

# **Projekt zur Erforschung und Entwicklung von HIV- und STD-Präventionsstrategien für MSM in der ärztlichen Praxis**

-

## **Abschlussbericht zur qualitativen Datenerhebung**

PD Dr. med. Julika Loss

Angelika Wolf, M. A.

Institut für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften

Direktor: Prof. Dr. Med. Dr. Phil. Eckhard Nagel

Universität Bayreuth, 95444 Bayreuth

Tel. 0921 55 4801

[Angelika.wolf@uni-bayreuth.de](mailto:Angelika.wolf@uni-bayreuth.de), [julika.loss@uni-bayreuth.de](mailto:julika.loss@uni-bayreuth.de)

März 2009

Im Auftrag der Deutschen AIDS-Hilfe e. V.

*In Kooperation mit dem Kompetenznetz HIV/AIDS sowie mit Unterstützung durch DAGNÄ, DAIG und  
der BZgA*

# INHALTSVERZEICHNIS

<b>1</b>	<b>ZUSAMMENFASSUNG.....</b>	<b>4</b>
1.1.	ERGEBNISSE .....	4
1.2.	EMPFEHLUNGEN .....	6
<b>2</b>	<b>METHODIK UND ERHEBUNGSVORGEHEN.....</b>	<b>8</b>
2.1.	ÜBERSICHT ÜBER DEN STUDIENAUFBAU .....	8
2.2.	STUDIENDESIGN PHASE 2 .....	9
2.3.	FRAGESTELLUNGEN .....	12
2.4.	ACQUISE DER GESPRÄCHSPARTNER .....	13
2.4.1.	ÄrztInnen.....	13
2.4.2.	MSM.....	13
2.5.	ZUSAMMENSETZUNG DER STICHPROBE .....	15
2.5.1.	Stichprobe der MSM.....	15
2.5.2.	Stichprobe der Ärzte.....	17
<b>3.</b>	<b>ZUGANG DER MSM ZUM MEDIZINISCHEN SYSTEM.....</b>	<b>18</b>
3.1.	FREQUENZ DER ARZTBESUCHE.....	18
3.2.	ERWARTUNGEN AN DEN ARZT.....	19
3.1.1.	<i>Der Faktor Zeit in der Wahrnehmung von Patienten</i> .....	19
3.1.2.	<i>Akzeptanz der schwulen Sexualität</i> .....	20
3.1.3.	<i>Vertrauen und Kompetenz</i> .....	21
3.3.	HINDERNISSE BZW. FÖRDERNDE ASPEKTE IN DER ARZTPRAXIS .....	22
3.4.	HIV-TEST .....	24
3.5.	FALLBEISPIELE .....	25
<b>4.</b>	<b>STATUS QUO DER ÄRZTLICHEN BERATUNG.....</b>	<b>28</b>
4.1.	WELCHE BEDEUTUNG HAT HIV-PRÄVENTION IN DER EIGENEN ÄRZTLICHEN PRAXIS? .....	28
4.1.1.	<i>Ist HIV-Prävention eine ärztliche Aufgabe – oder Aufgabe der Massenmedien?</i> .....	28
4.1.2.	<i>Gründe und Motivationen für HIV-Prävention in der Arztpraxis</i> .....	29
4.1.3.	<i>Gründe, warum HIV-Prävention in der Arztpraxis nicht so relevant gesehen wird</i> .....	29
4.2.	WER WIRD GEFRAGT UND BERATEN?.....	30
4.3.	RISK ASSESSMENT: WIE WIRD ZUR RISIKOEINSCHÄTZUNG VORGEHANGEN?.....	34
4.4.	RISK REDUCTION COUNSELLING: WIE WIRD BEI DER PRÄVENTIVEN BERATUNG VORGEHANGEN?.....	35
<b>5.</b>	<b>DAS ÄRZTLICHE GESPRÄCH AUS DER SICHT VON MSM MIT NEGATIVEM ODER UNKLAREM HIV-STATUS.....</b>	<b>37</b>
5.1.	GESPRÄCHE ÜBER SEXUALITÄT.....	37
5.2.	GESPRÄCHE ÜBER „GESCHLECHTSKRANKHEITEN“ ODER ÜBER EINEN HIV-TEST .....	40
5.3.	DAS THEMA SELBSTSCHUTZ IM ARZTGESPRÄCH .....	42
5.4.	BEDINGUNGEN FÜR EIN GUTES GESPRÄCH .....	43
5.5.	DER ARZT ALS ANSPRECHPARTNER – KONKRETE THEMEN UND ANLIEGEN DER MSM.....	45
5.6.	EINSCHÄTZUNG DER NACHWIRKUNG EINES ÄRZTLICHEN GESPRÄCHS .....	47
<b>6.</b>	<b>REAKTION DER PATIENTEN – DAS PROBLEM DER GRENZÜBERSCHREITUNG.....</b>	<b>49</b>
6.1.	WELCHE ERFAHRUNGEN HABEN ÄRZTE MIT DEN REAKTIONEN VON PATIENTEN GEMACHT? .....	49
6.2.	DIE ÄNGST, DEN PATIENTEN ZU BEFREMDEN ODER ZU VERÄRGERN, ALS BARRIERE FÜR PRÄVENTION .....	50
6.3.	KEINE SCHWELLENÄNGST ZUM THEMA SEXUALITÄT UND HIV-PRÄVENTION .....	51
<b>7.</b>	<b>PRÄVENTIVE BERATUNG ZU STD / HIV .....</b>	<b>52</b>
7.1.	PROBLEM: BERATUNG ZUM THEMA „SAFER SEX“ IST KOMPLEX UND WENIG STANDARDISIERBAR .....	52
7.2.	UNSIKERHEITEN IN DER KOMPLEXEN BERATUNG ZUM THEMA „SAFER SEX“ – PROBLEME MIT DER EMPFEHLUNG ZUM KONDOM .....	53
7.3.	EINGEHEN AUF SITUATIVE FAKTOREN UND CODES .....	54

7.4.	ÄRZTE HABEN DAS GEFÜHL, PATIENTEN SIND BEREITS GUT INFORMIERT .....	55
<b>8.</b>	<b>DESILLUSIONIERUNG UND FRUSTRATION: DIE EMPFUNDENE WIRKUNGSLOSIGKEIT DER PRÄVENTIVEN BERATUNG ALS GRÖßTE BARRIERE .....</b>	<b>56</b>
8.1.	DIE ALS SCHLECHT ERLEBTE PRÄVENTIVE COMPLIANCE DEMOTIVIERT DIE ÄRZTE.....	56
8.2.	EIN WEITERES PROBLEM: DIE ZEITLICHE KNAPPHEIT.....	59
8.3.	DIE SCHLECHTE VERGÜTUNG – EIN PROBLEM, ABER KEIN ENTSCHIEDENDES .....	60
<b>9.</b>	<b>POSITIVE PREVENTION: DIE SICHT DER HIV-POSITIVEN PATIENTEN.....</b>	<b>62</b>
9.1.	ERFAHRUNGEN MIT ÄRZTEN .....	62
9.2.	BERATUNG ZUM EIGENSCHUTZ – REAKTION UND COMPLIANCE .....	63
9.3.	BERATUNG ZUM FREMDSCHUTZ – REAKTION UND COMPLIANCE.....	64
9.4.	ERWARTUNGEN AN DIE GESPRÄCHSSITUATION.....	66
9.5.	UMGANG MIT SEROPOSITIVITÄT IN DER SCHWULEN SZENE.....	67
<b>10.</b>	<b>POSITIVE PREVENTION.....</b>	<b>70</b>
10.1.	RELEVANZ UND STATUS QUO PRÄVENTIVER GESPRÄCHE BEI DER BETREUUNG VON HIV-POSITIVEN 70	
10.2.	EINSTIEG IN PRÄVENTIVE GESPRÄCHE UND REAKTION DER PATIENTEN .....	72
10.3.	VORGEHEN BEI DER PRÄVENTIVEN BERATUNG .....	73
10.4.	PRÄVENTIVE COMPLIANCE DER HIV-POSITIVEN PATIENTEN: DIE EINSTELLUNG DER ÄRZTE .....	75
10.5.	ZEITKNAPPHEIT ALS WEITERE BARRIERE FÜR POSITIVE PREVENTION .....	77
<b>11.</b>	<b>VORAUSSETZUNGEN FÜR EINE ERFOLGREICHE BERATUNG .....</b>	<b>78</b>
11.1.	GLEICHER ERFAHRUNGSHORIZONT – GLEICHE SPRACHE .....	78
11.2.	DIE WICHTIGSTE VORAUSSETZUNG: DIE OFFENHEIT DES PATIENTEN .....	80
11.3.	DER WUNSCH NACH OFFENHEIT AUS DER SICHT DER PATIENTEN .....	83
11.4.	ERWARTUNGEN AN DIE EIGENE OFFENHEIT .....	84
11.5.	BEFANGENHEIT UND SCHAM BEIM ARZT .....	86
11.6.	ZWANG ZUR OFFENHEIT FÜR BEHANDLUNGSERFOLG .....	86
11.7.	DIE (VERMEINTLICH) GRÖßERE OFFENHEIT IN DER GROBSTADT.....	86
11.8.	AKZEPTANZ DES SCHWULSEINS .....	87
11.9.	RAUMMETAPHERN ZUR BESCHREIBUNG VON OFFENHEIT .....	88
<b>12.</b>	<b>DISKUSSION DER ERGEBNISSE .....</b>	<b>92</b>
12.1.	ZUGANG ZU MSM UND DIE KONSEQUENZEN FÜR DIE PRÄVENTION .....	92
12.2.	WIRKUNG ÄRZTLICHEN ENGAGEMENTS.....	95
12.3.	KOMMUNIKATIONSSTRATEGIEN.....	96
<b>13.</b>	<b>QUO VADIS – PROFESSIONALISIERUNG DER PRÄVENTION .....</b>	<b>98</b>
13.1.	STANDARDISIERTE HILFEN UND INSTRUMENTE .....	98
13.1.1.	<i>Hierarchisierung der präventiven Möglichkeiten.....</i>	<i>98</i>
13.1.2.	<i>Leitfaden für die Sexualanamnese .....</i>	<i>98</i>
13.1.3.	<i>Keine Hilfe: Fragebögen zum Ausfüllen durch die Patienten.....</i>	<i>100</i>
13.1.4.	<i>Potenzial, aber fragile Praktikabilität: Computer-basiertes risk assessment .....</i>	<i>101</i>
13.2.	FORTBILDUNG: KOMMUNIKATIONSTRAINING, ERFAHRUNGSAUSTAUSCH.....	103
13.3.	WEITERE VORSCHLÄGE: PATIENTEN-BROSCHÜREN – UND EINE GROßE MEDIENKAMPAGNE.....	104
13.3.1.	<i>Der Wunsch nach einer massenmedialen Kampagne .....</i>	<i>104</i>
13.3.2.	<i>Broschüren und Flyer für die Praxis .....</i>	<i>105</i>
13.3.3.	<i>Zeichen setzen mit Medien und Materialien in der Praxis.....</i>	<i>106</i>
<b>14.</b>	<b>ANHANG.....</b>	<b>109</b>
<b>15.</b>	<b>ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS .....</b>	<b>120</b>
<b>16.</b>	<b>DANKESWORTE.....</b>	<b>121</b>

## 1 ZUSAMMENFASSUNG

Das Forschungsprojekt galt vorrangig dem Anliegen, „Strategien ärztlicher HIV/STD-Prävention“ zu erfassen. Ziel des Projekts war es, Ärztinnen und Ärzte bei ihren Bemühungen zu unterstützen, Ideen der Prävention von STDs und HIV in ihren Praxen und im Patientenkontakt umzusetzen. Innovativ war hier die Idee, Aspekte der *positive prevention* zu erforschen, welche in angelsächsischen Ländern weit verbreitet, in Deutschland jedoch wenig entwickelt ist.

Nach einer ausführlichen Literaturrecherche auch zu Publikationen im angelsächsischen Sprachraum sollte die Kommunikationsrealität in der Arzt-Patient-Beziehung abgebildet und hinterfragt werden. Da die HIV-Übertragung vor allem unter Männern, die Sex mit Männern haben (MSM), einen tendenziellen Anstieg aufweist, wurden diese schwerpunktmäßig zu ihren Lebenswelten, zu sexuell riskanten Situationen sowie hinsichtlich ihres Zugangs zum medizinischen System befragt. Die ärztliche Seite wurde in Fokusgruppendifkussionen sowie in Einzelinterviews zu ihren Erfahrungen in verhaltensbezogener Beratung sowie zu ihrem eigenen Informations-, Gesprächs- und Unterstützungsbedarf interviewt. Das Projekt war als regionaler Vergleich zwischen Berlin und Franken angelegt. Die Vorgehensweise erfolgte in Anlehnung an die *Grounded Theory*.

### 1.1. Ergebnisse

---

- Die ärztliche Praxis ist ein geeigneter Ort für die HIV- und STD-Prävention.
- Durch die Therapierbarkeit von AIDS erhalten Gespräche zur Prävention von HIV und STDs in der ärztlichen Praxis eine neue und eigene Bedeutung – insbesondere für HIV-positive Patienten.
- Die Rolle anderer Einrichtungen mit Präventionsanliegen wie z. B. AIDS-Hilfen oder Aidsberatungen kirchlicher Einrichtungen wird dadurch aber nicht tangiert, sondern bleibt in ihrer Bedeutung erhalten. Gewünscht wird eine bessere Kooperation und Verzahnung der unterschiedlichen Beratungsdienste und –angebote.
- In der Ärzteschaft fühlt sich eine größere Anzahl der interviewten MedizinerInnen sowohl in Berlin als auch in Franken dafür zuständig, die Prävention von HIV und STDs zu fördern. Für die befragten fränkischen Ärzte ist die Gruppe der MSM jedoch

kaum sichtbar, zu den spezifischen Bedürfnissen und Lebenssituationen von MSM ist hier wenig Wissen präsent.

- Eine Motivation von ÄrztInnen, mit MSM über Fragen der HIV/STD-Prävention zu sprechen, unterscheidet sich nicht ausschließlich zwischen Berlin und Franken, sondern spiegelt sich ebenso innerhalb der jeweiligen Region wieder. Ob Ärzte aktiv werden, scheint stark mit persönlichen Variablen, wie eigenem Schwulsein, einer Tätigkeit als Schwerpunktarzt oder (berufs)-politischem Engagement assoziiert.
- Ein Großteil der befragten Ärzte erleben die üblichen Schulungs- und Fortbildungsveranstaltungen als redundant und wünschen sich eher praxisnahe, interaktive Weiterbildungen, um bessere Kommunikationsstrategien zu erlernen. Sie möchten Präventionsbotschaften „ohne den erhobenen Zeigefinger vermitteln“, wofür sie Gesprächstechniken und richtige Formulierungen interaktiv erlernen wollen.
- Die befragten HIV-positiven Patienten zeigten ein relativ großes Interesse an Gesprächen mit dem Arzt über Fragen der Prävention, bei HIV-Negativen/Ungetesteten – insbesondere in Berlin – war dieses Interesse weniger deutlich.
- Der Arzt wird auch im Bereich der Prävention von HIV und anderen STDs (insbesondere Hepatitis C) als kompetenter Ratgeber angesehen. Vom Arzt werden aktuelles Fachwissen und Kenntnisse über in der Szene kursierende Infektionen erwartet.
- Auf Sexualverhalten und Präventionsmöglichkeiten angesprochen zu werden, sollte aber nicht mit Drohungen oder mit dem „erhobenen Zeigefinger“ geschehen, sondern als „Anpieksen“ und als beständiger freundschaftlicher Hinweis praktiziert werden.
- Bisher scheint die Initiative zum Gespräch über Fragen der Prävention und damit auch über Sexualität eher von Patienten auszugehen.
- Bis auf wenige Ausnahmen besteht große Zufriedenheit mit HIV-Schwerpunktpraxen sowohl in Berlin als auch im fränkischen Raum. Viele MSM wollen aber nicht auf Spezialpraxen angewiesen sein, sondern wünschen sich einen besseren Umgang mit schwulen Themen in den Allgemein- und Fachpraxen.
- Vor allem im ländlichen Raum ist die Atmosphäre in der Arztpraxis von Tabuisierung, Kommunikationsschwierigkeiten und einer bemerkenswerten Übereinstimmung

zwischen Ärzten und Patienten bezüglich der Nicht-Kommunizierbarkeit des Themas Sexualität geprägt.

- Diese Gruppe wünscht sich offenere und offensivere neue massenmediale Kampagnen, an die dann im Praxisgespräch angeknüpft werden könnte.
- Ärzte in Franken haben mitunter Schwierigkeit, die Codes, die schwule Männer zu Fragen der Sexualität aussenden, zu verstehen.
- Unter Berücksichtigung der Grenzziehungen ihrer Patienten könnten Ärzte präventive Gespräche mit MSM durchaus offensiver anbieten.
- Die Akzeptanz des eigenen Lebensstils war den Patienten meist wichtiger als die sexuelle Orientierung des Arztes.
- Finanzielle Aspekte spielen bei engagierten Ärzten eine nachgeordnete Rolle, eine Budgetierung für gezielte HIV/STD-Prävention würde die Gesprächsbereitschaft unter Ärzten im fränkischen Raum aber stärken.

## **1.2. Empfehlungen**

---

- Professionalisierung der HIV und STD Prävention in der ärztlichen Praxis.
- Die Möglichkeit des Erwerbs eines HIV/STD-Präventionszertifikats als Anreiz zur Qualifikation sowie als finanzieller Anreiz, der Präventionsgespräche auch im fränkischen Raum stärken würde.
- Kommunikationstraining mit Rollenspielcharakter für interessierte (Schwerpunkt)-ÄrztInnen
- Erarbeitung einer Fortbildungsserie mit Modulcharakter, deren Module aufeinander aufbauen, aber auch für sich genommen in unterschiedlichen settings angeboten werden können.
- Entwicklung eines Sexualanamnesebogens, der als Gesprächsleitfaden für die ärztliche Beratung dienen kann.
- Unterstützung lokaler Initiativen in deren spezifischen Präventionsaktivitäten

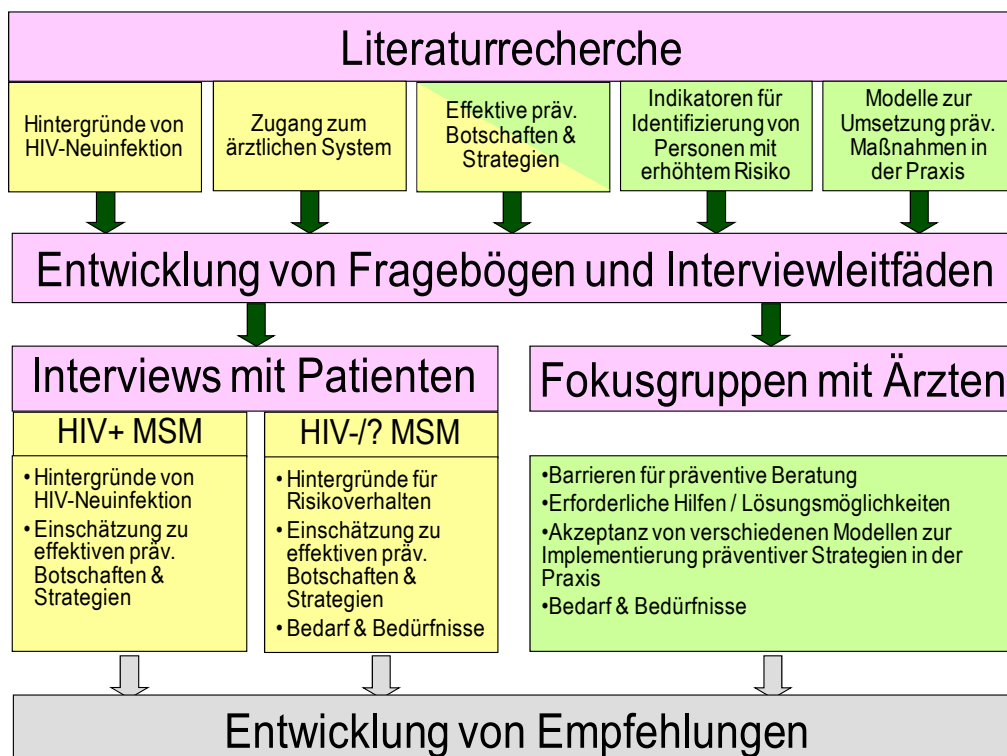
- Neue offenere massenmediale Kampagne
- Verankerung von Gesprächstrainings zur HIV/STD-Prävention im Curriculum des Medizinstudiums
- Einflussnahme auf Ausbildung von medizinischem Hilfspersonal
- Erneuerung der Kommunikation zwischen beteiligten Akteuren

## 2 METHODIK UND ERHEBUNGSVORGEHEN

Das Institut für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften der Universität Bayreuth führte von Juni 2007 bis Januar 2009 im Auftrag der Deutschen AIDS-Hilfe (DAH) und in Zusammenarbeit mit dem Kompetenznetz HIV/AIDS sowie mit Unterstützung durch DAGNÄ, DAIG und der BZgA eine qualitative Studie zur Erforschung und Entwicklung von HIV- und STD-Präventionsstrategien für MSM (Männer mit sexuellen Kontakten zu Männern) in der ärztlichen Praxis durch. Die Studie war durch die Ethikkommission der Universität Bayreuth genehmigt worden.

### 2.1. Übersicht über den Studienaufbau

Der hier vorgetragene Bericht bildet den Abschluss des zweiten Teils eines dreiphasigen Forschungsprojektes (s. Abb. 1). In der ersten Phase wurde eine Literaturrecherche erstellt (Loss und Wolf 2007). Die zweite Phase bestand aus einer qualitativen Interviewforschung, deren Ergebnisse und Empfehlungen nun als Basis für die praktischen Aktivitäten in der dritten Phase dienen sollen.



**Abb. 1.** Gesamtaufbau des Forschungsprojekts mit den Fragestellungen der einzelnen Erhebungsstufen.



Ein ausführlicher Zwischenbericht der zweiten Phase thematisierte schwerpunktmäßig den Inhalt der Interviews mit den MSM (Wolf und Loss 2008a). Ein weiterer Zwischenbericht stellte die erwünschten Aufklärungsaktivitäten aus den Interviews mit den MSM und den Fokusgruppendifkussionen mit Ärzten in Berlin vor (Wolf und Loss 2008b). Der letzte Bericht fokussierte die Wünsche und Vorstellungen von Allgemeinmedizinern und Schwerpunktärzten in Franken und Berlin (Wolf und Loss 2009).

## 2.2. Studiendesign Phase 2

---

Die Forschung war als Vergleich zwischen Berlin und Franken mit einem Schwerpunkt auf die Berliner Situation angelegt. Vorbereitend wurden Expertengespräche mit Mitarbeitern der jeweiligen Beratungseinrichtungen, der AIDS-Hilfe in Nürnberg, der AIDSbeRATung der Diakonie Oberfranken, der Berliner AIDS-Hilfe, der Deutschen AIDS-Hilfe sowie mit KollegInnen vom Wissenschaftszentrum Berlin (WZB) geführt.

In beiden Regionen wurden dann qualitative Daten sowohl bei ÄrztInnen als auch bei MSM erhoben.

Mit insgesamt 30 MSM, die sich entweder offen als HIV-positiv oder als mit HIV-negativem<sup>1</sup> Status bezeichneten, wurden qualitative semi-strukturierte Leitfadeninterviews durchgeführt. Die Interviews erfolgten face-to-face. Für die Gespräche mit den HIV+ MSM erarbeiteten wir zusätzliche Fragestellungen, die den Bereich der *positive prevention*<sup>2</sup> abdeckten.

Für die Gespräche mit den Ärzten waren Fokusgruppendifkussionen vorgesehen. Hierfür wurden themenspezifische Leitfragen (sog. „prompts“) erstellt und dabei nach Primärprävention und *positive prevention* unterschieden. Die Fokusgruppen setzten sich

---

<sup>1</sup> Der korrekte Sprachgebrauch lautet hier HIV-ungetestete Männer oder MSM mit unklarem HIV-Status. Der Einfachheit halber verwenden wir jedoch vor allem bei der Kennzeichnung von Interviewziten das Kürzel HIV- oder HIV-negativ.

<sup>2</sup> In Deutschland zielen Präventionsbemühungen im Bereich AIDS vor allem darauf ab, dass sich HIV-negative Menschen vor einer Ansteckung mit HIV bewusst schützen. Der v.a. in Nordamerika zunehmend eingesetzte Ansatz der „*positive prevention*“ hingegen nimmt die HIV-Positiven in den Fokus und verfolgt die Absicht, Positive in ihren Bemühungen, andere nicht anzustecken, mit den entsprechenden Fähigkeiten und Hilfestellungen zu unterstützen. Neben dem Fremdschutz wird aber auch der Selbstschutz thematisiert, d.h. dass sich HIV-Positive durch *Safer Sex* und *Safer Use* vor STDs oder (Re-)Infektionen schützen sollen.

entweder nur aus HIV-Schwerpunktärzten oder nur aus Nicht-HIV-Schwerpunktärzten, die allerdings einen besonderen Zugang zu MSM hatten, zusammen. Diese kamen entweder aus HIV-Schwerpunktpraxen oder hatten anderweitig besonderen Zugang zu MSM. Die AllgemeinmedizinerInnen und eine Gruppe der Schwerpunktärzte wurden zur Fragen der Primärprävention interviewt. Mit der zweiten Gruppe von Schwerpunktärzten diskutierten wir vorrangig Fragen der *positive prevention*.

Da in Franken keine Ärzte für FGDs gewonnen werden konnten (s. u.), befragten wir dort sowohl Bayreuther Allgemeinmediziner als auch Schwerpunktärzte im Nürnberger Raum in insgesamt sieben Einzelinterviews. Die Interviews mit den Schwerpunktärzten wurden dabei auch zu Möglichkeiten und Erfahrungen der *positive prevention* geführt. In Berlin und Franken zusammengenommen wurden Daten von 30 ÄrztInnen erhoben. Eine Übersicht über die Erhebung bei den Ärzten zeigt Abb. 2.



**Abb. 2.** Übersicht zu den Erhebungen bei ÄrztInnen. In Berlin wurden 3 Fokusgruppen (ovale Felder) mit je 6-8 Ärzten durchgeführt, in Franken Einzelinterviews (Kreise) mit 7 Ärzten. „Pos. Prev.“: Schwerpunkt des Gesprächs war positive prevention. „HIV-SP“: Arzt/Ärztin aus HIV-Schwerpunktpraxen, „Allg“: Allgemeinmediziner, „Uro“: Urologe(n), „Derma“: Dermatologe(n)  
 Quelle: Wikipedia Commons - Korn78, Lizenz *Creative Commons Attribution ShareAlike 2.5*

Die Interviews wurden verbatim transkribiert und nach Themen und Kategorien ausgewertet. Die gesamte Vorgehensweise bei der Forschung war an die *Grounded Theory* nach Glaser und Strauss (1998) angelehnt.<sup>3</sup> Das heißt u. a., die Stichprobengröße wurde durch den Sättigungsgrad bestimmt. Bei der Auswertung legten wir besonderen Wert auf den Sprachgebrauch unserer Gesprächspartner sowie die in bestimmten Situationen verwendeten Metaphern. Diese könnten ggf. in eine Fortbildungsveranstaltung für ÄrztInnen aufgenommen werden.

### **2.3. Fragestellungen**

---

Die Datenerhebung bei den Ärzten erfolgte zu fünf Kernthemen:

1. Sehen sich Ärzte verantwortlich für HIV/STD-Prävention?
2. Welche Erfahrungen wurden mit HIV/STD-bezogenen Risikoanamnesen und Beratungen gemacht?
3. Welche Barrieren stehen einer Kommunikation entgegen?
4. Welche Faktoren erleichtern eine Kommunikation zur HIV/STD-Prävention?
5. Welcher Bedarf besteht zur Verbesserung der HIV/STD-Prävention?

Auf der Seite der MSM stellten wir drei bzw. vier Kernthemen zur Diskussion:

1. Wie ist die Frequenz, der Zugang zu und die Erfahrungen mit dem medizinischen System?
2. Welche Themen können in welcher Art und Weise im ärztlichen Gespräch diskutiert werden?
3. Welche allgemeinen Vorstellungen existieren bezüglich AIDS im Alltag von MSM?
4. Wie sind die Erfahrungen und die Kommunikation HIV-positiver MSM mit ihren Ärzten? (Zusätzliche Fragen nur an HIV+MSM)

Die genaueren Fragen sind in Anhang 1) und 2) nachzulesen.

---

<sup>3</sup> Barney G. Glaser und Anselm L. Strauss 1998: *Grounded Theory. Strategien qualitativer Forschung*. Verlag Hans Huber

## **2.4. Acquire der Gesprächspartner**

---

### **2.4.1. ÄrztInnen**

Für die Anfragen und Einladungen der ÄrztInnen zu den Fokusgruppen bzw. Interviews wurden Adressen aus unterschiedlichen Quellen gewonnen. In Berlin wurden Adressen von Ärzten aus Anzeigen in einschlägigen Schwulen-Magazinen (z. B. „Siegessäule“) verwandt. Zudem wurde auf einem Treffen des „Arbeitskreis AIDS“ bei den anwesenden Ärzten mittels eines kurzen Vortrags direkt für die Teilnahme geworben. In Franken wurden die Adressen durch den Ärztlichen Kreisverband Bayreuth, die Aidsberatung der Diakonie in Bayreuth sowie die Aidshilfe Nürnberg gewonnen.

Die Ärztekammern Berlin-Brandenburg sowie Bayern zertifizierten die Fokusgruppen als interaktive Fortbildungsveranstaltung mit je vier Fortbildungspunkten. Zusätzlich wurde ein Abendessen angeboten sowie eine Aufwandsentschädigung von 100 € pro Teilnehmer gezahlt.

Obwohl in Bayreuth Einladungsschreiben an über 90 Ärzte (Allgemeinmediziner, Urologen, Dermatologen) aus dem Verteiler der Bayerischen Ärztekammer versandt sowie Einladungsschreiben an 7 HIV-Schwerpunktpraxen/ambulanzen im Nürnberger Großraum verschickt wurden, kam für die beiden geplanten Fokusgruppen-Termine keine einzige Anmeldung zustande. Nach einer Diskussion im wissenschaftlichen Beirat erfolgte eine erneute Acquire mit dem Angebot einer aufsuchenden Struktur, die schließlich erfolgreicher verlief. Die Ärzte wurden allerdings nur für Einzelinterviews gewonnen.

Die Acquire der Berliner Ärzte gestaltete sich unproblematisch. Durch die Anmeldungen konnten die erforderlichen Teilnehmerzahlen für Fokusgruppen (mind. 5) ohne weiteres Nachfassen erreicht werden. Es musste lediglich auf bestimmte Öffnungszeiten der Praxen Rücksicht genommen werden, wobei sich der Mittwochabend als am besten geeignet erwies.

### **2.4.2. MSM**

*Zugangswege und Herausforderungen.* Bei einer Begehung von Stadtteilen mit einem hohen Anteil an MSM im Osten und Westen von Berlin verteilten wir Handzettel in Bars, Saunen sowie Pornokinos, die ausschließlich von MSM besucht werden, und führten persönliche Gespräche in unterschiedlichen Stadtteiltreffpunkten mit schwuler Klientel. In Bayreuth gewannen wir die Interviewpartner über Vermittlung durch die Aidsberatung der Diakonie

Bayreuth, Auslage der Handzettel in der Schwulenkneipe *Underground* sowie über einen ehrenamtlichen Mitarbeiter der Aidsberatung Bayreuth. Ein Beispiel für die ausgelegten Handzettel zeigt Abb. 3.

Den Treffpunkt und Ort des Interviews bestimmten die MSM selbst. Es wurde eine Entschädigungssumme von 30 bzw. 40 € bei Zusatzfragen zur *positive prevention* anonym ausgezahlt.

HIV+ MSM meldeten sich in großer Zahl und luden zum Interview – bis auf drei Ausnahmen von Klienten der Aidsberatung Bayreuth – zu sich nach Hause ein. Ungetestete MSM oder MSM mit einem unklaren Status meldeten sich nur zögerlich, so dass hier noch einmal offensiver mit Handzetteln geworben wurde, die auf die finanzielle Entschädigung verwiesen (siehe Anhang 3). Auffällig war, dass diese MSM teilweise „konspiratives“ Verhalten bei der Kontaktaufnahme zeigten, d. h. die Männer meldeten sich mit verschlüsselten E-Mails, mit Pseudonym bzw. wollten oft keine Telefonnummer angeben. Die MSM mit unbekanntem oder negativem HIV-Status verabredeten sich in Berlin allesamt an einem öffentlichen Ort (Cafe, Kneipe, Schwulentreffpunkt). In Bayreuth fanden die Interviews mit dieser Gruppe zumeist im Büro an der Universität statt. Die initiale Zurückhaltung verflog aber in der Regel nach den ersten Fragen und wich einer guten Gesprächsstimmung.

**Wollten Sie schon immer mal  
Ihre Hoffnungen und Sorgen  
über Ärzte loswerden?**



**Dann hören wir gerne zu!**

Wir vom Institut für Medizinmanagement der Universität Bayreuth führen eine Befragung durch. Dabei geht es um das Thema: Wie können Gespräche zwischen Arzt und Patient verbessert werden, wenn es um HIV, AIDS und Geschlechtskrankheiten geht?

**Dabei interessieren uns Ihre Erfahrungen, Meinungen, Ideen, Bedenken und Wünsche!**  
Ganz anonym.

Für ein ca. 1-stündiges Interview zahlen wir eine kleine Entschädigung. Das Interview kann an einem Ort stattfinden, den Sie auswählen.  
Bitte melden Sie sich unter (0331) 505 3720 - auch ganz unverbindlich für weitere Auskünfte.  
Oder per e-mail: [Angelika.Wolf@uni-bayreuth.de](mailto:Angelika.Wolf@uni-bayreuth.de)

**IMG**  
INSTITUT FÜR MEDIZINMANAGEMENT  
UND GESUNDHEITSWISSENSCHAFTEN

 UNIVERSITÄT  
BAYREUTH

... ein Projekt im Auftrag der

 Deutsche  
AIDS-Hilfe e.V.

**Abb. 3.** Handzettel, wie er zur Rekrutierung der Interviewpartner eingesetzt wurde, siehe auch Anhang 3.

## 2.5. Zusammensetzung der Stichprobe

---

### 2.5.1. Stichprobe der MSM

*HIV-Status und Region.* Es wurde versucht, ein ausgewogenes Verhältnis von HIV-positiven und HIV-ungetesteten / HIV-negativen MSM zu erreichen. Aufgrund der erheblichen Schwierigkeiten bei der Rekrutierung von MSM mit unbekanntem oder negativem HIV-Status unterscheiden sich allerdings die Untergruppen der Stichprobe in der Größe (Tab. 1). Die kontinuierlich erfolgende Auswertung ergab aber, dass auch in den kleinen Untergruppen ein weitgehender Sättigungsgrad erreicht wurde. Eine weitere Acquire, die mit erheblichem – auch zeitlichen – Mehraufwand einhergegangen wäre, war daher auch aus wissenschaftlichen Gründen nicht zwingend notwendig. Bei der regionalen Verteilung war vorab entschieden worden, den Schwerpunkt auf Berlin zu legen und eine Verteilung zwischen Berlin und

Bayreuth / Franken im Verhältnis 2:1 zu wählen. Daher wurden im Raum Bayreuth / Franken nur 10 MSM interviewt.

MSM	Berlin	Franken	Gesamt
HIV+ (n)	12	6	18
HIV ungetestet (n)	8	4	12
<b>Gesamt (n)</b>	20	10	<b>30</b>

**Tab. 1.** Aufteilung der Stichprobe der interviewten MSM nach HIV-Status und Region.

*Alter.* Nach einer Diskussion im wissenschaftlichen Beirat wurde aufgrund der derzeitigen HIV-Prävalenz- und Neuinfektionsraten schwerpunktmäßig die Altersgruppe der 30-45-jährigen MSM angesprochen. Von den insgesamt 30 Interviewten weisen 27 eine Altersspanne von 29-49 Jahren auf. Drei Interviewte sind über 50 Jahre alt. Es handelt sich um einen Testinterviewpartner in jeder Gruppe sowie einen Teilnehmer eines Paarinterviews. Sie wurden als Datenquelle nur dann herangezogen, wenn besonders treffende Aussagen das allgemeine Bild bestätigten. Die HIV+ MSM sind tendenziell älter als die MSM der ungetesteten Gruppe.

*Sozio-ökonomischer Hintergrund.* Die Interviewpartner hatten einen unterschiedlichen Bildungshintergrund, der von MSM ohne Schulabschluss bis hin zu denen mit einem Hochschulabschluss alle Möglichkeiten des deutschen Bildungssystems aufwies. Der berufliche Hintergrund der interviewten Männer durchzog alle sozialen Milieus und weist sowohl Tätigkeiten im Handwerk, in der Wissenschaft, der Kunst als auch in Regierungsämtern auf. Zwei Gesprächspartner gingen der Prostitution nach. Von den HIV+ MSM waren viele berentet oder erhielten Grundsicherung nach Hartz IV (vgl. Anhang 4). Bis auf die Bayreuther Gruppe der Ungetesteten ist in jeder Gruppe ein MSM mit Migrationshintergrund zu finden. Einige wenige Interviewpartner hatten eine heterosexuelle Vergangenheit, aus welcher auch Kinder hervorgegangen waren.



### 2.5.2. Stichprobe der Ärzte

In Berlin wurden drei Fokusgruppen mit jeweils 6-8 ÄrztInnen durchgeführt, in Bayreuth / Franken sieben Einzelinterviews (s. Tabelle 2). Zur Zusammensetzung und Schwerpunktsetzung der einzelnen Gruppen bzw. der Interviews siehe Tabelle 2.

	Anzahl Teilnehmer	Geschlecht Teilnehmer	Fachrichtung Teilnehmer	Thema	Pseudonyme
<b>Berlin</b>					
Fokusgruppe 1	8	w=1, m=7	Allgemeinmedizin, Urologie, Proktologie, Dermatologie	Allgemeine Prävention	Borsdorf Laudann Rems Römer Schäfer Schübel Vollmers Wolter
Fokusgruppe 2	8	m=8	HIV-Schwerpunkt	Allgemeine Prävention	Quincy Macy Waters Brennan Grissom Cavanaugh X, F <sup>4</sup>
Fokusgruppe3	6	m=6	HIV-Schwerpunkt	Positive Prevention	Fleming Heilmann Koch Laveran Virchow X <sup>3</sup>
<b>Franken</b>					
Einzelinterviews	5	m=5	Allgemeinmedizin, Urologie, Internist	Allgemeine Prävention	Hausarzt Kant Müller Schweighöfer Weiler
Einzelinterviews	2	m=2	HIV-Schwerpunkt / Infektiologie	Positive prevention	Martin R1

**Tab. 2.** Datenerhebung bei den Ärzten: Zusammensetzung der Fokusgruppen bzw. Einzelinterviews in den beiden Studienregionen.

<sup>4</sup> Einige Teilnehmer kamen verspätet und waren bei der Vorstellungsrunde nicht anwesend, daher konnte die transkribierende Person keine eindeutigen Pseudonyme zuordnen.

### 3. ZUGANG DER MSM ZUM MEDIZINISCHEN SYSTEM

#### 3.1. Frequenz der Arztbesuche

---

Die Frequenz der Arztbesuche differiert krankheitsbedingt zwischen HIV+ MSM und denen mit einem unklaren HIV-Status. HIV+ MSM erhalten in der Regel alle 3 Monate eine Routineuntersuchung in einer HIV-Schwerpunkteinrichtung, bei der auch unterschiedliche Blutwerte bestimmt werden. Die Rezepte für die notwendigen Kombinationspräparate erhalten die Patienten hingegen häufiger (im monatlichen Abstand). Während bei den Berliner Interviewpartnern daher der Schwerpunktarzt gleichzeitig der Hausarzt ist, benötigen die HIV+ MSM im ländlichen Franken in der Regel sowohl einen Hausarzt als auch einen Schwerpunktarzt. Dies ist erforderlich, da sich von den sieben HIV-Schwerpunkteinrichtungen alleine sechs im Großraum Nürnberg befinden und die Patienten daher weite Anfahrtswege auf sich nehmen müssen. Aufgrund der größeren Distanzen und der hinzukommenden Fahrtkosten stellen die Schwerpunktärzte die Rezepte für die Antiretrovirale Therapie (ART) zumeist für zwei oder drei Monate aus. Darüber hinaus geben HIV+ MSM häufiger Besuche beim Dermatologen, Proktologen und Urologen an. Einige befinden sich in psychotherapeutischer Betreuung oder benötigen für die Bewilligung von Rentenanträgen neurologische Gutachten.

MSM mit HIV-negativen oder ungetesteten Status hingegen gehen eher selten zum Arzt, und dann vor allem im Falle einer Erkältung oder zum HIV-Test.

Das war so routinemäßig dann, dass ich alle 6 Monate oder jedes Jahr mich mal testen lasse. Weil ich schütze mich also immer, aber es kann ja doch immer mal was schief gehen oder so. 100%igen Schutz gibt's ja eigentlich nicht. Eben zur eigenen Sicherheit, auch wenn eigentlich nichts passieren dürfte, mach ich das schon ab und zu mal. (Snoopy, HIV-, Bln)

Nur, wenn es unbedingt sein muss und nicht mehr anders geht, dann geh ich zum Arzt. Das ist einfach so. Gibt's da nen bestimmten Grund. Ne, ich geh einfach ungern zum Arzt, weil ich mir denk „Das muss nicht sein“ (Woodman, HIV-, Bln)

### **Zusammenfassung: Frequenz der Arztbesuche**

- *HIV-positive MSM ...*
  - *suchen regelmäßig den HIV-Schwerpunktarzt auf, in Franken zusätzlich den Hausarzt für die ART-Rezepte*
  - *frequentieren darüber hinaus Dermatologen, Proktologen und Urologen*
- *MSM mit HIV-negativen oder ungetestetem Status hingegen...*
  - *gehen eher selten zum Arzt*
  - *Suchen den Arzt z.B. für einen (regelmäßigen) HIV-Test auf*

## **3.2. Erwartungen an den Arzt**

---

Für eine positive Einstellungen zum Arztbesuch lassen sich vier Faktoren feststellen, welche sämtliche Interviews durchziehen: Zeit, Akzeptanz der schwulen Sexualität, Vertrauen zum Arzt und Kompetenz des Arztes.

### **3.1.1. Der Faktor Zeit in der Wahrnehmung von Patienten**

Häufig klagen Patienten über lange Wartezeiten beim Arztbesuch. Dies war auch in einigen Interviews der Fall. Allerdings steigt die Toleranz zu warten, wenn sich der Arzt dann in der Sprechstunde Zeit für den Patienten nimmt.

Der nimmt sich Zeit. Bevor der überhaupt was anguckt, will der erstmal wissen, mit wem hast du zu tun. (Antonioni, HIV-, Bln)

Mein Arzt nimmt sich Zeit für mich, das ist 'ne ganz positive Erfahrung (Kurt, HIV+, Bln)

... ich hab nicht auf die Uhr geguckt, aber ich bin immer alle Fragen losgeworden. Es können dann schon auch 20 Minuten, 30 Minuten schon durchaus dann werden mit den Fragen ... (Peter, HIV+, Bln)

[Er hätte] einfach sich mehr Zeit nehmen sollen und das ganze vielleicht a weng erklären. (Roland, HIV+, Fr)

Also natürlich fänd ichs schön, wenn man das Gefühl hat wenn man zum Arzt reingeht, dass man sich wohl fühlt in der Zeit, wo man dann bei dem Arzt ist. Und zeitweise hab ich das auch bei meiner Hausärztin, dass sie sich wirklich viel Zeit nimmt für jemanden, und nicht irgendwie nur 5 bis 10 Minuten und das war's dann. Aber in der letzten Zeit, als ich dann da war, ist es eher kurz gewesen. Und da hab ich mich nicht unbedingt so verstanden gefühlt. (Konrad, HIV-, Bln)

Das folgende Fallbeispiel zeigt, wie eine paradoxe Situation entstehen kann: ernsthafte Ängste auf Seiten des Patienten können auch durch „zu viel“ Sorgfalt auf der Seite des Arztes entstehen, vor allem, wenn der Zeitfaktor auf Seiten des Patienten unterschätzt wird.

### **Fallbeispiel Kurt, Berlin**

*Nach dem ersten Test, der positiv war, wollte der Arzt ein Gespräch mit Kurt führen. Der Arzt wollte sich dafür viel Zeit nehmen und beendete zunächst die anderen Konsultationen, um mit dem Patienten ausführlich sprechen zu können. Kurt erwartete jedoch Besuch von seinen Verwandten und hatte dann, als es dem Arzt möglich war, selbst keine Zeit mehr für ein größeres Gespräch.*

*Es erfolgten daraufhin keine weiteren Arztbesuche mehr, Kurt wollte nichts mehr wissen und wurde Jahre später von Freunden „zum Arzt geschleppt“. Es war dann eine sofortige Aufnahme einer Therapie nötig. Er erklärt sein Verhalten damit, dass er so geschockt war und sich zunächst zurückgezogen hat. Er hat sich verschlossen, wurde schwächer und „es war ihm alles egal“. Er meint heute, dass die irrationale Angst im Umgang mit dem Test und seinen Folgen oft größer sei als die Einnahme der Medikamente.*

### 3.1.2. Akzeptanz der schwulen Sexualität

Einige der MSM in Berlin gehen trotz negativem oder ungeklärtem HIV-Status zu Schwerpunktärzten, weil sie sich dort in ihrer Sexualität angenommen fühlen. Manche der Männer sind wegen Stigmatisierungserfahrungen in deutschen Kleinstädten nach Berlin umgezogen und erhoffen sich dort einen besseren Umgang mit ihrer schwulen Identität. Oft wünschen sie sich aber einfach, vom Arzt akzeptiert zu werden – ohne dass dieser Arzt selbst schwul wäre, und auch unabhängig davon, ob es sich um einen Arzt oder eine Ärztin handelt. Etwa die Hälfte der interviewten HIV-negativen Männer in Berlin will nicht in einer Schwerpunktpraxis behandelt werden, sondern wünscht sich eine Akzeptanz ihrer Sexualität auch durch den Hausarzt.

Ja, ich hab einen Hausarzt und bin sehr, sehr zufrieden, ... Der hat mich selbst mal angesprochen, weil ich hatte vor 2 Jahren ne Gürtelrose und er wusste auch, dass ich schwul bin, aber so nebenbei, und wir haben halt nen guten Draht, ein sehr offener Arzt ... (Antonioni, HIV-, Bln)

Und da hab ich nun Glück, dass ich eine lesbische Ärztin habe und das ist ganz toll, da konnte ich mich dann gleich auch outen. (Kurt, HIV+, Bln)

### 3.1.3. Vertrauen und Kompetenz

Vertrauen in den Arzt entsteht durch zwei Faktoren: die Akzeptanz der schwulen Sexualität sowie durch fachliche Kompetenz. Ebenso wird insbesondere bei HIV+ MSM erwartet, eine gewisse Verantwortung an den Arzt delegieren zu können, ohne dass dabei der Anspruch auf adäquate Aufklärung aufgegeben würde. Gleichzeitig soll der Arzt gut informiert sein, auf Schulungen gehen und wissenschaftlich auf dem „neuesten Stand“ sein.

Ja ich fand ihn einfach nicht so besonders vertrauenserweckend, auch nicht so besonders kompetent. (Omid, HIV-, Bln)

Aber in erster Linie muss ich einen Arzt haben, dem ich vertrauen kann, der mir sagen kann, die Therapie ist vielleicht gut für dich, oder die ist nicht so gut oder. (Carlos, HIV+, Bln)

... er nimmt sich Zeit für jeden, und er vermittelt auch das Gefühl, dass er sehr kompetent ist, und dass man einfach auch mal was loswerden kann bei ihm (Jörg, HIV+, Bln)

Also, man muss halt auch immer wieder seine Ärzte suchen, dass man sie findet. Dass man auch ne Vertrauensbasis aufbauen kann. Das geht nicht mit jedem Arzt. So diese Vertretungsärzte in der Praxis ..., da hab ich auch nicht das Vertrauen. Denen erzähl ich auch nicht unbedingt alles. Ich erzähl eher meinem Hauptarzt alles. Aber den Vertretungsärzten – ich hab keine Lust, immer alles wieder neu durchkauen zu müssen dann mit den Ärzten. (Kurt, HIV+, Bln)

Bis auf wenige Ausnahmen besteht eine große Zufriedenheit mit den HIV-Schwerpunktpraxen sowohl in Berlin als auch im fränkischen Raum. Durch die jetzt beschlossenen Kürzungen der Pauschalen für die Behandlung von Positiven befürchten einige aber, dass sich das Zeitproblem vergrößern wird. Gerade MSM, die Schwerpunktpraxen aufsuchen, weisen sich durch eine hohe Anspruchshaltung an den Arzt aus und reagieren recht sensibel auf den Umgang in der Arztpraxis.

Ich erwart eigentlich, dass er sich um mich kümmert. ... ich möchte irgendwie viel weggeben, irgendwie delegieren, eigentlich an meinen Arzt ... Und möchte einen Arzt des Vertrauens haben, wo ich weiß, der kümmert sich, wenn irgendwas nicht stimmt (Carlos, HIV+, Bln).

Ja, also, wenn ich jetzt zum Beispiel von irgendwelchen Symptomen spreche, die dann aufgetreten sind ..., dass ich einfach das Gefühl habe, dass die Ärztin ... nachfragt und, dass wir darüber sprechen und, dass ich nicht so irgendwie das Gefühl hab, ich werd jetzt damit alleine gelassen, und das könnte ich mir irgendwie einbilden .... Ja, dass ich dann vielleicht den Anspruch hab irgendwie, seelisch wollte ich irgendwas loswerden, aber da ist ja eigentlich nicht unbedingt die Hausärztin für zuständig. Obwohl ich eher den Anspruch hab an so ne Hausärztin, dass die sich um alles kümmert eigentlich, ich find die Seele ist immer nah mit dem Körper verbunden und der Körper andersrum auch mit der Seele. So seh' ich das. Das ist ein Anspruch an Ärzte, den ich hab, weil ich find das schon wichtig. (Konrad, HIV-, Bln)

### ***Zusammenfassung: Erwartungen an den Arzt***

- *HIV-negative wie HIV-positive MSM erwarten von ihrem Arzt, dass er sich Zeit nehmen soll*
- *Gewünscht wird, dass der Arzt schwule Sexualität als selbstverständlich akzeptieren soll*
  - *Diese Akzeptanz ist wichtiger als die Frage, ob der Arzt selbst schwul ist oder ob es sich um eine Ärztin handelt*
- *Vertrauen zum Arzt und Kompetenz in seine fachlichen Fähigkeiten sind die wichtigsten Faktoren für eine gute Arzt-Patient-Beziehung*

### **3.3. Hindernisse bzw. fördernde Aspekte in der Arztpraxis**

Als hinderlich für ein Gespräch in der Arztpraxis wird nicht nur mangelnde Zeit des Arztes empfunden. Zum Arzt soll auch eine soziale Beziehung aufgebaut werden können. Und der Arzt soll bereit sein, über den schulmedizinischen Horizont hinaus zu denken. Dies äußerten vor allem die ungetesteten schwulen Männer in Berlin und Bayreuth.

... ich glaub, es kommt aber auch von der Kommunikation irgendwie, weil's ist ja auch ein sozialer Kontakt im weitesten Sinne und ... wenn ich die Menschen mag, ist es glaub ich eh immer einfacher.  
(Antonioni, HIV-, Bln)

Und ich find durchaus, dass man auch mit irgendwie Pflanzenextrakte und sonst was – Aspirin ist ja auch bloß Weidenrinde. Da probier ich lieber mal sanft, bevor ich da irgendwie Medikamente nehm'.  
(Woodman, HIV-, Bln)

Nee, es war halt auch so, dass er mich immer mit Antibiotika behandeln wollte und ich das auch nicht wollte und er dann beleidigt war, wenn ich gesagt hab „Naja, können wir das erstmal vielleicht ohne probieren und wenn es dann gar nicht geht, kann ich das ja immer noch nehmen“ (Aibwa, HIV-, Fr)

Eines der größeren Probleme stellt sich für HIV-positive MSM, wenn in der Arztpraxis ein unsensibler Umgang mit der Diagnose des Patienten besteht. Wenn bspw. eine Diagnose bei geöffneter Türe mitgeteilt wird, die Akten mit der Kennzeichnung „HIV+“ für andere sichtbar auf den Tresen gelegt werden oder der Arzt in abschätzigem Ton mit den Patienten spricht.

... der hat mir das Ergebnis dann so zwischen Wartezimmer und Behandlungszimmer mitgeteilt, so „Übrigens, der Test ist negativ. Sie wussten's ja gleich.“ (Aibwa, HIV-, Fr)

Er hat sich mit einem anderen Arzt unterhalten, mit einem Kollegen von ihm. Aber er hat vergessen, die Tür zuzumachen und so hab ich natürlich mitbekommen, dass ich HIV hab. ... Der Arzt hat sich dann bei mir entschuldigt. (Robert, HIV+, Fr)

Schlimm war ja anfangs bei meinem Hausarzt gewesen, dass, wenn der jetzt irgendwie so ne Überweisung geschrieben hat ... „zur Nachkontrolle HIV“, und das lag dann halt immer so offen mit dem

Gesicht so auf dem Tresen, so dass halt jeder, der sich gerade mal angemeldet hat, mal so nen Blick riskieren konnte. (Mark, HIV+, Fr)

Erstens haben sie die Akte auf die Theke gelegt und HIV schön in Großbuchstaben draufgeschrieben, in pinkfarben. Die anderen Leute sehen das, die wo anstehen. Da liegt eine Akte neben der anderen. Und meine war halt oben drauf gelegen. (Roland, HIV+, Fr)

... also das weiß ich ganz konkret aus Bayreuth, dass es nen Arzt gibt, der einfach sehr unfreundlich dann ist und sagt „Ja, wo haben wir denn rumgevögelt?“ ... Und da würd ich mir wünschen, dass die einfach wesentlich neutraler, sachlicher, menschlicher damit umgehen und sagen „Ja, wir machen jetzt den Test, in 2 Wochen kommen Sie vorbei, da kriegen sie das Ergebnis“ Und dann kann man auch sicherlich noch mal über Sexualverhalten reden. Aber in dem Thema in dem Ton möchte ich mit keinem Arzt eigentlich so dann weiterreden. Das bringt auch nichts (Aibwa, HIV-, Fr)

Es kostet die Patienten viel Überwindung, hier mehr Respekt und Rücksicht einzufordern.

Darauf hab ich ihn dann halt auch angesprochen, das ist nicht in Ordnung, dass ich das nicht in Ordnung finde, dass er das doch bitteschön dann entweder unten hinlegt oder verkehrt rum. Weil das muss nicht unbedingt dann die ganze Innung dann mitbekommen. Ich mein, was soll man machen. ... ist ein kleines Nest. Ich mein, das spricht sich dann – das geht ja rum wie nichts. (Mark, HIV+, Fr)

Aber da bin ich dann, also da hab ich dann meinen ganzen Mut zusammengenommen, bin hingegangen, und hab gesagt „Können Sie die Akte nicht umdrehen?“ Hab ich gesagt „Es muss doch nicht jeder sehen“ Und dann haben sie mich noch böse angeschaut dafür, dass ich was gesagt habe (Roland, HIV+, Fr)

Insbesondere gefürchtet wird das Verhalten mancher Ärzte im ländlichen Raum, weil hier zum einen die Anonymität der Großstadt fehlt und zum anderen sich Ereignisse schneller herumsprechen – mithin die soziale Kontrolle nicht nur größer, sondern auch leichter auszuführen ist. In einem Beispiel verlor ein Mann seinen Arbeitsplatz, weil sein Partner HIV+ getestet wurde und sich dies in der Kleinstadt herumgesprochen hatte. Hier wird vor allem das Verhalten der Arzthelferinnen gefürchtet. Vor allem wird befürchtet, dass diese sich nicht an die Schweigepflicht halten.

Also ich weiß es aus ganz konkreten Erfahrungen, dass Arzthelferinnen in der Berufsschule einfach über Patienten reden „Der ist doch auch bei euch“ „Ah, wir haben den jetzt auch“. Namentlich. Oder „Schau dir mal die Akte von dem und dem an, stell dir vor und schau dir mal die Blutergebnisse an“ Also das ist jetzt keine Befürchtung, die ich jetzt irgendwie Paranoia hab, sondern ganz konkrete Erfahrungen. (Aibwa, HIV-, Fr)

Weil da hab ich auch schon Erfahrungen gemacht, dass die also ihren Mund NICHT halten. Dass die das auch wieder weitererzählen. Das find ich auch weng a Sauerei. Obwohl sie ja eigentlich Schweigepflicht haben, aber trotzdem dann drüber reden (Roland, HIV+, Fr)

Musst sagen, viele können halt den Mund auf dem Land nicht halten und das geht dann rum wie ein Lauffeuer, gell. ... Wir leben in der Provinz. Mir sind streng katholisch, evangelisch. Alles was mit dem Thema zu tun hat, alles auf Abstand halten. (Buddha, HIV+, Fr)

### ***Zusammenfassung: Barrieren in der Arztpraxis***

- *Als generelle Kritikpunkte, die einer vertrauensvollen Arzt-Patient-Beziehung hinderlich sind, werden genannt:*
    - *Mangelnde Zeit des Arztes*
    - *Fehlen einer sozialen Beziehung zum Arzt*
  - *HIV-Positive beklagen im Besonderen:*
    - *Unsensibler Umgang mit der Diagnose des Patienten*
    - *Abschätziger Tonfall gegenüber dem Patienten*
    - *Nichteinhalten der Schweigepflicht*
- *die letztgenannten 3 Punkte beziehen sich auch auf das Verhalten von Arzthelferinnen*

### **3.4. HIV-Test**

---

Viele der interviewten Männer mit unklarem HIV-Status sowohl in Franken als auch in Berlin gehen von sich aus „zum Testen“. Manche tun dies routinemäßig einmal im Jahr, „einfach um sicherzugehen“, andere, wenn sie „einen Unfall hatten“ – also das Kondom geplatzt ist. Manche schieben den Gedanken an Prävention beiseite, wenn sie bspw. auf eine Party gehen oder in den Urlaub fahren. Danach stellt sich bei einigen ein ungutes Gefühl ein, und der Wunsch nach Klärung bewegt sie dazu, entweder anonym in einem Gesundheitsamt oder auch nach einem Gespräch mit dem Hausarzt „einen Test machen zu lassen“. Vom Arzt auf die Notwendigkeit der Durchführung eines HIV-Tests angesprochen zu werden, finden alle Interviewpartner in Ordnung, allerdings sollte der Tonfall und die Art und Weise nicht diskriminierend sein. Auch der Begriff „Zugehörigkeit zu einer Risikogruppe“ wird von den MSM nicht gerne gehört.

Also, dass er mich angesprochen hat, war schon okay, aber ich hätte mir irgendwie einen anderen Ton gewünscht. Also nicht so „Risikogruppe“ und „Gehören Sie einer Risikogruppe an“. ... Aber trotzdem werte ich es schon als positiv, dass er überhaupt soweit gedacht hat. (Aibwa, HIV-, Fr)

„HIV Test hat er sich, glaub ich, nicht so getraut mich drauf anzusprechen. Er hätte einfach nur sagen müssen: „So sieht das aus, du hast die und die Infektion, wir machen das jetzt. Es besteht die Möglichkeit.“ (Mark, HIV+, Fr)



Die Gesundheitsämter in Franken werden von Interviewpartnern als sehr unterschiedlich beschrieben. Eines hat nach wie vor einen schlechten Ruf.

Es kann nicht sein, wenn jemand aufs Gesundheitsamt kommt und sagt, er möchte nen HIV-Test machen, dass ich den dann erst noch, was weiß ich, halbe Stunde drüber ausfrag, warum er jetzt unbedingt nen HIV-Test machen will. Den mach ich und damit basta. (Mark, HIV+, Fr)

Und da hat der mir sämtliche Übertragungsmöglichkeiten geschildert, aber alles heterosexuell, ne? ... Er hat bloß vom Vaginalverkehr erzählt. (Harry Potter, HIV-, Fr)

Positive Erfahrungen mit dem Rat zu einem HIV-Test machen die Ärzte, die offen und unbefangen mit dem Thema umgehen.

Und der hat ja gewusst, dass ich mit nem Mann zusammenlebe und dann hat er einfach so gesagt „Wir könnten ja mal nen Test machen“. (Roland, HIV+, Fr)

... also Franz, ich glaube - let's face it - wir machen jetzt mal den Test“. Aber was ich gut fand, war eben so, er hat - Hinterher war's ganz klar, und er hat sich die Zeit genommen, mir das zu sagen, und er war auch richtig betroffen (Franz, HIV+, Bln)

#### ***Zusammenfassung: HIV-Testsituationen***

- *Ärzte können und sollen nach Wunsch der Patienten ruhig offen und unbefangen die Notwendigkeit eines Tests ansprechen*
- *Sie sollen akzeptieren, wenn der Patient zunächst einen anonymen Test im Gesundheitsamt vorzieht*
- *Der Tonfall und die Art und Weise in der Situation sollte nicht diskriminierend sein*
- *Ärzte sollten bei einem Gespräch vor und nach dem Test nicht nur heterosexuelle Situationen beschreiben*

### **3.5. Fallbeispiele**

---

Das mangelnde Testbewusstsein auf ärztlicher Seite hat gravierende Folgen für die Patienten. Zwei Fallbeispiele sollen – basierend auf Interviewauszügen – die Probleme im ländlichen Franken veranschaulichen.

### **Fallbeispiel Mark, HIV+, Franken**

*Mark ist 44 Jahre alt, von Beruf Schlosser, derzeit aber krankgeschrieben. Er würde gerne wenigstens halbtags arbeiten, befürchtet aber das Gerede seiner Kollegen, wenn er häufiger bei der Arbeit fehlt.*

*Mark meint, sein Arzt hätte sicher geahnt, dass er schwul ist, er wusste ja, dass er mit einem Freund zusammenlebt. Irgendwann bekam er immer häufiger Infektionen*

*„mal ne Lungenentzündung oder mal ne Grippe, dann gings los mit Gürtelrose und sowas, des is halt immer, is immer mehr geworden“.*

*Der Arzt forderte ihn nie auf, einen HIV-Test machen zu lassen.*

Und irgendwie is er halt auch nicht so auf die Idee gekommen vielleicht mal zu fragen „Wie schaut’s aus, wollen wir mal eventuell doch nen Test machen?“ Sind halt so Sachen, ich mein, die trauen sich dann irgendwie nicht, das anzusprechen direkt.

*Als die Schwester seines Freundes zu Besuch kam und Marks Zustand sah, bestand sie darauf, ihn in ein Krankenhaus zu bringen.*

Und das war ne Zeit, da konnt ich eigentlich kaum noch laufen, da war ich die Hälfte schon Gelähmter.

*Selbst im Krankenhaus musste nach Marks Schilderung mehrmals insistiert werden, damit ein HIV-Test gemacht wurde. Nach dem positiven Testergebnis wurde ihm die HIV-Schwerpunktklinik in Erlangen empfohlen. Dort habe man festgestellt, dass er bereits in „Stadium 3“ sei. Nach einem Selbstmordversuch stimmte er einer Einweisung in die Psychiatrie zu.*

*Später reflektierte Mark die damalige Situation mit seinem Hausarzt:*

Ich hab den Eindruck gehabt, der war schon a weng erschrocken gewesen. Er hat dann zwar so im Gespräch ....gesagt, er hat sich da schon irgendwie bisschen so seine Gedanken schon vorher gemacht, mit den vielen Infektionen und so. Aber er hat dann halt gesagt – wie das halt so ist unter Menschen – man irgendwo tut man’s dann doch unterdrücken und fragt dann halt doch nicht, ob man das macht. Obwohl’s vielleicht wahrscheinlich besser gewesen wäre.

Das Beispiel ist weder in dieser Studie noch generell ein Einzelfall. Bei Veranstaltungen in der AIDS-Hilfe Nürnberg hieß es dazu: „Sie [die Patienten] schlagen dann im Vollbild auf“ (5. 12. 2007). Es scheint im Raum Franken bekannt zu sein, dass es immer noch Ärzte gibt, die ihre Patienten zwar zu mehreren Kollegen überweisen, ohne dass je ein HIV-Test durchgeführt wird.

Die Fallgeschichte von Buddha ist ebenfalls gravierend; die Zuspitzung seines Gesundheitszustandes kam aber zustande, nachdem sein positiver Status dem Arzt bereits bekannt war.

## **Fallbeispiel Buddha, HIV+, Franken**

*Buddha ist 37 Jahre alt und hat nach dem Realschulabschluss einen medizinischen Beruf erlernt. Er ist mit 60% noch berufstätig und bezieht eine 40%ige Erwerbsunfähigkeitsrente. Er ist seit 1999 HIV+, 2005 zeigten sich die ersten Symptome. Nach einem Urlaub in Afrika bekam er einen hartnäckigen Durchfall, der vom Hausarzt mit Imodium behandelt wurde. Als er innerhalb kürzester Zeit 5 kg abgenommen hatte, verschrieb ihm der Arzt ein Antibiotikum und eine „dickflüssige weiße Milch“. Über das Wochenende spitze sich sein Zustand zu:*

Da hab ich damals sogar eine Strichliste geführt, ich bin an einem Tag 137 x auf die Toilette gegangen. Und dann hab ich in der ganzen Zeit, das hat ja fast 14 Tage gedauert, 27 Kilo abgenommen. Innerhalb von 2 Wochen, nur vom Toilettengehen. Ich hab wirklich ausgeschaut wie der Tod. ... Ich hab richtig abgenommen gehabt, ... von 108 oder 110 Kilo bis auf 79 Kilo ...

*Buddha insistierte dann am Montag in der Sprechstunde auf eine Überweisung ins Krankenhaus:*

Sie geben mir jetzt eine Überweisung ins Krankenhaus, das kann nicht so weitergehen. Ich möchte, dass da jetzt was abgeklärt wird und da was gemacht wird. Mittlerweile glaube ich nicht mehr, dass ich mir irgendwas eingefangen habe, dass das was Größeres ist.

*Er fuhr dann in die Klinik und ließ sich aufnehmen. In der Notaufnahme habe der Oberarzt dann gemeint, der Hausarzt hätte ihn schon vor einer Woche einweisen müssen und habe*

die Hände überm Kopf zusammengeschlagen und hat zu mir klipp und klar gesagt „Herr ..., ich hätte Ihnen noch einen Tag gegeben, dann wären Sie an Nierenversagen gestorben!

*Was Buddha am meisten beunruhigte, war die mangelnde Aktivität seines Hausarztes, obwohl dieser von seinem positiven HIV-Status wusste:*

Was mir halt damals Angst gemacht hat war, dass mein Hausarzt nichts gemacht hat - weder Blut abgenommen, noch sonst irgendwas.

*Heute fährt Buddha regelmäßig in eine Klinik in den Großraum Nürnberg und erhält eine antiretrovirale Therapie. Er befindet sich zudem in der Obhut einer Psychologin.*

## 4. STATUS QUO DER ÄRZTLICHEN BERATUNG

### 4.1. Welche Bedeutung hat HIV-Prävention in der eigenen ärztlichen Praxis?

#### 4.1.1. Ist HIV-Prävention eine ärztliche Aufgabe – oder Aufgabe der Massenmedien?

Die Frage, inwieweit sich Ärzte in ihrer Praxis für HIV-Prävention verantwortlich fühlen, führte bei vielen der befragten Ärzte dazu, sich dazu zu äußern, inwieweit Prävention bzw. HIV-Prävention generell zum ärztlichen Auftrag gehört. Hier gingen die Meinungen auseinander. Während einige Ärzte Prävention als originäre ärztliche Aufgabe, ja Pflicht sehen, bezweifeln andere, die geeignete Adresse für präventive Arbeit zu sein. Auffällig ist, dass in beiden Gruppen auf die Massenmedien als geeigneteren und effektiveren präventiven Ansatz verwiesen wird.

In dem Moment, wenn der Patient ein Problem auf dem Gebiet hat oder einer Gefahr ausgesetzt ist, das ist selbstverständlich, dass ich versuche, ihm da Fachwissen oder so anzubieten, dass er sich entscheiden kann, wie er weiterlebt. Die Entscheidung muss er natürlich treffen. Aber zumindest muss ich ihm helfen – oder will ich auch, ja – ihm Information zu bieten und ihn vielleicht auch moralisch zu unterstützen. (Vollmers, Bln)

Da ist Prävention eigentlich unser every-day-life...Ich finde schon, dass Prävention auch ein fester Bestandteil der ärztlichen Arbeit ist. ...Also ärztliche Arbeit ist auch immer Präventionsarbeit. (Cavanaugh / SP, Bln)

Also ich denk meine Aufgabe als Arzt oder als Hausarzt auch speziell sehe ich schon [darin], meinen Patienten...darauf [auf Schutzverhalten] aufmerksam zu machen. Verantwortlich fühle ich mich insoweit und auch in der Pflicht insoweit. (Hausarzt / FR)

Also ich find schon, wenn man in der Öffentlichkeit, also jetzt nicht unbedingt mit Arztpraxen, ich würde da die Arztpraxen als Präventivstelle gar nicht so hoch sehen. ... Also da wäre ich eher dafür, dass man da eher ins Fernsehen, ins Radio, in die Medien geht, damit da die Leute wieder sensibilisiert sind. Da würde ich die Arztpraxis nicht so als Präventionsschwerpunkt sehen. (Schweighöfer / FR)

Grundsätzlich, der Arzt sollte sicher als Ansprechpartner zur Verfügung stehen. Ich bin mir nicht sicher, ob die Prävention sinnvollerweise, zumindest in einer gewissen Betonung bei den Ärzten richtig aufgehoben ist. Also ich glaube, dass andere Präventionsmaßnahmen, Informationskampagnen, die vielleicht als Anker den Arzt durchaus miteinbeziehen können. Aber die einfach massenhaft informieren. Auch anonym informieren. ...Insofern denke ich, dass Massenkampagnen da vielleicht einfach im Endeffekt erfolgreicher sind, um zumindest ein Bewusstsein dafür zu schaffen. Und dann sehe ich den Arzt als Ratgeber für diejenigen, die darüberhinaus weitere Fragen haben. (Hausarzt / FR)

Wie sehr Prävention in der Wahrnehmung der Befragten bereits mit Massenmedien, d.h. Plakaten und Broschüren, verbunden wird, zeigt sich auch in der Antwort eines Arztes, der auf die Frage nach Prävention in der Praxis diese spontan mit derartigen Medien gleichsetzt.

[ Glauben Sie, dass HIV/AIDS- und sexuell übertragbare Prävention für Patienten aus dem Einzugsbereich ihrer Praxis von Bedeutung ist?] Sie meinen jetzt mit Leuten, die hierher kommen und dann letztlich durch irgendwelche Auslagen und so weiter angegangen werden in der Form? (Müller / FR)

#### 4.1.2. Gründe und Motivationen für HIV-Prävention in der Arztpraxis

Wieso sie die HIV-Prävention bei ihrer ärztlichen Tätigkeit als wichtig einstufen, wurde von den Ärzten unterschiedlich begründet. Neben der o.g. Auffassung, Prävention gehöre sozusagen „verpflichtend“ zum ärztlichen Behandlungsauftrag, wurde deutlich, dass einige der Berliner Ärzte ihre Motivation v.a. aus persönlicher Betroffenheit ziehen.

Habe auch im Privatleben sehr viele Freunde verloren. ...Jemand, der auch die schlimmen Zeiten von AIDS vor 1996 gekannt hat, der wird das nie vergessen und wird wahrscheinlich zu dem Thema „Prävention“ auch anders stehen als jüngere Kollegen, die diese harten Zeiten vielleicht nicht mehr so gesehen haben. (Rens, Bln)

Einige Ärzte gründen ihre Motivation zur HIV-Prävention auch aus persönlicher bzw. professioneller Befriedigung, die sich bei präventiven Beratungsgesprächen ergibt.

Aber es ist ja immer wieder die Erfahrung ..., wie unendlich dankbar auch so [ein] bisschen zurückgezogene ... oder verklemmte Menschen ...sind, wenn man die so [ein] bisschen aus ihrer Ecke rausholt... Und ja, das ist für beide dann ein schönes Gefühl, wenn man merkt, der hat jetzt auch vielleicht ein bisschen seine Ängste verloren. (Rens, Bln)

Wir sind ja nicht hier, um die Welt umzudrehen, ... Aber Schritt für Schritt für Schritt. Manchmal ist es ja doch wirklich so das schönste Gefühl in der Praxis, wenn man merkt, irgendwas ist angekommen, so ein Aufblitzen im Auge des Patienten. (Schäfer, Bln)

#### 4.1.3. Gründe, warum HIV-Prävention in der Arztpraxis nicht so relevant gesehen wird

Die Skeptiker waren fast ausschließlich bei den Allgemeinmedizinerinnen und Internisten aus dem Bayreuther Raum zu finden, was sich vermutlich vor allem dadurch erklären lässt, dass insbesondere die HIV-Schwerpunktärzte stärker mit den Folgen einer HIV-Infektion konfrontiert sind als die nicht spezialisierten Ärzte im ländlichen Bereich.

Die Bayreuther Ärzte wiesen darauf hin, dass unter ihren Patienten praktisch keine Vertreter von Risikogruppen zu finden seien. Dabei ist interessant, wie diese Aussage begründet wird. Die Ärzte glauben, dass die thematisierte Zielgruppe (MSM) bzw. für Prävention relevante Zielgruppen deshalb nicht in bedeutender Zahl ihre Praxis aufsuchen, ...

- weil nur wenig Patienten HIV-positiv sind
- weil der Altersdurchschnitt der Patienten recht hoch liegt

- weil die Patienten mehrheitlich einen „bürgerlichen“ Hintergrund haben
- weil bzgl. HIV-Prävention eher Drogennutzer oder Patienten aus Afrika relevant sind
- weil HIV-Prävention für Fernreisende bedeutsam ist.

Ich mein, wir sind hier in einem relativ bürgerlichen Gebiet. Insofern denke ich, ist das jetzt für diese Erkrankungen nicht das ganz typische Risikoklientel. (Hausarzt / FR)

Also ich betreue jetzt ungefähr 8 bis 10 HIV-Patienten. Und hab aber eine Praxis mit 1200 bis 1400 Patienten. Also es ist ein relativ kleiner Bereich, so dass die Prävention jetzt für mich nicht die große Rolle spielt... (Schweighöfer / Allg, FR)

Ansonsten ist natürlich das Krankengut in einer internistischen Praxis älter. Und die Jüngeren kommen zum Teil eben wegen infektiologischer Probleme dann, aber ich hab sie nicht in der breiten Strömung hier.[...] Weil sonst hab ich nicht das Publikum, ...was eigentlich in diese Altersgruppe 15-45 [gehört], die allgemein bei AIDS-Statistiken geführt wird. (Müller / Allg, FR)

**Zusammenfassung: Welche Bedeutung hat HIV-Prävention in der eigenen ärztlichen Praxis?**

- *Nur wenige Ärzte sehen (HIV-)Prävention als originäre ärztliche Aufgabe, ja Pflicht. Die meisten Ärzte bezweifeln, die geeignete Adresse für präventive Arbeit zu sein*
- *Vielfach wird auf die Massenmedien verwiesen - als geeigneteren und effektiveren Ansatz.*
- *Die Motivation für die Durchführung von Prävention begründet sich durch*
  - *Gefühl, bei klarem Risiko des Patienten zur Hilfe verpflichtet zu sein*
  - *Persönliche Betroffenheit mit dem Thema HIV / AIDS*
  - *Professionelle Befriedigung durch (positiv erlebte) Beratungsgespräche*
- *Skeptische Einstellungen zur HIV-Prävention finden sich v.a. bei Allgemeinärzten sowie bei den Bayreuther Ärzten*
- *Der Bedarf in der eigenen Praxis für HIV-Prävention wird möglicherweise unterschätzt*

#### **4.2. Wer wird gefragt und beraten?**

---

Eine ausführlichere Risikoanamnese oder eine präventive Beratung wird weitestgehend nur bei zwei Patientengruppen durchgeführt: erstens bei denjenigen, die aktiv nachfragen, zweitens bei denjenigen, die sich deutlich als Personen mit Risikoverhalten zeigen, v.a. dadurch, dass sie mit STD oder mit der Befürchtung, sich eine STD zugezogen zu haben, in die Praxis kommen. Dabei ist die Wahrnehmung von ärztlicher Seite, dass nur sehr wenige Patienten das Thema von sich aus ansprechen.

Und bei mir kommen selten Patienten, die sagen „Also Herr Doktor, ich wollte mich mal drüber unterhalten, wie ich eben keine Geschlechtskrankheiten bekomme“ Das ist eigentlich selten. (Rens, Bln)

Wenn mich jemand fragt, also in die Praxis kommt und fragt „Wie kann ich mich schützen?“ ... – das hab ich nämlich jetzt in den acht Jahren vielleicht 2, 3 Mal gehabt, dass jemand nachfragt – weil die Leute sich wirklich anders informieren. (S, Bln)

Im Gegensatz zu dieser Wahrnehmung auf ärztlicher Seite stehen die Erfahrungen der Patienten. Viele MSM wünschen sich ein offensiveres Vorgehen und Nachfragen der Ärzte (s. u.).

Naja, er hat schon immer gesagt „Passt fei auf, seid vorsichtig, gell und nehmt Kondome“ Das schon, hab ich ja gesagt. Aber es war so beiläufig. (Bernd, HIV+, FR)

... die normalen Hausärzte, glaub ich schon, dass die auch heute noch überfordert sind oder gar nicht wissen, wie die damit umgehen sollen (Snoopy, HIV-, Bln)

Aber das trauen sich halt auch viele Ärzte nicht, halt ganz offen über solche Angelegenheiten zu reden, halt über so Sachen. Das ist – es kommt ja manchmal so vor, so wie früher zu Hause so, da gab's auch nicht das Thema Sexualität. Die Mutter hat da schon mal weggeschaltet, nur wenn irgendwo mal etwas mehr zu sehen gewesen ist. Und so macht das manchmal so den Eindruck bei manchen Ärzten auch. (Mark, HIV+, FR)

In der Regel entsteht daher ein Gespräch über Ansteckungsrisiken und HIV-Prävention dann, wenn ein Patient mit STD den Arzt aufsucht. Das hat zwei Gründe: zum einen wird das präventive Gespräch hier als besonders sinnvoll eingeschätzt, da offensichtlich ein klarer Bedarf besteht. Zum anderen wird die STD von den Ärzten als guter „Aufhänger“ gesehen, um einen Einstieg in das an sich eher als heikel eingestufte Thema zu bekommen. Damit gelten diese Patienten bei den Ärzten als ideale, fast als einzige Zielgruppe für einen entsprechenden präventiven Ansatz.

Der Einstieg in ein Gespräch über Sexualität beim allerersten Kontakt, oder wenn jemand eine Bronchitis hat oder so, finde ich eher ein bisschen schwierig. [Aber] wenn er z.B. mit einer STD kommt. Also das ist natürlich ein guter Einstieg, um zu sagen: „Ja wie ist denn das? Haben Sie sich damit schon mal intensiver beschäftigt? Gibt's da eine Partnerschaft?“ (Waters / Brennan / SP, Bln)

Ein Anlass ist ja oft entsprechende Befürchtungen seitens der Patienten, bestimmte Erkrankungen zu haben. Oder tatsächlich die Ausprägung bestimmter, sexuell übertragbarer Erkrankungen, Viruserkrankungen vor allem, Warzenerkrankungen. (Hausarzt / FR)

Ich find es eigentlich nicht sehr schwer da ran zu kommen. Also, unter Männern ist eine gewisse Offenheit da. [...] Bei Männern finde ich das dann relativ unkompliziert. Es wird ja manchmal eher als Trophäe fast gewertet, ja. Ich hab mir was eingehandelt. Schau an, wie aktiv und toll ich bin. (Hausarzt / FR)

Eigentlich sind ja die Patienten, die man am besten dafür gewinnen kann, oder die auch dafür am offensten sind, die schon mit irgendeiner ... Geschlechtskrankheit kommen... Die sinnvollere Gruppe sind doch die, die eben irgendwas haben. Und da kann man ansetzen. (Rens, Bln)

Wenn Patienten ...kommen, die zum Beispiel ne Harnröhrentzündung haben, die eben durch sexuellen Kontakt akquiriert wurde, ist das häufig ein Aufhänger, dann bei der Befundbesprechung oder auch beim ersten Kontakt ein Gespräch darüber zu führen, ...dass man natürlich auch an andere Sachen denken muss. (Vollmer, Bln)

Also ich find auch, der beste Aufhänger, um sozusagen in die Präventionsdiskussion rein zu kommen, sind natürlich die ganzen jungen Männer, die mit ihrer Urethritis kommen. Da ergibt sich das ja, man muss sowieso fragen „Wo hast du das her? Wer ist noch angesteckt?“ (Römer, Bln)

Ein Arzt räumt allerdings ein, dass bei dieser Gruppe problematisch ist, dass STD-Patienten meist als Notfall kommen und daher nicht viel Zeit für die präventive Beratung bleibt.

Ein ganz praktisches Problem ist aber, dass praktisch alle mit Verdacht auf eine Geschlechtserkrankung ...sind Patienten, die quasi notfallmäßig ohne Termin kommen, d.h. ... die werden zwischen 'rein geschoben. Für die hat man eigentlich gar keine geplante Kapazität. Und mit diesen Patienten dann außer der Notfallversorgung (Abstriche machen, Antibiotikum geben) noch im normalen Praxisablauf ungeplant sehr viel Zeit investieren zu können für Präventionsgespräche, ist aus praktischen Aspekten häufig nicht wirklich möglich. (Römer, Bln)

Patienten, die sich nicht direkt erkundigen, wie sie sich schützen können, oder kein eindeutiges Zeichen für Risikoverhalten an den Tag legen, werden in der Regel nicht angesprochen – aus mangelnder Kapazität, aber auch, um den Patienten nicht zu drangsalieren oder zu verärgern (s.u.). Das gilt auch für die Situation, wenn andere Vorsorgeuntersuchungen durchgeführt werden, z.B. Hautkrebs-Screening.

Klar, wir sagen das den Leuten, wenn sie kommen und fragen. Aber primär – bei der Hautkrebsvorsorge sag ich anschließend „Überhaupt, benutzt du eigentlich regelmäßig Kondome?“ Das nicht! (Schäfer, Bln)

Gelegentlich wird aber offensichtlich die Situation des Gesundheitschecks oder der Impfung dazu genutzt, auch über HIV-Prävention aufzuklären.

Es spielt in jedem Vorsorgegespräch eine Rolle. Wenn ein Mann zum Check kommt, ist es für mich ganz selbstverständlich, dass ich ihn nach seiner Sexualität frage. (Brennan / SP, Bln)

Also ich finde es gibt Anlässe, wo man sehr leicht einen Einstieg findet. Und wir versuchen so ein bisschen die Impfsituation dafür zu nutzen. Dass wir sagen „Ich hab hier noch was.“ (Watters /Brennan / SP, Bln)

Ich sag dann immer, wenn sie mich [zur Reisevorbereitung] fragen: „Gegen was kann man alles impfen?“ Ich sag: „Gegen HIV hab ich keine Impfung.“ Ich sprech das ganz konkret an. Und dann kann man darüber auch reden. ... [Also] für die Reisen. ... bei Reisen spreche ich es an – bewusst. (Müller / BT)

Anders sieht es aus bei Patienten, die einer Risikogruppe zugeordnet werden, z.B. MSM. Diese werden durchaus von den Ärzten auch ohne konkreten Anlass wie STD angesprochen.



Allerdings weisen viele der Ärzte darauf hin, dass hier ein solches Gespräch erst geführt wird, wenn der Patient schon länger bekannt ist und häufiger in der Praxis war.

Stammpatienten [also bei den Patienten, die Sie langfristiger haben] – mit denen spreche ich, wenn ich weiß, sie gehören einer Risikogruppe an oder laufen Risiko. (Schweighöfer / FR)

Und der Einstieg jetzt in ein Gespräch über Sexualität finde ich beim allerersten Kontakt ...eher ein bisschen schwierig. Das machen wir in der Regel nicht beim ersten Kontakt, sondern wenn ein Patient etwas gebunden ist an diese Praxis. (Waters / Brennan / SP, Bln)

Einige Ärzte hinterfragen ihre Praxis kritisch, da dadurch möglicherweise eher gesundheitsbewusste und aufgeklärte Patienten erreicht würden und weniger diejenigen, bei denen der Bedarf am höchsten ist.

[Es sind die,] die ich jetzt zur Risikogruppe [zähle] oder wo ich denke [sie könnten ein Risiko haben], die ich anspreche, ...Aber wenn einer jetzt, so ein Unauffälliger, der nicht von sich aus kommt, dann ist es schwierig. Der kann sich verstecken, auch vorm Arzt. (Schweighöfer / FR)

[Durch Ansprechen beim Gesundheitscheck] Bloß die Frage ist: Wie viele nehmen an präventiven Maßnahmen teil und wer nimmt daran teil, ob man gerade die erreicht, die man vielleicht erreichen will dann auch. (Vollmers, Bln)

Die, die zu mir kommen, als Hautarzt, da hat ja die Prävention versagt, ja. Die haben ja dann immer irgendetwas, wo Prävention nachhinkt. D.h. also, die kommen in der Regel mit sexuell übertragbaren Krankheiten. (Macy / SP, Bln)

#### **Zusammenfassung: Wer wird gefragt und beraten?**

- *Eine Risikoanamnese bzw. präventive Beratung wird weitestgehend nur durchgeführt...*
  - *bei denjenigen, die aktiv nachfragen*
  - *bei denjenigen, die sich deutlich als Personen mit Risikoverhalten zeigen*
    - *v.a. dadurch, dass sie mit (Angst vor) STD in die Praxis kommen*
  - *bei bekannten MSM, wenn sie schon längere Zeit Patienten sind*
  - *gelegentlich bei Patienten, die zum Gesundheitscheck oder zu Impfungen kommen*
- *Als ideale, fast einzige Zielgruppe für einen präventiven Ansatz gelten dabei Patienten mit STD...*
  - *da hier ein Bedarf deutlich ist*
  - *da STD als guter „Aufhänger“ gesehen wird, um einen Einstieg in das an sich eher als heikel eingestufte Thema zu bekommen.*
- *Es ist den Ärzten bewusst, dass dieses Vorgehen vermutlich nicht bedarfsgerecht ist*

### **4.3. Risk assessment: Wie wird zur Risikoeinschätzung vorgegangen?**

---

Es ist auffällig, dass bei den Ärzten praktisch kein standardisiertes Vorgehen zur Risikoeinschätzung besteht, und dass ein routinemäßiges Risk Assessment bei keinem der befragten Ärzte stattfindet. Einzelne Aspekte, die mit einem erhöhten HIV- oder STD-Risiko einhergehen, werden, wenn überhaupt, eher sporadisch und willkürlich abgefragt. Der Umfang der gestellten Fragen ist begrenzt. Nur wenige Ärzte geben überhaupt an, ihre Patienten direkt z.B. auf sexuelle Orientierung und Partnerschaften anzusprechen.

Wenn ein Mann zum Check kommt, ist es für mich ganz selbstverständlich, dass ich ihn nach seiner Sexualität frage. Ich frag ihn zwischendurch auch ungeniert: „Sind Sie schwul? Sind Sie hetero? Haben Sie einen Partner oder eine Partnerin?“ Weil das für mich einen Unterschied macht, was dann die Beratung angeht. (Brennan / SP, Bln)

Bin eine hausärztliche Praxis, hauptsächlich nur für ältere Menschen. Ich spreche das Thema sexuelle Orientierung an. Ich frage, ob sie wissen, ob sie Impfungen brauchen, ... frage nach, was sie von Prävention wissen. (Waters, Bln)

Auch junge [Patienten], wenn ich da einen sehe und sag „Naja, hast du einen Freund oder Freundin?“ Und dann kommt man so langsam drauf. Und dann versuche ich schon im Gespräch auf die Risiken hinzuweisen. (Schweighöfer / FR)

Ein Großteil unserer Patienten ist halt HIV-negativ. ...Die kommen dann ...auch mit den ersten Geschlechtskrankheiten... Und deswegen ...versuchen wir auch, das, was wir können und in der Zeit schaffen können, das auch anzusprechen. Da haben wir auch keine Probleme mit direktem Ansprechen, das geht da[heim] so, ja wir sprechen über ungeschützten Analverkehr und Sexpraktiken und Gruppensex usw. (Macy / SP, Bln)

Ansonsten findet eine strukturierte Risikoeinschätzung oder Risikoanamnese weder in den Berliner Schwerpunktpraxen noch in der Bayreuther Praxen statt. Die Ärzte sind eher zurückhaltend und weisen weitgehend übereinstimmend darauf hin, dass man das Thema sehr behutsam und vorsichtig angehen muss.

Ich frage mich natürlich auch, ob ich die [Patienten] fragen sollte oder nicht. Ich hab mal einen Vortrag gehört von einem [Arzt], der geht gleich direkt ‘ran und fragt „Ja, wie machen Sie Sex? Analverkehr? Oralverkehr? ...und zack zack“ Ich muss sagen, ich will meinen Patienten auch – sagen wir mal - die Möglichkeit geben, das rauszulassen, was sie rauslassen wollen. Und wenn, dann frag ich nach einiger Zeit vielleicht gezielt nach. (Vollmers, Bln)

Ich finde, man kann auch mit diesem Präventionsansinnen – da[mit] darf man die Leute auch nicht erschlagen. Also das finde ich dann auch schwierig, gleich beim ersten Gespräch „Sind Sie eigentlich schwul oder sind Sie heterosexuell?“ ... Also ich finde, man muss schon so ein bisschen versuchen, da einen Einstieg zu finden. (Waters / Brennan / SP, Bln)

...wenn's jetzt zum Beispiel um Analverkehr geht – Patienten drücken sich ja, das muss man ja auch ein bisschen lernen, wie man dann die Patienten da hinbringt. (Rens, Bln)

So bisschen zurückgezogene Menschen oder verklemmte Menschen – ...[die] darf man natürlich auch nicht sofort überfahren und sagen – nicht so brutal dann eben anreden. (Rens, Bln)

Man muss da ein sehr gutes Gefühl schon für seinen Patienten haben... Und dann kann man sich vorsichtig 'rantasten. Aber das ist sicherlich keine Hau-Ruck-Möglichkeit, da dann direkt auf dieses Thema zuzugreifen. (D, Bln)

**Zusammenfassung: Risk assessment: Wie wird zur Risikoeinschätzung vorgegangen?**

- *Eine strukturierte Risikoanamnese findet weder in den Berliner Schwerpunktpraxen noch in Bayreuther Praxen statt*
- *Wenn überhaupt, werden nur wenige Fragen gestellt, z.B. zur sexuellen Orientierung oder Kondomnutzung, gelegentlich zu Sexualpraktiken (Analverkehr); dies geschieht aber nicht routinemäßig*
- *Die Ärzte geben an, auf ein behutsames und individuell angepasstes Vorgehen zu achten*

#### **4.4. Risk reduction counselling: Wie wird bei der präventiven Beratung vorgegangen?**

---

Es ist auffällig, dass die Ärzte bei der präventiven Beratung nicht systematisch oder standardisiert vorgehen, sondern ein individuelles, „lockeres“ Vorgehen bevorzugen bzw. nur dieses für möglich halten. Das betrifft sowohl die Inhalte der Beratung als auch die Art der Kommunikation.

Analverkehr... da spreche ich schon drüber. Allerdings nicht systematisch. Ich hab da jetzt keine ...wie sagt man – evidence based guideline, wie ich mit ihnen spreche. Sondern ich lasse das im Gespräch auf[kommen], ich versuche erst, ihn mal ein wenig herauszulocken, dass er mit mir spricht. Und dass ich dann diese Problempunkte anspreche. Also systematisiertes Vorgehen, dass ich da eine Liste habe „Was mache ich bei denen und denen?“, besteht nicht. Schweighöfer / FR)

Das ist sehr, sehr schwer in der heutigen Zeit, für bestimmte Gruppen, für bestimmte Krankheiten, für bestimmte Männlein oder Weiblein, bestimmte Präventionsbotschaften zu geben. Weil die heute so speziell sein müssen, dass das den allgemeinen Rahmen in der Regel sprengt. [...] Das ist sehr, sehr schwer, weil das wirklich eine ganz individuelle Sache ist. (Macy / SP, Bln)

Die präventive Beratung bei den Bayreuther Allgemeinärzten beschränkt sich in der Regel auf den Verweis, ein Kondom zu verwenden, während die Empfehlungen bei den Schwerpunktärzten und Ärzten mit größerer MSM-Klientel deutlich vielschichtiger ist und auf verschiedene Sexualpraktiken und Situationen einzugehen versucht.

Eine bestimmte Strategie [zur präventiven Beratung] – im Grunde genommen bleibt uns ja fast nur das Kondom. Sonst müssten wir sagen, sie müssten praktisch abstinent sein. (Müller / FR)

Die sagen „Ja, ich hab kein Kondom benutzt und befürchte deswegen“ und dann ist es für mich immer sehr schwierig. Also wüsste ich nicht, was ich zusätzlich noch sagen sollte. (Hausarzt / FR)

***Zusammenfassung: Risk reduction counselling: Wie wird zur präventiven Beratung vorgegangen?***

- *Eine strukturierte präventive Beratung findet weder in den Berliner Schwerpunktpraxen noch in Bayreuther Praxen statt*
- *Die Ärzte weisen darauf hin, dass ein individuell angepasstes Vorgehen notwendig ist*
- *Inhaltlich beschränken sich die Empfehlungen der Bayreuther Allgemeinärzte fast ausschließlich auf Kondomnutzung; bei Schwerpunktärzten ist die Beratung vielschichtiger*

## 5. DAS ÄRZTLICHE GESPRÄCH AUS DER SICHT VON MSM MIT NEGATIVEM ODER UNKLAREM HIV-STATUS

### Fallbeispiel Aibwa, Franken

*Also wenn er als Anlaufstelle, als Frageperson, ja wirklich als Hausarzt des Vertrauens auftritt, kann er diese Themen ganz gut machen. Aber es muss meiner Meinung nach einfach auf einer sachlichen Ebene passieren...: ohne, dass er irgendwie anklagend ist, selbst wenn er halt selbst heterosexuell ist und er sich das gar nicht vorstellen kann wie Schwule leben, welche Sexualität sie haben. Dann also merkt man ja ganz schnell, ob jemand in seiner Stimme so 'nen negativen Touch hat oder ob er das einfach versachlicht. Und das erwarte ich mir dann. Und dann glaub ich, ist der Hausarzt der erste Ansprechpartner, mit dem man über solche Themen reden kann. Auch wenn – jetzt mal unabhängig von HIV – wenn's um Geschlechtskrankheiten geht, um Tripper, um Syphilis, Hepatitis oder, dass man dann auch sagen kann „Ja, ich hatte ungeschützten Geschlechtsverkehr“, ohne dass man dann rot anlaufen muss und ja quasi Angst hat „Ja, was denkst der jetzt von mir“, sondern dass der wirklich nüchtern bleibt und sachlich bleibt und sagt „Okay, wir tun jetzt dieses oder jenes“ oder „Wir machen jetzt nen Abstrich und schau einfach nach“ (Aibwa, HIV-, FR)*

Dieses längere Zitat zeigt sehr eindeutig grundsätzliche Ansprüche, die viele der Interviewpartner an ein ärztliches Präventionsgespräch stellen. Im Vordergrund stehen dabei der sachliche, medizinisch professionelle Umgang mit schwuler Sexualität sowie mit bestimmten, durchaus szenetypischem Verhalten und das Vertrauen, das für MSM durch dieses Verhalten des Arztes entsteht.

### 5.1. Gespräche über Sexualität

---

Abgesehen von der Kommunikation zwischen HIV+ Patienten und ihren Ärzten (siehe Kap. 11) wird über Sexualität in der Arztpraxis in der Regel nicht gesprochen. Dazu bedarf es eines konkreten Anlasses, der als Aufhänger dient.

*Aber der hat mich wirklich mal auf meine Sexualität angesprochen, weil ich hatte ne unklare Durchfallerkrankung und dann meinte er, ja ob ich einer Risikogruppe angehöre und es könnte quasi auch sein, dass ich HIV-positiv bin. (Aibwa, HIV-, FR)*

Die Patienten empfinden, dass die Initiative zum Gespräch häufig von ihnen selbst ausgehen muss. Ärzte würden eher verlegen reagieren und selten von sich aus auf das Thema Sexualität zu sprechen kommen. Am leichtesten fällt es auf beiden Seiten, wenn ein konkreter Anlass zu

einem Gespräch besteht, z. B. eine Harnröhrenentzündung, ein Attest wegen Wechsel des Arbeitgebers, ein HIV-Test oder eine Erkrankung des Partners.

... er hat nach dem Umgang, sag ich jetzt mal, gefragt. Er hat gemeint, man kann es [Harnröhrenentzündung] ohne Geschlechtsverkehr bekommen, ... Also ob ich jetzt praktisch was hatte und ob das die Folge sein kann. Das wollte er schon wissen. Und ihm war wohl auch wichtig, dass ich dann für ein paar Wochen abstinente sozusagen bin. (Eule, HIV-, FR)

Also vor diesem Aids-Test. ... das war dann so um in seiner Liste abzuhaken, ob es denn Sinn macht, beim Gesundheitsamt so einen Test machen zu lassen, und dann hat er gesagt „Jaa, lassen Sie einen machen“. Omid, HIV-, Bln

Manche Ärzte seien unnötig gehemmt und könnten nach Meinung der Befragten mit dem Thema eigentlich unbefangener umgehen. Von Bedeutung für ein gutes Gespräch ist, dass keine pauschale Zuordnung zu einer „Risikogruppe“ erfolgt, dass also nicht automatisch vom Arzt angenommen wird, dass ein schwuler Mann per se durch HIV gefährdet ist, ohne dass der Arzt den Lebenswandel oder die private Situation des Patienten kennt. Dabei kann es in einigen Fällen als erleichternd empfunden werden, wenn der Arzt selbst schwul ist.

Ich kann mich daran erinnern, dass er eine ziemliche Überwindung gebraucht hat, um die Frage zu stellen, ob denn auch Analverkehr stattgefunden hat. Und dass es eine ziemlich hohe Hürde für diesen Arzt war. Und ich hab ihm dann auch ganz unbefangen geantwortet. ... Ich fand es eher, glaub ich, lustig, dass der Arzt das größere Problem damit hatte, als ich es hatte. Und ich weiß es auch noch, es war ein relativ junger Arzt, also der war damals so Anfang 40. (Omid, HIV-, Bln, selbst 33 Jahre alt)

Und wenn er weiß, dass man schwul ist und man wird dann gleich auf Aids angesprochen, dann ist das schon wieder das In-die-Schublade-stecken. Also ich würde das jetzt gar nicht mehr so schlimm verstehen, ne? Es gibt schon Leute die denken dann „Boa, der weiß, dass ich schwul bin und schon hat er das Aids im Mund.“ Ne, ich glaub, also da reagieren schon viele Leute sehr empfindlich drauf. Also ich selber hätte damit jetzt kein Problem, weil man ja letztendlich Risikogruppe ist, das darf man nicht vergessen. Also lieber was zu viel angesprochen als zu wenig. Eigentlich. (Harry Potter, HIV-, FR)

Also vom Ambiente her war's gut. War also keine irgendwie künstliche Situation, sondern man sprach vom Schwulen zu Schwulen, so ungefähr. ... so vom Drüber-reden-können, von der Offenheit her, war es ok. Darum gehe ich auch zu dem einigermaßen gern, weil ich da einfach sage „Der weiß wie ich gepolt bin.“ Weil er ja selber - Also man witzelt da eher sogar noch drüber. (Eule, HIV-, FR)

*Diese Erfahrungen der Patienten decken sich mit der Einschätzung der Ärzte. Die Ärzte beschreiben, einen besseren Zugang zum Patienten zu haben und leichter ins Gespräch zu kommen, wenn der gleiche Erfahrungshorizont vorliegt; dazu gehört auch die sexuelle Orientierung (s. Kapitel 11).*

Allerdings kann ein lockeres Sprechen über bestimmte Sexualpraktiken wie Analverkehr und *fisting* auch eine Frage des Alters des Patienten sein. Ein befragter MSM meinte, heute mit 32 Jahren habe er da keine Hemmungen mehr, aber als junger Mann wäre das durchaus der Fall gewesen (Snoopy, HIV-, Bln).

Manche schwulen Männer beklagen, dass in vielen Praxen ganz selbstverständlich davon ausgegangen wird, dass männliche Patienten heterosexuell seien wie die beiden Beispiele zur Spermaabgabe und Hepatitistest zeigen.

... ich musste eine Spermaprobe abgeben, dass bei einem Urologen nur so was wie ein Playboy liegt, [zeigt,] dass das auch nur sehr straight gedacht ist, das Ganze. (Omid, HIV-, Bln)

Ich wollte die Hepatitisimpfung ... machen lassen, und dann haben die gesagt: „Wenn Sie schwul sind, mach ich das. Wenn Sie nicht schwul sind, wovon ich ausgehe, dann müssen Sie das zahlen und brauchen es nicht.“ Und dann hab ich gesagt „Ja, dann bin ich nicht schwul“ und bin wieder gegangen. (Woodman, HIV-, Bln)

Manche MSM sehen allerdings einfach „keinen Bedarf“, solange „man nichts hat“, und haben eigentlich „keine Probleme“, die ein Gespräch über Sexualität begründen könnte, wie dann im Interview oft recht knapp beschieden wurde. Solche Gespräche werden auch als zu intim oder als zu persönlich empfunden.

... ich glaub ich, das fände ich auch komisch, also nicht nur, weil es mein Arzt ist, sondern dass noch mal ne andere Frage von Intimität [kommt], die ich da auch nicht suchen würde, oder die es da nicht gibt, zumal nicht im Gespräch im Arztzimmer. (Antonioni, HIV-, Bln; sein Arzt ist selbst nicht schwul)

Vielleicht wär's mir auch auf einer Seite unangenehm, weil ich nicht gern über Sex spreche, oder Sexpraktiken oder wie man sich schützt oder was man zur Vorbeugung machen kann, weil's auch so ne Art vielleicht Befürwortung – ne, Bemutterung – genau, „Befürsorgung“, irgendsowas [ist]. Obwohl's eigentlich nur positiv gemeint ist für denjenigen, oder um denjenigen. Bloß, ich find das ist schon bisschen Intimsphäre, genau. Ich weiß nicht, ob da irgendwie ein Arzt so Zugriff drauf nehmen darf oder sollte. (Konrad, HIV-, Bln)

## 5.2. Gespräche über „Geschlechtskrankheiten“ oder über einen HIV-Test

---

Viele der Befragten meldeten Gesprächsbedarf weniger bezüglich HIV und AIDS an, aber konstatierten explizit einen Gesprächsbedarf bei sexuell übertragbaren Krankheiten wie Syphilis oder Hepatitis C.

Ja, ich denke eigentlich, dass gerade in der Schwulen-Szene die Leute relativ aufgeklärt sind, was HIV betrifft. Aber ich denke, dass es bei Geschlechtskrankheiten sehr stark hapert, dass da ein großes Defizit ist. Jonas Bloch, HIV+, Bln

Ähnliches wie für Gespräche über Sexualität allgemein gilt auch für Gespräche über sexuell übertragbare Krankheiten (STDs) und HIV. Wie oben beschrieben ist die einfachste Art und Weise, wie ein Gespräch zustande kommt, ein konkreter Anlass, sei es, dass eine Krankheit auftritt, dass ein Kondom gerissen ist oder dass Sex ohne ein Kondom stattgefunden hat und der Patient deshalb einen HIV-Test machen lässt.

Ich war da normal zu einer Routineuntersuchung, zu einem Labortermin, und paar Tage später hat der Arzt bei mir angerufen und hat gesagt, ich sollte vorbeikommen, ich hätte ne Infektion. Die muss behandelt werden. So ist das dann zur Sprache gekommen. - Ich wurde mit Antibiotika behandelt, regelmäßige Spritzen, ich glaube dreimal oder so, und es wird immer noch regelmäßig getestet darauf, ob da wieder was aufflammt, ob's in Ordnung ist. Ja, und äh darüber wird eigentlich gesprochen, dass es in Ordnung ist. (Jonas Bloch, HIV-, Bln)

Ich hätte auch eigentlich gehofft, dass man mich vielleicht mal bisschen aufklärt, dass wenn – es hätte ja auch sein können, dass der Test positiv war. ... Und ich hab dann auch immer gesagt, dass ich mich schütze, bis auf das eine Mal. Und dass ich aber routinemäßig gern alle 6 Monate wissen möchte, was ist, weil ich eben auch, wie gesagt, den Bekannten habe, der sich das nicht erklären kann, dass er positiv ist. Und weil ich eben der Meinung bin, dass es keinen 100%igen Schutz gibt, dass immer irgendwas schief gehen kann. (Snoopy, HIV-, Bln)

Wie das letzte Interviewzitat zeigt, lassen manche der Befragten HIV-Tests quasi als Routinemaßnahme durchführen. Hier könnte ein Gespräch klären, ob die Sorge vor Ansteckung berechtigt ist, welche sexuellen Praktiken Sorge bereiten und über welche präventiven Maßnahmen gesprochen werden sollte.

Wenn Ärzte das Thema Prävention von sexuell übertragbaren Krankheiten ohne Anlass ansprechen, kann das aber auf Widerstand oder Ablehnung bei den Patienten stoßen.



*Die Befürchtungen der Ärzte, ihre Patienten mit entsprechenden Gesprächen zu irritieren oder verärgern (s. Kapitel 6), scheint damit teilweise berechtigt.*

Der Arzt wird nicht unbedingt von allen MSM als der richtige Gesprächspartner akzeptiert, und er kann zu schnell – im negativen Sinne – als moralische Instanz gesehen werden.

Also Arzt und Prävention verbinde ich nicht unbedingt so. Für mich ist der Arzt so mehr der „Wenn ein Problem da ist, dann geht man zur Behandlung“. Aber im Vorfeld weniger. Also ne, seh' ich nicht als probates Mittel, da zu beraten. (Eule, HIV-, FR)

Also ich [habe] persönlich ne Mischung aus Abwehr aber auch Interesse oder Neugierde [über besseres Schutzverhalten nach einem Test zu sprechen]. Schwer zu sagen, weil ich glaub das ist sehr individuell wie jemand reagiert in diesem Fall. (Konrad, HIV-, Bln)

Also ich würde das extrem seltsam finden. Wie gesagt, für mich ist der Arzt ein Dienstleister. Ich weiß, die Ärzte fühlen sich als was anderes. Aber eine Arztpraxis ist wie ein Klempner, da geh ich hin, und dann wird der Zahn repariert. Für mich sind die Ärzte keine moralische Instanz. Politisch sowieso nicht. Für mich ist der Arzt kein Ansprechpartner für das Thema. Der Arzt kommt dann ins Spiel, wenn das Problem da ist. Aber nicht zur Information. (Woodman, HIV-, Bln)

Manche Männer bevorzugen andere Zuständigkeiten bezüglich einer Beratung oder Information zu STDs wie z. B. Gesundheitsämter, AIDS-Hilfen, Aidsberatungsstellen oder Internetportale. Sogar die erfolgte Aufklärung im Schulunterricht wurde in einem Fall als ausreichend erachtet.

Da find ich die AIDS-Hilfe dann eher einen Ansprechpartner. Jeder, der schwul ist, hat natürlich das Problem, dass die anderen nicht schwul sind, die meisten drum herum. Und dass man dann diese coming-out-Phase braucht, und dann beschäftigt man sich ja mit dem Thema intensiv. Und dann kann ich mir ne Quelle aussuchen, wo ich meine Informationen herbekomme. Und das ist bestimmt nicht der Arzt für mich. (Woodman, HIV-, Bln)

Ja Aidshilfe, die Informationsmaterialien. Mehr oder minder halt über die Aidshilfe. Dann teilweise bei Gayromeo oder so. Und den einschlägigen Portalen, ist auch was ... (Eule, HIV-, FR)

Ne, das hatten wir in der Schule als Fach, in Biologie. Da wurde alles geklärt, ohne Problem. - Alles Mögliche, über Geschlechtskrankheiten. HIV, Herpes, Hepatitis. (Dante, HIV-, Bln)

*Die Wahrnehmung mancher Ärzte, dass präventive Tätigkeit nicht die primäre Zuständigkeit von niedergelassenen Ärzten sei (s. Kapitel 4), wird damit von einem Teil der Patienten unterstützt.*

Nicht jeder Arzt wird als kompetent erachtet, vor allem, weil z. T. die Erfahrungen von Fehlinformationen durch den Arzt gemacht wurden.

Und ich sag mal, jetzt auf Syphilis und Hepatitis und die anderen Geschlechtskrankheiten, da hat mir sogar ein Arzt – das war auch wieder der in dem ländlichen Bereich – erklärt, dass das alles schon fast ausgestorben ist, und „Syphilis gab’s früher mal und heute...“ – obwohl ich natürlich auch weiß, dass da auch die Zahlen wieder steigen. (Snoopy, HIV-, Bln)

### **5.3. Das Thema Selbstschutz im Arztgespräch**

---

Die meisten ungetesteten Männer reagierten auf Fragen nach einer Beratung zum Selbstschutz wesentlich positiver. Die oben dargestellten Antworten erfolgten auf die Fragen: „Hatte sich bei einem Arztbesuch schon einmal die Gelegenheit ergeben, über Sexualität / Geschlechtskrankheiten / HIV-Test zu sprechen?“ Bei manchen der Antworten war eher Skepsis oder Ablehnung spürbar, vielleicht weil sie als Fragen auf das Verhalten gegenüber anderen interpretiert wurden. Die beiden Fragen „Inwieweit könnten Sie sich vorstellen, mit Ihrem Arzt darüber zu sprechen, wie man sich vor HIV oder Geschlechtskrankheiten schützen kann?“ wurde auch von einigen der Skeptiker unter den interviewten ungetesteten MSM positiver beantwortet. Eventuell ist dies darauf zurückzuführen, dass diese Fragen verstärkt auf den Selbstschutz abzielten.

Eigentlich kann ich mir das sehr gut vorstellen? Weil eigentlich ist ein Arzt ja für solche Sachen da ... Da bin ich ziemlich offen, eigentlich. (Harry Potter, HIV-, FR)

Keine Probleme [mit dem Arzt über Sexual- und Schutzverhalten zu sprechen]. Ich meine, das ist wie bei uns jetzt, unter Arzt und Patienten man soll alles besprechen, ohne Geheimnis und ohne Scheu. Das ist einfach besser für mich. (Dante, HIV-, Bln)

Also ich hätte, also ich wäre da ganz unbefangen und würde ihn da auch fragen. ... sofern ich da jetzt keinen begründeten Verdacht habe, an was jetzt erkrankt zu sein, würde ich es bei einem Routinebesuch beim Arzt auch gar nicht ansprechen, also wenn es keinen Zusammenhang dazu gibt. (Omid, HIV-, Bln)

Die Frage „Wie würden Sie reagieren, wenn Ihr Arzt mit Ihnen über Sexualverhalten und Schutzverhalten sprechen würde?“ wurde tendenziell recht positiv beantwortet.

Ich fände es gut, fände es gut. Es ist ja nicht immer nur ne Autorität, es ist ja auch ne Selbstbefragung. Also ich find das immer, wenn jemand was fragt und auch ernsthaft fragt, das ist bei mir immer ne Form von Selbstüberprüfung. (Antonioni, HIV-, Bln)

Auch gut. Man kann nicht davon genug hören. Man muss immer vorsichtig sein. Weil ich fühle heute, besonders hier in Deutschland... Die Medien machen, dass HIV nicht so ernst genommen wird, nicht mehr. ... Und jetzt, es ist wie eine Grippe und so was, man kann damit leben. Und das ist nicht so, meiner Meinung nach. (Dante, HIV-, Bln)

Ich glaube eigentlich ganz offen, weil das ist ja auch ein Teil ner ganz normalen menschlichen- des menschlichen Lebens, und wenn ein Arzt einem Ernährungstips gibt, warum soll er dann nicht auch über Sexualität mit einem sprechen. Also ich glaube die Befangenheit wäre eher beim Arzt da, als bei mir in dem Fall. (Omid, HIV-, Bln)

Also damals, wie gesagt als ich 18 war, hätte mir das schon sehr weitergeholfen. Heute bin ich im Prinzip ganz gut aufgeklärt. Da hätte ich mir das eigentlich schon gewünscht, dass man da mal so drüber sprechen kann. (Snoopy, HIV-, Bln)

Natürlich ist es gut, wenn jemand das einem noch mal ins Gedächtnis ruft. Aber ich denk, dass ist auch situationsbedingt, wie du persönlich auch drauf bist bei dem Gespräch mit deiner Ärztin oder deinem Arzt. (Konrad, HIV-, Bln)

Allerdings wurde darauf hingewiesen, dass eine präventive Beratung paternalistisch bzw. „schulmeisterlich“ erfolgen dürfte.

Find ich schon gut, also weil da trotzdem irgendwie der Arzt – ja wie so ne Respektsperson einfach da ist. Aber er darf halt nicht als Schulmeister auftreten, also der muss da auch wieder ganz aufpassen zu sagen, wo muss er jetzt den Mund auch halten. (Aibwa, HIV-, FR)

Es kam halt auch so lehrbuchmäßig rüber, ne? Also es war nicht so, dass es eine lockere Unterhaltung war, sondern der hat das halt da so wie aus dem Lehrbuch gelernt, erzählt. Also ich hatte schon den Eindruck, es war irgendwie lustig, es war irgendwie so, so- nicht überfordert, aber- Aber man hat richtig gemerkt... (Harry Potter, HIV-, FR)

*Diese Einstellung deckt sich mit den Aussagen mancher Ärzte, man müsse im Gespräch „den erhobenen Zeigefinger“ vermeiden (Kapitel 10).*

#### **5.4. Bedingungen für ein gutes Gespräch**

---

Einige der 18 Männer aus der Stichprobe der interviewten MSM mit unklarem HIV-Status stellten aber konkretere Bedingungen an die Gesprächssituation (s. Tabelle 3).

Voraussetzungen für ein Gespräch über Sexual- und Schutzverhalten	Beispiel
Das Bestehen eines Anlasses, der einen Einstieg in die Thematik gibt	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ja aus welchem Anlass ist die Frage. Also völlig unmotiviert, nur aus der Tatsache heraus, dass ich schwul bin, fände ich es fast schon unverschämt, muss ich ganz ehrlich sagen. Weil das geht dem nen Scheiß an und ich brauch den seine Belehrungen nicht. Das fände ich sehr unmöglich, muss ich ganz ehrlich sagen. Und wenn's nen Anlass gibt, dann muss man natürlich drüber reden. Wenn's den Anlass gibt, dann ist ja schon was dramatisch schief gegangen. (Woodman, HIV-, Bln)</li> </ul>
Länger bestehendes Arzt-Patienten-Verhältnis / Vertrauensverhältnis zum Arzt	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Also nur mit vertrauten Ärzten, sagen wir mal so, die ich schon länger kenne. ... (Eule, HIV-, FR)</li> </ul>
Behutsames Vorgehen, möglicherweise über mehrere Termine hinweg	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Also ich denke, wenn mich meine Hausärztin drauf ansprechen würde in einem vorigen Gespräch schon, dann könnte ich mich drauf einstellen und dann könnte ich für mich persönlich zu Hause noch mal überlegen, wie weit ich das möchte und wenn ich das dann machen würde, dann könnte man sich zusammensetzen beim nächsten Termin und dann darüber sprechen. Dann denk ich wärs auch okay, aber so, wie gesagt, käm ich mir vielleicht bisschen überrumpelt vor, aber je nachdem wie sie natürlich das Gespräch führt, könnte es dann auch so bei mir Interesse wecken, statt Abwehr. (Konrad, HIV-, Bln)</li> </ul>
Meiden von Unterstellungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dann, wenn es zu persönlich wird. Wenn er sehr allgemein spricht, ist es okay, aber wenn er dann wirklich ganz persönlich wird und sagt „Wenn du in den Darkroom gehst und ungeschützt Geschlechtsverkehr hast nächsten Samstag“, das ist dann ein Stück zu persönlich. ... Weil der dann einfach auch davon ausgeht, ja ich würde jetzt zum Beispiel in den Darkroom gehen. Und so hab ich immer noch den Schutz mich dahinter zu verstecken und zu sagen „Naja, okay, für mich hm, stimmt vielleicht. Aber du musst es ja nicht so deutlich sagen.“ (Aibwa, HIV-, FR)</li> <li>• Und wenn er weiß, dass man schwul ist und man wird dann gleich auf Aids angesprochen, dann ist das schon wieder das in In-die-Schublade- stecken. ... Es gibt schon Leute die denken dann „Boa, der weiß, dass ich schwul bin und schon hat er das Aids im Mund.“ (Harry Potter, HIV-, FR)</li> </ul>
Gleicher Erfahrungshorizont (s.o.)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ich würde jetzt aber schon auch durchaus bewusst kucken, ob ich mir einen schwulen Arzt suche in Berlin. Weil ich denke, da ist dann die Unbefangenheit schon noch größer. (Omid, HIV-, Bln)</li> </ul>

**Tabelle 3.** Voraussetzungen, die nach Meinung der MSM mit unbekanntem / negativem HIV-Status erfüllt sein müssen, um mit dem Arzt ein Gespräch über Sexualverhalten und Prävention führen zu können.

*Interessanterweise decken sich die von den MSM genannten Bedingungen für ein präventives Gespräch mit den meisten Faktoren, die die Ärzte als Voraussetzung für die Offenheit und die Zugänglichkeit des Patienten aufführen (s. Tab. 10).*

Einer der Befragten blieb jedoch auch auf die leicht geänderte Fragestellung hin bei seiner grundsätzlichen Ablehnung ärztlicher Beratung. Ein anderer bevorzugt wachsame Freunde in der Szene als Informationsquelle.

Im Arztgespräch find ichs auch nicht gut. Also ich fänd's dann interessanter, in der Szene, dann irgendwie ... [wenn wir] unterwegs wären. ... Na ich sag jetzt mal, man ist ja nicht immer geil. Und ich glaub dieses Element der Geilheit ist dann auch noch irgendwie sehr entscheidend, weil ich mein rational kapiert man es schon, aber da wenn es halt so weit ist, dann vergisst man es auch. Und dann wäre es vielleicht mal ein Aha-effekt, wenn dann mal einer sagt ... „Jetzt machst du eigentlich grad Mist. Oder was unvorsichtiges oder wie auch immer.“ (Eule, HIV-, FR)

## **5.5. Der Arzt als Ansprechpartner – konkrete Themen und Anliegen der MSM**

Der größte Gesprächsbedarf bezieht sich auf Praktiken des oralen Verkehrs. Bei den anderen Sexualpraktiken wird eher angenommen, dass nur die Nutzung von Kondomen wirklich safe ist. Aber Oralsex mit Kondom wird häufig als unzumutbar empfunden und eher nicht praktiziert. Alleine diese Tatsache schafft bei manchen MSM ein unangenehmes Gefühl gegenüber dem Arzt, das in manchen Interviews fast wie ein „schlechtes Gewissen“ wirkte. Hinzu kommt die Befürchtung, dass es evtl. Verletzungen in der Mundhöhle gibt, durch die das Virus übertragen werden könnte. Die Ablehnung eines Kondoms bei Oralsex sowie die Ungewissheit bezüglich eventueller Verletzungen in der Mundhöhle schafft größere Verunsicherungen und einen eindeutigen Gesprächsbedarf – unter den oben genannten Bedingungen.

Diejenigen MSM, die dem Arzt eine Rolle als Ansprechpartner im Umgang mit sexuell übertragbaren Krankheiten zugestehen, nannten als weitere Beispiele den Beistand bei einem positiven Testergebnis oder wenn eine STD aufgetreten ist. Tendenziell weisen ungetestete MSM dem Arzt damit eher eine Rolle als behandelnder Mediziner denn als Gesprächspartner für die Prävention zu.

Der Arzt als Ansprechpartner	Beispiel
Oralverkehr	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bei manchen Sachen ist es ja schon so, dass es nicht klar ist. Also ich meine, dass man nicht ungeschützt Sex hat, aber zum Beispiel was Blasen anbelangt, das sind ja alles mehr oder weniger ungeklärt. (Antonioni, HIV-, Bln)</li> <li>• Das ist heute noch so das – ich sag mal, wenn man von Oralverkehr man überrascht wird und was schief geht, was mach ich, schluck ich es lieber runter oder spuck ich es aus? Der eine sagt so, der andere sagt so. Das sind so doch noch Fragen, die heute noch nicht eindeutig geklärt sind, also wie man sich dann verhalten soll, wenn mal was passiert. (Snoopy, HIV-, Bln)</li> <li>• Aber zum Beispiel Oralsex, da war ich nicht so vorsichtig. Und das weiß ich schon, dass es auch eine Gefahr gibt, auch wenn gering. (Dante, HIV-, Bln)</li> </ul>
Eindeutig medizinische Themen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Also Okay, mein Freund hat Herpes, was soll ich machen um das nicht zu kriegen? Dante, HIV-, Bln</li> <li>• Naja, schon das allgemeine Thema Geschlechtskrankheiten. Was im Moment, was ich so mitkriege, was im Moment so drastisch steigt ist die Syphilis, ne? Das geht ja drastisch in die Höhe. Harry Potter, FR</li> </ul>
Im Fall einer Ansteckung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Also ich würde mich jetzt drauf einlassen, wenn er mir irgendwie sagt, ich hätte das Gefühl ich könnte mich angesteckt haben und was ich ganz kurzfristig machen kann. Also irgendwie antivirale Medikamente oder so, das ich die ganz schnell nehmen soll oder innerhalb einem halben Tag zu ihm kommen soll, nachdem ich den Verdacht hatte. .... Also so was in der Richtung. Also wie ich praktisch den Ausbruch doch noch verhindern kann, sagen wir mal so. Eule, HIV-, FR</li> <li>• Wenn der Arzt mir sagt, [wenn er] meine Ergebnisse hat, zwischen dem Moment ... wo er es mir sagt, und was passiert mit mir, wenn ich rausgehe. Also dass da ne Verbindungsstelle geschaffen wird, das ist wie zwischen Mediziner und psychologischen Gesprächen, dass es weitergeht. ... Also da würd ich glaub ich jemanden haben wollen, der mich aufklärt, der jetzt mit mir das durchgeht, der mich am besten vielleicht noch mal dann weiterschickt, sofort. (Antonioni, HIV-, Bln)</li> </ul>
Bei Verdacht auf Fremdgehen des Partners	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wenn ich wüsste, dass mein Partner irgendwie fremdgegangen wäre. Das wären schon Gründe wo ich dann denke- oder wo man das durchaus mal zur Sprache bringen kann. (Omid, HIV-, Bln)</li> </ul>

**Tabelle 4.** Themen, bei denen MSM mit unbekanntem / negativem HIV-Status Gesprächsbedarf nennen

Der Arzt soll aber durchaus auch der Verharmlosung von HIV und AIDS entgegentreten, wie sie zum Teil in den Medien erfolgt.

... was ich derzeit so wahrnehme ist, ist so ein bisschen so eine Bagatellisierung von HIV. Was man so in den Medien sieht. Diese ganzen Pharmakonzerne, ... dass man trotz HIV und Aids auch noch gut leben kann. Und da finde ich auch noch mal eher einen ärztlichen Standpunkt ganz gut, dass HIV und Aids immer noch einen tödlichen Ausgang hat. Dass man es wahrscheinlich hinauszögern kann, aber das es nicht ... Da denke ich, würde es schon Sinn machen, dass man da dann noch einmal ein bisschen sensibilisiert einfach, auch, insbesondere auch die jungen Leute. (Omid, HIV-, Bln)

Wie auch bei einigen der bisher diskutierten Punkte bleiben auch bei der Frage nach dem Arzt als generellem Ansprechpartner nach wie vor einige Männer bei ihrer Ablehnung.

Beim Arzt bin ich dann wenn es zu spät ist - daher nur als Berater für Familienangehörige ... ich find nen lässigen Kinospot ne bessere Informationsquelle wie ein Arzt. Woodman, HIV-, Bln

... nichts, was ich aus meiner persönlichen Lebensbiographie jetzt so ableiten könnte, wo es mir was nützen würde. (Omid, HIV-, Bln)

## **5.6. Einschätzung der Nachwirkung eines ärztlichen Gesprächs**

---

Auf die Frage „Welche längerfristige Wirkung könnte eine ärztliche Beratung für Sie haben? erfolgte zumeist ein längeres Nachdenken ohne klare Festlegung und es wurde darauf verwiesen, dass eine solche längerfristige Wirkung situationsbedingt und vom Verhältnis zum Arzt abhängig sei.

Es könnte die Wirkung haben, dass man vielleicht doch mal vielleicht a weng eher drüber nachdenkt. ... dass man mit seinen Kumpel drüber redet, wo man sagt „Du, jedes Wochenende hast du jemand anders. Sei fei vorsichtig“ ... Bernd FR

Solange er mich in die Schranken weist, sag ich mal. Ja klar. Aber dazu muss halt ne Vertrauensbasis da sein, natürlich. Also wenn das jetzt ein Arzt ist, dem alles Wurscht ist, den eh nix interessiert, dann- Das merkt man ja dann auch. (Harry Potter, HIV-, FR)

Also möchte ich nicht ausschließen [eine längerfristige Wirkung]. Wie gesagt, ich denke, das ist wirklich situationsbedingt. Wie ich selber dann auch an dem Tag drauf bin. Oder ob ich jetzt dafür noch Zeit habe, weil es - in dem Sinne: obwohl's eigentlich wichtig sein sollte, ist es irgendwie nicht wichtig. Weil, zum wiederholten Male, wenn du selber damit nicht – davon nicht betroffen bist – oder damit erstmal nichts zu tun hast oder nichts Akutes vorherrscht, dann beschäftigst du dich auch nicht damit, und willst damit auch in Ruhe gelassen werden. (Konrad, HIV-, Bln)

Die Langfristigkeit einer Beratung scheint am besten gewährleistet,

- wenn sie im Anschluss an ein konkretes Ereignis z. B. Ansteckung mit einer STD erfolgt
- wenn es nicht bei einem einmaligen Gespräch bleibt.

[Die Frage nach einer langfristigen Wirkung] ist schwer zu beantworten. Aber in meinem Fall, als ich dieses Trauma hatte – das hat mich immer vorsichtiger gemacht. Ja, auch wenn ich immer mit Kondomen... (Dante, HIV-, Bln)

Wenn ich jetzt für mich wüsste, ich hätte mir irgendwie nen Tripper geholt oder ich hab irgendwie mir die Syphilis eingefangen. ... dann würde ich mich persönlich auch selber damit auseinandersetzen müssen, weil ich die Symptome ja so schnell wie möglich auch wieder loswerden will. Oder auch dann fürs nächste Mal dann besser vorbeugen möchte, dass sowas gar nicht erst passiert. (Konrad, HIV-, Bln)

Ob ich sensibler für die Thematik generell werden würde, dafür müsste, glaub ich, auch so eine Beratung regelmäßig stattfinden. Wenn ich EINmal irgendwann mit meinem Hausarzt darüber sprechen würde, glaub ich nicht, dass da langfristig viel von hängen bleiben würde. (Omid, HIV-, Bln)

Personen, die in festen Beziehungen leben oder die beruflich mit dem Thema befasst sind, zeigen die geringste Wirkung auf ein Arztgespräch, da sie sich nicht betroffen fühlen bzw. meinen, dass sie selber ausreichend informiert seien.

Also kann ich mir derzeit schwer vorstellen, dass sich dadurch irgendetwas ändern würde. Weil ne Änderung würde ich dahingehend verstehen, dass ich zumindest in einer potentiellen Risikogruppe wäre, wo ich Schwule per se erstmal nicht einordne. Und wenn ich dann noch ein Verhalten an den Tag lege, was mich da anfällig macht, um an diese Krankheiten zu geraten. Und da würde ich mich jetzt erstmal außen vor sehen. Weil ich einfach relativ lange schon in einer festen Beziehung stecke. (Omid, HIV-, Bln)

[Auswirkungen des Gesprächs]... eigentlich keine ... Aber bezogen auf das Thema AIDS, denk ich, dass ich persönlich eigentlich bestens informiert bin und würde mich jetzt auch nicht da ganz groß mit meinem Arzt unterhalten wollen, weil, für mich ist einfach alles klar. (Aibwa, HIV-, FR)

Bei Personen, die ohnehin die Zuständigkeit für Prävention nicht beim Arzt sondern eher bei Aidshilfen sehen, wird auch diese Frage ablehnend beantwortet.

Keine – Also ne, seh' ich nicht als probates Mittel, da zu beraten. (Eule, HIV-, FR)

Er ist aber nicht die richtige Stelle, um mich vor ner AIDS-Infektion zu schützen oder zu informieren. (Woodman, HIV-, Bln)



## 6. REAKTION DER PATIENTEN – DAS PROBLEM DER GRENZÜBERSCHREITUNG

### 6.1. Welche Erfahrungen haben Ärzte mit den Reaktionen von Patienten gemacht?

Die Ärzte berichten über unterschiedliche Reaktionen, die die Patienten gezeigt haben, wenn sie auf das Thema Sexualität und HIV-Prävention angesprochen werden (s. Tabelle 1). Da die Ärzte die Patienten nur selten ohne eindeutigen Aufhänger auf HIV-/STD-bezogenes Risikoverhalten ansprechen, sind diese Erfahrungen allerdings meist begrenzt bzw. beziehen sich auf Einzelfälle.

Reaktion des Patienten	Beispiel
Verärgerung (bis hin zum Arztwechsel)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mir fällt immer noch auf, dass, wenn ich so ein Thema von mir aus anspreche und ich den Patienten noch nicht kenne, dann häufig die Patienten sich doch stigmatisiert in irgendeiner Form fühlen. (D, Bln)</li> <li>• Der Patient denkt vielleicht „Seh ich so aus, als ob...“ Und dann gehen die Rolläden ganz runter. (Schäfer, Bln)</li> <li>• Muss sagen, dass ich auch Rückschläge erlitten habe. Zum Beispiel ein älterer Herr, der mit einem Frachter zur Zeit des Karneval nach Brasilien gefahren ist, und ich ihn dann auf HIV/AIDS angesprochen hab, und der hat dann einfach das Zimmer verlassen. (Müller / FR)</li> </ul>
Gefühl des Bevormundet-Werdens	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ich denke ..., dass so ein bisschen der Eindruck entsteht bei Männern: „Ich weiß schon selbst, was ich zu tun hab.“ (Müller / FR)</li> </ul>
Ausweichen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ja ich erlebe ..., dass Gespräche zur Prävention in einem Fall eher abgelenkt werden, jemand nicht so offen drüber sprechen will, und ich mir denke: „Ja vielleicht bin ich nicht der richtige Partner für diesen Patienten.“ (Cavanaugh / SP, Bln)</li> <li>• Es gibt schon oft eine Situation, wo man denkt: „Also irgendwie, da ist eigentlich was anderes, und da bin ich jetzt eigentlich nicht angekommen.“ (Waters / Brennan / SP, Bln)</li> </ul>
Frustration, Schuldgefühle (selten)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ich denke, dass es dann sehr kontraproduktiv ist, wenn ich ständig sage „Haste doch nicht...!“ ... Die Leute sind gut informiert. Wenn Sie den Raucher jedesmal drauf ansprechen, dass er jetzt doch bitte [aufhören möge] - ...Irgendwann haben die Leute, – die wissen es ja. Die haben den Kanal voll und fühlen sich dann nur noch persönlich beschuldigt und frustriert. (Hausarzt / FR)</li> </ul>
Positive Reaktionen, z.B. Dankbarkeit auf Seiten des Patienten (selten)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Es ist ja immer wieder die Erfahrung, die haben wir sicher alle schon gemacht, wie unendlich dankbar auch so bisschen zurückgezogene Menschen oder verklemmte Menschen sind, wenn man die so bisschen aus ihrer Ecke rausholt, weil die sich da unglaublich viele Sorgen machen und Gedanken machen – auch unnötig. (Rens, Bln)</li> </ul>

**Tabelle 5.** Erfahrungen der Ärzte: Spektrum der Reaktionen von Patienten, die auf das Thema Sexualität, HIV und/oder STD angesprochen werden.

## 6.2. Die Angst, den Patienten zu befremden oder zu verärgern, als Barriere für Prävention

---

Sehr häufig wird von den Ärzten die Befürchtung geäußert, den Patienten durch das Erheben einer Risikoanamnese, Fragen nach sexueller Orientierung und sexuellen Praktiken oder durch entsprechende präventive Empfehlungen zu schockieren, zu beleidigen oder zu befremden.

Eine explizite Sexualanamnese ... ist ja auch durchaus sinnvoll, wäre vielleicht auch hier nicht so schlecht. Nur eben selbst bei unserem eher aufgeschlossenen Publikum in Berlin halte ich es für problematisch. Das muss schon eingefädelt sein, damit es nicht ... als Affront empfunden wird [...] Wenn man da plötzlich anfängt, nachdem man in die Augen geguckt hat, über Sex zu reden. Einige würden schlichtweg in Ohnmacht fallen. (Schäfer, Bln)

Da kommt es aufs Klientel an. Ich denke, manche wird man damit ansprechen, manche vielleicht eher abstoßen. Wo so eine sexuelle Infektion doch mit großen Ängsten verbunden [ist]. Das habe ich noch nicht gewagt bisher. (Hausarzt / FR)

Das gilt insbesondere dann, wenn Patienten nicht wegen STD, sondern wegen einer anderen Erkrankung kommen.

Wir Dermatologen machen seit etwa einem Jahr mit verschiedenen Kassen ein Hautkrebs-Screeningprogramm. Da kommt dann also irgendein Patient, hat irgendwas an der Hand, dann sage ich „Wir hätten auch noch das Angebot: Ziehen Sie sich bitte völlig aus, und ich schau mir ihre ganzen Leberflecken an.“ ... Und das hat oft empörte – nicht empörte, aber doch befremdete Reaktionen [gebracht]. Wenn ich dann jetzt noch anfange, wenn er mit seiner Hand kommt, „Jetzt will ich Ihnen aber auch mal erzählen, dass Sie beim Sex Kondom tragen sollten“ halte ich das nicht für machbar, auch nicht für richtig, nicht für adäquat. (Arzt, FGD Bln)

Aber ich glaub, das wäre wirklich eine Grenzüberschreitung vielen Patienten gegenüber. (Schäfer, Bln)

Wenn es um Sexualanamnese oder präventive HIV-Beratung geht, werden häufig von den Ärzten Begriffe verwandt, die aus dem Gewalt-Vokabular entlehnt sind: „überfahren“, „erschlagen“, „Offensive“. Offensichtlich wird das Gespräch über Prävention als ein Vorgehen gewertet, das eine höhere Grenzüberschreitung und ein höheres Verletzungspotenzial hat als die sonstigen medizinischen bzw. ärztlichen Tätigkeiten, was eine Erklärung für die Zurückhaltung bei diesem Thema sein kann.

So bisschen zurückgezogene Menschen oder verklemmte Menschen – ... [die] darf man natürlich auch nicht sofort überfahren und sagen – nicht so brutal dann eben anreden. (Rens, Bln)

Ich finde, man kann auch mit diesem Präventionsansinnen – da darf man die Leute auch nicht erschlagen. Also das finde ich dann auch schwierig, gleich beim ersten Gespräch „Sind Sie eigentlich schwul oder

sind Sie heterosexuell?“ Da fragt er manchmal – also ich frag das nicht – aber da könnte er fragen „Was geht Sie das eigentlich an? (Waters / Brennan / SP, Bln)

Das [präventive Beratung] – Also auf ne aktive Anfrage hin, oder als Offensivangebot? (S, Bln)

### **6.3. Keine Schwellenangst zum Thema Sexualität und HIV-Prävention**

---

Während deutlich wird, dass das Sprechen über Sexualität als Grenzüberschreitung gegenüber dem Patienten wahrgenommen wird, geben die Ärzte explizit an, selbst kein persönliches Unbehagen mit dem Thema Sexualität und HIV-Prävention zu haben. Das galt insbesondere für Urologen, die auch unabhängig von HIV-/STD-Prävention in ihrem Praxisalltag häufig krankheitsbedingt über Sexualität sprechen. Aber auch die interviewten Bayreuther Allgemeinärzte berichteten, hier prinzipiell frei von Hemmungen zu sein.

Ich muss ja [als Urologe] den ganzen Tag über Sexualität reden. Die Leute kommen ja ständig und wollen Potenzpillen oder haben Geschlechterkrankungen. Oder bei vielen urologischen Erkrankungen spielt das Thema Potenz halt eine Rolle. Also von daher hab ich da keine Berührungsängste, mit den Leuten über ihre Sexualität zu reden. Und das ist eigentlich wurst, ob das jetzt Heterosexuelle oder Homosexuelle sind. (Römer, Bln)

Also ich gehe mit den Leuten [MSM, Bisexuelle] – also ich gehe da ohne Vorurteile mit um..., sondern ich kann mit denen wirklich offen sprechen. Und auch über Praktiken und – können wir da offen reden. Auch über riskante Praktiken. (Schweighöfer / FR)

Lediglich ein Arzt berichtet, gelegentlich seien ihm die Intimität und der anzügliche Charakter derartiger Gespräche zu stark geworden.

Also ich hatte schon 2 oder 3 Patienten, wo das Thema Prävention so zum ‚oralen Sex‘ wurde. Wo da so viel geredet wurde, so [dass ich dachte:] „Das will ich jetzt gar nicht, das ist mir jetzt egal.“ Da kommt jetzt so eine Nähe, die mir zu viel ist. Und wo ich dann auch [dachte] „Ne, jetzt ist Schluss.“ (X / SP, Bln)

#### ***Zusammenfassung: Problem der Grenzüberschreitung***

- *Die Reaktionen, die die Patienten gezeigt haben, wenn sie auf das Thema Sexualität und HIV-Prävention angesprochen werden, reichen laut der Ärzte von Verärgerung über Ausweichen bis hin zu Dankbarkeit*
- *Die Ärzte befürchten, den Patienten durch das Fragen nach sexueller Orientierung und sexuellen Praktiken zu beleidigen oder zu befremden*
- *Offensichtlich wird dem Gespräch über Prävention ein höheres Potenzial zur Grenzüberschreitung und Verletzung zugeschrieben als die sonstigen ärztlichen Tätigkeiten*
- *Selbst geben die Ärzte nicht an, Schwellen- oder Berührungsängste mit dem Thema Sexualität oder HIV / STD zu haben*

## 7. PRÄVENTIVE BERATUNG ZU STD / HIV

### 7.1. Problem: Beratung zum Thema „safer sex“ ist komplex und wenig standardisierbar

---

Insbesondere von den Schwerpunktärzten sowie den Ärzten mit großer schwuler Klientel wird darauf hingewiesen, dass die verschiedenen STD sowie verschiedene Zielgruppen unterschiedliche Präventionsbotschaften erfordern. Eine einigermaßen standardisierte präventive Beratung sei daher nicht möglich, stattdessen müsse inhaltlich individualisiert vorgegangen werden. Das erschwert die Prävention (s.o.).

Und was soll da Prävention? Wir können natürlich viele Botschaften geben. Man muss das vielleicht abgestuft sehen: HIV ist im Moment am Wichtigsten. Dann vielleicht Syphilis und andere Dinge... Ich kann da kein Patentrezept sagen, weil, das ist heute zu schwer. (Quincy / SP, Bln)

Und das ist ja das, was heutzutage offensichtlich schwierig ist zu vermitteln. Prävention zu betreiben auf verschiedenen Ebenen von sexuell übertragbaren Krankheiten. Die für HIV die ist anders als die für Syphilis und die für GO [Gonorrhoe] ist wieder anders usw. Die für anale Kondylome vielleicht wiederum anders. Und das ist natürlich für die Beratung ganz schwer. (Macy / SP, Bln)

Abgesehen von den inhaltlichen Aspekten der Beratung („Was“ der präventiven Beratung) müssen auch unterschiedliche Patiententypen berücksichtigt werden, wenn es um die Vorgehensweise im Einzelnen geht. Der Grund hierfür ist, dass man mit unterschiedlichen Patiententypen unterschiedlich kommunizieren sollte – was Ton, Zeit und sprachliche Ebene betrifft („Wie“ der präventiven Beratung).

Irgendwie kristallisiert sich ja anscheinend auch raus, dass man das offensichtlich viel differenzierter betrachten muss. Man muss offensichtlich mehr subgruppenspezifisch das machen und dann auch ganz andere Aspekte und natürlich auch eine andere Intonation finden, um eben auch wirklich den richtigen Punkt zu treffen. (B, Bln)

Bei diesem Punkt überlege ich mir immer, wie unterschiedliche Gruppen unterschiedlich konfrontiert werden können. Also da gibt's natürlich den offen schwul lebenden Mann, da gibt's den, der [...] wirklich gehemmt ist, was sein Sexualleben betrifft. (Cavanaugh / SP, Bln)

Man kann das halt nicht so verallgemeinern, das ist ein weites Spektrum an allen möglichen Leuten, die halt kommen mit den Geschlechterkrankungen, da sind halt Differenzierte dabei, mit denen kann man quatschen, und da sind halt Idioten dabei, die wollen gar nicht quatschen.

... aber ich finde auch der Zeitfaktor, es ist ja nicht jeder... Man spürt doch auch so bisschen, der wird jetzt bisschen Zeit brauchen und ein anderer, den kann man irgendwie vielleicht in 3 Minuten [beraten]. (Rens, Bln)

## 7.2. Unsicherheiten in der komplexen Beratung zum Thema „safer sex“ – Probleme mit der Empfehlung zum Kondom

---

Als noch problematischer wurde gesehen, dass es keine eindeutigen und zuverlässigen präventiven Empfehlungen geben kann, da Kondome nicht 100%ig schützen und man sich trotz Schutzverhalten anstecken kann. Einige Schwerpunktärzte, deren Patienten sich trotz glaubhaft ausgeübten Schutzverhalten infiziert haben, ziehen daher die Sinnhaftigkeit dieser Empfehlung in Frage.

Was mich schwer beeindruckt hat in der Praxis, dass viele homosexuelle Männer, die viel Erfahrung auf dem Gebiet haben, unter Schutz positiv geworden sind [...] Dieser Begriff „safer Sex“, der wird ja in Deutschland auch falsch interpretiert, falsch übersetzt. Das heißt ja nicht „sicherer Sex“, sondern er [der Sex] ist sicherER. ... Und da ist natürlich jetzt auch die Frage, was soll man da präventiv machen? Also, der [Patient] ist sicher besser informiert als ich, ist differenziert, kümmert sich um das Thema und wird positiv... Und wo man da ansetzen soll, weiß ich auch nicht. Was soll man dem anbieten?

Es wird deutlich, dass sowohl bei den Schwerpunktärzten wie auch bei den Berliner Ärzten mit größerer schwuler Klientel eine Verunsicherung herrscht, ob man den Kondomgebrauch weiter uneingeschränkt empfehlen soll, oder ob man auf das Restrisiko hinweisen soll, damit aber in Kauf nimmt, dass das Kondom dann möglicherweise ganz weggelassen wird.<sup>5</sup>

- ...Und wenn die dann (HIV)-negativ sind, dass ich sie wenigstens drauf hinweise, dass eben auch ein Kondom nicht schützt. ... (Vollmers)
- Nicht 100% schützt (Schäfer)
- Das ist klar, aber nicht, dass man sagen kann, ich bin auf der sicheren Seite. Das kann man ja nicht 100%ig sagen. (Vollmers)
- Dann kann ich's auch weglassen.(N)
- Was? Das ist ja gerade - (Vollmers)  
[Unverständlich, alle reden durcheinander]
- Das ist ja Quatsch. Das muss man den Leuten ganz klar machen. Natürlich ist es richtig, aber man kann nicht sagen, man muss... (Vollmers)
- Ja, wenn sie schon mal eins nehmen, das ist doch eigentlich schon was (N)
- Was wäre denn sonst die Alternative? (O)
- [...]
- Aber ist es nicht problematisch, wenn ich jemanden, der – weiß ich nicht – gerade 18 oder unter 30 ist, sage, dass ein Kondom keine 100%ige Sicherheit bringt. Da kann ich mir gerade vorstellen, dass das wirklich erleichtert, dann das Kondom immer wegzulassen. (Schübel)
- Es kommt ja, da muss man schon sehr differenzieren, wie die Patienten strukturiert sind. Ich denke, die sind oft, für die ist vollkommen klar, was ein Kondom bedeutet. Nur: Man kann nun mal sagen, auch da muss man aufpassen. (Vollmers)
- Ich find das ganz problematisch, auf so Restrisikodiskussion sich einzulassen...

---

<sup>5</sup> Ausschnitt aus einer Berliner Fokusgruppendifkussion; wenn bei der Transkription die Stimmen der einzelnen Ärzte nicht mehr zu identifizieren waren, wurden zur Unterscheidung nur noch Buchstaben angegeben.

Diese Problematisierung der Empfehlung zur Kondom-Nutzung findet sich allerdings nur bei den Berliner Ärzten bzw. Schwerpunktärzten. Für die Bayreuther Allgemeinmediziner und Internisten ist klar, dass man das Kondom empfiehlt; darüber hinaus könne man eigentlich keine präventiven Ratschläge geben.

Die sagen „Ja, ich hab kein Kondom benutzt und befürchte deswegen“ und dann ist es für mich immer sehr schwierig. Also wüsste ich nicht, was ich zusätzlich noch sagen sollte. (Hausarzt / FR)

### **7.3. Eingehen auf situative Faktoren und Codes**

---

Einige Ärzte machten deutlich: Möchte man den Patienten wirklich angemessen beraten, so muss man ihn auch immer wieder darauf hinweisen, dass situative Faktoren wie sexuelle Erregung oder Alkohol die Urteilsfähigkeit und damit die Bereitschaft zum Schutzverhalten einschränken können.

Und Tipps geben, wie auch in besonderen Lebenslagen – Party, Alkohol, Drogen – wie das eingeschliffen werden kann, dass dann trotzdem das Kondom oder das andere Schutzverhalten einfach da ist. [...] Die Patienten, die zu uns kommen, wissen, wie man sich schützt. [Daher muss man ] sensibilisieren dafür, dass in bestimmten Situationen eben eine ganz große Gefahr liegt, dass man das dann vergisst – frische Liebe, Drogen und so weiter – bestimmte Situationen, dass ...man das versucht einzuschärfen. (Schäfer)

Für eine adäquate Beratung sollte man auch gerade jüngere oder unerfahrenere Patienten aufklären, dass es in der MSM-Szene gewisse „Codes“ gibt, die helfen, das Infektionsrisiko einzuschätzen bzw. deren Unkenntnis dazu führt, sich der Infektionsgefahr auszusetzen.

Und ich höre auch, dass es wohl Usus ist bei kurzen Zufallsbekanntschaften – Sauna und Clubs –, da wird drauf los gemacht, und wenn einer kein Kondom nimmt, muss der Erfahrene davon ausgehen, dann ist der HIV-positiv. Und wenn er dann hinhält, dann heißt das „Ich bin auch positiv, mach nur“... (Borsdorf, Bln)

Ja, also dieser Code wird ...dann umgesetzt... auch völlig ohne Rücksicht auf die Unerfahrenheit des Partners. Da werden auch 16-Jährige – da wird unterstellt, dass sie diesen Code kennen...Ich hab's so erlebt. Ich hab dann angefangen, so aufzuklären, gerade eben auch jüngere Männer, wenn sie dann kommen mit ihrem Tripper, ...dass ich denen gesagt habe „Sie müssen damit rechnen, dass so eine Situation so passiert, und dass es das für Sie bedeuten kann“ Und schreckensgeweitete Augen waren in der Regel die Antwort. (C, Bln)

Problematisch ist dabei, dass diese Codes sehr dynamisch sind, sich ständig ändern, und eigentlich nur Ärzte, die mit der MSM-Szene vertraut sind, die aktuellen Bedeutungen kennen.

... Weil diese Codes, ...die entwickeln sich unglaublich schnell. Und selbst die Kollegen hier, die vielleicht der Szene etwas näher sind, kommen da nicht [mit] – also ich aufgrund meines Alters sowieso schon nicht mehr. Und das ist noch aus der Zeit, als ich da besser vernetzt war, dass das unglaublich

schnell geht, wie sich solche Codes verändern. Und da werden wir auch wahrscheinlich Probleme haben, da hinterher zu kommen. (A, Bln)

#### **7.4. Ärzte haben das Gefühl, Patienten sind bereits gut informiert**

---

Von fast allen befragten Ärzten wird geäußert, dass die Patienten in der Regel sehr gut über Infektionsrisiken und Schutzverhalten informiert seien, zum Teil sogar besser als die Ärzte. Der Spielraum dessen, was man dem Patienten noch an neuen Informationen weitergeben könne, sei daher sehr klein.

Die MSM sind in der Regel schon sehr, sehr gut aufgeklärt. Und wenn die dann mit entsprechenden Erkrankungen kommen, haben die meist schon das Hintergrundwissen, so dass da diese Erforderlichkeit [zum präventiven Gespräch] vielleicht gar nicht so stark gegeben ist. (Wolter, Bln)

Und da ist natürlich jetzt auch die Frage, was soll man da präventiv machen? Also, der ist sicher besser informiert als ich. (Vollmer, Bln)

Also ich denke, wir können nicht zu viel anbieten. (B, Bln)

Aber da muss ich eigentlich auch sagen, dass ich bei meinen Patienten den Eindruck habe, die sind alle da sensibilisiert und wissen das schon, wie sie sich zu verhalten haben. (Schweighöfer / FR)

##### ***Zusammenfassung: Präventive Beratung zu STD / HIV***

- *Die Ärzte empfinden, dass präventive Beratung wenig standardisierbar ist: Inhalte, Vorgehensweise, Zeitaufwand, Tonfall müssten je nach Patiententyp variieren*
- *Die präventive Beratung bei den Bayreuther Ärzten beschränkt sich weitestgehend auf die Empfehlung zur Kondomnutzung*
- *Hingegen sind insbesondere die Schwerpunktärzte unsicher, ob die Empfehlung zum Kondomgebrauch wegen des bekannten Restrisikos vertretbar ist*
- *Von einigen Ärzten wird empfohlen, bei der Beratung auf situative Faktoren und auf szenetypische Codes einzugehen; letztere verlangen allerdings ein „Insider“-Wissen, das bei vielen Ärzten nicht vorliegt*
- *Generell besteht die Meinung, die Patienten – insbesondere MSM – seien zur HIV-/STD-Prävention bereits umfassend, sogar besser als der Arzt informiert*

## 8. DESILLUSIONIERUNG UND FRUSTRATION: DIE EMPFUNDENE WIRKUNGSLOSIGKEIT DER PRÄVENTIVEN BERATUNG ALS GRÖßTE BARRIERE

### 8.1. Die als schlecht erlebte präventive Compliance demotiviert die Ärzte

---

Praktisch alle der befragten Ärzte berichten, dass die Compliance hinsichtlich des empfohlenen präventiven Verhaltens bei ihren Patienten oft schlecht sei und sie wiederholt erleben, dass ein Patient sich trotz Aufklärung und Informiertheit mit STD oder HIV infiziert. Das führt bei den Ärzten zu Verärgerung und Frustration und ist augenscheinlich das größte Hindernis für die Durchführung von HIV-Prävention in ihrer Praxis.

Diese Klientel, das ist meine Erfahrung, weiß eigentlich, was Sache ist. Aber in der Situation wird es offensichtlich trotzdem nicht beachtet. Da aufklärend tätig zu werden ist deswegen – finde ich – sehr schwierig. (Hausarzt / FR)

Wir brauchen uns eben, glaub ich, auch nicht der Illusion hinzugeben, dass wir die großen Bekehrer sein werden oder die großen Veränderer in diesem Bereich. (T, Bln)

Wenn er schon reinkommt und im Prinzip dann damit ‚angibt‘ oder sagt, ‚Ich hab da wirklich das ganze Programm abgefahren‘, das sind auch Patienten, die bei mir eine Gegenreaktion hervorrufen, ...da kommt auch eine Verärgerung dazu, weil man ja im Prinzip als Therapeut auch an die Prävention denkt und sagt ‚Ich möchte Sie davor bewahren. Ich mach das jetzt wieder in Ordnung‘. Und wenn das dann wieder und wieder passiert, dann ist dann irgendwann wahrscheinlich ne gewisse Frustration da, wo man versucht die auszuschalten, aber dann irgendwann, naja. (Schäfer, Bln)

Ein Arzt beschreibt diese Situation auch als ‚Begleiten der Serokonversion‘ – der letztendlich wirkungslose Versuch, langjährige Patienten vor der HIV-Infektion zu bewahren.

Ich denk an einen 18-Jährigen, der ... innerhalb von 4 Jahren mehrere Tripper gehabt [hat], und jedes Mal – ich habe mit Engelszungen geredet. Und dann die Serokonversion HIV. Ein Patient, da ist es total schief gegangen. Obwohl ich immer wieder geredet hab. (Schäfer, Bln)

Also ich muss auch sagen, ich hab jetzt so an ein paar Patienten gedacht, wo ich auch sozusagen die Serokonversion begleitet habe - wenn ich das so sagen darf (B, Bln).

Wir haben sehr, sehr viele HIV-Negative, denen versuche ich zu erklären, dass es sich lohnt, negativ zu bleiben, aus den und den Gründen. Aber das ist so [frustrierend] zu sehen, wenn jemand trotz allem, wo man sagt ‚Versuch es ja, du schaffst es, du bleibst negativ.‘ Und ein halbes Jahr später ist er positiv. (Cavanaugh / SP, bln)

Den Ärzten ist dabei durchaus bewusst, warum sich die Patienten trotz Aufklärung und gutem Bewusstsein riskant verhalten bzw. sich sogar mit HIV anstecken. Zum einen gibt es das bereits erwähnte Problem, dass *safer sex* nicht zu 100 % schützt. Wesentlich häufiger ist allerdings, dass in bestimmten Situationen die Vorsichtsmaßnahmen vergessen oder missachtet werden. Hierdurch kommt es zu einem Auseinanderklaffen von Theorie und



Praxis, also dem z. B. durch den Arzt vermitteltem Wissen zum Schutzverhalten, und der Praxis, d.h. dem Verhalten in Ausnahme- oder auch Alltagssituationen.

Ich denke einfach, Bewusstsein einerseits und Risikobereitschaft andererseits müssen nicht immer miteinander [Hand in Hand] gehen. (Hausarzt / FR)

Also ich sehe 2 unterschiedliche Situationen: Die eine ist am grünen Tisch und die eine ist die Praxis. ... Was wir machen können, ist am grünen Tisch, und da sind doch alle ganz verständlich und sind vielleicht auch gar nicht schlecht informiert. Und dann kommt aber die Realität. (Vollmers, Bln)

Zu diesen Situationen gehören laut der Ärzte v.a. eine Stimmung der Leichtfertigkeit, z.B. auf Partys, sexuelle Erregung sowie Einfluss von Drogen und Alkohol (s. Tabelle 6).

Situative Faktoren, die Schutzverhalten beeinflussen	Beispiel
Stimmung der Leichtfertigkeit, z.B. auf Partys	<ul style="list-style-type: none"> <li>Die Patienten, die zu uns in die Praxis kommen, [wissen] sehr häufig ganz genau, ..., was sie da tun, ..., d.h. also die Information, die ist da. Und es wird aber ganz bewusst sozusagen da fast schon gegen gehandelt, und eben unter so einem Aspekt der Leichtigkeit dann fortgefahren. Die kommen dann eben auch mit ihrem 3. Tripper im Monat [...] (Wolter, Bln)</li> </ul>
Sexuelle Erregung	<ul style="list-style-type: none"> <li>Die wissen alle ganz genau, wie das übertragen wird.... Aber in dem Moment wissen sie gar nichts mehr, und machen auch gar nichts mehr [zum Schutz]. Weil einfach der Sex, dieses einmalige Erlebnis nach so und so viel Ehejahren oder nach freundschaftlichen Beziehungen... – dass man einmal etwas macht und das dann völlig losgelöst von allem. (Macy / SP, Bln)</li> </ul>
Einfluss von Drogen / Alkohol	<ul style="list-style-type: none"> <li>Wieso ist die Reaktion, wie sie ist, obwohl die Leute aufgeklärt sind? Was hält sie sozusagen davon ab, in so einer Situation dann verantwortlich zu handeln? ... Ich sag's jetzt mal unter dem großen Stichwort, nämlich Drogen im weitesten Sinne, die da wohl eine erhebliche Rolle spielen, diese...persönliche Hemmschwelle, oder dieses Sicherheitsverhalten auszuschalten. Und das sehe ich – aus dem, was ich erfahre und höre – als viel wesentlicheren Aspekt an als die Nichtaufklärung. (B, Bln)</li> <li>Und das andere ist ... wenn Partys sind oder wenn noch andere Sachen dazukommen, das ist eine ganz andere Situation. Nach 1,8 Promille oder so sieht alles anders aus. (Vollmers, Bln)</li> </ul>
Emotionale Nähe	<ul style="list-style-type: none"> <li>Die Serokonversion – es ist nicht passiert, weil ich es ihnen nicht erzählt hätte, oder weil es irgendjemand nicht erzählt hätte. Der eine, ein klassischer Fall: der neue Freund, der wollte, und... (B, Bln). - Große Liebe, „Bitte mach's doch ohne“. (Schäfer, Bln) - Ja. (B, Bln)</li> </ul>

**Tabelle 6.** Situative Faktoren, die nach Meinung der Ärzte das Schutzverhalten der Patienten beeinflussen, so dass sich diese – wider besseres Wissen – der Gefahr einer HIV-/STD-Infektion aussetzen<sup>6</sup>.

Die Ärzte erkennen, dass ihr Einfluss damit oft kaum weiter als zur Praxistür reicht, was sie enttäuscht und auch verärgert.

Wie er sich dann verhält, kann ich nur hoffen. Wir haben da keine Rückkopplung, ich kann ihn ja nicht kontrollieren. Auch wenn er mir unterschreibt, dass er es macht, macht er es [nicht]. (Schweighöfer. / FR)

Na ich mein, ich kann ihn ja nicht zurückhalten. Was sollte ich – ich meine jetzt, also ich denk, dass da kaum eine Möglichkeit besteht,... (Müller / FR)

Wir können ja nicht mitgehen, nicht jedes Mal. (Schäfer, Bln)

<sup>6</sup> Die genannten Faktoren entsprechen den in verschiedenen Studien identifizierten Begleitumständen bei Risikoverhalten; neben den genannten Faktoren sind in der Literatur außerdem mentale Vulnerabilität und Gewalt beschrieben (Morin et al 2003; Koblin et al 2003, 2006; Stall et al 2003)

Es wird von einzelnen Fällen berichtet, in denen informierte Patienten die Infektion aus rationaler Kalkulation in Kauf nehmen.

Also ich hab bei manchen so das Gefühl, ...dass sogar eine Sehnsucht danach war. Alle Freunde sind positiv, der hat erzählt „Mein Freunde in London und der da, alle sind positiv geworden, ich jetzt auch!“ (Vollmers, Bln)

Der Wunsch kann in einem aufkommen...Also, das hör ich auch öfter, dass einfach dann ein – ja, ein Angleichen da ist. Das fällt dann wie ein Brocken von einem, wenn man nicht mehr aufpassen muss, in Anführungszeichen. Das ist dann einfach auf einem Mal (offenbar) eine Erleichterung. Man ist diese Sorgen weg. (Schäfer, Bln)

Allerdings wird darauf hingewiesen, dass es zu einer verzerrten Wahrnehmung der präventiven (Miss-)Erfolge kommen kann. Fehlgeschlagene präventive Bemühungen – z.B. die HIV-Serokonversion eines Patienten – sind stärker im Bewusstsein als gelungene Prävention, die im Idealfall das Ausbleiben einer Infektion über Jahre bedeutet. Erfolgreiche Prävention bleibt damit oft „unsichtbar“.

Weil bei denen, bei denen die Prävention gut läuft, die sehen wir nicht. Wir sehen immer nur die, bei denen die Prävention schlecht läuft oder nicht hingehauen hat. (HIV-SP/Berlin)

Man erinnert sich immer an die präventiven Beratungen, die richtig schief gegangen sind. (Uro/Berlin)

## **8.2. Ein weiteres Problem: Die zeitliche Knappheit**

---

Regelmäßig wird darauf verwiesen, dass der zeitliche Rahmen in der Praxis es nicht erlaubt, ein detailliertes Risk Assessment durchzuführen oder ausführlichere präventive Gespräche zu führen.

Also ich war 11 Jahre beim Kassenarzt und alle 6 Minuten kam ein neuer Patient rein, ja. Also da war ich eigentlich – meine ganze Kraft war drauf gerichtet, die Patienten wieder rauszukriegen innerhalb von 5 Minuten. (Vollmers)

Also ich denke, wir können nicht zu viel anbieten ... Wir haben keine Stunden Zeit mit denen zu reden [...] Man kann nicht, wenn da draußen noch 10 Leute sitzen, jetzt sich gemütlich hinsetzen und dann alle Risiken einzeln aufzählen. Das ist nicht machbar. (B, Bln)

Aber die Probleme einer normalen Kassenarztpraxis und der Durchlauf, der da generiert wird, und das Zeitmanagement, das lässt eine intensive Beratung und so was [nicht zu] (G, bln)

In diesem Zusammenhang ist dann auch relevant, dass es in diesem begrenzten Zeitrahmen prinzipiell eine Konkurrenz von anderen präventiven Themen gibt, die ebenso angesprochen werden könnten.

Wenn ich dann jetzt noch anfangen, wenn er mit seiner Hand kommt, „Jetzt will ich Ihnen aber auch mal erzählen, dass Sie beim Sex Kondom tragen sollten“ halte ich das nicht für machbar, auch nicht ...für

adäquat. Da könnte ich ihn auch aufklären, dass er nicht rauchen darf, seine Frau nicht schlagen darf und seine Haustiere gut behandeln soll. (Z, Bln)

Dass sie an die Vorsorgeuntersuchungen denken, dass sie nicht rauchen, dass sie nicht Alkohol trinken, dass sie sich gesund ernähren. Das Spektrum von dem, was ein Arzt ansprechen kann, ist gewaltig. (A, Bln)

### **8.3. Die schlechte Vergütung – ein Problem, aber kein entscheidendes**

---

Es wurde häufig auf die unbefriedigende Vergütung von Beratungsgesprächen hingewiesen.

Die ökonomische Situation. Klär ich ihn über die notwendige Darmkrebsvorsorge auf, krieg ich ja wenigstens 5 Euro von der KV. Quatsch ich mit ihm über Prävention von HIV, dann gibt's gar nichts. (Vollmers, Bln)

Dass man für Beratung auch bezahlt wird, das findet nicht statt. ... Ich meine, wir werden jetzt auch – gerade im hausärztlichen Bereich – pauschaliert, das heißt wir kriegen einen Betrag für den Patienten, und vielleicht noch paar ganz wenige technische Leistungen – das ist es gewesen. Und wenn Sie sich da ne halbe Stunde hinsetzen, mit jemand über das und jenes reden, die halbe Stunde wird Ihnen nicht bezahlt. Das können Sie sich nicht leisten. (Müller / Allg, FR)

Interessanterweise wurde allerdings auffallend übereinstimmend von einigen Ärzten betont, dass die Bereitschaft zur Durchführung von Prävention nicht von der Finanzierung abhängt, sondern von individueller Neigung und Berufsauffassung.

Wenn das besser honoriert wäre? Da ich jetzt nicht drauf spezialisiert bin, spielt das für mein Honorar keine große Rolle. ... Wenn das von mir Stammpatienten sind, also da mache ich das im Gespräch, da brauche ich keine Honorierung. (Schweighöfer / Allg., FR)

Wenn sie es offen als einzelnes Element ... finanzieren würden, würde es wahrscheinlich mehr – zumindest mehr abgerechnet. Ob es dann mehr angewandt wird, würde ich bezweifeln. Also ich denke, dass ist etwas, was mehr aus dem Selbstverständnis der Tätigkeit des Einzelnen heraus kommt. Und ich glaube nicht, dass es zielführend wäre oder dass es nur Mitnahmeeffekte gäbe, wenn man jetzt da[für] eine spezielle Leistung generieren würde. (Hausarzt / Allg, FR)

Glaub ich nicht, dass das groß was hilft [das Präventionsgespräch als solches zu bezahlen]. Weil sich viele damit gar nicht auseinandersetzen wollen. ... Wenn man sich niederlässt als Arzt, egal welche Fakultät, man hat ja so seine Steckenpferdchen und irgendwo auch seine Interessen, die man mehr *pusht* und welche, die man weniger *pusht* ... Deswegen denke ich, das wird nicht viel bringen. Wenn das jemand von sich aus nicht tut, wird er es auch nicht so tun, denke ich... Entweder die machen es von sich aus oder das bringt nichts. (Weiler / Allg, FR)

### **Zusammenfassung: Desillusionierung und Frustration**

- *Die empfundene Wirkungslosigkeit ihrer präventiven Beratung scheint die größte Barriere für Ärzte zu sein, sich stärker in der Prävention zu engagieren*
- *Alle befragten Ärzte berichten: die Compliance hinsichtlich des empfohlenen präventiven Verhaltens sei bei ihren Patienten oft schlecht*
- *Die Ärzte beschreiben dabei bei ihren Patienten ein Auseinanderklaffen von Theorie und Praxis: in bestimmten Situationen (Partys, Drogeneinwirkung, emotionale Nähe) werden die Vorsichtsmaßnahmen vergessen oder missachtet*
- *Folge: bei den Ärzten kommt es zu Verärgerung, Frustration, Verlust der Motivation zur HIV-Prävention*
- *Allerdings kann es zu einer verzerrten Wahrnehmung der präventiven (Miss-)Erfolge kommen - erfolgreiche Prävention bleibt oft „unsichtbar“*
- *Hinzu kommt die zeitliche Knappheit im Praxisalltag, die ausführliche präventive Gespräche nicht zulässt*
- *Die Honorierung für HIV-/STD-Prävention wäre wünschenswert, würde aber vermutlich die Präventionspraxis der Ärzte wenig beeinflussen, wobei insbesondere in Franken die Ärzte stärker unter finanziellem Druck zu stehen scheinen und sich die Situation dort anders darstellt*

## 9. POSITIVE PREVENTION: DIE SICHT DER HIV-POSITIVEN PATIENTEN

### 9.1. Erfahrungen mit Ärzten

---

Im Vergleich zur beschriebenen Situation zwischen ungetesteten MSM und ihren Ärzten gestaltet sich die Kommunikation zwischen Männern mit einem bekannten positiven HIV-Status und ihren Ärzten wesentlich offener, und sie kommt auch häufiger zustande. Dies scheint im Wesentlichen zwei Gründe zu haben:

- Zum einen sind diese Männer in der Regel Patienten in Schwerpunktpraxen in Berlin oder im Großraum Nürnberg, wo ein Klima der Akzeptanz schwuler Identität besteht, welches offensichtlich eine Gesprächssituation erleichtert.
- Zum anderen wird die Kommunikation für einige auch beim Hausarzt in Bayreuth offener, wenn der Status geklärt ist.

Wie im Abschnitt über ungetestete Männer beschrieben, kommt aber auch bei den HIV-positiven MSM ein Gespräch über Sexualität und Prävention am ehesten dann zustande,

- wenn es einen konkreten Anlass gibt, oder
- wenn der Patient die Initiative ergreift.

Ich hab ihn gefragt, ich hab gesagt „Wie schaut es aus, kann ich mich jetzt, wo ich positiv bin, kann ich mich trotzdem noch mit einen anderen Virus anstecken?“ ... Also er hat gesagt „Trotzdem dann schon noch aufpassen“! Weil es gibt ja – Gott weiß wie viel von diesen Virusarten. Und ich wollte eben wissen, ob ich jetzt, wenn ich einen Virus hab, ob ich mich trotzdem mit irgendwas anderem noch anstecken kann. Ja, und dann hat er gesagt „Ganz klar. Weil es soviel verschiedene gibt.“ (Roland, HIV+, FR)

Kongruenz lässt sich auch bezüglich der Verwendung eines Kondoms bei Oralverkehr feststellen; wenn auch nicht in demselben Ausmaß, haben HIV+ Männer dennoch ähnliche Schwierigkeiten wie die ungetesteten Interviewpartner. Es besteht Gesprächsbedarf beim Thema oraler Verkehr hinsichtlich:

- einer Ungewissheit, ob Oralverkehr infektiös ist
- dass Kondome beim Oralverkehr als unzumutbar empfunden werden
- dass ein schlechtes Gewissen gegenüber Arzt besteht, wenn man keine Kondome benutzt

*Auch die Ärzte beschreiben einen besonderen Bedarf, im Rahmen der positive prevention über Oralverkehr beratende Gespräche zu führen.*

*[Wie reagieren HIV-positive Patienten auf präventives Gespräch?] Oft überrascht, – die meisten sehr*

*überrascht bei Oralverkehr, wenn ich sage: „Ja, habt ihr Oralverkehr gehabt, wenn, wie?“ Dann nehmen ja die meisten eben kein Kondom. Bei Analverkehr, denk ich, sind schon viele, die jetzt ein Kondom benutzen, ich würde mal sagen über 80% ... aber bei Oralverkehr sind es halt sehr viele, die kein Kondom benutzen, und dann ist es halt ansteckend. Also ich sage auch oft, wenn ...man da anonymen Sex [hat] und irgendjemand macht Oralverkehr, aktiv wie passiv, das kann halt ins Auge gehen. (Weiler, Int., FR)*

Während wie beschrieben, bei HIV+ Patienten der Arzt aufgrund der Therapiefragen eine neue Kompetenz zugesprochen bekommt, verweisen auch HIV+ Männer nach wie vor auf die Bedeutung von AIDS-Hilfen und Aidsberatungsstellen. Neben Gesprächen über Sex und Prävention spielt die soziale Situation des Patienten hier eine wichtige Rolle. Die Beratungsstellen bieten Unterstützung bei verschiedenen Antragstellungen und Auseinandersetzungen mit Ämtern und Krankenkassen. Sie schaffen aber auch Räume der Begegnung und des Austauschs bspw. durch Einrichtungen wie „Cafe Positiv“ oder ein „Positivenfrühstück“, das in bestimmten Zeitabständen zwar von der Beratungsstelle unterstützt, dennoch aber selbst organisiert werden muss. Sie dienen auch dem Austausch über neue Präventionserkenntnisse; so wurde das Thema „Schweizer Erklärung“ – also die Möglichkeit, bei Verschwinden der Nachweisbarkeit des HI-Virus unter Therapie ggf. auch ungeschützten Geschlechtsverkehr praktizieren zu können – sehr kontrovers diskutiert. Die ausliegenden Broschüren, Flyer und Veranstaltungshinweise sind ein weiterer Anziehungspunkt.

## **9.2. Beratung zum Eigenschutz – Reaktion und Compliance**

---

Auf die Frage „Inwieweit könnten Sie sich vorstellen, mit Ihrem Arzt darüber zu sprechen, wie man sich vor einer HIV-Superinfektion oder Geschlechtskrankheiten schützen kann?“ kamen überwiegend interessierte Reaktionen und zustimmende Antworten. Auch bereits erfolgte präventive Beratungen zum Selbstschutz werden positiv gewertet.

*Naja, ich finds gut, wenn er mich darauf anspricht und mir ...Risiken sagt. Ist ja wichtig, dass man nicht denkt, nur weil jetzt vielleicht die Viruslast unter Nachweisgrenze ist-, dass man trotzdem sich und andere schützen muss. Und dass man weiß, ... eine Lues, dass man sich auch schon über das Blasen anstecken kann, oder dass man halt auch durch irgendwelche neuen HIV-Stämme ... Halt ich eigentlich für gut, wenn er das macht. (Carlos, HIV+, Bln)*

*Ja, das hat er ja bei mir schon angesprochen. Also er sagt also auch immer wieder „Am besten gar keinen Sex, nur mit dem eigenen Partner und selbst dann geschützt. Und wenn wirklich mal mit anderen“ Also er rät schon immer, auf Kondom zu achten, ganz wichtig. Und er rät sogar dazu, nach dem Sex, den Kondom zu kontrollieren, ob der nicht geplatzt ist oder dergleichen. ... Und das find ich auch in Ordnung, dass er das sagt. (Hans, HIV+, Bln)*

Wir reden jetzt eigentlich ganz offen über das Thema, seitdem das halt jetzt raus ist, dass es so ist. Er tut schon immer sagen, wenn ich bei ihm bin „Immer dran denken, VERHÜTEN, GUMMI, SCHÜTZEN“! ... Das ist okay für mich. Er sagt immer „Und, haben wir Kondom einstecken?“ Sag ich „Natürlich“! Das passt schon. (Mark, HIV+, FR)

Gut, da bin ich generell bereit mich mit ihm zu unterhalten. Das ist mein Facharzt, der kennt mich, der weiß vieles über mich, was andere mit Sicherheit nicht wissen, weil sie es einfach nix angeht. ... (Robert, HIV+, FR)

Häufig stehen die Antworten damit in Zusammenhang, dass die Männer durch die Erkrankung und ggf. durch die Therapie sowohl körperlich als auch psychisch herausgefordert sind und darauf bedacht sind, sich nicht noch mit zusätzlichen Infektionen zu belasten.

Ich würde mir das anhören, was er mir sagt, und würde mich dementsprechend verhalten. Weil ich habe ... keinen Bock, mir noch nen anderen Virusstamm einzufangen. Also dieses, ... „Ja du hast et, da kann mir nischt passiern, ick hab et och“, Also, das find ich eine idiotische Einstellung. Da kann ich auch russisches Roulette spielen. Weil das, was ich habe, reicht mir, und ich habe kein Verlagen danach, mir noch etwas anderes zuzuziehen. ... Wenn er sagt „Hier, so und so“, würde ich mich dann schon zurückhalten. (Jörg, HIV+, Bln)

Ich denk halt auch, es kommt immer darauf an, wie er mit mir spricht. Das Thema selber, ich mein, das ist ganz normal. ... Ich mein, das muss man ja wissen als Positiver, dass ich mir einen anderen Stamm auch noch zuziehen kann. Das ja alles dann noch schlimmer wird. Ob es jetzt der HIV-Stamm ist oder Hepatitis Syphilis oder Gott weiß was. Es wird ja alles schlimmer dann. (Buddha, HIV+, FR)

Ich hab ihm auch das Gefühl gegeben „Hör mal jetzt uf, ich weeb ditte, und ich will es auch gar nicht“. Mir reicht mein HIV-Status, ich brauch nicht noch eine Hepatitis, hab ich schon alles hinter mir. Ich brauch nicht noch eine Syph, und ich brauch nicht noch Kondylome, und ich brauch nicht noch noch mehr. Mein Körper hat mit dem HIV – wat ich habe – so viel zu tun, da muss ich ihm nicht noch mehr zumuten. (Natascha, HIV+, Bln)

### **9.3. Beratung zum Fremdschutz – Reaktion und Compliance**

---

Die Frage „Stellen Sie sich vor, Ihr Arzt würde Sie darauf ansprechen, wie Sie durch Ihr Verhalten andere Menschen vor einer Infektion mit HIV schützen können. Wie würden Sie das aufnehmen?“ wird in den Interviews ebenfalls überwiegend positiv aufgenommen.

Für viele der befragten HIV-Positiven ist es nach eigenen Angaben selbstverständlich, andere zu schützen.

Von mir kann ich sagen, ich pass auf. Ich bin mir ziemlich sicher, mir würde das nicht passieren, weil ich schütze mich. Ich schütz den anderen und schütze mich. Ich weiß, dass ich bei gewissen Praktiken generell Kondome nehmen muss. Ich weiß aber auch, dass es weniger gefährlich ist, bei anderen Praktiken. Dass ich das vertreten kann ohne Kondom. Zum Beispiel, wenn ich jemandem einen runterhole, brauch ich kein Kondom. (Robert, HIV+, FR)



[Der Arzt weiß], dass ich ja sowieso jetzt mehr mache, verhütungsmäßig, nur noch mit Leuten mit HIV. Weil da kann es schon passieren, dass ... das ganze Kondom schon mal kaputt gehen könnte. Aber da wär' ... das ganze Risiko nicht so sehr, als bei Sex mit einem, der es nicht hat, dann wär' das ja sowieso total unschön, gegenüber dem anderen (Davis, HIV+, Bln)

Damit habe ich kein Problem, wenn der Arzt das zu mir sagt. ... Da muss man aber auch ganz ehrlich sein, wenn man manchmal welche kennenlernt, ist es oft so, dass viele noch fragen „Können wir es nicht ohne machen?“ Hallooo! Es wird schon seinen Grund haben, warum ich sage „Es geht bloß mit.“ Und ich persönlich muss jetzt wieder sagen, wenn ich jetzt auf Praktiken oder so eingehen sollte, dass jetzt der Arzt mich fragt, dann sag ich „Ja Analverkehr ist nuur mit, da gibt's nichts anderes.“ (Buddha, HIV+, FR)

Eine positive Einstellung zum Fremdschutz muss aber nicht mit einer positiven Einstellung zum ärztlichen Gespräch einhergehen

Wär' auch in Ordnung. Aber ich glaub, das Thema haben wir schon mal, glaub ich, gehabt. Dass er gesagt hat „Man soll halt auch weng aufpassen bei anderen dann“ Aber das macht man, denk ich, von sich aus schon, um den anderen zu schützen. Roland, HIV+, FR

Also bei uns ist es erstmal kein Thema, weil wir monogam leben. - Auf der anderen Seite ist es auch so, wenn du HIV-positiv bist, dann hast du ja auch Verantwortung. Alberto, HIV+, FR

Manche scheinen Fremdschutz für so selbstverständlich zu halten, dass sie eher „beleidigt“ sind, wenn der Arzt sie darauf anspricht.

Wenn er das sagt, dann würde ich mir unterstellt fühlen, dass ich das nicht machen würde. Naja, ich denke, es ist wichtig darüber zu reden, dass es immer eine Gratwanderung ist. ... Bei was nehm ich Kondome? Bei was nicht? ... Aber ist schon gut, wenn der Arzt auch so was anspricht natürlich. (Carlos, HIV+, Bln)

Früher hab ich immer gesagt, das muss jeder selber wissen. Aber heute, man wird ja auch älter und schlauer, muss ich sagen, natürlich würde ich ihm [dem Arzt] das auch sagen, dass ich darauf achte. (Hans, HIV+, Bln)

Ich würde [dem Arzt] klipp und klar sagen, dass das für mich eine Selbstverständlichkeit ist, und dass außer Safer Sex für mich nichts in Frage kommt. (Jörg, HIV+, Bln)

In einem Fall wurde das Ansprechen durch den Arzt begrüßt, aber die Relevanz für sich selber gering erachtet, statt dessen auf eine besondere Personengruppe (frisch Infizierte) verwiesen.

... ich find das GUT, ich find's vor allem in DEM Zusammenhang gut, dass Frischinfizierte wissen, dass gerade SIE ein besonderes Infektionsrisiko darstellen. (Peter, HIV+, Bln)

Wenn er mich darauf ansprach, hab ich damit keine Probleme, aber ich weiß das. Na die Antwort wäre jetzt die gleiche wie vorhin. Ich hab immer einen Gummi dabei. (Natascha, HIV+, Bln)

Ja ich würde sagen, das weiß ich. Ich weiß, wie man sich ansteckt und ich weiß, wie man andere Menschen schützen muss. Kein Thema ja. Wir leben monogam. Deswegen für mich ist die Frage verständlich, aber es betrifft mich nicht. (Pepe, HIV+, FR)

In einigen Fällen wird darauf verwiesen, dass ungeschützter Sex bei bekanntem positivem HIV-Status strafbar wäre. Es wird zwar berichtet, dass es HIV-Positive gibt, die absichtlich in Kauf nehmen, andere anzustecken, um sich für die eigene Infektion zu „rächen“ (s.u.). Bei den Interviewten führte hingegen die Erfahrung mit der eigenen Infektion eher zur Überzeugung, andere schützen zu wollen; das Schutzverhalten ist in diesen Fällen geprägt von der selbst erlebten Trauer oder der Trauer um den Verlust von Freunden.

... und der könnte sich dann nicht zum Beispiel jetzt halt bei der Polizei zum Beispiel anzeigen. Und deswegen nur Sex mit denen, die auch HIV haben. (Davis HIV+, Bln)

Wär ich offen für, weil ich wünsch es KEINEM krank zu sein. Niemandem. ... Und ich hab ja auch persönliche Erfahrungen gemacht dadurch ...[dass] ich nen Freund zu Grabe getragen habe, und ihn bis eine Woche vor seinem Tod zu Hause gepflegt habe. Und das wünsch ich keinem. (Dittmar, HIV+, Bln)

Scheint nur bei denen zu klappen, die schon eine längere Zeit dabei sind und auch Elend und Traurigkeit gesehen haben und Hospize. (Natascha, HIV+, Bln)

In diesem Zusammenhang werden Sexparties, barebacking und sogar die „Schweizer Studie“ unter HIV-positiven Männern eher als problematisch thematisiert.

Ich weiß nicht, ich denk, man verändert sich dann selber auch schon, ich weiß nicht. Früher ging man - ich geh jetzt von mir aus - schon eher gern mal auf ne Party oder so was, und das ist in den letzten Jahren gar nicht mehr so. Da krieg ich dann eher schon nen Schreck, wenn ich dann sehe, jeder vögelt mit-überall ungeschützt rum, ... da sehe ich dann nur schon die die Syphilis.... (Carlos, HIV+, Bln)

Aber mittlerweile ist es ja schon wieder soweit, dass wieder Studien im Umlauf sind, dass wenn halt die Viruslast nicht mehr nachweisbar ist..., dass da die Ansteckungsgefahr eigentlich auf 0 läuft. Und solche Äußerungen, find ich, sind katastrophal. (Mark, HIV+, FR)

Leichtsinniges Verhalten wird eher von anderen berichtet oder für die eigene Biographie in jüngeren Jahren angesetzt.

... wenn ich HIV habe und mich mit HIV nochmal anstecke würde, mit einem anderen Stamm, was soll mir passieren? Was kann mir passieren? Eigentlich nichts. Was will mir passieren? Das einzige was mir passieren könnte, wäre, dass die Krankheit wesentlich schneller von statten geht und ich nicht innerhalb von 20 Jahren weg bin und mich 20 Jahre rumquälen muss. Robert, HIV+, FR (über andere)

... da hab' ich das noch nicht so gesehen. Da war ich halt noch jünger. So mit 25, 30, da war das, da gab es für mich keen Kondom. Da hat Sex für mich keen Spaß gemacht, das ist aber normal. (Hans, HIV+, Bln)

#### **9.4. Erwartungen an die Gesprächssituation**

---

Für die meisten der HIV-positiven Männer stellt sich nicht so sehr die Frage, ob sie oder ob sie nicht auf das Thema Eigenschutz und Fremdschutz angesprochen werden wollen, sondern entscheidend ist – ähnlich wie bei den ungetesteten Männern – die Art und Weise, wie dies

geschehen soll. Der Arzt soll nicht den „moralischen Zeigefinger“ heben, er soll direkt, aber einfühlsam sprechen, und es soll keine allzu große Distanz zwischen Arzt und Patient bestehen. Patienten sollten nicht abgeschreckt werden, und auf keinen Fall soll Schutzverhalten als Zwang zu einem bestimmten Verhalten vermittelt werden. Aber Prävention sollte von Ärzten als beständiges „Anpieksen“ praktiziert werden.

Aber er macht es dann nicht [im Sinne von] „ich muss“, sondern ich weiß, es wäre eigentlich von Vorteil. Und ich würde mir selber einen großen Gefallen tun, wenn ich das schaffen würde oder so. Also nicht mit Zeigefinger, sondern eher sachlich. ... Ja, er würd' ja auch niemals mit dem moralischem Zeigefinger da jetzt arbeiten. Der moralische Zeigefinger ... (Carlos, HIV+, Bln)

Aber [er] muss dann halt natürlich sehr einfühlsam machen. Das kommt immer auf die Beziehung zum Patienten an. Ich kann mir vorstellen, gerade neue Patienten könnten dann auch erst abgeschreckt sein, wenn dann der Arzt so, weil ihnen das vielleicht nicht passt, oder weil sie selber damit auch ein Problem haben. Und dann ist es natürlich schwer, wenn Sie so einen Punkt ansprechen, wird jeder erstmal zurückschrecken. Das ist natürlich dann kontraproduktiv. (Peter, HIV+, Bln)

Ja, wenn der Doktor mich ganz normal drauf anspricht, warum nicht. Es kommt immer darauf an, wie einer mit einem spricht. ... Wenn er jetzt ganz normal fragt, wie meine Sexualität ist. ... wenn dieses freundschaftliche Verhältnis da ist, dann spricht man eher darüber, als wie wenn diese große Distanz da ist. (Buddha, HIV+, FR)

... das kommt bei Ärzten zu kurz, sie sollten auf jeden Fall anpieksen, auch wenn man nicht gleich darauf reagieren kann – pieksen, aber nett pieksen, nicht mit dem erhobenen Zeigefinger. (Kurt, HIV+, Bln)

In diesem Zusammenhang darf der Arzt auch auf bestehende Gefahren hinweisen, bspw. wenn es zu einer Situation kommt, in welcher eine Verbindung von Sex und Drogen besteht.

... gerade bei Drogen – denk ich mal ist das Problem, dass die Hemmschwelle gar nicht mehr da ist. Und da muss dann irgendwas im Kopf trotzdem „Klick“ machen, dass man trotzdem sich schützt. (Kurt, HIV+, Bln)

## **9.5. Umgang mit Seropositivität in der schwulen Szene**

---

Bezüglich des Umgangs mit HIV+ Personen in der schwulen Szene werden unabhängig von der Region vor allem vier recht unterschiedliche Bereiche thematisiert. Zunächst gilt auf Seiten der HIV+ Männer die Fürsorge dem HIV-negativen Partner innerhalb einer Liebesbeziehung oder einer Ehe. Von HIV negativen MSM wird aber auch der Wunsch nach einer Ansteckung mit HIV an positive Männer herangetragen. Desweiteren berichten MSM von Stigmatisierung, wenn man seinen Status offenbart, und zum letzten wird über Rachegefühle nach der Ansteckung gesprochen (s. Tabelle 7).

Voraussetzungen für ein Gespräch über Sexual- und Schutzverhalten	Beispiel
Die Sorge um den HIV negativen Partner	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wenn ich Geschlechtsverkehr habe, dann nur mit Kondom, um meinen Partner zu schützen. Ich war noch in einer Partnerschaft, während ich HIV hatte. Und mir ist es einmal passiert in dieser Partnerschaft, dass dieser Partner, der kein HIV hatte, dass das Kondom geplatzt ist. Der hat aber gewusst, dass ich HIV habe. (Robert, HIV+, FR)</li> </ul>
Der Wunsch nach Ansteckung: „sich ‚posen‘ lassen“	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Also mir ist es in letzter Zeit zweimal passiert, dass ich im Internet angetickert wurde ... Also der eine, der wollte zu seinem Geburtstag von mir angesteckt werden. ... (Carlos, HIV+, Bln)</li> <li>• ... gerade im Internet ... wenn ich dann solche Sprüche höre, wie „Wer post mich?“ und solche Sachen, da geht mir eigentlich der Hut hoch. (Hans, HIV+, Bln)</li> </ul>
Intoleranz in der schwulen Szene gegenüber offenem Umgang mit seropositivem Status	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Da hab ich auch die letzte Zeit mal schlechte Erfahrung gehabt. Da war ich in Nürnberg unterwegs, nachdem die Beziehung beendet war, und war halt in einem Lokal gewesen, wo man sich trifft. Und dann hab ich gleich - also das war das allererste, was ich zu dem anderen gesagt hab, dass ich halt positiv bin. Und dann hab ich natürlich gleich eine ganz freche Antwort gekriegt: „AIDS-Schweine haben hier nichts zu suchen!“ Und das hat mich dann total fertig gemacht, dass ich dann gleich frustriert heimgefahren bin. .... Das ist halt auch, in solchen Bars ist es halt dann auch immer so, dass das dann auch schnell rumgeht. Der weiß es, dann der und der sagt es dann wieder zu dem. Dann ist – hab ich schon wieder die gleiche Situation wie auf dem Land. (Roland, HIV+, Franken)</li> </ul>
Rachegefühle nach der Ansteckung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ich kenn aus meinem Bekanntenkreis welche ... Denen ist das vollkommen egal, ob sie einen anderen anstecken oder nicht. Die sagen „Uns hat es auch keiner gesagt, warum sollen wir dann Rücksicht nehmen. Die haben uns genauso angesteckt“ ... Das sind einfach Rachegefühle. „Mir geht’s jetzt schlecht, warum soll es den anderen jetzt anders gehen“ ... es sind nicht alle so. Aber ein paar, die wo ich kenn, die legen es richtig drauf an, das weiterzugeben. (Roland, HIV+, FR)</li> </ul>

**Tabelle 7.** Erfahrungen, die HIV-Positive in der MSM-Szene mit ihrem positiven HIV-Status gemacht haben.

Die Tatsache, dass in der gay community bei einigen Mitgliedern der Wunsch auftritt, selbst zu den HIV+ dazugehören zu wollen (Wunsch nach Ansteckung, s. Tab. 7), ist aus der Literatur bekannt und auch sozialwissenschaftlich interpretiert worden (Lit). Interviewpartner, die davon berichteten, mit einem solche Ansinnen konfrontiert worden zu sein, reagierten ablehnend, gingen aber unterschiedlich offensiv mit dieser Ablehnung um.

... Also der eine, der wollte zu seinem Geburtstag von mir angesteckt werden. ... Also da hab’ ich dann Verantwortung, da würde ich mich niemals drauf einlassen ... Oder, drauf hinweisen, dass ich positiv bin, selbst wenn ich Kondome nehm’ – ist das Mindeste. Ich hab ihm halt geschrieben, dass es absolut nicht mein Ding ist und dass er halt keine Chance hat. (Carlos, HIV+, Bln)

... gerade im Internet ... wenn ich dann solche Sprüche höre, wie „Wer post mich?“ und solche Sachen, da geht mir eigentlich der Hut hoch. Weil das ist ja schon Selbstmord, was ich auch gar nicht akzeptiere.

...naja ignorieren kann man es nicht - ich schreib solche Leute dann schon auch an und frag, ob sie noch ganz dicht im Kopf sind. Ich versuch dann immer dann diesen Internetprovider ... zu informieren und sage „Seid mir nicht böse, aber löscht das bitte von ihm raus. Das gehört nicht in die Seite rein.“ Weil das ist ja schon kriminell, sowas. (Hans, HIV+, Bln)

Keiner der Interviewpartner berichtete von eigenen Rachegefühlen nach der Mitteilung über die Serokonversion. Die meisten waren erschrocken und zogen sich zurück. Einige bekamen Depressionen und sind zusätzlich zu ihrer Versorgung durch einen Schwerpunktarzt in psychologischer Betreuung. Zwei interviewte Männer in Franken unternahmen einen Selbstmordversuch. Dabei handelte es sich um zu spät diagnostizierte Fälle. Unter frustrierten Experten in Franken heißt es dann: „der ist im Vollbild aufgeschlagen“.

In den Interviews wurde aber berichtet, dass es Rachegefühle und Racheakte bei HIV-Positiven in der Szene gäbe (s. Tab. 7).

## 10. POSITIVE PREVENTION

### 10.1. Relevanz und Status Quo präventiver Gespräche bei der Betreuung von HIV-Positiven

---

Es wird deutlich, dass im Rahmen der Versorgung von HIV-positiven Patienten auch über *positive prevention* gesprochen wird, und dass die Ärzte diese Gespräche als sehr wichtig empfinden und sie auch mit einer gewissen Selbstverständlichkeit führen. Die Ärzte bemühen sich dabei, im präventiven Gespräch sowohl den Selbstschutz als auch den Fremdschutz zu thematisieren.

Also ich bin ja ein ...absoluter Gegner des ungeschützten Geschlechtsverkehrs, wenn man infiziert ist. Ich finde, das ist eine Unverschämtheit, und das sag ich auch klipp und klar. Auch für den eigenen Schutz, er kann sich ja auch noch andere Infektionen holen, wenn er dann – Also das wird im Gespräch geklärt. (Schweighöfer / FR)

Ja, also [Prävention] ist für mich selbstverständlich, von meinem Anspruch her. ...Wenn ein Patient kommt, ...das zum Thema zu machen, wie die Infektion weitergegeben werden kann. Nicht zu fragen, woher sie kommt. Das ist gerade am Anfang – finde ich - nicht wichtig. Viel wichtiger ist, wie man sich damit zu verhalten hat, und das ist also, wie der Patient lebt, ne? Ja und da Informationen zu geben. (X / SP, Bln)

Prinzipiell beraten wir unsere Patienten schon dahingehend, dass, auch wenn sie gut medikamentös eingestellt sind, dass ja trotzdem ein erhebliches Risiko besteht, oft wenn nur einer der Partner HIV-positiv ist. [Dann] wird doch sehr konkret besprochen, dass ein nicht unerhebliches Risiko besteht, sich anzustecken, auch wenn sozusagen alles optimal läuft von Seiten der Laborwerte. (Martin / SP/ FR)

[Sich dafür verantwortlich fühlen, die HIV-positiven Patienten in Bezug auf Prävention zu beraten?] Ja sicher. Nur weil jemand jetzt positiv ist, heißt es ja noch lange nicht, dass er sich nicht mit anderen Erkrankungen anstecken kann... Finde ich schon wichtig, dass man sie dementsprechend aufklärt, weil jede weitere Erkrankung für einen HIV-Positiven, die unter Umständen chronifiziert ist, ist ja umso schlechter. ...Abgesehen davon, dass sie natürlich kontagiös sind. (Weiler /FR)

Das gilt besonders in der Zeit der akuten HIV-Infektion, wo die Ansteckungsgefahr besonders hoch ist.

Es passiert viel häufiger, dass ich den Patienten darüber informiere, wie er sich selbst weiter schützen kann... Also in der akuten HIV-Infektionszeit ist es nochmal was anderes. Da gibt's ganz klar auch für mich so einen Wunsch, ihm mitzuteilen, dass das jetzt für andere, mit denen er Kontakt hat, eine ganz wichtige Zeit ist, dass er andere jetzt schützen kann und Verantwortung für andere übernehmen kann. (Fleming / SP, Bln)

Dabei versuchen die meisten Ärzte, den Patienten über den Selbstschutz auch für den Fremdschutz zu gewinnen.

Klar fühl ich mich da verantwortlich [aufzuklären, wie das Virus nicht weitergegeben werden kann]. Aber es passiert viel häufiger, dass ich den Patienten darüber informiere, wie er sich selbst weiter schützen kann. Aber vielleicht auch darüber ein Stück weit dazu zu bekommen, auch andere zu schützen [...] Aber ich, denke ich, es passiert mir häufiger, dass ich dann auch über den Selbstschutz spreche des HIV-

positiven Patienten. Und darüber vielleicht ein bisschen die Kurve kriege auf „Indem man sich selbst schützt, schützt du auch andere“. (Fleming / SP, Bln)

Also ich glaub, das ist auch ein ganz vernünftiger Ansatz...: Die Leute zu stärken, sich selbst Gutes zu tun oder sich zu schützen, sich ihre Gesundheit zu erhalten. Und über diese Verantwortung für sich selber erst das Gefühl für den Anderen zu entwickeln. Das ist gerade auch in der Psychotherapie ein immer wieder geübter Mechanismus, nicht? Über die Stärken des eigenen Selbst ...zum verantwortungsvollen sozialen Verhalten zu kommen. (Heilmann / SP, Bln)

Dennoch wird deutlich, dass Prävention für die meisten Ärzte keine prioritäre Aufgabe bei der Betreuung von HIV-Patienten ist. Die klinische Medizin steht im Vordergrund – und damit manchmal „im Weg“.

Wir sind natürlich auch an der anderen Seite dauernd, ... machen Labortests und so weiter, dann geht es um ganz andere Fragestellungen, wie schaut es mit der Viruslast aus, ... Und dann irgendwelche Nebenwirkungen... Im Grunde genommen sind wir durch die Krankheit und Behandlung einigermaßen in Anspruch genommen ... Und solche Sachen, mehr aus dem psychologischen, psychosozialen Bereich, fallen natürlich dann untern Tisch. Weil die Therapie einigermaßen kompliziert ist und ... auch ... diese ganzen Parameter, so dass wir dann diese Sachen - von wegen, dass man sich mit einem anderen HI-Virus ansteckt, weil man ungeschützt [Verkehr hat] oder so - weniger kümmert. Muss ich echt sagen. (Müller / FR)

Und wir sind natürlich – auch durch die Industrie – sehr auf das Medizinische programmiert. Der erste Blick gilt der Kontrolle der Helferzellen... Wie sehen denn die Leberwerte aus? Muss ich dann noch nach Hepatitis C gucken? Oder nach einem Lues-Rezidiv? Also ganz stark erst mal in diesem Bereich, das ist für mich die absolute Priorität im Rahmen der Sprechstundenmedizin. Und da bleibt einfach man mit einem schlechten Gewissen: „Ich müsste eigentlich mehr.“ (X / SP, Bln)

Es geht um Prioritäten.[...] Wir ...sehen (im) Schulmedizinisch halt den ertastbaren, den laborchemisch abbildbaren Bereich. Oder vielleicht ist es auch so, dass wir mehr an unseren Finger glauben bei der rektalen Untersuchung als an unsere präventive Leistung in der Praxis. (Virchow / SP, Bln)

#### ***Zusammenfassung: Relevanz und Status Quo präventiver Gespräche bei der Betreuung von HIV-Positiven***

- *Gespräche über Sexualität liegen den Ärzten bei der Betreuung von HIV-Positiven am Herzen*
- *Die Ärzte stellen meist den Selbstschutz in den Vordergrund, versuchen aber dadurch den Patienten auch für den Fremdschutz zu gewinnen*
- *Die HIV-Behandlung wird aber insgesamt von biologisch-chemischen Messparametern und klinischen Nebenwirkungen und Komplikationen geprägt; für präventive Gespräche ist wenig Raum*

## **10.2. Einstieg in präventive Gespräche und Reaktion der Patienten**

---

Es erscheint so, als sei das präventive Gespräch mit HIV-Positiven selbstverständlicher als das mit HIV-Negativen. Ein Einstieg ergibt sich oft leichter – z.B. über Nebenwirkungen der ART (erektile Dysfunktion) oder Symptome und Auswirkungen der HIV-der Erkrankung.

Eine Frage, die ich so stelle, gerade bei einem Frisch-Infizierten: „Wie geht’s Ihnen jetzt? Was geht so in Ihnen vor? Und was heißt das für Ihre Sexualität?... Hat die [die Sexualität] sich verändert, dadurch, dass Sie wissen-“ (X /SP, Bln)

Oft kommen ja auch so Einstiegssituationen. .... Mal bei erektiler Dysfunktion, mal bei ART, oder bei HIV-Infektion. Dass Cialis wird oder irgendein [potenzsteigerndes] Medikament nachgefragt wird. Oder, dass man das als Nebenwirkung aktiv abfragt. Und dann ist das auch eine Einstiegsmöglichkeit in das Thema Sexualität. (Fleming / SP, Bln)

Die Patienten reagieren verständnisvoll, wenn ein Vertrauensverhältnis da ist. Voraussetzung dafür ist offensichtlich eine auch zeitlich intensive Auseinandersetzung mit den Patienten.

Da hab ich eigentlich jetzt keine schlechten Erfahrungen gemacht, also ich muss sagen, die Patienten, mit denen ich es jetzt persönlich besprochen hab, waren durchaus offen und verständnisvoll dafür, dass es halt weiterhin mit einem Schutz passieren muss. Letztlich sozusagen hatte ich da schon den Eindruck, dass das auch angekommen ist, diese Message. Also da hätte ich schon gedacht und auch gesehen, dass die durchaus ein Problembewusstsein haben und das auch offen angenommen wird, der Ratschlag letztlich. Die kommen zu uns und fragen uns nach unserer Meinung und wir sagen halt: Na eigentlich muss das schon auch mit Schutz passieren, selbst wenn die Viruslast jetzt nicht nachweisbar ist. ... Wie gesagt, im Allgemeinen die Patienten, die wir betreuen, sind sicherlich ein sehr intensiv betreutes Patientengut und ich hatte den Eindruck, dass die das schon durchaus positiv aufnehmen, unsere Beratung dahingehend. (Martin / SP, FR)

Ich denke ein Faktor ist, dass sicherlich zumindest vielleicht einmal im Halbjahr ein bisschen Zeit zu investieren in ein zusätzliches Gespräch. Ich denke Zeit ist da schon ein entscheidender Faktor. (Martin / SP, FR)

Allerdings kann die Scheu der Patienten groß sein, zu berichten, ungeschützten Geschlechtsverkehr mit Partnern gehabt zu haben, die einen negativen oder unbekanntem HIV-Status haben, da es sich dabei um ein potenziell strafbares Verhalten handelt.

Die HIV-positiven Patienten haben auch irgendwo das Problem, dass sie sicherlich nicht so einfach einräumen würden, dass sie ungeschützt Verkehr haben, weil sie ja selber dann, im Sinn der Justiz, sich strafbar machen könnten. Insofern, denke ich, muss man da die Aussagen ein bisschen vorsichtig werten. ....Da ist er ja sofort strafbar, selbst wenn es der andere wusste, ist er strafbar. ... [Das] erschwert ein Stück weit die notwendige Offenheit. Also selbst wenn jemand davon ausgeht, dass ich das nicht unbedingt weitermelde, - es ist halt so, wenn ich ein Verhalten hab, wo ich potentiell strafrechtlich verfolgt werden könnte, dann werde ich mich dazu nicht so gern äußern – klar. (R1/SP, FR)

Es kommt relativ häufig vor, dass HIV-Positive in der Praxis selber das Gespräch auf präventive Aspekte bringen oder konkret zu Infektionsrisiken nachfragen. Auch die „Schweizer Erklärung“ hat viele Patienten zu Nachfragen initiiert.

Also gerade die Frage nach den Übertragungswegen und so, das wird schon eigentlich gestellt. (X / SP)



Da gibt's ja auch Patienten, die ganz klar fragen. Da gibt's ja viele auch, die man schon lange kennt oder gut kennt, und die einfach auch keine Scheu haben. Fragen ganz einfach: „Ist der Lusttropfen infektiös?“ Oder „Ist Blasen infektiös?“ Oder „Was darf man?“ Also da gibt's ja viele. (Laveran / SP, Bln)

Immer wieder wird an uns die Frage herangetragen, ob jetzt sozusagen Sex ohne Kondom durchaus möglich ist und ob das jetzt dann von unserer Seite okay wäre. Und da sprechen wir eigentlich das schon ganz offen an, dass wir das eigentlich nicht empfehlen können. (Martin / SP, FR)

Die Schweizer Erklärung – Das hat bei vielen Patienten zu Nachfragen geführt. Und das war einfach ein guter Einstieg, dass man safer sex – und was bedeutet safer sex überhaupt, wo fängt es an, wo hört es auf, dass die Grenzen fließend sind – [dass man] das einfach nochmal besprochen hat. Das kam da ganz häufig vor, das waren da sicherlich 20, 30 Gespräche in dem letzten Vierteljahr. (Sauerbruch / SP, Bln)

### **Zusammenfassung: Einstieg in präventive Gespräche und Reaktion der Patienten**

- *Gespräche über Sexualität sind in der Betreuung von HIV-Positiven selbstverständlicher, da sich häufiger Anknüpfungspunkte ergeben*
- *Liegt ein Vertrauensverhältnis vor, reagieren Patienten positiv auf Gesprächsangebote*
- *Das Thema Prävention wird dabei recht häufig auch von den Patienten aufgebracht*

## **10.3. Vorgehen bei der präventiven Beratung**

---

Praktisch alle Ärzte geben an, bei Risikoanamnese oder Beratung nicht standardisiert vorzugehen.

[Inwiefern so was wie eine Sexualanamnese gemacht wird] – Also nicht im Rahmen der Anamnese. Sondern situativ. Also situativ, wenn die Patienten kommen und sagen „Ich möchte jetzt die und die Untersuchung, weil ich mich in das und das Risikoverhalten begeben habe.“ Nur so. (Sauerbruch / SP, Bln)

Also ich find's schwierig, das [HIV-/ STD-Prävention] zu institutionalisieren, schon gar nicht in der ersten Begegnung. ... Ich erleb das..., dass es dann situativ an Ereignissen wie Lues oder eben auch einer HCV-Infektion festgestellt wird, das nachzufragen. ...Also es ist sehr situativ gekoppelt, es ist nicht institutionalisiert bei mir, nach Sprechstunde so eine Sexualanamnese durchzuführen. (Fleming, Bln)

Ich glaube auch, dass das [Risikoanamnese] eher ein dynamischer Prozess ist, der sich entwickelt. (X / SP)

Ich könnte jetzt nicht sagen, dass das irgendeine festgeschriebene Art und Weise des Gesprächs über Sexualität gibt. Weil es eben auch situative Auslöser gibt, und entsprechend verändert sich dann auch das Gespräch und die Sprache. (X / SP, Bln)

Insofern sollte man jetzt auch nicht zu viel erwarten von so straighten Beratungs-, Behandlungstechniken. Sondern da ist irrsinnig viel situativ geprägt. Man muss im Grunde genommen sich so ein bisschen langhangeln. Gerade mit einer gewissen Erfahrung geht das so in etwa, aber das ist ja sehr viel Spontanreaktion auch. Und insofern ist die Frage der Schematisierung ganz schwierig. (Koch / SP, Bln)

Ähnlich wie bei der Prävention von HIV-Negativen gilt, dass sich ein Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient aufgebaut haben muss, und dass man behutsam vorgehen sollte; ein Arzt sprach auch von „spielerischem“ Vorgehen.

Gerade die erste Situation, Patient kommt neu mit HIV-Infektion, ... da muss sich auch erst mal die Beziehung entwickeln... Es wäre bestimmt gut, dann noch im Verlauf des Gesprächs oder des nächsten Kontakts diese Aspekte zu vertiefen. (X/SP, Bln)

Bei mir läuft das ganz spielerisch. Ich erlebe manche Patienten dann auch im Umgang, im Gespräch ganz spielerisch. Also sehr offen, dass man dann auch irgendwie „herumflachst“, dass man erst mal so ein Gespür für diese Erlebniswelt des Anderen kriegt. (Fleming / SP, Bln)

Also aus meinen persönlichen Erfahrungen... reagieren die Patienten verständnisvoll darauf. Bei den meisten, die wir schon länger betreuen, hat sich im Rahmen der Zusammenarbeit so ein Vertrauen herausgebildet, dass die wissen, dass wir sie jetzt nicht unnötig beraten und dass das durchaus seine Berechtigung hat. Also vordergründig sind wir da schon auf Resonanz gestoßen (Martin / SP, FR)

Wichtig sei, nicht belehrend oder paternalistisch zu sein.

Man darf auch keinen Fall [mit dem] Zeigefinger, also drohen. Ich glaube, das ist auch ein Bereich, wo man sich eigentlich überhaupt nicht hereinreden lassen möchte. (Heilmann / SP, Bln)

Ja klar, aber nicht als Oberwissender oder Besserwisser auftreten, so nur sagen: „Das und das- das lass mal bitteschön.“ (X / SP, Bln)

Ich leg immer Wert darauf, dass das nicht so lehrmeisterhaft ist. Ich bin ja auch ein Mensch, das heißt, ich kann sehr wohl auch nachvollziehen, dass jemand mal unvernünftig ist. Und ich denk, das ist immer wichtig, weil, ... dieses ... zu Schulmeisterhafte, das würde bei mir selber auf Widerstand stoßen, also geh ich mal davon aus, dass es auf andere eben auch nicht so ganz toll wirkt. (R1/SP, FR)

Dass man nicht sagt „Bitte nehmen Sie nicht Kokain.“ Sondern: „Ich weiß nicht, ob Sie Kokain nehmen, aber wenn, auch über Röhrchen kann über die Nasenschleimhaut Hepatitis C übertragen werden.“ Das ist dann eine Information, wo es nicht darum geht „Nehmen Sie Drogen, ja oder nein.“ Sondern es wird einfach mal benannt. Und das eröffnet dann die Möglichkeit zu weiteren Fragen. (X / SP, Bln)

Es zeichnet sich ab, dass es sich insbesondere bei frisch infizierten HIV-Positiven nicht selten um z.T. sehr vulnerable Personen handelt, die teilweise aufgrund der Kenntnis um ihre Infektion ein sehr niedriges Selbstwertgefühl haben. Das muss bei der Prävention besonders berücksichtigt werden.

Da gibt's erst einmal eine Phase der Bewältigung, also selbst erst einmal wieder in die Balance zu kommen. Überhaupt zu sagen: „Mein Leben ist überhaupt noch etwas wert. Ich bin noch etwas wert.“ Ich [habe] viele Patienten erlebt, die sagen „Ich will überhaupt gar nichts mehr hören. Ich will gar keinen Sex mehr. Ich will überhaupt gar nicht mehr mit irgendwelchen Leuten...“ Die fühlen sich so entwertet. ... Und dann muss man den Patienten erst einmal auffangen. Man muss ihm wieder ein Selbstwertgefühl geben. Dass er was wert ist, dass er liebenswert ist. Das er überhaupt ein kompletter Mensch ist, wie jemand ohne eine HIV-Infektion, ja. (Laveran / SP, Bln)

Ich hab ja vielfach [mit] Drogenabhängigen [zu tun], also d.h. nicht doppelt, sondern dreifach Betroffene. Und ich merke, dass ich diese Leute erst zu mir kriege, wenn ein Zustand erreicht ist, wo ... sie das Um-sich-selber-kümmern, das Sich-selber-schützen irgendwo verloren haben. Da geht's um ganz andere

Sachen, nämlich um Schadensbegrenzung. „Eigeninteresse“ ... aufzubauen liegt irgendwo hinten, mehr oder weniger nebelhaft. (Virchow / SP, Bln)

**Zusammenfassung: Vorgehen bei der präventiven Beratung**

- *Alle Ärzte geben an, dass es kein standardisiertes Vorgehen zur Beratung zur positive prevention gäbe*
- *Betont wurde die Bedeutung des behutsamen Vorgehens, insbesondere wenn das Selbstwertgefühl der Patienten niedrig sei, z.B. kurz nach Diagnosestellung*
- *Wichtig ist, nicht paternalistisch vorzugehen*

#### **10.4. Präventive Compliance der HIV-positiven Patienten: die Einstellung der Ärzte**

Vereinzelt haben die Ärzte den Eindruck, ihre Beratung würde erfolgreich sein, d.h. die Patienten würden sich des Themas bewusst werden und auch dadurch motiviert, sich gesundheitsbewusst und auch verantwortlich gegenüber Partnern verhalten. Insbesondere wurde diese Meinung von den Ärzten aus Franken vertreten. Einschränkend wurde von einem Arzt hinzugefügt, dass es sich auch nur um einen vordergründigen Eindruck handeln könne.

[Hast Du das Gefühl, dass sich etwas ändert bei den Patienten?] Bei vielen, ja, die dann halt vorsichtiger sind und sich zumindest mal überlegen: Muss ich das jetzt unbedingt in der Form haben oder kann ich das nicht anders haben, den Spaß... Also in der Regel [wird das] eher positiv [aufgenommen] und die sind da sehr einsichtig und verhalten sich dementsprechend (Weiler, SP, Franken)

Also ...vordergründig sind wir da schon auf Resonanz gestoßen und dass da das Problembewusstsein schon noch mal verstärkt wurde. [...] Letztlich hatte ich schon den Eindruck, dass das auch angekommen ist, diese Message. Also da hätte ich ...gesehen, dass die durchaus ein Problembewusstsein haben und das auch offen angenommen wird, der Ratschlag letztlich. (Martin / SP, FR)

Überwiegend wird allerdings berichtet, dass die Compliance der Patienten auch im Bereich der positive prevention oft schlecht sei.

Für mich war irgendwie überraschend, dass, obwohl ich irgendwie diesen Präventionsansatz sicherlich seit Ende der 90er irgendwie stärker gemacht habe, [...] dass dann trotzdem doch so viele meiner Patienten sich z.B. an Hepatitis C angesteckt haben, trotz dieser vorausgegangenen Präventionsarbeit. Und das hat mich gewundert, also offensichtlich, dass ich da gar nichts bewirkt habe, ja. Also zumindest was diese HCV-Koinfektion angeht. Also das ist ja doch gewaltig, ja. ... Das hat mich jetzt nicht in meinen Anstrengungen irgendwie eingeschränkt, aber es hat mich doch... gewundert, dass ich da so wenig bewirkt habe. (Sauerbruch / SP, Bln)

Nur einzelne Ärzte haben Verständnis für das – wider besserem Wissen – ausgeübte Risikoverhalten ihrer Patienten als „menschliches Verhalten“ und lassen sich dadurch nicht entmutigen.

Wir müssen uns verabschieden von der Vorstellung einer noch so gekonnten Prävention... Das klappt nicht zu 100%. Das ist halt nicht der Mensch. ... Aber es ist eben ein Weg, den man immer wieder aufzeigen muss. Aber es ist eben so ...- man funktioniert halt nicht wie ein Uhrwerk: dass man das immer alles einschaltet und abhakt. (Heilmann / SP, Bln)

Ich bin ja auch ein Mensch, das heißt, ich kann sehr wohl auch nachvollziehen, dass jemand mal unvernünftig ist. (R1/SP, FR)

Viele Ärzte sind verärgert über Patienten, die sich trotz Empfehlungen nicht präventiv verhalten. Diese Verärgerung scheint noch stärker ausgeprägt zu sein, als bei den Ärzten, die v.a. mit HIV-Negativen zu tun haben. Ein Grund dafür liegt in der Tatsache, dass durch ein Risikoverhalten des Patienten auch andere Menschen gefährdet werden.

Diese Enttäuschung, wenn man erlebt: „Mensch, man redet so gut“, und dann doch plötzlich eine Hepatitis C oder so. ...Ja, man ist vielleicht auch gekränkt, weil man denkt: „Mensch, jetzt bin ich mit dem so gut in Verbindung [und trotzdem steckt er sich an].“ (Heilmann / SP, Bln)

Aber es gibt schon frustrierende Erlebnisse. Also dieser eine Patient..., früh in der HIV-Infektion mit einer riesigen Viruslast, und [ich habe] schon mit sehr viel Zeit auch geredet, und der das trotzdem für sich nicht übersetzt kriegt in ein sich und andere schützendes Verhalten... Da krieg ich manchmal die Motten innerlich. Wo ich denk „Mensch, Junge!“ Also ich werd manchmal auch rappelig. (X/SP, Bln)

Das ist so mein Impuls, dass das mich ganz schön ankotzt oder das ich wütend werde oder innerlich den Kopf schüttele. Also ich verlasse innerlich manchmal auch die Beziehung zum Patienten. (X/SP, Bln)

[Dass bestimmte Patienten sagen:] „Ja, ist schon gut.“ Die das Gespräch abkürzen und das gar nicht wissen wollen. Und wo ich dann weiß, der fliegt jetzt in einer Woche wieder nach Marokko und verteilt [das Virus] dort kräftig. Klar kann ich es ihm nicht verbieten, aber ich finde es schon manchmal bitter...Ja. Ich finde das unmöglich. Zum einen nutzt er natürlich Armut von Leuten aus, ...und dann setzt er sie der Gefahr aus, wissentlich. Ich find es eigentlich kriminell, ich kann es aber nicht verhindern. (Weiler / SP / Franken)

### **Zusammenfassung: Präventive Compliance der Patienten aus Sicht der Ärzte**

- *Die Einschätzung zur Compliance der HIV-positiven Patienten wurde unterschiedlich eingeschätzt:*
  - *während bei einigen der Eindruck vorherrschte, bei den Patienten etwas erreicht zu haben, haben andere die Erfahrung gemacht, dass ihre Empfehlungen nicht umgesetzt werden*
- *Die Verärgerung über die Non-Compliance der HIV-Positiven scheint bei den Ärzten stärker ausgeprägt zu sein, als es zu den HIV-negativen Patienten der Fall war*

## **10.5. Zeitknappheit als weitere Barriere für positive prevention**

---

Auch für den Bereich der positive prevention gilt, dass ein Mangel an Zeit die notwendigen präventiven Gespräche erschwert. Dies ist insbesondere der Fall, wenn die Vergütung in Form der Patientenpauschale niedrig ist, wie beispielsweise (aufgrund Regelungen auf Landesebene) in Franken der Fall ist.

Ich hab da ganz schön viele Ideen... Was man tun könnte, was man besprechen sollte. [...] Aber das [ist] zumindest meine Realität, dass ich da ganz stark hinter meinem Anspruch zurückbleibe....Hängt auch davon ab, wie voll das Wartezimmer ist usw. ... Der Zeitfaktor spielt dann da eine ganz große Rolle. Und ich erlebe es zumindest bei mir in der Sprechstunde, so je nachdem wie die getaktet ist, dass ich [das] so angehe, ein bisschen. Aber sicher nicht in der Breite, die sicherlich die gut wäre. (X / SP, Bln)

Im Lauf der Zeit – es muss die Beratung immer kürzer gehalten werden. Das ist ein Punkt, den kann ich nicht umdrehen, und das hängt damit zusammen, dass das Gesundheitssystem nicht vorsieht, eine Beratung zu vergüten .... Und das fällt sehr schwer, vor allen Dingen, wenn man es mit sehr gewichtigen Erkrankungen und ...Entscheidungen zu tun hat und so Situationen, wo eigentlich ein ständiges Gespräch ganz wichtig wäre.... Ich müsste eigentlich am besten bei jedem Kontakt eine Viertelstunde auf diese Dinge noch mal eingehen können. Aber ich bin gezwungen, hohe Patientenzahlen zu fahren, damit ich einfach überleben kann. Das ist so, das System. Und das heißt, Beratungsleistungen werden immer weniger sein. (R1, SP, FR)

## 11. VORAUSSETZUNGEN FÜR EINE ERFOLGREICHE BERATUNG

### 11.1. Gleicher Erfahrungshorizont – gleiche Sprache

---

Wiederholt wurde zu bedenken gegeben, dass detaillierte Gespräche über sexuelle Orientierung und sexuelle Praktiken, wie sie für eine angemessene Risikoanamnese und präventive Beratung notwendig sind, erfordern, dass man sich auf einer gleichen Ebene mit dem Patienten befindet oder den selben Erfahrungshorizont hat. Aus zwei Gründen wurde dies als Voraussetzung genannt:

1. Zum einen würde der gleiche Erfahrungshorizont dem Arzt erleichtern, den Patienten anzusprechen
2. Auf der anderen Seite vermuten die Ärzte, es sei auch für die Patienten leichter, sich dann zu öffnen.

Nicht zuletzt die bessere Erreichung des Patienten dann durch eine gemeinsame Sprache ermöglicht. Erfahrungshorizont und Sprache gehören hier offensichtlich eng zusammen.

Findet man eine gemeinsame Sprache? Und Sprache hat ja auch was mit meinem eigenen Erfahrungshorizont zu tun ... Je weiter sich das von meinem eigenen Erfahrungshorizont entfernt, desto unsicherer werde ich in meiner Sprache... (Grissom / SP, Bln)

Für mich ist es oft ganz schwierig: „Trefte ich jetzt für diesen Menschen die richtige Sprache?“ Wenn ich schon anfangs, überhaupt über Sexualität zu reden, und wie sie gemacht und gelebt wird – kriegt ich eine Vorstellung dieser Lebenswelt hin? Und transportiere die dann in die richtigen Worte um dann vielleicht was zu erreichen? (Fleming / SP, Bln)

Als Kriterien hierfür wurden u.a. Geschlecht und Alter genannt, s. Tabelle 8.

Kriterien, die für Ärzte „gleicher Erfahrungshorizont“ bestimmen	Beispiel
Geschlecht	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ich finde es eigentlich nicht sehr schwer, da ran zu kommen – Also, unter Männern ist eine gewisse Offenheit da. Was ...sicher schwieriger ist, wenn es gegengeschlechtliche Partner sind. Also Arzt oder Ärztin und andererseits das Gegengeschlecht als Patient. Dann könnte ich mir vorstellen, dass es einfach sehr viel schwieriger ist, sich da zu öffnen. (Hausarzt / FR)</li> </ul>
Sexuelle Orientierung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Findet man eine gemeinsame Sprache? Und Sprache hat ja auch was mit meinem eigenen Erfahrungshorizont zu tun. Also für mich als schwuler Mann ist Prävention für einen schwulen Mann sehr viel leichter. Ich kann den auch abholen, indem ich die Dinge so benenne, wie ich weiß, dass er sie eben auch benennt. ... (Grissom / SP)</li> <li>• Mir fällt es schwer, weil ich einfach nicht weiß, wie reden die drüber. Bei Männern weiß ich's... Aber bei einer Frau bin ich einfach unsicher [...] Aber auch einem heterosexuellen Mann gegenüber. Da gibt's ja andere Tabus. (Waters / SP, BIn)</li> </ul>
Alter	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Je weiter sich das von meinem eigenen Erfahrungshorizont entfernt, desto unsicherer werde ich in meiner Sprache... Alleine auch schon mit dem Altersunterschied hat es manchmal was zu tun. Dass ich merke, auch da ist so eine sprachliche Hemmung. (Grissom / SP, BIn)</li> <li>• Ich...merke, dass das, was ich so an präventiven ...Botschaften von mir gebe, ...irgendwie so seltsam hölzern ist offensichtlich. Ich merke das so an den Reaktionen, ...Irgendwie ist es wahnsinnig schwer für jüngere Leute etwas zu formulieren, wo man den Eindruck hat „Tatsächlich, das erreicht die!“ (Koch / SP, BIn)</li> </ul>
„Lokalkolorit“ *	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Das ist ein wesentlicher Hebel bei der Prävention, dieselbe Sprache zu sprechen wie der Patient [...] Ich komme aus einem eher gut bürgerlichen Haus und arbeite aber in Wedding. Und für mich war das die letzten Jahre ein Anspruch, die Sprache der Leute zu lernen, weil, Wedding ist von da, wo ich herkomme, ein weiter Weg. Aber je besser mir [gelingt], nicht nur Sprache, sondern auch Mentalität da mit zu schwingen, desto besser werde ich. Und ich krieg das als Feedback von Patienten mit, die dann nach Jahren mich angrinsen und so das Gefühl haben: „Naja, jetzt ist der Doktor auch hier in Wedding angekommen.“</li> </ul>

**Tabelle 8.** Kriterien, die nach Meinung der Ärzte beeinflussen, ob man den gleichen Erfahrungshorizont bzw. die gleiche Ebene mit dem Patienten hat, so dass auch eine ähnliche Sprache möglich ist. \* mit Einschränkung, s. folgenden Absatz

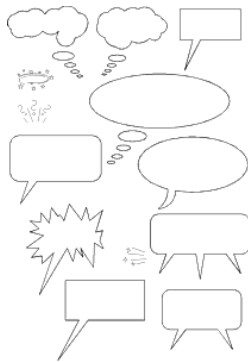
Ein Arzt bemerkt hingegen, dass es nicht unbedingt notwendig ist, dieselbe sexuelle Orientierung zu haben oder dieselbe Sprache zu sprechen, wenn man nur aufrichtig empathisch und interessiert ist.

Ich glaube, wenn diejenigen gegenüber merken, dass du ernsthaft an denen interessiert bist, und du bereit bist, das zu akzeptieren, dass die anders sprechen und andere sexuelle Präferenzen haben als du, kann... trotzdem ein offenes Gespräch entstehen, auch wenn ich nicht unbedingt dieselbe Sprache benutze. [...] Und wenn es eine gewisse Differenz in der Sprache gibt, wenn der andere oder die andere aber merkt, dass so wie er oder sie ist, akzeptiert wird, dann, glaube ich, geht das. Ich glaube, dann muss man nicht

unbedingt genau dieselbe Schiene fahren, damit eine Kommunikation zustande kommt. (Brennan / SP, Bln)

## 11.2. Die wichtigste Voraussetzung: die Offenheit des Patienten

Die Sorge, Patienten vor den Kopf zu stoßen, und die Befürchtung, die Empfehlungen könnten wirkungslos verpuffen, führen dazu, dass viele Ärzte als Voraussetzung die „Offenheit“ des Patienten sehen. Auffällig ist, dass von ganz verschiedenen Ärzten übereinstimmend Begriffe des „Offen-Seins“, „Aufmachens“, „Sich-Öffnens“ (oder auch des „Sich-Verschließens“) benutzt werden (s. Tabelle 9).



### Begriffe der Offenheit

- Ja gut, aber man kann so ansatzweise - man kriegt heraus, wo der Schwerpunkt beim Patienten ist,... Ich muss spüren, ist der offen für so was, schick ich ihn zum Urologen, frag nach dem Wasserlassen nach [...] Und in dem Moment, wo ich merk, es ist eine Offenheit [da], dann kann ich mich da drauf berufen: Okay, wir machen hier Vorsorge und ich möchte das anbieten. (Laudann, Bln)
- ... Und im anderen Fall sehe ich aber, wie über die Zeit hinweg, also je länger ich einen Patienten kenne, desto mehr macht der auf. (Cavanaugh / SP, Bln)
- Also die fallen - Die öffnen mir die Türen und dann falle ich auch rein. Die sagen „Ja, ich hab kein Kondom benutzt und befürchte deswegen...“. (Hausarzt / FR)
- ...wenn wir einfach nur sagen, das Faltblatt, das find ich nicht schlecht, ...und vielleicht 2, 3 Worte dazu sagt, dann ist zumindest mal die Tür mal ein Spaltbreit aufgemacht worden. (B, Bln)
- Der Patient denkt vielleicht „Seh' ich so aus, als ob...“ Und dann gehen die Rollläden ganz runter. (Schäfer, Bln)
- Dann gibt es Patienten, die sind sehr flüchtig. Die kommen rein und wollen eigentlich schon wieder raus... die wollen mich eigentlich gar nicht lange sehen. Und machen selbst auch den Raum nicht auf für das Gespräch. Die vermeiden das. (Fleming, Fleming)

**Tabelle 9.** Begriffe des „Offen-Seins“ oder des „Sich-Verschließens“, wie sie von verschiedenen Ärzten im Zusammenhang mit der Bereitschaft des Patienten zum präventiven Gespräch benutzt werden.

Dabei impliziert der Begriff „Offenheit“ je nach Aussage, dass der Patient bereit ist,

- sich auf das Thema Sexualität bzw. Risikoverhalten ansprechen zu lassen,
- Angaben zu seinem Sexualverhalten zu machen,
- die präventiven Empfehlungen anzuhören und ernst zu nehmen.



Nimmt man die Aussagen verschiedener befragter Ärzte über die Interviews und Fokusgruppen hinweg zusammen, werden viele Aspekte beschrieben, von denen vermutet wird, dass sie die Offenheit oder Zugänglichkeit des Patienten verbessern, aber auch viele, die sie einschränken. Tabelle 10 zeigt eine Liste der Dinge, die nach Meinung der Ärzte einen positiven Einfluss auf die Offenheit des Patienten für präventive Beratung haben.

<b>Faktoren, die die „Offenheit“ des Patienten verbessern</b>	<b>Beispiel</b>
<p>Das Bestehen eines „Aufhängers“, der einen Einstieg in die Thematik gibt</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- das Vorliegen einer STD</li> <li>- die Teilnahme an einem Gesundheitscheck</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eigentlich sind ja die Patienten, die man am besten dafür gewinnen kann, oder die auch dafür am offensten sind, die schon mit irgendeiner möglicherweise anderen sexuell übertragbaren – also mit irgendeiner Geschlechtskrankheit kommen. (Rens, Bln)</li> <li>• Ich find es eigentlich nicht sehr schwer da ran zu kommen. Also, unter Männern ist eine gewisse Offenheit da. ...[Das Vorliegen einer STD] wird ja manchmal eher als Trophäe fast gewertet, ja. Ich hab mir was eingehandelt. Schau an, wie aktiv und toll ich bin. (Hausarzt / FR)</li> <li>• In einem Präventivprogramm [Gesundheitscheck]...da lassen die ...Patienten auch jetzt Präventivmaßnahmen – also die erwarten, dass ihnen das angeboten wird. Und dann können Sie natürlich sowas ansprechen. (Schübel, Bln)</li> </ul>
<p>Länger bestehendes Arzt-Patienten-Verhältnis</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Und im anderen Fall sehe ich aber, wie über die Zeit hinweg, also je länger ich einen Patienten kenne, desto mehr macht der auf. (Cavanaugh / SP, Bln)</li> </ul>
<p>Behutsames Vorgehen, möglicherweise über mehrere Termine hinweg</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ich muss sagen, ich will meinen Patienten auch – sagen wir mal - die Möglichkeit geben, das rauszulassen, was sie rauslassen wollen. (Vollmers)</li> <li>• ...wenn's jetzt zum Beispiel um Analverkehr geht – Patienten drücken sich ja, das muss man ja auch ein bisschen dann lernen, wie man dann die Patienten da hinbringt. (Rens, Bln)</li> </ul>
<p>Vertrauensverhältnis zum Arzt</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• [Es] reagieren die Patienten verständnisvoll darauf. Bei den meisten, die wir schon länger betreuen, hat sich im Rahmen der Zusammenarbeit so ein Vertrauen herausgebildet, dass die wissen, dass wir sie jetzt nicht unnötig beraten ...da [sind] wir schon auf Resonanz gestoßen (Martin / SP, FR)</li> <li>• Unter Männern ist eine gewisse Offenheit da...Was ein bisschen schwierig ist, ist vielleicht wenn die Geschlechtskrankheit hindeuten könnte auf außereheliche Aktivitäten oder ähnliches. ...Das ist dann sicher eine Frage des Vertrauens, wenn der Mann dann den Eindruck hätte, der Arzt würde es an seine Frau weiterverraten. ...Aber solange das Vertrauensverhältnis intakt ist, gibt es da auch kein Problem. ...Also, ich denke, die Grundlage, ist da einfach der Eindruck, dass ein Vertrauen – dass eine Vertrauensperson da ist, mit der man sprechen kann. (Hausarzt / FR)</li> </ul>
<p>Gleicher Erfahrungshorizont (s.o.)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Was sicher schwieriger ist, wenn es gegengeschlechtliche Partner sind. Also Arzt oder Ärztin und andererseits das Gegengeschlecht als Patient. Dann könnte ich mir vorstellen, dass es einfach sehr viel schwieriger ist, sich da zu öffnen. (Hausarzt / FR)</li> </ul>

**Tabelle 10.** Aspekte, die nach Meinung der Ärzte die Offenheit und Zugänglichkeit des Patienten für HIV-/STD-Prävention positiv beeinflussen.

Es werden etliche Faktoren vermutet, die dazu führen können, dass der Patient weniger zugänglich ist, wenn es um das Thema Sexualität geht, oder präventiven Empfehlungen gegenüber weniger aufgeschlossen ist (s. Tabelle 11). Einige dieser Faktoren liegen an der Vorgehensweise des Arztes, andere in der Persönlichkeit des Patienten begründet.

Faktoren, die den Zugang zum Patienten erschweren	Beispiel
<b>Faktoren auf Seite des Arztes</b>	
Unvermittelte, direkte Ansprache des Themas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• So bisschen zurückgezogene Menschen oder verklemmte Menschen – ...[die] darf man natürlich auch nicht sofort überfahren und sagen – nicht so brutal dann eben anreden.(Rens, Bln)</li> </ul>
Implizierung von Fehlverhalten oder Schuld	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Der Patient denkt vielleicht „Seh ich so aus, als ob...“ Und dann gehen die Rollläden ganz runter. (Schäfer, Bln)</li> </ul>
<b>Faktoren auf Seite des Patienten</b>	
Angst vor Homophobie und Diskriminierung (bei MSM)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ja manchmal Neuberliner...junge Männer..., die sich wirklich langsam vortasten. „Wie reagiert denn der Arzt überhaupt da drauf, wenn ich ihn so und so anspreche, diese und jene Probleme habe.“ Wahrscheinlich, weil sie andernorts möglicherweise auf Probleme gestoßen sind. (Schäfer, Bln)</li> <li>• Und dann ist es einfach so, dass die Leute in der Regel – die wissen auch gar nicht wohin und die trauen sich dann auch nicht, das ist wirklich wie im Mittelalter zum Teil. (Laudann, Bln)</li> <li>• Und trotzdem, muss ich sagen, bringen die Leute das erst sehr schwer raus [ob sie homosexuell sind oder nicht]. (Vollmers, Bln)</li> <li>• Ich würde also oft wirklich [vermuten]– gerade im homosexuellen Bereich, dass sie oft ...[auf] „Homophobie“ stoßen, wo sie dann einfach sich wirklich menschlich abgelehnt fühlen, abgewertet fühlen... (Borsdorf, Bln)</li> </ul>
Sorgen um Umgang mit Daten / Datensicherheit, (v.a. bei formalisierteren Arten der Anamnese)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Und dann wird danach nach seiner Sexualität gefragt. Und manche Sachen möchte ich [als Patient] auch nicht gerne dokumentiert haben. Weiß ich, wie dicht das alles ist? ... Vielleicht stehen die [Angaben] bald im Internet. ... Das ist ein sensibles Thema. (Vollmers, Bln)</li> <li>• Also dass ich da dort sitze und [auf einer Checkliste / einem Fragebogen] abstreiche... Das merken die Leute, das wollen sie vielleicht auch gar nicht. Die wollen, dass das hier zwischen uns bleibt. Und wenn ich einen Bogen hab, ich weiß ja nicht, wer den kriegt... „Das bleibt hier bei uns in den 4 Wänden, da“ - das ist auch gut, wenn die das wissen. (Schweighöfer / FR)</li> <li>• Was ein bisschen schwierig ist, ist vielleicht, wenn die Geschlechtskrankheit hindeuten könnte auf außereheliche Aktivitäten. ...Das ist dann sicher eine Frage des Vertrauens. Wenn der Mann dann den Eindruck hätte, der Arzt würde es an seine Frau weiterverraten. Dann wäre es natürlich schwierig. (Hausarzt / FR)</li> </ul>

Zurückgezogene Mentalität, schüchterer Charakter	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ich glaube, das ist auch unterschiedlich, ob sie das in Bayreuth machen oder in Berlin. Da sind auch unterschiedliche Mentalitäten .... Der Oberfranke an sich [ist ja eher] ein still zurückgezogener Mensch. Und da tut man sich sicher schwerer als in Großstädten. (Hausarzt / FR)</li> <li>• Aber wenn einer jetzt, so ein Unauffälliger, der nicht von sich aus kommt, dann ist es schwierig. Der kann sich verstecken, auch vorm Arzt. (Schweighöfer / FR)</li> </ul>
--	---

**Tabelle 11.** Aspekte, die nach Meinung der Ärzte die Offenheit und Zugänglichkeit des Patienten für HIV-/STD-Prävention negativ beeinflussen

### **11.3. Der Wunsch nach Offenheit aus der Sicht der Patienten**

Eine Bereitschaft zu Offenheit im Gespräch mit dem Arzt war bei den interviewten MSM überwiegend vorhanden. Im Rahmen der Interviews zeigte sich allerdings, wie wandelbar ‚Offenheit‘ im Gesprächsverlauf sein kann. Während zu Beginn eines Gesprächs zwar nach außen hin eine gewisse Offenheit demonstriert wurde – alleine schon durch die Tatsache, mit einer Frau, die zudem nicht Ärztin ist, über HIV- und STD-Prävention zu sprechen – waren die Antworten mancher Interviewpartner zu Beginn oft recht einsilbig. Konkrete Aussagen wurden abgemildert durch Floskeln wie z. B. ‚sozusagen‘, ‚irgendwie‘, ‚sag‘ ich jetzt mal‘. Diese Floskeln wurden auch benutzt, um Erwartungswidriges anzuzeigen. In manchen Fällen gab es Mikropausen vor bestimmten Wörtern wie „AIDS“, „schwul“ oder „Geschlechtskrankheit“ oder kurzes Lachen an Stellen, die nicht lustig waren. Solches Lachen ist oft ein Wunsch nach positiver Rückmeldung und einer Bestätigung, nichts „Schlechtes“ gesagt zu haben. Diese nicht-präferierte Wörter wurden manchmal auch besonders schnell oder undeutlich gesprochen oder an den Schluss des Satzes gestellt, als ob sie am liebsten vermieden worden wären. Im Verlaufe der Interviews wurden die Redebeiträge dann zumeist länger und freier. Sexuell konotierte Wörter wie Geilheit, Blasen oder fisting konnten gesprochen werden, ohne dass die Stimme leiser oder lauter oder schneller wurde.

Offenheit ist auch an gewisse Voraussetzungen gebunden, z. B. soll sie beidseitig sein, eine Akzeptanz der schwulen Identität soll bestehen (siehe Kap. 4), zwischenmenschliche Faktoren sollen übereinstimmen, Scham und Befangenheit sollten überwunden werden. Auch regionale Unterschiede werden beim Thema Offenheit vermerkt. Die entsprechenden Interpretationen werden in den nachfolgenden Tabellen und Zitaten dargestellt.

Erwartungen bezüglich der Offenheit des Arztes	Beispiel
Direktes Ansprechen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ich hatte eigentlich immer recht Glück, dass ich mit Ärzten auch recht offen umgehen konnte und <u>Sachen ansprechen kann</u>. Aber es ist auf jeden Fall von Vorteil, wenn von Ärzten auch vermittelt wird, dass das geht. Das würde ich von einem Arzt erwarten. Von einem Guten. Carlos, HIV+, Bln</li> <li>• Und der Arzt hat mich dann eben reinbestellt und hat dann ganz offen geredet, ... das sind dann schon Professoren, von der Universität, ... und da durfte ich ganz offen sprechen, die haben auch mit mir ganz <u>normal geredet</u>. Bernd, HIV-, FR</li> </ul>
Das Anliegen des Patienten ernst nehmen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ne, so offen konnte ich mit dem nicht reden, aber ich hab gesagt, dass eben da einen Vorfall gab, dass ich die Vermutung habe, dass eben irgendwas sein könnte. Und um sicher zu gehen, dass ich eben so einen Test auch für nötig halte, dass ich nicht umsonst hergekommen wäre, und <u>der hat das eben so runtergespielt</u>... Snoopy, HIV-, Bln</li> <li>• Und <u>nicht nur so alles oberflächlich</u>, sondern dass öfters darüber gesprochen wird, ... man muss offener sein, so die Ärzte müssen offen sein. Alberto, HIV+, FR</li> </ul>
Sicherheit geben	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oder mal selber von sich selbst die Frage zu stellen „Wovor hast du Angst?“ oder „Du kannst mit mir darüber sprechen“ So ein bisschen offener sein und den Patient <u>diese gewisse Sicherheit geben</u>, dann kann der Patient von alleine danach sagen „Ich hab diese Problem“. ... Robert, HIV+, FR</li> <li>• Denn ein Arzt soll einem ja helfen und <u>Dinge bewusst machen</u>, auch die man vielleicht nicht nachvollziehen kann manchmal. Oder nicht danach lebt, oder so. Aber das der Arzt das, wie gesagt, offen sagt. Jeffrey, HIV-, Bln</li> </ul>

**Tabelle 12.** Faktoren, die nach Meinung der MSM Offenheit des Arztes signalisieren

#### **11.4. Erwartungen an die eigene Offenheit**

In den Interviews wurde von einigen Gesprächspartnern durchaus angemerkt, dass Offenheit im Gespräch mit dem Arzt auf Gegenseitigkeit beruht und die Initiative auch vom Patienten ausgehen sollte.

Voraussetzungen für eigene Offenheit	Beispiel
Der Patient muss das Gespräch beginnen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Es ist eben nicht jedem gegeben über sein Geschlechtsleben so offen zu sprechen, da kann der Arzt noch so offen sein, wie er will. Der <u>Patient muss anfangen</u>. Franz, HIV+, Bln</li> <li>• Wobei ich jetzt kein Problem hab, dass ich sag „Ich hab mir da einen Blasen lassen. ich hab jetzt da eine Harnröhrenentzündung.“ Wenn ich jetzt zum Hausarzt oder zum Urologen oder irgendwo hingeh. Also ich kann da schon <u>offen drüber reden</u>. Eule, HIV-, FR</li> </ul>
Frage der Gegenseitigkeit	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Also ich rede da schon offen drüber und hab da auch kein Problem, zu sagen wie halt was passiert ist. Aber ich erwarte auch dann das Gegenteil wieder von dem Arzt, also <u>das er offen mir gegenüber ist</u>. Hans, HIV+, Bln</li> <li>• Ich bin von Anfang an offen damit umgegangen, also, ich sag, vor allem wenn mich jemand fragt, ich würde <u>nie jemanden anlügen</u>, wenn der jetzt direkt so auf das Thema kommen würde. Bernd, HIV-, FR</li> <li>• Obwohl ich denke, selbst da könnte ich auch drüber sprechen, es <u>kommt halt immer auf die Person an</u>, wie offen man selber als Mensch auch ist. Konrad, HIV-, Bln</li> </ul>

**Tabelle 13.** Aspekte, die nach Meinung der MSM von ihnen selbst als Beitrag zu einer offenen Atmosphäre zwischen Arzt und Patient geleistet werden müssen

Bestimmte zwischenmenschliche Faktoren signalisieren die Offenheit des Arztes, mit dem Patienten zu kommunizieren. In der hier aufgeführten Form sind diese vor allem in den Berliner Schwerpunktpraxen anzutreffen.

Zwischenmenschliche Faktoren	Beispiel
Der Arzt als „Kumpel“	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ... weil ich mich beim Arzt <u>besser öffnen kann</u>, also in jedem Fall besser öffnen kann. Weil er in diese Momente <u>für mich Kumpel ist</u>, aber auch ich weiß auch irgendwo im Hinterkopf, wenn ich da raus bin weiß keiner davon. ... Also ich würde sagen, dass er wirklich schon offen und allein diese Verhältnis, <u>das wir am Duzen sind</u>. Also wie gesagt, ich bin schon offen mit ihm. Mirko, HIV+, Bln</li> </ul>
Eine Frage der Sympathie und sich lange zu kennen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ach, ich bin eigentlich auch in der Beziehung <u>ein offener Mensch</u>, weil meinen Arzt <u>kannte ich ja seit Jahren schon</u>. Dittmar, HIV+, Bln</li> <li>• Ich konnte da schon <u>offen sagen</u>, dass ich denk, dass ich mich über Sexualkontakt angesteckt hab'. Das war von der Atmosphäre und von der Situation schon möglich. Ich hab da wohl auch so ein bisschen Glück gehabt mit den Ärzten ... Es muss, denk ich, schon ne <u>Sympathie da sein</u>, so ein bisschen. Sonst weil, sonst könnte man da gar nicht gleich so offen sein, ich weiß es nicht... Carlos, HIV+, BI</li> <li>• Und wir haben halt <u>nen guten Draht</u>, ein sehr <u>offener Arzt</u> und er meinte sofort, ob es sein kann, dass ich mich angesteckt hab. Antonioni, HIV-, Bln</li> </ul>

**Tabelle 14.** Aspekte, die nach Meinung der MSM ein offenes Verhältnisses zum Arzt fördern

### **11.5. Befangenheit und Scham beim Arzt**

---

Die Interviewpartner stellen an sich und an ihren Arzt den Anspruch, Momente der Scham und Befangenheit nicht aufkommen zu lassen oder sie zumindest zu überwinden. Denn Patienten, die sich nicht schämen müssen, können unbefangener mit dem Arzt sprechen.

Gut war eben, dass ich ganz offen sagen konnte, dass ich mich nicht irgendwie schämen musste. (Peter, HIV+, Bln)

Aber der Arzt sollte auch seinem eigenen Patienten immer rechtzeitig, ... vorwarnen und auch sehr offen mit dem Patienten selbst, über diese Geschlechtskrankheiten sprechen. ... „Das ist peinlich und das kann ich nicht und wie soll ich dem das jetzt beibringen.“ Da sollte man eigentlich freien Lauf lassen, gerade in solchen Sachen. Wie gesagt, die Offenheit ist da sehr wichtig. (Hans, HIV+, Bln)

...wenn ein Arzt einem Ernährungstipps gibt, warum soll er dann nicht auch über Sexualität mit einem sprechen. Also ich glaube die Befangenheit wäre eher beim Arzt da, als bei mir in dem Fall. (Omid, HIV-, Bln)

### **11.6. Zwang zur Offenheit für Behandlungserfolg**

---

Unbefangen sprechen zu können erhöht die Chance auf einen Behandlungserfolg. Das Interesse an einem Behandlungserfolg auf Seiten des Patienten kann aber auch dessen Offenheit erzwingen, wie einige Interviewpartner äußerten.

Wenn ich zum Dermatologen gehe, hab irgendwelche Hautveränderungen, dann muss ich wissen, ob das jetzt ne Lues ist oder ne (Skabies) oder was weiß ich. Ich weiß halt, dass es extrem wichtig ist, da offen zu reden. (Carlos, HIV+, Bln)

Und ich hab auch mein Medikament gekriegt und es hat auch gewirkt. Und ich war insofern offen zu der Ärztin. (Peter, HIV+, Bln)

Also der Patient sollte schon direkt und ohne irgendwelche Angst seinen Arzt ansprechen. Also offen. ... Aber der Arzt sollte auch wiederum auf den Patienten eingehen können, wenn jetzt irgendwelche Krankheiten im Umlauf sind. (Hans, HIV+, Bln)

### **11.7. Die (vermeintlich) größere Offenheit in der Großstadt**

---

Viele Interviewpartner bezogen sich beim Thema Offenheit im Arztgespräch auf Unterschiede zwischen Stadt und Land und Kleinstadt und Großstadt. Viele Berliner MSM waren wegen des offeneren Klimas im Umgang mit Homosexualität nach Berlin gezogen. In

Bayreuth und Umgebung wurde von einem repressivem Klima gegenüber schwulen Menschen berichtet. Zumindest sei die Distanz zwischen Arzt und Patient in eher ländlichen oder kleinstädtischen Raum größer. Ein Beispiel zeigt aber, dass nicht alle Ärzte in Berlin offen und vorurteilsfrei mit schwulen Patienten umgehen.

Natürlich ist so ne große Stadt attraktiver. Die ganzen Möglichkeiten, Sie können es [Homosexualität] hier auch offener leben, Sie müssen es nicht verheimlichen. Also in so ner kleinen Stadt. (Peter, HIV+, Bln)

... weil ich Angst hab genau bei uns am Land. Da ist's ja noch schlimmer. ... in Berlin, da ist ja das [Homosexualität] gang und gäbe, und es wird ganz offen damit umgegangen. Hier ist es nicht so. Wir leben in der Provinz. (Buddha, HIV+, FR)

Ich mein Berlin, die Ärzte da sind einfach offener. Ist man halt – duzt man sich und was weiß ich was. Hier in Bayreuth ist man sehr distanziert. Ne, also ich glaub, in Bayreuth würd' ich auch mit keinem Arzt über Sexualität reden, das gibt's nicht. Im Gegenteil, wir haben die Erfahrung gemacht hier in Bayreuth, dass, als der Arzt rausgefunden hat, dass ich schwul und HIV-positiv bin, hat er mich aus der Praxis rausgeworfen. (Pepe, HIV+, FR)

Weil ich hab hier in Berlin so viel Scheiße mit den ganzen Dingen dadurch, Ärzte, wie es nur geht. Also da kann ich sagen, dass wieso meinen jetzt alle, dass Berlin total wegen dem Thema HIV offen ist. Ne, überhaupt nicht. Muss ich sagen. Berlin ist zum Beispiel noch lange nicht soweit, dass ich sagen kann, dass Ärzte das alle akzeptieren. Überhaupt nicht. (Davis, HIV+, Bln)

## **11.8. Akzeptanz des Schwulseins**

---

Wie schon in Kapitel 3 wird auch im Zusammenhang mit dem Thema Offenheit im Präventionsgespräch angemerkt, dass eine schwule Identität sowohl auf Arzt- als auch auf Patientenseite, die Gesprächssituation für einige MSM erleichtert.

... da ist es wieder so, dass ich weiß, dass er schwul ist und dass ich da gleich wieder offener reden kann, eigentlich. (Carlos, HIV+, Bln)

Also vom Ambiente her war's gut. War also keine irgendwie künstliche Situation, sondern man sprach vom Schwulen zu Schwulen, so ungefähr. ... so vom Drüber-reden-können, von der Offenheit her, war es ok. Darum gehe ich auch zu dem einigermäßen gern, weil ich da einfach sage „Der weiß, wie ich gepolt bin.“ (Eule, HIV-, FR)

Ein Fallbeispiel zeigt, wie schwierig die Grenzziehung im Präventionsgespräch sein kann, weil die Äußerung eines Patienten „offen sein“ noch nichts darüber aussagt, wie weit diese Offenheit geht.

### **Fallbeispiel Offenheit - Robert, HIV+, Franken**

**Interviewerin:** *Wenn ein Arzt mit Ihnen über Sexual- und Schutzverhalten sprechen wollte, wie würden Sie reagieren?*

**Robert:** *Heute bin ich ganz offen. Ich war damals auch offen. Für mich war das eigentlich nie ein Thema, aber ich bin offener, wie ich früher war. Mit Sicherheit. Ich kann inzwischen gut es gibt bestimmte Sachen, die ich mit Sicherheit nicht mit dem Arzt besprechen würde. Oder wo es mich Überwindung kosten würde, mit dem Arzt darüber zu sprechen. Aber im Grunde, was das allgemeine Sexuelle angeht, da habe ich kein Problem mehr damit.*

**Interviewerin:** *Was wäre das zum Beispiel, was Sie Überwindung kosten würde mit dem Arzt zu besprechen?*

**Robert:** *Was wäre das? Fällt mir jetzt eigentlich im Moment jetzt gar nichts so ein, was wäre das? Wenn es halt jetzt wirklich wahr im Zimmer wäre, also „Wie praktizierst du des?“ oder so. Das sind Sachen wo ich sag, das geht auch den Arzt nichts an. Bestimmte Sexpraktiken, die in der schwulen Szene verbreitet sind, da sag ich „Das gehört nicht daher“.*

**Interviewerin:** *Bestimmte Sexpraktiken tragen aber dazu bei, dass man sich anstecken kann ...*

**Robert:** *Ja gut, aber inzwischen ist man – das sag ich immer wieder – soweit aufgeklärt, diese Praktiken gibt es ja nicht nur bei Mann zu Mann, die gibt es auch bei Mann zu Frau üblicherweise. Deswegen heißt es ja immer wieder „Kondome nehmen“. Soweit ist man ja schon heute und wesentlich weiter. Deshalb ist das eigentlich für mich kein Thema über irgend 'ne Praktik mit dem Arzt zu sprechen. Man weiß es und nicht nur ich, sondern Millionen andere auch.*

### **11.9. Raummetaphern zur Beschreibung von Offenheit**

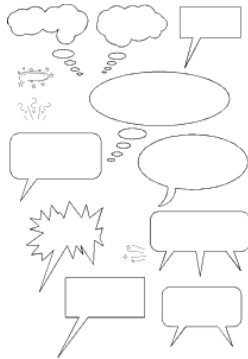
---

Das Thema Offenheit im Arztgespräch wurde in den Interviews auffallend häufig mittels Raummetaphern beschrieben. Dies ist insofern von Bedeutung, weil die Beachtung von Metaphern einen Einblick auf Übereinstimmungen oder Disparitäten in den kommunizierten Bildern sowohl bei den Ärzten als auch bei den MSM geben kann.

Auf Seiten der Ärzte wurde deutlich, dass sie sich von ihren Patienten erhoffen, im Gespräch über Sexualität und Prävention ‚offen‘ zu sein (s. Kapitel 6). Konkrete, von den Ärzten genannte Beschreibungen wie „Rollläden herunterlassen“ oder „Tür aufmachen“ weisen darauf hin, dass sie sich den Menschen offensichtlich als Raum vorstellen, der eben offen oder geschlossen sein kann. Dasselbe Konzept ist bei den MSM zu finden (s. o.), die sich als



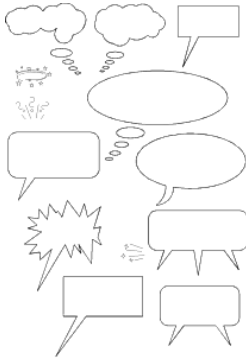
Raum konzipieren. Aber auch den Ärzten kann aus Sicht der MSM eine „Offenheit“ zugeschrieben werden.



Der Mensch als offener Raum
<p>Offenheit auf Seiten der Patienten</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wenn ich was habe, dann frage ich nicht Freunde von mir, ... da frag ich erstmal den Arzt, weil ich <u>mich beim Arzt besser öffnen kann</u>, also in jedem Fall besser <u>öffnen kann</u>. Mirko, HIV+, Bln</li> <li>• Aber eigentlich bin ich ziemlich offen, steh auch dazu, dass ich HIV bin und hab immer alles gesagt und so. Dittmar, HIV+, Bln</li> <li>• Ja, ich denke, <u>ich bin ein offener Mensch</u>. Ich denke, es hängt schon auch mit mir zusammen, ich würde auch ohne HIV da offen über Sachen reden. Carlos, HIV+, Bln</li> <li>• Also <u>ich persönlich wäre sehr offen</u>. Also ich kann da drüber sprechen. Das ist für mich KEIN Problem. Kurt, HIV+, Bln</li> <li>• ... ich find <u>Menschen, die so offen sind</u>, mit denen kann man auch viel besser umgehen. Bernd, HIV+, Franken</li> </ul>
<p>Offenheit auf Seiten des Arztes</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Und ein <u>Arzt muss da einfach so offen sein</u>, um einfach darüber reden zu können. Jeffrey, HIV-, Bln</li> <li>• Ist halt nur die Frage, ob ein normaler Allgemeinarzt das [Aufklärungsbroschüren] ausliegen hat. Also <u>meiner ist ja offen</u>. Antonioni, HIV-, Bln</li> </ul>
<p>Offenheit auf Seiten der Gesellschaft</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Und deswegen find ich der CSD ist einfach ein super Tag, weil da <u>die Leute offen sind</u> für das Thema, weil man ganz relaxt und locker immer wieder mit dem Thema „konfrontiert wird“. Woodman, HIV-, Bln</li> </ul>

**Tabelle 15.** Begriffe des „Offen-Seins“, wie sie von verschiedenen MSM im Zusammenhang mit der Bereitschaft zum präventiven Gespräch mit dem Arzt benutzt werden.

Ein Raum kann durchmessen werden, bspw. wenn davon die Rede ist, dass der Arzt in die Tiefe gehen kann, oder wenn etwas nicht allzu sehr ausgebreitet werden soll. Mittels der Raummetapher lässt sich auch ausdrücken, in welchem Umfang der Arzt Prävention gestalten kann, wo die ‚Grenzen‘, ‚Blockaden‘ oder ‚Schwellen‘ seiner Patienten sind.

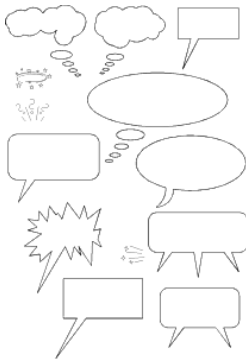


### Zusammenhänge zwischen Offenheit und Raum (Mark, HIV+, FR)

- Irgendwo ist da wahrscheinlich auf beiden Seiten irgendwo 'ne kleine Blockade, wo man da noch nicht so direkt spricht drüber. Obwohl's wahrscheinlich im Endeffekt zum Vorbeugen ... nicht schlecht wäre, sich a weng tiefer ... zu beschäftigen.
- Obwohl, ich mein, ich würd' auch erstmal blöd gucken, wenn mein Hausarzt mich da, wenn er weiß, dass ich schwul bin und er würd' mich dann plötzlich fragen, ob ich diese und diese Praktiken – da würd' ich wahrscheinlich auch erstmal blöd gucken. Ja, das wäre dann schon ne Grenze, wo man sagt, das muss man jetzt nicht so ausbreiten. Obwohl, wie gesagt, es im Endeffekt ja vorbeugend gar nicht so dumm wäre, über sowas zu reden.

**Tabelle 16.** Begriffe des „Offen-Seins“ des „Sich-Verschließens“, wie sie von verschiedenen MSM im Zusammenhang mit der Bereitschaft zum präventiven Gespräch mit dem Arzt benutzt werden

Der Raum kann für den Patienten Höhen und Tiefen haben, und wenn vom Arzt Hilfe oder Unterstützung erwünscht ist, wird der Raum manchmal als Loch oder Kreis beschrieben.

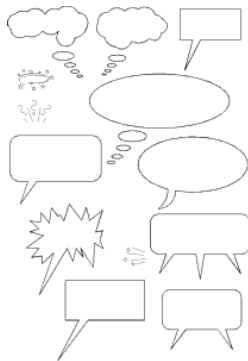


### Abmessen der Offenheit

- Im Alltag, dass ich halt immer so Höhen und Tiefen habe und dass, wenn ich mit ihr [Ärztin] gesprochen habe, dass es mir dann eine Zeitlang besser geht, und dann kommt wieder das große Loch, wo ich reinfalle. (Buddha, HIV+, FR)
- Und beim Arzt ist halt auch immer diese Distanz da. Außer jetzt z.B. Erlangen, da sag ich schon, was Sache ist. Aber beim Hausarzt- Manchmal kommt's mir auch vor, als wenn er manchmal Angst davor hätte, darüber zu reden. ... (Buddha, HIV+, FR)
- Also die Ärzte sollten die Patienten schon vor Ort, also wenn er seine Blutabnahme macht oder mal zum Gespräch kommt, immer auf dem Laufenden halten, was für Krankheiten sich wieder im Kreis bewegen. Hans, HIV+, Bln

**Tabelle 17.** Raummetaphern, die von verschiedenen MSM im Zusammenhang mit der Bereitschaft zum präventiven Gespräch mit dem Arzt benutzt werden

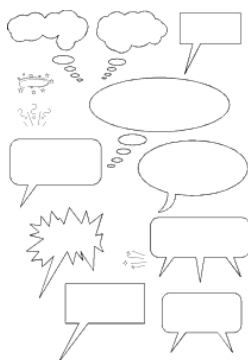
Ein Raum ist eine begrenzte Einheit und hat ggf. eine Schwelle, er kann auf unterschiedliche Weise betreten werden.



Grenzen der Offenheit
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Und auch nicht, dass der Patient das Gefühl hat, ich werd jetzt aus der Praxis abgeschoben. Aber auch, der Arzt muss <u>seine Grenzen kennen</u>, um zu sagen „Ich bin mit meinem Ärztelatein jetzt eigentlich am Ende, jetzt muss der Kollege von der Schwerpunktpraxis einfach dazu“. Aibwa, HIV-, FR</li> <li>• Ja, dass ich mit meinem Freundeskreis, dass ich vertrauter darüber sprechen kann, weil das halt so ne Beziehung ist, die auf Vertrauen basiert. In der Arztpraxis, ... sollte ich auch darüber sprechen können, bloß es ist doch noch ne <u>gewisse Hemmschwelle</u>, denk ich mir einfach, weil doch noch das Vertrauen, ist halt so ne Sache. Obwohl ich denke, selbst da könnte ich auch drüber sprechen, es kommt halt immer auf die Person an, <u>wie offen man selber als Mensch</u> auch ist. Konrad, HIV-, Bln</li> <li>• Wenn sie [Patienten, denen vor kurzem die Diagnose mitgeteilt wurde] gar nichts mehr können, da sollte dann ein Arzt drauf eingehen. Und nicht <u>mit der Tür ins Haus fallen</u>. Mal so als Abschluss zu hören, zu sagen „Das passiert und dann bist du weg.“ Das darf natürlich nicht passieren. Hans, HIV+, Bln</li> </ul>

**Tabelle 18.** Begriffe des „Sich-Verschließens“, wie sie von verschiedenen MSM im Zusammenhang mit der Bereitschaft zum präventiven Gespräch mit dem Arzt benutzt werden

Empfindet ein Patient den Arzt als nicht zuständig, dann verengt sich der Raum und wird bspw. zum Kanal. Wenn der Patienten mit dem Arzt nicht gut kommunizieren kann, wird dies als Distanz beschrieben.



Abstand und Offenheit
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Und wenn ich Schwule kennen gelernt habe, war das eher <u>über andere Kanäle</u> und viele Schwule, die ich kenne, sind auch in einer festen Beziehung. Deswegen ist das Thema Aids immer, wenn ein Nachrangiges gewesen oder ist es auch heute noch. Omid,</li> <li>• Wenn man da unsere Ärzte anschaut, <u>da ist diese Distanz zu arg</u>. ... wenn dieses freundschaftliche Verhältnis da ist, dann spricht man eher darüber, als wie wenn diese große Distanz da ist. (Buddha, HIV+, FR)</li> </ul>

**Tabelle 19.** Raummetaphern, die von MSM benutzt wurden, wenn die Kommunikation mit dem Arzt nicht funktioniert

## 12. DISKUSSION DER ERGEBNISSE

Auf den ersten Blick dominierten *regionale Unterschiede* den Zugang zu Interviewpartnern sowohl auf der ärztlichen als auch der Patientenseite. In Berlin schien vieles einfacher: Interessenten für Fokusgruppendifkussion und HIV+MSM ließen sich einfach und unkompliziert für Interviews gewinnen. Lediglich die Gruppe der MSM mit einem unklaren HIV-Status benötigte einen zweiten Anlauf in der Akquise. In Franken stellte sich das Bild anders dar: für die geplanten FGDs gab es keine Anmeldungen, MSM mit einem unklaren HIV-Status schienen nicht erreichbar, lediglich die HIV+positiven MSM konnten durch die Unterstützung der Mitarbeiter der AIDS-Beratung relativ unkompliziert akquiriert werden. Die gescheiterten FGDs erschwerten den Forschungsfortgang, erst durch eine Verlängerung der Laufzeit mit einer Anpassung an die lokalen Strukturen und den lokalen Rhythmus konnte das Projekt schließlich erfolgreich fortgesetzt werden.

### 12.1. Zugang zu MSM und die Konsequenzen für die Prävention

Bei der Auswertung der Daten *relativierten sich* die festgestellten regionalen Unterschiede tendenziell. Auch in der Berliner Gruppe der HIV+MSM wurde von abweisenden Ärzten und daraus resultierenden Therapieverzögerungen gesprochen (siehe Davis, Kap. 11), allerdings nicht im selben gravierenden Ausmaß wie in Bayreuth. Vor allem bei den MSM traten dann aber *häufig regional unabhängige Gemeinsamkeiten* unter den jeweils HIV+ MSM und unter den jeweils ungetesteten MSM auf. Diese waren deutlicher als die Unterschiede zwischen den MSM in Berlin und Franken. Das heißt, die Gruppe der HIV-Ungetesteten zeigt insgesamt größere Unterschiede zur Gruppe der HIV+MSM und zwar regional unabhängig.

Beispielsweise fanden bis auf vier Interviews alle Gespräche mit den HIV+ MSM in deren Privatwohnungen statt. Ein Mann bevorzugte das Büro am Institut für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften an der Universität Bayreuth. Die verbleibenden drei Interviews wurden immerhin in den den Männern sehr vertrauten Einrichtungen geführt, zwei in der Aidsberatung der Diakonie Bayreuth, eines im Berliner Cafe positiv, wo jeweils ein eigener Raum zur Verfügung stand und wo zumindest in Bayreuth die beiden traumatisierten

Gesprächspartner nach dem Interview das Gesagte mit dem dort tätigen Psychologen reflektieren konnten.

Die Interviews mit den ungetesteten Männern fanden alle ausschließlich an öffentlichen Orten statt, also in Cafes, Clubs oder Parks. Manche der Bayreuther MSM mit unklarem Status kamen in das Büro an der Universität. Dieser Befund mag darauf verweisen, dass HIV+MSM eher eine persönlichere Atmosphäre im Umgang mit anderen bevorzugen. Diese Gruppe hat auch im Laufe der Jahre unter Therapie ein sehr persönliches Verhältnis zu ihren Ärzten entwickelt und scheint auf dieser persönlicheren Ebene auch für offene Präventionsgespräche (im Sinne einer *positive prevention*) aufgeschlossen zu sein. Bei den ungetesteten Männern war nicht nur die Kontaktaufnahme komplizierter, auch waren die Gespräche durch die Geräuschkulisse an den öffentlichen Orten schwieriger. Das hier auftretende Meidungsverhalten findet sich teilweise in einer geäußerten Distanz zum Gespräch mit dem Arzt wieder. In dieser Gruppe wurden eher Vorbehalte gegen die Zuständigkeit von Medizinern in Fragen der Prävention geäußert. Diese Patientengruppe äußerte sich aber auch nicht ganz so anspruchsvoll bezüglich des Kontaktes zu „ihrem“ Arzt wie dies bei den HIV+MSM der Fall ist (siehe Kap. 3).

Bei den Männern aus der Gruppe der Ungestesteten bestand ein größeres Interesse an „in der Szene kursierenden“ Geschlechtskrankheiten als an HIV. Informationen über Hepatitis C oder Syphilis werden aber bevorzugt über das Internet, Beratungsstellen, den CSD sowie Broschüren und Flyer gesucht. Zwei Typen dieser Gruppe sind aber für den Arzt dennoch gut erreichbar:

1. diejenigen MSM, die „vorsichtshalber“ alle sechs Monate oder einmal im Jahr einen HIV-Test machen.
2. diejenigen schwulen Männer, die bewusst auch ohne positiven HIV-Status einen Schwerpunktarzt als Hausarzt gewählt haben.

Zu Punkt No. 1 ist anzumerken, dass diese Gruppe für ein präventives Gespräch aufgeschlossen ist, aber leider zumindest bei den Ärzten in Gesundheitsämtern und dem *allgemeinen Praxisbetrieb* keinen guten Anklang zu finden scheint. Jedenfalls verhielten sich die angesprochenen Ärzte eher ablehnend oder waren zumindest überrascht vom Ansinnen ihrer Patienten. Hier besteht eindeutig Verbesserungspotenzial. Diese Begegnungsebene sollte

hinsichtlich präventiver Beratung ausgelotet und genutzt werden. Wie die Fallbeispiele des Berichtes zeigen, hat das Zögern der Bayreuther Allgemeinmediziner, ihren Patienten bei entsprechenden Symptomen einen HIV-Test anzuraten, gravierende gesundheitliche – wenn nicht lebensbedrohliche – Folgen für die Patienten.

Zu Punkt No. 2 ist anzumerken, dass nur etwa die Hälfte der ungetesteten Interviewpartner auch einen Schwerpunktarzt als *Hausarzt* gewählt hat. Diese Erkenntnis aus unserer qualitativen Studie deckt sich mit den Ergebnissen des RKI und wurde durch die KABA-STI-Studie bereits quantitativ erfasst: etwa die Hälfte der Studienteilnehmer (48%, n = 6.833) würden bei Verdacht auf eine STD eine allgemeinmedizinische Praxis aufsuchen, in der Regel den/die HausärztIn und zwar unabhängig vom Alter oder der Größe des Wohnortes und ebenfalls unabhängig davon, ob positiv oder negativ getestet (Schmidt et al. 2007: 57)<sup>7</sup>. Um die andere Hälfte zu erreichen, müsste die Ermutigung zum Präventionsgespräch stärker an die Allgemeinmediziner, Urologen und Dermatologen herangetragen werden.

Die Erwartungen der MSM an den Arzt werden nur in den *Schwerpunktpraxen* im Nürnberger Großraum sowie in Berlin *optimal erfüllt*. Zwar entwickelt sich manches Mal auch zwischen den HIV-positiven MSM und ihrem Hausarzt ein gutes Verhältnis, weil die Patienten und der Arzt sich über viele Jahre hinweg kennen. Auch die MSM mit einem unklaren HIV-Status geben Adressen und Empfehlungen schwulenfreundlicher Ärzte untereinander weiter. Aber die genannten Faktoren: der Arzt soll sich Zeit nehmen, Akzeptanz der schwulen Sexualität, Vertrauen zum Arzt und fachliche Kompetenz des Arztes sind ganz objektiv betrachtet nur unter den besonderen Bedingungen einer Schwerpunktpraxis erfüllbar.

Es soll an dieser Stelle abschließend darauf hingewiesen werden, dass manche der relativ ablehnend klingenden Äußerungen aus der Gruppe der ungetesteten Männer bezüglich einer Beratung durch den Arzt von Interviewpartnern kommt, die selbst in der HIV-Beratung tätig sind oder von äußerst reflektiert wirkenden Männern, für die Sex ohne Kondom als unakzeptabel gilt und die sich hier vom Arzt keine anderen Erkenntnisse erwartet.

---

<sup>7</sup>Schmidt AJ, Marcus U, Hamouda O (2007): KABA-STI-Studie – **Wissen, Einstellungen und Verhalten bezüglich sexuell übertragbarer Infektionen**. Aufbau einer deutschlandweiten 2nd Generation Surveillance für HIV und andere sexuell übertragbare Infektionen bei Männern mit gleichgeschlechtlichem Sex. Bericht an das Bundesministerium für Gesundheit, *mimeo*, Robert-Koch-Institut: Berlin.

## 12.2. Wirkung ärztlichen Engagements

---

Die Unterschiede in der Bereitschaft zum präventiven Gespräch zwischen Allgemeinärzten in Berlin und Bayreuth sind tendenziell auf *unterschiedliche Rekrutierungsstrategien* zurückzuführen: während die Ärzte in Berlin über Annoncen in einschlägigen Magazinen der Schwulenszene kontaktiert werden konnten, wurden die Mediziner in Bayreuth über Hausarztzirkel und persönliche Kontakte gewonnen. Wären in Berlin die durchschnittlichen Mediziner interviewt worden, hätte es zu ähnlichen Ergebnissen kommen können. Bei den Schwerpunktärzten im Großraum Nürnberg konnte jedenfalls kein Unterschied hinsichtlich der Einstellungen gegenüber MSM und einem sensiblen Umgang mit dem Thema Präventionsgespräch festgestellt werden.

Insgesamt lässt sich feststellen, dass die Ärzte *ihre eigene Wirkung auf Patienten unterschätzen*. Dies mag darauf zurückzuführen sein, dass Misserfolge in der Prävention als diagnostizierbare medizinische Probleme in der Arztpraxis sichtbar werden. Die vielen Fälle erfolgreicher Beratung bleiben hingegen unsichtbar und führen so zu keinem positiven feedback für den Arzt. In zentralen Punkten decken sich aber die Erwartungen von MSM bezüglich der Vorgehensweise bei einem Gespräch mit dem Verhalten der Mediziner. Viele der interviewten Ärzte gehen hier intuitiv richtig vor und achten darauf, ihre Patienten nicht zu verletzen oder zu verschrecken. Folgende Übereinstimmungen ließen sich auf Seiten der Mediziner und der MSM feststellen:

- Die Wahrnehmung mancher Ärzte, dass präventive Tätigkeit nicht die primäre Zuständigkeit von niedergelassenen Ärzten sei, wird von einem Teil der Patienten bestätigt.
- Die Befürchtungen der Ärzte, ihre Patienten mit entsprechenden Gesprächen zu irritieren oder verärgern, scheint teilweise berechtigt.
- Es fällt auf, dass diese Zweifler in beiden Gruppen auf Massenmedien als den geeigneteren und effektiveren präventiven Ansatz verweisen.
- Der Wunsch von MSM, Aufklärung dürfe nicht schulmeisterlich und von oben herab erfolgen, deckt sich mit den Aussagen mancher Ärzte, man müsse im Gespräch den „erhobenen Zeigefinger“ vermeiden.
- Sowohl MSM als auch Ärzte beschreiben einen besonderen Bedarf, im Rahmen der *positive prevention* vor allem über Oralverkehr beratende Gespräche zu führen.

- ein Gespräch über Ansteckungsrisiken und HIV-Prävention entsteht am ehesten, wenn ein Patient mit STD den Arzt aufsucht.
- STDs oder eine Urethritis werden als guter „Aufhänger“ für ein Gespräch über als „heikel“ eingestufte Themen gesehen
- Manche Ärzte beschreiben, einen besseren Zugang zum Patienten zu haben und leichter ins Gespräch zu kommen, wenn der gleiche Erfahrungshorizont vorliegt; dazu gehört auch die sexuelle Orientierung. Diese Ansicht wird von einigen MSM unterstützt.
- Interessanterweise decken sich die von den MSM genannten Bedingungen für ein präventives Gespräch mit den meisten Faktoren, die die Ärzte als Voraussetzung für die Offenheit und die Zugänglichkeit des Patienten aufführen (s. u.).
- Es besteht eine große Empathie mit frisch Infizierten auf beiden Seiten.
- Ein präventives Gespräch benötigt einen gewissen zeitlichen Raum; Zeitknappheit gilt als Barriere.

Diese Übereinstimmungen der Einschätzungen der Ärzte mit den Erwartungen der MSM verweisen auf eine fruchtbare Basis für zukünftige Kommunikation. Sie zeigt auch die Bedeutung von Fortbildungsmaßnahmen in diesem Bereich, zum einen um durch gezielte Gesprächsführung die Ansprechbarkeit von Patienten zu nutzen, zum andern, um die Frustration der Ärzte beim „Begleiten in die Serokonversion“ nicht in eine Ablehnung von Präventionsgesprächen umschlagen zu lassen.

### **12.3. Kommunikationsstrategien**

---

Die Analyse von Metaphern zeigte ebenfalls große Übereinstimmungen auf Seiten der Ärzte mit denen auf Seiten der MSM. Seit Aristoteles ist bekannt, dass Metaphern Bilder sind, mit denen Unbekanntes in einer vertrauten Art und Weise beschrieben und damit gedanklich erschlossen wird. Sprache spiegelt Denkkonzepte wider und verschafft so einen Zugang, der für Kommunikationsprozesse zum Beispiel im Gespräch zwischen Arzt und Patient genutzt werden kann.



In der Auswertung der Daten dieser Studie erweisen sich *Metaphern zu Offenheit* in Kombination mit Bildern von Raum als sehr ergiebig. In den Interviews wurde sowohl von Ärzten als auch von MSM das Thema Offenheit im Arztgespräch auffallend häufig mittels *Raummetaphern* beschrieben. Dies ist insofern von Bedeutung, weil die Beachtung von Metaphern einen Einblick auf Übereinstimmungen oder Disparitäten in den kommunizierten Bildern sowohl bei den Ärzten als auch bei den MSM geben kann. Den Ärzten war es wichtig, „eine gemeinsame Sprache“ zu finden. Insofern könnten die Beschreibungen in Kapitel zwölf bewusst zur Verbesserung einer Kommunikation mit den Patienten eingesetzt werden und könnten Bestandteil eines Kommunikationstrainings für Ärzte sein. Es scheint beispielsweise sinnvoll, eine *Ausdrucksweise einzuüben*, die dem Patienten „den Raum öffnet“, der keine bewussten oder unbewussten „Schwellen“ oder „Barrieren“ aufweist, weder sprachlich noch körperlich. Für die MSM bedeutet Offenheit, vom Arzt hinsichtlich Schutzverhalten direkt angesprochen zu werden, ernst genommen zu werden, bspw. beim Wunsch nach einem HIV-Test sowie vom Arzt Sicherheit und Kompetenz vermittelt zu bekommen. Ähnliche Erwartungen bestehen bei den Ärzten: die Patienten sollen nicht die „Rolläden herunterlassen“ sondern „die Türe aufmachen“ (siehe Kapitel 11).

Auch der Sprachduktus wäre zu beachten. Bei den MSM gab es vor allem zu Beginn der Interviews Mikropausen vor nicht-präferierten Wörtern wie „schwul“, Aids oder Geschlechtskrankheit. Im zeitlichen Verlauf des Gesprächs konnten mit zunehmender Vertrautheit Wörter wie Geilheit, Blasen oder *fisting* gesprochen werden, ohne dass die Stimme leiser oder lauter oder schneller wurde. Die diesbezüglichen Darstellungen in Kapitel 11.3 sowie die hier getätigten Überlegungen könnten in diesem Sinne in ein Kommunikationstraining für ÄrztInnen einfließen.

## 13. QUO VADIS – PROFESSIONALISIERUNG DER PRÄVENTION

### 13.1. Standardisierte Hilfen und Instrumente

---

Auch wenn wiederholt darauf hingewiesen wurde, dass das Risk Assessment und die präventive Beratung individualisiert durchgeführt werden müssten und keinem festen Schema folgen könnten, waren die meisten Ärzte doch aufgeschlossen für Elemente und Instrumente, die helfen könnten, die HIV- und STD-Prävention in der Praxis zu systematisieren und in gewissem Sinne auch zu standardisieren.

Also ich denke, es macht Sinn, [Prävention] in einer anderen Form zu professionalisieren. Also einmal stelle ich mir vor, dass man eine risikoadaptierte Vorsorge, meinerwegen für MSM, entwickelt. Was sinnvoll ist, was nicht? Wo bestimmte Untersuchungen vielleicht auch mal die Ausnahme sind meinerwegen. (X / SP, Bln)

#### 13.1.1. Hierarchisierung der präventiven Möglichkeiten

Eine Systematisierung präventiver Bemühungen könnte zunächst auf ganz allgemeiner Ebene erfolgen, indem Prioritäten für die präventive Beratung festgelegt würden; hier fiel der Begriff der „Hierarchisierung der Prävention“. Da die Prävention von verschiedenen STD und von HIV jeweils in gewissen Bereichen unterschiedlich ist, müsste man gezielt beraten, und kann sich aber im Rahmen des Praxisalltags nicht auf alle Möglichkeiten konzentrieren. Es wäre hilfreich, wenn festgelegt würde, die Prävention welcher Erkrankung prioritär sein sollte.

- Und das ist eben das Schwierige. Wollen wir nur für HIV oder wollen wir für alle übertragbaren sexuellen Krankheiten? Das sind ja völlig, immer andere Botschaften, die wir geben... Ich meine: Worüber soll es gehen? Über Hepatitiden oder über – (Macy / SP, Bln)
- [...] So eine Hierarchisierung von Prävention ist sicher etwas Wichtiges. [ ] Was man ermitteln muss... (Quincy / SP)
- Also in dem Fall eine GO [Gonorrhoe] verhindern. (Macy / SP, Bln)
- Ja, so ist es. Und was soll da Prävention? Wir können natürlich viele Botschaften geben. Man muss das vielleicht abgestuft sehen: HIV ist im Moment am Wichtigsten. Dann vielleicht Syphilis und andere Dinge. (Quincy / SP, Bln)

#### 13.1.2. Leitfaden für die Sexualanamnese

Ein standardisierter Sexualanamnesebogen weckte bei vielen Ärzten Interesse. Er könne verschiedenes bewirken bzw. erleichtern:

- überhaupt regelmäßig ein *risk assessment* durchzuführen

- systematischer beim *risk assessment* vorzugehen
- an Aspekte erinnert zu werden, die man sonst unwissentlich vergisst oder wissentlich umgeht / meidet

Jeder habe seine „blinden Flecke“ (Laveran / SP, Bln), die man durch derartiges „organisiertes Fragen“ (X / SP, Bln) vermeiden könne. Es werden Vergleiche angestellt mit anderen Untersuchungen, die erfolgreich als Routine in den Praxisalltag integriert wurden z.B.:

- z.B. die Durchführung von Hepatitis-Serologien, die standardmäßig in die Laborprogramme mit aufgenommen wurden
- die rektale Untersuchung, die mittlerweile als Routine ganz selbstverständlich mit durchgeführt wird
- das obligatorische Abfragen von Allergien
- Fragen im Rahmen des Kompetenznetzes HIV

Ähnlich könne auch ein standardisiertes Instrument helfen, die Sexualanamnese selbstverständlicher und vollständiger zu machen.

Man fragt halt immer nach Allergien, Familienanamnese usw. Das fragt man relativ regelmäßig, fragen alle. Nur in dem Punkt [Sexualität] macht man es halt nicht, weil es da eben so Neigungen und Neugier und Ängste [gibt]. Und das würde eben helfen, das genauso in die Anamnese mit aufzunehmen. Also da sind schon Lücken und diese Lücken kann man, glaube ich, so am besten füllen: indem man einfach ein Handwerkszeug hat. (Laveran / SP, Bln)

Also ich finde es ganz gut, wenn man so eine Struktur hat, vor allen Dingen wenn man was neu macht. (R1, SP, FR)

Basisorientierung... so was ist schon wichtig. Damit du aus dieser spontanen Einfallsgeschichte rauskommst – die ja immer was vermissen lässt. Du hast ja ‘zig Sachen im Kopf, die parallel laufen. Und dann reagiert der [Patient] vielleicht so ein bisschen so [komisch], dann wechselst du das Thema. Insofern finde ich das schon ganz sinnvoll, so einen gewissen Schematismus reinbringen. ... Dass du bei der ganzen Menge von allen möglichen Informationen, die du da abfragen musst, auch bestimmte nicht vergisst. Ich denke, wir haben ja auch alle unsere blinden Flecken. Also es gibt so eine Art von... – wie auch immer entwickelter – Berührungsscheu. (Laveran / SP, Bln)

Weil [das Thema Sexualität] doch sehr breit ist, und es gibt vieles, was man sich so einfach nicht vorstellt. Und insofern glaube ich, hilft [ein Sexualanamnesebogen] allen, einfach auch, um Dinge nicht zu vergessen. ...Insofern ist das schon ein Weg und vielleicht ist das auch eine Hürde, die man dadurch eigentlich abbaut. Man muss wahrscheinlich den Zeitpunkt ein bisschen [abpassen]; das ist dann das Fingerspitzengefühl, wann man das macht. (X/SP, Bln)

Also ich brauch da so einen roten Faden. Ich hab gesehen, dass das mit dem Kompetenznetz – das hat irgendwie gut geklappt. Da wurden Berufe abgefragt, Berufsausbildung... natürlich die ganzen Noxen werden abgefragt. Und da hab ich doch einiges von den Patienten erfahren, was ich vorher nicht erfahren habe, was untergegangen ist. (Sauerbruch / SP, Bln)

Ein Arzt sieht die Gefahr, ein solcher Bogen könnte schnell zu umfangreich und damit nicht mehr praktikabel werden.

[Ein standardisierter Bogen] wäre vielleicht schon hilfreich .... Aber es kommt darauf an, wie ausführlich der ist, das Problem ist dann oft, dass die [Fragebögen] sich verlieren in zu vielen Details, weil einfach jeder aus dieser Kommission noch eine Idee hat, und das muss dann mit rein. Und dann wird das irgendwann mal nicht mehr praktikabel.

Ein solcher Bogen dürfe aber nicht wie eine Checkliste verwendet werden, die bei dem Gespräch „abgehakt“ und ausgefüllt werde. Das würde verhindern, das Gespräch individuell dem Patienten anzupassen, es informeller und damit ehrlicher zu halten.

[Einen Sexualanamnese-Bogen] ...nee, würde ich nicht (verwenden). ...Sicher, damit man nichts vergisst, wäre er vielleicht nicht schlecht. Für das Gespräch nicht. Nein. Also dass ich dort sitze und abstreiche – das muss schon anders kommen. Das merken die Leute auch, das wollen sie vielleicht auch gar nicht. Die wollen, dass das hier zwischen uns bleibt. Und wenn ich einen Bogen hab: ich weiß ja [als Patient] nicht, wer den kriegt. (Schweighöfer / FR)

### 13.1.3. Keine Hilfe: Fragebögen zum Ausfüllen durch die Patienten

Fragebögen zum Thema Sexualität und HIV-/STD-Risiken, die der Patient selber ausfüllt, werden allerdings aus verschiedenen Gründen nicht als wirkliche Hilfe eingeschätzt (s. Tabelle 20).

Gründe, die gegen einen Patienten-Fragebogen zu HIV-/STD-Risiken sprechen	Beispiel
Das Ausfüllen nimmt in einer straff organisierten Praxis zu viel Zeit in Anspruch	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ich versuche natürlich immer, keine Wartezeiten zu haben. Nicht immer realisierbar, aber man versucht, dass schon innerhalb von einer Viertelstunde spätestens die Leute dran sind. (Weiler / SP)</li> <li>• Wir schaffen das schon kaum in der Zeit. Wir sollen ja auch sehen, dass wir Wartezeiten unter 20 Minuten hinkriegen, ich schaff das meistens – nicht immer, aber häufig. Und jetzt noch das regeln. Wie lange soll denn der bei mir in meinem Wartezimmer sitzen? (F)</li> </ul>
Ein schriftlicher Fragebogen erhöht die Gefahr sozial erwünschten Antwortverhaltens	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Und gerade bei solchen Fragen [zur Sexualanamnese], da wird x-beliebig was angekreuzt, weil man es ja schnell weghaben will. Weil man ist ja hier, weil man ein Problem hat, und in 20 Minuten ist die Mittagspause vorbei und so, und da will man das schnell erledigt haben wissen, und da interessiert einen so ein Fragebogen nicht. Man macht halt nur Kreuz Kreuz Kreuz, husch husch husch. Deswegen ist es sinnvoller, jemand direkt anzusprechen..., weil, dann merk ich direkt an der Reaktion, werde ich jetzt mal wieder angelogen. Das merk ich meistens ziemlich schnell. (Weiler / N)</li> <li>• Ganz schwierig. Weil: die Frage der Interpretation der Ergebnisse ist erst mal völlig offen. Wir wissen aus den Gesprächen, dass Leute je nach Sympathie, nach situativer Gegebenheit offen antworten, verdeckt antworten, falsche Antworten geben. ...Also was davon als valide zu werten ist und was nicht ... Es erzeugt meines Erachtens sogar eine Art Scheingewissheit, mit der man da umgeht. (Koch / SP)</li> </ul>
Das Ausfüllen ist eine Belastung für den Patienten	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ich setze in meiner Praxis drei verschiedene sexualanamnestische Fragebögen ein, um das Ganze zu standardisieren... Manche müssen alle drei ausfüllen, und die stöhnen alle schon. Mit diesen vielen Fragen, die meisten können sie gar nicht beantworten. Ich stell mir jetzt vor, ich hab noch einen Fragebogen, wo es dann sozusagen um Sexualprävention geht .... Stell ich mir schwierig vor. (H)</li> <li>• Mit jedem neuen Patienten ...der muss ja aber... bei mir in der Praxis eh schon so einen Fragebogen ausfüllen, mit seinen ganzen persönlichen Daten, ... seinen ganzen Medikamenten, Operationen und so weiter .... Wir haben da schon das Problem, dass wir es kaum schaffen, diese Informationen ...dann schon in die EDV einzuarbeiten, dass, wenn der bei mir drinsitzt, dann frag ich den „Was nehmen Sie für Medikamente?“ „Ja, das hab ich doch alles gerade aufgeschrieben“, sagt der. Dann ist er schon genervt. (F)</li> </ul>

**Tabelle 20.** Gründe, die von den Ärzten angeführt werden, die standardisierte Fragebögen für Patienten nicht für sinnvoll halten.

#### 13.1.4. Potenzial, aber fragliche Praktikabilität: Computer-basiertes risk assessment

In den USA wird zunehmend angeboten, ein Risk assessment zu HIV / STD mithilfe eines speziellen Computerprogramms freiwillig und anonym durchführen zu lassen, an einem

Rechner, der in der Praxis aufgestellt ist. Dieses CASI genannte Verfahren (computer-assisted self-interview) wird den Ärzten vorgestellt. Die Ärzte finden den Ansatz interessant und sehen durchaus ein gewisses Potential für eine bestimmte Zielgruppe, v.a. für jüngere, mit Computern vertraute Personen. Ein CASI ist aber wohl v.a. aus praktischen Gründen, z.B. Raummangel und Angst vor Diebstahl, in den Praxen der befragten Ärzte nicht umsetzbar. Einige Ärzte weisen darauf hin, dass sie das persönliche Gespräch für unersetzlich halten.

Ich denke, dass das eine sehr spezielle Klientel ansprechen würde, die sich a) mit dem Medium sehr gut auskennt, die da keine Scheu vor haben, die da dran gewöhnt sind. Es kommt vielleicht – nicht unbedingt für den 50- oder 60-Jährigen in Frage, ... der das persönliche Gespräch einfach auch über die Jahrzehnte [gewohnt ist]. (K, Bln)

Gut, es wäre natürlich eine Erleichterung insofern, als dass man gerade mit solchen Medien ein jüngeres Publikum vielleicht auch ansprechen würde... Das wäre eine Möglichkeit. Aber aus meiner Sicht müsste man da eine Räumlichkeit schaffen, die Anonymität gewährleistet. Also wenn alle sehen, was der in den Bildschirm eintippt, wird es schwierig. Aber gut, das wäre natürlich eine logistische Frage, das könnte man sicher machen. (Hausarzt / FR)

Da müsste man einen eigenen Raum haben, wo die sich zurückziehen können und dann ist es schon wieder illusorisch. (A, Bln)

So nen Computer in die Praxis stellen. (Laudann) – Die wären ganz schnell weg, glaub ich. (J) – Die Zeitungen werden geklaut, in Wilmersdorf. Die Zeitungen werden geklaut, das Sparschwein wird geklaut, die Uhr wird abgehängt. (Schäfer, Bln)

Ich wüsste auch gar nicht, wo soll man das hinstellen. Ins Wartezimmer oder? ... Was mir imponiert, ist das Spielerische dabei. Und dass man mit dem Computer auch so ein bisschen moralisch freier umgehen kann, als mit dem anderen Gegenüber. Das Spielerische und dass... die Menschen ... da sehr frei und locker mit umgehen, das birgt durchaus eine Chance. Also ich kann es mir nicht vorstellen, in der Praxis so eine Kiste [aufzustellen]. Ich bin auch eher einer, der braucht direkte Gespräche. Ich fände, [solche Themen] gehören in eine Situation unter 4 Augen. (Fleming / SP, Bln)

Also als Vorlage fürs Gespräch könnte es eine Art Wegweiser sein. Da würde ich es jetzt nicht so von vorneherein ablehnen. ... Da muss man im Detail nachfragen, ob die Frage überhaupt richtig verstanden ist... Aber so als Einstieg ist ja [nicht schlecht], gerade spielerisch und Computerbilder, das ist auch eine gewisse Barriere, die erst mal vielleicht erst mal da nicht vorhanden ist. Weil es ist ja irgendwie anonym, es ist ja nur ein Bild. ... Aber wie gesagt, da fehlt der wichtigere zweite Teil. (X / SP, Bln)

### **Zusammenfassung: Standardisierte Hilfen und Instrumente**

- *Ärzte wünschen sich eine – wohl aus Public Health-Sicht zu entwickelnde – Priorisierung von präventiven Themen, die in der Praxis umgesetzt werden sollen*
- *Auch wenn die Notwendigkeit betont wird, dass man bei jedem Patienten individuell und situationsbezogen vorgehen muss, wird eine bessere Systematisierung gewünscht – sowohl des risk assessment als auch der präventiven Beratung*
- *Der Vorschlag eines Sexualanamnese-Bogens als Leitfaden für das risk assessment wird mehrheitlich sehr begrüßt*
- *Von Patienten auszufüllende Fragebögen werden hingegen aus Gründen der mangelnden Praktikabilität und Validität abgelehnt*
- *Computer-basierte Risikoanamnesen haben Potenzial, sind aber offensichtlich absehbar nicht in die normale deutsche Arztpraxis zu implementieren*

## **13.2. Fortbildung: Kommunikationstraining, Erfahrungsaustausch**

---

Der Bedarf für Fortbildung wird unterschiedlich bewertet. Zum einen wird darauf hingewiesen, dass Zeit für umfangreichere Fortbildungsveranstaltung fehle.

Wir haben ja alle schon ganz, ganz wenig Zeit. Und wenig Freizeit. Und Fortbildungen im Bereich der HIV-Fortbildung und der HIV-Weiterbildung, die sind so, so zahlreich, und schon allein an wichtigen Sachen teilzunehmen, kostet viel Zeit. Ich könnte jedes Wochenende und in der Woche noch. Und das wäre jetzt noch mal zusätzlich etwas. (Laveran / SP, Bln)

Reine faktische Vermittlung zu Inhalten der HIV-Prävention wird für weniger wichtig gehalten; hier schätzen sich insbesondere die Berliner Ärzte sowie die Schwerpunktärzte in Franken für kompetent ein. Allerdings wird deutlich, dass ein großer Bedarf für das Thema Kommunikation und Gesprächsführung in diesem Bereich besteht.

Also keine medizinischen [Inhalte], die kennt man ja, sondern interaktive, also vielleicht wie man mit Leuten kommuniziert, die jetzt eher das Thema verschlossen sehen. (R1/SP, FR)

Verbessern kann man sich immer. Auch nach 15 Jahren, ganz bestimmt. ...Sicher kann man noch besser werden. Und manches in bessere Formulierungen packen und manche Problemstellungen oder schwierige Patienten besser beraten, als man es bislang tut. (X / SP, Bln)

Hierzu werden neben Erfahrungsaustausch v.a. praktische Übungen gewünscht. Auch Videoaufzeichnungen von fiktiven Gesprächen werden vorgeschlagen. Die Fortbildung sollte so auch eine Selbstkontrolle ermöglichen und ein Feedback von Kollegen zur eigenen Vorgehensweise erlauben.

Interessant wäre ja mal ein kleines Rollenspiel: Wie machen die [anderen] das im Einzelnen, wie macht's der Einzelne? ... Dass man mal hört, weil jeder hat ja sein Konzept alleine für sich in der Praxis selber entwickelt, wie er mit den Patienten umgeht. (S, Bln)

Ich finde so eine Art Kommunikationstraining in der Gruppe [gut], also auch mit fiktiven Gesprächen ...- oder auch Gespräche, die man sich hinterher noch einmal anguckt: „Was ist denn da jetzt gelaufen? Wie hätte man das irgendwie – wie wäre man an den Punkt näher herangekommen?“ Und das denke ich, dass wir da alle wenig, wenig geschult sind. (Waters / Brennan / SP, Bln)

Und ...die Beratungsgespräche, die Präventionsgespräche, dass man die auch mehr professionalisiert und dass ... bestimmte Typen von Gesprächspartnern ganz spezifisch angegangen werden sollten. Und ob da jetzt so Gruppentraining oder wie was gemacht wird, hab ich mir jetzt noch keine Gedanken gemacht. Aber erforderlich ist das, glaube ich. Ich denke, vielleicht überschätzen wir uns einfach alle, weil, wir kriegen kein Feedback. (X / SP, Bln)

Für so eine Gruppe ist ja so eine Einzelvideoaufzeichnung vielleicht netter oder sympathischer. (Grissom / SP, Bln)

Allerdings wird darauf hingewiesen, dass man eine Sprache, z.B. einen scene-typischen Jargon, nicht lernen kann, ohne dass es aufgesetzt klingt.

Ich bin mir da nicht so sicher. ...Aber ich glaube, dass das nicht immer stimmt [dass man Sprache der Leute lernen kann]. Das ist so ein bisschen, wie einer der den Berliner Dialekt nachmacht und eigentlich von wo anders kommt. Das kommt nie gut an... Wenn man tatsächlich genau zu derselben Szene gehört, dann kann man ... genauso reden. Aber wenn man versucht, sozusagen die Terminologie sich anzugewöhnen oder anzulernen, dann bewirkt das immer bemüht. [...] Weil das würde für mich zum Beispiel, wenn ich jetzt mit meinen schwulen Patienten genau die Terminologie übernehme, würden die sagen „Äh, merkt man sofort, dass der gerade erst – der ist gar nicht schwul und tut hier so, als wenn er mitten in der Szene steht!“ Dann ist das ein bisschen- ich glaube das ist eher nicht authentisch. Dann wirkt das auch immer anbiedernd. (Brennan / SP, Bln)

#### **Fortbildung: Kommunikationstraining, Erfahrungsaustausch**

- Aufgrund des Zeitmangels von niedergelassenen Ärzten sind insbesondere umfangreiche Fortbildungsveranstaltungen nicht unproblematisch
- Ein Bedarf wird allerdings bei Fortbildungen gesehen, die Kommunikation und Gesprächsführung zu HIV- und STD-Prävention praxisnah und interaktiv thematisieren
- Den Ärzten ist dabei die Bewertung ihrer eigenen Kommunikations-Praxis durch andere wichtig

### **13.3. Weitere Vorschläge: Patienten-Broschüren – und eine große Medienkampagne**

#### **13.3.1. Der Wunsch nach einer massenmedialen Kampagne**

Viele Ärzte wünschen sich eine Medien-Kampagne, die – ähnlich wie die großen „Gib AIDS keine Chance“-Kampagne aus den 1980er Jahren – bei der Bevölkerung das Bewusstsein für HIV stärker weckt. Auch für die positive prevention wird dies als zielführend erachtet.



Manche Ärzte sehen dies generell als die sinnvollere präventive Maßnahme als das, was sie in der Praxis glauben leisten zu können. Manche Ärzte glauben, eine solche Kampagne könnte Menschen dazu motivieren, das Thema in der Praxis anzusprechen, und damit eine gute Ergänzung sein.

Das hab ich ... in Brighton gesehen, in London, diese super Public Health-Werbung,... die ...so ins Auge sprang, ..., also dass die Leute dadurch sensibilisiert werden, [die] gehen dann zum Arzt und fragen „Wie ist das?“ So ein Zusammenspiel zwischen Print und anderen Anlaufstellen und den Ärzten. (Schäfer, Bln)

Ich würde da die Arztpraxen als Präventivstelle gar nicht so hoch sehen. ... Also da wäre ich eher dafür, dass man ins Fernsehen, ins Radio, in die Medien geht, damit da die Leute wieder sensibilisiert sind. (Schweigh. / FR)

Ich glaube, dass andere Präventionsmaßnahmen, Informationskampagnen [sinnvoller sind], die vielleicht als Anker den Arzt durchaus miteinbeziehen können, aber die einfach massenhaft informieren; auch anonym informieren. ...[Ich] denke, dass Massenkampagnen da vielleicht im Endeffekt erfolgreicher sind, um zumindest ein Bewusstsein dafür zu schaffen. Und dann sehe ich den Arzt als Ratgeber für diejenigen, die darüberhinaus weitere Fragen haben. (Hausarzt / FR)

Was man machen kann, ist natürlich, zu versuchen, die Leute auf verschiedenste Weisen zu informieren. Wo man eigentlich nicht drumherum kommt, in den Medien das Ganze schon zu thematisieren .... Das ist schon ganz wichtig, auch den Themenkomplex in den Medien zu halten. Letztlich ist das etwas, dem keiner entkommt, ob er es hören will oder nicht. (Martin / SP, FR)

### 13.3.2. Broschüren und Flyer für die Praxis

Für die Praxis selber werden Broschüren und Flyer zu dem Thema als sinnvolle Unterstützung für präventive Bemühungen gesehen. Die Broschüren der BZgA und der DAH werden immer wieder explizit als sehr informativ und umfassend gewertet. Vielfach entsteht der Eindruck, dass die Ärzte die Broschüren nicht nur in der Praxis auslegen, sondern sie auch persönlich dem Patienten geben und ihn motivieren, die Materialien durchzulesen. Dahinter steht die Hoffnung oder Vorstellung, dass das spätere Gespräch über Prävention oder der zukünftige Zugang zum Patienten dadurch erleichtert werden kann.

Und vielleicht reicht es ja manchmal, wenn wir einfach nur sagen: „Das Faltblatt, das find ich nicht schlecht, das hab ich natürlich auch“, und doch vielleicht 2, 3 Worte dazu sagt. Dann ist zumindest mal die Tür mal ein Spaltbreit aufgemacht worden. (B, Bln)

Ich muss sagen, es gibt sehr schöne und sehr viele Broschüren über dieses Thema, und die Interessierten lesen die auch gerne. Also man kann denen solche Broschüren geben und kann sich dann mit ihnen unterhalten. (Macy / SP, Bln)

Und ich finde also diese Blättchen gerade als Einstieg gar nicht schlecht. Also die von der BZGA sind z.B. gar nicht übel. [...] Ich sage: „Ich gebe Ihnen jetzt hier mal was mit über sexuell übertragbare Erkrankungen. Das kann gut sein, dass Sie das alles schon wissen. Wenn Sie das noch nicht alles wissen, dann könnten wir noch einmal drüber sprechen. Wenn Sie das alles schon wissen, dann geben Sie es

jemandem, der es noch nicht weiß.“ Und das finden die meisten so als Einstieg so eigentlich ganz – Das geht. (Waters / Brennan / SP, Bln)

Gerade auch mit dem Heft über sexuell übertragbare Erkrankungen, das jetzt neu überarbeitet herausgekommen ist, da [ist] wirklich ein großer Wurf gelungen: für Patienten gut lesbar, umfassend, informativ; [ideal, um] jemanden ‚low dose‘ präventiv etwas in die Hand zu geben. (Cavanaugh / SP)

Allerdings wird von den meisten Ärzten eingeräumt, dass nur selten Nachfragen kommen, d.h. die Broschüren nur selten dazu dienen, ein ärztliches Gespräch zu initiieren und erleichtern. Eher ersetzen sie wohl das ärztliche Gespräch.

Wie gesagt, mit diesem BzgA-Material kann man schon gut arbeiten, das ist durchaus ein Thema.... [Ist es Ihnen schon passiert, dass dann Patienten das angesprochen haben, weil sie das mitgenommen haben] Nein, aber es sind einige weggekommen. (Müller / FR)

Ich hab Broschüren ausliegen, aber da kommt eigentlich fast kein feedback [...] Ich hab von der BzgA immer wieder Broschüren auch liegen, weil ich die auch relativ gut finde. ... Aber ich hab bis jetzt noch nicht das Gefühl gehabt, dass das wirklich dann ins Gespräch mündet. (Hausarzt / FR)

- [Sie sagten ja, Sie geben zum Teil Broschüren mit. Werden Sie später noch einmal angesprochen von den Patienten „Ich habe das da gelesen und ich glaube, das trifft auf mich zu?“ Kommt da noch mal was zurück? (Loss)]
- Ja. Die fragen dann schon. (Cavanaugh / SP)
- Also sehr häufig finde ich es nicht. (Quincy / SP)
- Nicht häufig, aber gelegentlich. (Macy / SP)
- Aber da wird ein Informationsbedarf gedeckt, rein indem man liest „Aha, so kann ich mir das holen, aha.“ Eher 1,2 von 10 fragen. (Cavanaugh / SP)

Problematisch ist, dass sich Patienten nicht trauen, öffentlich ausliegende Broschüren zum Thema STD oder HIV mitzunehmen.

[Flyer]– so als Teaser im Wartezimmer haben zu dem Thema, da ist die Frage, wer geht hin und sich zutraut, genau den zu greifen. (Schäfer, Bln)

Aber das ist vielleicht auch schwierig vorne, weil es ein einsehbarer Bereich ist. Wohin sollen es die Leute tun? Dann haben die Angst, der Andere sieht es. Das ist dann im öffentlichen Raum vielen dann doch unangenehm. Also das hat bis jetzt nicht so wirklich funktioniert. (Hausarzt / FR)

### 13.3.3. Zeichen setzen mit Medien und Materialien in der Praxis

Das Auslegen von entsprechenden Broschüren kann ein Signal sein, dass man in der Praxis offen ist für das Thema Sexualität, HIV- und STD-Prävention. So kann es unter Umständen durch das Angebot von entsprechenden Medien z.B. im Wartezimmer zu Gesprächen kommen, ohne dass explizit auf diese Medien Bezug genommen wird.

Es wäre lediglich ein Plakat oder so, dass man es aufhängt oder dass dann vielleicht jemand meint: „Aha, dieses Thema ist nicht ganz außen vor hier. Da könnte man vielleicht mal darauf ansprechen.“ (Müller / FR)

Ich hab von der BzGA immer wieder Broschüren auch liegen, weil ich die auch relativ gut finde. ... Also das wäre nur ein Aufhänger natürlich. Oder wo man ein Signal sendet. Das ist richtig. (Hausarzt / FR)

Ein anderes Medium wäre z.B. das sogenannte „Wartezimmer-TV“, das man z.B. auch mit Informationen zu HIV-Prävention speisen könnte.

Medieninformationen, auch ...Wartezimmer-TV und ähnliches, auch da könnte man ja dann medial Einspielungen machen. Informations-CDs oder nur Folien meinetwegen. Das wäre sicher denkbar. [...] Möglich wäre ja, dass man sich selbst Folien herstellt.. und letztlich als Vortrag, als Endlosschleife immer rumlaufen lässt. Im Wartezimmer aufstellt. Und damit Dinge auf anderem Wege elektronisch anspricht, die man vielleicht sonst anders ansprechen würde. (Hausarzt / FR)

Ein Arzt berichtet, einen ähnlichen Zweck auch dadurch erzielt zu haben, eine Packung eines potenzsteigernden Medikaments sichtbar auf den Schreibtisch zu legen.

Ich hab mal so eine Schachtel ... Viagra da liegen gehabt. ...Aber was mir auffällt, wie die dalag, dass dann sehr viele Männer drauf ansprechen und das als Aufhänger nehmen, auf die Thematik zu sprechen zu kommen. So „Ach guck mal, nimmst du sie auch.“ Und dann ist man eigentlich im Thema. Das ist mir nur aufgefallen, das hat den Zugang erleichtert. (Hausarzt / FR)

Durch die offene Verwendung von Medien zum Thema HIV und STD zu signalisieren, die Praxis sei aufgeschlossen für diese Themen, kann allerdings auch unerwünscht sein, wie zwei Bayreuther Ärzte deutlich machen. Andere Patienten könnten dadurch vertrieben werden – entweder, weil sie sich von den Informationen selber peinlich berührt fühlen, oder weil sie den Kontakt mit dadurch eventuell verstärkt angezogenen Patienten (z.B. MSM, HIV-Positive) meiden wollen.

Medieninformationen, auch ...Wartezimmer-TV und ähnliches, auch da könnte man ja dann medial Einspielungen machen. Informations-CDs oder nur Folien meinetwegen... Das wäre sicher denkbar... Wobei dann ist es natürlich wieder völlig in einem offenen Raum. Und da glaube ich einfach, dass ein Teil damit vor den Kopf gestoßen wird. (Hausarzt / FR)

Flyern und so...stehe ich eigentlich eher ablehnend gegenüber. ...Weil ich keine Schwerpunktpraxis HIV werden will. Ich hab überwiegend eine hausärztliche Klientel. Und ich hab gesehen vor ein paar Jahren, als ich sehr viel Schwarzafrikaner hatte...– Ich spreche leidlich französisch, und dann sind die alle zu mir gekommen, weil sie sich mit mir unterhalten konnten... Und das hat dann oft dazu geführt, dass Leute weggeblieben sind... Und das möchte ich nicht. Ich will eine hausärztliche-internistische Praxis führen, und deswegen will ich auch diese Klientel nicht unbedingt bei mir haben. Wenn sie kommt, ok, aber ich ziehe sie nicht an. Deswegen auch keine Flyer... Sie glauben nicht, was da für eine stille Post rumgeht, ja. Wenn da [Flyer liegen], das ist sofort ‘rum in Bayreuth. (Schweighöfer /FR)

**Zusammenfassung: Weitere Vorschläge: Patienten-Broschüren – und eine große Medienkampagne**

- *Viele Ärzte wünschen sich eine große Medien-Kampagne zur HIV-Prävention*
- *Manche Ärzte glauben, eine solche Kampagne könnte Menschen dazu motivieren, das Thema in der Praxis anzusprechen*
- *Für die Praxis: Broschüren gelten als sinnvolle Unterstützung für präventive Bemühungen, v.a. wenn sie persönlich überreicht werden*
- *Die Broschüren dienen nur selten dazu, ein ärztliches Gespräch zu initiieren; eher ersetzen sie wohl das ärztliche Gespräch*
- *Broschüren, Plakate und andere Materialien zur HIV-/STD-Prävention in der Praxis können nach außen signalisieren, dass man hier für das Thema offen ist*

## 14. ANHANG

---

## Diskussionsleitfaden Ärzte Primärprävention

---

### Input

Die Fragen um die es in dem Projekt und heute Abend geht ist, können überhaupt verhaltensbezogene Beratung in Arztpraxis eingeleitet werden, effektiv durchgeführt werden, wie kann man das am besten machen? Gibt es Barrieren, gibt es Schwierigkeiten, gibt es Probleme und welche sind das? Und was wünschen sich Patienten, was wünschen sich Ärzte an Informationen, an Rahmenbedingungen, an Hilfestellungen, an strukturellen Veränderungen um das besser umsetzen zu können?

Wir haben uns für dieses Projekt konzentriert auf Männer die Sex mit Männern haben und zwar in der Altersgruppe 30 bis 45 Jahre, weil hier die meisten Neuinfektionen auftreten.

### 0. Einstiegsfrage

„Was ist für Sie derzeit vorrangig, wenn Sie an das Thema HIV / AIDS denken?“

### 1) Bedeutung von HIV-/STD-Prävention in der ärztlichen Praxis

1. Glauben Sie, dass HIV- und STD-Prävention für Patienten aus dem Einzugsgebiet Ihrer Praxis von Bedeutung ist? Warum / Warum nicht?
2. Fühlen Sie sich als Arzt bzw. Ärztin dafür verantwortlich, HIV- und STD-Prävention in der Praxis zu betreiben?

### 2) Risk assessment

1. Haben Sie das Gefühl, einschätzen zu können, wenn ein Patient ein erhöhtes Risiko für eine HIV- bzw. STD-Infektion hat? Woran machen Sie dieses Risiko fest?
  - Wie können Personen mit erhöhtem Risiko identifiziert werden?
2. Führen Sie regelmäßig eine Sexualanamnese bzw. eine Risikoabschätzung Ihrer Patienten durch?
  - Wenn nicht, warum nicht?
    - ggf. Rückfragen zu nicht genannten Aspekten der Liste\*
  - Wenn ja, wie gehen Sie vor? Wie führen Sie das Gespräch?
  - Wie reagieren die Patienten auf diese Fragen?

3. Sehen Sie Unterschiede zwischen neuen Patienten und bereits bekannten, langjährigen Patienten?

### 3) Präventive Beratung

1. Sie erkennen in der Anamnese beim Patienten ein klares Risiko zur HIV- oder STD-Infektion, (z.B. weil er mit rezidivierenden STDs zu Ihnen in die Praxis kommt). Würden Sie ihn hinsichtlich Schutzmöglichkeiten beraten?
  - Wenn nicht, warum nicht?
    - ggf. Rückfragen zu nicht genannten Aspekten der Liste\*
  - Wenn ja, wie gehen Sie vor? Wie führen Sie das Gespräch?
  - Wie reagieren die Patienten auf diese Empfehlungen?
2. Der Patient fragt selber nach, was er tun kann, um sich vor HIV- oder STD-Infektionen zu schützen. Würden Sie ihn hinsichtlich Schutzmöglichkeiten beraten?
  - Wenn nicht, warum nicht?
    - ggf. Rückfragen zu nicht genannten Aspekten der Liste\*
  - Wenn ja, wie gehen Sie vor? Wie führen Sie das Gespräch?
  - Wie reagieren die Patienten auf diese Empfehlungen?
3. Sehen Sie Unterschiede zwischen neuen Patienten und bereits bekannten, langjährigen Patienten?

### 4: Lösungen und Hilfestellungen

1. Stellen Sie sich vor, die Rahmenbedingungen wären ideal. Welche Rolle sollten Ärzte bei der HIV- und STD-Prävention übernehmen?
2. Welche Faktoren / Strukturen / Instrumente könnten eine derartige Beratung erleichtern?\*

  - Welche praxis- und ablaufbezogenen Strukturen könnten Ihnen eine Risikobewertung und präventive Beratung erleichtern?
    - CASI, Flyer, Reminder-Systeme...
  - Welche gesundheitspolitischen Veränderungen, z.B. im Bereich ärztlicher Vergütung könnte Ihnen eine Risikobewertung und präventive Beratung erleichtern?
  - Welche inhaltlichen Instrumente würden Sie sich wünschen, z.B. im Sinne von Leitlinien oder Fortbildungen?

**Diskussionsleitfaden *Positive prävention***

---

**Broad Topic 1: Bedeutung von HIV-/STD-Prävention bei HIV-positiven Patienten**

1. Fühlen Sie sich als Arzt bzw. Ärztin dafür verantwortlich, Ihre HIV+ Patienten dahingehend zu beraten, das HI-Virus nicht an andere weiterzugeben? Warum / warum nicht?

**Broad topic 2: Risk assessment bei HIV-positiven Patienten**

1. Führen Sie regelmäßig eine Sexualanamnese bzw. eine Risikoabschätzung Ihrer HIV+ Patienten durch?
  - Wenn nicht, warum nicht?
    - ggf. Rückfragen zu nicht genannten Aspekten der Liste\*
  - Wenn ja, wie gehen Sie vor? Wie führen Sie das Gespräch?
  - Wie reagieren die Patienten auf diese Fragen?
2. Wenn Sie an die Reaktion der Patienten auf diese Fragen denken: Sehen Sie Unterschiede zwischen HIV+ Patienten und Patienten mit negativem / unbekanntem HIV-Status?

**Broad topic 3: Präventive Beratung bei HIV-positiven Patienten**

1. Beraten Sie Ihre HIV+ Patienten hinsichtlich Möglichkeiten, sich vor der Infektion mit STD zu schützen?
  - Wenn nicht, warum nicht?
    - ggf. Rückfragen zu nicht genannten Aspekten der Liste\*
  - Wenn ja, wie gehen Sie vor? Wie führen Sie das Gespräch?
  - Wie reagieren die Patienten auf diese Empfehlungen?
2. Warnen Sie HIV-positive Patienten vor einer HIV-Superinfektion?
  - Wenn nein, warum nicht?
  - Wenn ja, wie reagieren die Patienten?
3. Beraten Sie Ihre HIV+ Patienten dahingehend, wie Sie vermeiden können, das Virus an andere Partner weiterzugeben?



- Wenn nicht, warum nicht?
  - ggf. Rückfragen zu nicht genannten Aspekten der Liste\*
- Wenn ja, wie gehen Sie vor? Wie führen Sie das Gespräch?
- Wie reagieren die Patienten auf diese Empfehlungen?

*\*Liste mit Barrieren und fördernden Faktoren aus der Literatur erstellen und sicherstellen, dass alle zur Sprache kommen bzw. diskutiert werden*

a) patientenzentrierte Barrieren:

- Erfahrung von abweisender Haltung bei Patienten
- *positive prevention*: Stigmatisierung der Patienten, Aufbürden von zusätzlicher Verantwortung

b) Arzt-zentrierte Barrieren:

- Annahme, dass der Patient kein Risiko für STD/HIV habe
- persönliches Unbehagen mit dem Thema auf Seiten des Arztes
- fehlendes Wissen darüber, wie man angemessen Fragen zur Sexualanamnese stellt
- vermutetes Unbehagen mit dem Thema auf Seiten des Patienten
- Zweifel, das Sexualverhalten des Patienten beeinflussen zu können
- Unbehagen und Vorurteile bezgl. Homosexualität
- Angst, die Patienten zu verletzen bzw. beleidigen und die Arzt-Patienten-Beziehung damit zu schädigen

c) System-bezogene bzw. strukturelle Barrieren

- Mangel an Zeit
- Schwierigkeiten der Honorierung

## Anhang 2)

### Interviewleitfaden

für Interviews mit MSM im Projekt

„Erforschung der Bedürfnisse, Einstellungen und Konzepte von Ärzt(inn)en und Patienten zur HIV/STD-Prävention im Arzt-Patienten-Kontakt“

des Instituts für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften der Universität Bayreuth

#### Voraussetzungen

→ Die Interviews finden dort statt, wo sich die jeweiligen Interviewpartner wohl fühlen, Angelika Wolf reist an.

→ Altersgruppe zwischen etwa zwischen 30-45 Jahren, eher/auch bildungsfern

→ Ein wesentliches Ziel ist, die Perspektiven und Prämissen für ärztliche Prävention auszuloten: ob sie überhaupt als Berater zu präventivem Verhalten in Frage kommen, zu welchen Aspekten sie beraten könnten / ob ein Bedarf für den Arzt/Ärztin als AnsprechpartnerIn besteht, und wie sie ein solches Gespräch führen sollten

#### A) Allgemeiner Teil

Ort/Datum der Interviews: \_\_\_\_\_

Pseudonym \_\_\_\_\_

Alter \_\_\_\_\_

Schulabschluss       keinen       Hauptschule       qualifizierter HS

Realsch.       Abitur       akadem. Absch.

Sind Sie berufstätig?       ja       nein

Erlerner Beruf \_\_\_\_\_

Soziale Situation \_\_\_\_\_

Zugang \_\_\_\_\_

## **B) Fragen an alle MSM-Interviewpartner**

### I) Frequenz, Zugang zum med. System, Erfahrungen im Umgang mit Ärzten

- 1) Welche Ärzte haben Sie in der letzten Zeit aufgesucht?
- 2) Haben Sie einen Hausarzt ? (entfällt ggf.)
- 3) Wie oft gehen Sie zum Arzt ?
  - Wenn Sie oft zum Arzt gehen, was bringt das Ihnen?
- 4) Gehen Sie gerne oder ungern zum Arzt? Warum?
- 5) Dann als alternative Rückfrage je nach obiger Antwort:
  - Wenn Sie gerne zum Arzt gehen, welche positiven Erfahrungen machen Sie?
  - Aufgrund welcher Erfahrungen gehen Sie ungern zum Arzt?
- 6) Haben Sie schon einmal ein HIV-Test gemacht?
  - Wenn ja, wo und warum, wer hatte dazu geraten? Waren Sie mit dem Ablauf zufrieden? Was hätte besser sein können?
  - Wenn nein, gibt es Faktoren im ärztlichen Bereich, die davon abhalten?
- 7) In welcher Art und Weise wäre es Ihnen angenehm, Informationen zu HIV und AIDS zu bekommen?
  - Wenn keine Antwort: Wären Sie an Prospekten zu HIV/AIDS und Geschlechtskrankheiten im Wartezimmer interessiert?
  - Würden Sie Computeranimationen zu HIV/AIDS und Geschlechtskrankheiten im Wartezimmer nutzen?

### II) Das ärztliche Gespräch

- 8) Hatte sich bei einem Arztbesuch schon einmal die Gelegenheit ergeben, über Sexualität zu sprechen?
  - Wenn Antwort ja: Von wem ging die Initiative aus und warum?
  - Wenn Antwort nein: Aus welchen Gründen nicht?
- 9) Hatte sich bei einem Arztbesuch schon einmal die Gelegenheit ergeben, über Geschlechtskrankheiten zu sprechen?
  - Wenn Antwort ja: Von wem ging die Initiative aus und warum?
  - Wenn Antwort nein: Aus welchen Gründen nicht?
- 10) Hatte sich bei einem Arztbesuch schon einmal die Gelegenheit ergeben, über einen HIV-Test zu sprechen?

Wenn Antwort ja: Von wem ging die Initiative aus und warum?

Wenn Antwort nein: Aus welchen Gründen nicht?

11) Inwieweit könnten Sie sich vorstellen, mit Ihrem Arzt darüber zu sprechen, wie man sich vor HIV oder Geschlechtskrankheiten schützen kann?

12) Wie würden Sie reagieren, wenn Ihr Arzt mit Ihnen über Sexualverhalten und Schutzverhalten sprechen würde?

13) Welche längerfristige Wirkung könnte eine ärztliche Beratung für Sie haben?

14) Gibt es besondere Punkte im Bereich HIV-Prävention und Schutzverhalten, von denen Sie glauben, ein Arzt könnte für Sie hier ein guter Ansprechpartner sein?

### III) Krankheitskonzepte und Metaphern

15) Welches medizinische Geschehen verbinden Sie mit AIDS?

16) Sehen Sie einen Unterschied zwischen Ihrer Vorstellung zu AIDS und der Vorstellung zu AIDS bei Ihrem Arzt/Ihren Ärzten?

- Wenn ja, was sind die Unterschiede?

- Wenn nein, wo und wie stimmen Sie überein?

### Nur bei nicht-positiven MSM, wenn noch Zeit:

17) Beeinflusst HIV und AIDS Ihren Lebensalltag? Wie, geben Sie bitte Beispiele.

18) Worin besteht der Unterschied, wenn Sie über eine Krankheit oder über ein Leiden privat erzählen oder wenn Sie es in einer Arztpraxis tun?

### **C) Zusätzliche Fragen bei HIV-positiven MSM**

19) Was sind Ihre Erfahrungen als HIV-Positiver Mensch beim Arztbesuch?

20) Wie könnte man Menschen mit HIV den Arztbesuch erleichtern?

21) Hört Ihr Arzt zu, wenn Sie von einem Problem sprechen?

22) Wie verständlich ist das, was ihr Arzt/in sagt?

23) Inwieweit könnten Sie sich vorstellen, mit Ihrem Arzt darüber zu sprechen, wie man sich vor einer HIV-Superinfektion oder Geschlechtskrankheiten schützen kann?

24) Stellen Sie sich vor, Ihr Arzt würde Sie darauf ansprechen, wie Sie durch Ihr Verhalten andere Menschen vor einer Infektion mit HIV schützen können. Wie würden Sie das aufnehmen?

## Anhang 3)

**Wollten Sie schon immer mal  
Ihre Hoffnungen und Sorgen  
über Ärzte loswerden?**



**Dann Hören wir gerne zu!**



Wir vom Institut für Medizinmanagement der Universität Bayreuth führen eine Befragung durch. Dabei geht es um das Thema: Wie können Gespräche zwischen Arzt und Patient verbessert werden, wenn es um Geschlechtskrankheiten geht?

Dabei interessieren uns Ihre Erfahrungen, Meinungen, Ideen, Bedenken und Wünsche!  
Ganz anonym. **Schwule Männer ca. im Alter von 30-45 Jahren.**

**Für ein ca. 1-stündiges Interview zahlen wir 30 €.** Das Interview kann an einem Ort stattfinden, den Sie auswählen.

Bitte melden Sie sich ab 9. 5. unter (0331) 505 3720 - auch ganz unverbindlich für weitere Auskünfte.  
Oder per e-mail: [Angelika.Wolf@uni-bayreuth.de](mailto:Angelika.Wolf@uni-bayreuth.de)

 **IMG**  
INSTITUT FÜR MEDIZINMANAGEMENT  
UND GESUNDHEITSWISSENSCHAFTEN

 **UNIVERSITÄT  
BAYREUTH**

 **Deutsche  
AIDS-Hilfe e.V.**

Um ungetesteten MSM oder MSM mit einem unklaren Status für Interviews zu gewinnen, wurden die Handzettel dahingehend geändert, dass die Entschädigungssumme von 30 € angegeben wurde. Zudem wurde die Altersangabe deutlich eingefügt.

## Anhang 4)

### Interviewpartner Berlin HIV+

Pseudonym	Alter (Jahre)	Schulabschluss	Soziale Situation
Natascha	49	Abitur	berentet
Carlos	42	Abitur	berentet
Hans	46	Hauptschule	berentet
Henning	39	Hauptschule	berentet
Dittmar	48	Hauptschule	berentet
Hanni	43	Qualifizierter Hauptschulabschl.	Hartz IV, Prostitution
Kurt	38	Realschule	berentet
Peter	39	Abitur	Arbeit suchend
Mirko	42	Abitur	Hartz IV
Davis	28	Keinen	Prostitution
Franz	54	Fach-Abitur	berufstätig
Jörg	55	Realschule	berufstätig

### Interviewpartner Franken HIV+

Pseudonym	Alter (Jahre)	Schulabschluss	Soziale Situation
Mark	44	Realschule/POS	berufstätig, krank geschr.
Roland	43	keinen	halbtags berufstätig
Robert	35	Hauptschule	berentet
Pepe	41	Qualifizierter Hauptschulabschl.	berentet
Alberto	44	Qual. Hauptschule	berentet
Buddha	37	Realschule	60% berufstätig

### Interviewpartner Berlin mit unklarem oder ungetesteten HIV-Status

<b>Pseudonym</b>	<b>Alter (Jahre)</b>	<b>Schulabschluss</b>	<b>Soziale Situation</b>
Jonas	56	Hauptschule	berufstätig
Jeffrey	33	Realschule	Hartz IV
Konrad	29	Qualifizierter Hauptschulabschl.	Hartz IV
Omid	33	Abitur	berufstätig
Antonioni	31	Abitur	berufstätig
Dante	29	Abitur	berufstätig
Woodman	35	Abitur	berufstätig
Snoopy	32	Realschule	freiberuflich tätig

### Interviewpartner Franken mit unklarem oder ungetesteten HIV-Status

<b>Pseudonym</b>	<b>Alter (Jahre)</b>	<b>Schulabschluss</b>	<b>Soziale Situation</b>
Bernd	43	Realschule	berufstätig
Aibwa	33	Abitur	berufstätig
Eule	37	Realschule	berufstätig
Harry Potter	39	Realschule	berufstätig

## 15. ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

AIDS	Acquired Immuno Deficiency Syndrome
ART	antiretrovirale Therapie
BIn	Berlin
BT	Bayreuth
DAH	Deutsche AIDS-Hilfe
FGD	Fokusgruppendifkussion
FR	Franken
HIV	Human Immunschwächevirus
KABaSTI	Knowledge, Attitudes, Behaviour as to as to Sexually Transmitted Infections
MSM	Männer, die Sex mit Männern haben
RKI	Robert Koch-Institut
SP	HIV-Schwerpunktarzt
STD	Sexually Transmitted Disease, sexuell übertragbare Krankheit
WZB	Wissenschaftszentrum Berlin



## 16. DANKESWORTE

Wir bedanken uns für die Unterstützung bei der Akquise von Interviewpartnern bei der AIDSbeRATung der Diakonie Bayreuth: Hermann Schuster, Martina Höll und Martin Doernhöfer sowie Manfred Schmidt von der Aidshilfe Nürnberg und Jens Ahrends von der AIDS-Hilfe Berlin. Die genannten verhalfen uns ebenso wie Michael Bochow, Stefanie Grote, Dirk Sander, Axel Schmidt und Clemens Sindelar dazu, rasch eine gute Übersicht über das „Forschungsfeld“ zu gewinnen.

Wir bedanken uns des weiteren für die zuverlässige und feinsinnige Transkription der Interviews bei Marina Klamt und Ulrike Schmidt und für die kompetente Unterstützung beim Literaturüberblick bei Judith Schühle. Steffen Taubert danken wir für die beständige und geduldige Begleitung auch in den etwas schwierigeren Forschungsphasen. Dem wissenschaftlichen Beirat sprechen wir unseren Dank für das Reflektieren der Befunde und für das feedback aus.