



Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Hamburg University of Applied Sciences

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Fakultät Life Sciences

Bachelorarbeit

Einstellung von Eltern zur gemeinsamen Betreuung von gesunden und HIV-positiven Kindern im Setting Kindergarten

Eine qualitative Befragung in Hamburg lebender Eltern

Vorgelegt von

Aria Mahmoudzadeh

Studiengang: Gesundheitswissenschaften

Matrikelnummer: [REDACTED]

Erstgutachterin: Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Zita Schillmöller

Zweitgutachterin: Marina Linet (M.Sc.)

Abgabedatum: 20.02.2019

Danksagung

Ich widme diese Arbeit meiner verstorbenen
Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Christine Färber
und ursprünglichen Betreuerin dieser Bachelorarbeit.

20.02.2019

Inhaltsverzeichnis

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS.....	V
ZUSAMMENFASSUNG.....	VI
1. EINLEITUNG IN DAS THEMA	1
1.1 PROBLEMSTELLUNG UND ZIELSETZUNG	1
1.2 AUFBAU DER ARBEIT	2
2. BIOMEDIZINISCHE CHARAKTERISTIKA VON HIV/AIDS.....	3
2.1 KRANKHEITSBILD UND VERLAUF DER HIV-INFektion BEI KINDERN	4
2.2 MUTTER-KIND ÜBERTRAGUNG.....	5
2.3 ANTIRETROVIRALE THERAPIE UND NICHTINFEKTIOSITÄT	6
3. AKTUELLER FORSCHUNGSSTAND ZUR STIGMATISIERUNG VON HIV-POSITIVEN	9
4. HIV-INFIZIERTE KINDER IN KINDERTAGESSTÄTTEN.....	14
4.1 UMGANG MIT HIV-POSITIVEN KINDERN IM SETTING KINDERGARTEN.....	14
4.2 RAHMENBEDINGUNGEN.....	14
5. METHODIK DER DATENERHEBUNG UND DATENANALYSE.....	16
5.1 STICHPROBE.....	16
5.2 STUDIENDESIGN UND LEITFADENENTWICKLUNG	17
5.3. DURCHFÜHRUNG DER INTERVIEWS.....	20
6.4 TRANSKRIPTION.....	21
6.5 QUALITATIVE INHALTSANALYSEN.....	22
6. ERGEBNISSE	24
6.1 KATEGORIEBILDUNG	24
6.1.1 AKTUELLE VORSTELLUNGSBILDER ZU HIV/AIDS.....	26
6.1.2 WISSENSSTAND DER ELTERN ZU HIV/AIDS.....	27
6.1.3 EINSTELLUNG ZUM THEMA HIV/AIDS.....	28
6.1.4 GEMEINSAME BETREUUNG	29
6.1.5 HIV-BEKANNTGABE.....	31
6.1.8 PERSPEKTIVENWECHSEL IM GESPRÄCH	33
6.1.9 STIGMA.....	35

8. DISKUSSION	37
8.1. METHODENDISKUSSION	37
8.2. ERGEBNISDISKUSSION.....	38
9. FAZIT	43
LITERATURVERZEICHNIS.....	VI
ANHANG.....	X

Abkürzungsverzeichnis

Aids	A quired I mmunodeficiency S yndrom
Ajs	Arbeitsgemeinschaft Kinder-und Jugendschutz Hamburg e.V.
ART	A ntiretrovirale T herapie
Ebd.	Ebenda
Et al.	Et alia
Etc.	Et cetera
e.V.	Eingetragener Verein
Ggf.	Gegebenenfalls
HAART	Hochaktive Antiretrovirale Therapie
HAW	Hochschule für Angewandte Wissenschaften
HIV	Humanes Immunmangel Virus
Hrsg.	Herausgeber
Kap.	Kapitel
RKI	Robert Koch-Institut
S.	Seite
STI	Sexually transmitted infections
Vgl.	Vergleich
WHO	World Health Organisation
z.B.	Zum Beispiel

Zusammenfassung

Hintergrund:

Hauptziel der Untersuchungen war die Erhebung aktueller Einstellung der in Hamburg lebenden Eltern zur gemeinsamen Betreuung von gesunden und HIV-positiven Kindern im Setting Kindergarten. Wichtiger Nebenaspekt der Befragung war der Wissensstand zu Übertragungswegen von HIV.

Methodik: Mithilfe von Leitfadeninterviews wurde erfasst, wie die Einstellungen der in Hamburg lebenden Eltern über HIV/AIDS in Bezug auf eine gemeinsame Betreuung mit HIV-positiven Kindern ist. Es wurde untersucht, inwiefern ihr Wissensstand zu Übertragungswegen und Behandlungsmöglichkeiten einen Einfluss auf ihre Einstellung zur gemeinsamen Betreuung mit HIV-positiven Kindern hat. Außerdem wurde überprüft, ob und wie die Nichtinfektiosität der HIV-betroffenen Menschen die Perspektive der Eltern zu HIV/AIDS geändert hat. Die Interviews wurden transkribiert und mithilfe der qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet.

Ergebnisse: Die Interviews haben ergeben, dass die Eltern zum Teil gute Kenntnisse zu Übertragungswegen von HIV/AIDS haben, jedoch in Bezug auf die Nichtinfektiosität nicht aufgeklärt sind. Der Großteil der befragten Eltern ist für eine gemeinsame Betreuung mit HIV-positiven Kindern, aber haben dennoch Angst, wenn ihr Kind in Berührung mit HIV-positiven Kindern kommt. Aus den Interviews haben sich zum Teil Diskriminierungspotenziale gegenüber Menschen mit HIV aufgezeigt. Dies erfordert einen übergreifenden Präventionsansatz, in dem gezeigt wird, wie das Zusammenleben zwischen Menschen mit HIV/AIDS funktioniert und wie Vorurteile und Berührungsängste abgebaut werden können.

Diskussion: Der aktuelle Forschungsstand gleicht den Aussagen der Eltern. Es sind noch weitere Forschungen und Präventionsansätze notwendig. Wichtig ist ein Informationsfluss, damit Vorurteile und Ängste im Umgang mit HIV-positiven Menschen abgebaut werden können. Anzumerken ist auch, dass viele der Befragten über einen wirksamen Schutz vor einer HIV-Übertragung durch eine antiretrovirale Behandlung nicht informiert sind. Dieser Aspekt der Nichtinfektiosität kann die Perspektive vieler Menschen verändern. Dieses Fazit kann jedoch nicht auf die Grundgesamtheit übertragen werden, insbesondere aufgrund der großen Limitation und der kleinen Stichprobengröße.

1. Einleitung in das Thema

1.1 Problemstellung und Zielsetzung

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es zu untersuchen, wie die Einstellungen und Verhaltensweisen der Eltern in Hamburg sind, wenn ihr Kind gemeinsam mit einem HIV-positiven Kind in einem Kindergarten betreut wird.

Die Erkrankung löst bei vielen Betroffenen und Nichtbetroffenen Angst und Unsicherheiten aus, doch viele wissen nicht, dass die Erkrankung sehr gut behandelbar ist. Durch die sogenannte antiretrovirale Kombinationstherapie wird eine Vermehrung des Virus blockiert. Somit kann der Ausbruch der Infektion gehemmt werden (Barth et al. 2011 S.12). Wenn Betroffene mit antiretroviralen Medikamenten behandelt werden, können sie mit der Krankheit lange leben und gesunde Kinder (nicht HIV-infizierte) zur Welt bringen (Weinreich 2009, S.11). Somit wird heute die Infektion als eine behandelbare chronische Krankheit angesehen (Hilgefort 2010, S.12).

Erzieherinnen und Erzieher haben nicht nur mit gesunden Kindern in der Kita zu tun, sondern auch mit kranken Kindern. Da auch HIV-positive Kinder in Regeleinrichtungen betreut werden, ist es von besonderer Wichtigkeit, diese Kinder, sowie die Eltern zu unterstützen, um Ängste und Unsicherheiten zu vermeiden (Barth 2011, S.10). Daher ist es ebenfalls interessant zu erfahren, wie andere Eltern eines gesunden Kindes zu diesem Thema stehen, wenn es in der Kindertagesstätte ein Kind gibt, das HIV-positiv ist. Haben Eltern von gesunden Kindern Sorge, wenn ihr Kind mit einem Kind in Berührung kommen könnte, das HIV positiv ist? Auch wenn im Alltag kein Risiko für eine Ansteckung mit HIV besteht, sind Infektionsängste vorhanden (Hilgefort 2010, S.13). Wird im Kindergarten bekanntgegeben, dass ein Kind HIV-infiziert oder an AIDS erkrankt ist, kann dies zu Verunsicherung führen. In Deutschland gibt es weiterhin Menschen, die über die HIV-Infektion und ihre Übertragungswege nicht ausreichend informiert sind und daraufhin Angst und Ablehnung gegenüber HIV-Positiven zeigen (Sonnenberg-Schwan 2010, S.20). Aus diesem Grund soll in der Arbeit herausgefunden werden, wie der Wissensstand in Hamburg lebender Eltern von „gesunden“ Kindern in Bezug auf die HIV-Infektion ist. Daraus folgend soll geschaut werden, inwieweit der Wissensstand einen Einfluss auf ihre Einstellung hat.

Führt eine größere Unwissenheit in Bezug auf die Nichtinfektiosität von HIV zu der Einstellung, dass die Eltern gegen eine gemeinsame Betreuung sind?

Obwohl die HIV-Infektion eine behandelbare, chronische Erkrankung ist, wird HIV mit Diskriminierung und Ausgrenzung verbunden, die nach wie vor ein Problem bleiben.

Menschen werden aufgrund ihrer HIV-Infektion zurückgewiesen. Dies geschieht in vielen alltäglichen Situationen bei der Arbeit, im Freundeskreis oder sogar in der Familie. Auch im medizinischen Bereich finden Ausgrenzung und Diskriminierung statt. Die Angst vor Ablehnung oder Ausgrenzung führt häufig dazu, dass Betroffene ihre Infektion für sich behalten (Peters 2017, S.48). Obwohl die medizinische Versorgung der Kinder in Deutschland vorwiegend gesichert ist, werden Kinder aufgrund ihrer Infektion aus Kindergärten, Schulen, Sport und Kulturvereinen ausgeschlossen (Lohner 2011, S. 4).

Für die vorliegende Arbeit sollen Interviews mit Eltern von Kindergartenkindern geführt werden. Hauptziel der Untersuchungen ist es, die Erhebung aktueller Einstellung der in Hamburg lebenden Eltern von gesunden Kindern zu HIV-positiven bzw. an AIDS erkrankten Kindern in der Kindertagesstätte. Wichtige Nebenaspekte der Untersuchung sind der Wissensstand über HIV/AIDS und ihre Übertragungswege, sowie derzeitige Behandlungsmöglichkeiten. Während des Interviews soll mit den Eltern über mögliche Ängste und den Umgang mit HIV-Betroffenen bezüglich der gemeinsamen Betreuung der Kinder diskutiert werden. Daraus ergibt sich folgende Fragestellung:

Wie würden die Eltern reagieren, wenn ihr Kind mit einem HIV-infizierten Kind in der Kindertagesstätte betreut wird und in Berührung kommt? Inwieweit hat ihr Wissensstand zu Übertragungswegen von HIV einen Einfluss auf ihre Einstellung?

1.2 Aufbau der Arbeit

Das erste Kapitel beschreibt biomedizinische Charakteristika von HIV/AIDS, das Krankheitsbild und den Verlauf der HIV-Infektion bei Kindern, Mutter-Kind-Übertragung, Antiretrovirale Therapie sowie die damit verbundene Nichtinfektiosität.

Um die Forschungsfrage analysieren zu können, folgt ein Überblick über den aktuellen Forschungsstand zur Stigmatisierung von HIV-positiven Menschen. Im nächsten Kapitel

wird das Setting Kindergarten bezogen auf den Umgang mit HIV-positiven Kindern aufgegriffen und ein kurzer Überblick über die Rahmenbedingungen gegeben.

Der Abschnitt Methodik der Datenerhebung und Datenanalyse ist in Stichprobenauswahl, Studiendesign, Durchführung der Interviews, Transkription, sowie qualitative Inhaltsanalyse (nach Mayring) gegliedert und wird entsprechend im Kontext analysiert.

Nach der Methode werden die Ergebnisse der Interviews anhand der Kategorien zusammengefasst. Darauf folgt eine kritische Diskussion der Methodik und der Ergebnisse. Den Abschluss bildet ein Fazit mit Handlungsempfehlungen.

2. Biomedizinische Charakteristika von HIV/AIDS

Unter Aids („Acquired Immune Deficiency Syndrome“) wird eine erworbene Immunschwäche verstanden. Verursacht wird diese Immunschwäche von einem HI-Virus („Human Immunodeficiency Virus“), einem Retrovirus. Da Viren nicht in der Lage sind, sich selbst zu vermehren, und nicht eigenständig leben können, erfordert dies eine Wirtszelle. Daher dringt das HI-Virus in Zellen des Immunsystems ein und verändert deren Erbinformation. Diese ist dann in der Lage, neue HI-Viren zu produzieren und stirbt danach ab. Das HI-Virus zielt auf so genannte Helferzellen (=CD4- oder T4-Zellen). Diese Zellen sind für die Steuerung der Reaktion des Immunsystems auf nicht körpereigene Organismen wie Pilze, Bakterien oder Viren und für die Aktivierung von gebildeten Antikörpern und Abwehrstoffen zuständig (Barth et al. 2016 S.11).

Kommt es zu einer deutlichen Senkung der Helferzellen, ist das Immunsystem nicht in der Lage, den Körper wie gewohnt gegen Krankheiten zu schützen. Ist die Abwehrschwäche fortgeschritten, nutzen Erreger dies als eine Gelegenheit (=Opportunität) und können sich wieder aktivieren. Die Krankheiten, die dadurch verursacht werden, werden opportunistische Infektionen genannt (ebd.). Eine HIV-Infektion läuft in unterschiedlichen Stadien ab, nur das Spätstadium, das Jahre nach der Ansteckung auftritt, wird AIDS genannt. Wird dieses Stadium erreicht, tauchen Aids-definierte Erkrankungen wie Lungenentzündung, virusbedingte Krebsarten oder Gebärmutterhalskrebs auf. Nicht das Virus selbst sorgt für das Sterben, sondern die Folgen der Infektionen, die sich über Jahre im Körper

ungehindert ausbreiten. Diese Krankheiten lassen sich nicht auf eine HIV-Infektion zurückführen. Hier können verschiedene Ursachen eine Rolle spielen. Nur anhand eines HIV-Tests kann eine HIV-Infektion diagnostiziert werden. Findet eine Infektion mit dem HI-Virus statt, wird sich das Virus im Körper jeden Tag vermehren. In diesem Stadium wird von symptomfreien Krankheiten gesprochen. Über mehrere Jahre kann das Immunsystem das Virus problemlos bekämpfen bis das Immunsystem durch die ständige Entzündung im Körper geschwächt wird. Somit wird das Gleichgewicht zwischen Virusbildung und Virusabbau gestört und das Immunsystem ist nicht in der Lage, dieses Gleichgewicht weiter aufrechtzuerhalten. Mithilfe von Blutuntersuchungen kann die Phase bzw. das Stadium der Erkrankung genau festgestellt werden, wie stark die Virusvermehrung geprägt und das Immunsystem geschädigt ist (Barth et al. 2016, S.12).

Wann es zum Ausbruch der Erkrankung kommt, ist von Mensch zu Mensch verschieden. Durchschnittlich treten ohne Behandlung acht bis zehn Jahre nach der Infektion Aids-definierte Erkrankungen auf (ebd.).

2.1 Krankheitsbild und Verlauf der HIV-Infektion bei Kindern

Der Krankheitsverlauf einer HIV-Infektion bei Säuglingen und Kleinkindern unterscheidet sich vom Erwachsenen. Da die Anzahl der Viren zwei Monate nach der Geburt stark zunimmt, bricht Aids bei Kindern schneller aus (UNICEF 2012, S. 5).

Die durchschnittliche Inkubationszeit bis zum Auftreten von AIDS liegt bei Kindern zwischen zwölf Monaten und fünf Jahren (Hensle 2002, S. 73).

Wenn eine HIV-Infektion diagnostiziert wird, kann diese mit den zur Verfügung stehenden Medikamenten gehemmt werden. Im Körper können sich die Viren eingeschränkt vermehren und schädigen nicht das Immunsystem. Somit konnte auch die Lebenserwartung der Kinder erhöht werden. Da es diese Medikamente seit ca. 20 Jahren gibt, kann nicht ganz vorausgesagt werden, wie die Lebenserwartung dieser Kinder wirklich aussieht. In Bezug auf die Auswirkung der Lebenserwartung der infizierten Kinder durch langfristige Einnahme der Medikamente und die dazugehörigen Nebenwirkungen und Langzeitschäden kann ebenso wenig gesagt werden (Barth et al. 2016, S. 15).

Mittlerweile wird davon ausgegangen, dass sowohl HIV-positive Erwachsene als auch infizierte Kinder bei einer rechtzeitigen Diagnose und Therapiemöglichkeiten eine gleich hohe Lebenserwartung haben, wie Nicht-Infizierte. Findet eine Therapie nicht statt, kann sich bei über einem Drittel der HIV-positiven Kinder ein schneller Krankheitsverlauf aufzeigen, der innerhalb des ersten Lebensjahres tödlich endet. Ein großer Teil der Kinder erkranken ohne Medikamente vor Beginn des fünften Lebensjahres an Aids-definierten Erkrankungen. Symptome, die aufgrund des Immundefektes hervorgerufen werden, können Untergewicht oder Gewichtsverlust, unerklärliche Fieberschübe bakterielle Infektionen wie Pilzkrankung und Durchfälle sein. Bei einer fortgeschrittenen Phase der Erkrankung treten Infektionen häufig auf und das Kind erkrankt an einer Lungenentzündung (ebd., S. 16).

2.2 Mutter-Kind Übertragung

Die Mutter-Kind-Übertragung von HIV ist Ursache für mehr als 90% der Infektionen bei Kindern unter 15 Jahren. Während eine HIV-Übertragung im Erwachsenenalter horizontal, das heißt durch sexuelle Übertragung, intravenösen Drogenkonsum usw. stattfindet, geschieht diese bei infizierten Kindern vertikal durch intrauterine oder perinatale Übertragung. Das Virus kann sowohl während der Schwangerschaft und Geburt als auch während der Stillzeit weitergegeben werden (Hammer-Fomuki, Königs 2017, S. 1).

Zwischen der Schwanger- und Mutterschaft gibt es unterschiedliche Phasen hinsichtlich der Übertragung. Während der Schwangerschaft liegt das Übertragungsrisiko ohne antiretrovirale Behandlung bei 5 bis 10 Prozent, während der Geburt bei 10-20 Prozent und 5 bis 20 Prozent während des Stillens (Weinreich, Benn 2009, S.83).

Die Zahl der Mutter-Kind-Übertragung lag im Jahr 2016 bei 21 Meldungen in Deutschland (RKI 2017, S.434). Jährlich werden zwar Kinder mit HIV neu diagnostiziert aber hierbei werden Kinder mit älterer Infektion, die in der Regel aus dem Ausland nach Deutschland eingewandert sind, berücksichtigt (Barth 2016, S. 9).

Durch die Erfolge in der Prävention in Bezug auf Mutter-Kind-Übertragung konnte die Rate der Transmission auf < 1 % gesenkt werden. Diese niedrige Transmissionsrate bei HIV-positiven Schwangeren konnte durch antiretrovirale Therapie, eine antiretrovirale Prophylaxe und einen Stillverzicht erreicht werden (Neubert et al. 2007, S. A 1827).

Da HI-Viren auch in der Muttermilch enthalten sind, können sie beim Stillen übertragen werden. Während der HIV-Medikation enthält die Muttermilch keine Viren, jedoch Medikamentenrückstände. Da unklar ist, wie sich die Rückstände der Medikamente auf die Gesundheit des Kindes auswirken, wird empfohlen auf das Stillen zu verzichten (Sonnenberg-Schwan 2017, S. 26).

2.3 Antiretrovirale Therapie und Nichtinfektiosität

Für viele Menschen war früher AIDS eine Gesundheitsbedrohung, die tödlich endete. HIV/AIDS bedeutete nicht nur Tod, sondern qualvolles und grausames Sterben. Erschreckende Bilder von bis auf die Knochen abgemagerten betroffenen Menschen veranschaulichten das Geschehen (Steuer 2012, S.19). Die gesundheitlichen Bedrohungen zeigten sich bei Betroffenen durch erkennbare körperliche Veränderungen, die mit eindeutig zugeordneten Symptomen in Verbindung gebracht wurden. Wie bereits erwähnt wird heute dank der verbesserten Behandlungsmöglichkeiten HIV/AIDS als eine chronische Krankheit angesehen. Seitdem hat auch die Erkrankung für viele Menschen seine „Sichtbarkeit“ und die dazugehörigen Schrecken an Bedeutung verloren (BZgA 2012 S. 14). Heute wird die Krankheit HIV/AIDS nicht mehr als eine Lebensbedrohung eingestuft. Bei wirksamer Therapie können Betroffene mit einer deutlich erhöhten Lebenserwartung rechnen und das ohne sichtbare Symptome. Diese Behandlungsmöglichkeiten sollten jedoch in Anspruch genommen werden, da es ohne solche, weiterhin einen tödlich endenden Verlauf nimmt (ebd).

Die antiretrovirale Therapie (ART) wird ebenfalls als HAART (hochaktive antiretrovirale Therapie) oder auch als „Kombinationstherapie“ bezeichnet. 1996 wurde sie eingeführt und seitdem stetig weiter entwickelt (Meier 2018, S. 13).

Betroffene Menschen, die mit HIV infiziert sind, müssen ab einer bestimmten Zeit im Laufe der Erkrankung therapiert werden. Kommt es nicht zu einer Behandlung, kann es für die Betroffenen tödlich enden (Weinreich, Benn 2009 S. 95).

Die HIV-Medikamente sorgen dafür, dass die Viren sich nicht vermehren. Sie werden gestoppt und ihre Anzahl im Körper sinkt. Die Abwehrkräfte können sich regenerieren, wenn die Viren im Blut nicht nachweisbar sind. Wenn wenige HI-Viren vorhanden sind,

kann sich auch das Immunsystem wieder erholen und es führt zum Anstieg der T-Helferzellen (Meier 2018, S.13). Daher kann die HIV Therapie ein langes Leben für Betroffene gewährleisten. Bei vielen HIV-Betroffenen ist die Viruslast mithilfe der Therapie so gering, dass eine Ansteckungsgefahr bei einem ungeschützten Geschlechtsverkehr ausgeschlossen werden kann, wenn keine anderen sexuell übertragbaren Krankheiten vorhanden sind. Hinsichtlich des Übertragungsrisikos wird der „Schutz durch Therapie“ mit der Verwendung von Kondomen gleichgestellt. Schutz durch Therapie bedeutet nichts weiter als die Verhinderung von Virusübertragung durch die ART. Es wird vorausgesetzt, dass HIV-Betroffene die antiretroviralen Medikamente regelmäßig einnehmen und die Viruslast seit mindestens sechs Monaten unter der Nachweisgrenze liegt (Barth et al. 2016, S.9).

Wird mit der Einnahme von HIV-Medikamenten aufgehört, vermehren sich wieder die Viren im Blut (Praz 2015, S.7). Dank der HIV-Therapie können Nicht-infizierte Kinder gezeugt werden (ebd. S. 6). Somit konnte die Anzahl der Mutter-Kind-Übertragungen in der Schwangerschaft und bei der Geburt gesenkt werden, sodass in Deutschland kaum HIV-infizierte Kinder geboren werden (Barth et al. 2016, S. 9).

Eine kombinierte antiretrovirale Therapie (cART) ist die wirksamste Methode, die zur Viruslastsenkung in der Schwangerschaft führt und die Mutter-Kind-Übertragung auf ein Minimum senkt. Frauen, die bereits unter ART stehen, müssen diese in jedem Fall in der Schwangerschaft fortsetzen. Die cART ist die einzige akzeptable Therapieform für die HIV-Infektion, da Mono-oder Dualtherapien nicht ausreichend wirken und somit zu einer schnellen Resistenzentwicklung führt. Bei einer beginnenden ART während der Schwangerschaft wird zur Prophylaxe eine Kombinationstherapie (cART) gewählt. Damit eine gute Adhärenz vorausgesetzt werden kann, sind die Viruslastsenkung und die Verträglichkeit für die Mütter ein wichtiges Kriterium für die Auswahl der Medikamente. Bisher wurden in einem internationalen Schwangerschaftsregister keine Häufungen von Fehlbildungen durch antiretrovirale Medikamenten beobachtet (ebd.).

Wenn das Baby auf der Welt ist, sollte es vier bis sechs Wochen prophylaktisch mit antiretroviralen Medikamenten behandelt werden. Jedes Baby weist im Blut Antikörper von seiner Mutter auf. Ein HIV-Test, der das Blut auf Antikörper prüft, zeigt erst nach 18 Monaten, ob das betroffene Baby HIV-positiv oder negativ ist. Eine rechtzeitige HIV-Diagnose ist bei Babys und Kleinkindern lebensnotwendig, da das Virus bei ihnen aggressiver aus-

geprägt ist als im Erwachsenenalter. Jedes zweite Kind, das infiziert ist und keine Medikamente und Behandlung bekommt, stirbt vor seinem zweiten Lebensjahr (Lohner 2011, S. 12). Je früher HIV-infizierte Babys therapiert werden, desto höher sind die Überlebenschancen. Studien haben gezeigt, dass die Sterblichkeitsrate bei betroffenen Babys um 75 Prozent gesenkt wird, wenn sie innerhalb der ersten 12 Wochen eine Behandlung erhalten (Lohner 2011, S. 13).

Steht die Mutter nach wie vor unter einer stabilen antiretroviralen Therapie, ist das Risiko einer HIV-Transmission durch Muttermilch als sehr gering eingestuft. Jedoch muss eine Reihe von Aspekten geprüft werden, wie z.B. der Übertritt oder Nichtübertritt der mütterlichen Medikamente in die Muttermilch mit den möglichen Auswirkungen auf das Kind. Noch wird keine Empfehlung hinsichtlich des Stillens gegeben (BAG 2011, S. 80).

Neben der wirksamen antiretroviralen Therapie bei HIV-Positiven hat auch die Prävention einer HIV-Infektion bei HIV-Negativen Menschen an Wichtigkeit gewonnen. Hierbei gibt es zum Schutz vor einer HIV-Infektion neben Barrieremethoden (z.B. Kondom) eine medikamentöse Prophylaxe (systematische oder topisch angewendete antivirale Substanzen). Hinsichtlich der Reduktion des Risikos einer HIV-Übertragung steht als weitere neue Präventionsmethode eine medikamentöse Prophylaxe (HIV-PräExpositionsprophylaxe=PrEP) zur Verfügung, die oral eingenommen werden muss (DAIG 2018, S.3).

Die Gleichung HIV = AIDS = Tod hat somit an Beachtung verloren. Auch wenn sich die Lebenserwartung und die Lebensqualität bei vielen Menschen erhöht haben, sind Stigmatisierungen und Schuldzuweisungen, die mit HIV verbunden sind heute noch ein Thema (Barth et al. 2016 S.13). Hinsichtlich der gesellschaftlichen Bewertung von Menschen mit HIV/AIDS gibt es kaum Veränderungen. Die Krankheit wird heute noch als ein gesellschaftlicher Makel angesehen (ebd., S.6).

3. Aktueller Forschungsstand zur Stigmatisierung von HIV-Positiven

Ziel der nationalen Aufklärungskampagne „Gib Aids keine Chance“ war es, gegen Stigmatisierung und Ausgrenzung von Menschen mit HIV und Aids anzukämpfen.

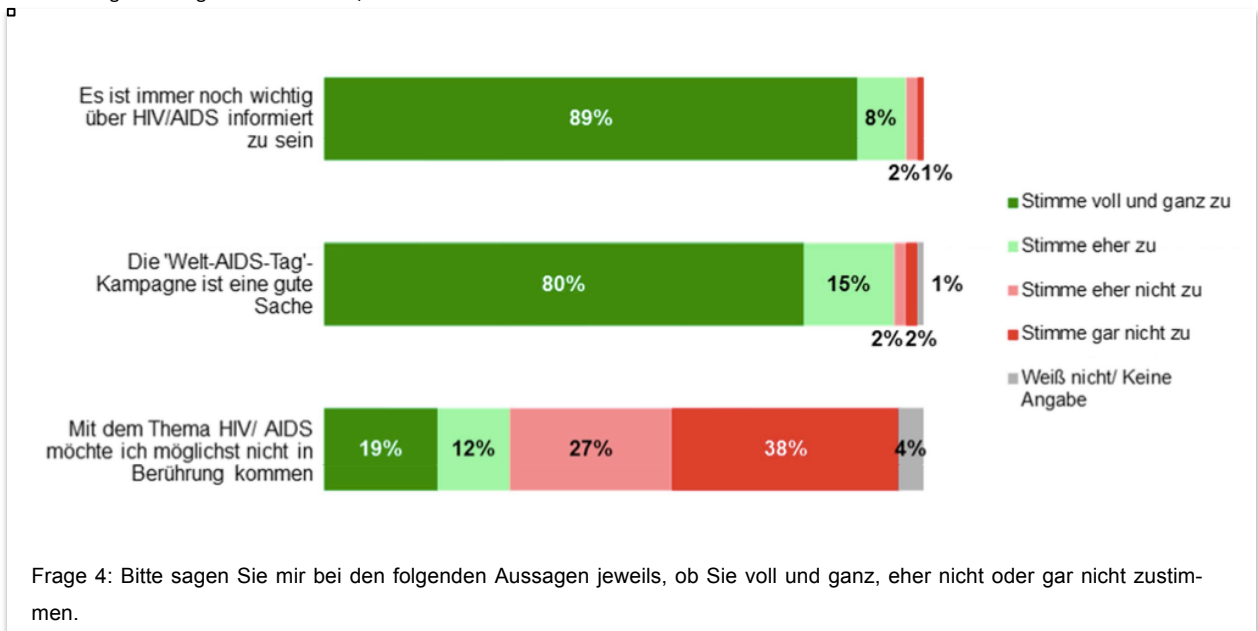
In der Studie „Aids im öffentlichen Bewusstsein“ wurden 2014 die Einstellungen gegenüber HIV-Infizierten seit 1987 untersucht. In dieser Studie wurden in dem Zeitraum von August bis September 2014 1002 Menschen befragt (BZgA 2014, S.3).

Hierbei spielten Aspekte zur Erfragung bezüglich der Einstellungen gegenüber Menschen mit HIV und Aids wie Ablehnung und Befürwortung von sozialer Ausgrenzung. Um das Einstellungsklima gegenüber betroffenen Menschen mit HIV und Aids zu erfassen, wurde erfragt, ob die Befragten für oder gegen soziale Isolierung und Ausgrenzung sind. Hierbei wurde auch nach der Hilfsbereitschaft gegenüber HIV und Aids-Betroffenen gefragt. Daraus resultierend soll herausgefunden werden, in wie weit die Bereitschaft im Hinblick auf sozialer Unterstützung und Hilfeleistung stattfindet. Auch zu dem Aspekt Verhalten wurden Fragen gestellt, die erhoben, was die Befragten als eigenes Verhalten in Alltagssituationen gegenüber HIV-positiven Menschen berichten. Eine der Aussagen war, ob die Eltern ihr Kind mit einem Kind spielen lassen, wenn sie wüssten, dass es HIV-positiv ist. Knapp über ein Viertel der Befragten haben diese Aussage mit „ja, ganz sicher“ beantwortet und etwa die Hälfte der Befragten würden dies in Erwägung ziehen. Von den Befragten würden 21% ihr Kind wahrscheinlich nicht mit einem HIV-positiven Kind spielen lassen. Eine deutliche Ablehnung zeigten 4 % der Befragten. Weitere 5 % wüssten nicht, wie sie sich in so einer Situation verhalten würden. Daraus folgte die BZgA, dass ein großer Anteil der Bevölkerung in Deutschland keine genaue Einschätzung aufweisen kann (BZgA 2014 S.14). Das liegt daran, dass es bei der Entscheidung nicht um die Eltern allein, sondern auch um die Kinder geht. Bisher hat es deutschlandweit in Kita oder Schulen auf dem Spielplatz keinen Fall von HIV-Übertragung zwischen Kindern stattgefunden. Da die menschliche Haut ein sicheres Schutzschild gegen Krankheitserreger ist, können beispielsweise kleinere Kratzer oder Wunden nicht zu einer Übertragung führen. Die Haut dient als Schutz, die eine Übertragung durch Blutaustausch ausschließt (BZgA 2014 S. 7).

Eine weitere repräsentative Bevölkerungsbefragung anlässlich des Welt-AIDS-Tages 2017 hatte zum Ziel, die Kenntnisse über das Leben mit HIV und die HIV-assoziierte Diskriminierungen in der Bevölkerung zu erheben. Unter Anderem sollte herausgefunden werden, wie die Einstellungen der Bevölkerung bezüglich HIV positiven bzw. an AIDS erkrankten Menschen sind. An der Studie haben insgesamt 1012 Menschen teilgenommen. Die Zielgruppe war die in Deutschland lebende und deutschsprachige Bevölkerung ab 16 Jahren (Rüden & Kostrzewski 2017, S. 7).

In einem Teil der Befragung ging es um drei Aussagen zum Thema HIV/AIDS. Die erste Aussage „Es ist immer noch wichtig, über HIV/AIDS informiert zu werden, haben fast alle Befragten bejaht (siehe Abbildung 1), nur 3% der Befragten stimmen der Aussage nicht zu. Auch der zweiten Aussage, dass der „Welt-AIDS-Tag“ eine gute Sache sei, haben 80 % der Befragten zugestimmt, und 15% stimmten „eher“ zu. Allerdings lassen sich erste denkbare Diskriminierungspotentiale bei der dritten Aussage aufzeigen. Knapp ein Drittel der Befragten stimmen der Aussage „Mit dem Thema HIV/AIDS möchte ich möglichst nicht in Berührung kommen“ zu (siehe Abbildung 1). Diese zeigen Berührungsängste mit dem Thema HIV/AIDS auf (Rüden & Kostrzewski 2017, S.14).

Abbildung 1: Aussage zum Thema HIV/AIDS



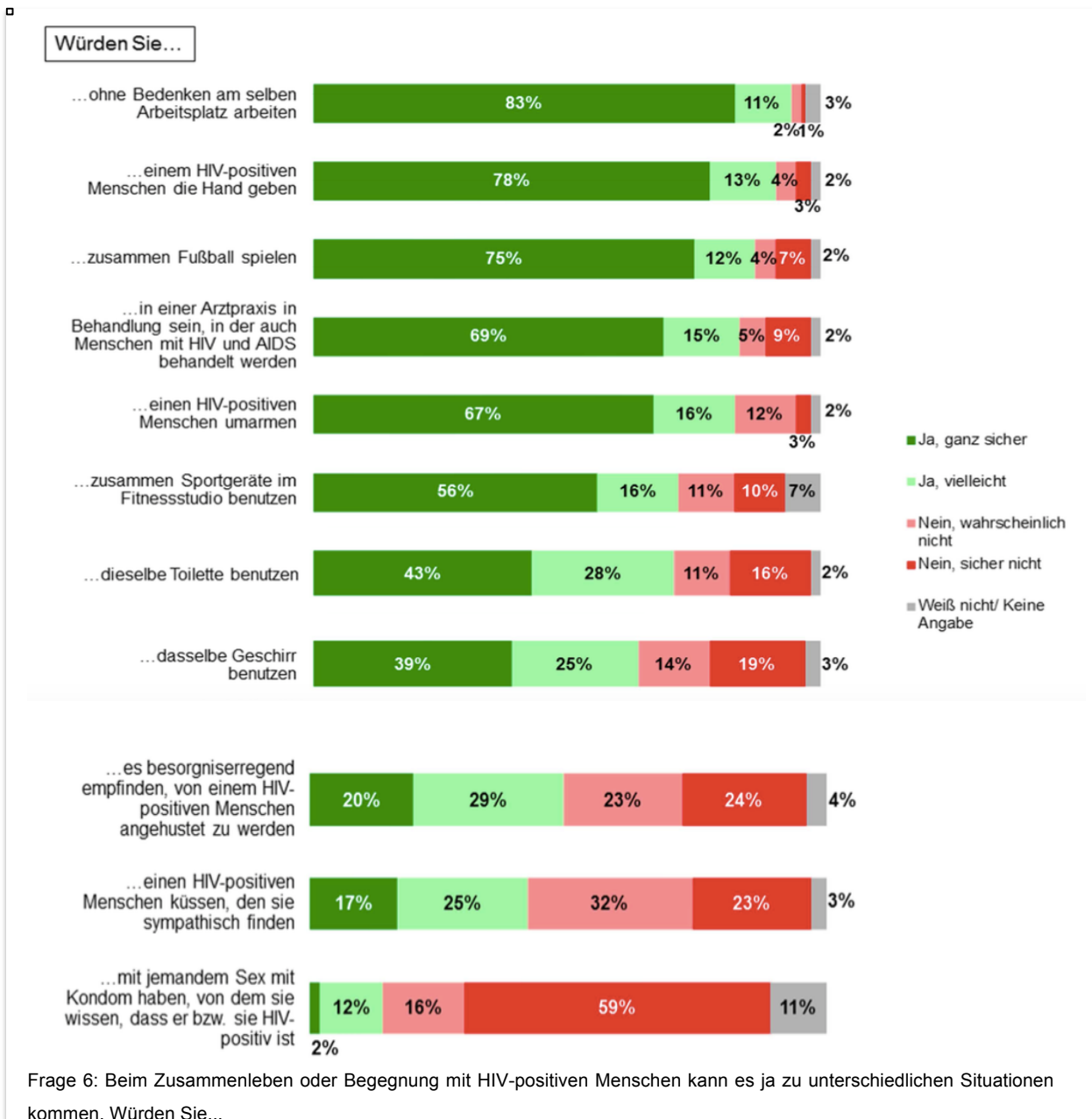
Quelle: Rüden & Kostrzewski 2017, S. 12

Bei der zweiten Teilbefragung geht es um Einstellungen und Diskriminierungspotentiale bezüglich des Zusammenlebens und der Begegnung mit HIV-positiven Menschen. Hier werden auch verschiedene Alltagssituationen bewertet. Bei dieser Bewertung lassen sich auch eventuelle Diskriminierungspotentiale aufzeigen (siehe Abbildung 2).

Bei 94% der Befragten gab es kein Bedenken, mit HIV-positiven Menschen am selben Arbeitsplatz zu sein. Dies ist ungefähr genau so der Fall (91%), wenn es um das Erwidern des Händeschüttelns geht. Auch bei einem gemeinsamen Fußballspiel gibt es keine Zurückhaltung gegenüber HIV-betroffenen Menschen (87%).

Sowohl gegen eine Behandlung HIV-erkrankten Menschen in der gleichen Arztpraxis als auch das Umarmen dieser Betroffenen gibt es für die meisten Befragten kein Bedenken (Abbildung 2). Für etwas weniger als drei Viertel ist das gleiche Verwenden von Sportgeräten kein Problem. Allerdings sieht das bei derselben Toilettennutzung anders aus. Auch wenn für die Mehrheit der Befragten kein Problem besteht, haben mehr als ein Viertel (27%) in dieser Hinsicht Vorbehalte. Bei der gemeinsamen Geschirrnutzung hat diesbezüglich jeder Dritte Vorbehalte, wohingegen fast zwei Drittel (64%) bedenkenlos das gleiche Geschirr benutzen würden (Rüden & Kostrzewski 2017, S.14). Zu der Situation, ob Befragte „es besorgnis-erregend empfinden, von einem HIV-positiven Menschen angehustet zu werden“, empfindet fast jeder zweite Befragte dies als besorgniserregend. Einen HIV-positiven Menschen zu küssen, zu dem man eine emotionale Bindung hat, führt bei 55% zu Problemen (Abbildung 2). 2% der Befragten würden ganz sicher mit jemandem Geschlechtsverkehr mit Kondom haben mit dem Wissen, dass er oder sie HIV-positiv ist. Weitere 12% haben mit „ja, vielleicht“ geantwortet. 16% würden wahrscheinlich trotz Kondom keinen Sex haben. Über die Hälfte der Befragten (59%) schließt dies ganz sicher aus. Hier zeigt sich, dass es bei direktem Körperkontakt Zurückhaltung gibt, obwohl keine Ansteckungsgefahr besteht (ebd., S. 15).

Abbildung 2: Zusammenleben mit HIV-positiven Menschen

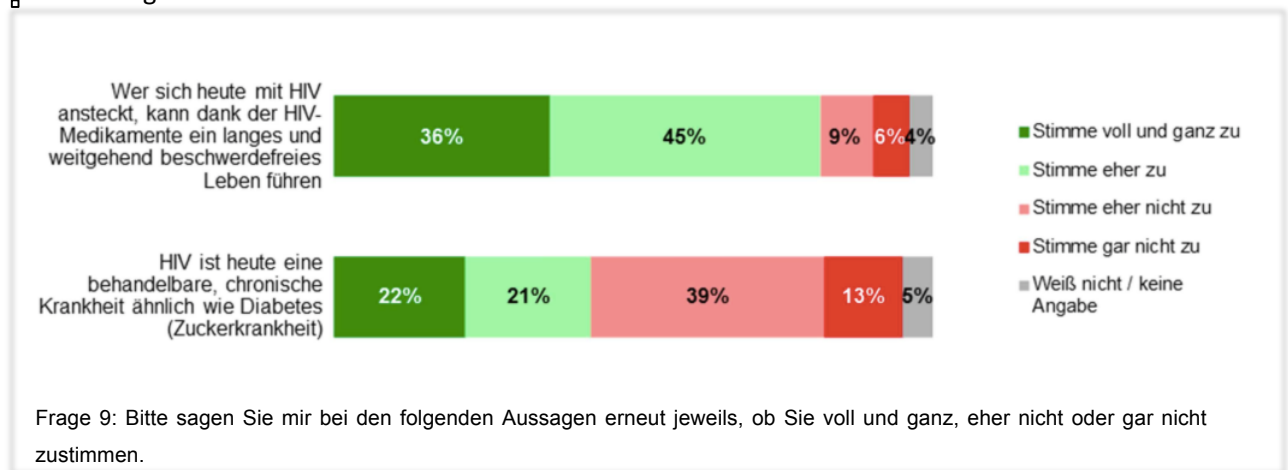


Quelle: Rüden & Kostrzewski 2017, S.14

Im letzten Befragungsteil geht es um den Wissensstand über das Leben mit HIV und aktuelle Behandlungsmöglichkeiten. Hier wurde die Aussage „Mit gegenwärtigen Behandlungsmöglichkeiten ist es möglich, andere beim Sex ohne Kondom nicht mehr anzustecken“ überprüft und nur 10% der Befragten stimmen der Aussage zu. 71 % glauben nicht, dass dies mit den gegenwärtigen Behandlungsmöglichkeiten denkbar ist. Das Ergebnis dieser Frage wirft eine große Unsicherheit auf. Ein Fünftel kann oder möchte

diese Frage nicht beantworten. Die letzte Frage beinhaltet zwei Aussagen, in der es um die aktuellen Behandlungsmöglichkeiten und das Leben mit einer HIV-Infektion geht. Der ersten Aussage, dass dank moderner Medikamente ein langes und weitgehend beschwerdefreies Leben geführt werden kann, haben rund 80% zugestimmt (Abbildung 3). Der zweiten Aussage „HIV ist heute eine behandelbare, chronische Krankheit ähnlich wie Diabetes“ wird nur von 43% der Befragten zugestimmt. Knapp mehr als die Hälfte sieht dies anders. HIV ist aus der Sicht der Bevölkerung eine gut behandelbare Krankheit, aber sie wird nicht als eine „normale“, chronische Krankheit wie beispielsweise Diabetes angesehen (BZgA 2017 S.17).

Abbildung 3: Leben mit dem HIV



Quelle: Rüden & Kostrzewski 2017, S. 17

Als Fazit gibt die BZgA an, dass das Wissen zu gegenwärtigen Behandlungsmöglichkeiten nicht ganz vollständig ist. Obwohl 81% der Befragten der Meinung sind, dass HIV-Betroffene mithilfe der HIV-Medikamente ein langes Leben ohne Beschwerden führen können, wird in der Bevölkerung die Krankheit nicht als eine „normale“ chronische Erkrankung angesehen. Nur jeder Zehnte weiß, dass eine antiretrovirale Therapie einen Schutz vor HIV-Übertragung gewährleistet. Dieses Wissen ist noch nicht verankert. Die BZgA kommt auch zu dem Entschluss, dass die Ergebnisse auch Diskriminierungspotentiale gegenüber HIV-Erkrankten Menschen in verschiedenen Alltagssituationen aufzeigen (BZgA 2017, S.20).

4. HIV-infizierte Kinder in Kindertagesstätten

4.1 Umgang mit HIV-positiven Kindern im Setting Kindergarten

Damit ein professioneller Umgang mit chronisch kranken Kindern stattfindet, werden fachkompetente Erzieherinnen und Erzieher benötigt, um den medizinischen und emotionalen Bedarf im Auge zu behalten (Köhler 2011, S. 40). Aus dem Arbeitsbereich VHIVA KIDS-Familienleben mit HIV in der Arbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendschutz Hamburg e.V. (ajs) machen sich Sozialpädagogen und Sozialpädagoginnen zum Ziel, HIV-betroffene Familien in Hamburg zu unterstützen und Fortbildungen für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen anzubieten (Barth et al. 2016, S.4). Hierbei geht es auch darum, einen offenen Umgang mit HIV im sozialen Umfeld zu bewirken und bieten somit Beratungen für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in pädagogischen Einrichtungen an.

Das soziale Umfeld prägt das Leben HIV-infizierter Kinder und ist von entscheidender Bedeutung. Bekommen diese Kinder wenig Unterstützung, kann sich das auf den Krankheitsverlauf negativ auswirken. Lässt es der Gesundheitszustand zu, kann ein HIV-infiziertes oder an AIDS erkranktes Kind ein normales Leben haben. Es ist daher nicht nötig, diese Kinder aus Kindergärten oder Schulen auszuschließen. In Anbetracht dessen, dass diese betroffenen Kinder eine Immunschwäche haben, sind sie im Gegensatz zu gesunden Kindern gefährdet (Höll-Stüber, Hoenig-Drost 2015, S.96).

4.2 Rahmenbedingungen

Für HIV/AIDS gibt es gegenüber der Kindertagesstätte keine Meldepflicht bei Kindern. Die alleinige Entscheidung liegt bei den Eltern, ob sie den HIV-Status des Kindes in der Einrichtung bekannt geben möchten (Barth et al. 2016, S.25). Es kann allerdings zum Schutz des HIV-positiven Kindes für sinnvoll gehalten werden, wenn Erzieher und Erzieherinnen über ein solches Ereignis informiert sind. Auch im Interesse der Eltern kann ein offenes Gespräch über ihre Lebenssituation der Fall sein. Viele Eltern würden beispielsweise gerne berichten können, weshalb ihr Kind regelmäßig auf Medikamente angewiesen ist. Aller-

dings trauen sich Eltern selten, diesen Schritt zu wagen und über den HIV-Status ihres Kindes zu sprechen aus Angst, dass ihr Kind ausgeschlossen wird (ebd., Seite 26).

Auch andere Eltern müssen über die HIV-Infektion eines Kindes im Kindergarten nicht informiert werden. Erzieherinnen und Erzieher unterliegen der Schweigepflicht. Eine Bekanntgabe kann nur mit Einverständnis der betroffenen Eltern geschehen (Barth et al 2016, S. 27).

In Deutschland sind HIV-positive Kinder in der Regel unter ärztlicher Behandlung, was dazu beiträgt, dass mithilfe der antiretroviralen Therapie die Viruskonzentration sehr gering ist. In Anbetracht dessen wird das Risiko hinsichtlich einer Übertragung vollständig reduziert (ebd., S. 21). In sozialen Einrichtungen wird praktisch von keiner Ansteckungsgefahr ausgegangen. Wie bereits erwähnt kann das Virus nur durch Blut, Sperma, Vaginalflüssigkeiten und Muttermilch übertragen werden. Die kleinsten Mengen in Körperflüssigkeiten, wie Speichel, Schweiß und Tränenflüssigkeit reichen nicht aus, das Virus auf andere Kinder zu übertragen. Das Virus überlebt nicht lange in der Luft. Somit können soziale Kontakte als ungefährlich angesehen werden. Durch Küssen, Anhusten und das Benutzen von derselben Tasse oder Besteck gab es in Kindergärten keine Ansteckungsfälle (Barth et al. 2016, S.20).

Findet ein direkter Blut- zu Blut Kontakt statt, kann von einer Infektion ausgegangen werden. Es wird hierzu eine reichliche Menge an Blut von einem HIV-betroffenen Menschen gebraucht, der in einer direkten Berührung mit der offenen Wunde eines Kindes oder Erwachsenen kommt und in dessen Blutkreislauf gerät (ebd., S.21).

Beim Beißen oder Kratzen wird auch von einer Infektionsgefahr ausgegangen. Es kommt vor, dass Kinder körperliche Auseinandersetzungen haben und es zu einer blutigen Verletzung kommt. Am Beispiel des Beißens ist eine Übertragung aufgrund dessen, dass die Viruslast im Speichel sehr gering ist, ausgeschlossen. Auch im Falle, wenn infiziertes Blut in den Mund eines Kindes gelangt, ist eine Ansteckungsgefahr sehr gering. Zudem müsste das z.B. eine blutende Wunde an der Zunge haben, was als unwahrscheinlich eingestuft wird. Bei der Einschätzung des Infektionsrisikos im Kita-Alltag ist es immer wichtig zu unterscheiden, ob es sich um einen theoretischen Infektionsweg handelt oder ob Kinder auch so in der Situation handeln würden (Barth et al. 2016, S.22 f.).

Aus den vorliegenden Informationen ergibt sich der relevante Bezug zu der Forschungsfrage. Inwiefern könnte sich der Wissensstand der Eltern auf die Einstellung zur gemeinsamen Betreuung im Setting Kindergarten auswirken. Dies wird weiter in dieser Arbeit durch ein qualitatives Forschungsdesign beleuchtet und dargestellt.

5. Methodik der Datenerhebung und Datenanalyse

Im folgenden Kapitel wird die verwendete Interviewmethode beschrieben, beginnend mit der Auswahl der Stichprobe. Die Umsetzung der Methode setzt sich aus Literaturrecherche und eines qualitativen Leitfadeninterviews zusammen. Im Folgenden wird die Auswahl des Studiendesigns für die Untersuchung der Forschungsfrage begründet und die Entstehung des Leitfadens beschrieben. Die Durchführung der Datenerhebung und die Auswertung mithilfe der qualitativen Inhaltsanalyse (nach Mayring) bilden in diesem Kapitel den Abschluss.

5.1 Stichprobe

Das Thema Wissen und Einstellung der Bevölkerung zu HIV/AIDS spielt eine wesentliche Rolle im Alltag. Um die Einstellung und den Wissensstand der Eltern von Kindergartenkindern herauszufinden, wurde eine leitfragenbezogene, qualitative Befragung von Eltern in Hamburg gewählt. In der Arbeit soll das Setting und der Fokus auf den Kindergarten gelegt werden, da Eltern ihre Kinder dort täglich betreuen lassen und ihre Kinder aktiv mit anderen Kindern in Kindertagesstätten interagieren und so möglichen Gefahren ausgesetzt sein könnten. Daher soll herausgefunden werden, ob die Eltern möglicherweise Ängste und Sorgen haben, wenn ihr Kind mit einem HIV-infizierten Kind in Berührung kommt.

Damit einerseits eine ausreichend große Datenmenge mit Informationen für die Beantwortung der Forschungsfrage gewährleistet werden kann, aber andererseits die Durchführung und Auswertung des Leitfadeninterviews im vergebenen Rahmen einer Bachelorarbeit überschaubar gehalten wird, wurde die Anzahl der Interviews auf sechs begrenzt. Es wurden vier Interviews mit Müttern und zwei Interviews mit Vätern geführt. Alle Befrag-

ten haben mindestens ein Kind, das derzeit in einem Kindergarten betreut wird und sind Bekannte der Autorin.

Ziel der Arbeit war es nicht, die allgemeine Haltung zu HIV/AIDS zu erforschen, sondern die Exploration des spezifischen Themas. Eltern haben die ständige Sorge um das eigene Kind und geben ihre Aufsichtspflicht an Erzieher und Erzieherinnen ab. Deshalb war es ein Kriterium, dass die Eltern ein Kind haben, welches im Kindergarten aktiv betreut wird. Damit ein möglichst vielseitiger Blick gewährleistet werden konnte, wurden Eltern mit einem unterschiedlichen Alter und Geschlecht ausgesucht. Das Alter der Teilnehmenden liegt zwischen 24 und 35 Jahren, das Durchschnittsalter bei 30 Jahren. Die Kontaktaufnahme zu potentiellen Befragten erfolgte über das soziale Netzwerk „Facebook“, sowie über das Fragen innerhalb des Freunden- und Bekanntenkreises. Es wurden 10 Eltern kontaktiert, 7 gaben eine positive Rückmeldung, mit 6 Eltern kam ein Interview zustande. In qualitativen Interviews spielt die Interviewkonstellation für das Ergebnis des Interviews eine wichtige Rolle. Es stellt sich die Frage, wer wen befragt und was wem wie erzählt wird (Kruse 2015, S.299). Ein persönlicher Kontakt kann dazu führen, dass womöglich Dinge erzählt werden, die einer fremden Person nicht erzählt werden. Vertrautheit kann aber auch heißen, dass gewisse Dinge nicht genau erwähnt werden (ebd.). Distanz und Unvertrautheit können sich auch negativ auswirken und somit werden bestimmte Dinge nicht zur Sprache kommen (ebd., S.300). Daher wurde für die Stichprobenauswahl darauf geachtet Eltern auszuwählen, die mit der Autorin eher ein bekanntschaftliches als freundschaftliches Verhältnis haben, damit die Antworten der interviewten Eltern möglichst nicht verfälscht werden.

5.2 Studiendesign und Leitfadententwicklung

Es wird im Folgenden erläutert, welches Studiendesign für die Untersuchung der zentralen Forschungsfrage angewendet wurde. Damit die Fragestellung in dieser Arbeit untersucht werden kann, wurde eine qualitative Datenerhebung mithilfe von leitfadengestützten Interviews gewählt.

Leitfäden fungieren als Strukturierung eines Themenfeldes der Untersuchung und sind ein Hilfsmittel in der Erhebungssituation (Bogner et al. 2014, S. 27). Leitfadeninterviews sind die meistgenutzte Interviewmethode in der Praxis qualitativer bzw. auch rekonstruktiver

Sozial-/ Interforschung und stehen in einem Spannungsfeld von Offenheit versus Strukturierung (Kruse 2015, S. 209). Leitfadeninterviews haben den Vorteil, dass die Verbindung von Strukturierungen bzw. Fokussierung sowie Offenheit gegeben sind, wodurch eine einfachere Vergleichbarkeit mehrerer Interviews gewährleistet ist (ebd., S.203). Der Kommunikation wird in einem Leitfadeninterview mithilfe eines Leitfadens Struktur gegeben, sodass der Verlauf des Interviews einem vorgegebenen Themenweg folgt (ebd., S.203). Der Leitfaden schafft nur Orientierung und stellt sicher, dass bestimmte Aspekte im Interview aufgegriffen werden. Diese Vorgehensweise wurde auch für die vorliegende Arbeit verwendet. Das Gespräch wurde mit einem Leitfaden strukturiert. Interviewleitfäden sind wichtig für die Strukturierung der Interviews und helfen dem Interviewer im Verlauf des Gespräches den roten Faden nicht zu verlieren. Da in einem Leitfadeninterview Strukturierung und Offenheit in Konflikt stehen, wurden teilweise präzise und direkte Fragen gestellt, um die Einschätzung der befragten Eltern zu einem Thema zu bekommen (ebd., S.204). Es können jedoch während des Interviews einzelne Themen oder Items vom Interviewer angepasst werden. Dies ist allerdings situations- und personenabhängig (Reinders 2005, S.156). Auch nach Mayring (2010) ist es erlaubt, an vorher festgelegten Stellen zusätzliche Fragen zu stellen oder bei einem Unverständnis nachzuhaken. Dadurch bekommt ein teilstandardisiertes Interview mehr Tiefe als ein standardisiertes Interview, was jedoch auch den Nachteil hat, dass einzelnen Interviews weniger gut vergleichbar sind (Mayring 2010).

Der Leitfaden für ein teilstandardisiertes Interview ist gegliedert in verschiedene wichtige thematische Bereiche. Diese Themenbereiche müssen somit im Vorfeld entwickelt werden. Die Fragen sind gegliedert in Wissensfragen, Einstellungsfragen, aktuelle Praxis und hypothetische Praxis. Manche dieser Bereiche werden im Interview mit einer offenen Frage begonnen und mit einer eventuellen Konfrontationsfrage abgeschlossen. Im Laufe des Interviews werden theoriegeleitete, hypothesengeleitete Fragen gestellt, die sich an den bisherigen wissenschaftlichen Erkenntnissen orientieren. Diese Hypothesen werden als Vorlage formuliert, zu den die interviewten Stellung beziehen können. Die offenen Fragen haben das Ziel, das verfügbare Wissen zum Thema zu erfragen. Durch die theoriegeleiteten Fragen kann dieses detailliert und erweitert werden. Die Konfrontationsfragen sollen mögliche alternative Sichtweisen aufzeigen und dazu führen, dass die subjektive

Theorie vor diesem Hintergrund kritisch reflektiert und begründet wird.

Leitfadenvorstellung

Zu Beginn des Interviews wurde über die unterschiedlichen Vorstellungsbilder zu HIV/AIDS in der Bevölkerung gesprochen, um die interviewten Personen in das Thema einzuführen. Dabei soll herausgefunden werden, welche Vorstellungsbilder die Eltern über HIV/AIDS haben. Daraufhin wird der Wissenstand der Eltern hinsichtlich der HIV-Übertragung überprüft. Der Wissenstand der Eltern ist unter Anderem ein wichtiger Aspekt für die zentrale Forschungsfrage. So kann herausgefunden werden, inwieweit der Wissenstand zu den Übertragungswegen sowie Behandlungsmöglichkeiten Einfluss auf ihre Einstellung hat.

Im Zuge des Interviewverlaufs soll eine Sequenz gesucht werden, in der die Eltern über die Nichtinfektiosität informiert werden, um herauszufinden, ob sich ihre Perspektive hinsichtlich ihrer Einstellung oder Sichtweise ändert. So wird die Interviewführerin den Befragten Informationen über Behandlungsmöglichkeiten und Nichtinfektiosität geben. Daraus folgt ein Gespräch, um herauszufinden, ob eine Änderung der Eltern in der Einstellung und Sichtweise zu dem Thema erfolgen konnte.

Um diese Fragestellung angemessen beantworten zu können, wurde ein Leitfaden entwickelt:

- Wie ist Ihr Bild zu HIV und AIDS?
- Wissen Sie, was HIV-positiv und an AIDS-erkrankt sein bedeutet?
- Kennen Sie Ansteckungsmöglichkeiten von HIV?
- Wie wichtig ist Ihnen über HIV/AIDS informiert zu sein?
- Sehen sie HIV als eine chronische Krankheit an?
- Wie gehen sie damit um, wenn Ihr „gesundes“ Kind mit einem HIV-infizierten Kind zusammen in einem Kindergarten betreut wird?
- Wie würden Sie sich verhalten, wenn Ihr Kind von einem HIV-infizierten Kind gebissen wird?

- Würden Sie gerne über die HIV-Infektion eines Kindes im Kindergarten informiert werden?
- Hat sich Ihre Perspektive zu HIV/AIDS in diesem Gespräch verändert?

Für weitere Informationen zu dem Leitfaden wird auf den Anhang B verwiesen. Auch wird im Leitfaden ersichtlich, welche Fragen im Interview gestellt wurden (Schlüssel Fragen) und welche Fragen situationsabhängig und personenbedingt ausgelassen oder verändert werden konnten (Eventualfragen).

5.3. Durchführung der Interviews

Vor Beginn der Befragung wurde in der „Pilotphase“ (Mayring, 2016, S. 69) ein Probeinterview (Pretest) mit einer Bekannten der Autorin durchgeführt. Dieser Interviewteilnehmer hat ebenfalls ein Kind, um sicherzustellen, dass der Bezug zum Thema hergestellt werden kann.

Nach Lamnek (2005) wird der Pretest als Probemessung definiert, welcher beispielsweise zur Überprüfung der Gültigkeit und Verständlichkeit eines Untersuchungsinstruments dient (Lamnek 2005, S. 731). Mithilfe des Pretests soll eine Evaluation der Leitfragen umgesetzt werden. Sind Fragen problematisch, komplex oder unverständlich formuliert, werden diese erkannt und dementsprechend modifiziert. Außerdem kann bei einem Pretest eine ungefähre Dauer der Befragung ermittelt werden (Mayer 2004, S. 173).

Der Pretest dauerte in etwa 25 Minuten und alle Fragen wurden von der interviewten Person verstanden. Fragen, die als etwas komplex angesehen wurde, konnten umformuliert werden. Es konnte durch die Beantwortung der Fragen ein umfassender Eindruck der Sichtweisen eines Elternteils gewonnen werden. Demnach war eine minimale Ergänzung und Überarbeitung des Leitfadens nach dem Pretest vonnöten.

Mit den Eltern wurde ein teilstandardisiertes Interview durchgeführt. Die Anonymität wurde zugesichert, d.h. keine Angabe zum Ort und Namen der Interviewten. Die Interviews mussten unter der Woche stattfinden und in einer Zeit, in der ihr Kind im Kindergarten betreut wird, damit die Eltern in Ruhe sprechen konnten, ohne von ihrem Kind unterbrochen zu werden. Die Eltern wurden vor Beginn des Interviews über die Studie

aufgeklärt und haben eine Einverständniserklärung hinsichtlich der Aufzeichnung unterschrieben (vgl. Anhang 1). Die Interviewten haben den Ort für das Interview selbst bestimmt.

Für die Interviews wurde ein Leitfaden erstellt (vgl. Anhang 2). Der Leitfaden hat eine Einleitung, die das Thema der Studie vorstellt. Es wird auch darüber informiert, dass die Aussagen des Interviewteilnehmers anonymisiert, vertraulich behandelt und ausschließlich für wissenschaftliche Zwecke verwendet werden. Die Befragten werden auch darauf aufmerksam gemacht, dass sie jede getroffene Aussage auch zurückziehen können. Das Interview konnte begonnen werden, wenn die Aufklärung soweit erfolgt war.

Die Interviews hatten eine Länge von 13-35 Minuten. Ein Interview dauerte im Durchschnitt 16 Minuten.

6.4 Transkription

Die Interviews wurden mit einem Smartphone aufgezeichnet und im Anschluss mit Word vollständig transkribiert. Zum Aufzeichnen wurde die App „Voice Record“ benutzt, mithilfe dieser konnte die Abspielgeschwindigkeit verlangsamt werden. Dies vereinfachte die Transkription.

Da der Fokus auf den thematisch-inhaltlichen Informationen liegt, wurden Pausen, Wortabbrüche und Verzögerungsworte nicht transkribiert. Dialektfärbungen wurden eingedeutscht. Zum Beispiel wurde aus: „Ähm, wenn sie jetzt absolut wollen würden, dass das Publik wird, würde ich mich anbieten als Freund, *sach* ich mal, mit den zu reden → Ähm, wenn sie jetzt absolut wollen würden, dass das Publik wird, würde ich mich anbieten als Freund, *sage* ich mal, mit den zu reden“.

Sprache und Interpunktion wurden auch leicht geglättet und an das Schriftdeutsch angelehert, zum Beispiel wurde aus: „Ich wurde halt als Kind so mit so *ner* Einstellung so groß gezogen, dass das für mich extrem schlimm ist → “ich wurde halt als Kind so mit so *einer* Einstellung so groß gezogen, dass das für mich extrem schlimm ist“.

Damit eine Anonymisierung gewährleistet werden konnte, wurde jeder interviewten Person eine ID zugewiesen (B01-B06). Zudem soll die ID verhindern, dass eine Unterscheidung der Geschlechter vorgenommen wird.

6.5 Qualitative Inhaltsanalysen

Die Auswertung erfolgt nach Mayring und orientiert sich an seinem Ablaufmodell der zusammenfassenden Inhaltsanalyse. Die Inhaltsanalyse hat das Ziel, Material zu analysieren, das aus jeglicher Kommunikation stammt (Mayring 2015, S. 11).

Der zentrale Punkt einer qualitativen Inhaltsanalyse ist das Kategoriensystem. In der qualitativen Inhaltsanalyse wird auch versucht, die Ziele der Analyse in Kategorien zu konkretisieren (ebd., S. 51). So kann die Analyse für Andere nachvollziehbar gemacht werden. Mayring (2015) unterscheidet drei Analysetechniken: Die Zusammenfassung, die Explikation und die Strukturierung. Hinsichtlich der Zusammenfassung ist das Ziel der Analyse, das Material zu reduzieren. Die wesentlichen Inhalte sollen dadurch erhalten bleiben und durch Abstraktion ein übersichtlicher Corpus geschaffen werden (ebd., S. 67). Dieses Verfahren wurde auch für die vorliegende Arbeit verwendet. Die einzelnen Kodiereinheiten werden in eine knappe, nur auf den Inhalt beschränkte, beschreibende Form umgeschrieben. Das heißt, dass die einzelnen Transkripte der Interviews zu Beginn paraphrasiert und reduziert wurden. Dabei werden Textbestandteile, die nicht inhaltstragend sind, fallen gelassen. Im weiteren Schritt wird anhand des vorliegenden Materials das Abstraktionsniveau der ersten Reduktion festgelegt. Das Abstraktionsniveau bestimmt, wie spezifisch oder umfassend die Kategorien sein sollen. Alle Paraphrasen, die unter dem Abstraktionsniveau liegen, müssen verallgemeinert werden. Liegen die Paraphrasen über dem Abstraktionsniveau, werden sie beibehalten. So können inhaltsgleiche Paraphrasen entstehen, die gestrichen werden können. Paraphrasen, die nicht wichtig sind können ebenfalls gestrichen werden. In einer zweiten Reduktion werden nun mehrere, sich aufeinander beziehende Paraphrasen zusammengefasst (ebd., S. 71).

Eine deduktive Kategorienbildung dient dazu, das Auswertungsinstrument durch theoretische Überlegungen, aus Voruntersuchungen, aus dem bisherigen Forschungsstand, sowie aus neu entwickelten Theorien oder Theoriekonzepten zu bestimmen. Somit werden in einem Operationalisierungsprozess die Kategorien auf das Material bezogen. Die strukturierende Inhaltsanalyse wäre dafür ein Beispiel. In einer induktiven Kategoriendefinition werden die Kategorien dagegen direkt aus dem Material in einem Verallgemeinerungsprozess abgeleitet, ohne sich zu Beginn auf formulierte Theoriekonzepte zu beziehen (Mayring 2010, S. 83). Die zweite Vorgehensweise ist für die qualitative Inhaltsanalyse

sehr förderlich, da es einer möglichst naturalistischen, gegenstandsnahen Abbildung des Materials entspricht (ebd., S. 84). Diese Vorgehensweise wurde auch für die Arbeit angewendet und es wurden induktive Kategorien gebildet. Wenn ein Material keiner Kategorie zugeordnet werden konnte, wurden Kategorien hinzugefügt oder Unterkategorien gebildet. Die Abarbeitung des Materials erfolgt Zeile für Zeile und einzelne Textbestandteile wurden den bereits gebildeten Kategorien zugeordnet. Mithilfe dieser Strukturierung sollten bestimmte Aspekte aus dem Material herausgefiltert werden. Zu den induktiv gebildeten Kategorien wurden auch deduktive Kategorien hinzugefügt, die aus der Gliederung dieser Arbeit abgeleitet wurden. Diese Analyseschritte wurden computergestützt durchgeführt. Hierzu wurde die Software MAXQDA verwendet. Mithilfe dieser Software konnten qualitative Daten analysiert werden, Kategorien erstellt und Codierungen vorgenommen werden. Außerdem bietet das Programm eine anschauliche und zusammenfassende Darstellung in Excel an. So konnte gut erkannt werden, wie oft bestimmte Kategorien in den Texten vorkamen.

6. Ergebnisse

6.1 Kategoriebildung

In der Ergebnisauswertung wird bei Einzelfällen die weibliche Form verwendet. Jedoch wurde unter Verwendung der weiblichen Form kein Kontrast zwischen Geschlechtern vorgenommen. Um die Forschungsfrage beantworten zu können, wurden neun Kategorien mit verschiedenen Subkategorien gebildet. Folgende Kategorien wurden gebildet:

Tabelle 1: Haupt- und Subkategorie(n) (eigene Darstellung)

Hauptkategorie	Subkategorie(n)
HIV/AIDS Bilder	Aktuelles HIV/AIDS Bild der Eltern
Wissensstand zu HIV/AIDS	Unterschied zwischen HIV/AIDS Ansteckungsmöglichkeiten Behandlung
Einstellung zum Thema HIV/AIDS	Wichtig, über HIV/AIDS informiert zu sein HIV als eine normale chronische Krankheit
Gemeinsame Betreuung	Umgang mit gemeinsamer Betreuung in der Kindertagesstätte
HIV-Bekanntgabe	Wunsch, über HIV informiert zu werden
Verhalten im Umgang mit HIV-positiven Kindern	Fallbeispiel: Kind wird von einem HIV- positiven Kind gebissen
Therapie und Nichtinfektiosität	Wissen über Nichtinfektiosität
Perspektivenwechsel im Gespräch	Neue Perspektive unter dem Aspekt der Nichtinfektiosität
Stigma	Mögliche Gründe der Stigmatisierung aus Sicht der Eltern

Die Kategorie „Vorstellungsbilder zu HIV/Aids“ umfasst Aussagen darüber, welche früheren Bilder vom Leben mit HIV stattgefunden haben und welches aktuelle Bild die Eltern über HIV/AIDS haben. Die Kategorien wurden größtenteils induktiv gebildet bis auf „Therapie und Nichtinfektiosität“ und „Unterschied zwischen HIV und Aids“. Diese Kategorien wurden deduktiv gebildet und aus dem Inhaltsverzeichnis dieser Arbeit abgeleitet. In der nächsten Hauptkategorie geht es um den Wissensstand der Eltern zum Thema HIV/AIDS. Dabei soll überprüft werden, ob die Eltern wissen, was HIV-positiv und an Aids erkrankt sein bedeutet. Der Wissensstand zu Übertragungswegen und Behandlungsmöglichkeiten soll ebenfalls herausgefunden werden. Im späteren Verlauf soll überprüft werden, ob der Wissensstand zu den Übertragungswegen sowie Behandlungsmöglichkeiten Einfluss auf ihre Einstellung hat. In der nächsten Kategorie geht es um ihre Einstellung zum Thema HIV/AIDS. Zwei Unterkategorien wurden hierfür gebildet. Hier wird geschaut, warum aus Sicht der Eltern immer noch wichtig ist, über HIV/AIDS informiert zu sein und ob die Infektion als eine chronische Erkrankung, wie z.B. Diabetes, angesehen wird. In der vierten Kategorie geht es um die gemeinsame Betreuung mit HIV-Infizierten Kindern. Hier sollen sich die Eltern vorstellen, dass ihr Kind gemeinsam mit einem HIV-positiven Kind in der Kita betreut wird. Dabei soll auf ihre Sichtweise eingegangen werden. Wird eine gemeinsame Betreuung toleriert? Bestehen Ängste hinsichtlich der Ansteckung?

In der fünften Kategorie geht es darum, dass die Eltern ihre Sichtweise zur HIV-Bekanntgabe in der Kita beschreiben. Die Eltern sollen demnach aussagen, ob sie über die HIV-Infektion eines Kindes informiert sein möchten und deren Beweggründe darlegen. Die sechste Kategorie umfasst das Verhalten der Eltern im Umgang mit HIV-positiven Kindern in der Kita-Alltagssituation. Hier sollen die Eltern ihr Verhalten und ihre ersten Gedanken beschreiben, wenn ihr Kind zum Beispiel von einem HIV-positiven Kind gebissen wird. In der siebten Kategorie handelt es sich um die Information über Nichtinfektiosität. Es soll geschaut werden, ob die Eltern darüber bescheid wissen, dass HIV-Betroffene unter Therapie nicht infektiös sind. In der nächsten Kategorie wird geschaut, inwieweit die Information der Nichtinfektiosität bei HIV-Betroffenen ihre Perspektive hinsichtlich ihrer Einstellung und Verhaltensweisen im Umgang mit HIV-Positiven verändert hat. In der neunten und letzten Kategorie geht es um Stigmatisierungen, die mit HIV verbunden und heute noch ein Thema ist. Hier sollen die Eltern beschreiben, warum ihrer Meinung nach HIV heute noch mit Stigmatisierungen verbunden ist.

Im Folgenden werden die relevanten Ergebnisse der einzelnen Kategorien vorgestellt. Da die Subkategorien sich wiederholen und auf mehrere Hauptkategorien Einfluss haben, werden die Ergebnisse anhand der Hauptkategorien dargestellt. Es werden auch Originalzitate aus dem Interview mit in die Auswertung einbezogen, um die Ergebnisse zu verdeutlichen. Damit eine bessere Lesbarkeit gewährleistet werden kann, wird auf die Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichwohl für beiderlei Geschlecht.

6.1.1 Aktuelle Vorstellungsbilder zu HIV/AIDS

Die Vorstellungsbilder der Eltern bezüglich HIV und AIDS sind unterschiedlich ausgeprägt. Die Krankheit HIV/AIDS wird von den meisten Eltern nicht mehr als eine Bedrohung angesehen. Die Mehrheit berichtet, dass die Infektion mit Medikamenten eingedämmt werden kann. *„Also mein Bild dazu ist, dass die das inzwischen das gut in Griff haben. Also es gibt ja viele neue Medikamente und ich finde, vielen Menschen sieht man das nicht an. Es wurde ja auch gesagt, dass die inzwischen damit echt alt werden können durch diese Medikamente. Also für mich ist das heute kein graus mehr mit HIV, sagen wir mal so“* (B02).

Es wird auch gesagt, dass HIV/AIDS immer noch als eine schlimme Krankheit angesehen wird. Die Krankheit wird als schnell ansteckend betrachtet und sei eine Krankheit, die vermeidbar ist. Ebenfalls wird davon berichtet, dass ein nicht entsprechender Schutz der Grund für die HIV-Verbreitung sei: *„(...) ja, wie gesagt, wenn sich jeder vernünftig schützen würde, wird auch HIV nicht so oft vertreten sein“* (B04).

Von einer Befragten wird HIV mit Husten und offenen Stellen in Verbindung gebracht: *„Entweder habe ich das im Fernsehen gesehen, in Reportagen oder ich habe es auch selber mal persönlich gesehen, wenn Leute in der Stadt waren, habe ich mal diese offenen Stellen gesehen oder dass sie gehustet haben, habe ich mir halt gedacht, okay, diese Person ist bestimmt an AIDS erkrankt, weil man das meistens vielleicht gesehen hat“* (B01).

Auf die Frage, woher sie diese Vorstellungsbilder haben, wurden die Medien als Hauptquelle erwähnt. Ein Elternteil hat sich jedoch von den Aussagen der anderen Eltern abgegrenzt, da die befragte Person kaum Erfahrung mit dem Thema hat. *„Ja, ich habe nicht so viel Erfahrungen damit, also, kam bis jetzt noch nicht vor irgendwo in meinem Freundeskreis oder so“* (B05).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die befragten Eltern, mit einer Ausnahme, ein eher positives Bild gegenüber HIV/AIDS haben, weder haben sie Angst vor dieser Krankheit, noch sehen sie die daran erkrankten Personen als eine Bedrohung an. Des Weiteren bringen sie die Krankheit HIV/AIDS nicht mit grausamem Tod in Verbindung. Jedoch wird von einem Elternteil davon berichtet, dass HIV/AIDS immer noch als eine schlimme Krankheit angesehen wird.

6.1.2 Wissensstand der Eltern zu HIV/AIDS

Bei drei Eltern konnte ein hohes Wissen über die Unterscheidung von HIV und AIDS beobachtet werden. Es konnte genau gesagt werden, was HIV-positiv und an AIDS-erkrankt sein bedeutet. Ein Elternteil jedoch war der Meinung, dass nicht das HI-Virus ansteckend ist, sondern AIDS. *„HIV ist ja das Virus, das bedeutet nicht, dass man ansteckend ist und AIDS ist sozusagen die richtige Erkrankung, da ist man ansteckend“* (B01).

Ein anderer Elternteil konnte die Unterscheidung nicht benennen. Außerdem wurde von einer Befragten davon ausgegangen, dass HIV und AIDS die gleiche Bedeutung haben. *„(...) Ist es nicht das Gleiche?“, „ich dachte immer, das wäre ein anderer Name dafür“* (B06).

In Bezug auf die Ansteckungsmöglichkeiten konnte ebenfalls unterschiedliches Wissen und Unsicherheiten beobachtet werden. Größtenteils wussten die Eltern, wie der HI-Virus übertragen werden kann. *„Also ich weiß, dass es über Körperflüssigkeiten übertragen werden kann, wie zum Beispiel Scheidensekret, über Spermien aber sonst also ich weiß allgemein über Geschlechtsverkehr halt übertragbar ist und ich glaube über die Muttermilch ist es auch noch übertragbar“* (B01).

Ein Elternteil war sich nicht sicher, ob Speichel ein Übertragungsweg ist. *„Ja, über Blut und Sex. Ich glaube Speichel ist nicht der Fall. Da bin ich mir nicht sicher“* (B02).

Bei einem weiteren Elternteil wird geglaubt, dass Körperflüssigkeiten wie Speichel ebenfalls ein HIV-Überträger ist. *„(...) ich denke schon Körperflüssigkeiten und wenn er jetzt mein beißt angenommen und es würde bluten und der Speichel, könnte ich mir vorstellen wäre ein Überträger dann“* (B03). Ebenso wird geglaubt, dass die Körperflüssigkeit Schweiß ein HIV-Überträger ist. *„Über Geschlechtsverkehr oder durch Schweiß, also ich*

weiß nicht“ (B06). Es wird ebenfalls ausgesagt, dass kurze Berührungen auch eine Ansteckungsgefahr darstellen. „Allgemein durch so kurze Berührungen auch finde ich, ich weiß es nicht (...)“ (B06).

Durch die verbesserten Behandlungsmöglichkeiten ist HIV eine behandelbare Krankheit. Mit Behandlungsmöglichkeiten von HIV sind die meisten Eltern nicht vertraut. Die Mehrheit weiß jedoch, dass HIV/AIDS mit Medikamenten gut therapierbar ist. *„Ne, ich weiß nur, dass da irgendwelche Tabletten, also Medikamente kriegen, damit das eingedämmt ist, damit nicht zum Ausbruch kommt“ (B04).*

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass der Wissensstand von HIV/AIDS bei den Eltern unterschiedlich ausgeprägt ist. Die Mehrheit der Eltern kennt den Unterschied zwischen HIV und AIDS und dass die Infektion behandelbar ist. Es zeigen sich jedoch einige Unsicherheiten hinsichtlich der Ansteckungsmöglichkeiten von HIV.

6.1.3 Einstellung zum Thema HIV/AIDS

Alle Eltern sind der Ansicht, dass es immer noch wichtig ist, über HIV/AIDS informiert zu sein. Für die Eltern ist es wichtig zu wissen, wie sie mit HIV-infizierten Menschen umzugehen haben. Besonders wenn es darum geht, diesen Betroffenen Unterstützung zu bieten. Ebenso ist es wichtig, dass ihr Kind rechtzeitig zum Thema HIV/AIDS und Verhütung aufgeklärt wird. *„(...) Also wichtig finde ich das schon. Also zum Beispiel jetzt bei meinen Kindern und so finde ich das wichtig, dass man sie rechtzeitig aufklärt. (...) Wenn ich den nicht rechtzeitig erkläre, was Verhütung heißt und, und, und, dann kann sowas passieren und ich möchte, dass das meinen Kindern ersparen, ne auf jeden Fall, weil auch wenn man damit gut leben kann, finde ich nicht, dass das unbedingt sein muss“ (B02).* Ein Elternteil ist der Meinung, dass HIV/AIDS immer noch eine ernstzunehmende Krankheit ist, die tödlich endet. Daher ist es wichtig, über die Krankheit informiert zu sein. Es ist ebenfalls wichtig, dass HIV/AIDS nicht wie in Afrika weit verbreitet ist und somit eine Ansteckung vermieden werden kann. Da HIV/AIDS jeden betreffen kann ist es vonnöten, dass jeder aufgeklärt wird und eine Auseinandersetzung mit dem Thema stattfindet. Für ein Elternteil ist es wichtig informiert zu sein, um das Kind zu schützen. *„Um mein Kind zu schützen. Damit meinem Kind nichts passiert“ (B04).*

Fünf Eltern sehen HIV/AIDS als eine normale, chronische Krankheit an. Da Betroffene das Virus immer in sich tragen und eine lebenslange Behandlung essentiell ist, zählt HIV als eine chronische Krankheit, wie jede andere chronische Erkrankung. *„Ich selber würde da jetzt genau so sehen, weil es bleibt ja und die wird nie wieder weggehen und die muss ja auch zum Lebensende eigentlich immer behandelt werden, wie jede andere chronische Erkrankung. Von daher ist es für mich eine chronische Krankheit“* (B02).

Ein Elternteil hat sich jedoch zunächst von den Aussagen der anderen Eltern abgegrenzt und sieht HIV/AIDS nicht als eine normale chronische Krankheit an. Hier wird die chronische Erkrankung Diabetes zum Vergleich herangezogen. *„Nein, auf gar keinen Fall. Von HIV kann man sich ja anstecken. Und mit Diabetes kann man sich nicht anstecken. (...) Das ist ja, Diabetes zu haben ist ja dagegen kein Vergleich zu wirklich“* (B06). Anschließend wird gesagt, dass HIV zwar im Allgemeinen chronisch ist aber nicht vergleichbar mit anderen chronischen Erkrankungen. Es wird noch ergänzend gesagt, dass der betroffene Elternteil sich nicht vorstellen könnte, mit der Krankheit HIV/AIDS zu leben. *„Also ich könnte jetzt nicht so mit HIV-positiv, AIDS-erkrankt durch die Welt laufen. Könnte ich nicht“* (B06).

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass es den Eltern wichtig ist, immer noch über die Krankheit HIV/AIDS informiert zu sein. Alle Eltern bis auf einen Elternteil halten HIV/AIDS für eine chronische Krankheit. Für den einen Elternteil ist HIV/AIDS zwar chronisch, allerdings nicht vergleichbar mit anderen chronischen Erkrankungen wie z.B. Diabetes.

6.1.4 Gemeinsame Betreuung

Wenn Kinder zusammen mit HIV-infizierten Kindern in einem Kindergarten betreut werden, kann dies zunächst bei Eltern von Nicht-positiven Kindern Verunsicherungen auslösen. Einige Eltern wüssten nicht, wie sie damit umgehen. Es wird gewünscht, von Erzieherinnen und Erziehern bezüglich der Krankheit aufgeklärt zu werden. *„Würde die Betreuer fragen, ob man das nicht mal aufklären kann, was es ist, also wenn jetzt AIDS ist, wie sie übertragen wird oder so, weil viele, ich weiß es selbst nicht, wie was passiert und, was macht das mit dem Kind“* (B05).

Vier der Eltern haben nichts gegen eine gemeinsame Betreuung mit HIV-positiven Kindern. Es wird für gut befunden, dass HIV- betroffene Kinder die Chance haben, ganz normal mit anderen Kindern in einem Kindergarten betreut zu werden. Kinder sollen aufgrund ihrer Infektion nicht ausgeschlossen werden. *„Ja, finde ich völlig okay. Wie gesagt, warum sollen sie ausgegrenzt werden. Das ist nicht gut für die Betroffenen“* (B04). *„ (...)Finde ich im Gegensatz ganz gut, dass auch HIV-infizierte Kinder zusammen mit anderen Kindern betreut werden. Das sind auch Kinder und sie haben ein Recht darauf, in eine normale Kita zu gehen. Wäre schade, wenn die ausgeschlossen werden wegen ihrer Infektion (...)“* (B02).

Es wird davon ausgegangen, dass sich Erzieherinnen und Erzieher im Klaren sind, wie im Falle einer Ansteckungsgefahr umgegangen werden muss. *„ (...) wie gesagt die Erzieher wissen ja auch, wie sie umgehen müssen mit der Situation, müssen halt darauf achten, beziehungsweise ich gehe davon aus, dass sie darauf achten, dass sie durch Blutübertragung das zum Beispiel nicht übertragen die Krankheit“* (B04).

Außerdem werden bei vier von sechs Elternteilen in Bezug auf die gemeinsame Betreuung Angst und Beunruhigung verspürt. Betroffene Eltern haben Angst, wenn ihr Kind einer Ansteckungsgefahr ausgesetzt ist und in Berührung mit HIV-positiven Kindern kommt. Die Berührungängste zeigen sich bei einem Elternteil besonders. *„ Zum Beispiel wenn jetzt mein Kind sich stößt oder verletzt und irgendwie ein Kratzer nur hat, zum Beispiel am Arm und dann kommt dieses Infizierte Kind und spielt mit meinem Kind und dann auf einmal kommen die in Berührung, sagen wir mal, vielleicht hat das Kind auch irgendwo einen Kratzer oder eine Stelle und die kommen irgendwie aneinander und dann verreibt sich vielleicht dieses Blut(...)“* (B01). Ein Elternteil toleriert eine gemeinsame Betreuung der Kinder nicht und möchte, dass ihr Kind keiner Ansteckungsgefahr ausgesetzt ist. *„Ich nehme das Kind sofort raus. Weil das ist eine Ansteckungsgefahr für mein Kind und da ist seine Gesundheit einfach an aller erster Stelle“* (B06). Außerdem wird gesagt, dass andere Krankheiten wie die Masern in Ordnung wären, jedoch bei HIV/AIDS nicht tolerierbar wäre. *„Sogar die Masern wäre okay aber ich jetzt nicht meinen Sohn irgendwo lassen, wo ich weiß, das Kind eine chronische Erkrankung wie HIV/AIDS hat, also HIV und AIDS-infiziert ist“* (B06).

Grundsätzlich kann gesagt werden, dass fünf von sechs Elternteilen eine gemeinsame Betreuung mit HIV-infizierten Kindern tolerieren, jedoch gewisse Ängste im Umgang mit HIV-infizierten Kindern haben. Bei zwei Eltern bestehen keinerlei Bedenken hinsichtlich der gemeinsamen Betreuung. Ein Elternteil ist strikt gegen eine Kita Betreuung mit HIV-positiven Kindern.

6.1.5 HIV-Bekanntgabe

Ein Elternteil ist der Meinung, dass andere Eltern über die Infektion eines Kindes nicht informiert sein sollten. Ein Grund hierfür wird die Ausgrenzung des HIV-infizierten Kindes genannt. *„Nein, und zwar unter dem Grund, weil das sonst das Kind sonst ausgegrenzt wird. Und wie gesagt, würde ich nicht gut finden“* (B04).

Die Mehrheit der Eltern ist dafür, dass Eltern von HIV-positiven Kindern die Infektion in der Kindertagesstätte bekannt geben sollten. Hier wird erneut der Aspekt Ansteckungsgefahr von einigen Eltern aufgegriffen. Ein Elternteil versucht die Situation auf Erwachsene zu beziehen und gibt an, sauer zu sein, wenn die Infektion verschwiegen wird. *„Auch wenn das ein schwieriges Thema ist, würde ich sagen absolut ja, weil wenn ich das jetzt mal hochrechnen würde auf Erwachsene Partner und ich würde jetzt mit einer Frau sexuellen Kontakt haben und die hat HIV, würde ich gerne darüber bescheid wissen bevor ich mit ihr Sex habe, weil ich mich anstecken könnte und die Wahrscheinlichkeit wäre ja trotzdem gegeben, deswegen würde ich auf jeden fall davon informiert werden wollen. Wie ich reagieren würde, das weiß ich nicht aber ich wenn ich wüsste, es gibt es und, und ich kriege es hinterher raus und es wurde verschwiegen, würde ich wahrscheinlich sauer sein“* (B03).

Ein anderer Elternteil versetzt sich in die Lage der Eltern eines HIV-positiven Kindes und würde genauso wollen, dass die anderen Eltern über die Infektion des Kindes informiert werden. *„Ja. Finde ich schon. Also, hätte ich ein Kind, was HIV oder AIDS hätte, dann würde ich sagen, also es wäre schon schön, wenn das andere Eltern wissen, mein Kind hat die Krankheit (...)"* (B05). Ein weiterer Elternteil würde ebenfalls über die Infektion informiert sein wollen. Hierfür wird die Sicherheit anderer Kinder als Grund angegeben. Außerdem wird die Nichtbekanntgabe der Infektion als egoistisch angesehen. *„Ja zur Sicherheit vor anderen Kindern. Das ist dann sehr egoistisch, dass man das nicht sagt“* (B06).

B06 kann verstehen, dass die Eltern des infizierten Kindes das Gefühl haben, anders behandelt zu werden und die Gefahr besteht, dass ihr Kind keine Spielkameraden haben könnte. Nichtsdestotrotz wird die Nichtbekanntgabe für egoistisch gehalten.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass fünf von sechs Eltern über die Infektion eines HIV-positiven Kindes im Kindergarten informiert sein möchten. Eine Bekanntgabe der Infektion wird jedoch von zwei Eltern abgelehnt, da sonst eine Ausgrenzung dieser Kinder erfolgen würde.

6.1.6 Verhalten im Umgang mit HIV-positiven Kindern

Wird beispielsweise in der Kita ein Kind von einem HIV-infizierten Kind gebissen, würde dies bei allen Eltern zunächst eine panische Reaktion auslösen. Betroffene Eltern würden direkt handeln, indem sie einen Arzt aufsuchen und ihr Kind auf HIV testen lassen. Ihre ersten Gedanken wären, ob sich ihr Kind möglicherweise angesteckt haben könnte. *„Meine ersten Gedanken wären schon ehrlich gesagt, oh Gott, was passiert mit meinem Kind, Ich würde schon sofort zum Arzt gehen und mein Kind testen lassen“* (B01). Ein Elternteil habe erfahren, dass heutzutage ein HIV-Schnelltest zur Verfügung steht und hält es für eine gute Sache. *„Joa, die ersten Gedanken wären natürlich oh Gott, nicht dass mein Kind sonst auch angesteckt wird und wäre natürlich panisch. Aber ich habe ja schon mitgekriegt, man kann heutzutage schon HIV-Schnelltest machen, habe ich letztens gesehen in den Medien. Finde ich auch eine gute Sache“* (B03). Das Fallbeispiel wird bei Kindern nicht negativ aufgefasst. *„(...) aber ich würde nicht böartig denken, weil wie gesagt, es sind Kinder, die denken ganz anders wie wir Erwachsene“* (B02). Ein Elternteil würde die Eltern des HIV-positiven Kindes anklagen und einen Rauswurf des HIV-infizierten Kindes aus der Kindertagesstätte veranlassen wollen. *„sofort zum Arzt rennen. Und ich würde die Eltern anklagen. Und ich würde dafür sorgen, dass das Kind rausgenommen wird aus der Kita“* (B06).

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass alle Eltern von Nicht-infizierten Kindern Angst hätten, wenn ihr Kind von einem HIV-infizierten Kind gebissen wird. Alle Eltern

würden sofort zum Arzt gehen und ihr Kind untersuchen lassen. Ein Elternteil würde im Extremfall die Eltern anklagen.

6.1.7 Therapie und Nichtinfektiosität

Keiner der Eltern wusste, dass HIV-Betroffene unter wirksamer, antiretroviraler Therapie nicht infektiös sind. Diese Information hören sie zum ersten Mal. Außerdem wird die Nichtinfektiosität von der Mehrheit der Eltern als positiv bewertet. *„Ne, das ist jetzt für mich ganz neu. Also bin ich ehrlich gesagt total überrascht aber auch eine tolle Sache, weil so können Leute, Entschuldigung, Patienten oder wie auch immer, damit auch wenigstens mal endlich wieder offen leben und nicht immer verstecken müssen und aufpassen müssen (...).“* (B02). Es wurde sich bisher mit dem Thema noch nicht auseinander gesetzt und ebenfalls nicht über die Medien gehört. *„(...) und ich finde allgemein in den Nachrichten oder in den Medien oder so wurde das noch nie berichtet“* (B01). Ein Elternteil äußert sich zwar positiv zu der Nichtinfektiosität bei Betroffenen, jedoch wird kein Vertrauen auf die regelmäßige Medikamenteneinnahme gesetzt. *„Ist eine gute Sache für die. Aber ich kann ja trotzdem kein Verlass haben, dass die das auch wirklich regelmäßig einnehmen und ich mich nicht auf sowas verlassen und denken, ja okay, ich kann die vertrauen“* (B06).

Keiner der Eltern wusste, dass eine antiretrovirale Behandlung einen wirksamen Schutz vor einer HIV-Übertragung darstellt. Die Information über die Nichtinfektiosität wird von den Eltern als positiv bewertet.

6.1.8 Perspektivenwechsel im Gespräch

Nach dem Gespräch über die Nichtinfektiosität bei HIV-Betroffenen, wie in Kapitel 5.2 erläutert, hat sich die Perspektive beziehungsweise die Sichtweise bei einigen Eltern unterschiedlich verändert. Wenn ein Kind eines Elternteils gebissen wird und eine Nichtinfektiosität vorausgesetzt wird, wird mit der Angst anders umgegangen. Der betroffene Elternteil wäre dann beruhigter. *„ (...) ich bin positiv überrascht, dass es gute Therapieansätze gibt. Wenn die das so im Griff haben, besteht von meiner Seite keine Angst, wenn*

angenommen mein Kind gebissen wird zum Beispiel. Also ich wäre dann schon beruhigter, muss ich sagen“ (B02). Wird in der Kindertagesstätte von keiner Ansteckungsgefahr ausgegangen, würde ein Elternteil keine Bedenken haben, wenn das Kind in Berührung mit einem HIV-positiven Kind kommt. „(...) dann würde ich als Mutter damit keine Probleme haben, wenn mein Kind mit diesem Kind in Berührung kommt (...)“ (B01). Ebenso wird der Elternteil die Erlaubnis erteilen, wenn das Kind mit einem HIV-infizierten Kind spielen würde. „Wenn ich wirklich wissen würde, dass es keine Ansteckungsgefahr gibt, dann würde ich auf jeden Fall das schon erlauben, dass mein Kind halt mit ihm spielen könnte“ (B01).

Ein Elternteil würde trotzdem zum Arzt gehen und das Kind untersuchen lassen. Die Angst, dass sich das Kind trotzdem anstecken könnte besteht weiterhin. *„Einfach um zu gucken, geht's meinem Kind wirklich gut. Ob es nur die Bisswunde ist, Hauptsache meinem Kind geht's gut“ (B05). Ebenfalls wird berichtet, dass der Arztbesuch nur dazu dient, um das Gewissen zu beruhigen. Obwohl sich die Perspektive bei einem Elternteil verändert hat, besteht im Hinterkopf trotzdem etwas Bedenken hinsichtlich der Ansteckungsgefahr. „ah, ich würde unter Kinder immer positiv denken, aber im Hinterkopf wäre es auf jeden Fall, das kann man einfach nicht so wegdiskutieren. Ich wäre dann natürlich schon entspannter. Aber in dem Moment ist eine kleine Angst dahinter“ (B03).*

Die Aufklärung, dass Kinder unter erfolgreicher Therapie stehen und dementsprechend nicht infektiös sind, hat die Perspektive auch bei einem weiteren Elternteil zum positiven verändert. *„Ja, doch schon, muss ich sagen. Weil ich habe bis jetzt gedacht, sobald man gebissen wird oder so, dass man auch gleich infiziert ist“ (B04). Ein Elternteil hat nach wie vor die Einstellung, dass das Kind mit einem HIV-infizierten Kind in der Kita nicht betreut werden darf. Die Angst, dass sich das Kind anstecken könnte, ist groß. „Weil ein Kind verletzt dich immer. Kinder verletzen sich immer. Ob die kurz hinfallen oder nicht, ob sie sich das Knie aufratschen oder ob sich irgendwie beim Essen sich verletzen wie auch immer. Kinder verletzen sich immer. Das kann man nicht ausschließen“ (B06). Obwohl der Elternteil darüber aufgeklärt wurde, dass eine HIV-Übertragung über Blut nur denkbar wäre, wenn eine größere Menge Blut in eine offene Wunde eines HIV-negativen Kindes eingegeben wird, besteht trotzdem eine Ansteckungsangst. „Trotzdem hätte ich viel zu viel Angst“ (B06).*

Grundsätzlich kann gesagt werden, dass sich ihre Perspektive im Gespräch bei einigen Eltern verändert hat. Einige würden unter dem Aspekt der Nichtinfektiosität keine Bedenken mehr hinsichtlich der Ansteckungsgefahr haben. Allerdings besteht bei anderen trotzdem etwas Angst in Bezug auf die Ansteckung. Ein Elternteil würde trotzdem ihr Kind beim Arzt untersuchen lassen. Ein weiterer Elternteil bleibt bei ihrer Meinung, dass eine gemeinsame Betreuung trotzdem nicht in Frage kommen würde.

6.1.9 Stigma

Die Eltern glauben, dass HIV/AIDS mit Stigmatisierung verbunden ist, weil für viele Menschen HIV/AIDS als eine gefährliche und tödlich verlaufende Krankheit präsent ist. Die Krankheit wird heute noch als eine tödliche Krankheit angesehen. Dieses frühere Bild von HIV/AIDS wird in Verbindung gebracht mit dem eigenen Kind in der Kindertagesstätte. *„ich glaube das liegt einfach daran, dass immer das Bild von AIDS war halt immer, dass es tödlich endet und das auch nicht gerade einen leichten Verlauf hat und ich denke mal, das möchte man einfach jetzt bezogen auf mein Kind möchte ich das einfach vermeiden, dass einfach diese Krankheit bekommt, denn es ist ja auch chronisch und es geht einfach nicht weg und kein Elternteil möchte das für sein Kind, dass irgendwie infiziert wird (...)“* (B01). Es wird ebenfalls kritisiert, dass Menschen nicht ausreichend über die Krankheit und die jeweiligen Therapieansätze informiert werden. *„(...) klar, es gibt diese neuen Therapieansätze aber ich bin halt der Meinung, es wird einfach viel zu wenig darüber berichtet und aufgeklärt also diese Prävention an sich ist einfach noch nicht verbreitet und das ist glaube ich das Problem“* (B01).

Die Krankheit HIV/AIDS wird heute noch als eine ernstzunehmende Krankheit angesehen. HIV/AIDS wird immer noch mit Tod in Verbindung gebracht und ist eine Krankheit, die vielen Menschen Angst bereitet. Ebenso wird gesagt, dass Menschen, die ohnehin ängstlich bzw. hypochondrisch sind, dazu neigen, HIV-infizierte Menschen zu stigmatisieren. Außerdem wird berichtet, dass Menschen mit HIV/AIDS abgestempelt werden und mit Vorurteilen zu kämpfen haben. Als Grund hierfür wird ein mangelndes Wissen über HIV/AIDS genannt. *„Ja, das Hauptproblem ist ja auch, HIV wird auch meistens abgestempelt, Beispiel bei schwulen Menschen jetzt, heißt es gleich, oh die sind schwul jetzt und da*

ist AIDS zu erwarten, was meines Erachtens ja quatsch ist. HIV kann ja jeder kriegen ja, ich finde, es müsste mehr aufgeklärt werden (...)“ (B04). Ein Elternteil berichtet, dass der Einfluss von Medien eine Rolle spielt, wie Menschen mit dem Thema HIV und AIDS umgehen. Da früher gesagt wurde, dass man von AIDS sterben könnte, ist heute in den Köpfen der Menschen geblieben. Es wird somit bestätigt, dass die Angst auf dem medialen Einfluss beruht. *„Ich denke mal dadurch, dass früher gesagt wurde, kann man sterben von. Das bleibt immer irgendwo im Kopf, also es geht um die Medien, wenn jetzt irgendjemand da AIDS und es wurde übertragen, geht's ja auch vor Gericht. Da fragt man sich, ist es dann so schlimm, also deswegen habe ich ja auch Angst gehabt. Man würde auch nirgendwo aufgeklärt, nirgendwo in der Schule, gar nicht“* (B05).

Ein Elternteil ist der Meinung, dass die Angst vor einer Ansteckung zu groß ist und daher Menschen mit HIV/AIDS möglicherweise stigmatisiert werden. Außerdem beschreibt B06 in einer Generation mit Angst aufgewachsen zu sein, in der die Krankheit als schlimm befunden wurde und heute noch mit Angst behaftet ist. *„(...) Vielleicht die Generation von meinem Sohn jetzt, wenn er groß und älter wird und er jetzt mitbekommt, dass HIV-infizierte geheilt werden können, dass seine Einstellung bisschen anders ist aber meine Einstellung, ich wurde halt als Kind so mit so einer Einstellung so groß gezogen, dass das für mich extrem schlimm ist. Und das bleibt immer noch. Die Angst. Die Angst bleibt immer noch“* (B06).

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass es unterschiedliche Gründe für ein Stigma von HIV/AIDS gibt. Hierbei spielt der mediale Einfluss eine Rolle und dass das frühere Bild von HIV/AIDS heute noch in den Köpfen der Menschen präsent ist. Die Angst vor einer Ansteckung spielt ebenfalls eine Rolle in Bezug auf die Stigmatisierung.

8. Diskussion

Im folgenden Kapitel erfolgt eine kritische Auseinandersetzung mit den verwendeten Forschungsmethoden und den Ergebnissen. Die Methode des qualitativen leitfadengestützten Interviews, sowie die qualitative Inhaltsanalyse als Auswertungsmethode wird diskutiert.

8.1. Methodendiskussion

Damit die Forschungsfrage beantwortet werden kann, erwies sich die Verwendung einer qualitativen Methode als geeignet. Mithilfe des Leitfadens konnten die Erfahrungen und Haltungen der Interviewten Personen hinsichtlich des Themas erhoben werden.

Der Ort des Interviews wurde von den Eltern selbst gewählt. Das hatte nicht immer einen positiven Einfluss auf das Wohlbefinden beider Personen und auf den Gesprächsverlauf. Oft wurde das Zuhause der Eltern als Ort ausgesucht und einige Male ein Café, was zu einer erhöhten Lärmkulisse während des Interviews geführt hat.

Während des Interviews wurden offene Fragen gestellt, damit die Eltern frei über ihre Gefühle und Einstellungen sprechen konnten. Der Leitfaden war sehr hilfreich, da es dem Interview eine Struktur verliehen hat und alle Aspekte und Themen im Interview angesprochen wurden. Mithilfe des Leitfadens konnten die Interviews auch miteinander verglichen werden. Die Eltern berichteten teilweise sehr detailliert über ihre Meinung, dies machte das Herausfiltern der wesentlichen Inhalte schwierig. Die Auswertung der Interviews mithilfe der qualitativen Inhaltsanalyse und der Benutzung der Software MAXQDA hat sich als geeignete Wahl für die Untersuchung der Forschungsfrage erwiesen. Eine gegenstandsnahe Abbildung des Materials konnte durch die Bildung der induktiven Kategorien erfolgen. Jedoch muss angemerkt werden, dass es sich bei einer Stichprobengröße von 6 Interviews um eine selektive Stichprobe handelt, die Repräsentativität wird eingeschränkt und daher keine Inhaltsvalidität gegeben ist.

Laut Diekmann (2012) sind Objektivität und Reliabilität nur notwendige Minimalforderungen an ein Messinstrument. Wichtig ist die Konstruktion möglichst valider Messinstrumente (S. 257). Es kann dann eine Inhaltsvalidität gegeben werden, wenn das Messinstrument eine möglichst „repräsentative Itemstichprobe“ umfasst (Diekmann 2012, S. 258). Da die Eltern zufällig ausgewählt worden sind, konnten in diesem Sample nur bestimmte Menschen befragt werden. Die befragten Eltern waren mindestens 24 Jahre alt und berufstätig. Außerdem wurden keine Eltern gefragt, die kein Kindergartenkind haben, da das Ziel dieser Arbeit Exploration ist (vgl. Kap. 8.1). Die aufgeführten Ergebnisse der Autorin müssten an einer größeren und differenzierten Stichprobe untersucht werden, damit die Gültigkeit überprüft werden kann.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die ausgewählten Methoden rückblickend als geeignet und sinnvoll im Hinblick auf die Forschungsfrage erachtet werden.

8.2. Ergebnisdiskussion

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Interviews vor dem Hintergrund der theoretischen Grundlage dieser Arbeit und des aktuellen Forschungsstandes diskutiert. Die Ergebnisse der Kategorien werden zusammenfassend dargestellt.

In der Kategorie *HIV/AIDS Bilder* wird auf die Bilder der Eltern von HIV-negativen Kindern eingegangen. Es wurden von den Eltern unterschiedliche Bilder über HIV/AIDS vermittelt. Für einige Eltern wird HIV/AIDS nicht mehr als eine tödliche Krankheit angesehen. Es wird berichtet, dass durch Medikamente die Krankheit unterdrückt werden kann und dass Betroffene mit der Infektion lange leben können. Hinzufügend wurde gesagt, dass man Betroffenen die Infektion nicht ansieht. Von einem anderen Elternteil wurde hingegen berichtet, dass sich HIV-Betroffene durch häufiges Husten und offene Stellen kennzeichnen. Wird eine hustende Person mit offenen Stellen in der Stadt gesichtet, wird dies mit AIDS assoziiert. Von einem Elternteil wird HIV/AIDS als schlimmste Krankheit angesehen, obwohl sie mit Medikamenten unterdrückt werden kann. Die Krankheit wird für den betroffenen Elternteil trotzdem als sehr schlimm befunden.

Bilder von HIV-betroffenen Menschen mit deutlich erkennbaren Krankheitszeichen oder von sterbenden AIDS-Patienten sind in den vergangenen Jahren immer mehr aus der öffent-

lichen Wahrnehmung verschwunden. Immer mehr Menschen leben in Deutschland unauffällig mit der Infektion. Durch die antiretrovirale Therapie und die Entwicklung immer besserer Medikamente hat sich die Behandlung der HIV-Infektion seit 1996 rapide verbessert. Die Lebenserwartung und die Lebensqualität bei HIV-infizierten Menschen sind dadurch deutlich gestiegen, so das Bundesministerium für Gesundheit (BMG 2011, S. 23). Nachdem herausgefunden wurde, welches aktuelle Bild die Eltern über HIV/AIDS haben, ging es darum, ihre allgemeine Einstellung zu HIV/AIDS kennenzulernen. Alle Eltern finden, dass es immer noch wichtig ist, über HIV/AIDS informiert zu sein. Verschiedene Gründe wurden hierfür genannt. Ein Grund war, dass HIV immer noch eine ernstzunehmende Krankheit ist, die tödlich endet. Ein weiterer Grund war der Schutz vor Ansteckung. Auch in der repräsentativen Bevölkerungsbefragung anlässlich des Welt-AIDS-Tages 2017 stimmten fast alle Befragte der Aussage zu, dass es immer noch wichtig ist, über HIV und AIDS informiert zu sein (Rüden & Kostrzewski 2017, S.17). In der Studie hat sich auch herausgestellt, dass HIV aus Sicht der Bevölkerung als eine gut behandelbare Krankheit angesehen wird, jedoch nicht als eine „normale“ chronische Krankheit wie z.B. Diabetes.

Dieser Aussage stimmte ein Elternteil zu, dass HIV nicht als eine normale chronische Krankheit wie zum Beispiel Diabetes angesehen werden kann. Alle anderen Eltern sehen HIV als eine normale chronische Krankheit an.

Der Wissensstand der Eltern in Bezug auf die Ansteckungsmöglichkeiten ist unterschiedlich ausgeprägt. Die meisten Eltern wussten, wie der HI-Virus übertragen werden kann. Allerdings waren sich zwei Eltern nicht sicher, ob Speichel und Schweiß ein Überträger sind. Einige Verhaltensweisen konnten auf ihre Unsicherheiten bezüglich der Ansteckungsmöglichkeiten zurückgeführt werden. Einer dieser Elternteile war gegen eine gemeinsame Betreuung mit HIV-infizierten Kindern in der Kindertagesstätte. Die Angst, dass sich das eigene Kind anstecken könnte, ist bei dem betroffenen Elternteil sehr groß. Dies kann darin begründet sein, dass eine Unsicherheit bezüglich der Ansteckungsmöglichkeiten besteht. Die Verhaltensstudie BZgA zu Wissen und Einstellungen der Bevölkerung bezüglich Infektionsrisiken mit HIV im Alltag überprüft, in welchem Ausmaß alltägliche Kontakte im Zusammenleben mit HIV-Positiven als Risiko bewertet werden und infolgedessen zu einer Ablehnung führen könnte. Es wurde geprüft, ob der Wissensstand zu den Übertragungswegen und Nicht-Übertragungswegen Einfluss auf ihre Bewertung hat. In

der Studie (BZgA 2014, S.4) zeigten sich ebenfalls einige Differenzen hinsichtlich der Ansteckungsmöglichkeiten. Von den 1.002 Befragten sahen 26% Küssen als eine Ansteckungsgefahr, weitere 11% waren sich unsicher. Auch in Bezug auf das Verhalten in Alltagssituationen mit HIV-positiven Menschen wurde deutlich, wie Befragte gewisse Situationen bewerten würden. Wie auch in Kapitel 4 erwähnt wurde, konnte in der Studie festgestellt werden, dass einige Befragte ihr Kind nicht mit einem HIV-positiven Kind spielen lassen würden. Insgesamt zeigten die Ergebnisse eine gute Informiertheit über Ansteckungswege in der Bevölkerung. Jedoch bestehen Verunsicherungen darüber, wie sie sich bei konkreten Kontakten mit HIV-positiven Menschen verhalten würden. Dabei spielt das Ausmaß körperlicher Nähe eine Rolle. Je intensiver ein Körperkontakt oder Austausch von Körperflüssigkeiten (z.B. das Küssen eines HIV-infizierten Menschen) in der Situation ist, desto größer sind die Unsicherheiten, wie sie sich gegenüber HIV-betroffenen Menschen verhalten würden (ebd.).

Auch in der Kategorie *Verhalten im Kita-Alltag* zeigten sich in Bezug auf den Körperkontakt und den Umgang mit HIV-Betroffenen große Unsicherheiten und Bedenken. Hier sollten sich die Eltern vorstellen, wie sie sich verhalten würden, wenn ihr Kind beim Spielen von einem HIV-positiven Kind in der Kita gebissen wird. Bei allen Eltern war die Angst vorhanden, dass sich ihr Kind anstecken könnte. Alle Eltern würden ihre Kinder beim Arzt auf HIV testen lassen. Auch ein Schnelltest würde von einem Elternteil in Erwägung gezogen werden. Ein anderer Elternteil würde sogar die Erzieher und Erzieherinnen „anmeckern“.

Bei einem Elternteil zeigte sich die Angst vor Ansteckung besonders deutlich. Wenn das Kind von einem HIV-positiven Kind gebissen werden würde, würde der Elternteil die Eltern des HIV-positiven Kindes anklagen und dafür sorgen, dass das HIV-positive Kind aus der Kindertagesstätte genommen wird. In diesem Fall zeigt sich ein Diskriminierungspotential gegenüber Menschen mit HIV. In der repräsentativen Bevölkerungsbefragung anlässlich des Welt-AIDS Tages 2017 hat sich ebenfalls gezeigt, dass Bedenken und Sorgen in unterschiedlichen Alltagssituationen umso größer werden, wenn es zu einem direkten Körperkontakt mit HIV-positiven Menschen kommt. Diese Situationen können zur Folge haben, dass HIV-betroffene Menschen im Alltag einer Diskriminierung ausgesetzt sind. In Bezug auf das Zusammenleben mit HIV-positiven Menschen haben sich Diskriminierungspotentiale gezeigt. Fast die Hälfte der Befragten würde einen HIV-positiven Menschen

wahrscheinlich nicht küssen und/oder es besorgniserregend finden, von einem HIV-betroffenen Menschen angehustet zu werden.

Nur 14 % der Bevölkerung können sich vorstellen, mit einem HIV-betroffenen Menschen Geschlechtsverkehr zu haben, wenn Kondome genutzt werden. Auch die Ergebnisse der Befragung zeigen Diskriminierungen gegenüber Menschen mit HIV in unterschiedlichen Lebensbereichen (Rüden & Kostrzewski 2017, S. 15).

Eltern von HIV-positiven Kindern müssen die Infektion ihres Kindes der Kindergartenleitung nicht bekanntgeben. Es besteht also keine Meldepflicht für HIV und AIDS. Auch die Eltern müssen über die HIV-Infektion eines Kindes nicht in Kenntnis gesetzt werden. Erzieherinnen und Erzieher dürfen dies nur mit dem Einverständnis der betroffenen Eltern bekannt geben. Barth et al. (2016, S. 10) berichten, dass die Eltern zum Teil den Wunsch haben, die HIV-Infektion ihres Kindes im Kindergarten bekannt zu geben, da die Geheimhaltung für sie eine zusätzliche Belastung darstellen kann. Zeitgleich haben die Eltern auch Angst, dass ihr Kind aufgrund der Infektion Diskriminierungen und Ausgrenzungen ausgesetzt ist.

Auf die Frage, ob die Eltern über die HIV-Infektion eines Kindes im Kindergarten informiert werden sollten, hat ein Elternteil mit Nein gestimmt. Hier wurde der Aspekt Diskriminierung aufgegriffen und die Bekanntgabe von HIV/AIDS nicht für ratsam erklärt. Dieser Elternteil war gegen eine Bekanntgabe der HIV-Infektion im Kindergarten, da die Gefahr besteht, dass ein HIV-positives Kind im Kindergarten ausgegrenzt werden kann und die anderen Eltern ihre Kinder nicht mit einem HIV-positiven Kind spielen lassen würden. Der Rest der Eltern würde gerne über die HIV-Infektion eines Kindes informiert sein. Ein Elternteil findet die Verheimlichung bzw. die Nichtbekanntgabe der HIV-Infektion egoistisch. Es wird gewünscht, mit dem Thema offen umzugehen.

Das Thema ist auch für HIV-positive Eltern schmerzlich, sie sind mit Scham und Schuld konfrontiert, so dass sie die HIV-Diagnose nicht ganz in ihr Leben integrieren konnten. Bei dem Thema HIV gibt es immer noch eine starke gesellschaftliche Abwertung (Barth et al. 2016, S.8). Die Infektion wird oft mit Vorurteilen verbunden. Ein Elternteil hat sogar bestätigt, Vorurteile gegenüber HIV-infizierten Personen zu haben. Dadurch, dass die Panik vor einer Ansteckung besteht, insbesondere auch Vorurteile gegenüber HIV vorhanden sind, würde der Elternteil über die Infektion informiert sein wollen.

Mit der Broschüre „HIV-betroffene Kinder, Informationen für Mitarbeiter*innen in Kindergärten, Schulen, und sozialen Einrichtungen“ versucht die Arbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendschutz Hamburg e.V. (ajs) einen Einblick in die Lebenssituation von HIV-positiven Kindern zu verschaffen und Informationen über Ansteckungswege und Behandlungsmöglichkeiten von HIV/AIDS zu geben. Dadurch sollen vorhandene Unsicherheiten und Ängste, sowie auch Vorurteile abgebaut werden. Die Ajs will dazu beitragen, HIV-positiven Familien ein diskriminierungsfreies Leben zu ermöglichen (Barth et al 2016, S. 6).

Einer Studie zufolge geht bei einer wirksamen antiretroviralen Therapie die Übertragungsgefahr beim Geschlechtsverkehr mit einem HIV-positiven Menschen ohne Kondom gegen 0%. In der repräsentativen Bevölkerungsbefragung anlässlich des Welt-AIDS-Tages stimmten nur 10 % der Aussage zu, dass es mit der Therapie möglich ist, andere beim Geschlechtsverkehr ohne Kondom nicht mehr anzustecken. 71% der Befragten halten das nicht für möglich. Auch in der vorliegenden Arbeit wusste keiner der Eltern, dass HIV-Betroffene unter einer funktionierenden antiretroviralen Therapie nicht infektiös sind. Die Eltern wurden darüber informiert, dass HIV-Betroffene unter erfolgreicher Therapie nicht infektiös sind und dass im Kindergarten noch kein einziger Fall einer HIV-Übertragung zwischen Kindern stattgefunden hat. Laboruntersuchungen zeigen, dass das Virus auch in kleinsten Mengen in allen Körperflüssigkeiten, wie Speichel, Schweiß und Tränenflüssigkeiten vorhanden ist. Allerdings reicht diese Konzentration nicht für eine HIV-Übertragung auf andere Personen aus. Das Virus stirbt an der Luft innerhalb von Sekunden ab. Soziale Kontakte sind somit ungefährlich (Barth et al. 2016, S. 20). Die beiden Eltern, die sich nicht sicher waren, ob das Virus über Schweiß und Speichel übertragbar ist, wurden ebenfalls darüber aufgeklärt, dass dies nicht der Fall ist. Außerdem wurden danach die Eltern im Gespräch darüber informiert, dass eine Ansteckungsgefahr im Kindergarten praktisch ausgeschlossen werden kann. Diese Informationen führten bei vielen Eltern zu einem Perspektivenwechsel in Bezug auf ihre Bedenken und Berührungängste. Ein Elternteil ist von der Nichtinfektiosität positiv überrascht und hätte diesbezüglich nichts dagegen, wenn das Kind in Berührung mit einem HIV-positiven Kind kommen würde. Unter der Bedingung, dass eine Ansteckungsgefahr ausgeschlossen wird, darf das Kind zusammen mit einem HIV-positiven Kind spielen. Ein anderer Elternteil berichtet, wenn das Kind zum Beispiel gebissen wird, besteht aus Sicht des Elternteils keine Angst mehr.

Der betroffene Elternteil wäre dann beruhigter. Obwohl sich bei einem anderen Elternteil die Perspektive etwas verändert, besteht trotzdem ein wenig Angst und würde das Kind beim Arzt untersuchen lassen. Ein Elternteil, welcher von Anfang an gegen eine gemeinsame Betreuung mit HIV-positiven Kindern gewesen ist, bleibt weiterhin bei der gleichen Meinung. Auch wenn im Kindergarten keine Ansteckungsgefahr besteht, kommt es für den betroffenen Elternteil nicht in Frage, dass das Kind zusammen mit einem HIV-positiven Kind im Kindergarten betreut wird. Der betroffene Elternteil ist sehr skeptisch gegenüber der Nichtinfektiosität und kann sich nicht darauf verlassen, dass HIV-betroffene Menschen auch tatsächlich unter erfolgreicher Therapie stehen. Hier kann ebenfalls beobachtet werden, dass ein gewisses Diskriminierungspotential und eine Nichtakzeptanz gegenüber Menschen mit HIV besteht. Winfried Holz, Vorstand der Deutschen AIDS-Hilfe hat zum Welt-Aids-Tag erklärt, dass der Welt-Aids-Tag ein Tag der Solidarität mit HIV-positiven Menschen ist. Diskriminierung und Zurückweisungen sollen entgegengewirkt und ein Miteinander gestärkt werden. Außerdem sollen Ängste und alte Vorstellungsbilder durch realistische Bilder ersetzt werden. Ein Grund, warum HIV heute noch mit Stigmatisierung verbunden ist, lässt einen Elternteil vermuten, dass viele Menschen noch die früheren Bilder von HIV/AIDS im Kopf haben.

Da die Ergebnisse auf den Antworten von lediglich sechs Interviewpartnern beruhen, können diese nicht die reelle Situation abbilden. Daher ist weitere Forschung unter der Betrachtung des Settings Kindergarten ratsam.

9. Fazit

Der Wissensstand spielt in Bezug auf die Einstellung zu HIV/AIDS eine entscheidende Rolle. Insbesondere über die derzeitigen Behandlungsmöglichkeiten und die daraus resultierende Nichtinfektiosität besteht ein deutlicher Informationsbedarf.

Die befragten Eltern haben aktuell unterschiedliche Vorstellungsbilder über HIV/AIDS. Während HIV/AIDS für einige Eltern nicht mehr eine tödliche Krankheit ist, wird sie von anderen Eltern immer noch als schlimm angesehen. Während die meisten Eltern wissen, dass HIV/AIDS eine gut therapierbare Erkrankung ist, ist das Wissen zu Übertragungswegen von HIV bei einigen Eltern teilweise noch unvollständig. Zwei Eltern sind sich nicht

sicher, ob HIV über die Körperflüssigkeiten wie Schweiß und Speichel übertragen wird. Diese Unsicherheiten bezüglich der Übertragungswege zeigen, dass dies im Umgang mit HIV-positiven Menschen eine Rolle spielen kann. Einer dieser Elternteile ist strikt gegen eine gemeinsame Betreuung mit HIV-positiven Kindern aus Angst, dass sich das Kind anstecken könnte. Ebenso wurde bei den Eltern, die eine gute Informiertheit über Übertragungswege von HIV hatten, eine Unsicherheit im Umgang mit HIV-positiven Kindern im Kindergarten beobachtet. Je intensiver ein Körperkontakt ist, z.B. das Kind wird von einem HIV-positiven Kind gebissen, desto größer sind Unsicherheiten und Ängste vorhanden. Alle Eltern würden ihr Kind beim Arzt untersuchen lassen, um sich zu vergewissern, dass sich das Kind nicht angesteckt hat. Dieses hohe Maß an Angst kann ablehnendes Verhalten begünstigen. Nur bei einem Elternteil zeigte sich bei der beispielhaften Alltagssituation im Kindergarten eine strikte Ablehnung des Kontaktes. Die Unsicherheiten und Ängste in Bezug auf die genannte Alltagssituation im Kindergarten wurden deutlich geringer, als sie über die Nichtinfektiosität informiert wurden. Dieser Perspektivenwechsel konnte bei vielen Eltern festgestellt werden. Die betroffenen Eltern würden keine Berührungsängste mehr haben. Ein Elternteil hatte nach wie vor das ablehnende Verhalten und die negative Einstellung in Bezug auf die gemeinsame Betreuung mit HIV-positiven Kindern. Die Angst, dass ein HIV-positives Kind wohlmöglich eine Ansteckungsgefahr im Kindergarten darstellen könnte, ist nach wie vor eine Belastung für den betroffenen Elternteil.

Die Kampagne zum Welt-AIDS-Tag versucht deshalb zu zeigen, dass durch gezielte Alltagssituationen, in denen Menschen mit HIV-Betroffenen zusammentreffen, eine HIV-Übertragungen nicht möglich ist. Somit soll ein Abbau von Unsicherheiten und Ängsten erfolgen und eine größere Zuversicht der Nichtinfektiosität gefördert werden. Ebenfalls ließen sich bei diesem Elternteil Diskriminierungspotenziale gegenüber Menschen mit HIV beobachten. Dadurch ist ein übergreifender Präventionsansatz vonnöten, der aufzeigt, dass HIV-betroffene Menschen unter erfolgreicher Therapie nicht infektiös sind und dass z.B. in Alltagssituationen im Kindergarten praktisch keine Ansteckungsgefahr besteht.

Anhand der Anregung und Kritik der Eltern im Hinblick auf HIV/AIDS, könnten einige Empfehlungen formuliert werden. Es ist zunächst notwendig, dass die Eltern sich mit der Thematik auseinandersetzen. Außerdem ist es wichtig, dass sich die Eltern über die Übertragungswege und Nichtübertragungswege von HIV im Klaren sind, um so Situationen bzw. Interaktionen von Risikofaktoren besser einschätzen zu können. Wenn es zu dem

Fall kommt, dass im Kindergarten tatsächlich HIV-positive Kinder betreut werden, empfiehlt es sich von den Erzieherinnen und Erziehern zu HIV/AIDS aufklären zu lassen.

Wird die HIV-Infektion eines Kindes im Kindergarten nicht bekannt gegeben, empfindet ein Elternteil dies als egoistisch. Dieser Elternteil würde auch sein eigenes Kind nicht in einer Kindertagesstätte betreuen lassen, in der HIV-positive Kinder betreut werden. Diesbezüglich sollte sich der Elternteil gründlich mit Risiken und Nichtrisiken im Alltag und mit der Nichtinfektiosität auseinandersetzen. Somit kann das ablehnende Verhalten und die negative Einstellung in Bezug auf die gemeinsame Betreuung reflektiert werden. Zudem ist anzumerken, dass dieser Elternteil sich von den früheren, erschreckenden HIV/AIDS Bildern befreien sollte, um das Thema Solidarität mit Menschen mit HIV und AIDS zu sensibilisieren.

Die Ergebnisse dieser Arbeit dienen als Grundlage für weitere Erhebungen und zeigen deutlich, dass intensivere Aufklärung auf diesem Gebiet notwendig ist. Die vorliegende Arbeit konnte dadurch einen Beitrag leisten, in diesem Bereich zu forschen. Folglich sollen die Ergebnisse zu einem besseren Verständnis des Themas dienen und die Erkenntnis über die Dramatik und die Schwere des Themas verdeutlichen.

Literaturverzeichnis

- Aebi-Popp, K., Hösli, I. (2012). HIV und Schwangerschaft. Heutige Präventionsstrategien.
Verfügbar unter:
https://www.rosenfluh.ch/media/gynaekologie/2012/04/hiv_und_schwangerschaft.pdf
(Stand: 10.08.18)
- BAG Bundesamt für Gesundheit (Hrsg.) Bulletin 4/16
Verfügbar unter:
https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/cc/Kampagnen/Bulletin/2016/BU_04_16.pdf.download.pdf/BU_04_16_d.pdf
- Barth, P., Peemöller, S., Senftleben, U. (Hrsg.) (2016). HIV- Betroffene Kinder. Informationen für Mitrbeiter*innen in Kindergärten, Schulen und sozialen Einrichtungen. Arbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendschutz Hamburg e.V. | ajs (11. Auflage, überarbeitet.). Hamburg: AG Kinder- und Jugendschutz Hamburg e.V. Verfügbar unter:
https://www.ajs-hamburg.de/images/vhiva-kids/material/HIV-betroffene_Kinder_Broschuere_2017.pdf
- Bogner, A., Littig, B., Menz, W. (2014). Interviews mit Experten. Eine praxisorientierte Einführung. Qualitative Sozialforschung. Wiesbaden 2014: Springer Fachmedien.
- BMG Bundesministerium für Gesundheit (2011). Bericht zum Aktionsplan zur Umsetzung der HIV/AIDS-Bekämpfungsstrategie der Bundesregierung. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2017). Repräsentative Bevölkerungsbefragung anlässlich des Welt-Aids-Tages. BZgA-Forschungsbericht
Verfügbar unter:
https://www.bzga.de/fileadmin/user_upload/PDF/studien/bericht_wat_2017_bzga--445042af55846fc894c03dca658edb30.pdf (Stand: 19.03.2018)
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2012) 25 Jahre. 1987-2012. Dokumentation.
Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)
Verfügbar unter:
<https://www.liebesleben.de/media/fachkraefte/70910000.pdf> (Stand: 02.08.18)
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. (2014) Wissen und Einstellungen der Bevölkerung zu den Infektionsrisiken mit HIV im Alltag. Ausgewählte Ergebnisse einer repräsentativen Befragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln im Rahmen der Welt-AIDS-Tags-Kampagne 2014
Verfügbar unter:
https://www.welt-aids-tag.de/media/presse/mediathek/factsheet_infografik/Wissen_Einstellungen_Bevoelkerung_HIV_Welt-AIDS-Tag_2014.pdf (Stand: 02.08.18)

- DAIG Deutsche AIDS-Gesellschaft e.V. (2018). Deutsch-Österreichische Leitlinien zur HIV-Präexpositionsprophylaxe.
Verfügbar unter:
<https://daignet.de/site-content/hiv-therapie/leitlinien-1/Leitlinie%20PrEP%20055-008%20Version%201%20vom%2024-05-2018%20konsentiert%2022-06-2018.pdf> (Stand: 30.08.18)
- Diekmann, A. (2012). Empirische Sozialforschung. Grundlagen Methoden Anwendungen. 6. Auflage 2012. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag
- Hammer-Fomuki, E., Königs, C. (2017). Kinder und Jugendliche mit HIV-Infektion auf dem Weg der Adoleszenz. Besondere Aspekte der Behandlung während Adoleszenz und Transition- Erfahrung aus der Praxis.
Verfügbar unter:
https://cme.mgo-fachverlage.de/uploads/exam/exam_166.pdf (Stand: 23.08.18)
- Hensle, U., & . (2002). Psychologische, pädagogische und medizinische Aspekte (7., korrig. Aufl.). Wiebelsheim: Quelle & Meyer.
- Hilgefort, G. (2010). Handbuch HIV-Prävention für Mädchen und Frauen (2., überarb. Aufl.). Berlin: Dt. AIDS-Hilfe.
- Höll-Stüber, E., Hoenig-Drost, U. (2015). Gesundheit und Umwelt im pädagogischen Alltag (4. erw. Aufl.). Hamburg: Büchner, Handwerk und Technik.
- Hösl, J. (2011). Soziale und rechtliche Aspekte bei HIV. Ingelheim am Rhein : Boehringer Ingelheim
- Köhler, P. (2011). Kranke Kinder in der Kita: Professionelles Handeln bei Erkrankungen und Unfällen. Weinheim Basel: Beltz.
- Kruse, J. (2015). Qualitative Interviewforschung: Ein integrativer Ansatz (2., überarbeitete und ergänzte Auflage.). Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- Lohner, A. (2011). Baby ohne HIV. Bis 2015 Mutter-Kind-Übertragung stoppen! Aktionsbündnis gegen AIDS (Hrsg.): Tübingen

Verfügbar unter:
https://www.aids-kampagne.de/sites/default/files/pixie_buch_2011-05-11-web-1.pdf (Stand 01.08.18)
- Mayer, H. (2004). Interview und schriftliche Befragung: Entwicklung, Durchführung und Auswertung. 2. Verb. Auflage. München: Oldenbourg.
- Mayring, P. (2010). Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 11., aktualisierte und überarbeitete Auflage. Weinheim und Basel: Beltz Verlag
- Mayring, P. (2015). Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 12., überarbeitete Auflage. Weinheim und Basel: Beltz Verlag

Meier, J. (Hrsg.) (2018). HIV und AIDS. Sozialrechtliche und psychosoziale Informationen zu den Erkrankungen. 2. Auflage. Augsburg: beta Institut gemeinnützige GmbH

Verfügbar unter:

<https://www.betanet.de/files/pdf/ratgeber-hiv-aids.pdf> (Stand: 04.08.18)

Neubert, J., Gehrke, J., Friebe-Hoffmann, U., Stannigel, H., Oette, M., Göbel, U., Niehues, T.(2007). Vertikale HIV-Transmission und Transmissionsprophylaxe. Deutsche Ärzteblatt. Jg.104. Heft 25.

Verfügbar unter:

<https://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=56119> (Stand: 20.08.18)

Peters, U. (2017). Mehr Wissen über HIV und AIDS. (Hrsg.) Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

Verfügbar unter:

<https://www.bzga.de/pdf.php?id=f6773ef186fafa054a553ad3f80fb056> (Stand: 14.05.18)

Praz, S. (2015). Leben mit HIV. Bereit für eine Therapie? Aids-Hilfe Schweiz

Verfügbar unter:

https://shop.aids.ch/shop-uploads/1016_01_bereit-fuer-die-therapie_d.pdf (Stand: 19.03.2018)

Reinders, H. (2005). Qualitative Interviews mit Jugendlichen führen: Ein Leitfaden. München: R. Oldenbourg Verlag.

Robert Koch-Institut. Epidemiologisches Bulletin (2017). Aktuelle Daten und Informationen zu Infektionskrankheiten und Public Health. Schätzung der Zahl der HIV- Neuinfektionen und der Gesamtzahl von Menschen mit HIV in Deutschland. Stand Ende 2016.

Verfügbar unter:

https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2017/Ausgaben/47_17.pdf?blob=publicationFile (Stand: 10.09.2018)

Robert-Koch-Institut. Epidemiologisches Bulletin. Aktuelle Daten und Informationen zu Infektionskrankheiten und Public Health. HIV-Jahresbericht 2016

Verfügbar unter:

https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2017/Ausgaben/47_17.pdf?blob=publicationFile (Stand: 10.09.2018)

Robert Koch Institut. Epidemiologisches Bulletin. Schätzung der Zahl der HIV-Neuinfektionen und der Gesamtzahl von Menschen mit HIV in Deutschland. Stand Ende 2016.

Verfügbar:

https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2017/Ausgaben/47_17.pdf?blob=publicationFile (Stand: 10.09.18)

- Robert Koch Institut. Epidemiologisches Bulletin. HIV-Jahresbericht 2016.
Verfügbar unter:
https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2017/Ausgaben/39_17.pdf?blob=publicationFile (Stand: 10.09.18)
- Robert Koch Institut. HIV/AIDS in Hamburg- Eckdaten der Schätzung*. Epidemiologische Kurzinformation des Robert Koch-Instituts- Stand: Ende 2016. Verfügbar unter:
<https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/H/HIVAIDS/Eckdaten/EckdatenHamburg.pdf?blob=publicationFile> (Stand: 10.09.18)
- Sonnenberg-Schwan, U. (2010). Wie sag ich's meinem Kind?: Tipps und Anregungen für HIV-positive Mütter und Väter. Berlin: Dt. AIDS-Hilfe.
- Sonnenberg-Schwann, U. (2017). HIV, Kinderwunsch und Schwangerschaft. Informationen für Frauen mit HIV und alle Interessierten. Frauen Gesundheits Zentrum München (Hrsg.). München.
Verfügbar unter:
https://www.fgz-muc.de/pdf/fgz_hiv_kiwu_brosch_deutsch_2017m1.pdf (Stand: 02.09.18)
- Steuer, N. (2012). Krankheit und Ehre: über HIV und soziale Anerkennung in Mali. Bielefeld.
- UNAIDS 2018. FACT SHEET – JULY 2018. 2017 GLOBAL HIV STATISTICS
Verfügbar unter:
http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_en.pdf (Stand 02.09.18)
- UNAIDS. (2016). By the numbers.
Verfügbar unter:
http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/AIDS-by-the-numbers-2016_en.pdf (Stand: 19.03.2018)
- UNICEF. (2012). Gemeinsam für Kinder. Kinder und AIDS.
Verfügbar unter:
<https://www.unicef.de/blob/8912/4fbb9282835fe5c8ef4c2c2cbefa4fef/i0089-kinder-und-aids-2012-pdf-data.pdf> (Stand: 19.03.2018)
- Weinreich, S., Benn, C. (2009). HIV und Aids. Eine Krankheit verändert die Welt.
Frankfurt am Main: Otto Lembeck
- Wintergerst, U. (2002). Die HIV-Infektion im Kindes- und Jugendalter. Bremen: UNI-MED.

Anhang

A Einverständniserklärung	(Seite XI)
B Interviewleitfaden	(Seite XIII)
C Kategoriensystem halbstandardisierte Interviews	(Seite XVII)
D Ergebnisse Subkategorien der halbstandardisierten Interviews	(Seite XXIV)
E Eidesstattliche Erklärung	(Seite XXXVI)



Einverständniserklärung Für qualitative Forschungsprojekte

Sehr geehrte(r) Frau/Herr ,

ich bedanke mich herzlich für die Bereitschaft am Interview zum Thema „Einstellung der Eltern eines Kindes in Bezug auf ein HIV-positives Kind im Kindergarten. Eine qualitative Befragung in Hamburg lebender Eltern teilzunehmen.

Teilnahme am Projekt

Die Teilnahme am Projekt beinhaltet ein Interview von 20-30 Minuten, das aufgenommen und später transkribiert wird.

Freiwillige Teilnahme

Die Teilnahme an diesem Projekt ist freiwillig. Teilnehmende können sich jederzeit ohne Angaben von Gründen zurückziehen, ohne dass dadurch Nachteile entstehen.

Vertraulichkeit und Anonymität

Die Vertraulichkeit der in diesem Projekt erhobenen Daten ist gewährleistet.

Persönliche Informationen werden nicht an Dritte weitergegeben. Ihre

Informationen werden nur anonymisiert veröffentlicht, sodass keinerlei Rückschlüsse auf ihre Person zugelassen werden. Zitate werden nicht persönlich gekennzeichnet.

Weitere Verwendung der Daten

Ihre Daten werden ausschließlich zu Forschungszwecken verwendet. Die Daten aus dem Interview werden ganz transkribiert. Das aufgezeichnete Interview wird danach sofort gelöscht.

Einverständnis

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass meine Fragen zufriedenstellend beantwortet wurden, dass ich diese Einverständniserklärung gelesen und verstanden habe und mir ihr einverstanden bin, und freiwillig an diesem Projekt teilnehme.

.....

Interviewpartner

.....

Interviewer

Kontaktperson: Aria Mahmoudzadeh, aria.mahmoudzadeh@haw-hamburg.de

Telefon: 0176/45780877

Beide Parteien erhalten eine Ausfertigung dieser Vereinbarung.

B Leitfaden halbstandardisierte Interviews



Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Hamburg University of Applied Sciences

Leitfaden

Formale Angaben:**Geschlecht:****Alter:****Nationalität:****Höchster Bildungsabschluss****Beruf/Funktion:****Einleitungstext**

Herzlichen Dank, dass du dir die Zeit für dieses Interview genommen hast. Bevor wir jetzt mit dem Interview beginnen, möchte ich dir noch einmal kurz erzählen, worum es in meiner Studie geht. Im Rahmen meiner Bachelorarbeit möchte ich durch das folgende Interview herausfinden, wie die Einstellung der Eltern eines gesunden Kindergartenkindes in Bezug auf ein HIV-positives Kind in einem Kindergarten ist.

Das Gespräch wird etwa 20 bis 30 Minuten dauern. Deine Informationen werden von mir anonymisiert, vertraulich behandelt und ausschließlich für wissenschaftliche Zwecke verwendet. Die aufgenommenen Daten werden nicht an Dritte weitergegeben und auch nicht in einer Cloud aufbewahrt. Außerdem wird keine Auswertung durchgeführt, die später auf deine Person zurückzuführen ist. Wir werden das auch noch schriftlich in einer Einverständniserklärung festhalten. Jede von dir getroffene Aussage kann jederzeit zurückgezogen werden. Fragen, die nach dem Gespräch auftreten, beantworte ich gerne in einem persönlichen Gespräch.

Ist das soweit in Ordnung für dich?

Hast du vorab irgendwelche Fragen?

Gut, dann beginnen wir mit dem Interview.

Thema	Schlüsselfrage(n)	Eventualfragen(n)
<p data-bbox="225 304 320 331">Einstieg</p> <p data-bbox="225 376 544 439">Altes Bild vs. aktuelles Bild von HIV/AIDS</p> <p data-bbox="225 591 389 618">Wissensstand</p>	<p data-bbox="655 342 874 472">Beschreibe mir bitte wie dein Bild zu HIV/AIDS aktuell ist?</p> <p data-bbox="655 577 916 674">Kennst du den Unterschied zwischen HIV und AIDS?</p> <p data-bbox="655 719 927 786">Welche Übertragungswege kennst du?</p> <p data-bbox="655 824 932 891">Ist HIV/AIDS behandelbar?</p>	<p data-bbox="1161 342 1342 409">Woher hast du diese Bilder?</p>
<p data-bbox="225 1025 427 1088">Einstellung zum Thema HIV/AIDS</p>	<p data-bbox="655 1032 884 1144">Siehst du HIV auch als eine chronische Krankheit an?</p> <p data-bbox="655 1196 900 1368">Warum ist deiner Meinung nach wichtig über die Krankheit informiert zu sein?</p>	<p data-bbox="1161 1039 1353 1106">Wenn nein, warum?</p>

<p>Gemeinsame Betreuung</p>	<p>Wie gehst du damit um, wenn im Kindergarten Kinder betreut werden, die eine chronische Krankheit wie HIV/AIDS haben?</p> <p>Sollen deiner Meinung nach, Eltern die HIV-Infektion ihres Kindes bekannt geben?</p> <p>Stell Dir vor, dein Kind wird von einem HIV-infizierten Kind gebissen. Wie würdest du reagieren?</p>	<p>Hast du in der Hinsicht Bedenken und Sorgen? Falls ja: warum</p> <p>Falls ja: warum?</p> <p>Glaubst du, dass HIV-positive Kinder ansteckend sind?</p>
<p>ART und Nichtinfektiosität</p>	<p>Heute wird die Krankheit HIV/AIDS nicht mehr als eine Lebensbedrohung gestuft. Bei wirksamer Therapie können Betroffene mit einer erhöhten Lebenserwartung rechnen und das ohne sichtbare Symptome. Betroffene sind mithilfe der ART nicht infektiös.</p> <p>Wusstest du, dass HIV-Betroffene unter erfolgreicher Therapie nicht infektiös sind?</p>	

<p>Perspektivenwechsel</p>	<p>Schon seit fast 20 Jahren werden Kinder mit HIV/AIDS gemeinsam mit nicht infizierten Kindern betreut. In Kindergärten wie auch in Hort und Schule hat es bisher keinen einzigen Fall einer HIV-Übertragung gegeben.</p> <p>Hat die Nicht-infektiosität deine Perspektive verändert?</p>	<p>Falla ja: inwiefern hat sich deine Perspektive verändert?</p> <p>Falls nein: Warum?</p> <p>Konfrontationsfrage: Du hast vorhin bezüglich Ansteckung gesagt, dass...</p> <p>Findest du nicht, dass... Was sagst du zu dieser Sichtweise?</p>
<p>Stigma</p>	<p>Was glaubst du woran es liegt, dass HIV heute noch mit Stigmatisierung verbunden ist?</p>	
<p>Abschlusstext</p> <p>Vielen Dank für Ihre Antworten.</p> <p>Vielen herzlichen Dank!</p>		

C Kategoriensystem teilstandardisierte Interviews

Hauptkategorie 1: HIV/AIDS Bilder

Subkategorie(n)	Definition	Ankerbeispiel	Kodierregel	Anzahl Codings
Aktuelle HIV/AIDS Bilder der Eltern	Aussagen, welche alten Bilder vom Leben mit HIV stattgefunden haben und welches Bild die Eltern über HIV/Aids heute haben	<i>„Also aktuell ist mein Bild über HIV-erkrankten Menschen, dass sie immungeschwächt sind, dass sie sich halt schnell Infekte einfangen und auch aufpassen müssen, bezogen auf öffentliche Veranstaltungen, dass sie sich halt nicht irgendwelche Infekte einfangen und was ich auch öfters bemerkt habe, dass sie halt des Öfteren husten und halt offene Stellen haben“ (B01, Absatz 31)</i>	Die Interviewerin fragt die Eltern, wie ihr aktuelles Bild von HIV/AIDS in Bezug zu früher ist und woher sie diese Bilder haben. Aussagen diesbezüglich können sein: HIV/Aids ist für mich..., Mein Bild über HIV/AIDS ist...“	9

Hauptkategorie 2: Wissensstand zu HIV/AIDS

Subkategorie(n)	Definition	Ankerbeispiel	Kodierregel	Anzahl Codings
Unterschied zwischen HIV/AIDS	Kennen die Eltern den Unterschied zwischen HIV-positiv und an AIDS-erkrankt sein?	<i>„Grob würde ich sagen, HIV ist einfach nur, wenn man den Virus in sich hat, wenn man damit quasi infiziert ist und AIDS halt erst wenn es ausgebrochen ist, so habe ich das wahrgenommen“ (B03, Absatz 588)</i>	Die Interviewerin fragt nach, ob sie den Unterschied zwischen HIV und AIDS beschreiben können	8
Ansteckungsmöglichkeiten	Der Wissensstand zu Übertragungswegen von HIV spielt eine	<i>„Also ich weiß, dass es über Körperflüssigkeiten übertragen werden kann,</i>	Bei dieser Subkategorie fragt die Interviewerin nach, wie HIV	12

	Rolle im weiteren Gespräch	<i>wie zum Beispiel Scheidensekret, über Spermien aber sonst also ich weiß allgemein über Geschlechtsverkehr halt übertragbar ist und ich glaube über die Muttermilch ist es auch noch übertragbar (B01, Absatz 58)</i>	übertragen werden kann.	
Behandlung	HIV ist eine behandelbare Krankheit	<i>„Nein, weil ich ja mit sowas noch nie zu tun hatte. Aber ich weiß, wie gesagt, dass sie Medikamente nehmen und dadurch die Krankheit gut behandelbar ist, also gut im Griff haben (B02, Absatz 359)</i>	In dieser Subkategorie wird überprüft, ob die Eltern über Behandlungsmöglichkeiten gehört haben. Folgende Begriffe können hier fallen: - Medikamente - Therapie - hohe Lebenserwartung	11

Hauptkategorie 3: Einstellung zum Thema HIV/AIDS

Subkategorie(n)	Definition	Ankerbeispiel	Kodierregel	Anzahl Codings
Wichtig, über HIV/AIDS informiert zu sein	In dieser Subkategorie soll geschaut werden, wie die Eltern zum Thema HIV/AIDS stehen.	<i>„Weil es meiner Meinung nach immer noch eine ernstzunehmende Krankheit ist, wo man durchaus immer noch daran sterben kann. Dementsprechend sollte man das ernst nehmen“. (B03 Absatz 616)</i>	Die Interviewerin überprüft, warum es aus Sicht der Eltern wichtig ist, über die Krankheit informiert zu sein.	7

HIV als eine normale chronische Krankheit	Dank der verbesserten Behandlungsmöglichkeiten wird Aids heute als eine chronische Krankheit angesehen.	<i>„Ich selber würde da jetzt genau so sehen, weil es bleibt ja und die wird auch nie wieder weggehen und die muss ja auch bis zum Lebensende immer behandelt werden, wie jede andere chronische Krankheiten. Von daher ist es für mich eine chronische Krankheit“ (B03, Absatz 364)</i>	Die Interviewerin fragt nach, die Eltern HIV als eine chronische Krankheit ansehen.	8
---	---	--	---	---

Hauptkategorie 4: Gemeinsame Betreuung

Subkategorie(n)	Definition	Ankerbeispiel	Kodierregel	Anzahl Codings
Einstellung über gemeinsame Betreuung mit HIV-positiven Kindern	Wird bekannt gegeben, dass ein Kind HIV-infiziert ist oder an AIDS erkrankt ist, kann dies zunächst Verunsicherung auslösen. Wie gehen hier Eltern von gesunden Kindern damit, um wenn, HIV-positive Kinder zusammen mit anderen Kindern in der Kita betreut werden.	<i>„Würde die Betreuer fragen, ob man das nicht mal aufklären kann, was es ist, also, wenn es jetzt AIDS ist, wie sie übertragen wird oder so, weil viele, ich weiß es selbst nicht, wie was passiert und, was macht das mit dem Kind. Wenn sie alle zusammen betreut werden dann ist das wichtig, dass die andere Eltern informiert werden, damit man weiß, wie man damit umzugehen hat“ (B05, Absatz 1090)</i>	In dieser Subkategorie untersucht die Interviewerin die Reaktionen der befragten Eltern. Sind sie für oder gegen eine gemeinsame Betreuung und ihre Beweggründe für ihre Reaktionen	11

Hauptkategorie 5: HIV-Bekanntgabe

Subkategorie(n)	Definition	Ankerbeispiel	Kodierregel	Anzahl Codings
Wunsch, über die Infektion informiert zu sein.	Eltern von HIV-positiven Kindern sind gegenüber der Kindertagesstätte nicht meldepflichtig. Wie sehen das die Eltern von gesunden Kindern? Würden sie gerne informiert sein?	<i>„Ja, ich würde es auf jeden Fall gerne wissen wollen, ja, einfach auch aus diesem Grunde, weil ich einfach irgendwo als Elternteil die Panik hätte, dass mein Kind sich schon anstecken könnte, wie ich schon eben erwähnt hatte, von Wunde zu Wunde oder irgendwie, man halt noch die Vorurteile, ich glaube die werden so schnell nicht verschwinden und deswegen würde ich es schon wissen wollen“ (B01, Absatz 191)</i>	Diese Subkategorie kann folgende Aussagen beinhalten: „ja, möchte informiert sein“, „nein, möchte nicht informiert sein“	10

Hauptkategorie 6: Verhalten im Kita- Alltag

Subkategorie(n)	Definition	Ankerbeispiel	Kodierregel	Anzahl Codings
Fallbeispiel: Kind wird von einem HIV-infizierten Kind gebissen	Wie würden die Eltern reagieren, wenn ihr Kind z.B. von einem HIV-infizierten in Berührung kommt	<i>„Joa, die ersten Gedanken wären natürlich oh Gott, nicht dass mein Kind sonst auch angesteckt wird und wäre natürlich panisch“ (B04, Absatz 920)</i>	Eltern reden über ihre ersten Gedanken und ihre Reaktionen. Mögliche Berührungsängste?	6

Hauptkategorie 7: Therapie und Nichtinfektiosität

Subkategorie(n)	Definition	Ankerbeispiel	Kodierregel	Anzahl Codings
Wissen über Nichtinfektiosität	HIV-betroffene Menschen sind unter erfolgreicher Therapie nicht infektiös.	<i>„Ne, das ist jetzt für mich ganz neu. Also bin ich ehrlich gesagt total überrascht aber auch eine tolle Sache, weil so können Leute auch, Entschuldigung, Patienten oder wie auch immer, damit auch wenigstens mal endlich wieder offen leben nā und nicht immer verstecken müssen und aufpassen müssen, weil für die muss es ja eine extreme Qual gewesen</i>	Bei dieser Subkategorie fragt die Interviewerin, ob die Eltern über die Nicht-infektiosität aufgeklärt sind.	8

		<p><i>sein, wenn die mal jemanden hatten und Geschlechtsverkehr hatten, immer diese Panik im Hinterkopf, oh hoffentlich stecke denjenigen nicht an, ist eine tolle Sache auf jeden Fall“ (B02, Absatz 485)</i></p>		
--	--	--	--	--

Hauptkategorie 8: Perspektivenwechsel im Gespräch

Subkategorie(n)	Definition	Ankerbeispiel	Kodierregel	Anzahl Codings
Neue Perspektive unter dem Aspekt der Nichtinfektiosität	Die befragten Eltern werden über die Behandlungsmöglichkeiten und die verbundene Nichtinfektiosität informiert.	<p>„Ja, schon doch, muss ich sagen. Weil ich habe bis jetzt gedacht, sobald man gebissen wird oder so, dass man auch gleich infiziert ist“ (B04, Absatz 963)</p>	<p>In dieser Subkategorie wird die neue Perspektive/Sichtweise der Eltern zu HIV/AIDS aufgegriffen.</p> <p>Kann folgende Aussagen beinhalten: „Ja, diese Info hat meine Sichtweise zu HIV/AIDS verändert, weil...“</p>	16

Hauptkategorie 9: Stigma

Subkategorie(n)	Definition	Ankerbeispiel	Kodierregel	Anzahl Codings
Mögliche Gründe der Stigmatisierung aus Sicht der Eltern	Auch wenn sich die Lebenserwartung und die Lebensqualität bei vielen Menschen erhöht haben, sind allerdings Stigmatisierungen und Schuldzuweisungen, die mit HIV verbunden sind heute noch ein Thema	<i>„Die Angst ist auf jeden Fall viel zu groß, es ist ja nicht so, als würde man sich mit Windpocken anstecken. Das ist was ganz anderes“ (B06, Absatz 1496)</i>	In dieser Subkategorie sagen die befragten Eltern, warum ihrer Meinung nach HIV immer noch mit Stigmatisierung und Vorurteilen verbunden ist.	7

D Ergebnisse Subkategorien der halbstandardisierten Interviews

Subkategorie 1: HIV/AIDS Bilder

B01	<p>„Also aktuell ist mein Bild über HIV- erkrankten Menschen, dass sie immungeschwächt sind, dass sie sich halt schnell Infekte einfangen und auch aufpassen müssen, bezogen auf öffentliche Veranstaltungen, dass sie sich halt nicht irgendwelche Infekte einfangen und was ich auch öfters bemerkt habe, dass sie halt des Öfteren husten und halt offene Stellen haben.“</p> <p>„Entweder habe ich das im Fernsehen gesehen, in Reportagen oder ich habs auch selber mal persönlich gesehen, wenn Leute in der Stadt waren, habe ich mal diese offenen Stellen gesehen oder dass sie gehustet haben, habe ich mir halt gedacht, okay, diese Person ist bestimmt an AIDS erkrankt, weil man das meistens vielleicht gesehen hat. Genau.“</p>
B02	<p>„Also mein Bild dazu ist, dass die das inzwischen das gut in Griff haben. Also es gibt ja viele neue Medikamente und ich finde, vielen Menschen sieht man das nicht an. Es wurde ja auch gesagt, dass die inzwischen damit echt alt werden können durch diese Medikamente. Also für mich ist das heute kein graus mehr mit HIV, sagen wir mal so.“</p>
B03	<p>„Öh eigentlich gar nicht, da ich damit ja nicht konfrontiert bin aber man kriegt natürlich aus den Medien überall schon mit, dass man heutzutage nicht mit leicht daran stirbt sondern, dass es da offensichtlich Medikamente dagegen gibt aber mehr nicht.“</p>
B04	<p>„Joa, also wie soll ich das jetzt beschreiben. HIV, wie gesagt, muss ja nicht mal gleich heißen, dass es gleich tödlich ist, ja. HIV kann egedämmt werden durch Medikamente und alles. Wenn die Medien das weitverbreitet und ja, wie gesagt, wenn sich jeder vernünftig schützen würde, wird auch HIV nicht so oft vertreten sein.“</p> <p>„Joa, damals früher ein Freund, der HIV gehabt und äh, joa der lebt immer noch, nimmt Medikamente, ist egedämmt, joa man muss halt auf einige Sachen achten und verzichten nä.“</p>
B05	<p>„Ja, ich habe nicht so viele Erfahrungen damit, also. Kam bis jetzt noch nicht vor irgendwo in meinem Freundeskreis oder so.“</p>
B06	<p>„Also, ich finde Aids, die Krankheit, immer noch schlimm. Also ich weiß, heutzutage also es gibt wirklich viele Medikamente, dass man irgendwie die Krankheit ein bisschen zurückdrücken kann. Also aber trotzdem ist AIDS sehr schnell ansteckbar und ist immer noch eine schlimme Krankheit finde ich. Es gibt natürlich heutzutage noch andere Krankheit, die genau so schlimm sind. Aber AIDS ist für mich immer noch die Nummer eins. Was man eigentlich vermeiden kann. Eine Krankheit, was man vermeiden kann“.</p> <p>„ja, dass viele Menschen dadurch gestorben sind, aber es gibt so eine Studie jetzt irgendwie, die jetzt nachforschen, um AIDS irgendwie zu heilen, was eigentlich ein bisschen unvorstellbar ist aber wenn man es heilen kann, weil die auch versuchen Krebs zu heilen. Wenn das geht, dann ist das natürlich für viele Menschen eine große Chance, aber man kann es trotzdem vermeiden, also sowas zu kriegen, dass jemand einen ansteckt“.</p>

Subkategorie 2: Unterschied zwischen HIV/AIDS

B01	HIV ist ja das Virus, das bedeutet nicht, dass man ansteckend ist und AIDS ist sozusagen die richtige Erkrankung, da ist man ansteckend.
B02	Ja, den kenne ich. HIV ist, dass du den Virus in dir trägst und AIDS heißt, wenn es ausgebrochen ist“.
B03	Grob würde ich sagen, HIV ist einfach nur, wenn man den Virus in sich hat, wenn man damit quasi infiziert ist und AIDS halt erst wenn es ausgebrochen ist, so habe ich das wahrgenommen“.
B04	Ähm ja, also nicht unbedingt, Ich glaube AIDS war glaube ich tödlich, glaube ich, oder beziehungsweise ja weiß ich nicht, also war ich der Meinung jetzt“.
B05	Ne, kann ich dir nicht sagen.
B06	„Ne. Ist es nicht das Gleiche?“ „Ich dachte immer das wäre ein anderer Name dafür“.

Subkategorie 3: Ansteckungsmöglichkeiten

B01	„Also ich weiß, dass es über Körperflüssigkeiten übertragen werden kann, wie zum Beispiel Scheidensekret, über Spermien aber sonst also ich weiß allgemein über Geschlechtsverkehr halt übertragbar ist und ich glaube über die Muttermilch ist es auch noch übertragbar“.
B02	„Ja, über Blut und über Sex. Ich glaube Speichel ist nicht der Fall. Da bin ich mir jetzt aber nicht sicher“ „Nicht dass ich wüsste eigentlich. Also ich finde man kann mit HIV- Menschen genau so umgehen wie mit uns, weil die Gefahr besteht ja nur, wenn du eine offene Wunde hast und er eine offene Wunde hat oder wenn ich jetzt mit ihm ohne Kondom schlafe, dann kann es dazu kommen und sonst wüsste ich nicht, was dagegen spricht mit so einem Menschen ganz normal umzugehen“.
B03	„Prinzipiell durch Körperflüssigkeiten bin ich der Meinung und durch Blut“. „Würde sagen, Sperma auf jeden fall und Scheidenflüssigkeit. Bei Speichel vielleicht, aber bin mir nicht sicher. Aber habe mal gehört, dass der Virus auch im Speichel nachweisbar ist. Ob das letztendlich ein Überträger ist bin ich mir nicht ganz sicher“. „Ich bin ja nicht so drin in dem Thema, ich denke schon Körperflüssigkeiten und wenn er jetzt mein Kind beißt angenommen und es würde bluten und der Speichel, könne ich mir vorstellen, wäre ein Überträger dann“.
B04	„Ja, durch Blutübertragung, durch Geschlechtsverkehr, ungeschützt natürlich. Ja“.
B05	„Also ich habe eigentlich immer gedacht über Blut, dass man blutet irgendwie, dass was passieren könnte“.

	„Ich habe mal gehört also, dass es übertragbar ist also beim Geschlechtsverkehr aber mehr weiß ich auch nicht, also ob es mit Blut oder irgendwie ist“.
B06	„ja, Hautkontakte oder wenn man ne offene Wunde hat und das dann, also durch Blut und durch Geschlechtsverkehr. Also wenn Körperflüssigkeiten miteinander austauscht“. „Über Geschlechtsverkehr oder durch Schweiß, also weiß ich nicht“. „Allgemein durch so kurze Berührungen auch finde ich, ich weiß es nicht, aber“.

Subkategorie 4: Behandlung

B01	„Ne, über die Behandlungsmöglichkeiten an sich nicht. Ich habe mal darüber gehört, dass man Tabletten verabreichen kann, dass es noch nicht allzulange auf dem Markt ist aber ich weiß es nicht genau, welche Nebenwirkungen es gibt oder wie die Tabletten heißen, wie Verlaufsform ist also das weiß ich nicht“
B02	Also mein Bild dazu ist, dass die das inzwischen das gut in Griff haben. Also es gibt ja viele neue Medikamente und ich finde, vielen Menschen sieht man das nicht an. Es wurde ja auch gesagt, dass die inzwischen damit echt alt werden können durch diese Medikamente. Also für mich ist das heute kein graus mehr mit HIV, sagen wir mal so“. „Nein, weil ich ja mit sowas noch nie zu tun hatte. Aber ich weiß, wie gesagt, dass sie Medikamente nehmen und dadurch die Krankheit gut behandelbar ist, also gut im Griff haben“.
B03	Öh eigentlich gar nicht, da ich damit ja nicht konfrontiert bin aber man kriegt natürlich aus den Medien überall schon mit, dass man heutzutage nicht mit leicht daran stirbt sondern, dass es da offensichtlich Medikamente dagegen gibt aber mehr nicht. „Eigentlich gar nicht. Ne“.
B04	Joa, damals früher ein Freund, der HIV gehabt und äh, joa der lebt immer noch, nimmt Medikamente, ist eingedämmt, joa man muss halt auf einige Sachen achten und verzichten nä. „Ne, ich weiß nur, dass die da irgendwie Tabletten, also Medikamente kriegen, damit das eingedämmt ist, damit nichts zum Ausbruch kommt“.
B05	„Ne“.
B06	„Ja, einmal aber ich habe mich jetzt nicht wirklich daran erinnern. Aber ich weiß auf jeden fall, dass die jetzt irgendwie versuchen, die Krankheit zu heilen oder nicht so qualvoll wie möglich zu gestalten“.

Subkategorie 5: Wichtig, über die HIV/AIDS informiert zu sein

B01	„Also ich finde es wichtig, weil sagen wir mal unter der Therapie oder allgemein wenn man die ersten Symptome zeigt, ist der Mensch ja geschwächt und sagen wir mal, dadurch dass dieser Mensch diese Immunschwäche hat, muss man ja darüber informiert sein, weil wenn zum Beispiel, irgendjemand im Umkreis oder
------------	--

	<p>allgemeinirgendwelche Veranstaltungen sind, muss man ja diesen Menschen schützen, damit er gerade, sagen wir mal, eine Erkältung bekommt oder irgendwelche andere Erkrankungen und deswegen sollte man auf jeden Fall schon informiert sein, damit man halt sozusagen vorbeugend, gar nicht erst irgendwohin mitnimmt und ich eher davon abschirmt vor der Öffentlichkeit“.</p>
B02	<p>„Also wichtig finde ich das schon. Also zum Beispiel jetzt bei meinen Kindern und so finde ich das wichtig, das man sie rechtzeitig aufklärt. Wenn sie soweit von der Reife her sage ich mal als Teenager sollte man schon loslegen, spätestens als Teenager. Am besten so mit 10/11, weil meistens ist es ja so, da fängt es mit Freunden an und Partner und ich finde man muss ja nicht, also unvorbereitet aufs Leben losstarten, weil wenn ich den nicht rechtzeitig erkläre, was Verhütung heißt und, und dann kann sowas passieren und ich möchte, dass das meinen Kinder ersparen, ne auf jeden fall, weil auch wenn man damit gut leben kann finde ich nicht, dass das unbedingt sein muss. Weil die haben das mit Garantie wesentlich schwerer im Leben, weil sie müsse dazu stehen wenn die jemanden kennenlernen dies und das und ich glaube, dass es keinen leicht wird, hey ich wollte nur mal sagen, ich habe HIV oder Aids wie auch immer und deswegen finde ich das schon ganz wichtig.</p> <p>„ja, 100 prozentig. Also definitiv. Soweit meine Tochter in dem Alter ist, wo sie sich für andere Sachen interessiert, werde ich auf jeden Fall mit ihr darüber reden“.</p>
B03	<p>„Weil es meiner Meinung nach immer noch ein ernstzunehmende Krankheit ist, wo man durchaus immer noch daran sterben kann. Dementsprechend sollte man das ernst nehmen“.</p>
B04	<p>„Damit ja, damit man sich nicht weiter ansteckt, damit das nicht so weit verbreitet ist, wie zum Beispiel in Afrika. Da ist ja Nummer eins vertreten da, nā“.</p>
B05	<p>„Um mein Kind zu schützen. Damit meinem Kind nichts passieren könnte“.</p>
B06	<p>„Weil es jeder treffen kann. Da sollte man sich schon auseinandersetzen. Man soll schon wissen, was es ist. Ob man sich dann damit auseinandersetzt, ist ja noch eine andere Sache aber man sollte wissen, was es ist wo wie Windpocken. Man sollte wissen, man sollte aufgeklärt sein, dass es eine Krankheit ist“.</p>

Subkategorie 6: HIV als eine chronische Krankheit

B01	<p>„Ja, ich sehe HIV auch als chronische Erkrankung an, weil es halt einfach auch einen dauerhaften Verlauf zeigt und auch diese dauerhafte Immunschwäche vorhanden ist und zum Beispiel, ich habe auch eine chronische Erkrankung und AIDS geht ja auch einfach nicht so vorüber, es bleibt ja trotzdem immer wieder bestehen und deswegen sehe ich AIDS als eine chronische Erkrankung an“.</p>
B02	<p>„Ich selber würde da jetzt genau so sehen, weil es bleibt ja und die wird auch nie wieder weggehen und die muss ja auch bis zum Lebensende eigentlich immer behandelt werden, wie jede andere chronische Krankheiten. Von daher ist es für</p>

	mich eine chronische Krankheit“.
B03	„ja klar, wenn man, wenn ich jetzt weiß, ich würd jetzt diesen Virus in mir tragen, müsste da vielleicht mein Leben lang Medikamente nehmen, damit es nicht ausbricht, würde ich sagen, kann man das auch chronisch nennen“.
B04	„Ja, warum nicht“.
B05	„Ja“.
B06	„Nein, auf gar keinen Fall. Von HIV kann man sich ja anstecken. Und mit Diabetes kann man sich nicht anstecken“. „(...) Das ist ja, Diabetes zu haben ist ja dagegen kein Vergleich zu wirklich. Also ich könnte jetzt nicht so mit HIV-positiv, AIDS-erkrankt durch die Welt laufen oder damit leben. Könnte ich nicht“.

Subkategorie 7: Umgang mit gemeinsamer Betreuung in der Kindertagesstätte

B01	<p>„Also ich als Elternteil würde das schon gerne wissen wollen, wenn da ein Aids-infiziertes Kind ist aber soweit ich mal mitbekommen habe, ist es halt, gibt es keine große Ansteckungsgefahr aber trotzdem ist aber immer noch so bei mir im Hinterkopf, dass ich trotzdem Angst hätte, dass sich mein Kind infizieren könnte, obwohl das eigentlich gar nicht so ist, trotzdem hat man es irgendwie im Hintergrund, man hat immer noch diese Vorurteile“.</p> <p>„um Beispiel wenn jetzt mein Kind sich stößt oder verletzt und irgendwie ein Kratzer nur hat, zum Beispiel am Arm und dann kommt dieses infizierte Kind und spielt vielleicht mit meinem Kind und dann auf einmal kommen die halt in Berührung, sagen wir mal vielleicht hat das Kind auch irgendwo einen Kratzer oder eine Stelle und die kommen irgendwie aneinander und dann verreibt sich vielleicht dieses Blut oder und dann kommen diese Viren in die Wunde von meinem Kind und dann ist es infiziert, ich bin mir halt nicht sicher jetzt, ob das jetzt auch ein Übertragungsweg ist aber ich könnte mir halt schon vorstellen, dass sich mein Kind dann infizieren könnte“.</p> <p>„An sich habe ich nichts daran auszusetzen. Finde ich gut, damit sie nicht ausgeschlossen werden. Aber wie gesagt, ich als Mutter würde ich schon gerne wissen wollen, wenn HIV-Infizierte Kinder in der Kita betreut werden. Solange keine Gefahr für andere Kinder besteht, können sie auch zusammen betreut werden“.</p>
B02	<p>„Also ich hätte selber keine Probleme, damit, weil ich selber im Pflegedienst arbeite, ich bin selber Pflegehelferin und kommt mit allen möglichen Krankheiten zusammen und dadurch, dass ich das nun alltäglich um mich habe, Krebs und so eine Sachen, also unterschiedliche Sachen und da wird auch mal HIV vorkommen und dadurch, dass ich sehr gut aufgeklärt bin und regelmäßig Schulungen mache, habe ich da überhaupt keine Bedenken vor. Finde ich im Gegensatz ganz gut, dass auch HIV-infizierte Kinder zusammen mit anderen Kindern betreut werden. Das sind auch Kinder und sie haben ein Recht darauf, in eine normale Kita zu gehen. Wäre schade, wenn sie ausgeschlossen werden wegen ihrer Infektion. Die</p>

	können ja nicht dafür“.
B03	<p>„Das ist ein schwieriges Thema. Ähm, einerseits würde ich natürlich auch angst haben, dass mein Kind im Besten keine Berührung hat, weil das ja ansteckend ist, andererseits unter Kindern sowas zu kommunizieren finde ich sehr schwierig, weil das grenzt ganz schön an Mobbing. Das andere Kind wäre wie ein Außenseiter. Aktuell habe ich damit ja keine Konfrontation, deswegen kann ich mir das gar nicht vorstellen, wenn ich ehrlich bin“.</p> <p>„Naja, an sich fände ich das nicht schlimm. Wenn nichts passiert ist ja alles in Ordnung. Aber wenn ich weiß, dass mein Kind dadurch gefährdet ist, macht mir das schon Sorge. Ständig die Sorge haben, dass ich mein Kind in der Kita betreuen lasse, in der es nicht sicher sein könnte, kann das schon beunruhigend sein. Aber wie ich schon sagte, keiner muss ausgegrenzt werden in solchen Situationen“.</p>
B04	<p>„Ja, auf jeden Fall würde ich das Kind nicht abstempeln. Wie gesagt, die Erzieher wissen ja auch, wie sie damit umgehen müssen mit der Situation, müssen halt darauf achten, beziehungsweise ich geh davon aus, dass die darauf achten, dass sie durch Blut Übertragung das zum Beispiel nicht übertragen die Krankheit“.</p> <p>„ja, finde ich völlig okay. Wie gesagt, warum sollen sie ausgegrenzt werden. Das ist nicht gut für die Betroffenen“.</p>
B05	<p>„Würde die Betreuer fragen, ob man das nicht mal aufklären kann, was es ist, also, wenn es jetzt AIDS ist, wie sie übertragen wird oder so, weil viele, ich weiß es selbst nicht, wie was passiert und, was macht das mit dem Kind. Wenn sie alle zusammen betreut werden dann ist das wichtig, dass die andere Eltern informiert werden, damit man weiß, wie man damit umzugehen hat“.</p> <p>„Schon etwas, weil ich nicht viel darüber weiß. Wenn das eine Gefahr ist, dann schon. Aber wie gesagt, eine Aufklärung von Betreuern wäre dann schon gut“.</p>
B06	<p>„Ich nehme das Kind sofort raus“.</p> <p>„Weil das ist eine Ansteckungsgefahr für mein Kind und da ist seine Gesundheit einfach an aller erster Stelle“.</p> <p>„Ja. Ich toleriere es nicht“.</p> <p>„Sogar die Masern wäre okay aber ich würde jetzt nicht meinen Sohn irgendwo lassen, wo ich weiß, das Kind eine chronische Erkrankung wie HIV und AIDS hat, also HIV und AIDS-infiziert ist“.</p>

Subkategorie 8: Wunsch, über HIV informiert zu sein

B01	<p>„ja, ich würde es auf jeden Fall gerne wissen wollen, ja, einfach auch aus diesem Grunde, weil ich einfach irgendwo als Elternteil die Panik hätte, dass mein Kind sich schon anstecken könnte, wie ich schon eben erwähnt hatte, von Wunde zu Wunde oder irgendwie, man halt noch die Vorurteile, ich glaube die werden so schnell nicht verschwinden und deswegen würde ich es schon wissen wollen“.</p>
------------	---

B02	Also ehrlich gesagt wäre ich schon dafür, weil es gibt auch leider die Fälle, die anders denken als ich, also die nicht so offen damit umgehen. Und ich finde, die hätte eine Chance verdient, selber zu entscheiden, ob sie das zulassen wollen, dass das Kind weiterhin da in Kindergarten geht oder nicht, weil leider gibts solche Fälle, die so bisschen anders denken aber das ist auch dann ihr gutes Recht. Also ich würde es befürworten.
B03	„Auch wenn das ein schwieriges Thema ist, würde ich sagen absolut ja, weil wenn ich das jetzt mal hochrechnen würde auf erwachsene Partner und ich würde jetzt mit einer Frau sexuellen Kontakt haben und die hat HIV, würde ich gerne darüber bescheid wissen bevor ich mit ihr Sex habe, weil ich mich anstecken könnte und die Wahrscheinlichkeit wäre ja trotzdem gegeben, deswegen würde ich auf jeden fall davon informiert werden wollen. Wie ich reagieren würde, das weiß ich nicht aber ich wenn ich wüsste, es gibt es und, und ich kriege es hinterher raus und es würde verschwiegen, würde ich wahrscheinlich sauer sein“.
B04	„Nein. Und zwar unter dem Grund, weil das sonst das Kind sonst ausgegrenzt wird. Und wie gesagt, würde ich nicht gut finden“. „Nein also das jetzt zum Beispiel andere Elternteil davon informiert werden, weil sonst in der Art Hetzkampagne gibt, von wegen oh das Kind hat HIV und ich möchte nicht dass dieses Kind mit meinem Kind spielt. Also würde ich nicht gut finden“.
B05	„Ja. Finde ich schon. Also, hätte ich ein Kind, was HIV oder AIDS hätte, dann würde ich sagen, also es wäre schon schön, wenn das andere Eltern wissen, mein Kind hat die Krankheit, so ich weiß nicht wie das übertragbar ist, also wenn das nur über Geschlechtsverkehr ist, dann kann es nicht in der KITA passieren, aber man solle ja trotzdem wissen, was haben die Kinder. Weil mein Kind hat Neurodermitis, sage ich es auch, ist kein Pilz. Macht euch keine Sorgen“. (...) „Wenn sie alle zusammen betreut werden dann ist das wichtig, dass die anderen Eltern informiert werden, damit man weiß, wie man damit umzugehen hat“.
B06	„Ja, zur Sicherheit von anderen Kindern. Das ist dann sehr egoistisch, dass man das nicht sagt. Ich kann es einerseits verstehen, dass die dann denken, ja okay mein Kind wird vielleicht anders behandelt, hat dann keine Spielkameraden und alles aber ich finde das ist egoistisch, wenn das gegenüber anderen nicht mitteilt, weil das ist eine Sache, die muss man gesagt haben“. „(...) ich finde man sollte damit offen umgehen. Einfach aus Schutz vor anderen. Also die anderen sollen wissen, was das Kind hat. Wenn mein Kind jetzt Asthma hat, dann würde ich das auch sagen, ja mein Sohn hat Asthma und bitte achtet darauf, ich habe hier sein Asthmaspray, dass er das auch regelmäßig nimmt. Verstehst du?“.

Subkategorie 9: Fallbeispiel: Kind wird von einem HIV-positiven Kind gebissen

B01	Meine ersten Gedanken waren schon ehrlich gesagt oh gott, was passiert mit meinem Kind. Ich würde schon sofort zum Arzt gehen und mein Kind testen lassen. Man soll ja nicht alles dramatisieren, aber wenn es um mein Kind geht würde ich auf jeden Fall eine Klarheit haben wollen. Doch einfach zur Sicherheit.
B02	mein erster Gedanke wäre erst mal oh Gott, Schreck, lass nach. Aber wie gesagt, es ist ein Kind und ein Kind denkt nicht so weit, was es dem anderen Kind antut. Ich würde zum Arzt gehen, das kontrollieren lassen, ob alles in Ordnung ist aber ich würde nicht böartig denken, weil wie gesagt, es sind Kinder, die denken ganz anders wie wir Erwachsene. Wenn es ein Erwachsener macht, würde ich natürlich sagen so, jetzt mache ich eine Anzeige aber wie gesagt, das sind Kinder und die denken sich überhaupt nichts dabei. Die wissen es ja gar nicht, was sie da tun.
B03	na, ich würde natürlich dann mein Kind dann nehmen, unabhängig davon, es sind halt Kinder, ich würde das andere Kind nicht jetzt irgendwie bestrafen wollen, sondern einfach die haben gespielt, kann passieren aber mein Kind natürlich sofort untersuchen lassen, ob ob da irgendwas passiert ist. Joa, die ersten Gedanken wären natürlich oh Gott, nicht dass mein Kind sonst auch angesteckt wird und wäre natürlich panisch. Aber ich habe ja schon mitgekriegt, man kann heutzutage schon HIV-Schnelltest machen, habe ich letztens gesehen in den Medien. Finde ich auch eine gute Sache.
B04 B05	Joa, die ersten Gedanken wären natürlich oh Gott, nicht dass mein Kind sonst auch angesteckt wird und wäre natürlich panisch. Aber ich habe ja schon mitgekriegt, man kann heutzutage schon HIV-Schnelltest machen, habe ich letztens gesehen in den Medien. Finde ich auch eine gute Sache. „Also ich würde erst mal zum Arzt gehen. Also ich werde geschockt sein natürlich, werde wahrscheinlich auch die Betreuerin anmeckern und natürlich zum Arzt gehen und mein Kind natürlich untersuchen lassen. Weil es ist ja, ist halt doof für die Eltern, die das Kind haben, aber es ist halt auch doof für die Eltern, die ein Kind haben, wo Gewissen wollen. Muss man halt beide Seiten sehen. Ja, also ich würde nicht warten, bis es ausbrechen könnte, sage ich mal, ja.
B06	Ich würde mit meinem Kind sofort zum Arzt gehen. Sofort zum Arzt rennen. Und ich würde die Eltern anklagen. „und ich würde dafür sorgen, dass das Kind rausgenommen wird aus der KITA“. „Ja, extrem. Da verstehe ich keinen Spaß mehr“.

Subkategorie 10: Wissen über Nichtinfektiosität

B01	„Ne, ich habe davon noch gar nichts gehört, weil wie gesagt, ich habe mich halt noch nie damit auseinander gesetzt und ich finde auch allgemein in den Nachrichten oder in den Medien oder so wurde das noch nie berichtet“.
B02	„Ne, das ist jetzt für mich ganz neu. Also bin ich ehrlich gesagt total überrascht aber auch eine tolle Sache, weil so können Leute auch, Entschuldigung, Patienten oder wie auch immer, damit auch wenigstens mal endlich wieder offen leben nä und nicht immer verstecken müssen und aufpassen müssen, weil für die muss es ja eine extreme Qual gewesen sein, wenn die mal jemanden hatten und Geschlechtsverkehr hatten, immer diese Panik im Hinterkopf, oh hoffentlich stecke denjenigen nicht an, ist eine tolle Sache auf jeden Fall“.
B03	„Da ich ja damit keinen Kontakt habe, nicht wirklich“. „Aber hört sich ja gut an, wenn das Fortschritt ist, dass es immer weniger Zeit in Anspruch nimmt“.
B04	„Ne“.
B05	„Nein, wusste ich nicht“. „Höre ich zum ersten Mal“.
B06	„Ist eine gute Sache für die. Aber ich kann ja trotzdem kein Verlass haben, dass die das auch wirklich regelmäßig einnehmen und ich kann mich nicht auf sowas verlassen und denken, ja okay ich kann die vertrauen“.

Subkategorie 11: Neue Perspektive unter dem Aspekt der Nichtinfektiosität

B01	„hat mein Bild auf jeden Fall etwas verändert oder eigentlich schon, ja, weil ich niemals gedacht hätte, dass es die Therapieansätze gibt und wenn es wirklich so ist, dass die Ansteckungsgefahr sozusagen verschwindet, dann würde ich als Mutter damit keine Probleme haben, wenn mein Kind mit diesem Kind in Berührung kommt. Ja. Weil ich würde ja auch das Kind nicht nicht ausgrenzen wollen, ich könnte es ja selber nicht verkraften, also ne könnte ich nicht. Wenn ich wirklich wissen wollen würde, dass es keine Ansteckungsgefahr gibt, dann würde ich auf jeden Fall das schon erlauben, dass mein Kind halt mit ihm spielen könnte“. „Dann würde ich es auf jeden Fall gutheißen“.
B02	„Nein, ich hatte ja vorher schon recht positives Bild davon, weil wie gesagt man hat ja schon viel gehört, was schon gemacht wurde, was erforscht wurde, dies und das und daher. Ich sage auch, es sind ja auch nur Menschen, wie du und ich und ich finde die haben trotz ihrer Krankheit auch ein recht auf ein normales Leben, weil viele dieser Leute werden leider damit schon geboren oder so, die können ja nichts dafür nä und daher finde ich, haben die genau so eine Chance wie wir“. „Also wie gesagt, ich bin sehr positiv überrascht, dass es gute Therapieansätze“

	gibt. Wenn die das so gut im Griff haben, besteht von meiner Seite keine Angst, wenn angenommen mein Kind gebissen wird zum Beispiel. Also ich wäre dann schon beruhigter, muss ich sagen“.
B03	<p>„Naja, also das Thema ist ja sowieso nicht mehr so präsent. Also früher kam das raus, keiner wusste darüber bescheid, alle wusste nur, das ist tödlich. Es sind Stars gestorben, Nur durch die Medien hat man das ja mitgekriegt, weil Star XY zum Beispiel Freddie Mercury von Queen gestorben ist, sonst hätte man das nicht richtig wahrgenommen, wenn man damit nicht richtig in Kontakt kommt und heutzutage sind ja offensichtlich alle diese ähm Krankheit so eingedämmt, dass sie, wie man schon ja sagte, nicht mehr tödlich sind, deswegen ist sie trotzdem noch mit Vorsicht zu genießen aber ja doch deutlich ähm humaner sage ich mal“.</p> <p>„Selbstverständlich. Reine Kontrolle. Also nicht dass ich jetzt in Panik ausbrechen würde, aber es wäre ja doch schlimm, auch wenn es nicht lebensbedrohlich ist, aber man hätte ja auf einen Schlag ne chronische Erkrankung, die man dann sein Leben lang hätte und das ist ja trotzdem, ich nenne mal mit meinen Worten, doof. Deswegen würde ich dann dransetzen, dass das nicht passiert beziehungsweise das gleich kontrollieren lassen“.</p> <p>„Ah, ich würde unter Kinder immer positiv denken, aber im Hinterkopf wäre es auf jeden Fall, das kann man einfach nicht so wegdiskutieren. Ich wäre dann natürlich schon entspannter. Aber in dem Moment ist eine kleine Angst dahinter“.</p>
B04	Ja, schon doch, muss ich sagen. Weil ich habe bis jetzt gedacht, sobald man gebissen wird oder so, dass man auch gleich infiziert ist.
B05	<p>„Also natürlich, weil wie gesagt, ich würde gerne wissen, wenn, muss nicht sein welches Kind genau es hat, einfach es ist ein Kind in der Gruppe, was es hat. Dass es haben könne, sowie XY Neurodermitis hat. Jedes Kind ist anders. Jedes Kind kann eine Krankheit haben, ist halt wie es ist. Aber eine Information ist halt immer schön, so als ein Elternteil“.</p> <p>„Also ich würde trotzdem zum Arzt gehen, einfach um zu gucken. Angst ist trotzdem da“.</p> <p>„Einfach um zu gucken, geht’s meinem Kind wirklich gut. Ob es nur die Bisswunde ist, Hauptsache, meinem Kind geht’s gut“.</p>
B06	„Die Angst ist auf jeden Fall viel zu groß, es ist ja nicht so, als würde man sich mit Windpocken anstecken. Das ist was ganz anderes. Auch wenn das jetzt irgendwie (..) geheilt werden kann, ist trotzdem die Angst einfach da. Vielleicht die Generation von meinem Sohn jetzt, wenn er groß und älter wird und er jetzt mitbekommt, dass HIV-infizierte geheilt werden können, dass seine Einstellung bisschen anders ist aber meine Einstellung, ich wurde halt als Kind so mit so einer Einstellung so groß gezogen, dass das für mich extrem schlimm ist. Und das bleibt immer noch. Die Angst. Die Angst bleibt immer noch“.

	<p>„Nein“</p> <p>„Trotzdem hätte ich viel zu viel Angst“.</p> <p>„Solange ich das nicht weiß, kann ich auch da nicht handeln. Aber wenn ich das weiß, werde ich handeln. Die haben ja eine Schweigepflicht. Aber so lange ich das nicht weiß, kann ja nichts dagegen tun. Aber wenn ich das weiß, werde ich auf jeden Fall handeln. Auch wenn die Ansteckungsgefahr nicht risikoreich ist. Trotzdem wäre das für mich schlimm, mit dem Gedanken zu leben, dass man Kind in ein KITA geht, wo ein Kind HIV-infiziert ist“.</p>
--	---

Subkategorie 12: Mögliche Gründe der Stigmatisierung aus der Sicht der Eltern

B01	<p>„Ich glaube das liegt einfach daran, dass immer das Bild von AIDS war halt immer, dass es tödlich endet und das auch nicht gerade einen leichten Verlauf hat und ich denke mal, das möchte man einfach jetzt bezogen auf mein Kind möchte ich das einfach vermeiden, dass einfach diese Krankheit bekommt, denn es ist ja auch chronisch und es geht einfach nicht weg und kein Elternteil möchte das für sein Kind, dass irgendwie infiziert wird und klar es gibt diese neuen Therapieansätze aber ich bin halt der Meinung, es wird einfach viel zu wenig darüber berichtet und aufgeklärt also diese Prävention an sich ist einfach noch nicht verbreitet und das ist glaube ich das Problem</p>
B02	<p>ja, weil das extrem tabu gesprochen wurde und man hat ja zu meiner Zeit, ich bin ja schon ein ganzes Stück älter, da war es ja noch akut mit dem AIDS und da hat man auch Bilder gesehen, wie grausam das war und auch viele Menschen, wie die ja wirklich abgemagert waren und fleckig waren und echt die Hölle durchgemacht müssen dadurch war das natürlich sehr extrem und das wird nie aus den Köpfen der Leute rausgehen. Das ist meine Meinung. Wie gesagt, es gibt bestimmt viele, die genauso wie ich, die eigentlich ganz positiv damit umgehen aber es gibt ja noch leider 30 Prozent, die anders denken, die in ihrem Bild stehen geblieben sind.</p>
B03	<p>Das ist immer noch eine ernstzunehmende Krankheit und einfach Krankheit Schrägstrich Tod ist ja quasi immer noch gegeben und darum ist natürlich immer noch eine Krankheit, die ängstlich macht. Und wenn, es gibt ja genügend Menschen, die Hypochonder sind, sage ich mal, generell schon ängstlich sind, dann könnte ich mir sowas vorstellen.</p>
B04	<p>Also ich finde das Thema muss bisschen mehr angeschnitten werden finde ich, dass man weil meines Erachtens gibt es noch viel zu wenig Wissen darüber. Wie gesagt, es wird gleich abgestempelt, dass es gleich tödlich ist, oh Gott und geh weg und wird der Mensch als Zombie behandelt sozusagen und ich finde es müsste mehr darüber gesprochen werden, mehr aufgeklärt werden.</p> <p>„Richtig. Ja, das Hauptproblem ist ja auch, HIV wird auch meistens abgestempelt,</p>

	<p>Beispiel bei schwulen Menschen jetzt, heißt es gleich, oh die sind schwul jetzt und da ist AIDS zu erwarten, was meines Erachtens ja quatsch ist. HIV kann ja jeder kriegen ja, ich finde, es müsste mehr aufgeklärt werden und mehr ins Detail gegangen werden das Thema, weil ich schon wichtig, richtig aufgeklärt zu werden, damit es das Klischee endlich mal ausstirbt, dass man sagt, oh das ist jetzt tödlich, dass man besser mit dem Thema umgehen kann“.</p>
B05	<p>Ich denke mal durch, dass früher gesagt wurde, kann man sterben von. Das bleibt immer irgendwo im Kopf, also es geht um die Medien, wenn jetzt irgendjemand da AIDS und es wurde übertragen, geht's ja auch vor Gericht. Da fragt man sich, ist es dann so schlimm, also deswegen habe ich ja auch Angst gehabt. Man würde auch nirgendwo aufgeklärt, nirgendwo in der Schule, gar nicht.</p>
B06	<p>Die Angst ist auf jeden Fall viel zu groß, es ist ja nicht so, als würde man sich mit Windpocken anstecken. Das ist was ganz anderes. Auch wenn das jetzt irgendwie (..) geheilt werden kann, ist trotzdem die Angst einfach da. Vielleicht die Generation von meinem Sohn jetzt, wenn er groß und älter wird und er jetzt mitbekommt, dass HIV-infizierte geheilt werden können, dass seine Einstellung bisschen anders ist aber meine Einstellung, ich wurde halt als Kind so mit so einer Einstellung so groß gezogen, dass das für mich extrem schlimm ist. Und das bleibt immer noch. Die Angst. Die Angst bleibt immer noch.</p>

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere hiermit an Eides statt, dass ich die von mir eingereichte Bachelor-Thesis mit dem Thema

Einstellung von Eltern zur gemeinsamen Betreuung von gesunden und HIV-positiven
Kindern im Setting Kindergarten

Eine qualitative Befragung von Eltern in Hamburg

Selbstständig verfasst und ausschließlich die angegebenen Hilfsmittel verwendet habe.
Die Stellen, die anderen Werken entnommen wurden, wurden in jedem einzelnen Fall
durch Angabe der Quelle kenntlich gemacht. Die Arbeit wurde keiner anderen Prüfbehör-
de zur Erlangung eines akademischen Grades vorgelegt.

Hamburg, den 20.02.2019

Aria Mahmoudzadeh