

Bochow, Michael

Book — Digitized Version

AIDS und Schwule: individuelle Strategien und kollektive Bewältigung. Bericht über die zweite Befragung im Auftrag der Deutschen AIDS-Hilfe e.V.

Aids-Forum DAH, No. 4

Provided in Cooperation with:

WZB Berlin Social Science Center

Suggested Citation: Bochow, Michael (1989) : AIDS und Schwule: individuelle Strategien und kollektive Bewältigung. Bericht über die zweite Befragung im Auftrag der Deutschen AIDS-Hilfe e.V., Aids-Forum DAH, No. 4, Deutsche AIDS-Hilfe (DAH), Berlin

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/112636>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.



WZB-Open Access Digitalisate

WZB-Open Access digital copies

Das nachfolgende Dokument wurde zum Zweck der kostenfreien Onlinebereitstellung digitalisiert am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung gGmbH (WZB). Das WZB verfügt über die entsprechenden Nutzungsrechte. Sollten Sie sich durch die Onlineveröffentlichung des Dokuments wider Erwarten dennoch in Ihren Rechten verletzt sehen, kontaktieren Sie bitte das WZB postalisch oder per E-Mail:

Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung gGmbH
Bibliothek und wissenschaftliche Information
Reichpietschufer 50
D-10785 Berlin
E-Mail: bibliothek@wzb.eu

The following document was digitized at the Berlin Social Science Center (WZB) in order to make it publicly available online.

The WZB has the corresponding rights of use. If, against all possibility, you consider your rights to be violated by the online publication of this document, please contact the WZB by sending a letter or an e-mail to:

Berlin Social Science Center (WZB)
Library and Scientific Information
Reichpietschufer 50
D-10785 Berlin
e-mail: bibliothek@wzb.eu

Digitalisierung und Bereitstellung dieser Publikation erfolgten im Rahmen des Retrodigitalisierungsprojektes **OA 1000+**. Weitere Informationen zum Projekt und eine Liste der ca. 1 500 digitalisierten Texte sind unter <http://www.wzb.eu/de/bibliothek/serviceangebote/open-access/oa-1000> verfügbar.

This text was digitizing and published online as part of the digitizing-project **OA 1000+**. More about the project as well as a list of all the digitized documents (ca. 1 500) can be found at <http://www.wzb.eu/en/library/services/open-access/oa-1000>.

AIDS-FORUM D.A.H.

BAND IV

Michael Bochow

AIDS und Schwule

**Individuelle Strategien
und kollektive Bewältigung**

**Bericht über die zweite Befragung
im Auftrag der Deutschen AIDS-Hilfe e.V.**

AIDS-FORUM D.A.H. Band IV, 1989

© Deutsche AIDS-Hilfe e.V.

Nestorstraße 8-9

1000 Berlin 31

November 1989

Redaktion: Klaus-Dieter Beißwenger

Gestaltung: Detlev Pusch

Satz: EinSatz Ahmed Kusserow

Druckerei: Oktoberdruck

alle Berlin

ISSN 0937-1931

INHALTSVERZEICHNIS

Vorwort	5
Summary	7
Vorbemerkung	15
I. Zur Problematik von empirischen Erhebungen über männliche Homosexuelle in der gegenwärtigen Situation	17
II. Zur Durchführung und Erweiterung der Replikationsstudie	23
III. Soziodemographische Daten	25
IV. Freundschaften und Promiskuität	29
V. Akzeptanz der Homosexualität im Familien- und Freundeskreis	31
VI. Sexualität und Safer Sex	35
VII. Testverhalten und Testergebnisse	43
VIII. Durchführung der Tests	49
IX. Testergebnis und Freundeskreis	51
X. Informationsquellen und Informationsniveau	53
XI. Bewertung der Info-Materialien und der Beratungstätigkeit der AIDS-Hilfen	55
XII. Zusammenfassung und Schlußfolgerungen	57
Literatur	61
Anhang 1: Grafiken	65
Anhang 2: Tabellen	71
Anhang 3: Grundauszählung	79

Vorwort des Herausgebers

Im Herbst 1988 erschien Michael Bochows Auswertungsbericht über eine Befragung im Auftrag der Deutschen AIDS-Hilfe e.V. „AIDS: Wie leben schwule Männer heute?“ Mit dieser Studie wollte die D.A.H. ermitteln, wie Schwule in der Bundesrepublik auf HIV/AIDS reagieren und wie sie die Präventionsarbeit der AIDS-Hilfen erfahren und bewerten.

Die Reaktionen auf den Bericht waren sehr unterschiedlich: Einerseits zeigte schon die starke Beteiligung an der Befragung ein lebhaftes Interesse an diesem Thema; zahlreiche Wissenschaftler und auch AIDS-Hilfe-Organisationen des Auslands schätzten die Studie sehr hoch ein; die erste Auflage der Publikation war rasch vergriffen, so daß nachgedruckt werden mußte. Auf der anderen Seite gab es gerade aus den Reihen mancher AIDS-Hilfen und aus dem Bundesverband Homosexualität (BVH) harsche Kritik – weniger an der Untersuchungsmethode oder einzelnen Interpretationen, als vielmehr grundsätzlicher Art daran, daß schwules Leben, vor allem schwule Sexualität ausgeforscht werde.

Innerhalb der D.A.H. führte dies zu Irritationen, wie mit der bereits begonnenen zweiten Umfrage (Wiederholungsbefragung) umzugehen sei: Die Forderungen reichten vom völligen Verzicht auf eine Auswertung über Beschränkung auf eine Teilauswertung ohne die Fragen nach sexuellem Verhalten und Testbefunden bis hin zur uneingeschränkten Auswertung aller Fragenkomplexe. Vor allem aus vertragsrechtlichen Gründen hat die Mitgliederversammlung der D.A.H. im Mai 1989 dann beschlossen, daß die Wiederholungsbefragung in allen Teilen ausgewertet werden soll. Das Ergebnis dieser zweiten Studie, die wiederum von Michael Bochow verantwortlich geleitet wurde, wird in diesem Band veröffentlicht.

In seinem Bericht setzt sich Michael Bochow auch mit der hier nur knapp skizzierten Diskussion um die Wiederholungsbefragung auseinander. Es ist deshalb müßig, dies im Rahmen eines Vorworts zu wiederholen. Wichtig erscheinen mir Anmerkungen zu der Tatsache, daß es eine solche Diskussion überhaupt gegeben hat – und wahrscheinlich im Zusammenhang mit dieser Auswertung wieder geben wird.

Als Kernpunkt der Diskussion sehe ich die Frage: Kann/Darf/Soll schwules Leben, erst recht schwule Sexualität, Gegenstand sozialwissenschaftlicher Forschung sein? Derart abstrakt läßt sich die Frage nicht beantworten, weil jede Forschung einzuschätzen ist nach dem Zusammenhang, in dem sie steht: nach dem politischen und gesellschaftlichen Kontext, innerhalb dessen geforscht und die Ergebnisse zugänglich, d.h. verwertbar gemacht werden. So gesehen, zeigt die kontroverse Diskussion gerade schwuler Männer innerhalb und außerhalb der D.A.H. auch an, mit welchem Selbstbewußtsein sie sich individuell und

innerhalb von Organisationen wie D.A.H. und BVH schwulenpolitisch darstellen; wie sie das gesellschaftlich-politische Umfeld einschätzen, in dem Schwule in der Bundesrepublik heute leben. Die Kontroverse ist offensichtlich deutlicher Ausdruck der Unsicherheiten, die für die schwule Szene – durch AIDS neu belebt – charakteristisch sind.

Hierüber wird in Zukunft weiter zu streiten sein: leidenschaftlich – aber auch kritisch sich selbst reflektierend; streiten über unsere Stellung als Schwule innerhalb der AIDS-Hilfen, über unseren Umgang mit HIV/AIDS, über unsere schwulenpolitischen und allgemein-politischen Ansprüche und Forderungen – trotz und wegen AIDS. Michael Bochows Auswertung gibt dazu eine Reihe hilfreicher Hinweise und Anregungen. Ich bin zuversichtlich, daß damit der vorliegende Band die wünschenswerten und notwendigen Auseinandersetzungen neu beleben wird.

Kajo Pieper
Mitglied des Vorstands
der Deutschen AIDS-Hilfe e.V.

SUMMARY

AIDS and Gay Men: Individual Strategies and Collective Coping A follow up study of gay men in the Federal Republic of Germany

Preliminary Remarks

In the short period from 1985 to 1988, particularly in the United States, but also in Western Europe, a considerable number of empirical studies have been published about changes in the sexual behaviour of homosexual men under the impact of AIDS. All of these studies acknowledge the particularly sharp impact AIDS has made on gay men: in the United States, as well as in many West European countries, gay men still constitute more than two third of all people with AIDS. The surveys are based almost exclusively on (self-administered) questionnaires or interviews. Quantitative surveys among gay men always pose the problem that since the ambit of the group cannot be known, a representative sampling cannot be taken. However, when assessing the quality of the gathered data, we may resort to various validation strategies. Interregional and international comparisons may be used to evaluate the plausibility of the findings. One of the most widely used means of data validation are "replication surveys" – a series of identical surveys repeated over short periods of time to confirm or perhaps to correct trends established in the initial survey. This was one of the main considerations for repeating the survey commissioned in 1987 by the German AIDS-Hilfe just one year after its completion. The original survey of the target-group was conducted in October 1987, when a four page questionnaire was inserted in the six best known magazines for gay men in the Federal Republic. This survey comprised of two well defined objectives and pursued a clear intention in the field of health policy planning. It sought to establish, first of all, the level of information about AIDS among gay men in the Federal Republic, the various sources of information they use, and, in this context, how they rate the various informational and counselling activities of the AIDS-Hilfe. Secondly it sought to ascertain how far the current sexual behaviour of gay men comes to terms with the risk of infection from the HIV virus, thus allowing for an estimate of just how far the recommendations of the German AIDS-Hilfe for low-risk or "safer sex" have been followed. The main objective of the survey was to monitor the strengths and weaknesses of the work undertaken by the German AIDS-Hilfe and its regional chapters in the field of AIDS prevention for gay men, in order to draw possible consequences for future work in this area. The first survey had a (net) return of 924 questionnaires. None of these questionnaires was so incompletely or deficiently returned as to make it useless for computing – a fact that emphasized the good resonance the survey

found, and gave rise to hope that a replication survey might also be successfully concluded. As a means of checking on whether a sufficiently wide spectrum of homosexuals was represented by the reading public of the six chosen magazines the survey in October 1988 was carried out in an enlarged form. A recently published seventh magazine was included; furthermore, in certain cities (Berlin, Hamburg, Hanover, Cologne and Düsseldorf) the questionnaire was distributed to gay bathhouses and to the clubs and bars of the "leather scene". Thus the survey was broadened to include specific scenes of the gay subculture. In 1988 the feed-back from the gay press was 973 questionnaires; bathhouse users sent back 67 questionnaires and 82 men from the leather scene participated, thus giving a total response of 1122 returned questionnaires. An additional question asked if those participating in the 1988 survey had already taken part in the one carried out in 1987. 255 people (23%) proved to have taken part in both surveys. Along with a comparison of the general samples from 1987 and 1988, this group is particularly suitable for studying the continuity or discontinuity of the trends established in the first survey.

Social Characteristics of Respondents in Both Surveys

The socio-demographic data supplied by the respondents to the second survey shows that the first survey had reached a more or less representative cross-section of the magazines' reading public. There are no significant differences in the composition of both groups with regard to important social characteristics such as age, level of education, professional status, and size of the town lived in. The same goes for characteristics such as the level of organisation in political parties and trade unions, membership of the AIDS-Hilfe and gay groups, as well as to the degree of integration in the gay subculture (the frequency of visits to "subcultural" venues – bars, cafés, baths, etc. was taken here as an indicator). The fact that in spite of the questionnaires' distribution by means other than those of the gay press, the second survey shows practically the same socio-demographic constellation as the first, allows one to speculate that the total accessible spectrum of gay men has been reached.

Sexuality, Promiscuity and Safer Sex

All studies about changes in the sexual behaviour of gay men under the impact of AIDS have noted a decrease in the number of partners, as well as a reduction in certain sexual practices, notably that of anal intercourse. The 1987 survey likewise detected a drop in the number of sexual contacts in comparison to the 70's. This trend has not continued. The number of sex partners given for the 12 months preceeding the 1987 and 1988 surveys remains practically the same. 4% of those replying lived through 1987 or 1988 without a single sex partner; in 1987 52% had fewer than six partners, in 1988 the figure was 53%. In 1987 15% of those replying said that they had had over twenty partners, in 1988 at 14% the figure is practically the same. In both surveys half of the gay men were living, at the time they replied, in a steady relationship. The percentage of mono-

gamous relationships has not (further) increased. In 1988 22% of those living in a steady relationship had only one sex partner in the 12 months prior to the survey. In 1987 the figure was 24%. It is moreover remarkable that anal intercourse, which as the principal means of transmission of the HIV virus is threatened by new taboos, should still be practised by the overwhelming majority – over four fifths of all respondents. However, as Martin Dannecker shows, there is a clear drop in the frequency of anal intercourse in comparison to the 70's. But a comparison of 1987 and 1988 surveys will not substantiate a further reduction in its frequency.

If four fifths of all those surveyed – a relatively constant figure – declare that they practise anal intercourse, this means that the great majority of gay men is exposed to the most likely means by which the infection is transmitted. However, the risk of possible infection is increasingly taken into account. One of the most important findings of the 1987 survey was to show that regular use of condoms had already gained widespread acceptance – considering the short time available to become familiar with such usage. Acceptance of the most important of the “Safer Sex” guidelines (the use of the condom during anal intercourse) has become an evidently stable trend. The percentage of those regularly using a condom during anal intercourse has even increased from 52% in 1987 to 55% in 1988. One can conclude from this that although the threat of AIDS has wrought substantial changes both in the sexual lifestyles and sexual practices of gay men, such changes cannot be considered as progressing in a dramatic way. A new level of sexual behaviour and sexual activity could be reached, one that takes account of the risks involved, one in which adequate coping strategies are integrated in such a way that further urgent need for change in sexual behaviour would be rendered superfluous. An important finding of the first survey showed that the tendency to cling to notions of sexual freedom prevails over models postulating rigid renunciation and the denial of erotic diversity – a finding that is further conformed by the replication study.

A supplementary question included in the follow up survey corroborates a hunch expressed in the conclusions of the first study, that most unprotected anal intercourse takes place within a steady relationship. In such cases both partners seem to believe that there is no risk of infection for them, or, if there is a possible risk, then they are prepared to run it precisely because they are in a steady relationship. The percentage of men with no steady relationship who do not use a condom during anal intercourse remains constant (1987 and 1988 at respectively 14% of all respondents). In contrast, the percentage of men in a steady relationship who practise anal intercourse without a condom, has slightly decreased. The regular use of the condom during anal intercourse by gay men with no steady relationship is relatively uninhibited by the number of times they practise it and the number of partners. As far as such an observation can be valid for a screening-period of just one year, it might be concluded that the condom has become an integrated part of the sexual life style of a very significant number of gay men. The changes in behaviour patterns so far observed under the impact of AIDS are proving to be relatively stable. However, this encouraging observation must be modified on three accounts:

- 1) In order to establish a real trend to long-term behavioural changes further empirical studies are needed.

- 2) This trend has been established by means of the generalising methods available to empirical social research. It should not be misunderstood as having absolute validity on an individual psychological level. Quite the contrary: as far as the individual subject is concerned, it is psycho-logically improbable that regular use of the condom is synonymous with a usage that allows no exceptions. In order to avoid unintended and counterproductive side effects, all measures in prevention policies should respect the bounds imposed by the individual subject's psychic resistance.
- 3) When conducting surveys on taboo or highly controversial themes one cannot exclude that a number of respondents model their answers more on what they take to be social desirable norms and less on their actual behaviour. When evaluating these findings this should also be taken into consideration. However, even with an *overdue emphasis placed on this reservation*, it would still be wrong to infer that the acceptance of safer sex is very much lower "in reality", where "acceptance" in this context is more fraught with ambiguities and contradictions than it would appear to be at first sight. On the basis of available data with regard to current attitudes to low-risk sex one can most certainly speak of a widespread acceptance or positive evaluation. Whether these attitudes always tie up to analogous behaviour is a factor that cannot be resolved with the means available to this survey.

The tendency to low-risk sexual practices is further confirmed by including into the analysis those comparison groups formed by supplementing the follow up study. As far as anal intercourse is concerned, the trend to low-risk sexual practices is even more pronounced on the leather and bathhouse scenes than it is among the readership of the gay magazines. Anal intercourse is more widespread in these two groups – only 10% of those who replied from the leather scene stated they did not practise it. But it should also be noted that 76% of the men from the leather scene regularly use a condom; among bathhouse users the percentage is 68%. Strictly speaking – for reasons of methodology – stability in behavioural change to low-risk sex can only be accurately verified among those who participated in both the 1987 and 1988 surveys of the German AIDS-Hilfe. Here, again, the findings are unequivocal. The percentage of those practising protected anal intercourse has risen (in this group) from 52 to 58%.

The main findings of the first survey are most impressively confirmed by the comparison groups from the leather scene and from the bathhouses. Those who – theoretically – are exposed to the highest risk of infection, are the very ones who protect themselves the best. Bathhouse users and members of the leather scene to a large extent have more anal intercourse than the others surveyed. They also have – especially the bathhouse users – more sexual contacts. However, in both groups the trend to low-risk sexual behaviour is particularly well defined. The argument advanced by the German AIDS-Hilfe, by gay groups and some farsighted politicians in prevention-planning that bathhouses and leather-bars and clubs are anything but "breeding grounds for the virus" and should rather be seen as highly suitable places for the practice and ritualisation of low-risk sex – this argument can most certainly be supported by the findings of the replication study. The police closure of bathhouses and leather bars would be a serious intrusion on important parts of the gay subculture. As long as these contact places remain a vital part of the subculture, there is reasonable

hope that both on an individual and on a collective level, they may provide a suitable basis for the development of responsible behaviour patterns, well adopted to the present-day situation. Whereas if they were to be closed down, the search for sexual contact would shift into other areas, impervious to informational and educational work.

Sources of Information and Attained Levels of Information

The high level of information about AIDS among gay men established in the first survey has remained constant. Gay men still gain their information from a wide variety of sources. In 1988 these were, in order of importance, the daily and weekly press, the German AIDS-Hilfe and its regional chapters, radio, television and the gay press. Circles of friends and gay groups also play an important role. Less significant is the role played by state agencies and the various public health institutions (General Practitioners, clinics, health offices). However, these information sources have different degrees of effectiveness which must be strictly differentiated. As shown by the first survey, the best informed people are those who not only give heed to the information disseminated by the mass media (the daily press, radio, T.V., the gay press), but also use the information designed for specific groups (the national and regional AIDS-Hilfen), along with the possibilities offered by informal and institutional communication. The counselling and informational activities of the AIDS-Hilfe still elicit a very positive response, as does the quality of the material it provides. The interest raised by the material it publishes is still unchangingly high, four fifths of those surveyed were familiar with it. The most dedicated supporters of the AIDS-Hilfe are to be found among those surveyed on the leather scene. They rate the material provided by it somewhat higher than other respondents do, and in comparison to other organisations for education and counselling it plays a predominant role for them.

Social Proximity to AIDS and Changes in Behaviour

The replication study emphasizes that there is no direct connection to be drawn between a high level of information about AIDS and low-risk sexual behaviour. One's attitude to the risk of infection is chiefly determined by how closely one is affected by AIDS in one's immediate social environment, by the extent of social integration in a network of supportative groups (friends, gay groups and projects, the AIDS-Hilfe and the gay subculture in general), and by the degree to which one's social environment accepts homosexuality. Over a one-year period the number of people directly or indirectly affected by AIDS has significantly increased. In 1987 22% of those surveyed said they had friends who either had AIDS or were infected; by 1988 this figure had risen to 33%. At this point major differences between specific scenes also come to light: 36% of bathhouse users reported having friends who either had AIDS or who were infected, but on the leather scene this figure jumps to 59%.

HIV-Antibody Testing

Bearing this background in mind, it is perhaps understandable that in comparison to the previous year the percentage of those who have taken a HIV-antibody test has increased. In 1987 52% had taken the test at least once; in 1988 the percentage goes up to 57%. In the 1988 survey an additional question asked the date of the last test made, and it was then established that the great majority was made during 1987 (24%) and 1988 (53%). Over half of the tests were not accompanied by counselling; 61% of those tested stated that they had not received counselling even after the result was known. In view of the serious psychological and social consequences the test carries with it, current test practice and counselling must be rated as unsatisfactory. The percentage of those whose test result was positive has slightly increased from 11,5% in 1987 to 12,5% in 1988. However, since the survey probably shows a considerable bias on this point, this data should not be interpreted as though it were an epidemiological study. Rather, more attention should be paid to the very different levels of concern found on separate scenes of the gay subculture and further reflected in the test results. Of the men who filled in the questionnaire from gay magazines, 7,7% had a positive test result, and a further 2,2% were positive with symptoms. 24% of those replying from the leather scene stated that they were HIV positive, and a further 4% that they had AIDS. Once again, as in the first survey, the reported HIV infections show uneven social distribution. People with a lower standard of education and a lower professional status are proportionally more infected than those with higher education and professional status. (Cp. Appendix 2, Table 5)

Perspectives for the Future of AIDS-Prevention among Gay Men

The uneven social distribution of cases of HIV-infection highlights a central problem in current prevention policy making, a problem that the AIDS-Hilfe organisations are not alone having to cope with. In spite of the high level of information about AIDS most gay men dispose of, and the widespread adaption of low-risk sexual practices, it remains apparent that certain subgroups are still not being adequately reached. This can be corroborated by taking into account the varying degrees of participation in the two German AIDS-Hilfe surveys. The extension of the second survey to cover the bathhouse and leather scenes does not alter the fact that "closeted" homosexuals, homosexuals with low educational and professional status and bisexual men are substantially less well-informed and aware than homosexuals with higher educational and professional status – and above all than those living in metropolitan areas with their support networks of informal groups, gay projects and organisations. The groups named above not only prove to be difficult of access for empirical surveys, they are also to a large extent impervious to the informational and practical work of the various AIDS-Hilfe organisations. Concepts that better appeal to and better inform these groups are urgently required. The demographic group "males with homosexual behaviour" can only be reached in a limited way by targeting it as a homogeneous group. The development of new strategies for its constitu-

ent groupings is essential. At the same time those aspects of prevention planning which have proved to be successful so far must not be neglected.

VORBEMERKUNG

Wie im letzten Jahr hat sich auch dieses Mal eine ganze Reihe von Personen bereit erklärt, das Manuskript des Forschungsberichts vor seiner Veröffentlichung kritisch zu lesen. Für solidarische Kritik und zahlreiche nützliche Hinweise möchte ich mich bei Sophinette Becker, Albert Eckert, Andreas Salmen, Kajo Pieper und Rainer Schilling sehr herzlich bedanken. Hella Beister danke ich für die Übersetzung der englischen Zitate, Paul Morland für die Übersetzung der Zusammenfassung ins Englische.

Hervorheben möchte ich außerdem die geduldige methodische Hilfestellung durch Friedrich Tiemann und die äußerst hilfreiche Projektassistenz von Ilse Aguéras und Stefanie Markert.

Berlin, September 1989
Michael Bochow

I.

ZUR PROBLEMATIK VON EMPIRISCHEN ERHEBUNGEN ÜBER MÄNNLICHE HOMOSEXUELLE IN DER GEGENWÄRTIGEN SITUATION

In sehr wenigen Jahren hat sich die AIDS-Forschung aus zaghaften Anfängen zu einer weltweiten, von den westeuropäischen und nordamerikanischen Staaten dominierten Industrie entwickelt. AIDS hat – vor allem in der Humanmedizin und den angrenzenden Naturwissenschaften, aber auch in den Sozialwissenschaften – viele neue Karrierewege eröffnet. Allein auf der 5. Internationalen AIDS-Konferenz in Montréal im Juni 1989 versammelten sich mehr als 10.000 Wissenschaftler, um über den aktuellen Stand der Forschung zu diskutieren. Bei dem inzwischen beträchtlichen finanziellen und personellen Aufwand, der für die AIDS-Forschung getrieben wird, nimmt es nicht wunder, wenn zunehmend Fragen zu Sinn und Zweck von bestimmten Forschungsprojekten öffentlich geäußert werden.

Für die Bundesrepublik fällt auf, daß solche kritischen Fragen sich vor allem auf sozialwissenschaftliche Forschungsprojekte und sehr viel weniger auf medizinische Vorhaben (allenfalls auf solche der Sozialepidemiologie) beziehen. Die Suche nach einem Impfstoff, die Entwicklung von nebenwirkungsarmen Therapeutika oder schonenden Behandlungsmethoden erscheint kaum besonders legitimationspflichtig. Im Gegenteil: hier wurde eher kritisiert, daß zu wenig Mittel für eine zu geringe Anzahl von Forschungsprojekten zur Verfügung stehen und daß in zu geringem Umfang unorthodoxe Wege bei der Entwicklung und Zulassung von Therapeutika beschritten werden (vgl. z.B. die Kritik von Salmen 1989 an Bienek 1989). In einem bestimmten Teil der Öffentlichkeit ist vor allem sozialwissenschaftliche AIDS-Forschung auf Widerspruch gestoßen. Besonders heftiger Einspruch ist in diesem Zusammenhang – sozusagen autoreflexiv – aus dem Bereich der Wissenschaft selbst, vor allem aus den Reihen der Sozialwissenschaftler geäußert worden. Die Motive zu den kritischen Wortmeldungen sind unterschiedlicher Art, auch die Kritikpunkte zu bestimmten Forschungsvorhaben fallen recht verschieden aus. Die – häufig in sehr scharfer Form – vorgetragenen Einwände verknüpfen zumeist gesellschaftspolitische, wissenschaftskritische und methodische Aspekte.

Die Heftigkeit der Einwände ist wohl nur mit der prekären gesellschaftlichen Situation der in der Bundesrepublik von AIDS besonders betroffenen Gruppen zu erklären. Dies wird exemplarisch deutlich in der Argumentation von Günter Amendt, der sich im Vorfeld einer von Martin Dannecker geleiteten schriftlichen Befragung von homosexuellen Männern mit apodiktischer Schärfe zu Wort gemeldet hat. Günter Amendt konnte in Martin Danneckers Forschungsvorhaben nur den Versuch des „wissenschaftlich verbrämten Ausforschen(s)“ einer strafrechtlich verfolgten Minderheit „im Auftrag einer konservativ-reaktionären Regierung“ (Amendt 1987a, S. 45) sehen. Vor dem Hintergrund der politischen Kultur in der Bundesrepublik und vor allem der in Bayern verfolg-

ten AIDS-Politik plädierte Amendt für das völlige Unterlassen sozialwissenschaftlicher Forschung über Homosexuelle; nur ein solches Forschungsmoratorium garantiere „einen kollektiven Datenschutz bzw. den Schutz eines von Repression bedrohten Kollektivs“ (Amendt 1987a, S. 44). Dies ist Amendts wichtigstes politisches Argument: Homosexuellen-Forschung führe in der gegenwärtigen gesellschaftlichen Situation nur zu Homosexuellen-Unterdrückung. Amendt glaubt, das politische Argument durch ein wissenschaftskritisches verstärken zu können. „Angesichts der (gesellschaftlichen, M.B.) Verwertungsverhältnisse“ äußert er „grundsätzliche Einwände gegen empirische Sozialforschung“ überhaupt (Amendt 1987a, S. 45).¹

Empirische Sozialforschung in der bürgerlichen Gesellschaft sei notwendigerweise konformistisch, herrschaftssichernd und gegen die Interessen der in ökonomischer und politischer Abhängigkeit gehaltenen Mehrheit der Bevölkerung gerichtet. Amendt begnügt sich allerdings nicht mit dem Versuch zu begründen, warum gegenwärtig empirische Sozialforschung nicht im Sinne der von AIDS besonders betroffenen Bevölkerungsgruppen betrieben werden kann. Nochmals die analytische Ebene wechselnd, argumentiert er methodenkritisch, um zu belegen, daß die von ihm abgelehnte Forschung auch gar nicht erfolgreich durchgeführt werden kann:

„Schon Anfang der 70er Jahre, als Reimut Reiche und Martin Dannecker ihre erste Untersuchung starteten, war die Rekrutierung der Interviewpartner problematisch. Diesmal wird Dannecker noch weniger als damals eine Aussage über die Homosexuellen treffen können, ja nicht einmal eine Aussage über die Homosexuellen in der Subkultur, vielleicht eine über die in der Subkultur verbliebenen Homosexuellen.“ (Amendt 1987b, S. 72)

In der empirischen Sozialforschung wird der von Günter Amendt hier angesprochene Aspekt landläufig unter dem Rubrum der Stichprobenbildung abgehandelt.

Probleme des Sampling sind für Amendt im Hinblick auf die Zielgruppe der Homosexuellen nicht lösbar. Sein vernichtendes Fazit:

„... die Untersuchung ist ... gelaufen, bevor noch die Fragebogen wieder eingesammelt sind ... Die Untersuchung ist wissenschaftlich wertlos, politisch nicht vertretbar.“ (Amendt 1987c, S. 19)

Der Bericht über Ergebnisse der zweiten Befragung schwuler Männer im Auftrage der Deutschen AIDS-Hilfe ist nun nicht der Ort, um die von Amendt proklamierten Aporien empirischer Sozialforschung kritisch zu diskutieren. Auch auf sein Plädoyer für ein Moratorium in der Homosexuellen-Forschung soll nur unter einem einzigen Aspekt eingegangen werden. Dies allerdings etwas ausführlicher, da Amendt mit seiner Position zumindest im links-alternativen Spektrum der Bundesrepublik keineswegs alleinsteht. Die Einstellung sozialwissenschaftlicher Forschung über die von AIDS besonders betroffenen Bevölkerungsgruppen hätte – neben vielen anderen Konsequenzen – eine von den Forschungsboykott-Protagonisten vernachlässigte oder übersehene Nebenfolge,

1) Selbst die Vision einer „kritischen empirischen Sozialforschung“, wie sie u.a. Theodor W. Adorno vorgeschwebt habe, hätte sich als grundlegender wissenschaftlicher Irrtum erwiesen (Amendt 1987a, S. 45).

die in ihren langfristigen Auswirkungen gerade für die Angehörigen der Hauptbetroffenengruppen fatal wäre.

Seit ihrer Entstehung als Sozialtypus im 19. Jahrhundert (vgl. dazu Bochow 1989) waren Homosexuelle das Opfer der pathologisierenden Definitionsmacht von Medizin und Psychiatrie. Bis in die 60er Jahre dieses Jahrhunderts hinein waren die beiden mächtigsten akademischen Professionen, Juristen und Mediziner, im deutschen und englischen Sprachraum sehr erfolgreich in der gesellschaftlichen Durchsetzung der von ihnen entwickelten Reaktionsmuster auf Homosexuelle, einer mit den Mitteln staatlicher Gewalt durchgesetzten Kriminalisierung und Pathologisierung. Diese akademischen Traditionen wirken in beiden Disziplinen fort und haben in der Medizin nicht zuletzt dazu beigetragen, daß AIDS in der ersten Phase seiner Erforschung als Gay Related Immune Deficiency Syndrome (GRIDS) etikettiert wurde, womit der Krankheitsursprung der furchterregenden Krankheit eindeutig in der Population der Homosexuellen ausgemacht wurde. Das pathogene Milieu hatte eine neue Krankheit produziert. Jeffrey Weeks hat dies prägnant auf den Punkt gebracht:

"The medical profession ... played a major role in defining homosexuality as a disease during the course of the past century. The easy slippage that took place in the early stages of the present health crisis which encouraged AIDS to be seen as a disease of diseased people owed a great deal to that tradition."
[„Bei der Definition der Homosexualität als einer Krankheit haben die Mediziner im Laufe des vergangenen Jahrhunderts ... eine große Rolle gespielt. Die leichtfertige Etikettierung, zu der es in den frühen Stadien der derzeitigen Gesundheitskrise kam, die der Sicht von AIDS als einer Krankheit von kranken Menschen Vorschub leistete, geht zu großen Teilen auf diese Tradition zurück.“] (Weeks 1989, S. 15)

Die Folge einer Aussetzung oder gravierenden Einschränkung sozialwissenschaftlicher AIDS-Forschung, wie sie Amendt befürwortet, wäre die Wiedererlangung eines Definitions- und Interpretationsmonopols durch die Medizin mit all seinen problematischen Folgen, ein Monopol, das der Medizin in Westeuropa und Nordamerika erst seit den 60er Jahren und nur mühsam strittig gemacht worden ist. Es geht hier nicht darum, der Medizin als akademischer Disziplin einen systematischen Bias im Sinne einer antihomosexuellen Sichtweise zu unterstellen; aber auch eine um ihre homosexuellenfeindlichen Traditionsbestände bereinigte Medizin wäre als akademisch forschende Disziplin und als praktizierende Profession von ihren Kompetenzen her überfordert, psychologische, soziologische oder ökonomische Forschungsdesiderate im Hinblick auf AIDS zu erfüllen. Hieraus folgt jedoch auch, daß die Sozialwissenschaften sich ihrer gegenwärtigen Verantwortung nicht entziehen und in feinziselierter Ideologiekritik verharren können. Auf diese gesellschaftliche Verantwortung der Sozialwissenschaftler hat jüngst Peter Davies in der englischen Diskussion hingewiesen:

"I am concerned that this response (of social scientists, M.B.) is not confined to erudite deconstructions of the sub-texts of media commentaries on AIDS, enlightening and empowering as they may be. It is also important that the medicalization of the problem is not merely commented upon but resisted by active intervention of social scientists in those aspects of the debates, and they are legion, where their expertise is relevant. We cannot afford to take the role of

Cassandra, morally satisfying though that may be ... social scientists (should re-claim, M.B.) the role of participant rather than that of observer." [*„Mir geht es darum, daß sich diese Reaktion (der Sozialwissenschaftler, M.B.) nicht auf die gelehrte Dekonstruktion der Sub-Texte von Medienkommentaren zu AIDS beschränkt, so sehr das immerhin der Aufklärung dient und Autorität verleiht. Es ist eben auch wichtig, nicht bloß Kommentare zur Medikalisation des Problems abzugeben, sondern ihr entgegenzutreten, indem sich die Sozialwissenschaftler an denjenigen Punkten aktiv in die Diskussion einschalten, an denen ihr Sachverstand relevant ist, und davon gibt es eine Unmenge. Wir können es uns nicht leisten, die Rolle der Cassandra zu spielen, so moralisch befriedigend das auch sein mag ... die Sozialwissenschaftler sollten eher die Rolle des Beteiligten (für sich beanspruchen, M.B.) als die des Beobachters.“*](Davies 1989, S. 148)

Ebenso umstritten wie die Frage, ob sozialwissenschaftliche Forschung in bestimmten Kontexten zulässig ist, ist jedoch auch die Frage, unter welchen methodischen Prämissen sie überhaupt sinnvoll ist. Das Argument, das von Amendt sozusagen als letztes Aufgebot angeführt wird, nachdem er seine politischen und wissenschaftskritischen Einwände vorgetragen hat, ist denn auch ein methodisches. Als „Sub-Population“ im wahrsten Sinne des Wortes entzogen sich Homosexuelle systematisch dem Stichprobenzugriff der empirischen Sozialforscher. Der Einwand mangelnder Repräsentativität erfreut sich augenblicklich besonderer Beliebtheit bei denjenigen, die ein partielles oder generelles Forschungsmoratorium in Hinblick auf Schwule und AIDS befürworten. In diese Richtung ging z.B. auch der Kommentar des Schwulen-Magazins „Rosa Flieder“ zu den Ergebnissen der ersten im Auftrage der Deutschen AIDS-Hilfe durchgeführten Befragung von schwulen Männern:

„Untersuchungen über Homosexuelle können niemals repräsentativ sein; man kann keine haltbaren Aussagen über die Gesamtgruppe machen; die Interpretation von Teilergebnissen muß sich zwangsweise im Bereich grober Spekulation bewegen.“ (ak [d.i. Axel Kay] 1988, S. 21)

Festzuhalten bleibt, daß das Problem der Gewinnung verallgemeinerungsfähiger Forschungsergebnisse über homosexuelle Männer so alt ist wie die Homosexuellen-Forschung überhaupt. Anfang der 80er Jahre, als AIDS noch kein öffentliches Thema darstellte, beschreibt John C. Gonsiorek es als „the largest single methodological problem in the scientific study of homosexuality .. how to define and obtain a representative – or even useful – homosexual sample ...“ [*„das größte methodologische Einzelproblem bei der wissenschaftlichen Untersuchung der Homosexualität ...“, wie eine repräsentative – oder auch nur brauchbare – Stichprobe von Homosexuellen definiert und zustandegebracht werden kann ...“*](Gonsiorek 1982, S. 61).

In der Auflistung einer Reihe bekannter US-amerikanischer Untersuchungen über Homosexuelle kommt er zu dem Schluß: „Without being iconoclastic or extreme, it can safely be said that no research endeavor to date has used a representative sample.“ [*„Man muß weder Bilderstürmer noch Extremist sein, um mit Sicherheit sagen zu können, daß bis zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch kein Forschungsprojekt mit einer repräsentativen Stichprobe gearbeitet hat.“*](Gonsiorek 1982, S. 61)

Bemerkenswert ist nun, daß vor AIDS dieses strukturell begründete Handicap von Homosexuellenforschung nie zum grundsätzlichen Einwand gegen

solche Forschung gemacht wurde, sondern eher verschiedene Bemühungen hervorrief, in der Datenerhebung eine solche Qualität zu erreichen, die mehr als willkürliche Aussagen erlauben würde. An diese Bemühungen sollte auch in der gegenwärtigen Phase der Homosexuellen- und der AIDS-Forschung angeknüpft werden.

Im kurzen Zeitraum von 1985 bis 1988 hat es vor allem in den USA, aber auch in Westeuropa eine beträchtliche Anzahl von empirischen Untersuchungen zu Änderungen im Sexualverhalten von homosexuellen Männern unter dem Eindruck von AIDS gegeben. Diese Untersuchungen hatten die besondere Betroffenheit homosexueller Männer durch AIDS zum Hintergrund. Die Erhebungen bestanden fast ausschließlich in schriftlichen („self-administered questionnaire“) oder mündlichen Befragungen. Ein bedeutender Teil der Befragungen wurde im klinischen Rahmen durchgeführt, was eine nicht zu unterschätzende Verzerrung für die „Sample-Bildung“ bedeutete, da die homosexuelle Klientel von Kliniken oder Arztpraxen für Geschlechtskrankheiten zwar einen wichtigen Ausschnitt der homosexuellen Gesamtpopulation darstellt, aber keineswegs als diese selbst ausgegeben werden sollte. Tony Coxon hat diesen Einwand am deziertesten formuliert:

“... in most epidemiological studies of HIV infection, sexual behaviour and AIDS we typically find a heavy reliance on data collected in clinical settings, combined with an uncritical willingness to extrapolate from dubious American studies of sexual behaviour conducted within from the pre-AIDS era ... we need to recognize that sexual behavioural studies of those who already have a history of sexually transmitted disease (a persistent and clearly powerful co-factor in the etiology of AIDS) are unlikely to provide an unbiased picture of the behaviour of the entire at-risk population.” [*... für die meisten epidemiologischen Untersuchungen zu HIV-Infektion, Sexualverhalten und AIDS können wir als typisch feststellen, daß sie überwiegend auf Daten zurückgreifen, die in klinischer Umgebung erhoben wurden, verbunden mit einer recht unkritischen Bereitschaft zur Extrapolation aufgrund von fragwürdigen amerikanischen Untersuchungen aus der Vor-AIDS-Zeit ... wir müssen erkennen, daß Untersuchungen zum Sexualverhalten von Personen, die bereits eine Vorgeschichte an Geschlechtskrankheiten haben (ein durchgängiger und ganz klar einflußreicher Ko-Faktor für die Ätiologie von AIDS), wohl kaum ein unverzerrtes Bild des Sexualverhaltens der gesamten Risiko-Population liefern können.*] (Coxon 1988 b, S. 128-129)

Die weitaus überwiegende Mehrheit der Befragungen fand zudem in den USA in einigen großstädtischen Ballungsräumen der Ost- und Westküste (New York, Philadelphia, Washington, San Francisco, Los Angeles) statt¹, auch in den entsprechenden europäischen Untersuchungen nehmen Städte wie Paris, Amsterdam und London eine herausragende Stellung ein. Gegenwärtig wird in einer Reihe von Forschungsprojekten versucht, diese doppelte Verzerrung, den „Klinik-Bias“ und den „Großstadt-Bias“ zu überwinden².

- 1) Auf diese Beschränkung des amerikanischen Datenmaterials haben nochmals Ron Stall u.a. hingewiesen (Stall u.a. 1988, S. 879).
- 2) Statt vieler sei auf das Forschungsprojekt „SIGMA“ (Socio-Sexual Investigations of Gay Men and AIDS) verwiesen, das im Großraum London, in Wales und in Nordengland von Anthony P.M. Coxon, Peter Davies, Thomas J. McManus u.a. durchgeführt wird (vgl. Coxon/Davies/McManus 1987).

Die Verfeinerung von Stichprobentechniken ist allerdings nur ein Mittel, um die Aussagekraft der erhobenen Daten zu erhöhen. Interregionale und internationale Vergleiche bieten sich an, um die Plausibilität der erzielten Befunde zu bestätigen. Eines der probatesten Mittel der Datenvalidierung sind Replikationsuntersuchungen in kürzeren Zeitabständen, die einmal getroffene Trendaussagen bestätigen oder auch korrigieren können. Gewissenhafte Validierungsstrategien sind angesichts der Problematik, sich ein zutreffendes Bild über Männer mit homosexueller Selbstdefinition oder aber Männer mit homosexuellem Verhalten zu verschaffen, zweifellos dringend notwendig. Zu warnen ist allerdings vor einem Repräsentativitäts-Fetischismus, dem gegenwärtig ironischerweise vor allem diejenigen huldigen, die am liebsten empirische Sozialforschung in weiten gesellschaftlichen Bereichen überhaupt verhindern wollen. Für viele sozialwissenschaftliche Erhebungen ist es von nachgeordneter Bedeutung, ob mit einer gewonnenen Stichprobe eine verkleinerte und photographisch genaue Wiedergabe der untersuchten Zielgruppe gelungen ist. Entscheidend ist vielmehr, ob die für die Zielgruppe relevanten sozialen Merkmale (wie Alter, Größe des Wohnorts, Bildungsgrad etc.) in hinreichender Streubreite und Besetzung in der Stichprobe vorhanden sind. Relevanz der Merkmale und Angemessenheit der Sample-Bildung sind wiederum im starken Maße abhängig von der Spezifik der untersuchten Zielgruppe¹.

1 Vgl. zur Relativität von Repräsentativität als „sekundärem Wissenschaftlichkeitskriterium“ die Thesen von Friedrich Tiemann in seiner Untersuchung über „Analyse und Intention“ (Tiemann 1987, S. 73 ff.).

II. ZUR DURCHFÜHRUNG UND ERWEITERUNG DER REPLIKATIONSSTUDIE

Bei der Durchführung der ersten Befragung von schwulen Männern im Auftrag der Deutschen AIDS-Hilfe, die über die Verbreitung eines Fragebogens in den sechs bekanntesten Schwulen-Zeitschriften der Bundesrepublik erfolgte, hatte sich herausgestellt, daß auf diese Weise ein breit gestreuter Kreis von homosexuellen Männern erreicht werden konnte. Die deutliche Akzeptanz des Erhebungsinstruments zeigte sich in mehrfacher Hinsicht:

- Es gab keinen Fragebogen, der – ersichtlich mit falschen Angaben versehen – Sand ins Getriebe streuen sollte oder so unvollständig oder mangelhaft ausgefüllt war, daß er nicht ausgewertet werden konnte.
- 40% der Befragten (367 Personen) hatten weder Abitur noch Hochschulbildung (19% Volks- oder Hauptschule, 21% mittlere Abschlüsse).

Damit spiegelt die erste Erhebung zwar möglicherweise den für viele Studien über Homosexuelle gegebenen Mittelschichts-„Bias“ wider; dennoch zeigt die Beteiligung von mehreren hundert Personen mit niedrigeren und mittleren Bildungsabschlüssen, daß eine gute Akzeptanz des Fragebogens auch relativ unabhängig vom Bildungsgrad gegeben war. Der Bruttorücklauf von über 1000 Fragebogen war ebenfalls ermutigend. All dies ließ erwarten, daß eine Replikationsuntersuchung zur Validierung der Ergebnisse der ersten Erhebung erfolgreich durchgeführt werden könnte.

Ein erhebungstechnisch unaufwendiges Verfahren war in der ersten Befragung nicht nur wegen der absehbar begrenzten Mittel, sondern auch im Sinne einer Option für Wiederholungen der Erhebung gewählt worden. Durch die besondere Verteilungsart wurde gleichzeitig eine aufwendige Adressenverwaltung vermieden und dem Bedürfnis der Befragten nach Anonymität Rechnung getragen – bei der intimen und zugleich brisanten Natur vieler Fragen ein Aspekt von besonderer Bedeutung.

Die ursprüngliche Befragung der Zielgruppe im Oktober 1987 hatte zwei deutlich umrissene Fragestellungen zum Inhalt und ein klares gesundheitspolitisches Ziel im Hintergrund. Ermittelt werden sollten zum einen der Informationsstand über AIDS bei homosexuellen Männern in der Bundesrepublik, die verschiedenen Informationsquellen, die beansprucht werden, und die Bewertung der Informations- und Beratungstätigkeit der AIDS-Hilfen in diesem Zusammenhang. Zum anderen sollte geklärt werden, inwieweit das Sexualverhalten von homosexuellen Männern dem Infektionsrisiko durch HIV Rechnung trägt; dies sollte auch eine Einschätzung ermöglichen, in welchem Ausmaß die Empfehlungen der Deutschen AIDS-Hilfe zu risikoarmem oder „Safer Sex“ angenommen werden. Das Hauptziel der Untersuchung war, im Teilbereich Primärprävention für homosexuelle Männer Stärken und Defizite der Arbeit der Deutschen AIDS-Hilfe und der regionalen AIDS-Hilfen auszumachen, um dar-

aus mögliche Folgerungen für die zukünftige Präventionsarbeit zu ziehen. Veränderungen und Trends im Hinblick auf Einstellungen und Verhalten konnten in dieser ersten Untersuchung nur aus den Einschätzungen der Befragten selbst abgeleitet werden. Mit Hilfe der Replikation sollten diese Veränderungen und Trends objektiviert dokumentiert werden.

Um zu überprüfen, ob das mit den Zeitschriften erreichbare Lesepublikum von Homosexuellen ein hinreichend breites Spektrum repräsentiert, wurde die zweite Befragung im Oktober 1988 in erweiterter Form durchgeführt. Zusätzlich zu den sechs 1987 berücksichtigten Zeitschriften *Adam* (Frankfurt), *Du + Ich* (Hannover), *Gay Express* (Hamburg), *Homoh* (Frankfurt), *Rosa Flieder* (Nürnberg) und *Siegessäule* (Berlin) wurde das neu erschienene Magazin *Männer* (Berlin) berücksichtigt. Außerdem wurde der Fragebogen in bestimmten Städten (in Berlin, Hamburg, Hannover, Köln und Düsseldorf) in Saunen für Homosexuelle und in Clubs und Bars der „Lederszene“ verteilt. Die Verteilung der Fragebogen war von den jeweiligen regionalen AIDS-Hilfen übernommen worden. Da es in Frankfurt und München gesundheitspolitische Eingriffe in den Saunenbetrieb (in München auch in die Lederszene) gegeben hatte, wurden diese beiden Städte, obwohl sie zu den fünf wichtigsten „Schwulenmetropolen“ der Bundesrepublik gehören, in der Sondererhebung nicht berücksichtigt.

Es erfolgte somit eine Ausweitung der Untersuchung auf spezifische Teilszenen der schwulen Subkultur, und zwar ausdrücklich auf jene Szenen, die unter Schwulen als geeignete Orte für leicht anzubahnende Sexualkontakte gelten. Der Rücklauf über die Homosexuellen-Presse betrug bis zum Beginn der Kodier- und Dateneingabe-Arbeiten Anfang Dezember 973 Fragebogen, von Saunenbesuchern wurden 67 Fragebogen zurückgeschickt, aus der Lederszene beteiligten sich 82 Personen. Der Nettorücklauf betrug damit bis „Redaktions-schluß“ 1122 Fragebogen. Der Bruttorücklauf erhöhte sich auf insgesamt 1249 Fragebogen, wenn die weiteren 85 Fragebogen berücksichtigt werden, die noch nach Mitte Dezember zurückgesandt wurden, und die 42 Fragebogen hinzugezählt werden, die aus dem europäischen Ausland (unter ihnen 21 aus der Schweiz, 14 aus Österreich und 4 aus den Beneluxländern) kamen und nicht in die Auswertungen einbezogen wurden. Bezogen auf die geschätzte verbreitete Auflage der Zeitschriften von insgesamt 60.000 Exemplaren liegt der Rücklauf für die Periodika 1988 mit 1,8 Prozent leicht unter dem von 1987 mit 2 Prozent. Eine Rücklaufberechnung für den Saunenbereich und die Lederszene ist nicht möglich, da nicht überprüft werden konnte, wie lange die ausgelegten Fragebogen an den entsprechenden Orten dem Publikum zugänglich waren.

III.

SOZIODEMOGRAPHISCHE DATEN

Die soziodemographischen Daten der Befragten in der zweiten Erhebung zeigen, daß mit der ersten Befragung ein für die Leserschaft der Zeitschriften eher „typischer“ Querschnitt erreicht wurde. In Hinblick auf wichtige soziale Strukturmerkmale wie Alter, Familienstand, Bildungsniveau und Beruf gibt es keine nennenswerten Unterschiede in der Zusammensetzung der beiden „Spontan“-Stichproben (vgl. Anhang 3, Frage 54, 55, 56 und 58). Lediglich hinsichtlich der Größe des Wohnorts verringert sich der Anteil der Befragten aus den drei Millionenstädten Berlin, Hamburg und München von 44 Prozent (1987) auf 37 Prozent (1988); alle anderen Gemeindegrößenklassen von den kleineren Orten unter 20.000 Einwohnern bis hin zu den Großstädten mit über 500.000 Einwohnern nehmen in ihren Anteilen dagegen leicht zu. Zum Teil ist der Rückgang des Anteils der Befragungsteilnehmer aus den Millionenstädten zurückzuführen auf die Einbeziehung des Magazins *Männer* in den Verteiler. Als Zeitschrift mit bundesweiter Verbreitung erreicht *Männer* (ebenso wie *Du + Ich*) mehr Leser in den mittleren und kleineren Orten. Ein weiterer Grund ist der Rückgang des Anteils der Personen, die sich über das Monatsblatt *Gay Express* an der zweiten Umfrage beteiligt haben (vgl. Anhang 3, Frage 62). *Gay Express* wird vor allem in Hamburg und Berlin gelesen. Vergleicht man jedoch den Anteil der Befragten in beiden Erhebungen aus großstädtischen Ballungsgebieten mit über 500.000 Einwohnern (einschließlich eines Einzugsgebiets von bis zu 50 km Entfernung), so zeigt sich, daß in der ersten Erhebung 73 Prozent, in der zweiten Erhebung 70 Prozent in diesen Ballungsräumen leben; auch die Unterschiede in der Größe des Wohnorts scheinen von daher eher vernachlässigenswert zu sein.

Die Ähnlichkeit in der Zusammensetzung der beiden „Samples“ zeigt sich auch bei Merkmalen wie dem Organisationsgrad in Parteien und Gewerkschaften, Mitgliedschaften in AIDS-Hilfen und Schwulengruppen und dem Ausmaß der Integration in die – eher kommerziell geprägte – schwule Subkultur; als Indikator wurde hier die Häufigkeit des Besuchs von „subkulturellen“ Treffpunkten wie Bars, Cafés, Saunen usw. genommen (vgl. Anhang 3, Frage 15 und 57). Die soziodemographische Struktur der Befragungsteilnehmer kann nur für die beiden Erhebungszeitpunkte 1987 und 1988 miteinander verglichen werden, nicht aber mit der Zusammensetzung der gesamten Leserschaft der sechs bzw. sieben berücksichtigten Zeitschriften, da diese unbekannt ist. Es kann also nicht entschieden werden, ob die Struktur der Befragungsteilnehmer der Zusammensetzung der Gesamtleerschaft ähnelt oder deutlich davon abweicht. Die Tatsache, daß mit der Replikationsuntersuchung eine fast gleiche soziodemographische Konstellation erzielt wurde, läßt jedoch die Vermutung zu, daß das Befragungen zugängliche Spektrum homosexueller Männer auch erreicht wurde.

Die Teilnehmer aus den beiden Zusatzerhebungen (Saunen und Lederszene) stellen eine Gruppe von 149 Personen dar. Ihr spezifisches Gewicht ist gegenüber den Personen, die über die Zeitschriften an der Befragung teilgenommen haben (973 Personen), relativ gering; sie können deshalb auch keinen großen Einfluß auf Änderungen in der Gesamtverteilung haben. Allerdings weichen die beiden Vergleichsgruppen der Saunenbesucher und der Lederszene bei einigen soziodemographischen Merkmalen deutlich von der Gesamtgruppe ab. Die Teilnehmer aus den beiden Zusatzerhebungen sind älter (Durchschnittsalter 37 Jahre) als die Gesamtheit der Befragten (Durchschnittsalter 33 Jahre). Da die Verteilung der Fragebogen für die Zusatzerhebung nur in ausgewählten Großstädten erfolgte, ist es auch nicht verwunderlich, daß die Wohnorte der Befragten aus den Vergleichsgruppen fast ausschließlich (zu neun Zehnteln) in großstädtischen Ballungsräumen mit über 500.000 Einwohnern konzentriert sind. Höheres Durchschnittsalter, Konzentration in den Großstädten und besondere Affinität zur schwulen Subkultur sind beiden Vergleichsgruppen gemeinsam. Spürbar unterschieden sie sich sowohl untereinander wie auch von der Gesamtheit der Befragten im Hinblick auf die Mitgliedschaft in Schwulengruppen und in den AIDS-Hilfen. Lediglich zwei Prozent der Saunenbesucher sind Mitglieder in einer Schwulengruppe, dagegen 39 Prozent der Personen aus der Lederszene; von der Gesamtheit der Befragten sind 18 Prozent in einer Schwulengruppe. Der hohe Organisationsgrad der Personen aus der Lederszene ist leicht zu erklären; zum einen erfolgte die Verteilung der Fragebogen auch über die Vereine der Lederszene, der hohe Organisationsgrad beruht also zum Teil auf einem Verteilereffekt; zum anderen ist bekannt, daß ein erheblicher Teil der Besucher von Lederbars auch in Lederclubs organisiert ist. Aufschlußreicher ist, daß es gelungen ist, mit der Verteilung des Fragebogens in Homosexuellen-Saunen eine Gruppe zu erreichen, die ein eher distanziertes Verhältnis zur Schwulenbewegung hat oder auch nur zu Vereinen, die schwule Geselligkeit pflegen. Unterschiede hinsichtlich der Mitgliedschaft in einer AIDS-Hilfe sind weniger ausgeprägt: von den Saunenbesuchern sind 7,5 Prozent, von den Personen aus der Lederszene 8,5 Prozent und von der Gesamtheit der Befragten 9,2 Prozent Mitglied in einer AIDS-Hilfe.

Die Zusatzerhebungen unter Saunenbesuchern und Angehörigen der Lederszene ermöglichen es – auch wenn der Rücklauf in beiden Bereichen eher bescheiden war –, zwei Vergleichsgruppen zu bilden, die für statistische Zwecke eine akzeptable Größe und hinsichtlich zentraler soziodemographischer Merkmale eine hinreichende Streubreite aufweisen. Aus methodischen Gründen sollte der in den Saunen und der Lederszene verteilte Fragebogen der gleiche sein wie der, der über die Homosexuellen-Zeitschriften verbreitet wurde. Das in den Saunen oder Lederbars eingesetzte Erhebungsinstrument berücksichtigt deshalb auch nicht die Spezifika dieser Orte. Fragen zum Sexualverhalten sind nicht eingegrenzt auf Sexualkontakte in den Saunen oder Lederclubs, sondern beziehen sich auf die gesamte sexuelle Aktivität. Mit den Zusatzerhebungen wurde lediglich der Zugang zur befragten Zielgruppe erweitert.

Ein Erhebungsverfahren, das auch die Spezifika der beiden Teilszenen berücksichtigt hätte, wäre zu aufwendig gewesen und hätte den vorgesehenen Rahmen der Replikationsuntersuchung gesprengt. Angesichts des ungewissen Ausgangs der Sondererhebungen (Höhe des Rücklaufs) wäre eine solche Aus-

weitung auch vor dem Hintergrund zeitlich und finanziell begrenzter Ressourcen zu riskant gewesen. In forschungsstrategischer Hinsicht ist dies bedauerlich, da bisher – mit Ausnahme einiger weniger US-amerikanischer Untersuchungen (Weinberg/Williams 1979, Kamel 1983, Lee 1983) – kaum Darstellungen der sozialen Organisation von Homosexuellen-Saunen oder der Lederszene vorliegen.

Die Replikation einer Untersuchung, wie sie hier durchgeführt worden ist, stellt einen Sonderfall dar. Wie in jeder Wiederholungsuntersuchung sind die forschungsleitenden Fragestellungen, deren Umsetzung in ein Erhebungsinstrument und die Zielgruppe der Untersuchung in der schon einmal durchgeführten Untersuchung angelegt. Innerhalb eines Panelvorhabens werden dagegen dieselben „Untersuchungsobjekte“, z.B. Personen, mehrfach untersucht. Die hier durchgeführte Untersuchung richtete sich in ihrem Hauptteil an eine identische Zielgesamtheit, d.h. die Leserschaft von Homosexuellen-Zeitschriften. Es war nicht zu erwarten, daß sich derselbe Personenkreis wieder an der zweiten Untersuchung mit einem fast identischen Erhebungsinstrument beteiligen würde. Dennoch wurde – wie schon beschrieben – mit der zweiten Untersuchung eine fast gleiche soziodemographische Konstellation wie in der ersten Erhebung erzielt. Unter dieser Voraussetzung kommt der Objektivierung der Ergebnisse der ersten Erhebung eine Qualität zu, wie sie sonst nur über Paneluntersuchungen zu erreichen ist. Allerdings konnte bei der Planung der Wiederholungsuntersuchung erwartet werden, daß sich ein bestimmter Personenkreis auch von der zweiten Befragung angesprochen fühlen und sich daran beteiligen würde. Durch eine Zusatzfrage wurde ermittelt, ob die 1988 Befragten auch schon an der 1987 durchgeführten Erhebung teilgenommen hatten. 255 Personen (23%) haben an beiden Umfragen teilgenommen. Auch diese Personengruppe stellt kein Panel dar, da auf der individuellen Ebene diese zweifach befragten Personen nicht unter den Teilnehmern der ersten Erhebung zu identifizieren sind (Anonymität der beiden Umfragen). Dennoch ist auf der aggregierten Ebene diese Gruppe besonders geeignet, um Kontinuitäten oder Diskontinuitäten in den mit der ersten Erhebung ermittelten Trends zu untersuchen. Zu klären ist allerdings auch hier vorab, inwieweit sich diese Vergleichsgruppe in ihrer inneren Struktur von der Zusammensetzung der beiden Gesamt-Samples unterscheidet. Die Unterschiede sind im Hinblick auf einige soziodemographische Merkmale zwar gegeben, sie sind aber nur selten stärker ausgeprägt. Der Personenkreis, der sich an beiden D.A.H.-Befragungen beteiligte, ist etwas älter (im Durchschnitt 35 Jahre) als die Teilnehmer der zweiten Erhebung (Durchschnitt 33 Jahre). Ihm gehören mehr Personen mit höherem Bildungsniveau an (64 Prozent haben Abitur oder Hochschulabschluß gegenüber 58 Prozent bei den „Erstteilnehmern“ der zweiten Befragung). Schließlich ist der Organisationsgrad dieses Personenkreises in Schwulengruppen und AIDS-Hilfegruppen auch höher als bei den anderen Befragungsteilnehmern. Damit ist gleich ein Hinweis auf die besondere Motivationslage der Personen gegeben, die sich an beiden Erhebungen der Deutschen AIDS-Hilfe beteiligt haben.

IV. FREUNDSCHAFTEN UND PROMISKUITÄT

In allen Untersuchungen zu Änderungen im Sexualverhalten von schwulen Männern unter dem Eindruck von AIDS (vgl. die zusammenfassenden Darstellungen von Becker/Joseph 1988, Eckert 1989, Fitzpatrick/Boulton/Hart 1989 und Pollak/Dubois-Arber/Bochow 1989) wird ein Rückgang der Partnerzahlen festgestellt. Ein Rückgang der Zahl der Sexualpartner im Vergleich zu den 70er Jahren wurde ebenfalls in der Befragung von 1987 festgestellt (zum Vergleich wurden die Daten aus der Untersuchung von Dannecker/Reiche – 1974 – herangezogen). Dieser Trend hat sich im Beobachtungszeitraum zwischen 1987 und 1988 nicht fortgesetzt. Die Anzahl der Sexualpartner, die für die abgelaufenen 12 Monate vor der Befragung angegeben wird, ist 1987 und 1988 nahezu gleich. Ohne jeden Sexualpartner lebten 1987 und 1988 jeweils 4 Prozent, weniger als sechs Sexualpartner hatten 1987 52 Prozent und 1988 53 Prozent. Über zwanzig Sexualpartner werden 1987 von 15 Prozent und 1988 von 14 Prozent der Befragten angegeben (vgl. Anhang 3, Frage 4).

Diese Ergebnisse scheinen eindeutig, auch der Vergleich mit den Ergebnissen der Erhebungen von Michael Pollak in Frankreich, die in der Anlage den beiden D.A.H.-Befragungen am ehesten entsprechen, lassen sie plausibel erscheinen (vgl. zusammenfassend Pollak 1988). Die Zuverlässigkeit solcher Daten wird jedoch immer wieder mit dem Verweis auf das durch Effekte der sozialen Wünschbarkeit geprägte Antwortverhalten der Befragten angezweifelt. Ein weiterer methodischer Einwand ist vor allem von Tony Coxon formuliert worden. Der Zeitraum, auf den sich die Frage nach der Anzahl der Sexualpartner bezieht, beträgt in der diesem Bericht zugrunde liegenden Erhebung ein Jahr, in anderen Untersuchungen 6 Monate (z.B. in den von Michael Pollak betreuten Gai Pied-Befragungen in Frankreich). Beide Zeitspannen hält Coxon allerdings für viel zu lang, als daß die Befragten – vor allem, wenn sie eine höhere Anzahl von Sexualpartnern haben – retrospektiv zuverlässige Angaben machen könnten. Coxon hält das Erinnerungsvermögen für jeden Zeitpunkt, der länger als zwei/drei Wochen vor der Befragung liegt, für überfordert (Coxon 1988a, S. 354). Sein methodischer Ausweg aus diesem Problem ist das „sexual diary“, also eine Art Tagebuch, das den Befragten für den Befragungszeitraum zum Ausfüllen überantwortet wird. Dieses „sexual diary“ ist so differenziert, daß der Befragte gezwungen ist, unmittelbar nach jedem Sexualkontakt Buch zu führen, um sein Erinnerungsvermögen nicht zu überfordern. Beide Einwände, der Verweis auf die durch Effekte sozialer Wünschbarkeit hervorgerufenen Verzerrungen im Antwortverhalten von Befragten wie auch Coxons Relativierung der Qualität retrospektiv ermittelter Daten, sind durchaus ernstzunehmen. Werden die in beiden Befragungen ermittelten Partnerzahlen jedoch nur für eine Trendbestimmung benutzt, so verfehlen beide Einwände ihren

Gegenstand. Für diese Trendanalyse ist es von nachgeordneter Bedeutung, ob unter den Personen nicht vielleicht doch ein höherer Anteil von Personen ist, der mehr als 20 oder 50 Sexualpartner innerhalb von 12 Monaten hatte. Solche Verzerrungen können allenfalls den Trend stärker erscheinen lassen als er ist, ihn aber nicht umkehren. Diese Relativierung, die vor der Fetischisierung von einzelnen Prozentangaben warnen will, dennoch aber die Gültigkeit der ermittelten Trends behauptet, läßt sich auf jedes empirische Ergebnis dieser Studie beziehen.

Die Durchschnittsdauer der Beziehungen hat sich nicht verändert. In beiden Befragungen bestanden über zwei Drittel der Beziehungen länger als ein Jahr, die Hälfte war länger als zwei Jahre, und ein Drittel der festen Freundschaften bestand schon mehr als vier Jahre. Die Durchschnittsdauer (Median) aller Beziehungen betrug 1987 27 Monate und 1988 30 Monate. Auch der Anteil monogamer Beziehungen hat zwar im Vergleich zu den 70er Jahren zugenommen, nicht aber zwischen den beiden Erhebungszeiträumen 1987 und 1988. 1988 hatten 22 Prozent der Männer, die in einer festen Beziehung lebten, nur einen Sexualpartner in den letzten zwölf Monaten vor der Befragung, 1987 waren dies 24 Prozent. Von den Befragten selbst erklären die Hälfte der Männer mit einer festen Beziehung diese für monogam.

Die hier entstehende Diskrepanz hat zwei Ursachen. Der eine Grund besteht darin, daß eine Beziehung als „geschlossen“ erklärt wird, obwohl auch Kontakte zu anderen Sexualpartnern bestehen; dies trifft für einen kleineren Personenkreis zu (37 Personen). Der zweite Grund ist darin zu suchen, daß ein Drittel der Beziehungen zum Zeitpunkt der Befragung noch nicht zwölf Monate bestand. Für diesen Personenkreis (189 Personen) besteht die Möglichkeit, daß mehrere kurze, aber monogame Beziehungen während der zwölf Monate vor der Befragung bestanden (sequentielle Monogamie), auch andere Sequenzen und Beziehungskonstellationen sind denkbar. Diese Sequenzen sind mit den Mitteln der vorliegenden Untersuchung nicht zu rekonstruieren, da nur nach der zum Zeitpunkt der Erhebung bestehenden Beziehung gefragt wurde. Es fällt jedoch auf, daß zwei Drittel (66%) der Beziehungen, die noch nicht ein Jahr bestanden, als monogam erklärt werden, während dies nur bei gut einem Drittel (38%) der Beziehungen der Fall ist, die länger als ein Jahr dauern. Dieser Umstand läßt sich leicht aus der spezifischen Dynamik der verschiedenen Phasen einer Beziehung erklären; den ersten Monaten des „frisch Verliebtheits“ und der ausschließlichen Konzentration aufeinander folgt in den späteren Phasen sehr vieler Beziehungen wieder die Öffnung nach außen, die auch die Möglichkeit anderer Sexualpartner zuläßt. David P. McWhirter und Andrew M. Mattison (1986, S. 207 ff.) erklären diese Offenheit einer Mehrzahl von langjährigen festen Beziehungen zwischen homosexuellen Männern sogar zu einer Voraussetzung für deren Fortbestand.

V.

AKZEPTANZ DER HOMOSEXUALITÄT IM FAMILIEN- UND FREUNDESKREIS

Als der Bericht über die erste Umfrage der Deutschen AIDS-Hilfe (Ende 1988) veröffentlicht und auch im Kreis der Kollegen des Autors aus dem sozialwissenschaftlichen Fächerspektrum verteilt wurde, stieß ein Ergebnis der Erhebung auf großes Erstaunen: die Kollegen, durchweg durch das liberale Berliner Klima geprägt, berichteten fast ausnahmslos, daß sie der nach wie vor hohe Anteil von Schwulen, deren Homosexualität in der eigenen Familie und im Freundeskreis nicht bekannt ist oder abgelehnt wird, überrascht hätte. Das Erstaunen bringt nicht nur das „progressive“ Vorurteil zum Ausdruck, daß heutzutage zumindest in Großstädten Homosexuelle doch mehr oder weniger akzeptiert seien. Es verweist auch auf den Umstand, daß in der Bundesrepublik weder die akademische Soziologie noch die akademische Psychologie sich bisher in nennenswertem Umfang mit der Homosexualität und den Homosexuellen befaßt haben, somit Vorstellungen über die Lebenswelt der Homosexuellen auch in den beiden für kritische Analysen prädestinierten Disziplinen nicht das Feld des laienhaften Alltagsverständnisses überschreiten.

Auch wenn die Verheimlichung der eigenen sexuellen Orientierung häufig mehr der inneren psychischen Dynamik der Betroffenen und weniger äußeren Umständen geschuldet sein mag, kann das „Verstecken“ der eigenen Homosexualität durchaus als Indikator für das nach wie vor bestehende Ausmaß an gesellschaftlicher Ablehnung, das Homosexuelle antizipieren müssen, angesehen werden. Wie in der ersten Erhebung wird auch in der Wiederholungsstudie deutlich, daß selbst in großstädtischen Ballungsräumen nur die Hälfte der Befragten ihr soziales Umfeld so einschätzt, daß es ihre Homosexualität mehrheitlich akzeptiert. Zum sozialen Umfeld wurden dabei Eltern und Geschwister, Arbeitskollegen und Freunde gerechnet. Wird nur der engere Familienkreis, d.h. Eltern und Geschwister berücksichtigt, so zeigen sich die gleichen Tendenzen. Das soziale Umfeld hat Einfluß auf das Familienklima. Die Akzeptanz der Homosexualität des Sohnes ist in kleineren Orten und Städten am geringsten ausgeprägt (vgl. Anhang 2, Tabelle 1), unter den Hauptschülern gibt es den höchsten Anteil an Personen ohne jeden Rückhalt in der Familie. Die Annahme der Homosexualität des Sohnes in der Familie ist geeignet als Indikator für die Selbstdarstellung als Schwuler im Freundes- und Kollegenkreis. Dies deutet auf eine vorhandene Tendenz hin, das „coming out“ (und das „going public“) als Homosexueller nicht auf den persönlichen Freundeskreis, die „family of choice“ der Homosexuellen zu beschränken, sondern auch die Herkunftsfamilie (die „family of origin“) einzubeziehen.

Wie stabilisierend für die Identität als Homosexueller sich die offene Auseinandersetzung mit der Herkunftsfamilie auswirkt, zeigt sich im folgenden. Personen, die in der Anerkennung ihrer sexuellen Orientierung einen festen Rück-

halt in der Familie haben, sind in deutlich höherem Umfang in der gay community politisch aktiv. In Schwulengruppen sind zum Beispiel 33 Prozent der Personen aktiv, deren Eltern und Geschwister ihre Homosexualität akzeptieren oder zumindest hinnehmen; bei den Homosexuellen ohne jeden Familienrückhalt in dieser Hinsicht sind dies nur 11 Prozent. Ähnlich verhält es sich mit dem Engagement in den AIDS-Hilfen. Schwule mit eher akzeptierender Herkunftsfamilie sind zu 13 Prozent in AIDS-Hilfen engagiert, bei den Personen ohne Familienrückhalt in dieser Hinsicht sind es 5 Prozent. Der Tatbestand erscheint erwähnenswert, ohne daß damit behauptet werden soll, daß die Mitarbeit in einer AIDS-Hilfe Ausdruck einer gelungenen homosexuellen Entwicklung ist.

Für die meisten ist die Offenheit in der Familie über die eigene Homosexualität eine sehr selektive. Nur bei einem Viertel der Befragten wird sie von beiden Elternteilen und den Geschwistern, für weitere 7 Prozent von Vater und Mutter akzeptiert oder hingenommen. Für 22 Prozent besteht bei Mutter und Geschwistern ein offeneres Verhältnis zur Homosexualität des Sohnes und des Bruders, bei 15 Prozent ist dies nur bei Geschwistern der Fall. Ein Viertel der Befragten muß auf jedes Verständnis der Familie für die eigene sexuelle Orientierung verzichten, entweder, weil die Homosexualität verborgen bleibt oder aber nicht akzeptiert wird.

Deutliche Unterschiede hinsichtlich der Auseinandersetzung über die eigene Homosexualität mit der Herkunftsfamilie zeigen sich beim Alter. Die Altersgruppe der 25- bis 44jährigen weist den höchsten Anteil an Personen auf, deren Homosexualität von der eigenen Familie akzeptiert oder hingenommen wird. Bei den jüngeren Befragten unter 25 Jahren und bei den Älteren ist die Akzeptanz geringer. Dies hat zwei sehr unterschiedliche Ursachen. Unter den jüngeren Homosexuellen dürfte sich eine bestimmte Anzahl von Personen befinden, die noch vor ihrem „coming out“ sind, bei denen also davon auszugehen ist, daß eine Auseinandersetzung über ihre Homosexualität mit der Herkunftsfamilie noch stattfinden wird. Die älteren Homosexuellen erlebten dagegen ihre Jugend in einer Zeit, in der Homosexualität strafrechtlich verfolgt und sogar mit dem Tode geahndet wurde (1933-1945). Zusätzlich zur Kriminalisierung der Homosexualität war die Zeit zwischen dem Anfang der 30er Jahre und der Mitte der 60er Jahre noch durch eine besonders starke allgemeine Sexualfeindlichkeit geprägt. Die älteren Homosexuellen hatten also viele Gründe, ihre Homosexualität auch vor der eigenen Familie zu verbergen.

Bildet man eine Reihenfolge unter den Familienmitgliedern, die sich am offensten zeigen, so zeigt sich, daß die meisten Befragten eine positive Reaktion bei ihren Geschwistern (55%) und ihrer Mutter (54%) angaben. Das Verhältnis der schwulen Söhne zu ihren Vätern erweist sich am schwierigsten: von den Vätern nehmen nur 35% die Homosexualität ihres Sohnes hin oder akzeptieren sie; umgekehrt findet sich unter den Vätern der höchste Anteil von Personen, die die Homosexualität ihres Sohnes explizit ablehnen (17%). Am geringsten ist die Ablehnung unter den Geschwistern (6%), bei den Müttern sind es 14%, die die Homosexualität ihres Sohnes ablehnen.¹

1 Das Ausmaß der Ablehnung durch Familienmitglieder ist jedoch größer, als diese Werte nahelegen. Bezieht man die Zahl der die Homosexualität des Sohnes oder des Bruders ablehnenden Personen nur auf die Familienmitglieder, die überhaupt darüber informiert sind, so ergeben

Homosexuelle, die ihre sexuelle Orientierung meinen verbergen zu müssen, sind – dies ist vielleicht trivial, sollte aber doch vermerkt werden – in sehr viel geringerem Umfang als offen schwul lebende Homosexuelle in der Lage, einen schwulen Freundeskreis aufzubauen. Fast zur Hälfte (46%) geben sie an, daß ihr Freundeskreis ausschließlich aus heterosexuellen Freunden und Freundinnen besteht, während dies bei offen lebenden Schwulen nur 12 Prozent sind.

Die Akzeptanz in der eigenen Familie – dies ist wohl keine gewagte Spekulation – hat entscheidende Auswirkungen auf die Selbst-Akzeptanz der Individuen. Beide, Selbst- und Fremd-Akzeptanz, sind wiederum entscheidende Voraussetzungen für die subjektiv befriedigende Interaktion des Individuums mit seiner Umwelt, vor allem für das Einschlagen von angemessenen Bewältigungsstrategien in krisenhaften Situationen.

sich folgende Werte: 32% der Väter und 20% der Mütter lehnen die Homosexualität des Sohnes ab. 10% der Geschwister lehnen die Homosexualität des Bruders ab.

Mit den Mitteln dieser Erhebung können nur – sehr selektiv – bestimmte „Oberflächenphänomene“ in der Lebenssituation von Schwulen erfaßt und beschrieben werden. Eine umfassende Analyse der sehr unterschiedlichen Beziehungen von Schwulen zu ihrer Herkunftsfamilie und der damit einhergehenden Psychodynamik bedürfte anderer Erhebungs- und Darstellungsverfahren.

VI. SEXUALITÄT UND SAFER SEX

Obwohl ungeschützter Anal- und Vaginalverkehr als wahrscheinlichste Übertragungswege des Virus HIV im sexuellen Bereich gelten (Kingsley et al. 1987, S. 345 ff.), besteht nach wie vor keine Einigkeit bei der Einschätzung weiterer nicht nur möglicher, sondern auch wahrscheinlicher Übertragungswege. Dies gilt vor allem für die Einschätzung der Risikohaftigkeit des oral-genitalen Verkehrs (Rozenbaum 1988, S. 1395), aber auch bei der Risikobestimmung von oral-analen Kontakten. Entsprechend differieren die Empfehlungen zu risikoarmem Sex selbst bei schwulen Selbsthilfegruppen. In den USA und Frankreich wird in der Regel auch bei Oralverkehr Kondombenutzung empfohlen, in den Niederlanden wird in einem großen Teil der „gay community“ überhaupt von Analverkehr (auch mit Kondom) abgeraten, die Deutsche AIDS-Hilfe (wie auch die AIDS-Hilfe Schweiz; vgl. AIDS-Hilfe Schweiz 1988) empfiehlt demgegenüber Kondombenutzung bei Analverkehr und das Vermeiden von oralem Kontakt mit Sperma (zur Situation in den Niederlanden vgl. van Griensven 1989). Die geschilderten Unterschiede, die sich beim internationalen Vergleich von Safer Sex-Empfehlungen zeigen, finden sich innerhalb aller westeuropäischen Länder mit nennenswerter HIV-Prävalenz wieder. So gibt es in der Bundesrepublik neben den Empfehlungen der Deutschen AIDS-Hilfe auch Stellungnahmen aus der Ärzteschaft, die Oralverkehr (auch ohne Kontakt mit Sperma) als riskant bezeichnen. Ebenso wird die Minderung der Zahl der Sexualpartner immer wieder als probates Mittel ausgegeben, sich vor einer HIV-Übertragung zu schützen. Vor diesem Hintergrund war eine starke Verunsicherung der Adressaten der zum Teil widersprüchlichen Ratschläge – vor allem in den Hauptbetroffenengruppen – zu erwarten; sie ist bei vielen wohl auch nicht ausgeblieben. Um so bemerkenswerter ist, daß der (als Hauptübertragungsweg von HIV bei homosexuellen Männern) von erneuter Tabuierung bedrohte Analverkehr weiterhin von einer großen Mehrheit – von vier Fünftel der Befragten – ausgeübt wird.

Der Anteil der Personen, die Analverkehr praktizieren, ist zu den beiden Erhebungszeitpunkten fast identisch: 1987 geben 78 Prozent an, zumindest manchmal Analverkehr auszuüben, 1988 sind es 81 Prozent. Von den Personen, die Analverkehr praktizieren, hat die deutliche Mehrheit (70%, 1987 71%) zumindest manchmal rezeptiven und insertiven Analverkehr; ausschließlich insertiven Analverkehr geben 18 Prozent an (1987 21%), ausschließlich rezeptiven 12 Prozent (1987 8%). Im Vergleich zur einzigen vorliegenden empirischen Untersuchung aus den 70er Jahren (Dannecker/Reiche 1974, S. 204 ff.) wie auch im Vergleich der beiden Erhebungszeitpunkte 1987 und 1988 hat es also keinen Rückgang beim Anteil der Schwulen gegeben, die Analverkehr praktizieren. Martin Dannecker belegt mit seiner Replikationsuntersuchung allerdings

einen deutlichen Rückgang in der Häufigkeit der Ausübung des Analverkehrs im Vergleich zu den 70er Jahren (Dannecker 1989).

Masturbation (allein oder mit Partner) wird von fast allen, aktive und/oder passive Fellatio von über neun Zehnteln der Befragten ausgeübt. Masturbation, Fellatio und Analverkehr sind damit die verbreitetsten Sexualpraktiken, alle anderen werden von einem wesentlich geringeren Teil bevorzugt (vgl. Anhang 3, Frage 9): Ein gravierender Unterschied ergibt sich allerdings bei den verbreiteteren Sexualpraktiken. Masturbation und Fellatio werden nicht nur von fast allen, sondern auch von vielen relativ häufig ausgeübt (vgl. Anhang 3, Frage 9). Analverkehr kommt dagegen nur noch bei einem Fünftel der Befragten häufiger vor.

Sadomasochistische Sexualpraktiken (17%) und Fist-Fucking (10%) sind in wesentlich geringerem Umfang verbreitet. Wird jedoch die Zugehörigkeit zu bestimmten subkulturellen Szenen berücksichtigt, ergibt sich ein anderes Bild. Während sich die Saunenbesucher von den Zeitschriftenlesern kaum unterscheiden, was die ausgeübten Sexualpraktiken anbelangt, ist dies bei den Angehörigen der Lederszene der Fall. Von ihnen geben mehr Personen an, daß sie Analverkehr ausüben (91%), die Hälfte (53%) hat auch S/M-Sex (da im Fragebogen lediglich „S/M“ als Kategorie vorgegeben war, mögen mit dieser Sammelbezeichnung sehr unterschiedliche Praktiken bezeichnet worden sein, von eher symbolischen Erniedrigungs- und Unterwerfungsritualen bis hin zu handgreiflicheren Dingen). Im Vergleich zu den anderen Gruppen mag ein Anteil von 53 Prozent hoch erscheinen, bezogen auf die landläufigen Vorstellungen über die Lederszene erscheint dieser Anteil jedoch eher niedrig, werden doch von vielen nicht nur Leder- und andere Accessoires als konstitutiv für die Zugehörigkeit zur Lederszene angesehen, sondern gerade auch die Ausübung von S/M-Ritualen.

Für Fist Fucking ergeben sich ähnliche Differenzen. Unter den Zeitschriftenlesern wird es zumindest manchmal von 9 Prozent praktiziert, bei den Saunenbesuchern sind es 16 Prozent, und bei den Befragten aus der Lederszene 23 Prozent. Zwischen S/M-Praktiken und Fist Fucking besteht eine bestimmte Affinität. Über die Hälfte der Personen, die Fist Fucking praktizieren, geben auch sadomasochistische Praktiken an, ein Drittel der Personen mit S/M-Praktiken betreibt auch Fist Fucking. Bei den Befragten aus der Lederszene ist die Überschneidung noch größer, hier geben drei Viertel der Personen, die Fist Fucking praktizieren, auch S/M-Praktiken an.

Wenn vier Fünftel der Befragten – relativ zeitstabil – angeben, Analverkehr zu praktizieren, bedeutet dies, daß die große Mehrzahl homosexueller Männer über den wahrscheinlichsten Übertragungsweg vom Infektionsrisiko betroffen ist. Das Infektionsrisiko hängt jedoch von einer Vielfalt von Faktoren (wie Art der Sexualpraktik, Schutzvorkehrungen, Häufigkeit ungeschützter risikoreicher Sexualpraktiken etc.) ab, so daß für die Hauptbetroffengruppe der schwulen Männer das Infektionsrisiko keineswegs gleich verteilt ist. Über ein Viertel der Befragten (26%) gibt zum Beispiel an, nur einige Male im Jahr Sexualkontakte zu Männern zu haben, 44 Prozent dagegen haben solche mindestens mehrere Male im Monat (vgl. Anhang 3, Frage 6). Die Kombination häufige Sexualkontakte und dabei häufig Analverkehr kommt vor allem bei fest befreundeten Männern vor (42%), fast unabhängig davon, ob sie eine

geschlossene Beziehung haben oder eine offene und wieviele Sexualpartner sie außerhalb ihrer Beziehung haben (vgl. Anhang 2, Tabelle 2). Schon bei nicht fest befreundeten Männern mit höheren Partnerzahlen hat dagegen nur noch ein Anteil von 26 Prozent häufigere Sexualkontakte und dabei häufig Analverkehr; unter den nicht fest befreundeten Männern mit geringeren Partnerzahlen ist dies nur bei 9 Prozent der Fall. Hieraus den Trend abzulesen, daß Analverkehr fast nur noch in festen Beziehungen stattfindet, wäre irrig und präventionspolitisch verhängnisvoll, allerdings kann mit den vorliegenden Daten die Aussage untermauert werden, daß Analverkehr – ob geschützt oder ungeschützt – am häufigsten in festen Beziehungen stattfindet. Angesichts der hohen psychischen Besetzung des Analverkehrs durch eine Mehrheit homosexueller Männer werden hier die psychischen Kosten in der Reaktion auf AIDS sichtbar: eine nicht unbeträchtliche Zahl von Schwulen ohne festen Partner verzichtet unter dem Eindruck von AIDS offenkundig sehr häufig auf Analverkehr (dieser Punkt wird ausführlich von Martin Dannecker analysiert; vgl. Dannecker 1989).

Ist die (theoretische) Risikoexposition auch unterschiedlich, so gilt doch, daß ungeschützter Analverkehr – unabhängig von der Frequenz seiner Ausübung – die risikoreichste Sexualpraktik ist. Deshalb soll zunächst auf einer relativ globalen Ebene betrachtet werden, wie diesem Infektionsrisiko Rechnung getragen wird. Eines der wichtigsten Ergebnisse der Erhebung von 1987 war, daß der regelmäßige Gebrauch des Kondoms sich – vor allem im Hinblick auf den kurzen Anpassungszeitraum, der zur Verfügung stand – schon in hohem Maße durchgesetzt hat. Der Trend zur Befolgung der wichtigsten Safer Sex-Empfehlung (bei Analverkehr Kondombenutzung) ist offenkundig relativ stabil. Der Anteil derjenigen, die bei Analverkehr in der Regel ein Kondom benutzen, ist zwischen 1987 und 1988 sogar von 52 auf 55 Prozent gestiegen (verglichen wurde hier nur die Leserschaft der 6 Periodika, über die auch schon in der ersten Erhebung ein Fragebogen verteilt wurde). Auch die zweite Erhebung belegt, daß ungeschützter Analverkehr vor allem in festen Beziehungen stattfindet. Fast zwei Drittel (65%) der Männer in monogamen Beziehungen, die Analverkehr praktizieren, haben diesen in ungeschützter Form, dieser Anteil reduziert sich deutlich auf etwas mehr als ein Drittel bei „promiskeren“ Männern ohne feste Beziehung (39%). Der geringste Anteil an ungeschütztem Analverkehr findet sich bei „promiskeren“ Männern in einer festen Beziehung (36%) (vgl. Anhang 2, Tabelle 3).

Bei den offenen Beziehungen, in denen Sexualkontakte auch außerhalb der festen Beziehung stattfinden, ist es nicht selbstverständlich, wenn auch plausibel, daß der ungeschützte Analverkehr ausschließlich oder vorwiegend in der Beziehung stattfindet. Durch eine in die Replikationserhebung neu aufgenommene Frage konnte diese Vermutung bestätigt werden. Nur bei einem kleineren Teil (ungefähr 10-20%) der Personen mit einer offenen Beziehung scheint es auch ungeschützten Analverkehr mit anderen Sexualpartnern als dem festen Freund zu geben (der Anteil läßt sich nicht exakt ermitteln, da die Frage nach Sexualkontakten außerhalb einer festen Beziehung offen gestellt war, mithin nicht alle Antworten eindeutig zuzuordnen sind).

Der Anteil der Männer an der Gesamtheit der Befragten, die keine feste Beziehung haben und (auch) Analverkehr ohne Kondom praktizieren, ist

zwischen 1987 und 1988 konstant geblieben (jeweils 14%). Dagegen hat der Anteil der Männer in festen Beziehungen, die (auch) ungeschützten Analverkehr haben, leicht abgenommen (von 27% auf 21%). Homosexuelle Männer, die keine feste Beziehung haben und regelmäßig ein Kondom benutzen, tun dies relativ unabhängig davon, wie oft sie Analverkehr haben. Dies gilt sowohl für Männer mit einer höheren wie auch mit einer niedrigeren Anzahl von Sexualpartnern, und es gilt sowohl für den rezeptiven wie für den insertiven Analverkehr, wengleich rezeptiver Analverkehr noch etwas häufiger in geschützter Form erfolgt als insertiver: Der Anteil der Männer ohne feste Beziehung, die in der Regel ein Kondom benutzen, beträgt je nach Häufigkeit des Analverkehrs und abhängig von der passiven oder aktiven Form des Analverkehrs zwischen 55 Prozent und 72 Prozent.

Die Aussage, daß der regelmäßige Gebrauch des Kondoms sich in einem kurzen Zeitraum in hohem Maße durchgesetzt hat, trifft demzufolge in einem allgemeinen Sinn zu, muß jedoch differenziert werden. Das Bestehen einer festen Beziehung und die Anzahl der Sexualpartner erweisen sich als die bestimmenden Faktoren. Der Gebrauch des Kondoms erfolgt am ehesten bei Männern ohne feste Beziehung, und dies relativ unabhängig von der Partnerzahl. Bei Männern, die in einer festen Beziehung leben, hat sich das Kondom am meisten bei denen durchgesetzt, die häufigere Sexualkontakte außerhalb ihrer Beziehung haben.

In den angelsächsischen Ländern (vor allem in den USA) ist gegenwärtig eine Tendenz zu beobachten, jeden ungeschützten Analverkehr als „unsafe“ zu definieren. Dies ist verständlich in Städten wie New York und San Francisco mit ihren außerordentlich hohen Anteilen an schwulen Männern mit HIV. Hier ist es naheliegend, den Gebrauch des Kondoms generell zu habitualisieren. Dennoch abstrahiert eine solche generalisierende Forderung von den konkreten Lebensumständen der Betroffenen; dies gilt noch mehr für die europäischen Länder mit einem deutlich geringeren Anteil an homosexuellen Männern mit HIV. Bei Abwägung aller Umstände dürfte es für viele schwule Paare in deutschen Großstädten keineswegs „unsafe“ sein, ungeschützten Analverkehr zu praktizieren.

Die Tendenz zu risikoarmen Sexualpraktiken wird bestätigt, wenn die Vergleichsgruppen in die Analyse mit einbezogen werden, die durch die Anlage der Replikationserhebung gebildet werden können. In der Lederszene und bei den Saunenbesuchern ist – was den Analverkehr anbelangt – der Trend zu risikoarmen Sexualpraktiken noch ausgeprägter als bei der Leserschaft der Schwulen-Zeitschriften. Analverkehr ist in diesen beiden Gruppen noch verbreiteter, nur 10 Prozent der Befragten aus der Lederszene und 16% der Saunenbesucher haben keinen Analverkehr, allerdings benutzen auch 76 Prozent der Männer aus der Lederszene und 68 Prozent der Saunenbesucher regelmäßig ein Kondom. Mit den Mitteln dieser Untersuchung läßt sich nicht klären, ob der auch bei Männern aus der Lederszene und Saunenbesuchern praktizierte ungeschützte Analverkehr in der Sauna und den Lederclubs oder außerhalb stattfindet. Dennoch läßt sich aus den vorliegenden Daten ein deutlicher Trend zu risikoarmem Sex ablesen. Für Europa liegen bisher keine vergleichbaren Untersuchungen über Saunenbesucher oder Angehörige der Lederszene vor. In den USA haben Gary Richwald u.a. 1986 das Sexualverhalten von Saunenbesuchern

in 7 Saunen des Los Angeles County untersucht. Diese Erhebung erzielte einen Rücklauf von 807 auswertbaren Fragebogen. Das Hauptergebnis der Studie wurde von den Autoren wie folgt zusammengefaßt:

“Seventy-one per cent of men did not participate in anal intercourse at all, and 90 per cent did not participate in anal intercourse without a condom. From these data, it is evident that most men report practicing so-called ‘safe’ sex habits ...” [„Einundsiebzig Prozent der Männer hatten überhaupt keinen Analverkehr und neunzig Prozent hatten keinen Analverkehr ohne Kondom. An diesen Daten wird evident, daß die meisten Männer angeben, sogenannte ‚sichere‘ Formen von Sexualität zu praktizieren ...“] (Richwald et al. 1988, S. 174)

Die Ergebnisse dieser Studie beziehen sich explizit auf das Sexualverhalten der Befragten in den Saunen. Die Untersuchung ist somit nur begrenzt vergleichbar mit der Zusatzserhebung der Deutschen AIDS-Hilfe. Dennoch ist sie geeignet, die für die Bundesrepublik beschriebene Tendenz zu bestätigen.

Die Vergleichsgruppen der Saunenbesucher und der Befragten aus der Lederszene bestätigen in beeindruckender Weise die Hauptergebnisse der ersten Erhebung. Gerade jene, die theoretisch dem höchsten Infektionsrisiko ausgesetzt sind, schützen sich am besten. Saunenbesucher und Angehörige der Lederszene haben zu einem größeren Anteil Analverkehr als die anderen Befragten, sie haben auch – vor allem die Saunenbesucher – mehr Sexualkontakte: in beiden Gruppen ist der Trend zu risikoangemessenem Sexualverhalten jedoch besonders ausgeprägt. Das von den AIDS-Hilfen, von Homosexuellen-Gruppen und von weitsichtigen Präventionspolitikern vorgebrachte Argument, daß Saunen und Lederbars/Lederclubs alles andere als „Brutstätten des Virus“ seien, sondern vielmehr geeignete Orte, um risikoarmen Sex zu praktizieren und zu ritualisieren, kann mit den Ergebnissen der Replikationserhebung durchaus belegt werden. Erfolgte eine polizeiliche Schließung von Saunen und Bars, fände ein empfindlicher Eingriff in wichtige Teile der schwulen Subkultur statt. Solange diese Kontaktorte selbstverständliche Teile der Subkultur sind, besteht begründete Hoffnung, gerade dort der gegenwärtigen Situation angemessene und individuell wie auch kollektiv verantwortete Umgangsformen zu entwickeln. Werden diese Kontaktorte hingegen geschlossen, kommt es zu einer Verlagerung der Kontakte in andere Bereiche, die sich gegenüber einer sinnvollen Beeinflussung verschließen.

Zeitstabilität in den Verhaltensänderungen zu risikoarmem Sex im strikten Sinne läßt sich (aus methodischen Gründen) nur für die Personen belegen, die sich sowohl 1987 wie auch 1988 an der Umfrage der Deutschen AIDS-Hilfe beteiligten. Auch hier ist das Ergebnis eindeutig. Der Anteil der Personen mit geschütztem Analverkehr hat in dieser Gruppe ebenfalls zugenommen, und zwar von 52 Prozent auf 58 Prozent. Wie eingangs erwähnt, repräsentiert der Personenkreis, der sich an beiden Umfragen der Deutschen AIDS-Hilfe beteiligt hat, den klassischen gesundheitsbewußten Mittelschichts-Schwulen: eher akademisch gebildet, eher in Großstädten wohnend und eher politisch oder sozial engagiert. Aus der isolierten Analyse dieser Gruppe wären demzufolge auch keine „starken“ Thesen abzuleiten. Dennoch kann behauptet werden, daß die Replikationsuntersuchung die Befunde der ersten Erhebung bestätigt. Dies vor allem deshalb, weil sich in allen Vergleichsgruppen, die gebildet wurden (die Saunenbesucher, die Befragten aus der Lederszene, der Personenkreis, der sich

bei der zweiten D.A.H.-Erhebung wiederholt beteiligte, sowie die große Gruppe derer, die sich erstmalig an der Umfrage von 1988 beteiligten), die mit der ersten Untersuchung ermittelten Trends bestätigen lassen.

Die bisher beobachteten Verhaltensänderungen unter dem Eindruck von AIDS erweisen sich damit als relativ zeitstabil. Diese ermutigende Beobachtung muß allerdings in dreifacher Hinsicht relativiert werden:

1. Um einen Trend zu zeitstabilen Verhaltensänderungen wirklich zu belegen, bedürfte es weiterer empirischer Untersuchungen.
2. Dieser Trend ist mit den Mitteln generalisierender empirischer Sozialforschung ermittelt worden. Er darf nicht als individualpsychologisch gültige Aussage mißverstanden werden. Im Gegenteil: von den einzelnen Subjekten her betrachtet, ist es psychologisch unwahrscheinlich, daß der regelmäßige Gebrauch eines Kondoms gleichbedeutend damit ist, daß der Gebrauch immer und ausnahmslos erfolgt. Dies ist auch von Sophinette Becker und Ulrich Clement hervorgehoben worden:

„... (es) muß ... anerkannt werden, daß psychische Stabilität und ‚zeitstabile‘ sexuelle Verhaltensänderungen immer wieder in Widerspruch zueinander geraten können, eventuell sogar müssen“ (Becker/Clement 1989, S. 701). Um unbeabsichtigte und kontraproduktive Nebenfolgen zu vermeiden, sollte jede Planung von Präventionspolitik diese aus der psychischen Widerständigkeit der Subjekte resultierenden Grenzen respektieren.

3. Bei Befragungen über tabuierte oder hochkontroverse Themen kann nicht ausgeschlossen werden, daß ein Teil der Befragten mehr über das von ihnen unterstellte sozial erwünschte und weniger über ihr eigenes Verhalten berichten. Auch dies sollte bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden. Selbst wenn man diese Einschränkung radikalisiert, kann hieraus nicht gefolgert werden, daß die „Safer Sex“-Akzeptanz „in Wirklichkeit“ sehr viel geringer ist. Akzeptanz ist in diesem Zusammenhang allerdings mehrdeutiger und widersprüchlicher zu verstehen, als es zunächst den Anschein hat. Auf Basis der vorliegenden Daten kann hinsichtlich der vorhandenen Einstellungen zu risikoarmem Sex auf jeden Fall von einer weitverbreiteten Annahme oder positiven Wertung ausgegangen werden. Ob dieser Einstellung auch immer ein entsprechendes Verhalten entspricht, kann mit den Mitteln dieser Untersuchung nicht entschieden werden.

Die unter präventionspolitischen Gesichtspunkten relevanteste Gruppe sind (wie in der letzten Erhebung) die 157 Personen, die nicht in einer festen Beziehung leben und angeben, auch ungeschützten Analverkehr zu haben. Dieser Personenkreis setzt sich vollkommen analog zu der entsprechenden Gruppe aus der vorhergehenden Erhebung zusammen. Bei den alleinstehenden Personen mit ungeschütztem Analverkehr gibt es nur einen geringen Unterschied in der Anzahl der Sexualpartner im Vergleich zur Mehrheit der Befragten, einen deutlichen Unterschied aber in der Häufigkeit sexueller Aktivität. Sie haben (im Durchschnitt) eine geringfügig höhere Anzahl von Sexualpartnern und dennoch seltener und unregelmäßiger Geschlechtsverkehr. Sie wohnen häufiger allein und in kleineren Orten, Personen mit niedrigeren Bildungsabschlüssen sind unter ihnen überproportional vertreten. Die Personen, die sich „at risk“ verhalten, sind im Durchschnitt nicht schlechter informiert als der Personenkreis mit risikoärmerem Sexualverhalten. Allerdings sind die persönlichen

Erfahrungen mit den möglichen Folgen einer HIV-Infektion geringer. Personen „at risk“ haben seltener in ihrem Bekannten- oder Freundeskreis Menschen mit HIV oder Menschen mit AIDS.

Neben den spezifischen sozialen Merkmalen dieser Gruppe läßt sich jedoch wieder – eher auf der psychologischen Ebene – eine entscheidende Determinante ausmachen, die mit der Ablehnung „kondomisierter“ Sexualität als „halber“ Sexualität zu tun hat. Analverkehr mit Kondom wird als zu große Einschränkung empfunden, das Kondom wird als lästige Barriere angesehen in einer Situation, die per definitionem mit der Überwindung jeglicher Distanz zum Partner verbunden ist. Auf die psychischen Blockaden, die der Gebrauch eines Kondoms auslösen kann, haben Sophinette Becker und Ulrich Clement in einem Bericht über ihre psychotherapeutische Arbeit mit HIV-Positiven und AIDS-Kranken hingewiesen:

„(Das Kondom, M.B.) ist technisch relativ leicht handhabbar (auch wenn die Handhabung an gewisse Merkmale des Coitus interruptus erinnert), das ‚Kondom im Kopf‘ ist jedoch das weitaus größere Problem: das Kondom verhindert die Infektion des Sexualpartners, aber zugleich erinnert es auch immer an die eigene Infiziertheit. Daran liegt das Paradoxon des Kondomgebrauchs. Auch mit Kondom durchdringt die Infektion das sexuelle Erleben und die sexuellen Phantasien: Orgastisch/symbiotische Phantasien der Vereinigung, des ‚Sich-Verströmens‘ im Partner kommen unter Umständen durch die einengende Vorstellung von ein paar Kubikzentimetern Ejakulat im Reservoir des Kondoms gar nicht erst zustande.“ (Becker/Clement 1989, S. 701)

Das „Kondom im Kopf“ dürfte ebenfalls – wenn auch in weniger dramatischer Weise – für Nicht-Infizierte ein Problem darstellen. Auch mit Kondom kann die latente Infektionsgefahr das sexuelle Erleben und die sexuellen Phantasien durchdringen und beeinträchtigen.

VII. TESTVERHALTEN UND TESTERGEBNISSE

Die Zunahme der AIDS-Fälle schlägt sich deutlich in den Daten der zweiten Erhebung nieder. Während 1987 22 Prozent der Befragten erklärten, Menschen mit AIDS und HIV-Positive in ihrem Bekanntenkreis zu haben, sind es 1988 schon 33 Prozent. Auch an diesem Punkt ergeben sich große „szenenspezifische“ Unterschiede: bei den Saunenbesuchern berichten 36 Prozent von Menschen mit AIDS und Menschen mit HIV im Freundeskreis, bei den Männern aus der Lederzene sind es sogar 59 Prozent. Vor diesem Hintergrund mag es zu erklären sein, daß die Anzahl der Befragten, die sich einem HIV-Antikörpertest unterzogen haben, im Vergleich zum Vorjahr spürbar zugenommen hat. 1987 hatten 52 Prozent, 1988 57 Prozent mindestens einmal den Test gemacht. Neu erhoben wurde 1988, wann der (letzte) Test gemacht wurde. Hier stellte sich heraus, daß die große Mehrzahl der Tests 1987 (24%) und 1988 (53%) erfolgte, also relativ kurz vor dem Zeitpunkt der (zweiten) Befragung. Lediglich 37 Prozent der Getesteten haben den Test nur einmal gemacht, ein Drittel (34%) ließ ihn dagegen mehr als zweimal durchführen. Die Wiederholung des Tests erfolgt am häufigsten bei Personen, die (oft) Analverkehr praktizieren, also bei denjenigen, die sich eines spezifischen Risikos bewußt sind. Pollak u.a. (Pollak/Dubois-Arber/Bochow 1989) berichten von einer Tendenz bei einer bestimmten Gruppe von Test-negativen Personen mit ungeschütztem Analverkehr, sich häufiger testen zu lassen, um mit dem negativen Testergebnis einen symbolischen Freibrief für die Fortsetzung ihres risikoreicheren Sexualverhaltens zu erhalten. Eine solche Tendenz läßt sich bei einem bestimmten Personenkreis auch mit der vorliegenden Erhebung belegen. Zwar findet sich unter den Personen, die in der Regel nur noch geschützten Analverkehr praktizieren, ein höherer Anteil von Getesteten als unter den Personen, die entweder gar keinen oder (auch) ungeschützten Analverkehr praktizieren. Der höchste Anteil an mehrfach Getesteten (44%) findet sich jedoch unter den Personen „at risk“, die ohne in einer festen Beziehung zu leben, auch ungeschützten Analverkehr haben.

Mit der Zunahme der AIDS-Fälle nimmt die Zahl der Personen ab, die davon ausgehen, daß sie bisher noch keinen Sexualkontakt mit einem Partner mit HIV hatten. Die immer mehr Schwule betreffende unmittelbare Konfrontation mit AIDS in Gestalt von HIV-positiven oder an AIDS erkrankten Freunden, Bekannten oder Sexualpartnern führt auch zu heftigeren psychischen Reaktionen. Die Zahl derjenigen, die von Beunruhigung, großer Besorgnis oder panischen Reaktionen berichten, hat gegenüber der ersten Umfrage zugenommen (vgl. Anhang 3, Frage 39).

Der Anteil der Personen mit positivem Testergebnis hat dagegen von 1987 (11,5%) bis 1988 (12,5%) nur leicht zugenommen. Eine Zunahme erscheint plausibel, sie erweist sich jedoch auf der Grundlage der vorliegenden Daten als

Artefakt. Vergleicht man nur den Anteil der Test-positiven Personen an den Getesteten in der ersten Erhebung mit dem Anteil der Positiven unter den Männern, die sich über die Schwulen-Presse an der zweiten Befragung beteiligten, so ergibt sich ein Rückgang des Anteils der Test-Positiven von 11,5 auf 10 Prozent. Der Gesamtdurchschnitt von 12,5 Prozent für die Befragten der zweiten Erhebung ergibt sich aus dem wesentlich höheren Anteil von HIV-AK-Positiven und AIDS-Kranken unter den Saunabesuchern und den Männern aus der Lederszene. Von den getesteten Saunenbesuchern sind 13 Prozent positiv und 11 Prozent positiv mit Krankheitszeichen, unter den getesteten Befragten aus der Lederszene sind 24 Prozent positiv, weitere 4 Prozent sind an AIDS erkrankt. Die unterschiedliche Betroffenheit von AIDS in den einzelnen Szenen der schwulen Subkultur zeigt sich also auch bei den Testergebnissen.

Dennoch dürfen die mit der vorliegenden Erhebung ermittelten Werte nicht im Sinne einer epidemiologischen Studie verallgemeinert werden. Es ist davon auszugehen, daß die Beteiligung von Menschen mit HIV und Menschen mit AIDS an sozialwissenschaftlichen Erhebungen, gleich welcher Art (auch wenn sie von betroffenennahen Organisationen wie der Deutschen AIDS-Hilfe durchgeführt werden), geringer ist als die Beteiligung von Nichtgetesteten oder Personen mit negativem Testergebnis. Ähnliche Vorbehalte gegenüber der Repräsentativität von Untersuchungsergebnissen sollten jedoch auch gegenüber Studien, die an medizinischen Einrichtungen erstellt wurden, gelten. Während das in dieser Erhebung gewählte Rekrutierungsverfahren von Befragungsteilnehmern im Hinblick auf die Prävalenz von HIV eher eine Unterschätzung zur Folge haben dürfte, führt die Verallgemeinerung von Klinik-Ergebnissen vermutlich zu einer Überschätzung der Prävalenz, da die Klinik-Stichproben einen besonders hohen Anteil von Homosexuellen „at risk“ (wenn nicht für die Gegenwart, so doch für die Vergangenheit) aufweisen. An den Kohorten-Untersuchungen in Kliniken in den USA und Großbritannien beteiligten sich z.B. in überdurchschnittlichem Umfang Homosexuelle mit einer längeren Vorgeschichte an Geschlechtskrankheiten. Auf diesen Sachverhalt haben Tony Coxon und Peter M. Davies hingewiesen:

“Studies of gay men attending STD clinics in London commonly suggest that the incidence of seropositivity is in the range 20%-25%. Though this is clearly and obviously an overestimate of the rate in the gay population ... it has, nevertheless been widely quoted as the ‘true’ figure. Indeed, in our London sample, the proportion of clinic attenders who are positive is over 25%, while among nonattenders the figure is 5%. Similarly, the proportion of seropositives among that group which has taken the antibody test previously is 14%, and among those who have not done so, the rate is 6% ... Our results clearly indicate, therefore, that the prevalence of HIV antibodies in this population is substantially less than that suggested by clinic populations.” [„Studien über homosexuelle Männer, die Londoner Kliniken für Geschlechtskrankheiten aufsuchten, legen gewöhnlich den Schluß nahe, der Anteil der Seropositivität bewege sich zwischen 20% und 25%. Obwohl die Rate für die Gesamtpopulation der Homosexuellen damit ganz offensichtlich zu hoch geschätzt ist, ... ist sie trotzdem vielerorts als die ‚richtige‘ Zahl zitiert worden. In unserer Londoner Stichprobe beträgt der Anteil der Seropositiven bei denjenigen, die eine Klinik aufsuchten, tatsächlich über 25%, während er bei denjenigen, die keine Klinik aufsuchten,

bei 5% liegt. Ebenso beträgt der Anteil der Seropositiven 14% bei der Gruppe derer, die schon einen Antikörpertest gemacht hatten, und 6% bei denen, die keinen gemacht hatten ... Unsere Ergebnisse zeigen daher deutlich, daß in dieser Population die Verbreitung von HIV-Antikörpern wesentlich geringer ist, als die Klinik-Populationen vermuten lassen.“] (Coxon/Davies et al. 1989, S. 5)

Wie nicht anders zu erwarten, wird der Test häufiger in Großstädten als in kleineren Orten gemacht. Signifikante Unterschiede zeigen sich auch beim Serostatus der Getesteten, wenn die Größe des Wohnorts herangezogen wird. In großstädtischen Ballungsgebieten beträgt der Anteil von Seropositiven unter den Getesteten 16 Prozent (in den Millionenstädten der Bundesrepublik sogar 19%), in mittleren Großstädten und in kleineren Orten dagegen 5 Prozent (vgl. Anhang 2, Tabelle 4).

Präventionspolitisch noch bedeutsamer als die ungleiche geographische Verteilung ist die ungleiche soziale Verteilung der berichteten HIV-Infektionen. Personen mit niedrigerem Bildungsabschluß und Berufsstatus sind in höherem Maße infiziert oder erkrankt (17,8%) als Personen mit höherem Bildungsabschluß und Berufsstatus (12%) (vgl. Anhang 2, Tabelle 5). Die Replikationsuntersuchung bestätigt damit nicht nur ein wichtiges Ergebnis der ersten Erhebung (vgl. Bochow 1988, S. 43); über die Tendenz, daß AIDS zunehmend mehr zu einem besonderen Problem der Unterschichten wird, hatte auch schon Michael Pollak berichtet:

„Infolge der in den unteren Schichten verzögerten Reaktion auf das Risiko findet zur Zeit innerhalb der Gruppe der Homosexuellen eine Verschiebung der von der Krankheit Betroffenen von den oberen in die unteren Schichten statt. Diese Erscheinung ist in den USA noch ausgeprägter, wo die (schwarzen und spanischsprachigen) ethnischen Minderheiten in den epidemiologischen Statistiken tendenziell schneller zunehmen als die weiße Bevölkerung ...“ (eigene Übersetzung: Pollak 1988, S. 79; vgl. auch Sabatier 1988, S. 7-18).

Eine wesentliche Aufgabe zukünftiger Präventionspolitik wird es sein, sich auf diese Entwicklung einzustellen (vgl. auch Peterson/Marin 1988).

Der Test ist nach wie vor ein Indikator für eine spezifische Reaktion auf eingegangene Infektionsrisiken. Personen mit einem hohen sexuellen Aktivitätsniveau und häufigem Analverkehr haben in der großen Mehrheit den Test gemacht (68%), Personen mit wenigen Sexualkontakten, die lediglich gelegentlich Analverkehr praktizieren, dagegen in wesentlich geringerem, wenn auch nicht zu vernachlässigendem Umfang (43%). Ein ähnliches Bild zeigt sich, wenn Partnerzahl und das Bestehen einer festen Beziehung berücksichtigt werden. Am häufigsten wurde der Test von Personen in offenen Beziehungen und mit einer höheren Anzahl von Sexualkontakten außerhalb dieser Beziehung gemacht (64%), bei den alleinstehenden „promiskeren“ Schwulen sind es noch 61 Prozent. Bei Personen, die in einer monogamen Beziehung leben (52%) und bei Männern ohne feste Beziehung und einer geringeren Anzahl von Sexualpartnern (47%) ist es ein merkbar geringerer Anteil.

Betroffenheit von AIDS im sozialen Umfeld wirkt sich spürbar auf das Testverhalten aus. Saunenbesucher und Befragte aus der Lederszene haben sich häufiger testen lassen als die Männer, die sich über die Schwulen-Zeitschriften an der Umfrage beteiligten. Ein ähnlicher Effekt zeigt sich beim Alter. Die unter 25jährigen und die über 44jährigen beanspruchen den Test in geringerem Umfang

als die 25-44-jährigen. Die unter 25-jährigen sind sowohl in ihrem sozialen Umfeld wie auch selbst in geringerem Umfang von AIDS betroffen als die über 25-jährigen (vgl. Anhang 2, Tabelle 6). Hieraus kann ein trügerisches Gefühl der Sicherheit und eine Einstellung entstehen, daß AIDS nur ein Problem der Älteren ist und auch bleiben wird, wenn man sich nur von diesen fernhält. Die Vermutung kann mit den Mitteln dieser Untersuchung nicht belegt werden, Michael Pollak hat sie allerdings empirisch erhärtet (Pollak/Dubois-Arber/Bochow 1989, S. 1110).

Die größere Testabstizienz bei den jüngeren Homosexuellen kann auch noch eine andere Ursache haben. Bei vielen von ihnen wird das schwule coming out noch nicht abgeschlossen sein, die Selbstdefinition als Schwuler ist noch fragil. Da ein HIV-Antikörper-Test bei vielen als Eingeständnis der Zugehörigkeit zu einer „Haupt-Risikogruppe“ gilt, mag dies manchen jüngeren Homosexuellen von einem Test abschrecken. Bei den Älteren mögen für manche die besonders schmerzhaften Erfahrungen der Diskriminierung und Kriminalisierung vor 1969 zu einer Zurückhaltung bei der Durchführung des Tests geführt haben. Keine noch so glaubhafte Zusicherung der Anonymität des Testergebnisses wird die Homosexuellen überzeugen können, die auf eine leidvolle Geschichte im Umgang mit staatlichen Institutionen zurückblicken.

Michael Pollak hat die Entscheidung zum Test als Ausdruck eines besonderen Gesundheitsbewußtseins gedeutet (Pollak/Schiltz 1988, S. 359), Thomas Coates u.a. (Coates et al. 1988, S. 859-864) haben, wie viele andere Autoren auch, argumentiert, daß die Kenntnis des eigenen positiven Serostatus zu einem risikoärmeren Verhalten führe. Mit den Ergebnissen der ersten Erhebung konnten beide Behauptungen nicht belegt werden. Der Anteil derjenigen, die (auch) ungeschützten Analverkehr haben, war bei HIV-AK-negativen Personen und bei HIV-AK-positiven Personen fast identisch (43 bzw. 41 Prozent). Bei den Nichtgetesteten war der Anteil der Personen mit ungeschütztem Analverkehr höher (55%); dies war aber vorwiegend darauf zurückzuführen, daß sich unter den Nichtgetesteten mehr Personen mit festen Beziehungen befanden (Bochow 1988, S. 46). Nur dieses letzte Ergebnis wiederholt sich in der zweiten Erhebung. Auch hier haben die nichtgetesteten Personen am ehesten ungeschützten Analverkehr (46%). Unterschiede ergeben sich jedoch dieses Mal, wenn das Verhalten der Getesteten mit positivem und mit negativem Testergebnis verglichen wird. Während bei ersteren 32 Prozent angeben, auch ungeschützten Analverkehr zu praktizieren, sind es bei den letzteren 41 Prozent.

Sind Positive also doch „safer“? Ein Vergleich der getesteten Personen ohne feste Beziehung mit negativem und mit positivem Testergebnis scheint dies zu bestätigen. Von den Test-Negativen in diesem Personenkreis haben 40 Prozent, von den Test-Positiven 30 Prozent (auch) ungeschützten Analverkehr. Die Ergebnisse vergleichbarer Studien in Westeuropa und den USA sind zu unterschiedlich, als daß sich aus ihnen eine Trendbestätigung in diesem Zusammenhang ableiten ließe (einen informativen Überblick hierzu bietet Sigrid Michel, Michel 1988). Unterschiedliches oder ähnliches Risikoverhalten bei Nichtgetesteten sowie Test-positiven und Test-negativen Personen hängen von einer Reihe von Faktoren ab, deren Konstellation sich immer wieder ändern kann. Coates u.a. betonen z.B. die Wirksamkeit kontinuierlicher Beratung und therapeutischer Stützung von HIV-AK-Positiven. Die Frage stellt sich dann allerdings,

ob das positive Testergebnis oder die kontinuierliche Begleitung durch Beratungspersonal das besonders risikoarme Verhalten der von Coates u.a. untersuchten HIV-Positiven bewirkt.

VIII. DURCHFÜHRUNG DER TESTS

Die Beratungspraxis vor und nach dem Test gestaltet sich nach wie vor sehr unterschiedlich. Insgesamt bleibt es jedoch dabei, daß die Beratungssituation sehr unbefriedigend ist. Bei mehr als der Hälfte der Tests (55%) fand keine Beratung statt, nach dem Test gab es sogar bei 61 Prozent der Getesteten keine Beratung. Selbst bei positivem Testergebnis fehlt bei mehr als einem Fünftel der Personen (23%) eine Beratung. Viele Beratungsgespräche scheinen nach wie vor zu kurz zu sein (vgl. Anhang 2, Tabelle 7). So dauerten bei fast der Hälfte (44%) der Personen mit positivem Testergebnis, bei denen ein Gespräch stattfand, die Beratungsgespräche weniger als 15 Minuten. Natürlich kann es sein, daß unter dem Schock des Testergebnisses der Betroffene zu einem längeren Gespräch zunächst gar nicht in der Lage ist. Angesichts der in der Regel gravierenden psychischen Folgen der Bekanntgabe eines positiven Testergebnisses kann jedoch davon ausgegangen werden, daß Beratungsgespräche, die weniger als 20 Minuten dauern, ihren Zweck kaum erfüllen dürften.

Die Mehrzahl der Personen ließ sich bei niedergelassenen Ärzten testen (15% bei schwulen Ärzten und 31% bei anderen Ärzten). Ein Drittel der Getesteten bevorzugte ein Gesundheitsamt (35%) (vgl. Anhang 3, Frage 41). Vor dem Test erfolgen Beratungen am ehesten bei schwulen Ärzten und in den Gesundheitsämtern. Hier wurde mehr als die Hälfte der Getesteten auch beraten. Dagegen erfolgten fast drei Viertel (72%) der Tests an Krankenhäusern ohne Beratung. Für die Beratungen nach dem Test lassen sich keine so großen Unterschiede zwischen den einzelnen Institutionen feststellen. Einzig bei den schwulen Ärzten wird häufiger als in den anderen Testorten beraten. Die Beratungen vor dem Test scheinen einen geringen Einfluß auf die Entscheidung der Betroffenen zu haben, sich dem Test zu unterziehen. Nur ein Zehntel fühlt sich durch das Beratungsgespräch zu einem Test motiviert. Die große Mehrheit gibt an, daß der Beschluß zum Test unabhängig von der Beratung gefaßt wurde. Dies mag etwas die Bedeutung eines Gesprächs vor dem Test relativieren, ein Testergebnis sollte jedoch – ganz unabhängig vom Befund – nur in einem Beratungsgespräch mitgeteilt werden.

Viele Personen, denen ein positives Testergebnis mitgeteilt wird, befinden sich unmittelbar während und nach der Ergebnismitteilung in einem Zustand der emotionalen Taubheit bzw. Anästhesie. Sie können erst Tage und manchmal erst Wochen später über die Folgen des Testergebnisses mit ihrem Berater sprechen. Um so entscheidender ist es, daß sie die Möglichkeit hatten, mit einem Berater vor dem Test in einen emotionalen Kontakt zu kommen, der die Kommunikation nach dem Test erleichtert.¹ Hieraus folgt, daß auch das Beratungsgespräch vor dem Test in seiner Bedeutung nicht unterschätzt und daß es in der Regel auch empfohlen werden sollte.

1 Mitteilung von Sophinette Becker, der ich dankbar bin, daß sie auf diesen Sachverhalt so nachdrücklich hingewiesen hat.

IX. TESTERGEBNIS UND FREUNDESKREIS

Ebenso wichtig und für viele sogar noch wichtiger als Beratungsgespräche mit professionell geschultem Personal sind für die Betroffenen Gespräche über den Test und das Testergebnis mit engen Freunden, dem festen Freund oder mit Familienangehörigen. Nur zwei von 79 HIV-positiven oder an AIDS erkrankten Personen geben an, daß sie mit niemandem über das Testergebnis reden konnten. Die Mehrzahl (76%) war in der Lage, engen Freunden das Testergebnis anzuvertrauen; mit Familienangehörigen erfolgte ein Gespräch nur noch in einem Drittel der Fälle (35%). Es ist naheliegend, daß HIV-positive Männer, deren Homosexualität von der Familie nicht akzeptiert wurde, größere Probleme haben, mit Familienangehörigen über ein positives Testergebnis zu reden. Bemerkenswerter ist, daß die Hälfte der Personen, deren Homosexualität beiden Elternteilen und einem oder mehreren Geschwister(n) bekannt ist, in ihrer Familie nicht über ihr positives Testergebnis geredet haben. Dies kann als Indiz dafür genommen werden, daß in existentiellen Fragen für viele schwule Männer die „family of choice“ (engerer Freundeskreis, der feste Freund, ehemalige Lover) als Bezugsgruppe eine größere emotionale Bedeutung hat als die Herkunftsfamilie, zu der trotz aller Offenheit eine gewisse Distanz gewahrt bleibt. Die existentiellen Probleme, die ein positives Testergebnis aufwirft, zeigen sich am deutlichsten bei den fest befreundeten Männern. Ein Viertel von ihnen sah sich außerstande, mit ihrem festen Freund über ihr positives Testergebnis zu reden.

Immer wieder berichten HIV-Positive und an AIDS Erkrankte über stark abwehrende oder sogar brutal ausgrenzende Reaktionen in ihrem sozialen Umfeld. Dies scheint in der „gay community“ selbst seltener der Fall zu sein. Wenn AIDS im Freundeskreis auftauchte, so berichtet die Mehrheit der Befragten, änderte sich wenig an der Qualität des Verhältnisses zu dem Betroffenen (45%), bei vielen (26%) war die Folge sogar, daß das Verhältnis enger wurde. Nur 11 Personen (3%) berichten, daß sie das Freundschaftsverhältnis abgebrochen oder gelockert haben, weil ihnen AIDS zuviel Angst gemacht habe.

X. INFORMATIONSQLUELLEN UND INFORMATIONSNIVEAU

An dem hohen Informationsstand zu AIDS unter Schwulen hat sich nichts geändert. Die Berichterstattung über AIDS wird nach wie vor verfolgt, die Zahl derjenigen, die sich regelmäßig über AIDS informieren, hat allerdings von 1987 (60%) auf 1988 (48%) abgenommen, entsprechend ist der Anteil der Personen gestiegen, die sich nur noch gelegentlich (1987 39%, 1988 51%) über AIDS informieren. Dies muß keinesfalls als Anzeichen dafür interpretiert werden, daß AIDS wieder häufiger verdrängt oder als „lästige Nachricht“ beiseite geschoben wird. Wie schon berichtet, ist der Personenkreis größer geworden, der von Sexualkontakten mit HIV-positiven Partnern ausgeht und darüber beunruhigt ist. Wahrscheinlicher ist, daß es bei vielen Schwulen zu einer Übersättigung mit Informationen zu AIDS gekommen ist. Solange es keine bahnbrechenden neuen Erkenntnisse auf dem Gebiet der Infektionsverhütung oder der Therapie von Erkrankten gibt, hat AIDS nicht mehr den Neuigkeitswert, den es zwischen 1983 und 1986 hatte. So makaber es klingt: auch ein Phänomen wie AIDS erfährt seine Alltagsbanalisierung.

Es bestätigt sich, daß kein direkter Zusammenhang zwischen hohem Informationsstand zu AIDS und risikoarmem Sexualverhalten besteht. Die Betroffenheit von AIDS im sozialen Umfeld und im Freundeskreis, die soziale Einbindung in ein Netzwerk stützender Gruppen (Freundeskreis, Schwulengruppen, schwule Projekte, AIDS-Hilfen, schwule Subkultur allgemein) und das Leben in einer die eigene Homosexualität akzeptierenden Umgebung bestimmen maßgeblich den Umgang mit dem Infektionsrisiko. So gesehen muß es auch keine Folgen für das individuelle Risikoverhalten haben, wenn die Intensität der Informationsnachfrage zu AIDS nachläßt. Für die Verhinderung von Neuinfektionen bleibt entscheidend, daß die Infektionswege bekannt sind und die Safer Sex-Empfehlungen angenommen werden. Wenn psychosoziale Faktoren wie Selbst- und Fremdakzeptanz, das Vorhandensein stützender Bezugsgruppen und die direkte Konfrontation mit AIDS im Freundes- und Bekanntenkreis verhaltensbestimmend sind, kommt zusätzlichen Informationsaktivitäten in dieser Hinsicht eine sekundäre Bedeutung zu. Direktere motivationsstützende Maßnahmen dürften viel wichtiger sein, um erfolgte Veränderungen im Sexualverhalten zu verstetigen. Projekte wie das in Berlin (West) für 1990 und 1991 geplante STOP AIDS-Projekt, die die Entwicklung oder Stärkung eines „self-empowerment“ zum Ziel haben, dürften in die richtige Richtung weisen (Mann-O-Meter 1989).

Auf eine ausführliche Darstellung der von den Befragten herangezogenen Informationsquellen zu AIDS und ihrer unterschiedlichen Bewertung wird hier verzichtet, da dies nur zu einer Wiederholung der entsprechenden Passagen im Bericht zur ersten D.A.H.-Umfrage führen würde (vgl. deshalb Bochow 1988, S. 33 ff.). Zusammenfassend soll hier hervorgehoben werden, daß Schwule

weiterhin die vielfältigsten Informationsquellen heranziehen, die wichtigsten *darunter sind* (in dieser Reihenfolge) nach wie vor die Tages- und Wochenpresse, die Deutsche AIDS-Hilfe und die regionalen AIDS-Hilfen, Radio/Fernsehen und die schwule Presse (vgl. Anhang 1, Grafiken 1-3). Die Saunenbesucher und die Befragten aus der Lederszene lesen zur Hälfte schwule Zeitschriften, die andere Hälfte verzichtet auf diese Informationsquelle. Für diejenigen, die die schwule Presse nicht (oder kaum) beachten, hat die Tages- und Wochenpresse und das Fernsehen eine höhere Bedeutung als für die Leser der Schwulen-Presse, ebenso der persönliche Freundeskreis. Ihr Informationsstand ist jedoch annähernd gleich hoch. Die Personengruppe, die nicht auf die Schwulen-Presse zurückgreift, um sich zu informieren, ist in geringerem Umfang mit AIDS-Hilfe-Materialien vertraut. Dennoch findet sich in dieser Gruppe der höchste Anteil von Personen, die eine Verstärkung der Informations- und Beratungstätigkeit der AIDS-Hilfen fordern. Die AIDS-Hilfen haben also ebenfalls ein positives „Image“ bei den Schwulen, die, aus welchen Gründen auch immer, eine größere Distanz zu ihnen halten.

Unter den Leuten aus der Lederszene finden sich die treuesten Anhänger der AIDS-Hilfen. Sie bewerten die AIDS-Hilfe-Materialien noch um einiges besser, als es die Gesamtheit der Befragten ohnehin schon tut, die D.A.H. und die regionalen AIDS-Hilfen spielen für sie im Vergleich zu anderen Instanzen der Aufklärung und Beratung eine herausragende Rolle.

Trotz des aktiven Informationsverhaltens der Schwulen zu AIDS und ihres hohen Informationsstandes bleibt auch in diesem Jahr eine Einschränkung zu machen. Es hat sich nach wie vor nicht genügend herumgesprochen, daß fetthaltige Gleitmittel ein Kondom möglicherweise durchlässig machen. Nur 57 Prozent wissen dies, 17 Prozent ist es unbekannt, und 26 Prozent sind sich unsicher in dieser Frage. Zwar werden fetthaltige Gleitmittel in höherem Umfang von denen benutzt, die Analverkehr ohne Kondom haben (47%), immerhin gebraucht aber noch ein Drittel der Kondombenutzer auch fetthaltige Gleitmittel.

Daß Information nicht als „Einbahnstraße“ wirkt, zeigt sich erneut in der zweiten Erhebung. Den höchsten Informationserfolg erzielen mehrstufig ermittelte, mit gegenseitigen Verstärkereffekten dargebotene Informationen. Es sind die Personen am besten informiert, die sowohl die massenmedial aufbereiteten Informationsangebote (Tagespresse, Radio, Fernsehen, schwule Presse), die zielgruppenspezifisch vermittelten Informationsangebote (Deutsche AIDS-Hilfe, regionale AIDS-Hilfen) wie auch die Möglichkeiten informeller (Schwulengruppen, Freundeskreis) und institutioneller personaler Kommunikation wahrgenommen haben. Ein hoher Wissensstand zu AIDS wird begünstigt durch die Nähe zur schwulen Szene, die Selbst- und Fremdakzeptanz der eigenen Homosexualität, das Betroffensein von AIDS im Freundes- und Bekanntenkreis, ein großstädtisches Lebensmilieu und einen höheren Bildungsabschluß. Als Sorgenkind der öffentlichen Kampagnen zu AIDS erweist sich demnach der verdeckt lebende Schwule „in der Provinz“ mit Hauptschulabschluß. Eine alte Erfahrung der Bildungs-, Gesundheits- und Sozialpolitik bestätigt sich hier zum wiederholten Male. Die in der (west)deutschen Sozialstruktur außerordentlich fest verankerte Ungleichheit von Lebenschancen strahlt auf alle Bereiche der Lebenswelt aus. Auf dem Sektor der AIDS-Prävention ist diesem Umstand verstärkt Rechnung zu tragen.

XI.

BEWERTUNG DER INFO-MATERIALIEN UND DER BERATUNGSTÄTIGKEIT DER AIDS-HILFEN

Das Info-Material der AIDS-Hilfen wird nach wie vor überwiegend positiv bewertet: der Aufmerksamkeitsgrad, den die Materialien der AIDS-Hilfen finden, ist unverändert hoch, vier Fünftel der Befragten sind Info-Materialien der AIDS-Hilfen bekannt. Plakate (68%), Faltblätter und Broschüren (59%) wurden von einer Mehrheit wahrgenommen, während Comics (40%) und sonstige Materialien (17%) einen geringeren Verbreitungsgrad haben. Die schwule Subkultur (Bars, Cafés, Diskotheken, Saunen) und die regionalen AIDS-Hilfen sind die wichtigsten Verteiler des Info-Materials. Leicht zugenommen hat die Bedeutung von Ärzten, Kliniken und Gesundheitsämtern bei der Verteilung von AIDS-Hilfe-Materialien (vgl. Anhang 3, Frage 28). Ihre größte Bedeutung bei der Verteilung von AIDS-Hilfe-Materialien haben diese Institutionen in den kleineren Orten, die fern von großstädtischen Ballungsräumen liegen, also genau dort, wo die AIDS-Hilfen nicht präsent sind. Zu überprüfen wäre, ob die Kooperationspotentiale zwischen den regionalen AIDS-Hilfen und bestimmten Institutionen des Gesundheitswesens, die sich hier zeigen, ausgebaut werden können.

Mit einer offenen Frage wurde dieses Mal Gelegenheit gegeben, sich direkt zu einzelnen Informationsmaterialien der D.A.H. und der regionalen AIDS-Hilfen zu äußern. Auch hier überwiegt das Lob die Kritik bei weitem. Der Personenkreis, der sich explizit positiv zu bestimmten Info-Materialien äußert, ist mehr als doppelt so groß (37% = 411 Personen) als die Personengruppe, die kritische Einwände geltend macht (15% = 164 Personen). Größtes Lob finden die Poster- und Postkartenmotive der D.A.H., sie werden von 15 Prozent besonders positiv bewertet; auch die Comics von Ralf König finden starke Beachtung, sie werden von 11 Prozent positiv hervorgehoben.

Poster und Comics erzielen die größte Aufmerksamkeit. Alle anderen Materialien werden in sehr viel geringerem Maße erwähnt. In bedeutenderem Umfang lobend hervorgehoben werden noch die verschiedenen Safer Sex-Faltblätter (4,2%), die Give aways (Bierdeckel, Streichhölzer usw. 2,9%) und die Broschüre „Der heutige Wissensstand“ (2,5%). Was vielen besonders gut gefällt, wird von einigen besonders kritisiert. An der Spitze der kritisierten Materialien stehen die Comics, sie werden allerdings nur von 2% (vor allem als zu „vulgär“ oder ästhetisch nicht ansprechend) abgelehnt. Poster und Postkarten stehen an zweiter Stelle der Kritikliste; aber es sind nur noch 1,6 Prozent, die die Poster überhaupt kritisieren. Im Vordergrund der Kritik steht hier der den Postern unterstellte Schönheits- und Jugendfetischismus, der die AIDS-Problematik in Hochglanzprospekt-Manier verharmlose. Lob wie auch Kritik wird eher von Schwulen mit höheren Bildungsabschlüssen geäußert; dabei kommt das Lob mehr von den jüngeren Akademikern und Studenten, während die Kritik

(vor allem an den Comics von Ralf König) eher von älteren Akademikern geäußert wird.

Die direkte Beratungstätigkeit der AIDS-Hilfen wurde von den schwulen Männern 1988 in ungefähr gleichem Umfang wie im vorhergehenden Jahr beansprucht. 6 Prozent der Befragten suchten eine AIDS-Hilfe zur persönlichen Beratung auf, 13 Prozent nahmen die telefonische Beratung in Anspruch.¹ Allgemeines Interesse an Informationen oder an der Arbeitsweise einer AIDS-Hilfe veranlaßten 24 Prozent, eine AIDS-Hilfe aufzusuchen. Der Test ist ein wesentliches Motiv, die Beratung der AIDS-Hilfen in Anspruch zu nehmen. Am häufigsten suchen positiv Getestete und Erkrankte die AIDS-Hilfen auf, seltener die Personen, die sich nicht testen ließen.

Die erfahrene Beratung wird wiederum überwiegend positiv beurteilt. Unter den Personen, die sich wertend äußerten, geben 42 Prozent an, daß die Beratungsgespräche ihre Angst gemindert und ihnen mehr Sicherheit gegeben hätten, weitere 33 Prozent äußern in allgemeinerer Weise ihre Zufriedenheit. 19 Prozent kritisieren die Inkompetenz der Beratung, 6 Prozent empfinden die Beratungssituation als zu unpersönlich. Dies ergibt wiederum eine deutliche Mehrheit von Personen, die sich befriedigt über die erfahrene Beratung äußern.

Eine kritische Einschränkung ist hier jedoch angebracht. Besonders zufrieden äußern sich die Personen, die sich ohne ein Testergebnis im Hintergrund beraten ließen (88%). Die Mehrheit der Zufriedenen schrumpft spürbar bei den Männern mit positivem Testergebnis (52%) zusammen. Von diesen äußern sich 41 Prozent negativ über die erfahrene Beratung. Über die Ursachen dieser kritischeren Haltung kann mit den Mitteln dieser Untersuchung nichts ausgesagt werden. Deutlich wird hier jedoch, daß die Beratung und Betreuung von HIV-Positiven weitaus höhere Anforderungen stellt als eine allgemeine Informationstätigkeit.

Auch die zweite Erhebung bringt wieder viele Hinweise auf die „Mittelschichts-Affinität“ der Informationsmaterialien und der Beratungstätigkeit der AIDS-Hilfen. Die Personen, die ihrer am meisten bedürfen, verdeckt und eher isoliert lebende Schwule, häufig mit niedrigerem Bildungsabschluß und in kleineren Orten ansässig, werden durch die AIDS-Hilfen in sehr viel geringerem Umfang erreicht als die Yuppies (Young Urban Professional People) unter den Schwulen.

1 Als Beispiel einer sehr differenzierten Analyse der telefonischen Beratung durch eine Selbsthilfeorganisation (AIDES) sei verwiesen auf das Kapitel „Les permanences téléphoniques“ von Michael Pollak in der lesenswerten Studie: „Les associations de lutte contre le SIDA: éléments d'évaluation et de réflexion“. (Pollak/Rosman 1989, S. 31-68)

XII.

ZUSAMMENFASSUNG UND SCHLUSSFOLGERUNGEN

Obwohl die Mehrzahl der Homosexuellen gut über AIDS informiert ist, gibt es durchaus nennenswerte Unterschiede im Informationsgrad. Alter, Höhe des Bildungsabschlusses und das spezifische Zusammenwirken einer Mehrzahl von Informationsquellen beeinflussen direkt das Informationsniveau. Der Zusammenhang zwischen (hohem) Informationsniveau und risikoarmem Sexualverhalten ist jedoch nur schwach ausgeprägt. Persönliche Betroffenheit durch AIDS, Promiskuität, Selbst- und Fremdakzeptanz der Homosexualität und die Integration in schwule Netzwerke (Schwulengruppen, schwule Projekte, schwuler Freundeskreis, kommerzielle Subkultur) bewirken die stärksten Veränderungen im Sexualverhalten. Die aufgezeigten Gruppen und Szenen weisen eine sehr unterschiedliche kommunikative und affektive Dichte auf. Der soziale Zusammenhalt des schwulen Freundeskreises, der oft die Qualität einer „family of choice“ annimmt, ist vermutlich ungleich größer als z.B. der in einer schwulen Sportgruppe oder in der Stammkundschaft einer Schwulenkneipe. Dennoch wird die Zugehörigkeit auch zu lockeren sozialen Zusammenhängen von großer Wichtigkeit für die soziale und affektive Balance vieler Schwuler sein. Das Gemeinschaftsgefühl und die relative „Stärke schwacher Bindungen“, die von Heiner Keupp (Keupp 1987, S. 23) als Merkmale sozialer Netzwerke beschrieben worden sind, dürften gerade auch in der gay community große Bedeutung haben. Die kommerzielle schwule Subkultur und die darüber hinausweisende gay community bieten von daher ideale Ansatzpunkte für Formen aufsuchender Beratung, die es in Zukunft zu verstärken gilt. Die Bilanzierung der bisherigen Erfolge der Informations- und Beratungsarbeit zu AIDS unter Schwulen macht gleichzeitig die bislang noch ungelösten Probleme deutlich.

Nimmt man den regelmäßigen Kondomgebrauch als Indikator für risikoangemessenes Sexualverhalten, so zeigt sich, daß der Personenkreis, der potentiell am gefährdetsten ist, sich auch am besten schützt. Homosexuelle mit einer höheren Zahl von Sexualpartnern benutzen das Kondom am häufigsten. Dies gilt sowohl für Männer, die in einer festen Beziehung leben, wie auch für Männer ohne feste Beziehung. Am seltensten erfolgt der Gebrauch eines Kondoms in monogamen Beziehungen. In den offenen Beziehungen wird das Kondom vor allem bei Sexualkontakten mit Partnern außerhalb der Beziehung benutzt. Modifikationen dieser allgemeinen Aussagen sind jedoch angebracht. Am ehesten befähigt zu risikobewußtem Sexualverhalten zeigt sich die „Kerngruppe“ der schwulen Szene; sie wird gebildet von 20- bis 45jährigen Homosexuellen in großstädtischen Ballungszentren, die gekennzeichnet sind durch ein relativ hohes Bildungsniveau und (vor allem für die 25- bis 45jährigen) die höchste Selbst- und Fremdakzeptanz ihrer Homosexualität. Selbst diese Gruppe sollte in der künftigen Präventionsarbeit keineswegs vernachlässigt werden. Auch für sie ist

die Verstetigung risikoarmen Sexualverhaltens keineswegs selbstverständlich. Vor allem aber ist die Betroffenheit von AIDS in dieser Gruppe besonders hoch. Hilfestellungen für die Bewältigung des außerordentlich hohen Maßes an Trauerarbeit, das schon gegenwärtig und in Zukunft noch vermehrt in dieser Gruppe zu leisten ist, sind von herausragender Bedeutung. Neben dieser „Kerngruppe“ der schwulen Szene zeichnen sich in der Analyse eine ganze Reihe von weiteren Gruppen ab, die nicht klar voneinander zu trennen sind und die sich zum Teil auch überschneiden. Die Existenz dieser Gruppen macht deutlich, daß Homosexuelle nur in begrenztem Umfang in der Präventionsarbeit als einheitliche Zielgruppe angesprochen werden können. Jüngere Homosexuelle (vor allem die unter 21jährigen), Homosexuelle, die in kleineren Orten leben, Homosexuelle mit niedrigeren Bildungsabschlüssen und Berufspositionen, „verdeckt“ lebende Homosexuelle und bisexuelle Männer erweisen sich als die Gruppen, die künftig besonderer Aufmerksamkeit bedürfen (über ausländische Homosexuelle, die in der Bundesrepublik leben, kann mit den Mitteln dieser Untersuchung nichts ausgesagt werden). Aus unterschiedlichen sozialen und psychischen Gründen sind diese Gruppen weniger in die gay community integriert, haben größere Probleme mit ihrer homosexuellen Identität und waren bisher gegenüber Informations- und Beratungsangeboten der AIDS-Hilfen, aber auch anderer Organisationen, weniger zugänglich als die „Kerngruppe“ der großstädtischen Mittelschichtschwulen.¹ Um einen größeren Personenkreis in der Informations- und Beratungsarbeit zu erreichen, ist deshalb eine Ausdifferenzierung von Präventionsarbeit und die Entwicklung von neuen Kommunikationsstrategien unumgänglich. In Berlin könnte das für die Jahre 1990 und 1991 geplante STOP-AIDS-Projekt einen organisatorischen Rahmen hierfür bieten (vgl. Mann-O-Meter 1989). Wenn auch nur Teile des Projekts erfolgreich sind, wird eine bedeutende Anzahl der in Berlin lebenden Schwulen angesprochen worden sein, eine größere kommunikative Dichte und soziale Nähe zu den mit AIDS aufgeworfenen Problemen könnte erreichbar sein. Das STOP-AIDS-Projekt will vorhandene Bewältigungspotentiale in der durch AIDS geschaffenen Krisensituation im Sinne eines „self-empowerment“ stärken und bündeln. Die geplanten vielschichtigen Kommunikationsangebote sollen den jeweiligen kulturellen, bildungs- und lebensstilabhängigen Hintergrund und den Sprachgebrauch der zu erreichenden Zielgruppen berücksichtigen (vgl. Mann-O-Meter 1989). Auf der Grundlage der Befunde der vorliegenden Untersuchung kann dieser Zielsetzung nur dringend zugestimmt werden. Auch von der geplanten Intensivierung der Vor-Ort-Arbeit (Gesprächs- und Informationsangebote in Kneipen, Bars und Saunen) sind wichtige Impulse in der Präventionsarbeit zu erhoffen.

Selbst bei einer erfolgreichen Realisierung der erweiterten und differenzierteren Kommunikationsangebote wird es jedoch dabei bleiben, daß ein Teil (der verdeckt lebenden) Homosexuellen und vor allem auch der bisexuellen Männer nicht erreichbar sein wird. Soweit diese sexuell aktiv sind, ist jedoch davon auszugehen, daß sie auch auf Sexualpartner treffen, die sich aktiv mit der durch AIDS bewirkten Krise im Leben der Schwulen auseinandergesetzt haben.

1 Die auf der Ebene bi- oder multivariater Zusammenhänge ermittelten Trends werden durch eine Faktoren- wie auch durch eine Diskriminanzanalyse bestätigt.

Auch ein lediglich auf sexuellen Handlungen basierendes schwules Netzwerk zeitigt auf diese Weise Multiplikatoreffekte, die sich in präventionspolitischer Hinsicht positiv auswirken: Die Unzugänglichkeit auf der verbalen Ebene wird kompensiert durch die Zugänglichkeit auf der nonverbalen Ebene. Aushandlungsprozesse, die von einem Sexualpartner initiiert werden, um risikoarmen Sex zu gewährleisten (und die sich durchaus auf die nonverbale Ebene beschränken mögen), könnten, wenn sie häufiger erlebt werden, auch bei den bisher für die Informations- und Beratungstätigkeit Unzugänglichen einen reflektierteren Umgang mit möglichen Infektionsrisiken bewirken.

Der starke Rückgang der Partnerzahlen und eine wesentliche Reduzierung in der Frequenz des Analverkehrs verdeutlichen die großen Verluste, die AIDS im sexuellen Leben der Schwulen bewirkt hat. Ein Vergleich homosexueller und heterosexueller Lebensstile ist wegen mangelnder empirischer Daten, aber vielleicht auch aus systematischen Gründen schwierig. Ein Vergleich mit bestimmten heterosexuellen Teilpopulationen mag dennoch erhellend sein. Zieht man z.B. die Ergebnisse der Untersuchung von Ulrich Clement zur Sexualität der Studenten in der Bundesrepublik heran (Clement 1986), mithin einer Bevölkerungsgruppe, die sich nicht durch eine besonders ausgeprägte sexuelle Enthaltsamkeit auszeichnet, so wird deutlich, daß von einer Heterosexualisierung der Homosexuellen, wie sie von Volkmar Sigusch (1989, S. 59; vgl. auch Gagnon 1989, S. 55) und anderen befürchtet wird, (noch) nicht die Rede sein kann. Es zeigt sich, daß auch unter dem Eindruck von AIDS das sexuelle Leben einer Mehrzahl von Schwulen freizügiger, anarchischer und vielfältiger ist, als z.B. das der von Ulrich Clement untersuchten Studenten (vgl. auch Bardeleben/Reimann/Schmidt 1989). (Noch) überwiegt bei den Schwulen das Festhalten an sexuellen Freiheiten gegenüber Formen des rigiden Verzichts und der Preisgabe erotischer Vielfalt. Präventionspolitik unter Schwulen wird im aufklärerischen Sinne nur dann erfolgreich sein, wenn ihnen das Recht auf Differenz, Normüberschreitung und eigenständige Identität bewahrt bleibt und nicht eingeschränkt wird. Dies setzt allerdings innerhalb der gay community eine Widerstandsfähigkeit gegenüber dem gegenwärtigen, auch von „wohlmeinenden“ Heterosexuellen ausgeübten (z.T. noch subtilen) Anpassungsdruck voraus. Dieser Anpassungsdruck ist in den gay communities amerikanischer Großstädte wie New York, San Francisco und Los Angeles schon wesentlich härter, auch deshalb, weil sich bereitwillig opinion leaders in den gay communities fanden, um diesen Druck zu verstärken. David Leavitt beschreibt mit knappen Worten zutreffend die Situation in New York:

„Vielleicht trauerten diese Gesichter um die alten Zeiten des ‚Bäumchen wechsel dich‘, der freien Liebe, der unschuldigen Ekstase, um die Zeiten, als man jemanden nur anzublinzeln brauchte, anzulächeln, und das schon reichte: Man ging zusammen weg, irgendwohin auf ein Zimmer, um Liebe zu machen. Nun war Monogamie in Mode, doch was ihr jetzt anhaftete, war der Status einer Sicherheitsstrategie, einer wenig reizvollen, aber notwendigen Katastrophenschutzmaßnahme, vergleichbar den Rezepten, die im Zweiten Weltkrieg das kostbare rationierte Fleisch strecken halfen ... Männer landeten plötzlich in Paarbeziehungen, reduziert auf die Alternative, entweder allein zu leben oder mit einem Menschen zusammenzubleiben, der, falls er einen überhaupt infizieren konnte, dies bereits getan hatte; was gab es da noch zu riskieren? So bil-

deten sich Paare: Auf Grund von Angst kam es zur Monogamie und manchmal zum Glück.“ (Leavitt 1989, S. 289-290)

Viel wird in Zukunft davon abhängen, ob es gelingt, auch weiterhin ein Grundgebot jedweder Präventionspolitik zu beachten: die strikte Trennung aller sinnvollen Empfehlungen zur Gesundheitsvorsorge, die im Prinzip für alle gelten, von moralphilosophischen und ethischen Überlegungen, die je nach sozialem, politischem und religiösem Standort sehr unterschiedlich ausfallen werden. Der Kampf um das Recht auf Differenz darf gerade unter dem Eindruck von AIDS von den Schwulen nicht aufgegeben werden.

Literatur

- AIDS: Fakten und Konsequenzen. Zwischenbericht der Enquête-Kommission „Gefahren von AIDS und wirksame Wege zu ihrer Eindämmung“ des Deutschen Bundestags. Hrsg. Deutscher Bundestag, Referat Öffentlichkeitsarbeit. Bonn 1988
- AIDS-HILFE SCHWEIZ: Homosexuelle und AIDS – Der Versuch einer Bewältigung. Ein Situationsbericht aus der Schweiz. Zürich 1988
- AMENDT, Günter: Lieber Martin Dannecker. Offener Brief an Martin Dannecker. In: Konkret, 1987a, H. 5, S. 44-46
- DERS.: Martin Dannecker antwortet nicht. In: Konkret, 1987b, H. 7, S. 18-19
- DERS.: Dannecker zum Dritten. In: Konkret, 1987c, H. 11, S. 72-73
- BARDELEBEN, Hans, Bruno W. REIMANN und Peter SCHMIDT: AIDS und das Problem der Prävention. Fakten und Fiktionen. In: Journal für Sozialforschung. Jg. 28, H. 1, 1989, S. 97-128
- BECKER, Marshall H. and Jill G. JOSEPH: AIDS and Behavioral Change to Reduce Risk: A Review. In: American Journal of Public Health, Vol. 78, No. 4, 1988, S. 394-410
- BECKER, Sophinette und Ulrich CLEMENT: HIV-Infektion – Psychologie und Politik. In: Psyche, Jg. 43, H. 8, 1989, S. 698-709
- BIENEK, Bernhard: Zwischen Moden und Realismus. In: Siegesssäule, Jg. 6, H. 5, 1989, S. 20-21
- BOCHOW, Michael: AIDS: Wie leben schwule Männer heute? Bericht über eine Befragung im Auftrag der Deutschen AIDS-Hilfe. AIDS-Forum D.A.H., Bd. II, Berlin 1988
- DERS.: Homosexualität als gesellschaftliches Problem: Definitionsmacht und Definitionsinteressen. In: Leben mit AIDS, mit AIDS leben. Hrsg. Johannes KORPORAL und Hubert MALOUSCHEK. Hamburg 1989 (2. erw. Auflage) (im Druck)
- CLEMENT, Ulrich: Sexualität im sozialen Wandel. Eine empirische Vergleichsstudie an Studenten 1966 und 1981. Stuttgart 1986
- COATES, Thomas J. et al.: AIDS Antibody Testing. Will it Stop the AIDS Epidemic? Will it Help People Infected with HIV? In: American Psychologist, Vol. 43, No. 11, 1988, S. 859-864
- COXON, Anthony P. M., Peter DAVIES und Thomas J. MCMANUS: Socio-Sexual Investigations of Gay Men and AIDS. Project SIGMA. Aims and Methods. Broschüre, London und Cardiff 1987
- COXON, Anthony P. M.: "Something sensational ..." The sexual diary as a tool for mapping detailed sexual behaviour. In: The Sociological Review. Vol. 36, No. 2, 1988a, S. 353-367
- DERS.: The Numbers Game – Gay Life Styles, Epidemiology of AIDS and Social Science. In: Social Aspects of AIDS. Hrsg. Peter AGGLETON and Hilary HOMANS. London und New York 1988b, S. 126-138
- DERS. und Peter DAVIES et al.: A Digest of Early Findings of Project SIGMA. Dept. of Social Sciences. South Bank Polytechnic London. March 1989. Briefing Document
- CRUSE, Karl-Georg: Homosexualität heute. In: AIDS. Psychosoziale Betreuung von AIDS- und AIDS-Vorfeldpatienten. Hrsg. Hans Jäger. Stuttgart 1987, S. 45-67
- DANNECKER, Martin und Reimut REICHE: Der gewöhnliche Homosexuelle. Eine soziologische Untersuchung über männliche Homosexuelle in der Bundesrepublik. Frankfurt a.M. 1974
- DANNECKER, Martin: Sexualität und Verhaltenssteuerung am Beispiel der Reaktion homo- und bisexueller Männer auf AIDS. Unveröffentlichtes Manuskript. Frankfurt 1989
- DAVIES, Peter: Some Notes on the Structure of Homosexual Acts. In: AIDS: Social Representations, Social Practices. Hrsg. Peter AGGLETON, Graham HART und Peter DAVIES. New York und London 1989, S. 147-159

- ECKERT, Albert: *Veränderungen des Sexualverhaltens infolge von AIDS. Literaturstudie. Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik.* Wissenschaftszentrum Berlin. P 89-201. Berlin 1989
- FITZPATRICK, Ray, Mary BOULTON und Graham HART: *Gay Men's Sexual Behaviour in Response to AIDS. Insights and Problems.* Hrsg. Peter AGGLETON, Graham HART und Peter DAVIES. New York und London 1989, S. 127-146
- GAGNON, John D.: *Disease and Desire.* In: *Daedalus.* Vol. 118, No. 3, 1989 (Proceedings of the American Academy of Arts and Sciences). S. 47-77
- GONSIOREK, John C.: *Introduction (to Part II: Mental Health).* In: *Homosexuality. Social, Psychological and Biological Issues.* Hrsg. William PAUL und James D. WEINRICH. Beverly Hills 1982, S. 57-70
- van GRIENSVEN, Godfried J.P.: *Epidemiology and Prevention of HIV Infection among Homosexual Men.* Amsterdam 1989
- KAY, Axel: *Statt eines Kommentars.* In: *Rosa Flieder,* Jg. 10, H. 58, 1988, S. 21
- KAMEL, G.W. Levi: *The Leather Career: On Becoming a Sadomasochist.* In: *S and M – Studies in Sadomasochism.* Hrsg. Thomas WEINBERG und G.W. Levi KAMEL. Buffalo (N.Y.) 1983, S. 73-79
- DERS.: *Meaningful Aspects of Gay Sadomasochism.* Ebenda, S. 162-174
- KEUPP, Heiner: *Soziale Netzwerke – Eine Metapher des gesellschaftlichen Umbruchs?* In: *Soziale Netzwerke.* Hrsg. Heiner KEUPP und Bernd RÖHRLE. Frankfurt a.M. und New York 1987, S. 11-53
- KINGSLEY, Lawrence et al.: *Risk Factors for Seroreconversion to Human Immunodeficiency Virus Among Male Homosexuals.* In: *Lancet.* February 14, 1987, S. 345-348
- LEAVITT, David: *Die verlorene Sprache der Kräne.* Reinbek 1989
- LEE, John Alan: *The Social Organization of Sexual Risk.* In: *S and M – Studies in Sadomasochism.* Hrsg. Thomas WEINBERG und G.W. Levi KAMEL. Buffalo (N.Y.) 1983, S. 162-174
- MANN-O-METER e.V.: *Antrag zur Einrichtung eines STOP-AIDS-Projektes innerhalb der Zielgruppe homo- und bisexueller Männer in Berlin.* Berlin 1989 (Broschüre)
- McKUSICK, Leon et al.: *Longitudinal Predictors of Reductions in High Risk Sexual Behaviors Among Gay Men in San Francisco: The AIDS Behavioral Research Project.* Unveröffentlichtes Manuskript. San Francisco 1989 (erscheint im *American Journal of Public Health*)
- McWHIRTER, David P. und Andrew M. MATTISON: *Männerpaare. Ihr Leben und ihre Liebe.* Berlin 1986
- MICHEL, Sigrid: *HIV-Antikörpertest und Verhaltensänderungen. Literaturstudie. Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik.* Wissenschaftszentrum Berlin. P 88-204. Berlin 1988
- OSBORN, June E.: *Public Health and the Politics of AIDS Prevention.* In: *Daedalus.* Vol. 118, No. 3, 1989 (Proceedings of the American Academy of Arts and Sciences). S. 123-144
- OSTROW, David G.: *AIDS Prevention through Effective Education.* In: *Daedalus.* Vol. 118, No. 3, 1989 (Proceedings of the American Academy of Arts and Sciences). S. 229-254
- PETERSON, John L. und Gerardo MARIÑ: *Issues in the Prevention of AIDS Among Black and Hispanic Men.* In: *American Psychologist.* Vol. 43, No. 11, S. 871-877
- PLUMMER, Ken: *Organizing AIDS.* In: *Social Aspects of AIDS.* Hrsg. Peter AGGLETON und Hilary HOMANS. London und New York 1988, S. 20-51
- POLLAK, Michael: *Les homosexuels et le sida – Sociologie d'une épidémie.* Paris 1988
- DERS. und Marie-Ange SCHILTZ: *Does Voluntary Testing Matter? How it Influences Homosexual Safer Sex.* Abstract 6023. In: *IV International Conference on AIDS.* Bd. I. Stockholm 1988, S. 359
- DERS. und Sophia ROSMAN: *Les associations de lutte contre le SIDA: éléments d'évaluation et de réflexion.* Paris 1989
- DERS., Françoise DUBOIS-ARBBER und Michael BOCHOW: *La modification des pratiques sexuelles.* In: *La Recherche.* Vol. 20, No. 213, 1989, S. 1100-1111
- RICHWALD, Gary et al.: *Sexual Activities in Bathhouses in Los Angeles County: Implications for AIDS Prevention Education.* In: *The Journal of Sex Research.* Vol. 24, Number 23, 1988, S. 169-180

ROSENBROCK, Rolf: AIDS kann schneller besiegt werden. Gesundheitspolitik am Beispiel einer Krankheit. Hamburg 1986

DERS.: Soziale, medizinische und sozialwissenschaftliche Voraussetzungen der Prävention und Bekämpfung von AIDS. In: AIDS-Forschung (AIFO), Jg. 3, H. 3, 1988, S. 163-168

ROZENBAUM, Willi: HIV Transmission by Oral Sex. In: Lancet. June 18, 1988, S. 1395

SABATIER, Renée: Blaming Others – Prejudice, Race and Worldwide AIDS. Hrsg. Jon Tinker/Norwegian Red Cross/The Panos Institute. London 1988

SALMEN, Andreas: Schwulenbewegung und AIDS – Endlich aus der Opferrolle herauskommen! In: Siegessäule, Jg. 6, H. 1, 1989, S. 22-23

DERS.: Ein Scharlatan findet seine Jünger. Eine Auseinandersetzung mit den Thesen Duesbergs. In: Siegessäule, Jg. 6, H. 6, 1989, S. 18-19

DERS.: Die Hälfte der Wahrheit. Eine Antwort auf Bernhard Bienek. In: Siegessäule, Jg. 6, H. 7, 1989, S. 15

SIGUSCH, Volkmar: Homosexuelle und Sexualforscher. Eine Rede vor schwulen Ärzten. In: Zeitschrift für Sexualforschung. Jg. 2, H. 1, 1989, S. 55-74

STALL, Ron D., Thomas J. COATES und Colleen HOFF: Behavioral Risk Reduction for HIV Infection Among Gay and Bisexual Men. A Review of Results From the United States. In: American Psychologist. Vol. 43, No. 11, 1988, S. 878-885

TIEMANN, Friedrich: Analyse und Intention. Zur Bewältigung des Pilatus-Syndroms in der Sozialforschung. Opladen 1987

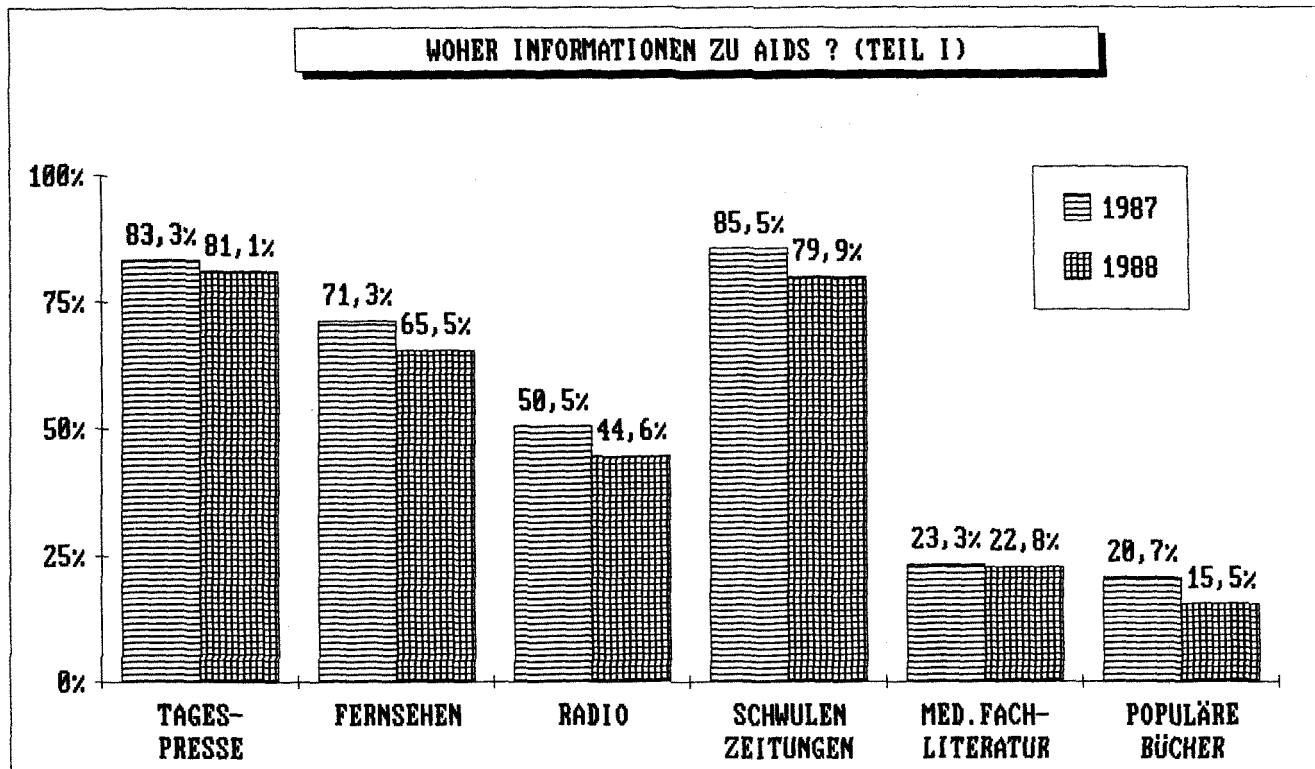
WEEKS, Jeffrey: AIDS: The Intellectual Agenda. In: AIDS: Social Representations, Social Practices. Hrsg. Peter AGGLETON, Graham HART und Peter DAVIES. New York und London 1989, S. 1-20

WEIMER, Ernst, Lena NILSSON-SCHÖNNESSON und Ulrich CLEMENT: HIV-Infektion – Trauma und Traumaverarbeitung. In: Psyche, Jg. 43, H. 8, 1989, S. 720-735

WEINBERG, Martin S. und Colin J. WILLIAMS: Gay Baths and the Social Organization of Impersonal Sex. In: Gay Men. The Sociology of Male Homosexuality. Hrsg. Martin P. LEVINE. New York und San Francisco 1979, S. 164-181

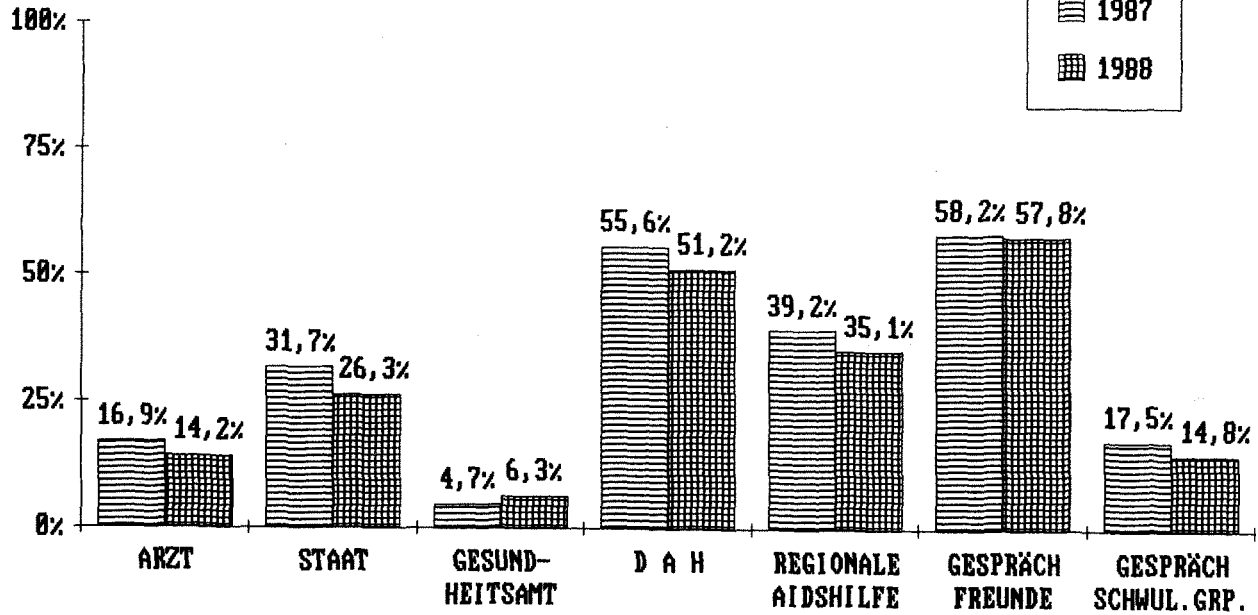
ANHANG 1

GRAFIKEN



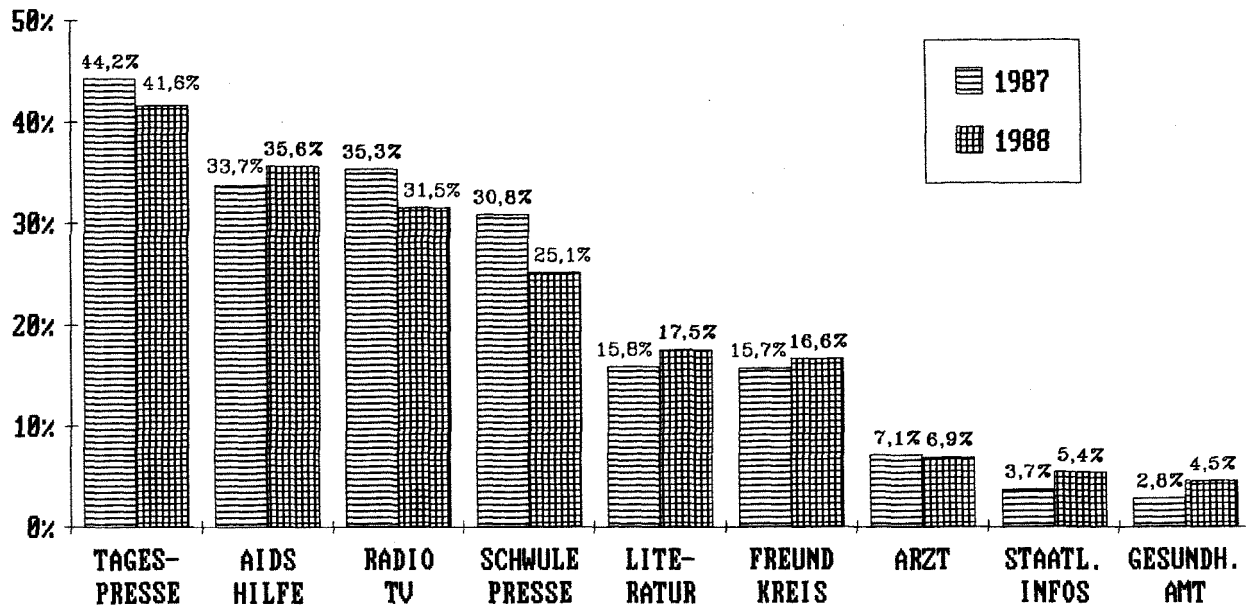
Grafik 1, Teil I

WOHER INFORMATIONEN ZU AIDS ? (TEIL II)



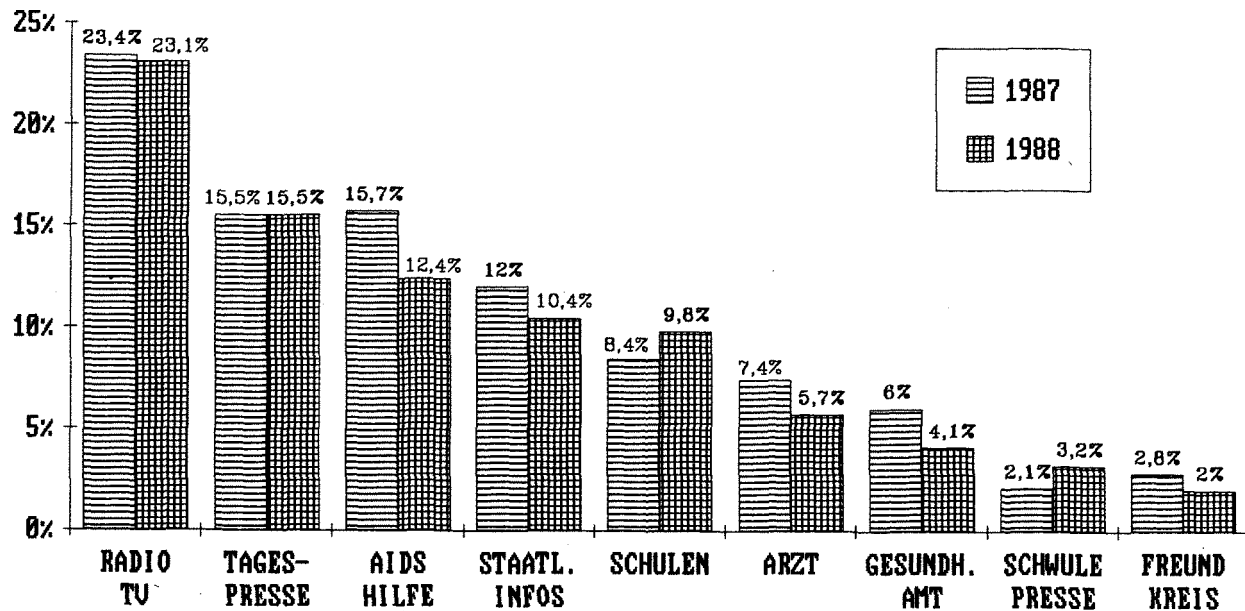
Grafik 1, Teil II

WELCHE INFORMATIONSQUELLEN SIND BESONDERS WICHTIG ?



Grafik 2

WER SOLLTE DIE INFORMATIONSARBEIT VERSTÄRKEN ?



Grafik 3

ANHANG 2 TABELLEN

Tabelle 1:**Zusammenhang:** Akzeptanz der Homosexualität in der Familie und Größe des Wohnorts - in Prozent
(in Klammern: absolute Zahlen)

Akzeptanz	Einwohnerzahl					keine Angabe	Insges.
	weniger als 20.000	20.000- 100.000	100.000- 500.000	500.000- 1 Million	über 1 Million		
Nicht akzeptiert	38 (55)	34 (65)	29 (60)	28 (43)	15 (63)	(3)	26 (289)
Von Vater, Mutter und Geschwistern akzeptiert	17 (25)	18 (35)	26 (53)	24 (37)	31 (130)	(1)	25 (281)
Von Vater und Mutter akzeptiert	5 (7)	8 (16)	7 (15)	7 (11)	8 (33)	- -	7 (82)
Von Mutter und/oder Geschwistern akzeptiert	17 (25)	21 (40)	17 (36)	20 (31)	26 (107)	(3)	22 (242)
Von Vater und/oder Geschwistern akzeptiert	1 (1)	3 (5)	3 (6)	1 (2)	3 (14)	- -	3 (28)
Nur von Geschwistern akzeptiert	17 (24)	14 (27)	15 (31)	16 (24)	15 (61)	- -	15 (167)
keine Angabe	5 (7)	2 (3)	3 (7)	3 (5)	2 (10)	- (1)	3 (33)
Insgesamt	13 (144)	17 (191)	19 (208)	14 (153)	37 (418)	0 (8)	100 (1122)

Tabelle 2:
Zusammenhang: Lebensstil und Häufigkeit des Analverkehrs - in Prozent
 (in Klammern: absolute Zahlen)

Sexfrequenz und Analverkehr	Lebensstil						Insges.
	I	II	III	IV	V	VI	
Oft Sex, Oft Analverkehr	5 (2)	9 (22)	44 (56)	39 (86)	44 (95)	26 (68)	29 (329)
Oft Sex, Seltener oder nie Analverkehr	- -	3 (7)	23 (29)	15 (33)	26 (56)	15 (41)	15 (166)
Selten Sex, Oft Analverkehr	20 (8)	6 (14)	2 (3)	3 (7)	2 (4)	6 (17)	5 (53)
Selten Sex, Seltener oder nie Analverkehr	73 (30)	59 (147)	12 (15)	14 (30)	6 (13)	18 (49)	25 (284)
Unregelmäßig Sex, Oft Analverkehr	- -	5 (13)	5 (6)	8 (18)	8 (17)	8 (21)	7 (75)
Unregelmäßig Sex, Seltener oder nie Analverkehr	2 (1)	19 (48)	14 (17)	22 (48)	14 (31)	26 (70)	19 (215)
Insgesamt	4 (41)	22 (251)	11 (126)	20 (222)	19 (216)	24 (266)	100 (1122)

- I: Ohne (Sexual-)Partner innerhalb der letzten 12 Monate
 II: Allein, weniger promisk
 III: Geschlossene Partnerschaft
 IV: Offene Partnerschaft, weniger promisk
 V: Offene Partnerschaft, stärker promisk
 VI: Allein, stärker promisk

Tabelle 3:
Zusammenhang: Lebensstil und Safer Sex - in Prozent
(in Klammern: absolute Zahlen)

Lebensstil	Analverkehr Kein Analverkehr	Analverkehr nur mit Kondom	Analverkehr auch ohne Kondom	Insgesamt
Ohne (Sexual-)Partner innerhalb der letzten 12 Monate*	24 (10)	51 (21)	24 (10)	4 (41)
Allein, weniger promisk	28 (69)	45 (113)	28 (69)	22 (251)
Geschlossene Paarbe- ziehung	15 (19)	30 (38)	55 (69)	11 (126)
Offene Paarbeziehung, weniger promisk	14 (31)	47 (104)	39 (87)	20 (222)
Offene Paarbeziehung, stärker promisk	13 (28)	56 (120)	32 (68)	19 (216)
Allein, stärker promisk	15 (40)	52 (88)	33 (138)	24 (266)
Insgesamt	18 (197)	48 (534)	35 (391)	100 (1122)

* Antworten beziehen sich offensichtlich auf einen längeren Zeitraum

Tabelle 4:**Zusammenhang:** HIV-Infektionen und Größe des Wohnorts - in Prozent
(in Klammern: absolute Zahlen)

Serostatus	Einwohnerzahl					keine Angabe	Insges.
	weniger als 20.000	20.000- 100.000	100.000- 500.000	500.000- 1 Million	über 1 Million		
AK-Test Negativ	93 (64)	96 (93)	96 (114)	84 (78)	81 (200)	40 (2)	88 (551)
AK-Test Positiv oder erkrankt	7 (5)	4 (4)	4 (5)	16 (15)	19 (47)	60 (3)	13 (79)
Insgesamt	11 (69)	15 (97)	19 (119)	15 (93)	39 (247)	1 (5)	100 (630)

Tabelle 5:**Zusammenhang:** Alter, soziale Position und Serostatus - in Prozent
(in Klammern: absolute Zahlen)

Serostatus	Alter Bildungsabschluß / Berufliche Position						Insges.
	Bis 27 Jahre		Bis 37 Jahre		Älter als 37 Jahre		
	I	II	I	II	I	II	
AK-Test Negativ	93 (87)	97 (133)	82 (84)	86 (114)	77 (47)	83 (86)	88 (551)
AK-Test Positiv oder erkrankt	8 (7)	3 (4)	18 (18)	14 (18)	23 (14)	17 (18)	13 (79)
Insgesamt	15 (94)	22 (137)	16 (102)	21 (132)	10 (61)	17 (104)	100 (630)

I: Niedrigere Bildungsabschlüsse und berufliche Positionen

II: Höhere Bildungsabschlüsse und berufliche Positionen

Tabelle 6: Zusammenhang: Betroffenheit von AIDS im sozialen Umfeld und Alter -
in Prozent
(in Klammern: absolute Zahlen)

Betroffenheit von AIDS	Alter bis einschl. 24 Jahre	bis einschl. 34 Jahre	bis einschl. 44 Jahre	45 Jahre und älter	keine Angabe	Insges.
Nicht betroffen	53 (129)	35 (166)	30 (66)	36 (64)	(4)	38 (429)
Ausschl. HIV-Infizierte im Umfeld	15 (36)	17 (79)	11 (23)	10 (18)	(1)	14 (157)
AIDS-Kranke im Umfeld	8 (20)	8 (37)	8 (18)	9 (16)	-	8 (91)
HIV-Infizierte und/oder AIDS-Kranke im Freundeskreis	22 (53)	33 (155)	41 (90)	36 (65)	(3)	33 (366)
Selbst betroffen	3 (7)	7 (33)	11 (23)	9 (16)	-	7 (79)
Insgesamt	22 (245)	42 (470)	20 (220)	16 (179)	(8)	100 (1122)

Tabelle 7:
Zusammenhang: Beratungsdauer und -ort

Beratungsort	Dauer bis 5 Min.	6 bis 15 Min.	16 bis 30 Min.	über 30 Min.	keine Angabe	Personen absolut
I. Vor dem Test - in Prozent						
Schwuler Arzt	13	36	34	17	-	47
Anderer Arzt	21	33	30	14	3	77
Krankenhaus	14	34	34	14	5	44
Gesundheitsamt	26	36	31	7	-	105
AIDS-Hilfe	4	20	52	20	4	25
Insgesamt	19	32	30	11	8	301*
II. Nach dem Test - in Prozent						
Schwuler Arzt	28	42	16	10	4	50
Anderer Arzt	28	28	26	15	3	61
Krankenhaus	8	39	31	18	4	49
Gesundheitsamt	27	45	16	9	4	56
AIDS-Hilfe	-	25	21	46	8	24
Insgesamt	19	33	20	13	15	256*

* Mehrfachnennungen möglich

ANHANG 3 GRUNDAUSZÄHLUNG

1. Wie leben Sie?

1) Wie würden Sie Ihr Sexualverhalten in den letzten zwölf Monaten beschreiben? (bitte nur eine Angabe)

	1987		1988	
	Abs.	%	Abs.	%
ausschließlich homosexuell	803	86,9	983	87,6
überwiegend homosexuell mit heterosexuellen Anteilen	66	7,1	89	7,9
bisexuell	26	2,8	30	2,7
überwiegend heterosexuell mit homosexuellen Anteilen	23	2,5	14	1,2
ausschließlich heterosexuell	4	0,4	3	0,3
k.A.*	2	0,2	3	0,3
	924	100	1122	100

2) Wie würden Sie sich selbst bezeichnen? (bitte nur eine Angabe)

	1987		1988	
	Abs.	%	Abs.	%
homosexuell	250	27,1	327	29,1
schwul	541	58,5	647	57,7
bisexuell	72	7,8	103	9,2
heterosexuell	4	0,4	3	0,3
homophil	16	1,7	17	1,5
pädophil	12	1,3	7	0,6
in anderer Weise	14	1,5	13	1,2
k.A.	15	1,6	5	0,4
	924	100	1122	100

* k.A. = keine Angabe; t.n.z. = trifft nicht zu

3) Wie alt waren Sie, als Sie zum ersten Mal Sex mit einem gleichgeschlechtlichen Partner hatten?
(bitte Alter eintragen)

	1987		1988	
	Abs.	%	Abs.	%
bis (einschl.) 12 Jahre	101	10,9	130	11,6
bis 14 Jahre	144	15,6	179	16,0
bis 16 Jahre	165	17,9	224	20,0
bis 18 Jahre	147	15,9	177	15,8
bis 20 Jahre	110	11,9	150	13,4
bis 22 Jahre	97	10,5	114	10,2
bis 25 Jahre	77	8,3	71	6,3
bis 30 Jahre	44	4,8	43	3,8
älter als 30 Jahre	26	2,8	34	3,0
k.A.	13	1,4	9	0,8
	924	100	1122	100

4) Mit wievielen Männern hatten Sie Sex in den vergangenen zwölf Monaten?

	1987		1988	
	Abs.	%	Abs.	%
mit keinem	40	4,3	41	3,7
mit einem einzigen	155	16,8	180	16,0
mit 2 - 5	327	35,4	417	37,2
mit 6 - 10	145	15,7	164	14,6
mit 11 - 20	114	12,3	158	14,1
mit 21 - 50	101	10,9	108	9,6
mit 51 - 100	30	3,2	35	3,1
mit mehr als 100	6	0,6	12	1,1
k.A.	6	0,6	7	0,6
	924	100	1122	100

5) Mit wievielen Männern hatten Sex in Ihrem bisherigen Leben?
(bitte schätzen sie so genau wie möglich)

	1987		1988	
	Abs.	%	Abs.	%
mit keinem	1	0,1	1	0,1
mit einem einzigen	22	2,4	26	2,3
mit 2 - 5	91	9,8	106	9,4
mit 6 - 10	109	11,8	134	11,9
mit 11 - 20	128	13,9	168	15,0
mit 21 - 50	165	17,9	177	15,8
mit 51 - 100	136	14,7	155	13,8
mit 100 - 500	168	18,2	217	19,3
mit 500 - 1000	52	5,6	77	6,9
mit mehr als 1000	46	5,0	54	4,8
k.A.	6	0,6	7	0,6
	924	100	1122	100

6) Wie oft hatten Sie im Durchschnitt der vergangenen zwölf Monate Sex mit einem Mann?

	1987		1988	
	Abs.	%	Abs.	%
überhaupt nicht	42	4,5	41	3,7
ein- oder zweimal	62	6,7	73	6,5
gelegentlich	183	19,8	223	19,9
unregelmäßig, aber mit intensiveren Phasen	242	26,2	287	25,6
mehrere Male im Monat	213	23,1	230	20,5
mehrere Male in der Woche	158	17,1	224	20,0
täglich / fast täglich	21	2,3	41	3,7
k.A.	3	0,3	3	0,3
	924	100	1122	100

7) Hatten Sie jemals Geschlechtsverkehr mit einer Frau?

	1987		1988	
	Abs.	%	Abs.	%
nein, nie	437	47,3	514	45,8
ja, einmal	119	12,9	171	15,2
ja, mehrere Male	260	28,1	301	26,8
ja, oft	105	11,4	134	11,9
k.A.	3	0,3	2	0,2
	<hr/>		<hr/>	
	924	100	1122	100

8) Wie oft hatten Sie in den vergangenen zwölf Monaten Geschlechtsverkehr mit einer Frau?

	1987		1988	
	Abs.	%	Abs.	%
überhaupt nicht	799	86,5	995	88,7
ein- oder zweimal	28	3,0	44	3,9
gelegentlich	20	2,2	32	2,9
unregelmäßig, aber mit intensiveren Phasen	19	2,1	14	1,2
mehrere Male im Monat	16	1,7	14	1,2
mehrere Male in der Woche	9	1,0	7	0,6
k.A.	33	3,6	16	1,4
	<hr/>		<hr/>	
	924	100	1122	100

9) Welche Art von Sex praktizieren Sie?
(Bitte machen Sie zu jeder Vorgabe eine Aussage)

	1987 (n = 924)									
	immer/fast immer		oft		manchmal		nie		k.A.	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
Wichsen (alleine)	232	25,1	448	48,5	215	23,3	13	1,4	16	1,7
Wichsen (mit Partner)	139	15,0	347	37,6	357	38,6	55	6,0	26	2,8
Blasen	153	16,6	279	30,2	356	38,5	108	11,7	28	3,0
Blasen lassen	134	14,5	281	30,4	409	44,3	81	8,8	19	2,1
Bumsen	54	5,8	125	13,5	461	49,9	258	27,9	26	2,8
Bumsen lassen	52	5,6	128	13,9	358	38,7	354	38,3	32	3,5
Schenkelverkehr	11	1,2	88	9,5	286	31,0	472	51,1	67	7,3
Arschlecken	28	3,0	72	7,8	334	36,1	451	48,8	39	4,2
Arschlecken lassen	15	1,6	88	9,5	399	43,2	383	41,5	39	4,2
Faustficken	2	0,2	4	0,4	60	6,5	809	87,6	49	5,3
Faustficken lassen	3	0,3	4	0,4	34	3,7	834	90,3	49	5,3
Wasserspiele ("Water Sports")	2	0,2	15	1,6	118	12,8	741	80,2	48	5,2
S/M	4	0,4	26	2,8	92	10,0	753	81,5	49	5,3

	1988 (n = 1122)									
	immer/fast immer		oft		manchmal		nie		k.A.	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
Wichsen (alleine)	302	26,9	530	47,2	250	22,3	23	2,0	17	1,5
Wichsen (mit Partner)	166	14,8	422	37,6	432	38,5	73	6,5	29	2,6
Blasen	175	15,6	341	30,4	463	41,3	115	10,2	28	2,5
Blasen lassen	165	14,7	365	32,5	479	42,7	86	7,7	27	2,4
Bumsen	61	5,4	156	13,9	534	47,6	325	29,0	46	4,1
Bumsen lassen	57	5,1	150	13,4	495	44,1	381	34,0	39	3,5
Schenkelverkehr	26	2,3	79	7,0	390	34,8	543	48,4	84	7,5
Arschlecken	31	2,8	88	7,8	412	36,7	534	47,6	57	5,1
Arschlecken lassen	35	3,1	90	8,0	499	44,5	437	38,9	61	5,4
Faustficken	5	0,4	16	1,4	76	6,8	958	85,4	67	6,0
Faustficken lassen	3	0,3	15	1,3	43	3,8	989	88,1	72	6,4
Wasserspiele ("Water Sports")	4	0,4	23	2,0	161	14,3	863	76,9	71	6,3
S/M	12	1,1	32	2,9	141	12,6	865	77,1	72	6,4

10) Welches Gleitmittel benutzen Sie beim Bumsen?

	1987		1988	
	Abs.	%	Abs.	%
keins	49	5,3	65	5,8
nicht-fetthaltiges Gleitmittel	366	39,6	472	42,1
fetthaltiges Gleitmittel	295	31,9	337	30,0
ich bumsse nicht, k.A.	214	23,2	248	22,1
	924	100	1122	100

11) Haben sie augenblicklich eine feste Beziehung mit einem Mann?

	1987		1988	
	Abs.	%	Abs.	%
nein	445	48,2	548	48,8
ja, eine Beziehung mit einem Mann - ohne Sex mit anderen Männern	235	25,4	270	24,1
ja, eine Beziehung mit einem Mann - und zugleich Sex mit anderen Männern	233	25,2	300	26,7
k.A.	11	1,2	4	0,4
	924	100	1122	100

**12) Wie lange besteht die Beziehung zu diesem Mann, Ihrem Freund?
(bitte Anzahl der Monate oder Jahre angeben)**

	1987		1988	
	Abs.	%	Abs.	%
bis 3 Monate	62	6,7	54	4,8
bis 6 Mo	41	4,4	58	5,2
bis 12 Mo	38	4,1	77	6,9
bis 18 Mo	35	3,8	32	2,9
bis 24 Mo	56	6,1	51	4,5
bis 36 Mo	47	5,1	52	4,6
bis 48 Mo	34	3,7	44	3,9
bis 60 Mo	40	4,3	44	3,9
mehr als 60 Mo	115	12,4	154	13,7
t.n.z., k.A.	456	49,9	556	49,5
	924	100	1122	100

13) Hatten Sie in den letzten drei Jahren eine feste Beziehung mit einem Mann?

	1987		1988	
	Abs.	%	Abs.	%
nein	217	23,5	275	24,5
ja, eine Beziehung mit einem Mann - ohne Sex mit anderen Männern	306	33,1	376	33,5
ja, eine Beziehung mit einem Mann - und zugleich Sex mit anderen Männern	357	38,6	435	38,8
k.A.	44	4,8	36	3,2
	924	100	1122	100

14) Wo haben Sie in den vergangenen zwölf Monaten Ihre Sexualpartner kennengelernt? (bitte machen Sie zu jeder Vorgabe eine Aussage)

	1987 (n = 924)									
	immer/fast immer		oft		manchmal		nie		t.n.z./k.A.	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
Bei Freunden	33	3,6	48	5,2	288	31,2	405	43,8	150	16,3
Auf der Straße	7	0,8	22	2,4	212	22,9	529	57,3	154	16,7
Im Schwimmbad	2	0,2	18	1,9	120	13,0	622	67,3	162	17,6
In der Sauna	32	3,5	72	7,8	177	19,2	496	53,7	147	16,0
Im Park	11	1,2	73	7,9	201	21,8	494	53,5	145	15,7
Am Bahnhof	11	1,2	14	1,5	86	9,3	657	71,1	156	16,9
Auf Toiletten/Klappen	16	1,7	60	6,5	143	15,5	547	59,2	158	17,1
In Bars, Clubs oder sonstigen Lokalen für Schwule (nicht Dunkelraum)	72	7,8	125	13,5	288	31,2	302	32,7	137	14,9
Im Dunkelraum	5	0,5	12	1,3	80	8,7	662	71,6	165	17,9
In Schwulengruppen	12	1,3	31	3,4	131	14,2	588	63,6	162	17,6
Am Arbeitsplatz	5	0,5	6	0,6	96	10,4	657	71,1	160	17,4
Im Theater, Konzert, Kino oder bei anderen kulturel- len Veranstaltungen	7	0,8	13	1,4	134	14,5	607	65,7	163	17,7
Auf dem Strich	7	0,8	15	1,6	59	6,4	680	73,6	163	17,7
Durch Kontaktinserate	45	4,9	51	5,5	190	20,6	495	53,6	143	15,5
Sonstige	14	1,5	13	1,4	44	4,8	310	33,5	543	58,8

	immer/fast immer		oft		1988 (n = 1122)				t.n.z./k.A.	
					manchmal		nie			
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
Bei Freunden	45	4,0	62	5,5	324	28,9	456	40,6	235	20,9
Auf der Straße	6	0,5	29	2,6	233	20,8	615	54,8	239	21,3
Im Schwimmbad	3	0,3	32	2,9	152	13,5	697	62,1	238	21,2
In der Sauna	57	5,1	100	8,9	217	19,3	541	48,2	207	18,4
Im Park	21	1,9	73	6,5	254	22,6	560	49,9	214	19,1
Am Bahnhof	17	1,5	27	2,4	88	7,8	756	67,4	234	20,9
Auf Toiletten/Klappen	12	1,1	64	5,7	172	15,3	643	57,3	231	20,6
In Bars, Clubs oder sonstigen Lokalen für Schwule (nicht Dunkelraum)	79	7,0	162	14,4	324	28,9	359	32,0	198	17,6
Im Dunkelraum	5	0,4	22	2,0	86	7,7	771	68,7	238	21,2
In Schwulengruppen	13	1,2	36	3,2	134	11,9	702	62,6	237	21,1
Am Arbeitsplatz	5	0,4	15	1,3	105	9,4	748	66,7	249	22,2
Pornokino	9	0,8	27	2,4	159	14,2	697	62,1	230	20,5
Im Theater, Konzert, Kino oder bei anderen kulturellen Veranstaltungen	2	0,2	12	1,1	147	13,1	718	64,0	243	21,7
Auf dem Strich	13	1,2	12	1,1	70	6,2	786	70,1	241	21,5
Durch Kontaktinsekte	67	6,0	57	5,1	245	21,8	538	48,0	215	19,2
Sonstige	11	1,0	18	1,6	55	4,9	354	31,6	684	61,0

Ich habe auf diese Weise niemanden in den vergangenen zwölf Monaten kennengelernt

1987		1988	
Abs.	%	Abs.	%
199	21,5	131	11,7

15) Wie oft haben sie im Durchschnitt der vergangenen zwölf Monate Lokale, Bars, Cafés und Saunen besucht, in denen hauptsächlich homosexuelle Gäste verkehren?

	1987		1988	
	Abs.	%	Abs.	%
täglich, fast täglich	17	1,8	19	1,7
mehrere Male in der Woche	137	14,8	160	14,3
mehrere Male im Monat	290	31,4	353	31,5
gelegentlich	311	33,7	356	31,7
ein- bis zweimal	77	8,3	103	9,2
überhaupt nicht	90	9,7	124	11,1
k.A.	2	0,2	7	0,6
	924	100	1122	100

16) Wie hoch würden sie den Anteil Ihrer anonymen Sexualpartner in den letzten zwölf Monaten einschätzen?
(mit anonym meinen wir, daß Sie den Sexualpartner nach einem Kontakt nur durch Zufall wiedertreffen würden)

	1987		1988	
	Abs.	%	Abs.	%
alle	34	3,7	42	3,7
die meisten	140	15,2	195	17,4
mehr als die Hälfte	95	10,3	128	11,4
weniger als die Hälfte	57	6,2	68	6,1
einige	193	20,9	227	20,2
keiner	388	42,0	438	39,0
k.A.	17	1,8	24	2,1
	924	100	1122	100

17) Unabhängig davon, ob Sie eine feste Beziehung zu einem Mann haben oder nicht: Was bedeutet für Sie das Leben in einer festen Beziehung?
(bitte nur eine Angabe)

	1987		1988	
	Abs.	%	Abs.	%
Ein heterosexuelles Vorbild, dem man nicht nahefeiern sollte	25	2,7	46	4,1
Ein Verhältnis, in dem Sie am liebsten leben (würden)	600	64,9	688	61,3
Etwas, was es im Leben von Schwulen immer wieder gibt	114	12,3	144	12,8
Ein nicht erfüllbarer Traum	65	7,0	113	10,1
Ein Alptraum	6	0,6	18	1,6
Ein Lebensmuster, dem man nicht enttrinnen kann	22	2,4	20	1,8
Sonstiges	68	7,4	85	7,6
k.A.	24	2,6	8	0,7
	924	100	1122	100

18) Ist Ihre Homosexualität folgenden Personen bekannt und wird sie von ihnen akzeptiert?
(Bitte machen Sie zu allen in Frage kommenden Vorgaben eine Aussage)

	1987 (n = 924)									
	ich weiß es nicht		bekannt		akzeptiert		nicht ak- zeptiert		t.n.z./k.A.	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
Vater	291	31,5	117	12,7	223	24,1	162	17,5	131	14,1
Mutter	241	26,1	103	11,1	410	44,4	113	12,2	57	6,2
Einem oder mehreren Ihrer Geschwister (wenn vorhanden)	203	22,0	111	12,0	416	45,0	58	6,3	136	14,7
Arbeitskollegen	365	39,5	156	16,9	296	32,0	35	3,8	72	7,8
Den meisten Ihrer hetero- sexuellen Freunde	211	22,8	149	16,1	499	54,0	26	2,8	39	4,2
Ihren Nachbarn	577	62,4	123	13,3	119	12,9	45	4,9	60	6,5
Wenn Sie verheiratet sind: Ihrer Frau	44	4,8	17	1,8	30	3,2	17	1,8	816	88,4

	ich weiß es nicht		bekannt		1988 (n = 1122)				t.n.z./k.A.	
					akzeptiert		nicht ak- zeptiert			
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
Vater	393	35,0	123	11,0	268	23,9	186	16,6	152	13,6
Mutter	297	26,5	119	10,6	486	43,3	152	13,5	68	6,1
Einem oder mehreren Ihrer Geschwister (wenn vorhanden)	235	20,9	116	10,3	503	44,8	70	6,2	198	17,7
Arbeitskollegen	472	42,1	154	13,7	361	32,2	41	3,7	94	8,4
Den meisten Ihrer hetero- sexuellen Freunde	256	22,8	148	13,2	628	56,0	34	3,0	56	5,0
Ihren Nachbarn	723	64,4	119	10,6	136	12,1	45	4,0	99	8,8
Wenn Sie verheiratet sind: Ihrer Frau	34	3,0	9	0,8	36	3,2	24	2,1	1019	90,8

19) Wie setzt sich Ihr engerer Freundeskreis zusammen?
(bitte nur eine Angabe)

	1987		1988	
	Abs.	%	Abs.	%
überwiegend aus schwulen Männern	254	27,5	292	26,0
überwiegend aus nichtschwulen Männern und Frauen	210	22,7	272	24,2
aus beiden gleichermaßen	450	48,7	551	49,1
k.A.	10	1,1	7	0,6
	924	100	1122	100

20) Wo wohnen Sie?

	1987		1988	
	Abs.	%	Abs.	%
alleine	500	54,1	629	56,1
mit Ihrem Freund (feste Beziehung)	149	16,1	195	17,4
mit Ihrer Frau (wenn sie verheiratet sind)	46	5,0	44	3,9
mit einem oder mehreren Freunden/Freundinnen	135	14,6	117	10,4
bei Ihren Eltern	73	7,9	109	9,7
bei Geschwistern oder anderen Verwandten	11	1,2	13	1,2
k.A.	10	1,1	15	1,3
	924	100	1122	100

2. Wie informieren Sie sich und was wissen Sie über AIDS?

21) Wieviele Personen sind nach Ihrer Kenntnis in der Bundesrepublik bisher an AIDS erkrankt?

o an AIDS erkrankt

	1987	
	Abs.	%
- zutreffende Angaben (Zeitpunkt der Befragung: Oktober 1987: zwischen 1200 und 1600 erkrankte Personen)	255	27,6
- Angaben unter 1200 erkrankten Personen	261	28,2
- Angaben über 1600 erkrankten Personen	221	24,0
- k.A.	187	20,2
	<hr/>	
	924	100

o an AIDS gestorben

	Abs.	%
- zutreffende Angaben (Zeitpunkt der Befragung: Oktober 1987: zwischen 500 und 900 gestorbene Personen)	364	39,4
- Angaben unter 500 gestorbenen Personen	287	31,1
- Angaben über 900 gestorbenen Personen	81	8,7
- k.A.	192	20,8
	<hr/>	
	924	100

o an AIDS erkrankt

	1988	
	Abs.	%
- zutreffende Angaben (Zeitpunkt der Befragung: Oktober 1988: zwischen 2000 und 2600 erkrankte Personen)	345	30,7
- Angaben unter 2000 erkrankten Personen	180	16,0
- Angaben über 2600 erkrankten Personen	331	29,5
- k.A.	266	23,7
	<hr/>	
	1122	100

o an AIDS gestorben

	Abs.	%
- zutreffende Angaben (Zeitpunkt der Befragung: Oktober 1988: zwischen 600 und 1200 gestorbene Personen)	362	32,3
- Angaben unter 600 gestorbenen Personen	285	25,4
- Angaben über 1200 gestorbenen Personen	205	18,3
- k.A.	270	24,1
	<hr/>	
	1122	100

22) Soweit Sie wissen, überträgt sich AIDS durch:
(mehrere Angaben möglich)

	1987 (n=924)						1988 (n=1122)					
	ja		nein		k.A.		ja		nein		k.A.	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
Speichel	255	24,4	697	75,4	2	0,2	198	17,6	919	81,9	5	0,4
Sperma	878	95,0	44	4,8	2	0,2	1077	96,0	40	3,6	5	0,4
Kot, Urin	351	38,0	571	61,8	2	0,2	393	35,0	724	64,5	5	0,4
Blut	912	98,7	10	1,1	2	0,2	1112	99,1	5	0,4	5	0,4
Hautkontakt	11	1,2	911	98,6	2	0,2	8	0,7	1110	98,9	4	0,4

23) Was kann mit dem HIV-Antikörpertest (sog. AIDS-Test) ermittelt werden?
(mehrere Angaben möglich)

	1987 (n=924)						1988 (n=1122)					
	ja		nein		k.A.		ja		nein		k.A.	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
- daß jemand AIDS hat	196	21,2	723	78,2	5	0,5	262	23,4	856	76,3	4	0,4
- daß jemand AIDS vielleicht bekommen wird	434	47,0	485	52,5	5	0,5	497	44,3	621	55,3	4	0,4
- daß jemand mit AIDS verursachenden Viren in Kontakt gewesen ist	814	88,1	105	11,4	5	0,5	963	85,8	155	13,8	4	0,4
- daß jemand in naher Zukunft AIDS bekommen wird	73	7,9	846	91,6	5	0,5	71	6,3	1047	93,3	4	0,4

24) Informieren Sie sich zum Thema AIDS?

	1987		1988	
	Abs.	%	Abs.	%
gelegentlich	356	38,5	567	50,5
regelmäßig	552	59,7	533	47,5
gar nicht	11	1,2	20	1,8
k.A.	5	0,5	2	0,2
	924	100	1122	100

Wenn ja: **Woher beziehen Sie Ihre Informationen zum Thema AIDS?**
(mehrere Angaben möglich)

		1987 (n=924)		1988 (n=1122)	
		Abs.	%	Abs.	%
über	die Tagespresse	770	83,3	910	81,1
	das Fernsehen	659	71,3	735	65,5
	das Radio	467	50,5	500	44,6
	schwule Zeitungen	790	85,5	896	79,9
	med. Fachliteratur, -zeitschriften	215	23,3	256	22,8
	allg. verständlich gehaltene Bücher	191	20,7	174	15,5
	Informationsmaterial der Deutschen AIDS-Hilfe	514	55,6	575	51,2
	Informationsmaterial einer regionalen AIDS-Hilfe	362	39,2	394	35,1
	die telefonische oder sonstige Beratung der AIDS-Hilfe	78	8,4	64	5,7
	Ihren Arzt	156	16,9	159	14,2
	Informationsmaterial staatlicher Stellen	293	31,7	295	26,3
	die Beratung im Gesundheitsamt	43	4,7	71	6,3
	die Beratung in Kliniken oder med. Untersuchungseinrichtungen	37	4,0	44	3,9
	Aufklärungsveranstaltungen zu AIDS	214	23,2	187	16,7
	Infoquelle Schulen	-	-	24	2,1
durch Gespräche im Freundeskreis		538	58,2	648	57,8
durch Gespräche in Schwulengruppen		162	17,5	166	14,8
sonstige Quellen		40	4,3	52	4,6

wenn nicht: **weil** (bitte nur eine Angabe):

		1987		1988	
		Abs.	%	Abs.	%
-	Sie das nicht interessiert	2	0,2	4	0,4
-	Ihnen das nicht passieren kann	6	0,6	4	0,4
-	Sie es vorziehen, nichts darüber zu wissen	2	0,2	-	-
-	es nichts bringt, da man nichts machen kann	3	0,3	5	0,4
-	alles zu kompliziert und unverständlich ist	1	0,1	11	1,0
-	t.n.z., k.A.	910	98,5	1098	97,9
		<hr/>		<hr/>	
		924	100	1122	100

25) Welches waren für Sie die drei wichtigsten Informationsquellen zu AIDS?

	1987 (n=924)		1988 (n=1122)	
	Abs.	%	Abs.	%
Tagespresse	408	44,2	467	41,6
Fernsehen, Radio	326	35,3	353	31,5
schwule Zeitungen	285	30,8	282	25,1
med. Fachliteratur, -zeitschriften, allgemein verständlich gehaltene Bücher	146	15,8	196	17,5
Informationsmaterial der Deutschen AIDS-Hilfe, einer regionalen AIDS-Hilfe, telefonische oder sonstige Beratung der AIDS-Hilfe	311	33,7	399	35,6
Ihr Arzt	66	7,1	77	6,9
Informationsmaterial staatlicher Stellen	34	3,7	61	5,4
Beratung im Gesundheitsamt, in Kliniken oder med. Untersuchungseinrichtungen	26	2,8	51	4,5
Gespräche im Freundeskreis oder Schwulengruppen	145	15,7	186	16,6
sonstige Quellen	109	11,8	118	10,5

26) Von wem sollten Informationen zu AIDS in verstärktem Umfang angeboten werden?

	1987 (n=924)		1988 (n=1122)	
	Abs.	%	Abs.	%
Tagespresse	143	15,5	174	15,5
Fernsehen, Radio	216	23,4	259	23,1
schwule Zeitungen	19	2,1	36	3,2
med. Fachliteratur, -zeitschriften, allgemein verständlich gehaltene Bücher	8	0,9	6	0,5
Informationsmaterial der Deutschen AIDS-Hilfe, einer regionalen AIDS-Hilfe, telefonische oder sonstige Beratung der AIDS-Hilfe	145	15,7	139	12,4
Ihr Arzt	68	7,4	64	5,7
Informationsmaterial staatlicher Stellen	111	12,0	117	10,4
Beratung im Gesundheitsamt, in Kliniken oder med. Untersuchungseinrichtungen	55	6,0	46	4,1
Gespräche im Freundeskreis oder Schwulengruppen	26	2,8	22	2,0
Schulen	78	8,4	110	9,8
sonstige Quellen	83	9,0	181	16,1

27) Welche Materialien (Plakate, Faltpfätter, Broschüren usw.) der Deutschen AIDS-Hilfe sind Ihnen bekannt?

	1987 (n=924)		1988 (n=1122)	
	Abs.	%	Abs.	%
Plakate	625	67,6	760	67,7
Faltpfätter / Broschüren	585	63,3	663	59,1
Comics	389	42,1	448	39,9
Sonstiges	135	14,6	190	16,9
überhaupt nichts	111	12,0	126	11,2
k.A.	70	7,6	102	9,1

28) Wo haben sie diese Materialien erhalten bzw. gesehen?

	1987 (n=924)		1988 (n=1122)	
	Abs.	%	Abs.	%
in Bars, Cafés, Diskotheken, Saunen	522	56,5	616	54,9
auf öffentl. Veranstaltungen, an Infoständen der AIDS-Hilfe-Gruppen	387	41,9	405	36,1
auf öffentl. Veranstaltungen, an Infoständen anderer Organisationen	159	17,2	159	14,2
bei Gesprächen mit AIDS-Hilfe-Mitarbeitern in der Subkultur	63	6,8	84	7,5
beim Besuch einer regionalen AIDS-Hilfe	148	16,0	188	16,8
beim Besuch eines Gesundheitsamtes	79	8,5	112	10,0
in Kliniken, Apotheken, bei Ärzten	149	16,1	202	18,0
durch Bekannte und Freunde	184	19,9	189	16,8
auf Anforderung	51	5,5	37	3,3
auf sonstigem Wege	131	14,2	154	13,7

29) Wie beurteilen Sie diese Materialien der AIDS-Hilfe-Gruppen im Vergleich zu anderen gedruckten Materialien zu AIDS?

Das Material der AIDS-Hilfe-Gruppen	1987 (n=924)		1988 (n=1122)	
	Abs.	%	Abs.	%
- spricht mich mehr an	462	50,0	559	49,8
- spricht mich weniger an	48	5,2	63	5,6
- ist klarer in der Aussage	419	45,3	480	42,8
- ist weniger klar in der Aussage	22	2,4	37	3,3
- ist glaubhafter	332	35,9	362	32,3
- ist weniger glaubhaft	17	1,8	20	1,8
- ist sachlicher	300	32,5	338	30,1
- ist weniger sachlich	32	3,5	49	4,4
- ist leichter verständlich	295	31,9	373	33,2
- ist weniger leicht verständlich	14	1,5	18	1,6
- ist ausführlich	186	20,1	193	17,2
- ist zu knapp gehalten	152	16,5	160	14,3
- an das Material ist leichter ranzukommen	249	26,9	275	24,5
- an das Material ist schwerer ranzukommen	103	11,1	116	10,3

30) Waren Sie schon einmal in den Räumen einer AIDS-Hilfe?

	1987		1988	
	Abs.	%	Abs.	%
nein	648	70,1	778	69,3
ja, einmal	87	9,4	111	9,9
ja, zweimal	39	4,2	36	3,2
ja, mehr als zweimal	137	14,8	184	16,4
k.A.	13	1,4	13	1,2
	924	100	1122	100

31) Was war für Sie der Anlaß, dort hinzugehen?

	1987 (n=924)		1988 (n=1122)	
	Abs.	%	Abs.	%
allg. Interesse an Information	147	15,9	173	15,4
Wunsch nach einem pers. Beratungsgespräch	48	5,2	62	5,5
Interesse für die Arbeitsweise einer AIDS-Hilfe	128	13,9	175	15,6

32) Haben Sie sich schon einmal von einer AIDS-Hilfe telefonisch informieren oder beraten lassen?

	1987		1988	
	Abs.	%	Abs.	%
nein	753	81,5	927	82,6
ich habe es versucht, aber niemanden erreicht	4	0,4	4	0,4
ich habe es versucht, aber das Telefon war immer besetzt	3	0,3	4	0,4
ja, einmal	79	8,5	94	8,4
ja, zweimal	23	2,5	29	2,6
ja, mehr als zweimal	24	2,6	26	2,3
k.A.	38	4,1	38	3,4
	924	100	1122	100

33) Wenn Sie schon ein oder mehrere Gespräche mit Mitarbeitern einer AIDS-Hilfe geführt haben (direkt oder telefonisch): Wie beurteilen Sie dieses Gespräch / diese Gespräche?
(mehrere Angaben möglich)

	1987 (n=924)		1988 (n=1122)	
	Abs.	%	Abs.	%
Die Beratung hat mein Informationsbedürfnis befriedigt	83	9,0	83	7,4
Die Beratung hat mich noch mehr verwirrt	10	1,1	8	0,7
Die Beratung hat meine Angst gemindert	40	4,3	44	3,9
In der Beratung wurde nicht auf meine konkreten Bedürfnisse eingegangen	14	1,5	14	1,2
Die Beratung hat mir mehr Sicherheit gegeben	39	4,2	49	4,4
Die beratende Person war ziemlich inkompetent	15	1,6	24	2,1
Die Beratung hat mir geholfen, weitere Schritte zu unternehmen	40	4,3	47	4,2
Das Beratungsgespräch war zu unpersönlich	8	0,9	14	1,2
Sonstiges	16	1,7	25	2,2

34) Es folgen jetzt einige Aussagen zu AIDS.

Bitte machen sie zu jeder eine Angabe:

	1987 (n = 924)											
	stimme voll zu		stimme eher zu		lehne eher ab		lehne voll ab		weiß nicht		k.A.	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
Sex mit einem festen Freund ist ohne AIDS-Risiko	175	18,9	345	37,3	198	21,4	159	17,2	27	2,9	20	2,2
Wer HIV-Antikörper hat, kann andere anstecken	763	82,6	119	12,9	10	1,1	13	1,4	11	1,2	8	0,9
Überall in der Welt sind die meisten AIDS-Opfer schwule Männer	185	20,0	227	24,6	248	26,8	207	22,4	46	5,0	11	1,2
Wenn man gut aufpaßt, mit wem man Sex hat, ist es egal, welchen Sex man hat	34	3,7	68	7,4	216	23,4	562	60,8	27	2,9	17	1,8
Der Gebrauch von Poppers vergrößert das AIDS-Risiko	182	19,7	210	22,7	112	12,1	120	13,0	273	29,5	27	2,9
Wenn man darauf achtet, welchen Sex man hat, ist es egal, wieviele Sexualpartner man hat	186	20,1	278	30,1	206	22,3	213	23,1	32	3,5	9	1,0
Ein fetthaltiges Gleitmittel macht ein Kondom durchlässig für das HIV-Virus	383	41,5	134	14,5	45	4,9	103	11,1	243	26,3	16	1,7
Wenn man darauf achtet, wo man Sex hat, ist es egal, welchen Sex man hat	21	2,3	21	2,3	130	14,1	703	76,1	34	3,7	15	1,6
Das HIV-Virus kann durch einen einzigen ungeschützten Analverkehr übertragen werden	827	89,5	54	5,8	9	1,0	8	0,9	18	1,9	8	0,9

	1988 (n = 1122)											
	stimme voll zu		stimme eher zu		lehne eher ab		lehne voll ab		weiß nicht		k.A.	
	Abs.	% Abs.	% Abs.	% Abs.	% Abs.	% Abs.	% Abs.	% Abs.	% Abs.	% Abs.	% Abs.	%
Sex mit einem festen Freund ist ohne AIDS-Risiko	192	17,1	398	35,5	219	19,5	253	22,5	35	3,1	25	2,2
Wer HIV-Antikörper hat, kann andere anstecken	934	83,2	128	11,4	16	1,4	12	1,1	18	1,6	14	1,2
Überall in der Welt sind die meisten AIDS-Opfer schwule Männer	202	18,0	253	22,5	300	26,7	297	26,5	57	5,1	13	1,2
Wenn man gut aufpaßt, mit wem man Sex hat, ist es egal, welchen Sex man hat	36	3,2	69	6,1	200	17,8	782	69,7	21	1,9	14	1,2
Der Gebrauch von Poppers vergrößert das AIDS-Risiko	171	15,2	222	19,8	124	11,1	217	19,3	368	32,8	20	1,8
Wenn man darauf achtet, welchen Sex man hat, ist es egal, wieviele Sexualpartner man hat	261	23,3	309	27,5	227	20,2	285	25,4	30	2,7	10	0,9
Ein fetthaltiges Gleitmittel macht ein Kondom durchlässig für das HIV-Virus	492	43,9	142	12,7	56	5,0	137	12,2	281	25,0	14	1,2
Wenn man darauf achtet, wo man Sex hat, ist es egal, welchen Sex man hat	22	2,0	27	2,4	125	11,1	890	79,3	38	3,4	20	1,8
Das HIV-Virus kann durch einen einzigen ungeschützten Analverkehr übertragen werden	974	86,8	87	7,8	12	1,1	18	1,6	19	1,7	12	1,1

35) Denken Sie, daß die Behörden von Bund und Ländern Maßnahmen gegen AIDS treffen sollten?*
(1987 n = 924)

	Abs.	%
- mehr Mittel für die Forschung	866	93,7
- mehr Mittel für die Betreuung HIV-Positiver	750	81,2
- mehr Mittel für die Pflege AIDS-Kranker	780	84,4
- mehr Mittel für die Aufklärungsarbeit	760	82,3
- eine Isolierung der AIDS-Kranken	18	1,9
- eine Isolierung der HIV-Positiven	11	1,2
- eine Meldepflicht für HIV-Positive	47	5,1
- andere Maßnahmen	111	12,0
Nein, das ist nicht die Aufgabe öffentlicher Stellen	16	1,7

* Diese Frage wurde lediglich in der 1. Erhebung gestellt.

35) Welche der angebotenen Informationsmaterialien der Deutschen AIDS-Hilfe fanden Sie besonders gelungen?*
(1988 n = 1122)

	Abs.	%
Fotoplakate	165	14,7
Safer Sex-Comics	122	10,9
undiff. Schriftmaterial	50	4,5
heutiger Wissensstand	28	2,5
Safer Sex-Faltblatt	20	1,8
Pariser Leben	17	1,5
Streichhölzer	17	1,5
Aufkleber	12	1,1
"Wenn ein Freund AIDS hat ..."	12	1,1
Bierdeckel	10	0,9
Kondom-Faltblatt	10	0,9
HIV-Antikörper-Test	10	0,9
AIDS-Infodienst	8	0,7
Faltblatt für Stricher	7	0,6
Sicher Besser-Comic	3	0,3
Ratgeber für Angehörige	2	0,2
Safer Sex-Leporello	2	0,2
Videos	1	0,1
sonstige Materialien	23	2,0
Materialien anderer Institutionen	29	2,6

* Diese Frage wurde lediglich in der 2. Erhebung gestellt.

noch 35)
Und welche besonders mißlungen?
 (1988 n = 1122)

	Abs.	%
Safer Sex-Comics	22	2,0
Fotoplakate	17	1,5
undiff. Schriftmaterial	16	1,4
AIDS-Infodienst	4	0,4
Faltblatt für Stricher	4	0,4
Heutiger Wissensstand	4	0,4
Streichhölzer	4	0,4
"Wenn ein Freund AIDS hat ..."	4	0,4
Pariser Leben	3	0,3
Safer Sex-Faltblatt	3	0,3
Aufkleber	2	0,2
Safer Sex-Leporello	2	0,2
Sicher Besser-Comic	2	0,2
Ratgeber für Angehörige	2	0,2
Bierdeckel	1	0,1
Kondom-Faltblatt	1	0,1
Postkarten	1	0,1
HIV-Antikörper-Test	-	-
Videos	-	-
sonst. Materialien	5	0,4
Materialien anderer Institutionen	13	1,2

3. Sind Freunde, Bekannte von Ihnen oder Sie selbst von AIDS betroffen?

36) Sind in Ihrem Umkreis? (1987 n = 924)

	Test positiv		an AIDS erkrankt		an AIDS gestorben	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
- der feste Freund	31	3,4	9	1,0	6	0,6
- enge Freunde	121	13,1	35	3,8	55	6,0
- andere Freunde	114	12,3	41	4,4	76	8,2
- Bekannte	154	16,7	64	6,9	141	15,3
- Sexualpartner	72	7,8	15	1,6	28	3,0
- Menschen, von denen Sie gehört haben	119	12,9	74	8,0	345	37,3

1988 (n = 1122)

	Test positiv		an AIDS erkrankt		an AIDS gestorben	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
- der feste Freund	39	3,5	10	0,9	12	1,1
- enge Freunde	124	11,1	54	4,8	87	7,8
- andere Freunde	117	10,4	57	5,1	114	10,2
- Bekannte	155	13,8	101	9,0	212	18,9
- Sexualpartner	93	8,3	23	2,0	44	3,9
- Menschen, von denen Sie gehört haben	126	11,2	92	8,2	423	37,7

37) Wie viele Menschen sind in Ihrem Umkreis

	1987		1988	
	Abs.	%	Abs.	%
o Test-positiv				
niemand	168	18,2	237	21,2
eine Person	100	10,8	123	11,0
zwei Personen	92	10,0	105	9,4
3 - 5 Personen	136	14,7	163	14,5
6 und mehr Personen	112	12,1	133	11,9
k.A.	316	34,2	361	32,2
	924	100	1122	100

	1987		1988	
	Abs.	%	Abs.	%
o an AIDS erkrankt				
niemand	293	31,7	356	31,7
eine Person	116	12,6	160	14,3
zwei Personen	65	7,0	83	7,4
3 - 5 Personen	56	6,1	82	7,3
6 und mehr Personen	29	3,1	34	3,0
k.A.	365	39,5	407	36,3
	924	100	1122	100

	1987		1988	
	Abs.	%	Abs.	%
o an AIDS gestorben				
niemand	291	31,5	339	30,2
eine Person	120	13,0	172	15,3
zwei Personen	80	8,7	91	8,1
3 - 5 Personen	74	8,0	81	7,2
6 und mehr Personen	25	2,7	52	4,6
k.A.	334	36,1	387	34,5
	924	100	1122	100

38) Wenn jemand aus Ihrem Freundeskreis an AIDS erkrankt ist, welchen Einfluß hat dies auf Ihr Verhältnis zu ihm (ihr) gehabt?

*(Falls mehrere Personen in Ihrem Freundeskreis erkrankten, beantworten Sie bitte diese Frage für den Menschen, der Ihnen am nächsten steht/stand)
(bitte nur eine Angabe)*

	1987 (n=924)		1988 (n=1122)	
	Abs.	%	Abs.	%
Das Verhältnis ist das gleiche geblieben	212	22,9	301	26,8
Das Verhältnis ist enger geworden	102	11,0	146	13,0
Das Verhältnis hat sich gelockert, weil er (sie) im Krankenhaus liegt	8	0,9	11	1,0
Das Verhältnis hat sich gelockert, weil er (sie) alleine sein will	18	1,9	16	1,4
Das Verhältnis hat sich gelockert, weil er (sie) lieber mit anderen Freunden zusammen sein will	12	1,3	17	1,5
Das Verhältnis hat sich wegen der Ansteckungsgefahr gelockert	6	0,6	4	0,4
Das Verhältnis hat sich gelockert, weil mir die Krankheit Angst macht	21	2,3	9	0,8
Ich habe die Beziehung abgebrochen, weil ich es nicht ertragen konnte	8	0,9	10	0,9
Sonstiges	33	3,6	49	4,4
t.n.z., k.A.	504	54,6	559	49,8
	924	100	1122	100

39) Glauben sie, daß Sie schonmal mit einem HIV-infizierten Menschen Sex gehabt haben?

	1987 (n=924)		1988 (n=1122)	
	Abs.	%	Abs.	%
Nein	264	28,6	266	23,7
Ich weiß es nicht	444	48,1	550	49,0
Ja: es war mir bekannt	78	8,4	129	11,5
Ja: ohne es zu dem Zeitpunkt zu wissen	117	12,7	166	14,8
k.A.	21	2,3	11	1,0

Wenn ja: **Wie war Ihre Reaktion, als Sie davon erfuhren oder es vermuteten?**

	1987		1988	
	Abs.	%	Abs.	%
Gleichgültigkeit	7	0,8	17	1,5
Gelassenheit	86	9,3	183	16,3
Beunruhigung	70	7,6	174	15,5
Große Besorgnis	36	3,9	82	7,3
Panik	8	0,9	21	1,9
t.n.z., k.A.	717	77,6	645	57,5
	924	100	1122	100

40) Haben Sie den HIV-Antikörpertest (sog. AIDS-Test) machen lassen?

	1987		1988	
	Abs.	%	Abs.	%
Nein	425	46,0	464	41,4
Ja, einmal (freiwillig)	194	21,0	239	21,3
Ja, zweimal (freiwillig)	133	14,4	162	14,4
Ja, mehr als zweimal (freiwillig)	121	13,1	215	19,2
Ja, ohne meine Zustimmung und mein Wissen	28	3,0	19	1,7
t.n.z., k.A.	23	2,5	23	2,0
	924	100	1122	100

Wenn ja: **Wann haben sie sich zuletzt testen lassen?***
(Bitte Jahreszahl eintragen)

	Abs.	%
1984	8	0,7
1985	42	3,7
1986	92	8,2
1987	156	13,9
1988	340	30,3
t.n.z., kein Test	466	41,5
k.A.	18	1,6
	1122	100

Sind Sie?

	1987		1988	
	Abs.	%	Abs.	%
Test-negativ	425	46,0	551	49,1
Test-positiv ohne Krankheitszeichen	43	4,7	60	5,3
Test-positiv mit bestimmten Krankheitszeichen	12	1,3	17	1,5
an AIDS erkrankt	0	-	2	0,2
t.n.z., k.A.	444	48,0	492	43,8
	924	100	1122	100

* Diese Frage wurde lediglich in der 2. Erhebung gestellt.

41) Wo haben sie sich testen lassen? (Mehrfachnennungen möglich)

	1987 (n=480)		1988 (n=630)	
	Abs.	%	Abs.	%
Bei einem schwulen Arzt	95	19,8	96	15,2
Bei einem anderen Arzt	158	32,9	197	31,3
In einem Krankenhaus	62	12,9	81	12,9
In einem Gesundheitsamt	133	27,7	218	34,6
In einem medizinischen Institut	110	22,9	131	20,8

42) Haben Sie VOR dem Test ein Beratungsgespräch geführt?

	1987 (n=480)		1988 (n=630)	
	Abs.	%	Abs.	%
Nein	270	56,3	347	55,1
Ja, bei einem schwulen Arzt	56	11,7	47	7,5
bei einem anderen Arzt	51	10,6	78	12,4
in einem Krankenhaus, medizinischen Institut	47	9,8	44	7,0
in einem Gesundheitsamt	52	10,8	106	16,8
bei einer AIDS-Hilfe	28	5,8	24	3,8

43) Wie lange hat dieses Gespräch gedauert?
(Bitte Dauer des Gesprächs in Minuten angeben)

	1987		1988	
	Abs.	%	Abs.	%
Bis 5 min	33	6,9	57	9,0
bis 10 min	38	7,9	49	7,8
bis 15 min	36	7,5	46	7,3
bis 20 min	22	4,6	40	6,3
bis 30 min	41	8,5	50	7,9
bis 60 min	28	5,8	27	4,3
länger als 60 min	6	1,2	7	1,1
t.n.z., k.A.	276	57,5	354	56,2
	480	100	630	100

44) Hat dieses Gespräch Sie veranlaßt, den HIV-Antikörpertest zu machen?

	1987		1988	
	Abs.	%	Abs.	%
Ja	27	5,6	36	5,7
Nein	53	11,0	56	8,9
Ich hätte den Test auf jeden Fall gemacht	200	41,7	306	48,6
t.n.z., k.A.	200	41,7	232	36,8
	480	100	630	100

45) Haben sie nach dem Test über das Testergebnis ein Beratungsgespräch geführt?

	1987 (n=480)		1988 (n=630)	
	Abs.	%	Abs.	%
Nein	267	55,6	386	61,3
Ja, bei einem schwulen Arzt	58	12,1	49	7,8
bei einem anderen Arzt	58	12,1	61	9,7
in einem Krankenhaus, medizinischen Institut	49	10,2	49	7,8
in einem Gesundheitsamt	32	6,7	56	8,9
bei einer AIDS-Hilfe	25	5,2	24	3,8

46) Wie lange hat dieses Gespräch gedauert?
(Bitte Dauer des Gesprächs in Minuten angeben)

	1987		1988	
	Abs.	%	Abs.	%
Bis 5 min	45	9,4	49	7,8
bis 10 min	43	9,0	47	7,5
bis 15 min	28	5,8	36	5,7
bis 20 min	23	4,8	18	2,9
bis 30 min	25	5,2	32	5,1
länger als 30min	19	4,0	35	5,5
t.n.z., k.A.	297	61,8	413	65,6
	480	100	630	100

47) Haben Sie mit jemand anderem über das Testergebnis gesprochen?
(mehrere Angaben möglich)

	1987 (n=480)		1988 (n=630)	
	Abs.	%	Abs.	%
Mit Ihrem festen Freund	225	46,9	315	50,0
Mit engen Freunden	356	74,2	432	68,6
Mit anderen Freunden, Bekannten	175	36,5	221	35,1
Mit Familienangehörigen	179	37,3	198	31,4
Mit einem therapeutischen Berater	28	5,8	26	4,1
Mit niemandem	28	5,8	31	4,9

Die Fragen 48 und 49 waren offene Fragen; sie erscheinen daher nicht in der Grundauszählung.

4. Wie reagieren Sie auf die Gefahr, sich anzustecken?

50) Hat sich Ihr Sexualverhalten verändert, seit Sie von AIDS wissen?

	1987		1988	
	Abs.	%	Abs.	%
Nein	158	17,1	164	14,6
Ja	746	80,7	933	83,2
k.A.	20	2,2	25	2,2
	924	100	1122	100

Wenn ja, **was hat sich bei Ihnen geändert?**
(bitte machen Sie zu jeder Vorgabe eine Aussage)

	1987 (n=924)									
	unverändert		häufiger als früher		seltener als früher		gar nicht mehr		t.n.z./k.A.	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
Wichsen (allein)	525	56,8	210	22,7	8	0,9	4	0,4	177	19,2
Wichsen (mit Partner)	391	42,3	281	30,4	51	5,5	20	2,2	181	19,6
Zungenküsse	360	39,0	12	1,3	304	32,9	71	7,7	177	19,2
Blasen ohne Abspritzen in den Mund	231	25,0	71	7,7	298	32,3	143	15,5	181	19,6
Blasen mit Abspritzen in den Mund	58	6,3	1	0,1	146	15,8	523	56,6	196	21,2
Blasen lassen ohne Abspritzen in den Mund	254	27,5	50	5,4	284	30,7	132	14,3	204	22,1
Blasen lassen mit Abspritzen in den Mund	75	8,1	3	0,3	166	18,0	485	52,5	195	21,1
Bumsen ohne Kondom	68	7,4	7	0,8	133	14,4	515	55,7	201	21,8
Bumsen mit Kondom	135	14,6	239	25,9	146	15,8	190	20,6	214	23,2
Bumsen lassen ohne Kondom	71	7,7	7	0,8	87	9,4	550	59,5	209	22,7
Bumsen lassen mit Kondom	128	13,9	178	19,3	130	14,1	270	29,2	218	23,6
Arschlecken	150	16,2	6	0,6	202	21,9	361	39,1	205	22,2
Arschlecken lassen	168	18,2	14	1,5	235	25,4	298	32,3	209	22,6
Faustficken	130	14,1	10	1,1	26	2,8	514	55,6	244	26,4
Faustficken lassen	134	14,5	9	1,0	15	1,6	523	56,6	243	26,3

	1988 (n = 1122)											
	unverändert	häufiger als früher		seltener als früher		gar nicht mehr		t.n.z.		k.A.		
	Abs.	% Abs.	Abs.	% Abs.	Abs.	% Abs.	Abs.	% Abs.	% Abs.	% Abs.	%	
Wichsen (allein)	664	59,2	241	21,5	13	1,2	12	1,1	156	13,9	36	3,2
Wichsen (mit Partner)	511	45,5	322	28,7	61	5,4	23	2,0	156	13,9	49	4,4
Zungenküsse	482	43,0	23	2,0	338	30,1	76	6,8	155	13,8	48	4,3
Blasen ohne Abspritzen in den Mund	268	23,9	115	10,2	360	32,1	169	15,1	155	13,8	55	4,9
Blasen mit Abspritzen in den Mund	55	4,9	10	0,9	180	16,0	664	59,2	154	13,7	59	5,3
Blasen lassen ohne Abspritzen in den Mund	304	27,1	98	8,7	347	30,9	144	12,8	154	13,7	75	6,7
Blasen lassen mit Abspritzen in den Mund	88	7,8	4	0,4	186	16,6	630	56,1	154	13,7	60	5,3
Bumsen ohne Kondom	76	6,8	8	0,7	162	14,4	655	58,4	154	13,7	67	6,0
Bumsen mit Kondom	180	16,0	334	29,8	153	13,6	236	21,0	154	13,7	65	5,8
Bumsen lassen ohne Kondom	70	6,2	11	1,0	101	9,0	711	63,4	154	13,7	75	6,7
Bumsen lassen mit Kondom	171	15,2	253	22,5	169	15,1	311	27,7	154	13,7	64	5,7
Arschlecken	218	19,4	16	1,4	251	22,4	422	37,6	154	13,7	61	5,4
Arschlecken lassen	253	22,5	15	1,3	275	24,5	362	32,3	153	13,6	64	5,7
Faustficken	189	16,8	14	1,2	26	2,3	646	57,6	154	13,7	93	8,3
Faustficken lassen	184	16,4	12	1,1	15	1,3	660	58,8	152	13,5	99	8,8

51) Wenn Sie in einer festen Beziehung leben und auch Sex mit anderen haben: Gibt es Unterschiede im Sex mit Ihrem festen Freund und dem mit anderen Männern?*

	Abs.	%
Nein	91	8,1
t.n.z., da in monogamer Beziehung	222	19,8
mit festem Freund "unsafe", sonst "safe"	147	13,1
mit festem Freund ist der Sex schöner	26	2,3
sonstige Bemerkungen	66	5,9
t.n.z., da keine Beziehung (einschl. k.A.)	570	50,8
	1122	100

* Diese Frage wurde lediglich in der 2. Erhebung gestellt.

51) Meiden sie jetzt bestimmte Kontaktorte?
(1987 n = 924)*

	Abs.	%
Ja	354	38,3
Nein	523	56,6
k.A.	47	5,1

Wenn ja, **welche:**

	Abs.	%
Toiletten, Klappen	161	17,4
Park	125	13,5
Sauna	119	12,9
Dunkelraum	91	9,8
Bars, Clubs (nicht Dunkelraum)	29	3,1
Strich	26	2,8
Bahnhof	19	2,1
Pornokinos	7	0,8
Straße	4	0,4
Schwimmbad	4	0,4
Sonstige Kontaktorte	25	2,7

* Diese Frage wurde lediglich in der 1. Erhebung gestellt.

52) Es folgen jetzt einige Aussagen zu bestimmten sexuellen Vorlieben.

Bitte machen Sie zu jeder eine Angabe:

	1987 (n=924)											
	stimme voll zu		stimme eher zu		lehne eher ab		lehne voll ab		betrifft mich nicht		k.A.	
	Abs.	% Abs.	% Abs.	% Abs.	% Abs.	% Abs.	% Abs.	% Abs.	% Abs.	% Abs.	% Abs.	%
Safer Sex ist kein echter Sex	98	10,6	221	23,9	215	23,3	303	32,8	59	6,4	28	3,0
Bumsen ohne Präser ist aufregender als mit	203	22,0	229	24,8	121	13,1	190	20,6	156	16,9	25	2,7
Sex mit Unbekannten ist besonders aufregend	85	9,2	200	21,6	268	29,0	201	21,8	140	15,2	30	3,2
Wichsen ist kein echter Sex	98	10,6	169	18,3	261	28,2	348	37,7	14	1,5	34	3,7
Nur Bumsen ist echter Sex	49	5,3	113	12,2	223	24,1	436	47,2	70	7,6	33	3,6
Über Sex reagiere ich meine Spannungen ab	179	19,4	307	33,2	171	18,5	143	15,5	88	9,5	36	3,9
Sperma schlucken ist besonders geil	120	13,0	160	17,3	160	17,3	305	33,0	149	16,1	30	3,2

	1988 (n=1122)											
	stimme voll zu		stimme eher zu		lehne eher ab		lehne voll ab		betrifft mich nicht		k.A.	
	Abs.	% Abs.	% Abs.	% Abs.	% Abs.	% Abs.	% Abs.	% Abs.	% Abs.	% Abs.	%	
Safer Sex ist kein echter Sex	104	9,3	198	17,6	287	25,6	433	38,6	65	5,8	35	3,1
Bumsen ohne Präser ist aufregender als mit	240	21,4	242	21,6	136	12,1	281	25,0	192	17,1	31	2,8
Sex mit Unbekannten ist besonders aufregend	135	12,0	267	23,8	294	26,2	241	21,5	154	13,7	31	2,8
Wichsen ist kein echter Sex	100	8,9	193	17,2	303	27,0	463	41,3	22	2,0	41	3,7
Nur Bumsen ist echter Sex	54	4,8	139	12,4	253	22,5	556	49,6	81	7,2	39	3,5
Über Sex reagiere ich meine Spannungen ab	214	19,1	378	33,7	216	19,3	171	15,2	111	9,9	32	2,9
Sperma schlucken ist besonders geil	140	12,5	173	15,4	209	18,6	413	36,8	163	14,5	24	2,1

Die Frage 53 (nach dem Geschlecht) wurde lediglich gestellt, um zu gewährleisten, daß für die Auswertung ausschließlich Angaben von Männern berücksichtigt wurden.

5. Fragen zu Ihrer Person

54) In welchem Jahr sind Sie geboren?

(Bitte Ihr Geburtsjahr eintragen)

Alter berechnet für Zeitpunkt der Erhebung:

	1987		1988	
	Abs.	%	Abs.	%
bis (einschl.) 17 Jahre	3	0,3	4	0,4
18 - 24 Jahre	182	19,7	241	21,5
25 - 34 Jahre	414	44,8	470	41,9
35 - 44 Jahre	191	20,7	220	19,6
45 - 54 Jahre	85	9,2	128	11,4
55 - 64 Jahre	32	3,5	31	2,8
über 64 Jahre	13	1,4	20	1,8
k.A.	4	0,4	8	0,7
	924	100	1122	100

55) Sind Sie

	1987		1988	
	Abs.	%	Abs.	%
ledig	811	87,8	1000	89,1
verheiratet	61	6,6	53	4,7
geschieden	45	4,9	57	5,1
verwitwet	3	0,3	9	0,8
k.A.	4	0,4	3	0,3
	924	100	1122	100

56) Welchen Ausbildungsabschluß haben Sie?

	1987		1988	
	Abs.	%	Abs.	%
Haupt- oder Volksschule	55	6,0	75	6,7
Haupt- oder Volksschule mit betrieblicher Lehre o.ä.	121	13,1	140	12,5
Mittlere Reife, Fachschulabschluß	80	8,7	107	9,5
Mittlere Reife und betriebliche Lehre	111	12,0	133	11,9
Abitur, Abitur und betriebliche Lehre	235	25,4	269	24,0
Abschluß einer höheren Fachschule (z.B. Ingenieur- schule, Fachhochschule)	100	10,8	118	10,5
Hochschulabschluß	218	23,6	275	24,5
k.A.	4	0,4	5	0,4
	924	100	1122	100

57) Sind Sie augenblicklich in einer oder mehreren dieser Organisationen und Gruppen aktiv oder Mitglied?
(mehrere Angaben möglich)

	1987 (n=924)		1988 (n=1122)	
	Abs.	%	Abs.	%
Gewerkschaften (DGB oder DAG)	195	21,1	219	19,5
Politische Parteien	142	15,4	150	13,4
Schulengruppen	191	20,7	204	18,2
AIDS-Hilfe	87	9,4	103	9,2
Bürgerinitiativen und ähnliches	74	8,0	73	6,5
Kirchen / Glaubensgemeinschaften	167	18,1	219	19,5
in keiner	401	43,4	516	46,0

58) Welche berufliche Stellung nehmen Sie gegenwärtig ein?
*(Wenn Sie gegenwärtig nicht berufstätig sind, machen Sie bitte auch Angaben zu Ihrer letzten beruflichen Stellung)**

	1987		1988	
	Abs.	%	Abs.	%
einfacher oder mittlerer Angestellter in der Privatwirtschaft	99	10,7	136	12,1
einfacher oder mittlerer Angestellter im öffentlichen Dienst	91	9,8	105	9,4
höherer oder leitender Angestellter in der Privatwirtschaft	97	10,5	144	12,8
höherer oder leitender Angestellter im öffentlichen Dienst	76	8,2	83	7,4
Beamter des einfachen oder mittleren Dienstes	33	3,6	27	2,4
Beamter des gehobenen oder höheren Dienstes	67	7,3	85	7,6
ungelernter oder angelernter Arbeiter	13	1,4	25	2,2
Facharbeiter	34	3,7	41	3,7
freiberuflich Tätiger (z.B. Rechtsanwalt, Architekt)	66	7,1	83	7,4
Selbständiger (z.B. Handwerker, Gewerbetreibender)	60	6,5	61	5,4
Student	176	19,0	189	16,8
Schüler	25	2,7	18	1,6
Auszubildender	35	3,8	34	3,0
Wehr-, Ersatzdienstleistender	11	1,2	31	2,8
Rentner	23	2,5	29	2,6
Arbeitslos	57	6,2	61	5,4
k.A.	7	0,8	9	0,8

* Wegen Doppelnennungen (z.B. Student und Berufstätigkeit, Rentner und Berufstätigkeit) mehr als 924 bzw. 1122 Nennungen.

59) Wieviele Einwohner hat Ihr gegenwärtiger Wohnort?

	1987		1988	
	Abs.	%	Abs.	%
weniger als 20.000	107	11,6	144	12,8
20.000 bis 100.000	132	14,3	191	17,0
100.000 bis 500.000	165	17,9	208	18,5
500.000 bis 1.000.000	103	11,1	153	13,6
über eine Million	410	44,4	418	37,3
k.A.	7	0,8	8	0,7
	<hr/>		<hr/>	
	924	100	1122	100

**60) Wenn sie gegenwärtig in einem Ort mit weniger als 500.000 Einwohnern leben:
Wie weit ist die nächste Großstadt (Stadtzentrum) mit mehr als 500.000 Einwohnern
entfernt?**

	1987		1988	
	Abs.	%	Abs.	%
weniger als 50 km	162	17,5	213	19,0
51 - 100 km	125	13,5	196	17,5
mehr als 100 km	94	10,2	111	9,9
t.n.z., k.A.	543	58,7	602	53,7
	<hr/>		<hr/>	
	924	100	1122	100

61) Welche Staatsangehörigkeit haben Sie?

	1987		1988	
	Abs.	%	Abs.	%
BRD	890	96,3	1080	96,3
Argentinien	-	-	1	0,1
Belgien	-	-	1	0,1
Costa Rica	1	0,1	-	-
Dänemark	2	0,2	-	-
Frankreich	3	0,3	1	0,1
Frz. Guayana	-	-	1	0,1
Griechenland	1	0,1	-	-
Großbritannien	5	0,5	6	0,5
Hongkong	-	-	1	0,1
Island	-	-	1	0,1
Italien	-	-	1	0,1
Japan	-	-	1	0,1
Jordanien	2	0,2	-	-
Kanada	-	-	2	0,2
Niederlande	-	-	7	0,6
Norwegen	2	0,2	1	0,1
Österreich	3	0,3	3	0,3
Polen	1	0,1	-	-
Portugal	-	-	1	0,1
Schweiz	2	0,2	3	0,3
Spanien	1	0,1	-	-
Tschechoslowakei	-	-	1	0,1
USA	2	0,2	4	0,4
k.A.	9	1,0	6	0,5
	924	100	1122	100

62) Haben sie sich im Oktober 1987 an der Umfrage der Deutschen AIDS-Hilfe beteiligt?*

	Abs.	%
ja	255	22,7
nein	864	77,0
k.A.	3	0,3
	<hr/>	
	1122	100

63) Zeitschrift, der der Fragebogen entnommen wurde:

	1987		1988		
	Abs.	%	Abs.	%	(%)
Adam	61	6,6	80	7,1	(9,9)
Du + Ich	281	30,4	234	20,9	(29,1)
Gay Express	191	20,7	108	9,6	(13,4)
Homoh	29	3,1	66	5,9	(8,1)
Rosa Flieder	170	18,4	148	13,2	(18,4)
Siegessäule	183	19,8	169	15,1	(20,9)
nicht zu ermitteln	9	1,0	5	0,4	(0,6)
	<hr/>				
	924	100	810	72,2	100
Männer			163	14,5	
Saunen			67	6,0	
Lederszene			82	7,3	
			<hr/>		
			1122	100	

64) Adressenangabe

	1987		1988	
	Abs.	%	Abs.	%
Adresse angegeben auf Briefkuvert	64	6,9	99	8,8
Adresse nicht angegeben	860	93,1	1023	91,2
	<hr/>			
	924	100	1122	100

* Diese Frage wurde lediglich in der 2. Erhebung gestellt.

DER AUTOR

Bochow, Michael, Dr. rer. pol., Soziologe, Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Max-Planck-Institut für Bildungsforschung, Berlin (1980-1986), seit 1987 Wissenschaftlicher Mitarbeiter der Gesellschaft für interdisziplinäre Sozialforschung in Anwendung mbH (Intersofia), Berlin.