

Hochschule für angewandte Wissenschaften

Fachbereich Ökotrophologie

Studiengang Gesundheit

HIV und AIDS: Sorglos durch Vertrauen auf Therapie?

Eine empirische Studie über mögliche Auswirkungen der HIV-Kombinationstherapie und deren Vermarktungsstrategien seitens der Pharmaindustrie auf das Risikoverhalten homosexueller Männer und die HIV-Prävention.

betreut von:

Prof. Dr. Dr. Karl-Heinz Wehkamp (Betreuender Prüfer)

Dr. Karin Schmidt (Zweite Prüfende)

Vorgelegt von:

Petra Brüggemann-Dell Missier

Bernadottestraße 112

22605 Hamburg

Matr. Nr.: 1552005

Markus Plattfaut

Zeughausmarkt 29

20459 Hamburg

Matr. Nr.: 1546625

Hamburg, 09.08.2005



Danke!

An alle, die diese Arbeit ermöglicht und mit gestaltet haben:
 Unseren 12 Interviewpartnern, ohne die die nächsten vielen, vielen Seiten leer
 geblieben wären.

Karin: „Ihr könnt mich jederzeit anrufen!“

Kai: „Meine Theorie war ne Katastrophe, aber die Methodik könnt ihr euch mal
 anschauen. Wenn ich sie finde...“

Jan: „Mit Excel ist alles besser!“

Carola: „Das muss noch kürzer werden!“

Tinchen: „Ja, zerreißen würd` ich` s nicht gleich.“

Und last but not least Prof. Dr. Dr. Wehkamp: „Ziel des Studiums ist, die Ehrfurcht
 vor der Wissenschaft zu verlieren. Ihr macht das schon!“

Inhaltsverzeichnis

TABELLENVERZEICHNIS.....	6
BILDVERZEICHNIS	7
1 EINLEITUNG UND ZIEL DER DIPLOMARBEIT	8
2 HIV UND AIDS – GRUNDLAGEN UND THERAPIE	10
2.1 Übertragungswege von HIV	10
2.2 Verlauf der HIV-Infektion	11
2.3 Diagnosemöglichkeiten	12
2.4 Die antiretrovirale HIV Therapie	13
2.4.1 Geschichte der HIV Therapie	13
2.4.2 Behandlungsstrategien	14
2.4.3 Die Erfolge der HAART	15
2.4.4 Problematiken der HAART	16
2.4.4.1 Resistenzen.....	16
2.4.4.2 Nebenwirkungen	17
2.4.4.3 Entwicklungen der Zukunft	18
2.4.5 HAART und Prävention.....	18
2.4.5.1 Die Postexpositionsprophylaxe.....	19
3 EPIDEMIOLOGIE VON HIV UND AIDS	20
3.1 Welt.....	20
3.2 Bundesrepublik Deutschland.....	21
3.2.1 Hansestadt Hamburg	22
4 GESCHICHTE UND GRUNDLAGEN DER HIV PRÄVENTION IN DEUTSCHLAND	23
4.1 Partnerschaftliches Modell nationaler Aids Politik.....	25
4.1.1 Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung	26
4.1.2 Die Deutsche Aidshilfe e.V.....	26

Inhaltsverzeichnis

4.2	Erfolge der HIV Prävention	27
4.3	Vom Ausnahmestatus zur „Normalisierung“ von HIV und AIDS	28
4.3.1	Auswirkungen der Normalisierung.....	28
4.3.1.1	Der Rückgang von Safer Sex	29
4.3.1.2	Gründe für ein verändertes Risikoverhalten.....	30
4.3.1.3	Die HAART und verändertes Risikoverhalten	30
5	HIV UND AIDS IN DER WERBUNG	33
5.1	Werbemittel in der Prävention	34
5.2	Werbestrategien der Pharmahersteller	34
5.3	Laienwerbung in Europa	35
5.4	Studie zur Auswirkung von Laienwerbung in San Francisco	36
5.5	Die Außendarstellung von Pharmafirmen in schwulen Printmedien	38
5.5.1	Stellungnahmen der Pharmafirmen.....	41
6	METHODIK	45
6.1	Auswahl und Rekrutierung der Interviewpartner	46
6.1.1	Kontaktaufnahme und Vorgespräch	47
6.1.2	Das Probeinterview	47
6.2	Durchführung der Interviews	48
6.3	Der Interviewleitfaden	48
6.3.1	Interviewleitfaden: Thematischer Teil	49
6.3.2	Interviewleitfaden: Visueller Teil.....	52
6.3.3	Interviewleitfaden: Methodischer Teil	56
6.4	Auswertung	57
7	ERGEBNISSE	61
7.1	Einzelergebnisse: Thematischer Teil	61
7.2	Einzelergebnisse: Visueller Teil	76

Inhaltsverzeichnis

7.3	Interpretation und Diskussion der Ergebnisse	87
7.3.1	Die Bedeutung von HIV und AIDS.....	87
7.3.2	Frage nach den steigenden Neuinfektionen	88
7.3.3	Die Bedrohung von HIV und AIDS	90
7.3.4	HIV-Prävention.....	90
7.3.5	„safer Sex“	91
7.3.6	Die medizinischen Behandlungsmöglichkeiten von HIV	92
7.3.7	Das Supervirus	92
7.3.8	Diskussion der Ergebnisse.....	94
7.4	Zusammenfassung der Ergebnisse:.....	95
8	FAZIT UND AUSBLICK	99
9	LITERATURVERZEICHNIS	101
10	ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS.....	107
11	EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG	109
	ANHANG M: METHODISCHE INSTRUMENTE	110
	ANHANG P: PORTRAITS.....	118
	ANHANG B: BILDER.....	139
	ANHANG T: TABELLEN.....	150

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Menschen mit HIV/AIDS, Neuinfektionen und Todesfälle 2004	20
Tabelle 2: Die persönliche Bedeutung von HIV und AIDS.....	61
Tabelle 3: Die erste Konfrontation mit dem Thema HIV und AIDS	62
Tabelle 4: Erste „bedeutungsvolle“ Auseinandersetzung mit dem Thema HIV und AIDS.	63
Tabelle 5: Ausgelöste Faktoren bei der ersten „bedeutungsvollen“ Konfrontation.....	64
Tabelle 6:Assoziationen zu HIV und AIDS zum Zeitpunkt der ersten Konfrontation mit HIV und AIDS.....	65
Tabelle 7:Assoziationen zu HIV und AIDS zum heutigen Zeitpunkt	66
Tabelle 8: Mögliche Gründe für den Anstieg der Neuinfektionen	67
Tabelle 9: Mögliche Veränderungen durch ein positives Testergebnis.....	69
Tabelle 10: Kritikpunkte an der heutigen HIV-Prävention.....	71
Tabelle 11 Die Bedeutung von Safer Sex (und unsafe Situationen).....	72
Tabelle 12: Informationsstand zu den HIV-Therapien	73
Tabelle 13: Veränderungen durch die HIV Therapien	74
Tabelle 14: Was hat die Nachricht über den „Supervirus“ bei dir ausgelöst?	75
Tabelle 15: „Go for Gold“	76
Tabelle 16: „KALETRA“	77
Tabelle 17: „Da sein“	78
Tabelle 18: „Der Sterbende“	80
Tabelle 19: Pillen schlucken ist keine Party“	81
Tabelle 20: „FORTOVASE: The Power“	82
Tabelle 21: „Leb dein Leben“	83
Tabelle 22: „HIV–P.O.S.I.T.I.V.E	84
Tabelle 23: „Die Gegenwart vereinfachen“.....	86
Tabelle 24: Laborkategorien der CDC-Klassifikation.....	150
Tabelle 25: Klinische Kategorien der CDC-Klassifikation.....	151
Tabelle 26: Indikation zur antiretroviralen Therapie nach aktuellen Empfehlungen verschiedener Fachgesellschaften.....	152
Tabelle 27: Medikamente für die antiretrovirale Therapie	153
Tabelle 28: Die Hamburger Aidshilfe-Struktur	154

Bildverzeichnis

Bildverzeichnis

Bild 1: Go for Gold, BZgA	53
Bild 2: Kaletra, Abbott/USA.....	53
Bild 3: Da sein, Boehringer Ingelheim.....	53
Bild 4: Der Sterbende, Benetton	53
Bild 5: HIV Pillen, DAH	54
Bild 6: Fortovase-The Power, Roche/USA.....	54
Bild 7: Leb dein Leben, GSK.....	54
Bild 8: HIV P.O.S.I.T.I.V.E, Benetton	54
Bild 9: Die Zukunft erleben, die Gegenwart vereinfachen, BMS.....	55
Bild 10: Eigene schematische Darstellung des paradigmatischen Modells	98
Bild 11: Welcome to Condom Country	139
Bild 12: Crixivan may help you.....	140
Bild 13: Go for Gold (Großformat).....	141
Bild 14: Kaletra (Großformat).....	141
Bild 15: Da sein (Großformat).....	142
Bild 16: Der Sterbende (Großformat)	143
Bild 17: HIV-Pillen schlucken (Großformat).....	143
Bild 18: Fortovase-The Power (Großformat)	144
Bild 19: Leb Dein Leben (Großformat)	145
Bild 20: HIV-POSITIVE (Großformat).....	146
Bild 21: Die Gegenwart vereinfachen (Großformat)	146
Bild 22: Die Gegenwart vereinfachen/aktuell	147
Bild 23: Augen auf im Garten der Lüste	148
Bild 24: Glotze oder Glamour?.....	149

1 Einleitung und Ziel der Diplomarbeit

Die HIV-Epidemie in Deutschland befindet sich in einer Umbruchsphase. Diese Entwicklung ist etwa seit 2000 / 2001 zu beobachten.

Nachdem im Jahr 2001 mit ca. 1.400 Neuinfektionen der bisherige Tiefsstand der Epidemie in der Bundesrepublik Deutschland erreicht war, gab es 2004 ca. 1.700 Neuinfektionen (vgl. Epidemiologie von HIV und AIDS S.21). In der Hansestadt Hamburg ist die Zahl der Neuinfektionen im selben Zeitraum ebenfalls signifikant gestiegen. Von 82 gemeldeten Fällen im Jahr 2001 auf 148 HIV-Neudiagnosen bis Ende 2004. Mit ca. 47% machen homosexuelle Männer die größte Gruppe unter den Neuinfizierten aus. Die Zahl der Neuinfektionen bei Männern die Sex mit Männern haben (kurz: MSM) stieg bundesweit von 2003 bis 2004 um sechs Prozent, während sie in den übrigen Bevölkerungsgruppen fast gleich blieb oder zurückging (Robert Koch Institut, kurz: RKI 2005a).

Von Experten werden verschiedene Gründe für den Anstieg der HIV-Infektionen bei MSM diskutiert. Im Fokus steht dabei die Annahme, dass das Risikoverhalten (im Sinne von ungeschütztem Analverkehr mit einem Partner mit unbekanntem Serostatus¹) bei homosexuellen Männern zunimmt. Als Indizien gelten hierfür die Zunahme anderer sexuell übertragbarer Infektionskrankheiten wie z. B. Syphilis und Gonorrhöe. Die Zahl der gemeldeten Fälle von Syphilis in der Gesamtbevölkerung stieg von ca. 2.900 Fällen im Jahr 2003 auf 3.345 Fälle bis Ende 2004. In Hamburg betrifft fast jede vierte dieser Neumeldungen homosexuelle Männer (RKI 2005b).

Auch die Kondomabsatzzahlen sprechen für einen Trend zu vermehrt ungeschützten Sexualkontakten. Von 2000 bis 2003 ging die Zahl der verkauften Kondome in der Bundesrepublik Deutschland von 207 Millionen auf 189 Millionen zurück. Wiederholungsuntersuchungen zum sexuellen Risikoverhalten homosexueller Männer in Deutschland von Dr. Michael Bochow belegen, dass seit Mitte der 90er Jahre ein allmählicher Rückgang des Kondomgebrauchs und eine Zunahme von sexuellen Risikokontakten zu beobachten ist (Bochow 2003). Der Rückgang von „safer Sex²“ und die Zunahme einer „*neuen, gefährlichen Sorglosigkeit*“ (Kurth 2003) hat nach den Ergebnissen dieser Studie verschiedene Ursachen.

Die neuen Behandlungsmöglichkeiten der HIV-Infektion stehen, neben anderen Faktoren, seit Einführung der sog. „hochaktiven antiretroviralen Therapie“ (kurz: HAART³, s. S.13) im Verdacht, eine neue „Sorglosigkeit“ zu vermitteln und so das präventive Verhalten homosexueller Männern negativ zu beeinflussen.

¹ Serostatus: Zusammensetzung des (Blut-) Serums bezüglich gewisser Antikörper, hier HIV-Antikörper

² „safer Sex“: Sexuelle Kontakte, bei denen keine Samen- oder Scheidenflüssigkeit und kein Blut auf Schleimhäute in den Partner gelangen.

Einleitung und Ziel der Diplomarbeit

In der Wiederholungsstudie „AIDS im öffentlichen Bewusstsein der Bundesrepublik Deutschland“ der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (kurz: BZgA) wurde 2004 festgestellt, dass bei denjenigen Personen, die über die neuen Behandlungsmethoden von HIV informiert sind, in den letzten Jahren der Anteil derer gestiegen ist, die sich selbst nicht sicher sind, ob sie sich konsequent vor HIV schützen werden (BZgA 2005). Laut Bochow sind HIV und AIDS nicht zuletzt durch die verbesserten Behandlungsmöglichkeiten in der Gesellschaft *„weniger sichtbar geworden“*, was in der Folge zu *„verringerten Erinnerungsimpulsen führt“* (Bochow 2003). Eine Mitverantwortung für ein erhöhtes Risikoverhalten wird auch den Herstellern der HIV-Therapien zugeschrieben. Diese stehen bezüglich ihrer Außendarstellung im HIV-Bereich unter heftiger Kritik. In Zeitschriften, deren Zielgruppe homosexuelle Männer sind (im folgenden von den Verf. als „schwule Printmedien“ bezeichnet), schalten verschiedene Pharmahersteller Anzeigen, *„die ein Bild vom unbeschwerten Leben mit HIV dank der neuen Medikamente zeichnen“* (Kirbach 2004, S.16). Durch die eigene Konfrontation mit solchen Anzeigen und der, wie im Zitat beschriebenen Wirkung, entstand die Motivation zur Bearbeitung dieses Themas.

Die folgende Arbeit gliedert sich in drei Teile. Im ersten theoretischen Teil soll ein Überblick über die HIV-Infektion, deren medikamentöse Therapie und die Epidemiologie gegeben werden. Daran anknüpfend wird die HIV-Prävention in Deutschland und die Außendarstellung der Pharmahersteller beschrieben. Im Anschluss daran folgt der methodische Teil mit Anmerkungen zur Durchführung der qualitativen Studie, die Hauptbestandteil dieser Arbeit ist. Die Basis hierfür bilden zwölf Leitfadeninterviews. Im anschließenden Teil der Arbeit werden die Ergebnisse der Studie in Form von Hypothesen dargestellt und diskutiert. Der Fokus liegt hier auf der Überprüfung der Hypothese: *„HIV-Kombinationstherapien und ihre Darstellung in schwulen Printmedien sind mitverantwortlich für einen Anstieg der HIV-Neuinfektionen bei homosexuellen Männern“*. Neben der Prüfung dieser Hypothese ist ein weiteres Ziel unserer Arbeit, auch andere mögliche Gründe für das veränderte Risikoverhalten bei MSM zu identifizieren. In einem Ausblick werden Ideen und Vorschläge an die Prävention gerichtet, und so mögliche Lösungswege für die Situation der steigenden Neuinfektionsraten bei MSM entworfen.

2 HIV und AIDS – Grundlagen und Therapie

Die ersten Berichte über eine ungewöhnliche Häufung seltener und tödlicher verlaufender Erkrankungen bei zuvor gesunden homosexuellen Männern erschienen im Juni 1981 (CDC⁴ 1981). Innerhalb weniger Monate wird als Ursache der verschiedenen und außergewöhnlichen Krankheitsbilder eine erworbene Immunschwäche identifiziert und als „Acquired Immundeficiency Syndrom“ (AIDS) definiert. 1983 konnte das Erregervirus durch Luc Montagnier in Paris isoliert und identifiziert werden, das heute als „Human Immunodeficiency Virus“ (HIV) bezeichnet wird. Kurz darauf wird die kausale Beziehung zwischen dem neu entdeckten Retrovirus⁵ HIV und AIDS aufgedeckt (Gallo 1984). Zwei Jahre später war der erste Test⁶ zum Nachweis von HIV-Antikörpern erhältlich (CDC 1985). Zwanzig Jahre nach den ersten fünf beschriebenen Fällen in Los Angeles/USA (CDC 1981) infizierten sich bis zum Jahr 2003 nach Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation („World Health Organisation“, kurz: WHO) weltweit 65 Millionen Menschen mit HIV. 23 Millionen Menschen sind bislang an den Folgen von AIDS gestorben (Thierfelder; Kessler-Bodiang 2003, S. 4; vgl. auch Epidemiologie von HIV und AIDS S. 20).

2.1 Übertragungswege von HIV

Aufgrund erster epidemiologischer Studien (CDC 1982a, 1982b) galt AIDS zunächst als eine Erkrankung von Randgruppen wie homosexuelle Männer, i.v.⁷ Drogenabhängige und Bluter. 1984 konnten aber andere Untersuchungen nachweisen, dass AIDS in Kinshasa (ehemals Zaire) bei Männern und Frauen gleichermaßen „[...] und unabhängig von Drogenmissbrauch, Bluttransfusionen und Homosexualität auftritt“ (Piot 1984). Ein Jahr später folgten weitere Studien, die eine heterosexuelle Übertragung bestätigten (Kamps 2005, S. 22). Heute sind die Übertragungswege von HIV wissenschaftlich untersucht und klar definiert.

HIV wird übertragen durch:

- Ungeschützten Sexualverkehr (vaginal, anal, oral) mit einem infizierten Partner
- Gemeinsamen Gebrauch von Spritzenutensilien, meist unter Drogenabhängigen
- Transfusion von HIV infiziertem Blut oder Blutprodukten
- Mutter-zu-Kind Übertragung durch eine infizierte Frau während der Schwangerschaft, unter der Geburt oder durch die Muttermilch während des Stillens.

⁴ Centres for Disease Control and Prevention/Atlanta (USA)

⁵ Retrovirus: behülltes Virus, dessen Erbinformation als RNA vorliegt.

⁶ ELISA: Abk. f. (engl): **E**nzyme **L**inked **I**mmuno **S**orbent **A**ssay. Nachweistest der viralen Antigene

⁷ i.v.: Abk. f. intravenös: Injektion in die Vene hinein erfolgreich

In den USA und Europa sind die wichtigsten Infektionswege für HIV bisher immer noch die homosexuellen Kontakte unter Männern und der intravenöse Drogenmissbrauch. Allerdings steigt, insbesondere in Osteuropa, die Zahl der durch heterosexuelle Kontakte übertragenen Infektionen stetig an. In den Entwicklungsländern ist der Hauptübertragungsweg überwiegend der heterosexuelle Geschlechtsverkehr, wobei die HIV-Infektion sich etwa gleichmäßig auf Frauen und Männer verteilt (Thierfelder; Kessler-Bodiang 2003, S. 7).

2.2 Verlauf der HIV-Infektion

Der sog. natürliche Verlauf beschreibt die zeitlich aufeinander folgenden Phasen der HIV-Infektion ohne eine medikamentöse Therapie. Der Verlauf der HIV-Infektion wird seit 1993 in einer CDC-Klassifikation beschrieben, die drei klinische Kategorien (A bis C) unterscheidet (CDC 1993). Nach der Zahl der noch vorhandenen T-Helferzellen (vgl. S. 12) wird dem jeweiligen Buchstaben ein Zahlenwert zugewiesen, so dass eine Klassifizierung von A1 bis C3, also eine 3x3 Matrix entsteht. (s. Anhang T: Tabellen S. 150). Die Einteilung der HIV-Infektion in Kategorien erlaubt eine grobe Orientierung über die Situation des Patienten und spielt eine wesentliche Rolle bei der Frage nach der individuellen Therapie.

1. Asymptomatisches Stadium (klinische Kategorie A)

Nach einer Inkubationszeit von ca. ein bis sechs Wochen nach der Exposition⁸ mit dem HI-Virus kann ein sog. „akutes, symptomatische HIV Syndrom“ auftreten. Es verläuft ähnlich einem grippalen Infekt und kann deshalb leicht mit ihm verwechselt werden. Die häufigsten Symptome sind Fieber, Abgeschlagenheit, Appetitlosigkeit, Kopf-, und Gliederschmerzen, Durchfälle und Erbrechen. Diese symptomatische Phase der akuten HIV-Infektion dauert ca. sieben bis zehn Tage, selten länger als 14 Tage (Altfeld; Walker 2005, S. 83). Auf diese akute Phase der HIV-Infektion erfolgt dann in der Regel eine symptomfreie Periode.

2. Symptomatisches Stadium (klinische Kategorie B)

Das symptomatische Stadium ist geprägt von einer Reihe von Beschwerden und Infektionskrankheiten, die auf eine Störung der Immunabwehr hindeuten, aber noch nicht AIDS-definierend (vgl. AIDS-Vollbild, S. 12) sind. Häufige Symptome, die in dieser Phase der Erkrankung auftreten sind u. a. Fieberschübe, Nachtschweiß, Pilzinfektionen und anhaltende Durchfälle.

⁸ Exposition: (lat.) Aussetzung: Gesamtheit der äußeren Bedingungen für die Entstehung einer Krankheit, denen ein Organismus ausgesetzt ist.

3. AIDS–Vollbild (klinische Kategorie C)

Im Durchschnitt 8 bis 12 Jahre (Kamps 2005, S. 29) nach der Erstinfektion treten die ersten sog. „AIDS-definierenden Krankheiten“ auf. Diese Erkrankungen werden auch als „opportunistische Infektionen“ (kurz: OI) bezeichnet. Ohne eine entsprechende Therapie mit antiretroviralen Medikamenten sind diese opportunistischen Infektionen lebensbedrohlich und führen nach unterschiedlich langer Dauer schließlich zum Tod. Die CDC-Klassifikation, in der die AIDS-definierenden Krankheiten aufgeführt sind, befindet sich in Anhang T: Tabellen S. 151.

Kamps bezeichnet die CDC-Klassifikation als „*die derzeit beste Einstufung der HIV-Infektion*“ (Kamps 2005, S. 31), weist aber darauf hin, dass sie hinsichtlich der AIDS-Definition nicht frei von Fehlern und hinsichtlich der bisherigen Entwicklungen in der HIV-Therapie veraltet ist.

2.3 Diagnosemöglichkeiten Die Infektion mit dem HI-Virus kann durch einen

Antikörpertest drei bis sechs Wochen, spätestens aber drei Monate nach der Exposition nachgewiesen werden. Um den weiteren Verlauf einer HIV-Infektion und den Zustand des Immunsystems zu überwachen, werden in regelmäßigen Abständen (empfohlen werden Abstände von drei Monaten) Blutuntersuchungen zur Messung der Helferzellzahl und der Viruslast durchgeführt (s. nächstes Kapitel). Somit lässt sich feststellen, in wie weit HIV das Immunsystem bereits geschädigt hat und wie schnell sich das Virus vermehrt. Die Bestimmung der Blutwerte spielt ebenfalls eine wichtige Rolle bei der Frage, wann mit einer Therapie begonnen werden sollte. Zwei Blutwerte stehen dabei im Vordergrund:

1. Der Immunstatus

Bei der Bestimmung des Immunstatus spielen die T-Helferzellen (auch als CD4 Zellen bezeichnet) eine zentrale Rolle. Ihre Anzahl ist ein Maß für die immunologische Reaktionsfähigkeit des Organismus und für das Fortschreiten der HIV-Infektion. Der Normwert liegt zwischen 500 und 1.200 Helferzellen pro Mikroliter (= / μ l). In der Regel nehmen die Zellen etwa vier bis sechs Jahre nach der Erstinfektion mit HIV beim natürlichen Verlauf kontinuierlich ab. Sinkt die Zahl unter 250 bis 200 CD4 Zellen pro Mikroliter gilt das Immunsystem als stark geschädigt und es besteht die Gefahr opportunistischer Infektionen. Ein CD4 Wert von weniger als 200 Zellen pro Mikroliter gilt nach der Klassifikation der CDC als krankheitsdefinierend für AIDS.

2. Die Viruslast

Hier wird die Zahl der Viruskopien, d.h. der RNA⁹ Kopien pro Milliliter (=/ml) Blut gemessen. Diese diagnostische Methode liefert wichtige Hinweise für die Therapieentscheidung, sie kann aber auch schnell aufzeigen, ob eine medikamentöse Therapie gegen HIV anspricht oder nicht. Steigt die Viruslast unter der Therapie wieder an, ist dies ein sicheres Zeichen dafür, dass die Wirkung der Medikamente nicht mehr gegeben ist. Im Allgemeinen werden Ergebnisse unter 10.000 Viruskopien pro Milliliter Blut als niedrig und über 100.000 Viruskopien pro Milliliter als hoch bewertet.

2.4 Die antiretrovirale HIV Therapie

Die „hochaktive antiretrovirale Therapie“ (HAART¹⁰) führt, vereinfacht dargestellt, bei den meisten HIV-Infizierten zu einer Hemmung der Virusvermehrung und einem Anstieg der CD4 Zellen und somit zu einer verbesserten Immunabwehr. Dadurch haben sich der Verlauf und die Prognose der HIV-Infektion seit der Einführung dieser Therapie im Jahr 1996, zumindest in den westlichen Industrienationen, grundlegend verändert. Die HIV-Infektion wurde von einer Krankheit mit fortschreitender Abwehrschwäche mit Todesfolge bei vielen Betroffenen zu einer „chronisch behandlungsbedürftigen“ Krankheit (vgl. Furrer et. al. 2003; Meystre-Augustoni 2001, Rockstroh 2004).

2.4.1 Geschichte der HIV Therapie

Mitte der 80er Jahre wurden zunächst einzelne Medikamente mit antiretroviraler Wirkung zur Therapie bei HIV eingesetzt, die sog. Monotherapien. Durch ihren Einsatz bei Menschen mit HIV und AIDS seit dem Jahr 1987 konnte vorübergehend eine Hemmung der Virusvermehrung und damit eine kurzfristige Erholung des Immunsystems und ein momentaner Stillstand der Erkrankung erzielt werden. Mit diesen Einzelsubstanzen wurde jedoch kein dauerhafter Therapieerfolg, im Sinne einer Lebensverlängerung, erreicht (Hartl 2003).

Im Jahr 1993 begannen erste klinische Studien, in denen man zwei Wirkstoffgruppen in Kombination einsetzte. Die Ergebnisse zeigten, dass diese Kombinationstherapien deutlich wirksamer waren als die Monotherapien, sowohl im Hinblick auf die Laborwerte (unter anderem die Zahl der CD4 Zellen), als auch auf die Überlebenszeit der Patienten (Hoffmann 2004, S. 91).

Der Durchbruch in der HIV-Therapie wurde im Januar 1996 durch die Zulassung einer neuen Wirkstoffgruppe, den sog. „Protease-Inhibitoren“ (kurz: PI) erzielt. Durch die nun bestehende Möglichkeit, drei Wirkstoffklassen mit unterschiedlichen Wirkmechanismen

⁹ RNA: Abk. f. (engl.) ribonucleic acid; (dt.) Ribonucleinsäure (RNS)

¹⁰ HAART: Abk. f. (engl.) Highly Active Antiretroviral Therapy

miteinander kombinieren zu können, konnte die Virusvermehrung nun vollständiger und damit auch dauerhafter unterdrückt werden.

Seit Mai 2003 liegt nun eine vierte Wirkstoffklasse, die „Fusionshemmer“ vor. Somit stehen in der Behandlung der HIV-Infektion zum heutigen Zeitpunkt weit über 20 zugelassene Einzelsubstanzen und Kombinationspräparate zur Verfügung.

2.4.2 Behandlungsstrategien

Die Kombination mehrerer, meist mindestens dreier Medikamente aus zwei verschiedenen Wirkstoffklassen gilt derzeit als die Behandlungsstrategie der Wahl in der antiretroviralen HIV-Therapie. Da diese Kombinationstherapien deutlich besser wirksam als Mono-, oder Zweierkombinationstherapien sind, werden sie als „hochaktive antiretrovirale Therapie“ bezeichnet. Das primäre Ziel einer antiretroviralen Therapie ist eine „maximale und lang anhaltende Suppression¹¹ der Virusreplikation¹²“ (Furrer et. al. 2003) und die dauerhafte Senkung der Viruslast unter die derzeitige Nachweisgrenze von weniger als 20 bis 50 Viruskopien pro Milliliter.

Es gibt international keine einheitlichen Richtlinien für den Beginn einer HIV-Therapie. Abhängig von den Indikatoren CD4 Zellzahl und Viruslast geben die unterschiedlichen nationalen HIV-Fachgesellschaften unterschiedliche Empfehlungen zur Indikation der antiretroviralen Therapie (vgl. Anhang T: Tabellen, S. 152).

Die Auswahl der Präparate und Wirkstoffkombinationen sollte sich am Stadium und Verlauf der HIV-Infektion, sowie an den mentalen, psychischen, beruflichen und sozialen Voraussetzungen des Patienten orientieren (Rockstroh, 2004). Zudem müssen Faktoren wie Empfindlichkeiten, Begleitmedikationen, Wechselwirkungen zwischen den Wirkstoffklassen, Einnahmemodalitäten, zukünftige Therapieoptionen etc. beachtet werden. Die Entscheidung für einen Therapiebeginn ist abhängig von drei Faktoren:

1. Symptomatik,
2. Immunstatus und
3. Viruslast

Aufgrund der Komplexität der modernen HIV-Therapie und der Tatsache, das es zur Zeit keine einheitlichen Richtlinien gibt, in welchen Situationen welches Schema gewählt werden soll (Furrer et. al. 2003), ist es im Rahmen dieser Arbeit nicht möglich, im Einzelnen vertieft auf die verschiedenen Wirkstoffkombinationen und deren Vor-, und Nachteile einzugehen. Die Tabelle 27: Medikamente für die antiretrovirale Therapie im Anhang T (s. S. 153) bietet einen Überblick über die derzeitig eingesetzten Medikamentenkombinationen.

¹¹ Suppression: (lat.) Unterdrückung, Hemmung

¹² Replikation (lat.): Bildung einer exakten Kopie bes. von Genen oder Chromosomen durch Selbstverdopplung genetischen Materials

2.4.3 Die Erfolge der HAART

Vor der Einführung der HAART bestimmten die opportunistischen Infektionen wesentlich die Krankheitshäufigkeit (Morbidität) und die Sterblichkeit (Mortalität) HIV infizierter Menschen. Durch die Einführung der HIV-Therapien im Jahr 1996 sind das Vollbild AIDS und die dafür typischen opportunistischen Infektionen in Europa und Nordamerika selten geworden. Wie eine Metaanalyse der „Anti-Retroviral Therapy Cohort Collaboration“ aus dem Frühjahr 2005 zeigt, sterben im Vergleich zur „Vor-HAART-Ära“ nur noch wenige Menschen an AIDS (D'Arminio et. al. 2005).

Die ART-Cohort Collaboration beobachtet seit 1998 insgesamt 13 Kohorten¹³ aus Europa und Nordamerika mit insgesamt 12.500 Patienten, die seit dem Beginn ihrer Therapie in den jeweiligen Kohorten wiederholt untersucht werden. Die jüngste Analyse vom Frühjahr 2005 ergab, dass die Inzidenz¹⁴ der AIDS-definierenden Erkrankungen in den ersten drei Monaten der Behandlung von 129,3 pro 1.000 Personenjahre auf 13,2 pro 1.000 Personenjahre im dritten Jahr der Behandlung sank. Dieser Rückgang war vor allem auf das Vermeiden von viralen opportunistischen Infektionen zurückzuführen. Insgesamt sind bei den 12.500 Patienten von 1998 bis 2005 „nur“ 928 AIDS-definierende Erkrankungen aufgetreten.

Erfolge von HAART in Europa lassen sich auch aus den Ergebnissen der EuroSIDA-Studie ablesen. Bei der EuroSIDA Studie handelt es sich um eine Kohortenstudie, an der über 9.800 HIV-Patienten aus 26 europäischen Ländern sowie Israel und Argentinien teilnehmen. Ziel der Studie ist es, die generellen (Langzeit-) Auswirkungen der antiretroviralen Therapie für HIV-Infizierte abzuschätzen.

2002 wurden die AIDS-Inzidenz Daten für drei Zeiträume erhoben: für die Zeit vor der Einführung der HAART (1994/95), zu Beginn (1996/97) und in der späten HAART-Ära (1998 bis 2002). Den Ergebnissen der Studie zufolge *„lag die AIDS-Inzidenz in der späten HAART-Ära um 50% niedriger als zu Beginn [...]“* (Mocroft et. al. 2003, S. 60). Das Risiko für HIV-Infizierte, an AIDS zu erkranken, lag im Zeitraum von 1998 bis 2002 um fast 40% niedriger als vor der Behandlungsmöglichkeit mit HAART.

Seit der Einführung der HAART ist auch in der BRD die Morbidität bei AIDS gesunken. Im Vergleich zur ersten Hälfte der 90er Jahre, als jährlich noch etwa 2.000 Patienten in Deutschland an AIDS erkrankten, ist die Zahl der AIDS-Neuerkrankungen auf aktuell etwa 600 bis 700 Fälle pro Jahr in der Bundesrepublik gesunken (RKI 2005). HAART hat nicht nur die Inzidenzen der opportunistischen Infektionen gesenkt, sondern auch den Verlauf der HIV-Infektion erheblich verändert. Während früher die Überlebenszeit nach der ersten

¹³ Kohorten: (lat.) Eine nach bestimmten Kriterien ausgewählte Personengruppe, deren Entwicklung und Veränderung in einem bestimmten Zeitablauf soziologisch untersucht wird.

¹⁴ Inzidenz: (lat.) Anzahl der Neuerkrankungen; epidemiologisches Maß zur Charakterisierung des Krankheitsgeschehens in einer Population

AIDS definierenden Erkrankung kaum mehr als zwei bis drei Jahre betrug, „[...] leben Patienten heute zehn Jahre und länger nach den ersten Symptomen von AIDS“ (Hoffmann 2005, S. 365).

2.4.4 Problematiken der HAART

Die HIV-Kombinationstherapien sind Langzeitbehandlungen, die von den Patienten ein hohes Maß an „Adhärenz“ erfordert. Dieser Begriff meint die Einhaltung der gemeinsam von Arzt und Patient erarbeiteten Vorgaben und soll den durchaus richtigen Aspekt hervorheben, dass nicht nur der Patient am Therapieversagen schuld ist. Adhärenz beinhaltet sämtliche Faktoren, die eine "Therapietreue" beeinflussen, im Sinne einer "Akzeptierbarkeit". Die Adhärenz ist die Achillesferse der antiretroviralen Therapie - eine schlechte Adhärenz ist ein wesentlicher, wahrscheinlich sogar der wichtigste Faktor für die Resistenzentwicklung und damit für ein Therapieversagen (Hoffmann 2005, S. 160).

2.4.4.1 Resistenzen

„Die Entwicklung resistenter Virusvarianten ist eine der Hauptursachen für das Versagen der antiretroviralen Therapie“ (Wolf 2005, S. 313).

Alle Medikamente, die HIV oder andere Mikroorganismen an ihrer Vermehrung hindern laufen Gefahr, im Laufe einer Therapie nicht mehr den Wirkungsgrad zu behalten, der sie zu Beginn einer Therapie auszeichnet. Diesen Wirkverlust der Medikamente bezeichnet man mit dem weitläufigen Oberbegriff „Resistenz“, die entweder auf eine genetische Veränderung im Erbgut des Virus (Genotypische Resistenz) oder auf einer durch Mutation verminderte Empfindlichkeit des Virus auf bestimmte Substanzen (Phänotypische Resistenz) zurückgeführt werden kann. Das rasche Auftreten resistenter HI-Virusvarianten ist sowohl bedingt durch den hohen Replikationsgrad von HIV (täglich entstehen ca. zehn Milliarden neue Viruspartikel), wie auch durch die hohe Fehlerrate bei der Vermehrung des Virus.

Wenn das Ziel der antiretroviralen Therapie, die vollständige Suppression der Virusvermehrung nicht erreicht wird, spricht man von einem „virologischen Therapieversagen“ (Furrer et. al. 2003), dass durch einen (Wieder-) Anstieg der Viruslast gekennzeichnet ist. In „unzähligen“ Studien (Hoffmann 2005, S. 174) wurde nachgewiesen, dass ein Therapieversagen direkt mit der Adhärenz des Patienten zusammenhängt. Je schlechter die Adhärenz ist, desto wahrscheinlicher ist also ein Versagen der Therapie. Als Hauptursache für eine mangelnde Adhärenz der Patienten, Therapiewechsel oder gar Therapieabbrüche, werden Nebenwirkungen der HAART genannt.

2.4.4.2 Nebenwirkungen

Nebenwirkungen können die Behandlung der HIV-Infektion erheblich erschweren. So brechen ca. 25% der Patienten die HAART auf Grund der Nebenwirkungen innerhalb des ersten Jahres ab (D` Arminio et. al. 2000). Neuere Studien zeigen, dass u. a. Nebenwirkungen wie Übelkeit, Durchfälle, Ängste, Depressionen, Verwirrtheit und Veränderungen der Körperfettverteilung die Adhärenz signifikant beeinflussen (Schieferstein; Buhk 2005, S. 267). Zu den häufigsten Nebenwirkungen fast aller antiretroviralen Medikamente gehören gastrointestinale¹⁵ Beschwerden. Typische Symptome sind Völlegefühl, Appetitlosigkeit, Durchfälle und Übelkeit bis hin zum Erbrechen. Neben der teilweise erheblichen Beeinträchtigung der Lebensqualität können diese Beschwerden zu Mangelernährung mit Gewichtsverlust führen. Der daraus resultierende zu niedrige Medikamentenspiegel birgt oftmals die Gefahr einer Resistenzentwicklung.

In den meisten Fällen treten diese Symptome zu Beginn der Behandlung auf. In der Regel lassen die Beschwerden dann nach ein bis vier Wochen nach. Aus diesem Grund werden gastrointestinale Beschwerden zu den sog. „Kurzzeitnebenwirkungen“ gezählt (DAH 2004). Daneben haben die Kombinationstherapien eine Reihe von Langzeitnebenwirkungen, die von verschiedenen Faktoren abhängig sind. So spielen die eingenommenen Medikamente und deren Kombination ebenso eine Rolle wie die genetische Disposition¹⁶ und die Lebensumstände der Patienten. In der Fachliteratur finden sich keine eindeutigen und aussagekräftigen Zahlen, wie viele der Patienten mit einer HAART an Langzeitnebenwirkungen der Therapie leiden. Allerdings werden eine Vielzahl von Langzeitnebenwirkungen beschrieben, die heute den Medikamentengruppen zugeordnet werden können (vgl. Tabelle 27: Medikamente für die antiretrovirale Therapie, S. 153 im Anhang T).

Zu den häufigsten Langzeitnebenwirkungen einer HAART gehört das „HIV-assoziierte Lipodystrophiesyndrom“ (kurz: LDS). Die Prävalenz des LDS wurde mittels Querschnittsuntersuchungen bei Patienten mit einer HAART mit 30 bis 50% angegeben (Behrens 2005). Neben körperlichen Veränderungen wie Fettverlust (an Gesicht, Armen, Beinen, Gesäß) und Fettzunahme (am Bauch, Nacken und Brust), treten Veränderungen im Stoffwechsel auf. Dazu gehören Insulinresistenzen, Glukosetoleranzstörungen, Diabetes mellitus und verschiedene Fettstoffwechselstörungen. Diese „metabolischen“ Veränderungen als Nebenwirkungen der HAART stehen unter dem Verdacht, für ein

¹⁵ gastrointestinal: Magen und Darm betreffend

¹⁶ Disposition: (lat.) Empfänglichkeit, Anfälligkeit für Krankheiten

erhöhtes Risiko von Herz- Kreislauferkrankungen verantwortlich zu sein. Dies konnte aber epidemiologisch noch nicht zweifelsfrei belegt werden (Neumann 2005, S. 589).

2.4.4.3 Entwicklungen der Zukunft

In der antiretroviralen HIV-Therapie besteht ein ständig wachsender Bedarf an neuen Medikamenten. Zum einen müssen durch die hohe Mutationsrate von HIV und dem dadurch vermehrten Auftreten multiresistenter Virenstämme ständig neue Alternativen in der HIV-Therapie geschaffen werden. Zum anderen sind durch die wahrscheinlich auch in der Zukunft über Jahrzehnte einzunehmenden Präparate erhebliche Probleme hinsichtlich Langzeittoxizitäten¹⁷ und Adhärenz zu erwarten. Daher muss ein Schwerpunkt in der Entwicklung von Medikamenten liegen, die einfacher einzunehmen, weniger für Resistenzen anfällig und vor allem weniger toxisch sind. Allerdings ist die Eradikation¹⁸ des HI-Virus bislang noch ein „Fernziel“ (Hoffmann, 2005). Um diesem näher zu kommen, müssen neue Substanzen potenter¹⁹ sein als die heute bereits verfügbaren Präparate. Aus allen vier bisher verfügbaren Wirkstoffgruppen befinden sich neue Präparate in der Entwicklung und in der klinischen Erprobungsphase.

Trotz der guten Behandlungserfolge mit den derzeitigen Medikamenten sollte man sich nicht in Sicherheit wiegen, betonte Prof. Dr. Manfred Dierich, Leiter des Hygieneinstitutes Innsbruck anlässlich der Österreichischen Ärztetage im Mai 2005. Hier sagte Dierich: *„Man hat Grund zur Annahme, dass die HI-Viren gegen alle diese Arzneimittel resistent werden können. Wenn die Medikamente nicht mehr wirken, sind wir wieder dort, wo wir 1985 waren. [...] Deshalb ist die Prophylaxe von HI-Infektionen weiterhin die wichtigste Maßnahme“* (Dierich 2005).

Denn auch die bisherigen Strategien zur Entwicklung eines Impfstoffes, der gegen die Immunschwächekrankheit schützen soll, haben im Frühjahr 2005 einen Rückschlag erlitten. Zahlreiche Studiengruppen versuchen derzeit, durch die Immunisierung mit Oberflächenbestandteilen des HI-Virus das Abwehrsystem der Geimpften zur Produktion von Antikörpern anzuregen, welche die Krankheitserreger neutralisieren sollen. Bei den Österreichischen Ärztetagen im Mai 2005 wurden nun Untersuchungsergebnisse bekannt, die darauf hinweisen, dass die eingesetzten Antikörper nicht schützend sind, sondern die HIV-Infektion sogar fördern (<http://derstandard.at/>, 03 Juni 2005).

2.4.5 HAART und Prävention

„Die kurative Medizin hat mit der HAART ihren Beitrag zur Primärprävention geleistet“, so Rolf Rosebrock im Jahr 2002 in einem Artikel zur aktuellen Situation der AIDS Prävention

¹⁷ Toxizität: Giftigkeit (Med.)

¹⁸ Eradikation: weltweite Ausrottung

¹⁹ potent: (lat.) leistungsfähig

(Rosebrock 2002, S. 8). Er bezieht sich hier auf das Ziel der medikamentösen HIV-Therapie, die Viruslast unter die Nachweisgrenze zu senken. Je niedriger die Viruslast, desto geringer ist die Infektiosität der Patienten und die Wahrscheinlichkeit einer Übertragung von HIV. Hosseinipour et. al. (2002) postulierten aufgrund dieser Studienergebnisse die HAART ebenfalls als einen wichtigen Beitrag zur Prävention. Eine zentrale Rolle in Bezug auf die Primärprävention von HIV und AIDS nimmt auch die sog. „Postexpositionsprophylaxe“ (kurz: PEP) ein.

2.4.5.1 Die Postexpositionsprophylaxe

Bei der PEP handelt es sich um eine sofort einsetzende Behandlung mit antiretroviralen Medikamenten bei einem begründeten Verdacht einer möglichen HIV-Infektion. Seit 1987 wird sie hauptsächlich nach Nadelstichverletzungen bei beruflich exponierten Personen wie z. B. Ärzten und Pflegekräften angewandt. Eine Analyse retrospektiver Fallkontrollstudien aus dem Jahr 1997 ergab, dass schon eine Monoprophylaxe (Einsatz eines antiretroviralen Medikamentes) die Infektionswahrscheinlichkeit nach einer Exposition um etwa 80% senkt. Eine Kombination mehrerer Medikamente ist wahrscheinlich noch wirksamer (Lorenzen 2005, S. 663).

Neben dem Einsatz einer PEP nach einer beruflichen Exposition mit HIV wird immer häufiger der Einsatz nach Sexualkontakten mit einem möglichen Übertragungsrisiko befürwortet. Anfang 2005 empfahl das CDC nun erstmals eine vorbeugende Behandlung nach jedem Ansteckungsrisiko. Auch Menschen, die Opfer einer Vergewaltigung geworden seien, ungeschützten Sex mit einem Risikopartner gehabt hätten oder sich durch Injektionsnadeln angesteckt haben könnten, sollten sich künftig vorbeugend behandeln lassen (CDC 2005). Auch die „Deutsch-Österreichischen Richtlinien zur postexpositionellen Prophylaxe der HIV-Infektion“ von 2002 befürwortet, in Analogie zur Wirksamkeit einer PEP nach einer Nadelstichverletzung, ein Einsetzen dieser nach einem Übertragungsrisiko durch einen Sexualkontakt (Dt.-Öster. Richtlinien 2002). Diese Empfehlungen werfen hinsichtlich der Prävention viele, bislang noch ungeklärte Fragen auf. Zum Beispiel, ob die Gefahr besteht, dass der Einsatz der PEP „für alle“ den Glauben an die „Pille danach“ fördert oder eine Tendenz zu ungeschütztem Sex folgen wird. Gleiche oder ähnliche Fragen werden auch bezüglich der HAART und ihren Auswirkungen auf die Prävention aufgeworfen. Diese Aspekte gehören zu den zentralen Themen dieser Arbeit und werden im Kapitel 4, Geschichte und Grundlagen der HIV Prävention in Deutschland, S. 23 ff. vertiefend behandelt.

3 Epidemiologie von HIV und AIDS

Seit dem ersten Auftreten des HI-Virus vor mehr als 20 Jahren in den USA hat sich die HIV-Infektion zu einer weltweiten Epidemie entwickelt. Dabei hat die Verbreitung der Infektion nicht gleichförmig bzw. zum gleichen Zeitpunkt stattgefunden (Kamps 2005, S. 33). Die HIV-Neuinfektionen und AIDS Erkrankungszahlen verteilen sich weltweit sehr unterschiedlich. Im Folgenden wird ein kurzer Überblick der aktuellen Situation der HIV-Epidemie weltweit, in der Bundesrepublik Deutschland und in der Hansestadt Hamburg vermittelt.

3.1 Welt

Die nachfolgende Tabelle 1 gibt einen Überblick der weltweiten HIV/AIDS-Epidemie für das Jahr 2004. Hier sind im Einzelnen die HIV-Neuinfektionen, die Anzahl der Menschen, die mit HIV und AIDS leben und bis Ende 2004 an den Folgen der Immunkrankheit verstorben sind, aufgeführt.

Tabelle 1: Menschen mit HIV/AIDS, Neuinfektionen und Todesfälle 2004

	Neuinfektionen 2004	Menschen mit HIV/AIDS 2004	AIDS- Todesfälle 2004
Afrika südlich der Sahara	3.100.000	25.400.000	2.300.000
Süd- und Südostasien	890.000	7.100.000	490.000
Ostasien	290.000	1.100.000	51.000
Lateinamerika	240.000	1.700.000	95.000
Ost-Europa und Zentralasien	210.000	1.400.000	60.000
Mittler Osten und Nordafrika	92.000	540.000	28.000
Karibik	53.000	440.000	36.000
Nord-Amerika	44.000	1.000.000	16.000
West- und Zentraleuropa	21.000	610.000	6.500
Ozeanien	5.000	35.000	700
Gesamt	4.945.000	39.325.000	3.083.000

Quelle: <http://www.unaids.org/wad2004/report.html>

Epidemiologie von HIV und AIDS

Demnach leben weltweit derzeit knapp 40 Millionen Menschen mit dem HI-Virus. Die am meisten betroffene Region mit HIV und AIDS ist der südlich der Sahara gelegene Teil Afrikas. Alleine in dieser Region fanden im Jahr 2004 mehr als 63% (3,1 Millionen) aller weltweiten HIV-Neuinfektionen statt. Die Prävalenz²⁰ lag hier zu diesem Zeitpunkt bei über 25 Millionen betroffenen Personen. Auf dem vorletzten Rang steht die Region West- und Zentraleuropa mit 21.000 Neuinfektionen im Jahr 2004. Dieser Anteil umfasst 0,4% der weltweiten HIV-Neuinfektionen. Zu dieser Region zählt auch die Bundesrepublik Deutschland.

3.2 Bundesrepublik Deutschland

„Die dramatischen Ausmaße der AIDS-Epidemie, die noch Mitte der 80er Jahre für Deutschland angenommen bzw. befürchtet wurden, fanden nicht statt“ (Kamps 2005, S. 33). Seit Beginn der Epidemie Anfang der 80er Jahre bis Ende 2004 haben sich in Deutschland etwa 67.500 Menschen mit HIV infiziert. Davon sind etwa 28.000 Menschen an AIDS erkrankt und etwa 23.000 sind bereits an den Folgen von AIDS verstorben (RKI 2005). Im Vergleich zur ersten Hälfte der 90er Jahre, als jährlich noch etwa 2.000 Personen an den Folgen von AIDS verstarben, ist die Zahl der AIDS-Todesfälle auf aktuell etwa 600-700 Fälle pro Jahr gesunken (Kamps 2005, S. 34). Nach Schätzungen des Robert-Koch-Institutes lebten zum Ende des Jahres 2004 in der BRD ca. 40.000 Menschen mit dem HI-Virus (RKI 2005a). 2004 blieb die Anzahl der Neuinfektionen in Deutschland im Vergleich zum Vorjahr nahezu unverändert. Die Meldungen der HIV-Neuinfektionen, die zwischen dem 01.01. und dem 31.12.2004 beim RKI registriert wurden, betragen 1.779 Fälle. Bei näherer Betrachtung dieser Fälle entfielen 47% der im Jahr 2004 gezählten Erstdiagnosen auf die Gruppe der MSM (n=829). Sie stellt somit die größte Betroffengruppe dar. Die höchste Anzahl der HIV-Neuinfektionen ist in der Altersgruppe der 30 bis 39-jährigen Homosexuellen festzustellen. Aktuell ist die Zahl der Neuinfektionen bei der Gruppe MSM im Vergleich zu 2003 abermals um sechs Prozent für das Jahr 2004 angestiegen (RKI 2005a). Die zweitgrößte Gruppe stellten im Jahr 2004 Personen aus den Hochprävalenzländern²¹ (HPL) mit 16% (n=292) dar (RKI 2005a). In Deutschland kam es vor allem bei den heterosexuellen Sexualkontakten durch Einwanderung (Migration) von Personen aus den HPL zu einem Anstieg der HIV-Neuinfektionen.

²⁰ Prävalenz: Bestand, Häufigkeit einer bestimmten Krankheit oder eines bestimmten Merkmals zu einem bestimmten Zeitpunkt

²¹ Hochprävalenzländer: Länder in denen mehr als ein Prozent der Bevölkerung mit dem HI-Virus infiziert ist, z.B. viele Ländern Afrikas und einigen Nachfolgestaaten der UdSSR

3.2.1 Hansestadt Hamburg

Seit Beginn der HIV Epidemie infizierten sich in der Hansestadt Hamburg laut Schätzungen des RKI insgesamt ca. 5.000 Menschen mit dem HI-Virus. Davon erkrankten 2.155 Menschen an AIDS (RKI 2004). An den Folgen der Immunkrankheit AIDS sind bis zu diesem Zeitpunkt insgesamt 1.190 Menschen verstorben.

Ende 2004 lebten in der Hansestadt Hamburg 1.979 HIV-Infizierte homosexuelle Männer. Die Anzahl der bereits an AIDS erkrankten homosexuellen Männer lag bei 1.712 (RKI 2005a).

4 Geschichte und Grundlagen der HIV Prävention in Deutschland

HIV traf als erste „neue“ Infektionskrankheit von bedrohlichem Ausmaß auf ein Gesundheitssystem in Deutschland, das sich seit 1945 fast ausschließlich naturwissenschaftlich entwickelt hatte und seinen Fokus auf eine individuell-kurativ²² orientierte Medizin legte. Dies begründet sich durch die Erfahrungen mit dem Nationalsozialismus, der u. a. die präventiv ausgerichtete Sozialhygiene, als eine bis 1933 in Deutschland stark ausgeprägte und einflussreiche Strömung der Medizin, durch Maßnahmen der „Rassenhygiene“ missbraucht hatte. Nach Beendigung des Zweiten Weltkrieges hatte sich somit ein großes Misstrauen gegenüber staatlicher Einflussnahme auf die öffentliche Gesundheit entwickelt. Daraus ergab sich die Konsequenz, dass der öffentliche Gesundheitsdienst immer mehr Aufgaben an niedergelassene Ärzte und Krankenhäuser verlor. Das so gewachsene Gesundheitswesen in Deutschland stand mit dem Aufkommen von HIV und AIDS nun vor einer Herausforderung, auf die anfänglich keine adäquaten Antworten gefunden wurden.

In einem gesundheitspolitischen Grundsatzstreit ging es Mitte der 80er Jahre um die medizinisch wie bürgerrechtlich entscheidende Frage nach der richtigen AIDS–Politik. Auf der einen Seite stand die klassische Seuchenstrategie nach dem „old public health“ Paradigma, die individuelle Suchstrategie, im amerikanischen Sprachgebrauch „control and containment“²³. Sie steht unter der Leitfrage: „Wie ermitteln wir möglichst schnell möglichst viele Infektionsquellen und wie legen wir diese still?“ Diese Strategie war kennzeichnend für die Vertreter der kurativ orientierten Medizin. Ihr gegenüber stand die auf „new public health“, also auf moderne gesundheitswissenschaftliche Konzepte gegründete „gesellschaftliche Lernstrategie“, im amerikanischen Sprachgebrauch „inclusion and cooperation“²⁴. Sie sucht und realisiert Antworten auf die Frage: „Wie organisieren wir möglichst schnell, möglichst bevölkerungsweit und möglichst zeitstabil gesellschaftliche Lernprozesse, mit denen sich Individuen, Gruppen, Institutionen und die gesamte Gesellschaft maximal präventiv und ohne Diskriminierung der Betroffenen auf ein Leben mit dem bis auf weiteren unausrottbaren Virus einstellen können?“

In Deutschland gipfelte die Diskussion 1987 zwischen Lernstrategie und Seuchenkontrolle in der Verabschiedung eines bayrischen Maßnahmenkatalogs, dem die Annahme zugrunde lag, dass die Verbreitung von HIV durch Ge-, und Verbote zu verhindern sei. Dem stellte sich mehrheitlich und in deutlicher Form eine Bundestags–Enquete–Kommission entgegen, die sich erstmalig in der Geschichte der BRD mit einer Infektionskrankheit beschäftigte. Diese Kommission belegte die Notwendigkeit, neben der

²² Kurativ: heilend (aus der Medizin)

²³ control and containment (engl.): Kontrolle und In–Schach–halten

²⁴ inclusion and cooperation (engl.): Einbeziehung und Kooperation

Geschichte und Grundlagen der HIV Prävention in Deutschland

Betrachtung einer Infektionskrankheit auch die aus „public health“ Sicht notwendige Betrachtung des Phänomens AIDS in den Fokus zu stellen. Sie sprach sich mehrheitlich für die „gesellschaftliche Lernstrategie“ aus.

Nach Rosebrock (2003, S. 10ff.) gibt es sieben miteinander verwobene Gründe, die den Umfang und die Richtung der mit dem „Ausnahmestatus“ von HIV (in Fachkreisen „HIV-exceptionalism“, d. Verf.) verbundenen großen Handlungs-, Innovations-, und auch Ausgabenbereitschaft der verschiedenen Gesundheitssysteme der industrialisierten Welt erklären helfen:

1. Das Auftauchen von HIV und AIDS erschütterte ein bis dahin sehr verbreitetes und nicht mehr hinterfragtes Sicherheitsgefühl durch die seit Mitte der 40er Jahre verfügbaren, wirksamen Antibiotika.
2. Der tiefe Glaube an die Machbarkeit der Medizin erlitt dadurch in der Bevölkerung und bei den Professionen von Medizin und Krankenversorgung einen schweren Schlag
3. Die Übertragungswege von HIV, insbesondere Geschlechtsverkehr und der gemeinsame Gebrauch von Spritzen im Drogenmilieu betrafen Bedeutungsfelder mit vielen Tabus und weckten Ängste in der Bevölkerung.
4. Über das Ausmaß der Bedrohung lagen kaum Fakten vor und es bestand keine Sicherheit. Anfänglich schien potentiell die gesamte sexuell aktive Bevölkerung gefährdet zu sein. Das vergrößerte die politische Bereitschaft, auch ungewohnte Wege zu gehen
5. Die Bereitschaft war umso größer, je stärker die Zweifel an der Effektivität und Effizienz der herkömmlichen Instrumente und Maßnahmen der Prävention und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten waren. In der Kritik standen hier schon länger die Konzepte von „old public health“ (Zwangsuntersuchungen, Verhaltensaufgaben, Eingriffe in das Bürgerrecht, Quarantänen und Therapiezwang).
6. Elemente einer alternativen Strategie zu „old public health“ waren, zumindest als Konzept und in Form zahlreicher Praxisansätze, vor allem bereits in den USA verfügbar und erprobt. An Methoden und Instrumenten der Verhaltensbeeinflussung zur Senkung von Herz-, und Kreislauferkrankungen konnte angeknüpft werden. Dieses Grundmodell erlangte 1986 in der „Ottawa Charta“ für Gesundheitsförderung (unabhängig von HIV und AIDS) den Rang eines programmatisch weltweit getragenen Konsenses.
7. Die Wahl einer Strategie nach diesem Modell lag politisch auch deshalb nahe, weil damit die beim Auftreten von AIDS entstandenen Selbsthilfe-Bewegungen einbezogen bzw. instrumentalisiert werden konnten. Dies hatte u. a. das Ziel, Diskriminierungen

gegenüber den Hauptbetroffenengruppen wie z. B. der „Gay Community“²⁵ entgegenzuwirken.

„Ausmaß und Richtung der gesellschaftlichen Reaktionen sind nur vor dem Hintergrund zu verstehen, dass hinter ihnen die Schubkraft sowohl aus der Gesundheitspolitik als auch aus der Bürgerrechtspolitik wirksam war“ (Rosebrock, 2002a).

4.1 Partnerschaftliches Modell nationaler Aids Politik

Die Stärke des „new public health“ Ansatzes variierte zwischen den industrialisierten Ländern in erster Linie mit dem Ausmaß, in denen Methoden moderner Gesundheitsförderung bereits vor HIV und AIDS im jeweiligen Land erprobt und anerkannt waren. *„In Deutschland waren diese Ansätze eher schwach“ (Rosebrock 1999, S. 7),* aber durch HIV und AIDS erhielt „new public health“ hier erstmals eine große Bewährungschance. Durch die Arbeit mit HIV und AIDS wurden neue Maßstäbe in der interdisziplinären, partnerschaftlichen Zusammenarbeit im Gesundheitswesen gesetzt.

Die Hauptakzente wurden auf Prävention durch Information der Allgemeinbevölkerung und spezifischen Zielgruppen sowie auf die Förderung der Solidarität mit Betroffenen und die Stärkung der Rechte von gefährdeten und betroffenen Menschen (Freiwilligkeit von HIV-Antikörpertests, Datenschutz etc.) gesetzt. Diese Maßnahmen waren das Resultat der Zusammenarbeit von Betroffenen, Vertretern von Zielgruppen, Fachleuten aus Prävention, Epidemiologie und Medizin, sowie politischen Instanzen. Institutionell ist dieser interdisziplinäre Ansatz seit den Anfängen durch eine intensive Zusammenarbeit zwischen staatlichen Stellen und Nicht-Regierungsorganisationen (NGOs) geprägt. Hier spielen besonders die Aidshilfen eine Rolle, die maßgeblich an der Durchsetzung der gesellschaftlichen Lernstrategie beteiligt waren. HIV-Prävention folgte nun *„der Logik einer partizipativ gestalteten und auf Dauer angelegten Intervention, [...] bei der Lebensweisen, Mentalitäten und Milieus der Zielgruppen berücksichtigt wurden“ (Rosebrock 2002b, S.7).* Bis heute besteht im Aufgabefeld der bundesweiten HIV-, und AIDS-Prävention eine arbeitsteilige Strategie von staatlichen Interventionen und der Anwendung des Selbsthilfekonzeptes.

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) als staatliche Einrichtung, wendet sich in erster Linie mit allgemeiner Information an ein allgemeines Publikum. Die NGOs, wie z. B. die Aidshilfen, wenden sich vorrangig an die von HIV und AIDS besonders betroffenen Gruppen wie homosexuelle Männer, Drogenabhängige, Menschen im Strafvollzug, Frauen in der Prostitution und Menschen mit HIV und AIDS.

²⁵ gay community (engl.): Homosexuelle / schwule Gemeinschaft

4.1.1 Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Die BZgA (gegründet 1967) nimmt als Fachbehörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung die Aufgabe der gesundheitlichen Aufklärung auf Bundesebene wahr.

Mit der Dachkampagne „Gib AIDS keine Chance“ startete die BZgA 1987 die größte und umfassendste AIDS–Aufklärungskampagne in Deutschland, in der massenkommunikative (TV, Kino-, und Radiospots, die „MACH` S MIT“ Kampagne, Printmedienangebote) und personalkommunikative Maßnahmen (Telefonberatung, die Großausstellung „LIEBESLEBEN“, „MITMACHPARCOUR“ etc.), kombiniert werden. Sie richten sich gezielt an unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen. Hauptziele sind die Verhinderung der Verbreitung von HIV und die Vermeidung der Diskriminierung von Betroffenen.

Ein zentrales Element der Kampagnenstruktur ist die Kooperation mit der Deutschen Aidshilfe e.V. (DAH) als Selbsthilfeorganisation, die von der BZgA mit finanziellen Mitteln gefördert wird.

4.1.2 Die Deutsche Aidshilfe e.V.

Die 1983 und 1984 in Berlin und München gegründeten ersten Aidshilfe wurden als Selbsthilfegruppen von und für homosexuelle Männer initiiert. Als immer mehr Engagierte aus anderen von HIV betroffenen Gruppen (Drogen-, und Gefängnisarbeit, Prostituiertenprojekte etc.) in die Aidshilfen strömten, mussten die verschiedenen Interessengruppen in den verschiedenen Regionen koordiniert werden. Die Deutsche Aidshilfe e.V. in Berlin, wurde 1985 als Dachverband institutionalisiert, dem heute ca. 130 Mitgliedsorganisationen angehören. Das Hauptziel der Präventionsarbeit der DAH ist gemäß dem Prinzip „Hilfe zur Selbsthilfe“ *„die Unterstützung von Individuen und Gemeinschaften bei der Mobilisierung von Ressourcen und der Stabilisierung ihrer Existenzbedingungen“* (Ketterer 1998, S. 40).

Dabei wurde 1990, gestützt auf die Ottawa Charta der WHO und ausgehend von einem salutogenetischen²⁶, anstelle eines ausschließlich risikofaktorenbezogenen (pathogenetischen)²⁷ Gesundheitskonzeptes, das Lebensweisenkonzept der WHO explizit zur Arbeitsgrundlage der DAH erklärt und die „strukturelle Prävention“ als Arbeitsziel definiert.

Die Grundlagen des Konzeptes der strukturellen Prävention in der DAH sind die Einheit von Verhaltens-, und Verhältnisprävention, die Einheit von Primär-, Sekundär-, und Tertiärprävention, die Einheit von Gesundheitsförderung und Selbsthilfe und die Einheit

²⁶ salutogenetisch von > Salutogenese: Konzept von Aaron Antonovsky mit der zentralen Frage nach: Was hält den Menschen gesund? (Bengel 1998) Gegenbegriff zur Pathogenese.

²⁷ Pathogenetisch von > Pathogenese: Bestimmung der Gesundheit nur über die Abwesenheit von Krankheit. Zentrale Frage hier: „Was macht den Menschen krank?“

von Emanzipation und Prävention (Ketterer 1998, S. 40). Dabei hat der Dachverband der DAH die Aufgabe der Entwicklung neuer Konzepte und Materialien, die Aus-, Weiter-, und Fortbildung der haupt-, und ehrenamtlichen Mitarbeiter und die Zusammenarbeit mit internationalen und nationalen Netzwerken, Fachverbänden, Forschungseinrichtungen etc. Für die regionalen Aidshilfen lassen sich folgende Aufgabenbereiche skizzieren: Information und Beratung, Vor-Ort Arbeit, Betreuung zu hause und im Krankenhaus, Aufklärungs-, und Fortbildungsveranstaltungen sowie Presse-, und Öffentlichkeitsarbeit in den jeweiligen Regionen (Knittel & Höpfner 1999, S. 10).

In Tabelle 28 im Anhang T (S. 154) wird ein Überblick über die Struktur der Hamburger Aidshilfe und einzelner anderer Anbieter gegeben.

4.2 Erfolge der HIV Prävention

Im zeitlichen Umkreis der Nutzung des partizipativ gestalteten, arbeitsteiligen Präventionsmodells kam es zu einem erheblichen und auch zeitstabilen Rückgang der HIV-Neuinfektionen. Allerdings impliziert der zeitliche Zusammenhang keinen streng kausalen Zusammenhang. Schätzungen des RKI deuten darauf hin, dass die Senkung der Anzahl der Neuinfektionen offenbar schon ab 1983 einsetzte, zu einem Zeitpunkt, als es ein bundesweites Präventionskonzept noch nicht gab. Dieses hatte seine Anfänge im Jahre 1985 und erreichte erst zwei Jahre später seine volle Entfaltung. Auf eine generelle Wirksamkeit der Prävention in der BRD deutet hin, *„dass Länder, in denen diese Strategie später oder nur unvollständig implementiert wurde, im Großen und Ganzen auch mehr Infektionen zu verkraften hatten“* (Rosebrock 2002a, S.7). Grundsätzlich ist der Nachweis der Wirksamkeit des Präventionsmodells aber aus methodischen Gründen sehr schwierig bzw. kaum zu führen. Da die „gesellschaftliche Lernstrategie“ in ihrem Kerngehalt in allen industrialisierten Ländern eingesetzt wurde, ist eine quasi-experimentelle²⁸ Situation für vergleichende Evaluation nicht möglich. Dennoch ist es nach Rosebrock international weitestgehend unstrittig, dass auf diese Weise *„der [...] dauerhafteste Erfolg moderner Präventionspolitik erzielt wurde“* (Rosebrock 2002a, S. 8).

In Deutschland wird der hohe Informationsstand der Bevölkerung über HIV und AIDS als Erfolg der Prävention bewertet. Im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung werden mit der Repräsentativuntersuchung „AIDS im öffentlichen Bewusstsein der Bundesrepublik Deutschland“ Personen zu ihrem Wissen, Einstellungen und Verhaltensweisen im Zusammenhang mit AIDS befragt. Ziel dieser Studie ist die Evaluation der AIDS-Aufklärungskampagne der BZgA. Nach Ergebnisse der Untersuchung haben 90% der erwachsenen Bevölkerung in Deutschland ein hohes

²⁸ quasi-experimenteller-Versuchsplan: Versuchsplan, bei dem nicht alle Kriterien des „echten“ Experiments verwirklicht werden können.

Informationsniveau. Dieses Niveau wurde bereits kurz nach Beginn der Kampagne 1987 erreicht und ist bis heute unverändert geblieben. Auch das Ziel der BZgA, die Diskriminierung von Betroffenen oder gefährdeten Bevölkerungsgruppen zu verhindern, wird nach den Untersuchungsergebnissen erreicht. Vor dem Beginn der Aufklärungskampagne der BZgA waren mehr als ein Drittel der über 16 Jährigen Allgemeinbevölkerung in der damaligen BRD für eine Isolierung von AIDS-Kranken. Nach dem Beginn der Kampagne 1987 änderten sich diese Einstellungen schnell und 1990 waren nur noch fünf Prozent aus der gleichen Befragtengruppe für eine Isolierung von AIDS-Kranken. Seitdem variiert dieser Wert nur noch geringfügig (BZgA 2005, S. 14).

4.3 Vom Ausnahmestatus zur „Normalisierung“ von HIV und AIDS

In den westeuropäischen Ländern sind die Schreckensszenarien vom Beginn der Epidemie nicht Wirklichkeit geworden. Durch die ersten medizinischen Erfolge bei der Bekämpfung von AIDS Mitte der 90er Jahre kehrte der Glaube an die Machbarkeit der Medizin in den Gesellschaften zurück und *„die Medizin wurde wieder zur entscheidenden Instanz der Krankheitsbewältigung“* (Rosebrock 2002b, S. 13). Mit den Erfolgen der medizinischen Behandlungsmöglichkeiten veränderte sich AIDS hin zu einer „chronischen“ Krankheit mit langem und wechselhaftigem Verlauf. Dadurch wurde insgesamt auch die Handlungs-, und Ausgabenbereitschaft der Akteure in Politik und Gesundheitssystem geringer, was sich seither im Ende oder Abbau staatlicher Förderprogramme zu HIV und AIDS widerspiegelt. Neben diesen *„AIDS-spezifischen Triebkräften“* für eine Normalisierung von HIV und AIDS werden von Rosebrock auch *„unspezifische Triebkräfte“* genannt (Rosebrock 2002b, S. 13).

Die NGOs, mit die ersten Akteure in der HIV-Prävention, wandelten sich von informeller zu formeller Hilfe, von Selbsthilfe-, zu Wohlfahrtseinrichtungen und wurden so zum integralen, „normalen“ Bestandteil des Staates. Diese Normalisierung hat bei vielen Akteuren Motivationseinbrüche nach sich gezogen. Zum einen versiegte zunehmend der soziale Lohn der Gesellschaft für die Arbeit in der HIV-Prävention. Zum anderen fürchteten Betroffene und Zielgruppen durch die Erfolge der HIV-Therapien und der damit verbundenen zunehmenden „Medikalisierung“ von HIV und AIDS, den Verlust der etablierten Zusammenarbeit und die Zurückstufung von „ExpertInnen“ zu „PatientInnen“.

4.3.1 Auswirkungen der Normalisierung

Der Bedeutungswandel von AIDS von einer tödlichen Bedrohung hin zu einer behandelbaren Krankheit kennzeichnet der Prozess der Normalisierung von HIV und AIDS und, nach Marcus (2002) *„[...] ist er die gemeinsame Basis der Erklärungsansätze*

für eine Zunahme von Risikoverhalten“ (Marcus 2002, S. 45). Von zentraler Bedeutung ist dabei die Frage, wie sich die Wahrnehmung der HIV- Infektion als eine „behandelbare, normale“ Erkrankung auf die individuelle Bereitschaft zu „safer Sex“ auswirkt, einer bis heute zentralen Botschaft der Prävention in Deutschland.

„Angesichts der seit 1996 eingesetzten und fortschreitenden „Beherrschbarkeit“ von HIV ist, zumindest in den industrialisierten Staaten, ein wachsender Optimismus zu beobachten“ (Aggleton 1999).

4.3.1.1 Der Rückgang von Safer Sex

In der Untersuchung der BZgA „AIDS im öffentlichen Bewusstsein der Bundesrepublik Deutschland 2004“ wurden von September bis Dezember 2004 insgesamt 3.106 Männer und Frauen hinsichtlich ihres Wissens und ihren Einstellungen gegenüber HIV und AIDS befragt. In den Ergebnissen ließ sich ein Rückgang der Kondomverwendung in der Altersgruppe der 16 bis 44 jährigen Singles identifizieren. So sank der Anteil derjenigen, die immer, häufig oder gelegentlich Kondome verwenden, leicht, aber statistisch signifikant von 73% im Jahr 1997 auf 69% im Jahr 2004. Bei den Befragten, die im letzten Jahr eine neue sexuelle Beziehung begonnen haben, ist der Anteil der Kondomverwender von 78% im Jahr 2000 auf 70% im Jahr 2004 zurückgegangen (BZgA 2005, S. 15). Grundsätzlich deuten in Deutschland, nach Rosebrock, alle verfügbaren Indikatoren darauf hin, *„dass Safer Sex insbesondere bei der Hauptbetroffenengruppe der homo-, und bisexuellen Männer nachlässt“* (Rosebrock 2002a, S. 7). Während die HIV-Neudiagnosen von 2003 bis 2004 in der Gesamtbevölkerung fast konstant blieben (2003: n=1.980; 2004: n=1.928), stieg die HIV-Inzidenz bei MSM im Vergleich zum Vorjahr um sechs Prozent an (RKI 2005a, vgl. auch S. 21).

Nach Rosebrock ist die Konstanz der HIV-Neuinfektionen in der Gesamtbevölkerung ein weiteres Indiz für einen Rückgang des „safer Sex“ Verhaltens. Da von den ca. 40.000 Menschen mit HIV in Deutschland knapp die Hälfte unter Therapien steht, und durch die Verringerung der Viruslast so die Infektiosität vermindert wird, müsste die Zahl der Neuinfektionen sinken. Wenn unter diesen Umständen die Zahl der Neuinfektionen insgesamt aber konstant bleibt und bei MSM von 2003 bis 2004 sogar um sechs Prozent zunimmt, *„deutet dies auf größer werdende Defizite im präventiven Verhalten hin“* (Rosebrock 2002a, S.8). Seit dem Jahr 2000 ist zudem eine deutliche Zunahme an sexuell übertragbaren Krankheiten zu beobachten. So stieg nach Angaben des RKI die Zahl der gemeldeten Syphilisfälle allein im Zeitraum von 2003 bis 2004 von 2.934 auf 3.345 Fälle an. Betroffen sind hier wieder vor allem Männer mit gleichgeschlechtlichen Sexualkontakten. In den Syphilis-Hochprävalenzstädten Berlin, Hamburg, Köln und

München ist im Jahr 2004 bereits jede vierte Syphilismeldung bei MSM (RKI 2005b, S. 221).

Einen Anstieg des Risikoverhaltens bestätigen auch die Ergebnisse einer im Jahr 2003 von der BZgA durchgeführten Studie zum Thema „AIDS –Wie leben schwule Männer heute?“ An dieser Befragung nahmen insgesamt 4.750 homosexuelle Männer und männliche Jugendliche teil. Seit 1999 ist hier eine leichte Tendenz zur zunehmenden Risikobereitschaft bei den Befragten zu beobachten. 1999 lag der Prozentsatz der Männer ohne Risikokontakte bei 72% und 1996 bei 76%. Im Jahr 2003 hatten „nur“ noch 70% keine Risikokontakte im Sinne von ungeschütztem Analverkehr mit Partnern mit unbekanntem Serostatus (Bochow; Wright 2004, S. 12).

4.3.1.2 Gründe für ein verändertes Risikoverhalten

Die Gründe für ein verändertes Risikoverhalten sind vielfältig und komplex und können zum heutigen Zeitpunkt aufgrund fehlender weitreichender Untersuchungen nur angenommen werden (vgl. Marcus 2002).

In der Literatur werden zum einen die nachlassenden Präventionsanstrengungen, kennzeichnend durch die vielerorts schwindende Unterstützung durch öffentliche Gelder verantwortlich gemacht. Gleichzeitig wird die Kritik lauter, dass eine seit nunmehr 15 Jahren laufende „Gib AIDS keine Chance“ Kampagne „Ermüdungserscheinungen“ hervorruft, das die Präventionsbotschaften veraltet und nicht mehr zielgruppengerecht sind, und so ihre Adressaten nicht mehr erreichen.

Auch wird diskutiert, welche Rolle zum einen dabei die nachlassende Medienpräsenz von HIV und AIDS einnimmt und zum anderen, das AIDS-Erkrankungen und Sterben im persönlichen Umfeld immer seltener erlebt werden müssen. Gerade in diesem Zusammenhang taucht auch immer wieder die Frage auf, ob jüngere Homosexuelle unter 25 Jahren AIDS eher als ein Problem der älteren Generation sehen und sich und ihre Partner deshalb weniger schützen.

4.3.1.3 Die HAART und verändertes Risikoverhalten

Eine zentrale Rolle bei der Suche nach Gründen für ansteigende Defizite im präventiven Verhalten spielt, sowohl in der allgemeinen Diskussion wie auch in dieser Arbeit, die seit 1996 zur Anwendung kommende hochaktive antiretrovirale Therapie (vgl. Die antiretrovirale HIV Therapie, S. 13 ff.).

Martin Danneker vertrat in seinem Plenarvortrag „Sind wir auspräventioniert?“ (Dannecker 2000) auf dem 8. Deutschen AIDS-Kongress in Berlin die These, dass die neuen Behandlungsmöglichkeiten zu einem tief greifenden Bedeutungswandel von HIV und AIDS geführt haben. In mehreren Ländern der westlichen Industrienationen stößt man auf

Geschichte und Grundlagen der HIV Prävention in Deutschland

eindeutige Hinweise, dass ein durch die HIV-Therapien geförderter Optimismus bezüglich HIV und AIDS zunehmend an Einfluss gewinnt. Sowohl in der Einschätzung der von HIV und AIDS ausgehenden Gefahr als auch darauf, wie die Notwendigkeit bewertet wird, sich beim Sex vor einer möglichen Infektion zu schützen.

In der Studie „AIDS im öffentlichen Bewusstsein 2004“ wurde deutlich, dass diejenigen der Befragten, die von HIV-Therapien wissen (29% der Stichprobe), in zunehmendem Ausmaß vermuten, dass Besorgnis und Angst in der Bevölkerung zurückgehen. Immer mehr sind auch der Auffassung, dass weniger Besorgnis auch zu größerer Sorglosigkeit beim Schutz vor HIV führt. So stimmten 1997 (dem Zeitpunkt der ersten Befragung über HIV-Therapien) 38% der Aussage zu „Wegen der neuen Behandlungsmethoden schützen sich die Leute weniger vor Infektionen“. Bis 2004 ist diese Zustimmung auf 55% gestiegen (BZgA 2005, S. 13).

In den USA wurden bereits 1997 von James Dilley erstmals ähnliche Untersuchungsergebnisse für homosexuelle Männer vorgelegt. Bei einer Befragung unter MSM in San Francisco gab ungefähr ein Viertel der Befragten an, sie seien aufgrund der neuen Therapien weniger besorgt, sich mit HIV zu infizieren. 13% stimmten der Feststellung „Ich bin eher bereit, das Risiko einer Infektion in Kauf zu nehmen“, eingeschränkt oder voll zu (Dilley; Woods; McFarland 1997).

In einer Studie von Ostrow et. al. von 1999 in den USA wurde untersucht, inwieweit Wissen und Einstellungen gegenüber einer HAART im Zusammenhang mit sexuellem Risikoverhalten bei MSM stehen (sowohl HIV-Positive wie HIV-Negative homosexuelle Männer). Ein Ergebnis: Die HIV negativen Männer, die der Aussage „HAART führt dazu, sich weniger Gedanken über eine mögliche Infektion zu machen“ voll zustimmten, berichteten gleichzeitig über mehr ungeschützten Analverkehr als die Gruppe der HIV negativen Männer, die dieser Aussage nicht zustimmten (Ostrow et. al. 1999).

In Amsterdam wurde 2002 in einer Längsschnittstudie mit 217 HIV-negativen homosexuellen Männern untersucht, ob MSM zu risikoreichem Sex übergehen wenn sie, durch die Verfügbarkeit von HAART, eine abnehmende Bedrohung durch HIV und AIDS wahrnehmen. Die Schlussfolgerungen der Studie lauteten:

„Homosexuelle Männer sind hinsichtlich der Möglichkeiten einer HAART, dem weiterhin unbedingt notwendigen Kondomgebrauch und der Bedrohung durch HIV seit dem die HAART eingesetzt wird, völlig realistisch. Gleichzeitig wurden dennoch Tendenzen dahingehend identifiziert, die Bedrohung von HIV durch die Einführung der HAART geringer einzuschätzen, mit einem daraus resultierendem Trend hin zu individuell ungeschütztem Analverkehr. Diese Erkenntnisse unterstützen die Hypothese, dass es einen kausalen Zusammenhang zwischen der Wahrnehmung einer abnehmenden

Geschichte und Grundlagen der HIV Prävention in Deutschland

Bedrohung von HIV seit der Einführung der HAART und einer Tendenz zu ungeschütztem Analverkehr gibt“ (Stolte et. al. 2004, S. 303).

In einer Metaanalyse des CDC vom November 2004 wurden 25 englischsprachige Studien²⁹ dahingehend analysiert, ob die Prävalenz von ungeschütztem Geschlechtsverkehr und die Inzidenz von sexuell übertragbaren Infektionen seit Einführung der HAART gestiegen sind. Die Analyse zeigte im Ergebnis, dass das Vertrauen der Menschen in eine antiretrovirale Therapie und einer damit verbundenem niedrigen Viruslast ungeschützten Sex fördern können (Crepaz; Hart; Marks 2004).

In Deutschland wird in der Studie von Michael Bochow und der BZgA „AIDS – Wie leben schwule Männer heute?“ der Einfluss der Existenz der Kombinationstherapien auf das Risikoverhalten schwuler Männer begrenzter eingeschätzt als zunächst angenommen. Lediglich drei Prozent (165 Personen) aller Befragten, die davon ausgehen, dass die Kombinationstherapie eine endgültige Heilung von AIDS bedeutet, gehen in einem höheren Umfang Risiken ein (38% hatten einen Risikokontakt) als die Befragten, die in den Medikamenten keine Heilung sehen (30% hatten mindestens einen Risikokontakt). Dennoch sollte nach Meinung der Autoren hier *„ein Ansatz für präventionspolitische Interventionen sein, um irrigen Annahmen (hinsichtlich der Heilbarkeit von AIDS durch die Therapien, d.Verf.) entgegenzuwirken“* (Bochow; Wright 2004, S. 11).

Wie bereits erwähnt, steht die HAART sicherlich nicht unter alleinigem Verdacht, für die zunehmenden Defizite im präventiven Verhalten, insbesondere bei homosexuellen Männern verantwortlich zu sein. Dennoch scheint sie ihren Beitrag zu leisten, die Wahrnehmung der HIV und AIDS Epidemie in der Gesellschaft und beim Einzelnen zu verändern und somit auch zu einem veränderten Risikoverhalten beizutragen. Dieser Trend lässt sich vor allem bei MSM erkennen. Mit zunehmender Besorgnis wird dieser Umstand von den Präventionsvertretern zur Kenntnis genommen und bestätigt die vorherrschende Meinung, dass Prävention auf die neuen Gegebenheiten reagieren und neue Wege gehen muss (vgl. Rosebrock 2002a; Dannecker 2002; Marcus 2002).

Gleichzeit wird in diesem Zusammenhang die Kritik an der Pharmaindustrie und der Darstellung ihrer Erfolge in der HIV-Therapie immer lauter. Damit, wie die Pharmaindustrie ihre Therapien bzw. Medikamente „vermarktet“ und worauf sich die Kritik eines Teils der Öffentlichkeit bezieht, beschäftigt sich das folgende Kapitel.

²⁹ Veröffentlichungen von Januar 1996 bis August 2003

5 HIV und AIDS in der Werbung

Seit wir von der Krankheit AIDS wissen, sind Bilder von HIV-Positiven und AIDS-Kranken in den Medien allgegenwärtig. Zum einem wurden in der Prävention diese Bilder für die Vermittlung von Botschaften genutzt (vgl. Werbemittel in der Prävention, S. 34 ff.). Zum anderen wurden Bilder von Erkrankten in Anzeigen für Werbezwecke verwendet. Einige dieser Bilder stellten sich als überaus wirksam dar und haben starke Aufmerksamkeit erregt. Die bekannteste Anzeige aus der Werbung und gleichzeitig auch die aufsehenerregendste war 1992 eine Werbekampagne der Modekette BENETTON, die den im Sterben liegenden AIDS-Kranken Amerikaner David Kirby³⁰ zeigte (s. Anhang B: Bilder, S. 143). Dieses Bild stellte eine Umsetzung der lange vorherrschenden Gleichung „AIDS gleich Tod“ dar. Diese Art der Darstellung von AIDS hatte jahrelang die Vorstellung der Gesellschaft von AIDS geprägt.

Im Jahre 1993 folgte die zweite provokative Werbekampagne von BENETTON zu dem Thema HIV und AIDS. Als Aufhänger wurde das Mitte der 80er Jahre geforderte „kenntlich machen“ von HIV-Positiven gewählt. Unter anderem wurde ein nacktes Gesäß gezeigt, das mit einem Stempelaufdruck „H.I.V. POSITIVE“ und dem Logo von BENETTON versehen war (s. Anhang B: Bilder, S. 146). *„Das erklärte Ziel des Bekleidungsunternehmens war und ist auch noch bis heute, durch Provokation Aufmerksamkeit zu erregen, um so den Warenabsatz zu steigern“* (Wießner 2004, S. 48). Das Magazin STERN druckte diese Anzeige erstmalig 1993 auf zwei Seiten. Aufgrund eines Urteils des Bundesgerichtshofes von 1995 durfte diese Anzeige dann nicht mehr in dieser Form veröffentlicht werden. BENETTON ging in Revision. Der Bundesgerichtshof entschied 2001³¹ erneut gegen eine Publikation dieser Kampagne. Die Begründung lautete, dass diese Art von Anzeigen sittenwidrig gemäß Paragraph 1 des Gesetzes gegen unlauteren Wettbewerb (kurz: UWG³²) sei und *„[...] sie könnte nicht den Schutz der Meinungsäußerungsfreiheit nach Artikel 5 des Grundgesetzes (kurz: GG) genießen, weil sie die in Artikel 1 Absatz 2 GG garantierte Menschenwürde verletze“* (Wießner 2004, S.48 ff.). Dieses Urteil wurde im März 2003 durch das Bundesverfassungsgericht wieder aufgehoben. Die Begründung des Urteils: *„Das Werbemotiv eines menschlichen Körperteils mit dem Aufdruck „ HIV-Positive“ verletze nicht die Menschenwürde AIDS-Kranker.“* Weiter heißt es im Urteil: *„[...] wollte man kommerzielle Werbeanzeigen wegen des mit ihnen stets verbundenen Eigennutzes die Thematisierung von Leid verbieten, hätte ein wesentlicher Teil der Realität in der allgegenwärtigen Sichtweisen, Werte und*

³⁰ Mit Erlaubnis der Eltern von David Kirby 1990 aufgenommenes Photo für die BENETTON Werbekampagne

³¹ Aktenzeichen: 1 BvR 426/02 Bundesgerichtshof: Mitteilung der Pressestelle Nr. 92/2001

³² § 1 UWG (Gesetz gegen unlauteren Wettbewerb): Wer im geschäftlichen Verkehre zu Zwecken des Wettbewerbes Handlungen vornimmt, die gegen die guten Sitten verstoßen, kann auf Unterlassung und Schadensersatz in Anspruch genommen werden.

HIV und AIDS in der Werbung

*Einstellungen [...] beeinflussenden Werbewelt von vornherein keinen Platz. Das kann angesichts des besonders schützenswerten Interesses an der Thematisierung gesellschaftlicher Probleme kein mit der Meinungs- und der Pressefreiheit vereinbares Ergebnis sein*³³ (Plümer 2003).

5.1 Werbemittel in der Prävention

Präventionskampagnen nutzten häufig den Bekanntheitsgrad bestehender Werbekampagnen für ihre Zwecke. Ein Beispiel hierfür lieferte Kanada. Hier wandte sich das AIDS Komitee von Toronto 2001 mit einer Reihe von Plakatmotiven unter dem Motto: *„Welcome to Condom Country*³⁴ an homosexuelle Männer und benutzte, unter Anlehnung an bekannte Werbeplakate einer Zigarettenmarke, Motive für ihre präventive Zwecke (s. Anhang B: Bilder, S. 139). Die Botschaft lautete: *„HIV is on the rise in Toronto. Ride Safely*³⁵.“ Indirekt wies man, ohne mit dem moralisch erhobenen Zeigefinger belehren zu wollen, auf das Risiko des „Barebacking“³⁶ hin (Wießner 2004, S. 50).

Auch in der Bundesrepublik Deutschland hat man bereits existierende Werbeprodukte für Präventionszwecke umgestaltet. Die Deutsche Aidshilfe startete 2003 eine Kampagne mit dem Titel: *„HIV-Pillen schlucken ist keine Party.“* Hier wurde das Layout einer bekannten Zigaretenschachtel als Werbeträger genutzt. In dem sonst üblichen, schwarz umrandeten Kästchen für Warnhinweise, schrieben die Macher der Kampagne nun ihre Botschaft: *„Lebenslange Einnahme kann zu Nebenwirkungen führen! Kondome schützen vor HIV und mindert das Risiko einer Ansteckung anderer sexuell übertragbaren Krankheiten!“* (s. Anhang B: Bilder, S. 143).

5.2 Werbestrategien der Pharmahersteller

Das Ziel der Marketingstrategie der Pharmaindustrie ist, wie auch bei anderen Unternehmen, die Kundenbindung. Diese dient der Gewährleistung auf einen längerfristigen Absatz ihrer Produkte. Das primäre Ziel der Produktwerbungen ist nicht die Information zu dem Produkt, sondern den Kunden zum Kauf des Produktes anzuregen (o.V. (a) 2001, S. 3). Dabei können rezeptpflichtige Medikamente nicht als normale Konsumgüter (Produkte) wie z. B. Zigaretten angesehen werden. Aufgrund der enthaltenen Wirkstoffe in Medikamenten sollten nur Fachleute diese empfehlen, um die Beurteilung von Nutzen und Schaden abzuwägen.

³³ AZ.: 1 BvR 426/02 Bundesgerichtshof: Pressemitteilung Nr. 25/2003

³⁴ (engl.) freie Übersetzung d. Verf. „Willkommen im Kondom Land“

³⁵ (engl.) freie Übersetzung d. Verf. „Die HIV-Infektionen in Toronto steigen. Reitet sicher.“

³⁶ (engl.) freie Übersetzung d. Verf. „Reiten ohne Sattel“. Bedeutung: „Sex ohne Kondom.“

HIV und AIDS in der Werbung

Da die großen Pharmafirmen international tätig sind, müssen sie für die Produktwerbung verschiedene Strategien für unterschiedliche Märkte entwickeln. Eine Rolle spielen hierbei u. a. unterschiedliche Kulturen, Kaufgewohnheiten und Gesetzgebungen.

Die verschiedenen Gesetzeslagen in den einzelnen Ländern stellen für die Pharmafirmen und deren Produktwerbung die größte Herausforderung dar. Die direkte Patientenwerbung für verschreibungspflichtige Medikamente ist bisher nur in zwei Ländern erlaubt: in den USA und in Neuseeland.

Die Gesamtausgaben für Arzneimittel seitens der Verbraucher sind in den USA seit der „Lockerung des Werbeverbots“ (Stolze 2003, S. 39) im Jahre 1997 von 79 Milliarden US\$ auf 155 Milliarden US\$ 2001 angestiegen und somit ein deutlicher Hinweis auf die Wirksamkeit von Werbung. Eine Analyse des US-Marktforschungsunternehmens PERQ/CHI von 1999 ergab, dass jeder für die Laienwerbung investierte Dollar in den USA zu einem Gewinn von 1,69 US\$ in der Fernsehwerbung, in Zeitschriften sogar einen Gewinn von 2,51 US\$ abwarf. Diese Berechnung ergab sich durch die Gegenüberstellung der Ausgaben und Einnahmen von 25 führenden Medikamentenherstellern in den USA. 2001 hatten die Produkte dieser 25 Pharmafirmen das höchste Werbeetat für Laienwerbung. In diesem Jahr hatte sich die Pharmaindustrie die Direktwerbung an die Verbraucher 2,7 Milliarden US\$ kosten lassen. Dies bedeutete eine Steigerung von 150% seit der Lockerung des Werbeverbots 1997 (Stolze 2003, S. 39).

Nachdem sich in den USA gezeigt hatte, dass diese Art von Laienwerbung hohe Gewinne einbrachte, versuchten die international tätigen Pharmaunternehmen auch in anderen Ländern, u. a. auf dem europäischen Pharmamarkt, die Direktwerbung für rezeptpflichtige Medikamente durchzusetzen. Bislang ist es der Pharmaindustrie in der Europäischen Union (kurz: EU) verboten, rezeptpflichtige Medikamente direkt bei den Kunden zu bewerben. Begründung für ein Werbeverbot für die direkte Laienwerbung ist, dass im Vergleich zu frei verkäuflichen Arzneimitteln rezeptpflichtige Arzneimittel in der Regel zur Behandlung schwerer Erkrankungen angewendet werden. Hierbei können oft schwerwiegende Neben- und Wechselwirkungen auftreten, die von Laien nicht eingeschätzt werden können (Stolze 2003, S. 39).

5.3 Laienwerbung in Europa

Auf EU-Ebene werden die Vorschriften der Direktwerbung für Verbraucher in den Artikeln 86 und 88 der EU-Richtlinie 2001/83/EC geregelt (Mintze 2002, S. 1). Seit Juli 2001 existiert eine Initiative des Europarates zur Gesetzesänderung, die eine Lockerung zunächst für die Krankheiten AIDS, Diabetes und Asthma in der Laienwerbung beinhaltet (Schwarze 2002, S. 8).

HIV und AIDS in der Werbung

Ein Argument der Pharmafirmen für eine Änderung in der Gesetzesvorlage ist die Liberalisierung der Informationsweitergabe (o.V. (b) 2002, S. 2). Nach Angaben der Hauptgeschäftsführerin des Verbandes forschender Arzneimittelhersteller (kurz: VFA), Cornelia Yzer, ist nur der informierte Patient [...] ein guter Patient (Schwarze 2002, S. 8). Nach Meinung von Verbraucherschutzverbänden sollten aber verschreibungspflichtige Medikamente nicht frei verkauft werden dürfen, da die Risiko-Nutzen-Abwägung von Ärzten getroffen werden muss. Die Gesetze zur Einschränkung der Vertriebs- und Werberechte der Pharmafirmen sollen weiterhin dem Gesundheitsschutz der Patienten bzw. der Konsumenten dienen, zumal sich schwer kranke Menschen in einer besonderen Situation befinden, in der sie, laut Verbraucherschützer, leicht zu manipulieren sind (Stolze 2003, S. 39).

In der Bundesrepublik Deutschland berücksichtigt die aktuelle Gesetzgebung zwei Prinzipien: den Gesundheitsschutz und die besondere Situation erkrankter Menschen. Durch den Artikel 88 (1) des Heilmittelwerbegesetzes (kurz: HWG) wird die öffentliche Bewerbung verschreibungspflichtiger Arzneimittel untersagt und gemäß Artikel 88 (2) des HWG ist Werbung zu bestimmten schweren Krankheiten, wie z. B. AIDS, Diabetes, Tuberkulose, Krebs, grundsätzlich untersagt (Mintze 2002, S. 2).

Die Verbraucherschutzverbände sehen durch eine mögliche Lockerung des Werbeverbotes einen Vorstoß der Pharmafirmen, um in Deutschland Laienwerbung legal betreiben zu können. Der Pressesprecher des Verbandes forschender Arzneimittelhersteller, Rolf Hömke, sieht dies nicht so. Nach seiner Meinung geht es nicht um die Lockerung des Werbeverbots, sondern um das Ausweiten der [...] Informations-Möglichkeiten [...] seitens der Unternehmen, um dem [...] Interesse der Allgemeinheit [...] nachkommen zu können. Nach Hömke geht es den Pharmafirmen in erster Linie um die Verfügbarkeit objektiver Informationen im Internet und nicht um Laienwerbung für konkrete Präparate auf Plakaten, in Zeitschriften oder im Fernsehen (Stolze 2003, S. 39). Ein weiteres Argument für Laienwerbung seitens der Pharmaindustrie ist die Verbesserung der Informationsvermittlung in der Kommunikation zwischen Ärzten und Patienten. Zudem erhöht Werbung, nach Ansicht der Pharmahersteller, die „Compliance“, also die Kooperationsbereitschaft und Therapietreue der Patienten und hilft nicht nur unbehandelten Patienten dabei, zu einem früheren Zeitpunkt angemessen medizinisch versorgt zu werden (Mintze 2002, S. 8).

5.4 Studie zur Auswirkung von Laienwerbung in San Francisco

Die Erfahrungen mit der Werbeverbotslockerung im Bereich der direkten Produktwerbung für HIV-Medikamente in den USA legten den Verdacht nahe, dass die Werbung für neue HIV-Medikamente für ein Nachlassen von „safer Sex“ bei jungen Homosexuellen

HIV und AIDS in der Werbung

mitverantwortlich ist. Das Gesundheitsamt von San Francisco hatte Anfang 2001 auf diese Gefahr mit einer Klage zum Verbot von Laienwerbung für HIV-Medikamente in ihrer Stadt aufmerksam gemacht. Die kritisierte Werbung erschien auf Reklamewänden und im öffentlichen Nahverkehr. Hier nicht nur in San Francisco, sondern auch in New York und flächendeckend in nationalen Magazinen mit vornehmlich homosexueller Leserschaft. San Francisco war in den USA die erste Stadt, die über ein Verbot von Werbekampagnen für HIV-Medikamente nachgedacht hatte. In der Begründung seitens des dort ansässigen Gesundheitsamtes hieß es, das die unrealistischen Darstellungen in der Laienwerbung für HIV-Medikamente den Anschein erwecken würden, dass HIV und AIDS wirkungsvoll bekämpft werden könnten. Hintergrund war, dass einige Anzeigen kräftige Männer auf Bergtouren zeigten (s. Anhang B: Bilder, S. 140), „[...]deren Darstellung nichts mit der Realität einer HIV-Kombinationstherapie zu tun hat“ (Mintze 2002, S. 6).

2001 startete in San Francisco die Studie: „Are HIV drug advertisements contributing to increases in risk behavior among men in San Francisco³⁷?“ mit 997 männlichen Patienten aus städtischen Kliniken für sexuell übertragbare Krankheiten. Hintergrund dieser Studie war, das sich die Neuinfektionsrate in der Gruppe MSM von 1996 bis 2000 verdoppelt hatte (Vielhaber 2001, S. 2). Jim Klausner vom San Francisco Department of Public Health³⁸, der an der Betreuung der Studie beteiligt war, stellte vor ihrer Durchführung folgende These auf: Direkte Verbraucherwerbung beeinflusst unter Umständen die steigende Tendenz zu riskantem Sexualverhalten und die daraus resultierenden sexuell übertragbaren Erkrankungen einschließlich neuer HIV-Infektionen in der homosexuellen Bevölkerung San Franciscos (Mintze 2002, S. 6). Von Februar bis Juli 2001 wurde ein anonymisierter Fragebogen in Kliniken für sexuell übertragbare Krankheiten in San Francisco ausgelegt. Hier sollte die Verhältnismäßigkeit zwischen der Häufigkeit von gesehener HIV-Laienwerbung und der Risikobereitschaft beim Sexualverhalten erfasst werden. Die Gesamtpopulation (n=997) bestand aus einer Gruppe von 466 homosexuellen und 527 heterosexuellen Männern. Untersuchungsaspekte waren z. B. die Frage nach der Häufigkeit, mit der die Befragten Werbekampagnen für HIV-Medikamente bewusst wahrgenommen hatten. 76% der homosexuellen und 38% der heterosexuellen Männer gaben an, die Kampagnen in den letzten Monaten mehrfach gesehen zu haben. In der Gruppe der homosexuellen Männer war ein Teilergebnis, dass die Befragten, die die Laienwerbung häufiger gesehen hatten, auch häufiger Risikoverhalten zeigten. Außerdem nahm diese Gruppe an, dass die Kombinationstherapie eine HIV-Infektion zu einer weniger gefährlichen Krankheit macht (Klausner et. al. 2002).

³⁷ (engl.) freie Übersetzung d. Verf.: Haben HIV-Werbekampagnen eine Auswirkung auf den Anstieg des Risikoverhaltens bei Männern in San Francisco?

³⁸ Gesundheitsamt der Stadt San Francisco, USA

HIV und AIDS in der Werbung

In den Schlussfolgerungen der Studie wurde festgehalten, dass Werbekampagnen alleine kein „unsafes“ Verhalten verursachen. Es wurde eingeräumt, dass die Wahrnehmung von HIV als Gefahr hinsichtlich des Infektionsrisikos und der Lebenserwartung durch verbesserte Behandlungsmöglichkeiten geringer würde. Nach Meinung der Forscher ist demnach immer noch die wichtigste Botschaft an die Öffentlichkeit die Prävention von HIV und AIDS (Vielhaber 2001, S. 2).

5.5 Die Außendarstellung von Pharmafirmen in schwulen Printmedien

Seit den 90er Jahren hat die Industrie das finanzstarke, homosexuelle Publikum für sich als Zielgruppe entdeckt. Statistisch gesehen geht man davon aus, dass *in „[...] westlichen Industrienationen sechs bis zehn Prozent der Menschen homosexuell sind. Diese Tatsache hat sich auch publizistisch ausgewirkt“* (Neuber 2003).

Mitte der 90er Jahre entstanden vor allem in und für Städte diverse Magazine für eine überwiegend homosexuelle Leserschaft. Unter anderem auch das Szenemagazin SERGEJ, welches sich seit 1997 an überwiegend homosexuelle Männer richtet. Die derzeitige Auflage beträgt 73.000 und wird in den Städten Berlin (Auflage 50.000) und München (Auflage 23.000) kostenlos in der homosexuellen Szene vertrieben³⁹. Da dieses Magazin in zwei großen „Schwulenmetropolen“ der BRD erscheint, wurden die dort von Pharmaherstellern veröffentlichte Imagekampagnen⁴⁰ als zentraler Untersuchungsgegenstand für diese Arbeit verwendet. Diese Imagekampagnen erscheinen seit Anfang des neuen Jahrtausends regelmäßig in kostenlosen Monatsmagazinen für eine homosexuelle Leserschaft.

Der Pharmakonzern GLAXO-SMITH-KLINE (kurz: GSK) schaltete von August 2002 bis Januar 2005 eine Kampagne mit dem Titel: *„Leb dein Leben, wenn du positiv bist“* mit unterschiedlichen Motiven als Hochglanzanzeigen, u. a. im SERGEJ (s. Anhang B: Bilder, S. 145). Sie zeigt HIV-Positive, die über ihr Leben mit dem Virus und mit der Therapie sprechen. Die Botschaft dieser Kampagne ist nach Angaben der Werbeagentur von GSK, NEW PERFORMANCE in München: *„Trotz Krankheit sehe ich optimistisch in die Zukunft!“* (NEW PERFORMANCE 2002, vgl. auch Stellungnahmen der Pharmafirmen, S. 41).

Die Reaktionen waren nach der ersten Veröffentlichung in der Augustausgabe 2002 der SERGEJ unterschiedlich. Zum einem sahen einige Leser in der Werbung eine Verharmlosung der Therapienebenwirkungen und der Probleme, die Positive im alltäglichen Leben haben. Andere wiederum fanden sich in den dort publizierten Statements der HIV-Positiven wieder und *„fassten durch sie Mut und Kraft im Kampf gegen die Immunschwäche“* (NEW PERFORMANCE 2002).

³⁹ Stand Juni 2005

⁴⁰ Imagekampagnen: Bezeichnung von DIN-4 Hochglanzanzeigen ohne direkte Produktwerbung. Bezeichnung im folgenden von d. Verf. so verwendet, da sie von den Pharmafirmen bzw. deren Werbeagenturen so für ihre Anzeigen gewählt worden ist.

HIV und AIDS in der Werbung

Die Reaktion in der breiteren Öffentlichkeit fiel kritischer aus. Der Münchener Wissenschaftshistoriker Florian Mildelberger warf Pharmaunternehmen wie GSK vor, sie würden mit Slogans wie „Ich hatte früher kein so tolles Leben“ (aus GSK-Kampagne: „Leb dein Leben wenn du positiv bist“, 2002) *„[...] AIDS bagatellisieren und zu einer Mischung aus Grippe und temporärer Impotenz degradieren“* (Ruder 2003). Die Deutsche Aidshilfe e.V. sprach von einer Verantwortungslosigkeit von Seiten der Pharmaindustrie und reagierte mit der Gegenkampagne: „HIV-Pillen schlucken ist keine Party“ (Ruder 2003, vgl. auch Werbemittel in der Prävention, S. 34).

Auf der AIDS-Konferenz HIV IM DIALOG vom 03. bis 05. September 2004 in Berlin, wurden die möglichen Auswirkungen von Imagekampagnen auf die Wahrnehmung von HIV und AIDS bei homosexuellen Männern von Vertretern der Pharmaindustrie, Aidshilfen, Mediziner und Herausgebern von schwulen Printmedien diskutiert. Der ARD Journalist Daniel Hechler warf dem anwesenden Herausgeber der SERGEJ, Olaf Alp vor, „AIDS als Wohlfühlthema“ zu verkaufen. Dieser argumentierte, dass diese Anzeigen „reines Sponsoring“ für sein Magazin sei, und Olaf Alp möchte diese Artikel über die Wirkung neuer HIV-Medikamente als Weiterreichen von Informationen“ verstanden wissen (Ruder 2004). Ruder bezeichnet die angesprochenen Veröffentlichungen in der SERGEJ als *„Gefälligkeitsartikel“*. Es handelt sich hierbei um redaktionelle Artikel einzelner HIV-Medikamentenhersteller, die in den schwulen Stadtmagazinen erschienen. Im folgenden werden Beispiele aufgezeigt.

Der Herausgeber Olaf Alp und seine Redakteure machen in der SERGEJ u. a. auf Themen wie Drogenmissbrauch oder die Gefahr von HIV aufmerksam. In einem Artikel der Septemбераusgabe 2003 widmete sich die Redaktion auf mehreren Seiten dem Thema HIV. Das Ergebnis dieses Artikels ist eine *„[...] kritiklose Bewerbung von HIV-Medikamenten der antiretroviralen Therapie“* (Neuber 2003). Zwar ist in der Einleitung des Artikels von ernüchternden und erschreckenden Infektionszahlen die Rede, gleich darauf aber schreibt der Verfasser Michael Rädels von therapeutischen Möglichkeiten und rückläufigen Ansteckungen. In einem weiteren Abschnitt über die Postexpositionsprophylaxe wird dem Leser suggeriert, dass das HI-Virus aus dem Körper gedrängt und somit seine Etablierung verhindert wird (Neuber 2003). Die Redaktion des TV-Magazins REPORT MAINZ⁴¹ übte mit ihrer Sendung vom 06.10.2003 mit dem Thema: „AIDS Gefahr: Die Pharmaindustrie verharmlost das Killervirus“ Kritik über die Art und Weise der Berichterstattung des Magazins SERGEJ. In dieser Sendung wurde u. a. ein Interview mit Olaf Alp geführt. Herr Alp äußerte auf die Frage des Reporters Fritz Frey, ob seine Redaktion von der Pharmaindustrie auch redaktionelle Texte zu neuen HIV-Medikamenten erhalten würde, wie folgt: *„[...] Ja und dafür sind wir ganz besonders*

⁴¹ Sendung vom 06.10.2003, [http://www.swr.de/report: „AIDS-Gefahr: Die Pharmaindustrie verharmlost das Killervirus“](http://www.swr.de/report:„AIDS-Gefahr: Die Pharmaindustrie verharmlost das Killervirus“)

HIV und AIDS in der Werbung

dankbar, weil die Thematik ist ungeheuer komplex, so dass wir sie also mit eigener Kraft eigentlich kaum durchdringen könnten, wenn wir nicht einen Mediziner anstellen würden. Die Pharmaindustrie bedient sich da prominenter PR-Agenturen, die das dann versuchen aufzubereiten“ (Frey 2003).

Auf eine schriftliche Anfrage unsererseits auf die Septemбераusgabe der *SERGEJ* 2003, verhielt sich die Redaktion in ihrer Antwort zurückhaltend. Die Antwort lautete wörtlich: „Das entsprechende Heft hat keine pharmarelevanten Inhalte“ (Redaktion *SERGEJ* per Email vom 06.04.2005).

In der Septemбераusgabe 2002 vom kostenlosen Münchener Monatsmagazin *OURMUNICH* für Lesben und Schwule, erschien ein Beitrag, der dem Artikel der Berliner *SERGEJ* Redaktion sehr ähnlich war. Die Überschrift lautete hier „So selbstverständlich wie Butterbrot essen!“ und befasste sich mit der „Einfachheit“ der antiretrovirale Therapie. Der Artikel kann als versteckte Produktwerbung für das Medikament *KALETRA*⁴² gedeutet werden (Neuber 2003). Die Verfasserin bezeichnet die Einnahme von *KALETRA* wie folgt: „[...] dass so selbstverständlich in das tägliche Leben zu integrieren ist, wie das Essen eines Butterbrotes“ (Propeller 2002, S. 34). Mögliche Nebenwirkungen wie häufiger Durchfall, wurden in einem Nebensatz erwähnt. Typische und nachgewiesene Nebenwirkungen dieses HIV-Medikamentes, wie z. B. Lipodystrophie und Stoffwechselstörungen, blieben unerwähnt. Ebenfalls wurde nicht darauf eingegangen, dass eine HIV-Therapie aus mindestens drei Wirkstoffkombinationen bestehen sollte und so der falsche Eindruck entstehen kann, dass die Einnahme nur einer Tablette ausreicht. Neuber meint dazu: „[...] der Artikel erweckt möglicherweise den Eindruck, dass *KALETRA* als einzelnes Medikament völlig ausreichend ist, um HIV völlig ohne Nebenwirkungen, komplikationslos und erfolgreich zu behandeln“ (Neuber 2003).

„Zusammenfassend kann man sagen, dass dies ein typischer Artikel der „Homopresse“ ist, die offensichtlich der Versuchung nicht widerstehen konnte bzw. kann, für den Verkauf teurer Anzeigen an die pharmazeutische Industrie jegliche journalistische Sorgfaltspflicht im Orkus⁴³ zu entsorgen“ (Vielhaber 2002, S. 4).

Die Verbraucherzentrale schickte *BRISTOL-MYERS-SQUIBB* (kurz: *BMS*) im September 2002 eine Abmahnung wegen Verstoßes gegen das *HWG*. Hintergrund dieser Abmahnung war, dass *BMS* in der Augustausgabe 2002 im *SERGEJ* und in der Septemбераusgabe 2002 der *OURMUNICH* zwei unterschiedliche Anzeigen geschaltet hatte. Diese Anzeigen beinhalteten Produktnamen dreier von *BMS* vertriebener antiretroviraler Medikamente. Laut *HWG* ist dies unzulässig und nur in Fachpublikationen erlaubt. *BMS* entschuldigte das Erscheinen dieser Anzeigen mit einem Missverständnis

⁴² HIV-Medikament: *KALETRA* ist der neue Proteaseinhibitor *LOPINAVIR*

⁴³ Orkus: In der römischen Mythologie das Totenreich und dessen Personifikation

HIV und AIDS in der Werbung

und der Begründung, dass die Anzeigen versehentlich vertauscht worden und eigentlich für die Fachpresse konzipierte Anzeigen gewesen seien (Vielhaber 2002).

In einer gemeinsamen Presseerklärung der DAH und der Verbraucherzentrale vom September 2002 schreibt Frau Hannelore Knittel, Bundesgeschäftsführerin der Deutschen Aidshilfe: „Das Beispiel von BRISTOL-MYERS-SQUIBB zeigt exemplarisch, wohin eine Lockerung des Werbeverbots führe“. Weiter heißt es dort: „Nach unserer bisherigen Erfahrung zeigt Werbung für HIV-Medikamente ein geschöntes Bild von Menschen unter Therapie und suggeriert, HIV sei problemlos behandelbar. Diese Botschaft ist falsch, unterläuft die Präventionsarbeit und verhöhnt diejenigen Menschen mit HIV, die unter schwersten Nebenwirkungen leiden. Wann und mit welchen Medikamenten behandelt werde, müsse auf der Grundlage gesicherter wissenschaftlicher Erkenntnisse und gemäß den Bedürfnissen der Patienten entschieden werden, aber Werbung aber hat immer das Ziel, den Absatz zu steigern, und darf bei dieser Entscheidung keine Rolle spielen“ (Neuber 2003). Die Reaktion auf diese Pressemitteilung von Seiten BMS lautete wie folgt: „[...] Wir bedauern sehr, dass Sie solche undifferenzierten und inhaltlich unrichtigen Aussagen treffen [...]“ (Neuber 2003).

Trotz vieler Proteste, Kritik und Abmahnungen von Seiten der DAH und der Verbraucherzentrale erscheinen weiterhin Anzeigen mit versteckter Produktwerbung in schwulen Printmedien. In der Ausgabe der SERGEJ vom Juni 2005 erschien ein Artikel mit dem Titel „Moderne HIV-Therapie verbessert Lebensqualität“ von dem Berliner HIV-Schwerpunktmediziner Heiko Jessen. Der Autor schreibt hier, dass „eine HIV-Infektion nach wie vor noch nicht heilbar ist“, HIV aber „zu einer behandelbaren, chronischen Erkrankung“ geworden ist (Jessen 2005, S. 31). Der Autor nennt weiter Wirkstoffgruppen und die dazu gehörigen Medikamentennamen. Bei einer Überprüfung des Herstellers der angebenen Arzneimittel im Internet unsererseits stellte sich heraus, dass alle Medikamente von der Firma GILEAD hergestellt werden.

5.5.1 Stellungnahmen der Pharmafirmen

Da in den vorherigen Abschnitten die Pharmafirmen und ihre Vermarktungsstrategien sehr kritisch beurteilt wurden und sich an dieser Stelle aber um eine objektive Betrachtung bemüht werden sollte, wurden Pharmafirmen, die Imagekampagnen in schwulen Printmedien geschaltet hatten und den Verfassern bekannt waren, per Email Anfang Mai 2005 angeschrieben: GSK, BMS und BOEHRINGER INGELHEIM. Ziel der schriftlichen Anfrage war es, Stellungnahmen der einzelnen Unternehmen zu ihren Imagekampagnen zu erhalten. Es folgte nur eine Reaktion auf unser Schreiben und auch telefonisches Nachfragen bei den einzelnen Firmen blieb bis zum Abschluss der Untersuchung Ende Juli 2005 ohne Erfolg. Nur GSK reagierte. und wir wurden an Herrn Christian Reuter,

HIV und AIDS in der Werbung

Geschäftsführer der Werbeagentur NEW PERFORMANCE⁴⁴ in München verwiesen, die u. a. Imagekampagnen für GSK gestalten. Herr Reuter war sofort zu einem Telefoninterview bereit. In diesem Gespräch wurden neben allgemeinen Fragen zu Imagekampagnen von GSK auch ganz gezielte Fragen zu der Imagekampagne: „Leb dein Leben, wenn du positiv bist“ gestellt, da diese in der vorliegenden Untersuchung verwendet wurde. Es folgen Auszüge aus der Mitschrift des 25 Minuten dauernden Telefoninterviews vom 29.06.2005.

Zum Hintergrund der Imagekampagnen „Leb dein Leben, wenn du positiv bist“ sagte Herr Reuter, das sie *„Informationen für HIV-Positive“* geben soll, *„weil diese einen hohen Leidensdruck haben.“* Sie *„[...] wollen Infizierte zeigen und HIV-Positive nicht stigmatisieren, wie z. B. BMS das durch Kampagnen mit Modells tut, die sich nicht mal von vorne zeigen [...]“* (s. Anhang B: Bilder, S. 146). Die Botschaft ihrer Kampagnen für GSK ist nach Reuter: *„Es soll Mut zu Therapie machen und zeigen, dass es auch ein Leben mit HIV gibt und es soll nicht verharmlosen.“* Weiter interessierte uns, wie die Kampagne entstand und wie die Reaktionen in der Öffentlichkeit darauf waren. Nach Aussage von Herrn Reuter gab es im Vorfeld in München ein Casting⁴⁵, in dem HIV positive Menschen gesucht wurden, die über ihre Erkrankung sprechen wollten (Anzeigenschaltung u. a. im SERGEJ). Inhalt dieses Castings waren bis zu fünf Stunden dauernde Interviews. Dabei war nicht relevant, ob die Teilnehmer Produkte von GSK einnahmen oder nicht. *„Die Interviews wurden (im Nachhinein, d. Verf.) nicht revidiert, nur korrigiert.“* Die Reaktionen auf diese Kampagne waren unterschiedlich. Zum einen gab es für die Anzeigenserie einen national wie international anerkannten Werbepreis (COMPRIX⁴⁶). Andererseits wurde diese Kampagne *„[...] verrissen, weil sie angeblich die Krankheit verharmlost [...]“*. Reuter weiter: *„Es kann nicht Aufgabe der Pharmaindustrie sein Prävention zu machen. Das ist Aufgabe des Staates.“* Nach Herrn Reuters Meinung muss *„[...] der Staat aufklären und nicht GSK, aber dafür hat er kein Geld und deshalb ist die Prävention auch schlecht.“* Für den Anstieg der HIV-Neuinfektionen macht Herr Reuter die *„[...] sozialen Veränderungen wie die „Bareback Partys“* mitverantwortlich. Auf unsere Frage, wieso GSK nur in schwulen Printmedien ihre Kampagnen schalten, antwortet er: *„[...] dass sie (die Pharmaunternehmer, d. Verf.) „auch gerne woanders Anzeigen schalten würde, aber das ist zu teuer“.* Auf die Zielgruppe der Kampagnen angesprochen, gibt er an: *„Wir wollen HIV-Positive ansprechen und die finden die Kampagne gut, weil sie authentisch ist und viele sind dankbar, dass es die Pharmaindustrie gibt, weil sie ohne sie nicht mehr leben würden. Und jetzt haben sie einen Schuldigen gefunden für den Anstieg*

⁴⁴ <http://www.new-performance.de>

⁴⁵ Ein genauer Castingbericht ist unter www.new-performance.de unter Presse zu finden.

⁴⁶ COMPRIX: Preis für innovative Pharma Communication, der seit 1993 Jährlich von drei Fachjuries an Werbeagenturen im Bereich Pharma verliehen werden. NEW PERFORMANCE war Finalist beim COMPRIX 2003, 2004 und 2005 in der Rubrik „Pharma ethisch-integrierte Kampagne laufend“

HIV und AIDS in der Werbung

der Neuinfektionsraten. Und was nicht gut ist, die Firmen ziehen diese Imagekampagnen aufgrund der Kritik zurück.“

Die Frage, ob es aus seiner Sicht eine Anzeige gäbe, die er selbst kritisieren würde, beantwortete er wie folgt: „Ja, zuerst sollte die Ernsthaftigkeit dieser Krankheit respektiert werden. Das ist z. B. bei BMS teilweise grenzwertig. Da wird schon alles schön gezeichnet, man nimmt Models. [...] Bei anderen wie z. B. Abbott steht die Schönheit und Kraft im Mittelpunkt, [...] weil homosexuelle Männer mehr Wert auf ihr Äußeres legen.“

Abschließend sagte Herr Reuter: „Bei uns ist das Ziel Mut zur Therapie und wir sagen die Wahrheit und deshalb verharmlosen wir nicht“

Eine zweite Stellungnahme von Seiten einer Pharmafirma erhielten wir im Rahmen eines Interviews. Herr Enno Burmester ist Mitgründer der Werbeagentur HALBFETT. Die Kontaktaufnahme erfolgte über einen anderen Teilnehmer unserer Interviewreihe. Herr Burmester meldete sich am 19.04.2005 per Email. Die Werbeagentur HALBFETT entwirft u. a. Imagekampagnen für die Firma ABBOTT und BOEHRINGER INGELHEIM, von der wir die Imagekampagne „Da sein“ in unserem Interviewleitfaden nutzten (s. Anhang B: Bilder, S. 142). Zitate stammen aus dem Tonbandmitschnitt des Leitfadeninterviews. Für die Fragen zu den eigentlichen Imagekampagnen liegt uns keine Tonbandaufnahme vor, sondern nur eine Mitschrift. Nach Beendigung des Interviews wurde das Tonband ausgestellt. Die Erlaubnis von Herrn Burmester, ihn hier namentlich zu benennen und das Material für diese Arbeit zu verwenden, liegt den Verfassern vor.

Zunächst war für uns interessant, welches Ziel die Pharmaindustrie mit den Imagekampagnen in schwulen Printmedien verfolgt. Die einhellige Meinung der HALBFETT Kunden aus dem HIV-Pharmabereich ist, dass sie über ihre Anzeigen die schwulen Stadtmagazine finanzieren und so wichtige Foren zur Information, gerade für junge Homosexuelle, unterstützen. Weil diese Magazine wichtig sind, sind die Anzeigen auch dort zu finden. Nach Ansicht von Herrn Burmester bringt Produktwerbung wie in den USA in Deutschland nichts und Herr Burmester glaubt nicht, dass Menschen durch die „Da sein“ Kampagne ein Produkt mit BOEHRINGER INGELHEIM in Verbindung bringen. Zum Punkt Prävention durch Pharmafirmen sagt er: „[...] und was man nicht vergessen darf, was ganz, ganz wichtig ist, die Pharmaunternehmen, die im HIV-Bereich tätig sind, betreiben Präventionsarbeit [...]. Die stecken Millionen jedes Jahr in die Präventionsarbeit, in die Aidshilfen.“ Auf die Frage, warum die Pharmaindustrie nicht auch reine Präventionskampagnen machen könnte, antwortet Herr Burmester: „Weil sie so viel für die Unterstützung der Aidshilfen ausgeben, dass sie dann bitte auch was für IHR Image tun können. Gerade BOEHRINGER INGELHEIM, das einzige deutsche Pharmaunternehmen, das auch Forschung betreibt, steht voll und ganz hinter der Kampagne „Da sein“. Es ist ein

HIV und AIDS in der Werbung

Familienunternehmen und es ist auch wirklich da.“ Persönlich zur Kampagne befragt, äußerte er sich wie folgt, „[...] das ist bisher die einzige Anzeige in Deutschland, die funktioniert“ und weiter „das ist auch die einzige Kampagne bisher, die positiv aufgenommen wurde.“ Abschließend sagte Herr Burmester: „Die Pharmaindustrie würde gerne mehr in der Prävention tun, aber man lässt sie nicht.“

6 Methodik

Die Wahl des Verfahrens zur Datenerhebung und Auswertung hängt von der Fragestellung der Untersuchung ab. Quantitative Verfahren setzen eine gute Vorkenntnis des zu untersuchenden Gegenstandsbereiches voraus, so dass der gesamte Bedeutungskontext, seine Variablen und deren Varianz operationalisiert und als Antwortalternative vorgegeben werden kann. Aus mehreren Gründen bot sich für das Thema „HIV und AIDS: Sorglos durch Vertrauen auf Therapie“ aber ein qualitatives Verfahren an: Zum einen handelt es sich hier um ein relativ „neues“ Phänomen, da die HAART erst seit Anfang 1996 eingesetzt wird. Die Literaturrecherche über mögliche Zusammenhänge zwischen HIV-Therapie und Werbung und zunehmenden HIV-Inzidenzen bei homosexuellen Männern erbrachte nur wenig nennenswerten Veröffentlichungen in Deutschland. Vielmehr ließen sich Einzeldarstellungen wie z. B. Zeitungs-, und Internetartikel finden, die oft nur Teilaspekte, persönliche Bewertungen und subjektive Einstellungen der Autoren berücksichtigten. Aus den USA konnte nur eine Studie zu dem vorliegenden Thema gefunden werden (vgl. Studie zur Auswirkung von Laienwerbung in San Francisco, S. 36). Zum anderen sind die Fragestellung und die durch den Interviewleitfaden entwickelten Themenkomplexe im Zusammenhang mit HIV, d. h. Erfahrungen, Einstellungen, persönliche Risikoeinschätzungen etc. wenig geeignet, um standardisiert werden zu können. Bei dem Thema HIV und AIDS werden (Teil-) Aspekte der Sexualität angesprochen, bei dem in die Intimsphäre vorgedrungen werden könnte. Will man diese Hindernisse überwinden, bedarf es also einer flexiblen, offenen Befragungsform in einer vertrauensvollen Gesprächsatmosphäre. Die offene Gesprächsform bietet gleichzeitig die Möglichkeiten, an die sprachlichen Äußerungen des Menschen anzuknüpfen und so neue Themen aufzugreifen. Aus den genannten Gründen bot sich für diese Untersuchung ein Vorgehen an, welches sich an das „Problemzentrierte Interview“ nach Witzel anlehnt. Das Problemzentrierte Interview ist ein Verfahren, das den vermeintlichen Gegensatz zwischen Strukturiertheit und Offenheit dadurch aufzuheben versucht, indem der Anwender *„seinen Erkenntnisgewinn als induktiv⁴⁷-deduktives⁴⁸ Wechselspiel organisiert“* (Witzel 1985). Das unvermeidbare, und damit offen zulegende Vorwissen dient im Sinne von „Arbeitshypothesen“ in der Erhebungsphase als Rahmen für Frageideen im Dialog zwischen Interviewern und Befragten (Witzel 1985). Auf den Entwurf des Interviewleitfadens wird im Kapitel 6.3 „Der Interviewleitfaden“ (S. 48 ff.) vertiefend eingegangen. Im folgenden werden die Rahmenbedingungen dieser Untersuchung ausführlicher beschrieben.

⁴⁷ Induktiv (lat.). Induktion: Wissenschaftliche Methode, vom besonderen Einzelfall auf das Allgemeine, Gesetzmäßige zu schließen

⁴⁸ Deduktiv (lat.): Deduktion: Ableitung des Besonderen und Einzelnen vom Allgemeinen

6.1 Auswahl und Rekrutierung der Interviewpartner

Zunächst wurde die Zielgruppe für die Untersuchung definiert.

An der Erhebung sollten homosexuelle Männer im Alter zwischen 20 bis 50 Jahren teilnehmen, die in zwei Altersgruppen aufgeteilt wurden. Gruppe A von 20 bis 34 Jahre und Gruppe B von 35 bis 50 Jahre. Diese Einteilung erfolgte vor dem Hintergrund, mögliche altersspezifische Unterschiede in den subjektiven Einstellungen und Erfahrungen zu und mit dem Thema HIV und AIDS identifizieren zu können. Das Mindestalter von 20 Jahren wurde gewählt, weil diese Personen beim Auftreten von HIV und AIDS in Europa gerade geboren wurden, heute aber bereits in der Regel offen homosexuell leben. Das Höchstalter wurde bei 50 Jahren gesetzt. Personen, die über diese Altersklasse hinausgehen, bewegen sich nach eigenen Erfahrungen nur noch selten in der homosexuellen „Szene“ und sind demnach schwerer zu erreichen.

Als Zugangsmöglichkeiten zum sozialen Feld bot sich die Präventionseinrichtung HEIN & FIETE in Hamburg an, der die Idee zu dieser Untersuchung bekannt war. Zudem wurde die Hamburger Aidshilfe als Anlaufstelle für HIV-Positive ausgewählt sowie ein Cafe im Hamburger Stadtteil St. Georg, das überwiegend von homosexuellen Männern frequentiert wird. Der Aufruf zur Teilnahme an einer wissenschaftlichen Untersuchung wurde über die Konzeption und Gestaltung eines Aushangs realisiert (s. Anhang M: Methodische Instrumente). Inhalt des Aushangs war der Titel der Diplomarbeit, der Kontext der Untersuchung, die Bedingungen/Voraussetzungen für eine Teilnahme (männlich, homosexuell, 20 bis 50 Jahre) und die Kontaktdaten. Neben den Aushängen bei HEIN & FIETE, dem CAFE GNOSA und der Hamburger Aidshilfe e.V. wurde auch ein Aushang am schwarzen Brett der Hochschule für angewandte Wissenschaften in Bergedorf platziert.

Im Verlauf der Untersuchung wurden, neben den Aushängen, die Interviewpartner nach weiteren potentiellen Gesprächspartner in ihrem Bekanntenkreis befragt. Da sich zunächst nur Personen aus der Altersgruppe B (35 bis 50 Jahre) meldeten, musste ein anderer Zugang zu homosexuellen Männern aus der Gruppe A (20 bis 34 Jahre) gefunden werden. Durch das Probeinterview mit einem Mitarbeiter von HEIN & FIETE (s. S. 47) tat sich die Möglichkeit auf, mit einer dort ansässigen Jugendgruppe in Kontakt zu treten. Markus Plattfaut stellte daraufhin die Studie am 13.05.2005 persönlich in dieser Gruppe vor, konnte aber dort keinen weiteren Interviewpartner gewinnen.

Insgesamt meldeten sich auf die Aushänge 15 Personen, von denen am Ende neun Personen an den Interviews teilnahmen. Ein Interview kam durch Empfehlung eines Gesprächspartners zustande und zwei Personen wurden von uns direkt um ein Gespräch gebeten. Insgesamt konnten so 12 Interviews geführt werden, davon fünf Interviews in der Gruppe A und sieben Interviews in der Gruppe B.

6.1.1 Kontaktaufnahme und Vorgespräch

In den Aushängen wurden als Kontaktdaten die private Mobilfunknummer von Markus Plattfaut sowie eine eigens für die Untersuchung eingerichtete Email Adresse angegeben. Dies hatte den Vorteil, dass sich potentielle Interviewpartner für eine persönliche (Telefon) und eine eher unpersönlichere (Email) Kontaktaufnahme entscheiden konnten. Markus Plattfaut wurde durch die Telefonnummer als erste Kontaktperson bestimmt. Bei der ersten Kontaktaufnahme wurden den Personen die wichtigsten Informationen zur Untersuchung gegeben und mögliche Erwartungen und Fragen geklärt. Hier wurde noch einmal betont, dass eine Frau an der Untersuchung beteiligt ist und als Beobachterin an den Interviews teilnimmt. Dazu wurde die Bereitschaft der Interviewpartner erfragt. In drei Fällen lehnten die Interviewpartner dies ab. Die betreffenden Interviews fanden ohne Petra Brüggmann statt. Wurde im weiteren Verlauf die Bereitschaft zur Teilnahme an einem Interview signalisiert, wurde ein Termin und der Ort für das Gespräch vereinbart. Das Angebot von HEIN & FIETE, die Interviews in einem ihrer Räume durchzuführen, um der Untersuchung einen „offizielleren“ Charakter zu geben, wurde nach langen Überlegungen abgelehnt, da die Räume nur zeitlich sehr begrenzt zur Verfügung standen. Auch die anfängliche Idee, die Interviews an einem „neutralen“ Ort wie z. B. einem Cafe durchzuführen, wurde schnell verworfen, da wir zum einen sehr persönliche Inhalte der Gespräche erwarteten, die ein solch „öffentlicher“ Platz nur beschränkt hätte. Zum anderen ist man an solchen Orten zu vielen Störungen wie z. B. der Geräuschkulisse, Störungen durch Dritte etc. ausgesetzt.

Den an einem interview interessierten Personen wurde angeboten, das Interview in der Wohnung von Markus Plattfaut zu führen. Das hatte zum einen den Vorteil, dass die Wohnung sehr zentral gelegen und leicht mit öffentlichen Verkehrsmitteln zu erreichen ist. Zum anderen bestand für uns dort die Möglichkeit, eine vertrauensvolle und störungsfreie Gesprächsatmosphäre zu schaffen. Wenn dieser Vorschlag bei den potentiellen Interviewpartnern keine Anerkennung fand, wurde nach der Bereitschaft gefragt, das Interview bei der betreffenden Person zuhause zu führen.

6.1.2 Das Probeinterview

Das Probeinterview wurde am 15.04.2005 mit einem Mitarbeiter von HEIN & FIETE durchgeführt und diente in erster Linie der Prüfung des Interviewleitfadens hinsichtlich des Aufbaus, der Verständlichkeit und dem offenen Charakter der Fragen sowie der ungefähren Dauer des Gespräches. Dieses Interview fand in der Wohnung von Markus Plattfaut statt. ERNIE, Diplom-Psychologe, 31 Jahre alt und homosexuell wurde direkt um ein Interview gebeten und willigte sofort ein. Von Vorteil war hier, dass er sich selbst schon mit der Durchführung von qualitativen Studien beschäftigt hatte und aufgrund

Methodik

seines beruflichen Hintergrunds mit dem Thema HIV und AIDS vertraut ist. Von ERNIE bekamen wir im Anschluss an das Interview sowohl inhaltlich als auch methodisch ein gutes Feedback, so dass der Interviewleitfaden unverändert für die weiteren Gespräche verwendet wurde. Lediglich der schriftlich auszufüllende Fragebogen (s. Anhang M: Methodische Instrumente) wurde bei der Frage nach der Form des Zusammenlebens um den Punkt „offene Beziehung“ erweitert. Das Probeinterview floss in die Ergebnisdarstellung mit ein.

6.2 Durchführung der Interviews

Bis auf drei Interviews wurden alle Gespräche in der Wohnung von Markus Plattfaut geführt. Die Sitzmöglichkeiten wurden so geschaffen, dass die Gesprächspartner über Eck im 90 Grad Winkel saßen und dem Interviewpartner durch eine Platzierung am Fenster die Möglichkeit gegeben wurde, den Blick schweifen lassen zu können. Petra Brüggemann setzte sich etwas abseits, um die Situation beobachten zu können.

Die Interviews wurden alle auf Tonband aufgezeichnet. Aus technischen Gründen konnte das Mikrofon leider nicht, wie geplant verdeckt angebracht werden, sondern musste in Sichtweite der betreffenden Person auf dem Tisch liegen. Obwohl es sich um ein sehr kleines Mikrofon handelte, wurde diese Situation von zwei Interviewpartnern im Nachhinein als störend empfunden. Die technischen und organisatorischen Vorbereitungen sollten in der Regel abgeschlossen sein, bevor der Gesprächspartner erschien. Die Interviews dauerten durchschnittlich 50 Minuten. Das längste Interview dauerte 85 Minuten („JENS“) und das kürzeste 30 Minuten („JAN“).

6.3 Der Interviewleitfaden

Der Interviewleitfaden wurde anhand der intensiven theoretischen Auseinandersetzung mit dem Thema HIV und AIDS und den daraus folgenden Arbeitshypothesen erarbeitet.

Der Leitfaden diente dem Interviewer als Orientierungshilfe, um wichtige Themenaspekte aufgrund der Gesprächsdynamik nicht zu verlieren. Er gab einzelne Themen vor, wurde innerhalb der Gesprächssituation aber flexibel und den Schwerpunktsetzungen des jeweiligen Interviewpartners gemäß eingesetzt. Das Interview gliederte sich in einen thematischen, einen visuellen und einen methodischen Teil.

Die folgende Darstellung weicht zum Ziele der Übersichtlichkeit für den Leser von der Reihenfolge des ursprünglichen Leitfadens ab. Dieser befindet sich zum Vergleich im Anhang M, S. 110.

6.3.1 Interviewleitfaden: Thematischer Teil

Die Einleitungsphase

Nach der Begrüßung wurde zunächst die Anrede „Sie“ oder „Du“ geklärt. Hier entschieden sich alle Gesprächspartner für das Du. Dem Interviewpartner wurde Anonymität zugesichert und es wurde um die Erlaubnis gebeten, das Gespräch auf Tonband aufzeichnen zu dürfen. Dazu mit der Erläuterung, dass nach der Durchführung des Interviews das Band transkribiert wird und so eine spätere Identifizierung über die Stimme nicht mehr möglich ist. Der Interviewpartner wurde gebeten, sich ein „Pseudonym“ zu überlegen, unter dem das jeweilige Interview codiert wurde. Diese Pseudonyme wurden auch bei der Darstellung der Interviewpartner in den Portraits und in den Ergebnissen verwendet (s. Anhang P: Portraits, S. 118 ff.).

Weiterhin wurde über die offene Fragestellung und die eingeplante Gesprächsdauer aufgeklärt. Hier wurde auch auf die Rollenverteilung während der Interviews hingewiesen. Die Rolle des Interviewers übernahm Markus Plattfaut, um als männlicher „Ansprechpartner“ Vertrauen zu erwecken. Die Aufgabe von Petra Brüggemann bestand darin, die Interviewsituation zu beobachten, eine Mitschrift anzufertigen und Besonderheiten und Auffälligkeiten zu notieren. Sie griff nicht aktiv in die Interviews ein. Dem Gesprächspartner wurde zudem jederzeit die Möglichkeit offen gelassen, eine Frage nicht zu beantworten oder das Interview vollständig abzubrechen. Davon machte während der Erhebung kein Gesprächspartner Gebrauch. Zum Ende der Einstiegsphase wurde dem Gesprächspartner Zeit und Raum gegeben, für ihn offen gebliebene Fragen zu stellen und eventuelle Unklarheiten zu beseitigen.

1. Einstiegsfragen:

	Frage	Arbeitshypothese
Bei den Einstiegsfragen zur Haupterzählung stand zunächst die subjektive Bedeutung des Themas HIV und AIDS im Allgemeinen für den Interviewpartner im Mittelpunkt. Sie diente als Zentrierung des Gespräches auf das zu untersuchende Thema.	<ul style="list-style-type: none">• Welche Bedeutung hat das Thema HIV und AIDS für Dich?• Wie und wann bist Du zum ersten Mal mit dem Thema HIV und AIDS konfrontiert worden?• Was hat es bei Dir ausgelöst?	„Die Bedeutung von HIV und AIDS als tödliche Infektionskrankheit nimmt immer mehr ab“. <small>(vgl. Rosebrock 2002a; Dannecker 2002; Ullrich 2002)</small>

2. Frage nach den steigenden Neuinfektionen

<p>Der Interviewpartner wurde gebeten sich zu erklären, warum die Neuinfektionsrate bei homosexuellen Männern in Deutschland wieder steigt. Hier war es für die Untersuchung wichtig, subjektive Erklärungen für dieses Phänomen zu identifizieren.</p>	<p style="text-align: center;">Frage</p> <ul style="list-style-type: none">• Die HIV-Neuinfektionsrate bei homosexuellen Männern steigt wieder an. Kannst Du Dir erklären, warum das so ist?	<p style="text-align: center;">Arbeitshypothese</p> <p>„Die „Imagekampagnen“ von Pharmafirmen im Bereich HIV in schwulen Printmedien sind mitverantwortlich für einen Anstieg der Neuinfektionsrate bei MSM“.</p> <p>(vgl. Klausner et. al. 2002; Neuber 2003)</p>
---	--	--

3. Frage nach der Bedrohung durch HIV und AIDS

<p>Ziel bei dieser Frage war, die persönlichen Einschätzungen der Interviewpartner hinsichtlich des Bedrohungspotentials von HIV und AIDS zu identifizieren. Sowohl auf einer allgemeinen, gesellschaftlichen, als auch auf einer persönlichen Ebene.</p>	<p style="text-align: center;">Frage</p> <ul style="list-style-type: none">• Hast Du das Gefühl, dass HIV und AIDS für uns in Deutschland noch eine Gefahr darstellt?• Stell Dir vor, bei Dir würde HIV diagnostiziert. Wie würde sich Dein Leben verändern?	<p style="text-align: center;">Arbeitshypothese</p> <p>„Das Bedrohungspotential von HIV und AIDS nimmt seit dem Beginn der Epidemie stetig ab“.</p> <p>(vgl. Rosebrock 1999; Rosebrock, 2002a; Dannecker 2002)</p>
---	---	--

4. Frage zur HIV Prävention:

<p>In diesem Zusammenhang war wichtig zu erfragen, ob die Interviewpartner mit dem Begriff „Prävention“ etwas verbinden. Neben möglichen Einstellungen und Erfahrungen mit HIV Prävention sollten sich hier heraus auch Vorschläge für Verbesserungen und Wünsche an die Prävention entwickeln können.</p>	<p style="text-align: center;">Frage</p> <ul style="list-style-type: none">• Was weißt Du über die HIV Prävention?	<p style="text-align: center;">Arbeitshypothese</p> <p>„HIV Prävention erreicht (aus verschiedenen Gründen) ihre Zielgruppen nicht mehr. Auch nicht die der homosexuellen Männer“.</p> <p>(vgl. Ullrich 2002)</p>
--	--	---

Methodik

5. Frage zu Safer Sex:

Diese Frage hatte zum einen die Intention zu erfahren, was der Interviewpartner unter Safer Sex versteht. Zum anderen sollte das eigene „Safer Sex“ Verhalten ermittelt werden.	Frage <ul style="list-style-type: none">• Welche Bedeutung hat für Dich Safer Sex?	Arbeitshypothese <p>„Sexuelles Risikoverhalten nimmt in der Gruppe der MSM zu“.</p> <p>(vgl. BZgA 2005, Bochow 2004)</p>
---	---	---

6. Frage zu den medizinischen Behandlungsmöglichkeiten:

Hier sollte untersucht werden, wie der jeweilige Informationsstand zu den medizinischen Behandlungsmöglichkeiten bei einer HIV Infektion ist und ob Zusammenhänge zu den steigenden Neuinfektionen hergestellt werden.	Frage <ul style="list-style-type: none">• Was weißt Du über die medizinischen Behandlungsmöglichkeiten bei einer HIV-Infektion?	Arbeitshypothese <p>„Durch die Möglichkeiten der medizinischen Behandlung von HIV und AIDS steigen die Neuinfektionen bei MSM an“.</p> <p>(vgl. Ostrow et. al. 1999; Stolte et. al. 2004)</p>
--	--	--

7. Frage nach dem „Supervirus“⁴⁹ aus den USA

Da diese Meldung aktuell zum Beginn der Erhebung durch die Medien ⁵⁰ ging und dort oftmals mit dem Beginn der Epidemie in den 80er Jahren verglichen wurde („AIDS-Schock“, „Horormeldung“ etc.), nahmen wir die Frage mit in den Leitfaden auf. Ziel war es hier zu untersuchen, ob eine solche „Schockmeldung“ Einfluss auf die Einstellungen oder das Verhalten der Befragten hat.	Frage <ul style="list-style-type: none">• Wie geht es Dir mit der Nachricht über den neuen, sog. "Supervirus", der vor einiger Zeit in New York entdeckt wurde?	Arbeitshypothese <p>„Die Meldung über den Supervirus weckt Erinnerungen an den AIDS-Schock der 80er Jahre, und hat Auswirkungen auf das Risikoverhalten homosexueller Männer“.</p>
---	--	---

⁴⁹ Da wissenschaftlich noch nicht abschließend geklärt ist, ob dem raschen Fortschreiten der HIV Infektion als Ursache eine ungünstige Prädisposition oder einer besonders aggressiven Virusform zugrunde lag, wird auf eine vertiefende Darstellung der „Supervirus“ - Situation verzichtet.

⁵⁰ Schlagzeile SPIEGEL vom 16.02.2005: „Angst vor AIDS. New York jagt das Supervirus.“
Schlagzeile HAMBURGER ABENDBLATT vom 26.02.2005: „Warnung vor dem Supervirus.“

6.3.2 Interviewleitfaden: Visueller Teil

Im Laufe der Entwicklung des Interviewleitfadens wurde deutlich, dass das Thema der Untersuchung sich auf bebilderte Anzeigen der Pharmafirmen bezieht und ohne eine Einbringung dieser in das Interview die Erhebung unvollständig wäre. Aus diesem Grund wurde entschieden, den Interviewpartnern exemplarische, aktuelle Anzeigen aus schwulen Printmedien von verschiedenen Pharmafirmen zu zeigen und die Reaktionen auf diese festzuhalten. Die Darstellung erfolgte mit einer POWERPOINT Präsentation über ein Notebook. Insgesamt wurden fünf Anzeigen von Pharmaherstellern verwendet, drei davon aus Deutschland und zwei Anzeigen aus den USA, die für direkte Laienwerbung für rezeptpflichtige HIV-Medikamente stehen.

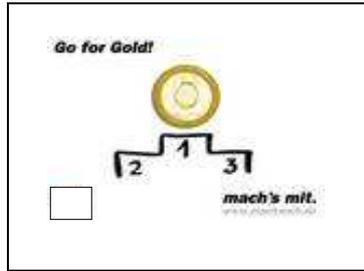
Des Weiteren wurden zwei Präventionsanzeigen und zwei Benettonanzeigen, die als Aufhänger das Thema HIV und AIDS hatten, in die Präsentation eingefügt. Dies hatte zum einen den Vorteil, dass der Fokus nicht allzu offensichtlich nur auf der Imagekampagnen gelegt wurde. Zum anderen war es so möglich, auch Reaktionen auf andere Anzeigen zu erhalten und in die spätere Auswertung, besonders in Bezug auf die Arbeitshypothesen, mit einfließen zu lassen. Beim Vorgehen in diesem „Bilderteil“ wurde sich teilweise an der Methode des „fokussierten Interviews“ orientiert. Zentral für diese Interviews ist die *„Fokussierung auf einen [...] Gesprächsgegenstand“*, in unserem Fall die Anzeigen, und *„[...] der Versuch, Reaktionen und Interpretationen im Interview in relativ offener Form zu erheben“* (Hopf, S. 353).

Um die mögliche Themenreichweite des Interviewpartners zu maximieren und neue Gesichtspunkte zur Geltung zu bringen, wird hier ein sehr offener und flexibel einzusetzender Gesprächsleitfaden vorgeschlagen. So wurde der Gesprächspartner nicht bei jedem Bild systematisch „abgefragt“, sondern der Interviewpartner wurde in einem einleitenden und erklärenden Satz um folgendes gebeten:

Ob er das Bild kennt und wenn ja, woher er es kennt. Was er mit dem Bild assoziiert oder/und was er interpretiert und wie es insgesamt auf ihn wirkt. Bei Nachfragen der Interviewpartner wurden diese Fragen auch wiederholt, nicht aber automatisch bei jedem Bild. In den Anzeigen wurden die Firmen-, bzw. Institutionsnamen entfernt, um Suggestionen, die der Interviewpartner möglicherweise bereits mit den Namen verbindet, zu vermeiden. Im Folgenden werden die Anzeigen in einer Übersicht vorgestellt und deren Hintergrund für die Arbeit erläutert.

Methodik

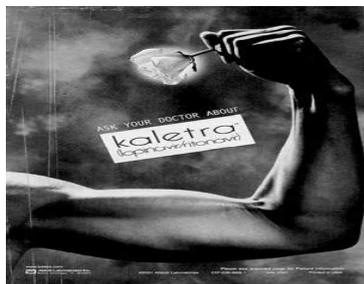
Bild 1: Go for Gold, BZgA



Teil der „MACH`S MIT“ – Kampagne, seit 2002

Dieses Plakat der BZgA wurde in die Präsentation aufgenommen, weil es eine sehr bekannte Kampagne mit hohem Wiedererkennungswert durch das Leitmotiv „Kondome“ ist. Zudem ist dieses Motiv nicht zielgruppenspezifisch. Zur Zeit hängt es z. B. an der AKN Haltestelle Eidelstedt und in der Straße Neuer Wall in Hamburg (17.07.2005)

Bild 2: Kaletra, Abbott/USA



Diese Anzeige ist ein Beispiel für direkte Laienwerbung rezeptpflichtiger HIV-Medikamente aus den USA und in dieser Form in Deutschland nicht zulässig. Da eine Aufhebung dieses Verbotes von Vertretern der Pharmaindustrie angestrebt wird (vgl. S. 34 ff.) sollte die Wirkung dieser Anzeige auf die Interviewpartner untersucht werden.

Bild 3: Da sein, Boehringer Ingelheim



2004/2005

Diese Anzeige ist Teil einer relativ aktuellen „Imagekampagne“ und erschien beispielsweise im März 2005 im SERGEJ BERLIN. Es handelt sich hierbei um eine überarbeitete Version, zunächst war sie ohne den unteren Text erschienen. Aufgrund der Veröffentlichung in schwulen Printmedien wurde sie in die Präsentation mit aufgenommen.

Bild 4: Der Sterbende, Benetton

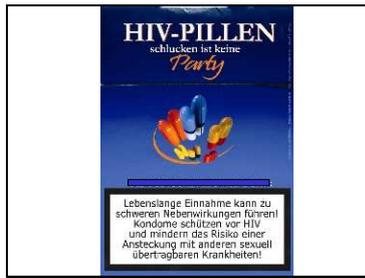


1992

Bei dieser Anzeige handelt es sich um die sehr kritisierte Kampagne des Modehauses BENETTON vom Beginn der 90er Jahre. Sie wurde in die Präsentation aufgenommen, weil sie das „alte Bild“ von AIDS sehr provokant und drastisch zeigt und für „HIV und AIDS als Werbemittel“ steht.

Methodik

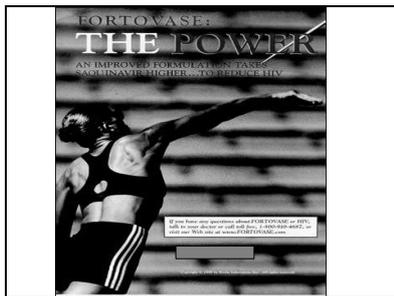
Bild 5: HIV Pillen, DAH



2003

Dieses Motiv erscheint in Form von Plakaten und Postkarten und ist eine noch aktuelle Aktion der DEUTSCHEN AIDSHILFE E.V. Da sie sich direkt auf die Folgen der HIV-Therapie bezieht, wurde sie in die Präsentation eingefügt.

Bild 6: Fortovase-The Power, Roche/USA



2001

Hier handelt es sich, wie bei Bild 2, um direkte Laienwerbung aus den USA. Dieses Bild wurde den Interviewpartner gezeigt, weil hier, im Gegensatz zur Anzeige von ABBOTT, eine Frau im Fokus der Anzeige steht.

Bild 7: Leb dein Leben, GSK



2005

Diese Anzeige wurde für die Untersuchung ausgewählt, weil sie, im Gegensatz zu Anzeige 3, zum einen deutlich mehr Informationstext enthält und sie eine Art „Erfahrungsbericht“ enthält. Zum anderen wurde der Slogan „Leb dein Leben, wenn du positiv bist“ in Verbindung mit dem Zitat „Ich sammle Schuhe [...] und Lebensjahre“ von uns Autoren im Vorfeld sehr kritisch gesehen.

Bild 8: HIV P.O.S.I.T.I.V.E, Benetton

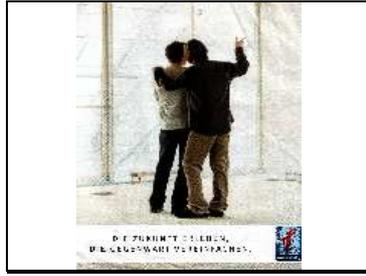


1993

Diese Anzeige von BENETTON hatte im Zusammenhang mit der politischen Forderung nach einer Kennzeichnungspflicht von HIV-Positiven viele Proteste ausgelöst (vgl. S. 34). Um ihre Wirkung in heutiger Zeit zu ermitteln, wurde sie in die Untersuchung mit integriert.

Methodik

Bild 9: Die Zukunft erleben, die Gegenwart vereinfachen, BMS



2004

Diese Anzeige wurde erst nach dem dritten Interview in die Präsentation eingebaut, nachdem alle drei Interviewpartner im Zusammenhang mit den anderen Anzeigen diese Kampagne von sich aus erwähnten und sehr kritisch beurteilten.

Nachdem der dritte Interviewpartner dann direkt kritisierte, dass „*diese Anzeige von BMS doch als Musterbeispiel für die Gefährlichkeit der Pharmaanzeigen unbedingt in die Präsentation gehört*“ (FABIAN), wurde sie aufgenommen.

6.3.3 Interviewleitfaden: Methodischer Teil

Kurzfassung Bochow Fragebogen

Angelehnt an einen geprüften Fragebogen von Bochow (Bochow 2004) wurde durch eine kurze schriftliche Befragung Daten wie Alter, Ausbildung, Beruf und Kinder, sowie Familienstand, Bekanntheit der Homosexualität und Akzeptanz durch Andere erfasst. Ergänzt wurde der Erhebungsbogen durch die Frage, ob schwule Printmedien gelesen werden und falls ja, um welche es sich dabei handelt. Der Fragebogen der Untersuchung kann im Anhang (s. Anhang M: Methodische Instrumente) eingesehen werden.

Interviewprotokoll/Postskriptum

Nachdem der Interviewpartner gegangen war, wurde ein Interviewprotokoll (s. Anhang M: Methodische Instrumente) angelegt. Hier wurden zum einen die konkreten Rahmenbedingungen (Ort, Dauer, beteiligte Personen etc.) beschrieben und zum anderen besondere Auffälligkeiten, Störungen, die Gesprächsdynamik und wichtige Gesprächsinhalte, die im Gedächtnis geblieben waren notiert. Dabei wurde auch beschrieben, ob der Gesprächspartner sympathisch wirkte, oder ob ihm gegenüber eine eher ablehnende Haltung eingenommen wurde. Diese Interviewprotokolle waren ein wesentlicher Bestandteil der Auswertung und flossen insbesondere in die Darstellung der Portraits ein (s. Anhang P: Portraits).

Transkription

Die Gespräche wurden, soweit möglich, direkt transkribiert. In Anlehnung an die Richtlinien von Froschauer und Lueger (Froschauer; Lueger 2003; S. 223) wurde unter Beibehaltung des Dialekts oder sprachlicher Besonderheiten transkribiert, Interpunktionszeichen zugelassen und Schwankungen in der Betonung einzelner Wörter oder Sätze sowie Pausen im Redefluss gekennzeichnet.

Da zahlreiche Interviewausschnitte als Zitate in den Portraits und im Ergebnisteil dieser Arbeit wiedergegeben werden, folgt hier ein kurzer Überblick über die Transkriptionsrichtlinien, um die Zitate im Folgenden „richtig“ lesen zu können.

Pausen: (pro Sekunde ein Punkt) = ...

Auffällige Betonung: (Großbuchstaben) = ETWA SO

Ausgedehnte Sprechweise: (mit Leerzeichen zwischen den Buchstaben) = e t w a s o

Auslassungen bei Zitaten: (mit eckigen Klammern und drei Punkten) = [...] so

6.4 Auswertung

„Die Variabilität der Analysen ist kein Argument für die Beliebigkeit qualitativer Forschung, sondern Ausdruck der Anerkennung der Eigenstrukturiertheit des Forschungsfeldes und der unterschiedlichen Erkenntnisinteressen“ (Matt 2000, S. 581).

Für die Untersuchung war es wichtig eine Auswertungsstrategie zu verfolgen, die einen offenen Charakter des Vorverständnisses postuliert aber nicht auf explizite Vorannahmen verzichtet. Gleichzeitig mussten die Rahmenbedingungen der Untersuchung wie zeitliche und personelle Ressourcen in der Auswahl des Analyseinstrumentes Berücksichtigung finden. Einige Verfahren der Auswertung, wie z. B. die qualitative Inhaltsanalyse von Mayring erschien für die Untersuchung durch den „Zwang der allgemeinen Kategorien-*definition*“ (Mayring 2000, S. 474) zu einschränkend und kann so der offenen Fragestellung der Erhebung nicht gerecht werden. Andere, offenere Verfahren wie z.B. die Analyse mittels „Grounded Theory⁵¹“ (Strauss; Corbin 1996) verzichten auf eine vorangehende intensive theoretische Auseinandersetzung mit einem Phänomen und somit auf Vorannahmen. Die Analyse ausschließlich mittels „Grounded Theory“ gilt zudem als sehr zeitintensiv.

Die Entscheidung für eine Analysestrategie fiel schließlich auf eine Methode von Christiane Schmidt, die ihre Auswertungsstrategie als eine „*Zusammenstellung verschiedener, für die Analyse von Leitfadeninterviews geeigneter Auswertungstechniken*“ verstanden wissen will (Schmidt 2000, S. 448). Diese Auswertungsstrategie gibt genug Struktur vor, um sich an ihr zu orientieren, lässt aber auch genug Raum, gewisse Schritte der Methode an diese Untersuchung anzupassen.

Im folgenden wird ein Überblick über die einzelnen Analyseschritte der Untersuchung gegeben. Christiane Schmidt gibt in ihrer Methode insgesamt fünf Schritte vor, die aber in dieser Untersuchung um drei Schritte erweitert bzw. weiter ausdefiniert wurden. Die Modifikationen im Vergleich zur Methode von Schmidt sind in der folgenden Darstellung farblich gekennzeichnet. ■

Erster Schritt: Korrektur der Transkripte

Jedes Tonband wurde noch einmal durchgehört, dabei mit dem Transkript verglichen und gegebenenfalls korrigiert. Dieser Schritt diente dazu, einen fehlerfreien Text zu garantieren und um sich wieder in den Text hinein zu finden.

⁵¹ Grounded Theory (engl.): weit verbreitete Vorgehensweise in der qualitativen Sozialforschung, die innerhalb der amerikanischen Soziologie der 50er und 60er Jahre von Strauss und Glaser entwickelt wurde. Gebräuchlichste dt. Übersetzung: Gegenstandsbezogene Theoriebildung

Zweiter Schritt: Materialorientierte Bildung von Auswertungskategorien

Die einzelnen Transkripte wurden im Team Zeile für Zeile durchgelesen. Ziel dieses Analyseschrittes war, „*die vorkommenden Themen und deren einzelnen Aspekte, die sich den Fragestellungen zuordnen lassen*“ (Schmidt 2000, S. 449), zu notieren. Die jeweiligen Bedeutungsaspekte wie Beobachtungen, Textpassagen, Phrasen oder Wörter wurden am Rand des jeweiligen Transkriptes vermerkt. Nach Möglichkeit wurden dabei zunächst die umgangssprachlichen Deutungen der Gesprächspartner übernommen. Strauss und Corbin bezeichnen diese umgangssprachlichen Deutungen von Phänomenen mit dem Begriff der „In-Vivo-Codes“ (Strauss; Corbin 1996, S.54).

Parallel hierzu wurde nach dem „*zentralen Satz*“ des Interviewpartners gesucht. Zum einen, um das zentrale Thema des Gesprächspartners zu verdeutlichen und zum anderen so die Zuordnung des Textes zum jeweiligen Gesprächspartner zu erleichtern. Hier wurden entweder treffende Zitate identifiziert oder subjektive Eindrücke aus dem Interview formuliert (vgl. Jaeggi; Faas, 1993, S. 145).

Dritter Schritt: Entwurf von Auswertungskategorien und Zusammenstellung der Kategorien zu einem Codierleitfaden

Auf Grundlage der im Material gefundenen Themen wurden Auswertungskategorien formuliert. Strauss und Corbin bezeichnen diesen Schritt als einen „*Prozess des Gruppierens der Konzepte, die zu demselben Phänomen gehören*“ (Strauss; Corbin 1996, S.51). Wichtig war hierbei, dass die identifizierten Kategorien abstrakter sein mussten als die im Material gefundenen Themen oder Konzepte. Im nächsten Schritt wurden zu jeder Kategorie Eigenschaften und Dimensionen entwickelt. Eigenschaften sind die Kennzeichen oder die Charakteristika einer Kategorie und „*jede Eigenschaft variiert im Material über ein dimensionales Kontinuum*“ (Strauss; Corbin 1996, S.51 ff.). Die Entwürfe der Kategorien wurden anschließend zu einem Codierleitfaden zusammengestellt. Mit Hilfe dieses Leitfadens soll das erhobene Material codiert werden. Das bedeutet, dass die entsprechenden Textpassagen eines Interviews einer Kategorie zugeordnet werden und zwar „*der am besten, zu dieser Textpassage passenden Ausprägung*“ (Schmidt 2000, S. 451). Die Anwendbarkeit dieses noch vorläufigen Leitfadens wurde im Team zunächst an drei Interviews erprobt und dann im gemeinsamen Gespräch bewertet. War eine Kategoriedefinition nicht eindeutig oder unklar, wurden Änderungen an der Formulierung oder Ausprägung der betreffenden Kategorie vorgenommen.

Vierter Schritt: Codierung des Materials

Unter Anwendung des Codierleitfadens wurde, nach allen Änderungen, jedes Interview eingeschätzt und klassifiziert. Es wurde teilweise „konsensuell“ codiert. Das bedeutet, dass zwei Personen an der Codierung eines Falls beteiligt waren. Zunächst wurde unabhängig voneinander am gleichen Interview gearbeitet. Wenn das Interview unter allen Kategorien verschlüsselt war, wurden die jeweiligen Zuordnungen verglichen und diskutiert. Waren Einschätzungen unterschiedlich, wurde im Team nach einem Konsens gesucht.

Fünfter Schritt: Schreiben der Portraits

Dieser Auswertungsschritt diente dazu, dem Leser eine Vorstellung von den Interviewpartnern und den Gesprächen zu vermitteln und die aus dem Interviewmaterial heraus entwickelten Hypothesen nachvollziehbar zu machen. In den Portraits der einzelnen Interviewpartner wurden neben dem Kontext der Interviewsituation auch die Kontaktaufnahme, die Interaktion im Interview, der Fragebogen, das Interviewprotokoll und die Wirkung des gegenüber auf den Interviewpartner zusammenfassend beschrieben. Die Portraits befinden sich im Anhang.

Sechster Schritt: quantifizierende Materialübersichten / Synopsis⁵²

In diesem Schritt wurden die Ergebnisse der Codierung in eine übersichtliche Tabellenform gebracht und so Häufigkeitsangaben zu den einzelnen Kategorien erstellt. Dieser Schritt hatte das Ziel, einen ersten Überblick zur Verteilung im Material zu bekommen und mögliche Zusammenhänge zwischen einzelnen Kategorien zu identifizieren. Diese Gesamtübersicht diente auch der Identifikation von Ausnahmefällen im Material.

Siebter Schritt: vertiefende Fallinterpretation

Die Äußerungen der Interviewpartner zu den jeweiligen Kategorien, die als „Ankerbeispiele“ dienten, wurden einer strukturierenden Inhaltsanalyse (vgl. Mayring 2000, S. 39 ff.) unterzogen. Nach formalen Strukturgesichtspunkten wurde eine innere Struktur herausgefiltert und so das Material für die Hypothesengenerierung reduziert. Anschließend wurde für jede Kategorie eine Hypothese abgeleitet, die nach Möglichkeit für alle Aussagen der Interviewpartner Gültigkeit haben sollte.

⁵²Synopsis: (gr. – lat.) knappe Zusammenfassung, vergleichende Übersicht

Achter Schritt: Interpretation, Diskussion und Zusammenfassung der Ergebnisse

In der Darstellung der Ergebnisse wurde die jeweiligen Befunde bzw. die identifizierten Hypothesen diskutiert und interpretiert und mit den am Beginn der Untersuchung aus dem theoretischen Vorverständnis entwickelten Arbeitshypothesen verglichen. Das aus den Hypothesen heraus entwickelte „zentrale Phänomen“ (Ergebnis) unserer Untersuchung wurde anschließend mit Hilfe des sog. „paradigmatischen Modells“ der „Grounded Theory“ zusammenfassend beschrieben und schematisch dargestellt. „Das paradigmatische Modell ermöglicht es, systematisch über Daten nachzudenken und sie in sehr komplexer Form miteinander in Beziehung zu setzen“ (Strauss; Corbin 1996, S. 95 ff.).

7 Ergebnisse

Im folgenden werden die Einzelergebnisse der Interviews dargestellt. Zunächst die Ergebnisse des thematischen Teils des Leitfadeninterviews, daran anschließend die Ergebnisse des visuellen Teils. Im Zuge der Übersichtlichkeit werden nicht sämtliche Zitate der einzelnen Interviewpartner für jede Kategorie aufgeführt. Es wird sich zum einen darauf beschränkt, besonders prägnante Zitate hervorzuheben, die beispielhaft und vertretend für die Mehrheit der Interviewpartner das zentrale Thema der Kategorie nennen. Zum anderen werden die Zitate wiedergegeben, die einen „Ausnahmefall“ darstellen. Bei Fragen oder Abschnitten, die mit einem ☼ gekennzeichnet sind, haben die Interviewpartner nicht nur einen Aspekt angesprochen, sondern mehrere zu einer Kategorie gehörende Phänomene. Als Beispiel: Bei der Frage nach den möglichen Gründen für den Anstieg der Neuinfektionen (s. S. 67) wurden von zehn der zwölf Interviewpartner mehrere Gründe für einen Anstieg genannt. Im Anhang findet sich eine Übersicht der Interviewteilnehmer mit den zu ihnen erhobenen Eckdaten. Für den Leser besteht die Möglichkeit, diese Übersicht aus dem Anhang heraus zu nehmen. An die Darstellung der Einzelergebnisse schließt sich die Interpretation und Diskussion so wie die Zusammenfassung der Ergebnisse an.

7.1 Einzelergebnisse: Thematischer Teil

1. Gefragt wurde: „Welche Bedeutung hat das Thema HIV und AIDS für Dich?“

Tabelle 2: Die persönliche Bedeutung von HIV und AIDS

	<i>Sehr hohe bis hohe Bedeutung</i>	<i>Weniger hohe Bedeutung</i>	<i>Kaum oder keine Bedeutung</i>	<i>Noch keine Gedanken gemacht</i>
Gruppe A				
<i>Ernie*</i>		•		
<i>Georg*</i>	•			
<i>Donald</i>				•
<i>Benedikt</i>			•	
<i>Luka*</i>	•			
Gruppe B				
<i>Martin</i>	•			
<i>Fabian</i>	•			
<i>Christian</i>	•			
<i>Max*</i>	•			
<i>Richie*</i>	•			
<i>Jens*</i>	•			
<i>Jan</i>	•			

*gleichzeitig hohe berufliche Bedeutung des Themas HIV und AIDS

Ergebnisse

Aus den Antworten wird deutlich, dass für beinahe alle Interviewpartner HIV und AIDS eine sehr hohe bis hohe Bedeutung hat. Lediglich DONALD hat sich noch keine Gedanken darüber gemacht, welche Bedeutung das Thema für ihn hat. Obwohl er durch die HIV-Infektion seines Lebenspartners als einziger der Gesprächspartner durch HIV in der Partnerschaft persönlich betroffen ist, sagte DONALD: *„Hab ich mir noch nicht so Gedanken drüber gemacht muss ich ehrlich gestehen.“* BENEDIKT äußerte sich wie folgt auf die Frage, welche Bedeutung das Thema HIV und AIDS für ihn hat: *„Für mich jetzt besonders nicht, weil ich erst mal momentan nicht davon betroffen bin. [...] so dass es momentan für MICH .. erst einmal . keinen großen . Stellenwert oder Rolle spielt.“* Für sechs Interviewpartner hatte neben der persönlichen Bedeutung von HIV und AIDS das Thema auch einen beruflich hohen bis sehr hohen Stellenwert. Auffällig ist hierbei die Antwort von ERNIE, der der Bedeutung von HIV und AIDS beruflich einen sehr hohen Stellenwert einräumt, aber der persönlichen einen weniger hohen: *„Also von daher hat es von der beruflichen Ebene her ne sehr hohe Bedeutung für mich ähm...wenn ich im meinem privaten Umfeld gucke . ist die Bedeutung weniger hoch.“* ERNIE ist der einzige Interviewpartner, der *„[...] konkret keine Person [...] kennt „[...] die .. infiziert ist, oder die, die AIDS haben und wo ich in der Form beteiligt bin.“* Insgesamt ist auffällig, dass die persönliche Bedeutung in der Gruppe A in der Mehrheit geringer eingeschätzt wird als in Gruppe B.

1.1 Erste Konfrontation mit dem Thema HIV und AIDS

Bei der zweiten Frage: *„Wie und wann bis du das erste Mal mit dem Thema HIV und AIDS konfrontiert worden?“* gaben sieben Personen Presse oder Medien an und drei Interviewpartner äußerten, dass sie zum ersten Mal im Freundeskreis mit dem Thema in Kontakt kamen.

Tabelle 3: Die erste Konfrontation mit dem Thema HIV und AIDS

	<i>Presse / Medien</i>	<i>HIV und AIDS im Freundeskreis</i>	<i>Schule</i>	<i>Beruf</i>
Gruppe A				
<i>Ernie</i>	•			
<i>Georg</i>		•		
<i>Donald</i>		•		
<i>Benedikt</i>		•		
<i>Luka</i>			•	
Gruppe B				
<i>Martin</i>	•			
<i>Fabian</i>		•		
<i>Christian</i>	•			
<i>Max</i>	•			
<i>Richie</i>	•			
<i>Jens</i>				•
<i>Jan</i>	•			

Ergebnisse

LUKA gab als einziger an, in der Schule davon gehört zu haben und JENS erwähnte seinen Beruf als ersten Kontakt mit HIV und AIDS. Hier ist zu beobachten, dass die Gruppe der Jüngeren (A) in der Mehrheit eher über ihr persönliches Erleben (3) als über die Medien (1) das erste Mal mit HIV und AIDS konfrontiert wurden. Dagegen war in der Gruppe B der erste Kontakt über die Presse/Medien (5) der häufigste.

Bei den Antworten war auffällig, dass ein Unterschied zwischen der ersten Konfrontation und der ersten „wirklichen“ Auseinandersetzung mit dem Thema HIV gemacht wurde.

Tabelle 4: Erste „bedeutungsvolle“ Auseinandersetzung mit dem Thema HIV und AIDS

	<i>Coming out</i>	<i>HIV im Freundeskreis</i>	<i>Beruf</i>
Gruppe A			
<i>Ernie</i>			•
<i>Georg</i>	•		
<i>Donald</i>	•		
<i>Benedikt</i>		•	
<i>Luka</i>	•		
Gruppe B			
<i>Martin</i>	•		
<i>Fabian</i>		•	
<i>Christian</i>	•		
<i>Max</i>		•	
<i>Richie</i>	•		
<i>Jens</i>		•	
<i>Jan</i>	•		

Bei sieben der Gesprächspartner fand eine wirkliche ernsthafte Auseinandersetzung mit dem Thema HIV und AIDS erst mit dem „coming out“⁵³ statt. Drei Interviewpartner äußerten sich, dass sie sich erst durch das Erleben von HIV und AIDS im Freundeskreis ernsthafter mit dem Thema auseinandergesetzt haben. ERNIE ist hier eine Ausnahme. Für ihn bedeutete sein beruflicher Einstieg die erste wirkliche Auseinandersetzung mit HIV und AIDS. „[...] dann war erst mal lange gar nix und dann kam ich eigentlich darüber in Kontakt über meine eigene Präven, also eigentlich immer auf meinen eigenen Arbeitskontext im Endeffekt.“

Unterschiede in den Gruppen A und B waren hier nicht festzustellen.

⁵³ Coming Out: (aus dem amerikanischen.) wörtlich übersetzt „herauskommen“ – zeichnet den Prozess vom ersten Entdecken gleichgeschlechtlicher Gefühle bis zur endgültigen Akzeptanz der eigenen Homosexualität (Grossmann 1994).

Ergebnisse

1. 2 Ausgelöste Faktoren bei der ersten bedeutungsvollen Konfrontation

Bei der Frage nach „Was hat diese erste „bedeutungsvolle“ Konfrontation mit HIV und AIDS bei dir ausgelöst?“ gab die Hälfte die Interviewpartner verschiedene Faktoren und Emotionen an und sechs erwähnten nur eine Emotion. Hier standen vor allem Angst (7), Bedrohung (4) und die Veränderung der Sexualität (6) durch HIV und AIDS im Vordergrund.

Tabelle 5: Ausgelöste Faktoren bei der ersten „bedeutungsvollen“ Konfrontation☼

	<i>Angst</i>	<i>Bedrohung</i>	<i>Veränderung in der Sexualität</i>	<i>Interesse</i>	<i>Nichts</i>
Gruppe A					
<i>Ernie</i>	•	•	•		
<i>Georg</i>	•				
<i>Donald</i>	•		•		
<i>Benedikt</i>		•			
<i>Luka</i>		•	•		
Gruppe B					
<i>Martin</i>			•		
<i>Fabian</i>	•	•			
<i>Christian</i>	•		•		
<i>Max</i>	•				
<i>Richie</i>	•		•		
<i>Jens</i>				•	
<i>Jan</i>					•

Nur für JAN war das Thema HIV und AIDS bei der ersten Konfrontation „[...] weit weg [...] und er [...] war nicht persönlich betroffen [...]“. Weiter sagt er zu dieser Frage: „[...] und deshalb hat es bei mir auch nichts ausgelöst.“ Bei JENS stand die berufliche Neugier bei der Frage nach den ausgelösten Faktoren im Vordergrund: „[...] also damals in erster Linie wissenschaftliches Interesse [...] vielmehr erst mal NUR großes Interesse und das Gefühl, da muss man was tun“.

1.2.1 Die Angst vor HIV und AIDS

Die Angst vor HIV und AIDS bei der ersten Konfrontation wird in ihrem Ausmaß sehr unterschiedlich von den einzelnen Interviewpartner bewertet. Zwei der Befragten gaben eine „sehr große Angst“ (BENEDIKT und FABIAN) an, zwei weitere eine „große Angst“ (LUKA und GEORG) und vier „weniger große Angst“ (ERNIE, JENS, RICHIE und DONALD) Weitere vier machten bezüglich ihrer Angst bei der ersten Konfrontation mit HIV und AIDS keine Angaben.

Ergebnisse

1.2.2 Veränderungen in der Sexualität

In Bezug auf die Veränderung der Sexualität wurden von den Interviewpartnern hauptsächlich „Einschränkungen“ ihrer eigenen Sexualität angesprochen. Von den sechs Interviewpartnern, die „Einschränkung der Sexualität“ zu ihrem Thema machten, fühlten sich fünf „sehr eingeschränkt“ und einer (FABIAN) „kaum eingeschränkt“. FABIAN sagte zwar, dass die Konfrontation mit HIV Veränderungen in der Sexualität mit sich gebracht hat, er fühlt sich aber durch sie nicht eingeschränkt: „[...] ich weiß sicherlich auch, das man mit Positiven, also HIV- Positiven auch SM⁵⁴ Sex haben kann, das weiß ich AUCH wie das geht, also das ist nicht das Problem, dass man davor keine Angst haben muss“.

Auffällige Unterschiede in den Gruppen A und B gibt es hier keine.

1.3 Assoziationen mit HIV früher (zum Zeitpunkt der ersten Konfrontation) ☼

Im Zusammenhang mit der Bedeutung von HIV und AIDS bei der frühen ersten Konfrontation, hatten und äußerten zehn von zwölf Interviewpartnern verschiedene Assoziationen, die sie mit dem Thema damals in Verbindung brachten.

Tabelle 6: Assoziationen zu HIV und AIDS zum Zeitpunkt der ersten Konfrontation mit HIV und AIDS ☼

	<i>AIDS als tödliche Erkrankung</i>	<i>Siechtum / Leiden</i>	<i>Homosexualität</i>	<i>Promiskuität⁵⁵</i>	<i>Safer Sex</i>	<i>Hilflosigkeit der Medizin</i>
Gruppe A						
<i>Ernie</i>	•	•	•	•		
<i>Georg*</i>						
<i>Donald</i>	•	•	•			
<i>Benedikt</i>			•			•
<i>Luka</i>			•			
Gruppe B						
<i>Martin</i>					•	
<i>Fabian</i>	•		•	•		
<i>Christian</i>					•	
<i>Max*</i>						
<i>Richie</i>		•	•			
<i>Jens</i>	•		•			
<i>Jan</i>	•					

*keine Angaben

Von diesen zehn Gesprächspartnern verbanden sieben Homosexualität mit HIV und AIDS in ihren Assoziationen. Benedikt sagte z. B. dazu: „[...] von wegen schwul sein und so und dieses schwul sein mit dem Thema HIV und AIDS irgendwie in Verbindung stand oder

⁵⁴ SM: Abk. f.: Sodomasochismus: des Empfinden von sexueller Lust, Erregung beim Ausführen oder Erdulden von körperlichen oder seelischen Misshandlungen.

⁵⁵ Promiskuität: (lat.) Geschlechtsverkehr mit verschiedenen, häufig wechselnden Partnern

Ergebnisse

so“. ERNIE verbindet AIDS zum Zeitpunkt seiner ersten Konfrontation mit Tod: „[...] dass die Angst und die Bedrohung um die tödliche Erkrankung gleich da war bei mir“. Auch JAN assoziiert mit AIDS eine tödliche Erkrankung: „[...] so in den 80ern sind die Leute einfach nur so oder auch Anfang der 90er einfach so weggestorben, jeder bzw. viele meiner Freunde ... hatte irgendwie jemanden, der todkrank ist und es WAR allgegenwärtig“.

1.4 Assoziationen mit HIV und AIDS zum heutigen Zeitpunkt☀

Bei den Assoziationen zum Thema HIV und AIDS zum heutigen Zeitpunkt sind in Bezug auf die Assoziationen zum frühen Zeitpunkt Veränderungen festzustellen. Sechs Interviewpartner bezeichnen AIDS heute als „chronisch behandelbare Erkrankung“ und drei nennen in diesem Zusammenhang „die Machbarkeit der Medizin“. AIDS als „tödlicher Erkrankung“ wurde nur noch von zwei Interviewpartnern genannt, „Siechtum“ und „Homosexualität“ wurde im Bezug von „HIV und AIDS heute“ vom keinem mehr benannt. MAX macht auch hier keine näheren Angaben.

Tabelle 7: Assoziationen zu HIV und AIDS zum heutigen Zeitpunkt☀

	<i>AIDS = tödliche Erkrankung</i>	<i>Chronisch behandelbare Erkrankung</i>	<i>Machbarkeit der Medizin</i>	<i>Promiskuität</i>	<i>Safer Sex</i>
Gruppe A					
<i>Ernie</i>		•			•
<i>Georg</i>			•	•*	
<i>Donald</i>		•		•*	
<i>Benedikt</i>		•	•	•	
<i>Luka</i>		•			•
Gruppe B					
<i>Martin</i>			•		
<i>Fabian</i>				•*	
<i>Christian</i>		•			•
<i>Max**</i>					
<i>Richie</i>	•				
<i>Jens</i>		•			
<i>Jan</i>		•			

*hier fiel vor allem das Stichwort „Bareback“

**machte keine Angaben zu diesem Punkt

ERNIE sagt hier im Vergleich zu seiner Assoziation früher (s. S. 65) folgendes: „Das ist ja auch diese Entwicklung, dass man eben sagt von der todbringenden also die Todgeweihten ich hab HIV und das war ja immer so` n Stempel und das war` s. Hmm ändert es sich ja immer mehr in so ne behandelbare, chronische Erkrankung rein“. Auch JAN sieht eine Veränderung von einer tödlichen Erkrankung hin zu einer chronischen Erkrankung: „[...] na durch die Medikamente ist es erst mal so verschoben, ist ein

Ergebnisse

Zeitfenster wo keiner stirbt [...] Der mahrende und allgegenwärtige Finger ist halt nicht mehr so gegeben“.

Auffällig ist hier ein Unterschied zwischen den Altersgruppen A und B, wie auch innerhalb der Gruppe A selbst. Während nur FABIAN in Gruppe B Promiskuität mit HIV und AIDS assoziiert, tun dass in Gruppe A GEORG, DONALD und BENEDIKT. ERNIE und LUKA, die beruflich beide in der Prävention tätig sind, verbinden dagegen „safer Sex“ mit HIV und AIDS heute.

2. Frage nach den steigenden HIV-Neuinfektionen☀

Auf die Frage: „Die HIV-Neuinfektionsrate bei homosexuellen Männern steigt wieder an. Kannst Du Dir erklären warum das so ist?“ nannten, bis auf LUKA, alle Interviewpartner mehrere Gründe.

Tabelle 8: Mögliche Gründe für den Anstieg der Neuinfektionen

	<i>Das neue Bild von HIV und AIDS</i>	<i>Nachlassende Medienpräsenz</i>	<i>Sorglosigkeit</i>	<i>Vertrauen auf Therapie</i>	<i>Abnahme von Safer Sex</i>	<i>Kampagnen der Pharmafirmen</i>	<i>Schlechte Prävention</i>
Gruppe A							
<i>Ernie</i>	•				•		
<i>Georg</i>	•	•		•	•		
<i>Donald</i>	•	•					
<i>Benedikt</i>	•		•	•			
<i>Luka</i>							•
Gruppe B							
<i>Martin</i>		•				•	
<i>Fabian</i>	•	•	•				•
<i>Christian</i>	•		•			•	
<i>Max</i>			•				•
<i>Richie</i>	•	•		•			
<i>Jens</i>	•				•		•
<i>Jan</i>	•	•	•	•	•		

Für die meisten Interviewpartner (9) war das „neue Bild von HIV und AIDS“ in der Gesellschaft ein Grund für den Anstieg der Neuinfektionen. Am zweithäufigsten (6) wurde die „nachlassende Medienpräsenz“ von HIV und AIDS genannt. Das Stichwort „Sorglosigkeit“ fiel bei fünf Personen. CHRISTIAN äußerte auf die Frage unter anderem: „[...] dass es überwiegend bei Jüngeren wieder ansteigt . wo ich den Eindruck habe, dass die KOMPLETT sorglos damit umgehen“. Jeweils vier Mal wurde als Gründe das „Vertrauen auf Therapie“ und die „Abnahme von „safer Sex genannt“.

Ergebnisse

Den „Imagekampagnen der Pharmahersteller“ wurde in drei Fällen eine Mitverantwortung am Anstieg der Neuinfektionen gegeben. MARTIN sagte in Bezug auf die Werbung von Pharmafirmen: *„[...] Außerdem werden die Gelder gestrichen. Auf der anderen Seite laufen Werbekampagnen von Pharmafirmen, die eine heile und vor allem gesunde Welt darstellt [...]. Es wird einem eine tolle heile Welt vorgespielt und es ist beileibe nicht so wenn man HIV infiziert ist“*. Diese Aussage fanden wir besonders wichtig, da MARTIN als einziger HIV positiver Gesprächspartner nach Aussage von Christian Reuter (GSK), zur Zielgruppe der Imagekampagnen gehört (vgl. Stellungnahmen der Pharmafirmen, S. 41).

2.1 Junge Homosexuelle und HIV-Neuinfektionen

Besonders interessant war bei den Antworten, das JENS, FABIAN, RICHIE, CHRISTIAN und MARTIN (also insgesamt fünf von sieben Personen aus der Gruppe B) einen Anstieg insbesondere bei den jungen Homosexuellen (nach Angaben der Interviewpartner im Alter von 15 bis 25 Jahre, d. Verf.) vermuten. CHRISTIAN wurde diesbezüglich im oberen Abschnitt bereits zitiert. JENS sagte dazu: *„[...] die jetzt Jüngeren sehen diese Bilder nicht mehr, sie sehen keine Erkrankten, keine Leute, die ein Kaposi Sarkom haben, sie sehen niemanden mit einem ausgedehnten Befall des Gehirns mit Toxoplasmose und deswegen ist die ANGST nicht da“*. Weiter sagt er: *„[...] und das führt einfach zu einem sorglosen Umgang und auch dazu, dass man gar nicht daran DENKT, dass man es haben könnte“*. Fabian vertrat folgende Meinung dazu: *„[...] man müsste mal die, was weiß ich, die 17 Jährigen interviewen. So wie die rumpoppen ist es kein Wunder, dass das bei denen ansteigt. Jetzt ohne die Zahlen zu kennen“*. Christian stellt die gleiche Vermutung auf: *„[...] ich denke, dass es zum größten Teil äh ich denke, mal ohne die Statistik zu kennen, dass es überwiegend bei Jüngeren wieder ansteigt .. wo ich den Eindruck habe, dass die KOMPLETT sorglos damit umgehen . ähm ich denke es liegt zum Großteil daran äh äh dass sie es selber nicht erlebt haben, dass ihnen Freunde wegsterben [...].“* LUKA und GEORG aus der Gruppe A beobachten zwar in der Gruppe der jungen MSM Risikoverhalten *„[...] die jüngeren in der Partyszene, die noch etwas sorglos mit ihrem Leben und HIV umgehen [...].“* (GEORG) und *„[...] ich hatte auch junge Leute im Bett, die haben gesacht, „kannst das Gummi weglassen [...].“* Sie rechnen diese Gruppe aber nicht zu der mit dem höchsten HIV-Neuanstieg.

3. Frage nach der Bedrohung von HIV und AIDS

Hier lautete die Frage: „Hast Du das Gefühl, dass HIV und AIDS für uns in Deutschland noch eine Gefahr darstellt?“ Elf der Interviewpartner bestätigten mit ihren Antworten, das für sie HIV und AIDS noch eine Gefahr in Deutschland darstellen. Von drei Interviewpartnern (FABIAN, DONALD und JENS) wird in hier erwähnt, dass sie glauben, dass die

Ergebnisse

heterosexuelle Bevölkerung in zunehmendem Maße davon HIV und AIDS betroffen sein wird und das Thema aus diesem Grund eine Bedrohung für sie darstellt. FABIAN sagt dazu: „[...] du musst auch danach gehen, wo du den proportional höheren Anstieg hast und der proportional höhere Anstieg der Neuinfektion ist bei Heteros“. DONALD äußert sich wie folgt: „[...] Ich find` s absurd, was ich manchmal so höre im heterosexuellen Freundeskreis, mehr bei Frauen, was da an Gummis genommen wird, bzw. eher NICHT genommen wird. Find ich abartig schlimm“. Nur LUKA empfindet HIV und AIDS nicht mehr als Bedrohung. Weder für sich, noch für die Gesellschaft: „[...] in so fern ist es stellt es für mich keine Gefahr mehr da .und ich glaube, für den Großteil der Bevölkerung auch nicht [...]“.

3.1 Frage nach Auswirkungen nach einem positiven Testergebnis☼

Bei der folgenden Frage: „Stell dir vor, bei dir würde HIV diagnostiziert. Wie würde sich dein Leben verändern?“ beschrieben fünf Personen, dass sich ihr Leben gar nicht verändern würde. Auffällig hier die Verteilung innerhalb der Gruppen.

Tabelle 9: Mögliche Veränderungen durch ein positives Testergebnis☼

	Keine Veränderungen	Veränderungen in Beziehungen	HIV- Therapie	Veränderungen der Sexualität	Veränderungen der Lebensplanung
Gruppe A					
Ernie		•		•	•
Georg		•	•	•	•
Donald		•	•		
Benedikt	•				
Luka		•			
Gruppe B					
Martin		•			
Fabian	•				
Christian	•				
Max	•				
Richie					•
Jens			•		•
Jan	•				

Die Mehrheit (7) glaubt hier aber an große bis sehr große Veränderungen. DONALD gab als einziger Interviewpartner an, dass sich sein Leben „[...] bestimmt n` büschen (ein bisschen, d. Verf.) [...]“ verändern würde und zwar hinsichtlich zwischenmenschlicher Beziehungen. ERNIE verbindet im Gegensatz dazu ein positives Testergebnis mit sehr großen Veränderungen: „[...] Ich hätte ne neue Identität an der Stelle.“ Und weiter sagte er dazu: „[...] also wie lebe ich Sexualität, was mach ich mit dem Partner, was was passiert, wenn da jetzt ein Unfall ist oder . ich find solche Geschichten sind massive Auswirkungen“.

Ergebnisse

Die sieben Personen, die Veränderungen durch eine HIV-Infektion annehmen, sehen die Veränderungen vor allem in folgenden Bereichen: Veränderungen in zwischenmenschlichen Beziehungen (5), Veränderung der Lebensplanung (4), Veränderungen durch eine Therapie (3) und Veränderungen in der Sexualität (2). JENS sagte hierzu: *„[...] weil ich ähm Wert legen würde auf sozusagen noch mehr erfülltes Leben weil ja keiner von uns weiß wie lange diese Medikation eigentlich funktioniert [...]. Also ich würde mein Leben schon ein bisschen mehr auf mich ausrichten, also äh das machen, was für ich wichtig ist“.*

4. Frage zur HIV-Prävention

Hier lautete die Frage: „Was weißt du über HIV Prävention?“

Zunächst stand hier das Verständnis des Begriffes „Prävention“ im Vordergrund. Für acht Personen war der Begriff klar, zwei Personen waren hinsichtlich der Bedeutung von Prävention unsicher (CHRISTIAN und RICHIE) und zwei Personen (FABIAN und JAN) konnten den Begriff zunächst nicht zuordnen. Nach einer Hilfestellung durch den Interviewer Markus Plattfaut war ihnen der Begriff klar.

4.1 Assoziationen zur HIV Prävention☼

Mit Prävention brachten die meisten Interviewpartner das Stichwort „safer Sex“ in Verbindung (7). Sechs Interviewpartner nannten im Zusammenhang mit Prävention Einrichtungen wie BZgA und Aidshilfe und deren Kampagnen.

MAX bringt als einziger Interviewpartner Pharmahersteller mit Prävention in Verbindung: *„[...] die (Pharmahersteller, d. Verf.) betreiben ja indirekt auch Prävention, weil sie die Aidshilfen mit sehr viel Geld unterstützen [...]“.*

4.2 Kritiken an Prävention

Im Zuge der Antworten wurde von sieben Befragten Kritik an der HIV-Prävention geäußert. Die häufigste Nennung bezog sich darauf, dass Präventionskampagnen „nicht zeitgemäß“ (4) sind.

Ergebnisse

Tabelle 10: Kritikpunkte an der heutigen HIV-Prävention☼

	Kampagnen nicht zeitgemäß	Kampagnen nicht zielgruppenorientiert	Sexualität ist zu wenig Thema	Prävention setzt zu spät an	Finanzielle Kürzungen bei Prävention	Strukturen in der Prävention
Gruppe A						
Ernie	•		•		•	
Georg*						
Donald*						
Benedikt*						
Luka	•			•		
Gruppe B						
Martin	•		•			
Fabian				•	•	•
Christian*						
Max				•		
Richie	•					
Jens		•			•	
Jan*						

*keine Kritik geäußert bzw. keine Angaben gemacht

Drei Interviewpartner waren der Meinung, dass Prävention insgesamt zu spät ansetzt und zwei Befragte äußerten, dass Kampagnen Sexualität zu wenig zum Thema machen. JENS, ERNIE und FABIAN sehen u. a. als Grund für die nicht mehr greifende Prävention die zunehmenden finanziellen Kürzungen in diesem Bereich. JENS, der HIV Schwerpunktmediziner sieht einen Kritikpunkt darin, dass die Kampagnen heute nicht mehr zielgruppenorientiert sind: „[...] und in dieser Gruppe (die 15 bis 18 jährigen Homosexuellen, d. Verf.) gibt es das (Wissen über HIV und AIDS, d. Verf.) mittlerweile nicht mehr, da gibt es überhaupt gar kein Bewusstsein. Und äh das liegt eben daran, dass DA keine Zielgruppenprävention mehr betrieben wird“. FABIAN sieht noch einen weiteren Grund für die „schlechte“ Prävention: „[...] dass die Aidshilfen nicht mehr im Bewusstsein sind, dass sie sich einfach auch ähm zurückgezogen haben als Lobbyvertretung für HIV-Positive und gar nicht mehr so die Präventionsarbeit machen und die das anderen Leuten überlassen. Und dass sie auch so ein Standesdünkel entwickelt haben“. Weiter sagt er: „Also so, wir sind was besonderes [...] aber so ähm ja so`n elitären Kreis macht“.

Auffällig war hier, dass sich in der Gruppe A nur die beiden Interviewpartner äußerten, die sich beruflich mit Prävention beschäftigen (LUKA und ERNIE). In Gruppe B hingegen äußerten, bis auf JAN, alle Interviewpartner Kritik an der Prävention. Auch die Befragten, die zunächst nur wenig oder nichts mit dem Begriff Prävention verbinden konnten (RICHIE, FABIAN und CHRISTIAN).

Ergebnisse

5. Frage zu „safer Sex“

Hier wurde die folgende Frage gestellt: „Welche Bedeutung hat für dich „safer Sex?“

Tabelle 11 Die Bedeutung von Safer Sex (und unsafe Situationen)

	Sehr hohe Bedeutung	Hohe Bedeutung	Kaum / wenig Bedeutung	Keine Bedeutung
Gruppe A				
Ernie	•			
Georg		•		
Donald		•		
Benedikt		•		
Luka*		•		
Gruppe B				
Martin		•		
Fabian		•		
Christian	•			
Max		•		
Richie		•		
Jens	•			
Jan	•			

• = diese Gesprächspartner gaben unsafe Situationen an

Alle Interviewpartner gaben eine große bis sehr große Bedeutung von „safer Sex“ in ihrem Leben an. ERNIE, JENS, RICHIE, LUKA, MARTIN und CHRISTIAN schilderten, dass „safer Sex“ für sie kein einfaches Thema ist. Diese Aussagen können im Zusammenhang mit den Veränderungen/Einschränkungen der Sexualität (s. S. 69 ff.) betrachtet werden.

ERNIE, der durch HIV sehr große Einschränkungen in seiner Sexualität wahrnimmt, sagt dazu: „[...] „safer Sex“ ist notwendig, macht aber keinen Spaß“. Auch LUKA, der sagt, dass HIV „[...] mein Leben und meine Lebensqualität beeinträchtigt [...]“ findet „safer Sex“ problematisch: „[...] ist mit Gummis schon anders als ohne und ich äh äh genieße Sexualität in der Partnerschaft u. a. deshalb auch aus diesem Grund mehr als außerhalb einer Partnerschaft, wenn ich halt ein Kondom benutzen muss“. CHRISTIAN äußert dazu: „[...] ich finde es zwischendurch auch nervig mit Gummi rum zu hantieren [...]“.

Auffällig ist, dass acht Interviewpartner trotz der Angabe einer hohen bis sehr hohen Bedeutung von „safer Sex“ in ihren Antworten „unsafe“ Situationen beschrieben haben. Nur DONALD gab an, dass er nie „unsafes Sex“ hat. Drei Personen machten bezüglich „unsafes“ Situationen keine Angaben.

Ergebnisse

6. Frage zu den medizinischen Behandlungsmöglichkeiten

Auf die Frage: „Was weißt du über die medizinischen Behandlungsmöglichkeiten einer HIV-Infektion?“ erhielten wir, außer von JENS und MAX, eher verhaltene und unsichere Reaktionen.

Tabelle 12: Informationsstand zu den HIV-Therapien

<i>Gesprächspartner hat über die HIV-Therapien:</i>	<i>Sehr spezifische Informationen</i>	<i>Allgemeine Informationen</i>	<i>Wenig Informationen</i>	<i>Keine Informationen</i>
Gruppe A				
<i>Ernie</i>		•		
<i>Georg</i>			•	
<i>Donald</i>			•	
<i>Benedikt</i>				•
<i>Luka</i>		•		
Gruppe B				
<i>Martin</i>		•		
<i>Fabian</i>			•	
<i>Christian</i>			•	
<i>Max</i>	•			
<i>Richie</i>		•		
<i>Jens</i>	•			
<i>Jan</i>				•

Im Gegenteil zu JENS und MAX, die sehr spezifische Informationen aufgrund ihres beruflichen Hintergrundes zu HIV-Therapien haben, hat ein Großteil der übrigen Interviewpartner einen eher allgemeineren bis geringen Kenntnisstand über die Behandlungsmöglichkeiten (8). BENEDIKT und JAN konnten fast nichts zu den HIV-Therapien sagen.

6.1 Veränderungen durch die HIV Therapien☀

Zehn der Interviewpartner, die etwas zu den HIV Therapien äußerten, nannten auch Veränderungen durch die Behandlungsmöglichkeiten. „Durch die HIV-Therapien hat sich der Krankheitsverlauf geändert“, ist der am häufigsten angesprochene Punkt (5). Die Wandlung des „Bildes von HIV und AIDS“ wurde insgesamt vier Mal von den Gesprächspartnern erwähnt.

Ergebnisse

Tabelle 13: Veränderungen durch die HIV Therapien☼

	<i>Veränderung des Bildes von HIV und AIDS</i>	<i>Veränderter Krankheitsverlauf / längere Lebenserwartung</i>	<i>Verbesserte Lebensqualität</i>	<i>Nebenwirkungen der HIV- Medikamente</i>
Gruppe A				
<i>Ernie</i>			•	
<i>Georg</i>				
<i>Donald</i>		•		
<i>Benedikt</i>	•			
<i>Luka</i>		•		
Gruppe B				
<i>Martin</i>				•
<i>Fabian</i>			•	•
<i>Christian</i>		•		
<i>Max</i>			•	
<i>Richie</i>	•	•		
<i>Jens</i>	•			
<i>Jan</i>	•	•		

*Georg machte hier keine näheren Angaben

Als Beispiel dient im folgenden die Aussage von RICHIE: „[...] also dieses Krankheitsbild hat sich ja definitiv verändert. Und wenn es dann zum Tode führt, dann ist es allermeist, dann geht es irgendwie ganz schnell [...]. Früher war der Krankheitsverlauf eher wellenförmig mit Einschnitten nach unten. [...] und heutzutage ist es eher konstant auf einem hohen Niveau [...]. Und von daher auch ist dieses Bild auch ein anderes, das hat sich in die Köpfe der Menschen eingebrannt“. Mit den Veränderungen im Krankheitsverlauf zusammenhängend wurden auch „Verbesserungen der Lebensqualität (3) genannt. Nebenwirkungen der HIV-Therapien wurden als Folge der medizinischen Behandlungsmöglichkeiten von MARTIN und FABIAN erwähnt. FABIAN sagt dazu: „[...] also Medikamente gegen HIV und AIDS, die haben auch Nebenwirkungen auf die Psyche, auf die Leber und auf die Nieren und auf alles mögliche“.

7. Frage nach dem Supervirus

Die Frage war hier: „Wie geht es dir mit der Nachricht über den neuen sog. „Supervirus“ der vor einiger Zeit in New York entdeckt wurde?“

Zehn Interviewpartner hatten von diesem Virus gehört, zwei (RICHIE und GEORG) nicht.

7.1 Was hat es ausgelöst?☼

Von den zehn Gesprächspartnern, die von diesem Virus gehört hatten, hat bei neun Personen diese Nachricht etwas ausgelöst.

Ergebnisse

Tabelle 14: Was hat die Nachricht über den „Supervirus“ bei dir ausgelöst?☼

	<i>Erinnerung an die Notwendigkeit von Safer Sex</i>	<i>Erinnerung an die 80er Jahre</i>	<i>Hilflosigkeit der Medizin</i>	<i>HIV wieder im Bewusstsein</i>	<i>Nichts</i>
Gruppe A					
<i>Ernie</i>	•		•		
<i>Georg*</i>					
<i>Donald</i>	•				
<i>Benedikt</i>	•			•	
<i>Luka</i>			•		
Gruppe B					
<i>Martin</i>	•	•			
<i>Fabian</i>	•		•		
<i>Christian</i>		•	•		
<i>Max</i>					•
<i>Richie*</i>					
<i>Jens</i>	•			•	
<i>Jan</i>		•			

* hatten noch nichts über das Supervirus gehört

Sechs Personen fühlten sich durch die Nachricht an die Notwendigkeit von „safer Sex“ erinnert. Bei vier Gesprächspartnern löste die Nachricht Erinnerungen an den Beginn der HIV-Epidemie in den 80er Jahren aus. BENEDIKT gab dazu folgendes Statement: „[...] die Gesellschaft braucht mal wieder so einen Schocker wie in den 80ern, um sich das (HIV und AIDS, d. Verf.) einfach mal wieder bewusst zu machen“. Für vier weitere Interviewpartner wird durch das Auftreten die Machbarkeit der Medizin in Frage gestellt. BENEDIKT und JENS äußerten, dass durch diese Nachricht das Thema HIV und AIDS wieder mehr in ihr Bewusstsein gerückt ist. MAX hat auf die Frage „Was hat es bei dir ausgelöst?“ wie folgt geantwortet: „[...] die Zahlen oder die Fakten sind noch gar nicht bekannt, WAS da jetzt wirklich ist. Deshalb kann man nicht vom Supervirus sprechen [...] das ist ein bisschen Panikmache gewesen aus meiner Sicht“. Auch JENS, teilt diese Ansicht: „[...] es ist hier eine einzige Person, bei der wir noch nicht genau wissen, was da eigentlich alles hinter steckt [...]“ und er bezeichnet im weiteren die Berichterstattung über den Supervirus als: „[...] absolute Horrormeldung [...]“, die nach seiner Meinung den einzigen Vorteil hatte, das „[...] die Leute aufgeschreckt werden, dass die Leute sich überlegt haben, was bedeutet es und was passiert, wenn ich mich infiziere mit einem Virus, gegen den es keine Medikamente mehr gibt“.

7.2 Einzelergebnisse: Visueller Teil

Bild 1: „Go for Gold“

Neun von zwölf Interviewpartnern kannten die Anzeige. MAX und GEORG waren sich nicht sicher, ob sie sie kennen und RICHIE sagte: „[...] *das habe ich noch nie gesehen.*“ Acht Personen brachten diese Anzeige direkt mit der BZgA in Verbindung, vier machten diesbezüglich keine Angaben. Die Anzeige wurde von ebenfalls acht Befragten mit „eher negativ“ bewertet.

Tabelle 15: „Go for Gold“

	<i>Die Kampagne ist bekannt</i>	<i>Die Kampagne wird der BZgA zugeordnet</i>	<i>Eher positive Gesamtbewertung</i>	<i>Eher Negative Gesamtbewertung</i>	<i>Weder positiv noch negativ</i>
Gruppe A					
<i>Ernie</i>	ja	ja		•	
<i>Georg</i>	unsicher	ja		•	
<i>Donald</i>	ja	nein		•	
<i>Benedikt</i>	ja	nein			•
<i>Luka</i>	ja	ja	•		
Gruppe B					
<i>Martin</i>	ja	nein		•	
<i>Fabian</i>	ja	ja		•	
<i>Christian</i>	ja	nein		•	
<i>Max</i>	unsicher	ja		•	
<i>Richie</i>	nein	ja		•	
<i>Jens</i>	ja	ja			•
<i>Jan</i>	ja	ja	•		

Die negative Kritik bezog sich dabei auf folgende Punkte: ERNIE: „[...] *ich finde diese äh äh Kampagne...schlimm...also ich find es, ich finde es nicht schlimm, sie ist irgendwie Süß [...] mir hier aber n` Bild vermittelt wird, was die Leute nicht an den Schwierigkeiten abholt, die mit „safer Sex“ einhergehen.*“ MAX sagte zu diesem Bild: „[...] *ich finde diese Kampagne mit den Kondomen völlig abgegriffen und irgendwie tragisch (lächelt).*“ RICHIE sagte: „[...] *das kenn ich nicht, finde ich aber genauso doof, wie alle.*“

Es gab auch positive Stellungnahmen (4). JAN: „[...] *finde ich ganz gut, gefällt mir, ist irgendwie sportlich [...] wird hingewiesen, dass das es halt gut ist, ein Kondom zu benutzen. Das es halt nix schlechtes hat und damit halt den goldenen Weg geht.*“ JENS sieht, wie BENEDIKT, diese Anzeige zwiespältig. Zum einen sagt JENS: „*Ich finde die (Kampagne, d. Verf.) auf der einen Seite nicht schlecht, weil sie halt Kondome enttabuisieren, was eine schöne Sache ist [...].*“ Weiter sagt er aber: „[...] *es ist aber auch so, das man den Zusammenhang mit Sex dabei überhaupt nicht mehr findet.*“ LUKA bezeichnete die Anzeige insgesamt als „[...] *positiv [...]* und „[...] *gut [...]*“, relativiert seine

Ergebnisse

Bewertung aber: „[...] ich finde die ganz gut mhm aber, also wenn ich nicht schon selbst so ne hohe Schutzmotivation hätte, würden die mich, glaube ich, auch nicht überzeugen“.

Bild 2: „Kaletra“

Bis auf MAX kannte dieses Motiv keiner der Gesprächspartner, aber zehn Interviewpartner brachten ein HIV-Medikament mit diesem Bild in Verbindung. Nur JAN sagte: „[...] wüsste jetzt auch nicht um was es jetzt gehen könnte“, und DONALD äußerte: „[...] das hört sich an wie die Tabletten von meinem Freund, aber da würd ich jetzt bei dem Bild nie so daran denken“.

Tabelle 16: „KALETRA“

	<i>Die Kampagne ist bekannt</i>	<i>Die Kampagne wird einem Pharmaunternehmen zugeordnet</i>	<i>Eher positive Gesamtbewertung</i>	<i>Eher Negative Gesamtbewertung</i>	<i>Weder positiv noch negativ</i>
Gruppe A					
<i>Ernie</i>	nein	ja		•	
<i>Georg</i>	nein	ja		•	
<i>Donald</i>	nein	nein		•	
<i>Benedikt</i>	nein	ja		•	
<i>Luka</i>	nein	ja			•
Gruppe B					
<i>Martin</i>	nein	ja		•	
<i>Fabian</i>	nein	ja		•	
<i>Christian</i>	nein	ja		•	
<i>Max</i>	ja	ja		•	
<i>Richie</i>	nein	ja	•		
<i>Jens</i>	nein	ja		•	
<i>Jan</i>	nein	nein		•	

Positive Anmerkungen gab es hauptsächlich bezüglich der Anzeigengestaltung. MARTIN: „[...] ästhetisches Bild, muskulöser Arm, vom künstlerischen sehr schön“. Georg sagte: „[...] ich find` s sehr ästhetisch anzusehen dieses Bild, obwohl nicht im Zusammenhang bringend mit der eigentlichen Thematik“. Diese Aussage von GEORG steht exemplarisch für negative Kritik der meisten anderen Interviewpartner. CHRISTIAN: „[...] aber ich finde die Werbung scheiße...weil des impliziert für mich nach dem Motto: So ein knackiger Typ mit Rose eigentlich ja alles gar nicht so schlimm, frag mal deinen Doktor, der wird dir schon was geben“. JENS Meinung zu dieser Anzeige ist: „[...] die Aufforderung. Fragen sie ihren Arzt nach, mh bedeutet ja ganz klar, der Patient soll zu seinem Arzt sagen: Gib mir das, weil dann kriege ich auch so geile Arme wie der Mann in der Werbung, und das geht einfach an der Sache vorbei“. MAX bezeichnet das Motiv kurz und knapp als „völlig

Ergebnisse

daneben“. Richie bewertet die Kampagne insgesamt positiv und sagt dazu:„[...] ja, ästhetisch ansprechend, hmmm .. tja ... also kenn ich nicht, ästhetisch ansprechend“.

Bild 3: „Da sein“

Bis auf BENEDIKT und GEORG kennen alle Interviewbeteiligten die Kampagne „Da sein“. Sieben Interviewpartner verbinden mit der Anzeige einen Pharmahersteller, zwei nehmen es an, sind sich aber nicht sicher. DONALD, BENEDIKT und JAN machen dazu keine Angaben.

Tabelle 17: „Da sein“

	<i>Die Kampagne ist bekannt</i>	<i>Die Kampagne wird einem Pharmaunternehmen zugeordnet</i>	<i>Eher positive Gesamtbewertung</i>	<i>Eher Negative Gesamtbewertung</i>	<i>Weder positiv noch negativ</i>
Gruppe A					
<i>Ernie</i>	<i>ja</i>	<i>ja</i>	•		
<i>Georg</i>	<i>nein</i>	<i>ja</i>	•		
<i>Donald</i>	<i>ja</i>	<i>nein</i>	•		
<i>Benedikt</i>	<i>nein</i>	<i>nein</i>	•		
<i>Luka</i>	<i>ja</i>	<i>ja</i>	•		
Gruppe B					
<i>Martin</i>	<i>ja</i>	<i>unsicher</i>		•	
<i>Fabian</i>	<i>ja</i>	<i>ja</i>		•	
<i>Christian</i>	<i>ja</i>	<i>unsicher</i>		•	
<i>Max</i>	<i>ja</i>	<i>ja</i>	•		
<i>Richie</i>	<i>ja</i>	<i>ja</i>	•		
<i>Jens</i>	<i>ja</i>	<i>ja</i>	•		
<i>Jan</i>	<i>ja</i>	<i>nein</i>	•		

Die hinter der Kampagne steckende Botschaft wird u. a. wie folgt analysiert: JAN: „[...] wenn ich halt positiv bin oder AIDS krank, bricht halt die Welt nicht zusammen und alles ist gut und alles heil und alles toll [...]“. FABIAN sagte dazu: „[...] das mit diesem DA SEIN suggeriert ja: Ja klar, da ist jemand da, der mir hilft und dann kann das Leben weiter gehen, Partys goes on [...]“. ERNIE sah zwei Botschaften in dieser Kampagne: „[...] da sind ja, das hat so zu sagen zwei Botschaften an dieser Stelle, einmal füreinander da sein, aber auch so da sein, mit dem Medikament halt“.

Von den zwölf Befragten bewerteten neun Teilnehmer die Anzeige „eher positiv“. Allerdings machte ein Großteil der Befragten (7) hier Einschränkungen. JAN äußerte z. B.: „[...] gefällt mir, aber die Welt ist DA zu schön [...]“. JENS sagte: „Das ist eigentlich eine sehr, wie ich finde, sehr positive Message, die aber auch wiederum meiner Ansicht nach ÜBERHAUPT nichts mit einem Medikament zu tun hat. Es geht um Emotionen und die haben in Medikamentenwerbungen nichts zu suchen“. MAX, der an der Konzeption dieser Kampagne persönlich beteiligt war, steht „[...] hundertprozentig [...]“ hinter der Kampagne,

Ergebnisse

weil er der Meinung ist: „[...] das ist das einzige, oder bisher die einzige Anzeige in Deutschland, die funktioniert“. CHRISTIAN ist derjenige unter den Befragten, der die Kampagne am deutlichsten kritisiert: „[...] die hasse ich wie die Pest, weil das impliziert ein wunderbares, nettes, junges Paar, wir sind glücklich, wir haben uns lieb, wir haben ne tolle Wohnung und es geht alles weiter, dass bisschen HIV stört ja nicht weiter, da haben wir ja was für“. Besonders kritisiert er im weiteren die Gestaltung der Anzeige: „Es ist ja wieder typisch, es (Text, d. Verf.) ist wieder so kleingedruckt, dass du es gar nicht siehst“. Den eben von CHRISTIAN angesprochenen Text hatten während der Präsentation acht Interviewpartner gelesen und vier nicht.

Bild 4 „Der Sterbende“

Die Anzeige von BENETTON mit dem sterbenden David Kirby kannten acht von den zwölf Interviewpartnern, vier kannte sie nicht. Die Modefirma wurde nur von vier Befragten aus der Gruppe B in Verbindung mit der Kampagne gebracht, was auf das Alter der Kampagne (erschien 1992) zurückgeführt werden könnte. Sechs Interviewpartner interpretierten die Anzeige hinsichtlich ihrer möglichen Botschaft. Dabei standen die Stichworte „Siechtum“, „Tod“ und „Trauer“ im Mittelpunkt der Aussagen sowie religiöse Assoziationen (6 von 12). JAN sagte: „[...] ich finde, dass hat so was...was religiöses ... sieht so aus, als ob da JESUS stirbt. ... Kreuzigung [...]“. Luka äußerte: „Ich muss im ersten Moment an Jesus denken, wenn ich das Bild sehe [...]“. Ernie stellt „Siechtum“ ins Zentrum seiner Aussage: „[...] Leid wird inszeniert, also massive gezeigt, ähm äh ... ich sehe Siechtum und ich sehe die Folgen ner Erkrankung MASSIV“.

Ergebnisse

Tabelle 18: „Der Sterbende“

	Die Kampagne ist bekannt	Die Kampagne wird einem Modeunternehmen zugeordnet	Eher positive Gesamtbewertung	Eher Negative Gesamtbewertung	Weder positiv noch negativ
Gruppe A					
<i>Ernie</i>	ja	nein		•	
<i>Georg</i>	nein	nein		•	
<i>Donald</i>	nein	nein		•	
<i>Benedikt</i>	ja	nein		•	
<i>Luka</i>	ja	nein		•	
Gruppe B					
<i>Martin</i>	ja	unsicher		•	
<i>Fabian</i>	ja	ja	•		
<i>Christian</i>	nein	nein		•	
<i>Max</i>	ja	ja		•	
<i>Richie</i>	nein	nein			•
<i>Jens</i>	ja	ja		•	
<i>Jan</i>	ja	ja		•	

Zehn Interviewpartner bewerten die Anzeige „eher negativ“. Besonders bringt dies JENS zum Ausdruck: „[...] mhm . für mich ist das ne absolute Geschmacklosigkeit [...] also ich fand das ENTSETZLICH, weil das hat mit Werbung ÜBERHAUPT nix zu tun“. MAX als Werbefachmann sagte dazu: „Es sind zwar, ich sach mal es sind zwar abschreckende Bilder, und ich finde so was in der Werbung nicht gut (atmet tief ein)“. Nur FABIAN äußerte sich als einziger positiv über die Kampagne: „So ne Werbung würde ich schon besser finden für ne AIDS-Kampagne [...]. Das zeigt dann vielleicht auch den ähm den Youngsters (junge homosexuelle Männer, d. Verf.) oder den, die meinen sie müssten ohne Kondom rumvögeln, dass sie nicht nur sich selbst Leid antun, sondern auch ihren Nächsten [...]“. RICHIE bewertet das Bild weder besonders positiv noch besonders negativ. Hier seine Aussage dazu: „[...] ja auch schon aus ner Zeit als ähm .. als AIDS aufkam, als es die ersten Fälle gab, als Entsetzen und Trauer, Kummer sich breit gemacht hat. Sehr WIRKUNGSVOLLES Foto. Also es hinterlässt was. Ob Gutes oder Schlechtes – keine Ahnung“.

Bild 5: „Pillen schlucken ist keine Party“

Die Anzeige der Aidshilfe kannten drei (von den zwölf Befragten). Es handelt sich hier bei um die drei Personen, die sich auch beruflich sehr mit dem Thema HIV und AIDS auseinandersetzen (ERNIE, LUKA und MAX). Diese drei konnten die Anzeige auch direkt der Aidshilfe als Herausgeber zuordnen. Neun Gesprächspartner machten diesbezüglich

Ergebnisse

keine Angaben und JAN war sich nicht sicher: „[...] könnte von der Aidshilfe sein, aber hab keine Ahnung“.

Tabelle 19: Pillen schlucken ist keine Party“

	<i>Die Kampagne ist bekannt</i>	<i>Die Kampagne wird der Aidshilfe zugeordnet</i>	<i>Eher positive Gesamtbewertung</i>	<i>Eher Negative Gesamtbewertung</i>	<i>Weder positiv noch negativ</i>
Gruppe A					
<i>Ernie</i>	ja	ja	•		
<i>Georg</i>	nein	nein	•		
<i>Donald</i>	nein	nein	•		
<i>Benedikt</i>	nein	nein	•		
<i>Luka</i>	ja	ja	•		
Gruppe B					
<i>Martin</i>	nein	nein	•		
<i>Fabian</i>	nein	nein	•		
<i>Christian</i>	nein	nein		•	
<i>Max</i>	ja	ja	•		
<i>Richie</i>	nein	nein	•		
<i>Jens</i>	nein	nein	•		
<i>Jan</i>	nein	unsicher		•	

Alle Befragten brachten mit der Anzeige eine Zigaretzenschachtel in Verbindung. Zehn der Interviewpartner bewerteten diese Gestaltung positiv. LUKA sagt hier: „[...] also das ist ja ne Zigaretzenschachtel, soll das ja darstellen .. ähm .. es hat äh viele Leute finden auch erst mal einen Bezug dazu .. weil sie selber Raucher sind, oder weil sie Leute kennen, die rauchen“. MARTIN meint: „[...] da wird Rauchen bzw. die Gesundheitsschäden gleichgesetzt mit denen von der Einnahme von HIV-Pillen. Gut gelöst und ansprechend, wahrscheinlich für die jüngeren Leute“. CHRISTIAN und JAN bewerten die Anzeige als „eher negativ“. JAN: „[...] Tabletten und Zigaretten finde ich sehr gewagt. .. Finde ich eine sehr gewagte Verbindung .. ja ne, weiß ich nicht, gefällt mir nicht“. CHRISTIAN war der einzige, der die Botschaft der Anzeige wie folgt interpretierte: „[...] so original nach dem Motto, bunte Pillen, Party .. die kleinen Partydrogen und unten drunter „Lebenslange Einnahme kann zu schweren Nebenwirkungen führen“. Sorry, das sind keine Nebenwirkungen. Da sollte drunter stehen: HIV ist tödlich“.

Bild 6: „FORTOVASE: The Power“

Bis auf den HIV-Schwerpunktmediziner JENS und den Werbefachmann MAX kannte niemand der Interviewpartner diese Anzeige. Neben JENS und MAX verbanden aber weitere fünf Gesprächspartner die Darstellung mit einem Pharmahersteller.

Ergebnisse

Tabelle 20: „FORTOVASE: The Power“

	Die Kampagne ist bekannt	Die Kampagne wird einem Pharmahersteller zugeordnet	Eher positive Gesamtbewertung	Eher Negative Gesamtbewertung	Weder positiv noch negativ
Gruppe A					
<i>Ernie</i>	nein	ja		•	
<i>Georg</i>	nein	nein		•	
<i>Donald</i>	nein	ja		•	
<i>Benedikt</i>	nein	ja		•	
<i>Luka</i>	nein	nein		•	
Gruppe B					
<i>Martin</i>	nein	nein	•		
<i>Fabian</i>	nein	ja		•	
<i>Christian</i>	nein	nein		•	
<i>Max</i>	ja	ja		•	
<i>Richie</i>	nein	ja			•
<i>Jens</i>	ja	ja	•		
<i>Jan</i>	nein	nein		•	

Als Botschaft standen für die Befragten „Vitalität und Leistungsfähigkeit“ (ERNIE), „Sportlichkeit“ (CHRISTIAN) und „dynamisch, aktiv durch das HIV-Medikament“ (RICHIE) im Mittelpunkt. Benedikt verband mit dieser Anzeige ein „[...] AIDS oder Forschungsprojekt oder irgendwie so nach dem Motto, wir sind im Prinzip mit POWER dran HIV zu reduzieren [...]“. Die Themen „Kraft“ und „Sportlichkeit“ werden von neun Interviewpartnern im Zusammenhang mit HIV und AIDS hier negativ beurteilt. MAX hierzu: „Und ich find das Motiv auch wieder völlig daneben (wie Bild 3, d. Verf.), weil es bringt überhaupt nichts irgendwelche sportlich gestählte Menschen darzustellen. Passt nicht“. CHRISTIAN äußerte: „[...] es ist genau das gleiche, wie vorhin (wie Bild 3, d. Verf.) ... auch nach dem Motto: Die sportlichen, lebenslustigen uns kann ja gar nichts trüben. Wir haben halt HIV“. MARTIN und JENS äußerten sich positiv über die Anzeige. Allerdings bezog sich MARTIN nur auf den gestalterischen Aspekt: „Künstlerisch ist es nett“. JENS als Mediziner mit Hintergrundwissen über das dargestellte Medikament interpretierte die Botschaft wie folgt: „[...] es ist jetzt eine neue, eine neue Darreichungsform und dadurch sind die Spiegel höher (Medikamentenspiegel im Blut, d. Verf.). Also so find ich die Aussage gut bebildert“.

Ergebnisse

Bild 7: „Leb dein Leben“

Bis auf GEORG, der nicht näher darauf einging, ob er die Anzeige schon mal gesehen hatte oder nicht, kannten alle Interviewpartner die Kampagne.

Tabelle 21: „Leb dein Leben“

	<i>Die Kampagne ist bekannt</i>	<i>Die Kampagne wird einem Pharmahersteller zugeordnet</i>	<i>Eher positive Gesamtbewertung</i>	<i>Eher Negative Gesamtbewertung</i>	<i>Weder positiv noch negativ</i>
Gruppe A					
<i>Ernie</i>	ja	Ja	•		
<i>Georg</i>	nein	nein	•		
<i>Donald</i>	ja	Ja	•		
<i>Benedikt</i>	ja	nein	•		
<i>Luka</i>	ja	Ja	•		
Gruppe B	ja				
<i>Martin</i>	ja	nein	•		
<i>Fabian</i>	ja	nein	•		
<i>Christian</i>	ja	nein	•		
<i>Max</i>	ja	Ja		•	
<i>Richie</i>	ja	Ja		•	
<i>Jens</i>	ja	Ja		•	
<i>Jan</i>	ja	nein		•	

Zehn Interviewpartner haben den Text der Anzeige gelesen oder überflogen, JAN und RICHIE taten dies nicht. JAN dazu: „[...] (Jan schüttelt den Kopf) *ja wer ließt sich schon Werbung durch*“? Von den zehn Befragten, die den Text gelesen haben sagten neun, dass sie es von alleine nicht getan hätten. Dazu stellvertretend GEORG: „[...] *ich finde den Text ziemlich viel. Viele würden sich den Text gar nicht durchlesen, das ist überhaupt nicht ansprechend*“. Ähnlich sahen das die anderen neun Befragten. Sechs Befragte brachten mit dem Bild einen Pharmahersteller in Verbindung. Die anderen sechs gingen hierauf nicht weiter in ihren Antworten ein. Für FABIAN ist die Botschaft: „[...] *okay, wir (der Pharmahersteller, d. Verf.) können dir helfen, das Leben zu verlängern oder die Symptome zu bekämpfen*“. GEORG sieht das ähnlich. Ziel der Kampagne ist für ihn: „[...] *sicherlich Mut machen für diejenigen, die betroffen sind*“. Für BENEDIKT „[...] *schafft das auch Optimismus für HIV-Leute [...]*“. Ähnliche Interpretationen machen noch sechs weitere Interviewpartner. MAX, CHRISTIAN und RICHIE gehen auf eine mögliche Botschaft nicht ein. Acht Gesprächspartner bewerten die Botschaft der Anzeige als „eher positiv“. Auffällig ist hier besonders, dass alle Interviewpartner aus der Gruppe A diese Kampagne als positiv bewerten, aber nur drei aus der Gruppe B. Besonders positiv wird von den Interviewpartnern bewertet, dass die Kampagne Mut und Hoffnung für HIV-Positive transportiert. ERNIE als Mitarbeiter in einer Präventionseinrichtung sagte z. B.: „[...] *wenn*

Ergebnisse

ich jetzt jemanden in der Beratung hätte, der da sagt, „Ich bin positiv und alles ist ganz schrecklich“, dann würd ich genau solche Sachen erzählen“. Weiter relativiert er seine Aussage, indem er äußert: „Ich würd aber solche Sachen nicht jemandem erzählen, der jung is, seine Identität sucht und ähm dadurch noch mal eher andere Infos bräuchte“. FABIAN findet die Aussage dieser Kampagne die „[...] einzige, die hinhaut, also nur so kann das funktionieren. Er ist arbeitsfähig dank der Medikamente, aber noch besser ist es, wenn man genug Kondome nimmt“. JENS dagegen sieht diese Kampagne sehr kritisch: „[...] es ist ja so nach dem Motto „mein Leben ist schöner wenn ich positiv bin“ [...] dass man irgendwie denkt „Hey, dass ist toll, probier` s doch AUCH mal.“ MAX sieht das ähnlich: „[...] sowohl der Slogan als auch der Text erweckt den Eindruck [...] es is ja nich so SCHLIMM, dass ich positiv bin, ich muss halt nur Pillen schlucken. Und deshalb ist das nicht gut.“ Weiterhin bezeichnet er sie an anderer Stelle als „verharmlosend“. Auffällig bei Bild 7 ist, dass fünf Interviewpartner es wichtig finden, einen Unterschied in der Zielgruppe (HIV-Positive oder HIV-Negative) dieser Anzeige zu machen. Neben ERNIE (s. o.) sagte z. B. GEORG: „Gut ich mach mir momentan glaub ich mehr Gedanken darüber, über die Zielgruppe“. BENEDIKT sagte: „Zum einen schafft es auch Optimismus für HIV-Leute und zum anderen ist es gefährlich, weil es wie eine chronische Krankheit angesehen wird bei Negativen, und nicht wie AIDS“.

Bild 8: „HIV-P.O.S.I.T.I.V.E

Tabelle 22: „HIV-P.O.S.I.T.I.V.E

	<i>Die Kampagne ist bekannt</i>	<i>Die Kampagne wird einem Modeunternehmen zugeordnet</i>	<i>Eher positive Gesamtbewertung</i>	<i>Eher Negative Gesamtbewertung</i>	<i>Weder eindeutig positiv noch eindeutig negativ</i>
Gruppe A					
<i>Ernie</i>	ja	unsicher			•
<i>Georg</i>	ja	ja	•		
<i>Donald</i>	nein	Nein		•	•
<i>Benedikt</i>	nein	Nein			
<i>Luka</i>	nein	nein			•
Gruppe B					
<i>Martin</i>	ja	ja	•		
<i>Fabian</i>	ja	Nein			•
<i>Christian</i>	ja	Ja			•
<i>Max</i>	ja	unsicher		•	
<i>Richie</i>	nein	nein			•
<i>Jens</i>	ja	ja	•		
<i>Jan</i>	ja	ja		•	

Ergebnisse

Hier kannten wieder mehr Personen aus der Gruppe B diese Anzeige von 1993 als aus Gruppe A (nur zwei von fünf). Vier der Interviewpartner kannten das Bild gar nicht und brachten es auch nicht mit einer Werbekampagne für eine Modefirma in Verbindung. Auffällig bei diesem Bild war, dass sehr unterschiedliche Interpretationen hinsichtlich der Botschaft gemacht wurden. Sie gingen u. a. von: *„Der in den Arschgefickte ist der Positive“* (FABIAN), und *„[...] denk einfach mal über HIV nach“* (JENS) bis hin zu *„Das erinnert mich an die Geschichte HIV-Positive kenntlich zu machen. Was damals in Bayern geplant war“* (ERNIE).

Insgesamt wirkten die Interviewpartnern bei diesem Bild unsicher und die Mehrheit (7 von 12) wussten es nicht einzuordnen. DONALD sagte z. B.: *„[...] mich berührt es nicht“*, und Richie äußerte: *„[...] das find ich jetzt irgendwie, wie wirkt das jetzt? Weiß nicht, kann ich nix mit anfangen“*. Aus diesem Grunde machten sechs der zwölf Befragten auch keine näheren Angaben darüber, ob sie das Bild „eher positiv“ oder „eher negativ“ bewerteten. Bei den anderen sechs Personen hielten sich positive und negative Bewertung die Waage, auch innerhalb der Altersgruppen. Negativ bewertete z. B. JAN dieses Bild: *„[...] damit jetzt so ne Werbung für ne Klamottenfirma zu machen, den Bogen habe ich irgendwie nie so gekriegt ... und fand äh ja .. finde ich auch nicht gut“*. Auch BENEDIKTS Bewertung fiel negativ aus, ohne es näher zu begründen: *„[...] also ich finde sie sehr platt, diese Kampagne“*. JENS hingegen *„fand sie toll“*. Weiter beschreibt er: *„Ich finde das gut, das ist ein SCHÖNER Hintern und auf diesem schönen Hintern steht etwas drauf. Ich finde es gut, dass man drüber nachdenkt und sagt „Ich nehm das an, es (HIV, der Verf.) gibt’s halt“*. Auch MARTIN äußert etwas positives über diese Kampagne, auch wenn es dabei nur um die Gestaltung der Anzeige ging: *„Schöne Farben, schweinchenrosa und dunkelblau. Gefällt mir“*.

Bild 9: „Die Gegenwart vereinfachen“

Das neunte Bild wurde erst nach dem dritten Interview eingefügt (vgl. Interviewleitfaden: Visueller Teil, S. 55), so dass nur Antworten von neun Interviewpartnern in die Ergebnisse einfließen. Von diesen neun Gesprächspartnern kannten sieben Personen die Anzeige und zwei nicht (GEORG und DONALD).

Ergebnisse

Tabelle 23: „Die Gegenwart vereinfachen“

	<i>Die Kampagne ist bekannt</i>	<i>Die Kampagne wird einem Pharmaunternehmen zugeordnet</i>	<i>Eher positive Gesamtbewertung</i>	<i>Eher Negative Gesamtbewertung</i>	<i>Weder positiv noch negativ</i>
Gruppe A					
<i>Ernie*</i>					
<i>Georg</i>	nein	nein			•
<i>Donald</i>	nein	nein			•
<i>Benedikt</i>	ja	nein			•
<i>Luka</i>	ja	nein		•	
Gruppe B					
<i>Martin</i>	ja	nein		•	
<i>Fabian*</i>					
<i>Christian</i>	ja	ja		•	
<i>Max</i>	ja	ja		•	
<i>Richie</i>	ja	ja		•	
<i>Jens</i>	ja	ja		•	
<i>Jan*</i>					

*zum Zeitpunkt dieser Interviews war Bild 9 noch nicht Teil der Präsentation

Vier der sieben Personen, die diese Anzeige schon mal gesehen hatten, konnten sie direkt dem betreffenden Pharmaunternehmen zuordnen. GEORG, DONALD und BENEDIKT nicht. Sie verbanden damit: „[...] ne Bausparkasse“ (GEORG), „[...] Werbung für ne schwer zu erkennbare gleichgeschlechtliche Partnerschaft“ (DONALD) und „[...] Versicherungswerbung“ (BENEDIKT). Die Interpretation der Anzeigenbotschaft, die die Interviewpartner einem Pharmaunternehmen zuschrieben, ähnelte sich bei fast allen Interviewpartnern. Stichworte waren hier: „[...] Verharmlosung“ (CHRISTIAN und MAX), „[...] unbeschwertes Leben“ (RICHIE) und „[...] schöne, heile Welt“ (MARTIN). Als Ankerbeispiel hier die Antwort von LUKA: „[...] also das geht irgendwie .. geht mir zu sehr in eine Richtung und ähm . es spricht nicht über die andere Seite [...] also solche Werbung würde ich dafür verantwortlich machen, .. das halt die Neuinfektionen steigen, ... weil es ein ganz eingeschränktes Bild vermittelt“. Alle vier Interviewpartner, die die Anzeige einem Pharmaunternehmen zuschrieben, bewerteten die Anzeige negativ. JENS äußerte sich wie folgt: „[...] das ist wieder diese Werbung mit Emotion, zu sagen, wenn ich diese Medikamente nehme, dann habe ich n` tolles Leben. Und das ist NICHT die Realität, das stimmt EBEN NICHT“. CHRISTIAN wurde sogar sehr wütend, als er über das Bild sprach: „[...] ja das ist genau das, was ich vorhin schon gesagt habe (bezieht sich auf Bild 3, d. Verf.), unsere schöne Wohnung, toll unser Leben, die nächsten dreißig Jahre sind uns sicher [...] nur mir stinkt diese Verharmlosung“. DONALD, GEORG und BENEDIKT, die keinen Pharmahersteller

Ergebnisse

mit der Anzeige in Verbindung gebracht hatten, machten auch keine klare Bewertung im Sinne von positiv oder negativ. An dieser Stelle muss angemerkt werden, dass sich die drei Gesprächspartner, die diese Kampagne nicht gezeigt bekamen (ERNIE, JAN und FABIAN), von sich aus ebenfalls sehr negativ dazu geäußert hatten. Durch diese Anregung wurde die Anzeige in die Präsentation aufgenommen.

7.3 Interpretation und Diskussion der Ergebnisse

7.3.1 Die Bedeutung von HIV und AIDS

Bei der Betrachtung der Ergebnisse hier fiel zunächst auf, dass die Bedeutung von HIV und AIDS von der Mehrheit der Befragten in Gruppe A insgesamt etwas geringer eingeschätzt wurde als in Gruppe B. Der daraus entstehende Verdacht, dass die Befragten in dieser Gruppe weniger HIV und AIDS in ihrem direkten Umfeld erleben, bestätigte sich zunächst nicht. Bei der Frage, wodurch die erste Konfrontation mit HIV und AIDS stattfand, gaben immerhin zwei Personen aus der Gruppe A „HIV und AIDS im Bekanntenkreis“ an. Analyisierte man aber die Interviews genauer auf Schilderungen von Sterben und AIDS, fällt auf, dass vier von fünf Personen aus der Gruppe A hier nichts erwähnten, während sechs Interviewpartner aus der Gruppe B intensive Erlebnisse mit dem Sterben an AIDS im Freundeskreis schilderten. Daraus lässt sich folgende Hypothese ableiten:

Die Bedeutung von HIV und AIDS wird umso höher eingeschätzt, je größer das persönliche Erleben von Leid und Sterben an AIDS in der Vergangenheit war.

Im Laufe der Untersuchung wurde ein weiterer Aspekt deutlich. Von den Interviewteilnehmern wurde jeweils ein deutlicher Unterschied zwischen der ersten Konfrontation und der ersten „bedeutungsvollen“ Konfrontation gemacht. Zwar hatte über die Hälfte der Gesprächspartner einen ersten Kontakt mit dem Thema HIV und AIDS über die Medien, aber wirklich ausgelöst (Angst, Bedrohung, veränderte Sexualität) und an Bedeutung gewonnen hat das Thema HIV & AIDS bei der Mehrheit erst etwas, als sie sich durch ihr „Coming Out“ der „Hauptbetroffenengruppe“ zugehörig fühlten. Homosexualität war auch die häufigste Assoziation zum Thema „HIV und AIDS früher“. Daraus lässt sich eine weitere Hypothese aus der Untersuchung ableiten:

Das Thema HIV und AIDS gewinnt erst durch einen persönlichen Bezug an Bedeutung, z. B. durch das Erleben von HIV und AIDS im direkten persönlichen Umfeld oder durch die Zugehörigkeit zu einer Risikogruppe.

Ergebnisse

Die Ergebnisse dieser Untersuchung weisen darauf hin, dass sich das Erleben von HIV und AIDS im Vergleich zum Beginn der HIV-Epidemie gewandelt hat. Während die Mehrheit der Befragten früher HIV und AIDS mit „tödlicher Erkrankung“ und „Siechtum“ und „Leid“ verbanden, stehen heute Stichworte wie „Machbarkeit der Medizin“ und „HIV als chronisch behandelbare Krankheit“ im Vordergrund. Hier gibt es keine Unterschiede zwischen den Gruppen A und B. Zieht man die Ergebnisse des visuellen Interviewteils in diese Betrachtung mit ein, wird ebenfalls eine Veränderung des „Bildes von HIV und AIDS“ deutlich. Während die BENETTON Kampagne mit dem sterbenden DAVID KIRBY für AIDS mit Leid und Siechtum in den 80er Jahren steht, stehen nach Ansicht der Interviewpartner insbesondere die Imagekampagnen („Da sein“, „Leb dein Leben“ und „die Gegenwart vereinfachen“) für das neue, heutige Bild von HIV als behandelbare, wenn auch nicht heilbare Krankheit. Es folgt die Hypothese:

Das Bild von HIV und AIDS hat sich von einer tödlichen, leidvollen Erkrankung hin zu einer behandelbaren Krankheit gewandelt.

Weiterhin war hier auffällig, dass die Interviewpartner häufig nur von „der Infektion“ oder „HIV“ sprachen, selten von „AIDS“. Diese Tatsache war, wie bereits erwähnt, besonders in der Gruppe A auffällig. Auch vermehrte Hinweise aus der Gruppe B darauf, dass „jüngere“ homosexuelle Männer die Folgen von HIV (AIDS) gar nicht mehr sehen und deshalb insgesamt sorgloser im Bezug auf HIV sind, lassen eine weitere Hypothese zu:

HIV wird vor allem bei jüngern homosexuellen Männern durch das „Ausbleiben“ von AIDS mit einer neuen Sorglosigkeit betrachtet.

7.3.2 Frage nach den steigenden Neuinfektionen

Zunächst fiel hier auf, dass dem Anstieg der Neuinfektionen bei homosexuellen Männern nicht nur jeweils ein Grund von den Interviewpartnern zugeordnet wurde, sondern dass nach ihrer Meinung mehrere Gründe hierbei eine Rolle spielen. Das „neue Bild“ von HIV und AIDS stand hier abermals im Vordergrund. Bei der Interpretation muss man an diesem Punkt die Analyse der Imagekampagnen im visuellen Teil mit einbeziehen. Die Kampagne „Da sein“ (Bild 3) kannten bis auf zwei Personen alle Interviewpartner und die Mehrheit konnte sie einem Pharmaunternehmen zuordnen. Die Botschaft war für die Mehrheit der Interviewpartner, so möchten wir es nennen, „die Vermittlung von Hoffnung für HIV-Positive“. Die Art der Kampagne wurde von der Mehrheit positiv bewertet, allerdings wiederholt mit der Einschränkung, dass die Darstellung dieser Welt zu „heile“ und zu „schön“ ist. Auch die „Leb dein Leben“ Kampagne (Bild 6) kannten fast alle Interviewpartner und hier konnte die Hälfte der Befragten sie einem Pharmahersteller

Ergebnisse

zuordnen. Mit dem „Erfahrungsbericht“ in dieser Kampagnen verbanden die meisten Befragten die Botschaft „Mut machen und „Optimismus schaffen“, wobei hier die Zielgruppe (HIV-Positive) der Anzeige für die meisten der Interviewpartner klarer war als bei „Da sein“. Auch diese Kampagne wurde überwiegend positiv bewertet, aber mit ähnlichen Einschränkungen und Vorbehalten wie bei Bild 3. Von den neun Interviewpartnern, die „die Gegenwart vereinfachen“ Kampagne gesehen hatten, beurteilte niemand die Kampagne positiv, sechs äußerten sich negativ und drei sagten nichts weiter dazu. Nach mehrheitlicher Meinung zeichnet diese Kampagne ein Bild von der Realität mit HIV, die es so nicht gibt und das sogar „verharmlosend“ ist. Während die Beurteilung der drei Kampagnen sehr unterschiedlich ausfiel, kann man aber eine gemeinsame Hypothese aufstellen:

Imagekampagnen sind durch die visuellen Darstellungen der „Möglichkeiten der Medizin“ an der Vermittlung des neuen Bildes von HIV und AIDS mitbeteiligt.

Auch die US-Amerikanischen Beispiele für direkte Produktwerbung (Bild 2 und 6) zeichnen dieses neue Bild mit und legen ihren Focus auf die Darstellung der Machbarkeit und Möglichkeiten der Medizin. Beide Kampagnen wurden ebenfalls aufgrund ihrer Darstellung von „Kraft“ und „sorgloser Zukunft“ von der deutlichen Mehrheit der Gesprächspartner als negativ bewertet. Da die deutschen Imagekampagnen in erster Linie nur in schwulen Printmedien veröffentlicht werden, zeichnen oder zeigen sie also besonders für diese Gruppe ein neues Bild von HIV und AIDS. Wenn man nun als mehrheitliche Antwort der Interviewpartner „das neue Bild von HIV und AIDS“ auf die Frage erhält, welche Gründe es für den Anstieg der HIV-Neuinfektionsraten geben könnte, kann man unsere Arbeitshypothese bestätigen:

Die Imagekampagnen von Pharmafirmen im HIV-Bereich sind, neben anderen Gründen, mitverantwortlich für einen Anstieg der HIV Neuinfektionsraten bei MSM“.

Ein weiterer interessanter Aspekt an dieser Stelle war wieder die mehrheitliche Vermutung innerhalb der Gruppe B, dass die Neuinfektionen vor allem bei jüngeren Homosexuellen ansteigen würden. Begründet wurde dies damit, dass die jungen Homosexuellen die Folgen von HIV nicht mehr sehen und kennen. Dagegen belegen die aktuellen Zahlen der RKI Institutes, dass die Gruppe der 35 bis 49 Jährigen Homosexuellen (also die Altersklasse der Gruppe B) im Jahr 2004 die höchste Neuinfektionsrate innerhalb der Gruppe MSM hatten. Dennoch wollen wir nach den Aussagen unserer Interviewpartner die Hypothese aufstellen:

Weil die jungen Homosexuellen das alte Bild von HIV und AIDS nicht mehr erlebt haben, steigen vor allem in dieser Altersgruppe die HIV-Infektionen an.

7.3.3 Die Bedrohung von HIV und AIDS

Das Ziel der Frage war hier, das Bedrohungspotential von HIV und AIDS sowohl auf gesellschaftlicher wie auf persönlicher Ebene zu ermitteln. Gesellschaftlich gesehen schreiben elf von zwölf der Gesprächspartner HIV und AIDS noch Bedrohungspotential zu. Zum einen und besonders im Hinblick auf die jüngeren Homosexuellen und zum anderen und zunehmend auch auf die heterosexuelle Bevölkerungsgruppe. Grund für die anhaltende Bedrohung der Gesellschaft durch HIV und AIDS ist, nach Meinung der Gesprächspartner die Tatsache, dass HIV nach wie vor nicht heilbar ist und, wenn auch verändert, weiterhin tödlich verläuft. Diese Tatsache bestätigten alle Interviewpartner. Für unsere Studienpopulation muss hier also folgende Hypothese aufgestellt werden:

HIV und AIDS stellen nach wie vor eine Bedrohung für die Gesellschaft dar.

Die persönliche Bedrohung erhofften wir durch die Frage nach dem „angenommenen“ positiven Testergebnis ermitteln zu können. Hier war überraschend, dass zwar knapp über die Hälfte der Interviewpartner sehr große bis große Veränderungen durch ein positives Testergebnis erwarten würden. Über die Hälfte der Gruppe B aber rechnete mit keinerlei oder nur sehr geringfügigen Veränderungen. Zudem wurde diese hypothetische Situation als nur wenig bedrohlich beschrieben. Worte wie „Angst“ oder „Panik“, die wir an dieser Stelle erwartet hatten, fielen in diesem Zusammenhang so gut wie nicht. Stattdessen wurde hier zunehmend der Eindruck gewonnen, dass eine mögliche HIV-Infektion auch als eine Möglichkeit zur Besinnung auf die wesentlichen Dinge des Lebens gesehen wird. ERNIE spricht an dieser Stelle sogar von der *„Krankheit als Chance“*, um sich auf die *„wirklich wichtigen Dinge im Leben zu konzentrieren [...]“*. Insgesamt kommen wir hier zu dem Schluss, dass das neue Bild von HIV auch unsere Interviewpartner erreicht hat.

Persönlich werden HIV und AIDS kaum noch als bedrohlich wahrgenommen.

Diese Aussage gilt für beide untersuchten Altersgruppen.

7.3.4 HIV-Prävention

Sowohl bei dieser Frage als auch im Zusammenhang mit anderen Gesprächsthemen wurde immer wieder Kritik an der heutigen HIV-Prävention laut. Dabei waren Hauptkritikpunkte „unzeitgemäße Kampagnen“ und „zu wenig Bezug zur Sexualität“. Besonders interessant war in diesem Zusammenhang die Auswertung des Bildes „Go for Gold“ (Bild 1), an dem beispielhaft diese Kritik festgemacht wurde. Zehn von zwölf Interviewpartnern bewerteten diese Kampagne negativ, vor allem aus oben genannten Gründen: „Zu alt“, „zu oft gesehen“, „hat mit meiner Sexualität nichts zu tun“ etc. Die Anzeige der Aidshilfe

Ergebnisse

(Bild 5) wurde dagegen überwiegend positiv bewertet, weil sie a.) eine aktuelle Problematik zum Thema hat und b.) ansprechend und kreativ gestaltet wurde. Sehr auffällig bei der Auswertung der Kritik an Prävention war der Befund in Gruppe A. Nur ERNIE und LUKA mit professionellem Hintergrund äußerten sich diesbezüglich, die anderen drei Interviewpartner sagten nichts dazu. Wir schlussfolgern daraus, dass sie nicht kritisieren können oder wollen, was sie nicht kennen und wozu sie keinen Bezug haben. Das würde die Arbeitshypothese „HIV-Prävention erreicht ihre Zielgruppen nicht mehr, auch nicht die der homosexuellen Männer“ für die Gruppe A bestätigen. Die Analyse der Antworten lässt an dieser Stelle folgende neue Hypothese zu:

HIV-Prävention im MSM Bereich kann nur dann funktionieren, wenn sie unterschiedliche Strategien in Bezug auf Alter und Sexualität verfolgt und dabei die veränderten Bedingungen von HIV und AIDS zum Thema macht.

7.3.5 „safer Sex“

Hier war sehr interessant, dass alle Interviewpartner „safer Sex“ eine sehr hohe bis hohe Bedeutung zuschrieben, aber acht von zwölf Interviewpartnern „unsafe“ Situationen einräumten. Auf die Art des „unsafes“ Verhaltens wurde dabei von keinem der Interviewpartner vertiefend eingegangen. Auffällig war hier, dass es keinen Unterschied zwischen den Gruppen A und B gab und dass auch die Personen mit einem hohen beruflichen Bezug zu HIV (HIV-Schwerpunktmediziner, Präventionsmitarbeiter) Risikosituationen beschrieben. Es gibt zahlreiche Studien, die zu erklären versuchen, weshalb homosexuelle Männer trotz Wissens um die Infektionsgefahr auf den Gebrauch von Kondomen verzichten. Eine qualitative Studie von De Zwart et. al. von 1998 bei 71 niederländischen schwulen und bisexuellen Männern identifizierte drei Gründe für den Verzicht auf Kondome: 1. „Kondome sind ein Hindernis für körperliche Lust“, 2. „Kondome behindern emotionale Nähe“ und 3. „Kondome unterbrechen den Analverkehr“ (De Zwart et. al. 1998). Zwar gehen unsere Interviewpartner nicht näher auf ihre Gründe für den Verzicht auf Kondome ein, die Mehrheit beschreibt aber große bis sehr große Einschränkungen durch „safer Sex“, die sich (möglicherweise) auf die oben genannten Punkte beziehen könnten. Als Hypothese folgt:

Trotz der hohen Bedeutung von „Safer Sex“ als wichtigster Schutz vor einer HIV-Infektion gehen homosexuelle Männer Risikokontakte ein.

Die Arbeitshypothese „Sexuelles Risikoverhalten nimmt in der Gruppe der homosexuellen Männer zu“ lässt sich durch unsere Ergebnisse nicht bestätigen, da von den Interviewpartnern kein Vergleich des eigenen Risikoverhaltens früher und heute vorgenommen wurde.

7.3.6 Die medizinischen Behandlungsmöglichkeiten von HIV

Bei dieser Frage fiel zunächst auf, dass die Mehrheit der Interviewpartner nur sehr allgemeines oder wenig Wissen über die HIV-Therapien hatten. Dennoch machten sie gezielte Aussagen bezüglich der Auswirkungen solcher Therapien. Im Fokus stand hier wieder das „neue Bild von HIV und AIDS“, das ursächlich von der Mehrheit der Interviewpartner der medikamentösen Behandlung zugeschrieben wurde. Damit zusammenhängend wurden verbesserte Lebensqualität und verlängerte Lebenserwartung beschrieben. Nur vereinzelt wurden Nebenwirkungen genannt. Kein Interviewpartner erwähnte den präventiven Aspekt der Therapien (Senkung der Viruslast, dadurch Verringerung der Übertragungswahrscheinlichkeit von HIV). Nach Betrachtung der Einzelergebnisse lautet die Hypothese wie folgt:

Die medizinischen Behandlungsmöglichkeiten haben das neue Bild von HIV und AIDS entscheidend geprägt.

Wenn man die Aussagen in Verbindung mit den Imagekampagnen betrachtet, ist das folgende Ergebnis sehr interessant: Es scheinen hauptsächlich die „positiven“ Botschaften oder Eigenschaften der HIV-Therapien bei unseren Interviewpartnern angekommen zu sein. Von Nachteilen oder Nebenwirkungen wird bei der Frage nach den medizinischen Behandlungsmöglichkeiten nur vereinzelt am Rande berichtet. Auch MARTIN (HIV-positiv) und DONALD (in Partnerschaft mit einem HIV-Positiven), äußerten sich nicht negativ über die Therapien. Daraus wurde folgende Hypothese entwickelt:

Die medizinischen Behandlungsmöglichkeiten bei einer HIV-Infektion werden positiv wahrgenommen.

7.3.7 Das Supervirus

Zunächst ist auffällig, dass zehn von zwölf Gesprächspartnern durch die Nachricht über das „Supervirus“ über die Medien erreicht wurden. Dieses Ergebnis macht deutlich, welchen Einfluss Medien auf die Informationsverteilung haben. Wie zu erwarten, fühlte sich kein Interviewpartner aus der Gruppe A an die Berichterstattung zu Beginn der HIV-Epidemie in den 80er Jahren erinnert. In der Gruppe B taten dies drei der Befragten. Doch trotz des mehrheitlich fehlenden Bezuges zu den „Schockmeldungen“ der 80er Jahre, fühlten sich fast alle Interviewpartner „wachgerüttelt“ und „geschockt“. Sechs der Befragten fühlten sich durch die Nachricht an die Notwendigkeit von „safer Sex“ erinnert. Diese Reaktion führen wir darauf zurück, dass das neue Bild von HIV und AIDS im Sinne von Therapierbarkeit und Machbarkeit der Medizin durch eine solche Nachricht ins Wanken gerät. Diese These wird gestützt durch die Aussagen von vier Interviewpartnern,

Ergebnisse

die mit dem Auftreten des „Supervirus“ „die Hilflosigkeit der Medizin“ assoziierten. Die Arbeitshypothese: „Die Meldung über den Supervirus weckt Erinnerung an den AIDS-Schock der 80er Jahre und hat Auswirkungen auf das Risikoverhalten homosexueller Männer“ muss folglich korrigiert werden:

Die Nachricht über den „Supervirus“ erschüttert das neue Bild von HIV und AIDS und hat somit präventive Effekte auf das „safer Sex“ Verhalten homosexueller Männer.

Bei genauerer Betrachtung der aufgestellten Hypothesen wurde für uns immer deutlicher, dass ein Thema hier eine übergeordnete Rolle spielte und sich wie ein „roter Faden“ durch die Interviews und ihre Ergebnisse zog. „Das neue Bild von HIV und AIDS“ kann als das zentrale Phänomen unserer Untersuchung bezeichnet werden. Die neuen Behandlungsmöglichkeiten, ihre Darstellung in Imagekampagnen in schwulen Printmedien, die kritisierte Prävention sind Bedingungen, die das „neue Bild von HIV und AIDS“ entscheidend beeinflusst und geprägt haben. Aufgrund der Ergebnisse kommen wir zu dem Schluss, dass jede dieser Bedingungen für sich nicht für die zunehmende Sorglosigkeit in der Wahrnehmung von HIV und AIDS verantwortlich gemacht werden kann, sondern nur in ihrer Summe: dem neuen Bild von HIV.

Im folgenden soll hier der Versuch gewagt werden, dieses Ergebnis mit Hilfe des paradigmatischen Modells der „Grounded Theory“ von Glaser und Strauss schematisch und für den Leser übersichtlich darzustellen. Wie im Kapitel Methodik bereits erwähnt, erlaubt das paradigmatische Modell systematisch über Daten nachzudenken und sie sehr komplex in Beziehung zu setzen. Stark vereinfacht sieht das Modell so aus: A (Bedingung) führt zu B (Phänomen), was zu C (Kontext) führt, was zu D (Handlung/Interaktion/Reaktion) führt, was dann zu E (Konsequenzen) führt. Strauss und Corbin (1996) schlagen vor, das zentrale Phänomen mit Hilfe einer beschreibenden Erzählung oder Geschichte darzustellen. Unsere Geschichte lautet nun abschließend wie folgt:

Die medizinischen Behandlungsmöglichkeiten einer HIV-Infektion haben den Krankheitsverlauf entscheidend verändert und tragen dazu bei, dass die Lebenserwartung nach einer HIV-Infektion deutlich gestiegen ist. Durch die HIV-Therapie nimmt das Vollbild AIDS zunehmend ab. HIV entwickelt sich von einer Krankheit mit tödlichem Verlauf immer mehr zu einer chronisch behandelbaren Erkrankung. Erfolge der HIV-Therapien werden öffentlich gemacht und so kehrt auch der Glaube der Öffentlichkeit an die Machbarkeit der Medizin zurück. Pharmahersteller treten mit dem Ziel „Betroffenen Mut zu machen“ durch Imagekampagnen an die Hauptbetroffenengruppe der homosexuellen Männer heran und erreichen dabei auch HIV-negative Männer. Die medizinischen Behandlungsmöglichkeiten (mit ihren Auswirkungen auf den Krankheitsverlauf von HIV) und ihre

Ergebnisse

Darstellung in der Öffentlichkeit sind also die wesentlichen Bedingungen (A) für das Entstehen des zentralen Phänomens (B), dem „neuen Bild von HIV und AIDS“. Durch dieses „neue Bild“ ändert sich auch der Kontext (C) von HIV und AIDS in der Gesellschaft. Das öffentliche Interesse an den nun nicht mehr „dramatischen und leidvollen Folgen“ von HIV nimmt immer mehr ab und dadurch auch das Interesse der Medien. Bilder von AIDS gibt es nicht mehr oder sie werden durch Bilder einer „hoffnungsvollen Zukunft trotz HIV“ ersetzt. Durch HIV als behandelbare Krankheit wird zunehmend die Handlungs-, und Ausgabenbereitschaft der Akteure in Politik und Gesundheitssystem geringer, staatliche Förderprogramme für Prävention werden abgebaut. Dadurch fällt es den Präventionseinrichtungen zum einen immer schwerer, ihrem Auftrag nachzukommen und zum anderen auf das „neue Bild von HIV und AIDS“ zu reagieren. Zielgruppenprävention verliert an Bedeutung, da mit knapper werdenden Mitteln versucht werden muss, so viele Menschen wie möglich anzusprechen. Die Reaktion (D), die auf diese und weitere Veränderungen im Kontext von HIV und AIDS folgt, ist eine zunehmende Sorglosigkeit bei homosexuellen Männern, weil HIV und AIDS für sie immer mehr an Bedeutung (im Sinne von „es betrifft mich nicht“) verliert. Das Ausmaß dieser Sorglosigkeit ist abhängig von der Person selbst, ihrem Alter, ihrem Bildungsstand, ihrem sozioökonomischen Status, ihrem kulturellen Hintergrund usw. Sexuelles Risikoverhalten kann dann eine Konsequenz (E) dieser Sorglosigkeit sein.

7.3.8 Diskussion der Ergebnisse

Dies ist eine sehr vereinfachte Darstellung des Ergebnisses. Jeder einzelne Punkt unter Bedingung, Kontext, Reaktion und Konsequenz würde eine weitere vertiefende Betrachtung verdienen. Soweit möglich, ist dies sowohl im theoretischen wie im methodischen Teil dieser Arbeit geschehen. Dieses Ergebnis kann aber nicht als repräsentativ bezeichnet werden. Die von uns erfasste Stichprobe von zwölf qualitativen Interviews ist zu klein, um allgemeingültige Aussagen treffen zu können. Die aufgestellten Hypothesen und Aussagen haben somit nur für die Mehrheit unserer Interviewpartner Gültigkeit. Gleichzeitig war die Zusammensetzung der Stichprobe sehr homogen: Bis auf zwei Interviewpartner hatten alle Befragten einen hohen Bildungsabschluss. Homosexuelle Männer aus der Unterschicht wurden nicht erreicht. Sechs Personen unter den Befragten waren zum Zeitpunkt der Untersuchung beruflich mit dem Thema HIV und AIDS verbunden, vier davon sehr eng. Hier muss unterstellt werden, dass diese „Nähe“ zum Thema die Ergebnisse geprägt hat und es bleibt die Frage für uns im Raum stehen: Waren die Antworten beruflich oder privat? Auch die Altersverteilung war sehr gleichförmig. Das Durchschnittsalter der Stichprobe lag insgesamt bei 35,1 Jahren und fünf

Ergebnisse

Interviewpartner lagen in der Nähe dieses Durchschnitts. In der Gruppe A lag der Median bei 29,6 Jahren und in Gruppe B bei 40,5 Jahren. Leider war es im Vorfeld nicht möglich, homosexuelle Männer Anfang 20 für unsere Befragung zu gewinnen um so ein breiteres Altersspektrum zu erreichen. Zudem waren zwei der Befragten aus Gruppe A in der Prävention tätig. Aus diesem Grund müssen speziell die Ergebnisse aus Gruppe A mit Vorbehalt betrachtet werden. Gleichzeitig könnte dieser Sachverhalt aber eine These der Untersuchung stützen: Dass die Bedeutung von HIV und AIDS insbesondere bei jüngeren homosexuellen Männern nachlässt und so in einer Beteiligung an einer Untersuchung zu diesem Thema keine Notwendigkeit gesehen wird.

Trotz dieser Limitierungen an der Allgemeingültigkeit unserer Ergebnisse kann diese Arbeit dazu beitragen, Anregungen und Ideen für weitere größere und vertiefende Untersuchungen zu liefern. Das Robert-Koch-Institut hat die Aktualität dieses Themas ebenfalls erkannt und fordert im Epidemiologischen Bulletin zu HIV und AIDS vom April 2005 zu weiteren und gezielten Untersuchungen auf (RKI 2005a).

7.4 Zusammenfassung der Ergebnisse:

Den Anstoß zu der vorliegenden Arbeit gab die persönliche Konfrontation mit einer Imagekampagne („die Gegenwart vereinfachen“) und ihrer sehr negativen Wirkung auf uns. Diese negative und „verharmlosende“ Wirkung dieser Imagekampagne wurde von einer Vielzahl von Zeitungs-, und Internetartikeln bestätigt und veranlasste uns, Zusammenhänge zwischen Imagekampagnen und den aktuell steigenden Neuinfektionen bei MSM zu untersuchen. Ziel war es, im Rahmen einer empirischen Untersuchung folgende Hypothese zu prüfen: Die HIV-Kombinationstherapien und deren Vermarktungsstrategien seitens der Pharmaindustrie tragen zu einem erhöhten sexuellen Risikoverhalten bei und haben Auswirkungen auf die HIV-Prävention. Weiter sollte untersucht werden, ob hierbei noch weitere Faktoren eine Rolle spielen. Der aktuelle Forschungsstand zu diesem Thema ist sehr gering. Es konnte lediglich eine Studie aus den USA dazu ermittelt werden.

Durch die intensive theoretische Auseinandersetzung mit dem Thema „HIV und AIDS bei homosexuellen Männern“ sowie damit zusammenhängend HIV-Therapien, HIV-Prävention und Imagekampagnen wurden Arbeitshypothesen aufgestellt, die der Konzeption eines Interviewleitfadens zugrunde gelegt wurden. Der methodische Zugang wurde durch ein qualitatives Untersuchungskonzept geschaffen, dass Elemente des problemzentrierten Interviews nach Witzel (Witzel 1985), des „fokussierten Interviews“ (Hopf 2000) und einen Fragebogen kombinierte. Vom 15.04.2005 bis 19.05.2005 wurden 12 Interviews geführt, die im Durchschnitt 50 Minuten dauerten. Wesentlicher Bestandteil dieser Interviews war eine Präsentation von Image-, und Präventionskampagnen, Laien-

Ergebnisse

werbung für HIV-Medikamente aus den USA und Werbeanzeigen, die HIV und AIDS zum Thema hatten.

Um mögliche Unterschiede in verschiedenen Altersklassen identifizieren zu können, wurden die Teilnehmer in zwei Gruppen klassifiziert. Gruppe A von 20 bis 34 Jahren und Gruppe B von 35 bis 50 Jahren. Das Durchschnittsalter lag gesamt bei 35,1 Jahren. Die zwölf Interviews wurden einem qualitativen Auswertungsprozess unterzogen, der im Wesentlichen an der Vorgehensweise von Christiane Schmidt (Schmidt 2000) orientiert war und durch Elemente der „Grounded Theory“ ergänzt wurde. Aufgrund unseres theoretischen Vorverständnisses wurden zunächst sieben Arbeitshypothesen aufgestellt:

1. Hypothese: Die Bedeutung von HIV und AIDS als tödliche Infektionskrankheit nimmt immer mehr ab.

2. Hypothese: Die Imagekampagnen von Pharmafirmen im Bereich HIV in schwulen Printmedien sind mitverantwortlich für einen Anstieg der Neuinfektionsrate

3. Hypothese: Das Bedrohungspotential von HIV und AIDS nimmt seit dem Beginn der Epidemie stetig ab.

4. Hypothese: HIV-Prävention erreicht (aus verschiedenen Gründen) ihre Zielgruppen nicht mehr. Auch nicht die der homosexuellen Männer.

5. Hypothese: Sexuelles Risikoverhalten nimmt in der Gruppe homosexueller Männer zu.

6. Hypothese: Durch die Möglichkeiten einer medizinischen Behandlung von HIV und AIDS steigen die HIV Neuinfektionen bei MSM an.

7. Hypothese: Die Meldung über den „Supervirus (Anfang 2005) weckt Erinnerungen an den „AIDS-Schock“ der 80er Jahre und hat Auswirkungen auf das Risikoverhalten homosexueller Männer.

Ergebnisse

Diese Arbeitshypothesen wurden durch die Auswertung der Interviews um weitere Hypothesen ergänzt:

8. Hypothese: Die Bedeutung von HIV und AIDS wird umso höher eingeschätzt, je größer das persönliche Erleben von Leid und Sterben an AIDS in der Vergangenheit war.

9. Hypothese: Das Thema HIV und AIDS gewinnt erst durch einen persönlichen Bezug an Bedeutung, indem man HIV und AIDS im direkten persönlichen Umfeld erlebt oder zu einer sog. „Risikogruppe“ gehört.

10. Hypothese: Das Bild von HIV und AIDS hat sich von einer tödlichen, leidvollen Erkrankung hin zu einer behandelbaren Krankheit gewandelt.

11. Hypothese: HIV wird vor allem bei jüngern homosexuellen Männern durch das „Ausbleiben“ von AIDS mit einer neuen Sorglosigkeit betrachtet.

12. Hypothese: Imagekampagnen sind durch die Darstellungen der „Möglichkeiten der Medizin“ an der Vermittlung eines neuen Bildes von HIV und AIDS beteiligt.

13. Hypothese: Weil die jungen Homosexuellen das alte Bild von HIV und AIDS nicht mehr erlebt haben, steigen vor allem in dieser Altersgruppe die HIV-Infektionen an.

14. Hypothese: HIV und AIDS stellen nach wie vor eine Bedrohung für die Gesellschaft dar.

15. Hypothese: Persönlich werden HIV und AIDS kaum noch als bedrohlich wahrgenommen.

16. Hypothese: HIV-Prävention im MSM Bereich kann nur dann funktionieren, wenn sie unterschiedliche Strategien in Bezug auf Alter und Sexualität verfolgt und dabei die veränderten Bedingungen von HIV und AIDS zum Thema macht.

17. Hypothese: Trotz der hohen Bedeutung von „Safer Sex“ als wichtigster Schutz vor einer HIV-Infektion gehen homosexuelle Männer Risikokontakte ein.

18. Hypothese: Die medizinischen Behandlungsmöglichkeiten haben das neue Bild von HIV und AIDS entscheidend geprägt.

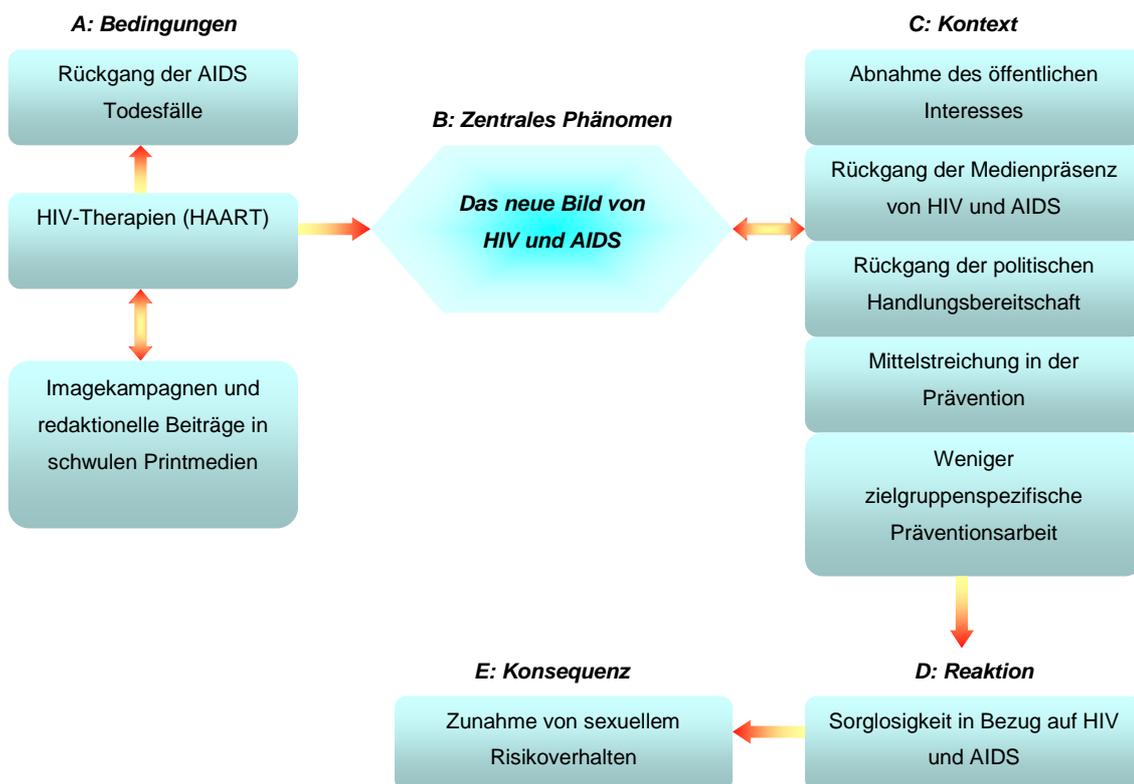
Ergebnisse

19. Hypothese: Die medizinischen Behandlungsmöglichkeiten einer HIV-Infektion werden positiv wahrgenommen.

20. Hypothese: Die Nachricht über den „Supervirus“ erschüttert das neue Bild von HIV und AIDS und hat somit präventive Effekte auf das „safer Sex“ Verhalten homosexueller Männer.

Aus diesen Hypothesen abgeleitet, konnte als zentrale Ursache für die zunehmende Sorglosigkeit und ein damit verbundenes erhöhtes Risikoverhalten bei MSM das „neue Bild von HIV und AIDS“ identifiziert werden. Das paradigmatische Modell der „Grounded Theory“ erlaubt an dieser Stelle eine sehr vereinfachte und schematische Zusammenfassung der Ergebnisse.

Bild 10: Eigene schematische Darstellung des paradigmatischen Modells mit dem neuen Bild von HIV und AIDS als zentrales Phänomen bei homosexuellen Männern



8 Fazit und Ausblick

Die im Rahmen dieser Arbeit aufgestellten Hypothesen bestätigen die eingangs erwähnte Annahme, dass HIV-Therapien, und die damit zusammenhängenden Imagekampagnen der Pharmahersteller, das sexuelle Risikoverhalten homosexueller Männer negativ beeinflussen, nur eingeschränkt. Es kann hier zwar aufgrund der Ergebnisse eine Mitverantwortung angenommen werden, aber als zentrale Ursache für die zunehmende Sorglosigkeit und das damit verbunden erhöhte sexuelle Risikoverhalten bei MSM wurde das Phänomen „das neue Bild von HIV und AIDS“ identifiziert.

Zu den Begriffen HIV und AIDS gibt es keine klaren Bilder mehr. HIV zum bloßen Namen für etwas, das zunehmend unsichtbar wird, und daher entweder immer weniger existent oder zumindest immer weniger betroffen macht. Daneben werden u. a. durch die Imagekampagnen neue Bilder entworfen und werden durch das Medium schwule Printmedien in die Gruppe der homosexuellen Männer transportiert. Diese Imagekampagnen spiegeln die neue „Machbarkeit der Medizin“ wieder, die das „neue Bild von HIV und AIDS“ entscheidend geprägt hat.

Das Vollbild AIDS nimmt durch die Therapien immer mehr ab, wird weniger sichtbar und verschwindet so zunehmend aus dem Bewusstsein der Öffentlichkeit und des Einzelnen. Durch die Behandlungsmöglichkeiten ist HIV heute zu einer beherrschbaren chronischen Erkrankung geworden, die Lebensqualität und Lebenserwartung steigern lassen. Dieses Bild verdrängt immer mehr die Gleichung HIV gleich AIDS gleich Tod. Zum heutigen Zeitpunkt muss die Gleichung lauten: HIV gleich Therapie gleich chronische Erkrankung und stellt somit eine große Herausforderung für die Prävention dar. Sie muss mit der paradoxen Situation umgehen, der Veränderung des Krankheitsverlaufs durch HAART Rechnung zu tragen und gleichzeitig die noch andauernde Unheilbarkeit nicht aus dem Blick zu verlieren. Mit anderen Worten sowohl das mögliche Leben mit HIV als auch den Tod durch AIDS zu vermitteln. Aber wie soll die Botschaft aussehen? Infiziert euch nicht, denn die Krankheit ist tödlich, aber wenn ihr sie habt, könnt ihr gut damit leben? Aus diesem Paradox führt kein rationaler Weg. Es ist gut möglich, dass ein Teil des zunehmenden Risikoverhaltens, dass trotz guter Aufklärung über die Risiken zu beobachten ist, auch auf diese paradoxe Botschaft zurückzuführen ist. An dieser Stelle soll nicht die Aufklärungsarbeit der BZgA und der Aidshilfen als sinnlos abgetan werden. Aber sie reicht nicht mehr aus. Unserer Meinung nach sollte über eine Re-Emotionalisierung der Präventionsarbeit nachgedacht werden, da die rein an die Vernunft appellierende Aufklärung offenkundig hier nicht mehr genügt. Im Rahmen größer angelegter Kampagnen könnten Schock und Angst als Mittel der Arbeit, nicht als deren Ziel (!) bedacht werden. Die Reaktionen auf die Nachricht des Supervirus legen für uns diesen Schluss nahe. Hier wurde offensichtlich in kürzester Zeit eine breite Masse vom

Fazit und Ausblick

Thema HIV und AIDS angesprochen. Das hatte die Konsequenz, zumindest bei der Mehrheit unserer Interviewpartner, dass dieses Thema und die Notwendigkeit von „safer Sex“ wieder ins Bewusstsein zurück gerufen wurde. An dieser Stelle wäre es für uns sehr interessant, weiterführende Untersuchungen anzustreben um folgende Frage stellen zu können: Wie sollten deiner Meinung nach Präventionskampagnen heute aussehen, damit sich dich berühren oder dich ansprechen? Wir sind der Meinung, dass grade im Hinblick auf die zunehmende Unsichtbarkeit der Krankheit wieder Bilder der Infektion und deren Auswirkungen in die Köpfe der Menschen gebracht werden sollten. Bilder die nicht in erster Linie, wie in vielen Imagekampagnen der Pharmaunternehmen eine schöne, heile Welt suggerieren, sondern Bilder die den psychosozialen Belastungen einer HIV-Infektion wie z. B. Depression, Todesangst, sozialer Ab-, und Ausgrenzung sowie dem physischem Leiden an der Krankheit bis hin zum Tod Ausdruck verleihen und auch die Folgen der Therapie nicht unerwähnt lassen. Das weiter auszuführen und näher zu untersuchen könnte Aufgabe der Prävention in Zukunft sein, zumindest sollte wieder darüber nachgedacht werden. Dabei ist es wichtig, HIV und AIDS als Wahrnehmungsprobleme zu begreifen. Die Wahrnehmung von HIV und AIDS hat jeweils kulturelle, sozioökonomische, psychosoziale Dimensionen und das bedeutet, dass in Zukunft wieder in verstärktem Maße zielgruppenorientierte Prävention entworfen werden muss. Dabei muss grade im homosexuellen Bereich beachtet werden, dass sich hinter MSM schon lange keine einheitliche Gruppe mehr verbirgt, sondern Menschen unterschiedlicher Generation, Herkunft und Kultur. Hier muss sehr genau geklärt werden, welche unterschiedlichen psychosozialen Ursachen zur Bereitschaft beitragen, Risikoverhalten zu praktizieren. Aber solche Untersuchungen kosten Geld und von staatlicher Seite wäre es hier dringend notwendig, wieder ausreichend finanzielle Mittel zur Verfügung zu stellen. Die Bereitschaft ist hier jedoch sehr gering, da durch die „Normalisierung“ von HIV und AIDS keine Notwendigkeit mehr gesehen wird. Hierzu Roger Kusch, seines Zeichens Innensenator von Hamburg und selbst zur Hauptbetroffenengruppe der MSM gehörend: *„Heute ist HIV nicht mehr anders wahrzunehmen als andere Krankheiten“* (Kusch 2005).

Wenn so der politischen (Un-) Wille demonstriert wird, kann es für die Prävention schwer sein, in Zukunft auf das „neue Bild von HIV und AIDS“ mit allen erforderlichen Mitteln zu reagieren. Bis dahin bleibt uns nur folgende Botschaft an die Pharmahersteller: Es ist gut, mit hoffnungsvollen Bildern Mut zu machen. Aber es gibt eine Verantwortung, daraus nicht Übermut werden zu lassen.

9 Literaturverzeichnis

- AGGLETON, PETER (1999):** HAART und die AIDS Prävention - eine Herausforderung für die Zukunft. In: AIDS Infothek 04/99, Berlin: 1999, 11. Jahrgang. S. 4-10.
- ALTFELD, MARKUS; WALKER, BRUCE (2005):** Die akute HIV-1-Infektion. In: HIV.NET 2005. Hrsg.: Hoffmann, Christian; Rockstroh, Jürgen; Kamps, Sebastian. Wuppertal: Steinhäuser Verlag 2005. S. 81-87.
- BENGEL, JÜRGEN; STRITTMATTER, REGINE; WILLMANN, HILDEGARD (1998):** Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese - Diskussion und Stellenwert. Hrsg.: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 5. Aufl. Köln: 2000 (Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung Band 6)
- BOCHOW, MICHAEL (2003):** Schwule Männer und AIDS. Risikomanagement in Zeiten der sozialen Normalisierung einer Infektionskrankheit. Hrsg.: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Berlin: 2003
- BOCHOW, MICHAEL; WRIGHT, MICHAEL (2004):** AIDS-Wie leben schwule Männer heute? Kurzfassung einer Studie im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Hrsg.: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Köln: 2004
- BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG, BZGA (2005):** AIDS im öffentlichen Bewusstsein der Bundesrepublik Deutschland 2004. Wissen, Einstellungen und Verhalten zum Schutz vor AIDS. Kurzfassung. Hrsg.: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln: 2005
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, CDC (1981):** Pneumocystis pneumonia in Los Angeles. MMWR 1981; 30. S. 250-252.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, CDC (1982a):** Epidemiologic notes and reports persistent, generalized lymphadenopathy among homosexual males. MMWR 1982; 31. S. 9.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, CDC (1982b):** Pneumocystis carinii. Pneumonia among Persons with Hemophilia A. In: Epidemiologic Notes and Reports 1982; 31. S. 365.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, CDC (1985):** Provisional Public Health Service inter-agency recommendations for screening donated blood and plasma for antibody to the virus causing acquired immunodeficiency syndrome. 1985; 34: S.1-5.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, CDC (1993):** 1993 revised classification system for HIV Infection and expanded surveillance case definition for AIDS among adolescents and adults"; MMWR 1992; 41. S. 1-19.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, CDC (2005):** Public Health Service Guidelines for the Management of Health-Care Worker Exposures to HIV and Recommendations for Postexposure Prophylaxis. In: MMWR 47(RR-7); S. 1-28, actualised May 2005.
- CREPAZ, N.; HART, T.; MARKS, G. (2004):** Highly active antiretroviral therapy and sexual risk behavior: a meta-analytic review. In: JAMA 2004, 292 (2). S. 224-236.

Literaturverzeichnis

- DANNEKER, MARTIN (2000):** Sind wir auspräventioniert? Plenarvortrag anlässlich des 8. Deutschen AIDS Kongresses, Berlin: 2000
- D' ARMINIO, M. et. al. (2000):** Insights into the reasons for discontinuation of the first HAART regimen in a cohort of antiretroviral patients. In: AIDS-Official Journal of the international AIDS Society, Volume 14, 2000, S. 499-507. Unter: <http://www.aidsonline.com>, besucht am 16.04.2005
- D' ARMINIO, M.; SABIN, C.; PHILLIPS, A. et. al. (2005):** The changing incidence of AIDS events in patients receiving highly active antiretroviral therapy. In: Archives of Internal Medicine 2005. Volume 4165, No. 4. S. 416-423.
- DE ZWART et. al. (1998):** Anal Sex and gay men: the challenge of HIV and beyond. In: Journal of Psychology and Human Sexuality, Vol. 10, No. 3-4, 1998. S. 89-102.
- DEUTSCH-ÖSTERREICHISCHE EMPFEHLUNGEN ZUR POSTEXPOSITIONELLEN PROPHYLAXE DER HIV-INFEKTION (2003):** Deutsche Medizinische Wochenschrift, Thieme Verlag, Stuttgart: 2003. Ausgabe 128; S. 36-50.
- DIERICH, MICHAEL (2005):** unter: <http://derstandard.at/>; besucht am 03 Juni 2005
- DILLEY, JAMES; WOODS, W.; MCFARLAND, W. (1997):** Are Advances in Treatment Changing Views about High Risk Sex? In: New England Journal of Medicine 1997. 337, 7, S. 501.
- FREY, FRITZ (2003):** AIDS-Gefahr: Die Pharmaindustrie verharmlost das Killervirus. ARD Reportage vom 06.10.2003. Unter: <http://www.swr.de/report/archiv/sendungen/031006/02/frames.html>, besucht am 20.03.2005
- FROSCHAUER, ULRIKE; LUEGER, MANFRED (2003):** Das qualitative Interview. Zur Praxis interpretativer Analyse sozialer Systeme. Facultas Verlag, Wien: 2003
- FURRER, H. et. al. (2003):** Herausforderungen bei der HIV Langzeitbetreuung. In: Deutsche Medizinische Wochenschrift, Thieme Verlag, Stuttgart: 2003, Ausgabe 128; S. 1064-1069.
- GALLO, R.; SALAHUDDIN, S.; POPOVIC, M. et. al. (1984):** Frequent detection and isolation of cytopathic retroviruses (HTLV-III) from patients with AIDS and at risk for AIDS. In: Science 1984; 224. S. 500-503.
- GROSSMANN, THOMAS (1994):** Schwul - na und? Rowohlt Taschenbuchverlag. Reinbek bei Hamburg: 1994. Überarbeitete Neuausgabe
- HARTL, HELMUT (2003):** Geschichte der HIV Therapie-wichtige Stationen. In: AIDS Forum. AIDS im Wandel der Zeiten. Hrsg.: Deutsche Aidshilfe Berlin: 2003. S. 73-79. Teil 1
- HOFFMANN, CHRISTIAN (2005):** Die antiretrovirale HIV-Therapie. In: HIV.NET 2005. Hrsg: Hoffmann, Christian; Rockstroh, Jürgen; Kamps, Sebastian. Wuppertal: Steinhäuser Verlag 2005. S. 91-266.
- HOPF, CHRISTEL (2000):** Qualitative Interviews - Ein Überblick. In: Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Hrsg.: Flick, U.; Kardoff von, E.; Rowohlt Taschenbuch Verlag Hamburg: Originalausgabe 2000, S. 349-360.

Literaturverzeichnis

- HOSSEINIPOUR, M.; COHEN, M.; VERNAZZA, P. et. al. (2002):** Can antiretroviral therapy be used to prevent sexual transmission of HIV type 1. In: Clinical Infection Diseases 2002, No. 34. S. 1391-1395.
- JAEGGI, E.; FAAS, A. (1993):** Denkverbote gibt es nicht. In: Psychologie und Gesellschaftskritik. 1993, Jahrgang 17, Nr. 67/68, Heft 3/4, S. 141-162.
- JESSEN, HEIKO (2005):** Moderne HIV-Therapie verbessert Lebensqualität. In: Sergej Berlin, Ausgabe 06, 2005, S. 31
- KAMPS, SEBASTIAN (2005):** Grundlagen der HIV Epidemie. In: HIV.NET 2005.Hrsg: Hoffmann, Christian; Rockstroh, Jürgen; Kamps, Sebastian. Wuppertal: Steinhäuser Verlag 2005. S. 21-39.
- KETTERER, ARMIN (1998):** Strukturelle Prävention im theoretischen Kontext und als Spiegel der Zeit: Vorbilder, Einflüsse, Abgrenzungen, Merkmale. In: Strukturelle Prävention. Ansichten zum Konzept der Deutschen Aidshilfe. Hrsg.: Deutsche Aidshilfe. Berlin: 1998. S.39-55 Band XXXIII
- KIRBACH, ROLAND (2004):** AIDS-Die Rückkehr zum Leichtsinn. In: Die Zeit, Hamburg:2004, Ausgabe 49, S. 15-16
- KLAUSNER, JIM et. al. (2002):** Are HIV drug advertisements contributing to increases in risk behaviour among men in San Francisco? In: AIDS-Official Journal of the international AIDS Society, Volume 16, 2002, S. 2349-2350.
Unter: <http://www.aidsonline.com>, besucht am 13.04.2005
- KNITTEL, HANNELORE; HÖPFNER, CHRISTINE (1999):** Aidshilfe in Deutschland. In: Aids Infothek, Bern, 04/1999, S. 9-15. 11. Jahrgang
- KURTH, REINHARD (2005):** Keine Entwarnung bei HIV und AIDS in Deutschland. Unter: Pressearchiv des RKI. www.rki.de, besucht am 19.04.2005
- KUSCH, ROGER (2005):** MOPO - Interview anlässlich des Christopher Street Day 2005. In: Hamburger Morgenpost vom 09.06.2005, S.12.
- LORENZEN, THORE (2005):** Postexpositionsprophylaxe (PEP). In: HIV.NET 2005. Hrsg.: Hoffmann, Christian; Rockstroh, Jürgen; Kamps, Sebastian. Wuppertal: Steinhäuser Verlag 2005. S. 660-669.
- MARCUS, ULLRICH DR. (2002):** Zunahme von sexuellen Risikoverhalten und sexuell übertragbaren Infektionen bei homosexuellen Männern. In: Bundesgesundheitsblatt. Springer Verlag, Hamburg: 2002, Nr.45. S. 40-46.
- MATT, EDUARD (2000):** Darstellung qualitativer Forschung. In: Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Hrsg.: Flick, U; Kardoff von, E.; Rowohlt Taschenbuch Verlag Hamburg: Originalausgabe 2000, S. 578-587.
- MAYRING, PHILIPP (2000):** Qualitative Inhaltsanalyse. In: Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Hrsg.: Flick, U; Kardoff von, E.; Rowohlt Taschenbuch Verlag Hamburg: Originalausgabe 2000, S. 468-475.
- MEYSTRE-AUGUSTONI, GIOVANNA (2004):** Die antiretrovirale Kombinationstherapie aus Sicht der Patienten“; In: AIDS Infothek, Bern: 2004, 1. Jahrgang

Literaturverzeichnis

- MINTZE, BARBARA (2002)** Verbraucherwerbung für rezeptpflichtige Arzneimittel: Sinnvoll oder schädlich? Zu den Vorschlägen der Europäischen Kommission. Unter: http://www.bukopharma.de/Pharma-Brief/PB-Archiv/2002/2002_01_spezial.pdf, besucht am 15.03.2005, S. 1-8.
- MOCROFT, A.; KATLAMA, C; LEDERGERBER, B. (2003):** Decline in the AIDS and death rates in the EuroSIDA study: an observational study. In: EuroSIDA: A multicentre study. Kopenhagen: 2003, S. 60.
- NEUBER, HARALD (2003):** Fruchtsaft, Butterbrot und AIDS. Unter: <http://www.ct.heise.de>, besucht am 14.04.2005
- NEUMANN, TILL (2005):** HIV und Herzerkrankungen. In: HIV.NET 2005. Hrsg.: Hoffmann, Christian; Rockstroh, Jürgen; Kamps, Sebastian. Wuppertal: Steinhäuser Verlag 2005. S. 589 - 596.
- NEW PERFORMANCE (2002):** HIV-Werbung in der Kritik. Aus: Pressemitteilungen 11/2002 der Werbeagentur NEW PERFORMANCE
Unter: <http://www.new-performance.de/presse>, besucht am 23.06.2005
- o. V. (a) (2001):** Mehr Medikamentenwerbung? In BUKO-Pharmabrief Nr. 10. Aus: <http://www.bukopharma.de>, besucht am 14.02.2005, S. 3-4.
- o.V. (b) (2002):** Pharma-Werbung: Patienten lassen sich nicht vor den Karren der Industrie spannen. In: BUKO-Pharmabrief Nr. 3.
Unter: http://www.bukopharma.de/Pharma-Brief/PHBF200203Seite1_3.htm, besucht am 14.02.2005, S. 2.
- OSTROW, DAVID E., FOX, KELLY; CHMIEL, JOAN et al. (2002):** Attitudes towards highly active antiretroviral therapy are associated with sexual risk taking among HIV-infected and uninfected homosexual men. In: AIDS-Official Journal of the international AIDS Society, Volume 16, 2002, S. 775-780.
- PIOT, P, QUINN T., TAELEMAN H, et. al. (1984):** AIDS in a heterosexual population in Zaire. In: The Lancet 1984, 2. S.65-69.
- PLÜMER, FRANK (2003):** Benetton-Werbung: Stern siegt erneut vor dem Bundesverfassungsgericht. Unter: <http://www.stern.de/presse/stern/index.html>; besucht am 14.02.2005
- PROPELLA, ELLA (2002):** So selbstverständlich wie Butterbrot essen. In: Ourmunich, München: 2002, Ausgabe 09, S. 34.
- ROBERT KOCH INSTITUT, RKI (2004):** Epidemiologisches Bulletin. HIV Infektionen und AIDS Erkrankungen in Deutschland. Hrsg.: Robert Koch Institut Berlin; Halbjahresbericht II/2004
- ROBERT KOCH INSTITUT, RKI (2005a):** HIV Infektionen und AIDS Erkrankungen in Deutschland. Hrsg.: Robert Koch Institut Berlin; Halbjahresbericht II/2004. Sonderausgabe A, 2005.
- ROBERT KOCH INSTITUT, RKI (2005b):** Syphilis in Deutschland 2004. In: Epidemiologisches Bulletin 2005. Hrsg.: Robert Koch Institut. Berlin. Nr. 26/2005
- ROCKSTROH, J.K. et. al. (2004):** HIV Infektion: Moderne antiretrovirale Therapie“; Deutsche Medizinische Wochenschrift, Thieme Verlag Stuttgart: 2004, Ausgabe 129; S. 1921-1924.

Literaturverzeichnis

- ROSEBROCK, ROLF et. al. (1999):** Die Normalisierung von AIDS in Westeuropa. Der Politikzyklus am Beispiel einer Infektionskrankheit. Wissenschaftszentrum für Sozialforschung Berlin:1999. P99-201
- ROSEBROCK, ROLF (2002a):** AIDS Prävention-eine gefährdete Innovation. In: Retrovirus Bulletin, Erlangen: 2004, Nr. 4, S. 7-8.
- ROSEBROCK, ROLF (2002b):** Aidspolitik, Gesundheitspolitik und Schwulenpolitik. In: Die Normalisierung von AIDS. Politik - Prävention - Krankenversorgung. Hrsg.: Rosebrock R.; Schaeffer, D. edition sigma, Berlin 2002; S. 111-127.
- ROSEBROCK, ROLF; SCHAEFFER, DORIS (2003):** AIDS - Vom Ausnahmezustand zur Normalität. In: AIDS im Wandel der Zeiten Teil 1. Hrsg.: Deutsche Aidshilfe. Berlin: 2003. S. 9-18. Band 47.
- RUDER, DIRK (2003):** Pharmaunternehmen und andere AIDS-Katastrophen. Unter: <http://www.etuxx.de>, besucht am 14.04.2005
- SCHIEFERSTEIN, CHRISTIANE; BUHK, THOMAS (2005):** Management von Nebenwirkungen. In: HIV.NET 2005. Hrsg.: Hoffmann, Christian; Rockstroh, Jürgen; Kamps, Sebastian. Wuppertal: Steinhäuser Verlag 2005. S. 267-286.
- SCHMIDT, CHRISTIANE (2000):** Analyse von Leitfadenterviews. In: Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Hrsg.: Flick, U.; Kardoff von, E.; Rowohlt Taschenbuch Verlag Hamburg: Originalausgabe 2000, S.447-456.
- SCHWARZE, SIEGFRIED (2005):** Soll Werbung für HIV-Medikamente freigegeben werden? In: Projektinformation. Hrsg.: Projekt Information e. V. München: 2005, S. 8-10. Jahrgang 13
- STOLTE, I.; DUKERS, N.; GESKUS, R. et. al. (2004):** Homosexual men change to risky sex when perceiving less threat of HIV/AIDS since availability of highly active antiretroviral therapy: a longitudinal study. In: AIDS-Official Journal of the international AIDS Society, Volume 18, 2004, 18. S. 303-309.
- STOLZE, CORNELIA (2003):** Potente Tipps für Pelè. In: Die Zeit, Hamburg: 2003, Ausgabe 38, S. 39.
- STRAUSS, ANSELM; CORBIN, JULIET (1996):** Grounded Theory: Grundlagen qualitativer Sozialforschung. Psychologie Verlags Union, Weinheim: 1996.
- THIERFELDER, CLAUDIA DR.; KESSLER BODIANG, CLAUDIA DR. (2003):** HIV und AIDS. Übersichtspapier für die internationale Zusammenarbeit. Hrsg.: Schweizerische Direktion für Entwicklung und Zusammenarbeit (DEZA), 2003
- VIELHABER, BERND (2001):** Die FDA mahnt pharmazeutische Unternehmen wegen ihrer HIV-Medikamentenwerbung ab. In: Fax Report der Deutsche Aidshilfe, Berlin: 2001, Ausgabe 08, S. 2.
- VIELHABER, BERND (2002):** Hofberichterstattung für Abbott - In redaktionellen Beitrag schlecht versteckte Produktwerbung für Kaletra. In: Fax-Report der Deutschen Aidshilfe, Berlin: 2002. Ausgabe 13, S. 3-4.
- WEIKERT, MATTHIAS (2003):** BUG Hamburg, Amt für Gesundheits- und Verbraucherschutz, G 3319, 2003

Literaturverzeichnis

- WIEßNER, PETER (2004):** AIDS und Werbung. In: AIDS im Wandel der Zeit. Hrsg.: Deutsche Aidshilfe e. V. Berlin: 2004, S. 47-54. Teil 2, Band 47
- WITZEL, ANDREAS (1985):** Das problemzentrierte Interview. In: Qualitative Forschung in der Psychologie. Hrsg.: Jüttmann, G.; Weinheim, Basel: Beltz 1985, S. 227-255.
- WOLF, EVA (2005):** Resistenzen. In: HIV.NET 2005. Hrsg: Hoffmann, Christian; Rockstroh, Jürgen; Kamps, Sebastian. Wuppertal: Steinhäuser Verlag 2005. S. 313-332

10 Abkürzungsverzeichnis

AIDS: (engl.) Acquired Immundeficiency Syndrom

ARD: Arbeitsgemeinschaft der öffentlich – rechtlichen Rundfunkanstalten der BRD

BMS: BRISTOL MYERS SQUIPP

BRD: Bundesrepublik Deutschland

BUKO: Bundeskongress entwicklungspolitischer Aktionsgruppen

BZgA: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

ca. : Circa

CDC: Centers for Disease Control and Prevention

CSD: Christopher Street Day

d. Verf.: der Verfasser

d.h.: das heißt

DAH: Deutsche Aidshilfe e.V.

dt.: deutsch

e.V.: eingetragener Verein

engl.: englisch

et. al. : et alteri; (dt.) und andere

etc. : etcetera: und so weiter

EU: Europäische Union

ff.: fort folgend

GG: Grundgesetz

GSK: GLAXO SMITH KLINE

HAART: (engl.) Highly active antiretroviral therapy

HAI: Health Action International: intern. Netzwerk für rationalen Medikamentengebrauch

HAW: Hochschule für angewandte Wissenschaften

HIV: (engl.) Human Immunodeficiency Virus

Hrsg.: Herausgeber

HWG: Heilmittelwerbegesetz

i.v.: intravenös

LDS: Lipodystrophiesyndrom

ml: Milliliter

MSM: Männer, die Sex mit Männern haben

o.V.: ohne Verfasser

OI: opportunistische Infektionen

PEP: Postexpositionsprophylaxe

RKI: Robert Koch Institut Berlin

Abkürzungsverzeichnis

RNA: (engl.) ribonucleic acid; (dt.) Ribonucleinsäure (RNS)

S.: Seite

s.: siehe

SM: Sadomasochismus: sexuelle Spielart

sog. : so genannte

STD: (engl.) sexual transmitted diseases; (dt.) sexuell übertragbare Krankheiten

u. a.: unter anderem

UN: (engl.) United Nations; (dt.) Vereinte Nationen

UNAIDS: The Joint United Nations Program on HIV / AIDS

US\$: Amerikanische Dollar

USA: United States of America

usw. : und so weiter

UWG: Gesetz gegen unlauteren Wettbewerb

VFA: Verband führender Arzneimittelhersteller

vgl.: vergleiche

WHO: World Health Organisation

z. B.: zum Beispiel

Eidesstattliche Erklärung

11 Eidesstattliche Erklärung

Ich, Petra Brüggmann-Dell Missier versichere, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbstständig verfasst und nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht. Die Kapitel 2 und 4 wurden von mir eigenständig verfasst. Alle weiteren Kapitel und Teile dieser Arbeit habe ich gemeinsam mit Herrn Markus E. Plattfaut angefertigt.

Hamburg, den 09.08.2005

Ich, Markus E. Plattfaut versichere, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbstständig verfasst und nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht. Die Kapitel 3 und 5 wurden von mir eigenständig verfasst. Alle weiteren Kapitel und Teile dieser Arbeit habe ich gemeinsam mit Frau Petra Brüggmann-Dell Missier angefertigt.

Hamburg, den 09.08.2005

Anhang M: Methodische Instrumente

Interviewleitfaden

Einleitung

Zu beachten ist:

- Klärung von **Anrede**: Du oder Sie
- Wie kam das Gespräch zustande ("**recall**"): "Du hast Dich ja am auf unsere Aushang gemeldet..."
- **Anonymität** zusichern
- Um **Pseudonym** bitten
- **Erlaubnis** einholen für **Tonbandmitschnitt** (Begründung für Tonbandaufzeichnung geben: präzise Aufzeichnung nötig für wissenschaftliche Analyse) und Mitschreiben des Interviews – Tonband wird nach der Transkription vernichtet, Transkript wird anonymisiert.
- **Absolute Freiwilligkeit** an Teilnahme bestätigen...jederzeit Abbruch des Interviews möglich!
- **Dauer** des Gespräches klären
- **Wie geht man im Interview vor?** Rollen von Markus Plattfaut (Gesprächspartner) und Petra Brüggmann (Beobachterin) klären. Power Point Präsentation (Bilderteil) und Fragebogen am Ende (Grund hierfür – biographische Daten, die wichtig für Analyse sind) erwähnen.

Fragestellung klären

- Unser Thema und uns noch einmal vorstellen.

1. Die Bedeutung von HIV und AIDS (Einstiegsfragen)

- Welche Bedeutung hat das Thema HIV und AIDS für Dich?
- Wie und wann bist Du zum ersten Mal mit dem Thema HIV und AIDS konfrontiert worden?
- Was hat es bei Dir ausgelöst?

2. HIV-Neuinfektionen

- Die HIV-Neuinfektionsrate bei homosexuellen Männern steigt wieder an. Kannst Du Dir erklären, warum das so ist?

3. Die Bedrohung durch HIV

- AIDS, das war einmal ein Wort, das Angst machte. Ein Wort für eine unheilbare Krankheit. Wie siehst Du das heute? Hast Du das Gefühl, dass HIV und AIDS für uns in Deutschland noch eine Gefahr darstellt?
- Stell Dir vor, bei Dir würde HIV diagnostiziert. Was denkst Du: Wie würde sich Dein Leben verändern?

4. HIV-Prävention

- Was weißt Du über HIV- Prävention? Ist Dir klar, was dieses Wort bedeutet?

5. Safer Sex

- Welche Bedeutung hat für Dich Safer Sex? (Schlagwörter: z.B. Kondombenutzung, "spucken statt schlucken“, etc ...)

6. Kombinationstherapie

- Was weißt Du über die medizinischen Behandlungsmöglichkeiten bei einer HIV-Infektion?

7. Bildteil (Powerpointpräsentation)

- Jetzt zeigen wir Dir ein paar Bilder, die etwas mit HIV und AIDS zu tun haben. Welche Assoziationen hast Du zu den einzelnen Bildern?

8. Aus aktuellem Anlass: Frage zum „Supervirus“

- Wie geht es Dir heute mit der Nachricht über den neuen sog. "Supervirus", der vor einiger Zeit in New York entdeckt wurde?

Abschluss

- Warum hast Du am Interview teilgenommen?
- Wir kommen langsam zum Ende unseres Interviews, möchtest Du noch etwas ansprechen oder loswerden?
- Gibt es Deiner Meinung noch etwas Wichtiges zu diesem Thema, worüber wir noch nicht gesprochen haben?
- Auf Bochow-Fragebogen hinweisen mit der Bitte, Ihn auszufüllen und Grund noch einmal nennen.

Vielen Dank für das Gespräch und für Deine Offenheit!

Schriftlicher Fragebogen

Interviewnummer: Pseudonym mit Datum des Interviews

In welchem Jahr bist Du geboren?

19__

Was beschreibt Deinen Familienstand im Moment am ehesten?

In einer Partnerschaft sein und zusammen lebend	<input type="checkbox"/>
In einer Partnerschaft sein, aber nicht zusammen lebend	<input type="checkbox"/>
Single	<input type="checkbox"/>
Mit mehreren Partner eine Partnerschaft haben	<input type="checkbox"/>
Offene Beziehung	<input type="checkbox"/>

Welchen Schulabschluss hast Du?

Haupt- oder Volksschule	<input type="checkbox"/>
Mittlere Reife	<input type="checkbox"/>
Abitur oder Fachabitur	<input type="checkbox"/>
Fachhochschulabschluss	<input type="checkbox"/>
Hochschulabschluss	<input type="checkbox"/>
Sonstiges	<input type="checkbox"/>

Anhang M: Methodische Instrumente

Interviewnummer: _____

Welche berufliche Stellung nimmst Du gegenwärtig ein?

Einfacher oder mittlerer Angestellter	<input type="checkbox"/>
Höherer oder leitender Angestellter	<input type="checkbox"/>
Beamter des einfachen oder mittleren Dienstes	<input type="checkbox"/>
Beamter des gehobenen oder höheren Dienstes	<input type="checkbox"/>
Ungelernter oder angelernter Arbeiter	<input type="checkbox"/>
Facharbeiter	<input type="checkbox"/>
Freiberuflich Tätiger (z.B. Architekt...)	<input type="checkbox"/>
Selbstständiger (z.B. Handwerker...)	<input type="checkbox"/>
Arbeitssuchender	<input type="checkbox"/>
Rentner bzw. Frührentner	<input type="checkbox"/>
Wehr- oder Ersatzdienstleistender	<input type="checkbox"/>
Student	<input type="checkbox"/>
Auszubildender	<input type="checkbox"/>
Schüler	<input type="checkbox"/>
Sonstiges	<input type="checkbox"/>

Hast Du Kinder?

Ja	<input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>

Anhang M: Methodische Instrumente

Interviewnummer: _____

Ist Deine Homosexualität folgender Personen bekannt bzw. akzeptiert?				
	Weiß nicht?	Bekannt	Akzeptiert	Nicht akzeptiert
Vater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mutter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geschwister	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeitskollegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heterosexuelle Freunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ließt Du so genannte „schwule Printmedien“?

Ja	<input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>

Wenn ja, welche?

HINNERK (Regional - Norden)	<input type="checkbox"/>
DU & ICH (Überregional)	<input type="checkbox"/>
SERGEJ (Regional - München)	<input type="checkbox"/>
SIEGESSÄULE (Regional – Berlin)	<input type="checkbox"/>
MÄNNER AKTUELL (Überregional)	<input type="checkbox"/>
BOX.DE (Überregional)	<input type="checkbox"/>
OUR MUNICH (Regional - München)	<input type="checkbox"/>
QUEER (Überregional)	<input type="checkbox"/>
GAB (Regional – Rhein - Main)	<input type="checkbox"/>
MATE (Überregional)	<input type="checkbox"/>
RIK (Regional Rhein-Ruhr)	<input type="checkbox"/>
SERGEJ (Regional – Berlin)	<input type="checkbox"/>
EXIT (Regional - Ruhrgebiet)	<input type="checkbox"/>
SONSTIGE (bitte angeben, welche):	<input type="checkbox"/>

Interviewprotokoll / Postskriptum

Rahmenbedingungen:

Interviewnummer : _____
Name : _____
Datum : _____
Ort : _____
Beginn : _____
Ende : _____
Anwesende : _____
Erstkontakt über : _____

Postskriptum:

Wie hast Du das Gespräch empfunden? Bezüglich:

Gesprächsdynamik: _____

Gesprächsverhalten: _____

Atmosphäre: _____

Störungen: _____

Auffälligkeiten: _____

Anhang M: Methodische Instrumente

War Dir der Gesprächspartner sympathisch? Mit Begründung:

Anmerkungen zu möglichen Auswirkungen der sozialen Situation im Interview auf die Aussagen (erste Annahmen der Interviewer):

Was wurde gesagt, nachdem das Tonband ausgestellt wurde?

Welche Bedeutung könnte das Interview für die befragte Person gehabt haben?

Welche Gesprächsstellen sind hinsichtlich des Interviewkontextes besonders sorgfältig zu analysieren? _____

Hast Du Änderungen im Leitfaden vorgenommen? Wenn ja, warum?

Was sind die wichtigsten Gesprächsinhalte, die dir im Gedächtnis geblieben sind?

Sonstige Bemerkungen:

Aushang

HIV: Sorglos durch Vertrauen auf Therapie?

Wir sind zwei Studenten (w/m) der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg im Studiengang „Gesundheit“. Im Rahmen unserer Diplomarbeit führen wir eine Studie mit Hilfe von Interviews durch. Hierbei geht es um mögliche Auswirkungen der HIV - Kombinations-therapie und deren Vermarktungsstrategien seitens der Pharmaindustrie auf das präventive Verhalten homosexueller Männer.

Und dafür brauchen wir Deine Unterstützung!!

Falls Du bereit bist, Dich für ein ca. einstündiges Interview zur Verfügung zu stellen, Du männlich, homosexuell und zwischen 20 - 50 Jahre alt bist, dann würden wir uns freuen, wenn Du Dich bei uns meldest.

Hier unsere Kontaktdaten:

Telefon: 040/55 57 56 56

e-mail: diebefragung@web.de

Selbstverständlich bleiben Du und Deine Daten anonym!

Wir freuen uns auf Dich!

Petra & Markus

Tel: 040/55 57 56 56 e-mail: diebefragung@web.de								
--	--	--	--	--	--	--	--	--

Anhang P: Portraits

Ernie, 31 Jahre

„Also HIV ist schon immer präsent und verändert massiv die SEXUALITÄT“.

Kontaktaufnahme: Der Kontakt zu Ernie erfolgt eher zufällig. Im Rahmen einer Arbeitsgruppe bei HEIN & FIETE lernen wir Ernie als festen Mitarbeiter der Einrichtung kennen. Es stellt sich heraus, dass er ebenfalls eine Diplomarbeit mit qualitativer Methodik geschrieben hat und so bitten wir ihn, sich für uns für ein Probeinterview zur Verfügung zu stellen. Von Vorteil ist hier, dass Ernie sowohl mit der Methodik als auch mit dem Thema „HIV und AIDS“ vertraut ist. Ernie stimmt der Teilnahme an dem Probeinterview sofort zu und der Termin findet am 15.04.2005 in Markus Wohnung statt.

Interview: Ernie erscheint leicht verspätet und etwas erschöpft zum vereinbarten Termin. Er kommt direkt von der Arbeit. Das Interview verläuft sehr offen und freundlich. Ernie verliert während des Interviews manchmal den Faden, besonders während der visuellen Teils.

Ernie ist 31 Jahre alt und arbeitet als Psychologe bei HEIN & FIETE. Er lebt seit längerem in einer offenen Fernbeziehung. Ernie ist kinderlos und seine Homosexualität ist in seinem Umfeld bekannt und akzeptiert. Er liest aus beruflichen und privaten Gründen folgende schwule Printmedien: HINNERK, SIEGESSÄULE, BOX.DE, RIK, den Berliner SERGEJ sowie das kostenpflichtige Magazin MÄNNER AKTUELL.

Abschluss: Nach Beendigung des Interviews gibt Ernie uns ein konstruktives „Feedback“, sowohl in methodischer als auch inhaltlicher Hinsicht. Hier war uns sehr wichtig, ob die von uns gestellte Frage sieben. „Stell Dir vor, Du gehst zum Arzt und machst einen HIV-Test und dieser ist positiv. Was würde sich verändern?“, so vertretbar ist. Ernie findet nichts Anstößiges an dieser Frage und sagt dazu: *„Jeder hat ja das Recht, nicht auf diese Frage zu antworten.“*

Am demographischen Fragebogen fallen ihm zwei Dinge auf. Er findet sich in der bei der Frage nach der Beschreibung seines Familienstandes nicht wieder und schreibt „offene Beziehung“ neben die Ankreuzmöglichkeiten. Auch bei der Frage nach den regelmäßig gelesenen schwulen Printmedien, fügt er „Sonstige“ als weitere Antwortmöglichkeit hinzu. Am Ende des „Feedbacks“ erhalten wir Kontaktdaten für die bei HEIN & FIETE ansässige schwule Jugendgruppe „Tom & Jerry“, um so jüngere homosexuelle Männer für unsere Untersuchung direkt ansprechen zu können.

Anhang P: Portraits

Konsequenzen: Aufgrund des Hinweises von Ernie bleibt Frage 7 unverändert im Leitfaden stehen. Im demographischen Fragebogen wird die Frage nach dem Familienstand um „offene Beziehung“ erweitert. Bei der Frage nach den schwulen Printmedien wird die Antwortmöglichkeit „Sonstige“ eingefügt.

Resümee: Das zentrale Thema von Ernie im Interview ist die Veränderung der Sexualität durch HIV und AIDS. Seine Professionalität begleitet ihn auch dort, „ [...] *wo man dann ausgeht, Party macht, wo man dann unterwegs ist, da setzt der Kopf halt ein [...] oder ich guck, was machen die anderen [...]*“. Aber nicht nur die berufliche Sichtweise empfindet er als sexuelle „ [...] *Schranken [...]*“, sondern HIV und AIDS selbst. Von Ernie wird: „ [...] *so`n bisschen diese Vor-AIDS-Zeit idealisiert [...]*“, weil da „ [...] *alles war so ganz offen und ganz frei und alle haben`se durch die Gegend gepoppt*⁵⁶ [...]“.

Ernie war uns beiden sehr sympathisch und wir betrachten dieses Interview als Meilenstein unserer Untersuchung. Das überwiegend positive Feedback von Ernie hat uns für unsere weitere Arbeit sehr beflügelt.

⁵⁶ Umgangssprachlich für Geschlechtsverkehr

Jan, 38 Jahre

„Das Wort AIDS ist doch gar nicht mehr so existent wie in den 80ern, wenn dann spricht man doch nur noch von HIV, also nicht mehr von der Krankheit sondern vom Virus.“

Kontaktaufnahme: Jan meldet sich anonym per Email am 13.04.2005 auf den Aushang im Café GNOSA mit der Bitte um weitere Informationen. Am 16.04.2005 meldet sich Jan erneut telefonisch mit seinem Vornamen. In diesem Telefonat vereinbaren wir ein Interviewtermin. Am 19.04.2005 findet das Interview in Markus Wohnung statt.

Interview: Jan kommt überpünktlich zum abgesprochenen Termin. Er wirkt etwas unsicher und die Atmosphäre ist leicht angespannt. Um die Situation zu entkrampfen, bieten wir ihm etwas zu trinken an. Alle Beteiligten stellen sich in einem kurzen Vorgespräch vor. Dabei stellen Jan und Markus fest, dass sie sich vom Sehen aus der Szene kennen. Mit einer Tonbandaufzeichnung und dem „Du“ ist er sofort einverstanden. Die Anwesenheit von Petra, ist für Jan unproblematisch.

Jan ist 38 Jahre alt und lebt als Single. Er besitzt einen Hochschulabschluss und ist freiberuflich tätig. Jan hat keine Kinder. Seine Homosexualität ist bei seinen Eltern akzeptiert, Geschwister hat er keine. Auch bei Arbeitskollegen und in seinem heterosexuellen Freundeskreis ist seine Homosexualität kein Problem. Allerdings gibt er an, dass ihm nicht bekannt ist, in wie weit alle Kollegen und heterosexuellen Freunde von seiner Homosexualität wissen. Jan liest regelmäßig kostenlose, monatlich erscheinende, schwule Printmedien (HINNERK, SERGEJ für München und Berlin, SIEGESÄULE, BOX.DE und OURMUNICH). Außerdem liest er auch das Monatsmagazin MÄNNER AKTUELL und diverse internationale schwule Presse (n.n.), die kostenpflichtig sind. Mit dem Thema HIV und AIDS ist er „groß geworden“, wie er sagt

Abschluss: Das Gespräch wird von uns als schwierig empfunden. Jan wirkt teilweise distanziert und desinteressiert. Er antwortet nur zurückhaltend und knapp. Dadurch ist die Atmosphäre angespannt und insbesondere fühlt sich Markus als Interviewer unwohl. Jan wirkt auf uns beide eher unsympathisch, was teilweise an seinen „wenig interessiert“ wirkenden Antworten liegt.

Im Anschlussfeedback sprechen wir Jan auf die angespannte Gesprächssituation an. Er äußert, dass er sich „teilweise wie in der Schule gefühlt“ habe und glaubt „schlechte Antworten gegeben“ zu haben. Außerdem habe er sich bei der vorangegangenen Tonbandaufzeichnung „doch unwohler gefühlt“, als er zunächst dachte, weil das Mikro direkt vor ihm stand. Als Kritik an der Interviewsituation äußert er, dass die Frage zur HIV-Prävention viel zu allgemein und missverständlich formuliert sei.

Anhang P: Portraits

Konsequenzen: Durch Jan`s Kritik, haben wir in den folgenden Interviews kleine Veränderungen vorgenommen: Bei der Frage zur HIV-Prävention haben wir zunächst geklärt, ob der Begriff Prävention dem Gesprächspartner bekannt ist. Bei Unklarheit haben wir den Begriff mit „Vorbeugung“ übersetzt und Stichworte, wie Projekte, Kampagnen, Flyer und Institutionen etc. als „Hilfestellung“ gegeben.

Das Mikrophon wurde bei den folgenden Interviews in der Mitte des Tisches und nicht mehr direkt vor den Interviewpartnern platziert.

Resümee: Das zentrale Thema dieses Interviews ist das veränderte Bild von HIV und AIDS in der Gesellschaft: *„[...] und jetzt irgendwie hat keiner AIDS, jetzt ist man halt HIV-Positiv [...].* Ein weiteres Thema von Jan ist der moralische Aspekt der Pharmawerbung *„[...] und wieso machen DIE überhaupt Werbung für ihre Produkte...um dann halt damit auf die Menschheit losgelassen zu werden“?* Das gegenseitige Unbehagen während der Interviewsituation hatte sicherlich Auswirkungen auf die Antworten von Jan. So hatten wir abschließend den Eindruck, dass Jan schnell mit dem Interview fertig werden wollte, um der Situation zu entkommen. Im Nachgespräch bestätigte er unseren Eindruck.

Fabian, 37 Jahre

„[...] das die Aidshilfen gar nicht mehr im Bewusstsein sind, dass sie sich einfach auch ähm zurückgezogen haben als Lobbyvertretung für HIV-Positive [...]“.

Kontaktaufnahme: Fabian meldet sich per Email am 18.04.2005 auf unseren Aushang im Cafe GNOSA. Um einen Termin absprechen zu können, ruft Markus ihn zurück. Seine Stimme ist nett, freundlich und zuvorkommend. Wir verabreden uns für den darauf folgenden Tag (19.04.2005) zum Interview in Markus Wohnung.

Interview: Fabian erscheint pünktlich zum vereinbarten Termin. Er ist ein großer, kräftiger und attraktiver Mann mit einem sehr sympathischen Lächeln. Fabian wirkt anfänglich etwas verunsichert. Er kommt direkt aus dem Büro und trägt ein Hemd und Jeans und entschuldigt sich für seinen „[...] dienstlichen Auftritt. Icke trage sonst andere Klamotten“. Wir sprechen zunächst über die Rahmenbedingungen des Interviews. Fabian ist mit dem „Du“ und einer Tonbandaufnahme einverstanden. Fabians Antworten auf unsere Interviewfragen sind schnell, flüssig und offen.

Fabian ist 37 Jahre alt und arbeitet zurzeit als Volkswirt bei einer Unternehmensberatung in Hamburg. Fabian ist kinderlos und lebt in einer offenen Fernbeziehung. Seine Homosexualität ist fast allen Personen in seinem Freundeskreis bekannt und akzeptiert, bei Teilen seiner Familie (Vater und Geschwister) ist sie nicht akzeptiert.

An schwulen Printmedien liest Fabian die SIEGESSÄULE und die Berliner Ausgabe des SERGEJ.

Abschluss: Im Abschlussfeedback sagt Fabian: *„Ich finde das schon ziemlich, na recht schwul ausgelastet, Eure Fragen. Und ich find, dass das Problem liegt aber (schnauft durch) jeder, es ist ein gesellschaftliches Problem mittlerweile geworden“*. Weiter sagt er: *„[...] aber ich befürchte letztendlich, das Thema ist zu wichtig, als das es nur auf die Schwulen begrenzt bleibt [...]“*.

Außerdem spricht uns Fabian auf eine Imagekampagne des Pharmaherstellers BMS an (s. Anhang B: Bilder, S. 146). Fabian will wissen, warum wir die *„mit den beiden Schwulen in der Eigentumswohnung“* nicht in unsere Präsentation mit aufgenommen haben? Fabian ist nach Ernie und Jan der dritte Interviewpartner, der uns nach dieser Imagekampagne gefragt hat.

Konsequenzen: Nach längerer Diskussion in der Nachbesprechung des Interviews wurde entschieden, die Imagekampagne von BMS als Bild 9 in unseren visuellen Teil mit aufzunehmen.

Anhang P: Portraits

Interessante Aspekte: Nach Beendigung des Interviews entwickelt sich eine Diskussion, in der es u. a. um „[...] diese elitären Schwulen [...]“ und das „[...] KASTENDENKEN“ geht. Fabian erzählt in diesem Zusammenhang von seiner ehemaligen Arbeit bei der Berliner Kinder-Aidshilfe: „[...] und da kamen heterosexuelle Männer und Frauen hin, aber diese Zicken, die Schwulen in der Aidshilfe, wollten mit denen gar nichts zu tun haben“. Fabian sagt abschließend zu diesem Punkt: „Also letztendlich sitzen wir alle in einem Boot. Ob es nun die Heterosexuellen oder die Schwulen sind, ist vollkommen egal und sich abzugrenzen „Ich bin jetzt positiv, deshalb bin ich anders als die Anderen“, ist meiner Meinung nach ein bisschen hanebüchen, für mich nicht ganz nachvollziehbar...Seh ich mal so“.

Resümee: Das zentrale Thema dieses Interviews ist, dass Fabian die Arbeit der Aidshilfen in Frage stellt: „[...] und die das (Präventionsarbeit, d. Verf.) EINFACH anderen Leuten überlassen und das sie auch so`n Standesdünkel entwickelt haben.“ Weiter sagt Fabian: „Also ich weiß gerade von der Berliner Aidshilfe ähm, die ja wirklich sehr kritisiert wurde und die halt ziemlich viel prominente Fürsprecher haben“ und sieht die Aidshilfen als nur noch eine „[...] Einrichtung für HIV-Positive und nicht mehr für Negative“ an.

Wie schon erwähnt, wirkt Fabian sehr sympathisch auf uns, was die Interviewsituation angenehm macht. Fabian isst während des Interviews eine ganze Tüte Lakritz und ist daher manchmal etwas schlecht zu verstehen. Bei der Transkription der Tonbandaufnahme wurde das Geraschel der Bonbontüte als störend empfunden und teilweise sind Wort-, und Satzteile so verloren gegangen.

Max, 44 Jahre

„Aber die ureigene Aufgabe der Aidshilfe ist NICHT Prävention.“

Kontaktaufnahme: Max meldet sich am 19.04.2005 per Email bei uns. Durch unseren Interviewpartner Fabian hat er von unserer Diplomarbeit erfahren. Er stellt sich sofort für ein Interview zur Verfügung und wir finden auf Anhieb einen Termin. Am 26.04.2005 treffen wir uns in Markus Wohnung. Max arbeitet in einer Werbeagentur, die u. a. für BÖHRINGER-INGELHEIM Imagekampagnen konzipieren. Max findet *„[...] die Idee, die hinter eurer Diplomarbeit steckt einfach wahnsinnig klasse und gut und toll und faszinierend [...]“*.

Interview: Max kommt pünktlich zum vereinbarten Termin. Er wirkt sehr entspannt. Für uns dagegen hat dieser Termin mehr einen angespannten und offiziellen Charakter, da Max vertretend für eine Pharmafirma zu diesem Gespräch erscheint. Er bittet darum, dass sein Handy während des Interviews an bleiben darf, da er geschäftlich erreichbar sein muss. Max bittet sofort um die Anrede mit „Du“. Max wirkt von Anfang an sehr interessiert und gibt uns das Gefühl, dass er uns und unser Projekt sehr ernst nimmt. Er antwortet sehr schnell und präzise, so dass das eigentliche Interview nur ca. eine halbe Stunde dauert. Es folgt eine dreiviertelstündige Nachbesprechung, bei der es u. a. um die Hintergründe der Imagekampagne „Da sein“ (s. S. 142) geht, die Max konzipiert und entworfen hat (vgl. Stellungnahmen der Pharmafirmen, S. 41 ff.).

Max ist *„[...] seit 15 Jahren mit einem HIV-Schwerpunktmediziner zusammen [...]“* und sie wohnen zusammen. Er ist 43 Jahre alt, kinderlos und selbständig als Geschäftsführer einer Werbeagentur tätig. Seine Homosexualität ist in seinem Umfeld bekannt und akzeptiert. Kostenlose schwule Printmedien, die er regelmäßig liebt sind: HINNERK, SIEGESSÄULE und der SERGEJ für Berlin. Zwei weitere Magazine sind kostenpflichtig: MÄNNER AKTUELL und MATE.

Abschluss: Wie oben schon erwähnt, erfolgte nach dem eigentlichen Interview noch ein weiteres, im Vorfeld nicht geplantes Gespräch mit Max. Hierbei bezieht Max in seiner Eigenschaft als Werbefachmann Stellung zu der von ihm entworfenen und von uns verwendeten Imagekampagne „Da sein“.

Im „Feedback“ will Max von uns wissen, warum wir nicht direkt fragen, *„[...] ob die Leute positiv sind? [...] Ich finde den Status nicht ganz unwichtig in dem Zusammenhang.“* Diese Frage haben wir im Nachgespräch diskutiert und sind zu dem Schluss gekommen, dass wir eine direkte Frage nach dem Serostatus als zu indiskret beurteilen. Bei der Erstellung unseres Fragebogens einigten wir uns auf die Frage 7 („Stell Dir vor Du gehst zum Arzt und Du erhältst ein positives Testergebnis...“) mit der Erwartung, dass wir möglicherweise

Anhang P: Portraits

auf diesem Wege eine Stellungnahme zu ihrem Serostatus von den Interviewpartnern erhalten könnten.

Interessante Aspekte: Max besteht nicht darauf, dass sein Name anonymisiert wird. Wir entscheiden uns aber aus formellen Gründen doch zu einer Anonymisierung des Interviews.

Resümee: Der Schwerpunkt dieses Interviews beruht auf dem Thema Prävention mit der Frage danach: „Wer macht welche Arbeit in diesem Bereich und wer sollte sie machen“. Max sieht die die Arbeit der BZgA und Aidshilfen in diesem Zusammenhang kritisch. Er sagt dazu: *„[...] Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, die MEINES Erachtens falsch ansetzt, Aidshilfen, die teilweise, okay, es ist auch eigentlich nicht die ureigene Aufgabe der Aidshilfen Prävention zu betreiben. Sie machen`s, aber das ist geschichtlich so gewachsen. [...] Ich finde die Geschichte mit den Kondomen völlig abgegriffen und irgendwie tragisch.“* (s. Anhang B: Bilder S. 141).

Zusammenfassend ist dieses Interview ein wichtiger Aspekt für unsere Arbeit, da wir erstmals Hintergründe zu einer Imagekampagne aus dem Blickwinkel einer beteiligten Werbeagentur erhalten haben. Dieses Interview bringt uns auf den Gedanken, auch die anderen Pharmafirmen um eine Stellungnahme zum Erscheinen ihrer Imagekampagnen in schwulen Printmedien zu bitten.

Martin, 37 Jahre

„[...] in erster Linie funktioniert die Präventionsarbeit nicht mehr, bzw. greift nicht mehr [...]“.

Kontaktaufnahme: Martin meldet sich am 17.04.2005 per Email auf unseren Aushang in der Aidshilfe Hamburg unter Angaben seiner Telefonnummer und bittet um einen Rückruf. Telefonisch vereinbaren wir einen Termin, der aber nicht zustande kommt, weil Martin kurzfristig absagt. Beim zweiten Anlauf verabreden wir uns für den 27.04.2005 in meiner Wohnung. Im Telefonat signalisiert Martin, dass er das Interview ohne Anwesenheit von Petra führen möchte.

Interview: Der zweite Termin wird eingehalten und findet am 27.04.2004 in meiner Wohnung ohne Petra statt. Martin erscheint überpünktlich und macht auf mich, wie schon die Telefonate vermuten ließen, einen sehr sachlichen und korrekten Eindruck. Wieder Erwarten bietet Martin mir das „Du“ an. Er ist mit einer Tonbandaufnahme einverstanden. Martin hat bereits in dem letzten Telefongespräch angedeutet, dass er nicht so viel Zeit für das Interview habe.

Zum Zeitpunkt des Interviews ist Martin 37 Jahre alt und Single. Er hat keine Kinder und lebt mit seinem Bruder zusammen. Er hat einen mittleren Bildungsabschluss und arbeitet zurzeit als Angestellter bei einer Versicherung. Seine Homosexualität ist weder im privaten noch im beruflichen Umfeld ein Problem.

Auch Martin liest monatlich erscheinende, kostenlose, schwule Printmedien (HINNERK und SIEGESSÄULE). Sein „[...] *Coming out war da schon abgeschlossen*“, als er mit dem Thema HIV und AIDS erstmalig in Berührung kommt. Ausgelöst hat dieses Thema bei ihm: „*Nichts ... nur das ich mich schützen muss*“.

Abschluss: Aus Zeitmangel gibt es von Martins Seite nur ein kurzes Feedback. Er sagt nach Beendigung des Interviews erleichtert, dass „*es ist ja gar nicht so schlimm gewesen, ich habe viel intimere Fragen erwartet, die mir vielleicht peinlich gewesen wären*“.

Interessante Aspekte: Martin ist der Einzige, der sich in unserer Interviewreihe offen über seinen Immunstatus äußert. Er erzählt gleich bei der ersten Frage von seiner HIV-Infektion. Diese macht er nicht zum Hauptthema des Interviews, sondern erwähnt es eher beiläufig: „*HIV und AIDS hat eine große (Bedeutung, d. Verf.) ... als Betroffener .. es ist allgegenwärtig und bestimmt meinen Alltag. ... Mehr möchte ich dazu nicht sagen.*“ Auffällig ist für mich die Aussage, die Martin bezüglich seines positiven Testergebnisses macht: „[...] *und er es dann durch Zufall erfährt, so wie bei mir damals, dann kann es schon als Erlösung bzw. Befreiung wirken*“.

Resümee: Das zentrale Thema dieses Interviews ist die Präventionsarbeit. Unter anderem sagt Martin: „[...] *diese albernem Bärchen aus Kondomen, ... (lacht) das sieht*

Anhang P: Portraits

doch keiner mehr“ und „[...] die Aufklärungskampagnen verschwinden auch Zunehmens aus dem Alltag...“. Seine HIV Infektion hingegen erwähnt er zwar wiederholt, aber eher immer beiläufig. Das Interview empfand ich sehr anstrengend. Martin wirkte sehr emotionslos, aufgesetzt und oberflächlich. Die Situation und ihn selbst möchte ich als „künstlich“ umschreiben. Insgesamt vermute ich, dass Martin es durch seinen Beruf gut versteht zu reden und Emotionen dabei außen vor lassen zu können. Auch beim erneuten Abhören der Tonbandaufnahme wird mir das deutlich. Die Antworten wirken vorformuliert und wie auswendig gelernt mit vielen Phrasen. Für die Transkription war diese Tatsache erleichternd, weil ich teilweise erraten konnte, was er sagte, bevor er es wirklich tat.

Donald, 34 Jahre

„[...] da mein Freund HIV-Positiv ist, hab ich da nich mehr so ne Angst vor, weil ich weiß, was es bedeuten kann, aber auch nicht muss und so“.

Kontaktaufnahme: Donald meldet sich per Email am 30.04.2005 auf unseren Aushang bei HEIN & FIETE. Nachdem Markus eine e-mail mit näheren Angaben zum Interview an Donald geschrieben hat, meldet er sich telefonisch am darauf folgenden Tag. Er klingt sehr jung. Wir vereinbaren einen Interviewtermin für den 02.05.2005 in Markus Wohnung.

Interview: Donald erscheint pünktlich, aber leicht gestresst zum Termin. Die Atmosphäre ist gleich nach Donalds Erscheinen hektisch und Donald sagt, dass er nicht viel Zeit habe. Die Stimme passt zu dem deutlich jünger wirkenden Donald. Er ist 34 Jahre alt, Single und kinderlos. Er hat einen höheren Bildungsabschluss und arbeitet freiberuflich im Medienbereich. Seine Homosexualität ist im privaten und beruflichen Umfeld bekannt und akzeptiert. Der HINNERK ist das einzige schwule Printmedium, das Donald liest.

Abschluss: Auf ein ausreichendes „Feedback“ mussten wir leider wegen Donalds Termindruck verzichten.

Interessante Aspekte: Donald war der einzige Gesprächspartner mit einem HIV positiven Partner. Er spricht auffällig häufig von „sterben“ und „Verdrängung“, wie z.B.: *„Hab ich mir noch nich so Gedanken drüber gemacht, muss ich ehrlich gestehen. Ähm ich mein, mein Freund hat HIV [...]“.* Weiter sagt er hierzu: *„ Ich weiß gar nichts über Kombinationstherapien, ich vermute mal, das mein Freund ne Kombinationstherapie hat [...]“.* Zum Punkt „sterben“ sagt Donald z.B.: *„[...] ich denke, das is bei HIV auch, ich würde bestimmt .. halt .. noch doller daran denken, das ich halt NOCH eher sterben könnte [...]“.*

Resümee: Donalds zentrales Thema ist die HIV-Infektion seines Lebenspartner und die daraus resultierende (verminderte) Angst vor einer HIV-Infektion. Die HIV-Infektion seines Lebenspartners erwähnt er im ersten Satz des Interviews. Donald gibt *„[...] eher [...] die Angst [...] vorm Tripper (Gonorrhöe, d. Verf.) oder so“* an, als die Angst vor einer HIV-Infektion. Hierüber sagt er: *„Also ich habe nicht so viel Angst vor HIV, weil ich weiß, ich mach dann „safer Sex“ und das find ich eigentlich schneller praktikabel als „safer Sex“ für Tripper oder so [...]“.*

Donald wirkte auf uns sehr sympathisch. Nach anfänglicher Hektik beruhigte sich die Situation schnell und Donald antwortete entspannt und offen.

Christian, 50 Jahre

„[...] ich denke mal, ohne die Statistik zu kennen, dass es überwiegend bei Jüngeren wieder ansteigt, wo ich den Eindruck habe, das die komplett sorglos damit umgehen [...]“.

Kontaktaufnahme: Christian meldet sich unter Angabe seines vollständigen Namens telefonisch am 30.04.2005 auf den Aushang im Café GNOSA. Nach einer kurzen Beschreibung unseres Projektes, willigt er einem Interview ein. Allerdings mit dem Wunsch, das Interview ohne die Anwesenheit von Petra durchzuführen, da er nicht weiß, was für Fragen auf ihn zukommen werden. Wir vereinbaren einen Termin für den darauf folgenden Freitag (04.05.2005) meiner Wohnung. Das Telefonat verläuft sachlich und förmlich.

Interview: Christian erscheint ein paar Minuten vor unserem vereinbarten Termin. Nach unserem Telefonat hatte ich einen Geschäftsmann im Anzug erwartet und war daher überrascht, als Christian, ein sportlich, deutlich jünger als 50 aussehender Mann in Freizeitkleidung vor mir steht. Sein sicheres Auftreten beeindruckt mich. Nachdem er meine Wohnung betreten hat, versuche ich, die doch eher ungewohnte Situation mit „unseren“ Formalien zu entschärfen. Bei dem Wort „Tonbandaufnahme“ stutzt er kurz, erklärt sich dann aber doch damit einverstanden. Für den weiteren Verlauf entscheiden wir uns für das „Du“. Seine Wortwahl während des Interviews erinnert an einen routinierten Umgang mit Geschäftskunden. Deshalb erscheint mir das Wort „ficken“, welches er häufiger während des Gespräches benutzt, eher befremdlich. Meine Fragen beantwortet er bereitwillig und es kommt zu keinen Störungen im Ablauf des Interviews. Christian lebt mit einem Partner in einer offenen Beziehung und veranstaltet mit diesem „Sexparties“. Hier darf es nach Christians Aussagen „*nur safe*“ zugehen. Er hat einen Hochschulabschluss und ist seit mehreren Jahren freiberuflich tätig. Er hat zwei Kinder und hatte erst mit Anfang 30 sein „Coming Out“. Aus seiner Homosexualität macht er kein Geheimnis und sie ist in seinem Umfeld akzeptiert.

Christian liest an „schwule Printmedien“, den HINNERK und den SERGEJ Berlin. Er sieht die dort publizierten Anzeigen der Pharmahersteller als *„[...] schlicht und ergreifend nach dem Motto: „Es ist beherrschbar und es geht jederzeit und du kannst es therapieren und weg ist es“.*

Abschluss: Nach Beendigung des Interviews kommen von Christian noch inhaltliche Fragen zum Interview. Er will wissen, wie viele Personen sich schon auf unseren Aushang gemeldet haben und wie viele Interviews wir überhaupt für unsere Arbeit benötigen.

Interessante Aspekte: Mir ist während und nach der Transkription des Interviews ein schönes Zitat aufgefallen, was sehr bezeichnend für die Lebenseinstellung von Christian

Anhang P: Portraits

ist. Auf die Frage nach den Veränderungen in seinem Leben bei einem möglichen positiven HIV-Antikörpertest sagt er: *„Ich glaube nicht, dass sich in meinem Leben was ändern würde [...] wollen! Ich finde mein Leben so wie es ist klasse und ich hab jetzt nicht das Gefühl, ich muss jetzt noch unbedingt etwas machen [...] wenn ich heute wüsste, ich sterbe, hätte ich nicht das Gefühl, ich hätte was verpasst“.*

Diese Aussagen bestätigten meinen Gesamteindruck, dass Christian mit sich und seinem Leben im Reinen ist und fest mit beiden Beinen im Leben steht.

Resümee: Christian zentrales Thema dieses Interviews ist, dass er als Grund für den Anstieg der HIV-Neuinfektionsrate, die Sorglosigkeit bei den jüngeren Homosexuellen sieht und sagt dazu: *„[...] ich denke, es liegt zum Großteil daran äh äh das sie es selber nicht erlebt haben, das ihnen Freunde wegsterben [...].* Dieses Thema zieht sich wie ein roter Faden durch das gesamte Interview.

Benedikt, 27 Jahre

„[...] ich glaube, dass mittlerweile diese Krankheit nicht mehr als Seuche gesehen wird, sondern einfach nur noch als chronische Krankheit [...]“.

Kontaktaufnahme: Benedikt meldet sich per Email am 05.05.2005 bei uns und bittet um mehr Informationen über unsere Untersuchung. Er hat den Aushang im Café GNOSA entdeckt und ist so auf unser Projekt aufmerksam geworden. Telefonisch machen wir einen Termin für den 05.05.2005 in Benedikts Wohnung. Benedikt lehnt während dieses Telefonats eine Beteiligung von Petra an seinem Interview ab, ohne Gründe dafür zu nennen. Da Benedikt sehr freundlich und nett am Telefon ist, stimme ich diesem Wunsch zu und habe keine Bedenken, mich alleine mit ihm zu treffen.

Interview: Benedikt öffnet die Wohnungstür und bittet mich herein. Im ersten Moment stehen wir uns musternd im Wohnungsflur gegenüber. Dies ist mein erstes und einziges Interview, welches ich alleine in einer fremden Wohnung durchführe und bin aus diesem Grund leicht nervös. Wir setzen uns in Benedikts Küche und fangen an uns über die Hintergründe dieser Diplomarbeit zu unterhalten. Dies nimmt die Anspannung aus der Situation. Nach einer gewissen Zeit baue ich mein Laptop und das Mikrofon in der Küche auf und frage ihn währenddessen, ob eine Tonbandaufnahme für ihn in Ordnung sei. Er stimmt zu. Die Anrede brauchen wir nicht mehr klären, da wir uns von Anfang an „geduzt“ haben. Das lies Benedikt sympathisch auf mich wirken.

Das Interview verläuft ohne Störungen ab. Er antwortet bereitwillig und anschaulich auf meine Fragen und das Interview dauert, ohne Vor und Nachgespräch, ca. 50 Minuten.

Benedikt ist 27 Jahre alt, er ist Single und hat keine Kinder. Er hat einen höheren Bildungsabschluss und ist in leitender Position tätig. Benedikt stammt aus einem *„[...] Nest von irgendwie 30.000 Einwohnern [...]“* aus den neuen Bundesländern. Seine Homosexualität ist seit seinem „Coming out“, mit 19 Jahren, von seinen Eltern und später auch von seinen Arbeitskollegen akzeptiert. An schwulen kostenlosen Printmedien liest er den HINNERK.

Abschluss: Nach Abschluss des eigentlichen Interviews wird auf Wunsch von Benedikt das Tonband abgestellt und Benedikt erzählt mir von seiner aktuellen Angst vor einer möglichen HIV-Infektion. Dieses Thema schwingt teilweise im Interview mit: *„[...] das Thema sitzt mir schon im Nacken[...]“*. Zufällig treffe ich Benedikt ein paar Wochen später in einem Café wieder und er berichtet mir freudestrahlend und erleichtert, dass er einen HIV-Antikörpertest gemacht habe und das dieser negativ ausgefallen sei.

Anhang P: Portraits

Interessante Aspekte: Benedikt bringt während des Interviews einen neuen Aspekt zum Thema „safer Sex“ ein: *„[...] manchmal habe ich wirklich das Gefühl irgendwie, nur Kondome oder so kann`s nicht sein, weil ja so viele Leute die Meinung, sie haben ständig „safer Sex“ praktiziert und haben sich trotzdem infiziert und da frage ich mich, wie passiert`s denn?...so und mhm [...] was ja auch sicherlich mal ein Diskussionsthema wäre [...], [...] immer „safer Sex“ praktiziert oder sonst was und trotzdem ähm HIV-Positiv! Durch was denn bitte schön?“*

Resümee: Benedikts zentrales Thema ist das „neue Bild von HIV und AIDS“ in der Öffentlichkeit: *„[...] ich habe immer gedacht, man sieht es den Menschen an oder ne oder man sieht es äh oder das ist ja eventuell nur im Endstadium, wenn dieses, diese Krankheit AIDS irgendwie ausbricht [...].* Weiter sagt er dazu: *„[...] ich glaube, auch heute sterben die Leute nicht mehr an AIDS...“* Das Interview mit Benedikt ist sehr interessant und mir fällt während der Transkription auf, wie tief teilweise von Benedikt auf das Thema eingegangen wurde. Dabei hat er sich teilweise so in seinen Gedanken verloren, dass er mehrfach die eigentliche Frage vergessen hatte.

Richie , 38 Jahre

„Ich hab immer so diesen Nebeneffekt im Kopf, das einfach nicht Infizierte, gerade junge Männer, junge Menschen sich diese Anzeigen ansehen und äh dadurch einfach Ängste verlieren und Ängste loswerden [...] und dann vielleicht leichtsinniger werden, weil sie denken, wenn es denn so ist, dann weiß ich ja, es gibt ja Medikamente“.

Kontaktaufnahme: Richie meldet sich am 10.05.2005 telefonisch mit Angabe seines Vornamens auf unseren Aushang bei HEIN & FIETE. Seine Stimme ist tief und sicher. Wir vereinbaren einen Interviewtermin für den 18.05.2005 in Markus Wohnung.

Interview: Richie kommt ein paar Minuten vor dem verabredeten Termin und betritt etwas zögernd Markus Wohnung. Die Stimme von Richie passt zu dessen Erscheinungsbild: Richie ist ein großer, sportlich wirkender Mann mit Glatze und Drei-Tage-Bart. Zwischen allen Anwesenden entsteht sofort spürbar Sympathie und die Frage nach der Anrede fällt weg, da Richie sofort das „Du“ anbietet. Richie ist mit der Tonbandaufzeichnung einverstanden. Das Interview verläuft, stellenweise sehr lustig, wir müssen oft über Richie`s Wortwahl bzw. dessen Ausführungen lachen. Es beantwortet unsere Fragen schnell und offen. Richie ist ein 38 jähriger, Single ohne Kinder mit einem mittleren Bildungsabschluss. Er arbeitet als Krankenpfleger in Hamburg. Seine Homosexualität ist im seinem gesamten Umfeld bekannt und akzeptiert. Richie liest den HINNERK und kommentiert diese Frage wie folgt: *„Den les ich nicht, ich blättern das nur durch“.*

Abschluss: Richie erzählt im Nachgespräch von einem französischen Präventionsspot, den er kurz vor dem Interview im Kino gesehen hat. In diesem Spot werden Menschen mit unterschiedlichen sexuellen Präferenzen in verschiedenen Situationen gezeigt. Eine aus dem „Off“ sprechende Stimme kommentiert die Bilder. Es werden u. a. Themen wie CSD (Christopher-Street-Day, d. Verf.), der Papst und *„das Verhalten der katholischen Kirche im Bezug auf AIDS-Prävention und Verhütung“* angesprochen. Richie`s Reaktionen auf diesen Film waren: *„Und das saß einfach ganz richtig, also das hat richtig getroffen [...], aber ich musste ganz oft lachen und schmunzeln [...]. Das ging auch glaube ich allen im Kino so, das ganze Kino lachte teilweise und da war dann so`n ganz betretendes Schweigen, als der Film zuende war. Das war eindrucksvoll. Das hat mich halt sehr berührt [...]“.* Richie erzählt von diesem Bild, um aufzuzeigen, auf welche Weise ihn Prävention erreicht.

Resümee: Richie`s zentrale Thema in diesem Interview ist, das die „Imagekampagnen“ in schwulen Printmedien nicht nur die Zielgruppe der HIV-Positiven ansprechen. Er sagt dazu: *„Ich glaube dass das eben auch Leuten die Angst nimmt, die nicht HIV infiziert sind, also weil hm, wie diese, diese, diese Werbeanzeige letztendlich .. irgendwie Menschen in*

Anhang P: Portraits

einer Situation zeigen wollen, die, so versteh ich es zu mindest, die sich schon infiziert haben und die trotzdem irgendwie ein, was weiß ich, glückliches, zweisames Leben mit Blick in die Zukunft, führen“.

Zusammenfassend wurde das Interview als sehr positiv erlebt, weil Richie mit seiner fröhlichen und aufgeschlossenen Art die Interviewsituation auflockerte und dabei offen und bereitwillig Rede und Antwort stand.

Luka, 25 Jahre

„Ja für wen, für wen machen die (die Pharmahersteller, d. Verf.) das überhaupt? [...] es würde mich auch interessieren zu erfahren, was die Multiovation bei den äh Pharmafirmen ist, das so stark zu bewerben [...]“.

Kontaktaufnahme: Luka meldet sich telefonisch am 08.05.2005 auf unseren Aushang in der Hochschule für angewandte Wissenschaften Hamburg (kurz: HAW). Luka möchte ein paar Hintergrundinformationen zu unserer Untersuchung haben. Danach sagt er für ein Interview zu und wir verabreden uns für den 18.05.2005 in Lukas Wohnung zu einem Interview.

Interview: Wir erscheinen pünktlich zum vereinbarten Termin und Luka öffnet uns die Tür. Es ist selbstverständlich, dass wir uns „duzen“, da wir uns durch einige Vorlesungen an der HAW kennen, er ist im gleichen Studiengang wie wir. Luka begrüßt uns freundlich und zwanglos. Das Interview verläuft offen, professionell und zugewandt. Es gibt zwei kurze Störungen: Das Telefon klingelt, Luka ignoriert es, und dann zum zweiten kommt sein Mitbewohner nach hause. Luka muss kurz was mit ihm besprechen und das Interview wird für ca. fünf Minuten unterbrochen.

Luka ist ein 25 jähriger Student, kinderlos und Single. Er studiert „Gesundheit“ an der HAW und schreibt gerade an seiner Diplomarbeit. In Lukas Umfeld ist seine Homosexualität bekannt und akzeptiert. An schwulen Printmedien liest er den HINNERK, die SIEGESSÄULE und den Berliner SERGEJ. Er ist der jüngste Teilnehmer an unserer Untersuchung.

Abschluss: Im Anschluss des Interviews folgt ein längeres Gespräch in dem es unter anderem noch vertiefend um das Thema Diplomarbeit geht. Natürlich ist uns ein „Feedback“ von Luka sehr wichtig. Luka äußert sich wie folgt: *„Ich glaube, ihr habt die Fragen richtig geschickt gestellt, dass man nicht sofort merkt, in welche Richtung es geht oder so [...]“.*

Er sagt abschließend zu seiner Motivation für das Interview: *„[...] weil ich auch mal gerne auf der anderen Seite sitzen wollte [...] gerne meine Kommilitonen unterstütze bei ihren Forschungsaktivitäten“.* (Luka hat für seine Diplomarbeit auch Interviews geführt, d. Verf.)

Resümee: Das zentrale Thema von Lukas Interview sind die Imagekampagnen der Pharmahersteller. Hier sagt er z.B.: *„[...] ich finde es auch schwer einen Mittelweg zu finden ne, es ist toll, dass es diese Therapie gibt, aber man soll den Leuten halt aber auch nicht [...] das Blaue vom Himmel versprechen ne“.*

Rückblickend war es schwierig, mit einem Kommilitonen ein Interview zu führen. Wir fühlten und teilweise in unserem Handeln beobachtet hinterfragt und, obwohl Luka uns

Anhang P: Portraits

von sich aus dazu keinen Anlass gegeben hatte. Andererseits war es sehr interessant, die Meinung zu unserem Thema von einem angehenden Gesundheitswissenschaftler hören zu können.

Jens, 41 Jahre

„[...] aber viel hat es damit zu tun, das die Aufklärung aus finanziellen Gründen zurückgefahren wurde, das es weniger Informationen gibt [...]“.

Kontaktaufnahme: Jens gehört zu Markus Bekanntenkreis. Den Erstkontakt stellt Markus her und wir bitten Jens um ein Interview. Jens ist auch gleich zu einem Interview bereit. Er ist sehr neugierig, was sich unter unserem Vorhaben verbirgt. Wir verabreden uns für den 19.05.2005 in Jens Wohnung.

Interview: Das Interview findet auf Wunsch von Jens in seiner Wohnung statt. Mit Laptop und Tonbandgerät betreten wir etwas verspätet Jens Wohnung. Dieser erwartet uns bereits und bietet uns Getränke an. Im Esszimmer bauen wir unsere Arbeitsutensilien auf und beginnen nach einem kurzen Informationsgespräch das Interview. Jens Antworten auf unsere Fragen sind schnell, spontan und präzise. Es kommt zu einer kurzen Unterbrechung, da Jens unangemeldet Besuch bekommt. Das Interview wird für ca. 10 Minuten unterbrochen.

Jens ist ein 41 jähriger, kinderloser Single und arbeitet als Allgemeinmediziner in einer Gemeinschaftspraxis mit HIV-Schwerpunkt. Seine Homosexualität ist in seinem gesamten Umfeld bekannt und akzeptiert. An schwulen Printmedien liest er den HINNERK und die Berliner Ausgabe des SERGEJ.

Abschluss: Da das Interview länger als geplant dauert und Jens noch einen weiteren Termin hat, kommt es zu keinem anschließenden Feedback des Interviews.

Interessante Aspekte: Auf die Frage, wie Jens als Arzt die Imagekampagnen von Pharmaherstellern sieht, antwortet er wie folgt: *„Also das Ziel ist ganz klar, die Firmen MÖCHTEN, dass die Patienten dem Arzt sagen, was sie als Medikament gerne hätten. [...] da ist man als Arzt unter Umständen auch eher geneigt, diesem Patientenwunsch nachzugeben, weil man glaubt, jemand, der ein Medikament gerne haben möchte, nimmt es auch ein. Und im Sinne so einer „Compliance“-Förderung ist das eben keine dumme Idee“.* Und Jens weiter: *„Die (Pharmafirma, d. Verf.) lebt doch davon, dass sie Medikamente verkauft .. TEURE Medikamente“.*

Resümee: Jens lässt in seinem Interview mehrere Themen einfließen, wie z.B. die Sichtweise der katholischen Kirche zum Thema HIV und Verhütung. Hierzu sagt Jens u. a.: *„[...] dass Johannes Paul der Zweite mehrere Millionen Afrikaner dadurch auf dem Gewissen hat [...], dass er verboten hat, dass die Kondome verwenden“.*

Das zentrale Thema dieses Interviews sind die Kürzungen in der Präventionsarbeit: *„Das die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung äh in ihren Mittel so stark beschnitten*

Anhang P: Portraits

worden ist, dass selbst die Leiterin [...] sagt, eigentlich können sie ihren Auftrag (Präventionsauftrag, d. Verf.) nicht mehr erfüllen“.

Wir empfinden das Interview als sehr interessant und umfassend. Durch Jens erhalten wir einen Einblick in die Sichtweise eines Arztes, der täglich mit HIV und AIDS zu tun hat und der sich sehr für dieses Thema engagiert. Nach diesem längsten Gespräch unserer Untersuchungsreihe (75 Minuten) und den vielen darin enthaltenen Informationen, fühlen wir uns wie „erschlagen“.

Anhang B: Bilder

Bild 11: Welcome to Condom Country

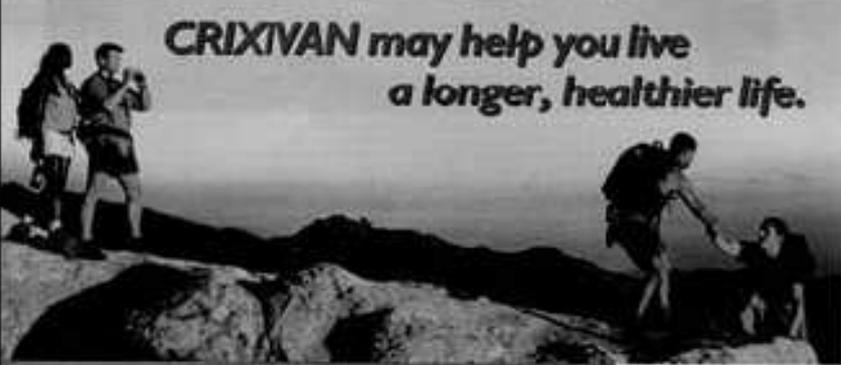


Hrsg.: AIDS Committee of Toronto/Canada
Jahr der Veröffentlichung: 2001
Quelle: www.acas.org/english/msm_publications.php

Bild 12: Crixivan may help you...

If you're HIV+ ...

CRIXIVAN may help you live a longer, healthier life.



CRIXIVAN is a protease inhibitor that fights HIV. CRIXIVAN can help reduce the chance of illness and death associated with HIV. CRIXIVAN can also help lower the amount of HIV in your body (called "viral load") and lower your CD4 T-cell count. Some patients may not experience these effects. CRIXIVAN is not a cure for HIV or AIDS.

- New NIH research showed people taking CRIXIVAN in triple therapy lived longer and experienced fewer opportunistic infections.**

Recent year-long research conducted by the National Institutes of Health (Protocol ACTG 320) studied over 1,000 patients and confirmed results from another study. The group of patients receiving CRIXIVAN along with ZTC and AZT achieved a reduction in deaths and AIDS-related illness over those taking ZTC and AZT alone. This reduction was significant enough for the NIH to recommend the study be stopped, so that all participants could benefit from the findings. Because the study was ended early there was insufficient data to determine the statistical benefit of CRIXIVAN on survival.
- CRIXIVAN in triple therapy continues to hold serum viral load down below the limit of detection at the one year mark.**

In a separate ongoing baseline maintenance study, 95% of the 31 patients receiving CRIXIVAN, AZT, and ZTC reduced their HIV serum viral load below the limit of detection after 24 weeks. As measured by standard tests, the virus may still be present in other organs/tissues. Importantly, the limited number of patients who chose to stay with the study for longer periods of time maintained these results through the one year mark.
- CRIXIVAN is generally well tolerated.**

CRIXIVAN can be taken with a light meal or on an empty stomach. There are side effects associated with protease inhibitors in general and CRIXIVAN in particular. Some patients treated with CRIXIVAN may develop kidney stones. For some, this can lead to more severe kidney problems including kidney failure. Drinking at least 8 glasses of water each day may help reduce the chance of forming a kidney stone. Other side effects reported include rapid breakdown of red blood cells and liver problems. There are some common medications and AIDS-related medications you should not take with CRIXIVAN. Discuss all medications you are taking or plan to take with your doctor. Anemia, other proteinuria problems, increased bleeding in some patients with hemophilia and increased blood sugar levels in diabetics have been reported. Please read the following page for detailed information on side effects and dosing.

Please read the following page for more detailed information about CRIXIVAN.

Remember to ask your doctor about CRIXIVAN.

CRIXIVAN[®]
zalcitabine/zidovudine

Going the distance.

MERCK www.crixivan.com

Hrsg.: MERCK/USA

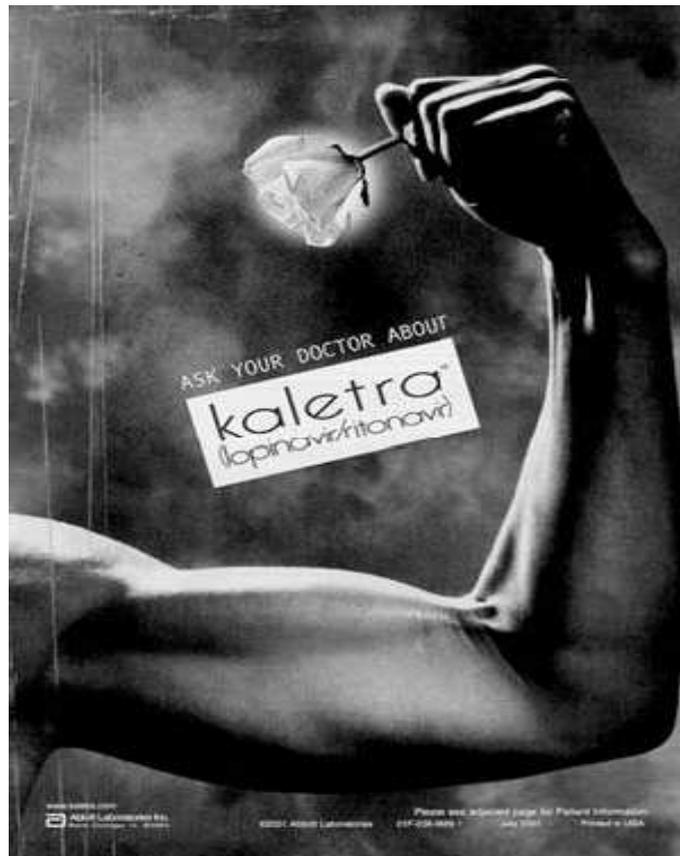
Quelle: http://www.bukopharma.de/Pharma-Brief/PB-Archiv/2002/2002_01_spezial.pdf
 (15.03.2005)

Bild 13: Go for Gold (Großformat)



Hrsg.: BZgA (in Zusammenarbeit mit dem Nationalen Olympischen Komitee, NOK)
Jahr der Veröffentlichung: 2002 anlässlich der Olympischen Winterspiele in Salt Lake City/USA.
Plakate werden aktuell noch verwendet (z. B. 17.06.2005 Haltestelle AKN, Eidelstedt/Hamburg)
Quelle: <http://www.machsmitt.de/>

Bild 14: Kaletra (Großformat)



Hrsg.: ABBOTT/USA
Quelle: http://www.bukopharma.de/Pharma-Brief/PB-Archiv/2002/2002_01_spezial.pdf, 15.03.2005

Bild 15: Da sein (Großformat)



Boehringer
Ingelheim

Da sein.

Boehringer Ingelheim ist ein Unternehmen, das Medikamente zur Behandlung der HIV-Infektion erforscht, entwickelt und vertreibt.

Die HIV-Infektion ist eine chronische, bisher nicht heilbare, sexuell übertragbare Virusinfektion, die eine lebenslange medikamentöse Behandlung erfordert und so die Lebensqualität deutlich einschränken kann.

Boehringer Ingelheim unterstützt Präventions- und Selbsthilfeprojekte, um HIV infizierte und an Aids erkrankte Menschen zu informieren und Neuinfektionen zu verhindern. Weitere Informationen: www.virawoche.de

10.04

Hrsg.: BOEHRINGER INGELHEIM DEUTSCHLAND
Jahr der Veröffentlichung: 2004
Quelle: Sergej München, Ausgabe 03, 2005, S. 11

Anhang B: Bilder

Bild 16: Der Sterbende (Großformat)



Final Moments - Benetton Advertisement

Photo © Therese Frare

Hrsg.: BENETTON

Jahr der Veröffentlichung: 1990 im LIFE MAGAZIN/USA; 1992 in über 120 Ländern

Quelle: http://www.freenet.de/freenet/film_und_musik/bildershow/benetton_kampagnen/01.html

Bild 17: HIV-Pillen schlucken (Großformat)



Hrsg.: Deutsche Aidshilfe e.V., als Plakat oder Postkarte zu beziehen

Jahr der Veröffentlichung: 2003

Quelle: <http://www.aidshilfe.de/media/de/050091.jpg> (11.04.2005)

Bild 18: Fortovase-The Power (Großformat)

FORTOVASE:
THE POWER

AN IMPROVED FORMULATION TAKES
SAQUINAVIR HIGHER... TO REDUCE HIV

If you have any questions about FORTOVASE or HIV,
talk to your doctor or call toll free, 1-800-910-4687, or
visit our Web site at www.FORTOVASE.com

 Pharmaceuticals

© 2002 Roche Pharmaceuticals, Inc. All rights reserved.

Hrsg.: ROCHE/USA

Quelle: http://www.bukopharma.de/Pharma-Brief/PB-Archiv/2002/2002_01_spezial.pdf 15.03.2005

Bild 19: Leb Dein Leben (Großformat)



Medikamente helfen – Kondome schützen.

Hrsg.: Glaxo Smith Kline
Jahr der Veröffentlichung: 2004/2005
Quelle: Sergej-Berlin, Ausgabe 01, 2005, S. 15-16



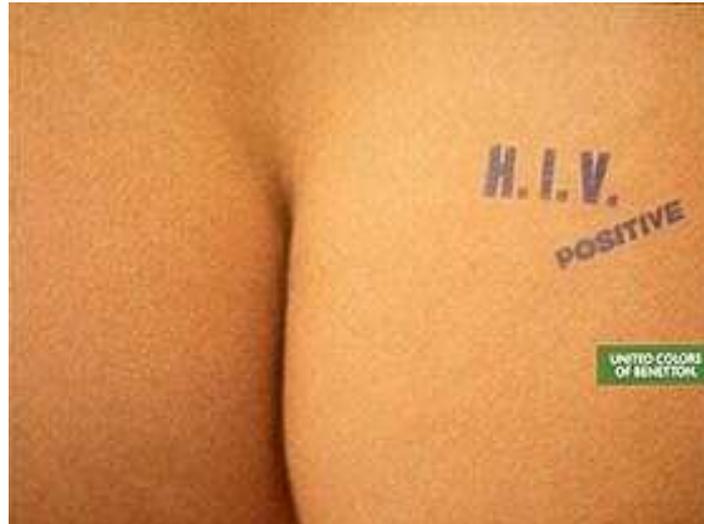
Leb dein Leben, wenn du positiv bist.

Manchmal, wenn ich mit meinem Freund durch die Geschäfte shoppe und wieder einen wunderschönen Tag habe, denke ich: Wahnsinn, ich hätte nie geglaubt, dass ich das alles noch erleben darf. All die vielen, guten Jahre ... Immerhin weiß ich schon seit 1985, dass ich positiv bin. Das ist eine halbe Ewigkeit, gerade bei HIV. ■ Hat sich viel verändert in diesen 18 Jahren. Nimm bloß mal die HIV-Ambulanz in der Poliklinik. Das war damals ein kleines Zimmerchen im hintersten Eck am Ende vom Gang; heute ist das eine richtige Tagesklinik in einem eigenen Gebäude. Ganz am Anfang gab's auch keine Medikamente. Heute gibt es schon eine ganze Reihe davon, und sie sind immer besser geworden. Die Kliniken und die Forschungslabors sind rund um die Welt vernetzt. Da geht es wirklich vorwärts, und das macht mich optimistisch. ■ Manche überschätzen das gleich wieder. Kürzlich hat ein Arbeitskollege im Schuhladen zu mir gesagt: „Jetzt hast du ja Tabletten dagegen, jetzt bist du gesund.“ In dem Punkt hat sich wenig geändert: Die meisten Leute wissen kaum was über HIV. Es gibt so viele Informationen drüber, aber sie kommen nicht an. Das merkst du auch im Alltag. Manchmal denke ich, dass ich mit Behörden, Versicherungen und Anwälten mehr Zeitaufwand habe als mit der Klinik. Den Schwer-

behindertenausweis mit Hängen und Würgen durchboxen, die „eingetragene Lebenspartnerschaft“ beim Notar beglaubigen lassen, mit Versicherungen feilschen ... Na ja, ist wohl auch eine Form von Normalität. ■ Aber das prallt alles an mir ab. Ich Sorge nämlich für Wellness in meinem Leben. Das heißt, ich meide alles, was mir schadet. Alkohol, Rauchen, unangenehme Leute, Stress zieh ich mir auch nicht rein. So bleibt genug Kraft für das, was wirklich wichtig ist. Und so bin ich zum Methusalem der HIV-Ambulanz geworden, sogar von den Ärzten bestaunt. Mein Survival-Rezept? Regelmäßige Arbeit. Ziele haben. Freunde haben. Freude haben. Du musst einfach nach vorn schauen. Das ist das ganze Geheimnis. ■

Derk, 39 Jahre, HIV-positiv

Bild 20: HIV-POSITIVE (Großformat)



Hrsg.: BENETTON

Jahr der Veröffentlichung: 1993

Quelle: http://www.freenet.de/freenet/film_und_musik/bildershow/benetton_kampagnen/02.html

Bild 21: Die Gegenwart vereinfachen (Großformat)



Hrsg.: BRISTOL- MYERS SQUIBB

Jahr der Veröffentlichung: 2004

Quelle: Sergej Berlin, Ausgabe 11, 2003, S. 21

Bild 22: Die Gegenwart vereinfachen/aktuell

HIV/AIDS

Die Zukunft erleben, die Gegenwart vereinfachen.

Zeit für einander

Wieder bei der Arbeit

Gemeinsame Ziele

Ein Hundebaby

Aktiv leben

Der Kampf gegen das HI-Virus ist ein Kampf gegen die Zeit. Wir haben uns zum Ziel gesetzt, mit der Entwicklung neuer Wirkstoffe schneller zu sein als das Virus. Ganz aktuell ist es uns gelungen, mit einem innovativen Wirkstoff die Therapie von HIV-Infektionen noch effizienter und einfacher zu machen. Damit mehr Zeit bleibt für Pläne in naher und in ferner Zukunft.

Fragen Sie Ihren Arzt oder Apotheker.



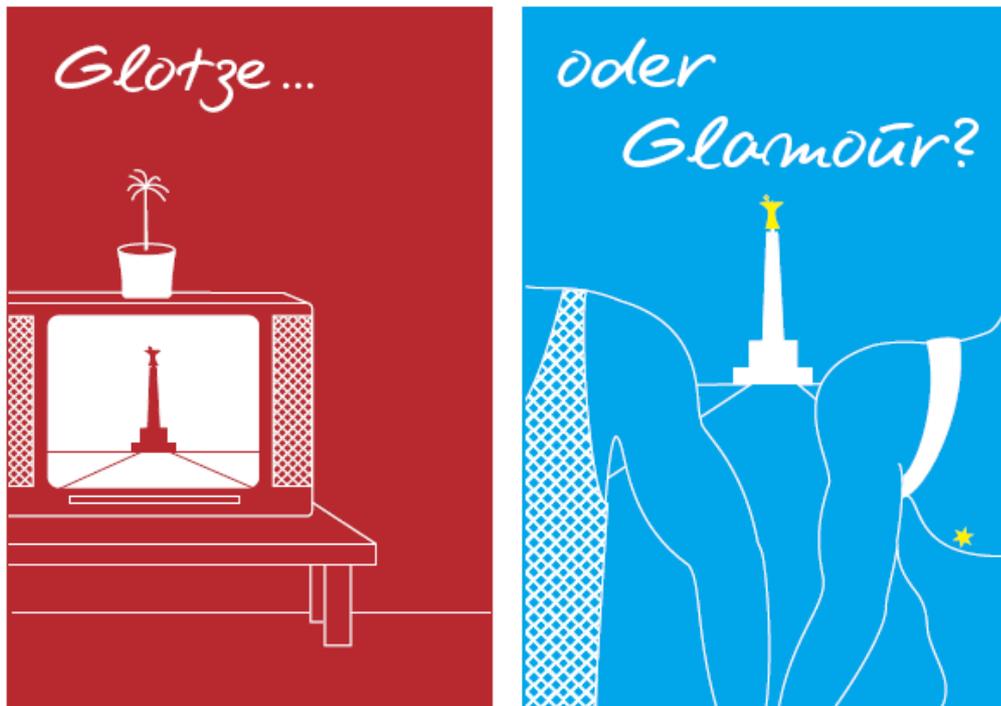
Hrsg.: BRISTOL-MYERS SQUIBB
Jahr der Veröffentlichung: 2005
Quelle: Sergej-Berlin, Ausgabe 01, 2005, S. 15

Bild 23: Augen auf im Garten der Lüste



Hrsg.: ABBOTT
Jahr der Veröffentlichung: 2004
Quelle: Sergej Berlin, Ausgabe 01, 2005, S. 13

Bild 24: Glotze oder Glamour?



Die Zukunft erleben, die Gegenwart vereinfachen.

Bristol-Myers Squibb ist einer der führenden Anbieter von Medikamenten gegen HIV und AIDS.

Eine HIV-Infektion ist eine ansteckende Virusinfektion, die noch nicht endgültig geheilt werden kann. Sie ist chronisch und kann immer noch tödlich verlaufen.

Bristol-Myers Squibb erforscht innovative Therapiemöglichkeiten, die helfen, mit HIV und AIDS zu leben und so eine individuelle Zukunftsplanung ermöglichen.

Wir unterstützen soziale Projekte wie „Run for Life“ und „Secure the Future“ ebenso wie Präventionsarbeit – denn die beste Therapie ist nach wie vor der Schutz vor einer Neuinfektion. So please play safe!

 Bristol-Myers Squibb

Hrsg.: BRISTOL-MYERS SQUIBB
Jahr der Veröffentlichung: 2005
Quelle: Sergej Berlin, Ausgabe 06, 2005, S. 9

Anhang T: Tabellen

Tabelle 24: Laborkategorien der CDC-Klassifikation

Kategorie 1	≥ 500 CD4-Zellen/ μ l
Kategorie 2	200 - 499 CD4-Zellen/ μ l
Kategorie 3	< 200 CD4-Zellen/ μ l

Quelle: Centers for Disease Control and Prevention. 1993 revised classification system for HIV Infection and expanded surveillance case definition for AIDS among adolescents and adults. MMWR 1992; 41:1-19

Tabelle 25: Klinische Kategorien der CDC-Klassifikation

Kategorie A Asymptomatische HIV Infektion	Kategorie B ¹	Kategorie C AIDS definierende Erkrankungen
Persistierende generalisierte Lymphadenopathie	<ul style="list-style-type: none"> • Bazilläre Angiomatose • Entzündungen des kleinen Beckens • Herpes zoster bei Befall mehrerer Dermatome oder nach Rezidiven in einem Dermatome • Idiopathische thrombozytopenische Purpura • Konstitutionelle Symptome wie Fieber über 38.5 Grad oder eine > 1 Monat bestehende Diarrhoe • Listeriose • Orale Haarleukoplakie (OHL) • Oropharyngeale Candidose • Vulvovaginale Candidose, die entweder chronisch (> 1 Monat) oder nur schlecht therapierbar sind • Zervikale Dysplasien oder Carcinoma in situ • Periphere Neuropathie 	<ul style="list-style-type: none"> • Candidose von Bronchien, Trachea oder Lungen • Candidose, ösophageal • CMV-Infektionen (außer Leber, Milz, Lymphknoten) • CMV-Retinitis (mit Visusverlust) • Enzephalopathie, HIV-bedingt • Herpes simplex-Infektionen: chronische Ulzera (> 1 Monat bestehend; oder Bronchitis, Pneumonie, Ösophagitis) • Histoplasmose, disseminiert oder extrapulmonal • Isosporiasis, chronisch, intestinal, >1 Monat bestehend • Kaposi-Sarkom • Kokzidioidomykose, disseminiert oder extrapulmonal • Kryptokokkose, extrapulmonal • Kryptosporidiose, chronisch, intestinal, > 1 Monat bestehend • Lymphom, Burkitt • Lymphom, immunoblastisches • Lymphom, primär zerebral • Mycobacterium avium complex or M. kansasii, disseminiert oder extrapulmonal • Mycobacterium, andere oder nicht identifizierte Spezies disseminiert oder extrapulmonal • Pneumocystis-Pneumonie • Pneumonien, bakteriell rezidivierend (> 2 innerhalb eines Jahres) • Progressive multifokale Leukenzephalopathie • Salmonellen-Septikämie, rezidivierend • Tuberkulose • Toxoplasmose, zerebral • Wasting-Syndrom • Zervixkarzinom, invasiv

¹Krankheitssymptome oder Erkrankungen, die nicht in die Kategorie C fallen, dennoch aber der HIV-Infektion ursächlich zuzuordnen sind oder auf eine Störung der zellulären Immunabwehr hinweisen.

Quelle: Centers for Disease Control and Prevention. 1993 revised classification system for HIV Infection and expanded surveillance case definition for AIDS among adolescents and adults. *MMWR* 1992; 41:1-19

Anhang T: Tabellen

Tabelle 26: Indikation zur antiretroviralen Therapie nach aktuellen Empfehlungen verschiedener Fachgesellschaften

US - amerikanische Empfehlungen	Europäische Empfehlungen	Deutsche Empfehlungen
Symptomatische HIV Infektion		
Therapie angezeigt unabhängig von CD4-Zellzahl und Viruskonzentration		
Asymptomatische HIV-Infektion		
	CD4-Zellzahl > 500/µl und HIV - RNA > 100.000 Kopien/ml Therapie empfohlen HIV-RNA < 100.000 Kopien/ml Keine Indikation	CD4-Zellzahl > 500/µl Unabhängig von Viruslast Keine Indikation
CD4-Zellzahl > 350/µl und HIV-RNA > 55.000 Kopien/ml Relative Indikation HIV-RNA < 55.000 Kopien/ml Keine Therapieempfehlung	CD4-Zellzahl 350- 500/µl und HIV - RNA > 100.000Kopien/ml Absolute Indikation HIV-RNA 50.000- 100.000 Kopien/ml Relative Indikation HIV-RNA < 50.000 Kopien/ml Keine Indikation	CD4-Zellzahl 350- 500/µl und HIV - RNA > 50.000-100.000 Kopien/ml Therapie vertretbar aufgrund Surrogatmarkerstudien ¹ HIV-RNA < 50.000 Kopien/ml Keine Indikation
CD4-Zellzahl 200-350µl Therapie sollte in jedem Fall angeboten werden CD4 Zellzahl < 200µl Absolute Indikation	CD4-Zellzahl < 350µl Absolute Indikation	CD4-Zellzahl 200-350µl Therapie unabhängig von der Höhe der HIV-RNA im allgemeinen ratsam CD4 Zellzahl < 200µl Absolute Indikation
¹ Surrogatmarker: CD4-Zellzahl und HI-Viruslast		

Quelle: Rockstroh et. al 2004

Tabelle 27: Medikamente für die antiretrovirale Therapie

Substanz	Wichtige Nebenwirkungen	Hersteller	Dosierung
Nukleosidale reverse Transkriptaseinhibitoren (NRTI)			
Mitochondriale Schädigung als Ursache von Leber - Steatose, seltener Laktatidose und Lipodystrophie im Rahmen des Lipodystrophiesyndroms			
Abacavir (Ziagen®)	Übelkeit, Durchfall, Hypersensitivitätssyndrom	Glaxo	2x1Kps a 300mg
Azidothymidin oder Zidovudin (AZT) (Retrovir®)	Übelkeit, Magendruck, Kopfschmerz, Anämie, Leukopenie, Myositis	Wellcome	2x1Kps a 250 mg
Lamivudin (3TC) (EpiVir®)	Durchfall, Meteorismus	Glaxo	2x1 Tbl a 150mg o. 1x1 Tbl a 300mg
AZT/3TC als Kombipräparat (Combivir®)	wie bei AZT und 3TC	Glaxo	2x1 tbl a 300mg AZT + 150mg 3TC
AZT/3TC/Abacavir als Kombipräparat (Trizivir®)	wie bei AZT und 3TC und Abacavir	Glaxo	2x1 Tbl a 300mg AZT + 150mg 3TC + 300mg Abacavir
Didanosin (DDI) (Videx®)	Durchfall, Polyneuropathien, Pankreatitis	BMS	< 60kg: 2x125mg; > 60kg: 2x200mg
Zalcitabin (DDC) (Hivid®)	Polyneuropathie, orale Ulzerationen, Exanthem	Roche	3x1 Tbl a 0,75mg > 70kg o. 3x1 Tbl a 0,35mg < 70kg
Stavudin (D4T) (Zerit®)	Polyneuropathie, Durchfall, Kopfschmerz, Myalgien, Lipidstoffwechselstörungen, Schlafstörungen	BMS	2x1 Kps<60kg a 30mg; > 60kg 2x1 Kps a 40mg
Emtricitabin (FTC) (Emtriva®)	Durchfall, Kopfschmerz	Gilead	1 Kps a 200mg
Nicht - nukleosidale reverse Transkriptaseinhibitoren (NNRTI)			
Arzneimittlexantheme, Hepatoxizität			
Nevirapin (Viramune®)	Exanthem, Fieber	Boehringer	14 Tage 1x1 Kps, dann 2x1 Kps a 200mg
Delavirdin (Rescriptor®)	Exanthem, Übelkeit, Durchfall	Pharmacia	3x4 Tbl a 100mg
Efavirenz (Substiva®)	ZNS - Nebenwirkungen, Angstträume, Halluzinationen, Exantheme	DuPont	1x3 Kps a 200mg zur Nacht o. 1x1 Kps a 600mg
Proteaseinhibitoren (PI)			
Glukoseintoleranz, Fettstoffwechselstörungen, Lipodystrophiesyndrom			
Indinavir (Crixivan®)	Lipodystrophie, Juckreiz, trockene Haut, Fettstoffwechselstörung, Nierensteine	MSD	3x2 Kps a 200mg
Saquinavir (Invirase®, Fortovase®)	Durchfall, Übelkeit, abdominale Beschwerden, Dyspepsie, Lipodystrophie, Fettstoffwechselstörungen	Glaxo	3x6 Kps a 200mg
Nelfinavir (Viracept®)	Durchfall, Übelkeit, Exanthem, Meteorismus, Fettstoffwechselstörungen, Lipodystrophie	Roche	3x3 Tbl. A 250mg
Ritanovir (Norvir®)	Übelkeit, Durchfall, Hypersensitivitätssyndrom, Fettstoffwechselstörungen, Lipodystrophie, periorale Parästhesien	Abbott	2x6 Kps.a 100mg
Amprenavir (Agenerase®)	Durchfall, Übelkeit, Arzneimittellexanthem, Fettstoffwechselstörungen, Lipodystrophie	Glaxo/Vertex	2x8 Kps. A 150mg
Fosamprenavir (Lexiva®)	Exanthem, Durchfall	Glaxo	in Verbindung mit low dose Ritanovir 1x1.400mg, mit 1x200mg Ritanovir
Lopinavir/Ritonavir (Kaletra®)	Durchfall, Fettstoffwechselstörungen, Lipodystrophie	Abbott	2x3 Kps. A 133/33mg
Atazanavir (Reyataz®)	Durchfall, Hyperbilirubinämie	BMS	1x2 Kps a 200mg
Fusionsinhibitoren			
Arzneimittelreaktionen			
T20, Enfuvirtide (Fuzeon®)	Hypersensitivität, Reaktionen an der Injektionsstelle	Roche	2 Injektionen subkutan a 90 mg/Tag

Quelle: Rockstroh et. al 2004

Tabelle 28: Die Hamburger Aidshilfe-Struktur

Kooperationspartner	Aufgaben und Projekte
BUG Behörde für Gesundheit und Soziales Zuwendungsgeberin	Primärprävention Öffentlichkeitsarbeit JugendFilmTage Theater an Schulen Senatsempfänge Pressearbeit
BBS Behörde für Bildung und Sport	Lehrer-, und Jugendinformationszentrum MultiplikatorInnenausbildung
Pro Familia	Fortbildungen
HAG Hamburger Arbeitskreis für Gesundheitsförderung Arbeitskreis Sexualität	Initiierung verschiedener Projekte
CinnemaxX - Kinos	JugendFilmTage
BZgA	Präventionsmaterialien JugendFilmTage
Zuwendungsempfänger und nachgeordnete Dienststellen	
Hamburger AIDS Hilfe	Sekundär-, Tertiärprävention Beratung und Begleitung für Menschen mit HIV und AIDS
Hein & Fiete	Primär - Prävention Zielgruppenspezifische HIV Prävention für schwule und bisexuelle Männer
Basis - Projekt	Primärprävention HIV Prävention und Beratung für männliche Prostituierte und deren Kunden
Magnus - Hirschfeld - Zentrum	Primär - Prävention Lebensberatung für homosexuelle Männer und Frauen
HIDA Hamburger Fortbildungsinstitut Drogen und AIDS	Fortbildung für MultiplikatorInnen im Drogenbereich u. Strafvollzug zu HIV und AIDS Heroinambulanz Prävention im Jugendbereich
Cafè Speergebiet	Primär - Prävention Beratung und Betreuung minderjähriger Prostituiertes
Beratungsstelle Gesundheit	HIV Testung und Beratung Gesundheitslotsen
Private Initiativen	
Hamburger Leuchttfeuer	Hospizeinrichtung für AIDS- und andere Schwerstkranke

Quelle: Weikert, Matthias, Amt für Gesundheit und Verbraucherschutz, BUG Hamburg, G 3319, Juli 2003