

SELBSTBEWUSST!
Das Züricher Ressourcenmodell
zur Stärkung der Selbstwirksamkeit
bei Menschen mit HIV-Infektion

Dissertation

Zur Erlangung des akademischen Grades
Doktor der Philosophie
(Dr. phil.)

der Fakultät für Bildungswissenschaften
an der Universität Duisburg-Essen

vorgelegt von:

Harry Kirchwehm
geboren in Recklinghausen

Erstgutachterin: Frau Prof. Dr. Gisela Steins
Universität Duisburg Essen

Zweitgutachterin: Frau Prof. Dr. Annette Boeger
Universität Duisburg Essen

Tag der Disputation: 28.05.2020

DuEPublico

Duisburg-Essen Publications online



Offen im Denken



Diese Dissertation wird über DuEPublico, dem Dokumenten- und Publikationsserver der Universität Duisburg-Essen, zur Verfügung gestellt und liegt auch als Print-Version vor.

DOI: 10.17185/duepublico/71792

URN: urn:nbn:de:hbz:464-20200721-134605-6

Alle Rechte vorbehalten.

Danksagung

Mein besonderer Dank gilt Frau Prof. Dr. Gisela Steins, die mich bei der Durchführung dieser Arbeit begleitet und mit kritischen Anmerkungen immer sehr hilfreich unterstützt hat. Meinen herzlichen Dank auch an Frau Prof. Dr. Anette Boeger, für die Begleitung als Zweitgutachterin. Mit konstruktiven Kommentaren haben mir auch Frau Dr. Julia Weber vom ISMZ in Zürich und Herr Torsten Schrodtt vom SVLS e.V. in Mülheim a. d. Ruhr hilfreich zur Seite gestanden und das Vorkommen der Arbeit sehr unterstützt, Euch vielen Dank dafür.

Insgesamt haben über 500 Menschen mit HIV-Infektion an den Vorstudien, den Befragungen, der Entwicklung des Fragebogens sowie der Erhebung, mit und ohne Interventionsmaßnahme, teilgenommen. Nur durch ihre Beteiligung war eine HIV-lebensweltorientierte Umsetzung dieser Arbeit möglich. Auch dafür ein besonderes Dankeschön.

Der letzte Dank gilt Frau Christiane Beckmann und Frau Dr. Regine Merz, die mich ganz am Anfang zur Durchführung dieser Arbeit ermutigt haben.

Gewidmet meinen Freunden

Heinz Henschel

* 06.07.1950

am 01.01.2017 an Leukämie verstorben

Marcus Weber

*15.03.1970

am 19.09.2017 an einem Gehirntumor verstorben

ZUSAMMENFASSUNG.....	- 5 -
ABSTRACT	- 6 -
EINLEITUNG	- 7 -
1 LEBEN MIT HIV - EIN GESELLSCHAFTLICHER DISKURS.....	- 11 -
1.1 BEEINTRÄCHTIGUNGEN UND UNTERSTÜTZUNGSBEDARF BEI MENSCHEN MIT HIV- INFEKTION	- 12 -
1.2 GESELLSCHAFTLICHER UMGANG MIT HIV	- 14 -
1.2.1 POLITIK ALS HANDLUNGSAKTEUR IM THEMENFELD HIV	- 22 -
1.2.2 ERFOLGE IN MEDIZIN UND FORSCHUNG	- 29 -
1.2.3 HIV: THERAPIE, TEST UND MEDIZINISCHE VERSORGUNG	- 36 -
1.2.4 SELBSTHILFE UND UNTERSTÜTZUNGSANGEBOTE	- 45 -
1.2.5 AUFKLÄRUNG: SCHUTZ VOR INFEKTION UND ABBAU VON DISKRIMINIERUNG	- 56 -
1.2.6 UMGANG DER MEDIEN MIT DEM THEMA HIV	- 64 -
1.3 GESELLSCHAFTLICHER UMGANG MIT HIV - ZUSAMMENFASSUNG.....	- 81 -
2 STIGMATISIERUNG VON MENSCHEN MIT HIV/AIDS UND SELBSTBEWUSSTER UMGANG MIT DER INFEKTION	- 83 -
2.1 HERKUNFT UND VERWENDUNG DER BEGRIFFE STIGMA UND STIGMATISIERUNG	- 83 -
2.2 STIGMA UND STIGMATISIERUNG ALS FORSCHUNGSGEGENSTAND.....	- 90 -
2.2.1 HIV-BEZOGENE STIGMAFORSCHUNG	- 94 -
2.3 EINFLUSSEKTOREN DES SELBSTBEWUSSTEN UMGANGS MIT DER HIV-INFEKTION	- 110 -
2.3.1 OUTING UND OFFENER UMGANG MIT DER INFEKTION	- 111 -
2.3.2 INTEGRATION DER INFEKTION IN DAS SELBSTKONZEPT	- 113 -
2.3.3 FÖRDERUNG DES SELBSTBEWUSSTEN UMGANGS MIT DER INFEKTION	- 117 -
3 ENTWICKLUNG DER FRAGESTELLUNG UND DAZU RELEVANTE KONZEPTE ...	- 120 -
3.1 DAS KONZEPT DER SELBSTWIRKSAMKEIT	- 121 -
3.1.1 ENTSTEHUNG UND BEEINFLUSSUNG VON SELBSTWIRKSAMKEITSERWARTUNGEN	- 127 -
3.2 RELEVANZ DER SELBSTWIRKSAMKEIT UND DES ZRM IM KONTEXT DIESER ARBEIT	- 131 -
3.3 DAS ZÜRCHER RESSOURCEN-MODELL (ZRM®)	- 136 -
3.3.1 DER RUBIKON-PROZESS	- 141 -
3.3.2 ZWEI SYSTEME: DER VERSTAND UND DAS UNBEWUSSTE	- 148 -
3.3.3 GEFÜHLE WAHRNEHMEN UND REGULIEREN.....	- 151 -
3.4 DAS ZRM-TRAINING	- 155 -
3.4.1 DIDAKTISCHE EMPFEHLUNGEN	- 156 -
3.4.2 ZRM-METHODEN	- 158 -
4 VORSTUDIEN	- 169 -
4.1 VORSTUDIE 1 – TEILNEHMENDE BEOBACHTUNG: »LEBEN MIT HIV, WAS HÄLT MICH GESUND?« RESILIENZ UND UMGANG MIT STIGMATISIERUNG	- 169 -
4.1.1 METHODE UND ERGEBNISSE	- 170 -

4.1.2	BEDEUTUNG IM KONTEXT DER FORSCHUNGSFRAGE	- 174 -
4.2	VORSTUDIE 2 – BEFRAGUNG: »ALLGEMEINE SELBSTWIRKSAMKEITSERWARTUNG«.....	- 175 -
4.2.1	METHODE UND ERGEBNISSE	- 175 -
4.2.2	BEDEUTUNG IM KONTEXT DER FORSCHUNGSFRAGE	- 178 -
4.3	VORSTUDIE 3 – BEFRAGUNG: »LEBEN MIT HIV, HERAUSFORDERUNGEN IM ALLTAG« ..	- 180 -
4.3.1	METHODE	- 180 -
4.3.2	ERGEBNISSE	- 186 -
4.3.3	BEDEUTUNG IM KONTEXT DER FORSCHUNGSFRAGE	- 200 -
4.4	VORSTUDIE 4 – TEILNEHMENDE BEOBACHTUNG: »INTEGRATION DER HIV-INFEKTION IN DAS SELBSTKONZEPT«.....	- 201 -
4.4.1	METHODE UND ERGEBNIS	- 202 -
4.4.2	BEDEUTUNG IM KONTEXT DER FORSCHUNGSFRAGE	- 206 -
4.5	VORSTUDIE 5 – SPEZIFIZIERUNG DES MESSINSTRUMENTS »SELBSTWIRKSAMKEIT-HIV«	- 208 -
4.5.1	AUSWERTUNG DER ERGEBNISSE »HERAUSFORDERUNGEN IM ALLTAG« DURCH HIV-POSITIVE LEBENSWELTEXPERT_INNEN: RANKINGSTUDIE.....	- 209 -
4.5.2	ENTWICKLUNG UND ÜBERPRÜFUNG LEBENSWELT-RELEVANTER FRAGESTELLUNGEN.....	- 212 -
4.5.3	RELIABILITÄT	- 225 -
4.6	ZUSAMMENFASSUNG DER VORSTUDIEN ZUR FRAGEBOGENENTWICKLUNG	- 226 -
5	HAUPTSTUDIE / INTERVENTIONSMAßNAHME	- 230 -
5.1	ZIELSETZUNG	- 234 -
5.2	TEILNEHMENDE DER TESTGRUPPE.....	- 234 -
5.3	DURCHFÜHRUNG DER INTERVENTIONSMAßNAHME	- 236 -
5.3.1	ABLAUF	- 239 -
5.4	KONTROLLGRUPPE UND VERGLEICH.....	- 293 -
5.5	ERGEBNISSE	- 301 -
5.6	INTERPRETATION DER ERGEBNISSE	- 305 -
5.7	DISKUSSION	- 306 -
5.7.1	TESTGRUPPE	- 306 -
5.7.2	KONTROLLGRUPPE	- 308 -
5.7.3	ZUSAMMENHÄNGE MIT DEMOGRAFISCHEN VARIABLEN	- 308 -
5.7.4	PRETEST.....	- 309 -
6	ABSCHLIEßENDES FAZIT	- 310 -
6.1	AUSBLICK	- 313 -
7	ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS.....	- 314 -
8	ABBILDUNGSVERZEICHNIS	- 315 -
9	LITERATURVERZEICHNIS	- 317 -
	ANHANG	- 344 -

Zusammenfassung

Die wissenschaftliche Auseinandersetzung und vier im Rahmen dieser Arbeit durchgeführte Vorstudien belegen, dass Menschen mit HIV-Infektion einen erhöhten psychosozialen Unterstützungsbedarf haben. Dieser Unterstützungsbedarf ergibt sich insbesondere aus psychischen Beeinträchtigungen, die auf den gesellschaftlichen Umgang mit dem Thema zurückzuführen sind. Um ein diesem Bedarf entsprechendes Unterstützungsangebot zu finden, wurden der selbstbewusste Umgang mit der Infektion sowie die Förderung der Selbstwirksamkeitserwartung HIV-positiver Menschen als Grundlage ausgewählt. Aufgrund des breiten Anwendungsspektrums, der Orientierung an aktuellen Bedürfnissen der Nutzer_innen und den darin enthaltenen Möglichkeiten zur Steigerung der Selbstkompetenzen kam das Zürcher Ressourcen-Modell (ZRM) als geeignete Interventionsmaßnahme in Betracht. Die leitende Fragestellung dieser Arbeit lautet: ›Ist das Zürcher Ressourcen-Modell ein geeignetes Instrument zur Steigerung der Selbstwirksamkeitserwartung und des selbstbewussten Umgangs mit der Infektion bei Menschen mit HIV-Infektion?‹ Ziel dieser Arbeit ist es, die Wirksamkeit des ZRM dementsprechend zu überprüfen. Dazu wurde in einer Vorstudie ein geeignetes Messinstrument entwickelt, mit dem dann in einer Testgruppe ($N=21$) mit durchgeführtem ZRM-Training und einer Kontrollgruppe ($N=21$) ohne Interventionsmaßnahme signifikante Veränderungen gezeigt und somit die Wirksamkeit des ZRM-Trainings vor dem Hintergrund der Fragestellung belegt werden konnten.

Abstract

The scientific analysis and four preliminary studies carried out in the context of this work suggest that people with HIV infection have an increased need for psychosocial support. This need for support arises in particular from psychological impairments, which can be traced back to the social interaction with the topic. In order to find support to meet this need, the self-confident handling of the infection as well as the promotion of the self-efficacy expectation of HIV-positive people were chosen as the basis. Due to the wide range of applications, the orientation to the current needs of the subjects and the possibilities for increasing self-competence, the Zurich Resource Model (ZRM) was considered as an appropriate intervention measure. The guiding question of this work is: ›Is the Zurich Resource Model an appropriate tool for increasing self-efficacy expectations and self-confident handling of infection in people with HIV infection?‹ The aim of this work is to verify the effectiveness of the ZRM accordingly. For this purpose, a suitable measuring instrument was developed in a preliminary study, with which significant changes could then be demonstrated in a test group ($N=21$) with carried out ZRM training and a control group ($N=21$) without intervention measure. Thus, the effectiveness of the ZRM training against the background of the question could be demonstrated.

Einleitung

Hintergrund: Kaum eine andere Krankheit hat in den letzten Jahrzehnten so viel Aufsehen erregt wie AIDS. Forschungserfolge in der Medizin, aber auch politische und gesellschaftliche Entwicklungen haben dazu beigetragen, dass die in den 1980er Jahren tödliche Seuche zu einer gut therapierbaren, chronischen Erkrankung geworden ist, wenn die Infektion rechtzeitig erkannt wird. Dennoch bleiben Ängste und Vorurteile in der Gesellschaft vorhanden; viele von diesen begründen sich in den ›alten Bildern‹, die seinerzeit in den Medien auftauchten und auch durch diese geprägt worden sind. Aus Angst vor Diskriminierung scheuen viele einen HIV-Test, und Menschen, die ihre Infektion offen thematisieren, erleben oft Stigmatisierung und Ausgrenzung. Daraus entstehen Ängste und große Belastungen. Solche psychischen Beeinträchtigungen, aber auch durch die HIV-Infektion bedingte physische Einschränkungen, nehmen großen Einfluss auf die Lebensqualität und die Lebensführung. Ein offener und selbstbewusster Umgang mit der eigenen HIV-Infektion ist oft in der Familie, bei Freunden und Bekannten und noch häufiger im Kontext von Ausbildung und Beruf nicht möglich. Vermeidungsverhalten, Rückzug und Isolation sind oft die Folge. HIV zeigt sich als sensible Angelegenheit, welche meistens nur in sehr vertrautem Umfeld offen thematisiert werden kann.

Die Heterogenität aller Menschen mit HIV-Infektion bringt unterschiedliche Umgangsweisen mit der eigenen Erkrankung mit sich. Die Fragen, wie selbstbewusst HIV-positive Menschen mit ihrer Infektion umgehen und wodurch der individuelle Umgang bestimmt ist, sind ein wesentlicher Aspekt zur Entwicklung individueller Unterstützungsangebote. Fraglich bleibt, ob man bei allen HIV-Positiven grundsätzlich von Unterstützungsbedarf und einem empfundenen Mangel an Unterstützung ausgehen kann, da oftmals nur diejenigen HIV-Positiven

sichtbar werden, die die Angebote der Selbsthilfe oder der psychosozialen Beratung in Anspruch nehmen. Dennoch liegt dieser Arbeit die Hypothese zugrunde, dass Menschen mit HIV-Infektion einen erhöhten, insbesondere psychosozialen Unterstützungsbedarf haben.

Fragestellung und Ziel: Um diese Hypothese zu bestätigen, nimmt diese Arbeit die Beeinträchtigungen auf der psychoemotionalen Ebene in den Fokus und stellt dar, in welchen Bereichen bei HIV-positiven Menschen Unterstützungsbedarf besteht. Dabei liegt der Fokus auf alltäglichen, vor allem psychischen Belastungen und Herausforderungen. Um diese minimieren und HIV-positive Menschen zielgerichtet unterstützen zu können, wurden das Konzept der Selbstwirksamkeitserwartung (SWE) und der selbstbewusste Umgang mit der Infektion als Ansatzpunkt ausgewählt. Ziel ist es, eine geeignete Interventionsmaßnahme zur Stärkung der SWE und des selbstbewussten Umgangs mit der Infektion zu erproben und auf ihren Erfolg hin zu untersuchen. Vor dem Hintergrund des breiten Anwendungsspektrums sowie der in dieser Methode enthaltenen Möglichkeiten zur bedürfnisorientierten Handlungssteuerung und Gefühlsregulierung kommt das Zürcher Ressourcen-Modell als geeignete Interventionsmaßnahme in Betracht.

Die leitende Fragestellung ist, ob das Zürcher Ressourcen-Modell (ZRM) eine geeignete Interventionsmaßnahme darstellt, um den selbstbewussten Umgang mit der Infektion zu stärken und die Selbstwirksamkeitserwartung bei Menschen mit HIV-Infektion zu verbessern.

Relevanz und eigene Motivation: Um die Lebensqualität von Menschen mit HIV zu verbessern, die von ihnen empfundenen psychischen Belastungen zu reduzieren und somit Einfluss auf das emotionale Wohlbefinden, aber auch auf das Fortführen oder die Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit zu nehmen, sind Unterstützungsangebote vonnöten, die zielgruppenorientiert an den von ihnen

empfundenen Belastungen ansetzen. Nur unter Beteiligung der Zielgruppe können die Lebenswelt von Menschen mit HIV-Infektion abgebildet und Belastungen konkret festgestellt und benannt werden. Daran ist dann eine individuelle Ausrichtung von Unterstützungsangeboten möglich. Wenn Angebote individuell ausgerichtet sind, kann durch diese der selbstbewusste Umgang mit der Infektion und somit das psychische Wohlbefinden auf individueller Ebene gestärkt werden.

Motiviert ist die Auswahl dieser Thematik und die Durchführung dieser Arbeit durch eigene berufliche Erfahrungen im Bereich der Beratung von Menschen mit HIV-Infektion, aber auch ehrenamtliche Erfahrungen in der Organisation von Selbsthilfeangeboten für diese Zielgruppe. Diese Erfahrungen spiegeln die Beeinträchtigungen der Ratsuchenden sowie deren Wunsch nach Hilfe und Unterstützung wider. Auch aus Sicht der ehrenamtlich Engagierten sowie der hauptamtlich arbeitenden Menschen in den Beratungseinrichtungen zeigt sich oftmals, dass Unterstützungsangebote fehlen, die zwischen Beratung und Psychotherapie anzusiedeln sind und mit denen zielgruppenorientierte Unterstützungsarbeit, sowohl im Einzelsetting als auch in der Gruppe, geleistet werden kann. Diese beiden Aspekte sind der Ausgangspunkt für die Durchführung dieser Arbeit, deren Ziel es ist, die ausgewählte Interventionsmaßnahme auf ihre Wirksamkeit hin zu überprüfen und die HIV-Beratungs- und Unterstützungsmöglichkeiten um eine an den Bedürfnissen der Zielgruppe orientierte Maßnahme zu bereichern.

Vorgehen: Um die Lebenssituation von Menschen mit HIV-Infektion in Deutschland zu verdeutlichen, werden im Theorieteil der gesellschaftliche Umgang mit dem Thema HIV/AIDS beleuchtet und die Entwicklungen in Medizin, Forschung und Politik, aber auch im Bereich der Selbsthilfe und der Unterstützungsangebote dargestellt. Aus bestehenden Studien und Veröffentlichungen, ergänzt mit Ansätzen der Stigma-Forschung, wird abgeleitet, worin psychosoziale

Belastungen dieser Infektionskrankheit begründet sind. Als relevante Konzepte / Theorien für diese Arbeit werden das Konzept der Selbstwirksamkeitserwartungen und das Zürcher Ressourcen-Modell erörtert.

Der Forschungsteil ist in die Bereiche ›Vorstudien‹ und ›Hauptstudie‹ unterteilt. In fünf Vorstudien wurde der Unterstützungsbedarf der Zielgruppe ermittelt und ein geeignetes Messinstrument für die Überprüfung der Fragestellung entwickelt. Nur unter Beteiligung der Zielgruppe konnte die Lebenswelt von HIV-positiven Menschen realistisch abgebildet werden. Diese Beteiligung wurde durch (Online-)Befragungen (Vorstudien 2 und 3), teilnehmende Beobachtungen (Vorstudien 1 und 4) und moderierte Prozesse in Selbsthilfegruppen (Vorstudie 5) erreicht. Aus den gewonnenen Ergebnissen konnte der Lebensweltbezug von HIV-positiven Menschen abgebildet werden, an dem sich dann die Entwicklung des Fragebogens zur Messung von Veränderungen orientiert hat. Der Fragebogen wurde ebenfalls mit Vertreter_innen¹ der Zielgruppe ausgearbeitet und entwickelt.

In der Hauptstudie wurde in einer Testgruppe ein ZRM-Training durchgeführt. Mit dem neu entwickelten Fragebogen zur Messung der HIV-spezifischen SWE konnten dann Daten vor und nach dem Training sowie Vergleichsdaten einer Kontrollgruppe ohne Interventionsmaßnahme erhoben werden. Durch Auswertung dieser Ergebnisse kann die leitende Fragestellung beantwortet werden. In einem abschließenden Fazit werden Limitationen dieser Studie diskutiert und die Relevanz weiterer Schritte erörtert.

¹ Zur Berücksichtigung und Darstellung aller sozialen Geschlechter und Geschlechtsidentitäten wird der Gender_Gap verwendet

1 Leben mit HIV - Ein gesellschaftlicher Diskurs

Die Hypothese dieser Arbeit geht von einem erhöhten Unterstützungsbedarf bei Menschen mit HIV-Infektion aus, der auf bestehende psychische und physische Beeinträchtigungen zurückzuführen ist. Diese Hypothese stützt sich vorerst auf die Thematisierung von diesbezüglichen Beeinträchtigungen und erforderlichen Unterstützungsangeboten in der wissenschaftlichen Literatur und wird durch die Darstellung des gesellschaftlichen Umgangs mit dem Thema HIV/AIDS untermauert. Dieses Kapitel skizziert den gesellschaftlichen Umgang mit dem Thema und somit die Rahmenbedingungen für die soziale und gesellschaftliche Situation von HIV-positiven Menschen in Deutschland. Dabei geht es um die in der Bevölkerung vorherrschenden Bilder über HIV und die daraus resultierenden Denkweisen. Der gesellschaftliche Umgang mit dem Thema HIV/AIDS beinhaltet sowohl Unterstützungsangebote sowie Hilfeleistungen, aber auch Ausgrenzung, Diskriminierung und Stigmatisierung. Somit kann das psychische Wohlbefinden HIV-positiver Menschen gestärkt oder aber auch beeinträchtigt werden.

1.1 Beeinträchtigungen und Unterstützungsbedarf bei Menschen mit HIV-Infektion

Unterschiedliche Gruppen der Bevölkerung sind in unterschiedlichem Maße von der HIV-Infektion bzw. AIDS-Erkrankung betroffen, »die weltweite HIV/AIDS-Epidemie stellt eines der größten Gesundheitsprobleme unserer Zeit dar.« (Hamouda, Marcus, Voß & Kollan 2007, S. 399)

Die meisten HIV-infizierten Menschen leben in Ost- und Südafrika. 2018 lebten von den weltweit insgesamt 37,9 Millionen Menschen mit diagnostizierter HIV-Infektion alleine 20,6 Millionen in dieser Region (UNAIDS, 2019, 6, 191). Im Vergleich zu anderen europäischen, vor allem aber zu anderen außereuropäischen Ländern stellt sich die Situation in Deutschland noch als »relativ günstig« (Hamouda et al., 2007, S. 399) dar.

In China z. B. ist die Epidemie viele Jahre ignoriert worden, erst 2002 begannen antiretrovirale Behandlungen der Patient_innen, wodurch bis 2009 die Mortalität um 64 % gesenkt werden konnte. Die frühzeitige Diagnose der Infektion war für China im Jahr 2010 die größte Herausforderung, so wurde zu diesem Zeitpunkt die Zahl der mit HIV-Infektionen Lebenden auf 50 Millionen geschätzt. Von den 72.616 bis dahin an Aids Verstorbenen waren 82,4 % noch nicht diagnostiziert, bei einem Viertel der in 2010 positiv Getesteten lag bereits der Ausbruch der Krankheit AIDS vor. Ein Fünf-Jahresplan verfolgte das Ziel, bis 2015 die Zahl der Neuinfektionen um 25 % und die Sterberate um 30 % zu senken. Dazu wurde beschlossen, Testprogramme auszuweiten, um so jährlich (im Vergleich zum Vorjahr) 40.000 HIV-Tests mehr durchzuführen. Doch dieses Vorhaben wurde auch sehr kritisch betrachtet, da verpflichtende HIV-Tests die Persönlichkeitsrechte gefährden und es verheerende Folgen für die Menschen mit HIV und ihre Familien geben kann, wenn die Infektion bekannt wird; so äußerte sich

ein Anwalt des ansässigen Büros des UNAIDS-Programms in Beijing. Darüber hinaus wird vor heftigen Diskriminierungen von Menschen mit HIV sowie dem in China fest verwurzelten Stigma ›Homosexualität‹ gewarnt. Das sind unter anderem Gründe, warum Menschen sich nicht auf HIV testen lassen wollen (Qiu, 2011).

Eine befürchtete Stigmatisierung aufgrund eines abweichenden Sexualverhaltens und der vermuteten HIV-Infektion wird als zentrales Element der Entscheidungsfindung gegen einen HIV-Test gesehen, was eine Literaturrecherche über 132 Veröffentlichungen aus Australien, Europa und Nordamerika – und damit aus Ländern, deren Situation derjenigen in Deutschland ähnelt – klar herausstellt (Wurm, Neumann, Wasem & Biermann-Stallwitz, 2018). »Die Gründe für [...] Ausgrenzung und Diskriminierung sind vielfältig. Sie reichen von der Angst, sich zu infizieren, über Missbilligung bestimmter Verhaltensweisen bis zur grundsätzlichen Ablehnung von Bevölkerungsgruppen, die einen anderen Lebensstil als die Mehrheit der Gesellschaft haben.« (Exner-Freisfeld, 2012, S. 71)

Die Stigmatisierung von Menschen mit HIV wird ausführlich im Kapitel 2 behandelt. Dabei werden neben der Begriffsdefinition der aktuelle Forschungsstand und die Folgen von Stigmatisierung in der benannten Zielgruppe am Beispiel der in Deutschland durchgeführten Befragung ›Positive Stimmen‹ erörtert.

Eine österreichische Studie zur Lebensqualität unter ART zeigte, dass Müdigkeit und Energiemangel (63 %), Verdauungsbeschwerden (52 %), Stimmungsschwankungen (47 %) sowie Ängste (45 %) die am häufigsten genannten Nebenwirkungen sowohl zu Beginn als auch im Langzeitverlauf der Therapie sind (Kapella, 2010, S. 45). Eine weitere Studie zeigt auf, dass 45 % der befragten HIV-Positiven oder mit Aids lebenden Menschen von depressiven Symptomen über mehrere Tage in der Woche hinweg berichteten, was einer deutlich höheren

Zahl entspricht als generell in der Bevölkerung (Eller, Bunch, Wantland, Portillo, Reynoldy, Nokes et al., 2010, S. 1159–1170). Mit der HIV-Infektion gehen (überwiegend psychische) Belastungen einher; neben Existenzängsten bestehen auch Einschränkungen des emotionalen Wohlbefindens, wodurch das Entstehungsrisiko von psychopathologischen Störungen erhöht ist (Steinke, 2013).

Fast die Hälfte aller HIV-Diagnosen in Europa betrifft Menschen im erwerbsfähigen Alter. Das Fortführen oder Wiederaufnehmen der Erwerbstätigkeit stellt mit der Chronifizierung der Erkrankung und den damit verbundenen regelmäßigen Arztbesuchen, aber auch den unterschiedlichen Therapieverläufen besondere Anforderungen und Schwierigkeiten an die HIV-positiven Menschen. Dies erfordert adäquate Unterstützungsangebote. In einer systematischen Literaturrecherche wurden zwölf qualitative Studien zusammengetragen, in denen die hohe Bedeutung der Erwerbstätigkeit und die besonderen Herausforderungen des Wiedereinstiegs, aber auch der Umgang mit der Erkrankung im Arbeitsalltag untersucht wurden und deren Ergebnisse den alltagsbezogenen Unterstützungsbedarf von Menschen mit HIV und AIDS unterstreichen (Wosko, 2016).

1.2 Gesellschaftlicher Umgang mit HIV

In den letzten 30 Jahren gab es in der Forschung, in der Medizin und auch in der Politik Entwicklungen, die aus der Epidemie einer tödlichen Seuche und der damit verbundenen Angst und Panik in der Gesellschaft einen Wandel hin zu einer chronischen Krankheit bewirkt haben. Die im Sinne einer Public-Health-Strategie verfolgten Ziele bringen jedoch Kontroversen mit sich: (1) Die immer noch in der Gesellschaft vorherrschenden Bilder des ›alten AIDS‹ (Dannecker, 2000), also der Seuche, die mit Krankheit, Leid und Tod einherging, (2) die damit verbundenen Ablehnungen und Diskriminierungen, (3) die kritisch zu betrachtenden

Forderungen nach Test und Therapie (um Transmissionsraten, Morbidität und Mortalität zu senken) (Granich, Gilks, Dye, De Cock, & Williams, 2008), (4) eine kritisch zu hinterfragende Gewinnerzielung der Pharmaindustrie mit den HIV-Medikamenten (Hoffmann, 2018b; Vielhaber, 2011) sowie (5) die Frage nach der Selbstbestimmtheit, also einem Gleichgewicht zwischen Autonomie und Unterstützung (Kapellen, 2000), und der Lebenszufriedenheit von HIV-positiven und ungetesteten Menschen treffen in einem Spannungsfeld aufeinander.

Verschiedene Akteure stehen sich in dieser Thematik und dem vorherrschenden Spannungsfeld gegenüber und haben dennoch zusammen eine Vielzahl von verschiedenen Aufgaben zu bewältigen. »Grundsätzlich besteht ein Wettbewerb zwischen Leistungsanbietern verschiedener Fachdisziplinen und auf verschiedenen Versorgungsniveaus. Allein von daher ist es notwendig, alle Interessengruppen zu beteiligen.« (Claes, 2009, S. 2) Als Akteure sind u. a. die Gesundheitspolitik, die Medizin, die Forschung, die pharmazeutische Industrie, aber auch Leistungserbringer und Kostenträger und nicht zuletzt die Patient_innen zu nennen.

Durch die Fortschritte und Entwicklungen in den Bereichen Medizin, Forschung, Prävention sowie Test und Therapie hat sich in den letzten Jahren die Lebenssituation von Menschen mit HIV-Infektion deutlich verbessert. »HIV hat für viele Menschen seinen Schrecken verloren, da eine erfolgreiche Behandlung mit antiretroviralen Medikamenten die Lebenserwartung HIV-Infizierter zum Teil erheblich verlängert hat und in Zukunft hoffentlich noch weiter verlängern wird.« (Exner-Freisfeld, 2012, S. 1) Durch die gestiegene Lebenserwartung (Gueler, Moser, Calmy, Günthard, Bernasconi, Furrer et al., 2017; Wandeler, Johnson & Egger, 2016) hat sich der Fokus vom Umgang mit einer tödlichen Krankheit hin zu dem Bewusstsein eines lebenswerten Lebens mit einer chronischen

Krankheit verändert. Die durchschnittliche Lebenserwartung lag 1996–1999 bei einem ca. 20-jährigen HIV-Patienten bei 36,1 Jahren und stieg durch die Einführung der Kombinationstherapien in der Zeit von 2003–2005 auf 49,4 Jahre (Hoffmann, 2014, S. 161). Darüber hinaus werden Studien zur Lebenserwartung immer seltener Gegenstand wissenschaftlicher Erhebungen.

Da auf Grund der hohen Wirksamkeit der antiretroviralen Therapie immer weniger Menschen an AIDS sterben, sich aber eine deutlich größere Zahl von Menschen neu infiziert, wird in den kommenden Jahren die Zahl der mit einer HIV-Infektion lebenden Menschen in Deutschland kontinuierlich ansteigen. (Exner-Freisfeld 2012, S. 5)

»Die Gesamtzahl der Menschen, die mit HIV in Deutschland leben, wächst seit dem Jahr 2000 linear an. In diesem Zeitraum hat sie sich von unter 40.000 auf etwa 87.900 mehr als verdoppelt.« (Robert Koch-Institut, 2019, S. 490) Fast automatisch wird sich dementsprechend auch der gesellschaftliche Umgang zu diesem Thema verändern (müssen). Inwieweit eine steigende Zahl der mit HIV lebenden Menschen in Deutschland zu einer Veränderung der negativen Umgangsweisen wie Ablehnung und Ausgrenzung oder der Unterstützungsangebote führt, bleibt ungewiss.

Aus unterschiedlichen Perspektiven ergeben sich verschiedene Wahrnehmungen und Umgangsweisen. Eine HIV-Diagnose ist nicht mehr gleich einem Todesurteil, wie es in den 1980er bis Mitte der 1990er Jahre noch war, auch wenn die Diagnose oftmals immer noch ein traumatisches Ereignis ist und eine unbestimmte Zeit der Auseinandersetzung erfordert. Es bestehen weiterhin Ängste vor Ausgrenzung und der Umgang mit der Infektion muss erlernt werden. Auf die

körperliche Gesundheit bezogen kann sich die Einsicht, trotz Infektion ein lebenswertes Leben zu haben, relativ schnell einstellen; hinsichtlich des psychischen Wohlbefindens ist es deutlich schwieriger, diese Einsicht zu erlangen. Die Kapitel 4.1 und folgende werden dies verdeutlichen.

In vielen Bereichen sind die Bilder der Seuche AIDS aus den 1980er Jahren im gesellschaftlichen Umgang mit dieser Infektionskrankheit immer noch vorherrschend und haben ihren Ursprung in dem politischen und gesellschaftlichen Umgang mit HIV und AIDS in der Anfangszeit. Auch heute überwiegen noch die Erinnerungen an AIDS als Seuche, die vielen Menschen das Leben gekostet hat, weshalb Angst und Panik das Handeln und Denken zu dieser Zeit bestimmten. Zu Zeiten der AIDS-Epidemie Mitte bis Ende der 1980er Jahre waren es insbesondere die Politiker der CSU, die einen Maßnahmenkatalog ›zur Abwehr von AIDS‹ vorantrieben und mit drastischen Formulierungen wie ›Schwulenseuche‹ und dem Vorhaben, ›Ansteckungsverdächtige zum Test vorzuladen‹, auf alle betroffenen Menschen, zusätzlich zu den Belastungen durch die tödliche Krankheit, einen massiven gesellschaftlichen und politischen Druck aufbauten (Stroh, 2012).

Diskriminierungen und Stigmatisierungen, die u. a. die Ghettoisierung von HIV-Positiven forderten, prägten nicht nur das gesellschaftliche Denken bis in die heutige Zeit hinein, sondern führten zu einer so hohen Belastung, dass viele Infizierte Suizid begangen. Auf der Grundlage einer Studie des Instituts für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Bern wird die Suizidrate von Menschen mit HIV und AIDS als dreimal höher als in der Allgemeinbevölkerung eingeschätzt. Im Zeitfenster von 1988–2008 hatten 150 HIV-positive Zugehörige der Schweizer HIV-Kohorte dieser Studie Suizid begangen. Nach Einführung der HAART sank die Suizidrate um über 50 % (Keiser, Spoerri, Brinkhof, Hasse, Gayet-Ageron, Tissot et al., 2010, S. 143–150).

Sowohl die Spiegelberichterstattungen aus dieser Zeit als auch der Name des CSU-Politikers Gauweiler sind bis heute negativ besetzt. Zwar war nach der Aussage des damaligen CSU-Fraktionsvorsitzenden Gerold Tandler das Ziel der gesundheitspolitischen Überlegungen, »die Gesunden vor der Infektion zu schützen, den Betroffenen zu helfen und gleichzeitig dafür zu sorgen, dass diese Betroffenen nicht der Ächtung und Diskriminierung anheimfallen.« (Spiegel, 1987, S. 21) Das klang zunächst fürsorglich und dem Schutze aller gewidmet. Forderungen einzelner Politiker nach Testzwang und Sex-Verbot für HIV-Infizierte, aber auch die Formulierung »Absonderung« waren jedoch alles andere als ein menschenwürdiger und diskriminierungsfreier Umgang mit den Betroffenen.

In der Öffentlichkeit wurde zu jener Zeit teilweise regelrecht Panik geschürt – leider auch von der Politik. Man denke an die berüchtigten Vorschläge von Peter Gauweiler, einem Staatssekretär unter Strauß in Bayern, der Zwangstests und Absonderungen vorsah. Oder an den damals aufstrebenden CSU-Abgeordneten Horst Seehofer, der Aids-Kranke ‚in speziellen Heimen‘ sammeln wollte. Er sprach von ‚konzentrieren‘, sein Parteifreund Erich Riedl von ‚absondern‘, berichtet der ‚Spiegel‘ aus jener Zeit. (Cassdorff, 2018)

Besonders Rita Süssmuth, damalige Bundesgesundheitsministerin und spätere Präsidentin des deutschen Bundestages, stellte sich diesen Plänen entgegen und damit auf die Seite aller HIV-Infizierten. Die geplanten Maßnahmen fanden keine Anwendung und auf politischer Ebene gestaltete sich ein anderer Umgang mit diesem Thema. Doch zeigen sich aktuell auch in politischen Diskussionen Rückentwicklungen.

Während die Krankheit hierzulande unter Kontrolle ist, sind viele immer noch in den Horrorszenarien der achtziger Jahre verhaftet. Vor allem die AfD, wie unlängst auch eine Redebeitrag im Bundestag zeigte. (Cassdorff, 2018)

Aus Berichterstattungen in den Tagesmedien sowie Beiträgen in sozialen Netzwerken konnte folgender Sachverhalt zusammengefasst werden: Ein Politiker der AfD hatte eine Rote Schleife – seit 1991 das Symbol für Akzeptanz und Aufklärung, für Solidarität und gegen das Vergessen –, die anlässlich des Welt-AIDS-Tages verteilt wird, per Post zugesendet bekommen und empörte sich über eine falsche Solidarität mit »AIDS-Kranken, die vom linksliberalen Establishment als Märtyrer einer enthemmten, hedonistischen, hypersexualisierten Gesellschaft gefeiert werden«, eine Stellungnahme der AIDS-Hilfe Sachsen e. V. beschrieb diese Worte als »menschenverachtend, gute Kranke, die monogam leben, werden gegen die bösen Kranken ausgespielt, Menschen mit HIV und AIDS werden schlichtweg diskriminiert.«² Eine Gefahr von rechts ist erkennbar und bringt erneut Verunsicherung und Angst bei Menschen, die mit HIV leben.

Der gesellschaftliche Umgang mit dem Thema HIV/AIDS wird durch die Aspekte ›Politisches Handeln‹, ›Medizin und Forschung‹, ›Therapie, Test und medizinische Versorgung‹, ›Selbsthilfe und Unterstützungsangebote‹, ›Aufklärung und Prävention‹ sowie ›Darstellung in den Medien‹ geprägt, was in den folgenden Unterkapiteln näher erläutert wird. Darüber hinaus ergeben sich übergreifende Themenfelder, die nicht explizit einem der benannten Gebiete alleine zuzuordnen sind. So erfolgt z. B. der Erlass von Gesetzen auf politischer Ebene; diese

² https://www.queer.de/detail.php?article_id=32522

zuletzt abgerufen: 12.12.2012 11.02.2020

schreiben u. a. zum Schutz des Selbstbestimmungsrechts die Einwilligung der jeweiligen Person zu einem HIV-Test vor (Rieger, 1987), ermöglichen unter dem Tatbestand der Körperverletzung (Hofmann, 2013) eine strafrechtliche Verfolgung HIV-positiver Personen nach ungeschütztem Sexualverkehr (Keplinger, 2010; Hinterhofer, 2002) und bedingen somit die Kriminalisierung von HIV (Lemmen, Gekeler, Vogler & Aretz, 2018; Deutsche AIDS-Hilfe e.V., 2012b). Derartige Fälle nehmen durch dementsprechende Berichterstattungen der Medien wiederum Einfluss auf die Meinung und den gesellschaftlichen Umgang mit diesem Thema. Vor dem Hintergrund der Übertragungswege, die sich bei HIV von anderen Erregern wie SARS- oder NORO-Viren insofern unterscheiden, dass, abgesehen von Gewaltdelikten oder Unfällen, niemand mit HIV einfach so angesteckt wird, sondern man etwas dafür tun muss (Staub, 2007), wird in der gesellschaftlichen Diskussion von moralisch verwerflichem Verhalten und damit verbunden oft von Schuld (Lemke & Merz, 2018; van Unger & Nagel, 2009) gesprochen. Die im späteren Verlauf dargestellte (politische) Entscheidung, zur AIDS-Bewältigung nicht die ›Old-public-health-Seuchenstrategie‹, sondern eine ›New-public-health-Lernstrategie‹ zu verfolgen, beinhaltet eine Prävention, die zu 100 % auf Selbstverantwortung setzt, was bedeutet,

dass sich jede und jeder vor der Übertragung des Virus beim Sex bzw. bei der Injektion von Drogen selbst schützen kann.
[...]: Jeder und jede soll die volle Verantwortung für die eigene Gesundheit und den Schutz vor HIV wahrnehmen!
(Staub, 2007, S. 450).

Doch ist noch ein anderes Verständnis tief in der Gesellschaft verankert, dass den Menschen mit HIV-Infektion die volle Verantwortung und somit auch die Pflicht, die anderen zu schützen, auflastet. Von der Eigenverantwortung sich

selbst zu schützen und sich dementsprechend zu verhalten, wird nicht oder nur wenig gesprochen. Damit wird ein Denken im Sinne der ›Old-public-health-Seuchenstrategie‹ repräsentiert: »Bei der Seuchenstrategie sind es die Betroffenen allein, welche die Präventionslast zusätzlich zu ihren HIV-bedingten Beschwerden zu tragen haben.« (Staub 2007, S. 450). Darin entsteht eine Diskrepanz zwischen der (politisch) gewählten Präventionsstrategie, der aktuellen Rechtsprechung, die den Aspekt des Selbstschutzes nicht miterfasst, und dem gesellschaftlichen Denken und Handeln. Niemand will eine andere Person infizieren und somit gesundheitlich schädigen – davon kann durchaus ausgegangen werden. In einer Liebesbeziehung kann dementsprechend von einer anderen Kommunikation und einem anderen Verantwortungsbewusstsein für den geliebten Partner ausgegangen werden. Doch auch »wo es ›nur‹ um Sex geht, sollten wir auf Selbstschutz setzen. Auch von einer HIV-positiven [Person] [...] bei einem One-Night-Stand ist nicht zu erwarten, dass sie Verantwortung für den Schutz des anderen [übernimmt].« (Staub, 2007, S. 450, [HK]) Durchaus sollte das Verständnis, in Situationen, in denen es nur um Sex und nicht um Liebe geht, »keine Verantwortung des HIV-infizierten Menschen zu erwarten« (Staub, 2007), in der Präventionsarbeit verstärkt Berücksichtigung finden, um individuelle Selbstschutz-Kompetenzen zu fördern und das Spannungsfeld zwischen der Pflicht auf Seiten der HIV-Positiven, andere zu schützen, und der Erwartung auf Seiten der HIV-Negativen, geschützt zu werden, zu beruhigen. In dem Aspekt ›Verantwortung für einen geliebten Menschen‹ entsteht ein Parallelthema, das vor dem Hintergrund monogamer Beziehungen die Aspekte Offenheit und Vertrauen (Phillips, 2017; Kramhöller, 2015; Heiden, 2012), vor allem in Bezug zu der Gefahr einer möglichen HIV-Infektion, in ein neues Licht setzt. In der Diskussion über Schuld und Verantwortung wird automatisch auch über Täter und Opfer (Deutsche Aids-Hilfe e. V., 2012b) diskutiert; dieser Aspekt wird anhand des Umgangs der Medien mit diesem Thema im späteren Verlauf noch einmal aufgegriffen.

Damit sich gesellschaftliches Denken in diesem Bereich verändert, bedarf es u. a. auch einer Veränderung der Rechtsprechung, zumal das Strafrecht kein Instrument zur Infektionsvermeidung ist. Zwar wird vor dem Hintergrund der guten Behandelbarkeit einer HIV-Infektion mittlerweile in vielen Fällen von einer einfachen Körperverletzung, nicht mehr von einer lebensgefährlichen, schweren Körperverletzung (Hofmann, 2013) gesprochen; dennoch bleibt die strafrechtliche Verfolgung in Situationen, in denen sich eine Person dem eigenen Infektionsrisiko aussetzt, als auch in denen die Übertragung des Virus auf eine andere Person erfolgt, weiterhin bestehen. Die Darstellung der Urteile in den Medien hat einen meinungsprägenden Charakter.

Diese Kriminalisierung von HIV vermittelt HIV-Negativen eine falsche Sicherheit, einhergehend mit einem falschen Verantwortungsverständnis. Darüber hinaus entsteht bei HIV-Positiven vor allem Angst; auch die Bereitschaft, einen HIV-Test durchzuführen, wird davon beeinflusst (Deutsche Aids-Hilfe e. V., 2012b).

1.2.1 Politik als Handlungsakteur im Themenfeld HIV

Als AIDS ausbrach und sich zu einer Pandemie entwickelte, standen Politik, Medizin und die Gesellschaft vor einer der größten Herausforderungen und gesundheitspolitischen Aufgaben zur Bewältigung dieser Krise (Thiele, 2019).

Die wohlfahrtsstaatliche Gesundheitspolitik reguliert, organisiert und finanziert die Krankenversorgung. In diesem Leistungsfeld sind eine Vielzahl unterschiedlicher Akteur_innen zu berücksichtigen: von den Krankenkassen über die Ärzt_innen bis hin zu den Patient_innen, den Krankhäusern, dem Pflegepersonal, aber auch den Arzneimittelherstellern und Medizintechnikunternehmen. Die Aufgaben reichen von der Versorgung der Kranken bis hin zu Prävention und

Gesundheitsförderung (Gerlinger & Reiter, 2017). Bei Epidemien und Infektionskrankheiten bestand das Bemühen der Gesundheitspolitik darin, den Infektionsursprung zu klären und eine Ausbreitung zu verhindern, insbesondere durch medizinische Tests, Entwicklung von Medikamenten und Quarantäne der Erkrankten. Doch diese ›old public health‹-Maßnahmen waren anfangs nicht umzusetzen, da noch zu wenig über den Ursprung der Erkrankung bekannt war.

Politisches Handeln fokussierte im Verlauf der AIDS-Epidemie unterschiedliche Vorgehensweisen und Ansatzpunkte. Zur Eindämmung von AIDS und zum Schutz der Allgemeinbevölkerung wurden in den Anfängen Konzepte wie Quarantäne, Durchführung von Zwangstests und Kennzeichnung von HIV-Positiven durch Tätowierung oder Eintragung in den Ausweispapieren diskutiert (Rosenbrock & Wright, 2000). Relativ schnell wurden Sex und Drogenkonsum, damit verbunden häufig wechselnde Sexualpartner(_innen), Prostitution und Sucht zu den mit AIDS assoziierten Themenfeldern, die vor allem Schwule und Fixer als Haupt-Risikogruppe ausmachten (Rosenbrock, 2018). Damit einhergehende Diskriminierung und Ausgrenzung erforderten einen neuen Handlungsfokus der Politik (Rosenbrock & Salmen 1990). Anfangs

[gelang] es den traditionellen Institutionen des öffentlichen Gesundheitssystems zunächst nicht [...], ein Konzept zur Primärprävention einer sexuell übertragbaren Virusinfektion zu entwickeln, die in erster Linie gesellschaftlich marginalisierte Gruppen wie homosexuelle Männer, Drogenabhängige oder Prostituierte betraf. (Stürmer & Siem, 2009, [HK])

So waren es in erster Linie die Betroffenen selbst, die in den Kreisen ihrer Szene Aufklärung organisierten, Netzwerke bildeten, in denen sie Informationen austauschten und vor dem Hintergrund der lokalisierten Transmissionswege

(intravenöser Drogengebrauch und ungeschützter Geschlechtsverkehr) Kondome und saubere Spritzenbestecke verteilten (Rosenbrock, 2018; Vielhaber, 2011).

Durch die tödliche Bedrohung der Krankheit, die überwiegend Minderheiten mit ›moralisch verwerflichen Lebensführungen‹ betraf, und deren Ausbreitung durch ›seuchenpolizeiliche Maßnahmen‹ nicht eingedämmt werden konnte, bedurfte es anderer Strategien, die in der Lage waren, Verhaltensänderungen in sehr persönlichen und intimen Bereichen zu erreichen (Thiele, 2019). Die bisherige Gesundheitspolitik war nicht auf die Einbeziehung der Zielgruppe eingerichtet; bisher wurden die Adressaten gesundheitspolitischer Leistungen aus Planung und Durchführung ausgeschlossen, ihnen wurde nicht zugetraut, für die eigenen Rechte einzustehen (Stöver, 2014).

Der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung der WHO folgend entstand in Deutschland und auch in anderen europäischen Ländern, wie z. B. der Schweiz (Staub, 2007), eine andere Vorgehensweise, eine ›new public health‹-Strategie, die neben Aufklärung auf Selbsthilfe und den humanen Umgang mit den Erkrankten sowie auf präventive Fähigkeiten der Gesellschaft und der Risikogruppen setzte (Rosenbrock, 2018, 2002; Voß, 2000; Süßmuth, 1987).

Damit eine ausreichende Akzeptanz für die vermittelten Präventionsbotschaften erzeugt werden konnte, wurde die Umsetzung einer zielgruppenspezifischen und lebensweltakzeptierenden Präventions- und Aufklärungsarbeit beschlossen (Thiele, 2019). Die gegründeten AIDS-Hilfen wurden von der Politik als Kernelement dieser präventionsorientierten AIDS-Strategie zur Erreichung der Hauptrisikogruppen anerkannt und finanziert (Rosenbrock, 1987, 2018); die Finanzierung der Bundesregierung umfasste auch Präventionsmaßnahmen, Beratungsstellen, Forschung und Expertengremien für AIDS-Fragen (Thiele, 2019). Für die nicht hauptsächlich betroffene Zielgruppe der heterosexuellen

Allgemeinbevölkerung wurden über die Kampagne ›Gib Aids keine Chance‹ der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), aber auch durch lokale Angebote der Gesundheitsämter, für die akademisch gebildete Fachkräfte eingestellt wurden, Aufklärung- und Präventionsmaßnahmen organisiert (Rosenbrock, 2018; von Rüden, 2017). Die vergleichbare Kampagne in der Schweiz hieß ›STOP AIDS‹ und vermittelte die Botschaft ›Vor AIDS schützen – Präservative benutzen‹ (Staub, 2007).

Die größten Herausforderungen, die Deutschland noch bewältigen muss, sind die hohe Anzahl noch nicht diagnostizierter HIV-Infektionen sowie der Abbau von Stigmatisierung und Diskriminierung (KPMG, 2019).

Die Bundesregierung hat 2007 ihren HIV/AIDS-Kurs an die Erfolge von Prävention, aber auch von Medizin und Forschung angepasst. Der bisher verfolgte strategische Ansatz hatte sich insbesondere im internationalen Vergleich bewährt, es wird daher weiterhin auf eine kontinuierliche Aufklärung und Wissensvermittlung gesetzt. Die Bereitstellung finanzieller Mittel auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene wird als notwendige Grundlage erachtet, um weiterhin ein flächendeckendes und nachhaltiges Präventionsprogramm zu gewährleisten. Der darauf ausgerichtete ›Aktionsplan zur Umsetzung der HIV/AIDS-Bekämpfungsstrategie‹ der Bundesregierung wurde in sieben sich gegenseitig verstärkende und ergänzende Aktionsfelder unterteilt: (1) Aufklärung und Prävention, (2) Zugang zu HIV-Testung und Behandlung, (3) Solidarität und Antidiskriminierung, (4) Koordinierung und Kooperation, (5) Epidemiologie, (6) biomedizinische und sozialwissenschaftliche Forschung, (7) Evaluierung und Qualitätssicherung. Darin werden die Ziele verfolgt, die Zahl der HIV-Neuinfektionen zu minimieren, die Hilfen für Betroffene zu optimieren und einen von Solidarität geprägten Umgang mit den Betroffenen sicherzustellen (Bundesministerium für Gesundheit, 2011).

Vor dem Hintergrund dieser Arbeit sind insbesondere Solidarität und Antidiskriminierung wichtige Aspekte zur Förderung des selbstbewussten Umgangs mit der Infektion und zur Steigerung von Selbstwirksamkeit, so dass diese, ohne damit die Wichtigkeit der anderen Aspekte aus den Augen verlieren zu wollen, im Weiteren fokussiert werden. Da Menschen mit HIV und AIDS auch heutzutage immer noch Diskriminierung und Stigmatisierung erfahren oder befürchten müssen (Kapitel 2 geht gesondert auf dieses Thema ein), bedarf es politischer Maßnahmen, um diese abzubauen. Nur wenn Angst vor einer möglichen Infektion abgebaut und die Solidarität für Menschen mit HIV und AIDS gefördert wird, entsteht Akzeptanz für diese Menschen. So lassen sich dann auch Stigmatisierung und Ausgrenzung, die als ein Verstoß gegen die Menschenrechte bewertet werden, beschränken (Exner-Freisfeld, 2012, S. 71).

Über den ganzen Globus verteilt berichten Menschen mit HIV von Stigmatisierung im sozialen Umfeld, von Ausgrenzung, von dem Verlust ihres Arbeitsplatzes oder einem erzwungenen Wohnortwechsel aufgrund ihres HIV-Status. Und das gilt unabhängig davon, ob es in den jeweiligen Ländern einen gesetzlichen Schutz von Diskriminierung gibt oder nicht. (Deutsche Aids-Hilfe e.V., 2012a, S. 73)

HIV-bezogene Stigmatisierung wurde und wird in einer Stärke erlebt, die es bei anderen gesundheitlichen Einschränkungen in diesem Ausmaß nie gegeben hat. »Eine Meta-Analyse aus dem Jahr 1996 über 21 Studien bestätigt die Befunde, dass das mit AIDS verbundene Stigma deutlich stärker ist als das Stigma der Erkrankungen, die in den verschiedenen Studien jeweils zum Vergleich herangezogen wurden.« (Drewes, 2013, S. 24) Die nationale wie auch internationale Politik hat sich dementsprechend in den letzten drei Jahrzehnten vermehrt um Strategien zur Stigma-Reduzierung bemüht. So gab es u. a. Anti-Stigma-Kampagnen

zum Welt-AIDS-Tag von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, der Deutschen AIDS-Hilfe e. V. (DAH) und der Deutschen AIDS-Stiftung, aber auch von der International AIDS Society (IAS) in Kooperation mit der französischen Non-Profit-Organisation AIDES, und in den USA die Kampagne ›Lets stop HIV together‹ des Centers for Disease Control and Prevention (UNAIDS, 2010).

Verfolgtes Ziel der Bundesregierung ist die »Förderung eines für Menschen mit HIV oder AIDS akzeptierenden und unterstützenden gesellschaftlichen Klimas, das ihnen Solidarität bietet und sie vor Diskriminierung schützt.« (Bundesministerium für Gesundheit, 2011, S. 5) Die gezielten Welt-Aids-Tags-Kampagnen, in denen HIV-positive Menschen als Botschafter_in und ›Menschen von nebenan‹ ihr Gesicht zeigen und sich für die Belange ihrer Zielgruppe engagieren, sind eine Maßnahme dazu. Ein weiterer Diskriminierungsschutz soll durch das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz (AGG) erreicht werden, indem Behinderungen, die aus der HIV-Infektion resultieren, in diesem Gesetz und für arbeitsrechtliche Wiedereingliederungs-Maßnahmen von Menschen mit HIV im Sozialgesetzbuch (SGB) IX verankert wurden. Mit Inkrafttreten des AGG wurde beim Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend die Antidiskriminierungsstelle des Bundes eingerichtet, bei der auch Menschen mit HIV und AIDS Vorfälle melden und sich dementsprechend beraten und vertreten lassen können. (Bundesministerium für Gesundheit, 2011)

Auch wenn Ausgrenzung, Diskriminierung und Stigmatisierung in der Gesellschaft weiterhin bestehen, hat die AIDS-Epidemie in den Industrienationen ihren Schrecken verloren. Doch weltweit betrachtet ist der Schrecken noch nicht vorbei:

Das Millenniumsziel der Vereinten Nationen, bis 2010 universellen Zugang zu Prävention, Therapie und Versorgung zu

ermöglichen, wurde weit verfehlt. Und noch immer fehlt eine Menge Geld: Laut UN-Generalsekretär Ban Ki-moon müsste die Weltgemeinschaft ihre Anstrengungen im Engagement gegen HIV/Aids verdoppeln. (Wicht, 2012, S. 25)

Neben finanziellen Problemen war aber auch über viele Jahre hinweg die AIDS-Politik in Südafrika eine maßgebliche Ursache dafür, dass der Großteil der infizierten Bevölkerung keinen Zugang zu HIV-Medikamenten hatte (Böxkes, 2017), aber auch die Geschlechterpolitik trug in erheblichem Umfang zur Ausbreitung von HIV bei (Burchardt, 2010). Gerade hier ist auch die deutsche Politik gefordert, den weltweiten Kampf gegen die Seuche weiterhin zu verfolgen. Mit den Erklärungen von Dublin, Vilnius und Bremen hat Deutschland die gemeinsame Ausgestaltung der europäischen HIV/AIDS-Politik vorangebracht und setzte sich dabei für einen menschenrechtsbasierten Ansatz ein. Mit anderen EU-Mitgliedstaaten verpflichtete sich die Bundesregierung zur Unterstützung der osteuropäischen Nachbarstaaten und fördert in der bilateralen und multilateralen Entwicklungszusammenarbeit die internationale HIV/AIDS-Bekämpfung. Ebenso unterstützt die Bundesregierung auch im UN-Kontext die Bekämpfungsstrategien (Bundesministerium für Gesundheit, 2011, S. 6).

Mittlerweile ist die AIDS-Krise zumindest in den westlichen Industrienationen überstanden. HIV ist heute sehr gut behandelbar. [...]. Mit der medizinischen Behandelbarkeit und der Chronifizierung der Infektionen ging auch eine Beruhigung und Normalisierung im sozialen Umgang einher. [...] die hitzigen politischen Debatten sind schon lang zu einem unerwartet versöhnlichen Ende gekommen. (Thiele, 2019)

In vielen Ländern der Welt ist die AIDS-Katastrophe noch nicht vorbei. Betrachtet man die osteuropäischen Länder, insbesondere Russland und die Ukraine, sieht man stark ansteigende Neuinfektionszahlen. Die mangelnde Versorgung mit Medikamenten, aber auch die Tabuisierung von Homosexualität und die Strafverfolgung von Drogengebrauch erschweren die Präventionsarbeit und damit eine Eindämmung der Neuinfektionen. Liberale Präventionsmaßnahmen und ›Safer Use‹-Strategien wie die Zurverfügungstellung von sauberen Konsumutensilien, wie sie sich in Westeuropa bewährt haben, sind in diesen Ländern nicht möglich (Rockstroh, 2018; Wicht, 2012).

1996 wurde durch die Vereinten Nationen das Programm UNAIDS geschaffen, um internationale Maßnahmen gemeinsam miteinander abzustimmen und somit eine globale Intervention gegen die Epidemie zu gestalten. Dieses gemeinsame HIV/AIDS-Programm der vereinten Nationen hat 2017 als Ziel formuliert, dass bis 2020 von allen Menschen, die mit HIV infiziert sind, mindestens 90 % diagnostiziert und davon wiederum mindesten 90 % antiretroviral therapiert sein sollen. Bei wiederum mindestens 90 % von ihnen soll eine nicht mehr nachweisbare Viruslast erreicht werden (Robert Koch-Institut, 2019). Damit dieses Ziel erreicht werden kann, bedarf es der Förderung weiterer Aufklärungskampagnen sowie Beratungs- und Unterstützungsangebote. Deutschland steht im Hinblick auf dieses Ziels relativ gut da: 2017 waren 87 % aller HIV-Infektionen diagnostiziert, und von diesen Betroffenen erhielten 92 % eine HIV-Therapie, die bei 95 % der therapierten Patient_innen zu einer kompletten Unterdrückung der Viruslast führte.

1.2.2 Erfolge in Medizin und Forschung

Weltweit sind Forscher_innen um die Bewältigung der HIV/AIDS-Problematik bemüht. Um hierbei erfolgreich zu sein, ergeht der Ruf nach Zusammenarbeit und

interdisziplinärer Forschung (Kher, 2010). Nur unter Einbeziehung unterschiedlicher Wissenschaften kann die Bewältigung der Epidemie gelingen. Dazu muss verschiedenen Aspekten dieser Thematik, die sich u. a. durch kulturelle Hintergründe und Vielschichtigkeit der Auswirkungen ergeben, Rechnung getragen werden. Die nationalen, internationalen und globalen Forschungsansätze stehen somit vor jeweils anderen Herausforderungen und Perspektiven.

South African scientists have had leading roles in research on the prevention of HIV transmission from mother to child, violence against women, the role of human leukocyte antigen, the treatment of tuberculosis-HIV co-infection, viral genetic diversity and the treatment of HIV-infected infants. South African researchers are also active participants in numerous international multi-centre clinical and laboratory studies on vaccines, microbicides, mother-to-child transmission and pre-exposure prophylaxis. What's missing is an effective conduit between the country's AIDS research and its prevention and treatment policies and programmes. (Karim & Karim, 2010)

In den Industrienationen und den westlichen Ländern Europas blicken Medizin und Forschung vor dem Hintergrund der gestiegenen Lebenserwartung (Eo, 2017) anders auf das Thema HIV/AIDS. Der Tod ist abgewendet: Es muss nicht mehr, wie noch Anfang der 90er Jahre, für das Überleben der Infizierten geforscht werden. Mit der gestiegenen Lebenserwartung ergeben sich neue Probleme (Weiß, 2012). Verträglichkeit und Sicherheit der Medikamente vor dem Hintergrund der Langzeiteffektivität sind ein wichtiger Gesichtspunkt (Koczorek, 2011) und somit entstehen auch neue Forschungsansätze: Minimierung der Nebenwirkungen, um so die Therapietreue zu begünstigen und auf lange Sicht den

Patient_innen eine reguläre Lebenserwartung sowie die Teilhabe am gesellschaftlichen, vor allem aber am beruflichen Leben zu ermöglichen (Wosko, 2016; Wicker, Rabenau & Groneberg, 2010; Barkey, Watanabe, Solomon & Wilkins, 2009; Frey 2000). Unter Berücksichtigung der Lebensumstände der Patient_innen kann die Therapie ihren Bedürfnissen entsprechend gestaltet werden. Die Vielzahl der bestehenden HIV-Präparate ermöglicht dies (Brockmeyer & Potthoff, 2011). Somit können u. a. die Anzahl der einzunehmenden Pillen, die tägliche Häufigkeit und die Tageszeit, aber auch die nahrungsmittel- oder kohlehydratgebundenen Einnahmebedingungen über das ausgewählte Präparat mitbestimmt werden. Die Langzeitschäden stehen besonders im Fokus (Mende, 2018). Wie verträglich sind die Medikamente als täglicher Lebensbegleiter wirklich? Gibt es Schädigungen der Leber und der Nieren und wann treten diese auf? Vor einigen Jahren waren solche Studien nicht möglich, weil es noch keine Langzeit-HIV-Positiven gab. Mittlerweile gibt es eine relativ hohe Zahl an Menschen, die mehr als 25 Jahren mit Virus und Medikamenten leben.

Neben den Forschungsbemühungen um die Heilung von HIV (Behrens & Hoffmann, 2018; Leiner, 2015; Gensthaler, 2014; Hauber, Hauber & Buchholz, 2013) bleibt die Vermeidung von Neu-Infektionen Bestandteil der Agenda. Dazu nehmen vor dem Hintergrund der Konzepte ›Postexpositionsprophylaxe‹ (PEP) (Puro, 2003), ›Schutz durch Therapie‹ (treatment as prevention) und ›Präexpositionsprophylaxe‹ (PrEP) (Oberhofer, 2017; Leiner, 2015; Cornelisse, Fairley, Stooze, Asselin, Chow, Price et al., 2012) insbesondere in der Medikamentenentwicklung, aber auch in der Frage nach alternativen Verabreichungsformen, wie z. B. einer Depot-Spritze (Eo, 2017), eine besondere Rolle ein. Darüber hinaus werden weitere medizinische Präventionsstrategien erforscht: Neben den Bemühungen, einen präventiven Impfstoff zu entwickeln (Harrer, 2011), konnten verschiedene Studien mit heterosexuellen Männern nach Beschneidung der Vorhaut

ein reduziertes Infektionsrisiko für verschiedene Erreger und auch für das HI-Virus belegen (Hoffmann, 2012; Weiss, Thomas, Munabi & Hayes, 2006). Aber auch die präventive Behandlung anderer Erreger sowie der Einsatz von Mikrobiziden, die als vaginal verwendetes Gleitgel HIV-Erreger abtöten sollen (Hoffmann, 2012), sind beforschte medizinische Präventionsstrategien.

Durch Aufklärungs- und Präventionskampagnen und durch den Einsatz der ersten Medikamente – seit 1987 wurde mit dem Krebsmedikament AZT behandelt, 1988/1989 wurde Retrovir in Deutschland als erstes HIV-Medikament eingeführt (Vielhaber, 2011, S. 109) – gelang ein erster Wendepunkt in der HIV-Epidemie. Die HIV-Inzidenz in Deutschland sank von dem im Jahr 1983 erreichten Höchststand von 7.400 auf 5.070 im Jahr 1985 und auf 2.213 im Jahr 1995. Doch die jährliche Mortalitätsrate stieg weiter, bis sie 1994 mit 2.654 Verstorbenen den Höchststand erreichte (Marcus & Starker, 2006). 1995 konnte die bessere Wirksamkeit der Kombi-Therapie im Vergleich zur Mono-Therapie wissenschaftlich belegt werden (Delta, 1996; Hammer, Katzenstein, Hughes, Gundacker, Schooley, Haubrich et al., 1996). Dies führte zur Wende in der AIDS-Problematik in Deutschland, den europäischen Ländern sowie den USA. In Deutschland sank die AIDS-Mortalität von 2.551 im Jahr 1995 auf 1.161 im Jahr 1997 und 829 im Jahr 2000 (Marcus & Starker, 2006). Die Zahl der unbehandelten Patient_innen sank in Europa von 37 % (1994) auf 9 % (1997). Die Zahl der mit Mehrfach-Präparaten behandelten Patient_innen stieg, zumal 1996 auch eine dritte Wirkstoffgruppe entwickelt werden konnte (Hoffmann, 2018a).

2006 wurde das erste Medikament zugelassen, das mit einer Pille am Tag eine funktionierende Dreier-Kombination sicherstellte. Diese verbesserten Einnahmebedingungen haben nicht nur für die Forschung, sondern besonders für die Lebensqualität von Menschen mit HIV und AIDS einen bedeutenden Stellenwert

(Leiner, 2015); insbesondere konnten Aussagen und Fragen wie »[T]äglich werde ich 2-3 mal an die Erkrankung erinnert! - wie werde ich auf Dauer so viele Tabletten schlucken können?« (Jäger, 2013, S. 229) durch diese Einmaldosierung verringert werden.

Solche Behandlungsstrategien beinhalten also heute Kombinationstherapien, die für die Patienten nicht nur für kurze Zeit tolerabel, sondern für lange Zeit machbar sind. [...] Einfach einzunehmende antiretrovirale Therapien, wie Einmaldosierungen sind wichtige Grundvoraussetzungen für wirksame antiretrovirale Langzeittherapie. (Jablonowski, 2013, S. 255)

Vor dem Hintergrund von heterosexuellen Paaren mit Kinderwunsch (serodiskordant, also eine Person HIV-positiv, die andere HIV-negativ) (Barreiro, 2007), entstanden Erkenntnisse, die über einen Zeitraum von 12 Jahren (1991–2003) in einer Beobachtungsstudie zusammengetragen wurden: Bei 393 serodiskordanten Paaren, bei denen die HIV-positive Person unter ART stand, erfolgte keine Transmission, bei den Paaren ohne ART lag die Transmissionsrate bei 8,6 % (Castilla, Del Romero, Hernando, Marincovich, Garcia & Rodriguez, 2005, S. 96). Die daraufhin im Jahr 2008 veröffentlichte offizielle Erklärung der Eidgenössischen Kommission für AIDS-Fragen (EKAF) stellt fest:

Eine HIV-infizierte Person ohne andere STD unter einer antiretroviralen Therapie (ART) mit vollständig supprimierter Virämie, (im Folgenden: ›wirksame ART‹) ist sexuell nicht infektiös, d. h., sie gibt das HI-Virus über Sexualkontakte nicht weiter [...]. (Vernazza, Hirschel, Bernasconi, & Flepp, 2008, S. 165)

Das löste Unruhe, Verunsicherung und Aufregung aus. Dieses Statement wurde in den folgenden Jahren kontrovers diskutiert: »Es entstand der Eindruck, alle HIV-infizierten Menschen seien wirksam therapiert, hätten eine normale Lebensqualität und -erwartung und seien nicht mehr infektiös, kurz, die EKAf habe eine Entwarnung für die Gefahren der HIV-Epidemie gegeben.« (AIDS-Aufklärung Schweiz, 2008, S. 1300–1301)

Zur Überprüfung dieses Statements folgten wissenschaftliche Studien; u. a. untersuchte »HPTN 052« 1.763 HIV-diskordante, überwiegend heterosexuelle Paare in afrikanischen Ländern sowie Brasilien, Thailand, Indien und den USA (Cohen, Chen, McCauley, Gamble, Hosseinipour, Kumarasamy et al., 2011), »PARTNER« untersuchte 1.166 HIV-diskordante Paare, sowohl hetero als auch MSM in Europa (Rodger, Cambiano, Bruun, Vernazza, Collins, van Lunzen et al., 2016) und »Opposites Attract« untersuchte 358 MSM-Paare in Australien, Thailand und Brasilien (Bavinton, Jin, Prestage, Zablotska, Grinsztejn, Phanuphak et al., 2015). Die aus diesen Studien gewonnene Aussage »HIV-Positive, die regelmäßig ihre Medikamente nehmen und deren Viruslast länger als ein halbes Jahr unter der Nachweisgrenze liege, gelten als nicht infektiös«, bestätigte die bestehende Feststellung des EKAf-Statements.

Diese Erkenntnis bedeutete eine wesentliche Veränderung im Bereich der Lebensqualität von Betroffenen und ihrer (Sexual-)Partner_innen, da sich somit die Ängste vor einer Ansteckung minimieren ließen und auch das Thema »Kinderwunsch« wieder denkbar wurde: »[D]ie Infektiosität bei HIV-infizierten Menschen unter ART mit vollständig unterdrückter Virämie sei so gering, dass die Gefahr einer HIV-Übertragung vernachlässigt werden könne. Sie seien sexuell und von Mutter zu Kind nicht mehr infektiös. Aus diesem Grunde könne eine solche Person auf präventive Maßnahmen wie Kondomanwendung verzichten

und mache sich folglich auch nicht mehr strafbar, wenn sie ungeschützt sexuell aktiv sei.« (AIDS-Aufklärung Schweiz, 2008, S. 1300)

So umstritten diese Aussagen anfangs waren, sind sie mittlerweile verlässlich belegt und auch in die aktuellen Präventionsmaßnahmen mit aufgenommen. Als ›Schutz durch Therapie‹ wird den mit HIV lebenden Menschen die Erkenntnis vermittelt, dass sie unter funktionierender Therapie das Virus nicht mehr weitergeben können und somit als nichtinfektiös gelten: »Die [...] Studien zeigen eindeutig: Je niedriger die Viruslast im Plasma, desto geringer ist die Infektiosität des Patienten.« (Hoffmann, 2018a, S. 262) Dennoch bleibt ein Restrisiko bestehen. Fraglich bleibt, wie dieses zu bewerten ist, da es bisher nur wenig publizierte Fälle einer Transmission trotz funktionierender ART gibt (Stürmer, Doerr, Berger & Gute, 2008).

Die gesundheitliche Stabilisierung der Patient_innen, aber auch die Nichtinfektiosität im Sinne einer Präventionsstrategie ›Schutz durch Therapie‹ sind die mit einer Therapie einhergehenden positiven Effekte. Dennoch obliegt die Zustimmung zu einer Therapie den Patient_innen; ähnlich wie bei einem HIV-Test darf es keinen Therapiezwang (Schäffer & Stöver, 2011) geben, zumal Zwangsmaßnahmen in der Sozial- und Gesundheitsarbeit als ethisch nicht vertretbar und uneffektiv gewertet werden (Stöver, 1999). Auch wenn erst

unterhalb von 200 CD4-Zellen/ μ l [...] mit zunehmender Dauer der Immunsuppression das Risiko für AIDS-Erkrankungen deutlich an[steigt], [...] hat sich in den letzten Jahren allerdings die Empfehlung durchgesetzt, dass heutzutage alle Patienten eine ART erhalten sollten, und zwar unabhängig

von der CD4-Zellzahl. (Hoffmann & Noah, 2018, S. 252, [HK])

1.2.3 HIV: Therapie, Test und medizinische Versorgung

Als Ziel für eine Therapie wird formuliert: »Das Leben der Patienten bei möglichst guter Gesundheit und hoher Lebensqualität langfristig zu verlängern.« (Hoffmann, 2014, S. 151) Grundlegend bleibt aber die Frage, zu welchem Zeitpunkt mit einer Therapie angefangen werden soll. Wo eine hohe Viruslast und eine geringe Anzahl von CD4-Zellen ein klares Statement für den Beginn einer Therapie darstellen, ist die medizinische Empfehlung, mit einer Therapie zu beginnen, für Patient_innen, deren virologische und immunologische Laborwerte keine dringliche Therapieindikation aufweisen, mitunter schwierig nachzuvollziehen, »da [diese] subjektiv die Lebensqualität erst einmal verschlechtert.« (Hoffmann, 2014, S. 159 [HK])

In den Jahren 2009–2016 wurden in 35 Ländern mehr als 4.500 HIV-Positive mit mehr als 350 Helferzellen in die START-Studie ›Strategic Timing of Antiretroviral Treatment‹ aufgenommen, um den optimalen Zeitpunkt für einen Therapiebeginn herauszufinden. Leitend war die Fragestellung, ob bei einem zu frühen Therapiebeginn die Patient_innen durch die Nebenwirkungen der Medikamente geschädigt werden. In einer Zwischenauswertung im Mai 2015 gab es bereits ein eindeutiges Ergebnis: Der frühe Therapiebeginn ist signifikant überlegen und halbiert in etwa das Risiko einer schwerwiegenden Erkrankung und sogar zu sterben. Obwohl solche Ergebnisse erwartet wurden, war deren Klarheit überraschend (Schwarze, 2015, S. 3–4).

Aus medizinischer Sicht wird demnach zu einem direkten Therapiebeginn geraten, doch muss auch der subjektiv empfundene Einfluss, sowohl negativ wie

auch positiv, auf die Lebensqualität und die Lebensführung Berücksichtigung finden.

Das Miteinbeziehen und eine ausführliche Beratung der Patient_innen (Hoffmann, 2018a) stehen ebenso wie bei der Durchführung eines HIV-Tests im Vordergrund. Ermittelt werden soll bei einer Therapie-Beratung, ob der Wunsch für den Beginn einer Therapie (überhaupt) besteht, vor allem aber, ob die Patient_innen eine solche auch durchhalten wollen und können. Eine vorschnell getroffene Entscheidung hilft keinem der Beteiligten (Hoffmann, 2018d). Seitens der Patient_innen kommen unterschiedliche Gründe für den Beginn einer ART in Betracht: auf die HIV-Infektion zurückgeführte Symptome wie z. B. Müdigkeit, eine neu veröffentlichte Studie, der Therapiebeginn des Partners / der Partnerin oder das Wissen um die Vermehrung von Viren im eigenen Körper, aber auch Schutz für die Sexualpartner_innen durch Reduktion der Infektiosität sowie die Frage nach einem etwaigen Kinderwunsch. Die mit einer Therapie einhergehende Nichtinfektiosität minimiert Ängste vor einer Ansteckung, sowohl bei den mit als auch ohne HIV-lebenden Menschen; jedoch müssen alle Beteiligten über diese Sachverhalte ausreichend informiert sein. Kapitel 1.2.5 geht auf den Aspekt der Aufklärung näher ein.

Genauso wie es gute Gründe für einen Therapiebeginn gibt, gibt es auch gute Gründe, die dagegensprechen. Neben der Angst vor dem Start (>mit den Pillen beginnt der Anfang vom Ende<) stehen oftmals Ängste vor den Nebenwirkungen, die dann mit ungünstigen Zeitpunkten, z. B. Prüfungen, Jobwechsel, privatem oder beruflichem Stress und Urlaubsreiseaktivitäten, einhergehen können. Wenn ein Urlaub, der nicht daheim verbracht wird, ansteht, sollte von dem Therapiebeginn abgesehen werden, sofern die Werte es erlauben, da Nebenwirkungen und Therapieerfolg aus der Ferne nicht kontrolliert werden können.

Einnahmemodalitäten, wie die Anzahl der Pillen oder Vorgaben bei der Nahrungsaufnahme, sind oftmals Entscheidungsaspekte für oder gegen den Beginn als auch für oder gegen ein bestimmtes Präparat.

Es zeigt sich, dass die Patient_innen, die sich ausreichend informiert haben und nicht in eine Therapie gedrängt worden sind, die beste Compliance, also die Therapietreue im Sinne der Einwilligung und der Akzeptanz der Therapie, haben. Wobei hier schon mehr der Begriff der Adhärenz Anwendung finden sollte, da es nicht nur um das Befolgen der Therapievorgaben geht, sondern vielmehr um eine informierte Zustimmung und Gestaltung sowie eine daraus resultierende bestmögliche Akzeptanz (Hoffmann, 2014; Erdorf, 2000; Wright, 2000). »Adhärenz meint die Einhaltung therapeutischer Vorgaben durch Patienten und Ärzte mit dem Ziel, einen Behandlungserfolg zu erreichen.« (Exner-Freisfeld, 2012, S. 6) Die Einnahmedisziplin der Patient_innen wird zudem durch die neuen Kombinationstherapien verbessert, da diese mit einer meist einmalig am Tag einzunehmenden Tablette patientenfreundlicher und zudem nebenwirkungsärmer und wirksamer sind als die früheren Präparat-Kombinationen mit ihren starken Nebenwirkungen (Bundesministerium für Gesundheit, 2011, S. 48). Darin begründet ist die Bereitschaft, eine Therapie zu beginnen, gestiegen: »Unter den Menschen mit diagnostizierter HIV-Infektion ist der Anteil, die eine HIV-Therapie erhalten, von 78 % im Jahr 2006 auf 93 % im Jahr 2018 gestiegen.« (Robert Koch-Institut, 2019, S. 490)

Zu einer optimalen und funktionierenden Therapie, gehört mehr als nur die tägliche Einnahme der Medikamente (Ankert, 2019; dagnä e.V., 2016). Zu einer professionellen Pflege und Betreuung gehören unter anderem »Beratung, Begleitung und Unterstützung im Rahmen der Alltagsgestaltung« (Wosko, 2016). Insofern sind unter dem Aspekt der Therapietreue auch die Einhaltung der

regelmäßigen ärztlichen Untersuchungen und unter dem Gesichtspunkt der Therapie auch eine über die medizinischen Laborwerte hinausgehende Betreuung zu verstehen.

Wichtig in der Arbeit mit HIV-positiven Personen ist, die Einschränkung mit zu beachten, dass die HIV-Infektion nicht ‚wegtherapiert‘ werden kann. Dies ist, meiner Meinung nach, sowohl die besondere Herausforderung für die Therapeutin als auch für den Klienten, da der Wunsch, ‚dass alles wieder gut wird‘ in dieser Form nicht erfüllt werden kann und ‚nur‘ eine Annäherung in Form von gelungener Trauerarbeit und konstruktivem Umgang mit der Infektion stattfinden kann. (Leitner, 2012, S. 91)

Für die HIV-Therapie spielt auch die Lebensqualität eine besondere Rolle. Denn oftmals geht das Bewusstsein für das körperliche und seelische Wohlbefinden der Patient_innen im diagnostischen Laboralltag verloren. Sowohl bei Behandelnden als auch bei den Behandelten stehen oftmals die vermeintlich wichtigen Bezugsgrößen ›Viruslast und Helferzellen‹ zu Lasten des persönlichen Befindens im Vordergrund (Hoffmann, 2014, S. 151). Den Erfolg oder das Versagen der Therapie kann man nach virologischen (Absinken der Viruslast, im Idealfall bis unter die Nachweisgrenze), immunologischen (steigende bzw. stabile Werte der CD4-Zellen) und klinischen Kriterien (frei von Symptomen HIV-spezifischer Erkrankungen) bemessen. »Der klinische Therapieerfolg ist von vorher beschwerdefreien Patienten oft überhaupt nicht spürbar: was alles verhindert wurde, bleibt unbemerkt.« (Hoffmann, 2018c, S. 139)

Der Großteil aller Behandlungen findet in Deutschland in sogenannten Schwerpunktpraxen oder in den auf HIV spezialisierten Klinikambulanzen statt, es liegen jedoch keine verlässlichen Zahlen darüber vor, wie viele HIV-Patient_innen in herkömmlichen Arztpraxen oder gar nicht behandelt werden. Der Ausbau der ärztlichen Kompetenz in diesem Bereich wird als wichtiger Schritt zur Qualitätssicherung der Behandlung erachtet. So regelt eine 2009 getroffene ›Qualitätssicherungsvereinbarung HIV/AIDS‹ organisatorische und fachliche Voraussetzungen für die Erbringung und Abrechnung HIV-spezialisierter Versorgungsleistungen und legt dar, welche Untersuchungen zu einer optimalen Therapie gehören und welche Fortbildungen behandelnde Ärzt_innen absolvieren müssen (Bundesministerium für Gesundheit, 2011, S. 48).

Behandelnde HIV-Mediziner können von den Erfolgen der ART berichten. Sie erleben die Veränderungen ihrer Patient_innen, können bei ihnen gesundheitliche Stabilisierung beobachten und stellen fest, dass opportunistische Erkrankungen, wie z. B. Kaposi-Sarkome, selten geworden sind, das Stadium AIDS bei kontinuierlich behandelten Patient_innen nur noch selten auftritt und die AIDS-Sterberate deutlich zurückgegangen ist. Trotz den positiven Entwicklungen in Bezug auf die Therapierbarkeit der Infektion bleiben die Tatsachen bestehen, »dass eine lebenslange medikamentöse Behandlung erhebliche Probleme bereiten wird – sowohl was Therapietreue als auch mögliche Langzeittoxizitäten (bislang begrenzte Erfahrung über achtzehn Jahre) angeht« (Rockstroh, 2018, S. 2) und dass die Infektion unbehandelt auch weiterhin einen tödlichen Verlauf hat. »An AIDS erkranken heute fast nur Patienten, die zuvor antiretroviral nicht behandelt wurden – weil sie nichts von ihrer Infektion wussten oder wissen wollten.« (Hoffmann, 2014, S. 160)

2018 lag die Anzahl der ›Late Presenter‹, also die Zahl der Spätdiagnosen mit fortgeschrittenem Immundefekt, in Deutschland bei ca. 1.000 Menschen, obwohl die Verfügbarkeit von Testangeboten als flächendeckend bezeichnet wird (Noah, 2018). Die Zahl der noch nicht diagnostizierten HIV-Infektionen wird aktuell (2019) in Deutschland auf 10.600 geschätzt. Insofern wird einer frühzeitigen Diagnose viel Bedeutung beigemessen, da nur so ein schneller Zugang zu einer ART gewährleistet ist und neben der damit einhergehenden gesundheitlichen Stabilisierung der Patient_innen weitere Übertragungen vermieden werden können (Noah, 2018, S. 15). »Bei frühzeitiger Testung und entsprechender medizinischer Behandlung lässt sich die Zahl der AIDS-Toten reduzieren.« (Exner-Freisfeld, 2012, S. 3)

Um eine HIV-Infektion frühzeitig feststellen zu können, müssen sowohl der Zugang zu Beratungs- und Aufklärungsangeboten als auch zu den HIV-Testungen gewährleistet sein (Bundesministerium für Gesundheit 2011, S. 45). In Deutschland dürfen HIV-Tests nur mit (freiwilliger) Zustimmung, auf Wunsch auch anonym, erfolgen. »Dabei ist die Beratung vor und nach Testung sowie die ausdrückliche Einwilligung vorgeschrieben (informed consent).« (Voß, 2000, S. 685) Die Beratung soll neben den Informationen über das Testverfahren (Stufendiagnostik mit Test und Bestätigungstest) vor allem über das diagnostische Fenster, in dem sich je nach Testverfahren die Antikörper frühestens sechs, regulär aber erst zwölf Wochen nach einer Infektion nachweisen lassen, informieren und über mögliche Übertragungswege (auch für andere STI) aufklären. Der individuelle Wunsch der Patient_innen muss also berücksichtigt werden, es darf keinen Test- und Therapiezwang (Schäffer & Stöver, 2011) im Sinne einer Public-Health-Strategie geben, auch wenn solche Überlegungen seit Anbeginn der AIDS-Problematik immer wieder diskutiert werden (Cassdorf, 2018), wie es u. a.

vor dem Hintergrund der sich seit 2003 verdoppelten HIV-Diagnosen in der Gruppe der MSM in der Schweiz geschieht:

Noch heute reagieren auch Fachpersonen mit Unverständnis, wenn im Zusammenhang mit dem HIV-Test Freiwilligkeit, Vertraulichkeit und Informed Consent vorausgesetzt werden. Die Stimmen mehren sich wieder, die mehr Tests oder gar Routinetestung fordern. (Staub, 2007)

Fällt ein HIV-Test positiv aus, muss er gemäß den Bestimmungen des Infektionsschutzgesetzes binnen 14 Tagen an das RKI übermittelt werden. Diese Meldung erfolgt nicht-namentlich. Damit Mehrfachmeldungen vermieden werden können, wird mit einer fallbezogenen Verschlüsselung gearbeitet. Um die Reaktion der getesteten Person besser einzuschätzen und ggf. eine psychosoziale Betreuung sicherzustellen, sollte die HIV-Diagnose nicht telefonisch, sondern in einem persönlichen Gespräch erfolgen. Sowohl die psychosoziale Betreuung als auch die medizinische Behandlung sind somit wesentliche Aspekte nach der Befundmitteilung. Dies beinhaltet Hilfestellungen bei der Suche einer Schwerpunktpraxis, aber auch Verweise auf Angebote von örtlichen Aids-Hilfen oder Beratungsstellen (Noah, 2018).

Im Jahr 2009 hatten Expert_innen festgestellt, dass der Wunsch nach einem HIV- Test in den meisten Fällen von den Patient_innen kommt (Marcus, Rockstroh & Schmidt, 2010, S. 1201) und Ärzt_innen selbst bei HIV-assoziierten Erkrankungen zu selten einen HIV-Test vorschlagen (Bundesministerium für Gesundheit, 2011, S. 45). Die Aktualisierung der Mutterschaftsrichtlinien, die vorsehen, dass jeder Schwangeren bei der Erstuntersuchung ein HIV-Test angeboten wird, sind dementsprechend Verbesserungen der letzten Jahre, die zu einem

flächendeckenden Angebot gehören (Bundesministerium für Gesundheit, 2011, S. 45).

Die in einigen Gruppen der Bevölkerung, dazu gehören u. a. MSM und Drogenkonsumierende, erhöhte HIV-Prävalenz macht es erforderlich, dass HIV-Testangebote für diese Bevölkerungsgruppen in einer für sie spezifischen und lebensweltorientierten Weise gestaltet sind (Wurm, 2018).

Die epidemiologischen Daten und Erkenntnisse in Deutschland weisen darauf hin, dass i. v. Drogenkonsumenten, die in anderen Ländern teilweise einen schlechten Zugang zum medizinischen Versorgungssystem haben, in Deutschland gut erreicht werden und relativ häufig auf HIV getestet werden, so dass HIV-Infektionen in dieser Gruppe vergleichsweise früh diagnostiziert werden. (Marcus et al., 2010, S. 1201)

Gab es in der Anfangszeit nur serologische Testsysteme mit molekularen Verfahrensweisen, die neben einem hohen Laboraufwand auch zeit- und kostenintensiv waren, konnten durch die Entwicklung von Schnelltests verschiedene Zielgruppen wie MSM, intravenös Drogenkonsumierende sowie Sexarbeiter_innen in niederschweligen Vor-Ort-Angeboten leichter erreicht werden. »Bei den Klienten genießen Schnelltests durchgängig einen Vorzug vor Labortests. [...] Machbarkeitsstudien [...] zeigten, dass HIV-Schnelltestangebote auch im Rahmen der aufsuchenden Arbeit möglich sind.« (Wurm et al., 2018, S. 10) Durften HIV-Schnelltests in Deutschland bislang nur an Ärzt_innen, medizinische Laboratorien sowie bestimmte Einrichtungen, Behörden und Unternehmen abgegeben werden, können nach der vom Bundesrat verabschiedeten Änderung der Medizinprodukte-Abgabeverordnung seit September 2018 HIV-Selbsttests in Apotheken,

Drogerien oder im Internet von jedem bezogen werden (Bundesministerium für Gesundheit, 28.09.2018). Bei einem »Home-Sampling-Test« werden lediglich die Probenentnahmen zu Hause durchgeführt. Ein Heim-Schnelltest zeigt binnen zwei Stunden ein Ergebnis an, doch sind solche Schnelltests sehr empfindlich und reagieren öfters, auch wenn keine Infektion vorliegt; daher sind die Ergebnisse dieser Heimtests durch Laboruntersuchungen zu bestätigen. Kritisch wird diskutiert, inwiefern »beim Einsatz von HIV-Schnelltests mit sofortiger Ergebnismitteilung [...] eine psychosoziale Nachbetreuung und Weitervermittlung erfolgen kann.« (Wurm et al., 2018, S. 10)

Neben der Angst vor der HIV-Infektion an sich ist die Angst vor Diskriminierung ein bedeutender Grund zur Vermeidung eines HIV-Tests (Wurm, 2018; UNAIDS, 2010), zumal gerade im Gesundheitssystem immer noch viele HIV-Positive Ablehnung, Diskriminierung und Stigmatisierung erfahren. So zeigt die Zusammenfassung eines Literaturreviews negative Einstellungen gegenüber HIV-infizierten Menschen bei bis zu 20 % der Mitarbeitenden des Gesundheitswesens in Amerika (Foreman, 2003). Sowohl die Testung als auch eine regelmäßige medizinische Versorgung können dadurch beeinträchtigt werden.

Stigmatisierung und Ausgrenzung einerseits sowie Unterstützung und Hilfestellung andererseits sind sehr gegensätzliche gesellschaftliche Phänomene, die dennoch unglaublich nah beieinander liegen. Dies zeigt sich durch erlebte Stigmatisierung in Systemen, wie z. B. dem Gesundheitssystem, in denen Hilfeleistungen erwartet werden. Auf die von HIV-positiven Patient_innen berichteten Stigmatisierungen, auch in Form von Ablehnung einer Behandlung, geht das Kapitel 2.2.1 ausführlicher ein.

»Neben einer erfolgreichen HIV-Therapie ist deshalb der Abbau von Stigmatisierung und Diskriminierung ein entscheidender Faktor für ein normales

Leben von Frauen und Männern mit HIV.« (Haberl, 2018, S. 500) Für eine selbstverständliche Nutzung von HIV-Test-Angeboten sowie die Bewältigung der HIV-Infektion sind neben dem Abbau von Stigmatisierung und der medizinischen Versorgung auch dementsprechende Beratungs- und Unterstützungssysteme erforderlich.

1.2.4 Selbsthilfe und Unterstützungsangebote

Zu Beginn der HIV-Epidemie waren Symptome und Behandlungsmöglichkeiten sowohl für die Erkrankten als auch für die Behandelnden neu und unbekannt und so »waren es daher im Wesentlichen die HIV-Patienten, die ihren Ärzten HIV ›beibrachten‹, indem sie in ihren Netzwerken Erfahrungen austauschten, veröffentlichten und wissenschaftliche Veröffentlichungen sammelten, auswerteten und ihren Behandlern diese Informationen zur Verfügung stellten und – gerade in Deutschland – sie auch aus dem Englischen übersetzten.« (Vielhaber, 2011, S. 111)

Als 1983 die ersten AIDS-Erkrankungen in Deutschland auftraten, gründeten sich die ersten AIDS-Hilfen sowie der Dachverband dieser Organisationen, die Deutsche AIDS-Hilfe (DAH). »Die AIDS-Hilfe-Bewegung umfasst ein (weltweites) Netzwerk von Selbsthilfe- und Aktivistengruppen, Organisationen, Forschern und anderen, deren gemeinsames Bestreben es ist, die HIV-Krankheit und deren Folgen zu bekämpfen.« (Stürmer & Siem, 2009, S. 512) Ehrenamtliches Engagement war dringend erforderlich, um den massiven Beratungs- und Unterstützungsbedarf auffangen zu können, und wird als Ergänzung zu den professionellen Maßnahmen sozialstaatlicher Organisationen gesehen, um somit die Auswirkungen der Epidemie eindämmen zu können (Omoto & Snyder, 2002). Waren es in erster Linie homosexuelle Männer, ihre Freunde sowie ihre Angehörigen, die sich im Kampf gegen die Krankheit, aber auch gegen bestehende

Diskriminierung und Stigmatisierung, von Anbeginn in der AIDS-Selbsthilfe verbündeten und engagierten (Stürmer & Salewski, 2009), nahm auch die Zahl von heterosexuellen Unterstützer_innen über die Jahre hinweg hinzu. Da viele psychologische Überlegungen der Prämisse folgen, Engagement für soziale oder politische Ziele stehe immer im Zusammenhang mit dem persönlichen oder unmittelbaren Nutzen (Dovidio, Piliavin, Schroeder & Penner, 2006), stellte sich die Frage nach den Beweggründen für das Engagement Heterosexueller, wenn »die Hauptempfänger [...] Mitglieder einer (stigmatisierten) Fremdgruppe [sind].« (Stürmer & Siem, 2009, S. 513 [HK])

Welche Prozesse zum Engagement in der HIV/AIDS-Hilfe motivieren, wurde vor dem Hintergrund der Eigen- und Fremdgruppenbeziehungen untersucht (Simon, Stürmer & Steffens, 2000; Stürmer, Snyder, & Omoto, 2005): Bei homosexuellen Helfern liegt die Motivation in der Identifikation mit der Bezugsgruppe und im Wissenserwerb über HIV und AIDS, was durchaus als kollektive Bedrohung empfunden wurde. Heterosexuelle Helfer_innen empfinden humanitäre Hilfe stärker als individuelles Bedürfnis und zeigen in ihrem Engagement eine psychologische Distanzierung von der Eigengruppe (Stürmer & Siem, 2009). Die Untersuchung individueller Motive im ehrenamtlichen Engagement zeigte »persönliches Wachstum«, bestehend aus dem »Erwerb von Wissen« sowie dem »Erwerb von Fähigkeiten« als individuellen Anreiz, um sich für politische oder soziale Ziele zu engagieren (Clary, Snyder, Ridge, Copeland, Stukas, Haugen et al., 1998; Omoto & Snyder, 1995). Da der Kontakt und die Betreuung von Menschen mit HIV-Infektion, besonders wenn sie sich in einem schlechten Gesundheitszustand befinden, von den Helfenden oftmals als sehr belastend empfunden wird (Omoto & Snyder, 2002) und diese auch aufgrund ihres Engagements im AIDS-Hilfe-Kontext Opfer von Stigmatisierung werden können (Snyder, Omoto & Crain, 1999), sind Maßnahmen zur Aufrechterhaltung der bestehenden

Motivation, aber auch die Förderung von kollektivem Handeln und Gruppensolidarität wichtig (Stürmer & Siem, 2009). Die Auflösung der bestehenden Kategorien ›Wir‹ (Heterosexuellen) und ›Die‹ (Homosexuellen) und somit die Bildung einer gemeinsamen, sozialen Kategorie ›Wir Menschen‹ zeigte sich als vielversprechend, um das Engagement bezüglich der tatsächlichen Bedürfnisse der Fremdgruppe ›Menschen mit HIV‹ zu fördern (Stürmer & Siem, 2009).

Unterstützungsmaßnahmen sind seit Beginn der AIDS-Epidemie in drei Bereiche unterteilt: Die Primärprävention fokussierte den Schutz vor Neuinfektionen durch Aufklärung und Zugänglichmachen von Kondomen sowie sauberen Konsumutensilien. Die Sekundärprävention beinhaltet Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit von HIV-positiven Menschen. Im Bereich der Tertiärprävention wurden an AIDS erkrankte Menschen und ihre Angehörigen im Krankheits- und Sterbeprozess begleitet. Dieser Bereich ist durch die gute Therapierbarkeit der Infektion nur noch seltener Praxisgegenstand. Heute liegt der Fokus im Bereich der Primärprävention. Dazu gehören auch Aufklärungskampagnen und -aktionen wie zum Beispiel ›Youthwork NRW‹³, die mit sexualpädagogischer HIV-Prävention an Schulen Jugendliche und junge Erwachsene erreichen. Das Kapitel 1.2.5 geht auf den Aspekt Aufklärung ausführlicher ein.

Neben den Aufklärungskampagnen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) entwickelt die DAH ihr Präventionskonzept, das die drei genannten Präventionsbereiche mit Informationen und Öffentlichkeitsarbeit (Primär-), mit Erfahrungsaustausch, Beratung und Interessensvertretung (Sekundär-) und mit Versorgung, Pflege und Begleitung (Tertiärprävention) unter dem Aspekt

³ <https://www.youthwork-nrw.de/>

zuletzt abgerufen: 12.12.2019

der Verhältnisprävention umsetzen sollte. Ziel war eine selbstbestimmte Gesundheits- und Selbsthilfeförderung:

Indem sich Gesundheitsförderung an Werten orientiert und an Interessen bindet, schützt sie sich vor präventiver Engführung und relativiert damit ihren eigenen Geltungsanspruch. [...] Nicht jede Maßnahme ist gerechtfertigt, selbst wenn sie Leben rettet oder Gesundheit bewahrt, vielmehr geht es die Befähigung zu möglichst selbstbestimmter Risikoabwägung. (Etgeton, 2000)

Das als Arbeitsgrundlage der DAH entwickelte Konzept der strukturellen Prävention (Hauschild, 1998) wollte nicht nur durch Veränderungen auf Verhaltensebene eine Minimierung der Infektionszahlen erreichen, sondern auch unter Berücksichtigung der Lebensverhältnisse der jeweiligen Zielgruppen. Gemessen an der HIV-Prävalenz in Deutschland erwies sich dieses Konzept als durchaus erfolgreich, aber dennoch im gesundheitswissenschaftlichen Fachdiskurs als unbekannt (Gusy, 2010; Drewes, Gusy, Kraschl & Kleiber, 2010). Das Kapitel 1.2.5 wird die Unterscheidung zwischen Verhaltens- und Verhältnisprävention aufgreifen. Kontrovers wurde die Ausrichtung auf die drei Präventionsebenen (Primär-, Sekundär-, Tertiärprävention) diskutiert: Da sich bei Menschen mit HIV/AIDS die Krankheits- und symptomfreien Phasen abwechseln können und damit eine klare Zuordnung zu den spezifischen Angeboten von Sekundär- (Gesundheitsförderung bei Menschen mit HIV) oder Tertiärprävention (Begleitung im Krankheits- oder Sterbefall) nicht gegeben sei (Sweers, 2000), wurde diese Aufteilung in Frage gestellt. Ebenso würde dieses Konzept den Interessen der Infizierten nicht gerecht werden können, wenn die Selbsthilfeorganisation von Menschen mit

HIV und AIDS zeitgleich die Primärprävention (Infektionsverhinderung) verfolgt und sich somit an eine andere Zielgruppe richtet (Etgeton, 1998). Daher werden die Aidshilfen mit dieser Ausrichtung durchaus auch als ›atypische Selbsthilfeorganisation‹ bezeichnet (Rosenbrock, 2018). Als Gegenargument wurde angeführt, so nicht ausschließlich auf die Betroffenen fokussiert und damit weniger störanfällig zu sein (Hauschild, 1998). Ebenfalls wurde die Erweiterung dieser drei Ebenen um ein Element aus dem Bereich der Gesundheitsförderung diskutiert, fand in der Praxis aber keine Umsetzung: Die primordiale Prävention würde demnach an erster Stelle stehen und im Unterschied zur Primärprävention, die auf Menschen mit erkennbaren Risikofaktoren abzielt, mit der Intervention bei gesunden Menschen (ohne erkennbares Risiko) ansetzen (Hurrelmann & Laaser, 2006).

Durch die sinkende Zahl der HIV-bedingten Todesfälle steigt die Anzahl der mit HIV Lebenden in Deutschland. Ein damit einhergehender Bedarf an Unterstützungsangeboten für Menschen mit HIV (Sekundärprävention) und der daraus resultierende (politische und institutionelle) Handlungsbedarf sollte nicht hinter der Primärprävention zurückstehen.

Defizite in den bestehenden Versorgungs- und Unterstützungsstrukturen sind unter anderem auch auf die ungleichgewichtete Verteilung zwischen ländlichen Regionen und Ballungszentren zurückzuführen. In der vorhandenen Literatur findet sich keine Evaluation über den Beratungs- und Unterstützungsbedarf von Menschen mit HIV; so bleibt die Frage, wie viele aller HIV-Positiven von Selbsthilfeangeboten erreicht werden, unbeantwortet. Festzustellen ist eine geringe Nutzung von Selbsthilfeangeboten der örtlichen Aidshilfen, die sich in der geringen Anzahl von bestehenden Positiven-Gruppen darstellt. Im Forschungsteil wird die Schwierigkeit beschrieben, über lokale Aidshilfen Proband_innen aus

der benannten Zielgruppe für die Teilnahme an Befragungen und Interventionsmaßnahmen zu gewinnen.

Ob bestehende Angebote unbekannt sind oder als uninteressant betrachtet werden, bleibt unklar. Die Angst, erkannt zu werden, ist für HIV-Positive oftmals eine große Hemmschwelle, die Aidshilfe in der eigenen Stadt aufzusuchen.

Eine große und starke Community mit einer guten Vernetzung ist durchaus in der Lage, Veränderungen zu erreichen und zu einem gesellschaftlichen Umdenken in der HIV- und AIDS-Thematik beizutragen. Eine solche Vernetzung kann über den Ausbau einer, über die jeweils lokal ansässige HIV-Positiven-Community hinausgehende, landesweite Community für Menschen mit HIV und AIDS erfolgen, wie es ›POSITHIV HANDELN‹, eine in NRW landesweit agierende Selbstvertretung und politische Interessensvertretung für Menschen mit HIV und AIDS, zeigt.

Stark und selbstbewusst treten wir für ein selbstbestimmtes Leben mit HIV und Aids ein. Der offene Umgang mit Menschen mit HIV und ihren vielfältigen Lebensweisen muss selbstverständlich sein. Wir kämpfen für Aufklärung und den Abbau irrationaler Ängste, damit Menschen mit HIV eine vollwertige gesellschaftliche Teilhabe erhalten. Dies ermöglicht unter anderem eine uneingeschränkte medizinische Versorgung und eine freie Entfaltung in der Arbeitswelt. Des Weiteren fordern wir einen diskriminierungs- und

repressionsfreien Umgang von Staat und Gesellschaft mit HIV und Aids ein. (aus dem Leitbild von POSITHIV HANDELN)⁴

Ein weiteres Beispiel für eine gute Vernetzung und die Bildung einer großen Community ist die Selbsthilfekonferenz ›Positive Begegnungen‹, die als Europas größte Selbsthilfekonferenz zum Leben mit HIV und AIDS gilt und im Turnus von zwei Jahren durch die DAH in Kooperation mit Vertreter_innen aus den bundesweiten Selbsthilfe-Communities organisiert wird. 2020 findet diese Selbsthilfekonferenz zum 21. Mal statt. Unter dem Motto ›SELBSTVERSTÄNDLICH POSITIV‹ treffen sich mit HIV-lebende Menschen sowie die ihnen Nahestehenden und diejenigen, die sich beruflich oder ehrenamtlich mit HIV befassen.

Das Motto soll Mut machen, Mut für ein selbstverständliches und damit auch offeneres Leben mit der Infektion. Mehr offen positiv lebende Menschen sorgen für mehr Sichtbarkeit des Lebens mit HIV. Das hilft selbst- und gesellschaftliche Stigmatisierung abzubauen. Es schenkt Menschen mit HIV mehr Freiheit und zeigt Leben mit HIV als selbstverständlichen Teil in allen gesellschaftlichen Bereichen. (Homepage der DAH)⁵

⁴ https://www.positivhandeln.de/PositivHandeln/front_content.php?idcat=2256

zuletzt abgerufen: 12.12.2019

⁵ <https://www.aidshilfe.de/positive-begegnungen>

zuletzt abgerufen: 12.12.2019

Dieses Kapitel verfolgt nicht die Absicht, einen zusammenfassenden Überblick über die bestehende Angebots- und Unterstützungsstruktur für HIV-positive Menschen zu geben. Um die Vielzahl der bestehenden Angebote im Ansatz darstellen zu können, wurde mit einer Google-Suche die Wortkombination ›HIV Beratung Deutschland‹ aufgerufen und ergab 2.310.000 Ergebnisse. Die Suchbegriffe ›Unterstützungsangebote HIV‹ erbrachten 25.200 Ergebnisse. Somit wird die Vielzahl von bestehenden Angeboten vorstellbar, die durch lokale Aidshilfen, aber auch von anderen sozialen Einrichtungen wie Caritas, Deutsches Rotes Kreuz, Diakonie etc. geboten werden.

Es scheint notwendig, bei der Suche nach Hilfsangeboten für kranke Menschen den Blick nicht ausschließlich auf die medizinisch-wissenschaftliche Forschung zu fokussieren, sondern die komplexen Lebenswirklichkeiten der Betroffenen in ihren jeweiligen sozialen und politischen Umfeldern in den Blick zu nehmen, die eben auch von anderen Werten und Normen bestimmt sind, als gesundheitsbezogenen. (Badura-Lotter, 2013, S. 146)

Um verschiedene (interdisziplinäre) Angebote zu vernetzen, zu bündeln sowie besser sichtbar und erreichbar zu machen, entstand in Bochum eine neue Form der Kooperation: Mit dem Ziel, medizinische Behandlung, Beratung, Information, Prävention und Angebote der Selbsthilfe unter einen Hut, besser gesagt unter ein Dach zu bringen, schlossen sich sechs Bochumer Institutionen aus dem Themenfeld sexuelle Gesundheit, sexuell übertragbare Infektionen (STI) und

Medizin zusammen⁶. Diese sind die HIV-Schwerpunkt-Ambulanz der dermatologischen Klinik der Ruhr-Universität Bochum, die Aidshilfe Bochum e. V., das Gesundheitsamt Bochum sowie die Bochumer Beratungsstellen pro familia e. V., Madonna e. V. und Rosa Strippe e. V.. Die enge Zusammenarbeit soll den fachlichen Austausch verbessern, aber vor allem Patient_innen und Ratsuchenden verschiedener Zielgruppen, wie u. a. Sexarbeiter_innen, Schwule, Migrant_innen und Drogenkonsumierende, kurze Wege von Institution zu Institution ermöglichen. Im März 2016 wurde das WALK IN RUHR (WIR) als neues Zentrum für sexuelle Gesundheit und Medizin in Bochum eröffnet und bietet für verschiedene Zielgruppen und Probleme qualifizierte Ansprechpartner_innen und darüber hinaus ein interdisziplinäres medizinisches Behandlungssystem. Unterstützt wird das WIR u. a. durch das Bundesministerium für Gesundheit, das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen, die Stadt Bochum, die Deutsche AIDS-Stiftung, das Katholische Klinikum Bochum gGmbH und das Bistum Essen. In der klinischen Behandlung ist der menschnahe Umgang besonders durch Akzeptanz und Toleranz geprägt und ermöglicht eine therapeutische Behandlung nach neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen. Dabei hilft die jahrzehntelange Erfahrung im Schwerpunktbereich HIV/AIDS und anderen STI. Die Immunologische Ambulanz wurde in Kooperation der Aidshilfe Bochum mit dem wöchentlich stattfindenden Patient_innen-Frühstück zu einem lebendigen Treffpunkt, was nun im WIR fortgeführt wird. Gerade diejenigen, die über die medizinische Behandlung hinaus weitere Unterstützung oder Beratung suchen, gleich ob zu sozialen oder psychosozialen Themen, erfahren hier schnelle Hilfe und auch einen direkten Kontakt zu Selbsthilfeangeboten. Die Möglichkeit einer gemeinsamen Betreuung durch mehrere Institutionen soll dabei helfen, noch

⁶ <https://www.wir-ruhr.de/>

zuletzt abgerufen: 14.12.2019

genauer auf Patient_innen und Ratsuchende einzugehen. So kann z. B. beim Gesundheitsamt ein anonymer HIV-Test gemacht werden. Wird eine Infektion festgestellt, können ohne Zeitverluste innerhalb des WIR sofort medizinische Behandlung und psychosoziale Beratung eingeleitet werden, ohne dass Patient_innen das Haus verlassen und sich selbst die benötigte Unterstützung suchen müssen. Alle können sich sicher sein, dass ihnen vorurteils- und diskriminierungsfrei begegnet und dabei auch die Anonymität gewahrt wird. Ist der Behandlungs- und Beratungsbedarf noch unklar, stehen ›Health Adviser‹ zu einem Erstgespräch zur Verfügung, um in einem vertrauten Rahmen Informationen zu den Institutionen und Angeboten im WIR erklären und den Handlungsbedarf klären zu können. Als Treffpunkt und Veranstaltungsort steht das Café enJoy zur Verfügung. Hier finden das Patient_innen-Frühstück, Treffen verschiedener Selbsthilfe- und Interessensgruppen sowie Präventionsveranstaltungen, aber auch Vorträge und Unterhaltungsangebote wie Filmvorführungen statt. Über diese Aktivitäten für die Nutzer_innen des WIR hinaus werden auch Fachvorträge und Fachtagungen zum Austausch und zur Wissensvermittlung für Fachpersonal und Expert_innen veranstaltet.

Sowohl unterstützende als auch ablehnende Aspekte (Diskriminierung und Stigmatisierung) beeinflussen auf ihre spezifische Art und Weise den individuellen und selbstbewussten Umgang mit der HIV-Infektion. Erlebte Situationen tragen deutlich zur Prägung bestimmter Empfindungs- und Verhaltensweisen bei. Selbststigmatisierung und Rückzug in die Isolation, aber auch Engagement für die Bezugsgruppe sind Verhaltensweisen, die zu beobachten und auf unterschiedliche Reaktionsweisen des gesellschaftlichen Umfeldes zurückzuführen sind. Die Vorstudien im Forschungsteil (Kapitel 4) greifen diese Aspekte auf und setzen sie mit den alltäglichen Beeinträchtigungen sowie Herausforderungen im Leben HIV-

positiver Menschen, aber auch mit der Integration der Infektion in das Selbstkonzept in Bezug.

Gleichzeitig wird die Arbeit an Resilienzen und Copingstrategien betont, da diese den Support, genau genommen die Selbst-Stütze, fördern, sodass der Klient befähigt wird, auf ‚möglichst gesunde Art und Weise‘ mit der HIV-Infektion und den damit verbundenen Schwierigkeiten umzugehen. (Leitner, 2012, S. 89)

Vor dem Hintergrund dieser Arbeit spiegelt sich der Unterstützungsbedarf HIV-positiver Menschen wider. Dieser umfasst Maßnahmen zur Gesundheitsförderung, therapeutische Unterstützung zur Bewältigung von depressiven Verstimmungen, Aufrechterhaltung der Berufsfähigkeit, Wiedereinstieg ins Berufsleben, Therapietreue, Umgang mit Diskriminierung und Stigmatisierung, Maßnahmen zur Förderung von selbstbewusstem Umgang mit der Infektion, Selbstkompetenz und Selbstwirksamkeit sowie die Förderung der Lebensqualität. Gleichzeitig ist eine Förderung von persönlichen und sozialen Ressourcen für diese Menschen unverzichtbar. Die Erreichung von Selbstachtsamkeit und Resilienz sowie der Umgang mit Ängsten, aber auch eine informierte Selbstbestimmtheit sind Ziele, die im Sinne der Sekundärprävention verfolgt werden müssen.

1.2.5 Aufklärung: Schutz vor Infektion und Abbau von Diskriminierung

Im Einklang mit den Empfehlungen der Vereinten Nationen, der Weltgesundheitsorganisation und der Europäischen Union setzte die Bundesregierung von Anfang an auf Aufklärung als wichtigste gesundheitspolitische Aufgabe bei der Bekämpfung von AIDS. (Voß, 2000, S. 684)

In erster Linie zielten die Präventionsmaßnahmen durch Wissensvermittlung auf Veränderungen des persönlichen Verhaltens und der individuellen Einstellungen ab, um somit Infektionsrisiken zu minimieren oder im besten Fall auszuschließen (Gusy, 2010).

Doch wurden diese Möglichkeiten der Verhaltenssteuerung, insbesondere unter dem Aspekt der Nachhaltigkeit (nicht nur in Deutschland), als unzureichend kritisiert und es entstand die Forderung nach einer Überarbeitung dieser verhaltensbezogenen Strategien (Coates, Richter & Caceres, 2008). Eine Verbesserung der langfristigen Präventionserfolge ließe sich nur unter Einbeziehung struktureller Aspekte verbessern (Gupta, Parkhurst, Ogden, Aggleton & Mahal, 2008). Dazu müssten durch Gesetzesinitiativen sowie gemeinsame Programme von Bund und Ländern Veränderungen auf gesetzlicher, ökonomischer und organisatorischer Ebene herbeigeführt werden (Gusy, 2010), die dazu beitragen, Kontexte, in denen Infektionsrisiken verankert sind (Marcus, 2010), zu verändern. Darunter sind u. a. politische, soziale und wirtschaftliche Faktoren zu verstehen, in denen Ursachen des Gesundheitsproblems liegen (Blankenship, Bray & Merson, 2000). Bereits 1998 hatte die DAH ihr Präventionskonzept als strukturelle Verhältnisprävention bezeichnet. Dieser Begriff hat »die interne Diskussion stimuliert, in die

gesundheitliche Fachdiskussion aber kaum Eingang gefunden.« (Gusy, 2010, S. 185) Oft wird nur von einer Verhaltens- oder einer Verhältnisprävention gesprochen, wodurch der Eindruck von zwei unterschiedlichen und gegensätzlichen Vorgehensweisen entsteht, doch gibt es auch Vermischungen, in denen sowohl lebensstilbezogene Aspekte als auch Kontext- und Entstehungsbedingungen zusammengeführt werden. Sogenannte verhaltensbezogene Programme mit explizitem Kontextbezug (Gusy, 2010) sprechen spezifische Risikogruppen mit ihren unterschiedlichen Verhaltensweisen zielgerichtet und nicht allgemein an.

Spricht man besonders gefährdete Gruppen oder bestimmte Verhaltensweisen nur mit allgemeinen statt mit zielgruppenspezifischen [...] Präventionsbotschaften an, werden diese Botschaften nicht wahrgenommen, [...]. Wird also hauptsächlich oder ausschließlich über Risiken für die heterosexuelle Bevölkerung kommuniziert, fühlen sich Menschen mit gleichgeschlechtlichen Sexualkontakten nicht angesprochen [...]. Wird dagegen nur über besonders riskierte Gruppen kommuniziert [...], fühlt sich die heterosexuelle, nicht Drogenkonsumierende Bevölkerung nicht betroffen. (Marcus, 2010, S. 173).

Für verschiedene Zielgruppen sind unter Beachtung des jeweiligen Lebenswelt- und Kontextbezugs diverse Präventionsmaßnahmen entstanden, einige werden hier beispielhaft benannt: interkulturelle und partizipative Prävention mit Migrant_innen (von Unger, 2010), Prävention für und mit Sexarbeiter_innen (Greding & Pfister, 2010; Klein, 2010), Prävention mit Sextouristen (Schauer, 2010). »[Die] Lebensstilakzeptanz ist für Klienten aus allen sozialen Milieus von

Bedeutung, wie Befragungen bei IVD, MSM, Jugendlichen, Menschen aus ethnischen Minderheiten oder Sexarbeitern zeigen konnten.« (Wurm, 2018, S. 9 [HK]) In der ›HIV-Prävention und Gesundheitsförderung für Migrantinnen und Migranten aus Sub-Sahara-Staaten‹ des Bremer Gesundheitsamtes wurden durch afrikanische Multiplikator_innen in den afrikanischen Gemeinden, bei Fußballturnieren, in Discotheken, Friseurgeschäften und Call-Shops Informationen über HIV und AIDS weiter vermittelt. Die von den Universitäten Bremen, Berlin und Oldenburg durchgeführte Evaluation dieser Maßnahme verdeutlichte die Angst von Afrikaner_innen, dass Afrika und AIDS generell in Zusammenhang gebracht werden und somit die Gefahr empfundener Stigmatisierung bei der Durchführung von HIV-Prävention in dieser Zielgruppe besteht. Dadurch wird deutlich, wie wichtig kultursensibles Vorgehen bei der zielgruppenspezifischen Prävention ist (Cben, 2013, S. 6).

Vor dem Hintergrund dieser Arbeit zeigt sich der gesellschaftliche Umgang mit HIV-positiven Menschen als zentraler Ausgangspunkt für den selbstbewussten Umgang mit der Infektion. Daher wird im Folgenden thematisiert, inwieweit Aufklärungsmaßnahmen in Deutschland zum Abbau von Berührungsängsten und Stigmatisierung beitragen können.

Ab 1987 wurde durch die Bundesregierung eine umfassende Präventions- und Aufklärungsstrategie entwickelt (Pott, 2000), es begannen die ersten Kampagnen der BZgA, die Informationen über Ansteckungswege, Gefahren von HIV/AIDS und möglichen Schutzverhaltensweisen vermittelten und den Gebrauch von Kondomen als selbstverständlich darstellten.

Seit dem selben Jahr untersuchte die BZgA mit der jährlich durchgeführten Studie »Aids im öffentlichen Bewusstsein«, ob die jeweiligen Aufklärungsmaßnahmen der Kampagne »Gib Aids keine Chance«, die im Mai 2016 zur Kampagne

»Liebesleben« wurde, die Bevölkerung (ab 16 Jahren) erreichen und somit das für die HIV-Prävention nötige Wissensniveau erhalten bleibt. Neben der Aufklärung über ›Safer Sex‹- und ›Safer Use‹-Strategien sowie der Informationsvermittlung über HIV-Test-Angebote war die Frage, »ob gegenüber Menschen mit HIV und AIDS ein akzeptierendes soziales Klima in der Bevölkerung herrscht oder ob Ausgrenzungstendenzen erkennbar sind« (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2015, S. 5), bis 2015 ein bedeutsamer Aspekt dieser Befragung. Ab 2016 fokussiert die Kampagne Liebesleben »die Botschaften ›Benutz' Kondome‹ und ›Wenn was nicht stimmt, geh zum Arzt‹«. (von Rüden, 2017, S. 4) Auch wenn das Ziel der Kampagne »die Erzeugung eines gesellschaftlichen Klimas gegen Ausgrenzung und Stigmatisierung von Menschen mit HIV« (von Rüden, 2017, S. 6) ist, wird in der Auswertung durch die Befragung ›Aids im öffentlichen Bewusstsein‹ auf diesen Aspekt nicht mehr eingegangen.

Die Auswertung der Ergebnisse zeigt: Der Großteil der Bevölkerung fühlt sich über Schutz- und Testmöglichkeiten relativ gut aufgeklärt und nimmt HIV nicht mehr als eine der gefährlichsten Krankheiten war. Dies wird mit der verbesserten Behandelbarkeit, aber auch dem nachlassenden Interesse der Medien an diesem Thema begründet. Dennoch wird dem Thema HIV mehr Interesse als anderen sexuell übertragbaren Infektionen zugesprochen. (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2015, S. 6) HIV behält demnach immer noch eine Sonderposition als ›unbehandelt tödliche Krankheit‹ bei, wobei sich dieses Argument auch auf andere sexuell übertragbare Erreger übertragen lässt: So heißt es beim Herpes-Simplex-Virus (HSV), dass eine Schwächung des Immunsystems zu HSV-assoziierten, lebensbedrohlichen Krankheitsbildern führen kann (Gross, 2004). Bei einer unbehandelten Syphilis können schwerste und auch tödliche Komplikationen auftreten (Gross, Flaig, & Rode, 2013) und auch das humane Papillomavirus (HPV) kann Ursache für Gebärmutterhalskrebs (Günster, Klose

& Schmacke, 2011) und Mund-Rachen-Karzinome (Bischof, 2019) sein, die oftmals einen tödlichen Verlauf haben. Somit ist der unbehandelt tödliche Verlauf kein Alleinstellungsmerkmal der HIV- Infektion, dennoch werden diese sexuell übertragbaren Infektionen nicht als so ›besorgniserregend‹ betrachtet.

Im Hinblick auf die Akzeptanz von Menschen mit HIV stimmen die Ergebnisse sehr zuversichtlich. Waren 1985 knapp mehr als die Hälfte der Befragten dafür, HIV-Infizierte zu separieren und nur den Kontakt zu medizinischem Personal sowie den Familienangehörigen zu erlauben, so stieg die Zahl derjenigen, die eine solche Isolierung ablehnten, sehr deutlich. 1993 waren es 93 %, die eine Isolierung ablehnten. Damit war ein bereits sehr hohes Maß erreicht, jedoch stieg diese Zahl in den folgenden zehn Jahren bis 2014 nur noch um 2 % auf insgesamt 95 %, und im Jahr 2014 würden 3 % ihren Freunden sogar raten, sich von Menschen mit HIV zurückzuziehen, wobei 70 % aktiv bei der Betreuung von AIDS-Kranken helfen würden (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2015, S. 12). Diesen Zahlen entsprechend scheint ein relativ offener Umgang mit HIV-Positiven zu bestehen. Jedoch beziehen sich die gestellten Fragen auf sehr allgemeine Situationen.

Die 2017 von der BZgA durchgeführte und veröffentlichte repräsentative Bevölkerungsbefragung anlässlich des Welt-Aids-Tages 2017 dokumentiert ebenfalls einen offenen Umgang in allgemeinen Bereichen, der sich jedoch sehr stark reduziert, je persönlicher dieser Umgang wird. So sind sich 83 % ganz sicher, ohne Bedenken am Arbeitsplatz mit einem HIV-Positiven zusammen arbeiten zu können, ihm die Hand geben zu können (78 %), einen HIV-positiven Menschen umarmen zu können (67 %), dieselbe Toilette benutzen zu können (43 %), dasselbe Geschirr benutzen zu können (39 %), einen HIV-positiven Menschen, den man sympathisch findet, küssen zu können (17 %), und mit einem HIV-

positiven Menschen Sex mit Kondom haben zu können (2 %) (von Rüden & Kostrzewski, 2017, S. 14).

Es wird in der Literatur diskutiert, wann der richtige Zeitpunkt für die HIV/Aidsaufklärung bzw. diesbezügliche Präventionsmaßnahmen ist. Diese sollten vor den ersten sexuellen Erfahrungen und möglichst vor dem 13. Lebensjahr beginnen (Buga, Amoko & Ncayiyana, 1996; Hartl, Ahonen, Eidher & Kunze, 2004). In den meisten Schulen in der BRD ist dies im Lehrplan der 7. Klasse fest integriert und findet überwiegend im Biologieunterricht statt. Aufklärungsveranstaltungen durch örtliche Beratungsstellen und Aids-Hilfen sind einem Großteil der Befragten unbekannt. (Sachsenweger, Kundt, Hauk, Lafrenz & Stoll, 2011)

Für junge Menschen ist die Aufklärung in der Schule eine wichtige Quelle für Informationen über HIV und STI. Gegenwärtig geben 94% der 16- bis 20-jährigen Jugendlichen an, das Thema HIV sei bei ihnen im Unterricht behandelt worden. Auch in der Gruppe der heute 16- bis 34- Jährigen haben inzwischen 89% während ihrer Schulzeit HIV-Aufklärung erhalten. Dies macht deutlich, dass fast alle jungen Menschen in Deutschland bereits in der Schule über HIV informiert werden und die Möglichkeit erhalten, sich ein Basiswissen zum Schutz vor HIV anzueignen. (von Rüden, 2017)

Da sich die Befragung ›Aids im öffentlichen Bewusstsein‹ der BZgA an die Bevölkerung über 16 Jahren richtet, wurden in einer Befragung im Jahr 2005 insgesamt 753 Schüler_innen der Klassen 7–9 im Alter von 11–18 Jahren aus verschiedenen Städten in Mecklenburg-Vorpommern befragt. Die ausgewählten Schulformen waren Real- und Gesamtschulen sowie Gymnasien. Im Ergebnis

zeigten sich deutliche Wissenslücken in den Bereichen ›Übertragungswege‹ und ›Nichtrisikobereiche‹. Bei der Frage, wie HIV/AIDS übertragen wird, fielen insbesondere die Ergebnisse zu den Antwortmöglichkeiten ›Küssen‹ und ›Anhusten‹ auf. Hier zeigten sich signifikante Unterschiede in der Häufigkeit der richtigen Antworten in Bezug zur Schulform und zum Interesse an dem Thema generell. 31 % der befragten Schüler_innen gaben an, an dieser Thematik kein Interesse zu haben. Bei Mädchen bestand sowohl höheres Interesse als auch ein höheres Wissen als bei den Jungen, ebenso waren Schüler_innen an den Gymnasien besser informiert als an Gesamt- und Realschulen (Sachsenweger et al., 2011). Dieses Ergebnis wird auch durch eine Befragung von Schüler_innen in Berlin sowie Student_innen und Besucher_innen einer Szenekneipe in München bestätigt; demnach bestehen mit höherem Schulabschluss auch ein größeres Wissen und ein deutlich höheres Interesse an der HIV- und Präventions-Thematik, was bei Teilnehmenden mit und ohne Abitur deutlich sichtbar wurde. (Kröger, Rath, Gil & Mici, 2006)

Wie die Befragung der BZgA aus dem Jahr 2017 zeigte, würden nur 17 % der Befragten einen HIV-positiven Menschen küssen und nur 2 % geschützten Sexualverkehr mit ihm haben. Unwissenheit führt zu Berührungs- und irrationalen Ansteckungsängsten. Werden ›Küssen‹ und ›Anhusten‹ aufgrund von Desinteresse und Unwissenheit als mögliche Übertragungswege gesehen, entsteht durch diese Unwissenheit Ablehnung gegenüber Menschen mit HIV. Die bestehenden Aufklärungs- und Präventionskampagnen tragen, diesen Zahlen entsprechend, nicht ausreichend zu einer Entstigmatisierung der thematisierten Zielgruppe bei.

Der Verband der Privaten Krankenversicherungen fordert eine bessere Aufklärung und mehr Toleranz gegenüber den mit HIV Lebenden. Eine intern

beauftragte Studie verdeutlicht, dass nur ein Viertel aller Befragten sich trauen würde, mit Arbeitskolleg_innen über die eigene Infektion zu sprechen (PKV, 2014). Der Verbandsdirektor Dr. Volker Leienbach erörterte, dass durch die Förderung der Kampagne ›Liebesleben‹ der BZgA, eine Ansprache der breiten Öffentlichkeit möglich wird, was zuvor mit Bundesmitteln nicht mehr möglich war:

Wir tun dies zunächst, weil jede HIV-Infektion großes menschliches Leid unter den Betroffenen wie ihren Angehörigen verursacht. Doch es gibt noch ein zweites Motiv, das ebenfalls eine ethische Dimension hat: Die Kosten für die Behandlung sind mit rund 20.000 Euro im Jahr überaus hoch. Das ist Geld, das dann an anderer Stelle nicht für die Behandlung anderer Krankheiten zur Verfügung steht. Deshalb ist es am besten, wenn es gar nicht erst zu einer Infektion kommt. (Leienbach, o.J.)

Eine gleichbleibend hohe Aufmerksamkeit für das Thema HIV/AIDS ist für ein konsequentes Schutzverhalten in Risikosituationen, aber auch für die gesellschaftliche Akzeptanz von Menschen mit HIV erforderlich. Dementsprechend müssen Informationen und Aufklärung flächendeckend verbreitet und auf die jeweiligen Zielgruppen und ihre Lebenswirklichkeit zugeschnitten sein. Dabei sollte die angestrebte Wissensvermittlung neben den Themen ›Minimierung individueller Risikosituationen‹ und ›Schutz vor einer HIV-Infektion‹ auch über den Umgang mit HIV-Positiven informieren. Insbesondere haben die Informationen über neue Präventionsmöglichkeiten, wie Schutz durch Therapie und PrEP, die eine Ergänzung und Alternative zum Kondom sind, eine enorme entstigmatisierende Wirkung. Die von einer HIV-Infektion besonders gefährdeten Gruppen

müssen durch auf sie zugeschnittene Präventionsbotschaften erreicht werden, um dem Trend, sich vor dem Hintergrund guter Therapie- und Behandlungsmöglichkeiten und der damit sinkenden Angst vor HIV weniger konsequent zu schützen, entgegenzuwirken. Die kontinuierliche Aufklärung und Prävention stehen im Mittelpunkt der deutschen HIV/AIDS-Strategie. (Bundesministerium für Gesundheit, 2011, S. 4)

1.2.6 Umgang der Medien mit dem Thema HIV

Im ›Bericht zum Aktionsplan zur Umsetzung der HIV/AIDS-Bekämpfungsstrategie der Bundesregierung‹ wurde als ›AIDS-Paradox‹ festgestellt, dass die Bilder von HIV-Infizierten mit deutlichen Zeichen der Erkrankung und die an AIDS Sterbenden aus den Medien und auch aus der öffentlichen Wahrnehmung verschwunden sind und gleichzeitig die Zahl der mit HIV-Infektion (verhältnismäßig unauffällig) Lebenden in Deutschland steigt (Bundesministerium für Gesundheit, 2011). Das Gefahrenpotential der AIDS-Epidemie hat sich verändert. Aufklärungs- und Präventionskampagnen haben in den ersten Jahren zu einer sinkenden Zahl der Neuinfektionen geführt. Durch die gute Behandelbarkeit der HIV-Infektion verschwinden das Krankheitsbild AIDS sowie das damit verbundene Leiden aus der Gesellschaft, die Häufigkeit von diesbezüglichen Berichterstattungen in den Medien nimmt ab.

Eine Untersuchung über die Darstellung von HIV und AIDS in den Medien Großbritanniens stellt die Häufigkeit der themenbezogenen Berichterstattungen in der Presse als irreführend und inkomplett im Bezug zur Realität dar: So zeigten ›Times‹ und ›Guardian‹ ab 1987 einen stetigen Rückgang der veröffentlichten Artikel, obwohl die Infektionszahlen nach einem Tiefstand im Jahr 1988 wieder stetig gestiegen waren. Der Grund für den Rückgang der Berichterstattungen wurde

im Zusammenhang mit dem Interesse der Medien vermutet, nur über neue und bedeutende Themen berichten zu wollen:

Die Frage nach einer Kongruenz zwischen Anzahl der veröffentlichten Artikel in Times und Guardian und der Infektionsrate kann mit einem Nein beantwortet werden. Bis auf die frühen Jahre (bis 1988) und die Jahre 1999 und 2000 zeigt sich keinerlei Übereinstimmung in der Tendenz bezüglich der Anzahl der veröffentlichten Artikel und der Zahl der an HIV-Infizierten in Großbritannien. (Lehmann, 2003)

Mit dem beschriebenen Rückgang von Berichterstattungen zu HIV und AIDS in den Medien geht auch eine geringe Sichtbarkeit von Themen um neue Präventionserkenntnisse (Schutz durch Therapie oder PrEP) oder die verbesserte Lebenssituation von HIV-Positiven einher. Das Wissen um die Behandelbarkeit, die Nichtinfektiosität sowie die Etablierung von HIV als chronische und nicht mehr unabwendbar tödliche Krankheit sollen zu einem sozialen Miteinander beitragen und Ausgrenzung von Menschen mit HIV-Infektion verringern. In der BZgA-Befragung zum Welt-AIDS-Tag 2017 wussten etwa nur 10 % der Befragten, dass HIV-positive Menschen unter erfolgreicher Therapie nicht infektiös sind und das Virus nicht weitergeben können (von Räden & Kostrzewski, 2017). Damit Diskriminierung, Stigmatisierung und Ausgrenzung abgebaut werden, müssen diese Informationen und diese Erkenntnisse über die jeweiligen Risikogruppen hinaus kommuniziert werden:

Dieses Wissen muss, um es für den Zweck einer gesellschaftlichen Entstigmatisierung nutzbar zu machen, durch

massenmediale Berichterstattung, im Rahmen von Anti-Stigma-Kampagnen und nicht zuletzt im Rahmen der HIV-Prävention in die Bevölkerung transportiert werden. (Drewes, 2013, S. 160)

Die Massenmedien spielen eine wichtige Rolle, um die Aufmerksamkeit der Gesellschaft im Hinblick auf die Krankheit HIV/AIDS zu erregen. Sie nehmen die Rolle von Multiplikatoren ein, da sich ohne gesonderten Grund eine Einzelperson nicht mit HIV/AIDS befassen würde und nur durch eine vermehrte Berichterstattung auch der Einzelne von diesem Thema erreicht wird. Das Verständnis und damit verbundene Meinungs- und Einstellungsänderungen, aber auch der gesellschaftliche Umgang zum jeweiligen Inhalt werden durch mediale Darstellungen und Wissensvermittlung beeinflusst (Lemke & Merz, 2018).

Darüber hinaus nehmen die Berichterstattungen im Fernsehen und in den Zeitungen einen bedeutenden Einfluss auf die Öffentlichkeit und ihre Reaktionen gegenüber Menschen, die mit HIV infiziert oder an AIDS erkrankt sind. Dabei sind die Inhalte der Berichterstattungen in den jeweiligen Medien durch den Einfluss von Verkaufszahlen, Politik, Presse- und Meinungsfreiheit der Journalisten sowie knappe Budgets und enge Fristen bis zum Redaktionsschluss geprägt (Lehmann, 2003).

Thematisierung in Funk und Fernsehen, aber auch den Printmedien haben in erster Linie den ›Nachrichtencharakter‹, mit dem Fokus auf Skandale oder berichtenswerte Erfolge aus Medizin und Forschung (Lemke & Merz, 2018). Waren in den Anfängen der AIDS-Epidemie die klassischen Massenmedien, wie Radio und Fernsehen sowie Zeitschriften und Zeitungen (Pürer, 2008), an den Berichterstattungen beteiligt, finden diese heutzutage zunehmend ihren Platz im Internet

und in den Online-Medien. »Die Rolle von digitalen Medien und ihre Nutzung haben sich in den letzten Jahren stark verändert und bekommen fortwährend mehr Bedeutung.« (Kirchwehm, 2014, S. 5) Über zehn Stunden beträgt die tägliche Nutzungszeit der Medien in Deutschland, Massenmedien bestimmen den Alltag in allen sozialen Milieus, Altersklassen und Bildungsschichten, auch wenn der inhaltliche Fokus verschieden ist (Klenk, 2010). Mit Digitalisierung und Virtualisierung zu Beginn des 21. Jahrhunderts verlagern sich Kommunikation, Unterhaltung und Bildung ebenfalls in die digitalen Sphären. Je mehr Inhalte aber digitalisiert abrufbar sind, desto schwieriger wird die Bereitstellung von Informationen im richtigen Kontext (Lobo, 2012); freie Meinungsäußerung von Nutzer_innen lässt sich von professionellem Journalismus nicht immer trennscharf unterscheiden.

Hat der Großteil aller Schüler_innen HIV-Aufklärung im Schulunterricht erlebt (von Rüden, 2017), findet die Informationsbeschaffung darüber hinaus durch den digitalen Medienkonsum statt und trägt so zum gesellschaftlichen Denken und Handeln über HIV bei. Digitalisierung und Mediatisierung bringen einen Wandel mit sich, der abseits von Schulen und Bildungseinrichtungen stattfindet und sich vielmehr in der Freizeit vollzieht (Schelhowe, 2006): »Wissensvermittlung trennt sich von tradierten Bildungsinstitutionen [...] und verlagert sich in bildungsferne Systeme, zu denen nicht zuletzt auch die ›Medien‹ als Programmanbieter zählen.« (Weber, 2011, S. 33)

Die Aufgabe der Medien besteht hauptsächlich darin, die Öffentlichkeit über bedeutende Vorgänge in Gesellschaft, Politik, Wirtschaft und Kultur auf vielfältige Art und Weise, jedoch unabhängig von staatlichen Einflüssen zu informieren (Pürer, 2008). Welche Macht die Medien haben, wird unter anderem durch ihre Thematisierung als ›vierte Gewalt‹ (Glaab, 2018; Baier, 2016) deutlich. Aus

Sicht der Gesundheitswissenschaften sind die Medien ein wichtiger Bestandteil der ›Gesundheitskommunikation‹, die darum bemüht ist,

die Botschaft der Gesundheit [...] durch den Einsatz möglichst vieler zielführender Strategien [...] unter Verwendung einer Mischung geeigneter Medien (Buch Presse, Funk, Fernsehen, Internet) zu verbreiten, um dadurch die Einstellungen und Verhaltensweise der Menschen in einer Weise zu beeinflussen, die diese zu einer möglichst selbst bestimmten, auf die Vermeidung von Krankheitsrisiken und die Stärkung von Gesundheitsressourcen ausgerichteten Lebensführung befähigt [...]. (Schnabel, 2009)

Vor dem Hintergrund dieser Definition lassen sich bestehende Aufklärungs- und Präventionskampagnen beschreiben: So verfolgt zum Beispiel die Kampagne ›Liebesleben‹ der BZgA die Ziele, die weitere Verbreitung von HIV und anderen STI zu verhindern und ein gesellschaftliches Klima gegen Stigmatisierung und Ausgrenzung von Menschen mit HIV und AIDS zu erzeugen und zu stabilisieren. Dazu soll die Bevölkerung mit dementsprechenden Informationen erreicht werden. In den ersten Jahren setzte die BZgA-Kampagne ›Gib Aids keine Chance‹ (Vorläufer der Liebesleben-Kampagne) zur Aufklärung als Kernmedien Broschüren, Informationsveranstaltungen, TV-Spots und Anzeigen ein. Seit 1999 wurde das Medienspektrum erweitert: Anzeigen, Kino- und Hörfunk-Spots sowie Plakate und Großflächenplakate, zudem multimedial, auch im Internet und in den sozialen Netzwerken wie Facebook und Instagram (von Rüdén, 2017).

Insbesondere im Kontext der Informationsvermittlung über HIV-Tests sind soziale Medien und massenkommunikative Öffentlichkeitsarbeit mittlerweile

weit verbreitet und anerkannt (Wurm et al., 2018). Darüber hinaus nimmt die Bedeutung der Online-Medien im Bereich der HIV-Prävention zu. Im Jahr 2015 wurden in NRW »über 3.023.000 virtuelle Kontakte zu Online-Angeboten wie Webfilmen oder Präventionsinformationen in sozialen Netzwerken dokumentiert.« (Arbeitsgemeinschaft Aids Prävention NRW, 2017, S. 1)

Wird die Erreichbarkeit der Bevölkerung durch die eingesetzten Medien in der Liebesleben-Kampagne betrachtet, erzielten im Jahr 2016 die Anzeigen-Motive der Großflächenplakate die größte Wirkung. Diese erreichten (62 %) der Bevölkerung, gefolgt von TV-Spots (50 %), Anzeigen in Zeitschriften und Illustrierten (48 %), Radio-Spots (39 %) und Kino-Spots (21 %) (von Rüden, 2017, S. 9).

Über den Einsatz ausgewählter Medien in solchen Aufklärungs- und Präventionskampagnen lassen sich gezielt Informationen an spezielle Zielgruppen adressieren. Durch den Einsatz von Massenmedien war eine Intensivierung der Öffentlichkeitsarbeit möglich, über die ein Großteil der Bevölkerung, ungeachtet von Herkunft, Interessen oder sozialer Stellung, mit Informationen zum Schutz vor einer HIV-Infektion erreicht werden konnte (Lehmann, 2003). Doch nehmen die Medien in der Gesellschaft nicht nur eine informierende, sondern auch eine meinungsbildende Funktion ein:

Medien *informieren* nicht nur mit Nachrichten, sondern sie *orientieren* auch darüber, wie man solche Nachrichten einschätzen und bewerten sollte. [...]. Orientierung geschieht schon und auch ungewollt über den Vorgang der Vermittlung selber: einerseits über bloße Auswahl und Platzierung von Nachrichten, über deren Wahrnehmung sich die Bürger ihre Vorstellung von der Welt im Allgemeinen [...] machen –

andererseits über die Sprache und die Bilder, die zur Formulierung und Veranschaulichung der Nachrichten benutzt werden. (Eilders, Neidhardt & Pfetsch, 2004)

Bildhafte Darstellungen oder verwendete Worte und Begriffe, die wiederum Bilder erzeugen, werden sowohl von Journalisten gewählt als auch von den Nutzer_innen der Medien interpretiert. Nicht immer handelt es sich um eine sachliche Informationsvermittlung, es geht oft darum, Interesse zu erregen und Verkaufs- oder Einschaltquoten zu steigern:

Ob ein Ereignis sowohl aktuell als auch bei dem Leser zum Beispiel von Interesse ist, ist ein Kriterium, welches entscheidet, ob darüber berichtet wird, oder ob es unerwähnt bleibt. Es bestimmt ebenfalls die Art und Weise, in der es präsentiert wird. (Lehmann, 2003, S. 29)

Aus gesundheitspolitischer Sicht werden grundlegend zwei Aspekte in Berichterstattungen und medialer Thematisierung von HIV/AIDS verfolgt: Aufklärung und Informationsvermittlung (1) zum Schutz der eigenen Gesundheit und zur Verringerung neuer Infektionen sowie (2) zur Entstigmatisierung von Menschen mit HIV-Infektion. Doch fand besonders in der Anfangszeit der AIDS-Epidemie der zweite Aspekt kaum Berücksichtigung. Viele Berichterstattungen und auch Kampagnen erzeugten Bilder, die zu einer deutlichen Stigmatisierung der Menschen mit HIV-Infektion geführt haben.

Durch übertriebene Hochrechnungen, fehlerhafte Darstellungen epidemiologischer Zahlen, Analogien mit Seuchen aus dem Mittelalter sowie biblischen

Plagen wurde AIDS zu einer absoluten Gefährdung der gesamten Gesellschaft hochstilisiert (Thiele, 2019, Wießner, 2003). Das Bedrohungspotential wurde durch Kriegsmetaphorik wie ›AIDS – auf den Spuren eines Killers‹ (Schlagzeile ›The Guardian‹ vom 1.12.1994), ›AIDS – Die nächsten hundert Jahre Krieg?‹ (Schlagzeile ›The Times‹ vom 30.11.1989) oder ›Wie HIV eine gesunde menschliche Zelle attackiert‹ (Schlagzeile ›The Times‹ vom 3.4.1993) (Lehmann, 2003, S. 38) verstärkt. Im September 2009 forderte die DAH den Stopp der Kampagne ›Aids ist ein Massenmörder – schütz dich selbst‹: In einem Radiospot hört man die Stimme Adolf Hitlers, der das Volk fragt, »wollt ihr alle AIDS? [...] Dann vögelt alle weiter ohne Kondom.« (Über YouTube erreichbar)⁷ In dem dazu gehörenden Videoclip geht es bei schummrigem Licht im Schlafzimmer zwischen einer Frau und einem Mann richtig zur Sache, das Gesicht des Mannes sieht man vorerst nicht. Erst als der Mann in die Kamera blickt, erkennt man das Gesicht von Adolf Hitler, dann folgt die Einblendung »AIDS ist ein Massenmörder«. Dieses Video wurde von YouTube gesperrt. In einer Pressemitteilung der DAH⁸ wird diese Kampagne als »Effekthascherei« und als »fürchterliche Diskriminierung und Stigmatisierung von HIV-positiven Menschen« (Dr. Dirk Sander, Referent für strukturelle Prävention der DAH) gewertet. Medien und Kinobetreiber werden aufgefordert, diesen Spot nicht auszustrahlen, ebenso werden Geldgeber des gemeinnützigen Vereins, der diese Kampagne produzieren ließ, zur Distanzierung von diesen Inhalten aufgefordert.

⁷ <https://www.youtube.com/watch?v=RvaDXwiObA4>

zuletzt abgerufen: 30.12.2019

⁸ <https://www.aidshilfe.de/meldung/dah-fordert-sofortigen-stopp-aids-kampagne-hitler-spot>

zuletzt abgerufen: 30.12.2019

Die Deutsche AIDS-Hilfe verurteilt den Spot des Vereins Regenbogen auf das Schärfste. Wir fordern den sofortigen Stopp der Kampagne. Dieser widerliche Spot mit einem Adolf-Hitler-Imitator verhöhnt alle Opfer des Nationalsozialismus und setzt HIV-positive Menschen mit Massenmördern gleich. Das äußerst provozierende Video setzt auf dumpfe Angst. Diese Kampagne schadet der HIV-Prävention, [...] da es hier offensichtlich um Panikmache auf dem Rücken von Menschen mit HIV und Aids geht. (Schatz, 2009)

Seit Anbeginn zeigen reißerische Berichterstattungen und Darstellungen von Sachverhalten zum Thema ein deutliches Maß an Diskriminierung und bauen einen enormen psychischen Druck bei den mit dem HI-Virus lebenden Menschen auf. Verschiedene Kampagnen haben in den Jahren 2007–2009 die Todesfolge der HIV-Infektion in durchaus drastischen Abbildungen thematisiert, um damit auf die Nutzung von Kondomen als Schutz vor dem Virus, Schutz vor der Infektion und Schutz vor dem Tod hinzuweisen, ungeachtet möglicher Stigmatisierung und Diskriminierung von HIV-Positiven und an AIDS Erkrankten.

Die Michael Stich Stiftung⁹, die sich insbesondere für HIV-infizierte Kinder eingesetzt hat, hatte ebenfalls sehr umstrittene Motive in ihren Aufklärungskampagnen. So wird ein Liebespaar auf einer Totenbahre im Leichenschauhaus gezeigt: »Deine erste Liebe kann die letzte sein.« Neben dem Gesicht eines Neugeborenen steht: »Das Kinn von Opa, die Augen von Papa. HIV von Mama.« Unter den abgebildeten nackten Frauenbrüsten steht: »Die Muttermilch macht's,

⁹ <https://www.michael-stich-stiftung.de/praevention/anzeigen.html>
zuletzt abgerufen: 14.12.2019

dass Babys sterben.« Das Motiv »Blow-Job« zeigt eine vor dem Mann kniende Frau, die statt dem Penis eine Pistole in den Mund nimmt. Oder eine auf der Parkbank sitzende Mutter, die den Kinderwagen wiegt – dieser hat aber als Aufsatz einen kleinen Sarg, daneben steht: »Ganz die Mama. – HIV-Positiv.« Umstritten waren die Plakate seinerzeit, weil sie neben der Aufklärungsbotschaft, sich mit Kondomen zu schützen, indirekt alle HIV-Positiven und an AIDS erkrankten als potentielle Mörder dargestellt und somit nicht zu einer gesellschaftlichen Entstigmatisierung beigetragen haben. Neben dem verfolgten Aufklärungsgedanken wurden Ängste und psychische Belastungen geschürt.

Im Vergleich dazu die »Gemüsekampagne« »Gib AIDS keine Chance / mach's mit!« der BZgA¹⁰: Diese thematisierte ebenfalls den Schutz durch die Benutzung von Kondomen, ohne Ängste zu schüren und HIV-Positive zu stigmatisieren. Abgebildet waren unter anderem ein Maiskolben, eine Zitrone, verschiedene Gemüsesorten, eine Gurke oder auch eine schon sehr überreife Banane, über die jeweils ein Kondom gezogen war. Die Texte dazu waren, »poppt sicher!« (Maiskolben), »sicher macht lustig« (Zitrone), »auch für junges Gemüse« (Gemüsesorten), »passt auf jede Gurke« (Gurke), »Keine faulen Ausreden« (Banane).

War in den ersten Jahren die Aufforderung »Mach's mit!« allein auf die Benutzung von Kondomen ausgerichtet, so standen ab 2012 auch Aufklärung und Informationsvermittlung im Fokus: »Mach's mit Wissen und Kondom«. Das Kondom wurde bewusst nicht an erster Stelle genannt, da die bisherige Botschaft, dass alleine das Kondom vor einer Infektion schützen kann, nach dem EKAF-Statement und der Erkenntnis von Schutz durch Therapie so nicht mehr

¹⁰ <https://www.bzga.de/presse/presse motive/hivsti-praevention-im-rueckblick/>
zuletzt abgerufen: 14.12.2019

kommuniziert werden sollte. Neben den Kampagnen zum Schutz vor HIV wurden jährlich auch Solidaritäts-Motive und -Themen veröffentlicht. Hier zeigten immer HIV-positive Personen ihr Gesicht und neben ihrem jeweiligen Statement, der Mensch von nebenan zu sein. So waren die Botschaften z. B. im Jahr 2012 »Ich habe HIV. Und ...« »... den Rückhalt meiner Freunde.«, »... die Anerkennung meines Teams.«, »... den Rückhalt meiner Familie.«, »... den Respekt meiner Kollegen.« »... die Akzeptanz meines Chefs.«, »... bin Vater geworden.« Die verschiedenen Kampagnen der BZgA fanden immer wieder große Unterstützung durch Prominente wie Ingolf Lück und Hella von Sinnen in dem Spott »Tina, was kosten die Kondome?«, Hannelore Elsner, Bärbel Schäfer, Regina Halmich, Boris Becker, Phillipp Lahm oder Anni Freisinger, um nur einige zu nennen (BZgA.de).¹¹

Betrachtet man vor kommunikationswissenschaftlichem Hintergrund quantitative und qualitative Inhaltsanalysen zur Thematisierung von HIV und AIDS in den Medien, zeigen sich in erster Linie veraltete Untersuchungen, die aktuelle Inhalte wie Schutz durch Therapie oder PrEP in den Medien noch nicht mit aufgegriffen haben. Eine aktuelle quantitative Inhaltsanalyse (2018) untersuchte die in Deutschland als Leitmedien geltenden, überregionalen Tageszeitungen Frankfurter Allgemeine Zeitung (FAZ), Süddeutsche Zeitung (SZ) und das Nachrichtenmagazin Der Spiegel. Dazu wurden jeweils zwei zusammenhängende Jahre aus den letzten drei Jahrzehnten ausgewählt (1995–96, 2005–06, 2015–16) und alle zum Thema HIV/AIDS erschienenen Medienberichte dieser Jahre untersucht. Über diese Zeitspanne hinweg sind die medizinischen Fortschritte und Erfolge der Forschung, die HIV zu einer chronischen und gut behandelbaren Krankheit verändert haben, aber auch neue Erkenntnisse wie »Schutz durch Therapie« und »PrEP« enthalten. Wie bereits erörtert wurde, ist ein deutlicher Rückgang der Berichterstattungen über die Jahre hinweg zu erkennen (1995–96: 456; 2005–06:

274; 2015–16: 72) (Lemke & Merz, 2018, S. 7). Auf folgende Aspekte hin wurden die Berichterstattungen analysiert: (1) Darstellung individueller Präventionsmaßnahmen, (2) Darstellung von Auswirkungen von HIV/AIDS auf verschiedene Lebensbereiche und (3) Darstellung von Schuld und Vermeidbarkeit. Als Fazit dieser Analyse lässt sich zusammenfassen: Der Rückgang der Berichterstattungen verdeutlicht die Veränderungen der Infektionskrankheit und spiegelt die nachlassende Brisanz wider, die bedingt zur Entstigmatisierung beitragen, aber auch zu einem Rückgang der Unterstützungsbereitschaft der Gesellschaft führen kann. In den Berichterstattungen werden neue Präventionsmaßnahmen thematisiert, doch nur in einem sehr geringen Umfang; wünschenswert wäre dementsprechend eine häufigere Berichterstattung explizit zu diesen Themen. Die individuelle Gesundheit von HIV-Positiven wird nur selten thematisiert, die verbesserten Lebenserwartungen, aber auch Probleme wie Diskriminierung und Isolation sind in den Berichterstattungen deutlich vertreten. Der Fokus verlagert sich von den medizinischen hin zu den sozialen Herausforderungen, wobei aber dennoch die Repräsentation alter Schreckensszenarien besteht. Daraus ergibt sich der Wunsch nach einer Normalisierung in den Berichterstattungen, die dann durch die Abbildung der hohen Lebensqualität, die mittlerweile erreicht werden kann, eine Entstigmatisierung fördern können. Der Aspekt von Schuldzuschreibungen taucht in den Berichterstattungen bisher nur selten auf, doch kann sich dies verändern, wenn vor dem Hintergrund der gestiegenen und verbesserten Schutzmöglichkeiten sich dennoch Menschen mit HIV infizieren (Lemke & Merz, 2018).

Neben den Berichterstattungen in den großen Printmedien spiegelt die Thematisierung von HIV und AIDS auch in Funk und Fernsehen sowie in der Lokalpresse den gesellschaftlichen Umgang mit diesem Thema wider. Wird vom HI-Virus oder dem AIDS-Erreger gesprochen, werden Menschen mit HIV als Opfer,

Betroffene oder als AIDS-Kranke bezeichnet? Die verwendete Wortwahl spielt im gesellschaftlichen Umgang eine bedeutende Rolle (Lehmann, 2003).

Der Medienblog des Instituts für Medienwissenschaft der Universität Tübingen befasste sich in einem kurzen Beitrag mit dem medialen Umgang zum Thema HIV:

Der Beginn der Berichterstattung war also geprägt von Klischees und Unwissen, von Panik bis zur Angstlosigkeit. [...] Noch immer gilt das Fernsehen als eines der wichtigsten Medien – und da gerade in Serien versucht wird, die Realität abzubilden, tauchen immer wieder HIV-positive Charaktere auf. (Media-Bubble, o. J.)

In der Lindenstraße waren es zu verschiedenen Zeiten zwei Personen, die einmal durch eine Bluttransfusion und einmal bei der Geburt durch die HIV-positive Mutter infiziert worden waren und damit nicht den ›typischen Zielgruppen‹ von Homosexuellen oder Drogenabhängigen entsprachen. Mit solchen Charakteren werden die Zuschauer dann mit dem Thema konfrontiert, ob ein Aufklärungscharakter beabsichtigt war oder nicht.¹¹

Die Presse greift medienwirksame Ereignisse auf, um aus diesen ihre Schlagzeilen zu gewinnen. Wie unterschiedlich Berichterstattungen sein können, zeigte der Skandal um die No-Angels-Sängerin Nadja Benaissa im Jahr 2010: Durch ungeschützten Sexualverkehr habe sie einen Mann mit HIV infiziert. Sie

¹¹ <https://media-bubble.de/hiv-und-die-medien/>
zuletzt abgerufen: 14.12.2019

wurde zu zwei Jahren auf Bewährung verurteilt, da sie im Vorfeld ihre Infektion verschwiegen habe; Anklage und Gericht sahen darin eine ›vollendete gefährliche Körperverletzung‹. Viele Medien berichteten über das Verfahren, die Aussagen von Zeugen und der Angeklagten sowie das Urteil und die Urteilsbegründung. Über die Verantwortung, die beide Sexualpartner gemeinsam tragen müssen und dass jeder durchaus die Sorge für sich selbst zu tragen hat, wurde nicht berichtet:

»HIV Infizierte Sängerin NADJA BENAÏSSA würdigt Ex-Liebhaber keines Blickes« (Schlagzeile ›Welt‹ vom 16.08.2010)¹², »Urteil im HIV-Prozess – Zwei Jahre auf Bewährung« (Schlagzeile ›Spiegel online‹ vom 26.08.2010)¹³, »Prozess gegen No Angels-Star Nadja Benaïssa – Nach Kondomen hat keiner gefragt« (Schlagzeile ›Stern‹ vom 17.08.2010)¹⁴.

Nadja Benaïssa wurde als Schuldige und als Täterin in vielen Medien dargestellt. Damit wurde das Bild von den HIV-Positiven als Täter und den -Negativen als Opfer geschürt. Die große Rolle, die die Medien bei der Meinungsbildung zum Thema HIV spielen, wird hierin deutlich. Ein Ungleichgewicht im Hinblick auf eine entstigmatisierende Berichterstattung ist zu erkennen, vor allem im

¹² <https://www.welt.de/vermischtes/article9035953/Nadja-Benaïssa-wuerdigt-Ex-Liebhaber-keines-Blickes.html>

zuletzt abgerufen: 30.12.2019

¹³ <https://www.spiegel.de/panorama/justiz/urteil-im-hiv-prozess-zwei-jahre-auf-bewaehrung-fuer-nadja-benaïssa-a-713865.html>

zuletzt abgerufen: 30.12.2019

¹⁴ <https://www.stern.de/panorama/stern-crime/prozess-gegen-no-angels-star-nadja-benaïssa-nach-kondomen-hat-keiner-gefragt-3113504.html>

zuletzt abgerufen: 30.12.2019

Ausmaß ihrer Wirkung, wie auch der Kommentar des Referenten für internetgestützte Prävention der DAH zu den Presseberichten im Fall Nadja Benaissa zeigt:

Es sind in den zurückliegenden Tagen auch sehr gute Berichte/Kommentare veröffentlicht worden. Da sind auch Journalisten dabei, die sich sehr gut informiert und präzise recherchiert haben. Ärgerlich hingegen sind vor allem viele der großen meinungsmachenden Boulevardmedien, denen es häufig mehr um den Effekt als um eine ausgewogene und sachliche Berichterstattung geht. Das ist eben schädlich für Menschen mit HIV und für die Präventionsarbeit. (Hetzl, Dirk)¹⁵

Der folgende Fall einer nicht prominenten Person verdeutlicht neben einer einseitigen Berichterstattung in der Lokalpresse auch die gesellschaftliche Umgangsweise mit den Themen HIV und Verantwortung: Am 14. April 2017 berichteten die lokalen Medien in Köln (Abbildung 1), dass ein HIV-positiver Mann mit Therapie und einer Viruslast unter der Nachweisgrenze, der bei ungeschütztem Sex mit anderen Frauen seine Infektion verschwiegen hatte, von der Anklage wegen Körperverletzung freigesprochen wurde.

An diesem Beispiel lässt sich der Umgang der Gesellschaft mit diesem Thema sehr deutlich beschreiben: Von HIV-positiven Menschen wird bei persönlichen und intimen Kontakten (insbesondere bei Sexualkontakten) ein Outing

¹⁵ <https://www.aidshilfe.de/meldung/medienberichterstattung-verstarkt-stigmatisierung-hiv-positiver-schadet-praevention>
zuletzt abgerufen: 14.12.2019

ihrer Infektion und somit eine Offenlegung von sehr wesentlichen und intimen Teilen ihrer Persönlichkeit und ihres Privatlebens erwartet, ungeachtet, ob ein Risiko besteht oder nicht. Wenn dieser Forderung nicht nachgekommen wird, stellt das eine so starke Verletzung der Persönlichkeitsrechte einer HIV-negativen Person dar, dass dies eine Anklage wegen Körperverletzung zu rechtfertigen scheint und vor Gericht verhandelt wird. Das Wissen um das EKAf-Statement und die wissenschaftlichen Erkenntnisse über ›Schutz durch Therapie‹ ist in der Gesellschaft nicht angekommen, was durch diesen Sachverhalt deutlich wird. Auch die abschließenden Worte des Richters, dass man heute – damit war die Gerichtsverhandlung gemeint – viel über medizinischen Fortschritt gelernt habe, zeigen dies. Der Zeitungsbericht macht noch zwei weitere Umgangsweisen der Gesellschaft mit HIV-Positiven deutlich: »Sie sind offenbar ein Musterpatient, lobt der Vorsitzende Richter den Angeklagten.« Die Wortwahl »offenbar« verdeutlicht die bestehende Skepsis gegenüber der Therapietreue des Patienten; darüber hinaus stellt diese Aussage und die Formulierung ›Musterpatient‹ generell in Frage, ob HIV-Patient_innen sorgsam und verantwortungsbewusst ihre Therapie einhalten. Man scheint wohl allgemein davon auszugehen, dass Patient_innen dies nicht machen. Zuletzt wird durch die Art und Weise der Berichterstattung deutlich angezweifelt, ob man den Aussagen von Fachärzt_innen und den Erkenntnissen rund um die Nicht-Infektiosität glauben kann: »Der Leiter der Abteilung [...] *behauptet gar* vor Gericht [...].« Dies spiegelt die Schwierigkeiten der Gesellschaft wider, mit neuen Bildern und neuem Wissen über den Krankheits- und Therapieverlauf HIV-positiven Menschen akzeptierend und offen begegnen zu können. Die Medien bieten heutzutage einen schnellen Zugriff auf wesentliche und wichtige Informationen zu allen Themen, die HIV betreffen. Doch ist die Medienkompetenz der Nutzer_innen gefragt, zwischen seriösen sowie professionellen Berichterstattungen auf der einen Seite und reißerischen Berichten und User-Kommentaren auf der anderen Seite zu unterscheiden. Auch für HIV-Positive bieten die Medien

einen bedeutenden Mehrwert, da sie darüber auch für sich relevante Informationen recherchieren sowie Kontakt zu Unterstützungsangeboten und Selbsthilfegruppen aufbauen können.

Donnerstag/Freitag, 13./14. April 2017 **Kölner Stadt-Anzeiger**

HIV-Patient verschwieg Krankheit

GERICHT Ungeschützter Sex mit Kolleginnen –
Anklage wegen Körperverletzung fallengelassen

VON HARIETT DRACK

Ein 42-jähriger, mit HIV infizierter Mann, der ungeschützten Sex mit mehreren Frauen hatte, ist vor dem Amtsgericht vom Vorwurf der versuchten gefährlichen Körperverletzung freigesprochen worden. Ein Gutachter der Kölner Uniklinik, in der der Angeklagte seit Jahren in Behandlung ist, hatte im Zeugenstand bekräftigt, dass von dem Angeklagten aufgrund einer sorgsam überwachten Medikation keinerlei Ansteckungsgefahr ausgehe: „Er war weder zum Tatzeitpunkt noch heute infektiös – er konnte die Frauen gar nicht anstecken.“

Der Leiter der Abteilung Infektiologie der Klinik, Heinrich Rasokat, behauptete gar vor Gericht, dass die Benutzung eines Kondoms für die Vermeidung einer HIV-Infektion „nicht zwingend notwendig sei“: Eine kontrollierte und gut eingestellte Medikamenten-Therapie sei „der bessere Schutz vor einer Übertragung als ein Kondom“. Was nicht heißen dürfe, dass ein Kondom nicht sinnvoll sei zur Vermeidung anderer sexuell übertragbarer Geschlechtskrankheiten.

Finn S. (Name geändert) hatte sich 2008 am Drogenbesteck eines Junkies angesteckt. Seit 2012 ist er an der Uniklinik in Behandlung, wird dort viermal pro Jahr untersucht, nimmt regelmäßig seine Medikamente. „Sie sind offenbar ein Musterpatient“, lobte der Vorsitzende Richter den Angeklagten. Der Vater von zwei kleinen Kindern machte eine Ausbildung an einem Kölner Berufskolleg. In dieser Zeit hatte er mit mehreren Kolleginnen ungeschützten Verkehr, sich hinterher den Frauen anvertraut. Die entgeisterten Partnerinnen hatten ihn daraufhin wegen gefährlicher Körperverletzung angezeigt. Sie hatten ihm nicht ge-

glaubt, dass er nicht ansteckend sei. Erst nach einer entsprechenden Untersuchung mit negativem Befund konnten sie dessen sicher sein.

„Seine Behandlung ist erfolgreich. Bei ihm wurde zu keinem Zeitpunkt das HI-Virus im Blut nachgewiesen, obwohl er infiziert ist“, sagte Rasokat. Dies sei für den Laien ein „scheinbarer Widerspruch“, den der Sachverständige dann aufklärte: „Wenn man einmal mit dem Erreger in Kontakt gerät, sind die Antikörper, die auf Aids hinweisen, lebenslang nachweisbar.“ Eine wirksame Medikation Sorge dafür, dass sich das Virus nicht weiterentwickeln und somit nicht ins Blut geraten könne. Ausdrücklich verwies Rasokat auf die rasante Entwicklung bei Aids-Therapien im Vergleich zu den 80er Jahren, wo die Forschung noch weit entfernt war von einer vernünftigen Medikation und jeder ungeschützte Geschlechtsverkehr das hohe Risiko einer Ansteckung darstellte.

HIV-Therapie mit Tabletten

Während die Patienten in den Anfängen täglich in einem exakt vorgegebenen Zeitrahmen zwölf Tabletten einnehmen mussten, ist heute die Einnahme von ein bis zwei Pillen erforderlich, die notfalls auch am nächsten Tag erfolgen kann. Setze ein Patient die Therapie ab, „nimmt das Virus irgendwann an Lauf auf und kann ausbrechen“, schloss der Arzt seine Ausführungen.

Für die Staatsanwältin war angesichts dieser klaren Aussage der Tatvorwurf nicht mehr nachweisbar, ihre Forderung nach einem Freispruch die logische Konsequenz aus dem Gutachten. „Wir haben heute viel über medizinischen Fortschritt gelernt“, sagte der Richter im Urteil, mit dem er der Anklägerin folgte.

Abbildung 1 Kölner Stadtanzeiger
Zeitungsartikel, Kölner Stadtanzeiger 14. April 2017

1.3 Gesellschaftlicher Umgang mit HIV - Zusammenfassung

Die behandelten Themen verdeutlichen die Erfolge und positiven Veränderungen in den verschiedenen gesellschaftlichen Bereichen, aber auch ihre Schattenseiten. Trotz der akuten Lebensgefahr, die in den Anfängen von AIDS ausging, wurde mit einer aufklärungs- und präventionsorientierten ›New-public-health-Strategie‹ ein gesellschaftlicher Wandel organisiert, in dem nicht die Eliminierung der Infektionsquellen, sondern die Partizipation der Menschen mit HIV-Infektion verfolgt wurde. Durch Aufklärung und Wissensvermittlung sollten Selbstschutz-Kompetenzen gefördert und Diskriminierung der HIV-Positiven verringert werden. Es gelang, sowohl die Ausbreitung der HIV-Infektionen einzudämmen als auch die AIDS-Mortalität zu verringern. Zu dem Erfolg dieser Präventionsstrategie haben auch die Fortschritte in der medizinischen Forschung maßgeblich zur Senkung der Infektionen und der Sterberate, aber auch zu einem anderen Umgang von Menschen mit HIV-Infektion beigetragen. Insbesondere war es die Entwicklung der hochwirksamen medikamentösen Mehrfachpräparate, die zur guten Therapierbarkeit von HIV und einer damit einhergehenden, deutlichen Verbesserung der Lebensqualität HIV-Positiver geführt haben. So sprechen wir heutzutage von einer chronischen Krankheit, die nur wenn sie unbehandelt bleibt, höchstwahrscheinlich zum Tode führt. Auch wurden durch die Fortschritte in der Medikamentenentwicklung neue, den Kondomgebrauch ergänzende, aber auch alternative Schutzmöglichkeiten geschaffen, die Infektionsängste minimieren und abbauen können, doch zeigt sich, dass diese Informationen noch nicht in allen Teilen der Gesellschaft angekommen sind. Das Wissen um die Nichtinfektiosität ist unzureichend bekannt, dementsprechend sind (irrationale) Ansteckungsängste weiterhin präsent. Neue Erkenntnisse über die Schutzmöglichkeiten vor HIV werden in den Medien nicht in dem Umfang fokussiert, wie Probleme und Skandale. Darüber hinaus tragen Schuldzuschreibungen und Diskussionen über Verantwortung

dazu bei, dass HIV-Positive noch immer nicht gesellschaftlich akzeptiert sind. Das Verschweigen der eigenen Infektion wird in bestimmten Situationen von der Rechtsprechung als Fremdgefährdung empfunden, was mitunter zum Zwangserleben HIV-positiver Menschen führt, sich outen zu müssen. Ein Abwägen, ob, wann und wie man sich anderen gegenüber outen kann, wird zu einer extrem großen psychischen Belastung. Auf der einen Seite steht die Angst vor Ablehnung, auf der anderen Seite begünstigen die Strafbarkeit und die bestehende Rechtsprechung die Angst vor einer Anzeige, wie durch den in der Kölner Lokalpresse beschriebenen Fall verdeutlicht wurde, auch wenn eine tatsächliche Gefährdung nicht bestand. Die Selbstbestimmtheit und das Selbstbewusstsein werden durch diesen Druck und die in der Gesellschaft noch vorherrschenden Bilder von AIDS als todbringender Seuche stark beeinträchtigt. Die in vielen Bereichen der Gesellschaft noch vorherrschende Diskriminierung von Menschen mit HIV ist eine große Herausforderung sowohl für die benannte Zielgruppe als auch für Politik und Gesellschaft.

2 Stigmatisierung von Menschen mit HIV/AIDS und selbstbewusster Umgang mit der Infektion

Um das Ausmaß der Stigmatisierung HIV-positiver Menschen zu verdeutlichen, werden einleitend Ursprung, Bedeutung und der aktuelle Forschungsstand zum Thema Stigma und Stigmatisierung erläutert. Daraufhin wird anhand der Ergebnisse einer in Deutschland durchgeführten Befragung zu erlebter Stigmatisierung bei Menschen mit HIV-Infektion deren Lebenslage mit ihren durch Stigmatisierung hervorgerufenen Beeinträchtigungen und psychischen Belastungen verdeutlicht. Diese prägen den individuellen Umgang mit der Infektion, ebenso wie die Veränderungen des Krankheitsbildes von einer tödlichen zu einer chronischen Krankheit hin. Der Begriff des Selbstkonzepts wird als Grundlage für den Umgang mit der HIV-Infektion erörtert. Ob ein selbstbewusster Umgang mit dieser möglich ist, wird von Faktoren wie der Unterstützung im sozialen Umfeld, aber auch erlebter oder befürchteter Stigmatisierung beeinflusst. Es wird ferner aufgezeigt, wodurch ein selbstbewusster Umgang beeinträchtigt oder gefördert werden kann.

2.1 Herkunft und Verwendung der Begriffe Stigma und Stigmatisierung

Im griechischen Ursprung waren Stigmata Zeichen, die in den Körper gebrannt oder geschnitten wurden, um somit den ungewöhnlichen oder gar schlechten moralischen Zustand des Zeichenträgers zu offenbaren. Sklaven, Verbrecher oder Verräter wurden auf diese Art und Weise rituell zu unreinen Personen erklärt, die besonders auf öffentlichen Plätzen gemieden werden sollten. Spätere christliche Verwendungen sahen die als Wundmale auf der Haut aufbrechenden Stigmata als körperliche Zeichen göttlicher Gnade. Von diesen christlichen Auslegungen losgelöst lassen sich drei wesentliche Stigma-Typen unterscheiden: Erstens

›Besonderheiten der Natur‹, die Goffman »Abscheulichkeiten des Körpers« nennt (zum Beispiel Menschen, die ohne Nase oder mit Segelohren geboren werden), zweitens Attribute, die mehrheitlich den Charaktereigenschaften zugeschrieben werden (so auch Willensschwäche, sexuelle Orientierungen bzw. Präferenzen) und drittens phylogenetische Merkmale wie ethnische Herkunft oder Religion (Goffman, 2014).

Darüber hinaus kann man Stigmata in die Gruppen der angeborenen oder erworbenen sowie der sichtbaren und der verborgenen Zeichen unterteilen. So gehört der Mensch, der ohne Nase geboren wurde, nach Goffman zu der Gruppe der ›diskreditierten‹, da sein ›herausstellbares Merkmal‹ deutlich sichtbar und zu erkennen ist. Demgegenüber haben die ›diskreditierbaren‹ keine erkennbaren Merkmale, so wie es bei Menschen mit HIV-positivem Sero-Status der Fall ist, zumindest solange sie noch nicht durch AIDS definierende Merkmale wie Kaposi-Sarkome gezeichnet sind. Diese Menschen sind meistens darum bemüht, ihre nicht sichtbaren Merkmale zu verbergen und versteckt zu halten, um somit der Diskreditierung zu entgehen. »Für HIV/AIDS hat der Aspekt der Sichtbarkeit vor allem in der frühen Geschichte der Krankheit eine Rolle gespielt, als die neue Erkrankung durch Medienberichterstattungen von ausgezehrten Kranken mit Vollbild AIDS im Endstadium geprägt war.« (Stürmer & Salewski, 2009, S. 268)

In der heutigen Zeit findet der Begriff Stigma in all den Bereichen Anwendung, in denen von Diskriminierung die Rede ist. Diese sind zu verstehen als »Äußerungen und Handlungen, die sich in herabsetzender oder benachteiligender Absicht gegen Angehörige bestimmter sozialer Gruppen richten« (Hormel & Scher, 2010, S. 7) und dem kulturellen Wertesystem widersprechen, das auf sozialer Solidarität, Fairness und Chancengleichheit basiert, da sie als verwerflich und ungeeignet angesehen werden (Sinus-Sociovision, 2008). Somit entsteht eine

unendliche Elastizität und damit verbunden auch eine Ungenauigkeit dieses Wortes: »We need to be able to explain the functions or effects of stigmatisation without resorting to functionalism (defining stigma in terms of discrimination).« (Deacon, Stephney & Prosalendis, 2005, S. ix) Diese inflationäre Nutzung kommt besonders in den Sozialwissenschaften vor. Darüber hinaus muss durchaus unterschieden werden, ob es sich um die Bezeichnung einer negativ besetzten Eigenschaft (Stigma) oder eines Prozesses (Stigmatisierung) handelt. Es wird deutlich, dass die Worte Diskriminierung und Stigmatisierung eng nebeneinander liegen und häufig auch synonym verwendet werden. Im wissenschaftlichen Gebrauch gibt es verschiedene Versuche der Abgrenzung, es wird aber festgestellt, dass »eine verbindliche, mehrheitlich akzeptierte Definition des Begriffes Stigma nicht existiert.« (Drewes, 2013, S. 6)

Neben der Formulierung Stigma wird auch oftmals der Begriff ›Markierung‹ verwendet, die, wenn sie als normabweichende Veranlagung erkannt wird, zu Problemen in Freundschaften oder zwischenmenschlichen Interaktionen führt (Güthlin, 2006). Um Normabweichungen feststellen und benennen zu können, bedarf es bestimmter Eigenschaften und Merkmale, die von den Mitgliedern einer Gesellschaft als gewollt, dem Ideal der Mehrheit entsprechend und daher als normal erachtet werden. Die westliche Welt stellt ein Beispiel dar, bei dem ›Weißer‹ die Mehrheit sind und somit die Eigenschaft ›weiß zu sein‹ gegenüber anderen ethnisch-physischen Markern aufgewertet wird (Zick, Küpper & Hövermann, 2011). In einer Gesellschaft existieren verschiedene Kategorien (Goffman, 2018), verschiedene soziale Milieus (Sinus-Markt- und Sozialforschung, 2018) und gesellschaftliche Gruppen. Diese lassen sich aufgrund gemeinsamer Überzeugungen, Werte, Interessen oder Lebensstile als eine ›Einheit‹ identifizieren. Die von den Mitgliedern einer solchen Gruppe als Norm erachteten Merkmale werden mit strukturellen Dispositionen (z. B. dem jeweils ausgeübten Beruf) und

charakterlichen Eigenschaften (z. B. sozialem Engagement oder Werteverständnis) in der sozialen Identität einer Person, also eines Mitglieds dieser Gruppe, zusammengefasst. Daraufhin kann überprüft werden, ob die Eigenschaften als gegeben und erfüllt oder als ungewollte, nicht als ›normal‹ akzeptierte Merkmale erkannt werden, die somit eine Diskrepanz zum vorher benannten Wunschbild darstellen:

[...], dass er eine Eigenschaft besitzt, die ihn von anderen in der Personenkategorie [...] unterscheidet; und diese Eigenschaft kann von weniger wünschenswerter Art sein [...]. In unserer Vorstellung wird sie so von einer ganzen und gewöhnlichen Person zu einer befleckten, beeinträchtigten herabgemindert. Ein solches Attribut ist ein Stigma, besonders dann, wenn seine diskreditierende Wirkung sehr extensiv ist; [...]. (Goffman, 2014, S. 10–11)

Der Begriff Stigma wird demnach bei solchen Merkmalen verwendet, die eine Person im gesellschaftlichen Ansehen abwerten und sich auf eine bestehende Devianz beziehen. Oft wird aber auch nur die Folge einer solchen abweichenden Eigenschaft, die meist eine Abwertung der Identität dieser Person darstellt, als Stigma bezeichnet, nicht die Eigenschaft selbst (Jones, Farina, Hastorf, Markus, Miller & Scott, 1984; Crocker, Major & Steele, 1998).

Sowohl in einer Gesellschaft als auch in ihren gesellschaftlichen Gruppen, Kategorien und Milieus steht eine Mehrheit, bei der alle erwünschten Merkmale gegeben sind, einer Minderheit mit jenen ungewollten Attributen gegenüber. Die westliche Gesellschaft, in der ›Weiße‹ die Mehrheit repräsentieren, beinhaltet wiederum Gruppen, in denen sich Mehrheiten (z. B. Männer mit der Einstellung

einer traditionellen Rollenverteilung der Frau als Hausfrau und Mutter) und Minderheiten (z. B. Frauen, Homosexuelle) bilden (Zick, 2011). Darin ist auch eine Unterscheidung zwischen ›uns‹ und ›denen‹ (Devine, Plant, & Harrison, 1999) und zwischen den ›Normalen‹ und den ›Außenseitern‹ (Link & Phelan, 2001) sowie der ›Eigengruppe (ingroup)‹ und den ›Anderen bzw. Fremden (outgroup)‹ (Möller, 2017) begründet.

Soziale, wirtschaftliche und politische Aspekte und eine damit einhergehende Bildung von Stereotypen und Ungleichheiten können ebenfalls mit in das Stigma-Konstrukt einbezogen werden:

Finally stigmatization is entirely contingent on access to social, economic, and political power that allows the identification of differentness, the construction of stereotypes, the separation of labeled persons into distinct categories, and the full execution of disapproval, rejection, exclusion, and discrimination. (Rousselot & Fröhlich-Rüfenacht, 2012, S. 367)

Oft wird ein einziges Attribut, das von der Norm abweicht und somit zum Stigma wird, zum ›master-status‹ erhoben, so dass die ganze Persönlichkeit auf dieses einzelne Merkmal reduziert wahrgenommen wird. Alle anderen Eigenschaften, seien sie auch noch so positiv bewertet, werden von diesem einen Stigma überlagert und bei der Bewertung der Person weitgehend ausgeblendet (Schur, 1971, S. 52), obwohl »die Vielzahl und Unterschiedlichkeit der durch diverse Stigmata betroffenen Personen nur schwer durch ein einzelnes Merkmal gekennzeichnet werden kann.« (Drewes, 2013, S. 5)

Je nach dem Grad der Ausprägung können verschiedene Merkmale ein Grund für sozialen Ausschluss und somit für Diskriminierung und Stigmatisierung sein:

- Wenn bestimmte Personen eine Gefahr für die Sicherheit oder die Gesundheit anderer Menschen sind (was insbesondere durch die Ansteckungsgefahr und die Unheilbarkeit von HIV gegeben sein kann),
- wenn diese Personen von den in der Gruppe geltenden Standards stark abweichen (was im Kontext von HIV oftmals mit der Lebensführung, der sexuellen Orientierung, häufig wechselnden Sexualpartner_innen oder Drogenkonsum begründet wird),
- in nicht ausreichender Form zum Wohlergehen der Gruppe beitragen können (z. B. aufgrund von Krankheit nicht erwerbstätig sind) oder
- negative Empfindungen bei anderen Personen auslösen (was durch die Konfrontation mit den Themen Krankheit und Tod geschieht) (Leary & Schreindorfer, 1998).

Durch die Abwertung (Stigmatisierung) anderer Personen kann die eigene Selbstwertschätzung erhöht werden (Crocker et al., 1998). Personen mit eingeschränktem Selbstwertgefühl neigen dazu, anderen Personen zu schaden und sie herabzusetzen (Wills, 1981). Unsicherheit führt zu Aufwertung der eigenen und zur Abwertung der anderen Gruppe (Möller, 2017). »Außerdem stärkt eine negative Einstellung gegenüber Betroffenen die eigene Selbstwahrnehmung und den eigenen Selbstwert als gesunde Person im Gegensatz zu den ›Kranken‹.« (Stürmer & Salewski, 2009, S. 271) Somit wird Stigmatisierung zu einem Instrument der Selbstwerterhöhung, doch kann diese Sichtweise nicht erklären, warum Mitglieder einer bestimmten Gruppe stigmatisiert werden, Mitglieder anderer Gruppen aber nicht (Kurzban & Leary, 2001).

Um gesellschaftliche Ausgrenzungs- und Diskriminierungsprozesse, die zwischen Majorität und Minoritäten stattfinden, erklären zu können, wurde durch die Universität Bielefeld (am Institut für interdisziplinäre Konflikt- und Gewaltforschung) in einer zehnjährigen Langzeitstudie (2002–2012) ›Das Syndrom der gruppenbezogenen Menschenfeindlichkeit (GMF)‹ untersucht. Dabei hat die Forschungsgruppe eine Ideologie der Ungleichwertigkeit als gemeinsamen Hintergrund von verschiedenen Ausgrenzungstatbeständen identifiziert, aus der sich Vorurteile den Minderheiten gegenüber entwickeln und eine Diskriminierung dieser wahrscheinlich wird. »[D]enn nicht nur Personen fremder Herkunft erleben Abwertung, Diskriminierung und Gewalt, sondern auch solche gleicher Herkunft, die als abweichend empfunden oder deklariert werden.« (Heitmeyer, 2012, S. 16)

Jedoch handelt es sich nicht nur um zwischenmenschliche Feindseligkeit, sondern um Ablehnung gegenüber Menschen, die zu abgewerteten Gruppen der Gesellschaft gehören und somit um die Abwertung der gesamten Gruppe, in der das abgewertete Merkmal repräsentiert wird. Findet die Abwertung einer bestimmten Gruppe statt, so besteht auch die grundlegende Bereitschaft, andere Gruppen herabzusetzen: »Diejenigen, die sich abwertend gegenüber einer Gruppe äußern, werten mit recht großer Wahrscheinlichkeit auch andere Gruppen ab. Vorurteile erscheinen manchmal singulär, sie sind aber eng mit anderen Vorurteilen verbunden.« (Zick, 2011, S. 15) Fremdenfeindlichkeit, Antisemitismus, Rassismus, Sexismus, Islamfeindlichkeit, die Abwertung von Asylsuchenden, Langzeitarbeitslosen, Wohnungslosen, behinderten Menschen, Homosexuellen, Sinti und Roma sowie das Reklamieren von Etabliertenvorrechten sind verschiedene Einstellungs-Facetten, die diesem Syndrom zu Grunde liegen und die Ursache für feindseliges Verhalten, Ausgrenzung und Diskriminierung bilden. Mit dem gemeinsamen Nenner der ›Ideologie einer Ungleichwertigkeit von Gruppen in der Gesellschaft‹ beinhalten diese Elemente wechselseitige Bedingungs- und

Verstärkungseffekte (Möller, 2017). Dabei lässt sich jedes dieser Elemente auf einen der drei genannten Stigma-Typen beziehen (Besonderheiten der Natur, Charaktereigenschaften, phylogenetische Merkmale).

Auch wenn Erkrankungen bzw. HIV und AIDS keines der abgebildeten Merkmale sind, so lässt sich die Grundannahme des Syndroms der GMF, dass Menschen der ›Mehrheitsgesellschaft‹, die »im Wesentlichen kognitiv repräsentierten Vorstellungen, die die Hierarchisierung verschiedener Menschen›gruppen‹ und damit auch ihrer einzelnen Mitglieder nach der ihnen unterstellten Wertigkeit propagieren und betreiben«, auch auf den Kontext der HIV-positiven Menschen übertragen. »Wir sprechen von einem Syndrom, um deutlich zu machen, dass Vorurteile gegenüber unterschiedlichen Adressatengruppen miteinander verknüpft sind.« (Zick et al., 2011, S. 43) Personen, die eine Bereitschaft zur Abwertung einer bestimmten Gruppe zeigen, neigen mit einer signifikant hohen Wahrscheinlichkeit dazu, auch andere marginalisierte Gruppen zu diskriminieren (Zick, Wolf, Küpper, Davidov, Schmidt & Heitmeyer, 2008). Dementsprechend besteht eine höhere Wahrscheinlichkeit, dass, wenn jemand z. B. Behinderte abwertet, diese Person auch keine Hemmungen zeigen wird, andere Gruppen, wie z. B. Ausländer oder Homosexuelle, auszugrenzen, und dann auch nicht vor der Stigmatisierung und Diskriminierung von Menschen mit HIV/AIDS stoppen wird.

2.2 Stigma und Stigmatisierung als Forschungsgegenstand

Eine Untersuchung in der Schweiz stellte in einem Vergleich zwischen Menschen, die an Krebs, und anderen, die an AIDS erkrankt waren, deutlich negativere Einstellungen den AIDS-Patienten gegenüber fest und dokumentierte darüber hinaus auch negativere Einstellungen denen gegenüber, bei denen die Krankheit auf den

Lebensstil zurückzuführen ist. »Werden die Betroffenen als Opfer der Erkrankung gesehen, erfahren sie üblicherweise Mitgefühl und Solidarität; wird ihnen eigene Verantwortung zugeschrieben, ist es hingegen wahrscheinlicher, dass sie zur Zielscheibe moralischer Entrüstung werden und ihnen notwendige Unterstützung verwehrt wird.« (Stürmer & Salewski, 2009, S. 269) Den 2.515 Befragten wurden zwei Krankheitsfälle geschildert. Es handelte sich in beiden Fällen um 35-jährige Männer, einer an Krebs, der andere an AIDS erkrankt. Darüber hinaus gab es vier Variationen des AIDS-Patienten, der entweder als homosexueller oder heterosexueller Mann, Bluter oder Drogenkonsument beschrieben wurde. Die Beurteilungskriterien waren: »verdient Mitgefühl – verdient kein Mitgefühl«, »gefährlich – ungefährlich«. Der Drogenkonsument und der homosexuelle Mann wurden mehrheitlich am negativsten bewertet (Hornung, Helminger & Hättich, 1994).

Um Stigma und Stigmatisierung analysieren oder systematisieren zu können, haben verschiedene Versuche stattgefunden, dieses Konstrukt zu kategorisieren. In einem dreidimensionalen Rahmenmodell wurde versucht, die Kategorien (1) Perspektive, (2) persönliche und soziale Identität und (3) Reaktionen auf kognitiver, affektiver und verhaltensbezogener Ebene miteinander in Bezug zu setzen. Besonders interessant ist die Auslegung der ersten Dimension »Perspektive«: Hier geht es zum einen um die Unterscheidung zwischen Stigmatisierern und Stigmatisierten, aber auch um einen möglichen Rollenwechsel. D.h., die Stigmatisierer können auch zu einem anderen Zeitpunkt zu Stigmatisierten werden (auch umgekehrt), grundsätzlich nehmen sie aber eine aktive Rolle in diesem Prozess ein. Die Stigmatisierten werden keineswegs als passive Objekte betrachtet, da sie auf erfahrene Stigmatisierung ja in irgendeiner Weise (aktiv) reagieren (Dovidio, Major & Crocker, 2000) und auch der Täter-Opfer-Statuswechsel ein dokumentiertes Phänomen ist (Schindler, 2001).

Einem Schema zur Abgrenzung der Konzepte Stigma und Vorurteil folgend, ergeben sich sechs Aspekte, sowohl auf der Ebene der Ausübenden als auch auf der Ebene der Erduldenden, die bei der Entstehung von Stigmatisierung Berücksichtigung finden: (1) Ursprung, Funktion und Reaktion, (2) Konflikte, Kategorien und Normen, (3) kognitive und emotionale Prozesse, (4) diskriminierende und stigmatisierende Verhaltensweisen, (5) Reaktionen auf Stigmatisierung und Diskriminierung und (6) Folgen für das Selbstbild (Phelan, Link & Dovidio, 2008).

Zur empirischen Abbildung von gesundheitsbezogenem Stigma wurden einem Literaturreview fünf Kategorien unterschiedlicher Ausprägung von Stigma zu Grunde gelegt: (1) Einstellungen gegenüber von Stigma Betroffenen, (2) Praktiken, die diskriminieren oder stigmatisieren, (3) Diskriminierungserfahrungen von Stigma-Betroffenen, (4) Wahrnehmung des vorhandenen Stigmas und (5) Selbststigmatisierung. Dem folgend existiert Stigma in Form von Einstellungen bei den Stigmatisierenden, in Form von Handlungen (auch Gesetzgebungen) auf gesellschaftlicher Ebene und als tatsächliche Erfahrung sowie als wahrgenommene und verinnerlichte Stigmatisierung auf Seiten der Stigmatisierten (van Brakel, 2006, S. 307–334).

Diese Systematisierungsversuche verdeutlichen, wie komplex die Themen Stigma und Stigmatisierung sind und auf welchen Wegen sich die auf dieses Thema bezogene Forschung bewegt, um Grundlagen für Evidenz in Stigma-bezogenen Fragestellungen zu erlangen.

Insbesondere sind psychische Erkrankungen der Gegenstand in der wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit dem Thema Stigmatisierung. In Fachzeitschriften veröffentlichte Artikel bilden den gesellschaftlichen Umgang mit diesem Thema ab: »Die Stigmatisierung psychisch Kranker ist Teil unserer Kultur.

Ein Aufruf zu ihrer Erforschung.« (Psychiatrische Praxis 2003, Heft Nr. 7); »Die Stigmatisierung psychisch Kranker. Unser Problem?« (Psychiatrische Pflege 2000, Heft Nr. 7); »Es ist leichter, ein Atom zu zerstören, als ein Vorurteil. Das Stigma psychisch Kranker.« (Neuropsychiatrie 2002, Heft 1 und 2)

Der größte Teil der Forschung zu dem Bereich der psychischen Erkrankungen fokussiert chronische und irreversible Krankheitsbilder, wie z. B. Schizophrenie (Corrigan, 2005). In einer niederländischen Studie gab die Hälfte aller Teilnehmenden an, Menschen mit einer psychischen Erkrankung als gefährlich und aggressiv wahrzunehmen und ihnen gegenüber Verunsicherung, Angst und Irritation zu empfinden (Boon, Nugter & Dijker, 2004). Die Ausbreitung und Häufigkeit einer (psychischen) Erkrankung bedingen auch die gesellschaftlichen Reaktionen. Seltene und ungewöhnliche Erscheinungsbilder sind ungewohnter und lösen somit mehr Unsicherheiten und Ängste aus. Ängste, insbesondere die Angst vor dem eigenen Tod, spielen im HIV-Kontext eine bedeutende Rolle. Durch die Meidung der Menschen, die durch ihr Aussehen (auch infolge von Krankheit) auffallen und somit auch an den Tod erinnern, wird versucht, diese Ängste zu kontrollieren (Greenberg, Pyszczynski & Solomon, 1986).

Die negative Einstellung gegenüber Menschen mit HIV/AIDS reflektiert die Angst und Sorge vor eigener Gesundheitsgefährdung, die vermutlich mit jeder übertragbaren und tödlich verlaufenden Krankheit einhergeht. Sie ist insofern psychologisch instrumentell, da sie dazu führt, vermeintliche Infektionsrisiken zu meiden. (Stürmer & Salewski, 2009, S. 271)

Generell erfahren Menschen mit psychischen Erkrankungen soziale Ablehnung und Einschränkungen in sozialen Kontakten (Feldman & Crandall, 2007), die oft auch zu sozialer Isolation führen und die Lebenszufriedenheit beeinträchtigen (Markowitz, 1998). »In vielen Gesellschaften gelten chronische Erkrankungen wie Epilepsie, Krebs oder Schizophrenie als Stigma, was für die Betroffenen eine erhebliche Beeinträchtigung ihrer Lebensqualität und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben darstellen kann.« (Stürmer & Salewski, 2009, S. 264) Diese Phänomene treten auch im HIV-Kontext auf und werden ausführlicher in Kapitel 2.3 beschrieben.

2.2.1 HIV-bezogene Stigmaforschung

»Stigmatisierung und Ausgrenzung benötigt Kriterien, die es ermöglichen, eine Person als anders zu kennzeichnen. Krankheit kann ein solches Kriterium sein.« (Badura-Lotter, 2013, S. 127) Um den Begriff HIV-Stigma auf der Ebene der Krankheit greifbar zu machen, können grundlegend die von E. Goffman benannten Merkmale einer hochstigmatisierenden Erkrankung auf die HIV-Infektion bzw. die AIDS-Erkrankung angewendet werden: (1) Den Betroffenen wird die Verantwortung für die Erkrankung zugeschrieben, (2) die Erkrankung ist fortschreitend und unheilbar, (3) die Krankheit wird in der Öffentlichkeit nur schlecht verstanden und (4) die Symptome können nicht versteckt werden. So wird konstatiert: »[D]ie HIV-Infektion gilt seit dem Beginn der HIV-Epidemie in den 1980er Jahren als eine stigmatisierte Erkrankung.« (Drewes, 2013, S. 23)

HIV/AIDS war und bleibt die am stärksten mit einem Stigma verbundene Erkrankung, was die Analyse verschiedener Studien verdeutlicht. In diesen Studien wurde die Stigmatisierung von an HIV/AIDS Erkrankten mit der Stigmatisierung von unter anderem an Leukämie, Hepatitis, Grippe, Querschnittslähmung und diversen Krebserkrankungen erkrankten Patient_innen verglichen, wobei das

mit HIV/AIDS verbundene Stigma jeweils stärker ausgeprägt war als das der Erkrankungen, die als Vergleichsbasis herangezogen wurden (Drewes, 2013). Stigmatisierung widerfährt aber nicht nur den HIV-Infizierten direkt, sondern auch den Freunden, der Familie, den Lebenspartner_innen. Personen, die einen engen Kontakt zu HIV-Positiven haben, erfahren als sekundäre Stigmatisierung die gleiche Art von Diskriminierung und Ablehnung wie die mit HIV Lebenden selbst (Brown, Macintyre & Trujillo, 2003). Auch die Menschengruppen, in denen sich die HIV-Infektion seinerzeit stark verbreitet hatte, wie Prostituierte, schwule Männer und Menschen aus Afrika (die alle nicht HIV-positiv waren) werden generalisiert mit HIV und AIDS in Verbindung gebracht (Drewes, 2013).

Nicht selten machen Menschen zuzüglich ihrer HIV-Infektion Stigmatisierungs- und Diskriminierungserfahrungen aufgrund anderer Attribute. In einer Zusammenfassung von Studien, die sich mit der Erfassung und Analyse von Mehrfachstigmatisierung (geschichtetes Stigma, Intersektionalität) befassten, zeigte sich: »Die Hauptbetroffenen [...] sind schwule und andere Männer, die mit Männern Sex haben, intravenös Drogen Konsumierende, Sexarbeiterinnen und Sexarbeiter sowie Migranten aus Hochprävalenzländern, also soziale Minderheiten, die marginalisiert und diskriminiert werden.« (Drewes, 2013, S. 29) »[D]ie Kombination von stigmatisierenden Merkmalen (neben Homosexualität kann dies auch die Zugehörigkeit zu marginalisierten Gruppen wie Drogenabhängigen oder Prostituierten sein) [führt] zu einer Verstärkung negativer Reaktionen auf das Stigma HIV/AIDS.« (Stürmer & Salewski, 2009, S. 272, [HK])

Darüber hinaus haben HIV-positive Frauen Angst davor, im Hinblick auf ihr sexuelles Verhalten als moralisch verwerflich und als Schande für die Familie gesehen zu werden, und heterosexuelle Männer befürchten, als homosexuell zu gelten (Stürmer & Salewski, 2009). Mit der Ausbreitung der HIV-Epidemie ging

in der Allgemeinbevölkerung die Abnahme der Akzeptanz gegenüber Homosexuellen einher, ebenso steht eine höhere Stigmatisierungsbereitschaft gegenüber einer HIV-infizierten Person mit ihrer sexuellen Orientierung in Bezug (Engelbach, 2005, S. 29). In den Vorurteilen HIV/AIDS gegenüber werden auch Vorurteile gegenüber Homosexuellen ausgedrückt (Herek, Capitanio & Widaman, 2003), insbesondere die Berichterstattungen in den Medien bedienten sich in der Anfangszeit schwulenfeindlicher Rhetorik: Schwulenpest, Schwulenkrebs, Schwulenseuche (Thiele, 2019) waren nicht seltene, mit der Infektionskrankheit verwendete Begriffe. So gelang es der Mehrheitsgesellschaft auch, dieses Problem nicht als das ihre anzusehen. So war z. B. der Herausgeber der New York Times der Meinung, »dass eine ›Schwulenkrankheit‹ nichts für die Leser seiner Zeitung ist und dass Meldungen über Schwule und deren Probleme nichts in seiner Zeitung zu suchen haben.« (Lehmann, 2003, S. 34).

In der Analyse einer Vielzahl von verschiedenen (weltweit durchgeführten) Untersuchungen konnte der Zusammenhang zwischen ART und Stigmatisierung aufgezeigt werden: »Eine niedrige Viruslast bzw. wahrgenommene Infektiosität ging mit einer niedrigeren Stigmatisierungsbereitschaft einher, eine hohe Viruslast bzw. wahrgenommene Infektiosität mit einer höheren Stigmatisierungsbereitschaft.« (Drewes, 2013, S. 158) Die Höhe der Viruslast steht in einem kausalen Zusammenhang zu der erlebten Stigmatisierung, was, wie bereits beschrieben, mit den empfundenen Ängsten aufgrund der höheren Infektionsgefahr in Bezug stehen kann. Da die Höhe der vorhandenen Viruslast bzw. die Einnahme einer ART nach außen hin nicht erkennbar ist, entsteht die erlebte Stigmatisierung im persönlichen Kontakt, Kennenlernen einer neuen Beziehung, in Sexualkontakte, medizinischen Untersuchungen sowie Behandlungen – also in allen Bereichen, in denen über den Infektionsstatus gesprochen wird. In dem Wissen über ART sowie der damit verbundenen Nichtinfektiosität besteht ein hohes Potential zur

Entstigmatisierung von HIV-positiven Menschen, was bereits im ersten Kapitel erörtert wurde.

HIV-bezogene Stigmatisierung bildet sich in unterschiedlicher Intensität und auf verschiedenen Dimensionen ab. Sowohl Einzelpersonen als auch Gruppen erleben Stigmatisierung, dies wiederum sowohl durch Einzelpersonen und Gruppen als auch gesamtgesellschaftlich. So nehmen HIV-Positive durch Diskriminierungserfahrungen Stigmata und Stigmatisierung wahr, und durch Verinnerlichung von negativen Zuschreibungen des Umfeldes kann dies auch zur Selbststigmatisierung führen. Auf gesellschaftlicher Ebene entsteht Stigmatisierung durch Vorurteile, die Bildung von Stereotypen sowie abwertende und diskriminierende Handlungen gegenüber Menschen mit HIV/AIDS, wie z. B. Berufsverbote, Untersagung, bestimmte Versicherungen abzuschließen (z. B. Lebens- oder Berufsunfähigkeitsversicherung) oder Einreiseverbote, die in bestimmten Ländern für HIV-infizierte Menschen gelten. Das Ende einer solchen (staatlichen) Stigmatisierung in diesem Krankheitsbild war die im Jahr 2010 erfolgte Aufhebung des seit 1987 in den USA geltenden Einreiseverbots für HIV-Positive (Drewes, 2013).

Wie bei der Stigma-Forschung generell kommt auch bei der HIV-bezogenen Stigma-Forschung der größte Anteil aus den USA. »Most of the research on HIV/AIDS stigma has been done in the United States, a country with large research resources, an early epidemic and pronounced stigmatisation of gay men, African-Americans and Haitian immigrants as carriers of HIV/AIDS.« (Deacon et al., 2005, S. viii)

Eine Literaturrecherche über die bestehende Forschung zu diesem Thema zeigt, dass die Stigmatisierung von HIV-positiven Menschen zwar im Fokus der sozialwissenschaftlichen Auseinandersetzung im Bereich HIV/AIDS steht, sich hier

aber auch nur selten spezifische Definitionen des HIV-Stigmas finden lassen (Drewes, 2013).

Verschiedene Faktoren lassen sich aus der HIV-bezogenen Stigmaforschung ableiten: Mangelndes Hintergrundwissen über Übertragungswege, Präventionsmaßnahmen und Therapiemöglichkeiten begünstigt Stigmatisierungsprozesse (Valencia-Garcia, Starks, Strick & Simoni, 2008; Ugarte, Högberg, Valladares & Essen, 2013), was auch im Kontext von Fachkräften im Gesundheitswesen erkennbar ist (Cianelli, Ferrer, Norr, McCreary, Irarrazabal, Bernaldes et al., 2011) und in Bezug zum Bildungskontext steht. So sind bei bildungsfernen Menschen in größerem Ausmaß Stigmatisierungstendenzen vorhanden, die jedoch durch persönliche Kontakte zu Menschen mit HIV/AIDS positiv beeinflusst werden: Diejenigen, die im sozialen Umfeld HIV-Positive oder an AIDS Erkrankte kennen oder auch durch Tod verloren haben, neigen seltener zu Stigmatisierung (Sullivan, Xu, Feng, Su, Xu, Ding et al., 2010). Religiösen Überzeugungen folgend wird HIV oft als ›Strafe Gottes‹, insbesondere für unsolide und unmoralische Lebensführung gesehen, was ebenfalls Stigmatisierungsprozesse begünstigt (Coleman, Lindley, Annang, Saunders & Gaddist, 2012). Menschen mit erhöhter HIV-Risiko-Wahrnehmung, die sich selbst große Sorgen um die Ansteckung machen, zeigen ebenfalls größere Ablehnung gegenüber HIV-Positiven (Ugarte et al., 2013). Haben Menschen schon einmal einen HIV-Test gemacht, neigen sie seltener dazu, HIV-Positive zu stigmatisieren, als jene, die noch nie einen Test gemacht haben. Vermutlich haben die im Prozess der Testdurchführung erlebten Erfahrungen diesbezüglich sensibilisiert (Genberg, Hlavka, Konda, Maman, Chariyalertsak, Chingono et al., 2009). In vielen lateinamerikanischen Ländern besteht das Bild der gehorsamen und dem Mann und der Familie untergeordneten Frau. Frauen, die sich als gute und treue Frauen sehen, stigmatisieren HIV-positive Frauen deutlich stärker, da sie ihnen Untreue unterstellen und diese als

Ursache der HIV-Infektion sehen (Cianelli, Villegas, De Oliveira, Hires, Gattamorta, Ferrer et al., 2015; Valencia-Garcia et al., 2008). Um die Entstehung von HIV-bezogenem Stigma in Chile zu überprüfen, wurde auf Grundlage dieser Faktoren eine Studie entwickelt, in der 496 chilenische Frauen befragt wurden. Das Ergebnis bestätigte die stark vorhandenen Stigmatisierungstendenzen bei 77,8 % der Befragten. Insbesondere sind die Faktoren Bildung, HIV-bezogenes Hintergrundwissen und das bestehende Frauenbild signifikante Prädiktoren für HIV-bezogenes Stigma in dieser Bevölkerungsgruppe (Cianelli et al., 2015).

Zur Erfassung des HIV-bezogenen Stigmas wurde von Berger, Estwing Ferrans & Lashley (2001) die »HIV-Stigma-Scale« (HSS) entwickelt. 2001 wurden die ersten damit erhobenen Ergebnisse veröffentlicht. Diese 40-Item-Skala wurde als valides und reliables Messinstrument für eine große Gruppe verschiedenartiger Menschen mit HIV und AIDS bezeichnet, diente somit als Basis für HIV-spezifische Stigma-Forschung und fand in verschiedenen internationalen Forschungsarbeiten Anwendung (Lindberg, Wettergren, Wiklander, Svedhem-Johansson & Eriksson, 2014). Sie erfasst die vier Kategorien (1) erlebte Stigmatisierung, (2) Offenbarungsangst, (3) negatives Selbstbild und (4) Sorgen über die öffentliche Meinung. »Four factors emerged from exploratory factor analysis: personalized stigma, disclosure concerns, negative self-image, and concern with public attitudes toward people with HIV.« (Berger et al., 2001, S. 518)

2014 wurde erstmals etwas über die Entwicklung einer deutschen Adaption der HIV-Stigma-Scale (HSS-D) veröffentlicht, die, über die von Berger et al. veröffentlichte Originalversion hinausgehend, die Aspekte Angst und Depressivität mit jeweils sieben Items integriert hat. Zu ihrer Entwicklung wurde eine

Stichprobe ($N=167$) von HIV-positiven Patienten (MSM)¹⁶ mit einem Durchschnittsalter von $M=46,8$ Jahren ($SD=11,5$, $Range = 22-74$) befragt. »Die vorliegende Studie hatte zum Ziel, eine deutschsprachige Adaptation der ›HIV Stigma Scale‹ (HSS) zu liefern und damit das erste standardisierte deutschsprachige Selbstbeurteilungsinstrument zur Erfassung von Stigmatisierung bei HIV und AIDS bereitzustellen.« (Dinkel, Nather, Jaeger, Jaegel-Guedes, Lahmann, Steinke et al., 2014, S. 25) Die Ergebnisse bestätigten Reliabilität und Validität. Fast alle Patienten, nämlich 97,5 % ($N=161$), empfanden die deutsche Skala als verständlich, und 77,7 % ($N=157$) äußerten, dass ihre Lebenssituation angemessen abgebildet wurde. Nach einer Überarbeitung umfasst die revidierte Version HSS-D21 im Ergebnis 21 Items, die sich auf die vier (auch in der Originalversion vorhandenen) Kategorien (1) erlebte Stigmatisierung, (2) Offenbarungsangst, (3) negatives Selbstbild und (4) Sorgen über die öffentliche Meinung verteilen (Dinkel et al., 2014, S. 25).

Zur Unterstützung von Menschen mit HIV/AIDS, die von Stigmatisierung und Diskriminierung betroffen sind – »im extremen Fall führt das Stigma zur offenen Diskriminierung der Betroffenen« (Stürmer & Salewski, 2009) – wurde 2005 von den vier international tätigen HIV-Organisationen (›UNAIDS‹, ›GNP+‹ (Globales Netzwerk von Menschen mit HIV), ›ICW‹ (Globales Netzwerk für Frauen mit HIV) und ›IPPF‹ (Internationaler Verband für Familienplanung) eine systematische und wissenschaftlich fundierte Auseinandersetzung mit diesem Thema beschlossen. Das erste Ergebnis war die Erstellung des PLHIV Stigma Index, der 2006 von einem achtköpfigen Team von HIV-positiven Menschen aus den benannten Organisationen entwickelt wurde. Er ist wohl das bekannteste Forschungsinstrument, das im Peer-to-peer-Ansatz entwickelt wurde, und stellt

¹⁶ 90,7 % bezeichneten sich als homosexuell, die übrigen als bisexuell.

zudem die Grundlage dar, an der sich vergleichbare Messinstrumente orientieren. Anders als die ›HIV-Stigma-Scale‹ wurde er von und für Menschen mit HIV entwickelt. Verfolgtes Ziel ist, Informationen über Erfahrungen der Zielgruppe mit Stigmatisierung, Diskriminierung und Verletzung der Menschenrechte zusammenzutragen. Damit sollen dann diejenigen Organisationen unterstützt werden, die sich dem Kampf gegen Stigmatisierung und der Unterstützung von Menschen mit HIV widmen und sich auch auf politischer Ebene für eine Verbesserung der Situation einsetzen. Nicht zuletzt soll das Verständnis über die Existenz und die verschiedenen Formen von Stigma und Stigmatisierung erweitert werden.

Den GIPA¹⁷-Prinzipien folgend, wurden mit HIV lebende Menschen zu ›Peer-Researchern‹¹⁸ ausgebildet; sie führten die Interviews durch, um dokumentieren zu können, wie HIV-positive Menschen Stigmatisierung erleben.

GIPA is not a project or programme. It is a principle that aims to realize the rights and responsibilities of people living with HIV, including their right to self-determination and participation in decision- making processes that affect their lives. In these efforts, GIPA also aims to enhance the quality and effectiveness of the AIDS response. (UNAIDS, 2007, S. 1)

Die beteiligten Organisationen verfolgen die Absicht, diesen Index als lokales, nationales und globales Tool einer Interessensvertretung zu etablieren. In der Zeit von 2008 bis 2013 wurde dieser Index bereits in 54 Sprachen übersetzt.

¹⁷ »Greater Involvement of People Living with HIV/Aids«

¹⁸ Forschende, die sich mit Themen auseinandersetzen, die sie selbst betreffen.

Jede Überarbeitung, Übersetzung oder Modifikation orientierte sich aber an dem ›PLHIV Stigma Index - User Guide‹ und den dazugehörigen Standards, erlaubt aber die Anpassung an die kulturellen Gegeben- und Besonderheiten eines jeden Landes (UNAIDS, 2011, S. 16).

Stand 2013 waren es mehr als 1.300 HIV-positive Menschen, die als Interviewer_innen für die Befragungen mit dem PLHIV-Stigma-Index ausgebildet worden sind, und in 50 Ländern wurden mehr als 45.000 Menschen, die mit HIV leben, befragt (International Planned Parenthood Federation UK 2008). Bis 2018 haben sich die Zahlen gut verdoppelt: In mehr als 100 Ländern wurden über 100.000 Teilnehmende befragt. Als Weiterentwicklung und Modifikation, mit neuen Fragen, die einfach zu verstehen sind und die Lebenswelten spezifischer Zielgruppen erfassen, wurde der ›PLHIV Stigma Index 2.0‹ auf der internationalen AIDS-Konferenz 2018 in Amsterdam vorgestellt¹⁹.

In den jeweiligen Ländern sind diejenigen Organisationen, welche für die Interessensvertretung der mit HIV lebenden Menschen stehen, für Umsetzung und Durchführung des Projektes verantwortlich; dementsprechend übernahm die DAH in Deutschland die Realisierung und entwickelte auf diesem Stigma-Index basierend die Peer-to-peer-Befragung ›positive Stimmen‹. Sowohl die Wahrung der Interessen von Menschen mit HIV als auch ein Höchstmaß an Transparenz und Datenschutz wurden somit gewährleistet. Die gewonnenen Ergebnisse sollen neben der Konzeptentwicklung zur Verringerung von Stigmatisierung und Ausgrenzung von Menschen mit HIV und AIDS Entstigmatisierungsprozesse zur Steigerung der Lebensqualität dieser Personengruppe fördern, dies vor allem in

¹⁹ <https://www.stigmaindex.org/about-the-stigma-index/what-is-the-people-living-with-hiv-stigma-index/>
zuletzt abgerufen: 14.12.2019

Bereichen der Beschäftigung und der psychosozialen Belastung. In Deutschland führten vierzig ›Peer-Researcher_innen‹ in sechs Monaten Laufzeit der Befragung (2011/2012) insgesamt 1.148 Interviews (Deutsche Aids-Hilfe e. V., 2012a).

Setzt man diese Zahl mit der durch das RKI veröffentlichten geschätzten Zahl der Menschen, die Ende 2014 mit HIV/AIDS in Deutschland lebten (83.400) in Bezug, so ergibt sich, dass ›nur‹ 1,4 % aller in Deutschland lebenden HIV-Positiven durch diese Befragung erreicht wurden. Insbesondere lässt sich das darauf zurückführen, dass die tatsächliche Grundgesamtheit dieser Bezugsgruppe (u. a. aufgrund der bei vielen Menschen unbekannten Infektion) unklar bleibt und zudem auch nur schwer für eine Befragung erreicht werden kann. Dennoch zeigen die im Folgenden vorgestellten Ergebnisse, »dass das Ausmaß an negativen Erfahrungen unfassbar hoch ist.« (Deutsche Aids-Hilfe e. V., 2012a, S. 73)

2.2.1.1 Diskriminierung und Stigmatisierung in Deutschland

Bei der Befragung wurden die Interviewten zu folgenden Schwerpunkten befragt und sollten für den Zeitraum der vergangenen zwölf Monate über erlebte Stigmatisierung und Diskriminierung berichten.

1. Die Interviewten (Soziodemografie)
2. Soziales Umfeld
3. Gesundheitswesen
4. Arbeit und Beschäftigung
5. Sexualität
6. Offener Umgang mit dem HIV-Status
7. Verinnerlichung von Stigmatisierung

8. Rechte, Gesetze, Leitlinien

9. Veränderungen bewirken

Die Auswertung der Ergebnisse soll die Lebenssituation von mit HIV lebenden Menschen in Deutschland verdeutlichen, so dass zu jeder der benannten Kategorie eine (dem Umfang dieser Arbeit entsprechende) gekürzte Darstellung erfolgt.

Den größten Teil der Befragten machten mit 67 % Schwule ($N=694$) und Lesben ($N=31$) aus. 38 % bezeichnen sich als heterosexuell, zur Gruppe der Migrant_innen gehören 23 %, 12 % der Befragten sind Drogengebraucher_innen und 6 % Sexarbeiter_innen. Da eine Person mehrerer dieser Bezugsgruppen zugehörig sein kann, ergibt die Addition mehr als 100 % (Deutsche Aids-Hilfe e. V., 2012a, S. 53).

Die von den befragten Personen berichteten Stigmatisierungserlebnisse sind vielfältig und wurden in verschiedenen Bereichen erlebt.

Wird die negative Erfahrung nicht direkt auf den HIV-Status zurückgeführt, geben 41% als Grund ihre sexuelle Orientierung an, 11% ihren Migrationshintergrund, 10% ihren Drogenhintergrund und 3% die Sexarbeit; weitere 34% sehen andere Gründe. (Deutsche Aids-Hilfe e. V., 2012a, S. 57)

Folgend werden nur die auf HIV zurückgeführten Erfahrungen dargestellt. So gaben 31 % an, dass hinter ihrem Rücken über sie ›getratscht‹ wurde, 14 % erfuhren verbale Beleidigungen, 7 % erlebten den Ausschluss aus der Familie, 6 % waren bei gesellschaftlichen Zusammenkünften wie Vereinsaktivitäten oder

Feierlichkeiten ausgegrenzt worden, körperliche Bedrohung wurde 5 % zuteil und 3 % widerfuhren tätliche Angriffe (Deutsche Aids-Hilfe e. V., 2012a, S. 56).

In der Kategorie Gesundheitswesen gaben 19 % aller Befragten an, dass ihnen in den letzten zwölf Monaten eine ärztliche Behandlung verweigert wurde. Sehr wahrscheinlich ist, dass den Betroffenen über ihren gesamten Infektionszeitraum hinweg deutlich häufiger eine Behandlung verweigert worden war. 10 % (bei $N=1.029$) gaben an, aus Angst vor Diskriminierung aufgrund der HIV-Infektion den Besuch einer Arztpraxis (obwohl es nötig war) vermieden zu haben. Unter denjenigen, denen eine Behandlung verweigert worden war, erhöhte sich diese Zahl auf 18 % (Deutsche Aids-Hilfe e. V., 2012a, S. 57–58).

»54% der Befragten sind in Voll- oder Teilzeit beschäftigt. 29% von ihnen gehen nach eigener Angabe gegenüber dem Arbeitgeber offen mit dem HIV-Status um, 61% tun das nicht, 5% gehen teils offen mit ihrem Status um, teils nicht. Weitere 5% geben an, zum Teil gegen ihren Willen geoutet worden zu sein.« (Deutsche Aids-Hilfe e. V., 2012a, S. 59) Von denjenigen, die offen am Arbeitsplatz mit ihrer Infektion umgehen, berichten 45 % von einer unterstützenden, 29 % von einer neutralen und 26 % von einer diskriminierenden Reaktion. 24 Personen (2 %) hatten innerhalb der letzten zwölf Monate ihren Job verloren; von ihnen gaben 46 % an, dass Diskriminierung seitens des Arbeitgebers / der Arbeitgeberin der Grund dafür gewesen war (Deutsche Aids-Hilfe e. V., 2012a, S. 59–60).

Mit $N=666$ gaben 58 % der Befragten an, im Jahr vor der Befragung sexuelle Zurückweisung aufgrund des HIV-Status erlebt zu haben, bei 20 % aller Teilnehmenden war die HIV-Infektion Ursache dafür, auf Sex verzichtet zu haben (Deutsche Aids-Hilfe e. V., 2012a, S. 60–61).

In der Fragebogenkategorie ›Offener Umgang mit dem HIV-Status‹ gaben die Befragten an, folgenden Bezugspersonen gegenüber mit dem HIV-Status (freiwillig) offen umgehen: Partner/Partnerin 84 %, Freund_innen 64 %, Familie 56 %, Sexpartner_innen 52 % und Nachbar_innen 13 % (Deutsche Aids-Hilfe e. V., 2012a, S. 61).

42% aller Befragten hatten zu mindestens einem Zeitpunkt im Jahr vor der Befragung ein niedriges Selbstwertgefühl aufgrund ihrer HIV-Infektion. 75% geben an, sie seien wegen der Infektion traurig und deprimiert gewesen, 32% machten sich Vorwürfe, 23% hatten Schuldgefühle, 8% stimmten der Aussage zu »Ich hatte das Gefühl, ich sollte bestraft werden«. Lediglich 20% geben an, dass sie in den letzten 12 Monaten keine negativen Gefühle im Zusammenhang mit ihrer HIV-Infektion erlebten. (Deutsche Aids-Hilfe e. V., 2012a, S. 62)

Aufgrund des HIV-Status berichteten die Befragten von verschiedenen Schwierigkeiten im Kontext von Gesetzen, Rechten und Leitlinien. So wurde 16 % der Befragten eine Versicherung verweigert, 13 % sahen von der Reise in ein bestimmtes Land ab, weil dieses Menschen mit HIV die Einreise verweigert, 5 % mussten bei der Einreise ihren HIV-Status offenlegen, 3 % wurden isoliert, abgesondert oder in Quarantäne genommen und 2 % berichteten im Bezug zu ihrer Infektion von Festnahmen und Anklagen (Deutsche Aids-Hilfe e. V., 2012a, S. 63–64).

Von allen Befragten gaben 51 % an, sich im vorangegangenen Jahr im HIV-Bereich (überwiegend in Selbsthilfegruppen) engagiert zu haben.

Im Hinblick auf die Gruppenzugehörigkeit zeichnet die Befragung ein repräsentatives Verhältnis zur aktuellen epidemiologischen Situation in Deutschland ab, obwohl die hier befragten Personen überdurchschnittlich viel jünger sind als die vom RKI erfassten Personen. Auch das deutlich über dem der Gesamtbevölkerung liegende Bildungsniveau und die deutlich prekären Beschäftigungs- und Einkommenssituationen werden von den Durchführenden dieser Studie bei der Auswertung und Beurteilung der Ergebnisse nicht als verfälschende Variablen beurteilt.

Die negativen Erfahrungen der Befragten im sozialen Umfeld machen das Konzept der ›HIV-bezogenen Stigmatisierung‹ anschaulich: 50% derjenigen, die im Jahr vor der Befragung von gesellschaftlichen Zusammenkünften ausgeschlossen wurden, geben als Grund dafür die HIV-Infektion an. (Deutsche Aids-Hilfe e. V., 2012a, S. 67)

Auch wenn der Entwurf einer ›Charta der Patientenrechte‹ nie als eine solche verabschiedet wurde, bestehen Patientenrechte, wonach »jeder Mensch [...] ohne Unterschied das Recht auf angemessene medizinische Versorgung [hat].« (Rieser, 1999, S. A-2785 [HK]) Dennoch zeigen die Ergebnisse, dass jedem fünften Teilnehmenden im Vorjahr der Befragung eine Leistung im Gesundheitswesen verweigert wurde. Trotz der häufig formulierten Forderung, »Diskriminierungen und Stigmatisierungen HIV-positiver Beschäftigter müssen vermieden werden« (Wicker, 2010, S. 64), bleibt die erlebte Diskriminierung im Arbeitsbereich alarmierend: Ein Viertel der Befragten, die offen mit der HIV-Infektion am Arbeitsplatz umgehen, haben Diskriminierung aufgrund ihres ›Positiven-Outings‹ erlebt, bei einem Teil hatte dieses auch zum Jobverlust geführt. Am deutlichsten

sind aber Einschränkungen und Ängste im psychosozialen Bereich, vor allem in sexuellen Kontakten zu erkennen. »Solche Zurückweisungen aufgrund der eigenen HIV-Infektion können sehr verletzend sein und starke Auswirkungen auf das psychische Gleichgewicht haben, vor allem dann, wenn jemand diese Erfahrung häufiger macht.« (Deutsche Aids-Hilfe e.V., 2012a, S. 69)

Aber auch über diese Befragung hinaus wird häufig die Ausgrenzung von Menschen mit HIV/AIDS sowie der dementsprechende Handlungsbedarf festgestellt:

Sowohl innerhalb betroffener Bevölkerungsgruppen als auch im medizinischen Versorgungssystem, beim Kontakt mit Behörden, am Arbeitsplatz und im sozialen Umfeld erfahren auch heute noch in Deutschland viele HIV-Infizierte bei der Offenlegung ihrer Infektion Diskriminierung und Ausgrenzung. Weitere und kontinuierliche Anstrengungen zum Abbau der Diskriminierung von Betroffenen sind daher notwendig. (Marcus et al., 2010, S. 1202)

Stigmatisierung bleibt weiterhin ein zentrales Thema für Menschen mit HIV (Colbert, Kim, Sereika & Erlen, 2010). Das gemeinsame Programm der Vereinten Nationen zu HIV/AIDS befasst sich regelmäßig mit dem Kampf gegen Diskriminierung und Stigmatisierung und führt weiter an, dass Stigmatisierung oft die Wurzel von Diskriminierungen ist. Zudem können Stigmata von stigmatisierten Personen in Form von Gefühlen wie Scham und Wertlosigkeit und dementsprechenden Handlungen wie Selbstbeschuldigung oder Selbstvorwürfe internalisiert werden. Zuweisung oder das eigene Empfinden von Schuld führt zu Schamgefühlen, diese hemmen wiederum eine offene Thematisierung, ebenso wie befürchtete oder erlebte Zurückweisungen. Offenlegung in der Partnerschaft und damit

verbunden eine offene Kommunikation über Schutzmöglichkeiten, aber auch die Inanspruchnahme ärztlicher Behandlung oder die Durchführung eines HIV-Tests werden durch erlebte oder befürchtete Stigmatisierung stark beeinträchtigt (Lemke & Merz, 2018). HIV-bezogene Diskriminierung ist eine unfaire und ungerechtfertigte Benachteiligung eines HIV-positiven Menschen und findet unter anderem am Arbeitsplatz, in Familien, Schulen, sozialen Netzwerken, im Gesundheitssystem, Wohnkontext, Gefängnis, Migrationskontext, bei Versicherungen, sozialer Unterstützung und bei Reisen statt. UNAIDS zufolge untergräbt Stigmatisierung und Diskriminierung die HIV-Prävention, weil Leute aus Angst vor Stigmatisierung Informationsbeschaffung und HIV-Testung meiden (UNAIDS, 2010).

Das gesellschaftliche Klima gegenüber HIV/AIDS und die darauf bezogene Diskriminierung und Stigmatisierung können nur dann zurückgehen, wenn Unwissen und ungerechtfertigte Ansichten nicht weiterhin zu unbedachten Schuldzuschreibungen gegenüber HIV-positiven Menschen führen. (Lemke & Merz, 2018, S. 16)

Erleben HIV-positive Menschen Diskriminierung und Stigmatisierung, so kann dies die Lebensqualität und die Selbstwirksamkeit, aber auch die Gesundheit stark beeinträchtigen: Über neun Jahre hinweg wurden 72 HIV-positive, homosexuelle Männer, deren Gesundheitszustand anfangs als ›gesund‹ gewertet werden konnte, medizinisch und psychologisch begleitet und untersucht. Bei denjenigen, die als homosexuell und als HIV-positiv geoutet und zudem als empfindlich gegenüber Ablehnung des sozialen Umfeldes eingestuft waren, konnte ein schnelleres Voranschreiten der Krankheit durch die Abnahme der CD4-Helferzellen bis

hin zum Vollbild AIDS und auch zum Tod festgestellt werden als bei denjenigen, die nicht geoutet und als nicht so sensibel gegenüber Ablehnungen eingestuft waren (Cole, Kemeny & Taylor, 1997). Ebenso besteht eine negative Auswirkung durch Verdrängung, Verleugnung und mangelnden Kampfgeist auf den Verlauf einer HIV-Infektion (Solano, Costa, Salvati, Coda, Auiti, Mezzaroma et al., 1993).

2.3 Einflussfaktoren des selbstbewussten Umgangs mit der HIV-Infektion

Durch die Normalisierung, die möglichen Unterstützungsangebote und nachdem man an HIV und AIDS nicht mehr (zwangsläufig) stirbt, hat sich der individuelle Umgang mit der HIV-Infektion verändert, so auch der Umgang mit Stigmatisierung und Diskriminierung. Insbesondere in den Anfängen »traf« die Epidemie sozusagen auf eine kampfprobierte Bewegung, die im Umgang mit Vorurteilen, Stigmatisierung und Ausgrenzung erfahren, verhältnismäßig gut organisiert, international gut vernetzt und ausgebildet war und sich eher aus Mittel- und Oberschichtangehörigen zusammensetzte« (Vielhaber, 2011, S. 109), so dass seitens der Schwulenbewegung ein Kampf gegen Stigmatisierung und Diskriminierung und für Forschung und Behandlung entstand und durch ein hohes Maß an Engagement und Selbsthilfe gekennzeichnet war (Thiele, 2019).

Mittlerweile hat sich der Fokus von einer kollektiven Identität ›Wir‹ zu einer individuellen Identität ›Ich‹ (Stürmer & Siem, 2009; Simon, 2004; Turner, Hogg, Oakes, Reicher & Wetherell, 1987) verändert. Der Kampfgeist von damals – so hatten sich in den Anfangszeiten Patienten in nicht zugelassenen Studien mit ebenfalls nicht zugelassenen Medikamenten behandeln lassen und gingen damit »sehr hohe Risiken ein – im Rahmen dieser Experimente verstarben Patienten,

andere erlitten irreversible Schäden« (Vielhaber, 2011, S. 111) – ist heutzutage nicht mehr vorhanden. In der Entwicklung der Krankheit, weg von einer Todesseuche, hin zu einer chronischen Krankheit, sind persönliche Bemühungen, auch vor dem Hintergrund der empfundenen Belastungen durch die Infektion, auf den individuellen Nutzen ausgerichtet. War der Kampfgeist des AIDS-Aktivismus und der Patienten-Empowerment-Bewegung ab den 1980er Jahren, der nach Einbeziehung von Menschen mit HIV und AIDS in Forschung und Medikamentenentwicklung schrie, nur im Überlebenskampf begründet (Vielhaber, 2011)? Die Bemühungen und die großen Erfolge der AIDS-Aktivist_innen waren seit Anbeginn in der Auflösung der »klassischen Patienten-Rolle« begründet, gestärkt in dem Verbund eines Kollektivs. Dieses auf die individuelle Handlungsebene von Menschen mit HIV und AIDS zu übertragen ist eine Frage der persönlichen Dispositionen sowie der möglichen Unterstützung: Weg vom hörigen, hin zum mündigen Patienten! »Nicht aus den Augen verlieren darf man, dass es auch unter den Menschen mit HIV und AIDS Personen gibt, die die klassische Rolle als Patient nicht verlassen wollen oder können.« (Vielhaber, 2011, S. 123) Demnach gilt es auch, die Mündigkeit der Patienten zu stärken und zu fördern. Im Vordergrund bei Patient_innen mit HIV und AIDS steht der Umgang mit der Krankheit und der Integration dafür erforderlichen Handelns in die jeweiligen Alltagssituationen.

2.3.1 Outing und offener Umgang mit der Infektion

Die HIV/AIDS-bezogene psychologische Forschung hat seit Anbeginn Bewältigungsformen bei HIV-positiven Patient_innen untersucht (Riemer, Escobar-Prinzón, Bock & Hautzinger, 2000) und vier Bewältigungsformen herausgearbeitet: (1) ein Verharren mit ausweichenden und zurückgezogenen Verhaltensweisen, (2) ein Aufrechterhalten sozialer Kontakte durch Selbstkontrolle, (3) optimistisch-depressive Schwankungen und eine (4) kämpferisch-optimistische Haltung

(Leiberich, Engeter, Olbrich, Schumacher, Duschner, Kasch et al., 1993). Der jeweilige Umgang mit der Infektion spiegelt ein jeweiliges Bewältigungsmuster wider und gestaltet sich dementsprechend als mehr oder weniger offen. Das Outing und der offene Umgang mit der Infektion sind wichtige Aspekte bei der Betrachtung verschiedener Umgangsweisen mit der eigenen Infektion.

Wie selbstbewusst Menschen mit ihrer HIV-Infektion umgehen können, steht in unmittelbarem Bezug dazu, wie sehr sie von Stigmatisierung und Diskriminierung betroffen sind oder waren. Aus Angst vor Stigmatisierung verschweigen viele HIV-Positive ihre Infektion gegenüber Familie, Freunden, Beziehungs- und Sexualpartner_innen, aber auch Ärzt_innen und im Kontext von Beruf sowie Freizeitgestaltung (Herek, 1999).

Diese Bewältigungsstrategie hat für die Betroffenen allerdings oft einen hohen Preis: Sie entwickeln Schuldgefühle gegenüber Familien-angehörigen, Freunden und Bekannten, weil sie das Gefühl haben, ihnen gegenüber nicht ehrlich zu sein; sie vermeiden soziale Kontakte und ziehen sich zurück, um Fragen über ihren Gesundheitszustand auszuweichen; oder sie nehmen notwendige medizinische, psychologische oder soziale Unterstützung nicht in Anspruch, weil sie befürchten, ihre Diagnose könnte anderen dadurch bekannt werden. (Stürmer & Salewski, 2009, S. 275)

Durch den sozialen Rückzug fehlt der Austausch auch mit anderen HIV-Positiven, was wiederum die Selbststigmatisierung durch verinnerlichte negative Zuschreibungen des sozialen Umfeldes begünstigt und zu Minderwertigkeitsgefühlen, Depression und auch zu Suizid führen kann (Klitzman, 1997). Erleben

HIV-Positive, insbesondere bei Diskriminierungs- und Stigmatisierungserfahrungen, Rückhalt und Unterstützung in ihrem sozialen Umfeld, ist ein offener und selbstbewusster Umgang eine bessere Alternative gegenüber der Geheimhaltung, die dann auch deutlich weniger negative Auswirkungen im Krankheitsverlauf bedeutet (Omoto & Snyder, 2002). Reagieren Menschen sehr sensibel auf Ablehnung, so kann für sie die Geheimhaltung der Infektion, zumindest für einen bestimmten Zeitraum oder in einem bestimmten Kontext (z. B. berufliches Umfeld), dennoch eine bessere Strategie sein, um Stigmatisierungserleben zu vermeiden und ihr persönliches Wohlempfinden zu schützen. Insofern kann die Frage, ob es besser ist, die Infektion offen zu thematisieren, immer nur individuell und abhängig von Kontext und sozialem Umfeld beantwortet werden (Stürmer & Salewski, 2009).

Die Kapitel 4.3 und 4.4 werden Ergebnisse einer Befragung darstellen, die aufzeigen, welche alltäglichen Schwierigkeiten und Herausforderungen von Menschen mit HIV-Infektion bewältigt werden müssen. Aus diesen lässt sich dann abbilden, inwieweit ein offener und selbstbewusster Umgang möglich ist, wodurch er erschwert wird und wie die Integration der Infektion in das Selbstkonzept erfolgt.

2.3.2 Integration der Infektion in das Selbstkonzept

Der Begriff ›Selbstkonzept‹ scheint als am ehesten geeignet, die individuellen Einschätzungen der eigenen Person – »[W]ie nehme ich mich wahr, was denke ich über mich gegenwärtig, was für Erinnerungen habe ich an mich als Kind oder Jugendlicher, welche Vorstellungen habe ich darüber, wie ich in zehn Jahren sein werde, was für ein Mensch möchte ich am liebsten sein, wie bewerte oder benote ich meine Ausstrahlung auf andere Menschen, [...] welches sind eigentlich die

Werte und Ziele, die ich bejahe und erstrebe« (Mummendey, 2006, S. 25) – zu umschreiben. Unter diesem Begriff werden alle Beurteilungen, die die eigene Person betreffen, zusammengefasst. Durchaus lassen sich dann ein ›inneres‹ (wie man wirklich ist) und ein ›äußeres Selbst‹ (wie man sich nach außen zeigt bzw. in der Interaktion mit dem Umfeld beeinflussen lässt) unterscheiden (Baumeister, 1986). Der angelsächsische Philosoph William James unterschied bereits Ende des 19. Jahrhunderts die Reflektion und die Erfahrungen des eigenen Körpers, der Familie und auch derjenigen Gegenstände, die der Person vertraut waren (›material me‹), von den eigenen seelischen Vorgängen wie Denken und Fühlen (›spiritual me‹), aber auch von der persönlichen Erkenntnis, wie andere über jemanden selbst denken und welches Ansehen man bei anderen Personen hat (›social me‹). Ergänzend geht James davon aus, dass jede Person entsprechend der Anzahl ihrer sozialen Interaktionen die gleiche Anzahl an ›Selbst‹ besitzt.

[...] a man has as many social selves as there are individuals who recognize him and carry an image of him in their heads.
[...] we may practically say that he has [...] many different social selves [...]. (James, 2012, S. 294)

Vor dem Hintergrund dieser Gedanken zum Selbstkonzept sowie der Einteilung der ›HIV-Stigma-Scale‹²⁰, die zentrale Aspekte des Erlebens von Stigmatisierung abbildet, lässt sich die Frage, wie Menschen ihre HIV-Infektion in ihr Selbstkonzept integrieren, auf drei wesentliche Aspekte zusammenführen:

²⁰ (1) Erlebte Stigmatisierung, (2) Offenbarungsangst, (3) negatives Selbstbild und (4) Sorgen über die öffentliche Meinung.

(1.) Alle Gedanken, die sich eine Person über sich selbst macht, sind Teil des Selbstkonzepts; sie werden durch das soziale Umfeld mitbestimmt und orientieren sich an bestehenden Normen und Wertevorstellungen. Das in der Gesellschaft vorherrschende negative Bild einer HIV-Infektion spiegelt sich somit in dem Selbstkonzept wider, ebenso die Vermutungen oder das Wissen über das, was andere Menschen über ›einen selbst‹ denken. »Andere Krankheiten können jeden treffen – geht es allerdings um HIV/AIDS, wird eine persönliche Verantwortung unterstellt und ›Schuld‹ verteilt.« (van Unger & Nagel, 2009, S. 6) Die in der Gesellschaft vorherrschenden Normen und Wertevorstellungen werden im Prozess der Sozialisierung verinnerlicht. So prägen sowohl heteronormative Einstellungen der Gesellschaft als auch gesellschaftlich bestehende Bilder von HIV und AIDS das Denken und Empfinden der mit HIV lebenden Menschen und verursachen somit oft Unsicherheit, Rückzug, Angst vor Diskriminierung und mit Bedrohung verbundene Gefühle und Einstellungen. »Viele Menschen mit HIV haben darüber hinaus auch heute noch Schuld- und Schamgefühle wegen ihrer Infektion, ein vermindertes Selbstwertgefühl oder sind von depressivem Erleben betroffen.« (Deutsche Aids-Hilfe e.V., 2012a, S. 69) »Oft wird ›am eigenen Leib‹ erfahren, dass im Zentrum von Stigmatisierungsprozessen die Frage nach der persönlichen Schuld steht.« (van Unger & Nagel, 2009, S. 6) Hinzu kommen Ausgrenzung und Ablehnung, wenn die Infektion auf promiske, als gesellschaftlich verwerflich bewertete oder illegale Lebensweisen²¹ zurückzuführen ist und somit in die ›Schmuddelecke‹ gerückt wird. »Personen, die stigmatisiert werden, übernehmen oft die negativen Zuschreibungen von der Gesellschaft (denn sie sind Teil der Gesellschaft).« (van Unger & Nagel, 2009, S. 7)

²¹ Häufig wechselnde Sexualpartner_innen oder Drogengebrauch.

Die sogenannten Geschlechtskrankheiten sind, neben psychischen Störungen, wohl eines der eindrucksvollsten Beispiele dafür, wie vielgestaltig Krankheiten und Kranke im Geflecht der Zuschreibungen von normal – unnormale (verschärft: abartig), eigen und fremd, Freund – Feind eingewoben sind. (Badura-Lotter, 2013, S. 127–128)

(2.) Das innere und äußere ›Selbst‹ sind oft inkongruent, die beschriebene Vielzahl sozialer Interaktionen und die damit verbundene Menge verschiedener ›Selbste‹ führen zu ungleichen Verhaltensmustern und somit zu Unsicherheit und Verängstigung. Jede andere und vor allem jede neue soziale Interaktion erfordert ein anderes Verhalten und Umgehen mit der Infektion. »Dabei ist klar: das krankheitsbedingte Leid entsteht zu einem wesentlichen Teil durch eben jene Veränderungen im sozialen und moralischen Status, die durch die Krankheit verursacht werden.« (Badura-Lotter, 2013, S. 128) Hinzu kommt: »HIV-bezogene Stigmatisierung und Diskriminierung wird ›von außen‹ erlebt, beispielsweise am Arbeitsplatz. Hier gibt es jedoch unterschiedliche Erfahrungen: einige Menschen mit HIV/AIDS haben sehr negative Reaktionen ihrer Umwelt erlebt, andere so gut wie keine.« (van Unger & Nagel, 2009, S. 6) Dabei ist der Einfluss der anderen oftmals so stark, dass die bloße Vorstellung über Einstellungen oder Handlungen ausreicht, um das Selbstbild einer Person zu beeinflussen, ohne dass die andere Person tatsächlich vorhanden ist. (Mummendey, 2006, S. 30) »Es besteht aber auch das Phänomen der Selbststigmatisierung – also die Bereitschaft [...] sich selbst auszugrenzen, oft ohne Zutun anderer, sondern aus der Bewertung ihrer selbst heraus.« (Drewes, 2013, S. 27)

(3.) Manche der HIV-Patient_innen »empfinden ihr stigmatisiertes Merkmal selbst als beschämend und entwickeln Techniken, dieses Merkmal so lange

wie möglich geheim zu halten oder nur ›dosiert‹ bekannt werden zu lassen.« (van Unger & Nagel, 2009, S. 7) Andere folgen dagegen dem gesellschaftspolitischen Wunsch nach Normalität und einem offenen und ehrlichen Umgang mit der Infektion. Sie wollen nicht mehr lügen, sich somit Erleichterung verschaffen und so die Chance haben, Rückhalt und Mitgefühl zu erfahren (Kranich, 2009, S. 6). Aktives Engagement für die Anliegen anderer HIV-Positiver oder in der Präventions- und Aufklärungsarbeit scheint eine positive und unterstützende Funktion im Umgang mit der Infektion zu haben (Webbel & Higgins, 2011, S. 27–33). Ergänzt durch Beobachtungen aus der Beratungs- und Selbsthilfearbeit mit HIV-positiven Menschen ergibt sich das Bild, dass die Integration der Infektion in das Selbstkonzept zwischen der ›absoluten Geheimhaltung‹ auf der einen und einem ›Offenbarungszwang‹ (es allen sagen zu müssen und die Infektion stets zu thematisieren) auf der anderen Seite pendelt. Im Bereich zwischen diesen beiden Extremen zeigt sich ein versöhnlicher, befriedeter Umgang mit der eigenen Infektion: Menschen mit HIV akzeptieren das Virus als ständige Lebensbegleitung, fühlen sich nicht (übermäßig) beeinträchtigt und es scheint für sie weder geboten, ihren Immunstatus zwanghaft zu verschweigen, noch ihn permanent zu thematisieren.

2.3.3 Förderung des selbstbewussten Umgangs mit der Infektion

Die meisten HIV-Positiven leiden heute mehr unter den psychologischen und gesellschaftlichen Folgen der HIV-Infektion als unter den medizinischen. »Die lediglich Infizierten sind in keiner Weise krank. Es handelt sich um eine Un-Krankheit, allerdings mit starker psychischer Belastung.« (Witterstätter, 2006, S. 120) Auf persönlicher und individueller Ebene benötigen Menschen mit HIV und AIDS eine Unterstützung, um die HIV-Infektion zu bewältigen und (verinnerlichte) Stigmatisierung überwinden zu können.

»Selbst im Kreis der Familie werden HIV-Infizierte Opfer von Stigmatisierung und Diskriminierung.« (Stürmer & Salewski, 2009, S. 273) Somit ist ein offener und selbstbewusster Umgang mit der eigenen HIV-Infektion oftmals in der Familie, bei Freunden und Bekannten und noch häufiger im Kontext von Ausbildung und Beruf nicht möglich. Mangelndes Selbstbewusstsein, verinnerlichte Stigmatisierung, fehlende Selbstkompetenz sowie Selbstwirksamkeit sind Einflussfaktoren für Scham und Angst vor Diskriminierung im Umgang mit diesem gesellschaftlichen Tabuthema.

Eine verringerte Selbstwertschätzung kann darüber hinaus zu einer Geringschätzung der eigenen Gesundheit führen, was sich etwa in verstärktem Drogenkonsum äußern kann. Hinzu kommt oft, dass Arztbesuche hinausgeschoben oder vermieden werden, weil dies mit einer Offenlegung des HIV-Status einhergehen könnte und Diskriminierung befürchtet wird. (Deutsche Aids-Hilfe e. V., 2012a, S. 22)

Eine HIV-Infektion ist oft von Stimmungsschwankungen begleitet, die dann einen starken Einfluss auf die Lebensqualität und das Stresserleben nehmen und somit die Therapietreue, die Morbidität und die Mortalität direkt und indirekt beeinflussen (Goforth, Cohen & Murough, 2008, S. 97–108). Depressive Gesundheitsstörungen sind eine häufig auftretende Komorbidität im Zusammenhang mit HIV-Erkrankungen (Steinke, 2013), doch ist eine Beeinflussung von HIV-bedingten Depressionen durch (u. a.) Selbstwirksamkeit gegeben (Alvy, McKirnan, Mansergh, Koblin, Colfax, Flores et al., 2011). Die Entwicklung eines Verantwortungsbewusstseins für sich selbst und für die eigene Gesundheit sind zentrale

Aspekte der zu fördernden Selbstkompetenz von Menschen mit HIV und AIDS. Dazu ist es erforderlich, eine Überzeugung, bestehende Herausforderungen bewältigen zu können, zu entwickeln und zu stärken. Diese repräsentiert dann die Selbstwirksamkeitserwartung, die einen selbstbewussten Umgang mit der Infektion unterstützen kann.

3 Entwicklung der Fragestellung und dazu relevante Konzepte

Vor dem Hintergrund von Diskriminierung, Ausgrenzung, psychischen und physischen Problemen, die von Menschen mit HIV erlebt und berichtet werden, geht die These dieser Forschungsarbeit davon aus, dass die benannte Zielgruppe in vielen alltäglichen Situationen Probleme erlebt, die zu Verunsicherungen und Einschränkungen im selbstbewussten Umgang mit der Infektion führen. Eine damit einhergehende geringe Selbstwirksamkeitserwartung wird vermutet. Um in verschiedenen Situationen, wie z. B. Familie und Freundschaften, aber auch Liebes- und Sexualbeziehungen sowie Arbeit, Ausbildung und Beruf, selbstbewusst mit der Infektion umgehen zu können, ist eine ressourcenorientierte Steigerung der persönlichen Dispositionen und somit eine Förderung der Selbstkompetenz vonnöten. Wo umgangssprachlich von Selbstvertrauen oder Selbstbewusstsein gesprochen wird, stellt in der Psychologie der Begriff der Selbstwirksamkeit ein tragfähiges Konzept dar, das präziser die Prozesse von Motivation, eigenen Erwartungen und vor allem der Überzeugung, eine bestimmte Aufgabe bewältigen zu können, zusammenführt. Dieses Konzept wird in Kapitel 3.1 erörtert.

Um den selbstbewussten Umgang mit der eigenen Infektion zu verbessern, müssen Selbstkompetenz und Selbstwirksamkeit bei Menschen mit HIV-Infektion gefördert werden. Dazu wird als ressourcenorientierter Selbstmanagement-Ansatz das Zürcher Ressourcen-Modell ausgewählt, das sich als psychoedukatives Training, aber auch als niedrigschwelliges Angebot mit einer Anleitung zur Selbsthilfe versteht (Storch & Krause, 2014, S. 16–17). Es soll überprüft werden, ob das Zürcher Ressourcen-Modell zur Steigerung der Selbstwirksamkeit geeignet ist. Die Fragestellung dieser Arbeit lautet dementsprechend: »Ist das Zürcher Ressourcen-Modell ein geeignetes Instrument zur Steigerung der Selbstwirksamkeitserwartung und des selbstbewussten Umgangs mit der Infektion bei Menschen

mit HIV-Infektion?« Die wissenschaftliche Einordnung des ZRM wird in Kapitel 3.3 und die ZRM-Methoden werden im Kapitel 3.4 erläutert.

Der selbstbewusste Umgang von HIV-positiven Menschen mit ihrer Infektion soll durch den Einsatz des ZRM-Trainings gestärkt werden. Zudem sollen ihre Selbstwirksamkeitserwartungen, bezüglich der Bewältigung belastender und schwieriger Situationen, verbessert werden. Da in solchen Situationen oft negative Gefühle begründet sind, die wiederum oftmals mit Verzweiflung, Hilfs- und Hoffnungslosigkeit verbunden sind, sollen die Teilnehmenden in dem Training erlernen, ihre Gefühlsregungen wahrzunehmen und selbst regulieren zu können. Über die Fokussierung positiver Gefühle können sie lernen, ihr Handeln zu stärken. Verhaltensweisen, die den Erwartungen anderer entsprechen, sollen mit der Absicht, mit selbst gewollten und zielgerichteten Verhaltensweisen zu handeln, als solche erkannt und reflektiert werden. Die Verbesserung des Selbstwertgefühls soll dazu beitragen, erlebte Diskriminierungen und Stigmatisierungen sowie mit der Infektion verbundene Schamgefühle besser bewältigen zu können. Der Erfolg des Trainings wird durch einen Vergleich von selbstwirksamkeitsbezogenen Messwerten vor, direkt nach und ein halbes Jahr nach dem Training evaluiert.

Vier im Vorfeld durchgeführte Studien zeigen auf, welche Alltagsprobleme und bisherigen Lösungsstrategien vorhanden sind. Diese werden im Kapitel 4 dargestellt.

3.1 Das Konzept der Selbstwirksamkeit

Ob im Kontext von Gesundheit oder Krankheit, von schulischer Bildung auf Seiten der Schüler_innen oder der Lehrenden, ob im Umgang mit Stress oder der Leistungsfähigkeit im (Hochleistungs-)Sport: Das Konstrukt der

Selbstwirksamkeit wurde vielfältig untersucht und beschrieben. Verdeutlicht wird, wie Erfolg, Zielstrebigkeit, optimistische Denkweisen etc. durch die eigene Selbstwirksamkeitserwartung (SWE) beeinflusst werden können. So sind zum Beispiel Sportler_innen leistungsfähiger, Schüler_innen erfolgreicher und Lehrpersonal stressresistenter, wenn sie die Überzeugung haben, die gestellten Aufgaben und Herausforderungen meistern zu können, als diejenigen, die mit negativen Denkweisen und Selbsterwartungen an solche Aufgaben herangehen (Schwarzer & Jerusalem, 2002).

Die Probleme, denen sich Menschen mit HIV stellen müssen, sind komplex und vielschichtig. Daher ist es für sie nicht leicht, sich diesen zu stellen und sie zu bewältigen. Wenn Sportler_innen erfolgreicher sein können, wenn sie an sich glauben, wenn Schüler_innen bessere Noten erzielen, wenn sie davon ausgehen, die gestellten Aufgaben zu bewältigen, wieso sollen HIV-Positive dann nicht auch ihre Alltagsprobleme besser bewältigen können, wenn sie lernen, die Zuversicht in sich selbst, also die Selbstwirksamkeitserwartung zu verbessern. Die Empfindungs-, Denk- und Handlungsweisen der jeweiligen Person sind daher der zentrale Ansatzpunkt. Die Steigerung der Selbstwirksamkeitserwartung kann dementsprechend das Problemempfinden und die potentiellen Lösungsstrategien positiv beeinflussen.

Nicht allen Menschen gelingt es, die vor ihnen liegenden Aufgaben zu bewältigen. Es sind dabei aber nicht alleine die Fertigkeiten und intellektuellen Fähigkeiten der jeweiligen Person, die zu Erfolg oder Misserfolg führen. Die Gedanken der Person, sowohl über die Situation und die Aufgabe, aber vor allem über das eigene Können, nehmen einen großen Einfluss darauf, ob sie eine Handlung durchführt oder nicht. »Für die Leistungsfähigkeit des Körpers sind weniger natürliche Grenzen als vielmehr psychische Barrieren ausschlaggebend.«

(Schwarzer & Jerusalem, 2002, S. 28) Die Beurteilung der eigenen Fähigkeiten im Bezug zu der anstehenden Aufgabe beinhaltet die Überzeugung, die Anforderungssituation bewältigen zu können oder eben nicht. Mit positiven Überzeugungen über die eigenen Fähigkeiten wird jemand häufiger schwierige Handlungen ausführen als mit negativen. Mit dieser Überzeugung gehen Erwartungen an das eigene Verhalten und Handeln einher. Dies wird dann als Selbstwirksamkeitserwartung (SWE) bezeichnet: »An efficacy expectation is the conviction that one can successfully execute the behavior required to produce the outcomes.« (Bandura, 1977, S. 193)

Das Denken und die Gefühle, aber auch die Motivation, sich mit bestimmten Anforderungen und Situationen auseinanderzusetzen, werden durch die SWE beeinflusst. »[K]ognitive, motivationale, emotionale und aktionale Prozesse [werden] durch subjektive Überzeugungen gesteuert.« (Schwarzer & Jerusalem, 2002, S. 35 [HK]) Haben Menschen eine höhere SWE, werden sie in schwierigen Aufgaben eher Herausforderungen sehen und sich mit mehr Ausdauer und größeren Anstrengungen um die Bewältigung bemühen. »Efficacy expectations determine how much effort people will expend and how long they will persist in the face of obstacles and aversive experiences.« (Bandura, 1977, S. 194) Auch werden der Umgang mit Rückschlägen und die Erholung nach Misserfolgen positiv durch die SWE beeinflusst (Urton, 2017; Bandura, 1997).

In einer unspezifischen Betrachtungsweise der eigenen Kompetenzen zur Bewältigung genereller Lebensaufgaben zeigt sich eine allgemeine SWE (Schwarzer & Jerusalem, 2002) als situationsübergreifend und unterscheidet sich von spezifischen SWE, die einzelne Lebensbereiche oder Situationen fokussieren (Bandura, 1997). Die untersuchten Gebiete spezifischer SWE zeigen eine enorme Spannbreite, die u. a. von Verhaltensänderungen bei Rauchern (Jäkle, Keller,

Baum & Basler, 1999), Motivationsprozessen bei sportlichen Aktivitäten (Schmid, Keller, Jäkle, Baum & Basler, 1999), Veränderungsmechanismen in Elterntrainings (Hartung, Lups & Hahlweg, 2010) bis hin zur Selbstwirksamkeit bei Schiedsrichtern (Labudek, Schweizer, Roth, Pizzera, Plessner & Brand, 2019) oder Lehrern (Bosse, Henke, Jäntschi, Lambrecht, Vock & Spörer, 2016) geht. Im Kontext von HIV wurde Selbstwirksamkeit bisher u. a. in Bezug auf psychische Belastungen nach einem positiven HIV-Befund (Schneiderman, Antoni & Ironson, 2003), Risikoverhalten und Schutzmotivation (Brodbeck, Matter, Roos & Moggi, 2004), dem Erlernen und Aufrechterhalten einer Injektionstherapie nach Resistenzen-Bildung (Bigler, 2009) und Adhärenz bei HIV-Patienten unter ART (Bigler, Nicca & Spirig, 2013) thematisiert. Über die allgemeine und die spezifische SWE hinausgehend, erfasst eine weitere Dimension, die kollektive SWE, »überindividuelle Überzeugungen von der Handlungskompetenz einer bestimmten Bezugsgruppe.« (Schmitz & Schwarzer, 2002, S. 195, [HK]) Dabei führen auf der Gemeinschaftsebene einer Gruppe Synergieeffekte, die sich durch das Teilen von Wissen und Fähigkeiten ergeben, zu optimistischen Überzeugungen bezüglich der Bewältigung bestimmter Situationen zur Erreichung der gemeinschaftlich verfolgten Ziele (Schwarzer & Jerusalem, 2002; Bandura 1997).

Albert Bandura entwickelte und modifizierte über viele Jahre hinweg seine »sozial-kognitive Theorie« (Jonas & Brömer, 2002), in der Selbstwirksamkeit ein zentraler Bestandteil ist (Zingg, 2010; Lippke & Wiedemann, 2007) und die in einem engen Bezug zu anderen (Lern-) Theorien steht. Diese Theorien beschreiben, wie und wodurch individuelle Handlungen und auch die Handlungsbereitschaft beeinflusst werden und nehmen Bezug zu u. a. Kontrollüberzeugungen und Erwartungswerten (Rotter, 1954; Krampen, 2000), Kausalattributionen (Heider, 1958; Weiner, 1984), Handlungsintentionen, aber auch zur operanten Konditionierung (Skinner, 1953).

Die ›self efficacy theory‹ von Bandura geht davon aus, dass Denken und Handeln durch unsere persönlichen Überzeugungen bestimmt werden. Dementsprechend basiert die SWE auf dem Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten und auf der subjektiven Gewissheit, »neue oder schwierige Anforderungssituationen aufgrund eigener Kompetenz bewältigen zu können.« (Schwarzer, 2002, S. 521) Unter Berücksichtigung der Wechselwirkungen (Reziprozität) zwischen der Person, ihrem Verhalten und den Umwelteinflüssen werden die Persönlichkeitsmerkmale wie Gedanken, Gefühle und biologische Eigenschaften als durch Zeit und Situation stark beeinflussbare Variablen angesehen. Selbstwirksamkeitserwartungen beziehen sich auf zukünftige Situationen (Mielke, 1984) und beinhalten subjektive Überzeugungen über eigene Fähigkeiten. Sie beeinflussen somit die Ausübung einer Handlung, insbesondere der Intensität von Anstrengungen bei widrigen Umständen und stellen den Selbsteinfluss eines Individuums auf die Bildung seines ›Selbst‹ dar (Zingg, 2010). Darüber hinaus wird die positive Selbstwirksamkeit als wichtige Voraussetzung für alltägliche Verhaltensmuster angesehen (Ruholl, 2007).

Die Motivation für bestimmte Handlungen, Tätigkeiten und Verhaltensweisen basiert Bandura zufolge auf der SWE, die eine Person dazu motiviert, eine Handlung auszuführen, und der Ergebniserwartung, die bei dem ausgeführten Verhalten von Erfolg oder zumindest von einer der Handlung zugeordneten Folge bzw. Konsequenz ausgeht (Bandura, 1979). Bestimmten Anforderungssituationen vorangehende Emotionen werden durch die SWE und die Ergebniserwartung beeinflusst. So geht das Gefühl der Hilflosigkeit mit den Gedanken, nicht erfolgreich handeln zu können, also einer geringen SWE einher. Gehen Personen auf der Ebene der Ergebniserwartung von dem Misserfolg ihrer Handlung aus, ist damit das Gefühl der Hoffnungslosigkeit verbunden (Mielke, 1984). Der Idealzustand liegt vor, wenn beide Erwartungsebenen positiv bewertet werden; so kann eine

Handlung ohne Angst oder Nervosität ausgeübt und auch der Zustand des Flow (Csikszentmihalyi, 2010) erreicht werden. Gelangt eine Person zu der Überzeugung, zwar handeln (SWE gegeben), aber dadurch keine Veränderungen oder Verbesserungen erreichen zu können (Ergebniserwartung nicht gegeben), ergibt sich die Empfindung einer relativen Wirkungslosigkeit. Von einer universellen Hilflosigkeit wird gesprochen, wenn beide Erwartungsebenen nicht gegeben sind. Geht man davon aus, mit einer Handlung etwas erreichen zu können, traut sich die Handlung aber nicht zu, so ist das Gefühl von persönlicher Inkompetenz gegeben (Stalder, 1985). Ist die SWE so gering, wird nicht einmal versucht, die Handlung auszuführen. Nur wenn ein Mensch eine positive Überzeugung bezüglich seiner Selbstwirksamkeit hat, wird er mit freiem Willen eine Handlung ausführen. Dementsprechend ist es sehr wahrscheinlich, dass über die Änderung seiner Selbstwirksamkeit auch eine Veränderung seines Verhaltens erfolgen kann (Ruholl, 2007).

Neben den Begriffen der Selbstwirksamkeit und der SWE finden verschiedene Begriffe wie z. B. Leistungseffizienz-Erwartung (Bandura, 1979), optimistische Kompetenzerwartung (Schwarzer, 1994), Kompetenzvertrauen, Kompetenzerwartung (Kraiker & Pekrun, 1998), Eigenwirksamkeitserwartung (Fäh, Sieber & Uchtenhagen, 1991) sowie Selbstwirksamkeitsüberzeugung (Glier, Emde, Wittmann & Spörkel, 1994) synonyme Verwendung.

3.1.1 Entstehung und Beeinflussung von Selbstwirksamkeitserwartungen

Kontrollüberzeugungen und Selbstwert, aber auch Ergebniserwartungen sind verwandte Konstrukte zur allgemeinen SWE und stehen zu diesen in enger Beziehung (Judge, Erez, Bono & Thoresen, 2002). Auf die Entstehung der SWE hin betrachtet fand Bandura (1977) heraus, dass die eigenen Erfahrungen den größten Einfluss auf die SWE einer Person haben. Während Erfolge die SWE stärken, werden diese, wenn sie noch nicht ausreichend stark ausgebildet sind, durch Misserfolge geschwächt. Jedoch müssen erlebte Erfolge auf eigene Fähigkeiten und nicht auf äußere Umstände zurückgeführt werden. Konnte, nachdem eine Aufgabe gelöst, ein Problem bewältigt oder ein Ziel erreicht wurde, dieser Erfolg auf das eigene Handeln zurückgeführt und als solcher erkannt werden, »ist [das] ein Beispiel für sogenannte Selbstwirksamkeitserfahrungen, die uns Kraft geben und unser Selbstvertrauen stärken.« (Kattan, 2019, S. 77 [HK]) Die kognitiv-emotionale Erfahrung von Selbstwirksamkeit wird als Möglichkeit betrachtet, ein positives Selbstkonzept zu entwickeln (Schütte, 2015) und Selbstvertrauen zu gewinnen (Stavemann, 2011).

Kann eine Person bei einer anderen Person ein nachahmenswertes Verhalten beobachten, also sehen, wie diese durch ihr Verhalten erfolgreich handelt, kann auch dieses auf die SWE Einfluss nehmen. Bei solchen »stellvertretenden Erfahrungen« (Schwarzer & Jerusalem, 2002) werden Verhaltens- und Handlungsmodelle zum Aufbau von Selbstwirksamkeitserfahrungen als besonders wirksam erachtet, wenn sie eine große Ähnlichkeit zu der beobachtenden Person haben (Behrens & Wendler, 2015), was sich auf Alter, Geschlecht, gleiche Interessen oder andere vergleichbare Attribute beziehen kann. Am besten sind »Bewältigungsmodelle« (Schwarzer & Jerusalem, 2002), die ein ähnliches Problem

haben und dabei deutlich kommunizieren, welche Lösungsansätze und Strategien zur Bewältigung ausgeführt wurden.

Bei Unsicherheiten über die eigenen Fähigkeiten und Kompetenzen kann durch Rückmeldungen anderer Personen Einfluss auf die Selbstwirksamkeit genommen werden. Auch können verbale Überzeugungen sowohl in Form von sprachlichen Handlungsbegleitungen (Behrens & Wendler, 2015) als Fremdbewertung als auch durch Selbstinstruktionen (›Du schaffst es!‹) zu einer Steigerung der SWE führen. Wird jemand durch Freunde, Lehrer, Eltern – also Personen, die kompetent wirken – von seinen eigenen Kompetenzen durch eine gewisse Art der Überredung überzeugt, kann dies die eigenen Erwartungen positiv beeinflussen, jedoch nur, wenn die hervorgehobenen Kompetenzen sich durch gemachte Erfolgserfahrungen bestätigen lassen.

Dazu müssen Fähigkeiten und auch Vorwissen in ausreichendem Umfang vorhanden sein. Sind diese nicht gegeben, nützt die Selbstwirksamkeit alleine nicht viel, auch wenn das Umfeld suggeriert, dass man dementsprechende Aufgaben lösen könne. Fehlende Erfahrungen führen schnell zu Unter- oder Überschätzung der eigenen Selbstwirksamkeit (Jonas & Brömer, 2002). Auch die Bewertung von Erfolg oder Misserfolg durch das Umfeld, in Form von Leistungsrückmeldungen, nimmt Einfluss auf die weitere Entwicklung der SWE. Diese kann gefördert werden, wenn z. B. durch einen Lehrer das Lösen einer schwierigen Aufgabe auf die Kompetenzen, das Misslingen einer Aufgabe auf mangelnde Anstrengungen des Schülers zurückgeführt wird (Schwarzer & Jerusalem, 2002).

Empfundene Gefühle, wie zum Beispiel Prüfungsangst, beeinflussen die SWE ebenfalls, da durch sie eigene Kompetenzen in Frage gestellt werden (Urton, 2017; Bandura, 1977). Ein geringes Selbstwertgefühl ist in emotionaler Hinsicht

mit einer geringen Selbstwirksamkeit verbunden (Jonas & Brömer, 2002; Bandura, 1991).

Um Selbstwirksamkeit zu entwickeln, ist das Abarbeiten von kleinen Zielen in naher Zukunft eine gute Strategie. Werden komplexe und langfristige Aufgaben in kleine Teilziele untergliedert, so lassen sich diese einfacher bewältigen und vermindern das Risiko, die Motivation zu verlieren und aufzugeben. Dadurch können regelmäßig Kompetenzüberzeugungen aufgebaut werden, die zu einer Stärkung und Stabilisierung von Selbstwirksamkeitsüberzeugungen führen. »Wenn Ziele fremd gesetzt werden [...], ist es vor allem wichtig darauf zu achten, dass sie Anreize beinhalten und Gefühle der Herausforderung hervorrufen.« (Schwarzer & Jerusalem, 2002, S. 46) Die Wahrnehmung eigener Selbstwirksamkeit kann dann auch zur Steigerung von intrinsischer Motivation führen. Die Überzeugung, wirkungsvoll handeln zu können und damit ein gewünschtes Ziel zu erreichen, bietet den Handlungsanreiz; dementsprechend ist die Selbstwirksamkeit die Grundlage menschlichen Handelns (Zingg, 2010).

Selbstwirksamkeit ergibt sich aus der »Erfahrung von Menschen, dass sie in der Vergangenheit in Problemsituationen erfolgreiche Bewältigungsstrategien zur Verfügung hatten und diese zielgerichtet umsetzen konnten.« (Stavemann, 2011, S. 15) Stehen einer Person Bewältigungsstrategien zur Lösung von Problemen, aber auch zum Umgang mit sich selbst (Selbstregulierung, Motivationssteuerung, Gefühlsmanagement, Stressbewältigung) sowie herausfordernden Aufgaben zur Verfügung, gehen mit deren erfolgreichen Umsetzung Selbstwirksamkeitserfahrungen, aber auch ein Zugewinn an Motivation, diese Strategien auf andere Themenfelder zu übertragen, einher. Es wurde belegt, »dass eine verhaltensspezifische Selbstwirksamkeit auf andere Verhaltensweisen generalisieren kann.« (Jonas & Brömer, 2002, S. 286) Je größer das Repertoire an Strategien ist, desto

selbstwirksamer erleben sich die Handelnden; daher kommt der Förderung von Bewältigungsstrategien im Kontext von Selbstwirksamkeitserwartungen ebenfalls eine hohe Bedeutung zu (Schwarzer & Jerusalem, 2002).

Zu der subjektiven Gewissheit, eine Handlung auch unter schwierigen Umständen ausführen zu können, kann nur gelangt werden, wenn auch die subjektive Einschätzung der Gesamtsituation dazu beiträgt. Die Wahrnehmung von Selbstwirksamkeit wird als komplexer Prozess verschiedener Schlussfolgerungen gesehen. Neben der Entstehung eigenen Verhaltens und der Entwicklung eigener Handlungen müssen auch soziale und situative Einflüsse auf das Verhalten berücksichtigt werden. Individuelle Selbstwirksamkeitseinschätzungen sind insofern variabel und können sich über die zur Verfügung stehenden Informationen verändern (Jonas & Brömer, 2002; Bandura, 1997). Entscheidend für die Einschätzung der eigenen Selbstwirksamkeit ist die Beurteilung (1) der eigenen Fähigkeiten, (2) des Schwierigkeitsgrads der zu bewältigenden Aufgabe, (3) der erforderlichen Anstrengungen (auch über längere Zeit hinweg), (4) der Unterstützungsmöglichkeiten, aber auch (5) der beschriebenen Faktoren, die die SWE beeinflussen: Waren die beobachteten Verhaltensmodelle wirklich so erfolgreich? Kann den Worten anderer, die die eigenen Kompetenzen lobend herausstellen und suggerieren, man schaffe das, geglaubt werden? »Die Selbstwirksamkeit ist eine wichtige Kognition, die deutlich macht, dass ein Mensch ein Verhalten erst aus freiem Willen zeigt, wenn seine Überzeugungen, und hier besonders seine Kompetenzerwartung, positiv sind.« (Ruholl, 2007, S. 6)

Zusammenfassend werden Selbstwirksamkeit und SWE durch folgende Parameter beeinflusst: (1) Erfolg und Misserfolg; (2) Beobachtung von Verhaltensmodellen; (3) sprachliche Überzeugung in Selbst- und Fremdinstruktionen; (4) Vorwissen, Fähigkeiten und Kompetenzen; (5) Wahrnehmung eigener

Gefühlsregungen; (6) motivationale Wirkung von Zielen; (7) Bewältigungsstrategien; (8) subjektive Bewertungen.

3.2 Relevanz der Selbstwirksamkeit und des ZRM im Kontext dieser Arbeit

Durch positive Erwartungshaltungen gelingt es, resignativen Einstellungen und pessimistischen Einschätzungen in Bezug auf schwierige Situationen entgegenzuwirken und negative Emotionen und psychische Anspannungen zu reduzieren. Sie helfen dabei, dass ein Mensch »seine Gedanken und Gefühle nicht allein von Ängsten, Risiken und Zweifeln bestimmen lässt [...].« (Schwarzer & Jerusalem, 2002 S. 29) Dadurch kann langfristig zu einer Stärkung der seelischen und körperlichen Widerstandskraft sowie des Wohlbefindens und der Lebenszufriedenheit einer Person beigetragen werden. Ein negatives Selbstbild geht oft mit einer verzerrten Selbstwahrnehmung und folglich auch mit Defiziten in der Selbstwirksamkeitsüberzeugung einher (Kerstan-Schulz, 2015). Selbstwirksamkeitserfahrungen sind bedeutsame Einflussfaktoren für die Selbstsicherheit und Autonomie (Eisenburger, 2015).

HIV-positive Menschen erleben eine Vielzahl an belastenden und herausfordernden Situationen, wie das Kapitel 4.3 zeigen wird. Um mit der HIV-Infektion selbstbewusst umgehen zu können, müssen diese Belastungen und Herausforderungen bewältigt werden. Vor diesem Hintergrund ist es wichtig, Menschen mit HIV-Infektion in ihrer alltäglichen Handlungsfähigkeit zu stärken, vor allem unter dem Aspekt, ob sie sich in der Lage sehen, bestimmte Handlungen durchzuführen, sich diesen Situationen zu stellen und diese auch zu bewältigen. Diese individuelle Beurteilung der eigenen Handlungsfähigkeit ist der zentrale Aspekt der SWE, wodurch auch Motivation und die Entstehung von Handlungsabsichten,

aber auch die Ausdauer und Widerstandsfähigkeit bei Anstrengungen, Schwierigkeiten sowie Misserfolgen beeinflusst werden. Je höher die SWE ausgeprägt ist, desto stressresistenter zeigen sich Menschen und erleben dementsprechend seltener Anforderungen als Bedrohung oder haben Empfindungen von Kontrollverlust, Hilf- oder Hoffnungslosigkeit. Positive Erwartungshaltungen unterstützen problemfokussierte Bewältigungsstrategien und fördern somit ein positives Selbstkonzept; sie tragen dazu bei, dass »die individuelle Funktionsfähigkeit [...] aufrechterhalten bzw. [...] wieder hergestellt [wird].« (Schwarzer & Jerusalem, 2002, S. 30 [HK]) Neben der Förderung eines positiven Selbstwirksamkeitserlebens bei Menschen mit HIV-Infektion ist es wichtig, ein solches zu erhalten.

Das ZRM vereinigt verschiedene Ansätze und Theorien, die im ZRM-Training Anwendung finden, um Motivationen und Handlungsabsichten zu fördern und dabei unerwünschte Verhaltensweisen durch neue Handlungsrouninen ersetzen. Es werden aber auch Selbstkompetenzen vermittelt, mit denen negative Emotionen und psychische Anspannungen reguliert werden können. Durch die Aktivierung verschiedener Ressourcen können zielgerichtetes Handeln und die selbstgesteuerte Gefühlsregulation ermöglicht werden. Dementsprechend kann diese Methode dazu beitragen, individuelle Handlungskompetenzen zu verbessern, um auch vor dem Hintergrund der Belastungen, die mit einer HIV-Infektion einhergehen, erfolgreich zu handeln. Ob damit auch eine Steigerung der SWE möglich ist, also die persönliche Überzeugung, in HIV-bezogenen, schwierigen Situationen erfolgreich handeln zu können, soll in dieser Arbeit überprüft werden.

Der psychoedukative Ansatz dieses Trainings versteht sich als Anleitung zur Selbsthilfe, indem Hintergrundwissen über psychische Prozesse und Fähigkeiten zur Bewältigung schwieriger Situationen vermittelt werden. »Psychoedukation ist die systematische und strukturierte Vermittlung wissenschaftlich

fundierter gesundheits- und/ oder störungsrelevanter Informationen und Kompetenzen mit psychologischen Methoden.« (Mühlig & Jacobi, 2011, S. 477) Dadurch sind die Nutzer_innen in der praktischen Umsetzung von Expert_innen unabhängig, was ein wesentlicher Faktor zur Entwicklung und Stärkung der Selbstwirksamkeit ist. Das ZRM eignet sich für die Arbeit mit Erwachsenen, aber auch mit Jugendlichen; es ist in Gruppen, aber auch im Einzelsetting einsetzbar; sowohl in psychologischen als auch in pädagogischen Kontexten kann damit gearbeitet werden; es funktioniert als Training, aber auch als Coaching. Das ZRM gibt einen formalen Rahmen vor und ermöglicht den Klient_innen, ihre Inhalte frei einbringen zu können; dadurch ist es universell einsetzbar. (Storch & Olbrich, 2011)

Diese hohe Teilnehmer_innen-Orientierung sowie das breite Angebotsspektrum des ZRM waren die Auswahlkriterien, um es als Interventionsmaßnahme in dieser Arbeit auf die Wirksamkeit zur Verbesserung der SWE zu überprüfen. Seit Anbeginn werden das Modell und das darauf basierende Training unter Einbezug der aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisse laufend weiterentwickelt und finden vielseitige Anwendung, u. a. in Bereichen der Gesundheitsförderung (z. B. Stressbewältigung oder Essstörungen) oder der Wirtschaft (z. B. Firmenziele, Berufsstress) und in sozialen Bereichen (z. B. Entscheidungsfindungen). Die Wirksamkeit des ZRM-Trainings wurde bereits in vielfältigen Studien wissenschaftlich erforscht. Der aktuelle Forschungsstand kann auf der Homepage des ZRM unter dem Punkt ›universitäre Arbeiten und Forschung‹ verfolgt werden.²²

²² <https://zrm.ch/forschung/>
zuletzt abgerufen: 29.01.2020.

Vor dem Hintergrund dieser Arbeit sind Studien interessant, die sich im Bereich chronischer Erkrankungen, Selbstwirksamkeit sowie der Förderung von Selbstkompetenzen bewegen. So wurde in einer Studie mit 60 Patient_innen die Selbstwirksamkeit bei chronischer Asthma-Erkrankung untersucht, wobei nach einem ZRM-Training ein signifikanter Anstieg des Selbstwirksamkeitserlebens im Umgang mit der chronischen Krankheit belegt wurde (Steurer-Stey, Storch, Benz, Hobi, Steffen-Bürgi, Steurer et al., 2014).

Da bei Menschen mit HIV-Infektion im Umgang mit Diskriminierung und Stigmatisierung oftmals auch negative Gefühle sowie Gefühle der Hilfs- und Hoffnungslosigkeit bestehen, ist die Gefühlsregulation ein wichtiger Ansatzpunkt für Unterstützungsangebote. Eine diesbezügliche Wirksamkeit des ZRM wurde in mehreren Studien untersucht und belegt. Durch eine Sonderform des ZRM-Trainings konnten bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit Essstörungen die Gefühlswahrnehmung, die Affektregulationskompetenz und das Essverhalten nachweislich verbessert werden (Storch, Keller, Weber, Spindler & Milos, 2011). In einer weiteren Studie konnten in einem Präventionsprogramm der Rentenversicherung durch den Einsatz des ZRM-Trainings sowie der Einbettung der individuellen Motto-Ziele in die progressive Muskelentspannung Verbesserungen der Affektregulierungskompetenz, eine verbesserte Stressbewältigung und die Steigerung des bewussten gesundheitsförderlichen Verhaltens gezeigt werden (Storch & Olbrich, 2011).

Im Umgang mit der HIV-Infektion entsteht vor allem in Situationen, in denen es um Outing und die persönliche Auseinandersetzung geht, immer wieder auch Stress bei den HIV-positiven Menschen, ob es dabei um das Einlassen auf neue Kontakte und Beziehungen geht oder um die Notwendigkeit von Erklärungen und Rechtfertigungen im Kontext der Arbeit oder der Familie. Daher ist die Stressregulation ein weiterer Mehrwert dieses Trainings, der jedoch in dieser

Arbeit nicht weiter beforscht und thematisiert wird. So zeigten aber Ergebnisse bei der Durchführung des Trierer Social Stress Test (TSST), dass die akute Stressreaktion in einer Belastungssituation, gemessen am Cortisolwert der Proband_innen, durch das ZRM-Training vermindert werden konnte (Storch, Gaab, Küttel, Stüssi & Fendt, 2007).

Die Kompetenz zur Selbstreflexion, aber auch der Wille zur Selbstveränderung sind erforderlich, um den individuellen Umgang mit der HIV-Infektion verbessern zu können. Die Wirksamkeitsuntersuchung des Einsatzes von ZRM-Bildmaterial im Einzelcoaching zeigte das Unterstützungspotential dieser Methode in komplexen und tiefgreifenden Selbstreflexions- und Selbstveränderungsprozessen (Messerschmidt, 2015).

Bestimmte Vorhaben im Umgang mit der HIV-Infektion sind durchaus eine große Belastung. So können die Einnahme der Medikamente, Arztbesuche und das Outing in bestimmten Kontexten wie Arbeit, Familie oder bei Freunden als unangenehme Pflicht empfunden werden. Der Einsatz von Motto-Zielen aus dem ZRM-Training führte bei selbstgewählten unangenehmen Pflichten zu mehr Selbstregulation und erhöhter Handlungsorientierung. Die Zielbindung war signifikant höher als bei anderen Gruppen mit hochspezifischen Zielen. Die Motto-Ziele beeinflussen die Veränderung von Persönlichkeitswerten und führen insbesondere zu mehr Entspannung, Gelassenheit und Optimismus (Weber, 2013). Auch diese Aspekte sind ein bedeutsamer Mehrwert für die Verbesserung des selbstbewussten Umgangs mit der HIV-Infektion.

3.3 Das Zürcher Ressourcen-Modell (ZRM®)

Anfang der 1990er Jahre wurde im Auftrag der Universität Zürich, in der Zusammenarbeit von Maja Storch, Mitarbeiterin der Universität Zürich, und Frank Krause von der Universität Konstanz, das Zürcher Ressourcen-Modell zur Verbesserung der Selbst- und Sozialkompetenz bei Lehrkräften entwickelt (Pokora, 2012). Daraus entstand in den darauffolgenden Jahren ein psychoedukatives Selbstmanagement-Training, »das Menschen darin unterrichtet, wie sie ihre Handlungssteuerung optimieren und ihre intrinsische Motivation für die Zielerreichung aktivieren können.« (Storch & Olbrich, 2011, S. 113) Die folgenden Ausführungen beziehen sich in erster Linie auf die 6., überarbeitete Auflage des Grundlagen- und Trainingsmanuals für die Arbeit mit dem Zürcher Ressourcen-Modell: Selbstmanagement – ressourcenorientiert (Storch & Krause, 2017).

»Drei wesentliche Merkmale kennzeichnen das Zürcher Ressourcen Modell®: Es ist mit Integrationsabsichten entwickelt worden, orientiert sich konsequent an Ressourcen und sichert den Transfer vom Training/Coaching in den Alltag.« (Pokora, 2012, S. 17). Unter dem Aspekt der Integrationsabsicht gelang es Storch und Krause, verschiedene psychologische Ansätze, Theorien und Therapieformen, sowohl mit ihren theoretischen als auch ihren praktischen Aspekten und die darin enthaltenen Unvereinbarkeiten, zu versöhnen und unter dem Auswahlkriterium »Nutzen für die Praxis« in diesem Modell zu vereinen. So fanden Elemente aus Verhaltenstherapie, Psychodrama und analytischer Psychologie ebenso wie aus systemischen Therapieformen und Hypnotherapie, aber auch Gegensätzlichkeiten wie Langzeit- oder Kurzzeittherapie, vor dem Hintergrund der Neurowissenschaften eine Zusammenführung in diesem systematisch aufgebauten, theorienübergreifenden Selbstmanagementtraining und somit die Umsetzbarkeit in der Praxis.

In vielen Forschungsrichtungen entwickelten sich Anfang der 80er Jahre ein Umdenken und ein Perspektivwechsel. Weg vom Problem, hin zur Lösung. Weg von der Pathogenese, hin zur Salutogenese. Badura (1981) etablierte den Begriff Ressource in den Sozialwissenschaften und forderte zu einem Umdenken auf: Abkehr von der Belastungsforschung sowie den Defiziten und Hinwendung zur Ressourcenorientierung.

Das zeigt sich insbesondere dort, wo zwischen objektiv feststellbaren Belastungen [...] und ihrer subjektiven Verarbeitung [...] erhebliche Diskrepanzen bestehen. [...]. Und es scheint sich ein gewisser Konsens abzuzeichnen, wonach [...] vor allem Unterschieden in den individuellen Bewältigungsstrategien und in den [...] Ressourcen einer Person eine erhebliche Bedeutung zukommt. (Badura, 1981, S. 33-34)

Eine ressourcenorientierte Haltung geht davon aus, dass alle Menschen die wesentlichen Ressourcen, die sie zur Lösung ihrer Probleme benötigen, in sich tragen und nur die Anleitung von außen brauchen, um diese zu erkennen und zu aktivieren. Die Aktivierung von Ressourcen wird als wesentliches Element bei der Wirksamkeit von Psychotherapie erachtet und ist dementsprechend ein weiteres wichtiges Kennzeichen im ZRM.

Je mehr es dem Therapeuten gelingt, [...] vorhandene Ressourcen zu aktivieren, um so mehr wird sich der Patient [...] in seinen positiven Möglichkeiten und seinen eigenen Zielen und Werten gespiegelt sehen und entsprechend in seinem Selbst aufgewertet fühlen. Ressourcenaktivierung knüpft an

die vorhandenen Ziele, Werte und Möglichkeiten des Patienten an und versucht, diesen in der Therapie möglichst viel Raum zu geben. (Grawe, 1998, S. 34)

Diese Ressourcenorientierung ist fester Bestandteil im gesamten Training und wird durch die Trainer_innen in einem ZRM-Prozess immer wieder hervorgehoben: Trainer_innen / Kursleitende nehmen im Training die Rolle eines ›Wegbegleiters‹, einer ›Hebamme‹ ein und schreiben den Teilnehmenden ein großes Veränderungspotential zu, geben Anstöße und Unterstützung, weisen auf die Wichtigkeit des Ressourcenbezugs hin. Das Training zielt auf eine Veränderung neuronaler Netze ab und dient somit sowohl dem ›Verlernen‹ von ungewollten (alten) als auch dem ›Neuanlegen‹ von gewünschten (neuen) Verhaltensmustern. »Demnach gilt als Ressource alles, was wohladaptive neuronale Netze aktiviert und entsprechende Ziele fördert.« (Storch & Olbrich, 2011, S. 113)

Das Zürcher Ressourcen Modell verwendet einen neurobiologischen Ressourcenbegriff. Hier werden Ressourcen als neuronale Erregungsmuster verstanden, die im Hinblick auf die Absichten, welche die KlientInnen im Laufe ihrer Entwicklung verfolgen, unterstützend wirken. (Storch & Krause, 2017, S. 26)

Ein drittes wichtiges Kennzeichen des ZRM ist die Transfereffizienz, die eine Umsetzung des Gelernten im Alltag (sowohl beruflich als auch privat) sicherstellen soll. In vielen Bildungs- und Weiterbildungsbereichen wird eine geringe Transfereffizienz beklagt. Die vermittelten Inhalte können nicht ausreichend im beruflichen oder privaten Alltag umgesetzt oder angewendet werden.

In der Forschung ist der Lerntransfer, d. h. die Anwendung und Generalisierung neuen Wissens und neuer Fähigkeiten in der Arbeit, seit langem ein zentrales Thema. Der Forschungsschwerpunkt lag in den vergangenen Jahrzehnten auf der Frage: Wie stark wirkt ein bestimmtes Training? (Kauffeld, Bates, Elwood & Müller, 2008, S. 51)

Im ZRM-Training gibt es fünf wesentliche Faktoren, die für eine verbesserte Transferleistung Sorge tragen. (1) Damit der Trainingsprozess lustvoll sowie belohnend und nicht als beschwerlich oder »nur durch Disziplin umsetzbar« erlebt wird, steht eine größtmögliche Motivation der Teilnehmenden im Vordergrund. (2) Um das Erlernte auch anwenden und umsetzen zu können, werden in dem Training vorhandene Ressourcen aktiviert und der Erwerb weiterer erforderlicher Ressourcen organisiert. (3) Soziale Ressourcen nehmen in dem Training eine zentrale Rolle ein, da das soziale Netz einer Person sowohl zum Gelingen als auch zum Scheitern von Veränderungsbemühungen beitragen kann. Besonders im Hinblick auf die im Trainingsprozess stattfindende Veränderung der Persönlichkeit und der eigenen Identität, die sich in Interaktionen mit anderen Personen festigt oder verunsichert, erlernen die Teilnehmenden Maßnahmen, mit denen sie sich soziale Unterstützung sichern können, um ihre Ziele zu erreichen. (4) Die ZRM-Trainer_innen geben prozessbegleitend Hilfe und Unterstützung, sie vermitteln die erforderlichen Kompetenzen, so dass die Teilnehmenden die jeweiligen Prozessschritte alleine und Expert_innen-unabhängig für sich selbst anwenden können. Neben der Erarbeitung des individuellen Themas vermitteln die methodisch ausgearbeiteten Kleingruppenarrangements die Fähigkeiten, sich selbst und andere in einem solchen Prozess zu unterstützen und zu coachen. Die Teilnehmenden erlernen in dem Training das für dieses Selbstmanagement erforderliche

Expertenwissen. In dieser Anleitung der Hilfe zur Selbsthilfe ist die Aufgabe der Trainer_innen, sich selbst ›überflüssig‹ zu machen. (5) Unbewusst verlaufende Automatismen können die Ausübung der im Training sorgfältig erarbeiteten neuen Verhaltensmuster verhindern. Daher stützt sich das ZRM-Training auf neurowissenschaftliche Erkenntnisse, wie solche Prozesse erkannt und verändert werden können, um diese nachhaltig durch neue zielgerichtete Handlungen zu ersetzen.

Im ZRM wurde eine Vielzahl von wissenschaftlichen Theorien und praktischen Ansätzen zusammengeführt; es versteht sich als allgemeinspsychologisches Modell, das »im Sinne der translationalen Psychologie« (Storch & Krause, 2017, S. 20) seinen Beitrag zum Forschungsansatz ›Translation Research‹ (Weinert & Mann, 2008) leistet und Erkenntnisse der Grundlagenforschung in Praxistools und auch umgekehrt übersetzt.

Die translationale Forschung kann hierbei unterteilt werden in (T1) die Erforschung des Transfers von klinischen Grundlagen zur Entwicklung und ersten wissenschaftlichen Überprüfung klinischer Interventionen [...] sowie (T2) die Erforschung des Transfers evidenzbasierter Interventionen in den klinischen Alltag [...]. (Baumeister, 2014, S. 152)

Die mit dem translationalen Ansatz einhergehende ständige Weiterentwicklung und kontinuierliche Evaluierung in Wissenschaft und Praxis sind fester Bestandteil des ZRM (Storch & Krause, 2017).

Durch die Überprüfung der Wirksamkeit des ZRM, bezogen auf die HIV-spezifische SWE, leistet diese Arbeit ihren Beitrag zu der Evaluierung dieser

Methode. Im Kontext der Forschungsfrage, ob das Zürcher Ressourcen-Modell ein geeignetes Instrument ist, um die Selbstwirksamkeitserwartung und den selbstbewussten Umgang mit der Infektion bei der benannten Zielgruppe positiv zu verändern, werden die im ZRM enthaltenen Theorien / Ansätze insbesondere zum Rubikon-Prozess, den zwei Systemen sowie der Gefühlsregulation als wesentliche Grundlagen für die Durchführung des ZRM-Trainings erachtet und im Folgenden beschrieben. Ergänzend werden die didaktischen Empfehlungen zur Durchführung und die Methoden des ZRM-Trainings vorgestellt.

3.3.1 Der Rubikon-Prozess

Bereits in der ›deutschen Willenspsychologie‹ Anfang des 20. Jahrhunderts wurde zielorientiertes Verhalten, unter den Gesichtspunkten Initiierung und Ausführung von Handlungen, untersucht. Dabei wurden ›selbstgesetzte Ziele‹ oder ›von anderen vorgegebene Aufgaben‹ sowie die Aspekte ›Zielstreben‹ und ›Zielsetzen‹ unterschieden. Zielstreben wurde als handlungsorientiert und auf zielrealisierende Handlungen bezogen definiert. Das Zielsetzen wurde dagegen als »abhängig von den Wünschen, Bedürfnissen und Interessen einer Person betrachtet und nicht zum Geltungsbereich der Willenspsychologie gezählt [...]«.« (Gollwitzer, 1996, S. 532) In dieser Betrachtungsweise galten Motivation (Zielsetzen) und Leistung (Zielstreben) als unterschiedlich und nicht zusammengehörend. Die Arbeiten von u. a. Festinger (1942), Lewin, Dembo, Festinger & Sears (1944) und Atkinson (1957) hatten eine andere Sichtweise. Diese betrachteten Zielstreben und Zielsetzen als zwei zentrale und zusammengehörende Themen der Motivationspsychologie. Dieser vermutete Zusammenhang wurde beforscht und kontrovers diskutiert. Die alte Unterscheidungsvariante wurde weiterhin von Klinger (1977) und auch von Kuhl (1983, 1984) fokussiert. Mit Verweis auf die klassische Unterscheidung zwischen Zielstreben und Zielsetzen stellte Kuhl die Konzepte Wahl-

und Kontrollmotivation differenziert gegenüber, kritisierte den Mangel an Theorien im Gebiet des Zielstrebens und entwickelte für diesen Bereich seine ›Kontrolltheorie‹. Diese verdeutlicht das Verständnis,

dass eine Person immer von zahlreichen, sich ständig verändernden Handlungstendenzen beeinflusst wird. [...] [Dementsprechend] wird die Motivation, die zur Wahl eines bestimmten Ziels anregte, nicht mehr als alleiniger Faktor dafür betrachtet, ob man auf dem Weg zum gewählten Ziel vorankommt. (Gollwitzer, 1996, S. 533 [HK])

Die als sinnvoll diskutierte und praktizierte Unterscheidung zwischen den Konzepten Zielsetzen und Zielstreben fand im ›Rubikonmodell der Handlungsphasen‹ (Heckhausen & Gollwitzer, 1986, 1987) eine Weiterentwicklung, indem die beiden Aspekte immer noch auseinandergehalten, aber so in dem Modell integriert wurden, dass ihre Beziehung zueinander analysiert werden konnte. Ergänzend stellte das Modell »den Prozess vom Wünschen über das Wählen zum Handeln« (Grawe, 1998, S. 61) als zeitlichen Ablauf »vom Erwachen der Wünsche vor der Zielerreichung bis hin zu den bewertenden Gedanken nach der Zielerreichung« (Gollwitzer, 1996, S. 533) dar. Der Name Rubikon wurde in Anlehnung an Caesar gewählt, der nach einer langen Phase des Abwägens im Jahr 49 vor Christus den Rubikon überquerte und somit einen Bürgerkrieg begann.

Mir erscheint das Rubikon-Modell gut geeignet, eine Verbindung zwischen der Welt der Wünsche und Befürchtungen links des Rubikon und der Welt der Realisierung von Intentionen rechts davon herzustellen. [...] Die Vorgänge rechts

des Rubikon haben [...] Auswirkungen auf die links davon und noch selbstverständlicher ist es umgekehrt. Was sich in der Welt der Wünsche und Befürchtungen tut, hat über die Zielintention und Absichten ganz unmittelbare Auswirkungen auf das Handeln. (Grawe, 1998, S. 65)

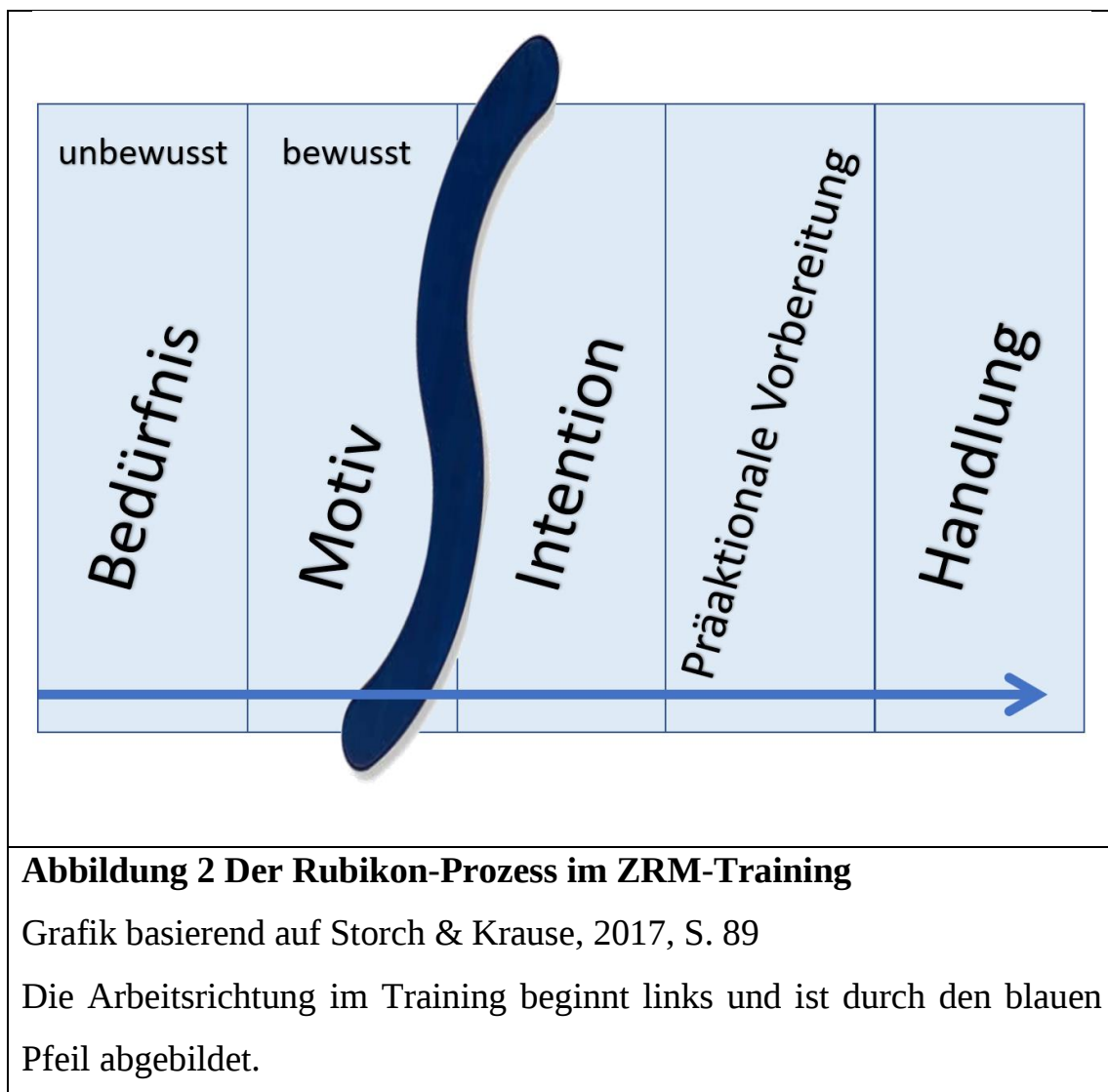
Die im Rubikon-Modell enthaltenen Handlungsphasen unterscheiden im Prozess des zielorientierten Verhaltens vier als eigenständig betrachtete Phänomene: ›Abwägen‹, ›Planen‹, ›Handeln‹ und ›Bewerten‹. Diese liegen alle im Bereich der bewussten Wahrnehmung und beschreiben die Schritte, die ein Wunsch von der Bewusstwerdung bis zur Realisierung durchlaufen muss.

Es ist [...] klarer geworden, dass das Handlungsphasenmodell von Heckhausen von der Wahl bis zur Handlungsrealisierung nur denjenigen Teil der psychischen Regulationsprozesse betrifft, der mit der privilegierten Qualität der Bewusstheit abläuft. Daneben laufen aber gleichzeitig viele weitere Prozesse ohne diese Qualität ab. Von der Annahme solcher simultan-parallel ablaufenden unbewussten Prozesse ist es dann nicht mehr weit zu der Annahme, dass solche Prozesse im Konflikt miteinander stehen und sich gegenseitig behindern können. (Grawe, 1998, S. 205)

Grawe sah in der Verbindung des Rubikon-Modells von Heckhausen mit dem Modell der ›Kontrolltheorie‹ von William Powers (1973) Möglichkeiten für neue therapeutische Einsichten, »die sich aus keinem der beiden Modelle allein ergeben.« (Grawe, 1998, S. 207) Das Modell von Powers beinhaltet das

Zusammenwirken von Verhalten, Erleben und unbewussten Prozessen. Die somit von Grawe vorgeschlagene Erweiterung des Rubikon-Modells um die Phase der unbewussten und vorbewussten Bedürfnisse, die noch vor dem Bewusstwerden einzuordnen war, fand im ZRM Umsetzung. Der so entstandene Rubikon-Prozess (Abbildung 2) beinhaltet die fünf Phasen ›Bedürfnis‹, ›Motiv‹, ›Intention‹, ›präaktionale Vorbereitung‹ und ›Handlung‹.

Der Ablauf des ZRM-Trainings ist in fünf Phasen unterteilt, die sich am Rubikon-Modell-Prozess orientieren und ein systematisches Vorgehen zur Umsetzung von Handlungszielen ermöglichen.



Als Bedürfnis wird ein Unterschied zwischen einem Soll- und einem Istwert verstanden (Storch & Kuhl, 2013); es besteht in Wünschen, »die noch nicht oder nicht ausreichend bewusst sind.« (Storch & Krause, 2017, S. 90) Ein Großteil psychischer Prozesse läuft unbewusst ab. Unbewusste Bedürfnisse können noch nicht für eine bewusste Planung von Handlungen miteinbezogen werden, doch können sie die Umsetzung eines bewussten Motivs verhindern, wenn sie im Gegensatz zu diesem stehen. Die Schwierigkeiten für die Umsetzung sind für die betreffenden Personen unerklärlich. Ebenso können unbewusste Bedürfnisse zu Unbehagen und negativen, diffusen Gefühlen bei einer Person führen, ohne dass diese ein damit verbundenes Problem präzise greifen oder benennen kann und somit auch nicht in der Lage ist, irgendeine dementsprechende Handlungsabsicht zu verfolgen. Daher ist es wichtig, die unbewussten Anteile zu ergründen.

Für eine zielgerichtete Handlungsplanung ist die Bewusstmachung der unbewussten Bedürfnisse erforderlich. Bewusstgewordenes wird in der Terminologie des Rubikon-Prozesses als bewusstes Motiv bezeichnet. Durch die Bewusstmachung der Bedürfnisse, können gegebenenfalls vorhandene Konflikte, wie Grawe (1998) sie beschrieben hatte (siehe S. - 143 -), also Unstimmigkeiten zwischen Unbewusstem und Verstand, aufgedeckt und in einer eventuell intensiven Phase des gegeneinander Auf- und Abwägens miteinander in Einklang gebracht werden. Die Synchronisierung der unbewussten und der bewussten Elemente eines Wunsches ist zum zielrealisierenden Handeln, darüber hinaus aber auch für die psychische Gesundheit wichtig. Es ist auch möglich, dass die unbewussten Bedürfnisse bereits in Harmonie mit den Motiven stehen und ein zielgerichtetes Handeln somit leicht realisiert werden kann. Die nach der Bewusstwerdung vorliegenden Motive repräsentieren den Bereich des ›Wünschens‹.

Vor dem Rubikon, also auf der linken Seite, liegen die Motive, auf der rechten Seite, nach dem Übergang über den Rubikon, liegt eine Intention. Diese beiden Bereiche unterscheiden sich im menschlichen Erleben, der Bereich der Motive ist verbunden mit dem Wählen, Abwägen und Suchen, der Bereich der Intention ist gekennzeichnet durch das Wollen und die Gefühle der Entschlossenheit und Handlungsgewissheit. Mit diesen Gefühlen verbunden bekommt das Ziel Verbindlichkeit. Durch ein gutes Gefühl gelangen die Menschen über den Rubikon. Damit ist dann klar, was sie wollen; sie sind entschlossen zu handeln, um das Ziel zu erreichen. Ihrem Handeln liegt dann eine intrinsische Motivation, also eine »Motivationsform, bei der die Freude am Tun wie ›von selbst‹ aus der Tätigkeit zu strömen scheint« (Kuhl & Koole, 2005, S. 109), zugrunde.

Die Intention ist die feste Absicht, das Ziel zu erreichen. »In the subsequent actional phase, individuals act toward the attainment of their chosen goal and direct their attention to cues that signal opportunities to act.« (Gollwitzer & Keller, 2016, S. 1) Der Fokus richtet sich dementsprechend auf die Informationen, die eine Umsetzung unterstützen. Informationen, die eine Umsetzung gefährden können, werden nicht wahrgenommen, das Ziel wird vor diesen abgeschirmt. Diese voreingenommene Auswertung von Informationen wurde als ›Goal-shielding‹ wissenschaftlich untersucht (Achtziger, Gollwitzer & Sheeran, 2008). »Intentionen sind dann besonders handlungswirksam, wenn sie stark gewollt werden.« (Storch & Krause, 2017, S. 96) Die Motivationspsychologie spricht dabei von der Volitionsstärke. »Die Höhe dieser Volitionsstärke entspricht der Wünschbarkeit [...] und Realisierbarkeit [...] des intendierten Ziels.« (Gollwitzer, 1987, S. 180). Je größer der Wunsch, also je attraktiver das Ziel ist und je größer die Wahrscheinlichkeit ist, dieses Ziel zu erreichen, desto größer wird der Wille, mit der Handlung zu beginnen.

Vielen Menschen gelingt es nach der Bildung einer Intention, direkt mit dem zielrealisierenden Handeln zu beginnen. Stehen einer direkten Umsetzung aber Hürden im Weg, sei es durch unerwünschte Automatismen, durch Stress oder Druck, bedarf es gewisser Vorbereitungen, damit die Ausführung beginnen kann. Im ZRM-Training spricht man von der präaktionalen Vorbereitung, in der Maßnahmen getroffen werden, durch die eine Umsetzungswahrscheinlichkeit erreicht oder erhöht wird. Sind Handlung und Ziel mit neuen Verhaltensmustern verbunden, müssen diese als unbewusste ›implizite‹ Prozesse automatisiert werden, da sonst die Gefahr besteht, dass in schwierigen Situationen nicht die neue entwickelte Intention die Handlungssteuerung übernimmt, sondern alte Verhaltensmuster.

Die ersten Handlungen können in vielen Situationen, spätestens nach der präaktionalen Vorbereitung, erfolgreich umgesetzt werden. Dennoch können vor allem in schwierigen Situationen, die unvorhergesehen und überraschend eintreten, die Umsetzung der gewünschten Handlung oder des gewünschten Verhaltens misslingen. Um unerwünschte Verhaltensroutinen zu verändern, müssen die neuen gewünschten Verhaltensweisen in bewussten Prozessen mit viel Ausdauer erlernt, geübt und trainiert werden, damit sie irgendwann als implizites Wissen in schwierigen Situationen die Handlungssteuerung übernehmen können.

An diesen fünf Phasen des Rubikon-Prozesses orientieren sich die fünf Phasen des ZRM-Trainings. Diese beinhalten den Übergang vom Bedürfnis zum Motiv (Phase 1), den Schritt über den Rubikon (Phase 2), den Aufbau eines Ressourcenpools (Phase 3), die strategische Planung von Situationen, in denen die Handlung unter Ressourceneinsatz erfolgen soll (Phase 4), den Transfer und die Integration in den Alltag (Phase 5).

3.3.2 Zwei Systeme: Der Verstand und das Unbewusste

Alle Handlungen und Entscheidungen, die ein Mensch vollzieht, sind auf bewusste und unbewusste Prozesse zurückzuführen, die in unterschiedlichen Strukturen und Lagen des Gehirns stattfinden. Die Neurowissenschaften verorten das Zusammenspiel von Verstand und Gefühl auf der kortikalen und der subkortikalen Ebene des limbischen Systems. Der Verstand liegt demzufolge mit seinen bewussten und bewusstseinsfähigen Bewertungsvorgängen auf der kortikalen Ebene. Auf der subkortikalen Ebene laufen alle Vorgänge unbewusst. Dazu gehören primäre Affekte wie Furcht, Wut, Lust oder reaktive Aggression, aber auch sekundäre Gefühle.

Vernunft und Verstand sind eingebettet in die affektive und emotionale Natur des Menschen. [...]. Unser bewusstes Ich hat nur begrenzte Einsicht in die eigentlichen Antriebe unseres Verhaltens. Die unbewussten Vorgänge in unserem Gehirn wirken stärker auf die bewussten ein als umgekehrt [...]. Bewusstsein und Einsicht können nur mit ›Zustimmung‹ des limbischen Systems in Handeln umgesetzt werden. (Roth, 2001, S. 451-452)

In der Psychologie werden die Unterschiede zwischen bewusster und unbewusster Informationsverarbeitung als ›Zwei-Prozess-Theorie‹ untersucht. Während das ZRM die Begriffe ›Verstand‹ und ›Unbewusstes‹ benutzt, werden von anderen Autoren verschiedene Begrifflichkeiten verwendet, Beispiele dafür finden sich in Storch & Krause, 2017, S. 115. So wird z. B. in der Theorie der Persönlichkeits-System-Interaktionen (PSI) das Unbewusste auch als ›Selbst‹

bezeichnet (Kuhl, 2001). Die wesentlichen Unterschiede in der Arbeitsweise dieser beiden Systeme werden in Abbildung 3 tabellarisch dargestellt.

Der Verstand ist das eine System. In diesem laufen die bewussten Prozesse ab, wie Planung und Berechnung bestimmter Abläufe oder die Bewertung bestimmter Situationen, die wir dann in Worte fassen und über die Sprache mitteilen können. Im Vergleich zum Unbewussten arbeitet der Verstand relativ langsam und führt zu einer logischen Bewertung von richtig oder falsch, die sich auf eine sachliche Richtigkeit, aber auch auf erlernte Werte, Moral und gesellschaftliche sowie kulturelle Normen beziehen kann. Der Verstand arbeitet sequenziell, er kann nur einen Gedanken nach dem anderen abarbeiten, sein Zeithorizont liegt dabei in der Zukunft.

	Verstand	Unbewusstes
Verarbeitungsmodus	bewusst	unbewusst
Kommunikationsmittel	Sprache	somatische Marker (Gefühl)
Arbeitstempo	langsam	schnell
Bewertung	richtig/falsch (logisch)	mag ich / mag ich nicht (hedonistisch)
Informationsverarbeitung	sequenziell	parallel
Zeithorizont	Zukunft	Hier und Jetzt

Abbildung 3 Der Verstand und das Unbewusste: Vergleich
 Grafik basierend auf Storch & Krause, 2017, S. 115

Das zweite System ist das Unbewusste, »Sitz des Unbewussten ist das limbische System.« (Roth, 2004, S. 59) Es arbeitet im Verborgenen und deutlich schneller als der Verstand. Seine Reaktionszeit von 200 Millisekunden konnte in Studien nachgewiesen werden (Ferguson & Porter, 2009). Die Bewertungen

dieses Systems können im Zeitpunkt des Entstehens noch nicht in Worte gefasst werden, sie drücken sich in Form von somatischen Markern aus.

Die Theorie der somatischen Marker wurde von dem Neurowissenschaftler Antonio Damasio Anfang der 1990er Jahre entwickelt und beschreibt, dass bisher gemachte Erfahrungen, also die Ergebnisse bestimmter Entscheidungen und Handlungen, mit positiven oder negativen Gefühlen verbunden, gespeichert werden. Diese werden oft als diffuse Gefühle und / oder Körperempfindungen, als negativ (z. B. Grummeln im Bauch) oder als positiv (z. B. Schmetterlinge im Bauch) wahrgenommen. Der Ursprung von Damasios anfänglicher Hypothese waren Beobachtungen bei Patienten. Diese konnten aufgrund von Schädigung bestimmter Hirnregionen, durch z. B. einen Gehirntumor, alltägliche Situationen nicht mehr oder nur noch mühsam bewältigen. Dieses wurde darauf zurückgeführt, dass auf unbewusste Bewertungen und Bedeutungen nicht mehr zugegriffen werden konnte (Damasio, Tranel & Damasio, 1990, S. 82-83).

Das Unbewusste ist in der Lage, eine Vielzahl von Informationen aus inneren Prozessen und Einflüssen von außen gleichzeitig zu verarbeiten, und bildet seine Bewertung ›was mag ich, was ist gut für mein Wohlbefinden‹ und ›was mag ich nicht, was ist schlecht für mein Wohlbefinden‹ im Zeithorizont des ›Hier und Jetzt‹.

Vor dem Hintergrund der unterschiedlichen Arbeits- und Bewertungsweisen ist es, um erfolgreich handeln zu können, wichtig, diese beiden Systeme miteinander zu synchronisieren. »Egal, welche Absicht ein Mensch verfolgt, die Tatsache, dass zwei Systeme an der Bewertung von Absichten und Handlungssteuerung beteiligt sind, muss immer berücksichtigt werden.« (Storch & Krause, 2017, S. 116)

3.3.3 Gefühle wahrnehmen und regulieren

Die Wahrnehmung körperlicher Signale wird im Bereich von Emotionstheorien in psychologischer und medizinischer Praxis erforscht. Bereits William James (1884) und Carl Lange (1887) stellten heraus, dass »Signale aus dem Körperinneren wesentlich bei der Entstehung von Gefühlen beteiligt sind.« (Herbert & Pallatos, 2008, S. 125) Unter den aktuellen neurowissenschaftlichen Erkenntnissen wird die Verarbeitung solcher Körpersignale im Gehirn »als äußerst fundamental für die Verhaltens- und Emotionsregulation erachtet.« (Herbert & Pallatos, 2008, S. 125)

Treten Situationen ein, in denen Menschen überraschend unter Druck geraten, ist die Wahrscheinlichkeit gegeben, dass sie die Kontrolle über das zielgerichtete Handeln verlieren und nicht mehr der Anforderungssituation angemessen reagieren können.

Mit starker Wut ist z. B. eine starke Tendenz zu aggressivem Handeln verbunden. [...]. Dieses Wutentbrannte Verhalten kann nun das ganze Gegenteil von dem Verhalten sein, das geeignet wäre, das Ziel, dessen Verfehlung der Wut zugrundeliegt, herbeizuführen. (Grawe, 1998, S. 298)

Stresstheorien beschreiben dies mit dem Empfinden von »Bedrohung, Verlust oder Herausforderung.« (Lazarus, 1981, S. 205) In solchen Situationen übernehmen verinnerlichte Verhaltensmuster und Stressroutinen die Handlungssteuerung. Der damit einhergehende Kontrollverlust stellt sich in Form von Überlastungsreaktionen wie »an die Decke gehen« oder »Flucht ergreifen bzw. in Resignation verfallen« dar und hinterlässt oftmals »beim betreffenden Akteur unbefriedigende, unangenehme Gefühle des Kontrollverlustes, Scham- oder Schuldgefühle.«

(Storch & Krause, 2007, S. 200) Auch können die Verminderung u. a. des Selbstsicherheitsgefühls und der positiven Stimmung damit einhergehen. »Bei der Auseinandersetzung mit schwer kontrollierbaren Problemsituationen entsteht zunächst ein Gefühl der Hilflosigkeit [...]. Dieses Gefühl sollte bewältigt werden, bevor es sich generalisiert und verfestigt.« (Biebrich & Kuhl, 2004, S. 58). Da solche negativen Erregungszustände sowohl das physische als auch das psychische Wohlbefinden beeinträchtigen, ist deren Regulation ein wichtiger Ansatzpunkt zur Aufrechterhaltung und Wiederherstellung psychischen Wohlbefindens und zielrealisierenden Handelns.

Wenn negative Körperzustände häufig wiederkehren oder länger anhalten, wie es bei einer Depression der Fall ist, wächst der Anteil der Gedanken, die eher mit negativen Situationen assoziiert sind, während sich Stil und Effizienz des Denkprozesses beeinträchtigt zeigen (Damasio, 2000, S. 203).

Im ZRM werden sowohl unbewusst als auch bewusst wahrgenommene, emotionale Empfindungen als ›Gefühl‹ benannt. Dies ist ein Unterschied zum Sprachgebrauch in der Psychologie, die mit dem Wort ›Gefühl‹ oft die bewusst erlebten, angenehmen oder unangenehmen Empfindungen bezeichnet (Storch & Krause, 2017). Mit der Befriedigung von Bedürfnissen gehen positive Gefühle einher; werden Bedürfnisse nicht befriedigt oder besteht die Gefahr, dass sie verletzt werden, entstehen negative Gefühle. »Dabei haben Gefühle den wesentlichen Sinn, dass wir uns als eigenständiges Wesen, als Person, wahrnehmen.« (Bergner, 2013, S. 3) Bei der Entstehung von Gefühlen spielt das limbische System, dort insbesondere die subkortikale Ebene, auf der alle Prozesse unbewusst

verlaufen, eine bedeutende Rolle. Nach Roth (2001) umfasst diese Ebene die primären Affekte und die sekundären Gefühle.

Die limbischen Zentren, [...], bewerten alles, was durch uns und mit uns geschieht, danach, ob es vorteilhaft oder lustvoll war und entsprechend wiederholt werden sollte oder nachteilig oder schmerzhaft und entsprechend zu meiden ist. Sie legen diese Bewertungen im emotionalen Erfahrungsgedächtnis nieder. (Roth, 2004, S. 59)

Dort wird jedes Tun des Körpers nach seinen positiven oder negativen Wirkungen bewertet und mit den somatischen Markern verbunden. Somatische Marker werden über körperliche Signale und/oder Gefühle wahrgenommen und können dabei helfen, herauszufinden, mit welcher Entscheidung oder auch Handlungsmöglichkeit man in der aktuellen Situation am besten weiterkommen kann oder welche Verhaltensweisen aufgrund bisheriger negativer Erfahrungen besser zu vermeiden sind. »Körpersignale und/oder Gefühle sind demnach die entscheidenden ›Stopp‹- oder ›Go‹-Signale [...].« (Storch & Krause, 2017, S. 95)

Aber nicht alle Menschen können ihre somatischen Marker und somit oftmals auch nicht ihre Gefühle wahrnehmen. Als wichtig zeigt sich dementsprechend, die Wahrnehmung der aus dem Unbewussten kommenden somatischen Marker zu fördern (Weber, 2017). Die eigenen Gefühle wahrnehmen zu können bedeutet aber nicht automatisch, diese auch regulieren zu können. Dazu muss die Verbindung des Unbewussten, mit allen Ängsten, Bedürfnissen, Vorlieben, Werten und gemachten Erfahrungen, die sich auf die eigene Person beziehen, zu den Gefühlen gestärkt werden (Storch & Kuhl, 2013). Die Selbstregulation von Gefühlen ist eine Fähigkeit des Selbst, die durch verschiedene Arten von

Affektregulation die eigene Gefühlswelt ohne den Einfluss einer anderen Person alleine regeln kann (Kooze, McCullough, Kuhl & Roelofsma, 2010). Es werden vier Arten der Affektregulation beschrieben. Diese sind Selbstberuhigung, Selbstkonfrontation, Selbstmotivierung und Selbstbremsung (Kuhl, 2001; Storch, Storch, Morgenegg & Kuhl, 2016). Im Kontext dieser Arbeit ist die Regulation von negativen Gefühlen, die durch Selbstberuhigung gelingen kann, eine wichtige, zu fördernde Selbstkompetenz. Durch Herabregulation von Empfindungen wie z. B. Verzweiflung, Angst oder Wut können diese negativen Gefühle bewältigt werden.

Eine weitere wichtige Fähigkeit des Selbst ist das Vertrauen auf die eigenen positiven Kräfte, durch die schwierige Situationen und Ängste überwindbar sind und bewältigt werden können. Diese wird als ›innere Sicherheit‹ bezeichnet (Kuhl, 2001):

Darunter verstehen wir eine intakte Gefühlsregulation, die es möglich macht, auch unter frustrierenden Bedingungen das Gefühl von Selbstsicherheit und Geborgenheit aufrechtzuerhalten. Eine intakte Gefühlsregulation kann der Person helfen, die Erschütterung, Unsicherheit und Angst, die das schwer kontrollierbare und frustrierende Ereignis auslöst, auszuhalten: Es handelt sich dabei um eine Verarbeitung auf der Gefühlsebene des Selbst. (Biebrich & Kuhl, 2004, S. 60)

Die Entwicklung der inneren Sicherheit, steht in engem Bezug zu der Wahrnehmung von eigenen Bedürfnissen, sowie der Fähigkeit, diese so mitteilen zu können, dass andere Personen sie verstehen und zu ihrer Befriedigung beitragen können. Es lässt sich zusammenfassen,

[...] dass das Selbst dafür zuständig ist, Sinnhaftigkeit und innere Sicherheit zu erzeugen und durch die Fähigkeit der Selbstberuhigung negative Gefühle herabzuregulieren, was wichtige Punkte in schwierigen Lebenssituationen sind. (Weber & Storch, 2017, S. 364)

Durch die Arbeit mit Motto-Zielen kann das Selbst als Ressource aktiviert werden, um dadurch eine innere Haltung zu erzeugen, mit der schwierige Situationen zielrealisierend bewältigt werden können. Damit einhergehend, werden die Selbstberuhigungsfähigkeit sowie die Selbstwirksamkeit verbessert (Weber, 2013).

3.4 Das ZRM-Training

Im Verlauf eines ZRM-Trainings erlernen die Teilnehmenden, wie sie ihr Handeln steuern können, um ihre gesetzten Ziele zu erreichen. Dazu gehören die Ergründung der unbewussten Bedürfnisse, die dann mit den bewussten Motiven in Einklang gebracht und mit dem Übergang über den Rubikon in eine Handlungsabsicht überführt werden. Ebenso lernen sie verschiedene Methoden kennen, die ressourcenaktivierend bei der Entwicklung einer inneren Haltung und zum zielrealisierenden Handeln beitragen können. Das schulen- und theorienübergreifende ZRM wurde entwickelt, um in der Praxis Anwendung zu finden. Daher wird im Folgenden ein kurzer Überblick über die didaktischen Empfehlungen und die im ZRM-Training eingesetzten Methoden gegeben.

3.4.1 Didaktische Empfehlungen

Das ZRM-Training basiert auf einer Fülle wissenschaftlicher Theorien. Diese werden in Impulsreferaten vermittelt, damit die Teilnehmenden kritisch mitdenken, die Theorien verstehen und die Teilschritte kognitiv zuordnen können. Dadurch wird die Transparenz über den Verlauf gegeben, aber auch fachliches Know-how vermittelt, um so das neue Handeln der Teilnehmenden zu unterstützen, sie aber auch als Expert_innen in der eigenen Sache durch mehr Handlungskompetenz zu stärken. Dies trägt auch zu einer Steigerung des Selbstwirksamkeitserlebens bei. Vertiefungen sind an den Interessen der Teilnehmenden orientiert und mit Beispielen, bildhafter Sprache und Visualisierungen angereichert. Eine Übersicht über den Verlauf des Trainings, die zu Beginn vorgestellt wird, aber auch die Visualisierung des Rubikon-Prozesses verdeutlichen, in welcher Phase sich das Training gerade befindet und bieten so den Teilnehmenden eine Orientierung über den bisherigen Verlauf. So ist die Transparenz im ZRM-Training gegeben, und die Teilnehmenden wissen bei jedem Arbeitsschritt, was sie erwartet und worauf sie sich einlassen.

Zwischen der Seminarleitung und den Teilnehmenden, aber auch zwischen den Teilnehmenden selbst ist die Kommunikation durch das ›Hebammen-Prinzip‹ gekennzeichnet. Dieses geht davon aus, dass jeder Mensch imstande ist, seine Ziele und die Lösung bestehender Probleme selbst anzugehen. Für das Training in der Gruppe bedeutet das vor allem, gegenseitige Akzeptanz und Verständnis sowie aufmerksames Zuhören. Daraus ergibt sich für alle, einander zu helfen und sich gegenseitig zu unterstützen, aber auch, sich mit Ratschlägen, Wertungen und Beurteilungen zurückzuhalten, es sei denn, es ist anders gewünscht. Insbesondere die Kursleitung kann durch ihre Haltung dem Trainings-Prozess gegenüber, ihre Umgangs-, Kommunikations- und Vorgehensweise, die Ressourcenorientierung

und den kooperativen Umgang als Vorbildfunktion den Vermittlungs- und Lernerfolg in der Gruppe maßgeblich beeinflussen. Vor allem gilt aber für alle die Schweigepflicht. Was an privaten Inhalten in dem Training preisgegeben wird, darf nicht nach außen getragen werden.

Um ein vertrauensvolles, offenes Klima zu erzeugen und die Kooperation in der Gruppe zu fördern, nehmen die Kennenlern- und Vorstellungsrunden der Teilergebnisse, aber auch die Kleingruppenarbeiten eine besondere Rolle ein. Neben dem Aufbau einer vertrauensvollen Zusammenarbeit erleben die Teilnehmenden die Unterstützung durch die Gruppe als wichtige Ressource. Dies wird vor allem durch regelmäßige Neueinteilung der Kleingruppen verstärkt, da so Cliquenbildung vermieden wird und immer wieder neue Ideen von neuen Leuten zur Verfügung stehen.

Das Selbstmanagement-Training beinhaltet Veränderungen der Persönlichkeit, die mit privaten und vielleicht auch intimen Themen verbunden sind. Nicht alle Menschen mögen solche Themen in der Gruppe preisgeben. Damit es nicht dazu kommt, dass Teilnehmende solche Themen dann nicht bearbeiten oder alle ihre Inhalte geheim halten müssen, wird im ZRM eine Trennung der Inhalte in einen privaten, geschützten Bereich und einen öffentlichen Bereich praktiziert und kommuniziert. In den Einzelarbeiten können die Teilnehmenden ihre individuellen, geschützten Ergebnisse formulieren, bearbeiten und so auch in ihren Unterlagen dokumentieren. Die Plenumsrunden und die Dokumentation in der ›Ergebnisgalerie‹ sind der öffentliche Bereich; möchte hier jemand seine persönlichen Ergebnisse einbringen, so ist dies absolut freiwillig.

Um den Teilnehmenden in diesem vielschichtigen und mehrstufigen Prozess des ZRM-Trainings zu jeder Zeit den Überblick zu ermöglichen, werden die erarbeiteten Teilschritte visualisiert und dokumentiert, indem die Flip-Charts mit

den Visualisierungen der theoretischen Impulse chronologisch im Raum aufgehängt werden. Zur Dokumentation werden die Ergebnisse, chronologisch den einzelnen Schritten entsprechend, an einer Pinwand als ›Ergebnisgalerie‹ zusammengetragen. Dort finden sich dann das Bild, der Wunsch, das Motto-Ziel sowie die jeweiligen Ressourcen aller Teilnehmenden wieder.

3.4.2 ZRM-Methoden

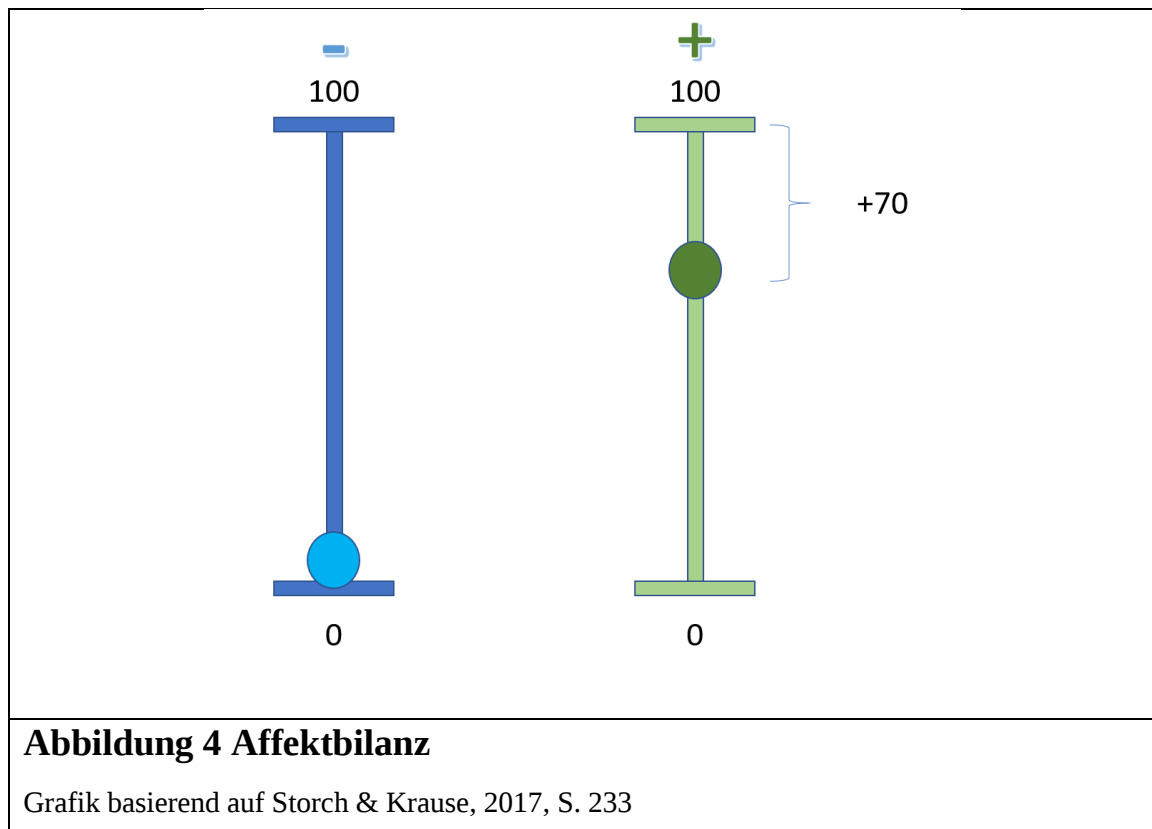
Die Exploration der unbewussten Bedürfnisse, um diese in den Entwicklungsprozess einer Handlung mit einbeziehen zu können, erfolgt mit einem projektiven Verfahren. Dazu wird eine ressourcen-aktivierende Bildkartei (Krause & Storch, 2018) eingesetzt. Die eingesetzten Bilder »dienen als Stimulus, um die unbewussten Bewertungssignale (somatischen Marker), anzusprechen« (Messerschmidt, 2018, S. 16) und sind auf eine konsequente Ressourcenaktivierung ausgelegt. Von diesen wird jeweils ein Bild von den Teilnehmenden über die Wahrnehmung positiver somatischer Marker ausgewählt. Die Auswahl kann als offene oder als themenspezifische Bildwahl durchgeführt werden. Während bei der offenen Bildwahl allgemein gefragt wird, welches Bild als Ressource dienen kann und die stärksten positiven Gefühle auslöst, wird bei der themenspezifischen Bildwahl gefragt, welches Bild bei dem vorherrschenden Thema als Ressource dienen kann. »An die Bildauswahl schließt sich ein Assoziationsverfahren an, in dem die bislang unbewusste Bedeutung der Bilder [...] Schritt für Schritt herausgearbeitet wird.« (Messerschmidt, 2018, S. 16)

Der Ideenkorb ist eine für das ZRM-Training entwickelte Methode, die unter Beteiligung anderer Gruppenmitglieder positive Assoziationen zum ausgewählten Bild zusammenträgt, ohne diese in irgendeiner Art zu werten oder zu diskutieren. Die bildbesitzende Person kann unter Beachtung der somatischen Marker

die für sich als passend empfundenen Assoziationen auswählen. In diesem Vorgehen ergibt sich der Vorteil, nicht sofort nach der Bildwahl mit eigenen Verstandesüberlegungen zu arbeiten.

Die Auswertung der zusammengetragenen Ideen erfolgt mit der Affektbilanz. Somatische Marker beinhalten neben den Körperempfindungen wie z. B. Kribbeln oder Grummeln im Bauch auch eine affektive Komponente, in der eine Bewertung nach ›gut für mich‹ oder ›schlecht für mich‹ erfolgt. Da positive und negative Affekte in zwei unterschiedlichen Gehirnregionen verarbeitet werden (Kuhl, 2010, S. 198ff; Storch & Kuhl, 2013), können diese mit der Affektbilanz auf zwei getrennten Skalen von 0 bis 100 visualisiert werden (siehe Abbildung 4). »Nur wenn man mit Ideen arbeitet, die keinerlei negative Affekte hervorrufen und gleichzeitig ein deutlich wahrnehmbares positives Gefühl auslösen, können Ressourcen aktivierende neuronale Netze entwickelt werden.« (Storch & Krause, 2017, S. 128)

In einer im Präsens formulierten, bildhaften Sprache wird im ›Motto-Ziel‹ eine innere Haltung beschrieben, »aus der heraus eine Person zukünftig handeln möchte« (Messerschmidt, 2018, S. 16) und die somit zielrealisierendes Handeln fördern soll. Ein Motto-Ziel formuliert keinen konkreten Plan, sondern ist allgemein formuliert. »Die Ergebnisse der wissenschaftlichen Forschung zeigen [...], dass die Art und Weise der Formulierung von Zielen äußerst konsequenzenreich sein kann.« (Storch & Krause, 2017, S. 150) Auch bei der Formulierung des Motto-Ziels wird mit der Methode Ideenkorb gearbeitet und die zusammengetragenen Assoziationen werden ebenfalls mit der Affektbilanz ausgewertet.



Bei der Formulierung müssen drei Kernkriterien beachtet werden: (1) Es wird ein Annäherungsziel formuliert, in dem der Zustand beschrieben wird, der erreicht werden soll. »Aus Annäherungszielen ergeben sich meistens direkt konkrete Verhaltensweisen, die das Erreichen des Ziels unterstützen. Menschen, die sich Vermeidungsziele setzen, erleben eher negativen Emotionen und fühlen sich weniger wohl.« (Moskaliuk, 2015, S. 9). (2) Die Handlungen zur Zielerreichung müssen zu 100 Prozent unter der eigenen Kontrolle liegen. Ist die Kontrolle über das eigene Handeln in der Zielumsetzung zu 100 % gegeben, werden neben der Realisierbarkeit des Ziels auch Kontrollüberzeugungen (Rotter, 1954) sowie die Selbstwirksamkeit (Bandura, 1997) beeinflusst. »Positive Kontrollüberzeugungen unterstützen Menschen entschieden beim Umgang mit psychischen Belastungen, sie stehen im Zusammenhang mit Lebenszufriedenheit.« (Storch & Krause, 2017, S. 153) (3) Die Affektbilanz muss einen eindeutig positiven somatischen

Marker widerspiegeln, also mit mindesten 70 im positiven Bereich und 0 im negativen Bereich bewertet sein. Dadurch wird die Motivation, dieses Ziel nachhaltig zu verfolgen, gesteigert.

Das Motto-Ziel sowie die damit verbundene innere Haltung stellen ein neues neuronales Netz dar. Seung (2013) vergleicht unser Gehirn mit einem Wald, der aus 100 Milliarden Nervenzellen besteht. Die unzähligen Verbindungen der einzelnen Nervenzellen reagieren auf Umweltreize, bauen sich auf oder ab. Sie verbinden sich mit anderen Zellen und bilden so neuronale Netze. »Die häufige Nutzung der bestehenden Verbindungen und deren Aktivierung durch Sinnesreize führen nämlich erst dazu, dass immer mehr und immer stabilere Verknüpfungen entstehen.« (Schirp, 2007, S. 8) Eine solche Verstärkung dieser Verbindungen wird in den Neurowissenschaften als ›Bahnung‹ bezeichnet. Ähnlich einem Weg, der durch häufige Benutzung immer breiter wird oder der wieder verschwindet, wenn man ihn nicht mehr benutzt (Hüther, 2016), erfolgt das Einspeichern von Erfahrungen und neuen Inhalten ins Gedächtnis durch die Aktivierung synaptischer Übertragungsmechanismen (Roth, 2001).

Wichtig wird nun, dieses neue neuronale Netz häufig zu aktivieren, so dass es zielrealisierendes Handeln auslöst, und gleichzeitig alte Verhaltensmuster, die ebenfalls als neuronale Netze vorhanden sind, möglichst wenig zu benutzen. So lange das neue Netz nicht ausreichend gestärkt ist, kann es immer wieder passieren, dass in schwierigen Situationen alte Verhaltensmuster weiterhin die Handlungssteuerung übernehmen und die neu entwickelte Intention versagt. Die Aktivierung des neuen Motto-Ziel-Netzes erfolgt durch häufiges Wiederholen, Üben und Trainieren, vor allem aber über den Einsatz von Ressourcen. »Als Ressource dient alles, was das erwünschte neuronale Netz aktiviert.« (Storch & Krause, 2017, S. 158)

Erinnerungshilfen sind Ressourcen, die entweder als ›Zielauslöser‹ oder als ›Prime‹ Assoziationen zum Motto-Ziel auslösen und somit das neuronale Netz aktivieren. Zielauslöser sind bewusst ausgesuchte Gegenstände, die das Motto-Ziel, die damit verbundene innere Haltung und das dementsprechende Handeln aktivieren. Wird in einer Situation nach dem Training die Gefahr erkannt, in eine alte Stressroutine zu verfallen, die nicht dem Motto-Ziel und der damit verbundenen Haltung entspricht, kann ein solcher Gegenstand, z. B. das Bild oder ein Schlüsselanhänger, bewusst angeschaut oder in die Hand genommen werden, um an das Motto-Ziel zu erinnern. Somit wird dann das neue neuronale Netz angeregt und die innere Haltung sowie das zielrealisierende Handeln aktiviert.

Beim Priming wird mit Stimuli in Form von Gegenständen gearbeitet, die dazu selbst ausgewählt und im Alltag platziert wurden. Diese Auswahl und Platzierung waren bewusste Prozesse und zudem ein einmaliger Akt. Ab dann entfalten Primes unterhalb der Bewusstseinsschwelle ihre Wirksamkeit, aktivieren das neue neuronale Netz und lösen so Handlungsabsichten aus, ohne dazu ins Bewusstsein der Person dringen zu müssen. Durch die selbst ausgewählten Erinnerungshilfen, die nun permanent ihre ›Priming-Wirkung‹ entfalten, entsteht ein ›chronisches Priming‹ (Storch & Krause, 2017). Die dauerhafte und regelmäßige Darbietung dieser Stimuli erhöht die Wirksamkeit der unbewussten Lernprozesse enorm (Bargh & Chartrand, 2000).

Besonders in der psychosomatischen Medizin sind Körpererfahrungen und ein körperliches Selbsterleben zentrale Aspekte (Röhrich, 2016). Wurden über eine lange Zeit hinweg, aus Sicht der Psychotherapie keine Berührungspunkte zu Bewegung und Körperarbeit gesehen, entstand zunehmend das Verständnis, »dass es an der Zeit ist, Tanz und Bewegung mit Psychotherapie in eine engere Verbindung zu bringen.« (Tschacher, Munt & Storch, 2014) In der Wissenschaft wird

die Bedeutung des Körpers für das Verständnis von psychischen Prozessen be-
forscht und findet unter der Perspektive des Embodiment Eingang in die Kogniti-
onswissenschaft und in die Psychologie. Damit geht eine konzeptuelle Neuorien-
tierung dieser Disziplinen einher. Die Wechselwirkung zwischen körperlichem
und psychischem Geschehen begründet die wesentliche Annahme des Embodi-
ment-Ansatzes (Liepelt, Dolk & Prinz, 2012). »Embodiment-Ansätze betrachten
den Menschen als Einheit von Leib und Geist. Körperliches und Psychisches wir-
ken permanent aufeinander ein und sind untrennbar miteinander verbunden.«
(Storch & Krause, 2017, S. 168) Im ZRM ist Embodiment dementsprechend als
Ressource in der präaktionalen Vorbereitung integriert, um so das neuronale Netz
zu stärken und die Handlungswahrscheinlichkeit zu erhöhen.

Eine Vielfalt verschiedener Ressourcen wird im ZRM erarbeitet, die den
persönlichen Interessen und Vorlieben für verschiedene Arbeitstechniken ent-
sprechend individuell ausgewählt werden können. Nicht für jeden ist die Arbeit
mit Bildern, der Sprache, bestimmten Gegenständen oder dem Körper etwas, für
andere jedoch schon. Die einen arbeiten vielleicht gerne autonom und unabhängig
von anderen Personen, andere wiederum brauchen die Vernetzung und den Aus-
tausch mit anderen.

Menschen im Umfeld können als soziale Ressource dienen. Der Begriff
»soziale Ressource« findet in der Wissenschaft unterschiedliche Anwendung. Da-
bei wird unterschieden, »ob soziale Ressourcen theoretisch innerhalb oder außer-
halb des Individuums anzusiedeln sind.« (Storch & Krause, 2017, S. 195f.) Die
tatsächliche Verfügbarkeit und das Vorhandensein von sozialer Unterstützung
werden dabei als außerhalb der Person liegend betrachtet. Die Fähigkeit, solche
Ressourcen zu erkennen, in Form von Netzwerken aufzubauen und nutzen zu kön-
nen, ist dementsprechend ein personales, also in der Person liegendes Merkmal.

Bereits das Wissen um soziale Ressourcen ist unterstützend, die tatsächliche Verfügbarkeit muss nicht unbedingt gegeben sein.

Alle erarbeiteten Ressourcen bilden den ›Ressourcenpool‹, der am Ende des Trainings, neben dem Bild und dem Motto-Ziel, auch Erinnerungshilfen, das Embodiment und soziale Ressourcen beinhaltet. Über den Einsatz dieser verschiedenen Ressourcen gelingt eine multicodierte Aktivierung des neuronalen Netzes. Multicodierung bedeutet dabei, dass auf verschiedenen Ebenen, über Gedanken, Gefühle und den Körper, das neuronale Netz erregt und somit erwünschtes Verhalten ausgelöst wird.

Nach dem Aufbau des Ressourcenpools gilt es, diesen für das zielgerichtete Handeln auch anwenden zu können. Dazu werden in den darauffolgenden Schritten Situationen und der Ressourceneinsatz geplant und vorbereitet.

Wenn-Dann-Pläne fördern die Automatisierung zielrealisierender Handlungen. Mit der sprachlichen Form eines ›Wenn-dann-Plans‹ wird das Unbewusste trainiert, automatisch auf einen Hinweisreiz mit einer entsprechend daran gekoppelten Handlung zu reagieren (Gollwitzer & Oettingen, 2013).

Wenn-Dann Pläne [haben] eine erhebliche Auswirkung auf den Grad der Handlungsinitiierung, wenn es sich um Zielintentionen handelt, die schwierig zu realisieren sind. Dies ist beispielsweise dann der Fall, wenn neue Verhaltensweisen unter erschwerten Umständen gezeigt bzw. erlernt werden müssen. [...] mit Wenn-Dann Plänen ausgestattete Zielintentionen weisen einen höheren Realisierungsgrad auf als Zielintentionen ohne Wenn-Dann Pläne [...]. (Faude-Koivisto & Gollwitzer, 2011, S. 216 [HK])

Ist eine in der Zukunft liegende Situation ›Wenn mein Chef mich anschreit‹ mit der beabsichtigten Handlung ›Dann spreche ich im Stillen mein Motto-Ziel‹ über die ›Wenn-dann-Formulierung‹ mental verknüpft, erfolgt die Automatisierung des Handelns, was sich in der Schnelle und Zuverlässigkeit der Reaktion zeigt, auch wenn die bewusste Kontrolle durch z. B. ungewollte Stressroutinen fehlt. Es empfiehlt sich, den Wenn-dann-Plan in einer schriftlichen Form zu verfassen, um somit eine bessere mentale Verknüpfung zu erreichen. Die ›Dann-Formulierung‹ kann sowohl ressourcenaktivierend als auch verhaltensaktivierend formuliert werden.

Um Handlungen planen und vorbereiten zu können, die der Motto-Ziel-Haltung entsprechend umgesetzt werden sollen, werden mit dem ›Situationstypen-ABC‹ unterschiedlich schwierige Situationen unterschieden. Ihnen werden dementsprechend passende Vorgehensweisen zugeordnet. In den Situationen des Typs A wird das zielrealisierende Handeln mühe- und problemlos gelingen. Es sind einfache Situationen, die im Training keine besondere Vorbereitung brauchen, die erarbeiteten Ressourcen reichen dazu völlig aus. Jedoch brauchen diese Situationen im Alltag dennoch Beachtung. Aufgrund der fehlenden Anstrengungen werden Erfolge oftmals nicht als solche wahrgenommen. Um das Selbstwirksamkeitserleben der Teilnehmenden im Bezug zu ihrem Motto-Ziel zu verbessern, muss die Wahrnehmung dieser Erfolge trainiert werden. Durch die Vergegenwärtigung der entsprechend dem Motto-Ziel erfolgreichen Typ-A-Situationen können die Teilnehmenden ihren persönlichen Fortschritt erkennen und bewusst wertschätzen. Dadurch wird das neue neuronale Netz zusätzlich gestärkt.

Der Situationstyp B fokussiert schwierige und vorhersehbare Alltagssituationen und ist das bevorzugte Übungsfeld in diesem Training. Auch hier können Situationen unterschiedlich herausfordernd sein, daher sollen die Teilnehmenden

diese Situationen, ihren Fähigkeiten entsprechend, differenziert betrachten und wahrnehmen. Zu einfache Situationen werden zu Unterforderung, zu schwere Situationen zu Überforderung führen. Die Situationen, die dazwischen liegen, haben das richtige Anspruchsniveau und sollen auf einer Skala von 0 bis 100 im Bereich zwischen 40 und 60 liegen. Durch die Auswahl von Situationen im mittleren Bereich können Unter- und Überforderung vermieden und erfolgreiches Handeln sowie das diesbezügliche Selbstwirksamkeitserleben gefördert werden. Damit die Teilnehmenden ihr jeweiliges Ziel im Sinne der Transfersicherung zeitnah umsetzen können und somit ihr zielrealisierendes Handeln beginnen, soll eine nah bevorstehende Situation passenden Schwierigkeitsgrades im Training vorbereitet werden. Entsprechend den erwarteten Bedingungen in dieser Situation soll der Einsatz möglicher Ressourcen durchdacht und vorbereitet werden.

Die Situationen Typ C haben den höchsten Schwierigkeitsgrad und können mit den bisherigen Erfahrungen noch nicht bewältigt werden, da erst die der Motto-Ziel-Haltung entsprechenden Handlungsabsichten automatisiert werden müssen. Dafür muss ein entsprechendes Verständnis erzeugt werden, da sich solche Situationen, auch kurz nach dem Training, nicht vermeiden lassen werden. C-Situationen sind unplanbar, komplex und ereignen sich überraschend. In solchen Situationen ist ein Rückfall in alte, unerwünschte Verhaltensmuster sehr wahrscheinlich. Wesentlich ist dann, mit diesem Misserfolg umgegangen wird, vor allem, um die Selbstwirksamkeitsüberzeugung bezüglich des verfolgten Ziels aufrechtzuerhalten. Die Einsicht, dass das neue neuronale Netz nach den bisherigen Erfahrungen noch nicht ausreichend gestärkt ist, um mit C-Situationen umgehen zu können, trägt ebenso dazu bei wie die Analyse solcher Situationen. Lassen sich in der Analyse erlebter C-Situationen Gemeinsamkeiten erkennen, ergibt sich daraus ein erkennbares Muster und somit eine gewisse Vorhersehbarkeit und Planbarkeit.

Sowohl die Formulierung eines entsprechenden Wenn-dann-Plans als auch die Planung einsetzbarer Ressourcen lässt aus solchen C-Situationen dann B-Situationen werden, durch den erfolgreichen Ressourceneinsatz automatisieren sich die dem Motto-Ziel entsprechenden Handlungen und so werden mit der Zeit aus B-Situationen A-Situationen.

Nach dem Kursende obliegt es den Teilnehmenden selbst, die erfolgreich bewältigten A-Situationen zu honorieren, die Vorbereitung vorhersehbarer B-Situationen durchzuführen und ebenso die misslungenen C-Situationen zu analysieren. Die im Training zur Verfügung gestellten Arbeitsmaterialien ermöglichen diese Schritte in Form eines Selbstcoachings, jedoch bedarf es ausdrücklicher Hinweise, dass mit diesem Training sich kein schneller ›Wundererfolg‹ einstellen wird und die Automatisierung eines neuen gewünschten Verhaltensmusters auch nur durch beständiges Training und den Einsatz der erarbeiteten Ressourcen erfolgen kann.

Im ZRM-Training haben alle Teilnehmenden sehr wertschätzend und unterstützend untereinander kommuniziert und auf die jeweiligen Prozesse eingewirkt. Im alltäglichen Umfeld der Teilnehmenden wird dies nicht selbstverständlich sein, zumal individuelle Veränderungen und die mit dem neuen ZRM-Lebensentwurf einhergehenden Verhaltensweisen (wie z. B. Abgrenzung) vermutlich nicht zu einer verständnisvollen Reaktion des sozialen Umfeldes führen werden. Sind mit dem verfolgten Ziel einer Person Veränderungen in der Haltung, den Einstellungen und dem Verhalten wahrscheinlich, sind damit vermutlich auch Unbequemlichkeiten für andere Menschen im sozialen Umfeld verbunden. Daraufhin wird sich eine andere soziale Resonanz zeigen. Auch dies kann zu herausfordernden Situationen führen, die es zu bewältigen gilt. Mit den durch das Motto-Ziel einhergehenden Veränderungen entwickelt sich eine neue ›Teilidentität‹, die

in das vorhandene Bild der eigenen Identität eingefügt werden muss. Damit dies geschehen kann, wird zum Abschluss ein narrativer Prozess initiiert, bei dem die Teilnehmenden ihren Weg durch das Training reflektieren und beschreiben – vom Bild über das Motto-Ziel zum Ressourcenpool. Darüber hinaus wird allen empfohlen, die bestehende Gruppe als soziales Netzwerk zu nutzen.

4 Vorstudien

Der gesellschaftliche Umgang mit dem Thema HIV beinhaltet Stigmatisierung und Diskriminierung von Menschen mit HIV. Daraus resultierende Ängste, Belastungen sowie psychische Beeinträchtigungen nehmen großen Einfluss auf die Lebensqualität und die Lebensführung der benannten Zielgruppe, ebenso die mit der Infektion einhergehenden physischen Einschränkungen. Es entsteht ein Unterstützungsbedarf zur Stärkung der individuellen Handlungsfähigkeit im Kontext der eigenen Infektion.

Es wurden vier Vorstudien durchgeführt, die im Folgenden beschrieben werden. Diese verdeutlichen den bestehenden Unterstützungsbedarf und versuchen, vorhandene Lösungsstrategien abzubilden. Die fünfte Vorstudie beinhaltete die Entwicklung eines Fragebogens, mit dem die Selbstwirksamkeitserwartung bei Menschen mit HIV bezüglich ihrer Infektion gemessen und der Erfolg der geplanten Interventionsmaßnahme abgebildet werden kann.

4.1 Vorstudie 1 – Teilnehmende Beobachtung: ›Leben mit HIV, was hält mich gesund?‹ Resilienz und Umgang mit Stigmatisierung

Welchen Unterstützungsbedarf haben Menschen mit HIV? Was kann ihnen helfen, selbstbewusster und zuversichtlicher mit Ihrer Infektion und den damit verbundenen Alltagsproblemen umzugehen? Eine teilnehmende Beobachtung an einem Selbsthilfe-Workshop soll Erkenntnisse darüber aufzeigen, was Menschen mit HIV als wesentlich erachten, um gesund zu bleiben.

4.1.1 Methode und Ergebnisse

Als Teil des Organisator_innen-Teams der durch die Aidshilfe NRW veranstalteten Positiven-Wochenenden war es dem Autor möglich, eine teilnehmende Beobachtung in einer Gruppe HIV-positiver Menschen durchzuführen. Das Thema ›Leben mit HIV, was hält mich gesund?‹ sollte den Teilnehmenden verdeutlichen, wie sie mit Stigmatisierung und Diskriminierung umgehen und ob ihre Resilienz, also ihre seelische Widerstandsfähigkeit, durch die HIV-Infektion beeinträchtigt ist, aber vor allem auch, was sie gesund hält und ihre Resilienz stärkt. Durch die Aidshilfe NRW veranstaltet, fand dieses Wochenende im Dezember 2014 statt. Neben dem Organisator_innen-Team (bestehend aus zwei Männern und einer Frau), gab es einen Referenten (Medizin-Journalist) sowie eine Moderatorin. Es nahmen insgesamt 22 HIV-positive Menschen (19 Männer, 3 Frauen) an dem Wochenende teil. Zum Ablauf dieser Wochenenden gehören im Allgemeinen die Begrüßung, Absprachen über Regeln und Zeiten sowie weitere Informationen zum Verlauf. Es gibt gemeinsame Pausen und Essenszeiten und abends auch die Möglichkeit zum persönlichen Austausch und gemütlichen Zusammensein. Am Freitagabend begann das Seminar; nach der Begrüßung und den obligatorischen Informationen durch die Organisator_innen stellten sich die Teilnehmenden anhand eines vorbereiteten Steckbriefes vor, dies gehörte schon zum inhaltlichen Beginn des Seminars. Unter anderem gaben Fragestellungen wie ›Was macht mir im Zusammenhang mit HIV am meisten zu schaffen – worunter leide ich am meisten?‹ sehr konkrete Denkanstöße seitens des Referenten, um die Teilnehmenden auf das Thema einzustimmen.

Am Samstagmorgen folgte dann der nächste Schritt, der sich mit der Definition des Begriffes ›Gesundheit‹ beschäftigte. Neben verschiedenen Erklärungsansätzen und Definitionen, die der Referent lieferte, erbrachte die Diskussion der

Teilnehmenden das Verständnis, dass jeder individuell mit mehr als einem Begriff (bzw. Konzept) von Gesundheit (aber auch von Krankheit) konfrontiert wird und jeder auch sein eigenes Verständnis von diesem Begriff hat. Für alle bezieht sich Gesundheit auf verschiedene Bereiche. So gibt es eine körperliche, eine psychisch-seelische, eine soziale und unter Umständen auch eine spirituelle Dimension, die sich immer als prozesshaftes Geschehen darstellt. Abschließend fasste der Referent die Diskussion zusammen und formulierte als Ergebnis für diese Teilnehmer_innen-Gruppe: ›Gesundheit ist ein Mittel zur Erlangung oder Aufrechterhaltung der Autonomie‹. Anschließend wurden die Teilnehmenden gebeten, in Kleingruppen zu der Fragestellung: ›Was hält mich gesund?‹ in 45 Minuten eine Collage anzufertigen. Die Kleingruppen stellten dann ihre Ergebnisse vor und arbeiteten Unterschiede und Gemeinsamkeiten heraus. Der Referent trug diese Ergebnisse zusammen und clusterte sie unter Bezugnahme auf Aspekte der Resilienzforschung (siehe Anhang 1). Folgende Oberbegriffe haben sich daraus ergeben:

- Positive Grundüberzeugung
- Selbstpflege (die Selbstliebe und auch Selbstbewusstsein und Selbstwert voraussetzt)
- Sinnhaftigkeit (etwa Religion/Spiritualität, aber auch Ziele definieren, einen Sinn im Leben sehen, sinnvolle Tätigkeiten ausführen...)
- Sicherheit (auch finanzielle, aber nicht nur)
- Soziales Eingebundensein
- Humor
- Stressmanagement (möglichst viel Eu-Stress und möglichst wenig Dis-Stress und zielführende Fähigkeiten, mit Dis-Stress umzugehen – diesen zu reduzieren)

Die sich anschließende Plenumsdiskussion stand unter der Fragestellung: ›Welche Auswirkungen hat HIV auf unsere Resilienz?‹. Dazu eröffnete der Referent die Diskussion mit dem Beispiel eines HIV-positiven, schwulen Pfarrers, der von seinem damaligen (HIV-negativen) Lebenspartner mit der HIV-Infektion erpresst worden war und diese somit verheerende Auswirkungen für ihn auf die gleichen Aspekte hatte, die im Vorfeld von der Gruppe geclustert worden waren.

Die Diskussion der Teilnehmenden zeigte deutlich, wie häufig sie selbst von Diskriminierung und Stigmatisierung betroffen waren. Ob es familiäre Kontakte waren, die aufgrund der Infektion abgebrochen wurden, mögliche Sexualpartner Vorwürfe machten, wie man mit HIV denn noch Sex wagen könne, Ärzt_innen Behandlungen verwehrten, Operationen auf den letzten Termin des Tages verschoben wurden, obwohl der erste Termin geplant gewesen war oder Rechtfertigungszwang für regelmäßige Arztbesuche auf der Arbeit entstand. Dies sind nur einige der genannten Beispiele, die verdeutlichten, in welchem Ausmaß das gesellschaftliche Unvermögen, mit der Infektionserkrankung HIV umzugehen, als symbolisches und instrumentelles Stigma zu verstehen ist. Ängste, sozialer Rückzug, Vermeidung von Arztbesuchen und Isolation sind daraus resultierende Folgen, die mitunter zu einer erheblichen Verminderung der Resilienz führen.

Darüber hinaus verschlechtern Menschen mit HIV ihre Situation insofern erheblich selbst, als sie diese externen Stigmata oftmals übernehmen und die folgende Selbststigmatisierung eine weitere Reduktion der Resilienz nach sich zieht. Der rote Faden dieses Wochenendes bestand in den Fragen, (1) was die Teilnehmenden gesund hält und (2) ob ihre Resilienz durch die HIV-Infektion beeinträchtigt ist. Diese zweite Frage wurde von den meisten mit ›ja‹ beantwortet.

In der Diskussion ergab sich eine Reihe möglicher Mittel und Methoden, die eigene Resilienz wieder zu erhöhen; sie helfen dabei, gesund zu bleiben, sind aber auch als Aspekte zu verstehen, die gebraucht werden, um die HIV-Infektion in das Selbstkonzept zu integrieren:

- Achtsam mit sich umgehen
- Sich selbst annehmen und schätzen/lieben lernen
- Sich mit sich selbst aussöhnen
- Eine positive Grundstimmung erlangen
- Authentizität: Nicht in zwei Welten leben müssen (also die HIV-Infektion nicht in einem Lügengebäude verstecken)
- Lernen, sich selber zu vertrauen
- Lernen, anderen wieder zu vertrauen
- Sich vernetzen
- Geschützte Räume schaffen und nutzen
- Sich mit anderen austauschen
- Selbst aktiv werden, anstatt sich durch Passivität zum ›Opfer‹ zu machen
- Herausfinden, was mir selbst guttut
- Sich abgrenzen lernen / Neinsagen lernen
- Sich Zeit nehmen / sich Zeit gönnen
- Strukturelle Angebote für Menschen, die uns Probleme bereiten (etwa Veranstaltungen für Mütter, Eltern, Geschwister, HIV-negative Partner_innen, Kinder ...)

Diese herausgearbeiteten Aspekte sind keine Musterlösung, die bei allen gleichermaßen wirken; eine individuelle Bewertung und Auswahl geeigneter Methoden ist erforderlich. Zudem, so betonte der Referent deutlich, ist in einigen Fällen die Inanspruchnahme professioneller Hilfe dringend geboten, um z. B. bei

Depressionen und bestimmten Verhaltensmustern wie Rückzug und Isolation nicht auf sich allein gestellt auf eine ›Verbesserung der Situation‹ zu warten.

4.1.2 Bedeutung im Kontext der Forschungsfrage

Als Fazit und Kernaspekt fasste der Referent folgendes zusammen: ›Ich kann mich nur selbst verändern, andere Menschen kann ich nicht verändern! Veränderungen finden statt – sie sind möglich!‹.

Dass individuelle Veränderungsprozesse wichtig sind und in bestimmten Situationen auch nur mit Unterstützung erreicht werden können, wurde in diesem Workshop klar herausgearbeitet; an dieser Erkenntnis müssen Interventionsmaßnahmen ansetzen.

Im Kontext dieser Arbeit sind die Aspekte ›persönliche Beeinträchtigungen durch die Übernahme externer Stigmata‹, ›Individuelle Hilfskonzepte‹ und ›Erkenntnis der Möglichkeit persönlich gesteuerter Veränderungen‹ bedeutsam. Sie zeigen auf, dass die benannte Zielgruppe in verschiedenem Ausmaß Beeinträchtigungen erlebt und empfindet und zugleich die Erkenntnis besteht, dass Veränderungen, die an Denk- und Empfindungsweisen des Individuums ansetzen, mehr Hilfe mit sich bringen, als wenn versucht würde, Veränderungen auf gesellschaftlicher Ebene herbeizuführen. Besonders wichtig ist daher die Feststellung, dass die Steigerung des selbstbewussten Umgangs mit der Infektion und die Förderung der Selbstwirksamkeitserwartung dazu beitragen können, die Gesundheit zu erhalten.

4.2 Vorstudie 2 – Befragung: ›allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung‹

Haben Menschen mit HIV eine geringe Selbstwirksamkeitserwartung und erreicht man durch eine zielgerichtete Förderung dieser einen selbstbewussteren Umgang mit der eigenen Infektion? Um sich dieser Frage schrittweise zu nähern, wurde im Zeitraum vom 21.07.–27.10.2014 die benannte Zielgruppe zur Teilnahme an der Onlinebefragung ›Einschätzung der allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung bei Menschen mit HIV‹ aufgerufen.

4.2.1 Methode und Ergebnisse

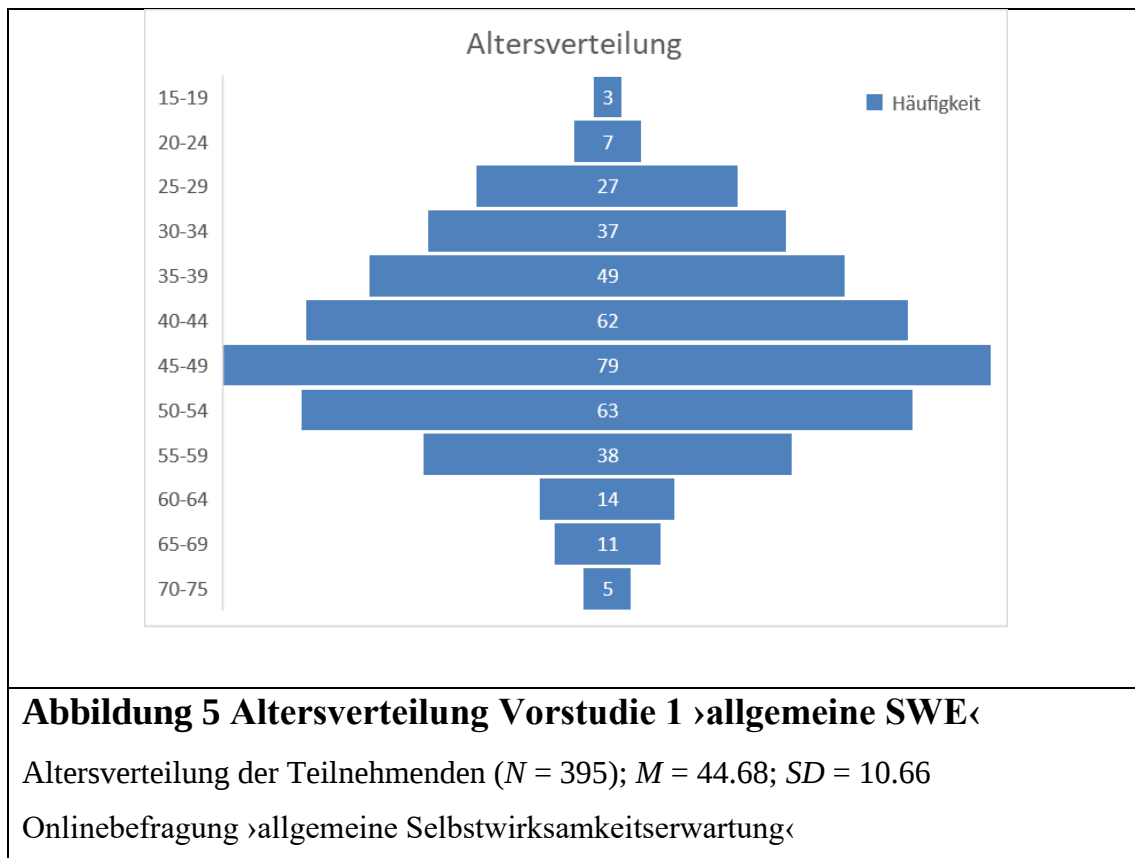
Die Befragung erfasste soziodemografische Angaben wie Alter, Geschlecht, Nationalität, Wohnort (Stadt und Bundesland), Partnerschaft, Bildungsabschluss und Erwerbstätigkeit. Dann folgten die durch Jerusalem und Schwarzer veröffentlichten zehn Items der Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung (Schwarzer & Jerusalem, 1999).

Die Befragung wurde auf der Dating-Plattform ›Planet Romeo‹ in 43 Clubs, deren Inhalte und Themen sich auf HIV beziehen, in fünf verschiedenen Facebook-Foren, die ebenfalls auf diese Thematik ausgerichtet sind, und auf den Homepages sowie in den Blogs und Newslettern der ›Aidshilfe NRW‹, ›Netzwerk XXelle‹, ›Deutsche Aidshilfe‹, ›Netzwerk jung und positiv‹, ›Netzwerk plus‹, sowie ›Netzwerk positiv und hetero‹ veröffentlicht. Ebenso wurde mit einem Flyer bei den ›Positiven Begegnungen‹ 2014 in Wolfsburg (Europas größter Selbsthilfekongress zum Leben mit HIV) auf die Befragung aufmerksam gemacht. Insgesamt 397 Menschen nahmen an dieser Befragung teil, aufgrund zwei unvollständig beantworteter Fragebögen wurden 395 Ergebnisse ausgewertet. Die Teilnehmenden kamen aus Nordrhein-Westfalen (128), Berlin (73), Hessen (39),

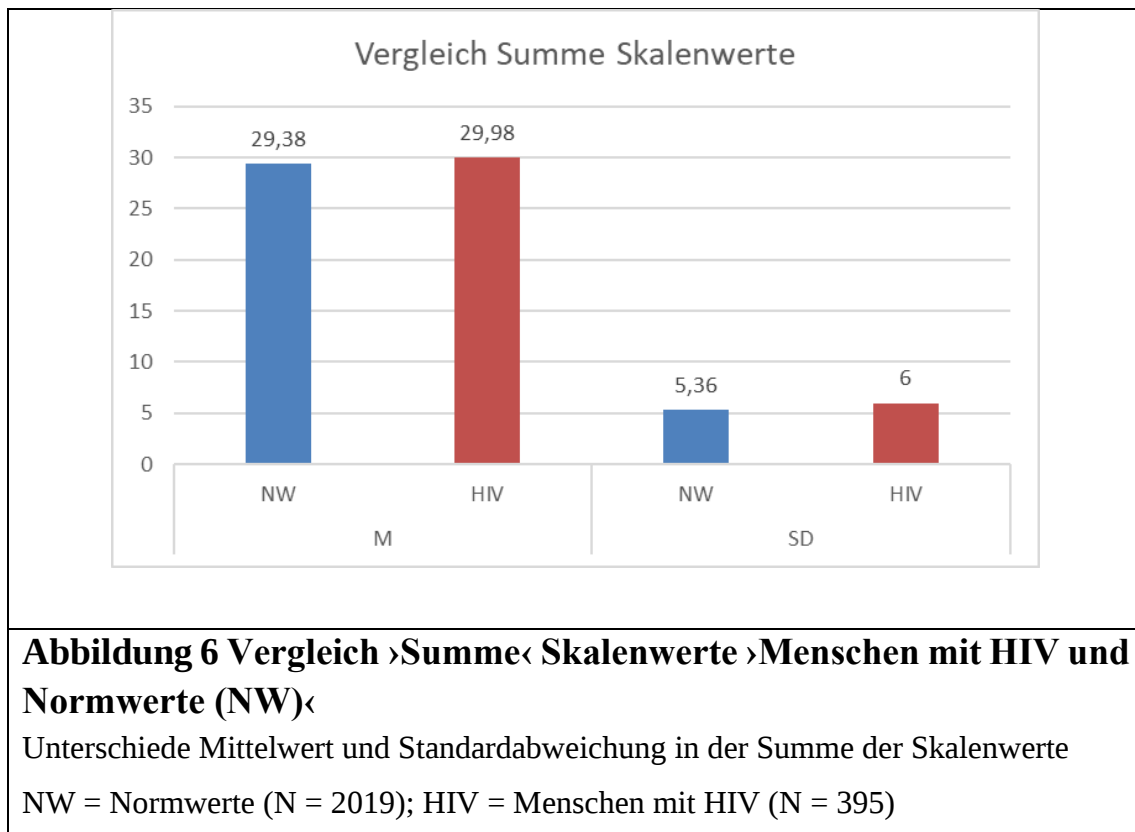
Bayern (38), Niedersachsen (31), Baden-Württemberg (21), Hamburg (15), Schleswig Holstein (15), Sachsen (12), Rheinland-Pfalz (7), Brandenburg (5), Bremen (5), Sachsen Anhalt (3), Mecklenburg-Vorpommern (3) und Saarland (2).

Die teilnehmenden Nationalitäten reichten von deutsch, österreichisch, englisch bis zu mazedonisch, kroatisch, ukrainisch und türkisch; alle Teilnehmer lebten aber in Deutschland. Dies verdeutlicht, dass ein breites Teilnehmer_innen-Spektrum erreicht wurde. Das Altersminimum lag bei 19, das Maximum bei 73 Jahren. Die Häufigkeitsverteilung in den Altersklassen ist in Abbildung 5 dargestellt. das Durchschnittsalter lag bei 44,68 Jahren (Std.-Abweichung = 10.66). 24 der Teilnehmenden sind seit weniger als einem Jahr über ihre Infektion informiert. 35 wissen seit ein bis zwei Jahren, 67 Personen seit zwei bis fünf Jahren und 84 seit fünf bis zehn Jahren von ihrer Infektion. Insgesamt wissen somit 53 % seit bis zu zehn Jahren von ihrer Infektion. 47 % wissen bereits seit mehr als zehn Jahren von ihrer Infektion, davon 77 Personen seit zwanzig bis dreißig Jahren und vier der Teilnehmenden sogar mehr als dreißig Jahre.

336 (85 %) der Teilnehmenden ordneten sich dem männlichen, 51 (13 %) dem weiblichen Geschlecht zu und 10 Menschen (3 %) wollten sich keinem Geschlecht zuordnen. 308 Personen gaben an, dass ihre Infektion im Bereich MSM liegt, bei 70 Personen liegt diese im heterosexuellen Bereich. 74 der Befragten leben in einer Partnerschaft mit einer ebenfalls HIV-positiven Person; 115 weitere gaben an, in einer Partnerschaft zu leben, und über die Hälfte, nämlich 208 Personen (52 %), lebten nicht in einer festen Partnerschaft. 46 % der Befragten waren vollzeitberufstätig, 27 % in Rente oder Vorruhestand, weitere 10 % waren in Teilzeit berufstätig, und 6 % gaben an, arbeitslos zu sein. Die letzten 11 % verteilten sich auf Ausbildung, Minijob / Kurzarbeit, Mutterschutz/ Erziehungsurlaub, Hausfrau / Hausmann, längerfristig erkrankt.



Im Jahr 2001 wurde eine bevölkerungsrepräsentative Erhebung ($N = 2019$; Alter: 16-95 Jahre) durchgeführt, bei der unter anderem auch die Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung von Jerusalem und Schwarzer normiert wurde (Hinz, Schumcher, Albani, Schmid & Brähler, 2006). Mit diesen Werten verglichen wiesen die hier gewonnenen Ergebnisse in den einzelnen Items, aber auch im Summenwert der Skala nur sehr geringfügige Unterschiede auf und stellen somit kein aussagekräftiges Ergebnis dar, auch wenn ein großer Teil der Befragten ($N = 214$) eine geringere SWE zeigte und ihr erreichter Wert in der Befragung unter 30 (von möglichen 40) Punkten lag.



4.2.2 Bedeutung im Kontext der Forschungsfrage

Mit den Fragen zur allgemeinen SWE lassen sich keine ausreichend aussagekräftigen Ergebnisse erzielen. Um die SWE im Kontext HIV messen zu können, sind spezifische Fragestellungen erforderlich; daher werden die Ergebnisse dieser Befragung nicht weiter ausgewertet, die Entwicklung eines spezifizierten Messinstruments ist erforderlich.

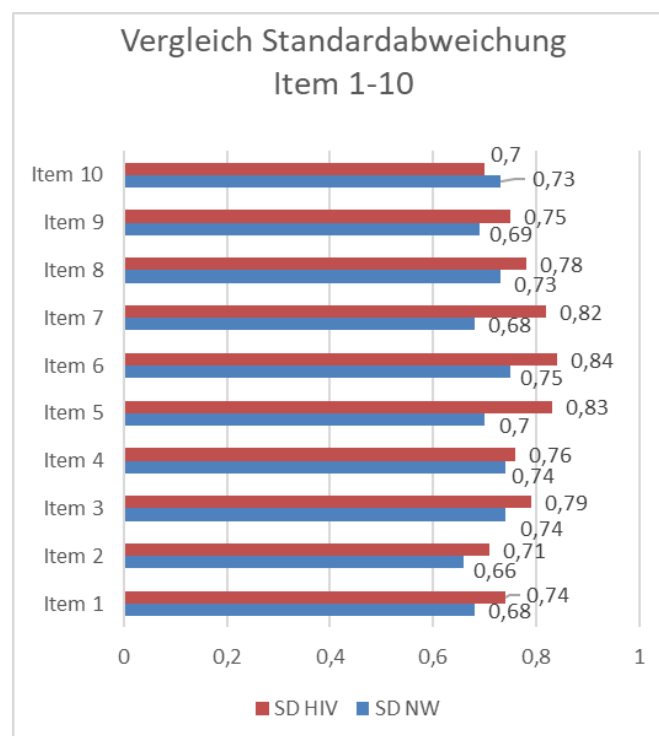
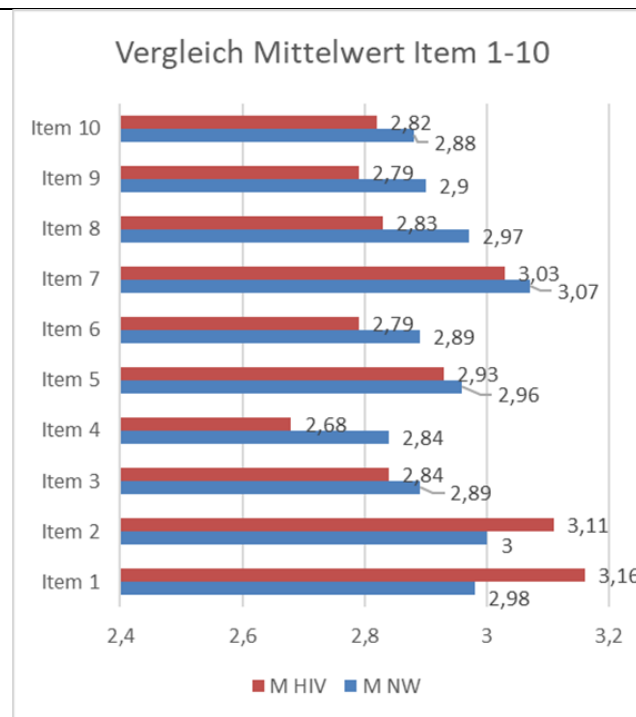


Abbildung 7 Vergleich ›MW & SD‹ Skalenwerte ›Menschen mit HIV und Normwerte (NW)‹

Unterschiede Mittelwert und Standardabweichung bei allen 10 Items

NW = Normwerte (N = 2019); HIV = Menschen mit HIV (N=395)

4.3 Vorstudie 3 – Befragung: ›Leben mit HIV, Herausforderungen im Alltag‹

Um Selbstwirksamkeit und selbstbewussten Umgang mit der Infektion bei HIV-positiven Menschen fördern und verbessern zu können, braucht es geeignete Methoden. Zur Beurteilung ihrer Effektivität und Effizienz braucht es Parameter, die mögliche Veränderungen und einen potentiellen Mehrwert erkennbar machen.

Das Messinstrument von Jerusalem und Schwarzer hat (wie im vorherigen Kapitel beschrieben) nur Merkmale der allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung erfasst und für die verfolgte Fragestellung keine aussagekräftigen Ergebnisse erbracht. Damit die Selbstwirksamkeitserwartung im Hinblick auf den Umgang mit der HIV-Infektion erfasst werden kann, ist eine Spezifizierung vonnöten. Überlegungen, wie HIV-positive Menschen mit ihrer Infektion umgehen, diese in ihren Alltag und in ihr Selbstkonzept integrieren, sowie die Benennung der Lebensbereiche, in denen sich für die benannte Zielgruppe die Infektion als Herausforderung darstellt, müssen bei einer HIV-bezogenen Ausrichtung des Messinstruments bedacht werden.

4.3.1 Methode

Daher wurde ein Fragebogen entwickelt, der neben sechs soziodemografischen Fragen acht weitere formuliert hat, die individuelle Sicht- und Umgangsweisen mit der eigenen HIV-Infektion erfragen. Die Ergebnisse sollen einerseits erlebte Herausforderungen und empfundene Belastungen verdeutlichen und andererseits abbilden, wie HIV-Positive mit ihrer Infektion umgehen, sie in ihr Leben, ihren Alltag und in ihr Selbstkonzept integrieren. Diese verfolgten Schwerpunkte lassen sich nicht eindeutig voneinander trennen. Es können einzelne Fragen nicht nur dem einen oder dem anderen Inhalt zugeordnet werden. Die Antworten, was im

Einzelnen als negativ erlebt und empfunden wird, bieten automatisch auch Aufschlüsse darüber, wie die Infektion in das Selbstkonzept integriert worden ist.

Leitfragen zur Entwicklung des Fragebogens:

1. Wie integrieren HIV-positive und an Aids erkrankte Menschen die Infektion in ihr Selbstkonzept?
2. Welche alltäglichen Belastungssituationen erleben sie?
 - In welchen Lebensbereichen fühlen sie sich eingeschränkt?
 - Als wie stark / groß werden die Beeinträchtigungen empfunden?
3. In welchen Lebensbereichen möchten sie etwas verändern?
4. Welche Ziele und Zukunftsperspektiven haben sie?
5. In welchen Bereichen wünschen sie sich Veränderungen und Unterstützung?

Gestellt wurden sowohl sehr allgemeine²³ als auch sehr konkrete²⁴ Fragen zu positiven und negativen Empfindungen und Sichtweisen, die sich auf Erfahrungen, aber auch auf Ängste bezogen. Der Fragebogen beinhaltete sowohl Freitext- als auch vorgegebene Antwortmöglichkeiten zum Ankreuzen. Von diesen waren zwei Fragen mit jeweils zehn Aussagen zu verschiedenen Sachverhalten formuliert, bei denen die Befragten angeben sollten, wie sehr diese Angaben auf ihr eigenes Leben zutreffen. Der Realitätsbezug der formulierten Fragen ergibt sich zum einen aus den in der Literatur erörterten Problemlagen²⁵, zum anderen

²³ Z. B. »In welchen Situationen erlebst du eine sehr negative (oder in einer anderen Frage: eine sehr positive) Beeinflussung durch Deine Infektion?«

²⁴ Z. B. »In welchen Situationen vermeidest Du es unbedingt, über Deine HIV-Infektion zu reden?«

²⁵ Z. B. Diskriminierungserfahrungen, Gesundheitsprobleme, Therapietreue.

aufgrund der vom Autor dieser Arbeit gemachten beruflichen Erfahrungen²⁶ in der Arbeit mit der benannten Zielgruppe. Die Fragen wurden in der persönlichen ›Du-Form‹ formuliert, da zum einen in der Positiven-Community ein relativ vertrautes Miteinander herrscht und das Du untereinander selbstverständlich ist; zum anderen werden persönliche Lebensbereiche, Erfahrungen und Empfindungen hinterfragt. Durch eine distanzierte ›Sie-Ansprache‹ können eventuell Hemmungen auftreten, die so vermieden werden sollten.

Die soziodemografischen Fragen erfassten Alter, Geschlecht²⁷, sexuelle Orientierung, Drogenkonsum, Beziehungsstatus und Dauer der Infektion. Diese Kategorien wurden erfasst, um besondere Bedürfnisse, Sichtweisen oder Ängste vor dem jeweiligen Hintergrund (z. B. Drogenkonsum) betrachten und interpretieren zu können. Auf diese wird im weiteren Verlauf nur eingegangen, wenn einzelne Ergebnisse dies zu einem besseren Verständnis erfordern.

Schwierigkeiten im selbstbewussten Umgang mit der Infektion können ein Indikator dafür sein, dass auch die Selbstwirksamkeitserwartung in diesen Bereichen beeinträchtigt ist. Die folgenden Fragen versuchen durch unterschiedliche Formulierungen eine möglichst vielfältige Betrachtungsweise und Selbstreflexion zu erreichen, um somit detaillierte Erkenntnisse darüber zu gewinnen, in welchen Lebensbereichen Einschränkungen durch die HIV-Infektion vorhanden sind und empfunden werden. Um zu erkennen, wie die befragten Personen die HIV-

²⁶ Tätigkeit als Leiter einer Beratungsstelle mit dem Schwerpunkt geschlechtliche Identität und sexuelle Gesundheit sowie Mitglied im Organisator_innen-Team der Positiven-Wochenenden, die von der Aids-hilfe NRW sechsmal im Jahr veranstaltet wurden.

²⁷ Männlich, weiblich und eine dritte Option, um sich nicht einem der beiden Geschlechter zuordnen zu müssen.

Infektion in ihr Selbstkonzept integrieren, wurde auch nach positiven Empfindungen und Erfahrungen gefragt.

Frage 1: Bitte benenne 5–10 Bereiche, in denen Deine HIV-Infektion Auswirkungen auf Dein Leben hat oder eine zentrale Rolle in Deinem Leben spielt. Setze bitte ein + vor die Bereiche, in denen es sich um positive Auswirkungen handelt.

Frage 2: In welchen Situationen erlebst Du eine sehr negative Beeinflussung durch Deine HIV-Infektion? Du kannst Stichworte, aber auch ganze Sätze formulieren.

Frage 3: In welchen Situationen erlebst Du eine sehr positive Beeinflussung durch Deine HIV-Infektion? Du kannst Stichworte, aber auch ganze Sätze formulieren.

Frage 4: In welchen Situationen kannst Du ganz offen und unbefangen über Deine HIV-Infektion reden?

Frage 5: In welchen Situationen vermeidest Du es unbedingt, über Deine HIV-Infektion zu reden?

Frage 6: In welchen Bereichen oder Situationen wünschst Du Dir für Dich eine andere Umgangsweise, ein anderes Verhalten oder andere Reaktionsweisen (in Bezug zu Deiner HIV-Infektion)? Benenne bitte erst den Bereich und erläutere dann mit wenigen Stichworten, welche Veränderung Du Dir wünschst.

Die Fragen 7 und 8 erfassen als Rasterfragen Selbstbeurteilungen in insgesamt zwanzig verschiedenen Situationen zum Umgang mit der Infektion und der

Lebensgestaltung. Die gerade Anzahl der Antwortmöglichkeiten wurde bewusst gewählt, damit die Fragen mit einer eindeutigen Tendenz beantwortet werden mussten und nicht über ›ein Kreuz in der Mitte‹ eine klare Antwort vermieden wird. Insbesondere diese Antworten sollen dazu beitragen, abbilden zu können, wie die benannte Zielgruppe die Infektion in ihr Selbstkonzept integriert und an welchen Punkten erkennbar ist, dass ein selbstbewusster Umgang fraglich scheint. Sowohl die Lebensgestaltung als auch Empfindungsweisen sowie Ängste, aber auch der generelle Umgang mit der Infektion werden hier thematisiert.

Frage 7: Wie genau treffen die genannten Aussagen auf Dich und Dein Leben zu?

Antwortmöglichkeiten: trifft voll zu / trifft zu / trifft eher nicht zu / trifft gar nicht zu.

Aufgelistet waren folgende Aussagen:

- Es gibt/gab Zeiten, in denen habe ich meine HIV-Infektion verdrängt.
- Es gibt/gab Zeiten, in denen habe ich nie mit jemandem über meine HIV-Infektion gesprochen.
- Ich habe/hatte Angst vor Zurückweisung, wenn ich anderen von meiner HIV-Infektion erzähle.
- Ich habe/hatte Angst vor Ablehnung bei Sexualkontakten.
- Es gibt/gab Zeiten, in denen habe ich mich für meine HIV-Infektion geschämt.
- Ich gehe sehr offensiv mit meiner HIV-Infektion um, es kann ruhig jeder wissen.
- Ich rede gerne und oft über meine HIV-Infektion, ich habe kein Problem damit.

- Ich akzeptiere das Virus als ständige Lebensbegleitung.
- Ich fühle mich nicht (übermäßig) durch die Infektion beeinträchtigt.
- Ich überlege, wann und wo ich über die Infektion spreche, ich muss es nicht zwingend jedem erzählen, ich brauche es aber auch nicht zu verheimlichen.

Frage 8: Wie genau treffen die genannten Aussagen auf Dich und Dein Leben zu?

Antwortmöglichkeiten: 0 % / 1–25 % / 26–50 % / 51–75 % / 76–99 % / 100 %

Auch bei dieser Frage soll die gerade Anzahl der Antwortmöglichkeiten eine eindeutige Tendenz erkennbar machen. Über die prozentualen Angaben sollte eine differenziertere Betrachtungsweise angeregt, aber auch ein neues Antwortschema zur Abwechslung geboten werden. Aufgelistet waren folgende Aussagen:

- Ich nehme täglich meine HIV-Medikamente ein.
- Ich mache vierteljährlich die ärztlichen Routine-Untersuchungen.
- Ich habe eine gesunde und ausgewogene Ernährung.
- Ich rauche.
- Ich mache regelmäßig Sport.
- Ich bin vollzeitberufstätig.
- Ich nutze Angebote der örtlichen Aidshilfen.
- In meinem Freundes- und Bekanntenkreis sind HIV-positive Menschen.
- Mir fehlen Bezugspersonen, mit denen ich über HIV und meine Infektion reden kann.
- Ich erlebe oft depressive Verstimmungen, die im Zusammenhang mit meiner Infektion stehen.

Diese Befragung wurde im Online-Format über soziale Medien, hauptsächlich bei HIV-thematisierenden Gruppen und Seiten bei Facebook veröffentlicht und Interessierte konnten in einem sechswöchigen Zeitraum²⁸ teilnehmen. Es war nicht möglich, den gleichen Veröffentlichungskreis wie bei der in Kapitel 4.2 durchgeführten Befragung zu erreichen, da die Veröffentlichung dieser Befragung über Newsletter oder die jeweiligen Homepages der ›deutschen Aidshilfe‹, der ›Aidshilfe NRW‹ und auch anderer örtlicher Aidshilfen nicht unterstützt wurde. Ebenso war die Veröffentlichung über die Dating-Plattform ›Planet Romeo‹ nur eingeschränkt möglich, da eine neue Homepage- und App-Version die Nutzung der Clubs sehr eingeschränkt hat.

4.3.2 Ergebnisse

Insgesamt haben 87 Personen an der Befragung teilgenommen; zwei Ergebnisse waren zum großen Teil unvollständig, woraufhin 85 Datensätze ausgewertet wurden. Das Alter der Teilnehmenden erstreckte sich in den jeweiligen Altersgruppen von 21 bis 70 Jahren (siehe Abbildung 8), 80 Personen ordneten sich dem männlichen, 6 dem weiblichen und 1 ›irgendwo dazwischen‹ zu. Bei der Zuordnung zur sexuellen Orientierung war der Großteil mit 80,5 % (70 Personen) rein gleichgeschlechtlich liebend. 5 Personen (5,7 %) ordneten sich als rein gemischtgeschlechtlich liebend ein. Die restlichen 12 verteilten sich auf die Merkmale überwiegend gleichgeschlechtlich (6P. 6,9 %), überwiegend gemischtgeschlechtlich (1P. 1,1 %) und (5P. 5,7 %) sowohl gemischt- als auch gleichgeschlechtlich liebend. 60 Personen (69 %) lebten ohne Beziehung, 11 (12,6 %) in einer offenen und 16 (18,4 %) in einer monogamen Beziehung. Kenntnis über die eigene Infektion hatten 3 Personen länger als 30 Jahre, 17 im Zeitraum von 20–30 Jahren, 21

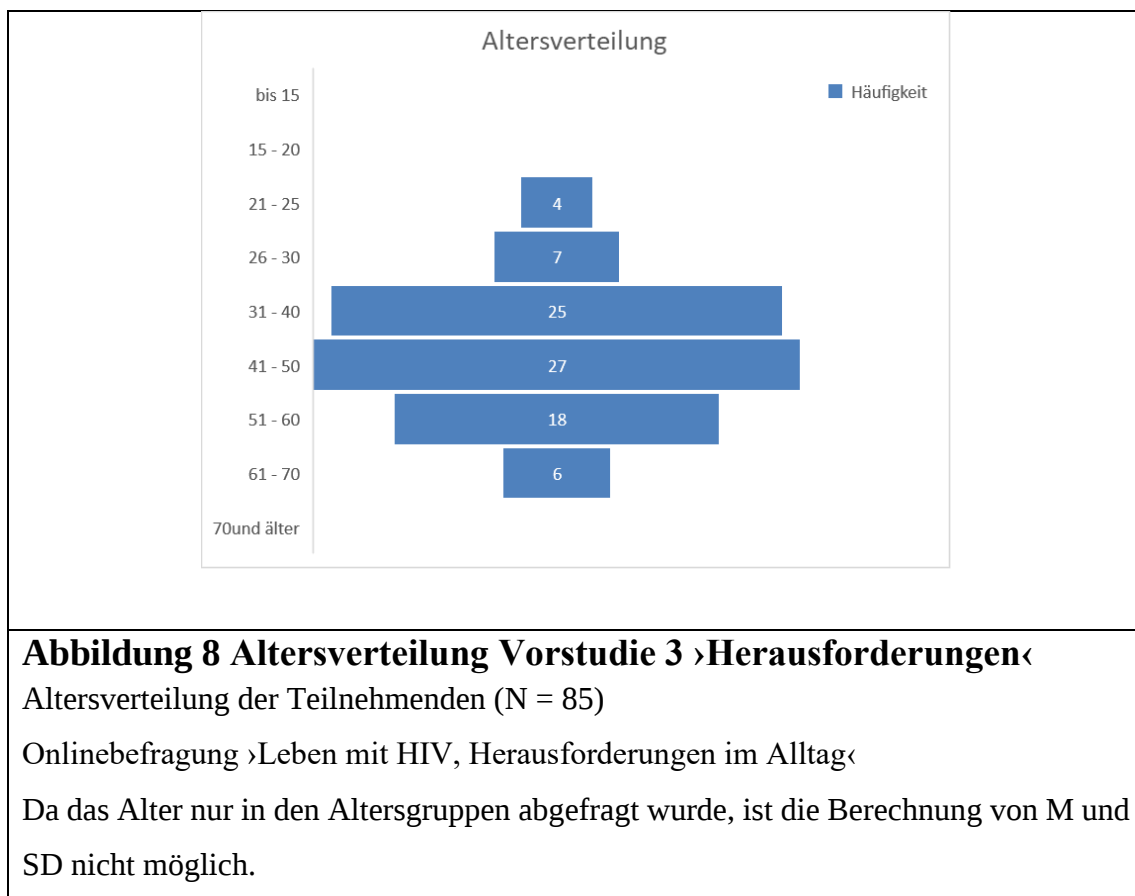
²⁸ 15.05. bis zum 30.06.2016.

zwischen 10 und 20 Jahren, 19 zwischen 5 und 10 Jahren, 17 zwischen 2 und 5 Jahren, 9 zwischen 1 und 2 Jahren und eine Person war weniger als ein Jahr über die Infektion informiert. Bei der Darstellung der Ergebnisse werden im Einzelnen Originalantworten der Teilnehmenden dargestellt.

Insbesondere sollten die Fragen 1 und 2 die Herausforderungen, Beeinträchtigungen und negativen Erfahrungen durch die HIV-Infektion abbilden. Die jeweils als Freitext gestaltete Antwortmöglichkeit bot die Gelegenheit, aus der individuellen Sicht heraus die empfundenen Schwierigkeiten zu benennen und zu beschreiben. Insgesamt 570 Stichpunkte wurden in diesen beiden Antworten zusammengetragen. Alle diese Nennungen wurden aufgelistet, bestimmten Themenbereichen zu sortiert und geclustert. Dieser Prozess wird in Kapitel 4.5 ausführlicher beschrieben und in der Abbildung 12 dargestellt. Die gebildeten Cluster benennen die erlebten und empfundenen Lasten mit der HIV-Infektion und beziehen sich auf alle Bereiche des Lebens.

Um erfassen zu können, wie Menschen mit HIV ihre Infektion in ihr Selbstkonzept integrieren, waren neben den negativen Erfahrungen auch positive Empfindungen sowie Denk- und Sichtweisen abgefragt. Auf die Frage (3) »In welchen Situationen erlebst Du eine sehr positive Beeinflussung durch Deine HIV-Infektion?« haben 31 Teilnehmer_innen geantwortet, dass sie keine positiven Beeinflussungen wahrnehmen können:

»positive? Die Frage ist ein Witz, oder?«, »Die HIV-Infektion hat für mich keine positive Beeinflussung«, »bin seit 1,5 Jahren positiv... eine sehr positive Beeinflussung gab es bisher noch nicht!«, »gibt es die wirklich?«.



Die anderen 54 Teilnehmenden haben in unterschiedlichen Bereichen positive Beeinflussungen erlebt und benennen können. 21 Antworten bezogen sich auf positive Erfahrungen mit Freunden, 9 auf Erfahrungen im Selbsthilfekontext beziehungsweise unter Gleichgesinnten, jeweils 6 auf die Bereiche der eigenen Gesundheit, Lebenseinstellungen und weitere Einmalnennungen sowie 5 Nennungen zum Thema Sex. Einzelne Antworten stellen die jeweiligen Bereiche beispielhaft dar:

Freunde:

»Ich habe Freunde eingeweiht, die sehr offen damit umgehen.«,
»Freundschaften sind intensiv und tiefgründiger«, »man sieht wer ein
Freund ist und wer nicht«.

Selbsthilfe und Gleichgesinnte:

»Ich habe Menschen in positiven Kontexten kennen gelernt, die ich
sonst nicht kennen gelernt hätte.«, »viele tolle Menschen kennenge-
lernt, Waldschlösschen als Tagungsort«, »unter ›Seinesgleichen‹
fühle ich mich eigentlich sehr wohl. Ansonsten fällt mir ehrlich ge-
sagt nichts ein.«

Gesundheit:

»Durch die Infektion gehe ich regelmäÙ zum check bei meinem Arzt
und weiß um mein körperliches Befinden.«, »Sport seit ich HIV habe
tut sehr gut und hat meine Konstitution erheblich verbessert, bewuss-
tere Ernährung auch.«, »ich lebe gesünder, bewusster, rauche nicht
mehr, trinke keinen alkohol«

Lebenseinstellungen:

»Wertschätzung von Dingen, die in der Zeit davor unwichtig waren«,
»Ich habe mir durch die Erkrankung mehr Gedanken über mein Le-
ben und das was ich im Leben will gemacht«, »Ich gehe offener und
vorurteilsfreier auf Menschen zu«

Sex:

»Einzig im sexuellen Umgang mit anderen Positiven, weil die Risikobefangenheit weg ist.«, »Ich kann gelassener Sex haben, muss kein Kondom benutzen, da ich keinen anstecken kann«, »Entspannter Sex, da man mit positiven anders umgeht«

Einzelnennungen:

»Glaube«, »Ich gehe damit offen um, und habe nie schlechte oder negative Erfahrungen gemacht.«, »in Großstädten und deren lockerer Umgang mit der Infektion (als wäre es eine ganz »normale« Erkrankung wie z. B. Magenprobleme, Refluxkrankheit...)«

Diese verschiedenen Sichtweisen und Empfindungen machen deutlich, wie unterschiedlich Menschen mit der eigenen Infektion umgehen. Es gibt durchaus positive Aspekte und Erfahrungen, die Menschen mit HIV machen können. Im Hinblick auf die Förderung eines selbstbewussten Umgangs mit der Infektion ist es daher eine wichtige Aufgabe, ein Bewusstsein zur Wahrnehmung solcher positiven Aspekte zu schaffen.

Mit Frage (4) »In welchen Situationen kannst Du ganz offen und unbefangen über Deine HIV-Infektion reden?« sollte ebenfalls der Fokus auf positive Erlebnisse und Begebenheiten gelenkt werden, jedoch war zu erwarten, dass sich auch hier negative Empfindungen in Form eines »Ich kann nicht offen über meine Infektion reden« in den Antworten wiederfinden. Sieben Personen gaben an, dass sie nie über ihre Infektion reden können.

»Ich rede nicht offen darüber behalte das für mich«, »gar nicht«, »niemals«.

Als Gegenpool beinhalteten neun Antworten die Aussage, dass sie (fast) immer darüber sprechen können:

»überall, da ich mich nicht verstecke!«, »Wann immer man mich darauf anspricht«, »Da ich mit meiner Infektion generell offen umgehe, kann ich das in fast allen Situationen«, »Ich bin überall als Positiver geoutet, sei es Freundeskreis, Familie oder Arbeit.«, »Ich stehe zu meiner Infektion - in JEDER Situation«, »Immer. Es macht auch Spaß andere drüber aufzuklären.«

Bei den meisten der anderen Nennungen ist ein vertrautes Umfeld sehr wichtig, 38 Antworten bezogen sich auf andere Positive, 25 auf gute Freunde und Familie und 21-mal wurde benannt, dass (stellenweise nur) mit dem Arzt darüber gesprochen werden kann.

Die Antworten zur Frage (5) »In welchen Situationen vermeidest Du es unbedingt, über Deine HIV-Infektion reden?« sollten ergänzend zu den bisher erfassten Bereichen noch weitere aufdecken, in denen ein selbstbewusster Umgang mit der Infektion fraglich scheint und ein ›Darüberreden‹ vermieden wird. Bei den 85 ausgewerteten Antworten wurde 45-mal ›Arbeit‹ und 20-mal ›Familie‹ genannt. Dies sind die beiden am meisten genannten Bereiche, bei denen das Gespräch über die Infektion vermieden wird. Weitere Bereiche waren Ärzte²⁹, Verwandtschaft, Fremde, Öffentlichkeit, Dates und Sexkontakte und verschiedene Einzelnennungen; diese entsprechen den bereits erfassten Gebieten. Sieben Personen gaben an, dass sie in keinen Situationen dieses Thema vermeiden:

²⁹ Entgegen der Nennung ›Arzt‹ bei Frage 5 bezieht sich diese Antwort auf allgemein behandelnde Ärzte, die Antworten zu Frage 5 bezogen sich auf die HIV-behandelnden Schwerpunktärzte.

»Ich vermeide es nirgends. Es ist nun mal ein Teil von mir«, »Ist bis jetzt nicht vorgekommen«, »Da gibt es keine«

und neun Personen gaben an, dass sie überall (in allen Situationen) dieses Thema vermeiden:

»in allen es weiß niemand«, »Ich vermeide es generell darüber zu reden!«, »Immer, selbst mit anderen HIV-Infizierten, da man nie weiß, ob der andere eine Infektion vortäuscht um andere HIV-Infizierte zu »enttarnen««.

Besonders die letzte hier beispielhaft genannte Antwort macht deutlich, durch welche Ängste und Gedanken der Umgang mit der eigenen Infektion bestimmt wird.

Bei kritischer Betrachtung können kleine Differenzen bei der Auswertung auffallen. Ein Beispiel soll zeigen, dass diese Unterschiede plausibel sind. Neun Personen gaben bei Frage 4 an, dass sie immer offen und unbefangen über die Infektion reden können; (sieben antworteten, dass sie es nie können). Bei Frage 5 haben sieben Personen geantwortet, dass sie es immer vermeiden, darüber zu reden (und neun, dass sie es nie vermeiden). Diese Zahlen scheinen auf den ersten Blick vertauscht zu sein. Eine Person, die bei Frage 4 angegeben hat, dass sie immer offen und unbefangen über die Infektion reden kann, schränkt diese Aussage mit der Antwort auf Frage 5 ein, dass in Situationen von Berufswahl und Bewerbungen dieses Thema vermieden wird. Eine durchaus verständliche Antwort. Dieses Beispiel soll solche Differenzen erklären und verdeutlicht, dass mit Umkehrfragen bestimmte Aspekte anders beleuchtet werden und somit differenzierte Ergebnisse gewonnen werden können.

Bei Frage (6) sollten die Teilnehmenden der Befragung reflektieren, in welchen Situationen sie für sich selbst eine andere Umgangsweise, ein anderes Verhalten oder andere Reaktionsmuster im Umgang mit der HIV-Infektion wünschen. 15 Personen gaben an, in keinen Situationen ein anderes Verhalten zu benötigen. Weitere 27 Angaben waren sehr allgemein formuliert und benennen in Stichworten jene Bereiche, die bereits bei den Herausforderungen benannt worden waren, z. B. »Dates, Beruf, Ärzte«, »Öffentlichkeit allgemein«, »Gesundheitswesen«, »Freunde«, »unter Schwulen«. Bei zehn Antworten wurden konkrete Situationen und teilweise auch Wünsche für Verhaltensänderungen formuliert:

- »Das es mir nicht mehr peinlich ist, wenn in der Verwandtschaft das Thema auf Medikament etc. kommt.«
- »HIV im Beruf oder beim Sex verschweigen zu müssen, Konflikt auch öfters zu lügen«
- »[...] mein Verhalten möchte ich dahingegen ändern, das ich mich anderen neuen Leute schneller öffne, sonst werde ich immer alleine bleiben, aber das Gefühl ein Mensch zweiter Klasse zu sein, bleibt«
- »Ich möchte nicht vor jedem Arztbesuch Angst vor der Reaktion des Arztes und des Personals haben und im schlimmsten Fall mehrere Ärzte abklappern muss, bis ich wie ein ›normaler‹ Mensch behandelt werde«
- »Mehr Selbstbewusstsein im Job«
- »ganz klar, wenn ich einen potentiellen Partner kennenlernen«
- »Outing - Das nicht die ersten Fragen sind: Von wem? Wann? Wie?«

Auch wenn konkrete Verhaltenswünsche nicht formuliert worden sind, lassen sich diese in Richtung eines selbstbewussteren Umgangs erkennen. Weitere 44 Antworten beinhalteten statt des abgefragten persönlichen Wunsches nach

Veränderung des eigenen Verhaltens den Wunsch nach gesellschaftlicher Veränderung. Es ist nicht erkennbar, ob die Frage falsch verstanden wurde, eine ausreichende Selbstreflexion nicht gegeben war oder ob der empfundene Druck durch die benannten Sachverhalte dermaßen hoch ist, dass nur diese Wahrnehmung für die Antworten greifbar war. Für das Ziel, aus diesen Antworten erkennen zu können, wo Verhalten, Umgangsweisen und Reaktionsmuster verändert werden können und sollen, lässt sich nur vermuten, dass in den benannten Situationen ein souveränes Verhalten und ein selbstbewussterer Umgang erwünscht sind. Jedoch zeichnet sich aus den Nennungen ein sehr deutliches Bild ab, welche Empfindungen, Ängste und Erfahrungen dem Umgang mit der HIV-Infektion zugrunde liegen und wodurch die Integration der Infektion in das Selbstkonzept beeinflusst wird.

So wurde formuliert, dass »Aidshilfen [...] den wahren Alltag verpennen« und bei Ärzten und in Krankenhäusern »HIV in roter Schrift auf der Akte« steht. Dass »Offenheit, Ehrlichkeit und oder Mut nicht ›belohnt‹ [...] sondern eher mit Ablehnung/Abwendung ›bestraft‹ wird« und »die Konsequenzen ja nur von uns Betroffenen [...], nie von außenstehenden Personen getragen [werden]«. »Bei einem Outing [sind] die ersten Fragen: von wem? Wann? Wie?« und spiegeln vorherrschendes »Schubladendenken« von denjenigen wider, »die einen anschauen als wäre man selbst schuld daran und hätte die Pest!«. »Gerade Ärzte begegnen mir teilweise mit einer Übervorsicht, die nicht angebracht ist [...]« und »durch jahrelange Werbung für Safer Sex mit ›Aids tötet‹ ist bei vielen Personen im Kopf, dass man als HIV-Positiver eine tödliche Krankheit verbreitet.« Im »Umgang mit HIV [ist] weniger Angst und mehr Toleranz« wichtig, »mehr Fach- und Sachwissen« würde »die quasi ablehnende Haltung« und eine »geradezu hysterische Behandlung« vermeiden. »Zu viele sind noch unaufgeklärt« und »Partner oder Sexpartner sollten gelassener damit umgehen können« und »ohne Panik [...]

reagieren«, »einfach ein offener Umgang ohne [...] schief angeschaut [...] oder gemieden zu werden.« »Dass Jeder, der eine Infektion hat, automatisch schwul ist [...] trifft auf mich auch nicht zu.« »Es herrscht eine Doppelmoral in der Schwulen Welt, man preist die sexuelle Freiheit, will ohne Gummi doch das Thema ob man positiv ist darf nicht angesprochen werden.« »Wenn es [...] um Dates oder Sexdates geht, wurden diese auf Grund meiner Infektion des öfteren abgelehnt.« »Viele sind der moralischen Meinung, der HIVpositive habe immer seine Infektion offen zu legen.« »Warum spielt das Thema HIV im Arbeitsbereich überhaupt eine Rolle?«

Diese Ausschnitte aus den Antworten repräsentieren die gesamte Palette der bisher benannten Themenfelder und bilden die alltäglichen Herausforderungen und Probleme von HIV-positiven Menschen ab.

Frage (7) regte die Teilnehmenden zur Reflexion an, inwieweit die getroffenen Aussagen über den Umgang mit der Infektion auf sie selbst und ihr Leben zutreffen. Wie bereits beschrieben, sollte über die Vorgabe einer geraden Anzahl von Antwortmöglichkeiten die Tendenz zur Mitte vermieden werden. Für ein besseres Verständnis werden die Ergebnisse zusammengefasst auf die Aussagen Ja (›trifft voll zu‹ und ›trifft zu‹) sowie Nein (›trifft eher nicht zu‹ und ›trifft gar nicht zu‹) unterschieden (Abbildung 9). 44 % erlebten Zeiten, in denen sie die Infektion verdrängt haben, 49 % haben (mindestens) zeitweilig mit niemandem über die Infektion gesprochen. 75 % haben oder hatten Angst vor Zurückweisung, wenn sie jemandem über die Infektion erzählen, 76 % haben oder hatten Angst vor Zurückweisung bei Sexualkontakten. 54 % haben sich für die Infektion geschämt, 71 % gehen nicht offensiv mit der Infektion um, ergänzend benennen 28 % bei einer anderen Frage, dass sie gerne und oft über die Infektion reden und kein Problem damit haben. 92 % akzeptieren (mittlerweile) das Virus als ständige

Lebensbegleitung und 65 % fühlen sich nicht (übermäßig) durch das Virus beeinträchtigt. 78 % überlegen, wann und wo sie über ihre Infektion sprechen; sie müssen es nicht zwingend jedem erzählen, brauchen es aber auch nicht zu verheimlichen.

Die individuelle Lebensweise wurde in Frage 8 thematisiert. Hier sollten die Befragten angeben, zu wieviel Prozent die Aussagen auf sie und ihr Leben zutrifft. Abbildung 10 stellt die Ergebnisse grafisch dar. Zwei Personen beantworteten die Frage nach der regelmäßigen Medikamenteneinnahme mit 0 %, da vermutlich noch keine medikamentöse Therapie begonnen hat. 67 Personen gaben an, diese regelmäßig, also zu 100 % einzunehmen. Bei 15 Personen liegt die Regelmäßigkeit bei über 50 %, bei einer Person unter 50 %. 70 Personen gaben mit 100 % an, dass sie regelmäßig im dreimonatigen Abstand die Routine-Untersuchungen machen. Bei weiteren 13 Personen liegt diese Regelmäßigkeit bei über 50 %, bei zwei Personen unter 50 %. Diese beiden Fragen lassen erkennen, inwieweit Therapietreue und damit verbunden eine funktionierende Therapie gegeben sind und lassen vermuten, inwieweit bei diesen Patienten die Infektion als gegebene Lebensbegleitung akzeptiert wurde und ein selbstverständlicher Umgang damit einhergeht.

Bei der Aussage einer gesunden und ausgewogenen Ernährung gaben 13 Personen an, diese zu 100 % und 3 Personen zu 0 % zu haben. 15 Personen schätzen dieses als weniger als 50 % und 54 Personen als mehr als 50 % zutreffend ein. 41 Personen gaben an, dass sie nicht rauchen (0 %), 30 Personen, dass sie rauchen (100 %), 14 liegen im Bereich dazwischen. Regelmäßig wird Sport zu 100 % von 14 Personen gemacht, 9 Personen machen keinen Sport (0 %), 36 Personen schätzen diese Regelmäßigkeit auf weniger als 50 %, die letzten 26 Personen auf mehr als 50 %. Diese drei Fragen lassen im Einzelnen Rückschlüsse über eine gesunde

Lebensführung zu, die in einem gewissen Umfang den Verlauf der Infektion mit beeinflussen kann.

Soziale Integration und die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben spiegeln sich in den folgenden Aussagen wider: Zu 100 % sind 41 Personen vollzeitberufstätig, 20 Personen geben dies mit 0 %, 5 mit weniger als 50 % und 19 mit mehr als 50 % an. Die Angebote der örtlichen Aidshilfen werden von 4 Personen zu 100 % und von 45 Personen gar nicht (0 %) genutzt. Hin und wieder nutzen solche Angebote 36 Personen (26 zu weniger als 50 %, 10 zu mehr als 50 %). 14 Personen haben keine (0 %) HIV-positiven Menschen in ihrem Freundes- und Bekanntenkreis, 20 Personen geben dies mit 100 % an, 27 mit weniger als 50 % und 24 mit mehr als 50 %. 11 Personen haben keine Bezugspersonen, mit denen sie über HIV reden können (100 %), 34 Personen sagen, dass diese Aussage auf sie überhaupt nicht zutrifft (0 %), 23 Personen schätzen diese Aussage als weniger als 50 % zutreffend ein, während 17 Personen mehr als 50 % angegeben haben.

Die letzte Aussage bildet das psychische Erleben und Empfinden der Befragten ab. 26 Personen erleben oft (15 x mehr als 50 %, 11 x 100 %) depressive Verstimmungen im Zusammenhang mit der Infektion, 38 Personen erleben diese weniger oft (weniger als 50 %), nur 21 Personen gaben an, solche Verstimmungen nicht zu erleben.

Wie genau treffen die genannten Aussagen auf Dich und Dein Leben zu?
Häufigkeit der Nennungen zu Frage 7 (N=85)

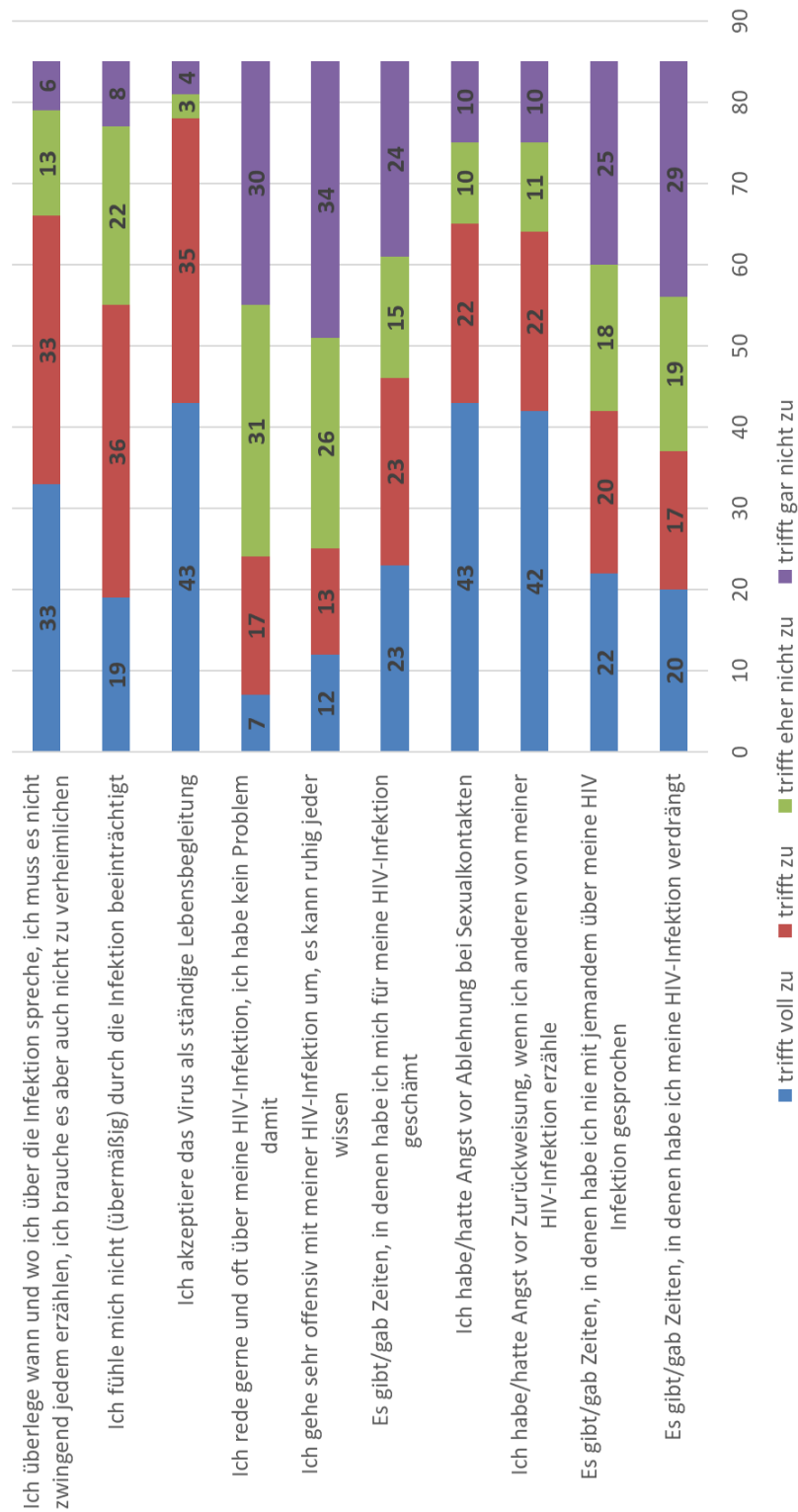


Abbildung 9 Vorstudie 3 – »Herausforderungen« Häufigkeit der Nennungen zu Frage 7 (N = 85)

Onlinebefragung »Leben mit HIV, Herausforderungen im Alltag«

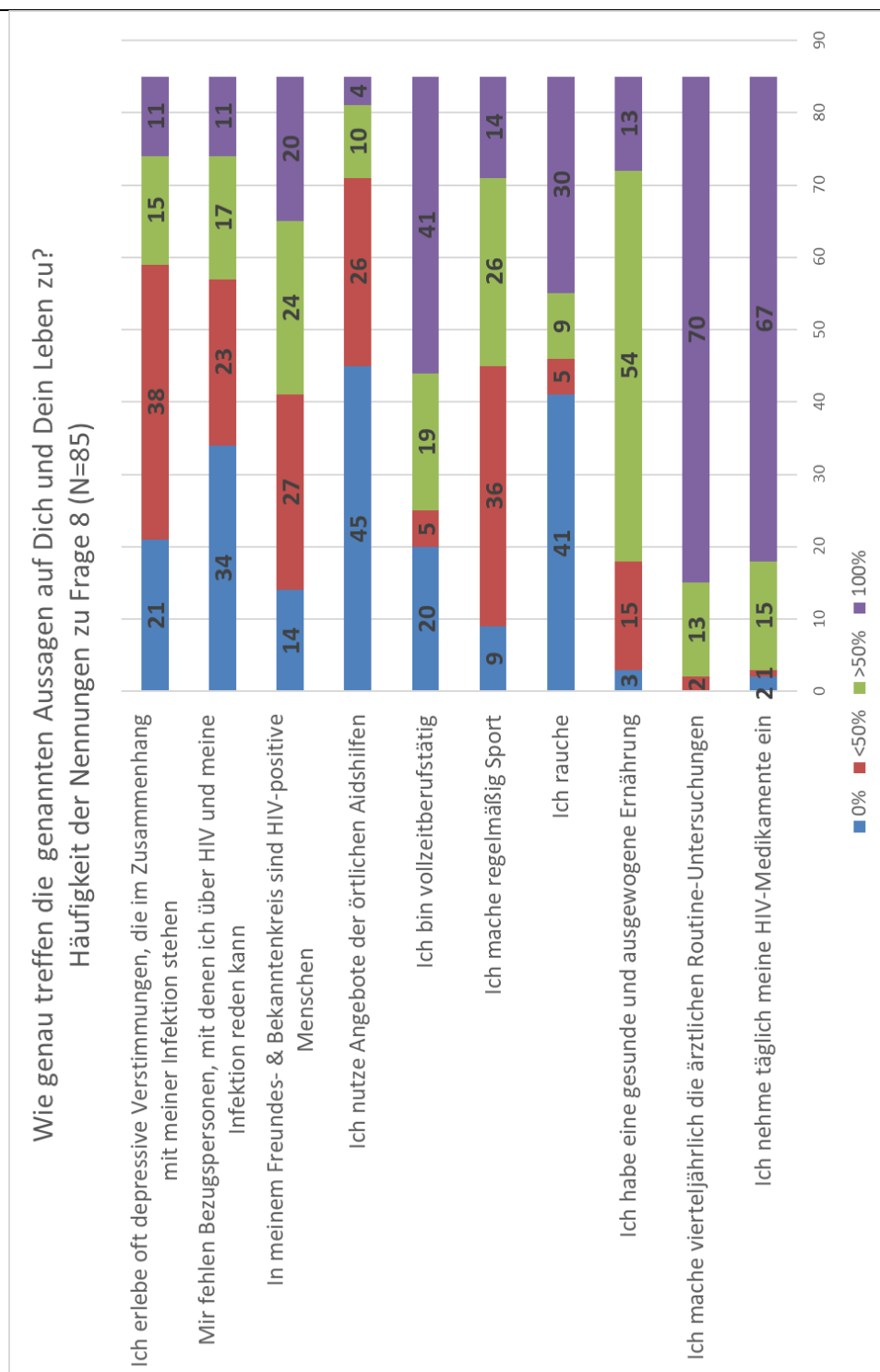


Abbildung 10 Häufigkeit der Nennungen zu Frage 8
Onlinebefragung »Leben mit HIV, Herausforderungen im Alltag«

4.3.3 Bedeutung im Kontext der Forschungsfrage

Der Fragebogen wurde so angelegt, dass mit relativ wenig Aufwand viele Informationen erfasst werden konnten. Im Vorfeld war nicht klar, wie viele auswertbare Datensätze gewonnen werden und wie aussagekräftig diese Resultate dann sind. Die gewonnenen Ergebnisse sollen nicht Verhaltensweisen, Empfindungen sowie Ängste erklären oder bestimmte Zusammenhänge interpretieren, sondern aufzeigen, welche Themen für die benannte Zielgruppe relevant sind, um selbstbewussten Umgang und Selbstwirksamkeitserwartungen in HIV-spezifischen Lebenssituationen messbar zu machen. So wurde hier zum Beispiel die Dauer der Infektion oder auch Drogenkonsum abgefragt, jedoch nicht weiter thematisiert.

Um ein Instrument zu entwickeln, das im Themenfeld ›Leben mit HIV/AIDS‹ Veränderungen im selbstbewussten Umgang und in der Selbstwirksamkeitserwartung messen und abbilden kann, ist es vonnöten, dazu spezifische Parameter integrieren zu können. Solche wurden in dieser Befragung gewonnen. Zahlreiche Belastungen, die HIV-Positive in ihrem Alltag erleben, wurden in 570 Stichpunkten benannt; diese betiteln explizit die relevanten Themen, in denen souveränes Handeln, selbstbewusster Umgang und damit verbundenen die Selbstwirksamkeitserwartung gefördert und verändert werden können. Ergänzend dazu wurden in einzelnen Fällen Veränderungswünsche deutlich herausgestellt. Es sind Verhaltensweisen verständlich geworden, die Rückzug, Verdrängung und Angst vor Ablehnung abbilden. Die Fähigkeit, neben den vielen Belastungen und negativen Erlebnissen auch etwas Positives in der Infektion zu sehen, ist einigen gegeben, anderen (noch) nicht. Ebenso zeigen die Ergebnisse deutlich auf, wie wesentlich soziales Eingebundensein ist. Neben Freunden ist es auch wichtig, Gleichgesinnte und andere Bezugspersonen zu haben, mit denen über die Infektion geredet werden kann. Lebenseinstellungen und Gesundheitsverständnis, aber

auch die Sexualität und der Wunsch nach Zweisamkeit sind unverkennbare Themen, in denen es oft an selbstbewusstem Umgang fehlt. Die nächsten Kapitel beinhalten unter Zuhilfenahme dieser Ergebnisse zum einen die Integration der Infektion in das Selbstkonzept, zum anderen die weiteren Schritte zur Spezifizierung des Messinstruments für HIV-bezogene Selbstwirksamkeitserwartung.

4.4 Vorstudie 4 – Teilnehmende Beobachtung: »Integration der HIV-Infektion in das Selbstkonzept«

Um beurteilen zu können, ob mit einer positiven Selbstwirksamkeitserwartung auch ein selbstbewussterer Umgang mit der eigenen HIV-Infektion einhergeht, ist es bedeutsam, zu erkennen und zu beschreiben, wie HIV-positive Menschen generell mit ihrer Infektion umgehen. Die im Kapitel 4.3.2 beschriebenen Ergebnisse der Onlinebefragung »Leben mit HIV, Herausforderungen im Alltag« brachten unter Fragestellung 6 eine Vielzahl an Antworten, die eine deutliche Gesellschaftskritik widerspiegeln und damit verdeutlichen, was HIV-Positive alltäglich erleben, welchen Diskriminierungen sie ausgesetzt sind und aufgrund welcher Erfahrungen sie in einem selbstbewussten Umgang mit der Infektion stark beeinträchtigt sind.

Negative Erfahrungen, aber auch Ängste prägen den Umgang mit der Infektion. Im theoretischen Teil dieser Arbeit (Kapitel 2.3, S. - 113 -) wurde erläutert, dass unter den Begriff des Selbstkonzeptes alle Beurteilungen, die eine Person über sich selbst vornimmt, zusammengefasst werden. Sowohl die Gedanken über sich selbst, das innere und das äußere Selbst mit den dazwischen liegenden Diskrepanzen, als auch alle Gedanken und Handlungen, die zwischen Geheimhaltung und Offenbarung der Infektion pendeln, gehören zur Integration der Infektion in das Selbstkonzept. Gerahmt wird diese durch erlebte Diskriminierung und

Stigmatisierung, der vorherrschenden Offenbarungsangst, einem oftmals bestehenden negativen Selbstbild und den Sorgen über die öffentliche Meinung.

Geplant war, in lokalen Aidshilfen in NRW kleine Workshops zu veranstalten, um mit HIV-positiven Menschen theoretische Ansätze und die im vorherigen Kapitel beschriebenen Ergebnisse unter dem Aspekt eines selbstbewussten Umgangs mit der Infektion zu diskutieren. Jedoch stellte es sich als sehr schwierig dar, an Treffen von Positiven-Gruppen teilzunehmen und solche Themen-Workshops durchzuführen. Aus Angst vor Diskriminierung, Outing vor ›Unbeteiligten‹ und einer damit einhergehenden Ungewissheit, wie mit persönlichen Informationen umgegangen wird, wurden oftmals die Anfragen, ein Treffen besuchen zu können, als ›von den Teilnehmenden unerwünscht‹ abgelehnt.

4.4.1 Methode und Ergebnis

Unter Zusicherung, dass keine personenbezogenen Informationen veröffentlicht werden, war es dem Autor dieser Arbeit möglich, zwei Veranstaltungen zu organisieren, bei denen Positive über persönliche Netzwerke eingeladen wurden. Mit einer Gruppe von neun (zwei weiblichen, sieben männlichen) und einer Gruppe mit sechs (männlichen) Teilnehmenden wurde zu der Leitfrage ›wie sie selbst mit ihrer HIV-Infektion umgehen‹ diskutiert. Die Treffen fanden in einer Beratungsstelle für diese Zielgruppe im Zeitraum von August – November 2016 statt. Es war zugesagt worden, keine persönlichen Informationen zu veröffentlichen. Dementsprechend wurden keine weiteren Angaben (wie z. B. Alter, Infektionsdauer etc.) erhoben und es erfolgt hier keine nähere Beschreibung der Teilnehmer_innen, sondern nur die Darstellung der Vorgehensweise und die Zusammenfassung der Ergebnisse.

Zu Beginn wurden die theoretischen Hintergründe und die Ergebnisse der Onlinebefragung »Leben mit HIV, Herausforderungen im Alltag« referiert. Zwischenfragen waren erlaubt, Diskussionen wurden aber ans Ende des Vortrages gestellt. Eine Person hatte an der Onlinebefragung teilgenommen, kannte aber noch keine Ergebnisse. Da bisher ausreichend Material zu erlebten Beeinträchtigungen gesammelt worden war, lag der Schwerpunkt der inhaltlichen Auseinandersetzung auf dem Aspekt ›selbstbewusster Umgang‹.

Als Einstieg ins Thema wurde die Frage gestellt: »Was bedeutet für Euch selbstbewusster Umgang mit der Infektion?« Alle Teilnehmenden sollten einen Gedanken dazu auf ein Kärtchen schreiben. Diese wurden anonym eingesammelt und dann an eine Pinnwand gehängt. Folgende Aussagen wurden zusammengetragen:

- Offen darüber reden / sprechen können (4x)
- Sich nicht verstecken müssen (2x)
- Sich nicht schämen (2x)
- Keine Ausreden erfinden müssen (Arbeit und Arztbesuche)
- Sich in der Öffentlichkeit zeigen können (Demos, Veranstaltungen)
- Auch mit anderen darüber sprechen, nicht nur mit anderen Positiven
- Keine Angst vor Arztbesuchen
- Bei Sexkontakten offen ansprechen
- Dazu stehen, egal was andere denken oder sagen
- Keine Angst vor Ablehnung (Dates)

Da nur ein begrenztes Zeitfenster zur Verfügung stand, wurde im Weiteren das Thema ›Offener Umgang und Offenbarungsangst‹ fokussiert. Folgende Leitfragen dienten der Diskussionsführung:

- Wie offen konntest Du in der ersten Zeit über Deine Infektion reden?
- Wie offen redest Du heute über Deine Infektion?
- Hat sich der offene Umgang vom Anfang bis heute verändert?

Bei beiden Gruppen ähnelten sich die Ergebnisse und entsprachen im Wesentlichen auch den Antworten der Befragung: Vier Personen haben für recht lange Zeit mit niemandem über die Infektion gesprochen, acht Personen fiel das schwer; aus Angst vor Ablehnung hatten sie sich nur wenigen, vertrauten Personen geöffnet. Drei Personen war ein sehr offensiver Umgang von Anfang an sehr wichtig. Die gemeinsamen Diskussionen zeigten in beiden Gruppen, dass sich der individuelle Umgang über die Zeit hinweg verändert hat. Ein Teilnehmer führte aus, dass er aus dem Zustand, mit niemandem darüber reden zu können, nach einigen Jahren in ein sehr »krasses«, wie er es selbst bezeichnete, gegensätzliches Verhalten verfallen war und er die Infektion sehr offensiv, permanent und ständig thematisierte; heute mache er das aber nicht mehr so heftig. Andere haben über viele Jahre hinweg das vertraute Umfeld weiter ausbauen können, um somit mit mehr Personen darüber reden zu können. Gute Erfahrungen und wenig Ablehnung führten dazu, dass sie sich schneller anderen Personen anvertrauen können und sie mit der Zeit immer selbstbewusster mit der Infektion umgehen konnten. Zwei von den Personen, die in Anfangszeiten der Infektion, ihren Erzählungen zufolge, sehr offensiv damit umgegangen waren, haben dies nach eigenen Angaben gemäßigt und müssen nicht mehr permanent die Infektion thematisieren. Einer Person ist der offensive Umgang weiterhin sehr wichtig, denn:

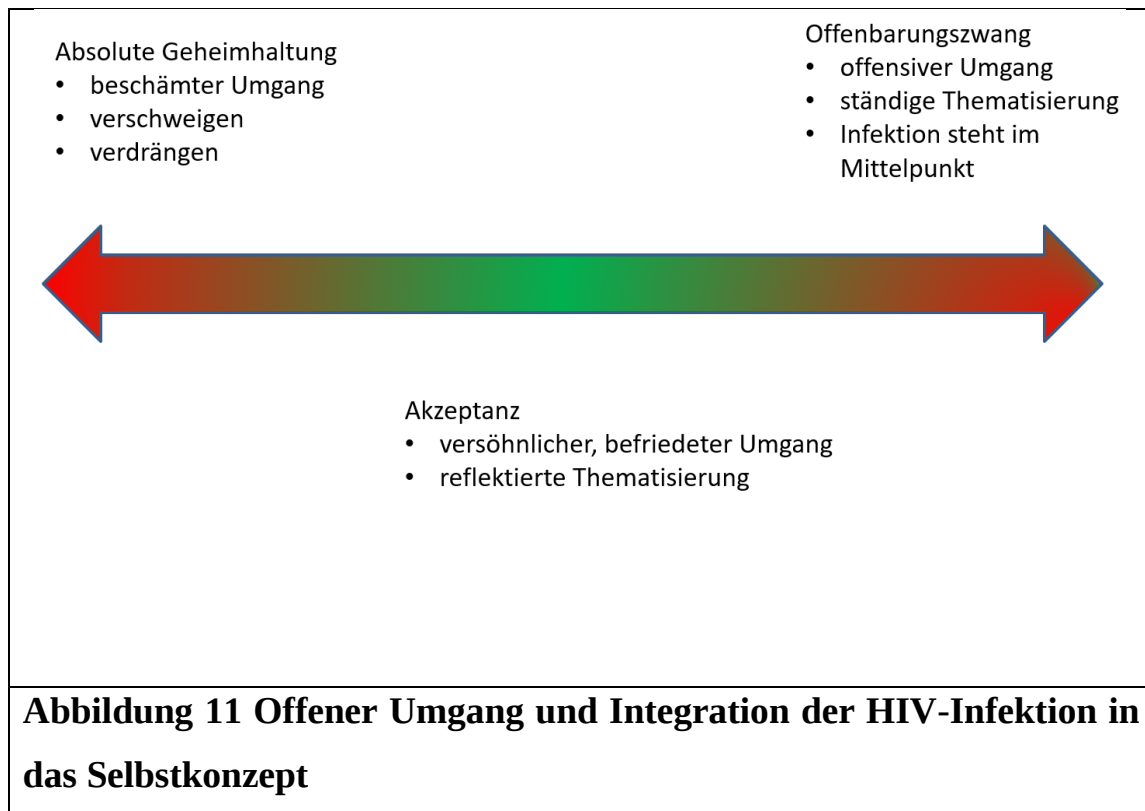
»So erspare ich mir Verletzungen. Gerade bei fremden Personen, insbesondere bei Dates, ist schnell klar, ob die fremden Personen dann mit mir umgehen können und mich so akzeptieren wie ich bin. Ich will nicht erst Gefühle entwickeln und dann fallen gelassen werden!«

Die Ergebnisse wurden als drei Phasen im Prozess der Auseinandersetzung mit der Infektion, und der Integration der Infektion in das Selbstkonzept verstanden und in den Gruppen jeweils als drei große Kreise dargestellt: ›Nicht reden / Verdrängung‹, ›in vertrautem Umfeld sich öffnen können‹ und ›offensiver Umgang‹. Anhand dieser Überschriften, die an verschiedenen Seiten des Raums auf Flipcharts geschrieben wurden, konnten die Personen sich an unterschiedlichen Orten im Raum positionieren, wenn sie über verschiedene Zeitabschnitte ihres ›Infektionszeitstrahls‹ berichteten. Die Diskussion machte auch deutlich, dass die Mehrheit der Teilnehmenden sowohl die absolute Geheimhaltung als auch den sehr impulsiven und offensiven Umgang als ›ungesunden Umgang‹ empfand und es aber einer gewissen Zeit bedarf, um dieses Verhaltensmuster zu erkennen und verändern zu können.

Da aufgrund der beschriebenen Schwierigkeiten die Anzahl der Teilnehmenden sehr gering war, wurden diese gebeten, Personen aus ihrem positiven Bekanntenkreis zu beschreiben und ihnen, bzw. ihren Verhaltensweisen, die gebildeten drei Phasen zuzuordnen. Sie sollten dann überlegen, ob sie anhand dieser Beschreibungen, diese Phasen als stimmig und zutreffend beurteilen können. Einige Beispiel spiegelten die bisherigen Umgangsweisen wider und machten deutlich, dass diese drei Phasen des offenen Umgangs auch bei anderen Personen so Bestand haben.

Die Überschriften der drei Phasen wurden abschließend mit der zweiten Gruppe umformuliert und in einem Schema dargestellt (Abbildung 11). Dieses bildet die unterschiedlichen Verhaltensweisen bezüglich des Outings ab und soll verdeutlichen, dass es die beiden gegensätzlichen und ›ungesunden‹ Verhaltensweisen ›Geheimhaltung‹ und ›Offenbarungszwang‹ gibt, die sich von der einen

zur anderen Seite verändern und im dazwischen liegenden Bereich einer reflektierten Thematisierung befrieden (können).



4.4.2 Bedeutung im Kontext der Forschungsfrage

Es ist deutlich erkennbar, dass negative Erfahrungen, Ausgrenzung, Diskriminierung und Stigmatisierung das psychische Erleben von Menschen mit HIV verändern und somit auch ihren Umgang mit der Infektion bestimmen. Um Belastungen zu minimieren oder ihnen aus dem Weg zu gehen, wird das Verhalten so angepasst, dass es möglichst wenige Einschränkungen zu erdulden gibt. Oftmals ist das mit Rückzug, Isolation und Einsamkeit verbunden. Die Angst vor Ablehnung ist bei vielen Menschen vorhanden, die Infektion wird in vielen Fällen nur in

vertrautem Umfeld angesprochen, um sich möglichst wenig angreifbar und verletzbar zu machen. Durch einen offensiven Umgang mit der Infektion soll den anderen der Wind aus den Segeln genommen und somit möglichst wenig Angriffsfläche geboten werden. Immer noch ist bei vielen die HIV-Infektion schambehaftet. Man ist selbst schuld an der Infektion, es ist etwas Unanständiges. Während man bei einer Krebserkrankung Mitgefühl entgegengebracht bekommt, ernten viele bei einem HIV-Outing Ablehnung und Vorwürfe. Erst durch viele gute und positive Erlebnisse gelingt es, selbstsicherer aufzutreten. Trotzdem bleiben neue Situationen immer wieder eine Herausforderung, der man sich stellen muss. Und meistens werden dann alte gewohnte Verhaltensweisen und Muster wieder reproduziert. Dementsprechend ist es wichtig, diese zu verlernen und durch neue adäquate Verhaltensweisen zu ersetzen.

Es gilt aber, zwei verschiedene Situationen zu unterscheiden: Der Umgang mit der Infektion im Innen und im Außen. Im Innen, also nur mit sich selbst, haben viele die Infektion akzeptiert, nehmen regelmäßig die Medikamente und machen die Routineuntersuchungen genauso turnusmäßig. Viele achten mehr auf ihre Gesundheit, gehen bei Auffälligkeiten und kleinen Erkrankungen (wie zum Beispiel einer Erkältung) zum Arzt, ernähren sich gesünder, haben das Rauchen aufgehört und trinken keinen oder zumindest nur wenig Alkohol. Im Außen sieht der Umgang oftmals anders aus. Es wird nur mit wenigen und überwiegend mit vertrauten Personen über die Infektion gesprochen, aus Angst vor Ablehnung wird der Kontakt zu anderen eingeschränkt, insbesondere bei Sexualkontakten oder Kennenlernen für eine mögliche Beziehung. Auch im medizinischen Bereich herrscht eine große Angst vor Ablehnung und Diskriminierung, so dass oft andere Ärzte als der Schwerpunktarzt nicht oder seltener konsultiert werden.

Es gibt sehr viele Unterschiede, wie Menschen ihr Leben meistern und mit der Infektion umgehen. Entweder gelingt es ihnen, ihr Leben zu gestalten, oder sie geben sich als ›Opfer‹ dem Schicksal hin. Manche können das Beste draus machen und auch positive Dinge in der Infektion erkennen, andere sehen alles negativ und empfinden alles als Belastung. Alleine die Benennung von 570 Stichpunkten macht deutliche, auf wie viele verschiedene Aspekte verteilt die Integration der Infektion in das Selbstkonzept betrachtet werden kann und muss. Es gibt keine Musterlösung, keinen ›one best way‹. 15 Personen waren aufgefordert worden, ihren Gedanken zu ›Was bedeutet selbstbewusster Umgang für dich?‹ aufzuschreiben und es wurden 10 verschiedene Antworten zusammengetragen. Würde man nach Situationen fragen, in denen für sie ein selbstbewusstes Handeln wichtig ist, hätte es vermutlich ebenso eine Vielzahl an verschiedenen Antworten gegeben. Daher ist es besonders wichtig, dass Interventionen und Förderprogramme individuell ausgerichtet sind und da ansetzen, wo es für den Einzelnen zum aktuellen Zeitpunkt gerade erforderlich ist. Um diesem gerecht zu werden, scheint der Ansatz des Zürcher Ressourcen-Modells gut dafür geeignet zu sein, wie in Kapitel 3.3 dargelegt wurde.

4.5 Vorstudie 5 – Spezifizierung des Messinstruments »Selbstwirksamkeit-HIV«

Nur unter Beteiligung der Zielgruppe ist eine realistische Abbildung der Lebenswelten von HIV-positiven und an Aids erkrankten Menschen möglich. Diese Beteiligung wurde in den bisher durchgeführten Befragungen angestrebt, ließ sich, wie bereits beschrieben, aber nicht in allen Vorhaben so umsetzen, wie es geplant war. Auch für die weiteren Schritte war die intensive Einbindung verfolgtes Ziel.

Da es bisher kein Messinstrument gibt, mit dem Veränderungen der Selbstwirksamkeitserwartung bei der benannten Zielgruppe abgebildet werden können, soll mit den bisher gesammelten Ergebnissen ein Fragebogen entwickelt werden, der Veränderungen in den Bereichen Selbstwirksamkeit und selbstbewusster Umgang mit der HIV-Infektion abbildet und messbar macht und darüber hinaus einen Vergleich zwischen unterschiedlichen Zeitpunkten³⁰ gewährleistet. Der Fragebogen wird nicht den Anspruch eines standardisierten Messinstrumentes erheben, sondern soll vorerst nur die Tendenz, ob Veränderungen stattfinden oder nicht, verdeutlichen.

Im Folgenden wird erörtert, wie die bisher gewonnenen Ergebnisse zur Fragebogenentwicklung aufbereitet wurden.

4.5.1 Auswertung der Ergebnisse ›Herausforderungen im Alltag‹ durch HIV-positive Lebensweltexpert_innen: Rankingstudie

Zur Beteiligung der Zielgruppe konnte eine weitere Positiven-Selbsthilfegruppe gewonnen werden. Beim ersten Treffen³¹ bei dem zu der Fragebogenentwicklung gearbeitet wurde, nahmen elf HIV-positive Menschen³² teil. Ziel war es, die – wie in Kapitel 4.3.2 beschrieben – zu Herausforderungen, Beeinträchtigungen und negativen Erfahrungen gesammelten 570 Items auszuwerten und zu clustern. Dazu schrieben die in zwei Gruppen³³ aufgeteilten Teilnehmer_innen diese auf Meta-plan-Karten. Doppelungen sollten ausgelassen werden, wobei es für den nächsten

³⁰ Vor, kurz nach und längerfristig nach einer Intervention.

³¹ 14.06.2016.

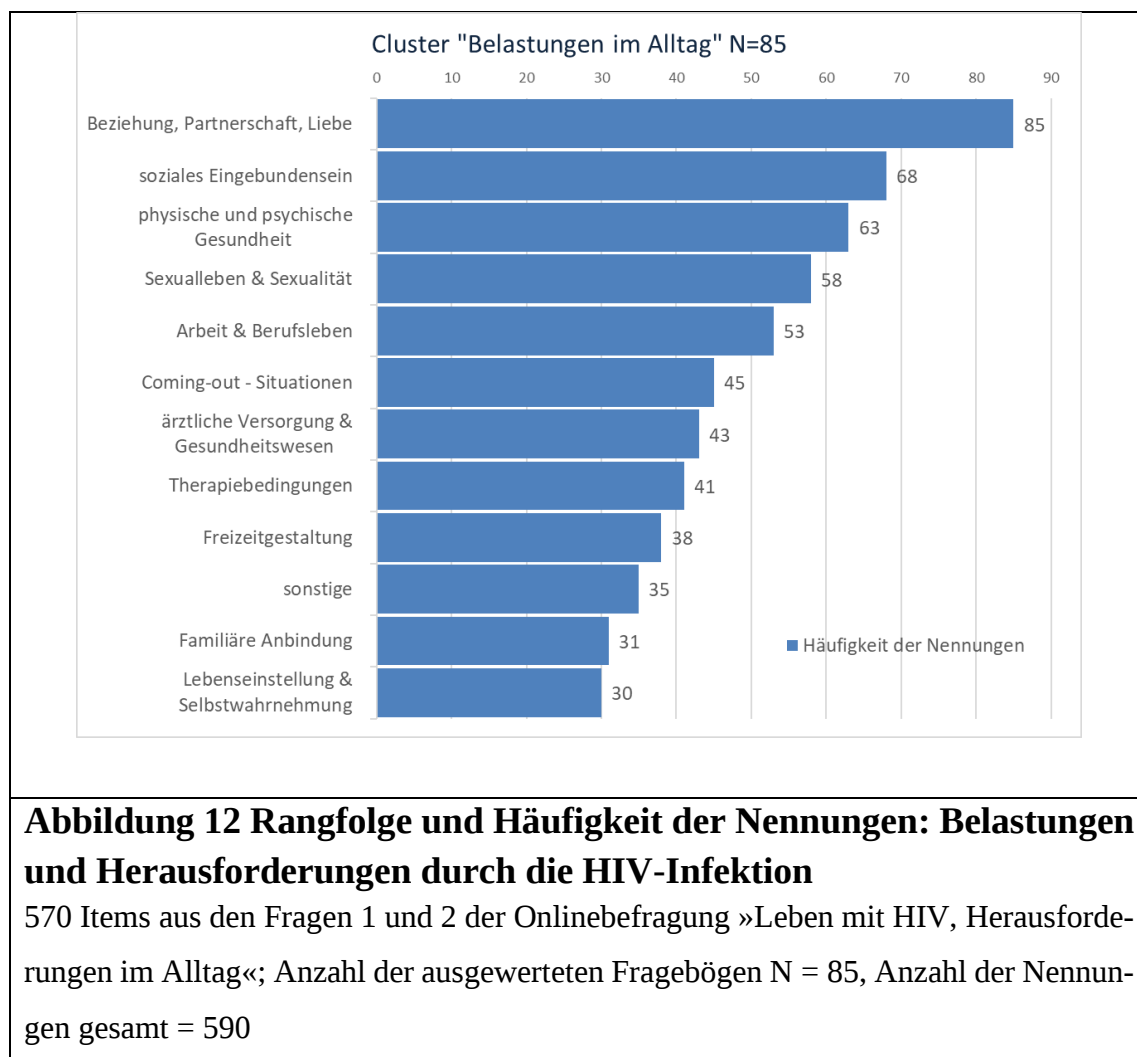
³² Acht männlich, drei weiblich.

³³ Eine Gruppe bearbeitete die Antworten zu Frage 1, die zweite Gruppe die zu Frage 2.

Arbeitsschritt nicht störend war, wenn Nennungen doppelt vorgekommen sind. Im darauffolgenden Schritt wurde gut ein Drittel der geschriebenen Karten auf dem Boden ausgelegt. Nun sollten die Teilnehmenden beginnen, Karten thematisch zu sortieren. Als die ausgelegten Karten alle zu verschiedenen Gruppen sortiert waren, galt es, eine passende Überschrift für die jeweilige Gruppe zu finden; die Überschriften wurden auf eine andersfarbige Metaplankarte geschrieben und zu den sortierten Karten gelegt. Dann wurde das zweite Drittel der Karten auf alle Teilnehmenden verteilt. Diese versuchten die neuen Karten den bestehenden Gruppen hinzuzufügen. Bereits liegende Karten durften und sollten auch neu verteilt werden, vor allem, wenn neue Gruppen entstanden waren. Danach wurde überlegt, ob alle bisherigen Überschriften noch passend formuliert waren oder ob neu entstandene Gruppen noch eine Überschrift brauchten beziehungsweise der Inhalt von den aktuell vorliegenden Gruppen mit einem anderen Titel besser zusammengefasst werden konnte. Diese letzten beiden Schritte wurden auch mit den letzten Karten wiederholt, so dass dann alle Karten verteilt waren und für alle Gruppen eine passende Überschrift gefunden war. Insgesamt konnten so zwölf Gruppen gebildet werden, also zwölf Themen, die im Kontext von Belastungen und Herausforderungen für HIV-Positive eine besondere Relevanz zeigen:

soziales Eingebundensein, gesundheitliches Befinden, psychisches Wohlempfinden, Coming-out-Situationen, Therapiebedingungen, Freizeitgestaltung, Lebenseinstellung und Selbstwahrnehmung, Arbeit- und Berufsleben, ärztliche Versorgung und Gesundheitswesen, Beziehung – Partnerschaft und Liebe, Sexualleben und Sexualität sowie sonstige.

Nach Häufigkeit der Nennungen wurden diese Gruppen in eine Rangfolge gebracht (Abbildung 12). Da die ausgewerteten 570 Items aus zwei Fragen zusammengetragen wurden, lässt sich nicht erkennen, wieviel Personen zu dem jeweiligen Thema geantwortet haben oder ob bei beiden Fragen Nennungen gemacht worden sind.



So zeigt zum Beispiel das Thema »Beziehung, Partnerschaft, Liebe« 85 Nennungen; bei der Anzahl von 85 Teilnehmenden ist es möglich, dass alle 85 Personen dieses Thema benannt haben, es ist ebenso möglich, dass einige das Thema gar

nicht und andere es bei beiden Fragen nannten. Eine solche Analyse ergäbe keine für das weitere Vorgehen bedeutsame Erkenntnis und wird daher nicht vorgenommen. Addiert man die Anzahl der jeweiligen Nennungen, so ergibt sich ein Ergebnis von 590, da einzelne der 570 Items zu zwei Gruppen zugeordnet werden konnten.

4.5.2 Entwicklung und Überprüfung Lebenswelt-relevanter Fragestellungen

Um die Selbstwirksamkeitserwartung im Kontext der HIV-Infektion erfassen zu können, muss das Messinstrument auf diesen Bereich hin spezifiziert werden. Die Fragen müssen den Bezug zur Lebenswelt von Menschen mit HIV herstellen. Diese Spezifizierung erfolgt zum einen auf der Grundlage der im vorherigen Schritt erarbeiteten zwölf Themengebiete und den Überlegungen zur Gesunderhaltung (Kapitel 4.1) und zur Integration der Infektion in das Selbstkonzept (Kapitel 4.4). Zum anderen werden die in der Stigma-Forschung (Kapitel 2.2) erfassten vier Kategorien der HSS – (1) erlebte Stigmatisierung, (2) Offenbarungsangst, (3) negatives Selbstbild und (4) Sorgen über die öffentliche Meinung – in der Formulierung von Fragen berücksichtigt und zudem mit den Kernaspekten der Selbstwirksamkeitserwartung zusammengeführt. Diese waren in Kapitel 3.1 als Parameter der Selbstwirksamkeitserwartung zusammengefasst worden. So werden (1) Erfolg und Misserfolg; (2) Beobachtung von Verhaltensmodellen; (3) sprachliche Überzeugung in Selbst- und Fremdinstruktionen; (4) Vorwissen, Fähigkeiten und Kompetenzen; (5) Wahrnehmung eigener Gefühlsregungen; (6) motivationale Wirkung von Zielen; (7) Bewältigungsstrategien; (8) subjektive Bewertungen in den einzelnen Fragen thematisiert und reflektiert.

Der Fragebogen soll abbilden, inwieweit sich die Proband_innen in der Lage sehen, HIV-bedingte Probleme und Herausforderungen anzugehen und erforderliche Handlungen auszuführen. »Diese persönliche Einschätzung eigener Handlungsmöglichkeiten ist die zentrale Komponente der Wahrnehmung von Selbstwirksamkeit.« (Schwarzer & Jerusalem, 2002, S. 36)

Da die dafür erforderlichen kognitiven, motivationalen, emotionalen und aktionalen Prozesse von ihren subjektiven Überzeugungen gesteuert werden, müssen sowohl diese Prozesse als auch die Überzeugungen hinterfragt und reflektiert werden. Darüber hinaus ist es wichtig, neben dem Grad der Spezifizierung (allgemein, bereichsspezifisch, situationsspezifisch) individuelle Erwartungen von kollektiven abzugrenzen. (Schwarzer & Jerusalem, 2002, S. 35–41)

Jerusalem und Schwarzer verdeutlichen an dem Beispiel ›Reduzierung des Körpergewichts‹, wie wichtig die Art und Weise der Formulierung von Selbstwirksamkeitserwartungen ist. So beinhaltet der Wortlaut ›10 Kilogramm Gewicht abnehmen‹ kein Verhalten, sondern nur einen messbaren Erfolgsindikator. Jedoch müssen formulierte Selbstwirksamkeitserwartungen auf das eigene Verhalten und »die subjektive Gewissheit, eine konkrete Handlung auch dann erfolgreich ausführen zu können, wenn bestimmte Barrieren auftreten«, abzielen. (Schwarzer & Jerusalem, 2002, S. 40) Dementsprechend wurden die Fragen so formuliert, dass immer ein spezifisches Verhalten und ein starker Selbstbezug enthalten sind.

Die Formulierung der Fragen erfolgte auf Grundlage der bisher gesammelten Ergebnisse durch den Verfasser dieser Arbeit und wird nachfolgend ausführlich behandelt. Um die Zielgruppe an dem Prozess weiterhin zu beteiligen, wurden Personen gesucht, die im Einzelsetting den entstandenen Fragebogen bearbeitet haben. Sie wurden gebeten, Verständnisprobleme und HIV-spezifische Sachbezüge zu kommentieren und zu hinterfragen sowie Anregungen zur

Verbesserung zu geben. Nach jeder Person, die so den Fragebogen bearbeitet hatte, wurde der Fragebogen entsprechend diesen Impulsen modifiziert, so dass die nächste Person mit dem bereits überarbeiteten Fragebogen in den Prozess einstieg. Insgesamt zehn Personen (acht männliche, zwei weibliche) konnten in der Zeit von Oktober 2016 bis Februar 2017 für diesen Arbeitsschritt gewonnen werden.

Neben der eigentlichen Skala, die mit 20 Fragen die HIV-spezifische Selbstwirksamkeit erfasst, bezieht sich eine weitere Skala (14 Fragen) auf Methodenwissen zur Beeinflussung von Selbstwirksamkeit und Selbstwirksamkeits-Erwartungen und eine Skala auf situationsspezifische Verhaltensweisen (drei Situationen mit jeweils vier möglichen Reaktionen), die verdeutlichen soll, ob Handlungs- und Empfindungsweisen sich im Verlauf des Prozesses verändern. Darüber hinaus werden soziodemografische Daten wie Alter, Geschlecht, Beziehungsstatus, Netto-Monatseinkommen und Infektionsdauer erhoben, um zum einen die Stichproben besser beschreiben und ggf. auffällige Ergebnissen mit einem anderen Hintergrundverständnis vergleichen und interpretieren zu können. Zudem müssen Angaben gemacht werden³⁴, die es ermöglichen, die Ergebnisse der verschiedenen Messzeitpunkte der gleichen Person zuzuordnen und miteinander vergleichen zu können. Die dazu abgefragten Angaben müssen im Verlauf der Befragung gleich bleiben, daher wurden Variablen so ausgewählt, dass eine Veränderung sehr unwahrscheinlich ist.

³⁴ Geburtsmonat als zweistellige Zahl; zwei Anfangsbuchstaben des Rufnamens der Mutter; Geburtsjahr als zweistellige Zahl; erster Buchstabe des Geburtsorts

4.5.2.1 *Skala Methodenwissen*

Die Skala Methodenwissen soll erheben, ob neben der (positiven) Beeinflussung der SWE durch die Interventionsmaßnahme auch ein Zugewinn von Wissen um Möglichkeiten der Veränderung erkennbar ist. Welche Methoden kennen die Teilnehmenden im Vorfeld und erwerben sie durch die Interventionsmaßnahme diesbezüglich spezifisches Wissen? Dazu wurden 14 Fragen formuliert, die sich auf einzelne der beschriebenen Parameter der SWE beziehen und vorhandenes Handlungswissen reflektieren. Nur die ›Beobachtung von Verhaltensmodellen‹ wurde nicht miteinbezogen, da es nicht in der Hand der jeweiligen Teilnehmer_innen liegt, ob sie HIV-spezifisch tatsächlich erfolgreich handelnde Vorbilder in ihrem Umfeld haben. Der Großteil der Fragen³⁵ ist als subjektive Überzeugung (z. B. ›Ich kann...‹, ›Ich weiß...‹) formuliert. Abbildung 13 zeigt den Bezug der einzelnen Fragen zu den jeweiligen Parametern der SWE.

MW1: Ich kenne Methoden, um mich selbst zu motivieren und mich wieder aufzubauen.

MW2: Ich weiß, wie ich mich in schwierigen Situationen verhalten kann, so dass ich ein gutes Gefühl dabei habe.

MW3: Ich weiß, dass ich mit einer positiven inneren Haltung viele Situationen gelassener hinnehmen kann.

MW4: Ich habe genügend positive Erfahrungen gemacht, um diese für mein Wohlempfinden und meine persönlichen Ziele nutzen zu können.

³⁵ Dies trifft nicht auf die Fragen 3, 10, 11 und 12 zu.

MW5: Ich habe eine innere Haltung, die mir hilft, gelassen mit meiner Infektion und diskriminierenden Situationen umzugehen.

MW6: Ich weiß, wie ich mein Selbstbewusstsein stärken kann.

MW7: Ich habe einen Leitsatz, nach dem ich mein Handeln orientiere.

MW8: Ich bin in der Lage, die positiven Aspekte zu fokussieren.

MW9: Ich kann meine Körperempfindungen wahrnehmen und in positiv und negativ unterscheiden.

MW10: Wenn es mir nicht gut geht, verändere ich bewusst meine Körperhaltung, um meine Gemütslage positiv zu beeinflussen.

MW11: Es fällt mir leicht, Wünsche zu formulieren, die konkret beschreiben, was ich will.

MW12: Ich weiß, dass es lange dauert, sein Verhalten zu verändern, und dass dies geübt werden muss.

MW13: Ich bin in der Lage, Ziele so für mich zu formulieren, dass ich sie motiviert und mit gutem Gefühl verfolge.

MW14: Nicht jede schwierige Situation überfordert mich. Ich kann unterschiedliche Schweregrade erkennen und mich diesen dementsprechend annähern.

Fragen Skala Methodenwissen	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Parameter der SWE														
Handlungserlebnisse Erfolg / Misserfolg				x										
Beobachtung von Verhaltensmodellen														
sprachliche Überzeugung in Selbst- und Fremdinstruktionen							x	x					x	x
Vorwissen, Fähigkeiten und Kompetenzen				x		x					x	x		x
Wahrnehmung eigener Gefühlsregungen		x		x					x	x			x	
motivationale Wirkung von Zielen	x												x	
Bewältigungsstrategien	x									x				
subjektive Bewertungen	x	x		x	x	x	x	x	x				x	x

Abbildung 13 Entwicklung des Fragebogens, Skala Methodenwissen
Welche Parameter der Selbstwirksamkeitserwartungen sind in den jeweiligen Fragen integriert?

Da die Fragen in verschieden großem Umfang einen Bezug zu den Parametern der SWE nehmen, können verschiedene Interventionsmaßnahmen auf die Vermittlung von Methodenwissen überprüft werden. Dennoch spiegeln sich Kernaspekte des ZRM-Trainings in diesen Fragen wider, so dass auch speziell hinsichtlich dieser Methode der Lernerfolg gemessen werden kann. Die Antwortskala reicht in sechs Stufen von ›stimmt überhaupt nicht‹ bis zu ›stimmt immer‹. Durch die gerade Anzahl der Antwortmöglichkeiten sollte eine neutrale Antwort in der Mitte vermieden werden, um die eindeutige Tendenz zu einer Seite (stimmt bzw. stimmt nicht) abbilden zu können. Zur Auswertung der Ergebnisse wurden den Antworten Werte von 0 (stimmt überhaupt nicht) bis 5 (stimmt immer) zugewiesen. Bei großer Zustimmung zu der jeweiligen Aussage wurde dementsprechend ein hoher Wert erzielt. Die Werte aller 14 Fragen wurden addiert, der

Mittelwert ist die Vergleichsgröße zu anderen Personen, aber auch zu den späteren Befragungen.

4.5.2.2 *Skala situatives Handeln*

In der vorausgegangenen Befragung waren viele Einschränkungen in verschiedenen Themen und Situationen benannt worden. Diese spiegeln die tatsächlichen Belastungen, Überforderungen und Handlungsschwierigkeiten der Zielgruppe in ihrem Alltag wieder. Die Skala ›situatives Handeln‹ soll zeigen, ob es durch die Interventionsmaßnahme gelingt, einhergehend mit der Steigerung der SWE auch psychisches Empfinden und die Handlungsfähigkeit in solchen Situationen zu verbessern.

Der Umgang mit der Infektion, sowohl auf der eigenen Seite als auch seitens medizinischen Fachpersonals und auch beim Kennenlernen neuer Partner_innen, waren häufig benannte Schwierigkeiten, so dass drei tatsächlich erlebte Situationen (die in Beratungs- oder Selbsthilfekontexten berichtet worden waren) als Ausgangssituationen geschildert werden.

Die geschilderten Situationen waren:

SH1: Ein Physiotherapeut massiert Dich mit Einweghandschuhen. Auf Deine Nachfrage, ob er alle Patienten mit Handschuhen massiert, sagt er, nur die, die infektiös sind; er müsse sich ja selbst schützen.

SH2: Deine Patientenkarte wird auf dem Tresen der Anmeldung abgelegt, da Du der_die nächste Patient_in bist. Groß und deutlich steht in roten Buchstaben ›HIV‹ darauf.

SH3: Du lernst eine neue Beziehung kennen. Bereits kurz nach dem Kennenlernen kommt das Gespräch auf das Thema HIV und Aids.

Die Teilnehmenden der Befragung wurden gebeten, sich in die jeweilige Situation hineinzusetzen, und nach der aktuellen Verfassung zum gegenwärtigen Zeitpunkt der Befragung zu entscheiden, welche der dargestellten Reaktionen für sie am zutreffendsten sind. Die jeweilige Antwort konnte aus vier verschiedenen Reaktionen gewählt werden, die ein mögliches Verhalten von ›unsicherem Dulden bzw. Vermeidung‹ bis zu einem ›selbstbewussten Sich-zur-Wehr-Setzen bzw. selbstbewussten Umgang‹ abstufen. Um adäquate Antwortmöglichkeiten zu finden, wurden vor der Erstellung des Fragebogens Vertreter_innen der Zielgruppe in unterschiedlichen Kontexten³⁶ im persönlichen Einzelgespräch ›by the way‹ gefragt, wie sie sich in einer geschilderten Situation verhalten und fühlen würden. Die Antworten wurden stichpunktartig festgehalten und im späteren Entwicklungsprozess als mögliche Reaktionen formuliert. Im bereits beschriebenen Beteiligungsprozess zur Überprüfung des Fragebogens wurden die zehn Teilnehmenden gebeten, auch diese Antworten zu bewerten und ggf. zu verbessern; alle gaben an, dass diese Reaktionen vorstellbar und realistisch seien.

Die verwendeten Antworten werden im Folgenden exemplarisch dargestellt, um das Wertungsschema zu verdeutlichen. Auch hier wurde den möglichen Antworten ein Wert von 0–3 zugewiesen, um ebenso mit dem Mittelwert der addierten Ergebnisse einen Vergleich zu anderen Teilnehmenden wie auch zu den anderen Befragungszeitpunkten zu gewährleisten. Da die Situationen eins und zwei ähnlich gelagert sind und eine Auseinandersetzung mit medizinischem Personal betreffen, konnten hier auch die Antwortmöglichkeiten ähnlich formuliert

³⁶ Beratungsgespräche, zufällige Kontakte, Empfang der Aidshilfe NRW, Positiven-Frühstück verschiedener Aids-Hilfen.

werden. Die jeweiligen Antwortmöglichkeiten spiegeln den Bezug zu den im Kapitel 2.3.1 beschriebenen Bewältigungsformen bei HIV-positiven Patient_innen wider: So zeigt die erste Reaktion ›Du nimmst es ohne Weiteres hin, fühlst Dich aber unwohl‹ ein Verharren mit ausweichenden und zurückgezogenen Verhaltensweisen; dies wurde mit 0 Punkten bewertet und stellt die größte Ausprägung von Unsicherheit, empfundener Hilflosigkeit und Vermeidungsverhalten in der Auseinandersetzung mit der Thematik dar. Die nächste Abstufung repräsentiert ein Aufrechterhalten sozialer Kontakte durch Selbstkontrolle und beinhaltet ein hohes Maß an Gleichgültigkeit (›Dir ist es egal‹) und wurde mit 1 Punkt bewertet. Die Antworten drei und vier stellen in verschiedenen Formulierungen eine Steigerung von selbstbewusster, aber auch konfrontativer Auseinandersetzung mit dem jeweiligen Gegenüber und auch mit der Thematik dar und verdeutlichen optimistisch-depressive Schwankungen, wenn, wie bei Reaktion drei der ersten Situation (2 Punkte), die Massage mit Handschuhen zugelassen wird, aber eine gleichzeitige Diskussion um den eigenen Standpunkt und die aktuellen medizinischen Erkenntnisse stattfindet: ›Du diskutierst mit ihm und erläuterst die aktuellen medizinischen Erkenntnisse zum Thema ›Schutz durch Therapie‹, lässt Dich derweilen aber mit Handschuhen massieren.‹ Deutlich wird hier, dass die Massage mit Handschuhen nur geduldet, in der vierten Reaktion jedoch abgelehnt wird, um so den eigenen Standpunkt klar zu vertreten und eine diskriminierungsfreie Behandlung einzufordern: ›Du lässt dich nicht mit Handschuhen massieren, erklärst ihm Deine Sichtweise und / oder beschwerst Dich bei dem Chef in der Praxis‹, was eine kämpferisch-optimistische Haltung verdeutlicht und mit 3 Punkten bewertet wurde. In der zweiten Situation beinhaltet die dritte Reaktion ebenfalls ein Dulden der Situation und ein späteres Zur-Wehr-Setzen: ›Du wartest, bis Du aufgerufen wirst und beschwerst Dich dann bei dem Arzt / der Ärztin‹, wobei die vierte Reaktion eine direkte Konfrontation beinhaltet: ›Du diskutierst mit der

Arzthelferin und erläuterst Deine Ansichten zu Datenschutz und sensiblem Umgang mit HIV-Patient_innen.<

Da es sich in Situation drei nicht (wie in den ersten beiden Situationen) um einen Auslöser handelt, auf den man reagieren kann oder nicht, sondern ein vom Gegenüber aufgebrachtes Gespräch eine Reaktion verlangt, wurde auszuweichen und nicht auf das Gespräch einzugehen (›Du weichst dem Thema aus und versuchst schnell zu anderen Inhalten zu wechseln‹) als größte Ausprägung von Unsicherheit und Vermeidungsverhalten formuliert und mit 0 Punkten bewertet. Die weiteren Antwortmöglichkeiten steigern den Grad von selbstbewusstem Umgang mit gleichzeitig abnehmendem Unwohlsein und bekommen somit bei jeder Steigerung auch einen höheren Wert zugeordnet. Reaktion zwei, 1 Punkt: ›Du redest sachlich über das Thema, ohne Bezug zu Dir und Deiner Infektion zu nehmen, fühlst Dich aber unwohl dabei.< Reaktion drei, 2 Punkte: ›Du versuchst die Einstellung und Umgangsweise Deines Gegenübers herauszufinden, ohne Deine Infektion zu thematisieren, positionierst dich aber als dem Thema gegenüber aufgeschlossen. Du empfindest kein Unwohlsein.< Reaktion vier, 3 Punkte: ›Ihr redet sachlich über das Thema und Du outest Dich als HIV-positiv, ohne Dich dazu gedrängt zu fühlen.< Diese Antwort zeigt den selbstbewusstesten Umgang mit der Situation und erreicht somit den höchsten Wert (3 Punkte).

4.5.2.3 *Skala HIV-spezifische Selbstwirksamkeit*

Auch bei der Skala ›HIV-spezifische Selbstwirksamkeit‹ reichen die Antworten wie bei der Skala ›Methodenwissen‹ in sechs Stufen von ›stimmt überhaupt nicht‹ bis zu ›stimmt immer‹ und sollen auch durch die gerade Anzahl der Antwortmöglichkeiten eine neutrale Antwort in der Mitte vermeiden. Ebenso werden zur Auswertung der Ergebnisse die den Antworten zugeordneten Werte von 0 (stimmt überhaupt nicht) bis 5 (stimmt immer) addiert; der Mittelwert daraus ermöglicht

den Vergleich zu anderen Proband_innen und auch mit den Ergebnissen anderer Messzeitpunkte.

Vor dem Hintergrund der thematisierten Forschungsfrage stellt diese Skala den zentralen Kern des Fragebogens dar. Mit 20 Items werden schwierige Situationen für Menschen mit HIV abgebildet, in denen ein selbstbewusster Umgang mit der Infektion vermutlich kaum gegeben ist und eine Steigerung der SWE nach einer Intervention deutlich erkennbar sein wird. Basierend auf den Erkenntnissen der in Kapitel 4.2.2 vorgestellten Befragung ›Leben mit HIV, Herausforderungen im Alltag‹ wurden häufig genannte Situationen und Lebensbereiche ausgewählt, um somit nah am Belastungsempfinden der Zielgruppe Aussagen für diese Skala zu formulieren. Folgende Aspekte fanden in dieser Skala Berücksichtigung: Beziehung und Partnerschaft, Coming-out in der Familie, Einsamkeit und soziales Eingebundensein, Therapie-Bedingungen, finanzielle Absicherung, physische und psychische Gesundheit, ärztliche Versorgung und Gesundheitswesen, Freizeitgestaltung, Arbeit und Berufsleben, Sexualität, gesellschaftlicher Umgang mit diesem Thema.

Alle Fragen sind als Selbstüberzeugung formuliert und spiegeln eine positive Einstellung zur geschilderten Grundsituation wider. Über die verschiedenen Antwortmöglichkeiten kann der individuellen Verfassung und den aktuellen Empfindungen entsprechend abgestuft geantwortet werden, inwieweit die formulierte Handlungserwartung als zutreffend oder nichtzutreffend beurteilt wird.

Folgende Aussagen wurden formuliert:

SW1: Auch wenn ich bei einem Flirt aufgrund der Infektion eine Ablehnung erfahre, werde ich damit gut klarkommen.

SW2: Dem Aufbau einer Beziehung / Partnerschaft sehe ich gelassen entgegen, gut Ding will Weile haben.

SW3: Ich bin in der Lage, beim Kennenlernen einer neuen Beziehung selbstbewusst zu einem richtigen Zeitpunkt meine Infektion anzusprechen.

SW4: Ich kann selbstbewusst abwägen, wem ich in meiner Familie von meiner Infektion erzähle.

SW5: Es gelingt mir gut, mein Leben ›im Miteinander‹ mit anderen zu gestalten und mich nicht einsam zu fühlen.

SW6: Ich bin überzeugt, dass ich mein Tabletten-Management so gestalten kann, dass ich keinen Druck empfinde, wie, wann und wo ich sie einnehme.

SW7: Auch wenn ich keine zusätzliche Absicherung (Rentenzusatz-, Erwerbsunfähigkeitsversicherung etc.) habe, werde ich einen Weg finden, klarzukommen.

SW8: Meine vitale Fitness ist ok; wenn Einschränkungen vorhanden sind, hindern sie mich nicht, meine Absichten und Ziele zu verwirklichen.

SW9: Bei Operationen / Eingriffen im Krankenhaus gehe ich souverän mit meiner Infektion um.

SW10: Ich lasse mich nicht zu sehr von Nebenwirkungen der Medikamente beeinflussen und bestimmen.

SW11: Ich kann souverän abwägen, wem ich zu welchem Zeitpunkt von meiner Infektion erzähle. Ich empfinde keinen Druck oder gar schlechtes Gewissen.

SW12: Ich bin überzeugt davon, dass ich an Aktivitäten und Veranstaltungen (sowohl bei als auch abseits der HIV-Thematik) teilnehmen kann, ohne Angst davor haben zu müssen, erkannt oder geoutet zu werden.

SW13: Bei Fachärzt_innen (Zahnarzt, Frauenarzt etc.) gehe ich selbstbewusst mit meiner Infektion um und setze mich bei Diskriminierung zur Wehr. Ich Sorge für eine vertrauensvolle Arzt-Patienten-Beziehung.

SW14: Ich bin mir sicher, dass ich mich arbeitsrechtlich gegen eine HIV-bedingte Kündigung gut zur Wehr setzen kann.

SW15: Es ist mir bewusst, dass ich auch Schwächen zeigen darf und nicht aufgrund meiner Infektion jedem Leistungsdruck absolut standhalten muss, um nicht aufzufallen.

SW16: Ich lasse mich nicht von der Infektion im Umgang mit Sexualkontakten negativ beeinflussen. Beim Sex bin ich verantwortungsvoll für mich und andere.

SW17: Ich bin mir darüber im Klaren, dass ich mich auf der Arbeit für regelmäßige Arztbesuche nicht rechtfertigen muss. Ich gehe mit diesen selbstverständlich um.

SW18: Ich kann mein Leben unbeschwerter und sorgenfreier gestalten, da die heutige Medizin (u. a. Schutz durch Therapie) eine reguläre Lebenserwartung und die Erfüllung des Kinderwunsches ermöglicht sowie das Übertragungsrisiko bei HIV-negativen Sexualpartner_innen deutlich verringert.

SW19: Ich bin überzeugt davon, mit den mir zur Verfügung stehenden Mitteln mir ein gesundes, lustvolles und sorgenfreies Leben gestalten zu können.

SW20: Ich gehe gelassen damit um, dass nicht alle Menschen in der Gesellschaft über HIV informiert sind, Vorurteile und irrationale Ängste haben.

4.5.3 Reliabilität

In verschiedenen Zusammenhängen dieser Arbeit wurde und wird beschrieben, dass es mit durchaus großen Schwierigkeiten verbunden war, Vertreter_innen der benannten Zielgruppe für diese Forschung zu gewinnen. Dadurch war es nicht möglich, den entwickelten Fragebogen in einem Pretest zu überprüfen. Messungen zur Reliabilität konnten im Vorfeld nicht durchgeführt werden; dies geschah daher im Nachgang mit den Ergebnissen der Test- und Kontrollgruppe. Diese Vorgehensweise war durchaus kritisch zu betrachten. Wäre die Reliabilität nicht gegeben gewesen, hätten alle Messungen und auch die Interventionsmaßnahme als unbrauchbar gewertet werden müssen.

Die Reliabilitätsmessungen wurden für alle drei Skalen zu jedem einzelnen Messzeitpunkt durchgeführt. Die Skala ›Methodenwissen‹ umfasst 14 Items und erreicht im ersten Messzeitpunkt mit $N = 45$ ein Cronbachs Alpha von .95; im Messzeitpunkt zwei, der nur bei der Testgruppe erhoben wurde, mit $N = 21$ ein Cronbachs Alpha von .95 und bei einem $N = 37$, da im dritten Messzeitpunkt nicht mehr alle an der Befragung teilgenommen haben, ein Cronbachs Alpha von .97. Die Anzahl der Teilnehmenden ist dementsprechend in den anderen Skalen gleich. Die Skala ›situatives Handeln‹ weist mit nur drei Items geringere Werte auf. Im Messzeitpunkt eins ($N = 42$), wird ein Cronbachs Alpha von .77, im Messzeitpunkt zwei ($N = 21$) ein Cronbachs Alpha von .58 und im dritten Messzeitpunkt ein Cronbachs Alpha von .76 erreicht. Mit 20 Items erreicht die Skala Selbstwirksamkeit im Messzeitpunkt eins ($N = 42$) ein Cronbachs Alpha von .96, im zweiten Messzeitpunkt ($N = 21$) ein Cronbachs Alpha von .94 und im dritten

($N = 37$) ein Cronbachs Alpha von .97. Bei allen drei Skalen ist somit die Reliabilität bestätigt.

Um die Komplexität der gewonnenen Ergebnisse zu reduzieren und um Veränderungen zwischen den einzelnen Messzeitpunkten und zwischen Test- sowie Kontrollgruppe darzustellen, ist es wichtig, mit einem ›Gesamt-Testscore‹ die jeweiligen Ergebnisse vergleichen zu können. Dazu wurden die drei beschriebenen Subskalen auf ihre Hauptkomponenten analysiert (Darstellung dieser Ergebnisse im Anhang 2). Das Maß der Stichprobenneigung nach Kaiser-Meyer-Olkin liegt bei .59, der Bartlett-Test ist hochsignifikant ($p < .001$) und bestätigte eine ausreichend hohe Korrelation zwischen den Items, um eine Hauptkomponentenanalyse durchzuführen. Es wurden nur die Items mit Eigenwerten ≥ 1 berücksichtigt. Dementsprechend können sechs Komponenten, jeweils mit einem Eigenwert über 1, eine Gesamtvarianz von 76.93 aufklären, wobei Komponente eins mit einem Eigenwert von 20.37 und einer Varianz von 55.06 mit Abstand die größte Aufladung zeigt. Der Scree-Plot bestätigt die Aufladung in einer Komponente. Diese wird als ›HIV-spezifische SWE‹ interpretiert. Danach konnte diese Gesamtskala mit ihren 37 Items in einer Reliabilitätsanalyse für den Messzeitpunkt eins bei $N = 41$ und einem Cronbachs Alpha von .98 bestätigt werden.

4.6 Zusammenfassung der Vorstudien zur Fragebogenentwicklung

Die teilnehmende Beobachtung eines Selbsthilfe-Workshops zum Thema ›Leben mit HIV, was hält mich gesund?‹ (Vorstudie 1) verdeutlichte den Unterstützungsbedarf von Menschen mit HIV, um selbstbewusster mit der Infektion sowie den damit verbundenen Stigmatisierungen umzugehen und sich dadurch gesund zu halten. Eine ›positive Grundüberzeugung‹ hat sich als zentraler Gedanke

herauskristallisiert und stellt somit einen klaren Bezug zum Konstrukt der SWE dar. Ergänzt wird dies durch den herausgearbeiteten Gesichtspunkt der ›Selbstpflege‹ im Sinne einer Förderung von Selbstbewusstsein und Selbstwertgefühl. Erreicht werden kann dies durch Sinnhaftigkeit im Leben, Sicherheitsempfinden, der sozialen Integration sowie Humor und Stressbewältigungsstrategien. Diese Aspekte gilt es dementsprechend in einer Interventionsmaßnahme zu fördern. Das ZRM-Training zielt auf eine Verbesserung der Selbstkompetenzen, der Handlungssteuerung sowie der Gefühlsregulation ab und spiegelt somit einen engen Bezug zu den erarbeiteten Punkten wider.

Mit der bestehenden Skala zur Erhebung der allgemeinen SWE ließen sich in der Zielgruppe der Menschen mit HIV keine aussagekräftigen Ergebnisse über deren vermutete Beeinträchtigung (die auf die Infektion zurückzuführen ist) erzielen. Um eine solche zu messen und im Bezug zu der geplanten Interventionsmaßnahme vergleichbar zu machen, war die Neuentwicklung eines HIV-spezifischen Messinstruments erforderlich.

Dazu wurden in einer weiteren Befragung alltägliche Herausforderungen und Probleme HIV-positiver Menschen abgefragt (Vorstudie 3) und zu für diese Zielgruppe bedeutsamen Themenfeldern zusammengefasst. Auf Grundlage dieser spezifischen Parameter wurde der Fragebogen zur Erhebung der HIV-bezogenen SWE entwickelt.

Da durch die geplante Interventionsmaßnahme sowohl die SWE als auch der selbstbewusste Umgang mit der Infektion gefördert werden soll, mussten in das Messinstrument auch Parameter integriert werden, die einen solchen abbilden und vergleichbar machen. In der Durchführung eines themenbezogenen Workshops zur Integration der Infektion in das Selbstkonzept konnten Verhaltensweisen aufgezeigt werden, die sowohl einen beschämten, nicht selbstbewussten als

auch einen sehr offensiven, tendenziell unsicheren sowie einen reflektierten und selbstbewussten Umgang erkennen lassen. Auch diese Ergebnisse flossen in die Entwicklung des Fragebogens zur HIV-bezogenen SWE mit ein.

Die in den beschriebenen Teilschritten erlangten Resultate waren durch die Befragung und Beobachtung von Menschen mit HIV zusammengetragen worden. Um einen realistischen Lebensweltbezug herstellen zu können, wurde die aktive Beteiligung der Zielgruppe bei der Formulierung und Gestaltung des Fragebogens verfolgt. Auch wenn dies mit deutlichen Schwierigkeiten verbunden war, konnten Vertreter_innen der Zielgruppe gewonnen werden. Mit ihrer Hilfe gelang es in weiteren Einzelschritten, bisher gewonnene Ergebnisse zu selektieren, zusammenzufassen und zur Fragebogenentwicklung aufzubereiten. Diese wurden bei der Formulierung der Fragen mit wissenschaftlichen Aspekten der Stigma-Forschung und der SWE ergänzt. An der Überprüfung der Verständlichkeit und des Lebensweltbezugs war die Zielgruppe ebenfalls beteiligt worden.

Für die Durchführung von Pretest und Reliabilitätsanalyse konnten keine Proband_innen aus der Zielgruppe gewonnen werden, jedoch zeigte die im Nachhinein durchgeführte Hauptfaktorenanalyse, dass alle Items in einer Komponente aufgeladen sind und einen hochsignifikanten Zusammenhang aufweisen. Ebenfalls konnte die Reliabilität der erstellten drei Skalen (Methodenwissen, situatives Handeln und HIV-bezogene Selbstwirksamkeit) sowie der Gesamtskala ›HIV-spezifische SWE‹ bestätigt werden. Dabei erreichte die Skala Methodenwissen aufgrund der geringen Anzahl der Fallbeispiele und Antworten den geringeren, aber dennoch akzeptablen Cronbachs-Alpha-Wert .77, während die anderen zwei Subskalen und die Gesamtskala eindeutig ›exzellent‹ das messen, was sie messen sollen.

Der entwickelte Fragebogen (siehe Anhang 3) ist nicht als standardisiertes Messinstrument zu verstehen, er misst Veränderungen von SWE und des selbstbewussten Umgangs im Kontext der HIV-Infektion, um den Erfolg der geplanten Interventionsmaßnahme abbilden zu können.

5 Hauptstudie / Interventionsmaßnahme

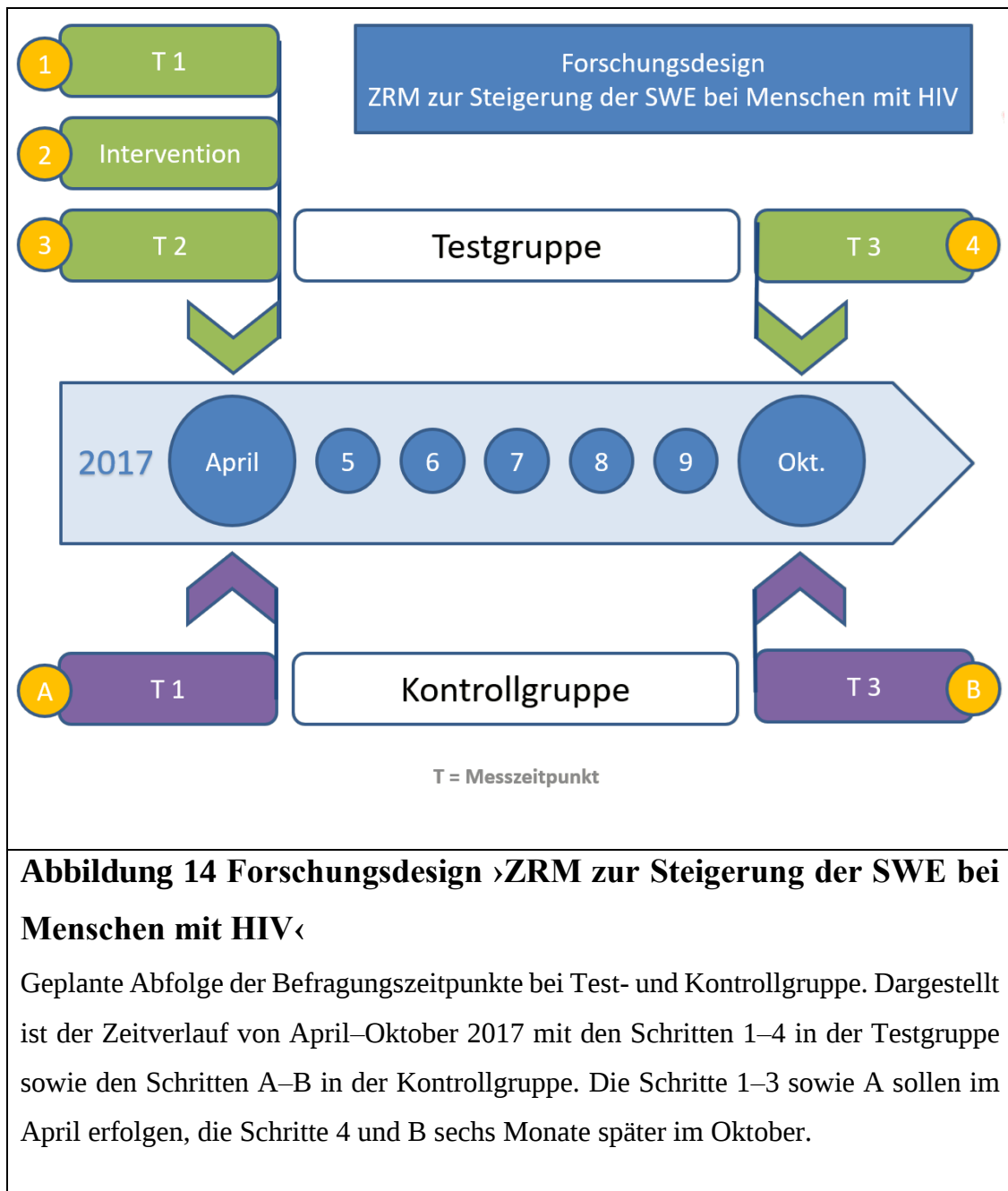
Bei Menschen mit HIV-Infektion werden die Ausgestaltung zwischenmenschlicher Beziehungen, die körperliche Funktionsfähigkeit in Bezug auf alltägliche Lebensbereiche wie Beruf, Haushalt und Freizeit, aber auch Wohlbefinden und Lebenszufriedenheit durch krankheitsbedingte physische und psychische Beschwerden begleitet. Einschränkungen und Belastungen durch die HIV-Infektion sind feststellbar und wurden hinlänglich beschrieben. Sie lassen auf eine Minderung von selbstbewusstem Umgang mit der Infektion und der eigenen Selbstwirksamkeitserwartung diesbezüglich schließen.

Das Zürcher Ressourcen-Modell ist eine Selbstmanagement-Methode, die Menschen darin unterstützt, bewusste und unbewusste Bedürfnisse zu ergründen und miteinander in Einklang zu bringen, um so ihre Handlungskompetenzen zu erweitern und zu lernen, ihre Gefühle zu regulieren. Neben der Anwendung der jeweiligen Methoden wird im Training das dazugehörige Hintergrundwissen vermittelt. So sind die Teilnehmenden in der weiteren Umsetzung unabhängig von Trainer_innen und anderen Expert_innen aus diesem Bereich. Dies trägt zu Steigerung der Selbstkompetenz und der Selbstwirksamkeit bei. Die Förderung der Handlungswirksamkeit steht im Vordergrund des Trainings. Eine Steigerung der Selbstwirksamkeit und Verbesserungen in den Bereichen der individuellen Lebensgestaltung sind zu erwarten. Dazu gehören Verbesserungen der psychischen Verfassung und emotionalen Befindlichkeit sowie der Lebenszufriedenheit, aber auch die Verringerung von Einschränkungen in alltäglichen Lebenssituationen wie Ausübung des Berufs, Versorgung des Haushalts, Gestaltung der Freizeit, zwischenmenschliche Bindungen und soziale Interaktionen.

Unter der Fragestellung, ob das Zürcher Ressourcen-Modell als Schulungsprogramm geeignet ist, um eine Steigerung der SWE bei Menschen mit HIV-

Infektion zu erreichen, wurde ein Forschungsdesign entwickelt (Abbildung 16), bei dem HIV-positive Menschen eingeladen wurden, an einem zweieinhalbtägigen ZRM-Training teilzunehmen. Direkt vor, direkt nach und ein halbes Jahr nach dem Training wurde mit dem entwickelten Fragebogen (Kapitel 4.5) die HIV-spezifische SWE der Teilnehmenden gemessen. Zur Erhebung von Vergleichsdaten wurde die Befragung einer Kontrollgruppe ohne Intervention mit dem gleichen Fragebogen in zwei Messzeitpunkten geplant. Diese lagen, wie Beginn und Ende der Testgruppen-Befragung, ein halbes Jahr auseinander.

Es stellte sich als schwierig und zeitintensiv heraus, eine Gruppe in ausreichender Anzahl an Teilnehmenden für diese Interventionsmaßnahme zusammenzustellen. Die Selbsthilfeangebote der örtlichen Aidshilfen in Nordrhein-Westfalen erreichen in den meisten Fällen nur einen kleinen und vor allem nicht kontinuierlichen Kreis von Besuchenden. In Kooperation mit der Aidshilfe NRW konnte dieses Training an einem der seit über 15 Jahren sechsmal im Jahr stattfindenden Positiven-Wochenenden NRW durchgeführt werden. Zuvor musste das Vorhaben auf Mitarbeiter_innen-Ebene der Aidshilfe NRW vorgestellt werden, danach befasste sich eine Arbeitsgruppe von ›Positiv Handeln‹ (der landesweiten Positiven-Selbsthilfe) mit der Vertretbarkeit einer solchen Studie. Zuletzt wurde das Vorhaben auf einer Sitzung der Landesarbeitsgemeinschaft ›Positiv Handeln‹ (politische Interessensvertretung der Menschen mit HIV in NRW) vorgestellt und zur Abstimmung gebracht. Die Mehrheit stimmte für die Umsetzung; so konnte im April 2017 (nach 1,5 Jahren Planung und Vorbereitung) das Training mit den Teilnehmenden des Positiven-Wochenendes stattfinden. Zuvor war in dem Programmheft zu den Veranstaltungen von ›Positiv Handeln‹ und in den Einladungen der Studienhintergrund an diesem Wochenende vorgestellt und deutlich auf diesen hingewiesen worden.



Positive aus ganz NRW können sich zu diesen Wochenenden anmelden. Je nach Thema liegt die maximale Anzahl (inklusive Organisator_innen (Orga-Team), Moderator_innen, Trainer_innen und Referent_innen) bei 25 Personen. Es wird eine am Einkommen orientierte Kostenbeteiligung erhoben; Zusagen bekommen der Satzung entsprechend alle Interessent_innen, die noch nie oder das

erste bzw. das zweite Mal an so einem Wochenende teilnehmen. Bei allen anderen Personen wird über die Häufigkeit der bisherigen Teilnahme ausgewählt, wer eine Zusage erhält. Das Interesse, an so einem Wochenende teilzunehmen, wird durch das Thema, die Referent_innen, den Termin und Lust und Laune beeinflusst. Die Teilnehmenden (TN), die sich angemeldet haben, bekommen eine Zu- oder Absage und reisen eigenverantwortlich an. Aus Datenschutzgründen werden keine Teilnahmelisten veröffentlicht. Demnach ist unbekannt, wer an dem Wochenende teilnimmt.

Oftmals besteht ein Teil der Gruppe aus regelmäßigen Nutzer_innen dieser Wochenenden. Sie kommen bereits seit vielen Jahren zu diesen Treffen und kennen sich untereinander. Ein geringer Anteil kommt selten, nur hin und wieder und in unregelmäßigen Abständen. Diese TN sind aber mit den Abläufen und den örtlichen Begebenheiten vertraut. Nur wenige sind zum ersten Mal da und kennen weder andere TN noch Ablauf und Struktur.

Das Eintreffen und Einchecken ist ab frühen Nachmittag (14 Uhr) im Tagungshaus möglich. Ab 16:30 Uhr werden die TN durch das Orga-Team empfangen und erhalten die ersten Hinweise und Erklärungen (insbesondere für neue TN). Dann haben sie Zeit, die Zimmer zu beziehen (immer Einzelzimmer mit Bad und Dusche). Ab 18 Uhr ist gemeinsames Abendessen im Restaurant des Tagungshauses. Hierbei handelt es sich um die generelle Speisezeit für alle Tagungsgäste, es besteht daher keine geschlossene Gruppe; dennoch können die TN dieser Veranstaltung sich gemeinsam zusammensetzen. Zum gemeinsamen Seminarbeginn gegen 19:30 Uhr werden alle durch das Orga-Team begrüßt. Nicht immer erfolgt am ersten Abend bereits ein thematischer Einstieg, oft dient diese erste Einheit dem besseren Kennenlernen und einem Erfahrungsaustausch. An diesem

Wochenende ist aufgrund der inhaltlichen Fülle bereits ein Einstieg in das Thema vorgesehen.

5.1 Zielsetzung

Die Teilnehmenden reflektieren eigene Umgangsweisen mit ihrer HIV-Infektion und erkennen Situationen, in denen sie Schwierigkeiten erleben, selbstbestimmt, selbstbewusst und selbstwirksam zu (re-)agieren. Diesen Situationen entsprechend werden auch unbewusste Bedürfnisse ergründet und mit bewussten Motiven abgestimmt, so dass sich Zielvorstellungen für zukunftsgerichtetes Handeln ergeben. Anschließend erlernen die Teilnehmenden verschiedene Methoden, um die Zielerreichung zu steuern, ihre Gefühle zu kontrollieren und sich selbst zu motivieren. Entsprechende theoretische Impulsreferate vermitteln das erforderliche Hintergrundwissen. Der Transfer in den Alltag wird anhand von absehbaren und planbaren, schwierigen Situationen besprochen, mögliche Handlungsoptionen werden erarbeitet und können so vorbereitet und trainiert werden. Durch das Training soll sich die HIV-spezifische Selbstwirksamkeitserwartung sowie der selbstbewusste Umgang mit der Infektion verbessern.

5.2 Teilnehmende der Testgruppe

Die Gruppe bestand aus 24 Personen, von denen eine Person am gleichen Abend aus persönlichen Gründen wieder abreiste, und zwei Personen, die zum Organisator_innen-Team gehörten und als Co-Moderator_innen das Training unterstützten. Somit konnten von 21 Personen die Ergebnisse vor und direkt nach dem Training erfasst und ausgewertet werden. Bei der Befragung, die ein halbes Jahr später postalisch an die Teilnehmenden versendet worden war, kam ein Fragebogen als

unzustellbar zurück, zwei weitere Fragebögen wurden nicht zurückgesendet, so dass von insgesamt 18 Personen die Ergebnisse ausgewertet werden konnten. Im Kapitel 5.4 wird die Testgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe ausführlich dargestellt.

Die Teilnehmenden des Wochenendes ($N = 21$) bestand aus 16 Personen männlichen und 3 Personen weiblichen Geschlechts, eine Person ordnete sich als trans*geschlechtlich zu. Die Altersverteilung beinhaltete 9 Personen zwischen 40 und 49 Jahren, ebenfalls 9 Personen zwischen 50 und 59 Jahren und 3 Personen, die über 60 Jahre alt waren. Das ermittelte Durchschnittsalter lag bei 51,48 Jahren (Std.-Abweichung = 6.05), das Altersminimum war 40, das Maximum lag bei 64 Jahren. 15 Personen waren Single, 5 lebten in einer festen Beziehung und eine Person war verpartnert.

In den letzten zwei Jahren hatten von den Teilnehmenden 17 Personen an Unterstützungsangeboten teilgenommen. Zehn Personen gaben an, bis zu fünf Angebote wahrgenommen zu haben, drei hatten bis zu zwanzig Angebote genutzt. Eine Person gab an, bis zu vierzig Angebote, zwei gaben an, über vierzig Angebote genutzt zu haben.

Das im Monat zur Verfügung stehende Nettoeinkommen betrug bei vier Personen weniger als 500 €, bei fünf Personen zwischen 500 € und 1000 €, bei weiteren sechs Personen zwischen 1000 € und 1500 €. Jeweils eine Person verfügte über ein Einkommen zwischen 2000 € und 3000 €, 3000 € und 4000 € sowie mehr als 4000 €.

Die Infektion war bei acht Personen länger als 20 Jahre bekannt, 4 x seit 15 bis 20 Jahren, 2 x seit 10 bis 15 Jahren. Fünf Personen kannten ihren Infektionsstatus seit 5 bis 10 Jahren, eine Person jeweils seit 2 bis 5 sowie seit 1 bis 2 Jahren.

Da die Infektionsdauer in Zeitfenstern angegeben wurde, können Mittelwert und Standardabweichung nicht berechnet werden.

Es ist nicht beabsichtigt, die Angaben zur Teilnahme an Unterstützungsangeboten, zum Monatsnettoeinkommen sowie über die Infektionsdauer im Detail zu betrachten und in die Auswertung miteinzubeziehen. Diese wurden erhoben, um sie bei auffälligen Ergebnissen im Bedarfsfall vor dem jeweiligen Hintergrund anders interpretieren zu können.

5.3 Durchführung der Interventionsmaßnahme

Die Beschreibung der Durchführung des Wochenendes, erfolgt anhand der stichpunktartigen Dokumentation der SL sowie dem daran orientierten Gedächtnisprotokoll. Das an diesem Wochenende vermittelte Selbstmanagement-Training fungierte als Interventionsmaßnahme zur Steigerung der HIV-bezogenen Selbstwirksamkeitserwartung und basiert auf den Grundlagen des Zürcher Ressourcen-Modells³⁷, das im Theorieteil (Kapitel 3.2) ausführlich dargestellt wurde. Üblicherweise erfolgt so ein Training in einer Gruppengröße von bis zu zwölf Teilnehmenden. Da die Positiven-Wochenenden immer mit ca. 25 Personen stattfinden und eine ausreichende Anzahl auswertbarer Ergebnisse vorliegen musste, wurde das Training in der beschriebenen Gruppengröße von 21 unter Einsatz von zwei Co-Moderator_innen³⁸ durchgeführt. Im Vorfeld wurden diese in die Vorgehensweise und den Ablauf des ZRM-Trainings eingewiesen und sie erhielten die Aufgaben, auf Wortmeldungen achtzugeben, damit solche nicht übersehen werden, bei Kleingruppenarbeiten dem Trainingsmanual entsprechend die Gruppen

³⁷ Grundlagen und Trainings-Manual in der 5., erweiterten und vollständig überarbeiteten Auflage.

³⁸ 1 x männlich, 1 x weiblich.

anzuregen und zu begleiten, bei individuellem Betreuungsbedarf als Ansprechpartner_in zur Verfügung zu stehen sowie Abläufe durch Handreichungen zu unterstützen.

Da sowohl ein sehr großer Seminarraum als auch kleine Räume und Sitzmöglichkeiten für die Gruppenarbeiten zur Verfügung standen, war die Gruppengröße im Hinblick auf den Platzbedarf nicht bedenklich.

Der Gruppengröße entsprechend wurden Ablaufplan und Zeitfenster angepasst. Um eine gute Durchmischung, ein Kennenlernen und den Austausch zwischen den TN zu erreichen, wird im ZRM-Training regelmäßig eine neue Sitzordnung (durch zufällige Zuordnungen) angestrebt. Vor dem Hintergrund von schnell auftretenden Verunsicherungen bei der Zielgruppe sowie des Wunsches nach Schutzraum und vertrautem Umfeld wurde dies bewusst nicht umgesetzt. Alle konnten sich so hinsetzen, wie sie es wollten, und für das gesamte Training auch so sitzen bleiben. Um die sozialen Ressourcen ausreichend und anreichernd zu nutzen, wurden die Kleingruppen aber jeweils neu eingeteilt. Bei den jeweiligen Gruppenarbeiten wurden die Teilnehmenden auf drei Fünfer-Gruppen und eine Sechser-Gruppe aufgeteilt.

Die Förderung einer HIV-bezogenen SWE stand im Fokus dieses Wochenendes, daher wurde mit einer themenspezifischen Bildwahl gearbeitet. Um die Teilnehmenden auf das Thema einzustimmen, wurde eine zusätzliche Arbeitseinheit mit dem Inhalt ›Probleme, Herausforderungen und damit einhergehende ungewollte Verhaltensweisen‹ an den Beginn des Trainings gestellt.

Damit das Wochenende nicht zu viele Inhalte und Arbeitsschritte beinhaltet, wurde bewusst auf die Arbeitsphase ›Aufbau des Embodiment im ZRM‹ verzichtet. Dieser Punkt wurde nur als kurzes Impulsreferat vorgesehen. Das

Wichteln erwies sich als schwierig umzusetzen, da die TN am Abend in dem Tagungshaus bleiben und es keine Möglichkeiten gibt, auf die Schnelle etwas zu besorgen. Etwas zu basteln und zu malen wäre nur mit zeitlichem Aufwand und von den Fähigkeiten her auch nicht allen möglich gewesen. So wurde auf diesen Punkt ebenfalls bewusst verzichtet. Der zeitliche Ablaufplan (siehe Anhang 4) orientiert sich an der Dramaturgie zur 5. Auflage, Grundlagen und Trainingsmanual (Storch & Krause, 2014).

Die Erhebung zur HIV-bezogenen Selbstwirksamkeit soll die möglichen Veränderungen durch diese Interventionsmaßnahme in kurzfristiger und langfristiger Perspektive messen. Dazu wurde direkt vor dem Training der erste Messzeitpunkt gesetzt, bei dem alle Teilnehmenden den Fragebogen ausfüllen sollten, um den Status quo zu erheben. Um kurzzeitige Erfolge und Veränderungen zu messen, wurde direkt nach dem Training der zweite Messzeitpunkt und für die Veränderungen auf langfristige Sicht der dritte Messzeitpunkt mit einem Abstand von sechs Monaten gesetzt.

Da überprüft werden soll, ob mögliche Veränderungen und Verbesserungen der HIV-bezogenen Selbstwirksamkeitserwartung durch die Teilnahme an dem Selbstmanagement-Training mit dem Zürcher Ressourcen-Modell bedingt sind, wird im Folgenden die Durchführung des Trainings detailliert beschrieben. Ablauf, Hintergründe und Inhalte des Trainings waren ausführlich im Kapitel 3.3 dargestellt worden. Auf die einzelnen Arbeitsergebnisse der TN wird nicht weiter eingegangen, da diese für den Erfolg der Methode an sich nicht aussagekräftig sind. Hinzu werden die Erläuterungen der Seminarleitung (SL) als Fließtext dargestellt. Die durchführende SL hat die Zertifizierung und Anerkennung als ZRM®-Trainer; ihre Ausführungen beziehen sich hauptsächlich auf das Grundlagen- und Trainingsmanual für die Arbeit mit dem Zürcher Ressourcen-Modell,

in der 5., erweiterten und vollständig überarbeiteten Auflage (Storch & Krause, 2014). Abbildung 15 stellt einen Überblick über die vermittelten Inhalte, deren Reihenfolge und den Ablauf des Wochenendes dar.

5.3.1 Ablauf

Das Wochenende startete am Freitagnachmittag im Tagungshaus, das regelmäßig für die Positiven-Wochenenden angemietet wird, und ging bis zum frühen Sonntagnachmittag. Es wurde durch zwei Personen (m/w) des Orga-Teams der Aids-hilfe NRW und den ZRM®-Trainer³⁹ als SL begleitet. Für alle Teilnehmer_innen gab es ein Seminarhandbuch, in dem sie ihre eigenen Arbeitsschritte dokumentieren und ausarbeiten konnten. Der Seminarraum war mit einem Stuhlkreis vorbereitet, ein für dieses Training erforderliches und für die Positiven-Wochenenden übliches Setting.

5.3.1.1 *Testgruppe, Messzeitpunkt 1*

Beim Check-in wurden alle angereisten Seminargäste durch das Orga-Team und die SL begrüßt. Für alle, die das erste Mal in diesem Tagungshaus waren, wurden die Örtlichkeiten, wo Toiletten, Seminarräume, Restaurant etc. zu finden sind, erläutert. Alle bekamen einen DIN-A4-Umschlag, in dem der Fragebogen enthalten war, mit der Bitte ausgehändigt, diesen bis zum Seminarbeginn anonym auszufüllen, wieder in den Umschlag zu stecken und im Seminarraum in die dafür vorgesehene Kiste zu legen. Der Hintergrund der Befragung wurde nochmals erklärt, alle hatten in der Einladung bereits eine Information dazu erhalten. Die Folgebefragungen einmal am Seminarende und eine weitere ein halbes Jahr später wurden ebenfalls noch einmal angekündigt.

³⁹ Dem Verfasser dieser Arbeit.

Ablaufplanung		
Arbeitseinheit 1, erster Tag abends		
	Verlauf, Ziele, Regeln	Erläuterung
	Ungewollte Verhaltensmuster	Gruppenarbeit
	Wünsche und Annäherungsziele	Gruppenarbeit
	Das unwillkürliche Abkommen vom Ziel	Impulsreferat
Arbeitseinheit 2, zweiter Tag vormittags		
	bewusste und unbewusste Bedürfnisse	Vortrag / Erklärung
	Der Rubikonprozess	Impulsreferat
	Entspannung und Bildwahl	
	Ideenkorb zum Bild	Impulsreferat Demonstration Gruppenarbeit
	zwei Systeme	Impulsreferat
	Affektbilanz	Impulsreferat
	Auswertung Ideenkorb	Einzelarbeit
	Vorstellung der Ergebnisse	Plenumsrunde
Arbeitseinheit 3, zweiter Tag nachmittags		
	Zieltypen	Impulsreferat
	Ideenkorb Motto-Ziele	Demonstration Gruppenarbeit
	Kernkriterien	Impulsreferat
	Formulierung der Motto-Ziele	Einzelarbeit
	Vorstellung der Ergebnisse	Plenumsrunde
	Neuronale Plastizität	Impulsreferat
	Lernen, Erinnerungshilfe und Priming	Impulsreferat
	Ideenkorb Erinnerungshilfen	Gruppenarbeit
	Wechselwirkung Körper und Psyche	Impulsreferat
	Stopp-Befehl	Erklärung Partnerarbeit
	Ressourcenpool	Impulsreferat
Arbeitseinheit 4, dritter Tag vormittags		
	Wenn-Dann-Plan	Impulsreferat
	Ideenkorb zu Wenn-Dann	Gruppenarbeit
	ZRM-Ablaufmodell	Impulsreferat
	Situationstypen	Impulsreferat
	A-Situationen	Erklärung
	C-Situationen	Erklärung
	B-Situationen	Erklärung Demonstration Gruppenarbeit

Abbildung 15 Übersicht der Arbeitseinheiten und Inhalte

Geplanter Seminarablauf, Aufteilung der Arbeitseinheiten mit den jeweiligen Inhalten.
Diese orientieren sich an Storch & Krause, 2014

Zum Seminarbeginn wurden die abgegebenen Fragebögen gezählt, ein Briefumschlag fehlte. Auf die Nachfrage hin bestätigte ein Teilnehmer, den Bogen ausgefüllt, aber auf dem Zimmer vergessen zu haben. Um den Beginn nicht zu verzögern, verständigte sich die Leitung mit ihm darauf, den Umschlag in der nächsten kleinen Pause zu holen, was dann auch so geschah. Somit waren alle Fragebögen mit den gleichen Eingangsvoraussetzungen ausgefüllt worden. Der Umschlag wurde irgendwo unter die anderen Umschläge gemischt, um die Anonymität aufrecht zu erhalten.

5.3.1.2 Arbeitseinheit 1 (erster Tag, abends)

Das Orga-Team begrüßte alle Teilnehmer_innen, erläuterte kurz die wesentlichen Regeln und Abläufe im Tagungshaus und gab organisatorische Hinweise (wie z. B. Tür-Code und Erreichbarkeiten, Öffnungszeiten von Schwimmbad und Sauna etc.). In einer Blitzrunde stellten sich die Teilnehmenden vor, hier wurden nur Name, Alter und Häufigkeit der Teilnahme an einem Positiven-Wochenende benannt. Diese kurze Art der Vorstellung wurde gewählt, weil im Verlauf des Trainings weitere Runden, in denen die Teilnehmenden sowohl sich als auch Ergebnisse der Arbeitsschritte vorstellten, folgen sollten. Einige unter ihnen kannten sich aus privaten Settings oder von vorangegangenen Wochenenden, einzelne Personen nahmen das erste Mal an so einem landesweiten Positiven-Treffen teil. Die SL stellte sich und die Hintergründe des ZRM-Trainings vor, erläuterte den Kursverlauf, benannte die Kursziele, ging auf die ZRM-Regeln ein und verständigte sich mit den Anwesenden auf die vertraute Du-Form der Anrede. Insbesondere wurde auf den Schutzraum hingewiesen, den diese Veranstaltung für alle Beteiligten bietet, indem sich alle darauf verlassen können müssen, dass persönliche Dinge nicht nach außen getragen werden. Für die Arbeit im Training verwies

die Leitung besonders auf die Entscheidungsfreiheit, die alle für sich haben, Inhalte öffentlich zu formulieren oder für sich geheim halten zu können.

In der ersten Arbeitseinheit ging es um die Reflexion ungewollter Verhaltensmuster vor dem Hintergrund der eigenen HIV-Infektion. Die Leitung erläuterte zum Einstieg, wie Diskriminierungen, Ablehnungen oder andere HIV-spezifische Probleme (gesundheitlicher oder gesellschaftlicher Art) zu Verletzungen und unkontrollierten Verhaltensweisen führen und es kein Leichtes ist, sich in solchen herausfordernden Situationen selbstbewusst und souverän zu verhalten. Sie bat alle, sich solche Erlebnisse vor Augen zu führen und zu überlegen, welche unerwünschten Reaktionen sie bei sich selbst bisher bemerkt haben. Es lagen Moderationskärtchen mit dementsprechenden Nennungen auf dem Boden. Diese enthielten Formulierungen aus erlebten Beratungssettings und berichteten beispielhaft Verhaltensweisen, die in schwierigen Situationen häufig auftreten können. Sie sollten die Teilnehmenden anregen, für ihre Situationen ähnliche Formulierungen zu finden. Passende Kärtchen konnten aufgehoben und an die dafür vorbereiteten Pinnwände gehängt werden. Alle konnten aber auch selbst neue Kärtchen für sich schreiben. 63 Kärtchen waren am Ende zusammengetragen worden (siehe Anhang 5). Da diese Sammlung zur Einstimmung in dieses Thema gedacht war, wird hier nicht auf die einzelnen Nennungen eingegangen.

Entsprechend der so gesammelten ›ungewollten Verhaltensmuster‹ wurden nach einer Pause im nächsten Arbeitsschritt ›wünschenswerte Verhaltensweisen‹ formuliert, ebenfalls auf Kärtchen geschrieben und an andere, dafür vorbereitete Pinnwände gehängt. Bei der Anleitung dazu erläuterte die SL die Unterschiede zwischen Annäherungs- und Vermeidungszielen, verdeutlichte diese mit Beispielen (Vermeidung: »Ich will nicht mehr so viel Stress erleben« / Annäherung: »Ich möchte gelassen und entspannt durchs Leben gehen«) und stellte die Wichtigkeit

heraus, diese Wünsche als Annäherung zu formulieren. Der Wunsch soll die Richtung und das Ziel benennen. Die mit einem Wunsch entstehenden inneren Bilder sollen positive Assoziationen wecken, um sich gerne mit diesem Ziel auseinanderzusetzen. Enthaltene Negationen erzeugen Assoziationen zu den Aspekten, die vermieden werden sollen. Damit wäre das Gehirn mit der Verarbeitung dieser negativen Themen beschäftigt und belastet.



Abbildung 16 Sammlung ungewollter und wünschenswerter Verhaltensweisen

Fotodokumentation der jeweiligen Arbeitsschritte und Ergebnisse

Nachdem alle Wünsche auf Kärtchen gesammelt und angepinnt waren (siehe Anhang 6), konnten sich alle diese Formulierungen anschauen und sollten für sich selbst überlegen, ob auch Wünsche der anderen für sie selbst zutrafen. Die SL markierte einzelne Kärtchen und machte auf formulierte Vermeidungsziele aufmerksam.

Um diesen Arbeitsschritt zu beenden, sollten die Teilnehmenden für sich persönlich drei Wünsche benennen und in das seminarbegleitende Handbuch

übertragen. Gleichzeitig sollten alle derweilen überlegen, ob sie aus ihren gesammelten Wünschen ein Thema bzw. einen Gesamtwunsch formulieren und in das Handbuch eintragen können. Im Ablaufplan war zum thematischen Abschluss dieser Arbeitseinheit ein Impulsreferat zum ›unwillkürlichen Abkommen vom Ziel‹ geplant. Da die vorangegangenen Schritte ca. 20 Minuten länger gedauert hatten als es vorgesehen war, wurde dies nicht mehr thematisiert und auf den nächsten Tag verschoben.

Das anstehende Training verfolgt das Ziel, sich selbst zu stärken, um mit Selbstvertrauen und der Überzeugung, ›solche Situationen schaffen zu können‹, HIV-bezogenen Herausforderungen souverän zu begegnen. Damit dieses Ziel als gemeinsames Thema im Training für alle angegangen werden kann, bildete die Auseinandersetzung mit problematischen Situationen und den daraus resultierenden ungewollten Verhaltensweisen den thematischen Bezug für die weitere Arbeit. Dies wurde zusammenfassend durch die SL erläutert. Mit einer dreiminütigen Vitalisierungsübung wurde sich gereckt und gestreckt, Muskeln wurden angespannt und gelockert und damit der erste Abend beendet.

Nach dem Ende der ersten Arbeitseinheit suchte eine Person das Orga-Team auf, um sich von dem Wochenende wieder abzumelden. Die Begründung war ein persönlicher Konflikt mit einer anderen Person aus dieser Gruppe, der zu so starkem Unwohlsein führe, dass ein Öffnen und Einlassen auf einen so intimen Prozess nicht möglich seien. Obwohl die Möglichkeit, in den Kleingruppenarbeiten nicht mit dieser Person in einer Gruppe arbeiten zu brauchen, durch die SL versichert und die Entscheidungsfreiheit über die Inhalte, die in den Arbeitsschritten preisgegeben werden können, nochmals erläutert wurden, blieb die Person bei ihrer Entscheidung und reiste wieder ab.

5.3.1.3 *Arbeitseinheit 2 (zweiter Tag, vormittags)*

Gemäß dem Zeitplan startete der zweite Tag pünktlich um 9 Uhr mit einer Vitalisierungsübung zum Lockern der Muskulatur und zur Anregung des Kreislaufs. Die SL begrüßte die Anwesenden, gab die Abreise der fehlenden Person bekannt, ohne näher auf die Hintergründe einzugehen und fasste die Arbeitsschritte des Vorabends noch einmal kurz zusammen.

Mit einem Impulsreferat zum Thema ›unwillkürliches Abkommen vom Ziel‹ wurde an die bisher formulierten Wünsche angeknüpft. Während die SL das Flipchart dazu (Abbildung 17) Schritt für Schritt aufbaute, erläuterte sie, wie leicht wir aus der Ruhe zu bringen sind und somit unseren Weg des zielgerichteten Handelns verlassen⁴⁰. Schnell verfallen wir in unerwünschte Verhaltensweisen und handeln in unkontrollierter Stress-Routine. Die Kontrolle ist nicht mehr gegeben, da wir entweder übererregt sind und impulsiv überreagieren (Explosion) oder weil wir in Resignation verfallen und wie gelähmt dann nicht mehr handlungsfähig sind. Wichtig ist es, kleine Signale, die uns eine Risiko-Situation ankündigen, wahrzunehmen, um dann frühzeitig mit dem Einsatz eigener Ressourcen gegensteuern zu können. Das bevorstehende Training sollte die Wahrnehmungsfähigkeit, um solche Signale erkennen zu können, verbessern und dementprechende Ressourcen vermitteln.

Zum Abschluss dieses Themas fragte die SL, ob jemand schon einmal für sich solche unkontrollierten Stress-Handlungen wahrgenommen habe und ob man dann eher übererregt oder gelähmt gewesen sei. Einzelne Teilnehmer_innen

⁴⁰ Die Erklärungen aus der Sicht der Gruppe heraus (Wir machen, erleben etc.) war bewusst gewählt, um so die Inhalte sehr persönlich und nah an dem Empfinden der Teilnehmenden zu orientieren und zu formulieren.

berichteten erlebte Situationen, die in der einen oder anderen Weise aufgetreten waren.

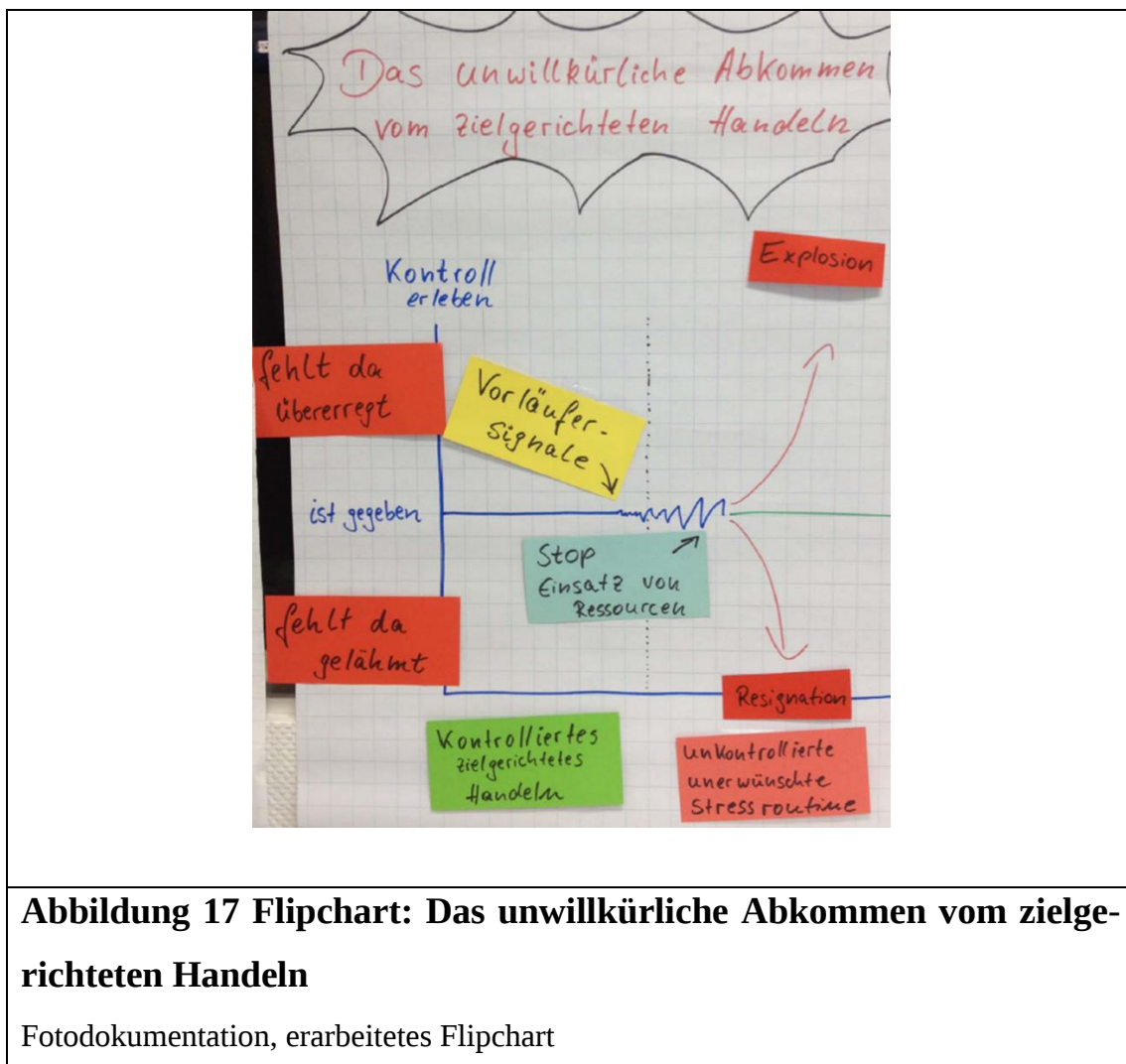


Abbildung 17 Flipchart: Das unwillkürliche Abkommen vom zielgerichteten Handeln

Fotodokumentation, erarbeitetes Flipchart

Um in den nächsten Arbeitsschritt einsteigen zu können, war es wichtig, das Zusammenspiel von unbewussten Bedürfnissen und bewussten Motiven zu kennen und zu verstehen. Die SL erzählte beispielhaft, wie eine ratsuchende Frau das Problem schilderte, sich nicht genug abgrenzen zu können. Ob bei Freunden oder der Familie, aber auch auf der Arbeit gelinge es ihr nicht, auch einmal nein zu sagen, um so auf ihre Grenzen zu achten. Mit Hilfe des ZRM-Trainings konnten ihre unbewussten Bedürfnisse nach ›Anerkennung, Zugehörigkeit und

Miteinander< ergründet werden. Da diese im Widerspruch zu dem bewussten Vorhaben ›Ich muss lernen mich abzugrenzen< stehen, wurde deutlich, wieso ihr dies bisher nicht gelingen konnte. Mit dem im Training umformulierten Wunsch ›Ich gestalte meinen Freiraum< konnte die junge Frau nun auf sich und ihre eigenen Grenzen besser Rücksicht nehmen und diese so kommunizieren, dass dennoch Miteinander und Zugehörigkeit möglich waren.

Nach dieser Ausführung schloss sich das Impulsreferat zum ›Rubikon-Prozess< (ausführlich in Kapitel 3.3.1 erörtert) an. Dieser Prozess war der rote Faden dieses Trainings und bildet die Teilschritte ab, die ein Wunsch durchlaufen muss, um in einer Handlung realisiert zu werden. Nachdem die unbewussten Bedürfnisse ergründet worden sind, müssen diese mit den bewussten Wünschen (im ZRM-Training wird von den Motiven gesprochen) in Einklang gebracht werden. Ist dies gelungen, kann der Bereich des Wünschens verlassen werden. Mit dem Schritt über den Rubikon (so, wie es Cäsar seinerzeit tat), ist die Entscheidung, handeln zu wollen, gefallen. Im Bereich des Wollens steht nun die Intention, die Handlungsabsicht. Von da aus gelingt es, in manchen Situationen direkt in die Handlung zu gehen, manchmal sind aber auch noch Vorbereitungen (Informationsbeschaffung, Aktivierung bestimmter Ressourcen etc.) erforderlich, um handlungsbereit zu sein. Diese einzelnen Abschnitte wurden wieder Schritt für Schritt auf einem Flipchart aufgebaut und standen somit visualisiert zur Verfügung. Alle erarbeiteten Flipcharts wurden (in den Pausen) an den Wänden angebracht. Die bisherigen Arbeitsschritte und Ergebnisse waren so immer für alle zu sehen und nachzuvollziehen. Aufgrund des nachgeholten Impulsreferates vom Vortag und den weiteren Ausführungen zum Rubikon-Prozess war bereits viel Zuhören gefordert. Dementsprechend hatte die SL den Ablaufplan verändert und hier eine zehnminütige Pause eingeplant. So war für die Teilnehmenden eine kleine Erholung möglich und der nächste Schritt konnte in Ruhe vorbereitet werden.

In der Mitte des Stuhlkreises wurden die Bilder der ZRM-Bildkartei ausgelegt, die sofort mit Interesse und Neugier betrachtet wurden, als die TN zurück in den Raum gekommen sind. Die SL erläuterte die Vorgehensweise für die anstehende Bildwahl und hob hervor, wie wichtig es ist, aus dem Unbewussten, also aus dem Bauchgefühl heraus auf ein Bild zu reagieren. Bewusste Gedanken und Überlegungen zu den Bildern sind nicht hilfreich, da somit der Verstand aktiv ist und das Bild aussucht. Da wir zu diesem Zeitpunkt unser Unbewusstes ergründen wollen, muss ein Bild dementsprechend auch von diesem gewählt werden. Auch wollten wir mit positiven Gefühlen weiterarbeiten; insofern ist es wichtig, solche Empfindungen wahrzunehmen. Ein gutes Gefühl, Euphorie, Freude usw. sind gute Botschafter, die uns auf ein Bild reagieren lassen.

Es wurde die Entspannungssequenz angekündigt, die im Anschluss folgte, und das Vorgehen bei der Bildwahl erörtert. Alle sollten nach der Entspannungsübung aufstehen und um die Bilder herumgehen, diese gedankenlos betrachten und positive Gefühle und Reaktionen des Körpers als Auswahlhilfe nutzen. Wer sein Bild gefunden hat, soll zum Platz zurückgehen, die Bilder bleiben aber alle noch liegen. Da es keine Nachfragen gab, begann die SL, durch eine ca. vierminütige Entspannungs-Trance zu führen, die mit leiser sphärischer Musik untermalt war. Den TN stand es frei, die Augen dabei zu schließen oder geöffnet zu lassen. Ziel war es, die Teilnehmenden mit ihren eigenen Stärken und Ressourcen in Kontakt zu bringen, sich von den Gedanken zu lösen und diese ziehen zu lassen, um sich so, frei von negativen Anspannungen, auf diesen Prozess einlassen zu können. Nachdem das Zurückkommen aus dem Entspannungszustand in das Hier und Jetzt angeleitet wurde, folgte die Aufforderung, nun aufzustehen und um die Bilder herumzugehen, diese gedankenfrei auf sich wirken zu lassen und positive Signale wahrzunehmen.

Es dauerte unterschiedlich lange, bis sich alle wieder an ihrem Platz befanden. Einzelne waren mit weniger als drei Minuten schon fertig, eine Person brauchte sehr lange (fast acht Minuten), bis sie zu ihrem Platz zurückgegangen war. Da alle Bilder mehrfach in den ausgelegten Klarsichthüllen vorhanden waren, brauchte niemand zu befürchten ein anderes Bild nehmen zu müssen, weil eine andere Person schneller war und das gleiche Bild genommen hat. Dieses wurde von der SL erläutert, bevor dann die Aufforderung folgte, sich sein Bild zu nehmen. Von einer Person kam die Frage, ob man auch zwei Bilder nehmen dürfe, worauf eine weitere Person das dann ebenfalls gerne machen wollte. Die SL erklärte, es sei zwar möglich, aber dennoch schwierig, da der folgende Prozess mit zwei Bildern komplexer und schwieriger zu gestalten sei. Als Hilfe folgte die Empfehlung, die Intensität der positiven Gefühle als Wahlkriterium zu beachten und sich für das Bild, das mehr positive Empfindungen hervorrufe, zu entscheiden. Da sich die fragende Person dennoch nicht entscheiden konnte, sollte sie vorerst beide Bilder nehmen und schauen, ob es ihr in den nächsten Schritten gelinge, sich für eines der beiden Bilder zu entscheiden. Während diesen Erklärungen hatten sich schon einzelne ihre Bilder genommen. Nun standen die anderen auch auf, um sich ihr Bild zu nehmen. Vier Motive waren doppelt ausgewählt worden. Da jedes Bild mehrfach in der Hülle vorhanden war, hatten alle ihr persönliches Exemplar.

Nachdem sich alle wieder hingesetzt hatten, begann eine Vorstellungsrunde. Ein Flipchart gab die Zeit (eine Minute pro Person) und die zu erwähnenden Punkte vor: eine persönliche Vorstellung mit Namen, Alter, Infektionsdauer und Angaben zu dem Bild, was man darauf sieht und wieso man es genommen hat. Die SL schrieb stichpunktartig mit und achtete besonders auf die Beschreibung der Auswahlgründe. Ziel war es, zu erkennen, ob positive Empfindungen aus dem Unbewussten oder rationelle Überlegungen zu der Bildwahl geführt

haben. Obwohl die Reihenfolge nicht vorgegeben war, stellten sich alle der Reihenfolge nach im Uhrzeigersinn vor. Nach jeder Person wurde noch einmal kurz nachgefragt, ob man sich mit der Bildwahl wohl fühle oder ob es sich gut bzw. positiv anfühlt. Sehr aussagekräftige Antworten zur Entscheidung für das Bild waren zum Beispiel: ›Das Bild hat mich sofort angesprochen‹, ›Das Bild versprüht Energie‹, ›Mir hat das Bild einfach gefallen‹, ›Eigentlich wollte ich ein anderes Bild nehmen, aber dann hatte ich auf einmal das genommen und irgendwie fühlt es sich gut an‹, ›Wenn ich das Bild sehe, bekomme ich eine Gänsehaut‹, ›Ich weiß nicht warum, aber es passt‹. Bei zwei Vorstellungen klangen kognitive Prozesse heraus: ›Das Bild erinnert mich an...‹ und ›Wenn ich über das Bild nachdenke, empfinde ich...‹. Die Leitung machte auf die bewussten Gedankenprozesse aufmerksam und intervenierte mit der Frage, wie bewusst die Bildwahl stattgefunden habe. Dazu erläuterte sie das Ziel, das Unbewusste ergründen zu wollen, was am leichtesten gelingen kann, wenn wir unseren Verstand und alle Gedanken kurzzeitig aussetzen und in den Urlaub schicken können. Beide Male wurden ein positives Gefühl und die Empfindung, das passende Bild gefunden zu haben, bestätigt, so dass die Leitung dieses auch so stehen ließ.

Als die Person mit den zwei Bildern an der Reihe war, betrachtete sie die beiden Bilder, während sie die Angaben zu ihrer Person machte und legte (unaufgefordert) ein Bild unter den Stuhl. Sie führte ihre ambivalenten Empfindungen aus. Beide Bilder haben ihr auf Anhieb sehr gut gefallen und sie auch positiv angesprochen. Da bei dem Bild, das sie nun weggelegt hatte, sehr viele Erinnerungen und Gedanken geweckt wurden, hatte sie nun nach der Bemerkung ›Gedanken in den Urlaub schicken‹ für sich entschieden, sich auf das andere Bild einzulassen und Neugier zu empfinden, was da nun kommen möge. Auf die Frage der SL hin, ob sie sich mit diesem Bild wohl fühle und es auch mit positiven Empfindungen in der Hand halten könne, bejahte sie dies.

Da jede Person nun ein Bild für sich gefunden hatte, wurden die restlichen Bilder aufgehoben und zur Seite gelegt. Die SL erläuterte unter Zuhilfenahme eines Flipcharts (Abbildung 18) das weitere Vorgehen mit der Methode ›Ideenkorb‹: ›Nun haben wir ein Bild gewählt, besser gesagt unser Unbewusstes hat auf dieses Bild reagiert. Und nun sitzen wir da und fragen uns, was uns das Bild sagen will und warum wir gerade dieses genommen haben. Würden wir nun beginnen darüber nachzudenken und dieses Bild zu interpretieren, wäre unser Verstand und unser Bewusstes wieder voll am Werk. Aber das wollen wir zu diesem Zeitpunkt immer noch nicht. Unser Verstand darf sich noch ein bisschen ausruhen und den Urlaub genießen. In dem nächsten Schritt werden wir nun Ideen und Assoziationen sammeln. Diese Methode wird Ideenkorb genannt. Wir arbeiten mit sozialen Ressourcen, nämlich den anderen Menschen, die mit uns hier im Raum sitzen. Jedem wird zu den Bildern was einfallen, jeder darf seine Ideen in den Korb legen. Jeder kann für sich dann eine passende Idee herausnehmen. Die jeweiligen Bildbesitzer_innen hören zu und nehmen wahr, wie die Ideen der anderen auf sie wirken und wobei es positive Reaktionen unseres Körpers gibt.

Da es zu lange dauern würde, wenn wir das in der großen Gruppe für jedes Bild ausarbeiten, werden gleich Kleingruppen eingeteilt. Es werden drei Gruppen mit fünf und eine Gruppe mit sechs Personen sein. Damit aber alle wissen, worauf es ankommt, werden wir nun eine Demonstration des Ablaufs hier in der großen Gruppe machen.

Die Leitung fragte, wer gerne beginnen und das ausgewählte Bild zur Verfügung stellen wolle. Von mehreren Personen, die dazu bereit waren, wählte die Leitung eine Person aus und nahm bewusst ein Bild, das nicht doppelt ausgewählt worden war. Nun wurden die Schritte erläutert, die später in den Kleingruppenarbeiten umgesetzt werden sollen: Die Zeit muss im Auge behalten werden, für jede

Person stehen fünf Minuten zur Verfügung. Eine Person muss die Nennungen mitschreiben, und zwar auf dem dafür vorgesehenen Arbeitsblatt im Seminarhandbuch der bildbesitzenden Person. Diese stellt das Bild zur Verfügung und hört nur zu, was für Ideen zusammengetragen werden. Es wird nicht hinterfragt und soll auch nicht diskutiert werden. Alle Ideen sollen positive Gedanken beinhalten und wecken können. Es dürfen Bildbeschreibungen sein, die ausdrücken, was man sieht, aber auch Assoziationen, die durch das Bild geweckt werden. Die Leitung betonte ausdrücklich, dass es nur um die Sammlung und das Zusammentragen der Ideen geht. Was dann damit gemacht wird, ist der nächste Schritt und sollte noch nicht mitgedacht werden.



Abbildung 18 Flipchart: Methode Ideenkorb

Fotodokumentation, erarbeitetes Flipchart

Für die Demo stand nun ein Bild zur Verfügung, eine Person übernahm die Zeitwache und die Leitung notierte alle Zurufe auf den dafür vorbereiteten Flipcharts. Da es am Anfang etwas dauerte, bis die ersten Nennungen kamen, brachte die Leitung die ersten Assoziationen und schrieb diese mit auf. Erst blieb es zögerlich, aber dann kam die Gruppe in Fahrt und viele Nennungen wurden so zusammengetragen. In den fünf Minuten wurden 28 Assoziationen genannt. Alle hatten miterlebt, wie diese Kleingruppenarbeit durchgeführt werden soll. Nun wurden die Gruppen eingeteilt. Dazu reichte die SL einen kleinen Beutel mit Bonbons herum. Die Teilnehmenden konnten sich jeweils ein Bonbon herausnehmen. Die Farben der Bonbons waren das Zuordnungskriterium. Gelbe, orangene, rote und grüne waren abgezählt in den Beutel sortiert worden. Diejenigen, die ein doppelt ausgewähltes Bild hatten, bekamen die Bonbons zugeteilt, damit die doppelten Bilder nicht in einer Gruppe saßen. Die Person, deren Bild gerade bearbeitet worden war, wurde die sechste Person in der letzten Gruppe. So konnte sie ihre Ideen mit einbringen und alle Gruppen hatten fünf Bilder, die bearbeitet werden mussten. 30 Minuten waren für die Gruppenarbeit eingeplant und die Teilnehmenden konnten danach direkt in eine 20-minütige Pause übergehen.

Die Gruppen fanden sich den Farben entsprechend zusammen und suchten sich in den zur Verfügung stehenden Räumen ihre Arbeitsecken. Die SL hängte die erarbeiteten Flipcharts mit zu den anderen an die Wand und bereitete den nächsten Arbeitsschritt vor, während die beiden Co-Moderator_innen ein Auge auf die jeweiligen Gruppen warfen und diese anregten und unterstützten. Auch die SL ging dann noch einmal von Gruppe zu Gruppe und hörte zu, gab selbst ein paar Ideen mit in den Ideenkorb und konnte feststellen, dass diese Aufgabe in allen Gruppen lief.

Nach der Pause kamen alle in den Seminarraum zurück und hatten für ihr Bild einen Ideenkorb mit Assoziationen der anderen, was sie auf Nachfrage der SL auch alle bestätigten. Die Ergebnisse aus der Demo hatte die Leitung in das dazugehörige Arbeitsheft übertragen.

Bevor es zum nächsten Schritt gehen konnte, wurden in einem Impulsreferate die zwei Entscheidungssysteme, das Bewusste und das Unbewusste, gegenübergestellt. Während das Bewusste auf Abruf, mit einer vergleichbar geringen Kapazität und einer deutlich langsameren Geschwindigkeit in präzisen Berechnungen des Verstandes und des Gedächtnisses sich als recht störanfällig zeigt, ist das Unbewusste zwar ungenauer und diffus, dafür aber schneller, ständig aktiv und zutreffender; es bezieht sich auf das emotionale Erfahrungsgedächtnis, in dem wesentliche, oftmals zum Überleben notwendige Informationen in ›gut für mich‹ und ›schlecht für mich‹ unterteilt sind, und hat eine große Kapazität.

Diese Unterscheidung ist die Grundlage für das Verständnis, warum in diesem Training das Unbewusste so wichtig ist. Es ist ein Entscheidungsmechanismus, der sich diffus ausdrückt und nicht in präzisen Berechnungen des Verstandes greifbar ist. Ein ›gut für mich‹ oder ein ›schlecht für mich‹ drückt sich ungenau in Körperempfindungen aus. Die SL brachte die Beispiele von den Schmetterlingen im Bauch oder dem Kloß im Hals, dem vor Freude hüpfenden Herz und der sich zuschnürenden Kehle. Alles Körperempfindungen, die in diesem Training die somatischen Marker genannt werden. Signale des Körpers, die in unterschiedlichen Körperregionen wahrzunehmen sind und die sich gut oder schlecht anfühlen können.

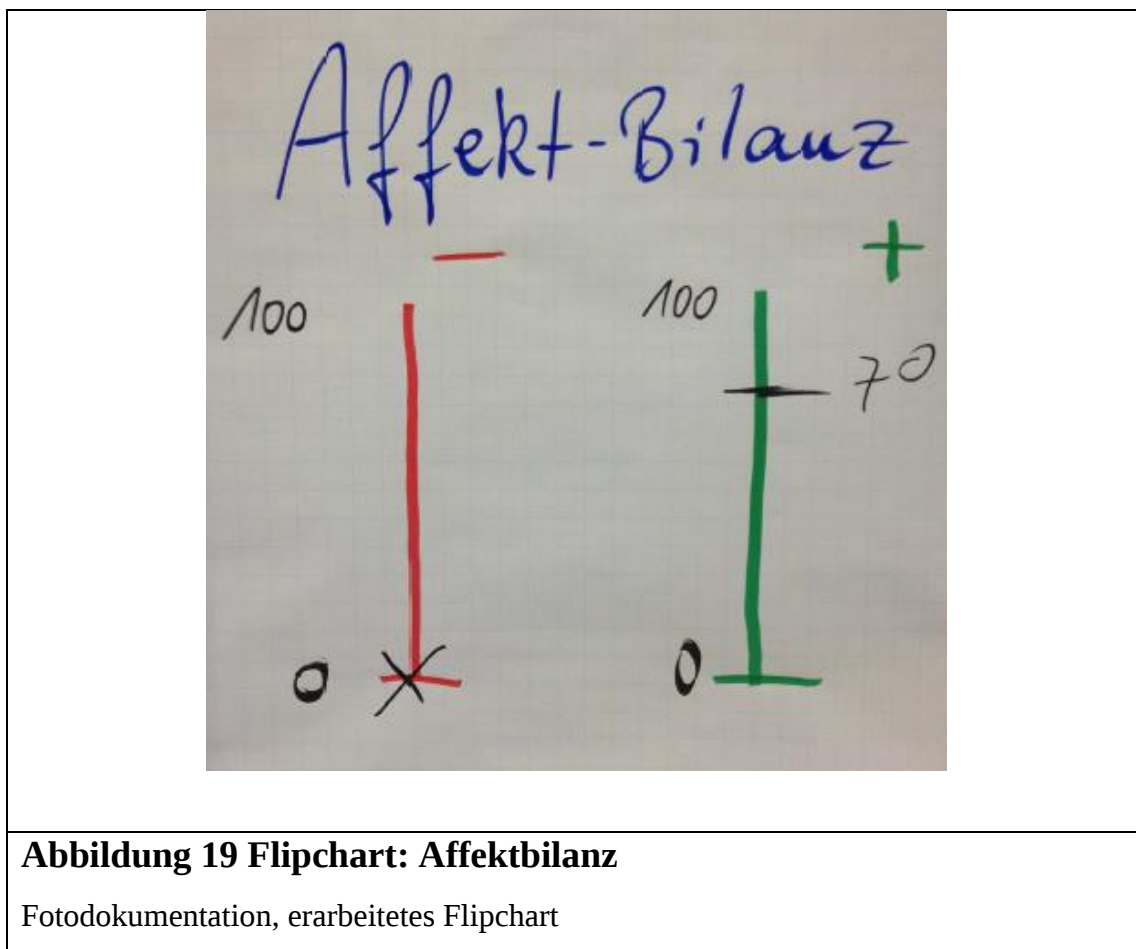
Auf einem weiteren Flipchart zeichnete die Leitung einen horizontalen Strich und erläuterte die häufig vertretene Vorstellung der Gefühlsverschiebung von der einen Seite zur anderen: vom ›es fühlt sich gut an‹ zur anderen Seite

wandernd, zu einem ›es fühlt sich schlecht an‹. In der Mitte befindet sich der Nullpunkt, an dem es sich ›ok, neutral oder egal‹ anfühlt. Aber diese Vorstellung stimmt nicht. Positives und negatives Empfinden sind auf unterschiedliche Hirn-areale verteilt. Das Belohnungs- und das Bestrafungszentrum sitzen an verschiedenen Stellen und können somit auch gleichzeitig aktiv sein und empfunden werden. Es folgten Beispiele für eindeutig positive Empfindungen (Lohnerhöhung, Urlaub, Verliebtsein), wobei keine negativen Gefühle wahrgenommen werden, und Beispiele für rein negative Empfindungen (Todesfall, Kündigung, Verkehrsunfall), aber auch neutrale, etwa das morgendliche Zähneputzen; hier sind meistens weder besonders positive noch besonders negative Reaktionen des Körpers wahrnehmbar.

Am Beispiel eines neuen Jobs wurde dann verdeutlicht, wie schnell beide Gefühlslagen gleichzeitig wahrnehmbar sein können: auf der positiven Seite die Freude über den neuen Job, mehr Gehalt, mehr Verantwortung oder das Interesse an dem neuen Aufgabengebiet und im negativen Bereich Ängste vor ungewissen Situationen, Versagensangst, Unsicherheit neuen Kolleg_innen gegenüber. Im Dialog wurden weitere Beispiele erörtert, die individuelles Empfinden, vor allem aber das gleichzeitige Auftreten beider Erregungszustände verdeutlichen sollten.

Im nächsten Arbeitsschritt sollte mit der Affektbilanz ausgewertet werden, wie hoch jeweils die positiven und die negativen Empfindungen ausschlagen. Die SL zeichnete auf ein Flipchart (Abbildung 19) zwei Barometer, eins für die negativen und eins für die positiven Empfindungen. Es wurden als Ausgangspunkt jeweils eine 0 und als Endpunkt eine 100 beschriftet. Es gab keine weitere metrische Einteilung, um intuitiv eine Stärke zu bestimmen und diese nicht (in einem kognitiven Prozess) zu errechnen oder abzuzählen.

Um die gesammelten Ideen auswerten zu können, muss jeder einzelne Begriff mit dieser Affektbilanz überprüft werden. Da nur mit positiven Empfindungen das Training gestaltet werden soll, werden auch nur die Begriffe ausgesucht, die ausschließlich positiven Charakter haben. Der Ausschlag im positiven Bereich muss deutlich spürbar sein und sollte dementsprechend mindesten bis 70 gehen. Im negativen Bereich darf es nicht ausschlagen. Nur die Nennungen, auf die das zutrifft, sind für diesen Prozess interessant.



Der nächste Arbeitsauftrag war dementsprechend, den Ideenkorb auszuwerten und die Nennungen mit eindeutig positivem Charakter auszuwählen und auf das dazugehörige Arbeitsblatt zu übertragen. Die TN konnten im Raum sitzen bleiben, sich aber auch irgendwo anders einen Platz suchen, um in Ruhe ihre

Auswertung zu machen. Zehn Minuten standen für diesen Arbeitsschritt zur Verfügung. Die Leitung und die Co-Moderatorinnen standen als Ansprechpartner_innen zur Verfügung und beobachteten die TN, ob diese Hilfe oder Unterstützung brauchten.

Als alle mit ihren Auswertungen fertig und wieder zurück im Seminarraum waren, folgte die Anleitung für das weitere Vorgehen. Kann aus den zusammengetragenen Lieblingsideen ein Thema oder ein Wunsch abgeleitet und ausformuliert werden? Die SL erläuterte, dass nun der Verstand und das Bewusste wieder mit ins Boot geholt werden und alle nun auch ihre persönlichen Vorüberlegungen des gestrigen Abends mit einbeziehen können.

Wieder waren für diesen Arbeitsschritt zehn Minuten angesetzt, doch zeigte sich schnell ein größerer Zeitbedarf. Den TN fiel es schwer, nun aus den Gedanken des Ideenkorbs für sich zu formulieren, was in der jetzigen Situation für sie wichtig war. Die SL und die Co-Moderator_innen halfen und gaben Anregungen, manchmal in leisen Einzelgesprächen, manchmal wurden bestimmte Inhalte laut für alle angesprochen. Durch die unterschiedliche Bearbeitungsgeschwindigkeit und den unterschiedlichen Unterstützungsbedarf wurde es erforderlich, diese Arbeitseinheit ›offen auslaufen zu lassen‹. Alle sollten diesen Schritt für sich beenden und dann in die Mittagspause gehen. Die geplante Plenumsrunde, in der alle ihr aktuelles Thema vorstellen sollten, wurde auf die Nachmittagseinheit, deren Anfang auf 13:30 Uhr festgelegt wurde, verschoben. So hatten alle ausreichend Zeit, ihr aktuelles Thema mit Hilfe der Ideenkorbsammlung und den Wünschen des Vorabends zu formulieren. Die SL unterstützte dort, wo es gebraucht wurde.

5.3.1.4 *Arbeitseinheit 3 (zweiter Tag, nachmittags)*

Die Nachmittagseinheit (Arbeitseinheit 3) startete wieder mit einer Vitalisierung, um nach dem Essen und der Mittagspause den Kreislauf anzuregen. Danach startete die Plenumsrunde, in der alle ihr Bild und das für sie nun relevante Thema vorstellen sollten. Zuvor wurde noch einmal auf den privaten und den öffentlichen Bereich hingewiesen, damit alle für sich überlegen konnten, was sie in der Öffentlichkeit vorstellen oder doch lieber für sich behalten wollten. Ergänzend dazu wurde die Ergebnisgalerie vorgestellt. Die SL hatte von allen ein weiteres Exemplar der ausgewählten Bilder an die Pinnwände geheftet und erläuterte, dass die weiteren Ergebnisse jeweils auf einem DIN-A4-Blatt festgehalten und darunter geheftet werden, um durch das gesamte Training hindurch die Arbeitsergebnisse zu dokumentieren. Damit ging die Aufforderung einher, das aktuelle Thema auf ein Blatt zu schreiben und später zu dem passenden Bild zu heften. Die Vorstellung lief unproblematisch, indem der Reihe nach alle ihr Bild zeigten und erläuterten, welches Thema für sie gerade wichtig war. Niemand hatte Schwierigkeiten damit, private Inhalte in dieser Runde zu erzählen.

In dem Impulsreferat zu verschiedenen Zieltypen wurde erklärt, wie situationsspezifische und allgemeine Ziele sowie Ziele auf der Handlungs- und auf der Haltungsebene miteinander in Bezug stehen und sich aber auch voneinander unterscheiden. Wo situationsspezifische Ziele auf der Handlungsebene sehr konkrete Situationen und Verhaltensweisen benennen (am bekanntesten ist hier die SMART-Formulierung: Ziele müssen spezifisch, messbar, attraktiv, realisierbar und terminiert sein), ist es für das ZRM-Training aber wichtig, ein Ziel zu formulieren, das eine bestimmte Haltung beschreibt, die situationsübergreifend tragfähig ist. Im ZRM spricht man dann von dem Motto-Ziel. Es beschreibt ein gewünschtes Verhalten als Annäherungs- und Haltungsziel und benutzt oft eine

bildhafte Sprache, die sich auf das ausgewählte Bild und das aktuelle Thema bezieht. Als Beispiele nannte die Leitung ›Bärenstark meistere ich meinen Tag‹ oder ›Leicht wie ein Adler überwinde ich jedes Hindernis‹. In dem nächsten Arbeitsschritt ging es um die Ideensammlung zu solchen Motto-Ziel-Formulierungen, die in der gleichen Vorgehensweise wie der Ideenkorb zu dem Bild durchgeführt werden sollte.

Wieder wurde eine Zeitwache bestimmt und diesmal wurden sieben Minuten für jede Sammlung anberaumt. Eine Person sollte die Nennungen in das Heft der bildbesitzenden Person schreiben und die anderen sollten positive Assoziationen zu dem dazugehörigen Bild nennen. Die Herausforderung in diesem Schritt ist es, Thema und Bild miteinander zu verknüpfen und Formulierungen zu finden, die in positiven und bildhaften Worten eine mögliche innere Haltung ausdrücken. Dazu sollten alle ihr Bild und das aktuelle Thema auf einem separaten Blatt gleich in die Kleingruppenarbeit mitnehmen. Zuvor wurde wieder das Vorgehen an einem Beispiel demonstriert. Es wurde wieder ein Bild ausgewählt, das Thema dazu auf ein Flipchart geschrieben, eine Zeitwache eingeteilt und die Leitung schrieb wieder die eingebrachten Assoziationen auf dem Flipchart auf. Auch hier dauerte es, bis die Kreativität der Gruppe geweckt war. So lange brachte die SL wieder Vorschläge ein und schrieb diese auf. Es müssen nicht komplette Sätze oder fertige Zielformulierungen genannt werden, gab sie als Hilfestellung, da später wieder mit der Affektbilanz das Passende ausgesucht und weiter bearbeitet werden sollte. Nachdem die Demo abgeschlossen war und auch eine Vielzahl an Ideen erbracht hatte, wurden wieder Gruppen eingeteilt. Diesmal wurden Spielkarten verteilt und die Gruppen den Symbolen Karo, Herz, Pik und Kreuz zugeteilt. Ebenfalls wie am Vormittag kamen keine gleichen Bilder in eine Gruppe und die sechste Person war wieder die, für die die Demo gerade gemacht worden war.

Während der Erklärungen und der Gruppeneinteilung trat Unruhe und eine Streitigkeit zwischen drei Teilnehmer_innen auf, die sich nicht kurz klären ließ. Daher bat die Leitung die Co-Moderatorin, sich dem anzunehmen, teilte die Gruppen erneut ein, um so arbeitsfähige Gruppen zu bilden und gab 40 Minuten als Zeitfenster vor. Die Leitung und die zweite Co-Moderation halfen in den Gruppen, damit genügend Personen mit ihren Ideen den Arbeitsschritt unterstützen konnten. Als die Streitigkeiten beigelegt waren, haben sich die jeweiligen Personen auf die Gruppen aufgeteilt und an dem Prozess weitergearbeitet. Als die Arbeitsaufgabe beendet war, kamen die Teilnehmenden in den Seminarraum zurück, wobei gleich unruhige Diskussionen über die vielen Inhalte und Arbeitsschritte begannen, die deutlich Unmut über die intensive und anstrengende Auseinandersetzung mit der Thematik verdeutlichte.

Als alle wieder auf ihren Plätzen saßen, nahm die SL diese Diskussion auf und verwies auf eine der ZRM-Regeln, das ›Chair-Person-Prinzip‹, wonach alle auf ihre eigenen Bedürfnisse achten und diese kommunizieren sollen, da Störungen und Befindlichkeiten Vorrang haben und geklärt sein müssen, damit alle ohne Beeinträchtigung an ihrem Prozess arbeiten können.

Einige TN äußerten, erschöpft und es nicht mehr gewohnt zu sein (aufgrund des gesundheitlichen Zustandes und u. a. auch aufgrund der Erwerbsunfähigkeit), so lange Zeit konzentriert an einem Thema zu arbeiten. Das dann abgefragte Stimmungs-Blitzlicht⁴¹ verdeutlichte eine Zweiteilung der Gruppe. Ein Teil wollte den Arbeitsprozess unterbrechen, sich mit den anderen unterhalten, austauschen und dadurch etwas Erholung finden, die zweite Hälfte war wegen diesem Thema zu dem Wochenende gekommen und wollte dementsprechend nun auch

⁴¹ Eine schnelle Runde, in der jede Person ein kurzes Statement zu ihrer Befindlichkeit und Motivation gibt.

weiterarbeiten. Beiden Interessen gleichermaßen gerecht zu werden funktionierte nicht. Daher beschloss die SL, die nächste Aufgabe zu erklären, die dann in Einzelarbeit ausgeführt werden sollte. Dazu stellte sie das Zeitfenster bis eine halbe Stunde nach der regulären Kaffeepause um 16:30 Uhr, also insgesamt 90 Minuten zur Verfügung, um so Erholung und Pause aber auch ein Weiterarbeiten zu ermöglichen. Dazu bot sie an, zum einen in dieser Pause für alle zur Verfügung zu stehen, damit alle nach ihrem Bedarf an dem Prozess weiterarbeiten können, zum zweiten auch nach dem Abendessen noch eine optionale Arbeitseinheit für alle, die wollen, einzuschieben, um Inhalte nachholen zu können. Weiterhin erklärte sie, dass ein Unterbrechen und Wiedereinsteigen nicht möglich sei, da dieses Training ein Prozess ist, der Schritt für Schritt aufeinander aufbaut. Wenn einzelne Schritte ausgesetzt werden, kann ohne diese der Prozess nicht fortgeführt werden. Daher war es nur möglich, dem Bedarf an Erholung und Pause so nachzukommen, indem es eine Unterbrechung für alle gab, in der der nächste Arbeitsschritt eigenverantwortlich gestaltet wurde. Dieser Arbeitsschritt musste aber für alle nach der Kaffeepause abgeschlossen sein, damit eine Fortführung des Trainings für alle möglich war. Da eine Erholungspause absehbar war, stimmten die ›Erschöpften‹ dem zu, sich noch ca. 15 Minuten zur Erklärung des Arbeitsschrittes aufrufen zu können; da durch die angebotene Abendeinheit alle Inhalte und Schritte bearbeitet werden konnten, waren auch die anderen mit dieser Entscheidung einverstanden.

Nach dieser Klärung fuhr die SL im Training fort und erläuterte die Schritte zur Formulierung des Motto-Ziels. Wie bei der Auswertung des Ideenkorbs zum Bild soll nun auch der Ideenkorb für das Motto-Ziel mit Hilfe der Affekt-Bilanz ausgewertet werden. Welche Ideen und Assoziationen gefallen mir, was spricht mich an? Das können auch nur einzelne Worte oder Teile eines Satzes sein, auf die der Körper mit positiven Empfindungen reagiert. Die Aufgabe ist es, mit den so gefilterten Satz-Bausteinen kreativ zu werden und ein eigenes Motto-Ziel zu

formulieren. Dabei sind aber drei Kernkriterien zu beachten. Das Motto-Ziel muss als Annäherungsziel formuliert werden und soll dementsprechend keine Negationen enthalten. Da die erste Arbeitseinheit am Vortag dies schon ausführlich erläutert hatte, bedurfte es hier keiner weiteren Erklärung. Als zweites Kriterium gilt ›Ich muss das Ziel zu 100 % unter eigener Kontrolle haben‹. Die SL führte zur Verdeutlichung Beispiele an. Unter anderem: ›Mit meiner Fußballmannschaft gewinne ich jedes Turnier‹. Dies ist zwar ein sehr wünschenswertes Ziel, aber es liegt nicht in der eigenen Hand. Als letztes Kriterium steht das positive Gefühl, ein positiver somatischer Marker muss eindeutig spürbar sein. Damit verbunden ist auch die bewusste Wortwahl. Schwingen in einzelnen Begriffen negative Empfindungen mit, gilt es, diese Worte durch andere zu ersetzen. Als letztes bat die Leitung darum, die persönlichen Ergebnisse der Arbeitsschritte später wieder in der Ergebnissgalerie zu ergänzen, also auch das Motto-Ziel auf ein DIN-A4-Blatt aufzuschreiben.

Da es keine weiteren Fragen oder Anmerkungen gab, wurden die TN in die vereinbarte ›Arbeits-Pause‹ geschickt. Einige blieben im Raum sitzen, andere verließen diesen. Die SL besprach sich kurz mit den beiden Co-Moderator_innen über das weitere Vorgehen, bat diese darum, die ›erholungsbedürftigen TN‹ zur Fertigstellung der Motto-Ziele zu ermuntern und aufzufordern und plante die am Nachmittag folgenden Arbeitsschritte inklusive einem zusätzlichen Zeitpuffer für die vermutlich erforderlichen Nachbesserungen einzelner Motto-Ziele. Durch die entstandene Verzögerung war es nicht mehr möglich, alle geplanten Inhalte des laufenden Tages durchzuführen. Insofern mussten auch die Zeitabschnitte des Folgetages neu geplant werden. Zum Ende des Seminars war eine Zeitstunde für Inhaltliches und Organisatorisches der Aidshilfe NRW geplant; diese Zeit wurde vom Orga-Team als zusätzlicher Zeitpuffer, wenn Inhalte nicht geschafft würden, zur Verfügung gestellt.

In der Arbeits-Pause war der Großteil der TN mit der Formulierung ihrer Motto-Ziele beschäftigt und fragte auch gezielt nach Hilfe und Unterstützung; so konnten viele ihr Motto-Ziel fertigstellen und waren mit diesem auch sichtlich zufrieden. In der eigentlichen Kaffeepause waren alle TN im Restaurant des Tagungshauses anzutreffen. Die SL nutzte dies, um mit einzelnen ins Gespräch zu kommen, sich persönlich nach dem aktuellen Befinden zu erkundigen und fragte nach, ob in der Pause ausreichend Kraft geschöpft werden konnte, um das Training fortzuführen. Dies wurde ausnahmslos bestätigt und die TN bedankten sich für die flexible Handhabung. Die Leitung bat darum, zur Fertigstellung der Motto-Ziele die halbe Stunde nach der Kaffeepause bis zum verabredeten Seminarbeginn zu nutzen, woraufhin auch diejenigen, die den Pausenbedarf hatten, sich im Seminarraum eingefunden haben.

Eine Person beschwerte sich dahingehend, keine brauchbaren Vorschläge in ihrem Ideenkorb zu haben, nichts würde sie wirklich ansprechen. Von TN, die bereits ihr Motto-Ziel fertig hatten, kam der Vorschlag, erneut einen Ideenkorb machen zu können, was von der SL mit lobenden Worten und Dank angenommen wurde. Es fand sich eine kleine Gruppe zusammen, die bei neuen Ideen und bei der Formulierung half. Bei anderen TN konnte die SL helfend unterstützen. Der verabredete Beginn der Nachmittagseinheit hatte sich um fünf Minuten verzögert, zudem mussten einige ihr Motto-Ziel in der derzeitigen Version in das Arbeitsheft und auf ein DIN-A4-Blatt für die Ergebnissgalerie übertragen.

Sodann konnte der nächste Block starten. Die SL begrüßte alle, bedankte sich für die offene Kommunikation und verdeutlichte, wie schwierig die Weiterarbeit geworden wäre, wenn die Bedürfnisse der TN nicht berücksichtigt worden wären. Sie machte aber auch den zeitlichen Nachholbedarf deutlich, um das Training für alle zufriedenstellend beenden zu können, und stellte in Aussicht, dies

dennoch ohne zusätzlichen Stress und Zeitdruck realisieren zu wollen. Eine Plenumsrunde folgte, in der alle ihr Bild und ihr entwickeltes Motto-Ziel vorstellen sollten. Um durch feste Strukturen effektiver arbeiten zu können, wurde die Reihenfolge im Uhrzeigersinn vorgegeben. Ziel der Runde war es, zu erkennen, ob die Motto-Ziele den Kernkriterien entsprechend formuliert waren, also keine Vermeidungsverhaltensweisen, Negationen oder negativ besetzten Worte enthalten, zu 100 % in der eigenen Kontrolle liegen und einen deutlich spürbaren positiven somatischen Marker haben.

Reihum wurden die Bilder und die Motto-Ziele vorgestellt. Waren die Kernkriterien erfüllt, fragte die SL nochmals sinngemäß nach der Zufriedenheit und ließ sich ein positives Empfinden bei dem Motto-Ziel bestätigen. Bei einzelnen Formulierungen traten Unstimmigkeiten auf. Eine Formulierung war im Hinblick auf die 100-prozentige Kontrolle vage: ›Die Gruppe sorgt für meine Geborgenheit und Stärke‹ wurde zu ›in der Gruppe finde ich ...‹ korrigiert, das gute Gefühl wurde als gegeben bestätigt. Im zweiten Fall war die Formulierung negativ konnotiert: ›Treu bis in den Tod‹. Nach einigen Vorschlägen aus der Gruppe wurde die Formulierung in ›lebenslange Treue‹ umformuliert. Eine weitere Person war mit ihrer Formulierung ›ein wunderschön durchgedrehtes Leben‹ nicht unbedingt zufrieden, hat aber für ›durchgedreht‹ im positiven Sinn kein passendes Wort als Alternative gefunden. Die SL regte einen Ideenkorb an, und das Plenum beteiligte sich daran, alternative Begriffe und Formulierungen zu finden. Mit dem Satz ›ein fabelhaft turbulentes Leben‹ war eine zufriedenstellende Lösung mit einhergehendem positivem Gefühl gefunden. Die SL bat alle, ihre Teilergebnisse an die Ergebnissgalerie zu heften, und stieg danach in das Impulsreferat zur neuronalen Plastizität ein.

Der Zeitthematik geschuldet wurde bei der Vermittlung dieser Inhalte nicht ganz so weit in die Tiefe gegangen: Das Motto-Ziel soll, wenn es richtig funktioniert, entsprechend der damit verbundenen inneren Haltung unser Verhalten steuern. Das kann nur funktionieren, wenn wir es gelernt und verinnerlicht haben. Unser Gehirn muss diese neue Haltung und das Motto-Ziel lernen. Deshalb befassen wir uns nun mit dem, was im Gehirn passiert. Synapsen verbinden sich, solche neuronale Verknüpfungen steuern unsere motorischen Fertigkeiten, aber auch unser Verhalten. Alte, oft praktizierte, (meist unerwünschte) Verhaltensweisen sind als gut ausgebautes Nervennetz vorhanden. Daher ist es so schwierig, diese gut gebahnten Verhaltensmuster zu verändern und neue zu erlernen. Misserfolge des neuen Ziels sind in der starken Veranlagung der alten Verhaltensweisen bedingt. Das gerade entwickelte Motto-Ziel als ein solches (neues!) Netz zu verstehen und dieses Netz zu trainieren und zu stärken ist daher besonders wichtig. Wird das neue Netz regelmäßig benutzt, geht damit eine Vernachlässigung des alten einher, unerwünschte Verhaltensweisen werden so auf Dauer verlernt und zurückgebildet. Alles, was die Aktivierung dieses neuen Netzes und damit die Veränderung der Strukturen im Gehirn unterstützen kann, wird als Ressource betrachtet. Unter Zuhilfenahme der Abbildungen im Seminarhandbuch wurden die biochemischen Prozesse an den Nervenzellen dargestellt.

Ebenso wurde das Training neuer Verknüpfungen sinnbildlich als ›vom Trampelpfad zur Autobahn‹ bezeichnet. Die TN wurden nach Beispielen für solche Lernprozesse gefragt, um sie zum einen zu aktivieren, zum anderen aber auch zur Überprüfung, ob die Thematik verstanden wurde. Als verwandte Beispiele wurden Fingersatz-Übungen am Klavier, Schrittfolgen und Bewegungen beim Tanzen, Zehn-Finger-Schreibsystem, Fremdsprachen lernen, Yoga-Übungen, Smartphone-Benutzung und Bedienung des Computers genannt. Bei all diesen Prozessen ist es wichtig, regelmäßig und kontinuierlich zu üben. Um eine neue

Sprache zu lernen, braucht es viel Zeit. Genauso viel Zeit braucht es auch, um ein neues Verhalten zu lernen. Diese Zeit müssen wir uns geben, ebenso die regelmäßige Übung.

Damit dieses neue Motto-Ziel-Netz groß und stark wird, muss es sehr oft aktiviert werden. Erst dann können wir darauf automatisch zurückgreifen und alte Verhaltensmuster werden durch die neue Haltung abgelöst. Im ZRM wird diese Aktivierung durch unbewusstes Lernen erreicht. Dabei werden durch einen unbewusst wahrgenommenen Reiz unbewusste Gedächtnisinhalte aktiviert. Dieses Vorgehen heißt Priming; es wird oft in der Werbung eingesetzt, um unser Kaufverhalten zu beeinflussen. Wenn es im Bereich der Werbung gelingt, wieso sollte es nicht auch zum Lernen gelingen, wenn wir uns selbst auf diese Art und Weise beeinflussen?

Die SL berichtet zu dem Bereich Priming von dem wissenschaftlichen Experiment, bei dem Teilnehmende der Studie davon ausgingen, an einer psycholinguistischen Untersuchung teilzunehmen, und dabei mit vorgelegten Begriffen möglichst viele Sätze bilden sollten. Eine Kontrollgruppe erhielt neutrale Begriffe wie ›Himmel‹, ›Wasser‹ und ›Buch‹, die Testgruppe bekam Wörter, die mit dem Alter und Krankheiten zu tun hatten. Am Ende der Untersuchung wurde beobachtet, wie die Proband_innen das Gebäude verlassen haben. Die Testgruppe ging wesentlich langsamer und in einer gebeugteren Haltung als die Teilnehmenden der Kontrollgruppe. Das zweite Experiment untersuchte den Einfluss von Zitrusduft, der in unserer Gesellschaft mit Putzmittel und Sauberkeit verbunden wird, auf das Sauberkeitsempfinden und -verhalten. Zu Beginn musste ein Fragebogen ausgefüllt werden, die Kontrollgruppe tat dies in einem geruchsneutralen Raum, die Testgruppe in einem Raum, der mit Zitrusduft versehen war. Im nächsten Schritt, der den Teilnehmenden als Pause vor der nächsten Aufgabe erklärt

worden war, konnten sie in einem anderen Raum Kekse essen, die sehr stark krümelten. Beobachtet wurde das Reinlichkeitsverhalten, also wie sehr die Teilnehmenden bemüht waren, ihren Tisch sauber zu halten, und wie viele Handwischbewegungen gemacht wurden. Die Teilnehmenden der Testgruppe, die mit dem Duft auf Sauberkeit geprimt waren, wischten dreimal so oft wie die Kontrollgruppe.

Durch diese Beispiele wird deutlich, wie sehr unser Verhalten durch Priming, ohne dass wir es merken, beeinflusst werden kann. Unser Gehirn kann sich leicht Dinge einprägen und greift in den meisten Fällen auf Bekanntes zurück. Wir gehen meistens die Wege, die wir kennen, wir erinnern uns, ob wir an einem bestimmten Ort schon einmal waren, wir suchen oft die bekannten Restaurants auf, weil wir wissen, was uns da erwartet. Mit diesem Wissen wollen wir uns nun auch auf unser Motto-Ziel und die damit verbundene Haltung primen. Das geht, indem wir uns mit Dingen umgeben, die uns unser Motto-Ziel vor Augen führen und uns an unsere Haltung, die wir damit verbinden, erinnern.

So wird dieses neue neuronale Netz unbewusst aktiviert und gestärkt. Das soll aber geschehen, ohne dass wir etwas aktiv dafür tun müssen. Deshalb wollen wir jetzt nach Dingen, also nach Gegenständen (auch Musik oder Düfte gehören dazu) suchen, die uns dann im Alltag umgeben. Die SL gab zur Anregung zu einzelnen Bildern aus der Ergebnislagerie ein Beispiel: ›Das Bild als Desktophintergrund‹, ›ein kleines Schweinchen als Schlüsselanhänger‹, ›Eine Feder am Badezimmer-Spiegel‹, ›einen Sektkorken bewusst auf dem Schreibtisch‹, ›Ein paar Wanderschuhe im Schuhregal‹.

Nach diesem längeren theoretischen Input wurden die TN aufgefordert die Stühle nach hinten an die Wand zu schieben, ihr Arbeitsheft mit der Seite ›Ideenkorb für Erinnerungshilfen‹ und einen Stift zu nehmen und dann durch den

Raum zu laufen. Auf Zeichen der SL sollten alle stehen bleiben und sich mit einer Person im direkten Umfeld zusammenstellen. Die erste Person beginnt, benennt das Bild und das Motto-Ziel, die zweite Person gibt ihre Ideen für mögliche Erinnerungshilfen. Auf Zeichen der SL tauschen die beiden die Rollen, Person 2 bekommt dann von Person 1 die Ideen genannt. Alle schreiben für sich selbst die Ideen in ihr Handbuch, später werden diese Ideen wieder mit den somatischen Markern ausgewertet.

Dieser Durchgang wurde dreimal wiederholt. Danach sollten sich alle wieder hinsetzen. Bevor die Auswertung begann, erläuterte die SL noch den Unterschied zwischen stationären und mobilen Erinnerungshilfen: ›Wenn Ihr nur Gegenstände bei Euch zu Hause habt, würdet ihr nicht regelmäßig über den ganzen Tag hinweg die Wirkung des Primings erleben. Daher ist es wichtig, neben den Gegenständen, die einen festen Platz haben, auch Dinge zu nutzen, die ihr mitnehmen könnt. Alles, was einen festen Platz irgendwo bekommt, gehört zu der Gruppe der stationären Erinnerungshilfen; die Dinge die ich mitnehmen kann, egal wo ich hingehe, gehören zu den mobilen. Wichtig ist aber auch, selbst über diese Dinge verfügen und bestimmen zu können. Eine Deko-Figur im Vorgarten des Nachbarn kann nur solange hilfreich sein, wie sie dort steht. Stellt der Nachbar diese weg oder wird sie gestohlen, ist die Wirkung vorbei. Da Gegenstände, die ich besitze, bereits eine Geschichte haben und dementsprechend mit einem anderen Netz verknüpft sind, werden diese Gegenstände immer das alte Netz (mit) aktivieren. Das Gehirn kann solche alten Gegenstände nur für das neue Netz nutzen, wenn eine deutliche Veränderung an diesen vorgenommen wird, die den bisherigen Charakter und die bisherige Wirkung verändert. Ein einfaches Beispiel wäre eine Zimmerpflanze, die in einen auffallenden neuen Übertopf gepflanzt und an einem anderen Ort aufgestellt wird. Oder ein Gegenstand, der umlackiert wird und ebenfalls einen neuen Ort bekommt.‹ Nach diesen Erläuterungen sollte die

Gruppe die Ideenkörbe auswerten und für sich jeweils fünf mobile und stationäre Erinnerungshilfen suchen und auf das entsprechende Arbeitsblatt übertragen; dazu standen sieben Minuten zur Verfügung.

Da das Ende des Arbeitstages erreicht war, kündigte die SL an, zehn Minuten zu überziehen. Bis zum morgigen Tag sollten sich alle jeweils drei Erinnerungshilfen überlegen, die sie zeitnah aktivieren wollen und können. Danach erläuterte sie anhand des Flip-Charts ›Rubikon-Prozess‹ kurz den Verlauf und den aktuellen Stand des Seminars.

Alle haben mit der Formulierung des Motto-Ziels den Entschluss zur Handlung gefasst und den Schritt über den Rubikon gemacht. Danach befanden sich alle in der Phase der präaktionalen Vorbereitung, in der es um weitere Vorbereitungen zum zielgerichteten Handeln geht. Dort würde es dann am Folgetag weitergehen.

Für den Abend wurde eine optionale Arbeitseinheit von 60 Minuten angeboten, so wie es am frühen Nachmittag aufgrund der gewünschten Unterbrechung verabredet worden war. Das ZRM bietet viele verschiedene Methoden an. Wie auch bei allen anderen Ideen, die gesammelt wurden, würde es auch bei diesen Methoden welche geben, die einem mehr oder weniger gefallen. Nicht alle Methoden müssen genutzt werden, damit das ZRM erfolgreich ist. Die für die Abendseinheit geplanten Inhalte waren nicht existenziell für das weitere Vorgehen. Alle sollten am nächsten Tag den begonnenen Prozess weiterführen können, auch wenn jemand an dieser Einheit nicht teilnehmen würde. Alle, die teilnehmen wollten, sollten dann noch etwas Hintergrundwissen und ein weiteres Tool aus dem ZRM-Methoden-Pool kennen lernen. Die SL fragte, ob noch weiterhin Interesse an der Einheit besteht, was vom Großteil der Gruppe bejaht wurde. Mit allen Interessierten wurde sich auf die Zeit von 20–21 Uhr verständigt. Damit wurde

dieser Arbeitseinheit um 18:15 Uhr beendet, die SL bedankte sich für die Aufmerksamkeit und gute Mitarbeit und wünschte allen zum Abendessen hin einen guten Appetit.

5.3.1.5 Optionale Abendeinheit (zweiter Tag, abends)

15 Personen nahmen an der optionalen Abendeinheit teil. Die SL bedankte sich für das große Interesse und das zahlreiche Erscheinen und bat alle darum, auf die persönlichen Bedürfnisse zu achten und rechtzeitig zu reagieren, wenn Müdigkeit oder sonstiges Unbehagen zu so später Stunde, nach so einem anstrengenden Tag auftreten würden. Es wurde an dem Flip-Chart zum ›unwillkürlichen Abkommen vom zielgerichteten Handeln‹ angesetzt. Zielgerichtet handeln bedeutete nun, dem Motto-Ziel entsprechend zu handeln. Vermutlich werden aber recht häufig in schwierigen Situationen alte Verhaltensweisen wieder aktiv werden, unser zielgerichtetes Handeln wird aus der Bahn geworfen. Betrachtet man solche Situationen im Nachhinein genauer, erkennt man Anzeichen und Hinweise, die im Vorfeld so ein Ausbrechen angekündigt haben. Diese werden als Vorläufer-Signale bezeichnet. Gemeinsam wurde überlegt, was Vorläufer-Signale sein können, welche den TN bekannt sind und welche sie schon erlebt haben. Ohne weitere Erläuterungen liefern zu müssen, kamen bereits die ersten Nennungen, die von der SL auf Metaplankärtchen aufgeschrieben wurden. 37 verschiedene Vorläufer wurden genannt, kurz erläutert und auf das Flip-Chart (Abbildung 20) geklebt.

Erkennt man solche Vorläufer-Signale frühzeitig, können zeitnah Ressourcen aktiviert werden, die ein Ausbrechen verhindern oder abdämpfen können. Somit gelangt man schnell wieder in den Bereich des zielgerichteten Handelns zurück. Eine Möglichkeit ist das Arbeiten mit einem Stopp-Befehl. Es geht darum, eine Stress-Routine, die sich unkontrolliert verselbstständigt, anzuhalten, um so

wieder zurückzukommen. Wichtig ist, sich der Vorläufersignale bewusst zu werden und frühzeitig zu merken, wenn das unerwünschte Verhalten beginnt.

Manchmal reicht es, sich selbst mit dem Wort ›Stopp!‹ zu ermahnen, Gedanken und Handlungen so zu unterbrechen. Hilfreich kann es aber auch sein, sich einen Stopp-Befehl anzugewöhnen, der mit dem Motto-Ziel in Verbindung steht. Die SL brachte ein eigenes Beispiel ein. Ihr Bild ist die alte Eiche und da sie selbst ganz häufig flucht, wurde aus dem Schimpfen ›alte Scheiße‹, das Stopp-Signal ›alte Eiche‹. Es klingt sehr ähnlich und dient somit als Unterbrechung eines ungewollten Schimpf-Ausbruchs. Die TN wurden gebeten, sich eine Situation vor Augen zu führen, vielleicht sich auch eine aus den am ersten Abend gesammelten Situationen auszusuchen und dann für sich einen Stopp-Befehl zu überlegen. Womit kann ein unerwünschtes Verhalten unterbrochen werden? Zur gegenseitigen Unterstützung empfahl die SL kleine Murmelgruppen mit den rechts und links Sitzenden zu bilden.

Ungefähr zehn Minuten brauchte es, bis alle einen passenden Stopp-Befehl für sich gefunden hatten. Die SL bat die TN diese anhand einer unerwünschten Situation kurz vorzustellen. Es folgte eine letzte Erläuterung: Auch hier ist ein regelmäßiges Wiederholen wichtig, damit diese Unterbrechung gut funktionieren und sich automatisieren kann. Es kann erforderlich sein, in unterschiedlichen Situationen für andere unerwünschte Reaktionen auch verschiedene Stopp-Befehle zu haben. Es sollten am Anfang eher wenige, diese dafür aber gut trainiert zum Einsatz kommen. Da keine Fragen mehr offen waren, beendete die SL diese Einheit mit einer kurzen Vitalisierung zum Strecken und Auslockern der Muskeln.

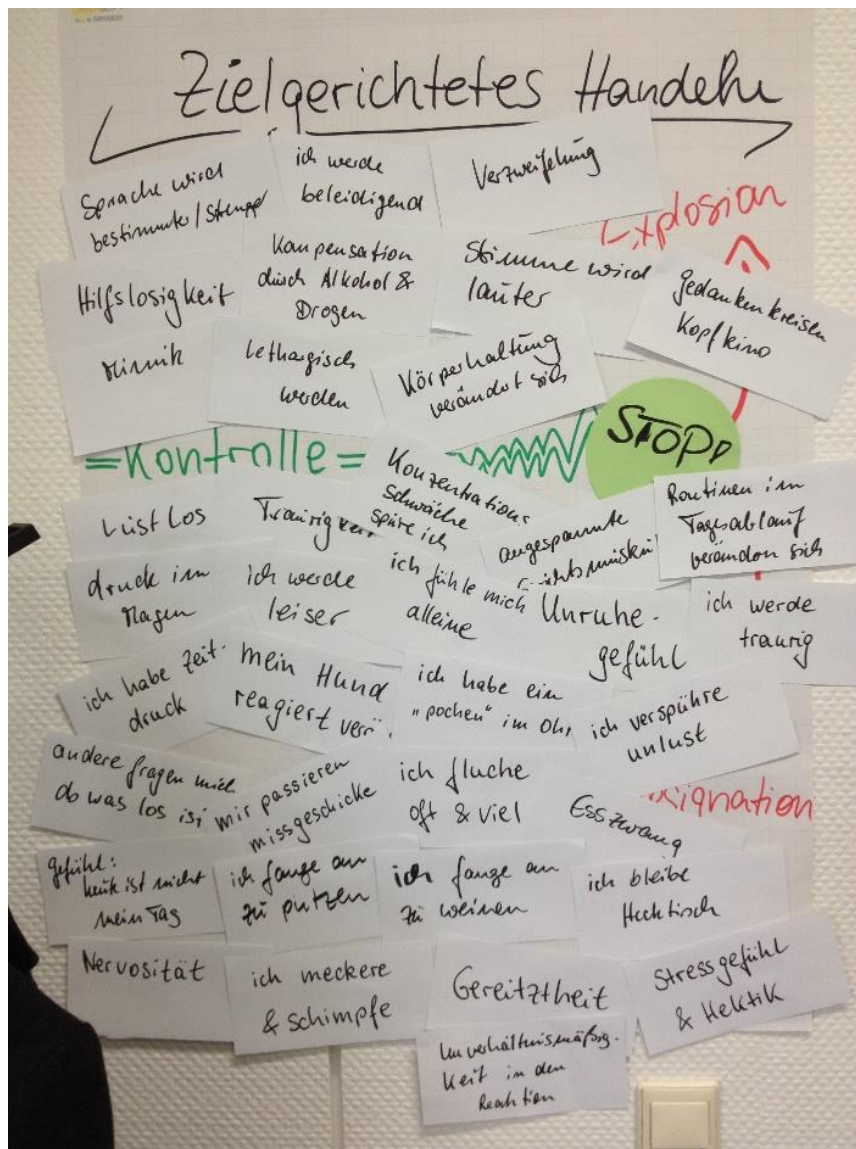


Abbildung 20 Flipchart: Vorläufersignale zum Erkennen ungewollter Verhaltensweisen

Fotodokumentation der jeweiligen Arbeitsschritte und Ergebnisse

5.3.1.6 *Arbeitseinheit 4 (dritter Tag, vormittags)*

Wie auch am Vortag begann dieser Morgen mit einer Vitalisierungsübung zur Anregung des Kreislaufs. Danach gab es eine kurze Befindlichkeitsrunde, in der alle in wenigen Worten sagen sollten und konnten, wie sie sich an diesem Morgen fühlten. Dies hatte die SL überlegt, damit für alle die Möglichkeit bestand, gegebenenfalls vorhandene Einschränkungen oder Befindlichkeiten benennen zu können. Derartige Äußerungen kamen nicht, alle formulierten ›gut drauf‹ und auch motiviert zu sein. Zudem sollten alle eine der überlegten Erinnerungshilfen vorstellen, die sie für sich ausgesucht hatten und aktivieren wollen. Einige hatten sich ihr Bild abfotografiert und als Hintergrundbild auf dem Handy eingerichtet, andere hatten eine klare Vorstellung, die sie zeitnah umsetzen wollten, etwa sich einen passenden Schlüsselanhänger zuzulegen oder das Passwort auf dem Computer entsprechend zu ändern. Eine Person sagte, sie habe neue Bettwäsche gebraucht und online am Abend noch etwas in passender Farbe und passendem Muster gefunden und bestellt.

Für die TN, die am Vorabend die optionale Einheit nicht mitgemacht hatten, fasste die SL kurz die Inhalte zusammen, erläuterte die Funktion der Stopp-Befehle und regte an, sich dem Motto-Ziel entsprechend einen solchen zu überlegen. Zur besseren Verständlichkeit wurden zwei TN gebeten ihre Stopp-Befehle vorzustellen. Danach folgte das Impulsreferat zum Ressourcenpool.

Alles, was dabei hilft, zielrealisierend zu handeln, und vor allem alles, was das neue neuronale Netz anregt und aktiviert, wird im ZRM als Ressource betrachtet. Dementsprechend sollte nun der Ressourcenpool der TN gefüllt werden und sie sollten sich überlegen, welche sie schon kennengelernt haben. Auf einem Flipchart und der dazugehörigen Seite im Arbeitshandbuch konnten nun das Bild, das Motto-Ziel, die Erinnerungshilfen und der Stopp-Befehl eingetragen werden.

Dies alles sind Ressourcen in diesem Training. Die SL trug die Inhalte vor und ließ sie aus zeitlichen Gründen nicht erarbeiten. ›Ihr seht, es sind noch einige Felder frei, auf denen noch nichts eingetragen ist. Dementsprechend gibt es da noch weitere Ressourcen, die wir nutzen können und noch kennenlernen werden. Alles in allem bleibt es wie bei einem großen Büfett. Alles, was hier nun in unserer Sammlung drin ist, ist nicht immer und für jeden brauchbar. Manchmal braucht man das eine, manchmal etwas anderes, hin und wieder ist eines davon für den einen oder die andere gänzlich unbrauchbar. Welches ihr als eure Ressourcen seht, was für euch gut ist und euch hilft, das entscheidet ihr selbst.‹

Mit den verschiedenen Ressourcen ist es möglich, auf verschiedenen Ebenen das neue neuronale Netz zu aktivieren. Dies wird als Multicodierung bezeichnet. Neben der Aktivierung auf der Gedanken- und der Gefühlsebene lässt sich auch der Körper dazu nutzen. Die SL erörterte die Wechselwirkungen zwischen Körper und Psyche. Dass sich die Körperhaltung bei Trauer oder einem Lottogewinn unterscheidet, ist vorstellbar und meistens auch bekannt. Psychisches Erleben wirkt sich auf die Körperhaltung aus. Dass sich psychisches Empfinden auch durch die Körperhaltung beeinflussen lässt, zeigen Anwendungsbereiche wie Yoga, Tai-Chi oder Chi Gong. Auch viele wissenschaftliche Experimente haben dies untersucht. Die SL berichtete von einem Versuch zum ›Facial Feedback‹, bei dem Teilnehmende unter dem Vorwand, herausfinden zu wollen, ob sie bestimmte Tätigkeiten (Linien ziehen, Punkte verbinden, Buchstaben unterstreichen) noch durchführen können, wenn die dominante Hand ausfällt, bestimmte Aufgaben ausführen sollten. Eine Gruppe musste dabei einen Stift zwischen den Zähnen (so dass die Lippen ihn nicht berühren), eine zweite zwischen den Lippen (ohne dass die Zähne ihn berühren) und eine Kontrollgruppe in der nicht dominanten Hand halten. Untersucht wurde aber die Verbindung zwischen Gesichtsausdruck und emotionaler Reaktion. Hält man den Stift zwischen den Lippen,

wird die Lachmuskulatur blockiert, hält man ihn nur mit den Zähnen, wird diese aktiviert, wird der Stift in der Hand gehalten, wird kein emotional relevanter Gesichtsmuskel angesprochen. Eine weitere Übung war es, verschiedene Cartoons auf ihre Lustigkeit hin zu bewerten. Den Wert zwischen 0 (nicht lustig) und 9 (sehr lustig) sollten sie ebenfalls mit der zugeordneten Stifthaltetechnik ankreuzen. Die Gruppe, bei der durch das Halten des Stifts nur mit den Zähnen die Lachmuskulatur aktiviert worden war, fand diese Cartoons auch am lustigsten, die Gruppe mit den blockierten Lachmuskeln am wenigsten lustig. Die Kontrollgruppe lag vom Wert her zwischen den beiden anderen Gruppen.

Geplant waren zwei Erfahrungsübungen, um die Wirkung von Psyche auf Körper (Armdreh-Experiment) und Körper auf Psyche (Haltungsexperiment)⁴² den TN zu verdeutlichen. Aufgrund des zeitlichen Verzugs kamen diese aber nicht zum Einsatz.

Die SL erläuterte die Möglichkeit, eine bestimmte Haltung einzunehmen oder Bewegungen sowie Bewegungsabläufe durchzuführen, die dann das Motto-Ziel repräsentieren und die TN so in ihrer neuen Haltung unterstützen. Dadurch wird das neue neuronale Netz ebenfalls aktiviert und gestärkt. Solche Bewegungen können sehr groß sein und als Bewegungsabläufe wie eine Yoga-Übung, den Sonnengruß zum Beispiel, durchgeführt werden. Da dies aber nicht überall praktikabel ist, sind kleine Gesten ebenso denkbar. Für diejenigen, die an diesem Schritt Interesse hatten, wurde auf dementsprechende Literatur hingewiesen (Storch, Brändli, Cantieni, Hüther & Tschacher, 2011, Embodiment. Huber Verlag) und im Bezug zu dem zeitlichen Aufwand erklärt, dass dieser Arbeitsschritt

⁴² Beide Experimente sind in Storch & Krause 2014, S. 264ff ausführlich beschrieben.

für dieses Wochenende nicht eingeplant gewesen war und der Wegfall der praktischen Umsetzung nichts mit der gestrigen Unterbrechung zu tun hatte.

Eine Aktivierung des zielgerichteten Handelns kann durch Wenn-dann-Pläne erreicht werden, die zu mehr Handlungskontrolle führen. Durch diese Art von gut ausformulierten Vorsätzen werden Automatismen erzeugt, mit denen das Unbewusste eine schnelle Reaktion auf einen bestimmten Reiz zeigt. Die SL führte aus, dass diese Wenn-dann-Pläne von dem Psychologen Gollwitzer, der auch das Rubikon-Modell mit entwickelt hat, erfunden worden sind, dass dazu über 200 Studien durchgeführt wurden, die eine hohe Erfolgsrate dokumentieren. Darum sollte es im nächsten Arbeitsschritt gehen.

Damit wir in bestimmten Situationen eine bessere Handlungskontrolle erreichen, um nicht in unerwünschte Verhaltensweisen zu rutschen, muss die auslösende Situation, also das ›Wenn‹, möglichst genau und spezifisch formuliert werden. Dabei gibt es die Möglichkeit, ein inneres Wenn (meine Gedanken, mein bestimmtes Gefühl, meine Wut etc.) und ein äußeres Wenn (mein Arbeitskollege flucht, der Wecker klingelt, wenn es 8 Uhr ist etc.) zu unterscheiden. Nur wenn das Wenn genau benannt ist, kann das Unbewusste mit 100 Prozent darauf reagieren.

Als ›Dann‹ muss ebenso genau ein präzises Verhalten formuliert werden. Dieses ›Dann‹ kann ein einfaches Verhalten (Wenn der Wecker das erste Mal klingelt, dann stehe ich sofort auf) oder ein ressourcenaktivierendes Verhalten (Wenn ich nervös bin, dann fasse ich meinen Prime-Schlüsselanhänger an) benennen. Diese Wenn-dann-Pläne in einem Zug aufzuschreiben ist sehr wichtig, um sie im Gedächtnis zu verankern. Die Worte ›Wenn‹ und ›Dann‹ sind dabei unerlässlich. Nur so kann ein konkreter Auslöser mit dem gewünschten Verhalten

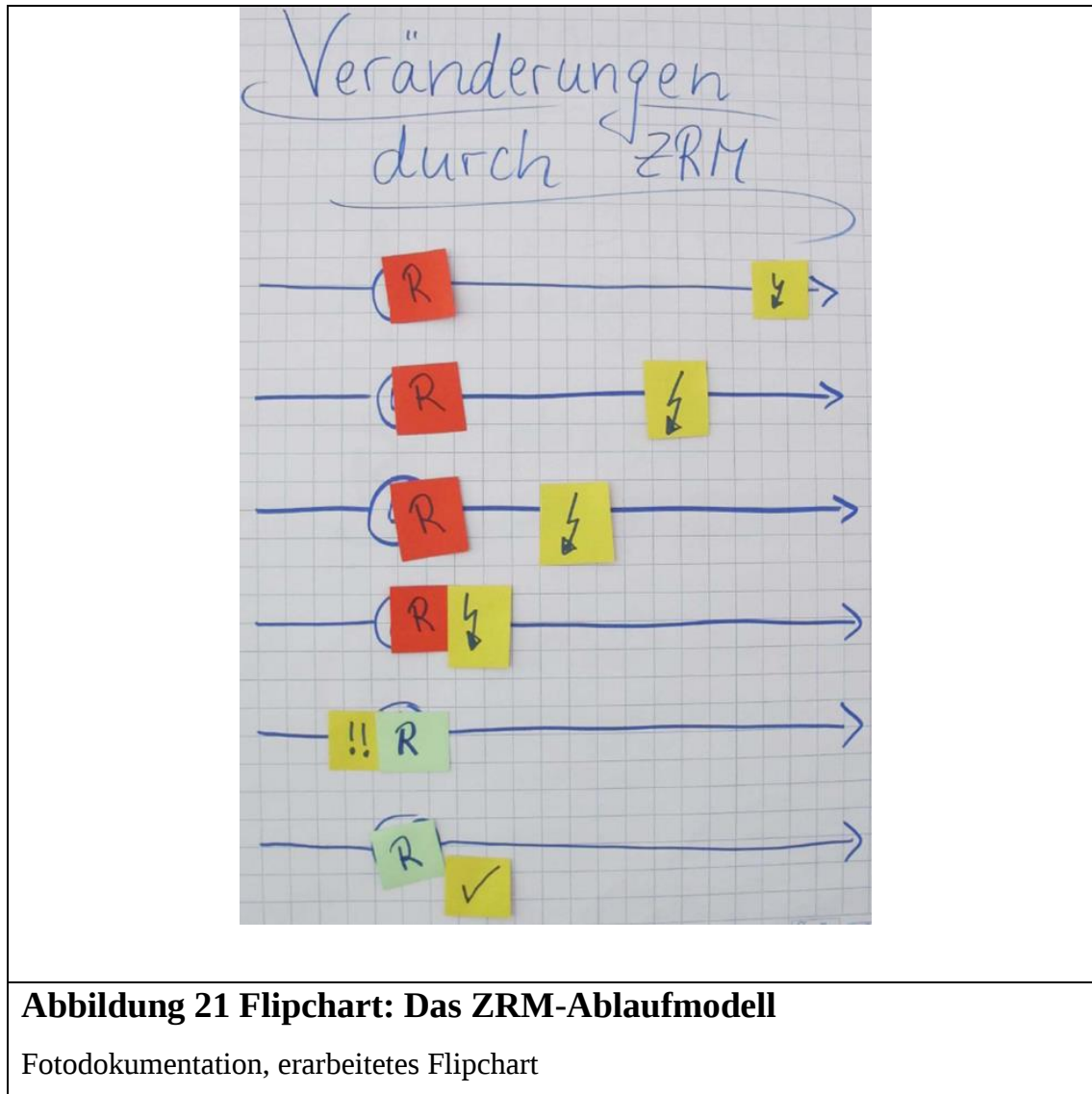
als Automatismus verknüpft werden. Dazu müssen Wenn und Dann aber inhaltlich auch zusammenpassen.

Als Vorbereitung für so einen Wenn-dann-Plan wurden die TN aufgefordert, sich eine für sie spezifische Situation vor Augen zu führen, in der sie vielleicht bisher oft in ungewollte Verhaltensweisen geraten sind. Diese Situation sollte im Bezug zu dem Motto-Ziel stehen, damit sie ein neues Verhalten automatisieren und das neue neuronale Netz damit stärken können. Wenn sie eine Situation gefunden hatten, sollten sie möglichst präzise ihr ›Wenn‹ formulieren und oben auf ein leeres Din-A4-Blatt schreiben. Die SL hatte zehn Minuten zur Vorbereitung vorgesehen und wartete, bis alle mit der Formulierung fertig waren.

Dann stellte sie eine Variation der Ideenkorb-Methode vor, den stillen Ideenkorb. Alle hatten nun ihr Wenn auf ein Blatt geschrieben. Dieses Blatt wurde nun im Uhrzeigersinn einen Platz weitergereicht. So hatten alle eine Wenn-Formulierung vor sich und konnten ihre Idee darunterschreiben. Danach reichten sie das Blatt in die gleiche Richtung weiter. Das wurde so lange wiederholt, bis das Blatt an der Startposition wieder angekommen war. Um ein zügiges Weiterreichen zu ermöglichen, ist es hilfreich, nicht alles, was aufgeschrieben wurde, zu lesen. Damit wurden die Wenn-Formulierungen auf die Ideenkorb-Reise geschickt. Zwischendrin kam es öfters zu kleinen Verzögerungen, dennoch blieben alle entspannt und beteiligten sich interessiert an diesem Prozess. Als alle Blätter wieder am Ausgangspunkt angekommen waren, wurde die bekannte Auswertung mit den somatischen Markern angeleitet und die Aufgabe, die komplette Wenn-dann-Formulierung auf ein neues Blatt zu schreiben, erteilt.

Wer fertig war, konnte in die Kaffeepause gehen. Nach der Pause gab es eine Plenumsrunde, in der alle ihren Wenn-dann-Plan vorstellten. Die SL achtete auf präzise Formulierungen, Fehler waren jedoch keine erkennbar. Das alleinige

Aufschreiben dieses Wenn-dann-Plans reicht nicht aus. Auch diese Formulierung muss sich eine Zeitlang ins Gedächtnis gerufen werden, bis sie verinnerlicht ist und als Automatismus wirken kann. Alle sollten ihre Ergebnissgalerie um diese neue Ressource ergänzen.



Anhand des Flipcharts ›ZRM-Ablaufmodell‹ (Abbildung 21) erläuterte die SL, wie sich das Training mit dem Zürcher Ressourcen-Modell auf unsere unerwünschten Verhaltensweisen auswirkt. Abgebildet ist jeweils ein Zeitstrahl, der zu einem bestimmten Zeitpunkt einen auslösenden Moment darstellt. Mit kleinen

Kärtchen und Symbolen wurde unsere Reaktion (R) dargestellt, die unmittelbar dem Auslöser folgt. Doch ist es meistens noch die alte, unerwünschte Verhaltensweise, in der wir reagieren. Deshalb ist diese Reaktion rot dargestellt. Es vergeht einige Zeit, bis wir realisieren, wieder mit der alten Verhaltensweise reagiert zu haben (Blitzsymbol). Durch das Erkennen und Bewusstwerden hat der Prozess der Veränderung begonnen, das neue neuronale Netz wird aktiviert. In der nächsten Situation werden wir vermutlich wieder ›unerwünscht‹ reagieren; die Zeit, bis wir es gewahr werden, verkürzt sich aber. Beim nächsten Mal ist die Zeitspanne, bis wir erkennen, immer noch im alten Automatismus zu reagieren, noch kürzer. Das geht so lange, bis uns unmittelbar in der falschen Reaktion diese bewusst wird. Von da an werden wir uns in der auslösenden Situation dessen bewusst und reagieren unserem neuen Ziel entsprechend, bis wir irgendwann gar nicht mehr darüber nachdenken brauchen und sich das neue Verhalten automatisiert hat.

Es entstand eine Diskussion, wie lange so etwas dauern wird und dass es ja durchaus von verschiedenen Faktoren abhängt, wie oft man mit solchen Situationen konfrontiert wird, wie oft man bisher das ›Falsche‹ praktiziert hat und wie wichtig das neue Verhalten für einen selbst ist. Die SL ließ die Diskussion eine Weile laufen, einige Beispiele der TN machten deutlich, was diese darunter verstanden, und die SL konnte aus diesem Meinungsaustausch direkt in das nächste Thema überleiten.

Das ›Situationstypen-ABC‹ stellt unterschiedliche Schweregrade dar, in denen zielrealisierendes Handeln gefordert wird. Die A-Situationen sind einfache Situationen, in denen wir entsprechend unserem neuen Ziel einfach handeln können. Es gelingt uns sehr gut und ohne Anstrengung, so zu handeln. Manchmal scheinen es eben unbedeutende Dinge zu sein: eine kleine Pause machen und aus dem Fenster schauen, einen Apfel statt ein Snickers zu essen oder joggen

gegangen zu sein. Weil uns diese Situationen so leicht von der Hand gehen, besteht die Gefahr, sie zu übersehen und nicht wahrzunehmen. Damit unser Gehirn unser neues neuronales Netz besser verstärkt, müssen solche erfolgreichen Situationen bewusst wahrgenommen werden.

Dementsprechend ist es wichtig, die Aufmerksamkeit diesbezüglich zu fördern, um so mit unserem neuen neuronalen Netz achtsam umzugehen. Die SL erzählte die Geschichte ›vom Mann mit den Bohnen‹, der gefragt wurde, warum er immer so zufrieden und glücklich sei. Er erzählte, für jede kleine Freude und für jeden schönen Moment, den er am Tag erlebe, eine Bohne von der rechten in die linke Hosentasche zu stecken und abends dann nochmals jede Bohne einzeln aus der linken Tasche in die Hand zu nehmen und sich an das zu erinnern, wofür er die Bohne in die Hosentasche gesteckt habe. Dies wäre eine gute Möglichkeit, führte die SL fort, sich in der Wahrnehmung der kleinen Erfolge zu stärken. Eventuell Glasnuggets einer Farbe, die dem Motto-Ziel entspricht, in den Hosentaschen zu haben und wie die Bohnen wandern zu lassen. Oder abends den Tag Revue passieren zu lassen und erfolgreiche Situationen aufzuschreiben. Ein Erfolgsspeicher für solche Situationen ist im Arbeitshandbuch enthalten und kann somit direkt Anwendung finden. Die Anzahl der erfolgreich gelösten A-Situationen wird mit der Zeit deutlich größer, weil zielgerichtetes Handeln leichter gelingt und es auch mit der Zeit leichter fällt, diese Situationen bewusst wahrzunehmen.

Die B-Situationen sind schwierige Situationen, die wir vorhersehen können und die aber planbar sind. Wir können uns auf solche Situationen vorbereiten. Wie das geht, wurde im nächsten Schritt erarbeitet. Vorher wurden noch die C-Situationen diskutiert. In solchen Situationen ist das zielrealisierende Handeln noch schwieriger, weil wir im Gegensatz zu B-Situationen von ihnen überrascht werden. Wir können sie nicht vorhersehen und uns daher auch nicht auf sie

vorbereiten. Unser neues neuronales Netz wird daher auch nicht automatisch darauf reagieren können, wir werden unsere alte unerwünschte Verhaltensroutine abspielen. Gerade am Anfang werden wir leicht an diesen Situationen scheitern. Wichtig ist es, diesen Misserfolgen mit Geduld zu begegnen. Wenn jemand in die ›Muckiebude‹ geht und dort als Anfänger sich an der 100kg-Hantel versucht, wird er diese auch nicht sofort heben können. Es braucht also Zeit, Geduld und Übung in den leichteren, also in den B-Situationen. Die SL berichtete eine eigene C-Situation: »Kurz vor dem Beginn eines Seminars war ich noch kurz auf Toilette. Als ich mir die Hände waschen wollte, schoss das Wasser mit so viel Wucht aus dem Hahn in das recht flach gestaltete Waschbecken und mir komplett auf die Hose. Es sah aus, als ob ich mich eingenässt hätte. Da es nur ein Ein-Tages-Seminar war, hatte ich auch keine andere Hose mit um mich umziehen zu können. In dieser Situation war ich erstmal eiskalt erwischt. Meine Lösung war dann, das Jackett über den Arm zu hängen und so dann erstmal den ersten Anblick zu verdecken. Cool und souverän habe ich mich dabei aber nicht gefühlt.« Um mit derartigen überraschend eingetretenen C-Situationen dennoch den ZRM-Prozess für sich weiter gestalten zu können, ist die nachträgliche Analyse einer solchen misslungenen Situation sehr wichtig. Identifizieren und Sammeln von Vorläufersignalen hilft dabei, solche Situationen zu vorhersehbaren und planbaren B-Situationen zu machen. Auch dafür gibt es ein Arbeitsblatt im Handbuch, mit denen ein Festhalten und Reflektieren solcher C-Situationen erfolgen kann.

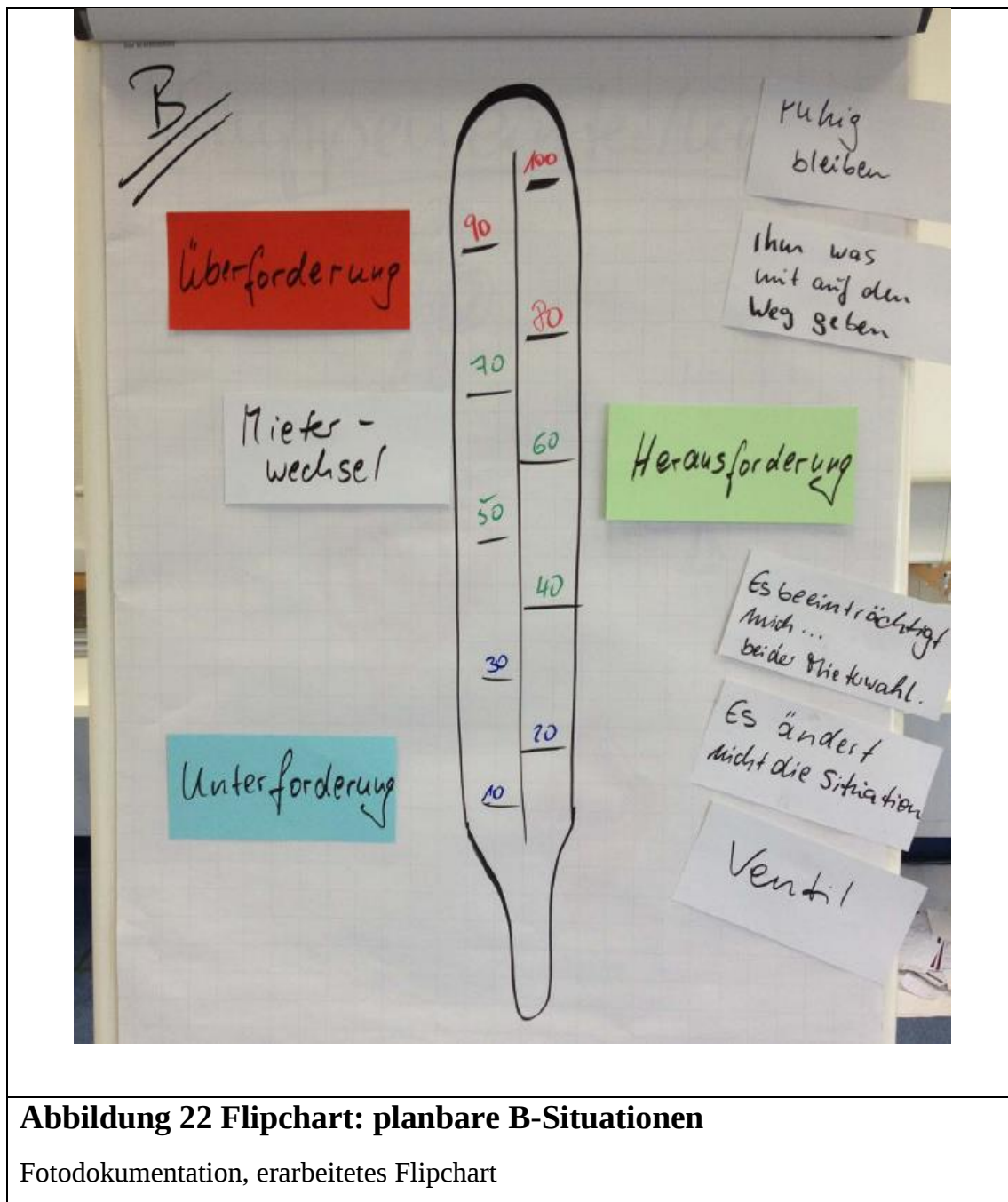


Abbildung 22 Flipchart: planbare B-Situationen

Fotodokumentation, erarbeitetes Flipchart

Für den nächsten Arbeitsschritt sollten alle im Arbeitshandbuch auf der dazugehörigen Seite für sich schwierige, aber vorhersehbare (B-)Situationen sammeln. Dazu erläuterte die SL, solche planbaren Situationen auch in unterschiedliche Schwierigkeitsgrade und ›Temperaturbereiche‹ unterteilen zu können. Entsprechend einem Fieberthermometer können bestimmte Gegebenheiten in

verschiedene Temperaturbereiche eingeteilt werden. Daran orientiert, soll eine Situation gewählt werden, die nicht zu einfach, aber auch nicht zu schwierig ist. Denn sowohl Unterforderung als auch Überforderung sind ungeeignet, um ein solches Training zu beginnen. Die TN hatten zehn Minuten Zeit, solche Situationen von den ersten Seiten (vom ersten Abend) zu übertragen oder sich neue einfallen zu lassen und sie in ihrem Schwierigkeitsgrad zu beurteilen. Einige TN taten sich schwer mit dieser Aufgabe, auf Nachfragen klärte sich ihr Problem. Manche waren davon ausgegangen, nur Situationen wählen zu dürfen, die im direkten Zusammenhang mit der Infektion stünden. Die SL bezog sich auf die verschiedenen Zieltypen, die bei der Erarbeitung des Motto-Ziels erörtert wurden. Da das Motto-Ziel ein Ziel auf der Haltungsebene ist, bildet es die gewünschte Haltung über verschiedene Themen hinweg und gilt nicht nur situationsspezifisch für einen bestimmten Themenbereich. Ziel ist es jetzt, diese Haltung und das neue neuronale Netz zu stärken, damit in allen Situationen automatisch mit dem neuen Verhalten reagiert und das alte Verhalten somit abgelegt und verlernt werden kann. Jede Situation kann dabei helfen, auch in Zusammenhängen der Infektion, sich seiner neuen Haltung gemäß zu verhalten.

Um zu vermitteln, in welchen Schritten man sich auf so eine absehbare Situation vorbereiten kann, folgte die Durchführung einer Demo. Eine Person wurde gebeten eine Situation aus dem Temperaturbereich von 50–70 zu wählen und kurz zu erläutern. Die Person schilderte ihre Situation, Vermieter in einem Mehrfamilienhaus zu sein und selbst ca. 200 km davon entfernt zu wohnen. Ein Mieter, der sehr oft negativ aufgefallen sei und über den es viele Beschwerden gegeben habe, ziehe nun aus und die Wohnungsübergabe stehe an. Da nicht behobene Schäden in der Wohnung zu erwarten sind, wird die Mietkaution einbehalten werden müssen. Die ungewollten Verhaltensweisen wären bisher, solchen Konfrontationen aus dem Weg zu gehen, Dinge nicht anzusprechen und dadurch Unbehagen,

Schlafstörungen und auch Beeinträchtigungen im Kontakt mit anderen zu erleben oder sich in solchen Gesprächen aufbrausend, laut und unkontrolliert zu verhalten. Als Ziel stehe nun an, ruhig und sachlich auftreten zu können, bestimmte Dinge anzusprechen, ohne dabei das Gesicht zu verlieren, da die Gesamtsituation nicht mehr verändert werden könne, so aber dennoch dem Mieter etwas mit auf den Weg zu geben und selbst ein Ventil für Frustration und Unmut zu haben.

Die SL bedankte sich für die eingebrachte Situation und erläuterte die weitere Vorgehensweise. Es gehe nicht darum, diese Situation durchzusprechen und verschiedene Szenarien durchzuspielen, um daraufhin passende Antworten oder verschiedene Reaktionen parat zu haben. Es gehe darum, das neue neuronale Netz auf diese eine Situation vorzubereiten, dem Motto-Ziel entsprechend zielrealisierend zu handeln und in der Situation zu primen, dass ein gewünschter Automatismus erzeugt wird und es nicht zu den ungewollten Verhaltensweisen kommt. Dazu sind zwei Ansatzpunkte hilfreich. Einmal die Zeit bis zu diesem Ereignis: bei jedem Mal daran denken, ob sich bestimmte Ressourcen einsetzen und aktivieren lassen. So wäre es hilfreich, immer, wenn Gedanken zu diesem Termin kommen, innezuhalten, sich das Motto-Ziel zu sagen und die gewünschten Verhaltensweisen vor Augen zu führen. Ebenso ist der Einsatz von Erinnerungshilfen und Primes nützlich: bei den Gedanken an eine solche Situation eine bestimmte Erinnerungshilfe, den Schlüsselanhänger zum Beispiel, in die Hand zu nehmen. Da wir diesen Schlüsselanhänger dann bewusst in die Hand nehmen, hat er die Aufgabe der Erinnerungshilfe; diese wirkt nämlich bewusst. Wenn wir dann in der Situation den Schlüsselanhänger in der Hand halten, wirkt er unbewusst, einfach, weil er da ist. Der andere Ansatzpunkt ist, die Situation selbst so zu planen, dass viele Ressourcen das zielgerichtete Handeln auslösen können. So ist es möglich, Erinnerungshilfen zu aktivieren: Kleidungsstücke oder Accessoires in bestimmten Farben, irgendetwas, was wir in der Situation planbar dabei haben

können. In der anschließenden Gruppenarbeit dazu ging es darum, genau solche Dinge zu finden und ideenkorbmäßig zusammenzutragen.

Eine weitere Unterstützung findet sich in sozialen Ressourcen. Wir hatten das ganze Wochenende über mit sozialen Ressourcen gearbeitet. Alle Anwesenden waren füreinander soziale Ressourcen gewesen. Man kann Menschen als verdeckte oder als offene soziale Ressource nutzen. Bittet man eine Person, einen zu begleiten und darauf zu achten, ob man laut und aufbrausend wird und einen in diesem Fall mit einem vereinbarten Wort an das Motto-Ziel zu erinnern, dann ist sie eine offene soziale Ressource, weil sie darum weiß, zur Unterstützung eingesetzt zu werden. Bittet man eine Begleitperson, seine Tasche in der Motto-Ziel-Farbe oder mit einem Sticker als Erinnerungshilfe zu halten, damit man diese besser sehen kann, so hilft diese Person, ohne es zu wissen. Sie ist mithin eine verdeckte soziale Ressource. In vielen Situationen kann man so etwas planen. Die Sekretärin zu bitten, genau um 11 Uhr eine Tasse Tee zu bringen, kann ebenso ein verdeckter Ressourceneinsatz sein, wenn die dafür ausgesuchte Tasse oder der Tee als Erinnerungshilfen fungieren. Um solche Ideen ging es in der folgenden Gruppenarbeit. Wer ist da, wen kann man auf welche Art und Weise auch immer als Unterstützung und zur Aktivierung des neuronalen Netzes nutzen? Welche Primes kann ich einsetzen und irgendwo platzieren, welche Zielauslöser kann ich bewusst zur Hand nehmen?

Zuvor war über den eigenen Körper als Ressource gesprochen worden. Eine bestimmte Pose, eine Geste, eine bestimmte Stellung oder Haltung, also eine kleine Abbildung des Motto-Ziels oder eines Teils davon, die sich bewusst einsetzen lässt, wird als Micro-Movement bezeichnet. Als Beispiel werden alle die Raute der Bundeskanzlerin kennen. Auch das könnte so ein Micro-Movement sein.

Nach diesen Erläuterungen wurden sieben Dreier-Gruppen durch Auszählen (1–7) eingeteilt und in die Gruppenarbeit geschickt. Pro Person standen zehn Minuten zur Verfügung, danach schloss sich eine 15-minütige Erholungspause an.

Als alle nach dieser Pause zurück im Seminarraum waren, wurde abgefragt, ob alle eine passende Situation und ausreichende Ideen zur Vorbereitung auf diese Situation bekommen haben. Diese vorstellen zu lassen war zeitlich nicht möglich. Alle waren mit Ideen versorgt, dennoch äußerten sich einzelne, skeptisch zu sein, ob dies so funktionieren könne, worauf die SL erörterte, dass durchaus der Schwierigkeitsgrad entscheidend sein kann, ob es uns gut oder weniger gut gelingen wird. Nach einem Misserfolg das bisher Erlernte sofort als unbrauchbar in die Ecke zu räumen, wäre nicht hilfreich. Kleine und große Erfolge wertschätzen und Misserfolge mit Geduld zu betrachten und gut zu reflektieren werde helfen, die gewünschten Verhaltensweisen umzusetzen. Die SL hob hervor, dass sich nach dem Training alle selbstverantwortlich um ihren eigenen Prozess bemühen müssen. Nur mit ausreichendem Training und regelmäßigem Einsatz der herausgearbeiteten Ressourcen können die neuen Verhaltensmuster gestärkt und automatisiert werden.

Die SL fasste anhand des Rubikon-Prozesses den Verlauf des Seminars zusammen. Alle hatten am ersten Tag ungewollte Verhaltensweisen und daran orientiert den Wunsch der Veränderung entwickelt. Am zweiten Tag wurden unbewusste Bedürfnisse ergründet, um sie mit den bewussten Motiven in Einklang zu bringen. So ist für jeden ein Motto-Ziel entstanden, das mit dem Schritt über den Rubikon die Handlungsabsicht, die Intention verkörpert. In der Phase der präaktionalen Vorbereitung hatten die TN durch das Sammeln der Erinnerungshilfen und das Zusammentragen verschiedener Ressourcen alles an der Hand, um durch

die Planung der schwierigen B-Situationen mit der Handlung beginnen zu können. Nun blieb es im Alltag anzuwenden. Jeder einzelne Schritt war durch die Demos vorgemacht und hinterher selbst angewendet worden. Damit können diese Schritte alle beliebig wiederholt und mit anderen sozialen Ressourcen angewendet werden. Ein Ideenkorb kann einfach zusammengetragen werden, indem Nachbarn, Freunde, Familie, Arbeitskolleg_innen etc. dazu befragt, die Ideen notiert und hinterher mit den somatischen Markern ausgewertet werden.

Mit dem Erfolgsspeicher für die A-Situationen kann die Achtsamkeit für die kleinen Erfolge trainiert werden und mit dem Logbuch für misslungene C-Situationen lassen sich diese insbesondere auf die Vorläufersignale hin reflektieren. Werden Vorläufersignale identifiziert, ergibt sich daraus ein vorhersehbares Muster, das sich dann als planbare B-Situation behandeln lässt. Gelingt es, verschiedene Erinnerungshilfen, sowohl stationäre als auch mobile, zu aktivieren, steht einer erfolgreichen Umsetzung nichts mehr im Weg.

Damit war der inhaltliche Teil des Wochenendes beendet. Es folgte eine Feedbackrunde der Teilnehmenden zum Seminar, dann die gemeinsame Mittagspause. Nach der Mittagspause wurde die zweite Befragung durchgeführt und das Orga-Team übernahm die Leitung wieder, evaluierte und beendete das Wochenende.

5.3.1.7 *Abschlussrunde, Feedback der Teilnehmenden*

Zum Ende des Trainings konnten die Teilnehmenden ihre individuellen Teilschritte reflektieren und eine persönliche Bilanz für sich ziehen. Mit einer Abschlussrunde gaben sie dann ihr Feedback zur Veranstaltung. Dazu gab es in dem Handbuch eine Seite mit Leitfragen, die optional bearbeitet und beantwortet werden konnten. Ebenso gab es ein Flipchart, an dem sich das Feedback orientieren

konnte. Im Folgenden wird das Feedback der Teilnehmenden zusammengefasst dargestellt. Die Nummerierung der TN bezieht sich auf die Reihenfolge der Wortmeldungen und steht nicht im Zusammenhang mit der Reihenfolge in der Ergebnissgalerie oder der Ergebnisse in den Befragungen.



Abbildung 23 Flipchart: Abschlussrunde, Feedback der TN

Fotodokumentation, erarbeitetes Flipchart

Feedback:

Das von den TN geäußerte Feedback wurde von der SL schriftlich festgehalten:

TN1: »Ich fand das Seminar sehr gut, auch die Methode ist sehr gut, kann ich umsetzen und werde noch an einzelnen Sachen arbeiten. Trotz den Streitigkeiten war es ein schönes Wochenende.«

TN2: »Das Wochenende hat mir gut gefallen, es war ein sehr anspruchsvolles Seminar, die Methode ist gut, die Kleingruppenarbeiten waren ok. Ich hattete im Vorfeld Angst vor dem langen Samstag, aber hinterher war es dann ok.«

TN3: »Das Seminar war gut, diese Inhalte sind schon lange Thema, aber ich habe mich noch nicht bewusst damit auseinandergesetzt.«

TN4: »Mir hat das Wochenende gut gefallen, ich bin gespannt, was ich daraus machen werde. Die Organisation war gut, so viele Inhalte in so kurzer Zeit unterzubringen. Ein Tag mehr wäre besser für mich gewesen.«

TN5: »Das Seminar war gut, so habe ich eigene Methoden für mich gelernt. Ich fand gut, wie mit der Kritik und der Überforderung umgegangen wurde.«

TN6: »Es war alles in allem gut. Ich bin gestern schnell an meine Grenzen gekommen, heute sieht alles wieder anders aus. Ich bin seit elf Jahren nicht mehr im Berufsleben. Ich habe Dir hoch angerechnet, wie Du mit der Kritik umgegangen bist.«

TN7: »Ähnliches habe ich schon mal gemacht. Es ist anspruchsvoll und spannend, es war aber zu komprimiert für ein Wochenende. Für das Eigentliche war für mich zu wenig Zeit.«

TN8: »Das Niveau wurde so angepasst, dass alle mitarbeiten konnten. Es waren sehr plastische Darstellungen, die das Verstehen sehr leicht gemacht haben. Es wird spannend und interessant, daran zu bleiben. Es war sehr anstrengend und komplex zu den alltäglichen Baustellen des Lebens.«

TN9: »Das Seminar fand ich sehr gut. In manchen Schritten fehlte die Zeit, das Handbuch direkt auszufüllen und zu erarbeiten. Als Hausaufgabe und Selbstreflexion ist das nichts. Es waren viele bekannte Elemente, ich bin sehr zufrieden.«

TN10: »Ich war das erste Mal hier, ich habe mich pudelwohl gefühlt in der Gruppe. Inhaltlich hat es mir gut gefallen, ich gehe sehr optimistisch nach Hause. Einen Tag länger für das Seminar fände ich auch besser.«

TN11: »Im Großen und Ganzen hat es mir gut gefallen. Dennoch finde ich die Methode gewöhnungsbedürftig. Es war vieles Neues und manches auch unverständlich. Die Umsetzung wird sich zeigen. Ich hatte Probleme, mitzukommen, meine Energie war schnell aufgebraucht, die Zwischengespräche und Nebengespräche waren sehr störend.«

TN12: »Danke für Dein Engagement und die Vorbereitung. Man sieht, dass da viel Herzblut drinsteckt. Es ist Dir gut gelungen, die vielen Inhalte so zu nivellieren, dass alle mitkommen, dazu warst Du super feinfühlig. Die Methode ist ein Anfang, der weitere Prozess muss sich nun selbst entwickeln. Ich nehme die Methode Ideenkorb mit. Toll war der Austausch, so konnte man andere Sichtweisen kennenlernen und auch lernen sich selbst zu formulieren.«

TN13: »Das Seminar hat mir sehr gut gefallen. Es gibt viele Punkte in der Methode, mit denen ich versuchen werde mein Ziel zu erreichen. Die Nebengespräche waren sehr störend. Es ist ein sehr ausgiebiges Thema, ein Tag mehr wäre nötig. Es ist zu viel, um das alles aufzunehmen.«

TN14: »Die Sachen waren gut, versuche es anzuwenden. Es war eine sehr gute Vermittlung und Du hast gut auf unsere Fragen reagiert.«

TN15: »Das Seminar war toll. In diesem schweren Stoff warst Du mit Herzblut und Engagement dabei, hast es mit Deinen eigenen Storys aufgelockert. Ich habe nun Werkzeug in die Hand bekommen und muss lernen, damit umzugehen. Zu Hause ist ein anderer Alltag, mich so lange zu konzentrieren fällt mir schwer.«

TN16: »Danke für das Vortragen, es war sehr informativ, hilfreich und passend. Werde es anwenden und hoffe es gibt nicht so viele Rückschläge. Nehme eine ganze Menge mit, kann es auf mehreren Gebieten anwenden. Gerade zum Schluss hat mir gefehlt nicht nur ein Beispiel mit schwierigen Situationen zu besprechen, sondern für jeden. Weniger persönliche Beispiele, dann wäre vielleicht mehr Zeit dafür gewesen. Ich konnte bereits einzelne Sachen anwenden, Stopp-Befehl zum Beispiel.«

TN17: »Ich kann mich vielem anschließen: brilliant, lebendig, sehr persönlich, menschlich sehr sympathisch. Da kann ich mich nur bedanken. Hätte gerne die Erklärungen verschriftlicht oder als Hörbuch. Das wäre sehr bereichernd, interessant und informativ.«

TN18: »Ich kannte die Methode bereits und habe es auch schon angewendet. Es war mir inhaltlich zu viel. Wenn ich drei Stunden gearbeitet habe, bin ich tot. Dann brauche ich einen Tag, um mich zu erholen.«

TN19: »Das Seminar hat mir sehr gut gefallen, ich bin offen für solche Themen. Die Vorbereitung und Gestaltung waren toll und sehr liebevoll. Ich finde die Methode klasse und bin auf den Transfer in den Alltag gespannt.«

TN20: »Seminar war toll, einen Tag länger wäre gut, es war sehr anstrengend. Sehr schön erklärt und gemacht. Du hast es leicht rübergebracht. Ich konnte viel mitnehmen.«

TN21: »Ich kann mich nur anschließen, danke. Probleme hatte ich mit dem vielen Stoff, aber es ging. Ob ich mit den Methoden weiterkomme, wird sich in ein paar Wochen zeigen. Das muss alles erstmal sacken.«

5.3.1.8 *Testgruppe, Messzeitpunkt 2*

Da die zweite Befragung mögliche Veränderungen durch das Training herausfinden soll, sollte diese losgelöst von dem, was vor zwei Tagen angegeben worden war, beantwortet werden. Mit dieser Erläuterung bekamen die Teilnehmenden nach dem gemeinsamen Mittagessen den gleichen Fragebogen mit der Bitte ausgeteilt, diesen alleine, ohne Abstimmung mit anderen und nach der aktuellen Gemütslage auszufüllen und im mitausgeteilten Briefumschlag verschlossen wieder in die vorgesehene Kiste zu legen. Mit Hilfe der Angaben zur persönlichen Codierung war somit auch gewährleistet, den Fragebogen der am ersten Tag abgereisten Person ausfindig zu machen. Dieser fand in der weiteren Auswertung keine Berücksichtigung. Zum Ende der zweiten Befragung waren 21 Fragebögen abgegeben worden.

Danach übernahm das Orga-Team und beendete das Wochenende.

5.3.1.9 *Testgruppe, Messzeitpunkt 3*

Um die dritte Befragung zur Messung des Erfolgs auf langfristige Sicht durchführen zu können, waren während dem Wochenende alle TN um die Auskunft einer postalischen Erreichbarkeit gebeten worden. Alle wollten die Untersuchung mit Teilnahme an der dritten Befragung unterstützen und hatten ihre Anschrift auf

einem dafür vorgesehenen Vordruck ausgefüllt. Dementsprechend konnte der Fragebogen mit einem Anschreiben und der Bitte, diesen bis Anfang November ausgefüllt im adressierten und frankierten Rückumschlag zurückzusenden, Ende September versendet werden. Damit startete der dritte Messzeitpunkt. Ein Briefumschlag kam als unzustellbar zurück. In unterschiedlichen Abständen wurden insgesamt 18 ausgefüllte Fragebögen zurückgesendet. Der jeweilige Empfang wurde nicht dokumentiert, da er für die Interpretation der Ergebnisse als nicht aussagekräftig beurteilt wurde. Insgesamt standen am Ende 18 komplette Datensätze für die Auswertung zur Verfügung.

5.4 Kontrollgruppe und Vergleich

Ebenso schwierig wie es war, die TN für die Testgruppe zu gewinnen, war es auch, eine geeignete Kontrollgruppe zusammenzustellen. Die Planungen im Vorfeld beinhaltete die Option, mit Patient_innen einer großen HIV-Ambulanz die Kontrollgruppen-Befragung durchzuführen. Da dort aber zum Zeitpunkt der Befragung quartalsweise die eigene Arbeitsweise evaluiert wurde, musste aufgrund der befürchteten Überlastung der Patient_innen eine andere Kontrollgruppe gefunden werden.

Da kleinere lokale Aidshilfen keine festen Positiven-Treffen / Positiven-Gruppen mit regelmäßig Teilnehmenden haben, waren die Bemühungen in diese Richtungen ebenfalls erfolglos. Die Kontaktaufnahme zu einer Positiven-Selbsthilfegruppe einer Großstadt-Aidshilfe zeigte sich anfangs recht erfolgversprechend. Ein Mitglied dieser Gruppe bekundete Interesse und signalisierte ebenfalls das Interesse der Gruppe. Eine Zustimmung müsse aber über die Mitarbeitenden eingeholt werden. Eine E-Mail an die Leitung der Aidshilfe wurde an eine zuständige Gruppenleitung weitergeleitet, aber nicht beantwortet. Mehrfache

Nachfragen wurden mit dem Hinweis, es müsse in der Gruppe besprochen und geklärt werden, auf die lange Bank geschoben und schließlich mit der Erklärung, die Teilnehmenden der Gruppe wollten dies nicht, ablehnend beantwortet. Ob der Schutz der Privatsphäre oder ein mangelndes Interesse zur Unterstützung solcher Studien der Grund gewesen ist, kann ebenso wenig beantwortet werden wie die Frage, ob die Ablehnung auf Seiten der Gruppe oder auf Seiten der Mitarbeitenden lag. Eine große zeitliche Verzögerung ging mit diesen bis dahin erfolgten, aber erfolglosen Schritten einher.

Durch Besuche einzelner lokaler Aids-Hilfen und die persönliche Ansprache von Besucher_innen sowie die Nutzung von Social-Media-Kontakten und Gruppen konnten 28 interessierte Personen gewonnen werden, die sich bereit erklärten, als Kontrollgruppe an zwei Befragungen teil zu nehmen. Dass es sich nicht zufällig um Teilnehmende der Testgruppe handelte, konnte im Vorfeld ausgeschlossen werden. Diese Personen wurden gebeten, an eine (separat dafür eingerichtete) Emailadresse zu schreiben und bekamen als automatische Antwort generiert, den Link zu einer Onlinebefragung zugesendet. Somit konnten sowohl die Wahrung der Anonymität als auch die Möglichkeit, sechs Monate später zu der zweiten Befragung einzuladen, sichergestellt werden.

Aufgrund des schwierigen Zugangs zu dieser Zielgruppe startete die Befragung der Kontrollgruppe mit erheblicher Zeitverzögerung im Februar 2018, die Vergleichbarkeit der beiden Gruppen war dennoch gegeben (siehe S. - 305 -). Das aufgrund der Verzögerungen zeitlich veränderte Forschungsdesign ist in Abbildung 24 dargestellt. Die Befragung der Kontrollgruppe endete im August 2018.

Aus der ersten Befragung der Kontrollgruppe standen 21, aus der zweiten Befragung 19 komplette Datensätze zur Auswertung zur Verfügung.

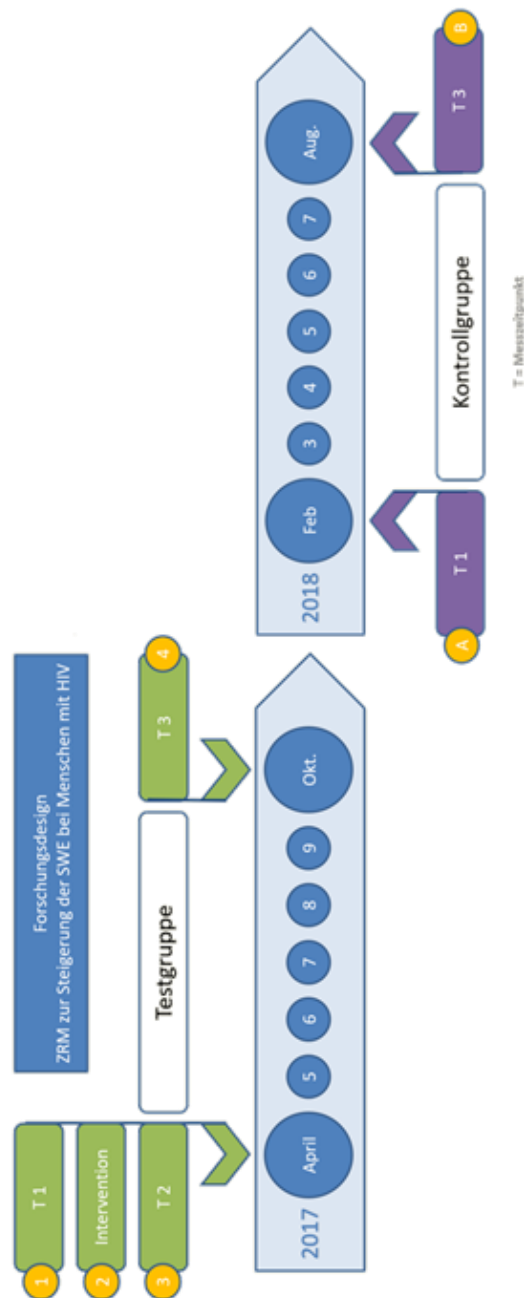


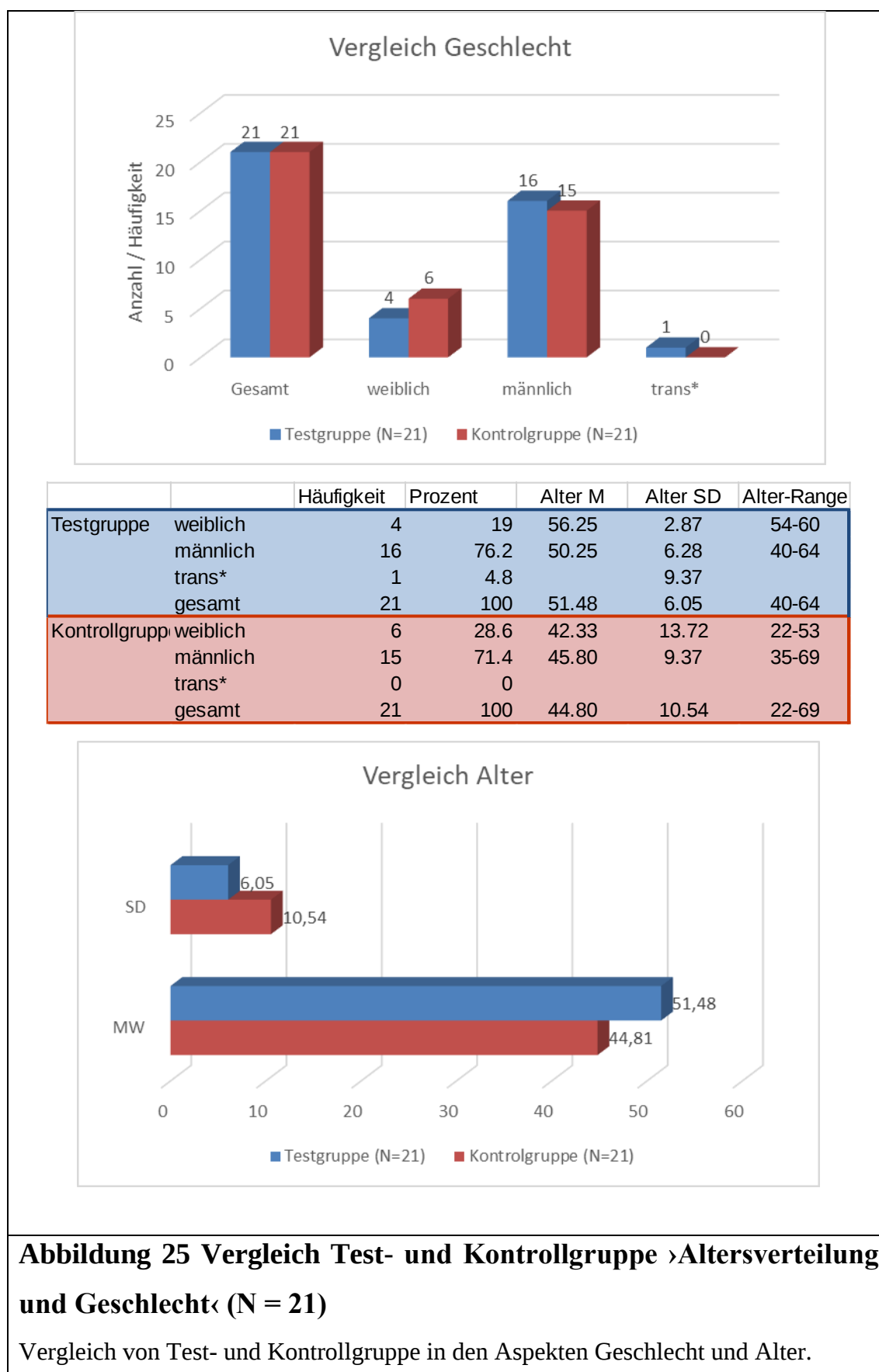
Abbildung 24 Durchgeführtes Forschungsdesign ›ZRM zur Steigerung der SWE bei Menschen mit HIV‹

Veränderte Durchführung der Befragungen in Test- und Kontrollgruppe aufgrund der schwierigen Erreichbarkeit der Zielgruppe. Durchgeführt wurden in der Testgruppe im April 2017 die Schritte 1–3, sowie sechs Monate später (im Oktober 2017) der Schritt 4. Im Jahr 2018 erfolgten in der Kontrollgruppe Schritt A im Februar und sechs Monate später im August Schritt B.

Die Kontrollgruppe ($N = 21$) bestand aus 15 Personen männlichen und 6 Personen weiblichen Geschlechts. Die Altersverteilung beinhaltete jeweils 1 Person zwischen 20 und 24 sowie 25 und 30 Jahren, 4 Personen waren zwischen 30 und 39 Jahre alt, 7 Personen zwischen 40 und 49 Jahren, ebenfalls 7 Personen zwischen 50 und 59 Jahren und 1 Person, die über 60 Jahre alt war. Das ermittelte Durchschnittsalter lag bei 44,81 Jahren (Std.-Abweichung = 10.54), das Altersminimum war 22, das Maximum lag bei 69 Jahren. 15 Personen waren Single, 5 lebten in einer festen Beziehung und eine Person war verpartnert.

In den letzten zwei Jahren hatten von den Teilnehmenden 13 Personen an Unterstützungsangeboten teilgenommen. 7 Personen gaben an, bis zu 5 Angebote wahrgenommen zu haben, 3 hatten 5–10, weitere 2 Personen 10 bis 20 Angebote genutzt. Eine Person gab an, bis zu 40 Angebote, zwei gaben an, mehr als 40 Angebote genutzt zu haben.

Das im Monat zur Verfügung stehende Nettoeinkommen betrug bei zwei Personen weniger als 500 €, bei vier Personen zwischen 500 € und 1000 €, bei weiteren sechs Personen zwischen 1000 € und 1500 €. Vier Person verfügten über ein Einkommen zwischen 2000 € und 3000 €, drei Personen über 3000 € bis 4000 € sowie zwei Personen über mehr als 4000 €.



Die Infektion war bei einer Person noch kein Jahr bekannt, bei drei Personen 1–2 Jahre, bei einer weiteren Person 2 bis weniger als 5 Jahre. Jeweils sechs Personen kannten ihren Status seit 5 bis 10 sowie seit 10 bis 15 Jahren, eine Person seit 15 bis 20 Jahren und drei Personen länger als 20 Jahre. Da die Angaben zur Infektionsdauer in Zeitblöcken erfasst wurde, können Mittelwert und Standardabweichung nicht berechnet werden.

Im Vergleich der beiden Gruppen ist das weibliche Geschlecht in der Kontrollgruppe mit fast 10 % häufiger vertreten, was sich in der geringen Stichprobengröße aber auf »nur« zwei Personen beläuft und daher als »nicht ins Gewicht fallend« betrachtet wird, ebenso wie die einzelne Person, die sich in der Testgruppe als trans*-geschlechtlich zugeordnet hat. Die Altersverteilung weist dagegen größere Unterschiede auf. Die Kontrollgruppe hat mit 44.8 Jahren ein geringeres Durchschnittsalter als die Testgruppe (51.48 Jahre) und zudem eine größere Altersspanne (22–69 Jahre, Testgruppe 40–64 Jahre).

In den Aspekten »Beziehungsform«, »monatliches Nettoeinkommen«, »Nutzung von Unterstützungsangeboten« und »Infektionsdauer« fallen leichte Unterschiede zwischen Test- und Kontrollgruppe auf (Abbildung 26, Abbildung 27). Da diese nur erhoben wurden, um gegebenenfalls unter diesen Gesichtspunkten die Ergebnisse anders interpretieren zu können, werden diese Unterschiede nur kurz im Vergleich dargestellt: Den Teilnehmenden der Kontrollgruppe steht durchschnittlich pro Person ein höheres Nettoeinkommen pro Monat zur Verfügung (KG = 2.524 €, TG = 1.643 €), ebenso sind sie häufiger (fünf Personen mehr) in festen Beziehungen, nutzen aber seltener Unterstützungsangebote und sind noch nicht so lange über ihre Infektion informiert.

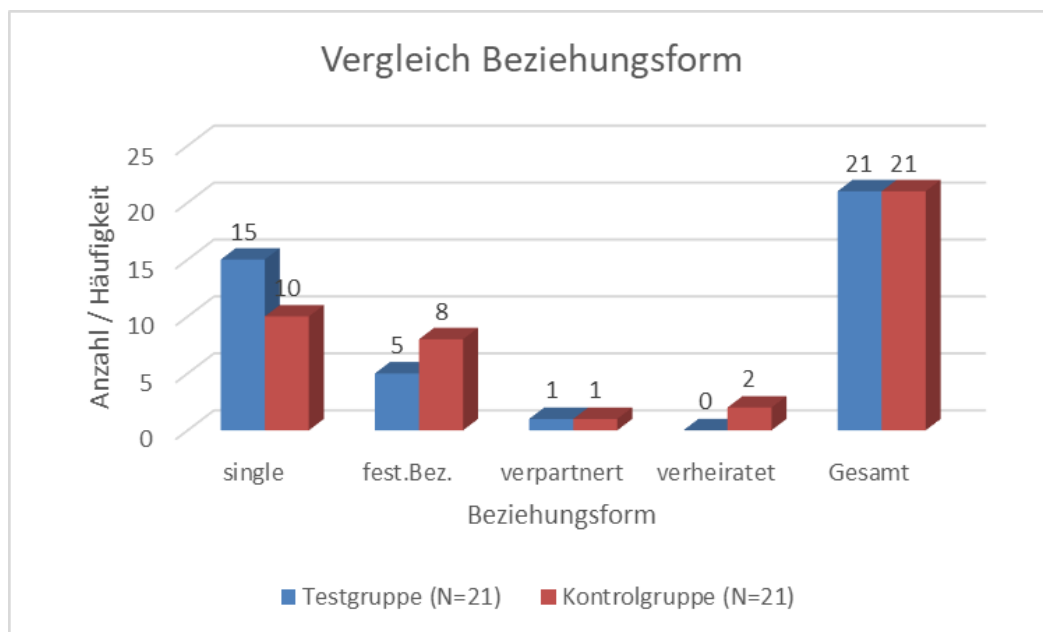
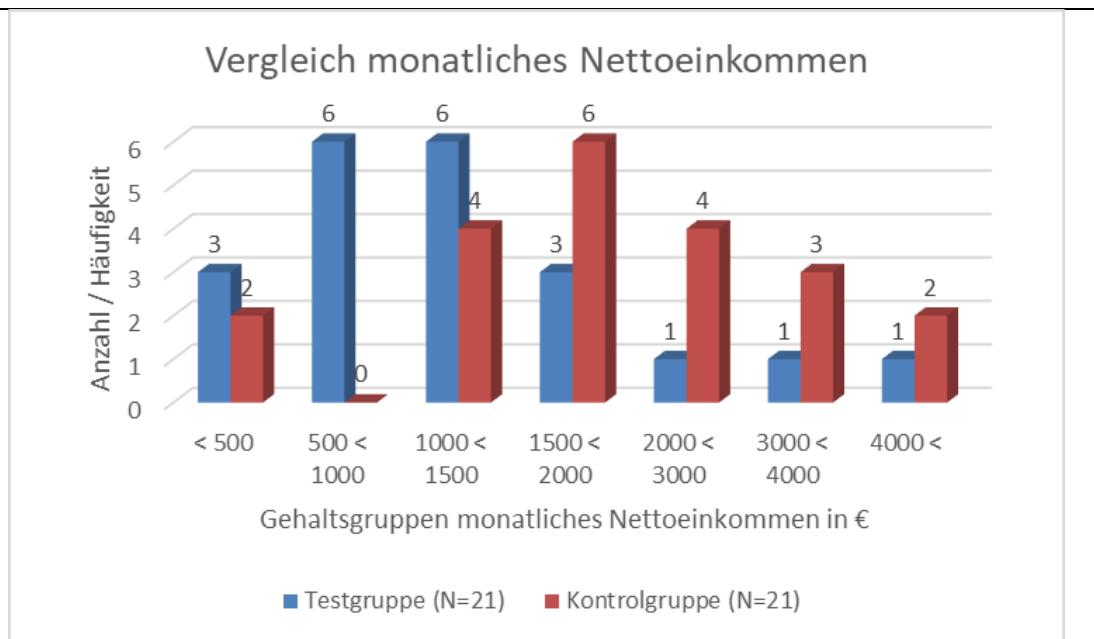


Abbildung 26 Vergleich Test- und Kontrollgruppe ›monatliches Nettoeinkommen und Beziehungsform‹

Vergleich von Test- und Kontrollgruppe in den Aspekten monatliches Nettoeinkommen und Beziehungsform. Da die Abfrage zum Nettoeinkommen in Form der Zuordnung zu bestimmten Gehaltsgruppen erfolgte, ist keine Berechnung von M und SD möglich.

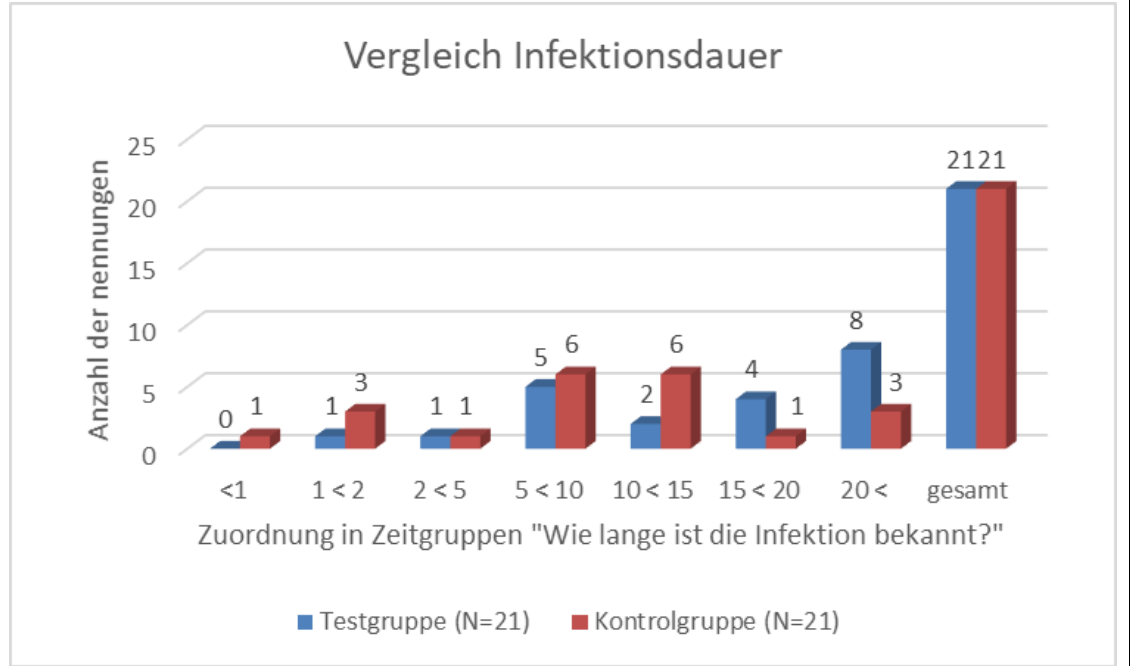
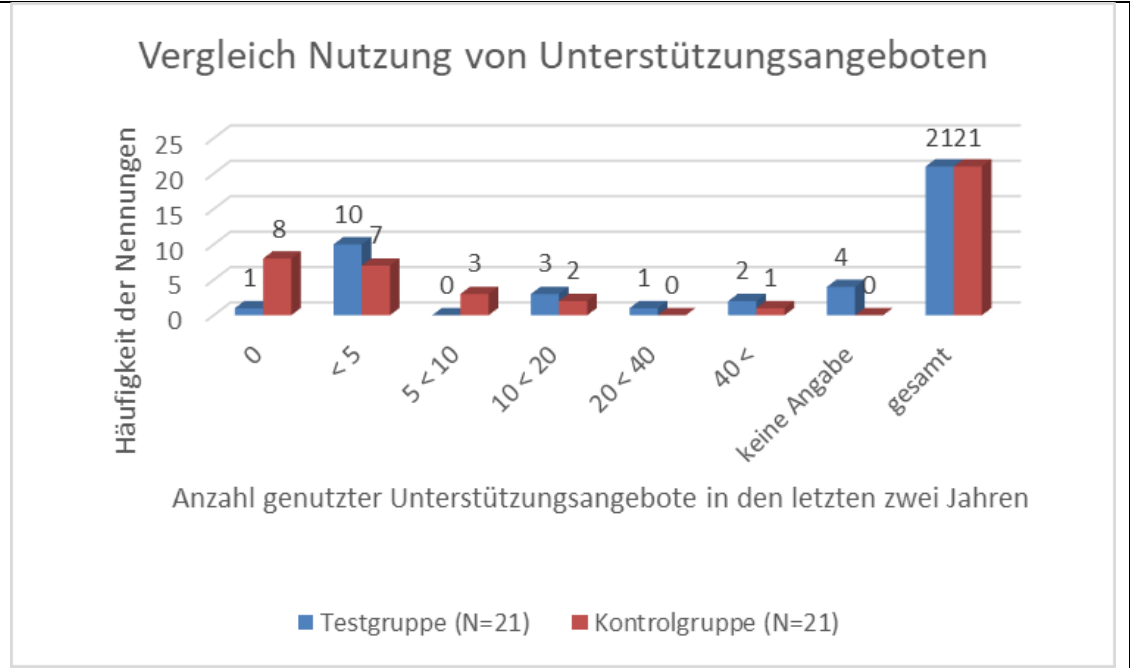


Abbildung 27 Vergleich Test- und Kontrollgruppe ›Nutzung von Unterstützungsangeboten und Infektionsdauer‹

Vergleich von Test- und Kontrollgruppe in den Aspekten Nutzung von Unterstützungsangeboten und Infektionsdauer.

Eine bivariate Korrelationsanalyse zeigte keine signifikanten Korrelationen dieser vier Aspekte zu den Ergebnissen der Messzeitpunkte eins und drei⁴³. Dementsprechend nehmen die Faktoren ›Beziehungsform‹, ›monatliches Nettoeinkommen‹, ›Nutzung von Unterstützungsangeboten‹ und ›Infektionsdauer‹ keinen Einfluss auf das Ergebnis und die Unterschiede zwischen den Gruppen werden als ›keine bedeutsame Einflussgröße‹ betrachtet.

Da zudem ein *t*-Test für unabhängige Stichproben mit den Ergebnissen von Test- ($N = 21$, $M = 2.63$, $SD = 0.90$) und Kontrollgruppe ($N = 21$, $M = 2.58$, $SD = 1.02$) im Messzeitpunkt 1 durchgeführt wurde und sich die beiden Gruppen in ihrem Selbstwert zu diesem Zeitpunkt nicht signifikant voneinander unterscheiden haben ($t(40)=0.17$, $p = .869$), ist die Vergleichbarkeit trotz zeitlicher Verzögerung und der beschriebenen Unterschiede gegeben.

5.5 Ergebnisse

Zu überprüfen ist die leitende Fragestellung, ob ein Selbstmanagement-Training mit dem Zürcher Ressourcen-Modell dazu beiträgt, die Selbstwirksamkeitserwartung bei Menschen mit HIV-Infektion zu verbessern. Dazu wurde mit dem Fragebogen zur HIV-spezifischen SWE ein Ausgangswert (Gesamt-Score, bestehend aus den Sub-Skalen Methodenwissen, situatives Handeln und Selbstwirksamkeit) sowohl in der Test- als auch in der Kontrollgruppe erhoben (Messzeitpunkt 1). Nach Durchführung der Interventionsmaßnahme ›Selbstmanagement-Training mit dem Zürcher Ressourcen-Modell‹ wurden in der Testgruppe zwei weitere

⁴³ Da in der Kontrollgruppe keine Befragung zum Messzeitpunkt 2 stattgefunden hat, wurde dieser in der Analyse ausgeschlossen.

Messungen durchgeführt. Messzeitpunkt 2 lag zeitlich direkt nach dem Training, Messzeitpunkt 3 erfolgte sechs Monate später.

Eine ANOVA mit Messwiederholung und Greenhouse-Geisser-Korrektur ergab einen signifikanten Unterschied der ermittelten Werte in den jeweiligen Messzeitpunkten ($F(1.16, 88.19) = 16.01, p < .001$, partielles $\eta^2 = .49$). Ein Bonferroni-korrigierter Post-hoc-Test zeigte signifikante Unterschiede zwischen Messzeitpunkt 1 ($M = 2.54, SD = 0.93$) und Messzeitpunkt 2 ($M = 3.00, SD = 0.59; p < .05$) sowie zwischen Messzeitpunkt 1 und Messzeitpunkt 3 ($M = 3.26, SD = 0.52; p < .001$). Auch der Unterschied zwischen Messzeitpunkt 2 und Messzeitpunkt 3 war signifikant ($p < .001$).

In der Kontrollgruppe wurde sechs Monate nach der ersten Befragung die Vergleichsbefragung (ohne vorherige Intervention) durchgeführt. Zwischen diesen beiden Befragungen, Messzeitpunkt 1 ($M = 2.63, SD = 0.93$) und Messzeitpunkt 3 ($M = 2.44, SD = 0.99; t(18) = 0.76, p = .459$) wurde kein signifikanter Unterschied festgestellt. Abbildung 28 stellt die Unterschiede zwischen Test- und Kontrollgruppe zu den jeweiligen Messzeitpunkten grafisch dar.

Während sich Test- und Kontrollgruppe zu Messzeitpunkt 1 nicht signifikant voneinander unterscheiden haben (siehe S. - 305 -), zeigte der t-Test für unabhängige Stichproben zu Messzeitpunkt 3 jedoch einen signifikanten Unterschied $t(27.601)=3.18, p < .01$ zwischen Test- ($N = 18, M = 3.26, SD = 0.52$) und Kontrollgruppe ($N = 19, M = 2.44, SD = 0.99$).

Die Test-Gruppen-Ergebnisse bei $N = 18$ zeigten in der Auswertung der einzelnen Sub-Skalen im Vergleich der Messzeitpunkte T1 und T3 alle signifikante Unterschiede: Methodenwissen T1($M = 2.60, SD = 1.12$) und T3 ($M = 3.59, SD = 0.85, p < .01$); situatives Handeln T1($M = 1.93, SD = 0.92$) und T3($M = 2.41, SD$

= 0.54, $p < .05$); Selbstwirksamkeit T1($M = 3.09$, $SD = 0.96$) und T3($M = 3.78$, $SD = 0.63$, $p < .05$). Auffällig waren jedoch die Veränderungen in der Skala Situatives Handeln, da hier nur die Ergebnisse zwischen Anfangs- und Endbefragung signifikante Veränderungen aufwiesen. Die Unterschiede zwischen T1($M = 1.93$, $SD = 0.92$) und T2($M = 2.2$, $SD = 0.65$, $p = .17$) sowie T2 und T3($M = 2.41$, $SD = 0.54$, $p = .28$) waren nicht signifikant.

Ebenfalls fiel die Skala Selbstwirksamkeit im Vergleich von T2 und T3 auf, da auch diese Unterschiede als nicht signifikant ausgewertet wurden: Selbstwirksamkeit T2($M = 3.58$, $SD = 0.82$) und T3($M = 3.78$, $SD = 0.63$, $p = .15$).

Ergebnisse Gesamt-Score für Test- und Kontrollgruppe

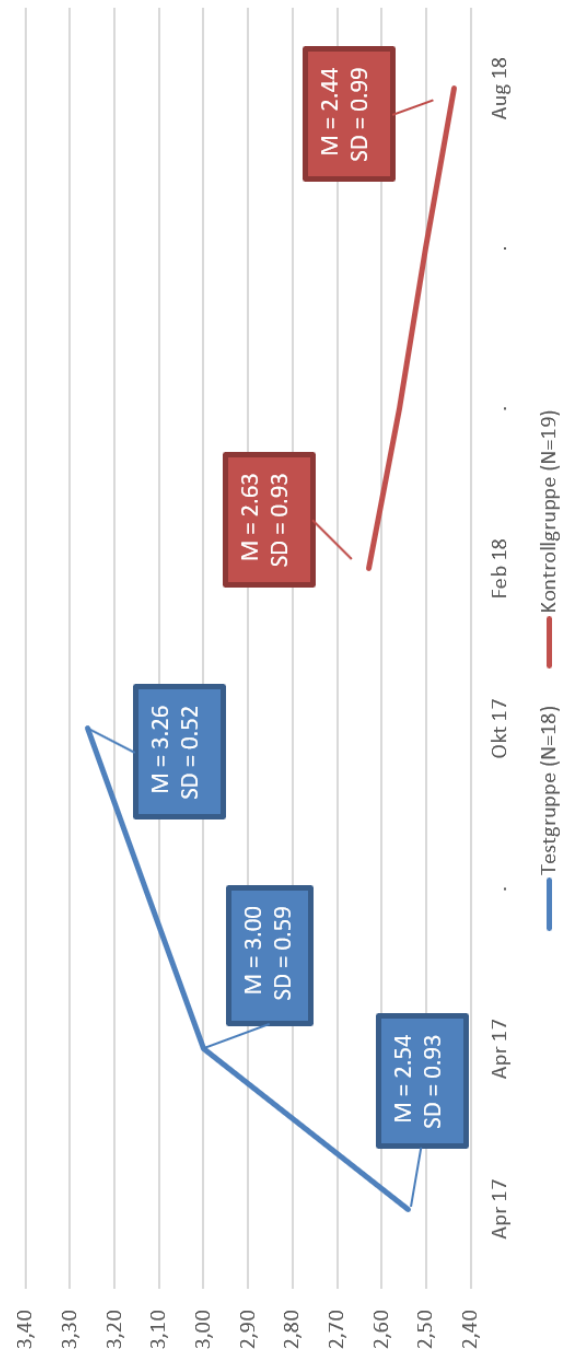


Abbildung 28 Vergleich Test- und Kontrollgruppe ›Ergebnisse Gesamt-Score‹

Die Abbildung zeigt die Ergebnisse ›Gesamt-Score‹ für die Testgruppe (N = 18) in den Messzeitpunkten T1 und T2 (im April 2017) sowie T3 im August 2017, zudem die Ergebnisse ›Gesamt-Score‹ für die Kontrollgruppe (N = 19) in den Messzeitpunkten T1 (Februar 2018) und T3 (August 2018).

5.6 Interpretation der Ergebnisse

Die leitende Fragestellung war, ob die HIV-spezifische SWE durch ein Selbstmanagement-Training mit dem ZRM gesteigert werden kann.

Test- und Kontrollgruppe waren zwar zu unterschiedlichen Zeiten, jedoch mit vergleichbaren Werten in der jeweils ersten Befragung gestartet. Die HIV-spezifische SWE hat sich in der Kontrollgruppe, die keine zielgerichtete Intervention durchlaufen hat, nicht signifikant verändert. In der Testgruppe sind nach Teilnahme an dem Selbstmanagement-Training mit dem Zürcher Ressourcen-Modell dagegen signifikante Veränderungen messbar gewesen. Die Veränderungen in der gemessenen HIV-spezifischen SWE können somit auf die Durchführung der Interventionsmaßnahme zurückgeführt werden.

Die Betrachtung der Ergebnisse in den jeweiligen Subskalen hat einen Zugewinn in allen Bereichen zwischen dem Ausgangs- und dem Endpunkt bestätigt. Bei der Skala Situatives Handeln war mit nur drei Situationen und jeweils vier Reaktionsmöglichkeiten generell kein großer Spielraum für Veränderungen. So gab es bei einigen TN leichte Veränderungen eher am Anfang (Kurzzeitfolge), bei anderen eher am Ende (Langzeitfolge), so dass die generelle Veränderung in dieser Skala zwischen T1 und T3 signifikant war, die Einzelschritte T1 zu T2 und T2 zu T3 jedoch keine signifikanten Veränderungen mit sich brachten.

Die als nicht signifikant bewertete leichte Steigerungen zwischen der zweiten und der dritten Befragung der Sub-Skala Selbstwirksamkeit kann hinsichtlich der Langzeitwirkung interpretiert werden. Im Bereich der Selbstwirksamkeit ging es um insgesamt 20 Items, die alle auf der Ebene der persönlichen Denk- und Beurteilungsweisen angesetzt haben. Durch das Training wurden diese beiden Ebenen in der Kurzzeitperspektive sehr stark angeregt. Da die TN nach dem

Training auf sich alleine gestellt waren und die Inhalte des Trainings ohne weitere Unterstützung umsetzen mussten, kann hierin ein Grund für die geringere Steigerung in dieser Skala vermutet werden. Die folgende Diskussion greift diesen Aspekt noch einmal auf.

5.7 Diskussion

Es wurde das Ziel verfolgt, zu überprüfen, ob das ZRM als Interventionsmaßnahme geeignet ist, die Selbstwirksamkeitserwartung bei Menschen mit HIV sowie deren selbstbewussten Umgang mit der Infektion zu verbessern. Die ausgewerteten Ergebnisse zeigen einen Erfolg durch die Interventionsmaßnahme mit dem ZRM. Dieses erweist sich als geeignet, die HIV-spezifische SWE zu verbessern.

5.7.1 Testgruppe

Neben der zeitintensiven Entwicklung eines geeigneten Messinstruments für die Überprüfung der Fragestellung war der Zugang zur Zielgruppe schwierig, worauf die bereits in den Studien diskutierte, selektive Auswahl der Stichprobenwahl zurückzuführen ist. Die Beteiligung der Zielgruppe war insbesondere in den Vorstudien zur Entwicklung des Fragebogens, aber auch bei der Durchführung der eigentlichen Untersuchung ein wichtiger Aspekt des Forschungsvorhabens. Die erläuterten Hintergründe, wie Stigmatisierungs- und Diskriminierungserfahrungen, waren eine große Hürde dafür, eine ausreichende Zahl an Teilnehmenden zu gewinnen und somit auch ein kritischer Faktor in der zeitlichen Umsetzung und der Repräsentativität der Untersuchung. Mit einer größeren Stichprobe, die sowohl das gesamte Altersspektrum als auch soziodemografische Merkmale

facettenreicher abgebildet hätte, wären andere Settings für Test- und Kontrollgruppen, aber auch aussagekräftigere Ergebnisse möglich gewesen.

Der Selbsthilfekontext für die Testgruppe selbst beinhaltet ebenfalls einige Limitationen für die Durchführung und auch für die Generalisierbarkeit der gewonnenen Ergebnisse. So waren in der Testgruppe ein höheres Durchschnittsalter und ein geringerer Alters-Range gegeben. Zu erklären ist das mit dem ausgewählten Format ›Selbsthilfe / Positiven-Wochenende‹. Die ›klassischen Selbsthilfe-Angebote‹ werden von Jugendlichen und Jüngeren in der Regel nicht aufgesucht. Es gibt spezielle Angebote für diese Zielgruppe, die zum Beispiel im ›Netzwerk jung und positiv‹ vertreten sind und hauptsächlich diese Zielgruppe ansprechen. Insofern waren an dem landesweiten Positiven-Treffen und somit in der Testgruppe jüngere TN nicht vertreten, konnten aber für die Kontrollgruppe über Online-Kontakte leichter erreicht werden. Fraglich ist auch, ob und in welcher Form das Alter der SL, das unter dem Altersdurchschnitt der Gruppe lag, Einfluss auf den Verlauf, die Teilnahme und die gewonnenen Ergebnisse hatte, auch wenn das von den TN geäußerte Feedback keine Vorbehalte, sondern absolute Akzeptanz signalisierte. Insbesondere wurde das fachliche und souveräne Auftreten gelobt.

Die Belastbarkeit der TN war aufgrund des Gesundheitszustandes und einer bereits länger gegebenen Arbeitsunfähigkeit deutlich eingeschränkt. Auswirkungen auf die Ergebnisse sind unbekannt.

Einschränkungen in der Wirksamkeit des Trainings durch die geplanten und stattgefundenen Veränderungen (Gruppengröße, Wegfall des Elements ›Embodiment‹, Unterbrechung aufgrund von Störungen) können vermutet, aber nicht nachgewiesen werden. Wiederholungen dieser Befragung können an diesen Punkten ansetzen.

5.7.2 Kontrollgruppe

Die Auswahl der Stichprobe für die Kontrollgruppe war wie bei der Testgruppe sehr selektiv. Insbesondere wegen dem bereits eingetretenen hohen Zeitverzug war es nicht möglich, über aufwendig recherchierte Netzwerke und Verteiler eine größere Zielgruppe zu erreichen.

Die Kontrolluntersuchung erfolgte ohne Interventionsmaßnahme. Es besteht durchaus eine hohe Wahrscheinlichkeit, den Anfangs-Score durch eine andere, vergleichbare Interventionsmaßnahme zu steigern. Da es aber um die Überprüfung der Wirksamkeit des ZRM im Hinblick auf selbstbewussten Umgang und SWE und nicht um einen Vergleich mit anderen Methoden ging, war das Design ohne Intervention in der Kontrollgruppe vertretbar.

5.7.3 Zusammenhänge mit demografischen Variablen

Auch wäre es möglich gewesen, sich dem Thema SWE und selbstbewusstem Umgang intensiver und unter verschiedenen Gesichtspunkten zu nähern. Es lassen sich Thesen aufstellen, die einen Zusammenhang zwischen den abgefragten Aspekten ›Beziehungsform‹, ›monatliches Nettoeinkommen‹, ›Nutzung von Unterstützungsangeboten‹ und ›Infektionsdauer‹ sowie der SWE darstellen. So wäre bei höherem Nettoeinkommen, einer höheren Anzahl genutzter Unterstützungsangebote, einem längeren Kenntnisstand über die eigene Infektion und auch bei einer festen Beziehung oder Partnerschaft auch eine höhere Selbstwirksamkeitserwartung zu vermuten. Ebenfalls können diese Punkte in Bezug zur Teilnahme an Selbsthilfeangeboten anders gewichtet werden. So ließe sich ebenfalls vermuten, dass Menschen mit höherem Einkommen und einer festen Beziehung seltener und Menschen, die noch nicht so lange über die Infektion Bescheid wissen, häufiger an Selbsthilfeangeboten teilnehmen. Jedoch lassen sich diese

Zusammenhänge in der geringen Anzahl der Ergebnisse nicht verlässlich untersuchen. Ein Korrelationszusammenhang dieser Aspekte mit den Ergebnissen der Messzeitpunkte T1 und T3 wurde nicht festgestellt. Nur der Beziehungsstatus und das monatliche Nettoeinkommen zeigen auf dem Niveau von 0.05 einen signifikanten Korrelationszusammenhang; das ist erklärbar, jedoch für das verfolgte Ziel nicht relevant. Es stand die Wirksamkeit der Interventionsmaßnahme im Fokus, eine Analyse auf weitere vermutete Zusammenhänge war vor diesem Hintergrund zu aufwendig und wurde nicht weiterverfolgt.

5.7.4 Pretest

Um die Wirksamkeit des Zürcher Ressourcen-Modells zur Steigerung der HIV-spezifischen SWE und des selbstbewussten Umgangs mit der Infektion zu überprüfen, wurde in fünf zeit- und arbeitsaufwendigen Vorstudien ein für diesen Zweck geeignetes Messinstrument in Form eines Fragebogens entwickelt. Aufgrund des schwierigen Zugangs zur Zielgruppe konnten keine Pretests durchgeführt werden. Die Reliabilitätsprüfungen wurden im Nachgang mit den Ergebnissen der Test- und Kontrollgruppe durchgeführt. Dieses Vorgehen war vertretbar, da es sich nicht um die Entwicklung eines standardisierten Messinstruments handelte, sondern dieser Fragebogen dazu bestimmt war, erstmals den Trend von Veränderungen in den benannten Bereichen abzubilden. Dies konnte erfolgreich durchgeführt werden. Somit ist der Fragebogen eine solide Basis für die Arbeit in diesem Themengebiet und mit dieser Zielgruppe. Dennoch ist für eine Weiterarbeit mit diesem Fragebogen eine Überarbeitung ratsam, bei der eine Erfordernis von Modifikation, Austausch oder Entfernung einzelner Items überprüft werden müsste.

6 Abschließendes Fazit

Der in der wissenschaftlichen Literatur beschriebene und vor dem Hintergrund des gesellschaftlichen Umgangs mit dem Thema HIV/AIDS abgebildete Unterstützungsbedarf von Menschen mit HIV-Infektion wurde über den in den Vorstudien ermittelten Unterstützungsbedarf als zutreffend bestätigt. Dieser Unterstützungsbedarf basiert auf einer Vielzahl von Belastungen und Herausforderungen des alltäglichen Lebens. Das von den Menschen mit HIV-Infektion empfundene Ausmaß dieser Belastungen verdeutlicht, an welchen Punkten Unterstützungsangebote ansetzen und zudem, wie intensiv diese erfolgen sollten. Das ZRM setzt am Unterstützungsbedarf der Zielgruppe an, die Auswertung der Sub-Skala Selbstwirksamkeit zeigt jedoch in der Langzeitperspektive, im Zeitraum zwischen der zweiten und dritten Befragung (von T2 zu T3), keinen signifikanten Zuegewinn. Zu vermuten ist, dass die dreitägige Durchführungsform (ohne weitere Maßnahmen wie ›follow-up‹-Veranstaltungen, Begleitung und angeleitete Reflexion der bisherigen Erfolge) dem langfristigen Unterstützungsbedarf nicht gerecht wird. Sowohl eine sequentielle Durchführung, bei der das Training auf bis zu sechs halbe Tage mit jeweils drei Stunden aufgeteilt wird; die Splittung in zwei Tage ›en bloc‹ mit einem Tag ›Refresher‹ nach sechs Wochen, an dem das Training dann abgeschlossen wird (Storch & Krause, 2014, S. 209); als auch eine regelmäßige Nachbereitung und Begleitung von Arbeitsschritten (zum Beispiel Logbuch für A- oder C-Situationen) können zu einem größeren Erfolg in der Langzeitperspektive beitragen. Insbesondere kann man durch die Abänderung des Durchführungsmodus auch den Bedürfnissen der TN nach kürzeren Arbeitssequenzen und längeren Erholungs- und Verarbeitungspausen gerecht werden.

Das Verständnis über die Infektionskrankheit hat sich in den letzten Jahrzehnten deutlich verändert. Gesellschaftliche Veränderungen finden aber

hauptsächlich auf struktureller Ebene statt. Ausgrenzung, Diskriminierung und Stigmatisierung bleiben fester Bestandteil des gesellschaftlichen Umgangs mit dem Thema und mit der Zielgruppe. Dieser lässt sich nicht so einfach verändern und verbessern. Veränderungen können daher am wirksamsten in der Zielgruppe bewirkt werden. Die Arbeit hat eine Vielzahl von Herausforderungen und Belastungen im Leben mit HIV herausgestellt und den Unterstützungsbedarf von Menschen mit HIV aufgezeigt. Durch psychoedukative Förderungen können Menschen mit HIV ihre SWE verbessern und einen selbstbewussteren Umgang mit der Infektion stärken.

Um zu beurteilen und messbar zu machen, was unter einem selbstbewussten Umgang mit der Infektion zu verstehen ist, bedarf es vor allem im Hinblick auf den sensiblen Umgang mit Thema und Zielgruppe einer differenzierten Betrachtungsweise. Sehr individuelle Hintergründe und Verhaltensweisen bei Menschen mit HIV sind dabei zu berücksichtigen. Sich anderen zu offenbaren und über die Infektion reden zu können ist zum Beispiel für den einen vielleicht hilfreich, für andere aber nicht. Wer Angst vor Ablehnung und Diskriminierung hat oder wer solche Erfahrungen schon gemacht hat, wird anders mit einem Outing umgehen als Personen, die bisher keine Diskriminierung erlebt haben. Die Infektion nicht zu thematisieren kann für diejenigen mit negativen Erfahrungen durchaus hilfreich sein, darüber zu reden eventuell für die anderen. Da die Infektion mit ihren physischen und psychischen Beeinträchtigungen, dem medizinischen Aufwand, den gesellschaftlichen Tabus, aber auch den positiven Seiten wie erlernter Selbstfürsorge und Zugehörigkeit in der Positiven-Community einen großen Teil des Denkens, Fühlens und Handelns ausmacht, ist sie allgegenwärtig und wird zu einem festen Bestandteil im Leben HIV-positiver Menschen. Durch Ängste oder gesellschaftliche Zwänge »verboten« zu bekommen, darüber frei zu sprechen, ist ein starker Eingriff in die Freiheit und Persönlichkeitsrechte. Durchaus gibt es

Lebensbereiche, die nicht so stark davon betroffen sind, andere dafür umso mehr. Niemand muss wirklich beim Einkaufen an der Kasse ein HIV-Outing machen. Beim Kennenlernen von (Sexual-)Partner_innen stellt sich diese Frage anders. Wie groß die Bedeutung auf der einen Seite, aber auch die Hürden auf der anderen Seite sind, wird von allen unterschiedlich und individuell empfunden.

Interventionsmaßnahmen und Unterstützungsangebote dürfen daher nicht pauschal und universell ansetzen, sondern müssen eine große TN-Orientierung und Sensibilität aufweisen. Dem individuellen Ansatz im ZRM folgend, können alle TN an ihren individuellen Wünschen und Bedürfnissen arbeiten und erfahren dabei die Unterstützung der Gruppe. Da insbesondere das Zugehörigkeitsempfinden und Miteinander wichtige Bedürfnisse für Menschen der benannten Zielgruppe sind und individuelle Themen im Vordergrund eines ZRM-Trainings stehen, wird diese Methodik als besonders geeignet für die Förderung der HIV-spezifischen SWE erachtet. Der Erfolg dieses Trainings konnte durch diese Arbeit dokumentiert werden. Dieses Training im praktizierten Wochenendmodus im Selbsthilfekontext der Positiven-Wochenenden NRW zu wiederholen ist jedoch nicht ratsam, das Durchführungsformat sollte überdacht und den Bedürfnissen der Zielgruppe entsprechend gestaltet werden.

6.1 Ausblick

Ziel eines weiteren Vorgehens könnte die Implementierung eines ZRM-Trainings im Beratungs- und Unterstützungsangebot für Menschen mit HIV sein. Dafür wäre es notwendig, Mitarbeitende von Beratungsinstitutionen als Multiplikator_innen zu gewinnen, um über diese die Zielgruppe besser zu erreichen. Parallel dazu müssten mit einem überarbeiteten Fragebogen – so könnte die Aussagefähigkeit der Skala ›situatives Handeln‹ durch eine Erweiterung der geschilderten Situationen gestärkt werden – und einem angepassten Durchführungsformat weitere Daten erhoben werden, mit denen die hier diskutierten Ergebnisse repliziert und weitergeführt werden könnten. Ergänzend dazu ist die Erhebung von Vergleichsdaten in einer Kontrollgruppe mit einer anderen Interventionsmaßnahme denkbar, um den Mehrwert des ZRM im Vergleich zu dieser überprüfen zu können. Dadurch wäre es möglich, ein alltagsbezogenes Unterstützungsangebot zu schaffen, mit dem persönliche Ressourcen zu einem selbstbewussten Umgang mit der Infektion gestärkt und psychosoziale Belastungen reduziert werden können.

7 Abkürzungsverzeichnis

AGG	<i>Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz</i>
AIDS.....	<i>Acquired Immunodeficiency Syndrome</i>
BZgA.....	<i>Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung</i>
DAH	<i>Deutsche Aidshilfe</i>
FAZ.....	<i>Frankfurter Allgemeine Zeitung</i>
GMF	<i>Syndrom der Gruppenbezogenen Menschenfeindlichkeit</i>
HIV	<i>Humanes Immunschwäche Virus</i>
HPV	<i>Humanes-Papillomavirus, Humane Paillom Virus</i>
HSS-D.....	<i>Deutsche Version der HIV-Stigma-Scale</i>
HSV	<i>Herpes-Simplex-Virus</i>
IAS.....	<i>International AIDS Society</i>
Orga-Team.....	<i>Organisatoren-Team</i>
PEP	<i>Postexpositionsprophylaxe</i>
PrEP.....	<i>Präexpositionsprophylaxe</i>
PSI	<i>, S. 115. In der Theorie der Persönlichkeits-System-Interaktionen</i>
SGB	<i>Sozialgesetzbuch</i>
SL.	<i>Seminarleitung</i>
STI.....	<i>sexuell übertragbare Infektionen</i>
SWE.....	<i>Selbstwirksamkeitserwartung</i>
SZ.	<i>Süddeutsche Zeitung</i>
TN.....	<i>Teilnehmende / Teilnehmer_innen</i>
TSST.....	<i>Trierer Social Stress Test</i>
WIR	<i>Walk in Ruhr</i>

8 Abbildungsverzeichnis

ABBILDUNG 1 KÖLNER STADTANZEIGER	- 80 -
ABBILDUNG 2 DER RUBIKON-PROZESS IM ZRM-TRAINING.....	- 144 -
ABBILDUNG 3 DER VERSTAND UND DAS UNBEWUSSTE: VERGLEICH	- 149 -
ABBILDUNG 4 AFFEKTILANZ	- 160 -
ABBILDUNG 5 ALTERSVERTEILUNG VORSTUDIE 1 ›ALLGEMEINE SWE‹.....	- 177 -
ABBILDUNG 6 VERGLEICH ›SUMME‹ SKALENWERTE ›MENSCHEN MIT HIV UND NORMWERTE (NW)‹..	- 178 -
ABBILDUNG 7 VERGLEICH ›MW & SD‹ SKALENWERTE ›MENSCHEN MIT HIV UND NORMWERTE (NW)‹	- 179 -
-	
ABBILDUNG 8 ALTERSVERTEILUNG VORSTUDIE 3 ›HERAUSFORDERUNGEN‹	- 188 -
ABBILDUNG 9 VORSTUDIE 3 – »HERAUSFORDERUNGEN« HÄUFIGKEIT DER NENNUNGEN ZU FRAGE 7 (N = 85)	- 198 -
ABBILDUNG 10 HÄUFIGKEIT DER NENNUNGEN ZU FRAGE 8.....	- 199 -
ABBILDUNG 11 OFFENER UMGANG UND INTEGRATION DER HIV-INFEKTION IN DAS SELBSTKONZEPT .	- 206 -
ABBILDUNG 12 RANGFOLGE UND HÄUFIGKEIT DER NENNUNGEN: BELASTUNGEN UND HERAUSFORDERUNGEN DURCH DIE HIV-INFEKTION	- 211 -
ABBILDUNG 13 ENTWICKLUNG DES FRAGEBOGENS, SKALA METHODENWISSEN	- 217 -
ABBILDUNG 14 FORSCHUNGSDESIGN ›ZRM ZUR STEIGERUNG DER SWE BEI MENSCHEN MIT HIV‹	- 232 -
ABBILDUNG 15 ÜBERSICHT DER ARBEITSEINHEITEN UND INHALTE	- 240 -
ABBILDUNG 16 SAMMLUNG UNGEWOLLTER UND WÜNSCHENSWERTER VERHALTENSWEISEN.....	- 243 -
ABBILDUNG 17 FLIPCHART: DAS UNWILLKÜRLICHE ABKOMMEN VOM ZIELGERICHTETEN HANDELN ...	- 246 -
ABBILDUNG 18 FLIPCHART: METHODE IDEENKORB.....	- 252 -
ABBILDUNG 19 FLIPCHART: AFFEKTILANZ	- 256 -
ABBILDUNG 20 FLIPCHART: VORLÄUFERSIGNALE ZUM ERKENNEN UNGEWOLLTER VERHALTENSWEISEN.....	- 272 -
ABBILDUNG 21 FLIPCHART: DAS ZRM-ABLAUFMODELL	- 278 -
ABBILDUNG 22 FLIPCHART: PLANBARE B-SITUATIONEN	- 282 -
ABBILDUNG 23 FLIPCHART: ABSCHLUSSRUNDE, FEEDBACK DER TN.....	- 288 -
ABBILDUNG 24 DURCHFÜHRTES FORSCHUNGSDESIGN ›ZRM ZUR STEIGERUNG DER SWE BEI MENSCHEN MIT HIV‹	- 295 -
ABBILDUNG 25 VERGLEICH TEST- UND KONTROLLGRUPPE ›ALTERSVERTEILUNG UND GESCHLECHT‹ (N = 21)	- 297 -
ABBILDUNG 26 VERGLEICH TEST- UND KONTROLLGRUPPE ›MONATLICHES NETTOEINKOMMEN UND BEZIEHUNGSFORM‹	- 299 -
ABBILDUNG 27 VERGLEICH TEST- UND KONTROLLGRUPPE ›NUTZUNG VON UNTERSTÜTZUNGSANGEBOTEN UND INFEKTIONSDAUER‹	- 300 -
ABBILDUNG 28 VERGLEICH TEST- UND KONTROLLGRUPPE ›ERGEBNISSE GESAMT-SCORE‹.....	- 304 -

9 Literaturverzeichnis

- Achtziger, A., Gollwitzer P.M. & Sheeran, P. (2008). Implementation Intentions and Shielding Goal Striving From Unwanted Thoughts and Feelings. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 34 (3), 381-393. Zugriff am 25.01.2020 unter: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0146167207311201>
- AIDS-Aufklärung Schweiz (2008). Kritik an den Empfehlungen der EKAf zur Prävention HIV-Infizierter unter ART. *Schweizerische Ärztezeitung*, 86, 1300–1303.
- Alvy, L.M., McKirnan, D.J., Mansergh, G., Koblin, B., Colfax, G. N., Flores, S. A. et al. (2011). Depression is associated with sexual risk among men who have sex with men, but is mediated by cognitive escape and self-efficacy. *AIDS and Behavior*, 15, 1171-1179.
- Ankert, J., Rößler, S., Flössner, C., Jablonka, A. & Schleenvoigt, B. (2019). Diagnostik und Therapie bei HIV-Infektion – Was muss der Hausarzt wissen? *DMW - Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 144 (16), 1158-1165.
- Arbeitsgemeinschaft Aids Prävention NRW (2017). *Bericht zur HIV/AIDS-Prävention in Nordrhein-Westfalen 2015*. Köln: Aidshilfe NRW e.V..
- Atkinson, J.W. (1957). Motivational determinations of risk-taking behavior. *Psychological Review*, 64, 359-372.
- Badura, B. (1981). *Soziale Unterstützung und chronische Krankheit*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Badura-Lotter, G. (2013). Krankheit als Stigma – Metaphern und Moral am Beispiel sexuell übertragbarer Krankheiten. In H. Fangerau (Hrsg.), *Medizin im Spiegel ihrer Geschichte, Theorie und Ethik. Schlüsselthemen für ein junges Querschnittsfach* (S. 127-149). Stuttgart: Steiner.
- Baier, N. (2016). Die Medienpolitik der EU: Die Medien im Spannungsfeld zwischen Liberalisierung und Rolle als Vierte Gewalt in einer Demokratie. *Global Europe–Basel Papers on Europe in a Global Perspective*, 101.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215
- Bandura, A. (1991). Self-efficacy conception of anxiety. In R. Schwarzer & R.A. Wicklund (Hrsg.), *Anxiety and self-focused attention* (S. 89-110). New York: Harwood.
- Bandura, A. (1997). *Self efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.

- Bargh, J.A. & Chartrand, T.L. (2000). The mind in the middle: A practical guide to priming and automaticity research. In H.T. Reis and C.M. Judd (Hrsg.), *Handbook of Research Methods in Social and Personality Psychology* (S. 310-344). New York: Cambridge University Press.
- Barkey, V., Watanabe, E., Solomon, P. & Wilkins, S. (2009). Barriers and facilitators to participation in work among Canadian women living with HIV/AIDS. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 76 (4), 269-75.
- Baumeister, R.F. (Hrsg.), (1986). *Public Self and Private Self*. New York: Springer New York (Springer Series in Social Psychology).
- Baumeister, H. (2014). Implementationsforschung in der Klinischen Psychologie, Rehabilitationspsychologie und Psychotherapie. *Psychologische Rundschau*, 65 (3), 150-158.
- Bavinton B., Jin, F., Prestage, G., Zablotska, I., Grinsztejn, B., Phanuphak, N. et al. (2015). *HIV treatment prevents HIV transmission in male serodiscordant couples in Australia, Thailand and Brazil*. Paris: IAS.
- Behrens, G & Hoffmann, C. (2018). Therapieziel Heilung. In C. Hoffmann & J. Rockstroh (Hrsg.), *HIV 2018/19*. www.hivbuch.de (S. 155-163). Hamburg: Medizin Fokus Verlag.
- Behrens, M. & Wendler, M. (2015). Zirzensische Künste als Ressourcenstärkung für sozial ängstliche Kinder. In M. Wendler, E.U. Huster (Hrsg.), *Der Körper als Ressource in der sozialen Arbeit. Grundlegungen zur Selbstwirksamkeitserfahrung und Persönlichkeitsbildung* (S.219-232). Wiesbaden: Springer VS.
- Berger, B.E., Estwing Ferrans, C. & Lashley, F. R. (2001). Measuring stigma in people with HIV: Psychometric assessment of the HIV stigma scale. *Research in nursing & Health* 24 (6), 518–529.
- Bergner, T. (2013). *Gefühle. Die Sprache des Selbst*. Stuttgart: Schattauer.
- Biebrich, R. & Kuhl, J. (2004). Handlungsfähigkeit und das Selbst. Persönlichkeitsbedingte Unterschiede in der Bewältigung innerer Kapitulation. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 25 (2), 57–77.
- Bigler, S. (2009). *Leitlinie für die Unterstützung des Therapiemanagements am Beispiel der s.c. Anwendung von Enfuvirtide bei HIV Patienten*. Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe AG.
- Bigler, S., Nicca, D. & Spirig, R. (2013). Welche Interventionen bewirken eine Verbesserung der Adhärenz von HIV-Patienten unter ART? *Pflege*, 20, 268-277
- Bischof, C. (2019). *Die Wertigkeit des HPV-Status und seines Nachweises im Rahmen der Therapieentscheidungen bei oralen und oropharyngealen Plattenepithelkarzinomen - eine Metaanalyse*. Dissertation. München:

Universitätsbibliothek, Technische Universität München. Zugriff am 03.01.2020 unter: <http://nbn-resolving.de/urn/resolver.pl?urn:nbn:de:bvb:91-diss-20190319-1452505-1-7>

- Blankenship, K.M., Bray, S.M. & Merson, M.H. (2000). Structural interventions in public health. *AIDS*, 14 (1), 511-521.
- Böxkes, P. (2017). *HIV/AIDS in Südafrika. Eine Analyse der sozialen Ursachen, der HIV-Ausbreitung*. Dissertation. Bielefeld: Universitätsbibliothek Bielefeld.
- Boon, J.V., Nugter, M.A. & Dijk, A.J. (2004). Stigmatisering in de wijk: Cognitieve en emotionele determinanten van stigmatisering van psychiatrische cliënten. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 59, 1006–1017.
- Bosse, S., Henke, T., Jäntschi, C., Lambrecht, J., Vock, M. & Spörer, N. (2016). Die Entwicklung der Einstellung zum inklusiven Lernen und der Selbstwirksamkeit von Grundschullehrkräften. *Empirische Sonderpädagogik*, 8, 101-114.
- Brockmeyer, N.H. & Potthoff, A. (2011). Hohe Lebenserwartung dank neuer Medikamente: Therapie Für HIV-Infizierte Maßschneidern. *CME*, 8 (12), 30.
- Brodbeck, J., Matter, M., Roos, M. & Moggi, F. (2004). Virale Hepatitis und HIV aus der Sicht von Drogenkonsumentinnen. *Sucht*, 50 (6), 354-359
- Brown, L., Macintyre, K. & Trujillo, L. (2003). Interventions to reduce HIV/AIDS stigma: What have we learned? *AIDS Education and Prevention*, 15, 49–69.
- Buga, G.A., Amoko, D.H. & Ncayiyana, D.J. (1996). Adolescent sexual behaviour, knowledge and attitudes to sexuality among school girls in Transkei, South Africa. *East Afr Med*, 73 (2), 95-100.
- Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.), (2011). *Bericht zum Aktionsplan zur Umsetzung der HIV/AIDS-Bekämpfungsstrategie der Bundesregierung*. Berlin. Zugriff am 30.12.2019 unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/Publikationen/Praevention/Sonstiges/Bericht_zum_Aktionsplan_zur_Umsetzung_der_HIV-AIDS-Bekaempfungsstrategie_der_Bundesregierung.pdf
- Bundesministerium für Gesundheit (28.09.2018). *HIV früher erkennen und behandeln. Bundesrat beschließt Einführung von HIV-Selbsttests*. Pressemitteilung: Berlin. Zugriff am 12.12.2019 unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/hiv-selbsttest.html>
- Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), (2015). *AIDS im öffentlichen Bewusstsein der Bundesrepublik Deutschland 2014. Wissen, Einstellungen und Verhalten zum Schutz vor HIV/AIDS und anderen sexuell übertragbaren Infektionen (STI). Eine Wiederholungsbefragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung*, .

- Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (2017). *Repräsentative Bevölkerungsbefragung anlässlich des Welt-AIDS-Tages 2017. BZgA-Forschungsbericht*. Zugriff am 21.01.2020 unter: https://www.welt-aids-Tag.de/media/presse/mediathek/factsheet_infografik/Repraesentative_Bevoelkerungsbefragung_anlaesslich_des_Welt-AIDS-Tages_2017.pdf
- Burchard, M. (2010). Besser leben ohne Männer? Taktische Religion, Geschlechterordnung und HIV/AIDS in Südafrika. *Perepherie*, 30 (118/119), 211-236.
- Cassdorff, S.-A. (2018). Der Kampf gegen die Unwissenheit über Aids hält an. HIV, Aids und die Gesellschaft. *Der Tagesspiegel* 03.12.2018. Zugriff am 11.12.2019 unter: <https://www.tagesspiegel.de/politik/hiv-aids-und-die-gesellschaft-der-kampf-gegen-die-unwissenheit-ueber-aids-haelt-an/23711168.html>
- Castilla, J., Del Romero, J., Hernando, V., Marincovich, B., Garcia, S. & Rodriguez, C. (2005). Effectiveness of highly active antiretroviral therapy in reducing heterosexual transmission of HIV. In *J Acquir Immune Defic* 40 (1), 96–101.
- Cben (2013). Unwissen - Ein Grund für Angst vor HIV. *Ärzte-Zeitung*, 28, 6.
- Cianelli, R., Ferrer, L., Norr, K., McCreary, L., Irarrazabal, L., Bernaldes, M. et al. (2011). Stigma related to HIV among community health care workers in Chile. *Stigma Research and Action*. 2011, 1, 3–10.
- Cianelli, R., Villegas, N., De Oliveira, G., Hires, K., Gattamorta, Ferrer, L. et al. (2015). Predictors of HIV Enacted Stigma among Chilean Women. *Journal of Clinical Nursing* 24 (17-18), 2392-2401.
- Csikszentmihalyi, M. (2010). *Das flow-Erlebnis. Jenseits von Angst und Langeweile: im Tun aufgehen*. (10. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Claes, C., Mittendorf T. & Stoll M. (2009). *Versorgung von HIV-Patienten in Deutschland: Herausforderungen der Zukunft. Diskussionspapier Nr. 424*. Leibniz Universität Hannover (Hrsg.), Wirtschaftswissenschaftliche Fakultät, Forschungsstelle für Gesundheitsökonomie. Zugriff am 21.01.2020 unter: http://diskussionspapiere.wiwi.uni-hannover.de/pdf_bib/dp-424.pdf
- Clary, E.G., Snyder, M., Ridge, R.D., Copeland, J., Stukas, A.A., Haugen, J. et al. (1998). Understanding and assessing the motivations of volunteers: A functional approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 1516-1530.
- Coates, T., Richter, L. & Caceres, C. (2008). Behavioural strategies to reduce HIV transmission: how to make them work better. *The Lancet*, 372, 669-684.
- Colbert, A.M., Kim, K.H., Sereika, S.M. & Erlen, J.A. (2010). An Examination of the Relationships Among Gender, Health Status, Social Support, and HIV-Related Stigma. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 21 (4), 302-313.

- Cohen, M.S., Chen, Y.Q., McCauley, M., Gamble, T., Hosseinipour, M.C., Kumarasamy, N. et al. (2011). Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy. *N Engl*, 365, 493-505.
- Cole, S.W., Kemeny, M.E. & Taylor, S.E. (1997). Social identity and physical health: Accelerated HIV progression in rejection-sensitive gay men. *Journal of Personality and Social Psychology*, 2, 320-335.
- Coleman, J., Lindley, L., Annang, L., Saunders, R. & Gaddist, B. (2012). Development of a framework for HIV/AIDS prevention programs in African American churches. *Acquired Immunodeficiency Syndrome Patient Care and Sexually Transmitted Diseases*. 26, 116–124.
- Cornelisse, V.J., Fairley, C.K., Stooze, M., Asselin, J., Chow, E.P.F., Price, B. et al. (2018). *Clinical Infectious Diseases*, 67(12), 1847-1852.
- Crocker, J., Major, B. & Steele, C. (1998). Social stigma. In D. Gilbert, S.T. Fiske & G. Lindzey (Hrsg.), *The handbook of social psychology* (S. 504-553). New York: McGraw Hill
- agnä e.V., Deutsche Arbeitsgemeinschaft niedergelassener Ärzte in der Versorgung HIV-Infizierter e.V. (2016). *Praxisleitfaden HIV*. Berlin. Zugriff am 25.12.2019 unter: <https://www.dagnae.de/fachthemen/laborleitfaden-praxisleitfaden/>
- Damasio, A.R., Tranel, D. & Damasio, H. (1990). Individuals with sociopathic behavior caused by frontal damage fail to respond autonomically to social stimuli. *Behavioural Brain Research*, 41, 81-94. Zugriff am 25.01.2020 unter: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0166432890901444?via%3Dihub>
- Damasio, A. (2000): *Descartes' Irrtum. Fühlen, Denken und das menschliche Gehirn*. München: List.
- Dannecker, M. (2000). Wider die Verleugnung sexueller Wünsche. *AIDS-Infothek*, 1, 4-10.
- Deacon, H., Stephney, I. & Prosalendis, S. (Hrsg.), (2005). Understanding HIV/AIDS stigma. A theoretical and methodological analysis. Cape Town, South Africa, Chicago, IL: HSRC Press, distributed worldwide, except Africa, by Worldwide Publishers Group (HSRC research monograph).
- Delta (1996). A randomised double-blind controlled trial comparing combinations of zidovudine plus didanosine or zalcitabine with zidovudine alone in HIV-infected individuals. *Lancet*, 348, 283-291.

- Deutsche Aids-Hilfe e.V. (Hrsg.), (2012a). *Positive Stimmen verschaffen sich Gehör. Die Umsetzung des PLHIV Stigma Index in Deutschland*. Berlin: Deutsche Aids-Hilfe e.V..
- Deutsche Aids-Hilfe e.V. (Hrsg.), (2012b). *HIV und Strafrecht. Diskussionspapier der Deutschen AIDS-Hilfe für Mitgliedsorganisationen und andere Interessierte*. Berlin: Deutsche Aids-Hilfe e.V.. Zugriff am 04.01.2020 unter: https://www.aidshilfe.de/sites/default/files/documents/DAH_Diskussionspapier_Kriminalisierung_Februar-2012.pdf
- Devine, P.G., Plant, E.A. & Harrison, K. (1999). The problem of "us" versus "them" and AIDS stigma. *American Behavioral Scientist*, 42, 1212-1228.
- Dinkel, A., Nather, C., Jaeger, H., Jaegel-Guedes, E., Lahmann, C., Steinke, C. et al. (2014). Stigmatisierungserleben bei HIV/AIDS. Erste deutsche Adaptation der HIV-Stigma Skala (HSS-D). *PmP - Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 64 (1), 20–27.
- Dovidio, J.F., Major, B. & Crocker, J. (2000). Stigma: Introduction and overview. In T.F. Heatherton, R.E. Kleck, M.R. Hebl & J.G. Hull (Hrsg.), *The social psychology of stigma* (S. 1-28). New York: Guilford Press.
- Dovidio, J., Piliavin, J.A., Schroeder, D.A. & Penner, L. (2006). *The social psychology of prosocial behavior*. Mahwah: Lawrence Erlbaum.
- Drewes, J. (2013). *HIV-Stigma, Viruslast und Infektiosität: eine experimentelle Untersuchung des Beitrags der antiretroviralen Therapie zur Entstigmatisierung von HIV/AIDS*. Dissertation. Freie Universität Berlin. Zugriff am 21.01.2020 unter: <https://refubium.fu-berlin.de/handle/fub188/13744>
- Drewes, J., Gusy, B., Kraschl, C. & Kleiber, D. (2010). Strukturelle Prävention – eine Betrachtung aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht. In J. Drewes & H. Sweers (Hrsg.), *Strukturelle Prävention und Gesundheitsförderung im Kontext von HIV. AIDS-Forum DAH, Band 57* (S. 13-26). Berlin: Deutsche Aids-Hilfe e.V..
- Eilders, C., Neidhardt, F. & Pfetsch, B. (2004). *Die Stimme der Medien. Pressekommentare und politische Öffentlichkeit in der Bundesrepublik*. Wiesbaden: VS Verlag.
- Eisenburger, M. (2015). Körper und Bewegung im Alter. In M. Wendler, E.U. Huster (Hrsg.), *Der Körper als Ressource in der sozialen Arbeit. Grundlagen zur Selbstwirksamkeitserfahrung und Persönlichkeitsbildung*. (S.253-272). Wiesbaden: Springer VS.
- Eller, L.S., Bunch, E.H., Wantland, D.J., Portillo, C.J., Reynoldy, N.R., Nokes, K.M. et.al. (2010). Prevalence, correlates, and self-management of HIV-related

- depressive symptoms. *Aids Care, Psychological and Socio-medical Aspects of AIDS/HIV*, 22 (9), 1159–1170.
- Engelbach, U. (2005). *Doktorspiele. Eine psychodramatische Exploration der Arzt-Patienten-Beziehungen HIV-infizierter Patienten im Hinblick auf bestehende Adherence-Probleme*. Dissertation. Frankfurt am Main: Johann-Wolfgang-Goethe-Universität, Fachbereich Medizin.
- Eo (2017). Lebenserwartung HIV-Positiver Steigt. *MMW Fortschritte Der Medizin*, 159 (14), 20.
- Erdorf, R. (2000). Compliance aus der Sicht eines Betroffenen – Persönliche Erfahrungen im Wandel der Therapiemöglichkeiten. In N. Brockmeyer, R. Brodt, K. Hoffmann, G. Reimann, M. Stücker & P. Altmeyer, (Hrsg.), *HIV-Infekt. Epidemiologie Prävention Pathogenese Diagnostik* (S. 707-710). Berlin: Springer.
- Etgeton, S. (1998). Strukturelle Prävention als Konzept kritischer Gesundheitsförderung. In DAH (Hrsg.), *Strukturelle Prävention. Ansichten zum Konzept der Deutschen AIDS-Hilfe* (S. 71-80). Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e. V..
- Etgeton, S. (2000). Zur Präventionsstrategie der Deutschen AIDS-Hilfe. In N. Brockmeyer, R. Brodt, K. Hoffmann, G. Reimann, M. Stücker & P. Altmeyer, (Hrsg.), *HIV-Infekt. Epidemiologie Prävention Pathogenese Diagnostik* (S. 111-115). Berlin: Springer.
- Exner-Freisfeld, H. (2012). *Diskriminierung von Menschen mit HIV/AIDS, insbesondere in der Arbeitswelt. Historische Abfolge der Antidiskriminierungsmassnahmen - eine arbeits-und sozialmedizinische Betrachtung*. Norderstedt: BoD, Books on Demand.
- Fäh, M., Sieber, M. & Uchtenhagen, A. (1991). Der Glaube ans Widerstehen-Können. Eine prospektive Langzeitstudie zur Vorhersage von Abstinenz bei stationär behandelten Alkoholikern. *Sucht*, 37, 26-36.
- Faude-Koivisto, T. & Gollwitzer, P.M. (2011). In B. Birgmeier (Hrsg.), *Coachingwissen* (2., aktual. & erw. Aufl., S. 209-228). Wiesbaden: Springer VS.
- Feldman, D. B. & Crandall, C. S. (2007). Dimensions of mental illness stigma: waht about mental illness causes social rejection? *Journal of Social and Clinical Psychology*, 26 (2), 137-154.
- Ferguson, M. & Porter, S. (2009). Goals ans (implicit) attitudes: A social-cognitive perspective. In G. Moskowitz & H. Grant (Hrsg.), *The Psychology of Goals* (S. 447-479). New York: Guilsoford.
- Festinger, L.A. (1942). A theoretical interpretation of shifts in level of aspiration. *Psychological Review*, 49, 235-250.

- Frey, F. (2000). Studie zu HIV/AIDS und Erwerbstätigkeit, von AIDS & Arbeit/Berlin. In N. Brockmeyer, R. Brodt, K. Hoffmann, G. Reimann, M. Stücker & P. Altmeyer, (Hrsg.), *HIV-Infekt. Epidemiologie Prävention Pathogenese Diagnostik* (S. 810-818). Berlin: Springer.
- Genberg, B.L., Hlavka, Z., Konda, K.A., Maman, S., Chariyalertsak, S., Chingono, A. et al. (2009). A comparison of HIV/AIDS-related stigma in four countries: Negative attitudes and perceived acts of discrimination towards people living with HIV/AIDS. *Social Science & Medicine*, 68, 2279–2287.
- Gensthaler, B.M. (2014). HIV-Infektion: Funktionelle Heilung ist möglich. *Pharmazeutische Zeitung* 2014, 13. Zugriff am 22.01.2020 unter: <https://www.pharmazeutische-zeitung.de/ausgabe-132014/funktionelle-heilung-ist-moeglich/>
- Gerlinger, T. & Reiter, R. (2017). Gesundheitspolitik. In R.Reiter (Hrsg.), *Sozialpolitik aus politikfeldanalytischer Perspektive. Eine Einführung*. Wiesbaden: Sringer VS.
- Glaab, M. (2018). Mediendemokratie revisited – Überlegungen zum Spannungsverhältnis von Politik, Medien und Öffentlichkeit. In L. Haarmann, R. Meyer & J. Reuschenbach (Hrsg.), *Von der Bonner zur Berliner Republik. Politik im Spiegel praktischer Wirtschaft* (S. 157-168). Zugriff am 22.01.2020 unter: <https://www.nomos-elibrary.de/10.5771/9783845292830-157/mediendemokratie-revisited-ueberlegungen-zum-spannungsverhaeltnis-von-politik-medien-und-oeffentlichkeit?page=1>
- Glier, B., Emde, H. Wittmann, H.B. & Spörkel, H. (1994). Psychologisches Trainingsprogramm zur Bewältigung von Schmerzverhalten. In M. Zielke & J. Sturm (Hrsg.), *Handbuch stationäre Verhaltenstherapie* (S. 717-726) (ohne Ort): Beltz, Psychologie Verlags Union.
- Goffman, E. (2014). *Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Goforth, H.W., Cohen, M.A. & Murough J. (2008). Mood Disorders. In M.A. Cohen & J.M. Gorman (Hrsg.), *Comprehensive textbook of AIDS psychiatry* (S. 97-108). Oxford: Oxford University Press.
- Gollwitzer, P.M. (1987). Suchen, Finden und Festigen der eigenen Identität: Unstillbare Zielintentionen. In H. Heckhausen (Hrsg.), *Jenseits des Rubikon: Der Wille in den Humanwissenschaften* (S. 176-189). Berlin: Springer.
- Gollwitzer, P.M. (1990). Action Phases and Mind-sets. In E.T. Higgins & R.M. Sorrentino (Hrsg.), *Handbook of Motivation and Cognition. Foundations of Social Behavior*. Vol.II (S. 53-92). New York: Guilford Press.

- Gollwitzer, P.M. (1996). Das Rubikonmodell der Handlungsphasen. In J. Kuhl (Hrsg.), *Motivation, Volition und Handlung* (S. 531-582). Göttingen: Hogrefe, Verl. für Psychologie.
- Gollwitzer, P.M. (2012). Mindset theory of action phases. In P. Lange, A. W. Kruglanski & T. E. Higgins (Hrsg.), *Theory of Social Psychology* Band I (S. 526-545) Sage: Thousand Oaks, CA.
- Gollwitzer, P.M. & Keller, L. (2016). Mindset theory. *Encyclopedia of personality and individual differences*, 1-8. Zugriff am 25.01.2020 unter: https://www.researchgate.net/profile/Peter_Gollwitzer2/publication/312340264_Mindset_Theory/links/59e77e3baca272e940e0b309/Mindset-Theory.pdf
- Gollwitzer, P.M. & Moskowitz, G. (1996). Goal effects on action and cognition. In E. Higgins & A. Kruglanski (Hrsg.), *Social Psychology. Handbook of Basic Principles* (S.361-399). New York: Guilford Press.
- Gollwitzer, P.M. & Oettingen, G. (2013). Implementation intentions. In R. Ryan (Hrsg.), *The Oxford Handbook of Human Motivation* (S. 208-230). New York: Oxford University Press.
- Granich R.M., Gilks C.F., Dye C., De Cock, K.M. & Williams, B.G. (2008). Universal voluntary HIV testing with immediate antiretroviral therapy as a strategy for elimination of HIV transmission - a mathematical model. *The Lancet*. Zugriff am 22.01.2019 unter: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(08\)61697-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(08)61697-9/fulltext)
- Grawe, K. (1998). *Psychologische Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Greding, D. & Pfister, A. (2010). Neue Erkenntnisse und Ansatzpunkte für eine strukturelle Prävention für und mit Sexarbeitern. In J. Drewes & H. Sweers (Hrsg.), *Strukturelle Prävention und Gesundheitsförderung im Kontext von HIV. AIDS-Forum DAH, Band 57* (S. 218-242). Berlin: Deutsche Aids-Hilfe e.V..
- Greenberg, J., Pyszczynski, T. & Solomon, S. (1986). The causes and consequences of a need for self-esteem: A terror management theory. In R. F. Baumeister (Hrsg.), *Public self and private self* (S. 189-212). New York: Springer.
- Gross, G. (2004). Herpes-simplex-Virusinfektionen. *Hautarzt*, 55, 818–830.
- Gross, G., Flaig, B. & Rode, S. (2013). Syphilis. *Hautarzt*, 64, 851-863.
- Gueler, A., Moser, A., Calmy, A., Günthard, H.F., Bernasconi, E., Furrer, H. et al. (2012). Life expectancy in HIV-positive persons in Switzerland: matched comparison with general population. *AIDS*, 31, 427-436.
- Günster, C., Klose, J. & Schmacke, N. (Hrsg.), (2011). *Versorgungs-Report. „Chronische Erkrankungen“*. Stuttgart: Schattauer.

- Gusy, B. (2010). Zur Evaluation HIV-präventiver struktureller Interventionen. In J. Drewes & H. Sweers (Hrsg.), *Strukturelle Prävention und Gesundheitsförderung im Kontext von HIV. AIDS-Forum DAH, Band 57* (S. 184-194). Berlin: Deutsche Aids-Hilfe e.V.
- Güthlin, C. (2006). *Die Messung gesundheitsbezogener Lebensqualität: ausgewählte psychometrische Analysen und Anwendungsprobleme*. Dissertation. Freiburg: Albert-Ludwigs-Universität, Wirtschafts- und Verhaltenswissenschaftliche Fakultät.
- Gupta, G., Parkhurst, J., Ogden, J., Aggleton, P. & Mahal, A. (2008). Structural approaches to HIV prevention. *The Lancet*, 372, 764-775.
- Haberl, A. (2018). HIV und Frauen. In C. Hoffmann & J. Rockstroh (Hrsg.), *HIV 2018/19*. www.hivbuch.de (S. 498-501). Hamburg: Medizin Fokus Verlag.
- Hammer, S.M., Katzenstein, D.A., Hughes, M.D., Gundacker, H., Schooley, R.T., Haubrich, R.H. et al. (1996). A trial comparing nucleoside monotherapy with combination therapy in HIV-infected adults with CD4 cell counts from 200 to 500 per cubic millimeter. *N Engl J Med*, 335 1081-1090.
- Hamouda, O., Marcus U., Voß L. & Kollan C. (2007). Verlauf der HIV-Epidemie in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 50, 399-411.
- Harrer, T. (2011). Präventive HIV-1-Impfung: Aktueller Stand. In C. Hoffmann & J. Rockstroh (Hrsg.), *HIV 2011*. www.hivbuch.de (S. 45-49). Hamburg: Medizin Fokus Verlag.
- Hartl, H.K., Ahonen, M., Eidher, U. & Kunze, M. (2004). AIDS Prävention an österreichischen Schulen. *Gesundheitswesen*, 66 (5) 341-345.
- Hartung, D., Lups, F. & Hahlweg, K., (2010). Veränderungsmechanismen in Elterntrainings am Beispiel von Workplace Triple P. *Kindheit und Entwicklung*, 19 (2), 102-108.
- Hauber, J., Hauber, I. & Buchholz, F. (2013). Tre-rekombinasen in Der HIV-therapie: Vision Einer Heilung. *MMW-Fortschritte Der Medizin* 155 (1), 22-23.
- Hauschild, H.P. (1998). Noch zehn Jahre strukturelle Prävention. In *DAH: Strukturelle Prävention. Ansichten zum Konzept der Deutschen AIDS-Hilfe* (S. 65-70). Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e.V..
- Heckhausen, H. & Gollwitzer, P.M. (1986). Information processing before and after the formation of an intent. In F. Klix & H. Hagendorf (Hrsg.), *In memoriam Hermann Ebbinghaus: Symposium on the structure and function of human memory* (S. 1071-1082). Amsterdam: Elsevier/ North-Holland.

- Heckhausen, H. & Gollwitzer, P.M. (1987). Thought contents and cognitive functioning in motivational versus volitional states of mind. *Motivation and Emotion*, 11, 101-120.
- Heider, F. (1958). *The psychology of interpersonal relations*. New York: Wiley (dt. Psychologie der interpersonalen Beziehungen. Stuttgart: Klett, 1977).
- Heitmeyer, W. (Hrsg.), (2012). *Deutsche Zustände*. Folge 10. (4. Aufl.) Berlin: Suhrkamp.
- Herbert, B.M. & Pallatos, O. (2008). Interozeptive Sensitivität, Gefühle und Verhaltensregulation. *Zeitschrift für Neuropsychologie*, 19 (3), 125 – 137.
- Herek, G.M. (1999). AIDS and stigma. *American Behavioral Scientist*, 42 (7), 1106-1116.
- Herek, G.M., Capitanio, J.P. & Widaman, K.F. (2003). Stigma, social risk, and health policy: Public attitudes toward HIV surveillance policies and the social constructions of illness. *Health Psychology*, 22, 533-540.
- Hinterhofer, H. (2002). *AIDS, HIV und Strafrecht. Zur Strafbarkeit von Sexualkontakten HIV-infizierter Personen nach den §§ 178, 179 StGB Rechtsgutachten im Auftrag der AIDS-Hilfen Österreichs*. Zugriff am 04.01.2020 unter: https://www.rklambda.at/archiv/dokumente/news_2003/News-SafeSex-GutachtenProfHinterhofer-2002.pdf
- Hinz, A., Schumacher, J., Albani, C., Schmid, G. & Brähler, E. (2006). Bevölkerungsrepräsentative Normierung der Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung. *Zeitschrift für psychologische Diagnostik und differentielle Psychologie* 52 (1), 26–32.
- Hofmann, U.P. (2013). Hat das Bundesgericht wirklich ein katastrophales Urteil erlassen? *Schweizerische Ärztezeitung*, 94 (19/20), 740.
- Hoffmann, C. (2012). Prävention, Compliance, Kosten. In C. Hoffmann & J. Rockstroh (Hrsg.), *HIV 2011*. www.hivbuch.de (S. 243-258). Hamburg: Medizin Fokus Verlag.
- Hoffmann, C. (2014). ART 2014/2015. In C. Hoffmann & J. Rockstroh (Hrsg.), *HIV 2014/2015*. www.hivbuch.de (S. 64-285). Hamburg: Medizin Fokus Verlag.
- Hoffmann, C. (2018a). ART 2018/2019 – Historie. In C. Hoffmann & J. Rockstroh (Hrsg.), *HIV 2018/19*. www.hivbuch.de (S. 58-60). Hamburg: Medizin Fokus Verlag.
- Hoffmann, C. (2018b). ART 2018/2019 – Substanzklassen, Medikamentenübersicht. In C. Hoffmann & J. Rockstroh (Hrsg.), *HIV 2018/19*. www.hivbuch.de (S. 61-106). Hamburg: Medizin Fokus Verlag.

- Hoffmann, C. (2018c). ART 2018/2019 – Ziele einer Dauertherapie. In C. Hoffmann & J. Rockstroh (Hrsg.), *HIV 2018/19*. www.hivbuch.de (S. 139-163). Hamburg: Medizin Fokus Verlag.
- Hoffmann, C. (2018d). ART 2018/2019 – Wann mit ART anfangen? In C. Hoffmann & J. Rockstroh (Hrsg.), *HIV 2018/19*. www.hivbuch.de (S. 164-176). Hamburg: Medizin Fokus Verlag.
- Hoffmann, C. & Noah C. (2018). Monitoring der ART. In C. Hoffmann & J. Rockstroh (Hrsg.), *HIV 2018/19*. www.hivbuch.de (S. 249-260). Hamburg: Medizin Fokus Verlag.
- Hormel, U. & Scherr, A. (2010). Einleitung: Diskriminierung als gesellschaftliches Phänomen. U. Hormel & A. Scherr (Hrsg.), *Diskriminierung. Grundlagen und Forschungsergebnisse* (S. 7-20). Wiesbaden: Springer VS.
- Hornung, R., Helminger, A. & Hättich, A. (1994). *Aids im Bewusstsein der Bevölkerung: Stigmatisierungs- und Diskriminierungstendenzen gegenüber Menschen mit HIV und AIDS*. Bern: Stämpfli.
- Hüther, G. (2016) *Biologie der Angst. Wie aus Stress Gefühle werden* (13. Aufl.). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Hurrelmann, K. & Laaser, U. (2006). Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention. In K. Hurrelmann, U. Laaser & O. Razum (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitswissenschaften*. (4., akt. Aufl. S. 754). Weinheim: Juventa.
- International Planned Parenthood Federation UK (Hrsg.), (2008). *The People Living with HIV Stigma Index. An index to measure the stigma and discrimination experienced by people living with HIV*. USER Guide. UNAIDS.
- Jablonowski, H. (2013). Stellenwert der Einmalgabe in der ART. In N. Brockmeyer, R. Brodt, K. Hoffmann, G. Reimann, M. Stücker & P. Altmeyer, (Hrsg.), *HIV-Infekt. Epidemiologie Prävention Pathogenese Diagnostik* (S. 252-256). Berlin: Springer.
- Jäger, H. (2013). Nebenwirkungen antiretroviraler Therapie. In N. Brockmeyer, R. Brodt, K. Hoffmann, G. Reimann, M. Stücker & P. Altmeyer, (Hrsg.), *HIV-Infekt. Epidemiologie Prävention Pathogenese Diagnostik* (S. 226-230). Berlin: Springer.
- Jäkle, C., Keller, S., Baum, E. & Basler, H.-D. (1999). Skalen zur Selbstwirksamkeit und Entscheidungsbalance im Prozeß der Verhaltensänderung von Rauchern. *Diagnostica*, 45 (3), 138-146.
- James, W. (1884). What is an emotion? *Mind*, 9, 188-205.
- James, W. (2012). *The Principles of Psychology. Vol. 1*. Newburyport: Dover Publications.

- Jonas, K. & Brömer, P. (2002). Die sozial-kognitive Theorie von Bandura. In D. Frey & M. Irle (Hrsg.), *Theorien der Sozialpsychologie. Band II – Gruppen-, Interaktions- und Lerntheorien*. (2., vollst. überarb. und erw. Aufl.). Bern: Hans Huber Verlag.
- Jones, E.E., Farina, A., Hastorf, A.H., Markus, H., Miller, D.T. & Scott, R.A. (1984). *Social stigma: The psychology of marked relationships*. New York: W.H. Freeman.
- Judge, T.A., Erez, A., Bono, J.E. & Thoresen, C.J. (2002). Are measures of self-esteem, neuroticism, locus of control, and generalized self-efficacy indicators of a common core construct? *Journal of Personality and Social Psychology*, 83, 693-710.
- Kapella, O. (2010). *Lebensqualität mit einer HIV Therapie. Patientenbefragung der ÖGNÄ-HIV*. Wien: ÖGNÄ (Österreichische Gesellschaft niedergelassener Ärzte zur Betreuung HIV-Infizierter). Zugriff am 28.12.2019 unter: <https://de.slideshare.net/lifePR/lebensqualitaetund-artstudie1pdf>
- Kapellen, G. (2000). Hypnotherapeutisches Behandlungskonzept – Studie zur Wirkung eines strukturierten hypnotherapeutischen Konzeptes auf den Verlauf der HIV-Infektion. In N. Brockmeyer, R. Brodt, K. Hoffmann, G. Reimann, M. Stücker & P. Altmeyer, (Hrsg.), *HIV-Infekt. Epidemiologie Prävention Pathogenese Diagnostik* (S. 737-744). Berlin: Springer.
- Karim, S.A. & Karim, Q.A. (2010). AIDS Research Must Link to Local Policy. *Nature* 463 (7282) 733-734.
- Kattan, C. (2019). *Aktiv Depressionen vorbeugen. Der Wochenratgeber für mehr Selbstwirksamkeit und Lebenszufriedenheit*. Berlin: Springer Verlag.
- Kauffeld, S., Bates, R., Elwood, F.H. & Müller, A.C. (2008). Das deutsche LerntransferSystem-Inventar (GLTSI): Psychometrische Überprüfung der deutschsprachigen Version. *Zeitschrift für Personalpsychologie*, 7 (2), 50-69.
- Keiser, O., Spoerri, A., Brinkhof, M.W., Hasse, B., Gayet-Ageron, A., Tissot, F. et al. (2010). Suicide in HIV-Infected Individuals and the General Population in Switzerland, 1988–2008. *The American Journal of Psychiatry* 167 (2), 143–150.
- Keplinger, C. (2010). *Österreichische Gesundheitspolitik am Beispiel der AIDS-Hilfen*. Dissertation. Wien: Universitätsbibliothek.
- Kerstan-Schulz, M. (2015). Adipositas und Körperbewusstsein – eine komplementäre Beziehung. In M. Wendler, E.U. Huster (Hrsg.), *Der Körper als Ressource in der sozialen Arbeit. Grundlegungen zur Selbstwirksamkeitserfahrung und Persönlichkeitsbildung*. (S.305-314). Wiesbaden: Springer VS.

- Kher, U. (2010). A Call for Collaboration: Specialization Has Its Place, but Truly Innovative Advances in HIV Research Usually Come from Interdisciplinary Efforts. *Nature* 466 (7304), 21.
- Kirchwehm, H. (2014). *Mediennutzung und Homosexualität. Eine empirische Studie zum Mediennutzungsverhalten LSBT-jugendlicher und junger Erwachsener im Kontext ihrer sexuellen Identität*. Bielefeld: Lorbeer-Verlag.
- Klein, M. (2010). Subway – ein Projekt für junge männliche Prostituierte. In J. Drewes & H. Sweers (Hrsg.), *Strukturelle Prävention und Gesundheitsförderung im Kontext von HIV. AIDS-Forum DAH, Band 57* (S. 257-265). Berlin: Deutsche Aids-Hilfe e.V.
- Klenk, C. (2010). Macht und Einfluss der Medien in Deutschland. *Ost-West. Europäische Perspektiven* 11 (2), 85–96. Zugriff am 29.12.2019 unter: <http://www.owep.de/artikel/40/macht-und-einfluss-medien-in-deutschland>
- Klinger, E. (1977). *Meaning and void: Inner experience and the incentives in people's lives*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Klitzman, R. (1997). *Being positive: The lives of men and woman with HIV*. Chicago: Ivan R. Dee.
- Koczorek, M. (2011). Verträglichkeit Und Sicherheit Im Fokus der HIV-Therapie: Antiretrovirale Medikamente ermöglichen normale Lebenserwartung. *MMW - Fortschritte Der Medizin* 153 (4), 56.
- Koole, S.L., McCullough, M.E., Kuhl, J. & Roelofsma, P. (2010). Why religion's burdens are light: from religiosity to implicit self-regulation. *Personality and Social Psychology*, 14(1), 95–107.
- KPMG (2019). *Die Epidemie beenden. Eine Bestandsaufnahme der HIV-Politik in Deutschland mit Empfehlungen zur Verbesserung der Lebensumstände von Menschen, die mit HIV leben bzw. einem Infektionsrisiko ausgesetzt sind*. Zugriff am 22.01.2020 unter: <https://assets.kpmg/content/dam/kpmg/uk/pdf/2019/03/ending-the-hiv-epidemic-germany-report-german-language.pdf>
- Kraiker, C. & Pekrun, R. (1998). Motivationsstörungen: Intervention. In U. Baumann, M. Perrez (Hrsg.), *Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie*. (2., vollst. überarb. Aufl. 1998 / 1. Aufl.1991, S. 717-727). Bern: Hans Huber.
- Kramhöller, J. (2015). *Sexuelle Untreue in partnerschaftlichen Beziehungen - Entwicklung eines mehrdimensionalen Fragebogens zur Einstellungsmessung*. Masterarbeit. Salzburg: Universitätsbibliothek.
- Krampen, G. (2000). *Handlungstheoretische Persönlichkeitspsychologie* (2. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.

- Kranich, C. (2009). *HIV am Arbeitsplatz. Die Situation von HIV-positiven Arbeitnehmern in Deutschland*. Berlin: Deutschen Aidshilfe e. V.. Zugriff am 22.01.2020 unter: http://www.hiv-im-dialog.de/fileadmin/template/archiv/2009/vortraege/Fr_1615_HWS_Kranich.pdf
- Krause, F., Storch, M. (2018). *Ressourcen aktivieren mit dem Unbewussten. Manual und ZRM-Bildkartei*. (2., erw. Aufl.). Bern: Hogrefe.
- Kröger, S., Rath, A., Gil, A. & Mici, A. (2006). *Ursachen des Anstiegs der Neuinfektionen von HIV- unter besonderer Berücksichtigung der Kenntnis der Bevölkerung über die Übertragungswege von AIDS – eine quantitative Studie*. Projektarbeit 2005/2006, LMU München, Institut für Psychologie.
- Kuhl, J. (1983). *Motivation, Konflikt und Handlungskontrolle*. Heidelberg: Springer.
- Kuhl, J. (1984). Volitional aspects of achievement motivation and learned helplessness: Toward a comprehensive theory of action control. In B.A. Maher (Hrsg.), *Progress in experimental personality research*, 13, (S. 99-171). New York: Academic Press.
- Kuhl, J. (2010). *Lehrbuch der Persönlichkeitspsychologie. Motivation, Emotion und Selbststeuerung*. Göttingen: Hogrefe.
- Kuhl, J. & Koole, S.L. (2005). Wie gesund sind Ziele? Intrinsische Motivation, Affektregulation und das Selbst. In R. Vollmeijer & J.C. Brunstein (Hrsg.), *Motivationspsychologie und ihre Anwendung* (S. 109-127). Stuttgart: Kohlhammer.
- Kurzban, R. & Leary, M. R. (2001). Evolutionary origins of stigmatization: The functions of social exclusions. *Psychological Bulletin*, 127, 187-208.
- Labudek, S., Schweizer, G., Roth, A., Pizzera, A., Plessner, H. & Brand, R. (2019). REFS-D: Eine deutschsprachige Skala zur Erfassung der Schiedsrichterselbstwirksamkeit. *Zeitschrift für Sportpsychologie*, 26 (1), 15-24.
- Lange, C. (1887). *Über Gemüthsbewegungen*. Leipzig: Theodor Thomas.
- Lazarus, R.S. (1981). Stress und Stressbewältigung. – Ein Paradigma. In S.H. Filipp (Hrsg.), *Kritische Lebensereignisse* (S. 198-232). München: Urban & Schwarzenberg.
- Leary, M.R. & Schreindorfer, L.S. (1998). The stigmatization of HIV and AIDS: Rubbing salt in the wound. In V.J. Derlega & A.P. Barbee (Hrsg.), *HIV & social interaction* (S. 12-29). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Lehmann, E. (2003). HIV/AIDS und die Rolle der Medien. Die Entwicklung von HIV/AIDS in Großbritannien aus medizinhistorischer Sicht und die Darstellung in den Medien. Dissertation. München: Universitätsbibliothek.

- Leiberich, P., Engeter, M., Olbrich, E., Schumacher, K., Duschner, R., Kasch, S. et al. (1993). *Psychische Situation von HIV-Infizierten und AIDS-Kranken*. Nr. 80, Erlangen: Institut für Psychologie Lehrstuhl III, Universität Erlangen.
- Leienbach, V. (ohne Jahr). *Pressemitteilung zur Förderung der Kampagne Liebesleben*. Zugriff am 27.12.2019 unter: online erreichbar unter: <https://www.pkv.de/themen/praevention/liebesleben/>
- Leiner, P. (2015). HIV: Die Heilung rückt näher. *MMW - Fortschritte Der Medizin*, 157.2, 29.
- Leitner, B. (2012). *Abwehrmechanismen und Kontaktfunktionen im Zuge der Verarbeitung einer HIV-Infektion*. Masterarbeit. Krems: Universitätsbibliothek.
- Lemke, R. & Merz, S. (2018). *HIV/AIDS Berichterstattung in drei Jahrzehnten. Ausgewählte Ergebnisse einer Medien-Inhaltsanalyse*. Mainz: Institut für Publizistik der Johannes-Gutenberg-Universität.
- Lemmen, K., Gekeler, C., Vogler, T. & Aretz, B. (2018). *HIV-Beratung aktuell. Sonderausgabe: Kriminalisierung der HIV-Übertragung*. Berlin: Deutsche Aids-Hilfe e. V..
- Lewin, K., Dembo, T., Festinger, L.A. & Sears, P.S. (1944). Level of aspiration. In J.M. Hunt (Hrsg.), *Personality an the behavior disorders* (S. 333-378). New York: Ronald Press.
- Liepelt, R., Dolk, T. & Prinz, W. (2012). Bidirectional semantic interference between action and speech. *Psychological Research*, 76 (4), 446-455.
- Lindberg, M.H., Wettergren, L., Wiklander, M., Svedhem-Johansson, V. & Eriksson, L.E. (2014). Psychometric Evaluation of the HIV Stigma Scale in a Swedish Context. *PLoS One*, 9 (12). Zugriff am 31.01.2020 unter: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4270782/>
- Link, B.G. & Phelan, J.C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, 363-385.
- Lippke, S. & Wiedemann, A.U. (2007). Sozial-kognitive Theorien und Modelle zur Beschreibung und Veränderung von Sport und körperlicher Bewegung - ein Überblick. *Zeitschrift für Sportpsychologie*, 14, 139-148. Zugriff am 05.01.2020 unter: <https://econtent.hogrefe.com/doi/10.1026/1612-5010.14.4.139>
- Lobo, S. (2012). Die Aufgabe Der Sozialen Medien. In B. Anda, S. Endrös, J. Kalka & S. Lobo, (Hrsg.), *SignsBook - Zeichen setzen in der Kommunikation* (S. 242-246). Wiesbaden: Gabler Verlag.
- Marcus, U. (2010). Medizinische und strukturelle Prävention von HIV-Infektionen und Aids-Erkrankungen. In J. Drewes & H. Sweers (Hrsg.), *Strukturelle*

Prävention und Gesundheitsförderung im Kontext von HIV. AIDS-Forum DAH, Band 57 (S. 170-183). Berlin: Deutsche Aids-Hilfe e.V.

- Marcus, U., Rockstroh, J. & Schmidt R.E (2010). Recommendations to improve the current situation of HIV testing. [HIV-Testung: Empfehlungen zur Verbesserung der aktuellen Situation: Ergebnisse eines Expertenworkshops]. *DMW - Deutsche Medizinische Wochenschrift* 135 (23), 1201–1202.
- Marcus, U. & Starker, A. (2006). *HIV und AIDS. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 31*, Berlin: Robert Koch-Institut in Zusammenarbeit mit dem Statistischen Bundesamt.
- Markowitz, F.E. (1998). The effects of stigma on the psychological well-being and life satisfaction of persons with mental illness. *Journal of Health and Social Behavior*, 39, 335–347.
- Media-Bubble (ohne Jahr). *HIV und die Medien*. Tübingen: Medienblog des Instituts für Medienwissenschaft der Universität Tübingen. Zugriff am 29.12.2019 unter: <https://media-bubble.de/hiv-und-die-medien/>
- Mende, A. (2018). Extended Release Formulation: Asterisk for the HIV Long-term Therapy. *Pharmazeutische Zeitung*, 163 (3).
- Messerschmidt, J. (2018). *Professionell Coachen Mit Bildmaterialien: Die Sprache des Unbewussten verstehen und nutzen*. Wiesbaden: Springer. Zugriff am 25.01.2020 unter: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2F978-3-658-23692-2.pdf>
- Mielke, R. (1984). *Lernen und Erwartung. Zur Selbstwirksamkeitstheorie von Albert Bandura*. Verlag Hans Huber.
- Möller, K. (2017). Entwicklung und Ausmaß gruppenbezogener Menschenfeindlichkeit. In A. Scherr, A. El-Mafaalani & G.Yüksel (Hrsg.), *Handbuch Diskriminierung* (S. 425-447). Wiesbaden: Springer.
- Moskaliuk, J. (2015). *Motivationspsychologie für die Berufspraxis. Praktisches Wissen für Coaches, Berater und Führungskräfte*. Wiesbaden: Springer.
- Mummendey, H.D. (2006). *Psychologie des "Selbst". Theorien, Methoden und Ergebnisse der Selbstkonzeptforschung*. Göttingen: Hogrefe.
- Mühlig S. & Jacobi F. (2011). Psychoedukation. In H.U. Wittchen & J. Hoyer (Hrsg.), *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (S. 477-490). Berlin: Springer.
- Noah, C. (2014). Der HIV-Test. In C. Hoffmann & J. Rockstroh (Hrsg.), *HIV 2014/2015. www.hivbuch.de*. (S. 15-23). Hamburg: Medizin Fokus Verlag.
- Noah, C. (2018). Der HIV-Test. In C. Hoffmann & J. Rockstroh (Hrsg.), *HIV 2018/19. www.hivbuch.de* (S. 15-22). Hamburg: Medizin Fokus Verlag.
- Oberhofer, E. (2017). Wer Profitiert Von Der PrEP? *Ärzte-Zeitung*, 133, 11.

- Omoto, A.M. & Snyder, M. (1995). Sustained helping without obligation: Motivation, longevity of service, and perceived attitude change among AIDS volunteers. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 671-686.
- Omoto, A.M. & Snyder, M. (2002). Considerations of community: The context and process of volunteerism. *American Behavioral Scientist*, 45, 846-867.
- Phelan, J.C., Link, B.G. & Dovidio, J. F. (2008). Stigma and prejudice: one animal or two? *Social Science & Medicine*, 67 (3), 358–367.
- Phillips, A. (2017). *Monogamie. ... aber drei sind ein Paar*. Frankfurt am Main: Fischer.
- PKV (2014). HIV-Aufklärung bleibt weiter wichtig. *Ärzte-Zeitung*, 122, 1.
- Pokora, F. (2012). *Ressourcen- und lösungsorientierte Beratung. Ein integratives Konzept für Therapeuten, Coaches, Berater und Trainer*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Pott, U. (2000). Aids-Prävention in Deutschland. In N. Brockmeyer, R. Brodt, K. Hoffmann, G. Reimann, M. Stücker & P. Altmeyer, (Hrsg.), *HIV-Infekt. Epidemiologie Prävention Pathogenese Diagnostik* (S. 103-111). Berlin: Springer.
- Powers, W.T. (1973). *Behavior: The control of perception*. Chicago: Aldine de Gruyter.
- Pürer, H. (2008). *Medien und Journalismus zwischen Macht und Verantwortung*. Salzburg: Österreichische Medienakademie. Zugriff am 29.12.2019 unter: https://www.mediamanual.at/mediamanual/workshop/lo/downloads/lm_01/medienverantwortung.pdf
- Puro, V. (2003). Genotypic resistance tests for the management of postexposure prophylaxis. *Scand J Infect Dis*, 35 (106), 93-98.
- Qiu, J. (2011). Stigma of HIV Imperils Hard-Won Strides in Saving Lives. *Science*, 332 (6035), 1253-1254.
- Riemer, D., Escobar-Prinzón, L.C., Bock, J. & Hautzinger, M. (2000). »Leben mit HIV und AIDS« - Ein Gruppenprogramm zur Verbesserung der Lebensqualität für Menschen mit HIV/AIDS. In N. Brockmeyer, R. Brodt, K. Hoffmann, G. Reimann, M. Stücker & P. Altmeyer, (Hrsg.), *HIV-Infekt. Epidemiologie Prävention Pathogenese Diagnostik* (S. 744-751). Berlin: Springer.
- Rieger, H.-J. (1987). Arztrecht in der Praxis. Rechtsfragen im Zusammenhang mit HIV-Infektionen und AIDS. *DMW - Deutsche Medizinische Wochenschrift* 1987, 112 (18), 736-738.
- Rieser, S. (1999). Charta der Patientenrechte: Offensive der Ärzteschaft. *Deutsches Ärzteblatt*, 44, A-2785.

- Robert Koch-Institut (Hrsg.), (2019). *Epidemiologisches Bulletin. Schätzung der Zahl der HIV-Neuinfektionen und der Gesamtzahl von Menschen, die mit HIV in Deutschland leben. Stand Ende 2018*. Berlin: RKI Deutschland.
- Rockstroh, J. (2018). Einleitung. In C. Hoffmann & J. Rockstroh (Hrsg.), *HIV 2018/19*. www.hivbuch.de (S. 2-14). Hamburg: Medizin Fokus Verlag.
- Rodger, A.J., Cambiano, V., Bruun, T., Vernazza, P., Collins, S., van Lunzen, J. et al. (2016). Sexual activity without Condoms and Risk of HIV Transmission in Serodifferent Couples when the HIV-Positive Partner is using suppressive Antiretroviral Therapy. *JAMA*, 316, 171-181.
- Röhricht, F. (2016). Körperorientierte Psychotherapie. In K. Köhle, W. Herzog, P. Joraschky, J. Kruse, W. Langewitz & W. Söllner (Hrsg.), *Uexküll, Psychosomatische Medizin. Theoretische Modelle und Klinische Praxis*. (8. Aufl. S. 451-459). München: Elsevier.
- Rosenbrock R. (1987). *Aids kann schneller besiegt werden. Gesundheitspolitik am Beispiel einer Infektionskrankheit* (3. Aufl.). Hamburg: VSA-Verlag.
- Rosenbrock, R. (2018). Aids – soziale Prävention und Medikalisierung. *Public Health Forum. Forschung – Lehre – Praxis*, 26 (3), 235-238.
- Rosenbrock, R. & Salmen, A. (Hrsg.), (1990). *Aids-Prävention. Ergebnisse sozialwissenschaftlicher Aids-Forschung Band 1*. Berlin: edition sigma.
- Rosenbrock, R. & Wright, M. (2000). *Partnership and pragmatism : Germany's response to AIDS prevention and care*. London: Routledge.
- Roth, G. (2001). *Fühlen, Denken, Handeln. Wie das Gehirn unser Verhalten steuert*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Roth, G. (2004). Das Verhältnis von bewusster und unbewusster Verhaltenssteuerung. *Psychotherapie Forum*, 12, 59-70.
- Rotter, J.B. (1954). *Social learning and clinical psychology*. New York: Prentice-Hall.
- Rousselot, A. & Fröhlich-Rüfenacht, S. (2012). *Was erleben Menschen mit einer chronisch körperlichen Krankheit? Eine Studie zur Sensibilisierung für Anliegen von Menschen, die an HIV, MS, Krebs oder Rheuma erkrankt sind*. Masterarbeit. Zürich: Zürcher Fachhochschule, Klinische Psychologie.
- Ruholl, S. (2007). *Selbstwirksamkeit als Indikator für psychische Störungen -Status und Verlauf-*. Dissertation. Aachen: Universitätsbibliothek.
- Sachsenweger, M., Kundt, G., Hauk, G., Lafrenz, M. & Stoll, R. (2011). Der Wissensstand von Schülern über das Thema HIV/AIDS an ausgewählten Schulen in

- Mecklenburg-Vorpommern. Ergebnisse einer Schülerbefragung. *Gesundheitswesen*, 73, e21-e26.
- Solano, L., Costa, M., Salvati, S., Coda, R., Auiti, F., Mezzaroma, I. et al. (1993) Psychosocial factors and clinical infection: stress, coping style, social support, emotional dysfunction, and symptom recurrence. *Journal of Psychosomatic Research*, 30, 163–171.
- Schäffer, D. & Stöver, H. (Hrsg.), (2011). *Drogen – HIV/AIDS – Hepatitis. Ein Handbuch* (2., völlig neu bearb. Aufl.). Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e.V..
- Schatz, C. (2009). *DAH fordert sofortigen Stopp der Aids-Kampagne mit Hitler-Spot*. Pressemitteilung. Zugriff am 30.12.2019 unter: <https://www.aids-hilfe.de/meldung/dah-fordert-sofortigen-stopp-aids-kampagne-hitler-spot>
- Schauer, C. (2010). Präventionsarbeit mit Sextouristen am Beispiel KARO e. V.. In J. Drewes & H. Sweers (Hrsg.), *Strukturelle Prävention und Gesundheitsförderung im Kontext von HIV. AIDS-Forum DAH, Band 57* (S. 267-283). Berlin: Deutsche Aids-Hilfe e.V..
- Schelhowe, H. (2006). Medienpädagogik und Informatik. Zur Notwendigkeit einer Neubestimmung der Rolle Digitaler Medien in Bildungsprozessen. *Medienpädagogik*, 12, 1-21.
- Schirp, H. (2007). *Dem Lernen auf der Spur*. Zugriff am 02.02.2020 unter: <https://www.karl-heupel.de/lindenbergschule/lernen/demlernenaufderspur.pdf>
- Schmid, S., Keller, S., Jäkle, C., Baum, E. & Basler, H.-D. (1999). Kognition und Motivation zu sportlicher Aktivität - eine Längsschnittstudie zum Transtheoretischen Modell. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 7 (1), 21-26.
- Schmitz, G. S. & Schwarzer, R. (2002). Individuelle und kollektive Selbstwirksamkeitserwartung von Lehrern. *Zeitschrift für Pädagogik*, 44, 28–53.
- Schnabel, P.-E. (2009). Kommunikation im Gesundheitswesen – Problemfelder und Chancen. In R. Roski (Hrsg.), *Zielgruppengerechte Gesundheitskommunikation* (S. 33-55). Wiesbaden: Springer VS.
- Schneiderman, N., Antoni, M.H. & Ironson, G. (2003). Verhaltensmedizin bei HIV-Infektion. *Psychotherapeut*, 48, 342–347.
- Schütte, J.D. (2015). Die „isolierten Inaktiven“: Präventives Empowerment für besonders benachteiligte Kinder und Jugendliche. In M. Wendler, E.U. Huster (Hrsg.), *Der Körper als Ressource in der sozialen Arbeit. Grundlegungen zur Selbstwirksamkeitserfahrung und Persönlichkeitsbildung* (S.189-202). Wiesbaden: Springer VS.
- Schur, E.M. (1971). *Labeling deviant behavior. Its sociological implications*. New York: Harper & Row.

- Schwarze, S. (2015). START-Studie: Erstaunliches Ergebnis, früher als erwartet! *Projekt Information*, 23 (4), 3–4. Zugriff am 26.01.2020 unter: <http://projektinfo.de/pdfs/PI154.pdf>
- Schwarzer, R. (1994). Optimistische Kompetenzerwartung: Zur Erfassung einer personellen Bewältigungsresource. *Diagnostica*, 40 (2), 105-123.
- Schwarzer, R. (2002). Selbstwirksamkeitserwartungen. In R. Schwarzer, M. Jerusalem & H. Weber (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie von A-Z* (S. 521-524). Göttingen: Hogrefe.
- Schwarzer, R. & Jerusalem, M. (Hrsg.) (1999). *Skalen zur Erfassung von Lehrer- und Schülermerkmalen. Dokumentation der psychometrischen Verfahren im Rahmen der Wissenschaftlichen Begleitung des Modellversuchs Selbstwirksame Schulen*. Berlin: Freie Universität Berlin.
- Schwarzer, R. & Jerusalem, M. (2002). Das Konzept der Selbstwirksamkeit. *Zeitschrift für Pädagogik, Beiheft* (44), 28–53.
- Seung, S. (2013). *Das Konektom. - Erklärt der Schaltplan des Gehirns unser Ich?* Heidelberg: Springer Spektrum.
- Simon, B., Stürmer, S. & Steffens, K. (2000). Helping individuals or group members? The role of individual and collective identification in AIDS volunteerism. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 26, 497-506.
- Sinus-Sociovision (2008). *Diskriminierung im Alltag. Wahrnehmung von Diskriminierung und Antidiskriminierungspolitik in unserer Gesellschaft*. Heidelberg. Zugriff am 07.01.2020 unter: <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/RedaktionADS/PDF-Anlagen/2009-04-02-schriftenreihe-band4,property=pdf,bereich=ads,sprache=de,rwb=true.pdf>
- Sinus Markt- und Sozialforschung (2018). *Informationen zu den Sinus-Milieus. Stand 09/2018*. Heidelberg. Zugriff am 07.01.2020 unter: https://www.sinus-institut.de/fileadmin/user_data/sinus-institut/Bilder/Sinus-Milieus_092018/2018-09-18_Informationen_zu_den_Sinus-Milieus.pdf
- Skinner, B. F. (1953). *Science and human behavior*. New York: Macmillan.
- Snyder, M., Omoto, A. M. & Crain, A. L. (1999). Punished for their good deeds: Stigmatization of AIDS volunteers. *American Behavioral Scientist*, 72, 1175-1192.
- Solano, L., Costa, M., Salvati, S., Coda R., Auiti, F. & Mezzaroma, I. (1993). Psychosocial factors and clinical infection: stress, coping style, social support, emotional dysfunction, and symptom recurrence. *Journal of Psychosomatic Research*, 30, 163-171.

- Spiegel (1987). Bayerns Kreuzzug gegen AIDS. Bayerns Scharfmacher Gauweiler: Einer gegen AIDS. *Der Spiegel* (22), 21–24.
- Stalder, J. (1985). Die soziale Lerntheorie von Bandura. In D. Frey & M. Irle, (Hrsg.), *Theorien der Sozialpsychologie Band II: Gruppen- und Lerntheorien* (S.241-272). Bern: Verlag Hans Huber.
- Staub, R. (2007). Haben HIV-Positive eine besondere Verantwortung? Ein Diskussionsbeitrag. *Bundesgesundheitsblatt* 2007, Bern: Springer Medizin Verlag.
- Stavemann, H.H. (2011). *...und ständig tickt die Selbstwertbombe. Selbstwertprobleme erkennen und lösen*. Weinheim: Beltz.
- Steinke, C. (2013). *Psychosoziale Belastungen und Lebensqualität einer HIV-positiven homosexuellen Kohorte in Deutschland*. Dissertation. München: Technische Universität, Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Zugriff am 31.01.2020 unter: <https://media-tum.ub.tum.de/doc/1140316/1140316.pdf>
- Steurer-Stey, C., Storch, M., Benz, S., Hobi, B., Steffen-Bürgi, B., Steurer, J. et al. (2014). Motivational training improves self-efficacy but not short-term adherence with asthma self-management: a randomized controlled trial. *Primary Health Care Research & Development*. Zugriff am 31.01.2020 unter: <http://dx.doi.org/10.1017/S1463423613000480>
- Stöver, H. (Hrsg.), (1999). *Akzeptierende Drogenarbeit. Eine Zwischenbilanz*. Freiburg: Lambertus Verlag.
- Stöver, H. (2014). Akzeptierende Gesundheitsförderung: Musterbeispiel HIV/AIDS-Prävention? In B. Schmidt (Hrsg.), *Akzeptierende Gesundheitsförderung* (S.244-257). Weinheim: Beltz.
- Storch, M., Brändli, O., Cantieni, B., Hüther, G. & Tschacher, W. (2011). *Embodiment. Die Wechselwirkung von Körper und Psyche verstehen und nutzen* (2., erw. Aufl., mit Erg.-Kapitel "Embodiment im Zürcher Ressourcen Modell (ZRM)"). Bern: Huber.
- Storch, M., Gaab, J., Küttel, Y., Stüssi, A. & Fend, H. (2007). Psychoneuroendocrine effects of resource-activating stress management training. *Health Psychology*, 26, 456-463.
- Storch, M., Keller, F., Weber, J., Spindler, A. & Milos, G. (2011). Psychoeducation in Affect Regulation for Patients with Eating Disorders: A Randomized Controlled Feasibility Study. *American Journal of Psychotherapy*, 65 (1), 81-93.
- Storch, M. & Krause, F. (2007). *Selbstmanagement - ressourcenorientiert. Grundlagen und Trainingsmanual für die Arbeit mit dem Zürcher Ressourcen Modell (ZRM)* (4., vollständig überarb. & erw. Aufl.) Bern: Huber.
- Storch, M. & Krause, F. (2014). *Selbstmanagement - ressourcenorientiert. Grundlagen und Trainingsmanual für die Arbeit mit dem Zürcher Ressourcen Modell*

- (ZRM) (5., erw. & vollständig überarb. Aufl.) Bern: Verlag Hans Huber (ZRM-Bibliothek).
- Storch, M. & Krause, F., (2017). *Selbstmanagement - ressourcenorientiert. Grundlagen und Trainingsmanual für die Arbeit mit dem Zürcher Ressourcen Modell (ZRM)* (6., überarb. Aufl.). Bern: Hogrefe.
- Storch, M. & Kuhl, J. (2013). *Die Kraft aus dem Selbst. Sieben Psychogymys für das Unbewusste* (2. Aufl.). Bern: Huber.
- Storch, M. & Olbrich, D. (2011). Das GUSI-Programm als Beispiel für Gesundheitspädagogik in Präventionsleistungen der Deutschen Rentenversicherung. In W. Knörzer (Hrsg.), *Gesundheit ist nicht alles - was ist sie dann? Gesundheitspädagogische Antworten* (S. 111-126). Baltmannsweiler: Schneider.
- Storch, J., Storch, M., Morgenegg, C. & Kuhl, J. (2016). *Ich blick's. Verstehe dich und handle gezielt*. Bern: Hogrefe.
- Stroh, K. (2012). Maßnahmenkatalog gegen HIV - als die CSU in den Krieg gegen Aids zog. *Süddeutsche Zeitung*, 24. Februar 2012. Zugriff am 02.01.2020 unter: <http://www.sueddeutsche.de/bayern/massnahmenkatalog-gegen-hiv-als-die-csu-in-den-krieg-gegen-aids-zog-1.1292107>
- Stürmer, M., Doerr, H.W., Berger, A. & Gute, P. (2008). Is transmission of HIV-1 in non-viraemic serodiscordant couples possible? *Antivir Ther* 2008, 13, 729-732.
- Stürmer, S., Snyder, M. & Omoto, A.M. (2005). Prosocial emotions: The moderating role of group membership. *Journal of Personality and Social Psychology*, 88, 532-546.
- Stürmer, S. & Salewski, C. (2009). Chronische Krankheit als Stigma: Das Beispiel HIV/AIDS. In A. Beelmann & K.J. Jonas (Hrsg.), *Diskriminierung und Toleranz. Psychologische Grundlagen und Anwendungsperspektiven* (S. 263–279). Wiesbaden: Springer VS.
- Stürmer, S. & Siem, B. (2009). Kollektives Handeln und Gruppensolidarität. Motivationsprozesse und Interventionsstrategien am Beispiel politischer und sozialer Partizipation im Kontext der AIDS-Hilfe-Bewegung. In A. Beelmann und K.J. Jonas (Hrsg.), *Diskriminierung und Toleranz. Psychologische Grundlagen und Anwendungsperspektiven* (S. 512–530). Wiesbaden: Springer VS.
- Süssmuth R. (1987). *Aids: Wege aus der Angst*. Hamburg: Hoffmann und Campe.
- Sullivan, S.G., Xu, J., Feng, Y., Su, S., Xu, C., Ding, X. et al. (2010). Stigmatizing attitudes and behaviors toward PLHA in rural china. *Acquired Immunodeficiency Syndrome Care*, 22, 104–111.

- Sweers, H. (2000). Zur Entwicklung der HIV-/AIDS-Prävention in Deutschland. In G. Hilgefort (Hrsg.), *Handbuch HIV-Prävention für Mädchen und Frauen* (S. 13-19) Berlin: Deutsche Aids-Hilfe e. V..
- Thiele, M. (2019). Zum (Spannungs-)Verhältnis von Schwulenbewegung und Aidshilfe – Die AIDS-Krise als Katalysator von Institutionalisierung und Anerkennung. In K. Ketelhut & D. Lau (Hrsg.), *Gender – Wissen – Vermittlung. Geschlechterwissen im Kontext von Bildungsinstitutionen und sozialen Bewegungen* (S. 73-91). Wiesbaden: Springer VS.
- Tschacher, W., Munt, M. & Storch, M. (2014). Die Integration von Tanz, Bewegung und Psychotherapie durch den Embodimentansatz. *Körper – Tanz – Bewegung*, 2, 54-63.
- Turner, J.C., Hogg, M.A., Oakes, P.J., Reicher, S.D. & Wetherell, M.S. (1987). *Rediscovering the social group. A self-categorization theory*. Oxford: Blackwell.
- Ugarte, W.J., Högberg, U., Valladares, E.C. & Essen, B. (2013). Measuring HIV- and AIDS-related stigma and discrimination in Nicaragua: results from a community-based study. *AIDS Education & Prevention*, 25, 164–178.
- UNAIDS (Hrsg.), (2007). *Greater Involvement of People Living with HIV (GIPA)*. Zugriff am 31.01.2020 unter: http://data.unaids.org/pub/briefingnote/2007/jc1299_policy_brief_gipa.pdf
- UNAIDS (2010). *Getting to Zero: 2011-2015 Strategy Joint United Nations Programme on HIV/AIDS* (UNAIDS). Genf: UNAIDS
- UNAIDS (Hrsg.), (2011). *People Living with HIV Stigma Index. Asia Pacific Regional Analysis*. Zugriff am 31.01.2020 unter: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/20110829_PLHIVStigmaIndex_en.pdf
- UNAIDS (Hrsg.), (2019). *AIDS UPDATE 2019. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS*. Geneva, Switzerland. Zugriff am 31.01.2020 unter: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2019-global-AIDS-update_en.pdf
- Urton, K. (2017). Förderung des Selbstwirksamkeitserlebens. Selbstwirksamkeitserwartung – Was bedingt sie und wie kann sie gefördert werden? *ZEIF*, 3, Potsdam. Zugriff am 31.01.2020 unter: https://www.researchgate.net/publication/315079372_Selbstwirksamkeitserwartung_-_Was_bedingt_sie_und_wie_kann_sie_gefordert_werden
- Valencia-Garcia, D., Starks, H., Strick, L. & Simoni, J.M. (2008). After the fall from grace: negotiation of new identities among HIV-positive women in Peru. *Culture, Health & Sexuality*, 10, 739–752.

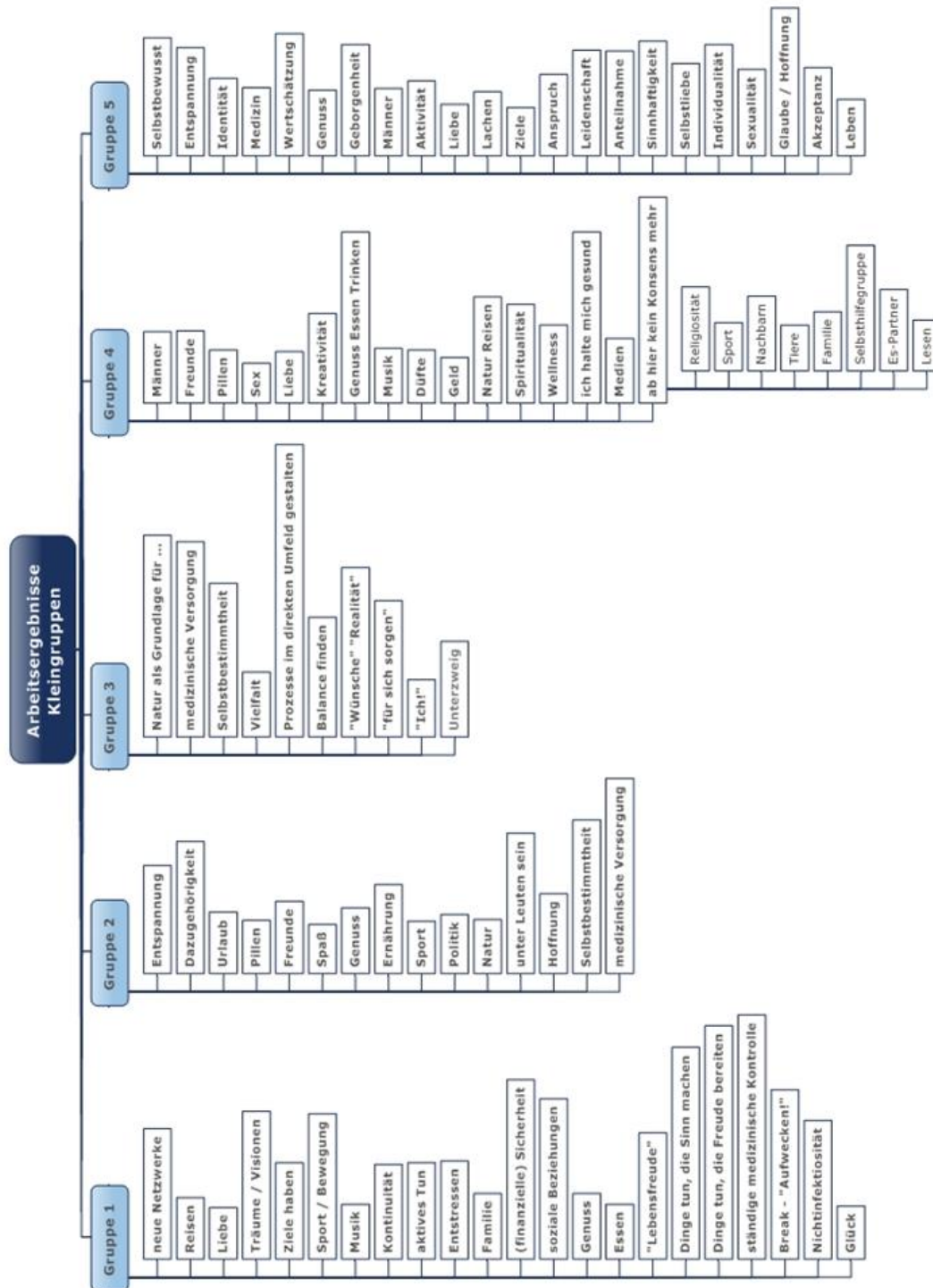
- van Brakel, W.H. (2006). Measuring health-related stigma. A literature review. *Psychology, Health & Medicine*, 11 (3), 307–334.
- van Unger, H. & Nagel, S. (2009). Krankheit als Stigma. Stigmatisierung und Selbststigmatisierung im Kontext von HIV / Aids. In Deutsche Aids-Hilfe e.V. (Hrsg.), *life + Magazin* (S. 6–8). Berlin.
- Vernazza, P., Hirschel, B., Bernasconi, E. & Flepp, M. (2008). HIV-infizierte Menschen ohne andere STD sind unter wirksamer antiretroviraler Therapie sexuell nicht infektiös. *Schweizerische Ärztezeitung*, 89 (5), 165–169. Zugriff am 31.01.2020 unter: <https://www.aids.ch/de/downloads/leben-mit-hiv/ekaf-statement.pdf>
- Vielhaber, B. (2011). Welche Kompetenzen haben HIV- und AIDS- Patienten. In B. Berger (Hrsg.), *Raum für Eigensinn. Ergebnisse eines Expertentreffens zur Patientenkompetenz* (S. 107-124). Essen: KVC-Verlag.
- von Rüden, U. (2017). *AIDS im öffentlichen Bewusstsein der Bundesrepublik Deutschland 2016. Wissen, Einstellungen und Verhalten zum Schutz vor HIV/AIDS und anderen sexuell übertragbaren Infektionen (STI)*. (BZgA-Forschungsbericht). Köln: Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung.
- von Rüden, U. & Kostrzewski, D. (2017). Repräsentative Bevölkerungsbefragung anlässlich des Welt-AIDS-Tages 2017. BZgA-Forschungsbericht. Köln: Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung.
- von Unger, H. (2010). HIV-Prävention mit Migrant(inn)en: interkulturell, partizipativ und strukturell. In J. Drewes & H. Sweers (Hrsg.), *Strukturelle Prävention und Gesundheitsförderung im Kontext von HIV. AIDS-Forum DAH, Band 57* (S. 195-217). Berlin: Deutsche Aids-Hilfe e.V.
- Voß, L. (2000). HIV-Testpolitik und -Testpraxis in Deutschland. Eine Bestandsaufnahme. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 43, 683–693.
- Wandeler, G., Johnson, L.F. & Egger, M. (2016). Trends in life expectancy of HIV-positive adults on antiretroviral therapy across the globe: comparisons with general population. *Curr Opin HIV AIDS*, 11 (5), 492-500.
- Webbel, A.R. & Higgins, P.A. (2011). The Relationship between Social Roles and Self-Management Behavior in Women Living with HIV/AIDS. *Women's Health*, 22 (1), 27–33.
- Weber, J. (2013). *Turning Duty into Joy! Optimierung der Selbstregulation durch Motto-Ziele*. Dissertation. Osnabrück: Universitätsbibliothek.
- Weber, J. (2017). *Ich fühle, was ich will. Wie Sie Ihre Gefühle besser wahrnehmen und selbstbestimmt steuern*. Bern: Hogrefe.

- Weber, J. & Storch, M. (2017). Das Zürcher Ressourcen Modell. Gefühlsregulation und die Erzeugung von Sinn durch Motto-Ziele. *Psychotherapeutische Perspektiven am Lebensende*, 359-373.
- Weber, T. (2011). Wissensvermittlung in medialer Transformation. Trennung von Bildung und Wissensvermittlung. In T. Meyer, W.-H. Tan, C. Schwalbe & R. Appelt (Hrsg.), *Medien und Bildung. Institutionelle Kontexte und kultureller Wandel* (S. 29-41). Wiesbaden: Springer VS
- Weiner, B. (1984). *Motivationspsychologie*. Weinheim: Beltz.
- Weinert, C.R. & Mann, H.J. (2008). The science of implementation: Changing the practice of critical care. *Current Opinion in Critical Care*, 14 (4), 460-465.
- Weiss, H., Thomas, S., Munabi, S. & Hayes, R. (2006). Male circumcision and risk of syphilis, chancroid, and genital herpes: a systematic review and meta-analysis. *Sex Transm Infect*, 82; 101-109.
- Weiß, J. (2012). HIV-Patienten in Deutschland: Neue Probleme aufgrund hoher Lebenserwartung. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 137 (37), 786-787.
- Wicht, H. (2012). Die Erfolgsgeschichte einer Katastrophe. Ein globaler Blick auf dreißig Jahre HIV und Aids. *Dr. med. Mabuse* 198, 24-26.
- Wicker, S., Rabenau, H.F. & Groneberg, D.A. (2010). Die HIV/AIDS-Epidemie und ihre Auswirkung auf die Arbeitswelt unter besonderer Berücksichtigung des Gesundheitswesens. *Arbeitsmed. Sozialmed. Umweltmed.*, 45, 64–68.
- Wießner, P. (2003). AIDS als moderner Mythos. In Deutsche AIDS-Hilfe (Hrsg.), *AIDS im Wandel der Zeiten. Band 1. AIDS-Forum DAH, Band 47* (S. 19-71). Berlin: Deutsche Aids-Hilfe e.V..
- Wills, T.A. (1981). Downward comparison principles in social psychology. *Psychological Bulletin*, 90, 245-271.
- Witterstätter, K. (2006). *Soziale Sicherung. Eine Darstellung mit Schwerpunkt Grundsicherung* (7. Aufl.). München: Luchterhand (Fachbücherei: Praktische Sozialarbeit).
- Wosko, P. (2016). Herausforderungen im Berufsalltag von HIV positiven und an AIDS erkrankten Menschen. Systematische Literaturübersicht zum Erleben Betroffener. *Pflegewissenschaft*, 18 (1/2), 24–34.
- Wright, M.T. (2000). Das alte Problem der Compliance: Die Erkenntnisse aus 30 Jahren sozialwissenschaftlicher Forschung und deren Übertragbarkeit auf HIV. In N. Brockmeyer, R. Brodt, K. Hoffmann, G. Reimann, M. Stücker & P. Altmeier, (Hrsg.), *HIV-Infekt. Epidemiologie Prävention Pathogenese Diagnostik* (S. 699-706). Berlin: Springer.

- Wurm, M., Neumann, A., Wasem, J. & Biermann-Stallwitz, J. (2018). *Zugangsschwellen zu HIV-Test-Angeboten. Eine systematische Literaturanalyse*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.
- Zick, A., Wolf, C., Küpper, B., Davidov, E., Schmidt, P. & Heitmeyer, W. (2008). The Syndrome of Group-Focused Enmity. *Journal of Social*, 64 (2), 363-383.
- Zick, A., Küpper, B. & Hövermann, A. (2011). *Die Abwertung der Anderen. Eine europäische Zustandsbeschreibung zu Intoleranz, Vorurteilen und Diskriminierung*. Berlin: Friedrich-Ebert-Stiftung.
- Zingg, C.A. (2010). *Kontrollüberzeugungen und kognitive Leistungsfähigkeit bei alkoholabhängigen Patienten – Veränderungen während stationärer Therapie und ein Jahr danach*. Dissertation. Trier: Universitätsbibliothek.

Anhang

Anhang 1: Ergebnisse der Arbeitsgruppen aus Vorstudie 1, „Leben mit HIV, was hält mich gesund?“



Anhang 2: Ergebnisse der Hauptkomponentenanalyse zur Gesamtskala „HIV-spezifische-Selbstwirksamkeitserwartung“. Kaiser-Meyer-Olkin Maß, Bartlett-Test und Scree-Plot zur Hauptfaktorenanalyse, um eine Gesamtskala »HIV-spezifische-SWE« zu bilden.

Faktorenanalyse

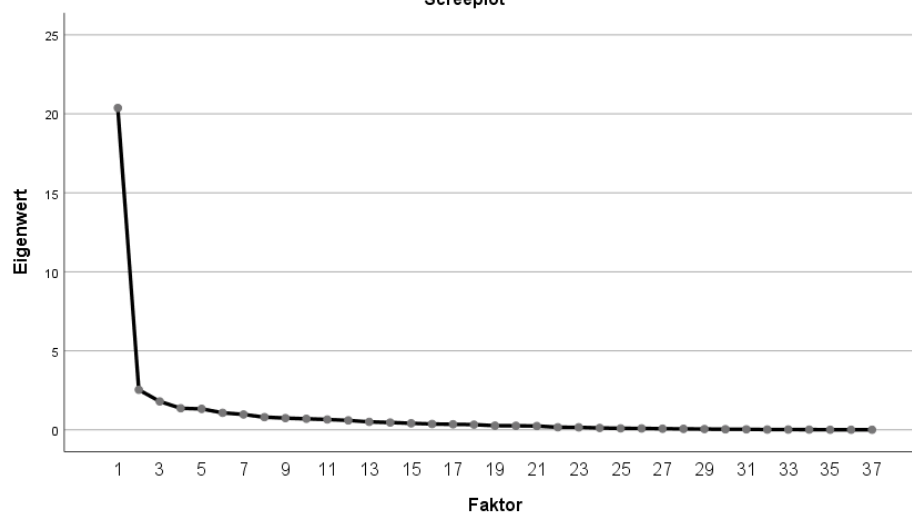
KMO- und Bartlett-Test

Maß der Stichprobeneignung nach Kaiser-Meyer-Olkin.		,59
Bartlett-Test auf Sphärizität	Ungefähres Chi-Quadrat	1697,68
	df	666
	Signifikanz nach Bartlett	,00

Erklärte Gesamtvarianz

Komponente	Gesamt	Anfängliche Eigenwerte		Summen von quadrierten Faktorladungen für Extraktion	
		% der Varianz	Kumulierte %	Gesamt	% der Varianz
1	20,37	55,06	55,06	20,37	55,06
2	2,53	6,85	61,91	2,53	6,85
3	1,80	4,86	66,76	1,80	4,86
4	1,36	3,68	70,44	1,36	3,68
5	1,32	3,58	74,02	1,32	3,58
6	1,07	2,90	76,92	1,07	2,90
7	,97	2,63	79,55		
8	,80	2,16	81,71		
9	,74	2,00	83,71		
10	,70	1,89	85,60		

Screeplot



Anhang 3: Entwickelter Fragebogen, HIV-spezifische Selbstwirksamkeit.

Fragebogen

Wie gut gelingt es mir in meinem Alltag, mit meiner HIV-Infektion umzugehen?

Danke für Deine Hilfe!

Das an diesem Wochenende stattfindende Training ist Teil meines Promotionsvorhabens. Ziel ist es zu erkennen, in welchen Lebenssituationen Menschen mit HIV und Aids andere Umgangs- und Verhaltensweisen für sich selbst benötigen, um besser und entspannter mit der Infektion leben zu können. Um den Erfolg dieses Trainings dokumentieren zu können, werden alle Teilnehmenden gebeten, an einer begleitenden Befragung mit zu machen und direkt vor und direkt nach dem Training einen Fragebogen auszufüllen (Dauer ca. 10 – 15 Minuten). Die gewonnenen Ergebnisse sollen dabei helfen, ein Unterstützungsangebot zu entwickeln, um die Belastungen im Alltag zu verringern und die individuelle Umgangsweise zu verbessern.

Danke, dass Du an diesem Wochenende teilnimmst und mich bei der Befragung unterstützt,

Harry Kirchwehm

Anonymer Fragebogen

Dieser Fragebogen wird vor und nach dem Training anonym ausgefüllt. Um die Fragebögen miteinander vergleichen zu können, ist eine Kennzeichnung erforderlich, die dennoch die Anonymität wahrt. Diese erfolgt mit Hilfe der folgenden Angaben:

Dein Geburtsmonat als Zahl (Beispiel: März = 03);	
Die zwei Anfangsbuchstaben des Rufnamens Deiner Mutter (Beispiel: Karin = KA),	
Dein Geburtsjahr, zweistellig (Beispiel: 1977 = 77);	
Der erste Buchstabe Deines Geburtsortes (Beispiel: Bonn = B)	

persönliche Informationen

Um die Fragebögen aller Teilnehmenden miteinander vergleichen zu können, ist es wichtig bestimmte Vergleichsmerkmale zu erfragen, um die gewonnenen Ergebnisse darauf bezogen auswerten zu können.

Alter (in Jahren)				
Geschlecht	weiblich	männlich	Trans*	anderes
Beziehungsstatus	single	feste Bez.	verpartnert	verheiratet
Wie viele unterstützende Angebote hast Du in den letzten 2 Jahren genutzt? z. B. Beratung / Selbsthilfegruppen / positiven Treffen / Fachtagungen / etc.				

Monatseinkommen (Netto)	< 500€	500 < 1.000	1.000 < 1.500	1.500 < 2.000	2.000 < 3.000	3.000 < 4.000	4.000€ <
Wie lange weißt Du, dass Du HIV positiv bist?	< 1J.	1 < 2J.	2 < 5J.	5 < 10J.	10 < 15J.	15 < 20J.	20J. <

1 Wie sehr treffen diese Aussagen auf Dich zu?

Bei diesen Fragen geht es um Deine Einschätzung, wie gut Du selbst Dein Selbstbewusstsein und Deinen (positiven) Umgang mit der Infektion stärken kannst, um souverän handeln sowie selbstsicher auftreten zu können. Bitte in jeder Zeile ein Kreuz setzen.

	stimmt überhaupt nicht	stimmt selten	stimmt hin und wieder	stimmt eher schon	stimmt meistens	stimmt immer
Ich kenne Methoden um mich selbst zu motivieren und mich wieder aufzubauen.						
Ich weiß, wie ich mich in schwierigen Situationen verhalten kann, so dass ich ein gutes Gefühl dabei habe.						
Eine positive innere Haltung hilft mir, viele Situationen gelassener hinzunehmen.						
Ich habe genügend positive Erfahrungen gemacht, um diese für mein Wohlempfinden nutzen zu können.						
Ich habe eine innere Haltung, die mir hilft, gelassen mit meiner Infektion und diskriminierenden Situationen umzugehen.						
Ich weiß wie ich mein Selbstbewusstsein stärken kann.						
Ich habe einen Leitsatz, nach dem ich mein Handeln orientiere.						
Ich bin in der Lage, die positiven Aspekte zu fokussieren.						
Ich kann meine Körperempfindungen wahrnehmen und in positiv und negativ unterscheiden.						
Wenn es mir nicht gut geht, verändere ich bewusst meine Körperhaltung, um meine Gemütslage positiv zu beeinflussen.						
Es fällt mir leicht Wünsche zu formulieren, die konkret beschreiben was ich will.						
Ich weiß, dass es lange dauert sein Verhalten zu verändern und dass dies geübt werden muss.						
Ich bin in der Lage, Ziele so für mich zu formulieren, dass ich sie motiviert und mit gutem Gefühl verfolge.						
Nicht jede schwierige Situation überfordert mich. Ich kann unterschiedliche Schweregrade erkennen und mich diesen dementsprechend annähern.						

2 Wie verhältst Du dich in folgenden Situationen?

Fühle Dich bitte in die jeweilige Situation hinein und entscheide dann, welche Antwort Dir und Deinem Verhalten zum heutigen Zeitpunkt und in Deiner aktuellen Verfassung **am ehesten** entspricht.
Pro Situation nur eine Antwort.

Ein Physiotherapeut massiert Dich mit Einweghandschuhen. Auf Deine Nachfrage, ob er alle Patienten mit Handschuhen massiert sagt er, nur die die infektiös sind, er müsse sich ja selbst schützen.	
	Du nimmst es ohne weiteres hin, fühlst Dich aber unwohl.
	Dir ist es egal.
	Du diskutierst mit ihm und erläuterst die aktuellen medizinischen Erkenntnisse zum Thema "Schutz durch Therapie", lässt Dich derweilen aber mit Handschuhen massieren.
	Du lässt dich nicht mit Handschuhen massieren, erklärst ihm Deine Sichtweise und / oder beschwerst Dich bei dem Chef in der Praxis.

Deine Patientenkarte wird auf dem Tresen der Anmeldung abgelegt, da Du der_die nächste Patient_in bist. Groß und deutlich steht in roten Buchstaben HIV drauf.	
	Du nimmst es ohne weiteres hin, fühlst Dich aber unwohl.
	Dir ist es egal.
	Du wartest bis Du aufgerufen wirst und beschwerst Dich dann bei dem Arzt / der Ärztin.
	Du diskutierst mit der Arzthelferin und erläuterst Deine Ansichten zu Datenschutz und sensiblem Umgang mit HIV-Patient_innen.

Du lernst eine neue Beziehung kennen. Bereits kurz nach dem Kennenlernen kommt das Gespräch auf das Thema HIV und Aids.	
	Du weichst dem Thema aus und versuchst schnell zu anderen Inhalten zu wechseln.
	Du redest sachlich über das Thema ohne Bezug zu Dir und Deiner Infektion zu nehmen, fühlst Dich aber unwohl dabei.
	Du versuchst die Einstellung und Umgangsweise Deines Gegenübers herauszufinden, ohne Deine Infektion zu thematisieren, positionierst dich aber als dem Thema gegenüber aufgeschlossen. Du empfindest kein Unwohlsein.
	Ihr redet sachlich über das Thema und Du outest Dich als HIV positiv, ohne Dich dazu gedrängt zu fühlen.

3 Wie sehr treffen diese Aussagen auf Dich zu?

	stimmt über- haupt nicht	stimmt selten	stimmt hin und wieder	stimmt eher schon	stimmt meistens	stimmt immer
Auch wenn ich bei einem Flirt aufgrund der Infektion eine Ablehnung erfahre, werde ich damit gut klar kommen.						
Dem Aufbau einer Beziehung / Partnerschaft sehe ich gelassen entgegen, gut Ding will Weile haben.						
Ich bin in der Lage beim Kennenlernen einer neuen Beziehung selbstbewusst, zu einem richtigen Zeitpunkt meine Infektion anzusprechen.						
Ich kann selbstbewusst abwägen, wem ich in meiner Familie von meiner Infektion erzähle.						
Es gelingt mir gut, mein Leben "im Miteinander" mit anderen zu gestalten und mich nicht einsam zu fühlen.						
Ich bin überzeugt, dass ich mein Tabletten-Management so gestalten kann, dass ich keinen Druck empfinde, wie, wann und wo ich sie einnehme.						
Auch wenn ich keine zusätzliche Absicherung (Rentenzusatz-Erwerbsunfähigkeitsversicherung, etc.) habe, werde ich einen Weg finden, klar zu kommen.						
Meine vitale Fitness ist ok; wenn Einschränkungen vorhanden sind, hindern sie mich nicht, meine Absichten und Ziele zu verwirklichen.						
Bei Operationen / Eingriffen im Krankenhaus gehe ich souverän mit meiner Infektion um						
Ich lasse mich nicht zu sehr von Nebenwirkungen der Medikamente beeinflussen und bestimmen.						

	stimmt über- haupt nicht	stimmt selten	stimmt hin und wieder	stimmt eher schon	stimmt meistens	stimmt immer
Ich kann souverän abwägen, wem ich zu welchem Zeitpunkt von meiner Infektion erzähle. Ich empfinde keinen Druck oder gar schlechtes Gewissen.						
Ich bin überzeugt davon, dass ich an Aktivitäten und Veranstaltungen (sowohl bei als auch abseits der HIV-Thematik) teilnehmen kann ohne Angst davor haben zu müssen, erkannt oder geoutet zu werden.						
Bei Fachärzt_innen (Zahnarzt, Frauenarzt, etc.) gehe ich selbstbewusst mit meiner Infektion um und setze mich bei Diskriminierung zur Wehr. Ich Sorge für eine vertrauensvolle Arzt-Patienten-Beziehung.						
Ich bin mir sicher, dass ich mich arbeitsrechtlich gegen eine HIV-bedingte Kündigung gut zur Wehr setzen kann.						
Es ist mir bewusst, dass ich auch Schwächen zeigen darf und nicht aufgrund meiner Infektion jedem Leistungsdruck absolut standhalten muss, um nicht aufzufallen.						
Ich lasse mich nicht von der Infektion im Umgang mit Sexualkontakten negativ beeinflussen. Beim Sex bin ich verantwortungsvoll für mich und andere.						
Ich bin mir darüber im Klaren, dass ich mich auf der Arbeit für regelmäßige Arztbesuche nicht rechtfertigen muss. Ich gehe mit diesen selbstverständlich um.						
Ich kann mein Leben unbeschwerter und sorgenfreier gestalten, da die heutige Medizin (u. a. Schutz durch Therapie) eine reguläre Lebenserwartung und die Erfüllung des Kinderwunsches ermöglicht, sowie das Übertragungsrisiko bei HIV-negativen Sexualpartner_innen deutlich verringert.						
Ich bin überzeugt davon, mit den mir zur Verfügung stehenden Mitteln, mir ein gesundes, lustvolles und sorgenfreies Leben gestalten zu können.						
Ich gehe gelassen damit um, dass nicht alle Menschen in der Gesellschaft über HIV informiert sind, Vorurteile und irrationale Ängste haben.						

Anhang 4: Dramaturgie zur Durchführung des ZRM-Trainings, zur 5. Auflage (Storch & Krause, 2014).

Dramaturgie ZRM®-Kurs - 1. Tag, Vormittag				
Wann		Wer	Was	Material
9.00	20'	X;Y	Bei Ankommen TN begrüßen Begrüssung Eröffnung Seminar durch Modulleitung	Namens-Etiketten-&-Schilder Flip Willkommen
		X	Einleitung • Vorstellung Leitung, Y auch • Was ist ZRM? • Kursziele, • Kursablauf	Flip Kursziele Flip Kursverlauf & Kurszeiten
		Y	ZRM-Regeln: siehe AB ZRM-Regeln Allgemeines: Mittagessen, Mäppli, Büchertisch	Flip oder AB ZRM Regeln
9.20	15'	X	Impuls: Rubikon-Prozess EA: AB 1 Thema eintragen (wer eins hat), wer kein Thema hat, lässt AB1 frei	Flip Rubikon-Prozess AB 1 Bei themenspezifischer Bildwahl
			Mein aktuelles Thema klären	
9.35	15'	Y	Abholentspannung Bilderwahl	Entspannungs-Text & -Musik CD-Player Bildkartei
	10'		Plenum: Vorstellungsrunde(Name, Funktion, Bild gewählt weil..., Warum hier?) max 1' p.P	Flip Vorstellungsrunde
10.00	10'		PA U S E	
10.10	10'	Y	Impuls: Zwei Systeme	Flip Zwei Systeme
10.25	15'	X	Impuls: Ideenkorb zum Bild • Demo (mit einem Tn-Bild) • Gruppeneinteilung • Durchführung (4er Gruppen – pro Person 5')	Flip Ideenkorb
10.40	5'			AB 2 Ideenkorb zum Bild
10.45	25'			Gruppeneinteilungsmaterial
11.10	15'	Y	Impuls: Affektbilanz & Auswertung des Ideenkorbes mit Affektbilanz Anleitung AB 2 und AB 3 EA: AB 2 & 3 Auswertung des Ideenkorbes und meine eigenen Lieblingsideen	Flip Affektbilanz AB 2 Auswertung Ideenkorb AB 3 Auswertung Ideenkorb
	5'			
	5'			
11.35	15'		Mein Thema klären mit Verstand und Unbewusstem Anleitung AB 4, Selbstreflexion und Wunsch EA: AB 4	AB 4 Thema klären mit Verstand und Unbewussten
11.50	10'	X	Plenumsrunde: Mein Thema (falls themenspezifisch), Mein Bild, Mein Wunsch → Bild abgeben (kopieren über Mittag!)	Flip Plenum Thema/Bild/Wunsch
12.00	60'		MITTAGSPAUSE	
ISMZ GmbH Institut für Selbstmanagement und Motivation Zürich Praxisseminar Dramaturgie ZRM® - Kurs, 1				

Dramaturgie ZRM®-Kurs - 1. Tag, Nachmittag

Wann		Wer	Was	Material
			Vom Wunsch zu meinem Motto-Ziel	
13.00	15'	X	Impuls: Zieltypen (Theorie) & Beispiele	Flip Zieltypen Flip Beispiele
13.15	5'	X	Anweisung: Vorbereitung für den Motto-Ziel-Ideenkorb AB 5 Überblick für Fremdgehirne EA: AB 5 Überblick	AB 5 Überblick
13.20	10'	Y	Demo: Ideenkorb für Motto-Ziel	Flip Lieblingsideen von DemoTn
13.30	35'		GA: Ideenkorb zum Motto-Ziel 4er-Gruppen 4x7' pro Person	Gruppeneinteilungsmaterial
14.05	5'		EA: AB 6 Auswahl von Motto-Ziel	AB 6 Auswahl Motto-Ziel
14.10	10'	Y	Plenumsrunde: Mein Bild, Mein Wunsch, Mein Motto-Ziel Diagnose Kernkriterien: Leitung notiert sich, bei welchem Motto-Ziel die Kernkriterien noch nicht stimmen	Flip Mein Bild, Mein Wunsch, Mein Motto-Ziel
14.20	10'	X	Impuls: ZRM Kernkriterien (Theorie) Evtl. Bsp. aus der Plenumsrunde aufgreifen	Flip Die ZRM Kernkriterien
14.30	5'		EA: AB 7 Arbeitsauftrag für Ideenkorb nur für die Tn, die noch Bedarf haben. Für diese gilt: In Pause AB 7 ausfüllen.	AB 7 ZRM Kernkriterien
14.35	10'		P A U S E	
14.45	15'	X	Plenum: Ideenkorb zur Motto-Ziel-Optimierung falls nötig (Sollten wider Erwarten mehr als 3 Tn Optimierungsbedarf haben, dann 3er-Gruppen 3x4' pro Person)	AB 7 ZRM Kernkriterien Gruppeneinteilungsmaterial
15.00	5'	X	EA: AB 9 Motto-Ziel auf eintragen	AB 9 Mein Motto-Ziel
			Vom Motto-Ziel zum Ressourcenpool	
15.05	5'	Y	Impuls: Ressourcenpool (Theorie)	AB 10 Ressourcenpool
15.10	10'	Y	Impuls: Neuronale Plastizität (Lernen)	AB 11 NeuroPlast.
15.20	15'	Y	Impuls: Erinnerungshilfen & Demo	Flip Das neue Motto-Zielnetz stärken
15.35	15'	Y	Ideenkorb Erinnerungshilfen Speed-Ideenkorb mit zwei Kreisen, 3 Wechsel, 1' pro Person AB 12 und Nachtragen auf AB 10 Ressourcenpool zu Hause	AB 12 Mit Erinnerungshilfen das neue neuronale Netz stärken
15.50	10'	X	TN schreiben Namen, Bild, Motto-Ziel auf Kärtli Wichtelkärtli ziehen lassen Aufgabe: eine eigene Erinnerungshilfe mitbringen und eine für die Wichtelperson	Flip Wichteln Kärtli Behälter für Wichtelkärtli
16.00			S C H L U S S	

ISMZ GmbH

Institut für Selbstmanagement
und Motivation Zürich

Praxisseminar Dramaturgie ZRM® - Kurs, 2

Dramaturgie ZRM®-Kurs - 2. Tag, Vormittag

Wann		Wer	Was	Material
9.00	5'	X	Rückblick/Ausblick, verorten der Kurssituation im Rubikon-Prozess	Flip Rubikon-Prozess
	10'	Y	Plenum: Runde: • Mein Bild • Mein Motto-Ziel • Meine Erinnerungshilfe	Flip Mein Bild, Mein Motto-Ziel, Meine Erinnerungshilfe
	15'	X	Offene Frage ins Plenum: • Konntet ihr euer Motto-Ziel gestern Abend oder heute Morgen schon umsetzen? • Hat sich etwas seit gestern an eurem Motto-Ziel verändert? ☐ (Pro Person 90 Sekunden) • Plenumsideenkorb für Tn, die noch nicht 0-/70+	
9.30	20'	Y	Impuls: Embodiment (Theorie)	Flip Wechselwirkung Körper und Psyche
	10'	X	Impuls: Embodiment Ablauf & Vorgehen	Flip Ablauf Embodiment Flip Vorgehen Embodiment-Aufbau für die Makroversion
10.00	5' 5' 5' 15'	X	• EA: Motto-Ziel auf Flip schreiben • 4er und 5er Gruppe einteilen • Plenum: Anwärmung Stop & Go • Demo: Ideenkorb zur Makroversion (mit einer Person aus der 5er Gruppe)	Gruppeneinteilungsmaterial Flipchart-Blätter für alle Tn Moderationsmaterial für alle
10.30	10'		P A U S E	
10.40'	60'	Y&X	GA: Makroversion (4er/5er Gruppe) 10' pro Person für Embodiment und 5' für Wechsel Y ist im Plenum vor Kohorte	
11.40	5'	Y	Anweisung: Arbeitsblätter AB 13, 14, 10	AB 13 Mein Embodiment Makro AB 14 Makroversion-Figur AB 10 Ressourcenpool
11.45	15'		EA: AB 13 und AB 14 und AB 10	Farbstifte
12.00	60'		M I T T A G S P A U S E	

ISMZ GmbH

Institut für Selbstmanagement
und Motivation Zürich

Praxisseminar Dramaturgie ZRM® - Kurs, 3

Dramaturgie ZRM®-Kurs - 2. Tag, Nachmittag

Wann		Wer	Was	Material
			Mit meinen Ressourcen zielgerichtet handeln	
13.00	15'	X	Impuls: Situationstypen ABC (Theorie) • 3 Situationstypen erklären • Situationstyp A, Bohnengeschichte • AB 15 Erfolgsspeicher erklären	Flip Situationstypen ABC AB 15 Erfolgsspeicher
13.15	35'	Y	Impuls: Situationstyp B (Theorie) & Demo EA: AB 16 Thermometer erklären & ausfüllen, 40 bis 60 einkreisen • AB 17 erklären am Beispiel eines TN EA: AB 17 • AB 18 erklären am Beispiel eines TN Kurzimpuls: Soziale Ressourcen • AB 19 erklären am Beispiel eines TN Kurzimpuls: Micro-Movement	Flip Situationstypen ABC AB 16 Thermometer AB 17 Eine B-Situation AB 18 Transfer für B-Situation AB 19 Micro-Movement für meine B-Situation
13.50	25	Y	GA: Ideenkorb AB 18&19, 2er Gr., 10' p.P	Gruppeneinteilungsmaterial
14.15	10'		EA: Ideenkorb auswerten und AB 18 vervollständigen, AB 19 Micro-Move einzeichnen, AB 10 Ressourcenpool nachtragen: Micro-Movement und soziale Ressourcen	AB 18 Transfer für B AB 19 Micro-Movement AB 10 Ressourcenpool
14.25	10'		P A U S E	
14.35	10' 15' 5'	X	Impuls Wenn-dann-Pläne Anweisung AB's und EA Schritt für Schritt: AB 20 & AB 21 & AB 22 Plenum Mein Wenn-Dann-Plan	Flip Wenn-Dann-Plan AB 20 Vorbereitung Wenn AB 21 Vorbereitung Dann AB 22 Mein Wenn-Dann-Plan
15.05	10' 5'	Y	Impuls: Situationstyp C (Theorie) Anweisung: Erklärung AB 23 und Erklärung und Anleitung AB 24 & 25 für zu Hause	AB 23 Ablaufmodell AB 24 Logbuch AB 25 C zu B machen
15.20	5' 10' 5'	Y	Anweisung AB 26 Mein Haupthindernis EA: Mein Haupthindernis Speed-Dating: Ideenkorb Verhaltensweisen Anweisung und Durchführung (3 Runden, 2' pro Paar, 1' pro Tn (=6')) EA: 5 Verhaltensweisen eintragen	AB 26 Mein Haupthindernis
			Integration, Transfer und Abschluss	
15.40	20'	X	Abschlussrunde: Mein Bild Mein Motto-Ziel Mein Wichtelkind => Übergabe Wichtelgeschenk	Flip Abschlussrunde: Mein Bild Mein Motto-Ziel Mein Wichtelkind
16.00			S C H L U S S	

ISMZ GmbH

Institut für Selbstmanagement
und Motivation Zürich

Praxisseminar Dramaturgie ZRM® - Kurs, 4

Anhang 5: Sammlung der unerwünschten Verhaltensmuster.

Unerwünschte Verhaltensmuster		
- Ich bin oft zu bequem etwas zu verändern - Ich bin oft verunsichert - Ich habe Zukunftsängste - Ich scheue Auseinandersetzungen - Ich vermeide neue Kontakte - Ich fühle mich oft angegriffen - Bleibe oft zu Hause am Wochenende um aufzutanken - Ich empfinde übermäßige Verantwortung - Sorgen und Ängste kompensiere ich mit Alkohol und Drogen - Manchmal überfordere ich mich selbst - Die tägliche Medikamenteneinnahme belastet mich - Ich gehe nicht offen mit der Infektion um - Ich bin oft frustriert, weil ich nicht gesehen werde - Ich achte nicht immer auf gesunde Ernährung - Ich vermeide Konfrontationen	- Ich habe Angst meinen Arbeitsplatz zu verlieren - Ich habe Angst, andere zu infizieren - Ich habe Angst davor, geoutet zu werden - Ich lebe oft meine Routinen - Ich rede bei Leuten dazwischen, kann nicht ausreden lassen - Ich schweige (zu viel) - Ich verheimliche meine Diagnose - Zuhören können und austreden lassen - Ich mute mir (und meiner Gesundheit) oft zu viel zu - Ich übernehme zu oft / zu viel Verantwortung - Ich fühle mich oft angegriffen - Ich bin (über-)sensibel und dadurch verletztlich - Ich weiche Konflikten aus - Ich ziehe mich zurück - Ich ziehe mich oft gekränkt / beleidigt zurück - Ich will niemandem weh tun - Ich schäme mich - Ich verschweige wichtigen Menschen gegenüber der Infektion - Ich habe Angst mich zu outen - Ich habe Angst geoutet und verlacht zu werden (Trans*)	- Ich vermeide, dass es mir noch besser geht - Ich schiebe Dinge, Auseinandersetzungen vor mir her - Lernziele und noch Zeit in Zukunft - Ich fühle mich nicht mehr (so) belastbar - Ich fühle mich hilflos und überfordert - Ich bin mir selbst nicht wichtig - Ich muss / soll funktionieren und Erwartungen erfüllen - Ich habe oft den Gedanken „ich will nicht mehr leben“ - Ich begehe einen inneren Rückzug - Ich überfordere mich - Ich gehe bei anderen auf Abstand - Ich vermeide öfter intensive Kontakte - Ich gehe nicht immer offen mit HIV um - trotz meiner Infektion will ich genauso Leistungsstark sein (wie andere / wie früher) - Ich liebe Sport, nehme mir aber zu wenig Zeit dafür - Termine nicht einhalten oder geringe bis größere Verspätung - Ich sitze bestimmte Dinge, Themen, Auseinandersetzungen aus My Home ist my Castle (Gefängnis) - Ich spiele oft nur eine Rolle

Anhang 6: Sammlung der wünschenswerten Verhaltensmuster (Zielformulierungen)

wünschenswerte Verhaltensmuster		
- Ich ändere meine Zukunft selbst → Neuer Weg - Ich bin offen für neue Kontakte - Den inneren Schweinehund überwinden - Ich ändere es jetzt und sofort - Öfter nein sagen - Ich möchte meine Sorgen und Ängste anders kompensieren. Ohne Alkohol und Drogen - Ich möchte gerne öfter mal die Notbremse ziehen - Ich möchte mich in Zukunft gesünder ernähren! Selber kochen - Ich möchte lernen besser mit Konfrontationen umzugehen! - Ich werde mir in Zukunft mehr Ruhepausen gönnen - Ich kann egoistisch(er) sein - Ich möchte mich in Zukunft mehr auf meine Bedürfnisse einlassen können - Ich kann loslassen - Ich stärke mein Selbstwertgefühl / Selbstbewusstsein - Ich stehe Auseinandersetzungen gegenüber	„nein“-sagen, ohne Reue Besser für mich sorgen - Ich möchte Konflikte direkt angehen und positiv für mich lösen - Ich möchte selbstbewusster werden - Ich möchte eine positive Erscheinung sein - Ich möchte Angstfrei leben und Gleichgesinnte kennen lernen - Ich möchte mir selber wichtiger sein - Möchte trotz Krankheit Energie für Sexualität finden - Ich möchte mehr Kontakte (das Fleisch ist aber schwach, der Geist ist willig) - Pünktlich sein und mir dafür die nötige Zeit nehmen - Ich möchte auf meine Gesundheit achten und gesund leben - Unangenehme Sachen ähnlich angehen wie angenehme - Ich bin sicher in meinem Denken / Gefühlen / Verhalten - Ich bleibe sachlich bei Auseinandersetzungen - Ich verfüge über uneingeschränkte Energien - Ich werde mehr an mich denken - Ich darf schwach sein, Schwäche zeigen - Ich möchte mich outen	- Ich möchte die richtigen Antworten zu gehässigem Verhalten haben - Ich nehme meine Angstgefühle ernst - Ich suche neue Kontakte - Ich möchte regelmäßig trainieren - Ich werde mehr Sex haben - Ich nehme mich (öfter) zurück - Ich werde gesund kochen - Ich möchte Redegewandter sein - Ich möchte belastbarer sein - Weniger Medikamente - Ich akzeptiere, dass meine Stabilität bei Belastungen niedriger geworden ist - Sorgen und Ängste kompensiere ich mit gesunden Verhaltensweisen (ruhe, Erholung) - Ich gehe mehr weg am Wochenende - Ich möchte keine Angst haben meinen Arbeitsplatz zu verlieren - Bewerte andere und mich selbst nicht zu stark / negativ (markiert: Vermeidungsziel!) - Ich möchte mich nicht allem anpassen (markiert: Vermeidungsziel) - Kein sexuelles Verlangen, aus Angst jemanden Anzustecken (markiert, Vermeidungsziel) - Ich habe weniger Schuldgefühle, mehr Verständnis für [unleserlich] (markiert: Vermeidungsziel!)