BEDINGUNGEN DER AIDS-PRÄVENTION IN BULGARIEN

Eine vergleichende Untersuchung der soziokulturellen Voraussetzungen für Präventionskampagnen in Bulgarien und Deutschland

Digitale Dissertation

Dissertation
zur Erlangung des akademischen Grades

Dr. phil.

eingereicht am 27.11.1997

Institut für Rehabilitationswissenschaften
der Humboldt-Universität zu Berlin

von Michail Alexandrov Okoliyski
geb. am 21. 06. 1972, in Sofia, Bulgarien

Gutachter:
1. Prof. v. Kardorff, Inst. für Rehabilitationswissenschaften (HU)
2. Prof. Haeberle, Robert Koch-Institut, Archiv für Sexualwissenschaft
3. Prof. Ahrbeck, Inst. für Rehabilitationswissenschaften (HU)

Tag der mündlichen Prüfung: 17. Juni 1998

INHALT

Einleitung 4

I. Paradigmen und Probleme bei der HIV-Infektion und AIDS 6

1. AIDS - die Krankheit des 20. Jahrhunderts 6
2. Menschliches Verhalten gegenüber Krankheit und Kranken in der Geschichte 13
3. Wurzeln der subjektiven Einstellungen zu AIDS 18
4. AIDS - Risiko oder Gefahr? 19
5. Probleme der Stigmatisierung und Diskriminierung von HIV-Infizierten 20
6. AIDS und das Tabuthema Sterben 24

II. AIDS-Prävention in Bulgarien 26

1. Spezifische Tendenzen der Ausbreitung der HIV-Infektion in den Ländern des ehemaligen Ostblocks 27
2. Entwicklungsanalyse und Ergebnisse der AIDS-Prävention vor 1992 28
3. Analyse der AIDS-Prävention seit 1992 31
3.1. Straregien und Maßnahmen 31
3.1.1. Prävention der sexuellen HIV-Übertragung 31
3.1.2. Prävention der HIV-Übertragung auf Blutwegen 45
3.1.3. Prävention der prä- und perinatale Weitergabe der HIV-Infektion 47
3.2. Bemühungen um Akzeptanz von HIV-Positiven und AIDS-Kranken durch die Gesellschaft 48
3.3. Koordinierung, Organisation und Finanzen 49
4. Die Rolle der Medien in der AIDS-Problematik 50

III. AIDS-Prävention in Deutschland am Beispiel der AIDS-Hilfen 52

IV. Epidemiologie der HIV-Infektion und AIDS 54

1. Rahmendaten zur Epidemiologie in der Bundesrepublik Deutschland 58
2. Zur Epidemiologie der HIV-Infektion in Bulgarien 62

V. Empirische Untersuchung 63

1. Probleme empirischer AIDS- und Sexualforschung bei der Erhebung von Daten 63
2. Konzeptioneller Bezugsrahmen 66
3. Projektdurchführung 68
3.1. Methodisches Vorgehen 68
3.2. Planung der Datenerhebung 69
3.3. Voruntersuchung zur Bestätigung des Frageinventars 70
4. Probanden aus den Zielgruppen für die AIDS-Prävention 71
5. Erhebungsinstrumentarium 73
6. Fragestellungen und Ziele 74
7. Ergebnisse der Untersuchung 75
7.1. Soziologische Merkmale der Stichprobe 75
7.2. Fragen nach der sexuellen Aufklärung und der Aufklärung über HIV/AIDS 79
7.3. Psychologische Charakteristika 82
7.3.1. Allgemeine Lebens- und Sexualeinstellungen 82
7.3.2. Einstellungen zu den sozialpolitischen Entwicklungen in Bulgarien 88
7.3.3. Zum Selbstbild der einzelnen Zielgruppen 90
7.4. Aspekte des Sexuallebens 93
7.5. Determinanten der Kondombenutzung 105
7.6. AIDS, HIV-Tests und Geschlechtskrankheiten 107
7.6.1. Persönliche Einschätzung des AIDS-Risikos 107
7.6.2. Wissensstand über die HIV-Übertragungswege 109
7.6.3. Fragen zum HIV-Test 111
7.6.4. Sexuell übertragbare Erkrankungen 114
7.7. Einstellungen zur AIDS-Gefährdung und zu den HIV-Positiven und AIDS-Kranken 116
7.8. Charakteristik der Menschen, die Drogen intravenös gebrauchen 120
7.9. Fragen zum bezahlten Sex 127
7.10. Bewertungen der AIDS-Prävention in Bulgarien
8. Datenschutz 136

VI. Zusammenfassung und Schlußfolgerungen für die Präventionsarbeit 137

VII. Literaturverzeichnis 142

VIII. Anlagen 154

1. Multifunktionales Frageinventar 154

Der gesunde Menschenverstand ist vage und unzuverlässig, die soziale Welt können wir nur durch sorgfältige Forschung kennenlernen.
(Emile Durkheim[1])

Einleitung

Unsere heutige bulgarische Gesellschaft ist bei der noch sehr schwachen Demokratie mit tiefliegenden Problemen konfrontiert - Abnahme der industriellen Produktion und des Lebensstandards großer Gruppen der Bevölkerung, Arbeitslosigkeit, zunehmende Kriminalität. Diese Tendenzen werden noch verstärkt durch die äußeren Bedingungen, die die Schwächung der staatlichen Institutionen mit sich gebracht hat. Die Ökonomie wurde am meisten getroffen. Die Produktionszweige bleiben Staatsbesitz, die Kontrolle seitens des Staates über sie ist aber häufig symbolisch. Die unregulierte Privatisierung ist im Gange. Die politische Instabilität stimuliert keineswegs die strategische Planung der Investitionen, Produktion und Marketing, führt nicht zur technologischen Modernisierung. Die kurzfristigen Ziele und Spekulationen dominieren die Orientierung und das Verhalten der ökonomischen Teilnehmer. So verstärken sie die Strukturkrise, die von der Auflösung der ökonomischen Partnerschaft zwischen den osteuropäischen Ländern bedingt wurde. Die schnelle Abnahme der Produktion führte zur Arbeitslosigkeit, die die Grenze der sozialen Toleranz überschritten hat. Die Inflationsrate ist im Vergleich mit den anderen zentral- und osteuropäischen Ländern am größten. In Kombination mit dem unentwickelten System der Sozialversicherungen haben die Arbeitslosigkeit und die Inflation zur Marginalisierung großer Gruppen geführt. Diese Marginalisierung und die Schwächung des Staatsapparates sind die Ursachen für die rasche Zunahme der Kriminalität.

In dieser dramatischen Krise sollte die Frage gestellt werden: Darf man gerade in solcher Situation Arbeitseinheiten und finanzielle Mittel für die Erforschung der sozialen und gesundheitlichen Bedingungen des Lebens der heutigen und der zukünftigen Generation befürworten und rechtfertigen? Ist es nicht zynisch, die Leute nach gesundheitlichen Gefahren oder Sozialrisiken zu befragen, wenn sie existentielle Probleme, wie das tägliche Essen oder Wohnen haben?

Die Antwort ist vom Verständnis der Probleme, die die Gesellschaft und das Individuum heute zu lösen haben, abhängig. Wenn man die Lösung hauptsächlich in der Perspektive „hier und jetzt“ sucht, sind die Folgen vorherzusehen. Zuerst müssen die Ökonomie und die Politik stabilisiert werden - und dann kann man erst an die Bedingungen des Gesundheitssystems bzw. des Lebens denken. Diese Strategie ist bekannt. Sie hat zu der Zerstörung der Umwelt und zur Vernachlässigung der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung geführt. Diese Überlegungen zwingen uns zu der Annahme, daß angesichts der offiziell relativ niedrigen HIV/AIDS-Epidemie in Bulgarien die Mehrheit der Bevölkerung auf ähnliche Weise reagieren würde - nach dem Motto: „Was uns heute nicht betrifft, braucht uns im Moment keine Sorgen zu machen“.

Das ist die reale soziale Situation, in der Gesundheitsprävention bzw. AIDS-Prävention betrieben werden muß. Deshalb ist es besonders wichtig, diese Denktendenzen als Signal für Perspektivdenken zu verstehen. Das sind Existenzprobleme auch für die menschliche Zivilisation.
Nicht zuletzt sind fundierte empirische Informationen über gesellschaftliche Entwicklungen und Zusammenhänge nicht nur für die Prüfung und Weiterentwicklung wissenschaftlicher Theorien unerläßlich. Parteien, Unternehmen, Gesundheitseinrichtungen und die Bürgerinnen und Bürger benötigen und verwenden Ergebnisse der empirischen Forschung sowohl zur Entscheidungsfindung als auch mit dem Ziel, sich in der demokratischen Gesellschaft Gehör zu verschaffen.

Genügen aber nicht unser Alltagswissen und kluge Intuition, um Zusammenhänge zu erkennen, Probleme der sozialen Welt zu lösen und die Folgen sozialer Veränderungen abzuschätzen? Gelegentlich ist zu hören, daß empirische Untersuchungen unser Wissen nicht wesentlich über das hinaus vermehren, was ohnehin bekannt sei (vgl. Diekmann, 1995).

[1] Vgl. Durkheim, 1991, S. 203

Die Resultate von Fragebogen-Erhebungen, Experimenten und statistischen Analysetechniken lassen erkennen, daß die empirische Sozialforschung durchaus mit überraschenden und tiefergehenden Einsichten in soziale Zusammenhänge aufwarten kann. Außerdem ist das Alltagswissen über soziale Zusammenhänge im allgemeinen weder präzise noch eindeutig.

Viele Skeptiker übersehen auch, daß neue Erkenntnisse der Wissenschaft schnell Eingang in das Alltagswissen gefunden haben. Schwer zu sagen ist, ob AIDS wirklich dazu beitragen wird, den Glauben an den wissenschaftlichen Fortschritt (vgl. Fineberg, 1988) zu steigern. Das Auftreten von AIDS und seine epidemische Ausbreitung ist ein Beweis dafür, daß die Menschheit sich noch nicht von ihrer biologischen Bedingtheit befreit hat (vgl. Rosenberg, 1995). Ob diese Erfahrung als Herausforderung und als Anlaß zu mehr Bescheidenheit gesehen oder als Kränkung erlebt und daher verdrängt werden wird, ist immer noch schwer voraussehbar.

I. Paradigmen und Probleme bei der HIV-Infektion und AIDS

1. AIDS - die Krankheit des 20 Jahrhunderts

A. Beginn der Epidemie

Im Herbst 1980 wurde in den USA eine auffällige Häufung einer bis dahin wenig verbreiteten Hauterkrankung, dem sog. Kaposi-Sarkom, und das vermehrte Auftreten von Infektionen mit beim Menschen nur selten diagnostizierten Erregern, sog. opportunistischen Infektionen, bei Männern mit homosexuellem Verhalten und Drogenabhängigen festgestellt (vgl. Gottlieb & Mitarb., 1981). Der ersten Publikation zu diesem Thema von der Ostküste der USA (vgl. Masur, 1981) folgten bald ähnliche Berichte, und am 10. Dezember 1981 wurde in der medizinischen Literatur zum ersten Mal der Begriff „schwere erworbene Immunschwäche“[2] benutzt. Der Begriff bezog sich auf junge homosexuelle Patienten mit langwierigen geschwürigen Herpes-Herden im Analbereich. Danach mußte noch viel Zeit vergehen, ehe sich ein allgemein akzeptierter Begriff für die neue Krankheit durchsetzen konnte. Die erste Bezeichnung war GRID („gay related immunodeficiency“). Diese und andere Bezeichnungen[3] weisen darauf hin, wie man anfangs diese Krankheit ausschließlich mit homosexuellem Verhalten von Männern verknüpfte. Im Laufe der Zeit faßte man jedoch alle beschriebenen Krankheitszustände unter dem Namen „aquired immunedeficiency syndrome“ zusammen, und damit war im Herbst 1982 der Begriff AIDS geboren.

B. Entdeckung des HIV

Die bei AIDS beobachteten Erkrankungen waren nicht neu, sondern wurden auch bei stark abwehrgeschwächten Patienten mit Malignomen, Leukämien, bei zytostatisch behandelten Patienten (Transplantationsempfängern) oder bei Kindern mit angeborenen Defekten des zellulären Immunsystems beobachtet. Neu war, daß bekannte Ursachen für eine Schädigung des Immunsystems fehlten.

Man nahm anfangs an, daß eine Verschlechterung von AIDS im Zusammenhang damit stand, daß das Immunsystem des Patienten zusammenbrechen würde, weil beim homosexuellen Geschlechtsverkehr immer wieder körperfremden Proteine oder gar fremden Spermien übertragen werden. Weiterhin wurde nach Risiken im Lebensstil dieser Patienten gesucht bzw. immunsupressiv wirkenden toxischen Substanzen oder Drogen. Die Mehrzahl der homosexuellen Männer gab den Konsum von „Poppers“ (sexuell stimulierenden Amyl- und Bulylnitraten) an.[4] All diese Theorien konnten bald verworfen werden. Wahrscheinlicher war das neue Syndrom durch das Auftreten eines neuen Erregers zu erklären.

Im Februar 1982 regte Gallo auf der Cold Spring Harbour Conference on AIDS an, AIDS würde wahrscheinlich durch ein humanes T-lymphotroopes Retrovirus verursacht. Die Überlegungen resultierten aus verschiedenen Betrachtungen (vgl. Gallo, 1985).

---

[2] „severe acquired immunodeficiency“, Siegal et al., 1981
[3] Die neue Krankheit wurde manchmal auch „Schwulen-Pest“ genannt
[4] Vgl. Kallage, Jha, Zilliken, 1990

Auf der richtigen Spur war die Arbeitsgruppe um Montagnier vom Pasteur Institut in Paris. Sie wies Retroviruspartikel, die sich von den bis dahin gefundenen Retroviren HTLV I und II unterschieden, anhand der Aktivität der reserven Transkriptase bei einem Patienten mit chronischer Lymphadenopathie (einer frühen Form von AIDS) aus Lymphknoten elektronenmiskroskopisch nach.[5] Das Virus wurde daher anfangs Lymphadenopathie-assziiertes Virus (LAV) genannt.

Weitere Berichte brachten potentiell bedeutende klinische und epidemiologische Daten hervor, die im Zusammenhang mit T-zelltropen Retroviren bei AIDS stehen.[6] Aber es gab keine Sicherheit, daß jedes Isolat dasselbe Retrovirus repräsentierte. Heute kann man mit Sicherheit sagen, daß die verschiedenen in der Literatur beschriebenen Virusisolate nur Varianten des gleichen Virus sind, die allerdings eine große Heterogenität aufweisen. Zu dieser Erkenntnis gelangte man, nachdem verschiedene Forschergruppen die Gensequenzen der Virusisolate dechiffriert hatten.[7] So erschienen eine Vielzahl von Bezeichnungen für Retroviren, die bei AIDS-Patienten gefunden wurden: LAV, HTLV III (human T-cell lymphotropic virus type III), ARV (AIDS-associated retrovirus), IDAV (immunodeficiency-associated virus).

Dann einigte sich eine internationale Kommission für Virus-Taxonomie darauf, die bisher üblichen Termini durch den Begriff Human Immunodeficiency Virus (HIV) zu ersetzen.

Duesberg, einer der bekanntesten Retrovirologen der Welt, von der University of California, Berkeley, USA, stellt die allgemein akzeptierte Annahme, AIDS werde durch die HIV-bedingte Zerstörung von T4-Zellen hervorgerufen, in Frage (vgl. Duesberg 1988). Nach seiner Ansicht ist ein ursächlicher Zusammenhang zwischen HIV und AIDS aufgrund evidenter Widersprüche zu den Postulaten der Infektionslehre von Robert Koch und seiner eigenen bisherigen Forschungsergebnisse über Retroviren unwahrscheinlich. Duesberg ist der Ansicht, daß eine Korrelation zwischen AIDS und einer HIV-Infektion bestehe, ein ursächlicher Zusammenhang sei aber nicht gegeben. Immundefektzustände würden durch eine Vielzahl von Viren, Bakterien und Toxinen ausgelöst.

C. Theorien zur Herkunft und Ausbreitung des HIV und AIDS

Niemand kann den Ursprung des HIV-Virus oder der AIDS-Epidemie genauer erklären. Um überhaupt Anhaltspunkte zu gewinnen, versuchte man, retrospektiv anhand von Erkrankungen, die pathognomonisch für AIDS sind bzw. für die sich keine andere Ursache finden ließ, die ersten AIDS-Fälle zurückzuverfolgen.

Nachdem der HIV-Test entwickelt worden war, hoffte man, den Ursprung der HIV-Epidemie durch Antikörpertests von eingefrorenen Seren zu klären.

---

[5] Vgl. Barre-Sinossi, Cherman, Rey, Nugeyre, Chamaret, Gruest, Dauget, Axler-Blin, Yenizet Brun, Rozioux, Rozenbaum, Montagnier, 1983

[6] Vgl. Chermann, Barre-Sinossi, Dauget, Brun Yenizet et al., 1984; Montagnier, Cherman, Barre-Sinoussi et al., 1984; Vilmer, Barre-Sinoussi, Rouzioux et al., 1984

[7] Vgl. Müsing, Smith, Cabradilla, Benton, Lasky, Capon, 1985; Ratner, Gallo, Wong-Staal, 1985; Sanchez-Pescador, Power, Barr et al., 1985; Wain-Hobson, Sonigo, Danos et al., 1985

Besonders in Florida, wo die ersten amerikanischen AIDS-Fälle in Krankenhäusern entdeckt wurden, ohne damals besondere Beachtung gefunden zu haben, sowie in New York entdeckte man beim Studium der Krankenhausarchive eine ganze Reihe von Fällen, die eindeutig die Definition des neuen Syndroms erfüllten.[8] Obwohl eine planmäßige Registrierung durch die *Centers for Disease Control* (CDC) erst ab 1982 sattfand, wurden Fälle zurück bis in das erste Quartal 1978 gefunden (vgl. Koch, 1987). Aus der Bundesrepublik Deutschland (in Köln) wurde sogar ein ziemlich eindeutiger Fall aus dem Jahre 1976 beschrieben (vgl. Sterry, 1983).

Diese und andere Beobachtungen[9] werden von einigen Wissenschaftlern als Zeichen dafür gewertet, daß die HIV-Infektion schon Anfang der siebziger Jahre, noch ohne große Verbreitung existierte. Von diesen einzelnen Fällen abgesehen, scheint die Epidemie in den USA ihren Anfang um 1978 genommen zu haben, in Europa zwei bis drei Jahre später.

Michael Koch ist Vertreter der Theorie, daß sich AIDS von Zaire aus auf rückwandernde haitianische Gastarbeiter übertragen hat und daß sie sich aus Afrika unbemerkt weiter verbreitet hat. Nach Europa ist die Krankheit sowohl über die USA als auch auf einzelnen Abkürzungswegen gekommen. Es können auch weniger deutliche Verbreitungswege existiert haben, so z. B. der direkte Import von Blut aus Afrika in die USA oder die Einwanderung von Afrika nach Europa oder Kanada (vgl. Koch, 1987).

Als Ursprung des Virus kommen nach Gallo drei Möglichkeiten in Frage:

1. Mutation älterer Viren,
2. Übertragung tierischer Viren auf Menschen,
3. Übertragung von einer isolierten Bevölkerungsgruppe.

Die meisten Wissenschaftler halten die dritte Möglichkeit für die wahrscheinlichste.[10]

Das Thema AIDS hat in den Jahren 1983 und 1984 insbesondere in medizinischen Kreisen (besonders in den USA) wachsendes Interesse gefunden. In der Bundesrepublik Deutschland ist die erste Welle des Interesses im Sommer 1983 aufgekommen, die jedoch außerhalb der direkt betroffenen Kreise rasch wieder verschwunden ist. Die Reaktionen auf AIDS sind in den verschiedenen Ländern mit großen Zeitverschiebungen eingetreten, und in manchen Staaten Europas (z.B. in Bulgarien) ist die AIDS-Problematik erst Ende 1986 einigermaßen ernst genommen worden.

---

[8] Vgl. dazu die Definition der Krankheit „AIDS“

[9] Noch weiter zurück reichen die Fälle einer 1977 gestorbenen dänischen Ärztin, die in verschiedenen zentralafrikanischen Ländern gearbeitet hatte und in den Jahren 1973 bis 1975 erkrankt war (vgl. Bygbjerg, 1983).

[10] Vgl. Hehlmann, Internationale AIDS-Konferenz in Stockholm 12.-16. Juni 1988. AIFO 1988

D. Definition, Klassifikation und Verlauf der HIV-Infektion

Medizinische Klassifikationssyteme dienen der raschen Einordnung nach Schweregraden und der gedanklichen Vorwegnahme möglicher Komplikationen. Die verschiedenen Stadien einer Erkrankung begründen unterschiedliche Therapiestrategien und prognostische Aussagen. Während zur individuellen Betreuung der Patienten alle Klassifikationssysteme eher unerheblich sind, ist ihre korrekte und allgemeingültige Anwendung z.B. für Therapiestudien unerläßlich.[11]

Im Dezember 1992 wurde von den amerikanischen *Centers for Disease Control* (CDC) das Klassifikationssystem der HIV-Infektion, das die Einteilung der Erkrankung sowohl in klinische Kategorien als auch die CD4-Zellwerte berücksichtigt, entwickelt. AIDS-definierend sind nach dieser Klassifikation auch die Lungentuberkulosen, rezidivierende Pneumonien und das Zervix-Karzinom. Die ältere CDC-Klassifikation von 1987 wird nicht mehr benutzt.

In den USA werden seit 1993 alle Patienten mit weniger als 200 CD4-Zellen/µl als AIDS-Patienten eingestuft. Diese Erweiterung des AIDS-Begriffes auch auf Patienten ohne klinische AIDS-definierende Erkrankungen hat vorwiegend gesundheitspolitische Gründe.[12]

Die CDC-Klassifikation ordnet Patienten in je eine von drei klinischen (A,B und C) und drei CD4-Zell-Kategorien (1, 2 und 3) ein. Aus der Kombination beider Kategorien ergibt sich eine von 9 möglichen Untergruppen (siehe Schema 1).

Tabelle 1: Die 93-er Klassifikation der CDC: Subgruppen A1 bis C3

KLINISCHE KATEGORIE

Laborkategorie (CD4-Zellen/µl)	A (asymptomatisch)	B (Symptome, kein AIDS)	C (Symptome, AIDS)
1: ≥ 500	A1	B1	C1
2: 200-499	A2	B2	C2
3: < 200	A3	B3	C3

[11] Vgl. Brodt, Helm, Kamps, 1994
[12] Vgl. Brodt, Helm, Kamps, 1994

Die klinischen Kategorien A, B und C entsprechen Symptomkomplexen oder Erkrankungen, die im Laufe der HIV-Infektion auftreten können. Kategorie A entspricht im wesentlichen dem asymptomatischen Stadium der Infektion, Kategorie B umfaßt symptomatische Patienten ohne AIDS und Kategorie C symptomatische Patienten mit AIDS. Die folgende Aufstellung (Tabelle 2) gibt einen Überblick über die zum Teil recht umfangreiche Definition der drei klinischen Kategorien.

Eine Rückstufung wird weder bei den klinischen Kategorien noch bei den Laborkategorien bei einem Wiederanstieg der CD4-Zellen vorgenommen.

Tabelle 2: Die klinischen Kategorien A bis C

Kategorie A
Asymptomatische HIV-Infektion - Persistierende generalisierte Lymphadenopathie (LAS) -Akute, symptomatische (primäre) HIV-Infektion
Kategorie B
Krankheitssymptome oder Erkrankungen, die nicht in die AIDS-definierende Kategorie C fallen, dennoch aber der HIV-Infektion ursächlich zuzuordnen sind oder auf eine Störung der zellulären Immunabwehr hinweisen. Hierzu zählen: - Bazilläre Angiomatose - Oropharyngeale Candida-Infektionen - Vulvovaginale Candida-Infektionen, die entweder chronisch (länger als einen Monat) oder nur schlecht therapierbar sind - Zervikale Dysplasien oder Carcinoma - Konstitutionelle Symptome wie Fieber über 38.5 oder eine länger als 4 Wochen bestehende Diarrhoe - Orale Haarleukoplakie - Herpes Zoster bei Befall mehrerer Dermatome oder nach Rezidiven in einem Dermatom - Idiopathische thrombozytopenische Purpura - Listeriose - Entzündungen des kleinen Beckens, besonders bei Komplikationen eines Tuben- oder Ovarialabzesses - Periphere Neuropathie

Kategorie C (AIDS-definierende Erkrankungen)
- Pneumocystis carinii-Pneumonie - Toxoplasmosa-Enzephalitis - Ösophageale Candida-Infektion oder Befall von Bronchien, Trachea oder Lungen - Chronische Herpes simplex-Ulzera oder Herpes-Brochitis, -Pneumonie oder -Ösophagitis - CMV-Retinitis - Generalisierte CMV-Infektion (nicht von Leber oder Milz) - Rezidivierende Salmonellen-Septikämien - Rezidivierende Pneumonien innerhalb eines Jahres - Extrapulmonale Kryptokokkeninfektionen - Chronische intestinale Kryptosporidieninfektion - Chronische intestinale Infektion mit Isospora belli - Disseminierte oder extrapulmonale Histoplasmose - Tuberkulose - Infektionen mit Mykobakterium avium complex oder M.kansasii, disseminiert oder extrapulmonal - Kaposi-Sarkom - Maligne Lymphome (Burkitt`s, immunoblastisches oder primäres zerebrales Lymphom) - Invasives Zervix-Karzinom - HIV-Enzelophalopathie - Progressive multifokale Leukenzephalopathie - Wasting Syndrom

Die CDC-Klassifikation erlaubt wichtige prognostische Aussagen. Die 9 Unterkategorien der 93-er-Klassifikation dürfen daher zu 3 Stadien zusammengefaßt werden (Schema 3).

Tabelle 3: Die 93-er Klassifikation der CDC: Stadien I bis III

KLINISCHE KATEGORIE

LABORKATEGORIE (CD4-Zellen/µl)	A	B	C
1: ≥ 500	Stadium I		
2: 200-499		Stadium II	Stadium III
3: < 200			

Im Hinblick auf die Betreuung der Patienten lassen sich die drei Stadien wie folgt charakterisieren:[13]

- Stadium I ist die Zeit der Beobachtung.
- Stadium II ist die Zeit der Prophylaxe; begonnen wird eine antiretrovirale Behandlung und bei weniger als 200 CD4-Zellen/µl eine Prophylaxe der Pneumocystis-Pneumonie.
- Stadium III ist die Zeit der Therapie; im Vordergrund steht die Behandlung AIDS-definirender Erkrankungen.

Die Vorgängerversion der jetzigen CDC-Klassifikation[14] wird nicht mehr verwendet.

E. Infektionswege für das HI-Virus

HIV wird hauptsächlich durch Sexualkontakte, Blut- und Blutprodukte sowie perinatal von der Mutter auf das Kind übertragen. Außerdem konnte das Virus im Speichel und in der Tränenflüssigkeit, in Samenflüssigkeit, Zervikal- und Vaginalsekreten, in Lymphknoten, Knochenmarkzellen, Spinalflüssigkeit, Hirngewebe, Muttermilch u.a. Körpersekreten nachgewiesen werden. Die Virusmengen sind in den verschiedenen Körperflüssigkeiten sehr unterschiedlich und für eine Infektion oft nicht ausreichend, wie z.B. in der Speichel- oder Tränenflüssigkeit.[15]

Als die AIDS-Epidemie ausbrach, glaubte man, daß das Virus nur „von Blut zu Blut“ übertragen werden konnte. Sexualverhalten wurde deshalb dann als riskant bezeichnet, wenn es eine Hautverletzung mit sich brachte (wie etwa bei Analverkehr). Später wurde das HIV-Virus auch in anderen Körperflüssigkeiten gefunden, wie z. B. im Speichel (vgl. Groopman et al., 1984; Ho et al., 1985), in Tränenflüssigkeit (vgl. Fujikawa et al., 1985), im Scheidensekret (vgl. Archibald et al., 1987; Belec et al., 1989; Wolfsy et al., 1986) und im Sperma (vgl. Anderson et al., 1990; Borzy et al., 1987). Darüber hinaus gilt heute das Imunsystem der genitalen Schleimhaut als Faktor, der eine Übertragung des HI-Virus durch intaktes Schleimhautgewebe beeinflußt (vgl. McGhee & Mestecky, 1991; Miller et al., 1989).

Die Bedeutung dieser virologischen Entdeckungen für das Ansteckungsrisiko bei bestimmten sexuellen Praktiken ist jedoch weiterhin umstritten. So hat z. B. die Diskussion um die Risiken beim Oralverkehr verschiedene Phasen durchlaufen. Zur Zeit scheint es, als stelle ungeschützter Oralverkehr, oral-peniler und oral-analer Kontakt, ein gewisses Risiko dar.[16] Außerdem belegen mehrere Einzelfallstudien von Männern mit gleichgeschlechtlichen Sexualkontakten, daß es zu einer HIV-Infektion gekommen ist, ohne daß andere erkennbare Risikofaktoren - ausgenommen Oralverkehr - vorlagen (vgl. Lifson et al., 1990). Solche Fallberichte sind allerdings selten, so daß das Infektionsrisiko beim Oralverkehr vermutlich gering ist. Andererseits ist Oralverkehr in der Regel nicht die einzige Form sexueller Aktivität zwischen zwei Menschen und daher als einzelner Risikofaktor schwer zu identifizieren.

---

[13] Vgl. Kamps, Brodt, Staszewski, Bergmann, Helm, 1993
[14] Centers for Disease Control MMWR, 1987
[15] Vgl. Bogdan, Solbach, 1985; Falk, Müller, Schmidts, Stutte, 1986; Groopman, Salahuddin, Sarngadharan et al., 1984; Ho, Schooley, Rota et al., 1984; Thiry, Sprecher-Goldberger, Jonkheer, Levy, van de Perre, Henrivaux, Cogniaux-le Clerk, Clumerk, 1985; Zagury, et al., 1984
[16] RKI-Mitteilung, Juni 1996

Obwohl eindeutig belegt ist, daß das HI-Virus bei heterosexuellem Geschlechtsverkehr sowohl vom Mann auf die Frau als auch von der Frau auf den Mann übertragen werden kann, ist das Infektionsgeschehen nicht genau bekannt. Ursprünglich wurde angenommen, daß mikroskopisch kleine Gewebeschäden durch Verschleiß oder Verletzung infolge einer Geschlechtskrankheit eine HIV-Infektion erst ermöglichen. Wie bereits beschrieben, geht man heute jedoch davon aus, daß das Immunsystem der genitalen Schleimhaut der Frau eine HIV-Infektion auch ohne direkte Eintrittsöffnung in den Blutkreislauf zuläßt (vgl. Forrest, 1991).

Ebenfalls ungelöst ist die Frage, ob das Übertragungsrisiko beim Geschlechtsverkehr für Männer und Frauen unterschiedlich ist. Jüngste Befunde weisen allerdings auf ein größeres Risiko für Frauen hin, sich bei einem infizierten Mann anzustecken, als umgekehrt (vgl. Ehrhard & Wasserheit, 1991).

Die Menschen mit HIV-Infektion lassen sich in zwei Gruppen mit unterschiedlicher Charakteristika einteilen. Die erste Gruppe besteht aus horizontal HIV-Infizierten, die

- über Blut- und Blutprodukte,

- über kontaminierte Nadeln, bei medizinischen Eingriffen oder bei der gemeinsamen Benutzung einer Nadel beim intravenösen Drogengebrauch oder

- über ungeschützten Geschlechtsverkehr infiziert wurden.

Die zweite Gruppe sind perinatal oder vertikal, d.h. über die Mutter infizierte Kinder.

Festzuhalten bleibt:

- HIV wird nicht durch Mücken oder andere Insekten übertragen.
- HIV wird nicht im alltäglichen Umgang (Anhusten, Händeschütteln, Trinken aus dem gleichen Glas, Tragen der gleichen Kleidung) übertragen.
- HIV wird nicht durch Küssen und Streicheln übertragen.[17]

2. Menschliches Verhalten gegenüber Krankheit und Kranken in der Geschichte

Alle Krankheiten verursachen Irritationen und Beunruhigungen, aus denen Ängste resultieren. Das gilt besonders für ansteckende (übertragbare) Krankheiten. Aber die allgemein verbreiteten Vorstellungen und Ansichten sind nicht zu trennen von der jeweiligen Ereignisrealität, das heißt von den Krankheiten, die in jeder Epoche zu einer besonderen Erfahrung des Kranken wurden, die ihr Bewußtsein und ihre Identität formten.

[17] Vgl. Kamps, 1993

„Verschiedene Arbeiten über die Geschichte der Epidemiologie zeigen, daß bestimmte Krankheiten aus einem ganzen Bündel komplexer Gründe auftreten, sich verbreiten, seltener werden und dann sogar ganz verschwinden. Diese realen Vorkommnisse wirkten sich auf das Denken der Menschen aus. Zu einer bestimmten Zeit war eine bestimmte Krankheit in den Augen aller die Krankheit schlechthin, ihrer Häufigkeit und Gefährlichkeit wegen, aber auch, weil sie auf jeweils unterschiedliche Art Lebensbedingungen, Weltanschauung und Werte der Zeit umsetzte. Im Mittelalter forderte die Pest Millionen Opfer; doch darüber hinaus verkörperte sie auch stärker als jede andere Plage die Vergänglichkeit des einzelnen und machte...ein Weltbild deutlich, das vom Gedanken an eine göttliche Bestrafung geprägt war“ (vgl. Herzlich & Pierret, 1989, S.17).

Indem die Menschen nach dem traditionellen Erklärungsmuster von „Ursache und Wirkung“ den „schuldigen Verursacher“ suchten, versuchten sie sich zu beruhigen, indem sie den „Sündigen“ aussonderten, dem Kontakt auswichen und sich so als nicht infizierbar ansahen.

Der bulgarische Klassiker Jordan Jovkov hat mit Trauer und Mitgefühl das Verhalten und die Reaktionen der Menschen in einem bulgarischen Dorf auf die Pest beschrieben. Nach seiner Erzählung beschließt ein junges Bauernpaar, als Protest gegen die schreckliche Pestseuche zu heiraten. Als aber der erste Einwohner des Dorfes von der Pest befallen wird „...rennen alle weg, fangen an zu schreien. Nur die Verlobte Ticha besucht ihren kranken Geliebten. Sie kniet, dreht sein Gesicht zu sich, setzt sich auf die Steintreppe vor der Kirche, und während sie ihm in die Augen sieht umarmt sie seinen Kopf. Aus der dunklen Ikone an der Wand sieht Jesus Christus zu ihnen und hebt seine Hand“ (Jovkov, 1983, S. 257).

Die lange Erfahrung zeigte, daß das Erkennen der Krankheit und die Isolierung von grundlegender Wichtigkeit waren. Während der unmittelbare Reflex zu fliehen, zur Verbreitung der Krankheit beitrug, entdeckte man nun, daß man nicht die Gesunden veranlassen sollte fortzugehen, sondern im Gegenteil die Kranken einsperren und die Verbindung zu ihnen abbrechen mußte. So war die Isolation das einzige Gegenmittel, über das man damals verfügte.

Daniel Defoe, obwohl kein zeitgenössischer Zeuge der Pest, beschreibt anhand der damals vorhandenen Berichte in seinem Werk „Die Pest in London“ sehr anschaulich und emotionsgeladen, wie das Einsperren der Kranken und ihrer Familien erlebt wurde: „Denn so viele Häuser, als da gesperrt waren, so viele Gefängnisse gab es in der Stadt; und zumal die so eingeschlossenen und gefangengehaltenen Menschen keines Verbrechens schuldig, sondern nur eingeschlossen waren, weil sie sich im Elend befanden, war es wirklich um so unerträglicher für sie“ (vgl. Defoe, 1978, S. 91).

Auch im Zusammenhang mit dem Auftreten der zweiten großen Epidemie, nämlich der Lepraepidemie, entstanden viele Leprosorien[18], in Frankreich bis zu 2000. An den Leprakranken wurde ihre „Absonderung“, ihr „Ausschluß aus dem Jahrhundert“ nach seltsamen Ritualen vollzogen, bei denen die Kirche die wichtigste Rolle spielte. Diese Rituale symbolisierten den Tod: die Kirche wurde mit schwarzen Tüchern verhängt, man las die Totenmesse. Im Laufe der Jahrhunderte, vielleicht im Zusammenhang mit dem Rückgang der Krankheit, wurde die Lage der ausgestoßenen Kranken jedoch leichter: manche Siechenhäuser, die bedeutende Stiftungen und andere Unterstützungen erhielten, waren reich und komfortabel. Im 14. Jahrhundert ließen sich selbst Gesunde dort nieder. Mit dem Rückgang der Lepraepidemie in Europa (etwa ab dem 16. Jahrhundert) verloren diese Leprosorien ihre Funktion und verschwanden. Die Lepra wurde zu einer exotischen Krankheit, zu einer Tropenkrankheit, von der sich das Abendland nicht mehr bedroht fühlte. Ähnlich wie die Lepra, brachte es die Syphilis um die Ende des 19 Jahrhundert sogar zu einer peinlich-positiven Assoziation, als man eine Verbindung zwischen Syphilis und erhöhter („fieberhafter“) Geistestätigkeit herstellte, so wie man seit der Romantik eine Verbindung zwischen Lungentuberkulose und erhöhter Gefühlstätigkeit hergestellt hatte. Dieses Phänomen der Romantisierung der durch Syphilis verursachten Demenz ist der Anfang einer Phantasievorstellung in unserem Jahrhundert gewesen, nähmlich der Idee, daß Geistesstörungen Quelle künstlerischer Kreativität sein können. Bei AIDS gehört Demenz zu den späten Krankheitssymptomen, eine vergleichbare Mythologie wie bei Syphilis und Lepra ist nicht entstanden. AIDS läßt keine Romantisierung oder Sentimentalisierung zu, weil seine Assoziation mit dem Tod zu stark ist (vgl. Sontag, 1988).

Beim Auftreten der dritten großen Seuche in Europa, der Syphilis, erübrigte sich die Suche nach Schuldigen. Die Krankheit tauchte in ihrer derzeitigen Form gegen Ende des 15. Jahrhunderts auf den Schlachtfeldern auf: 1494 bei der Belagerung von Neapel durch Karl den V. Die Franzosen nannten sie deshalb die „spanische Krankheit“. Man glaubte, sie sei von den Matrosen des Christoph Kolumbus aus Amerika eingeschleppt und durch spanische Söldner in ganz Europa verbreitet worden. Erste Hinweise der Epidemie stammen aus Barcelona (1493).

Heute wissen wir, daß Syphilis nicht nur durch Sexualverkehr, sondern auch durch Schmierinfektionen übertragbar ist. Für die Menschen des Mittelalters konnte aber nur als sicher gelten, daß jeder Infizierte kurz vor dem Ausbruch der Krankheit Sexualkontakte mit jemandem gehabt hatte, der oder die schon erkrankt war oder fast gleichzeitig mit dem Betreffenden erkrankte. Damit wurde zum erstenmal bewiesen, daß Sexualität wirklich jene „bösen“ Folgen haben kann, vor denen die Kirche schon warnte.

Außerdem schien es bei der neuen Krankheit zu genügen, wenn man nur einen Teilbereich der Kranken gegenüber den Gesunden isolierte, nämlich ihre Sexualität. Es wurden Maßnahmen vorgenommen, die Sex mit solchen Personen verhindern, von denen noch nicht feststehen konnte, daß sie frei von der Krankheit waren. Bei Nichtverheirateten wich das damals noch oft unbefangen-promiske Sexualverhalten nun einem ängstlich-selektiven. Man begann mehr auf die Unberührtheit junger Mädchen zu achten, da sie begehrtere Bräute waren. Die „reine“ Jungfrau war mit hoher Wahrscheinlichkeit frei von der neuen Krankheit.

Angesichts der Syphilisbedrohung erschien also der Ausschluß, ähnlich wie bei der Pest und bei der Lepra, als einzig wirkungsvolle Gegenmaßnahme. Damit wurden die Kranken auch zum gesellschaftlichen Tod verdammt.

[18] 12 Jahrhundert n. C.

Im 16. Jahrhundert war die Medizin zum Teil Erfahrungswissenschaft, zum weitaus größeren aber war sie auf der Bibel angewiesen. So benutzte man die Bibel um festzustellen, ob man darin einen Hinweis auf die neue Krankheit und mögliche Gegenmittel finden könnte. Was in der Bibel stand: „Der Tod ist der Sünde Lohn!“ (Röm. 5, 12), verunsicherte die gläubigen Menschen. Syphiliskranke wurden daraufhin zunehmend weniger ärztlich behandelt als bestraft, sogar mit Gefängnis.

Zu Beginn der neuen Krankheit waren die Symptome so schwer, daß die meisten Menschen einige Monate nach der Ansteckung starben. Später waren die Folgen der Krankheit weniger heftig, so daß Kranke das zweite Stadium überlebten, scheinbar gesund werden konnten und Kinder in die Welt setzten, die allerdings zumeist einen frühen Tod starben. So erwies sich die „Lustseuche“ Syphilis als erblich. Weil die kleinen Säuglinge nicht als „Sünder“ bezeichnet werden konnten, brauchte man eine theologische Erklärung dafür. Nach weiterer Suche in der Bibel fand man die Lösung: Gott räche die Sünden der Väter noch an den Kindern „bis ins dritte und vierte Glied“[19].

Die Menschen haben aber schon seit der Antike zu kämpfen versucht. Sie haben Versuche zur Desinfizierung und zur Aufrechterhaltung der öffentlichen Hygiene vorgenommen. Als die Pest im 14. Jahrhundert in Europa auftrat, erschien sie in einer Welt, in der Kirche und christlicher Glaube eine alles beherrschende Vormachtstellung hatten. Die Krankheiten (auch Syphilis) wurden als Prüfung, die Gott in seinem Zorn den Menschen gesandt hatte, angesehen. Selbst für die Ärzte galt damals, daß die ärztliche Behandlung mit der Reinigung der Seele beginnen müsse.

Aber die Zuflucht zu Gott konnte nicht verhindern, daß oft Aberglaube aufkam und seltsame Gerüchte umliefen. Daniel Defoe zum Beispiel zählt die Talismane und Amulette auf, zu denen die Bevölkerung von London 1665 griff. Er berichtet von den Anzeigen der Scharlatane, die allen „ein Universalheilmittel für Pestkranke“ verhießen und beschreibt die Träume, Wahrsagungen und nachträglichen Interpretationen verschiedener Vorzeichen.

Interessant in diesem Fall ist, wie der einzelne die Pest und die Epidemien überhaupt erlebt hat. Man weiß sehr wenig von den Kranken selbst, von ihrer Verzweiflung, ihrem Leiden, ihrer Resignation oder ihrem Aufbegehren. Außerdem war auch ihre Umgebung kaum bestrebt, sie zu beobachten oder ihnen zuzuhören. Im Laufe der Jahrhunderte, in denen eine gewisse Gefühllosigkeit gegenüber dem geschwächten Geschöpf, wie es ein Kranker ist, herrschte, wurde der Pestkranke mehr als jeder andere geächtet: von Todesangst ergriffen, beeilte sich jeder vor ihm zu fliehen. Boccaccio beschreibt dieses Drama: „...aber mit solchem Schrecken hatte dieses Elend die Brust der Männer wie der Frauen erfüllt, daß ein Bruder den andern im Stich ließ, der Oheim seinen Neffen, die Schwester den Bruder und oft die Frau den Mann, ja, was das schrecklichste ist und kaum glaublich erscheint: Vater und Mutter weigerten sich, ihre Kinder zu besuchen und zu pflegen, als wären es nicht die ihrigen“ (vgl. Boccacio, 1982, S. 121). Die Berichte von der Pest beschreiben daher oft den Zustand der Leichen, aber kaum die Leiden und Gefühle der Sterbenden.

Auch in Verbindung mit den Epidemien wurden die Klassenunterschiede deutlich, da die Reichen als erste fliehen konnten. Zahlreiche Berichte bestätigen das: „...und die wohlhabenderen Kreise, besonders der Adel und die vornehmen Leute aus den westlichen Stadtteilen, drängten sich, mit Kind und Kegel aus der Stadt zu kommen...“ (vgl. Defoe, 1978, S. 171).

[19] Vgl. die Bibel

Im Gegensatz dazu reagierten die Menschen aus dem Volk zunächst ungläubig, und versuchten die Krankheit zu verhöhnen. Der Spott war ein Versuch, die bösen Geister der Krankheit zu vertreiben. Man wollte die Angst bezähmen, und aus Mangel an anderen Mitteln versuchte man, die Krankheit zu übersehen, ihren Platz streitig zu machen, ihr die Opfer zu entreißen, zu denen in erster Linie die Armen gehörten (vgl. Herzlich & Pierret, 1989).

Die historische Bedeutung mancher Ausbrüche von Epidemien ist bekannt; vor allem in Kriegszeiten, durch die innere Auflösung, die sie bei den beteiligten Armeen häufig nach sich zogen. Doch insbesondere durch die schweren und manchmal dramatischen Erschütterungen des demographischen Gleichgewichts, die sie im Laufe der Jahrhunderte mit sich brachte, waren die Infektionskrankheiten eng mit der Geschichte verbunden. Die Epidemien haben in regelmäßigen Zeitabständen eine erhöhte Sterblichkeitsrate zur Folge, die in einer Umwelt mit insgesamt sehr hoher Sterblichkeit erschreckend ist.

Durch die Arbeiten verschiedener Historiker wissen wir heute, auf welche Weise sich Sterbebräuche und Ansichten über den Tod in unseren abendländischen Gesellschaften entwickelt haben. „Sie haben uns gezeigt, wie die Menschen von Vertrautheit in den Tod als einem Schauspiel - dem Schauspiel einer Seele, die zu ihrem Schöpfer zurückkehrt - zur Verdunkelung eines Ereignisses übergegangen sind, das in einer Gesellschaft mit veränderter Bevölkerungsstruktur unerträglich geworden war.“ (vgl. Herzlich & Pierret, 1989, S. 34).

Mit den Jahrzehnten wich die Panik nach und nach, man floh seltener vor der Epidemie. Die Menschen organisierten eine Gegenwehr und drängten dabei religiöse Überzeugungen in den Hintergrund. Langsam wurde die Krankheit zu einer natürlichen Erscheinung, die man durch Hygiene, Isolierung und die Verteilung von Nahrungsmitteln und Medikamenten zu bekämpfen versuchen konnte.

Die Forschungsergebnisse, die Louis Pasteur und Robert Koch gegen Ende des 19. Jahrhunderts erzielten, haben eine weitere Schwelle überschritten: die Entdeckung der Keime, die für die wichtigsten Infektionskrankheiten verantwortlich sind, veränderte die Einstellung zur Krankheit. Dank dieser Erfolge ist die Hoffnung erwacht, Krankheiten gänzlich zu besiegen. Diese Hoffnung hatte eine kämpferische Haltung gegen die Krankheit zur Folge, die sich selbst von den größten Hindernissen nicht entmutigen ließ.

Die Gemeinsamkeiten der alten Stigmatisierungen, mit den an HIV-Infizierten gerichteten Schuldzuweisungen, ist nicht zufällig. Wie bei Syphilis war zu Beginn der AIDS-Epidemie die Ursache der Infektion unbekannt, und die Wurzeln der neuen Gefährdung wurden im moralischen statt im medizinischen Bereich gesucht.

Menschen mit homosexuellem Verhalten, Drogengebraucher und Prostituierte wurden zu einer vorurteilshaft definierten „Gefahrenquelle“ zusammengefaßt. Ihr „Sein“ (das Krank- oder Gefährdetsein nämlich) wird mit ihrem „Verhalten“ („abweichender“ Sex, Promiskuität, gemeinsame Benutzung einer Spritze) in einer negativen Stereotypisierung in Verbindung gebracht. So werden sie nicht als Opfer, sondern als schuldige Verantwortliche verstanden. Damit macht man aus einem medizinisch-epidemiologischen Problem eine Frage des Spieles zwischen Einhaltung und Vernachlässigung sozialer Regeln, was dazu führt, daß die Bevölkerung in zwei Lager aufgeteilt wird: „normale Bürger“ und „Randgruppen“.

„War es einst nur der Arzt..., der den Krieg gegen die Krankheit führte, so ist es heute die ganze Gesellschaft. Diese Transformation des Krieges in einen Anlaß zur ideologischen Massenmobilisierung hat die Kriegsmetaphorik für Erziehungskampagnen wertvoll gemacht, deren Ziel nun die Vernichtung eines „Feindes“ war... Diese Metapher sorgt auch dafür, daß eine besonders gefürchtete Krankheit als etwas ebenso „Fremdes“ und „Anderes“ gesehen wird wie der Feind in einem modernen Krieg; dann aber ist der Schritt von der Dämonisierung der Krankheit zur Schuldzuweisung an den Patienten zwangsläufig, gleichgültig, ob der Patient als Opfer gedacht wird oder nicht. Ein Opfer suggeriert Unschuld, Unschuld aber suggeriert, nach der unerbittlichen Logik derartiger relationaler Begriffe, Schuld. Kriegsmetapher bewirken die Stigmatisierung bestimmter Krankheiten, damit aber die Stigmatisierung der an ihnen Erkrankten“ (vgl. Sontag, 1988, S. 13).

3. Wurzeln der subjektiven Einstellungen zu AIDS

Unter dem Einfluß der Medien, kaum ansprechbarer Präventionskampagnen und anderer Umstände, wird AIDS von vielen Menschen anders wahrgenommen und interpretiert, als das nach wissenschaftlichen Erkenntnissen zu vermuten ist (vgl. Jacob, 1993). Noch vor 60 Jahren hat der amerikanische Sozialpsychologe W. Thomas erkannt, daß subjektive Realitätssicht und subjektive „Erklärungen“, also „Alltagstheorien“ sehr oft einstellungs- und verhaltensrelevanter sind als wissenschaftlich gewonnene Fakten. Der Grund ist, daß sie eine unmittelbare Orientierungs- und Handlungssicherheit bieten (vgl. Laucken 1989). Medizinische Begriffe werden nie vollständig in alltagstheoretische Konzeptionen übernommen, da das Alltagswissen nicht weniger, sondern mehr Inhalte enthält als das objektive Fachwissen. Das hängt auch damit zusammen, daß wissenschaftliche Theorien Krankheiten und Körperdynamik ohne den sozialen Zusammenhang zu Lebensumständen und -situationen betrachten. Der Körper ist aber niemals lediglich Objekt der Medizin, er ist immer auch Zentrum von Selbstauslegung und sozialer Orientierung (vgl. Jakob, 1993).

In allen Gesellschaften stehen Interpretationsschablonen zur Verfügung, die körperliche Funktionsstörungen als Entlarvung, Schande oder Strafe für den „Schuldigen“ erklären. Anders ausgedrückt, „Krankheit als Strafe für begangene Schuld zu begreifen, ist der älteste Versuch, die Ursache von Krankheit zu erklären“ (vgl. Sonntag, 1988, S. 48). Die Gesellschaft interpretiert also, ob die Krankheit uns eine „Botschaft“ mitteilen will, ob das Leiden als göttliche Strafe zu werten ist. Unter diesem psychisch-gesellschaftlichen Druck neigen viele Kranke dazu, ihre Krankheit nicht als bloßen Unfall oder Zufall aufzufassen, wie das die Forschungen von Herzlich und Pierret bestätigen (vgl. Herzlich & Pierret, 1984). Viele Erkrankte interpretieren ihre Krankheit als göttliche Auskunft und Bewertung über ihre Existenz und ihr Tun. Auch die Gesunden verfügen über Krankheitstheorien, die oft weniger den etablierten medizinischen Theorien entsprechen, als vielmehr Artikulation von Ansteckungsängsten, Abwehrreaktionen und Projektionen sind. Dabei kann als sicher gelten, daß umso mehr Opfer die Krankheit fordert und umso weniger man über die Krankheit weiß, umso virulenter die Ansteckungsannahmen und die Schuldzuweisungen sind - Ansteckungsängste entspringen häufig da, wo man fürchtet, daß etwas Schreckliches kein Einzelfall bleibt. Ihr Kern sind Tendenzen zur Generalisierung von Erwartungen (vgl. Eirmbter, 1993). Ein Beispiel dafür sind die Untersuchungen von Dornheim und Verrres, die zeigen, daß der Glaube, Krebs sei ansteckend und könne vor allem durch sexuelle Kontakte übertragen werden, zu beobachten ist und daraus Tendenzen zur Kontaktvermeidung resultieren.

Krebs wird hier häufig mit Tuberkulose und Cholera assoziiert und so an tradierte, kollektive Deutungsmuster angeschlossen, die schon vor dem Auftreten der Krankheit verfügbar waren. Dieses Wechselspiel von Krankheit, Moral und Schuld ist im Fall von AIDS von noch größerer Bedeutung, weil AIDS im Gegensatz zu Krebs ansteckend ist.

4. AIDS - Risiko oder Gefahr?

Im Gegensatz zur „Die Liebe in den Zeiten der Cholera“, wie sie so überzeugend von Garcia Marquez in seinem Roman beschrieben wird, ist die Liebe, und ganz besonders die sexuelle Liebe, in den heutigen Zeiten von AIDS mit einer großen Unsicherheit verbunden (vgl. Sigusch, 1989). Sehr interessant in diesem Zusammenhang ist der Diskurs, was AIDS überhaupt darstellt - Risiko oder Gefahr?

„Risiko“ und „Gefahr“ lassen sich als verschiedene Handlungstypen für menschliches Handeln unterscheiden. Risiko stellt hier jene Gefährdung dar, die man sich selbst zurechnet und die vermeidbar wäre, wenn man auf bestimmte Handlungen verzichtet. Gefahr hingegen rechnet man der Umwelt zu. Sie erscheint als unkontrollierbar (vgl. Luhmann 1988, 1991). Ein Beispiel für Gefahren in diesem Sinn waren lange Zeit die schweren Infektionskrankheiten. Sie verbreiteten sich unabhängig von jeder individuellen Entscheidung. Die Gefahr sich anzustecken, war kaum beeinflußbar und erschien als Schicksal, dem man bestenfalls durch generelle Meidung oder Isolierung der bereits Erkrankten hoffte, entgehen zu können. Für die Gegenwart ist es charakteristisch, viele ursprünglich als Gefahren eingestuften Unsicherheiten als Risiken zu interpretieren.

Auf diese Weise kommt es zu einer Trennung von „Entscheidern“ und „Betroffenen“. Dieses Problem der Interpretation des Phänomens als Risiko oder als Gefahr spiegelt sich im Kontext der gesellschaftlichen Folgen von AIDS wider. Die Unsicherheit durch die bloße Existenz der HIV-Infektion wurde durch Wissensunsicherheiten und Spekulationen verstärkt.

Auch im zehnten Jahr der AIDS-Pandemie ist die Prävalenz von HIV in Deutschland und besonders in Bulgarien verglichen mit anderen Krankheiten immer noch sehr gering. Zudem ist HIV nach dem bisherigen Wissen nur schwach infektiös und eine Ansteckung an sehr spezifische Übertragungswege gebunden. Eine Infektionsvermeidung ist daher individuell durch technisch unproblematische Schutzvorkehrungen, oder die Vermeidung bestimmter Situationen auch leicht zu bewerkstelligen: AIDS läßt sich demnach als Risiko begreifen.

Man kann daher vermuten, daß die Unsicherheit, ob AIDS ein Risiko oder eine Gefahr darstellt, vor dem Hintergrund der medizinischen Erkenntnisse durch Informations- und Aufklärungskampagnen unproblematisch aufzulösen wäre. Dieses Ziel hatten auch alle bislang durchgeführten Präventionskampagnen. Dem steht aber entgegen, daß die Beurteilung von Situationen von den individuellen Handlungsstrategien und Alltagstheorien abhängt. So beeinflußt die Sichtweise von AIDS als Gefahr die Wahrnehmung der HIV-Infektion und deren gesellschaftlichen Interpretation. AIDS wird daher als hoch infektiös angesehen. Diese Deutung kann sehr gut Projektionen und Schuldzuweisungen dienen, da bestimmte, ohnehin stigmatisierte Gruppen in den westlichen Industrieländern die Erstbetroffenen waren.

Die in den Medien viel verbreiteten Gleichstellungen von AIDS mit den großen Seuchen suggestieren nach der oben beschriebenen Schablone, daß sich die neue Krankheit „seuchenhaft“ verbreite.

Vergleichen wir die Übertragungswege der als Seuchen bezeichneten Krankheiten, so zeigt sich: Mit Syphilis steckt man sich durch Sexualkontakt, Schmierinfektion an; der Choleraerreger entstammt schlecht geklärtem Wasser, dessen Trinken einen erkranken läßt. Bei AIDS sind die Infektionswege: der ungeschützte Sexualverkehr mit Infizierten, Blut-zu-Blut-Kontakte und die Weitergabe von der Mutter auf ihr Kind.

AIDS steckt also im normalen Alltagsleben nicht an; außerdem entspricht der Wahrheit, daß nicht jeder Mensch, der mit einem Träger der HIV-Infektion ungeschützten Sexualverkehr hat, sich dadurch zwangsläufig ansteckt. Wie hoch das Risiko einer möglichen Ansteckung ist, weiß man nicht genau; Infektion durch einen einzigen ungeschützten Sexualverkehr ist belegt, aber auch Nichtinfektion trotz mehrerer hundert ungeschützter.

Der stigmatisierende Vorwurf an HIV-Infizierte oder AIDS-Kranke, „Seuchenträger“ zu sein, ist also sachlich nicht haltbar.

5. Probleme der Stigmatisierung und Diskriminierung von HIV-Infizierten.

AIDS ruft immer wieder gesellschaftliche Reaktionen hervor, die sich in der Stigmatisierung und Diskriminierung Betroffener oder vermeintlich Gefährdeter zeigen.

Die ersten Artikel, die mit Beginn der achtziger Jahre über AIDS berichteten, haben früh ein „Bild“ der Krankheit geprägt: blau-rote Krebsgeschwülste auf der Haut. Damit ging die Gleichung AIDS=Kaposi auch im Alltag auf. Und natürlich ist die Rede nicht von AIDS, sondern von Stigmatisierung.

Die Krankheit hat früh ihr willkürliches visuelles Zeichen bekommen, mit dem AIDS gedeutet werden soll; die diesem Zeichenstigma zugeordneten Vorstellungsbilder reichen jahrhunderteweit zurück und sind verknüpft mit Häßlichkeit und Unglück, mit Ausgrenzung und Kriminalisierung. Diese Vorstellungen bestimmen die politische Vorgehensweise in der Medizin und die Feindbilder, gegen die die AIDS-Präventionen zu kämpfen haben.

Viele Jahrhunderte lang wurde die Sexualität als seelisch schmutzig definiert, und die Geschlechtskrankheiten waren bereits vor dem Auftreten von AIDS als mögliche Quellen von Tod und Moralverfall ausgewiesen.

Zu dieser Sexualangst, verstärkt durch religiose Tabus, kommt noch das Phänomen, daß die Objekte in unserer Welt auf Bilder reduziert sind. Diese Bilder verändern sich ständig durch die Interaktion des Menschen mit seiner Umwelt mit den ihnen zugrundeliegenden Realitäten.
Obwohl uns momentan ein Individuum als „anders“ erscheinen mag, befähigt uns die Abwesenheit eines Verhaltensmuster über Andersartigkeit dazu, den Konflikt zwischen der „negativen“ Repräsentation und der vielschichtigen Realität zu bewältigen, und das Individuum als Träger sowohl „positiver“ als auch „negativer“ Aspekte anzusehen. Wenn aber das Muster, das für Ordnung und Kontrolle verantwortlich ist, unter bestimmten Belastungen steht (Vorurteile, soziale oder gesellschaftliche Konflikte etc.), entsteht Angst. Man projiziert diese Angst auf den Anderen und externalisiert somit den Verlust an Kontrolle. So wird der Andere stereotypisiert und in eine entsprechende Kategorie eingeordnet (vgl. Gilman, 1992).

Damit ist der Andere mit allen Qualitäten des „Schlechten“ bzw. des „Guten“ behaftet und ein Verhalten, das als fremdartig erscheint, kann schnell zu einem aktiven Meideverhalten gegenüber den „Fremden“ bzw. den „Sündern“ führen. Prozesse der Stigmatisierung und Diskriminierung lassen sich daher in allen Gesellschaften beobachten. Während Stigmatisierung die Zuschreibung negativer Eigenschaften einer Person durch eine Gruppe bezeichnet, bezieht sich der Begriff Diskriminierung auf die daraus resultierenden Folgen, insbesondere der sozialen Benachteiligungen.

Gordon Allport hat in seinem Werk über Vorurteile fünf Stufen diskriminierenden Verhaltens bei den Menschen definiert: es fängt mit der verbalen Ablehnung an (schlecht über die Leute sprechen oder urteilen), entwickelt sich weiter mit der Kontaktvermeidung (passive Diskriminierung), steigert sich zur aktiven Diskriminierung (Beschimpfung, Beleidigung, Entzug von Rechten) und endet schließlich in körperliche Gewalttätigkeit und kann Vernichtung als Resultat haben (vgl. Allport, 1954, 1968). Soziologisch stellt sich hier die Frage, ob es sich um universale und erklärbare soziale Phänomene handelt, ob und in welcher Weise sie sich außer Kraft setzen lassen.

Aus der Vielzahl soziologischer Erklärungsansätze sollte der herausgegriffen werden, der auf der Ebene der sozialen Gruppe, ihrer spezifischen kollektiven Identität und ihren Normalitätsdefinitionen ansetzt: nämlich der interaktionstheoretische Ansatz (vgl. Goffman, 1967).

Der interaktionstheoretische Stigmatisierungsansatz beschreibt und erklärt die Tatsache, daß ein Individuum in der Gesellschaft stigmatisiert wird, nicht als durch die Eigenschaften eines Individuums verursacht, sondern als Ausdruck eines Gruppenprozesses. Im Prozeß der Stigmatisierung wird eine Eigenschaft eines Individuums in Relation zur kollektiven Identität einer Gruppe gesetzt, es zieht überdurchschnittliche Aufmerksamkeit auf sich und wird schließlich zum entscheidenden Merkmal der Beurteilung. Stigmatisierungsprozesse sind also gruppenbedingte Prozesse einer meist negativen Bedeutungszuweisung, sie markieren das „Andere“, drängen es an den Rand der sozialen und kulturellen Selbstverständlichkeiten. Im Extremfall führt das zur Schaffung von Sündenböcken (vgl. auch 3.), auf welche Gruppenkonflikte projiziert werden können; der Prozeß der Stigmatisierung verweist auf die normativen Identitäts- und Normalitätsstrukturen einer gesellschaftlichen Gruppe, die mit z.T. massiven Ausschluß- und Sanktionsstrategien aufrechterhalten werden. Man versucht scheinbar die Bestandserhaltung von sozialen Gruppen und ihrer kollektiven Identität zu bewahren, dieses hat oft den Charakter unbewußter Abwehrprozesse.

Die Gesellschaft bringt also Formen der Normalität hervor, an der sich die „virtuale Identität“ eines Individuums bemißt. Ein Mensch hat ein Stigma und das heißt: er „ist in unerwünschter Weise anders, als wir es antizipiert hatten“ (vgl. Goffman, 1967). Er weicht von den Erwartungen negativ ab, die „Normalität“ genannt werden.

Wo also Diskrepanzen zwischen der virtuellen (gesellschaftlich geforderten oder erwünschten Identität) und ihrer aktualen Ausprägung (aktuellen sozialen Identität) sichtbar werden, treten Stigmatisierungsprozesse auf. Es gibt aber auch Leute, die zwar stigmatisiert werden, sich aber deshalb nicht beeindrucken oder irritieren lassen. Der Prozeß der Stigmatisierung verweist somit nicht primär auf den Inhalt des Stigmas, sondern auf die Identitätsmuster einer Gruppe. Es gibt daher Eigenschaften, die in einem Kontext stigmatisiert werden, in einem anderen jedoch nicht. Das Stigma steht also nicht inhaltlich fest, es resultiert erst aus einem normativ wirksamen und folgeträchtigen Prozeß der Grenzziehung und Trennung.

Der Prozeß der Stigmatisierung hat sehr große Wirkungen für den Betroffenen. Goffman hat das anschaulich beschrieben. So werden über das Stigma „eine Vielzahl von Diskriminierungen ausgeübt, durch die wir die Lebenschancen wirksam, wenn auch oft gedankenlos, reduzieren.“ (vgl. Goffman, 1967). Das geht hin bis zu dem Glauben, daß eine Person mit einem Stigma nicht ganz menschlich ist.

So kommt es zur „Misere des Diskreditierten“: das Individuum glaubt, daß die anderen schon Bescheid wissen und versucht, mittels „Spannungsmanagement“ den Druck zu reduzieren. Er entwickelt infolgedessen „Techniken der Informationskontrolle“ und Täuschungstechniken etc.

Goffman unterscheidet die Stigmatisierung von der sozialen Abweichung. Es ist ein „Schlüsselfaktum“, daß die stigmatisierten Individuen zu denselben Auffassungen tendieren wie die Stigmatisierenden, d.h. sie machen sich das Stigma zueigen. Dagegen stellen sich die sozial Abweichenden bewußt gegen die herrschenden Normen und Identitätsmuster.

Der Prozeß der Stigmatisierung verweist auf die Bestandsproblematik sozialer Systeme, auf die Fundierung von Gesellschaft in kollektiven Unbewußtheits-, Bewußtseinsstrukturen und ihre Stabilisierungsstrategien. Gesellschaften benötigen eine kollektive Identität und Normalitätsvorstellungen, welche Grenzen ziehen, Ausschließungen vornehmen und mit den möglichen oben erwähnten Diskriminierungsmechanismen operieren. Problematisch ist dabei der irrationale Charakter des Stigmatisierungsprozesses, der sich rationalen Aufklärungsbemühungen entgegenstellt.

Mit diesen Strategien verdeckter und offener Ausgrenzung, in allen ihren möglichen Arten wird der HIV-Infizierte gewaltig konfrontiert. Damit wird AIDS als kulturelle Metapher und als konkrete Diagnose Kristallisationspunkt eines kaum zu begrenzenden Angstpotentials. Die Mischung aus Angst und Hilflosigkeit, die von der Ereigniskette HIV = AIDS = Tod vermittelt wird, macht die Begriffe „Streß“ und „Trauma“ zu den in der psychologischen Literatur am häufigsten verwandten Beschreibungen der Belastungssituation eines HIV-Infizierten (vgl. Weimer, Nilsson-Schönesson & Clement, 1989).

Auffällig ist bei vielen Menschen eine Differenz zwischen dem vorhandenen Wissen über die Infektionswege von AIDS und der oft irrationalen Art der konkreten Auseinandersetzung im sozialen Alltag, im Rahmen der eigenen Sexualität, in der Kommunikation mit HIV-Infizierten und AIDS-Kranken. Hier treffen sich Tatsachen einerseits und Projektionen, Stigmatisierungen andererseits. AIDS wird Gegenstand für Projektion für viele untergründige Ängste und eigene unbewältigte Probleme, die allein durch Wissen und Informationen nicht abzubauen sind. Hier liegt das sozialpsychologische Problem von AIDS, was Einzelne, Gruppen und Institutionen betrifft.

Die Stigmatisierung erstreckt sich auf alle tatsächlichen und vermeintlichen Verhaltensweisen, die mit AIDS in Verbindung gebracht werden können. Ihr latenter Sinn besteht darin, durch die Grenzziehung, d.h. die Identifikation und Abgrenzung von Verhaltensweisen, das bedrohliche Phänomen auszulagern, außerhalb der Normalitäts-definitionen und den daraus entspringenden Routinen in den „normalen“ Interaktionen anzusiedeln. Nur so kann die mit der Stigmatisierung verbundene Entlastung wirksam werden. Verschiedene „Erklärungen“ für die Infektion und die Gefahren, die sie mit sich bringt, werden benötigt.

Der durch AIDS ausgelöste Prozeß der Stigmatisierung und Diskriminierung trifft vor allem die Gruppen, die noch vor dem Auftreten von AIDS ganz besonders betroffen von der Ausgrenzung waren: Die Menschen mit homo- und bisexuellen Verhalten, die Drogengebraucher und die ethnischen Minderheiten. Über diese Gruppen erging und ergeht nun ein zweiter Stigmatisierungsprozeß. So kann man von einer doppelten Stigmatisierung sprechen. Dieser Prozeß bezieht sich nicht nur auf die homosexuellen Verhaltensweisen und dem Drogengebrauch, sondern das unkonventionelle Verhalten überhaupt: es wird über die sexuelle Liberalisierung selbst Gericht gehalten.

Um mit dieser Situation fertig zu werden, schließen sich die Stigmatisierten zu Gruppen von Gleichgesinnten zusammen (vgl. Dannecker & Reiche, 1974). Sie flüchten sich, um dem gesellschaftlichen Druck zu entkommen, in Subkulturen. Dort allerdings setzt sich oft genug der Stigmatisierungsprozeß in den verschiedenen Subgruppen fort. So diskreditieren HIV-infizierte Hämophile ihrerseits diejenigen, die sich auf homosexuellem Wege infiziert haben. Das zeigt an, in welchem Ausmaß Stigmatisierungsprozesse auch in Gruppen durchschlagen, die selbst am härtesten von der gesellschaftlichen Stigmatisierung betroffen sind.

Die Probleme der Stigmatisierung und Diskriminierung sind von Land zu Land unterschiedlich ausgeprägt. Welche Einstellungen zur HIV-Infektion und AIDS-Erkrankung die Mehrheit der Bevölkerung in den einzelnen Länder vertritt, ist maßgeblich von den historischen Erfahrungen der betreffenden Staaten abhängig. Länder der sogenannten Dritten Welt und bis vor 1990 auch aus Osteuropa (vgl. Kap. 4.) gehen vom Stereotyp aus, AIDS entstamme dem „degenerierten Westen“. In der Türkei glaubten viele an einen aus dem Mittleren Osten stammenden Gerücht, nämlich, daß amerikanische Soldaten in Vietnam Geschlechtsverkehr mit Affen hatten, sich dabei die Krankheit geholt und später in Amerika verbreitet hatten. In Japan ist wegen AIDS der seit Jahrzehnten schlummernde Fremdenhaß wieder aufgetaucht: AIDS bekommt, wer Sexualkontakte in Europa hatte. Hier erkennt man, daß in diesem Fall nicht nur Angst vor AIDS vorliegt, sondern auch latentes Fremdenmißtrauen aktualisiert wird (vgl. Bleibtreu-Ehrenberg, 1989). In den USA und auch in der Bundesrepublik Deutschland hat man sich aufgrund der starken nomischen Vorbehalte lange auf der bewährten Konstellation „AIDS=Homosexualität=Sünde=Tod“ gestützt. England gehörte wegen der traditionellen Verbindungen mit seinen früheren Kolonien zu den Warnern vor einem „Schwarzen AIDS“. Noch 1986 berichtete man über Afrika als Herkunftsland von AIDS und die hochgradige Gefährdung, der britische Touristen ausgesetzt seien. Es wurde auch vor einreisenden Afrikanern als „Infektionsquelle“ gewarnt (vgl. „Sunday Telegraph“ 1986). Als Belgien 1987 Zwangstests für alle Studenten mit staatlichem Stipendium einführte, die aus der ehemaligen Kolonie Belgisch-Kongo stammten, mußte als notwendige Erklärung wieder „Schwarzes AIDS“ herhalten. In Frankreich drehten sich zunächst die Diskussionen um AIDS auf der medizinischen Ebene, später aber richtete sich die Aufmerksamkeit auf die Kontroverse zwischen dem Franzosen Luc Montagnier und dem Amerikaner Robert Gallo über die Priorität der Entdeckung des AIDS-Virus.

6. AIDS und das Tabuthema Sterben

Sowohl in der Alltagsrealität als auch im Bewußtsein der Bevölkerung ist der Begriff „AIDS“ mit dem Begriff „Sterben“ assoziiert.

AIDS stellt nicht nur eine Herausforderung an die Medizin und die Gesetzgebung, sondern auch an unsere Gefühle, an unsere Toleranz und Menschlichkeit. Wie weit es gelingen wird, den Umgang mit AIDS insgesamt humaner und akzeptierender zu gestalten, wird deshalb wesentlich davon mitbestimmt werden, ob es gelingt, dem Sterbegang dieser Krankheit ein menschenwürdigeres Gesicht zu verleihen.

Nach seiner HIV-Infektion sieht sich der Betroffene nun aber unvermittelt und meist unvorbereitet mit dem Tabubereich Tod und Sterben konfrontiert. Gerade in solchen Fällen der Bewältigung von Konflikten greifen die meisten Menschen auf Strategien zurück, die sie in ähnlichen Situationen schon erfolgreich angewandt haben (vgl. Jäger & Becker, 1987). Diese Variante ist aber den meisten Menschen für den Umgang mit Sterben und Tod versagt, da hilfreiche Verhaltensstrategien und Traditionen für den angemessenen Umgang mit diesem Thema dem einzelnen fehlen. Vorerfahrungen sind in diesem Bereich meistens durch einen kollektiven Verdrängungsprozeß geprägt.

Diese mangelnde Auseinandersetzungsmöglichkeit prägt aber auch ein ausgesprochen negatives Bild von Tod und Sterben in der Vorstellung des einzelnen. Für den HIV-Infizierten bedeutet das, daß er Sterben nur als angstauslösenden, bedrohlichen Prozeß kennt, in dem es ihm an Verhaltensspielraum mangelt und in dem er fürchten muß, alleingelassen zu werden.

Diese Angst vor dem Sterben wird für viele AIDS-Patienten noch durch ihr oft detailliertes Wissen über den möglichen Krankheitsverlauf weitergeschürt. Rühmann (1985) hebt diese Angst vor den krankheitsbedingten physischen und psychischen Beeinträchtigungen vor Ausbruch des AIDS-Vollbildes als besonderen Streßfaktor hervor.

Mit dem Auftreten immer mehr zusätzlicher Symptome wächst auch die Todesangst des HIV-Infizierten. Wenn die Krankheit fortschreitet und immer mehr lebenswichtige Zentren des Patienten betroffen sind, findet eine Veränderung statt, die eine zusätzliche Aufmerksamkeit für seelische Bedürfnisse erfordert. Der körperliche Zustand des Patienten wird immer schlechter, er selbst zunehmend schwächer. Infolgedessen muß er erleben, daß er seine Unabhängigkeit und die Kontrolle über das Geschehen verliert. Selbst in Phasen, in denen der Erkrankte sich als „symptomfrei“ bezeichnet, ist er nicht mehr in der Lage, physische Leistungen zu erbringen, die für den Durchschnitt seiner Altersgruppe selbstverständlich sind. Bei AIDS-kranken Menschen kann dieser Verlust an physischer Kraft innerhalb weniger Monate eintreten.

Der Kranke fürchtet für sich selbst diese Art der Leistungseinschränkung. Er fürchtet außerdem, oftmals zu Recht, daß Freunde und Angehörige zwar noch Verständnis für körperlichen Verfall zeigen, auf psychische Veränderungen jedoch mit Hilflosigkeit, Angst, Abwehr reagieren. Folge dieser Befürchtungen von beiden Seiten ist nicht selten ein Kontaktabbruch.

Der Kranke sieht sich dann zugleich in erhöhtem Maße mit medizinischen Problemen, wie auch mit psychosozialen Problemen von außen konfrontiert. Für den Kranken ergibt sich hieraus die Gefahr, daß er sich von der Möglichkeit, sich intensiv mit sich selbst zu befassen, in schwer erträglichem Maße abgelenkt fühlt. Im Umgang mit sterbenden AIDS-kranken Menschen erlebt man zu diesem Zeitpunkt nicht selten, daß es ihnen von einen bestimmten Moment an gelingt, diese äußeren Problemen beiseite zu schieben und eigene, innere Prioritäten zu setzen, an eigenen „unerledigten Geschäften“ (vgl. Kübler-Ross, 1983) zu arbeiten: Konflikte mit der eigenen Sexualität oder der Drogensucht, mit dem Lebenspartner und den Familienmitgliedern treten in den Vordergrund und können diskutiert werden.

In diesem allerletzten Stadium der Krankheit muß man sich zusätzlich um diejenigen kümmern, die den AIDS-Patienten während des gesamten Verlaufs der Krankheit gepflegt haben. Sehr leicht wird im Alltag der Trauende einfach vergessen. Unbewältigte Trauer gehört zu den wichtigen Faktoren, die nicht nur in psychosoziale, sondern auch in körperliche Krankheit führen können, die nicht selten tödlich ausgehen (vgl. Parkes, 1978).

Wenn also Hinterbliebene aller Art vielfach mit einem ganzen Berg an Wut, Scham- und Schuldgefühlen zurückbleiben (vgl. Kübler-Ross, 1983), dann gilt das für Angehörige verstorbener AIDS-Kranker nicht weniger. Auch die Isolation, in der sich Trauernde in der Regel schon kurze Zeit nach der Beisetzung befinden, ist bei Angehörigen von AIDS-Patienten besonders tief.
AIDS könnte demnach wesentlich zur weiteren Enttabuisierung von Tod und Sterben beitragen. Hieraus könnten sich neue, hilfreiche Formen des Umgangs mit sterbenden Menschen und deren Angehörigen entwickeln - nicht nur für AIDS-Kranke.

Nachsorge für die Hinterbliebenen der AIDS-Kranken erweist sich damit als vielschichtige psychosoziale Aufgabe im Sinne einer umfassenden Gesundheitsfürsorge - nicht nur für AIDS-Kranke.

Damit wird AIDS zur Chance - nicht nur für unmittelbar Betroffene, sondern für uns alle - Lebende und Sterbende wieder stärker zusammenzuführen, das Sterben wieder stärker in unser Leben einzubeziehen und damit volleres, vollständigeres, sinnvolleres Leben zu ermöglichen (vgl. Jäger, 1987).

Noch sind keine Vorentscheidungen gefallen, die den humanen Umgang mit AIDS in Bulgarien umsetzen könnten. Im Gegensatz zu Deutschland, scheint man in Bulgarien, sowohl bei den Betroffenen als auch bei den Verantwortlichen in Klinik und Administration, nicht begriffen zu haben, welche Herausforderung AIDS darstellt.

II. AIDS-Prävention in Bulgarien

Durch den politischen Umbruch in Bulgarien hatte man die seltene Gelegenheit, den Zusammenhang zwischen makrostrukturellen Änderungen einer Gesellschaft und der Entwicklung der Sphäre der Sexualität in der bulgarischen Bevölkerung zu erforschen. So wurden die Bulgaren seit der Auflösung des kommunistischen Blocks nicht nur mit neuen sozialen Tendenzen und demokratischen Werten konfrontiert, sondern auch vor große globale Probleme gestellt. Wo vor der Wende ein großer Nachholbedarf hinsichtlich bestimmter sexueller Aktivitäten (Pornoindustrie- und Prostitutionsangebote, sexuelle Freiheiten und Präferenzen etc.) existierte, führte die Zunahme und das Neuerscheinen verschiedener Formen von Sexualitätsbefriedigung, die Modernisierung der Gesellschaft und die Öffnung zu den westlichen Ländern u.a. zu großen Risiken hinsichtlich einer möglichen STD- bzw. HIV-Infektion. Angesichts der Marktlücke der Angebote im Bereich der Sexualität versuchten viele Unternehmer diese Lücke mit allen Mitteln zu füllen. Damit wurde der Markt überfüllt, ohne daß man überhaupt an eine Aufklärung bezüglich der Risiken, die eine größere sexuelle Freiheit mit sich bringen kann, nachdachte. Diese Umstände bestätigen noch mal die von uns vermutete Tabuisierung der Sexualität in der bulgarischen Gesellschaft, nämlich daß einerseits der Markt im Bereich der Lust und der Sexualität gut gefüllt ist, andererseits aber keine spezielle Literatur zum Thema veröffentlicht wurde, sowie keine Beratung oder andere unterstützende Maßnahmen in diesem Bereich angeboten wurden. So waren und sind die sexuell aktive Bulgaren, was die sexuelle Gesundheit betrifft, sich selbst überlassen. Wie aber die Studie von Georgieva (1991) zeigt, neigen die meisten Bulgaren nicht zum Perspektivdenken: Auf die Frage „Wann beschäftigen Sie sich mehr mit Ihrem Gesundheitszustand: Wenn Sie gesund oder wenn Sie krank sind?“, antworten 47,9% der Befragten: „Wenn ich ihn verliere“. Diese Denkrichtung erschwert die Gesundheitsprävention im Lande ungemein.

In dieser komplizierten Situation haben wir durch unsere Untersuchung versucht, Anhaltspunkte für eine erfolgreiche STD- und AIDS-Prävention zu finden.

1. Spezifische Tendenzen der Ausbreitung der HIV-Infektion in den Ländern des ehemaligen Ostblocks

„Wenn ich an die Entwicklung der AIDS-Gefahr in Zentral- und Osteuropa denke, bin ich über den Stand der AIDS-Epidemie dort besorgt. Die epidemiologische Realität ist nicht stabil. Dort gelten die gleichen Infektionsmöglichkeiten, wie im Westen, aber in Gesundheitseinrichtungen und ähnlichen Institutionen entstehen zusätzlich Infektionsgefahren. Angesichts der wachsenden Mängel an medizinischer Versorgung wird die nötige epidemiologische Kontrolle komplizierter. Die ökonomische Krise und die wachsende Arbeitslosigkeit, die ethnischen und religiösen Konflikte, die Bevölkerungsmigration, das schon verarmte Gesundheitsförderungssystem - alle diese Faktoren vermindern die Möglichkeiten zur effektiven AIDS-Prävention. Gleichzeitig bewirken diese Umwandlungen der Gesellschaft Veränderungen im Verhalten der Menschen, die eine Verbreitung der HIV-Infektion erleichtern. Familien gehen auseinander, die Drogenabhängigkeit und die Prostitution nehmen zu. Sogar die von allen erwarteten Veränderungen, die mit dem Ende des kalten Krieges zustande kamen, z.B. die Freiheit zu reisen und die Liberalisierung der Kultur, haben zu der Entwicklung der HIV-Epidemie beigetragen. Ich bin besonders besorgt über die Intoleranz gegenüber Menschen, die wegen ihrer Rasse, Religion oder sexuellen Orientierung, sogar nur weil sie krank oder behindert sind, als „anders“ verstanden werden. Wir wissen sehr gut, wie solche „schuldigen Opfer“ zur Entwicklung der Epidemie beitragen.“

Dr. M. Merson
Leiter des AIDS-Globalprogramms der WHO[20]

Das große Problem, was Bulgarien und im Prinzip alle osteuropäischen Länder betrifft, ist, auch nach der Meinung von Dr. Merson, ob das HI-Virus in den Bedingungen der sozialen Liberalisierung und der wachsenden internationalen Mobilität nach dem politischen Wechsel des alten totalitaristischen Regimes, weiter kontrolliert werden kann. Die vorsichtige Antwort seitens der WHO war: Ja, das ist möglich - theoretisch. Die Experten der WHO waren der Ansicht, daß die Epidemie in Osteuropa und in den ehemaligen Sowjetstaaten etwa 5 Jahre später auftreten würde. Also hatte man Zeit, eine effektive Präventionskampagne vorzubereiten. So hofften sie, Osteuropa könne das einzige Gebiet in der Welt ohne AIDS-Epidemie bleiben.

Das waren die Ergebnisse der Konferenz von Riga im April 1993. Das von der WHO vorgeschlagene Präventionsvorhaben sollte für 3 Jahre 555 Mio. US-Dollar kosten, wobei 40% des Geldes für Verteilung von Kondomen vorgeplant waren. Woher das Geld kommen sollte war ungewiß.

Die optimistischen Prognosen der WHO-Experten haben sich leider nicht bestätigt. Die HIV-Infektion breitet sich heute mit großen Schritten in allen Ostländern weiter aus; das Geld zur Prävention fehlt, und es gibt kaum gut ausgebildete Spezialisten, da es keine spezielle Lehr- oder Qualifizierungsangebote gibt, die an den Präventionsprogrammen arbeiten könnten.

[20] Aus seiner Rede bei der AIDS-Conferenz in Riga 1993.

Die Infektionswege in diesen Ländern sind anders als im Westen, obwohl die statistischen Daten zur Verbreitung der HIV-Infektion nicht ganz repräsentativ sind. In der Tschechei und in der Slowakei haben sich ca. 2/3 der HIV-Positiven durch homosexuelle Kontakte infiziert. In Bulgarien (im folgenden näher beschrieben) haben sich 75% der Betroffenen beim heterosexuellen Geschlechtsverkehr infiziert. In Polen haben sich 40% der 160 AIDS-Kranken und 70% der 2700 HIV-Positiven (Stand der Daten -1993) infolge gemeinsamer Benutzung des gleichen Spritzbestecks, beim intravenösen Drogengebrauch infiziert. In Rumänien sind 2/3 der 2400 Infizierten und AIDS-Kranken Kinder, die bei medizinischen Interventionen infiziert worden sind.

Alle Epidemiologen sind sich einig: Wenn weiterhin gut koordinierte Maßnahmen fehlen, ist eine Ausbreitung von AIDS in epidemiologischem Ausmaß nur eine Frage der Zeit.

In den Ostländern gibt es auch andere Probleme, die der Westen nicht kennt. So waren in Polen unter dem religiösen Einfluß der katholischen Kirche einige Präventionsbemühungen (Kondome) gescheitert. Dieser Umstand bestätigt die Tabuisierung des Redens über Sexualität in manchen europäischen Länder. Trotzdem bleibt das Hauptproblem der Geldmangel, und keine finanzielle Unterstützung ist in Sicht. Deshalb sind die individuellen Bemühungen und das persönliche Engagement von entscheidender Bedeutung. Die Chance, so Dr. Hallauer, WHO-Koordinator für das AIDS-Globalprogramm in Copenhagen, ist noch nicht vertan, aber die Uhr tickt.

2. Entwicklungsanalyse und Ergebnisse der AIDS-Prävention vor 1992

1985

Mit der Zustimmung von Dr. Gallo wird in Bulgarien zum ersten Mal eine menschliche Probe untersucht, die chronisch infiziert ist und HIV-1 Antikörper enthält. Es werden einige Hämophiliker und bulgarische Blutpräparate getestet.

Ende des Jahres 1985 wurde das erste AIDS-Nationalprogramm verabschiedet (vgl. AIDS-Nationalprogramm der Bulgarischen Republik, 1985). Seine Vorgehensweise basierte auf der Überzeugung, daß bei einer Epidemie 3 Faktoren wichtig sind:

a. Isolierung des Erregers,

b. Isolierung der Infektionsquelle,

c. Aktives Aufsuchen und/oder Isolierung oder Behandlung und/oder Prävention aller Kontaktpersonen

Diese Maßnahmen, die in Bulgarien und in anderen Ländern praktiziert wurden, könnten geeignet sein bei einer Epidemie, die bei schlechter kommunaler Hygiene entstanden ist und die praktisch unabhängig von den Gewohnheiten und vom Verhalten eines bestimmten Individuums ist. Solche Herangehensweisen sind aber unmöglich bei der Bekämpfung von AIDS und anderer Geschlechtskrankheiten. Dieses Programm hatte das Ziel, aktiv HIV-Infizierte aufzusuchen, statt aktiv eine Präventionskampagne zu starten, aktives Testen aller „Risikogruppen“, Aufsuchen der Kontaktpersonen der HIV-Infizierten, völlige Unverantwortlichkeit gegenüber der sexuellen Gesundheit des Individuums, Schaffung vieler unadäquater Labors, Tests, Ausbildung von Personal, Ausgabe von Mitteln dafür usw. Bei solchen Maßnahmen war auch die Gesellschaft nicht gerade tolerant zu den HIV-Infizierten. Es fehlten (und fehlen immer noch) Verständnis und Akzeptanz von Gewohnheiten, die anders sind als die eigenen. So kämpfte die ganze Gesellschaft nicht gegen die AIDS-Ausbreitung, sondern gegen den HIV-infizierten Menschen.

1986

Es werden Spezialisten von dem Institut für Hygiene und Epidemiologie ausgebildet. Ihnen wird der Umgang mit dem HIV-Antikörpertest ELISA vermittelt, der von der italienischen Firma „SORIN BIOMEDIK“ gekauft wurde. Es werden weiterhin Hämophiliker getestet, dazu kommt jetzt auch das unfreiwillige Testen von Prostituierten, Männer mit homosexuellem Verhalten, Drogengebrauchern, allen Ausländern (Touristen, Durchreisende) usw.

1987

-01.08.1987. Es wird mit der Blutkontrolle der gesamten bulgarischen Bevölkerung mit ELISA-Tests von der Firma ABBOTT (USA) begonnen.

-Das AIDS-Zentrallabor, zugehörend der Medizinischen Akademie, wird offiziell eröffnet.

-56 Labors für HIV-Tests beginnen im ganzen Land zu funktionieren.

-Die Broschüre „AIDS-aktuelle Information“ wird herausgegeben (die heutige Zeitung „AIDS“).

-Es werden die ersten bulgarischen HIV-positiven Personen festgestellt (23 Personen). Alle haben lange Zeit in Afrika gelebt.

1988

-Das Gesundheitsministerium verabschiedet das zweite Anti-AIDS Nationalprogramm.
Es beginnen die Massentests der sexuell aktiven Bevölkerung, die bis zum Jahr 1989 fortgeführt wurden, bei denen sich 400 000 Menschen unfreiwillig dem Test unterzogen haben.

-Erstmalig wurde HIV-1 von bulgarischen Infizierten isoliert.

-Zum ersten Mal wird in Bulgarien ein Kind von einer HIV-positiven Mutter geboren.

1989

-Die Massentests werden fortgeführt.

In der Periode von 1985 bis 1989 hat man also nur unfreiwillige HIV-Tests durchgeführt, die das intime Privatleben und die persönliche Freiheit verletzten. Eine freiwillige Basis konnte man sich nicht vorstellen. Nach den Stellungnahmen ausländischer Experten und nach Warnungen aus dem eigenen Lande sind Massen-HIV-Tests absolut uneffektiv. Man hat das aber überhaupt nicht berücksichtigt. Die Ergebnisse dieser Tests zeigten die Uneffektivität solcher Vorgehensweisen: bei diesen 400 000 Personen, im Alter zwischen 16 und 70 Jahren, hat man 4 Neuinfektionen gefunden. Wenn man die Kosten für die Massentests mit den Ergebnissen vergleicht (damals kostete ein HIV-Test 1 US-Dollar) wird klar, daß die Regierung für die Feststellung einer Neuinfektion den Preis von 100 000 Dollar ausgegeben hat.

1990

Nach der Wende mußte man die Anti-AIDS-Kampagne praktisch neu starten, und so wurde mit der Unterstützung von Experten aus der Europäischen Abteilung der WHO das erste Anti-AIDS-Programm für ein Jahr - bis Ende 1989 vorbereitet (Short-term Plan for Prevention of Aids in Bulgaria). Dieses Programm wurde teilweise aus WHO-Mitteln finanziert.

1991

-Wieder mit der Hilfe der WHO-Experten hat man das zweite Anti-AIDS-Programm für eine Periode von fünf Jahren (1990-1995) entwickelt (Middle-term Plan for AIDS-Prevention and Control of AIDS in Bulgaria).

-Erstmalig wurde offiziell der Internationale AIDS-Tag, am 1. Dezember, begangen.

1992

-Der Gesundheitsminister hat die Vorschrift Nr. 4 vom 2.4.1992 unterzeichnet, die die Ordnungsbedingungen bei den HIV-Tests bestimmt. Im Sinne dieser Vorschrift müssen das gesamte Spendeblut, Organ-, Gewebe-, Zellen-, Sperma- und Milchspender, sowie die Neugeborenen einer HIV-positiven Mutter und ausländische Gäste, die sich länger als einen Monat in Bulgarien aufhalten, getestet werden. Jeder Bürger kann sich freiwillig testen lassen. Die personellen Daten der getesteten Personen bleiben anonym. Die Person muß nur einen individuellen Code angeben. Für die mit dem HI-Virus infizierten Personen stehen aber kaum Beratungsangebote zur Verfügung.

-Bulgarien wird Mitglied der Leitungsversammlung und des Koordinationskomitees des AIDS-Globalprogramms (Genf).

-Es wird die erste nichtstaatliche Anti-AIDS-Organisation (NGO) registriert (Bürgerinitiative gegen AIDS).

3. Analyse der AIDS-Prävention seit 1992

Vom 20. bis 31. Juli 1995, hat man, dem Vorschlag der Bulgarischen Regierung folgend und mit Hilfe der Europäischen Regionalabteilung der WHO in Sofia, eine Stellungnahme zu der Wirksamkeit des Anti-AIDS-Nationalprogramms (AANP) bis zum Jahre 1994 vorgenommen. Das Ziel dieser Stellungnahme, die von einem Team bulgarischer und ausländischer Experten durchgeführt wurde, war Möglichkeiten und Wege zur Verbesserung der Effektivität der Planung der zukünftigen Arbeit im AIDS-Bereich in Bulgarien zu finden.

Die Ergebnisse dieser Analyse werde ich mit meinen persönlichen Erfahrungen mit der AIDS-Problematik vergleichen.

Die Methode der Analyse wird auf der Anleitung zur Durchführung und Relevanz-bestimmung von Datenexpertisen (Protokolle, Arbeitsprogramme) basieren.

3.1. Strategien und Maßnahmen

3.1.1 Prävention der sexuellen HIV-Übertragung.

A. Vermittlung von Safer Sex-Verhaltensweisen

Zielgruppe: Die breite Öffentlichkeit

Die Deutsche AIDS-Hilfe, Dachorganisation der selbständigen regionalen AIDS-Hilfen der Bundesrepublik, veröffentlichte 1988 ein Flugblatt mit zwei Möglichkeiten, AIDS zu „buchstabieren“. Die erste Alternative hatte folgendes Aussehen: A stand für Angst, I für Intoleranz, D für Diskriminierung und S für Strafe (DAH 1988). Von diesen Verzerrungen und Ausgrenzungen sind viele Jugendliche und Erwachsene beherrscht. Die von Schrecken geprägten AIDS-Inszenierungen haben bei einer großen Zahl Menschen zu einer Mischung aus Unsicherheit und Verdrängung, aus Angst und Hysterie über ihre tatsächlichen Infektionsrisiken geführt. Die Unsicherheit hat aber auch große Berührungsängste ausgelöst. Intoleranz, Diskriminierung und Strafwünsche werden auf Homosexuelle und Drogengebraucher gerichtet.

Erfolgreich kann AIDS nur bekämpft werden, „wenn Menschen sich sachlich informieren können, wenn Menschen ihr Handeln selbst bestimmen können, wenn Menschen wissen, daß ihr Lebensstiel akzeptiert wird, wenn sich Menschen offen dazu bekennen können, schwul zu leben, Drogen zu spritzen, HIV oder AIDS zu haben“ (vgl. DAH 1988). In Sachen AIDS ist das öffentliche Bewußtsein neu zu verpflichten: auf A für Akzeptanz, I für Individualität, D für Demokratie und S für Solidarität.

Eine Verhaltensbeeinflussung für potentiell riskante Situationen, verbunden mit entsprechender Einstellungsänderung, benötigt einen strukturellen Rahmen, der offensiv über die bislang gängigen Safer-Sex-Broschüren und Fernsehspots für Treue, Kondombenutzung und Drogenabstinenz hinausgeht. Hier sind Politik und Gesellschaft aufgefordert, Möglichkeiten für eine wirksame AIDS-Prävention zu gewährleisten. Dabei müssen die Safer Sex-Leitlinien nicht als Regeln, Gebote oder Verbote, sondern als Hinweise oder Hilfen für eigenverantwortliche Entscheidungen verstanden werden. In diesem Sinne sind gewisse „Spielräume“ notwendig und eine für alle gültige Präzision sollte nicht angestrebt werden (vgl. Haeberle, 1989).

„Diskrepanzen zwischen heute kursierenden Safer Sex-Leitlinien in verschiedenen Ländern ergeben sich aus:

a. unterschiedlichen Entstehungszeiten,

b. unterschiedlicher sprachlicher Deutlichkeit, je nach Aufklärungsquelle (offiziell oder inoffiziell) und angesprochenen Zielgruppen,

c. ideologischen Grundpositionen oder Absichten“ (vgl. Haeberle 1989).

In den bulgarischen Massenmedien hat man eine breite Strategie zu verwirklichen versucht, regelmäßige und koordinierte Kooperationen mit AIDS-Experten zu ermöglichen, damit die Berichte sachlich und kompetent werden, was bisher nicht gelungen ist.

Das größte Problem des Gesundheitsministeriums ist finanzieller Art. Hier liegt der Grund für das Fehlen von Info-Blättern und Broschüren. Am AANP nimmt keine andere Organisation teil. Das bereitet den Experten große Probleme bei der Weitergabe der Informationen und des Wissens außerhalb Sofia. Die Versuche, eine Hotline für AIDS-Probleme zu errichten, sind bisher am Mangel der freiwilligen Unterstützung gescheitert.

Zielgruppe: Die Jugend

Obwohl rein statistisch Jugendliche von einer HIV-Infektion und einer AIDS-Erkrankung relativ wenig betroffen sind, ist eine jugendspezifische AIDS-Prävention sehr wichtig, weil die Merkmale der Lebensphase „Jugend“ sie zu einer besonderen Zielgruppe mit Risikoverhalten machen.

Die Gründe hierfür sind darin zu suchen, daß Jugendliche

- Handlungsvarianten austesten, mit ihnen experimentieren und eine ausgeprägte Risikoorientierung aufweisen,

- sich in einer Orientierungsphase befinden, in der Sinn- und Identitätssuche charakteristisch ist,

- eine, in vielen Fällen, intensive Partnersuche betreiben und Sexualerfahrungen sammeln möchten.

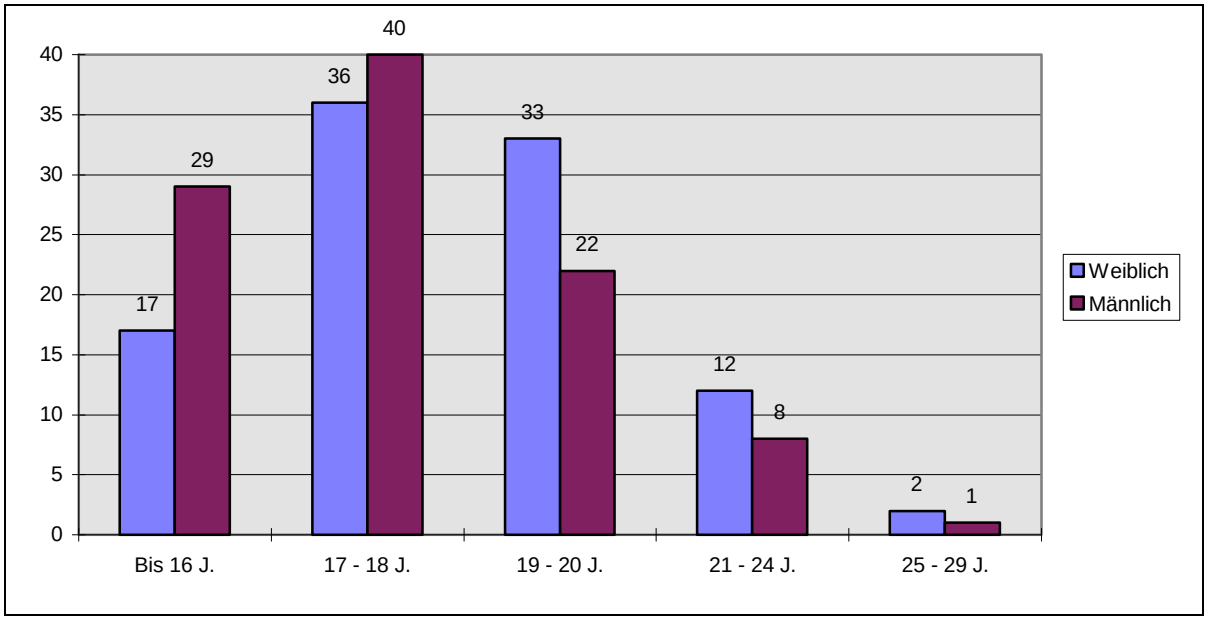
Individuation kennzeichnet die zentralen Entwicklungsziele im Jugendalter, mit deren Erreichen in psychosozialer Hinsicht die Voraussetzungen für ein autonomes und verantwortliches Erwachsenenleben geschaffen werden. Der Umgang mit Sexualität ist ein wesentliches und zentrales Moment beim Aufbau einer autonomen Persönlichkeit. Die Art und Weise, in der Jugendliche ihre pubertäre Entwicklung bewältigt haben, die Akzeptanz der eigenen sexuellen Bedürfnisse, das Ausmaß geschlechtsheterogener sozialer Kontakte, die Entwicklung einer geschlechtlichen Identität, die Empfindung der eigenen Körperlichkeit - all dies sind Faktoren, welche die Einbindung von jungen Menschen in soziale Beziehungen und die Entwicklung von Selbstkonzepten und Selbstbewußtsein beeinflussen können (vgl. Schäfers, 1992; Neubauer, 1990).

In Bulgarien wurde bisher nur eine repräsentative Untersuchung zum Sexualverhalten der Bevölkerung im Februar 1996 durchgeführt. Es handelt sich um ein Projekt zum Thema „Reproduktionsverhalten und Familienplanung“, im Auftrag des Bulgarischen Gesundheitsministeriums[21]. Die Untersuchung wurde durch Finanzen vom Europrogramm PHARE ermöglicht.

Die Experten vermuten, daß das Infektionsrisiko bei Jugendlichen ähnlich verteilt ist wie in der Gesamtbevölkerung.

Zum Zeitpunkt der Untersuchung hatten 7-8% der Bevölkerung im Reproduktionsalter (von 15 bis 49 Jahren) noch kein Geschlechtsverkehr. Von ihnen sind 79% unter 19 Jahre alt.
Bis zur Vollendung des 16. Lebensjahrs hatten 17% der Mädchen und 29% der Jungen schon Geschlechtsverkehr gehabt (das niedrigste registrierte Alter ist 11)-Diagramm 2:

Diagramm 1: Alter beim ersten Sexualkontakt (Prozentuell nach dem Geschlecht):



[21] Vgl. Mirchev, Jachkova, Kasakova, Velikova, 1996

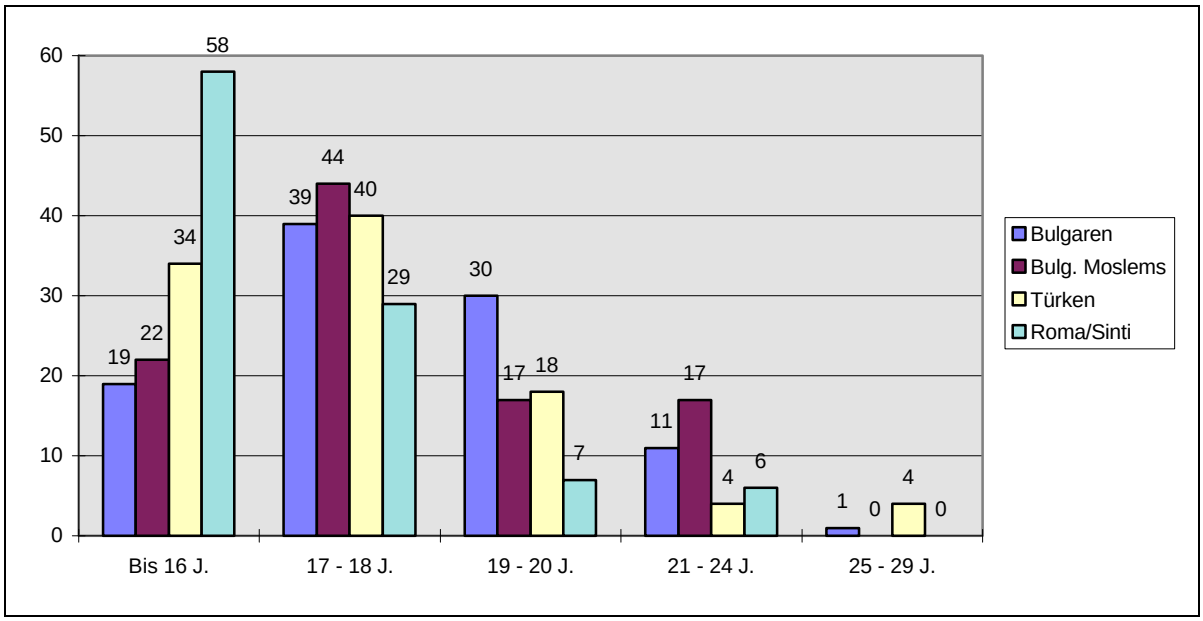
Die untere Grenze für den Anfang des Geschlechtsverkehrs sinkt mit hohem Tempo. Die heutige bulgarische Jugend fängt mit dem Sexualleben immer häufiger vor der Vollendung des 16. Lebensjahrs an. Nur vor fünf Jahren war der Anteil dieser Mädchen und Jungen halb so groß. Diese Tendenz wird belegt durch die folgende Tabelle (Tabelle 4):

Tabelle 4: Alter beim ersten Sexualkontakt mit einem/r Partner/in (nach dem aktuellen Alter heute)

Alter beim ersten Sexualkontakt _____ ___ Alter heute	Bis 16 J.	17 - 18 J.	19 -20 J.	21 - 24 J.	25 -29 J.
15 - 19 J.	38	17	0	0	0
20 - 24 J.	23	46	20	3	0
25 - 29 J.	18	41	28	10	0
30 - 39 J.	16	38	32	12	2
40 - 49 J.	11	28	39	17	3

Ein äußerst wichtiger Faktor für den Anfangszeitpunkt des Sexuallebens ist die ethnische Zugehörigkeit. Die Roma und Sinti liegen an der Spitze - 58% von ihnen beginnen vor dem 16. Lebensjahr mit den partnerschaftlichen Sexualkontakten (Diagramm 2):

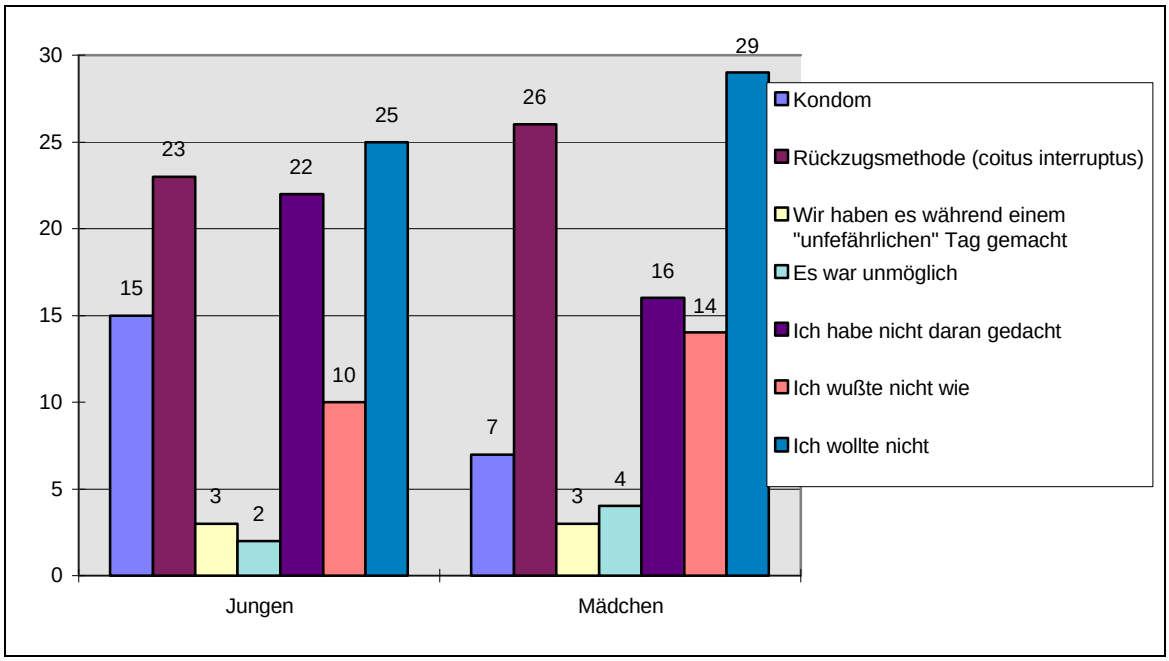
Diagramm 2: Alter beim ersten Sexualkontakt (nach der ethnischen Zugehörigkeit).



Dabei haben beim ersten Geschlechtsverkehr nur 15 % der Jungen und 7% der Mädchen ein Kondom benutzt. Es wird ersichtlich, daß die Mädchen nicht die Meinung vertreten, daß man beim ersten Mal ein Kondom benutzen kann und muß und keine Initiative zeigen, ihren Sexualpartner davon zu überzeugen. Hier spielen emotionale Faktoren eine Rolle, aber auch die Unkenntnis an Präventionsmöglichkeiten sowie die sozialpsychologischen Barrieren, diese Fragen mit dem Sexualpartner, noch am Anfang des Sexuallebens zu besprechen. 2 - 4% der Jugendlichen haben keine Schutzvorkehrungen oder -praktiken beim ersten Sexualkontakt in Anspruch genommen, weil sie keine Möglichkeit dazu hatten. Wahrscheinlich liegen die Gründe zu einem Teil dieser Fälle in vom Partner ausgeübter sexueller Gewalt oder in der Unmöglichkeit, an Kontrazeptiva heranzukommen.

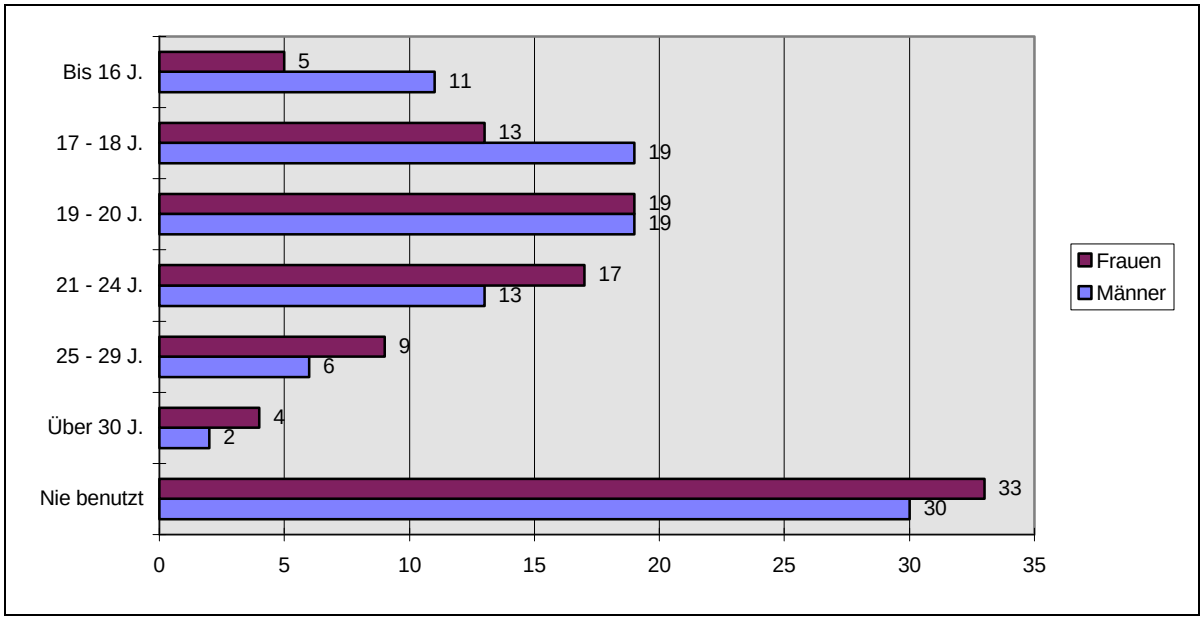
Insgesamt 60% der Jugendlichen haben überhaupt keine Schutzmöglichkeiten vor einer ungewünschten Schwangerschaft/Geschlechtskrankheit (AIDS) in Anspruch genommen (Diagramm 3):

Diagramm 3: Haben Sie Schutzvorkehrungen gegen eine unerwünschte Schwangerschaft/Geschlechtskrankheit (AIDS) in Anspruch genommen?



Ersichtlich wird, daß die jungen Mädchen viel unerfahrener und unvorsichtiger sind als die Jungen. Im Alter zwischen 19 und 20 Jahren zeigen die Mädchen und Jungen ein ähnliches Verhältnis zu Kontrazeptiva. Mit dem Fortschreiten des Alters überholen die Frauen die Männer bei der Kontrazeptivabenutzung, da sie weniger geneigt sind, eine unerwünschte Schwangerschaft oder eine Geschlechtskrankheit zu riskieren (Diagramm 4):

Diagramm 4: Im welchen Alter haben Sie zum ersten Mal Schutzvorkehrungen gegen eine unerwünschte Schwangerschaft/Geschlechtskrankheit (AIDS) angewandt?



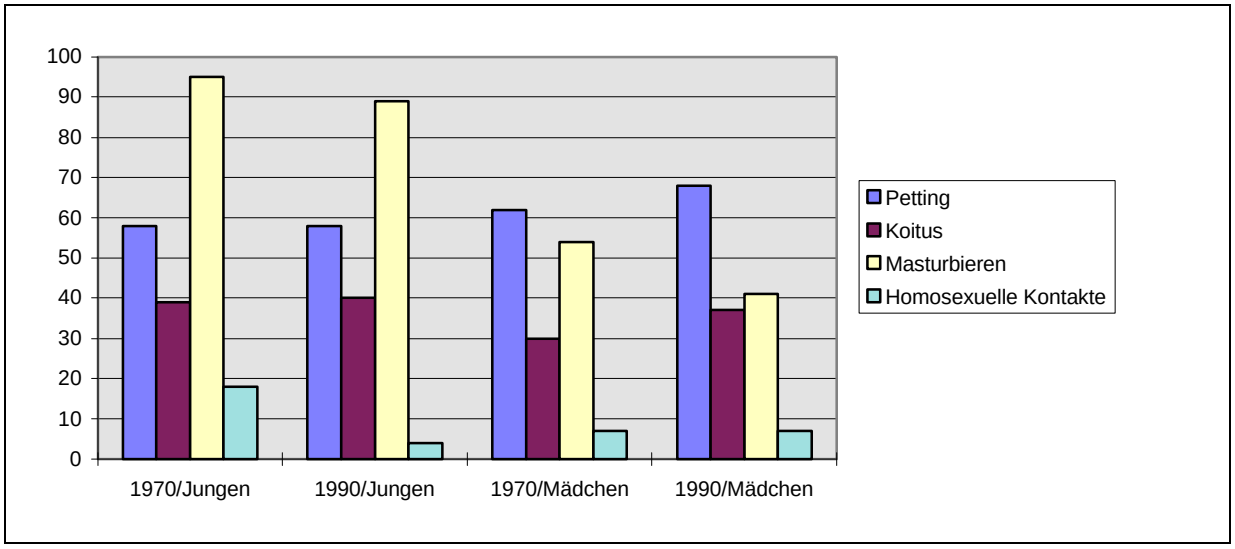
Dieses Bild zeigt, daß die Benutzung von Kondomen und anderen kontrazeptischen Mitteln eher Ausnahme als Regel ist. Die Mehrheit der Jugendlichen (80%) hat beim ersten Mal kein Kondom benutzt. Ein Teil von ihnen probiert Kondome nach einigen Jahren sexueller Erfahrung.

Aus diesen Gründen ist der Anfang des Sexuallebens ein großer Risikofaktor für die Gesundheit und die emotionale Reife der Jugend.

Interessante Einzelheiten aus dem Leben der deutschen Jugendlichen haben die Sexualforscher Gunter Schmidt und Uta Zeizschel sowie der Psychologe Dietrich Klusmann herausgefunden. Sie untersuchten die Veränderung der Jugendsexualität zwischen 1970 und 1990. Dazu wurden mit Jugendlichen vor zwanzig Jahren und im Jahr 1990 Interviews durchgeführt. Die Jugendlichen kamen aus Großstädten und waren 16 bis 17 Jahre alt.

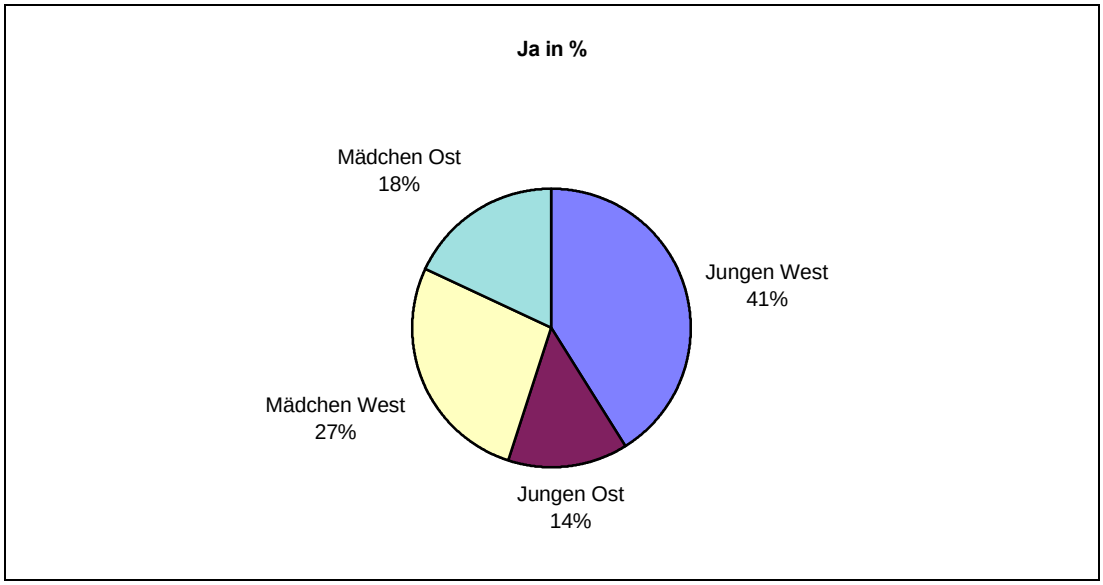
1990 hatte ein Drittel der 16- bis 17jährigen schon einmal Geschlechtsverkehr gehabt, und drei Fünftel hatten Erfahrungen mit Petting. Dieses Ergebnis unterscheidet sich nicht von der Befragung, die 20. Jahre früher durchgeführt wurde. Deutlich weniger Jungen als noch 1970 gaben allerdings heute an, homosexuelle Kontakte gehabt zu haben (Diagramm 5).

Diagramm 5: Sexuelle Erfahrungen



Die Wissenschaftler bezeichnen daher das homosexuelle Verhalten als eine „verschwindende Verhaltensform“. Sie machen die größere gesellschaftliche Akzeptanz von Schwulen für diese deutliche Abnahme verantwortlich - die offene und liberalere Haltung zum homosexuellen Verhalten und die höhere Präsenz von Schwulen in der Öffentlichkeit hat dazu geführt, daß Jungen ihre Erlebnisse nicht einfach als Masturbation unter Kameraden, sondern als schwul wahrnehmen würden - was sie so beunruhigt, daß sie auf diese Erfahrungen verzichten. Die Forscher halten es für möglich, daß die Verknüpfung von „AIDS-Gefahr“ und homosexuellem Verhalten diesen Effekt noch verstärkt hat (Diagramm 6).

Diaramm 6: Haben sie den Eindruck, daß die AIDS-Gefahr als moralisches Druckmittel eingesetzt wird, um Jugendliche sexuell einzuschränken?



Auch die Frauenemanzipation hat ihre Spuren hinterlassen. Deutlich mehr Jungen und Mädchen als 1970 fordern heute, die Rechte und Pflichten im Haushalt gleichmäßig zu verteilen; für die traditionellen Rollenklischees begeistern sich immer weniger Jugendliche.

Die Zahl derjenigen, die heiraten wollen, hat auch abgenommen.

70 Prozent der 16- bis 17jährigen sind der Auffassung, die Bedrohung durch AIDS habe nur geringe Auswirkungen auf die Sexualität Jugendlicher. Dem scheint zu widersprechen, daß Jugendliche heute viel mehr von Treue halten als noch 1970. Doch als sie gefragt wurden, ob sie ihre Vorstellungen über Treue ändern würden, wenn es AIDS nicht gäbe, antworteten die meisten mit nein. Etwa 15 Prozent der Jungen und 10 Prozent der Mädchen, die über Koituserfahrung verfügen, sagen, sie hätten schon ein Mal wegen der Angst, sich zu infizieren, auf einen Sexualkontakt verzichtet. Vier Prozent der Jugendlichen haben sich schon einmal einem HIV-Test unterzogen.

Diese Entwicklung hängt mit einer Reihe von soziokulturellen Veränderungen zusammen, die darin zu sehen sind, daß

- eine Liberalisierung der Sexualmoral stattgefunden hat, die u. a. mit einer gewissen Enttabuisierung und Neuakzentuierung des Stellenwerts von Sexualität gekennzeichnet ist,

- sexuelle Bedürfnisse immer stärker seitens der Werbewirtschaft, der Freizeit- und Medienindustrie instrumentalisiert werden, so daß Jugendliche in der Koppelung von Gewinn und Genuß, Kalkulation und Konsum ständig mit den gestylten Leitbilder von erfolgreichem Jungsein, körperlicher Aktivität und sexueller Leistung konfrontiert werden,

- innerhalb der jugendlichen peer-Kultur Sexualität und körperliche Ausstrahlung bzw. ein körperbetontes Outfit zu einem bedeutenden Leistungs- und Konkurenzmedium für den Status und den Erfolg auf dem zwischengeschlechtlichen Beziehungs- und Partnermarkt geworden sind (vgl. Seifert, 1992).

Auf dem Hintergrund der beschriebenen Konstellationen, hat sich mit der HIV-Infektionsgefährdung eine Risikobetroffenheit eingestellt, die Verarbeitungs- und Bewältigungszwänge in sehr viele Handlungsbereiche der Jugendlichen auslösen kann. Das kann zu Umorientierungen und Neudefinitionen von bereits vorhandenen Verhaltensweisen führen. Ausgehend von der Angst vor dem AIDS-Risiko können sich deshalb Sexualängste entwickeln.

An diesen Verknüpfungen, in der Absicht, die Fähigkeit der Jugendlichen zur Risikobewältigung zu stärken, hat die AIDS-Prävention anzusetzen.

Die Sexualerziehung kann nur dann eine sinnvolle AIDS-Prävention leisten, wenn sie das Vertrauen der Jugendlichen gewinnt. Die bisherige Sexualerziehung hat aber in diesem Punkt keine sehr rühmliche Tradition. Es ist häufig zu beobachten, daß im Zusammenhang von Aufklärungsmaßnahmen, die im Rahmen von öffentlichen Institutionen stattfinden, die Gefahr besteht, daß AIDS-Prävention ihre Glaubwürdigkeit und damit auch die Zugangschancen bei Jugendlichen vermindert und so ihr Ziel nicht erreichen kann.

In der aktuellen Situation fehlt es nicht an Versuchen, AIDS für die Durchsetzung bestimmter Interessen zu instrumentalisieren. Dort, wo nur ganz bestimmte Schutzmöglichkeiten vor der HIV-Infektion gelehrt werden, kann von Gegenaufklärung gesprochen werden, weil Sexualität ganz unterschiedlich gelebt wird, da Sexualität in den verschiedenen Lebenswelten mit unterschiedlichen Formen zur Stabilität der Persönlichkeit beiträgt oder sie erschwert. Es sind jeweils ganz andere Elemente von Sexualität gefordert. Die möglicherweise noch gemeinsamen allgemeinen angestrebten Werte (Liebe, Solidarität, Glück) konkretisieren sich unterschiedlich. Gezielte Angebote der Sexualpädagogik sind notwendig in Erziehungsheimen, Jugendschutzstellen, Drogenberatungsstellen, in der aufsuchenden Sozialarbeit mit gefährdeten Gruppen.

In den letzten Jahren sind einige Konzeptionen in das Blickfeld präventiver Bemühungen getreten, die sich von der ausschließlich aufklärerischen Strategie lösen und als Ziel hervorheben, Jugendliche bei ihren Entscheidungsprozessen und Problemlösungen zu begleiten und zu ihrer Persönlichkeitsentwicklung beizutragen. Neue Konzepte knüpfen an der Frage an, welche psychosozialen Funktionen jugendliches Risikoverhalten im Kontext entwicklungsrelevanter Anforderungen hat. Diese Konzepte basieren auf einem umfassenden Verständnis für die Gründe und Funktionen jugendlichen Risikoverhaltens und wollen insbesondere Widerstandsfertigkeiten, psychologische „Immunisierung“ und den Erwerb von personalen und sozialen Bewältigunsfähigkeiten vermitteln.

So können AIDS-präventive Maßnahmen noch in dem Alter der Einübung des sexuellen Verhaltens und der Ausbildung der sexuellen Identität ansetzen. AIDS-Prävention bei Jugendlichen, als Chance begriffen, bezieht sich so auf „Neulernen“ und nicht auf Umlernen (vgl. Kleiber et al., 1989).

Um die Einführung der Sexualerziehung in den bulgarischen Schulen zu ermöglichen haben sich im Jahre 1992 Vertreter aus dem Gesundheitsministerium, Bildungsministerium und Verteidigungsministerium getroffen und einige Richtlinien entwickelt. Als Folge dieses Treffens haben einige Organisationen (Bulgarische Assoziation für Gesundheitsprävention, Bulgarische Assoziation für Familienplanung) unabhängig voneinander sexualpädagogische Programme ausgearbeitet.

Die Stiftung „Offene Gesellschaft“ (Soros) hat einige US-amerikanische Gesundheitsförderungsprogramme ins Bulgarische übersetzt. In der praktischen Umsetzung soll der Gruppendruck als Einflußfaktor risikoreichen Verhaltens bewußt gemacht werden. In Rollenspielen zeigen Jugendliche, wie sich ihre Eltern, Geschwister und Gleichaltrige verhalten und was sie davon nachmachen. Danach trainieren sie, wie man dem Gruppendruck widerstehen kann. Neben Informationen über Gesundheitsgefahren werden vor allem verschiedene Fähigkeiten eingeübt. Dazu gehören Kommunikationsfertigkeiten wie Nein-Sagen und Gefühle ausdrücken können, um Verhaltensalternativen wählen und auch durchhalten zu können. Da man das Programm nur übersetzt hat, sind bestimmte Abschnitte an den bulgarischen soziokulturellen Bedingungen nicht angepaßt.

Die Bulgarische Assoziation für Familienplanung hat viele Partner im westlichen Ausland. Sie bietet kostenlose Beratung bei psychologischen Problemen sowie zur Prävention von sexuell übertragbaren Krankheiten, einschließlich AIDS. Ihre massive Kampagne zur Schwangerschaftsverhütung ist heute allerdings teilweise fragwürdig angesichts des negativen Bevölkerungswachstums in Bulgarien.

Trotz der Richtlinien der Regierung, werden aber weiterhin keine festen Stunden für Sexualerziehung geplant - der Unterricht ist auf freiwilliger Basis. Für die Jugendlichen, die Gruppen mit erhöhtem Infektionsrisiko angehören (Drogengebraucher, homosexuelles Verhalten), hat man keine speziellen Schwerpunkte vorgesehen.

Zielgruppe: Männer, die Sex mit anderen Männern praktizieren

„...Die Natur kennt keine scharfen Einteilungen. Nur der Mensch erfindet Kategorien und versucht die Wirklichkeit in verschiedene Schubfächer zu zwingen.“ (vgl. Kinsey, 1948, S. 238).

Kinsey führte diese Überlegungen zur menschlichen Sexualität weiter aus: „Man könnte über diese Dinge wesentlich präziser nachdenken, wenn Menschen nicht als heterosexuell oder homosexuell bezeichnet würden, sondern als Individuen mit einer bestimmten Anzahl heterosexueller Erfahrungen und einer bestimmten Anzahl homosexueller Erfahrungen. Statt diese Begriffe als Hauptwörter zu verwenden, mit denen Personen bezeichnet werden, oder als Adjektive, die Menschen beschreiben, sollten sie eher dazu verwandt werden, die Form der sexuellen Beziehung oder die Stimuli, auf die ein Mensch erotisch reagiert, zu charakterisieren“ (vgl. Kinsey, 1948, S. 387).

Diesen Überlegungen zufolge haben Kinsey und seine Mitarbeiter zur Klärung des Sachverhalts eine siebenteilige Skala entwickelt, die das Verhältnis von heterosexuellem zu homosexuellem Verhalten in der Bevölkerung messen sollte. An einem Ende der Skala (Kategorie 0) sind ausschließlich heterosexuelle Erfahrungen eingeordnet, am anderen Ende (Kategorie 6) sind ausschließlich homosexuelle Erfahrungen eingeordnet. Zwischen diesen beiden Extremen liegen unterschiedliche Ausmaße sowohl heterosexueller als auch homosexueller Erfahrungen (Kategorien 1-5). Es ergibt sich so die folgende Einteilung:

Kategorie 0: Ausschließlich heterosexuelles Verhalten,
Kategorie 1: Überwiegend heterosexuelles, gelegentlich homosexuelles Verhalten,
Kategorie 2: Überwiegend heterosexuelles, jedoch häufiger als gelegentlich homosexuelles Verhalten
Kategorie 3: Heterosexuelles und homosexuelles zu gleichen Teilen
Kategorie 4: Überwiegend homosexuelles, jedoch häufiger als gelegentlich heterosexuelles Verhalten
Kategorie 5: Überwiegend homosexuelles, gelegentlich heterosexuelles Verhalten
Kategorie 6: Ausschließlich homosexuelles Verhalten

Nach der Theorie von Kinsey war die Beziehung zwischen Homosexualität und Heterosexualität als kontinuierlich, nicht als säuberlich trennbar anzusehen. Individuen konnten auf dem Kontinuum auf - und abwandern, je nachdem, welche neuen Akte der beiden Arten sie vollzogen. Die entsprechende Einordnung erfolgte über ein Korrelat aus der Anzahl tatsächlicher Erfahrungen und den psychischen Reaktionen, und zwar für jedes einzelne Lebensjahr, über das Daten vorlagen.

Kinsey bekämpfte den wohletablierten theoretischen Glauben, daß Personen mit erheblichen gleichgeschlechtlichen erotischen Erlebnissen eine einheitliche Kategorie darstellten mit vergleichbarer psychologischer oder biologischer Biographie, und sie bei der Wahl von Sexualpartnern ausschließlich oder hauptsächlich von deren Geschlechtszugehörigkeit bestimmt wurden.

Kinsey`s größter Beitrag lag möglicherweise in seinem Bruch mit der traditionellen psychoanalitisch-psychiatrischen Auffassung, daß Homosexualität ein Persönlichkeitsmerkmal sei. Statt dessen zeigte er, daß sie weltverbreitet und in einem tieferen Sinne natürlich und „normal“ war (vgl. Kinsey, 1948). Diese neue Sichtweise lieferte die Basis für die frühen Stadien der Schwulenbewegung und auch für neue Forschungsprogramme, die dem Glauben an die psychologische und soziale Homogenität der Kategorie „Homosexuelle“ widersprachen.

Der amerikanische Sexualtherapeut Fritz Klein versuchte, die Kinsey-Skala zu erweitern und konstruierte deswegen ein „Raster der sexuellen Orientierung“ mit sieben Variablen, geteilt in drei Dimensionen (vgl. Klein, 1990). In jedes der so entstehenden 21 Felder ist eine der Kinsey`s Skala entlehnten Zahlen von 1 bis 7 einzutragen (bei Kinsey entspricht dies den Zahlen 0-6) (vgl. Klein, 1990, S. 69). Das vollständig ausgefüllte Raster zeigt ein sehr differenziertes, individuelles Bild, das sich auch in größeren Gruppen kaum jemals exakt wiederholt (Tabelle 5).

Tabelle 5: Raster der sexuellen Orientierung nach Klein

Variablen	Vergangenheit	Gegenwart	Ideal
A. Sexuelle Anziehung			
B. Sexualverhalten			
C. Sexuelle Phantasien			
D. Emotionale Vorliebe			
E. Soziale Vorliebe			
F. Selbstidentifizierung			
G. Hetero/Schwuler Lebensstiel			

Auch das Raster von Klein macht die Vielfalt der sexuellen Orientierungen anschaulich.

Als diese Theorien und Ergebnisse zum erstenmal veröffentlicht wurden, erregten sie in der Gesellschaft viele Diskussionen und Auseinandersetzungen. Viele Menschen waren nicht dazu geneigt, die große Anzahl der berichteten homosexuellen Kontakte zu akzeptieren.

So werden weiterhin religiöse Glaubensvorstellungen, juristische Grundsätze und psychiatrische Theorien die Menschen mit anderen sexuellen Vorlieben unterdrücken und diskriminieren. Angesichts der Tatsache, daß das Wort „homosexuell“, unpräzise, irreführend und letztendlich unzutreffend ist, ist es unmöglich, irgendwelche Verallgemeinerungen über diese Menschen zu treffen.

Es bleibt zu hoffen, daß die Diskriminierung von Homosexuellen ein baldiges Ende findet. „Sexuelle Orientierung sollte ebensowenig wie Geschlecht, Rasse, Religion und Nationalität ein Grund sein, irgendjemanden gleiche Rechte zu versagen...Letztendlich kann die Befreiung von Homosexuellen und Heterosexuellen nur darin liegen, daß jedes Etikett abgelegt und jedem die Freiheit zugestanden wird, seine eigenen sexuellen Fähigkeiten zu entwickeln, wo immer sie liegen mögen“ (vgl. Haeberle, 1987, S. 497).

Seit seiner Entdeckung ist AIDS keine gewöhnliche Krankheit. AIDS galt und gilt als eine Krankheit der Stigmatisierten. Die Mechanismen, welche dazu führen, dieser Krankheit einen minderwertigen Ruf einzutragen,[22] hat S. Sontag versucht zu beschreiben (vgl. auch 2.): „Kriegsmetaphern bewirken die Stigmatisierung bestimmter Krankheiten, damit aber die Stigmatisierung der an ihnen Erkrankten“ (vgl. Sontag, 1988). Das führte dazu, daß die bereits vorher Stigmatisierten, erkrankten sie an AIDS, einem zweiten Stigmatisierungsprozeß unterworfen wurden. Mit dem Problem AIDS wurden und werden auch subjektiv und objektiv gesunde Männer mit gleichgeschlechtlichen Sexualkontakte in Berührung gebracht, einfach deswegen, weil sie einer gesellschaftlichen Minderheit angehören, die jetzt als Risikogruppe etikettiert wird (vgl. Dannecker, 1990).

Auf diesem gesellschaftlichen Hintergrund versuchen einige bulgarische NGO-s (GD-Info, Gemini) durch entsprechende Informationen und Veranstaltungen eine Basis für wirksame AIDS-Prävention zu schaffen;

Es gibt Hinweise, daß das Verhalten der jungen heterosexuellen Bevölkerung gegenüber den Männer, die Sex mit anderen Männer praktizieren, sich positiv entwickelt hat;

Trotzdem hat die Abneigung und die Stigmatisierung den größeren Anteil. Das behindert die Entwicklung entsprechender Umstände für Safer Sex;

Die Initiativen der NGO-s sind aber unzureichend, sporadisch und unvorbereitet. Es fehlt das nötige Geld für Präventionsmaterialien und hauptamtliche Mitarbeiter;

Der Direktor des Nationalfernsehens hat offiziell den Mangel an Verständnis für die Probleme der Menschen mit homosexuellem Verhalten beklagt.

[22] Ein Ruf, der das Leiden der an AIDS Erkrankten noch verschlimmert.

Zielgruppe: Weibliche und männliche Prostituierte und ihre Freier

Obwohl in jeder Gesellschaft eine Nachfrage nach prostitutiven Dienstleistungen besteht, ist Prostitution in der Regel ein Tabuthema. Das Anbieten sexueller Dienstleistungen gilt als unzüchtig und unmoralisch, Frauen und Männer, die Geld dafür nehmen, sind mit einem Stigma behaftet.

Während sich professionelle Prostituierte in Deutschland durch ein ausgeprägtes Gesundheitsbewußtsein und das konsequente Arbeiten mit Kondomen auszeichnen, führen die unsicheren und konkurrenzverstärkenden Arbeitsbedingungen in Bulgarien dazu, daß Prostituierte und Stricher eine konsequente Kondombenutzung nicht immer durchsetzen können. So sind die Prostituierten einem erhöhten HIV-Risiko ausgesetzt, weil viele Freier - trotz Kenntnis der Infektionsrisiken - immer noch Kondome ablehnen und für ungeschützten Geschlechtsverkehr höhere Preise bezahlen.

Entscheidend für die Durchsetzung von Safer Sex sind neben der Kenntnis über eine mögliche Gefährdung und dem richtigen Umgang mit Kondomen und Gleitmitteln insbesondere die Eigenständigkeit der Prostituierten und der Stricher und ihre Entscheidungsfreiheit, sowohl Freier als auch riskante Sexualpraktiken abzulehnen. So werden Frauen und Männer, die keine andere Möglichkeit haben, Geld zu verdienen und gezwungen sind, eine bestimmte Summe ihres Verdienstes an Zuhälter abzuführen, kondomunwilligen Freiern eher Zugeständnisse machen.

Die logische Folge dieser Überlegungen ist die Tatsache, daß die Prostituierten und die Stricher in Osteuropa einem höheren Risiko im Vergleich zu Westeuropa ausgesetzt sind.

Die Statistik und einige Untersuchungen zeigen (Bulgarisches AIDS-Zentrum), daß das HIV-Infektionsrisiko bei den Straßenprostituierten, die intravenös Drogen gebrauchen, am größten ist. Diejenigen, die über Beschaffungsprostitution ihren Stoff finanzieren sind eine besonders schwer zu erreichende Gruppe. Heroinprostitution steht in der Hierarchie der Erwerbsprostitution an unterster Stelle. Die Prostituierten und die Stricher müssen im Untergrund bleiben, um nicht gefaßt zu werden. Für sie bleibt der Autostrich, um beweglich zu bleiben und notfalls Razzien zu entgehen. Sie sind darauf angewiesen, schnelles Geld zu machen. Der Arbeitsaufwand und die Preise richten sich nach dem Marktpreis des Heroins und der zu verbrauchenden Tagesmenge.

Die Gefahr besteht, daß Fixer/innen auf Entzug sich eher von Freiern mit extremen Wünschen oder ohne Verständnis für Safer Sex bewegen lassen, ungeschützt Geschlechtsverkehr zu betreiben, um das Geld für Heroin zu beschaffen.

Die Situation in der Heroinprostitution erleichtert es Freiern also, Prostituierten und Strichern ihre Wünsche aufzuzwingen, da sie sich im ungeschützten Rahmen - außerhalb des Bordells, ohne Zuhälter und ohne gesetzlichen Schutz - bewegen.

Die Präventionsbotschaften an Prostituierte und Stricher in Bulgarien sind unzureichend und werden nur sporadisch gesendet. Der Grund ist, wie das Gesundheitsministerium offiziell verkündet, das Fehlen von Finanzmitteln.

Zielgruppe: Die Menschen im Strafvollzug

Für die GefängnisärztInnen hat das Gesundheitsministerium einen Ausbildungskurs zu den Problemen der HIV-Infektion organisiert.

Die Gefängnisbedingungen erlauben kein Safer-Sex-Verhalten. 20-30 Menschen sind meistens in einer Zelle inhaftiert; gleichgeschlechtliche Sexualkontakte sind üblich - oft in Form von Gewalt.

Während des Gefängnisaufenthalts werden keine Kondome zur Verfügung gestellt.

Es gibt keine Anlagen zum Tausch der beim intravenösen Drogenkonsum gebrauchten Spritzen, sowie keine Möglichkeit zur Nadelsterilisierung.

Das Nationalzentrum für Drogen beabsichtigte die Durchführung einer Untersuchung des HIV-relevanten Risikoverhaltens im Strafvollzug, was aber nicht erfolgte.

Zielgruppe: Die Armee

ArmeeärztInnen[23] haben ein konkretes Programm zur AIDS-Prävention in der Armee vorbereitet und zum Teil durchgeführt. Das Projekt ist am Fehlen der Finanzmittel gescheitert.

Das Gesundheitsministerium behauptet, daß die Neuankömmlinge in der Armee mit Basisinformationen zu Safer Sex und HIV/AIDS versorgt werden. Nach unseren Informationen wurden aber diese Schulungen nicht durchgeführt.[24]

Zielgruppe: Die ethnischen Minderheiten

Im Zentrum für Gesundheitsprävention wird ein Aufklärungsprojekt für Roma und Sinti vorbereitet, das die Spezifika ihrer religiösen und gesellschaftlichen Einstellungen berücksichtigt. Aus diesem Grund wurden viele Kontakte zu Roma- und Sintivereinen hergestellt. Außerdem werden freiwillige junge Roma in der AIDS-Prävention geschult.

Die Schwierigkeiten liegen im Koordinationsmangel zwischen den verschiedenen Roma- und Sintivereinen. Ein Problem ist auch die fehlende Erfahrung seitens der Verantwortlichen im staatlichen Bereich in der Arbeit mit den ethnischen Minderheiten.

Wie in fast allen Bereichen existiert auch hier ein großer Geldmangel.

---

[23] Hier denke ich besonders an Dr. Wrabtschev
[24] Nach Informationen vom Armeechefarzt, Dr. Wrabtschev

B. Frühdiagnostik der Geschlechtskrankheiten

In Bulgarien ist schon seit Jahren das freiwillige Screening für sexuell übertragbare Krankheiten gewährleistet. Man hat Tests für Chladimien aus dem Ausland importiert und sie in vier Zentren im Lande (ELISA), sowie in einem Zentrum in Sofia (ELISA, PCR) verteilt. Dabei dürfen nur die Fachvenerologen offizielle Stellungnahmen zur Behandlung von Syphilis abgeben.

Die Schwierigkeiten liegen in der Qualitätskontrolle der durchgeführten Untersuchungen in vielen Dermatologisch-Venerologischen Instituten, da sie unregelmäßig durchgeführt werden. Außerdem zeigen manche Tests eine niedrige Sensibilität und können deshalb als unsicher gelten. Die Antibiotika, die zur Verfügung stehen, sind auch sehr unzureichend.

Die Probleme, die die sexuell übertragbaren Krankheiten im zwischenmenschlichen Bereich mit sich bringen, liegen nach der Meinung der Experten vorwiegend in der mangelnden Bereitschaft der infizierten Personen, die Sexualpartner über ihre Krankheit aufzuklären.

Eine interessante Studie zu den sexologischen Problemen, die Syphilis mit sich bringt, ist die Dissertation von Prof. Dr. G. Spirov. Obwohl sein Arbeitsthema „Forschungen zu der Epidemiologie, klinische Behandlung und Prävention der Syphilis in Bulgarien“ schon seit mehr als 10 Jahren abgeschlossen ist, sind einige seiner Ergebnisse für die heutige epidemiologische Situation in Bulgarien noch gültig (vgl. Spirov, 1983).

Prof. Spirov hat die Dynamik der Syphilisprävalenz nach Landesregionen für den Zeitraum 1978 - 1982 untersucht. Seine Ergebnisse führen zu der These, daß wenn die Geschlechtskrankheiten ein öffentliches Problem sind, gilt es, ihnen mit technisch-organisatorisch optimalen Maßnahmen zu begegnen. Stigmatisierungen, Schamhaftigkeiten und Moralisierungen haben hier keinen Platz.

3.1.2. Prävention der HIV-Übertragung auf Blutwegen.

A. Bluttransfusionen.

Das für die Blutransfusionen in den chirurgischen Abteilungen in Bulgarien erforderliche Blut stammt vom Nationalzentrum für klinische Transfusionshämatologie, wo das Blut vor der Weitergabe getestet wird. Im Jahre 1993 hat man ein modernes Transfusionszentrum in der Militärakademie in Sofia eröffnet. Bei Bedarf kann dieses Zentrum Blutprodukte auch für Zivilistenkrankenhäuser gewährleisten. Mit der sozialen Prävention der HIV-Infektion bei Bluttransfusionen und Blutspenden beschäftigt sich das Rote Kreuz/Bulgarien. Die Organisation, die auch eine Jugendabteilung hat, entwickelt und verbreitet Informationsblätter und -broschüren vorwiegend für Blutspender.

Die Probleme sind vielfältig:

- In den Ausbildungsprogrammen für zukünftige Mediziner ist kein spezieller Bluttransfusionskurs vorgesehen, obwohl einige Fachbücher für Transfusion, die von der WHO und anderen ausländischen Organisationen herausgegeben worden sind, von Spezialisten aus dem Nationalzentrum für klinische Bluttransfusion ins Bulgarische übersetzt wurden. Die im Jahre 1991 vom Gesundheitsministerium geplante Schulung für Spender zu den Problemen der HIV-Prävention ist aus organisatorischen Gründen gescheitert.

- Es fehlt an Angaben über die tatsächlichen Transfusionskosten.

- In den Jahren 1990 bis 1995 ist die Zahl der Blutspender um 50% gesunken.

- Das Budget des Roten Kreuzes ist für die landesweite Informationsweitergabe unzureichend.

- Als Ergebnis einer Transfusion mit nicht-testiertem Blut hat sich 1995 in Dobritsch[25] ein junger Hämophiliker mit dem HI-Virus infiziert. Sonst ist kein Fall einer Transfusion mit HIV- infiziertem Blut bekannt. Unter den letzten 50000 getesteten Blutspendern hat man nur 4 HIV-positive Personen entdeckt. 30% aller Blutspender im Jahre 1994 haben zum ersten Mal Blut gespendet.

- Es gibt Hinweise über nicht-testiertes Spenderblut, das in Notfällen von Verwandten des Patienten entnommen wurde.

B. HIV-Prävention bei intravenösem Drogengebrauch

Die Anzahl der Bulgaren, die regelmäßig oder gelegentlich Drogen gebrauchen liegt bei etwa um 100.000 Menschen (vgl. Bakalov & Tanev, 1995). Allein die Personen, die intravenös Drogen spritzen sind zwischen 18 000 und 20 000. Nach soziologischen Angaben (Zentrum für Gesundheitsprävention) sind es meistens Jugendliche, wobei jeder vierte Schüler in Bulgarien schon Drogen probiert hat (Sofia liegt prozentuell noch höher). Die Anfänger sind meistens zwischen 14 und 16 Jahre alt, und die Experten vermuten, daß das Alter der Einsteiger weiter sinken wird.

In Bulgarien gibt es keine politische Verantwortung und stabile Nationalpolitik im Hinblick auf den Drogengebrauch.

In vielen Apotheken ist man nicht geneigt, Spritzbestecke an die Drogengebraucher zu verkaufen.

Es wird keine Präventionsinformation zu Safer Use und Safer Sex für die Junkies gewährleistet.

[25] eine Stadt im Nord-Westen Bulgariens.

Das vorbereitete Programm für Methadonbehandlung in Sofia, Burgas und Varna wartet immer noch auf die offizielle Bestätigung seitens des Gesundheitsministers.

In Sofia hat man ein gemeinsames Projekt für nähere Informationen zu den Drogen und zum Drogengebrauch für das ganze Land entwickelt.[26] Unklar ist aber aus welchen Mitteln der Projekt finanziert werden kann und wann es starten soll.

Ein weiteres Problem ist die Tatsache, daß die zukünftigen Spezialisten im Drogengebrauch nur im medizinischen Wissen ausgebildet und die sozialen und psychologischen Fragen nicht berücksichtigt werden. Die Behandlung der Drogenabhängigen wird meistens in nicht geeigneten psychiatrischen Kliniken durchgeführt, wobei auch das Pflegepersonal mit den Problemen der Drogengebraucher überhaupt nicht vertraut ist.

C. Gewährleistung von sterilen Bedingungen bei Injektions-, Haut- und Chirurgie-interventionen.

Es sind Lehrmittel für universelle Schutzvorkehrungen gegen eine möglichen HIV-Blutinfektion im medizinischen Bereich vorhanden.

Im Gesundheitswesen des ganzen Landes werden nur sterile Spritzen und Geräte benutzt.

Für die Beschäftigten im Gesundheitswesen steht eine kostenlose Impfung für Hepatitis-B zur Verfügung. Außerdem wurde in Bulgarien seit 1991 eine Massenimpfung der Neugeborenen gegen Hepatitis-B eingeführt.

Die hohe Rate an HBsAg-Positivität unter den Blutspendern (3,7%), dem Personal in medizinischen Labors (31,9%), den Abteilungen für Infektionskrankheiten (15%) und den Abteilungen für Hämodyalise kann als Faktor für die Nichteinhaltung der Präventionsvorschriften verstanden werden.

Im allgemeinen haben die Mediziner (Chirurgen, Gynäkologen, Zahnärzte) Angst vor dem professionellen Risiko bei Operations- oder Injektionsprozeduren von HIV-Positiven und AIDS-kranken Personen.

3.1.3. Prävention der prä- und perinatale Weitergabe der HIV-Infektion

Es stehen Beratungsangebote und auf Wunsch die Möglichkeit zur Durchführung eines HIV-Tests für schwangere Mütter zur Verfügung.

Die Bulgarische Assoziation für Familienplanung hat Beratungsangebote in zwei Kliniken in Sofia und in fünf Kliniken im übrigen Inland eingeführt. Die Beratung schließt auch die AIDS-Prävention ein.

Nur fünf HIV-infizierte Mütter haben Kinder zur Welt gebracht, wobei ein Kind auch seropositiv ist.

[26] Das Projekt ist vom Institut für Hygiene und Epidemiologie in Zusammenarbeit mit einigen sofioter Schulen vorbereitet.

Abtreibungen sind in Bulgarien seit 1956 offiziell erlaubt, und daher liegt die Entscheidung allein bei den Eltern, ob sie das Risiko einer möglichen HIV-Infizierung vor oder bei der Geburt des Kindes eingehen wollen.

Trotzdem sind die Probleme in diesem Bereich unübersehbar. Die unzureichenden Kenntnisse über das professionelle HIV-Infektionsrisiko und die manchmal nicht ausreichenden vorhandenen Schutzmittel (Gummihandschuhe, steriles Interventionsbesteck) in den medizinischen Einrichtungen bewirken große Bedenken und Ängste beim medizinischen Personal, was negative Auswirkungen bei den Behandlungen HIV-positiver Mütter zur Folge haben kann.

3.2. Bemühungen um Akzeptanz von HIV-Positiven und AIDS-Kranken durch die Gesellschaft.

Im Jahre 1986, als der erste Fall einer HIV-Infektion in Bulgarien[27] entdeckt wurde, ist eine spezielle Abteilung im Krankenhaus für Infektionskrankheiten und Parasitologie eröffnet worden. Das ist das einzige Zentrum, das stationäre Therapie der HIV-Positiven und AIDS-Kranken ermöglicht. Ein effektives System für stationäre und ambulante Behandlung ist eingeführt worden. In dieser Hinsicht hat man auch Protokolle für die neudiagnostizierten seropositiven Personen entwickelt, die der klinischen und imunologischen Beobachtung dienen.

Die Ärzte und die Krankenschwestern sind gut ausgebildet. Die volle medizinische Versorgung der Patienten, sowie die Reisekosten zu diesem Zentrum werden vom Staat übernommen. Im AIDS-Zentrum wird mit modernen Methoden zur Diagnostik von Pneumocystis carinii und anderen Parasiten und Bakterien Fungialpathogenese durchgeführt. Das Medikament Zidovudine stand aufgrund von Finanzproblemen nur für die Behandlung von zehn Patienten zur Verfügung.

Seit 1986 ist die stationäre Behandlung für 92 HIV-positive Personen aus dem ganzen Land gewährleistet, wobei die Anzahl der Patienten, die gleichzeitig behandelt werden, zwischen 1 und 6 variiert. Es fehlen aber Bedingungen für die ambulante Therapie, und die ganze Arbeit basiert auf der stationären Therapie. Die HIV-Positiven und die AIDS-Kranken haben große Schwierigkeiten gynäkologische, chirurgische und zahnmedizinische Hilfe zu bekommen. Trotz des von der WHO geschenkten Bronchoskops wird keine Bronchoskopie zur Diagnostik von Lungenbeschwerden durchgeführt. In diesem Sinne ist das Niveau der Krankenhausbehandlung und die Versorgung mit Medikamenten und Apparatur abhängig von dem aktuellen Finanzbudget der Abteilung.

Die medizinische Fachkräfte, die im AIDS-Bereich arbeiten, haben die Chance Stipendien zu erhalten und an internationalen Konferenzen teilzunehmen.

Im AIDS-Zentrum und in der AIDS-Abteilung im Krankenhaus für Infektionskrankheiten und Parasitologie werden Fachberatungen für Menschen, die mit HIV/AIDS leben und ihren Verwandten angeboten. Das Ziel ist die Akzeptanz der Infektion/Krankheit sowie dem Erlernen von Safer Sex-Praktiken.

[27] Das waren Ärzte von der Einrichtung für Intensivtherapie im Krankenhaus für Infektions- und Parasitenkrankheiten in Sofia

In Bulgarien ist die Vorgehensweise bei den HIV-Tests angeglichen an den internationalen Menschenrechte. Außerdem wird versucht mit sporadischen Medienkampagnen (bisher aber ohne großen Erfolg) die Disskriminierungseinstellungen gegenüber den HIV-Positiven, AIDS-Kranken und den Gefährdeten zu beseitigen.

3.3. Koordinierung, Organisation und Finanzen.

Trotz den erheblichen sozio-ökonomische Veränderungen und dem häufigen Wechsel der Regierungen in Bulgarien, wird die AIDS-Prävention dank den Bemühungen und den individuellen Kenntnissen einiger verantwortlichen Spezialisten weiter durchgeführt. Eine AIDS-Kommission[28] bemüht sich, Koordination und Planung der Tätigkeiten und der Maßnahmen zu den Problemen von HIV/AIDS zu gewährleisten[29]. Der Leiter der Abteilung für Infektionskrankheiten beim Gesundheitsministerium ist zum Hauptkoordinator der AIDS-Programme gewählt worden, wobei er durch einen Epidemiologen unterstützt wird.

Probleme bereiten der Mangel an formellen Mechanismen zu routineförmigen Kontrolltätigkeiten, zum Fundrasing und zum Nachweis der durchgeführten Arbeiten und Forschungen sowie der nötigen/ausgegebenen Finanzmittel.

Die Arbeit im Bereich der AIDS-Prävention wird hauptsächlich durch Gelder aus dem Jahresbudget des Gesundheitsministeriums finanziert.[30]

Die folgende Tabelle gibt eine Übersicht über die Finanzquellen für das Präventions- und Behandlungsprogramm seit 1986 (Tabelle 6):

Tabelle 6: Finanzmittel für die Arbeit im AIDS-Bereich in Bulgarien.

Finanzquellen	1986-1989	1990-1992	1993	1994	1995
Regierung	$ 22 047 000	___	$ 349 826	$ 400 000	$ 500 000
WHO	___	$ 51 900	$ 28 400	$ 30 000	$ 15 200
Gesamtsumme	$22 047 000	$ 51 900	$ 378 226	$ 430 000	$ 515 200

[28] In dieser Kommission sind Experten aus den Bereichen der Virologie, Gesundheitsprävention, Venerologie, klinische Versorgung, Epidemiologie tätig.
[29] Die Kommission wurde nach der Auflösung des AIDS-Programmkommitees im Jahre 1992 geründet.
[30] Im Budget des Gesundheitsministerium für 1995 wurde auch eine spezielle Budgetlinie für den Kauf von Zidovudine zur Behandlung von zehn AIDS-Kranken vorgesehen.

Die meisten Maßnahmen sind im Budget des Gesundheitsministeriums mit einer starken biomedizinischen Richtung vorgesehen. Damit wird der Schwerpunkt der Arbeit auf die sekundäre und tertiäre Prävention gesetzt und die primäre Prävention vernachlässigt. Außerdem existieren keine speziellen Finanzberichte für die Bestimmung der tatsächlichen Ausgaben zu den einzelnen Aufgaben im AIDS-Programm sowie keine Aufteilung der Finanzen nach spezifischen Bereichen der AIDS-Arbeit (Behandlung, Prävention, Tests usw.)

In Bulgarien werden keine Versuche zur Abschätzung und Bestimmung des finanziellen Bedarfs für die gegenwärtige und zukünftige Arbeit im AIDS-Bereich der staatlichen und nicht-staatlichen Organisationen gemacht, was zu Planungslosigkeit sowie zum Mangel an Finanzmitteln für bestimmte Bereiche führt.

4. Die Rolle der Medien in der AIDS-Problematik

In allen Gesellschaften ist die Sexualität, ihre Formen, sowie die Modalitäten ihrer Ausübung ein gesellschaftlich vermittelter Prozeß oder anders gesagt, an „soziale Codes“ gebunden. Die Frage nach der größeren Freiheit im Umgang mit dem Sexus stellt sich auf zwei Ebenen: auf der Ebene der gesellschaftlichen Strukturen und auf der Ebene der sozialen Akteure.

Mit der Welle von Liberalisierungsprozessen, die aus den 60-er Jahren resultiert, haben sich die allgemeinen Moralstrukturen gelockert. In unserer Gegenwart vollzieht sich eine Entwicklung, die als Übergang zur „selbstzuentscheidenden“ Sexualmoral beschrieben wird. Sie beruht darauf, daß im Zuge der Entwicklungsdynamik der heutigen Gesellschaft die Sexualität selbst, in ihren verschiedenen Formen, zur Ware wird. Dieser Prozeß beschleunigt sich immer mehr und erhält einen gewaltigen Schub durch die weltweite Ausweitung der Medien.

Die Medien, die aus ökonomischen Gründen unter dem Zwang stehen, hohe Auflagen und Einschaltquoten zu erzielen, treiben einerseits die künstliche Sexualisierung vieler Lebensbereiche voran und versuchen andererseits gezielt, die HIV- und AIDS-Problematik als Skandal zu erfassen und vorzustellen. Das wichtigste Auswahlkriterium dabei ist: Schlechte Nachrichten sind gute Nachrichten (vgl. Bleibtreu-Ehrenberg, 1989), denn das Publikum erwartet von den Medien, daß sie vor Gefahren warnen, andererseits aber auch unterhalten, und das am liebsten gleichzeitig.

Diese Tatsache ist besonders ungünstig und auch gefährlich, weil die Vorurteilsforschung schon vor Jahrzehnten darauf hingewiesen hat, daß Stereotype vor allem von den Massenmedien verbreitet werden. So wird AIDS als eine Krankheit traditioneller Randgruppen suggeriert, gegen die Vorurteile und Abscheu zu haben verständlich erscheint. Die Art und Weise, wie statt professioneller Information Desinformation, statt Verständnis für die Probleme der Betroffenen Schuldzuweisungen gegen sie verbreitet werden, sind weltweit ähnlich. So werden meistens Vermutungen oder vorläufige Theorien, die AIDS betreffen, als Wahrheiten ausgegeben, moralische und medizinische Problemfragen vermischt und Rassismus, Fremdenhaß und sexistische Vorurteile wiederbelebt. Welche Schwerpunkte sich die jeweilige Landespresse bei der AIDS-Berichterstattung aussucht, ist von den historischen Erfahrungen und kulturellen Traditionen der betreffenden Staaten abhängig.

Zu den rassistischen, religiösen und ethnozentrischen Vorurteilen, die durch AIDS aktualisiert werden, treten noch die politischen. Mitte der 80-er Jahre veröffentlichte die kommunistische Regierungspresse in Bulgarien die These, AIDS entstamme einem US-Genlabor, wo man zum Zwecke der virologischen Kriegführung damit experimentiert habe. Keiner hat diese Anschuldigung später offiziell zurückgezogen.

Nach der Wende 1989 in Bulgarien, als die Begriffe „Risikofaktor“ und „Risikogruppen“ publik wurden, fing man an, auch über die „moralischen“ und sozialen Seiten von AIDS zu diskutieren. Zunächst brandmarkte man die Berufsmatrosen, die sich auf die langen Seefahrten bei ausländischen Prostituierten infiziert und den HI-Virus ins Land geholt hatten, als Hauptsünder. Außerdem hat man berichtet, daß AIDS fast nur homosexuelle Männer in den USA trifft, so daß die „normale“ heterosexuelle Allgemeinbevölkerung beruhigt sein könne.

Zeitweilig beschuldigen manche Medien die ausländischen Touristen, durch ihren Sextourismus in Bulgarien „unschuldige“ bulgarischen Frauen und Männer zu infizieren.

Während die verschiedenen Medien über die Realität berichten, konstruieren sie sie. Insgesamt betrachtet, haben die Medien die Panik um AIDS als eine fortwährende, in ihrer Richtung aber variierenden Bedrohung der sozialen Ordnung geschildert. Alles drehte sich überwiegend um „neuentdeckte“ Ansteckungswege, von denen sich bisher immer rasch herausgestellt hat, daß es keine waren, sowie um neuerfundene AIDS-“Gefährdungen“. Galt AIDS in Bulgarien Mitte der 90-er Jahre als „Matrosenkrankheit“, entwickelte es sich während eines gewissen Abstufungsprozesses beim Publikum zu anderen immer umfassenderen Bedrohungen weiter. Zuerst durch eine Palette neu entdeckter, teilweise phantasierter Übertragungsmöglichkeiten: Blut, Blutprodukte, Mücken, Speichel, Orgien, Promiskuität, schließlich den ganz normalen Heterosex; dann von Homosexuellen als Überträger der Infektion auf Bisexuelle; Drogenabhängige; afrikanische Studenten; Prostituierte und endlich der normale Alltagskontakt. Keine Zeitung oder staatliche Instanz hat es bisher fertiggebracht, für wenigstens einige der vordem beschriebenen Gefahren, deutlich und ausdrücklich offiziell „Entwarnung“ zu signalisieren, etwa für das Küssen, obwohl eine solche angstabbauende Information inzwischen wirklich sachlich zu rechtfertigen ist.

Diese gegensätzlichen Meldungen, aber auch die widersprüchliche Mißverständnisse und das fehlende Interesse seitens der Verantwortlichen in den Medien und in der Regierung, haben dazu geführt, daß die Mehrheit der Bevölkerung sich mittlerweile daran gewöhnt hat, AIDS nach den ersten Medienberichten, heute nicht mehr für so wichtig zu erachten.

III. AIDS-Prävention in Deutschland am Beispiel der AIDS-Hilfen

Die fortschreitende Ausbreitung der HIV-Infektion gab vielen Menschen in Deutschland Anlaß, sich in einer AIDS-Hilfe zu engagieren oder, falls keine vor Ort war, eine zu gründen. Von 1987 bis 1995 hat sich die Zahl der örtlichen AIDS-Hilfen in der Bundesrepublik von 41 auf ca. 171 erhöht. Heute besteht ein flächendeckendes Netz dieser Einrichtungen in der Bundesrepublik, wobei in vorwiegend ländlicher Umgebung, wie z.B. im Süden Baden-Württemberg oder in Bayern, die Dichte geringer ist. In der Regel sind die AIDS-Hilfen eingetragene gemeinnützige Vereine und arbeiten selbständig.[31]

Die Deutsche AIDS-Hilfe e.V.

Die „Deutsche AIDS-Hilfe“ (DAH) ist die Dachorganisation der 140 örtlichen AIDS-Hilfen, die ordentliche Mitglieder in der DAH sind. Daneben gibt es noch ca. 400 Fördermitglieder.

Der DAH steht ein fünfköpfiger , ehrenamtlicher Vorstand vor. Der Vorstand wird unterstützt, bekommt Anregungen und Vorschläge vom „Beirat“, in dem jeweils ein Vertreter aller örtlichen AIDS-Hilfen eines Bundeslandes und Berlins präsent ist. Die DAH sieht sich als übergeordnetes Organ der einzelnen örtlichen AIDS-Hilfen, kennt aber nur noch begrenzt die Situation der einzelnen AIDS-Hilfen vor Ort. Gründe dafür sind die räumliche Entfernung und die unterschiedlichsten regionalen Gegebenheiten und Strukturen einzelner AIDS-Hilfen.

Die DAH vertritt die örtlichen AIDS-Hilfen politisch, indem sie Kontakt zur Bundesregierung aufnimmt, Mitglied in verschiedenen Kommissionen, z.B. im Nationalen AIDS-Beirat, ist, Konzeptionspapiere erstellt oder in den bundesweiten Medien Position bezieht. Wichtig ist die DAH auch für die einzelnen AIDS-Hilfen als Hersteller und Verteiler von Informationsmaterialien.

Des weiteren unterstützt die DAH die örtlichen AIDS-Hilfen bei der Mitarbeiterschulung, indem sie eigene Seminare anbietet bzw. die Kosten dafür übernimmt und Schulungsvideos für Betreuer zur Verfügung stellt.

Die örtlichen AIDS-Hilfen

Die AIDS-Hilfen entfalten ihre Tätigkeit vorwiegend über ehrenamtliche Mitarbeiter, auf die sich aber auch hauptamtliche Mitarbeiter stützen können. Viele der Mitarbeiter können eine akademische Ausbildung als Sozialarbeiter aufweisen. Diese Spezialisierung macht den besonderen Bedarf deutlich, den die AIDS-Hilfen gerade im Hinblick auf die Lösung von Realproblemen, im sozialen Raum zu decken haben.

[31] Während meines Praktikums an der D.A.H.im Frühjahr ’94 habe ich einen guten Überblick über die Organisation und die Präventionsstrategie der AIDS-Hilfen bekommen, und deshalb erlaube ich mir, im folgenden ihre Arbeit vorzustellen.

Die meisten AIDS-Hilfen können selbst keine Arbeitskräfte bezahlen. Somit laufen viele Arbeitsverhältnisse über Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen, kurz ABM, der Arbeitsämter. Erst dadurch ist es möglich, den Einsatz von hauptamtlichen Mitarbeitern zu realisieren; doch sind die Nachteile von ABM-Stellen nicht unerheblich: Hauptamtliche Mitarbeiter können nicht von der AIDS-Hilfe selbst auf dem freien Arbeitsmarkt gesucht werden, sondern der AIDS-Hilfe werden vom Arbeitsamt Bewerber zugewiesen. Das Arbeitsamt bietet für eine ABM schwer vermittelbare Bewerber an. Ein weiterer Nachteil sind die befristeten Arbeitsverträge von Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen, da man in diesem sensiblen und neuen Aufgabengebiet Zeit braucht, sich einzuarbeiten, Vertrauen zu gewinnen, akzeptiert zu werden und die sehr persönliche Arbeit nur durch Kontinuität in der Person stabilisiert werden kann.

Das Aufgabengebiet der hauptamtlichen Mitarbeiter ist vielseitig, und von AIDS-Hilfe zu AIDS-Hilfe werden unterschiedliche Schwerpunkte gesetzt. Sie sind in den Hauptarbeitsbereichen, Präventions- und Öffentlichkeitsarbeit, Beratung und Betreuung tätig.
Darüber hinaus nehmen sie vielfach Koordinations- und Kooperationsaufgaben, sowohl innerhalb der AIDS-Hilfe, als auch zu tendierenden Stellen und Ämtern, z.B. Gesundheitsamt, Stadtverwaltung, Sozialamt, Wohlfahrtsverbände usw., wahr. Auch die Schulung und Unterstützung Ehrenamtlicher, sowie Presse- und Verwaltungsarbeit, fällt in ihren Tätigkeitsbereich. In vielen AIDS-Hilfen begleiten die Hauptamtlichen die Betroffenengruppen, HIV-Positiven-Gruppen und Angehörigengruppen. Im Bereich der Beratungs- und Betreuungsangebote leisten alle AIDS-Hilfen Telefonberatung. Die meisten AIDS-Hilfen betreuen in - und außerhalb der Klinik AIDS-Patienten; viele übernehmen auch ambulante Pflegeaufgaben.

Die Betreuung infizierter Männer durch homosexuelle Kontakte bildet immer noch den psychsozialen Schwerpunkt der AIDS-Hilfen. Darüber hinaus kümmern sich die Einrichtungen um Drogengebraucher, um weibliche Infizierte, um Strafgefangene, um die weiblichen und männlichen Prostituierten und um die Angehörigen der Infizierten; auch infizierte Kinder werden von den AIDS-Hilfen psychosozial versorgt. Schließlich wird die Betreuung von infizierten Hämophilen von den AIDS-Hilfen geleistet. Hämophile sind in der Regel gut in ihre Familien und Freundeskreisen integriert, deshalb nehmen sie die Betreuungsangebote der AIDS-Hilfen insgesamt weniger in Anspruch. Es bestehen Angebote zur Gruppenarbeit mit Betroffenen; Selbsthilfegruppen werden angeregt und unterstützt.

Das Leistungsspektrum der AIDS-Hilfen umfaßt ferner die Testbetreuung und Präventionsarbeit in Safer-Sex-Gruppen. Die AIDS-Hilfen sind auch im schulischen Bereich tätig.

Um effektive Arbeit leisten zu können, ist die Kooperation mit anderen Institutionen/Gruppen, welche auch von HIV und AIDS in irgendeiner Weise betroffen sind, für die AIDS-Hilfen wichtig. Die AIDS-Hilfen kooperieren mit den Gesundheitsämtern; sie arbeiten mit den Drogenberatungsstellen, den Strafvollzugsanstalten, den Kliniken und mit niedergelassenen Ärzten, und natürlich auch mit Selbsthilfeorganisationen zusammen. Unterstützt werden die einzelnen AIDS-Hilfen durch private Spenden, Landesgelder und kommunalen Zuwendungen. Die AIDS-Hilfen erhalten nur von wenigen Landkreisen finanzielle Unterstützung. Das kann als Anzeichen gesehen werden, daß man glaubt, auf dem Land seien HIV-Infektionen kaum vorhanden; in ländlichem Gebiet wird weniger Betroffenheit wahrgenommen, und AIDS gilt eher als ein urbanes Problem. Diese Sicht entspricht jedoch durchaus nicht den wirklichen Gegebenheiten.

IV. Epidemiologie der HIV-Infektion und AIDS

Die Situation von AIDS hat sich in den 15 Jahren seit Auftreten der Epidemie unterschiedlich entwickelt. Mitte des Jahres 1996 leben nach Schätzungen der Experten[32] weltweit 21,8 Millionen Erwachsene und Kinder mit einer HIV-Infektion oder AIDS, davon 20,4 Millionen (94%) in Entwicklungsländern. Mehr als 6 Millionen Erwachsene und 1,6 Millionen Kinder sind seit Beginn der Epidemie an AIDS erkrankt. Mitte 1996 waren drei Viertel der Erkrankten (4,5 Millionen Erwachsene und 1,3 Millionen Kinder) bereits verstorben.

Die weltweite HIV/AIDS-Pandemie setzt sich aus vielen einzelnen regionalen Epidemien zusammen, die durch große Unterschiede im zeitlichen Verlauf, in der Intensität der Ausbreitung und teilweise auch in den von der Epidemie besonders betroffenen Gruppen der Bevölkerung charakterisiert sind:

A. Afrika

Am stärksten betroffen sind die afrikanischen Staaten südlich der Sahara, in denen allein 13 Millionen Menschen leben, die HIV-infiziert oder bereits an AIDS erkrankt sind. In einigen Gebieten Ost- und Zentralafrikas, in denen die Ausbreitung in den frühen 80-er Jahren begann, hat die HIV-Epidemie mit Prävalenzraten, die regional 40% übersteigen, bereits ihren Höhepunkt erreicht. Dagegen hat die HIV-Epidemie in den Ländern des südlichen Afrikas erst kürzlich an Intensität zugenommen.

B. Asien

In Asien - Heimat für 60% der Bevölkerung - leben Mitte 1996 etwa 4,8 Millionen Menschen mit einer HIV-Infektion oder AIDS. Beängstigende Zuwachsraten werden gegenwärtig aus einigen Ländern Süd- und Südostasiens gemeldet. So sind teilweise rasch wachsende Epidemien in Kambodscha, Myanmar, Malaysia und Vietnam zu beobachten. In Indien stieg die Zahl der HIV-Infektionen von 1,75 Millionen Ende 1994 auf geschätzte 2 bis 5 Millionen Mitte 1996 an. Bei den dramatischen Epidemien in Thailand zeigen die massiven Präventionsmaßnahmen bereits erste Erfolge. Etwa 70% der bisher aus China berichteten HIV-Infektionen traten bei i.v. Drogenabhängigen in der südlichen Provinz Yunnan auf. Die HIV-Epidemie beginnt sich jedoch auch unter Menschen mit heterosexuellem Verhalten der zentralen, westlichen und östlichen Provinzen auszubreiten. Bei dem gleichzeitig beobachteten Anstieg der klassischen sexuell übertragbaren Krankheiten ist dies eine besonders besorgniserregende Entwicklung.

[32] Daten vom Symposium „Status and Trends of the Global HIV/AIDS Pandemic“, organisiert vom Harvard School of Public Health und Family Health International. Das Symposium fand im Vorfeld der XI. Internationalen AIDS-Konferenz in Vancouver 1996 statt.

C. **Lateinamerika und Karibik**

In Lateinamerika und in der Karibik geht man von derzeit 1,3 Millionen HIV-Infizierten aus. Auf Grund der Struktur der besonders gefährdeten Bevölkerungsgruppen (Personen, die im Sexgewerbe tätig sind, Personen mit promiskem Verhalten, Männer mit homo- und bisexuellem Verhalten) wird das Potential zur rapiden Ausbreitung der HIV-Epidemie in einigen dieser Länder als sehr groß eingeschätzt. Die Epidemie in der Karibik ist durch die Dominanz des heterosexuellen Übertragungsweges gekennzeichnet. In einigen karibischen Ländern werden heute die weltweit höchsten AIDS-Inzidenzen beobachtet.

In Südamerika wandelt sich die Epidemie von einer anfänglich durch Infektionen bei homo- und bisexuellen Sexualkontakten geprägten Epidemie zu einer Epidemie mit beschleunigter Ausbreitung durch heterosexuelle Kontakte. Gleichzeitig zeichnet sich eine zunehmende Verschiebung der HIV-Epidemie von den Großstädten auf kleinere Städte und ländliche Gebiete ab.

D. **Nordamerika**

Ende 1994 lebten in den USA schätzungsweise 750.000 und in Kanada 34.000 HIV-Infizierte oder AIDS-Kranke. Das Wachstum der AIDS-Epidemie in Nordamerika hat sich in den letzten Jahren insgesamt verlangsamt. Während sich der Anteil der HIV-Übertragung durch sexuelle Kontakte unter Männern in den USA verringert, nehmen die AIDS-Fälle bei Personen, die sich auf dem Wege heterosexueller Kontakte infiziert haben, deutlich zu. Diese Zunahme ist bei Frauen und bei dem afroamerikanischen Teil der Bevölkerung größer. Die AIDS-Inzidenz war in den USA 1995 bei Personen afrikanischer Abstammung 6,5mal und bei Personen lateinamerikanischer Herkunft 4mal höher als bei weißen US-Amerikanern. Bemerkenswert ist, daß die Syphilisrate im Jahr 1994 bei den Afroamerikanern 60mal höher als bei der weißen Bevölkerung war.

E. **Europa**

Bis Ende 1995 waren aus Europa insgesamt 160.982 AIDS-Fälle berichtet worden. Die Zahl der Menschen, die Ende 1995 mit HIV-Infektionen oder AIDS in Europa lebten, wird auf 500.000 (dv. 30.000 in Zentral- und Osteuropa) geschätzt. Die HIV-Inzidenz wird auf gegenwärtig 40.000 Neuinfektionen pro Jahr geschätzt. Bis 1990 stellten die Männer mit gleichgeschlechtlichen Sexualkontakten den größten Anteil der AIDS-Fälle in Europa. Seitdem wird jedoch die Mehrheit der Fälle unter i.v. Drogengebrauchern diagnostiziert. Auch der Anteil der AIDS-Fälle bei Personen, die sich durch heterosexuelle Kontakte infiziert haben, nimmt weiter zu.

In vielen Ländern Nord- und Westeuropas, in denen die HIV-Epidemie überwiegend durch sexuelle Infektionen unter Männern geprägt ist, scheint sich die AIDS-Inzidenz zu stabilisieren. Dagegen sind im südlichen Westeuropa (Spanien, Portugal) weiter ansteigende AIDS-Inzidenzen insbesondere unter i.v. Drogengebraucher, zu verzeichnen. In Zentral- und Osteuropa ist die HIV-Epidemie, wie bereits dargestellt, wesentlich jünger und die AIDS-Inzidenzen sind noch niedrig. In einigen Ländern dieser Region (Polen, Jugoslawien) gibt es jedoch Anzeichen für eine schnelle Ausbreitung von HIV-Infektionen hauptsächlich unter i.v. Drogengebrauchern. Aber auch aus der Ukraine werden dramatische Zunahmen der HIV-Prävalenz berichtet. So nahm der Anteil der HIV-infizierten Drogenabhängigen in Nikolajew (nahe dem Schwarzen Meer) von 1,7% im Januar 1995 auf 56,5% im Dezember des gleichen Jahres zu. In Rußland ist die Zahl der HIV-Infektionen bisher noch gering. Anlaß zu größter Besorgnis gibt aber der dort beobachtete Anstieg der Syphilis-Inzidenzraten von 5 Erkrankungen je 100.000 Einwohner im Jahr 1989 auf über 170 im Jahr 1995, der als Indikator für sexuelles Risikoverhalten gelten muß.

F. **Australien/Ozeanien**

Die HIV-Epidemie in Australien und Neuseeland ähnelt in ihrer Dynamik den Epidemien in den westlichen industrialisierten Ländern. In dieser Region - einschließlich der pazifischen Inselstaaten - wurden bisher 7.400 AIDS-Fälle registriert (davon 7.000 in Australien). Über 85% der bisher von der HIV-Epidemie Betroffenen sind Männer mit gleichgeschlechtlichen Sexualkontakte. Allerdings bestehen in dieser Region Befürchtungen, daß sich in der Urbevölkerung eine Epidemie unter Menschen mit ausschließlich heterosexuellem Verhalten entwickelt. Die Folgende Tabelle (7) stellt die statistischen Angaben über die Inzidenz der HIV-Infektion in den USA und in einigen europäischen Ländern dar:

Tabelle 7: AIDS in Europa und in den USA

Kumulierte Inzidenzen (AIDS-Fälle pro Mio. Einwohner) in ausgewählten europ. Ländern und in den USA.

Land	Einwohner (in Mio.)	Zeitraum		der Diagnose			
		April 94 - März 95		April 95 - März 96		Gesamt	
		Anzahl	Inzidenz	Anzahl	Inzidenz	Anzahl	kum.Inz.
USA	266.83	31857	119.39	16434	61.59	394862*	1479.83
Spanien	39.10	6607	168.98	4465	114.19	38393	981.92
Schweiz	7.00	540	77.14	271	38.71	5112	730.29
Frankreich	59.21	5265	88.92	3538	59.75	41058	693.43
Italien	57.80	5367	94.58	4557	78.84	33304	576.19
Dänemark	5.20	244	46.92	173	33.27	1866	358.85
Portugal	9.80	603	61.53	471	48.06	3181	324.59
Niederlande	15.50	449	28.97	372	24.00	3991	257.48
Großbritannien	58.00	1592	27.45	1131	19.50	12565	216.64
Belgien	10.10	238	23.56	174	17.23	2101	208.02
Österreich	7.90	171	21.65	144	18.23	1532	193.92
Deutschland	81.08	1617	19.94	926	11.42	14518	179.06
Rumänien	23.20	580	25.00	477	20.56	3911	168.58
Schweden	8.70	172	19.77	165	18.97	1371	157.59
Irland	3.60	57	15.83	24	6.67	514	142.78
Polen	38.57	80	2.07	95	2.46	413	10.71
Tschech. Rep.	10.38	15	1.45	11	1.06	74	7.13

Stand: 31.3.1996

Quelle: European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS, France

* Gesamtzahl USA, Stand: 31.12.1995; entsprechend europäischer Falldefinition.

1. Rahmendaten zur Epidemiologie in der Bundesrepublik Deutschland

Durch die Analyse der vom AIDS-Zentrum am Robert Koch-Institut in Berlin erhobenen Daten zur Entwicklung und Ausbreitungstendenzen der HIV-Infektion läßt sich ein genaues Bild der HIV/AIDS-Epidemie in Deutschland zeichnen.

Von der epidemiologischen Statistiken über die HIV/AIDS-Epidemie wird erwartet, daß sie neben der Ermittlung der Gesamtzahl der HIV-Infizierten (Prävalenz) sowie der Zahl der an AIDS Erkrankten, auch Aussagen über den Umfang und die Dynamik der Epidemie liefert. Die Beurteilung der Effektivität von Präventionsmaßnahmen und die Planung der erforderlichen Versorgungssysteme sollten idealerweise Veränderungen der aktuellen Ausbreitungsdynamik mit einbeziehen. Während eine Abschätzung der Prävalenz der HIV-Infizierten und AIDS-Kranken vergleichsweise zuverlässig möglich ist, sind Daten zum aktuellen Infektionsgeschehen kaum vorhanden und werden auch zukünftig nicht in gewünschtem Maße zur Verfügung stehen. Dies stellt ein grundsätzliches Problem dar, und eine vergleichende Situation trifft man auch in allen anderen von der AIDS-Epidemie betroffenen Industrieländern an. Der Hauptgrund hierfür ist der viele Jahre umfassende Zeitraum von der HIV-Infektion bis zur klinischen Manifestation des Immundefektes. Die Erfassung der AIDS-Fälle liefert daher bezüglich der Neuinfektion Informationen über ein bereits längere Zeit zurückliegendes Geschehen. Auch der Zeitpunkt des Nachweises der HIV-Infektion kann deshalb weder beim Kranken noch beim klinisch Gesunden einen verwertbaren Hinweis auf den Zeitpunkt der Infektion selbst geben.

Eine Möglichkeit, die aktuelle Ausbreitungsdynamik zu erkennen, wäre die fortlaufende Untersuchung repräsentativer und ausreichend großer Stichproben. Die extrem unterschiedliche Verteilung von Infektionsgefährdeten und HIV-Infizierten in der Gesamtbevölkerung macht aber ein solches Vorgehen äußerst schwierig und praktisch nicht umsetzbar. Vorhandene Stichproben können in der Regel nicht - oder nur sehr eingeschränkt - auf die Gesamtbevölkerung abgebildet werden. Hinzu kommt, daß - wenn für derartige Untersuchungen eine Einverständniserklärung der zu Untersuchenden erforderlich ist - dies zwangsläufig zu einer nicht quantifizierbaren Verzerrung durch Selbstausschluß führen würde.

Unzureichend bleiben weiterhin Erkenntnisse über Häufigkeit und Änderungen von Risikoverhalten. Solche Daten sind jedoch für die Planung und Evaluierung von Präventionsstrategien wichtig. Geeignete Parameter für die Abschätzung des Risikoverhaltens sind Verteilung und Inzidenzen von anderen sexuell übertragbaren Krankheiten, wie z.B. der Gonorrhoe oder der Syphilis. Diese Erkrankungen sind sehr viel häufiger als HIV-Infektionen. Änderungen im Risikoverhalten und deren Trends, sind über Untersuchungen dieser Krankheiten leichter zu erkennen.

Wenn man auch die aktuelle Ausbreitungsdynamik von HIV nicht zufriedenstellend erfassen kann, so liefern die Daten des AIDS-Fallregisters und in begrenztem Maße auch die Meldungen nach der Laborberichtsverordnung verwertbare Aussagen zum Alter, zum Geschlecht, über die regionale Verteilung von HIV-Infizierten und AIDS-Kranken[33] sowie zur Verteilung der Hauptbetroffenengruppen. Auch Aussagen zur Größenordnung der Gesamtzahl der HIV-Infizierten und zu längerfristigen Trends sind mit großer Sicherheit möglich.

[33] Hamouda, Kiehl, Voß, Siedler, Altmann, Kollan, Baars, Kotzur, Meyer, Schwartländer, Koch: AIDS/HIV 1994 - Bericht zur epidemiologischen Situation in der Bundesrepublik Deutschland zum 31.12.1994. Robert Koch-Institut, AIDS-Zentrum, 1995; RKI-Hefte 6/1995.

Durch die Analyse der vom AIDS-Zentrum am RKI erhobenen Daten in Verbindung mit anderen verfügbaren Datenquellen läßt sich ein zufriedenstellend genaues Bild der HIV/AIDS-Epidemie in Deutschland zeichnen.

Nach wie vor ist die HIV/AIDS-Epidemie eine Epidemie, die in Großstädten und in den s.g. Risikogruppen ihren Schwerpunkt hat. Entgegen früheren Annahmen wurden außerhalb der primären Epizentren bis zum heutigen Zeitpunkt überproportionale, regionale Anstiege nicht beobachtet. Die Prävalenz der HIV-Infizierten hat sich bei etwa 35.000 - 45.000 stabilisiert. Die Zahl der gegenwärtig zu versorgenden AIDS-Kranken beträgt etwa 4.000 bis 5.000. In den neuen Bundesländern ist nach der Öffnung der Grenzen, ein deutlicher Anstieg der HIV-Infektionen zu verzeichnen.

Vergleicht man die kumulierten Inzidenzen der AIDS-Fälle pro Million Einwohner in den europäischen Ländern, so nimmt Deutschland einen Platz in der unteren Hälfte ein. Damit befindet sich Deutschland in der Gruppe von Ländern, die relativ früh Anstrengungen zur Eindämmung der HIV-Epidemie unternommen haben.

A. Eckdaten und Entwicklungen der HIV-Infektion in Deutschland

Gesamtzahl (geschätzt) der seit
Beginn der Epidemie Infizierten: 44.000 - 55.000

Verteilung nach **Geschlecht**:
Männer: 80% - 85%
Frauen: 15% - 20%

Kinder unter 13 Jahren: etwa 500 (1%)

Zahl der **Neuinfektionen** pro Jahr: 2.000 - 3.000

Heute wichtige **Infektionswege**:
Homosexuelle Kontakte unter Männern: ca. 66%
i.v. Drogengebrauch: ca. 15%
Heterosexuelle Kontakte: ca. 10%
Personen aus Endemiegebieten (Pattern-II): ca. 8%
Vertikale Transmission (Mutter-Kind): ca. <1%
Bluttransfusionen und -produkte: ca. 0,1%
Hämophile: ca. 0%

Regionale Verteilung:
54% aller HIV-Infizierten leben in den Großstädten Frankfurt/Main, München, Berlin, Düsseldorf, Köln und Hamburg. 44% aller HIV-Infizierten leben außerhalb der oben genannten Großstädte in den alten Bundesländern. In den neuen Bundesländer wurden bisher 1.000 (1%) HIV-Infektionen diagnostiziert.

Entwicklung der HIV-Epidemie:

Die überwiegende Zahl der Neuinfektionen erfolgen über homosexuelle Kontakte bei Männern. Die Rate von Neuinfektionen bei i.v. Drogengebrauchern nimmt leicht ab. Die Zahl der durch heterosexuelle Kontakte übertragenen HIV-Infektionen wird dagegen wahrscheinlich weiter zunehmen. Dabei sind die wichtigsten Infektionswege sexuelle Kontakte mit Angehörigen der s.g. primären Risikogruppen. Eigenständigen Infektketten unter Personen mit ausschließlich heterosexuellen Kontakten wurden bisher nur selten berichtet.

In den neuen Bundesländern nimmt die Zahl der HIV-Infektionen - auf niedrigem Niveau - weiter zu. In den alten Bundesländern wird sich nach Meinung der Experten die bisher beobachtete regionale Verteilung nicht grundsätzlich ändern.

B. Eckdaten und Trends bei den AIDS-Fällen.

Vollständigkeit der Erfassung:	>85%
Gesamtzahl der Meldungen seit 1982:	14.078
Davon als **verstorben** gemeldet:	9.055
Verteilung nach **Geschlecht**:	
Männer:	90%
Frauen:	10%
Kinder unter 13 Jahren	102 (0,7%)
Neuerkrankungen pro Jahr:	um 2.000
Infektionswege (1995 diagnostizierte Fälle)	
Homosexuelle Kontakte unter Männern:	64%
i.v. Drogengebrauch:	15%
Heterosexuelle Kontakte:	7%
Patienten aus Endemiegebieten (Pattern-II):	8%
Vertikale Transmission (Mutter-Kind):	<1%
Bluttransfusionen und -produkte:	1%
Hämophile:	3%
ohne Angaben:	6%

Regionale Verteilung:
54% aller Erkrankten leben in den Großstädten Frankfurt/Main, München, Berlin, Düsseldorf, Köln und Hamburg. 43% aller HIV-Infizierten leben außerhalb der oben genannten Großstädte in den alten Bundesländern. Aus den neuen Bundesländern stammen bisher 165 (1%) der diagnostizierten AIDS-Fälle.

Trends:
Die Zahl der jährlich neu diagnostizierten AIDS-Fälle wird sich nach den Schätzungen der Experten in den nächsten Jahren voraussichtlich nicht wesentlich verändern. In der Verteilung der Fälle nach dem Infektionsrisiko, ist kurzfristig nicht mit größeren Änderungen zu rechnen. Verschiebungen im Spektrum der Erstmanifestationen der Immunschwäche, zunehmende Überlebenszeiten und damit verbundene Zunahme der zu betreuenden Patienten sind durch verbesserte therapeutische Möglichkeiten zu erwarten.[34]

[34] Alle Daten nach dem Bericht zur epidemiologischen Situation in der Bundesrepublik Deutschland zum 31.12 1995 vom AIDS-Zentrum am Robert Koch-Institut zu Berlin.

Eine Übersicht zur Entwicklung der HIV-Epidemie in der Bundesrepublik Deutschland nach dem Jahr der Infektionsdiagnose liefert Tabelle 8.

Tabelle 8: Berichte über bestätigte HIV-Antikorpertests in der Bundesrepublik Deutschland.[35]

HIV-Bestätigungstests unter Ausschluß erkennbarer Doppelmeldungen nach Jahr des Eingangs des Serums zur Untersuchung und Geschlecht

Jahr der Einsendung	Geschlecht	Geschlecht	Geschlecht	Gesamt
	k.A.*	männlich	weiblich	
< 1987	2095 16.4%	9100 71.1%	1599 12.5%	12794 100%
1987	1407 15.5%	6271 69.2%	1378 15.2%	9056 100%
1988	1198 14.2%	5895 69.8%	1357 16.1%	8450 100%
1989	860 12.6%	4864 71.1%	1113 16.3%	6837 100%
1990	782 12.3%	4549 71.5%	1032 16.2%	6363 100%
1991	779 11.8%	4681 70.7%	1160 17.5%	6620 100%
1992	727 11.1%	4700 71.8%	1119 17.1%	6546 100%
1993	604 10.2%	4210 71.1%	1105 18.7%	5919 100%
1994	445 8.6%	3703 71.2%	1056 20.3%	5204 100%
1995	477 9.5%	3493 69.8%	1032 20.6%	5002 100%
1996	143 9.5%	1056 70.5%	299 20.0%	1498 100%
Gesamt	9517 12.8%	52522 70.7%	12250 16.5%	74289 100%

* k.A.: keine Angaben

[35] Bericht des AIDS-Zentrums im Robert Koch-Institut über aktuelle epidemiologische Daten. Quartalbericht II/1996

2. Zur Epidemiologie der HIV-Infektion in Bulgarien

Im Zeitraum Okt.´85 - August ´92 haben 3 467 725 Personen HIV-Tests gemacht, bei denen 111 Personen als HIV-positiv festgestellt worden sind. Die Seroprävalenz in Bulgarien ist also 0, 0032 % für diese Periode. Das bestätigt die These vieler bulgarischer Wissenschaftler, daß Bulgarien ein Land mit niedriger Verbreitung der HIV-Infektion ist. Nach der gleichen offiziellen Statistik des Gesundheitsministeriums haben sich allein im Jahr 1993 und im Januar 1994 noch 21 Personen mit dem HI-Virus infiziert, was eine deutliche Steigerung zeigt. Die Analyse der Verbreitung der HIV-Infektion nach den Infektionsmöglichkeiten wird in der folgenden Tabelle vorgestellt (Tabelle 9):

Tabelle 9: HIV-Seroprävalenz in Bulgarien nach Jahren (Jan.1986 - Jan.1994) und nach Infektionswegen.

Infektionsweg		1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	'94*	Gesamt
Blut	Hämophilie	4	5	2							11
	Hämodialyse	1	1								2
	Med. Geräte			1							1
sexuelle Kontakte	Hetero-		18	29	13	3	6	11	8	5	93
	Homo- u. bi-			1	4	4		1	5	1	16
Perinatal				1							1
Gesamt pro Jahr		4	24	35	17	7	6	12	13	6	124

* Gegen Ende Jan. 1994 ;

Die Epidemiologiestatistik nach 1994 wurde uns lange Zeit vom Bulgarischen Gesundheitsministerium verweigert mit der Begründung, daß es sich um etwas Geheimes handle. Trotzdem konnten wir nach vielen Versuchen der Kontaktaufnahme die aktuellsten Angaben zum 31. Mai 1997 durch andere Kollegen bekommen. Nach dieser Statistik haben sich seit Januar 1994 noch 81 Menschen mit dem HI-Virus infiziert. Zum ersten Mal kommen in den Angaben Leute vor, die intravenös Drogen gebrauchen (4 Menschen), was angesichts der 30.000 offiziell gemeldeten Drogengebraucher wieder sehr unglaublich erscheint. Es sind außerdem zwei Fälle durch Weitergabe der HIV-Infektion von infizierten Müttern auf ihre Kinder registriert worden. Die Anzahl der Kinder, die von HIV-infizierten Müttern geboren wurden, jedoch die mögliche Infizierung noch nicht nachweisbar ist, beträgt 7. HIV-infiziert sind 16. schwangere Frauen.

Überraschend in dieser Statistik ist die Tatsache, daß der Hauptinfektionsweg für HIV in Bulgarien der heterosexuelle ist. Heute entwickelt sich diese Tendenz weiter, und die HIV-Übertragung auf den Blutwege ist sehr gering.[36]

Alle Prozentwerte sind, wie schon erwähnt, sehr fragwürdig. Ein weiterer Grund ist die noch stark vorhandene Stigmatisierung des homosexuellen Verhaltens seitens der Mehrheit der Bevölkerung in Bulgarien. Deshalb verheimlichen viele Menschen ihre homosexuellen Sexualkontakte und geben ihr Sexualverhalten als heterosexuell an.

V. Empirische Untersuchung

1. Probleme empirischer AIDS- und Sexualforschung bei der Erhebung von Daten

Der Stand der verfügbaren Erkenntnisse über die menschliche Sexualität kann in vielen Bereichen als unzureichend und lückenhaft charakterisiert werden. In der Geschichte der Sexualwissenschaft wurde das Wissen über die menschliche Sexualität vorwiegend aus dem klinischen Bereich gewonnen, was zur Folge hatte, daß sexuelle Probleme und Pathologien des einzelnen im Mittelpunkt standen (vgl. Orbuch & Harvey, 1991).

Ausgehend von diesem Sachverhalt können in der psychosozialen AIDS-Forschung nicht nur Schwierigkeiten und Probleme *im* Untersuchungsbereich auftreten, sondern es könnte sich dabei auch um Probleme *mit* der Forschung handeln. Die Besonderheiten der AIDS- und der Sexualforschung überhaupt, lassen sich in fünf Gruppen darstellen:

A. Grundsätzliche Schwierigkeiten / Probleme der Befragung.

Es ist sehr kompliziert, das menschliche Sexualverhalten über objektive, meßbare und überprüfbare Determinanten zu erfassen und damit zu untersuchen (vgl. Haeberle, 1995).
Besonders wo die Sexualität mit Fragen der Schuld, Stigmatisierung, Ausgrenzung und gesellschaftliche Tabus in Verbindung kommt, kann man die bisherigen psychologischen und sozialwissenschaftlichen Konzepte, Modelle und Methoden nur bedingt für die Untersuchungen verwenden.[37] Man muß der Neuartigkeit und Spezifika der psychosozialen AIDS-Thematik Rechnung tragen und in dieser Hinsicht ist auch eine verstärkte Hinwendung seitens des Wissenschaftlers zu seinem Forschungsthema sowie zu seinem Untersuchungsobjekt notwendig.

[36] Ausnahme ist der Skandal, Anfang 1996, als sich fünf Hämophiliker aus Dobrich (eine große Stadt im Nordosten Bulgariens) durch Blutprodukte mit dem HI-Virus infiziert haben. Diese Blutprodukte stammen vom nicht-getestetem Blut zweier HIV-infizierter Spender. Damals hat das Gesundheitsministerium die Verantwortung von sich gewiesen und hat auf die Pflichten des regionalen medizinischen Personals hingewiesen. Diese Fälle wurden auch in keiner ofiziellen Statistik der HIV/AIDS-Infizierten aufgenommen.
[37] Das gilt besonders für Forschungen über präventives Verhalten. An der HIV- und AIDS-Thematik wird deutlich, wie ergänzungsbedürftig manche Konzepte sind (vgl. Seidl, 1992).

B. Probleme der Beantwortung

Der Wissenschaftler, der sich mit AIDS- und Sexualforschung beschäftigt, muß sich mit einem Rätsel auseinandersetzen. Er muß den Unterschied machen zwischen

„- dem, was die Befragten zu tun **glauben**

- dem, was sie zu tun **behaupten** und

- dem, was sie **tatsächlich tun**“ (vgl. Haeberle, 1995, S. 198).

Die Inhalte dieser drei Kategorien können durchaus nicht immer zusammenfallen. Prof. Haeberle ist der Meinung, daß die Regel eher im Gegenteil liegt, also die Befragten einen großen Teil ihres eigenes Verhaltens vergessen, verdrängen und sogar bei den Befragungen aus verschiedenen Gründen bewußt lügen. So muß der Forscher vorher studieren, was die Menschen wirklich tun und wie sie dazu eingestellt sind, weil die sexuelle Einstellung entscheidend auf die Wahrnehmung der eigenen sexuellen Handlungen abfärbt. „Kein Forscher darf seine Fragen so stellen, daß sie Klischeevorstellungen hervorrufen, Ungenauigkeiten provozieren oder gar bestimmte Antworten suggerieren“ (vgl. Haeberle, 1995, S. 198).

Das waren auch die Gründe des berühmten amerikanischen Sexualforschers Alfred Kinsey, warum er die Fragebögen angelehnt und auf persönliche Gespräche bestanden hat, bei denen er versuchte, mit einer einfachen, dem jeweiligen Probanden angepaßten Sprache, verstanden zu werden.

Aber auch wenn man die Probanden persönlich interviewt, muß man mit bestimmten Problemen fertig werden, da man nach den Untersuchungen vergleichbare Ergebnisse liefern muß, die auch statistisch verwertbar sein sollten. Eine Möglichkeit zur Steigerung dieser Validität sind die wiederholten Interviews, deren Ergebnisse übereinstimmen müssen. Es ist aber fraglich, ob bei solchen Großverfahren die nötige Standardisierung der Vorgehensweise gesichert werden kann (vgl. Haeberle, 1995).

In dieser Hinsicht muß man auch einem anderen Problem Rechnung tragen. Untersuchungen, die die Erfassung retrospektiver Selbstbeschreibungen über sexuelles Verhalten zum Ziel haben, sind mit methodischen Problemen konfrontiert, die bei der Wahl und Konstruktion der Erhebungsinstrumente und -methoden, sowie bei der Datenauswertung und -interpretation mit zu bedenken sind. Es ist erwartbar, daß vorwiegend nur bestimmte, besonders auskunftbereite Personen bereit sein werden, ihr Sexualleben preiszugeben. Dazu kommt noch, daß die Probanden, die an der Untersuchung teilnehmen, für den Forschungsgegenstand eine subjektive Aktualität und/oder Relevanz besitzen (vgl. Clement, 1990). Eine andere psychologische Fehlerquelle, die auftreten könnte, ist das Vergessen subjektiv unwichtiger Ereignisse, die Aversion und ggf. Verdrängung konflikthafter oder aversiver sexueller Erlebnisse. Zusätzlich „... die Scham wird als unbewußter Erinnerungsfilter bei Untersuchungen zum sexuellen Verhalten unterschätzt. Die befragten Subjekte erinnern ihre sexuelle Erfahrungen nicht so behavioristisch, wie die Sexualforscher sie erfragen. Ihre Antworten werden vielmehr durch ihr sexuelles Selbstkonzept zensiert, das meist kohärenter und widerspruchsfreier ist, als es die realen sexuellen Erfahrungen waren“ (vgl. Clement, 1990, S. 291).

C. Motive der Probanden, an der Befragung teilzunehmen.

Die Motive für die Teilnahme an Forschungsprojekten, sind auch zu berücksichtigen. Die Motivation des Probanden, sich beforschen zu lassen, bedeutet für den Forscher eine Verpflichtung zu großer Rücksichtnahme einerseits und zur Transformation seiner Untersuchungsergebnisse in die Praxis andererseits. Es ist eine Art Versprechen, das der Forscher dem Probanden bei der Untersuchung gibt, daß dessen Teilnahme eine Hilfe für andere werden kann (vgl. Seidl, 1992).

Schwierigkeiten bei der Erforschung der menschlichen Sexualität bereitet auch der Schutz der Privatsphäre durch Intimität vor den Beobachtungen Dritter. Das macht einen der Unterschiede zwischen soziologischer und medizinischer Sexualforschung aus (vgl. Ahlemeyer, 1996). Die Untersuchung der organischen Dimension sexuellen Handelns, wie sie Masters & Johnsons in den 60er und 70er Jahren in ihrem Labor in St. Louis durchgeführt haben (vgl. Masters & Johnson, 1967, 1970), ist nicht in gleichem Maße gegenüber der Präsenz des Forschers sensibel wie die Erforschung der sozialen Dimensionen, in denen Anwesenheit wichtige Voraussetzung ist.

D. Motive der Befrager.

Im Jahre 1994, als ich die qualitative Untersuchung für meine Diplomarbeit „Promiskuität bei Bisexuellen“ durchführte, war ich überrascht, daß in sehr vielen Fällen die Mitarbeit verweigert wurde. Das hängt mit der Frage nach dem Umgang mit dem erworbenen Wissen von Forschergruppen zusammen. Charakteristischerweise wurde dieses Problem in Verbindung mit dem bisherigen kommunistischen Regime in Bulgarien gebracht, da man damals viele durch Befragungen erhobenen Daten für politische Zwecke benutzte und so das Prinzip der Anonymität beeinträchtigte, was zum großen Mißtrauen gegenüber Befragungen und Enqueten führte. Die Probanden sind auch mit einem anderen Problem konfrontiert, nämlich der Inkompetenz mancher Forscher. Diese Inkompetenz könnte nicht nur die Validität der Untersuchung in Frage stellen, sondern könnte auch dazu beitragen, daß die Probanden die Befragungen und die Enqueten als unseriös oder sinnlos empfinden.

E. Besonderheiten des Untersuchungsortes.

Zuletzt ist zu bedenken, daß die Ergebnisse der psychosozialen AIDS- und Sexualforschung aus anderen Ländern aufgrund der unterschiedlichen politischen, sozialen, wirtschaftlichen und gesundheitsstrukturellen Verhältnissen nur bedingt auf die Verhältnisse in einem anderen Land übertragen werden können. Jedes Land hat seine spezifischen Bedingungen, die berücksichtigt werden müssen. Man sollte auch vermeiden, schwerpunktmäßig die Probleme einer Untersuchungsgruppe (z.B. Menschen mit heterosexuellem Verhalten), weil sie leicht zugänglich ist, zu analysieren. Nimmt man z.B. die in Bulgarien zahlenmäßig am stärksten von AIDS und HIV betroffene Gruppe der Menschen mit heterosexuellem Verhalten paradigmatisch zum Ausgangspunkt für die psychosoziale AIDS-Forschung, so erscheinen die anderen Betroffenengruppen als eine Sonderform davon. Es können dabei die praxisrelevanten Spezifika der Zielgruppen für die Prävention übersehen werden.

2. Konzeptioneller Bezugsrahmen

In der Sozialwissenschaft existieren verschiedene Erklärungsmodelle für das menschliche Sexualverhalten. Eine der prominentesten ist die rational-choice-Theorie. Eine genaue Bestätigung dieser Theorie durch unsere Untersuchung ist nicht zu erwarten, der Ansatz der rationalen Wahl wurde aber unserem Fragebogen zugrunde gelegt. Entsprechend der rational-choice-Theorie sind wir bei der Gestaltung des Frageinventars von der Hypothese ausgegangen, daß die Probanden nach ihren subjektiven Erwartungen handeln.

Der rational-choice-Ansatz als allgemeine Theorie zur Erklärung individuellen Verhaltens hat in der Soziologie und in der Psychologie zunehmend an Bedeutung gewonnen (vgl. u.a. Becker 1976; Coleman 1990; Boudon 1979, 1990; Esser 1985, 1990). Einer der Gründe für diese zunehmende Bedeutung ist, daß Theorien auf der Makroebene oft nur unzureichend in der Lage sind, Sachverhalte methodologisch befriedigend zu erklären und diese sich im Rahmen einer Mehrebenen-Analyse mikrosoziologisch besser erklären lassen (vgl. Friedrichs, 1990). Außerdem bietet der rational choice-Ansatz die Möglichkeit, die Forderung zu erfüllen, Theorien aus Teilgebieten der Soziologie, in übergreifenden theoretischen Ansätzen zu integrieren (vgl. Esser, 1985; Jungermann, 1976).

In der Soziologie ist in den letzten Jahren eine Reihe von Anwendungen des rational choice-Ansatzes vorgenommen worden. Bei diesen Untersuchungen wurde eine Variante des rational choice-Ansatzes verwendet: die *Wert-Erwartungs-Theorie* (WET).

Der Kern der rational choice-Theorie besteht aus wenigen Annahmen und einer Entscheidungsregel: Individuen handeln zielgerichtet und nehmen eine rationale Bewertung der von ihnen wahrgenommenen Handlungskonsequenzen nach deren subjektiv geschätzten Nutzen und Kosten vor. Sie verhalten sich nutzenmaximierend und wählen diejenige Handlungsalternative, die ihnen den größten subjektiven Nutzen verspricht. Der Entscheidungsprozeß selbst verläuft in drei Phasen: der Kognition der Situation, der Evaluation der Konsequenzen und der gesehenen Alternativen und schließlich der Selektion einer Handlungsalternative (vgl. Lindenberg, 1990; Esser, 1990, 1991).

Bei der Kognition werden die Situationsumstände, Informationsübertragung, Wahrnehmung, die kognitiven Prozesse der Erinnerung und Assoziationsbildung, die Aktualisierung der „Alltagstheorien“ der Akteure bedeutsam. Die Evaluation der Handlungsalternativen bezieht sich auf die Bewertung der Alternativen vor dem Hintergrund der eigenen Präferenzen und der (subjektiven) Wahrscheinlichkeiten darüber, daß eine bestimmte Handlung zu einer bestimmten Folge führt.

Als Regel für die Selektion nimmt die Theorie der rationalen Wahl das Kriterium der „Maximierung“ der subjektiven Nutzenerwartung an. Das Modell der WET geht davon aus, daß eine Person in einer Entscheidungssituation verschiedene Handlungsalternativen wahrnimmt. Von diesen Alternativen wird diejenige gewählt, deren Handlungskonsequenzen positiver bewertet und deren Eintreten mit höherer Wahrscheinlichkeit erwartet wird, also diejenige, die den höheren „Nettonutzen“ hat.

In einer Situation nimmt ein Akteur also nicht alle objektiv gegebenen Alternativen und Konsequenzen wahr, daher entscheidet er nur bezogen auf seine Wahrnehmungen. Eine Maximierung des Nutzens erfolgt nur in dem Maße, in dem Informationen vorliegen, d.h. auf der Basis dessen, was ein Akteur perzipiert. Die Akteure begnügen sich mit einer ihnen als hinreichend erscheinenden Teilmenge aller möglichen Informationen. Also die Maximierung ist nicht objektiv, sondern der Akteur wählt die ihm zufriedenstellend erscheinende Alternative.

Welche Alternativen wahrgenommen werden, hängt von individuellen Faktoren ab. Eine Person entscheidet erst nach dem Gewohnten und beurteilt aus ihrer aktuellen Lage heraus die Situation. Sie nimmt demnach nicht alle möglichen Handlungsalternativen wahr, sondern versucht, einen möglichst bekannten Weg zu finden. Deutlich wird das im Falle von Routinen: Aus einer Menge von Handlungsalternativen hat eine Person einmal eine als beste ausgewählt und verfolgt diese so lange als Routine, bis sich an einer Konsequenz etwas ändert, z.B. die Kosten steigen. Solche „habits“ sind nach Esser (1990) zur Gewohnheit gewordene Reaktionen auf spezifische Reize; sie führen zu einer Auswahl der Mittel bei der Lösung von Alltagsproblemen. Ähnlich argumentiert auch Feger (1989): „Rationalität“ ist „ein normatives Urteilskriterium...Dieses Bewertungskriterium und seine konkreten Inhalte sind gelernt, und gelernt sind auch die Charakteristika von Situationen, welche die Anwendung dieses Kriteriums auslösen“ (vgl. Feger, 1989, S. 125).

Das deutet darauf hin, daß sich das Problem der Entscheidung erst in einer **Situation** stellt, in der eine Person bestimmte Handlungsalternativen wahrnimmt.

Entscheidungs- und Meßmodell der Wert-Erwartungs-Theorie

Die Meßtheorie der WET unterstellt, das Individuum könne seine Urteile: Nutzenschätzungen und Auftrittswahrscheinlichkeiten, entweder direkt in numerischen Größen abgeben oder zumindest in verbalen Kategorien, denen dann numerische Werte zugeordnet werden.

Die WET enthält keine Aussagen darüber, wie eine Person entscheidet; sie läßt unterschiedliche Entscheidungsmodelle zu. Da die Wahl eines solchen Modells auch die Operationalisierung und Meßoperation beeinflußt, müssen die zwei möglichen Entscheidungsmodelle erwähnt werden: das simulante und das sequentielle.

Unabhängig davon, welches der beiden Entscheidungsmodelle man zugrundelegt, müssen nach der WET die Handlungskonsequenzen für jede Handlungsalternative ermittelt werden. Wie schon weiter oben gezeigt, kann jede Handlungsalternative mehrere Konsequenzen haben. Es wird davon ausgegangen, daß die Akteure eine unterschiedlich große Zahl und nicht die gleichen Konsequenzen wahrnehmen. Insgesamt ist zu vermuten, daß die Zahl der von einer Person in Betracht gezogenen Konsequenzen nicht sehr hoch ist, da die Akteure sonst vor einen sehr komplexen Prozeß der Abwägung gestellt wären, den sie nicht mehr bewältigen können.

Das Problem der Operationalisierung ist für das Modell rationalen Handelns so bedeutsam, weil hieran deutlich wird, welchen Entscheidungsprozeß die rational-choice-Theorie bei den Individuen unterstellt. Dabei kommt es darauf an, die unterschiedlichen Implikationen der einzelnen Lösungsmöglichkeiten herausgearbeitet zu haben, insbesondere bei der Erhebung und der Messung. So schlagen die Experten vor[38], eine standardisierte Entscheidungssituation vorzugeben, mit festen Vorgaben der Konsequenzen zu arbeiten, eine geringe Zahl von Konsequenzen zu verwenden, Handlungskonsequenzen positiv und negativ zu formulieren, die Dimensionalität der Konsequenzen zu prüfen.

Diesen theoretischen Überlegungen zufolge, entscheidet das Individuum in einer bestimmten Situation nur bezogen auf seine Wahrnehmungen und versucht auf diese Weise sein Verhalten zu maximalisieren. So begnügen sich die Akteure (in unserem Fall, die Probanden) mit einer ihnen als hinreichend erscheinenden Menge der möglichen Informationen, was keine objektive Maximierung darstellt. Diese Vorgänge hängen von vielen persönlichen Faktoren und Einstellungen ab. Die Individuen versuchen also auf ihnen möglichst bekannten Wegen (z.B. Routinen) und ihnen als hinreichend erscheinenden Bemühungen (z.B. Schutz- oder Risikoverhalten) zum Erfolg, Befriedigung usw. zu kommen. Wir vermuten demzufolge, daß die Gefahr, die durch AIDS existiert, von vielen nicht als relevant empfunden und daher unterschätzt wird (es sind keine „habits“ zur AIDS-Gefahr entwickelt).

Ferner habe ich hier darauf verzichtet, eine modifizierte Version des rational choice-Modells zu diskutieren: die Einbeziehung von „habits“ und vor allem von „frames“ in die Entscheidungssituation (vgl. Esser, 1990, 1991; Lindenberg, 1990). In dieser Version wird die Entscheidungssituation um Präferenzen erweitert. Es wird angenommen, daß es in zahlreichen Situationen ein dominantes Ziel gibt, das die Entscheidungen beeinflußt, da das Individuum die Handlungsalternativen nur selektiv wahrnimmt und die wahrgenommenen zudem gewichtet.

3. Projektdurchführung

3.1. Methodisches Vorgehen

Für die Umsetzung unserer Forschungsziele ist eine Methodik des Umgangs zu Untersuchungsgruppen gefragt, die ein ausgewogenes Verhältnis von „Interesse und Intimitätsschutz“ (vgl. Clement, 1990) garantiert, die eine Motivation zur Teilnahme bietet, ohne eine Intimitäts- oder Anonymitätsverletzung befürchten zu müssen. So haben wir einen Handlungs- und Praxisforschungsansatz verfolgt (vgl. Eberwein, 1987; Heiner, 1988; Kleiber, 1985, 1988; Merz, 1985) und deshalb eine Kombination von Aufklärung und Forschung angestrebt. Mit diesem Angebot haben wir auch versucht deutlich zu machen, daß wir eine akzeptierende, annehmende, nicht ausgrenzende Haltung gegenüber den Vertretern aus den einzelnen Zielgruppen einnehmen, die eine der wichtigsten Voraussetzungen für die Vertrauensbildung bei der Befragung von so sensiblen Gegenstandsbereichen, wie Sexualität und AIDS sind. Dank den noch früher, bei der Durchführung meiner Diplomarbeit „Promiskuität bei Bisexuellen“, geknüpften Kontakten haben wir schnell Zugang zu den einzelnen Probanden gefunden. Aufgrund der damaligen guten Zusammenarbeit war die Anonymität der Teilnehmer gewährleistet.

[38] Vgl. Friedrichs, 1990.

Bei der Entwicklung des Fragebogens war die Benutzung von drastisch formulierten, alltäglichen Ausdrücken (Arschlecken usw.) für unsere Ziele notwendig, da wir dadurch die Verständlichkeit der Fragen verstärken wollten, damit wir möglichst wahrheitsnahe Antworten zu bekommen.

3.2. Planung der Datenerhebung

Im Vorfeld der Projektrealisierung haben wir uns vielfach die Frage gestellt, in wieweit es möglich sein würde, die Vertreter aus den einzelnen Zielgruppen hinsichtlich ihres Sexualverhaltens, ihres Risiko- bzw. Schutzverhaltens, ihrer sexuellen Aktivität, sowie hinsichtlich psychologischer und sozialer Merkmale zu befragen und ob - vorausgesetzt einzelne würden einer Befragung zustimmen - mit realitätsbezogenen Antworten zu rechnen sei. Wir haben ein ausweichendes Verhalten bei Leuten befürchtet, die sich möglicherweise aus Angst vor Diskriminierung ihres Tuns weigern würden, an unserer Untersuchung teilzunehmen. Es kann nicht bestritten werden, daß die Befragten ihr Verhalten ggf. beschönigen und positiver, bzw. harmloser darstellen werden, als es tatsächlich der Fall ist. Ein Antwortbias ist also nicht auszuschließen. Eine „Glaubwürdigkeitskontrolle“ des Antwortverhaltens der Befragten ist in Grenzen durch die Prüfung der Konsistenz von Antworten möglich, bedarf jedoch eigentlich weiterer Informationsquellen.

Nach den Erfahrungen von vielen bedeutenden Sexualwissenschaftler (vgl. Kinsey 1948, Haeberle 1995 u.v.a.) sind die wichtigen Aspekte und Probleme der Sexualität durchaus standardisiert recht gut zu erfassen, sofern allerdings Vertrauen hergestellt wird, die Befragten sich in den Fragebögen wiederfinden und sofern ihr Interesse geweckt wird.

Qualitative Methoden (z.B. offene Fragen) haben einen zusätzlichen und eigenen Stellenwert, wenn z.B. subjektive Sichtweisen oder individuelle Verhaltensmuster erfaßt werden sollen. Zur Hypothesentestung und zur Ermittlung von Populationskennwerten sind qualitative Studien aber ungeeignet.

Entscheidend für unsere Untersuchung war auch das Interviewerverhalten. Deshalb war es wichtig, solche Personen als Interviewerinnen einzusetzen, die kontaktfähig, sozial kompetent und in der Lage waren, für Angehörige unterschiedlicher sozialer Schichten, Einstellungen und Verhaltensweisen, ein offenes Gesprächsklima herzustellen.

Natürlich waren der Datenschutz, sowie Vertraulichkeit und Personenschutz bei der Erhebung und Auswertung der Daten zu berücksichtigen. Alle Daten wurden anonym, d.h. ohne Namen- und Adressenangaben erhoben. Außerdem werden Untersuchungsergebnisse nur in aggregierter Form präsentiert, damit auf konkrete Einzelpersonen nicht rückgeschlossen werden kann.

3.3. Voruntersuchung zur Bestätigung des Frageinventars

Während der Erarbeitung des Fragebogens haben wir von mehreren , vorwiegend in der Forschung tätigen KollegInnen Rückmeldung, Kritik und Hinweise bekommen. Wir können außerdem den Fragebogen zur Diplomarbeit „Promiskuität bei Bisexuellen“ als eine Art Pilotstudie ansehen, die uns erlaubte, weitere Einschätzungen bezüglich Verständlichkeit, Treffgenauigkeit der Problematik, etc. zu erhalten. Schriftliche und mündliche Rückmeldungen, Kritik und Anregungen wurden bei der Konstruktion des Fragebogens berücksichtigt.[39] Bei dieser Diplomarbeit, die den in V.3.2. ausgeführten forschungsethischen Prinzipien folgte, registrierte ich eine erfreulich hohe Auskunftsbereitschaft der Befragten. Im Winter 1994/1995 waren auf der Grundlage eines standardisierten Erhebungsinstrumentes ausführliche Interviews mit insgesamt 32 bulgarischen Probanden mit bisexuellem Verhalten durchführbar gewesen. In dem eingesetzten Erhebungsinstrumentarium ging es vor allem um die Inhaltsbereiche:

- Einstellungen zu Partnerschaft und Liebe,
- allgemeine Lebenseinstellung,
- Fragen zur sexuellen Aktivität, zu sexuellen Praktiken und Safer Sex-Verhalten,
- Fragen zu HIV/AIDS, Einstellung zu Kondomen,
- soziodemographische Daten

Überraschend waren die meisten angesprochenen Leuten spontan zu einem Interview bereit. Die Akzeptanz der Untersuchung war sogar noch zu erhöhen, wenn der Hinweis gegeben wurde, daß es sich um eine „West-Studie“, d.h. eine Studie, die an einer deutschen Universität (Humboldt-Universität) handelt. Das wurde allgemein als „sehr interessant“, „neu“ und als „beruhigend“ eingeschätzt. Da Bulgarisch gesprochen wurde, hatten die Probanden offensichtlich das Gefühl, frei reden und Auskunft geben zu können. In den Gesprächen ging es nicht um „richtig“/“falsch“ oder „normal“/“pervers“, sondern es wurden die persönlichen Erfahrungen der Befragten erfragt, die für uns „Experten ihres Alltags“ waren. Auf diese Weise gelang uns zumeist, ein sehr offenes Gesprächsklima herzustellen. Die Tatsache, daß die Befragten als kundige Fachleute angesprochen wurden, löste bei manchen von ihnen sogar ein nachhaltiges Mitteilungsbedürfnis aus.

[39] Wir möchten uns hier bei allen Frauen und Männern bedanken, die uns bei der Verteilung der Fragebögen geholfen haben und bei den Probanden selbst.

4. Probanden aus den Zielgruppen für die AIDS-Prävention

Bei den sexualpräventiven Maßnahmen zu AIDS, sind grundsätzlich vier große Zielgruppen in unserer Gesellschaft zu unterscheiden.

A. Die Menschen, die bisher statistisch bereits am meisten betroffen sind und deren vermutlichen sexuellen Präferenzen ein besonders hohes Übertragungsrisiko bergen.

Gemeint sind hier diejenigen Menschen mit homo- und bisexuellem Verhalten und die promisk lebenden Menschen, die bestimmte Formen des Sexualverhaltes bevor- zugen. Wir haben das bisexuelle Verhalten besonders behandelt da in der Debatte über die Gefahren von AIDS die Figur des bisexuellen Mannes ins Zentrum des Interesses rückte. Sexuelle Kontakte zu beiden Geschlechtern seien deshalb als infektiosrelevantes Phänomen zu betrachten, weil auch die bisherigen epidemiologischen Einsichten über homosexuelle Kontakte unter bestimmten

Bedingungen mit einem hohen Infektionsrisiko verknüpft seien und eine über homosexuelle Kontakte erworbene HIV-Infektion auf die heterosexuelle Partnerinnnen übertragen werden könnten.

B. Die Menschen, die aufgrund von intravenösen Drogengrauch in hohem Maße von der Infektion bedroht sind und die auch durch Beschaffungsprostitution sich und andere gefährden können.

C. Alle sexuell aktiven Menschen in unserer Gesellschaft, die nicht durch bestimmte sexuelle Präferenzen oder irgendein besonderes gekennzeichnetes Sexualverhalten infektgefährdet sind, sondern nur dadurch, daß sie mit einem Menschen intimen Kontakt aufnehmen, ohne dabei die Safer-Sex-Regeln einzuhalten.

D. Bei dem letztgenannten Personenkreis nimmt die Gruppe der Jugendlichen und jungen Erwachsenen noch eine Sonderstellung ein, weil sie aufgrund sexueller Unerfahrenheit, mangelnder allgemeiner Lebenserfahrung und Menschenkenntnis einerseits und großer Spontanität, Experimentierfreudigkeit und Risikobereitschaft andererseits in ganz besonderem Maße gefährdet ist.

In der AIDS-Prävention, die Daten aus Realsituationen benötigt, gilt die Regel, daß die Zielgruppen „dort abgeholt werden müssen, wo sie stehen“ (Koordinierungsstab AIDS, 1990). Deshalb sind solche Strategien gefragt, die das Vertrauen zwischen Forschern und Beforschten fördern. Die Situation, in der das Vertrauen fehlt, würde zu einer Selektion der Stichprobe ebenso führen, wie zu einer Selektivität der Aussagen, sie würden sozial erwünschte Aussagen fördern und insgesamt den potentiellen Erkenntnisgewinn der Untersuchung reduzieren.

Repräsentativität kann mit dieser Studie nicht angestrebt werden, da zum einen die Stichproben aus den einzelnen Zielgruppen nur begrenzt sein können und zum anderen über die Charakteristika und die Zusammensetzung der (theoretischen) Grundgesamtheiten kaum Informationen vorliegen. Auf diesem Bereich erste Kenntnisse zu gewinnen, war eine vorrangige Aufgabe der Studie. Um antizipierbare Selektionseffekte zu minimieren, war es sehr wichtig, Probanden aus unterschiedlichen Milieus und Schichten anzusprechen.

In diesem Punkt haben wir überlegt, welche Stichprobenverfahren wir anwenden können.

Bei den Stichprobenverfahren lassen sich drei Gruppen unterscheiden (vgl. Böltken, 1976):

a. Wahrscheinlichkeitsauswahl (Zufallsauswahl),
b. bewußte Auswahl,
c. willkürliche Auswahl.

Das Resultat einer Wahrscheinlichkeitsauswahl sind Zufallsstichproben. Für die „bewußte Auswahl“ kann man das Quotenverfahren als ein Beispiel nennen. Zufallsstichproben und Quotenstichproben werden häufig als repräsentative Stichproben bezeichnet (vgl. Diekmann, 1995). Bei einer „willkürlichen Auswahl“ wird der Vorgang der Stichprobenziehung nicht kontrolliert (z.B. psychologische Experimente). Die Auswahl erfolgt zumeist nicht nach stichprobentechnischen Kriterien; als Proband nimmt teil, wer sich freiwillig meldet.

Wenn seltene Populationen in einer Liste verzeichnet sind, dann ist eine Zufallsauswahl kein Problem. Bei anderen speziellen Populationen, insbesondere wenn diese durch ihr „Anderssein“ definiert werden, ist eine Listenauswahl nicht möglich. In diesem Fall sind spezielle Sampling-Methoden erforderlich.

Eine solche Methode ist die „Schneeballtechnik“. Bei dieser Methode ist besonders wichtig, daß die Befragungen anonym durchgeführt werden können. So haben Dannecker und Reiche (1974) in einer Untersuchung zu Männern mit homosexuellem Verhalten das Schneeballverfahren zugrunde gelegt. Die Fragebögen wurden an Freunde und Bekannte mit homosexuellem Verhalten verteilt, die ihrerseits Fragebögen im Freundes- und Bekanntenkreis weiterreichten. Der Nachteil des Schneeball-Sampling ist aber, daß nur unter sehr restriktiven Annahme eine Zufallsstichprobe erzeugt wird. Ähnlich wie die Schneeballmethode ist die Nominationstechnik. Hier werden von den Befragten (anonym) weitere Personen angegeben, die eine in der Untersuchung interessierende Aktivität ausführen.

Es war geplant, die Respondenten über zwei Zugangswege zu gewinnen, die sich alle zwei in der sexualwissenschaftlichen Forschung bei der Realisierung von Interviews bewährt haben (vgl. Kinsey et al., 1948; Kiefl 1991):

- über Bekannte, Freunde, Nachbarn etc. der Interviewer,

- über Verbände und Beratungsinstitutionen.

Unseren früheren guten Erfahrungen während der Durchführung der Diplomarbeit „Promiskuität bei Bisexuellen“ folgend, haben wir wieder Kontakt zu NGO`s / Selbst-Hilfe-Gruppen der einzelnen Zielgruppen aufgenommen. Dabei haben wir mit der Hilfe des Zentrums für DrogengebraucherInnen, der Beratungsstelle für Leute mit homo- und bisexuellem Verhalten, des Sexologiezentrums bei der Armeeklinik die meisten Befragungen ermöglicht.

Außerdem haben wir durch das Schneeballprinzip viele Fragebögen an Interessierte verteilt und ausgefüllt zurückbekommen.[40]

Die Interviews/Beantwortungen dauerten meist zwischen 15 und 30 Minuten; in Einzelfällen länger. In manchen Fällen wurde der Fragebogen zusammen mit dem Probanden durchgearbeitet, um anfallende Fragen und Probleme gleich aufzugreifen. Auf Wunsch der Einzelnen wurde der Fragebogen auch mitgegeben, um dann bei erneuter Vorstellung, auf gewisse Unklarheiten sowie spezielle Fragen einzugehen.

5. Erhebungsinstrumentarium

Die vorliegende Untersuchung will Strategien der Primärprävention von HIV/AIDS verbessern, imdem wir uns dafür entschieden haben, praktische Probleme der AIDS-Prävention zum Ausgangspunkt zu machen.

Auf der Suche nach einem herkömmlichen Verfahren, mit dem man die Sichtweise einer Person bezüglich bestimmter Verhaltensweisen und Einstellungen empirisch erheben kann, stößt man zunächst auf die Methoden der Einstellungsmessungen per Fragebogen oder standardisiertem Interview. Damit werden die Daten über Sachverhalte erhoben, um sie nach geeigneter, meist statistischer Auswertung als Beleg oder Widerlegung bestimmter theoretischer Sätze wie Hypothesen, Vermutungen usw. anführen zu können. Das setzt voraus, daß die Daten „brauchbar“ sind, d.h., daß sie bestimmten Gütekriterien wie Objektivität, Reliabilität und Validität entsprechen.

Ein Erhebungsverfahren gilt als objektiv, wenn verschiedene Anwender unter Einhaltung der Verfahrensregeln zu denselben Daten gelangen (vgl. Borz, 1984). In unserem Falle gilt: Je geringer der Einfluß des Fragenden auf Inhalt und Art der Antworten der Befragten ist, desto objektiver ist die Erhebungstechnik.

In dieser Hinsicht haben wir versucht unsere Fragebögen möglichst einfach und standardisiert zu gestalten, damit die Fragen nicht mißverstanden werden und die Ergebnisse später mit anderen Untersuchungen verglichen werden können. Außerdem haben wir uns bemüht, eine möglichst „repräsentative Itemsstichprobe“ zu erfassen. So repräsentierte die Auswahl von Items die zu messende Eigenschaft in hohem Grad (Inhaltsvalidität).

Mit Hilfe der oben erwähnten Diplomarbeit, die wir auch als Prätest für unsere Untersuchung ansehen, wurde ein Fragebogen erarbeitet, der mehrfach ergänzt, detailliert, revidiert und validiert wurde. Mit dem Fragebogeninstrumentarium zum Thema „Sexualität und AIDS“ (vgl. Anhang) können Informationen zu 55 Themenbereichen wie Einstellungen zu Sexualität, AIDS und Kondomen, Risiko- und Alltagsverhalten etc. erfaßt werden. Für jede in der Untersuchung zu erreichenden Zielgruppe (hetero-, homo- und bisexuelles Verhalten; intravenöser Gebrauch von Drogen; prostitutives Verhalten) mußten spezifische Fragenkomplexe einbezogen werden, die zum einen so entwickelt sein sollten, daß möglichst viele vergleichbare Informationen erfaßt werden, die andererseits aber der spezifischen Realität jeder der Gruppen nahe liegen.

---

[40] Dabei möchte ich den Herren Christov, Zinzerski, Dr. Vrabtschev, Dr. Tomov und Frau Popova für die freundliche Unterstützung herzlich danken.

Neben diesen schon erwähnten Fragenkomplexen wurde Wert auf soziodemographische Merkmale, Eigenakzeptanz und Selbstbild gelegt, immer unter Berücksichtigung der Gefahr der HIV-Infektion, Partnerverhalten, Zahl der frequentierten Partner sowie abschließende Fragen, in denen sich jeder zu der Situation der AIDS-Prävention in Bulgarien äußern kann.

Die Fragen selbst sind mit unterschiedlichen Beantwortungsmustern versehen:

- Einfaches Ankreuzschema mit einer oder auch zum Teil mehrerer Ankreuzmöglichkeiten,
- Ja/Nein,
- Offene Fragen mit Möglichkeiten für Ergänzungen.

6. Fragestellungen und Ziele

Da für eine gezielte AIDS-Prävention bei den einzelnen Zielgruppen in Bulgarien gegenwärtig fast keine Informationen vorhanden sind, hat die hier vorgestellte Untersuchung das Ziel, einige der angesprochenen Fragen zu beantworten und Informationen über soziale und psychologische Charakteristika der einzelnen Zielgruppen für die AIDS-Prävention zu erheben, auszuwerten und zu diskutieren. In dieser Hinsicht soll die Untersuchung Aufschlüsse über die Zusammensetzung der Zielgruppen in Bulgarien geben sowie über deren Sexual-, Risiko- und Schutzverhalten. Untersucht werden soll auch die vermutliche epidemiologische Relevanz soziokultureller Faktoren für die Akzeptanz von Präventionsmaßnahmen.

Vorrangig sollen Basisinformationen über das Verhalten und die milieuspezifische Charakteristika bulgarischer HIV-Gefährdeter erhoben werden. Von besonderem Interesse im Hinblick auf die Präventionsumsetzung ist die Frage: Welche soziokulturellen und individuellen Faktoren bestimmen das Sexualverhalten in Bulgarien?

Auf der Basis der erhobenen empirischen Daten zum Sexual- und Risikoverhalten von den Probanden sollen unter Einbeziehung anderer verfügbarer Datenquellen außerdem folgende Fragen beantwortet werden:

- Wie sehen die Zielgruppen für Präventionsprogramme in Bulgarien aus?

- Wie ist der Informations- und Wissensstand über HIV/AIDS in Bulgarien?

- Einstellungen zur Sexualität bzw. zur Kondombenutzung in Bulgarien als Basis für individuellen Schutz- und/oder Risikoverhaltens.

- Welche Faktoren beeinflussen die Akzeptanz von Präventionsmaßnahmen?

- Existiert eine Stigmatisierung gegenüber den Mitmenschen, die mit dem HI-Virus infiziert sind und falls ja, wie äußern sich diese Einstellungen?

- Wie wird die AIDS-präventive Arbeit in Bulgarien bewertet?

Schließlich sollen die gewonnenen Ergebnisse hinsichtlich ihrer Nützlichkeit für AIDS-Präventionsstrategien eingeschätzt und entsprechende Empfehlungen gegeben werden. Das würde hoffentlich der optimalen Gestaltung der AIDS-Präventionskampagnen in Bulgarien und Deutschland helfen.

7. Ergebnisse der Untersuchung

In die Auswertung gingen die Informationen aus n=61 von den Untersuchungsteilnehmern ausgefüllten Fragebögen. Dabei haben wir gezielt n=12 Menschen, die intravenös Drogen gebrauchen, von denen eine Person Beschaffungsprostitution praktizierte; n=15 Menschen mit bisexuellem Verhalten, von denen n=1 Prostitutionserfahrung hat; n=20 Menschen mit homosexuellem Verhalten, von denen 10 Personen auch Prostitutionserfahrung haben bzw. noch im Befragungszeitpunkt auf dem Strich gingen und n= 14 Menschen mit heterosexuellem Verhalten befragt. Wir werden zu allen Fragenkomplexen die relevante Antwortanalysen einerseits zielgruppenspezifisch und andererseits in bezug auf die Gesamtstichprobe vorstellen. Damit möchten wir nach wichtigen und interessanten für die AIDS-Präventionsstrategie Ähnlichkeits- und Unterschiedsdeterminanten im Sexual- und Schutzverhalten suchen und sie analysieren.

Wie schon erwähnt, werden wir unsere Aufmerksamkeit nur den relevanten und interpretationsmöglichen Antwortskomplexen widmen. Außerdem werden wir in unserer Studie durch Kreuztabellen Zusammenhänge zwischen den einzelnen Items untersuchen.

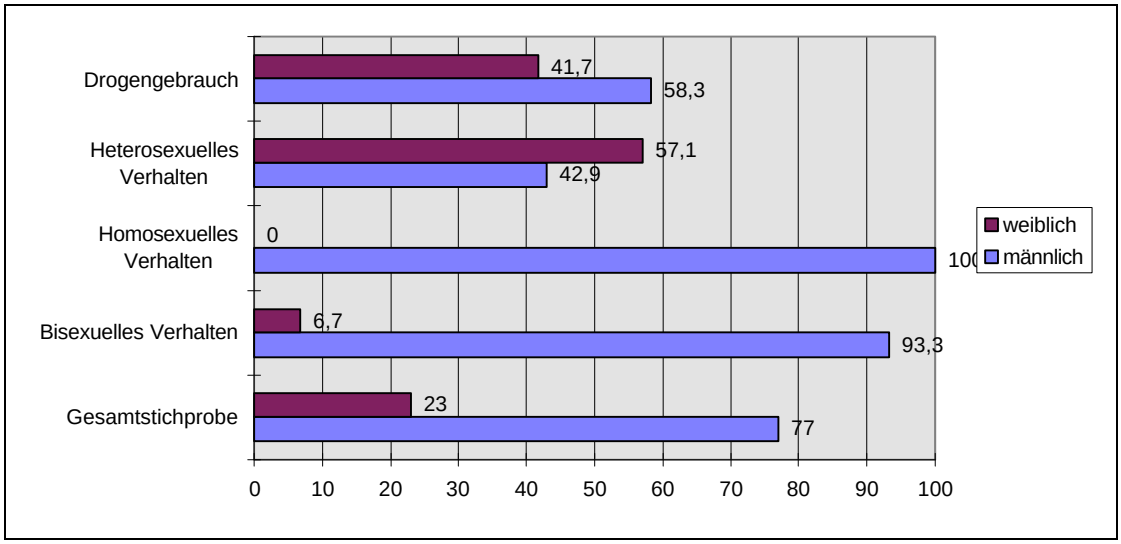
7.1. Soziodemographische Merkmale der Stichprobe

Hinsichtlich der Frage nach sozialen Charakteristika bulgarischer Zielgruppen für die AIDS-Prävention sind zunächst einmal soziodemographische Variablen von Interesse. Um Menschen im Rahmen aidspräventiver Maßnahmen als Zielgruppe ansprechen zu können, ist es wichtig zu wissen, was die Merkmale dieser Probanden sind und ob es hier um homogene Gruppen handelt, deren Mitglieder spezifische Merkmale aufweisen. Entsprechend wurden zunächst einmal Angaben zum Geschlecht, zum Alter, zum Geburtsort, zur Ausbildung und zum Familienstand erfragt.

Die soziodemographischen Daten der untersuchten Gruppen weisen eine geringe Streubreite auf. Von daher spiegeln die von uns untersuchten Zielgruppen keinen Durchschnitt der Zielgruppen in ganz Bulgarien wider.

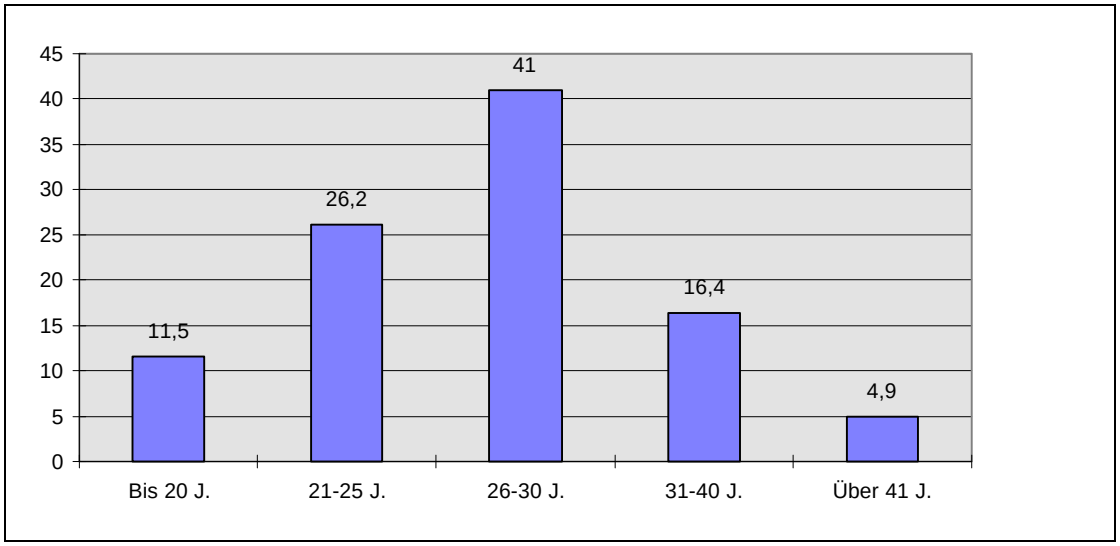
Insgesamt haben wir 77% Männer und 23% Frauen befragt. Den höchsten Prozentanteil der Männer hatten wir logischerweise bei den Menschen mit homosexuellem Verhalten - wir haben in unserer Studie nur Männer mit homosexuellem Verhalten befragt, da in der Sexualwissenschaft den Sexualkontakten zwischen Frauen kaum ein Risiko hinsichtlich einer möglichen HIV-Infektion zugeschrieben wird. Bei den Menschen mit bisexuellem Verhalten haben wir auch eine Frau erreicht, was 6,7% von der Zielgruppe ausmacht. Bei den Menschen mit heterosexuellem Verhalten waren 42,9% Männer und 57, 1% Frauen, bei den intravenösen Drogengebraucher - 58,3% Männer und 41, 7% Frauen (s. Diagramm 7).

Diagramm 7: Geschlecht der Probanden aus den einzelnen Zielgruppen.



Die Altersverteilung der Befragung zeigt eine geringere Streuung als z.B. die der Runkel-Studie (vgl. Runkel, 1989). Lag die Altersspanne der Runkel-Studie bei beiden Geschlechtern zwischen 15 Jahren und über 76 Jahren, so bewegen sich die Angaben unserer Untersuchung zwischen 18 und 48 Jahren. Das Durchschnittsalter liegt bei 27 Jahren (s. Diagramm 8).

Diagramm 8: Altersverteilung aller befragten Personen.



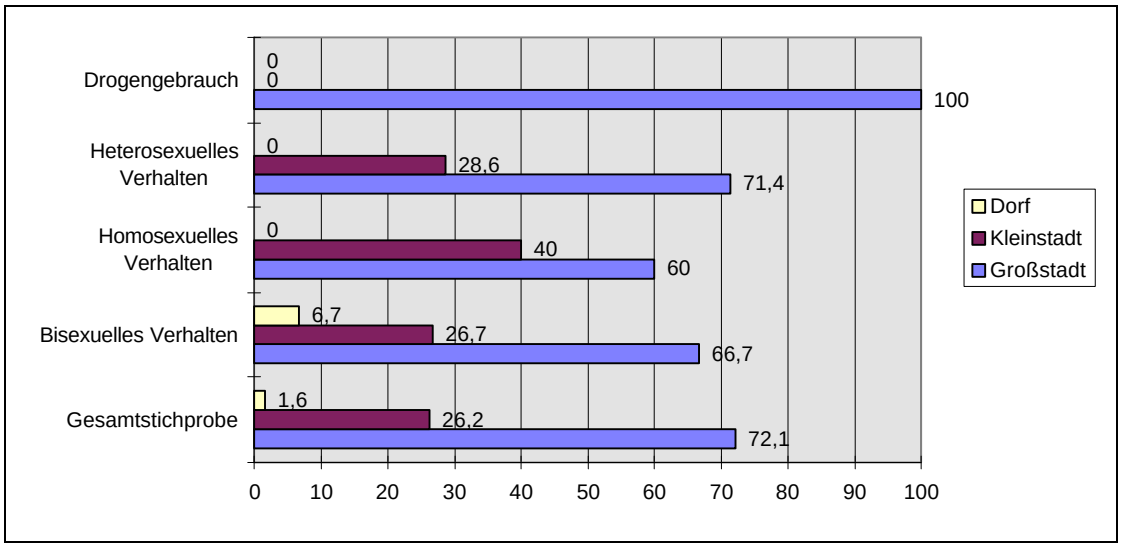
Dabei hat sich die Stichprobe der Personen mit bisexuellem Verhalten als älteste Gruppe erwiesen - Mean 31,8 Jahre. Am jüngsten sind die Probanden mit heterosexuellem Verhalten - Mean 25,5 Jahre.

In der Gesamtstichprobe handelt es sich um eine relativ jüngere Population, da in Bulgarien Sexualität immer noch als ein sehr geheimes und tabugeladenes Thema von den meisten älteren Menschen verstanden wird und wir somit leichter bei den jungen Leuten Informationen bekommen haben.

Leider konnten wir nicht viele junge Drogengebraucher ansprechen, weil ihre Probleme angesichts der ansteigenden Inzidenz in dieser Population uns wichtig erscheinen. In der Narkomanie-Klinik, in der wir unsere Interviews durchführten, waren fast alle Leute auf Methadonbehandlung und das Mittelalter (Mean) lag bei 26,6 Jahren.

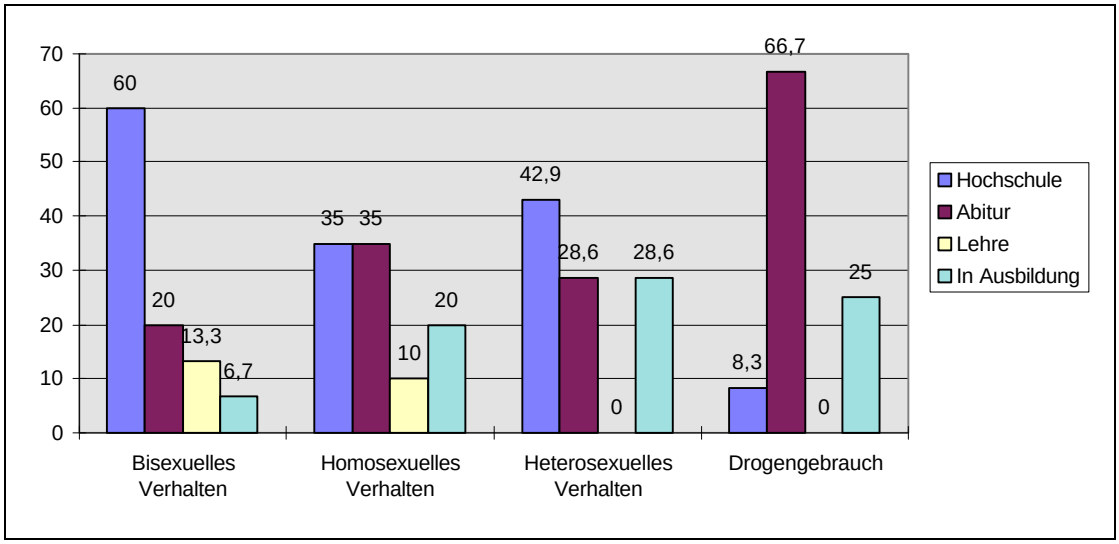
Bei unserer Stichprobe handelt sich um Personen, die zum großen Teil in einer Großstadt geboren sind. Diese gezwungene Selektion erfolgte aus finanziellen und organisatorischen Gründen, weil es uns nur möglich war, die Untersuchung in der Hauptstadt Sofia durchzuführen. Den höchsten Prozentsatz der Menschen, die nicht in einer Großstadt geboren worden sind, weisen die Leute mit homosexuellem Verhalten auf. Das ist vielleicht erklärbar mit der Annahme, daß ähnlich wie in den Westländern die Menschen mit homosexuellem Verhalten aus verschiedenen Gründen (Anonymität, Diskriminationsausweichung, bessere Lebensgestaltung usw.) in die Großstädte umsiedeln (Diagramm 9).

Diagramm 9: Geburtsort



Das Ausbildungsniveau der Gesamtstichprobe ist ziemlich hoch - 37,7% der Menschen haben eine Hochschulausbildung absolviert, 36,1% haben ein Abitur, 19,7% sind noch in der Ausbildung. Die höchsten Ausbildungsgrade haben die Menschen mit bisexuellem Verhalten - 60% haben eine Hochschulausbildung, welches unter anderem mit dem relativ höheren Alter und mit dem Umstand, daß fast alle ihre Ausbildung abgeschlossen haben (nur 6,7% sind noch in der Ausbildung), zu tun hat. Ein gutes Ausbildungsniveau haben auch die Menschen mit heterosexuellem Verhalten - 42,9%, sie haben aber den größten Anteil der noch Auszubildenden - 28,6%. Nur 8,3% der Menschen, die Drogen intravenös benutzen haben eine akademische Ausbildung, viele von ihnen - 25% - streben aber nach einer höheren Qualifizierung, die meisten haben lediglich das Abitur absolviert (s. Diagramm 10).

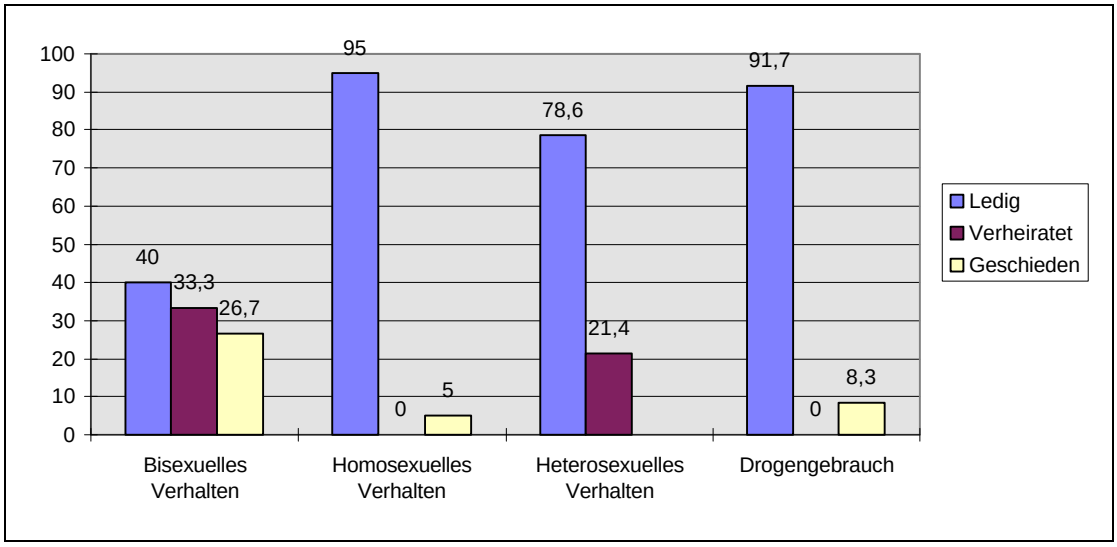
Tabelle 10: Ausbildungsgrade



Der größeren Teilnahme von Leuten aus gehobenen Bildungsschichten könnte auch ein Generationseffekt zugrunde liegen mit dem Hinweis auf die Tatsache, daß die jüngeren Altersgruppen überrepräsentiert waren (siehe oben), die in der Zeit des Bildungsbooms aufgewachsen sind und daher ein durchschnittlich hohes Bildungsniveau aufweisen. Nicht weniger berechtigt dürfte die Erklärung sein, die etwa davon ausgeht, daß Akademiker auf Grund ihrer vergleichsweise vielseitigeren Interessen eher bereit währen, an der Studie teilzunehmen.

Was den Familienstand der Probanden betrifft, handelt es sich bei unserer Gesamtstichprobe um Personen, die in ihrer Mehrheit keine familiären Verhältnisse eingegangen sind - 77% sind ledig, lediglich nur 13,1% sind verheiratet, 9,8% sind geschieden. Verständlicherweise sind 95% der Menschen mit homosexuellem Verhalten ledig, nur eine Person ist geschieden. Die meisten Personen, die verheiratet - 33,3% - oder geschieden - 26,7% - sind, gehören zur Gruppe der Menschen mit bisexuellem Verhalten. Diese Daten bestätigen auch die Untersuchungsergebnisse meiner Diplomarbeit, bei denen 47,6% der Männer und 20% der Frauen verheiratet waren. Bei den Menschen, die intravenös Drogen benutzen lebt keine Person in einer ehelichen Beziehung; die Menschen mit heterosexuellem Verhalten, auch auf Grund ihres jungen Alters, sind auch zum Großteil ledig - 78,6% (s. Tabelle 11). Nachwuchs haben 12,1% der Untersuchten.

Diagramm 11: Familienstand



7.2. Fragen nach der sexuellen Aufklärung und der Aufklärung über HIV/AIDS

Besonders wichtig für unsere Arbeit waren die Fragen zum Prozeß der sexuellen Aufklärung und der Aufklärung über HIV/AIDS. Hier fragten wir einerseits nach dem Milieu, in dem die jungen Menschen ihr Wissen über Sexualität bekommen und andererseits durch welche Personen bzw. Institutionen sie Informationen über HIV/AIDS schöpfen.

Über Sexualität wurden die meisten Menschen im Freundeskreis aufgeklärt - 84,7% und durch die verschiedenen Medien - 20,3%.[41] Beängstigend niedrig wirken die Prozentsätze derjenigen, die ihr Sexualwissen im Elternhaus (15,3%) bzw. in der Schulausbildung (13,6%) bekommen haben. Das bestätigt die Äußerungen vieler bulgarischer Pädagogen, daß in der bulgarischen Familie die Sexualität als Tabuthema angesehen wird und kaum darüber gesprochen wird.

Der niedrige Prozentsatz (13,6%) derjenigen, die die Antworten auf ihre Fragen bzgl. Sexualität in der Schule bekommen haben, kommt für uns nicht überraschend, da in den bulgarischen Schulen kein Unterricht in Sexualkunde existiert. Die Schüler erhielten lediglich zwei Lehrstunden in Biologie über die weiblichen und männlichen Geschlechtsysteme.

Defizite schulischer Sexualerziehung - insbesondere ihre weitgehende Beschränkung auf die Vermittlung biologischen Grundwissens - haben empirische Untersuchungen zum Thema eindrucksvoll belegen können[42]. Die Aufdeckung dieses Faktums ist mitverantwortlich dafür, daß die Rolle der schulischen Sexualerziehung für die Entwicklung des Sexualverhaltens der Jugendlichen überwiegend als äußerst gering veranschlagt wird.

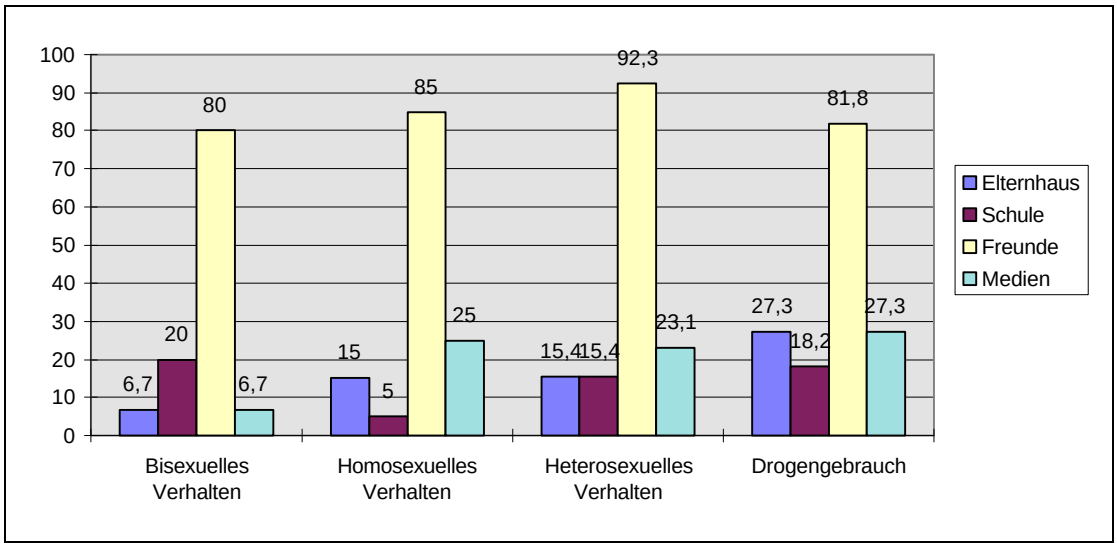
[41] Die Summe der Prozentsätze übersteigt 100%, da mehr als eine Antwort möglich war.
[42] Vgl. dazu Kluge, 1990 sowie „AIDS and Sexuality“: A Study based on a representative sample for Sofia on 15-17 years old. The Agency for Socioeconomic Analyses - A.S.A. June-Juli, 1995

Auf die Tatsache, daß die Schule einen wichtigen Beitrag zur geschlechtlichen Sozialisation leisten kann und soll, wird keine Rücksicht genommen. Verständlicherweise gehen Jugendliche deshalb auf Distanz; die im Unterricht besprochenen Probleme und Themen werden eher als lebensfern empfunden. So wird die Gelegenheit verpaßt, daß die Schüler und Schülerinnen in der Schule lernen können, verschiedenartige soziale Beziehungen aufzubauen, ein gesellschaftlich akzeptables Normen- und Wertesystem zu entwickeln und mit den Konsummöglichkeiten und -gefahren unserer Gesellschaft bewußt und angemessen umzugehen (vgl. Hurrelmann, 1989).

Wie schon erwähnt, sind unsere Ergebnisse zu dieser Frage fast identisch mit den Antworten auf die gleiche Frage in einer Enquete der Agentur für sozio-ökonomische Analyse in Sofia, die im Auftrag des Bulgarischen Gesundheitsministerium im Jahre 1995 durchgeführt wurde.[43] Auf die Frage „Sprechen Sie über Sexualität mit ihren Eltern?“ antworteten lediglich 14,8% der Befragten mit „ja“.

Die Prozentsätze der Antworten weisen keine relevanten Unterschiede bei den einzelnen Probandengruppen in unserer Untersuchung auf. In Bulgarien bekommt man also Informationen über die im Jugendalter noch unbekannte Sexualität nur „auf der Straße“ von den Freunden (s. Diagramm 12). Dabei spielen die Eltern und die Schulausbildung immer noch keine wesentliche Rolle in der Sexualerziehung.

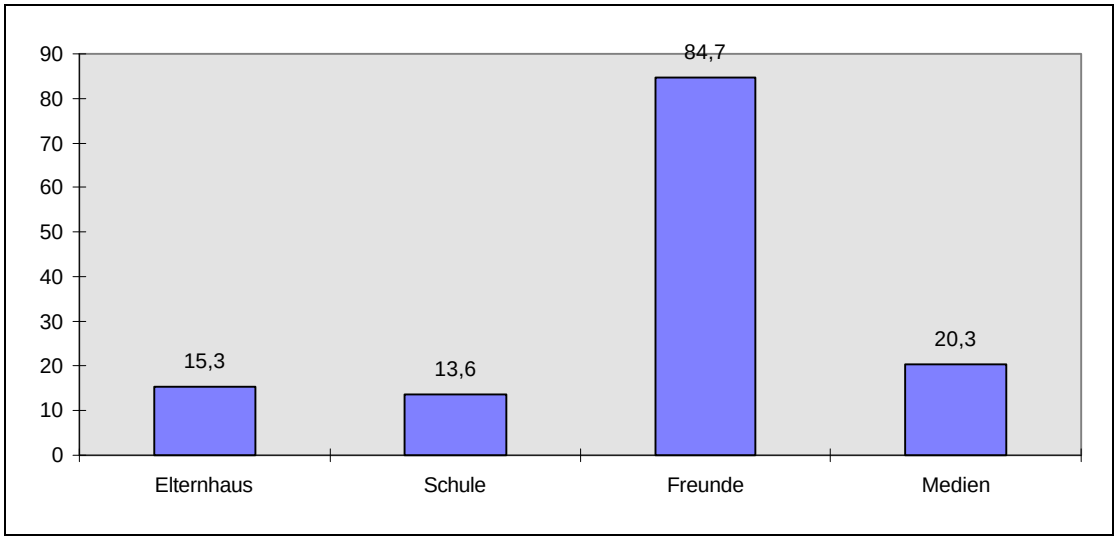
Diagramm 12: Sexualaufklärung durch:



Die Prozentsätze der Gesamtstichprobe bestätigen noch ein mal die oben ausgeführten Thesen (s. Diagramm 13).

[43] „AIDS and Sexuality“: A Study based on a representative sample for Sofia on 15-17 years old. The Agency for Socioeconomic Analyses - A.S.A. June-Juli, 1995.

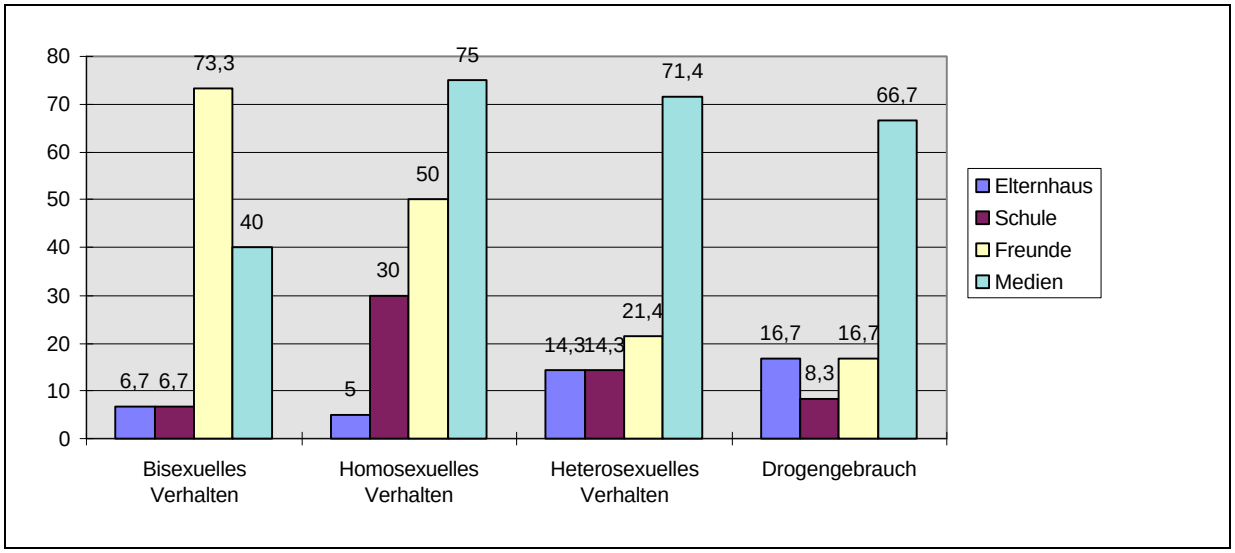
Diagramm 13: Sexualaufklärung der Gesamtstichprobe durch:



Auf ganz andere Wege bekommen die Menschen in Bulgarien ihre Informationen über die Krankheit des Jahrhunderts: AIDS. Die Mehrheit schöpft ihr Wissen aus den Medien, da aufgrund der mangelnden Präventionsmaßnahmen in Bulgarien nur ganz wenige Menschen im Freundeskreis eine genaue Vorstellung über HI-Virus und AIDS haben (das bestätigen auch die unten im Text ausgeführten Ergebnisse zum Wissensstand über die HIV-Übertragungswege und über den HIV-Test). Elternhaus und Schule als entscheidende Erziehungsinstitutionen treten demgegenüber in einem bescheidenen Umfang in Erscheinung. Gerade AIDS hat den maroden Zustand offenkundig gemacht, in dem sich schulische Sexualerziehung in Bulgarien insgesamt befindet: Mangelnde Ausbildung und Berührungsängste von Lehrkräften bei den Themen Sexualität und AIDS, das Aussparen sexualmoralisch strittiger Themen im Unterricht und Unkenntnis über die gültigen Richtlinien bestimmen die Unterrichtswirklichkeit (falls überhaupt vorhanden).

Unterschiede zwischen den einzelnen Zielgruppen bestehen nur bei den Menschen mit homo- und bisexuellem Verhalten, da sie vergleichsweise mehr Informationen über AIDS von ihren Freunden bekommen (Diagramm 14).

Diagramm 14: Aufklärung über die HIV-Infektion und AIDS durch:



Zusammenfassung

Die Schule zählt kaum zu den Institutionen, die zur Sexualitäts- und AIDS-Aufklärung der Jugendlichen in Bulgarien beiträgt. Nicht nur der Mangel an Lehrmaterial bzw. an Lehrstunden zu diesen Themen trägt dazu bei. Auch die fehlende Motivation, die mangelnde Fachkompetenz, die Angst davor, sich eigene sexuelle Bedürfnisse, u.a. auch mit Schülern einzugestehen, sind für die Probleme der Sexualitäts-/AIDS-Aufklärung in den Schulen verantwortlich.

Die meisten Jugendlichen in Bulgarien bekommen auch kaum Informationen über Sexualität bzw. AIDS von den Eltern. Der Grund könnte zum Teil auch im autoritären Verhalten der Eltern liegen, das vielfach als Folge ökonomisch eingeschränkter Lebensbedingungen aufgezeigt worden ist, vermittelt über die psychischen Belastungen und als Gegenreaktion auf die geringe Kontrolle über die eigene Lage. Auch Arbeitslosigkeit und finanzielle Verknappung und der damit verbundene Verlust an Autorität in der Familie machen es den Elternteilen besonders schwer, den Nachwuchs über verschiedene Problemen aufzuklären.

7.3. Psychologische Charakteristika

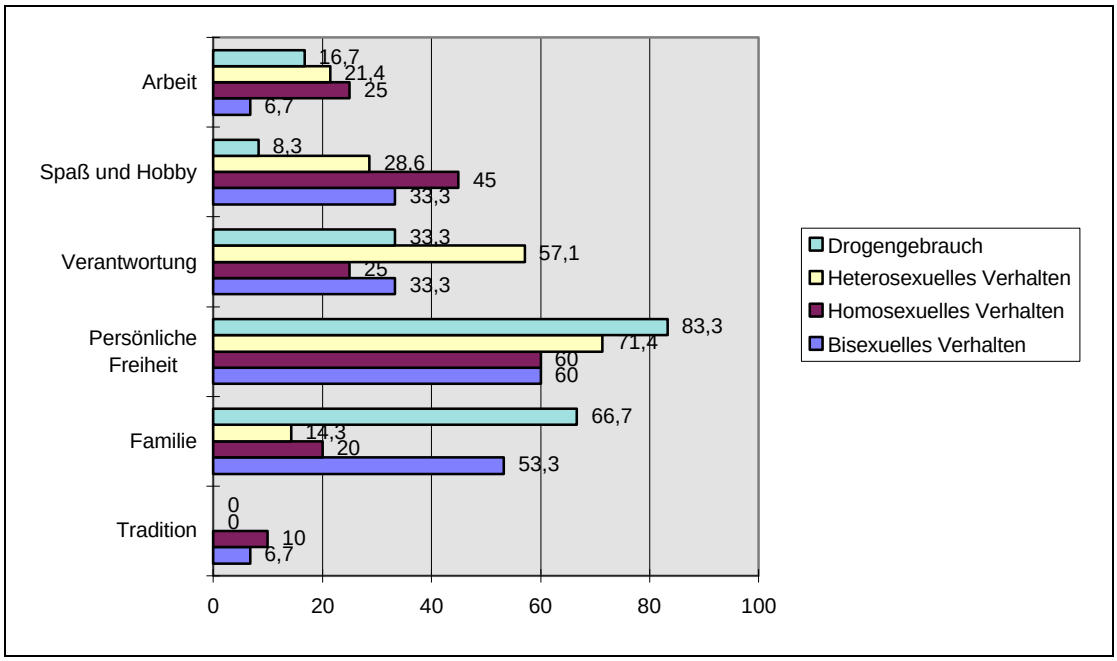
7.3.1. Allgemeine Lebens- und Sexualeinstellungen

Sexualität umfaßt nicht nur physiologische Prozesse im menschlichen Körper und psychische Wahrnehmungen im Bewußtseinssystem, sondern stellt sich auch in einer sozialen Dimension dar: Immer ist Sexualität mit den eigenen Wert- und Idealvorstellungen eines Menschencharakters geprägt, beeinflußt und ermöglicht. Die Bedeutung der unterschiedlichen für jeden einzelnen Menschen, mikrosozialen Dimensionen der Werte für die sexuelle Interaktion ist bisher unerforscht geblieben. Dabei sind gerade diese Wertvorstellungen von besonderer Relevanz für eine Optimierung von Präventionsmaßnahmen.

Mit der Hilfe des Diagramms 15 haben wir versucht, das Verhältnis der einzelnen Zielgruppen zu bestimmten Lebenswerten zu erforschen. Wir haben als Stichwörter einige Grundbegriffe aus unterschiedlichen Lebenssphären genommen.

Bei allen Zielgruppen ist das Bedürfnis nach Autonomie am stärksten ausgeprägt, wobei *persönliche Freiheit* von den Drogengebrauchern (83,3%) und bei den Menschen mit heterosexuellem Verhalten (71,4%) als wichtigster Lebenswert eingeschätzt wird. Für die Menschen mit bisexuellem Verhalten (53,3%) und die Drogengebraucher (66,7%) ist *Familie* der zweitwichtigste Wert im Leben. Die Menschen mit heterosexuellem Verhalten stellen an die zweite Stelle *Verantwortung* (57,1%), für die Menschen mit homosexuellem Verhalten sind *Hobby und Spaß* hinter *persönliche Freiheit* am zweitwichtigsten. Lebenswerte wie *Arbeit* und *Tradition* werden von allen Zielgruppen nicht besonders hoch geschätzt, was vielleicht auch mit dem jungen Alter der meisten Probanden in Verbindung steht. Was den nicht besonders hohen Stellenwert der *Tradition* angeht, können wir eine liberalere Einstellung seitens der Menschen mit heterosexuellem Verhalten, also der Allgemeinbevölkerung gegenüber den Menschen mit andersartigem Verhalten feststellen, da sich die traditionelle Normen in Bulgarien in Abneigungs- und Ausweichsverhalten zu diesen Gruppen äußern (s. Diagramm 15).

Diagramm 15: Die wichtigsten Werte im Leben (Mehrfachantworten möglich)



Für alle Zielgruppen stand *Liebe* (57,1% bei den Menschen mit bisexuellem Verhalten bis 75% bei den Drogengebrauchern) an erster Stelle der Rangreihe der verschiedenen Begriffe für die Bedeutung der Sexualität (s. Diagramm 16). Diese Angaben sind nicht überraschend, da auch in der heutigen modernen Zeit der Liebe für die Gestaltung von Sexualität nach wie vor eine hohe Bedeutung zukommt.

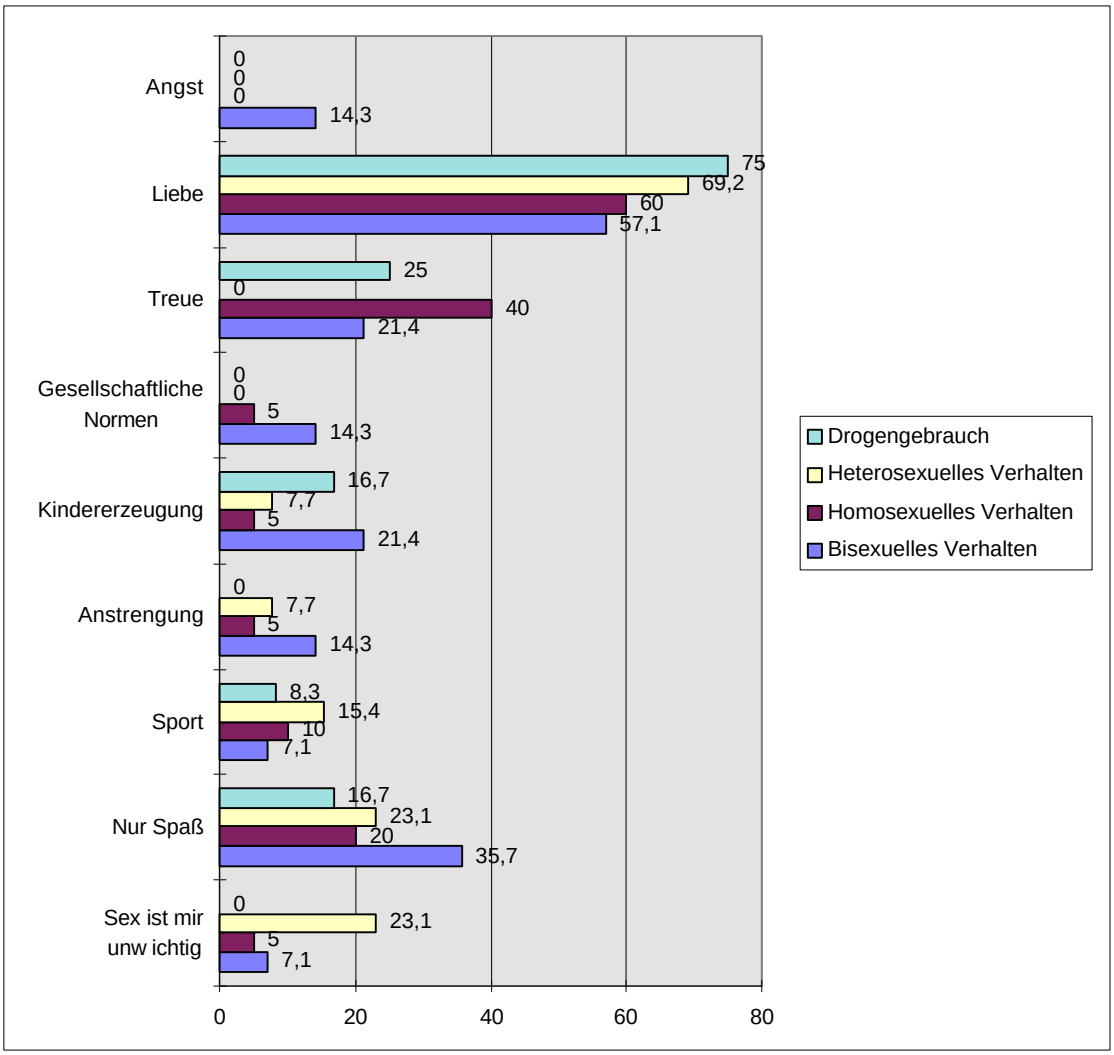
In dieser Beziehung sollte man auch die Untersuchungsergebnisse zum Sextourismus von Kleiber und Velten aus dem Jahr 1994 erwähnen (vgl. Kleiber u. Velten, 1994; Gerhards, 1992). Sie haben die Liebe als Risikofaktor beim Kondomgebrauch identifiziert. Nach ihren Schlußfolgerungen benutzen die Männer, die sich in eine einheimische prostitutive Partnerin verliebt hatten, deutlich seltener Kondome als Männer, bei denen dieses nicht der Fall war. Wir haben diese These für unsere Stichprobe anhand einer Crosstabellenanalyse zwischen dem Begriff Liebe und der Kondombenutzungsrate überprüft. Dabei sind wir zu ähnlichen Ergebnissen gekommen, daß 47,4% der Probanden, die *Liebe* als wichtiger Sexualitätsfaktor angezeigt hatten, grundsätzlich keine Kondome benutzen. Dagegen benutzt die Mehrheit der Probanden, für die die Sexualität *nur Spaß* bedeutet, gezielt Kondome als Schutz vor Geschlechtskrankheiten und AIDS (16,4% benutzen Kondome, 3,3% nicht).

Treue ist die zweitwichtigste Voraussetzung in der Sexualität für die Menschen mit homosexuellem Verhalten (40%) und für die Drogengebraucher (25%). Die Angaben bei den Menschen mit homosexuellem Verhalten kommen etwas überraschend, da viele bisherigen Untersuchungen gezeigt haben, daß Toleranz bezüglich der Untreue des Sexualpartners groß ist. So lehnen nur 10% der befragten Befreundeten in der Untersuchung von Dannecker die sexuelle Untreue ihres Freundes ab (vgl. Dannecker, 1987). Überraschenderweise ist *Treue* für keinen der befragten Menschen mit heterosexuellem Verhalten von Bedeutung, da anscheinend sexuelle Treue ein ausgezeichnetes Mittel ist, jedes Infektionsrisiko zu vermeiden, vorausgesetzt beide Partner sind (und waren) sich gegenseitig treu (anscheinend, weil Voraussetzung für Treue ist ein Mensch, dem man treu sei kann, aber den muß man erst finden). So müssen die Menschen mehrmals mit unterschiedlichen Partnern Kontakte aufbauen. Wenn es dabei zu sexuellen Aktivitäten kommt und die Biographie des Partners nicht hinreichend bekannt ist oder, wie oben ausgeführt, aus Liebe keine Kondome benutzt werden, geht dann der Mensch mit einem solchen Kontakt ein Infektionsrisiko ein.

In der Tat scheint die Entsexualisierung der Welt der Menschen mit heterosexuellem Verhalten, weit fortgeschritten zu sein - für ganze 23,1% ist Sex nicht von großer Bedeutung.

Die Ergebnisse zeigen, daß immer noch für die Menschen mit s.g. „abweichendem“ Sexualverhalten (homo- und bisexuell) ihre Sexualität mit gesellschaftlichen Normen in Verbindung steht (jeweils 5% und 14,3%). Das könnte als Hinweis einer noch aktuellen Ausgrenzung seitens der Allgemeinbevölkerung interpretiert werden. Dazu kommt die *Angst* vor der Sexualität bei 14,3% der Menschen mit bisexuellem Verhalten. Die Sexualität als *Kindererzeugung* verstehen die Menschen, die auch am meisten in familiären Verhältnissen leben - 21,4% der Menschen mit bi-, 7,7% der Menschen mit heterosexuellem Verhalten und 16,7% der Drogengebraucher. *Anstrengung* als Teil der Sexualität ist bei allen Zielgruppen wenig vorhanden (Höchstwert 14,3% bei den Menschen mit bisexuellem Verhalten).

Diagramm 16: Was bedeutet die Sexualität für Sie (Mehrfachantworten möglich)?



Die Mehrheit aller Befragten meinte, sehr einfühlsam in der Sexualität zu sein und bezeichnete sich als guter Liebhaber bzw. gute Liebhaberin, wobei die Menschen, die intravenös Drogen gebrauchen mit 91,7% an der Spitze liegen. Zu vermuten ist, daß diese Behauptung der Mehrheit der Drogengebraucher ein Kompensierungsversuch eigener Selbstunsicherheit sein könnte, da bekannt ist, daß die Sexualpotenz durch den Drogengebrauch beeinträchtigt wird.

Ungefähr jeder Dritte von den Menschen mit homo- und bisexuellem Verhalten und von den Drogengebrauchern gibt an, sich mit Frauen bzw. Männern gut auszukennen. Hier fällt auf, daß nur 7,1% der Menschen mit heterosexuellem Verhalten dieser Meinung sind.

Relativ viele Menschen (von 66,7% bei den Menschen mit hetero- bis 35,7% bei den Menschen mit bisexuellem Verhalten) gaben an, sich über ihre eigene Sexualität Gedanken gemacht zu haben.

Probleme mit der eigenen Sexualität wurden deutlich besonders bei den Menschen mit homo- (15,8%) und bei den Menschen mit heterosexuellem Verhalten (14,3%). Für jeden vierten Drogengebraucher und Mensch mit heterosexuellem Verhalten ist die Sexualität mit Angst verbunden (s. Tabelle 9).

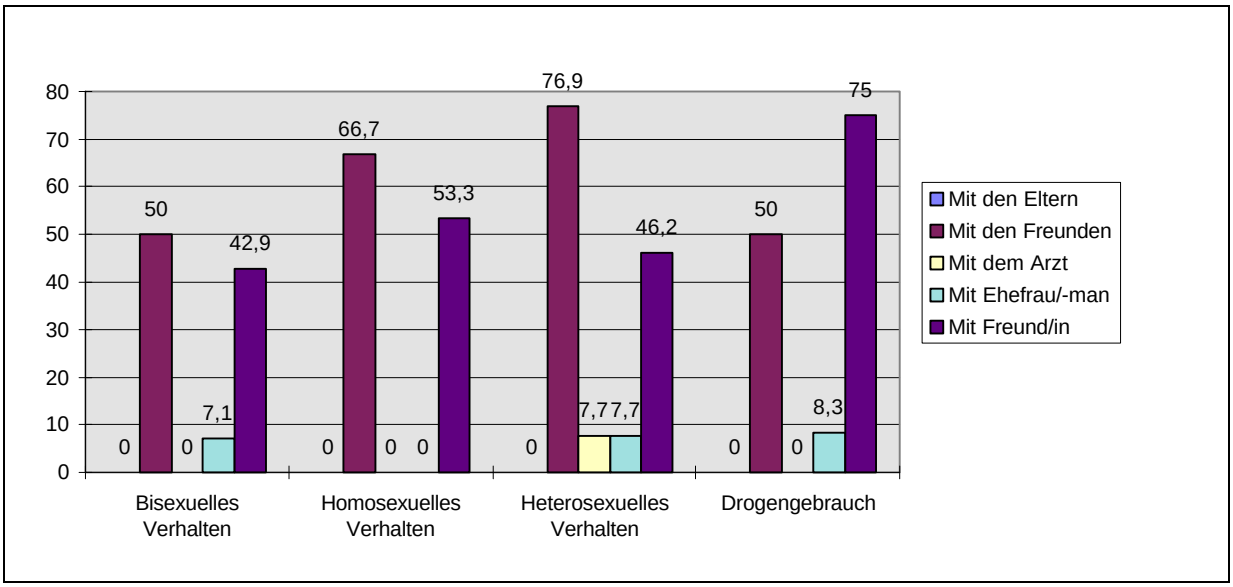
Tabelle 9: Aspekte des sexuellen Erlebens*

	Bisexuelles Verhalten	Homosexuelles Verhalten	Heterosexuelles Verhalten	Drogengebrauch	Gesamt
Gute/r Liebhaber/in	66,7%	60%	78,6%	91,7%	72,1%
In der Sexualität sehr einfühlsam	69,2%	75%	69,2%	66,7%	70,7%
Über eigene Sexualität nachgedacht	35,7%	47,4%	57,1%	66,7%	50,8%
Mit Frauen/Männer kenne ich mich aus	28,6%	31,6%	7,1%	27,3%	24,1%
Sexualität macht mir Angst	14,3%	5,3%	21,4%	25%	15,3%
Sexuelle Probleme	7,1%	15,8%	14,3%	8,3%	11,9%
Sexuell unerfahren	0%	10,5%	0%	0%	3,4%

*Angaben zu “stimmt“.

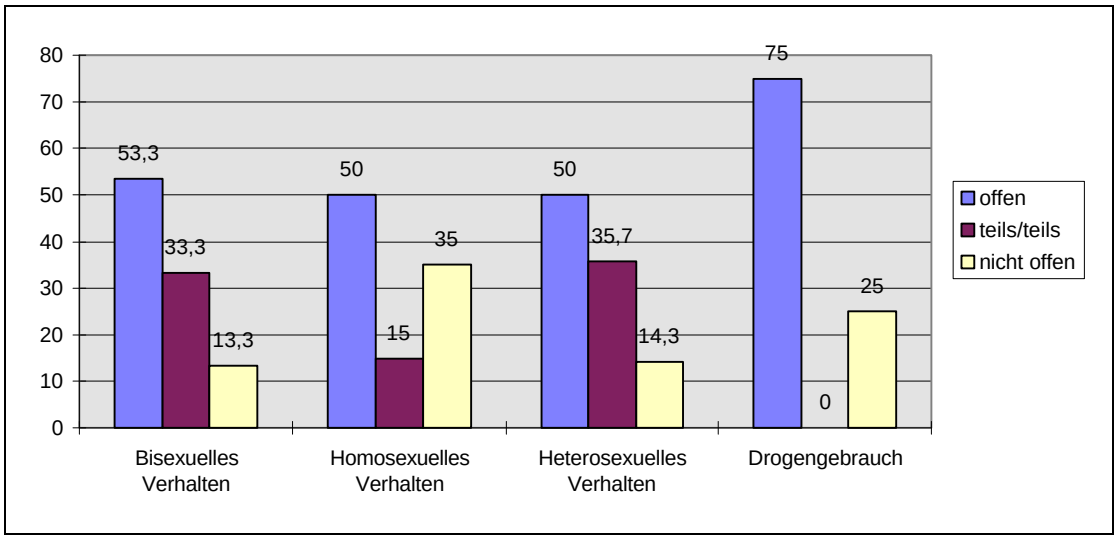
Die Antworten auf die Frage nach dem Gesprächspartner zu den Problemen, die die Sexualität mit sich bringt, bestätigen noch mal die Ergebnisse zu der Sexual- und AIDS-Aufklärung (s. Tabellen 13 u.15). Obwohl eine hohe Gesprächsbereitschaft zu den Fragen der Sexualität bei allen Zielgruppen vorhanden ist (75% der Drogengebraucher und jeder zweite aus den anderen Zielgruppenn sprechen offen über ihre sexuellen Bedürfnisse und Probleme; (s. Diagramm 18), sind Vertrauenspersonen wie die Eltern oder die Ärzte keine Gesprächspartner zu Themen der Sexualität. So werden wichtige Quellen für die AIDS-Prävention und für die Lösung sexueller Probleme verloren. Was die Familie angeht, ist das besonders schmerzlich, da die Sensibilisierung für den eigenen Körper, die Beziehung zum Partner eine langfristige Persönlichkeitsveränderung bedeutet und durch den Mangel an Kommunikation sehr erschwert wird. Alle Zielgruppen reden am häufigsten über die Sexualität mit den Freunden bzw. mit dem Partner/mit der Partnerin (s. Diagramm 17).

Diagramm 17: Mit wem reden Sie über Sex?



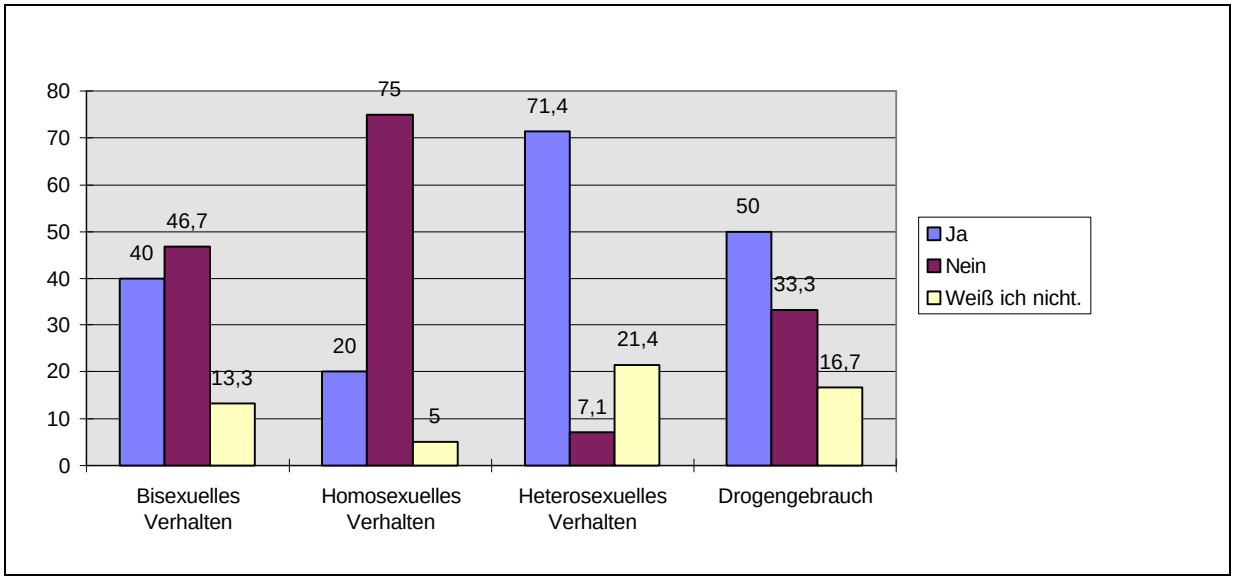
Wie schon erwähnt, sprechen die Drogengebraucher sehr offen über Sex, die Menschen mit homosexuellem Verhalten erweisen sich am geheimsten - 35% von ihnen reden nicht offen über Sex (s. Diagramm 18).

Diagramm 18: Wie offen reden Sie über Sex?



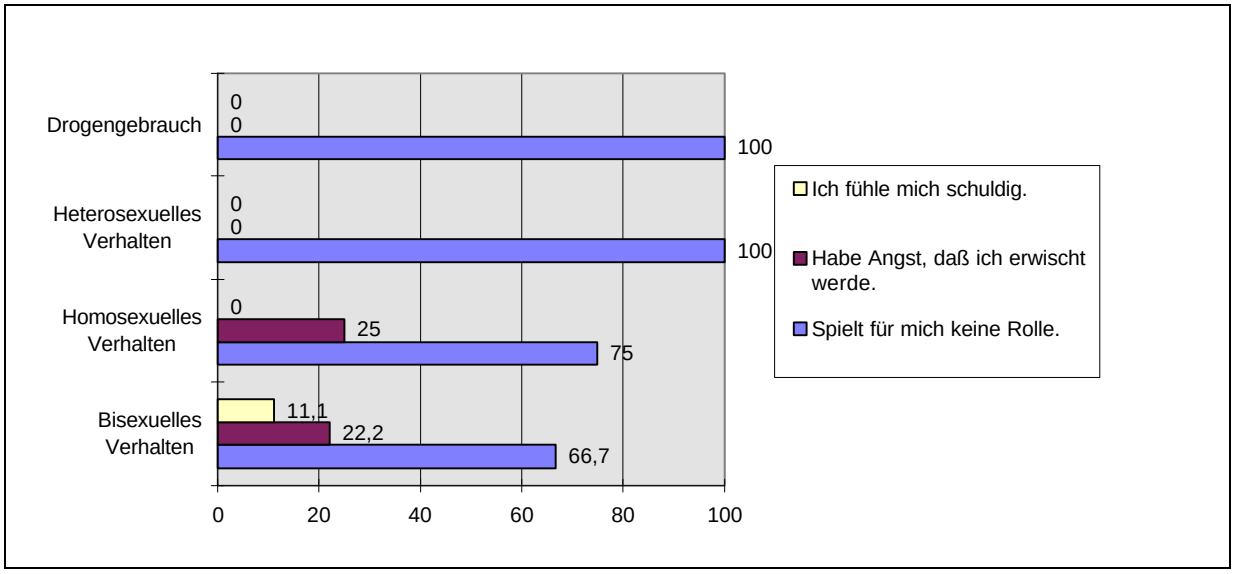
Sehr interessant sind die Ergebnisse zu der Frage nach der „Normalität“ der eigenen Sexualität. Sichtbar werden die Folgen und die Auswirkungen der langjährigen Stigmatisierung und Diskriminierung der s.g. Randgruppen in Bulgarien. Obwohl man ganz sicher versucht hat, die eigene Identität zu behalten, vertreten die Menschen mit homo- und bisexuellem Verhalten (jeweils 75% u. 46,7%) die Meinung, daß ihre eigene Sexualität nicht als „normal“ bezeichnet werden kann. 33,3% der Drogengebraucher bezeichnen auch ihre Sexualität als nicht normal (s. Diagramm 19).

Diagramm 19: Ist Ihr Sex normal?



Die Tatsache, daß ihre Sexualität „nicht normal“ ist, spielt für die Mehrheit der Menschen mit homo- und bisexuellem Verhalten keine Rolle. Nicht gering ist aber die Zahl derjenigen Vertreter dieser sexuellen Präferenzen (jede/r vierte), die Angst haben, daß ihr Sexualverhalten publik wird. 11,1% der Menschen mit bisexuellem Verhalten fühlen sich auch dabei schuldig (s. Diagramm 20).

Diagramm 20: Falls Sie der Meinung sind, daß Ihre Sexualhandlungen von der Gesellschaft als „unnormal“ bezeichnet werden, was bedeutet Ihnen diese Tatsache?



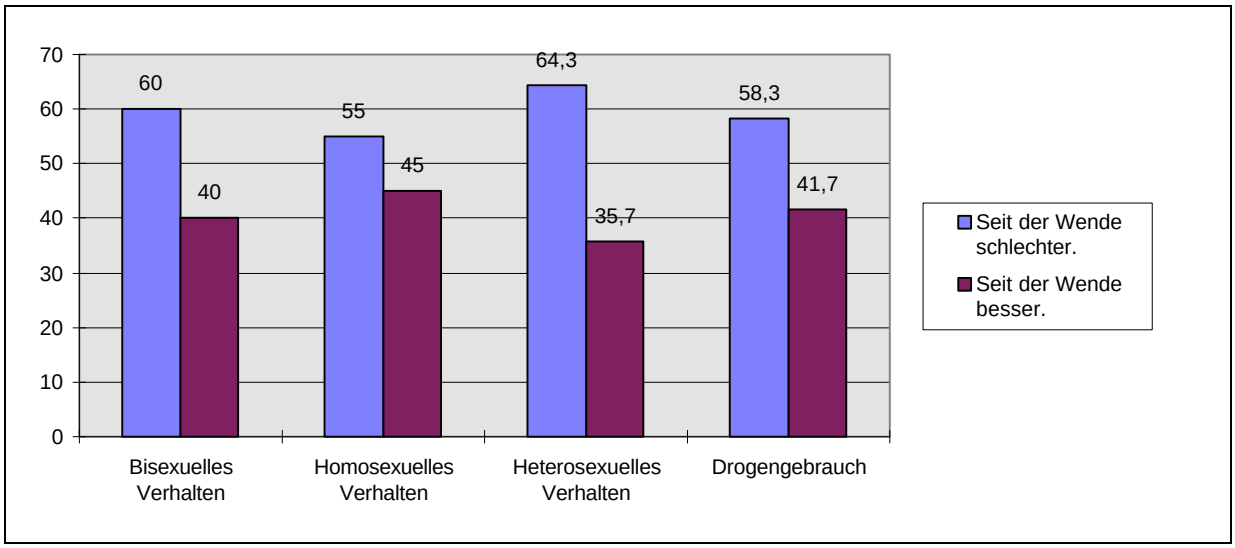
7.3.2. Einstellungen zu den sozialpolitischen Entwicklungen in Bulgarien

Mit dem Ziel, das Gesamtbild der Lebenseinstellungen der Zielgruppen für die AIDS-Prävention in Bulgarien zu vervollständigen, haben wir auch nach den Einstellungen zu den sozialpolitischen Entwicklungen in Bulgarien seit der demokratischen Wende 1989 nachgefragt.

Weil wir überzeugt sind, daß die ökonomischen und sozialen Veränderungen in Bulgarien das Sexualleben der Menschen stark beeinflußt haben, sehen wir den hohen Prozentsatz der Leute, die diese Veränderungen eher in einem negativen Licht empfinden (59% der Gesamtstichprobe), als keine begünstigende Voraussetzung für die AIDS-Prävention, an. Die durch die Krise verursachten finanziellen Probleme, die steigende Arbeitslosigkeit und die damit verbundenen düsteren Entwicklungsperspektiven für die Gesamtbevölkerung, führen zwangsläufig unter anderem zu einer vorzeitigen Ausschöpfung der psychischen Reserven eines Menschen. Diese Belastungssituation kann zu einer Unbekümmertheit über die zukünftigen Konsequenzen, die das Risikoverhalten hinsichtlich verschiedener Krankheiten (auch STD’s und AIDS) mit sich bringt, führen.

Es fällt auf, daß fast keine Unterschiede zwischen den Einstellungen zum Problem der einzelnen Zielgruppen bestehen. Wo auch die Menschen aus den s.g. „Randgruppen“ diese Entwicklungen nicht eher positiv sehen, läßt uns feststellen, daß sich ihre Lage in der Gesellschaft kaum verbessert hat: Obwohl sie aufgrund ihres Verhaltens nicht mehr gesetzlich verfolgt werden, haben sie neue Probleme bekommen, die sich negativ auf ihre Einstellungen zur Entwicklung in Bulgarien auswirken (s. Diagramm 21).

Diagramm 21: Einstellung zu der Entwicklung Bulgariens seit der Wende 1989.



Zusammenfassung

Ein zusammenfassender Blick auf unsere Ergebnisse zu den Lebens- und Sexualeinstellungen der Probanden zeigt, daß die meisten von ihnen, egal welcher Zielgruppenzugehörigkeit, die Werte *Liebe* und *Treue*, gleichzeitig gekoppelt mit *persönlicher Freiheit*, am wichtigsten finden.

Wenn man AIDS-Prävention nicht nur zu einer Handlungsanweisung über Safer- Sex und Kondombenutzung verkümmern lassen will, dann muß man die Leute vor allem dazu ermutigen, über Sexualität und AIDS auch mit kompetenten Menschen zu sprechen. Die meisten Probanden müssen auch von den kompetenten ärztlichen Stellungnahmen lernen können. Damit wollen wir nicht sagen, daß die Kommunikation im Freundeskreis unwichtig für die AIDS-Prävention ist. Miteinander reden bedeutet, gemeinsame Verantwortung für sich und den anderen zu übernehmen. Diese Gespräche können z. B. auch dazu führen, daß einer der Sexpartner zu einem (ungeschützten) Sexualkontakt „nein“ sagt, wenn er dadurch keine Sicherheit empfindet.

Schließlich können wir an den von den meisten Menschen für die Gespräche über Sex bevorzugten Personengruppen und Institutionen noch mal feststellen, daß sie diesen Vertrauensbonus gewonnen haben, den die Eltern/Ärzteschaft/Schule nicht erreichten.

7.3.3. Zum Selbstbild der einzelnen Zielgruppen.

Damit wir eine empirisch fundierte psychologische Typisierung von den Zielgruppen erhalten, setzten wir einen von Kleiber, Velten und Jacobowski (vgl. Kleiber, Velten & Jacobowski, 1990) entwickelten Fragenkomplex ein, der den befragten Personen ermöglicht, zu beschreiben, wie sie sich selber sehen. Kleiber, Velten und Jacobowski suchten anhand dieses Fragebogens in ihrer Prostitutionskundenstudie (1994) nach relevanten Indikatoren einer Freiertypologie. In dieser Studie haben sie drei relevante Dimensionen identifiziert, die als Indikatoren des Typs des *Playboys*, des *Verlierers* und des *Familienvaters* verstanden werden können. Mit diesem Fragebogeninstrumentarium wurden die Probanden gebeten, mit einem fünfstufigen Antwortformat die jeweilige Zustimmung bzw. Ablehnung, zu 15 vorgeschriebenen „Männertypen“ zu markieren.

Wir haben mit der Hilfe dieser Menschentypen versucht, einige für unsere Fragestellung relevante Zusammenhänge, zwischen Persönlichkeit und Schutz- bzw. Risikoverhalten zu untersuchen. Zuerst soll die Analyse auf der Ebene von den einzelnen Items vorgestellt werden (vgl. Tab. 10).

Tabelle 10: Ich sehe mich als ...*

	Bisexuelles Verhalten	Homosexuelles Verhalten	Heterosexuelles Verhalten	Drogengebrauch	Gesamt
Kumpeltyp	86,7%	75%	92,9%	91,7%	85,2%
Individualist	85,7%	80%	57,1%	75%	75%
Gewinner	53,8%	45%	50%	50%	49,2%
Beschützer	42,9%	25%	42,9%	41,7%	36,7%
Hausherr	53,8%	21,1%	42,9%	16,7%	32,8%
Lebenskünstler	42,9%	25%	7,1%	33,3%	26,7%
Elternkörper	42,9%	15%	21,4%	33,3%	26,7%
Karrierist	30,8%	35%	14,3%	0%	22%
Playboy	30,8%	20%	21,4%	16,7%	22%
Pechvogel	7,7%	15%	7,1%	8,3%	10,2%
Opfer	7,7%	5%	14,3%	0%	6,8%
Versager	0%	5%	0%	0%	1,7%

*Angaben zu “stimmt“.

Dabei beschreiben sich die Probanden vorrangig als *Kumpeltyp*, mit dem sich 85,2% identifizieren können. An zweiter Stelle mit 75% der Gesamtgruppe liegt das Item „Individualist“, gefolgt vom Typus „Gewinner“ mit 49,2%. Auffällig sind die niedrigen Prozentsätze der Menschen, die sich als Pechvogel, Opfer oder Versager ansehen. Das könnte als Hinweis dienen, wie kritisch die Selbstwahrnehmung der einzelnen Zielgruppen variiert.

Im Folgenden werden wir anhand der oben ausgeführten Menschentypen und mit der Hilfe der Ergebnisse aus der Crosstabellenanalyse zwischen diesen Typen und einzelnen für das Schutz- bzw. Risikoverhalten der Probanden relevanten Items, Ansätze einer psychologischen Typisierung der einzelnen Zielgruppen vornehmen.

A. Menschen mit bisexuellem Verhalten.

Wie bei der Gesamtstichprobe identifizieren sich die meisten Bisexuellen mit den Kategorien „Kumpeltyp“ (86,7%), „Individualist“ (85,7%) und „Gewinner“ (53,8%). Es fällt auf, daß im Vergleich mit den anderen Zielgruppen mehr Bisexuelle sich als „Beschützer“ (42,9%), „Hausherr“ (53,8%) und „Elternkörper“ (42,9%) identifizieren. Das könnte die Struktur der Privatbeziehungen der Bisexuellen widerspiegeln - 33,3% sind verheiratet, andere 26,7% sind geschieden. Dabei machen sie auch die größte Gruppe, die Nachwuchs hat - 33,3%, aus.

Die Bisexuellen, die sich als „Kumpeltypen“ identifizieren, fühlen sich am meisten durch AIDS bedroht - 57,1%, haben über ihre Sexualität nachgedacht und Zusammenschlüsse daraus für sich gezogen. Das könnte als Bereitschaft für mögliche Änderungen im Sexualverhalten in Richtung Schutz vor AIDS oder anderen Geschlechtskrankheiten interpretiert werden. 66,7% haben ständig Kondome bei sich und benutzen sie in 46,7% der Sexualkontakte. 60% der Bisexuellen-„Kumpeltypen“ geben an, gezielt Kondome gegen AIDS oder andere Geschlechtskrankheiten zu benutzen.

Interessant in diesem Zusammenhang war die Frage nach der konsequenten Benutzung von Kondomen, unabhängig von der aktuellen psychischen Situation. Zu der Behauptung „Wenn ich Alkohol oder Drogen genommen habe, bin ich sorglos und denke nicht an Kondome“ antworteten nur 21,4% positiv, 64,3% meinen, dadurch ihr Schutzverhalten nicht zu beeinflussen.

Die „Individualisten“ unter den Bisexuellen fühlen sich auch durch AIDS bedroht (53,8%), denken aber eher nicht über Sexualität nach (28,6%). Sie haben am häufigsten Kondome bei sich (71,4%), benutzen sie bei jedem zweiten Sexualkontakt (50%) und zwar gezielt gegen AIDS/Geschlechtskrankheiten (64,3%). Diese Gruppe zeigt auch kein Beeinflussen des Schutzverhaltens durch Alkohol oder Drogen (71,4%).

Die Menschen, die sich eher als „Gewinner“ oder „Playboy“ identifizieren, zeigen ein ähnliches Verhalten, die Werte im Sinne des Schutzverhaltens liegen aber erheblich niedriger - jeweils 46,2% und 23,1%.

Auffällig ist, daß bei den Menschen, deren Dimensionen Typen mit familiärer und häuslicher Orientierung zusammenfassen, fast keine Bedrohung durch AIDS existiert - jeweils 7,7% „Beschützer“, 15,4% der „Elternkörper“ und 33,3% der „Hausherren“ haben Angst vor AIDS.
Sie benutzen vergleichsweise weniger Kondome gezielt gegen AIDS/Geschlechtskrankheiten (je 21,4%; 21,4%; 30,8%) und neigen dazu, bei Alkohol- oder Drogeneinfluß keine Kondome zu benutzen (je 21,4%; 21,4%; 23,1%).

B. Menschen mit homosexuellem Verhalten

Die meisten Homosexuellen identifizieren sich am besten mit der Kategorie „Individualist“ (80%), gefolgt an zweiter Stelle von „Kumpeltyp“ (75%) und „Gewinner“ (45%). Viele bezeichnen sich auch als „Karrierist“ (35%). Im Vergleich zu den anderen Zielgruppen fühlen sich viel weniger Homosexuelle als Beschützer (25%) oder Elternkörper (15%).

Weniger als die Hälfte aller Homosexuellen (45%) fühlt sich durch AIDS bedroht. 40% der „Individualisten“ und der „Kumpeltypen“, 20% der Gewinner und nur 10% der Karrieristen spüren eine Gefahr durch AIDS. Das könnte aber im konsequenten Safer Sex-Verhalten seinen Grund haben:

- 47,4% aller befragten Homosexuellen denken über ihre Sexualität nach, davon 42,1% der „Individualisten“ und der „Kumpeltypen“.

- 40% von der ganzen Gruppe haben „immer“ und weitere 35% „manchmal“ Kondome bei sich, die sie in 45% bei Sexualkontakten benutzen. Am häufigsten dabei benutzen die „Individualisten“ (45%) und die „Kumpeltypen“ (45%) Kondome. Die Probanden, die sich als „Karrieristen“ identifizieren, benutzen eher selten Kondome - 20% geben an keinen Safer Sex zu praktizieren.

- Sehr bewußt zeigt sich die ganze Stichgruppe bei der Durchsetzung der Safer Sex-Regeln bei Alkohol/Drogen-Einfluß: 75% aller Homosexuellen setzen ihr Schutzverhalten auch bei solchen Umständen fort. An der Spitze liegen die „Individualisten“ (70%), die „Kumpeltypen“ (60%) und die Menschen, die sich nicht mit „Opfer“ identifizieren, also die „Anti-Opfer“ (60%), gefolgt von „Individualist“ mit 53,8% und den „Gewinner“ - 50%.

C. Menschen mit heterosexuellem Verhalten

Die Menschen mit heterosexuellem Verhalten, die auf die Freundschaft einen großen Wert legen, also die „Kumpeltypen“, fühlen sich auch am meisten durch AIDS bedroht - 57,1%. An zweiter Stelle liegen die „Gewinner“ mit 35,7%. Obwohl im Vergleich zu den anderen Zielgruppen die Heterosexuellen sich weniger in der Kategorie der „Individualisten“ wiederfinden (57,1%), liegt diese Charaktergruppe an dritter Stelle mit einer geteilten Meinung von 28,4%, die die AIDS-Gefahr wahrnehmen und 28,4%, die keine Bedrohung durch AIDS fühlen.

Die Mehrheit der Heterosexuellen denkt über ihre Sexualität nach und zieht Konsequenzen daraus (57,1%), wobei die Menschen, die sich überhaupt nicht mit der Rolle des “Versagers“ identifizieren, die „Kumpeltypen“ (50%) und die „Individualisten“ (35,7%) an der Spitze liegen.

Kondome haben immer dabei 28,6% der „Kumpeltypen“ und 21,4% der „Gewinner“. Die „Individualisten“ (28,6%) haben eher von Zeit zu Zeit Kondome bei sich. Unerwartet ist die mangelnde Bereitschaft Kondome bei sich zu haben zweier Gruppen, bei denen Unterschiede im Sexualverhalten zu erwarten sind, nämlich einerseits die Gruppe der „Beschützer“ (14,3%), „Hausherren“ (0%) und „Elternkörper“ (7,1%) und andererseits die Gruppe der Menschen, die sich als „Playboy“ bzw. „Femme fatale“ (7,1%) bezeichnen.

Bei der Frage nach der tatsächlichen Benutzung von Kondomen bei den Sexualkontakten finden wir erschreckende Angaben. So behaupten 42,9% aller heterosexuellen Befragten bewußt keine Kondome zu benutzen, davon 35,7% der „Kumpeltypen“ und der „Individualisten“, 28,6% der „Hausherren“ usw. Diese Ergebnisse zwingen uns zum Zusammenschluß, daß viele Menschen Kondome „immer“ bis „manchmal“ bei sich haben, machen von ihnen aber keinen Gebrauch.

Da ein großer Teil der Befragten keinen Alkohol bzw. keine Drogen zu sich nimmt, konnten wir das Schutzverhalten in Situationen mit geminderter Selbstkontrolle nicht analysieren.

D. Menschen, die intravenös Drogen gebrauchen.

Die meisten Drogengebraucher finden sich in den Charakterbildern des „Kumpeltyps“ (91,7%) und des „Individualisten“ (75%) wieder. Das sind auch die zwei Kategorien, die eine erhebliche Bedrohung durch AIDS empfinden: 58,3% der „Kumpeltypen“ und 41,7% der „Individualisten“.

Auffällig ist die mangelnde Bereitschaft der Drogengebraucher sich mit den Kategorien „Pechvogel“, „Opfer“ und „Versager“ zu identifizieren. Auch im Vergleich mit den anderen Zielgruppen niedrigen Prozentsätze dieser Typen könnte man auch als eine Art Abwehrreaktion gegen Zuschreibung bestimmter Eigenschaften ansehen, da wir bei den speziell für die Drogengebraucher vorgesehenen Fragen (Item 51) große Lebensschwierigkeiten bei dieser Gruppe fanden (s.u.).

Die „Kumpeltypen“ denken in ihrer Mehrheit (58,3%) über die eigene Sexualität nach, die Angaben über das Schutzverhalten gegen AIDS oder anderen Geschlechtskrankheiten sind aber erschreckend. 50% von ihnen haben niemals Kondome bei sich (nur 16,7% haben immer Kondome zur Hand) und behaupten, in 41,7% der Sexualkontakte keine Kondome zu benutzen. Dieses Risikoverhalten verstärkt sich zusätzlich bei Alkohol- oder Drogeneinfluß - 50% kümmern sich in solchen Situationen nicht um Kondome.

Bei den „Individualisten“ finden wir ein ähnliches Bild: obwohl sich 50% von ihnen Gedanken über die eigene Sexualität gemacht haben, haben 41,7 % niemals Kondome bei sich und benutzen auch keine. Nur 8,3% der Drogengebraucher-„Individualisten“ machen bewußt einen gezielten Gebrauch von Kondomen gegen AIDS oder anderen Geschlechtskrankheiten. Dieses Risikoverhalten hinsichtlich der Kondombenutzung, scheint konsequent zu sein - der gleiche Prozentsatz Probanden - 41,7%, gibt an, bei Einnahme von Alkohol/Drogen keine Kondome zu benutzen - es gibt also keine Unterschiede im Sexualverhalten in nüchterner oder nicht-nüchterner Fassung.

Bei den anderen Charaktertypen, mit denen sich die Drogengebraucher identifizieren können, fallen die Kondombenutzungsraten noch niedriger. So halten nur 16,7% der „Beschützer“ (immerhin 41,7% der Drogengebraucher) und 8,3% der „Gewinner“ (50% der Stichprobe), die Safer Sex-Regeln ein. Die Safer Use-Praktiken bei den Menschen, die intravenös Drogen gebrauchen, die auch sehr wichtig für das gesamte Schutzverhalten sind, werden in den weiteren Kapiteln analysiert.

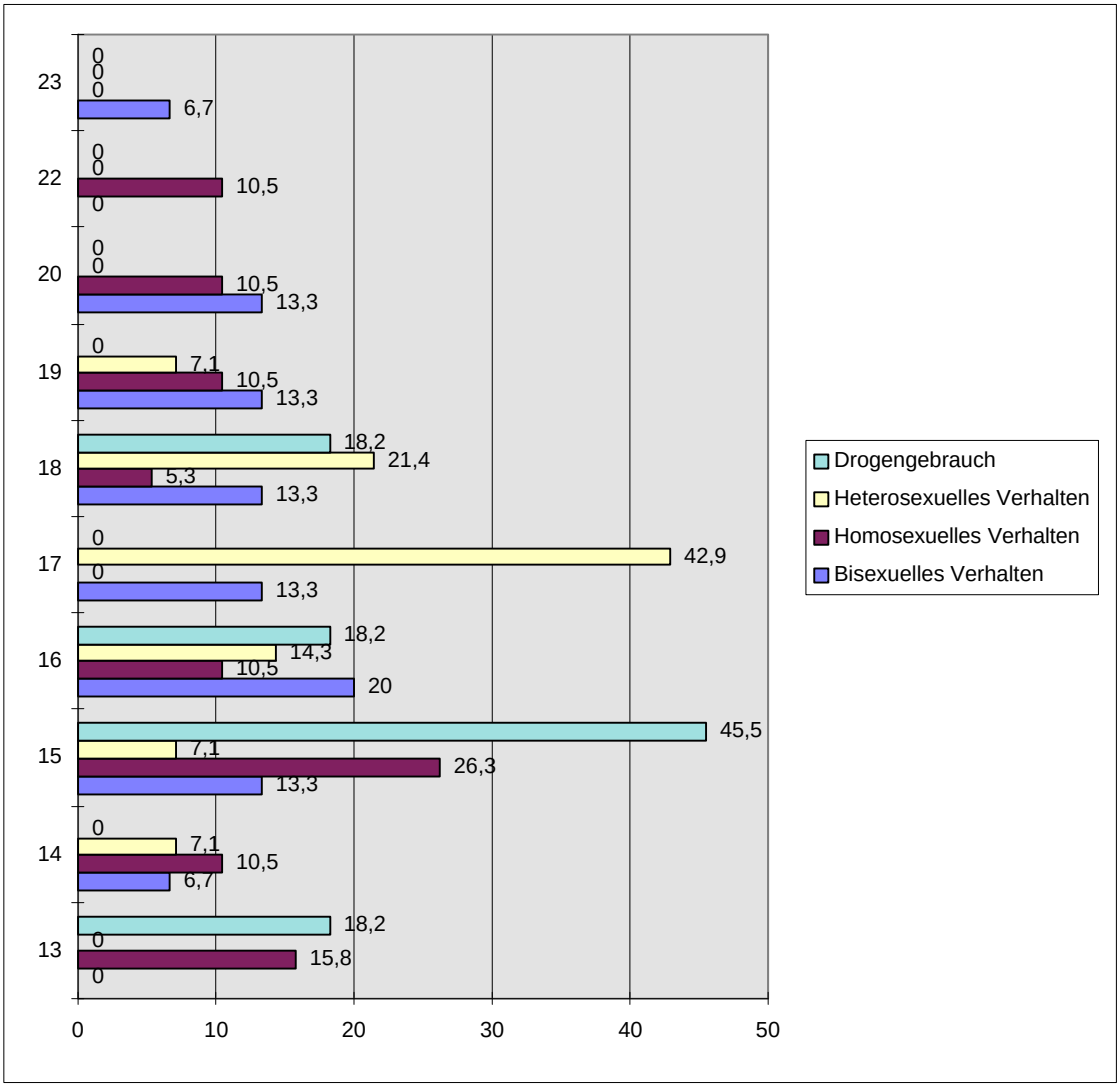
7.4. Aspekte des Sexuallebens

Der Zeitpunkt des ersten Sexualkontaktes ist für jede Zielgruppe unterschiedlich. Am frühestes beginnen mit dem Sexualleben die Drogengebraucher - mit 15 Jahren hatten 63,7% schon Sex.

Alle Drogengebraucher waren beim ersten Sexualkontakt mit einer Frau zusammen. Die Menschen mit homosexuellem Verhalten machten auch früh den Start ins Sexualleben - bis zum 16. Lebensjahr hatten schon 63,1% der Probanden dieser Gruppe sexuelle Beziehungen gehabt. Dabei haben alle Sexanfänger mit homosexuellem Verhalten den ersten Kontakt mit einem Mann gemacht.

Diese Ergebnisse zeigen ein relativ frühes Coming-Out, also eine frühe Entdeckung der Lust, mit männlichen Partnern sexuell zu verkehren. Die Mehrheit der Menschen mit heterosexuellem Verhalten hat mit 17 Jahren den Sprung ins Sexualleben gemacht. Dabei handelte es sich in allen Fällen um einen andersgeschlechtlichen Partner. Am spätesten fangen mit dem Sexualleben die Menschen mit bisexuellem Verhalten an - bis zum 17. Lebensjahr hatten lediglich 40% dieser Gruppe sexuelle Kontakte. 20% von dieser Zielgruppe machten ihre erste sexuelle Erfahrung nach der Vollendung des 20 Lebensjahres. Dieses späte Anfangsalter für die Sexualität könnte ihre Gründe in der inneren Verwirrung über die eigene sexuelle Anziehung gleichzeitig durch Männer und Frauen haben. 50% der männlichen Probanden mit bisexuellem Verhalten hatten das erste Mal mit einer Frau, die andere Hälfte mit einem Mann sexuell verkehrt. Die einzige Frau mit bisexuellem Verhalten, die wir in unserer Untersuchung angesprochen haben, war beim ersten Sexualkontakt mit einem männlichen Partner zusammen (s. Diagramm 22).

Diagramm 22: Alter beim ersten Sexualkontakt



Die Ergebnisse zur gewünschten Beziehungsform, zur gegenwärtigen Partnersituation und zur Zufriedenheit mit dem eigenen Sexualleben zeigen, wie widersprüchlich die Einstellungen gegenüber der eigenen Sexualitätsbedürfnissen sein können (s. Tabellen 11, 12 u. 13).

Ein hoher Anteil aller Probanden lebt in einer festen Partnerschaft (65,6%), wobei das immerhin auch der Fall für jeden zweiten Mann mit homosexuellem Verhalten ist. Die Menschen mit homosexuellem Verhalten machen den größten Anteil der Probanden, die keine feste Partnerschaft haben aus. Hierzu ist zu berichten, daß alle Menschen mit bisexuellem Verhalten feste Sexualpartner zu haben, wobei 26,7% dieser Gruppe gleichzeitig mehrere Beziehungen haben. Im Vergleich mit den anderen Zielgruppen ist das ein viel höherer Anteil, der zu erhöhtem Risiko bezüglich einer HIV-Infektion führen könnte.

Tabelle 12: Gegenwärtige Partnersituation

	Bisexuelles Verhalten	Homosexuelles Verhalten	Heterosexuelles Verhalten	Drogengebrauch	Gesamt
Ich lebe in einer festen Partnerschaft.	73,3%	50%	78,6%	66,7%	65,6%
Ich habe keine feste Partnerschaft	0%	45%	21,4%	33,3%	26,2%
Ich habe gleichzeitig mehrere Beziehungen.	26,7%	5%	0%	8,3%	8,2%

Ein erstaunlich hoher Anteil (44,3%) wünschte sich eine lange Partnerschaft, bei der auch andere sexuelle Beziehungen möglich sind. Dabei vertreten die Menschen mit heterosexuellem (mit 64,3%) und die Menschen mit bisexuellem (mit 53,3%) Verhalten diese Partnerschaftspräferenz. Die Drogengebraucher erweisen sich dabei als ziemlich treu - 66,7% möchten nur eine feste Partnerschaft. Eine kleine Minderheit (3,3%) von allen Zielgruppen lehnt dagegen feste Beziehungen ab und möchte ungebunden bleiben. Trotz der neuen „sexuellen Freiheit“ und der Liberalisierung seit der Wende in Bulgarien ist die monogame Beziehung mit sexueller Treue das Ideal für immerhin 42,6% aller Probanden. 9,8% wünschen sich nach eigenen Angaben das typischerweise für Jugendliche beobachtete Verhaltensmuster einer „seriellen Monogamie“ (vgl. Kleiber, 1995). So sind das Ideal, die „immer wieder neuen festen Beziehungen“.

Tabelle 11: Beziehungswunsch

	Bisexuelles Verhalten	Homosexuelles Verhalten	Heterosexuelles Verhalten	Drogengebrauch	Gesamt
Ich möchte eine/n feste/n Partner/in haben, aber daneben auch andere sexuelle Beziehungen.	53,3%	35%	64,3%	25%	44,3%
Ich möchte in einer sexuell treuen Beziehung leben.	33,3%	45%	28,6%	66,7%	42,6%
Ich möchte immer wieder neue feste Beziehungen.	6,7%	15%	7,1%	8,3%	9,8%
Ich möchte keine feste Beziehung haben.	6,7%	5%	0%	0%	3,3%

Ungefähr die Hälfte der Menschen aus allen Probadengruppen berichtet, mit dem eigenen Sexualleben vollkommen zufrieden zu sein (s. Tabelle 13). Zugleich wünscht sich die Mehrzahl der Menschen (72,1%) häufiger Sex. Dabei ist dieser Wunsch nach mehr Gelegenheiten für Sex bei den Menschen mit homosexuellem Verhalten (80%) am stärksten ausgeprägt. Hier zeigen sich keine großen Unterschiede zwischen den einzelne Zielgruppen.

Tabelle 13: Wie empfinden Sie ihr Sexualleben?*

	Bisexuelles Verhalten	Homosexuelles Verhalten	Heterosexuelles Verhalten	Drogengebrauch	Gesamt
Ich bin vollkommen zufrieden mit meinem Sexualleben.	53,3%	45%	42,9%	58,3%	49,2%
Ich möchte häufiger Sex.	66,7%	80%	71,4%	66,7%	72,1%

*Angaben zu „trifft“

Ob man mit seinem Sexualleben zufrieden ist und ob man sich häufiger Sex wünscht ist relativ. Der Aussagekräftigkeit dieser Angaben nachzugehen, und tatsächlich ein Bild des Sexualverhaltens der Probanden zu bekommen, müssen wir ergänzend noch Fragen zur Partnersituation im letzten Jahr und in den letzten fünf Jahren stellen. Dabei interessiert uns die Häufigkeit des Partnerwechsels und das Geschlecht der jeweiligen Sexualpartner der Probanden aus jeder Zielgruppe. Dabei stellen wir wieder einmal fest, daß die Grenzen der Sexualprioritäten der einzelnen Zielgruppen sehr fließend sind, d.h., daß Menschen, die sich zu einer Probandengruppe definiert haben auch zum Teil das Sexualverhalten anderer Zielgruppen zeigen. Aber alle diese Fälle bestätigen noch mal die Vielseitigkeit der Sexualität und die Unmöglichkeit, bestimmte Menschen in Schubladen zu klassifizieren.

Die meisten Männer mit bisexuellem Verhalten hatten zwischen zwei und fünf gleichgeschlechtliche Sexualpartner (38,5%), 30,8% hatten über fünf weibliche Partnerinnen, die einzige Frau mit bisexuellem Verhalten hatte einen Sexualpartner und eine Sexualpartnerin im letzten Jahr. Etwa die Hälfte der Männer mit bisexuellem Verhalten hatte seit 1990 über fünf männliche Sexualpartner und über 5 weibliche Partnerinnen, die Frau hatte seit 1990 zwischen zwei und fünf sexuelle Beziehungen zu Männern und eine gleichgeschlechtliche Sexualpartnerin. 42,9% der Männer aus der Zielgruppe mit bisexuellem Verhalten hatten seit 1990 zwischen zwei und fünf feste männliche Partner, und 53,3% dieser männlichen Probanden hatten in diesem Zeitraum nur eine feste Partnerin. Im letzten Jahr hatte etwa die Hälfte von ihnen einen festen männlichen Partner und/oder eine feste weibliche Partnerin (vgl. Tabellen 14 - 21).

Wenn wir einen Vergleich zwischen dem Sexualverhalten der Männer mit bisexuellem Verhalten und dem Sexualverhalten der Männer mit homo- oder heterosexuellem Verhalten vornehmen, kommen wir zu den Ergebnissen, daß sie in ihren gleich- oder andersgeschlechtlichen Kontakten der Promiskuität der Männer mit homo- bzw. heterosexuellem Verhalten stark ähneln. Ein Unterschied zwischen dem Sexualverhalten der Männer mit bi- und heterosexuellem Verhalten besteht bei der Anzahl der festen Beziehungen. Danach hatten mehr Männer mit bisexuellem Verhalten feste sexuelle Beziehungen zu zwei und mehr Frauen in den letzten sechs Jahren.

Wenn wir die Ergebnisse der Analyse der Tabellen 14 - 21 vergleichen, können wir außerdem feststellen, daß eine große Anzahl Menschen mit bisexuellem Verhalten während einer festen Beziehung auch mit anderen Personen Sexualkontakte hatte. Es ist möglich, daß es sich nicht unbedingt um sexuelle Untreue handelt, sondern, daß man (oder frau) den Wunsch, in Dreierbeziehung zu leben verwirklicht hat (was der tatsächlichen Partnersituation von immerhin 26,7% und dem Beziehungsideal von 53,3% der Menschen mit bisexuellem Verhalten entspricht (vgl. Tabellen 11 u. 12).

Tabelle 14: Anzahl männlicher Sexualpartner im letzten Jahr (1996)

	Bisexuelles Verhalten		**Homosexuelles Verhalten**	**Heterosexuelles Verhalten**		**Drogengebrauch**	
	Männer	Frauen		Männer	Frauen	Männer	Frauen
keinen	7,7%	0%	10,5%	83,3%	0%	100%	20%
1	23,1%	100%	26,3%	16,7%	50%	0%	60%
2-5	38,5%	0%	31,6%	0%	50%	0%	20%
über 5	30,8%	0%	31,6%	0%	0%	0%	0%

Etwa ein Drittel der Männer mit homosexuellem Verhalten gaben an, im letzten Jahr zwischen zwei und fünf Sexualpartner gehabt zu haben, weitere 31,6% hatten über fünf gleichgeschlechtliche sexuelle Beziehungen. Kein unerheblicher Prozentsatz (26,3%) hatte nur einen Sexualpartner im letzten Jahr. Was die festen Beziehungen angeht sind die Angaben über die Sexualpartner seit 1990 und im letzten Jahr gleich, was uns zu der Annahme führt, daß die festen Beziehungen bei den Männern mit homosexuellem Verhalten sehr lange andauern und man an einen festen Partner festhält und daneben andere kürzere Sexualkontakte eingeht (was, wie Tabelle 11 zeigte, auch das Ideal für immerhin 35% der Männer mit homosexuellem Verhalten ist) (s. Tabellen 14, 16, 18 u. 19). 29,4% dieser Probanden hatten seit 1990 bzw. im letzten Jahr keine temporär feste Beziehung gehabt, und sogar 45% gaben an, zum Befragungspunkt keine feste Beziehung zu haben (vgl. Tabelle 12). Es existiert also ein Nachholbedarf nach festen Beziehungen bei den Männern mit homosexuellem Verhalten, da nur 5% ausdrücklich keine feste Beziehungen wünschen (vgl. Tabelle 11). Nach diesen Ergebnissen kann man feststellen, daß sich die Anzahl der Sexualpartner der Männer mit homosexuellem Verhalten im Laufe der letzten Jahren deutlich verringert.

Tabelle 15: Anzahl weiblicher Sexualpartnerinnen im letzten Jahr (1996)

	Bisexuelles Verhalten		**Homosexuelles Verhalten**	**Heterosexuelles Verhalten**		**Drogengebrauch**	
	Männner	Frauen		Männer	Frauen	Männer	Frauen
keine	8,3%	0%	100%	16,7%	100%	0%	80%
1	33,3%	100%	0%	16,7%	0%	0%	0%
2-5	25%	0%	0%	33,3%	0%	100%	20%
über 5	33,3%	0%	0%	33,3%	0%	0%	0%

Wie fließend die Grenzen zwischen den einzelnen Gruppen sind, bestätigt die Analyse der Sexualpartner bzw. der Sexualpartnerinnen der Menschen mit heterosexuellem Verhalten. Was die Sexualkontakte im letzten Jahr angeht, gab ein Mann an, sexuelle Erfahrungen mit einem gleichgeschlechtlichen Partner gehabt zu haben. Die Hälfte der Frauen hatte einen, die andere Hälfte zwischen zwei und fünf Sexualpartner im letzten Jahr. Was die männlichen Sexualpartner seit 1990 angeht, gaben 75% der Frauen mit heterosexuellem Verhalten zwischen zwei und fünf Sexualkontakte mit verschiedenen Männern an. Der Mann bestätigte bei dieser Frage seinen gleichgeschlechtlichen Sexualkontakt nicht, was er bei der Frage nach den festen Beziehungen zu Männern tat. 75% der Frauen hatten im letzten Jahr eine feste andersgeschlechtliche feste Beziehung, seit 1990 hatten die meisten Frauen (62,5%) feste Beziehungen mit zwischen zwei und fünf Männern. Immerhin 25% der Frauen gaben an, nur eine feste Beziehung gehabt zu haben. 12,5% hatten gar keine feste Beziehung in den letzten sechs Jahren.

Die Mehrheit der Männer hatte entweder zwischen zwei und fünf oder über fünf Sexualpartnerinnen im letzten Jahr (je 33,3%). Magere 16,7% gaben an, keine Sexualkontakte zu Frauen im letzten Jahr gehabt zu haben. In dieser Zeit hatte gerade die Hälfte der Männer mit heterosexuellem Verhalten keine feste Sexualpartnerin, die andere Hälfte hatte eine feste Sexualbeziehung. 66,7% hatten mehr als fünf unterschiedliche Sexualkontakte zu Frauen seit 1990. In den letzten sechs Jahren hatten 50% der männlichen Probanden zwischen zwei und fünf feste Partnerinnen. Nicht unerheblich ist der Prozentsatz derjenigen (33,3%), die nur eine feste Beziehung in dieser Zeit hatten (vgl. Tabellen 14-21).

Tabelle 16: Anzahl männlicher Sexualpartner seit 1990

	Bisexuelles Verhalten		**Homosexuelles Verhalten**	**Heterosexuelles Verhalten**		**Drogengebrauch**	
	Männner	Frauen		Männer	Frauen	Männer	Frauen
keinen	15,4%	0%	0%	100%	0%	71,4%	20%
1	15,4%	0%	5,3%	0%	12,5%	14,3%	40%
2-5	23,1%	100%	36,8%	0%	75%	14,3%	0%
über 5	46,2%	0%	57,9%	0%	12,5%	0%	40%

Besonders verwirrend ist nach unseren Ergebnissen das Sexualleben der Menschen, die Drogen intravenös gebrauchen. Wo wir als Zuordnungsfaktor nicht das Sexualverhalten bestimmten, sondern ihren Drogenkonsum, sind in dieser Gruppe viele Menschen mit gleichgeschlechtliche Beziehungen eingeordnet worden. Die meisten Frauen (60%) hatten einen männlichen Sexualpartner im letzten Jahr, alle Männer hatten zwischen zwei und fünf Sexualpartnerinnen im letzten Jahr. Alle Probanden, die intravenös Drogen gebrauchen, hatten keine gleichgeschlechtlichen Sexualkontakte in dieser Zeit, dafür gaben aber 14,3% und 40 % der Frauen an, seit 1990 zwischen zwei und fünf Sexualbeziehungen zu Menschen des gleichen Geschlechts gehabt zu haben. Was das heterosexuelle Verhalten angeht, hatten 40% der Frauen entweder einen oder mehr als fünf Sexualpartner seit 1990, 85,7% der Männer sind in diesem Zeitraum mehr als fünf Sexualbeziehungen zu Frauen eingegangen (vgl. Tabellen 14 - 17).

Im letzten Jahr hatten die meisten Frauen (80%) einen festen Partner, die meisten Männer (57,1%) hatten keine feste Sexualpartnerin. Eine Frau gab an, in den letzten sechs Jahren eine feste gleichgeschlechtliche Sexualpartnerin gehabt zu haben, wobei sie diese Beziehung auch im letzten Jahr unterhalten hat. Seit 1990 hatten je 40% der Frauen einen oder zwei bis fünf Sexualpartner, 57,1% der männlichen Drogengebraucher hatten zwischen zwei bis fünf Sexualpartnerinnen (vgl. Tabellen 18 - 21).

Wenn wir die Anzahl der Sexualpartner/innen der Menschen, die Drogen intravenös gebrauchen mit der Promiskuität der Menschen mit heterosexuellem Verhalten vergleichen, stellen wir fest, daß das Sexualverhalten der männlichen Drogengebraucher bezügl. der flüchtigen und festen Sexualbeziehungen stark dem Sexualverhalten der Männern mit heterosexuellem Verhalten ähnelt. Ein größerer Unterschied besteht bei der Anzahl der Sexualpartnerinnen im letzten Jahr, wo die männlichen Drogengebraucher häufiger (etwa 20%) Sexualkontakte zu mehr als einer Frau hatten. Die Frauen mit heterosexuellem Verhalten haben seit 1990, aber auch im letzten Jahr einen höheren Partnerwechsel als die Drogengebraucherinnen, was aber die festen Beziehungen angeht sind die Angaben beider Gruppen sehr ähnlich.

Tabelle 17: Anzahl weiblicher Sexualpartnerinnen seit 1990

	Bisexuelles Verhalten		**Homosexuelles Verhalten**	**Heterosexuelles Verhalten**		**Drogengebrauch**	
	Männner	Frauen		Männer	Frauen	Männer	Frauen
keinen	0%	0%	0%	16,7%	100%	0%	40%
1	25%	100%	0%	0%	0%	0%	0%
2-5	33,3%	0%	0%	16,7%	0%	14,3%	40%
über 5	41,7%	0%	0%	66,7%	0%	85,7%	20%

Tabelle 18: Anzahl männlicher Sexualpartner für länger als 6 Monate im letzten Jahr (1996)

	Bisexuelles Verhalten		**Homosexuelles Verhalten**	**Heterosexuelles Verhalten**		**Drogengebrauch**	
	Männner	Frauen		Männer	Frauen	Männer	Frauen
keinen	21,4%	0%	29,4%	83,3%	12,5%	100%	20%
1	50%	100%	58,8%	16,7%	75%	0%	80%
2-5	21,4%	0%	11,8%	0%	12,5%	0%	0%
über 5	7,1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%

Tabelle 19: Anzahl männlicher Sexualpartner für länger als 6 Monate seit 1990

	Bisexuelles Verhalten		**Homosexuelles Verhalten**	**Heterosexuelles Verhalten**		**Drogengebrauch**	
	Männner	Frauen		Männer	Frauen	Männer	Frauen
keinen	35,7%	0%	29,4%	83,3%	12,5%	100%	20%
1	14,3%	0%	58,8%	16,7%	25%	0%	40%
2-5	42,9%	100%	11,8%	0%	62,5%	0%	40%
über 5	7,1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%

Tabelle 20: Anzahl weiblicher Sexualpartnerinnen für länger als 6 Monate im letzten Jahr (1996)

	Bisexuelles Verhalten		**Homosexuelles Verhalten**	**Heterosexuelles Verhalten**		**Drogengebrauch**	
	Männner	Frauen		Männer	Frauen	Männer	Frauen
keine	14,3%	0%	100%	50%	100%	57,1%	80%
1	57,1%	100%	0%	50%	0%	28,6%	20%
2-5	21,4%	0%	0%	0%	0%	14,3%	0%
über 5	7,1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%

Tabelle 21: Anzahl weiblicher Sexualpartnerinnen für länger als 6 Monate seit 1990

	Bisexuelles Verhalten		**Homosexuelles Verhalten**	**Heterosexuelles Verhalten**		**Drogengebrauch**	
	Männner	Frauen		Männer	Frauen	Männer	Frauen
keine	14,3%	0%	100%	16,7%	100%	0%	80%
1	28,6%	100%	0%	33,3%	0%	28,6%	0%
2-5	50%	0%	0%	50%	0%	57,1%	20%
über 5	7,1%	0%	0%	0%	0%	14,3%	0%

Angesichts der Daten zur Anzahl der SexualpartnerInnen im letzten Jahr vor der Befragung kann von promiskem Verhalten in der Mehrzahl der Fälle nicht die Rede sein.

In den sexuellen Kontakten der Menschen mit bisexuellem Verhalten zu Partnern des anderen Geschlechts wird der Geschlechtsverkehr am häufigsten praktiziert - 93,3% geben an, bei der letzten Sexualbeziehung Koitus praktiziert zu haben. Dabei geht es äußerst safe zu - Kondome benutzen immerhin 78,6% der Zielgruppe. Überraschend hoch wirken die Prozentsätze derjenigen, die auch bei relativ risikoarmen Sexualpraktiken Kondome benutzt haben - 41,7% bei Petting; 16,7% bei Hand-/Bodymassage; 33,3% bei Cunnilingus; 41,7% bei Fellatio. Die Menschen mit bisexuellem Verhalten sind besonders vorsichtig bei risikoreichen Sexualpraktiken. Alle, die bei der letzten Sexualbeziehung Anal- oder Sado-Maso-Sex und die Hälfte der Leute, die Gruppensex praktiziert haben, benutzten dabei auch einen Kondom bzw. haben es safe gemacht (s. Tabelle 22).

Was die Sexualpraktiken mit gleichgeschlechtlichen Partnern angeht, ist das Schutzverhalten der Menschen mit bisexuellem Verhalten hinsichtlich einer HIV-Infektion auch stark vertreten. In 64,3% beim aktiven Lutschen am Geschlechtsorgan des Partners bzw. der Partnerin und in 61,5% beim passiven gelutscht werden am Geschlechtsorgan werden Kondome benutzt. Bei der gegenseitigen Masturbation (häufigste Sexualpraktik - bei 92,9% der Probanden praktiziert) wird in 35,7% Safer-Sex praktiziert. Die risikoreichen Praktiken sind bei den Menschen mit bisexuellem Verhalten stärker als bei den anderen Zielgruppen vertreten, sie benutzen aber in den meisten Fällen Kondome - nur 23,1% beim Gruppensex; 23,1% beim passiven Analsex und 15,4% beim aktiven Analsex benutzen keine Kondome (s. Tabelle 22).

Durch eine Kreuztabellenanalyse mit der Hilfe des SPSS-Statistikprogramms haben wir den Zusammenhang zwischen Schutzverhalten und Partnersituation untersucht. Bei den andersgeschlechtlichen Sexualbeziehungen der Menschen mit bisexuellem Verhalten haben wir festgestellt, daß nur die Leute, die in einer festen Beziehung leben, in 20% der Fälle ungeschützten Vaginalverkehr praktiziert haben. Die Menschen, die gleichzeitig mehrere Beziehungen haben, benutzen konsequent Kondome.

Tabelle 22: Ausgeübte Sexualpraktiken mit und ohne Kondom bei der letzten Sexualbeziehung der Menschen mit **bisexuellem** Verhalten*

Sexualpraktiken mit Partnern des anderen Geschlechts			
	Sexualpraktik nicht ausgeübt	mit Kondom	ohne Kondom
Geschlechtsverkehr (Koitus)	6,7%	78,6%	14,3%
Petting	25%	41,7%	33,3%
Hand-/Bodymassage	25%	16,7%	58,3%
Lecken der Vulva (Cunnilingus)	25%	33,3%	41,7%
Analverkehr (Glied in den After)	33,3%	66,7%	0%
Lutschen am männlichen Glied (Fellatio)	41,7%	41,7%	16,7%
Sex mit mehreren Partnern	85,7%	7,1%	7,1%
Sado-Maso-Sex	91,7%	8,3%	0%
Sexualpraktiken mit Partnern des gleichen Geschlechts			
	Sexualpraktik nicht ausgeübt	mit Kondom	ohne Kondom
Gegenseitige Masturbation	7,1%	35,7%	57,1%
Lutschen am Geschlechtsorgan	7,1%	64,3%	28,6%
Gelutscht werden am Geschlechts-organ	15,4%	61,5%	23,1%
Sex mit mehreren Partnern	15,4%	61,5%	23,1%
Analsex (Glied in den After stecken lassen)	30,8%	46,2%	23,1%
Arschlecken lassen	38,5%	15,4%	46,2%
Arschlecken	46,2%	15,4%	38,5%
Analsex (Glied in den After stecken)	46,2%	38,5%	15,4%
Sado-Maso-Sex	76,9%	7,7%	15,4%

*Angaben zu “stimmt“.

Die Menschen mit homosexuellem Verhalten benutzen vergleichsweise weniger Kondome bei risikoarmen Sexualpraktiken - in 5,3% der Fälle bei gegenseitiger Masturbation, 0% der Fälle des aktiven Arschleckens und in 5,6% des Arschleckens durch den Partner wird Safer-Sex praktiziert. Beim Oralverkehr ist das Schutzverhalten nicht so stark ausgeprägt wie bei den Menschen mit bisexuellem Verhalten. So fällt auf, daß die Männer mit homosexuellem Verhalten gleich vorsichtig im Sinne des Schutzverhaltens sind, wenn es um aktiven oder passiven Fellatio geht. Sehr Safer-Sex bewußt werden die risikoreichen Sexualvarianten bei den Menschen mit homosexuellem Verhalten praktiziert. Männer mit homosexuellem Verhalten haben also gelernt, ihre Sexualität nach den Regeln des Safer-Sex, wozu die Benutzung von Kondomen gehört, auszurichten. Sofern sie überhaupt noch Analverkehr haben, benutzen sie mehr oder weniger regelmäßig ein Kondom. Nach den Angaben benutzen nur 11,1% beim aktiven und 5,6% beim passiven Analverkehr keine Kondome. Auch bei dem Sex mit mehreren Partnern sind sie vorsichtiger als die Menschen mit bisexuellem Verhalten (s. Tabelle 23).

Nach diesen Angaben haben Männer mit homosexuellem Verhalten ein Sexualverhalten zustande gebracht, das sich erheblich risikomindernd auswirkt. Das angeführte Safer-Sex-Verhalten verläuft jedoch in etwas anderen Bahnen, als es nach den Regeln der AIDS-Prävention angewiesen wird. Einerseits sind Schutzvorkehrungen viel umfassender, als es die einfachen Präventionsregeln verlangen. Andererseits können die Regeln der AIDS-Prävention nicht durchgängig eingehalten werden.

Was den Zusammenhang zwischen Schutzverhalten und Partnersituation angeht, sind die Männer mit festem Partner eher geneigt, keine Kondome bei risikoreichen Situationen zu benutzen. Beim aktiven Analsex geben 100% der Männer, die keinen Partner haben, an, immer Kondome zu benutzen. Wenn eine feste Beziehung vorhanden ist, benutzen die Probanden in 50% der Fälle des aktiven Analverkehrs keine Kondome.

Tabelle 23: Ausgeübte Sexualpraktiken mit und ohne Kondom bei der letzten Sexual-beziehung der Menschen mit **homosexuellem** Verhalten*

	Sexualpraktik nicht ausgeübt	mit Kondom	ohne Kondom
Gelutscht werden am Geschlechts-organ	11,1%	33,3%	55,6%
Gegenseitige Masturbation	20%	5,3%	73,7%
Lutschen am Geschlechtsorgan	27,8%	16,7%	55,6%
Analsex (Glied in den After stecken)	33,3%	55,6%	11,1%
Arschlecken	44,4%	0%	55,6%
Arschlecken lassen	55,6%	5,6%	38,9%
Analsex (Glied in den After stecken lassen)	55,6%	38,9%	5,6%
Sex mit mehreren Partnern	66,7%	27,8%	5,6%
Sado-Maso-Sex	94,4%	5,6%	0%

*Angaben zu “stimmt“.

Unsere Stichprobe mit heterosexuellem Verhalten zeigt größere Widerstände gegen den Gebrauch des Kondoms bei allen Sexualpraktiken. Die einzige sexuelle Praktik, bei der relativ häufig Kondome benutzt werden ist der Geschlechtsverkehr. Wir vermuten, daß sogar die Mehrheit der Probanden, die Kondome beim Koitus benutzen, dies nicht nach den Regeln der AIDS-Prävention tun, sondern als Schutz vor einer unerwünschten Schwangerschaft, da bei dem risikoreichen Analverkehr überhaupt keine Kondome benutzt werden. Im Unterschied zu den Menschen mit bisexuellem Verhalten werden Kondome auch nicht bei risikoärmeren Sexualpraktiken benutzt (s. Tabelle 24).

Die Menschen mit heterosexuellem Verhalten, die keine/n feste/n Sexualpartner/in zum Zeitpunkt der Befragung hatten, gaben an, immer beim Geschlechtsverkehr in ihrer letzten Sexualbeziehung Kondome benutzt zu haben. Wenn eine feste Sexualbeziehung vorhanden ist, geht es bei der Hälfte der Fälle beim Koitus unsafe.

Tabelle 24: Ausgeübte Sexualpraktiken mit und ohne Kondom bei der letzten Sexualbeziehung der Menschen mit **heterosexuellem** Verhalten*

	Sexualpraktik nicht ausgeübt	mit Kondom	ohne Kondom
Geschlechtsverkehr (Koitus)	0%	64,3%	35,7%
Petting	7,1%	0%	92,2%
Hand-/Bodymassage	21,4%	0%	78,6%
Lecken der Vulva	21,4%	7,1%	71,4%
Lutschen am männlichen Glied	28,6%	7,1%	64,3%
Analverkehr (Glied in den After)	64,3%	0%	35,7%
Sex mit mehreren Partnern	85,7%	7,1%	7,1%
Sado-Maso-Sex	100%	-	-

*Angaben zu “stimmt“.

Weltweit gehören drogengebrauchende Menschen zu den am stärksten von AIDS betroffenen Gruppen. Zwar gab es schon immer Krankheiten, die beim intravenösen Drogengebrauch und beim Sex übertragen wurden, AIDS machte aber das doppelte Risiko, das diese Zielgruppe durch den Sex und den Drogengebauch eingeht, zu einem wirklichen Spiel um Tod oder Leben. Dabei spielt es keine Rolle, ob man mit einem vertrauten Menschen oder mit nicht bekannten Partnern Sex hat. Drogen - egal welcher Art - beeinflussen die sexuelle Lust: die einen betäuben, die anderen verstärken die Libido, wieder andere entnehmen sie. Aber wie sie auch immer wirken, sind die Safer-Sex-Regeln in jedem Fall zu beachten.

Nach diesen Überlegungen sind die Angaben zum Sexualverhalten der Drogengebraucher erschreckend. Nur in 33,3% der Fälle benutzen die Probanden dieser Zielgruppe beim Geschlechtsverkehr Kondome (s. Tabelle 25). Bei allen anderen Sexualpraktiken, egal ob es um weibliche oder männliche Probanden handelt, ist die Kondomverwendungsrate gleich null. Auch auf die Frage nach der regelmäßigen Benutzung von Kondomen als Schutz vor Geschlechtskrankheiten und AIDS (s. Tabelle 31) antworteten positiv lediglich 16,7% der Probanden. 50% gaben an, grundsätzlich keine Kondome zu benutzen, weitere 50% sind nach dem Drogenkonsum sorglos und wenn es zum Sex kommt, gar nicht an Safer-Sex denken. Beängstigend wirken auf uns die 33,3% der Drogengebraucher, die angegeben haben, noch nie im Leben einen Kondom benutzt zu haben.

Bei den Drogengebrauchern konnten wir keinen relevanten Zusammenhang zwischen Schutz- bzw. Risikoverhalten und Partnersituation finden.

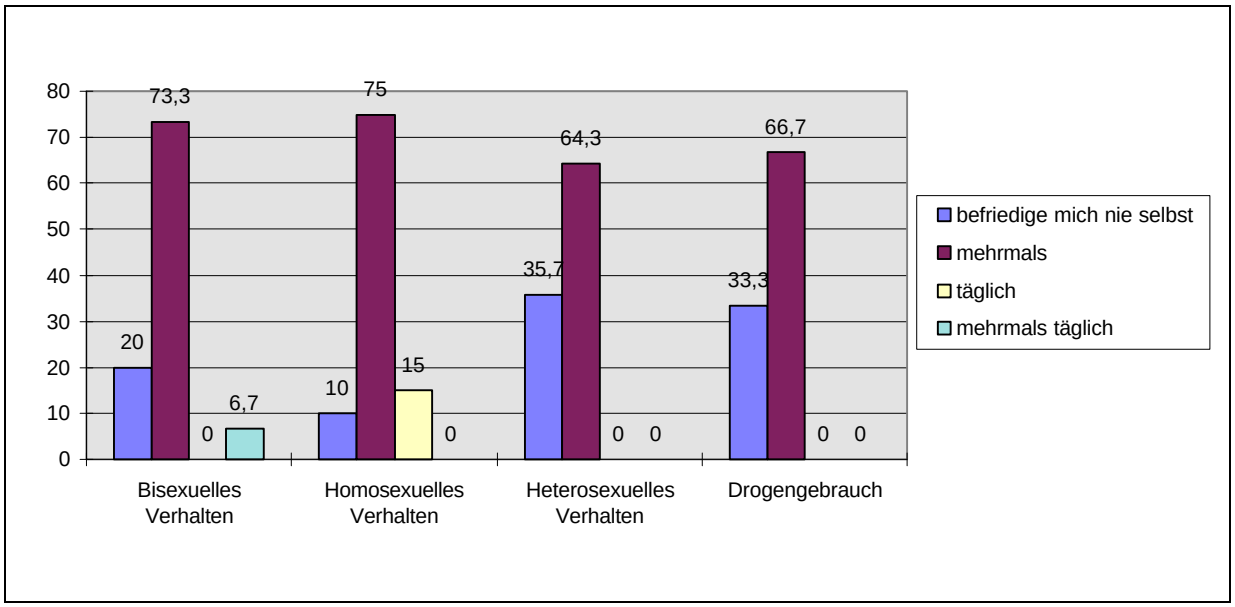
Tabelle 25: Ausgeübte Sexualpraktiken mit und ohne Kondom bei der letzten Sexualbeziehung der Menschen, die **Drogen intravenös gebrauchen***

	Sexualpraktik nicht ausgeübt	mit Kondom	ohne Kondom
Geschlechtsverkehr (Koitus)	0%	33,3%	66,7%
Petting	20%	0%	80%
Hand-/Bodymassage	0%	0%	100%
Lecken der Vulva	33,3%	0%	66,7%
Lutschen am männlichen Glied	50%	0%	50%
Analverkehr (Glied in den After)	90,9%	0%	9,1%
Sex mit mehreren Partnern	100%	-	-
Sado-Maso-Sex	100%	-	-

*Angaben zu "stimmt".

Die am häufigsten gewählte Sexualpraktik von der gesamten Stichprobe ist die Masturbation. Lediglich eine Minderheit der befragten Männer und Frauen gibt an, daß sie diese Sexualpraktik nie ausüben (s. Tabellen 22-25). Im Gegensatz zu vielen anderen Untersuchungen haben wir auch Fragen zur Frequenz der Selbstbefriedigung gestellt. Es zeigt sich, daß die Frequenz der Selbstbefriedigung sehr hoch ist. Etwa zwei Drittel aller Probanden befriedigen sich selbst mehrmals pro Woche (s. Diagramm 23). Die Daten unserer Erhebung machen also deutlich, daß Selbstbefriedigung und gegenseitige Masturbation (Hand-/Bodymassage) einen großen Anteil der gesamten sexuellen Aktivität aller Probanden ausmachen. Obwohl diese Sexualpraktiken, die äußerst safe im Sinne der AIDS-Prävention sind, wahrscheinlich in den meisten Fällen in Verbindung mit anderen Sexualvarianten praktiziert werden, sind wir der Auffassung, daß sie einen großen Teil der zwischenmenschlichen Erotik darstellen.

Diagramm 23: Wie oft in der Woche befriedigen Sie sich selbst?



Zusammenfassung

Die Mehrheit der Probanden hatte im letzten Jahr Sexualkontakte nur zu einer Person. Bei vielen Menschen hat sich die Anzahl der Sexualpartner/innen im letzten Jahr (im Vergleich zum ganzen Leben) gemindert. Angesichts dieser Ergebnissen können wir feststellen, daß bei der Mehrheit der Probanden nicht von promiskem Verhalten gesprochen werden kann.

Dagegen werden beim Koitus von den Menschen, die heterosexuelles Verhalten praktizieren, nicht konsequent Kondome benutzt. Die Menschen mit homosexuellen Kontakten praktizieren nicht oft sehr risikoreiche Sexualpraktiken (Analverkehr, Gruppensex), aber wenn sie solchen Sex haben, dann geht es in den meisten Fällen safe vor. Sadomasochistische Rollenspiele (S/M-Praktiken) kommen selten vor.

So müssen die Risiken bezüglich einer HIV-Infektion bei den Menschen mit heterosexuellem Verhalten (inkl. den Drogengebrauchern) aufgrund durchschnittlich niedriger Kondombenutzungsraten als hoch eingeschätzt werden.

7.5. Determinanten der Kondombenutzung

Die wichtigste Aufgabe der AIDS-Prävention ist die Popularisierung der konsequenten Benutzung von Kondomen bei penetrierendem Geschlechtsverkehr (vaginal und anal). Danach ist das wichtigste Ziel der AIDS-Präventionskampagnen, die Akzeptanz von Kondomen zu erhöhen und Kondome möglichst positiv zu besetzen (vgl. Kleiber, 1995). Die Einstellungen der Probanden aus den einzelnen Zielgruppen ist daher von großer Bedeutung, um Ansatzpunkte zur Verbesserung der Kondomakzeptanz zu identifizieren.

In diesem Sinne haben wir, nachdem wir Fragen zum Schutz- bzw. Risikoverhalten bei den verschiedenen Sexualpraktiken gestellt haben, näher nach den Einstellungen und nach dem Verhältnis zu Kondomen nachgefragt (s. Tabelle 26).

Unseren Ergebnissen nach, akzeptieren die meisten Probanden die Kondome als Schutz vor Geschlechtskrankheiten/AIDS (66,7% bei den Menschen mit bi- und je 50% bei den Menschen mit homo- und heterosexuelles Verhalten). Eine erhebliche Ausnahme sind die Drogengebraucher, da nur 16,7% diese Auffassung vertreten. Die Mehrheit von ihnen (66,7%) ist auch gleichzeitig der Meinung, daß durch Kondome die sexuelle Empfindung herabgesetzt wird. Bei den anderen Zielgruppen fallen diese Prozentsätze deutlich niedriger aus.

Wie wir schon in den anderen Kapiteln erwähnt haben, ist die grundsätzliche Kondomabstinenz bei allen Zielgruppen ziemlich hoch, wobei die Drogengebraucher auch hier an der Spitze liegen. Die negativen Einstellungen gegenüber Kondomen sind bei ungefähr ein Drittel jeder Zielgruppe verbreitet. So meinten 29,5% der Gesamtstichprobe, daß Kondome eklig und unnatürlich sind, und daß Sex mit Kondomen gar kein richtiger Sex ist. Sehr viele Probanden (50% der Drogengebraucher, 33,3% der Menschen mit heterosexuellem Verhalten und 21,4% der Menschen mit homosexuellem Verhalten) sind bei Alkohol oder Drogeneinfluß sorglos und denken nicht an Kondome. Das könnte für diese jungen Menschen bei ihren Freizeitbeschäftigungen (Diskobesuche, Partys etc.) besonders gefährlich hinsichtlich einer möglichen HIV-Infizierung sein, da der Alkoholkonsum durch den sehr billigen Preis in Bulgarien und den Mangel an anderen Freizeitangeboten stark verbreitet ist. 20% der Menschen mit homo- und bisexuellem Verhalten und 33,3% der Drogengebraucher (wieder an erster Stelle!) behaupten, keine Angst vor einer HIV-Infektion zu haben. Daß dadurch die Sexualpartner oder die Menschen mit denen benutzte Spritzen getauscht werden gefährdet werden, wird offensichtlich nicht berücksichtigt. 16,4% der Probanden der Gesamtstichprobe geben an, noch nie ein Kondom benutzt zu haben. Die Prozentsätze dieser Einstellung sind, wie anders nicht zu erwarten! - bei den Drogengebrauchern am höchsten - 33,3%. In einem anderen Fall könnten wir vermuten, daß so viele Menschen keine Angst vor AIDS haben, weil sie die entsprechenden Schutzvorkehrungen einhalten. Angesichts der Kondomverwendungsraten stellen wir fest, daß es sich um Sorglosigkeit handelt. Eine kleine Minderheit der männlichen Probanden hat Angst, durch den Kondom die Erektion zu verlieren oder befürchten, daß ein Kondom ihnen nicht passen würde (s. Tabelle 26).

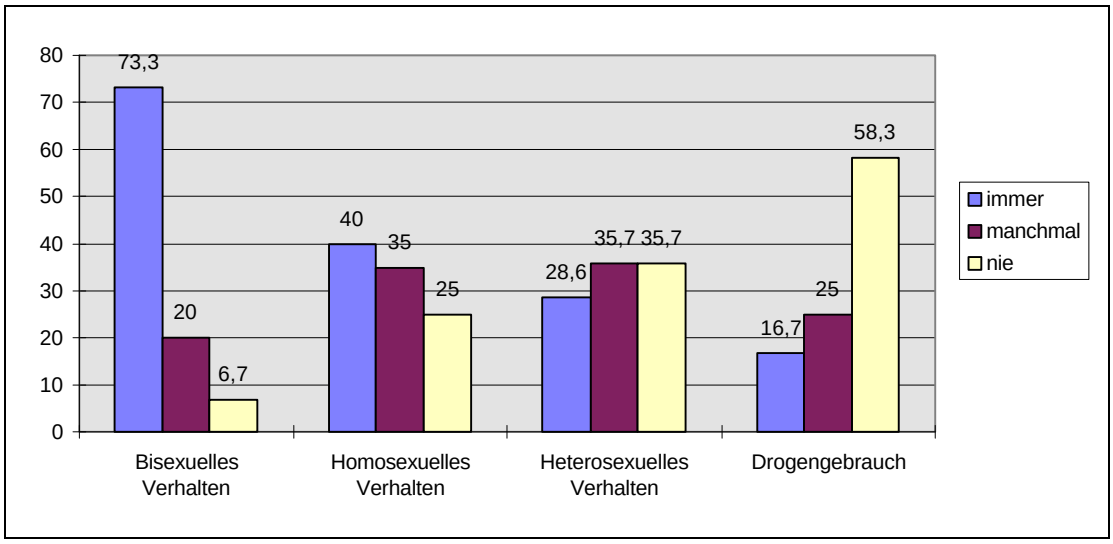
Tabelle 26: Einstellungen zu Kondomen*

	Bisexuelles Verhalten	Homosexuelles Verhalten	Heterosexuelles Verhalten	Drogen-gebrauch	Gesamt
Kondome als Schutz vor Geschlechtskrankheiten/AIDS	66,7%	50%	50%	16,7%	47,5%
Empfindung durch Kondome herabgesetzt	40%	45%	28,6%	66,7%	47,5%
Ich benutze grundsätzlich keine Kondome	33,3%	40%	42,9%	50%	41%
Ich finde Kondome eklig und unnatürlich	20%	20%	42,9%	41,7%	29,5%
Sex mit Kondomen ist kein richtiger Sex	26,7%	30%	28,6%	33,3%	29,5%
Wenn Alkohol/Drogen - sorglos	21,4%	15%	33,3%	50%	27,3%
Sex mit Kondomen macht kein Spaß	20%	25%	14,3%	33,3%	23%
Keine Angst vor AIDS-Einsteckung	20%	20%	0%	33,3%	18%
Ich habe noch nie ein Kondom benutzt	20%	10%	7,1%	33,3%	16,4%
Ich habe Angst, daß ich meine Erektion verliere	0%	20%	0%	9,1%	9,3%
Ich befürchte, ein Kondom könnte mir nicht passen	0%	10%	0%	0%	3,8%

*Angaben zu “stimmt“.

Auch bei der Frage nach dem „ständigen Dabeihaben“ von Kondomen stehen die Drogengebraucher verantwortungslos dar - 58,3% geben an, nie Kondome bei sich zu haben. Die Mehrheit der Menschen mit bisexuellem Verhalten (73,3%) haben immer Kondome bei sich und benutzen sie auch, wie wir in den Tabellen 22 und 26 gesehen haben. Die Angaben der Menschen mit homo- und heterosexuellem Verhalten sind etwa gleich: die Menschen, die immer, manchmal oder nie Kondome bei sich haben machen je ein Drittel davon aus (s. Diagramm 24).

Diagramm 24: Haben Sie Kondome bei sich, wenn Sie unterwegs sind?



7.6. AIDS, HIV-Tests und Geschlechtskrankheiten

7.6.1. Persönliche Einschätzung des AIDS-Risikos

Immerhin mehr als die Hälfte (56,7%) der Probanden der Gesamtstichgruppe fühlt sich durch AIDS bedroht. Am meisten bedroht fühlen sich die Menschen mit bi- und heterosexuellem Verhalten - je 64,3% (s. Diagramm 25). Aus Diagramm 26 läßt sich aber feststellen, daß in der Gruppe der Befragten die Bedrohung durch die HIV-Infektion nicht verhaltensmodifizierend gewirkt hat (s. Diagramm 26). So geben ungefähr die Hälfte der Probanden an, angesichts der AIDS-Epidemie ihr Verhalten nicht geändert zu haben. Dabei haben 64,3% der Menschen mit heterosexuellem Verhalten keine Änderungen im Sinne des Schutzverhaltens vorgenommen. Die Mehrheit der Menschen mit bisexuellem Verhalten hat ihr Sexualverhalten modifiziert, was sich auch in den Kondombenutzungsangaben widerspiegelt. Jeweils 80% der Menschen mit homo- und heterosexuellem Verhalten, die durch die AIDS-Epidemie ihr Sexualverhalten geändert haben, geben an, bei neuen Bekanntschaften auf die Benutzung von Kondomen zu bestehen. Durch die AIDS-Gefährdung sind 40% der Probanden, die ihr Sexualverhalten geändert haben, weniger geneigt zu Seitensprüngen oder Affären. 40% der Menschen mit homosexuellem Verhalten warten, im Vergleich mit der Zeit vor dem Ausbruch von der AIDS-Epidemie, heutzutage bei neuen Bekanntschaften länger mit Sex. Lediglich 11,1% aus der Gruppe der Menschen mit homosexuellem Verhalten geben an, daß die Veränderungen in ihrem Sexualverhalten in der Sexvermeidung bzw. in der Verlangung eines HIV-Tests des Partners liegen (s. Tabelle 27).

Diagramm 25: Fühlen Sie sich durch AIDS bedroht?

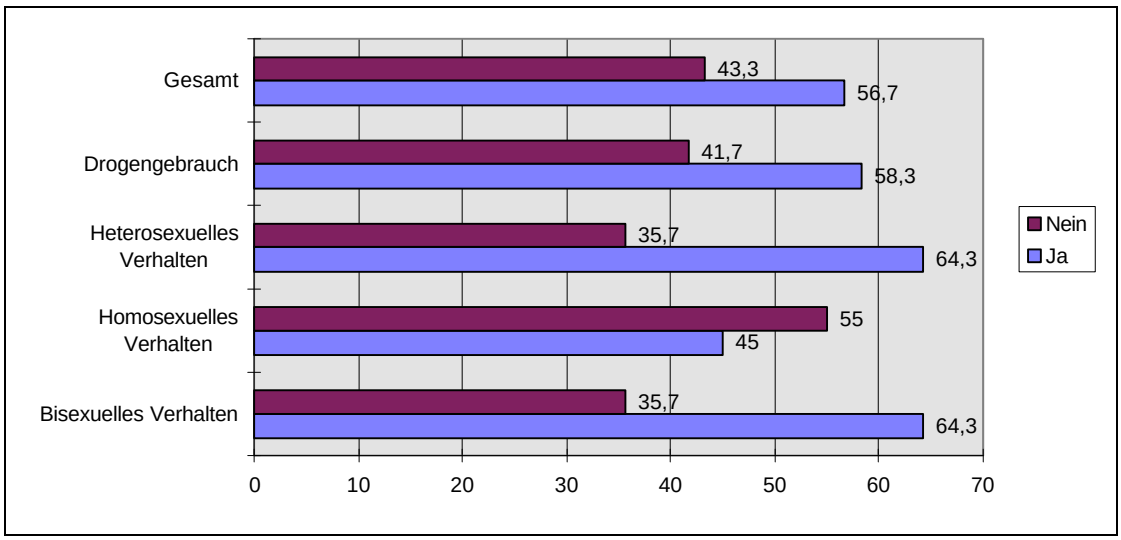


Diagramm 26: Veränderungen im Sexualleben durch die AIDS-Epidemie

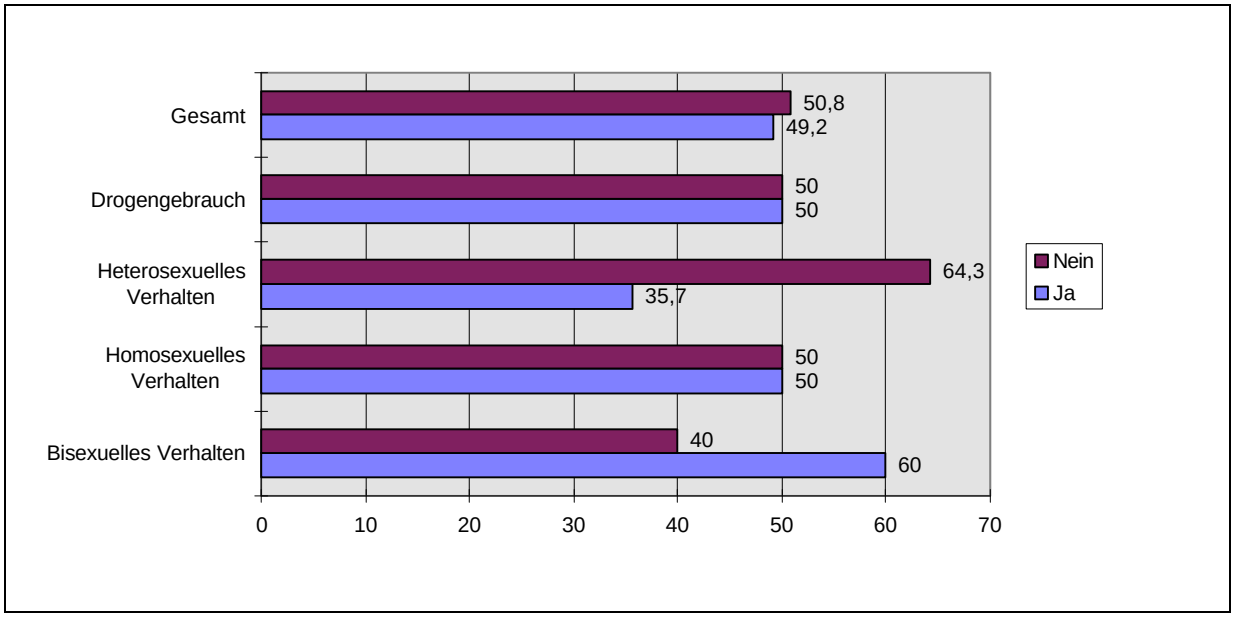


Tabelle 27: Falls sich Ihr Sexualleben verändert hat, wie äußert sich das in Ihrem Sexualverhalten? (Mehrfachantworten möglich) *

	Bisexuelles Verhalten	Homosexuelles Verhalten	Heterosexuelles Verhalten	Drogen-gebrauch	Gesamt
Bestehe bei neuen Bekanntschaften auf Benutzung von Kondomen	77,8%	80%	80%	50%	73,3%
Weniger Seitensprünge	22,2%	60%	20%	50%	40%
Warte länger mit Sex	11,1%	40%	0%	16,7%	20%
Flirte weniger	11,1%	10%	20%	16,7%	13,3%
Gehe weniger in Kneipen und Discotheken	11,1%	0%	0%	16,7%	6,7%
Vermeide Sex	11,1%	0%	0%	0%	3,3%
Verlange AIDS-Test	11,1%	0%	0%	0%	3,3%

*Angaben zu “stimmt“.

7.6.2. Wissensstand über die HIV-Übertragungswege

Mit diesem Fragenkomplex haben wir uns versucht, ein Bild über den Wissensstand der Probanden zu den HIV-Übertragungswegen bzw. zum Wesen des HIV-Tests zu verschaffen. Darüber hinaus wollten wir einen Zusammenhang zwischen der Kenntnis bzw. Unkenntnis von Übertragungswege und dem Gefühl eigener Betroffenheit finden und, falls vorhanden, analysieren.

Der Informationsstand der einzelnen Zielgruppen über die HIV-Hauptinfektionswege ist relativ gut. Dabei sind die Menschen mit heterosexuellem Verhalten am besten informiert - alle wissen, daß HIV durch Geschlechtsverkehr, Spritznadeln und Sperma weitergegeben werden kann. Verwunderlich ist, daß die Menschen mit homosexuellem Verhalten am besten über die Möglichkeit der HIV-Weitergabe von der Mutter auf das neugeborene Kind informiert sind (90%).

Sonst ist die Tendenz zu beobachten, daß jede Zielgruppe über ihre eigenen Gefahren der Übertragung informiert ist und weniger über die anderen Ansteckungsmöglichkeiten. So sind vergleichsweise am besten die Drogengebraucher (90,9%) darüber informiert, daß HIV durch unsterile Spritzen weitergegeben werden kann. Daß man sich mit dem HI-Virus durch die Vaginalflüssigkeit infizieren kann wissen immerhin 85,7% der Menschen mit heterosexuellem Verhalten und 81,8% der Drogengebraucher, aber nur 75% der Menschen mit homosexuellem Verhalten. Jeder dritte Proband mit bisexuellem Verhalten meint, HIV kann durch Küsse oder Speichel weitergegeben werden. 21,4% der Menschen mit heterosexuellem Verhalten sind der Meinung, daß Insekten die HIV-Infektion verbreiten könnten. Keiner der Befragten meinte, daß man sich durch gemeinsames Benutzen von Geschirr infizieren könnte (s. Tabelle 28).

Inwieweit der Informationsstand mit der jeweiligen Einschätzung der eigenen Gefährdung/Befroffenheit durch AIDS korreliert, läßt sich aufgrund der zahlenmäßigen Begrenzung der befragten Personengruppe kaum nachweisen. Die Ergebnisse scheinen aber folgendes anzudeuten:

- mangelnde Information über Übertragungswegen steht in Verbindung mit dem Gefühl geringer eigener Betroffenheit;

- trotz guter Informationsstand über HIV/AIDS wird die eigene Gefährdung /Betroffenheit von einem großen Teil der Befragten nicht hoch eingeschätzt.

Tabelle 28: Was sind die HIV-Übertragungswege? (Mehrfachantworten möglich) *

	Bisexuelles Verhalten	Homosexuelles Verhalten	Heterosexuelles Verhalten	Drogen-gebrauch	Gesamt
Geschlechtsverkehr	93,3%	95%%	100%	100%	96,7%
Spritznadeln	93,3%	90%%	100%	100%	95%
Sperma	100%	90%%	100%	81,8%	93,3%
Bluttransfusion	93,3%	80%	92,9%	90,9%	88,3%
offene Blutkontakte	80%	85%	92,9%	90,9%	86,7%
Schwangere Mutter auf ihr Kind	86,7%	90%	85,7%	81,8%	86,7%
Spritzen	86,7%	85%	78,6%	90,9%	85%
Vaginalflüssigkeit	73,3%	75%	85,7%	81,8%	78,3%
Speichel	33,3%	10%	14,3%	9,1%	16,7%
Küssen	33,3%	15%	7,1%	9,1%	16,7%
Insekten	0%	15%	21,4%	9,1%	11,7
Hautkontakte	6,7%	10%	7,1%	0%	6,7%
Toiletten	0%	5%	7,1%	0%	3,3%
Urin	0%	5%	0%	0%	3,3%
Schweiß	6,7%	0%	0%	0%	1,7%
Aus gemeinsamen Gläsern/ Flaschen trinken	0%	0%	0%	0%	0%

*Angaben zu “stimmt“.

Alle Zielgruppen wissen relativ gut, was man mit dem HIV-Test herausfinden kann, haben aber kein detailliertes Wissen über den HIV-Test (s. Tabelle 29).

So wissen nur 37,3% der Probanden der Gesamtstichprobe, daß man durch den HIV-Test feststellen kann, ob der Körper eines Menschen Antikörper gegen HIV gebildet hat. Zu bemerken sind die hohen Prozentsätze der Menschen mit bi- und heterosexuellem Verhalten und der Drogengebraucher, die wissen, daß durch den HIV-Test feststellbar ist, ob der HIV-Status positiv oder negativ ist. Zu dieser Frage traten nur die Hälfte der Menschen mit homosexuellem Verhalten kompetent auf. Auf die falsche „Lockbehauptung“: „Der positive HIV-Testergebnis zeigt, daß man AIDS hat“ sind nur 11,9% der Probanden reingefallen. Dagegen waren sich aber nur 13,3% der Menschen mit bi- und 5,3% der Menschen mit homosexuellem Verhalten und keine Vertreter der anderen Zielgruppen einig, daß die wissenschaftlich richtige Behauptung: „Mit dem HIV-Test kann man herausfinden, daß man vielleicht AIDS bekommen wird“ stimmt.

Tabelle 29: Was kann man mit dem HIV-Test herausfinden? (Mehrfachantworten möglich)*

	Bisexuelles Verhalten	Homosexuelles Verhalten	Heterosexuelles Verhalten	Drogen-gebrauch	Gesamt
Daß der HIV-Status positiv oder negativ ist	80%	47,4%	78,6%	90,9%	71,2%
Daß der Körper Antikörper gegen HIV gebildet hat	53,3%	42,1%	28,6%	18,2%	37,3%
Daß man kein AIDS hat	6,7%	26,3%	28,6%	0%	16,9%
Daß man AIDS hat	20%	10,5%	7,1%	9,1%	11,9%
Daß man vielleicht AIDS bekommen wird	13,3%	5,3%	0%	0%	5,1%

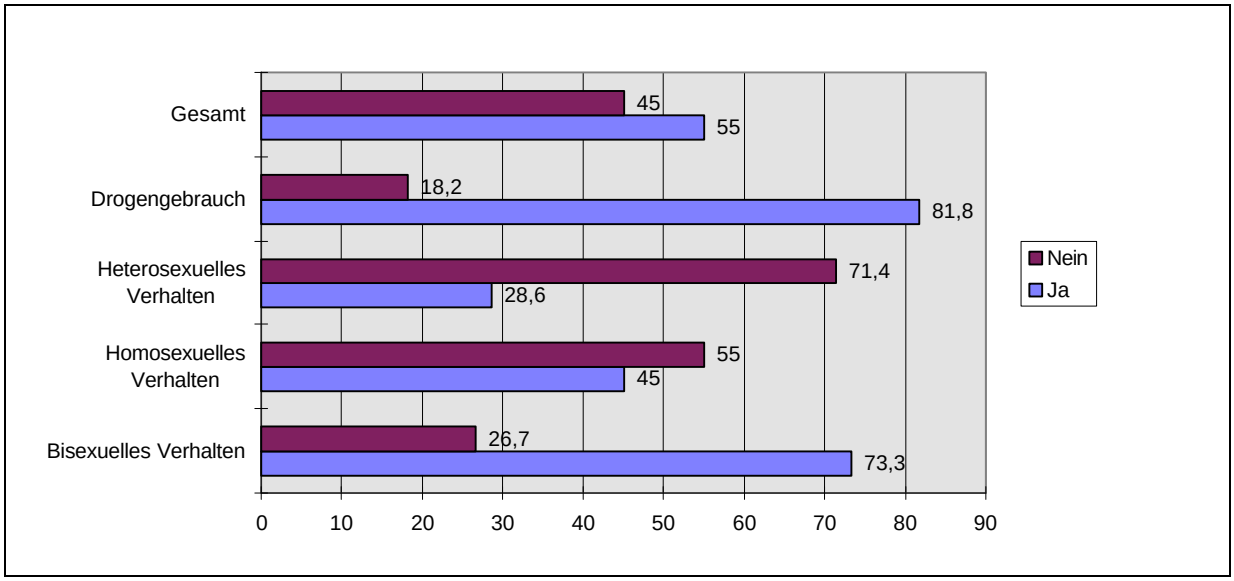
*Angaben zu “stimmt“.

7.6.3. Fragen zum HIV-Test

Der Anteil der Probanden, die sich mindestens einmal einem HIV-Antikörpertest unterzogen haben ist ziemlich hoch - 55%. Allerdings zeigen sich hier Unterschiede zwischen den einzelnen Zielgruppen. 81,8% der Drogengebraucher und 73,3% der Menschen mit bisexuellem Verhalten sind schon mindestens einmal HIV getestet worden. Zu diesen hohen Angaben scheinen die Prozentsätze der getesteten Probanden mit homo- und heterosexuellem Verhalten (jeweils 45% und 28,6%) niedrig. Immerhin ist der Anteil der getesteten Personen der Gesamtstichgruppe größer als die der Leute, die sich dem Test nicht unterzogen haben - 55% (s. Diagramm 27).

Diese Angaben sprechen dafür, daß HIV/AIDS ein bedeutsames Thema für die Zielgruppen ist. Wie sich der Anteil der Personen, die einen HIV-Test gemacht haben, seit der Entdeckung des Viruses entwickelt hat, können wir wegen des Forschungsmangels zum Thema in Bulgarien nicht analysieren. Zum Vergleich können wir die Untersuchungsergebnisse von Prof. Kleiber aus dem Jahr 1995 vorstellen, nach denen mehr als die Hälfte der von ihm befragten Sextouristen bereits einen HIV-Test gemacht hat. Diese Prozentsätze sind vergleichsweise viel höher als die Angaben in der Umfrage des FORSA-Institutes aus dem Jahr 1990, nach der sich nur 13% der deutschen Bevölkerung schon einmal auf HIV-Antikörper untersucht hat.

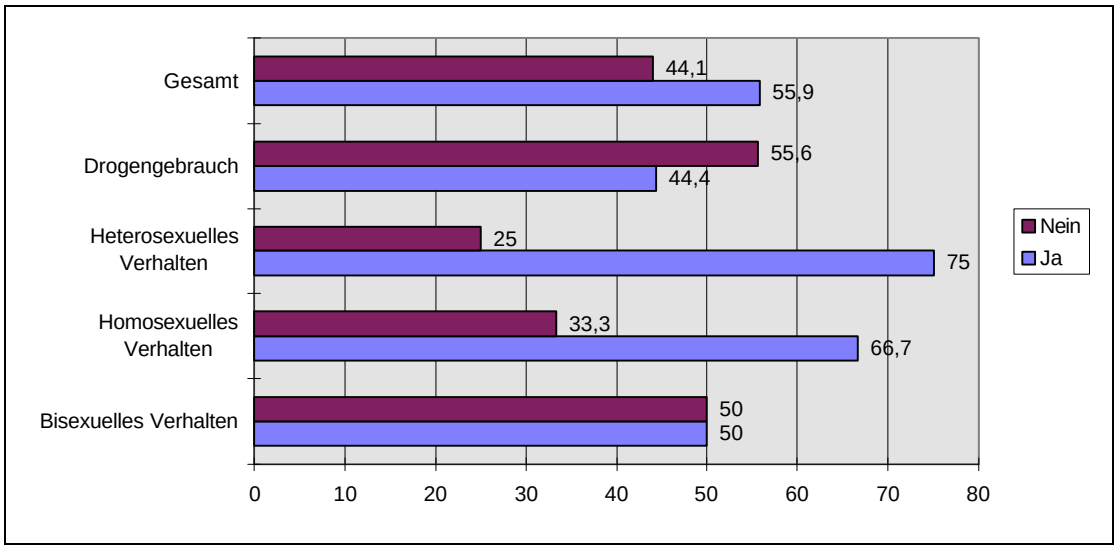
Diagramm 27: HIV-Test gemacht



Obwohl im Vergleich zu den anderen Zielgruppen weniger Menschen mit heterosexuellem Verhalten den Test gemacht haben, hatten die meisten von ihnen Angst vor der Durchführung des Tests - 75%. Auch die Probanden aus den anderen Zielgruppen, die den Test gemacht haben, hatten Angst davor. Eine Person hat angegeben, Angst vor dem Test gehabt zu haben, ohne den Test zu machen (s. Diagramm 28).

Angesichts des hohen Anteils der Menschen, die vor der Durchführung eines HIV-Tests Angst hatten, können wir vermuten, daß unter den Befragten, die bislang keinen HIV-Test machen ließen, die Angst vor einem positiven Testergebnis im Vordergrund steht.

Diagramm 28: Falls Sie ein HIV-Test gemacht haben, hatten Sie Angst vor dem Test?



Die meisten Tests, mit Ausnahme der Tests der Probanden mit heterosexuellem Verhalten, erfolgten aus eigener Initiative und zwar bei 66,7% der Probanden der Gesamtstichprobe. Dabei haben sich alle Drogengebraucher selbst zu einem Test entschieden. Das bedeutet, daß mehr als die Hälfte der Probanden wesentlich auf Grund eigener Überlegungen den Test machen ließen. Die große Mehrheit der Menschen mit heterosexuellem Verhalten (75%) mußten den Test bei bestimmten Grenzübergängen machen. 22,2% der Menschen mit homo- und 16,7% der Menschen mit bisexuellem Verhalten sind von ihren sexuellen Partnern zu der Testdurchführung aufgefordert worden. Bei ganz wenigen Leuten (nur 11,1% der Menschen mit homosexuellem Verhalten) gab eine Aufforderung vom Arbeitgeber den Anstoß zu einem Test.

Die genannten Personen oder Institutionen gaben den Ausschlag, den Test durchführen zu lassen. Es zeigt sich, daß ein sehr individuelles Motiv, nämlich Kenntnis über den eigenen Serostatus zu erreichen, bei der Mehrheit der Probanden vorlag (s. Tabelle 30).

Tabelle 30: Welche Umstände haben Sie zu einem HIV-Test bewegt?

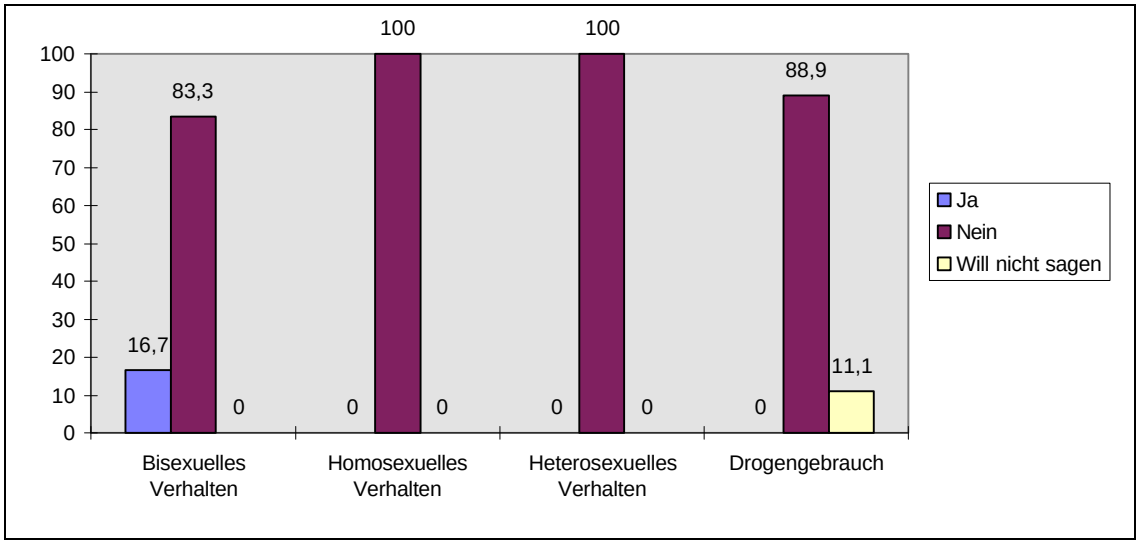
	Bisexuelles Verhalten	Homosexuelles Verhalten	Heterosexuelles Verhalten	Drogen-gebrauch	Gesamt
Bin selbst auf die Idee gekommen	66,7%	55,6%	25%	100%	66,7%
Mußte den Test machen beim Passieren bestimmter Grenze	8,3%	11,1%	75%	0%	15,2%
Bin vom Partner aufgefordert worden	16,7%	22,2%	0%	0%	12,1%
Bin vom Arbeitgeber aufgefordert worden	0%	11,1%	0%	0%	3%
Mußte den Test wegen Ehe/Schwangerschaft machen	8,3%	0%	0%	0%	3%

Die Motive für den Test und die dabei ausschlaggebenden Gründe konnten in der Auswertung der Befragung nur kursorisch erhoben werden. Es lassen sich je doch indirekt anhand der Kreuztabellenuntersuchung im Rahmen des SPSS-Statistikprogramms Motivlagen ermitteln. Probanden, die schon andere Geschlechtskrankheiten hatten, haben sich viel häufiger getestet, als die Personen, die keine Geschlechtskrankheiten hatten. Vermutlich sexuell besonders aktive Personen haben sich zu einem höheren Anteil testen lassen als die weniger aktiven Personen. Die Altersverteilung in Hinblick auf die Durchführung des HIV-Tests ist relativ gleichmäßig. Probanden, die sich als *Beschützer* oder *Individualisten* im Sinne der Charaktertypen von Prof. Kleiber ansehen haben sich häufiger einem Test unterzogen.

Es kann zusammenfassend festgestellt werden, daß ein hohes soziales und sexuelles Aktivitäts- und Bewußtseinsniveau ein spezifisches Risikobewußtsein im Hinblick auf HIV/AIDS fördert und bei einem Großteil der Befragten zur Durchführung eines Tests führt.

Ein Proband mit bisexuellem Verhalten gab an HIV-positiv zu sein (s. Diagramm 29). Aber Aufgrund der geringen Anzahl der HIV-positiven Personen in Bulgarien und der eher kleineren Probandengruppe in unserer Untersuchung kann ein differenzierteres Bild der HIV-positiven Personen nicht durchgeführt werden.

Diagramm 29: Falls Sie ein HIV-Test gemacht haben, war das Ergebnis positiv?



7.6.4. Sexuell übertragbare Erkrankungen

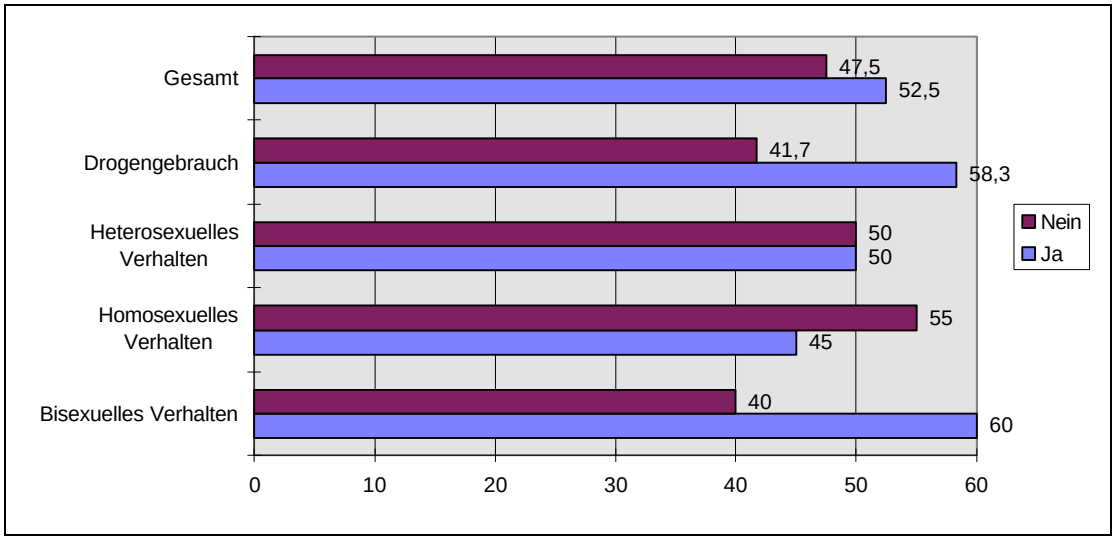
Viele Wissenschaftler haben in ihren Studien die sexuell übertragbaren Krankheiten als relevanten Marker für das Risiko, sich mit HIV zu infizieren, identifiziert (vgl. Marcus, 1993). Außerdem ist die Bedeutung der STDs, angesichts ihrer steigenden Inzidenz (besonders der Syphilis)[44] nicht gering zu schätzen. Deshalb ist für unsere Arbeit bedeutsam, die diesbezügliche individuelle Biographie der Probanden zu erfahren. Dabei benutzen wir nicht den Begriff „Geschlechtskrankheiten“, sondern sprechen von „sexuell übertragbaren Krankheiten“, weil viele Erreger, die sexuell übertragen werden, systemische Infektionen und nicht nur Infektionen der Geschlechtsorgane verursachen.

52,5% der Probanden der Gesamtstichgruppe berichten, daß sie in ihrem bisherigen Leben von mindestens einer Geschlechtskrankheit betroffen waren. Dabei liegen an erster Stelle mit ungefähr 60% die Menschen mit bisexuellem Verhalten und die Drogengebraucher. Die Hälfte der Menschen mit heterosexuellem Verhalten sowie 45% der Männern mit homosexuellem Verhalten gaben auch an, sexuell übertragbare Krankheiten gehabt zu haben (s. Diagramm 30).

Wie nicht anders zu erwarten, sind die Menschen mit hohen Partnerzahlen während ihrer gesamten sexuell aktiven Lebenszeit wesentlich stärker von STDs betroffen als Menschen, mit einer eher geringeren Partnerzahl.

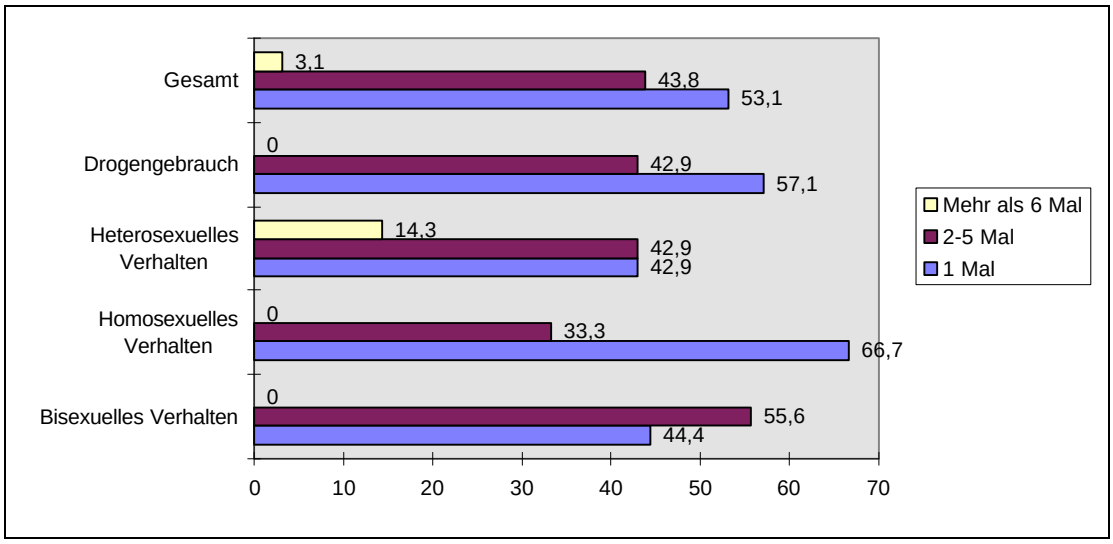
[44] Nach den Daten von Prof. Spirov vom Klinikum für sexuell übertragbare Krankheiten an der Medizinischen Akademie in Bulgarien.

Diagramm 30: Bereits Geschlechtskrankheiten (STDs) gehabt?



Die meisten Probanden, die schon sexuell übertragbare Krankheiten kannten, hatten sich ein Mal (53,1%) oder zwei bis fünf Mal (43,8%) infiziert. Nur 3,1% gaben an, sich mehr als sechs Mal angesteckt zu haben. Hier handelt es sich ausschließlich um Menschen mit heterosexuellem Verhalten. Den größten Prozentsatz weisen die Menschen mit homosexuellem Verhalten auf, die sich ein Mal mit bestimmter STD infiziert haben (66,7%). Sonst sind die Angaben der anderen Zielgruppen sehr ähnlich (s. Diagramm 31).

Diagramm 31: Falls Sie STDs hatten, wie oft?



Alle Menschen mit bisexuellem Verhalten und alle Drogengebraucher, die sich mit einer STD angesteckt haben, suchten einen Arzt bzw. eine Ärztin auf. Das taten auch 71,4% der Menschen mit heterosexuellem Verhalten und nur jeder dritte Mann mit homosexuellem Verhalten (dafür aber haben 44,4% der Männer mit homosexuellem Verhalten eine Klinik aufgesucht). Diese Angaben sagen zwar nicht sehr viel über das Gesundheitsbewußtsein der Menschen aus, führt uns aber zu der Annahme, daß ein Großteil der Bevölkerung in Bulgarien mit den STDs-Tests vertraut ist und weiß, wie man mit der Krankheit umgeht (s. Tabelle 31).

Tabelle 31: Wie haben Sie die STD behandelt?

	Bisexuelles Verhalten	Homosexuelles Verhalten	Heterosexuelles Verhalten	Drogen-gebrauch	Gesamt
Bin zum Arzt gegangen	100%	33,3%	71,4%	100%	75%
Habe eine Klinik aufgesucht	0%	44,4%	14,3%	0%	15,6%
Habe mir in einer Apotheke etwas geben lassen	0%	22,2%	14,3%	0%	9,4%

Die hohen Prozentsätze der Menschen mit heterosexuellem Verhalten, die bereits eine STD hatten, bestätigen noch einmal ihre hohe Bereitschaft zu ungeschützten Risikopraktiken.

7.7. Einstellungen zur AIDS-Gefährdung und zu den HIV-Positiven und AIDS-Kranken

Von besonderer Bedeutung für unsere Arbeit ist die Analyse der Einstellungen zur AIDS-Gefährdung und zu den Menschen, die sich bereits mit dem HI-Virus infiziert haben bzw. an AIDS erkrankt sind. Wir wollten damit die Behauptungen vieler Menschen in Bulgarien prüfen, HIV-Positive würden besonders stark stigmatisiert und ausgegrenzt. Mit der Hilfe dieser Analyse möchten wir Anhaltspunkte für Strategien für Enttabuisierung des Phänomens AIDS und für eine größere Akzeptanz der Menschen mit anderen (als diese der Mehrheit der Bevölkerung) sexuellen Präferenzen und der HIV-Positiven bzw. AIDS-Kranken finden.

Zuerst haben wir nachgefragt, wer nach Meinung der einzelnen Zielgruppen, durch AIDS besonders gefährdet ist. Den Ergebnissen zufolge sieht sich keine der befragten Zielgruppe stark gefährdet (mit Ausnahme der Gruppe der Drogengebraucher). So finden die Menschen mit homosexuellem Verhalten, daß die Sextouristen und die Drogengebraucher stark durch AIDS gefährdet sind. Die Menschen mit heterosexuellem Verhalten bezeichnen ihrerseits die Menschen mit homosexuellem Verhalten als die am meisten durch die AIDS-Pandemie gefährdete Gruppe und sehen sich selbst wenig gefährdet. Nur die Mehrheit der Menschen mit bisexuellem Verhalten ist der Meinung, AIDS ist eine große Gefahr für die ganze Bevölkerung. Die Drogengebraucher haben ihre eigene Zielgruppe und die Gruppe der Menschen mit homosexuellem Verhalten als besonders AIDS-anfällig identifiziert. Obwohl das Jugendalter, wie schon beschrieben, viele Gefahren bzügl. einer HIV/STD-Infektion mit sich bringt, werden die Jugendlichen kaum als gefährdete Gruppe von allen Zielgruppen in unserer Untersuchung angesehen. An zweiter Stelle der gefährdeten Gruppen steht das prostitutive Verhalten. Weil professionell arbeitende Prostituierte kaum einer HIV-Infektionsgefahr ausgesetzt sind[45], führt uns diese Behauptung zu der Annahme, daß die Leute in Bulgarien immer noch bestimmte Menschen als Risikogruppen bezeichnen und nicht das Risikoverhalten als signifikanten Gefährdungsfaktor identifizieren (s. Tabelle 32).

[45] Nach den Untersuchungen von Prof. Kleiber aus dem Jahr 1994, ergibt sich für eine durchschnittliche HIV-AK-negative Prostituierte in Deutschland eine geringe Wahrscheinlichkeit von 0.00012, sich im Laufe eines Jahres neu mit dem HI-Virus zu infizieren.

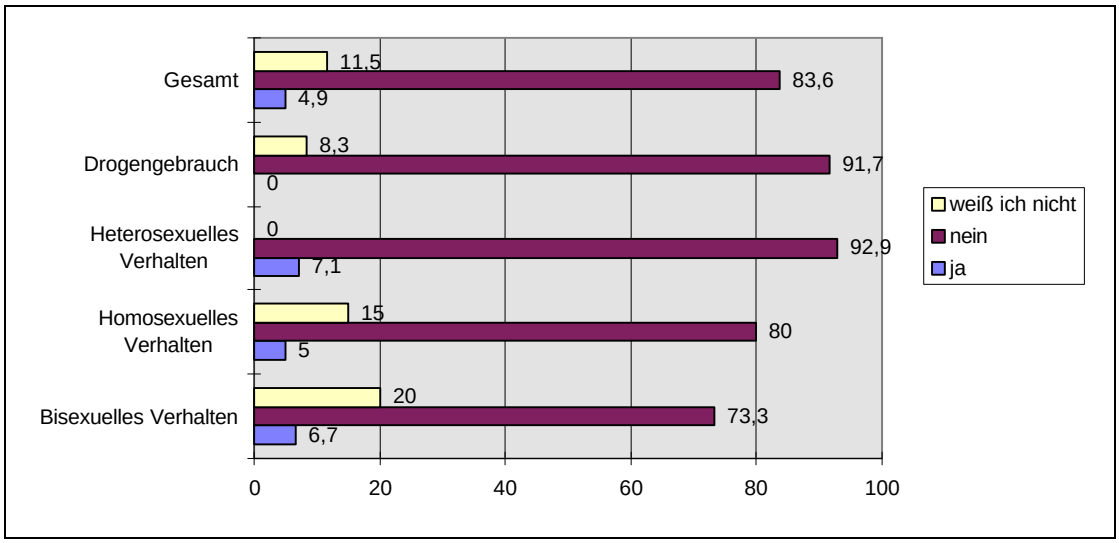
Tabelle 32: Wer ist Ihrer Meinung nach durch AIDS stark gefährdet? (Mehrfachantworten möglich) *

	Bisexuelles Verhalten	Homosexuelles Verhalten	Heterosexuelles Verhalten	Drogengebrauch	Gesamt
Die Drogengebraucher	53,3%	60%	71,4%	83,3%	65,6%
Die Prostituierten	40%	50%	71,4%	75%	57,4%
Die Homosexuellen	53,3%	35%	64,3%	83,3%	55,7%
Die Sextouristen	46,7%	65%	28,6%	50%	49,2%
Die Allgemeinbevölke-rung	60%	45%	28,6%	41,7%	44,3%
Die Jugendlichen	53,3%	30%	21,4%	33,3%	34,4%

*Angaben zu “stimmt“.

Was die höchste Diskriminierung der HIV-infizierten Personen - die Zwangsisolierung angeht, sind sich fast alle Probanden einig - in der bulgarischen Gesellschaft gibt es keinen Platz für solche radikalen Maßnahmen. So finden die Forderungen mancher radikaler Wissenschaftler und Politiker aus der näheren Vergangenheit, die HIV-Infizierten aus der Gesellschaft auszugrenzen, keine Befürworter in Bulgarien. Ganz eindeutig auf diese Frage antworten die Drogengebraucher - kein einziger Proband befürwortet die Zwangsisolierung (s. Diagramm 32).

Diagramm 32: Sollen die HIV-Infizierten zwangsisoliert werden?



Anders sind die Meinungen der Probanden in unserer Untersuchung zum Umgang mit den HIV-Infizierten, die vorsätzlich andere Menschen mit dem HI-Virus anstecken. Hier müssen wir erwähnen, daß in Bulgarien kein Gesetz existiert, das diese Problematik regelt.

Nur 14,3% der Menschen mit bi- und heterosexuellem Verhalten und keiner der Menschen mit homosexuellem Verhalten und der Drogengebraucher sind der Meinung, diese Leute nicht zu bestrafen. Etwa jeder dritte Befragte behauptet, man müsse sie entweder in einer Isolierstation einweisen oder sie ins Gefängnis sperren. 40% der Drogengebraucher vertreten die radikale Position, die vorsätzlichen Verbreiter der HIV-Infektion gar mit dem Tod zu bestrafen (s. Tabelle 33).

Obwohl manche dieser Meinungen sehr radikal erscheinen, sollte man sie bei der Schaffung eines Gesetzes zur Regelung dieses Sachverhalts berücksichtigen.

Tabelle 33: Strafe für die HIV-Infizierte, die andere vorsätzlich anstecken?*

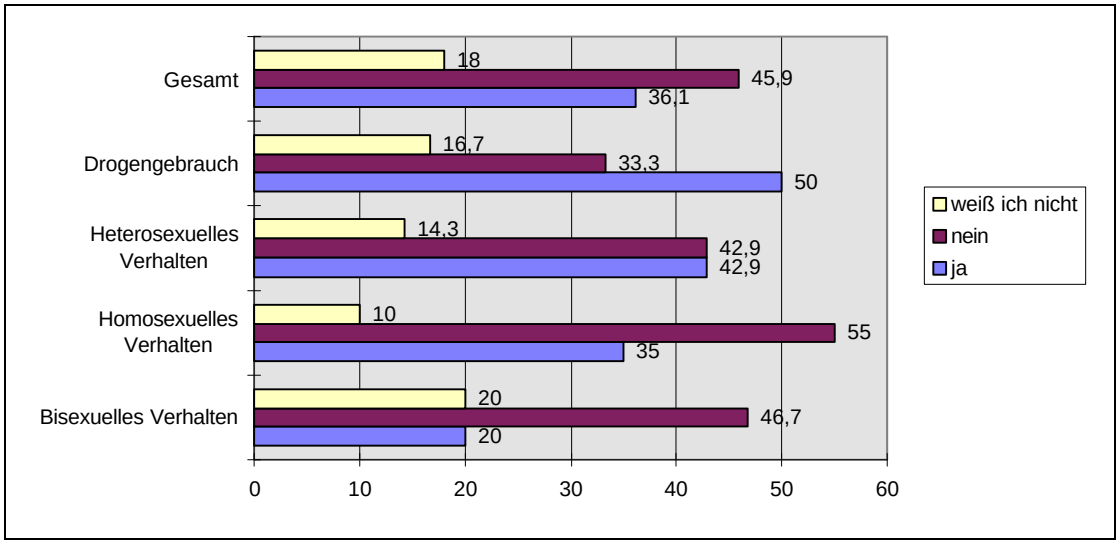
	Bisexuelles Verhalten	Homosexuelles Verhalten	Heterosexuelles Verhalten	Drogengebrauch	Gesamt
Einweisung in eine Isolierstation	28,6%	45%	35,7%	40%	37,9%
Gefängnis	42,9%	30%	21,4%	20%	29,3%
Todesstrafe	0%	25%	21,4%	40%	20,7%
gar nicht	14,3%	0%	14,3%	0%	6,9%
Geldbuße	14,3%	0%	7,1%	0%	5,2%

*Angaben zu “stimmt“.

Häufig wird den AIDS-Präventionskampagnen vorgeworfen, sie stellten die kognitiven Aspekte zu sehr in den Vordergrund. Folglich können sie kaum etwas zu Einstellungsänderungen und präventivem Handeln beitragen. Dieser Einwand wird grundsätzlich als berechtigt angesehen, aber er betrifft hauptsächlich solche Einstellungen und Vorurteile, die aus normativen Orientierungen oder ihrer psychodynamischen Funktion resultieren. Ein Teil der Vorurteile gegenüber Menschen mit HIV/AIDS gründet sich aber auf Wissensdefizite und damit einhergehenden unbegründeten Ängsten.

So sind 36,1% der Befragten der Meinung, daß ein Verbot der jeweils ausgeübten Tätigkeit nötig ist. Besonders radikal äußern sich zu diesem Thema die Drogengebraucher-die Hälfte stimmt einem Berufsverbot für HIV-Infizierte zu (s. Diagramm 33). Eine alte Erkenntnis der Sozialpsychologie scheint sich hier zu bestätigen. Von sozialer Desintegration bedrohte Personen reagieren häufiger mit Ausgrenzungs- und Stigmatisierungstendenzen gegenüber s.g. Minderheiten als sozial integrierte Menschen. Niedrige Bildungsabschlüsse (was bei den Drogengebrauchern der Fall ist) und Berufspositionen begünstigen ebenfalls diese Ausgrenzungstendenzen wie auch eine geringe Erfahrung im Umgang mit HIV und AIDS im eigenen sozialen Umfeld.

Diagramm 33: Berufsverbot für HIV-Infizierte?



Bei der nächsten Frage werden die Befürworter des Berufsverbots für HIV-Infizierte detailliert nachgefragt, welche Berufe genau verboten werden müssen. Die oben ausgeführten Vermutungen über das Unwissen, welche Gefahren bestimmte Berufe mit sich bringen werden hier besonders deutlich.

Die Tätigkeit der Prostituierten/Stricher werden von den meisten der Probanden (87% der Gesamtstichgruppe) als besonders gefährlich angesehen, obwohl wie wir schon beschrieben haben, diese kaum eine Gefahr darstellen. 60,9% der Befragten sind der Meinung man müsse den HIV-infizierten ÄrztInnen verbieten, ihren Beruf auszuüben. diese Position hängt vielleicht auch damit zusammen, daß in vielen Krankenhäusern und Behandlungsstationen aufgrund des Finanzmangels die Sterilitätsvorschriften nicht eingehalten werden und so eine HIV-Übertragung Arzt - Patient wahrscheinlicher wird.

Die oben ausgeführte These der Wissensdefizite wird durch die Behauptungen etwa jeden dritten Probandens unterstrichen, viele Berufe, bei denen kaum eine Gefahr für mögliche HIV-Übertragung existiert, zu verbieten (s. Tabelle 34). 28,6% der Menschen mit homosexuellem Verhalten vertreten sogar die Meinung, man muß den HIV-positiven Sportlern verbieten, ihren Sport auszuüben.

Unsere Erwartungen wurden bestätigt: Sowohl der Kenntnisstand über allgemeine medizinische Fakten als auch die aus mangelndem Wissen resultierenden unbegründeten Ängste vor einer Infektion durch Alltagskontakte wiesen einen engen Zusammenhang zur Ausgrenzungsbereitschaft auf.

Es kann also erwartet werden, daß die Toleranz der Bevölkerung gegenüber Menschen mit HIV/AIDS durch die Korrektur falscher Vorstellungen über die Vermittlung von Wissen beeinflußt werden kann.

Tabelle 34: Falls Berufsverbot für HIV-Infizierte, welche Berufe dürfen die HIV-Infizierten nicht ausüben? (Mehrfachantworten möglich)*

	Bisexuelles Verhalten	Homosexuelles Verhalten	Heterosexuelles Verhalten	Drogengebrauch	Gesamt
Prostituierte/Stricher	100%	71,4%	100%	85,7%	87%
Arzt/Ärztin	33,3%	71,4%	50%	71,4%	60,9%
Krankenpfleger/in	33,3%	28,6%	33,3%	57,1%	39,1%
Koch/Köchin	0%	14,3%	50%	57,1%	34,8%
Metzger/in	0%	28,6%	50%	42,9%	34,8%
Kindergärtner/in	33,3%	0%	16,7%	57,1%	26,1%
Masseur/Masseuse	0%	28,6%	16,7%	28,6%	21,7%
Verkäufer/in	0%	0%	33,3%	14,3%	13%
Sportler/in	0%	28,6%	0%	0%	8,7%

*Angaben zu “stimmt“.

7.8. Charakteristik der Menschen, die Drogen intravenös gebrauchen.

Intravenös drogengebrauchende Menschen gehören auch nach mehr als zehn Jahren AIDS zu den Gruppen im Westen, die mit dem höchsten HIV-Infektionsrisiko leben müssen. Etwa jeder fünfte Drogengebraucher ist HIV-infiziert; ihr Anteil an der Gesamtzahl der an AIDS Erkrankten betrug in den letzten Jahren 13-15%. Das Risiko einer HIV-Infektion ist wesentlich durch die sozialen Lebensbedingungen der Drogengebraucher mitbedingt. Knasterfahrung, ein niedriger Bildungsstand, Heimerfahrungen und ein höheres Ausmaß an alltäglichen Belastungen sind nämlich mit dem HIV-Status assoziiert (vgl. Kleiber, 1990).

Die HIV-Übertragungsrisiken sind für die Gruppe der intravenösen Drogengebraucher besonders hoch, da sie nicht nur in der gemeinsamen Benutzung kontaminierten Spritzbestecks liegen, sondern auch im ungeschützten Sexualverkehr innerhalb einer Partnerbeziehung oder bei der Beschaffungsprostitution bestehen. Insbesondere Sexualkontakte in der Prostitution von Drogenabhängigen, die oft unter Ausnutzung der doppelten Abhängigkeit (von Drogen und der Geldbeschaffung) auf Wunsch der Freier ungeschützt verlaufen, müssen als gesundheitspolitisches Problem angesehen werden.

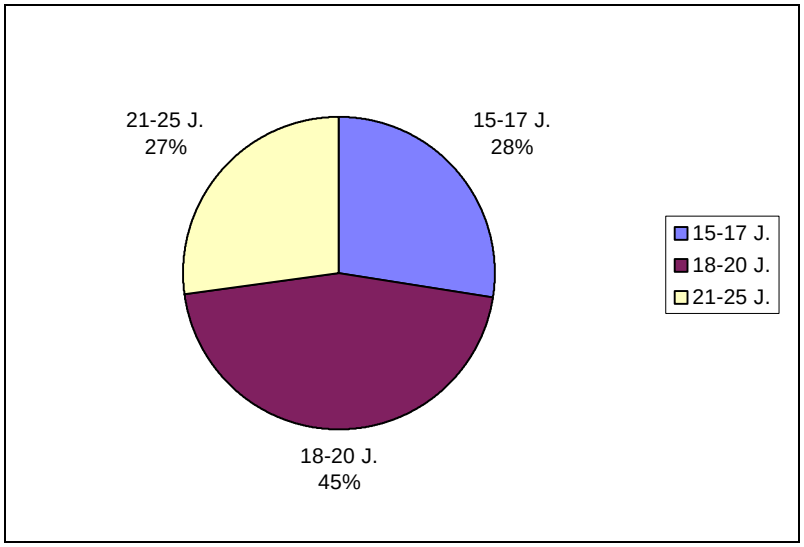
In Deutschland hat sich die Ausbreitungsgeschwindigkeit von HIV bei dieser Gruppe seit Beginn der neunziger Jahren verlangsamt. Aber angesichts der Informationen über die ansteigende Verbreitung der HIV-Infektion unter den Menschen in Bulgarien, die Drogen intravenös gebrauchen, die uns von den Medien und anderen Quellen bekannt sind[46], haben wir in unserer Untersuchung einen Fragekomlex extra für diese Zielgruppe entwickelt. Wir haben einerseits nach dem Drogenkonsum (Art, Häufigkeit usw.) nachgefragt und andererseits Fragen zum Safer-Use (also der risikofreie Drogengebrauch hinsichtlich einer HIV-Infektion) gestellt. Zuletzt haben wir nach der persönlichen Situation der Menschen nachgefragt.

[46] Angaben von Dr. Tomov, Mitarbeiter der Behandlungsstelle für i.v. Drogengebraucher in Sofia, Frau Dimitrova, Sozialarbeiterin-Schwerbereich: HIV-Positive u.s.w. Zum ersten Mal erschienen in diesem Jahr auch in den ofiziellen (aber nur zum internenen Gebrauch) Statistiken des Gesundheitsministeriums vier i.v. drogengebrauchende HIV-Neuinfizierte.

Unsere Stichprobe der Menschen, die Drogen intravenös gebrauchen, setzt sich aus 58,3% Männern und 41,7% Frauen zusammen. Alle Befragten sind in einer Großstadt geboren. 66,7% haben lediglich ein Abitur absolviert. Auch insgesamt zeigt sich bei den Drogengebrauchern ein niedrigerer Bildungsstand als bei den anderen Zielgruppen. 91,7% sind ledig.

Das Einstiegsalter in den Drogenkonsum lag für die meisten der Befragten (45%) bei 18-20 Jahren. Sehr viele Menschen (28%) fangen aber noch mit 15. Jahren an (s. Diagramm 34). Unsere Ergebnisse zu dieser Frage sind fast identisch mit den Ergebnissen der Studie „Akzeptanz AIDS-präventiver Botschaften in Deutschland“ von Prof. U. Koch und S. Ehrenberg aus dem Jahr 1992.

Diagramm 34: In welchem Alter haben Sie zum ersten Mal Drogen injektiert?



Die Konsumhäufigkeit der verschiedenen Substanzen streckt sich von „täglich“ bis „nie“. Insgesamt wurde Heroin von 90% der Menschen täglich injiziert. 10% haben nie Heroin injiziert. Jeweils 30% der Probanden haben schon Kokain, Cocktail, Amphetamine oder Speedball injiziert. Tabelle 35 zeigt die Dominanz von Heroin, die relativ hohe Bedeutung von Cocktail und Speedball sowie die eher geringere Gebrauchshäufigkeit von Amphetaminen und Kokain.

Tabelle 35: Welche Drogen spritzen Sie und wie oft?

	Heroin	Kokain	Cocktail	Amphetamine	Speedball
täglich	90%	0%	10%	0%	0%
wöchentlich	0%	0%	10%	0%	20%
monatlich	0%	30%	10%	30%	10%
nie	10%	70%	70%	70%	70%

Während ihres aktiven Drogenkonsums benutzten 64% der Probanden Spritzen mit anderen Drogengebrauchern zusammen - „Needle sharing“ (s. Diagramm 35). Dadurch können nicht nur HIV, sondern auch Hepatitis-B- und -C-Viren sowie Syphilis übertragen werden. Das Risiko, sich mit HIV zu infizieren, steigt mit der Häufigkeit des „Needle sharing“ bzw. der Zahl der „Sharing“-Partner. Die Gründe für das „Needle sharing“ liegen vor allem in der Knappheit steriler Spritzen und Kanülen. Obwohl viele Drogenabhängige versuchen sterile Spritzen im Vorrat zu besorgen (s. Diagramm 36), fällt ihnen das besonders schwer. Die Zugänglichkeit von sterilen Spritzen ist vielerorts in Bulgarien noch auf Apotheken während des Tages begrenzt. In manchen Apotheken sind die Spritzen sehr teuer, der Verkauf findet nur in großen Mengen statt oder der Apotheker weigert sich, Spritzen und Kanülen an Drogenabhängige zu verkaufen. Ein weiterer Grund besteht in der Beschlagnahmepraxis der Polizei: das Vorhandensein einer Spritze ist für die Polizei ein wichtiger Hinweis auf intravenösen Drogengebrauch. Der Anfangsverdacht dient als Legitimation für weitere Nachforschungen, Durchsuchungen und Vernehmungen. Weil benutzte Spritzen Beweismaterial sind, versucht der Drogengebraucher also möglichst unmittelbar nach der Injektion, sich des belastenden Beweisstückes zu entledigen. Die Strafverfolgung führt so zu einer notorischen Spritzenverknappung, die u.a. mit „Needle sharing“ kompensiert wird (vgl. Schuller & Stöver, 1992). Die oft angeführte mystisch-rituelle Bedeutung des Spritzenwechsels spielt dagegen im Alltag der kriminalisierten Existenz von Drogengebrauchern kaum eine Rolle.

Diagramm 35: Benutzen Sie Spritzen zusammen mit anderen?

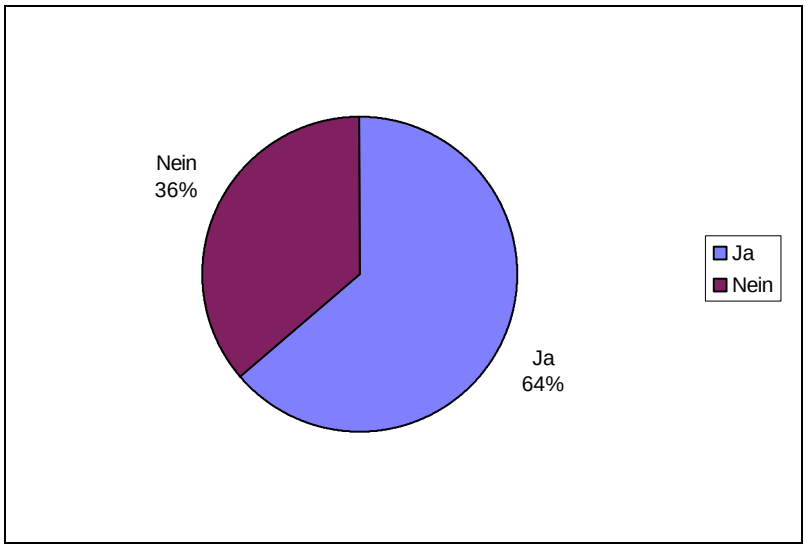
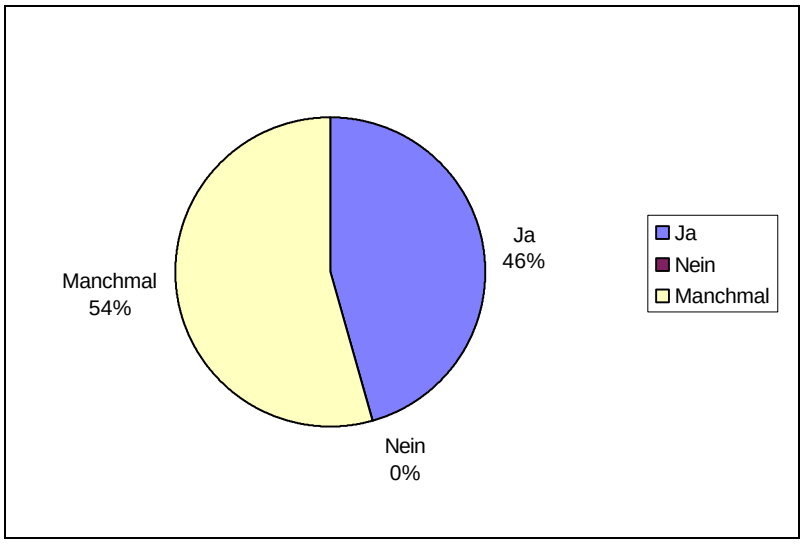


Diagramm 36 : Haben Sie sterile Spritzen im Vorrat?



Die Lebensbedingungen bzw. die Drogenkonsumorte der Drogengebraucher sind in hohem Maße geprägt von den negativen Folgen der Kriminalisierung durch das Strafrecht und die Strafverfolgungsbehörden. Das hohe Ausmaß an gesellschaftlicher Desintegration von Drogengebrauchern führt vor allem dazu, daß wichtige Momente ihres Alltags ausgrenzt werden und sich in aller Heimlichkeit abspielen müssen: v.a. der intravenöse Konsum selbst.

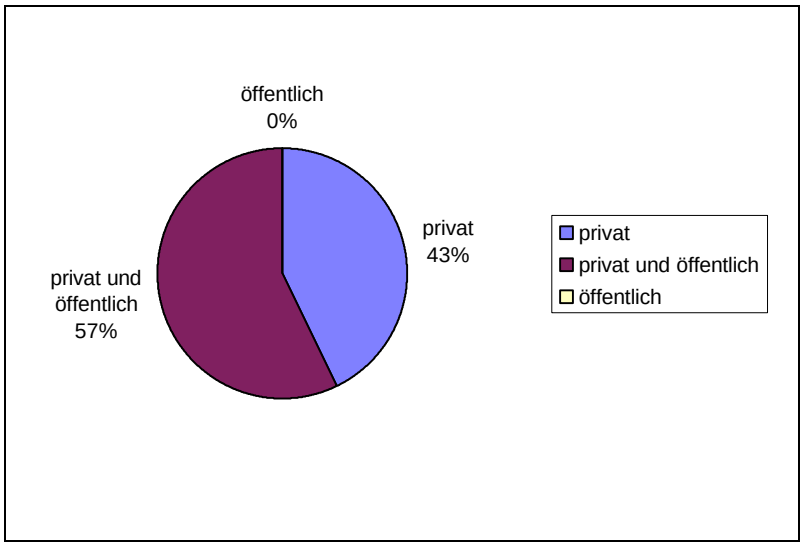
Nach unseren Ergebnissen spielt der private Bereich offenbar eine sehr wichtige Rolle als Ort des Drogenkonsums: 43% der Probanden gaben an, ausschließlich privat Drogen zu konsumieren. Die anderen 57% behaupten, privat und öffentlich Drogen konsumiert zu haben (s. Diagramm 37).

Diese Angaben führen uns zu den Überlegungen, daß nicht alle Junkies an dem Ort des Drogenerwerbs auch eine Wohnung besitzen, in der sie sich in Ruhe und unter Hygiene den „Druck“ setzen können. So passiert der Drogenkonsum in öffentlichen Toiletten, in Abbruchhäusern, Parks oder auf Kinderplätzen. Der Drogenkonsum findet hier unter unhygienischen, risikoreichen und streßbehafteten Bedingungen statt.

Die Todesgefahr, die die Vereinzelung vieler Drogenabhängiger mit sich bringt, ist aber auch nicht zu übersehen: im Falle einer Überdosierung oder eines lebensgefährlichen Mischkonsums (oft verursacht durch die sehr schlechte Qualität der Drogen auf dem Schwarzmarkt in Bulgarien) ist keine medizinische Soforthilfe möglich. Und wenn mit mehreren zusammen konsumiert wird, erfolgt oft keine Benachrichtigung der Ambulanz aus Angst vor polizeilichen Nachforschungen, in denen die eigene Beteiligung aufgedeckt wird. Die Bilder und Meldungen von den Toten auf den Toiletten oder in einsamen Wohnungen sind immer wieder Ausdruck dieser Hilflosigkeit und Isolation. Viele Drogengebraucher sterben hinter verschlossenen Türen, obwohl Hilfe in vielen Fällen möglich wäre.

Interessant in diesem Fall ist vor allem der Fundort der Toten: nach einer Statistik aus Deutschland lag der Anteil der in einer Privatwohnung gefundenen Verstorbenen 1989 bei 58,4%, im Freien wurden 10,2%, im öffentlichen WC/Bahnhofsbereich 10,2%, in Hotels/Pensionen 4,2%, im PKW 3,2%, in Gaststätten 4,2% und in sonstigen Situationen 9,6% aufgefunden (vgl. Stöver, 1991). Das bedeutet, ein großer Teil der Drogengebraucher stirbt in öffentlichen Bereichen, weil u.a. viele von ihnen den „Druck“ unmittelbar nach Erwerb der Droge setzen.

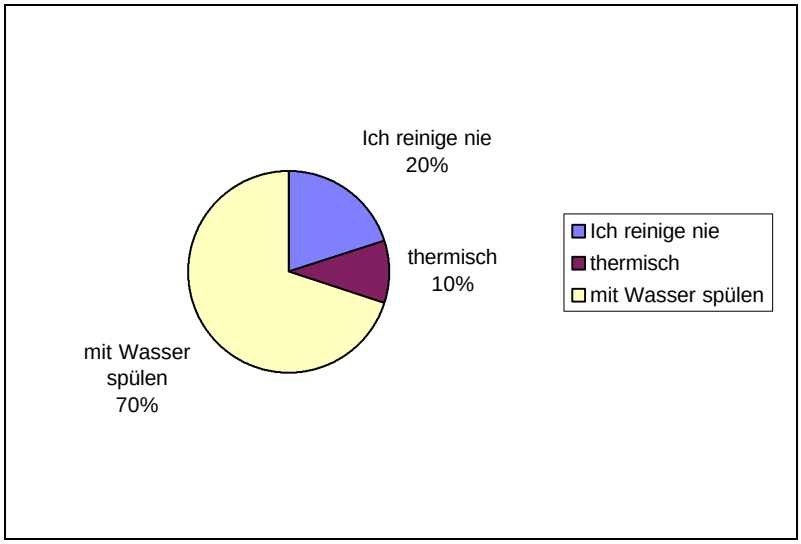
Diagramm 37: Falls Sie Spritzen zusammen mit anderen benutzen, wo fand der Konsum statt?



In der Lebenswirklichkeit der Drogenabhängigen sind idealtypische Konsumbedingungen eher die Ausnahme. Oft sind angesichts des Mangels an sterilen Spritzen provisorische Hilfen gefragt. So muß man optimal wie möglich das Spritzbesteck desinfizieren: mit thermischer Desinfektion, Desinfektion mittels bleach, Jod, Alkohol in Verbindung mit gründlicher vorheriger Reinigung durch kaltes Wasser und anschließender Spülung. Die Notfalldesinfektion muß sehr gründlich durchgeführt werden, sonst überleben besonders resistente Pilze, Bakterien und Viren und werden übertragen. Deshalb haben wir nachgefragt, wie unsere Zielgruppe die gebrauchten Spritzen und Nadeln reinigt. Die meisten (70%) gaben an, eine überhaupt unzureichende Reinigung vorzunehmen: sie spülen das Spritzenbesteck mit Wasser. Andere 10% nehmen eine thermische Desinfektion vor. Bei dieser Desinfektion benötigt man lediglich eine Kochstelle, ein Topf, Wasser und - wenn vorhanden - etwas Soda, es werden also einfache ungefährliche Materialien aus dem Haushalt benutzt. Bei richtiger Anwendung ist das einzig sichere Verfahren gegen Hepatitis B und C, aber auch gegen HIV, Pilze und Bakterien. Dabei passiert häufig aber ein Anwendungsfehler: „Auskochen“ wird als einmaliges, kurzes Einlegen in heißes Wasser verstanden, was keine ausreichende Wirkung darstellt. Dabei wird bei diesem Verfahren auch das Material belastet: Die so desinfektierten Spritzen eignen sich nur zum ein- bis dreimaligen Gebrauch.

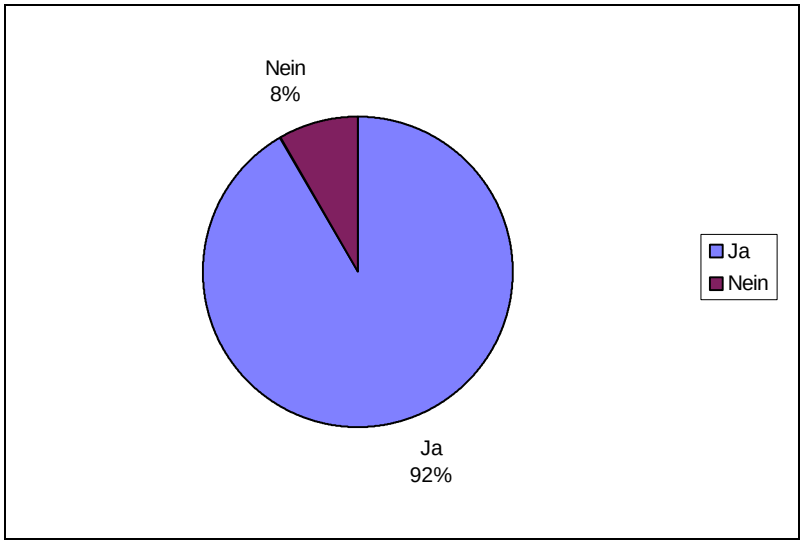
Kein Proband gab an, mit bleach, Jodlösung oder Alkohol zu reinigen. 20% der Befragten behaupten, niemals die benutzten Spritzen zu reinigen. Unter präventivem Gesichtspunkt reinigen somit weniger als 10% der Befragten ihre Spritzen adäquat (s. Diagramm 38).

Diagramm 38: Wie reinigen Sie die gebrauchte Spritzen und Nadeln?



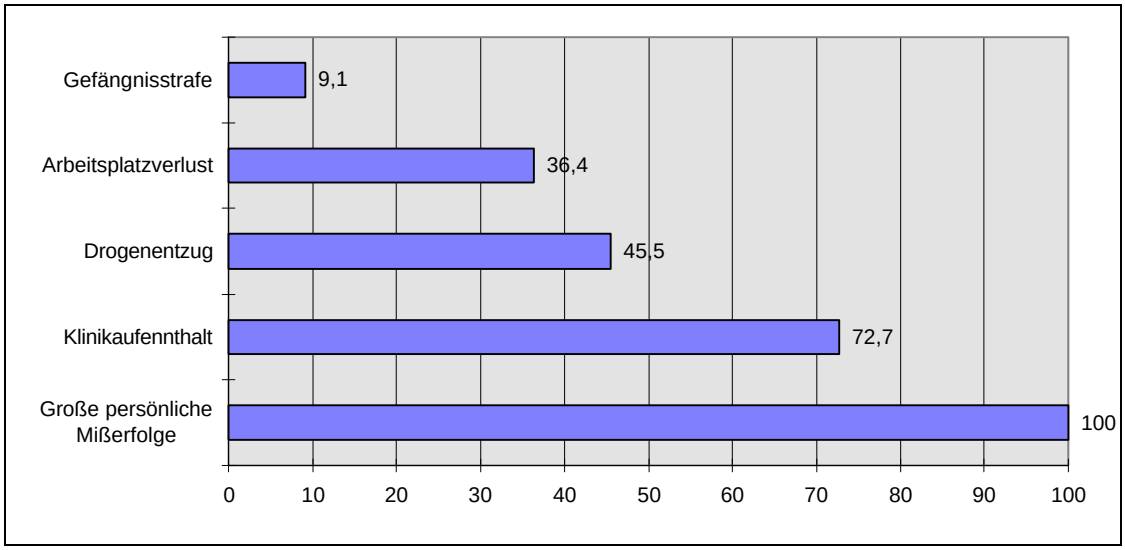
Daß die Drogenabhängige in Bulgarien (vielleicht wie überall) großen Schwierigkeiten und Problemen ausgesetzt sind, ist im Diagramm 39 ersichtlich. 92% der Probanden dieser Zielgruppe hatten persönliche Probleme wegen ihres Drogengebrauchs. In dieser Situation sind neben dem erhöhten Grad der Duldung durch die Institutionen der Justiz und der Akzeptanz durch die Einrichtungen der Drogenarbeit für die Drogengebraucher in Bulgarien die sozialpolitischen und psychologischen Gegebenheiten, die die strukturelle Prävention mit sich bringt besonders wichtig. Hier denken wir an die materielle Absicherung des Lebensunterhalts und die Verfügbarkeit von Wohnraum u.s.w.

Diagramm 39: Haben Sie persönliche Probleme wegen des Drogengebrauchs?



Die Folgen der Probleme, die die Drogengebraucher hatten bzw. haben, lassen sich in 100% der Fälle als große persönliche Mißerfolge identifizieren (s. Diagramm 40). Eine weitere Folge oder vielleicht eine versuchte Lösung der Probleme war der Aufenthalt in einer Klinik für 72,7% bzw. der Drogenentzug für 45,5% der Probanden. 36,4% der befragten Drogengebraucher haben wegen ihren Sucht den Arbeitsplatz verloren. 9,1% haben sogar eine Gefängnisstrafe bekommen, was angesichts der totalitären Bedingungen vor 1989 in Bulgarien nicht überraschend ist. Es ist wichtig, diese Kriminalisierung der DrogengebraucherInnen nicht weiter fortzusetzen, da der Kriminalisierungsdruck die Konsumsituation und ihre Folgen ganz wesentlich verändert. Wie schon beschrieben sind Hygiene und Streßfreiheit für die Drogengebraucher von großer Bedeutung.

Diagramm 40: Falls Sie Probleme haben oder hatten, welche waren die Folgen? (Mehrfachantworten möglich)



Zusammenfassung

Bei Betrachtung der Menschen, die Drogen intravenös gebrauchen, und ihrer sozialen und psychologischen Lage wird zuerst deutlich, daß es sich um Leute handelt, die relativ früh mit dem Drogenkonsum anfangen und die meistens große persönliche Probleme haben. Das Schulbildungsniveau liegt signifikant unter dem Durchschnitt der anderen Zielgruppen. Die Vertreter dieser Gruppe haben vergleichsweise häufiger Prostitutionserfahrungen als die anderen Zielgruppen. Das ist auf die spezifische Form der Beschaffungsprostitution zurückzuführen. Hauptdroge ist injiziertes Heroin. Der Informationsstand der Zielgruppe muß als lückenhaft charakterisiert werden. Zwar sind die Hauptinfektionswege von HIV den meisten Probanden bekannt, die Bedeutung des HIV-Tests ist aber für die Mehrheit der Drogengebraucher unklar.

Riskanten Spritzengebrauch in Form von Needle Sharing praktizieren noch 64% der Drogengebraucher. Spritzen werden überwiegend inadäquat gereinigt. Dieser insgesamt problematische Umgang mit sterilen (neuen oder gereinigten) Spritzen wird verstärkt durch suchtbedingte Zwänge und Prioritäten, d.h. die Stoffversorgung hat Vorrang vor der Spritzenversorgung. Es wird deutlich, daß die Drogengebraucher spezifische Aufklärung dringend benötigen.

Regelmäßiger Kondomgebrauch bei Sexualkontakten ist sehr niedrig. Ablehnungsgründe für Kondome sind einerseits die Gründe der anderen Zielgruppen (Abneigung, Lustminderung etc.). Dazu kommt hier eine charakteristische Risikobereitschaft, die die Drogengebraucher in ihrem Gesamtverhalten zeigen, gekoppelt mit gewisser Überheblichkeit. Man muß auch den Zusammenhang zwischen Drogenkonsum und Prostitution erwähnen, der die Drogengebraucher, die Beschaffungsprostitution betreiben, dazu zwingt, Kundenwünsche nach riskanten Sexpraktiken und Kondomverzicht nachzukommen.

7.9. Fragen zum bezahlten Sex

In unserer Untersuchung haben wir auch Fragen zum bezahlten Sex aufgenommen. Wir haben unsere Stichprobe nach der möglichen Inanspruchnahme bzw. nach dem Anbieten sexueller Dienste nachgefragt. Dabei haben wir keine direkten Fragen mit negativgeladenen Bezeichnungen (Sind Sie Prostituierte/Stricher oder Freier?) gestellt, sondern nachgefragt, ob man schon mal für sexuelle Dienste bezahlt hat bzw. bezahlt wurde. Die Leute, die mit „Ja“ auf diese Fragen antworteten haben wir als eine Extragruppe in der Untersuchung aufgenommen und ihrem Schutz- bzw. Risikoverhalten besondere Aufmerksamkeit gewidmet.

Mit unserem Fragebogen haben wir nur wenige s.g. Freier erreicht (s. Tabelle 36). Es handelt sich eher um Menschen mit heterosexuellem Verhalten. Angesichts der kleinen Anzahl dieser Gruppe konnten wir keine relevanten, statistisch nachweisbaren Ergebnisse über ihr Verhalten bekommen.

Wir haben andere Bedingungen bei den Menschen, die schon prostitutive Dienstleistungen angeboten haben, da es sich um eine größere Gruppe (etwa jede dritte Person aus den Zielgruppen der Menschen mit bi- und homosexuellem Verhalten und der Drogengebraucher) handelt, deren Antworten auf für unsere Fragestellung relevanten Items statistisch auswertbar sind. Hier ist besonders der Einfluß gesellschaftlicher Bedingungen, auf die Herausbildung charakteristischer sexueller Handlungsstrukturen zu analysieren.

Wie wir schon beschrieben haben (vgl. Kapitel 3.1.1., Punkt A.), ist Prostitution auch nichts Neues in Bulgarien. Während aber die professionell arbeitenden SexarbeiterInnen in Deutschland durch ihr Safer-Sex-Verhalten kaum einen HIV-Risiko ausgesetzt sind, können sich, unseren Vermutungen nach, die Prostituierten und die Stricher in Bulgarien aus verschiedenen Gründen an keine konsequenten Kondombenutzungsregeln orientieren.

Besonders gefährdet durch das Verhalten der Freier sind die Drogengebraucher, die über Beschaffungsprostitution ihre Drogen finanzieren. Wie wir im vorherigen Kapitel beschrieben haben, sind diese Menschen aufgrund ihre Sucht (das regelmäßige Verlangen nach einer bestimmten Menge Drogen) eher bereit, sich auf die extremen Wünsche der Freier einzulassen und auf diese Weise ungeschützt Sex zu betreiben. Die Situation in der Beschaffungsprostitution erleichtert es den Freiern also, Prostituierten und Strichern ihre Wünsche nach unsafem Sex aufzuzwingen.

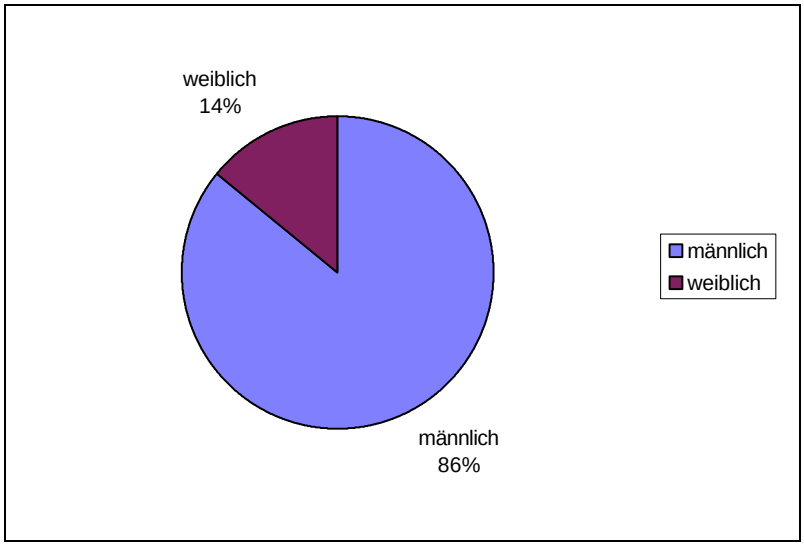
Tabelle 36: Fragen zum bezahlten Sex *

	Bisexuelles Verhalten	Homosexuelles Verhalten	Heterosexuelles Verhalten	Drogengebrauch
Ich habe schon mal für sexuelle Dienste bezahlt.	0%	10%	14,3%	16,7%
Man hat mir für sexuelle Dienste bezahlt.	33,3%	25%	0%	33,3%

*Angaben zu „trifft“

Bei unserer Stichprobe der SexarbeiterInnen handelt es sich um eine vorwiegend männliche Gruppe (zu 86%) (s. Diagramm 41). Das Durchschnittsalter lag bei 27,5 Jahren. Die jüngste Person war zum Zeitpunkt der Befragung 20 Jahre und die älteste 40 Jahre alt.

Diagramm 41: Geschlecht

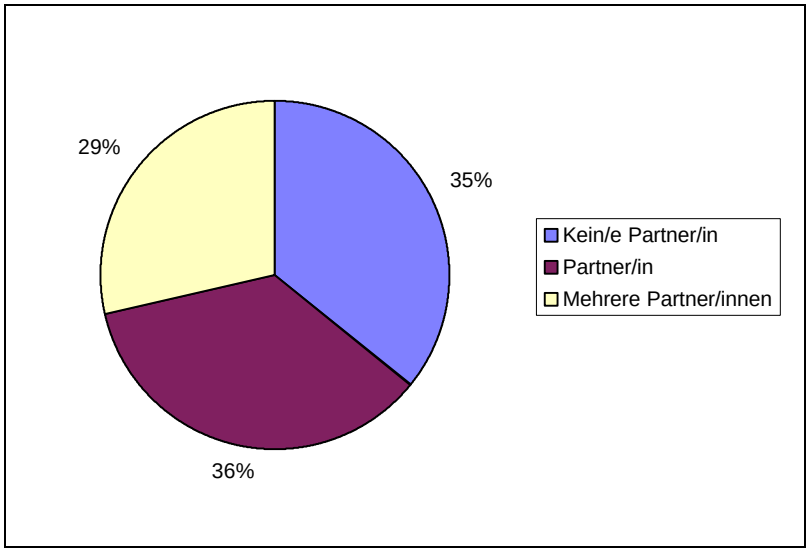


Da in Bulgarien kein Gesetz existiert, das die Prostitution regelt, aber das Anbieten sexueller Dienste geduldet wird, ist die Gesundheit der SexarbeiterInnen ihnen selbst und den Zuhältern überlassen (logischerweise ist auch die medizinische Kontrolle nicht gesetzlich etabliert). Obwohl der gute gesundheitliche Zustand der Prostituierten/Stricher wichtig für das Geschäft und damit im Interesse des jeweiligen Zuhälter ist, werden immer noch keine regelmäßigen Kontrollen des körperlichen Zustands vorgenommen. So ist die STDs-Inzidenz bei den SexarbeiterInnen sehr groß. Nur bis Mai 1997 war die Anzahl der an STDs Neuinfizierten größer als die Inzidenz für das ganze Jahr 1996.[47]

Man kann sich für STDs bzw. HIV in den venerologischen Dispanseren in Bulgarien (die zahlenmäßig nicht ausreichend sind) testen lassen. Dabei läuft man die Gefahr, die Anonymität zu verlieren, da viele Verantwortliche das Testgeheimnis nicht einhalten. Unter anderen damit sind die 42,9% der SexarbeiterInnen, die noch nie ein HIV-Test gemacht haben, zu erklären.

In unserer Stichprobe ist auffällig der teilweise hohe Anteil von Probanden ohne feste Partnerbeziehung. Das mag zum einen an negativen bisherigen Beziehungserfahrungen (möglicherweise in Verbindung mit Gewalt seitens des Partners) liegen. Zum anderen ist dieser hohe Anteil auch vermutlich der Tätigkeit als Prostituierte geschuldet. Jeweils ein Drittel der Prostituierten/Stricher leben entweder in einer festen Partnerschaft oder haben mehrere Sexualpartner (s. Diagramm 42). Damit besteht für ungefähr 60% der SexarbeiterInnen die Gefahr (wenn die Safer-Sex-Regeln nicht eingehalten werden), eine mögliche sexuell übertragbare Infektion (auch HIV) an ihren privaten Sexualpartner weiterzugeben.

Diagramm 42: Gegenwärtige Partnersituation



[47] Nach Angaben von Frau Dimitrova

Wenn wir die Sexualpraktiken der SexarbeiterInnen bei ihrem letzten Sexualkontakt analysieren, müssen wir feststellen, daß es erhebliche Unterschiede im Safer-Sex-Verhalten zwischen den weiblichen Prostituierten und männlichen Strichern gibt. Unseren Ergebnissen nach, sind die Frauen eher geneigt, keine Kondome bei risikoreichen Sexualpraktiken zu verwenden als die Männer, die bezahlten Sex anbieten bzw. angeboten haben. So geben immerhin 44,4% der Frauen an, kein Kondom beim letzten Vaginalverkehr benutzt zu haben. Nur 9,1% der Stricher gaben an, beim letzten aktiven oder passiven Analverkehr, kein Kondom benutzt zu haben. Was den Fellatio bei den Strichern angeht werden hier Kondome ungefähr in der Hälfte der Fälle benutzt. Die Hälfte der Frauen hatte beim letzten Sexualkontakt auch Analsex, der aber bei allen mit Kondom durchgeführt wurde (s. Tabelle 37).

Diese Ergebnisse bestätigen unsere Vermutungen, daß aus verschiedenen Gründen die SexarbeiterInnen (besonders die Frauen) immer noch die Kondome nicht als eine unbedingte Voraussetzung für den Sexualakt ansehen und durch diese unprofessionelle Einstellung einer hohe STD's-Gefährdung ausgesetzt sind.

Tabelle 37: Ausgeübte Sexualpraktiken mit und ohne Kondom bei der letzten Sexual-beziehung

Sexualpraktiken mit Partnern des anderen Geschlecht			
	Sexualpraktik nicht ausgeübt	mit Kondom	ohne Kondom
Geschlechtsverkehr (Koitus)	11,1%	44,1%	44,4%
Hand-/Bodymassage	22,2%	0%	77,8%
Lecken der Vulva (Cunnilingus)	22,2%	22,2%	55,6%
Petting	37,5%	12,5%	50%
Lutschen am männlichen Glied (Fellatio)	44,4%	11,1%	44,4%
Analverkehr (Glied in After stecken)	55,6%	44,4%	0%
Sex mit mehreren Partnern	55,6%	33,3%	11,1%
Sado-Maso-Sex	100%	-	-
Sexualpraktiken mit Partnern des gleichen Geschlecht			
	Sexualpraktik nicht ausgeübt	mit Kondom	ohne Kondom
Gegenseitige Masturbation	18,2%	9,1%	72,7%
Lutschen am Geschlechtsorgan	18,2%	36,4%	45,5%
Gelutscht werden am Geschlechts-organ	18,2%	54,5%	27,3%
Sex mit mehreren Partnern	18,2%	72,7%	9,1%
Analsex (Glied in After stecken lassen)	27,3%	63,6%	9,1%
Arschlecken lassen	27,3%	0%	72,7%
Arschlecken	27,3%	0%	72,7%
Analsex (Glied in After stecken)	27,3%	63,6%	9,1%
Sado-Maso-Sex	81,8%	9,1%	9,1%

*Angaben zu "stimmt".

Wie wir bereits beschrieben haben, werden die Kondome noch nicht von der Mehrheit der SexarbeiterInnen als unbedingte Sexvoraussetzung betrachtet. Das bestätigt auch die folgende Tabelle (s. Tabelle 38). Die ersten drei Plätze sind von negativen Einstellungen zur Kondombenutzung besetzt. Daß die Empfindung durch die Kondome für 35,7% der Probanden dieser Zielgruppe herabgesetzt kann man noch irgendwie verstehen, daß aber 35,7% grundsätzlich keine Kondome benutzen, ist für uns einfach erschreckend. Erst an vierter Stelle kommt die Behauptung von jedem dritten Probanden, daß Kondome zum Schutz vor STD's/AIDS benutzt werden.

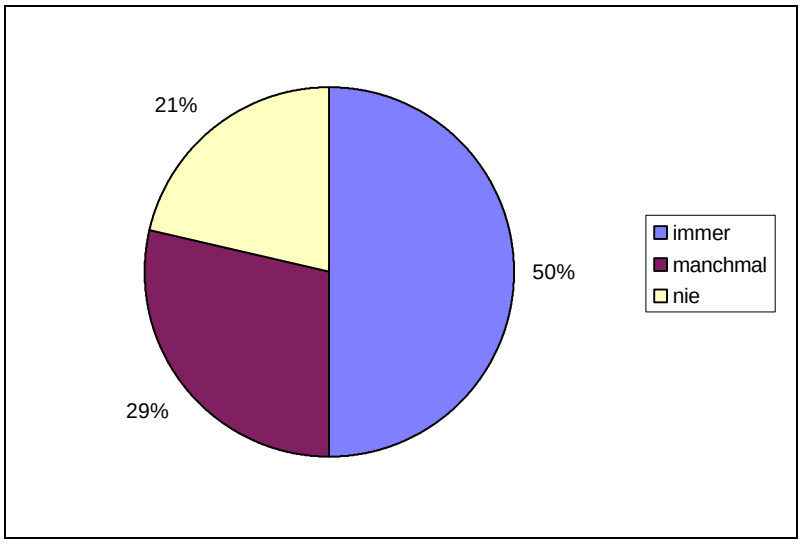
Tabelle 38: Einstellungen zu Kondomen*

Wenn Alkohol/Drogen - sorglos	42,9%
Empfindung durch Kondome herabgesetzt	35,7%
Ich benutze grundsätzlich keine Kondome	35,7%
Benutze Kondome als Schutz vor Geschlechtskrankheiten/AIDS	28,6%
Sex mit Kondomen ist kein richtiger Sex	21,4%
Sex mit Kondomen macht keinen Spaß	21,4%
Ich finde Kondome ekelig und unnatürlich	14,3%
Keine Angst vor AIDS-Ansteckung	14,3%
Ich habe noch nie ein Kondom benutzt	14,3%
Ich habe Angst, daß ich meine Erektion verliere	7,7%
Ich befürchte, ein Kondom könnte mir nicht passen	0%

*Angaben zu "stimmt".

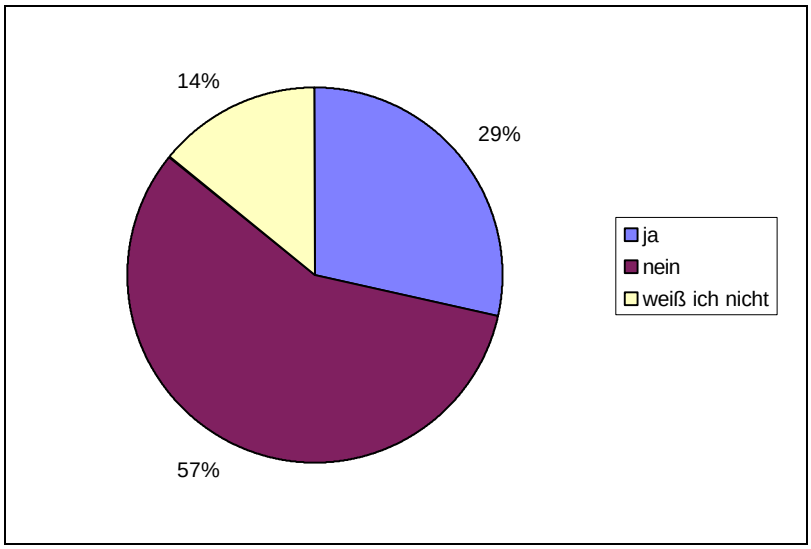
Kondome werden nicht nur inkonsequent bei den Sexualkontakten mit Freiern benutzt, sondern sind auch nicht immer bei den Prostituierten /Strichern vorhanden. So behaupten 21% der Menschen, die für Sex bezahlt werden bzw. bezahlt wurden, Kondome nie bei sich zu haben (s. Diagramm 43). Das bedeutet, daß in einem Viertel der käuflichen Sexualkontakte nie Kondome seitens des Sexanbieters als Schutz vorgeschlagen werden und auch nicht benutzt werden (Ausnahme ist der Fall, wo der Freier den Wunsch zu Safer-Sex selbst äußert und Kondome bei sich hat).

Diagramm 43: Haben Sie Kondome bei sich, wenn Sie unterwegs sind?



Daß die sexuelle Emanzipation in Bulgarien noch am Anfang steht, ist mit Diagramm 46 zu bestätigen. Das kommunistische Regiment hat vor der Wende 1989 in Bulgarien, alle Menschen mit sexuellen Präferenzen, die nicht dem heterosexuellem Verhalten entsprechen als unnormal und damit als gefährlich kategorisiert. Dazu zählten auch die Leute, die sexuelle Dienste anboten. Sie konnten ihre Tätigkeit ungefährdet nur für die Befriedigung der sexuellen Wünsche der Parteiangehörigen aus den oberen Etagen der Macht ausüben, darüber hinaus wurden sie gebrandmarkt und verfolgt. Diese negativen Faktoren haben auch dazu beigetragen, daß die Prostitution (wie auch das homosexuelle Verhalten) immer noch, sogar von den SexarbeiterInnen selbst, nicht als einfache Dienstleistung akzeptiert wird. So behaupten 57% der Probanden dieser Zielgruppe, ihren Sex nicht als „normal“ zu empfinden (s. Diagramm 44).

Diagramm 44: Ist Ihr Sex normal?



Obwohl sie sexuelle Dienstleistungen gegen Bezahlung anbieten bzw. angeboten haben, fühlt sich jede zweite Person aus der Zielgruppe der SexarbeiterInnen nicht durch AIDS bedroht und hat auch ihr Sexualverhalten nicht verändert. 88,8% der Leuten, die angesichts der AIDS-Epidemie ihr Sexualverhalten verändert haben, geben an, daß sich diese Änderungen in der Benutzung von Kondomen bei neuen Bekanntschaften äußern.

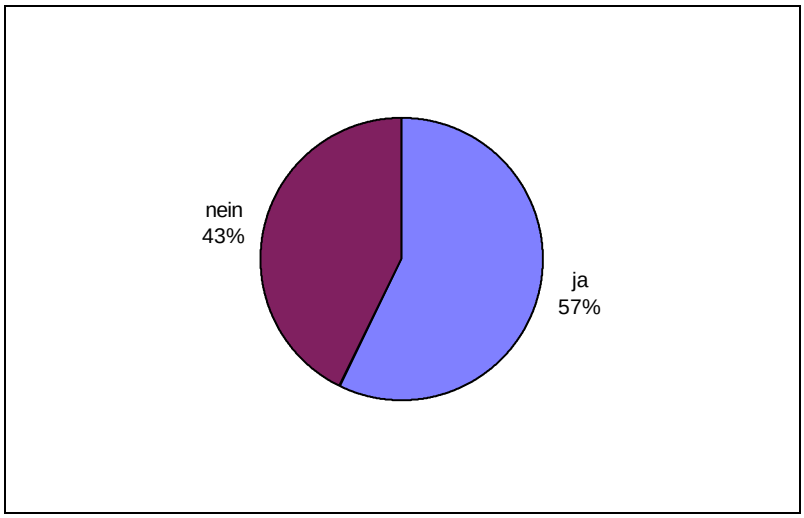
Tabelle 39: Falls sich Ihr Sexualleben verändert hat, wie äußert sich das in Ihrem Sexualverhalten? (Mehrfachantworten möglich) *

Bestehe bei neuen Bekanntschaften auf Benutzung von Kondomen	88,8%
Weniger Seitensprünge	22,2%
Warte länger mit Sex	11,1%
Flirte weniger	11,1%
Gehe weniger in Kneipen und Discos	11,1%
Vermeide Sex	0%
Verlange AIDS-Test	0%

*Angaben zu “stimmt“.

Wie wir bereits im vorherigen Kapitel erwähnt haben, ist die Bedeutung sexuell übertragbarer Krankheiten, als Co-Faktor für die Übertragung von HIV nicht zu unterschätzen. Bei unserer Stichprobe waren 57% der Probanden schon mal mit einer STD infiziert (s. Diagramm 45). Daraus kann man schlußfolgern, daß eine rasche HIV-Verbreitung bei Vorhandensein einer HIV-Infektionsqulle nicht unwahrscheinlich ist.

Diagramm 45: Bereits Geschlechtskrankheiten (STD´s) gehabt?



Bei der Frage nach der Einschätzung der AIDS-Gefährdung verschiedener Gruppen sind 71,4% unserer Probandengruppe der Meinung, daß die Drogengebraucher, die Sextouristen und die Prostituierten am stärksten gefährdet sind (s. Tabelle 40). Dabei wird deutlich, daß nicht alle Probanden dieser Gruppe sich als Prostituierte/Stricher identifizieren, da nur 50% mit „Ja“ auf die Frage ob sie sich selbst durch AIDS bedroht fühlen, antworteten. Zwischen beiden Anworten entsteht so eine Differenz von 21,4%, die Menschen, die sich als SexarbeiterInnen nicht identifizieren, darstellt.

Tabelle 40: Wer ist Ihrer Meinung nach, durch AIDS stark gefährdet? (Mehrfachantworten möglich) *

Die Drogengebraucher	71,4%
Die Prostituierten	71,4%
Die Sextouristen	71,4%
Die Homosexuellen	57,1%
Die Allgemeinbevölkerung	35,7%
Die Jugendlichen	35,7%

*Angaben zu “stimmt“.

7.10. Bewertungen der AIDS-Prävention in Bulgarien

Zu welchem Informationsstand führten nun die Beschäftigung mit dem Thema AIDS und die Auseinandersetzung mit den verschiedenen Informationsangeboten bei den einzelnen Zielgruppen?

Trotz des vorhandenen Bemühens um die Aufklärung über die Übertragungswege von AIDS, gab es in den vergangenen Jahren in der Bevölkerung in Bulgarien vielfältige Irritationen. Aufklärungskampagnen der Regierung wurden zum Teil durch widersprüchliche Medienberichte über angeblich neue Übertragungswege in Zweifel gezogen. Andererseits sind einige apokalyptische Horrorszenarien einer AIDS-Epidemie in Bulgarien nicht eingetroffen, und auch ein gewisser Gewöhnungseffekt mag dazu beigetragen haben, daß das Thema AIDS keine große Aufmerksamkeit genießt.

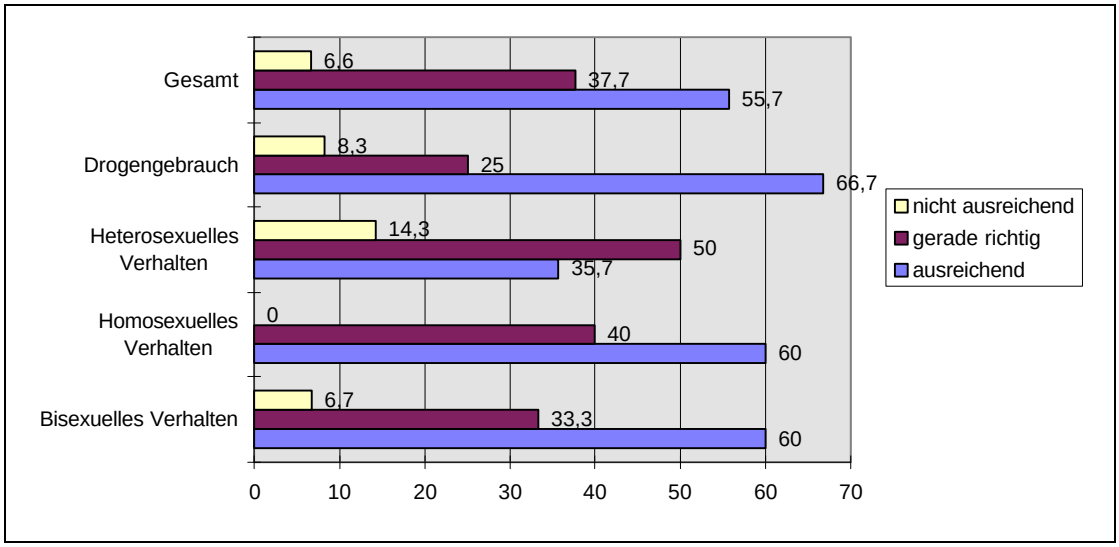
Trotz dieser Irritationen fühlt sich nur eine kleine Minderheit unserer Stichprobe zum Befragungszeitpunkt nicht ausreichend über AIDS informiert (6,6%) (s. Diagramm 46). Obwohl die große Mehrheit aller Probanden sich ausreichend (mit Ausnahme der Menschen mit heterosexuellem Verhalten) über AIDS informiert fühlte, denken wir, daß ein großes Aufklärungsdefizit für alle Zielgruppen besteht.

Erstens ist das Wissen über die HIV-Übertragungswege und über den HIV-Test unvollständig und lückenhaft, wie wir mit Hilfe von Tabellen 28 und 29 gezeigt haben. Damit ist festzustellen, daß sich mehr als die Hälfte aller Probanden ausreichend über AIDS informiert fühlt; sie halten es aber nicht für erforderlich, angesichts der AIDS-Gefährdung, Konsequenzen für das Sexualverhalten zu ziehen (die Drogengebraucher, die sich zu 66,7% ausreichend über AIDS informiert fühlen und das unvollständigste Wissen über HIV-Übertragungswege bzw. HIV-Test von allen Zielgruppen gezeigt haben, halten am wenigstens die Safer-Sex bzw. die Safer-Use-Regeln ein).

Zweitens, obwohl die Schwerpunkte der Präventionsbemühungen in der Aufklärung der Allgemeinbevölkerung liegen, fühlen sich im Vergleich mit den anderen Zielgruppen weniger Probanden mit heterosexuellem Verhalten (35,7%) ausreichend über AIDS informiert. Aus dieser Tatsache können wir schlußfolgern, daß die Menschen aus den anderen Zielgruppen ihr Wissen nicht aus den öffentlichen AIDS-Präventionskampagnen schöpfen, sondern sich auf andere Wege informieren (besonders durch die Freunde - s. u.a. Diagramm 14).

Drittens, obwohl sich die Mehrheit ausreichend über AIDS informiert fühlt, behaupten 65,6% der Gesamtstichprobe, daß das Informations- und Beratungsangebot zur AIDS-Problematik in Bulgarien nicht ausreichend ist (s. Diagramm 47).

Diagramm 46: Wie fühlen Sie sich über AIDS informiert?



Vor dem Hintergrund der hohen Zufriedenheit der Probanden mit dem persönlichen Informationsstand zum Themenbereich AIDS mag es überraschen, wie groß der Personenkreis unter den Befragten ist, der das AIDS-Präventionsangebot als nicht ausreichend bezeichnet und so sich an weiteren Informationen interessiert zeigt.

Diese Überlegungen führen uns zu der Annahme, daß für die Menschen in Bulgarien, egal welcher Zielgruppenzugehörigkeit, eine andere Konzeption für die AIDS-Präventionskampagne nicht nur notwendig ist, sondern auch solche speziellen Angebote erwarten.

Diagramm 47: Wie bewerten Sie das Informations- und Beratungsangebot zur AIDS-Problematik?

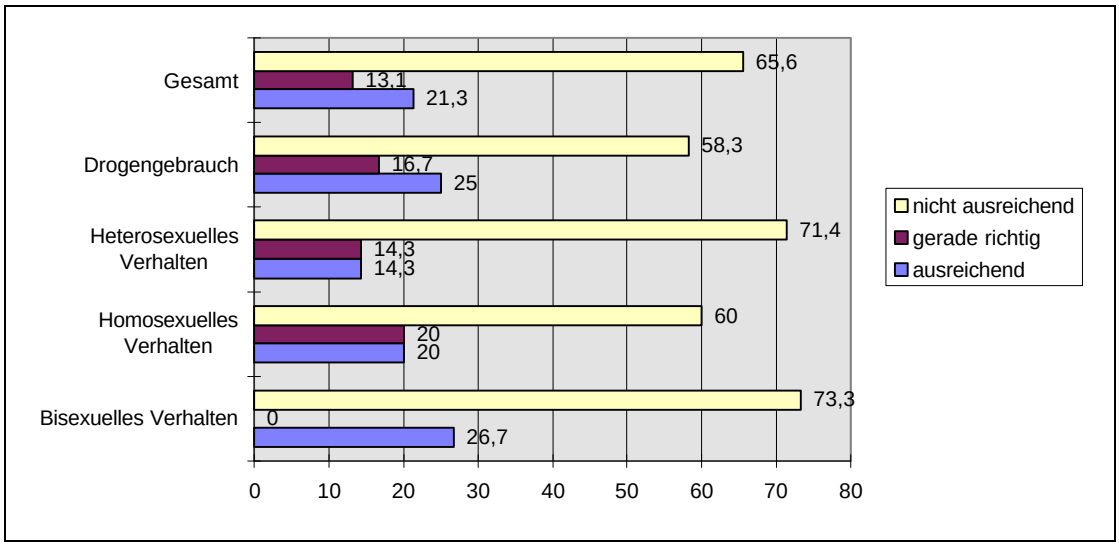


Tabelle 41 zeigt, daß die Mehrzahl der Probanden Präventionsmaterialien in irgendeiner Form schon kennen. Relativ bekannt sind dabei die Broschüren, Poster und Fernsehspots zur Problematik. Weniger bekannt sind dagegen die Informationen über AIDS in den Zeitungen.
Viele Menschen wurden also schon mit verschiedenen Präventionsmaterialien konfrontiert, ungefähr 60% der Probanden vermissen aber die regelmäßige AIDS-Aufklärung durch die verschiedenen Medien (s. Tabelle 41). Also jeder dieser Aufklärungskanäle könnte noch deutlich zielorientierter genutzt und im Wirkungsgrad verbessert werden.

Tabelle 41: Welche der Präventionsmaterialien kennen Sie? (Mehrfachantworten möglich)*

	Bisexuelles Verhalten	Homosexuelles Verhalten	Heterosexuelles Verhalten	Drogengebrauch	Gesamt
Broschüren	80%	63,2%	91,7	90,9%	78,9%
Poster	73,3%	42,1%	66,7%	81,8%	63,2%
Fernsehspots	46,7%	68,4%	58,3%	81,8%	63,2%
Zeitungen	73,3%	63,2%	41,7%	45,5%	57,9%
Regelmäßige Aufklä-rung durch die Medien	26,7%	47,4%	50%	45,5%	42,1%

*Angaben zu “stimmt“.

8. Datenschutz

Die Eingabe der erhobenen Daten und die Auswertung erfolgten auf gängiger PC-Software (SPSS). Um die Anonymität der Befragten zu gewährleisten, wurden weder Namen noch Adresse erhoben. Alle Menschen, die bei den Befragungen uns geholfen haben, wurden unter Schweigepflicht genommen.

VI. Zusammenfassung und Schlußfolgerungen für die Präventionsarbeit

Abschließend werden die Ergebnisse unserer Untersuchung auf den verschiedenen Forschungsebenen noch einmal zusammengefaßt vorgestellt und mögliche Ansätze zur Verminderung von Risikoverhalten erörtert.

Die zentralen Fragestellungen dieser Studie lauteten: welche sind die Zielgruppen für die AIDS-Prävention in Bulgarien, wie sehen sie aus, und welche sind die Ansatzpunkte für eine Optimierung der AIDS-Präventionskampagne in Bulgarien. Obwohl wir die Einteilung der Probanden in fünf Hauptzielgruppen gemacht und anhand dieser Einteilung jede einzelne Gruppe untersucht haben, sind wir überzeugt, daß die Grenzen zwischen diesen Gruppen sehr fließend sind. Arthur Schnitzler hat in seinem Werk „Das weite Land“ geschrieben:

„Sollt es ihnen noch nicht aufgefallen sein, was für komplizierte Subjekte die Menschen im Grunde sind? So vieles hat zugleich Raum in uns -! Liebe und Trug...Treue und Treulosigkeit...Anbetung für die eine und Verlangen nach einer andern oder nach mehreren. Wir versuchen wohl Ordnung in uns zu schaffen, so gut es geht, aber diese Ordnung ist doch nur etwas Käufliches...Das Natürliche ...ist das Chaos“ (vgl. Schnitzler, 1972, S. 63).

Ich glaube, daß man kaum ein anderes Zitat finden könnte, das zutreffender die Unmöglichkeit einer „Schubladisierung“ des menschlichen Verhaltens beschreibt. Wir haben unsere Probanden in Zielgruppen nur bedingt aufgeteilt. Diese Einteilung bedeutet also nicht, daß eine Person permanent und unveränderbar nur einer Gruppe zugehören muß. Wir haben nicht außer Acht gelassen, daß viele unserer Probanden gleichzeitig in verschiedenen Zielgruppen aufgenommen werden können und daß ihr Verhalten keineswegs statisch ist. Unsere Kategorisierung ist also nur unter diesen Vorbehalten zu verstehen. Dieses Phänomen macht aber unsere Arbeit nicht nur komplizierter, sondern auch interessanter.

Zuerst mußten wir feststellen, daß die AIDS-Aufklärung und die Information bei Jugendlichen sehr vernachlässigt sind. Da für viele Institutionen in Bulgarien primäre Prävention eine freiwillige und subsidiäre Aufgabe ist, haben die Verantwortlichen die Schwerpunkte ihrer Arbeit eher in der Sekundär- und Tertiärprävention gesetzt. Das wird dadurch unterstützt, daß die Aufgaben in der Primärpräventionsarbeit weder in ihrem Umfang definiert sind noch eindeutige Zuständigkeiten verteilt werden. AIDS-Prävention agiert weitgehend isoliert. Damit ist eine bessere Kooperation in der Jugendarbeit gefragt, damit die Zuständigkeiten klar sind und kein Handlungsmangel bzw. keine Konkurrenzen auftreten.

Die Gruppe der Jugendlichen und jungen Erwachsenen muß eine Sonderstellung in der AIDS-Prävention bekommen, weil sie aufgrund sexueller Unerfahrenheit und Mangel an Wissen über Risikoverhalten einerseits und großer Experimentierfreudigkeit und somit Risikobereitschaft andererseits in besonderem Maße gefährdet ist. Erzieherische Bemühungen bei Jugendlichen sind trotz spezifischer Schwierigkeiten auf Dauer sehr wirkungsvoll, da die jungen Menschen in ihrem Sexualverhalten noch nicht fixiert sind, also nicht erst umlernen müssen. Die Sexualerziehung in den Schulen, ist wesentlich zu verstärken. Man muß sich darüber einig sein, daß die Jugendlichen den Zusammenhang von Sexualkontakt und bestimmten Krankheiten (nicht nur AIDS, sondern auch die anderen sexuell übertragbaren Krankheiten) kennen müssen und durch Information motiviert und befähigt werden sollen, sich gegen Infektion zu schützen. Als Aufgabe für die schulische AIDS-Prävention ergeben sich:

1. Information über Infektion und Krankheit,
2. Information über den Zusammenhang von Sexualkontakt und Infektion,
3. Information über Möglichkeiten der Infektionsvermeidung,
4. Toleranter Umgang mit HIV-Infizierten und AIDS-Kranken.

Es müssen konkrete Informationsangebote in verschiedenen Formen (Broschüren, fester Unterricht in der Schule) entwickelt und bereit gestellt werden, die von fachkompetenten Kräften vermittelt werden.

Auch in der bulgarischen Familie, ist große Arbeit zu leisten. Das Ziel sollte einerseits in Kompetenzvermittlung über die Sexualitäts- bzw. AIDS-Problematik für die Elternkörper liegen. Andererseits sollte eine Autoritätssteigerung der Elternkörper erfolgen, damit sie einen größeren Einfluß auf die Lebens- und damit auf die Sexualentwicklung ihrer Kinder haben. Hier ist auch eine langfristige strukturelle Prävention nötig, damit die Eltern die innere Sicherheit besitzen, frei mit dem Nachwuchs über Sexualität zu reden.

Was die AIDS-Prävention für die speziellen Zielgruppen in Bulgarien betrifft, läßt sich zusammenfassend sagen, daß es keine fundamentalen Unterschiede in der Anzahl der SexualpartnerInnen der einzelnen Zielgruppen gibt. Bei allen Zielgruppen ist von keiner hohen Promiskuität gesprochen worden, man orientiert sich eher an langfristigen Beziehungen, was gute Voraussetzungen für eine optimal strukturierte AIDS-Prävention verschafft.

Dagegen sind aber die Kondombenutzungsraten besonders bei den Drogengebrauchern und den Menschen mit heterosexuellem Verhalten sehr niedrig. Die Habitualisierung des Kondomgebrauchs ist bei den Menschen mit homo- und bisexuellem Verhalten am ausgeprägtesten. Besonders bei den anal-genitalen Sexualkontakten in oder auch außerhalb fester Beziehungen werden konsequent Kondome benutzt. Von einem allgemein nichtvorhandenen Risikobewußtsein gegenüber AIDS kann bei den Menschen mit homosexuellen Kontakten keine Rede sein.

Zu verstärken sind also die Präventionsmaßnahmen für die Menschen mit ausschließlich heterosexuellen Kontakten. Wo die meisten Menschen eine große Bedeutung der Liebe und der Treue für das Gesamtleben zuschreiben, sollte man in der Präventionskampagne die Schwerpunkte auf diese Werten legen. Dabei ist auch die Gefahr der sinkenden Kondombenutzungsrate, beim Verliebtsein zu verdeutlichen (wie wir im Kapitel V.7.3.1. beschrieben haben). Der Slogan der Präventionsbotschaften darf sich aber nicht nur auf die einfache Regel des Safer-Sex „Kondome schützen“ begrenzen. Obwohl diese Regel eine doppelte Botschaft beinhaltet, nämlich, daß man einerseits bestimmte sexuelle Praktiken nur mit Kondom ausüben muß und man andererseits auf bestimmte Sexualpraktiken nicht zu verzichten braucht, wenn man Kondome benutzt, muß man auch über andere Möglichkeiten zur Popularisierung des Kondoms nachdenken.

Das Kondom gilt als empfindungsstörend. Das wird besonders von Menschen als problematisch erlebt, die Sexualität als Ausdruck einer höchstintimen und einzigartigen sexuellen Partnerbeziehung ansehen. Die Problemlösung liegt in der Beantwortung der Frage, wie das Kondom trotzdem etwas Persönliches auszudrücken vermag. Zu überlegen wäre, wie das Kondom einen individuellen Charakter bekommen und so zum Ausdruck einer persönlichen Beziehung umgedeutet werden könnte. Eine starke Medienkampagne könnte hier gute Ergebnisse zeigen.

Hier sollte man auch über die Frage des Zeitpunkts der Thematisierung der Kondomverwendung nachdenken. Eine zu frühe Thematisierung der Frage der Kondomverwendung könnte als eine Störung in der Intimitätsannäherung beim Sex umgedeutet werden. Einige Untersuchungen zeigten (vgl. Gehards, 1992), daß die Thematisierung der Frage nach einer Kondomverwendung erst kurz vor dem Sexualkontakt zur Folge hat, daß wenigstens einer der beiden Intimpartner ein Kondom verfügbar haben muß. Die Beschaffung eines Kondoms kann sich also nicht auf dialogische Abstimmungsprozesse stützen.

Eine andere wichtige Lösungsform für die Steigerung der Kondomakzeptanz bei der Bevölkerung besteht darin, die mit einer Kondomverwendung verbundenen Pause, in das interaktive Geschehen selbst zu integrieren. Ein entspannter und fröhlicher Umgang mit Kondomen könnte den Beteiligten ermöglichen, sich gegenseitig zu stimulieren und zu erotisieren. Eine Ästhetisierung der Situation der Kondomverwendung kann auf die Partner stimulierend wirken.

Was schon in einer relativ gut gegliederten Subkultur mit eigenen Szenennormen auf Schwierigkeiten stößt, dürfte bei der Population der Menschen, die Drogen intravenös gebrauchen, die ohnehin ein Sexualleben in vielfach schwierigen Bedingungsgefügen lebt, nicht eben einfacher lebbar sein. Die „doppelte Riskierbarkeit“ - über Spritzenbenutzung und Sexualverkehr - führt zu einem erhöhten Risiko hinsichtlich einer HIV-Infektion. Im Bereich der Umsetzbarkeit der „Safer-Use“- und „Safer-Sex“-Botschaften unter DrogengebraucherInnen müssen sowohl die strukturellen Bedingungen, wie auch das Setting für sozialpsychologische Intervention und Unterstützung verbessert werden. Das bedeutet, daß eine erfolgreiche Verhinderung weiterer HIV-Infektionen sowohl individuelle Verhaltensänderungen als auch kollektive Verhältnisänderung beinhaltet: Die von Verfolgung, Ausgrenzung und Verelendung geprägten Lebensverhältnisse müssen strukturell verbessert werden, damit sich individuell ein gesundheitsbewußtes, HIV-präventives Verhalten entwickelt, stabilisiert oder überhaupt erst lohnt. Strukturelle Prävention, so wird es im „Memorandum zur aktuellen drogenpolitischen Debatte in der Bundesrepublik Deutschland“ von Akzept e.V. und der Deutschen AIDS-Hilfe e.V. vom Juni 1990 eingefordert, meint die Stärkung noch intakter Bezüge der drogenabhängig gewordenen Menschen innerhalb ihres Gemeinwesens und ihrer Drogenszenen. Zentrale Forderungen zur Umsetzung dieser strukturellen Prävention sind die soziale Integration und die Entkriminalisierung von DrogengebraucherInnen. Schwerpunkte in der Drogenarbeit könnten sein:

1. Eine verbesserte und differenzierte Substitutionsbehandlung für jeden Drogengebraucher, da sie eine wesentliche Grundlage für die gesundheitliche und soziale Stabilisierung ist. In den Untersuchungen von Stöver 1991,1992 wird deutlich, daß Substitutionsbehandlungen nicht nur soziale Reintegration unterstützen, sondern auch den Herauslösungsprozeß aus der Szene begünstigen, die Legalbewährung und den Ausstieg aus der Abhängigkeit fördern.

2. Eine Entkriminalisierung auf der Kosumebene und eine verstärkte Toleranz zu den DrogengebraucherInnen müssen angestrebt werden. Dabei sollte man am Beispiel Schweiz, Niederlande und USA über die Einrichtung von s.g. Fixerräumen mit verschiedenen Angebote (Erhältlichkeit von sterilen Spritzen und Kanülen, Ascorbin, Alkoholtupfern, Pflaster, Kondomen, Übernachtungsmöglichkeiten usw.) nachdenken.

Berater, Ärzte, Streetworker, Gesundheitspersonal benötigen spezifische Schulung zur Drogenproblematik, die ihnen psychisch und faktisch besseren Zugang zur Zielgruppe ermöglicht. In noch stärkerem Maße sind die Kompetenz, Motivation und Vertrauensbasis der DrogengebraucherInnen anzuerkennen und mit einzubeziehen um zielgruppennahe und niedrigschwellige Informations-, Beratung- und Versorgungsangebote zu entwickeln. Ganz besondere Anstrengungen müssen schließlich der Beschaffungsprostitution gelten: Hier müssen realistische Ausstiegsangebote bereitgestellt und darüber hinaus die Verantwortung wirksam auf die Freier mitübertragen werden.

Genauso kann auch an der Institution Prostitution nur etwas geändert werden, wenn die Prostituierten und Stricher in ihren Rechten gestärkt und unterstützt werden. Das hätte für sie auch zur Folge, daß die gesellschaftliche Diskriminierung aufgehoben würde und sie die Möglichkeit hätten, auch andere Lebensperspektiven zu entwickeln.

Die europäischen Statistiken über die AIDS-Epidemie zeigen, daß die SexarbeiterInnen nicht zu den Hauptbetroffenengruppen zählen. Gleichzeitig bleibt aber der Bereich der Prostitution wegen der hohen Promiskuität (und die von uns festgestellte mangelnde Kondombenutzung in Bulgarien) ein relevantes Feld der AIDS-Prävention.

Wie schon erwähnt, wäre eine Form der Prävention in diesem Bereich, die Prostitution, wenn auch nicht zu fördern, so doch nicht länger zu diskriminieren, sondern stärker anzuerkennen. Wie Ahlemeyer in seiner Untersuchung 1996 ausführt, erfährt die präventive Anlage der über Geld gesteuerten Intimkommunikation um so weniger Einschränkungen, als der prostitutive Charakter klar zutage treten kann. Aber damit sich das Verhältnis Prostituierte/Stricher-Freier auf einer klaren Basis abspielen kann, braucht man eben klare gesetzliche und gesellschaftliche Rahmenbedingungen.

Wie wir im Kapitel 7.9. beschrieben haben, ist das Selbstwertgefühl der SexarbeiterInnen sehr angeschlagen und das ist einer der Gründe warum man auch die für Prostituierte/Stricher bestehenden Tendenzen der Selbstorganisation in Selbsthilfegruppen fördern und unterstützen sollte.

Präventionsarbeit (z.B. Verteilung von Kondomen) mit den Freiern ist wenig effizient. Da die meisten Prostituierten/Stricher den Freiern mißtrauen, akzeptieren sie die handlungsorientierten Vorschläge seitens des Freiers eher nicht. Deshalb sollte man die Präventionsbemühungen an den SexarbeiterInnen orientieren.

Prostituierte und Stricher mit sozialen und psychischen Problemen haben in der Regel nur wenig Möglichkeiten und Chancen, in allgemeinen Beratungsstellen (falls vorhanden) bei Offenlegen ihrer Tätigkeit, kompetente und vorurteilsfreie Beratung und Unterstützung zu erhalten. In vielen Testungsstellen für sexuell übertragbare Krankheiten ist das Angebot (wenn überhaupt) auf rein medizinisches Untersuchungsangebot beschränkt.

Vor dem Hintergrund fast überhaupt nicht vorhandener beruflicher Bildung ist auch der Ausstieg aus der Prostitution und der Wechsel in andere Arbeitsfelder sehr problematisch. Die Möglichkeit, im Rahmen staatlich finanzierter Maßnahmen zur Eingliederung in das Erwerbsleben andere berufliche Erfahrungen zu sammeln, könnte den Prostituierten/Strichern, die aus der Prostitution aussteigen möchten die Chance geben, erste Alternativen zur weiteren Prostitutionstätigkeit zu bekommen.

Schließlich sollte noch mal betont werden, daß Beratung und Unterstützung von Frauen und Männern, die der Prostitution nachgehen, mit einer weitreichenden gesellschaftlichen Akzeptanz von SexarbeiterInnen verknüpft ist. Dazu ist auch die Veränderung bzw. Abschaffung bestehender Gesetz und Verordnungen, die zur Diskriminierung und Stigmatisierung von Prostituierten/Strichern beitragen, notwendig. Dieses Klientel bedarf außerdem einer über den medizinischen Bereich hinausgehenden, psychosozialen Unterstützung durch ausgebildetes Fachpersonal.

Was den konzeptionellen Bezugsrahmen des Fragebogens, nämlich der rational-choice-Ansatz, betrifft, haben wir schon erwähnt, daß wir keine Bestätigung dieser Theorie gesucht haben. Anhand der Ergebnisse der Fragebögenauswertung haben wir festgestellt, daß die meisten Probanden der Zielgruppe mit heterosexuellem Verhalten (inkl. Prostituierte/Stricher) eine subjektive, aber für sie als rational empfundene Bewertung der von ihnen wahrgenommenen Verhaltenskosequenzen gewählt haben, die ihnen den größten subjektiven Nutzen versprach, nämlich das Risikoverhalten. Das Perspektivdenken ist also bei vielen Menschen in Bulgarien nicht vorhanden, die subjektive Lust ist ihnen also wichtiger als die objektive Gesundheit.

Die Befunde unserer Untersuchung enthalten viele Hinweise darauf, daß alle Zielgruppen in Bulgarien nach wie vor weitere Informations- und Beratungsangebote dringend benötigen. Um einen größeren Personenkreis in der Informations- und Beratungsarbeit zu erreichen, ist eine Ausdifferenzierung von Präventionsangeboten und die Entwicklung von bisher noch wenig erprobten Kommunikationsstrategien unumgänglich.

Literaturverzeichnis:

Ahlemeyer, H.W.: Prostitutive Intimkommunikation. Stuttgart: Enke, 1996

AIDS and Sexuality: A Study based on a representative sample for Sofia on 15-17 years old. The Agency for Socioeoconomic Analyses - a.S.A. June-Juli, 1995

AIDS und Psyche. Deutsche AIDS-Stiftung „Positiv leben“, Ed. Sigma, Bonn, 1990

AIDS-Forum D.A.H., Band IX, Deutsche AIDS-Hilfe e. V. (Hrsg.), 1992

AIDS-Forum D.A.H., Band VI, Deutsche AIDS-Hilfe e. V. (Hrsg.), 1991

AIDS-Forum D.A.H., Band X, Deutsche AIDS-Hilfe e. V. (Hrsg.), 1993

AIDS-Forum D.A.H., Band XXII, Deutsche AIDS-Hilfe e. V. (Hrsg.), 1996

AIDS-Handbuch für die psychosoziale Praxis. Zenz, H., G. Mamok Hrsg., Huber, Bern; Stuttgart; Toronto, 1989

AIDS-Nationalprogramm der Bulgarischen Republik. Hrsg. vom Gesundheitsministerium, Sofia, 1995

AIDS-Nationalprogramm der Bulgarischen Volksrepublik. Hrsg. Gesundheitsministerium, Sofia, 1985

AIDS-Prävention und Jugendschutz. Hrsg. M. Seifert/Bundesarbeitsgemeinschaft Aktion Jugendschutz, Richard Boorberg Verl., Stuttgart, 1992

AIDS-Schulungsprogramm für die Grundschulen in Zentral- und Osteuropa. Hrsg. Stiftung Soros, Sofia, 1992

Allport, G.W.: The Nature of Prejudice. Cambridge (Mass.), 1954

Allport, G.W.: Treibjagd auf Sündenböcke. Bad Nauheim, 1968

Anderson, D., J. A. Politch, A. Martinez, H. Wolff, J. Pudney, B. Van Voorhis, K. Mayer, S. Saltzman, G. Seage and C. R. Horsburgh: Prevalence and temporal variations of HIV-1 in semen. Sixth International Conference on AIDS (Abstract ThC 553), San Francisco, CA, 1990

Archibald, W. A., D. J. Witt, D. E. Craven, M. W. Vogt, M. S. Hirsch and M. Essex: Antibodies to human immunodeficiency virus in cervial secretions from women at risk for AIDS. J. Infekt. Dis. 16, 68-73, 1989

Argirova, R., D. Beschkov, O. Troschev, E. Bodscheva, V. Georgieva: Die Erfahrung des AIDS-Zentrums,Sofia mit der Strategie der Durchführung der HIV-Tests. AIDS-Zentrum, Sofia, 1992

Badura, B., G. Kaufhold, H. Lehmann, H. Pfaff, R. Richter, T. Schott, M. Waltz: Soziale Unterstützung und Krankheitsbewältigung - Neue ergebnisse aus der Oldenburger Logitudinalstudie vier und halb Jahre nach Herzinfarkt. Psychtherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie 38, 1988

Bakalov, M., Tanev, P.: Aktuelle Tendenzen des Drogengebrauchs in Bulgarien. Bulgarisches Gesundheitsministerium, 1995

Bargsteld, P.: Gesundheits- und sozialpolitische Aspekte von AIDS. Senatsverwaltung für Gesundheit, Berlin 1991

Barre- Sinoussi, F., J.C. Cherman, F. Rey, M.T. Nugeyre, S. Chamaret, J. Gruest, C. Dauguet, C. Axler-Blin, F. Yenizet Brun, C. Rozioux, W. Rozenbaum, L. Montagnier: Isolation of a T-Lymphotropic retrovirus from a patient at risk for AIDS. Science (Wash.D.C.) 1983; 220: 868-871

Becker, G.S.: Der ökonomische Ansatz zur Erklärung menschlichen Verhaltens. Tübingen: Mohr, 1982

Becker, Gary S.: Irrational Behavior and Economic Theory. In: Becker, Gary S.: The Economic Approach to Human Behavior, Cambridge und London 1976

Belec, L., A. J. Georges, G. Steinman and M. V. Martin: Antibodies to human immunodeficiency virus in vaginal secretions of heterosexual women. J. Infekt. Dis. 156, 385-391, 1989

Bell, A.P., M.S. Weinberg, S.K. Hammersmith: Der Kinsey Institut-Report über sexuelle Orientierung und Partnerwahl. Heyne, München, 1982

Bell, A.P., M.S. Weinberg: Der Kinsey Institut-Report über weibliche und männliche Homosexualität. Berterlsmann, München, 1978

Beratungsführer Drogen und AIDS, Im Auftrag der Deutschen AIDS-Hilfe e.V., Klee, J.&H.Stöver (Hrsg.), 1994

Bericht des AIDS-Zentrums im Robert Koch-Institut über aktuelle epidemiologische Daten. Quartalsbericht II/1996

Beutel, M., F.A. Muthny: Konzeptualisierung und klinische Erfassung von Krankheitsverarbeitung: Hintergrundstheorien, Methodenproblemen und künftige Möglichkeiten. Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie 38, 1988

Beutel, M.: Bewältigungsprozesse bei chronischen Erkrankungen. Edition Medizin, Weinheim, 1988

Bleibtreu-Ehrenberg, G.: Angst und Vorurteil. Rowohlt, Reinbeck bei Hamburg, 1989

Boccaccio, Giovanni: Das Dekameron, Leipzig: Reclam, 1982

Bogdan, C., W. Solbach: Das erworbene Immundefektsyndrom (AIDS). Fortsch. Med., 1985

Bortz, J.: Lehrbuch der empirischen Sozialforschung, Berlin: Springer 1984

Bortz, J.: Lehrbuch der Statistik für Sozialwissenschaftler, Berlin: Springer 1989

Borzy, M.S.: Interlenkin 2 production and responsiveness in individuals with AIDS and LAP-syndrome. Cellular immunology 104, 1987

Boswell, J.: Christianity, social tolerance and homosexuality. Chicago (University of Chicago Press), 1980

Boudon, R., Gallaher, P.W., Garlinghouse, P.A., Leal, T., Rosenstein, L.D. und Young, R.K.: Scales for messuring fear of AIDS and homophobia. In: Journal of Personality Assessment, Jg. 51, H. 5-6, 1987

Boudon, R.: Widersprüche sozialen Handelns. Darmstadt und Neuwied: Luchterhand 1979

Brodt, H.-R., E. B. Helm, A. Werner et al.: Verlaufsbeobachtungen bei Personen aus AIDS-Risiko-Gruppen bzw. mit LAV/HTLV-III Infektionen. DMW 1986

Brodt, H.-R., E. B. Helm, B. S. Kamps: AIDS 1994. Steinhäuser Verl., Wuppertal, 1994

Böltken, F.: Auswahlverfahren. Eine Einführung für Sozialwissenschaftler. Stuttgart: Teubner, 1976

Centers for Disease Control: 1993 revised classification system for HIV-Infektion and expanded surveillance case definition for AIDS among adolescents and adults. MMWR, 1992

Centers for Disease Control: Revision of the CDC surveillance case definition for AIDS. MMWR, 1987

Chermann J.C., Barre-Sinoussi, F., DAuget, C., Brun-Vezinet, F., Rouzioux, C., Rozenbaum, W., Montagnier, L.: Isolation of a new retrovirus in a patient at risk for AIDS. Antibiot Chemother, 1984

Clement, U.: Empirische Studien zu heterosexuellem Verhalten. Zeitschrift für Sexualforschung, 3, 1990

Coleman, J. S.: Foundations of Social Theory, Cambridge, Mass.: Belknap Press 1990

Coleman, J. S.: Systems of Social Exchange. Journal of Mathematical Sociology 2 1972

Comfort, A.: Joy of sex - Freude am Sex. 14. Aufl., Ullstein, Berlin, 1981

Dannecker, M. und Reiche, R.: Der gewöhnliche Homosexuelle. Eine soziologische Untersuchung männlicher Homosexueller in der Bundesrepublik. Frankfurt a.M.: Fischer, 1974

Dannecker, M.: Der Homosexuelle und die Homosexualität. Syndikat, Frankfurt/M, 1978

Danneker, M.: Homosexuelle Männer und AIDS. Verl. W. Kohlhammer, Stuttgart/Berlin/Köln, 1990

Defoe, Daniel: Die Pest in London. Berlin&Weimar: Aufbau-Verlag, 1978

Devereux, G.: Angst und Methode in den Verhaltenswissenschaften. Ullstein, Frankfurt, 1976

Diekmann, Andreas: Empirische Sozialforschung: Grundlagen, Methoden, Anwendungen. Reinbek bei Hamburg: Rohwolt, 1995

Dressler, S.: AIDS und Ethik. Ed. Sigma, Berlin. 1994

Duesberg, P.H.: HIV and AIDS: Correlation but not causation. Vortrag an der Medizinischen Poliklinik der Universität München am 6. 4. 1988

Duesberg, P.H.: Retroviruses as carcinogens and pathogens: Expectations and reality. Cancer Res. 1987

Durkheim, Emile: Physik der Sitten und des Rechts: Vorlesungen zur Soziologie der Moral, (Hrsg.): Hans-Peter-Müller, Frankfurt/Main: Suhrkamp, 1991

Durneheim, E.: Der Selbstmord. Neuwied: Luchterhand, 1973

Eberwein, H. (Hrsg.): Fremdverstehen sozialer Randgruppen. Berlin, 1987

Ehrhardt, A. A., S. Yingling und P. A. Warne: Sexualverhalten in Zeiten von AIDS in den USA. in: Z. Sexualforschung 6, 1-22, Enke Verl., Stuttgart,1993

Eirmbter, W.H.: AIDS und die gesellschaftlichen Folgen. Campus Verl., Frankfurt, 1993

Erhard & Wasserheit, o.T., o.O., 1991

Ermann, M., B. Waldfogel: HIV-Betroffene und ihr Umfeld. Springer, Berlin 1992

Esser, H. und Troitzsch, K.G.: Modelierung sozialer Prozesse, Bonn: Informationszentrum Sozialwissenschaften 1991

Esser, H.: „Habits“, „Frames“ und „Rational Choice“. Die Reichweite der Theorie der rationalen Wahl am Beispiel der Erklärung des Befragtenverhaltens“, Zeitschrift für Soziologie 1990

Esser, H.: Alltagshandeln und Verstehen. Zum Verhältnis von verstehender und erklärender Soziologie am Beispiel von Alfred Schütz und „Rational Choice“, Tübingen 1991

Esser, H.: Befragtenverhalten als „Rationales Handeln“, In: G. Büschges und W. Raub (Hrsg.), Soziale Bedingungen, individuelles Handeln, soziale Konsequenzen, Frankfurt/Main 1985

Esser, Hartmut/Friedrichs, Jürgen (Hrgs.): Generation und Identität. Theoretische und empirische Analysen zur Wanderungssoziologie, Opladen 1990

Essex, M., M.F. McLane, T.H. Lee, L. Falk, C.W.S. Howe, J.J. Mullins, C. Caadilla, D.P. Francis: Antibodies to cell membrane antigens associated with human T-cell leukemia virus in patients with AIDS. Science, 1983

Falk, S., H. Müller, H.L. Schmidts, H.J. Stutte: Morphologische Befunde bei Lymphopathie-syndrom (LAS) und erworbenem Immundefektsyndrom (AIDS). DMW, 1986

Farin, E., J. Bengel, M. Belz-Merk: Zwischen Umweltzestörung und Atomkrieg... in: D.A.H.-aktuell /1993

Feger, H.,: Die Bedeutung des homo oeconomicus für die Psychologie. in: Schäfer, H.-B./Wehrt, K. (Hrsg.): Die Ökonomisierung der Sozialwissenschaften - Sechs Wortmeldungen. Frankfurt, New York: Campus 1989

Feger, H.: Die Bedeutung des homo oeconomicus für die Psychologie. In: Schäfer, H.-B./Wehrt, K. (Hrsg.): Die Ökonomisierung der Sozialwissenschaften - Sechs Wortmeldungen. Frankfurt, New York: Campus, 1989

Forrest, o.T., o.O., 1991

FORSA im Auftrag der BzGA, Dortmund, AIDS im öffentlichen Bewußtsein der Bundesrepublik, 1990

Friedrich, M.: Mädchen und AIDS. Nomos-Verl.-Ges., Baden-Baden, 1993

Friedrichs, J.: Methoden empirischer Sozialforschung, Opladen: Westdeutscher Verlag 1990

Fujikawa, L.S., Palestine, A.G., Nussenblatt, R.B., Salahuddin, S.Z., Masur, H., Gallo, R.C.: Isolation of HTLV-III from the tears of a patient with the AIDS - Lancet, 1985

Gallo, R.C., A. Sliski, F. Wong-Staal: Origin of human T-cell leukemia lymphoma virus. Lancet, 1983a; 2

Gallo, R.C., P.S. Sarin, E.P. Gelman, M. Robert-Guroff, E. Richardson: Antibodies to cell membrane antigens associated with human-T-cell leukemia virus in patients with AIDS. Science 1983b; 220

Gallo, R.C.: The human T-cell leukemia/lymphotropic retroviruses (HTLV) family: past, present and future. Cancer Res., 1985;

Gauweiler, P.: Was tun gegen AIDS? R.S. Schulz, Percha, 1989

Georgieva, P: „Charakteristik der Gesundheit“, In der Zeitschrift „Probleme der Sozialforschung“ Num. 6, Sofia, 1991

Gerhards, J.: Intime Kommunikation. Nomos Verl.-Ges., Baden-Baden, 1992

Gilman, S.L.: Rasse, Sexualität und Seuche. Rowohlt-Verlag, Reinbeck bei Hamburg, 1992.

Goffman, E.: Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität. Suhrkamp Verlag, Frankfurt/Main, 1967

Gottlieb, M.S., Schroff, R., Schanker, H. M., Fan, P., Saxon, A., Weisman, J.: Pneumocystis carinii pneumonia and mucosal candidiadis in previously healthy homosexual men. N Engl J Med 1981

Groopman, J.E., S.Z. Salahuddin, M.G. Sarngadharan et al.: HTLV in saliva of people with AIDS-related complex and healthy homosexual men at risk for AIDS. Science 1984;

Göckenjan, G.: Syphilisangst und Politik mit der Krankheit: Diskurs zur Geschichte der Geschlechtskrankheiten. in: Sexualitäten in unserer Gesellschaft. Hrg. v. R. Gindorf und E. J. Haeberle, Walter de Gruyter, Berlin/New York, 1989

Habermehl, W.: Sexualverhalten der Deutschen. Wilhelm Heyne Verlag, München, 1993

Hachmann, M.: AIDS-Prävention an Schulen. Senatsverwaltung für Gesundheit, Berlin, 1990

Haeberle, E. J.: AIDS und die Aufgaben der Sexualwissenschaft. in: Sexualitäten in unserer Gesellschaft. Hrg. v. R. Gindorf und E. J. Haeberle, Walter de Gruyter, Berlin/New York, 1989

Haeberle, E. J.: AIDS-Vorsorge und die Sozialwissenschaft. in: Sexualitäten in unserer Gesellschaft. Hrg. v. R. Gindorf und E. J. Haeberle, Walter de Gruyter, Berlin/New York, 1989

Haeberle, E. J.: Die Sexualität des Menschen. Walter de Gruyter, Berlin/New York, 1985

Haeberle, E. J.: Sexualwissenschaft und Gesundheitswissenschaften, in: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften, 3. Jahegang, Heft 3, 1992

Hamouda, O., W. Kiehl, L. Voß, A. Siedler, D. Altmann, C. Kollan, C. Baars, K. H. Kotzur, B. Meyer, B. Schwartländer, M.A. Koch: AIDS/HIV 1994 - Bericht zur epidemiologischen Situation in der Bundesrepublik Deutschland zum 31.12.1994. Robert Koch-Institut, AIDS-Zentrum, 1995; RKI-Hefte 6/1995

Handbuch HIV-Test. BzgA, Druckhaus Gummersbach, 1993

Heckmann, W., M. A. Koch (Hg.): Sexualverhalten in Zeiten von AIDS. R. Bohn Verl., Berlin, 1994

Hehlmann, R.A.: IV. Internationale AIDS-Konferenz in Stockholm 12.-16. Juni 1988. AIFO 1988;

Heim, E., E. Agustiny, A. Blaser: Krankheitsbewältigung (Coping). Ein integriertes Modell. Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 1983

Heiner, M. (Hrsg.): Praxisforschung in der sozialen Arbeit. Freiburg i.Br.: Lambertus, 1988

Heinrichs, H.J.(Hrgs.): Das Fremde verstehen. Qumtam, Frankfurt, 1982

Herzlich, C., J. Pierret: Kranke gestern, Kranke heute. Verl C. H. Beck, München, 1991

HIV und AIDS. Spezialausgabe der Zeitschrift „Die Welt“ 5/6, 1993/94

Ho, D.D., R.T. Schooly, T.R. Rota et al.: HTLV-III in the semen and blood of a healthy homosexual man. Science, 1985

Hunsmann, G.: Die biologischen Eigenschaften des humanen Immunmangelvirus HIV (LAV/HTLV-III): Eine Übersicht. AIFO, 1986

Hurrelmann, K.: Warteschleifen. Keine Berufs- und Zukunftsperspektiven für Jugendliche? Weinheim: Beltz, 1989

Jacob, K.S.: AIDS-Phobia. Brit. J. Psychiat. 150 (93)

Jäger, H. & Becker, S.: AIDS. Stuttgart; New York: Thieme, 1987

Jovkov, J.: In der Pestzeit. in: Gesamtwerk, Band 2, Verl. Bulg. Schriftsteller, Sofia, 1983

Jungermann, H.: Risikoeinschätzung. In: Kruse, L., Graumann, C.F. und Lantermann, E.-D. (Hrsg.): Ökologische Psychologie. München: PVU, 1990

Jungermann, H.: Zur Wahrnehmung und Akzeptierung des Risikos von Großtechnologien. In: Psycologische Rundschau, Jg. 33, 1982

Jäger, H.: Psychosoziale Auswirkungen der AIDS-Angst. Ärztl. Prax. 35, 1983

Kallage, J., Jha, H.C., Zilliken, F.W.: AIDS-Kompendium. Stuttgart; New York: Schattauer, 1990

Kamps, B. S., H. R. Brodt, S. Staszewski, L. Bergmann, E. B. Helm: AIDS-free survival and overall survival in HIV infection: The new CDC classification (1993) for HIV disease and AIDS. Clin Invest, 1993

Kamps, B. S.: AIDS 1993. Diagnostik und Therapie. Steinhäuser Verl., Wuppertal, 1993

Kamps, B. S.: AIDS 1993. Steinhäuser Verl. Wuppertal, 1993

Kiefl, W.: Sozialwissenschaftliche AIDS-Forschung. Anstöße für ein multimethodisches Paradigma. Regensburg, 1991.

Kind, C.: HIV-Übertragung von der infizierten Mutter auf ihr Kind. Huber, Bern, 1994

Kinsey, A. u.a.: Das sexuelle Verhalten der Frau. Fischer, Frankfurt/M, 1970

Kirp, D., R. Bager (Hrsg.): Strategien gegen AIDS. Ed. Sigma, Berlin, 1994

Kleiber, D.: AIDS, Sex und Tourismus. Nomos Verl.-Ges., Baden-Baden, 1995

Kleiber, D.: AIDS: Angst und Phobie. Psychomed 1, 1989

Kleiber, D.: Durch praktische Forschung zu einer forschen(den) Praxis? Zeitschrift für personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie, 4.Jg., Nr. 3, 1985

Kleiber, D.: Handlungsforschung. In: R. Asanger/G. Wenninger. Handwörterbuch Psychologie. München/Weinheim, 1988

Kleiber, D.: HIV-Ifektionen bei i.v.-Drogenabhändigen. Neurologie Psychiatrie, 3, 1989

Kleiber, D., Velten, D. & Jacobowski, C.: Soziale und psychologische Charakteristika von Besuchern weiblicher Prostituierter. Untersuchung von Ansätzen zur AIDS-Prävention. 1. Zwischenbericht. Sozialpädagogisches Institut Berlin: Berlin, 1990

Kleiber, D.: HIV-positiv und drogenabhändig. Sozialmagazin, 1, 1990

Kleiber, D. & Velten, D.: Prostitutionskunden. Nomos Verl.-Ges., Baden-Baden, 1994

Klein, F.: Klein Sexual Orientation Guide, In Geller, T. (Hrsg.), Bisexuality, Times Change Press, California, 1990

Kluge, N. (Hrsg.): Jugendsexualität im Spannungsfeld individueller interaktionaler und gesellschaftlicher Bedingungen. Einstellungen, Verhaltensweisen, Maßnahmen. Frankfurt/M.:DIPA, 1990

Koch, Michael G.: AIDS: vom Molekül zur Pandemie. Spektrum-d.-Wiss.-Verl.-Ges., Heidelberg, 1987

Koch, U.&S. Ehrenberg: Akzeptanz AIDS-präventiver Botschaften in Deutschland, In: AIDS-Forum D.A.H., Band IX, Deutsche AIDS-Hilfe e. V. (Hrsg.), 1992

Kübler-Ross, E.: Befreiung aus der Angst. Kreuz-Verlag, Stuttgart, 1983

Laucken, U.: Denkformen der Psychologie. Bern: Huber, 1989

Laucken, U.: Einführung in das Studium der Psychologie. Stuttgart: Klett-Cotta, 1996

Leitfaden HIV für Ärzte. Hrsg.: Der Bundesminister für Gesundheit, Baden-Baden, Nomos-Verl.-Ges., 1992

Lifson, A.R., O'Malley, P.M., Hessol, N. et al.: HIV seroconversion in two homosexual men after receptive oral intercourse with ejaculation: implications for counseling concerning safe sexual practices. American Journal of Public Health, Vol. 81, 1990

Linderberg, S.: Rationalität und Kultur, In: H. Haferkamp (Hrsg.), Sozialstruktur und Kultur, Frankfurt/Main: Surkamp 1990

Luhmann, N.: Soziologische Aufklärung. Opladen: Westdeutscher Verlag, 1991

Luhmann, N.: Gesellschaftsstruktur und Semantik. Frankfurt/M.: Suhrkamp, 1988

Marcus, U. In Jäger: AIDS und HIV-Infektionen-9.Erg.Lfg. 11/92, 1992

Masters, W.&V. Johnson: Human Sexual Inadequacy. Boston: Little, Brown, 1970

Masters, W.&V. Johnson: Human Sexual Responce. Boston: Little, Brown, 1967

Masur, H., Michelis, M.A., Greena, J.B. et al.: An outbreak of community-acquired Pneumocystis carinii pneumonia. N Engl J Med 1981

Masur, H., Michelis, M.A., Wormser, G.P., Lewin, S., Gould, J., Tapper, M.L., Giron, J., Lerner, C.W.at 10: Opportunistic infection in previously healthy women. Ann Intern Med 1982

McGhee & Mestercky, o.T., o.O., 1991

Merz, G.: Konturen einer neuen Aktionsforschung. Frankfurt a.M./Bern/New York, 1985

Methoden und Kriterien zur Überprüfung des Erfolgs von Aufklärungskampagnen. Handbuch zur Durchführung von Wirksamkeitsanalysen. Bericht zum Forschungsprojekt 7824 der Bundesanstalt für Straßenwesen, Bereich Unfallforschung, Köln, 1982

Miller, D.: Leben mit HIV und AIDS. Trias Thieme, Stuttgart, 1991

Mirchev, Jachkova, Kasakova, Velikova: Reproduktionsverhalten und Familienplanung. Bulgarisches Gesundheitsministerium, 1996

Mischnik, H.: Das Sexualverhalten Jugendlicher unter der Bedrohung von AIDS. Berl.-Verl. A. Spitz, Berlin, 1992

Modelierung sozialer Prozesse. Hrsg. von H. Esser und K. G. Troitzsch, Info.zentrum Soz.wiss., Bonn, 1991

Montagnier, L., J.C. Cherman, F. Barre.Sinoussi et al.: A new human T-lymphotropic retrovirus: characterization and possible role in lymphadenopathy and AIDS. In: R.C. Gallo, M. Essex, L. Gross (Hrsg.): Human T-cell leukemia/lympfoma virus. Cold Spring Habor, N.Y.: Cold Spring Habor Laboratory Press 1984

Möllig, K.: Reserve-Transkription und Reserve-Transkriptase. Dt. Ärzteblatt 1988; 85

Mölling, K.: Das AIDS-Virus. VCH Verl.ges., Weinheim, 1988

Müsing, M.A., D.H. Smith, C.D. Cabradilla, C.V. Benton, L.A. Lasky, D.J. Capon: Nucleic acid structure and expressin of the human AIDS/lymphadenopathy retrovirus. Nature, 1985

Neubauer, G.: Das Sexualverhalten Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland vor dem Hintergrund neuerer Forschungsbefunde. In: Kluge, N. (Hrsg.), Jugendsexualität. Frankfurt/M. (DIPA), 1990

Neubert, E.: Fallbeispiel AIDS. Theologische Studienabteilung beim Bund der evangelischen Kirche in der DDR, Berlin, 1987

Orbuch, T.L.; J. Harvey: Methodological and Conceptual Issues in the Study of Sexuality in Close Relationsships. In: Mckinney, K.; S. Sprecher: Sexuality in Close Relationsships. Hillsdate, London: Lawrence Erlbaum, 1991

Parkes, C. M.: Vereinsamung. Rowohlt, Reinbeck, 1978

Parsa, E.: Frauen mit HIV und AIDS in Berlin. Senatsverwaltung für Gesundheit, 1993

Rosenberg, A. (Hrsg.): Biology of the sialic acids. New York: Plenum Press, 1995

Russel, C.: AIDS in Amerika. Springer, New York, 1991

Rühman, F.: AIDS. Campus, Frankfurt, 1985

Sanches-Pescador, R.M.D. Power, P.J. Barr et al.: Nucleotide sequence and expression of an AIDS-associated retrovirus (ARV-2). Science, 1985

Schäfers, B.: Grundbegriffe der Soziologie. Opladen: Leske und Budrich, 1992

Schäfers, B.: Soziologie des Jugendalters, Opladen: Leske und Budrich, 1985

Schmidt, G., U. Zeizschel, D. Klusmann: Veränderungen der Jugendsexualität zwischen 1970 und 1990. in: Z. für Sexualforschung, Enke Verlg., Stuttgart, 3/1992

Schmidt, G./Sigusch, V.: Arbeiter-Sexualität. Luchterhand, 1971

Schmidt, G.: Über den Wandel heterosexueller Beziehungen. In „Zeitschrift für Sexualforschung“ Nr. 1, 1995

Schnitzler, Arthur: Das weite Land. Fischer-Taschenbuch-Verlag, Frankfurt/Main, 1972

Schnitzler, Arthur: Dramen. Aufbau-Verlag, Berlin&Weimar, 1968

Schuller, K., Stöver, H.: Praxis und Politik der Vergabe von sterilem Spritzbesteck an Drogenabhändige zur HIV/AIDS-Prävention in einer ausgewählten Zahl von Mitgliedstaaten der Europäischen Region der Weltgesundheitsorganisation (WHO). In: AIDS-Forum D.A.H., Deutsche AIDS-Hilfe e.V., Band IX, 1992

Schumann, J.: Modellprogramm Drogen und AIDS. Nomos-Verl.-Ges., Baden-Baden, 1993

Seidl, D., F.-D. Goeben: Psychosomatische Reaktionen von Homosexuellen und Drogenabhängige auf die Mitteilung eines positiven HIV-Testergebnisses. AIDS-Forschung 4, 1987

Seidl, O., Ermann, M.: Psychosoziale AIDS-Forschung - Fragen, Probleme und Chancen. In: Jäger, H. (Hrgs.): Frauen und AIDS. Springer, Berlin, 1989

Seidl, O.: Der Aids-Kranke und seine Betreuer. In: Klußmann, R. und Goebel, F.-D. (Hrsg.): Zur Klinik und Praxis der Aids-Krankheit. Berlin: Springer, 1987

Seidl, O.: Psychosoziale Forschung und Therapie mit HIV-Infizierten. In: Psychosozial, Jg. 14, H. 48, 1992

Seidl, O.: Der AIDS-Patient und seine Betreuer. Springer, Berlin, 1992

Seifert, M.: AIDS-Prävention und Jugendschutz. Stuttgart, München, Hannover, Berlin, Weimar: Boorberg, 1992

Sielert, U.: Statt Einbettung droht Obdachlosigkeit. in: D.A.H.-aktuell 3/1993

Siegal F.P., Lopez, C., Hammer, G.S., Brown, A.E., Kornfeld, S.J., Gold, J., Hasset, J., Hirschmann, S.Z., Cunningham-Rundles, C., Adelsberg, B.R., Parham, D.M., Siegal, M., Cunningham-Rundles, S., Armstrong, D.: Severe acquired immunodeficiensy in male homosexuals, manifested by chronic perianal ulcerative herpes simplex lesions. N Engl J Med 1981

Sievers, B.: AIDS in Organisationen der Selbsthilfe. In „Zeitschrift für Sexualforschung“, Nr. 4, 1994

Sigusch, V.: Kritik der disziplinierten Sexualität: Aufsätze 1986-1989. Frankfurt/Main: Campus Verl. 1989

Spirov, G.I.: Untersuchungen der heutige Epidemiologie, klinische Behandlung und Organisation der Bekämpfung des Syphilis in Bulgarien. Unveröffentliche Dissertation zur Erlangung des akademischen Grades Dr. med. an der Medizinische Akademie in Sofia, 1983

Steffan, E., B. Leopold: Grenz-Verkehr. in: D.A.H.-aktuell 9/1995

Sterry, W., Marmor, M., Konrads, A., Steigleder, G.K.: Kaposi’s sarcoma, Aplastic pancytopenia, and multiple infections in a homosexual (Cologne, 1976), Lancet, 1983

Stöver, H.: Der tolerierte intravenöse Drogengebrauch in den Angeboten der Drogen- und AIDS-Hilfe. In AIDS-Forum D.A.H., Band VI, Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (Hrsg.), 1991

Sunday Telegraph, H. 21, 1986

Triry, L., S. Sprecher-Goldberger, T. Jonkheer, J. Levy, P. van de Perre, P. Henrivaux, J. Cogniaux-le Clerc, N. Clumeck: Isolation of AIDS virus from cell-free breast milk of three healthy virus carriers. Lancet, Nr. 19, 1985

Ventrach, B.: AIDS-die soziale Definition einer Krankheit. Bibliotheks- und Informationssytem, Oldenburg, 1994

Vilmer, E., Barre-Sinoussi, F., Rouzioux, C., Gazengel, C., Brun-Vezinet, F., Dauguet, C., Fischer, A., Manigne, P., Chermann, J.C., Griscelli, C., Montagnier, L.: Isolation of a new lymphotropic retrovirus from two siblings with haemophilia B, one with AIDS. Lancet, 1984

Wain-Hobson, S., P. Sonigo, O. Danos et al.: Nucleotide sequence of the AIDS-virus, LAV. Cell, Nr. 40, 1985

Weidamer, H.: HIV und AIDS im HNO-Bereich. Thieme, Stuttgart-New York, 1992

Weimer, E., Nilsson-Schönnesson, L., Clement, U.: HIV-Infektion: Trauma und Trauerverarbeitung. Psyche 18/8, 1989

Wolfsy, C., L. Hauer, B. Michaelis, J. Cohen, N. Padien, L. Evans, J. Levy: Isolation of AIDS-associated retrovirus from genital secretions of womwn with antibodies to the virus. Lancet 1986/I

Zagury, D., J. Bernard, J. Leibowitch, B. Safai, J.E. Groopmann, M. Feldman, M.G. Sarngadharan, R.C. Gallo: HTLV-III in the semen and blood of a healthy homosexual man. Science, 1984

VIII. Anlagen

VIII.1. Das Multifunktionale Frageinventar

ANONYMER FRAGEBOGEN ZU SEXUALITÄT UND AIDS

(Betrifft empirische Untersuchung zum Dissertationsthema „AIDS-Prävention in Bulgarien“ von Michail Alexandrov, Doktorand an der Humboldt Universität zu Berlin)

1. Geschlecht

Männlich Weiblich

2. Alter

_____Jahre

3. Geboren in

Großstadt Kleinstadt Dorf

4. Ausbildung

Hochschule Abitur Lehre in Ausbildung

5. Familienstand

Ledig Verheiratet Geschieden Verwitwet

6. Haben Sie Kinder?

Ja Nein

7. Von wem wurden Sie über Sexualität aufgeklärt?

im Elternhaus in der Schule (in der Ausbildung) von Freunden von den Medien

8. Von wem wurden Sie über AIDS und HIV aufgeklärt?

im Elternhaus in der Schule (in der Ausbildung) von Freunden von den Medien

9. Welche der aufgezählten Lebenswerte ist Ihnen am nähsten?

Tradition	Verantwortung
Familie	Spaß+Hobby
persönliche Freiheit	Arbeit

10. Glauben Sie, daß mit der Auflösung des Ostblocks die Lage in Bulgarien sich verschlechtert hat?

ja nein

11. Was bedeutet Sexualität für Sie?

Angst
Liebe
Treue
gesellschaftliche Normen
Sex hat nur die Kindererzeugungsfunktion für mich
Anstrengung
Sport
nur Spaß
Sex bedeutet mir wenig

12. Welche sind die HIV-Übertragungswege?

Aus gemeinsamen Gläsern/Flaschen trinken.
HIV wird durch Insekten weitergegeben.
HIV-infizierte Mutter kann vor oder bei der Geburt das Virus an ihr Kind weitergeben.
Schweiß
Sperma
Speichel
Kot
Urin
Vaginalflüssigkeit
Gemeinsames Benutzen von Spritznadeln beim intravenösen Drogengebrauch
Benutzung von öffentlichen Toiletten
Küssen
Hautkontakte
Geschlechtsverkehr
Offene Blukontakte
Bluttransfusion
Spritzen

13. Was kann man mit dem HIV-Test herausfinden?

Daß man AIDS hat

Daß der Körper Antikörper gegen HIV gebildet hat

Daß der HIV-Status positiv oder negativ ist

Daß man kein AIDS hat

Daß man vielleicht AIDS bekommen wird

14. Haben Sie schon ein HIV-Test gemacht?

ja nein

15. Falls ja, hatten Sie Angst vor dem Test?

ja nein

16. Falls Sie einen HIV-Test gemacht haben, war das Ergebnis positiv?

ja nein Ich möchte diese Frage nicht beantworten.

17. Falls Sie schon einen HIV-Test gemacht haben, welche Umstände haben Sie zu diesem Test bewegt?

bin vom Partner aufgefordert worden

bin vom Arbeitgeber aufgefordert worden

bin selbst auf die Idee gekommen

mußte den Test beim Passieren bestimmter Staatsgrenze machen

mußte den Test wegen Ehe/Schwangerschaft machen

18. Wie sehen Sie sich selbst?

Nachfolgend sind verschiedene Typen aufgeführt. Kreuzen Sie bitte jeden Typ an, der auf Sie passt.

Ich sehe mich als...

	stimmt	weder noch	stimmt nicht
Beschützer/in	.....	.....	
Draufgänger/in	.....	.....	
Eigenbrötler/in	.....	.....	
Familienvater/mutter	.....	.....	
Hausherr/in	.....	.....	
Karrierist/in	.....	.....	
Kumpeltyp	.....	.....	
Lebenskünstler/in	.....	.....	
Opfer	.....	.....	
Pechvogel	.....	.....	
Playboy/ femme fatale	.....	.....	
Versager/in	.....	.....	
Gewinner/in	.....	.....	

19. Anzahl der Sexualpartner/innen

	Im letzten Jahr (1996)	Seit 1990
Männlich		
Weiblich		

20. Wieviele Sexualpartner/innen hatten Sie länger als 6 Monate?

	Im letzten Jahr (1996)	Seit 1990
Männlich		
Weiblich		

21. Die folgenden Aussagen betreffen einige Aspekte Ihres sexuellen Erlebens. Geben Sie bitte bei jeder Aussage durch Ankreuzen an, wie sehr diese für Sie zutrifft.

	trrifft zu	weder/ noch	trifft nicht zu
Ich glaube, daß ich in der Sexualität sehr einfühlsam bin.			
Ich bin ein/e gute/r Liebhaber/in.			
Ich habe schon häufiger über meine Sexualität nachgedacht und mir Sorgen gemacht			
Sexualität macht mir auch Angst.			
Mit Frauen/Männern kenne ich mich aus.			
Ich glaube, daß ich sexuelle Probleme habe.			
Ich bin sexuell unerfahren .			

22. Welche der folgenden Möglichkeiten entspricht Ihren Wünschen am besten?

Ich möchte eigentlich möglichst lange mit einer/einem Partner/in in einer sexuell treuen Beziehung zusammen sein.

Ich möchte möglichst lange mit einer/einem festen Partner/in zusammen sein, daneben auch andere sexuelle Beziehungen haben.

r

Ich möchte immer mal wieder eine neue feste Beziehung haben.

Ich möchte keine feste Beziehung haben.

23. Wie würden Sie Ihre gegenwärtige Partnersituation beschreiben?

Ich habe keine feste Parnerschaft.

Ich lebe in einer festen Partnerschaft

Ich habe gleichzeitig mehrere Beziehungen.

24. Haben Sie die folgenden Praktiken in Ihrer letzten Sexualbeziehung mit einem/einer Partner/in des **anderen** Geschlecht ausgeübt (heterosexueller Kontakt), und haben Sie dabei ein Kondom benutzt?

trifft auf mich nicht zu

	Nein	Ja, mit Kondom	Ja, ohne Kondom
Geschlechtsverkehr (Koitus)			
Petting			
Lutschen am männlichen Glied			
Lecken der Vulva			
Analverkehr (Glied i den After stecken)			
Sado-Maso-Sex			
Sex mit mehreren Partnern			
Hand-/Bodymassage			
sonstiges (bitte angeben)_____			

25. Haben Sie die folgenden Praktiken in Ihrer letzten Sexualbeziehung mit einem/einer Partner/in des **gleichen** Geschlecht ausgeübt (homosexueller Sexualkontakt), und haben Sie dabei ein Kondom benutzt?

trifft auf mich nicht zu

	Nein	Ja, mit Kondom	Ja, ohne Kondom
Gegenseitige Masturbation			
Lutschen am Geschlechtsorgan			
Gelutscht weden am Geschlechtsorgan			
Analsex (Glied in den After stecken)			
Analsex (Glied in den After stecken lassen)			
Sado-Maso-Sex			
Sex mit mehreren Partnern			
Arschlecken			
Arschlecken lassen			
sonstiges (bitte angeben)_____			

26. Mit wem reden Sie über Ihren sexuellen Erlebnisse?

mit den Eltern mit Freunden mit dem Arzt mit Frau/Mann mit Freund/Freundin

27. Wie offen reden Sie über Ihre sexuelle Erlebnisse?

offen teils/teils nicht offen

28. Nachfolgend sind Aussagen und Einstellungen für und wider die Kondombenutzung aufgelistet. Kreuzen Sie bitte für jeden der unten genannten Gründe an, inwieweit dieser für Sie zutrifft.

	trrifft zu	weder/ noch	trifft nicht zu
Ich benutze grundsätzlich keine Kondome.			
Ich finde Kondome eklig und unnatürlich.			
Ich befürchte, daß die Empfindung durch Kondome herabgesetzt ist.			
Sex mit Kondomen ist kein richtiger Sex.			
Sex mit Kondomen macht keinen Spaß.			
Ich habe Angst, daß ich meine Erektion verliere.			
Ich befürchte, ein Kondom könnte mir nicht passen.			
Wenn ich Alkohol/Drogen genommen habe bin ich sorglos und denke nicht an Kondome.			
Ich habe keine Angst vor einer AIDS-Einsteckung.			
Ich will mich vor Geschlechtskranheiten/AIDS schützen und benutze Kondome.			
Ich habe noch nie ein Kondom benutzt.			

29. Haben Sie Kondome bei sich, wenn Sie unterwegs sind?

İmmer manchmal nie

30. Wie empfinden Sie Ihr Sexualleben? Geben Sie bitte bei jeder Aussage durch Ankreuzen an, wie sehr diese für Sie zutrifft.

	trrifft zu	weder/ noch	trifft nicht zu
Ich bin vollkommen zufrieden mit meinem Sexualleben.			
Ich möchte häufiger Sex.			

31. Meinen Sie, daß was Sie in der Sexualität tun, in der Gesellschaft als normal gilt?

ja nein weiß ich nicht

Falls nein was bedeutet Ihnen die Tatsache, daß Ihre Sexualhandlungen als „unnormal“ von der Gesellschaft bezeichnet werden?

Spielt für mich keine Rolle.
Ich habe Angst, daß ich erwischt werde.
Ich fühle mich schuldig.
sonstiges_____

32. Haben Sie jemals für sexuelle Dienste bezahlt?

ja nein

33. Hat man Sie jemals für sexuelle Dienste bezahlt?

ja nein

34. Wie alt waren Sie beim ersten Sexualkontakt?

35. War es ein Partner oder eine Partnerin?

Partner Parnerin

36. Wie oft in der Woche befriedigen Sie sich selbst?

befriedige mich nie selbst manchmal täglich mehrmals täglich

37. Hatten Sie schon sexuell übertragbare Krankheiten?

ja nein

Falls ja, wie oft?
_____mal

38. Wie haben Sie die Krankheit behandelt?

ich habe eine Klinik aufgesucht
ich bin zu einem Arzt gegangen
ich habe mir in einer Apotheke etwas geben lassen
sonstiges_____

39. Fühlen Sie sich durch AIDS bedroht?

ja nein

40. AIDS ist eine bedrohliche Infektionskrankheit. Muß Ihrer Meinung nach ein Gesetz verabschiedet werden, wonach alle HIV-Infizierten zwangsisoliert werden?

ja nein weiß ich nicht

41. Sollte Ihrer Meinung nach ein Berufsverbot für HIV-Infizierte geben?

ja nein weiß ich nicht

Falls ja, welche Berufe dürfen die HIV-Infizierte nicht ausüben?

Arzt/Ärztin
Krankenpfleger/in
Kindergärtner/in
Masseur/Masseuse
Prostituierte/Stricher
Koch/Köchin
Verkäufer/in in Lebensmittelgeschäften
Metzger/in
Sportler

42. Wie sollten HIV-Infizierten bestraft werden, die wissentlich andere anstecken?

gar nicht
Einweisung in eine Isolierstation
Gefängnis
Geldbuße
Todesstrafe
sonstige_____

43. Wer ist Ihrer Meinung nach durch AIDS stark gefährdet?

Homosexuelle
Drogengebraucher
Prostituierte
Sextouristen
Jugendliche
Allgemeinbevölkerung
die Gefahr existiert nur im Ausland

44. Hat die Angst vor möglichen AIDS-Infizierung Ihr Sexualleben verändert?

ja nein

45. Falls sich Ihr Sexualleben verändert hat, wie äußert sich das in Ihrem Sexualverhalten (mehrere Antworten sind möglich)?

Weniger Seitensprünge	Verlange AIDS-Test
Vermeide Sex	Warte länger mit Sex
Bestehe bei neuen Bekanntschaften auf Benutzung von Kondomen	Gehe weniger in Kneipen und Disêos
Flirte weniger	sonstiges_____ _____ _____

FALLS SIE DROGEN INTRAVENÖS GEBRAUCHEN ODER GEBRAUCHT HABEN BEANTWORTEN SIE DIE FOLGENDEN FRAGEN. FALLS NICHT, GEHEN SIE BITTE ZU <u>FRAGE 52</u> ÜBER:

46. Im welchen Alter haben Sie zum ersten Mal Drogen intravenös injektierten?

unter 15 Jahre
zwischen15 und 17 J.
zwischen 18 und 20 J.
zwischen 21 und 25 J.
26 J. und älter

47. Welche intravenöse Drogen spritzen Sie und wie oft?

	täglich	wöchentlich	monatlich	nie
Heroin				
Kokain				
Cocktail				
Amphetamine				
Speedball				

48. Benutzen Sie Spritzen zusammen mit anderen?

ja nein

Falls ja, wo fand das Drogenkonsum statt?

privat
privat und öffentlich
nur öffentlich

49. Versuchen Sie sterile Spritzen vorrätig zu besorgen?

ja nein manchmal

50. Wie reinigen Sie die gebrauchte Spritzen und Nadeln in Notfällen?

ich reinige nie
mit Hitze (thermisch)
mit Haushaltsreiniger spülen
mit Jodlösung spülen
mit Alkohollösung spülen
spüle sie mit Wasser

51. Haben Sie Probleme mit Ihrer Familie oder mit dem Staat wegen des Drogengebrauchs?

ja nein

Falls ja, welche waren die Folgen?

Klinikaufenthalt
Gefängnisstrafe
Große persönliche Mißerfolge
Arbeitsplatzverlust
Drogenentzug
sonstiges_____

52. Wie Fühlen Sie sich generell über AIDS informiert?

ausreichend	gerade richtig	nicht ausreichend

53. Wie bewerten Sie das Informations- und Beratungsangebot zur AIDS-Problematik?

ausreichend	gerade richtig	nicht ausreichend

54. Welche der folgenden AIDS-Präventionsmaterialien kennen Sie?

Broschüren
Poster
Fernsehspots
Zeitungen
Regelmäßige Aufklärung durch die Medien
kenne keine Präventionsmaterialien

55. Welche Informationsquellen zum Thema AIDS sprechen Sie am meisten an?

_____

_____

Ich bedanke mich für Ihre Mitarbeit!

Michail Alexandrov

LEBENSLAUF 13. 5. 1998

20. 6. 1972 Geboren in Sofia, Bulgarien, in einer Arztfamilie.

1978 - 1985 Besuch der 12. Grundschule „Tzar Iwan Assen II“ in Sofia mit Fremdsprachen Deutsch und Russisch.

1985 - 1990 Besuch der Oberschule für die Deutsche Sprache „Karl Libknecht“ in Sofia. Gesamtnote der Abitur 1,0.

1990 - 1992 Aufnahme des Studiums der Sozialtherapie am Institut für Rehabilitationswissenschaften der HU bei Prof. Dr. Dr. R. Werner.

Zweimonatiges Praktikum an der Sexologischen Klinik in Sofia unter der Leitung von Dr. P. Velitschkov mit Durchführung der qualitative Untersuchung „Sexualerziehung in der Schule“.

Vordiplomarbeit zum Thema „Einige Probleme sozial-sexueller Natur in der bulgarischen Familie und deren Entwicklung unter den Bedingungen der Demokratisierung des Landes“.

Absolvierung des Vordiploms mit Gesamtbewertung „gut“.

1992 - 1995 Beginn des Hauptstudiums der Sozialtherapie bei Prof. Dr. Dr. R. Werner.

Wahlpflichtfachprüfungen in den Fächern „Sexologie“, „Familienberatung“, „Charakterologie“, „Sozialarbeit-Bewährungshilfe“ sowie Teilnahme am Kurs „Gesprächspsychotherapie“ bei Dr. R. Reichert.

Teilnahme an den sexualwissenschaftlichen Vorlesungen und Seminaren von Hernn Prof. Dr. Dr.E. J. Haeberle an der HU.

Mitarbeit bei der IV Konferenz für Sexualwissenschaft in Berlin.

Dreimonatiges Praktikum bei der Deutschen AIDS-Hilfe e.V. mit Teilnahmen am Beraterausbildungskurs und an der EUROCASO-Konferenz in Budapest zur Förderung nichtschaatlicher Organisationen (NGO’s) im AIDS-Bereich.

Mitbegründer der Bulgarischen Stiftung für sexualwissenschaftliche Forschung. Dienststellung in der Stiftung: „Durchführung internationaler Projekten“.

Aktive Mitarbeit bei der Durchführung der Konferenz „AIDS in Europe: Psychosocial Aspekts“ im Septermber 1994 in Berlin.

Diplomarbeit zum Thema „Promiskuität bei Bisexuellen“ unter der Anleitng von Prof. Dr. Dr. R. Werner und Prof. Dr. Dr. E. J. Haeberle, Bewertung der Diplomarbeit „gut“.

Abschluß des Studiums der Sozialtherapie (Fachspezialisierung Sexualwissenschaft) am 14. 6. 1995 mit der Abschlußprüfung in „Sozialtherapie - Methoden und Anwendungen“, Gesamtnote: „gut“, 2,2.

Von 20. bis 25. September 1995 Teilnahme an der Dritte Internationale Konferenz „AIDS and Mobility“ in Driebergen-Zeist, Holland.

Von 6. bis 8. Oktober 1995 Teilnahme am Seminar „AIDS kennt keine Grenzen: Konsequenzen internationaler Mobilität und Migration auf die Ausbreitung der HIV-Epidemie“, organisiert von A.K.A.M.. (Die AIDS-Koordinierungs- und Anlaufstelle für MigrantInnen).

November 1995: Anfang der Promotionsarbeit zum Thema „AIDS-Prävention in Bulgarien“ unter der Anleitung von Prof. Dr. E. v. Kardorff vom Inst. f. Rehawiss. an der HU zu Belin und Prof. Dr. Dr. E. J. Haeberle vom RKI, Leiter des Archivs f. Sexualwissenschaft in Berlin. Erfolgreiche Bewerbung an der Vergabe der HEP-Stipendien bei der HU/Berlin.

1996 Von 20. bis 23. September 1996 Teilnahme an der Konferenz „Gleichheit im öffentlichen Gesundheitswesen? Risiken soziel benachteiligter Gruppen im Bereich des öffentlichen Gesundheitswesen“ in Bonn mit Vortrag zum Thema „AIDS-Prävention im Hinblick auf die ethnischen Minderheiten in Bulgarien“

Von 17. bis 19. Oktober 1996 Teilnahme an der Organisierung des 5. Internationalen Symposiums für Imformationawissenschaft Herausforderungen an die Informationswissenschaft“ in Berlin.

Von 10. bis 13. November Teilnahme und Seminarleitung bei der Vierten Internationalen Konferenz „AIDS and Mobility: From vulnerability to community development“ in Barcelona, Spanien.

Dez. ‘96: Teilnahme als Sexualwissenschaftler an Radiosendung zu den Problemen der Sexualität und AIDS im Radiosender „7 Tage“ in Sofia.

1997 Erfolgreiche Bewerbung um ein Promotionsabschlußstipendium beim Konkurs der Stiftung der Frankfurter Allgemeine-Zeitung - FAZIT.

Teilnahme an der Durchführung des Seminars „Jugendliche und Safer Sex“ in Sofia, organisiert vom Jugendzentrum „Isgrev“.

Aufnahme im Europäischen Arbeitskomitee zur Organisation der Fünften Internationalen Konferenz „AIDS and Mobility“ in Oslo, Norwegen.

Am 14. 2. 1997 Teilnahme als Sexologieexperte an der öffentlichen Diskussion „Retten wir die Welt durch Liebe“ im Kulturpalast, Sofia, organisiert von „Zivilistenverein gegen AIDS“.

5 - 9. März 1997 Teilnahme am ersten Arbeitstreffen des Europäischen Arbeitskomitees zur Organisation der Fünften Internationalen Konferenz „AIDS and Mobility“ in Oslo, Norwegen.

Mai 1997: Streetworktätigkeit in Sofia, Bulgarien.

1 - 6. Juli 1997 Teilnahme am zweiten Arbeitstreffen des Europäischen Arbeitskomitees zur Organisation der Fünften Internationalen Konferenz „AIDS and Mobility“ in Oslo, Norwegen. Organisation und Vorbereitung des Seminars „AIDS-Prävention in Ost- und Zentraleuropa: Prostitution und Sextourismus“.

9 - 15. Oktober 1997 Teilnahme an der Organisation der Fünften Internationalen Konferenz „AIDS and Mobility“ in Oslo, Norwegen. Koordination und Leitung des Seminars „AIDS-Prävention in Ost- und Zentraleuropa: Prostitution und Sextourismus“.

8 - 9. Novermber: Teilnahme am 4. Bundestreffen der Nationalen Arbeitsgruppe AIDS und Migration in Nürnberg.

1998 14. Feb.: Teilnahme am Jugendtreffen „Safer Sex“ der Zivilverinigung gegen AIDS anlässlich des St. Valentins-Tag, in Sofia.

Februar: Vorbereitung und Übersetzung ins Bulgarischen der Broschüre der BzGA „HIV-Übertragung und AIDS-Gefahr“.

16 -18. März: Seminarführung zum Thema „Sextourismus als gesellschaftliches Phänomen“, in Brüssel, Belgien.

17. Juni 1998: Mündliche Verteidigung der Dissertation zur Erlangung des akademischen Grades Dr. phil.