

Teil I – Entwicklung eines theoretischen Konzepts zur Erklärung von Rezeption und Wirkung massenmedialer Informationen zu HIV und Aids

2. Medizinisch-epidemiologischer Hintergrund zu HIV und Aids in Deutschland¹

Im Juni 1981 wurden in den USA neue ungewöhnliche Symptome wie eine spezielle Form von Lungenentzündung (Pneumocystis Pneumonia, kurz PcP), sowie ein bestimmter Hautkrebs, das so genannte Kaposi-Sarkom, beobachtet (vgl. CDC 1981b; CDC 1981a; Shilts 1988: 113f.; Hartl 2003: 73f.; Sanders 2005: 5). Im Frühjahr 1982 waren die ersten Fälle dieser Symptome in Deutschland aufgetreten. Ihren heute noch geläufigen Namen bekamen die neuen Phänomene jedoch erst im Herbst 1982: ‚Acquired Immune Deficiency Syndrome‘, kurz Aids. Im folgenden Jahr 1983 wurde dann das Virus entdeckt, das als Auslöser von Aids gilt. Jedoch erst im Jahr 1986 bekam es den Namen ‚Human Immunodeficiency Virus‘ (HIV). (Vgl. Hartl 2003: 74; DAH 2008: A11)

Wird die HIV-Infektion nicht behandelt und folgt sie somit ihrem sogenannten „natürlichen Verlauf“, führt sie dennoch meist erst nach einigen Jahren zum Vollbild Aids und in dessen Folge zum Tod. Dieser Verlauf wird in drei Stadien eingeteilt: In der ersten *akuten* Phase können grippeähnliche Symptome festgestellt werden, da sich das HI-Virus kurz nach dem Eintragen in den menschlichen Körper sehr stark vermehrt. Treten diese Symptome auf, wird häufig keine HIV-Infektion als Ursache diagnostiziert. Mit der verzögerten Bildung der HIV-Antikörper im menschlichen Organismus beginnt die zweite, die *chronische* Phase, in der sich die Viruslast auf niedrigem Niveau einpendelt. Diese Phase kann viele Jahre dauern. Erst wenn die Viruslast erneut stark ansteigt und das Immunsystem zusammenbricht, kommt es zum *Vollbild Aids* (dritte Phase) und in der Folge zum Tod. (Vgl. Sanders 2005: 32-37; Rockstroh 2010: 29-33)

HIV kann vor allem auf drei verschiedenen Wegen von Mensch zu Mensch übertragen werden (vgl. Marcus/Starker 2006: 10):

1. bei ungeschütztem Sexualverkehr, durch Kontakt zwischen rezeptiven Körperoberflächen wie z.B. Schleimhäuten und/oder mit virushaltigen Körperflüssigkeiten, wie Blut, Sperma oder Scheidenflüssigkeit,

1 Dieses Kapitel stellt eine den Anforderungen dieser Arbeit entsprechend vollständig überarbeitete Form des Kapitels 2 der Vorgängerstudie des Autors dar (vgl. Seite 2008).

2. wenn HIV-haltiges Blut bzw. Blutprodukte in die Blutbahn gelangen und
3. bei einer Mutter-zu-Kind-Übertragung vor und während der Geburt.

Im medizinisch-epidemiologischen² Diskurs ist die Klassifikation der *besonders gefährdeten und betroffenen Gruppen* international stark verbreitet (vgl. ebd.: 10f.). Die drei Hauptübertragungswege werden dabei in sieben Gruppen nach dem genauen Infektionsweg aufgeschlüsselt³: Männer, die Sex mit Männern haben (MSM); intravenös Drogengebrauchende (IVD); Hämophile und Empfänger von Bluttransfusionen (Hämo/Trans); Patienten aus Hoch-Prävalenz-Ländern⁴ (HPL), in denen mehr als ein Prozent der Bevölkerung mit HIV infiziert ist; Menschen mit heterosexuellen Kontakten, außer HPL (Hetero); prä- und perinatale Infektion (PPI) sowie die Gruppe ohne Angabe des Infektionswegs (Unb./K.A.). (Vgl. RKI 2010)

In Deutschland fällt mit Blick auf die epidemiologischen Daten unter den Hauptbetroffenengruppen von HIV und Aids besonders die Gruppe der MSM ins Auge. Diese weisen hierzulande die höchste Prävalenz und Inzidenz des HI-Virus auf. Von allen Menschen in Deutschland, die Ende 2013 mit dem HI-Virus lebten, werden durch das Robert-Koch-Institut (RKI) rund 66% den MSM zugeordnet (Prävalenz). Eine noch größere Ungleichverteilung zeigt sich mit Blick auf die geschätzten Neuinfektionen pro Jahr (Inzidenz). 2013 entfielen davon 75% auf MSM. Die absoluten Zahlen stabilisieren sich seit 2007 auf hohem Niveau von insgesamt ca. 3.000 – 3.200 Neuinfektionen insgesamt pro Jahr. Sie waren zuvor seit 2001 stark angestiegen, was insbesondere auf MSM zurückzuführen ist. (Vgl. RKI 2014c: 430; RKI 2014a: 1; vgl. Abb. 1)

2 Epidemiologie ist die „Wissenschaft von der Entstehung, Verbreitung, Bekämpfung und den sozialen Folgen von Epidemien“ (Dudenverlag 2007: 282).

3 Diese Gruppen werden nach Merkmalen wie z.B. dem Übertragungsweg eines Erregers eingeteilt und unterscheiden sich in ihren jeweiligen Krankheitsständen (vgl. Tietze/Bellach 1997: 137).

4 Die Prävalenz gibt an, wie viele Menschen einer Gruppe zu einem bestimmten Zeitpunkt mit einem Erreger leben oder an einer Krankheit leiden. Inzidenz bezieht sich hingegen nur auf die Neuinfektionen während eines bestimmten Zeitraums (vgl. Weinreich/Benn 2005: 19).

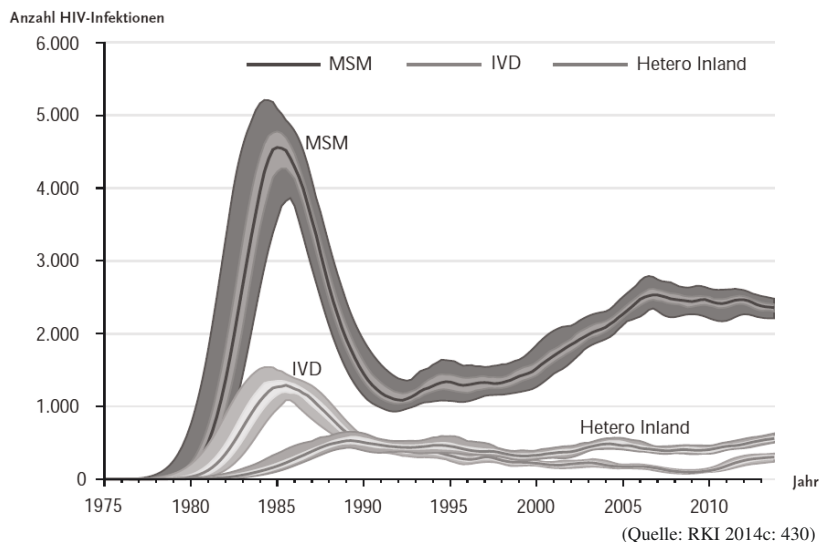
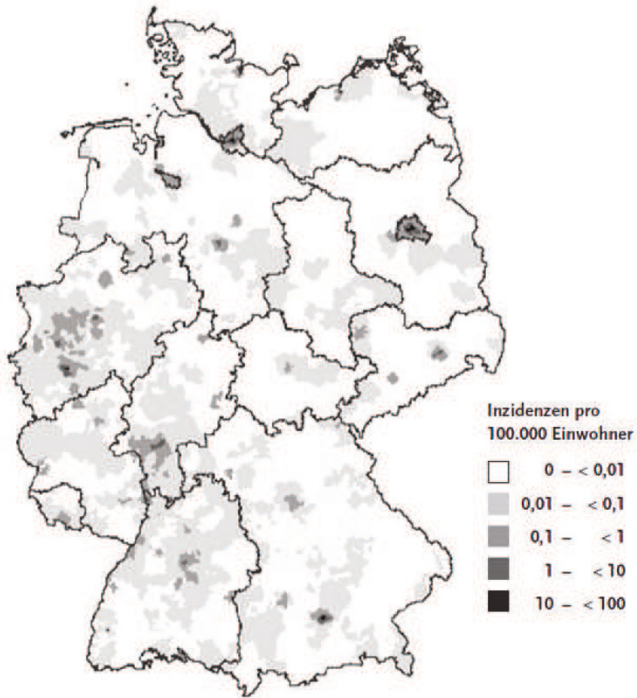


Abb. 1: Geschätzte jährliche HIV-Neuinfektionen in Deutschland 1975 – 2013⁵

Mit Blick auf die regionale Verteilung der Inzidenz und Prävalenz von HIV in Deutschland zeigt sich, dass diese in den Ballungszentren mit Abstand am höchsten sind. Dabei wird das Bild insbesondere durch die Großstädte Köln, Frankfurt/Main, Berlin, München und Düsseldorf geprägt.⁶ (Vgl. RKI 2014b: 226; vgl. Abb. 2)

⁵ Nach Infektionsjahr und Transmissionsgruppe (MSM, IVD und Hetero Inland). Der helle, enge und der dunkle, weite Bereich um die Wertelinien stellen das 50%- und das 95%-Konfidenzintervall dar.

⁶ Aus allen genannten Städten wurden 2013 mehr als 12 HIV-Erst-Diagnosen pro 100.000 Einwohner gemeldet. Dabei lagen hier die Raten zwischen 17 (Köln) und 13 (Düsseldorf).



(Quelle: RKI 2014b: 227)

Abb. 2: HIV in der Bundesrepublik Deutschland 2013⁷

⁷ Inzidenz der im Zeitraum vom 1.1.2013 bis 31.12.2013 diagnostizierten HIV-Erstmeldungen: 1,3 pro 100.000 Einwohner (bezogen auf die Einwohnerzahl der 3-stelligen Postleitzahlenbereiche, geglättet; n = 3.263). Stand 01.03.2014.

Rezeption und Wirkung massenmedialer Informationen
zu HIV und Aids

Eine Analyse auf Grundlage des
dynamisch-transaktionalen Ansatzes
Seithe, M.

2017, XVIII, 248 S. 22 Abb., Softcover

ISBN: 978-3-658-18507-7