime Schutzmaßnahme vor einer Ansteckung mit dem HI-Virus. Gleiches gilt für instrumentell motiviertes Stigma, auch hier herrscht eine globale Befürchtung, dass HIV-Transmissionen stattfinden können. Die entsprechenden Verhaltensweisen fallen demnach aus Sicht der Teilnehmer nicht unter den Wunsch oder die wahrgenommene soziale Norm, nicht zu stigmatisieren und zu diskriminieren.

Die niedrigen Prävalenzen symbolisch motivierter HIV-Stigmasbereitschaft hängen zudem mit der spezifischen Art der Erfassung von HIV-Stigma in dieser Studie zusammen. Die Stigmatisierungsbereitschaft wurde nicht generell gegenüber PWA allgemein erfragt, sondern es wurde eine spezifische PWA geschildert, die keiner der bekannten Risikogruppen angehörte und sich nicht durch eine devian- te Verhaltensweise mit HIV infiziert hatte. Sie entsprach damit nicht dem gesellschaftlichen Stereotyp einer PWA. Somit spielen symbolische Aspekte der Stigmatisierung, die in der Regel auf Verantwortungszuschreibungen und der Ablehnung devianter, als unmoralisch bewerteter Verhaltensweisen beruhen, bei der Bewertung dieser PWA eine untergeordnete Rolle – ein Aspekt, der zwangsläufig zu niedrigen Prävalenzen hinsichtlich der symbolischen Stigmatisierung führen muss. Diese Kontrolle symbolischer Stigmatisierungsmotive war durchaus geplant, um das Ausmaß instrumenteller Stigmatisierungsbereitschaft und sozialer und intimer/sexueller Distanzierungsbereitschaft nicht durch Einstellungen zu Homosexualität, Drogenkonsum oder Promiskuität zu beeinflussen. Trotzdem kann diese Kontrolle symbolischer Aspekte einen Einfluss auf die soziale Distanzierungsbereitschaft gehabt haben, und zwar eine reduzierende Wirkung, da die geschilderte PWA von den Teilnehmern als ähnlicher empfunden werden musste als prototypische Angehörige der Risikogruppen. Diese größere Ähnlichkeit kann sich entsprechend ebenfalls in einer verminderten sozialen Distanzierungsbereitschaft geäußert haben: „Individuals are more comfortable with others whom they perceive to be similar to themselves and therefore maintain a closer social distance to them“ (vgl. Ouelette-Kuntz et al., 2010, S. 133).

#### **4.3.2 Die geringe Größe des Effekts hinsichtlich der sexuellen Distanzierungsbereitschaft**

Die Manipulation der Viruslasthöhe zeigt einen Effekt nur auf eine der vier untersuchten Aspekte der HIV-bezogenen Stigmatisierungsbereitschaft, und die Größe dieses Effekts ist nur gering. Kein Effekt findet sich bezüglich der beiden Stigma-Skalen  $S_I$  und  $S_S$ . Tatsächlich war theoretisch ein Effekt der

Viruslasthöhe auf die symbolische Stigmatisierungsbereitschaft nicht zu erwarten, allerdings konnte ein Effekt auf die instrumentell motivierte Stigmatisierungsbereitschaft durchaus angenommen werden. Erklärungen für das Nichtfinden eines Effekts sind rein spekulativ. Sind die Items der Skala  $S_1$  zu allgemein, zu wenig auf die antwortende Person bezogen formuliert? Ein möglicher Grund kann die eingeschränkte inhaltliche Bandbreite der Skala sein, denn die Items thematisieren zum Beispiel keine direkten sozialen Interaktionen mit einer PWA, da diese in Skalen zur sozialen Distanz integriert wurden. Andererseits könnte die Skala mit drei Items auch einfach zu kurz sein.

Aber auch hinsichtlich der beiden Skalen zur sozialen Distanzierung konnte nur ein kleiner Effekt hinsichtlich intimer und sexueller Interaktionen, aber gar kein Effekt hinsichtlich sozialer, nichtkörperlicher Interaktionen beobachtet werden.

Eine mögliche Erklärung für den fehlenden Effekt der wahrgenommenen Viruslasthöhe auf die soziale Distanzierungsbereitschaft kann mit der sehr geringen Ausprägung sozialer Distanzierungsbereitschaft in der vorliegenden Stichprobe zusammenhängen. Diese Verteilung der Antworten der Teilnehmer am unteren Ende der Antwortskala, ein sogenannter *Floor*-Effekt, kann bedeuten, dass die Variation der Variable derart eingeschränkt ist, dass ein potenziell existierender Effekt auf dieser Skala nicht erfassbar war. Wenn die soziale Distanzierungsbereitschaft sehr gering ist, kann auch eine niedrige Viruslast diese nicht weiter reduzieren.

Hinweise auf die Gründe für den geringen bzw. fehlenden Effekt hinsichtlich der Distanzierungsbereitschaft geben auch die inhaltlichen Ergebnisse zur subjektiven Rolle der Viruslasthöhe bei der Entscheidung über die Distanzierungsbereitschaft. Insgesamt gibt nur die Hälfte der Teilnehmer an, dass die Höhe der Viruslast für sie von Bedeutung war. In den Antworten zeigt sich, dass diese meistens auf intime und sexuelle Interaktionen bezogen sind, die (zumindest in den Augen der Teilnehmer) ein Transmissionsrisiko bergen; auf soziale, nichtkörperliche Interaktionen beziehen sich die Antworten seltener. Dies kann als Indiz dafür gesehen werden, dass für die Teilnehmer die Relevanz der Viruslast tatsächlich auf sexuelle Interaktionen bzw. auf Situationen beschränkt ist, in denen Transmissionen möglich sind. In alltäglichen Situationen und Interaktionen ohne Körperkontakt spielt für die Teilnehmer die Viruslasthöhe keine Rolle, da hier aus ihrer Sicht keine Transmission stattfinden kann.

Aus vielen Kommentaren spricht ein impliziter und zum Teil auch expliziter Zweifel an den präsentierten Informationen. Hier zeigt sich, dass gelerntes Wissen und gelernte Einstellungen, die gerade in Bezug auf das Thema HIV/AIDS mit starken Emotionen verbunden sind, nicht leicht zu ändern sind. Dies zeigt sich auch ganz deutlich an den Diskussionen um das EKAF-Statement und die Viruslastmethode in der schwulen Community, in der HIV/AIDS einen anderen Stellenwert besitzt als in der heterosexuellen Allgemeinbevölkerung. Ansätze, über Strategien wie die Viruslastmethode, die auf der verminderten bzw. nicht gegebenen sexuellen Infektiosität von PWA beruhen, im Rahmen der HIV-Prävention zu informieren, werden äußerst kontrovers diskutiert und treffen auf starke Vorbehalte

sowohl in Teilen der schwulen Community als auch unter Akteuren der HIV-Prävention (vgl. dazu Eicker, 2013).

Es spricht einiges dafür, dass der einmalig präsentierte kurze Informationstext, wie er in dieser Studie eingesetzt wurde, nicht in der Lage war, jahrelang gelernte und verinnerlichte, emotional stark besetzte Kognitionen zu verändern. Die Intervention in Form eines einmalig vorgelegten Informationstextes war demnach zu schwach, um einen größeren Effekt zu bewirken. Verstärkt werden kann diese Intervention, wenn sie über einen längeren Zeitraum häufig wiederholt wird, am besten durch unterschiedliche, glaubwürdige Quellen. Darauf weist auch ein Nebenergebnis dieser Studie hin. Je glaubwürdiger der Text bewertet wurde, umso größer war die Entstigmatisierung. Die Glaubwürdigkeitseinschätzung wiederum korrelierte mit der bisherigen Kenntnis des Viruslast-Infektiosität-Zusammenhangs. Wer bereits davon gehört hatte, hielt den Zusammenhang für glaubwürdiger. Zusammengefasst zeigen diese Ergebnisse, dass es einerseits nur in einem begrenzten Umfang gelungen ist, durch den Informationstext und die Manipulation der Viruslasthöhe eine Veränderung der wahrgenommenen Infektiosität zu erreichen, andererseits wurde der Effekt der wahrgenommenen Infektiosität für viele Teilnehmer von anderen Faktoren überlagert.

#### **4.3.3 Der Geschlechtsunterschied**

Ein weiteres unerwartetes Ergebnis dieser Studie betrifft die gefundenen Geschlechtsunterschiede. Nicht nur findet sich der in der Gesamtgruppe gefundene Effekt der Viruslast auf die intime/sexuelle Distanzierungsbereitschaft nicht, wenn nur die Gruppe der weiblichen Teilnehmerinnen betrachtet wird, Frauen zeigen durchschnittlich auch eine höhere intime/sexuelle Distanzierungsbereitschaft gegenüber dem in der Vignette beschriebenen fiktiven HIV-positiven Michael als Männer gegenüber der HIV-positiven Christine. Allerdings äußern sich Frauen nicht konsistent stigmatisierender als Männer. Hinsichtlich sozialer Interaktionen erweisen sie sich als signifikant weniger stigmatisierungsbereit als Männer. Dieses letztere Ergebnis wäre aufgrund anderer Studien zu Geschlechtsunterschieden hinsichtlich der Äußerung von Stigmatisierung und Vorurteilen allgemein und auch HIV-Stigma selbst (siehe dazu die Ausführungen in Abschnitt 1.2.3) zu erwarten gewesen. Warum also ist die intime/sexuelle Distanzierungsbereitschaft der weiblichen Teilnehmer stärker ausgeprägt als die der Männer? Sehr wahrscheinlich liegen die Gründe für diese Ergebnisse in den unterschiedlichen Geschlechtsrollen, also den gesellschaftlichen Normen hinsichtlich des geschlechterspezifischen Verhaltens in sozialen und interpersonellen Interaktionen (vgl. auch Hannover, 2006; Hannover, Wolter, Drewes & Kleiber, in Druck). Gerade bei sexuellen Einstellungen und Verhaltensweisen existieren deutliche Unterschiede hinsichtlich dessen, was als angemessen für Frauen und Männer gilt, wie empirische Studien zu diesen sexuellen Doppelstandards zeigen (Crawford & Popp, 2003). Diese gesellschaftlichen Normen liegen wahrscheinlich auch den in empirischen Studien immer wieder gefunde-

nen Geschlechtsunterschieden hinsichtlich (der Äußerung) sexueller Verhaltensweisen und sexueller Einstellungen zugrunde. Petersen und Hyde (2010) konnten in einer aktuellen Meta-Analyse durchgängig feststellen, dass Frauen in empirischen Studien weniger sexuelle Aktivität berichten und restriktivere sexuelle Einstellungen äußern, allerdings waren diese Geschlechtsunterschiede in der Regel nur von geringem Ausmaß.

In der vorliegenden Studie enthält die Skala *intime/sexuelle Distanz* zwei Items, deren Formulierung nahelegt, dass die darin beschriebenen sexuellen Interaktionen nicht als in feste Partnerschaften eingebunden zu verstehen sind. Da es gerade solcher Gelegenheitssex außerhalb fester Beziehungen ist, der auch heute noch für Frauen eher tabuisiert ist, ist es wahrscheinlich, dass bei der Beantwortung dieser Items für die weiblichen Teilnehmer die (internalisierten) sozialen Normen hinsichtlich des angemessenen Sexualverhaltens von Frauen eine wichtigere Rolle gespielt haben als die Höhe der Viruslast. Tatsächlich sind es nur diese beiden Items der Skala *intime/sexuelle Distanz*, auf denen sich ein statistisch signifikanter Geschlechtsunterschied findet. Für die beiden anderen Items, die eine feste Partnerschaft und Küssen thematisieren, finden sich keine Geschlechtsunterschiede.<sup>33</sup>

Für die Interpretation des gefundenen Geschlechtsunterschieds bedeutet dies, dass die Wirkung von sozialen Normen bezüglich weiblicher Sexualität den Effekt der wahrgenommenen Viruslasthöhe in dieser Studie überlagert hat. Dieses Ergebnis bedeutet allerdings nicht, dass die wahrgenommene Viruslasthöhe die HIV-bezogene Stigmatisierung bei Frauen grundsätzlich nicht beeinflusst. Hier sind weitere Studien vonnöten, in denen die diversen Aspekte sozialer und vor allem intimer/sexueller Distanzierung auf eine Weise erfasst werden, die nicht durch die sozialen Normen zu weiblicher Sexualität tangiert wird.

#### 4.3.4 Gefahren dieses entstigmatisierenden Ansatzes

Potenziell sind zwei Arten von Gefahren dieses Ansatzes zu diskutieren. An erster Stelle steht die Befürchtung, dass das Wissen um die verminderte Infektiosität von antiretroviral behandelten PWA eben nicht nur zu einer Reduktion von intimer und sexueller Distanzierung führt, sondern auch einen Anstieg von sexuellem Risikoverhalten und entsprechend einen Anstieg der HIV-Inzidenz mit sich bringt. Dabei sollen an dieser Stelle nicht die Gefahren der Risikomanagementstrategie der Viruslastmethode diskutiert werden, die, wie jede andere Risikomanagementstrategie, also auch die Kondomnutzung, fehlschlagen kann.

Stattdessen steht hier die Frage im Fokus, inwiefern die Kommunikation einer verminderten Infektiosität oder einer sexuellen Nichtinfektiosität (wie es das EKAF-Statement formuliert) zu einer generellen Reduktion der Schutzmotivation vor HIV und damit zu häufigeren sexuellen Risikokontakten füh-

---

<sup>33</sup> Diese itemspezifischen Ergebnisse sind nicht im Ergebnisteil dieser Arbeit abgebildet, sondern finden sich im Anhang IX.

ren kann. Damit sind Kontakte gemeint, bei denen das Risiko einer HIV-Transmission *nicht* durch die Nutzung von Kondomen, die Viruslastmethode oder andere wirksame Risikomanagementstrategien effektiv vermindert wird.

Theoretisch kann diese Frage durch zwei wichtige gesundheitspsychologische Modelle zur Erklärung von Gesundheitsverhalten begründet werden, die Theorie der Schutzmotivation (*Protection Motivation Theory*, Rogers, 1975) und das Modell gesundheitlicher Überzeugungen (*Health Belief Model*, Rosenstock, 1966). Im Health-Belief-Modell ist es die subjektive Krankheitsanfälligkeit oder Gefährdung (*susceptibility*), eine Erkrankung zu bekommen, zusammen mit dem wahrgenommenen Schweregrad der Erkrankung, die die wahrgenommene Bedrohung beeinflussen. Diese wahrgenommene Bedrohung bestimmt wiederum die Wahrscheinlichkeit der entsprechenden Verhaltensreaktion. Bei der Theorie des Schutzverhaltens stellen die wahrgenommene Vulnerabilität und der wahrgenommene Schweregrad die Prädiktoren der Motivation, sich vor einer Erkrankung zu schützen, dar. Vulnerabilität und Krankheitsanfälligkeit stellen sehr ähnliche Variablen dar, die beide zumindest im Fall von HIV als abhängig von der wahrgenommenen Infektiosität von PWA verstanden werden können. Wahrgenommener Schweregrad und wahrgenommene Infektiosität beeinflussen demnach beide je nach theoretischem Rahmen einerseits die instrumentelle Stigmatisierung und andererseits die Schutzmotivation und sexuelles Risikoverhalten. Die Forschung zum entstigmatisierenden Potenzial der ART stellt auf diese Weise das Pendant zu jenem Forschungsparadigma dar, das sich mit den Konsequenzen der ART für die Schutzmotivation und das sexuelle Risikoverhalten befasst. Die Forschung, die dieses Phänomen untersucht, firmiert unter dem Oberbegriff des Therapieoptimismus. Seit Jahren werden in zahlreichen Studien die Auswirkungen des medizinischen Fortschritts auf den wahrgenommenen Schweregrad und die wahrgenommene Vulnerabilität gegenüber HIV untersucht und mit der Prävalenz sexuellen Risikoverhaltens als Outcome in Beziehung gesetzt. Die meisten dieser Studien finden einen Zusammenhang zwischen Überzeugungen über die reduzierte Infektiosität aufgrund der antiretroviralen Therapie und der Prävalenz von ungeschütztem Geschlechtsverkehr, wie eine Metanalyse aus dem Jahr 2004 (Crepaz, Hart & Marks, 2004) und ein Review aus dem Jahr 2013 (Chen, 2013) zeigen. Allerdings bleibt bei diesen korrelativen Studien die Frage der Kausalität offen. Einige qualitative Studien verweisen darauf, dass Therapieoptimismus als eine nachträgliche Rationalisierung von riskanten Episoden genutzt wird, und zwar sowohl von PWA (McDonald, 2011; Vanable et al., 2012) als auch von HIV-negativen schwulen Männern (Prestage et al., 2012). Hübner, Rebchock und Kegeles (2004) haben für diese Sichtweise auch empirische Belege aus einer quantitativen Studie unter HIV-negativen und ungetesteten MSM vorgelegt.

Von besonderem Interesse für die vorliegende Studie sind die geringen Anteile von Teilnehmern, die sich – im Sinne der Instrumente zur Erfassung des Therapieoptimismus – überhaupt optimistisch hinsichtlich der antiretroviralen Therapie äußern (vgl. Huebner, 2005). MacKellar et al. (2011) zum Beispiel berichten sehr geringe Mittelwerte für meisten Items in ihrer Studie unter jungen MSM in den

USA, die allerdings schon in den Jahren 1998 bis 2000 befragt wurden. Auf einer Skala von 1 (*strongly disagree*) bis 5 (*strongly agree*) erreicht die Aussage *If I had an HIV positive sex partner who was taking the new combination drug treatments for HIV, I would be less worried about getting infected by him* einen Mittelwert von 1,66 ( $SD = 1,04$ ) und die Aussage *If my partner had a low viral load it would be less risky for me to have receptive anal sex with him than if he had a high viral load* ebenfalls einen Mittelwert von 1,74 ( $SD = 1,07$ ) unter denjenigen jungen MSM, die angegeben hatten, von der ART zu wissen. Diese Werte zeigen, dass das Wissen um die ART die wahrgenommene Infektiosität von antiretroviral behandelten PWA unter nicht HIV-infizierten MSM bisher nur in einem sehr geringen Ausmaß verringern konnte. Der Unterschied ist, dass MacKellar et al. Risikowahrnehmungen untersucht haben und ihre Teilnehmer nicht über den Zusammenhang von Viruslast und Infektiosität aufgeklärt haben. Während in der vorliegenden Studie (stigmatisierende) Verhaltensintentionen als Reaktion auf diese Information im Fokus standen, kann zusammengefasst aus diesen beiden Studien der Schluss gezogen werden, dass die Effekte der ART gering sind bzw. nur bei einem geringen Teil der Befragten zu einer Änderung der entsprechenden Kognitionen führen. Durch ein weiteres Ergebnis der vorliegenden Studie kann der Forschungsstand zum Therapieoptimismus erweitert werden. Auf das Item, das die Bereitschaft zu ungeschütztem Analverkehr thematisiert (ein Item, das wahrscheinlich aufgrund eines Bodeneffekts in der Verteilung seiner Antworten nicht in die Skala *intime/sexuelle Distanz* aufgenommen wurde), hatte die Höhe der Viruslast keinen Effekt<sup>34</sup>, das heißt, die Bereitschaft zu ungeschütztem Sex unterscheidet sich nicht signifikant zwischen den vier Gruppen. Obwohl durch die Information über den Viruslast-Infektiosität-Zusammenhang die intime und sexuelle Distanzierung gegenüber einer PWA mit einer niedrigen Viruslast verringert wird, ist die Bereitschaft zu ungeschütztem Sex davon unberührt. Für die Vermutung, dass auch sexuelles Risikoverhalten durch die Information über die verminderte Infektiosität antiretroviral behandelter PWA gefördert wird, findet sich in dieser Studie demnach kein Beleg.

Allerdings konnten mögliche Langzeiteffekte des Informationstextes hier nicht erfasst werden, sodass weiterer Forschungsbedarf zu dieser Frage besteht. Unabhängig davon ist es wichtig, bei der Planung von Interventionen sowohl zur Entstigmatisierung von HIV als auch zur HIV-Prävention diese potenzielle Gefahr der Kommunikation einer verminderten Infektiosität von PWA zu bedenken und zu thematisieren. Sowohl HIV-Prävention als auch ein Ansatz zur Entstigmatisierung, der die Konsequenzen der ART einbezieht, wandeln auf einem schmalen Grat, wie diese Ausführungen verdeutlicht haben. HIV-Prävention steht immer in der Gefahr, stigmatisierend zu wirken, während eine Kommunikation der verringerten Infektiosität von PWA und eines verminderten HIV-Schweregrads Gefahr läuft, die Schutzmotivation zu senken.

Das zweite Risiko dieses Ansatzes besteht in der Gefahr der Entstehung einer neuen Art von HIV-bezogener Stigmatisierung, die diejenigen PWA betrifft, die aus verschiedenen Gründen nicht antiret-

---

<sup>34</sup> vgl. Fußnote 33

roviral behandelt werden. Dies kann auf Anraten des Arztes geschehen, aber auch die Entscheidung des Patienten selbst sein. Bei einem weit verbreiteten Wissen in der Gesellschaft um die verminderte Infektiosität durch die ART besteht allerdings die Befürchtung, dass eine solche Entscheidung gegen eine ART auf Unverständnis trifft. Erste Protagonisten der deutschen HIV-Selbsthilfe befürchten im Zuge der zunehmenden Bedeutung der antiretroviralen Behandlung für die HIV-Primärprävention bereits das Auftreten eines (indirekten) Zwangs, sich im gesamtgesellschaftlichen Interesse zugunsten einer antiretroviralen Therapie entscheiden zu müssen und dies möglichst früh und unabhängig von einer individuellen Kosten-Nutzen-Abwägung (vgl. Der Teilzeitblogger, 2011; Würdemann, 2011). Auch Rosenbrock (2012) spricht hier von einer „gefährliche[n] Hereinnahme einer Public-Health-Ethik in individuelle Therapie-Entscheidungen zulasten des Einzelnen“ (o. S.), die es zu verhindern gelte.

Die vorliegende Studie zeigt tatsächlich erste Hinweise auf eine solche Gefahr. Eine Prüfung der formulierten Hypothesen bezüglich der Aussage *Christine/Michael ist eine verantwortungslose Person*, ein Item, das in der Skala *symbolisches Stigma* enthalten ist, die als Ganzes genommen nicht von der experimentellen Manipulation der Viruslast beeinflusst wird, zeigt einen signifikanten Gesamteffekt und Kontrasteffekte im Sinne der vier Hypothesen.<sup>35</sup> Im Vergleich zu allen anderen Gruppen wird die PWA mit einer hohen Viruslast von den Teilnehmern, die über den Viruslast-Infektiosität-Zusammenhang aufgeklärt wurden, signifikant stärker als verantwortungslos beschrieben. Diese moralische Verurteilung, die kaum auf einem anderen Grund als der Tatsache, dass die betreffende PWA keine antiretrovirale Therapie nimmt, beruhen kann, ist umso alarmierender, als die Nichteinnahme der Therapie in der Vignette als auf einer ärztlichen Empfehlung beruhend beschrieben wurde. Dieser Hinweis auf eine neue Form symbolischer Stigmatisierung als Nebenwirkung einer entstigmatisierenden Strategie muss in weiterer Forschung und in der Konzeption von Kampagnen, die diese Strategie nutzen, unbedingt berücksichtigt werden.

## **4.4 Schlussfolgerungen**

### **4.4.1 Beitrag zum Wissen über HIV-Stigma**

In der vorliegenden experimentellen Studie wurde erstmals die wahrgenommene Infektiosität von HIV über die Höhe der Viruslast einer PWA manipuliert. Auf diese Weise konnte ein kausaler Einfluss der wahrgenommenen Infektiosität auf die HIV-bezogene Stigmatisierung in Form der intimen/sexuellen Distanzierungsbereitschaft gegenüber einer PWA festgestellt werden. Eine niedrige Viruslast bzw. wahrgenommene Infektiosität ging mit einer niedrigeren Stigmatisierungsbereitschaft einher, eine hohe Viruslast bzw. wahrgenommenen Infektiosität mit einer höheren Stigmatisierungsbereitschaft.

---

<sup>35</sup> vgl. Fußnote 33

Dies bestätigt bisherige empirische Ergebnisse zur Rolle der Infektiosität als Prädiktor der HIV-bezogenen Stigmatisierung (Bishop et al., 1991, Crandall et al., 1997). Diese Studien haben allerdings nicht die Infektiosität von HIV selbst manipuliert, sondern den Umweg über eine fiktive, HIV/AIDS nachgebildete Erkrankung genommen.

In weiteren korrelativen Analysen konnte gezeigt werden, dass auch die wahrgenommene Infektiosität von HIV als Wahrscheinlichkeit einer HIV-Transmission bei einem einmaligen sexuellen Risikokontakt mit einer PWA und darüber hinaus der wahrgenommene Schweregrad von HIV mit der HIV-bezogenen Stigmatisierung in Form von intimer/sexueller Distanzierung zusammenhängt. Die starke Überschätzung der Wahrscheinlichkeit einer HIV-Transmission wird ein wichtiger Faktor hinter der geringen Bereitschaft zu körperlichen und intimen/sexuellen Kontakten mit einer PWA sein. Allerdings liegen derzeit kaum empirische Studien zu anderen Prädiktoren der intimen und sexuellen Distanzierung vor.

Obwohl die Studie nicht darauf ausgelegt war, Aussagen über Prävalenzen von HIV-Stigma zu treffen, sind die diesbezüglichen Ergebnisse doch für das Verständnis von HIV-Stigma interessant. In der untersuchten Stichprobe von nicht HIV-infizierten Personen aus der Allgemeinbevölkerung finden sich eher geringe Prävalenzen sozialer Distanzierungsbereitschaft, während das Ausmaß intimer/sexueller Distanzierungsbereitschaft sehr ausgeprägt ist. Auch allgemeinere instrumentelle Aspekte der Stigmatisierung sind vergleichsweise weit verbreitet. Diese Ergebnisse werfen die Frage auf, inwiefern irrationale Ängste vor einer Ansteckung in alltäglichen sozialen Kontakten, die einen wichtigen Prädiktor sozialer Distanzierung darstellen, in der Bevölkerung überhaupt noch existieren. Andererseits kann dieses Ergebnis auch darauf verweisen, dass Instrumente, die auf Selbstauskünften beruhen, nicht (mehr) in der Lage sind, die HIV-bezogene Stigmatisierungsbereitschaft valide abzubilden. In dieser Hinsicht wird durch diese Ergebnisse auch die Wichtigkeit betont, die Erfassung von HIV-Stigma nicht auf die Bereitschaft zu alltäglichen sozialen, nichtkörperlichen Interaktionen mit PWA zu beschränken. Anderenfalls besteht die Gefahr, dass die Stigmatisierung gegenüber PWA unterschätzt wird und zentrale Aspekte dieser Stigmatisierung gar nicht erfasst werden.

#### **4.4.2 Konsequenzen für die Entstigmatisierung von HIV**

Das vorrangige Ziel dieser Studie war es, das Potenzial der antiretroviralen Therapie für die Entstigmatisierung von PWA zu untersuchen, nicht zuletzt, um empirische Daten zur Verfügung zu stellen, auf deren Basis eine Entscheidung über die Nutzung dieses Ansatzes in Anti-Stigma-Interventionen getroffen werden kann. Ein Überblick über die Literatur hatte gezeigt, dass bisher eine Reihe von Studien unterschiedliche Aspekte des Zusammenhangs von ART und HIV-bezogener Stigmatisierung empirisch untersucht hatten. Diese qualitativen oder korrelativ-quantitativen Studien hatten sich aller-

dings, in der Regel implizit, auf den verminderten (wahrgenommenen) Schweregrad von HIV als Ursache einer möglichen Stigmareduzierung konzentriert.

Die vorgelegten Ergebnisse zur Auswirkung der Viruslasthöhe auf spezifische Aspekte der HIV-bezogenen Stigmatisierung erweitern dieses Wissen über den Zusammenhang zwischen ART und HIV-Stigma. Hier konnte zum ersten Mal experimentell ein kausaler Zusammenhang zwischen der Viruslasthöhe einer PWA als Konsequenz einer antiretroviralen Therapie und der HIV-bezogenen Stigmatisierung, die sie erfährt, demonstriert werden. Im Gegensatz zu allen bisher durchgeführten Studien wird in dieser Studie nicht eine Veränderung des wahrgenommenen Schweregrads von HIV als Ursache der Stigmareduzierung untersucht, sondern die Veränderung der wahrgenommenen Infektiosität von PWA.

Die ART trägt demnach durch zwei verschiedene Mechanismen zur Entstigmatisierung von PWA bei. Einerseits verändert sich das Krankheitsbild selbst, die akute Todesdrohung einer HIV-Infektion wird ersetzt durch das Bild einer behandelbaren, chronischen Erkrankung. Die sichtbaren Zeichen von HIV/AIDS wie das Leiden und Sterben aufgrund von AIDS schwinden aus der Öffentlichkeit. Das Wissen um die Behandelbarkeit führt zu einem Normalisierungsprozess, in dessen Konsequenz auch der wahrgenommene Schweregrad von HIV sinkt. Zusätzlich wird durch die ART die Infektiosität von PWA stark vermindert. Diese Wahrnehmung einer geringeren Infektiosität bei einer nicht nachweisbaren Viruslast führt zu einer stärkeren Bereitschaft, mit einer PWA zu interagieren. Insbesondere körperliche, intime und sexuelle Interaktionen sind von dieser Entstigmatisierung betroffen. Aber auch die Distanzierung von PWA in ganz alltäglichen Interaktionen und Situationen, die auf irrationalen Ängsten beruht, wird mit großer Wahrscheinlichkeit ebenfalls durch die Wahrnehmung einer verminderten Ansteckungsgefahr reduziert. Zwar konnte ein solcher Effekt in der vorliegenden Stichprobe nicht identifiziert werden, da Bereitschaft zu einer derart irrationalen Distanzierung kaum berichtet wurde, aber theoretisch existieren keine Gründe, die gegen eine Generalisierung dieses Effekts sprechen.

Allerdings müssen diese Entwicklungen kommuniziert werden. Der gesunkene Schweregrad von HIV in Folge der antiretroviralen Therapie mag in Hochprävalenzländern für weite Teile der Bevölkerung konkret beobachtbar sein, in westlichen Industrieländern mit konzentrierten Epidemien ist er, wenn überhaupt, nur in den Risikogruppen selbst bemerkbar. Die verminderte Infektiosität infolge der HAART ist hingegen nicht für den Beobachter erkennbar. Dieses Wissen muss, um es für den Zweck einer gesellschaftlichen Entstigmatisierung nutzbar zu machen, durch massenmediale Berichterstattung, im Rahmen von Anti-Stigma-Kampagnen und nicht zuletzt im Rahmen der HIV-Prävention in die Bevölkerung transportiert werden. Die relativ kleinen identifizierten Effekte verweisen darauf, dass eine Veränderung der Einstellungen zu und Wahrnehmungen von HIV als einer Erkrankung, deren Träger nicht zwangsläufig potenzielle Ansteckungsherde darstellen, nicht einfach und schnell zu bewerkstelligen sein wird. Diese Problematik wurde bereits an der aktuellen Diskussion um die Virus-

lastmethode verdeutlicht. Allerdings ist mit der zunehmenden Dissemination des Wissens über die verminderte Infektiosität eine Generalisierung und Verstärkung des in der vorliegenden Studie gefundenen antistigmatisierenden Effekts zu erwarten. Eben diese Erwartung formuliert auch Vernazza (2008b):

*Und nicht zuletzt: Nach 20 Jahren „ohne Dings kein Bums“ wird es nicht einfach sein, die tiefsitzende Angst vor einer Infektion in den Köpfen der Betroffenen zu relativieren. Doch wenn dieser Prozess einmal umgesetzt ist, werden die von HIV betroffenen Menschen eine spürbare Verbesserung ihrer Lebensqualität erfahren (S. 164).*

Dies bestätigt, dass eine zentrale Barriere für diese entstigmatisierende Wirkung der verminderten Infektiosität in irrationalen Überhöhungen von HIV/AIDS liegt, die wahrscheinlich die verinnerlichten Bilder des *alten AIDS* und die daraus resultierenden Ängste mit sich bringen. Der paradigmatische Kommentar eines Teilnehmers auf die Frage, warum die Viruslasthöhe keinen Einfluss auf seine Bereitschaft zu Kontakten mit der PWA ausgeübt hat – *HIV bleibt immer noch HIV* –, offenbart diese Ängste, die für einen rationalen Umgang selbst mit medizinischen Fakten unempfindlich sind. Hier spielen sicher neben instrumentellen Motiven, wie sie aus der unveränderten Wahrnehmung von HIV als äußerst schwerwiegender Erkrankung erwachsen, auch symbolische Aspekte wie die Verquickung der Erkrankung mit devianten Lebensstilen und Praktiken eine Rolle. Dass die Auseinandersetzung mit HIV äußerst irrationale Züge annehmen kann, zeigt die Studie von Rozin, Markwith und Nemeroff (1992, später in einer bevölkerungsweiten Befragung von Herek et al., 2002 repliziert) zum Pullover-Paradigma. Diese Studie berichtet unter anderem von der Weigerung der Teilnehmer, einen imaginären Pullover anzuziehen, der vorher von einer PWA getragen, danach aber desinfiziert wurde. Rozin et al. erklären dieses und ähnliche Ergebnisse mit der Existenz magischer Ansteckungsüberzeugungen, die rational selbst von den Teilnehmern, die sie äußern, nicht nachvollzogen werden können (vgl. Rozin, Grant, Weinberg & Parker, 2007).

Diese Ergebnisse sprechen dafür, einen rationaleren Umgang mit HIV zu fördern. Die HIV-Infektion muss entdramatisiert und von der Verknüpfung mit den Bildern des *alten AIDS*, die nicht mehr der Lebensrealität der überwiegenden Zahl der PWA in Deutschland entsprechen, befreit werden. Eine solche Entdramatisierung sollte nicht nur über Medien und Politik erfolgen, sondern vor allem auch im Rahmen der diversen Ansätze der HIV-Prävention. Gerade die HIV-Prävention hat eine besondere Verantwortung für die Art und Weise, auf die über HIV/AIDS kommuniziert wird, sie determiniert damit das Bild von HIV/AIDS in unserer Gesellschaft.

Eine Entdramatisierung und Entstigmatisierung von HIV ist auf längere Sicht auch von großem Nutzen für die Prävention. Sie erleichtert die Präventionsarbeit und die rationale Vermittlung von Risiken und Nichtrisiken. Sie führt zu einer geringeren Wahrnehmung von Stigmatisierung durch PWA, was ihnen wiederum die Offenlegung ihres HIV-Serostatus erleichtern wird. Auch eine Stärkung des Selbstbewusstseins aufgrund einer Reduzierung der internalisierten Stigmatisierung und der – wenig untersuchten – psychischen Auswirkungen der verringerten Gefahr, andere mit HIV zu infizieren,

tragen zu dieser steigenden Bereitschaft zu einem Disclosure bei. Fehlende Ängste vor Disclosure aufseiten von HIV-Infizierten und fehlende irrationale Ängste vor einer HIV-Transmission erleichtern die Kommunikation zwischen Sexpartnern und damit das Reden über Risiken und das Aushandeln von Schutzvorkehrungen. Eine Entdramatisierung von HIV wird die Bereitschaft, den eigenen HIV-Serostatus mit einem HIV-Test abzuklären, weiter befördern, insbesondere unter denen, die Risiken eingegangen sind und sich aus Angst vor einem positiven Testergebnis nicht testen lassen. Eine (frühe) Diagnose von HIV-Infektionen hat neben dem unbestreitbaren sekundärpräventiven Nutzen für die Betroffenen auch starke primärpräventive Konsequenzen, wenn diese durch Verhaltensänderungen oder die Aufnahme einer HAART zu einer Senkung der Transmissionswahrscheinlichkeit führt.

Gefahren dieses Ansatzes sind bei der (massenmedialen) Kommunikation zu berücksichtigen. Eine Einbettung in Strategien zur Entdramatisierung von HIV/AIDS kann sehr wahrscheinlich die Gefahr minimieren, dass eine neue Art der Stigmatisierung entsteht, die nichttherapierte PWA betrifft. Kampagnen sollten darüber hinaus nicht nur die Wahrung der Therapiefreiheit fordern, sondern diese Forderung und ihre Begründung auch inhaltlich als Teil der Kampagnenbotschaft an das Zielpublikum kommunizieren.

Um der potenziellen Gefahr eines Nachlassens der Schutzmotivation und eines damit verbundenen Anstiegs an HIV-Neuinfektionen zu begegnen, für die in der vorliegenden Studie jedoch keine Belege gefunden werden konnten, empfiehlt es sich dennoch, dass eine Entstigmatisierungskampagne, die diesen Ansatz nutzt, vor allem informationsbasiert arbeitet. Im Idealfall werden Kampagnen dieser Art mit HIV-Präventionskampagnen verschränkt, wie dies zum Beispiel in Deutschland erfolgreich in der Kampagne *ICH WEISS WAS ICH TU* der Deutschen AIDS-Hilfe e. V. realisiert wurde (vgl. Abschnitt 1.2.7).

#### **4.4.3 Forschungsdesiderata**

Die vorgestellte Studie versteht sich nur als initialer Schritt für die vertiefende Erforschung des Potenzials der verminderten Infektiosität von antiretroviral therapierten PWA für die Entstigmatisierung von HIV/AIDS. Sie lässt eine Reihe von Fragen offen, die zu beantworten die Aufgabe weiterer Studien sein wird, etwa die Beschränkung der Wirkung auf die intime/sexuelle Distanzierung, das geringe Ausmaß des gefundenen Effekts und eventuelle Risiken dieses Ansatzes. Weitere Studie sollten verschiedene Herangehensweisen nutzen, um diese Fragen zu klären. Insbesondere scheint es angebracht, sich anderer Verfahren zu bedienen, um die HIV-bezogene Stigmatisierung zu erfassen. Hinsichtlich der sozialen Distanzierung geht es dabei vor allem um die Kontrolle des Einflusses der sozialen Erwünschtheit auf die Antworten bzw. grundsätzlicher formuliert um die Vermeidung des *Floor*-Effekts in der Verteilung der Antworten. Dies kann durch die Nutzung bzw. Konstruktion von Instrumenten erfolgen, die geeignet sind, Antworten am unteren Ende der Skala differenzierter abzubilden. Auf der

anderen Seite stellt auch die Nutzung nichtreaktiver oder impliziter Methoden der Erfassung von sozialer Distanz, Verfahren, die dadurch weniger anfällig für die Beeinflussung durch die Tendenz zu sozial erwünschten Antworten sind, eine Option dar, auch wenn diese Nachteile hinsichtlich ihrer Handhabung und der inhaltlichen Interpretation der Ergebnisse aufweisen.

Ein dazu alternatives Vorgehen kann auch die Einbeziehung von Samples sein, in denen eine höhere Variabilität der sozialen Distanzierungsbereitschaft vermutet werden kann, zum Beispiel unter älteren Menschen.

Das Verständnis der Kausalmechanismen des gefundenen Effekts können Studien erweitern, die die Wirkung der experimentellen Manipulation der Viruslasthöhe nicht nur auf die Stigmatisierung selbst, sondern auch auf die proximalen Prädiktoren der Stigmatisierung, die wahrgenommene Ansteckungsgefahr und den wahrgenommenen Schweregrad, erfassen.

Auch eine systematische Erfassung der in dieser Studie identifizierten Begründungen zur subjektiven Rolle der Viruslasthöhe kann zu einem besseren Verständnis davon beitragen, welche Faktoren bei diesem Ansatz der Entstigmatisierung fördernd oder hemmend wirken. Auf diese Weise können auch Charakteristika von Personen, deren Einstellungen gegenüber PWA stark änderungsresistent sind, bestimmt werden. Qualitative Untersuchungen sollten diesen Studien vorgeschaltet werden, die die Wahrnehmung der Höhe der Viruslast eingehender untersuchen und eventuell weitere Begründungen und Begründungsmuster reproduzieren können.

Die weiterführende Erforschung der Prädiktoren der in der vorliegenden Stichprobe sehr stark ausgeprägten intimen/sexuellen Distanzierungsbereitschaft kann zur Identifizierung weiterer Faktoren beitragen, deren Kenntnis bei der Formulierung von Strategien der Entstigmatisierung hilfreich sein kann.

Insbesondere wäre es wichtig, diese Studie in einer Population zu replizieren, die sich durch eine höhere Betroffenheit von HIV/AIDS auszeichnet. In der Bevölkerungsgruppe der schwulen Männer ist die Frage nach der sexuellen Distanzierung gegenüber PWA von deutlich höherer Relevanz als unter heterosexuell identifizierten Personen aus der Allgemeinbevölkerung. Die Antworten zur Distanzierungsbereitschaft in dieser Gruppe zeichnen sich dadurch höchstwahrscheinlich durch eine höhere Validität aus, da sie zum Teil auf realen Erfahrungen mit PWA beruhen. Das fundiertere Wissen über die Transmissionswege von HIV geht wahrscheinlich auch mit einer stärker verbreiteten Kenntnis des Zusammenhangs zwischen Viruslast und Infektiosität einher. Entsprechend ließe sich in dieser Population besser untersuchen, inwiefern Faktoren, die das Wissen über den Zusammenhang zwischen Viruslast und Infektiosität betreffen, wie die Herkunft dieses Wissens, die Intensität oder Güte dieses Wissens, die antistigmatisierende Wirkung beeinflussen.

Auf der anderen Seite hat die Kondomnutzung einen anderen Stellenwert unter schwulen Männern als in der Allgemeinbevölkerung, weil HIV hier eine sehr viel weniger abstrakte Bedrohung darstellt. Aus diesem Grund ist auch Widerstand gegen diesen Ansatz der Entstigmatisierung zu erwarten. Die Un-

tersuchung des Beitrags von Einstellungen dieser Art zu einer Änderungsresistenz hinsichtlich stigmatisierender Einstellungen wäre ebenfalls eine wichtige Aufgabe für die Forschung.

Um die besonders wichtige Entstigmatisierung von PWA in der schwulen Community zu befördern und um so die wahrgenommene Kluft (vgl. Courtenay-Quirk et al., 2006) in dieser Community zwischen HIV-positiven und nicht HIV-positiven MSM zu schließen, ist Forschung zu diesem Ansatz in dieser Population von besonderer Bedeutung.

Um potenzielle Gefahren des Ansatzes intensiver zu untersuchen, sollte in zukünftigen Studien auch die Auswirkung der Information über den Viruslast-Infektiosität-Zusammenhang auf die Schutzmotivation und die Risikowahrnehmung untersucht werden. Für eine Beobachtung eventueller negativer Konsequenzen sind zudem längsschnittlich angelegte Studien von großer Bedeutung. Diese können eine Veränderung in der Wahrscheinlichkeit des Eingehens sexueller Risiken in verschiedenen Populationen analysieren und sind idealerweise imstande, diese kausal auf die Kenntnis der verminderten Infektiosität von PWA zurückzuführen. Dabei ergeben sich auch Synergien mit Studien, die sich mit dem Problem des Therapieoptimismus befassen.

## 5 Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

### Abbildungen

Abbildung 1: Raster zur Analyse der Prozesse der Konzepte Stigma und Vorurteil	21
Abbildung 2: Drei Stigma-Dimensionen nach Dovidio, Major & Crocker (2000)	22
Abbildung 3: Drei Modelle geschichteten Stigmas	31
Abbildung 4: Das kognitiv-emotionale Modell AIDS-bezogener Stigmatisierung	44
Abbildung 5: Stigma-Mechanismen nach Earnshaw und Chaudoir	58
Abbildung 6: Interaktionsgrafiken für die zweifaktorielle Varianzanalyse <i>Viruslasthöhe x Glaubwürdigkeit</i> auf die abhängige Variable <i>intime/sexuelle Distanz</i>	135

**Tabellen**

Tabelle 1: experimentelles Design	107
Tabelle 2: Soziodemografische und HIV-bezogene Merkmale der Teilnehmer für die Gesamtgruppe und die vier Untergruppen	119
Tabelle 3: Kreuztabelle Kenntnis der Information x Glaubwürdigkeit des Informationstexts , Gruppen I <sub>H</sub> und I <sub>N</sub> (n = 352)	122
Tabelle 4: Mittelwerte und Anteile von Teilnehmern, die zu der jeweiligen Interaktion bereit sind, für Items und Skalen der sozialen Distanzierung, Gesamtgruppe (n = 752)	124
Tabelle 5: Mittelwerte und Anteile von Teilnehmern, die die jeweilige Aussage ablehnen, für HIV-Stigma-Items und -Skalen, Gesamtgruppe (n = 742)	125
Tabelle 6: Ergebnisse des Kolomorov-Smirnov-Tests für die abhängigen Variablen, Gesamtgruppe (n = 738–750)	126
Tabelle 7: Korrelationsmatrix der vier Stigma-Skalen, Gesamtgruppe (n = 730–745)	126
Tabelle 8: Mittelwertvergleiche der fünf Stigma-Skalen nach soziodemografischen Variablen, Gesamtgruppe (n = 742)	127
Tabelle 9: Kontrastkoeffizienten	128
Tabelle 10: Test auf Homogenität der Varianzen für die vier durchgeführten Varianzanalysen	128
Tabelle 11: Kennwerte der einfaktoriellen Varianzanalyse über die abhängige Variable <i>soziale Distanz</i>	129
Tabelle 12: Ergebnisse der einfaktoriellen Varianzanalyse über die abhängige Variable <i>soziale Distanz</i>	129
Tabelle 13: Kennwerte der einfaktoriellen Varianzanalyse über die abhängige Variable <i>intime/sexuelle Distanz</i>	129
Tabelle 14: Ergebnisse der einfaktoriellen Varianzanalyse über die abhängige Variable <i>intime/sexuelle Distanz</i>	130
Tabelle 15: Kontrasttests abhängige Variable <i>intime/sexuelle Distanz</i>	130
Tabelle 16: Kennwerte der einfaktoriellen Varianzanalyse über die abhängige Variable <i>symbolisches Stigma</i>	130
Tabelle 17: Ergebnisse der einfaktoriellen Varianzanalyse über die abhängige Variable <i>symbolisches Stigma</i>	130
Tabelle 18: Kennwerte der einfaktoriellen Varianzanalyse über die abhängige Variable <i>instrumentelles Stigma</i>	131
Tabelle 19: Kennwerte der einfaktoriellen Varianzanalyse über die abhängige Variable <i>instrumentelles Stigma</i>	131

Tabelle 20: Kennwerte der zweifaktoriellen Varianzanalyse <i>Viruslasthöhe</i> (hoch vs. niedrig) x <i>Geschlecht</i> auf <i>intime/sexuelle Distanz</i> (n = 350)	133
Tabelle 21: Statistische Prüfung der zweifaktoriellen Varianzanalyse <i>Viruslasthöhe</i> (hoch vs. niedrig) x <i>Geschlecht</i> auf <i>intime/sexuelle Distanz</i> (n = 350)	133
Tabelle 22: Kennwerte der einfaktoriellen Varianzanalyse über die abhängige Variable <i>intime/sexuelle Distanz</i> , nur weibliche Teilnehmer (n = 378)	133
Tabelle 23: Ergebnisse der einfaktoriellen Varianzanalyse über die abhängige Variable <i>intime/sexuelle Distanz</i> , nur weibliche Teilnehmer (n = 378)	134
Tabelle 24: Kennwerte der einfaktoriellen Varianzanalyse über die abhängige Variable <i>intime/sexuelle Distanz</i> , nur männliche Teilnehmer (n = 367)	134
Tabelle 25: Ergebnisse der einfaktoriellen Varianzanalyse über die abhängige Variable <i>intime/sexuelle Distanz</i> , nur männliche Teilnehmer (n = 367)	134
Tabelle 26: Kontrasttests abhängige Variable <i>intime/sexuelle Distanz</i> , nur männliche Teilnehmer (n = 367)	134
Tabelle 27: Kennwerte der zweifaktoriellen Varianzanalyse <i>Viruslasthöhe</i> (hoch vs. niedrig) x <i>Glaubwürdigkeit</i> (hoch vs. mittel) auf <i>intime/sexuelle Distanz</i> (n = 350)	135
Tabelle 28: Statistische Prüfung der zweifaktoriellen Varianzanalyse <i>Viruslasthöhe</i> (hoch vs. niedrig) x <i>Glaubwürdigkeit</i> (hoch vs. mittel) auf <i>intime/sexuelle Distanz</i> (n = 350)	135
Tabelle 29: Kennwerte der zweifaktoriellen Varianzanalyse <i>Viruslasthöhe</i> (hoch vs. niedrig) x <i>wahrgenommene Infektiosität</i> (niedrig vs. hoch) auf <i>intime/sexuelle Distanz</i> (n = 341)	136
Tabelle 30: Statistische Prüfung der zweifaktoriellen Varianzanalyse <i>Viruslasthöhe</i> (hoch vs. niedrig) x <i>wahrgenommene Infektiosität</i> (niedrig vs. hoch) auf <i>intime/sexuelle Distanz</i> (n = 341)	136
Tabelle 31: Kennwerte der zweifaktoriellen Varianzanalyse <i>Viruslasthöhe</i> (hoch vs. niedrig) x <i>Schweregrad</i> (hoch/niedrig) auf <i>intime/sexuelle Distanz</i> (n = 350)	137
Tabelle 32: Statistische Prüfung der zweifaktoriellen Varianzanalyse <i>Viruslasthöhe</i> (hoch vs. niedrig) x <i>Schweregrad</i> (hoch/niedrig) auf <i>intime/sexuelle Distanz</i> (n = 350)	137
Tabelle 33: Kreuztabelle <i>Gruppe</i> (I <sub>H</sub> vs. I <sub>N</sub> ) x <i>Rolle der Viruslast</i> (ja vs. nein) (n = 352)	138

## 6 Literaturverzeichnis

- Abadía-Barrero, C. E. & Castro, A. (2006). Experiences of stigma and access to HAART in children and adolescents living with HIV/AIDS in Brazil. *Social Science & Medicine*, 62, 1219–1228.
- Abaynew, Y., Deribew, A. & Deribe, K. (2011). Factors associated with late presentation to HIV/AIDS care in South Wollo Zone Ethiopia: a case-control study. *AIDS Research and Therapy*, 8, 8.
- Abboud, S., Noureddine, S., Huijjer, H. A.-S., DeJong, J. & Mokhbat, J. (2010). Quality of life in people living with HIV/AIDS in Lebanon. *AIDS Care*, 22, 687–696.
- Ackerson, L. K., Ramanadhan, S., Arya, M. & Viswanath, K. (2012). Social Disparities, Communication Inequalities, and HIV/AIDS-Related Knowledge and Attitudes in India. *AIDS and Behavior*, 16, 2072-2081.
- Adam B. D. (1997). Mobilizing around AIDS. In M. Levine, P. Nardi & J. Gagnon (Hrsg), *In changing times* (S. 23-38). Chicago: University of Chicago Press.
- Adam, B. D., Murray, J., Ross, S., Oliver, J., Lincoln, S. G. & Rynard, V. (2011). hivstigma.com, an innovative web-supported stigma reduction intervention for gay and bisexual men. *Health Education Research*, 26, 795–807.
- Adorno, T. W., Frenkel-Brunswik, E., Levinson, D. J. & Sanford, N. (1950). *The authoritarian personality*. New York: Harper und Brothers.
- Ahmad, S. & Bhugra, D. (2010). Homophobia: An updated review of the literature. *Sexual and Relationship Therapy*, 25, 447-455.
- Allport, G.W. (1954). *The nature of prejudice*. Cambridge, MA: Addison-Wesley.
- Alonzo, A. A. & Reynolds, N. R. (1995). Stigma, HIV and AIDS: An exploration and elaboration of a stigma trajectory. *Social Science & Medicine*, 41, 303-315.
- Altemeyer, B. (1981) *Right-wing authoritarianism*. University of Manitoba Press.
- Altemeyer, B. (1988). *Enemies of freedom: Understanding right-wing authoritarianism*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Altman, L. K. (1982, 18. Juni). Clue found on homosexuals' precancer syndrome. *New York Times* [Online-Version]. Verfügbar unter <http://www.nytimes.com/1982/06/18/us/clue-found-on-homosexuals-precancer-syndrome.html>.
- Alvy, L. M., McKirnan, D. J., Mansergh, G., Koblin, B., Colfax, G. N., Flores, S. A. & Hudson, S. (2011). Depression is associated with sexual risk among men who have sex with men, but is mediated by cognitive escape and self-efficacy. *AIDS and Behavior*, 15, 1171-1179.
- Amuri, M., Mitchell, S., Cockcroft, A. & Andersson, N. (2011). Socio-economic status and HIV/AIDS stigma in Tanzania. *AIDS Care*, 23, 378–382.
- Andrews, H. A. & Roy, C. (1991). Essentials of the Roy adaptation model. In C. Roy & H. A. Andrews (Hrsg.), *The Roy adaptation model: The definitive statement* (S. 3-25). Norwalk, CT: Appleton & Lange.

- Andrinopoulos, K., Kerrigan, D., Figueroa, J. P., Reese, R. & Ellen, J. M. (2010). HIV coping self-efficacy: A key to understanding stigma and HIV test acceptance among incarcerated men in Jamaica. *AIDS Care*, 22, 339–347.
- Angermeyer, M. C. (2002). From intuition-to evidence-based anti-stigma interventions. *World Psychiatry*, 1(1), 21-22.
- Angermeyer, M. C. & Matschinger, H. (1997). Social distance towards the mentally ill: results of representative surveys in the Federal Republic of Germany. *Psychological Medicine*, 27, 131-141.
- Ashmore, R. D. & Del Boca, F. K. (1981). Conceptual approaches to stereotypes and stereotyping. In D. L. Hamilton (Hrsg.), *Cognitive processes in stereotyping and intergroup behavior* (S. 1-35). Hillsdale NJ: Erlbaum.
- Attia, S., Egger, M., Muller, M., Zwahlen, M. & Low, N. (2009). Sexual transmission of HIV according to viral load and antiretroviral therapy: systematic review and meta-analysis. *AIDS*, 23, 1397–1404.
- Badahdah, A. (2005). Saudi attitudes towards people living with HIV/AIDS. *International Journal of STD & AIDS*, 16, 837–838.
- Badahdah, A. M. & Sayem, N. (2010). HIV-related knowledge and AIDS stigma among college students in Yemen. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 16, 901–906.
- Badahdah, A., Sayem, N. & Foote, C. E. (2009). Development of a Yemeni AIDS Stigma Scale. *AIDS Care*, 21, 754–759.
- Baiden, F., Akanlu, G., Hodgson, A., Akweongo, P., Debpuur, C. & Binka, F. (2007). Using lay counsellors to promote community-based voluntary counselling and HIV testing in rural Northern Ghana: A baseline survey on community acceptance and stigma. *Journal of Biosocial Science*, 39, 721–733.
- Baiden, F., Akanlu, G., Hodgson, A., Akweongo, P., Debpuur, C. & Binka, F. (2007). Using lay counsellors to promote community-based voluntary counselling and HIV testing in rural Northern Ghana: A baseline survey on community acceptance and stigma. *Journal of Biosocial Science*, 39, 721–733.
- Barreiro, P., del Romero, J., Leal, M., Hernando, V., Asencio, R., de Mendoza, C et al. (2006). Natural pregnancies in HIV-serodiscordant couples receiving successful antiretroviral therapy. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes & Human Retrovirology*, 43, 324-326.
- Beard, J., Feeley, F. & Rosen, S. (2009). Economic and quality of life outcomes of antiretroviral therapy for HIV/AIDS in developing countries: a systematic literature review. *AIDS Care*, 21, 1343–1356.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: clinical, experimental, and theoretical aspects*. New York, NY: Harper & Row.
- Bell, D., Feraios, A. & Bryan, T. (1990). Adolescent males' knowledge and attitudes about AIDS in the context of their social world. *Journal of Applied Social Psychology*, 20, 424-448.
- Bennett, R., Draper, H., Frith, L. (2000). Ignorance is bliss? HIV and moral duties and legal duties to forewarn. *Journal of Medical Ethics*, 26, 9-15.

- Benokraitis, N. V. & Feagin, J. R. (1986). *Modern sexism*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Berendes, S. & Rimal, R. N. (2011). Addressing the slow uptake of HIV testing in Malawi: The role of stigma, self-efficacy, and knowledge in the Malawi BRIDGE Project. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 22, 215–228.
- Berger, B. E., Ferrans, C. E. & Lashley, F. R. (2001). Measuring stigma in people with HIV: Psychometric assessment of the HIV Stigma Scale. *Research in Nursing & Health*, 24 (6), 518-529.
- Biernat, M. & Dovidio, J. F. (2000). Stigma and stereotypes. In T. F. Heatherton, R. E. Kleck, M. R. Hebl & J. G. Hull (Hrsg.), *The social psychology of stigma* (S. 88-125). New York: Guilford Press.
- Bishop, G. D. & Converse, S. A. (1986). Illness representations: A prototype approach. *Health Psychology*, 5, 95-114.
- Bishop, G. D. (1987). Lay conceptions of physical symptoms. *Journal of Applied Social Psychology*, 17, 127-146.
- Bishop, G. D. (1991a). Lay disease representations and responses to victims of disease. *Basic and Applied Social Psychology*, 12, 115-132.
- Bishop, G. D. (1991b). Understanding the understanding of illness: Lay disease representations. In J. A. Skelton & R. T. Croyle (Hrsg.), *Mental representations in health and illness* (S. 32-59). New York: Springer.
- Bishop, G. D., Alva, A. L., Cantu, L. & Rittiman, T. K. (1991). Responses to persons with AIDS: Fear of contagion or stigma? *Journal of Applied Social Psychology*, 21, 1877–1888.
- Blascovich, J., Mendes, W. B., Hunter, S. B. & Lickel, B. (2000). Stigma, threat, and social interaction. In T. F. Heatherton, R. E. Kleck, M. R. Hebl & J. G. Hull (Hrsg.), *The social psychology of stigma* (S. 307-333). New York: Guilford Press.
- Boer, H. & Emons, P. A. A. (2004). Accurate and inaccurate HIV transmission beliefs, stigmatizing and HIV protection motivation in northern Thailand. *AIDS Care*, 16, 167-176
- Bogardus E. S. (1959) *Social Distance*. Yellow Springs, OH: The Antioch Press.
- Bogardus, E. S. (1925). Measuring social distance. *Journal of Applied Sociology*, 9, 299-308.
- Bogardus, E. S. (1933). A social distance scale. *Sociology & Social Research*, 17, 265-271
- Bogart, L. M., Wagner, G. J., Galvan, F. H. & Klein, D. J. (2010). Longitudinal relationships between antiretroviral treatment adherence and discrimination due to HIV-serostatus, race, and sexual orientation among African-American men with HIV. *Annals of Behavioral Medicine*, 40, 184–190.
- Bonjour, M. A., Montagne, M., Zambrano, M., Molina, G., Lippuner, C., Wadskier, F. G. et al. (2008). Determinants of late disease-stage presentation at diagnosis of HIV infection in Venezuela: a case-case comparison. *AIDS Research and Therapy*, 5, 6.
- Booyesen, F. le R., van Rensburg, H. C. J., Bachmann, M., Louwagie, G. & Fairall, L. (2007). The heart in HAART: Quality of life of patients enrolled in the public sector antiretroviral treatment programme in the free state province of South Africa. *Social Indicators Research*, 81, 283–329.

- Bor, R. (1993). Counselling patients with AIDS-associated Kaposi's sarcoma. *Counselling Psychology Quarterly*, 6(2), 91-98.
- Borchert, J. & Rickabaugh, C. A. (1995). When illness is perceived as controllable: The effects of gender and mode of transmission on AIDS-related stigma. *Sex Roles*, 33, 657-668.
- Bos, A. E. R., Kok, G. & Dijker, A. J. (2001). Public reactions to people with HIV/AIDS in the Netherlands. *AIDS Education and Prevention*, 13, 219-228.
- Bos, A. E. R., Schaalma, H. P. & Pryor, J. B. (2008). Reducing AIDS-related stigma in developing countries: The importance of theory- and evidence-based interventions. *Psychology, Health & Medicine*, 13, 450-460.
- Bouton, R. A., Gallaher, P. E., Garlinghouse, P. A., Leal, T., Rosenstein, L. D. & Young, R. K. (1987). Scales for measuring fear of AIDS and homophobia. *Journal of Personality Assessment*, 51, 606-614.
- Bouton, R. A., Gallaher, P. E., Garlinghouse, P. A., Leal, T., Rosenstein, L. D. & Young, R. K. (1989). Demographic variables associated with fear of AIDS and homophobia. *Journal of Applied Social Psychology*, 19, 885-901.
- Bredenkamp, J. (1996). Grundlagen experimenteller Methoden. In E. Erdfelder, R. Mausfeld, T. Meiser & G. Rudinger (Hrsg.), *Handbuch Quantitative Methoden* (S. 37-46). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Broadbent, A. (2011). Inferring causation in epidemiology: Mechanisms, black boxes, and contrasts. In P. McKay Illari, F. Russo & J. Williamson (Eds.), *Causality in the sciences* (S. 45-69). New York: Oxford University Press.
- Brown, L., Macintyre, K. & Trujillo, L. (2003). Interventions to reduce HIV/AIDS stigma: What have we learned? *AIDS Education and Prevention*, 15, 49-69.
- Brown, L., Trujillo, L. & Macintyre, K. (2001). *Interventions to reduce HIV/AIDS stigma: What have we learned?* Washington, DC: Horizons Program.
- Bruce, K. E. & Reid, B. C. (1998). Assessing the construct validity of the AIDS Attitude Scale. *AIDS Education and Prevention*, 10, 75-89.
- Bruce, K. E. & Walker, L. J. (2001). College students' attitudes about AIDS: 1986 to 2000. *AIDS Education and Prevention*, 13, 428-437.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2011). *AIDS im öffentlichen Bewusstsein der Bundesrepublik Deutschland 2009. Wissen, Einstellungen und Verhalten zum Schutz vor AIDS*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2012). *AIDS im öffentlichen Bewusstsein der Bundesrepublik Deutschland 2010. Wissen, Einstellungen und Verhalten zum Schutz vor AIDS*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (o. Jahr). *Hintergründe der Kampagne* [Online-Dokument]. Zugriff unter <https://www.welt-aids-tag.de/informieredich/kampagne/ueber/index.php>
- Bunn, J. Y., Solomon, S. E., Miller, C. & Forehand, R. (2007). Measurement of stigma in people with HIV: A reexamination of the HIV stigma scale. *AIDS Education and Prevention*, 19, 198-208.

- Burris, S. & Cameron, E. (2008). The case against criminalization of HIV transmission. *Journal of the American Medical Association*, 300, 578-581.
- Buseh, A. G., Kelber, S. T., Hewitt, J. B., Stevens, P. E. & Park, C. G. (2006). Perceived Stigma and Life Satisfaction: Experiences of Urban African American Men Living with HIV/AIDS. *International Journal of Men's Health*, 5 (1), 35–51.
- Bwambale, F. M., Ssali, S. N., Byaruhanga, S., Kalyango, J. N. & Karamagi, C. A. (2008). Voluntary HIV counselling and testing among men in rural western Uganda: implications for HIV prevention. *BMC Public Health*, 8, 263.
- Campbell, C. & Deacon, H. (2006). Unravelling the contexts of stigma: from internalisation to resistance to change. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 16, 411-417.
- Campbell, C., Skovdal, M., Madanhire, C., Mugurungi, O., Gregson, S. & Nyamukapa, C. (2011). 'We, the AIDS people. . .': How antiretroviral therapy enables Zimbabweans living with HIV/AIDS to cope with stigma. *American Journal of Public Health*, 101, 1004–1010.
- Campbell, D. T. (1971). *White attitudes towards black people*. Ann Arbor, MI: Institute for Social Research.
- Cao, X., Sullivan, S. G., Xu, J. & Wu, Z. (2006). Understanding HIV-related stigma and discrimination in a 'blameless' population. *AIDS Education and Prevention*, 18, 518–528.
- Carrizosa, C. M., Blumberg, E. J., Hovell, M. F., Martinez-Donate, A. P., Garcia-Gonzalez, G., Lozada, R. et al. (2010). Determinants and prevalence of late HIV testing in Tijuana, Mexico. *AIDS Patient Care STDS*, 24, 333–340.
- Castilla, J., Del Romero, J., Hernando, V., Marincovich, B., Garcia, S. & Rodriguez, C. (2005). Effectiveness of highly active antiretroviral therapy in reducing heterosexual transmission of HIV. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes & Human Retrovirology*, 40, 96–101.
- Castro, A. & Farmer, P. (2005). Understanding and Addressing AIDS-Related Stigma: From Anthropological Theory to Clinical Practice in Haiti. *American Journal of Public Health*, 95, 53–59.
- Castro, D. R., Le Gall, J. M., Andreo, C. & Spire, B. (2010). Stigma, discrimination, and sexual (dis)satisfaction among people living with HIV: Results from the “AIDES et toi” survey. *AIDS Care*, 22, 961–969.
- Centers for Disease Control (1981a). Kaposi's sarcoma and Pneumocystis pneumonia among homosexual men – New York City and California. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*, 30(25), 305-308.
- Centers for Disease Control (1981b). Pneumocystis Pneumonia – Los Angeles. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*, 30(21), 1-3.
- Chan, K. Y., Yang, Y., Zhang, K.-L. & Reidpath, D. D. (2007). Disentangling the stigma of HIV/AIDS from the stigmas of drugs use, commercial sex and commercial blood donation - a factorial survey of medical students in China. *BMC Public Health*, 7, 280.
- Chandra, P. S., Deepthivarma, S. & Manjula, V. (2003). Disclosure of HIV infection in South India: Patterns, reasons and reactions. *AIDS Care*, 15, 207–215.

- Charlebois, E. D., Das, M., Porco, T. C. & Havlir, D. V. (2011). The effect of expanded antiretroviral treatment strategies on the HIV epidemic among men who have sex with men in San Francisco. *Clinical Infectious Diseases*, 52, 1046–1049.
- Chen, J., Choe, M. K., Chen, S. & Zhang, S. (2005). Community Environment and HIV/AIDS-Related Stigma in China. *AIDS Education and Prevention*, 17, 1–11.
- Chen, Y. (2013). Treatment-related optimistic beliefs and risk of HIV transmission: a review of recent findings (2009-2012) in an era of treatment as prevention. *Current HIV/AIDS Reports*, 10, 79–88.
- Chliaoutakis, J. & Trakas, D. J. (1996). Stigmatization, discrimination and fear of AIDS in Greece: Implications for health policy. *Ethnicity & Health*, 1, 359–371.
- Clark, H. J., Lindner, G., Armistead, L. & Austin, B.-J. (2003). Stigma, disclosure, and psychological Functioning Among HIV-Infected and Non-Infected African-American Women. *Women & Health*, 38 (4), 57-71.
- Clark, H. J., Lindner, G., Armistead, L. & Austin, B.-J. (2003). Stigma, disclosure, and psychological Functioning Among HIV-Infected and Non-Infected African-American Women. *Women & Health*, 38, 57–71.
- Clum, G., Chung, S.-E. & Ellen, J. M. (2009). Mediators of HIV-related stigma and risk behavior in HIV infected young women. *AIDS Care*, 21, 1455–1462.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2. Aufl.). Lawrence Erlbaum.
- Cohen, M. S. & Gay, C. L. (2010). Treatment to prevent transmission of HIV-1. *Clinical Infectious Diseases*, 50 (Suppl. 3), S85-95.
- Cohen, M. S. (2010). HIV Treatment as Prevention and “The Swiss Statement”: in for a Dime, in for a Dollar? *Clinical Infectious Diseases*, 51, 1323–1324.
- Cohen, M. S., Chen, Y. Q., McCauley, M., Gamble, T., Hosseinipour, M. C., Kumarasamy, N. et al. (2011). Prevention of HIV-1 Infection with Early Antiretroviral Therapy. *New England Journal of Medicine*, 365 (6), 493–505.
- Cohen, M. S., Gay, C., Kashuba, A. D. M., Blower, S. & Paxton, L. (2007). Narrative review: antiretroviral therapy to prevent the sexual transmission of HIV-1. *Annals of Internal Medicine*, 146, 591–601.
- Correll, J., Judd, C.M., Park, B. & Wittenbrink, B. (2010). Measuring prejudice, stereotypes and discrimination. In J.F. Dovidio, M. Hewstone, P. Glick & V.M. Esses (Eds.), *The SAGE handbook of prejudice, stereotyping and discrimination* (p. 45-62). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Costa, P. T., Jr. & McCrae, R. R. (1992). *Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI) manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Courtenay-Quirk, C., Wolitski, R. J., Parsons, J. T. & Gómez, C. A. (2006). Is HIV/AIDS stigma dividing the gay community? Perceptions of HIV-positive men who have sex with men. *AIDS Education and Prevention*, 18, 56-67.
- Cox, W. T. L., Abramson, L. Y., Devine, P. G. & Hollon, S. D. (2012). Stereotypes, prejudice, and depression: the integrated perspective. *Perspectives on Psychological Science*, 7, 427-449.

- Crandall, C. S. & Coleman, R. (1992). AIDS-related stigmatization and the disruption of social relationships. *Journal of Social and Personal Relationships*, 9, 163–177.
- Crandall, C. S. & Martinez, R. (1996). Culture, ideology, and antifat attitudes. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 34, 67-83.
- Crandall, C. S. & Moriarty, D. (1995). Physical illness stigma and social rejection. *British Journal of Social Psychology*, 34, 67-83.
- Crandall, C. S. (1991). Multiple stigma and AIDS: Illness stigma and attitudes toward homosexuals and IV drug users in AIDS-related stigmatization. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 1 (2), 165-172.
- Crandall, C. S. & Eshleman, A. (2003). A justification-suppression model of the expression and experience of prejudice. *Psychological Bulletin*, 129, 414-446.
- Crandall, C. S., Glor, J. & Britt, T. W. (1997). Aids-related stigmatization: Instrumental and symbolic attitudes. *Journal of Applied Social Psychology*, 27, 95-123.
- Crandall, C. S. (2000). Ideology and lay theories of stigma: The justification of stigmatization. In T. F. Heatherton, R. E. Kleck, M. R. Hebl & J. G. Hull (Hrsg.), *The social psychology of stigma* (S. 126-150). New York: Guilford Press.
- Crawford, A. M. (1996). Stigma associated with AIDS: A meta-analysis. *Journal of Applied Social Psychology*, 26 (5), 398-416.
- Crawford, M. & Popp, D. (2003). Sexual double standards: A review and methodological critique of two decades of research. *Journal of Sex Research*, 40, 13-26.
- Crawford, R. (1994). The boundaries of the self and the unhealthy other: reflections on health, culture and AIDS. *Social Science & Medicine*, 38, 1347-1365.
- Creel, A. H. & Rimal, R. N. (2011). Factors related to HIV-testing behavior and interest in testing in Namibia. *AIDS Care*, 23, 901–907.
- Crepaz, N., Hart, T. A. & Marks, G. (2004). Highly active antiretroviral therapy and sexual risk behavior. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 292, 224-236.
- Crespo, M., Pérez-Santos, E., Muñoz, M. & Guillén, A. I. (2008). Descriptive study of stigma associated with severe and persistent mental illness among the general population of Madrid (Spain). *Community Mental Health Journal*, 44, 393-403.
- Crocker, J., Major, B. & Steele, C. (1998). Social stigma. In D. Gilbert, S. T. Fiske & G. Lindzey (Hrsg.), *The handbook of social psychology* (S. 504-553). New York: McGraw Hill.
- Crowley, J. S., Gubi, F. (2004). Background on HIV/AIDS stigma. In Holloway J., Seaton R., Crowley J. (Hrsg.), *HIV/AIDS stigma: Theory, reality, and response* (S. 2-8). Rockville, MD: Health Resources and Services Administration.
- Crowne, D. P. & Marlowe, D. (1960). A new scale of social desirability independent of psychopathology. *Journal of Consulting Psychology*, 24, 349-354
- Dab, W., Moatti, J. P., Bastide, S., Abenhaim, L. & Brunet, J. B. (1989). Misconceptions about transmission of AIDS and attitudes toward prevention in the French general public. *AIDS*, 3, 433-437.
- Dannecker, M. (2000) Wider die Verleugnung sexueller Wünsche. *AIDS-Infothek*, 1, 4-10.

- Davidovich, U., Van den Boom, W., Witlox, R. & Stolte, I. (2011). Intentional viral sorting as a frequently practiced HIV risk reduction strategy among HIV-positive MSM with HIV discordant and concordant partners [Abstract]. *Sexually Transmitted Infections*, 87 (Suppl 1), A250-A251.
- Deacon, H. (2005). *Understanding HIV/AIDS stigma. A theoretical and methodological analysis*. Cape Town: HSRC Press.
- Deacon, H. (2006). Towards a sustainable theory of health-related stigma: lessons from the HIV/AIDS literature. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 16, 418-425.
- Deaux, K., Reid, A., Mizrahi, K. & Ethier, K. H. (1995). Parameters of social identity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 280-291.
- Dekker, P. & Mootz, M. (1992). AIDS as threat, AIDS as stigma: Correlates of AIDS beliefs among the Dutch general public. *Psychology & Health*, 6, 347-365.
- Der Teilzeitblogger (2011, 26. Juni). Therapiezwang: Volksgesundheit vs. Entscheidungsfreiheit! [Blogeintrag]. Zugriff unter <http://derteilzeitblogger.wordpress.com/2011/07/26/therapie-zwang-volksgesundheit-vs-entscheidungsfreiheit/>.
- Derlega, V. J., Sherburne, S. & Lewis, R. J. (1998). Reactions to an HIV-positive man: Impact of his sexual orientation, cause of infection, and research participants' gender. *AIDS and Behavior*, 2, 339-348.
- Derlega, V. J., Winstead, B. A., Greene, K., Serovich, J. & Elwood, W. N. (2002). Perceived HIV-related stigma and HIV disclosure to relationship partners after finding out about the seropositive diagnosis. *Journal of Health Psychology*, 7, 415-432.
- Deutsche AIDS-Hilfe (2012). *Keine Kriminalisierung von Menschen mit HIV!* [Positionspapier]. Zugriff unter [http://www.aidshilfe.de/sites/default/files/DAH\\_Positionspapier\\_Kriminalisierung\\_2012-03-16\\_1.pdf](http://www.aidshilfe.de/sites/default/files/DAH_Positionspapier_Kriminalisierung_2012-03-16_1.pdf).
- Deutsche AIDS-Hilfe e. V. (2011). *HIV-Infektion und Therapie 2011*. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e. V.
- Deutsche AIDS-Hilfe (o. Jahr). *Schutz durch Therapie* [Online-Dokument]. Zugriff unter <http://www.aidshilfe.de/de/faq/schutz-durch-therapie>
- Dijker, A. J. & Koomen, W. (2003). Extending Weiner's attribution-emotion model of stigmatization of ill persons. *Basic and Applied Social Psychology*, 25, 51-68.
- Dilorio, C., McCarty, F., DePadilla, L., Resnicow, K., Holstad, M. M., Yeager, K. et al. (2009). Adherence to antiretroviral medication regimens: A test of a psychosocial model. *AIDS and Behavior*, 13, 10-22.
- Ditto, P. H. & Jemmott, J. B., III (1989). From rarity to evaluative extremity: Effects of prevalence information of evaluations of positive and negative characteristics. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 16-26.
- Dinkel, A., Nather, C., Jäger, H. Jaegel-Guedes, E., Lahmann, C., Steinke, C. Wolf, E. & Ronel, J. (2013). Stigmatisierungserleben bei HIV/AIDS: erste deutsche Adaption der HIV-Stigma Skala (HSS-D). *PPmP – Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*. Online-Vorabpublikation. doi:10.1055/s-0033-1341449.

- Dooley, P. (1995). Perceptions of the onset controllability of aids and helping judgments: An attributional analysis. *Journal of Applied Social Psychology*, 25, 858-869.
- Dovidio, J. F. (2001). On the nature of contemporary prejudice: The third wave. *Journal of Social Issues*, 57, 829-849.
- Dovidio, J. F., Eller, A. & Hewstone, M. (2011). Improving intergroup relations through direct, extended and other forms of indirect contact. *Group Processes & Intergroup Relations*, 14, 147-160.
- Dovidio, J. F., Hewstone, M., Glick, P. & Esses, V. M. (2010). Prejudice, stereotyping, and discrimination: Theoretical and empirical overview. In J. F. Dovidio, M. Hewstone, P. Glick & V. M. Esses (Eds.), *The SAGE handbook of prejudice, stereotyping and discrimination* (p. 3-28). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Dovidio, J. F., Major, B. & Crocker, J. (2000). Stigma: Introduction and overview. In T. F. Heatherton, R. E. Kleck, M. R. Hebl & J. G. Hull (Eds.), *The social psychology of stigma* (p. 1-28). New York: Guilford Press.
- Dowell, K. A., Presto, C. T. L. & Sherman, M. F. (1991). When are AIDS patients to blame for their disease? Effects of patients' sexual orientation and mode of transmission. *Psychological Reports*, 69 (1), 211-219.
- Dowshen, N., Binns, H. J. & Garofalo, R. (2009). Experiences of HIV-related stigma among young men who have sex with men. *AIDS Patient Care and STDs*, 23, 371-376.
- Drewes, J. & Kleiber, D. (2012). *Differenzierte Auswertungen aus der Begleitforschung der Kampagne ICH WEISS WAS ICH TU. Ergebnisbericht*. Unveröffentlichtes Manuskript. Berlin: Freie Universität Berlin.
- Drewes, J., Kraschl, C. & Kleiber, D. (2011). *Evaluation der Kampagne ICH WEISS WAS ICH TU. Endbericht*. Unveröffentlichtes Manuskript. Berlin: Freie Universität Berlin.
- Du, J., Lombardi, C., Evans, E., Jiang, H., Zhao, M. & Meng, Y. Y. (2012). A mixed methods approach to identifying factors related to voluntary HIV testing among injection drug users in Shanghai, China. *International Journal of Infectious Diseases*. Online-Vorabpublikation. doi:10.1016/j.ijid.2012.02.013.
- Duckitt, J. (2001). A dual-process cognitive-motivational theory of ideology and prejudice. *Advances in Experimental Social Psychology*, 33, 41-113.
- Dupras, A., Levy, J., Samson, J. M. & Tessier, D. (1989). Homophobia and attitudes about AIDS. *Psychological Reports*, 64, 236-238.
- DWDS (o. Jahr). *Stigma* [Etymologischen Wörterbuch des Deutschen, Onlineversion]. Zugriff unter <http://www.dwds.de/?view=10&qu=stigma>
- Earnshaw, V. A. & Chaudoir, S. R. (2009). From conceptualizing to measuring HIV stigma: A review of HIV stigma mechanism measures. *AIDS and Behavior*, 13, 1160-1177.
- Earnshaw, V. A., Quinn, D. M., Kalichman, S. C. & Park, C. L. (2012). Development and psychometric evaluation of the Chronic Illness Anticipated Stigma Scale. *Journal of Behavioral Medicine*. Online-Vorabpublikation. doi:10.1007/s10865-012-9422-4.

- Eckes, T. & Six-Materna, I. (1998). Leugnung von Diskriminierung: Eine Skala zur Erfassung des modernen Sexismus. *Zeitschrift für Sozialpsychologie*, 29, 224-238.
- Eckes, T. (2008). Messung von Stereotypen. In L.-E. Petersen & B. Six (Hrsg.), *Stereotype, Vorurteile und Diskriminierung: Theorien, Befunde und Interventionen* (S. 97–106). Weinheim: Beltz.
- Edwards, A. (1957). *The social desirability variable in personality assessment and research*. Ft. Worth, TX, US: Dryden Press.
- Eicker, P. (2013, 30. Januar). *Effektiver Schutz mit Imageproblem – Ein Tabubruch und seine Folgen – Teil 3* [Blogeintrag]. Zugriff unter <http://blog.aidshilfe.de/2013/01/30/effektiver-schutz-mit-imageproblem-ein-tabubruch-und-seine-folgen-teil-3/>
- Evans, D. C., Garcia, D. J., Garcia, D. M. & Baron, R. S. (2003). In the privacy of their own homes: Using the internet to assess racial bias. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 29, 273-284.
- Feldman, D. B. & Crandall, C. S. (2007). Dimensions of mental illness stigma: waht about mental illness causes social rejection? *Journal of Social and Clinical Psychology*, 26(2), 137-154.
- Fernandes, P. T., Salgado, P. C. B., Noronha, A. L. A., Barbosa, F. D., Souza, E. A. P., Sander, J. W. et al. (2007). Prejudice towards chronic diseases: Comparison among epilepsy, AIDS and diabetes. *Seizure*, 16, 320-323.
- Festinger, L. (1957). *A theory of cognitive dissonance*. Stanford, CA: Stanford University Press.
- Feyissa, G. T., Abebe, L., Girma, E. & Woldie, M. (2012). Validation of an HIV-related stigma scale among health care providers in a resource-poor Ethiopian setting. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 5, 97–113.
- Field, A. (2009). *Discovering Statistics Using SPSS (3. Aufl.)*. London: Sage.
- Fife, B. L. & Wright, E. R. (2000). The dimensionality of stigma: A comparison of its impact on the self of persons with HIV/AIDS and cancer. *Journal of Health and Social Behavior*, 41, 50–67.
- Flowers, P., Knussen, C. & Church, S. (2003). Psychosocial factors associated with HIV testing amongst Scottish gay men. *Psychology & Health*, 18, 739–752.
- Frale, D.E. (1993). Dimensions of marginality: distinction among those who are different. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 19, 370-380.
- Froman, R. D., Owen, S. V. & Daisy, C. (1992). Development of a measure of attitudes toward persons with AIDS. *IMAGE: Journal of Nursing Scholarship*, 24, 149-152.
- Galletly, C. L. & Pinkerton, S. D. (2006). Conflicting messages: How criminal HIV disclosure laws undermine public health efforts to control the spread of HIV. *AIDS and Behavior*, 10, 451-461.
- Garcia, P. M., Kalish, L. A., Pitt, J., Minkoff, H., Quinn, T. C., Burchett, S. K. et al. (1999). Maternal levels of plasma human immunodeficiency virus type 1 RNA and the risk of perinatal transmission. Women and Infants Transmission Study Group. *New England Journal of Medicine*, 341, 394–402.
- Gebrekrstos, H., Lurie, M., Mthethwa, N. & Karim, Q. A. (2009). Disclosure of HIV status: experiences of patients enrolled in an integrated TB and HAART pilot programme in South Africa. *African Journal of AIDS Research*, 8 (1), 1–6.

- Genberg, B. L., Hlavka, Z., Konda, K. A., Maman, S., Chariyalertsak, S., Chingono, A. et al. (2009). A comparison of HIV/AIDS-related stigma in four countries: Negative attitudes and perceived acts of discrimination towards people living with HIV/AIDS. *Social Science & Medicine*, 68, 2279–2287.
- Gilks, C. F., Crowley, S., Ekpini, R., Gove, S., Perriens, J., Souteyrand, Y. et al. (2006). The WHO public-health approach to antiretroviral treatment against HIV in resource-limited settings. *Lancet*, 368 (9534), 505–510.
- Gnambs, T. & Strassnig, B. (2007). Experimentelle Online-Untersuchungen. In M. Welker & O. Wenzel (Hrsg.), *Online-Forschung 2007 - Grundlagen und Fallstudien* (S. 233–250). Köln: Halem.
- Goffman, E. (1963). *Stigma. Notes on the management of spoiled identity*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Gold, R. S. & Skinner, M. J. (2001). Gay men's estimates of the likelihood of HIV transmission in sexual behaviours. *International Journal of STD & AIDS*, 12, 245–255.
- Goodman, E. (1983, July 9). AIDS: a question of life and life style. *Washington Post*, S. A21.
- Greco, R. S. (1983). Haiti and the stigma of AIDS. *The Lancet*, 322(8348), 515–516.
- Greeff, M., Uys, L. R., Wantland, D., Makoae, L., Chirwa, M., Dlamini, P. et al. (2010). Perceived HIV stigma and life satisfaction among persons living with HIV infection in five African countries: A longitudinal study. *International Journal of Nursing Studies*, 47, 475–486.
- Greeley, A. M. (1991). Religion and attitudes towards AIDS policy. *Sociology and Social Research*, 75, 126–132.
- Green, G. (1995). Attitudes towards people with HIV: Are they as stigmatizing as people with HIV perceive them to be? *Social Science & Medicine*, 41, 557–568.
- Green, G. (2009). *The end of stigma? Changes in the social experience of long-term illness*. London: Routledge.
- Greenberg, J., Pyszczynski, T. & Solomon, S. (1986). The causes and consequences of a need for self-esteem: A terror management theory. In R. F. Baumeister (Hrsg.), *Public self and private self* (S. 189–212). New York: Springer.
- Greene, K. & Banerjee, S. C. (2006). Disease-related stigma: Comparing predictors of AIDS and cancer stigma. *Journal of Homosexuality*, 50, 185–209.
- Grossman, H. (2006). AIDS at 25: a quarter century of medical miracles. *Medscape General Medicine*, 8 (2), 57.
- Grov, C., Golub, S. A., Parsons, J. T., Brennan, M. & Karpiak, S. E. (2010). Loneliness and HIV-related stigma explain depression among older HIV-positive adults. *AIDS Care*, 22, 630–639
- Guaraldi, G., Murri, R., Orlando, G., Giovanardi, C., Squillace, N., Vandelli, M., Beghetto, B., Nardini, G., De Paola, M., Esposito, R. & Wu, A. W. (2008). Severity of lipodystrophy is associated with decreased health-related quality of life. *AIDS Patient Care and STDs*, 22, 577–585.
- Guglielmi, R. S. (1999). Psychophysiological assessment of prejudice: Past research, current status, and future directions. *Personality and Social Psychology Review*, 3, 123–157.
- Gupta, P., Mellors, J., Kingsley, L., Riddler, S., Singh, M. K., Schreiber, S. et al. (1997). High viral load in semen of human immunodeficiency virus type 1-infected men at all stages of disease

- and its reduction by therapy with protease and nonnucleoside reverse transcriptase inhibitors. *Journal of Virology*, *71*, 6271–6275.
- Ha, T. H., Liu, H., Li, J., Nield, J. & Lu, Z. (2012). Psychometric assessment of scales measuring HIV public stigma, drug-use public stigma and fear of HIV infection among young adolescents and their parents. *AIDS Care*, *24*, 39–45.
- Hamilton, D. L. & Trolhier, T. K. (1986). Stereotypes and stereotyping: an overview of the cognitive approach. In J. F. Dovidio & S. L. Gaertner (Hrsg.), *Prejudice, discrimination and racism* (S. 127–163). Orlando FL: Academic Press.,
- Hannover, B. (2006). Geschlechterrollen. In H.-W. Bierhoff & D. Frey (Hrsg.), *Handbuch der Sozialpsychologie und Kommunikationspsychologie* (S. 464-470). Göttingen: Hogrefe.
- Hannover, B., Wolter, I., Drewes, J. & Kleiber, D. (in Druck). Geschlechtsidentität: Selbstwahrnehmung von Geschlecht. In D. Lück (Hrsg.), *Geschlechtsrollen in Europa*. Würzburg: Ergon-Verlag.
- Harrison, M., Fusilier, M. R. & Worley, J. K. (1994). Development of a measure of nurses' AIDS attitudes and conservative views. *Psychological Reports*, *74*, 1043–1048.
- Hart, C. E., Lennox, J. L., Pratt-Palmore, M., Wright, T. C., Schinazi, R. F., Evans-Strickfaden, T. et al. (1999). Correlation of human immunodeficiency virus type 1 RNA levels in blood and the female genital tract. *Journal of Infectious Diseases*, *17*, 871-882.
- Hasan, M. T., Nath, S. R., Khan, N. S., Akram, O., Gomes, T. M. & Rashid, S. F. (2012). Internalized HIV/AIDS-related stigma in a sample of HIV-positive people in Bangladesh. *Journal of Health, Population, and Nutrition*, *30*(1), 22-30.
- Hatzenbuehler, M. L. (2009). How does sexual minority stigma “get under the skin”? A psychological mediation framework. *Psychological Bulletin*, *135*, 707-730.
- Hatzenbuehler, M. L., O’Cleirigh, C., Mayer, K. H., Mimiaga, M. J. & Safren, S. A. (2011). Prospective associations between HIV-related stigma, transmission risk behaviors, and adverse mental health outcomes in men who have sex with men. *Annals of Behavioral Medicine*, *42*, 227–234.
- Hatzenbuehler, M.L., Nolen-Hoeksema, S. & Erickson, S. J. (2008). Minority stress predictors of HIV risk behavior, substance use, and depressive symptoms: Results from a prospective study of bereaved gay men. *Health Psychology*, *27*, 455-462.
- Heckman, T. G. (2003). The chronic illness quality of life (CIQOL) model: Explaining life satisfaction in people living with HIV disease. *Health Psychology*, *22*, 140-147.
- Heijnders, M. & van der Meij, S. (2006). The fight against stigma: An overview of stigma-reduction strategies and interventions. *Psychology, Health & Medicine*, *11*, 353–363.
- Henry, P. J. & Sears, D. O. (2002). The symbolic racism 2000 scale. *Political Psychology*, *23*, 253-283.
- Henry, P. J. (2008). College sophomores in the laboratory redux: Influences of a narrow data base on social psychology's view of the nature of prejudice. *Psychological Inquiry*, *19*(2), 49-71.
- Herek, G. M. (1984). Beyond "homophobia": A social psychological perspective on attitudes toward lesbians and gay men. *Journal of Homosexuality*, *10*, 1-21.

- Herek, G. M. (1986). The instrumentality of attitudes: Toward a neofunctional theory. *Journal of Social Issues*, 42, 99-114.
- Herek, G. M. (1987). Can functions be measured? A new perspective on the functional approach to attitudes. *Social Psychology Quarterly*, 50, 285-303.
- Herek, G. M. (1988). Heterosexuals' attitudes toward lesbians and gay men: Correlates and gender differences. *The Journal of Sex Research*, 25, 451-477.
- Herek, G. M. (1990). Illness, stigma, and AIDS. In P.T. Costa & G.R. VandenBos (Hrsg.), *Psychological Aspects of Serious Illness: Chronic Conditions, Fatal Diseases, and Clinical Care* (S. 103-150). Washington D.C.: American Psychological Association.
- Herek, G. M. (1998). *Stigma and sexual orientation: Understanding prejudice against lesbians, gay men, and bisexuals*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Herek, G. M. (1999). AIDS and stigma. *American Behavioral Scientist*, 42 (7), 1106-1116.
- Herek, G. M. (2000). The Psychology of Sexual Prejudice. *Current Directions in Psychological Science*, 9, 19-22.
- Herek, G. M. (2002). Thinking about AIDS and stigma: A psychologist's perspective. *Journal of Law, Medicine & Ethics*, 30, 594-607.
- Herek, G. M. (2004). Beyond "homophobia": Thinking about sexual stigma and prejudice in the twenty-first century. *Sexuality Research and Social Policy*, 1, 6-24.
- Herek, G. M. & Capitano, J. P. (1997). AIDS stigma and contact with persons with AIDS: Effects of direct and vicarious contact. *Journal of Applied Social Psychology*, 27, 1-36.
- Herek, G. M. & Capitano, J. P. (1998). Symbolic prejudice or fear of infection? A functional analysis of AIDS-related stigma among heterosexual adults. *Basic and Applied Social Psychology*, 20, 230-241.
- Herek, G. M., Capitano, J. P. & Widaman, K. F. (2002). HIV-related stigma and knowledge in the United States: Prevalence and trends, 1991-1999. *American Journal of Public Health*, 92, 371-377.
- Herek, G. M. & Glunt, E.K. (1991). AIDS-related attitudes in the United States: A preliminary conceptualization. *The Journal of Sex Research*, 28, 99-123.
- Herek, G. M., Mitnick, L., Burris, S., Chesney, M., Devine, P., Fullilove, M. T. et al. (1998). Workshop report: AIDS and stigma: a conceptual framework and research agenda. *AIDS Public Policy Journal*, 13 (1), 36-47.
- Hergovich, A., Ratky, E. & Stollreiter, M. (2003). Attitudes toward HIV-positives in dependence on their sexual orientation. *Swiss Journal of Psychology/Schweizerische Zeitschrift für Psychologie/Revue Suisse de Psychologie*, 62, 37-44.
- Hewstone, M. (1994). Revision and Change of Stereotypic Beliefs: In Search of the Elusive Subtyping Model. *European Review of Social Psychology*, 5, 69-109.
- Higgins, J. P. T. & Green, S. (2008). *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions*. Chichester: Wiley-Blackwell.

- Ho, D. D., Neumann, A. U., Perelson, A. S., Chen, W., Leonard, J. M. & Markowitz, M. (1995). Rapid turnover of plasma virions and CD4 lymphocytes in HIV-1 infection. *Nature*, 373 (6510), 123–126.
- Holzemer, W. L., Human, S., Arudo, J., Rosa, M. E., Hamilton, M. J., Corless, I. et al. (2009). Exploring HIV stigma and quality of life for persons living with HIV infection. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 20, 161–168.
- Holzemer, W. L., Uys, L. R., Chirwa, M. L., Greeff, M., Makoae, L. N., Kohi, T. W. et al. (2007). Validation of the HIV/AIDS Stigma Instrument--PLWA (HASI-P). *AIDS Care*, 19, 1002-1012.
- Horvath, K. J., Weinmeyer, R. & Rosser, S. (2010). Should it be illegal for HIV-positive persons to have unprotected sex without disclosure? An examination of attitudes among US men who have sex with men and the impact of state law. *AIDS Care*, 22, 1221-1228.
- Hossain, M. B. & Kippax, S. (2011). Stigmatized attitudes toward people living with HIV in Bangladesh: Health care workers' perspectives. *Asia-Pacific Journal of Public Health*, 23, 171–182.
- Huber, O. (2009). *Das psychologische Experiment: Eine Einführung* (5. Aufl.). Bern: Huber.
- Huebner, D. M., Rebchook, G. M. & Kegeles, S. M. (2004). A longitudinal study of the association between treatment optimism and sexual risk behavior in young adult gay and bisexual men. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 37, 1514-1519.
- Huebner, D.M. (2005). Is optimism really the enemy? New research on treatment optimism. *Focus*, 20(7) 5-6.
- Hull, M.W. & Montaner, J. (2011). Antiretroviral therapy: a key component of a comprehensive HIV prevention strategy. *Current HIV/AIDS Reports*, 8, 85-92.
- Hymes, K.B., Cheung, T., Greene, J.B., Prose, N.S., Marcus, A., Ballard, H., William, D.C. & Laubenstein, L.J. (1981). Kaposi's sarcoma in homosexual men—a report of eight cases. *Lancet*, 318(8247), 598-600.
- Illa, L., Brickman, A., Saint-Jean, G., Echenique, M., Metsch, L., Eisdorfer, C. et al. (2008). Sexual risk behaviors in late middle age and older HIV seropositive adults. *AIDS and Behavior*, 12, 935–942.
- IPPF, GNP+, ICW & UNAIDS (2008). *The People Living with HIV Stigma Index. an index to measure the stigma and discrimination experienced by people living with HIV. User guide*. London: International Planned Parenthood Federation.
- Izugbara, C. O. & Wekesa, E. (2011). Beliefs and practices about antiretroviral medication: a study of poor urban Kenyans living with HIV/AIDS. *Sociology of Health & Illness*, 33, 869–883.
- Jacobson, M. A. & French, M. (1998). Altered natural history of AIDS-related opportunistic infections in the era of potent combination antiretroviral therapy. *AIDS*, 12(Suppl. A), S157-S163.
- Jelsma, J., Maclean, E., Hughes, J., Tinise, X. & Darder, M. (2005). An investigation into the health-related quality of life of individuals living with HIV who are receiving HAART. *AIDS Care*, 17, 579–588.

- Jemmott, J. B., III, Ditto, P. H. & Croyle, R. T. (1986). Judging health status: Effects of perceived prevalence and personal relevance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 899–905.
- Jeyaseelan, L., Kumar, S., Mohanraj, R., Rebekah, G., Rao, D. & Manhart, L. E. (2013). Assessing HIV/AIDS stigma in South India: Validation and abridgement of the Berger HIV Stigma Scale. *AIDS and Behavior*, 17, 434-443.
- Jimenez, J. C., Puig, M., Ramos, J. C., Morales, M., Asencio, G., Sala, A. C. et al. (2010). Measuring HIV felt stigma: A culturally adapted scale targeting PLWHA in Puerto Rico. *AIDS Care*, 22, 1314–1322.
- Jones, E. & Sigall, H. (1971). The Bogus Pipeline: A new paradigm for measuring affect and attitude. *Psychological Bulletin*, 76, 349-364.
- Jones, E. E., Farina, A., Hastorf, A. H., Markus, H., Miller, D. T. & Scott, R. A. (1984). *Social stigma: The psychology of marked relationships*. New York: W. H. Freeman.
- Jones, J. M. (1972). *Prejudice and racism*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Jost, J. T. & Banaji, M. R. (1994). The role of stereotyping in system-justification and the production of false consciousness. *British Journal of Social Psychology* 33, 1–27.
- Kaai, S., Bullock, S., Sarna, A., Chersich, M., Luchters, S., Geibel, S. et al. (2010). Perceived stigma among patients receiving antiretroviral treatment: a prospective randomised trial comparing an m-DOT strategy with standard-of-care in Kenya. *SAHARA J*, 7 (2), 62-70.
- Kalichman, S. C. (1994). Magic Johnson and public attitudes toward AIDS: a review of empirical findings. *AIDS Education & Prevention*, 6, 542–557.
- Kalichman, S. C., Grebler, T., Amaral, C. M., McKerey, M., White, D., Kalichman, M. O. et al. (2013). Assumed infectiousness, treatment adherence and sexual behaviours: applying the Swiss Statement on infectiousness to HIV-positive alcohol drinkers. *HIV Medicine*. 14, 263-272.
- Kalichman, S. C., Simbayi, L. C., Cloete, A., Mthembu, P. P., Mkhonta, R. N. & Ginindza, T. (2009). Measuring AIDS stigmas in people living with HIV/AIDS: The Internalized AIDS-Related Stigma Scale. *AIDS Care*, 21, 87–93.
- Kalichman, S. C., Simbayi, L. C., Jooste, S., Toefy, Y., Cain, D., Cherry, C. et al. (2005). Development of a brief scale to measure AIDS-related stigma in South Africa. *AIDS and Behavior*, 9, 135–143.
- Kalichman, S. C., Simbayi, L. C., Vermaak, R., Cain, D., Smith, G., Mthebu, J. et al. (2008). Randomized trial of a community-based alcohol-related HIV risk-reduction intervention for men and women in Cape Town South Africa. *Annals of Behavioral Medicine*, 36, 270–279.
- Kang, E., Rapkin, B. D. & DeAlmeida, C. (2006). Are psychological consequences of stigma enduring or transitory? A longitudinal study of HIV stigma and distress among Asians and Pacific Islanders living with HIV illness. *AIDS Patient Care and STDs*, 20, 712–723.
- Katz, D. (1960). The functional approach to the study of attitudes. *Public Opinion Quarterly*, 24, 163-204.

- Katz, D. & Braly, K. (1933). Racial stereotypes of one hundred college students. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 28, 280-290.
- Katz, J. (1984). *Gay American history*. New York: Avon.
- Kelley, H. H. (1971). Attribution in social interaction. In E. E. Jones, D. E. Kanouse, H. H. Kelley, R. E. Nisbett, S. Valins & B. Weiner (Hrsg.), *Attribution: Perceiving the causes of behavior* (S. 1-26). Morristown, NJ: General Learning Press.
- Kher, M. (2003). A name for the plague. *Time Magazine* [Online-Version]. Zugriff unter [http://www.time.com/time/specials/packages/article/0,28804,1977881\\_1977895\\_1978703,00.html](http://www.time.com/time/specials/packages/article/0,28804,1977881_1977895_1978703,00.html).
- Koku, E. F. (2011). Desire for, and uptake of HIV tests by Ghanaian women: The relevance of community level stigma. *Journal of Community Health*, 36, 289–299.
- Kowalewski M. R. (1988). Double stigma and boundary maintenance: How gay men deal with AIDS. *Journal of Contemporary Ethnography*, 17, 211-228.
- Kraft, P. & Rise, J. (1995). Prediction of attitudes towards restrictive AIDS policies: a structural equation modelling approach. *Social Science & Medicine*, 40, 711–718.
- Kunda, Z. & Oleson, K. C. (1995). Maintaining stereotypes in the face of disconfirmation: Constructing grounds for subtyping deviants. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 565-579.
- Kunda, Z. & Oleson, K. C. (1997). When exceptions prove the rule: How extremity of deviance determines the impact of deviant examples on stereotypes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72, 965-979.
- Kunkel, L. E. & Temple, L. L. (1992). Attitudes towards AIDS and homosexuals: Gender, marital status, and religion. *Journal of Applied Social Psychology*, 22, 1030-1040.
- Kurzban, R. & Leary, M. R. (2001). Evolutionary origins of stigmatization: the functions of social exclusion. *Psychological Bulletin*, 127, 187–208.
- Langer, P. C. (2009). *Beschädigte Identität. Dynamiken des sexuellen Risikoverhaltens schwuler und bisexueller Männer*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Langer, P. C. (2010). *Spät diagnose HIV. Hintergründe und Verbesserungsansätze für die Präventionsarbeit*. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e. V. Zugriff unter <http://www.aidshilfe.de/sites/default/files/Abschlussbericht%20Sp%C3%A4tdiagnose%20HIV.pdf>
- Langer, P. C., Drewes, J. & Kühner, A. (2010). *Positiv - Leben mit HIV und AIDS*. Bonn: Balance buch + medien verlag.
- Larsen, K. S., Elder, R., Bader, M. & Dougard, C. (1990). Authoritarianism and attitudes toward AIDS victims. *The Journal of Social Psychology*, 130, 77-80.
- Larsen, K. S., Reed, M. & Hoffman, S. (1980). Attitudes of heterosexuals toward homosexuality: A Likert-type scale and construct validity. *Journal of Sex Research*, 16, 245-257.
- Larsen, K. S., Serra, M. & Long, E. (1990). AIDS victims and heterosexual attitudes. *Journal of Homosexuality*, 19, 103-116.

- Leary, M. R. & Schreindorfer, L. S. (1998). The stigmatization of HIV and AIDS: Rubbing salt in the wound. In V.J. Derlega & A.P. Barbee (Hrsg.), *HIV & social interaction* (S. 12-29). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Leasure, R., McKenney, L. A. & Merrill, A. (1995). Factors influencing baccalaureate nursing students' attitudes towards persons living with AIDS. *Journal of Professional Nursing, 11*, 299-305.
- Lebowitz, M. S. & Ahn, W.-k. (2012). Combining Biomedical Accounts of Mental Disorders With Treatability Information to Reduce Mental Illness Stigma. *Psychiatric Services, 63*, 496-499.
- Lee, M. Y., Campbell, A. R. & Mulford, C. L. (1999). Victim-blaming tendency toward people with AIDS among college students. *Journal of Social Psychology, 139* (3), 300-308.
- Lee, T. H., Sakahara, N., Fiebig, E., Busch, M. P., O'Brien, T. R. & Herman, S. A. (1996). Correlation of HIV-1 RNA levels in plasma and heterosexual transmission of HIV-1 from infected transfusion recipients. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes & Human Retrovirology, 12*, 427-428.
- Leiker, J. J., Taub, D. E. & Gast, J. (1995). The stigma of AIDS: Persons with AIDS and social distance. *Deviant Behavior, 16*, 333-351.
- Lekas, H.-M., Siegel, K. & Schrimshaw, E. W. (2006). Continuities and Discontinuities in the Experiences of Felt and Enacted Stigma among Women with HIV/AIDS. *Qualitative Health Research, 16*, 1165-1190.
- Lerner, M. J. & Simmons, C. H. (1966). The observer's reaction to the innocent victim: Compassion or rejection? *Journal of Personality and Social Psychology, 4*, 203-210.
- Lewis, L. S. & Range, L. M. (1992). Do means of transmission, risk knowledge, and gender affect AIDS stigma and social interactions? *Journal of Social Behavior & Personality, 7*, 211-216.
- Leyens, J. P., Yzerbyt, V. & Schadron, G. (1994). *Stereotypes and social cognition*. London: Sage Publications.
- Li, L., Lee, S.-J., Thammawijaya, P., Jiraphongsa, C. & Rotheram-Borus, M. J. (2009). Stigma, social support, and depression among people living with HIV in Thailand. *AIDS Care, 21*, 1007-1013.
- Li, L., Liang, L.-J., Wu, Z., Lin, C. & Wen, Y. (2009). Individual attitudes and perceived social norms: Reports on HIV/AIDS-related stigma among service providers in China. *International Journal of Psychology, 44*, 443-450.
- Li, L., Lin, C., Wu, Z., Comulada, W. S. & Ding, Y. (2012). Regional differences in HIV prevalence and individual attitudes among service providers in China. *Social Science & Medicine, 75*, 283-287.
- Li, L., Wu, Z., Zhao, Y., Lin, C., Detels, R. & Wu, S. (2007). Using case vignettes to measure HIV-related stigma among health professionals in China. *International Journal of Epidemiology, 36*, 178-184.
- Li, X., Lu, H., Ma, X., Sun, Y., He, X., Li, C. et al. (2012). HIV/AIDS-related stigmatizing and discriminatory attitudes and recent HIV testing among men who have sex with men in Beijing. *AIDS and Behavior, 16*, 499-507.

- Li, X., Lu, H., Raymond, H. F., Sun, Y., Jia, Y., He, X. et al. (2012). Untested and undiagnosed: barriers to HIV testing among men who have sex with men, Beijing, China. *Sexually Transmitted Infections*, 88, 187–193.
- Lifson, A. R., Demissie, W., Tadesse, A., Ketema, K., May, R., Yakob, B. et al. (2012). HIV/AIDS stigma-associated attitudes in a rural Ethiopian community: characteristics, correlation with HIV knowledge and other factors, and implications for community intervention. *BMC International Health Human Rights*, 12(1), 6.
- Lin, X., Zhao, G., Li, X., Stanton, B., Zhang, L., Hong, Y. et al. (2010). Perceived HIV stigma among children in a high HIV-prevalence area in central China: Beyond the parental HIV-related illness and death. *AIDS Care*, 22, 545–555.
- Link, B. G. & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, 363–385.
- Link, B. G., Yang, L. H., Phelan, J. C. & Collins, P. Y. (2004). Measuring mental illness stigma. *Schizophrenia Bulletin*, 30, 511–541.
- Lippmann, W. (1922). *Public Opinion*. New York: Harcourt-Brace.
- Liu, H., Feng, T. & Rhodes, A. G. (2009). Assessment of the Chinese version of HIV and homosexuality related stigma scales. *Sexually Transmitted Infections*, 85, 65–69.
- Liu, H., Li, X., Stanton, B., Liu, H., Liang, G., Chen, X. et al. (2005). Risk Factors for Sexually Transmitted Disease Among Rural-to-Urban Migrants in China: Implications for HIV/Sexually Transmitted Disease Prevention. *AIDS Patient Care and STDs*, 19, 49–57.
- Logie, C. & Gadalla, T. M. (2009). Meta-analysis of health and demographic correlates of stigma towards people living with HIV. *AIDS Care*, 21 (6), 742–753.
- Louwagie, G. M., Bachmann, M. O., Meyer, K., Booyesen, F., Fairall, L. R. & Heunis, C. (2007). Highly active antiretroviral treatment and health related quality of life in South African adults with human immunodeficiency virus infection: A cross-sectional analytical study. *BMC Public Health*, 7 (1), 244.
- MacKellar, D. A., Hou, S. I., Whalen, C. C., Samuelson, K., Valleroy, L. A., Secura, G. M. et al. (2011). A plausible causal model of HAART-efficacy beliefs, HIV/AIDS complacency, and HIV-acquisition risk behavior among young men who have sex with men. *AIDS and Behavior*, 15, 788–804.
- MacQueen, M.K. (2011). Framing the social in biomedical HIV prevention trials: a 20-year retrospective. *Journal of the International AIDS Society*, 14 (Suppl. 2), S3.
- Mahajan, A. P., Sayles, J. N., Patel, V. A., Remien, R. H., Sawires, S. R., Ortiz, D. J. et al. (2008). Stigma in the HIV/AIDS epidemic: A review of the literature and recommendations for the way forward. *AIDS*, 22 (Suppl. 2), S67–S79.
- Mak, W. W., Poon, C. Y., Pun, L. Y. & Cheung, S. F. (2007). Meta-analysis of stigma and mental health. *Social Science & Medicine*, 65, 245–261.
- Maman, S., Ablner, L., Parker, L., Lane, T., Chirowodza, A., Ntrogwisangu, J. et al. (2009). A comparison of HIV stigma and discrimination in five international sites: The influence of care and treatment resources in high prevalence settings. *Social Science & Medicine*, 68, 2271–2278.

- Maughan-Brown, B. (2010). Stigma rises despite antiretroviral roll-out: A longitudinal analysis in South Africa. *Social Science & Medicine*, 70, 368–374.
- Mayaux, M. J., Dussaix, E., Isopet, J., Rekeciewicz, C., Mandelbrot, L., Ciraru-Vigneron, N. et al. (1997). Maternal virus load during pregnancy and mother-to-child transmission of human immunodeficiency virus type 1: the French perinatal cohort studies. SEROGEST Cohort Group. *Journal of Infectious Diseases*, 175, 172–175.
- McBride, C. A. (1998). The discounting principle and attitudes toward victims of HIV infection. *Journal of Applied Social Psychology*, 28, 595-608.
- McConahay, J. B. & Hough, J. C. Jr. (1976). Symbolic racism. *Journal of Social Issues* 32, 23–45.
- McConahay, J. B. (1983). Modern racism and modern discrimination: The effects of race, racial attitudes, and context on simulated hiring decisions. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 9, 551-558.
- McConahay, J. B. (1986). Modern racism, ambivalence, and the modern racism scale. In J. F. Dovidio & S. L. Gaertner (Hrsg.), *Prejudice, discrimination, and racism* (S. 91-125). San Diego, CA, US: Academic Press.
- McConahay, J. B., Hardee, B. B. & Batts, V. (1981). Has racism declined in America? It depends on who is asking and what is asked. *Journal of Conflict Resolution*, 25, 563-579.
- McCrae, R. R., Costa, P. T., Martin, T. A., Oryol, V. E., Senin, I. G. & O'Cleirigh, C. (2007). Personality correlates of HIV stigmatization in Russia and the United States. *Journal of Research in Personality*, 41, 190–196.
- McDonald, K. (2011). ‘The old –fashioned way’: conception and sex in serodiscordant relationships after ART. *Culture, Health & Sexuality*, 13, 1119-1133.
- McKirnan, D. J., Ostrow, D. G. and Hope, B. (1996). Sex, drugs and escape: A psychological model of HIV-risk sexual behaviours. *AIDS Care*, 8, 655–669.
- Mellors, J. W., Munoz, A., Giorgi, J. V., Margolick, J. B., Tassoni, C. J., Gupta, P. et al. (1997). Plasma viral load and CD4+ lymphocytes as prognostic markers of HIV-1 infection. *Annals of Internal Medicine*, 126, 946–954.
- Melo, M., Varella, I., Nielsen, K., Turella, L. & Santos, B. (2006, August). *Demographic characteristics, sexual transmission and CD4 progression among heterosexual HIV-1 serodiscordant couples followed in Porto Alegre, Brazil*. Poster presented at the 16th International AIDS Conference, Toronto, Canada.
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129, 674-697.
- Miller, A. G. (1982). Historical and contemporary perspectives on stereotyping. In A. G. Miller (Hrsg.), *In the eye of the beholder: Contemporary issues in stereotyping* (S. 1-40). New York, Praeger.
- Miller, C. T., Grover, K. W., Bunn, J. Y. & Solomon, S. E. (2011). Community norms about suppression of AIDS-related prejudice and perceptions of stigma by people with HIV or AIDS. *Psychological Science*, 22, 579–583.

- Mitty, J. A., Macalino, G. E., Bazerman, L. B., Loewenthal, H. G., Hogan, J. W., MacLeod, C. J. et al. (2005). The use of community-based modified directly observed therapy for the treatment of HIV-infected persons. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 39, 545–550.
- Mitty, J. A., Macalino, G., Taylor, L., Harwell, J. I. & Flanigan, T. P. (2003). Directly observed therapy (DOT) for individuals with HIV: successes and challenges. *Medscape General Medicine*, 5 (1), 30.
- Mondragón, D., Kirkman-Liff, B. & Schneller, E. S. (1991). Hostility to people with AIDS: risk perception and demographic factors. *Social Science & Medicine*, 32, 1137–1142.
- Monteith, M. J., Sherman, J. W. & Devine, P. G. (1998). Suppression as a stereotype control strategy. *Personality and Social Psychology Review*, 2, 63-82.
- Morin, S. F. & Batchelor, W. F. (1984). Responding to the psychological crisis of AIDS. *Public Health Reports*, 99, 4-9.
- Moscovici, S. (1984). The phenomenon of social representations. In R. M. Farr and S. Moscovici (Hrsg.), *Social Representations* (S. 3-69). Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Mulford, C. L. & Lee, M. Y. (1996). Reliability and validity of AIDS victim blaming scales. *Psychological Reports*, 79, 191–201.
- Munoz, M., Finnegan, K., Zeladita, J., Caldas, A., Sanchez, E., Callacna, M. et al. (2010). Community-based DOT-HAART accompaniment in an urban resource-poor setting. *AIDS and Behavior*, 14, 721–730.
- Murphy, D. A., Austin, E. L. & Greenwell, L. (2007). Correlates of HIV-related stigma among HIV-positive mothers and their uninfected adolescent children. *Women & Health*, 44, 19–42.
- Murphy, E. L., Collier, A. C., Kalish, L. A., Assmann, S. F., Para, M. F., Flanigan, T. P., et al. (2001). Highly active antiretroviral therapy decreases mortality and morbidity in patients with advanced HIV disease. *Annals of Internal Medicine*, 135, 17-26.
- Murray, K. M., Ciarrocchi, J. W. & Murray-Swank, N. A. (2007). Spirituality, religiosity, shame and guilt as predictors of sexual attitudes and experiences. *Journal of Psychology and Theology*, 35, 222-234.
- Muturi, N. & An, S. (2010). HIV/AIDS stigma and religiosity among African American women. *Journal of Health Communication*, 15, 388–401.
- Nachega, J. B., Morroni, C., Zuniga, J. M., Sherer, R., Beyrer, C., Solomon, S. et al. (2012). HIV-Related Stigma, Isolation, Discrimination, and Serostatus Disclosure. A Global Survey of 2035 HIV-Infected Adults. *Journal of the International Association of Physicians in AIDS Care (JIAPAC)*, 11, 172-178.
- Nakagawa, F., Lodwick, R. K., Smith, C. J., Smith, R., Cambiano, V., Lundgren, J. D. et al. (2012). Projected life expectancy of people with HIV according to timing of diagnosis. *AIDS*, 26, 335–343.
- Nambiar, D. & Rimal, R. N. (2012). Duty and destiny: Psychometric properties and correlates of HIV-related stigma among youth NGO workers in Delhi, India. *AIDS Care*.
- Naughton, J. & Venable, P. A. (2012). An Experimental Investigation of a Dual Process Model of HIV-Related Stigma. *Basic and Applied Social Psychology*, 34, 8–19.

- Neal, T. M. S., Lichtenstein, B. & Brodsky, S. L. (2010). Clinical implications of stigma in HIV/AIDS and other sexually transmitted infections. *International Journal of STD & AIDS*, 21, 158-160.
- Neuberg, S. L., Smith, D. M. & Asher, T. (2000). Why people stigmatize: Toward a biocultural framework. In T. F. Heatherton, R. E. Kleck, M. R. Hebl & J. G. Hull (Hrsg.), *The social psychology of stigma* (S. 31-61). New York: Guilford Press.
- Neufeld, S. A. S., Sikkema, K. J., Lee, R. S., Kochman, A. & Hansen, N. B. (2012). The development and psychometric properties of the HIV and Abuse Related Shame Inventory (HARSI). *AIDS and Behavior*, 16 (4), 1063-1074.
- Nguyen, N. T. T., Rasch, V., Bygbjerg, I. C. & Mogensen, H. O. (2012). Pursuing treatment and moral worth: HIV-infected women in a northern province of Vietnam living with antiretroviral therapy. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 23, 339-349.
- Noden, B. H., Gomes, A. & Ferreira, A. (2010). Influence of religious affiliation and education on HIV knowledge and HIV-related sexual behaviors among unmarried youth in rural Central Mozambique. *AIDS Care*, 22, 1285-1294.
- Norman, L. R., Abreu, S., Candelaria, E. & Sala, A. (2009). The effect of sympathy on discriminatory attitudes toward persons living with HIV/AIDS in Puerto Rico: A hierarchical analysis of women living in public housing. *AIDS Care*, 21, 140-149.
- Norman, L. R., Carr, R. & Jiménez, J. (2006). Sexual stigma and sympathy: Attitudes toward persons living with HIV in Jamaica. *Culture, Health & Sexuality*, 8, 423-433.
- Novitsky, V. & Essex, M. (2012). Using HIV viral load to guide treatment-for-prevention interventions. *Current Opinion in HIV and AIDS*, 7, 117-124.
- Nyblade, L. C. (2006). Measuring HIV stigma: Existing knowledge and gaps. *Psychology, Health & Medicine*, 11, 335-345.
- Ocansey, F. (2006). Gender differences in adolescent students' knowledge, attitudes and practices on HIV/AIDS in Ghana. *Gender & Behaviour*, 4, 568-588.
- O'Donnell, L., O'Donnell, C. R., Pleck, J. H., Snarey, J. & Rose, R. M. (1987). Psychosocial Responses of Hospital Workers to Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS). *Journal of Applied Social Psychology*, 17, 269-285.
- O'Hea, E. L., Sytsma, S. E., Copeland, A. & Brantley, P. J. (2001). The Attitudes Toward Women with HIV/AIDS Scale (ATWAS): development and validation. *AIDS Education and Prevention*, 13, 120-130.
- Okonkwo, K. C., Reich, K., Alabi, A. I., Umeike, N. & Nachman, S. A. (2007). An evaluation of awareness: Attitudes and beliefs of pregnant Nigerian women toward voluntary counseling and testing for HIV. *AIDS Patient Care and STDs*, 21, 252-260.
- Olapegba, P. O. (2010). Empathy, knowledge, and personal distress as correlates of HIV-/AIDS-related stigmatization and discrimination. *Journal of Applied Social Psychology*, 40, 956-969.
- Ong, J., Clark, A., White, P., Johnson, M., Whitey, S. & Butler, P.E.M. (2007). Does severity predict distress? The relationship between subjective and objective measures of appearance and psychological adjustment, during treatment for facial lipoatrophy. *Body Image*, 4, 239-248.

- Operskalski, E. A., Stram, D. O., Busch, M. P., Huang, W., Harris, M., Dietrich, S. L. et al. (1997). Role of viral load in heterosexual transmission of human immunodeficiency virus type 1 by blood transfusion recipients. Transfusion Safety Study Group. *American Journal of Epidemiology*, *146*, 655–661.
- Osgood, C. E., Suci, G. J. & Tannenbaum, P. H. (1957). *The measurement of meaning*. Urbana IL: University of Illinois Press.
- Ostermann, J., Reddy, E. A., Shorter, M. M., Muiruri, C., Mtalo, A., Itemba, D. K. et al. (2011). Who tests, who doesn't, and why? Uptake of mobile HIV counseling and testing in the Kilimanjaro Region of Tanzania. *PLoS One*, *6* (1), e16488.
- Ouellette-Kuntz, H., Burge, P., Brown, H. K. & Arsenault, E. (2010). Public attitudes towards individuals with intellectual disabilities as measured by the concept of social distance. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, *23*, 132-142.
- Pachankis, J.E. (2007). The psychological implications of concealing a stigma: A cognitive-affective-behavioral model. *Psychological Bulletin*, *13*, 328-345.
- Page, S. (1999). Accommodating persons with AIDS: Acceptance and rejection in rental situations. *Journal of Applied Social Psychology*, *29*, 261–270.
- Palella, F. J., Delaney, K. M., Moorman, A. C., Loveless, M. O., Fuhrer, J., Satten, G. A. et al. (1998). Declining morbidity and mortality among patients with advanced human immunodeficiency virus infection. HIV Outpatient Study Investigators. *New England Journal of Medicine*, *338*, 853–860.
- Pan, A.-W., Chung, L., Fife, B. L. & Hsiung, P.-C. (2007). Evaluation of the psychometrics of the Social Impact Scale: a measure of stigmatization. *International Journal of Rehabilitation Research*, *30*, 235–238.
- Parker, R. & Aggleton, P. (2003). HIV and AIDS-related stigma and discrimination: A conceptual framework and implications for action. *Social Science & Medicine*, *57*, 13–24.
- Paruk, Z., Mohamed, S.D., Patel, C. & Ramgoon, S. (2006). Compassion or condemnation? South African students' attitudes to people with HIV/AIDS. *Journal of Social Aspects of HIV/AIDS*, *3*, 510-515.
- Paxton, S. (2002). The paradox of public HIV disclosure. *AIDS Care*, *14*, 559–567.
- Pearson, C. R., Micek, M. A., Simoni, J. M., Hoff, P. D., Matediana, E., Martin, D. P. et al. (2007). Randomized control trial of peer-delivered, modified directly observed therapy for HAART in Mozambique. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, *46*, 238–244.
- Peltzer, K. & Ramlagan, S. (2011). Perceived stigma among patients receiving antiretroviral therapy: A prospective study in KwaZulu-Natal, South Africa. *AIDS Care*, *23*, 60–68.
- Peretti-Watel, P., Spire, B., Obadia, Y. & Moatti, J.-P. (2007). Discrimination against HIV-infected people and the spread of HIV: some evidence from France. *PLoS One*, *2* (5), e411.
- Peretti-Watel, P., Spire, B., Pierret, J., Lert, F., Obadia, Y. & The VESPA Group (2006). Management of HIV-related stigma and adherence to HAART: Evidence from a large representative sample of outpatients attending French hospitals (ANRS-EN12-VESPA 2003). *AIDS Care*, *18*, 254-261.

- Persson, A. (2005). Facing HIV: Body shape change and the (in)visibility of illness. *Medical Anthropology*, 24, 237-264.
- Petersen, J. L. & Hyde, J. S. (2010). A meta-analytic review of research on gender differences in sexuality, 1993–2007. *Psychological Bulletin*, 136, 21-38.
- Petersen, L.-E. & Six-Materna, I. (2006). Stereotype. In H.-W. Bierhoff & D. Frey (Hrsg.), *Handbuch der Sozialpsychologie und Kommunikationspsychologie* (S. 430-436). Göttingen: Hogrefe.
- Peterson, S., Martins, C. R. & Cofrancesco Jr., J. (2008). Lipodystrophy in the Patient with HIV: Social, Psychological, and Treatment Considerations. *Aesthetic Surgery Journal*, 28, 443-451.
- Petticrew, M. & Roberts, H. (2006). *Systematic reviews in the social sciences. A practical guide*. Malden, MA: Blackwell Publishers.
- Pettigrew, T. F. & Meertens, R. W. (1995). Subtle and blatant prejudice in Western Europe. *European Journal of Social Psychology*, 25, 57-75.
- Pettigrew, T. F. & Tropp, L. R. (2006). A meta-analytic test of intergroup contact theory. *Journal of Personality and Social Psychology*, 90, 751–783.
- Pettigrew, T. F. & Tropp, L. R. (2005). Allport's intergroup contact hypothesis: Its history and influence. In J.F. Dovidio, P. Glick & L.A. Rudman (Hrsg.), *On the nature of prejudice: Fifty years after Allport* (S. 262-277). Malden, MA: Blackwell.
- Pettigrew, T. F. & Meertens, R. W. (2006). Subtle and blatant prejudice in Western Europe. *European Journal of Social Psychology*, 25, 57-75.
- Pharris, A., Hoa, N. P., Tishelman, C., Marrone, G., Kim Chuc, N. T., Brugha, R. et al. (2011). Community patterns of stigma towards persons living with HIV: a population-based latent class analysis from rural Vietnam. *BMC Public Health*, 11, 705.
- Phelan, J. C., Link, B. G. & Dovidio, J. F. (2008). Stigma and prejudice: one animal or two? *Social Science & Medicine*, 67, 358-367.
- Phillips, K. D. (2011). Conceptual development of an instrument to measure the internalized stigma of AIDS based on the Roy adaptation model. *Nursing Science Quarterly*, 24, 306-310.
- Phillips, K. D., Moneyham, L. & Tavakoli, A. (2011). Development of an instrument to measure internalized stigma in those with HIV/AIDS. *Issues in Mental Health Nursing*, 32, 359-366.
- Pierce, G. R., Sarason, I. G. & Sarason, B. R. (1996). Coping and social support. In M. Zeidner & N. S. Endler (Hrsg.), *Handbook of Coping: Theory, Research, Applications* (S. 434–451). New York: John Wiley & Sons.
- Pinel, E. C. (1999). Stigma consciousness: The psychological legacy of social stereotypes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76, 114-128.
- Pitpitan, E. V., Kalichman, S. C., Eaton, L. A., Cain, D., Sikkema, K. J., Skinner, D. et al. (2012). AIDS-related stigma, HIV testing, and transmission risk among patrons of informal drinking places in Cape Town, South Africa. *Annals of Behavioral Medicine*, 43, 362–371.
- Plant, E. A. & Devine, P. G. (1998). Internal and external motivation to respond without prejudice. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 811-832.
- Policy Project (2003). *Siyam'Kela - HIV/AIDS stigma indicators: a tool for measuring the progress of HIV/AIDS stigma mitigation*. Cape Town: Policy Project South Africa.

- Poling, A., Redmon, W. K. & Burnette, M. M. (1990). Stigmatization of AIDS patients by college students in lower-division psychology classes. *Journal of College Student Development*, 31, 64-70.
- Powers, K. A., Poole, C., Pettifor, A. E. & Cohen, M. S. (2008). Rethinking the heterosexual infectivity of HIV-1: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infectious Diseases*, 8 (9), 553–563.
- Prachakul, W., Grant, J. S. & Keltner, N. L. (2007). Relationships among functional social support, HIV-related stigma, social problem solving, and depressive symptoms in people living with HIV: a pilot study. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 18 (6), 67-76.
- Prestage, G., Down, I. A., Bradley, J., McCann, P. D., Brown, G., Jin, F. & Hurley, M. (2012). Is Optimism Enough? Gay Men's Beliefs About HIV and Their Perspectives on Risk and Pleasure. *Sexually Transmitted Diseases*, 39, 167-172.
- Preston, D. B., Young, E. W., Koch, P. B. & Forti, E. M. (1995). The Nurses' Attitudes About AIDS Scale (NAAS): development and psychometric analysis. *AIDS Education and Prevention*, 7, 443–454.
- Price, V. & Hsu, M. L. (1992). Public opinion about AIDS policies. The role of misinformation and attitudes toward homosexuals. *Public Opinion Quarterly*, 56, 29-52.
- Pryor, J. B., Reeder, G. D. & Landau, S. (1999). A social-psychological analysis of HIV-related stigma: A two-factor theory. *American Behavioral Scientist*, 42, 1193–1211.
- Pryor, J. B., Reeder, G. D. & McManus, J. A. (1991). Fear and loathing in the workplace: Reactions to AIDS-infected co-workers. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 17, 133-139.
- Pryor, J. B., Reeder, G. D., Vinacco, R. & Kott, T. L. (1989). The instrumental and symbolic functions of attitudes toward persons with AIDS. *Journal of Applied Social Psychology*, 19, 377-404.
- Pulerwitz, J., Michaelis, A. P., Lippman, S. A., Chinaglia, M. & Díaz, J. (2008). HIV-related stigma, service utilization, and status disclosure among truck drivers crossing the Southern borders in Brazil. *AIDS Care*, 20, 764–770.
- Qian, H.-Z., Wang, N., Dong, S., Chen, H., Zhang, Y., Chamot, E. et al. (2007). Association of misconceptions about HIV transmission and discriminatory attitudes in rural China. *AIDS Care*, 19, 1283–1287.
- Quinn, T. C., Wawer, M. J., Sewankambo, N., Serwadda, D., Li, C., Wabwire-Mangen, F. et al. (2000). Viral load and heterosexual transmission of human immunodeficiency virus type 1. Rakai Project Study Group. *New England Journal of Medicine*, 342, 921–929.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale. A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401.
- Ragni, M. V., Faruki, H. & Kingsley, L. A. (1998). Heterosexual HIV-1 transmission and viral load in hemophilic patients. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes & Human Retrovirology*, 17, 42–45.
- Raja, S. & Stokes, J. P. (1998). Assessing attitudes toward lesbians and gay men: The modern homophobia scale. *International Journal of Sexuality and Gender Studies*, 3, 113-134.

- Rankin, W. W., Brennan, S., Schell, E., Laviwa, J. & Rankin, S. H. (2005). The stigma of being HIV-positive in Africa. *PLoS Medicine* 2(8), e247.
- Rao, D., Feldman, B. J., Fredericksen, R. J., Crane, P. K., Simoni, J. M., Kitahata, M. M. et al. (2012). A structural equation model of HIV-related stigma, depressive symptoms, and medication adherence. *AIDS and Behavior*, 16, 711–716.
- Rao, D., Kekwaletswe, T. C., Hosek, S., Martinez, J. & Rodriguez, F. (2007). Stigma and social barriers to medication adherence with urban youth living with HIV. *AIDS Care*, 19, 28–33.
- Reece, M., Tanner, A. E., Karpiak, S. E. & Coffey, K. (2007). The impact of HIV-related stigma on HIV care and prevention providers. *Journal of HIV/AIDS & Social Services*, 6 (3), 55–73.
- Reeder, G. D. & Pryor, J. B. (2000). Attitudes toward persons with HIV/AIDS: Linking a functional approach with underlying process. In G. Maio & J. Olson (Hrsg.), *Why we evaluate: Functions of attitudes* (S. 295-323). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Reidpath, D. D. & Chan, K. Y. (2005). A method for the quantitative analysis of the layering of HIV-related stigma. *AIDS Care*, 17, 425-432.
- Reidpath, D. D. & Chan, K. Y. (2006). HIV, stigma, and rates of infection: a rumour without evidence. *PLoS Medicine*, 3 (10), e435.
- Reips, U.-D. (2002a). Standards for Internet-based experimenting. *Experimental Psychology*, 49, 243-256.
- Reips, U.-D. (2002b). Theory and techniques of conducting Web experiments. In B. Batinic, U.-D. Reips & M. Bosnjak (Hrsg.), *Online social sciences* (S. 229-250). Seattle: Hogrefe & Huber.
- Reips, U.-D. (2008). How Internet-mediated research changes science. In A. Barak (Hrsg.), *Psychological aspects of cyberspace: Theory, research, applications* (S. 268-294). Cambridge: Cambridge University Press.
- Riggs, S. A., Vosvick, M. & Stallings, S. (2007). Attachment style, stigma and psychological distress among HIV+ adults. *Journal of Health Psychology*, 12, 922–936.
- Riley, G. A. & Baah-Odoom, D. (2010). Do stigma, blame and stereotyping contribute to unsafe sexual behaviour? A test of claims about the spread of HIV/AIDS arising from social representation theory and the AIDS risk reduction model. *Social Science & Medicine*, 71, 600–607.
- Riley, G. A. & Baah-Odoom, D. (2012). Belief in a just world, generalised self-efficacy and stigma may contribute to unsafe sexual intentions via a reduced perception of vulnerability to HIV/AIDS amongst young people in Ghana. *AIDS Care*, 24, 642–648.
- Rivera, S., Briggs, W., Qian, D. & Sattler, F.R. (1998). Levels of HIV RNA are quantitatively related to prior weight loss in HIV-associated wasting. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes & Human Retrovirology*, 17, 411-418.
- Robert-Koch-Institut (2012). Schätzung der Prävalenz und Inzidenz von HIV-Infektionen in Deutschland, Stand Ende 2012, *Epidemiologisches Bulletin* (47/2012), 465-472.
- Rogers, R. W. (1975). A protection motivation theory of fear appeals and attitude change. *Journal of Psychology*, 91, 93-114.
- Romer, D. & Bock, M. (2008). Reducing the stigma of mental illness among adolescents and young adults: the effects of treatment information. *Journal of Health Communication*, 13, 742–758.

- Rosario, M., Rotheram-Borus, M. J. & Reid, H. (1996). Gay-related stress and its correlates among gay and bisexual male adolescents of predominantly Black and Hispanic background. *Journal of Community Psychology*, 24, 136–159.
- Rosenbrock, R. (2012, 11. Mai). *Selbstbestimmung fördert die Gesundheit* [Interview, Blogpost]. Zugriff unter <http://blog.aidshilfe.de/2012/05/11/selbstbestimmung-fordert-die-gesundheit/>
- Rosenbrock, R., Dubois-Arber, F., Moers, M., Pinell, P., Schaeffer, D. & Setbon, M. (2000). The normalization of AIDS in Western European countries. *Social Science & Medicine*, 50, 1607–1629.
- Rosenbrock, R. & Schaeffer, D. (Hrsg.) (2002). *Die Normalisierung von Aids. Politik – Prävention – Krankenversorgung*. Berlin: edition sigma.
- Rosenstock, I.M. (1966). Why people use health services. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 44 (3), 94–124.
- Roura, M., Urassa, M., Busza, J., Mbata, D., Wringe, A. & Zaba, B. (2009). Scaling up stigma? The effects of antiretroviral roll-out on stigma and HIV testing. Early evidence from rural Tanzania. *Sexually Transmitted Infections*, 85, 308–312.
- Roy, C. & Andrews, H. A. (1999). *The Roy adaptation model* (2. Aufl.). Stamford, CT: Appleton & Lange.
- Rozin, P., Grant, H., Weinberg, S. & Parker, S. (2007). “Head versus heart”: Effect of monetary frames on expression of sympathetic magical concerns. *Judgment and Decision Making*, 2, 217–224.
- Rozin, P., Markwith, M. & Nemeroff, C. (1992). Magical Contagion Beliefs and Fear of AIDS. *Journal of Applied Social Psychology*, 22, 1081–1092.
- Ruel, E. & Campbell, R. T. (2006). Homophobia and HIV/AIDS: Attitude change in the face of an epidemic. *Social Forces*, 84, 2167–2178.
- Rutledge, S. E., Whyte, J., Abell, N., Brown, K. M. & Cesnales, N. I. (2011). Measuring stigma among health care and social service providers: The HIV/AIDS Provider Stigma Inventory. *AIDS Patient Care and STDs*, 25, 673–682.
- Sander, D. (2012). *Strategien der Entstigmatisierung am Beispiel der Kampagne ICH WEISS WAS ICH TU*. Vortrag auf dem 17. Kongress Armut und Gesundheit, 10. März 2012, Berlin.
- Sayles, J. N., Hays, R. D., Sarkisian, C. A., Mahajan, A. P., Spritzer, K. L. & Cunningham, W. E. (2008). Development and psychometric assessment of a multidimensional measure of internalized HIV stigma in a sample of HIV-positive adults. *AIDS and Behavior*, 12, 748–758.
- Sayles, J. N., Wong, M. D., Kinsler, J. J., Martins, D. & Cunningham, W. E. (2009). The association of stigma with self-reported access to medical care and antiretroviral therapy adherence in persons living with HIV/AIDS. *Journal of General Internal Medicine*, 24, 1101–1108.
- Scambler, G. (1989). *Epilepsy*. London: Routledge.
- Scandlyn, J. (2000). When AIDS became a chronic disease. *Western Journal of Medicine*, 172, 130–133.
- Schiappa, E., Gregg, P. B. & Hewes, D. E. (2005). The Parasocial Contact Hypothesis. *Communication Monographs*, 72 (1), 92–115.

- Schiappa, E., Gregg, P. B. & Hewes, D. E. (2006). Can One TV Show Make a Difference? Will & Grace and the Parasocial Contact Hypothesis. *Journal of Homosexuality*, 51 (4), 15–37.
- Seacat, J. D., Hirschman, R. & Mickelson, K. D. (2007). Attributions of HIV onset controllability, emotional reactions, and helping intentions: Implicit effects of victim sexual orientation. *Journal of Applied Social Psychology*, 37, 1442-1461.
- Sears, D. O. & Henry, P. J. (2005). Over thirty years later: A contemporary look at symbolic racism. *Advances in Experimental Social Psychology*, 37, 95-150.
- Sears, D. O. (1986). College sophomores in the laboratory: Influences of a narrow data base on social psychology's view of human nature. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 515-530.
- Secord, P. F. & Backman, C. W. (1974). *Social Psychology*., 2. Aufl.. Tokyo: McGraw-Hill.
- Sengupta, S., Banks, B., Jonas, D., Miles, M. S. & Smith, G. C. (2011). HIV interventions to reduce HIV/AIDS stigma: A systematic review. *AIDS and Behavior*, 15, 1075–1087.
- Shapiro, P. D. (2005). How close is too close?: The negative relationship between knowledge of HIV transmission routes and social distancing tendencies. *The Social Science Journal*, 42, 629-637.
- Shilts, R. (1987) *And the band played on. Politics, people and the AIDS epidemic*. New York City, USA: St. Martin's Press.
- Shrum, J. C., Turner, N. H. & Bruce, K. E. (1989). Development of an instrument to measure attitudes toward acquired immune deficiency syndrome. *AIDS Education and Prevention*, 1, 222–230.
- Sibley, C. G. & Duckitt, J. (2008). Personality and prejudice: A meta-analysis and theoretical review. *Personality and Social Psychology Review*, 12, 248-279.
- Sidanius, J. & Pratto, F. (1999). *Social dominance: An intergroup theory of social hierarchy and oppression*. Cambridge University Press: New York.
- Siegel, K. & Lekas, H.-M. (2002). AIDS as a chronic illness: psychosocial implications. *AIDS*, 16 (Suppl 4), S69-76.
- Siegel, K., Lune, H. & Meyer, I. (1998). Stigma management among gay/bisexual men with HIV/AIDS. *Qualitative Sociology*, 21(1), 3–24.
- Simbayi, L. C., Kalichman, S. C., Strebel, A., Cloete, A., Henda, N. & Mqeketo, A. (2007a). Internalized stigma, discrimination, and depression among men and women living with HIV/AIDS in Cape Town, South Africa. *Social Science & Medicine*, 64, 1823–1831.
- Simbayi, L. C., Kalichman, S. C., Strebel, A., Cloete, A., Henda, N. & Mqeketo, A. (2007b). Disclosure of HIV status to sex partners and sexual risk behaviours among HIV-positive men and women, Cape Town, South Africa. *Sexually Transmitted Infections*, 83, 29-34.
- Smart, L. & Wagner, D. M. (2000). The hidden cost of hidden stigma. In T.F. Heatherton, R.E. Kleck, M.R. Hebl & J.G. Hull (Hrsg.), *The social psychology of stigma* (S. 220-242). New York: Guilford Press.
- Smit, P. J., Brady, M., Carter, M., Fernandes, R., Lamore, L., Meulbroek, M. et al. (2012). HIV-related stigma within communities of gay men: A literature review. *AIDS Care*, 24, 405–412.

- Smith, D. M. & Mathews, W. C. (2007). Physicians' attitudes toward homosexuality and HIV: survey of a California Medical Society- revisited (PATHH-II). *Journal of Homosexuality*, 52 (3-4), 1–9.
- Snyder, M. & Miene, P. (1994). On the functions of stereotype and prejudice. In M.P. Zanna & J.M. Olson (Hrsg.), *The psychology of prejudice* (S.33-54). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Sontag, S. (1978). *Illness as Metaphor*. New York: Farrar, Straus and Giroux.
- Sontag, S. (1989). *AIDS and Its Metaphors*. New York: Farrar, Straus and Giroux.
- Sowell, R. L., Lowenstein, A., Moneyham, L., Demi, A., Mizuno, Y. & Seals, B. F. (1997). Resources, stigma, and patterns of disclosure in rural women with HIV infection. *Public Health Nursing*, 14, 302–312.
- Sperling, R. S., Shapiro, D. E., Coombs, R. W., Todd, J. A., Herman, S. A., McSherry, G. D. et al. (1996). Maternal Viral Load, Zidovudine Treatment, and the Risk of Transmission of Human Immunodeficiency Virus Type 1 from Mother to Infant. *New England Journal of Medicine*, 335, 1621–1629.
- St. Lawrence, J. S., Husfeldt, B. A., Kelly, J. A. & Hood, H. V. (1990). The stigma of AIDS: Fear of disease and prejudice toward gay men. *Journal of Homosexuality*, 19 (3), 85-101.
- St. Lawrence, J. S., Kelly, J. A., Owen, A. D. & Hogan, I. G. (1990). Psychologists' attitudes toward AIDS. *Psychology & Health*, 4, 357-365.
- Stangor, C. & Crandall, C. S. (2000). Threat and the social construction of stigma. In T. F. Heatherton, R. E. Kleck, M. R. Hebl & J. G. Hull (Hrsg.), *The social psychology of stigma* (S. 62-87). New York: Guilford Press.
- Starks, H., Simoni, J., Zhao, H., Huang, B., Fredriksen-Goldsen, K., Pearson, C. et al. (2008). Conceptualizing antiretroviral adherence in Beijing, China. *AIDS Care*, 20, 607–614.
- Statistisches Bundesamt (2012). *Statistisches Jahrbuch. Deutschland und Internationales 2012*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Steele, C. M. & Aronson, J. (1995). Stereotype threat and the intellectual test performance of African Americans. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 797–811.
- Stein, J. A. & Li, L. (2008). Measuring HIV-related stigma among Chinese service providers: Confirmatory factor analysis of a multidimensional scale. *AIDS and Behavior*, 12, 789–795.
- Sterne, J. A. C., Hernan, M. A., Ledergerber, B., Tilling, K., Weber, R., Sendi, P. et al. (2005). Long-term effectiveness of potent antiretroviral therapy in preventing AIDS and death: a prospective cohort study. *Lancet*, 366 (9483), 378–384.
- Strack, F. & Deutsch, R. (2004). Reflective and impulsive determinants of social behavior. *Personality and Social Psychology Review*, 8, 220-247.
- Stuart H. (2005). Fighting stigma and discrimination is fighting for mental health. *Canadian Public Policy*, 31, S21–S28.
- Stuart, H. (2008). Building an evidence base for anti-stigma programming. In J. Arboleda-Flórez & N. Sartorius (Hrsg.), *Understanding the Stigma of Mental Illness. Theory and Interventions* (S. 135-145). Chichester: Wiley.

- Stuber, J. & Meyer, B. L. (2008). Stigma, prejudice, discrimination and health. *Social Science & Medicine*, 67, 351-357.
- Stürmer, S. & Salewski, C. (2009). Chronische Krankheit als Stigma: Das Beispiel HIV/AIDS. In A. Beelmann & K. J. Jonas (Hrsg.), *Diskriminierung und Toleranz. Psychologische Grundlagen und Anwendungsperspektiven* (S. 263-282). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Stutterheim, S. E., Bos, A. E. R., Pryor, J. B., Brands, R., Liebrechts, M. & Schaalma, H. P. (2011). Psychological and social correlates of HIV status disclosure: The significance of stigma visibility. *AIDS Education and Prevention* 23, 382-392.
- Sullivan, R. (1983, July 29). City takes Haitians off list of high-risk AIDS groups. *New York Times*, S. B3.
- Sullivan, S. G., Xu, J., Feng, Y., Su, S., Xu, C., Ding, X. et al. (2010). Stigmatizing attitudes and behaviors toward PLHA in rural China. *AIDS Care*, 22, 104-111.
- Sumari-de Boer, I. M., Sprangers, M. A. G., Prins, J. M. & Nieuwkerk, P. T. (2012). HIV stigma and depressive symptoms are related to adherence and virological response to antiretroviral treatment among immigrant and indigenous HIV infected patients. *AIDS and Behavior*, 16, 1681-1689.
- Tajfel, H. & Turner, J. C. (1979). An integrative theory of intergroup conflict. In W. G. Austin & S. Worchel (Hrsg.), *The social psychology of intergroup relations* (S. 33-47). Monterey, CA: Brooks/Cole.
- The Stigma Project (o. Jahr). *Our vision* [Online-Dokument]. Zugriff unter <http://www.thestigmaproject.org/#!mission-and-vision/c13b5>
- Thomas, B. E., Rehman, F., Suryanarayanan, D., Josephine, K., Dilip, M., Dorairaj, V. S. et al. (2005). How stigmatizing is stigma in the life of people living with HIV: A study on HIV positive individuals from Chennai, South India. *AIDS Care*, 17, 795-801.
- Turan, J. M., Bukusi, E. A., Onono, M., Holzemer, W. L., Miller, S. & Cohen, C. R. (2011). HIV/AIDS stigma and refusal of HIV testing among pregnant women in rural Kenya: Results from the MAMAS Study. *AIDS and Behavior*, 15, 1111-1120.
- Tyer-Viola, L. A. & Duffy, M. E. (2010). The Pregnant Women with HIV Attitude Scale: Development and initial psychometric evaluation. *Journal of Advanced Nursing*, 66, 1852-1863.
- UNAIDS (2000). *Greater involvement of people living with or affected by HIV/AIDS (GIPA)*. Genf: UNAIDS.
- UNAIDS (2010). *Getting to Zero: 2011-2015 Strategy Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS)*. Genf: UNAIDS.
- UNAIDS (2011). *Universal access to HIV treatment, prevention, care and support* [Online-Dokument]. Zugriff unter <http://www.unaids.org/en/aboutunaids/universalaccesstohivtreatmentpreventionandcareandsupport/>
- UNAIDS (2012). *Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2012*. Genf: UNAIDS.
- UNAIDS/WHO (2003). *Treating 3 million by 2005. Making it happen : the WHO strategy : the WHO and UNAIDS global initiative to provide antiretroviral therapy to 3 million people with*

- HIV/AIDS in developing countries by the end of 2005*. Genf: World Health Organization (WHO).
- United Nations (2001). *Declaration of Commitment on HIV/AIDS*. Verfügbar unter <http://www.un.org/ga/aids/coverage/FinalDeclarationHIVAIDS.html>
- Uys, L. R., Holzemer, W. L., Chirwa, M. L., Dlamini, P. S., Greeff, M., Kohi, T. W. et al. (2009). The development and validation of the HIV/AIDS Stigma Instrument—Nurse (HASI-N). *AIDS Care, 21*, 150–159.
- van Brakel, W. H. (2006). Measuring health-related stigma—a literature review. *Psychology, Health & Medicine, 11*, 307-334.
- van Tam, V., Pharris, A., Thorson, A., Alfven, T. & Larsson, M. (2011). “It is not that I forget, it's just that I don't want other people to know”: Barriers to and strategies for adherence to antiretroviral therapy among HIV patients in Northern Vietnam. *AIDS Care, 23*, 139–145.
- Vanable, P. A., Carey, M. P., Blair, D. C. & Littlewood, R. A. (2006). Impact of HIV-related stigma on health behaviors and psychological adjustment among HIV-positive men and women. *AIDS and Behavior, 10*, 473–482.
- Vanable, P. A., Carey, M. P., Brown, J. L., Littlewood, R. A., Bostwick, R. & Blair, D. (2012). What HIV-positive MSM want from sexual risk reduction interventions: findings from a qualitative study. *AIDS and Behavior, 16*, 554-563.
- Vance, D. E. (2006). Self-rated emotional health in adults with and without HIV. *Psychological Reports, 98*, 106–108.
- Varas-Díaz, N. & Neilands, T. B. (2009). Development and validation of a culturally appropriate HIV/AIDS stigma scale for Puerto Rican health professionals in training. *AIDS Care, 21*, 1259–1270.
- Venkatesh, K. K., Madiba, P., Bruyn, G. de, Lurie, M. N., Coates, T. J. & Gray, G. E. (2011). Who gets tested for HIV in a South African urban township? Implications for test and treat and gender-based prevention interventions. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes, 56*, 151–165.
- Vermeer, W., Bos, A. E. R., Mbwambo, J., Kaaya, S. & Schaalma, H. P. (2009). Social and cognitive variables predicting voluntary HIV counseling and testing among Tanzanian medical students. *Patient Education and Counseling, 75*, 135–140.
- Vernazza, P. (2008a, März). Weshalb veröffentlicht die Eidgenössische Kommission für AIDS-Fragen ein Papier über das vernachlässigbare Risiko einer HIV-Transmission unter HAART? *HIV&more*, 18-19.
- Vernazza, P. (2008b). Die HIV-Prävention wird einfacher – also komplexer! *Schweizerische Ärztezeitung, 89*(5), 163-164.
- Vernazza, P., Hirschel, B., Bernasconi, E. & Flepp, M. (2008). HIV-infizierte Menschen ohne andere STD sind unter wirksamer antiretroviraler Therapie sexuell nicht infektiös. *Schweizerische Ärztezeitung, 89*(5), 165-169.
- Vierneisel, C. (2012). *Positive Stimmen verschaffen sich Gehör. Die Umsetzung des PLHIV Stigma Index in Deutschland*. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e. V.

- Visser, M. J., Kershaw, T., Makin, J. D. & Forsyth, B. W. C. (2008). Development of parallel scales to measure HIV-related stigma. *AIDS and Behavior*, *12*, 759–771.
- Visser, M. J., Makin, J. D., Vandormael, A., Sikkema, K. J. & Forsyth, B. W. C. (2009). HIV/AIDS stigma in a South African community. *AIDS Care*, *21*, 197–206.
- Vittinghoff, E., Scheer, S., O'Malley, P., Colfax, G., Holmberg, S. D. & Buchbinder, S. P. (1999). Combination antiretroviral therapy and recent declines in AIDS incidence and mortality. *Journal of Infectious Diseases*, *179*, 717–720.
- Volk, J. E. & Koopman, C. (2001). Factors associated with condom use in Kenya: A test of the Health Belief Model. *AIDS Education and Prevention*, *13*, 495–508.
- von Collani, G., Grumm, M. & Streicher, K. (2010). An investigation of the determinants of stigmatization and prejudice toward people living with HIV/AIDS. *Journal of Applied Social Psychology*, *40*, 1747-1766.
- Wagner, G. J., Ghosh-Dastidar, B., Holloway, I. W., Kityo, C. & Mugenyi, P. (2012). Depression in the pathway of HIV antiretroviral effects on sexual risk behavior among patients in Uganda. *AIDS and Behavior*, *16*, 1862-1869.
- Walkup, J., Cramer, L. J. & Yeras, J. (2004). How Is Stigmatization Affected by the 'Layering' of Stigmatized Conditions, Such as Serious Mental Illness and HIV? *Psychological Reports*, *95*, 771-779.
- Wang, L., Zeng, G., Luo, J., Duo, S., Xing, G., Guo-Wei, D. et al. (2010). HIV transmission risk among serodiscordant couples: a retrospective study of former plasma donors in Henan, China. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, *55*, 232–238.
- Ware, N. C., Wyatt, M. A. & Tugenberg, T. (2006). Social relationships, stigma and adherence to antiretroviral therapy for HIV/AIDS. *AIDS Care*, *18*, 904–910.
- Weber, R. & Crocker, J. (1983). Cognitive processes in the revision of stereotypic beliefs. *Journal of Personality and Social Psychology*, *45*, 961-977.
- Weinberg, G. (1972). *Society and the healthy homosexual*. New York: St. Martin's.
- Weiner, B. (1980). A cognitive-(attribution)-emotion-action model of motivated behavior. An analysis of judgements of help-giving. *Journal of Personality and Social Psychology*, *39*, 186-200.
- Weiner, B. (1995). *Judgments of responsibility*. New York: Guilford.
- Weiner, B., Perry, R.P. & Magnusson, J. (1988). An attributional analysis of reactions to stigmas. *Journal of Personality and Social Psychology*, *55*, 738-748.
- Weiss, M. G., Ramakrishna, J. & Somma, D. (2006). Health-related stigma: Rethinking concepts and interventions. *Psychology, Health & Medicine*, *11*, 277-287.
- Wen, Y.-f., Wang, H.-d., Zhao, C.-x., Yao, Y.-s., Ye, D.-q. & Jiang, Z.-j. (2011). Association of HIV transmissions and non-transmission knowledge with negative attitudes to HIV/AIDS. *Chinese Medical Journal (Engl)*, *124*, 537-540.
- West, A. M., Davis-Lagrow, P., Leasure, R. & Allen, P. (1998). Low versus high prevalence of AIDS: effect on nursing students' attitudes and knowledge. *AIDS Patient Care STDS*, *12*, 51–60.
- Whitley Jr, B. E. (2009). Religiosity and attitudes toward lesbians and gay men: A meta-analysis. *International Journal for the Psychology of Religion*, *19*, 21-38.

- Wicht, H. (2013). Das Strafrecht ist keine Lösung. Zum Plädoyer der Deutschen AIDS-Hilfe für die Entkriminalisierung der (potenziellen) HIV-Übertragung. *Zeitschrift für Sexualforschung*, 26, 44-52.
- Wills, T. A. (1981). Downward comparison principles in social psychology. *Psychological Bulletin*, 90, 245-271.
- Wilson, D. P., Grulich, A. E. & Boyd, M. (2011). Overly optimistic forecasts for the impact of treatment of HIV prevention for men who have sex with men. *Clinical Infectious Diseases*, 53, 611–612.
- Wilson, D. P., Law, M. G., Grulich, A. E., Cooper, D. A. & Kaldor, J. M. (2008). Relation between HIV viral load and infectiousness: a model-based analysis. *Lancet*, 372 (9635), 314–320.
- Wolfe, W. R., Weiser, S. D., Leiter, K., Steward, W. T., Percy-de Korte, F., Phaladze, N. et al. (2008). The impact of universal access to antiretroviral therapy on HIV stigma in Botswana. *American Journal of Public Health*, 98, 1865–1871.
- Wolitski, R. J., Pals, S. L., Kidder, D. P., Courtenay-Quirk, C. & Holtgrave, D. R. (2009). The effects of HIV stigma on health, disclosure of HIV status, and risk behavior of homeless and unstably housed persons living with HIV. *AIDS and Behavior*, 13, 1222–1232.
- Wong, K. H., Chan, K. C. W. & Lee, S. S. (2004). Delayed progression to death and to AIDS in a Hong Kong cohort of patients with advanced HIV type 1 disease during the era of highly active antiretroviral therapy. *Clinical Infectious Diseases*, 39, 853–860.
- Würdemann, U. (2011, 22. Juli). "treatment as prevention" – Konzept mit latent freiheitseinschränkenden Tendenzen? [Blogeintrag]. Zugriff unter <http://www.ondamaris.de/?p=27537>.
- Yahaya, L. A., Jimoh, A. A. G. & Balogun, O. R. (2010). Factors hindering acceptance of HIV/AIDS voluntary counseling and testing (VCT) among youth in Kwara State, Nigeria. *African Journal of Reproductive Health*, 14, 159–164.
- Yang, H., Li, X., Stanton, B., Fang, X., Lin, D., Mao, R. et al. (2004). Willingness to Participate in HIV/STD Prevention Activities among Chinese Rural-To-Urban Migrants. *AIDS Education and Prevention*, 16, 557–570.
- Yang, J.-h., Wang, P. & Yuan, B. (2010). Development of HIV-Related Stigma Questionnaire. *Chinese Journal of Clinical Psychology*, 18, 304–306.
- Yang, L. H., Link, B. G. & Phelan, J. C. (2008). Stigma measurement approaches: conceptual origins and current applications. In J. Arboleda-Flórez & N. Sartorius (Hrsg.), *Understanding the Stigma of Mental Illness. Theory and Interventions* (S. 175-192). Chichester: Wiley.
- Yep, G. A. (1997). Changing homophobic and heterosexist attitudes: an overview of persuasive communication approaches. In J. T. Sears & W. L. Williams (Hrsg.), *Overcoming heterosexism and homophobia. Strategies that work* (S. 49-64). New York: Columbia University Press.
- Young, S. D., Hlavka, Z., Modiba, P., Gray, G., van Rooyen, H., Richter, L. et al. (2010). HIV-related stigma, social norms, and HIV testing in Soweto and Vulindlela, South Africa: National Institutes of Mental Health Project Accept (HPTN 043). *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 55, 620–624.

- Zelaya, C. E., Sivaram, S., Johnson, S. C., Srikrishnan, A. K., Solomon, S. & Celentano, D. D. (2008). HIV/AIDS stigma: Reliability and validity of a new measurement instrument in Chennai, India. *AIDS and Behavior*, *12*, 781–788.
- Zelaya, C. E., Sivaram, S., Johnson, S. C., Srikrishnan, A. K., Suniti, S. & Celentano, D. D. (2012). Measurement of self, experienced, and perceived HIV/AIDS stigma using parallel scales in Chennai, India. *AIDS Care*, *24*, 846–855.

## **Anhang**

I Informationstext

II Vignetten

III Items der Skalen  $D_S$  und  $D_I$

IV Items der Skalen  $S_I$  und  $S_S$

V Ergebnisse der Faktorenanalysen

VI Verteilung der Variable Alter mit Ausreißerwerten

VII Verteilungen der HIV-spezifischen Variablen

VIII Verteilung der abhängigen Variablen

IX Ausgewählte Auswertungen auf Itemebene

Anhang I: Informationstext

Im Folgenden möchten wir Ihnen einige aktuelle Forschungsergebnisse zur HIV-Infektion präsentieren. Bitte lesen Sie diese aufmerksam durch:

Wie Sie sicher bereits wissen, dringt bei einer HIV-Infektion das HI-Virus in den Körper ein und vermehrt sich dort rasant. Befallen werden durch das Virus bestimmte Zellen, die eine wichtige Rolle im Immunsystem spielen, dies führt zu einer Verschlechterung des Immunsystems und des Gesundheitszustands. Am Ende dieser Entwicklung steht der Ausbruch von AIDS. Unbehandelt stirbt der Betroffene letztendlich an den Folgen der Infektion.

HIV-Medikamente verhindern die Vermehrung des Virus

Seit ungefähr 15 Jahren existieren nun wirksame Medikamente zur Behandlung der HIV-Infektion. Diese Medikamente verhindern, dass sich das HI-Virus im Körper des Infizierten vermehrt. Ohne diese Medikamente kann die Viruslast (d. h. die Menge der Viren im Blut) mehrere Millionen betragen. Wird aber durch eine Behandlung die Vermehrung der Viren verhindert, sinkt die Viruslast bis fast keine Viren mehr im Blut vorhanden sind und der Gesundheitszustand verbessert sich wieder (allerdings überlebt das Virus im Körper, durch die Medikamente wird das Virus nicht aus dem Körper entfernt, der Infizierte wird nicht geheilt.). Die äußerst geringe Anzahl an Viren im Körper des HIV-Infizierten bedeutet zugleich auch, dass der HIV-Positive viel weniger ansteckend ist:

Die Höhe der Viruslast hängt mit der Ansteckungsgefahr zusammen

In mehreren Studien konnte in den vergangenen Jahren gezeigt werden, dass die Höhe der Viruslast nicht nur mit dem Gesundheitszustand in Verbindung steht, sondern auch mit der Wahrscheinlichkeit, mit der man sich bei einer HIV-infizierten Person mit HIV anstecken kann. Je niedriger die Viruslast, umso niedriger ist auch die Möglichkeit sich beim Sex mit dieser Person mit HIV zu infizieren. Bei einer sehr hohen Viruslast ist auch die Ansteckungsgefahr bei dieser Person hoch, d. h. es besteht eine entsprechend höhere Wahrscheinlichkeit, dass das Virus z. B. beim ungeschützten Geschlechtsverkehr übertragen wird. Dieser Zusammenhang ist im Grunde einleuchtend: damit es zu einer Infektion kommt, wird eine gewisse Menge an HI-Viren benötigt. Sind kaum Viren im Körper vorhanden, kann es auch nur sehr unwahrscheinlich zu einer Infektion kommen.

Die Möglichkeit einer Ansteckung bei einem HIV-Infizierten, der HIV-Medikamente nimmt und eine sehr geringe Viruslast hat, ist äußerst gering.

In einer aktuellen Studie wurden die bisherigen Forschungsergebnisse so zusammengefasst: "Das Risiko einer HIV-Infektion durch Personen, die HIV-Medikamente nehmen, ist wahrscheinlich sehr gering". Darüber hinaus hat im Jahr 2008 die Eidgenössische Kommission für AIDS-Fragen, eine schweizerische Regierungskommission, aufgrund der vorliegenden wissenschaftlichen Fakten eine Stellungnahme zu diesem Thema herausgegeben, die auch international große Aufmerksamkeit erregt hat. Die Autoren dieser Stellungnahme schließen aus den vorliegenden Studien, dass unter der regelmäßigen Einnahme der HIV-Medikamente HIV-Infizierte ihren Partner beim (ungeschützten) Geschlechtsverkehr nicht infizieren können.

Auch die deutsche Bundesregierung erklärte vor kurzem:

"Nach derzeitiger Kenntnis muss davon ausgegangen werden, dass von einem effektiv antiretroviral\* behandelten HIV-Infizierten in der Regel kein medizinisch relevantes Infektionsrisiko für seine Sexualpartner ausgeht."

Wenn Sie mehr Informationen zu diesem Thema wünschen, finden Sie die hier genutzten Quellen und Adressen von Internetseiten mit weiteren Informationen am Ende dieser Befragung.

\* "antiretroviral behandelt" meint, dass diese HIV-Infizierten HIV-Medikamente einnehmen

Anhang II: Vignetten

Version hohe Viruslast, Version Christine – männliche Teilnehmer

"Christine lebt in einer deutschen Großstadt. Sie ist Single und lebt allein. Vor 5 Jahren hat sie sich bei ihrem damaligen festen Freund mit HIV infiziert. Christine sieht man ihre Infektion nicht an, sie geht regelmäßig zum Arzt, und nimmt zur Zeit auf Empfehlung ihres Arztes keine Medikamente gegen die HIV-Infektion. Ihre Viruslast ist sehr hoch."

Version niedrige Viruslast, Christine – männliche Teilnehmer

"Christine lebt in einer deutschen Großstadt. Sie ist Single und lebt allein. Vor 5 Jahren hat sie sich bei ihrem damaligen festen Freund mit HIV infiziert. Christine sieht man ihre Infektion nicht an, sie geht regelmäßig zum Arzt und nimmt Medikamente gegen die HIV-Infektion. Ihre Viruslast ist sehr niedrig."

Anhang III: Items der Skalen  $D_S$  und  $D_I$  [Screenshots aus dem Online-Fragebogen]

Freie Universität  Berlin

 Prävention und psychosoziale Gesundheitsforschung

Sie haben bereits 4% des Fragebogens ausgefüllt.  4%

Im Folgenden würden wir gerne von Ihnen wissen, zu welcher Art von Kontakt Sie mit Christine bereit wären.

**Stellen Sie sich dazu bitte vor, Sie wären in einer Situation, in der Sie sich entscheiden müssen, ob Sie mit Christine den jeweils beschriebenen Kontakt haben würden. Wären Sie in der jeweiligen Situation grundsätzlich dazu bereit oder nicht bereit?**

**Wichtig:** Falls Sie eine Partnerin haben, stellen Sie sich bei der Beantwortung der Fragen bitte vor, wie Sie reagieren würden, wenn Sie derzeit keine Partnerin hätten.

**Wären Sie bereit, mit Christine ....**

	1 (dazu wäre ich auf jeden Fall bereit)	2	3	4 (dazu wäre ich auf keinen Fall bereit)
... Tür an Tür zu wohnen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... einen Abend in einer Kneipe zu verbringen und sie näher kennenzulernen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... am Arbeitsplatz zusammenzuarbeiten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... eine lockere Freundschaft/Bekanntschaft einzugehen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... eine enge Freundschaft einzugehen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... eine feste Partnerschaft/Beziehung einzugehen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Zur Erinnerung:  
Christine lebt in einer deutschen Großstadt. Sie ist Single und lebt allein. Vor 5 Jahren hat sie sich bei ihrem damaligen festen Freund mit HIV infiziert. Christine sieht man ihre Infektion nicht an, sie geht regelmäßig zum Arzt und nimmt Medikamente gegen die HIV-Infektion. Ihre Viruslast ist sehr niedrig.

Abbildung 7: Items der Skalen  $D_S$  und  $D_I$ , Teil 1 [Screenshot aus der Online-Befragung]

Sie haben bereits 4% des Fragebogens ausgefüllt.  4%

Nun würden wir noch gerne von Ihnen wissen, zu welcher Art von *körperlichen* Kontakt Sie mit Christine bereit wären.

**Stellen Sie sich dazu bitte wieder vor, Sie wären in einer Situation, in der Sie sich entscheiden müssen, ob Sie mit Christine den jeweils beschriebenen Kontakt haben würden. Wären Sie in der jeweiligen Situation grundsätzlich dazu bereit oder nicht bereit?**

**Wichtig:** Falls Sie eine Partnerin haben, stellen Sie sich auch bei der Beantwortung dieser Fragen bitte vor, wie Sie reagieren würden, wenn Sie derzeit keine Partnerin hätten.

**Wären Sie bereit, ...**

	1 (dazu wäre ich auf jeden Fall bereit)	2	3	4 (dazu wäre ich auf keinen Fall bereit)
... Christine eine Hand zur Begrüßung zu geben?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... Christine einen Kuss auf die Wange zu geben?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... Christine einen Kuss auf den Mund zu geben?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... sich von Christine massieren lassen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... mit Christine sexuellen Kontakt ohne Penetration (Petting) zu haben?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... mit Christine sexuellen Kontakt mit einem Kondom zu haben?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... mit Christine sexuellen Kontakt ohne ein Kondom zu haben?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Zur Erinnerung:

*Christine lebt in einer deutschen Großstadt. Sie ist Single und lebt allein. Vor 5 Jahren hat sie sich bei ihrem damaligen festen Freund mit HIV infiziert. Christine sieht man ihre Infektion nicht an, sie geht regelmäßig zum Arzt und nimmt Medikamente gegen die HIV-Infektion. Ihre Viruslast ist sehr niedrig.*

Weiter

Abbildung 8: Items der Skalen  $D_5$  und  $D_1$ , Teil 2 [Screenshot aus der Online-Befragung]

Anhang IV: Items der Skalen  $S_I$  und  $S_S$  [Screenshot aus dem Online-Fragebogen]

Freie Universität  Berlin

 Prävention und psychosoziale Gesundheitsforschung

Sie haben bereits 4% des Fragebogens ausgefüllt.  4%

**Bitte geben Sie nun auch noch für die folgenden Aussagen über Christine an, inwiefern diese Ihrer persönlichen Meinung entsprechen.**

	1 stimme voll zu	2	3	4 stimme gar nicht zu
Christine hat die Pflicht Sexpartner vor dem Sex immer über die eigene HIV-Infektion zu informieren.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Christine sollte nicht mit Kindern arbeiten (z.B. als Kindergärtnerin).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Christine sollte grundsätzlich nicht mit Personen Sex haben, die nicht HIV infiziert sind.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Christine sollte nicht als Krankenschwester arbeiten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Christine ist eine verantwortungslose Person.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Christine sollte sich für ihre HIV-Infektion schämen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Christine ist eine unmoralische Person.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Christine hat kein Mitleid wegen ihrer HIV-Infektion verdient.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Eltern von Christine haben keinen Grund auf sie stolz zu sein.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Abbildung 9: Items der Skalen  $S_I$  und  $S_S$  [Screenshot aus der Online-Befragung]

## Anhang V: Ergebnisse der Faktorenanalyse

## Prüfung auf Eindimensionalität der Items zur sozialen Distanz

Tabelle 34: Faktorladungen und Kommunalitäten für die Faktorenanalyse auf die Items zur sozialen Distanz (Maximum-Likelihood-Methode, Varimax-Rotation)

Item	Faktor		Kommunalitäten
	soz. Distanz	intime/sex. Distanz	
Tür an Tür wohnen	<b>,75</b>	,02	,57
einen Abend in einer Kneipe verbringen	<b>,81</b>	,15	,68
am Arbeitsplatz zusammenarbeiten	<b>,87</b>	,10	,77
eine lockere Freundschaft/Bekannschaft eingehen	<b>,88</b>	,17	,79
eine enge Freundschaft eingehen	<b>,71</b>	,32	,61
eine feste Partnerschaft/Beziehung eingehen	,28	<b>,69</b>	,56
eine Hand zur Begrüßung geben	<b>,68</b>	,17	,49
eine Kuss auf die Wange geben	<b>,62</b>	,40	,55
einen Kuss auf den Mund geben	,39	<b>,66</b>	,58
<i>sich massieren lassen</i>	<b>,55</b>	<b>,52</b>	,57
sexuellen Kontakt ohne Penetration (Petting) haben	,24	<b>,83</b>	,45
sexuellen Kontakt mit einem Kondom haben	,19	<b>,83</b>	,73
<i>sexuellen Kontakt ohne ein Kondom haben</i>	-,14	,36	,15

Anmerkung: Faktorladungen  $>,5$  sind fett gedruckt, Items die keiner der beiden entstehenden Skalen zugeordnet wurden, sind kursiv gedruckt.

## Prüfung auf Eindimensionalität der Items zum instrumentellen Stigma

Tabelle 35: Faktorladungen und Kommunalitäten für die Faktorenanalyse auf die Items zum instrumentellen Stigma (Maximum-Likelihood-Methode, Varimax-Rotation)

Item	Faktor	Kommunalitäten
	instrumentelles Stigma	
<i>Pflicht Sexpartner vor dem Sex immer informieren</i>	,17	,03
nicht mit Kindern arbeiten	<b>,74</b>	,55
grundsätzlich nicht Sex mit Personen haben, die nicht HIV-infiziert sind	<b>,54</b>	,29
nicht als Krankenschwester arbeiten	<b>,80</b>	,64

Anmerkung: Faktorladungen  $>,5$  sind fett gedruckt, Items die keiner der beiden entstehenden Skalen zugeordnet wurden, sind kursiv gedruckt.

## Prüfung auf Eindimensionalität der Items zum symbolischen Stigma

Tabelle 36: Faktorladungen und Kommunalitäten für die Faktorenanalyse auf die Items zum symbolischen Stigma (Maximum-Likelihood-Methode, Varimax-Rotation)

Item	Faktor	Kommunalitäten
	symbolisches Stigma	
ist eine verantwortungslose Person	<b>,62</b>	,39
sollte sich für HIV-Infektion schämen	<b>,87</b>	,76
ist eine unmoralische Person	<b>,91</b>	,82
hat kein Mitleid wegen HIV-Infektion verdient	<b>,55</b>	,30
Eltern haben keinen Grund stolz zu sein	<b>,78</b>	,60

Anmerkung: Faktorladungen  $>,5$  sind fett gedruckt.

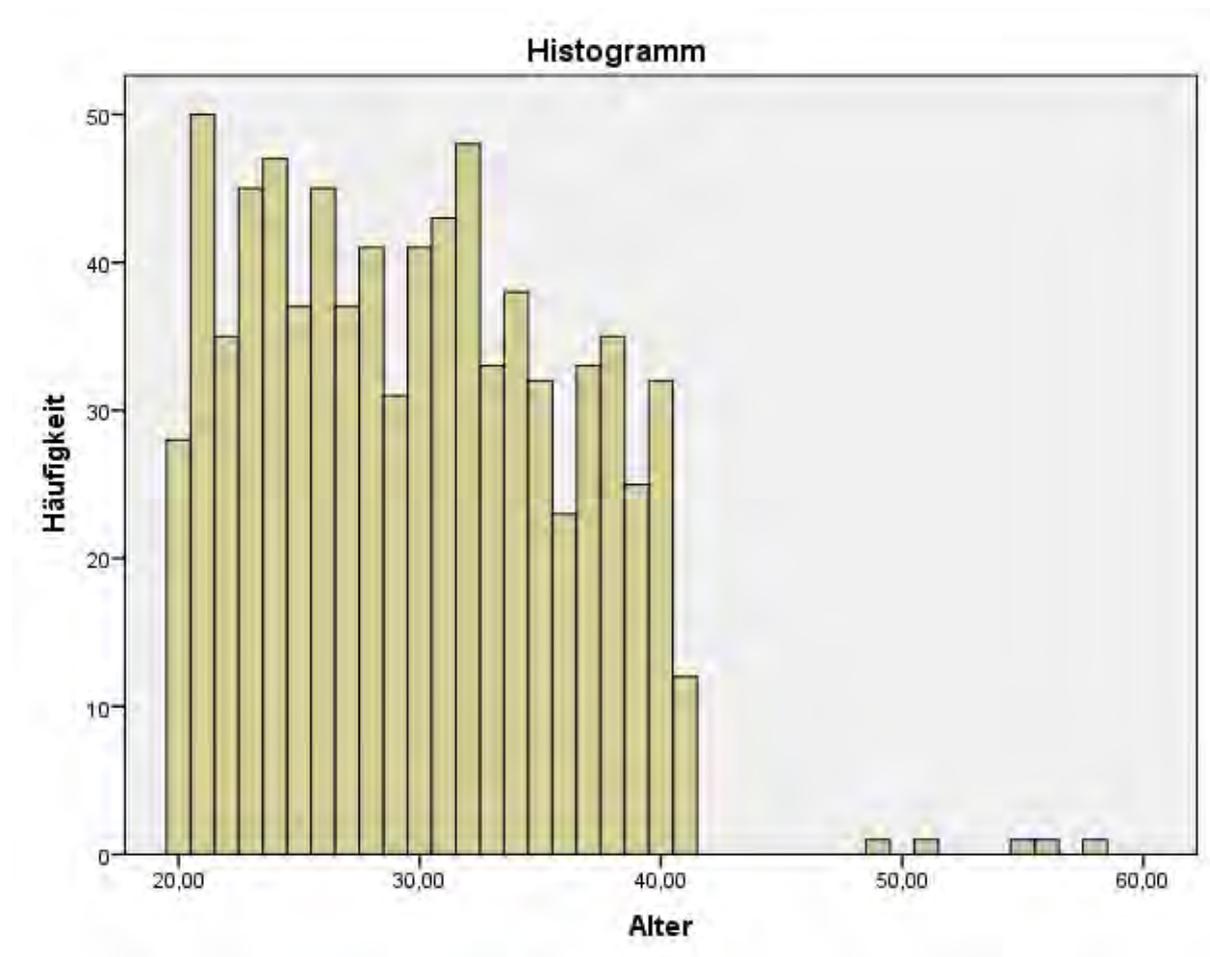
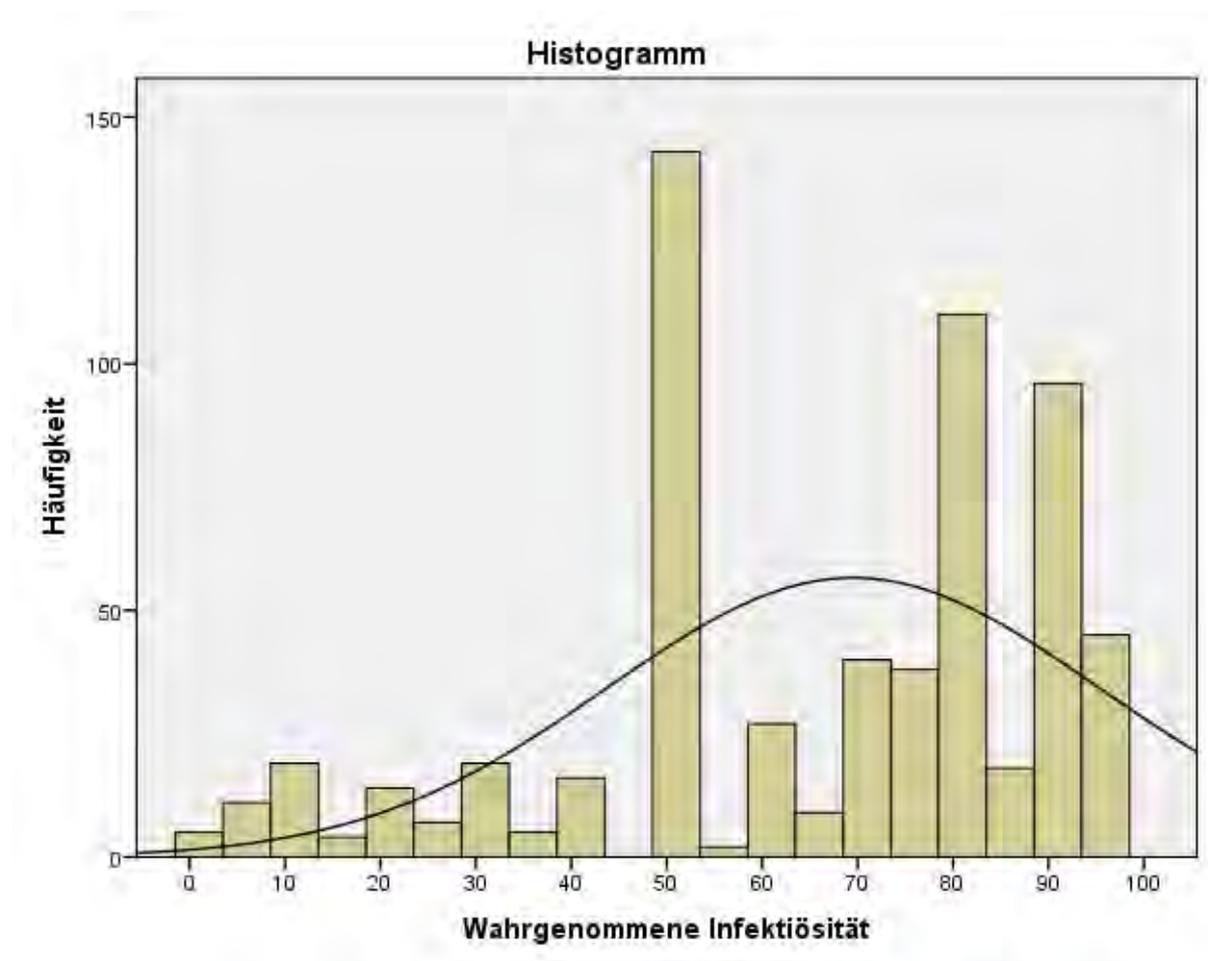
Anhang VI: Verteilung der Variable Alter mit Ausreißerwerten

Abbildung 10: Histogramm der Variablen Alter mit Ausreißerwerten (N = 796)

Anhang VII: Verteilungen der HIV-spezifischen Variablen**Wahrgenommene Infektiosität****Abbildung 11: Histogramm der Variablen wahrgenommene Infektiosität (N = 731)**

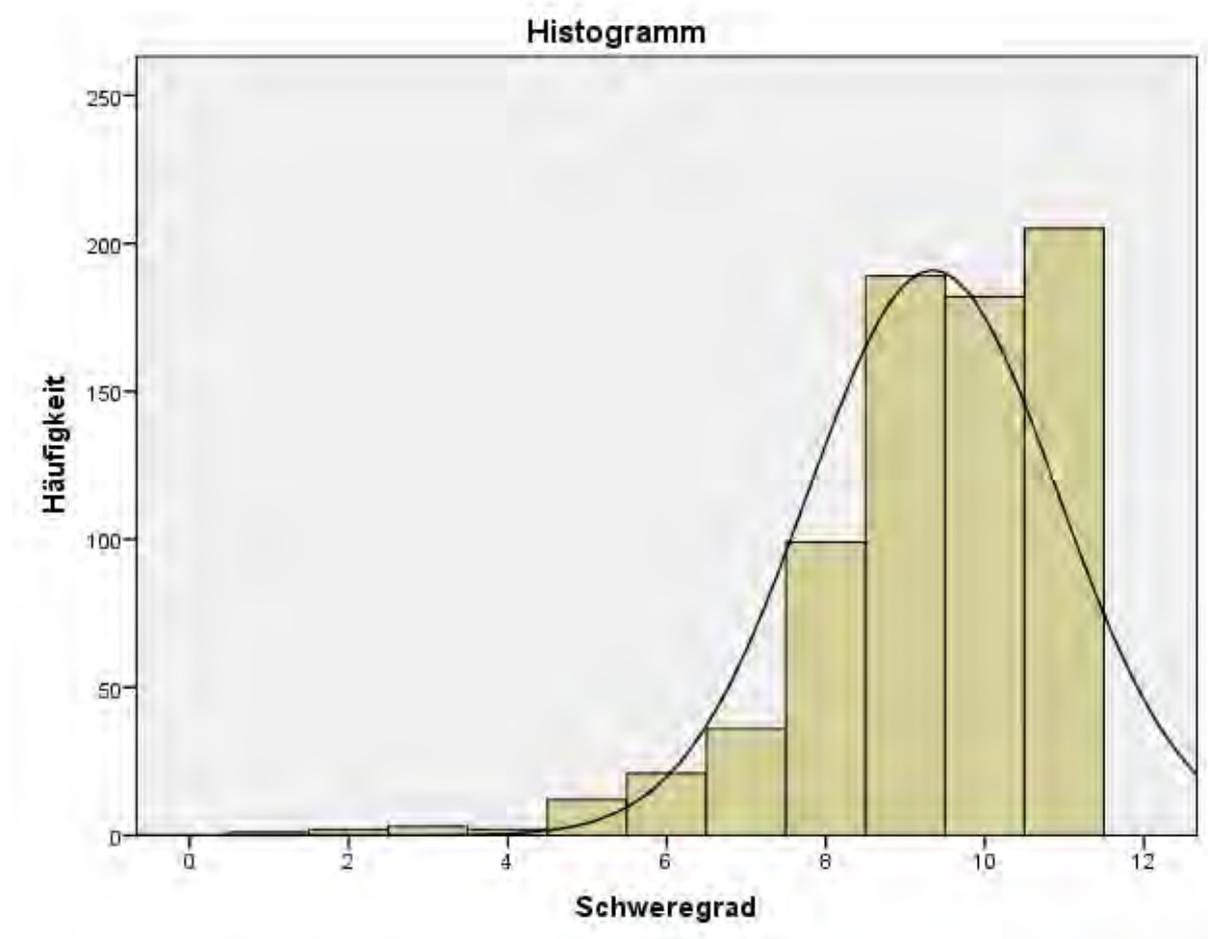
**Wahrgenommener Schweregrad**

Abbildung 12: Histogramm der Variablen wahrgenommener Schweregrad (N = 752)

## Anhang VIII: Verteilung der abhängigen Variablen

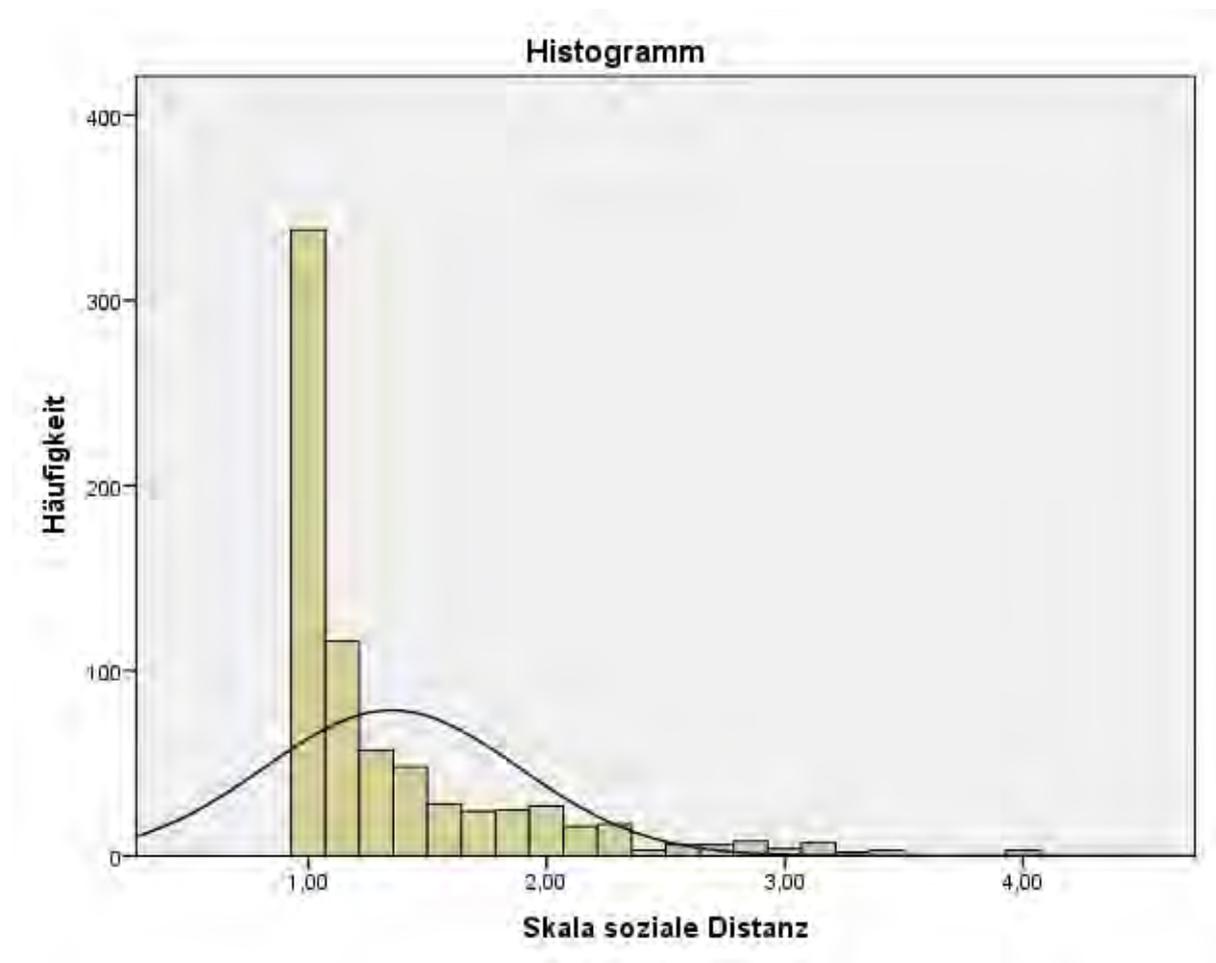
**Skala: Soziale Distanz (D<sub>S</sub>)**

Abbildung 13: Histogramm der Variablen wahrgenommener Schweregrad (N = 738)

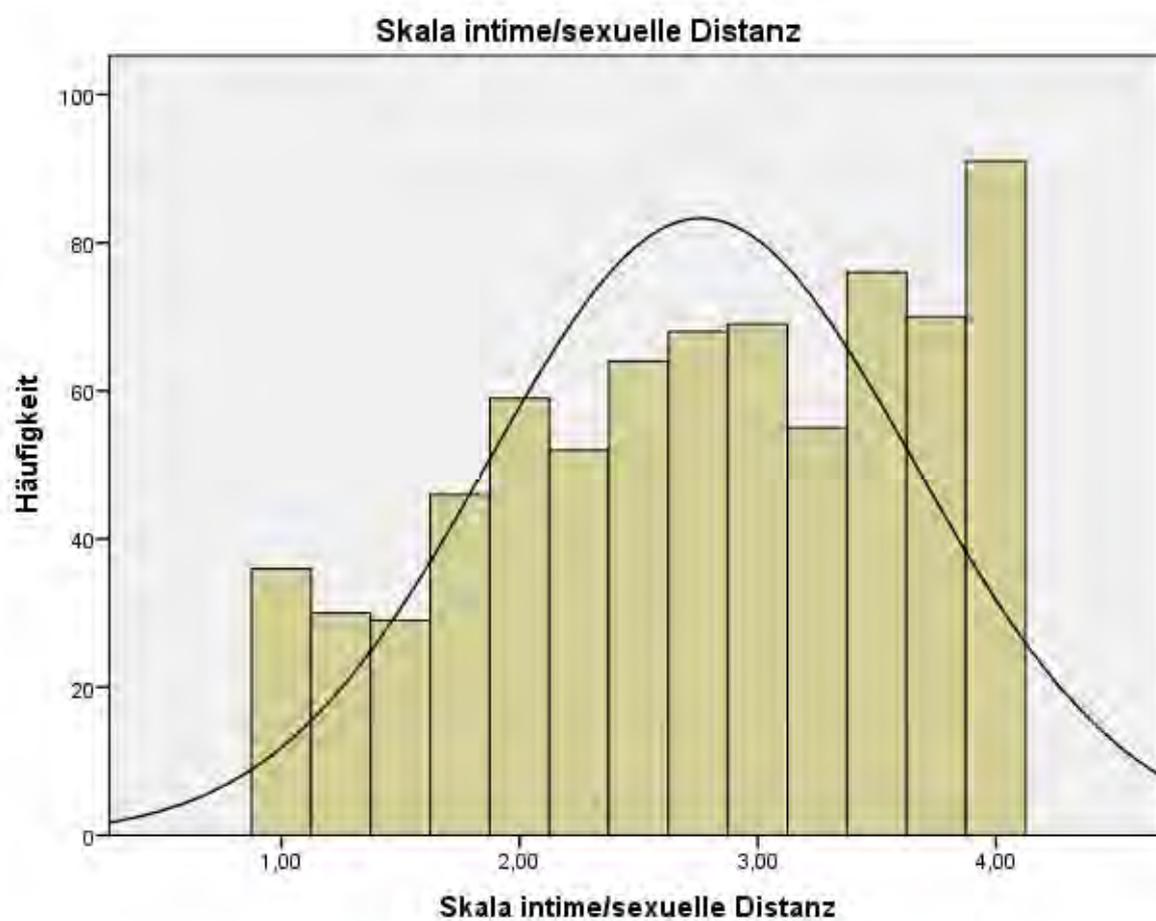
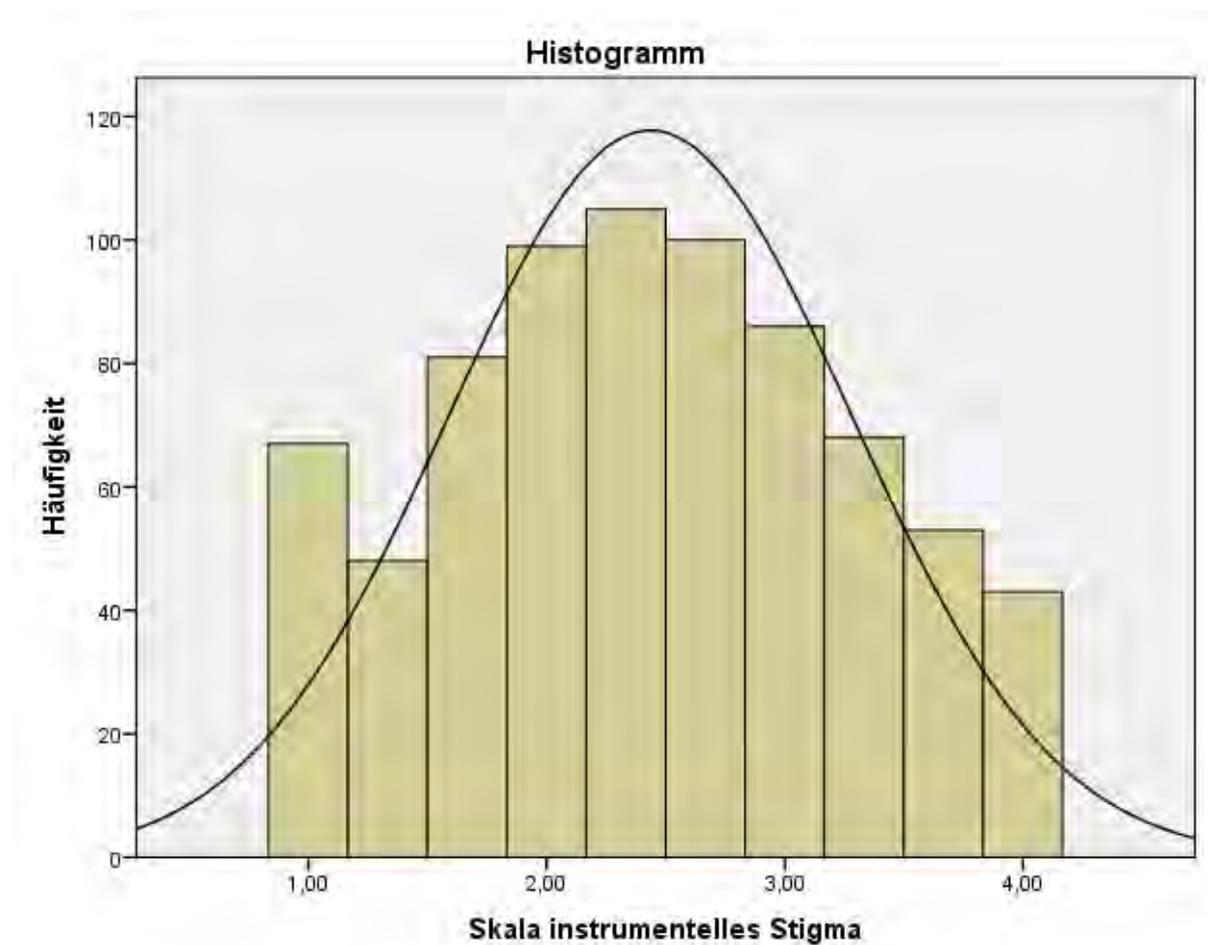
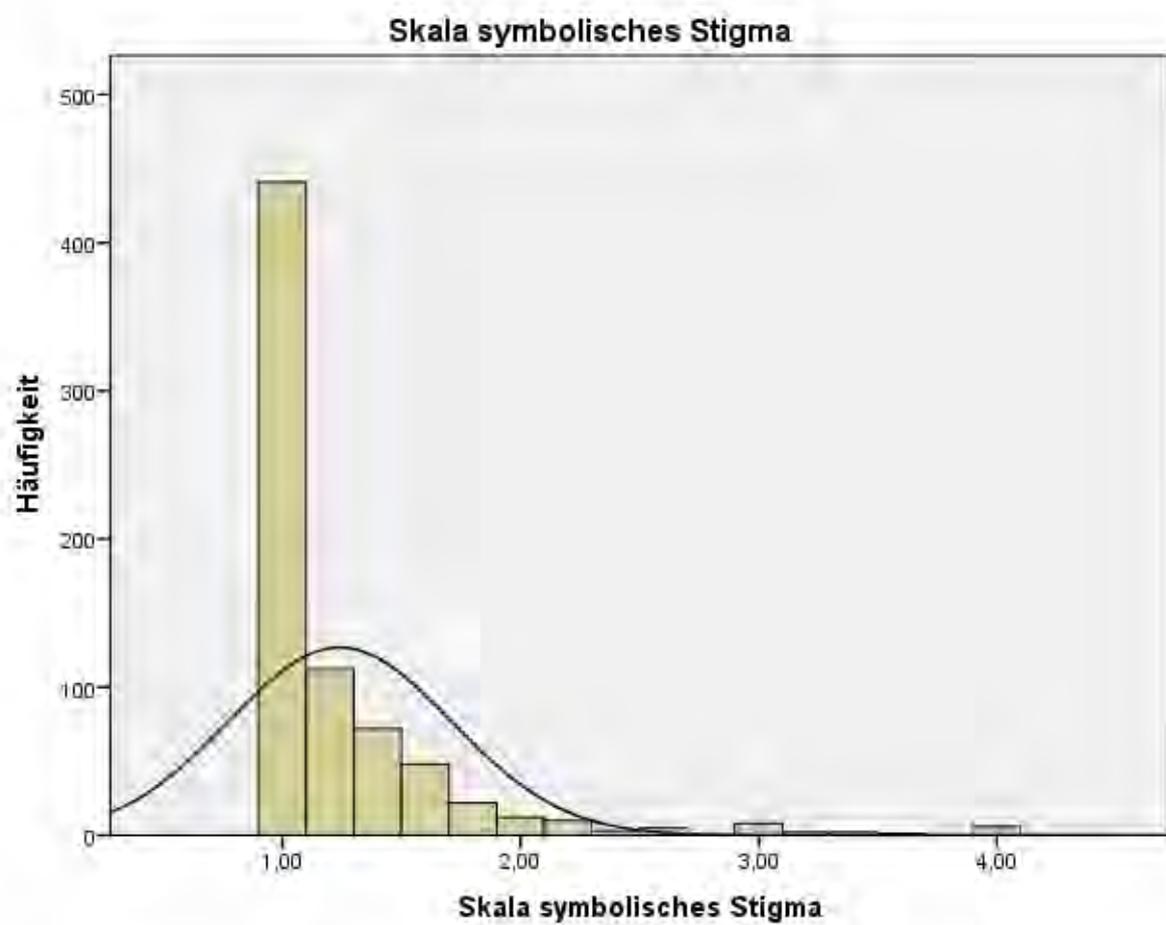
**Skala: Intime/sexuelle Distanz ( $D_1$ )**

Abbildung 14: Histogramm der Variablen Intime/sexuelle Distanz (N = 745)

**Skala: Instrumentelles Stigma ( $S_I$ )****Abbildung 15: Histogramm der Variablen Instrumentelles Stigma ( $N = 750$ )**

**Skala: Symbolisches Stigma (S<sub>S</sub>)****Abbildung 16: Histogramm der Variablen Symbolisches Stigma (N = 744)**

## Anhang IX: Ausgewählte Auswertungen auf Itemebene

Geschlechtsunterschiede hinsichtlich der Items der Skala *intime/sexuelle Distanz*Tabelle 37: Deskriptive Ergebnisse des t-Test für die Items der Skala *intime/sexuelle Distanz*

	Geschlecht	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>SE</i>
eine feste Partnerschaft/Beziehung eingehen	w	382	3,0	0,8	0,04
	m	368	2,9	1,0	0,05
einen Kuss auf den Mund geben	w	380	2,3	1,1	0,06
	m	369	2,3	1,1	0,06
sexuellen Kontakt ohne Penetration (Petting) haben	w	381	3,1	1,0	0,05
	m	369	2,8	1,1	0,06
sexuellen Kontakt mit einem Kondom haben	w	382	3,0	1,0	0,05
	m	368	2,7	1,1	0,06

Anmerkung: *n* = Anzahl der Teilnehmer; *M* = arithmetischer Mittelwert; *SD* = Standardabweichung, *SE* = Standardfehler des Mittelwerts

w = weibliche Teilnehmer, m = männliche Teilnehmer

Tabelle 38: Teststatistik des t-Test für die Items der Skala *intime/sexuelle Distanz*

	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>Sig.</i>
eine feste Partnerschaft/Beziehung eingehen	1,8	710,6	p>0,5
einen Kuss auf den Mund geben	0,7	747	p>0,5
sexuellen Kontakt ohne Penetration (Petting) haben	4,0	734,4	p<0,5
sexuellen Kontakt mit einem Kondom haben	4,6	721,5	p<0,5

Anmerkung: *df* = Freiheitsgrade; *Sig.* = Ergebnis des Signifikanztests

## Hypothesentestung für das Item *verantwortungslos*

**Tabelle 39: Kennwerte der einfaktoriellen Varianzanalyse über das Item *verantwortungslos***

	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>SE</i>
<b>I<sub>H</sub></b>	168	1,7	0,9	0,07
<b>I<sub>N</sub></b>	184	1,3	0,7	0,05
<b>K<sub>H</sub></b>	194	1,3	0,7	0,05
<b>K<sub>N</sub></b>	205	1,4	0,8	0,05
<b>Gesamt</b>	751	1,4	0,8	0,03

Anmerkung: *n* = Anzahl der Teilnehmer; *M* = arithmetischer Mittelwert; *SD* = Standardabweichung, *SE* = Standardfehler des Mittelwerts

I<sub>H</sub> = Gruppe Information/hohe Viruslast, I<sub>N</sub> = Information/niedrige Viruslast, K<sub>H</sub> = keine Information/hohe Viruslast, K<sub>N</sub> = keine Information/niedrige Viruslast

**Tabelle 40: Ergebnisse der einfaktoriellen Varianzanalyse über das Item *verantwortungslos***

	<i>QS</i>	<i>df</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<b>Sig.</b>	<i>R</i> <sup>2</sup>
<b>zwischen den Gruppen</b>	13,6	3	4,5	8,1	p<0,5	0,03
<b>innerhalb der Gruppen</b>	420,7	747	0,6			
<b>Gesamt</b>	434,4	750				

Anmerkung: *QS* = Quadratsumme; *df* = Freiheitsgrade; *MS* = Mittel der Quadrate, Sig. = Ergebnis des Signifikanztests

**Tabelle 41: Kontrasttests für das Item *verantwortungslos***

<b>Kontrast</b>	<b>Kontrastwert</b>	<i>SE</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<b>Sig.</b>	<i>r</i>
<b>1</b>	0,4	0,08	4,3	319,4	p<0,5	0,05
<b>2</b>	-0,1	0,07	-1,0	396,5	p>0,5	
<b>3</b>	0,1	0,06	1,2	367,9	p>0,5	
<b>4</b>	-0,3	0,08	-3,7	268,1	p<0,5	0,05

Anmerkung: *SE* = Standardfehler; *df* = Freiheitsgrade; Sig. = Ergebnis des Signifikanztests; *r* = Effektgröße

## Hypothesentestung für das Item *ungeschützter Geschlechtsverkehr*

**Tabelle 42: Kennwerte der einfaktoriellen Varianzanalyse über das Item *ungeschützter Geschlechtsverkehr***

	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>SE</i>
<b>I<sub>H</sub></b>	168	3,9	0,4	0,03
<b>I<sub>N</sub></b>	182	3,8	0,5	0,03
<b>K<sub>H</sub></b>	194	3,9	0,4	0,03
<b>K<sub>N</sub></b>	206	3,9	0,4	0,03
<b>Gesamt</b>	750	3,9	0,4	0,02

Anmerkung: *n* = Anzahl der Teilnehmer; *M* = arithmetischer Mittelwert; *SD* = Standardabweichung, *SE* = Standardfehler des Mittelwerts

I<sub>H</sub> = Gruppe Information/hohe Viruslast, I<sub>N</sub> = Information/niedrige Viruslast, K<sub>H</sub> = keine Information/hohe Viruslast, K<sub>N</sub> = keine Information/niedrige Viruslast

**Tabelle 43: Ergebnisse der einfaktoriellen Varianzanalyse über das Item *ungeschützter Geschlechtsverkehr***

	<i>QS</i>	<i>df</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<b>Sig.</b>	<i>R</i> <sup>2</sup>
<b>zwischen den Gruppen</b>	1,3	3	0,4	2,5	p>0,5	--
<b>innerhalb der Gruppen</b>	125,8	746	0,2			
<b>Gesamt</b>	127,0	749				

Anmerkung: *QS* = Quadratsumme; *df* = Freiheitsgrade; *MS* = Mittel der Quadrate, Sig. = Ergebnis des Signifikanztests

## **Lebenslauf**

Der Lebenslauf ist in der Online-Version aus Gründen des Datenschutzes nicht enthalten.

