

Bochow, Michael

Book — Digitized Version

AIDS: Wie leben schwule Männer heute?: Bericht über eine Befragung im Auftrag der Deutschen AIDS-Hilfe

Aids-Forum DAH, No. 2

Provided in Cooperation with:

WZB Berlin Social Science Center

Suggested Citation: Bochow, Michael (1988) : AIDS: Wie leben schwule Männer heute?: Bericht über eine Befragung im Auftrag der Deutschen AIDS-Hilfe, Aids-Forum DAH, No. 2, Deutsche AIDS-Hilfe (DAH), Berlin

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/112638>

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 II

Dr. Michael Bochow

**AIDS: Wie leben
schwule Männer heute?**

**Bericht über
eine Befragung im Auftrag
der Deutschen AIDS-Hilfe**

© Deutsche AIDS-Hilfe e.V.

Nestorstraße 8–9, 1000 Berlin 31

November 1988

Redaktion: Klaus-Dieter Beißwenger

Gestaltung: Detlev Pusch

Druckerei: Oktoberdruck

Satz: deutsch-türkischer fotosatz

Inhaltsverzeichnis

Vorbemerkung	5
I. Fragestellung und Erhebungsmethode	7
II. Soziale Merkmale der Befragten	11
III. Freundschaften und Beziehungsorientierung	15
IV. Selbstdefinition und Akzeptanz	17
V. Sexualität und Promiskuität	21
VI. Sexuelle Praktiken	25
VII. Sexualität und Safer Sex	27
VIII. Informationsquellen und Informationsniveau	33
IX. Verbreitung und Bewertung der AIDS-Hilfe-Materialien	37
X. Die Beratungstätigkeit der AIDS-Hilfen	39
XI. Testverhalten und Testergebnisse	41
XII. Testergebnis und Safer Sex	45
XIII. Zur Durchführung der Tests	47
XIV. Testergebnis und Freundeskreis	49
Zusammenfassung	51
Schlußfolgerungen	53
Anmerkungen	55
Literaturverzeichnis	59
Anhang 1: Grafiken	61
Anhang 2: Tabellen	69
Anhang 3: Grundauszählung	79

Vorbemerkung

An einer empirischen Untersuchung wie der hier vorgelegten sind in den verschiedenen Phasen viele Personen mittelbar oder unmittelbar beteiligt. Ich möchte nicht versäumen, meiner Dankbarkeit für die Beteiligung Ausdruck zu geben.

Ich danke zunächst den Kollegen Robert Tielman, Michael Pollak und Martin Dannecker, die in der Vorbereitungsphase der Untersuchung mit vielen wertvollen Hinweisen die Qualität des Erhebungsinstruments entscheidend verbessert haben. Friedrich Tiemann stellte seine große Kompetenz in Fragen der Datenanalyse während der Auswertungsphase zur Verfügung, Stefanie Markert leistete eine vorbildliche Projektassistenz.

Sophonette Becker und Hans Joas, Kajo Pieper und Karl Georg Cruse, Albert Eckert und Andreas Salmen haben mir mit solidarischer Kritik und zahlreichen nützlichen Hinweisen bei der Erstellung der Endfassung des Manuskripts sehr geholfen. Ohne den ständigen Dialog mit Christa Brunswicker und Gerd Paul, die Ende 1986 den Anstoß zu dieser Studie gaben, wäre es mir nicht möglich gewesen, die Untersuchung in der relativ knapp bemessenen Zeit durchzuführen; auch die Kooperation mit den Mitarbeitern der Geschäftsstelle der Deutschen AIDS-Hilfe gestaltete sich sehr angenehm. Ihnen allen gilt mein Dank.

Berlin, September 1988

Dr. Michael Bochow

I. Fragestellung und Erhebungsmethode

Empirische Sozialforschung überzeugt am ehesten dann, wenn Erkenntnisinteresse, Erhebungsinstrument, Analysestrategie und gesellschaftspolitische Absichten in ihrem Zusammenhang erkennbar sind.¹ Die Zumutung umfangreicher Fragebatterien, denen die Untersuchungs„objekte“ ausgesetzt werden, läßt sich nur durch die überzeugende Begründung präziser erkenntnisleitender Interessen erträglich gestalten. Die Untersuchung, über deren Ergebnisse hier berichtet wird, 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 wurden und die Bewertung der Informations- und Beratungstätigkeit der AIDS-Hilfen in diesem Zusammenhang. Zum anderen sollte geklärt werden, inwieweit das gegenwärtige Sexualverhalten von schwulen 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, in einem Teilbereich Stärken und Defizite der Arbeit der Deutschen AIDS-Hilfe und der regionalen AIDS-Hilfen herauszuarbeiten, um daraus mögliche Folgerungen für die zukünftige (Präventions-)Arbeit zu ziehen.

Die leitenden Fragestellungen hatten zwingende Konsequenzen für die Untersuchung. Eine repräsentative Stichprobe kann aus der Bevölkerungsgruppe der Homosexuellen nicht gezogen werden; deshalb sollte ein möglichst breit gestreuter Personenkreis angesprochen werden, um bestimmte Trends zu ermitteln. Der Hintergrund zeitlich und finanziell begrenzter Ressourcen legte eine schriftliche Befragung nahe und schloß andere Untersuchungsmethoden, vor allem ausführliche mündliche Interviews aus. Neben dem Ziel, auf der Grundlage der Daten von möglichst vielen Personen die aufgeworfenen Fragen beantworten zu können, gab es jedoch noch einen weiteren methodischen Grund, der für eine schriftliche Befragung sprach. Bei Fragen mit tabuiertem Inhalt, und Sexualität – noch mehr Homosexualität – bleibt in unserer Gesellschaft ein Tabubereich, bietet die Methode der schriftlichen Befragung Vorteile gegenüber dem Interview-Verfahren. Im

Falle einer schriftlichen Befragung muß sich der Befragte nicht über sozial und kulturell verpönte Verhaltensweisen direkt gegenüber einem Interviewpartner äußern, sondern kann unter den von ihm selbst gewählten Umständen die schriftlichen Fragen freimütiger beantworten (Dannecker/Reiche 1974, S. 21). Dieser Vorteil überwiegt auch bei weitem den von Norman Bradburn und Seymour Sudman im Vergleich zur Interview-Methode ermittelten Nachteil der geringeren Beteiligung bei schriftlichen Befragungen (Bradburn/Sudman 1979, S. 13). Für eine schriftliche Befragung bieten sich wiederum die vielfältigsten Verteilungsmethoden des Fragebogens an. Bei Untersuchungen über Homosexuelle entfällt von vornherein die bei Großerhebungen naheliegende Vorgehensweise des postalischen Versands an einen durch Zufallsstichprobe ermittelten „Querschnitt“: die Grundgesamtheit aller Homosexuellen in der Bundesrepublik bildet eine unbekannte Größe, und selbst die Schätzung ihres Anteils an der erwachsenen männlichen Bevölkerung bleibt kontrovers.²

Ein gut erprobtes Verfahren, um ein Quasi-Sample aus unbekanntem oder technisch zu aufwendig zu ermittelnden Grundgesamtheiten zu gewinnen, stellt das Schneeballverfahren dar (Sudman/Sirken/Cowan 1988, S. 993 f.). Martin Dannecker hat in seiner Untersuchung mit Reimut Reiche 1971 ein solches (mit Ausnahme der geographischen Verteilung kaum gesteuertes) Schneeballverfahren angewandt (Dannecker/Reiche 1974, S. 13 ff.), ebenso bei der Erhebung für seine Replikationsstudie 1987. Anthony Coxon und Peter Davies haben für ihre gegenwärtig in England und Wales laufende Erhebung „Socio-Sexual Investigations of Gay Men and AIDS (Project SIGMA)“ (Coxon/Davies/McManus 1987) ein gesteuertes Schneeballverfahren versucht. Das über Schneeballverfahren gewonnene Kontaktnetz wurde so lange weiter ausgebaut, bis in der auf diese Weise gewonnenen Quasi-Stichprobe bestimmte, im vorhinein festgesetzte Quoten für die Altersverteilung und andere Merkmale (vor allem im Hinblick auf das Bestehen oder Nichtbestehen einer festen Beziehung) erreicht waren.

Für die Erhebung der Deutschen AIDS-Hilfe war ein solches Verfahren zu aufwendig, aus methodischen Gründen erschien es zudem interessanter, einen von Danneckers Verteilungsmethode sich unterscheidenden Verbreitungsweg des Fragebogens zu wählen; da beide Befragungen fast zur gleichen Zeit stattfanden (Martin Dannecker: Sommer-Herbst 1987, DAH-Umfrage: Oktober-November 1987), können mögliche Differenzen in den Untersuchungsergebnissen in Beziehung zur unterschiedlichen Verteilungsweise gebracht werden. Vor diesem Hintergrund fiel die Entscheidung, ein von Michael Pollak in Frankreich (Pollak 1987a, S. 8–9) und Thomas McManus in

Großbritannien (McManus/McEvoy o.J.) erprobtes Verfahren auch für die Bundesrepublik zu testen und einen Fragebogen über Zeitschriften für Homosexuelle zu verbreiten. Gewählt wurden die sechs in der Bundesrepublik bekanntesten Zeitschriften Adam (Frankfurt), DU + ICH (Hannover), Gay Express (Hamburg), Homoh (Frankfurt), Rosa Flieder (Nürnberg) und Sieges säule (Berlin) mit einer geschätzten verbreiteten Auflage von insgesamt 50.000 Exemplaren.³ Die Verbreitung des Fragebogens über diese Zeitschriften gewährleistete also die Ansprache eines relativ großen Personenkreises. Gleichzeitig wurde durch die Verteilungsart des Fragebogens eine aufwendige Adressenverwaltung vermieden und dem Bedürfnis nach Anonymität Rechnung getragen – bei der intimen und zugleich brisanten Natur vieler Fragen ein Aspekt von besonderer Bedeutung. Um einen „Szene-Bias“ zu vermeiden, d.h. eine Verzerrung zugunsten des jüngeren großstädtischen Publikums von typischen Homosexuellen-Treffpunkten, wurde zunächst bewußt darauf verzichtet, den Fragebogen über die genannten Zeitschriften hinaus über schwule Bars, Cafés, Saunen, Buchläden oder durch Schwulengruppen zu verbreiten.

Der Fragebogen wurde im Oktober 1987 in den Zeitschriften als Anzeige geschaltet, für die Auswertungen wurden alle Fragebögen berücksichtigt, die bis zum 19.11.1987 eingetroffen waren. Zu diesem Zeitpunkt lag der Rücklauf bei 924 Fragebögen. Werden noch die 51 Fragebögen, die nach „Redaktionsschluß“ eintrafen und nicht mehr ausgewertet wurden, sowie 30 Fragebögen aus dem Ausland (davon 15 aus der Schweiz, 7 aus Österreich und 4 aus den Niederlanden), die nicht in die Auswertungen einbezogen wurden, berücksichtigt, dann ergibt sich ein Bruttorecklauf von über 1000 Fragebögen. Bei einer geschätzten verkauften bzw. verteilten Auflage von ca. 50.000 Zeitschriftenexemplaren ist dies ein Rücklauf von 2 Prozent. Dieser Rücklauf ist durchaus als Indikator für das der Deutschen AIDS-Hilfe entgegengebrachte Vertrauen zu werten, da vor dem Hintergrund der Boykottaktionen zur Volkszählung Widerstände gegen umfangreiche Erhebungen jedweder Art zu befürchten waren und der vom Bundesverband Homosexualität (BVH) gegen die Replikationsuntersuchung von Martin Dannecker verhängte (allerdings relativ unwirksame) Boykott auch auf die Umfrage der Deutschen AIDS-Hilfe hätte ausstrahlen können. Der wesentlich höhere Rücklauf, den Michael Pollak mit seinen Umfragen über den GAI PIED in Frankreich erzielen konnte (zwischen 4 und 9 Prozent), verweist auf das vollkommen anders beschaffene öffentliche Klima in Frankreich, sei es in der allgemeinen Öffentlichkeit, sei es in der „gay community“⁴

II. Soziale Merkmale der Befragten

Die Analyse zentraler demographischer Indikatoren zeigt, daß die Hoffnung, durch den Abdruck des Fragebogens in Schwulenzeitschriften einen breit gestreuten Kreis von homosexuellen Männern zu erreichen, nicht getragen hat. Die erreichte Streubreite läßt sich anhand wichtiger sozialer Strukturmerkmale wie Alter, Größe des Wohnorts, Bildungsabschluß und Stellung im Beruf illustrieren. Zwar gehört der Großteil der Befragten (85 %) jüngeren und mittleren Altersgruppen zwischen 18 und 44 Jahren an. Die über 44jährigen stellen mit 130 Personen jedoch eine Gruppe dar, über die sich von der Größenordnung her statistisch sinnvolle Aussagen machen lassen. 56 % der Befragten leben in Großstädten mit über 500.000 Einwohnern, weitere 18 Prozent in deren Nähe (d.h. weniger als 50 km entfernt); mithin leben fast drei Viertel der Befragten in großstädtischen Ballungsräumen. Andererseits war es über die gewählte Verbreitungsart des Fragebogens auch möglich, einen Personenkreis zu erreichen (138 Personen: 15 %), der in Orten mit unter 100.000 Einwohnern und weiter entfernt von großstädtischen Ballungsräumen lebt. 19 Prozent der Befragten haben einen Volks- oder Hauptschulabschluß, 21 Prozent einen Realschul- oder einen entsprechenden mittleren Abschluß, eine Mehrheit von 60 Prozent hat entweder das Abitur oder aber einen Fachhochschul- oder Hochschulabschluß. Die Berufsstruktur entspricht dem hohen Bildungsniveau. Lediglich 5 Prozent der Befragten sind Arbeiter, die größte Berufsgruppe bilden die Angestellten mit 39 Prozent; 10 Prozent sind Beamte, 13 Prozent sind freiberuflich tätig oder selbständig, 19 Prozent sind Studenten (vgl. Anhang 3, Frage 54, 56, 58, 59). Trotz der erzielten Streubreite scheint sich also auch in dieser Erhebung wie in den meisten Befragungen eine Verzerrung, ein „Bias“, zugunsten der besser ausgebildeten und besser verdienenden Großstadt-Schwulen zu reproduzieren. Tabelle 1 (Anhang 2) scheint dies im Vergleich zur ledigen männlichen Bevölkerung der Bundesrepublik über 18 Jahre zu belegen. Hier ist allerdings zu fragen, ob nicht spezifische Abweichungen vom Durchschnitt der männlichen Bevölkerung typisch für die Grundgesamtheit der Homosexuellen sind. Es erscheint zumindest plausibel, daß homosexuelle Männer die „ökologischen Nischen“ der Metropolen suchen; wenn Sozialwissenschaftler sie weniger in kleinen Orten antreffen, muß dies nicht an der Erhebungsmethode liegen. Ähnliches gilt für

die Berufsstruktur der Homosexuellen. Schwule Männer haben eine hohe berufliche Aufstiegsmobilität (Dannecker/Reiche 1974, S. 309 ff.; Pollak 1986, S. 65 f.) und streben außerdem Berufe an, die in geringerem Umfang traditionelles männliches Rollenverhalten erfordern, wie dies z.B. für die herkömmlichen Arbeiterberufe der Fall ist. Insgesamt weicht also die soziale Zusammensetzung der Befragten von einer „Normalverteilung“ der männlichen Bevölkerung der Bundesrepublik ab, es steht aber dahin, ob diese Abweichungen nicht gerade typisch für die Gesamtheit der Homosexuellen sind.

Die üblichen demographischen Merkmale stellen allerdings mit Sicherheit ein viel zu grobes Raster dar, um bestimmte Bevölkerungsgruppen hinreichend zu charakterisieren.⁵ Dies gilt ganz besonders für die hier interessierende Zielgruppe der Homosexuellen. Für die Aussagekraft der gewonnenen Daten ist es zum Beispiel von viel größerer Bedeutung, welche Nähe oder Distanz die an der Umfrage beteiligten Männer zur schwulen „Subkultur“⁶ und ihren Netzwerken haben. Wären mit der Erhebung nur Homosexuelle angesprochen worden, die sich vor allem im Umfeld von Schwulengruppen und AIDS-Hilfen befinden und die in großer Mehrheit die verschiedenen Treffpunkte der schwulen Subkultur häufig frequentieren, wären Aussagen, die als Trenderaussagen Gültigkeit für die Mehrheit der Homosexuellen in der Bundesrepublik beanspruchen können, nicht möglich gewesen. Um zu charakterisieren, welches „Indikatorenkollektiv“ für die gay community mit der Befragung angesprochen wurde, sollen deshalb kurz die Mitgliedschaften der Befragten in Gewerkschaften, Parteien und Verbänden und ihre Teilnahme am Leben der (im wesentlichen kommerziell geprägten) schwulen Subkultur dargestellt werden (vgl. Anhang 3, Frage 57 und 15). Dabei wird deutlich, daß mit der Befragung keineswegs nur das Umfeld der AIDS-Hilfen erreicht worden ist. 9 Prozent geben an, Mitglied in einer AIDS-Hilfe zu sein, 21 Prozent sind Mitglied in einer Schwulengruppe, diese Mitgliedschaften überschneiden sich zum Teil, vier Prozent sind sowohl Mitglied in einer AIDS-Hilfe wie auch in einer Schwulengruppe: insgesamt drei Viertel der Befragten (74 %) sind jedoch weder in einer AIDS-Hilfe noch in einer Schwulengruppe.

Wie verhält es sich mit dem sonstigen politischen und gesellschaftlichen Engagement der Befragten? 15 Prozent von ihnen sind in einer politischen Partei, dies entspricht in etwa dem Anteil, zu dem Akademiker in politischen Parteien organisiert sind. In einer Gewerkschaft (DGB oder DAG) sind 21 Prozent, bei den einfachen und mittleren Angestellten unter ihnen sind es 31 Prozent, bei den Arbeitern ist es ein fast gleich hoher Anteil (30 Prozent); dies kommt dem Organisationsgrad der abhängig Erwerbstätigen in der Bundesrepublik sehr nahe (Statistisches Bundesamt 1985, S. 185 ff.). Eine starke Dis-

krepanz zur Gesamtbevölkerung der Bundesrepublik gibt es lediglich bei der Zugehörigkeit zu einer Kirche oder sonstigen Glaubensgemeinschaft. Angesichts des hier nicht weiter zu erörternden Verhältnisses der beiden christlichen Konfessionen zur Homosexualität und zu den Homosexuellen ist es jedoch auch nicht weiter erstaunlich, daß lediglich 18 Prozent die Zugehörigkeit zu einer Kirche bekunden.

Bedeutsamer für die Charakterisierung der Gesamtheit der Befragten ist gewiß der Umstand, daß 43 Prozent von ihnen nicht Mitglied in einer der genannten Organisationen und Verbände sind; dies spricht gegen die im Vorfeld dieser Untersuchung häufig geäußerte Hypothese, daß mit einer Umfrage über schwule Zeitschriften lediglich der engagierteste und aktivste Teil der gay community angesprochen werden würde. In dieser Hinsicht ist jedoch ein anderes Ergebnis noch viel aussagekräftiger. Nimmt man den relativ häufigen Besuch subkultureller Treffpunkte als Indiz für eine spezifische „Szene“-Zugehörigkeit, so zeigt sich, daß die Befragten aus zwei fast gleich großen Gruppen bestehen: 48 Prozent besuchen u.a. Bars, Cafés und Saunen für Homosexuelle mehrere Male im Monat oder häufiger; die andere Hälfte besteht aus denjenigen, die zumindest dem kommerziell geprägten Teil der Subkultur distanziert gegenüberstehen. 34 Prozent der Befragten suchen die verschiedenen Treffpunkte der Subkultur nur gelegentlich auf, 8 Prozent nur ein- bis zweimal im Zeitraum von 12 Monaten, ein Zehntel hat keinerlei Kontakt zur „Szene“ (vgl. Anhang 3, Frage 15). Es ist ein trivialer Sachverhalt, daß in den Großstädten mit über 500.000 Einwohnern die Nähe zur Subkultur wesentlich ausgeprägter ist als in kleineren Städten und Orten, da nur in den großstädtischen Ballungsgebieten eine schwule „Infrastruktur“ existiert. Hervorzuheben ist jedoch, daß auch in den Großstädten mit über 500.000 Einwohnern 40 Prozent der Befragten angeben, die Szene nur gelegentlich oder gar nicht aufzusuchen.

III. Freundschaften und Beziehungsorientierung

Zu den üblichen demographischen Indikatoren gehört auch der Familienstand; um die Lebenssituation von schwulen Männern zu charakterisieren, greift die Frage nach dem Familienstand jedoch ins Leere, da sie in dieser Hinsicht in einem regelungsfreien Raum leben. Homosexuellen Partnerschaften fehlt die soziale Anerkennung, auch dies ist Ausdruck des normativen Vakuums (Dannecker/Reiche 1974, S. 146), in dem homosexuelle Männer nach wie vor leben. Das für ihre heterosexuellen Geschlechtsgenossen absolut dominierende Lebensverhältnis der Ehe – 77 Prozent der Männer zwischen 25 und 65 Jahren waren 1985 in der Bundesrepublik verheiratet (Statistisches Bundesamt / Mikrozensus 1985) – ist für Homosexuelle im Sinne der Möglichkeit einer anerkannten gleichgeschlechtlichen Partnerschaft nicht vorgesehen. Bei der Analyse der homosexuellen „Normalbiographie“ wie auch der Modelle, die diese für ein „Alleinleben ohne Beschädigung“ (Lautmann 1987, S. 7) bietet, ist dieser Umstand immer zu vergegenwärtigen. Mangels sozialer Anerkennung gibt es auch „keinen beziehungsstützenden Aufmerksamkeits-horizont der Umwelt“ für Homosexuelle (Lautmann 1987, S. 11). Die Bedeutung fester Beziehungen im Leben homosexueller Männer geht in unserem Zusammenhang über das ethnographische Interesse, wie eine stigmatisierte Minderheit ihre gesellschaftlich tabuierten und „de-thematisierten“ Partnerschaften gestaltet, hinaus; der gesamte sexuelle Lebensstil wird entscheidend durch das Bestehen einer festen Freundschaft beeinflusst. Vor diesem Hintergrund verdient die in der Befragung zum Ausdruck kommende Orientierung auf das Leben in einer festen Partnerschaft einige Aufmerksamkeit.

Die Hälfte der befragten Männer (50 %) lebt in einer nach ihrer Einschätzung festen Beziehung. Häufig wird in sozialwissenschaftlichen Analysen homosexueller Beziehungen von einer Minimaldauer von Beziehungen ausgegangen, um sie als „feste“ Beziehung zu charakterisieren, üblich sind 6 oder 12 Monate. Im Fragebogen wurde von einer solchen zeitlichen Eingrenzung bewußt abgesehen, da die Länge einer Beziehung nicht ohne weiteres gleichzusetzen ist mit ihrer „Festigkeit“, oder einer sonstigen besonderen Qualität. Allerdings zeigt sich, daß 70 Prozent der angegebenen Beziehungen länger als ein Jahr bestehen, 50 Prozent länger als zwei Jahre und 33 Prozent länger als vier Jahre. Es ist plausibel, daß die Dauer der Beziehungen mit dem

Alter steigt, diejenigen, die die Mittdreißig überschritten haben, weisen den höchsten Anteil an langjährigen Beziehungen auf. Bemerkenswerter ist, daß der Anteil der Älteren (über 44 Jahre) mit einer festen Beziehung fast gleich hoch ist wie bei den jüngeren Männern. Ein Viertel dieser Beziehungen kann als geschlossene (monogame) Beziehung angesehen werden; zumindest gab es im Zeitraum von 12 Monaten vor der Befragung nur einen einzigen Sexualpartner. Von den Männern, die in einer festen Beziehung leben, wohnt ein Drittel (32 %) mit dem Freund zusammen, in den geschlossenen Beziehungen sind es fast die Hälfte der befreundeten Partner (46 %).⁷

Eine Auswertung der Angaben zu bestehenden und früheren Beziehungen zeigt, daß lediglich 19 Prozent der Befragten noch nie eine feste Beziehung hatten. Die relativ ausgeprägte Beziehungsorientierung, die aus diesen Angaben abgelesen werden kann, wird bestätigt durch die Bewertung von festen Freundschaften, die die Befragten selbst vornehmen. Zwei Drittel (65 %) erklären eine feste Beziehung zu dem Verhältnis, in dem sie am liebsten leben würden, 3 Prozent empfinden eine feste Beziehung als ein heterosexuelles Vorbild, dem nicht nachgeeifert werden sollte. Neben der großen Mehrheit, die in einer festen Beziehung zu leben wünscht, und der kleinen Zahl von Männern, die dies auf keinen Fall wollen, gibt es eine Reihe von Personen, die sich ambivalenter äußern. 12 Prozent bezeichnen eine feste Beziehung als etwas, das es im Leben von Schwulen immer wieder gibt; dieser Personenkreis lehnt für sich eine feste Beziehung also nicht ab, scheint aber skeptisch in Hinblick auf ihre Dauerhaftigkeit zu sein; für 7 Prozent bleibt eine feste Beziehung ein nicht erfüllbarer Traum, auch hier wird eine solche also nicht rundheraus abgelehnt, sondern – aus welchen Gründen auch immer – für nicht realisierbar gehalten. Diese ausgeprägte Beziehungsorientierung ist relativ unabhängig davon, ob die Befragten in einer festen Beziehung leben oder nicht. Sie ist bei denjenigen, die in einer festen Beziehung leben, auch relativ unabhängig von der Dauer der Beziehung. Einzig die Alleinstehenden mit einer höheren Anzahl von Sexualpartnern (über 5 Sexualpartner in den 12 Monaten vor der Befragung) wünschen sich in etwas geringerem Umfang eine feste Beziehung (55 % gegenüber 65 % insgesamt), dies bedeutet jedoch nicht, daß sie eine solche stärker ablehnen. Der Anteil der „Realisten“ und der „Skeptiker“ ist in dieser Gruppe höher. Für sie ist eine feste Beziehung eher etwas, das es im Leben von Schwulen immer wieder gibt und sehr viel häufiger ein „nicht erfüllbarer Traum“ (so die Antwortvorgabe im Fragebogen).⁸

IV. Selbstdefinition und Akzeptanz

Homosexuelle erfahren nach wie vor in jeder gegenwärtig existierenden Gesellschaft repressive Normen; die, auch auf der juristischen Ebene, zum Ausdruck kommende „Liberalisierung“ seit Ende der 60er Jahre in der Bundesrepublik hielt sich durchaus in Grenzen. Es wurde deutlich, daß die westdeutsche Gesellschaft noch weit entfernt von uneingeschränkter Akzeptanz der Homosexualität ist, ja selbst von souveräner Toleranz nur bei einer Minderheit der Bevölkerung gesprochen werden kann (Lautmann/Wienold 1977, S. 383 ff.). Auch wenn juristische Neuregelungen das Ausmaß strafrechtlicher Verfolgung von Homosexuellen einschränkten, blieben weit wirkungsvollere und fester verankerte Mechanismen der Unterdrückung wirksam, die nach wie vor in der kollektiven Erfahrung von Homosexuellen zum Ausdruck kommen und sich in tieferen und resistenteren Schichten der Psyche auswirken, als es eine nur vordergründig wahrgenommene juristische und sexuelle Liberalisierung vermuten läßt: „Die Psyche der Homosexuellen trägt . . . die Male eines bislang nicht zu erschütternden kollektiven Sozialisationsprozesses, dem es um die Einschränkung der Homosexualität und die Förderung der Heterosexualität geht. Dadurch wird die feste Verankerung der homosexuellen Disposition erschwert, und es werden, lange vor der Manifestation der Homosexualität, psychische Spannungen erzeugt.“ (Dannecker 1986, S. 87 f.)

Kehrseite des normativen Anpassungsdrucks, dem Homosexuelle permanent ausgesetzt sind, ist das normative Vakuum, in dem sie sich befinden. Homosexuelle Männer können im Gegensatz zu ihren heterosexuellen Geschlechtsgenossen weder auf tradierte und gesellschaftlich anerkannte Verhaltensmuster noch auf kulturell verbürgte Wertorientierungen zurückgreifen, die ihre spezifische Situation betreffen. Das Spannungsverhältnis zwischen normativem Anpassungsdruck und normativem Vakuum beansprucht Homosexuelle ihr ganzes Leben und führt zu sehr unterschiedlichen Lösungsmustern. Die bisher nicht verwirklichte gesellschaftliche Akzeptanz von Homosexualität und Homosexuellen erfordert einen permanenten Rollenwechsel und bewirkt ein oft virtuos gehandhabtes Rollenspiel; je nach Situation muß die Fassade des „normalen“ heterosexuellen Mannes aufgesetzt, die in ihn gesetzten Rollenerwartungen müssen erfüllt werden, zum anderen aber gilt es, die eigene schwule Identität im homosexuellen Lebenszusam-

menhang zum Ausdruck zu bringen. Noch auf der Ebene der Selbstbezeichnung zeigt sich, wie fragil eine solche kollektive Identität ist und welcher Mangel an Eindeutigkeit in der sozialen Situation von Homosexuellen herrscht. Kaum ein heterosexueller Mann käme ohne die Konfrontation mit Homosexuellen auf die Idee, sich mit dem Etikett „heterosexuell“ zu versehen. Ein heterosexueller Mann ist einfach ein Mann. Auch für Homosexuelle ist die Bezeichnung „homosexuell“ alles andere als selbstverständlich. Sie entstand erst im 19. Jahrhundert und war lange Zeit mit dem Odium psychiatrischer Klassifikation und Pathologisierung belastet.

Die homosexuelle Emanzipationsbewegung griff deshalb in den 70er Jahren aus der Fülle der abwertenden Bezeichnungen, die der „Volksmund“ für die Homosexuellen hervorgebracht hatte, den Begriff „schwul“ auf, um diesen aggressiv-ironisch und selbstbewußt „umzufunktionieren“ (Salmen/Ekkert 1988, S. 27). In der Selbstdefinition der Homosexuellen hat sich dieser Begriff jedoch noch keineswegs durchgesetzt. Zwar bezeichnet sich eine Mehrheit (59 %) der Befragten als schwul, doch immerhin ziehen es 27 Prozent vor, sich als homosexuell zu definieren. Die bevorzugte Selbstdefinition ist nicht nur abhängig vom Alter und somit davon, ob die Sozialisation zum Homosexuellen vor den 70er Jahren erfolgte. Sie ist auch abhängig von der Größe des Wohnorts und vom Ausbildungsabschluß. Bei jüngeren Großstadtbewohnern mit höheren Bildungsabschlüssen hat sich die Bezeichnung „schwul“ am ehesten durchgesetzt. Schon die einfache Selbstetikettierung als schwul oder homosexuell verweist also auf das soziale Umfeld der Befragten. Wird nur der engere soziale Umkreis berücksichtigt (Eltern, Geschwister, Arbeitskollegen, Freunde), so zeigt sich noch ein beträchtliches gesellschaftliches Maß an Ablehnung und Ambivalenz in den Reaktionen auf Homosexualität und Homosexuelle. Noch nicht einmal die Hälfte der Befragten (46 %) schätzt ihr soziales Umfeld so ein, daß es ihre Homosexualität mehrheitlich akzeptiert; bei 29 Prozent ist dieses Umfeld deutlich gespalten in Personen mit ablehnender und akzeptierender Haltung; immerhin ein Viertel berichtet über einen Verwandten- und Bekanntenkreis, der ihre Homosexualität mehrheitlich ablehnt. Berücksichtigt man, daß fast drei Viertel der Befragten in großstädtischen Ballungsräumen leben, der „Provinzeffekt“ also für die Mehrheit ausgeschaltet ist, so werden die nach wie vor bestehenden antihomosexuellen Affekte in der Gesellschaft um so deutlicher.

Die Annahme oder Ablehnung der Homosexualität durch das persönliche Umfeld wurde – dies soll hervorgehoben werden – auf recht grobe Weise ermittelt. Mit den dabei ermittelten Daten läßt sich nicht der Prozeß der Auseinandersetzung der befragten Personen mit ihren Familienangehörigen und ih-

rem Freundes- und Kollegenkreis analysieren. Es läßt sich vor allem nicht feststellen, welchen Stellenwert eine eher tolerante oder abweisende Umgebung für das erfolgreiche oder mißlingende „coming out“ eines Individuums hat, welcher Anteil vor allem seiner kritischen Ich-Stärke und Konfliktfreudigkeit zuzuschreiben ist und welches Wechselspiel zwischen diesen (und anderen) Faktoren besteht. Selbstbewußtes homosexuelles „coming out“ und hohe Akzeptanz durch das engere Umfeld bedingen sich auch nicht notwendig. Die konflikthafte, aber schließlich erfolgreiche Durchsetzung gegenüber einer eher feindseligen Umwelt ist aus der umfangreichen Literatur über das „coming out“ von Homosexuellen ebenso geläufig wie das Verharren hinter einer heterosexuellen oder bisexuellen Fassade in einem eher liberalen Milieu (vgl. z.B. Weinberg 1983, S. 300 ff.). Dem Spannungsverhältnis zwischen Selbst- und Fremdakzeptanz kann mit den Mitteln dieser Untersuchung nicht nachgegangen werden.

Als Indikator für das Ausmaß der erreichten Akzeptanz von Homosexuellen bleiben die mit relativ grobem Raster ermittelten Daten unverzichtbar. Sie zeigen nicht nur, daß Homosexualität in kleineren Städten und Orten nach wie vor auf deutliche Ablehnung stößt, sondern daß auch in Großstädten keineswegs von einer überwiegenden Akzeptanz der Homosexualität ausgegangen werden kann. Entscheidend für die sozialen Chancen, die eigene sexuelle Orientierung offen auszuleben, ist die soziale Position. Je niedriger das erreichte Bildungsniveau und die erzielte Berufsposition, um so höher der Anteil von Homosexuellen mit einem persönlichen Umfeld, das ihrer sexuellen Orientierung distanziert oder ablehnend gegenübersteht (vgl. Anhang 2, Tabelle 2 und 3). Ein höheres Maß an „Selbst“- und „Fremd“-Akzeptanz – dies ist eine psychologische Binsenweisheit – begünstigt die erfolgreiche Interaktion des Individuums mit seiner Umwelt, vor allem auch das Einschlagen von angemessenen Bewältigungsstrategien in krisenhaften Situationen. Inwieweit die über die soziale Akzeptanz vermittelten psychosozialen Ressourcen sich auch als hilfreich für adäquate Reaktionen auf AIDS erweisen, wird im folgenden zu klären sein.

V. Sexualität und Promiskuität

Sexualität gilt als eines der „heikelsten“ und schwierigsten Themen in der Sozialforschung (Bradburn/Sudman 1979, S. 69). Fragen, die den sexuellen Bereich und das persönliche Einkommen betreffen, rufen die größten Ausfälle und Verzerrungen im Antwortverhalten von Befragten hervor. Von Interesse ist also nicht nur, welcher Personenkreis überhaupt Auskunft über sein Sexualverhalten gibt, sondern auch, inwieweit die Angaben der Befragten das Sexualverhalten angemessen wiedergeben, oder aber, ob diese verzerrt sind durch eine von den Befragten unterstellte soziale Wünschbarkeit ihrer Antworten.

Die Verknüpfung der Themenbereiche Sexualität und AIDS potenziert möglicherweise solche Verzerrungen. Die Informationskampagnen zu risikoärmeren sexuellen Verhaltensweisen liefen zum Zeitpunkt der Erhebung seit zwei Jahren, schon vor der Befragung war davon auszugehen, daß ein erheblicher Teil der Zielgruppe die „Safer Sex-Botschaft“ der Deutschen AIDS-Hilfe zur Kenntnis genommen hat. In der Wahrnehmung vieler Homosexueller drohte und droht AIDS – nach einer kurzen Atempause der „Liberalisierung“ in den 70er Jahren – die soziale Randstellung, die Stigmatisierung und Diskriminierung von Homosexuellen als Hauptbetroffenengruppe wieder zu verstärken. Es ist sehr wohl möglich, daß unter diesem zunehmenden sozialen Druck einige Personen eher über das von ihnen als erwünscht unterstellte als über ihr faktisches Sexualverhalten berichten. Der angesichts der Bedrohung durch AIDS von vielen Homosexuellen verspürte, von manchen aber auch scharf zurückgewiesene Rechtfertigungszwang bestand im übrigen lange vor AIDS und ist Ausdruck der Außenseiter-Stellung der Homosexuellen. Zu einem Zeitpunkt, als AIDS noch vollkommen unbekannt war, hat Martin Dannecker dies scharfsinnig hervorgehoben: „Solange immer erneut Versuche unternommen werden, die gesellschaftliche Verfolgung der Homosexuellen theoretisch zu rechtfertigen, und solange diese Verfolgung anhält, wird das Bewußtsein der Homosexuellen nicht zu sich selbst kommen. Es bleibt ein Bewußtsein der Abwehr und Rechtfertigung. Ständig damit beschäftigt zu widerlegen, was an ihrem Verhalten unmoralisch oder asozial sein soll, entwickeln Homosexuelle zwar eine ausgeprägte Vorstellung von dem, was sie nicht sind oder was sie aus Gründen der Opportunität weder vor sich selbst noch

der Öffentlichkeit gegenüber sein dürfen. Dazu, was sie sind, ja selbst dazu, wie sie sich verhalten, haben sie dagegen bloß ein unvollkommenes oder gar kein Verhältnis“ (Dannecker 1986, S. 61). In der gegenwärtigen Situation des vermeintlich oder wirklich zunehmenden sozialen Drucks kann sich dieses „konformistische“ Motiv verstärken. Auf der Ebene der Interpretation der empirischen Befunde der Umfrage kann das Problem nur ins Bewußtsein gerufen werden; unmittelbare Konsequenzen für die Datenanalyse – mit Ausnahme einer ohnehin angebrachten Behutsamkeit bei verallgemeinernden Trendaussagen – sind zunächst nicht möglich. Die Hoffnung, valides Datenmaterial erhoben zu haben, wird allerdings gestärkt durch Evaluationsstudien zur Qualität der Ergebnisse empirischer Erhebungen. Gerade bei Befragungen zum Sexualverhalten scheint der wesentliche Filter im Entscheidungsprozeß zur Teilnahme oder Nichtteilnahme an einer Befragung zu liegen. Der Entschluß zur Teilnahme kann gleichzeitig als Indikator für ein relativ offenes und freimütiges Antwortverhalten gewertet werden (Bradburn/Sudman 1979, S. 83).

Zu einem fast ausschließlich über das Sexualverhalten von Homosexuellen definierten „schwulen Lebensstil“ (gay lifestyle) gehören – schenkt man einer Vielzahl von Forschungsberichten Glauben – einige typische Merkmale, die in stereotyper Wiederholung immer wieder genannt werden. Diese Merkmale bestehen vor allem in einer hohen Promiskuität⁹, der häufigen Frequenzierung von bestimmten homosexuellen Treffpunkten, um dem promiskuitiven Verlangen nachzukommen, einem hohen Anteil an anonymen Sexualkontakten und einem sehr reichhaltigen, zu immer extremeren Techniken neigenden Repertoire von Sexualpraktiken. Es sei dahingestellt, inwieweit ein nicht unerheblicher Teil der publizierten sozialwissenschaftlichen Untersuchungen weniger der differenzierten Analyse als vielmehr der Stereotypisierung von Homosexuellen Vorschub geleistet hat. Noch in den Titeln so reflektierter Untersuchungen wie „Der gewöhnliche Homosexuelle“ (Martin Dannecker und Reimut Reiche) oder auch „Männliche Homosexualität – oder das Glück im Getto?“ (Michael Pollak) (Pollak 1986, S. 55 ff.) findet die landläufige Stereotypisierung „des“ Homosexuellen ihren Niederschlag und verstärkt die bei allen sozialen Definitions- und Etikettierungsprozessen üblichen Stereotypisierungseffekte. Greift man nur das in der Literatur fast übereinstimmend zum zentralen Kennzeichen eines spezifisch homosexuellen Lebensstils erklärte Merkmal der höheren Partnerzahl heraus, dokumentieren die Ergebnisse dieser Befragung eindrucksvoll große Unterschiede in der Partnerzahl und lassen es – zumindest unter diesem Blickwinkel – als fragwürdig erscheinen, von einem einheitlichen Lebensstil von homosexuellen Männern zu re-

den. Vier Prozent der Befragten erklären, überhaupt keinen Sexualpartner in den 12 Monaten vor der Befragung gehabt zu haben, 17 Prozent hatten einen einzigen Sexualpartner, 36 Prozent geben zwischen 2 und 5 Partner an, 16 Prozent zwischen 6 und 10 Partner (vgl. Anhang 3, Frage 4).

Faßt man alle mit mehr als 10 Partnern zu einer Gruppe zusammen, so sind diese ein Viertel der Befragten (27 Prozent). Höhere Partnerzahl und höherer Anteil von „anonymen“ Sexualkontakten bedingen einander. Als „anonym“ gilt ein Sexualkontakt, wenn der Sexualpartner nur durch Zufall wiedergetroffen werden könnte. Nur über diese Art von Sexualkontakten ist es überhaupt möglich, eine höhere Partnerzahl in einem bestimmten Zeitraum zu erreichen. Von den Befragten erklären allerdings 42 Prozent, daß sie in den zwölf Monaten vor der Befragung keinen einzigen anonymen Sexualkontakt hatten. Diesem Personenkreis steht eine Gruppe gegenüber (29 %), deren Sexualkontakte in mehr als der Hälfte der Fälle anonymen Charakter hatte. Auch hier zeigen sich also starke Differenzen im sexuellen Lebensstil. Die Pluralität im sexuellen Lebensstil wird im übrigen bestätigt durch die Ergebnisse der Studie von Dannecker und Reiche. Diese einzige im deutschen Sprachraum bisher verfügbare umfangreiche Untersuchung wurde 1971 durchgeführt. Wenn auch aus dem Vergleich zu den damaligen Ergebnissen ein drastischer Rückgang in den Partnerzahlen – eine deutliche Abnahme „promisken“ Verhaltens¹⁰ also – geschlossen werden kann, so liefern die Daten der früheren Erhebung jedoch, was die merkbaren Unterschiede im sexuellen Lebensstil zwischen einzelnen Gruppen anbelangt, ein ähnliches Bild. 42 Prozent der 1971 Befragten hatten weniger als 11 Partner im Zeitraum eines Jahres, 14 Prozent mehr als 50 Partner (Dannecker/Reiche 1974, S. 237).

Zu fragen bleibt, was eigentlich das spektakulärere Ergebnis ist: der deutliche Rückgang in den Partnerzahlen oder die Konstanz in den Unterschieden zwischen einzelnen Teil- und Extremgruppen. Diese relative Konstanz zeigt sich auch in anderer Hinsicht. Der Anteil der Personen ohne Sexualpartner ist in beiden Untersuchungen gleich (4 Prozent), der Anteil der Personen, die in festen Beziehungen leben, liegt in beiden Erhebungen ziemlich nahe (in der Studie von Dannecker und Reiche bei 58 % gegenüber 50 % in der DAH-Umfrage). Die Häufigkeit „geschlossener“ Beziehungen scheint dagegen zugenommen zu haben. 1971 erklärten 15 Prozent der befragten Personen mit einer festen Beziehung diese für monogam, 1987 sind es 24 Prozent (Dannecker/Reiche 1974, S. 178).

Die durch AIDS hervorgerufene starke Verunsicherung, aber auch spürbare Angst ist sicherlich als *ein* wesentlicher Grund für den merkbaren Rückgang der Partnerzahlen anzusehen und kann auch ein Anlaß für die Zunahme

monogamer Beziehungen sein, wenngleich diese Zunahme keineswegs dramatisch ausfällt. Viel bemerkenswerter ist, daß die Mehrheit homosexueller Partnerschaften sich auch weiterhin nicht über sexuelle Monogamie definiert. Ihre spezifische Qualität bestimmt sich nach wie vor durch andere Eigenschaften als durch den Ausschließlichkeitsanspruch sexueller „Treue“. So gesehen halten sich auch unter dem Eindruck von AIDS die Änderungen im sexuellen Lebensstil homosexueller Männer in Grenzen. Bestätigt wird dies durch einen anderen Vergleich. Die Personen, die schon für die Vergangenheit eine größere Anzahl von Sexualpartnern angeben, sind auch gegenwärtig in höherem Maße „promisk“. Die merkbaren Unterschiede zwischen einer eher monogamen, einer weniger „promisk“ oder einer stärker „promisk“ sexuellen Orientierung bleiben bestehen. Die relative Konstanz im Sexualverhalten homosexueller Männer dokumentiert sich auch in anderer – eher unerwarteter Weise. Der Anteil derjenigen, die ihr erstes homosexuelles Erlebnis vor dem 17. Lebensjahr hatten, bleibt für die Altersjahrgänge zwischen 18 und 44 Jahren fast gleich und schwankt zwischen 42 und 49 Prozent. Dies ist keineswegs selbstverständlich. Die Geburtsjahre dieser Befragten liegen zwischen 1943 und 1969, die im Zeitraum dieses Vierteljahrhunderts Geborenen wuchsen also unter sehr unterschiedlichen Bedingungen auf. Für einen Teil der Männer waren noch die extrem sexualfeindlichen Jahre der Adenauer-Zeit bestimmend für ihre Erfahrungen als Jugendliche, der jüngere Teil unter ihnen hingegen wuchs im deutlich liberaleren Klima der 70er Jahre auf. Die „Liberalisierung“ der 70er Jahre hat – wenn sie überhaupt in dem oft postulierten Umfang stattfand – zumindest nicht zu einer früheren Aufnahme der ersten homosexuellen Kontakte geführt.

VI. Sexuelle Praktiken

Dannecker und Reiche hatten in ihrer Studie belegt, daß Analverkehr unter Homosexuellen weiter verbreitet ist, als früher von „wohlgesonnenen“ liberalen Sexualwissenschaftlern angenommen wurde. Die damals (auch unter Homosexuellen) ausgeprägte Neigung, den Analverkehr nur einer Minderheit als Sexualpraxis zuzuschreiben, hing mit seiner gesellschaftlichen Tabuierung und der damit einhergehenden Mythenbildung zusammen (Dannecker/Reiche 1974, S. 204 ff.). Da (ungeschützter) Analverkehr unter Homosexuellen den Hauptübertragungsweg des HI-Virus darstellt, ist diese Sexualpraktik von erneuter Tabuierung bedroht. Gerade an diesem sensibelsten Punkt der Untersuchung ergibt sich jedoch ein sehr eindeutiges Bild. Fast vier Fünftel der Befragten (78,2 %) haben – zumindest manchmal – Analverkehr. Dieser Anteil ist praktisch identisch mit dem 1971 ermittelten Anteil.

Der im Zwischenbericht der AIDS-Enquete-Kommission des Bundestages behauptete Rückgang des Analverkehrs unter Homosexuellen kann durch die Ergebnisse dieser Untersuchung also nicht ohne weiteres belegt werden; vermutet werden kann ein Rückgang in der Frequenz (AIDS: Fakten und Konsequenzen, 1988, S. 44). Die deutliche Mehrheit (55,6 %) hat zumindest manchmal passiven *und* aktiven Analverkehr. Ein weiteres Fünftel gibt an, entweder ausschließlich aktiven (16,5 %) oder ausschließlich passiven (6,1 %) Analverkehr zu bevorzugen. Vergleicht man die Größe dieser letzten beiden Gruppen mit der in der Untersuchung von 1971, so ist ein Rückgang der Personen festzustellen, die ausschließlich eine Variante des Analverkehrs bevorzugen; entsprechend nimmt der Personenkreis, der sowohl passiven wie aktiven Analverkehr ausübt, von 42 % (1971) auf 56 % (1987) zu. Bei aller gebotenen Vorsicht läßt sich hieraus eine Tendenz zu einem flexibleren sexuellen Rollenverhalten ablesen, über dessen Ursachen mit den Mitteln dieser Erhebung jedoch keine substantielle Aussage gemacht werden kann.

Eine minutiöse tabellarische Ausleuchtung der anderen von den Befragten bevorzugten Sexualpraktiken soll hier unterbleiben. Masturbation (allein oder mit Partner: 99 %) und aktive und/oder passive Fellatio (93 %) werden von der großen Mehrheit ausgeübt. Sodomasochistische Sexualpraktiken (13 %) und Fist Fucking (8 %) sind in sehr viel geringerem Umfang verbreitet. Zwischen diesen beiden Praktiken besteht eine bestimmte Affinität. Über die

Hälfte der Personen, die Fist Fucking praktizieren, geben auch sadomasochistische Praktiken an, ein Drittel der Personen mit SM-Praktiken betreibt auch Fist Fucking.

Die unterschiedlichen Sexualpraktiken werden selbstverständlich in den verschiedensten Sequenzen und Kombinationen ausgeübt. Sexualwissenschaftliche Untersuchungen belegen, daß Dauer, Sequenz und Kombination hochgradig situationsspezifisch und vor allem abhängig sind von der kommunikativen und affektiven Nähe zum Sexualpartner (Coxon 1986 b, S. 3). Um diese sehr bedeutsame Dimension des Sexualverhaltens zu untersuchen, wären sehr viel komplexere Erhebungsmethoden als die angewandte notwendig gewesen. Hier sei lediglich hervorgehoben, daß das Repertoire an bevorzugten Sexualpraktiken mit der Zahl der Sexualpartner zunimmt, relativ unabhängig davon, ob die Befragten in einer festen Beziehung leben oder nicht. Analverkehr erfolgt am häufigsten in festen Beziehungen, unter den Alleinstehenden mit geringerer Partnerzahl findet sich der höchste Anteil von Personen (30 %), die ihn überhaupt nicht ausüben. Bevorzugte Sexualpraktiken und Anzahl der Partner sind unabhängig vom Bildungsniveau, von beruflicher Position und – zumindest für die Befragten zwischen 18 und 55 Jahren – auch unabhängig vom Alter.

VII. Sexualität und Safer Sex

Die in epidemiologischer Hinsicht risikoreichste Sexualpraktik – nämlich Analverkehr – wird, wie die Ergebnisse zeigen, von der Mehrheit der Befragten ausgeübt. Vom Infektionsrisiko sind also die meisten betroffen. Die überragende Mehrheit der Befragten (81 %) hat allerdings versucht, diesem Infektionsrisiko Rechnung zu tragen und ihr Sexualverhalten geändert, seit sie von AIDS weiß. Die verbleibenden 19 Prozent (178 Personen) stellen eine sehr heterogene Gruppe dar. Ein Drittel von ihnen (53 Personen) lebt in festen monogamen Beziehungen, ein weiteres Fünftel (36 Personen) in einer offenen Beziehung mit einer geringeren Anzahl von Sexualpartnern (weniger als 6). 12 Personen hatten überhaupt keinen Sexualpartner. Dies ist offenkundig der Personenkreis, der zum Zeitpunkt der Befragung keinen Anlaß sah, das eigene Sexualverhalten zu ändern, entweder weil eine feste Beziehung vorlag oder weil es gar keine Sexualkontakte in einem längeren Zeitraum gab. Ein Fünftel der Personen (absolut 39), die angeben, ihr Sexualverhalten nicht geändert zu haben, lebt ohne feste Beziehung, hatte allerdings eine geringere Anzahl von Sexualpartnern (weniger als 6) in den vergangenen 12 Monaten. Von den 38 Personen mit höherer (mehr als 5) Partnerzahl leben 17 in einer festen Beziehung.

Die Reaktionsformen auf AIDS sind vielfältig. Immerhin verzichteten 8 Prozent der Befragten inzwischen auf Zungenküsse, ein Drittel (33 %) tauscht sie seltener aus. Auch bestimmte Treffpunkte zur Anbahnung von Kontakten mit Sexualpartnern werden inzwischen gemieden, allen voran öffentliche Toiletten (von 17 % der Befragten), Parks (14 %), Saunen (13 %) und Dunkelräume. Der Personenkreis, der solche Treffpunkte nach wie vor frequentiert, ist jedoch deutlich größer als der, der sie meidet (vgl. Anhang 2, Tabelle 4); eine Ausnahme bilden die Dunkelräume. Ob diese Art von Verhaltensänderungen überhaupt zu einer Verminderung des Infektionsrisikos führt, mag dahingestellt bleiben.

Besonders gravierend zeigen sich bei der sichtbar gewordenen Angst vor Küssen die psychischen Kosten einer hysterisierenden Berichterstattung in den Medien und einer mangelnden Klarheit in vielen Informationsbroschüren. Als härtestes und sinnvollstes Kriterium für eine konsequente Verminderung des Infektionsrisikos – also für ein konsequentes Safer Sex-Verhalten –

soll hier gelten, ob bei Analverkehr immer ein Kondom benutzt wird. Es wird weiter abzuschätzen sein, ob alle Situationen, in denen kein Kondom benutzt wird, wirklich als riskant gelten müssen.

Die regelmäßige Benutzung des Kondoms hat sich schon in hohem Umfang durchgesetzt. Dies gilt vor allem, wenn man bedenkt, daß Homosexuelle traditionellerweise keine Verhütungsvorkehrungen treffen mußten und ihre Aufmerksamkeit erst bundesweit seit 1985 auf das Kondom als gesundheitliches Präventionsmittel gelenkt wurde. Über die Hälfte (52 %) derjenigen, die überhaupt Analverkehr haben (sei es passiv, sei es aktiv oder beides) benutzen dabei immer ein Kondom. Faßt man die Personen, die keinen Analverkehr praktizieren, mit denen zusammen, die ihn nur mit Kondom haben, so ergibt sich schon ein Anteil von 61 Prozent der Befragten, die für sich das größte Übertragungsrisiko ausgeschlossen haben. Alle Anzeichen deuten darauf hin, daß der Personenkreis, der sich von der Anzahl der Partner und der Häufigkeit von Sexualkontakten her gesehen dem höchsten Risiko aussetzt, auch die konsequentesten Schutzvorkehrungen trifft. Je höher die Partnerzahl, desto höher der Anteil derjenigen, die nur noch geschützten Analverkehr haben (vgl. Anhang 2, Tabelle 5). Das gleiche gilt für den Personenkreis mit häufigeren anonymen Sexualkontakten. Personen, die fast ausschließlich anonyme Sexualkontakte haben, verzichten zudem in höherem Umfang überhaupt auf Analverkehr. Diejenigen, die sadomasochistische Sexualpraktiken bevorzugen und Analverkehr praktizieren, benutzen ebenfalls häufiger ein Kondom. Pollak hat als Ergebnis seiner Untersuchungen in Frankreich dieses Verhalten als reflektiertes Risikomanagement bezeichnet (Pollak 1987b, S. 329 ff.). Als Strategie der Risikovermeidung läßt sich eine klare Tendenz zu einem solchen Verhalten auch für die Bundesrepublik feststellen. Als Ergebnis einer Befragung unter schweizerischen Homosexuellen ist Francoise Dubois-Arber zu einem ähnlichen Schluß auch für die Schweiz gekommen (Dubois-Arber 1987, S. 17–18).

Dies ist ein mit den Mitteln empirischer Sozialforschung festgestellter Trend. Es wäre lebensfremd, auf der individualpsychologischen Ebene die Annahme zu vertreten, daß Personen, die in der Regel ein Kondom gebrauchen, wie Automaten funktionieren. Zum Wesen der Sexualität gehört auch das zeitweilige Außerkräfttreten von rational begründeten Verhaltensstrategien, der erotische Ausbruch aus den maßregelnden Zwängen des Alltags. „Risikomanagement“ ist als Metapher und nicht im buchhalterisch-betriebswirtschaftlichen Sinne zu verstehen. Von daher hat sicherlich auch die Unterscheidung zwischen zwei Personengruppen, derjenigen, in der „immer“ ein Kondom benutzt wird, und derjenigen, in der „auch“ ungeschützter Analverkehr stattfindet, etwas Künst-

liches. Die Unterscheidung ist analytisch dennoch sinnvoll, die Gefahr, sie zu moralisierenden Zwecken zu mißbrauchen, allerdings groß.

Neben ungeschütztem Analverkehr gilt oraler Kontakt mit infektiösem Sperma als ein weiterer, wenn auch weitaus weniger wahrscheinlicher Übertragungsweg. Die Einschätzung des Infektionsrisikos bleibt kontrovers.¹¹ Unter Berücksichtigung des immerhin denkbaren Infektionsrisikos erweitert sich der Kreis der Personen mit nicht risikoarmen Sexualpraktiken um 9 Prozent. An den geschilderten Gesamttendenzen ändert sich hierdurch wenig.

Ein Anteil von über einem Drittel der Befragten (39 %), der – auch – ungeschützten Analverkehr betreibt, bliebe unter epidemiologischen Gesichtspunkten relativ hoch. Der überragende Teil dieser Personengruppe (60 %) lebt gegenwärtig allerdings in einer festen Beziehung. Aus erhebungstechnischen Gründen konnte nicht getrennt ermittelt werden, welche Sexualpraktik mit dem festen Freund und welche mit anderen Partnern stattfindet. Als brauchbarer Indikator kann jedoch die Einschätzung des Infektionsrisikos durch die Männer, die in einer festen Beziehung leben, dienen. Der im Fragebogen enthaltenen Antwortvorgabe „Sex mit einem festen Freund ist ohne AIDS-Risiko“ stimmen in einer festen Beziehung lebende Männer in einem signifikant höheren Umfang zu als die Alleinstehenden. Es ist deshalb plausibel anzunehmen, daß der ungeschützte Analverkehr vor allem in der festen Beziehung und nicht außerhalb stattfindet.

Die unter präventionspolitischen Gesichtspunkten relevanteste Gruppe sind die 133 Personen, die nicht in einer festen Beziehung leben und angeben, auch ungeschützten Analverkehr zu haben. Hervorzuheben ist, daß es sich dabei nicht um einen Personenkreis handelt, in dem überhaupt keine Verhaltensänderungen stattgefunden hätten. Auch hier gibt die große Mehrheit (74 %) an, das eigene Sexualverhalten seit der Kenntnis von AIDS geändert zu haben. Sowohl für passiven wie für aktiven Analverkehr benutzt jeweils ein Drittel das Kondom häufiger; ebenfalls rund ein Drittel hat seltener aktiven oder passiven Analverkehr ohne Kondom. Bei den alleinstehenden Personen mit ungeschütztem Analverkehr gibt es keinen Unterschied in der Anzahl der Sexualpartner im Vergleich zur Mehrheit der Befragten, wohl aber einen in der Häufigkeit sexueller Aktivität. Sie haben seltener und unregelmäßiger Geschlechtsverkehr. Sie wohnen häufiger allein oder aber noch bei Eltern und Verwandten, seltener mit Freunden oder Freundinnen; sie leben häufiger in Orten unter 500.000 Einwohnern, Personen mit Hauptschulabschluß sind unter ihnen überproportional vertreten. Dies alles bedeutet, daß der Personenkreis, der sich einem höheren Infektionsrisiko aussetzt, in geringerem Umfang als der risikovermeidende Teil der Befragten den Rückhalt und die

Unterstützung durch verschiedene soziale Netzwerke erfährt. Ihm stehen weniger materielle und kulturelle Ressourcen zur Verfügung, um angesichts des Infektionsrisikos erfolgreiche Bewältigungsstrategien zu wählen.¹²

Das größere Risikoverhalten steht allerdings nicht in einem unmittelbaren Zusammenhang mit dem Mangel an Informationen über AIDS. Den allermeisten Personen „at risk“ sind ebenso wie der großen Mehrheit die Infektionswege bekannt, Blut und Sperma werden in beiden Gruppen von fast allen als Übertragungsweg genannt. Unterschiede zeigen sich vor allem in der sozialen Betroffenheit durch AIDS. Personen „at risk“ kennen in wesentlich geringerem Umfang HIV-AK-Positive oder Menschen mit AIDS als die Personen, die nur noch geschützten Analverkehr haben; dies gilt gleichermaßen für das allgemeine soziale Umfeld wie auch für den engeren Freundeskreis. Die persönlichen Erfahrungen mit den möglichen Folgen einer HIV-Infektion sind also wesentlich geringer (vgl. auch Pollak 1988c, S. 71).

Eine dritte sehr bedeutsame Determinante für das spezifische Risikoverhalten läßt sich auf einer ganz anderen Ebene festmachen. Es ist die Ablehnung von „kondomisierter“ Sexualität als „halber“ Sexualität. In signifikant höherem Maße lehnen Personen mit risikoreicherem Sexualverhalten Kondome und Safer Sex als zu starke Einschränkung ihrer Sexualität ab. Ein Großteil der Personen mit (auch) ungeschütztem Analverkehr beharrt darauf, daß Sexualität und Selbstdisziplinierung unvereinbar sind. Risikoreicherer Sexualverhalten ist demnach zwar auch zu deuten vor dem Hintergrund einer mangelnden Integration in stützende soziale Netze und eines spezifischen Mangels an kulturellen Ressourcen. Dies bleibt allerdings nur ein Aspekt. Ebenso große Bedeutung kommt der Entschlossenheit zu, die als konstitutiv für die eigene Sexualität angesehenen Wünsche und Bedürfnisse nicht preiszugeben und Sexualität als „entgrenztes“ Verlangen auch auszuleben. Die Sprengkraft dieser stark aus der psychosexuellen Identität des einzelnen Individuums herrührenden Verhaltensweise zeigt sich ebenfalls bei dem bestehenden Zusammenhang von bevorzugten Sexualpraktiken und Risikoverhalten: Männer, die ausschließlich passiven Analverkehr ausüben, praktizieren diesen eher in ungeschützter Form als Personen mit aktivem und passivem Analverkehr.

Es zeigen sich hier die Grenzen einer vorwiegend über kognitive Elemente organisierten Präventionsstrategie. Bestimmte Dimensionen der psychosexuellen Identität entziehen sich äußerlichen Beeinflussungsversuchen. Diese Grenzen von Präventionspolitik aufzuzeigen, bedeutet nicht, ihren generellen Sinn zu bezweifeln. Möglicherweise könnten Informationskampagnen mit einer stärkeren Berücksichtigung personalkommunikativer und motivationaler Elemente allerdings erfolgreicher sein.

Bisexuelle Männer und „Safer Sex“

In der häufig auf dem Niveau der Boulevardpresse geführten Diskussion über mögliche Verbreitungsketten des HI-Virus und bestehende „Eingangspforten“ in die heterosexuelle Bevölkerung spielen neben den intravenösen Drogenbenutzern bisexuelle Männer als „Wanderer zwischen den Welten“ eine bevorzugte Rolle. Da sich 8 Prozent der Befragten (72 Personen) als Bisexuelle definieren, können auch mit den Mitteln dieser Untersuchung einige Feststellungen zum Sexualverhalten von bisexuellen Männern getroffen werden. Zunächst gilt es jedoch festzuhalten, daß Selbstdefinition der sexuellen Orientierung und sexuelle Aktivität keineswegs übereinstimmen. Von den Männern, die sich als homosexuell oder schwul bezeichnen, hatten 4 Prozent Sexualkontakte mit Frauen in den letzten 12 Monaten; von den sich bisexuell definierenden Männern hatten hingegen 44 Prozent *keine* Sexualkontakte mit Frauen im gleichen Zeitraum. Die Darstellung konzentriert sich deshalb auf die 44 Personen, die – unabhängig von der Selbstdefinition – häufigere Sexualkontakte mit Frauen angeben; in dieser Gruppe bezeichnen sich drei Viertel der Männer als bisexuell.¹³ Die Mehrzahl ist verheiratet (61 %) und wohnt mit der Ehefrau zusammen. In den meisten Ehen werden die homosexuellen Kontakte des Ehemanns nicht thematisiert, lediglich sieben Ehefrauen akzeptieren sie, drei weiteren von ihnen sind sie zumindest bekannt.

Sowohl von der Häufigkeit der Kontakte wie auch von der Anzahl der Sexualpartner her gesehen sind die gleichgeschlechtlichen Kontakte der bisexuellen Männer eher sporadischer Natur. Das Leben in einer Ehe, die Notwendigkeit, die gleichgeschlechtlichen Kontakte zu verheimlichen wie auch die geringere Selbstakzeptanz zeigen hier spürbare Wirkung. Analverkehr ist bei den (hier befragten) in heterosexueller Hinsicht aktiveren bisexuellen Männern fast ebenso verbreitet wie bei den homosexuellen Männern; allerdings wird er sehr viel häufiger ausschließlich in der aktiven Form (36 %) praktiziert. Der Gebrauch des Kondoms hat sich bei bisexuellen Männern im gleichen bedeutsamen Umfang durchgesetzt wie bei homosexuellen Männern. Auch von ihnen hat über die Hälfte nur noch geschützten Analverkehr; faßt man diese Personen mit den bisexuellen Männern, die keinen Analverkehr haben, zusammen, so zeigt sich auch bei der Gruppe der bisexuellen Männer, daß fast zwei Drittel (61 %) von ihnen das größte Übertragungsrisiko ausgeschaltet haben. Dies bedeutet wiederum nicht, daß die verbleibenden 39 Prozent „at risk“ leben. Der ungeschützte Analverkehr kann mit der Ehefrau oder einem festen Freund stattfinden und wäre dann vom Infektionsrisiko her ähnlich zu bewerten wie bei den fest befreundeten homosexuellen

Männern. Von den Ergebnissen dieser Untersuchung her betrachtet, erscheint also die undifferenzierte Redeweise von den bisexuellen Männern als Personengruppe mit besonderem Risikoverhalten nicht gerechtfertigt.¹⁴

VIII. Informationsquellen und Informationsniveau

Die beschriebenen Veränderungen in Sexualverhalten und Lebensstil (Verbreitung risikoarmer Sexualpraktiken, Verringerung der Partnerzahl) finden statt vor einem Hintergrund hoher Aufnahmebereitschaft gegenüber Informationen, die AIDS betreffen. Diese große Offenheit in Hinblick auf Informationsangebote führt wiederum zu einem hohen Informationsstand. Lediglich 11 Personen (1 %) behaupten, sich überhaupt nicht über AIDS zu informieren. Im Vergleich der Informationsquellen, die überhaupt herangezogen wurden, mit denen, denen eine besondere Bedeutung zugesprochen wurde, und denen, die nach Einschätzung der Befragten in Zukunft eine größere Rolle spielen sollten, werden unterschiedliche Tendenzen sichtbar. Wie zu erwarten, werden bei den Informationsquellen, die zum Thema AIDS überhaupt wahrgenommen wurden, in großem Umfang die Massenmedien wie Tagespresse, Radio und Fernsehen genannt. Angesichts der Berichterstattung in den Massenmedien in den letzten drei Jahren ist diese herausragende Stellung kein überraschendes Ergebnis. Neben den Massenmedien wird auch die schwule Presse von den meisten als Informationsquelle genannt. Da die Umfrage über die schwule Presse veranstaltet wurde, konnte dies erwartet werden. Festzuhalten bleibt jedoch, daß von fast neun Zehnteln der Befragten die allgemeine Presse und die schwule Presse gleichermaßen als Informationsquelle benutzt wurden. Materialien der Deutschen AIDS-Hilfe oder regionaler AIDS-Hilfen wurden von 80 Prozent herangezogen. Dem Informationsmaterial der AIDS-Hilfen kommt also fast die gleiche hohe Bedeutung in der Wahrnehmung der Befragten wie den anderen beiden Hauptinformationsquellen Massenmedien und schwule Presse zu. Vierte in der Rangfolge und weiterhin bedeutende Informationsquelle zu AIDS sind schließlich Gespräche im persönlichen Freundeskreis, die von 58 Prozent genannt werden, und Gespräche in Schwulengruppen (18 %). Damit erweist sich die informelle personale Kommunikation wesentlich relevanter als die mehr formal strukturierten, institutionalisierten Beratungsangebote. Der eigene Arzt war – was AIDS angeht – nur für 17 Prozent ein Ansprechpartner, fünf Prozent nahmen eine Beratung des Gesundheitsamtes, vier Prozent eine Beratung in einer Klinik wahr. Eine ähnliche Tendenz zeigt sich bei der besonderen Bedeutung, die

den einzelnen Informationsquellen beigemessen wird. Während den verschiedenen Beratungsangeboten des gesamten Gesundheitssystems (Ärzte, Gesundheitsämter, Kliniken etc.) noch nicht einmal von einem Zehntel besondere Relevanz zugesprochen wird, wird Gesprächen im Freundeskreis oder in Schwulengruppen immerhin von 16 Prozent besonderes Gewicht beigemessen. Insgesamt fällt jedoch auf, daß Printmedien und elektronische Medien gegenüber personalen Kommunikationswegen wesentlich häufiger als wichtige Informationsquellen genannt werden; von dominierender Bedeutung ist die Tagespresse (44 %), in der Bedeutung etwa gleich hoch rangieren Fernsehen und Radio (35 %), die Deutsche AIDS-Hilfe und regionale AIDS-Hilfen (34 %) sowie die schwulen Zeitungen (31 %). Werden medizinische Fachliteratur und allgemeinverständliche Bücher über AIDS von 16 Prozent als wichtige Informationsquelle eingestuft, so spielen staatliche Informationsblätter in der Bewertung kaum eine Rolle: nur vier Prozent heben sie hervor (vgl. Anhang 1, Grafik 3–5).

Von den als besonders relevant eingestuften Instanzen der AIDS-Aufklärung wird gleichzeitig in Zukunft noch mehr Informationsarbeit erwartet. Vor allem Massenmedien und AIDS-Hilfen sollen nach Ansicht der Befragten ihre Aktivitäten verstärken. Die schwule Presse bildet hier eine Ausnahme, denn wenn sie auch zu den verbreitetsten und gleichzeitig als besonders wichtig eingestuften Informationsquellen zählt, so fordern doch nur sehr wenige, daß sie noch mehr über AIDS berichten sollte.

Dies mag von der schwulen Presse einerseits als Aufforderung gesehen werden, ihre Informationsarbeit auf dem erreichten hohen Niveau zu verstetigen; andererseits ist dies auch durchaus als Signal der Leserschaft der schwulen Presse zu deuten, daß AIDS zwar als zentrales Thema begriffen wird, aber andere Themen und Inhalte schwulen Lebens nicht dominieren sollte.

Besonders verhält es sich mit dem Informationsangebot staatlicher Stellen. Während die bisher geleistete Informationsarbeit offenkundig nicht sehr beeindruckt, wird dennoch eine Verstärkung staatlicher Bemühungen, vor allem in den Schulen und in der außerschulischen Bildungsarbeit für Jugendliche, gefordert. Staatliche AIDS-Politik wird somit nicht aus ihrer Verantwortung entlassen. Aus der überragenden Bedeutung, die neben den AIDS-Hilfen der persönliche Freundeskreis, die schwule Presse und die Schwulengruppen für das Informationsverhalten der Homosexuellen haben, folgt also keineswegs eine ghettohafte Abgeschlossenheit in den „gay networks“, sondern ein Interesse an differenziert gestalteten und vielfältigen Informationsangeboten.

Wie aber verhält es sich angesichts der Vielfalt der in Anspruch genommenen Informationsquellen mit dem erreichten Informationsstand? Das Wissen über die Hauptinfektionswege ist inzwischen allgemein verbreitet: Blut und Sperma werden von fast allen genannt. Verschiedene Faktoren bewirken ein hohes Informationsniveau. Es ist bei denjenigen am höchsten, deren Homosexualität von ihrem sozialen Umfeld (Eltern, Geschwister, Arbeitskollegen, Freunde) akzeptiert wird. Selbstbewußte Homosexuelle beweisen ein aktiveres Informationsverhalten und einen besseren Informationsstand. Bisexuelle Männer sind deutlich schlechter informiert als homosexuelle Männer. Personen mit höherer Partnerzahl und mit einem stärkeren Kontakt zur schwulen Subkultur sind besser informiert als Befragte mit nur sporadischen Sexualkontakten und spürbarer Distanz zur schwulen „Szene“. Von ausschlaggebender Bedeutung ist jedoch die Betroffenheit durch AIDS im sozialen Umfeld und im persönlichen Freundeskreis. Befragte, die mit AIDS noch nicht konfrontiert wurden, sind wesentlich schlechter informiert als Personen mit HIV-AK-Positiven, AIDS-Kranken oder an AIDS gestorbenen Menschen in ihrem sozialen Umfeld. Das Fehlen eines schwulen Netzwerkes in den kleineren Städten und Orten wie auch die geringere Betroffenheit von AIDS in diesen Regionen führt dort zu einem spürbar niedrigeren Informationsniveau als in den großstädtischen Ballungsräumen. Sehr deutlich bemerkbar macht sich auch der Einfluß des Bildungsniveaus auf den Informationsstand; unter den Personen mit Haupt- oder Volksschulabschluß befindet sich der höchste Anteil an schlecht Informierten, dies auch unabhängig von der Größe des Wohnorts. Die Unterschiede im Informationsniveau sind besonders massiv zwischen diesem Personenkreis und allen anderen Befragten; die Mittlere Reife (oder andere mittlere Bildungsabschlüsse) stellt offenkundig das Bildungsniveau dar, von dem ab die bisher verbreiteten Informationsmaterialien eher genutzt werden. Das Wissen über AIDS ist ebenfalls geringer bei älteren Homosexuellen.

Ein spezifisches Defizit der bisher geleisteten Informationsarbeit kann klar benannt werden. Nur 56 Prozent wissen, daß fetthaltige Gleitmittel ein Kondom durchlässig für das HI-Virus machen können, 16 Prozent bestreiten dies, und 28 Prozent sind sich unsicher in dieser Frage. Bei den Personen, die durch Informationsmaterial der AIDS-Hilfen erreicht wurden, ist die Kenntnis dieses Sachverhaltes verbreiteter. Eine „Aufklärungs“-Kampagne zu AIDS, die das Kondom wieder verschämt in den Hintergrund rückt und verstärkt für „Treue“ plädiert, wird allerdings am wenigsten dazu beitragen können, dieses Informationsdefizit zu beheben.

In der präventionspolitischen Literatur zu AIDS wird allenthalben auf die Notwendigkeit einer angemessenen „Gewichtung und Koordination von

Streubotschaften und zielgruppenspezifischer Aufklärung“ verwiesen (Rosenbrock 1988, S. 166; vgl. auch AIDS: Fakten und Konsequenzen, 1988, S. 139 ff.). Dies kann – wenn auch indirekt – durch die Analyse der Faktoren, die zu einem hohen Informationsniveau führen, bestätigt werden. Den höchsten Informationserfolg erzielen mehrstufig vermittelte, mit gegenseitigen Verstärkereffekten dargebotene Informationen. Es zeigen sich die Personen über AIDS am besten informiert, die sowohl die massenmedial aufbereiteten Informationsangebote (Tagespresse, Radio, Fernsehen, schwule Presse), die zielgruppenspezifisch vermittelten Informationsangebote (Deutsche AIDS-Hilfe, regionale AIDS-Hilfe-Gruppen) wie auch die Möglichkeiten informeller (Schwulengruppen, Freundeskreis) und institutioneller personaler Kommunikation wahrgenommen haben. Läßt man die durch das Gesundheitssystem vermittelte Beratung außer acht, sind es ein Drittel der Befragten (32 %), die das so beschriebene mehrstufige – wenn auch nur naturwüchsig zusammenwirkende und nicht aufeinander abgestimmte – Beratungsangebot verarbeitet haben. Dieser Personenkreis stellt den am besten informierten Teil unter den Befragten dar. Am anderen Ende der aus verschiedenen Indikatoren gebildeten Skala zum Informationsniveau befinden sich die Personen, die nur die Printmedien (Tagespresse und schwule Presse) sowie Radio und Fernsehen als Informationsquelle benutzt haben. Fast die Hälfte von ihnen zeigt sich schlecht oder relativ schlecht informiert (48 %), bei der Gesamtheit der Befragten sind es nicht ein Drittel (28 %) (vgl. Anhang 2, Tabelle 6). Mit Ausnahme der schwulen Presse werden in den genannten Medien in der Regel nur die allgemeinen „Streubotschaften“ vermittelt. Der Mangel einer zielgruppenspezifisch „justierten“ Präventionsbotschaft sowie das Fehlen ihrer personalkommunikativen Verstärkung dürfte sich hier am deutlichsten auswirken.

IX. Verbreitung und Bewertung der AIDS-Hilfe - Materialien

Wie schon erwähnt, werden die Informationsmaterialien der Deutschen AIDS-Hilfe (einschließlich der regionalen AIDS-Hilfen) in großem Umfang – von 80 Prozent der Befragten – zur Kenntnis genommen. Die Informationsangebote der AIDS-Hilfen führen insgesamt zu einem höheren Informationsniveau, diejenigen, die sie nicht wahrgenommen haben, sind merkbar schlechter informiert.

Allzu selbstzufrieden sollte dieses Ergebnis jedoch nicht aufgenommen werden. In überdurchschnittlichem Umfang werden die Materialien der AIDS-Hilfen von einem Personenkreis benutzt, der durch sein ganzes soziales Umfeld für ein höheres Informationsniveau prädestiniert ist. AIDS-Hilfe-Materialien sind besonders zahlreich in großstädtischen Ballungsräumen verbreitet und werden vor allem von jüngeren, besser Gebildeten und durch AIDS in ihrem Freundes- und Bekanntenkreis besonders Betroffenen herangezogen. All diese Merkmale begünstigen ohnehin ein höheres Informationsniveau.

Von den AIDS-Hilfe-Materialien sind Plakate und Faltblätter am meisten verbreitet; zwei Drittel kennen sie; aber auch die Comics, zu deren Verbreitung wesentlich weniger Mittel bereitstanden, werden häufig (von 42 %) erwähnt. Obwohl sehr unterschiedlich in der Ausgestaltung, werden die verschiedenen Materialien der AIDS-Hilfen eher als Einheit wahrgenommen. Unabhängig vom Typus, also gleichgültig, ob Faltblatt, Plakat, Comic oder Sonstiges, sind die Materialien gleichermaßen stärker – in den Großstädten – oder schwächer – in den kleinen Orten – verbreitet.

Die Materialien, die stärker mit visuellen Reizen arbeiten wie Plakate und Comics, sprechen auch nicht ein grundsätzlich anderes Publikum an als Faltblätter. Sie werden allesamt besonders von einem besser gebildeten und jüngeren Publikum aufgenommen. In einem bestimmten Umfang liegt dies gewiß auch an den Wegen, über die die AIDS-Hilfe-Materialien verbreitet werden. Die schwule Subkultur (vor allem Bars, Café, Saunen etc.) ist ihr wichtigster Umschlagplatz. Dieses schwule Netzwerk existiert jedoch nur in den großstädtischen Ballungszentren. Auch der zweitwichtigste Verteilungsweg – öffentliche Veranstaltungen und Info-Stände der AIDS-Hilfen – wird wohl wesentlich häufiger in Städten mit über 100.000 Einwohnern beschränkt; dies

verstärkt wiederum den Effekt einer fehlenden „schwulen Infrastruktur“ in den kleineren Städten und Orten. Der persönliche Freundes- und Bekanntenkreis ist noch vor den AIDS-Hilfen selbst und den verschiedenen Instanzen des Gesundheitssystems ein wichtiges Medium für die Verbreitung von AIDS-Hilfe-Materialien. Die Bedeutung der informellen personalen Kommunikation in der Informationsarbeit zu AIDS zeigt sich hier erneut.

Die AIDS-Hilfe-Materialien werden überwiegend positiv beurteilt. Besonders hervorgehoben werden die ansprechende Ästhetik der Gestaltung, die Klarheit der Aussage, ihre Glaubwürdigkeit, Sachlichkeit und Verständlichkeit. Nur 17 Personen (1,8 %) bezweifeln überhaupt die Glaubwürdigkeit und nur 14 Personen kritisieren die mangelnde Verständlichkeit der eingesetzten Informationsmaterialien. Die Kritik konzentriert sich eher darauf, daß die Materialien zu knapp gehalten und zu schwer erhältlich sind. Die mangelnde Ausführlichkeit wird jedoch vor allem von Personen mit höherem Bildungsniveau und Informationsgrad kritisiert. Eine zu starke Berücksichtigung dieses Kritikpunktes würde unter Umständen dem Bedürfnis nach Kürze und Übersichtlichkeit bei der Zielgruppenmehrheit zuwiderlaufen. Die erkennbar gewordene „Mittelschichts-Affinität“ der AIDS-Hilfe-Materialien äußert sich allerdings nicht in einer besonders kritischen Würdigung durch Personen mit niedrigeren Bildungsabschlüssen und beruflichen Positionen. Positive Würdigung und Kritik werden von diesem Personenkreis in ähnlicher Gewichtung geäußert wie von der Gesamtheit der Befragten.

X. Die Beratungstätigkeit der AIDS-Hilfen

Die direkte Beratungstätigkeit der AIDS-Hilfen, sei es in den Räumen einer AIDS-Hilfe, sei es im telephonischen Gespräch, wurde von einem kleineren Personenkreis wahrgenommen. 5 Prozent der Befragten suchte eine AIDS-Hilfe zur persönlichen Beratung auf, 14 Prozent nahmen die telefonische Beratung in Anspruch. Dagegen veranlaßte allgemeines Interesse an Informationen oder an der Arbeitsweise einer AIDS-Hilfe 22 Prozent, eine AIDS-Hilfe aufzusuchen.

Testverhalten und Besuch einer AIDS-Hilfe stehen in deutlichem Zusammenhang. HIV-AK-Positive beanspruchen häufig – dies ist naheliegend – die persönliche Beratung einer AIDS-Hilfe; Test-„Negative“ besuchen jedoch ebenfalls wesentlich häufiger AIDS-Hilfen als Personen, die den Test nicht gemacht haben. Insofern erfüllen die AIDS-Hilfen ihre selbstgestellte Aufgabe, dem Personenkreis Beratung und Gelegenheit zur Aussprache zu bieten, der sich auf spezifische Weise mit vermuteten Gesundheitsrisiken auseinandersetzt. Fast die Hälfte derjenigen, die eine AIDS-Hilfe aufsuchen, kommen mehr als zweimal. Dies ist bestimmt auch ein Indiz für die Qualität der erfahrenen Beratung. Die überwiegend positive Bewertung der persönlichen Beratung kommt denn auch sehr klar in den direkten Bewertungen der geführten Gespräche zum Ausdruck.

Faßt man alle geäußerten Urteile in einer Bewertungsskala zur Beratungstätigkeit der AIDS-Hilfen zusammen, so erklären über drei Viertel der beratenen Personen ihre allgemeine Zufriedenheit, 36 Prozent äußern, daß ihre Angst gemindert wurde oder die Gespräche ihnen wieder mehr Sicherheit gegeben haben. Auf der anderen Seite kritisieren 17 Prozent die Inkompetenz der Beratung, 6 Prozent empfanden diese als zu unpersönlich oder in anderer Weise nicht befriedigend. Erscheint also die direkte und persönliche Beratungs- und Informationstätigkeit der AIDS-Hilfe in einem durchaus positiven Licht, so ist dennoch eine Relativierung angebracht. Auch im personalkommunikativen Bereich ihrer Arbeit gelingt es den AIDS-Hilfen nicht, den Personenkreis in verstärktem Umfang anzusprechen, der durch die allgemeinen Druckmaterialien weniger angesprochen wird. Die AIDS-Hilfen sind in den meisten kleinen Städten und Orten nicht präsent; dies ist ein auch für die Zukunft schwer zu behebendes Strukturproblem, da einer drastischen Erhö-

hung ihrer Zahl Grenzen gesetzt sind. Ein weiteres Handicap für Präventionspolitik in kleineren Orten kommt jedoch hinzu. Kleineren Orten fehlt zwangsläufig das gleichermaßen Anonymität gewährleistende wie Vertrauen schaffende kommunikative Netzwerk und soziale Klima von Großstädten mit einer ausgedehnten schwulen Subkultur. Die „Betroffenenkompetenz“ in Klein- und Mittelstädten hat ein anderes Profil als in Großstädten. Aber selbst in den großstädtischen Ballungsräumen, in denen die AIDS-Hilfen stark präsent sind, wird durch die direkte und persönliche Beratungstätigkeit eher eine jüngere, besser gebildete und informierte Klientel angesprochen, ein Personenkreis also, der ohnehin schon einen starken Rückhalt in einem dichten kommunikativen Netz hat (sei dies nun der persönliche Freundeskreis oder seien es subkulturelle Treffpunkte, Mitgliedschaften in Schwulengruppen, Engagement in schwulen Projekten usw.).

Auch in dieser Untersuchung bestätigt sich wieder eine klassische Erkenntnis der Medizinsoziologie und Sozialepidemiologie: soziokulturell und materiell privilegierte Schichten verfügen über die besten Ressourcen zur Vermeidung von Krankheitsrisiken und Bewältigung von Krankheitsfolgen; für soziokulturell und materiell benachteiligte Bevölkerungskreise ist das Risiko zu erkranken, unabhängig von der Art der Erkrankung, traditionell erheblich höher. Im Falle einer Erkrankung sind wiederum Therapie- und Rehabilitationsmöglichkeiten wie auch die allgemeine psychosoziale Versorgung in den Mittelschichten ungleich besser (vgl. Abholz 1980, S. 55 ff. und S. 288 f.). Eine wesentliche Aufgabe der zukünftigen Arbeit der AIDS-Hilfen sollte darin bestehen, dieser sozial bedingten ungleichen Risikoverteilung entgegenzuarbeiten; die gegenwärtige Ungleichheit an kulturellen und materiellen Ressourcen ist außerordentlich fest in der bestehenden Sozialstruktur verankert; die vorhandene Chancen-Asymmetrie kann nur teilweise kompensiert werden. Neue Wege aufsuchender Formen der Informations- und Beratungstätigkeit wären allerdings ein erfolgversprechender Ansatz in diese Richtung. Für die AIDS-Hilfen folgt hieraus die verstärkte Notwendigkeit, außerhalb der eigenen Beratungsstellen initiativ zu werden, um die Informations- und Beratungsbedürftigen, die nicht die Räumlichkeiten einer AIDS-Hilfe aufsuchen, zu erreichen. Das STOP AIDS-Projekt in San Francisco bietet aufschlußreiche Beispiele, wie über den Einsatz unkonventioneller Methoden in der Präventionspolitik gute Erfolge erzielt werden konnten. Sam B. Puckett und Lary L. Bye heben vor allem die Bedeutung der personalkommunikativen Elemente des Projekts hervor (Puckett/Bye 1987).

XI. Testverhalten und Testergebnisse

Seit es ihn gibt, ist die Anwendung des HIV-Antikörper-Testes eine der im Zusammenhang mit AIDS am meisten diskutierten Fragen. Über seine soziale und medizinische Indikation gehen die Meinungen weit auseinander. In deutlicher Absetzung von der Großen Koalition der Test-Ermutigungs-Politiker betreibt die Deutsche AIDS-Hilfe seit längerem eine Politik, die die Bedeutung des Tests für die Prävention in Frage stellt (vgl. u.a. Memorandum 1987, S. 11). Vor diesem Hintergrund ist es bemerkenswert, daß die Hälfte der Befragten den Test mindestens einmal gemacht hat; bei 3 Prozent der Befragten wurde er ohne ihre Zustimmung gemacht. Nur zwei Prozent verweigern die Antwort bei der Frage nach dem HIV-Antikörper-Test, was besonders bemerkenswert ist in einem gesellschaftlichen Klima, das bisher nicht besonders vertrauensfördernd war. Von den Personen (480), die ein Testergebnis mitteilten, geben 11,5 Prozent ein positives Testergebnis an. Wie zu erwarten war, ist die Betroffenheit in den Ballungszentren (Städte mit mehr als 500.000 Einwohnern und Umgebung) deutlich höher (13 %) als in den kleineren Städten unter 100.000 Einwohnern (5 %). In den größeren Städten wurde der Test auch häufiger gemacht als in den kleineren Orten. Den Gründen, die zum Test veranlaßten, wurde nicht mit einer gesonderten Frage nachgegangen. Es wurde jedoch zum einen erhoben, ob die Befragten vermuteten, schon einmal einen Sexualkontakt mit einem HIV-infizierten Menschen gehabt zu haben, zum anderen, welche psychischen Folgen dies für die Betroffenen hatte. Fast ein Drittel (29 %) geht davon aus, noch nie einen Sexualkontakt mit einem HIV-infizierten Menschen gehabt zu haben. Fast die Hälfte (48 %) gibt an, es nicht zu wissen, schließt damit also Sexualkontakte mit einem „Positiven“ nicht aus, 13 Prozent vermuten einen solchen Kontakt, und 8 Prozent wußten, daß sie einen HIV-infizierten Sexualpartner hatten. Der Anteil von fast einem Drittel der Befragten, der sich sicher ist, noch nie einen HIV-infizierten Partner gehabt zu haben, erscheint recht hoch. Bei näherem Hinsehen zeigt sich jedoch, daß dies kein Indiz für eine besondere Verdrängungsleistung, für ein Nichtwahrhabenwollen des Infektionsrisikos unter Homosexuellen ist. Es sind vor allem Personen ohne Sexualpartner in den letzten zwölf Monaten, Personen in einer festen monogamen Beziehung und Alleinstehende mit einer geringeren Partnerzahl, die für die Vergangenheit Sexualkontakte mit einem HIV-infizierten

Menschen ausschließen. Umgekehrt ist der Anteil derjenigen, die einen solchen Sexualkontakt nicht ausschließen oder aber sogar sicher sind, einen „positiven“ Sexualpartner gehabt zu haben, besonders hoch bei den Personen mit höherer Partnerzahl, unabhängig davon, ob sie in einer festen (offenen) Beziehung oder aber alleine leben. Die Frage lautete genau: „Glauben Sie, daß Sie schonmal mit einem HIV-infizierten Menschen Sex gehabt haben?“ Es wurde also allgemein nach Sexualkontakten und nicht nach dem risikoreichsten Übertragungsweg – nämlich ungeschütztem Analverkehr – gefragt. Dennoch beziehen viele die Frage offenkundig auf ihr spezifisches Sexualverhalten, denn die gegebene Antwort ist abhängig von den jeweils bevorzugten Sexualpraktiken. Personen, die Analverkehr praktizieren, schließen in einem deutlich geringeren Umfang (26 %) Sexualkontakte mit HIV-infizierten Menschen aus als Personen, die keinen Analverkehr haben (32 %). Um so bemerkenswerter ist, daß der Personenkreis, der ausschließlich passiven Analverkehr praktiziert, fast zur Hälfte (43 %) mögliche Sexualkontakte mit HIV-infizierten Menschen in der Vergangenheit verneint. Am ausgeprägtesten ist dagegen die Risikowahrnehmung bei denjenigen, die Analverkehr und sadomasochistische Praktiken und/oder „Fist Fucking“ kombinieren; hier schließen nur 15 % einen Sexualkontakt mit einem HIV-Infizierten aus. Die Wahrnehmung des Infektionsrisikos wird also spürbar durch Partnerzahl und Art der ausgeübten Sexualpraktiken beeinflusst. Hinzu kommt wiederum die Betroffenheit durch AIDS im eigenen sozialen Umfeld. Befragte mit HIV-Infizierten oder AIDS-Kranken im eigenen Freundeskreis oder im weiteren persönlichen Umfeld gehen häufiger davon aus, Sexualkontakte mit HIV-Infizierten gehabt zu haben als durch AIDS im eigenen Umfeld nicht betroffene Personen.

Die Reaktionen auf Sexualkontakte mit HIV-infizierten Personen sind gespalten; von extremen Reaktionen wie Gleichgültigkeit oder Panik wird jedoch kaum berichtet, als Reaktionstypen überwiegen Gelassenheit (42 %) und Beunruhigung (34 %), für eine kleinere Gruppe war der Kontakt Anlaß zu größerer Besorgnis (17 %). Mit zunehmender Beunruhigung nimmt die Neigung zu, sich testen zu lassen; entscheidend für eine höhere Testbereitschaft insgesamt ist jedoch die Annahme eines Sexualkontaktes mit einem HIV-Infizierten.

Die gleichen Faktoren, die die Situationsdeutung der Befragten bei Sexualkontakten mit HIV-Infizierten bestimmen, beeinflussen auch die Entscheidung zum Test. Männer, die Analverkehr praktizieren, solche mit höheren Partnerzahlen und mit HIV-Infizierten und Kranken im persönlichen Umfeld haben wesentlich häufiger den Test gemacht als monogam oder wenig pro-

misk Lebende oder als Personen, die keinen Analverkehr praktizieren. Zwei Drittel (62 %) der Personen, die Analverkehr und sadomasochistische Praktiken und/oder Fist Fucking ausüben, haben den Test gemacht gegenüber 38 Prozent derjenigen, die keinen Analverkehr haben. Ähnliche Unterschiede zeigen sich zwischen alleinstehenden Personen mit höherer Partnerzahl, von denen 63 % den Test gemacht haben, und Personen, die in festen monogamen Beziehungen leben, von denen 36 % den Test gemacht haben. Nimmt man den Test als Indikator für eine spezifische Reaktion auf eingegangene Infektionsrisiken, so zeigt sich, daß Jüngere und Ältere diese in wesentlich höherem Umfang für sich ausschließen als Befragte in den Altersgruppen zwischen 21 und 55; von den unter 21jährigen haben lediglich 20 % den HIV-Antikörper-Test gemacht, von den über 54jährigen 29 Prozent. Diese spezifische Wahrnehmung des Infektionsrisikos entspricht – bislang zumindest – auch der Altersverteilung der Test-Positiven. Die epidemiologischen Befunde für Westeuropa und die USA deuten auf eine besonders starke Betroffenheit von HIV-Infektionen in den Altersgruppen zwischen 20 und 40 Jahren hin; demgegenüber zeigen unsere Befunde eine leichte Verschiebung zu älteren Jahrgängen; am stärksten unter den Befragten sind die Altersgruppen zwischen 25 und 55 betroffen. Personen mit höherer Partnerzahl in der Vergangenheit und mit Analverkehr sind in weitaus höherem Maße testpositiv als Personen mit niedriger Partnerzahl oder als Personen, die angeben, keinen Analverkehr zu haben. Dies war im Hinblick auf den wahrscheinlichsten Übertragungsweg des HI-Virus unter Homosexuellen und unter Annahme einer relativen Konstanz des Sexualverkehrs auch zu erwarten. Besonders häufig sind schließlich Personen betroffen, die Analverkehr und sadomasochistische Sexualpraktiken und/oder Fist Fucking ausüben. Deutlich hervorgehoben werden muß – vor allem auch wegen der daraus zu ziehenden präventionspolitischen Konsequenzen – die ungleiche soziale Verteilung der berichteten HIV-Infektionen. Während die Personengruppen mit mittlerer Reife und höheren Abschlüssen Infektionsraten zeigen (11 % und weniger), die der Infektionsrate der Gesamtheit der Befragten entsprechen, hat allein der Personenkreis mit Hauptschulabschluß mit 19 % Test-Positiven einen merklich höheren Anteil von HIV-Infizierten.¹⁵

Dennoch ist davor zu warnen, die Ergebnisse dieser Untersuchung als epidemiologische Befunde zu bewerten. Bei allem in die Arbeit der AIDS-Hilfen gezeigten Vertrauen ist davon auszugehen, daß viele HIV-AK-Positive vor dem Ausfüllen eines Fragebogens gleich welchen Ursprungs zurückschrecken. Verlässlicher im Sinne wenn nicht repräsentativer, so doch exemplarischer Ergebnisse scheinen die Angaben zur Zahl der mit dem HI-Virus Infi-

zierten und der Menschen mit AIDS im Freundes- und Bekanntenkreis zu sein. Die soziale Betroffenheit durch AIDS ist demzufolge unter homosexuellen Männern in der Bundesrepublik schon sehr groß. 60 Prozent (in Großstädten mit über 500.000 Einwohnern 70 Prozent) kennen in ihrem Umkreis HIV-infizierte Menschen, Menschen mit AIDS oder Menschen, die an AIDS gestorben sind. Betrachtet man nur den Freundeskreis, so berichten aus den Großstädten mit über 500.000 Einwohnern schon fast ein Drittel über HIV-infizierte Menschen oder Menschen mit AIDS in ihrem engsten sozialen Umfeld (vgl. Anhang 2, Tabelle 7; vgl. auch Koch 1988, S. 21).

XII. Testergebnis und Safer Sex

Eine besondere Bedeutung kommt dem Test in den Augen vieler auch deshalb zu, weil sie in ihm ein präventionspolitisches Instrument sehen (statt vieler: Sondervotum Stille in: AIDS: Fakten und Konsequenzen, 1988, S. 216). Entweder wird die Entscheidung zum Test als Ausdruck eines besonderen Gesundheitsbewußtseins gedeutet (Pollak/Schiltz 1988b, S. 359) oder aber es wird argumentiert, daß die Kenntnis des eigenen positiven Sero-Status zu besonders risikoarmem Sexualverhalten der „Positiven“ führe und so die nicht infizierte Mehrheit „geschützt“ würde (so Stille in: AIDS: Fakten und Konsequenzen, 1988, S. 213 f.). Das letzte Argument ist schon auf der rein logischen Ebene bedenklich. Es impliziert, daß die „Test-Negativen“ sich risikoreicher verhalten könnten, wenn nur die „Test-Positiven“ einsichtig und verantwortungsbewußt handelten. Es vernebelt also die zentrale präventionspolitische Botschaft, daß sich alle, Nichtgetestete und mit welchem Ergebnis auch immer Getestete, durch risikoarmen Sex schützen sollten. Das Argument ist aber auch empirisch offenkundig nicht triftig. Einzig die Forschungsgruppe um Thomas Coates in San Francisco verweist auf empirische Befunde, aus denen hervorgeht, daß HIV-AK-Positive sich in San Francisco risikoärmer verhalten als Test-negative oder ungetestete Homosexuelle; dies allerdings unter der bedeutsamen einschränkenden Bedingung, daß die „Test-Positiven“ sich in ständiger intensiver psychosozialer Betreuung befinden (Thomas Coates et al. 1987b, S. 6 f.). John Martins Befunde aus New York gehen in die entgegengesetzte Richtung, die Test-Positiven in der von ihm beobachteten Kohorte von homosexuellen Männern haben öfter „unsafe sex“ als die Vergleichsgruppen¹⁶. Michael Pollak stellt für Frankreich zwar Unterschiede im Verhalten von Getesteten und Nichtgetesteten fest und sieht in der Entscheidung, einen Test zu machen, einen Ausdruck besonders bewußten Gesundheitsverhaltens, findet im Sexualverhalten von „Test-Positiven“ und „Test-Negativen“ jedoch keine signifikanten Unterschiede (Pollak/Schiltz 1988b, S. 359). Für die Niederlande berichtet Robert Tielman, daß keine relevanten Verhaltensunterschiede zwischen Ungetesteten, „Test-Positiven“ und „Test-Negativen“ festgestellt wurden (Tielman 1988).

Die Ergebnisse dieser Untersuchung stützen am ehesten die Befunde aus den Niederlanden. Hierzu ist allerdings anzumerken, daß alle Forscher-

gebnisse – in welche Richtung auch immer sie gehen – vor dem Hintergrund jeweils unterschiedlicher nationaler und (in den USA und der BRD) sogar regionaler Präventionsstrategien, vielfältiger kultureller Traditionen und stark kontrastierender ethnischer und subkultureller Lebenswelten zu interpretieren sind; die verschiedenen Forschergruppen sind zumeist auch Akteure in der Planung oder Durchführung von Präventionskampagnen in der gay community ihres Landes; gerade bei den Kohorten-Studien sind die Forschungsergebnisse unter Umständen auch Resultat der Anlage des Forschungsprojekts; selbst ohne gesondertes „counselling“ hat bei halbjährigen Befragungen von ausgesuchten Probanden die Befragung die Wirkung einer safer sex-Beratung (vgl. z.B. Martin 1988, S. 2). In den Niederlanden, dem einzigen Land, in dem augenblicklich von allen gesellschaftlich relevanten Gruppen eine Test-Entmutigungsstrategie praktiziert wird, wird das Verhalten der Nichtgetesteten in einem anderen Lichte zu sehen sein als in Frankreich, wo Test-Befürworter auch in der gay community eine starke Position haben. Kein einziges Forschungsergebnis belegt oder widerlegt demnach – für sich genommen – die Richtigkeit einer Präventionsstrategie. Dennoch ist als wichtiges Ergebnis zunächst festzuhalten, daß auch in dieser Erhebung – global gesehen – keine Verhaltensunterschiede zwischen „Test-Positiven“ und „Test-Negativen“ auszumachen sind. Der Anteil derjenigen, die (auch) ungeschützten Analverkehr haben, ist bei HIV-AK-negativen Personen und bei HIV-AK-positiven Personen fast identisch (37 bzw. 38 Prozent). Von den „Positiven“ praktizieren zwar mehr Personen ausschließlich geschützten Analverkehr (55 %) als bei den Negativen (49 %), allerdings gibt es unter ihnen auch weniger Männer, die überhaupt keinen Analverkehr haben (7 %) als unter den Test-Negativen (14 %). Bei den Nichtgetesteten ist der Anteil der Personen mit ungeschütztem Analverkehr etwas höher (41 %); dies ist aber vorwiegend darauf zurückzuführen, daß sich unter den Nichtgetesteten mehr Personen mit festen (und monogamen) Beziehungen befinden.¹⁷

XIII. Zur Durchführung der Tests

Gegenüber der heftig diskutierten Frage, für welche Personengruppen ein Test überhaupt sinnvoll ist, ist die Art der Durchführung des Tests keineswegs von nachgeordneter Bedeutung. Zu unterscheiden ist hierbei, für welchen Testort sich die Testwilligen entschieden und welches Ausmaß an Beratung jeweils stattgefunden hat.

20 Prozent der Tests wurden von schwulen Ärzten durchgeführt, 33 Prozent von anderen Ärzten, insgesamt erfolgten also über die Hälfte der Tests bei niedergelassenen Ärzten. Jeweils ein Viertel der Tests wurde von einem Gesundheitsamt (28 %) oder von einem medizinischen Institut durchgeführt (23 %). Am seltensten erfolgten die Tests in Krankenhäusern (13 %). Einige dieser Institutionen, die die Durchführung der Tests anbieten, gibt es vornehmlich oder ausschließlich in großstädtischen Ballungszentren wie z.B. die Tropeninstitute in Hamburg oder Berlin; homosexuelle Ärzte, die in der gay community bekannt sind und deshalb bei vielen Homosexuellen besonderes Vertrauen genießen, gibt es ebenfalls überwiegend in Großstädten. Bewohner kleinerer Orte haben deshalb eine wesentlich eingeschränkere Wahlmöglichkeit bei der Entscheidung für einen bestimmten Testort. Das Publikum schwuler Ärzte besteht jedoch – zumindest, was den Test anbelangt – nicht nur im wesentlichen aus Großstadtbewohnern, es rekrutiert sich überdies mehr aus dem Personenkreis mit höherer Schulbildung und mit höheren Partnerzahlen. Andre niedergelassene Ärzte werden eher von Bewohnern kleinerer und mittlerer Orte und Personen mit niedrigeren Schulabschlüssen aufgesucht. Auch Krankenhäuser werden zur Durchführung des HIV-AK-Testes häufiger von Personen mit niedriger Schulbildung aufgesucht.

Über die Hälfte der Personen, die sich testen ließen (56 %), wurden vor dem Test nicht beraten, ein ebenso großer Teil hatte nach dem Test kein Gespräch über das Ergebnis. Besonders deutlich zeigt sich dieser Mangel an Beratung vor dem Test bei Personen mit Hauptschulabschluß, von denen lediglich ein Drittel (34 %) vor dem Test beraten wurde. Noch gravierender ist jedoch, daß selbst bei einem Fünftel der Personen mit positivem Testergebnis (12 von 55 Personen) keine Beratung nach dem Test erfolgte. Der Entschluß zum Test scheint bei den meisten schon vor einer Beratung festzustehen. Nur für ein Zehntel derjenigen, die vor dem Test eine Beratung aufsuchten, gab diese

auch den Ausschlag, den Test durchführen zu lassen. Die meisten Beratungsgespräche, die zum Test führten, fanden in Arztpraxen statt, also in einer für den Klienten weniger anonymen Situation als im Krankenhaus oder in medizinischen Instituten.

Bei schwulen Ärzten findet am häufigsten eine Beratung vor und nach dem Test statt (allerdings auch nur in 58 bzw. 57 Prozent der Fälle), am seltensten sind Beratungen in Krankenhäusern und bei anderen niedergelassenen Ärzten (vor dem Test 36 bzw. 35 Prozent, nach dem Test 42 bzw. 36 Prozent). Wenn eine Beratung erfolgt, sind die Beratungsgespräche sehr häufig viel zu kurz. Fast die Hälfte (49 %) der Gespräche vor dem Test waren nicht länger als eine Viertelstunde – zum Teil waren sie erheblich kürzer –, nur 16 Prozent waren länger als eine halbe Stunde. Nach dem Test sind die Beratungsgespräche noch kürzer, hier dauerte mehr als die Hälfte der Gespräche höchstens eine Viertelstunde (55 %), nur 9 Prozent waren länger als eine halbe Stunde (vgl. Anhang 2, Tabelle 8).

Die Unterschiede in der Dauer der Beratungsgespräche in Abhängigkeit von der beratenden Institution sind nicht besonders ausgeprägt und zeigen keine eindeutige Tendenz. Auch bei positivem Testergebnis scheinen relativ kurze Gespräche (bis zu 15 Minuten) keineswegs die Ausnahme zu sein. Angesichts der gravierenden psychischen Folgen, die ein positives Testergebnis immer hat, wie auch angesichts der zum Teil sehr problematischen Motive, einen Test machen zu lassen, kann mit Sicherheit gesagt werden, daß Kurzberatungsgespräche unter 20 Minuten ihren Zweck überhaupt nicht erfüllen können.

XIV. Testergebnis und Freundeskreis

So wichtig im Umfeld des Testes eine psychosoziale Betreuung durch professionell geschultes Personal des Gesundheitssystems auch ist, so wichtig und unverzichtbar ist ebenfalls die Möglichkeit zu einer persönlichen Aussprache für die Betroffenen im Freundes- und Bekanntenkreis. Für viele wird sie sogar von wesentlich größerer Bedeutung sein. Diese Gespräche wurden erwartungsgemäß viel häufiger geführt als Beratungsgespräche mit Mitarbeitern des Gesundheitswesens. Drei Viertel derjenigen, die einen (oder mehrere) Test(s) durchführen ließen, haben mit engeren Freunden, über ein Drittel hat darüber hinaus entweder mit anderen Freunden oder mit Familienangehörigen über den Test und das Testergebnis geredet. Von den fest Befreundeten waren es fast ebensoviele (76 %), die mit ihrem Freund über den Test gesprochen haben. 28 Personen fanden oder suchten überhaupt keinen Gesprächspartner; fast die Hälfte von ihnen hat ein persönliches Umfeld, das ihre Homosexualität überwiegend ablehnt, ein weiteres Indiz für die vielfältigen Folgen einer psychischen Blockierung, die die Unmöglichkeit oder Unfähigkeit zum offenen Ausleben der eigenen sexuellen Orientierung hervorruft. Ungeachtet der Tatsache, daß *jedes* Testergebnis psychisch verarbeitet werden muß und über *jedes* Testergebnis ein Gespräch stattfinden sollte, sind Personen mit positivem Testergebnis in viel dramatischerer Weise betroffen als Personen mit negativem Testergebnis. Wenngleich die große Mehrzahl der Testpositiven mindestens eine Vertrauensperson (häufig mehrere) fand, um sich mit den Folgen des Testergebnisses auseinanderzusetzen, zeigen sich auch hier viele der existentiellen Probleme, die ein positives Testergebnis aufwirft. Einige fest befreundete Männer mit positivem Testergebnis (6 von 26) sahen sich außerstande, mit ihrem festen Freund darüber zu reden, von den testpositiven Personen ohne feste Beziehung fanden ebenfalls einige (6 von 28) nicht die Möglichkeit, engere Freunde oder Familienangehörige auf das Testergebnis anzusprechen.

50 (von insgesamt 55) HIV-AK-positiven Personen berichten – zwei offene Fragen gaben ihnen dazu Gelegenheit – über ihre eigene Reaktion auf das Testergebnis und die von Gesprächspartnern, die ins Vertrauen gezogen wurden. Abhängig von der psychosozialen Situation der Betroffenen fallen die Reaktionen durchaus unterschiedlich aus, bestimmte Reaktionsmuster

sind jedoch zu erkennen. Einige hatten mit einem positiven Testergebnis gerechnet:

„Positives Testergebnis wurde von mir erwartet; kein ‚Schock‘.“ (P 771) Einige haben zunächst versucht, diesen Schock zu überspielen, um dann in eine um so tiefere psychische Krise zu geraten: „Zuerst habe ich gelacht und bin ein Bier trinken gegangen. Nach 2 Wochen kam der Schock – absolutes Tief – Selbstmordversuch.“ (P 838) Andere wiederum waren sich über das antizipierte „negative“ Testergebnis so sicher, daß das positive Testergebnis für sie um so katastrophalere Folgen hatte. „Im Moment, als ich das Ergebnis erhielt, wurde mir klar, daß und wie sehr ich *nur* (Hervorhebung im Original) mit einem Negativ-Befund gerechnet hatte.“ (P 832) „Selbststigmatisierung hat ca. 1 Jahr gedauert, bis ich damit zurechtkam.“ (P 250)

Viele Personen berichten von Selbstmordgedanken; besonders eindringlich schildert dies ein seropositiver Mann, der mit niemandem über sein Testergebnis reden konnte:

„Suizidgedanken; bin oft auf U-Bahnhöfen auf- und abgegangen, hab’ mich aber nicht getraut, da nicht sicher, ob ich sofort tot bin.“ (P 468)

Bei den angesprochenen Freunden überwiegen die verständnisvollen, stützenden und solidarischen Reaktionen.

Ängste vor einer überwiegend abweisenden Haltung erweisen sich häufig als unbegründet. Freunde reagieren verständnisvoller und einfühlsamer als erwartet. Eine Reihe von Befragten hebt jedoch die Notwendigkeit einer sorgfältigen Auswahl der anzusprechenden Vertrauenspersonen hervor.

„Fast nur gute Reaktionen (bei genau überlegter Auswahl der Leute – Ort/Zeit etc. –). Freunde halten zu mir – Rückzug nur bei Sexualpartnern.“ (P 401)

Auch über vielfältige distanzierende Reaktionen wird allerdings berichtet. Einige ins Vertrauen gezogene Personen erleben es offenkundig als Zumutung, mit dem Problem konfrontiert zu werden:

P 598 über die Reaktionen von zwei engen Freunden: „entsetzt, fassungslos, abwehrend“; ähnlich P 872: „nicht alle waren davon angetan, es ihnen zu erzählen.“

Über AIDS-phobische Reaktionen des ärztlichen Personals wird ebenfalls berichtet:

„... bei der Ärztin: voller Abstand, kein Handgeben bei Begrüßung bzw. Abschied.“ (P 762).

Zusammenfassung

Die bisher erfolgte detaillierte Darstellung einzelner Aspekte sollte wesentliche Zusammenhänge verdeutlichen und zugleich die Nachvollziehbarkeit der Analyse erleichtern. An bestimmten Schnittstellen der Untersuchung zeigte sich immer wieder die besondere Wirksamkeit einiger Faktoren, die sowohl das Informationsverhalten, das Informationsniveau wie auch das Sexualverhalten in spezifischer Weise determinieren: Die große Mehrheit der Homosexuellen hat in deutlicher und vielfältiger Weise auf die Bedrohung durch AIDS reagiert. 81 Prozent der Befragten haben ihre Sexualgewohnheiten geändert, seit sie von AIDS wissen. Der regelmäßige Gebrauch des Kondoms ist schon weit verbreitet. Über die Hälfte der Homosexuellen, die Analverkehr praktizieren, haben diesen nur noch in geschützter Form. Die weitestgehenden Änderungen sind in dem Personenkreis festzustellen, der (theoretisch) dem höchsten Infektionsrisiko ausgesetzt ist. Von Homosexuellen mit höherer Partnerzahl wird das Kondom am häufigsten benutzt. Die beschriebenen Veränderungen haben jedoch keineswegs zu einer vollkommenen Veränderung des sexuellen Lebensstils von homosexuellen Männern geführt. Wohl gibt es einen deutlichen Rückgang der Partnerzahlen, auch hat der Anteil monogamer Beziehungen unter den festen Freundschaften zugenommen. Die Mehrheit homosexueller Partnerschaften definiert sich jedoch auch weiterhin nicht über sexuelle Monogamie. Für sehr viele Homosexuelle erzwingt AIDS ein konsequentes und reflektiertes „Risikoverhalten“, allerdings wird – vor allem von den promiskuitiveren Homosexuellen – versucht, mit einem Minimum an Verhaltensänderungen ein Maximum an Infektionsschutz zu erzielen. Das Festhalten an sexuellen Freiheiten überwiegt gegenüber Formen des rigiden Verzichts und der Preisgabe erotischer Vielfalt.

Informationen zu AIDS sind bei denjenigen besonders verbreitet, deren Homosexualität von ihrem sozialen Umfeld (Eltern, Geschwister, Arbeitskollegen, Freunde) akzeptiert wird. Bisexuelle Männer, die in der Regel ihre sexuelle Orientierung nur in verdeckter Form ausleben, sind deutlich schlechter informiert als homosexuelle Männer. Die vorhandenen Informationsquellen zu AIDS werden in sehr unterschiedlichem Umfang herangezogen und haben stark voneinander abzustufende Informationseffekte. Es zeigen sich die Personen am besten informiert, die sowohl die massenmedial vermittelten Infor-

mationsangebote (Tagespresse, Radio, Fernsehen, schwule Presse), die zielgruppenspezifisch aufbereiteten Informationsangebote (Deutsche AIDS-Hilfe, regionale AIDS-Hilfen) wie auch die Möglichkeiten informeller (Schwulengruppen, Freundeskreis) und institutioneller personaler Kommunikation wahrgenommen haben. Dieses vielschichtige Informationsangebot wird wiederum am intensivsten von jüngeren Homosexuellen in großstädtischen Ballungsräumen verarbeitet.

Informationsniveau und Verhaltensänderungen stehen jedoch nicht in direktem Zusammenhang. Der persönliche Kontakt zu HIV-AK-Positiven oder AIDS-Kranken im Freundes- und Bekanntenkreis erweist sich als stärkste Motivation für Verhaltensänderungen. Die Faktorenanalyse, die eine Aufhellung des komplexen Bedingungs-zusammenhangs mehrerer miteinander und gegeneinander wirkender Faktoren ermöglicht, zeigt zwei wenn auch schwach zusammenhängende Wirkungsketten. Alter, Höhe des Bildungsabschlusses und Vielzahl der Informationsquellen beeinflussen direkt das Informationsniveau. Jüngere Homosexuelle mit höherem Bildungsabschluß sind am besten informiert.

Persönliche Betroffenheit durch AIDS, Nähe zur schwulen Szene und Subkultur, Promiskuität, Akzeptanz der Homosexualität und Teilhabe an personal-kommunikativen Beratungsangeboten (insbesondere der AIDS-Hilfen) bewirken die stärksten Veränderungen im Sexualverhalten. Zwar besteht ein Unterschied zwischen großstädtischen Ballungsräumen und kleineren Städten und Orten, die beschriebenen Wirkungszusammenhänge sind stärker ausgeprägt in den großstädtischen Ballungsräumen, als deutlicher Trend sind sie jedoch gleichermaßen vorhanden in groß- und kleinstädtischen Gebieten. Dies ist mit Sicherheit eine Auswirkung der polyzentrischen Struktur der Bundesrepublik mit ihrer Vielfalt an Ober- und Mittelzentren; die Unterschiede in Frankreich zwischen Paris und der „Provinz“ sind im Vergleich sehr viel ausgeprägter.

Schlußfolgerungen

Die Untersuchung hat vielfältige Hinweise für eindrucksvolle Erfolge in der Aufklärungs- und Informationsarbeit der AIDS-Hilfen erbracht. Die Informationsmaterialien der Deutschen AIDS-Hilfe und der regionalen AIDS-Hilfen werden in großem Umfang wahrgenommen und von den meisten positiv bewertet. Die schwule Subkultur (vor allem Bars, Cafés, Saunen etc.) ist der wichtigste Vermittlungsort der AIDS-Hilfe-Materialien. Dieses schwule Netzwerk unangetastet zu erhalten, ist daher eines der Haupterfordernisse der AIDS-Prävention unter Homosexuellen.

Die Defizite in der Informationsarbeit der AIDS-Hilfe-Gruppen verweisen auf die Notwendigkeit der Verstärkung ihrer personalkommunikativen Komponente. Auch in dieser Hinsicht kommt den verschiedenen Treffpunkten der schwulen Subkultur oder Szene eine strategische Bedeutung zu.

Allerdings wird es noch weitergehender Formen „aufsuchender“ Informations- und Beratungsarbeit bedürfen. Neben den Personen mit niedrigen Bildungsabschlüssen und beruflichen Positionen gehören gerade die Homosexuellen, die sich als wenig oder gar nicht in „schwule Netzwerke“ integriert erweisen und die geringste soziale Akzeptanz erfahren, zu denjenigen, die bisher in geringstem Umfang von der Informationsarbeit der AIDS-Hilfen angesprochen wurden. Hier müßten informelle Kontaktnetze aufgebaut werden, die deutlich über den Wirkungsbereich der Subkultur hinausgehen. Um einen größeren Personenkreis zu erreichen, ist also eine Ausdifferenzierung von Präventionsarbeit dringend erforderlich. Die Bevölkerungsgruppe der Homosexuellen kann nur im begrenzten Umfang als einheitliche Zielgruppe angesprochen werden. Notwendig ist die Entwicklung neuer Strategien für Teilgruppen innerhalb dieser Gesamtgruppe. Darüber hinaus ist sicherzustellen, daß die bisher erreichten Erfolge in der Präventionspolitik auch bewahrt bleiben. Dies schließt den weiteren Einsatz bewährter Medien (wie Poster, Comics, Faltblätter und Videofilme) ein. Besondere Bedeutung kommt inzwischen Strategien zu, die sich hilfreich auf eine Stabilisierung der Änderungen in sexuellen Verhaltensweisen auswirken. Zeitstabile Verhaltensänderungen verstehen sich keineswegs von selbst. Auch der gut informierte und motivierte Personenkreis, der sich durch ein relativ konsequentes und reflektiertes „Risikoverhalten“ auszeichnet und von dem eine sehr nützliche „Multi-

plikator“-Wirkung in der „Szene“ ausgeht, bedarf langfristiger stützender Aufmerksamkeit. Die zu erwartende Zunahme der Anzahl von Menschen mit AIDS in der gay community wird eine sich verstärkende emotionale Belastung zur Folge haben. Die Grenzen von Präventionsarbeit und „community work“ sind ohnehin fließend. Bei stützenden Maßnahmen für die gay community wird das außergewöhnliche Maß an Trauerarbeit zu berücksichtigen sein, das es gegenwärtig und in Zukunft zu bewältigen gilt.

Eine große Mehrheit von Homosexuellen hat sowohl die massenmedial vermittelten Streubotschaften wie auch die zielgruppenspezifisch orientierte Informationsarbeit der AIDS-Hilfen wahrgenommen. Der Informationseffekt war um so höher und wirksamer, je stärker die personalkommunikative Komponente dabei war. Um den Verstärkereffekt zwischen den verschiedenen Informationsebenen zu erhalten, ist allerdings dringend eine Koordination der Informationsinstanzen und die Abstimmung ihrer zentralen „Botschaften“ erforderlich. In der Bundesrepublik ist bisher ein naturwüchsiges Nebeneinander der Institutionen, die AIDS-Aufklärung betreiben, zu beobachten, gegenseitige Abgrenzung und Abschottung erfolgen eher als eine Abstimmung der wesentlichen Informationsinhalte. Die zentralen Präventionsbotschaften des Bundesgesundheitsministeriums und der AIDS-Hilfen sind gegenwärtig sogar fast konträr (Brunswicker 1988, S. 2). Während das Bundesministerium inzwischen Ehe und Treue zur Infektionsverhütung propagiert, setzen die AIDS-Hilfen weiterhin auf die Wirkungen einer nicht moralisierenden safer sex (und „save sex“) Kampagne. Durch die Widersprüchlichkeit dieser Botschaften geht nicht nur der in jeder Präventionskampagne anzustrebende Verstärkereffekt zwischen allgemeiner und zielgruppenspezifischer Information verloren¹⁸; vielmehr droht ein noch viel gravierender Effekt des Verlustes an Glaubwürdigkeit bei wichtigen Teilen der angesprochenen Zielgruppen.

Ein Mangel an Glaubwürdigkeit droht der Präventionspolitik noch von anderer Seite. Die im sozialen Umfeld erfahrene Akzeptanz der Homosexualität erweist sich als bedeutsame Stütze, gleichermaßen als psychosoziale „Resource“ für homosexuelle Männer, um angesichts der Bedrohung durch AIDS angemessene Bewältigungsstrategien zu entwickeln. Eine Präventionspolitik, die nicht gleichzeitig zum Abbau der gesellschaftlichen Diskriminierung und Stigmatisierung der Hauptbetroffenengruppe der Homosexuellen beiträgt, wird langfristig nicht erfolgreich sein. Eine Präventionspolitik, die wegen lauern den Mißtrauens die Überwachung der „Risikogruppen“ institutionalisiert und bei Verstößen gegen die Normen der moralischen Mehrheit drakonische Strafen exekutiert, muß scheitern.

Anmerkungen

- ¹ Zu den verschiedenen Dimensionen der Intentionalität von empirischer Sozialforschung siehe die jüngst vorgelegte Untersuchung von Friedrich Tiemann: *Analyse und Intention* (Tiemann 1987, S. 31 ff. und S. 118 ff.).
- ² In der sexual- und sozialwissenschaftlichen Literatur werden unterschiedliche Anteile genannt, in der Regel wird davon ausgegangen, daß 3 bis 5 Prozent der Männer in der Bundesrepublik überwiegend oder ausschließlich homosexuell sind. Bei einem angenommenen Anteil von 3 Prozent wären dies ca. 0,7 Millionen Jugendliche und Männer über 14 Jahre, bei einem angenommenen Anteil von 5 % 1,2 Millionen; vgl. auch den Zwischenbericht der Enquete-Kommission „Gefahren von AIDS und wirksame Wege zu ihrer Eindämmung“ (AIDS: Fakten und Konsequenzen, 1988, S. 42).
- ³ Diese Zeitschriften haben zum Teil sehr unterschiedliche Profile. Während die Berliner Siegestsäule und auch noch der Nürnberger Rosa Flieder vor allem von einer studentischen Leserschaft oder einer solchen mit Hochschulabschluß gelesen werden, hat DU + ICH mehr das Profil einer Illustrierten für Homosexuelle – vergleichbar Quick oder Stern für die „Allgemeinbevölkerung“; Gay Express spricht demgegenüber als kostenlos verteiltes Anzeigenblatt einen sozial sehr unterschiedlichen Leserkreis an, liegt jedoch nur in den drei norddeutschen Großstädten Hamburg, Berlin und Bremen aus.
- ⁴ Zur Analyse der Hauptakteure der französischen Präventionspolitik und ihrer verschiedenen Phasen vgl. die ausführliche Untersuchung von Michael Pollak (Pollak 1988c, S. 121 ff.).
- ⁵ Siehe hierzu die Ausführungen von Friedrich Tiemann zum Zusammenhang von Repräsentativität und Verallgemeinerbarkeit. Tiemann betont die Relativität dieses „sekundären Wissenschaftlichkeitskriteriums“ (Tiemann 1987, S. 73 ff.). Für viele sozialwissenschaftliche Erhebungen sei es von nachgeordneter Bedeutung, ob mit der gewonnenen Stichprobe eine miniaturisierte und photographisch genaue Wiedergabe der untersuchten Zielgruppe gelungen ist. Entscheidend sei vielmehr, ob die für die Zielgruppe relevanten sozialen Merkmale in hinreichender Streubreite und Besetzung in der Stichprobe vorhanden sind. Relevanz der Merkmale und Angemessenheit der Sample-Bildung seien wiederum im starken Maße abhängig von der Spezifik der untersuchten Zielgruppe.

⁶ Zum Begriff der homosexuellen Subkultur siehe Dannecker/Reiche 1974, S. 68 ff.

⁷ Eine informative Besprechung neuerer Veröffentlichungen zu homosexuellen Partnerschaften hat Thomas Brüggemann in der „Siegessäule“ vorgelegt (Brüggemann 1988, S. 6 ff.).

⁸ Die Frage nach dem Stellenwert einer festen Beziehung im eigenen Leben war bewußt „halb-offen“ gestellt, d.h. neben den verschiedenen Vorgaben konnten sich die Befragten für eine selbstgewählte abweichende Antwort entscheiden und damit ihre Distanz zu den angebotenen Alternativen ausdrücken. Die allermeisten selbst formulierten Antworten erweisen sich jedoch als Varianten der im Fragebogen enthaltenen Vorgaben. Aussagen über die Bedeutung einer Beziehung wie

„Ich liebe meinen Freund“ (P 97)

„Vertrauen, Geborgenheit, Gemeinsamkeit“ (P 288)

„Einen Halt im nicht leichten schwulen Leben“ (P 393)

oder auch lakonische Äußerungen wie

„saugelig“ (P 68)

„spannend . . .“ (P 504)

sind alle unschwer zu deuten als Entscheidungen für eine (realisierte oder angestrebte) feste Beziehung.

Die Gruppe der „Realisten“ findet sich mit Bemerkungen wie diesen wieder:

„Eine (Hervorhebung im Original) Möglichkeit unter anderen“ (P 77)

„Eine (Hervorhebung im Original) Möglichkeit zu leben“ (P 703).

Unter den meist sehr persönlich gehaltenen Kommentaren findet sich keiner, der eine feste Beziehung strikt als Kopie der bürgerlichen Ehe ablehnt. In der Bemerkung, eine schwule Partnerschaft bedeute

„den schwierigen Versuch, mit einer festen Beziehung nicht die Ehe zu kopieren“ (P 718), ist zwar die Kritik an der Institution Ehe enthalten, keineswegs aber die Ablehnung einer festen Beziehung. Dies drückt sich auch im folgenden Kommentar aus:

P 829: „schon gut, aber nicht unter den bürgerlichen Moralmaßstäben“.

Überhaupt dominieren neben einigen sehr enthusiastischen Reaktionen wie z.B. P 731:

„Liebe, Wärme, Intensität, Geborgenheit, Anlehnen, Identifikation, sich spiegeln können im anderen. Wünsche + Entwicklung des anderen + von sich zu fixieren . . . *wirkliche* Liebe!! . . . Der Platz reicht nicht aus. Das Gefühl von Liebe kann man kaum beschreiben! . . .“

Äußerungen, die auf der Grundlage der persönlichen Wertschätzung ei-

ner festen Beziehung und der Entscheidung für sie auch auf Schwierigkeiten und Probleme verweisen.

Hierfür mögen folgende Äußerungen stehen:

„ist positiv, sollte jedoch Möglichkeit für andere soziale + Sexkontakte lassen“ (P 88)

„eine beständige Gratwanderung zwischen Nähe und Distanz, die sehr erfüllend sein kann, aber auch sehr erdrückend“ (P 658).

Wenn eine Beziehung als schwer realisierbar oder aber unmöglich bezeichnet wird, werden fast durchweg persönliche Gründe dafür angegeben:

„bin auf die Dauer nicht bindungswillig“ (P 185)

„weiß nicht, schon zu alt (59 Jahre!)“ (P 336)

„Man will immer das, was man nicht hat, verstanden?“ (P 359)

„als ‚symbiotisches‘ Verhältnis für mich eine Unmöglichkeit“ (P 637).

Eine der wenigen Antworten, die den vorangehenden Antwortvorgaben nicht zuzuordnen war, stellt folgende Äußerung dar:

Eine feste Beziehung ist „ein Ruhepunkt bei der Suche nach neuen Männern“ (P 405).

⁹ Zur inhaltlichen Problematik des Begriffs vgl. Dannecker 1988, S. 71 ff.

¹⁰ Das umgangssprachliche „promisk“ löst gegenwärtig das vom Duden autorisierte „promiskuitiv“ ab.

¹¹ Einen Überblick zum gegenwärtigen Stand der Forschung gibt Albert Eckert (Eckert 1988, S. 7 ff.); vgl. auch Heft 4, April 1988, vom American Journal of Public Health, Special Issue: AIDS and Public Health. Lesenswert vor allem die Artikel von Allan M. Brandt, John C. Cutler und R.C. Arnold sowie von Marshall H. Becker und Jill G. Joseph.

¹² Michael Pollak kommt für Frankreich zu sehr ähnlichen Ergebnissen; vgl. Pollak 1988c, S. 71 und S. 78 f.

¹³ Unter „häufigeren“ Sexualkontakten mit Frauen wurden hier die beiden Vorgaben „mehrere Male im Monat“ und „unregelmäßig, aber mit intensiveren Phasen“ zusammengefaßt.

¹⁴ Sicherlich haben die Befunde dieser Untersuchung zur Art der homosexuellen Kontakte von bisexuellen Männern nur begrenzten Wert. Lediglich eine Minderheit von ihnen wird überhaupt über Zeitungen für Homosexuelle ansprechbar sein. Bisher ist noch keine überzeugende Erhebungsmethode entwickelt worden, um das Sexualverhalten von Männern, die ihre homosexuellen Anteile nur in verdeckter Form ausleben, zu analysieren. Entsprechend schwer ist auch jeder Versuch, diese Personengruppe in präventionspolitischer Hinsicht anzusprechen.

- ¹⁵ Von einer zunehmenden Betroffenheit der unteren Sozialschichten in Frankreich und den USA berichtet Michael Pollak: „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 spanischstämmigen) ethnischen Minderheiten in den epidemiologischen Statistiken tendenziell schneller zunehmen als die weiße Bevölkerung . . .“ (eigene Übersetzung: Pollak 1988c, S. 79). Vgl. auch „A Disease of Disadvantage“. In: Sabatier 1988, S. 7–18.
- ¹⁶ Persönliche Mitteilung von John Martin auf der 4. Internationalen AIDS-Konferenz in Stockholm vom 12. bis 16. Juni 1988.
- ¹⁷ Einen sehr informativen Überblick zur sozialwissenschaftlichen und medizinischen Diskussion des HIV-Antikörpertests gibt Sigrid Michel (Michel 1988).
- ¹⁸ Auf ähnliche Mängel in der von staatlichen Stellen betriebenen AIDS-Aufklärung in Frankreich verweist Michael Pollak (Pollak 1988c, S. 140).

Literaturverzeichnis

ABHOLZ, Heinz-Harald: Welche Bedeutung hat die Medizin für die Gesundheit? In: Vernachlässigte Gesundheit. Zum Verhältnis von Gesundheit, Staat, Gesellschaft in der Bundesrepublik Deutschland. Hrsg. Hans-Ulrich DEPPE. Köln 1980, S. 15–57

DERS.: Möglichkeiten und Vernachlässigung von Prävention. Ebenda, S. 284–296

AIDS: Fakten und Konsequenzen. Zwischenbericht der Enquete-Kommission „Gefahren von AIDS und wirksame Wege zu ihrer Eindämmung“ des Deutschen Bundestages. Hrsg. Deutscher Bundestag, Referat Öffentlichkeitsarbeit. Bonn 1988

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

BRADBURN, Norman M. and Seymour SUDMAN: Improving Interview Method and Questionnaire Design. San Francisco 1979

BRANDT, Allan M.: AIDS in Historical Perspective: Four Lessons from the History of Sexually Transmitted Diseases. In: American Journal of Public Health. Vol. 78, No. 4. 1988, S. 367–371

BRÜGGEMANN, Thomas: Alltäglich außergewöhnlich? Schwule Partnerschaften. In: Siegesssäule. Jg. 5, H. 5. 1988, S. 6–9

BRUNSWICKER, Christa: Struktur und Aufgaben der Deutschen AIDS-Hilfe e.V. Manuskript. Berlin 1988

COATES, Thomas J. et al.: AIDS: A Psychosocial Research Agenda. Annals of Behavioral Medicine. Vol. 9, No. 2. 1987(a), S. 21–28

DERS. et al.: AIDS Antibody Testing: Will it Stop the AIDS Epidemic? Will it Help People Infected with HIV? Paper presented at the Meetings of the American Psychological Association. New York. August 1987(b)

COXON, Anthony P.M.: Report of Pilot Study: Project on Sexual Lifestyles of Non-Heterosexual Males. Social Research Unit. University College. Cardiff 1986(a)

DERS.: „It all depends . . .“ The Impact of Context on Patterns of Homosexual Behaviour. In: ders.: Homosexual Sexual Behaviour. Working Paper. Social Research Unit. University College. Cardiff 1986(b)

DERS., Peter DAVIES and Thomas J. McMANUS: Socio-Sexual Investigations of Gay Men and AIDS. Project SIGMA. Aims and Methods. Broschüre. London und Cardiff 1987

CUTLER, John C. and R.C. ARNOLD: Venereal Disease Control by Health Departments in the Past: Lessons for the Present. In: American Journal of Public Health. Vol. 78, No. 4. 1988, S. 372–376

DANNECKER, Martin und Reimund REICHE: Der gewöhnliche Homosexuelle. Eine soziologische Untersuchung über männliche Homosexuelle in der Bundesrepublik. Frankfurt a.M. 1974

DANNECKER, Martin: Towards a Theory of Homosexuality: Socio-Historical Perspectives. In: Gay Personality and Sexual Labeling. Hrsg. John P. DE CECCO. New York 1985, S. 1–8

DERS.: Der Homosexuelle und die Homosexualität. Frankfurt a.M. 1986 (2. erw. Aufl.)

DERS.: Sexualität und AIDS. In: Zeitschrift für Sexualforschung. Jg. 1, H. 1. 1988, S. 68–75

DAVIES, Peter M.: Some Problems in Defining and Sampling Non-Heterosexual Males. Working Paper. Social Research Unit. University College. Cardiff 1986

DUBOIS-ARBRE, Françoise: Evaluation des campagnes de prévention contre le SIDA en Suisse. Rapport de l'Etude: Homosexuels. Novembre 1987. Cah Rech Doc IUMSP No. 23.6. Lausanne 1988

ECKERT, Albert: Wie hat sich das Sexualverhalten unter dem Eindruck von AIDS geändert? Literaturstudie. Manuskript. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung. Im Erscheinen. Berlin 1988

van GRIENSVEN, Godfried J.P., Robert A.P. TIELMAN et al.: Risk Factors and Prevalence of HIV Antibodies in Homosexual Men in the Netherlands. In: American Journal of Epidemiology. Vol. 125, No. 6. 1987, S. 1048–1057

KOCH, Meinrad: Kein massiver Einbruch der Infektion in die Normalbevölkerung. Interview mit Weltgesundheitsorganisation, Magazin der Weltgesundheitsorganisation. Neue Aspekte zum Thema „HIV-Infektion in der Bundesrepublik Deutschland“. H. 4, April 1988, S. 20–24

LAUTMANN, Rüdiger und Hanns WIENOLD: Antihomosexualität und demokratische Kultur in der BRD. In: Rüdiger LAUTMANN; Seminar: Gesellschaft und Homosexualität. Frankfurt a.M. 1977, S. 383-416

DERS.: Vorrede des Herausgebers: Über homosexuelle Partnerschaften gestern und heute. In: Rolf PINGEL und Wolfgang TRAUTVETTER: Homosexuelle Partnerschaften. Eine empirische Untersuchung. Berlin 1987, S. 7-14

McMANUS, Thomas J. und Marian McEVOY: A Preliminary Study of Some Aspects of Male Homosexual Behaviour in the United Kingdom. Unveröffentlichtes Manuskript. London o.J.

McMANUS, Thomas J., Peter M. DAVIES und Anthony P.M. COXON: Changes in Male Homosexual Behaviour in the United Kingdom between 1985 and 1988. Abstract 8106. In: IV International Conference on AIDS Bd. 1. Stockholm 1988, S. 475

MARTIN, John L.: AIDS Risk Reduction Recommendations and Sexual Behavior Patterns among Gay Men: A Multifactorial Categorical Approach to Assessing Change. In: Health Education Quarterly. Vol. 13, No. 4. 1986, S. 347-358

DERS.: The Community Impact Project. Broschüre der Columbia University - School of Public Health, Division of Sociomedical Sciences. New York 1988

MEMORANDUM der Deutschen AIDS-Hilfe e.V.: Leben mit AIDS - Bestandsaufnahme und Perspektiven der AIDS-Bekämpfung in der Bundesrepublik Deutschland. Berlin 1987

MICHEL, Sigrid: HIV-Antikörper-test und Verhaltensänderungen. Literaturstudie. Manuskript. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung. Im Erscheinen. Berlin 1988

POLLAK, Michael: Männliche Homosexualität - oder das Glück im Getto? In: Die Masken des Begehrens und die Metamorphosen der Sinnlichkeit. Zur Geschichte der Sexualität im Abendland. Hrsg. Philippe ARIES und Andre BEJIN. Frankfurt a.M. 1986, S. 55-79

DERS.: Nur einer von mehreren Faktoren? AIDS, Safer Sex und schwuler Lebensstil in Frankreich. In: Rosa Flieder. Nr. 53. 1987(a), S. 8-9

DERS.: AIDS: Risikomanagement unter widersprüchlichen Zwängen. Reaktionen und Verhaltensänderungen unter französischen Homosexuellen. In: Journal für Sozialforschung. Jg. 27, H. 3/4. 1987(b), S. 329-345

DERS.: Le plan orsex. Enquête: Etre homo aujourd'hui. Gai Pied Hebdo. Hors Série. Paris 1988(a) (ohne Seitennumerierung)

DERS. und Marie-Ange SCHILTZ: Does Voluntary Testing Matter? How it Influences Homosexual Safer Sex. Abstract 6023. In: IV International Conference on AIDS Bd. 1. Stockholm 1988(b), S. 359

DERS.: Les homosexuels et le sida - Sociologie d'une épidémie. Paris 1988(c) (Im Erscheinen)

PUCKET, Sam B. and Larry L. EYE: The STOP AIDS Project. An International AIDS-Prevention Program. The STOP AIDS Project, Inc. Manuskript. San Francisco 1987

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

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

SALMEN, Andreas: AIDS - Solidarität als Alternative. In: Komitee für Grundrechte und Demokratie (Hrsg.): Jahrbuch 1987 Sensbachtal/Odenwald 1988, S. 57-65

SALMEN, Andreas und Albert ECKERT: Die neue Schwulenbewegung in der Bundesrepublik Deutschland zwischen 1971 und 1987 - Verlauf und Themen. In: Forschungsjournal Neue Soziale Bewegungen. Jg. 1, H. 3. 1988, S. 25-32

STATISTISCHES BUNDESAMT (Hrsg.): Datenreport 1985. Zahlen und Fakten über die Bundesrepublik Deutschland. Bonn 1985

DASS.: Mikrozensus 1985. Sonderauswertung

SUDMAN, Seymour, Monroe G. SIRKEN und Charles D. COWAN: Sampling Rare and Elusive Populations. In: Science. Vol. 240, No. 4855. 1988, S. 991-996

TIELMAN, Robert A.P.: Wichtigste Ergebnisse der niederländischen AIDS-Präventions-Evaluation unter homosexuellen Männern. In: AIDS-Aufklärung bei Homosexuellen wirksam. Hrsg. Deutsche AIDS-Hilfe e.V. Pressemappe, 13.4.1988. Berlin 1988

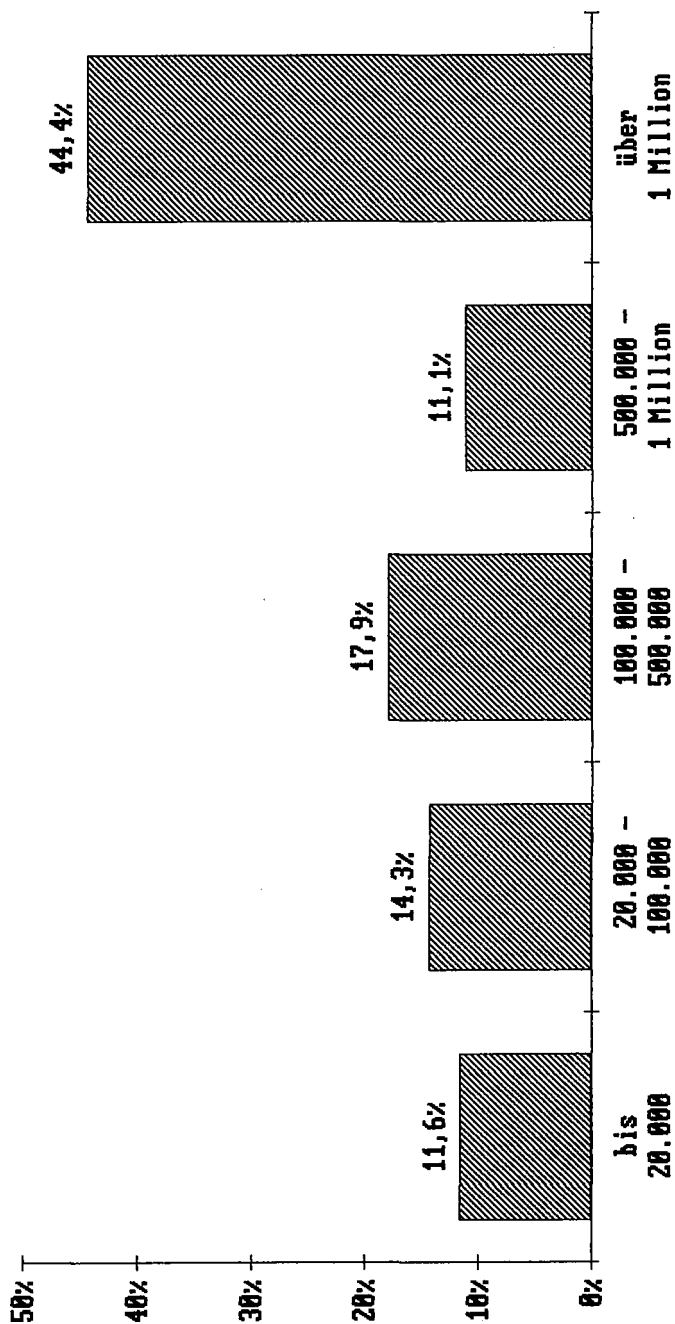
TIEMANN, Friedrich: Analyse und Intention. Zur Bewältigung des Pilatus-Syndroms in der Sozialforschung. Opladen 1987

WEINBERG, Thomas S.: Gay Men, Gay Selves. The Social Construction of Homosexual Identities. New York 1983

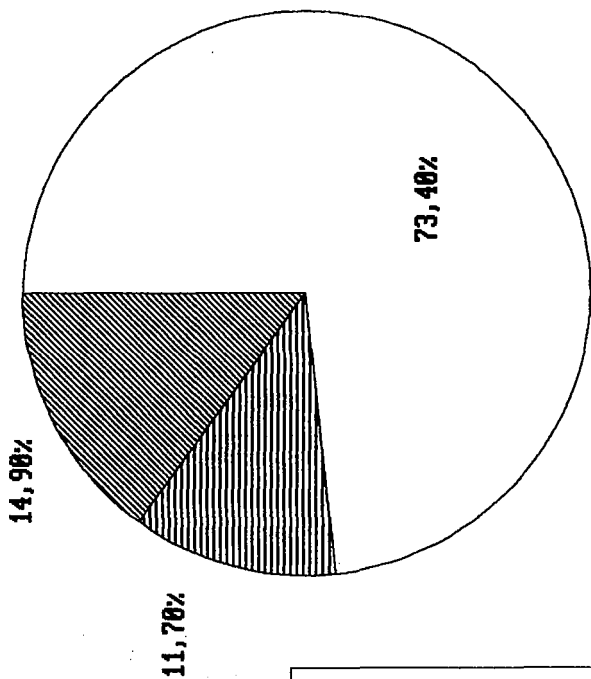
Anhang 1

Grafiken

WOHNORTE NACH EINWOHNERZAHL



**Wohnorte nach Entfernung zu Großstädten
mit mehr als 500.000 Einwohnern**

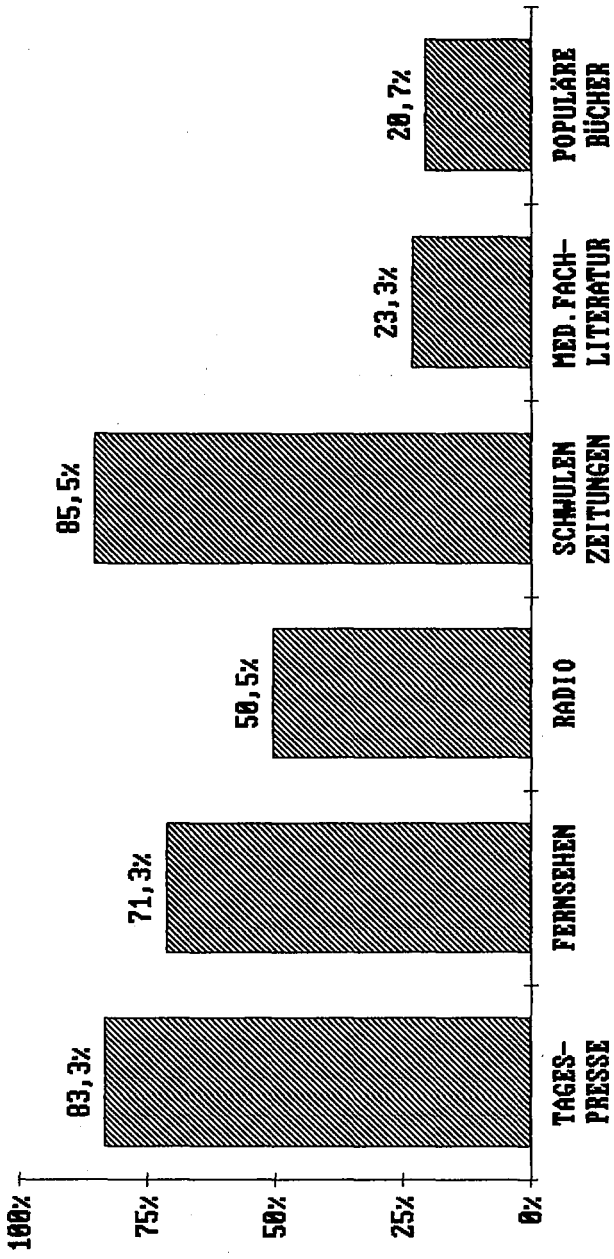


□ Städte über 500.000 Einwohner
(mit Umgebung bis 50 km)

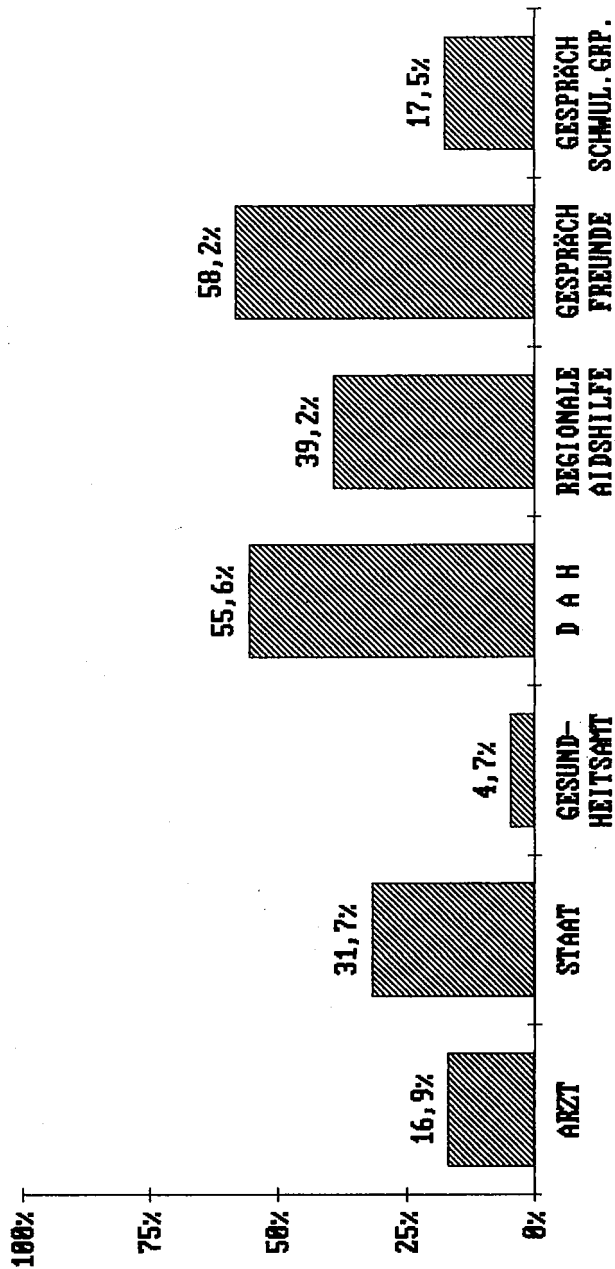
▨ Städte mit 100.- 500.000 Einw.
(mehr als 50 km entfernt)

▩ Städte u. Orte unter 100.000 Einw.
(mehr als 50 km entfernt)

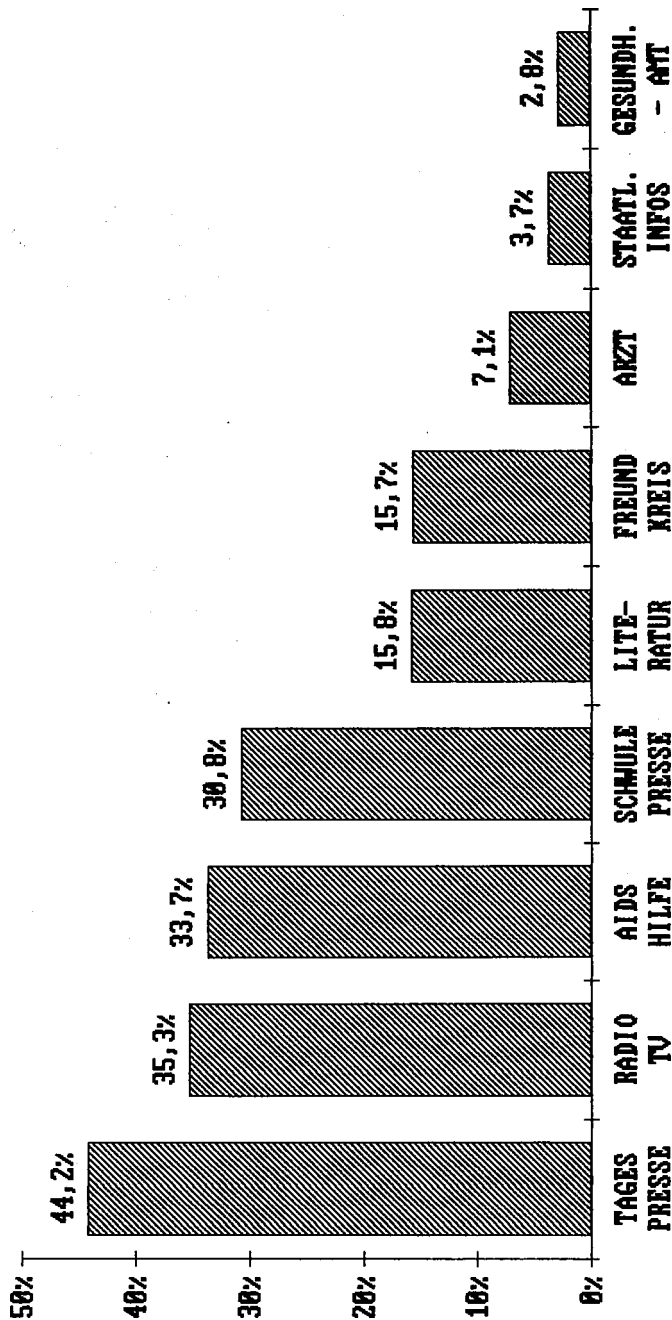
WOHER INFORMATIONEN ZU AIDS (TEIL I)



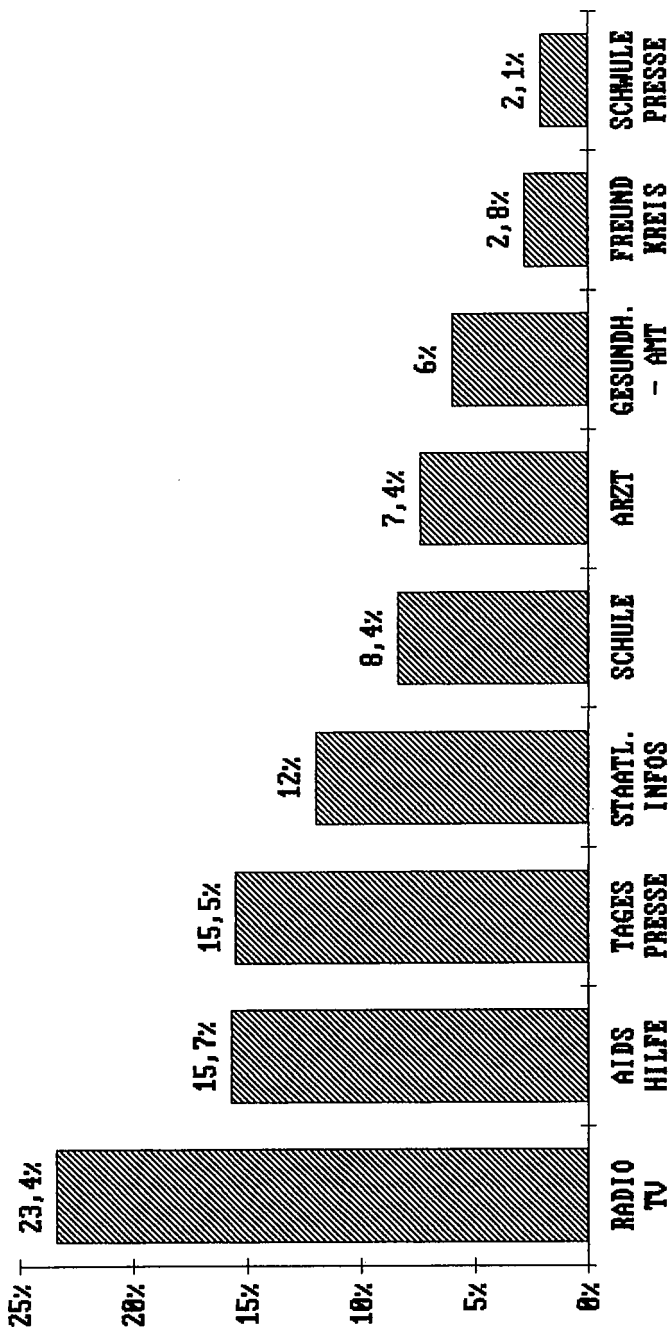
WOHER INFORMATIONEN ZU AIDS (TEIL II)



WELCHE INFORMATIONQUELLEN SIND BESONDERS WICHTIG?



WER SOLLTE DIE INFORMATIONSBARBEIT VERSTÄRKEN?



Anhang 2

Tabellen

Sample Merkmale

DAH-Erhebung

Ledige
männliche Bevölkerung

1985*

1987

%

%

I. GRÖSSE DES WOHNORTS

kleiner als 20.000 Einwohner
20-100.000 Einwohner
100-500.000 Einwohner
mehr als 500.000 Einwohner
keine Angabe

41
26
16
16
-

100

II. A L T E R

18-24 Jahre
25-34 Jahre
35-44 Jahre
45-54 Jahre
55-64 Jahre
älter als 64 Jahre

20
45
21
9
3
1

55
28
8
5
2
2

100

100

Tabelle 1

III. STELLUNG IM BERUF

Selbständige	zwischen 18 und 44 Jahren	5
Beamte	18	15
Angestellte	16	27
Arbeiter	58	52
	8	
	100	100

IV. SCHULABSCHLUSS

Hauptschule	zwischen 18 u. 44 Jahren	50
Mittlere Reife	18	23
Abitur	21	20
Fachhochschule	29	2
Hochschule	10	4
	22	
	100	100

* Quelle: Mikrozensus 1985, Statistisches Bundesamt

Zusammenhang: Akzeptanz der Homosexualität im sozialen Umfeld und Größe des Wohnorts — in Prozent
(in Klammern: Absolute Zahlen)

Tabelle 2

A k z e p t a n z	E i n w o h n e r z a h l						über 1 Million	Keine Angabe	Insgesamt
	weniger als 20.000	20.000- 100.000	100.000- 500.000	500.000- 1 Million	100.000- 500.000	500.000- 1 Million			
Überwiegend akzeptiert	28 (30)	33 (44)	46 (75)	52 (53)	54 (220)	46 (424)			
Teils/teils	34 (36)	31 (41)	26 (42)	26 (27)	29 (118)	29 (265)			
Überwiegend nicht akzeptiert	39 (41)	37 (47)	29 (48)	22 (23)	18 (72)	25 (235)			
Insgesamt	12 (107)	14 (132)	18 (165)	11 (103)	44 (410)	100 (924)			

Zusammenhang: Akzeptanz der Homosexualität im sozialen Umfeld und Ausbildungsabschluß – in Prozent
(in Klammern: absolute Zahlen)

Tabelle 3

A k z e p t a n z	H ö c h s t e r A u s b i l d u n g s a b s c h l u ß				Insgesamt
	Hauptschule	Mittlere Reife	Abitur oder Hochschulab-schluß	keine Angabe	
Überwiegend akzeptiert	44 (77)	42 (80)	48 (267)	(-)	46 (424)
Teils/teils	27 (48)	31 (59)	28 (156)	(2)	29 (265)
Überwiegend nicht akzeptiert	29 (51)	27 (52)	24 (130)	(2)	25 (235)
Insgesamt	19 (176)	21 (191)	60 (553)	(4)	100 (924)

**Kontaktorte, an denen Sexualpartner
kennengelernt wurden:
(n = 924)**

**Kontaktorte,
die jetzt gemieden werden:
(n = 924)**

Tabelle 4

	Abs.	%	Abs.	%
Bars, Clubs oder sonstige Lokale für Schwule (nicht Dunkelraum)	485	53	29	3
Freundeskreis	369	40	2	0*
Kontaktinserate	286	31	-	-
Park	285	31	125	14
Sauna	281	30	119	13
Straße	241	26	4	0*
Toiletten, Klappen	219	24	161	17
Schwulengruppen	174	19	1	0*
Theater, Konzert, Kino oder andere kult. Veranstaltungen	154	17	-	-
Schwimmbad	140	15	4	0*
Bahnhof	111	12	19	2
Arbeitsplatz	107	12	-	-
Dunkelraum	97	11	91	10
Strich	81	9	26	3
Sonstige	71	8	25	3

* weniger als 0,5 %

**Zusammenhang: Lebensstil und Safer Sex – in Prozent
(in Klammern: absolute Zahlen)**

Tabelle 5

L e b e n s t i l	A n a l v e r k e h r				Insgesamt
	Kein Analverkehr	Analverkehr nur mit Kon- dom	Analverkehr auch ohne Kondom		
Ohne (Sexual-)Partner innerhalb der letzten 12 Monate	33 (13)	35 (14)	33 (13)	4 (40)	
Allein, weniger promisk	26 (53)	43 (87)	31 (64)	22 (204)	
Geschlossene Paarbe- ziehung	17 (19)	23 (25)	60 (66)	12 (110)	
Offene Paarbeziehung, weniger promisk	18 (31)	37 (62)	45 (76)	18 (169)	
Offene Paarbeziehung, stärker promisk	13 (23)	48 (87)	40 (73)	20 (183)	
Allein, stärker promisk	17 (38)	51 (111)	32 (69)	24 (218)	
Insgesamt	19 (177)	42 (386)	39 (361)	100 (924)	

1 Antworten beziehen sich offensichtlich auf einen längeren Zeitraum

Zusammenhang: Informationsniveau und herangezogene Informationsquellen – in Prozent
(in Klammern: absolute Zahlen)

Tabelle 6

Informationsniveau	Art der Informationsquellen					Insgesamt
	Nur Massenmedien	Massenmed. und Freundeskreis	Massenmed. und AIDS-Hilfen	Alle Informationsquellen außer med. Bereich	Alle Informationsquellen	
schlecht informiert	11 (23)	3 (6)	5 (7)	2 (6)	3 (3)	5 (45)
rel. schlecht informiert	37 (78)	28 (53)	25 (35)	10 (28)	17 (18)	23 (212)
rel. gut informiert	32 (68)	32 (59)	26 (37)	29 (80)	32 (34)	30 (278)
gut informiert	17 (35)	31 (57)	29 (41)	43 (120)	37 (39)	32 (292)
sehr gut informiert	3 (6)	6 (12)	14 (20)	17 (47)	11 (12)	11 (97)
Insgesamt	23 (210)	20 (187)	15 (140)	30 (281)	12 (106)	100 (924)

Zusammenhang: Betroffenheit von AIDS im sozialen Umfeld und Größe des Wohnorts – in Prozent
(in Klammern: absolute Zahlen)

Tabelle 7

Betroffenheit von AIDS	E i n w o h n e r z a h l						über 1 Million	Keine Angabe	Insgesamt
	Weniger als 20.000	20.000 - 100.000	100.000 - 500.000	500.000 - 1 Million	1 Million - 500.000	über 1 Million			
Nicht betroffen	57 (61)	61 (81)	46 (75)	30 (31)	29 (119)		(5)	40 (372)	
Ausschließlich HIV-Infizierte im Umfeld	10 (11)	15 (20)	13 (22)	18 (19)	18 (73)		(1)	16 (146)	
AIDS-Kranke im Umfeld	16 (17)	12 (16)	16 (27)	18 (19)	16 (64)		(1)	16 (144)	
HIV-Infizierte und/oder AIDS-Kranke im Freundeskreis	13 (14)	9 (12)	19 (31)	25 (26)	30 (124)		(-)	22 (207)	
Selbst betroffen	4 (4)	2 (3)	6 (10)	8 (8)	7 (30)		(-)	6 (55)	
Insgesamt	12 (107)	14 (132)	18 (165)	11 (103)	44 (410)		(7)	100 (924)	

HIV-Test: Beratungsdauer und -ort

Tabelle 8

Beratungs- ort	Dauer					keine Angabe	Personen absolut
	bis 5 Min.	6 bis 15 Min.	16 bis 30 Min.	über 30 Min.			
I. Vor dem Test - in Prozent							
Schwuler Arzt	16	30	30	21	2	56	
Anderer Arzt	6	37	37	18	2	51	
Krankenhaus	19	34	30	17	0	47	
Gesundheitsamt	23	39	31	8	0	52	
AIDS-Hilfe	7	18	36	36	4	28	
Insgesamt	15	34	30	16	5	210*	
II. Nach dem Test - in Prozent							
Schwuler Arzt	24	41	21	10	3	58	
Anderer Arzt	14	40	31	10	5	58	
Krankenhaus	27	39	29	6	0	49	
Gesundheitsamt	41	25	25	6	0	32	
AIDS-Hilfe	12	20	24	20	24	25	
Insgesamt	21	33	23	9	15	213*	

* Mehrfachnennungen möglich

Anhang 3

Grundauszählung

I. WIE LEBEN SIE?

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

	Abs.	%
ausschließlich homosexuell	803	86,9
überwiegend homosexuell mit heterosexuellen Anteilen	66	7,1
bisexuell	26	2,8
überwiegend heterosexuell mit homosexuellen Anteilen	23	2,5
ausschließlich heterosexuell	4	0,4
k.A.*	2	0,2
	<hr/>	<hr/>
	924	100

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

	Abs.	%
homosexuell	250	27,1
schwul	541	58,5
bisexuell	72	7,8
heterosexuell	4	0,4
homophil	16	1,7
pädophil	12	1,3
in anderer Weise	14	1,5
k.A.	15	1,6
	<hr/>	<hr/>
	924	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)

	Abs.	%
bis (einschl.) 12 Jahre	101	10,9
bis 14 Jahre	144	15,6
bis 16 Jahre	165	17,9
bis 18 Jahre	147	15,9
bis 20 Jahre	110	11,9
bis 22 Jahre	97	10,5
bis 25 Jahre	77	8,3
bis 30 Jahre	44	4,8
älter als 30 Jahre	26	2,8
k.A.	13	1,4
	<hr/>	
	924	100

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

	Abs.	%
mit keinem	40	4,3
mit einem einzigen	155	16,8
mit 2-5	327	35,4
mit 6-10	145	15,7
mit 11-20	114	12,3
mit 21-50	101	10,9
mit 51-100	30	3,2
mit mehr als 100	6	0,6
k.A.	6	0,6
	<hr/>	
	924	100

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

	Abs.	%
mit keinem	1	0,1
mit einem einzigen	22	2,4
mit 2-5	91	9,8
mit 6-10	109	11,8
mit 11-20	128	13,9
mit 21-50	165	17,9
mit 51-100	136	14,7
mit 100-500	168	18,2
mit 500-1000	52	5,6
mit mehr als 1000	46	5,0
k.A.	6	0,6
	<hr/>	
	924	100

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

	Abs.	%
überhaupt nicht	42	4,5
ein- oder zweimal	62	6,7
gelegentlich	183	19,8
unregelmäßig, aber mit intensiveren Phasen	242	26,2
mehrere Male im Monat	213	23,1
mehrere Male in der Woche	158	17,1
täglich/fast täglich	21	2,3
k.A.	3	0,3
	<hr/>	
	924	100

7) Hatten Sie jemals Geschlechtsverkehr mit einer Frau?

	Abs.	%
nein, nie	437	47,3
ja, einmal	119	12,9
ja, mehrere Male	260	28,1
ja, oft	105	11,4
k.A.	3	0,3
	<hr/>	
	924	100

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

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

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

10) Welches Gleitmittel benutzen Sie beim Bumsen?

	Abs.	%
keins	49	5,3
nicht-fetthaltiges Gleitmittel	366	39,6
fetthaltiges Gleitmittel	295	31,9
ich bumse nicht, k.A.	214	23,2
	<u>924</u>	<u>100</u>

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

	Abs.	%
nein	445	48,2
ja, eine Beziehung mit einem Mann - ohne Sex mit anderen Männern	235	25,4
ja, eine Beziehung mit einem Mann - und zugleich Sex mit anderen Männern	233	25,2
k.A.	11	1,2
	<u>924</u>	<u>100</u>

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

	Abs.	%
bis 3 Monate	62	6,7
bis 6 Mo	41	4,4
bis 12 Mo	38	4,1
bis 18 Mo	35	3,8
bis 24 Mo	56	6,1
bis 36 Mo	47	5,1
bis 48 Mo	34	3,7
bis 60 Mo	40	4,3
mehr als 60 Mo	115	12,4
t.n.z., k.A.	456	49,4
	<hr/>	
	924	100

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

	Abs.	%
nein	217	23,5
ja, eine Beziehung mit einem Mann - ohne Sex mit anderen Männern	306	33,1
ja, eine Beziehung mit einem Mann - und zugleich Sex mit anderen Männern	357	38,6
k.A.	44	4,8
	<hr/>	
	924	100

14) Wo haben Sie in den vergangenen zwölf Monaten Ihre Sexualpartner
kennengelernt?
(bitte machen Sie zu jeder Vorgabe eine Aussage)
(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 Dun- kelraum)	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 kulturellen Veran- staltungen	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 Kontaktinse- rate	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
Ich habe auf diese Weise niemanden in den vergangenen zwölf Monaten kennengelernt							Abs.	%		
							199	21,5		

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

	Abs.	%
täglich, fast täglich	17	1,8
mehrere Male in der Woche	137	14,8
mehrere Male im Monat	290	31,4
gelegentlich	311	33,7
ein- bis zweimal	77	8,3
überhaupt nicht	90	9,7
k.A.	2	0,2
	<hr/>	
	924	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)

	Abs.	%
alle	34	3,7
die meisten	140	15,2
mehr als die Hälfte	95	10,3
weniger als die Hälfte	57	6,2
einige	193	20,9
keiner	388	42,0
k.A.	17	1,8
	<hr/>	
	924	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)

	Abs.	%
Ein heterosexuelles Vorbild, dem man nicht nacheifern sollte	25	2,7
Ein Verhältnis, in dem Sie am liebsten leben (würden)	600	64,9
Etwas, was es im Leben von Schwulen immer wieder gibt	114	12,3
Ein nicht erfüllbarer Traum	65	7,0
Ein Alptraum	6	0,6
Ein Lebensmuster, dem man nicht enttrinnen kann	22	2,4
Sonstiges	68	7,4
k.A.	24	2,6
	<hr/> 924	<hr/> 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)
 (n = 924)

	ich weiß es nicht		bekannt		akzeptiert		nicht akzeptiert		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 heterosexuellen 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

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

	Abs.	%
überwiegend aus schwulen Männern	254	27,5
überwiegend aus nichtschwulen Männern und Frauen	210	22,7
aus beiden gleichermaßen	450	48,7
k.A.	10	1,1
	<hr/>	
	924	100

20) Wohnen Sie?

	Abs.	%
alleine	500	54,1
mit Ihrem Freund (feste Beziehung)	149	16,1
mit Ihrer Frau (wenn Sie verheiratet sind)	46	5,0
mit einem oder mehreren Freunden/Freundinnen	135	14,6
bei Ihren Eltern	73	7,9
bei Geschwistern oder anderen Verwandten	11	1,2
k.A.	10	1,1
	<hr/>	
	924	100

II. 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	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/>	<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/>	<hr/>
	924	100

22) Soweit Sie wissen, überträgt sich AIDS durch:
(mehrere Angaben möglich)
(n = 924)

	ja		nein		k.A.	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
Speichel	255	24,4	697	75,4	2	0,2
Sperma	878	95,0	44	4,8	2	0,2
Kot, Urin	351	38,0	571	61,8	2	0,2
Blut	912	98,7	10	1,1	2	0,2
Hautkontakt	11	1,2	911	98,6	2	0,2

23) Was kann mit dem HIV-Antikörpertest (sog. AIDS-Test) ermittelt werden?
(mehrere Angaben möglich)
(n = 924)

	ja		nein		k.A.	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
- daß jemand AIDS hat	196	21,2	723	78,2	5	0,5
- daß jemand AIDS vielleicht bekommen wird	434	47,0	485	52,5	5	0,5
- daß jemand mit AIDS verursachenden Viren in Kontakt gewesen ist	814	88,1	105	11,4	5	0,5
- daß jemand in naher Zukunft AIDS bekommen wird	73	7,9	846	91,6	5	0,5

24) Informieren Sie sich zum Thema AIDS?

	Abs.	%
gelegentlich	356	38,5
regelmäßig	552	59,7
gar nicht	11	1,2
k.A.	5	0,5
	<hr/>	
	924	100

Wenn ja: Woher beziehen Sie Ihre Informationen zum Thema AIDS?

(mehrere Angaben möglich)

(n = 924)

	Abs.	%
Über die Tagespresse	770	83,3
das Fernsehen	659	71,3
das Radio	467	50,5
schwule Zeitungen	790	85,5
med. Fachliteratur, -zeitschriften	215	23,3
allg. verständlich gehaltene Bücher	191	20,7
Informationsmaterial der Deutschen AIDS-Hilfe	514	55,6
Informationsmaterial einer regionalen AIDS-Hilfe	362	39,2
die telefonische oder sonstige Beratung der AIDS-Hilfe	78	8,4
Ihren Arzt	156	16,9
Informationsmaterial staatlicher Stellen	293	31,7
die Beratung im Gesundheitsamt	43	4,7
die Beratung in Kliniken oder med. Untersuchungseinrichtungen	37	4,0
Aufklärungsveranstaltungen zu AIDS	214	23,2

durch Gespräche im Freundeskreis	538	58,2
durch Gespräche in Schwulengruppen	162	17,5
sonstige Quellen	40	4,3

wenn nicht: weil (bitte nur eine Angabe):

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

25) : Welches waren für Sie die drei wichtigsten Informations-
 quellen zu AIDS?
 (n = 924)

	Abs.	%
Tagespresse	408	44,2
Fernsehen, Radio	326	35,3
schwule Zeitungen	285	30,8
med. Fachliteratur, -zeitschriften, allgemein verständlich gehaltene Bücher	146	15,8
Informationsmaterial der Deutschen AIDS-Hilfe, einer regionalen AIDS-Hilfe, telefonische oder sonstige Beratung der AIDS-Hilfe	311	33,7
Ihr Arzt	66	7,1
Informationsmaterial staatlicher Stellen	34	3,7
Beratung im Gesundheitsamt, in Kliniken oder med. Untersuchungseinrichtungen	26	2,8
Gespräche im Freundeskreis oder Schwulen- gruppen	145	15,7
sonstige Quellen	109	11,8

26) Von wem sollten Informationen zu AIDS in verstärktem Umfang angeboten werden?
(n = 924)

	Abs.	%
Tagespresse	143	15,5
Fernsehen, Radio	216	23,4
schwule Zeitungen	19	2,1
med. Fachliteratur, -zeitschriften, allgemein verständlich gehaltene Bücher	8	0,9
Informationsmaterial der Deutschen AIDS-Hilfe, einer regionalen AIDS-Hilfe, telefonische oder sonstige Beratung der AIDS-Hilfe	145	15,7
Ihr Arzt	68	7,4
Informationsmaterial staatlicher Stellen	111	12,0
Beratung im Gesundheitsamt, in Kliniken oder med. Untersuchungseinrichtungen	55	6,0
Gespräche im Freundeskreis oder Schwulengruppen	26	2,8
Schulen	78	8,4
sonstige Quellen	83	9,0

27) Welche Materialien (Plakate, Faltblätter, Broschüren usw.) der Deutschen AIDS-Hilfe sind Ihnen bekannt?
(n = 924)

	Abs.	%
Plakate	625	67,6
Faltblätter/Broschüren	585	63,3
Comics	389	42,1
Sonstiges	135	14,6
überhaupt nichts	111	12,0
k.A.	70	7,6

28) Wo haben Sie diese Materialien erhalten bzw. gesehen?
(n = 924)

	Abs.	%
in Bars, Cafés, Diskotheken, Saunen	522	56,5
auf öffentl. Veranstaltungen, an Infoständen der AIDS-Hilfe-Gruppen	387	41,9
auf öffentl. Veranstaltungen, an Infoständen anderer Organisationen	159	17,2
bei Gesprächen mit AIDS-Hilfe-Mitarbeitern in der Subkultur	63	6,8
beim Besuch einer regionalen AIDS-Hilfe	148	16,0
beim Besuch eines Gesundheitsamtes	79	8,5
in Kliniken, Apotheken, bei Ärzten	149	16,1
durch Bekannte und Freunde	184	19,9
auf Anforderung	51	5,5
auf sonstigem Wege	131	14,2

29) Wie beurteilen Sie diese Materialien der AIDS-Hilfe-Gruppen im Vergleich zu anderen gedruckten Materialien zu AIDS?
(n = 924)

Das Material der AIDS-Hilfe-Gruppen	Abs.	%
- spricht mich mehr an	462	50,0
- spricht mich weniger an	48	5,2
- ist klarer in der Aussage	419	45,3
- ist weniger klar in der Aussage	22	2,4
- ist glaubhafter	332	35,9
- ist weniger glaubhaft	17	1,8
- ist sachlicher	300	32,5
- ist weniger sachlich	32	3,5
- ist leichter verständlich	295	31,9
- ist weniger leicht verständlich	14	1,5
- ist ausführlich	186	20,1
- ist zu knapp gehalten	152	16,5
- an das Material ist leichter ranzukommen	249	26,9
- an das Material ist schwerer ranzukommen	103	11,1

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

	Abs.	%
nein	648	70,1
ja, einmal	87	9,4
ja, zweimal	39	4,2
ja, mehr als zweimal	137	14,8
k.A.	13	1,4
	<hr/>	
	924	100

31) Was war für Sie der Anlaß, dort hinzugehen?
(n = 924)

	Abs.	%
allg. Interesse an Information	147	15,9
Wunsch nach einem pers. Beratungsgespräch	48	5,2
Interesse für die Arbeitsweise einer AIDS-Hilfe	128	13,9

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

	Abs.	%
nein	753	81,5
ich habe es versucht, aber niemanden erreicht	4	0,4
ich habe es versucht, aber das Telefon war immer besetzt	3	0,3
ja, einmal	79	8,5
ja, zweimal	23	2,5
ja, mehr als zweimal	24	2,6
k.A.	38	4,1
	<hr/>	
	924	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)
 (n = 924)

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

34) Es folgen jetzt einige Aussagen zu AIDS.
Bitte machen Sie zu jeder eine Angabe:
(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

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

Ja, es sollten Maßnahmen ergriffen werden, und zwar:

	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

III. SIND FREUNDE, BEKANNTE VON IHNEN ODER SIE SELBST VON AIDS BETROFFEN?

36) Sind in Ihrem Umkreis?
(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

37) Wie viele Menschen sind in Ihrem Umkreis

	Abs.	%
o Test-positiv		
niemand	168	18,2
eine Person	100	10,8
zwei Personen	92	10,0
3-5 Personen	136	14,7
6 und mehr Personen	112	12,1
k.A.	316	34,2
	<hr/>	
	924	100

	Abs.	%
o an AIDS erkrankt		
niemand	293	31,7
eine Person	116	12,6
zwei Personen	65	7,0
3-5 Personen	56	6,1
6 und mehr Personen	29	3,1
k.A.	365	39,5
	<hr/>	
	924	100

	Abs.	%
o an AIDS gestorben		
niemand	291	31,5
eine Person	120	13,0
zwei Personen	80	8,7
3-5 Personen	74	8,0
6 und mehr Personen	25	2,7
k.A.	334	36,1
	<hr/>	
	924	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)

	Abs.	%
Das Verhältnis ist das gleiche geblieben	212	22,9
Das Verhältnis ist enger geworden	102	11,0
Das Verhältnis hat sich gelockert, weil er (sie) im Krankenhaus liegt	8	0,9
Das Verhältnis hat sich gelockert, weil er (sie) alleine sein will	18	1,9
Das Verhältnis hat sich gelockert, weil er (sie) lieber mit anderen Freunden zusammen sein will	12	1,3
Das Verhältnis hat sich wegen der Ansteckungsgefahr gelockert	6	0,6
Das Verhältnis hat sich gelockert, weil mir die Krankheit Angst macht	21	2,3
Ich habe die Beziehung abgebrochen, weil ich es nicht ertragen konnte	8	0,9
Sonstiges	33	3,6
t.n.z., k.A.	504	54,6
	<hr/> 924	<hr/> 100

39) Glauben Sie, daß Sie schonmal mit einem HIV-infizierten Menschen Sex gehabt haben?
(n = 924)

	Abs.	%
Nein	264	28,6
Ich weiß es nicht	444	48,1
Ja: es war mir bekannt	78	8,4
Ja: ohne es zu dem Zeitpunkt zu wissen	117	12,7
k.A.	21	2,3

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

	Abs.	%
Gleichgültigkeit	7	0,8
Gelassenheit	86	9,3
Beunruhigung	70	7,6
Große Besorgnis	36	3,9
Panik	8	0,9
t.n.z., k.A.	717	77,6
	<hr/> 924	100

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

	Abs.	%
Nein	425	46,0
Ja, einmal (freiwillig)	194	21,0
Ja, zweimal (freiwillig)	133	14,4
Ja, mehr als zweimal (freiwillig)	121	13,1
Ja, ohne meine Zustimmung und mein Wissen	28	3,0
t.n.z., k.A.	23	2,5
	<hr/>	
	924	100

Wenn ja: Sind Sie?	Abs.	%
Test-negativ	425	46,0
Test-positiv ohne Krankheitszeichen	43	4,7
Test-positiv mit bestimmten Krankheitszeichen	12	1,3
an AIDS erkrankt	0	-
t.n.z., k.A.	444	48,0
	<hr/>	
	924	100

41) Wo haben Sie sich testen lassen?
 (Mehrfachnennungen möglich)
 (n = 480)

	Abs.	%
Bei einem schwulen Arzt	95	19,8
Bei einem anderen Arzt	158	32,9
In einem Krankenhaus	62	12,9
In einem Gesundheitsamt	133	27,7
In einem medizinischen Institut	110	22,9

42) Haben Sie vor dem Test ein Beratungsgespräch geführt?
 (n = 480)

	Abs.	%
Nein	270	56,3
Ja, bei einem schwulen Arzt	56	11,7
bei einem anderen Arzt	51	10,6
in einem Krankenhaus, medizinischen Institut	47	9,8
in einem Gesundheitsamt	52	10,8
bei einer AIDS-Hilfe	28	5,8

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

	Abs.	%
Bis 5 min	33	6,9
bis 10 min	38	7,9
bis 15 min	36	7,5
bis 20 min	22	4,6
bis 30 min	41	8,5
bis 60 min	28	5,8
länger als 60 min	6	1,2
t.n.z., k.A.	276	57,5
	<hr/> 480	<hr/> 100

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

	Abs.	%
Ja	27	5,6
Nein	53	11,0
Ich hätte den Test auf jeden Fall gemacht	200	41,7
t.n.z., k.A.	200	41,7
	<hr/> 480	<hr/> 100

45) Haben Sie nach dem Test über das Testergebnis ein Beratungsgespräch geführt?
(n = 480)

	Abs.	%
Nein	267	55,6
Ja, bei einem schwulen Arzt	58	12,1
bei einem anderen Arzt	58	12,1
in einem Krankenhaus, medizinischen Institut	49	10,2
in einem Gesundheitsamt	32	6,7
bei einer AIDS-Hilfe	25	5,2

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

	Abs.	%
Bis 5 min	45	9,4
bis 10 min	43	9,0
bis 15 min	28	5,8
bis 20 min	23	4,8
bis 30 min	25	5,2
länger als 30 min	19	4,0
t.n.z., k.A.	297	61,8
	<hr/> 480	100

47) Haben Sie mit jemand anderem über das Testergebnis
gesprochen?
(mehrere Angaben möglich)
(n = 480)

	Abs.	%
Mit Ihrem festen Freund	225	46,9
Mit engen Freunden	356	74,2
Mit anderen Freunden, Bekannten	175	36,5
Mit Familienangehörigen	179	37,3
Mit einem therapeutischen Berater	28	5,8
Mit niemandem	28	5,8

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

IV. WIE REAGIEREN SIE AUF DIE GEFAHR, SICH ANZUSTECKEN?

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

	Abs.	%
Nein	158	17,1
Ja	746	80,7
k.A.	20	2,2
	<hr/>	<hr/>
	924	100

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

51) Meiden Sie jetzt bestimmte Kontaktorte?

	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

52) Es folgen jetzt einige Aussagen zu bestimmten sexuellen Vorlieben.
Bitte machen Sie zu jeder eine Angabe:
(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.	%
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
Ober 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

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

V. FRAGEN ZU IHRER PERSON

54) In welchem Jahr sind Sie geboren?
(Bitte Ihr Geburtsjahr eintragen)

Alter berechnet für Zeitpunkt der Erhebung:

	Abs.	%
bis (einschl.) 17 Jahre	3	0,3
18 - 24 Jahre	182	19,7
25 - 34 Jahre	414	44,8
35 - 44 Jahre	191	20,7
45 - 54 Jahre	85	9,2
55 - 64 Jahre	32	3,5
über 64 Jahre	13	1,4
k.A.	4	0,4
	<hr/>	
	924	100

55) Sind Sie

	Abs.	%
ledig	811	87,8
verheiratet	61	6,6
geschieden	45	4,9
verwitwet	3	0,3
k.A.	4	0,4
	<hr/>	
	924	100

56) Welchen Ausbildungsabschluß haben Sie?

	Abs.	%
Haupt- oder Volksschule	55	6,0
Haupt- oder Volksschule mit betrieblicher Lehre o.ä.	121	13,1
Mittlere Reife, Fachschulabschluß	80	8,7
Mittlere Reife und betriebliche Lehre	111	12,0
Abitur, Abitur und betriebliche Lehre	235	25,4
Abschluß einer höheren Fachschule (z.B. Ingenieurschule, Fachhochschule)	100	10,8
Hochschulabschluß	218	23,6
k.A.	4	0,4
	<hr/>	
	924	100

57) Sind Sie augenblicklich in einer oder mehreren dieser Organisationen und Gruppen aktiv oder Mitglied?
 (mehrere Angaben möglich)
 (n = 924)

	Abs.	%
Gewerkschaften (DGB oder DAG)	195	21,1
Politische Parteien	142	15,4
Schulengruppen	191	20,7
AIDS-Hilfe	87	9,4
Bürgerinitiativen und ähnliches	74	8,0
Kirchen/Glaubensgemeinschaften	167	18,1
in keiner	401	43,4

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

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

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

59) Wieviele Einwohner hat Ihr gegenwärtiger Wohnort?

	Abs.	%
weniger als 20.000	107	11,6
20.000 bis 100.000	132	14,3
100.000 bis 500.000	165	17,9
500.000 bis 1.000.000	103	11,1
über eine Million	410	44,4
k.a.	7	0,8
	<hr/> 924	<hr/> 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?

	Abs.	%
weniger als 50 km	162	17,5
51 - 100 km	125	13,5
mehr als 100 km	94	10,2
t.n.z., k.A.	543	58,7
	<hr/> 924	<hr/> 100

61) Welche Staatsangehörigkeit haben Sie?

	Abs.	%
BRD	890	96,3
Costa Rica	1	0,1
Dänemark	2	0,2
Frankreich	3	0,3
Griechenland	1	0,1
Großbritannien	5	0,5
Jordanien	2	0,2
Norwegen	2	0,2
Österreich	3	0,3
Polen	1	0,1
Schweiz	2	0,2
Spanien	1	0,1
USA	2	0,2
k.A.	9	1,0
	<hr/> 924	100

62) Zeitschrift, der der Fragebogen entnommen wurde:

	Abs.	%
Adam	61	6,6
Du + Ich	281	30,4
Gay Express	191	20,7
Homoh	29	3,1
Rosa Flieder	170	18,4
Siegessäule	183	19,8
nicht zu ermitteln	9	1,0
	<hr/>	
	924	100

63) Adressenangabe

	Abs.	%
Adresse angegeben auf Briefkuvert	64	6,9
Adresse nicht angegeben	860	93,1
	<hr/>	
	924	100

Der Autor

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