Präv Gesundheitsf 2022 · 17:399–408
<https://doi.org/10.1007/s11553-021-00916-y>
 Eingegangen: 19. Juli 2021
 Angenommen: 15. Oktober 2021
 Online publiziert: 11. November 2021
 © Der/die Autor(en) 2021

Michele Haink¹ · Sandra Jaworeck² · Peter Kriwy²

¹ Medizinische Klinik für Geriatrie und Altersmedizin CVK – Forschung, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Deutschland

² Institut für Soziologie, Technische Universität Chemnitz, Chemnitz, Deutschland

„Blaming the victim?“ Ergebnisse einer Vignettenstudie zur Stigmatisierung von HIV-positiven Personen

Einleitung

Insgesamt gab es 2019 in Deutschland 2600 geschätzte HIV („human immunodeficiency virus“)-Neuinfektionen, 2018 lag die Zahl bei 2500. Viele HIV-Infizierte erfahren Diskriminierung, obwohl bei einem bewussten Umgang und passender medikamentöser Einstellung die Weitergabe und damit Gefährdung anderer Menschen extrem unwahrscheinlich ist [9, 30]. Aufgrund des erneuten Anstiegs der Infektionszahlen und bestehender Diskriminierung werden in dieser Arbeit HIV-Infizierte als Stigmatisierte betrachtet. Das Ziel ist es, Mechanismen der HIV-Stigmatisierung zu untersuchen und Ansatzpunkte aufzuzeigen, wie Diskriminierungstendenzen abgefedert werden können.

Erstmals wurde HIV 1981 in den USA diagnostiziert. Die Krankheit gilt bis heute als irreversibel. Die Manifestation dieser Erkrankung wird als „acquired immune deficiency syndrome“ (AIDS) bezeichnet [20]. Seit den 1980er-Jahren wird als Präventionsmaßnahme zur Senkung des Ansteckungsrisikos der Selbstschutz in verschiedensten Formen plädiert, z. B. durch die Verwendung eines Kondoms beim Geschlechtsverkehr [20, 25]. HIV hat sich im Verlauf der Zeit von einer tödlichen zu einer chronischen Erkrankung entwickelt [9]. Durch die Therapie mit antiretroviraler Medikati-

on können die Symptome reduziert und die Lebenserwartung verlängert sowie die Infektiosität gesenkt werden [20]. Seit der Jahrtausendwende hat sich die Zahl der HIV-Infizierten in Deutschland verdoppelt [21]. Die Mehrzahl der Neuinfektionen (61,5 %) im Jahr 2019 betrifft Männer, welche sich durch homosexuellen Geschlechtsverkehr infiziert haben [20].

Viele HIV-Infizierte erfahren Diskriminierung im Alltag. Die Deutsche AIDS-Hilfe [6] stellte fest, dass 19 % der Infizierten eine Zahnarztbehandlung verweigert wurde, 26 % diskriminierendes Verhalten am Arbeitsplatz durch Führungskräfte erfahren haben und 16 % eine Versicherung verweigert wurde. Probleme gibt es in der Regel bei Versicherungsarten, die im Vorfeld des Abschlusses Vorerkrankungen abfragen (z. B. Lebens- oder Berufsunfähigkeitsversicherung [17]).

Diskriminierung entsteht durch Ideologien und statistische Normalitätsmodelle, die soziale Gruppen und Menschen unterscheiden und ihnen einen gleichwertigen Status in der Gesellschaft verwehren [24]. Diskriminierung ist oftmals die Konsequenz von Stigmatisierung [15].

Der Begriff Stigma verweist auf ein körperliches Zeichen, das vermeintlich „etwas Ungewöhnliches oder Schlechtes über den moralischen Zustand“ [10] der zeichentragenden Person offenbart. Goffman [10] definiert den Begriff als Merkmal einer Person, das zutiefst diskredi-

tierend ist. HIV könnte demnach als „individuelle(r) Charakterfehler“ [10] kategorisiert werden; falsche Überzeugungen bezüglich HIV können zur Stereotypisierung von Infizierten führen. Inkorrekt Wissen über die Ansteckungsweg wurde in einigen Studien als Grund für Stigmatisierung von HIV-Positiven identifiziert [2, 13]. Stigmatisierung von HIV-Infizierten könnte zudem durch eine Kombination einer Abneigung gegenüber Fremden, Infektionen, Unmoralität und Unglück erklärt werden ([22], nach [18]). Um die Einstellungen von Personen zu messen, die andere stigmatisieren, bietet sich das Konstrukt der sozialen Distanz an. Die soziale Distanz misst ein subjektives Gefühl von Individuen, welches das Ausmaß der gewünschten (platonischen) Nähe zu anderen Individuen angibt [26].

Vielen HIV-Infizierten wird ein Eigenverschulden („victim blaming“) unterstellt. Dieses unterstellte Eigenverschulden meint eine Schuld, die auf das Opfer übertragen wird, anstatt diesem mit Trost, Verständnis und Unterstützung zu begegnen [16, 23]. Häufig wird davon ausgegangen, dass HIV-infizierte Personen selbst für ihre Ansteckung verantwortlich sind, da sie sich z. B. durch intravenösen Drogenkonsum mit verunreinigten Nadeln oder ungeschützte Sexualkontakte infiziert haben könnten [6]. Die eigene Gesundheit ist und war schon immer eines der wichtigsten Werte der Deutschen [12]. Personen, die sich abweichend verhalten, indem sie ihre Gesundheit absichtlich gefähr-

Geteilte Erstautorenschaft von Michele Haink und Sandra Jaworeck erwünscht.

Tab. 1 Vignettendimensionen

Dimen- sion 1	Geschlecht (0) Frau (1) Mann
Dimen- sion 2	Alter in Jahren (0) 35 (1) 45 (2) 55
Dimen- sion 3	Sexuelle Orientierung (0) heterosexuell (1) homosexuell
Dimen- sion 4	HIV-Ansteckungsweg (0) verschmutzte Bluttransfusion (1) häufig wechselnde Part- ner*innen (2) intravenöser Drogenkonsum
Dimen- sion 5	Beruf (0) Bürokraft in einer Bank (1) Lebensmittelproduktion in einer Bäckerei (2) Rettungsdienst

Quelle: Eigene Darstellung
HIV „human immunodeficiency virus“

den, werden in diesem Zuge oftmals als verantwortungslos stigmatisiert [18, 29].

Neben HIV-Infizierten erfahren auch viele homosexuelle Männer diskriminierendes Verhalten [28]. Homosexuellen sowie bisexuellen Männern wird in Deutschland verweigert Blut zu spenden, wenn sie vor weniger als einem Jahr Geschlechtsverkehr mit einem anderen Mann hatten [6]. Begründet wird dies damit, dass der Großteil der HIV-positiven Personen in Deutschland Männer sind, die sich durch homosexuellen Geschlechtsverkehr infiziert haben. Solche Ungleichbehandlungen von HIV-positiven Personen fördern Stigmatisierungstendenzen und „victim blaming“ [19].

Romantische, normkonforme Ansteckungswege, wie z. B. der Geschlechtsverkehr in monogamen Beziehungen werden eher sozial akzeptiert, als hedonistische und nicht-normkonforme Ansteckungswege, wie der Geschlechtsverkehr mit häufig wechselnden Personen [7]. Aufgrund der Vermittlung der Verantwortlichkeit zum Selbstschutz vor HIV seit den 1980er-Jahren, könnte normkonformes Verhalten, u. a. in Form von Schutz vor HIV durch Kondome, gesellschaftlich eher akzeptiert werden. Die Studienlage zur Relevanz der sexuellen Orientierung beim HIV-Stigma ist nicht eindeutig: In einigen Studien werden keine statistisch signifikanten Zusammen-

hänge gefunden [7], in anderen ist die negative Einstellung gegenüber Homosexuellen mit entsprechender Einstellung gegenüber HIV-Infizierten verknüpft [14].

Es wird empfohlen, den Fokus weiterer Forschung auf die Stigmatisierten und damit auf die Ursachen des HIV-Stigmas zu legen [8]. Daher werden hier die Ansteckungswege, der Beruf sowie die sexuelle Orientierung von HIV-Infizierten betrachtet, indem die soziale Distanz von nicht HIV-diagnostizierten Personen zu HIV-Infizierten gemessen wird. Das heißt, es wird untersucht, welchen Einfluss das wahrgenommene Eigenverschulden bezüglich der HIV-Infektion bei der sozialen Distanz zu HIV-Infizierten hat. Dazu wird die soziale Distanz aus Perspektive der Stigmatisierenden gegenüber HIV-Infizierten gemessen und dabei besonders der Ansteckungsweg als Indikator für zugeschriebenes Eigenverschulden und der Beruf als Indikator für verantwortungsvolles Verhalten fokussiert.

Sofern ein Eigenverschulden bei der HIV-Infektion angenommen wird, kann von einer größeren sozialen Distanz bezüglich der Infizierten ausgegangen werden [19]. Intravenöser Drogenkonsum und Geschlechtsverkehr mit häufig wechselnden Personen werden als unterstelltes Eigenverschulden charakterisiert. Eine Infektion durch verschmutzte Bluttransfusionen wird als nicht-selbstverschuldete Ansteckung gedeutet.

H1. Personen, die sich durch einen vermeintlich selbstverschuldeten Ansteckungsweg mit HIV infiziert haben, erfahren mehr soziale Distanz als Personen, die sich durch einen vermeintlich nicht-selbstverschuldeten Weg infiziert haben.

„Victim blaming“ kann in Bezug auf das Arbeitsumfeld die Ursache in mangelndem Wissen über die Ansteckungswege von HIV haben. Es wird davon ausgegangen, dass HIV-Positive in einem Arbeitsumfeld, das eine höhere körperliche Nähe zu Menschen mit sich bringt, mit mehr sozialer Distanz begegnet wird als in Arbeitsbereichen, in denen weniger körperliche Nähe zu Menschen stattfindet.

H2. Je enger der Kontakt HIV-Infizierter zu ihren Mitmenschen, desto mehr soziale Distanz erfahren sie.

Ein Großteil der HIV-Infektionen betrifft Männer, die sich durch homosexuellen Geschlechtsverkehr infiziert haben. Bei homosexuellen HIV-Infizierten könnte zudem der Infektionsweg des ungeschützten Geschlechtsverkehrs unterstellt werden, da die Verhütung zur Schwangerschaftsvermeidung nicht relevant ist, was demnach ebenfalls als unterstelltes Eigenverschulden gekennzeichnet ist und demzufolge erhöhte soziale Distanz vermutet wird.

H3. Homosexuelle HIV-Infizierte erfahren mehr soziale Distanz als heterosexuelle HIV-Infizierte.

Aufgrund der angenommenen Richtungen der Haupteffekte des Ansteckungsweges (H1) und der sexuellen Orientierung (H3) wird bei der Interaktion dieser beiden Effekte eine Verstärkung angenommen.

H3a-Interaktion. Homosexuelle Personen, die sich durch einen vermeintlich selbstverschuldeten Ansteckungsweg mit HIV infiziert haben, erfahren mehr soziale Distanz als Personen, die sich durch einen vermeintlich nicht-selbstverschuldeten Weg infiziert haben.

Aufgrund der angenommenen Richtungen der Haupteffekte des beruflichen Kontakts (H2) und der sexuellen Orientierung (H3) wird bei der Interaktion dieser beiden Effekte eine Verstärkung angenommen.

H3b-Interaktion. Je enger der Kontakt homosexueller HIV-Infizierter zu ihren Mitmenschen, desto mehr soziale Distanz erfahren sie.

Die meisten HIV-Infizierten in Deutschland sind homosexuelle Männer, welche, wie in Hypothese 3 beschrieben, vermutlich eine höhere Stigmatisierung erfahren als Frauen. Gleichzeitig wird angenommen, dass Männer daher häufiger mit einer HIV-Infektion verbunden werden und somit auch eine stärkere Stigmatisierung bezüglich männlicher Personen stattfindet. Die Analyse wird daher separat für männliche und weibliche HIV-Infizierte durchgeführt.

Das Geschlecht und die sexuelle Orientierung werden aufgrund von möglichen Homophilieeffekten betrachtet [19]. Es kann davon ausgegangen werden, dass homosexuell orientierte Personen allgemein toleranter gegenüber HIV-infizierten Personen eingestellt sind, da sie selbst aufgrund des Erlebens der Besonderheit der eigenen sexuellen Vorliebe mit hoher Wahrscheinlichkeit selbst Diskriminierungserlebnissen ausgesetzt waren.

Falsche Überzeugungen und fehlerhaftes Wissen über Ansteckungswege sollten mit Stigmatisierungstendenzen einhergehen. Wer sich nicht mit dem Thema auskennt, wird aus der resultierenden Verunsicherung eher das Unbekannte ablehnen oder zumindest Skepsis entwickeln und entsprechend Nähe vermeiden.

Im nächsten Abschnitt werden das Studiendesign, die Operationalisierung der Konzepte und die Auswertungsmethoden vorgestellt. Ähnliche Ausprägungen zwischen HIV-Infizierten und Befragungspersonen könnten die soziale Distanz verringern. So könnten sich homosexuelle Befragte eher mit fiktiven homosexuellen Personen, die in den Vignetten beschrieben werden, identifizieren. Deswegen wird auf Personenebene auf das Geschlecht, das Alter und die sexuelle Orientierung kontrolliert. Weiterhin kann von Interesse sein, ob HIV-Infizierte im Bekanntenkreis der Befragten vorhanden sind, da der direkte oder indirekte Kontakt mit Infizierten vermutlich mit verbessertem Wissensstand zum Thema und Enttabuisierung assoziiert ist. Da von einem starken Zusammenhang zwischen HIV-Stigmatisierung und Bildung ausgegangen wird [4], kann das Gleiche für den Berufsabschluss vermutet werden [2, 13].

Studiendesign und Untersuchungsmethoden

Als Studiendesign wurde eine Vignettenbefragung (faktorieller Survey) gewählt. Vignettenstudien eignen sich besonders gut für Themen, deren empirische Messung von sozial erwünschtem Antwortverhalten geprägt ist [1, 31]. Bei dieser Art der Datenerhebung werden Be-

Präv Gesundheitsf 2022 · 17:399–408 <https://doi.org/10.1007/s11553-021-00916-y>
© Der/die Autor(en) 2021

M. Haink · S. Jaworeck · P. Kriwy

„Blaming the victim?“ Ergebnisse einer Vignettenstudie zur Stigmatisierung von HIV-positiven Personen

Zusammenfassung

Hintergrund. Die HIV („human immunodeficiency virus“)-Infizierten sind Diskriminierung in verschiedenen Bereichen ihres Lebens ausgesetzt. Ein Mechanismus der Stigmatisierung in diesem Zusammenhang basiert auf fehlendem Wissen über die Ansteckungswege von HIV.

Ziel der Arbeit. Wahrgenommenes Eigenverschulden sowie verantwortungsbewusstes Verhalten bei einer HIV-Infektion werden als mögliche Ursache für die Einschätzung der sozialen Distanz gegenüber HIV-Infizierten untersucht.

Material und Methoden. Datengrundlage ist eine Online-Vignettenbefragung, an der insgesamt 135 Personen teilgenommen haben. Die Hypothesen werden mit cluster-korrigierten multiplen linearen Regressionen getestet.

Ergebnisse. Wenn eine HIV-Infektion als vermeintlich selbst verschuldet wahrgenommen wird, so ist die soziale Distanz zu den Erkrankten größer. Ähnliche Distanzierung erfahren HIV-infizierte Personen, die beruflich eng mit Menschen zusammenarbeiten, z. B. Beschäftigte des Rettungsdienstes. Vor allem homosexuelle HIV-positive Männer werden stigmatisiert.

Schlussfolgerung. Die Stigmatisierung aufgrund von „victim blaming“ gegenüber HIV-Infizierten konnte in dieser Studie aufgezeigt werden.

Schlüsselwörter

Diskriminierung · Schuldzuweisung · Wahrgenommenes Eigenverschulden · Soziale Distanz · Sexuelle Orientierungen

Blaming the victim? Results of a vignette study on the stigmatization of HIV-positive individuals

Abstract

Background. People infected with human immunodeficiency virus (HIV) face discrimination in various areas of their lives. A well-known mechanism of stigmatization in this context is based on a lack of knowledge about how HIV is contracted.

Objective. The objective of this paper is to investigate perceived self-infliction of an infection and responsible behavior with an infection as a possible cause for the assessment of social distance towards HIV-infected people.

Materials and methods. The data basis is an online vignette survey in which 135 people participated. Hypotheses are tested with cluster-corrected multiple linear regressions.

Results. When HIV infection is perceived by others to be self-inflicted, social distancing increases. Similar distancing is experienced by HIV-infected individuals who work closely with people in their jobs, e.g., emergency service workers. Homosexual men who are HIV positive are especially stigmatized.

Conclusion. Stigmatization due to victim blaming towards HIV-infected people could be shown in this study.

Keywords

Discrimination · Blaming · Perceived self-incrimination · Social distance · Sexual orientations

fragten mehrere Situationsbeschreibungen vorgelegt, die jeweils mehrere Dimensionen enthalten. Die Ausprägungen der Dimensionen werden mit einem Zufallsverfahren zusammengestellt. Dadurch wird eine Messung von Einstellungen und Meinungen der Teilnehmenden in einer komplexen Situation möglich [27]. Die gesamte Situation wird von den Befragten als Ganzes eingeschätzt und im Vergleich zur konventionellen Umfrage-

forschung werden hier keine einzelnen Items zu einem bestimmten Thema abgefragt. Das Studiendesign eignet sich für die vorliegende Forschungsfrage besonders gut, weil die Erforschung von Einstellungen gegenüber HIV-positiven Menschen als sensible Thematik gewertet werden kann, die durch Antwortverhalten im Sinne sozialer Erwünschtheit geprägt ist [11]. Eine Situationsbeschreibung enthält fünf Dimensionen. Expe-

Frau Fischer ist 45 Jahre alt, HIV-positiv, heterosexuell, hat sich durch eine verschmutzte Bluttransfusion infiziert und arbeitet in einer Bäckerei in der Lebensmittelproduktion.

Zu welcher Art von Kontakt wären Sie mit der beschriebenen Person bereit?

Bitte stufen Sie ihre Meinung anhand der folgenden Skala ab.

keinen Kontakt mit dieser Person pflegen												eine enge Freundschaft mit dieser Person führen	keine Antwort
Ich würde...	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Abb. 1 ◀ Vignette mit Antwortskala. (Die Nähe wird jedoch auf unterschiedliche Intensitäten platonischer Beziehungen beschränkt). (Quelle: Eigene Darstellung)

rimentell variiert werden dabei das Geschlecht, die sexuelle Orientierung, das Alter, der Ansteckungsweg und die Berufstätigkeit der (fiktiven) Vignettenperson (Tab. 1).

Die abhängige Variable der Stigmatisierung wird durch eine 11-stufige Soziale-Distanz-Skala mit horizontaler Ausrichtung gemessen, angelehnt an die deutsche Soziale-Distanz-Skala von Steinbach [26], welche wiederum auf dem Original von Bogardus ([3], nach [32]) beruht (Abb. 1). Aufgrund der optischen Präsentation der Antwortmöglichkeiten als gleich erscheinende Intervalle, kann ein quasimetrisches Skalenniveau angenommen werden. Zur leichteren Interpretation wird die 11-stufige Skala in Prozentangaben (0–100) umkodiert. „Enge Freundschaft“ nimmt dabei den Wert 0 % an, die mittlere Ausprägung „berufliche Zusammenarbeit“ 50 % und „kein Kontakt“ entspricht 100 % soziale Distanz. Neben den Einschätzungen zu den Vignetten wurden im Survey die eigene Betroffenheit von HIV und Drogenkonsum, die Bekanntheit von HIV-positiven Personen und soziodemografische Daten, u.a. Alter, Geschlecht, höchster Berufsabschluss [5] und die sexuelle Orientierung erhoben. Die Daten wurden innerhalb eines Forschungsprojekts des Instituts für Soziologie der Technischen Universität Chemnitz mittels eines Fragebogens über die Online-Umfrageapplikation LimeSurvey (Bildungsportal Sachsen, Deutschland) erhoben.

Ein Online-Pretest fand innerhalb einer Woche Ende Oktober 2017 mit Stu-

dierenden des Masterstudiengangs Public Health der Technischen Universität Chemnitz und willkürlich ausgewählten Privatpersonen statt ($n=15$). Die Verständlichkeit der Vignetten und Fragen zur Person sowie die Handhabbarkeit des Online-Tools wurden nicht bemängelt.

Die Datenerhebung der Hauptuntersuchung fand im Zeitraum von November bis Dezember 2017 statt, indem ein Accesspanel befragungsbereiter Studierender der Fakultät für Human- und Sozialwissenschaften der Technischen Universität Chemnitz genutzt wurde. Einschlusskriterien für die Teilnahme waren ein Alter von 15 bis 80 Jahren sowie das Beherrschen der deutschen Sprache. Personen mit anderer sexueller Orientierung als der heterosexuellen wurden zudem gezielt angesprochen. Hierzu wurde ein Weblink auf der Internetseite des Lesben- und Schwulenverbandes Deutschland (LSVD) veröffentlicht.

Ergebnisse

Zusammensetzung und Beschreibung der erhobenen Daten

Die Vorgehensweise bei der Rekrutierung hat dazu geführt, dass allgemein mehr Frauen als Männer teilgenommen haben.¹ Unter den homosexuell

ausgerichteten Personen haben ebenfalls mehr Frauen als Männer den Fragebogen ausgefüllt. Bei der Erhebung konnten insgesamt 135 Teilnehmende gewonnen werden, welche jeweils 10 verschiedene Vignettensets ausfüllten. Ausreißer und fehlende Werte wurden ausgeschlossen, weshalb sich auf Personenebene eine Fallzahl von 121 ergibt. Zur Beschreibung der Stichprobe dienen die Verteilungen aus Tab. 2. Das Durchschnittsalter der Stichprobe liegt bei rund 29 Jahren, das Minimum bei 18 und das Maximum bei 58 Jahren. Die Altersgruppe 25 bis 35 Jahre ist am häufigsten vertreten. Unter den Teilnehmenden sind 57,02 % heterosexuell und 42,98 % homosexuell oder haben eine andere sexuelle Orientierung. Die meisten Teilnehmenden haben einen Universitätsabschluss (33,88 %), 27,27 % haben eine Lehre, Ausbildung oder einen Meister abgeschlossen, 23,14 % sind ohne Berufsabschluss und die wenigsten (15,70 %) haben einen Berufsakademie- oder Fachhochschulabschluss. 22,31 % kennen HIV-Diagnostizierte persönlich (Tab. 2). Auf Vignettenebene ergibt sich schlussendlich eine Fallzahl von 114, da nicht alle 121 Personen, die an der Umfrage teilgenommen haben, auch alle 10 Vignettensets ausgefüllt haben. Die Verteilungen der Stichprobe ($n=114$) weicht nicht von der Gesamtstichprobe ($n=135$) ab.

Bei den Vignettenmerkmalen wurde eine ausgeglichene Verteilung der einzelnen Ausprägungen angestrebt und im Umfragetool LimeSurvey dementsprechend programmiert. Das Alter

¹ Die geringe Anzahl der männlichen Teilnehmenden an der Befragung kann aufgrund der üblicherweise eher geringen Anzahl an männlichen Studierenden in den angesprochenen Studiengängen vermutet werden.

Tab. 2 Deskriptive Übersicht der Personenmerkmale					
Personenmerkmal	(Kodierung) Ausprägungen		Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeit	
Geschlecht	(0) Weiblich		93	76,86	
	(1) Männlich		28	23,14	
Total			121	100,00	
Sexuelle Orientierung	(0) Heterosexuell		69	57,02	
	(1) Homosexuell und andere		52	42,98	
Total			121	100,00	
Berufsabschluss	(3) Universität		41	33,88	
	(2) Berufsakademie/ Fachhochschule		19	15,70	
	(1) Lehre/Ausbildung/Meister		33	27,27	
	(0) Kein Berufsabschluss		28	23,14	
Total			121	100,00	
HIV-Infizierte im Bekanntenkreis	(1) Ja		27	22,31	
	(0) Nein		94	77,69	
Gesamt			121	100,00	
–	n	Mittelwert	Standardabweichung	Min	Max
Alter	121	28,88	8,76	18	58

Quelle: Eigene Vignettenstudie 2017, eigene Berechnung und Darstellung
 Nicht alle 121 Personen haben jeweils alle 10 Vignetten ausgefüllt ($n = 1210$), weshalb in der Regression 1140 Fälle zu verzeichnen sind
 HIV „human immunodeficiency virus“

Tab. 3 Deskriptive Beschreibung der abhängigen Variable soziale Distanz						
Fälle	Mittelwert	Standardabweichung	Minimum	Maximum	Schiefe	Kurtosis
<i>Gesamtmodell</i>						
1140	34,66	27,68	0	100	0,268	2,230
<i>Nur Vignettenmänner</i>						
570	35,46	28,25	0	100	0,244	2,178
<i>Nur Vignettenfrauen</i>						
570	33,86	27,09	0	100	0,289	2,282

Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung. Anmerkung: Vignettenstichprobe

wurde zwischen den Gruppen der 35- (33,86 %), 45- (32,72 %) und 55-Jährigen (33,42 %) variiert, das Geschlecht variierte zwischen männlich (50,00 %) und weiblich (50,00 %), die sexuelle Orientierung wurde mit homo- (49,56 %) oder heterosexuell (50,44 %) vorgegeben und die Ansteckungswege wurden zwischen intravenösem Drogenkonsum (31,40 %), wechselnde Sexualpartner*innen (34,47 %) und verschmutzte Bluttransfusion (34,12 %) variiert. Der Beruf unterschied sich in Rettungsdienstmitarbeitende (32,37 %), Lebensmittelproduzierende in einer Bäckerei (31,49 %) und Bürokräft in einer Bank (36,14 %).

Der Mittelwert der abhängigen Variable von 34,6 zeigt an, dass die durchschnittlichen Antworten tendenziell in Richtung einer geringeren sozialen Distanz ausfallen (Spannweite: 0 – enge Freundschaft, 50 – berufliche Zusammenarbeit 100 – kein Kontakt gewünscht), wobei dennoch eine eher hohe Standardabweichung von 27,68 zu verzeichnen ist, was jedoch für die Varianzaufklärung der multivariaten Berechnungen vorteilhaft ist. Es liegt keine relevante Schiefe vor (Schiefe: 0,27). Zudem ist die Wölbung der Verteilung nur geringfügig flacher als die einer Normalverteilung (Stata-Kurtosis: 2,23), was zudem für die Eignung der abhängigen

Variablen für die OLS-Regression spricht (Tab. 3).

Multivariat

Nach dem Zusammenführen der Personen- und Vignettenfragebögen, wurden die Daten mittels multipler linearer Regressionen ($KI = 95\%$) geclustert auf Personenebene analysiert. Die multivariaten Berechnungen wurden auf Linearität in den Parametern, Ausreißer, Homoskedastizität und Multikollinearität geprüft. Bis auf die Homoskedastizitätsannahme sind alle Voraussetzungen erfüllt ($x^2_{\text{Vignettenmänner}} = 3,31$; $p = 0,069$; $x^2_{\text{Vignettenfrauen}} = 6,85$; $p = 0,009$). Um verzerrte Standardfehler aufgrund von Heteroskedastizität zu vermeiden, werden robuste Standardfehler bei der Schätzung der Modelle verwendet. Zur Auswertung wurden insgesamt zwei Nettomodelle betrachtet (Tab. 4), wobei das erste die weiblichen HIV-Infizierten betrachtet und das zweite Modell die männlichen HIV-Infizierten, um mögliche stärkere Stigmatisierung gegenüber männlichen HIV-Infizierten herauszufiltern. In Abb. 2 werden die interessierenden Effekte unter Einbezug aller Variablen grafisch veranschaulicht (dargestellt sind nur die hypothesenrelevanten Effekte), anschließend werden alle Koeffizienten in Tab. 4 ausgewiesen und entsprechend interpretiert. Für die Interaktionseffekte werden zusätzlich Grafiken mit den zugehörigen marginalen Effekten in Abb. 3 und 4 zur Interpretation herangezogen. Alle folgenden Interpretationen der Regressionskoeffizienten finden im Durchschnitt sowie unter Berücksichtigung des Ceteris-paribus-Prinzips statt.

Auf den ersten Blick wird ersichtlich, dass alle interessierenden Haupteffekte bei den Vignettenmännern statistisch signifikant sind, bei den Vignettenfrauen sind lediglich die Ansteckungswege statistisch signifikant. Bezüglich der Ansteckungswege weisen beide Modelle ähnlich starke Effekte auf. Beim Beruf liegen nur für die Vignettenmänner statistisch signifikante Effekte vor. Des Weiteren werden Homosexuelle unter den Vignettenmännern statistisch signifikant mehr stigmatisiert als Heterosexuelle, bei den Vignettenfrauen kehrt sich

Tab. 4 Lineare Regression, AV: Soziale Distanz^a

	M1: Vignetten-Frauen	M2: Vignetten-Männer
Vignettenmerkmale		
<i>Ansteckungsweg (Referenz: Bluttransfusion)</i>		
Wechselnde Sexualpartner*innen	11,363** (3,602)	11,229*** (3,037)
Intravenöser Drogenkonsum	22,441*** (3,792)	32,899*** (3,663)
<i>Beruf (Referenz: Büro)</i>		
Bäckerei	-2,482 (3,388)	7,332* (3,565)
Rettungsdienst	2,720 (3,527)	12,037*** (3,580)
<i>Sexuelle Orientierung (Referenz: heterosexuell)</i>		
Homosexuell	-1,338 (3,526)	7,990* (3,816)
<i>Alter (Referenz: 35)</i>		
45	2,330 (2,362)	1,539 (2,702)
55	0,994 (2,080)	-1,063 (2,640)
Interaktionsterme von Vignettenmerkmalen		
<i>Interaktion Ansteckungsweg und sexuelle Orientierung (Referenzen: Bluttransfusion und heterosexuell)</i>		
Partner und homosexuell	-5,195 (4,714)	-5,348 (4,116)
Drogen und homosexuell	-1,535 (4,904)	-11,065* (5,037)
<i>Interaktion Beruf und sexuelle Orientierung (Referenzen: Büro und heterosexuell)</i>		
Bäckerei und homosexuell	8,109 (4,447)	-4,184 (4,632)
Rettungsdienst und homosexuell	1,409 (4,764)	-2,022 (4,640)
Personenmerkmale		
<i>Alter (zentriert am Mittelwert von 28,89)</i>		
	-0,448 (0,242)	-0,330 (0,220)
<i>Geschlecht (Referenz: weiblich)</i>		
Männlich	-12,154* (5,954)	-13,607* (5,642)
<i>Sexuelle Orientierung (Referenz: heterosexuell)</i>		
Homosexuell und sonstige	-5,225 (4,011)	-6,077 (3,961)
<i>Bildungsabschluss (Referenz: keiner)</i>		
Ausbildung/Lehre/Meister	9,959 (5,934)	9,491 (5,859)
Berufsakademie/Fachhochschule	12,517 (6,442)	13,680* (6,079)
Universitätsabschluss	3,894 (5,613)	4,303 (5,600)

dieser Effekt um und ist statistisch nicht signifikant. Für die Interaktionseffekte mit dem Beruf sind keine statistisch signifikanten Effekte vorhanden. Interessant ist jedoch, dass die Interaktionen mit dem Ansteckungsweg teilweise zu

geringeren statistisch signifikanten Stigmatisierungen führen. Die Koeffizienten aller einbezogenen Variablen werden in **Tab. 4** ausgegeben.

In der sozialen Distanz können 25 % der Variabilität mit Hilfe des Modells

für die Männer erklärt werden, bei den Frauen sind es rund 15 %. Daraus lässt sich schließen, dass Männer viel stärker in Abhängigkeit der Vignettenmerkmale bewertet werden als Frauen. Heterosexuelle junge Frauen, die sich über den vermeintlich nicht-selbstverschuldeten Ansteckungsweg (verschmutzte Bluttransfusion) mit HIV infiziert haben und in einem Beruf mit weniger engem Menschenkontakt (Büro) arbeiten, erfahren circa zehn Prozentpunkte mehr soziale Distanz als Männer mit den gleichen Eigenschaften. Daraus kann vorerst angenommen werden, dass Frauen allgemein stärker stigmatisiert werden. Das Gesamtmodell (hier nicht weiter dargestellt) weist ebenfalls einen statistisch signifikanten Geschlechtereffekt auf, bei dem Männer um rund 13 % weniger stigmatisiert werden ($p=0,020$, $R^2=21,68\%$).

Bezüglich des Ansteckungsweges (Hypothese 1) weisen das erste sowie das zweite Modell statistisch signifikante Effekte auf. Eine Infektion durch häufig wechselnde Sexualpartner*innen führt zu mehr sozialer Distanz (ca. 11 %) als eine Infektion durch verschmutzte Bluttransfusionen. Noch stärker ist der Effekt bei intravenösem Drogenkonsum: Weiblichen Personen, die sich so mit HIV infiziert haben, wird mit ca. 22 %, männliche Personen sogar mit rund 33 % mehr sozialer Distanz begegnet als Personen, die sich durch verschmutzte Bluttransfusionen infiziert haben. Daraus folgt, dass HIV-Infizierten mit wahrgenommenem, selbstverschuldeten Ansteckungswegen mit durchschnittlich mehr sozialer Distanz begegnet wird, als Personen mit nicht-selbstverschuldeten Ansteckungswegen, weshalb Hypothese 1 hier bestätigt werden kann. Demnach werden männliche HIV-Infizierte bei der Ansteckung über Drogenkonsum mehr stigmatisiert als weibliche. Bei den wechselnden Sexualpartner*innen treten keine wahrnehmbaren Unterschiede in der Stärke der Stigmatisierung auf. Diese Effekte sind statistisch signifikant.

Für Hypothese 2 kann davon ausgegangen werden, dass männliche HIV-Infizierte, die in der Lebensmittelproduktion einer Bäckerei arbeiten ungefähr 7 % mehr soziale Distanz erfahren, als sol-

Tab. 4 (Fortsetzung)

	M1: Vignetten-Frauen	M2: Vignetten-Männer
<i>HIV-Infizierte in Bekanntenkreis (Referenz: nein)</i>		
Ja	3,215 (5,315)	3,563 (5,357)
Konstante	20,378*** (4,957)	13,104* (5,537)
Fallzahl	570	570
R²	0,148	0,250

Multiple lineare Regressionsmodelle, eigene Berechnung und Darstellung, Vignettenstichprobe gerundet, robuste Standardfehler in Klammern, geclustert nach Befragtennummer, Vignettenstichprobe, ohne Fehlwerte

*** $p < 0,001$; ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$

^aWertebereich 0 enge Freundschaft bis 100 keine Freundschaft gewünscht

HIV „human immunodeficiency virus“

che, die im Büro arbeiten. Für die weiblichen HIV-Infizierten kehrt sich dieser Effekt jedoch um: Weibliche HIV-Infizierte Bürokräfte erfahren ca. 2 % weniger soziale Distanz als solche, die in der Bäckerei tätig sind. HIV-Infizierte, die im Rettungsdienst arbeiten erfahren generell mehr soziale Distanz als solche, die im Büro arbeiten. Der Effekt ist für die männlichen HIV-Infizierten stärker (ca. 12 %) als für die Weiblichen (ca. 3 %). Nur für die männlichen HIV-Infizierten liegen bei der Betrachtung des Berufs statistisch signifikante Effekte vor. Männlichen HIV-Infizierten mit engerem sozialem Kontakt im Beruf wird mit mehr sozialer Distanz begegnet als in Berufen mit weniger engem Menschenkontakt. Demnach kann Hypothese 2 hier für die männlichen HIV-Infizierten bestätigt werden. Sowohl für die Bäckerei (ca. 7 % zu -2 %), als auch für den Rettungsdienst (ca. 12 % zu 3 %) werden die Männer stärker stigmatisiert.

Bezüglich der sexuellen Orientierung liegt nur für die Männer ein statistisch signifikanter Effekt vor. Männlichen, homosexuellen HIV-Infizierten wird mit mehr sozialer Distanz (ca. 8 %) begegnet als heterosexuellen, männlichen HIV-Infizierten. Für die Vignettenfrauen tendiert der Effekt der sexuellen Orientierung in die entgegengesetzte Richtung, ist geringer (ca. -1 %) und ist statistisch nicht signifikant. Hypothese 3 kann hier demnach nur für die Stigmatisierung von männlichen HIV-Infizierten angenommen werden.

Zur Erklärung der Interaktionseffekte werden Grafiken zu durchschnittlichen

marginalen Effekten betrachtet. Bezüglich der Interaktion aus sexueller Orientierung und Ansteckungsweg lässt sich erkennen, dass für die weiblichen HIV-Infizierten bei dem vermeintlich selbst verschuldeten Ansteckungsweg über häufig wechselnde Partner*innen für die homosexuellen HIV-infizierten Frauen eine geringe soziale Distanz vorliegt als für die heterosexuellen (Abb. 3). Dieser Effekt kehrt sich für den nicht selbstverschuldeten Ansteckungsweg um, wobei homosexuelle Frauen mehr soziale Distanz erfahren. Für die Ansteckung über den Drogenkonsum ist kein Unterschied für die sexuelle Orientierung ersichtlich. Für die männlichen HIV-Infizierten wird ersichtlich, dass Homosexuelle, die sich über den nicht selbstverschuldeten Weg durch Bluttransfusionen infiziert haben, mehr soziale Distanz erfahren als Heterosexuelle. Bezüglich der vermeintlich selbstverschuldeten Ansteckungswege werden heterosexuelle Männer nur in der Gruppe des Drogenkonsums mehr stigmatisiert, bei den häufig wechselnden Partner*innen ist kein Unterschied für die sexuelle Orientierung ersichtlich. Es gibt jedoch bezüglich dieser Interaktion nur einen statistisch signifikanten Effekt unter den männlichen Infizierten: Es tritt keine angenommene Verstärkung des Effekts durch die sexuelle Orientierung auf, weshalb Hypothese 3a abgelehnt wird.

Bei Betrachtung der Interaktion von sexueller Orientierung und Beruf wird deutlich, dass homosexuelle weibliche HIV-Infizierte, welche in der Lebensmittelproduktion einer Bäckerei arbeiten mehr soziale Distanz erfahren als hete-

rosexuelle weibliche HIV-Infizierte im gleichen Bereich (Abb. 4). Dieser Effekt kehrt sich für den Beruf des Rettungsdienstes und für den der Bürokraft um. Den männlichen homosexuellen HIV-Infizierten, die im Büro und im Rettungsdienst arbeiten, wird jedoch mit mehr sozialer Distanz begegnet als heterosexuellen in den gleichen Arbeitsbereichen. Für den Beruf der Lebensmittelproduktion in einer Bäckerei kehrt sich dieser Effekt um. Für diese Effekte gibt es keine statistische Signifikanz. Auch hier tritt keine angenommene Verstärkung des Effekts durch die sexuelle Orientierung auf, weshalb Hypothese 3b ebenfalls abgelehnt wird.

Diskussion

Die zentralen Ergebnisse der Studie sind eine höhere Stigmatisierung HIV-Infizierter hinsichtlich des wahrgenommenen Eigenverschuldens bei den Ansteckungswegen sowie bei Berufen mit engerem Kontakt zu Menschen. Die Studie hat die Ergebnisse separat für HIV-infizierte Frauen und Männer betrachtet und konnte damit feststellen, dass besonders männliche HIV-Infizierte, die homosexuell sind, stigmatisiert werden. Dieser Effekt hat seinen Ursprung womöglich in der vorwiegenden HIV-Betroffenheit männlicher Personen, die homosexuellen Geschlechtsverkehr haben. Überraschend ist, dass scheinbar selbstverschuldete HIV-Ansteckungswege bei Homosexuellen weniger stigmatisiert werden als bei Heterosexuellen. Bei den nicht-selbstverschuldeten Ansteckungswegen werden Homosexuelle wiederum mehr stigmatisiert als Heterosexuelle. Möglicherweise könnte Stigmatisierung HIV-Infizierter demnach noch ganz andere Merkmale der Stigmatisierten betreffen.

Die Hauptbeschränkung der Studie liegt in ihrer Repräsentativität, da sie vorwiegend an Studierende, überwiegend weiblich, aus dem sozialwissenschaftlichen und psychologischen Bereich und an ausgewählte Organisationen über ein Schneeballverfahren verteilt wurden. Es wäre vorteilhaft, die Befragung mit einer repräsentativen Stichprobe zu überprüfen. Dennoch werden in dieser Studie re-

Abb. 2 Visualisierung der linearen Regression mittels Koeffizientenplot (AV: soziale Distanz^a). (Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung. Kontrollvariablen: Personenmerkmale: Alter, Geschlecht, sexuelle Orientierung, Bildungsabschluss, HIV-Infizierte im Bekanntenkreis. ^aWertebereich 0 enge Freundschaft bis 100 keine Freundschaft gewünscht. $N_{\text{Vignettenfrauen}} = 570$, $N_{\text{Vignettenmänner}} = 570$. Vignettenstichprobe. *** $p < 0,001$; ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$)

Abb. 3 Visualisierung der Interaktionseffekte sexuelle Orientierung und Ansteckungsweg (AV: soziale Distanz^a). (Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung. ^aWertebereich 0 enge Freundschaft bis 100 keine Freundschaft gewünscht. $N_{\text{Vignettenfrauen}} = 570$, $N_{\text{Vignettenmänner}} = 570$)

levante erste Ergebnisse aufgezeigt, welche in weiteren Forschungen aufgegriffen werden sollten.

Ebenfalls könnte es für Forschungen sinnvoll sein, weitere Vignettendimensionen, z. B. andere Merkmale von HIV-Infizierten aufzunehmen und eine höhere Heterogenität innerhalb der Stichprobe zu erreichen. Eine internationale Datenerhebung oder ein multinationaler

Vergleich könnten interessant sein, um auch kulturelle Bedingungen der HIV-Stigmatisierung zu betrachten.

Fazit für die Praxis

— Stigmatisierung von HIV(„human immunodeficiency virus“)-Infizierten nach wahrgenommenem Eigenverschulden („victim blaming“)

des Ansteckungsweges von HIV, ausgeübten Berufs nach Enge des Menschenkontaktes, sexueller Orientierung und Geschlecht konnte aufgezeigt werden.

— Besonderer Fokus auf die Subgruppe männlicher, homosexueller HIV-Infizierte, die besonders viel Stigmatisierung erfahren.

Abb. 4 ▲ Visualisierung der Interaktionseffekte sexuelle Orientierung und Beruf (AV: soziale Distanz^a). (Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung. ^aWertebereich 0 enge Freundschaft bis 100 keine Freundschaft gewünscht. $N_{\text{Vignettenfrauen}} = 570$, $N_{\text{Vignettenmänner}} = 570$)

— Zur Verringerung von Stigmatisierung HIV-Positiver bedarf es Aufklärung bezüglich des HI-Virus und sexueller Orientierungen.

Korrespondenzadresse

Sandra Jaworeck
Institut für Soziologie, Technische Universität Chemnitz
Chemnitz, Deutschland
sandra.jaworeck@hsw.tu-chemnitz.de

Förderung. Die Veröffentlichung dieses Artikels wurde gefördert durch die Technische Universität Chemnitz.

Funding. Open Access funding enabled and organized by Projekt DEAL.

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. M. Haink, S. Jaworeck und P. Kriwy geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Für diesen Beitrag wurden von den Autoren keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt. Für die aufgeführten Studien gelten die jeweils dort angegebenen ethischen Richtlinien. Alle Daten der Interviews wurden anonym erhoben und die Befragten über die wissenschaftliche Weiterverwendung der Daten informiert. Die Befragung wurde unter Berücksichtigung forschungsethischer Grundsätze der Deutschen Gesellschaft für Soziologie durchgeführt (<https://soziologie.de/dgs/ethik/ethik-kodex>).

Open Access. Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die

ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>.

Literatur

1. Auspurg K, Hinz T (2015) Factorial survey experiments. Quantitative applications in the social sciences, Bd. 175. SAGE, Thousand Oaks
2. Badahdah AM, Sayem N (2010) HIV-related knowledge and AIDS stigma among college students in Yemen. East Mediterr Health J 16(8):901–906
3. Bogardus ES (1947) Measurement of personal-group relations. Sociometry 10(4):306
4. Chambers LA, Rueda S, Baker DN et al (2015) Stigma, HIV and health. A qualitative synthesis. BMC Public Health 15:848
5. Destatis (2016) Demographische Standards 2016, 6. Aufl. Statistik und Wissenschaft, Wiesbaden
6. Deutsche Aidshilfe (2020) Blutspendeverbot für schwule und bisexuelle Männer. <https://www.aidshilfe.de/blutspendeverbot-schwule-bisexuelle-maenner>. Zugegriffen: 7. Dez. 2020
7. Devos-Comby L, Devos T (2001) Social norms, social value, and judgments of responsibility. Swiss J Psychol 60(1):35–46
8. Earnshaw VA, Chaudoir SR (2009) From conceptualizing to measuring HIV stigma. A review of

HIV stigma mechanism measures. AIDS Behav 13(6):1160–1177

9. Gaab J (2010) Die Bedeutung der subjektiven Perspektive auf die Behandlung von HIV. Z Gesundheitspsychol 18(1):13–20
10. Goffman E (2003) Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität, 1. Aufl. Suhrkamp-Taschenbuch Wissenschaft Sonderausgabe. Suhrkamp, Frankfurt am Main
11. Hinz T, Auspurg K, Liebig S (2009) Komplexität von Vignetten, Lerneffekte und Plausibilität im Faktoriellen Survey. Methoden Daten Anal 3(1):59–96
12. Kantar (2020) Werte-Index 2020: Gesundheit, Familie und Erfolg sind die drei wichtigsten Werte der deutschen Konsumenten. <https://www.kantardeutschland.de/werte-index-2020-gesundheitfamilie>. Zugegriffen: 10. Dez. 2020
13. Kingori C, Nkansah MA, Haile Z et al (2017) Factors associated with HIV related stigma among college students in the midwest. AIMS Public Health 4(4):347–363
14. Lee MY, Campbell AR, Mulford CL (1999) Victim-blaming tendency toward people with AIDS among college students. J Soc Psychol 139(3):300–308
15. Mahajan AP, Sayles JN, Patel VA et al (2008) Stigma in the HIV/AIDS epidemic. A review of the literature and recommendations for the way forward. AIDS 22(Suppl 2):S67–S79
16. Montada L, Schneider A, Meißner A (1988) Blaming the victim: Schuldvorwürfe und Abwertung. Berichte aus der Arbeitsgruppe „Verantwortung, Gerechtigkeit, Moral“. <http://www.gerechtigkeitsforschung.de/berichte/beri049.pdf>. Zugegriffen: 2. Sept. 2020
17. Neusser S, Pomorin N, Grabein K et al (2019) Vergleichende Evaluation der Versorgungssituation von Patienten mit HIV/AIDS in Großbritannien (mit Fokus auf England), in der Schweiz und in Deutschland
18. Peretti-Watel P, Legleye S, Guignard R et al (2014) Cigarette smoking as a stigma. Evidence from France. Int J Drug Policy 25(2):282–290
19. Powell JL, Christensen C, Abbott AS et al (1998) Adding insult to injury: blaming persons with HIV disease. AIDS Behav 2(4):307–317
20. Robert Koch-Institut (2016) HIV-Infektion/Aids: RKI-Ratgeber für Ärzte. <https://www.rki.de/DE/>

[Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber_HIV_AIDS.html?nn=2374210](#). Zugriffen: 2. Sept. 2020

21. Robert Koch-Institut (2018) Schätzung der Zahl der HIV-Neuinfektionen und der Gesamtzahl von Menschen mit HIV in Deutschland. Stand Ende 2017. *Epidemiol Bull* 118(47):509–522
22. Rozin P, Markwith M, McCauley C (1994) Sensitivity to indirect contacts with other persons. AIDS aversion as a composite of aversion to strangers, infection, moral taint, and misfortune. *J Abnorm Psychol* 103(3):495–504
23. Ryan W (1976) *Blaming the victim*. Vintage Books, New York (updated ed. *Social psychology/Urban affairs*)
24. Scherr A (2016) *Diskriminierung*. Springer, Wiesbaden
25. Staub R (2007) Is there a special responsibility of HIV-positive people? A discussion paper. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 50(4):449–453
26. Steinbach A (2004) *Soziale Distanz. Ethnische Grenzziehung und die Eingliederung von Zuwanderern in Deutschland*. VS, Wiesbaden
27. Steiner PM, Atzmüller C (2006) Experimentelle vignettendesigns in faktoriellen surveys. *Kolner Z Soz Psychol* 58(1):117–146
28. Stürmer S, Salewski C (2009) Chronische Krankheit als Stigma. Das Beispiel HIV/AIDS. In: Beelmann A, Jonas KJ (Hrsg) *Diskriminierung und Toleranz. Psychologische Grundlagen und Anwendungsperspektiven*, 1. Aufl. VS, Wiesbaden, S 263–281
29. Lupton D (1995) *The imperative of health. Public health and the regulated body*. SAGE, London
30. UNAIDS (2017) *Confronting discrimination: overcoming HIV related stigma and discrimination in health-care settings and beyond*. <http://www.unaids.org/en/resources/documents/2017/confronting-discrimination>. Zugriffen: 2. Sept. 2020
31. Wallander L (2009) 25 years of factorial surveys in sociology. A review. *Soc Sci Res* 38(3):505–520
32. Wark C, Galliher JF (2007) Emory Bogardus and the origins of the social distance scale. *Am Soc* 38(4):383–395