

**Sexuelle Einstellungen und Verhaltensweisen**  
**von StudentenInnen und KrankenpflegeschülernInnen**  
**unter der Bedrohung durch AIDS.**

Eine empirische Untersuchung an LehramtsstudentenInnen der Primarstufe, DesignstudentenInnen und KrankenpflegeschülernInnen, durchgeführt an der Universität-GHS Essen/Duisburg, der Hochschule Niederrhein/Krefeld, dem Universitätsklinikum und dem Krupp-Krankenhaus in Essen.

Dissertation

eingereicht bei der Humanwissenschaftlichen Fakultät der Universität Potsdam  
zum Erwerb des Grades eines Dr. phil.

vorgelegt im Januar 2004 von:

Marion Jodexnis  
Bernhard Bartsch

Gutachter: Prof. Dr. Hans Oswald

# I

## INHALTSVERZEICHNIS

<b>1.</b>	<b>Problemanalyse - Sexualverhalten und der Einfluß von AIDS</b> (B. Bartsch)	<b>S. 1</b>
<b>1. 1.</b>	<b>Darstellung des Problems</b> (B. Bartsch)	<b>S. 2</b>
1. 1. 1.	Sexualität (B. Bartsch)	S. 3
1. 1. 2.	Studentensexualität (M. Jodexnis)	S. 6
1. 1. 3.	Einstellung und Verhalten (M. Jodexnis)	S. 7
1. 1. 4.	AIDS-Prävention (M. Jodexnis)	S. 9
<b>1. 2.</b>	<b>Geschichte, Ätiologie und Epidemiologie von HIV und AIDS</b> (M. Jodexnis)	<b>S. 12</b>
1. 2. 1.	Problemübersicht (M. Jodexnis)	S. 12
1. 2. 2.	Definition von HIV und AIDS (M. Jodexnis)	S. 13
1. 2. 2. 1.	Virologie und Immunologie von HIV (M. Jodexnis)	S. 15
1. 2. 2. 2.	Der Krankheitsverlauf von AIDS (M. Jodexnis)	S. 17
1. 2. 3.	Ursprung und Geschichte von HIV (M. Jodexnis)	S. 18
1. 2. 4.	Übertragungswege und Infektionsrisiken von HIV (M. Jodexnis)	S. 20
1. 2. 5.	Epidemiologie von HIV und AIDS (M. Jodexnis)	S. 25
1. 2. 5. 1.	Ausbreitungsmuster von HIV und AIDS (M. Jodexnis)	S. 26
1. 2. 5. 2.	Die Verbreitung von HIV und AIDS (M. Jodexnis)	S. 28
1. 2. 5. 3.	Epidemiologische Daten zu HIV und AIDS in der Bundesrepublik Deutschland (M. Jodexnis)	S. 33
1. 2. 5. 4.	Epidemiologische Daten zu HIV und AIDS in Europa und in den USA (M. Jodexnis)	S. 37
1. 2. 6.	Zusammenfassung und Trends (M. Jodexnis)	S. 37
<b>1. 3.</b>	<b>Zur Theorie der Sexualität</b> (B. Bartsch)	<b>S. 41</b>
1. 3. 1.	Die Geschichte des Sexualitätsbegriffs (B. Bartsch)	S. 41
1. 3. 2.	Erklärungsmodelle menschlichen Sexualverhaltens (B. Bartsch)	S. 44
1. 3. 2. 1.	Das Triebmodell Sigmund Freuds (B. Bartsch)	S. 45

## II

1. 3. 2. 2.	Das Modell der Kulturanthropologen (B. Bartsch)	S. 48
1. 3. 2. 3.	Das Modell der empirischen Sexualwissenschaft (B. Bartsch)	S. 49
1. 3. 2. 4.	Das Modell Helmut Schelskys (B. Bartsch)	S. 53
1. 3. 2. 5.	Das Modell der kritischen Sexualforschung (B. Bartsch)	S. 55
1. 3. 2. 6.	Zusammenfassung (B. Bartsch)	S. 60
1. 3. 3.	Die Funktionen des Sexualverhaltens (B. Bartsch)	S. 62
1. 3. 3. 1.	Fortpflanzungsfunktion (B. Bartsch)	S. 63
1. 3. 3. 2.	Lustfunktion (B. Bartsch)	S. 64
1. 3. 3. 3.	Kommunikationsfunktion (B. Bartsch)	S. 65
1. 3. 3. 4.	Kompensationsfunktion (B. Bartsch)	S. 66
1. 3. 4.	Die Entwicklung des Sexualverhaltens (B. Bartsch)	S. 67
1. 3. 4. 1.	Das biologische Geschlecht (B. Bartsch)	S. 68
1. 3. 4. 2.	Die Geschlechtsrolle (B. Bartsch)	S. 68
1. 3. 4. 3.	Die sexuelle Orientierung (B. Bartsch)	S. 69
1. 3. 5.	Die Formen des Sexualverhaltens (B. Bartsch)	S. 71
1. 3. 6.	Die Normenproblematik in der Sexualität (B. Bartsch)	S. 74
1. 3. 6. 1.	Die Begriffe Norm und Wert (B. Bartsch)	S. 74
1. 3. 6. 2.	Die Unterschiedlichkeit von Normen (B. Bartsch)	S. 75
<b>1. 4.</b>	<b>Sexuelle Einstellungen und Verhaltensweisen und AIDS - Übersicht über die empirischen Untersuchungen</b> (B. Bartsch)	S. 78
1. 4. 1.	Einstellungen und Sexualverhalten und AIDS in der Allgemeinbevölkerung der Bundesrepublik Deutschland (B. Bartsch)	S. 80
1. 4. 1. 1.	Einstellungen und Sexualverhalten und AIDS in der Allgemeinbevölkerung unter dem Aspekt des Wohnortes (B. Bartsch)	S. 87

### III

1. 4. 1. 2.	Einstellungen und Sexualverhalten und AIDS in der Allgemeinbevölkerung und die Bedeutung des dyadischen Kommunikationssystems (B. Bartsch)	S. 88
1. 4. 1. 3.	Einstellungen und Sexualverhalten und AIDS in der Allgemeinbevölkerung und die Bedeutung der Ausprägung laienätiologischer Krankheitskonzepte (B. Bartsch)	S. 91
1. 4. 1. 4.	Einstellungen und Sexualverhalten und AIDS in der Allgemeinbevölkerung der ehemaligen DDR (B. Bartsch)	S. 93
1. 4. 1. 5.	Einstellungen und Sexualverhalten und AIDS in der Allgemeinbevölkerung der USA (B. Bartsch)	S. 95
1. 4. 1. 6.	Zusammenfassung (B. Bartsch)	S. 100
1. 4. 2.	Studentensexualität und AIDS (M. Jodexnis)	S. 102
1. 4. 2. 1.	Studentensexualität, AIDS und Prävention (M. Jodexnis)	S. 102
1. 4. 2. 2.	Studentensexualität im sozialen Wandel (M. Jodexnis)	S. 106
1. 4. 2. 3.	Permissive Sexualität von Studenten und AIDS (M. Jodexnis)	S. 114
1. 4. 2. 4.	Einstellungen und Sexualverhalten von Studenten im Kulturvergleich (M. Jodexnis)	S. 125
1. 4. 2. 5.	Einstellungen und Sexualverhalten von Studenten und AIDS (M. Jodexnis)	S. 132
1. 4. 2. 6.	Studentensexualität und AIDS unter dem Aspekt des Studienfaches (M. Jodexnis)	S. 139
1. 4. 2. 7.	Studentensexualität und AIDS in geschlechtshomogenen Stichproben (M. Jodexnis)	S. 148
1. 4. 2. 8.	Zusammenfassung (M. Jodexnis)	S. 152
1. 4. 3.	Einstellungen und Sexualverhalten und AIDS bei medizinischem Pflegepersonal (M. Jodexnis)	S. 155
1. 4. 4.	Einstellungen und Sexualverhalten und AIDS bei Jugendlichen (B. Bartsch)	S. 160
1. 4. 4. 1.	Einstellungen und Sexualverhalten und AIDS bei Jugendlichen aus Großstädten (B. Bartsch)	S. 161
1. 4. 4. 2.	Einstellungen und Sexualverhalten und AIDS bei Jugendlichen aus mittelgroßen Städten (B. Bartsch)	S. 165
1. 4. 4. 3.	Einstellungen und Sexualverhalten und AIDS bei Jugendlichen in der BRD (B. Bartsch)	S. 168

## IV

1. 4. 4. 4.	Zusammenfassung (B. Bartsch)	S. 170
<b>1. 5.</b>	<b>Auswahl und Begründung der Untersuchungsstichprobe</b> (B. Bartsch)	S. 172
<b>1. 6.</b>	<b>Fragestellung der Erhebung</b> (B. Bartsch)	S. 174
<b>2.</b>	<b>Ansatz und Durchführung einer empirischen Untersuchung von Lehramtsstudenten der Primarstufe (Essen), Designstudenten (Essen, Krefeld) und Krankenpflegeschülern (Essen)</b> (B. Bartsch)	S. 177
<b>2. 1.</b>	<b>Hypothesen</b> (M. Jodexnis) (B. Bartsch)	S. 179
<b>2. 2.</b>	<b>Die Fragebogenerhebung als Forschungsansatz</b> (M. Jodexnis)	S. 181
<b>2. 3.</b>	<b>Der Fragebogen</b> (M. Jodexnis)	S. 183
2. 3. 1.	Entwicklung des Fragebogens (M. Jodexnis)	S. 183
2. 3. 2.	Der inhaltliche Aufbau des Fragebogens (M. Jodexnis)	S. 183
2. 3. 2. 1.	Anschreiben, Hinweise zum Ausfüllen des Antwortbogens (M. Jodexnis)	S. 185
2. 3. 2. 2.	Statistische Daten (M. Jodexnis)	S. 186
2. 3. 2. 3.	Fragen zur politischen Situation, Wohnsituation, Zukunftserwartung (B. Bartsch)	S. 186
2. 3. 2. 4.	Fragen zur Partnersituation (B. Bartsch)	S. 187
2. 3. 2. 5.	Fragen zum heterosexuellen Verhalten seit der Pubertät (B. Bartsch)	S. 188
2. 3. 2. 6.	Fragen zum homosexuellen Verhalten seit der Pubertät (B. Bartsch)	S. 188
2. 3. 2. 7.	Fragen zur sexuellen Orientierung (B. Bartsch)	S. 189
2. 3. 2. 8.	Fragen zur Sexualität in der gegenwärtigen Partnerschaft (B. Bartsch)	S. 189
2. 3. 2. 9.	Fragen zum sexuellen Erleben (B. Bartsch)	S. 189
2. 3. 2. 10.	Fragen zu Einstellungen zur Sexualität (B. Bartsch)	S. 190
2. 3. 2. 11.	Fragen zu Sexualität und AIDS (M. Jodexnis)	S. 190
2. 3. 2. 12.	Fragen zur Informiertheit über AIDS (M. Jodexnis)	S. 191

2. 3. 3.	Der formale Aufbau des Fragebogens (M. Jodexnis)	S. 192
2. 3. 3. 1.	Fragenformulierung (M. Jodexnis)	S. 192
2. 3. 3. 2.	Fragestrategien (M. Jodexnis)	S. 193
2. 3. 3. 3.	Antwortvorgaben (M. Jodexnis)	S. 193
2. 3. 3. 4.	Skalierung (M. Jodexnis)	S. 194
2. 3. 3. 5.	Antworttendenzen (M. Jodexnis)	S. 194
<b>2. 4.</b>	<b>Warum eine Studenten-/Krankenpflegeschülerbefragung?</b> (B. Bartsch)	S. 195
<b>2. 5.</b>	<b>Der Pretest</b> (M. Jodexnis)	S. 196
<b>2. 6.</b>	<b>Durchführung der Untersuchung/Datenerhebung</b> (M. Jodexnis)	S. 198
<b>2. 7.</b>	<b>Die Stichprobe</b> (M. Jodexnis)	S. 200
<b>2. 8.</b>	<b>Die Gültigkeit der Ergebnisse</b> (M. Jodexnis)	S. 201
<b>2. 9.</b>	<b>Das statistische Auswertungsverfahren</b> (M. Jodexnis)	S. 204
<b>3.</b>	<b>Überprüfung der Hypothesen</b> (M. Jodexnis)	S. 205
<b>3. 1.</b>	<b>Hypothese I</b> (M. Jodexnis)	S. 207
	„Lehramtsstudenten der Primarstufe und Krankenpflegeschüler sind besser über HIV und AIDS informiert und stehen der AIDS-Thematik aufgeschlossener gegenüber als Designstudenten. Grundsätzlich vermuten wir Unterschiede zwischen den Frauen und den Männern.“	
3. 1. 1.	Zusammenfassung (M. Jodexnis)	S. 240

## VI

- 3. 2. Hypothese II** (B. Bartsch) S. 249  
„Designstudenten favorisieren und praktizieren eine permissivere und offenere Sexualität und leben weniger gesellschaftlich konform als Lehramtsstudenten der Primarstufe und Krankenpflegeschüler. Insgesamt entsprechen sie weniger der herrschenden Sexualmoral.  
Grundsätzlich vermuten wir Unterschiede zwischen den Frauen und den Männern.“
3. 2. 1. Zusammenfassung (B. Bartsch) S. 350
- 3. 3. Hypothese III** (B. Bartsch) S. 358  
„Bei den Studenten des Lehramtes Primarstufe und den Krankenpflegeschülern werden die sexuellen Kontakte unter der Bedrohung durch AIDS mehr beeinträchtigt als bei den Designstudenten. Sexualität wird häufiger mit Krankheit, Tod und Mißtrauen in Verbindung gebracht; Spontaneität und Kreativität sind reduziert.  
Grundsätzlich vermuten wir Unterschiede zwischen den Frauen und den Männern.“
3. 3. 1. Zusammenfassung (B. Bartsch) S. 409
- 3. 4. Hypothese IV** (M. Jodexnis) S. 415  
„Designstudenten zeigen weniger häufig ein präventives und nicht infektionsriskantes Sexualverhalten als Lehramtsstudenten der Primarstufe und Krankenpflegeschüler.  
Grundsätzlich vermuten wir Unterschiede zwischen den Frauen und den Männern.“
3. 4. 1. Zusammenfassung (M. Jodexnis) S. 480

## VII

<b>4.</b>	<b>Erziehungswissenschaftliche Anforderungen an effektive AIDS-Präventionskonzepte</b> (B. Bartsch)	S. 486
<b>4. 1.</b>	<b>Darstellung der aktuellen AIDS-Präventionskonzepte – Institutionelle Strukturen, Aufgaben, Ziele und Konzepte der Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und der Deutschen AIDS-Hilfe (DAH)</b> (B. Bartsch)	S. 489
4. 1. 1.	Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (B. Bartsch)	S. 489
4. 1. 2.	Die Deutsche AIDS-Hilfe (DAH) (B. Bartsch)	S. 493
4. 1. 3.	Beurteilung der Präventionskonzepte der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und der Deutschen AIDS-Hilfe (DAH) (B. Bartsch)	S. 497
<b>4. 2.</b>	<b>Überlegungen zur Entwicklung von AIDS-Präventionskonzepten</b> (M. Jodexnis)	S. 511
4. 2. 1.	AIDS-Prävention als staatliche Gesundheitsfürsorge (M. Jodexnis)	S. 511
4. 2. 2.	Gesundheitserziehung und AIDS-Prävention (M. Jodexnis)	S. 518
4. 2. 3.	Kriterien für die AIDS-Prävention bei Heterosexuellen unter Berücksichtigung unserer Untersuchungsergebnisse (M. Jodexnis)	S. 523
<b>5.</b>	<b>Zusammenfassung und Schlußfolgerung</b> (M. Jodexnis) (B. Bartsch)	S. 533
<b>6.</b>	<b>Literaturverzeichnis</b>	S. 542
<b>7.</b>	<b>Anhang</b>	S. 565



## Erklärung

Die vorgelegte Arbeit wurde als Gruppenarbeit von:

Dipl.-Pädagogin	und	Dipl.-Pädagoge
Marion Jodexnis		Bernhard Bartsch
Viehauser Berg 21		Heidestr. 38 b
45239 Essen		46519 Alpen

eigenständig erstellt.

### Die Gliederungspunkte:

1.1.2., 1.1.3., 1.1.4., 1.2. bis 1.2.6., 1.4.2. bis 1.4.2.8., 1.4.3., 2.2., 2.3. bis 2.3.2.2., 2.3.2.11. bis 2.3.3.5., 2.5. bis 2.9., 3., 3.1., 3.1.1., 3.4., 3.4.1., 4.2. bis 4.2.3.

wurden von Marion Jodexnis erarbeitet.

### Die Gliederungspunkte:

1., 1.1., 1.1.1., 1.3. bis 1.3.6.2., 1.4. bis 1.4.1.6., 1.4.4. bis 1.4.4.4., 1.5., 1.6., 2., 2.3.2.3. bis 2.3.2.10., 2.4., 3.2. bis 3.3.1., 4. bis 4.1.3.

wurden von Bernhard Bartsch erarbeitet.

### Die Gliederungspunkte:

2.1. und 5.

wurden von den Autoren gemeinsam erstellt.

## **Hinweis an die Leserin/den Leser!**

- Aus Gründen der besseren Lesbarkeit benutzen wir fast durchgängig die männliche Anredeform, die **selbstverständlich** die weibliche einschließt.
- Im Inhaltsverzeichnis sowie in der Arbeit selbst sind alle Kapitel mit dem Namen des jeweiligen Verfassers (z. B. M. Jodexnis oder B. Bartsch) gekennzeichnet.
- Unsere Untersuchung erfolgte u. a. an der ehemaligen Universität-GHS Essen, die in der Zwischenzeit mit der Universität-GHS Duisburg fusioniert hat und nun den Namen Universität-GHS Essen/Duisburg trägt. Des Weiteren führt die ehemalige Fachhochschule Niederrhein/Krefeld, an der ebenfalls ein Teil der Untersuchung stattfand, nunmehr den Namen Hochschule Niederrhein/Krefeld.
- In den Kapiteln zur statistischen Auswertung und Hypothesenüberprüfung differenzieren wir jedoch auch sprachlich nach dem Geschlecht, um eindeutige Aussagen formulieren zu können (z. B. „männliche Studenten“, „Krankenpflegeschülerinnen“ oder „Gruppe der Frauen bzw. Männer“).
- Um eine sprachliche Einheitlichkeit zu gewährleisten, haben wir anstelle des heute gebräuchlichen Begriffes „Studierende“ die veraltete Form „Studenten“ („Studentin“, „Student“) beibehalten, da diese von allen von uns zitierten Autoren verwendet wird.
- Zur Vermeidung ständiger sprachlicher Wiederholungen bezeichnen wir die Design- und Lehramtsstudenten mitunter als „Designer“ bzw. „Lehrer“ und analog die Krankenpflegeschüler als „Krankenpfleger“.

# 1. Problemanalyse - Sexualverhalten und der Einfluß von AIDS

(B. Bartsch)

Die Sexualität des Menschen umfaßt die Gesamtheit der Lebensäußerungen, die aus der Tatsache resultieren, daß der Mensch ein Geschlechtswesen ist und als solches erlebt, fühlt, denkt und auch handelt.

Keineswegs kann die Sexualität des Menschen als ein einfaches, monokausales Geschehen gesehen werden, vielmehr hat sie spezielle *Grundlagen* (genetische, anatomische, hormonelle, physiologische), *Inhalte* (physiologische Funktion, psychische Lustfunktion, persönlichkeitsbildende Funktion, paarbildende und -bindende Funktion, kommunikative Funktion, explorative Funktion, Bestätigungsfunktion, Beglückungsfunktion, Integrationsfunktion), *Ziele* (Kinderwunsch, Erregung), *Folgen* (Glück, Unglück, Gesundheit, Krankheit, Normalität, Devianz) und eine Vielzahl von unterschiedlichen *Aspekten* (biologische, psychologische, behaviorale, soziologische, soziale, medizinische, kulturelle und rechtliche).

Sexualität befindet sich in einem Spannungsfeld zwischen dem Wunsch nach Ich- und Kontrollverlust, Anarchie, Auflösung im Anderen und dem gesellschaftlich geltenden und verinnerlichten Bedürfnis nach einschätzbaren stabilen Beziehungen in gesellschaftlich akzeptierten Bezügen.

Sexualität in diesem Spannungsfeld keine feste Größe. Sie ist vielmehr abhängig von vielfältigen Faktoren: der eigenen Stimmungs- und Bedürfnislage, den aktuellpraktischen sowie individuellen Möglichkeiten, den gesellschaftlichen und moralischen Vorgaben, den persönlichen Einstellungen und (Ideal-) Vorstellungen, die die sexuelle Interaktion der beteiligten Personen je nach spezifischer Gegebenheit beeinflussen.

Das sexuelle Interagieren von Personen wird durch verschiedene, in ihrer Bedeutung nicht gleichgewichtige Faktoren beeinflusst. Diese sind unterschiedlichster Art, z. B. Alter, Geschlecht, physische und psychische Befindlichkeit, Sozialisation und Erziehung, familiäre Konstellation und Ausprägung, sozialer Status und berufliche Stellung.

Neben diesen eher individuellen Faktoren wirken sich ebenfalls in ganz besonderem Maße mehr unmittelbar gesellschaftliche, ökonomisch und kulturell bedingte Faktoren auf die Ge-

staltung und Organisation des Sexuallebens aus. Hierzu gehören die herrschenden sexualmoralischen Normen und Wertvorstellungen, die zu ihrer Durchführung erforderlichen Gesetze, Religions- und ethnokulturelle Zugehörigkeit mitsamt deren entsprechenden Vorschriften und Regelungen, der politische Standort, vorherrschende modische Trends, letztendlich auch der Wohnort und das Wohnumfeld.

Sexualität ist immer ein wesentlicher Teil menschlicher Lebensäußerung und könnte kommunikative, lustvolle, entrückende und vor allem lebensnotwendige Kraft sein. Die Lebenswelt der Individuen ist aber keineswegs so gestaltet, als daß andere Faktoren - in diesem Fall krankheits- und todbringende Faktoren - außer acht gelassen werden können. Die Krankheit AIDS hat nicht nur einen direkten Einfluß auf das reale oder denkbare Verhalten des Individuums, sie prägt auch seine Lebenswelt und hat nicht zuletzt Einfluß auf die gesamte Gesellschaft.

Die unterschiedlichen Ebenen der Sexualität, wie Persönlichkeit, Zwischenmenschliches und Gesellschaft erfahren eine ständige Beeinflussung und beeinflussen sich wiederum gegenseitig. Eine isolierte und unverbundene Betrachtungsweise wird der komplexen Sexualität nicht gerecht.

## **1. 1. Darstellung des Problems**

(B. Bartsch)

Um über AIDS bzw. die Bedrohung durch AIDS und die damit bedingten Veränderungen im Sexualverhalten sprechen zu können, muß zuerst das "normale", gelebte Sexualverhalten im allgemeinen untersucht und beschrieben werden.

Die "sexuelle Liberalisierung" der letzten drei Jahrzehnte hat zwar einen freizügigeren Umgang mit Sexualität im öffentlichen wie privaten Leben mit sich gebracht, die Sexualität letztendlich aber keineswegs von Zwängen und Problemen befreit. Eine sexuelle Liberalisierung im Sinne von sexueller Revolution hat nicht stattgefunden, sondern eher eine "bürgerliche Sexualreform".

Es finden sich inzwischen kaum noch offen auftretende Formen systematischer Sexualunterdrückung und repressiver Sexualerziehung, doch haben sich sexuelle Ein- und Vorstellungen und Verhaltensweisen nicht grundlegend verändert.

Gleichwohl können einige Wandlungen in den letzten 30 Jahren in bezug auf die Einstellung zur Sexualität und auf das konkrete Sexualverhalten vermutet bzw. diagnostiziert werden:

### **1. 1. 1. Sexualität** (B. Bartsch)

#### *Einstellungen zur Sexualität*

- Verschiedene sexuelle Verhaltensweisen sind nicht mehr in dem Maße wie noch vor 30 Jahren mit Tabus belegt. Dies schließt auch das sexuelle Verhalten von Jugendlichen ein. Doch ist Sexualität (wieder zunehmend) mit der Vorstellung von eheähnlicher fester Partnerbeziehung, Monogamie und lebenslanger sexueller Treue belegt (vgl. auch Kap. 1. 4. 2. und Kap. 1. 4. 4.).
- Die Einstellungen gegenüber sexuellen Minderheiten wie z. B. Homosexuellen als auch früher tabuierten, dennoch gängigen sexuellen Verhaltensweisen (Masturbation, außereheliche Sexualkontakte, Jugendsexualität) sind toleranter geworden (vgl. auch Kap. 1. 4. 1., Kap. 1. 4. 2. und Kap. 1. 4. 4.).
- Vorrangig genitale (also "männliche") Sexualität hat für Frauen einen geringeren Stellenwert. Vielmehr legen sie größeren Wert auf Zärtlichkeit, Vertrauen, Offenheit, gegenseitiges Verstehen und Achtung sowie nichtgenitale Körperkontakte als Männer.

#### *Sexualverhalten*

- Masturbation ist vor allem bei Jugendlichen heute weiter verbreitet als vor 30 Jahren und wird als legale Praktik für beide Geschlechter anerkannt, gilt aber

gleichzeitig im allgemeinen als Koitusersatz (vgl. auch Kap. 1. 4. 2. und Kap. 1. 4. 4.).

- Jugendliche und Heranwachsende haben heute ihren ersten Geschlechtsverkehr sehr viel früher als vor 30 Jahren (z. B. hatten gegenüber 20% der westdeutschen Studentinnen Mitte der 60er Jahre mehr als 70% Anfang der 80er Jahre ihren ersten Geschlechtsverkehr vor dem 20. Lebensjahr (vgl. auch Kap. 1. 4. 2. und Kap. 1. 4. 4.).
- Das Sexualverhalten von Mädchen/Frauen und Jungen/Männern hat sich
  - bezogen auf Faktoren wie Alter beim ersten Geschlechtsverkehr, Art und Ausmaß der vorehelichen Sexualerfahrungen, Partnerwechsel und -zahl oder außereheliche Sexualität - aneinander angeglichen (vgl. auch Kap. 1. 4. 2. und Kap. 1. 4. 4.).
- Homo- und bisexuelle Frauen und Männer sind sexuell aktiver als heterosexuelle und haben häufiger verschiedene Sexualpartner. Ihr Sexualleben gestaltet sich promiskuer (vgl. auch Kap. 1. 4. 1.).
- Homo- und Bisexuelle haben in den letzten Jahren ihr Sexualverhalten stärker verändert als Heterosexuelle. Dies vor allem in bezug auf infektionsriskante Praktiken, Reduktion der Sexualkontakte und durch verstärkten Gebrauch von Kondomen. All dies kann im direkten Zusammenhang mit der Bedrohung durch AIDS erklärt werden (vgl. Kap. 1. 4. 1.).
- Generell hat sich Sexualität mehr und mehr zur Ware gewandelt. Ein aktives Sexualleben wird zunehmend ersetzt durch Konsumtion. Sexuell aktive Verhaltensweisen treten zurück und werden durch nichtinteraktive Verhaltensweisen wie z. B. Cybersex, Telefonsex, sexuell gefärbte Computerspiele und vermehrtem Besuch von Sexshops ersetzt (vgl. auch Kap. 1. 3. 3. 4.).

- Kondomgebrauch ist, trotz AIDS, insgesamt sehr wenig verbreitet, was u. a. mit der geltenden Vorstellung von Sexualität zu erklären ist. Emotionale Zustände wie Entrückung, anarchisches Erleben und vor allem das Ideal der "romantischen Liebe" harmonieren schlecht mit dem realen Gebrauch von Präservativen. Das Denken an und Überstreifen von Kondomen in Momenten höchster Erregung und Lust wird sowohl von Männern als auch von Frauen häufig als luststörend und -tötend empfunden.  
In der Praxis wird die Verantwortung für eine "gesunde" (d. h. kontrazeptive als auch infektionsvorbeugende) Sexualpraxis mehr den Frauen überlassen, mit der Konsequenz, daß für Frauen die Verknüpfung von Liebe und Krankheit, von Sexualität und Gefahr, von Sexualität und Tod deutlich spürbarer und wirksamer wird als für Männer - ein Fakt, der nicht ohne Auswirkungen auf weibliches Sexualverhalten bleiben kann und letztendlich auch nicht auf das der Männer (vgl. auch Kap. 1. 4. 1., Kap. 1. 4. 2 und Kap. 1. 4. 4.).
- Das Sexualverhalten der Mehrheit der bundesdeutschen Bevölkerung hat sich in den letzten Jahren - bedingt durch AIDS - nur in wenigen Teilbereichen verändert (vgl. auch Kap. 1. 4. 1).
- In der Öffentlichkeit - speziell in den Medien - findet Sexualität vermehrt Beachtung (z. B. in der Werbung, in Talkshows, in spezifischen Magazinen und Reporten) (vgl. auch Kap. 1. 4. 1.).
- Die AIDS-Prävention in der BRD hat trotz großer Anstrengungen bisher nur teilweise dazu geführt, daß infektionsgefährdete Personen Safer Sex praktizieren bzw., daß sie infektionsriskante Sexualpraktiken eingeschränkt haben (vgl. auch Kap. 1. 4. 1., Kap. 1. 4. 2. und Kap. 1. 4. 4.).

### **1. 1. 2. Studentensexualität**

(M. Jodexnis)

Es muß davon ausgegangen werden, daß Studenten innerhalb der Gesellschaft eine herausragende Stellung einnehmen, was Bildung, Wissen, Informationsgrad und Sensibilisierung für aktuelle gesellschaftliche Strömungen und Entwicklungen betrifft.

Gleichwohl weisen alle bekannten Untersuchungen auf den gravierenden Diskonsenz zwischen Wissen, Aufgeklärtheit, Einstellungen auf der einen und tatsächlichem Verhalten auf der anderen Seite hin.

Die Einsicht in die Notwendigkeit nach Safer Sex im Zeitalter von AIDS zieht auch in der Studentenschaft nicht die entsprechenden Verhaltenskonsequenzen nach sich: Studenten wissen zwar um die Infektionsrisiken, ignorieren sie aber bereitwillig, fühlen sich selbst nicht bedroht oder erachten andere Schutzmaßnahmen wie z. B. "sorgfältigere" Auswahl des Sexualpartners als hinreichenden Schutz; dieses um so mehr, je partnerungebundener und promisker sie (weiblich und männlich) leben.

Auch bei den bisher untersuchten Studentengruppen konnte festgehalten werden, daß Liebe und Krankheit bzw. Sexualität und tödliche Bedrohung nicht zusammenpassen.

D. h., daß die gängigen Präventionskampagnen mit ihren intendierten Präventionsmaßnahmen (in erster Linie Kondomgebrauch und/oder sexuelle Treue sowie HIV-Test) nicht in dem Maße greifen (können), in dem sie es sollen/sollten. In Anbetracht der Diskrepanz zwischen Einstellungen und Verhalten können Maßnahmen, die lediglich informieren, an den Verstand appellieren oder drohen, kaum Wirkung zeigen.

Für eine effektive AIDS-Aufklärung müßten zuallererst die Bedingungen, unter denen Menschen bereit und fähig sind, ihr Verhalten, besonders in einem so sensiblen Bereich wie dem der Sexualität, zu ändern, bekannt sein. Zu vermuten ist, daß ein - wenn nicht der - ausschlaggebender Faktor die unmittelbare persönliche Betroffenheit durch die Krankheit AIDS ist.

Die bisher vorliegenden Untersuchungen zur Thematik "Studentensexualität und AIDS" zeigen alles in allem in einem wesentlichen Punkt das bereits oben erwähnte Ergebnis: Studenten



wissen zwar im allgemeinen recht gut Bescheid über AIDS und infektionsriskante Sexualpraktiken, zeigen aber wenig entsprechende Verhaltensänderungen.

Diese Aussage läßt sich nicht für homosexuelle Studenten aufrechterhalten, die aufgrund ihrer exponierten gesellschaftlichen Stellung einerseits als auch ihrer unmittelbaren Betroffenheit andererseits eine viel ausgeprägtere Sensibilisierung für alles Sexuelle und damit auch für die Bedrohung durch AIDS zeigen.

### **1. 1. 3. Einstellung und Verhalten**

(M. Jodexnis)

Da eine ausführliche Diskussion der Einstellungs-Verhaltens-Problematik den Rahmen dieser Arbeit sprengen würde und zudem in der psychologischen Literatur ausführlich geführt und dokumentiert wurde (vgl. WICKER 1969; BENNINGHAUS 1975; FISHBEIN/AJZEN 1975; AJZEN/FISHBEIN 1977; A. MUMMENDEY 1979; STAPF 1982; H. D. MUMMENDEY 1983), möchten wir uns darauf beschränken, einige kurze Erläuterungen zu unserer Position darzulegen.

Bei der Betrachtung und Bewertung der Aspekte Einstellung und Verhalten gehen wir weder von einer Kongruenz noch von einer Linearität zwischen beiden aus, sondern vielmehr von einer wechselseitigen Beziehung, die sowohl die beiden „klassischen“ Determinismen „Einstellung beeinflußt Verhalten“ als auch umgekehrt „Verhalten wirkt sich auf Einstellungen und Verhalten aus“ umfaßt.

„Vieles scheint dafür zu sprechen, daß Verhaltensweisen einen nachhaltigen Einfluß sowohl auf folgende Verhaltensweisen als auch auf solche eher kognitive Variablen wie Einstellungen ausüben. Es spricht aber auch einiges dafür, daß sich Einstellungen, besonders dann, wenn sie `verhaltensgeschützt` sind, als Einflußgrößen für Verhaltensweisen ins Spiel setzen. Es ist nicht sinnvoll, die herkömmliche Einstellungs-Verhaltens-Forschung nur zu überwinden und einen einseitigen deterministischen Ansatz durch einen alternativen einseitigen deterministischen Ansatz zu ersetzen“ (MUMMENDEY 1988, S. 22). Aufgrund der methodischen Schwierigkeiten, diese Wechelseitigkeit zu messen, folgt unsere Untersuchung eher dem De-

terminismus Einstellung-Verhalten, ohne jedoch den wechselseitigen Bezug aus dem Auge zu verlieren.

Die Diskrepanz zwischen Einstellung und Verhalten kann sowohl von Individuum zu Individuum als auch intraindividuell variieren, so z. B. in von Individuen unterschiedlich empfundenen und interpretierten Situationen. Eine Verhaltensänderung erfolgt im allgemeinen nicht allein aufgrund einer einzelnen, z. B. kognitiven Leistung, sondern in Abhängigkeit einer Vielzahl weiterer Faktoren, die wie ein Relais zwischen Einstellung und Verhaltensänderung (und umgekehrt) geschaltet sind. Beispielsweise bewirkt das Wissen um das HIV-Infektionsrisiko nicht zwangsläufig eine entsprechende Verhaltenskonsequenz (in diesem Fall Kondombenutzung). Erfahrungen mit einer bestimmten Verhaltensweise oder Selbst- bzw. Fremdwahrnehmung können sowohl Verhalten als auch Einstellung manifestieren oder verändern. Ein sexuell promisk lebendes Individuum, das bisher nie Kondome verwendet hat und HIV-negativ ist, zudem eine negative Kondomkonnotation und wenig Angst vor AIDS hat, wird sich möglicherweise infektionsrisikanter verhalten als ein Individuum mit geringem Ansteckungsrisiko und größerer AIDS-Angst.

Die Vorhersagbarkeit von Verhalten läßt sich zwar durch die Einbeziehung des Aspektes Einstellung und von Drittvariablen (z. B. Situation, Personenaspekte, kognitive Faktoren) steigern, die Komplexität des Einstellungs-Verhaltens-Problems, d.h. die Dissonanzen zwischen Kognition und Handlung sowie Rückwirkung von Verhalten auf Einstellung lassen sich jedoch nicht damit umfassend erklären.

Indikatoren für Verhalten, aber auch für Verhaltensänderungen können Wissen und Einsicht, Emotionen und Affekte, bisherige Erfahrungen mit Verhaltensmustern, die gesellschaftliche Einschätzung bzw. Sanktionierung einer bestimmten Verhaltensweise, der kulturelle, religiöse Hintergrund, das individuelle Selbstkonzept, Vorurteile oder eine persönliche Betroffenheit sein.

Diese Faktoren können sowohl von den Individuen unterschiedlich gewichtet als auch vom einzelnen Individuum selbst in unterschiedlichen Situationen variativ bewertet und in Handlung umgesetzt werden. So wird das Kondom von liberalen Individuen wahrscheinlich eher als Präventivmaßnahme akzeptiert als von überzeugten Anhängern der katholischen Glau-

bensrichtung. Andererseits gehen Verhaltensintentionen und tatsächliches Verhalten häufig nicht kongruent, z. B. in affektbeladenen Situationen oder unter Drogenkonsum (vgl. Kap. 1. 4. 2.).

Über die spezifische Bedeutsamkeit der unterschiedlichen Variablen, die das Verhalten unserer Untersuchungsgruppen beeinflussen, soll die Überprüfung unserer Hypothesen (vgl. Kap. 2. 1.) Aufschluß geben.

#### **1. 1. 4. AIDS-Prävention**

(M. Jodexnis)

Ausgangspunkt unserer Arbeit ist die Frage nach den Ursachen für den unzureichenden Erfolg der AIDS-Präventionsbemühungen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und der Deutschen AIDS-Hilfe (DAH) bei der heterosexuellen Bevölkerung in Deutschland. Die Diskrepanz zwischen Einstellungen zur Sexualität und sexuellem Verhalten scheint hinsichtlich der Bedrohung durch AIDS besonders deutlich zu werden.

Während z. B. die Homosexuellen relativ schnell auf AIDS reagierten und die Forderungen nach Safer Sex (Minimierung des Risikos einer HIV-Übertragung durch Geschlechtsverkehr, z. B. durch Benutzung von Kondomen, vgl. DRESSLER/WIENOLD 1991, S. 96) adaptierten, geriet die „neue Bedrohung“ (ab Mitte der 80er Jahre) zunehmend aus dem öffentlichen Bewußtsein der heterosexuellen Bevölkerung. Obwohl die Zahl der HIV-Neuinfektionen seit dem Auftreten von AIDS kontinuierlich anstieg und nun stagniert, scheint ein entsprechendes Risikobewußtsein zu fehlen. Migration und der moderne Sextourismus nach Asien und Afrika (vgl. KLEIBER/WILKE In: HECKMANN/KOCH 1994 und KLEIBER 1995) sowie ein riskantes, kondomabstinentes Verhalten von Prostituiertenkunden (vgl. KLEIBER et al. In: Zeitschrift für Sexualforschung 1993) stellen weitere Faktoren zur Ausbreitung von HIV und AIDS unter Heterosexuellen dar.

Wissenschaftliche Untersuchungen zur AIDS-Thematik und AIDS-Prävention verdeutlichen, daß rein kognitive, Wissen und Verstand ansprechende Präventionsbemühungen weitaus weniger häufig zeitstabile sexuelle Verhaltensänderungen bewirken als beispielsweise eine unmittelbare individuelle Betroffenheit. Gleichzeitig erfordert die Stagnation der HIV-

Neuinfektionen in der heterosexuellen Bevölkerung auch in Deutschland neue, effektive Aufklärungs- und Präventionsstrategien.

Ziel unserer Untersuchung ist es deshalb zu zeigen, daß unterschiedliche Personengruppen mit unterschiedlichen Einstellungen, mit unterschiedlichem Wissen über HIV und AIDS, mit unterschiedlichem Sexualverhalten sowie einem unterschiedlichen Grad von persönlicher Betroffenheit auf differenzierte Weise angesprochen und zur AIDS-Prävention angeleitet werden müssen.

Die Arbeit soll den Nachweis führen, daß bei den von uns ausgewählten Personengruppen durchgehend eine Diskrepanz zwischen sexuellen Einstellungen und Verhaltensweisen feststellbar ist, die jedoch Variationen unterliegt und dort am geringsten ausgeprägt ist, wo der Aspekt der persönlichen Nähe zu AIDS besonders groß ist. Weiterhin soll gezeigt werden, daß trotz einer unzulänglichen Sensibilität für die HIV-Problematik das Sexualleben durch AIDS beeinträchtigt wird. Untersucht wird auch, ob und inwieweit der berufliche Bezug und das Geschlecht Einfluß auf Einstellungen und Sexualverhalten nehmen.

Die Untersuchungsergebnisse sollen daraufhin überprüft werden, ob und in welcher Weise sie auf die Entwicklung von wirksamen personen- bzw. gruppenspezifischen Präventionsmaßnahmen angewendet werden können.

Während durch die Deutsche AIDS-Hilfe primär die homosexuellen Männer und intravenöse Drogengebraucher angesprochen werden, zielen die Aktivitäten der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (z. B. Gesundheitsämter, Beratungsstellen der freien Wohlfahrtspflege) eher auf die heterosexuelle Bevölkerung, z. B. auf Jugendliche. Zu fragen ist, ob die Bemühungen zielgruppenspezifisch und damit adäquat ausgerichtet oder zu undifferenziert und somit wenig adaptierbar sind. Ist das Safer Sex-Modell allgemein übertragbar? Welche Komponenten müssen berücksichtigt werden, damit Sexualität angstfrei, aber auch risikominimiert gelebt werden kann? Gibt es Kriterien, die für unterschiedliche Gruppen – Jugendliche, Studenten, Erwachsene, Männer und Frauen – gleichermaßen Gültigkeit besitzen? Welche sozialpsychologischen Aspekte müssen berücksichtigt werden (Angst, Mißtrauen dem neuen Partner gegenüber, negative Kondomkonnotation, Scham, sexualmoralische und religiöse Vorbehalte/Tabus, innerpsychische Barrieren etc.), soll Prävention den erhofften Erfolg, nämlich: Reduzierung bzw. Vermeidung von HIV-Infektionen zeigen.

Diesen und anderen Fragen der HIV-Prävention wird im erziehungswissenschaftlichen Teil der Arbeit (vgl. Kap. 4) unter Hinzuziehung unserer Untersuchungsergebnisse nachgegangen.

## **1. 2. Geschichte, Ätiologie und Epidemiologie von HIV und AIDS**

(M. Jodexnis)

### **1. 2. 1. Problemübersicht**

(M. Jodexnis)

*„Die Furcht vor der Krankheit kann uns dabei derzeit keiner nehmen, aber im Unterschied zwischen Angst und Furcht liegen die Quellen produktiver Handlungsfähigkeit“ (G. PAUL, Deutsche AIDS-Hilfe e.V.. In: ROSENBROCK 1986, S. 7).*

Das Motto „AIDS geht jeden an“ gilt nach wie vor, auch oder gerade wenn AIDS als Thema aus dem öffentlichen Bewußtsein der Bundesrepublik Deutschland weitgehend verschwunden ist. AIDS stellt Mitte der 90er Jahre kein alleiniges Problem von exklusiven Minderheiten wie homosexuellen Männern, Prostituierten, Hämophilen oder intravenösen Drogennutzern mehr dar, sondern betrifft zunehmend die „normale“ heterosexuelle Bevölkerung.

Brisanz und Gefährlichkeit mangelnden AIDS-Bewußtseins liegen einerseits in der Letalität der Krankheit, andererseits in ihrer sexuellen Übertragbarkeit, d. h. in ihrem Status einer Geschlechtskrankheit, die vor allem durch penetrierenden Geschlechtsverkehr, der dominanten Sexualpraktik (vgl. ROSENBROCK 1986; JÄGER 1991), verursacht wird.

Durch HIV und AIDS hat Sexualität den Nimbus von Bedrohlichkeit und Gefährlichkeit erlangt und ist in die Nähe von Leid und Tod gerückt. Aufgrund des bisher absolut tödlichen Ausgangs von AIDS sowie des Fehlens wirksamer Heilmittel und Impfstoffe besteht der derzeit einzige Schutz vor einer AIDS verursachenden HIV-Infektion in präventivem Sexualverhalten, d. h. in der Vermeidung infektionsriskanter Situationen und Sexualpraktiken.

Als sinnvollste Präventionsstrategie hat sich die Forderung nach Safer Sex durchgesetzt, wobei Safer Sex definiert wird als „Sexualverhalten zur Minderung des Risikos einer HIV-Übertragung durch Geschlechtsverkehr, z. B. durch Verwendung von Kondomen“ (DRESSLER/WIENOLD 1991, S. 86) bzw. Meidung infektionsriskanter Situationen, in denen ein Austausch von Blut zu Blut, von Sperma zu Blut oder von Vaginalsekret zu Blut stattfindet.

Alternative Vermeidungsstrategien wären sexuelle Askese oder lebenslange sexuelle Monogamie beider beteiligter Sexualpartner.

Da letzteres nur für einen Teil der Bevölkerung akzeptabel und aus sexualwissenschaftlicher Sicht weder vertretbar noch praktisch durchsetzbar ist, wurden und werden vom Bundesgesundheitsministerium umfangreiche AIDS-Aufklärungskampagnen durchgeführt, die Wissen über HIV-Infektionsrisiken und AIDS sowie über Präventionsmöglichkeiten vermitteln sollen. Letztendlich geht es um die Vermeidung von Blut zu Blut-, Sperma zu Blut- oder Vaginalskret zu Blut- Kontakten, d.h. um penetrierenden Geschlechtsverkehr nicht ohne Kondom. Orale Sexualpraktiken gelten trotz einer geringen Übertragungswahrscheinlichkeit als relativ sicher (safe) und zählen nicht zu den wichtigen Ansteckungswegen. Sexualtechniken, die zu direkter Inokulation (Impfung) in die Blutbahn führen können, z.B. durch Einführung kontaminierter bzw. unsteriler Gegenstände vor allem in den After werden als riskant betrachtet (vgl. ROSENBROCK 1986).

Appelle sowie kostenlose Abgabe von sterilen Spritzen an intravenös Drogenabhängige scheinen aufgrund der mit der Suchtproblematik häufig einhergehenden Beschaffungsprostitution in der Gruppe der Drogenabhängigen wenig Wirkung zu haben. Die AIDS-Prävention muß hier mit zusätzlichen Maßnahmen wie z.B. der Änderung des Betäubungsmittelgesetzes (Legalisierung von Drogen, Substitution) verknüpft werden, um Erfolge zu zeigen.

Ein neues HIV-Infektionsrisiko scheint sich mit dem sogenannten Sextourismus nach Südostasien und Afrika entwickelt zu haben: diese Gruppe der männlichen und weiblichen Heterosexuellen verhält sich extrem risikofreudig und könnte in großem Ausmaß zur Verbreitung von AIDS in der heterosexuellen Bevölkerung der Bundesrepublik beitragen (vgl. KLEIBER 1995; KLEIBER/WILKE 1994; JÄGER 1991; STRICKER et al. 1990).

Der folgende Abriß über Entwicklung, Ursachen und Verbreitung von HIV und AIDS erscheint uns notwendig zum Verständnis der AIDS-Problematik generell als auch unserer Arbeit im besonderen.

### **1. 2. 2. Definition von HIV und AIDS**

(M. Jodexnis)

HIV (human immunodeficiency virus, menschliches Immunschwäche-Virus) und AIDS (acquired immunodeficiency syndrome, erworbenes Immundefektsyndrom) sind nicht identisch,

vielmehr wird AIDS durch HIV verursacht. Die Bezeichnung AIDS-Virus ist dabei irreführend, da mindestens zwei HI-Viren mit mehreren verschiedenen genetischen Varianten bekannt sind. Der Begriff AIDS wird im allgemeinen Sprachgebrauch für das Vollbild bzw. das Finalstadium der durch HIV verursachten Erkrankung verwendet.

Die Bezeichnung AIDS kennzeichnet keine einheitliche Krankheit, sondern ein Syndrom, d.h. ein Krankheitsbild, das sich aus verschiedenen charakteristischen Symptomen zusammensetzt: aus einer erworbenen Immunschwäche sowie einer oder mehreren AIDS-definierenden Krankheit(en), den sogenannten AIDS-Indikatorenkrankheiten. Die Immunschwäche wird dabei durch das HI-Virus verursacht. Inzwischen sind verschiedene Typen dieses Virus bekannt, die jedoch alle in gleicher oder ähnlicher Weise auf den menschlichen Organismus wirken.

1983 wurde das klinische Bild von AIDS von den Centers for Disease Control (CDC), der US-amerikanischen Seuchenbehörde (Zentren für die Kontrolle von Krankheiten mit CDC-Bundeszentrale in Atlanta), definiert (zur Übersetzung und Kritik vgl. KOCH 1987). Nach der CDC-Falldefinition von 1987 wird AIDS charakterisiert durch das Auftreten einer oder mehrerer Indikatorenkrankheiten, die auf einen Immundefekt, der ursächlich nur durch HIV bedingt ist, zurückzuführen sind. In Anlehnung an die CDC-Falldefinition gibt das Bundesgesundheitsamt folgende Beschreibung von AIDS:

„Ein erworbenes Immundefektsyndrom liegt bei nachgewiesener HIV-Infektion bei Patienten vor, bei denen Krankheiten auftreten, persistieren oder rezidivieren, die auf Defekte im zellulären Immunsystem hinweisen und bei denen für diese Immundefekte keine bereits bekannten Ursachen vorliegen oder ein Kaposi-Sarkom auftritt“ (AIDS-FORUM 1988, S. 17 f).

Die CDC-Klassifikation definiert vier aufeinanderfolgende Stadien von AIDS (vgl. DRESSLER/WIENOLD 1991; DEUTSCHES ÄRZTEBLATT 17, 1988; JENSEN 1993):

1. Akute HIV-Infektion
2. Asymptomatische HIV-Infektion
3. Generalisierte Lymphadenopathie (krankhafte Vergrößerung der Lymphknoten)
4. Andere mit einer HIV-Infektion einhergehende Erkrankungen (Allgemeinsymptome, ARC = AIDS related complex, AIDS-bezogene Erkrankungen; neurologische Symptome; sekundäre Infektionskrankheiten; bösartige Erkrankungen; andere Erkrankungen (vgl. auch KOCH 1987).



Der Begriff ARC resultiert aus der Zeit vor Entdeckung von HIV als AIDS-Erregervirus und beschreibt ein Stadium, in dem mindestens zwei unspezifische Symptome wie z.B. Fieber und Gewichtsverlust sowie mindestens zwei Laborveränderungen wie z.B. verminderte Zahl der Helferzellen und ausbleibende Hauttestreaktion nachzuweisen sind.

1986 definierte ROSENBROCK ARC als „unklare, minderschwere oder Vor- oder Übergangsform von AIDS“ (ROSENBROCK 1986, S. 13).

Als AIDS-Indikatoren gelten u.a. die opportunistischen Infektionen wie die Lungenentzündung *Pneumocystis carinii* Pneumonie (PCP) und maligne Tumoren wie das Kaposi-Sarkom, ein bösartiger Krebs der Blutgefäßwände. Im Jahre 1994 waren bereits 26 verschiedene Krankheiten als AIDS-Indikatoren anerkannt, die zusammen mit einer Immunschwäche und einer HIV-Infektion das Krankheitsbild AIDS kennzeichnen (vgl. PSYCHOLOGIE HEUTE 21, 1994; JENSEN 1993; DRESSLER/WIENOLD 1991).

Bei einem Immundefekt sind die körpereigenen Abwehrkräfte gegenüber Krankheitserregern stark vermindert. Es können Krankheiten auftreten und zum Tod führen, die sonst selten zu beobachten sind oder weniger letal verlaufen, z.B. durch Pilze, Parasiten, Bakterien oder Viren verursachte Infektionen.

### **1. 2. 2. 1. Virologie und Immunologie von HIV**

(M. Jodexnis)

HI-Viren sind als Lentiviren, einer Unterfamilie der Retroviren, besonders langsame Viren, d.h., sie können lange Zeit im Körper vorhanden sein, ehe es zum Ausbruch einer Krankheit kommt. Retroviren sind sowohl von ihrer Größe her als auch in genetischer Hinsicht sehr klein: sie besitzen zwischen ein bis drei Genen (maximal fünf) und sind in der Lage, auch feinste Strukturen zu durchdringen.

Die Bezeichnung Retroviren basiert auf dem Vorhandensein eines einzigartigen, spezifischen, viruseigenen Enzyms, der Reversen Transkriptase, das eine Veränderung der Erbinformation bewirken kann. Dabei wird die virale RNS (RNS = Ribonucleinsäure) in eine DNS-Kopie (DNS = Desoxyribonucleinsäure) umgewandelt, also in umgekehrter Richtung - reverse - als normal umgeschrieben. Diese DNS-Kopie, auch Provirus genannt, dringt in das chromosomale Gen der Wirtszelle ein und wird zu ihrem genetischen Bestandteil. Die befallene Zelle produ-

ziert nun auf Befehl ihrer veränderten DNS das sie zerstörende Retrovirus (vgl. EXNER-FREISFELD/WEBER-FALKENSAMMER 1988; JÄGER o.J. und 1991). Da die Reverse Transkriptase über keine Korrekturaktivität verfügt, ist ihre Fehlerquote bei einem falschen Einbau des HIV-Genoms sehr hoch. „Pro Generationswechsel werden ein bis zehn falsche Basen in das Genom jedes Virus-Nachkömmlings eingebaut. Folglich findet im Körper jedes Menschen, der sich mit dem AIDS-Erreger infiziert hat, in jeder HIV-infizierten Zelle eine Art Mini-Evolution statt: Ein ganzes Sortiment an Virusvarianten wird gebildet. Welche dieser Subtypen im Wirtsorganismus überleben, hängt von dessen Immunreaktion ab, aber auch davon, in welchen Zellen sich die neuen Viren besonders gut vermehren“ (JÄGER 1991, S. 22). Die Gefährlichkeit des HIV liegt in seiner Fähigkeit, sich im menschlichen Immunsystem einzunisten und gerade jene Zellen zu befallen, die den Organismus vor Fremdeindringlingen wie beispielsweise Viren schützen sollen. Dies sind vor allem die sogenannten Helfer- oder T-4-Zellen (T-Lymphozyten), die für die spezifische Immunabwehr gegen Krankheitserreger zuständig sind sowie die sogenannten Freßzellen, die Makrophagen und Monozyten als Zellen der unspezifischen Immunabwehr, durch die das HI-Virus auch in das zentrale Nervensystem gelangt (vgl. JENSEN 1993; JÄGER 1991).

Nach der Umwandlung in eine DNS-Kopie ist das Virus für die Abwehrzellen nicht mehr oder nur noch schwer als Fremdkörper erkennbar und entsprechend kaum bekämpfbar (vgl. EXNER-FREISFELD/WEBER-FALKENSAMMER 1988). Das HI-Virus bewirkt nicht nur die Ausschaltung der körpereigenen Abwehr, sondern auch die Bekämpfung der befallenen T-Helferzellen durch andere, für die Zerstörung fremder Erreger zuständiger Zellen des Immunsystems mit der Folge, daß die Immunabwehr allmählich zusammenbricht und Viren, Bakterien und Pilze sich ungehindert ausbreiten können. Harmlose Krankheiten werden für den derart immungeschwächten Organismus zur lebensbedrohlichen Gefahr; der AIDS-Kranke stirbt genommen nicht am HIV, sondern an den durch andere Erreger hervorgerufenen Folgeerkrankungen.

Inzwischen ist bekannt, daß am Ausbruch der Krankheit AIDS nach erfolgter Infektion ein vom HIV gebildetes Eiweiß, das Virus-assoziierte Protein vpr, maßgeblich beteiligt ist; es wirkt als Türöffner zu den Zellen und ist in der Lage, ruhende Viren zu aktivieren.

### **1. 2. 2. 2. Der Krankheitsverlauf von AIDS**

(M. Jodexnis)

Die Inkubationszeit, die Zeit zwischen erfolgter Infektion und Serokonversion (Ausbildung einer serologischen Immunantwort im Sinne einer Antikörperbildung) beträgt circa vier bis zwölf Wochen. Die Serokonversion geht meistens einher mit dem Auftreten von Fieber und unspezifischen Symptomen wie Lymphknotenschwellung, Gewichtsverlust, anhaltenden Darmkrämpfen, Müdigkeit, Leistungsabfall, Nachtschweiß (vgl. EXNER-FREISFELD/WEBER-FALKERSAMMER 1988; DRESSLER/WIENOLD 1991), kann aber auch völlig unauffällig erfolgen.

Die darauf folgende Latenzzeit kann mehrere Monate bis Jahre betragen, ohne daß es zu krankhaften Veränderungen kommt, d.h., daß AIDS einen langsamen oder schnelleren Verlauf nehmen kann. Die mittlere Latenzzeit wird auf circa acht Jahre geschätzt (vgl. JENSEN 1993).

Letztendlich führt AIDS bisher aber immer zum Tod. KOCH berichtet, daß zwei Jahre nach Ausbruch der Krankheit 80% der AIDS-Kranken verstorben waren und eine Überlebensrate von fünf Jahren selten zu beobachten war (vgl. KOCH 1988). Auch im Jahr 2003 ist ein wirkungsvolles Gegen- oder Heilmittel weder bekannt noch in Aussicht. Alle bisher bekannten Medikamente sowie Arzneimittelkombinationen vermögen den Ausbruch der Krankheit hinauszuzögern bzw. deren Verlauf für eine gewisse Zeit abzumildern, verhindern jedoch nicht deren tödlichen Ausgang. Zudem beschränkt sich die Medikamentenforschung bisher auf den in den westlichen Industrienationen vorherrschenden Typ B des HIV-1.

Die Antikörperproduktion eines Organismus setzt erst nach einer gewissen Zeit ein, die individuell unterschiedlich lang sein kann. Deshalb können in den ersten Wochen bis Monaten nach erfolgter HIV-Infektion mitunter keine Antikörper nachgewiesen werden, obwohl die betreffende Person bereits hochgradig infektiös ist. Bei Verdacht auf Ansteckung sollte der HIV-Test nach sechs bis acht Wochen wiederholt werden.

Zwangstestungen auf HIV, wie sie von einigen Ländern zeitweise für alle ausländischen Einreisenden beim Grenzübergang erwogen wurden, sind daher ebenso fragwürdig wie sinnlos im Hinblick auf Vermeidung der Ausbreitung von HIV und AIDS.

### **1. 2. 3. Ursprung und Geschichte von HIV**

(M. Jodexnis)

Die Krankheit AIDS wurde erstmalig im Jahre 1980 in den USA an fünf jungen homosexuellen Männern in Los Angeles beobachtet. Neben anderen Krankheitssymptomen zeigten alle bis 1981 die durch den seltenen Erreger *Pneumocystis carinii* verursachte Lungenentzündung PCP, die bis dahin nur bei Menschen mit stark unterdrückter Immunabwehr (als Folge einer Chemo- oder Strahlentherapie bei Krebserkrankungen oder Organtransplantationen) zu beobachten war.

Diese fünf Patienten wiesen neben ihrer homosexuellen Orientierung weitere Gemeinsamkeiten hinsichtlich Alter, Wohnort und Rasse auf, hatten insgesamt mehr Sexualpartner als vergleichbare gesunde Homosexuelle sowie auch sexuellen Kontakt untereinander. Entsprechend wurde gefolgert, daß die beobachtete Infektion eine durch homosexuelle Kontakte übertragbare Krankheit sei und als GCS (gay compromise syndrome, Homosexuellen-kompromittierendes Syndrom) bezeichnet. Mit der Entdeckung der mit der Infektion einhergehenden Immunschwäche wurde die Bezeichnung GRID (gay related immunodeficiency, Homosexuelle betreffende Immunmangelkrankheit) gebräuchlich; der Begriff AIDS (acquired immunodeficiency syndrome) wurde erstmals im Jahre 1981 verwendet (vgl. JÄGER o.J.; CURRAN/HEYWARD 1988; KLINGHOLZ 1988; GRMEK 1988; AIDS-FORUM 1988).

Bereits 1982 war bekannt, daß AIDS eine Krankheit ist, die nicht nur bei homosexuellen Männern, sondern auch bei intravenös Drogenabhängigen und deren drogenunabhängigen Partnern sowie bei Hämophilen und Empfängern von Blutprodukten auftreten kann.

1983 wurde am Pariser Institut Pasteur durch eine Forschergruppe um MONTAGNIER das AIDS-Erregervirus entdeckt und LAV (Lymphadenopathie-assoziiertes Virus, ein mit Lymphknotenschwellung assoziiertes Lentivirus) genannt, 1984 von GALLO in den USA ein identisches Virus, das als HTLV-III (human T-cell Leukemia/Lymphotropic Virus) bezeichnet wurde. Zur Beendigung des folgenden Urheberrechtsstreites zwischen den französischen und amerikanischen Forschern wurde das Virus 1986 von der Internationalen Kommission für die Virustaxonomie in HIV (human immunodeficiency virus, humanes Immunschwäche-Virus) umbenannt (vgl. JÄGER o.J.; DRESSLER/WIENOLD 1991).

Nach seiner genetischen Entschlüsselung im Jahre 1985 und der bald darauf folgenden Entwicklung des HIV-Antikörper-Testes wurde bekannt, daß die ersten AIDS-Erkrankungen weitaus früher aufgetreten waren als bisher angenommen.

Anhand eingefrorener Blut- und Gewebeproben konnte der erste AIDS-Fall auf das Jahr 1959 rückdatiert werden: in diesem Jahr erkrankte in England ein Seemann an einem Immundefizienzsyndrom, das mit dem heute bekannten Erscheinungsbild von AIDS identisch war. Im selben Jahr verstarb in den USA ein Haitaner an der seltenen PCP, einer der AIDS-Indikatorenkrankheiten. Für dasselbe Jahr wurden in Zaire AIDS-Fälle retrospektiv diagnostiziert.

In den 60er und 70er Jahren lebten viele Haitaner als Fremdarbeiter in Zaire, die später in ihre Heimat zurückkehrten oder in die USA, nach Kanada und Europa emigrierten.

Vor allem aus Haiti, das in den 70er Jahren als beliebtes Reiseziel für sexuell aktive amerikanische Männer galt, wurde das HI-Virus zuerst in die USA und von dort aus nach Europa importiert (vgl. KOCH 1989; JÄGER o.J.).

In Südafrika wurden Anfang der 60er Jahre AIDS-ähnliche Fälle bei Wanderarbeitern aus Zentralafrika beobachtet und durch die Untersuchung von konservierten Blutproben 1983 als HIV-Infektionen nachgewiesen. In Norwegen verstarb in den Jahren 1966 bis 1971 eine ganze Familie, die engen Kontakt zum afrikanischen Kontinent gehabt hatte, an AIDS.

In der Bundesrepublik Deutschland wurde der erste eindeutige Fall von AIDS auf das Jahr 1976 datiert, während die erste direkte Beobachtung einer AIDS-Erkrankung 1982 beschrieben wurde (vgl. AIDS-FORUM 1988).

1986 entdeckten MONTAGNIER et al. in Westafrika an Patienten, die im Test keine HIV-Antikörper aufwiesen, ein weiteres AIDS-Erregervirus, das HIV-2, das eine wesentlich längere Inkubationszeit als das bisher bekannte HIV-1 hat und inzwischen weltweit verbreitet ist, vor allem in West- und Zentralafrika. Heute wird von manchen AIDS-Forschern die Existenz eines HIV-3-Virus für möglich gehalten (vgl. JENSEN 1993).

1995 wurden bereits neun genetische Varianten bzw. Subtypen von HIV-1 unterschieden (vgl. FOCUS 48, 1995; DIE ZEIT 9, 23. 02. 1996). Da HI-Viren eine enorme Wandlungsfähigkeit besitzen, d.h. stark mutieren, verwundert es nicht, daß bis zu siebzehn Varianten bei ein und derselben infizierten Person nachgewiesen wurden. Einige Gene dieser Varianten unterscheiden sich in bis zu 28% ihrer Erbanlage voneinander, obwohl aus der betreffenden Blutprobe

lediglich 27 HI-Viren gezüchtet worden waren. Der Virologe SHAW vermutet, daß bei einer Ziehung von „250 Virus-Kopien.... wir möglicherweise auf 100 unterschiedliche Viren gestoßen (wären)“ (JENSEN 1993, S. 20 f). Analog hierzu spricht SHAW nicht von *einem* HIV-Virus, sondern einem „komplexen Sammelsurium“ von zwar genetisch verwandten, ansonsten aber recht unterschiedlichen Viren (vgl. JENSEN 1993). Diese Variationsbreite des HIV macht die 3.000 Varianten, die weltweit in Laboratorien angezüchtet wurden, verständlich, „denn nicht einmal zwei scheinen einander völlig zu gleichen. Dies ist auch nicht erstaunlich, weil es sich ja um ein `komplexes Sammelsurium` verschiedener Viren handelt, die man längst zu zählen aufgegeben hat. HIV-2 ist in Westafrika und Europa entdeckt worden, wiederum mit zahlreichen Varianten, die sich mit den meisten gängigen Testverfahren nicht nachweisen lassen“ (JENSEN 1993, S. 21).

1996 waren HIV-1 und HIV-2 sicher, HIV-3 wahrscheinlich bekannt; allein von HIV-1 gelten neun genetische Varianten als nachgewiesen, von denen als eine der gefährlichsten der Subtyp E gilt, der hauptsächlich in Südostasien und dort vor allem in Thailand verbreitet ist.

#### **1. 2. 4. Übertragungswege und Infektionsrisiken von HIV** (M. Jodexnis)

AIDS ist eine sexuell übertragbare Krankheit, da die Übertragung der HI-Viren am häufigsten durch sexuellen Kontakt mit einer infizierten Person erfolgt. Dies betrifft nicht nur homosexuelle Kontakte und besonders riskante Sexualpraktiken wie Analverkehr, sondern ebenso heterosexuelle Kontakte, wobei die Ansteckung sowohl von Mann zu Frau als auch umgekehrt erfolgen kann. Frauen gelten allerdings bei heterosexuellem Geschlechtsverkehr als deutlich infektionsgefährdeter als Männer, ihr Ansteckungsrisiko wird durch verschiedene Kofaktoren wie z.B. genitale Entzündungen, kleine Verletzungen oder Geschlechtskrankheiten erhöht (vgl. AIDS-HILFE 1994).

Die epidemiologischen Daten zeigen einen kontinuierlichen Anstieg der Anzahl HIV-positiver Frauen: von 8,1% im Jahr 1985 stieg ihr Anteil unter allen HIV-Infizierten in der Bundesrepublik Deutschland auf 17,9% im Jahr 1993 an (vgl. AIDS-HILFE 1994); davon stellten die intravenös drogenabhängigen Frauen rund die Hälfte. „Etwa ein Viertel der Frauen mit AIDS

gaben heterosexuellen Geschlechtsverkehr als Übertragungsweg an, meist mit bisexuellem, drogengebrauchendem oder hämophilem Partner. Beinahe drei Viertel aller Frauen mit HIV und AIDS sind zwischen 20 und 39 Jahren alt“ (AIDS-FORUM 1994, S.7).

Nach einer Studie der Medizinischen Hochschule Hannover nimmt die Zahl HIV-positiver Frauen, die keiner Risikogruppe angehören, überproportional zu. Begründet wird dies vor allem mit männlicher Bisexualität, wobei Prostitution kaum eine Rolle spielt.

Das Übertragungsrisiko zwischen einer HIV-positiven und einer HIV-negativen Person ist bei einmaligem Geschlechtsverkehr unabhängig vom Geschlecht etwa gleich groß. HIV wird nicht nur durch ungeschützten Anal- oder Vaginalverkehr übertragen; eine geringe Infektionswahrscheinlichkeit ist auch bei intensivem Schleimhautkontakt, beispielsweise bei oralem Verkehr, gegeben, da das Virus auch die Makrophagen (Freßzellen) der Haut und Schleimhäute befallen kann.

Die Häufigkeit der Sexualkontakte mit infizierten Partnern sowie die Anzahl verschiedener wechselnder Sexualpartner sind für die Verbreitung von AIDS ebenfalls von Bedeutung, wie die Beobachtungen aus einigen Ländern Afrikas, in denen eine promiske Lebensweise weit verbreitet ist, exemplarisch belegen (vgl. EXNER-FREISFELD/WEBER-FALKENSAMMER 1988). Da HI-Viren statistisch gesehen nur etwa bei jedem 300. Sexualkontakt übertragen werden, steigt das Infektionsrisiko mit der Zahl wechselnder Sexualpartner an.

Andererseits kann auch ein einmaliger Sexualkontakt mit einer infizierten Person zu einer Ansteckung führen.

Nach der Übertragung von HIV durch sexuelle Kontakte stellt die Infektion durch den gemeinsamen Gebrauch mit Blut kontaminierter Spritzen bei intravenös Drogenabhängigen das zweithäufigste AIDS-Risiko dar. Da vor allem weibliche, aber auch männliche Drogenabhängige häufig der Beschaffungsprostitution nachgehen und im Gegensatz zum größten Teil der professionellen Prostituierten ungeschützten Geschlechtsverkehr praktizieren, sich aber keinen regelmäßigen Untersuchungen unterziehen und selten um ihren HIV-Status wissen, stellen sie eine Risikogruppe dar, die zur Verbreitung von HIV in Bevölkerungsteilen, die nicht zu den klassischen HIV-Gefährdeten zählen, beitragen (heterosexuelle Partner und Kunden).

Eine HIV-Infektion durch Kontakt mit infiziertem Blut ist möglich, wenn das Virus durch offene Wunden in die Blutbahn gelangt, während die Übertragung durch andere Körperflüssigkeiten (Speichel, Tränen, Urin, Stuhl, Bronchial- und Rückenmarksflüssigkeit) zwar als

theoretisch möglich gilt, bisher aber kein entsprechender Ansteckungsfall bekannt ist. HIV wurde zwar in allen genannten Flüssigkeiten sowie in Haut und Organen nachgewiesen, eine für eine Ansteckung notwendige Virusmenge jedoch nur in Blut, Sperma, Vaginal- und Zervikalsekret. Infektionen durch Bißwunden oder Speichel müssen als nicht bewiesen beschrieben werden (vgl. ROSENBROCK 1986).

Das Risiko einer HIV-Übertragung durch Blutkonserven oder Organtransplantationen wird seit dem „Blutskandal“ von 1984 und der seit dem 1. 1. 1995 vorgeschriebenen Antikörper-testungen von Blutprodukten als minimal bis ausgeschlossen eingeschätzt, obwohl ein Restri-siko nicht ausgeräumt werden kann, da nach erfolgter HIV-Infektion Tage bis Monate vergehen können, bis entsprechende Antikörper im Blut nachgewiesen werden können, und einige HIV-Infizierte auch nach Auftreten von AIDS-Indikatoren keine HIV-Antikörper aus-bilden.

Festzustellen bleibt, daß HIV hauptsächlich durch ungeschützten Geschlechtsverkehr, durch Blutkontakte aufgrund needle sharing (gemeinsame Benutzung kontaminierter Spritzen) sowie durch Mutter-Kind-Transmission während Schwangerschaft, Geburt und während des Stillens übertragen werden kann (vgl. AIDS-HILFE 1994).

Die Häufigkeitsangaben einer pränatalen Übertragung von HIV auf den Fötus sowie die In-fektion des Kindes während der Geburt variieren stark. Bei jedem Neugeborenem HIV-positiver Mütter sind nach der Geburt von der Mutter stammende HIV-Antikörper nachweis-bar, unabhängig davon, ob das Kind tatsächlich infiziert ist oder nicht. Realiter sind zwischen 13% und 20% der Kinder HIV-positiver Mütter angesteckt (vgl. AIDS-HILFE 1994). Andere Autoren sprechen von Zahlen zwischen 60% und 80% (vgl. EXNER-FREISFELD/WEBER-FALKENSAMMER 1988).

„Die prä- und perinatale vertikale Übertragung durch eine infizierte Mutter ist die Ursache von 92% aller 1994 neu aufgetretenen AIDS-Fälle bei Kindern“ (DEUTSCHES ÄRZTE-BLATT 92 1995, S. 25).

Für die Bundesrepublik Deutschland werden vom Deutschen AIDS-Zentrum folgende wichti-ge Infektionswege genannt:

Homosexuelle Kontakte bei Männern: etwa 66%



Intravenöser Drogenmißbrauch:	etwa 15%
Heterosexuelle Kontakte:	etwa 10%
Personen aus Pattern-II-Ländern:	etwa 8%
Vertikale Transmission (Mutter-Kind):	unter 1%

(vgl. AIDS-ZENTRUM 1996)

ROSENBROCK (vgl. ROSENBROCK 1986) nennt fünf Gruppen von Übertragungssituationen, in deren besonderer Beachtung seiner Ansicht nach der Schlüssel zum Erfolg der AIDS-Prävention liegt.

#### *Penis-Vaginal-Verkehr*

Bei dieser dominanten Technik des Geschlechtsverkehrs ist das Infektionsrisiko nachgewiesen, liegt aber niedriger als beim Analverkehr. „Die beträchtliche Risikodifferenz zwischen z.B. Vaginal- und Analverkehr erklärt sich ... aus der Beschaffenheit der Vagina“ (ROSENBROCK 1986, S. 36) und eventuell aus der unterschiedlichen Beschaffenheit der verschiedenen Schleimhäute (Vagina, Anus, Darm, Mund).

#### *Vertikale Transmission (Übertragung von HIV auf den Fötus)*

Die Übertragung muß nicht über den Zeugungsvorgang erfolgen, vielmehr kann HIV direkt von der Mutter auf das Kind übertragen werden. „30% bis 90% der seropositiv geborenen Kinder erkranken an AIDS“ (ROSENBROCK 1986, S. 38). Da bei Kaiserschnittgeborenen eine deutlich verminderte Infektionsrate festgestellt wurde, liegt die Vermutung nahe, daß der natürliche Geburtsvorgang selbst eine zugleich wichtige wie auch vermeidbare Übertragungssituation darstellt (vgl. ROSENBROCK 1986).

#### *Penis-Anal-Verkehr*

Diese Sexualtechnik bildet den Haupttransmissionsweg von HIV. In Studien über den Zusammenhang zwischen homosexuellen Sexualpraktiken und Serokonversion ergab sich kein Fall, in dem Seropositive nicht auch Analverkehr praktiziert hatten.

Andererseits geht aus einer Studie über das Sexualverhalten homosexueller Männer in der Bundesrepublik Deutschland (vgl. DANNECKER/REICHE 1974) hervor, daß mehr als 30%

der Befragten keinen aktiven und mehr als 40% keinen passiven Analverkehr hatten (vgl. ROSENBROCK 1986).

„Der ungeschützte Analverkehr ist nach allen vorliegenden Ergebnissen immer strikt zu vermeiden. Die Benutzung eines Kondoms mit wasserlöslichem Gleitmittel bildet dann einen sicheren Schutz, wenn das Kondom nicht reißt“ (ROSENBROCK 1986, S. 38).

#### *Oral-Verkehr*

HIV-Übertragungen sind sowohl beim vaginal-oralen, beim penis-oralen sowie beim anal-oralen Geschlechtsverkehr nicht auszuschließen, jedoch ist hierbei das Infektionsrisiko als gering einzuschätzen (vgl. ROSENBROCK 1986). Die Studie von CHMIEL et al. (1986) an 2.096 homosexuellen, promisk lebenden Männern kommt zu folgendem Resultat:

„Männer mit Analverkehr vor der Untersuchung wurden - in direkter Abhängigkeit von der Häufigkeit dieses Verkehrs - zwischen 3,5% (seltener Analverkehr) und 12,3% (häufiger Analverkehr) seropositiv. Von den 213 schwul und promisk lebenden Männern ohne Analverkehr blieben alle ohne Ausnahme seronegativ. Darunter befanden sich 151 Männer (71%), die während der Untersuchungszeit häufigen genital-oralen Verkehr hatten“ (ROSENBROCK 1986, S. 40).

#### *Direkte Makroinokulationen in die Blutbahn*

Hierunter fällt die gemeinsame Benutzung unsteriler, kontaminierter Spritzen bei den intravenös Drogenabhängigen (needle sharing). Zu den direkten „Impfungen“ zählt auch die „gemeinsame Benutzung von nicht-sterilen Gegenständen zur Einführung vor allem in den After bei bestimmten Sexualpraktiken (Dildos, Sex-Toys)“ (ROSENBROCK 1986, S. 42). Als infektionsriskant sind weiterhin alle Sexualpraktiken zu bewerten, bei denen es zu einer Beschädigung blutführender Gefäße an der Körperoberfläche kommt. „Faust-Fick (Fist-Fucking) ist unter AIDS-Gesichtspunkten wahrscheinlich nur dann hochriskant, wenn die eingeführte (ungeschützte) Hand offene oder sich beim Akt öffnende Wunden der Epidermis aufweist“ (ROSENBROCK 1986, S. 42)

### **1. 2. 5.       Epidemiologie von HIV und AIDS**

(M. Jodexnis)

Bei den im folgenden Kapitel berichteten Zahlen bezüglich der Verbreitung von HIV-Infektionen und AIDS-Fällen handelt es sich um Angaben des Deutschen AIDS-Zentrums, der WHO und der UNICEF. Sie sind relative Schätzwerte, die lediglich eine grobe Orientierung ermöglichen. Dies hat verschiedene Gründe:

HIV und AIDS fallen derzeit in fast allen Ländern nicht unter das Seuchengesetz, sind also nicht meldepflichtig; eine vollständige Erfassung aller Fälle ist nicht zu gewährleisten. Wo Betroffene sich mehr als einmal testen lassen, werden sie auch entsprechend mehrfach registriert, so daß Mehrfachmeldungen in die Berechnungen mit einfließen. Hinzu kommt, daß nicht jede AIDS-Erkrankung als solche diagnostiziert wird. Weiterhin sind Bereitschaft und Möglichkeit, sich einem HIV-Antikörpertest zu unterziehen, in den einzelnen Ländern und Bevölkerungsgruppen sehr unterschiedlich ausgeprägt.

Die Grundlage der Daten des AIDS-Zentrums bilden die dort eingegangenen freiwilligen Meldungen über AIDS-Erkrankungen sowie Meldungen über positive HIV-Antikörpertests. „In das AIDS-Fallregister werden nur Fälle von Personen aufgenommen, die ihren ständigen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland haben und die der geltenden Falldefinition für die epidemiologische Überwachung von AIDS genügen. Berichte, bei denen unverzichtbare Angaben unvollständig sind, werden recherchiert und gegebenenfalls später aufgenommen. Durch die fortlaufenden Recherchen können sich Veränderungen in der Zahl oder der Zuordnung der bereits in der Vergangenheit gemeldeten Fälle ergeben, dies vor allem, wenn bisher unerkannte Mehrfachmeldungen des gleichen Falles als solche identifiziert werden... Zur Berechnung der durch den Meldeverzug in Zukunft noch zu erwartenden AIDS-Fallberichte wird das vom European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS verwandte Verfahren von Heisterkamp und Downs eingesetzt“ (AIDS-ZENTRUM 1996, S. 2).

Die Angaben über HIV-Infektionen basieren auf anonymen Meldungen über positive HIV-Bestätigungstests und nicht auf Meldungen über tatsächlich HIV-positive Personen. Mehrfachmeldungen werden auf 30% bis 50% geschätzt. Unsicher sind auch die Aussagen zum Übertragungsweg: „Angaben zum Infektionsmodus enthält nur ein Teil der Befundmeldun-

gen. Dadurch sind die Aussagemöglichkeiten zur Frage der Übertragungswege eingeschränkt“ (AIDS-ZENTRUM 1996, S. 3).

Aus Gründen der Aktualität werden neben den Angaben der oben genannten Institutionen auch Daten referiert, die der Tagespresse entnommen sind.

Wenn im folgenden von HIV gesprochen wird, ist, wenn nicht ausdrücklich anders vermerkt, das HIV-1-Virus mit seinen Subtypen gemeint.

### **1. 2. 5. 1.      Ausbreitungsmuster von HIV und AIDS**

(M. Jodexnis)

Die WHO (World Health Organisation), zuständig für die Überwachung der Verbreitung von HIV und AIDS, beschrieb im Jahre 1990 in Anlehnung an die Enquete-Kommission vier unterschiedliche Ausbreitungsmuster (vgl. CURRAN/HEYWARD 1988; KLINGHOLZ 1988):

#### *Pattern-I-Länder*

Zu den Pattern-I-Ländern zählen Nordamerika, Westeuropa, Australien, Neuseeland sowie einige lateinamerikanische Länder. Die ersten AIDS-Fälle wurden hier Ende der 70er, Anfang der 80er Jahre registriert. Männer waren weitaus häufiger betroffen als Frauen (zehn bis fünfzehn männliche Infizierte gegenüber einer weiblichen Infizierten), davon waren die meisten homosexuell, intravenös drogenabhängig oder bisexuell. Die Zahl der durch heterosexuelle Kontakte Infizierten ist gering, aber mit steigender Tendenz, ebenso wie die Anzahl der HIV-positiven Frauen und Kinder. Die Seroprävalenz der Gesamtbevölkerung liegt bei weniger als 1% (zum Vergleich: bei intravenös Drogenabhängigen größer gleich 50%). Vorherrschend ist hier vor allem Subtyp B.

#### *Pattern-II-Länder*

Zu den Pattern-II-Ländern zählen vor allem Zentral- und Westafrika, urbane Regionen Westafrikas, Lateinamerika, Kuba. Der Beginn der HIV-Ausbreitung, die vor allem über heterosexuelle Kontakte erfolgte, wird auf Mitte der 70er Jahre datiert. Afrika gilt dabei als besonders betroffen aufgrund der weiten Verbreitung von Prostitution und Geschlechtskrankheiten. Um-

stritten ist die Auswirkung von verseuchtem Blut, genetischer Disposition, kontaminierten Spritzen, besonders infektiöser Viren oder der Beschneidungspraxis.

Die HIV-Prävalenz schwankt zwischen 1% (Erwachsene) und 25% bis 30% (sexuell aktive Bevölkerung in urbanen Regionen); für weibliche Prostituierte beträgt sie bis zu 90%.

#### *Pattern-III-Länder*

Zu den Pattern-III-Ländern gehören Osteuropa, der Nahe Osten, Nordafrika, Asien, die Pazifikstaaten. HIV-Fälle sind hier seit Ende der 80er Jahre registriert. Zu Beginn der 90er Jahre war die Infektionsrate noch gering und kein stringentes Ausbreitungsmuster erkennbar. Lediglich 1% der von der WHO gemeldeten HIV-Infektionen haben ihren Ursprung in diesen Ländern.

#### *Pattern-IV-Länder*

Hierzu zählt hauptsächlich der europäische Kontinent. Die HIV-Ausbreitung wird auf Anfang der 80er Jahre datiert. Während für Spanien vor allem intravenös Drogenabhängige und für die Beneluxländer heterosexuelle Kontakte (enge Beziehung zu Afrika) verantwortlich gemacht und für Osteuropa (geographische und politische Isolation) nur wenige Infektionen gemeldet werden, rekrutiert sich die Zahl der HIV-Positiven im restlichen Europa vor allem aus Homosexuellen und intravenös Drogenabhängigen, wobei sich der Anteil der durch heterosexuelle Kontakte hervorgerufenen Neuinfektionen ständig erhöht.

Während Typ B des HIV-1 vor allem in Europa und Nordamerika verbreitet ist, sind die Typen A und D hauptsächlich in Ostafrika, Typ C in Südafrika und Indonesien und Typ E in Südostasien zu finden. Alle fünf genannten plus der seltenen weiteren Varianten lassen sich in Äquatorialafrika nachweisen, wo ca. 25% aller isolierten HI-Viren Mischformen und Kombinationen darstellen.

### 1. 2. 5. 2. Die Verbreitung von HIV und AIDS

(M. Jodexnis)

Während die medizinische AIDS-Forschung innerhalb kurzer Zeit zu umfassenden Ergebnissen führte, was die Identifikation der HI-Viren und ihrer genetisch virologischen Struktur und Wirkungsweise, den Verlauf der Infektion, den Ursprung der AIDS-Indikatorenkrankheiten, die Entwicklung eines praktikablen diagnostischen Instrumentariums einschließlich des HIV-Antikörpertests betrifft, besteht hinsichtlich ihrer Herkunft und der die Übertragung beeinflussenden Faktoren nach wie vor Unklarheit bzw. Uneinigkeit (vgl. AIDS-FORUM 1988; ROSENBROCK 1986). Wissenslücken bestehen auch in der Frage nach den Bedingungen, die den Ausbruch der Krankheit ermöglichen, hemmen, fördern oder ausschließen können. Nach ROSENBROCK stellt HIV eine notwendige Voraussetzung für AIDS dar, während die hinreichenden Bedingungen in den sozialen, hygienischen und gesundheitlichen Aspekten sowie dem entsprechenden Verhalten der Betroffenen zu sehen seien (vgl. ROSENBROCK 1986; JENSEN 1993).

Epidemiologisch wird in der AIDS-Forschung größtenteils übereinstimmend Afrika als Ursprungsland von AIDS genannt (vgl. KOCH 1989). Die These der Übertragung von AIDS durch Affen (vgl. GLUCKMANN 1986. In: ROSENBROCK 1986) ist für das HIV-1 aufgrund der Unterschiedlichkeit von menschlichen und affenspezifischen AIDS-Erregerviren nicht haltbar, für das HIV-2 jedoch denkbar, bedingt durch die nahe virologische Verwandtschaft von Affen- und Menschenvirus (vgl. ESSEX/KRANKI 1988). JÄGER berichtet über ein dem HIV-1 ähnlichem Affenvirus bei Schimpansen, dem SIV (simian immunodeficiency virus); zudem zeigt HIV-2 eine 75%ige Verwandtschaft mit AIDS-Viren bei Rhesusaffen (vgl. JÄGER 1991). Gleichwohl bleibt die Frage nach dem eigentlichen Ursprung von HIV unklar und schwer beantwortbar. KOCH hält für möglich, daß AIDS seinen Ursprung in einem nicht pathogenen Vorgängervirus bei Affen hat und über die Verwendung von Affenblut als potenzsteigerndem Mittel sowie durch Verzehr von Affenfleisch auf eine kleine, isoliert lebende Population in Afrika übertragen wurde. Aufgrund geringer Mobilität sowie einer hohen Rate verschiedener anderer Infektionskrankheiten mit daraus resultierender kurzer Lebenserwartung konnte das Virus lange Zeit als solches unerkannt in einer geographisch und zahlenmäßig eingeschränkten Bevölkerungsgruppe überdauern. Mit zunehmender Zivilisation und Mobilität gelangte das Virus allmählich durch Prostitution und Export von verseuchten

Blutprodukten in urbane Regionen und Städte und schließlich in andere Länder (vgl. KOCH 1987; KOCH et al. 1987).

DUESBERG et al. negieren HIV als Ursache von AIDS und halten andere Risikofaktoren wie z.B. Drogenmißbrauch, Medikamentenabusus oder Geschlechtskrankheiten, unabhängig vom Vorhandensein einer HIV-Infektion, für die Entstehung von AIDS verantwortlich (vgl. PSYCHOLOGIE HEUTE 5, 1994). JENSEN (vgl. JENSEN 1993) spricht vom „Umweltschaden AIDS“ als einer biologischen Katastrophe.

Vermutungen über die Entstehung von HIV aufgrund eines Laborunfalles, eines Ausbruchs infizierter Affen aus einem Primatenzentrum (vgl. BRUN-VEZINET et al. 1984; HATCH 1984 und 1986. In: ROSENBROCK 1986) konnten bisher nicht bestätigt werden.

HIV und AIDS haben sich seit ihrer Entdeckung in erschreckendem Ausmaß ausgebreitet und zu einem weltweiten Problem entwickelt. Obwohl sich nach anfänglichem rasantem Anwachsen der Infektions- und Krankheitszahlen in den westlichen Industrieländern die Befürchtung einer umfassenden Durchseuchung z.Zt. nicht bestätigt, hat sich AIDS als „Pest des 20. Jahrhunderts“ in den Entwicklungsländern, vor allem in Teilen Afrikas und Asiens, etabliert. Während in Europa und den USA die zahlenmäßige Entwicklung hinter den hochgerechneten Vorhersagen zurückblieb, wurden in der Dritten Welt selbst die pessimistischsten Prognosen weit übertroffen. Die beiden häufigsten AIDS-Indikatorerkrankungen Kaposi-Sarkom und P.C.Pneumonie treten aufgrund von Spontanremissionen, medikamentöser Behandlung und medizinischer Prophylaxe inzwischen seltener auf als zu Beginn der AIDS-Epidemie bei gleichzeitigem Anstieg anderer klinischer Erscheinungsbilder wie atypischen Mykobakterien, Polyneuropathien und Durchfällen (vgl. JÄGER 1991).

„Für die Bundesrepublik Deutschland läßt sich im Vergleich zu den Vereinigten Staaten ein vergleichbar rascher Anstieg der Erkrankungszahlen und eine ähnliche Verteilung bezüglich der Hauptbetroffenengruppen in einer zeitlichen Verzögerung von ca. drei Jahren feststellen“ (AIDS-FORUM 1988, S. 18).

In den USA versterben Männer im Alter von 25 bis 44 Jahren häufiger an AIDS als an einer anderen Krankheit: bis Mitte 1995 wurden mehr als 500.000 Krankheitsfälle sowie über 300.000 Todesfälle registriert. Bei abnehmender bzw. relativ gleichbleibender Zahl HIV-infizierter Homosexueller und Weißer stieg der Anteil HIV-positiver Schwarzer, Hispanics und Frauen an. Zwischen 1978 und 1993 wurden in den USA rund 15.000 HIV-infizierte Kinder geboren; 26% der HIV-positiven Kinder waren jünger als zwei Jahre, 35% zwischen

zwei und vier Jahren und rund 40% fünf Jahre und älter (vgl. DEUTSCHES ÄRZTEBLATT 92, 1995). Unter den ein- bis vierjährigen Kindern stellt AIDS dort inzwischen die siebthäufigste Todesursache dar.

Mit circa 80% aller bekannten AIDS-Fälle ist die überwiegende Mehrheit der Betroffenen in Ländern Afrikas, Asiens und Lateinamerikas zu finden.

Anfangs bildeten die Gruppen der homosexuellen Männer aufgrund ihrer riskanten Sexualpraktiken (Analverkehr mit großer Verletzungsgefahr), der intravenös Drogenabhängigen (durch Blut verunreinigte, gemeinsam benutzte Spritzen) sowie der Prostituierten die typischen Risikogruppen. Inzwischen ist in Europa und Nordamerika die Infektionsrate bei Homosexuellen und professionellen Prostituierten aufgrund steigender Sensibilisierung für die AIDS-Gefahr und daraus folgender Praktizierung von Safer Sex (Kondomgebrauch) zurückgegangen bzw. nicht weiter angestiegen. In der Bundesrepublik stellen die professionellen Prostituierten aufgrund ihrer geringen HIV-Prävalenz keine Risikogruppe dar. „Sofern Prostituierte hierzulande HIV-positiv sind, handelt es sich fast ausschließlich um drogenabhängige Frauen“ (KLEIBER et al. 1993, S. 218). Da sie aber aufgrund der hohen Anzahl von Sexualpartnern sehr infektionsgefährdet sind, würde sich ein Verzicht auf Kondome fatal auswirken. Tatsächlich hat sich gezeigt, daß bei Prostituierten-Kunden-Kontakten nicht immer Kondome verwendet werden, was aber zum größten Teil auf die Wünsche und Forderungen der Kunden, die auf ungeschütztem Sexualverkehr bestehen, zurückzuführen ist. Freier scheinen weitaus risikofreudiger zu sein als die professionellen Prostituierten (vgl. KLEIBER et al. 1993; KLEIBER/WILKE 1994; MARKERT 1994). Da die (nicht gemeldeten) drogenabhängigen Prostituierten großenteils ungeschützten Geschlechtsverkehr praktizieren, steht zu befürchten, daß auch die registrierten Prostituierten aus Existenzsicherungsgründen und Konkurrenzdruck zunehmend auf Kondome verzichten werden. Durch uneinsichtiges Freierverhalten und Sextourismus steigt die Zahl der HIV-Infektionen in der heterosexuellen Bevölkerung, vor allem bei Frauen und Kindern, in den westlichen Industrienationen kontinuierlich an.

Von den geschätzten 100.000 deutschen Sextouristen hat jeder zehnte noch nie ein Kondom benutzt (vgl. KLEIBER 1995). Da in armen Ländern wie z.B. Thailand, beliebtes Reiseziel und „Mekka“ deutscher Prostitutionstouristen, der Gesundheitszustand allgemein schlecht ist, Hygiene und medizinische Versorgung unzureichend und Geschlechtskrankheiten häufig und Promiskuität und Prostitution weit verbreitet sind, der Kondomgebrauch jedoch gering ist,



wird die Gefahr einer heterosexuellen Ausbreitung von HIV und AIDS in den westlichen Ländern verständlich; durch Massen- und Sextourismus wird sich AIDS aus den heterosexuellen Endemiegebieten in den Industrienationen weiter verbreiten. „Unser gutes Sozialsystem und das System der medizinischen Versorgung haben sich zwar bewährt, 50 Millionen Touristen/Jahr weltweit werden aber zwangsläufig dazu führen, daß die Krankheit aus den heutigen heterosexuellen Endemiegebieten mit diesem Übertragungsmodus auch bei den Industrienationen weiter zunimmt“ (JÄGER 1993, S. 21). STRICKER et al. verglichen die Häufigkeit flüchtiger Sexualkontakte und den Kondomgebrauch von Schweizer Tropentouristen anhand einer Zielgruppe (bei der Impfberatung als potentielle Sextouristen eingestufte Personen) und einer Vergleichsgruppe (eine randomisierte Auswahl von Keniarückkehrern). Sie stellten deutliche Unterschiede in der Häufigkeit flüchtiger sexueller Kontakte fest: gegenüber 59,8% der Zielgruppe berichteten lediglich 3,6% der Vergleichsgruppe von flüchtigen Sexualkontakten. Davon hatten 25,5% mehr als drei Sexualpartner und 49,1% Kontakte zu Prostituierten gehabt. Kondome wurden von etwas mehr als der Hälfte der Probanden benutzt (vgl. STRICKER et al. 1990).

KLEIBER hält einen Anstieg der HIV-Infektionen auf fünf bis zehn Prozent der deutschen Gesamtbevölkerung für unvermeidbar (vgl. KLEIBER 1995; KLEIBER et al. 1993).

Hinsichtlich Ausmaß und Fortschreiten der HIV-Infektion sowie der ansteckungsgefährdeten Bevölkerungsgruppen ist ein geographisches Armutsgefälle deutlich erkennbar. Während in den Industrienationen die Zahl der Neuinfektionen in den letzten Jahren bei Homosexuellen und Prostituierten stagniert und in der heterosexuellen Bevölkerung noch relativ langsam ansteigt, werden aus Afrika und Asien, vor allem aus Thailand, alarmierende Zahlen gemeldet. Breitete sich das HI-Virus in Thailand in den 80er Jahren zunächst langsam und fast ausschließlich unter intravenös Drogenabhängigen und homosexuellen Männern aus, brach Ende der 80er Jahre HIV epidemisch auch in der heterosexuellen Bevölkerung aus und zwar mit dem Subtyp E, der als die gefährlichste und als weitaus ansteckendste Variante gilt. Seitdem verdoppelte sich die Zahl der Infizierten jährlich; 1995 galten zwischen 0,5 bis 1 Million Thailänder als HIV-positiv. Der größte Teil der HIV-Infektionen in der Dritten Welt wird durch heterosexuelle Kontakte übertragen und betrifft vor allem die junge Bevölkerung im Alter von 15 bis 40 Jahren (vgl. JÄGER 1991).

Subtyp E des HIV benötigt zu seiner Übertragung keine Blutkontakte wie z.B. Subtyp B, vielmehr reichen Schleimhautkontakte, vor allem im Genitalbereich, zu seiner Verbreitung

aus. In Thailand infizieren sich 90% der HIV-Positiven beim heterosexuellen Geschlechtsverkehr, in den USA und Europa lediglich 10%. Forscher wie ESSEX und BURKE stufen Typ E als 500mal gefährlicher ein als alle anderen genetischen Varianten; Einigkeit über die größere Gefährlichkeit besteht unter den Forschern jedoch nicht. Der Immunologe VITHAYASAI hält eine Erklärung der hohen Infektionsrate in Thailand auch ohne das Vorhandensein eines besonders aggressiven Virusstammes für möglich: ein großer Teil der thailändischen Männer besucht regelmäßig Bordelle und benutzt keine Kondome; Geschlechtskrankheiten sowie ein allgemein schlechter Gesundheitszustand erhöhen die Ansteckungswahrscheinlichkeit massiv (vgl. DIE ZEIT 49, 01. 12. 1995).

Wie gefährlich Subtyp E ist und ob er eine dramatische AIDS-Welle auch in Europa und den USA auslösen wird, bleibt abzuwarten. Die Zahlen lassen jedoch einen ernstzunehmenden Trend erkennen. „Wenn Subtyp E in Westeuropa und den USA ankommt, müssen wir mit einer wesentlich größeren Epidemie unter Heterosexuellen rechnen“ (ESSEX 1995. In: FOCUS 48, 1995, S. 198). R. KURTH, Präsident des Bundesamts für Sera und Impfstoffe, hielt 1995 in einem Interview eine neue Aufklärungskampagne erforderlich für den Fall, daß HIV-Typ E sich in Deutschland ausbreitet: „Dann ist nach zehn Jahren AIDS in Deutschland die Zeit relativer Ruhe vorbei. Je mehr E-Typ im Land ist, desto aggressiver und eindringlicher muß die Aufklärung sein. ... Subtyp E ist ideal für die heterosexuelle Übertragung“ (FOCUS 48, 1995, S. 193).

1995 wurden die ersten Subtyp E-Fälle, importiert durch Thailandtouristen, in Deutschland registriert. B. SCHWARTLÄNDER, Beauftragter für Seuchenprävention beim Deutschen AIDS-Zentrum in Berlin, erklärte 1995 den Sextourismus als großes Problem. Die Studie des Bundesgesundheitsministeriums zu AIDS, Sexualität und Tourismus (vgl. KLEIBER 1995) belegt den Zusammenhang zwischen Prostitutionstourismus in der Dritten Welt und der Ausbreitung von AIDS auch in den westlichen Industrienationen. Begründet wird dieses mit der stark angestiegenen Zahl HIV-infizierter Prostituierter in den Hauptreiseländern sowie mit nicht-präventivem Sexualverhalten (vgl. KLEIBER 1995).

Rund 10% aller HIV-Neuinfektionen in Deutschland im Jahre 1995 sind auf heterosexuellen Sextourismus zurückzuführen. KLEIBER stellte in seinen vor-Ort-Studien in Thailand, Kenia, Brasilien und auf den Philippinen fest, daß ein Drittel der deutschen Männer mit Sexualkon-

takten zu verschiedenen einheimischen Prostituierten niemals ein Kondom benutzten. Entsprechend gaben bis zu 25% der Sextouristen an, persönlich keine Angst vor AIDS und HIV zu haben.

Frauen partizipieren nicht nur zunehmend am Sextourismus, sondern verhalten sich teilweise noch risikofreudiger als Männer; Kondome werden zwar verbal befürwortet, in der sexuellen Praxis aber so gut wie nie benutzt (vgl. KLEIBER 1995; KLEIBER et al. 1993).

Für den afrikanischen Kontinent werden ebenfalls wachsende Infektionsraten berichtet. Im Jahre 1996 galt Uganda mit 1,5 Millionen HIV-Positiver als das Land mit den meisten Infizierten Afrikas. Schätzungen zufolge wird sich die Bevölkerung Afrikas bis zum Jahr 2000 um etwa ein Drittel als Folge von AIDS verringert haben; zudem wird weltweit mit circa 40 Millionen HIV-infizierter Männer, Frauen und Kinder gerechnet.

Die Statistiken des AIDS-Zentrums in Berlin wiesen für die Bundesrepublik für das Jahr 1996 rund 38.000 HIV-Infizierte aus, wobei die Zahl der Neuansteckungen mit circa 2.000 pro Jahr seit längerem relativ konstant blieb (vgl. AIDS-ZENTRUM 1996).

### **1. 2. 5. 3.      Epidemiologische Daten zu HIV und AIDS in der Bundesrepublik Deutschland** (M. Jodexnis)

Alle folgenden Angaben sind dem Quartalsbericht III/1996 des AIDS-Zentrums im Robert-Koch-Institut entnommen. Die folgenden Zahlen beziehen sich auf den Untersuchungszeitraum. Aus Gründen der Aktualität werden am Schluß dieses Kapitels die Entwicklungen bis zum Jahr 2003 hinzugefügt.

Die (geschätzte) Gesamtzahl aller seit Beginn der AIDS-Epidemie HIV-Infizierten betrug Ende September 1996 50.000 bis 60.000, die der seit 1982 gemeldeten AIDS-Fälle 15.308, wovon 9.961 als verstorben gemeldet waren. Es wurde dabei von einer ca. 85 prozentigen Erfassung aller in Deutschland vorkommenden AIDS-Erkrankungen ausgegangen.

Die jeweilige Geschlechterverteilung zeigt eine deutliche Dominanz der Männer: 80% bis 85% der HIV-Infektionen und 89% der AIDS-Erkrankungen entfielen auf Männer. Der Anteil

von Frauen an HIV-Neuinfektionen (gemessen an HIV-Bestätigungstests) stieg dabei von 12,5% vor 1987 auf 20,7% im Jahre 1996 an.

Die Verteilung der gemeldeten AIDS-Fälle nach Infektionsrisiko und Geschlecht ergab für den Zeitraum von Oktober 1995 bis September 1996 folgendes Bild:

*Männliche Jugendliche und Erwachsene (älter als 12 Jahre)*

Homo- oder bisexuelle Männer	68,4%
Intravenös Drogenabhängige	11,6%
Hämophile	3,6%
Empfänger von Blutprodukten und -transfusionen	0,1%
Heterosexuelle Kontakte (ausgenommen: Pattern-II-Länder )	4,3%
Patienten aus Pattern-II-Ländern (*)	2,5%

(\*) Länder, in denen HIV endemisch ist und überwiegend heterosexuell übertragen wird, z.B. Zentral-, Westafrika, Karibik

*Weibliche Jugendliche und Erwachsene (älter als 12 Jahre)*

Intravenös Drogenabhängige	36,5%
Empfänger von Blutprodukten und -transfusionen	3,2%
Heterosexuelle Kontakte (ausgenommen: Pattern-II-Länder)	31,0%
Patienten aus Pattern-II-Ländern	19,8%

Auffallend ist hierbei die ungleiche Verteilung der heterosexuellen Übertragung bei Frauen und Männern: im genannten Zeitraum hatten sich insgesamt 51,8% aller neuinfizierten Frauen auf heterosexuellem Wege angesteckt gegenüber lediglich 6,8% der Männer. Dies kann als Bestätigung einer zunehmenden Übertragung von HIV durch heterosexuelle Kontakte, die vor allem Frauen betrifft, interpretiert werden.

Die Verteilung der registrierten AIDS-Fälle und der berichteten positiven HIV-Bestätigungstests nach Altersgruppen und Geschlecht ergibt, daß bei beiden Geschlechtern der größte Teil der HIV-Neuinfektionen im Alter von 25 bis 39 Jahren stattfand. In der Altersgruppe von 25 bis 29 Jahren hatten sich insgesamt 19,2% der Männer und 28,2% der Frauen

infiziert, in der Altersgruppe von 30 bis 39 Jahren wurde bei den Männern von 32,3% aller Neuinfektionen, bei den Frauen von 27,2% berichtet. Im Alter von 20 bis 24 Jahren infizierten sich mit 18 % fast doppelt so viele Frauen wie Männer mit 9,4%. Entsprechend verschob sich die Altersstruktur bei den registrierten AIDS-Fällen: 40,1% aller AIDS-Erkrankungen bei Männern und 44,9% bei Frauen entfielen in die Altersgruppe von 30 bis 39 Jahren, 11,8% bei den Männern und 23% bei den Frauen in die Gruppe von 25 bis 29 Jahren. Der Anteil der AIDS-Fälle bei Männern in der Altersgruppe 40-49 Jahre lag mit 27,9% mehr als doppelt so hoch wie der der Frauen mit 10,9%. Frauen infizierten sich also in einem jüngeren Alter als Männer mit HIV und erkrankten entsprechend früher an AIDS als Männer.

Die Betrachtung der regionalen Verteilung zeigt, daß 54% aller HIV-Positiven sowie 54% aller bisher an AIDS-Erkrankten aus den Großstädten Frankfurt/M., München, Berlin (West), Düsseldorf, Köln und Hamburg stammen, jeweils 44% aus Regionen außerhalb der genannten Großstädte in den alten Bundesländern. Aus den neuen Bundesländern wurden bisher etwa jeweils 2% aller HIV-Infektionen und AIDS-Erkrankungen gemeldet.

Die folgenden Angaben sind dem Epidemiologischen Bulletin des Robert Koch – Institutes entnommen (vgl. ROBERT KOCH – INSTITUT (Hg.): Epidemiologisches Bulletin, Nr. 48, 26. 11. 2003).

Laut RKI lebten Ende 2003 schätzungsweise 43.000 Menschen in Deutschland mit HIV, davon 33.500 Männer, 9.500 Frauen und weniger als 400 Kinder. Die Zahl der AIDS-Erkrankungen wird auf 5000 geschätzt.

Bei einer gleichbleibenden Neuinfektionsrate stieg die Zahl der HIV-Infizierten jährlich um etwa 1.000 bis 1.300 Personen, während die Zahl der AIDS-Todesfälle aufgrund der therapiebedingten Verminderung der Sterberate auf ca. 600 bis 700 pro Jahr gesunken ist (zum Vergleich: Anfang der 90er Jahre verstarben noch etwa 2000 Menschen an AIDS).

Von den ca. 2000 HIV-Neuinfektionen des Jahres 2003 entfielen 1.500 auf Männer, 500 auf Frauen.

50% der Infektionswege lagen in homosexuellen Kontakten bei Männern, d. h., die homosexuellen Männer bilden nach wie vor die größte Risikogruppe. An zweiter Stelle der HIV-Infektionswege steht die Herkunft aus HIV-Hochprävalenzgebieten (Ländern mit einer hohen

HIV-Prävalenz in der allgemeinen Bevölkerung). Die heterosexuellen Kontakte rangieren mit 18% der Infektionswege vor dem intravenösen Drogengebrauch (9%).

Insgesamt haben sich seit Beginn der Epidemie etwa 65.000 Menschen in Deutschland mit HIV angesteckt, bei etwa 27.000 kam es zum Ausbruch der Krankheit AIDS.

Die Zahl der heterosexuellen Neuinfektionen bewegt sich in den letzten Jahren auf konstantem Niveau. „Die größte Bedeutung haben Infektionen, die in binationalen Partnerschaften mit Partnern aus Hochprävalenzgebieten bzw. bei Sexualkontakten in solchen Regionen erworben werden“ (vgl. ROBERT KOCH – INSTITUT (Hg.): Epidemiologisches Bulletin, Nr. 48, 26. 11. 2003, S. 396). Weitere heterosexuelle Ansteckungswege finden sich in Partnerschaften mit aktuellem oder vergangenem Drogenkonsum sowie in Partnerschaften mit bisexuellen Männern.

Die steigende heterosexuelle HIV-Infektion in Osteuropa kann sich dagegen durch die zunehmende Ost-West-Migration auf die Entwicklung in Europa negativ auswirken.

Während der Anteil der HIV-Infektionen bei intravenös Drogen Konsumierenden seit Beginn der 90er Jahre rückläufig war, ist aktuell kein weiterer Rückgang zu beobachten.

Die homosexuellen Männer stellen nach wie vor die größte Risikogruppe dar: ging ihr Anteil an den HIV-Neuinfektionen Ende der 90er Jahre leicht zurück, wird aktuell wieder eine leichte Zunahme verzeichnet. Ausschlaggebend hierfür sind ein sinkender Kondomgebrauch und ein größeres sexuelles Risikoverhalten.

Die Zahl der HIV-Infektionen bei Kindern und Neugeborenen hat sich seit den 90er Jahren verringert und liegt derzeit bei etwa 10 – 20 pro Jahr. „Die Zahl neu diagnostizierter HIV-Infektionen bei post- bzw. perinatal infizierten Kindern blieb durch die mittlerweile möglichen Vorbeugemaßnahmen zur Verhinderung einer Mutter-Kind-Übertragung auf wenige Einzelfälle beschränkt“ (vgl. ROBERT KOCH – INSTITUT (Hg.): Epidemiologisches Bulletin, Sonderausgabe A, 2003, S. 1).

#### **1. 2. 5. 4.      Epidemiologische Daten zu HIV und AIDS in Europa und in den USA**

(M. Jodexnis)

Für einige ausgewählte Länder Europas und die USA gibt das AIDS-Zentrum kumulierte Inzidenzen (AIDS-Fälle pro Million Einwohner) auf Grundlage der Daten des European Center for the Epidemiological Monitoring of AIDS, France, mit Stand von Juni 1996 an.

Die USA verzeichnete erwartungsgemäß die höchste kumulierte Inzidenz mit 1549.16. Unter den europäischen Ländern führte Spanien mit einer kumulierten Inzidenz von 1024.58 die AIDS-Rangliste an, gefolgt von der Schweiz (754.00), Frankreich (713.76) und Italien (601.06), während die Bundesrepublik Deutschland mit 183.76 AIDS-Fällen pro Million Einwohner am unteren Ende lag.

Ein interessantes Bild ergibt sich aus der Verteilung der HIV-Infektionsrisiken, die sich in den einzelnen europäischen Ländern sehr unterschiedlich darstellen. In Deutschland, Großbritannien, Skandinavien und den Niederlanden hat sich der weitaus überwiegende Teil der AIDS-Kranken über homo- und bisexuelle Kontakte angesteckt, in Spanien, der Schweiz, Italien und Portugal über intravenösen Drogenmißbrauch. Im Jahre 1991 entfiel z.B. in Frankreich ein Drittel aller HIV-Neuinfektionen auf Heterosexuelle ohne weitere Risikofaktoren (vgl. JÄGER 1991).

#### **1. 2. 6.            Zusammenfassung und Trends**

(M. Jodexnis)

„Während in Afrika und Asien die AIDS-Katastrophe in vollem Gange ist, scheint sich bei uns der Schrecken über die Epidemie schon gelegt zu haben. Berichte über die Immunschwäche sind zur müden Pflichtübung geworden“, konstatierte P. SÜSS bereits 1993 (in: FORD 1994, S. 11).

Dieser schon zu Anfang der 90er Jahre zu beobachtende Trend hat seither an Schärfe zugenommen. War AIDS seit seiner Entdeckung ein nicht nur in Betroffenen- und Forscherkreisen viel diskutiertes Thema, hat es inzwischen deutlich an Brisanz und „Aktualität“ verloren. AIDS ist aus dem öffentlichen Bewußtsein der deutschen Bevölkerung verschwunden. Und

nicht nur daraus: die Zahl medizinischer, sexualpädagogischer und medizinsoziologischer Veröffentlichungen geht seit Jahren kontinuierlich zurück. Zwar verzeichnen AIDS-Kongresse nach wie vor große Beteiligung von Forschern und Betroffenen, während die mediale Resonanz zu wünschen läßt. Einschlägige Berichte finden noch selten Niederschlag in Fernsehen, Funk und Presse, abgesehen von publikumsträchtigen Sensationsmeldungen über neue AIDS-Medikamente.

Da sich AIDS in Deutschland bisher nicht epidemiehaft ausgebreitet hat und deshalb keine unmittelbare Bedrohung darstellt, hat sich, übersättigt von anfänglicher Panikmache und allgegenwärtigen Safer Sex-Kampagnen, in der Bevölkerung eine eher gleichgültige Einstellung gegenüber HIV und AIDS etabliert. „AIDS ist in der BRD einfach zur Normalität geworden, ... Die Zeit der großen Auseinandersetzungen über die Krankheit und den Umgang mit ihr scheint vorbei. Fast überall haben sich Strategien durchgesetzt, die auf Vernunft, Besonnenheit und Aufklärung gründen. Die anfänglichen Horrorszenarien, daß AIDS sich auf weite Teile der Bevölkerung ausbreiten könnte, haben sich nicht erfüllt“ (FORD 1994, S. 12). So berichtete anlässlich des Welt-AIDS-Tages 2003 die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, daß in Deutschland die Angst vor AIDS und die Bereitschaft, sich bei Sexualkontakten zu schützen, abgenommen haben.

Daß AIDS in Teilen Afrikas und Asiens längst seuchenhaften Charakter angenommen hat und die dortige Bevölkerung in wenigen Jahren drastisch dezimieren wird, tangiert die weniger betroffenen westlichen Länder kaum. Obwohl Afrika nur ca. zehn Prozent der Weltbevölkerung stellt, verzeichnet es mehr als die Hälfte aller AIDS-Fälle. „AIDS verändert *alle* Gesellschaften und wird dies weiterhin tun“, konstatiert ROSENBROCK, und zwar „in den Grundnormen ihres inneren und globalen Zusammenlebens“ (ROSENBROCK 1991. In: JÄGER 1991 S. 231), zu dem er u.a. die Wahrnehmung von und den Umgang mit individuellen und gesellschaftlichen Risiken und das Verhältnis zur Sexualität zählt. Weitere Veränderungen antizipiert er für die gesellschaftlichen Institutionen und Ressourcen und wachsende finanzielle Belastungen zur Bekämpfung der AIDS-Epidemie. „AIDS konfrontiert ganze Regionen der Erde mit neuen Qualitäten und Quantitäten des Leidens und führt sie damit an neue Grenzen ihrer sozialen und ökonomischen Leistungsfähigkeit“ (ROSENBROCK 1991. In: JÄGER 1991, S. 235).



Ein Ende von AIDS im Sinne einer Entwarnung ist zur Zeit auch für Deutschland nicht abzu-  
sehen. Bisher konnten weder wirksame Impfstoffe noch Heilmittel entwickelt werden; selbst  
wenn dies gelänge, wären sie aufgrund der hohen Medikamentenkosten nur für einen kleinen  
Teil der Betroffenen zugänglich. Die neue Medikamentenmischung aus (bereits gebräuchli-  
chen) Arzneimitteln kann zwar den Ausbruch der Krankheit verzögern sowie ihren Verlauf  
mildern, ihren tödlichen Ausgang aber nicht verhindern.

Vertreter der WHO und nationaler AIDS-Hilfen forderten eine internationale Regierungsof-  
fensive, um die HIV-Infizierten und AIDS-Kranken in den Entwicklungsländern an den auf  
dem Markt befindlichen, die Krankheitssymptome für eine Zeitlang hemmenden Medika-  
menten partizipieren zu lassen. Aufgrund der hohen Kosten seien AIDS-Medikamente nur für  
Betroffene aus den reichen Industrienationen verfügbar; entsprechend sei deren Zeit zwischen  
Ansteckung und Ausbruch von AIDS mit zehn Jahren doppelt so lang wie in den armen Län-  
dern der Dritten Welt. Solange sich die Lebensbedingungen der Menschen in der Dritten Welt  
nicht ändern, sondern Geschlechtskrankheiten, vielfältige andere Krankheiten, Ernährungs-  
mängel und Armutprostitution bewirken und damit die Infektionsgefahr für HIV erhöhen,  
wird AIDS kaum zu bekämpfen sein und sich durch Sextourismus auch in Deutschland wei-  
ter ausbreiten. Dies wird durch die aktuellen Daten des Deutschen AIDS- Zentrums belegt:  
Zwar bleibt die Zahl der HIV-Neuinfektionen in der BRD mit etwa 2.000 pro Jahr relativ kon-  
stant, jedoch beträgt der Anteil der Übertragungen durch heterosexuelle Kontakte rund 18%.  
Die überwiegende Zahl der Neuinfektionen findet nach wie vor über homosexuelle Kontakte  
statt, während die Ansteckungsrate bei den intravenös Drogenabhängigen stagniert (vgl.  
ROBERT KOCH – INSTITUT (Hg.): Epidemiologisches Bulletin, Nr. 48, 26. 11. 2003).

Den sichersten Schutz vor einer HIV-Infektion bildet nach wie vor präventives, infektionsris-  
kante Situationen vermeidendes Sexualverhalten. „Der Kenntnisstand hinsichtlich der Über-  
tragungswege und Übertragungssituationen reicht - ... - auch heute schon aus, um wirksame  
und lebbare Verhaltensgebote zu formulieren“ (ROSENBROCK 1986, S. 27), wobei deren  
Umfang und Inhalt überschaubar und nachvollziehbar sein sollten.

AIDS zwingt die Menschen und vor allem diejenigen mit wechselnden Partnern und infekti-  
onsriskanten Sexualpraktiken zu einer Einschränkung bzw. Veränderung ihrer sexuellen Akti-  
vitäten. Die Bereitschaft, angesichts der Krankheit das Verhalten zu ändern, hängt nach  
MORIN (1984) von verschiedenen Bedingungen ab. „Menschen müssen sich durch die

Krankheit persönlich gefährdet fühlen und der Überzeugung sein, daß dies schwere Konsequenzen für sie hätte. Sie müssen ferner davon überzeugt sein, daß Verhaltensänderungen tatsächlich die Krankheit verhindern können und daß sie auch die Möglichkeit haben, ihr Verhalten zu ändern. Auch brauchen sie einen Anlaß, sei es durch persönliche Erlebnisse, sozialen Druck von außen oder durch Unterstützung durch das soziale Umfeld. Hinzuzufügen ist, daß es um so wahrscheinlicher zu einer auch zeitstabilen Verhaltensanpassung kommt, je endgültiger und handhabbarer die geforderte Veränderung ist und je leichter sie in die gewohnten Lebensvollzüge (mit all ihren Bedeutungsebenen) einpaßbar ist“ (ROSENBROCK 1986, S. 29).

### **1. 3. Zur Theorie der Sexualität**

(B. Bartsch)

#### **1. 3. 1. Die Geschichte des Sexualitätsbegriffs**

(B. Bartsch)

„Unsere ganze Existenz ist von Sexualität förmlich durchwachsen, und es gibt kaum einen Lebensbereich, in dem Sexuelles nicht hineinspielt: Wir Menschen sind Sexualwesen“ (KENTLER 1984, S. 9).

Mit dieser schlichten, doch prägnanten Feststellung beschreibt KENTLER einen Zustand, dem erst in den letzten zwei Jahrhunderten vermehrt Beachtung und Aufmerksamkeit gewidmet wurde. Zwar hat es immer zwei menschliche Geschlechter gegeben, zwar gab es immer intimen körperlichen Kontakt, doch ergab sich daraus nicht stets eine verbindliche und eindeutige Bezeichnung für diese komplexen Vorgänge. Die Interpretation dessen geschah immer in einem historischen und kulturellen Kontext (vgl. HAEBERLE 1985; KENTLER 1984; GÖRGENS 1992; BANCROFT 1985).

Die Menschen im Altertum und im Mittelalter kannten Begriffe wie „fruchtbar“ und „eigen Fleisch und Blut“. Sie wußten um die Bedeutung des Küssens und des Umarmens, ihnen waren sinnliche Freude, körperliche Reize und Erregung bekannt. Manche huldigten der Nacktheit, andere zügelten die „Sinneslust“ und wählten Begriffe wie „Unzucht“ und „Wollust“ oder hielten sich nicht zurück, von den „Versuchungen des Teufels“ zu sprechen. Die „Reinheit“ wurde gepriesen, das „Beflecken“, die „Vergeudung des Samens“ wurde beklagt.

Moraltheologen und Dichter lobten oder geißelten die Liebe und die Leidenschaft je nach epochalen Vorstellungen und Zwängen. In den literarischen Schilderungen des Marquis de SADE (1740-1815) und des Schriftstellers von SACHER-MASOCH (1836-1895), in vielen Schriften der Inquisitoren und offiziellen Vertretern der katholischen Kirche stand manches, was wir unter dem heutigen Begriff der Sexualität summieren könnten. Doch gab es zur damaligen Zeit keine einheitliche Begrifflichkeit. Erfahrungen, Handlungen und Einstellungen von Menschen wurden unbewußt und zum Teil bewußt unterschiedlichen Bewertungen und Deutungen ausgesetzt.

In der gesamten klassischen westlichen Literatur (HOMER, DANTE, SHAKESPEARE, VOLTAIRE, GOETHE) fehlt der Begriff „Sexualität“. Bis zur Mitte des 18. Jahrhunderts wurde der Begriff „Sex“ im Sinne von „Sekte“ genutzt, und bis ins 19. Jahrhundert im Englischen auch als Synonym für „Frau“ gebraucht.

1735 entwickelte der schwedische Botaniker LINNE´ eine Systematik („Methodus sexualis“), in der Pflanzen nach Geschlechtsmerkmalen differenziert wurden. 1820 erschien von August HENSCHEL das Buch „Von der Sexualität der Pflanzen“, in dem HENSCHEL „männliche“ und „weibliche“ Aspekte bei Pflanzen beschreibt und nachweist, daß durch Bestäubung bei Pflanzen eine Fortpflanzung stattfindet.

In dem Kontext von der Geschlechtlichkeit der Pflanzen wurde der Begriff „Sexualität“ als hygienische und biologische Möglichkeit genutzt, die menschliche Fortpflanzungsfunktion zu determinieren (vgl. HAEBERLE 1985; GÖRGENS 1992; KENTLER 1984).

Eine Erweiterung des biologischen Fortpflanzungsbegriffes wurde durch den Terminus der Perversion geschaffen. In seinem Hauptwerk „Psychopathia sexualis“ von 1882 beschreibt Richard von KRAFT-EBING Perversionen als menschlich entartete Sexualität und damit als körperliche Verfallserscheinungen. Sein Buch basierte weniger auf wissenschaftlichem Erkenntnisstand, sondern huldigte mehr vorgefaßten Meinungen, die den damaligen gesellschaftlichen Wertemaßstäben entsprachen.

Nachdem die Begrifflichkeit „Sexualität“ Eigenschaften wie „männlich“ und „weiblich“ definierte, in einem weiteren Schritt die Fortpflanzung und die menschliche Entartung (Perversion) einband, wurde im Laufe der Jahre aus dem anfänglichen relativen ein umfangreicher Begriff, der gleichermaßen dem Bedürfnis nach Liebe und individueller Erfüllung Rechnung trug. Nicht mehr nur die Dyade weiblich männlich fand Berücksichtigung, auch Masturbation z. B. des einzelnen Individuums wurde als Sexualität begriffen.

Bedacht werden muß bei dem Wandel der Begrifflichkeit der Sexualität auch der allgemeine Gesellschaftswandel, der nicht zuletzt durch die bürgerlichen Normvorstellungen, die ökonomischen Umbrüche und die damit einhergehende Individualisierung der Menschen seinen Niederschlag fand.

Die Wurzeln und der eigentliche Begriff „Sexualwissenschaft“ der Neuzeit sind in der heutigen BRD anzusiedeln. Der Berliner Hautarzt Ivan BLOCH (1872-1922), der sich in zahlrei-

chen Arbeiten mit sexuellen Fragen auseinandersetzte, prägte den Begriff „Sexualwissenschaft“ im Jahre 1906. Magnus HIRSCHFELD (1868-1935), der sich mit psychischen und sozialen Problemen Homosexueller beschäftigte, gab 1908 die erste Zeitschrift für Sexualwissenschaft heraus, und im Jahre 1919 wurde von ihm das erste Institut für Sexualwissenschaft in Berlin gegründet. Ebenfalls in Berlin wurde durch ihn der erste internationale Kongreß für „Sexualreform auf sexualwissenschaftlicher Grundlage“ ins Leben gerufen.

In diesen historischen Zeitraum fallen die ersten bedeutsamen Standardwerke der Sexualwissenschaft. Iwan BLOCH (1872-1922), Albert MOLL (1862-1939), Max MARCUSE (1877-1963) und Magnus HIRSCHFELD (1868-1935) befaßten sich mit der Sexualität eingehender und trugen ihre Ergebnisse in Buchform zusammen.

Eine herausragende Rolle nahm zu dieser Zeit Sigmund FREUD (1856-1939), Arzt und Begründer der Psychoanalyse, ein (siehe besonders Kap. 1. 3. 2. 1.). Seine Erkenntnisse waren zur damaligen Zeit bahnbrechend und wurden von vielen seiner Kollegen sehr kontrovers diskutiert.

Die Gedanken von Sigmund FREUD aufgreifend beschäftigte sich desgleichen Wilhelm REICH (1897-1957) mit Fragen der Sexualität. Sein Interesse galt besonders den sozialen und ökonomischen Aspekten des Individuums im Zusammenhang mit seiner Sexualität. In zahlreichen Veröffentlichungen befaßte sich REICH mit dem Ursprung der sexuellen Unterdrückung vor dem Hintergrund marxistischer Theorien.

Im Zuge des Nationalsozialismus wurde der junge Zweig der Sexualwissenschaft zerrieben und verlor an Bedeutung. Erst nach dem zweiten Weltkrieg lebte sie wieder verstärkt auf. Alfred C. KINSEY (1894-1956) (siehe besonders Kap. 1. 3. 2. 3.) und William MASTERS und Virginia JOHNSON (siehe besonders Kap. 1. 3. 2. 3.) befaßten sich - auf unterschiedliche Weise - erneut mit Fragen der Sexualität und bewirkten, daß auch in Deutschland Sexualität wieder Forschungsinteresse hervorrief.

### **1. 3. 2. Erklärungsmodelle menschlichen Sexualverhaltens**

(B. Bartsch)

Unzweifelhaft ist die Sexualität in unserer heutigen Gesellschaft zu einem Faktor geworden, der auf vielfältige Weise Beachtung gefunden hat. Sexualität wurde als Konfliktphänomen zwischen Individuum und Gesellschaft (vgl. FRICKER/LERCH 1976) begriffen, aber auch unter dem Integrations- und Wirtschaftsaspekt (vgl. SCHMIDT 1984 und 1996, SIGUSCH 1984 a und 1984 b) diskutiert.

Sexualität ist in unserer Lebenswelt zu einem festen Bestandteil des Vokabulars geworden. Unzählige Wortverbindungen dokumentieren die Aktualität, eine Eindeutigkeit ist bei dem heutigen Normenpluralismus (siehe besonders Kap. 1. 3. 6.) nicht zu erkennen.

Wissenschaftler aus den Disziplinen der Geisteswissenschaften, der Naturwissenschaften und der Sozialwissenschaften haben sich dem Phänomen Sexualität genähert, Gemeinsamkeiten herausgefunden, aber auch Unterschiedlichkeiten gesehen, differierende Schwerpunkte gesetzt und Normen unterschiedlich ausgelegt. Deutlich wurde bei den unterschiedlichen Ansätzen der ideologische Hintergrund und die Einbindung in den Kontext der Gesellschaft. Von daher ist es nachvollziehbar, daß eine einheitliche Definition kaum möglich erscheint und Unsicherheiten und Unschärfen zwangsläufig werden.

Im Kontext von Sexualität wurden und müssen Begriffe wie Freiheit, Demokratie, Fortschritt, Individuum, Gesellschaft, Kultur und Ökonomie berücksichtigt werden. Dies ist notwendig, um der Thematik gerecht zu werden, gleichzeitig erschwert es den Zugang.

Niemals war und ist Wissenschaft ein einheitliches Gedankengebäude, „sondern der Versuch, mit den unterschiedlichsten Theorien Wissen über die Wirklichkeit zu produzieren“ (GÖRGENS 1992, S. 250). Vor diesem Hintergrund gewinnt die Abbildung des Menschenbildes an Bedeutung. Der Mensch als „einsam Handelnder“ steht in den Erklärungsmodellen dem Mensch als „intersubjektiv Handelnder“ gegenüber.

### **1. 3. 2. 1. Das Triebmodell Sigmund Freuds**

(B. Bartsch)

Daß erwachsene menschliche Sexualität das Ergebnis eines komplizierten und langen Entwicklungsprozesses darstellt, ist als Fakt relativ neu für die Menschheitsgeschichte und nicht zuletzt ein Verdienst von Sigmund FREUD (1856-1939).

Durch seine Tätigkeit als Arzt wurde FREUD mit Patienten konfrontiert, die an „Hysterie“ litten, für die körperliche Ursachen nicht feststellbar waren. Als Ursache von „Hysterie“ diagnostizierte er frühkindliche Erfahrungen, oft sexueller Art, die dem Bewußtsein des Einzelnen nicht mehr zugänglich waren. Wurden diese Erinnerungslücken in der Form bearbeitet, daß als Kind gemachte Erfahrungen wieder ins Bewußtsein gerufen wurden, konnte die „Hysterie“ seiner Patienten aufgearbeitet werden. Diese Erkenntnisse waren die Grundlage der psychoanalytischen Theorie FREUDS. Der Umstand, daß FREUD Kindern - auch Säuglingen - sexuelle Gefühle und Reaktionen zugestand, sorgte zur Jahrhundertwende für massive gesellschaftliche Reaktionen.

Nach FREUDS Vorstellungen ist jeder Mensch mit einem grundlegenden sexuellen Trieb, der von Geburt an existiert, ausgestattet. Die Ausstattung des Triebes ist unspezifisch (polymorph-pervers), trachtet aber nach Lust und Befriedigung und erfährt eine endgültige Prägung erst durch den psychosexuellen Reifungsprozeß. Mit dem Begriff der Psychosexualität hebt FREUD den Leib-Seele-Dualismus auf. Sexualität basiert zwar auf der biologischen Grundlage des Triebes, ist aber für ihn eine leib-seelische Ganzheit. FREUD definiert Trieb als „psychische Repräsentanz einer kontinuierlichen fließenden Reizquelle“ (FREUD 1991, S. 70). Trieb muß nach FREUD als ein körperlicher Reiz verstanden werden, der als Spannungszustand nach Aufhebung drängt. „Die einfachste und nächstliegende Annahme über die Natur der Triebe wäre, daß sie an sich keine Qualität besitzen, sondern nur als Maße von Arbeitsanforderung für das Seelenleben in Betracht kommen....Die Quelle des Triebes ist ein erregender Vorgang in einem Organ, und das nächste Ziel des Triebes liegt in der Aufhebung dieses Organreizes“ (FREUD 1991, S. 70). So muß das menschliche Sexualverhalten als Streben nach Lust begriffen und das Streben als primär physisches und nicht als psychisches Phänomen ge-

deutet werden. Die Triebenergie (Libido), verursacht durch chemische Prozesse im Körper des Menschen, bekommt eine materialistische-mechanische Bedeutung.

Nach FREUD strebt der Mensch (Säugling) nach seiner Geburt eine unmittelbare und uneingeschränkte Triebbefriedigung an. Im Verlaufe seiner Reifung wird ihm durch soziale Lernprozesse vermittelt, seinen Trieb zu modifizieren und zu kontrollieren. Menschliche Sexualität ist ein Ergebnis von zwei gegensätzlichen Kräften: dem „Lustprinzip“ und dem „Realitätsprinzip“. Das Ergebnis dieser Entwicklung ist der Ausgleich zwischen biologischem Trieb und kultureller Unterdrückung. Als solcher muß der biologische Trieb als offen für gesellschaftliche Einflüsse gesehen werden. Die Realität der Gesellschaft, die Bedingungen der Kultur beschneiden und beschränken die Triebanlage. In Kanalisierungsprozessen werden bestimmte Befriedigungsformen eingeübt (vgl. FRICKER/LERCH 1976; HAEBERLE 1985; JALKOCZY 1992).

Diese Einübung und Entwicklung, die parallel zur körperlichen Reifung des Kindes verläuft, geschieht in drei Phasen: der oralen, der analen und der phallischen Phase.

In der oralen Phase wird vom Kind Lust überwiegend durch den Mund erlebt. Das Saugen an der Mutterbrust dient neben der Ernährung auch der körperlichen und psychischen Befriedigung. Der Mund als Organ erlaubt dem Kind die Welt in einem ersten Schritt zu erfahren und wahrzunehmen.

Durch die sich daran anschließende anale Phase wird die Quelle sinnlicher Befriedigung in den Analbereich verlegt. Durch die Kontrolle über die Ausscheidungsvorgänge gewinnt das Kind eine Kontrolle über den Erwachsenen, dem es so - nach Belieben - ge- oder mißfallen kann.

Die orale und die anale Phase erstrecken sich über die ersten drei Lebensjahre, und sie verlaufen für beide Geschlechter identisch. Danach schließt sich die phallische (infantil-genitale) Phase an. Nun entwickelt sich nach FREUD das Kind im Bewußtsein für das eigene Geschlecht. Es kann zwischen Penis (Jungen) und Klitoris (Mädchen) unterscheiden. Der eigene Körper, aber auch der Körper anderer, wird interessant als Objekt von Erkundung.

Eng verbunden mit dieser Entwicklungsphase ist der „Ödipus-“ und „Elektrakomplex“, die enge erotische Beziehung zu dem Elternteil des anderen Geschlechts parallel hierzu wiederum das Rivalitätsgefühl zu dem Elternteil des eigenen Geschlechts.



Nach FREUD verläuft die Entwicklung eines Kindes dann normal, wenn die orale, anale und phallische Phase ohne Störwirkungen durchlaufen werden. Wenn die Bedürfnisse eines Kindes in den Phasen zu sehr oder nicht befriedigt werden, sieht er Hindernisse in der psychosexuellen Entwicklung. Bei einem positiven, störungsfreien Verlauf der drei Phasen erlangt das Kind die „genitale Reife“. Es verfügt somit nach der „Latenzphase“, in der das sexuelle Interesse weitestgehend unausgedrückt bleibt, in der „Pubertätsphase“, in der der sexuelle Trieb nach Befriedigung drängt, die Fähigkeit, diesen Trieb durch genitalen Geschlechtsverkehr zu befriedigen. Der Koitus wird bei dem nun Erwachsenen als „reife“ Form der sexuellen Betätigung angesehen, im Ergebnis hat eine Unterordnung der erogenen Zonen unter das Primat der Genitalität stattgefunden.

Hier zeigt sich das Sexualitätsverständnis des späten 19. Jahrhunderts. Sexualität wurde unter dem Realitätsprinzip der genitalen Sexualität mit den kulturell notwendigen Funktionen der Fortpflanzung, der Fixierung auf das Gegengeschlecht und der Fixierung auf Monogamie gedacht. Die gemachten sozialen Erfahrungen lehrten den Menschen, die sexuellen Bedürfnisse zu verdrängen, zu sublimieren, höheren Zielen unterzuordnen. Der Mensch, der als Wesen begriffen wird, das seine sexuellen Ziele (seine Triebe) rücksichtslos durchsetzen würde, benötigt die Kultur mit ihren Normen und Institutionen, um vor sich selbst geschützt zu werden.

FREUD ging von einem Dualismus aus, wobei nicht jeder Form der menschlichen Aktivität eine gesonderte biologische Kraft beigemessen wurde, sondern die Gesamtheit aller möglichen Triebmanifestationen als ein einziges grundsätzliches Prinzip angesehen werden muß, konkret: der Gegenüberstellung von „Eros“ und „Thanatos“, dem Lebenstrieb gegenüber dem Todestrieb.

Das Sexualverständnis von FREUD kann nur im Kontext der Kulturentwicklung betrachtet werden, wobei Kultur als Instrumentarium zur Naturbeherrschung und zur Regelung von menschlichen Beziehungen verstanden werden muß. Von seinem Triebverständnis ausgehend ist die Sexualität biologisch angelegt, im Ergebnis aber kulturell vermittelt und von der sozialen Interaktion abhängig.

### **1. 3. 2. 2. Das Modell der Kulturanthropologen**

(B. Bartsch)

Die bedeutendsten Kulturanthropologen, die sich eingehend mit Fragen der menschlichen Sexualität beschäftigt haben, sind Margaret MEAD (1901-1978) und Bronislaw MALINOWSKI (1884-1942). Ihr Forschungsinteresse beruhte darauf, durch das Vergleichen unterschiedlicher Kulturen allgemein gültige Strukturen - insbesondere der Sexualität - des Menschen bzw. menschlicher Gesellschaften zu benennen.

Zum Zwecke der Kulturvergleiche wählten die Forscher vornehmlich „primitive“ Gesellschaften, da an ihnen die Probleme besser zu studieren waren als in hochentwickelten Industriegesellschaften. Margaret MEAD unternahm z. B. von 1925 bis 1939 mehrere Feldforschungen bei verschiedenen Südseevölkern (Samoa, Admiralitätsinseln, Neuguinea) (vgl. MEAD 1958 und 1970).

Die Untersuchungen von MEAD und MALINOWSKI liefern wichtige Befunde zur Begründung der Auffassung von einer weitgehenden Erlernbarkeit (kulturellen Bedingtheit) menschlicher sexueller Verhaltensweisen. Kultur wird von ihnen als Folge fehlender Natürlichkeit betrachtet. Infolge der Instinktreduktion, der mangelhaften natürlichen Konstitution braucht das Individuum zum Überleben ein Instrumentarium, mit dessen Hilfe es Probleme und Schwierigkeiten meistern kann, die ihm erst aus seinen Bedürfnissen und aus seiner Umwelt erwachsen. Kultur wird als Hilfestellung für den Menschen begriffen, ohne die es ihm nicht oder schwer möglich wäre zu überleben. Das menschliche Verhalten, das sich durch „kultur-geprägte“ Gewohnheitsreaktionen ausweist, grenzt sich gegenüber dem tierischen Verhalten, welches „instinktgeleitet“ ist, deutlich bei den Anthropologen ab. Menschliche Anlagen (Triebe) werden durch gerichtetes Verhalten in Form von kulturellen Reaktionen ersetzt bzw. ergänzt.

Die direkte kulturelle Einflußnahme auf die menschliche Sexualität wird nach MALINOWSKI durch die fehlende Brunstzeit beim Menschen begründet. Die sich daraus ergebenden kulturellen Tabus werden notwendig, um durch die dauernde Fähigkeit von Mann und Frau zum Geschlechtsakt nicht in Formen von Promiskuität zu verfallen.

Neben der restriktiven Form von Kultur wird eine „animierende“ Form für notwendig erachtet, die zum Zwecke der Partnerwerbung Sexualität - in einem bestimmten Rahmen - begrüßt.

Das Entstehen des sexuellen Verhaltens sieht MALINOWSKI darin, daß „beim Menschen nicht nur ein rein biologischer Auslösemechanismus, sondern ein kombinierter psychologischer und physiologischer Prozeß (wirkt), der in seiner zeitlichen, räumlichen und formalen Natur durch kulturelle Überlieferung bestimmt ist“ (MALINOWSKI 1962, S. 188).

Die Existenz eines allmächtigen Sexualtriebes konnten weder MEAD noch MALINOWSKI nachweisen. Trotzdem wird dieser in ihrem Gedankengebäude als existent angesehen und in seiner Ausprägung als allmächtig, mit der Tendenz zur Zerstörung begriffen. Trieb wird in diesem Kontext als soziale Gefahr eingestuft. Während das tierische Sexualverhalten größtenteils durch Brunstzeiten periodisch gesteuert ist, wird die menschliche Sexualität - durch fehlende „Schonzeiten“ - als für das soziale Gefüge gefährlich angesehen. Der „kulturelle Apparat“ wirkt nach den Kulturanthropologen wie ein natürlicher Instinkt.

Der Verdienst der Kulturanthropologie im Hinblick auf die menschliche Sexualität liegt im Nachweis, daß diese formbar ist. Dieser Nachweis wurde durch Untersuchungen in vielen unterschiedlichen menschlichen Gesellschaften erbracht. Die Belege deuten auf eine kulturell bedingte Ausformung der Sexualität hin. Die Abbildung des großen Spektrums menschlichen Sexualverhaltens in unterschiedlichen Gesellschaften/Kulturen läßt diesen Schluß zu.

„Indem die Kulturanthropologie nur sexuelles Verhalten und dessen Normierung beobachten kann und nie Sexualität im biologischen Sinn, kann eine zuverlässige Aussage nicht über die Feststellung der großen Formbarkeit (Plastizität) und Kultivierbarkeit von allfälligen sexuellen Anlagen hinausgehen. Aussagen über das Wesen der menschlichen Sexualität sind daher ebenso kulturspezifisch und relativ wie die Erscheinungsformen, auf die sie sich beziehen“ (FRICKER/LERCH 1976, S. 18).

### **1. 3. 2. 3. Das Modell der empirischen Sexualwissenschaft**

(B. Bartsch)

Die empirische Sexualforschung (wie sie von KINSEY und MASTERS/JOHNSON begriffen wird), die als Teilgebiet der empirischen Sozialforschung angesehen werden muß, versucht die sexuelle Wirklichkeit zu beschreiben. Durch unterschiedliche Methoden, die aus den Na-

turwissenschaften abgeleitet werden, sollen objektive Tatsachen festgehalten werden, die als sexuelle Wirklichkeit verstanden werden.

Die empirische Sexualforschung versucht, sich aller Gefühle, aber auch dem „Miteinander“ der Personen zu entledigen. Vorurteilsfrei soll Verhalten erforscht und Sexualphysiologie abgebildet werden. Es wird gefragt und beobachtet, wobei Ziel die Aktivität und die Reaktion des Einzelnen ist. Die Frage nach der „Sinnhaftigkeit“ von Handlung und der Kontextbezogenheit verbietet sich bei diesem Ansatz.

Die bedeutendsten empirischen Sexualforscher waren bzw. sind Alfred C. KINSEY (1894-1956) und William H. MASTERS und Virginia E. JOHNSON.

KINSEYS Interesse war, „festzustellen, was Menschen im geschlechtlichen Bereich tun, und welche Faktoren für die Unterschiede im Sexualverhalten von Individuen und Bevölkerungsgruppen verantwortlich sind (KINSEY/POMEROY/MARTIN/GEBHARDT 1966, S. 23). Zweifelsohne ist der Hauptverdienst von KINSEYS breit angelegter Untersuchung die Tatsache, daß Sexualität öffentlich und damit transparent gemacht wurde. Deutlich wurde zu jener Zeit in den vorgefundenen Ergebnissen die große Differenz zu den abstrakten Verhaltensnormen, die damals gültig waren. Der Einzelne fand sich in den Ergebnissen wieder, zudem wurde ihm das Gefühl des Außenseiters und das schlechte Gewissen (z. B. bei Homosexualität) genommen; letztendlich regten die Daten von KINSEY großes Interesse sowie Diskussionen in der amerikanischen und europäischen Bevölkerung an.

Dieses Verdienst fand im Gegenzug Kritiker, die KINSEY vorwarfen, einen neuen Normanspruch zu definieren. In seiner Beschreibung von Wirklichkeit der Sexualität wurde eine Normierung gesehen (vgl. SCHELKY 1977 und vgl. besonders Kap. 1. 3. 2. 4.).

Ein weiterer Punkt, der Kritik hervorrief, lag in dem Sexualverständnis KINSEYS. Für KINSEY ist Sexualität eine normale biologische Funktion, die sich in unterschiedlichen Verhaltensweisen äußert, und bei der Energie verausgabt wird. Die Energieverausgabung wird als Triebbefriedigung definiert, womit primär der Orgasmus gemeint ist; Triebbefriedigung wird mit Reduktion der Triebspannung gleichgesetzt. KINSEY geht von einem energetischen Triebmodell aus, in der biologische Energie aufgebaut und durch das Einwirken von Reizen verausgabt wird. Mittelpunkt seines Interesses war aber nicht der Trieb, sondern Ziel seiner Forschung war die Triebbefriedigung, das sexuelle Verhalten. Die Befriedigung des Sexualtriebes sieht KINSEY als Produkt der Faktoren:

1. unmittelbare Umwelt
2. lebensgeschichtliche Erfahrung
3. persönliches Erbgut
4. phylogenetisches Erbgut.

Sein Sexualitätsverständnis muß als behavioristisch betrachtet werden. „Was das Individuum in sexueller Beziehung tut, pflegt abhängig zu sein von der Art des Triebreizes, mit dem es in Kontakt kommt, von physischen und physiologischen Fähigkeiten des Individuums, auf den Reiz zu reagieren, und davon, welche und wie viele ähnliche Trieberlebnisse der Mensch vorher hatte“ (KINSEY/POMEROY/MARTIN/GEBHARDT 1966, S. 103).

Menschliches Sexualverhalten wird hier als Erlernen von Reaktionen auf sexuelle Reize interpretiert. Die erogene Kompetenz scheint - ähnlich wie bei FREUD - konstitutionell vorhanden zu sein. Der heranwachsende Mensch wird durch Erfahrungen und Prägungen sexualisiert. Dies erfolgt durch direkte körperliche Stimulation der Geschlechtssteile und durch spezielle psychische Situationen. Sexualität wird als Genitalsexualität definiert, das sexuelle Geschehen wird dem Herbeiführen des Orgasmus gleichgesetzt. Anders als bei FREUD wird Sexualität auf physiologische Prozesse reduziert.

Dieses Abbilden von Sexualität erlaubt operable und eindeutige Maßeinheiten, schließt aber Sexualität, die nicht physiologisch abbildbar ist, aus und verharrt im Bereich der physiologischen Reaktion (Erregung und Orgasmus) und im Reiz-Reaktionsschema des klassischen Behaviorismus. Gleichgültig erscheint der Umstand, wie der Geschlechtstrieb befriedigt wird, wichtig ist nur, daß eine Befriedigung generell erfolgt. Gefühlsmäßige und soziale Komponenten werden ausgeblendet, Verhalten wird als rein solches gesehen, ohne eine differenzierende Interpretation zuzulassen. Sexualverhalten wird mit Sexualität gleichgesetzt, die Triebhypothese wird von empirischen Sexualforschern übernommen.

Ein weiterer bedeutender Beitrag der empirischen Sexualwissenschaft stellt das Werk von MASTERS und JOHNSON dar, wobei ihre Arbeit einen klinisch-physiologischen Forschungsansatz hatte. Den Weg, den sie einschlugen, um „naturwissenschaftliche“ Ergebnisse und „physiologische“ Befunde bei sexuellen „Tätigkeiten“ zu erforschen, ist bis zum heutigen

Zeitpunkt einmalig. 382 Männer und 312 Frauen wurden innerhalb von 10 Jahren erforscht. Untersucht wurde der Koitus in diversen Positionen, manuelle Masturbation und speziell bei Frauen mechanische Masturbation, Bruststimulation und artifizieller Koitus mit einem elektrisch betriebenen Penis aus Plastik, mit dessen Hilfe innervaginale Reaktionen gefilmt und beobachtet werden konnten.

Der artifizielle Koitus in Rücken- bzw. Knie-Brustlage erlaubte die Beobachtung und Aufzeichnung intravaginal physiologischer Reaktionen sowie der Wirkung chemischer und mechanischer Kontrazeptiva. Insgesamt hielten MASTERS und JOHNSON durch ihre Forschungen 10.000 sexuelle Reaktionszyklen fest (vgl. MASTERS/JOHNSON 1970).

Beide Wissenschaftler maßen die physiologischen Veränderungen innerhalb eines 4-Phasenzyklus der sexuellen Reaktion:

1. in der Erregungsphase (initiiert durch somatische oder psychische Stimulierung)
2. in der Plateauphase (erreicht durch fortgesetzte Stimulierung)
3. in der Orgasmusphase (Höhepunkt, Lösung der Spannung)
4. in der Rückbildungsphase (unwillkürliche Erregungsabnahme)

(vgl. MASTERS/JOHNSON 1970, S. 22 f).

Ihre Absicht war es nicht, repräsentativ zu forschen. Kritisch angemerkt werden muß aber, daß ihre Arbeiten keine Aussagen über reaktionsauslösende Reize zulassen und daß Aspekte der Partnerbeziehungen in ihrer Qualität keine Beachtung fanden. Ähnlich wie bei KINSEY wurde Sexualität auf den Orgasmus reduziert und dieser - als Maß aller Dinge - zum Leistungsstandard erhoben.

Als ihr Verdienst muß dennoch angesehen werden, daß sie den Nachweis erbrachten, daß die sexuelle Reaktion der Menschen auch außerhalb des Genitalbereichs verschiedene Veränderungen bewirkt und als solche als Reaktion des Gesamtorganismus begriffen werden muß. Ferner trugen sie dazu bei, daß „Mythen“ (z. B. vaginaler Orgasmus) widerlegt wurden.

Kritisch muß zu KINSEY und zu MASTERS und JOHNSON, die sich zweifelsohne Meriten um die Sexualwissenschaft erwarben, abschließend ihr eingeschränkter Forschungsblickwinkel konstatiert werden. Wird der Orgasmus zum Maß aller Dinge erhoben und das einwand-

freie „Funktionieren“ der Genitalien in den Mittelpunkt gerückt, dann hat Sexualwissenschaft keinen Platz mehr für „subjektive“ Bereiche, für menschliche Beziehungen und für Werte, die im partnerschaftlichen Miteinander aushandelbar sind.

Orgasmus wird zum Synonym „gelungener“ Sexualität und damit für viele Menschen zur ständigen und - mitunter - zur unüberwindlichen Leistungsnorm. Gedacht werden sollte daran, daß es einerseits Menschen gibt, die einen Orgasmus erleben und trotzdem über fehlende Befriedigung klagen, und daß andererseits gelebte Sexualität - auch ohne Orgasmus - als befriedigend empfunden werden kann.

Naturwissenschaftliche Betrachtungsweisen des Menschen lassen niemals Aussagen über den sozialen Kontext zu, ohne den Sexualität nicht denkbar ist (vgl. hierzu GIESE 1962; GEBSATTEL 1971).

### **1. 3. 2. 4. Das Modell Helmut Schelskys**

(B. Bartsch)

Die Basis des Modells von Helmut SCHELSKY (1912-1984) bilden die Ergebnisse des Verhaltensforschers Konrad LORENZ und des Anthropologen Arnold GEHLEN. Auf Grund dieser basalen Überlegungen unterscheidet SCHELSKY das Sexualverhalten des Menschen im Gegensatz zu dem instinktgesicherten Verhalten des Tieres in zweierlei Hinsicht:

1. Durch die Instinktreduktion beim Menschen hat sich ein sexueller Antriebsüberschuß entwickelt. Die nicht vorhandenen Brunstzeiten beim Menschen bewirken, daß die sexuellen Bedürfnisse größer sind als die Fortpflanzungsfähigkeit.
2. Der Mensch vermag durch Trennung des Lustgefühls vom Zweck der Fortpflanzung den Lustgewinn als Ziel seines Sexualverhaltens zu sehen.

Für SCHELSKY bedeutet das, daß der Mensch durch seinen Instinktverlust die Kontrolle und die Sicherheit über sein Sexualverhalten verloren hat. Sein Sexualverhalten wird durch diesen Umstand beliebig erweiter- und gleichzeitig formbar. Das Sexualleben erhält keine inhaltliche und zeitliche Bestimmung und Richtung mehr durch Brunstzeiten, die Sexualität ist perma-

nent verfügbar (Daueraktualität), was eine Steigerung der sexuellen Bedürfnisse bedingt. Durch den Wegfall der „Naturzwänge“ droht der Mensch in ein Triebchaos zu stürzen, Pansexualität und Promiskuität werden zwangsläufig zum Ergebnis.

Um diese „Gefahren“ abwehren zu können, muß die menschliche Sexualität in ein festes Normengefüge integriert werden. Die kulturelle Formung garantiert der Sexualität einen sicheren Halt und eine sinnvolle Ausrichtung. Normen werden zum kulturellen Ersatz für die Menschen, die, ihrer Instinktgerichtetheit beraubt, nunmehr erzogen werden müssen. Dies funktioniert nur, wenn Normen nicht angezweifelt oder hinterfragt werden, wenn sie als Selbstverständlichkeit übernommen werden.

Diese unbezweifelte Gültigkeit der Normen sah SCHELKY durch die rationalisierende Aufklärung KINSEYS gefährdet. Sein Verständnis von Soziologie lag darin, ein Bewußtsein zu schaffen, um die soziale Stabilität wieder herzustellen und gleichsam dafür zu sorgen, daß Normen und Institutionen unkritisch anerkannt werden. In der sozialen Normierung des Geschlechtsverhaltens wurden von ihm grundlegende Kulturleistungen gesehen. Für SCHELKY war es unstrittig, daß „der Widerspruch zwischen den Sexualnormen einer Gesellschaft und der natürlichen Variationsbreite des faktischen Sexualverhaltens strukturell notwendig und immer vorhanden ist und daher grundsätzlich hingenommen werden muß. Die Idealität der Normen wird nie erreicht, aber sie ist erforderlich, um Sitten und Gewohnheiten zu stützen“ (SCHELKY 1955, S. 53).

Kritisch muß auch die These von SCHELKY behandelt werden, wonach der Mensch mit einer Tendenz zur Pansexualität und Promiskuität auf die Welt kommt. Diese gesetzte Vorgeformtheit des Menschen steht im Widerspruch zur These der Plastibilität. Auch belegen keine wissenschaftlichen Ergebnisse, daß sich Sexualität in vorkultureller Zeit als gefährlich - in dieser Form - erwiesen hat. Eine Einbindung der Sexualität - aufgrund von „Gefährlichkeit“ - in soziale Normen erscheint somit sehr fraglich.

Gesehen werden muß, daß die Einwirkungen der Sexualität auf die übrigen Verhaltensweisen eine gänzlich andere Qualität besitzen. Sexualität erscheint heute eher versachlicht, neutralisiert, überintegriert und funktionalisiert. Folgen im sozialen Bereich, wie SCHELKY sie beschrieben hat (Pansexualität, Promiskuität), erscheinen realitätsfremd.



Bedurfte es noch in den Anfängen des Kapitalismus einer restriktiven Sexualmoral, so hat sich im Laufe der letzten Jahrzehnte die Fremdnormierung zu einer Selbstnormierung gewandelt. Sexualität hat heute Leistungscharakter (Orgasmuszwang), Sexualität wird als Hygiene-Ideal (Entspannung, Harmonie) angesehen, Sexualität wird als Ware (Verbindung zur Konsumgesellschaft) und zur Abgrenzung anormalen Verhaltens (Perversion) genutzt und eingesetzt (vgl. DÖRNER 1971). Nicht Auflösung von Moral und Normen kennzeichnen die heutige Gesellschaft, sondern „Die sexuellen Beziehungen lassen sich heute beschreiben als ihre Vergesellschaftung auf Grund der Selbstnormierung der Gesellschaft“ (DÖRNER 1971, S. 174).

Das absolut erscheinen lassen sozial gesetzter Normen, wie es SCHELKY forderte, ist historisch überholt. Zu kritisieren ist diese Forderung, weil sie impliziert, daß das Individuum abhängig von Zucht und Ordnung erscheint. Der dualistische Ansatz von SCHELKY, der von der Gegensätzlichkeit zwischen Leib und Geist, Natur und Kultur ausgeht und die Formung des Menschen fordert, setzt bei einem Ausbleiben der kulturellen Formung den Menschen dem Tier gleich. Der ganzheitlichen Betrachtungsweise von Sexualität (nicht: Leib oder Geist, sondern: Leib und Geist in wechselseitiger Abhängigkeit) wird SCHELKY nicht gerecht. Die Reduktion des Menschen auf seine Biologie geht einher mit der vollständigen sozialen Formbarkeit. Widerständigkeit des Subjekts wird somit als Rest einer nicht „zugänglichen“ Natur gesehen. Zudem läßt sich Formbarkeit nicht ohne Phänomene wie soziale Kontrolle und Macht denken. Sexualität als Notwendigkeit der Fortpflanzung, aber als Gefahr für das kulturell Wertvolle begriffen, ruft dann zwangsläufig nach restriktiven Normen. Gesellschaft und Individuum polar definiert, trägt dazu bei, daß das Individuum als selbständig und aktiv Handelndes aus dem Blickfeld gerät.

### **1. 3. 2. 5. Das Modell der kritischen Sexualforschung** (B. Bartsch)

Der Begriff „kritische Sexualwissenschaft“ ist in Anlehnung an die „kritische Theorie“ (HORKHEIMER/ADORNO/MARCUSE) entwickelt worden. Dem Begriff liegt die Erkenntnis zu Grunde, daß das sexuelle Sein weitestgehend vom gesellschaftlichen Sein bestimmt wird. Zwar wird eine wechselseitige Beeinflussung - Individuum und Gesellschaft - zugestan-

den, das Maß der sexuellen Entwicklung des Einzelnen aber nur innerhalb zulässiger Gesellschaftsgrenzen gesehen.

Während zur frühkapitalistischen Zeit eher eine Sexualunterdrückung erkennbar war, scheinen sich die Anforderungen an das Individuum in unserer heutigen, konsumorientierten Gesellschaft drastisch gewandelt zu haben. Wurde mit Hilfe des schlechten Gewissens noch vor wenigen Jahrzehnten Freizügigkeit aller Art, besonders aber die sexuelle Freizügigkeit als Untugend und Sünde hingestellt, ist heute Gegenteiligkeit gefordert.

Wachsende Produktivität von Maschinen steht im krassen Widerspruch zu den Geboten der Sparsamkeit und des „tugendhaften“ Verzichts. Somit wird es erforderlich, die Individuen zum Konsum in jeder Hinsicht zu motivieren. Ökonomisch betrachtet bietet es sich vor diesem Hintergrund an, die „Ausgebeuteten“ von der Realität der Ausbeutung abzulenken, in dem sexuelle Wünsche erweckt und deren Befriedigung - nicht zuletzt mit Hilfe von oder durch Umleitung über Konsumgüter - ermöglicht wird. Illusorisch wäre es in diesem Kontext anzunehmen, daß Sexualität in der neuen „freien“ Welt wirklich frei wäre. Eher das Gegenteil scheint zutreffend zu sein. Neben einer Lenkung des sozialen, ökonomischen und politischen Lebens ist jetzt vermehrt das Sexualleben im Sinne eines „Gebrauchwertes“ (vgl. SIGUSCH 1984 a und 1984 b) vereinnahmt worden.

Kritische Sexualforschung versteht somit das sexuelle Handeln als intersubjektiv im gesellschaftlichen Kontext, als Ort der eigenen Geschichte und als Ort von Gesellschaftsgeschichte. Sexualität wird nicht wie in der empirischen Sexualwissenschaft nur als Verhalten beobachtet, sondern als sinnvolles Handeln in einer komplexen Welt verstanden. Forschung, Theorie und Aufklärung werden miteinander verschränkt.

Bei den bisher vorgestellten Erklärungsmodellen zur menschlichen Sexualität wurde dem Verhalten ein mehr oder minder ausgeprägter Trieb unterstellt. In den letzten Jahren hat die Sexualwissenschaft Vorstellungen entwickelt, nach dem Sexualverhalten ohne ein energetisches Potential (Trieb) erklärt werden kann. Erkenntnisse der Sozialisationsforschung, der Lernpsychologie, der Kulturanthropologie und der empirischen Sexualforschung dienen als Grundlage dazu. Zentral wurde in diesem Zusammenhang der Begriff der sexuellen Motivation.

Der Sexualwissenschaftler Gunter SCHMIDT setzte sich mit diesem Modell am fundiertesten auseinander (vgl. SCHMIDT 1975, 1977, 1983). Besonderes kritikwürdig erscheint ihm der

Triebgedanke FREUDS zu sein. SCHMIDT geht nicht davon aus, daß biologische Prozesse eine ständige sexuelle Spannung aufbauen, die sich summiert und durch sexuelle Betätigung zur Abfuhr gebracht wird. Sexualität, so als Trieb aufgefaßt, tritt periodisch auf, ist von Umweltreizen weitgehend unabhängig, spontan und ein ähnlicher Mangelzustand wie Hunger und Durst. Befriedigung wäre gleichzusetzen mit Aufhebung des inneren Reizzustandes, der Reizzustand wäre gleichzusetzen mit einem Zustand unangenehmer Stimulation.

Dieses Triebmodell geht nach SCHMIDT von zwei Hypothesen aus:

1. der Reiz-Akkumulationshypothese
2. der Reiz-Reduktionshypothese.

Nach der Reiz-Akkumulationshypothese speist sich die sexuelle Motivation aus sich summierenden Störreizen, ähnlich wie bei Hunger und Durst, die auf physiologischem Bedarf basieren und periodisch auftreten. SCHMIDT kritisiert in diesem Zusammenhang, daß zwar Hunger und Durst als Mangelsituationen begriffen werden müssen, die bei Nichtbefriedigung lebensbedrohlich werden, und die Aufhebung der Mangelzustände den Körper wieder in einen Gleichgewichtszustand versetzt, dies aber nicht auf die Sexualität übertragbar sei.

Nicht in jedem Fall resultiert sexuelles Verlangen aus einer Mangelsituation. Menschen können über große Zeiträume ohne Sexualität leben, ohne einen Mangel zu verspüren. Zudem bedeute, sexuelles Verlangen nicht zu befriedigen, keine Lebensgefahr durch Mangelercheinungen.

Die Reiz-Reduktionshypothese setzt die sexuelle Lust und die Befriedigung mit dem Löschen von Spannungen gleich. SCHMIDT gibt hier zu bedenken, daß die Befriedigung sexueller Wünsche in vielen Fällen eher das Verlangen nach einer Steigerung bzw. Wiederholung der sexuellen Lust mit sich bringt. Konkret: Sexualität zeichnet sich mehr als Reizsuche oder Lustsuche aus und nicht als ein Reizvermeidungsverhalten.

„Die Erwartung oder gedankliche Vorwegnahme von Lust erscheint eine geeignetere Erklärung sexueller Motivation als die Annahme innerlich sich akkumulierender Energien, die zur Entladung drängen. Sexuelles Verhalten ist danach motiviert durch den Wunsch, sexuelle Energie und Lust zu erfahren und nicht durch unangenehme Innenreize, die durch sexuelle

Aktivitäten beruhigt werden müssen. Nicht weil wir sexuell erregt sind, haben wir Sexualität; sondern wir produzieren sexuelle Erregung oder suchen sie auf, um Sexualität erleben zu können“ (SCHMIDT 1984, S. 303, 304).

Das Lustsuche-Modell von SCHMIDT negiert keineswegs eine biologische Fundierung der Sexualität. SCHMIDT geht davon aus, daß das Individuum mit einer neurophysiologischen Ausstattung geboren wird und dadurch fähig ist, Körperkontakt, Berührungen und Stimulationen der erogene Zonen sowie der Genitalien als angenehm und lustvoll zu erleben.

In Anlehnung an WHALEN stellt SCHMIDT dem klassischen Triebmodell von FREUD ein Zweikomponenten-Modell gegenüber. Dieses Motivationsmodell unterscheidet zwischen:

1. arousalability = Erregbarkeit
2. arousal = Erregung.

SCHMIDT definiert arousalability als „inter- und intraindividuell variierende Bereitschaft, als Folge einer sexuellen Stimulation sexuell zu reagieren“ (SCHMIDT 1975, S. 34). Die arousalability wird durch Androgene gesteuert, die in dreifacher Weise wirken:

- Sensibilisierung der Sexualzentren im limbischen System und im Hypothalamus
- Sensibilisierung der äußeren Geschlechtsorgane
- Erhöhung der allgemeinen Aktivität und Vitalität.

Individuelle Unterschiede der arousalability können nach SCHMIDT nicht auf das unterschiedliche Vorhandensein der Androgene zurückgeführt werden. Die „normale“ Ausschüttung der Androgene übersteigt das drei- bis vierfache des erforderlichen Bedarfs. Unterschiede der Erregbarkeit resultieren demnach aus Erfahrungen und Lernprozessen.

Arousal muß nach SCHMIDT als „das momentane Niveau sexueller Stimulation“ aufgefaßt werden. „Sie ist eine Funktion der Erregbarkeit und einer gegebenen Situation, bzw. der darin enthaltenen sexuellen Reize. Hierbei muß Situation oder Reiz im weitesten Sinne verstanden werden. Sie umfassen die äußere Umgebung ebenso wie das, was man gerade tut; die Perso-

nen, mit denen man gerade zusammen ist, ebenso wie Stimmungen, Gefühle, Erwartungen, Phantasien usw.“ (SCHMIDT 1975, S. 34).

Im lerntheoretischen Sinne werden Stimulation und Orgasmus zum Verstärker und bekräftigen die Tendenz, „reizvolle“ Situationen zu wiederholen bzw. aufzusuchen. Vor diesem theoretischen Hintergrund bewertet SCHMIDT kulturelle und subkulturelle Normen als wichtige Einflußgröße für das Sexualverhalten und sieht dadurch auch schichtspezifische Unterschiede in der Sexualität erklärt. Auch die geschlechtsspezifischen Verhaltensweisen von Mann und Frau werden als Folge von Lernerfahrung und Prägung gedeutet.

Wesentliche Einübungsinstanz für die sexuelle Motivation ist die frühe Mutter-Kind-Beziehung. Bei einer intakten Beziehung zwischen Mutter und Kind baut sich eine eigenständige sexuelle Bedürfnisstruktur bei dem Kind auf. Befriedigungen und/oder Versagungen bestimmen die Stärke der sexuellen Motivation. Als konstituierende Elemente dieser frühen Mutter-Kind-Beziehung werden Körperkontakt, Wärme, Sicherheit, Zärtlichkeit, Freude und Lust betrachtet.

Von großer Wichtigkeit bei SCHMIDTS Überlegungen ist die Modalität, daß Sexualität ihre Dynamik aus der Indienstnahme nichtsexueller Affekte und Konflikte bezieht. Kindheitsträume und -vorstellungen werden von ihm genauso gesehen wie „reife“ Affekte wie z. B. Angst, Scham, Schrecken, Demütigung, Wut, Haß, positive Bestätigung usw. Diese Affekte werden ins Sexuelle transformiert und auf diesem Wege als Verlangen, Anziehung und Erregung erlebt. Die oftmals nicht bewußten und erkennbaren symbolischen Bedeutungen prägen das sexuelle Verlangen und sind für das Ausmaß der Befriedigung mit verantwortlich.

Die so „entzauberte“ und „demaskierte“ Sexualität speist ihre Kraft aus vielen unterschiedlichen Quellen, sehr häufig sind hierfür gesellschaftliche Verhältnisse ausschlaggebend. Sexualität scheint heute ihre Destruktivität - für die ökonomischen Interessen der Gesellschaft - verloren zu haben, wichtiger als je zuvor scheint ihr „kompensatorischer“ Charakter, ihre Auffüllung mit nichtsexuellen Motiven geworden zu sein. Wiederum ist sie - diesmal anders als zu FREUDS Zeiten - zu einem hervorragenden Objekt der sozialen Kontrolle geworden. Wesentlich vielfältiger, subtiler, dafür aber um so wirkungsvoller wird sie ihrer Rolle gerecht.

SCHMIDT hat mit seinem Motivationsmodell keine „unberührte“, zeitlose Theorie aufgestellt. Sein Modell muß als kritische Abbildung der aktuellen Zeitgeschichte interpretiert werden.

### **1. 3. 2. 6. Zusammenfassung**

(B. Bartsch)

In den vorangegangenen Kapiteln wurden die unterschiedlichen Erklärungsmodelle menschlicher Sexualität kurz vorgestellt. Je nach wissenschaftstheoretischer Disposition fanden unterschiedliche Aspekte ihre Berücksichtigung.

Die Kulturanthropologen MEAD und MALINOWSKI wie auch der Soziologe SCHELSKY sahen den Menschen abhängig von der Kultur, und von dieser Position aus vertraten und rechtfertigten sie die Formbedürftigkeit des Individuums. KINSEY und FREUD, die eher einem naturwissenschaftlichen Standpunkt verpflichtet waren, sahen in der Kultur einen Widerpart der menschlichen Bedürfnisse. Beide, KINSEY und FREUD, differierten wiederum bei der Sichtweise von Sexualität. Während KINSEY, aber auch MASTERS und JOHNSON die physiologischen Prozesse beobachteten und wertneutral darzustellen versuchten, stellte FREUD Sexualität als psychisch organisierte Bedürfnisstruktur dar.

Als gemeinsamer Nenner ihrer wissenschaftlichen Arbeiten muß bei FREUD, KINSEY, SCHELSKY, MASTERS und JOHNSON, MEAD und MALINOWSKI die Annahme eines mehr oder minder - je nach Ansatz - ausgeprägten biologisch fundierten Sexualtriebes angenommen werden.

Die Verdienste um die Sexualwissenschaft eines jeden einzelnen Ansatzes waren unterschiedlich, doch gleichermaßen wichtig. FREUD trug mit seiner Theorie dazu bei, daß

- das Sexualitätsverständnis eine Ausweitung durch die psychische Repräsentanz des Sexualtriebes erfuhr,
  
- die Ausformung der Sexualität beim Kind durch die polymorph-perverse Triebanlage gewürdigt wurde,

- die entwicklungsbedingte Äußerung des Sexualtriebes in verschiedenen psychosexuellen Phasen durch die libidinöse Besetzung verschiedener erogener Zonen gesehen wurde,
- die Ursachen seelischer Krankheiten auch mit dem Schicksal des Sexualtriebes erklärt werden konnten.

Die Kulturanthropologen wiesen durch ihre Untersuchungen bei „primitiven“ Völkern nach, daß

- die menschliche Sexualität - im Gegensatz zur instinktgeleiteten Sexualität bei Tieren - plastisch ist. Im Triebüberschuß, in der Daueraktualität des Triebes und in dem Nichtvorhandensein von Auslösemechanismen wurden Notwendigkeiten einer Formung der Sexualität gesehen und diese Formbarkeit nachgewiesen.

Die empirische Sexualforschung half mit ihren Ergebnissen, daß

- vielfältige Formen und Ausprägungen der Sexualität neutral gesehen und dargestellt werden konnten, ohne dem geltenden Normanspruch verpflichtet zu sein.

Einen gegensätzlichen, triebfreien Erklärungsansatz hat SCHMIDT als Vertreter der kritischen Sexualforschung geleistet. Er sieht in der Sexualität ein komplexes Produkt sozialer Interaktionen, welches nicht durch einen Sexualtrieb erklärt werden kann. Sein Ansatz liefert darüber hinaus einen aktuellen Bezug, in dem gesamtgesellschaftliche Faktoren und hier besonders ökonomische Aspekte einbezogen werden.

Seine theoretischen Überlegungen werden gleichermaßen von anderen Sexualwissenschaftlern in einem großen Umfang (vgl. SELG 1979; BANCROFT 1985; KLUGE 1992; FRIKKER/LERCH 1976; KENTLER 1984; HAEBERLE 1985) getragen.

### **1. 3. 3. Die Funktionen des Sexualverhaltens**

(B. Bartsch)

Ehe im einzelnen die elementarsten Funktionen des menschlichen Sexualverhaltens vorgestellt werden, ist es erforderlich, die grundlegenden Faktoren zu benennen, die die Funktionen mitbedingen. In Anlehnung an KIRKENDALL muß zwischen drei grundlegenden Faktoren unterschieden werden:

1. der sexuellen Fähigkeit (was ein Mensch tun kann)
2. der sexuellen Motivation (was ein Mensch tun möchte)
3. der sexuellen Leistung (was ein Mensch tatsächlich tut).

Die sexuelle Fähigkeit beinhaltet, eine Erregung zu verspüren und einen Orgasmus zu haben. Verantwortlich hierfür ist das Muskel- und Nervensystem des Menschen. Diese Fähigkeit ist bei den einzelnen Individuen unterschiedlich ausgeprägt und variiert auch im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter. Eine Abnahme der sexuellen Fähigkeit ist besonders bei alten Menschen zu erkennen.

Die sexuelle Motivation variiert desgleichen bei den jeweiligen Menschen, aber ebenso kann bei einer Person nicht von einer konstanten Motivation ausgegangen werden. Verantwortlich für die Motivation scheinen vorzugsweise spezifische Lernprozesse zu sein, wobei die Bedeutsamkeit von Situationen maßgeblich ist.

Die sexuelle Leistung, die tatsächliche sexuelle Aktivität, ist abhängig von physischen und psychischen Gegebenheiten. Zudem muß bedacht werden, daß die sexuelle Fähigkeit - insbesondere im Alter - Grenzen setzt und die Situation, in der ein Mensch sich befindet, Gelegenheiten zur Sexualität schafft bzw. verstellt.

Der Alltag der Menschen sieht in den meisten Fällen so aus, daß sexuelle Fähigkeit, Motivation und Leistung nicht übereinstimmen. Zum einen erlauben es die Möglichkeiten und zum anderen die Normen (siehe Kap. 1. 3. 6.) mitunter nicht, all das zu tun, was man gern täte. So verfügt z. B. der Mann über die größte sexuelle Fähigkeit zu einem Zeitpunkt, zu dem seine



sexuellen Leistungsmöglichkeiten noch eingeschränkt sind, und bei der Frau z. B. ist die sexuelle Fähigkeit häufig deutlich größer als ihre sexuelle Motivation. Bei anderen Personen z. B. Prostituierten kann die sexuelle Leistung deutlich größer sein als ihre sexuelle Motivation (vgl. HAEBERLE 1985).

### **1. 3. 3. 1. Fortpflanzungsfunktion**

(B. Bartsch)

Bei der Fortpflanzungsfunktion, der ältesten und engsten Definition des Sexualverhaltens, geht es um die Erzeugung von Nachkommen zwecks Erhaltung der eigenen Art. Alle höheren Tiere sind zweigeschlechtlich ausgeprägt, lassen sich in männlich und weiblich unterteilen. Die Fortpflanzung geschieht durch die Vereinigung der unterschiedlichen Geschlechtszellen (Gameten), die von männlichen und weiblichen Lebewesen produziert werden müssen, um Leben entstehen zu lassen.

Bei Tieren niederer Art bestimmen physiologische Mechanismen das Sexualverhalten. In Zeiten, in denen eine Befruchtung möglich ist, erfolgt eine gegenseitige Reaktion auf ein „Signal“ hin, wodurch das Zusammenkommen von weiblichen und männlichen Geschlechtszellen durchführbar wird. Erforderlich hierfür ist das einmütige Verstehen der „Signale“, um es zu einer Befruchtung kommen zu lassen. Das „Programm“ der Befruchtung verläuft nur dann erfolgreich, wenn es zu wechselseitigen Verstärkungen der Verhaltensweisen kommt. Nur der positive Rückkopplungsprozeß, die Reaktion auf bestimmte Reize zu einem bestimmten Zeitpunkt, der nicht einseitig verlaufen darf, garantiert bei niederen Tieren die Fortpflanzung. Bei den höheren Säugetieren sind zusätzlich Lernprozesse nötig, um eine erfolgreiche Paarung zu gewährleisten. Affen, die z. B. kein Paarungsverhalten beobachten können, sind zwar in der Lage, auf Reize zu reagieren, in der Paarungssituation selbst geben sie sich orientierungslos (vgl. HARLOW 1962, 1966). Die angeborenen physiologischen Kontrollen des Sexualverhaltens bedürfen durch Übung und Erfahrung einer Unterstützung. Schon bei den höheren Tieren ist das Sexualverhalten differenziert und dient neben der Reproduktionsfunktion auch dazu, die Sozialstrukturen abzusichern

Der Mensch als höchstes Säugetier ist - zumindest in der jetzigen Zeitepoche - nicht auf Fortpflanzung programmiert. Er ist als komplexes Wesen mit basalen sexuellen Reaktionen ausgestattet, sein sexuelles Verhalten wird jedoch primär von Beobachtung und Lernen geprägt. Sein Sexualverhalten ist variabel und originär nicht auf Befruchtung ausgelegt. Bei der Befriedigung der sexuellen Bedürfnisse ist die Zeugung von Nachwuchs zur Arterhaltung eher die Ausnahme (vgl. HAEBERLE 1985). Im Verlauf eines menschlichen Lebens, in dem in der Regel mehrere hundertmal bzw. tausendmal der Koitus praktiziert wird, ist die Verhinderung einer unerwünschten Schwangerschaft eher prägnant. Umgekehrt ist die Wissenschaft heute so weit fortgeschritten, daß eine Befruchtung ohne jede Form von Sexualität realisierbar ist.

Ungeachtet dessen wird eine reproduktive Sexualideologie von Vertretern der katholischen Kirche - trotz gewisser Liberalisierungstendenzen - gerade im Zeitalter von AIDS weiter verfochten. Im Kontext der Diskussion von Empfängnisverhütung, Schwangerschaftsabbruch, Homosexualität und Jugendsexualität wird dies augenfällig (vgl. SELG/GLOMBITZA/LISCHKE 1979).

### **1. 3. 3. 2. Die Lustfunktion**

(B. Bartsch)

Die Lustfunktion scheint die dominierende Funktion der menschlichen Sexualität zu sein. FREUD entwickelte in seiner psychoanalytischen Theorie das Konzept der Libido (Lust). Nach seinem Verständnis wird das Leben von zwei gegensätzlichen Trieben bestimmt: dem Eros (Lebens- bzw. Lusttrieb) und dem Thanatos (Todestrieb) (vgl. FREUD 1991). Heute verstehen wir eher unter der Lustfunktion mannigfache Empfindungen wie z. B. Sinnlichkeit, Vorfreude auf Sexuelles, Freude am Sexuellen und sexuelle Befriedigung. Gelebte Sexualität schafft bei den meisten Menschen Vergnügen, Entspannung und Lust. Sexuelle oder sexuell getönte Gefühle werden oft als reizvoll, angenehm, als schöne und starke Gefühle erlebt.

Diese Gefühle erhalten schon in der frühen Kindheit ihre Bedeutung. SPITZ wies die Wichtigkeit der masturbatorischen Betätigung von Kleinkindern für den späteren positiven sexuellen Entwicklungsverlauf nach (vgl. SPITZ 1964). Die Akzeptanz der eigenen

Geschlechtlichkeit und das Körpergefühl wiesen einen Zusammenhang zum Lustempfinden auf.

Nicht alles Sexuelle wird als lustvoll erlebt. Das Erleben eines Orgasmus ist noch kein Garant für sexuelle Befriedigung, sexuelle Befriedigung kann auch ohne Orgasmus erlebt werden. Hieran wird deutlich, daß für das Gefühl Sexualität als Lust erleben zu können, physiologische Aspekte nicht ausreichend sind. KENTLER (vgl. KENTLER 1973) hält allenfalls Sexualität zu Fortpflanzungszwecken als „kopflozes“ Vorgehen für denkbar. Hat aber die Sexualität lustbesetzte Aspekte, muß sie im „Kopf“ durch Denken, durch Phantasie und durch Erinnerung verortet sein.

Lust muß zum einen als Verlangen und zum anderen als dessen Befriedigung im Sinne einer lebenssteigernden Qualität verstanden werden. Dabei darf sie nicht als positiv erlebte Zutat mißverstanden werden, vielmehr hat sie ihren eigenen Wert, Inhalt, Zweck und ist als Ziel autonom. Die Gesetzmäßigkeiten der Lustfunktion sind abgekoppelt von den Gesetzmäßigkeiten der Fortpflanzungsfunktion. Lust kann auf die eigene Person und/oder auf andere fixiert werden. Dabei ist die sexuelle Lust abhängig von habituellen und aktuellen Befindlichkeiten der jeweiligen Person, sie ist internen und externen Einflüssen unterstellt. Und nicht zuletzt wird sie von Raum-Zeit-Bedingungen geprägt.

### **1. 3. 3. 3.      Kommunikationsfunktion**

(B. Bartsch)

Die Kommunikationsfunktion der Sexualität betrifft alle kommunikativen Aspekte der Sexualität und betrachtet Sexualität als menschliche Kommunikation. Im Idealfall kommt es beim Ausleben der Sexualität zu einer körperlichen und geistigen Verständigung zwischen zwei oder mehr Personen. Bedeutungsinhalte werden im sexuellen Kontakt transportiert, Signale werden ausgesandt und empfangen. Intensität und Extensität von Berührungen zeigen Wirkungen und sind zugleich Animation. Das Gespräch und die Gesten zwischen den Handelnden sind weitere Indikatoren, die kommunikationsfreundlich wirken.

Das menschliche Sexualverhalten hat soziale und sozialisierende Funktionen, es muß als Miteinander und Zueinander begriffen werden. Das Streben nach mitmenschlichem Verstehen in der Sexualität zeigt immer gemeinschaftsbildende Funktion. „Hier findet die Tatsache Be-

rücksichtigung, daß Menschen unter anderem über das Sexualverhalten mit anderen Menschen in Kontakt treten und soziale Bedingungen entstehen - unabhängig vom Niveau, von der Intensität, der zeitlichen Dauer dieser Beziehungen und den Absichten. Wie diese Kontakte erlebt werden, ist von den verschiedensten Faktoren abhängig, damit nicht generell bestimmbar und sowohl inter- als auch intraindividuell variabel“ (SELG/GLOMBITZA/LISCHKE 1979, S. 12, 13).

Bei nahezu jeder sexuellen Betätigung ist ein Mindestmaß an menschlicher Kommunikation feststellbar. Auch im Kontakt zu Prostituierten finden Absprachen statt, herrscht Kommunikation. Die Bandbreite der Sinnhaftigkeit und der Bedeutung der Kommunikation in der Sexualität ist vielschichtig. Neben Motiven wie Rücksichtnahme und Gewohnheit sind Motive wie Zuneigung, Sympathie, Zärtlichkeit, Geborgenheit und Liebe denkbar. Alle Motive können im Handeln selber gesucht und/oder vermittelt werden, ohne daß dabei zwingend Lust empfunden werden muß.

Im Sinne von KENTLER ist der Mensch „als Sexualwesen auch ein soziales, zu sozialen Bindungen fähiges Wesen“ (KENTLER 1973, S. 28). Vor diesem Hintergrund wird es nachvollziehbar, daß das romantische Liebesideal für viele Menschen die Partnerschaftsausrichtung darstellt, die favorisiert und praktiziert wird. Liebe und die damit verbundenen Kommunikationsformen und Sexualität gehören demnach in den meisten Kulturen im menschlichen Selbstverständnis eng zusammen (siehe auch Kap. 1. 4. bis Kap. 1. 4. 4. 4.). Die Sexualität in einer (Liebes-) Beziehung scheint eine subjektiv größere Dimension zu erhalten.

#### **1. 3. 3. 4.      Kompensationsfunktion**

(B. Bartsch)

Durch die menschliche Sexualität können nichtsexuelle Phänomene kompensiert werden (vgl. SCHMIDT 1986). Die negativen Auswüchse der kapitalistischen Gesellschaft (siehe auch Kap. 1. 3. 2. 5.) haben dafür gesorgt, daß Sinnleere und Unzufriedenheit bei einem nicht geringen Teil der Bevölkerung existieren. Die mangelnde Selbstverwirklichung und das Ausbleiben eines „persönlichen“ Erfolges als Ergebnis von Fremdbestimmt- und Fremdplaziertheit werden als Ursache von kompensatorischen sexuellen Aktivitäten erkannt.

Auf einer individuellen Ebene können Gefühlsdefizite, Kontaktschwäche und gefährdete Beziehungen als Ursache der Kompensation vermutet werden. Sexualität als Kompensat dient nicht zuletzt ökonomischen Interessen, um die angehäuften Warenprodukte und dargebotenen Dienstleistungen abzusetzen. Der Überschuß an Befriedigungsmitteln (Konsumgütern) erfordert eine Maximierung der sexuellen Bedürfnisse. Die Verbindung der Sexualität mit nichtsexuellen Affekten gesteht dem Individuum einen breiten Kompensationsspielraum zu.

### **1. 3. 4. Die Entwicklung des Sexualverhaltens**

(B. Bartsch)

Noch vor 200 Jahren wurden Kinder wie kleine Erwachsene von der Gesellschaft angesehen. Diese Betrachtungsweise hat sich geändert. Die Tatsache nicht mehr negierend, daß selbst bei Kindern im Säuglingsalter Sexualität feststellbar ist, wird die sexuelle Entwicklung des Menschen heute als ein Reifungsprozeß verstanden, in dem biologisch-konstitutionelle Komponenten durch bestimmte Lernprozesse manifestiert werden (vgl. SELG/GLOMBITZA/LISCHKE 1979). Bei dieser Betrachtungsweise darf die Entwicklung nicht mit Reifung gleichgesetzt werden. Entwicklung bedeutet hier Reifung und Lernprozeß. Beide Komponenten bedingen einander, ohne Reifung sind bestimmte Lernprozesse nicht möglich, und ohne einen Lernanreiz verzögert sich die Reifung.

Drei Hauptaspekte sind für die Entwicklung des Sexualverhaltens maßgebend:

1. „Die männlichen oder weiblichen Merkmale des Körpers (biologisches Geschlecht).
2. Die männliche oder weibliche soziale Rolle (Geschlechtsrolle).
3. Die Vorliebe für männliche oder weibliche Geschlechtspartner (sexuelle Orientierung)“.

(HAEBERLE 1985, S. 151).

### **1. 3. 4. 1. Das biologische Geschlecht**

(B. Bartsch)

Das biologische Geschlecht unterscheidet zwischen männlich und weiblich. Es manifestiert sich nach fünf körperlichen Kriterien:

- dem chromosomalen Geschlecht
- dem gonadalen Geschlecht
- dem hormonalen Geschlecht
- den inneren Geschlechtsorganen
- den äußeren Geschlechtsorganen.

In den meisten Fällen erfüllen Männer und Frauen diese fünf Kriterien eindeutig. Ausnahmen sind die Hermaphroditen, dies sind Personen, die zweigeschlechtlich geboren werden und weibliche sowie männliche Geschlechtsmerkmale aufweisen.

### **1. 3. 4. 2. Die Geschlechtsrolle**

(B. Bartsch)

Unmittelbar nach der Festlegung des biologischen Geschlechts wird dem Säugling ein soziales Geschlecht, eine Geschlechtsrolle zugewiesen. Die Umwelt definiert den Säugling auf Grund des Vorhandenseins eines Penis oder einer Vagina als Junge oder Mädchen. Damit beginnt die spezifische Beeinflussung des menschlichen Neugeborenen. Der Junge hat die Rolle des Mannes, das Mädchen hat die Rolle der Frau zu erlernen. Über Kleidung, Spielzeug, Ansprache, Aggressionsverhalten bis hin zu den Hobbys und Berufswünschen wird Einfluß auf das weitere Leben genommen. Kindliches Verhalten erfährt durch Förderung oder Hemmung eine Bewertung von der Außenwelt. Ferner wird der Umgang und die Bedeutung der Geschlechtsorgane eingeübt, es findet eine sexuelle Sozialisation statt.

Auf mindestens drei Ebenen vollziehen sich die Lernerfahrungen des jungen Menschen. Neben der Familie, die einen sehr großen Einfluß auf die Geschlechtsrolle des Kindes hat, kommt der Gruppe der Gleichaltrigen und der Schule als Institution eine tragende Rolle zu (vgl. BANCROFT 1985). Seit 1968 gibt es in der BRD die Empfehlungen der Kultusministerkonferenz für den Bereich der Sexualerziehung, die Einfluß auf Ziele und Inhalte der

schulischen Sexualerziehung nehmen (vgl. SKAUMAL 1986). Ein weiterer, nicht zu gering zu bewertender Faktor der Einwirkung sind die Medien, besonders das Fernsehen. Durch die Präsenz eines Fernsehgerätes in vielen Kinderzimmern, durch das stetige Anwachsen des täglichen Fernsehkonsums und durch die Vielzahl der verfügbaren Programme ist ein tägliches Einüben von Rollen gewährleistet. Das Einüben der Geschlechtsrolle geschieht zum Teil sehr bewußt und zielstrebig (intentionale Sozialisation) zum Teil auch unbewußt und unreflektiert (funktionale Sozialisation).

Bei den meisten Individuen entspricht die eingeübte Geschlechtsrolle dem biologischen Geschlecht. Es sind jedoch auch Ausnahmen bekannt, wo ein anatomischer Junge als Mädchen und ein anatomisches Mädchen als Junge erzogen wurde. Dieser Umstand hat weitreichende Konsequenzen für die Entwicklung des betreffenden Kindes. Das Festsetzen der eigenen Identität (männlich oder weiblich) findet vermutlich im Alter von zwei bis vier Jahren statt. In dieser Entwicklungsphase bildet das Kind ein eigenes kognitives Bewußtsein als männlich oder weiblich. Versuche, das zugewiesene konträre Geschlecht nach diesem Zeitpunkt zu korrigieren, scheinen nur sehr schwer realisierbar zu sein. Die Identifikation mit dem anerzogenen konträren Geschlecht wird z. B. bei einem anatomischen Jungen dazu führen, daß sich dieser als Mädchen begreift und sich vermutlich zu Jungen hingezogen fühlt. Der Widerspruch der Geschlechtsrolle zum biologischen Geschlecht muß als Ursache für den Transvestismus angesehen werden. Darüber hinaus wagen einige Individuen, die konträr zu ihrem biologischen Geschlecht erzogen wurden, oft im Erwachsenenalter ein kompletten Rollentausch durch einen oder mehrere medizinische Eingriffe (Transsexualität).

### **1. 3. 4. 3. Die sexuelle Orientierung**

(B. Bartsch)

Das sexuelle Anzogenessein von gegengeschlechtlichen (heterosexuell) oder gleichgeschlechtlichen (homosexuell) Partnern wird als sexuelle Orientierung bezeichnet. Neben der Heterosexualität, die allgemein vorherrschend ist, zeigen gewisse Menschen eine Präferenz für einen gleichgeschlechtlichen Partner (Homosexualität), und eine weitere Personengruppe findet sich von beiden Geschlechtern (Ambisexualität) angezogen. Die sexuelle Orientierung ist in der Regel eine andauernde, mitunter ist aber die homosexuelle zeitlich begrenzt, da sie

einen vorübergehenden Status der Erfahrungssammlung einnimmt. Neben den genannten Orientierungen sind weitere Ausnahmen im Alltag vorfindbar, in diesen Fällen sind Tiere oder Gegenstände Objekte der sexuellen Ausrichtung.

Die sexuelle Orientierung geht indes über die grobe Unterteilung Hetero-, Homo- und Ambisexualität hinaus. Die Bedeutung des Alters, der Größe, des Gewichts, der Haarfarbe usw. des zukünftigen Partners sind Ergebnisse sozialer Lernprozesse. Dies gilt auch für bestimmte Formen und Bedingungen des Geschlechtsverkehr. Ob Sexualität rücksichtslos und brutal oder zärtlich und bedächtig praktiziert wird, ob die Ruhe und Abgeschlossenheit oder der Reiz des Entdeckens favorisiert wird, ob wenige oder viele Partner den Lebensweg begleiten, all dies hängt mit vom Erlernten ab.

Verhaltensweisen, die möglicherweise von dem unbeteiligten Betrachter als unverständlich und absurd bewertet werden, ergeben für den Handelnden fast immer einen Sinn, weil bestimmte Lebenserfahrungen die Basis dafür bilden. Daß sich sexuelle Verhaltensweisen, die Gewalt beinhalten und/oder vor unfreiwilligen Anwesenden ausgelebt werden, in einer Gesellschaft verbieten, wo der Einzelne und die Gemeinschaft geschützt werden müssen, muß nicht gesondert betont werden.

Wir stimmen mit MARBURGER abschließend überein, daß die Sexualität „als eine von Geburt wirksame Lebensenergie, die körperlich-biologische, soziale-kommunikative und geistig-seelische Strebungen umfaßt, deren aktuelle Formung und Ausprägung nicht biologisch determiniert sind, sondern das Ergebnis von Lern- und Sozialisationsprozessen und den ihnen zugrunde liegenden Werte und Normen im Rahmen je bestimmter gesellschaftlich-politischer Bedingungen ist“ (MARBURGER 1982, S. 15). Kritisch angemerkt werden muß dennoch, daß die sexuelle Entwicklung, die als Produkt von Reifung und Lernprozeß beurteilt werden muß, in unserer Kultur nur auf der kognitiven Ebene der Informationsweitergabe stattfindet. Lernprozesse, in fast allen anderen Bereichen des menschlichen Lebens ohne aktive Teilnahme und eigenständiges praktisches Nachvollziehen undenkbar, verlaufen bei der sexuellen Sozialisation ohne eine bewußte praktische Hinführung ab.



### **1. 3. 5. Die Formen des Sexualverhaltens**

(B. Bartsch)

In den vorangestellten Kapiteln wurde aufgezeigt, daß das Sexualverhalten als hauptsächliches Ergebnis von soziokulturellen Einflüssen beurteilt werden muß. Die gesellschaftliche Vermittlung ist verantwortlich dafür, daß ein breites Spektrum menschlichen Sexualverhaltens denkbar und vergleichbar ist. Eine Bewertung in richtig und falsch, in normal und pervers hängt vom historischen und kulturellen Kontext ab und ist weder wünschenswert noch endgültig praktikabel (siehe auch Kap. 1. 3. 6. bis Kap. 1. 3. 6. 2.).

Sexualverhalten sollte und darf nicht auf bestimmte Ausprägungen hin bewertet und determiniert werden. Die Bewertung der Sinnhaftigkeit und der Bedeutung von Sexualpraktiken und -ausrichtungen sollte nur dem unmittelbar Handelnden zukommen. Eine neutrale Vorgehensweise scheint geboten zu sein. Es bietet sich an, nach HAEBERLE zu verfahren, der das Zielobjekt der Sexualität als wichtigsten Indikator einer neutralen Einteilung ansieht. Danach kann sich Sexualität auf die eigene Person beziehen, aber auch auf andere Personen gelenkt sein. Gleichgeschlechtliche wie andersgeschlechtliche Personen können favorisiert werden, und zudem können Tiere das sexuelle Interesse erwecken.. Vier Formen des Sexualverhaltens (vgl. HAEBERLE 1985), die in ihrer Wertigkeit gleich behandelt werden müssen, kristallisieren sich heraus:

1. die sexuelle Selbststimulation
2. der heterosexuelle Geschlechtsverkehr
3. der homosexuelle Geschlechtsverkehr
4. der sexuelle Kontakt mit Tieren.

Diese vier Grundformen sind nicht bestimmten Personen vorbehalten. Jeder Mensch kann zu unterschiedlichen Zeiten bestimmte Formen der Sexualität leben. Dies kann zeitlich begrenzt sein, dies kann sich auf eine Form beschränken, denkbar ist ebenfalls, daß Individuen mehrere Formen zeitgleich praktizieren oder wechselweise zu unterschiedlichen Zeiten.

Unter der Form der sexuellen Selbststimulierung (Masturbation) können alle Formen der körperlichen Reizung summiert werden, die den eigenen Körper sexuell stimulieren. In den häufigsten Fällen werden die Geschlechtsorgane manuell oder mit Hilfe eines Gegenstandes

stimuliert. Diese Form der Sexualität ist in jedem Alter praktikabel. KINSEY wies nach, daß z. B. Männer und Frauen sogar im Schlaf einen Orgasmus erlangen können (vgl. KINSEY 1966). Über viele Jahre wurde die Masturbation als amoralisch und gesundheitsschädigend dargestellt. Nicht selten wurden dem erwachsenen Masturbierenden Persönlichkeitsdefekte nachgesagt. Die sexuelle Selbststimulation, die neben dem heterosexuellen Geschlechtsverkehr am häufigsten anzutreffen ist, muß heute als gleichwertige Form der menschlichen Sexualität angesehen werden.

Die meisten erwachsenen Individuen haben sexuelle Erfahrungen mit gegengeschlechtlichen Partnern. Dabei ist die verbreitetste Form der Aktivität der Koitus. In dem biologischen Faktor der Fortpflanzung (vgl. FORD und BEACH 1968) muß die primäre Ursache hierfür gesehen werden. Den heterosexuellen Geschlechtsverkehr hierauf zu reduzieren, ist nicht statthaft. Vielmehr muß jede Kommunikation zwischen Menschen, bei der eine sexuelle Reaktion erfolgt, als Geschlechtsverkehr definiert werden. Ein Orgasmus kann z. B. auf vielfältige Weise erreicht werden, und viele kranke, verletzte und alte Menschen sind nicht immer in der Lage, einen Koitus vollziehen zu können.

Der Austausch oder das gemeinsame Bewußtsein sexueller Gefühle kann auf vielfältige Art und Weise erlebt werden. Grob lassen sich vier elementare Arten des Geschlechtsverkehrs bestimmen:

- manueller Verkehr (lat. manus: Hand), hier werden die Geschlechtsorgane des einen Partners mit der Hand oder den Händen des anderen Partners stimuliert.
- Oralverkehr (lat. os: Mund), hier findet ein Kontakt zwischen dem Geschlechtsorgan des einen Partners mit dem Mund des anderen statt. Diese Form der Sexualität läßt sich weiter spezifizieren in „Fellatio“ (lat. fellare: saugen) bei dem das männliche Geschlechtsorgan gesaugt bzw. geküßt wird und in „Cunnilingus“ (lat. cunnus: Vulva und linguere: lecken) mit dem das Lecken und Saugen an den weiblichen Geschlechtsorganen gemeint ist.
- Genitalverkehr (lat. genitalia: Geschlechtsorgan), in diesem Fall haben beide Partner Kontakt mit ihren Geschlechtsorganen.

- Analverkehr (lat. anus: Darmausgang), in diesem Fall findet ein Kontakt zwischen Anus und Geschlechtsorgan der Sexualpartner statt.

Alle beschriebenen Formen finden fast nie in Reinkultur oder nur ausschließlich Anwendung. Das Spektrum des Denkbaren und Praktizierbaren sollte im alleinigen Ermessen des Handelnden liegen.

Die Homosexualität, die als dritte Form des Sexualverhaltens genannt wurde, muß genauso wie die Heterosexualität als Ergebnis von Lernprozessen verstanden werden. Eine genetische Veranlagung konnte bisher wissenschaftlich nie nachgewiesen werden (vgl. SELG/ GLOMBITZA/LISCHKE 1979).

Das Sexualverhalten ist oft nicht eindeutig homosexuell bzw. heterosexuell. In der frühen Kindheit ist gleichgeschlechtliches Verhalten unter Kindern sehr häufig zu beobachten und erweckt keine Anstößigkeit. Erst mit Einsetzen der Pubertät reagiert die Gesellschaft auf gleichgeschlechtliche Aktivitäten sensibel. Es muß angenommen werden, daß der Mensch die Möglichkeit besitzt, auf beide Geschlechter zu reagieren, die Konfrontation mit kulturell normativen Zwängen ihn aber eher zu Gegengeschlechtlichkeit drängt.

KINSEY wies in seiner Untersuchung nach, daß es zwar polare Positionen menschlichen Sexualverhaltens gibt, zwischen diesen beiden unterschiedlichen Tendenzen viele Abstufungen vorhanden sind, wo überwiegende oder gleichwertige Ausrichtungen erkennbar werden (vgl. KINSEY 1966). Die unterschiedliche Quantität und Qualität der homosexuellen Präferenz muß zudem um den Zeitfaktor ergänzt werden. Die sexuelle Orientierung kann sich im Laufe eines Lebens wandeln, Homosexualität und Heterosexualität können zu unterschiedlichen Zeiten einzeln, aber auch gemeinsam auftreten.

Obwohl sich mit der vierten Form des menschlichen Sexualverhaltens, dem sexuellen Kontakt mit Tieren, die schaffende Kunst und Dichtung und in den letzten beiden Jahrhunderten besonders das Strafrecht und die Medizin befaßt haben und der Eindruck einer weiten Verbreitung aufkommen konnte, hat sich dies als falsch erwiesen. Der sexuelle Kontakt zu Tieren scheint nur von wenigen Personen favorisiert zu werden und daher - verglichen mit der Gesamtheit sexueller Aktivität - die Ausnahme darzustellen.

Alle Formen des menschlichen Sexualverhaltens werden individuell gelernt. Außer acht gelassen werden darf nicht, daß der heterosexuelle Geschlechtsverkehr die Form ist, die gesellschaftlich gefördert wird. Nur auf diesem Wege ist eine Arterhaltung langfristig sicherzustellen, eine ausschließlich andere Objektwahl würde den Fortbestand der Menschen in Frage stellen. Die Abstammung des Menschen vom Säugetier läßt indes die Vermutung einer Verhaltensdisposition zu, die teilweise angeboren zu sein scheint und die auf Heterosexualität abzielt. Höhere Säugetiere, die die Fähigkeit der Selbststimulation besitzen und in der Lage sind, gleichgeschlechtliche Kontakte oder Kontakte zu anderen Säugetieren aufzunehmen - und solches auch gelegentlich tun - verhalten sich in der Regel heterosexuell innerhalb ihrer eigenen Spezies.

### **1. 3. 6. Die Normenproblematik in der Sexualität**

(B. Bartsch)

Die individuelle Ausprägung und Form des menschlichen Sexualverhaltens darf, wie bereits erläutert, nicht als Folge biologischer Anlagen verstanden werden; es ist das Ergebnis von Sozialisationsprozessen (vgl. KENTLER 1979; FORD und BEACH 1968; CHRISTENSEN 1971). Derartige Verhaltensweisen unterliegen strengen Beurteilungskriterien, die sich an unterschiedlichen Normen und Wertmaßstäben orientieren. Die sexuellen Standards ermöglichen eine soziale Kontrolle und Bewertung des Beobachtbaren.

#### **1. 3. 6. 1. Die Begriffe Norm und Wert**

(B. Bartsch)

Der Begriff Norm (lat. norma: Richtschnur, Regel, Vorschrift) hat in zweierlei Hinsicht Bedeutungscharakter. Zum einen wird damit eine Durchschnittlichkeit, Normalität und Häufigkeit benannt zum anderen muß Norm als Richtschnur, als regelnde Vorschrift mit Intensionscharakter begriffen werden. Zur Umsetzung und zum Wirksamwerden von Normen werden diese teilweise durch Institutionen verabschiedet. Dadurch, daß sie mit Zwang ausgestattet sind, zieht eine Nichtbefolgung Sanktionen nach sich.

Auch der Begriff Wert hat zwei Bedeutungsinhalte. Wert wird als Maßstab und Kriterium angesehen, um eine Orientierung und Bewertung zu ermöglichen und darüber hinaus hat der Begriff Wert als Gut selbst eine Bedeutung. Immer wird im Kontext von Bewertung der normative Charakter von gut und schlecht bzw. richtig und falsch deutlich. Eine Abgrenzung zwischen Norm und Wert muß nach LAUTMANN (vgl. LAUTMANN 1969) in der Form vorgenommen werden, daß der Begriff Norm auf das Verhalten und das Handeln abzielt, der Ausdruck Wert als komplexer angesehen wird, der neben dem Aspekt des Handelns auch Eigenschaften und Zustände umfaßt. Wert als umfassenderer Begriff stellt eine spezifische internalisierte Verhaltensdisposition dar, Norm als Regel mit Sanktionscharakter ist spezieller auf das menschliche Verhalten bezogen.

Beide Benennungen sind nicht absolut trennscharf zu behandeln, sie sind indessen unerläßlich als Ordnungsprinzip. Durch ihre Existenz entsteht Sicherheit in der Regelung von Beziehungen, Gruppen werden zusammengehalten und Interaktionsprobleme im menschlichen Zusammenleben gelöst.

### **1. 3. 6. 2. Die Unterschiedlichkeit von Normen**

(B. Bartsch)

Es ist unstrittig, daß es keine verbindliche universelle Norm gibt, die in allen Kulturen dieser Welt Gültigkeit hat. Normen sind stets gesellschaftsspezifisch. Zudem kann davon ausgegangen werden, daß innerhalb einer Gesellschaft/Kultur Normen nicht allgemeinverbindlichen Charakter haben. Bezogen auf die Sexualität lassen sich Unterschiede in den Schichten, aber auch bei den Geschlechtern Mann/Frau sowie bei den Generationen Kind/Erwachsener erkennen.

Darüber hinaus haben nicht alle Normen den gleichen Gültigkeitsanspruch, die Anwendbarkeit und die geforderte Konformität variieren. BRANDT/KÖHLER nehmen folgende Unterteilung vor:

1. Gesetze, die in schriftlicher Form verabschiedet werden, Sanktionen nach sich ziehen und dem Individuum den kleinsten Spielraum des Handelns lassen.
2. Sitten und moralische Normen, die durch die Öffentlichkeit verbreitet und kontrolliert

werden und das Wohl der Gesellschaft sichern und den Verfall abwenden sollen. Die Begründung der Inhalte ist nicht so rational wie bei Gesetzen, der Zwang zur Konformität trotzdem groß.

3. Bräuche, Volkstum und
4. Riten, Rituale, Zeremonien und
5. Konventionen, Etiketten und
6. Mode und Steckenpferd sind nicht ausdrücklich formulierte Vorschriften. Es handelt sich hierbei um willkürlich entstandene, so doch erwartete Verhaltensweisen, deren Nichtbefolgung zwar unterschiedliche, aber nicht so gravierende Konsequenzen nach sich zieht, wie bei den gesetzlichen Vorgaben oder den sittlichen und moralischen Normen (vgl. BRANDT/KÖHLER 1972).

Die Vermittlung der Normen geschieht in den meisten Fällen auf klassische Art und Weise durch Prozesse der Konditionierung und/oder durch Modell- bzw. Imitationslernen. Besteht für das Individuum keine Reflexion des zu übernehmenden Sachverhaltes, muß von Indoktrination, einem gesellschaftlichen Zwang, dem der Einzelne ausgesetzt wird, gesprochen werden.

Normenveränderungen sind immer generell und individuell, im Falle des Wechsels des Bezugssystem z. B. Kind/Jugendlicher/Erwachsenen, möglich. Die Wirksamkeit von Maßgaben ist letztendlich abhängig von dem Verhältnis der angedrohten und umgesetzten Sanktion.

Speziell die sexuellen Normen waren und sind immer einer Veränderung unterworfen und niemals deckungsgleich. In bestimmten historischen Perioden wurden bestimmte Verhaltensweisen als normal, wünschenswert und förderungswürdig erachtet, die zu anderen Zeiten als pervers determiniert wurden. Für die Unterschiedlichkeit der Bewertung ist die subjektive Betrachtungsweise erheblich. Ärzte, Theologen und die Gesetzgebung vertreten bis heute mitunter differierende Auffassungen in der Beurteilung und Bewertung des Sexualverhaltens. Die Ethnologie (vgl. FORD und BEACH 1968) lieferte beeindruckende Ergebnisse wie wandelbar sexuelle Normen sind und wie unterschiedlich Sexualverhalten durch Sozialisation vermittelt werden kann. Die normhafte Bewertung erstreckt sich von der Kindersexualität über Bigamie bis hin zu Formen des Sexualverhaltens. Besonders anschaulich wird die Normenproblematik bei der Einschätzung der Homosexualität. Von der besonderen Verehrung der Homosexuellen

bis hin zur Strafandrohung konnten FORD und BEACH Unterschiedlichkeiten in der Sichtweise bei den unterschiedlichen Kulturen dokumentieren.

Wenn wir in unserer heutigen Zeit Normen als Vorschrift über oder zu einem Verhalten definieren, muß Norm als Zielvorstellung gedacht werden. Beachtet werden sollte, daß Zielvorstellungen sich aus dem gesellschaftlichen Bezugssystem heraus rechtfertigen.

Die Grundlage unserer Gesellschaftsform, der Demokratie, ist der selbstverantwortliche, mündige, aber auch kritische Mensch. Dies muß gleicherweise im Kontext von Sexualität und sexuellen Normen erwartet werden können. Unkritische Anpassung an tradierte Normen kann nicht die Sollvorstellung eines demokratischen Bürgers sein. Gefordert ist die bewußte Auseinandersetzung mit den Richtzielen zur Sexualität. Das Sexualverhalten sollte in unserer Gesellschaft durch Akte der Selbstbestimmung geleitet sein. Dieser Vorstellung kommt der Begriff der „funktionalen Norm“ entgegen. Er bezeichnet ein solches Verhalten als normal, das den Interessen und Bedürfnissen des Einzelnen gerecht wird. An die Stelle von Anpassung, um Sanktionen zu vermeiden, wäre es wünschenswert, wenn hier die Grundhaltung der Toleranz greifen würde.

#### **1. 4. Sexuelle Einstellungen und Verhaltensweisen und AIDS - Übersicht über die empirischen Untersuchungen**

(B. Bartsch)

Da bis zum heutigen Zeitpunkt keinerlei AIDS-Impfstoffe gefunden wurden und auch alle wissenschaftliche Ansätze und Bemühungen bislang nicht den gewünschten Erfolg erbracht haben, bleibt die auf Verhaltensbeeinflussung abzielende AIDS-Prävention die einzige Möglichkeit, Neuinfektionen mit HI-Viren zu vermeiden.

Die Chancen, den HI-Viren präventiv zu begegnen, sind gut, da Infektionswege und vor allen Dingen Handlungsweisen, die eine Infektion weitestgehend verhindern, eindeutig bekannt sind. Durch penetrierenden Geschlechtsverkehr (vaginal oder anal) mit Infizierten und durch das direkte Eindringen von infizierten Körpersekreten in die Blutbahn, das hauptsächlich bei intravenösen Drogenkonsumenten eine Gefahr darstellt, sind die beiden wichtigsten epidemiologisch relevanten Ansteckungswege genannt (vgl. ROSENBROCK 1988).

In den letzten Jahrzehnten hat es in den industrialisierten Ländern eine übertragbare Krankheit mit den Ausmaßen und den Folgen wie AIDS nicht gegeben. Die staatliche Gesundheitspolitik in der BRD stand mit Ausbruch der Krankheit vor zwei alternativen Modellen: 1. dem Modell der individuellen Suchstrategie (screening), bei der potentielle Virusträger ermittelt werden. Bei diesem Modell sind Ausgrenzungen und Diskriminierungen nicht vermeidbar. Der Staat wird mit seinem Machtapparat eingesetzt, um die Gefahr abzuwehren.

Das 2. Modell wird als gesellschaftliche Lernstrategie verstanden. Ziel ist hier „Wie organisieren wir möglichst schnell, möglichst flächendeckend und möglichst zeitstabil den gesellschaftlichen Lernprozeß, mit dem sich die Individuen, die Institutionen und die gesamte Gesellschaft auf ein Leben mit dem vorläufig wohl unausrottbaren Virus einstellen können?“ (ROSENBROCK 1990, S. 20). Hier ist das präventive Verhalten die erklärte Ausrichtung, Ausgrenzung und Diskriminierung weichen dem Gedanken der Hilfe und Unterstützung der Betroffenen.

Obwohl die Entscheidung in der BRD zugunsten des zweiten Modells (Süßmuth) und zum Nachteil des ersten Modells (Gauweiler) getroffen wurde, hat sich eine verschärfte und kritische Betrachtungsweise von Homosexuellen und Drogenkonsumenten herauskristallisiert, zu



der zu Beginn der AIDS-Diskussion auch die Prostituierten gehörten. Die zwingende Notwendigkeit, die Heterosexuellen in die Prävention einzubeziehen, wurde in den ersten Jahren nach dem Auftreten der Krankheit gering eingeschätzt.

Das Kennen der Übertragungswege und der Übertragungswahrscheinlichkeiten und das Wissen um mechanische Infektionsbarrieren lassen eindeutige Präventionsbotschaften zu. Diese Botschaften, die sich nicht auf reine Informationsaufnahmen reduzieren lassen, wurden und werden auch heute noch auf drei Ebenen transportiert.

Neben der Gesamtbevölkerung, die multimedial informiert wird (Ebene 1), werden gezielt Personengruppen angesprochen, bei denen davon auszugehen ist, daß eine Infektionsgefahr verstärkt gegeben ist (Ebene 2). Die individuelle persönliche Beratung rundet die Präventionsbemühungen ab (Ebene 3).

Um die von uns erhobenen Daten und Fakten einordnen und bewerten zu können, ist es für uns unabdingbar, Orientierungswerte aus vergleichbaren Untersuchungen/Studien heranzuziehen. Vor diesem Hintergrund haben wir die Untersuchungen/Studien zum Sexualverhalten unterschiedlichster Stichproben/Populationen berücksichtigt und uns mit ihnen auseinandergesetzt. Zum einen wurden Erhebungen einbezogen, die vom Alter her vergleichbar waren, in denen also Personen ab dem Alter von 18 Jahren Berücksichtigung fanden, zum anderen sind von uns hauptsächlich Untersuchungen herangezogen worden, die nach 1980 und somit nach dem Bekanntwerden von AIDS erhoben wurden. Andere Erhebungen, die zu einem früheren Zeitpunkt stattfanden, wurden nur punktuell berücksichtigt und sollen in ihrer Bedeutung keineswegs geschmälert werden, doch beinhalten sie nicht die für unsere Untersuchung relevanten Aussagen.

Uns haben primär folgende Ergebnisse interessiert:

- das Wissen und die Informiertheit über HIV und AIDS einschließlich der Einschätzung des Risikos einzelner möglicher Übertragungswege,
- die persönliche Einstellung zu sowie die Nutzung von Kondomen,
- die Häufigkeit der Partnerwechsel bzw. die Partnerstabilität,
- die Einstellung gegenüber HIV-Infizierten und AIDS-Kranken,
- die Einstellung und die Bereitschaft zu einem HIV-Test,
- die Einschätzung der eigenen Infektionsgefahr und die Bereitschaft, das eigene sexuelle Verhalten zu modifizieren.

Nicht alle referierten Studien/Erhebungen haben gleichermaßen Aussagen hierzu liefern können. Ungeachtet dessen haben wir versucht, die interessantesten Fakten zusammenzutragen.

#### **1. 4. 1. Einstellungen und Sexualverhalten und AIDS in der Allgemeinbevölkerung der Bundesrepublik Deutschland**

(B. Bartsch)

Zu den bedeutenden repräsentativen Erhebungen in den letzten Jahren, in denen das Sexualverhalten der Allgemeinheit der Bevölkerung unter dem Aspekt der Bedrohung durch Aids untersucht wurde, zählt die Studie von RUNKEL. Durch ein Zufallsverfahren wurden von ihm 4000 Bundesbürger in den alten Bundesländern ausgewählt, denen von August 1986 bis April 1987 Fragebögen zugesandt wurden (vgl. RUNKEL 1986/87, 1987, 1989, 1990).

Der sehr umfangreiche Fragebogen beinhaltet Fragen persönlicher Natur (Alter, Geschlecht, Familienstand, Beruf usw.), Fragen zu Konfession und zur politischen Einstellung, Fragen zu Kenntnissen und zur Einschätzung der Krankheit AIDS. Weitere Fragen zielten auf das eigene Sexualverhalten ab. Von Interesse war die sexuelle Orientierung, die Häufigkeit des Geschlechtsverkehrs, Anzahl der verschiedenen Partner, Art und Umfang der Veränderung des Sexualverhaltens auf Grund einer Gefährdung durch AIDS sowie ein denkbare Verhalten nach einer möglichen Infektion. Schlußendlich wurden die Vorstellungen hinsichtlich gesundheitspolitischer und gesetzgeberischer Maßnahmen erforscht.

Die Rücklaufquote des Fragebogens betrug bei RUNKEL 38%. Er kommt zu folgenden Ergebnissen: 92,9% der Männer bezeichneten sich als heterosexuell, 3,8% als homosexuell und 3,4% als bisexuell. Bei den Frauen definierten sich 93,9% als hetero-, 1,6% als homo- und 4,5% als bisexuell.

Der überwiegende Teil der Befragten hatte schon Geschlechtsverkehr (97,5% der Männer, 94,6% der Frauen). Die Häufigkeit des wöchentlichen Geschlechtsverkehrs zeigt, daß die homo- und bisexuellen Männer und Frauen aktiver sind. Auch die Gesamtanzahl der Partnerschaften lag bei ihnen höher. Die Ergebnisse von RUNKEL decken sich mit denen von DANNECKER/REICHE 1974; BOCHOW 1988 und 1989. Die durchschnittliche wöchentliche Koitusfrequenz lag bei den Heterosexuellen bei 2,45 pro Woche.

Die Änderung des Sexualverhaltens bei den Heterosexuellen fiel im Hinblick auf die Krankheit AIDS gering aus. Nur 8,5% der Männer und nur 8,8% der Frauen äußerten, daß sie ihr Verhalten geändert hätten. Deutlich höher (75%) fiel sie bei den männlichen Homosexuellen aus, bei den weiblichen Homosexuellen hingegen - bedingt durch die geringere Infektionsgefahr - deutlich geringer. Bei allen Personengruppen stand die Reduktion der Partnerzahl im Vordergrund.

Bei der Kondombenutzung zeigte sich, daß 70% der männlichen Hetero- und Bisexuellen nie und ca. 20% nur selten ein Kondom benutzen. Die männlichen Homosexuellen griffen zu 37% niemals und zu 41% selten auf ein Kondom zurück. Bei den Frauen war der Kondombrauch noch niedriger als bei den Männern.

Auffällig an den Ergebnissen der Untersuchung von RUNKEL ist, daß der größte Teil der Bundesbürger aus den alten Bundesländern härtere staatliche Maßnahmen favorisierte. Von 60,2% der männlichen und 50% der weiblichen Hetero- und von 35,7% der männlichen und 50% der weiblichen Homosexuellen wurde befürwortet, daß Aids nach dem Bundesseuchengesetz behandelt werden soll. Die Einführung einer Meldepflicht für HIV-Positive hielten 74% der männlichen und 67% der weiblichen Hetero- und 25% der männlichen und 90,1% der weiblichen Homosexuellen für angebracht. Die Prozentwerte bei einer Meldepflicht für AIDS-Fälle stieg nochmals an. 78% der männlichen und 73,4% der weiblichen Hetero- und 48,8% der männlichen und 25% der weiblichen Homosexuellen plädierten hierfür.

Abgerundet wurden die Forderungen nach schärferen staatlichen Maßnahmen durch den Wunsch der Mehrheit nach der Einführung eines Testes (screening) für die Gesamtbevölkerung und nach obligatorischen Antikörpertests für einreisende Ausländer.

RUNKEL zieht aus seiner repräsentativen Untersuchung folgendes Resümee: Es gibt eine erhebliche Diskrepanz zwischen den individuellen Änderungen des Sexualverhaltens einerseits und den geforderten staatlichen Maßnahmen andererseits. Der Großteil der Bevölkerung möchte die Verantwortung an den Staat abgeben, um selbst keine Änderung vollziehen zu müssen. Die Kenntnisse um und über AIDS waren weitestgehend vorhanden, eine Verhaltensänderung wurde von der Mehrheit der Bevölkerung nicht vollzogen.

Eine Änderung des Sexualverhaltens wird von RUNKEL vorausgesetzt, um die Wahrscheinlichkeit einer HIV-Infektion zu minimieren. Ein rationales Auseinandersetzen des Einzelnen mit der Krankheit AIDS wird nach seiner Meinung durch den Code der romantischen Liebe erschwert bzw. unmöglich gemacht.

„Eine neue Beziehung unter dem Code der romantischen Liebe besteht auf der Einmaligkeit und Exklusivität dieser Beziehung, wogegen ein rationaler Diskurs über AIDS dies negiert und unterstellt, daß es vorher schon andere Partner oder Partnerinnen gab. Die beiden Bereiche (romantischer Liebescode versus Gesundheitsverhalten) besitzen unterschiedliche Steuerungsmechanismen. Im Bereich der Liebe wird mit Unterstellungen wie ewige Treue gearbeitet, im Bereich von AIDS mit dem Gegenteil“ (RUNKEL 1989, S. 91). „Der Diskurs über Liebe kreist um Hingabe, Verlust der Ich-Kontrolle und Leben, dagegen der Diskurs über AIDS um Leid, Angst, Vorsicht, Krankheit und Tod. Diese beiden Codes liegen quer zueinander, und von daher wundert es nicht, daß die Praktizierung von Safer Sex nur gering ausgebildet ist“ (RUNKEL 1989, S. 93).

Die erhöhte Bereitschaft der männlichen Homosexuellen - im Gegensatz zu den Heterosexuellen - das Sexualverhalten im Sinne von Safer Sex zu verändern, sieht RUNKEL vor dem Hintergrund, daß bei dieser Personengruppe stärker der Code der Promiskuität dominiert.

Im Auftrag des Bundesministeriums für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit untersuchte das Institut für Demoskopie Allensbach im Juni 1988 die Beachtung und Resonanz der Aufklärung über Ansteckungswege und Präventionsmöglichkeiten bei AIDS sowie mögliche Änderungen des Sexualverhaltens.

2253 Interviews wurden mit einem repräsentativen Querschnitt der Allgemeinbevölkerung (alte Bundesländer) durchgeführt. Daten aus den vorausgegangenen Untersuchungen in den Jahren 1987 und 1988 zu Informationsverhalten, Informationsstand und Risikobewußtsein konnten einbezogen werden, so daß sich Trends ableiten ließen (vgl. ALLENSBACH-STUDIE 1988).

Zu den Ergebnissen der Trendstudie zählt, daß das Risikobewußtsein im Hinblick auf AIDS in der Allgemeinbevölkerung abgenommen hat. Nur ca. 6% der Bevölkerung kennen unmittelbar AIDS-Betroffene, 9,4% finden den Zugang zu AIDS nur über die Medien bzw. Institutionen wie Schule usw.. Generell ist das Interesse an dem Thema AIDS gesunken, auch in der jüngeren Generation.

Der größte Teil der Bevölkerung hält sich für ausreichend informiert, was die Gefahren und Präventionsmöglichkeiten angeht. Obwohl die Sinnhaftigkeit der Aufklärungskampagnen nicht bestritten wird, halten sich 40% für überhaupt nicht durch AIDS und 31% für kaum be-

droht. Nur 2% der Bevölkerung fühlen sich akut gefährdet, relativ stark gefährdet sehen sich weitere 4%.

Die Reichweite der staatlichen Aufklärungsmaßnahmen scheint beachtlich zu sein. Fast die komplette Bevölkerung nimmt in irgendeiner Form diese Kampagnen wahr, gleichwohl wird kritisch gesehen, daß eine intensive Auseinandersetzung mit den Inhalten von den wenigsten geleistet wird.

Dies spiegelt auch die reduzierte Bereitschaft wider, im privaten Kreis über AIDS zu kommunizieren. Der Prozentwert der Personen, die sich intensiv über AIDS austauschen, ist auf 4% gesunken. Auch bei den Personen, die sich subjektiv bzw. objektiv durch AIDS bedroht fühlen, sank die häufige Gesprächsbereitschaft von 29% auf 9%.

Trotz des sinkenden Risikobewußtseins und der reduzierten Gesprächsbereitschaft zeigt sich die Allgemeinbevölkerung in der Studie sehr gut über Ansteckungswege, Präventionsmöglichkeiten und Risikogruppen informiert. Verhaltensrelevante Informationen zu AIDS konnten durch staatliche Aufklärungsarbeit - bei gleichzeitigem sinkenden Interesse an der Thematik - positiv vermittelt werden.

Auch die Einschätzung der Sinnhaftigkeit von Kondomen wurde in der Studie bestätigt, dies mit steigender Tendenz. Der Umstand führt indes zu keiner zwingenden Änderung des Sexualverhaltens. „Aus der positiven Beurteilung von Kondomen folgt keineswegs automatisch ein entsprechend verändertes Verhalten. Das Verhalten wird nicht in erster Linie von der Einschätzung von Kondomen, sondern von dem individuellen Risikobewußtsein, der Überzeugung von der Notwendigkeit der Nutzung bestimmt“ (ALLENSBACH-STUDIE 1989, S. 6). Der Umstand, daß nur 9% aller Personen, die einen Partner haben, regelmäßig bzw. häufiger Kondome benutzen, belegt diese Aussage nachhaltig.

Die Trendanalyse des ALLENSBACH-INSTITUTES zeigt, daß weder Einstellungs- noch Verhaltensänderungen im einem größeren Maße erfolgt sind. Vielmehr wird das Infektionsrisiko noch geringer eingeschätzt und Impulse für nennenswerte Verhaltensänderungen werden nicht ausgemacht. Die Mehrheit der Bevölkerung sieht sich als nicht gefährdet an. Nur 9% der Gesamtbevölkerung (14% der unter-40jährigen) wiesen eine Veränderung ihres Sexualverhaltens als Folge von AIDS aus.

Ähnlich wie es bei der Akzeptanz von Kondomen aussieht, sieht es auch bei der Bereitschaft zum HIV-Test aus. Zwar wären 60% der Bevölkerung zu einem Test bereit, doch nur 8% haben sich diesem Test unterzogen.

Die Toleranz gegenüber HIV-Infizierten bzw. AIDS-Erkrankten hält sich in Grenzen. Mit Zunahme der Distanz scheint die Toleranz zu wachsen. Hingegen scheinen „Strategien, die nicht auf Isolation, sondern (auf) die pragmatische Verminderung des Risikos für andere abzielen,... breite und weiter wachsende Zustimmung“ zu finden (ALLENSBACH-STUDIE 1989, S. 10.)

Seit 1987 begleitet die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) die AIDS-Aufklärungskampagnen der Bundesrepublik Deutschland. In jährlich durchgeführten Repräsentativumfragen werden die Entwicklung, das Informationsinteresse, der Informationsstand, der Umgang mit AIDS und die Angst vor HIV-Positiven bzw. AIDS-Kranken und das persönliche verantwortungsbewußte Verhalten zum Schutz vor AIDS erforscht (vgl. BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG 1995; CHRISTIANSEN/TÖPICH 1994).

Im November/Dezember 1994 wurde diese Erhebung letztmalig durchgeführt. 3600 Personen ab dem Alter von 16 Jahren wurden in den neuen und den alten Bundesländern befragt.

Das als umfangreich erachtete Informationsangebot zum Thema AIDS wurde von der Bevölkerung in den neuen und alten Bundesländern positiv aufgenommen. 87% der Bürger nutzten zumindest zwei Informationsquellen. Doch läßt sich erstmals festhalten, daß weniger Personen als noch in dem Jahr zuvor keinen Kontakt zu Aufklärungskampagnen hatten und daß die Kommunikation mit Bekannten und Familienmitgliedern einen deutlichen Rückgang verzeichnet. So wird seitens der Forscher befürchtet, daß bei einem weiteren Rückgang der Kommunikationsdichte zum Thema AIDS die Wirkungen der AIDS-Aufklärungskampagnen nicht mehr in den bisherigen Maße gewährleistet sind.

Der Kenntnisstand in den alten sowie in den neuen Bundesländern war nach wie vor sehr hoch. 98% der Befragten kannten die Übertragungswege und die wesentlichen Schutzmechanismen vor dem HI-Virus. Das umfangreiche Basiswissen korrespondierte mit einer neutralen Einstellung zu HIV-Infizierten und AIDS-Kranken. Eine Isolierung und Ausgrenzung dieser Personengruppe wurde weitestgehend abgelehnt.

Hingegen scheinen die Schutzmotivation und das Schutzverhalten bei der für die Aufklärungskampagnen besonders wichtigen Personengruppe der 16 bis 45jährigen Alleinlebenden erstmalig eine rückläufige Tendenz vorzuweisen. Neben der generellen Bereitschaft, sich bei Sexualkontakten wegen AIDS vorzusehen war auch die Verwendung von Kondomen rückläufig. Ebenfalls bei der nachwachsenden Altersgruppe der 16 bis 20jährigen sank der Anteil de-

rer, die immer oder häufig Kondome verwenden (Der Rückgang der Schutzmotivation und des Schutzverhaltens bei den jüngeren Alleinlebenden war jedoch auf die alten Bundesländer beschränkt.)

Die negative Trendänderung setzte sich nicht bei der Personengruppe fort, die in den zurückliegenden zwölf Monaten mehrere Sexualpartner hatten. Hier war ein geringfügiger Anstieg zu erkennen.

Zwei Tendenzen waren ausmachbar. Ein leichter Rückgang der Kondombenutzung bei jüngeren Personen in den alten Bundesländern und ein genereller leichter Anstieg in den neuen Bundesländern. Bei der Bereitschaft, sich einem HIV-Antikörpertest zu unterziehen, war eine Stagnation zu den Vorjahren eingetreten. 23% der Bundesbürger haben sich 1994 testen lassen, wobei die am stärksten vertretene Gruppe die der 16 bis 45jährigen Alleinlebenden war. Bedenkliches Fazit dieser Repräsentativerhebung sind die Feststellungen einer rückläufigen Nutzung von Informationsmöglichkeiten und die nachlassende Bereitschaft, über AIDS-Gefahren im weitesten Sinne zu kommunizieren neben dem Rückgang des Schutzverhaltens bei den nachwachsenden Altersgruppen.

In dem Zeitraum von 1989 bis 1991 wurden im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums von BASISRESEARCH drei Repräsentativstudien, bei den jeweils 2000 Personen befragt wurden, durchgeführt, um Daten der Allgemeinbevölkerung im Kontext von AIDS zu erhalten. Zielgruppen waren alle Personen mit deutscher Staatsangehörigkeit in den alten Bundesländern einschließlich West-Berlins im Alter von 16 bis 59 Jahren. Ergänzt wurde diese Erhebung um eine Befragung weiterer 400 homosexueller Männer. Die Vorgehensweise war eine Kombination aus schriftlicher und mündlicher Befragung (vgl. HUNNIUS/JUNG 1994). Eine der Hauptzielsetzungen war es, die für die Infektion mit dem HI-Virus besonders gefährdeten Bevölkerungsgruppen zu identifizieren. Als gefährdet wurden Personen definiert, die in den zurückliegenden zwölf Monaten mehr als einen Sexualpartner gehabt und gleichzeitig beim Sexualverkehr mit Personen, die sie noch nicht so lange kannten, nicht immer Kondome benutzt hatten.

Als eine solche Gruppe (at risk-Lebende) wurden überdurchschnittlich oft unverheiratete Männer im Alter von 20 bis 29 Jahren herausgefiltert. Die Forscher fanden heraus, daß sich diese at risk-Lebenden im Hinblick auf Einstellungen zur und Empfindungsweisen von Sexualität signifikant von der Allgemeinbevölkerung unterscheiden. „Für at risk-Lebende gehört

Sex eher genauso zum Leben wie Essen und Trinken. Sie möchten vergleichsweise schneller mit einer neuen Bekanntschaft intim werden, sagen dem Sexualpartner deutlich häufiger, was ihnen beim Sex gefällt, würden einen Seitensprung seltener beichten und akzeptieren häufiger, daß es beim Sex auch mal etwas härter zugehen kann. Dafür ist ihnen aufrichtige Liebe, einführendes Verständnis und liebevoller bzw. harmonischer Umgang mit dem Sexualpartner nicht so wichtig. Offenbar spielen emotionale Aspekte beim Sex für die Gefährdeten eine geringere Rolle als für den Bevölkerungsdurchschnitt. Sex und Liebe können eher unabhängig voneinander gesehen werden und triebhafte Momente treten stärker in den Vordergrund“ (HUNNIUS/JUNG 1994, S. 43).

Diese at risk-Gruppe scheint sich hinsichtlich ihrer Wertorientierung und in einigen Dimensionen der Persönlichkeitsstruktur vom Bevölkerungsdurchschnitt abzuheben. Für sie ist die Aktivität besonders wichtig, sie sind darauf aus, etwas Neues und Unbekanntes zu erleben, möglichst unabhängig von Anderen das eigene Leben zu entscheiden, zu planen und durchzusetzen. Keineswegs ist ihr Informationshintergrund geringer, allenfalls scheinen sie nur schwerer „belehrbar“ zu sein. Ihr Lebensstil ist egozentrischer und hedonistischer ausgerichtet. Auch in den sexuellen Verhaltensweisen, die als riskant oder risikoe erhöhend eingestuft werden müssen, findet dies eine Fortsetzung. In den Kategorien flüchtige Sexualkontakte, außere partnerschaftlicher Sexualverkehr, Männer mit Prostituiertenkontakt, Sexualverkehr mit Reise-/Urlaubsbekanntschaften, mehrere Sexualbeziehung gleichzeitig, Teilnahme an Gruppensex, Partnertausch und homosexuelle Kontakte lagen die Nennungen 2 bis 3fach so hoch wie bei der Allgemeinbevölkerung.

In Anbetracht der Tatsache, daß die Gruppe der at risk-Lebenden 8% der Allgemeinbevölkerung ausmachen, ist dies ein bedenkliches Ergebnis. Es erscheint um so bedenklicher, als die Forscher davon ausgehen, daß bei dieser Personengruppe neben psychischen Widerständen gegen eine Kondombenutzung „vor allem auch die psychische Prädisposition bzw. der spezifische Charaktertypus sowie die bei den Gefährdeten feststellbaren Abweichungen in den grundsätzlichen Wertorientierungen“ den Weg zu einer Verhaltensänderung erschweren (HUNNIUS/JUNG 1994, S. 52).

Der überwiegende Teil der Allgemeinbevölkerung stagnierte in seinem Verhalten. Hier sind die Sexualkontakte aufgrund von AIDS etwas reduziert worden. Der Kondomgebrauch, der eine leichte Aufwärtsbewegung aufwies, wurde als störend empfunden. Hauptsächlich wurde der Verlust von Spontaneität und Gefühl durch den Einsatz von Kondomen beklagt.



Bei den Bi- und Homosexuellen war das Bild von Safer Sex zweigeteilt. Die eine Gruppe schien ihr Verhalten in Richtung Safer Sex geändert zu haben, die andere Gruppe zeigte keine Verhaltensvariation.

#### **1. 4. 1. 1. Einstellungen und Sexualverhalten und AIDS in der Allgemeinbevölkerung unter dem Aspekt des Wohnortes**

(B. Bartsch)

Das Gießener Zentrum für Psychosomatische Medizin beschäftigte sich 1988 im Rahmen einer Repräsentativerhebung mit sozialpsychologischen Aspekten von AIDS im Hinblick auf die Diskriminierungsproblematik. Die 2025 Befragten äußerten in diesem Kontext ebenfalls Interessantes zu ihrem Sexualverhalten (vgl. BOCK 1994).

Es stellte sich heraus, daß nur 71% der Bevölkerung in den zurückliegenden zwölf Monaten sexuell aktiv (Intimkontakte zu einer anderen Person) waren. Ähnlich wie in den anderen zitierten Untersuchungen waren die 26 bis 50jährigen sexuell am aktivsten, wobei die Männer häufiger als die Frauen angaben, mehr als einen Sexualpartner in den letzten 12 Monaten gehabt zu haben, und die jüngste Altersgruppe die höchste Partnerfrequenz (18 bis 25 Jahre = 37%) vorweisen konnte.

Das Risiko, sich durch AIDS beim Geschlechtsverkehr zu infizieren, hielten nur 5% der Untersuchten für möglich. Je höher der Bildungsabschluß war, um so eher wurde das Infektionsrisiko gesehen. Die 18 bis 25jährigen schätzten die Gefahr, sich zu infizieren dreimal höher (16%) als der Bundesdurchschnitt ein.

Immerhin gaben 12% der Gesamtbevölkerung an, daß sie in ihrem Sexualverhalten vorsichtiger geworden seien, wobei als Folge dieser Äußerung nicht der Kondomgebrauch, sondern eine „allgemeine Vorsicht bei sexuellen Kontakten“ die höchste Nennung erhielt.

Nach einer Aufschlüsselung nach Ortsgrößen zeigten die Befragten von Orten mit 50.000 bis 100.000 Einwohnern signifikante Unterschiede zu anderen Ortsgrößen. Diese Bewohner hatten - gemessen am Bundesdurchschnitt - zu 5% häufiger in den letzten 12 Monaten mehrere Sexualekontakte, sie konnten sich zu 5% häufiger vorstellen, in den nächsten Monaten einen neuen Sexualpartner kennenzulernen. Eineinhalb mal so häufig wie der Durchschnitt sahen sie

sich als gefährdet an, und sie hatten ihr Sexualverhalten doppelt so häufig verändert, wobei die Treue als möglicher Schutz vor einer Infektion geringer als beim Durchschnitt bewertet wurde. Demnach scheinen „Mittelstädter“ die sexuell aktivste und aufgeschlossenste Gruppe und „allgemein“ vorsichtiger zu sein, aber keinesfalls eine Kondombenutzung zu favorisieren.

#### **1. 4. 1. 2. Einstellungen und Sexualverhalten und AIDS in der Allgemeinbevölkerung und die Bedeutung des dyadischen Kommunikationssystems**

(B. Bartsch)

Ein gänzlich anderer Untersuchungsansatz steht bei AHLEMEYER im Vordergrund. Er geht davon aus, daß das Wissen und die Verhaltensvorsätze alleine nicht ausreichen, um präventives Verhalten zu praktizieren. Für ihn ist entscheidend, ob die Beteiligten (Heterosexuellen) sich in ihrer (Zweier-) Beziehung kommunikativ über AIDS und Präventionsmöglichkeiten austauschen können.

Das Kommunikationssystem der Zweierbeziehung stand im Mittelpunkt seines Interesses bei einer im Jahre 1991/1992 durchgeführten Untersuchung in der BRD (vgl. AHLEMEYER/PULS 1994). Es wurden 180 Tiefeninterviews mit Personen im Alter von 18 bis 48 Jahren durchgeführt. Die vorgefundenen Zweierbeziehungen wurden nach 4 basalen Typen intimer Kommunikation unterschieden: 1. in das romantische Intimsystem, 2. in das hedonistische Intimsystem, 3. in das matrimoniales Intimsystem und 4. in das prostitutive Intimsystem. Die vier genannten Systemtypen unterscheiden sich durch die eingesetzten Kommunikationsebenen (Liebe, sexuelle Lust, Geld), die Zeitdimension und die Semantiken (romantische Liebe, sexuelle Emanzipation, Partnerschaft, Preis/Leistung). AHLEMEYER geht davon aus, daß diese Voraussetzungen den Umgang mit dem AIDS-Risiko vorstrukturieren (vgl. AHLEMEYER 1990 und 1993).

Bei dem dyadischen Kommunikationssystem romantische Liebesbeziehung scheint das Risikomanagement nicht in dem erwünschten Ausmaß zu greifen. Orientierungen wie Vertrauen, immerwährende Liebe, Exklusivität stehen der Kommunikation über Kondombenutzung, die eher auf zeitliche Begrenztheit der Beziehung hinweist, entgegen.

In dem hedonistischen Intimsystem wird die Thematisierung des Kondoms eher zugelassen und als unproblematischer erlebt. Die weitestgehende Unverbundenheit von Liebe und Lust, das in den Vordergrund stellen der eigenen Gesundheit läßt Safer Sex eher zu.

Bei dem matrimonialen oder eheähnlichen Intimsystem, das auf Langfristigkeit und Perspektive angelegt ist, sind zwei Richtungen zu erkennen. Eine Richtung beinhaltet den konsequenten und unproblematischen Umgang mit AIDS und dem daraus resultierenden Kondomgebrauch, die andere ist von einer Kommunikationsunfähigkeit gekennzeichnet, die häufig nicht nur den Bereich Prävention und Sexualität betrifft, sondern elementarer Art ist.

Das prostitutive Intimsystem scheint von allen vier Bereichen das am wenigsten problematischste zu sein. Weitestgehend durchgängig - abgesehen von mitunter besonders zahlungskräftiger Freiern - wurde von den Prostituierten auf Gebrauch eines Kondoms beim Geschlechtsverkehr bestanden.

Für AHLEMEYER/PULS ist ein effektives AIDS-präventives Handeln in intimen Situationen nur dann langfristig möglich, wenn eine kommunikative Vorbereitung seitens der Beteiligten erfolgt.

Einen ähnlichen Ansatz wie AHLEMEYER/PULS haben GERHARDS/SCHMIDT in ihrer explorativen Studie, die zwar nicht dem Charakter der Repräsentativität gerecht wird, doch - unserer Meinung nach - wichtige Erkenntnisse liefert und die Ergebnisse von AHLEMEYER/PULS weitestgehend bestätigt.

GERHARDS/SCHMIDT gehen davon aus, daß das kognitive Wissen um und über AIDS und die emotionale Betroffenheit mit einhergehender Risikokalkulation alleine nicht ausreichen, um sich vor AIDS zu schützen. Ihr Forschungsinteresse konzentrierte sich auf die soziale Dimension des sexuellen Handelns (vgl. GERHARDS/SCHMIDT 1992 und 1994).

Sie untersuchten den Umstand, ob es den Personen gelang, risikoarmes Sexualverhalten in der konkreten Situation des Intimverkehrs zu thematisieren und real umzusetzen.

Durch 50 Intensivinterviews mit 20 bis 30jährigen heterosexuellen Frauen und Männern, die in dem zurückliegenden Jahr einen neuen Intimkontakt eingegangen waren, wurde der Frage nachgegangen, ob bzw. warum es nicht zu Safer Sex gekommen ist.

GERHARDS/SCHMIDT stellten in ihrer Untersuchung die soziologische Perspektive in den Mittelpunkt ihres Interesses. Sie gingen davon aus, daß sexuelle Handlungsweisen aus der Interaktion zwischen den Partnern resultieren. Neben der Psycho-Logik (der Seelendynamik)

und der Kognitions-Logik (den Wissensbeständen) sehen sie als vordergründig die Soziologie (die eingelebten Interaktionsstrukturen wie Rollen und Normen) als handlungsleitend für sexuelle Aktivitäten an. Diese soziale Handlungsform ist wiederum eingebettet in „sozial“ konstruierte Regelsysteme und kulturelle Deutungsmuster, die den handelnden Akteuren Sicherheit und Ausrichtung gewähren.

Vor diesem Hintergrund wird Safer Sex als Handlungsmuster gesehen, das sich von den Beteiligten in der intimen Situation aushandeln, verzahnen und einbetten läßt.

Zu den Ergebnissen der Studie gehört, daß die sich kennennlernenden Personen (Partner) auf nur gering vorhandene kulturelle Kommunikationsmuster zur Gestaltung ihrer Interaktion zurückgreifen konnten. Für die intime Kommunikation scheint es wenig genormte Wege zu geben, die verbindlich Aufschluß darüber geben, wie sich Partner zu- und miteinander verhalten sollen bzw. wie sie sich annähern können. „Die Offenheit und Unstrukturiertheit der Situation und die wechselseitige Unbekanntheit des Partners machen das eigene Handeln unsicher und riskant. Intime Kommunikation erfordert von den Akteuren in überdurchschnittlichem Maße eine Interpretations- und Deutungsarbeit: Intimität muß sozial hergestellt werden“ (GERHARDS/SCHMIDT 1992, S. 192).

Der Prozeß des Kennenlernens wird von unterschiedlichen Erwartungen und Liebesvorstellungen bestimmt. Zwei Ausrichtungen wurden von GERHARDS/SCHMIDT für ihre Studie gewählt: 1. das Ideal der romantischen Liebe und 2. das hedonistische Liebesideal. Neben der Erwartungshaltung an den potentiellen Partner und dem unterschiedlichen Präsentieren der eigenen Person bedingen beide Liebesideale unterschiedliche Strategien der wechselseitigen Annäherung sowie unterschiedliche Chancen des Thematisierens und des Praktizierens von Safer Sex.

Von den 30 Personen, die befragt wurden und sich dem Ideal der romantischen Liebe zugehörig fühlten, verwendeten 19 kein Kondom. Von den 20 Personen, die eher dem hedonistischen Ideal zuzuordnen waren, nutzten 12 kein Kondom. Es zeigte sich in den Interviews, daß unterschiedliche Beweggründe für eine Nichtrealisierung von Safer Sex verantwortlich sind.

Das spontane und eindeutige Ansprechen und Einbringen von Safer Sex kollidierte mit der unsicheren und von Vorsicht gekennzeichneten Annäherung beider Partner. Weitere Hinderungsgründe lagen bei den Vertretern des romantischen Liebesideals in der Unvereinbarkeit von Vertrauen, Nähe, Hinwendung und konträr dazu dem Moment des Mißtrauens durch das

Thematisieren von Kondomen, mit denen Begrifflichkeiten wie Promiskuität, Krankheit, Leid und Tod assoziiert wurden.

Bei den Anhängern des hedonistischen Liebesideals bedeuteten Kondome eher eine sexuelle Einschränkung, eine Kontrolle und Zügelung ihres sexuellen Begehrens. Das „reale Benutzen“ des Kondoms wurde als Unterbrechung der Lust empfunden.

Um diesem Dilemma - bei beiden Ausrichtungen - entgegenzutreten, sehen GERHARDS/SCHMIDT in dem Wandel der belastenden Konnotation von Kondomen eine Möglichkeit. Die in fast allen Aufklärungskampagnen ausmachbare Dyade Kondome versus Krankheit, Seuche, Tod usw. soll in Richtung verantwortungsvoller (besonders durch Männer) Empfängnisverhütung gewandelt werden. Dessen ungeachtet scheint das Verwenden von Kondomen in der Intimsituation ein generelles, neben dem frühzeitigen Sprechen hierüber, Problem zu sein. Hier scheint die Kreativität und Phantasie des Einzelnen gefordert zu sein, um aus dem „Unvermeidbaren“ etwas ganz Normales, in die Intimsituation eingebettet werden zu lassen.

#### **1. 4. 1. 3.      Einstellungen und Sexualverhalten und AIDS in der Allgemeinbevölkerung und die Bedeutung der Ausprägung laienätiologischer Krankheitskonzepte**

(B. Bartsch)

Nicht ausschließlich das Sexualverhalten, sondern die Einflüsse durch AIDS auf das menschliche Sozialverhalten waren Kern der Repräsentativuntersuchung von EIRMBTER/HAHN/JACOB im Jahre 1990. Um einen allgemeinen Überblick über die Ausprägung und die Verbreitung laienätiologischer Krankheitskonzepte sowie über das gesellschaftliche Potential für die Stigmatisierung Kranker und Infizierter zu erhalten, wurden mehr als 2000 Personen in den alten Bundesländern und in Westberlin befragt. Gleichmaßen von Forschungsinteresse in diesem Zusammenhang war die Akzeptanz von staatlichen Zwangsmaßnahmen (vgl. EIRMBTER/HAHN/JACOB 1993 a und 1993 b).

Ausgangslage ihrer Untersuchung war die Annahme, daß „alltagstheoretische Formen der Wahrnehmung und Interpretation von AIDS für den individuellen und gesellschaftlichen Umgang mit der Krankheit von weitaus größerer Bedeutung sind als extern gewonnene, lebens-

weltfremde Erkenntnisse“ (EIRMBTER/HAHN/JACOB 1993 b, S. 20). Sie gingen von der Überlegung aus, daß sich gesunde Menschen häufig Krankheitstheorien bilden, die weniger auf medizinischem Basiswissen fußen, vielmehr Artikulation von Ängsten, Abwehrreaktionen und Projektionen beinhalten, die letztlich häufig in Schuldzuweisungen münden.

Besonderen Nährboden für eine solche Sicht- bzw. Handlungsweise bietet die Krankheit AIDS. Die genannte Sichtweise der Krankheit hat zur Folge, daß analog dazu Reaktionsdispositionen erkennbar werden. Zwei wurden von EIRMBTER/HAHN/JACOB polarisierend festgehalten. AIDS wird zum einen mit „Gefahr“ in Verbindung gebracht und dies in direktem Zusammenhang mit der Umwelt. Hier werden für den Einzelnen wenig individuelle Handlungsmöglichkeiten gesehen und die Gesellschaft als Regulativ betrachtet. Im Gegensatz hierzu besteht die Möglichkeit, AIDS als „Risiko“ wahrzunehmen, mit der Option, daß man dieses Risiko ausrechnen kann und es auch vermeidbar erscheint, sofern man auf bestimmte risikobehaltende Handlungen verzichtet. Erfahrene Schäden oder Beeinträchtigungen werden auf das aktive Handeln der eigenen Person zurückgeführt und nicht als unabwendbares Schicksal bewertet.

Der Dualismus von Risiko und Gefahr hat zur Folge, daß die jeweilige Betrachtung von AIDS in unterschiedliche Konsequenzen und Forderungen mündet. Vertreter, die AIDS als Gefahr einschätzen, waren mehr dadurch gekennzeichnet, daß sie sich Fremden gegenüber mißtrauisch zeigten und den Rückzug aus öffentlichen Räumen favorisierten. Parallel dazu wurde von diesem Typ eher eine Ausgrenzung Infizierter und Kranker und repressive staatliche Maßnahmen befürwortet. Personen dieser Ausrichtung waren in der Untersuchung vermehrt Ältere, Statusniedrigere und Land- und Kleinstadtbewohner.

Kennzeichnend für die Gruppe der Risikovertreter waren mehr deutlich jüngere, gut gebildete und beruflich etablierte Personen, die zudem eher in Großstädten anzutreffen waren. Sie sahen AIDS als vermeidbares Risiko an, dem adäquat begegnet werden kann. Eine Stigmatisierung und Ausgrenzung von Betroffenen wurde als nicht notwendig erachtet. Mißtrauen und Forderungen nach staatlichen Maßnahmen fehlten hier, die eigene Handlungskompetenz wurde zur Risikominimierung hoch eingeschätzt.

Der nicht geringe Teil der Bevölkerung, der AIDS als Gefahr betrachtete, wird an folgenden Zahlen deutlich. 59,6% vertraten die Meinung, daß für die Krankheit AIDS die Hauptrisikogruppen die Verantwortung tragen. Von daher wollten 47,6% der Befragten jeden Kontakt mit

HIV-Infizierten vermeiden. So verwundert es nicht, daß 56,9% einen Zwangstest für Angehörige sogenannter Risikogruppen forderten und 17% für die generelle Einführung eines Zwangstestes und 30,1% gar für eine Trennung der AIDS-Kranken von den Gesunden eintraten.

Interessant sind auch die Zahlenwerte derer, die kaum über AIDS nachdachten (21,2%) und die bewußt ein Risiko in Kauf nahmen, weil sie dem Leben Spaß abgewinnen wollten (14,7%). Von den 19,7% der Respondenten, die in den letzten 12 Monaten mehrere Sexualpartner hatten, erachteten nur 37,2% Kondome für wichtig, der Großteil (62,8%) sah sich nicht gefährdet und eine Verhaltensmodifikation nicht als dringlich an.

Beunruhigend muß das Ergebnis von EIRMBTER/HAHN/JACOB wirken, daß die Personengruppe, die AIDS als Risiko wahrnahm und sich in der Lage sah, individuell darauf zu reagieren, dies keineswegs in dem vermuteten Umfang tat. Hier fand die Sichtweise der Krankheit keine Entsprechung im Handeln. 21,5% der „Risikogruppe“ hatten in den letzten 12 Monaten mehr als einen Sexualpartner, bei der „Gefahrengruppe“ waren es im Gegensatz dazu nur 13,4%. Bei der Bewertung der individuellen Treue zeigte sich die Gruppe, die AIDS als Gefahr erachtete, mit 85,5% ebenfalls präventiver eingestellt zu 71,3% der „Risikovertreter“.

#### **1. 4. 1. 4. Einstellungen und Sexualverhalten und AIDS in der Allgemeinbevölkerung der ehemaligen DDR**

(B. Bartsch)

In den bisher referierten Untersuchungen und Studien sind fast ausnahmslos die neuen Bundesländer nicht berücksichtigt worden (Ausnahme hierzu die Untersuchung der BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG 1995). Gewiß ist die Ausgangslage der alten DDR hinsichtlich der Krankheit AIDS nicht vergleichbar mit der Ausgangslage in den alten Bundesländern der heutigen BRD. Hinzu kommt, daß sich eine Angleichung bezüglich Einstellungen und Verhalten unter dem Aspekt AIDS in den zurückliegenden Jahren (vgl. BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG 1995) ergeben hat und zukünftig vermutlich weiter abzeichnen wird. Doch trotzdem soll an dieser Stelle auf die besondere Ausgangslage in der ehemaligen DDR hingewiesen und die Sicht- und Reaktionsweisen der Bevölkerung beleuchtet werden.

Bis zum Jahresende 1989 - also kurz vor der Wiedervereinigung beider Staaten - wurden in der ehemaligen DDR 87 HIV-Infektionen und 19 AIDS-Erkrankungen registriert. Gegen Ende des Jahres 1990 lag die Zahl der HIV-Infektionen schon bei 133 und die Zahl der AIDS-Erkrankten bei 30. Diese Zahlen muten gering an, da zu dem gleichen Zeitpunkt die Zahlen in den alten Bundesländern mehr als 500 mal so hoch waren. Die Erklärung hierfür ist relativ einfach. Die Ausbreitung der HIV-Infektion begann in den neuen Bundesländern ca. 5 Jahre später als in Westeuropa, da durch die politische Abschottung des Gebietes die Infektionsgefahren reduziert wurden. Parallel hierzu gelangen Informationen und Verhaltensmaßnahmen - transportiert durch westliche Medien - frühzeitig in die neuen Bundesländer. Große Teile der Bevölkerung hatten auf diesem Weg Zugang zu Informationen, und die staatlichen Vertreter verfügten über die Möglichkeit, durch Aufklärungskampagnen frühzeitiger als in vergleichbaren anderen Ländern zu reagieren.

Interessant und von Bedeutung sind in diesem Kontext die Ergebnisse und Fakten, die HÄDER/KIEHL/HINTERBERGER im Jahre 1990 im Rahmen einer Repräsentativuntersuchung (bezogen auf die ehemalige DDR) herausfanden (vgl. HÄDER/KIEHL/HINTERBERGER 1991 und 1994).

Obleich die unmittelbaren Erfahrungen mit HIV-Infizierten bei der Bevölkerung bisher gering waren, scheint sie gut und umfangreich aufgeklärt und über Übertragungswege und Präventionsmöglichkeiten informiert zu sein. Ähnlich den Ergebnissen in den Untersuchungen, die die alten Bundesländer betreffen, fand - trotz des hohen Wissensstandes - keine gravierende Änderung des Sexualverhaltens statt.

Nur 6,7% der Untersuchungsgruppe räumten eine Veränderung des Sexualverhaltens ein, gleichwohl die Mehrheit große Angst vor AIDS konstatierte. Die am stärksten gefährdete Gruppe der unter 30jährigen, die signifikant mehrere Sexualpartner in den letzten 12 Monaten hatte, zeigte sich am aufgeschlossensten für die Thematik AIDS, fühlte sich stärker bedroht und wies die größte Veränderungsbereitschaft ihres Sexualverhaltens (11,6%) aus. Diese Veränderung bezog sich nicht durchgängig darauf, Safer Sex zu praktizieren, nur 33,2% erklärten, dies getan zu haben. Die Allgemeinbevölkerung gab trotz der Bezeugung einer hohen Sinnhaftigkeit von Kondomen nur zu 6% an, diese auch regelmäßig zu nutzen.

Die Bereitschaft, sich einem HIV-Test zu unterziehen, ist in den neuen Bundesländern recht hoch ausgeprägt. 69% der Befragten wären unmittelbar und 23,4% eventuell zu einem HIV-Test bereit, einem Test unterzogen haben sich insgesamt 9,1%.



#### **1. 4. 1. 5      Einstellungen und Sexualverhalten und AIDS in der Allgemeinbevölkerung der USA**

(B. Bartsch)

Daß der USA im Zusammenhang mit dem Bekanntwerden der Krankheit AIDS eine besondere Stellung zugewiesen werden muß, wurde bereits in dem Kapitel 1. 2. behandelt. Vor diesem Hintergrund gewinnt die Frage an Bedeutung, inwieweit sich dieses Land der Präventionsherausforderung gestellt hat und welche Erfolge bis heute erzielt wurden.

Global kann gesagt werden, daß der größte Teil der amerikanischen Bevölkerung Informationen durch den Staat erhalten hat, wobei die Bevölkerung in unterschiedliche Risikogruppen aufgeteilt wurde und auch unterschiedliche Präventionsbotschaften erhielt bzw. erhält.

Mit der Wahrnehmung der Krankheit richteten sich die Präventionskampagnen primär an die homosexuellen Männer, die intravenös Drogenabhängigen, die Bluter und die Prostituierten. Mit der Folge, daß AIDS auch als „Schwulen-, Fixer- und Hurenkrankheit“ deklariert und ein Bezugsrahmen für die Krankheit geschaffen wurde, in dem die davon Betroffenen den Makel des „Anderssein“ trugen (vgl. EHRHARDT/YINGLING/WARNE 1993).

Primäre Zielgruppe der Aufklärungskampagnen waren ursprünglich die Homosexuellen. Die Botschaften waren eindeutig: Senkung des riskanten Verhaltens durch Safer Sex und Reduktion der Sexualpartner. Die Folgen und Ergebnisse der staatlichen Bemühungen waren vielversprechend. Die Schwulenbewegung zeigte große Empathie für die Problematik und das sexuelle Verhalten wandelte sich größtenteils in die anvisierte Richtung (vgl. MARTIN/GARCIA/BEATRICE 1989; SIEGEL u. a. 1988; EKSTRAND/COATES 1990; MILLER/TURNER/MOSES 1990).

In erster Linie zeigten die Homosexuellen aus den „Epizentren“ wie z. B. New York, San Francisco usw., weiße und gut gebildete Männer, die mit ihrer Homosexualität offen umgehen konnten, die Bereitschaft, ihr Verhalten zu modifizieren. Farbige, Bewohner von kleineren Städten und jüngere Homosexuelle setzen Safer Sex nicht in dem erhofften Maße um (vgl. EKSTRAND/COATES 1990 und HERDT 1989).

Weniger erfolgreich verlief die Aufklärung von Blutern, die in erster Linie durch medizinische Fachkräfte realisiert wurde. Die ohnehin schon durch ihre Krankheit Beeinträchtigten fühlten sich durch die Verwendung von Kondomen zusätzlich in negativer Weise beeinflusst, so daß

sich die Verwendung von Kondomen bei diesen Personen nur in einem begrenzten Umfang durchsetzte.

Die Gefahr einer HIV-Infektion wurde bei intravenösen Drogenkonsumenten in den USA anfangs weniger in dem Sexualverhalten als vielmehr in dem gemeinsamen Nutzen von Spritzenutensilien vermutet. In den durchgeführten Untersuchungen stellte sich aber heraus, daß sehr viele männliche Drogenabhängige weibliche Sexualpartner hatten, die nicht drogenabhängig waren und somit besonders gefährdet erschienen.

Programme, die auf die Sexualverhaltensmodifikation der Drogennutzer abzielten, waren bislang wenig erfolgreich. Es scheint nicht zu einer relevanten Verhaltensänderung gekommen zu sein (vgl. LEWIS/WATTERS 1991). Kondome werden bei dieser Zielgruppe sehr selten bzw. nur sporadisch verwendet, eine Erklärung hierfür könnte die Beeinträchtigung des Urteilsvermögens bieten, ein weiterer der durch intensiven Drogengenuß entstehende Kontrollverlust.

Als in hohem Maße problembeladen haben sich die Präventionsbemühungen in den USA gezeigt, die auf Jugendliche abzielen. Über einen beachtlichen Zeitraum wurde die Notwendigkeit, heterosexuelle Jugendliche als gefährdet anzusehen, negiert, während in der neueren Zeit über die Inhalte und Botschaften eine heftige Diskussion entbrannt ist.

Zwei gegensätzliche Lager stehen sich gegenüber: Die Moralisten, die AIDS als „Lauf der Welt“ betrachten und die in der zu frühzeitigen Konfrontation der Jugendlichen mit Sexualität eine Gefahr sehen. Für sie ist das Sprechen über und das in Verbindung bringen von Sexualität mit Jugendlichen undenkbar. Ihre Forderung heißt Abstinenz und nicht Kondomgebrauch. Die Realisten haben den Kampf gegen AIDS aufgenommen und sehen im dem nicht berücksichtigen der Jugendlichen eine große Gefährdung für diese (vgl. EHRHARDT/YINGLING/WARNE 1993).

Berücksichtigt man, daß die Jugendlichen - auch in den USA - heute frühzeitig sexuell aktiv werden und daß die Sexualität der amerikanischen Jugendlichen auch heute noch negativ und kritisch beäugt wird, erscheint die Notwendigkeit einer neu zu überdenkenden Haltung dringlich geboten.

Ähnlich wie in der BRD sind auch in den USA die meisten AIDS-Kranken durch homosexuelle Kontakte infiziert worden, doch steigt die Zahl der infizierten Heterosexuellen kontinuierlich in beiden Ländern. Die Ratschläge, die den Heterosexuellen in den USA gegeben werden, erstrecken sich über Abstinenz, Reduktion der Sexualkontakte bis hin zum Kondom-

gebrauch. Vergleicht man die Aussagen der amerikanischen Forscher (vgl. COCHRAN/MAYS 1989) haben die Heterosexuellen - und hier häufiger die Frauen - Schwierigkeiten mit Safer Sex. Als Hinderungsgrund wird häufig der Verlust von Intimität und Verbindlichkeit angeführt, zumal sich nach einer kurzen Zeitspanne sehr oft feststellen ließ, daß das Gefühl, „den Partner gut zu kennen“ über die Angst vor AIDS siegte. So läßt sich konstatieren, daß der Präventionsgedanke in der amerikanischen heterosexuellen Bevölkerung noch nicht zu einer Selbstverständlichkeit geworden ist.

Ausnahmen scheinen hier die Prostituierten zu sein. Sie bestehen bei ihren Kunden auf den Gebrauch von Kondomen, bei ihren Partner und Ehemännern zum großen Teil aber nicht.

Bilanziert man die Präventionsanstrengungen der USA, so kommt man zu dem Ergebnis, daß die Kampagnen nur bei den männlichen Homosexuellen als geglückt gewertet werden können. Das Haupthindernis bei den anderen Zielgruppen scheint in der mangelnden Akzeptanz der Sexualität zu liegen. Von den Homosexuellen wurde der Gebrauch von Kondomen auf einer erotischen Ebene in den Alltag (in die Intimität) weitestgehend integriert. Die Botschaften, die Heterosexuelle (Drogenkonsumenten, Bluter und speziell Jugendliche) erhielten, waren geprägt von Abstinenz und Monogamie. Der Lustgedanke, die Akzeptanz des Sexuellen in all seinen Facetten blieb relativ unberücksichtigt.

Doch wie sieht das sexuelle Verhalten des Durchschnittsamerikaners konkret aus? In mehreren Untersuchungen (vgl. KINSEY 1955 und 1963; MASTERS und JOHNSEN 1970; TAVRIS und SADD 1975; HITE 1977 und 1982; JANUS und JANUS 1993) wurde dieser Frage nachgegangen. Die Repräsentativität der meisten Untersuchungen wird von den Wissenschaftlern in den USA stark angezweifelt, da vom Ansatz her ausgewählte, oft willkürlich präferierte Untersuchungsgruppen befragt wurden.

Trotzdem wurden diese Studien zum Teil sehr populär, da sie ein untersuchungsrelevantes Neuland betraten, dessen Ergebnisse, die teilweise schockierten, auf große Resonanz in der Bevölkerung stießen. Die zunehmende vordergründige sexuelle Offenheit der Massenmedien hat in diesem Kontext dazu beigetragen, daß die weitverbreitete Annahme existiert, daß der durchschnittliche Amerikaner sexuell überaus aktiv ist und in einem von der Sexualität geprägten Land lebt.

Ein gänzlich anderes Bild dokumentieren namhafte Soziologen und empirische Sozialforscher mit ihrer - der derzeitig aktuellsten - Studie. 1992 wurden von ihnen 3482 repräsentativ aus-

gewählte Männer und Frauen zwischen 18 und 59 Jahren interviewt (vgl. MICHAEL/GAGNON/LAUMANN/KOLATA 1994).

Ihr Ergebnis: Das Sexualverhalten scheint ähnlich dem Verhalten der Europäer zu sein. Ca. 10% der Männer und 15% der Frauen hatten in den vergangenen 12 Monaten keinen Sexualpartner. Mit 17,5 Jahren hatte der durchschnittliche Amerikaner seinen ersten Geschlechtsverkehr. 67% der Männer und 75% der Frauen gaben an, in den letzten 12 Monaten nur einen Sexualpartner gehabt zu haben. 10% der Männer und 14% der Frauen verfügten über keinen Partner. Die geringe allgemeine Partneranzahl seit dem 18 Lebensjahr entspricht dem europäischen Standard. Die leicht nach oben erhöhte Differenz zu älteren Untersuchungen liegt vermutlich darin begründet, daß der erste Geschlechtsverkehr in den USA heute zeitlich etwas vorverlegt stattfindet, bedingt durch längere Ausbildungszeiten die Eheschließung bzw. eine feste Partnerschaft zu einem späteren Zeitpunkt erfolgt und daß durch eine höhere Scheidungsrate in der Phase zwischen Scheidung und erneuter fester Partnerschaft vermehrt Sexualkontakte realisiert werden. Sobald ein fester Kontakt bestand, waren 94% der Amerikaner sexuell treu. Nennenswerte Abweichungen bei der Treue und der Anzahl der bisherigen Partner und den Partnerzahlen in den letzten 12 Monaten waren zwischen weißen und farbigen Amerikanern nicht feststellbar.

Ähnliche Ergebnisse - bei weißen und farbigen Amerikanern - lassen sich bei der Häufigkeit der sexuellen Kontakte ausmachen. Etwa ein Drittel hatte 2 bis 3 mal die Woche Geschlechtsverkehr, ein weiteres Drittel verkehrte einige Male im Monat, während das letzte Drittel nur wenige Male im Jahr sexuellen Kontakt bzw. gar keinen hatte.

Die Gruppe der Verheirateten bzw. in fester Partnerschaft Lebenden war die sexuell aktivste und gleichzeitig diejenige, die ihre Sexualität am befriedigsten erlebte (88%). Auch hier waren große Unterschiede zwischen Farbigen und Weißen nicht erkennbar. Das sexuelle Verhaltensrepertoire scheint ausgeprägt zu sein, wobei drei Sexualpraktiken (Vaginal-, Oral- und Analverkehr) zu den häufigeren Anwendungen zählen und hierbei der Vaginalverkehr favorisiert wird. Oralverkehr wurde häufig von jungen, gebildeten Weißen (Frauen und Männer) praktiziert, Farbige und weniger gebildete Weiße zeigten sich weniger daran interessiert.

Entgegen der Annahme, daß Analverkehr selten vollzogen wird, kamen MICHAEL/GAGNON/LAUMANN/KOLATA in ihrer Erhebung zu dem Ergebnis, daß ca. 25% der Amerikaner in ihrem Leben irgendwann Analverkehr praktiziert haben und daß 10% dies in den

letzten 12 zurückliegenden Monaten taten. Ungebrochen war aber die Vorliebe für den Vaginalverkehr, 84% der Männer und 77% der Frauen fanden ihn sehr reizvoll.

Bei dem Thema Masturbation gaben 40% der Frauen und 60% der Männer an, im letzten Jahr masturbiert zu haben, wobei die Masturbation weniger als Ersatzbefriedigung, sondern als Bestandteil des sexuell aktiven Lebens gesehen wurde. 85% der Männer und 45% der Frauen mit einer festen sexuellen Beziehung masturbierten in den 12 zurückliegenden Monaten, Verheiratete masturbierten häufiger als Alleinstehende.

Die Frage nach der Homosexualität in Amerika muß differenziert beantwortet werden. Während KINSEY den Wert noch mit 10% angab, kamen MICHAEL/GAGNON/LAUMANN/KOLATA zu anderen, differierenden Ergebnissen. „Weniger als 2% der von uns befragten Frauen gaben an, sie hätten im letzten Jahr sexuellen Verkehr mit einer anderen Frau gehabt. Rund 4% sagten, sie hätten seit ihrem achtzehnten Lebensjahr mindestens einmal Geschlechtsverkehr mit einer Frau gehabt, und etwas mehr als 4% sagten, sie hätten irgendwann in ihrem Leben einmal Geschlechtsverkehr mit einer Frau gehabt. Rund 6% der Männer gaben an, sich zu Männern hingezogen zu fühlen. Etwa 2% hatten im letzten Jahr sexuellen Verkehr mit einem Mann gehabt, etwas mehr als 5% mindestens einmal seit dem achtzehnten Lebensjahr. 9% sagten, sie hätten seit der Pubertät mindestens einmal sexuellen Verkehr mit einem Mann gehabt“ (MICHAEL/GAGNON/LAUMANN/KOLATA 1994, S. 227).

Nimmt man die reine Selbstdefinition (Homosexualität, Bisexualität) der Befragten als Orientierungsgröße (Männer 2,8%, Frauen 1,4%) so relativieren sich die gemachten Angaben.

Erstaunlich groß war die Bereitschaft der Amerikaner, sich einem AIDS-Test zu unterziehen (30%). Die jungen, gebildeten Amerikaner, die zudem in Großstädten lebten, zeigten sich in dieser Hinsicht am aufgeschlossensten. 23% der Verheirateten, 37% derjenigen, die in festen Beziehungen lebten und weitere 30% der Alleinlebenden gaben an, den Test durchgeführt zu haben.

Weitere 30% der Respondenten bekundeten, daß sie ihr Sexualverhalten wegen AIDS geändert hätten. Die Veränderung zeigte sich nicht in allen Gruppen gleichmäßig. Die Verheirateten änderten ihr Sexualverhalten zu 12%, die unverheirateten Paare zu 40%, die restlichen Betroffenen zu 32%. Generell vollzogen diesen Schritt eher jüngere, in Großstädten Lebende, die durchschnittlich eine höhere Partnerfrequenz aufwiesen.

Insgesamt gibt die Studie von MICHAEL/GAGNON/LAUMANN/KOLATA ein Bild wieder, daß nicht der Präsentation, die in den Medien erfolgt, entspricht. Der Durchschnittsamerikaner

ist treu, hat bisher in seinem Leben nicht übermäßig viele Sexualkontakte gehabt. Der größte Teil lebt in partnerschaftlichen bzw. ehelichen Verhältnissen, hat im Gegensatz zu den Alleinlebenden mehr partnerschaftliche Sexualität. Obwohl die sexuelle Aktivität innerhalb der Beziehung eher ruhig ist, wird sie als angenehm und zufriedenstellend erlebt.

AIDS wird von den Forschern als bedrohlich, dies aber keineswegs für die Allgemeinheit erachtet. Sie gehen davon aus, daß die Sexualkontakte zwischen infizierten und nicht infizierten Gruppen zu selten stattfinden und daß die wenigen Menschen, die sich auf diese Weise infizieren, zu wenige Partner haben, diese wiederum zu wenige Partner haben, um die HIV-Infektionsrate in die Höhe schnellen zu lassen. Die kurzen Partnerketten und die mangelnde Vernetzung dieser Personen sind Anlaß für eine Beschränkung der Infektionsgefahr auf Homosexuelle und intravenöse Drogengebraucher.

#### **1. 4. 1. 6. Zusammenfassung**

(B. Bartsch)

Die referierten Untersuchungen und Studien, die von ihrem Ansatz her teilweise quantitativ bzw. teilweise qualitativ waren und von ihrem Umfang her (n = 50 bis n = 3600) ebenfalls differierten, haben in wesentlichen Punkten deckende und mitunter schon vermutete Ergebnisse hervorgebracht. Hinzugekommen sind Aspekte, die neu und aufschlußreich für künftiges präventives Handeln sein können.

Nicht aus den Augen lassend, daß „der soziale Kontext der Sexualität den objektivierenden Zugang“ (CLEMENT 1990, S. 290) mitunter erschwert und auch die Ergebnisse kritisch betrachtet werden müssen (vgl. CLEMENT 1990), läßt sich folgendes über heterosexuelles und homosexuelles Verhalten der erwachsenen Allgemeinbevölkerung konstatieren.

Alle Untersuchungen belegen, daß das Wissen um die Infektionsgefahr, um HIV-Übertragungswege und Präventionsmöglichkeiten bei fast allen erwachsenen Bundesbürgern einschließlich der neuen Bundesländer in einem hohen Ausmaß vorhanden ist (vgl. ALLENSBACH STUDIE 1989; BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG 1995; HÄDER/KIEHL/HINTERBERGER 1991 und 1994).

Dieses Wissen korrespondiert keineswegs mit einer adäquaten Risikoeinschätzung und einem erhöhten Kondomgebrauch der Allgemeinheit bzw. der Gruppe der Heterosexuellen, die ledig,

im Alter von ca. 20 bis 50 Jahren sind und in den zurückliegenden 12 Monaten der Erhebungen mehr als einen Sexualpartner hatten (vgl. BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG 1995; RUNKEL 1986/87, 1987, 1989 und 1990). Der Kondomgebrauch scheint bei den Heterosexuellen zu stagnieren bzw. leicht rückläufig zu sein.

Rückläufig scheint auch das Interesse an den Kampagnen und an der Kommunikationsbereitschaft innerhalb der Bevölkerung zu sein, wenn es um das Thema AIDS geht (vgl. BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG 1995).

Die Einstellung gegenüber HIV-Infizierten und AIDS-Kranken zielt nicht auf Isolierung und Ausgrenzung ab, doch sympatisiert eine große Mehrheit mit staatlichen repressiven Maßnahmen zum vermeintlichen Schutz vor einer Infektion (vgl. RUNKEL 1986/87, 1987, 1989 und 1990; ALLENSBACH STUDIE 1989; EIRMBTER/HAHN/JACOB 1993 a und 1993 b).

Interessant, bedenklich und mit dem Anspruch, dies bei Präventionskampagnen zukünftig zu berücksichtigen, stimmen die Ergebnisse von GERHARDS/SCHMIDT (1992 und 1994) und AHLEMEYER (1990), die in den unterschiedlichen Kommunikationssystemen von Zweierbeziehungen - speziell dem System des romantischen Liebesideals, das für den größten Teil der Bevölkerung als maßgeblich unterstellt werden kann - Hinderungsgründe für die Umsetzung von Safer Sex sehen. Noch einen Schritt weiter gehen BOCK (1994), die Bewohner von Städten in der Größenordnung von 50.000 bis 100.000 als besonders gefährdet ausweist und HUNNIUS/JUNG (1994), die eine at risk lebende Gruppe herausgefiltert haben, die durch ihre Lebenseinstellung, ihre Wertorientierung, aber besonders durch ausgewiesene Charaktermerkmale als schwer belehrbar identifiziert wurden.

Ergänzt werden diese Ergebnisse durch die Erkenntnisse von EIRMBTER/HAHN/JACOB (1993 a und 1993 b), die durch die Polarisierung der Einschätzung der Krankheit AIDS als Gefahr versus Risiko belegten, daß dieser Gedanke bei den Präventionsbemühungen bisher zu wenig Berücksichtigung fand.

Fazit ist, daß die homosexuelle Bevölkerung in einem breiteren Maße, wenn auch nicht durchgängig, Safer Sex praktiziert und sich als gefährdet begreift, intravenöse Drogenkonsumenten unbeeindruckt von den Präventionskampagnen weiterhin auf Kondome verzichten, und Heterosexuelle zwar bestens informiert sind, sich größtenteils als nicht gefährdet einstufen und - entgegen den Meldungen der Latexhersteller (vgl. KRAUS 1994) - eine Kondombenutzung aus den unterschiedlichsten Beweggründen nicht favorisieren.

## **1. 4. 2. Studentensexualität und AIDS** (M. Jodexnis)

### **1. 4. 2. 1. Studentensexualität, Aids und Prävention** (M. Jodexnis)

Studenten sind in der empirischen Sexualforschung eine probate und leicht erreichbare Population. „Studenten sind jedoch zu keiner Zeit und in keiner Kultur repräsentativ für die Bevölkerung“ (CLEMENT 1986, S. 1).

Studenten sind aber auch eine Gruppe, die sexuell aktiv, überdurchschnittlich gut gebildet und informiert ist, über Reflexions- und Auseinandersetzungsvermögen und rationales Denken verfügt sowie im Umgang mit Sprache und Schrift im allgemeinen und mit dem Instrument des Fragebogens im besonderen besser geübt ist als andere Bevölkerungsgruppen. Aufgrund ihrer Bildungsprivilegien und ihrer gesellschaftlichen Stellung kann die Studentenschaft durchaus als Avantgarde betrachtet werden, in der sich politische, soziale, kulturelle und auch sexualmoralische Wandlungen und Entwicklungstendenzen am ehesten widerspiegeln. „Das gilt in historischer Hinsicht für den Vormärz ebenso wie für die `braune` Studentenbewegung oder die Umbruchsituationen der letzten Jahrzehnte. Die Studenten lösten einen weitreichenden Politisierungsprozeß aus, brachen entschieden mit den sozialpolitischen Selbstverständlichkeiten der (Nach-) Adenauer-Ära, attackierten die verharschten autoritären Strukturen“ (REIMANNN/BARDELEBEN 1992, S. 19). Sie zeichneten verantwortlich für die sexuelle Liberalisierung bzw. bürgerliche Sexualreform (vgl. GIESE/SCHMIDT 1968) und eine tendenziöse Ablösung traditioneller Formen des Zusammenlebens und der Partnerschaft.

Durch die Präsenz von HIV und AIDS ist der per se sensible Bereich der Sexualität noch problematischer, widersprüchlicher und fragiler geworden. Die Gefahr, sich durch sexuellen Kontakt mit HIV zu infizieren, belastet die Sexualität mit ihr diametral entgegengesetzten lustfeindlichen Komponenten wie Angst, Mißtrauen, Krankheit und Tod. Das Leben spontaner, ungehemmter, lustvoller Sexualität ist mit dem Auftreten von AIDS und seiner zunehmenden Verbreitung in der heterosexuellen, nicht zu den klassischen Risikogruppen zählenden Bevölkerung schwieriger und ambivalenter geworden und per ratio eng mit HIV-Prävention verbunden. Die von der Bundesregierung und der AIDS-Hilfe propagierten Präventionskonzepte orientieren sich vorrangig an dem Ideal des Safer Sex mit den Forderungen



nach Kondombenutzung und Vermeidung infektionsriskanter Sexualpraktiken, d.h., auch mit der Forderung nach Verzicht auf uneingeschränkte Spontaneität und Affektivität. Wenn AIDS, so unsere These, Veränderungen in den sexuellen Einstellungen und Verhaltensweisen in der heterosexuellen Bevölkerung bewirkt (hat), sind diese am ehesten in der Population der Studenten zu beobachten.

Einige der klassischen Risikogruppen wie die homosexuellen Männer und die professionellen Prostituierten haben relativ schnell auf die AIDS-Bedrohung reagiert und Safer Sex praktiziert. Die Auswirkungen der AIDS-Epidemie sowie die Akzeptanz und praktische Umsetzung des Safer Sex-Konzeptes wurden an der Population der homosexuellen Männer sehr frühzeitig und breit untersucht (für die Bundesrepublik Deutschland sind hier vor allem die Arbeiten von BOCHOW und DANNECKER zu nennen; eine Literaturübersicht für die USA geben JOSEPH/BECKER (1988).

Da unsere Zielgruppe die heterosexuellen Studenten und Krankenpflegeschüler sind, lassen wir die Untersuchungen zur Sexualität Homosexueller unberücksichtigt; angemerkt sei lediglich, daß die US-amerikanischen Studien an homosexuellen Männern sich anhand des Kriteriums „Region mit hoher bzw. mit niedriger AIDS-Prävalenz“ unterscheiden. In Gebieten mit hoher AIDS-Prävalenz ist eine Veränderung des Sexualverhaltens im Sinne von Safer Sex deutlich ausgeprägter als in Regionen mit niedrigem AIDS-Vorkommen. Dieses kann als Bestätigung der These eines Zusammenhanges zwischen persönlicher Betroffenheit und Einstellung und Verhalten interpretiert werden.

„Eine dem emotionalen Erleben zugängliche Identifikation als fühlbare Möglichkeit (es könne auch mich betreffen) scheint eine notwendige, wenn auch nicht ausreichende Voraussetzung für sexuelle Verhaltensänderungen zu sein“ (TILLMANN/BRAUN/CLEMENT 1990, S. 324).

Aufgrund der Verschiedenartigkeit der deutschen und der US-amerikanischen Gesellschaften verzichten wir auf eine ausführliche Darstellung amerikanischer Untersuchungen und verweisen an dieser Stelle auch auf Kapitel 1. 4. 1. 5.. Befragungen von amerikanischen Jugendlichen und jungen Erwachsenen, vor allem von Studenten, berichten von teilweise widersprüchlichen Ergebnissen bezüglich des Einflusses von AIDS auf das Sexualverhalten. So fanden ZIFFER et al. (1989) keine Veränderungen des Sexualverhaltens trotz des Wissens um das HIV- Infektionsrisiko bei 56% der männlichen und 34% der weiblichen Studenten.

DICLEMENTE et al. beobachteten eine stärkere Vermeidung infektionsriskanter Sexualpraktiken durch die Sensibilisierung für HIV und AIDS. DIAZ et al. ließen mehr als 2.500 Studenten ihr Risiko, an AIDS zu erkranken, selbst einschätzen und kamen zu interessanten Ergebnissen: 75% stuften sich mit „Null Risiko“ ein, unterlagen in ihrer Sexualpraxis aber einem niedrigen bis hohem Infektionsrisiko. Umgekehrt war die überwiegende Mehrheit derjenigen Studenten, die sich als hoch gefährdet einschätzten, realiter kaum bis wenig infektionsgefährdet. Der relativ hohe Wissensstand hinsichtlich HIV und AIDS korrelierte nicht positiv mit einer entsprechenden Bewertung infektionsriskanten Sexualverhaltens. In einer Trendanalyse beschreibt TYNDALE die sexuellen Aktivitäten vornehmlich heterosexueller Studenten in den Jahren 1981 bis 1988.

Bis zum Jahr 1985 konnten Trends zu einem früheren ersten vaginalen Geschlechtsverkehr, einer zunehmenden Wahrscheinlichkeit homosexueller Aktivitäten bei Männern sowie einer steigenden Anzahl verschiedener Sexualpartner beobachtet werden. Im Jahre 1988 kehrten sich die beiden ersten Trends um, d.h., das Alter beim ersten Koitus war angestiegen, die Wahrscheinlichkeit homosexueller männlicher Kontakte gesunken (alle genannten Untersuchungen in: HEINKE 1992).

Wir referieren in Kapitel 1. 4. 2. 7. zwei kleinere empirische Studien mit geschlechtshomogenen Stichproben, da geschlechtsspezifische Differenzen hinsichtlich sexueller Einstellungen und Verhaltensweisen in fast allen Untersuchungen beschrieben werden.

Während ein Teil der homosexuellen Männer sehr schnell auf die AIDS-Epidemie reagierte und die Forderungen der Safer Sex-Kampagnen für sich adaptierte, zeigten andere, ähnlich wie die Mehrheit der „normalen“ heterosexuellen Bevölkerung, wenige oder keine Verhaltenskonsequenzen. Dies erscheint nur bei oberflächlicher Betrachtung als ignorant oder irrational, geht es hierbei nämlich nicht um die „Auflösung einer alten Norm, sondern die fast schlagartige Einführung einer neuen sexuellen Verhaltensvorschrift, des „Safer Sex“-Diktats, das die Frage nach der Differenz zum realen Verhalten nach sich zieht“ (CLEMENT 1990, S. 290).

Daß Wissen um die Gefahr einer HIV-Infektion und dessen praktische Umsetzung, ein ansteckungsvermeidendes Sexualverhalten, in keinem Kausalzusammenhang stehen, hat verschiedene emotionale, soziale und situationsbedingte Gründe, die sich gegenseitig

beeinflussen. Dies gilt um so mehr für den Bereich der Sexualität, der Widersprüchlichkeiten, affekt- und emotionsbesetzten Handlungen besonders zugänglich ist. Bezogen auf das Hauptkriterium des Safer Sex, die Kondombenutzung, bedeutet dieses, daß das Wissen um die Gefährlichkeit ungeschützten Sexualverkehrs und die Notwendigkeit der Kondomverwendung häufig überlagert werden durch das setting der sexuellen Interaktion: Kondome können Verlust von Spontaneität und Leidenschaft, implizieren Mißtrauen, Krankheit, Tod bedeuten (vgl. BARDELEBEN et al. 1989; REIMANN/BARDELEBEN 1992; LETZEL et al. 1990; SCHEIPL et al. 1995).

Obwohl ein an den Safer Sex-Botschaften orientiertes Präventionsverhalten nach wie vor den besten Schutz vor einer HIV-Infektion bietet, ist eine gravierende Diskrepanz zwischen Wissen um AIDS, Angst vor einer HIV-Infektion und entsprechendem Verhalten zu beobachten. Nicht einmal innerhalb der Population der Studentenschaft greift das Safer Sex-Konzept gleichermaßen, zeigen sich geschlechts- und studienfachspezifische Unterschiede. In Gruppen mit einer konservativen Sexualmoral wird die Verwendung von Kondomen kaum durchsetzbar sein, „ebenso wie es an der psychosozialen Realität freizügig Lebender vorbeigeht, wenn ihnen zur Treue oder Enthaltbarkeit geraten wird. Der Vielfalt sexueller Lebensformen muß eine Vielfalt von Aufklärung und Beratungsangeboten entsprechen“ (HEINKE 1992, S. 58).

Dies wird deutlich an den nachfolgend dargestellten Untersuchungen, deren Ergebnisse, unabhängig von Detaildivergenzen, darauf hinweisen, daß es kein allgemeingültiges Präventionskonzept - auch nicht für Studenten - geben kann. Die geschlechts- und studienfachspezifischen Unterschiede scheinen die Notwendigkeit differenzierter Maßnahmen zu belegen.

Die vorliegende Untersuchung kann den methodischen Kriterien der Repräsentativität - wie an anderer Stelle ausgeführt - nicht genügen; gleichwohl können unsere Ergebnisse mit denen ähnlich konzipierter Studentenforschungen verglichen werden. Um diese Vergleichsbasis möglichst breit zu halten, werden im folgenden Kapitel alle uns bekannten, mit der Thematik Studentensexualität und AIDS befaßten Untersuchungen, darunter auch nicht repräsentative Befragungen und Dissertationen, in ihren Fragestellungen und Ergebnissen kurz dargestellt.

#### **1. 4. 2. 2. Studentensexualität im sozialen Wandel**

(M. Jodexnis)

Empirische Sexualforschung ist der vielleicht widersprüchlichste und problematischste Bereich empirischer Sozialforschung. „Ihr Gegenstand ist ein in hohem Maße affektbesetzter phantasieanregender und zentraler Bereich menschlichen Lebens - der empirische sozialwissenschaftliche Zugang zu diesem Bereich führt zu in hohem Maße affektlosen, phantasietötenden und peripheren Ergebnissen“ (CLEMENT 1986, S. 1).

Während die frühen sexualwissenschaftlichen Untersuchungen wie z.B. die von KINSEY sich auf die Beschreibung sexuellen Verhaltens anhand ausgesuchter meßbarer Aspekte beschränkten, hat sich zunehmend ein Unbehagen über diese Art der Erfassung menschlichen Sexualverhaltens etabliert, ein Unbehagen, das bereits Anfang der 70er Jahre von einigen Sexualforschern artikuliert wurde (vgl. SIGUSCH/SCHMIDT 1973). „Die Zeiten haben sich geändert, der Alltagsdiskurs des Sexuellen hat den wissenschaftlichen überholt, und in der Sexualforschung ist das Unbehagen über den Erkenntniswert empirisch-sozialwissenschaftlicher Studien parallel mit der Zahl der Sex-Reports gestiegen“ (CLEMENT 1986, S. 1).

Wichtiger als reine Deskriptionen sind Analysen des Bedingungsgefüges für sexuelle Einstellungen und Verhaltensweisen, das Aufzeigen von Zusammenhängen und Erklärungsmustern.

ULRICH CLEMENT führte 1981 eine Studie durch (vgl. CLEMENT 1986), die sich mit den Veränderungen sexueller Erscheinungen bei Studenten befaßte und konzipierte diese als Replikationsstudie zu der Studentenbefragung von GIESE und SCHMIDT (vgl. GIESE/SCHMIDT 1968). HIV und AIDS waren weder in den späten 60er Jahren noch zu Beginn der 80er Jahre verbreitet und deshalb kein Thema; dennoch bilden beide Untersuchungen eine wichtige Grundlage für das Verständnis studentischer Sexualität in den 90er Jahren und für soziale und historische Veränderungen des sexuellen Lebens. Haben sich vor dem Hintergrund politischer und sozialer Entwicklungen in den Jahrzehnten seit GIESE/SCHMIDT auch die sexuellen Einstellungen, Verhaltensweisen und sexualmoralischen Vorstellungen, z.B. bezüglich zur Institution der Ehe, gravierend geändert. „Diese Veränderungen sind jedoch von großer sozialer und psychologischer Relevanz. In den letzten beiden Jahrzehnten haben sich vor dem Hintergrund sozialer und politischer Bewegungen auch die Sexualität sowie Familien- und Partnerschaftskonzepte tiefgreifend verändert“ (CLEMENT 1986, S. 1).

Mitte der 60er Jahre erfuh die Sexualität im Zuge der „sexuellen Liberalisierung“ eine Ablösung von traditionellen, „bürgerlichen“ Partnerschaftsformen wie der Ehe und einen zunehmenden Grad an Permissivität, unabhängig davon, ob diese Entwicklung als Liberalisierung (vgl. BÖHM/ROHNER 1988; BARDELEBEN et al. 1992) oder bürgerliche Sexualreform (vgl. GIESE/SCHMIDT 1968) interpretiert wird. Unabhängig von der Sichtweise hat sich ein grundlegender Wandel der „Privatsphäre, der Konzeption von Sexualität, Partnerschaft und Familie vollzogen, deren traditionelle Einheitlichkeit brüchig geworden ist. Das zeigt sich besonders bei Gruppen, die auf soziale Veränderungen sensibel reagieren können, d.h. vor allem junge, mobile, gut ausgebildete Gruppen, speziell Studenten“ (CLEMENT 1986, S. 2). Studenten haben, so CLEMENT, als Angehörige der gebildeten Mittelschichten, „eine Art Pionierfunktion, für die Sexualität in den westlichen Industriegesellschaften“ (CLEMENT 1986, S. 21).

Ein weiteres Argument für eine Studentenstichprobe war für CLEMENT die Tatsache, daß die früheste und umfangreichste Vergleichsstudie im deutschsprachigen Raum (GIESE/SCHMIDT 1968) ebenfalls die Population der Studenten umfaßte, dieses zu einem Zeitpunkt gesellschaftlicher Umbrüche wie der Studentenbewegung, des sexuellen Liberalisierungsprozesses und der sozialliberalen Regierungspolitik, die mit der Gesellschaft auch den Bereich der Sexualität veränderten.

CLEMENT führte seine repräsentative Wiederholungsbefragung der Untersuchung von GIESE und SCHMIDT zu sexuellen Verhaltensweisen und Einstellungen von Studenten unter Anwendung analoger Stichproben und Erhebungstechniken durch und beschrieb im Vergleich der Ergebnisse beider Befragungen das derzeit aktuelle Sexualverhalten von Studenten.

Seine Stichprobe setzte sich aus insgesamt 1.922 Studenten (1.106 Männer, 816 Frauen) verschiedener Fachrichtungen zusammen, die durch eine von den beteiligten 15 Universitätsverwaltungen (inclusive Westberlins) gezogene Zufallsauswahl ermittelt wurden. 12 der Universitäten waren bereits 1966 in der GIESE/SCHMIDT-Stichprobe vertreten. Methodisch handelte es sich um eine postalische Fragebogenaktion zu den Inhaltsbereichen „Verhalten und Einstellungen“ mit den Items Masturbation, Koitus, homosexuelle Kontakte, Einstellungen zur Sexualität und „Partnerschaft“ mit den Items Partnerschaftsformen, -vorstellungen, Sexualität und Partnerschaft.

Den leicht erhöhten Anteil weiblicher Studenten, verglichen mit der Gesamtstudentenschaft der beteiligten Universitäten, erklärt CLEMENT vor allem mit deren größerer Bereitschaft zur Teilnahme an der Befragung sowie zur Auseinandersetzung mit dem Thema Sexualität.

In wichtigen soziodemographischen Kriterien wie Alter, Familienstand, Studienfach, Wohnform entspricht CLEMENTS Stichprobe im wesentlichen der Grundgesamtheit westdeutscher Studenten des Jahres 1981 und kann somit als hinreichend repräsentativ gelten.

Das gleiche gilt für die Vorgängerstudie von GIESE und SCHMIDT, die im folgenden zum Vergleich mit den Ergebnissen der Wiederholungsbefragung von CLEMENT herangezogen wird. Die 3.666 (2.835 männliche, 831 weibliche) Teilnehmer umfassende Stichprobe gilt als repräsentativ für die Population der Studenten des Jahres 1966.

CLEMENT beschreibt die soziodemographischen Veränderungen zwischen den Jahren 1966 und 1981 anhand des Begriffes der „Modalpersönlichkeit“ (vgl. HOFSTÄTTER 1966. In: CLEMENT 1986) zur Charakterisierung des in einer sozialen Gruppe quantitativ dominierenden Typus, der die dieser Gruppe immanenten häufigsten Merkmale trägt.

Der „modale Student“ des Jahres 1966 ist 24 Jahre alt, ledig, religiös überzeugt und studiert Naturwissenschaften. Der Vater ist Akademiker, die Mutter ist Hausfrau mit einem mittlerem Bildungsabschluß.

Der „modale Student“ von 1981 ist 25 Jahre alt, ledig, evangelisch, z.T. auch religiös ablehnend oder gleichgültig und studiert Naturwissenschaften. Der Vater ist Angestellter mit Hauptschulabschluß, die Mutter Hausfrau mit dem selben Bildungsabschluß.

Das Durchschnittsalter der Stichprobe von CLEMENT betrug 25 Jahre; 14% der Respondenten waren verheiratet; 25% der männlichen und 18% der weiblichen Studenten hatten bis zum Zeitpunkt der Befragung homosexuelle Kontakte gehabt - im Jahr vor der Untersuchung gaben 5% der Männer und 4% der Frauen gleichgeschlechtliche Sexualekontakte an. Der Kulminationspunkt homosexueller Erfahrungen lag in der Pubertät bei Frauen etwas früher als bei Männern. Nach dem 12. bis 15. Lebensjahr sank die Häufigkeit gleichgeschlechtlicher Kontakte bei beiden Geschlechtern kontinuierlich, d.h., die pubertären homosexuellen Aktivitäten hatten überwiegend passageren Charakter. Das sexuelle „coming-out“, die Manifestation einer hetero-, bi- oder homosexuellen Orientierung fand zwischen dem 15. und 17. Lebensjahr statt und führte im jungen Erwachsenenalter in etwa zu den oben genannten Frequenzen.

Zum Befragungszeitpunkt 1981 (der sich auf die letzten 12 Monate bezog) bezeichnete sich die überwiegende Mehrheit der Respondenten als heterosexuell; je 20% der Männer beschrieben sich als bi- bzw. homosexuell orientiert; lediglich 3% bzw. 1% der Frauen war bi- bzw. homosexuell, womit sich eine leichte Diskrepanz zwischen Verhalten und Orientierung zeigte (zur Diskussion des Begriffes Bisexualität vgl. CLEMENT 1986, S. 54 f).

Der größte Teil der homosexuellen Männer hatte zum Befragungszeitpunkt gleichgeschlechtliche Sexualkontakte, jedoch auch zu 14% heterosexuellen Geschlechtsverkehr; beinahe die Hälfte war koituserfahren. Bei den Frauen lagen alle Angaben zahlenmäßig weit unter denen der Männer.

Verglichen mit den Ergebnissen von 1966 ließen sich nur geringe Unterschiede im homosexuellen Verhalten der männlichen Studenten beobachten. Feststellen ließ sich lediglich eine leichte Zunahme der Anzahl homosexuell erfahrener Männer sowie der homosexuellen Aktivitäten, während bei den weiblichen Studenten ein deutlicher gleichgeschlechtlicher Erfahrungszuwachs seit 1966 stattgefunden hatte, der die Geschlechtsunterschiede aber nicht aufhob: auch im Jahr 1981 zeigten die Männer eine höhere homosexuelle Aktivität als die Frauen.

Der größte Teil der Befragten (92% der Männer, 74% der Frauen) der Replikationsstudie verfügte über Masturbationserfahrungen. Während bei den Männern die Masturbationshäufigkeit im Jugendalter zunahm, im 18. Lebensjahr ihren Höhepunkt erreichte und im Erwachsenenalter leicht abnahm, blieb sie bei den Frauen in allen Altersstufen etwa gleich.

Zusammenhänge zwischen soziodemographischen Daten und Masturbationsvorkommen ergaben sich bei den Items „Religiösität/kirchliche Bindung“ und „politische Einstellung“. Religiös überzeugte und politisch konservative Studenten beiderlei Geschlechts zeigten eine geringere Masturbationsfrequenz als religiös ablehnende und politisch links stehende Studenten.

Dagegen ergab sich kein Zusammenhang zwischen Familienstand und Masturbation. Angesichts der Tatsache, daß verheiratete Studenten ebenso häufig masturbierten wie ledige, vermutet CLEMENT, daß Masturbation eher als eigenständige Sexualpraktik denn als Koitusersatz gilt.

Im Vergleich der Untersuchungen von 1966 und 1981 zeigten sich deutliche geschlechtsspezifische Veränderungen im Masturbationsverhalten. Männer der 1981er Stichprobe machten ihre Masturbationserfahrungen durchschnittlich ein Jahr früher als 1966 und zeigten eine höhere

Masturbationsfrequenz. Eine zeitunabhängige Beeinflussung der Masturbationshäufigkeit ergab sich hinsichtlich der Variablen Alter, Koitusaktivität (häufig praktizierter Koitus ging einher mit weniger Selbstbefriedigung, wobei dieser Zusammenhang 1981 weniger ausgeprägt war als 1966) und Familienstand (geringere Masturbationsfrequenz bei verheirateten Studenten).

Bei den Frauen lag der Beginn der Masturbationsaktivität 1981 etwa vier Jahre früher als 1966.

Bis zum 18. Lebensjahr hatte sich die Zahl der masturbationserfahrenen Frauen gegenüber 1966 verdoppelt, ebenso die Masturbationsfrequenz, die bei allen Studentinnen relativ unabhängig von Alter, Koitusaktivität und Familienstand war. Im Gegensatz zu ihren männlichen Kommilitonen war die Masturbationshäufigkeit bei ledigen Frauen nicht größer als bei verheirateten.

„Der Stellenwert der Masturbation für die Sexualität der Frauen ist gegenüber 1966 erheblich wichtiger geworden. Gemessen an der Masturbationsfrequenz ist der Geschlechtsunterschied jedoch 1981 noch deutlicher als 1966. ... Vereinfacht könnte man sagen, daß der veränderungsrelevante Parameter bei den Frauen das Masturbationsvorkommen, bei den Männern die Masturbationshäufigkeit ist“ (CLEMENT 1986, S. 75).

Verglichen mit 1966 hatten die Studenten 1981 deutlich mehr Koituserfahrungen (86% der Männer, 91% der Frauen), während bei insgesamt geringeren Prozentwerten 1966 umgekehrt mehr Männer (65%) als Frauen (56%) koituserfahren waren.

Der Zeitpunkt des ersten Koitus lag bei beiden Geschlechtern zeitabhängig im Jahr 1981 früher als 1966. Im Alter von 16 Jahren verfügten 1981 doppelt so viele männliche und zehnmal so viele weibliche Studenten über Koituserfahrungen. Mit 18 Jahren hatte knapp die Hälfte der Männer bereits Koitus praktiziert, was einer Verdoppelung gegenüber 1966 entspricht, während die Veränderungen bei den Frauen in diesem Alter etwa sechsmal so hoch war (1981: 60% vs. 1966: 11%).

Verglichen mit 1966 ließ sich bei beiden Geschlechtern eine Zunahme sowohl im Vorkommen als auch in der Häufigkeit des Koitus beobachten.

Während ein Einfluß des Parameters „religiöse Überzeugung/Kirchenbesuch“ bei allen Befragten zu beobachten war (religiöse Studenten waren in ihrer Mehrheit zwar koitusaktiv, jedoch um bis zu einem Drittel weniger als unreligiöse), zeigte sich ein Einfluß der politischen



Einstellung nur bei den Frauen (linke Studentinnen waren koitusaktiver als konservative). Der Zusammenhang zwischen Familienstand und Koitusvorkommen war insgesamt gering ausgeprägt.

Die Mehrheit der Befragten aus 1981 hatte bis zum Zeitpunkt der Befragung Koituserfahrungen mit mehreren Sexualpartnern, davon drei Viertel mit mindestens zwei, mehr als 40% mit mindestens sechs Partnern. Zum Befragungszeitpunkt lebten allerdings zwei Drittel monogam mit nur einem Sexualpartner. Dies galt für beide Geschlechter gleichermaßen.

Die Bereitschaft zu oral-genitalen Sexualpraktiken, die bereits 1966 bei den meisten koitusaktiven Studenten vorhanden war, hatte 1981 noch zugenommen.

Soziodemographische Parameter wie soziale Schichtzugehörigkeit, Religion und Politik hatten in der Wiederholungsbefragung weniger Einfluß auf das Koitusverhalten als 1966.

Die Koitusfrequenz unterschied sich 1981 erheblich weniger zwischen verheirateten und ledigen Studenten, bei den Frauen war eine Angleichung zu den Männern zu verzeichnen.

Deutliche zeitabhängige Unterschiede fanden sich in der Anzahl der bisherigen Koituspartner. Auch hier verzeichneten die Frauen die höchste Zunahme (nur noch ein Viertel verfügte 1981 über Erfahrungen mit nur einem Partner gegenüber 50% im Jahre 1966). Hatte sich bei den Männern die Quote derjenigen mit mehr als zehn Koituspartnern gegenüber 1966 von 13% auf 24% beinahe verdoppelt, verzehnfachte sich diese Zahl bei den Frauen und stieg von 2% auf 26% an.

Als zeitunabhängig erwies sich die Beobachtung, daß die meisten Studenten zum Befragungszeitpunkt zumindest seriell monogam lebten.

Sexualkontakte zu Prostituierten waren in beiden Stichproben selten und nahmen ab, je jünger die Generationen waren.

Starke Veränderungen zeigten sich hinsichtlich der Gründe für den ersten Koitus bei den weiblichen Studenten, die eine Liebesbeziehung 1981 mit 52% deutlich weniger häufig angaben als 1966 (7%). Die männlichen Studenten zeigten hierin kaum Veränderungen.

Die Begründung für Koitusabstinenz hatte sich bei beiden Geschlechtern ähnlich geändert; so spielten moralische Bedenken und Angst vor ungewollter Schwangerschaft 1981 kaum noch eine Rolle.

Große zeitabhängige Änderungen fanden sich in Fragen der Kontrazeption aufgrund der Entwicklung pharmazeutischer Kontrazeptiva, die zu einer Verschiebung der Verhütungsverantwortung vom Mann auf die Frau führte. Während 1966 noch zwei Drittel der Männer für die Verhütung sorgten und dabei fast zur Hälfte auf Kondome zurückgriffen, lag die Verantwortung 1981 eindeutig bei den Frauen, die die Antibabypille als Kontrazeptivum präferierten. Entsprechend ging die Kondombenutzung um etwa 25% zurück.

Hinsichtlich der sexuellen Einstellungen, beschrieben an der Polarität „Restriktivität - Permissivität“ ergab sich eine zeitabhängige Zunahme permissiver Einstellungen. Während 1966 die Einstellung zu außerehelichem Geschlechtsverkehr bei allen Befragten restriktiv ausgeprägt war, fanden sich 1981 geschlechtsspezifische Unterschiede insofern, als Frauen sich permissiver äußerten als Männer. Dies galt auch für den Einstellungswandel hinsichtlich homosexueller Kontakte. Insgesamt zeigten Frauen eine stärkere Zunahme permissiver Einstellungen und waren 1981 in allen Einstellungsmerkmalen freizügiger als Männer.

Doppelmoralische Einstellungen, die dem männlichen Geschlecht mehr Freizügigkeit gewähren als dem weiblichen, fanden sich im Jahre 1981 nur noch rudimentär. CLEMENT wertet dieses allerdings nicht als Indiz für deren Nichtexistenz und gibt zu bedenken, „daß es sich hier um *bewußte* Einstellungen handelt. Wieweit für affektive vorbewußte Haltungen eine geschlechtstypische Bewertung sexuellen Verhaltens weiter gilt, läßt sich aus den vorliegenden Daten nicht beantworten“ (CLEMENT 1986, S. 61). Er betont zudem, daß der Zuwachs an Permissivität in Einstellungen und Verhalten nicht auf einen Kausalzusammenhang von Einstellung und Verhalten schließen läßt. CHRISTENSENS Hypothese (In: CLEMENT 1986, S. 62), daß sich traditionelle Kulturen durch eine große, liberale Kulturen durch eine geringe Einstellungs-Verhaltens-Diskrepanz charakterisieren, entsprechen seine Ergebnisse hinsichtlich des Parameters Masturbation. „Die traditionelle Einstellungs-Verhaltens-Diskrepanz, erfahren-restriktiv, ist erheblich zurückgegangen; die Regel ist 1981 eine kongruente Permissivität von Einstellung und Verhalten“ (CLEMENT 1986, S. 63).

Diese kongruente Permissivität findet CLEMENT auch in der Frage der vorehelichen Sexualität, besonders bei den weiblichen Studenten.

Die Ablösung der Sexualität von der Institution Ehe führte 1981 zur Etablierung einer Partnerschaftsform, die zwar nicht formalisiert ist, sich aber an eheähnlichen Regeln orientiert. „Nur jeder vierte Befragte hält sexuelle Treue für notwendig, eine große Minderheit hat Part-

nerschaftsvorstellungen jenseits der treuen Monogamie, etwa jeder dritte hat sexuelle „Außenbeziehungen“ gehabt“ (CLEMENT 1986, S. 77).

Sexualität entwickelt sich nach CLEMENT zunehmend zu einem partnerunabhängigen, unverbindlichen Handlungsfeld, in dem sexuelle Treue zumindest ideell gegenüber einer narziß-tisch-erlebnisorientierten Sexualität an Bedeutung verliert.

Der Bereich „Partnerschaft“ blieb in der 1966er Studie unberücksichtigt, da die gesellschaftliche Normierung auf die Ehe zu jener Zeit auch für Studenten selbstverständlich und die eheähnliche freie Partnerschaft neuerer Zeit noch kaum verbreitet war. Entsprechend beziehen sich alle folgenden Aussagen zu Aspekten der Partnerschaft ausschließlich auf die Stichprobe der Wiederholungsbefragung.

Etwa ein Viertel der Befragten lebte mit einem festen Partner zusammen, ein Drittel führte mit einem festen Partner eine „Quasi-Ehe“, ein weiteres Drittel hatte keinen Partner, wobei mehr Männer als Frauen partnerlos waren. Männer mit niedriger sozialer Herkunft waren häufiger verheiratet als andere.

Da die Orientierung auf die Form der Ehe sich relativiert hatte, äußerte nur noch jeder zweite Student spätere Heiratsabsichten, jeder dritte war in dieser Frage unentschlossen.

Die Partner der verheirateten Studenten waren zu mehr als der Hälfte berufstätig (67% der Männer, 59% der Frauen), die Partner der ledigen Studenten waren mit 25% bzw. 40% deutlich weniger berufstätig.

Die Dauer der Beziehung korrelierte mit dem Grad der Institutionalisierung, d.h., je formaler die Partnerschaft geregelt war, desto längeren Bestand hatte sie (zwangsläufig). Keine bzw. nur sehr geringe Zusammenhänge fanden sich bezüglich politischer und religiöser Einstellungen und Partnerschaftsform.

Gefragt nach ihren Partnerschaftsvorstellungen präferierte die Hälfte aller Studenten eine feste Partnerschaft, die nicht identisch war mit dem Wunsch, gemeinsam in einer Wohnung zu leben.

Zwischen 13% und 17% aller in einer festen Beziehung Lebenden wünschten sich, mit dem Partner in einer Wohngemeinschaft zu leben; die partnerlosen Studenten wünschten dies zu mehr als 20%.

Frauen bevorzugten mit 67% insgesamt etwas häufiger als Männer (56%) die monogame Paarbeziehung; umgekehrt wünschten sich mehr Männer als Frauen (ein Drittel gegenüber ei-

nem Viertel) eine feste Partnerschaft mit gemilderter sexueller Monogamie, die sexuelle Außenbeziehungen zuläßt. Eine „nennenswerte Minderheit“ von rund 10% hatte Vorstellungen von paarunabhängigen Beziehungsformen; diese Einstellung wurde vor allem von partnerlosen Studenten geäußert.

Über 60% der Befragten beantworteten die Frage nach späterem Kinderwunsch positiv, wobei dieser für circa ein Drittel eheunabhängig war.

Zusammenfassend resümiert CLEMENT, daß die traditionelle Ehe- und Familienorientierung zunehmend abgelöst wird von weniger institutionalisierten und normativen Vorstellungen. Entsprechend sind 1981 die Möglichkeiten sexueller Kontakte nur begrenzt an feste Partnerschaften gebunden. Die Tatsache, daß die meisten alleinstehenden Studenten ihr Sexualleben trotz regelmäßiger Koitusaktivität als nicht befriedigend einstufen, fand ihre Entsprechung bei den Partnergebundenen, die sexuelle Außenbeziehungen bejahten und auch hatten. Dies galt für jeden vierten Mann und für jede dritte Frau.

Verheiratete Studentinnen waren im Unterschied zu ihren verheirateten männlichen Kommilitonen sexuell unzufriedener als ledige Studentinnen und berichteten häufiger über sexuelle Konflikte.

Der 1981 konstatierte Bedeutungsverlust der Ehe ist nach CLEMENT nicht spezifisch für Studenten, sondern eine allgemeine Entwicklung. „Die Ehe als traditionelle Form des Mann-Frau-Verhältnisses bedeutet auch am weitestgehenden eine männerdominierende Beziehungsform, die am wenigsten flexibel ist für Veränderungen der realen Lebenssituation und des Bewußtseins von Frauen. Im studentischen Milieu, also einer weitgehend liberalen, politisierten und diskussionsfreudigen Atmosphäre, wird das den verheirateten Studenten besonders bewußt“ (CLEMENT 1986, S. 73 f).

#### **1. 4. 2. 3. Permissive Sexualität von Studenten und AIDS** (M. Jodexnis)

Mit der Ausbreitung von AIDS und zunehmenden wissenschaftlichen Erkenntnissen über die HIV-Übertragungswege stellte sich die Frage, ob und wie die AIDS-Gefahr die Einstellungen und sexuellen Verhaltensweisen der Allgemeinbevölkerung beeinflusst. Ende der 80er Jahre lagen bereits verschiedene Studien zum Sexualverhalten von homosexuellen Männern unter

dem Aspekt AIDS (vgl. Kapitel 1. 4. 2. 1.) vor; desgleichen für die heterosexuelle Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland. Für die Population der Studenten existierten die empirische Vergleichsstudie der Jahre 1966 und 1981 (vgl. CLEMENT 1981; vgl. Kapitel 1. 4. 2. 2.).

Unter der Fragestellung, welche Auswirkungen AIDS auf die sexuellen Verhaltensweisen und Partnerschaftsvorstellungen von Studenten sowie auf den sexuellen Liberalisierungsprozeß hat, führten ANDREAS BÖHM und ROBERT ROHNER 1987 in Berlin eine an die von CLEMENT und GIESE/SCHMIDT angelehnte Studentenbefragung durch. Der Vergleich mit diesen Untersuchungen sollte einen Einblick in mögliche AIDS-bedingte Einstellungs- und Verhaltensänderungen gewährleisten. Obwohl nicht repräsentativ, „liefert sie wichtige Informationen über den Wandel der studentischen Sexualität bis zum Jahre 1987“ (REIMANN/BARDELEBEN 1992, S. 103). Allerdings ist der möglicherweise höhere Anteil freizügiger Studenten bei BÖHM/ROHNER zu berücksichtigen, der sich aus dem metropolitanen Charakter Berlins sowie der direkten Form der Befragung ergibt.

Anhand eines 116 Fragen umfassenden Fragebogens wurden insgesamt 542 Studenten (55% weiblich, 45% männlich) verschiedener Fachbereiche u.a. zu den Bereichen Sexualität und AIDS, Partnerschaft, sexuelles Erleben und Verhalten, sexuelle Orientierung, Einstellungen und Meinungen zur Sexualität, die weitgehend dem von CLEMENT und GIESE/SCHMIDT verwendeten Instrumentarium entnommen waren, direkt in Lehrveranstaltungen befragt.

Die Stichprobe rekrutierte sich zu 80% aus Westberliner und zu 20% aus bundesdeutschen Studenten. Den hohen Frauenanteil erklären BÖHM/ROHNER durch die Dominanz des Fachbereiches Psychologie, in dem weibliche Studenten überrepräsentiert sind sowie durch eine größere Antwortbereitschaft von Frauen. „Ob es systematische Zusammenhänge zwischen Studienfach und sexuellem Verhalten gibt, wissen wir nicht. CLEMENT erwähnt keine derartigen Zusammenhänge“ (BÖHM/ROHNER 1988, S. 223).

Das Durchschnittsalter der Befragten lag bei 24,9 Jahren und erlaubte somit den Vergleich mit CLEMENTS Untersuchung. Der Anteil verheirateter Studenten war gegenüber 1981 deutlich geringer; hingegen war die Zahl der alleinlebenden bzw. ohne einen festen Partner lebenden Studenten von 29% im Jahre 1981 auf 39% angestiegen; dies galt besonders für Männer.

Mehr als die Hälfte der Befragten ohne festen Partner fühlten sich nach eigenen Angaben in dieser Situation zwar wohl, wünschten sich aber dennoch eine feste Partnerschaft. Immerhin ein Drittel bezeichnete sich als sehr unzufrieden. Die von der Mehrheit der Studenten präferierte Beziehungsform schien hier die feste Partnerschaft zu sein. Allerdings zeigten die Studenten des Jahres 1987 eine deutlich ablehnendere Haltung gegenüber der Institution Ehe als die sechs Jahre zuvor Befragten, entsprechend geringer war die Zahl der Studentenehen.

Die Dominanz der sexuell treuen, monogamen Partnerschaft galt für beide Geschlechter. Ihr folgte die feste, aber offene Partnerschaft, die auch sexuelle Außenkontakte zuläßt, wobei Frauen eher die monogame, Männer die offene Form tolerierten.

Hinsichtlich Treue und Partnerwechsel zeigten die Studenten keine geschlechtsspezifischen Unterschiede im Sexualverhalten. Obwohl mehr als die Hälfte (62%) in ihrer gegenwärtigen Partnerschaft sich sexuell treu verhielt, war deren Anteil gegenüber 1981 zurückgegangen bei gleichzeitigem Anstieg der Zahl von sexuellen Nebenbeziehungen, die von Frauen weitaus häufiger (62% vs. 47%) zugegeben und weniger negativ bewertet wurden.

„In dieser relativen Großzügigkeit gegenüber sexuellen Außenbeziehungen spiegelt sich die Einstellung, daß Sexualität auch mit Partnern legitim ist, zu denen keine Liebesbeziehung besteht“ (BÖHM/ROHNER 1988, S. 226).

Immerhin hatten 72% der Befragten entsprechende Erfahrungen, und für 43% war eine befriedigende Sexualität auch ohne Liebesbeziehung möglich.

Verglichen mit 1966 (vgl. GIESE/SCHMIDT 1968) hatte sich im Jahre 1987 die Zahl der koitusabstinenten Studenten deutlich verringert, während der Anteil derjenigen mit zwei und mehr Sexualpartnern pro Jahr gestiegen war. Gegenüber 1981 ist allerdings eine Abschwächung dieser Tendenz zu beobachten. Bemerkenswert ist der Fakt, daß Frauen bezüglich der Quantität ihrer Sexualpartner die Männer „überholt“ haben. „Die sexuelle Liberalisierung hat bei den von uns untersuchten Studenten durchaus keinen Einbruch erlitten. Wir finden liberale Einstellungen und korrespondierendes freizügiges sexuelles Verhalten. Der Trend, der sich für den Zeitraum 1966 bis 1981 gezeigt hat (vgl. CLEMENT 1986) hat sich - wenn auch in abgeschwächter Form - offenbar fortgesetzt“ (BÖHM/ROHNER 1988, S. 227).

Ein Drittel der Respondenten fühlte sich durch AIDS bedroht, ein weiteres Drittel berichtete von einer Einschränkung infektionsriskanter Sexualpraktiken. 61% der Frauen und 55% der Männer fühlten sich durch AIDS in der Aufnahme neuer Kontakte eingeschränkt.

Jeweils mehr als die Hälfte aller Befragten (die partnerlosen etwas häufiger als die partnergebundenen) zeigte jedoch keine Reduzierung der Anzahl ihrer Sexualpartner.

Kondomgebrauch als zentraler Aspekt präventiven Verhaltens im Sinne von Safer Sex wurde wenig akzeptiert und praktiziert, wobei partnerlierte Studenten bei sexuellen Außenkontakten deutlich häufiger immer ein Kondom benutzten als alleinstehende Studenten (42% vs. 25%). Entsprechend verwendeten nur 25% der Partnergebundenen weniger häufig nie ein Kondom gegenüber immerhin 48% der Alleinstehenden. Der Zeitvergleich zeigt, daß 1981 der Kondomgebrauch gegenüber 1966 von 42% auf 14% gesunken und 1987 wieder auf 23% angestiegen war, was nach BÖHM/ROHNER vor allem mit der frauenspezifischen Ablehnung hormoneller Kontrazeptiva zusammenhängt.

Zusammenfassend für die Untersuchung von BÖHM/ROHNER läßt sich feststellen, daß sich ein Großteil der Studenten in seiner Sexualität durch AIDS bedroht und eingeschränkt fühlt und sexuell weniger permissiv, dafür treuer und monogamer lebt.

„Es gibt ganz offensichtlich Veränderungen im sexuellen Verhalten, die sich in langfristigen und recht stetigen Trends niederschlagen. Die zahlreichen Bedingungsfaktoren für einen solchen Wandel sind auf unterschiedlichen Ebenen (kulturelle, ökonomische, soziale, psychologische) angesiedelt. Ein einzelner Faktor, und sei es ein so gravierender wie die AIDS-Bedrohung, ist kaum in der Lage, solche langfristigen Entwicklungstendenzen kurzfristig massiv zu beeinflussen oder gar umzukehren“ (BÖHM/ROHNER 1988, S. 229).

Korrespondierend sehen BÖHM/ROHNER ein kontinuierliches Fortschreiten des sexuellen Liberalisierungsprozesses, der auch nicht durch die teilweise große Angst vor AIDS und den dadurch bedingten Einschränkungen und Versagungen beeinträchtigt wird.

Anknüpfend an die Untersuchungen von GIESE/SCHMIDT (1968), CLEMENT (1981) und BÖHM/ROHNER (1988) wurde im Sommer 1988 an Gießener Studenten eine Fragebogenerhebung zur Erfassung der Auswirkungen von HIV und AIDS auf die Sexualität von Studenten durchgeführt mit der Intention, einen Überblick über die sexuellen Verhaltensweisen und Ein-

stellungen von Studenten Ende der 80er Jahre zu erhalten (vgl. BARDELEBEN/REIMANN/SCHMIDT 1989 und REIMANN/BARDELEBEN 1992).

Ausgangspunkt war die vermutete stärkere Pluralisierung studentischer Lebensweisen seit der Kulturrevolution von 1968, die u.a. zur Folge hat, daß der „modale“, d.h., statistische Durchschnittsstudent, weniger denn je existiert. Weiterhin wurde gesetzt, „daß in der Gruppe der Studenten in überdurchschnittlicher Weise Informiertheit, Reflektiertheit, Rationalität und Auseinandersetzungsvermögen gegeben sind und somit wichtige Aufschlüsse im Hinblick auf die Auseinandersetzung mit AIDS, die Chancen und Schwierigkeiten einer wirksamen Prävention gewonnen werden können. Die Studentenschaft kann in gewisser Weise, was den Wandel politischer, sozialer Einstellungen und Handlungsdispositionen im gesamtgesellschaftlichen Kontext betrifft, durchaus als `Avantgarde` angesehen werden“ (REIMANN/BARDELEBEN 1992, S. 19). AIDS habe die erotische Kommunikation verändert und die permissive Sexualität in Gefahr gebracht dadurch, daß Angst und Mißtrauen zum regulativen Prinzip der sexuellen Interaktion zu werden drohen.

Die durch eine Zufallsauswahl getroffene Stichprobe setzte sich aus 1.201 Studenten verschiedener Fachbereiche der Universität Gießen zusammen, wobei der Anteil der Frauen mit 50,5% etwas geringer ausfiel als in der Grundgesamtheit der Gießener Studenten zum Befragungszeitpunkt. Das Durchschnittsalter betrug 25 Jahre, die überwiegende Mehrheit war zwischen 20 und 29 Jahren alt. Hinsichtlich der Konfessionszugehörigkeit ergab sich eine regional bedingte Überrepräsentanz protestantischer bei gleichzeitiger Unterrepräsentanz katholischer Studenten (52% zu 31,4%).

Etwa 90% der Befragten waren ledig, jedoch lebten mehr als zwei Drittel in einer festen Partnerschaft, von denen fast 27% mit ihrem Partner zusammenwohnten; 41% wohnten nicht mit dem Partner zusammen. Ein Drittel der Respondenten hatte keinen festen Partner. Diese Verteilung der Partnerschaftsformen wird auch von CLEMENT berichtet.

Der Anteil homosexueller Studenten lag mit 0,4% deutlich unter den von RUNKEL berichteten 2% (vgl. RUNKEL 1989), während der Anteil bisexuell orientierter Studenten mit 4,3% nicht auffällig ist. Die geringe Anzahl homosexueller Teilnehmer erklären die Autoren mit der niedrigen Gesamtprävalenz Homosexueller in ländlichen Klein- und Mittelstädten sowie mit dem spezifischen Modus der Fragebogenverteilung durch die Universitätsverwaltung, der da-



tenschutzrechtliche Bedenken seitens der Teilnehmer bewirkt haben könnte (vgl. REIMANN/BARDELEBEN 1992).

Als ein Hauptergebnis der Untersuchung lassen sich die zu verzeichnenden Erfolge der AIDS-Aufklärungskampagnen werten. Die Befragten akzeptierten im allgemeinen die Verwendung von Kondomen, dies um so mehr, je geringer die Anzahl der Sexualpartner und damit das Infektionsrisiko war. Die Risikogruppe der „promisken“ Studenten hatte ihr Sexualverhalten dagegen kaum verändert. Hier bestätigte sich die Vermutung, daß allein rationale Appelle (Vermeidung infektionsriskanter Situationen, Kondomgebrauch) aufgrund der Ambivalenz und Widersprüchlichkeit menschlichen Verhaltens gerade dort nicht greifen, wo ihnen aus Präventionsgründen die größte Bedeutung zukommt. Für Studenten mit einer promisken Lebensweise und permissiver sexueller Einstellung scheinen rationale Ge- und Verbote sowie die Forderung nach sexueller Treue, Zurückhaltung oder Askese wenig akzeptabel zu sein. „Mit moralisierenden, die sexuelle Freiheit einschränkenden Maßnahmen (sind) noch nicht einmal Einstellungs- oder gar Verhaltensänderungen innerhalb dieser präventionspolitisch bedeutsamen Gruppe zu erzielen“ (BARDELEBEN et al. 1989, S. 106).

Im Folgenden werden zuerst die Ergebnisse der deskriptiven Auswertung, anschließend die Ergebnisse der Cluster-Analyse dargestellt.

BARDELEBEN/REIMANN/SCHMIDT legten ihrer Untersuchung die Handlungstheorie von AJZEN und FISHBEIN zugrunde, nach der einer menschlichen Handlung eine Handlungsabsicht vorausgeht. Diese Verhaltensintention wird bedingt durch die Komponenten Einstellung zum Handlungsziel und die auf dieses Ziel gerichteten sozialen Normen. Der Begriff Einstellung (attitude) meint dabei keine allgemeine Einstellung zu einem Objekt oder einer Handlung, sondern die Einstellung gegenüber den Folgen (outcomes) einer Handlung.

Bezogen z.B. auf die Kondombenutzung bedeutet demnach Einstellung die Haltung gegenüber den Folgen des Kondomgebrauches (vgl. REIMANN/BARDELEBEN 1992). Die Verhaltensabsicht, bei neuen Partnern Kondome zu verwenden, resultiert aus drei Komponenten: „der Einstellung gegenüber der Kondomverwendung, den subjektiv wahrgenommenen Normen hinsichtlich der Verwendung von Kondomen und der Wichtigkeit dieser beiden Konstrukte“ (REIMANN/BARDELEBEN 1992, S. 136).

Zur Operationalisierung dieser theoretischen Begriffe verwendeten die Autoren Fragen zur Verhaltensintention, zur Wahrscheinlichkeit der Folgen des Kondomgebrauches, zur Wichtigkeit dieser Folgen, zu den subjektiv wahrgenommenen Normen der Kondombenutzung sowie zur Motivation, mit diesen Normen übereinstimmen zu wollen. Das vergangene Kondomverhalten ging als Prädiktorvariable in das Handlungsmodell ein, Probleme ergaben sich durch die soziale Erwünschtheit, gegenläufige Handlungsziele und situative Aspekte. „Auch sexuelles `Verhalten` ist soziales Handeln (im Sinne von M. WEBER), in dem Handlungsziele interaktiv reformuliert, Einstellungen revidiert und normative Bezugsrahmen interaktiv rekonstruiert werden können. Spontane affektbedingte Handlungen sind oft kontrarationale Momente par excellence“ (REIMANN/BARDELEBEN 1992, S. 138).

Für mehr männliche als weibliche Befragte stellte die Sexualität einen der wichtigsten Lebensbereiche dar. Hinsichtlich des Parameters Anzahl der Sexualpartner war der Anteil der Befragten mit mehr als sechs Partnern während der letzten drei Jahre mit weniger als 20% gering und für beide Geschlechter gleich. Mehr als die Hälfte meinte, man mache sich zu wenig Sorgen um AIDS; fast 80% glaubten, daß AIDS sich über die definierten Risikogruppen (Homosexuelle, Prostituierte, intravenöse Drogenbenutzer) hinaus verbreiten wird. Fast alle Respondenten würden sich mehr oder weniger gerne einem anonymen und kostenfreien HIV-Antikörpertest unterziehen, wovon sich mehr als ein Fünftel bereits hatte testen lassen, allerdings häufig in indirekter Form, beispielsweise anlässlich einer Blutspende.

Gefragt nach den größten aktuellen Problemen der Welt wurde AIDS an vierter hinter den Problemen Naturzerstörung, Hunger in der Dritten Welt und Atomwirtschaft genannt.

Das Risiko, sich bei einem neuen Sexualpartner mit HIV zu infizieren, wurde mit der statistischen Wahrscheinlichkeit von 1:1.000 realistisch eingeschätzt. Die Mehrheit der Studenten stand härteren politischen, restriktiven Maßnahmen zur Eindämmung von AIDS ablehnend gegenüber. „Dennoch ist auch in der Studentenschaft ein gewisses Sympathiepotential für restriktive Maßnahmen (z.B. Einführung einer Meldepflicht für Infizierte) vorhanden, welches mit der politischen Einstellung korreliert ist. Konservative Studenten befürworteten, wie zu erwarten war, eher Restriktionen als liberale oder sich `links` einstufoende Studenten“ (BARDELEBEN et al. 1989, S. 109).

Die Frage nach Veränderungen im Sexualverhalten läßt sich nur im Kontext der aktuellen Beziehungsform betrachten. Daß ein großer Teil der Befragten keine oder wenige Änderungen zeigte, erklärt sich aus dem hohen Anteil von Studenten mit festen Partnerschaften, von denen rund 70% ihr Sexualverhalten nicht geändert hatten.

Durch Kondome würde sich die Hälfte aller Studenten zumindest leicht gestört fühlen; die Schutzfunktion von Kondomen wurde von vielen bezweifelt. Erstaunlich viele Studenten glaubten, sich durch eine „genauere Auswahl“ neuer Sexualpartner vor AIDS schützen zu können; die Autoren vermuten hierin eine „Alibi- bzw. Entlastungsfunktion für die ablehnende Einstellung gegenüber Kondomen“ (BARDELEBEN et al. 1989, S. 111).

Die Cluster-Analyse ergab je fünf Männer- und Frauencluster, die wie folgt aussehen:

Der „*ungebundene Mann, der sein Sexualverhalten stark verändert hat*“, hatte durchschnittlich vier Sexualpartner während der letzten drei Jahre, relativ große Angst vor AIDS, die bei der überwiegenden Mehrheit (72%) zu entsprechenden Verhaltenskonsequenzen geführt hat. 24% benutzen häufiger als früher ein Kondom, 47% dann, wenn sie den neuen Partner nicht kannten. Fast ein Viertel hatte die Anzahl der Sexualpartner reduziert. In der Partnerschaft war ihnen sexuelle Erfüllung und Leidenschaft wichtig, überhaupt wiesen sie der Sexualität große Bedeutung zu.

Das Durchschnittsalter dieser Gruppe betrug 25 bis 26 Jahre; Studenten der Wirtschafts-, Rechts- und Naturwissenschaften waren etwas überrepräsentiert. „Auf der kausalanalytischen Ebene ist der einzige signifikante Effekt zur Erklärung der Intention, Kondome bei neuen Partnerinnen zu verwenden, die frühere Kondombenutzung“ (REIMANN/BARDELEBEN 1992, S. 143), d.h., daß der aktuelle Kondomgebrauch von der Häufigkeit früherer Kondomverwendung abhing.

Die Korrelation zwischen der Angst vor einer HIV-Infektion und der Absicht präventiven Verhaltens bestätigt die Vermutung, daß diese Angst eine starke Handlungsintention bewirkt, die wiederum zur Reduzierung der Realangst führt.

Die „*sexuell wenig aktiven Männer*“ hatten eine Sexualpartnerin in den letzten drei Jahren, entsprechend hatten zwei Drittel ihr Sexualverhalten nicht geändert. Sexualität hatte einen geringen Stellenwert in ihrem Leben; trotzdem waren sie mit ihrem Sexualleben sehr unzufrieden. Eine Partnerschaft schien ihnen zum Befragungszeitpunkt eher unwichtig zu sein, was

sich darin widerspiegelte, daß über die Hälfte partnerlos lebte. Ihr Alter lag bei etwa 24 Jahren; Studenten der Natur- und Geisteswissenschaften waren leicht über-, Medizinstudenten leicht unterrepräsentiert.

Die Handlungsintention, Safer Sex zu praktizieren, war bei ihnen wenig ausgeprägt und „führt ihrerseits somit auch zu keiner Angstreduktion, sondern allenfalls zu einer leicht erhöhten (Real-)Angst“ (REIMANN/BARDELEBEN 1992, S. 144).

Die „*promisken Anti-Kondom-Männer*“ hatten durchschnittlich acht bis neun Sexualpartnerinnen und bildeten die sexuell aktivste Gruppe, die weniger Wert auf Beständigkeit legte. 29% glaubten, sich durch eine genaue Partnerauswahl vor AIDS schützen zu können; 21% hatte die Zahl ihrer Sexualpartner reduziert. Der großen Angst vor AIDS entsprachen keine adäquaten Verhaltenskonsequenzen. Der Anteil der Männer, die bei neuen Partnern ein Kondom benutzten, war mit 14% sehr niedrig, ebenso derjenigen, die häufiger als früher ein Kondom verwendeten (13%). Sie würden sich durch Kondome sehr gestört fühlen und den Kontakt zu HIV-Positiven überdurchschnittlich häufig meiden.

Das Durchschnittsalter lag bei 27 Jahren; Studenten der Wirtschaftswissenschaften waren leicht dominant. Obwohl diese Gruppe die am stärksten gefährdete der Untersuchung darstellte, zeigte sie keine relevanten Präventionsmaßnahmen, wobei ihre negative Einstellung gegenüber Kondomen ausschlaggebend für das riskante Sexualverhalten zu sein schien. „Obwohl diese Gruppe nur etwa 10% der männlichen Befragten umfaßt, stellte sie wegen ihrer hohen sexuellen Aktivität etwa 30% aller neuen Sexualkontakte her. Auch wenn gerade diese Gruppe zu den - nach klassischen Kriterien - `objektiv` am meisten gefährdeten zählt, findet eine adäquate Verhaltensänderung (trotz hoher Angst vor einer möglichen Infektion) nicht statt“ (REIMANN/BARDELEBEN 1992, S. 145).

Die „*traditionsorientierten Männer mit Neigung zu Autorität und rigider Sexualmoral*“ mit politisch konservativer Einstellung hatten ein bis zwei Partnerinnen in den letzten drei Jahren, lehnten die Benutzung von Kondomen ab und zeigten zum überwiegenden Teil (88%) keine Verhaltensänderungen. Sie zeigten eine diskriminierende Haltung gegenüber HIV-Infizierten und allgemein eine rigide Sexualmoral. In der Partnerschaft betonten sie sexuelle Treue und Dauerhaftigkeit. Das Durchschnittsalter betrug 26 Jahre; Studenten der Naturwissenschaft und Medizin waren unterrepräsentiert.

Die „*Beziehungsmänner*“ waren sehr bindungsbezogen; fast die Hälfte lebte mit der Partnerin zusammen. Liebe, sexuelle Treue, Beständigkeit der Partnerschaft und Sexualität waren ihnen sehr wichtig. Die überwiegende Mehrheit (80%) hatte ihr Sexualverhalten nicht geändert. Das Durchschnittsalter lag bei 26 Jahren; Studenten der Medizin erwiesen sich als überrepräsentiert.

Wie bei den ungebundenen Männern bildeten die früheren Erfahrungen mit Kondomen den bestimmenden Einflußfaktor für die Absicht, Kondome zu verwenden.

Die „*Safer Sex Frauen in freier Partnerschaft*“, deren Angst vor AIDS relativ groß war, hatten ihr Sexualverhalten überwiegend verändert. Obwohl ihnen Freiheit in der Partnerschaft wichtiger war als Dauerhaftigkeit, Geborgenheit, emotionale Bindung und Nähe, hatten sie nur etwa vier Partner während der letzten drei Jahre. Bei neuen Sexualkontakten würden sie Kondome benutzen, wobei sich diese Absicht hauptsächlich an den subjektiven Normen bezüglich der Kondomverwendung orientierte.

Die „*sexuell wenig aktiven Frauen*“ hatten einen Partner in den letzten drei Jahren; Sexualität, Leidenschaft und sexuelle Erfüllung hatten für sie keine Bedeutung, im Gegensatz zur sexuellen Treue, die ihnen sehr wichtig war. Die überwiegende Mehrheit hatte ihr Sexualverhalten nicht geändert, jedoch war ihre Bereitschaft, bei neuen Partnern ein Kondom zu benutzen, relativ hoch. Das Durchschnittsalter betrug 24 bis 25 Jahre; Studentinnen der Haushalts- und Ernährungswissenschaften waren über-, der Medizin unterrepräsentiert.

Ihre Angst vor AIDS und die Intention präventiven Verhaltens wiesen bei ihnen fast keinen Zusammenhang auf.

Den „*Romantikerinnen*“ war Nähe und Geborgenheit wichtig, Sexualität eher unwichtig. Sie standen Kondomen ablehnend gegenüber, zeigten weder Angst vor AIDS noch Verhaltensänderungen. Hier „zeigt sich besonders deutlich, daß der Gebrauch von Kondomen offensichtlich mit dem Wunsch nach Nähe konfligiert“ (BARDELEBEN et al. 1989, S. 115). Aufgrund der hohen Korrelation zwischen der Angst vor AIDS und der Intention, Kondome zu benutzen, vermuten die Autoren eine mögliche Dominanz neurotischer Angstanteile.

Die überwiegende Mehrheit (92%) der „*konservativen Lierten*“ hatten zwar einen festen Partner, dennoch aber eine auffällige Angst vor AIDS. Kondome wurden als gefühlbeeinträchtigend und störend abgelehnt. Die Studentinnen dieser Gruppe hatten in den letzten drei Jahren ein bis zwei Partner, waren etwas konservativer als die anderen und zum Teil der Ansicht, daß sexuelle Permissivität zur Ausbreitung von AIDS beigetragen habe. Sexualität war ihnen sehr wichtig, und mit ihrem Sexualleben zeigten sie sich überdurchschnittlich zufrieden. Aufgrund des hohen positiven Zusammenhanges zwischen der Angst vor AIDS und der Intention, bei neuen Sexualkontakten Kondome zu verwenden, könnten nach Ansicht der Autoren phobische bzw. neurotische Angstanteile dominieren. Diese sehr traditionalistische Frauengruppe „macht sich mittlerweile schon verdächtig, weil sie dem Klischee der emanzipierten Studenten sich nicht einpaßt“ (REIMANN/BARDELEBEN 1992, S. 151).

Den „*romantischen Safer Sex-Frauen*“ waren in einer Partnerschaft symbiotische Aspekte wie Geborgenheit, emotionale Nähe und Bindung wichtig, aber auch sexuelle Erfüllung. Ihre Partnerzahl der letzten drei Jahre lag bei fünf. Etwa 70% hatten ihr Sexualverhalten geändert; insgesamt zeigten sie große Angst vor AIDS und eine hohe Bereitschaft zur Kondomverwendung. 27% hatten die Anzahl ihrer Sexualpartner reduziert, ein knappes Drittel suchte sich neue Partner genauer aus, ein weiteres Drittel verwendete Kondome bei neuen Sexualkontakten. Ein kleiner Teil von 13% berichtete von einer größeren Vorsicht beim Geschlechtsverkehr. Knapp die Hälfte dieser Frauen hatte schon einmal die Erfahrung gemacht, daß der Sexualpartner den Gebrauch eines Kondoms abgelehnt hat. Studentinnen der Geisteswissenschaften und der Medizin waren dominierend, die der Haushalts- und Ernährungswissenschaften unterrepräsentiert.

In dieser Gruppe fand sich der stärkste negative Zusammenhang zwischen der Angst vor AIDS und der Intention zur Kondomverwendung. Die reale Angst vor einer HIV-Infektion wurde reduziert durch die Absicht, sich bei neuen Sexualpartnern präventiv zu verhalten. Dem entsprach ein häufiger Kondomgebrauch. „Diese Intention wird, trotz einer keineswegs positiven Einstellung gegenüber den für sie hinsichtlich ihrer Symbiosebedürfnisse gravierenden Nachteilen der Kondomverwendung, getragen von der Orientierung an der sozialen Norm, d.h. von der Orientierung an Freunden, Bekannten und Partnern“ (REIMANN/BARDELEBEN 1992, S. 152).

Die gravierendsten Unterschiede fanden sich zwischen den *Safer Sex-Frauen* und den *Anti-Kondom-Männern*: bei hoher Partnerzahl zeigten lediglich die Frauen präventives Verhalten. Die Safer Sex-Botschaft, vor allem die Kondomverwendung, schien von infektionsgefährdeten Frauen eher angenommen worden zu sein als von gefährdeten Männern. Es zeigte sich, daß die Intention, bei neuen Sexualkontakten Kondome zu benutzen, positiv zusammenhing mit einer positiven Einstellung gegenüber Kondomen, dem normativen Einfluß des Partners und anderer Bezugspersonen sowie der Häufigkeit des Kondomgebrauches in der Vergangenheit.

Bezogen auf die Gesamtstichprobe würde je ein Drittel bei neuen Partnern ganz sicher bzw. wahrscheinlich ein Kondom verwenden.

Die Autoren konstatieren, daß die sexuelle Permissivität sich nicht unmittelbar im Anschluß an die Kultur- und Sexualrevolution der späten 60er Jahre entwickelt hat, sondern erst mit Beginn der 80er Jahre. Die AIDS-Epidemie vermochte an diesem allgemeinen Trend zu größerer Freizügigkeit nichts zu ändern. „Im Rahmen dieses Prozesses kristallisiert sich eine Einstellung zur Sexualität heraus, die bereits GIESE und SCHMIDT in ihrer Studentenuntersuchung als `permissiveness without affections` (vgl. GIESE/SCHMIDT 1968) bezeichneten“ (BARDELEBEN et al. 1989, S. 126).

Zusammenfassend läßt sich festhalten, daß AIDS unterschiedliche Verhaltensänderungen bewirkt, die hauptsächlich auf einer Reduzierung der Partnerzahl und dem Gebrauch von Kondomen beruhen. Auffallend sind die im Zusammenhang mit AIDS in der Stichprobe vorhandenen Widersprüchlichkeiten und Inkonsistenzen hinsichtlich des Wissens um AIDS und der HIV-Übertragungswege einerseits und dem tatsächlich praktizierten sexuellen Verhalten.

#### **1. 4. 2. 4. Einstellungen und Sexualverhalten von Studenten im Kulturvergleich**

(M. Jodexnis)

Es gibt wenige sexualwissenschaftliche Kulturvergleiche von Studentenspopulationen, von denen drei CHRISTENSEN et al. durchgeführt haben. „In der ersten und mittlerweile `klassi-

schen` Studie vergleichen CHRISTENSEN et al. (CHRISTENSEN 1962, CHRISTENSEN und CARPENTER 1962 a, b; CHRISTENSEN 1966; CHRISTENSEN 1969) Stichproben aus drei Kulturen, nämlich Studenten einer nordamerikanischen Mormonenuniversität und einer Universität des Mittelwestens und dänische Studenten“ (CLEMENT 1986, S. 14). CHRISTENSEN untersuchte vor allem das Verhältnis von Einstellung und Verhalten und fand, daß eine große Einstellungs-Verhaltens-Diskrepanz charakteristisch für restriktive Kulturen ist, d.h., es „wird heimlich und uneingestanden mehr Sexualität praktiziert, als die Einstellung eigentlich zuließe“ (CLEMENT 1986, S. 14). Neben dem erwarteten Ergebnis, daß die dänischen Studenten die liberalsten Einstellungen und Verhaltensweisen zeigten, die Mormonenstudenten die restriktivsten, während die Studenten aus dem Mittelwesten in der Mitte lagen, zeigte sich, daß die konservativen Studenten die höchsten Werte hinsichtlich der Items „Koituspromiskuität“ und „terminal petting“ (Petting bis zum Orgasmus) aufwiesen. Negative Affekte und Emotionen wie Angst, Zwang, Schuldgefühle und Furcht vor Schwangerschaft fanden sich bei den dänischen Studenten selten, bei den Mormonen häufig. Restriktivität korrelierte hierbei mit Geschlechtsdivergenz: je konservativer und restriktiver die Studenten einer Stichprobe waren, desto ausgeprägtere geschlechtsspezifische Unterschiede in Einstellungen und Verhalten zeigten sie.

In Wiederholungsuntersuchungen (CHRISTENSEN/GREGG 1970 und CHRISTENSEN/JOHNSON 1978. In: CLEMENT 1986) fanden die Autoren einen weiteren, nicht vermuteten Kulturunterschied zwischen schwarzen und weißen US-amerikanischen Studenten, der CHRISTENSENS bisheriger These diametral entgegengesetzt ist: „Obwohl die schwarzen Studenten besonders permissiv eingestellt und sexuell aktiv sind, sind bei ihnen die Geschlechtsunterschiede größer, ein bisher nicht replizierbares Phänomen, das die Autoren auch nicht erklären können“ (CLEMENT 1986, S. 15).

LUCKEY und NASS (In: CLEMENT 1986) verglichen 1969 Studentenuntersuchungen aus den USA, Kanada, Großbritannien, Norwegen und der BRD und fanden bei den europäischen, besonders bei den norwegischen und englischen Studenten liberalere sexuelle Einstellungen und Verhaltensweisen als bei den amerikanischen. Kulturunabhängig beschrieben sich die Frauen als konservativer und sexuell unerfahrener als die Männer. Gleichwohl waren in der deutschen Stichprobe die Frauen geringfügig koituserfahrener als die Männer. Amerikanische männliche Studenten zeigten deutlich konservativere Einstellungen als deutsche, erwiesen



sich aber als sexuell erfahrener, während es bei den Frauen umgekehrt war. Dieses Bild wurde auch von GIESE und SCHMIDT (1968) bestätigt.

CLEMENT verglich seine Replikationsstudie von 1981 mit einer im Jahre 1980 in der DDR vom Zentralinstitut für Jugendforschung (ZIJ) in Leipzig durchgeführten Befragung von 5.469 jungen Erwachsenen (Berufstätige, Lehrlinge und Studenten) zum Thema Liebe und Sexualität (vgl. STARKE/FRIEDRICH 1984), die 1988 als kulturvergleichende Studie veröffentlicht wurde (vgl. CLEMENT/STARKE 1988). Die DDR-Stichprobe von Studenten wurde aus der o.g. Untersuchung des Zentralinstitutes für Jugendforschung gezogen, die bundesdeutsche aus CLEMENTS Wiederholungsbefragung. Die nach Alter und Bildungsstand parallelisierten Stichproben umfaßten für die BRD insgesamt 994 Studenten (535 Männer, 459 Frauen), für die DDR 1.208 Studenten (594 Männer, 614 Frauen) jeweils im Alter von 20 bis 24 Jahren.

CLEMENT/STARKE verglichen Studenten aus zwei politisch-ökonomisch sehr unterschiedlichen Systemen mit hohem Industrialisierungsgrad u.a. unter der Prämisse, empirische Erkenntnisse über den Einfluß soziokultureller Bedingungen auf die Sexualität zu gewinnen.

Die erhebliche Diskongruenz der Verweigererquoten (BRD: 63%, DDR: 1,2%) beeinträchtigt nach Ansicht der Autoren nicht die Vergleichbarkeit beider Stichproben. Hinsichtlich der soziodemographischen Daten gilt CLEMENTS Stichprobe als ausreichend repräsentativ. „Falls es einen Verweigerereffekt gibt, dürfte er relativ gering sein und in die Richtung gehen, daß permissive Studenten unterrepräsentiert sind. Für die Verhaltensparameter auf der Ebene von Inzidenzraten oder Häufigkeiten müssen wir also eher mit einer Unterschätzung als mit einer Überschätzung rechnen“ (CLEMENT/STARKE 1988, S. 32). Die niedrige Verweigererquote in der DDR-Stichprobe ergab sich einerseits aus dem direkten Befragungsmodus, zum anderen aus einer in der DDR allgemein verbreiteten positiveren Einstellung sozialwissenschaftlicher Forschung gegenüber.

Hinsichtlich der Fragen nach Partnerschaftsformen und -vorstellungen, Familienstand und Kinderwunsch zeigten sich die DDR-Studenten deutlich familienorientierter als die BRD-Studenten. Entsprechend lag der Anteil verheirateter Teilnehmer in der DDR bei Frauen (24%) und Männern (31%) erheblich höher als in der BRD (5% bzw. 3%), ebenso die Tendenz zu einer festen Paarbeziehung sowie der Wunsch nach Kindern und späterer Heirat.

Im Sexualverhalten fanden sich teilweise geschlechtsspezifische Differenzen. Während die Männer in beiden Ländern etwa gleich häufig (zu mehr als 80%) masturbationserfahren waren, hatten die BRD-Frauen mit 83% weitaus mehr Masturbationserfahrungen als die Frauen

aus der DDR (30%). Umgekehrte Verhältnisse fanden sich beim Koitusverhalten. Bei den Frauen war die Koitusaktivität länderübergreifend etwa gleich ausgeprägt, bei den Männern waren die aus der DDR koituserfahrener (91% gegenüber 78%). Hinsichtlich der monatlichen Koitusfrequenz ließen sich keine relevanten Länder- und Geschlechtsunterschiede feststellen. „Ein Vergleich der Koituserfahrung in den 60er und 80er Jahren zeigt eine Zunahme in beiden Ländern, einen bleibenden `Vorsprung` der DDR-Studenten und eine deutlich stärkere Zunahme bei den Frauen in beiden Ländern“ (CLEMENT/STARKE 1988, S. 30).

Die bundesdeutschen Befragten hatten häufiger relativ viele (mehr als zehn) Sexualpartner; dies traf vor allem auf die Frauen zu.

Der Anteil der Studenten mit homosexuellen Erfahrungen lag bei beiden Geschlechtern in der BRD höher als in der DDR, wobei der Unterschied bei den Frauen wiederum ausgeprägter war. So hatten 18% der BRD- und 12% der DDR-Männer schon einmal homosexuelle Erfahrungen gehabt, bei den Frauen betrug das Verhältnis 14% zu 5%. Aus dem Vorhandensein homosexueller Erfahrungen kann jedoch nicht kausal auf eine korrespondierende sexuelle Orientierung geschlossen werden: je 2% der BRD-Männer bezeichneten sich als homo- bzw. bisexuell, bei den BRD-Frauen lagen die Quoten bei 2% bzw. 3%, wohingegen 1% der Männer und 2% der Frauen aus der DDR entsprechend klassifiziert werden konnten. Entsprechend berichteten erheblich mehr bundesdeutsche Teilnehmer über eine zumindest gelegentliche körperliche Anziehung durch das gleiche Geschlecht. Die Autoren konstatierten eine deutlich höhere Ausprägung homosexueller Wünsche und Aktivitäten bei den BRD-Studenten und eine stärkere heterosexuelle Fixierung in der DDR, wobei länderübergreifend die Männer deutlich heterosexualitätsfixierter waren als die Frauen.

CLEMENT/STARKE überprüften auch die Frage nach Veränderungen im Sexualverhalten während der letzten 20 Jahre anhand der Parameter Koituserfahrung und Anzahl der Koituspartner und bezogen dafür die GIESE/SCHMIDT-Studie von 1966 und eine Befragung von Medizinstudenten in der DDR (RENNERT 1966. In: CLEMENT/STARKE 1988) mit ein. In den westlichen Industrienationen läßt sich ein kontinuierlicher Anstieg an Permissivität in den sexuellen Einstellungen und Verhaltensweisen, gemessen an der Zunahme vorehelichen Geschlechtsverkehrs, der Reduzierung des Alters beim ersten Koitus, der ansteigenden Masturbationserfahrungen der Frauen sowie der Abnahme restriktiver Sexualmoral beobachten. So nahm sowohl in der BRD als auch in der DDR im Laufe der vergangenen Jahrzehnte die Koituserfahrung von Studenten deutlich zu, wobei bei den Männern der bereits im Jahre

1966 registrierte `Vorsprung` der DDR-Studenten bestehen blieb, und die Frauen insgesamt eine höhere Zunahme verzeichneten und gegenüber den Männern „aufholten“.

Die Anzahl verschiedener Sexualpartner blieb bei den bundesdeutschen männlichen Studenten relativ konstant und hatte bei denen aus der DDR zugenommen. Größere Veränderungen ließen sich bei den weiblichen Befragten beobachten: hatten die BRD-Frauen 1966 mit 51% gegenüber 38% der DDR-Frauen häufiger mehr als einen Koituspartner, hatte sich diese Differenz in den späten 80er Jahren nivelliert.

Zusammenfassend für den Vergleich BRD-DDR läßt sich eine deutlich ausgeprägtere Ehe- und Familienorientierung der DDR-Studenten registrieren, die jedoch nicht mit der Restriktion vorehelicher Sexualerfahrungen einher geht. Sexualität scheint für die Befragten aus der DDR stärker an Werten wie Liebe, Treue und Familie gebunden zu sein als für die bundesdeutschen Teilnehmer, bei denen das Modell des „sexuell aktiven und zufriedenen Ehepaares“ (CLEMENT/STARKE 1988, S. 43) weniger dominant ist.

Das bei den bundesdeutschen Studentinnen um ein Vielfaches höhere Masturbationsvorkommen findet keine Erklärung in ihrer geringeren Partnerbindung oder der Definition von Masturbation als Koitusersatz, da Koitus- und Masturbationsaktivität nicht miteinander korrelierten.

Die Dominanz heterosexueller Partnerfixierung und das Fehlen homosexueller Erfahrungen und Wünsche läßt bei den DDR-Studenten auf das Vorherrschen des Ideals der romantischen, sexuell treuen und dauerhaften Liebesbeziehung schließen. „Dieses Ideal ist zwar auch für eine Mehrheit der bundesdeutschen Studenten dominant, darüber hinaus läßt sich aber bei ihnen ein stärker experimentierend-hedonistischer Akzent ausmachen“ (CLEMENT/STARKE 1988, S. 43).

HELGA MITTAG und ROBERT ROHNER verglichen unter der Fragestellung, ob und welche kulturspezifischen Akzentuierungen des sexuellen Liberalisierungsprozesses in verschiedenen Industriegesellschaften festzustellen sind, eine deutsche und britische Studentenuntersuchung zum Thema Sexualität und AIDS (vgl. MITTAG/ROHNER 1990). Die deutsche Stichprobe war identisch mit der von BÖHM/ROHNER (1988; vgl. Kapitel 1. 4. 2. 3.) und setzte sich aus 542 hauptsächlich Westberliner Studenten (241 Männer, 301 Frauen) unterschiedlicher Studienfächer mit einem Durchschnittsalter von 24,9 Jahren zusammen.

Die britische Stichprobe wurde von MITTAG 1988 an Studenten der Universität Sussex in Brighton mittels einer schriftlichen Befragung gewonnen und war hinsichtlich der soziodemographischen Merkmale Alter, Geschlecht, Familienstand und Studienfach repräsentativ für die Brightoner Studentenschaft. Sie umfaßte insgesamt 421 Teilnehmer (207 Männer, 214 Frauen) verschiedener Studienfächer mit einem Durchschnittsalter von 21,3 Jahren. Der von MITTAG verwendete Fragebogen zu den Bereichen Partnerschaft, sexuelle Orientierung, sexuelles Erleben und Verhalten, Einstellungen und Meinungen zur Sexualität sowie Sexualität und AIDS war die englische Adaption des ein Jahr vorher von BÖHM/ROHNER entwickelten Instrumentes. Zum weiteren Vergleich wurden dort, wo die Daten dieses zuließen, auch die Ergebnisse von CLEMENT (vgl. CLEMENT 1986) zur Absicherung der beobachteten Unterschiede zwischen deutschen und britischen Studenten herangezogen.

Da die beiden Stichproben hinsichtlich des Alters um mehr als drei Jahre differierten, wurde eine altersentsprechende Unterstichprobe aus der Stichprobe von BÖHM/ROHNER gezogen; somit sind alle nachfolgend referierten Ergebnisse um die Altersunterschiede bereinigt und beziehen sich ausschließlich auf solche Merkmale, bei denen die Altersdifferenz keine Verzerrung der beiden Untersuchungsgruppen bewirkte.

Bezüglich der Variablen Partnerschaft, Ehe- und Familienorientierung zeigte sich, daß deutlich mehr deutsche als britische Studenten in einer festen Partnerschaft zusammenlebten. Dem entspricht, daß englische Studenten häufiger als deutsche Heiratswünsche äußerten. „Die fortgeschrittene Relativierung der Ehe als institutionalisierte Partnerschaftsform, die BÖHM und ROHNER im Vergleich zu CLEMENTS Untersuchung konstatieren, kann für die britische Stichprobe nicht bestätigt werden“ (MITTAG/ROHNER 1990, S. 322).

Die ehe- und familienorientierte Einstellung war in England deutlich ausgeprägter als in Deutschland: für britische Studenten war der Wunsch nach Kindern dreimal so häufig an die Ehe gebunden, keiner der Befragten wollte ein Kind ohne Partner aufziehen im Gegensatz zu immerhin 14% der deutschen Studenten. Entsprechend traditioneller erwiesen sich die Vorstellungen hinsichtlich sexueller Treue und Partnerschaft bei den britischen Befragten: dreimal so viele Briten wie Deutsche hielten sexuelle Treue in einer festen Beziehung für unbedingt notwendig.

Während die Mehrheit der Befragten beider Länder eine feste, monogame Paarbeziehung präferierten, war der Anteil derjenigen, die sich eine offene Beziehung wünschten, unter den Deutschen größer als bei den Briten und bei Frauen ausgeprägter als bei Männern.

Britische Studenten schätzten sich zu einem höheren Prozentsatz als deutsche als ausschließlich heterosexuell ein und verfügten weniger häufig über gleichgeschlechtliche Sexualerfahrungen. Vor allem die weiblichen deutschen Studenten der Jahre 1981 und 1987 berichteten über eine offene sexuelle Orientierung; zwar hatten sie im Jahr vor der Befragung kaum homosexuelle Kontakte gehabt, konnten sich aber im Gegensatz zu ihren britischen Kommilitoninnen solche zumindest vorstellen und schlossen sie nicht generell aus.

In der Frage nach dem Alter beim ersten Koitus ergaben sich interessante Geschlechts- und Länderunterschiede: während in der englischen Stichprobe mehr Männer und in der deutschen mehr Frauen über Koituserfahrungen in der Adoleszenz (vor dem 20. Lebensjahr) verfügten, war das Bild bei den britischen Frauen und den deutschen Männern diametral entgegengesetzt. Das klassische Motiv „moralische Bedenken“ als Begründung für die bisherige Koitusabstinenz wurde von deutschen Studenten kaum, von britischen immerhin noch zu fast einem Drittel angeführt.

Weitere kulturelle Unterschiede zeigten sich hinsichtlich der Motivation für den ersten Geschlechtsverkehr. In der deutschen Stichprobe dominierte bei Frauen und Männern das Motiv „Liebe“, in der englischen nur bei den Frauen. Die britischen Männer zeigten sich eher triebbezogen und nannten „Verlangen“ als Hauptgrund.

Masturbation stellte für alle männlichen Befragten zumindest eine gelegentlich praktizierte Sexualtechnik dar, die bei den Frauen insgesamt weniger deutlich, bei den englischen am geringsten ausgeprägt war.

Während die britischen partnerlosen Studenten beiderlei Geschlechts signifikant häufiger masturbierten als diejenigen mit einem festem Partner, hatte die Art der Beziehung bei den deutschen Teilnehmern keinen Einfluß auf die Masturbationshäufigkeit. „Dies ist ein Indiz dafür, daß die Selbstbefriedigung von den britischen StudentInnen eher als eine Ersatzbefriedigung aufgefaßt wird, während deutsche StudentInnen in ihr eher eine eigenständige Form der Sexualität, unabhängig von der Möglichkeit zum Geschlechtsverkehr, sehen“ (MITTAG/ROHNER 1990, S. 328). Diese Tendenz wurde bereits 1986 von CLEMENT beschrieben.

Zusammenfassend läßt sich festhalten, daß britische Studenten durchgehend traditionsverhafter und an traditionelle Geschlechtsrollen, die sich im Verlauf der sexuellen Liberalisierung abgeschwächt oder umgekehrt haben, gebundener erschienen. MITTAG/ROHNER

resümieren, daß der Liberalisierungsprozeß kulturspezifisch verläuft und „in den westlichen Industriestaaten deutlich kulturell akzentuiert ist“ (MITTAG/ROHNER 1990, S. 328). So finden sich die teilweise restriktiven sexuellen Einstellungen der britischen Studenten auch in der Gesamtbevölkerung wieder, was sich besonders prägnant an den Einstellungen zur Homosexualität zeigt. So plädierten im Jahre 1988 über 90% der britischen Bevölkerung für ein Verbot männlicher Homosexualität, und fast ebenso viele für ein Verbot lesbischer Sexualität (vgl. BROOKS 1988. In: MITTAG/ROHNER 1990).

Die Beobachtung, daß seit Beginn der 80er Jahre eine Zunahme der schon immer einflußreichen traditionellen Sexualmoral stattgefunden hat, wird von einigen britischen Wissenschaftlern als Auswirkung der AIDS-Bedrohung gewertet (vgl. MITTAG/ROHNER 1990).

„Die Ergebnisse unserer Brightoner Studie deuten allerdings darauf hin, daß der Komplex AIDS die Einstellungen bei britischen StudentInnen nicht beeinflußt hat. Im Gegensatz zu einem Teil der deutschen StudentInnen (vgl. BÖHM/ROHNER 1988) fühlen sich die britischen StudentInnen nicht durch die AIDS-Problematik betroffen oder eingeschränkt. Pointiert ausgedrückt existiert AIDS als persönliches Problem für die britischen StudentInnen nicht“ (MITTAG/ROHNER 1990, S. 329).

#### **1. 4. 2. 5. Einstellungen und Sexualverhalten von Studenten und AIDS**

(M. Jodexnis)

GEORG NEUBAUER erweiterte in den Jahren 1988/89 seine Studien zur Jugendsexualität (vgl. NEUBAUER 1987, 1989 b, 1991) altersmäßig um die Population der Studenten sowie inhaltlich um den Aspekt AIDS (NEUBAUER 1989 a, 1994; NEUBAUER et al. 1992).

Er geht davon aus, daß die Ambivalenz der Jugendphase - Einbeziehung in den Konsum-, Freizeit- und Dienstleistungssektor bei häufig noch nicht vorhandener Berufstätigkeit und damit fehlender finanzieller Unabhängigkeit - auch für Studenten zutrifft. Bei überwiegend erfolgter sozialer und gesellschaftlicher Integration sind Studenten ökonomisch von Staat oder Eltern abhängig und werden weniger als Erwachsene denn als Postadoleszente definiert (vgl. NEUBAUER 1989 a).

Theoretischer Ausgangspunkt für die Untersuchung war die Frage, wie Studenten auf die AIDS-Problematik reagieren und ihre individuellen Moralvorstellungen, Erklärungs- und

Handlungsmuster entwickeln. NEUBAUER fand heraus, daß etwa die Hälfte der Befragten mit Ängsten vor einer HIV-Infektion auf AIDS reagierte, während rund ein Fünftel kaum Ängste entwickelte.

Die Stichprobe umfaßte 466 Studenten (48% Männer, 52% Frauen) der Universität Bielefeld im Durchschnittsalter von 22,9 Jahren. In der Spezifizierung nach Studienfächern bildeten die Wirtschaftswissenschaften mit 39% die größte Gruppe, gefolgt von den Naturwissenschaften (21%), den Geistes- und Sozialwissenschaften (20%) und den Rechtswissenschaften (11%). 9% der Teilnehmer wurden der Kategorie sonstiges zugeordnet.

Die überwiegende Mehrheit der Befragten war heterosexuell orientiert; 5% der Männer und 3% der Frauen bezeichneten sich als homo-, 1% der Männer und 5% der Frauen als bisexuell. Über 90% aller Befragten hatten zum Befragungszeitpunkt bereits Geschlechtsverkehr gehabt, davon mehr als die Hälfte vor dem 19. Lebensjahr. Beinahe zwei Drittel verfügten über Sexualerfahrungen mit mehr als einem Partner, ein Fünftel mit mehr als fünf Partnern. Geschlechtsspezifische Unterschiede waren nicht erkennbar.

62% der Studenten lebten in einer festen Partnerschaft, allerdings gaben 23% an, schon einmal spontane sexuelle Außenbeziehungen gehabt zu haben bzw. zu haben. „Im Hinblick auf die AIDS-Diskussion ist interessant, daß von den Befragten, die solche spontanen sexuellen Beziehungen hatten, von fast drei Viertel angegeben wird, daß sie diesbezüglich vorsichtiger geworden sind“ (NEUBAUER 1989 a, S. 12); dies galt für beide Geschlechter gleichermaßen. Drei Viertel der Befragten ohne feste Partnerschaft wünschten sich eine feste Bezugsperson, mit der sie sich verbal und körperlich austauschen können. Die häufigste Begründung für die monogame Paarbeziehung war die dadurch garantierte Möglichkeit für Geschlechtsverkehr (71%). Mehr als zwei Drittel empfanden die Sexualität in ihrer Partnerschaft als befriedigend; sexuelle Treue wurde von der Mehrheit für wichtig und notwendig erachtet. Festzuhalten ist, „daß Partnerschaft einen hohen Stellenwert auch für die Studenten hat. Sie hat neben dem Studium eine hohe Bedeutung und wird von dem größten Teil der Studenten angestrebt. Hinsichtlich Heterosexualität ist sie auf Exklusivität angelegt und läßt kaum Freizügigkeit zu“ (NEUBAUER 1989 a, S. 18). Offene Beziehungen wurden von den Befragten kaum angestrebt.

Hinsichtlich der AIDS-Problematik zeigte sich, daß über die Hälfte der Studenten, Frauen häufiger als Männer, Angst vor AIDS hatte. AIDS war für die meisten Befragten Anlaß, über

die eigene Sexualität bzw. die des Partners nachzudenken, für die überwiegende Mehrheit stellten HIV und AIDS ein Diskussionsthema mit dem Partner dar.

Insgesamt zeigte sich, daß Frauen zwar ihr Sexualverhalten eher ändern wollten, andererseits schätzten sie ihr eigenes Infektionsrisiko geringer ein als die Männer. So beabsichtigten 63% der männlichen und 56% der weiblichen Studenten, bei einem neuen Sexualpartner ein Kondom zu benutzen, 20% bzw. 23% nicht. Über praktische Erfahrungen mit Kondomen verfügte nur etwa ein Drittel. NEUBAUER vermutet, „daß ein großer Teil der Befragten sich erstmal Kondomerfahrungen aneignen müßte. Ob sie das Kondom dann bei einem Partnerwechsel benutzen würden, möchte ich doch stark bezweifeln“ (NEUBAUER 1989 a, S. 22).

Ein Teil der Studenten (11% der Männer, 24% der Frauen) wollte zukünftig von einem neuen Sexualpartner einen HIV-Test verlangen, 16% hatten sich schon einmal testen lassen, 9% planten dieses für die nächste Zeit.

Von der Mehrheit der befragten Studenten wurde eine promiske Lebensweise weder akzeptiert noch praktiziert. Die Angst vor AIDS führte vor allem bei den Frauen zum Festhalten an der derzeitigen Partnerschaft. Noch 1981 hielten immerhin ein Fünftel der Studenten sexuelle Treue für falsch (vgl. CLEMENT 1986), während die AIDS-Gefahr allerdings ein Ansteigen der Forderung nach sexueller Treue zu bewirken scheint.

„Insgesamt ist festzustellen, daß bei Studenten und Studentinnen eine ähnliche Bewertung gegenüber Sexualität vorgenommen wird und sie ähnliche sexuelle Erfahrungen gemacht haben. Dieses Ergebnis überrascht, da z.B. bei berufstätigen Jugendlichen die sexuellen Erfahrungen und auch Empfindungen geschlechtsspezifisch verschieden sind“ (NEUBAUER 1989 a, S. 23).

NEUBAUER überprüfte in einer weiteren Analyse die Frage, ob die Angst vor AIDS entsprechende Verhaltenskonsequenzen bewirkt hat oder sich Tendenzen abzeichnen, „daß durch das Aufkommen der Krankheit latente oder diffuse Anstrengungen entstanden, wie sie z.B. in der Welt von Hypochondern zu finden sind“ (NEUBAUER 1994, S. 99 f) und fand deutliche Geschlechtsunterschiede hinsichtlich der Dimension „Ängste vor AIDS und Partnerwechsel“. So hatten Frauen häufiger als Männer Angst vor AIDS und davor, daß der neue Sexualpartner HIV-positiv sein könnte. Sie machten sich öfter als früher Gedanken über ihre Sexualität, zeigten ein größeres Interesse an sexueller Treue und hatten die Anzahl neuer Sexualpartner reduziert. Während 44% der Männer mit fester Partnerin und ein Drittel ohne Partnerin Angst vor AIDS äußerten, lebten 52% der Frauen mit festem Partner und 62% ohne Partner in der



Angst vor einer HIV-Infektion. NEUBAUER interpretiert diese Differenz dahingehend, daß mehr Männer als Frauen glauben, sich durch ihren Lebensstil und ihr Verhalten vor AIDS schützen zu können. Männer vertraten auch häufiger die Meinung, nur Homosexuelle und intravenöse Drogenbenutzer seien durch AIDS gefährdet; insgesamt galt in seiner Stichprobe, daß AIDS um so weniger Einfluß nimmt, desto geringer die Ansteckungsängste waren.

„Personen, die sich ängstigen, würden eher den Kontakt zu Infizierten vermeiden, d.h. also zumindest individuelle Ausgrenzungsstrategien verfolgen“ (NEUBAUER 1994, S. 102) als sich präventiv zu verhalten. NEUBAUER sieht die vorhandenen AIDS-Ängste durch reale Ursachen begründet: Personen mit starken Ängsten hatten häufiger mehrere Sexualpartner und sexuelle Spontankontakte, zeigten aber auch häufiger Verhaltensänderungen, indem sie ihre Sexualpartner reduzierten, über ihre Sexualität nachdachten und insgesamt versuchten, sexuell treuer zu sein. NEUBAUER betont, daß diese Daten in der Zeit der öffentlichen AIDS-Diskussion erhoben wurden. In einer im Jahre 1990 an Bielefelder Studenten durchgeführten Befragung zeigte sich, daß die Angst vor AIDS stark nachgelassen hatte und nur noch bei 6% aller Befragten vorhanden war (vgl. NEUBAUER et al. 1992). „Es ist deshalb anzunehmen, daß der hohe Anteil von AIDS-Angst zwei Jahre zuvor zusätzlich von der damaligen öffentlichen Diskussion bestimmt war, die sich eher panikerzeugend als sachgerecht vollzog“ (NEUBAUER 1994, S. 105).

LETZEL et al. gingen in ihrer im Jahre 1988 durchgeführten Pilotstudie zum Sexualverhalten von Studenten von der Avantgarde-Funktion der Studentenschaft aus (vgl. LETZEL et al. 1990). Sie betrachteten Studenten als besonders gut aufgeklärte und aktive Menschen, die am ehesten „traditionelle Verhaltensmuster durch kognitives und verantwortungsvolles Handeln ersetzen“ (LETZEL et al. 1990, S. B-163). Insgesamt wurden 305 überwiegend heterosexuelle Studenten der Medizin und Psychologie beiderlei Geschlechts zu ihren Verhaltensabsichten und ihrem tatsächlichen Sexualverhalten befragt. Es fanden sich eine Reihe von Diskrepanzen, vor allem zwischen Intention und Verhalten.

Eine überwiegende Mehrheit von 94% der Befragten plädierte zwar für eine verstärkte Kondombenutzung, setzte diese Einsicht aber keineswegs in ihre sexuelle Praxis um. So wollten lediglich knapp 26% zukünftig selbst häufiger ein Kondom verwenden; von den insgesamt 45 Studenten, die in den letzten drei Monaten mit mehr als einem Partner vaginalen Geschlechts-

verkehr gehabt hatten, benutzten 30 nie ein Kondom. Fünf Personen hatten mit mehr als einem Partner Analverkehr immer ohne Kondom gehabt.

Diskrepanzen ergaben sich auch hinsichtlich der Einstellung zu sexueller Treue in der Partnerschaft, die zwar mehrheitlich gefordert, aber nicht immer praktiziert wurde.

Die Frage nach der individuellen Befindlichkeit, wenn der feste Partner vorschläge, nur noch mit Kondom Geschlechtsverkehr auszuüben, wurde von den Studenten unterschiedlich beantwortet. 15% lehnten Kondome grundsätzlich ab, für 29% bedeuteten Kondome eine Reduzierung des Vergnügens; 15% meinten Kondome bieten keinen vollkommenen Schutz und 42% sahen keinen Grund, sich selbst vor einer HIV-Infektion zu schützen. Würde der Partner den ständigen Kondomgebrauch vorschlagen, wäre dieses unterschiedlich bewertet und attribuiert worden: 31% hätten diesen Vorschlag als Untreue bewertet und vermutet, der Partner ginge fremd; 33% hätten dies als Mißtrauen ihnen gegenüber interpretiert; 5% meinten, sie würden dann lieber auf den Geschlechtsverkehr verzichten und 14% hätten sogar die Partnerschaft angezweifelt.

Die Bereitschaft, sich einem HIV-Antikörpertest zu unterziehen, war insgesamt sehr gering. Lediglich 2% der Studenten äußerten die Bereitschaft, sich generell testen zu lassen, 73% wollten sich nur bei entsprechenden AIDS-assoziierten Symptomen testen lassen, 41% bei sexueller Untreue des Partners, 47% bei einer Blutübertragung und 24% vor einer Operation. Die Autoren konstatieren, daß die Befragten eine ausgeprägte Diskrepanz zwischen Wissen und Verhalten, zwischen präventionsorientierten Meinungen und dem realen Sexualverhalten zeigten.

Ausgangspunkte einer in den Jahren 1992/93 an der Karl-Franzens-Universität in Graz durchgeführten empirischen Untersuchung zur HIV-Prävention bei Studenten waren die Frage nach der Zunahme des Anteils der heterosexuellen HIV-Infektionen bei Frauen sowie die Erkenntnis, daß „nach amerikanischen Erfahrungen mit zielgruppenorientierten Gesundheitsprogrammen (...) präventive Informationen und Beratungen bezüglich einer späteren Verhaltensänderung dann besonders effizient (sind), wenn sie möglichst nahe an der Lebenswelt der Betroffenen orientiert sind“ (SCHEIPL et al. 1995, S. 228).

Im Zusammenhang mit dem Anwachsen heterosexuell bedingter HIV-Infektionen, besonders bei Frauen, wurde an der Grazer Universität ein Informationsprojekt für Studenten zu AIDS und HIV-Prävention mit folgenden Zielvorstellungen entwickelt: Erweiterung des Wissens über HIV und AIDS bei den Studenten durch eine breite universitäre Diskussion; durch die

Auseinandersetzung mit der Thematik sollten langfristig stabile Verhaltensänderungen im Sinne von HIV-Prävention bei den Studenten bewirkt werden; die Weitergabe des erworbenen Wissens sollte im Sinne einer überregionaler Bewußtseinsbildung erfolgen.

Das Projekt wurde zur Gewährleistung möglichst zielgruppenorientierter Information und Beratung als Peer-education Programm („Studierende informieren Studierende“) konzipiert.

12 geschulte Studenten boten im Studienjahr 1992/93 in Lehrveranstaltungen Informationen zu HIV und AIDS sowie Beratung und informelle Gespräche an. Anschließend wurden in einer postalischen Fragebogenerhebung mittels Zufallsauswahl 382 Studenten verschiedener Fachrichtungen hinsichtlich ihres Wissens über AIDS und Prävention sowie über den Einfluß von AIDS auf ihre sexuellen Einstellungen und Verhaltensweisen befragt. Bezüglich Geschlecht und Fakultätszugehörigkeit ist die Stichprobe repräsentativ für die Population der Studenten der Universität Graz zum Befragungszeitpunkt.

SCHEIPL et al. fanden altersspezifische Unterschiede hinsichtlich der sexuellen Orientierung: „Die jüngeren unter ihnen (bis 22 Jahre) geben ihre sexuelle Orientierung zunächst eindeutig als heterosexuell an (92,2%). Ältere Studierende der Stichprobe geben häufiger an, homo- bzw. bisexuell orientiert zu sein als jüngere (0,7% bzw. 8%). Dies könnte mit einem verzögerten Coming-out erklärt werden, wenn sich dieser Trend auch in einer größeren Stichprobe bestätigen sollte“ (SCHEIPL et al. 1990, S. 233).

Fast zwei Drittel der Befragten lebten in einer festen Partnerschaft, zwei Drittel hatten im Jahr vor der Befragung nur einen Sexualpartner gehabt, ein Viertel zwei und mehr Partner. Ob die Studenten mit nur einem Sexualpartner lediglich seriell monogam und daher nicht infektionsgeschützter waren als die anderen, läßt sich anhand des Datenmaterials nicht beantworten.

Kondome wurden von 25% als Verhütungsmittel benutzt. Mit zunehmendem Alter hatten die Studenten häufiger spontane und ungeschützte Sexualkontakte. Weibliche alleinstehende Studenten zeigten ein infektionsriskanteres Verhalten als die partnergebundenen und bestanden zu 55% auf die Verwendung eines Kondoms. Mehr als die Hälfte aller Befragten zeigte eine negative Kondomkonnotation. Eine positive Konnotation korrelierte mit einem ausgeprägten präventiven Sexualverhalten und entsprechenden Verhaltensänderungen. Über die Hälfte der Studenten waren sich hinsichtlich des eigenen HIV-Status unsicher und wollten sich eventuell testen lassen; 16% hatten bereits einen Test durchgeführt.

Im Gegensatz zu SCHÜTZWOHL et al. (vgl. SCHÜTZWOHL/SCHULZ-KINDERMANN 1991) stellte das Wissen über HIV und AIDS keinen relevanten Faktor dar, da der Wissens-

stand bei allen Befragten sehr hoch und eine Differenzierung in Wissen und Nichtwissen nicht möglich war.

Für 58% der Studenten (für Männer häufiger als für Frauen) war der Koitus für ein befriedigendes Sexualleben unabdingbar, Oral- (37%) und besonders Analverkehr (6%) spielten kaum eine Rolle.

Verhaltensänderungen durch AIDS werden von SCHEIPL wie folgt beschrieben: 4% benutzten öfter als früher ein Kondom; 40% wechselten weniger häufig den Partner und lebten zumindest seriell monogam; 12% hatten ihre Sexualpraktiken geändert. Alleinlebende Studenten zeigten häufiger Änderungen in Richtung präventiven Sexualverhaltens als Personen in festen Beziehungen; gleichzeitig verhielt sich mit 45% ein großer Teil der Partnerlosen deutlich riskant. Präventives Verhalten fand sich vor allem bei Männern mit großer Infektionsangst. Die Angst vor einer Ansteckung war bei den Respondenten gering ausgeprägt und bei Alleinlebenden deutlich größer als bei Personen in festen Partnerschaften. „Auffallend ist, daß einerseits die Angst vor einer Infektion relativ weit verbreitet ist (55%), während andererseits das persönliche Risiko einer Infektion nur von 15% der Studierenden als beachtlich eingeschätzt wird“ (SCHEIPL et al. 1995, S. 237).

Frauen kommunizierten häufiger und intensiver als Männer über AIDS, Sexualität und Kondomgebrauch; dies galt auch für die Kommunikation mit dem Partner.

Die Autoren benennen zusammenfassend drei Prädiktorvariablen für eine Verhaltensänderung: Angst, Präventionsverhalten und Beziehungsstatus. „Eine hohe Bereitschaft zur Veränderung des Verhaltens zeigt sich dann, wenn Studierende ein hohes Angstpotential aufweisen, ein ausgeprägtes Präventionsverhalten zeigen und wenn sie alleine leben“ (SCHEIPL et al. 1995, S. 238). Insgesamt ist zu konstatieren, daß die Studenten zwar über ein ausreichendes Wissen über AIDS und HIV-Infektionsrisiken besaßen, dieses aber keineswegs in ihre sexuelle Praxis umsetzten. Diese Diskrepanz zwischen rationaler Einsicht, Angst und riskantem Verhalten ist „insofern auch bemerkenswert, als sich unsere Untersuchung auf eine Gruppe von Jugendlichen bzw. jungen Erwachsenen bezieht, die ihrem Bildungsstand entsprechend ihr Verhalten deutlicher an Wissensstandards orientieren dürften“ (SCHEIPL et al. 1995, S. 239 f).

#### **1. 4. 2. 6. Studentensexualität und AIDS unter dem Aspekt des Studienfaches**

(M. Jodexnis)

Grundannahme einer im Sommersemester 1989 an Studenten verschiedener Fachrichtungen der Universität Düsseldorf durchgeführten Fragebogenuntersuchung (vgl. ELSING et al. 1991) war, daß Studenten eine überwiegend heterosexuelle Bevölkerungsgruppe darstellen, die aber in sich nicht homogen ist und sich hinsichtlich ihres Wissens über AIDS und ihres Sexualverhaltens unterscheidet. „Ein ungleicher Informationsgrad und ein unterschiedliches Risikoverhalten wären von Bedeutung für die Planung entsprechender Aufklärungskampagnen, die in ihrer jetzigen allgemeinen Form die verschiedenen Subgruppen nicht angemessen erreichen können“ (ELSING et al. 1991, S. 529).

Von den insgesamt 604 Teilnehmern (274 Männer, 330 Frauen) im Durchschnittsalter von 23,3 Jahren studierten 285 Studenten Naturwissenschaften, 134 Geisteswissenschaften und 185 Human- und Zahnmedizin sowie Pharmazie. Die Stichprobe entsprach hinsichtlich der soziodemographischen Daten Alter und Geschlecht der damaligen Studentenschaft in Deutschland.

Die Untersuchung ist eine der wenigen, die dezidiert nach dem Zusammenhang von Studienfach, sexuellem Wissen und Verhalten fragte.

Alle Befragten zeigten gravierende Wissensdefizite bezüglich HIV und AIDS: so glaubten fast die Hälfte der Geistes-, ein Viertel der Naturwissenschaftler und immerhin 14% der Mediziner, daß HIV durch blutsaugende Insekten übertragbar sei. Auch in anderen Wissensfragen ergaben sich signifikante fachbereichsspezifische Unterschiede, wobei die geisteswissenschaftlichen Studenten die größten Defizite aufwiesen. Die Medizinstudenten hatten zwar insgesamt die umfangreichsten Kenntnisse über die HIV-Übertragungswege, schätzten aber das Infektionsrisiko in der klinischen Praxis, z.B. die Gefährdung anderer Patienten durch HIV-Positive, häufiger falsch ein.

Geschlechtsspezifische Divergenzen fanden sich in der Einschätzung des Letalitätsgrades von AIDS; während lediglich zwischen 3% und 6% aller Frauen sowie der männlichen Medizinstudenten meinten, AIDS sei keine tödliche Krankheit, glaubten dies 15% der männlichen Geistes- und 12% der Naturwissenschaftler.

Ein signifikanter Zusammenhang zeigte sich in den Variablen Wissensstand über AIDS und Alter: Befragte mit einem Lebensalter von über 30 Jahren verfügten über weniger Wissen als jüngere. Der unterschiedliche Informationsgrad über HIV-Infektionsrisiken schlug sich unmittelbar auf das individuelle Verhalten nieder. „Die im Wissensbereich gefundenen Defizite der Studenten der einzelnen Studienfächer bzw. zwischen den Geschlechtern spiegeln sich in den Antworten auf eine Reihe von Verhaltensstrategien wider“ (ELSING et al. 1991, S. 530). Die Frage, ob sie mit einem neuen Sexualpartner über AIDS sprechen, beantworteten 48% der Männer und 58% der Frauen positiv. Über die Hälfte der männlichen Naturwissenschaftler (53%) und Mediziner (63%) thematisierten HIV und AIDS nicht vor dem ersten Intimkontakt; bei den Frauen lagen die Zahlen bei 69% bzw. 80%.

Mehr Frauen (72%) als Männer (55%) lebten zum Befragungszeitpunkt in einer festen, sexuell monogamen Partnerschaft, am wenigsten häufig lebten in einer festen Paarbeziehung mit rund einem Drittel die männlichen Geisteswissenschaftler, von denen wiederum ein Drittel mehr als fünf Sexualpartner pro Jahr hatte. Sie lagen damit deutlich über ihren männlichen Kommilitonen der anderen Fachrichtungen (8%).

ELSING et al. fanden, daß die Risikobereitschaft durch den Konsum von Rauschmitteln wie Alkohol oder Haschisch gesteigert wird. Auch hierin unterschieden sich die männlichen Geisteswissenschaftler von allen anderen Befragten: sie benutzten am häufigsten regelmäßig oder unregelmäßig vor oder während des Intimkontaktes Rauschmittel. Den geringsten Rauschmittelkonsum zeigten die weiblichen Medizinstudenten.

Präventives Sexualverhalten im Sinne von Safer Sex wurde unabhängig vom Studienfach von den Männern häufiger praktiziert als von den Frauen. Gegenüber 44% der Männer benutzten nur 23% der Frauen regelmäßig ein Kondom, was die Autoren darin begründet sehen, daß Frauen häufiger in einer festen Beziehung lebten. 38% aller Befragten verwendeten Kondome nur bei neuen Sexualpartnern, 17% verzichteten völlig darauf. Die Kondombenutzung hing auch ab von der Akzeptanz desselben durch den jeweiligen Sexualpartner, wobei Frauen bei Ablehnung durch den Partner trotzdem häufiger auf den Gebrauch eines Kondomes bestanden als Männer. „Bei der Gesamtbewertung bestätigte sich das riskante Verhalten der Studenten der Geisteswissenschaften im Vergleich mit ihren Kommilitonen medizinischer und naturwissenschaftlicher Fächer“ (ELSING et al. 1991, S. 531). Die männlichen Geisteswissenschaftler kristallisierten sich als besondere Risikogruppe dieser Stichprobe heraus: sie stimulierten sich

sexuell weitaus häufiger als alle anderen mit Rauschmitteln und nahmen damit einen erhöhten Kontrollverlust in Kauf bzw. beabsichtigten ihn sogar, hatten eine größere Zahl verschiedener Sexualpartner und vertraten häufiger die Ansicht, daß ein einmaliger negativer HIV-Antikörpertest den Gebrauch von Kondomen überflüssig mache.

Falsche Vorstellungen über HIV-Übertragungsmöglichkeiten korrelierten positiv mit der Auffassung, daß HIV-Positive bzw. an AIDS erkrankte Personen stets ein Infektionsrisiko bedeuten und deshalb zu isolieren seien. „Umgekehrt bedeutet ein hoher Kenntnisstand, daß die Betroffenen zu weniger riskantem Verhalten (feste Partnerschaft, kein Rauschmittelgenuß) neigen und den HIV-Infizierten mit weniger Vorurteilen gegenüber treten (etwa 95% der Befragten)“ (ELSING et al. 1991, S. 532).

Zusammenfassend läßt sich feststellen, daß die Autoren studienfachspezifische Unterschiede hinsichtlich des Wissensstandes über AIDS und des Sexualverhaltens beobachten konnten. Studenten der Geisteswissenschaften, vor allem die männlichen, erwiesen sich dabei als am schlechtesten informiert und am risikobereitesten. Wissen und Verhalten hingen in dieser Stichprobe eng zusammen: je geringer der Kenntnisstand, desto größer war die Risikobereitschaft. „Ob jedoch allein der Informationsstand den Ausschlag für verantwortungsbewußtes Handeln gibt, ist fraglich. Eher kann persönliche Betroffenheit Verhaltensänderungen bewirken, denn nur wenige Menschen glauben, daß das Schlimmste auch ihnen selbst zustoßen kann“ (ELSING et al. 1991, S. 533).

In einer im Jahre 1990 an der medizinischen Hochschule Hannover durchgeführten anonymen Fragebogenerhebung wurden 1.105 Studenten (54% Männer, 46% Frauen) der Humanmedizin zu ihrem Wissen und ihren Einstellungen zum Thema AIDS befragt (vgl. WARNKING 1994).

Fragebereiche waren u.a. das Wissen über HIV-Übertragungswege, Infektionsangst und -prophylaxe, präventives Sexualverhalten sowie die Einstellungen gegenüber HIV-Positiven.

Der überwiegende Teil der Befragten war zwischen 22 und 27 Jahren alt und heterosexuell orientiert; lediglich 2,8% bezeichneten sich als homo-, 1,5% als bisexuell. Fast die Hälfte stammte aus einer Großstadt, mehr als ein Drittel aus einer Klein- oder Mittelstadt.

Die Hauptübertragungswege von HIV (Blut, Sperma, Scheidenflüssigkeit) waren den Teilnehmern ebenso bekannt wie die unwahrscheinlichen Infektionsmöglichkeiten (Anhusten, In-

sektenstiche); Unsicherheiten zeigten sich bei einer Minderheit hinsichtlich der Einschätzung des Infektionsrisikos durch Urin (14,1%) und Speichel (16,6%). Insgesamt unterschieden die Studenten aber durchaus zwischen realen und nicht vorhandenen Infektionsrisiken.

Dies traf gleichermaßen für die im ärztlichen und pflegerischen Bereich auftretenden Ansteckungsrisiken (Nadelstiche, Blutentnahme, intravenöse Injektionen) als auch für ungefährliche Situationen (Händeschütteln, sekundäre Kontakte durch gemeinsame Benutzung von Gegenständen) zu. Je seltener die Studenten Kontakte zu HIV-Infizierten oder AIDS-Kranken hatten, desto geringer schätzten sie ihr beruflich bedingtes Infektionsrisiko ein.

Die überwiegende Mehrheit stufte ihr Wissen über AIDS als ausreichend für die eigene Sicherheit ein, Männer häufiger als Frauen. Wissensdefizite korrelierten mit einer erhöhten Ablehnung jeglicher Sozialkontakte zu HIV-Positiven oder AIDS-Kranken. Ein ungeschützter Sexualkontakt zu HIV-Infizierten wurde mit 96,4% von fast allen Befragten abgelehnt, ein geschützter von knapp 70%. Immerhin 14,5% lehnten auch Sozialkontakte zu Partnern von AIDS-Kranken ab; dies galt vor allem für männliche Studenten. WARNKING vermutet, „daß neben den bestehenden Wissensdefiziten weitere Faktoren wie z.B. die bewußte oder unbewußte Ablehnung von HIV-Infizierten einen Einfluß ausüben müssen“ (WARNKING 1994, S. 67) und identifiziert Homophobie als einen solchen Zusatzfaktor. Studenten mit guten Kenntnissen über HIV-Ansteckungswege und AIDS-Prävention zeigten eine stärkere Ablehnung von Körperkontakten zu einer infizierten Person, eine höhere Risikoeinschätzung für promisk Lebende sowie „eine signifikant häufigere Verhaltensänderung im Sinne einer sorgfältigeren Freundeswahl“ (WARNKING 1994, S. 65).

Geschlechtsspezifische Unterschiede fanden sich hinsichtlich der Einstellung zu Homosexualität und HIV-Infizierten: Frauen zeigten deutlich tolerantere Einstellungen als Männer und gestanden HIV-Infizierten häufiger jeglichen Sozialkontakt zu.

Fast alle Teilnehmer definierten Safer Sex als Kondombenutzung (99,2%), Reduzierung der Anzahl der Sexualpartner (87,6%) und Vermeidung aggressiver Sexualpraktiken (81,7%), verbunden mit dem Item sexuelle Treue. Der Verzicht auf penetrierenden Geschlechtsverkehr und Zungenküsse sowie sexuelle Enthaltbarkeit wurde von der Mehrheit als nicht präventionsspezifisch eingestuft.



Über die Hälfte der Befragten machte sich Sorgen um eine mögliche HIV-Infektion, hatte aber ihr Sexualverhalten nicht geändert. Die berichteten Verhaltensänderungen bezogen sich vor allem auf die Einschränkung der Sexualpartner (34%), eine sorgfältigere Auswahl von Freunden (35%) sowie häufigeres Reden über Sexualität und Partnerschaft (44%).

Konkrete Ansteckungsängste wurden von rund einem Drittel geäußert, ein Fünftel hielt die Angst vor AIDS für übertrieben, 11% hielten AIDS für eine nicht marginale Gesundheitsgefährdung.

Hinsichtlich der Kondomverwendung differierten Studenten mit festem Partner und Studenten ohne festem Partner. In einer Partnerschaft benutzten 12% immer und 53% nie ein Kondom; bei neuen Sexualekontakten gaben 70% an, grundsätzlich ein Kondom zu gebrauchen, 10% taten dieses nie. Frauen benutzten etwas häufiger als Männer ein Kondom. „Bestehende Ansteckungsängste führten bei Studentinnen zu einer deutlich häufigeren Kondomverwendung bei neuem Partner (80,7% gegenüber 58,7%), während männliche Probanden keine diesbezüglichen Verhaltensänderungen zeigten“ (WARNKING 1994, S. 64).

Die Mehrheit der Studenten zeigte zwar eine liberale und tolerante Einstellung gegenüber HIV-Infizierten, war aber unsicher bezüglich der Frage, ob ein HIV-positiver Arzt weiterhin praktizieren dürfe.

In einer im Jahre 1989 an der Universität Münster durchgeführten Fragebogenerhebung wurden 721 Studenten der Zahnmedizin und Betriebswirtschaftslehre zu dem Einfluß von AIDS auf ihre sexuellen Verhaltensweisen und Praktiken befragt (vgl. HEINKE 1992). Der Anteil der Männer überwog mit 498 deutlich den der Frauen mit 223 Teilnehmern.

Abweichend von der Erwartung, daß Studenten der Zahnmedizin aufgrund ihrer späteren beruflichen Praxis (durch kontaminierte Instrumente, Blut-zu-Blut-Kontakte) infektionsgefährdeter seien als Studenten der Betriebswirtschaftslehre und deshalb sensibler auf die Problematik AIDS reagieren, fanden sich keine bzw. nur minimale Unterschiede im Sexualverhalten. Allerdings ergaben sich in einigen Parametern deutliche geschlechtsspezifische Unterschiede. Frauen waren in ihrer Partnerschaft treuer als Männer und verzichteten häufiger auf sexuelle Zufallskontakte bei unklarem HIV-Status, d.h. bei Fehlen eines HIV-Antikörpertestes (56% gegenüber 30%). Umgekehrt wären weitaus mehr Männer (28%) als Frauen (7%) zu einem Sexualekontakt mit Partnern, bei denen das Infektionsrisiko schwer einschätzbar ist,

bereit gewesen. Die weiblichen Studenten hatten im Jahr vor dem Befragungszeitpunkt weniger häufig mehrere Sexualpartner als die männlichen. Hinsichtlich der ausgeübten Sexualpraktiken zeigte sich ein auffälliger Geschlechtsunterschied im Masturbationsverhalten: Männer masturbierten doppelt so häufig wie Frauen (66% gegenüber 32%). Bei anderen Sexualtechniken fanden sich weniger gravierende Abweichungen: vaginalen Geschlechtsverkehr praktizierten rund 66% der Frauen und 75% der Männer, Analverkehr 7,2% der Frauen und 6,5% der Männer. Aktive und passive manuelle Stimulation wurde von den männlichen Befragten etwas häufiger vollzogen, Erfahrungen mit Cunnilingus hatten 39% der Frauen und 46% der Männer, mit Fellatio 38% der Frauen und 47% der Männer.

Obwohl 70% aller Respondenten eine größere Vorsicht beim Geschlechtsverkehr angaben, hatten zwei Drittel bei einem neuen Sexualpartner keine bzw. wenig Berührungsängste, was von HEINKE mit dem Fortschreiten des sexuellen Liberalisierungsprozesses interpretiert wird.

Innerhalb der Gruppe der in einer festen Partnerschaft lebenden Studenten waren Präventionsmaßnahmen wie HIV-Antikörpertest und Kondombenutzung wenig verbreitet und war die Ansicht vorherrschend, man selbst und der Partner seien nicht infektionsgefährdet.

Ein Drittel der Befragten hatte die Anzahl der Sexualpartner reduziert, mehr als zwei Drittel hatten im Jahr vor der Befragung mit nur einer Person Geschlechtsbeziehungen. Die überwiegende Mehrheit der partnergebundenen Studenten lebte monogam, was der Autor dahingehend interpretiert, daß in seiner Stichprobe die Veränderungsbereitschaft im sexuellen Verhalten bezüglich Treue und Monogamie nicht sehr deutlich ausgeprägt ist.

Hinsichtlich der praktizierten Sexualtechniken ergaben sich Quoten von 45% für Oral- und von 7% für Analverkehr. Die Unbeliebtheit von Analverkehr wird daran deutlich, daß 83% aller Befragten keine Erfahrung mit dieser Sexualpraktik hatten. Zudem wurde der Analverkehr unter allen Sexualtechniken aus Präventionsgründen am häufigsten reduziert oder aufgegeben.

Kondomgebrauch war bei den Befragten wenig verbreitet und lag an vorletzter Stelle in der Rangskala der Verhaltensänderungen: lediglich 8,4% verwendeten im Jahr vor dem Befragungszeitpunkt immer ein Kondom, 42% nie.

Bezogen auf die Risikobereitschaft zeigten sich deutliche geschlechtsspezifische Unterschiede: mit 46% äußerten weitaus mehr Frauen als Männer (28%) eine grundsätzliche Bereitschaft

zur Kondombenutzung. Allerdings war die tatsächlich praktizierte Anwendung von Kondomen insgesamt sehr gering.

Die Angst vor einer HIV-Infektion war bei den Befragten stark ausgeprägt; so vermuteten 36%, daß sie im vergangenen Jahr ansteckungsgefährdet gewesen seien. Hierbei sind jedoch nach HEINKE Unsicherheiten in der Einschätzung der realen Infektionsmöglichkeiten zu berücksichtigen. Es scheint, „daß die meisten der Teilnehmer die AIDS-Problematik verkennen oder zumindest aus ihrem Sexualleben verdrängen. Eine Art Doppelmoral ist erkennbar, wo auf der einen Seite Ängste vor einer HIV-Infektion auftreten, die aber nicht immer im Sexualverhalten und in den Sexualpraktiken reflektiert werden“ (HEINKE 1992, S. 57).

Eine 1990/91 an der Humboldt-Universität Berlin an 96 Teilnehmern im Durchschnittsalter von 24,9 Jahren durchgeführte kleine Untersuchung fragte nach dem Wissensstand und den daraus abgeleiteten sexuellen Verhaltensweisen von Ostberliner Medizinstudenten. Im Vergleich mit einer Studie, die Wissen, Einstellungen und Verhalten unter dem Aspekt AIDS sowohl der Allgemeinbevölkerung als auch ausgewählter Populationen der damaligen DDR erhoben hatte (vgl. HÄDER et al. 1991), sollte geprüft werden, ob sich die Medizinstudenten hinsichtlich ihres Wissens über HIV und AIDS, ihrer Präventionsmaßnahmen und eventueller Verhaltensänderungen von anderen Bevölkerungsgruppen unterscheiden. Ferner sollten die Einstellungen zu gesundheitspolitischen Maßnahmen zur Überwachung von HIV und AIDS ermittelt werden, ebenso die Qualität des durch das Studium erworbenen Wissens über AIDS. Gefragt nach den drei ernstesten Krankheiten in der Welt nannte die Mehrheit der Studenten Krebs, gefolgt von AIDS und den Herz-Kreislaufkrankungen. Damit nahmen sie, ähnlich wie die Gruppe der 20 bis 30jährigen der Studie „AIDS '90“ eine deutliche Überbewertung der Krankheit AIDS vor.

Mehr als zwei Drittel schätzten ihr durch das Studium vermittelte Wissen über HIV-Infektionswege und AIDS als ausreichend ein, zeigten jedoch große Unsicherheiten und Wissenslücken bei Fragen der HIV-Übertragung durch Alltagskontakte mit HIV-Positiven. So hielten 36% der Befragten es für möglich, sich durch einen Wangenkuß infizieren zu können, 10% hielten dies bei gemeinsamer Geschirrbenutzung für möglich, 14% durch Händeschütteln. Hierin unterschied sich die Stichprobe weder von der Allgemeinbevölkerung der DDR noch im internationalen Maßstab (vgl. DITTMANN 1993). Unsicherheiten fanden sich so-

wohl bei den Medizinstudenten als auch in der Allgemeinbevölkerung hinsichtlich der Infektionsgefährdung durch Insektenstiche oder Zungenküsse.

Obwohl fast alle Befragten um die Wichtigkeit von Präventionsmaßnahmen in medizinischen Einrichtungen wußten, zeigten sie wenig Souveränität im Umgang mit HIV-infizierten Patienten. Es fanden sich Diskrepanzen zwischen Wissen und Verhalten: mehr als 90% hielten Kondome zwar für eine der wichtigsten Präventionsmaßnahmen, setzen dieses Wissen aber nicht in ihre Sexualpraxis um und benutzten kein Kondom. Ein Drittel der Befragten war unentschlossen in der Frage, ob sie sexuellen Spontankontakte ohne Kondombenutzung eingehen würden. „Dies entspricht der allgemeinen Beobachtung, daß zwischem dem theoretischen Wissen und der praktischen Umsetzung dieses Wissens eine große Lücke klafft“ (DITTMANN 1993, S. 44).

Befragt nach besonders HIV-gefährdeten Bevölkerungsgruppen wurden korrekterweise an erster Stelle die intravenös Drogenabhängigen genannt, danach die Prostituierten und die Homosexuellen, womit die (professionelle, drogenunabhängige) Prostitution als Infektionsquelle weit überschätzt wurde. Übereinstimmend meinten die Befragten, daß Grenzöffnung und Wiedervereinigung einen langsamen, aber kontinuierlichen Anstieg der HIV-Neuinfektionen bewirken werde.

Je 10% der Studenten gaben an, Angst vor einer Ansteckung zu haben bzw. ihr Sexualverhalten ändern zu wollen. Dies entspricht nach DITTMANN dem Fakt, daß die Bedrohung durch AIDS vor allem von jüngeren, sexuell aktiven Personen wahrgenommen wird, während die Angst mit steigendem Alter sinkt. Beinahe 40% der Stichprobe berichteten von durch AIDS bedingten Verhaltensänderungen, vor allem im sexuellen und hygienischen Bereich. Der Autor konstatiert, daß die Angst vor einer HIV-Infektion, verglichen mit dem realen Risiko, von den Studenten überschätzt wurde.

Mehr als die Hälfte der Befragten äußerte Verständnis für das Meiden von Kontakten mit HIV-Positiven und AIDS-Kranken und sah die gesellschaftliche Toleranz diesen Personen gegenüber als gering an, nach DITTMANN Indiz für den erst ansatzweise geführten gesellschaftlichen Diskurs über AIDS im Osten Deutschlands.

Die Mehrheit der Studenten stimmte der Ansicht zu, der HIV-Antikörpertest böte eine Möglichkeit zur Früherkennung und damit zu frühestmöglicher medizinischer und sozialpsychologischer Betreuung; gleichzeitig stelle er auch einen Schutz des Sexualpartners dar. Fast alle

Befragten meinten, sie sollten über ihren HIV-Status informiert sein, um andere nicht ungewollt anzustecken.

Basierend auf den Daten einer in den Jahren 1972/73 durchgeführten Fragebogenaktion zum Thema Schwangerschaftsabbruch, an der Studentinnen aus Kiel, Lübeck und Flensburg teilgenommen hatten, untersuchte VOLKER WARNKE die Frage, ob sich Unterschiede in den sexuellen Verhaltensweisen und Einstellungen bei Studentinnen verschiedener Fachrichtungen nachweisen lassen und ob die von GIESE und SCHMIDT (vgl. GIESE/SCHMIDT 1968) gefundenen Zusammenhänge zwischen Studienfach und Sexualität sich erneut beobachten lassen (vgl. WARNKE 1995).

Die Stichprobe umfaßte insgesamt 3.202 Studentinnen der Universität Kiel, der Medizinischen Hochschule Lübeck sowie der Pädagogischen Hochschulen Flensburg und Kiel mit stark differierender Teilnehmerzahl der einzelnen Fakultäten. Die Untersuchung ist eine der wenigen Arbeiten, die nach dem Zusammenhang von Sexualität und Studienfach fragt und wird deshalb kurz dargestellt, obwohl sie HIV und AIDS nicht thematisiert.

In dem Fakt, daß Studentinnen der Pädagogischen Hochschulen (PH) und damit der kürzesten Studiendauer den größten Anteil der „jemals Verheirateten“ (verheiratet, geschieden, verwitwet) bildeten, sieht der Autor einen Hinweis darauf, daß für PH-Studentinnen ihre Ausbildung eher eine Übergangsphase bis zur Familiengründung darstellt als für Studierende anderer Fachrichtungen.

Studienfachspezifische Unterschiede zeigten sich hinsichtlich der Variablen Koituserfahrung, -vorkommen und -frequenz. Über die häufigsten Koituserfahrungen verfügten die Jura-, Philosophie- und PH-Studentinnen, über die geringsten die Studentinnen der Naturwissenschaften und der Theologie, wobei die Koituserfahrung mit dem Alter korrelierte. Das höchste Koitusvorkommen zeigten die Geisteswissenschaftlerinnen, das niedrigste wiederum die Naturwissenschafts- und Theologiestudentinnen. Bezüglich der Koitusfrequenz und Anzahl der Sexualpartner ergab sich ein ähnliches Bild. Die höchste Partnerfluktuation ergab sich bei den Studentinnen der Philosophie, der Theologie und der Medizin. Das stärkste Interesse an sexueller Aktivität zeigten die Theologinnen, das geringste die Frauen der mathematisch-naturwissenschaftlichen Fakultät. Die subjektive Zufriedenheit mit ihrem gegenwärtigen Sexualleben war bei den Theologinnen am stärksten, bei den Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlerinnen am geringsten ausgeprägt.

Die Befragten unterschieden sich ebenfalls in ihrem sexuellen Verhalten und ihren sexuellen Einstellungen. WARNKE fand die Beobachtung von GIESE und SCHMIDT (1968), daß die Studentinnen der Naturwissenschaften restriktivere Einstellungen zur Sexualität haben als andere, weitgehend bestätigt. Die liberalste Einstellung zeigten dabei die Philosophie- und Jura-studentinnen, die restriktivste die Studentinnen der mathematisch-naturwissenschaftlichen Fächer. Der Autor sieht hierin Tendenzen, „die auf einen Zusammenhang zwischen der Sexualität und der Fakultätszugehörigkeit hindeuten. Dabei dürfte es sich jedoch nicht um Kausalzusammenhänge, sondern lediglich um Epiphänomene von Persönlichkeitsfaktoren bzw. Persönlichkeitsstrukturen handeln“ (WARNKE 1995, S. 68).

Soziodemographische Merkmale wie Alter, Familienstand, Konfession und soziale Herkunft beeinflussen ebenfalls die sexuellen Einstellungen und Verhaltensweisen und revidierten den vermuteten Kausalzusammenhang zwischen Studienfach und Sexualität. Ein Persönlichkeitsbereich im Sinne einer Interessensrichtung, der auf Sexualität und Studienfach wirkt (vgl. GIESE/SCHMIDT 1968), kann zumindest in dieser Stichprobe nur vermutet werden.

#### **1. 4. 2. 7. Studentensexualität und AIDS in geschlechtshomogenen Stichproben**

(M. Jodexnis)

Das sexuelle Verhalten des Menschen folgt auch unter der Bedrohung durch AIDS nicht überwiegend den von Bundesgesundheitsamt und AIDS-Hilfe empfohlenen Präventionsmaßnahmen, die auf Vermeidung infektionsriskanter Sexualpraktiken zielen. Vaginal- und Analverkehr nur mit Kondom, keine Ejakulation beim Oralverkehr bilden die Kernpunkte von Safer Sex. Daneben ist aber nach wie vor ein Verständnis von AIDS-Prävention, welches Infektionsvermeidung mit sexueller Monogamie oder Enthaltensamkeit gleichsetzt, verbreitet. Entsprechend koexistieren zwei gänzlich unterschiedliche Präventionskonzepte miteinander. Während die Befürworter von Kondomen und infektionsvermeidender Sexualpraktiken einer permissiven Sexualmoral folgen, bewegen sich die Befürworter von sexueller Treue und Monogamie auf der Basis konservativer Moralvorstellungen. „Beide scheinen mittlerweile auch zwei unterschiedliche Adressatengruppen anzusprechen: Die praktikorientiert-permissive Linie bestimmt die Botschaft der AIDS-Hilfe an die homosexuellen Männer; die beziehungsorientierte Prävention impliziert den HIV-Antikörpertest (weil 'Treue' logischerweise nur nach

beidseitig negativem Testergebnis ´der beste Schutz´ ist) und scheint mit dieser Logik eher einen Teil der heterosexuellen Öffentlichkeit zu erreichen“ (TILLMANN/BRAUN/CLEMENT 1990, S. 323).

Amerikanische sexualwissenschaftliche Untersuchungen berichteten bereits Mitte der 80er Jahre von Veränderungen im Sexualverhalten Homosexueller aufgrund von AIDS und infolge der Safer Sex-Aufklärungskampagnen (vgl. TILLMANN et al. 1990). In Regionen mit hoher AIDS-Prävalenz wurden eine rasche und deutliche Reduzierung von Analverkehr, eine leichte Zunahme des Kondomgebrauchs sowie eine gravierende Verringerung der Anzahl der Sexualpartner beobachtet. Dabei zeigten partnerlose homosexuelle Männer häufiger und ausgeprägtere praktikbezogene Veränderungen, während die Verhaltensänderungen der partnergebundenen homosexuellen Männer eher auf eine Kontrolle der sexuellen Treue zielten.

Da sich weitaus weniger Veränderungen in Regionen mit niedriger AIDS-Prävalenz fanden, vermuten TILLMANN et al., daß die soziale Nähe zu AIDS, die persönliche Betroffenheit, als antizipierbare Möglichkeit eine notwendige, wenn auch nicht hinreichende Voraussetzung für sexuelle Verhaltensänderungen darstellt.

Auf diesem Hintergrund basiert eine 1986 in Heidelberg durchgeführte Befragung männlicher Studenten, die Homo- und Heterosexuelle auf ihre jeweilige Angst vor und Reaktion auf AIDS hin untersuchte (vgl. TILLMANN et al. 1990). Weitere Fragestellungen bezogen sich auf mögliche Unterschiede in der Präventionslogik (praktikbezogen-permissiv versus treueorientiert-konservativ) bei Partnergebundenen und Partnerlosen sowie auf einen Zusammenhang zwischen homosexueller Selbstakzeptanz, Angst vor einer HIV-Infektion und entsprechenden Verhaltenskonsequenzen.

Die durch eine anonyme Fragebogenerhebung gewonnene Stichprobe setzte sich aus 54 hetero- und 72 homosexuellen männlichen Studenten verschiedener Fachbereiche zusammen und war hinsichtlich ihrer soziodemographischen Daten nicht repräsentativ für die damalige männliche Heidelberger Studentenschaft.

Im Vergleich der Homo- und Heterosexuellen stellte sich heraus, daß die Homosexuellen deutlich häufiger alleine oder in Wohngemeinschaften lebten als ihre heterosexuellen Kommilitonen; dieser Trend kann als stichprobenunabhängig angesehen werden, da er bereits auch in CLEMENTS Repräsentativuntersuchung (vgl. CLEMENT 1986) beschrieben wurde.

Die heterosexuellen Männer zeigten minimale Veränderungen in Vorkommen und Häufigkeit von Masturbation und Koitus. „Naturgemäß“ praktizierten Homosexuelle weitaus häufiger

oralen Verkehr als Heterosexuelle (89% gegenüber 8%), ebenso Analverkehr aktiv (72%) und passiv (60%), der von den heterosexuellen Befragten überhaupt nicht ausgeübt wurde.

Die Änderungen der sexuellen Verhaltensweisen bei den homosexuellen Teilnehmern stellten sich als massiv heraus: zwei Drittel äußerten eine allgemeine Veränderungsbereitschaft, ein Drittel hatte die Anzahl ihrer Sexualpartner reduziert, ein weiteres Drittel verzichtete auf Analverkehr, beinahe die Hälfte auf oralen Verkehr mit Ejakulation. Kondome wurden jeweils zu mehr als der Hälfte von beiden Gruppen verwendet. Der Fakt, daß auch ungefährliche Praktiken wie z.B. Zungenküsse von immerhin 13% der Homosexuellen vermieden wurden, deutet nach Ansicht der Autoren auf AIDS-phobische Reaktionen hin.

Trotz der von den Befragten geschilderten Veränderungen in Richtung Infektionsvermeidung gab es unter den Homosexuellen einen Anteil von 20%, der u.a. auch ungeschützten Analverkehr praktizierte. TILLMANN et al. erklären die Zunahme der Masturbationshäufigkeit bei den homosexuellen Studenten mit deren Verzicht auf bisherige partnerbezogene Sexualpraktiken.

Die folgenden Ergebnisse beziehen sich ausschließlich auf die Gruppe der Homosexuellen, da die Gruppe der Heterosexuellen keine nennenswerten Verhaltensänderungen erkennen ließ.

Partnerlose und nicht monogam lebende Partnergebundene äußerten größere Ängste vor AIDS und Verhaltensänderungen als der Rest der homosexuellen Stichprobe. Die Autoren identifizieren in diesem Zusammenhang zwei Handlungsmuster: Partnerlose und Nicht-Monogame änderten vor allem ihre sexuellen Praktiken (Verzicht auf Anal- und Oralverkehr, Verwendung von Kondomen); Monogame zeigten kaum Veränderungen ihrer Sexualpraktiken, betonten dafür aber verstärkt die sexuelle Treue.

Homosexuelle mit geringer und hoher Selbstakzeptanz unterschieden sich nicht hinsichtlich der Angst vor AIDS und zeigten dementsprechend keine differierenden Verhaltenskonsequenzen.

Zusammenfassend konstatieren die Autoren, daß bei Studenten die Bereitschaft zur Veränderung ihres Sexualverhaltens entscheidend von ihrer sexuellen Orientierung abhängt. „Wenn eine überdurchschnittlich informierte und intelligente Gruppe, die real eine sehr geringe Infektionswahrscheinlichkeit hat, wenig Resonanz auf dieses geringe Risiko zeigt, ist sie offenbar wenig anfällig für irrationale Angst, regiert also relativ ‚vernünftig‘. Entsprechendes gilt



auch für die homosexuellen Studenten, deren reales Infektionsrisiko deutlich größer ist; für sie ist es vernünftig, sexuelle Verhaltenskonsequenzen zu ziehen, was die meisten auch tun: Sie haben erheblich weniger Sexualpartner, rund die Hälfte verzichtet auf Oral- und Analverkehr, etwa ebenso viele verwenden Kondome beim Analverkehr“ (TILLMANN et al. 1990, S. 329). Daneben spielen die soziale Nähe zu AIDS sowie das Wissen um die Zugehörigkeit zu einer Risikogruppe eine wichtige Rolle für das sexuelle Verhalten.

Ausgehend von der Tatsache, daß es nur wenige Untersuchungen zum Einfluß von HIV und AIDS auf die Sexualität speziell von Frauen gab und entsprechend Aussagen über Veränderungen im sexuellen Verhalten von Frauen schwer zu treffen waren, wurde 1988 eine Fragebogenerhebung an Berliner Studentinnen durchgeführt. PETRA PFORR untersuchte u.a. die Fragestellungen, ob sich Studentinnen durch AIDS in ihrer sexuellen Entfaltungsmöglichkeit und Freizügigkeit eingeschränkt fühlten, ob sie mehr Wert auf sexuelle Treue legten und weniger promisk lebten als in Zeiten vor der AIDS-Bedrohung (vgl. PFORR 1989). Die Stichprobe umfaßte 164 Studentinnen verschiedener Fachbereiche im Durchschnittsalter von 24 Jahren, die eine überwiegend heterosexuelle Orientierung aufwiesen; 5% bezeichneten sich als lesbisch, 3% als bisexuell.

Insgesamt zeigte sich die generell zu beobachtende Tendenz, daß in Populationen mit geringem HIV-Risiko keine nennenswerten Veränderungen des Sexualverhaltens aufgrund von AIDS stattgefunden haben. Zwar schätzten die Befragten im Jahr 1988 das AIDS-Risiko höher ein als die Studenten zwei Jahre zuvor (vgl. CLEMENT 1986), verhielten sich aber keineswegs weniger promisk oder legten mehr Wert auf sexuelle Treue in partnerschaftlichen Beziehungen.

Veränderungen ergaben sich hinsichtlich spontaner Sexualekontakte sowie der Reflexion des eigenen Sexualverhaltens: die Studentinnen hatten die Zahl ihrer sich aus Zufallsbekanntschaften ergebenden Sexualekontakte reduziert und fühlten sich durch die AIDS-Problematik zu einer stärkeren Auseinandersetzung mit ihren sexuellen Verhaltensweisen angeregt, jedoch ohne wesentliche Konsequenzen für ihre reale Sexualpraxis. Die Frage nach der Einschränkung ihrer sexuellen Freizügigkeit und Entfaltungsmöglichkeit wurde weitgehend negativ beantwortet. In Widerspruch dazu und in Kongruenz mit dem Fakt, daß Wissen und Einstellungen sich nicht kausal und unmittelbar auf das Verhalten auswirkten, stand die Einschätzung der Gefährlichkeit von AIDS sowie eines ausgeprägten eigenen HIV-

Infektionsrisikos. Viele Studentinnen äußerten die Bereitschaft, sich in naher Zukunft einem HIV-Antikörpertest zu unterziehen, 27% hatten sich bereits testen lassen. Damit lagen sie über dem Prozentsatz der Gesamtbevölkerung, innerhalb der Population der Studenten aber im Bereich der Normalität, da Testbereitschaft und -durchführung in der Studentenschaft wesentlich ausgeprägter sind als in der Allgemeinbevölkerung.

Zusammenhänge ergaben sich zwischen der Einschätzung des AIDS-Risikos und der Kondom-verwendung: eine hohe Risikoeinschätzung korrelierte mit einem beinahe durchgehenden Kondomgebrauch. Befragte, die sich bereits hatten testen lassen, zeigten eine größere Sensibilität für die Infektionsgefahr, so daß die Autorin auf einen Zusammenhang zwischen Kondomgebrauch, HIV-Testung und der Einschätzung des Ansteckungsrisikos schließt. Der unmittelbare Problembezug, also die persönliche Nähe zu AIDS durch persönliche oder berufliche Kontakte, über die immerhin 23% der Befragten verfügten, zeigte nur geringe Auswirkungen auf das eigene Sexualverhalten; ebenso hatte die Beziehungsform (mit bzw. ohne festem Partner) keinen Einfluß auf sexuelles Erleben und Verhalten.

PFORR hält die minimalen Verhaltensänderungen in ihrer Stichprobe für um so erstaunlicher, als der Anteil der Befragten mit einem HIV-Antikörpertest und Kontakten zu einer HIV-infizierten oder AIDS-kranken Person sehr hoch ist. Sie interpretiert ihre Ergebnisse dahingehend, daß die AIDS-Präventionsstrategien in der befragten Gruppe weder angenommen noch in die sexuelle Praxis umgesetzt worden waren. „Der immer wieder behauptete Zusammenhang zwischen Einstellung und Verhalten konnte bis jetzt nicht nachgewiesen werden. Im Gegenteil, die Diskrepanz zwischen Wissen und Handeln, Einstellungen und Verhalten, ist häufig sehr groß. ... Informationen und Wissen sind für Verhaltensänderungen wichtig, doch bewirken sie in der Regel keine zeitstabilen Verhaltensmodifikationen“ (PFORR o. J., S. 58)

#### **1. 4. 2. 8. Zusammenfassung** (M. Jodexnis)

Bei aller Unterschiedlichkeit in Konzeption, Fragestellung, methodischer Sorgfalt und Ergebnissen haben die vorliegenden Untersuchungen zur Sexualität von Studenten, ob mit oder ohne AIDS, eine Gemeinsamkeit: die Einschätzung der Studentenschaft als gesellschaftliche Avantgarde. Die unterschiedlichen Forschungsdesigns und Operationalisierungen erschweren

häufig einen direkten Vergleich oder lassen ihn fraglich erscheinen. Die sexualwissenschaftliche Forschung ist oft fragmentarisch, beschränkt sich auf zählbare Meßgrößen und fragt bzw. mißt selten Zusammenhänge. Dies ergibt sich fraglos u.a. aus der Komplexität und Sensibilität des Sujets.

„Es gibt auf der ganzen Welt verstreut einzelne kleinere Studien, die, für sich genommen, nur wenig Erkenntniswert haben. Sie liefern aber wertvolle Elemente für eine transkulturelle, evtl. auch eine intergenerative Meta-Analyse“ (CLEMENT 1990, S. 314) und, so möchten wir im Hinblick auf die dargestellten Untersuchungen hinzufügen, für einen interkulturellen Vergleich in einer speziellen Population. Darüber hinaus lassen sich Entwicklungs- und Verhaltenstrends beschreiben.

Die meisten Autoren sprechen von einer sexuellen Liberalisierung in der BRD seit der Kultur- und Studentenrevolution Ende der 60er Jahre und sehen ein Anwachsen sexueller Permissivität vor allem in einem bestimmten Bevölkerungsteil, den Studenten. Ohne Frage ist unsere Gesellschaft seit GIESE/SCHMIDT sexuell freizügiger und weniger rigide geworden; gleichwohl mehren sich im Zuge der AIDS-Epidemie restriktive und konservative Strömungen, die sich in der Regression auf überkommene Einstellungs- und Verhaltensmuster, auch bei Studenten, äußern. In allen untersuchten Stichproben hat eine quantitativ differierende Anzahl von Studenten in ähnlicher Weise auf AIDS reagiert: durch Reduzierung der Sexualpartner, durch Meiden sexueller Spontankontakte, durch Rückbesinnung auf sexuelle Treue und Partnerschaft. Die Umsetzung der Präventionsmaßnahmen, besonders der Kondomverwendung, wird insgesamt wenig, von Frauen häufiger als von Männern, praktiziert. Übereinstimmung findet sich in der Frage der Diskongruenz von Wissen, Einstellungen und Verhalten: heterosexuelle Studenten mit hohem HIV-Infektionsrisiko verhalten sich im allgemeinen risikofreudiger als Studenten mit geringem Risiko; Wissen über AIDS und die HIV-Übertragungswege sowie die Zugehörigkeit zu einer gefährdeten Gruppe bewirken kaum entsprechende Verhaltenskonsequenzen. Ein linearer Zusammenhang zwischen Studienfach und Sexualität ist nicht nachweisbar, jedoch lassen sich Tendenzen erkennen: Studenten der Geisteswissenschaften tendieren in Richtung sexueller Permissivität und Liberalität, Naturwissenschaftler in Richtung Restriktivität und Konservatismus. Dies schlägt sich auch in der Einstellung des sozialen und gesellschaftlichen Umgangs mit HIV-Positiven und AIDS-Erkrankten nieder. Konservative Studenten neigen eher zu restriktiven Einstellungen und

Verhaltensweisen wie z.B. sexueller Treue und Beständigkeit der Partnerbeziehung als liberale.

Der Einfluß der Nähe zu AIDS, sei es durch eine persönliche oder berufliche Betroffenheit, auf die Sexualität wurde nur zum Teil untersucht und führte zu unterschiedlichen und divergierenden Ergebnissen. Er äußert sich in unterschiedlicher Weise bei Medizinstudenten, die weniger persönliche als berufliche Verhaltenskonsequenzen ziehen und führt auch in anderen Stichproben zu relativ wenig Verhaltensänderungen. Risikogefährdete heterosexuelle Gruppen zeigen sich häufig wenig beeindruckt durch ihre Infektionsdisposition, Männer verhalten sich allgemein risikofreudiger als Frauen. Safer Sex, gemessen am Kondomgebrauch, ist insgesamt wenig verbreitet, bei Frauen mehr als bei Männern, bei Homosexuellen mehr als bei Heterosexuellen, ist in der Studentenschaft jedoch weiter akzeptiert und verbreitet als in der Allgemeinbevölkerung.

### **1. 4. 3. Einstellungen und Sexualverhalten und AIDS bei medizinischem Pflegepersonal**

(M. Jodexnis)

Im Gegensatz zum anglo-amerikanischen Sprachraum gibt es bisher in Deutschland nur wenige Studien zu Wissen und Einstellungen über HIV und AIDS bei medizinischem Personal. Die meisten Untersuchungen beziehen sich dabei auf Ärzte, Pflegepersonal und medizinische Hilfskräfte sowie in besonderem Ausmaß auf Medizinstudenten. Die uns interessierende Gruppe der Krankenpflegeschüler ist bis auf wenige Ausnahmen nur rudimentär vertreten. Zudem beschäftigt sich der Großteil der Befragungen mit psychosozialen Aspekten, handlungsrelevanten Einstellungen bzw. Vorurteilen gegenüber HIV-Infizierten, Fragen nach dem Ausmaß des AIDS-bezogenen Wissens sowie mit der beruflichen Infektionsprophylaxe, somit Fragestellungen, die uns im Rahmen dieser Arbeit nur am Rande tangieren. Eine Literaturübersicht über die anglo-amerikanischen Studien geben z. B. ZUBER und WERNER sowie KARCHES et al. (vgl. ZUBER/WERNER 1996; KARCHES et al. 1991).

Übereinstimmend mit anderen Autoren fanden KELLY et al. (In: ZUBER/WERNER 1996), daß Vorurteile von medizinischem Personal gegenüber AIDS-Patienten bei deren homosexueller Orientierung ausgeprägter waren als bei heterosexuellen AIDS-Patienten. "Homosexuelle Patienten wurden als weniger attraktiv, weniger intelligent, weniger vertrauenswürdig und minderwertiger eingeschätzt als heterosexuelle Patienten" (ZUBER/WERNER 1996, S. 53).

Hinsichtlich des Wissens über AIDS berichten fast alle Untersuchungen von erheblichen Defiziten. Je umfangreicher das Wissen, desto geringer ausgeprägt waren Homophobie (Angst vor Homosexualität) und die Angst vor AIDS. „Ein erhöhter Kenntnisstand allein hatte aber meistens keinen Einfluß auf positivere Einstellungen gegenüber Patienten mit AIDS“ (ZUBER/WERNER 1993, S. 75).

Die im Jahre 1984 von REED et al. (In: KARCHES et al. 1991) durchgeführte erste gezielte und größere Umfrage unter Krankenhauspersonal identifizierte die Angst vor AIDS als ein großes aktuelles Problem. „Eine negative Einstellung zu Homosexualität korreliert mit der Angst, AIDS-Patienten zu betreuen bzw. sich mit dem HIV-Virus zu infizieren“ (KARCHES et al. 1991, S. 24). Eine 1983/84 als Follow-up-Studie durchgeführte Befragung an medizini-

schem Personal legte gravierende Unsicherheiten und Ängste bezüglich des berufsbedingten Infektionsrisikos dar (vgl. RICHARDSON et al. 1987. In: KARCHES et al. 1991).

Die Studie von ROYSE und BIRGE (vgl. ROYSE/BIRGE 1987. In: KARCHES et al. 1991), in der erstmals auch Krankenpflegeschüler befragt wurden, untersuchte den Zusammenhang zwischen Einstellungen zu Homosexualität und Angst vor AIDS und dem Grad des Mitgefühles für AIDS-Patienten. Im Ergebnis zeigten die Krankenpflegeschüler eine weniger ausgeprägte Homophobie als die ebenfalls befragten Medizinstudenten. Homophobie korrelierte signifikant mit der Angst vor AIDS und der sozialen Distanz zu HIV-Positiven.

Die Korrelation zwischen Wissen und Angst vor Aids, zwischen Einstellung zur Homosexualität und Einstellungen zu AIDS fand sich auch in weiteren Untersuchungen mit unterschiedlichen Stichproben (vgl. KARCHES et al. 1991).

Im deutschsprachigen Raum existieren, wie bereits erwähnt, wenige empirische Studien zu Wissen und Einstellungen zu HIV und AIDS bei Krankenhauspersonal im allgemeinen und Krankenpflegeschülern im besonderen (vgl. BIRKNER et al. 1990; KARCHES et al. 1991; SEIDL/WALDVOGEL 1989 und 1991; WALDVOGEL et al. 1991; ERMANN/WALDVOGEL 1991).

Eine im Jahre 1987 an 1474 Ärzten und Krankenpflegekräften durchgeführte Befragung (vgl. BIRKNER et al. 1990) deckte erhebliche Wissensdefizite auf, wobei die Krankenpflegeschüler über einen größeren Kenntnisstand verfügten als das ausgebildete Pflegepersonal. Als nicht kongruent erwiesen sich der angegebene Wissensstand und das präventive Verhalten: weder Wissen noch Angst vor AIDS führten zu entsprechenden Verhaltenskonsequenzen.

Eine Frankfurter Repräsentativumfrage von 1987 (vgl. BASISRESEARCH 1987) fand übereinstimmend mit anderen Studien einen Zusammenhang zwischen den Variablen Alter und Betroffenheit in der Allgemeinbevölkerung: je jünger die Befragten, desto ausgeprägter war die Angst vor einer HIV-Infektion.

In einer Ende der 80er Jahre durchgeführten Fragebogenerhebung an Krankenpflegeschülern in Niedersachsen (vgl. KARCHES et al. 1991) wurden neben den Einstellungen zu AIDS und Homosexualität unter anderem auch Aspekte des Sexualverhaltens erfaßt. „Da Krankenpflegeschüler als junge Erwachsene zugleich Angehörige einer Altersgruppe sind, die aufgrund der Partnersuche einen höheren Grad von sexueller Aktivität entfalten, war es auch von Inter-

esse zu erfahren, welche Kenntnisse und Einstellungen im privat-persönlichen Bereich vorherrschen“ (KARCHES et al. 1991, S. 8).

Die Stichprobe setzte sich aus insgesamt 855 Krankenpflegeschülern an zwölf Krankenpflegeschulen des Regierungsbezirkes Hannover zusammen, wobei der Anteil der Männer circa 13% betrug. Befragt wurden alle drei Ausbildungsjahrgänge, so daß die Teilnehmer eine Altersdifferenz aufwiesen. Das Durchschnittsalter betrug bei den Frauen 21 Jahre und bei den Männern 24 Jahre. Fast alle Befragten verfügten über eine mittlere bis hohe Ausbildung: 66,8% hatten einen Realschulabschluß, 30,1% das Abitur bzw. Fachabitur. Der Anteil der Hauptschüler war mit 3% sehr gering.

Die in der Krankenpflege relevanten HIV Übertragungswege durch Stichverletzungen mit kontaminierten Nadeln sowie Haut- und Schleimhautkontakte werden von den Autoren als sehr selten vorkommend beschrieben, so „daß für Krankenhauspersonal keine erhöhte Ansteckungsgefahr besteht, sofern die für den Umgang mit Injektionsnadeln allgemein geltenden Hygienevorschriften eingehalten werden“ (KARCHES et al. 1991, S. 20).

Die Autoren sehen ihre Ergebnisse als vergleichbar mit Untersuchungen an Jugendlichen an (vgl. Kapitel 1. 4. 4.), die besagen, daß Jugendliche auf die Bedrohung durch AIDS weniger mit Kondomverwendung reagieren als mit Reduzierung der Partnerzahl, größerer partnerschaftlicher Treue, Vermeidung von flüchtigen Sexualkontakten, sorgfältigerer Auswahl der Freunde und gesteigerter Kommunikation über Partnerschaft und Sexualität.

AIDS wurde von der überwiegenden Mehrheit der Befragten als Bedrohung empfunden, 71% hatten Sorgen, sich einmal mit HIV infizieren zu können. Dies traf vor allem auf die Frauen und die jüngeren Teilnehmer (unter 20 Jahre) zu. Rund 40% der Krankenpflegeschüler, hier besonders die älteren, berichteten von Verhaltensänderungen in den Bereichen partnerschaftliche Kommunikation, Partnerwahl und Bereitschaft zu sexuellen Beziehungen. Die Hälfte der Befragten, vor allem Frauen und Jüngere, gab an, Situationen, die zu einem intimen Kontakt führen könnten, eher zu vermeiden, was von den Autoren als Ausdruck monogamer Verhaltenstendenzen interpretiert wird. „Die hohe Bedeutung, die der sexuellen Treue und der Reduktion der Anzahl der Sexualpartner beigemessen wird, offenbart einen Trend zu monogamen Lebensvorstellungen“ (KARCHES et al. 1991, S. 120).

Ein Drittel, vor allem die jüngeren Teilnehmer, suchte sich die Freunde sorgfältiger aus und legte mehr Wert auf partnerschaftliche Kommunikation. Auf die Frage, welche Verhaltensweisen zum Safer Sex gehören, nannten 94% Kondomgebrauch, 91% Reduzierung der Partnerzahl (von den Frauen signifikant häufiger angegeben als von den Männern), 86% Treue (die von jüngeren Befragten höher bewertet wird als von älteren). 78% zählten die Vermeidung aggressiver Sexualpraktiken zum Safer Sex, wobei sich ein deutlicher Zusammenhang mit der Schulbildung zeigte: je höher der Schulabschluß, desto größer war die Anzahl derjenigen, die in der Vermeidung aggressiver Praktiken eine Präventionsmaßnahme sahen. Die Items Verzicht auf Penetration und Zungenküsse sowie sexuelle Enthaltsamkeit wurden sehr niedrig eingeschätzt und von etwa 10% zu den Safer Sex-Maßnahmen gerechnet.

Hinsichtlich der Items Homophobie und Infektionsangst zeigte sich, daß ausgeprägte homophobe Einstellungen mit größerer Infektionsangst sowie mit der Einschätzung von sexueller Askese als Präventionsmaßnahme korrelierten. Insgesamt jedoch ließen die Befragten einen geringen Grad an Homophobie erkennen.

Zusammenfassend stellen die Autoren ein akzeptables Wissen über die nachgewiesenen HIV-Infektionswege (Blut, Sperma, Vaginalsekret), bezüglich anderer möglicher Übertragungswege (Urin, Speichel, Mückenstich, Anhusten) aber ein mangelhaftes Wissen fest. Ein großer Teil der Befragten praktizierte einen inadäquaten Umgang mit gebrauchten Injektionsnadeln und setzte sich damit dem krankenhausspezifischen Hauptansteckungsrisiko aus. Das durch die Ausbildung vermittelte Wissen über AIDS (Kenntnisse der Infektionswege und -prophylaxe) erwies sich in vielen Schulen als eher gering. „Hieraus können Rückschlüsse auf die an den Krankenhäusern ausgeübte Praxis gezogen werden, die darauf hindeuten, daß viele Krankenhäuser bestenfalls unwissend ihr Personal der Gefahr einer berufsbedingten HIV-Infektion aussetzen“ (KARCHES et al. 1991, S. 119).

Die Mehrheit der Befragten äußerte stark ausgeprägte Ängste, sich trotz Kondomverwendung infizieren zu können. Insgesamt führten die Angst vor einer Ansteckung und das Gefühl der Bedrohung durch AIDS nur bei einem kleinen Teil der Stichprobe zu Verhaltenskonsequenzen.

In einer weiteren deutschen Studie wurden in den Jahren 1991/92 insgesamt 316 Ärzte und 275 Krankenpflegekräfte an acht Großkrankenhäusern im süddeutschen Raum anhand halbstrukturierter Interviews und eines Fragebogens zu ihren Einstellungen gegenüber HIV-



Positiven und AIDS-Kranken befragt (vgl. ZUBER/WERNER 1993 und 1996). Das Durchschnittsalter der Stichprobe lag bei 30 Jahren.

Es zeigte sich, daß fast durchgängig erhebliche Lücken im Kenntnisstand bei dem medizinischen Personal festzustellen waren und daß der Grad des Kenntnisstandes über HIV und AIDS keinen Einfluß auf das Ausmaß der Vorurteile gegenüber AIDS-Patienten hatte. Zwar fanden die Autoren, daß mit größerem Wissen weniger ausgeprägte AIDS-Ängste und Homophobie einhergingen, aber „ein erhöhter Kenntnisstand allein hatte aber meistens keinen Einfluß auf positivere Einstellungen gegenüber Patienten mit AIDS“ (ZUBER/WERNER 1996, S. 54). Signifikante Zusammenhänge fanden sich allerdings zwischen emotionalen Variablen und vorurteilsbehafteten Einstellungen: je größer Homophobie und Angst vor AIDS, desto ausgeprägter waren die Vorurteile. Die Vorurteile nahmen weiterhin mit ansteigendem Alter der Befragten und kurzer Zeitdauer in der Betreuung von AIDS-Patienten zu.

Medizinisches Personal mit einer starken religiösen Orientierung äußerte vermehrt Vorurteile, gleichzeitig aber auch eine größere Bereitschaft zu sozialer Nähe bei AIDS-Patienten. Das Pflegepersonal bezeichnete sich in signifikant größerem Ausmaß als die Ärzte als religiös praktizierend, wobei der Grad der Religiosität mit größerer Homophobie und geringerer Angst vor AIDS korrelierte.

Hinsichtlich geeigneter AIDS-Aufklärungs- und Fortbildungsmaßnahmen für medizinisches Personal resümieren die Autoren, daß Wissenserweiterung allein nicht ausreichend für den Abbau von negativen Einstellungen gegenüber AIDS-Kranken sei. Vielmehr müßten Möglichkeiten geschaffen werden, „sich sowohl mit berufsspezifischen wie mit allgemeinen Einstellungen auseinanderzusetzen, die einen Zusammenhang mit HIV und AIDS aufweisen. Der Fokus sollte hierbei nicht nur auf die reine Veränderung einer Einstellung ... gelegt werden, sondern auch darauf, den Teilnehmern einen Zugang zu ihrem Erleben zu ermöglichen und aufzuzeigen, wie sich die verschiedenen Einstellungsbereiche gegenseitig beeinflussen“ (ZUBER/WERNER 1993, S. 90).

#### **1. 4. 4. Einstellungen und Sexualverhalten und AIDS bei Jugendlichen**

(B. Bartsch)

Im Hinblick auf die Vergleichbarkeit mit unseren untersuchten Stichproben zählen Jugendliche primär nicht zu den Personengruppen, die uneingeschränkt als vergleichbare Größe herangezogen werden können. Doch gibt es mehrere Faktoren, die eine Berücksichtigung rechtfertigen, da sie eine ähnliche Ausprägung vorweisen.

Die von uns untersuchten Studenten und Krankenpflegeschüler zeigen von ihrem Alter her Überschneidungen bzw. eine deutliche Nähe zu den Personen in den hier referierten Untersuchungen. Der Zeitpunkt des ersten Geschlechtsverkehrs bei jungen Menschen ist in den vergangenen Jahren kontinuierlich gesunken. Es ist davon auszugehen, daß jeder zweite junge Mensch bis zu seinem 17. Geburtstag den ersten Geschlechtsverkehr erlebt hat, ein Teil schon wesentlich früher (vgl. SCHMIDT et al. 1992).

Des Weiteren ist die Lebensplanung und Lebensfindung bei beiden Personengruppen - Studenten und Jugendlichen - noch nicht abgeschlossen. Beide verhalten sich zum größten Teil „seriell monogam“ (vgl. SIGUSCH und SCHMIDT 1973; CLEMENT 1986; SCHMIDT et al. 1989). Dies bedeutet, daß sie keineswegs promiskues Verhalten zeigen, sondern dem jeweiligen Partner bewußt treu sind (vgl. GIESE/SCHMIDT 1986; SCHMIDT/SIGUSCH 1971; STARKE/FRIEDRICH 1984), doch kennzeichnen diese Lebensphase begrenzte und wechselnde Partnerschaften.

Ein weiterer gemeinsamer Aspekt findet sich in dem „Neulernen“ bzw. „Umlernen“ von sexuellen Verhaltensweisen. Jugendliche sind aufgrund ihres Alters noch nicht auf bestimmte sexuelle Verhaltensweisen festgelegt und befinden sich in einer Phase der Orientierung, des Ausprobierens und des Lernens (vgl. MISCHNICK/ROSSBACH 1992); bei Studenten liegt diese Altersphase noch nicht weit zurück, hinzu kommt, daß sie durch ihre gesellschaftliche exponierte Stellung als die Personengruppe angesehen werden, die sich besonders gut auf innovative Verhaltensänderung einstellen kann bzw. können müßte.

Bei den vorgestellten Ergebnissen zur Jugendsexualität wurden primär Untersuchungen mit Stichproben berücksichtigt, die eine Altersstruktur aufweisen, bei der davon auszugehen ist, daß zumindest ein großer Teil der Respondenten über reale, praktische Sexualerfahrung verfügt.

Die vorgefundenen Ergebnisse dienen weniger einem direkten Vergleich mit unserer Stichprobe, vielmehr erlauben sie eine Einordnung und Abrundung unserer gewonnenen Daten und tragen dazu bei, das Gesamtbild menschlicher Sexualität im Zusammenhang mit AIDS zu vervollständigen.

#### **1. 4. 4. 1. Einstellungen und Sexualverhalten und AIDS bei Jugendlichen aus Großstädten**

(B. Bartsch)

Zu den frühen Untersuchungen nach dem Auftauchen von AIDS, die auf Jugendliche abzielen, gehört die Untersuchung von RENTNER/RADIZI. Sie befragten 1988 in Hamburg 575 15 bis 20jährige Gesamt-, Real- und Gymnasialschüler im Zusammenhang mit AIDS. Ihre Ergebnisse belegen, daß sich das Sexualverhalten von Jugendlichen in den letzten 20 Jahren (vgl. SIGUSCH/SCHMIDT 1973) kaum geändert hat.

Ca. ein Viertel der 15 bis 16jährigen, die Hälfte der 17 bis 18jährigen und drei Viertel der 19 bis 20jährigen Jugendlichen waren koituserfahren und sahen zu 90% Liebe als notwendige bzw. wünschenswerte Voraussetzung an, um sexuelle Kontakte aufzunehmen (vgl. SCHMIDT/KLUSMANN/RENTNER/RADIZI 1989).

Bei der Einschätzung der Bedrohung durch AIDS zeigten sich Parallelen zu den Erwachsenenbefragungen. „Generell ergibt sich der Eindruck, daß die meisten Jugendlichen eine gesellschaftliche Bedrohung durch AIDS annehmen, sich persönlich aber wenig betroffen fühlen“ (SCHMIDT/KLUSMANN/RENTNER/RADIZI 1989, S. 49). Diese abstrakte Bedrohung stieg an, je mehr sexuelle Erfahrungen gesammelt wurden. Eine Entsprechung im gezeigten Verhalten dokumentierten diese Ängste nur partiell. Nur jeder 10. Jugendliche gab an, aus Angst vor einer Ansteckung sexuell auf etwas verzichtet zu haben.

Die Absichtserklärungen und die Bewertung von AIDS-präventiven Maßnahmen hatten bei den Jugendlichen eher pragmatischen als moralischen Charakter und sprachen nicht gegen eine sexualbejahende und partnerschaftliche Jugendsexualität.

Auch KLEIBER/BECKMANN/PFORR/VELTEN kamen in ihrer qualitativen Studie zu ähnlichen Ergebnissen wie RENTNER/RADIZI. Die von ihnen untersuchten Berliner Schüler

fühlten sich persönlich kaum durch AIDS bedroht, sahen aber AIDS als große gesellschaftliche Bedrohung an. Aus der gesellschaftlichen Bedrohung wurde der Anspruch abgeleitet, sich AIDS-präventiv verhalten zu wollen, der in der Praxis aber nicht umgesetzt wurde. Nur jeder fünfte koituserfahrene Jugendliche verhielt sich in der Studie im Sinne von Safer Sex (vgl. KLEIBER/BECKMANN/PFORR/VELTEN 1990).

Die Argumente gegen eine Kondombenutzung überwogen bei den Jugendlichen deutlich. Koitus- und Kondomerfahrene sowie Koitusunerfahrene sahen in dem Benutzen von Kondomen eine Beeinträchtigung des sexuellen Erlebens. Der Wunsch nach Symbiose und Regression, nach natürlicher und zärtlicher Liebe, nach störungs- und unterbrechungsfreiem Agieren stand einer Nutzung massiv entgegen. Als weitere Hinderungsgründe wurde die Beschaffenheit von Kondomen (unnatürlich, künstlich) und die fehlende Wahrnehmung einer persönlichen Gefahr durch AIDS artikuliert. Auch in der konkreten Anwendungs- und Interaktionssituation wurden Aspekte aufgefunden, die einer Kondombenutzung entgegenstanden.

Von SALISCH/OSWALD fanden 1988 in ihrer Untersuchung heraus, daß die sexuelle Liberalisierung unter Jugendlichen weiter fortgeschritten ist, dies aber nicht zu vermehrten Partnerwechseln geführt hat. Faktoren wie Verstehen, Vertrauen, Zärtlichkeit, Rücksichtnahme und sexuelle Treue wurden als sehr wichtig erachtet und bildeten eine Orientierung im Sexualverhalten der Jugendlichen (vgl. von SALISCH/OSWALD 1989).

98% der befragten Jugendlichen gaben an, daß das Thema AIDS für sie eine Bedeutung hat, und demzufolge nannten 71% eine erhöhte Vorsicht und Sorgfalt bei der Auswahl des Partners. Kondome wurden von den Befragten in einem überwiegenden Maße zum Schutz vor Schwangerschaft eingesetzt. „Nur 7% der sexuell aktiven Jugendlichen gaben an, daß der Schutz vor AIDS ihr Hauptmotiv für die Wahl des Kondoms gewesen sei“ (von SALISCH/OSWALD 1989, S. 223). Die bekundete Verunsicherung und das Interesse an der Thematik AIDS führten vermehrt zu präventiven Absichtserklärungen und zu einer verbalen Kommunikation untereinander oder mit den Eltern bzw. anderen Personen des Vertrauens; eine durchgängige Verhaltensänderung konnte nur bei wenigen Personen festgehalten werden.

In einer Neuauflage der Untersuchung von von SALISCH/OSWALD im Jahre 1990 (Stichprobe: 340 Ostberliner und 418 Westberliner Jugendliche der Klassenstufen 8 bis 10) belegten OSWALD/PFORR nochmals, daß Jugendliche nicht mit einer Verminderung der sexuellen

Aktivität oder mit einem Hinauszögern des ersten Geschlechtsverkehrs auf die von AIDS ausgehende Gefahr reagiert haben (vgl. OSWALD/PFORR 1994).

Zwei Drittel der Respondenten fühlten sich kaum in ihrem Sexualverhalten beeinträchtigt, weniger als ein Viertel gab an, bereits Ansteckungsängste gehabt zu haben. Die insgesamt guten Kenntnisse um die Gefahren garantierten nicht ein zielgerichtetes AIDS-präventives Handeln. Die von einem Großteil bezeugte Absichtserklärung, präventiv Kondome zu gebrauchen, führte nur bei einer Minderheit zur Umsetzung. OSWALD/PFORR kommen zu dem Schluß, „daß weniger als ein Drittel der sexuell Aktiven, in der sexuell aktivsten Gruppe sogar weniger als ein Viertel, als konsequente Kondombenutzer bezeichnet werden können“ (OSWALD/PFORR 1994, S. 167).

Nachdenkenswert ist der Fakt, daß mit zunehmender sexueller Aktivität die regelmäßige Kondombenutzung eher ab- als zunahm. Auch ein Ansteigen der Sexualkontakte führte nicht zu einem verstärkten Kondomgebrauch. Nach wie vor wurde die Pille als Verhütungsmethode favorisiert, besonders galt dies für die Beziehungen, die durch das romantische Liebesideal gekennzeichnet waren.

Bemerkenswert an der Studie von OSWALD/PFORR ist, daß kaum nennenswerte Unterschiede zwischen Westberliner und Ostberliner Jugendlichen ausmachbar waren.

Noch geringere Veränderungen des Sexualverhaltens im Kontext von AIDS als in den Erhebungen bei von SALISCH/OSWALD 1989 und SCHMIDT/KLUSMANN/RENTNER/RADIZI 1989 konstatierten MISCHNICK/ROSSBACH in ihrer Studie.

In den von ihnen geführten Interviews (Stichprobe: n = 86, Berliner Jugendliche der Klassenstufen 9 bis 11) stellte sich heraus, daß die Jugendlichen AIDS wie ein Phantom wahrnahmen und kein konkreter Bezug bzw. keinerlei eigene Erfahrungen mit AIDS-Kranken und HIV-Infizierten vorlagen.

57% der Befragten sahen sich durch AIDS nicht bedroht, nur 26% äußerten Besorgnis und unbehagliche Gefühle. Diejenigen, die sich bedroht fühlten, verorteten AIDS in der Reihe der alltäglichen Gesundheitsgefährdungen (vgl. MISCHNICK/ROSSBACH 1992).

Wie bei den schon zuvor aufgeführten Untersuchungen sahen auch hier die meisten Jugendlichen ihre Beziehungen in einem Kontext von Liebe und Partnerschaft eingebunden.

Das Bewerten und Einstufen von AIDS als allgemeines Lebensrisiko, ähnlich der Bedrohung durch Krieg oder Umweltzerstörung, das Nichtsehen einer persönlichen Gefährdung führte

dazu, daß bei der Wahl der Verhütungsmethode AIDS-relevante Gründe weitestgehend unberücksichtigt blieben.

Kondome wurden von der Mehrheit als inakzeptable Unterbrechung und Störung des Sexualverkehrs empfunden. „Bei einigen Mädchen werden ein grundsätzlicher Ekel und die Assoziation von Kondomen mit einer kurzfristigen Beziehung und einem einmaligen Geschlechtsverkehr erkennbar“ (MISCHNICK/ROSSBACH 1992, S. 149).

Im Jahre 1990 wurden von SCHMIDT et al. 687 Jugendliche in den Städten Hamburg, Frankfurt und Leipzig interviewt. Es handelte sich hierbei um eine Teilreplikation der Untersuchung von SIGUSCH/SCHMIDT aus dem Jahre 1970 (vgl. SIGUSCH/SCHMIDT 1973). Neben der Veränderung der Jugendsexualität in den letzten beiden Jahrzehnten sollte ein möglicher Wandel durch die AIDS-Bedrohung erforscht werden.

Zwischen den Jugendlichen von 1970 und 1990 gibt es relativ wenig Unterschiede. Die heterosexuellen Erfahrungen sind annähernd gleich, wobei die Masturbationserfahrung bei männlichen und weiblichen Jugendlichen im Jahre 1990 geringer sind. Bei den männlichen Jugendlichen gaben 1970 noch 18% gleichgeschlechtliche Erfahrungen an, 1990 waren es nur 2%. Bei den weiblichen Jugendlichen ergaben sich keine Veränderungen.

Von SCHMIDT et al. wurden aber markante geschlechtsspezifische Unterschiede herausgefiltert. Deutlich wurde, daß die männlichen Jugendlichen ihre Sexualität weniger drang- und impulsiv als noch 1970 erlebten. Gleichzeitig wurde die Sexualität stärker an Liebe, Treue und Beziehungskonstellationen gebunden. Weibliche Jugendliche übernahmen stärker die Initiative bei sexuellen Kontakten und forderten mehr Autonomie in den Beziehungen, sie erlebten die Sexualität aber gleichzeitig weniger lustvoll und weniger befriedigend als noch vor 20 Jahren (vgl. SCHMIDT et al. 1993; SCHMIDT/KLUSMANN/ZEITZSCHEL 1992; KLUSMANN/WEBER/SCHMIDT 1993; LANGE 1993; SCHMIDT/LANGE/STARKE 1994).

Generell waren männliche Jugendliche 1990 weniger sexuell aktiv. Sie masturbierten weniger, hatten weniger Geschlechtsverkehr und weniger Sexualpartnerinnen. Liebe wurde von ihnen häufiger als noch 1970 als Grund für den ersten Geschlechtsverkehr benannt. Beide, sowohl weibliche als auch männliche Jugendliche, betonten noch mehr die Bedeutung von Liebe, Treue und Bindung als im Jahre 1970.

Die beschriebenen Tendenzen könnten unreflektiert als das Ergebnis von AIDS-Präventionskampagnen interpretiert werden: Zunehmende Enthaltbarkeit, geringere Anzahl von Sexualpartnern, noch stärkere Betonung von Beziehung, Liebe und Treue, gesunkene homosexuelle Erfahrungen (männliche Jugendliche) und etwas angestiegener Kondombrauch.

Doch dem ist nicht so. Die Angst vor AIDS ist bei den Jugendlichen kaum verbreitet. Nur 19% erinnerten sich an eine Situation, in der sie Angst vor AIDS hatten. Die meisten angstbesetzten Situationen, die beschrieben wurden, hatten zudem nicht mit erlebter Sexualität zu tun. Größer als die Angst vor AIDS war die Angst vor einer Schwangerschaft. In diesem Zusammenhang muß auch das vermehrte Verwenden von Kondomen gesehen werden. Nur 2% der Kondombenutzer äußerten, daß sie Kondome ausschließlich wegen der drohenden AIDS-Gefahr verwendet hätten, und nur 6% der Jugendlichen gab an, aus Angst vor AIDS sexuell einmal auf etwas verzichtet zu haben.

Das gezeigte präventionsgünstige Verhalten der Jugendlichen ist weniger das Ergebnis staatlicher Präventionsbemühungen, sondern „...ist vielmehr in der Struktur ihrer gegenwärtigen Sexualität angelegt...“ (SCHMIDT/KLUSMANN/ZEITZSCHEL 1992, S. 213).

Bedeutsamer als die schwer erfahrbare Bedrohung durch AIDS sind für die Jugendlichen demnach die „Alltagsprobleme“ wie z. B. Leistungsdruck in der Sexualität, Eifersucht und Schüchternheit.

#### **1. 4. 4. 2. Einstellungen und Sexualverhalten und AIDS bei Jugendlichen aus mittelgroßen Städten**

(B. Bartsch)

Die Ergebnisse der Untersuchungen, die Jugendlichen aus mittelgroßen Städten zum Gegenstand haben, variieren wenig bzw. kaum von den Ergebnissen, die Großstadtjugendliche betreffen.

STREHLOW/HAFFNER (vgl. STREHLOW/HAFFNER 1989) befaßten sich mit 480 Real-, Gesamt- und Gymnasialschülern aus Heidelberg im Alter von 14 bis 22 Jahren, die in der Mehrheit gute Kenntnisse über die AIDS-Problematik aufwiesen und - zumindest vorgaben - sich treu verhalten und/oder sich durch Kondombenutzung bei einem neuen Partner schützen

zu wollen. Die Betroffenheit durch AIDS manifestierte sich in dem relativ hohen Anteil HIV-Testerfahrener von 6%. Generell korrelierte der Wissensstand positiv mit der Schulbildung und den sexuellen Erfahrungen.

Im Großraum Oldenburg wurden von BELSCHER/MÜLLER-DOOHM 2.512 Jugendliche (Alter: 15 bis 21 Jahre) mittels eines Fragebogens mit AIDS und Sexualität konfrontiert. Auch hier dokumentierten die Ergebnisse, daß alleine die positiven Einstellungen zu der Thematik keinen Anlaß zur Beruhigung geben können und daß die Ebene des alltagspraktischen Handelns sich im Umgang mit AIDS widersprüchlich und vielschichtig gestaltet.

Das angeeignete, positive Wissen resultiert fast ausschließlich aus den Medien und hat nahezu keinen Erfahrungshintergrund. Die mitunter widersprüchlich aufgenommenen Informationen haben zu Fehleinschätzungen und Verunsicherungen geführt, was die reale Gefährdung und Bedrohung durch HIV angeht. Das sich daraus abgeleitete diffuse Bedrohtheitsgefühl wurde als allgegenwärtig empfunden, ohne eine direkte Bedrohung für die eigene Person abzuleiten. Die traditionelle Sexualmoral spiegelte sich in einem hohen Treuepostulat (90%) wider, ohne zu verkennen, daß andererseits 14% der Respondenten sich selbst der Untreue auswiesen. Im Falle eines Seitensprungs wurde sehr häufig kein Kondom verwandt (37%) und desgleichen häufig nicht der Partner davon in Kenntnis gesetzt (48%).

Die Notwendigkeit und Sinnhaftigkeit von Kondomen wurde anerkannt, gleichzeitig Kondome mit Mißtrauen gegenüber dem Partner in Verbindung gebracht, als Unterbrechung des Liebesaktes angesehen und eine lustmindernde Wirkung konstatiert. Nicht zuletzt wurde schon der Kauf eines Kondoms als negativ erlebt, und bei männlichen Jugendlichen trat bei Gebrauch mitunter Erektionsverlust auf (vgl. BELSCHER/MÜLLER-DOOHM 1993; BELSCHER/MÜLLER-DOOHM 1993 b; MÜLLER-DOOHM 1994; BELSCHER/MÜLLER-DOOHM 1992).

Die Autoren fanden heraus, daß alleine das Ansprechen des Themas AIDS vor einem ersten sexuellen Kontakt schon dann zu einem Problem wird und sich als schwierig gestaltet,

- „wenn sich jemand hinsichtlich der emotionalen Reaktionen des Partners bzw. der Partnerin unsicher ist;
- wenn sich jemand nicht zutraut, mit diesen Reaktionen der anderen Person in angemessener Weise umgehen zu können, ohne daß dabei die Beziehung und die momentane, auf Intimität angelegte Situation zerstört wird;



- wenn jemand aus der eigenen Unsicherheit und Befangenheit heraus Vermutungen über die andere Person anstellt, nämlich daß es ihr bzw. ihm peinlich sein könnte;
- wenn es der Person selbst unangenehm ist, über AIDS zu reden;
- wenn die Person sich verunsichert fühlt, ob ihr eigener Wissensstand noch auf dem neuesten Stand ist“ (BELSCHER/MÜLLER-DOOHM 1992, S. 44).

In der Studie von KRÖHN/SYDOW-KRÖHN (n = 1.000, Alter: 14 bis 18 Jahre) ging es nicht primär um die Überprüfung des kognitiven Wissens, sondern um die förderlichen bzw. hinderlichen emotionalen Determinanten der Kondomakzeptanz und -anwendung (vgl. KRÖHN/SYDOW-KRÖHN 1994).

Nur 27% ihrer Respondenten äußerten, mit der Liebe bzw. der Sexualität generell keine Probleme zu haben, wobei deutlich wurde, daß die Angst vor ungewollter Schwangerschaft dominierte. Die Kondomanwendung, die sich unabhängig von dem Ausmaß der sexuellen Erfahrungen zeigte, wurde nur von 17% als konstant angegeben, 45% nutzten unregelmäßig und 38% nie ein Kondom. Auch das Anwachsen der Partnerzahl und die Koitushäufigkeit korrespondierten nicht positiv mit der Kondomanwendung, vielmehr wurde in diesen Fällen ein Abnehmen der ständigen Kondomnutzung festgestellt. Die geringste Kondomakzeptanz und gleichzeitig die größten Wissenslücken wiesen die Sonder- und Hauptschüler auf.

KRÖHN/SYDOW-KRÖHN benennen in ihrer Studie bilanzierend folgende emotionale und kognitive Determinanten, die für eine Nichtanwendung und Ablehnung von Kondomen verantwortlich sind:

- „interaktive und kommunikative Schwierigkeiten in der sexuellen Situation
- Projektion unbestimmter Ängste und Unsicherheiten auf das Kondom
- Unvereinbarkeit von Kondomen mit dem eigenen Sexualitätskonzept
- Beeinträchtigung im Stimmungs- und Gefühlsbereich durch Kondome
- allgemeine sexuelle Sprachlosigkeit
- Peinlichkeiten bei der Beschaffung von Kondomen
- Kondome sind zu teuer“ (KRÖHN/SYDOW-KRÖHN 1994, S. 173).

### **1. 4. 4. 3. Einstellungen und Sexualverhalten und AIDS bei Jugendlichen in der BRD**

(B. Bartsch)

In einer als dreiwelliges Panel angelegten repräsentativen Studie untersuchten REIMANN/SCHMIDT 14 bis 24jährige Jugendliche in der gesamten BRD. Aus den zurückgesandten 1.491 Fragebögen des ersten Panels (1991/1992) lassen sich die ersten Ergebnisse ableiten (vgl. REIMANN/BARDELEBEN/FIEBERG 1993).

Deutlich erkennbar wird die Absicht der Jugendlichen, sich präventionsgerecht zu verhalten. 77% von ihnen, die schon Geschlechtsverkehr hatten, äußerten, daß sie ihr Sexualverhalten geändert hätten. 45% wollten größere Sorgfalt bei der Partnerwahl zeigen, 47% beabsichtigten, Kondome bei einem unbekanntem Partner zu benutzen, und 20% gaben an, generell häufiger Kondome zu benutzen.

Die allgemein gehaltenen Intentionen stießen in der Praxis häufig auf Schwierigkeiten im sensomotorischen und psychischen Bereich. Die Verwendung von Kondomen wurde von der Mehrheit der sexuellerfahrenen Jugendlichen zwar als einfach eingeschätzt, in der Praxis hatten 73% von ihnen aber erhebliche Schwierigkeiten. Bei über 38% zeigten sich Probleme beim Überstreifen des Kondoms, bei ca. 25% rutschte das Kondom ab, bei 20% riß bzw. zeigte das Kondom andere Defekte, und ein Viertel der Kondomnutzer hatte bei der Verwendung Erektionsschwierigkeiten.

Neben den sensomotorischen Schwierigkeiten bei der praktischen Verwendung zeigte die Studie auch, daß eine Reihe von situationsgebundenen Entscheidungen im Widerspruch zu den ursprünglichen Safer Sex-Intentionen standen.

So würde mehr als die Hälfte der Männer und mehr als ein Drittel der Frauen auf Kondome verzichten, wenn sie vom Partner abgelehnt würden; 53% der Männer und 44% der Frauen würde nur dann Kondome verwenden, wenn der Partner Zweifel aufkommen lassen würde; jeder dritte Mann und jede vierte Frau würde bei einem neuen Partner auf ein Kondom verzichten, wenn „es gerade nicht vorhanden wäre“; und ein noch größerer Teil wäre in dieser Situation verhaltensunsicher; 38% der befragten Frauen und 43% der Männer sahen sich zudem durch den Partner und/oder die momentane Stimmung in ihrer Entscheidung beeinflusst und möglicherweise verunsichert, bei einem neuen Partner Kondome zu verwenden.

Fazit der Studie von REIMANN/SCHMIDT scheint zu sein, daß Präventionsintentionen nur dann erfolgreich sind, wenn es zu einer rigorosen Konditionierung des Sexualverhaltens („nur dann, wenn“) kommt, die als intim erlebten Situationen mit ihrer Eigendynamik scheinen dem indes entgegenzustehen.

Im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung wurden von NIKKEL/PLIES/SCHMIDT 1.308 Personen (Alter: 16 bis 24 Jahre) in den alten und neuen Bundesländern unter anderem zu ihrem Kontrazeptionsverhalten befragt (vgl. BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG 1995).

Die Ergebnisse dieser repräsentativen Studie variieren kaum von denen anderer Studien, die regional begrenzt sind. So bezeichnete sich die Mehrheit der Respondenten als ausschließlich heterosexuell (84,6%), nur ca. 1% als ausschließlich bzw. vorwiegend homosexuell. 80,1% hatten bereits Geschlechtsverkehr, wobei der Altersdurchschnitt des ersten Verkehrs bei 16,6 Jahren lag.

Die Partnerschaft wurde von den Befragten als sehr hoch bewertet, und neben Liebe, Treue und Geborgenheit wurde der Wunsch nach offenen Gesprächsmöglichkeiten artikuliert. Der größte Teil bewertete die Sexualität als etwas Wichtiges, wies aber gleichzeitig auf die enorme Bedeutung der Treue hin. Nur 7% sprachen sich für eine feste Beziehung aus, in der auch andere sexuelle Kontakte denkbar sind.

Die Kenntnisse über Verhütungsmöglichkeiten, speziell der Pille und des Kondoms, waren gut. Generell wurde die Pille deutlich besser in ihrer Handhabung sowie in bezug auf den Sicherheitsaspekt beurteilt. In der Praxis zeigte es sich, daß 68% der Koituserfahrenen die Pille nutzten und nur weniger als ein Drittel (30%) das Kondom. Bei der Nutzung des Kondoms wurde hauptsächlich als Grund die Verhütung der Schwangerschaft und nicht die Verhütung von AIDS benannt.

Deutlich erkennbar wurden Schwierigkeiten bei der Kondomanwendung: 59% klagten über Schwierigkeiten bei dem Überrollen des Kondoms, 42% hatten in diesem Zusammenhang Erektionsprobleme, für 42% war das Kondom zu trocken, bei 38% rutschte das Kondom schon einmal ab und neben Schmerzen (28%) bei der Verwendung klagten 6,7% über allergische Reaktionen.

Der hohen Anwendungsintention bei 80% der jungen Frauen und Männer wurde in der Realität nicht Rechnung getragen. Das Nutzen eines Kondoms erfolgte meist nur zu Beginn einer

sexuellen Partnerschaft, bei Andauern des Kontaktes wurde sehr häufig der Wechsel zur Pille vollzogen.

#### **1. 4. 4. 4. Zusammenfassung**

(B. Bartsch)

Die Ergebnisse der Studien, die Jugendliche zum Forschungsinteresse auserkoren hatten, sind weitestgehend homogen.

Erstaunlich ist, daß sich das Sexualverhalten der jungen Frauen und Männer in den letzten 20 Jahren kaum verändert hat (vgl. SCHMIDT/KLUSMANN/RENTNER/RADIZI 1989; SCHMIDT et al. 1993). Die Aspekte Liebe, Treue, Partnerschaft und gegenseitiges Verstehen, die schon einen hohen Stellenwert in den zurückliegenden Jahren aufwiesen, haben nochmals an Wertschätzung unter den Jugendlichen gewonnen (vgl. MISCHNICK/ROSSBACH 1992; von SALISCH/OSWALD 1989; BELSCHER/MÜLLER-DOOHM 1993, 1993 b, 1992; SCHMIDT et al. 1993; BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG 1995).

Eine Bedrohung durch AIDS wurde nur von einem Teil der Jugendlichen als massiv erlebt. Der fehlende direkte Kontakt zu HIV-Infizierten bzw. AIDS-Kranken ließ die Krankheit als gesamtgesellschaftliche Bedrohung wie z. B. Krieg oder Umweltzerstörung erscheinen, ohne aber einen direkten Bezug zur eigenen Person herzustellen (vgl. MISCHNICK/ROSSBACH 1992; BELSCHER/MÜLLER-DOOHM 1993, 1993 b, 1992; SCHMIDT et al. 1993; KLEIBER/BECKMANN/PFORR/VELTEN 1990).

Generell verfügten die jugendlichen Respondenten über einen guten Kenntnisstand, was Infektionswege und Präventionsmöglichkeiten angeht (vgl. OSWALD/PFORR 1994; STREHLOW/HAFFNER 1989; BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG 1995), einen entsprechenden Niederschlag - im Sinne von Safer Sex - bedingte der gute Kenntnisstand nicht. Zwar gab es eine sehr hohe Intention bei den Befragten, Kondome bei unbekanntem und neuen Partnern zu verwenden (vgl. REIMANN/BARDELEBEN/FIEBERG 1993; OSWALD/PFORR 1994), doch zeigte sich bei der Umsetzung, daß sich präventionsgerechtes Vorgehen hauptsächlich auf die „sorgfältigere

Auswahl“ des Partners und eine Reduktion der Sexualkontakte (vgl. OSWALD/PFORR 1994; von SALISCH/OSWALD 1989) beschränkte.

Nach wie vor scheint die Angst vor einer Schwangerschaft (vgl. SCHMIDT et al. 1993; KRÖHN/SYDOW-KRÖHN 1994) deutlich größer als die Angst vor AIDS zu sein.

Das an sich von seinem Schutzeffekt und von seiner Sinnhaftigkeit hoch bewertete Kondom wird in der Praxis in mehrfacher Hinsicht als negativ erlebt und beurteilt. Die unangenehme Beschaffenheit, das Unterbrechen der sexuellen Interaktion, die Schwierigkeit bei der Ansprache des Partners, unangenehme Gefühle beim Kauf, sensomotorische Schwierigkeiten wie Abrutschen und Reißen des Kondoms, Schmerzen und Erektionsschwierigkeiten bis hin zu aufkommenden Ekelgefühlen, aber auch situative Hemmnisse wurden von den Jugendlichen stets als Grund für die sehr geringe Kondomnutzung benannt (vgl. MISCHNICK/ROSSBACH 1992; KRÖHN/SYDOW-KRÖHN 1994; KLEIBER/ BECKMANN/PFORR/VELTEN 1990; REIMANN/BARDELEBEN/FIEBERG 1993; BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG 1995).

Vor diesem Hintergrund muß das Ergebnis beleuchtet werden, daß die Pille von dem größten Teil der Jugendlichen als das positivere Kontrazeptionsmittel angesehen und demgemäß auch in der Praxis genutzt wird. Die Angst vor einer HIV-Infektion scheint bei der Beurteilung und der Entscheidung Kondom oder Pille bei jungen Frauen und Männern nur eine untergeordnete Rolle zu spielen.

## **1. 5. Auswahl und Begründung der Untersuchungsstichprobe**

(B. Bartsch)

Daß unser Untersuchungsinteresse auf zwei Studentengruppen

- Lehramtsstudenten der Primarstufe an der Universität-GHS Essen/Duisburg
- Designstudenten der Universität-GHS Essen/Duisburg und der Hochschule Niederrhein/Krefeld

und eine weitere vergleichbare Gruppe

- Krankenpflegeschüler

abzielt, hat folgenden Hintergrund: Außer den repräsentativen Studien von GIESE und SCHMIDT 1968 und CLEMENT 1986 gibt es nur wenige Untersuchungen über das Sexualverhalten spezifischer Studentengruppen bzw. vergleichbarer Ausbildungsgänge (vgl. Kap. 1. 4. 2.). Dies bedeutet, daß es relativ wenig differenzierte Ergebnisse darüber gibt, ob und welche Unterschiede sich innerhalb der Studentenschaft finden bezüglich politischer und moralischer Vorstellungen im allgemeinen und sexueller Einstellungen und Verhaltensweisen - mit und ohne AIDS - im besonderen.

Die vermuteten Zusammenhänge zwischen Studienfach/Berufsausbildung, Wissen über und Nähe zu AIDS und sexuelle Einstellungen und Verhaltensweisen zu untersuchen, ist das Anliegen unserer Arbeit.

Wir gehen in unserer Arbeit davon aus, daß es Unterschiede sowohl innerhalb der Studentenschaft (in unserer Untersuchung Designstudenten und Lehramtsstudenten) als auch zwischen Studenten und vergleichbaren Gruppen (in unserer Untersuchung Krankenpflegeschüler) gibt, sowohl was Einstellungen, Moral- und Wertvorstellungen sowie Verhalten betrifft als auch die durch Studium/Ausbildung, späteren Beruf und individuelle Lebensweise bedingte „Nähe“ zu AIDS.

Unsere Entscheidung für die drei oben genannten Personengruppen (Lehramtsstudenten der Primarstufe, Designstudenten und Krankenpflegeschüler) wurde neben pragmatischen Gründen von folgenden Überlegungen geleitet:

- Primarstufenlehrer sind in ihrer späteren beruflichen Praxis mit Sexualkundeunterricht (siehe RICHTLINIEN FÜR DIE SEXUALERZIEHUNG IN DEN SCHULEN DES

LANDES NRW, RdErl. d. Kultusministers vom 3. 5. 1974 und vgl. SKAUMAL 1986) und Sexualaufklärung konfrontiert, müssen sich also mit der Thematik „Sexualität“ und auch „AIDS“ auseinandersetzen. Zur Erfüllung ihres Erziehungsauftrages gehört auch eine angemessene, restriktionsfreie Sexualerziehung.

Von Lehramtsstudenten der Primarstufe sollte deshalb eine spür- und nachweisbare Sensibilisierung für Sexualität an sich und auch für das Thema AIDS zu erwarten sein.

- Designstudenten unterscheiden sich von Lehramtsstudenten und angehenden Krankenschwestern/Krankenpflegern insofern, als sie vorrangig kreativ, schöpferisch und phantasievoll tätig sind und keinen so „sicheren“ Abschluß/Beruf anstreben. Ihre Konfrontation/Auseinandersetzung mit AIDS dürfte vorrangig im Privatsektor stattfinden.

Die fehlende Auseinandersetzung mit der Thematik AIDS in der Ausbildung bzw. im späteren Beruf müßte sich in dem Bereich der Sexualität niederschlagen im Sinne von freizügigeren, repressionsloseren, liberaleren und risikofreudigeren Sexualeinstellungen und sexuellen Verhaltensweisen.

- Angehende Krankenschwestern/Krankenpfleger haben einen ganz besonderen Bezug zu der Krankheit AIDS. Während Lehramts- und Designstudenten eher einen Zugang über die positiven Aspekte der Sexualität im direkten Zusammenhang mit Erziehung, Kunst, Kreativität usw. finden, wird diese Untersuchungsgruppe vornehmlich mit den gegenteiligen „negativen“ Erscheinungen wie Krankheit, berufliche Bedrohung und Tod konfrontiert. Hinzu kommt, daß in der Ausbildung das Thema AIDS explizit behandelt wird (vgl. KRANKENPFLEGESETZ vom 4. 6. 1985 und AUSBILDUNGS - und PRÜFUNGSVERORDNUNG FÜR DIE BERUFE IN DER KRANKENPFLEGE vom 16. 10. 1985).

Übereinstimmend mit den Lehramts- und Designstudenten befinden sich die angehenden Krankenschwestern/Krankenpfleger in einer Ausbildungssituation.

Vergleichbar zu den beiden anderen Untersuchungsgruppen sind auch das Alter und die Zugangsvoraussetzung zu der Ausbildung, in diesem Fall die Fachhochschul- bzw. Hochschulreife.

Es ist zu erwarten, daß sich diese Untersuchungsgruppe ähnlich wie die der Lehramtsstudenten in der gelebten Sexualität und den gezeigten Einstellungen verhalten wird. (Ursprünglich sollten in unserer Untersuchung Medizinstudenten der Universität-GHS Essen/Duisburg einbezogen werden. Da wir keine Erlaubnis erhielten, am Universitätsklinikum in Essen unsere Erhebung durchzuführen, haben wir aus pragmatischen und inhaltlichen Erwägungen angehende Krankenschwestern/Krankenpfleger in die Untersuchung eingebunden. Zudem waren primär für die Designstudenten aus Essen und Krefeld Studenten der Kunstakademie Düsseldorf als Stichprobe geplant. Nach Rücksprache mit dem Rektor der Kunstakademie riet dieser uns jedoch aus Gründen der mangelnden Zugänglichkeit zu den Studenten, die durch die spezielle Studiensituation bedingt ist, von unserem Vorhaben ab.)

## **1. 6. Fragestellung der Erhebung**

(B. Bartsch)

Die Auswertung der unter Kap. 1. 4. referierten Untersuchungen und Studien hat unter anderem gezeigt, daß Einstellungen zur Sexualität und sexuelles Verhalten nicht kongruent sind. Deutlich wird die Diskrepanz zwischen Einstellung und Verhalten besonders hinsichtlich der Krankheit AIDS. Die Präventionsbemühungen des Bundesgesundheitsamtes und der AIDS-Hilfen haben nicht einheitlich dazu geführt, daß besonders infektionsgefährdete Personen Safer Sex praktizieren bzw., daß sie auf infektionsriskante Sexualpraktiken verzichten. Die rückläufige Relevanz des Themas AIDS in der Allgemeinbevölkerung hat zudem bewirkt, daß die bisher feststellbaren Einstellungs- und Verhaltensänderungen eher instabil sind (vgl. HUNNIUS/JUNG 1994). Die Überbetonung des Kognitiven, die reine Wissensvermittlung scheint nicht zu genügen, um die gesteckten Präventionsabsichten zu erreichen.

Untersuchungsziel dieser Arbeit wird es sein, den Nachweis zu führen, daß bei allen Gruppen in unterschiedlicher Ausprägung

- eine Diskrepanz zwischen Einstellung und Verhalten feststellbar ist,



- eine Verhaltensänderung primär über den Aspekt des beruflichen Bezuges zu erreichen ist,
- die Qualität der Sexualkontakte unter der Krankheit AIDS leidet,
- sich die Zahl der Sexualpartner reduziert hat,
- infektionsriskante Sexualpraktiken seltener Anwendung finden,
- der Kondomgebrauch bei den Befragten nur gering durch die Krankheit AIDS angestiegen ist.

Innerhalb der einzelnen Gruppen vermuten wir, daß

- Lehramtsstudenten der Primarstufe und Krankenpflegeschüler eine geringere Diskrepanz zwischen Einstellungen und Verhalten als Designstudenten zeigen,
- Lehramtsstudenten der Primarstufe und Krankenpflegeschüler einem präventivem Sexualverhalten offener gegenüber stehen,
- Designstudenten der Sexualität liberaler begegnen und diese auch liberaler praktizieren als Krankenpflegeschüler und Lehramtsstudenten,
- Lehramtsstudenten und Krankenpflegeschüler gesellschaftlich konformer als Designstudenten leben,
- unter den Designstudenten mehr Homo- und Bisexuelle als unter den Krankenpflegeschülern und Lehramtsstudenten anzutreffen sind.

Ergänzend hierzu gehen wir davon aus, daß sich auch die Antworten zwischen den Frauen und Männern innerhalb der Fachgruppen und der Gesamtgruppe unterscheiden.

Die in Teilbereichen übereinstimmende Konzeption unseres Fragebogens mit anderen Untersuchungen (z. B. CLEMENT 1986; TILLMANN et al. 1990; BÖHM/ROHNER 1988; REIMANN/BARDELEBEN 1992) erlaubt es uns darüber hinaus, die vorgefundenen Ergebnisse zu überprüfen bzw. zu vergleichen.

Nach Auswertung der vorgefundenen Literatur läßt sich festhalten, daß Informationen und Wissen alleine keine zeitstabilen Verhaltensmodifikationen garantieren. Mit ein Anliegen ist es, daß unsere vorgefundenen Ergebnisse dazu beitragen, die AIDS-Prävention effektiver zu gestalten.

Die Aspekte persönliche Betroffenheit, Einsicht in die eigenen Schutzmöglichkeiten, Anpassung der Maßnahmen an und auf die eigene Lebensweise und letztendlich die Bedeutung der eigenen sozialen Szene sollen herausgestellt und in ihrer Wichtigkeit dokumentiert werden, um in eine zielgruppenspezifische Ansprache mit speziell zugeschnittenen Interventionsstrategien zu münden. Weniger das „Information-Giving-Model“ scheint tragfähig zu sein, richtungs- und zukunftsweisend ist vielmehr das „Self-Empowerment-Model“ (Stärkung der Eigenkompetenz).

Um dies zu erreichen, ist es unverzichtbar, Informationen zu sammeln, abzuklären was für das spezifische System brauchbar ist und wie damit umgegangen werden soll.

**2.            Ansatz und Durchführung einer empirischen Untersuchung von Lehr-  
amtsstudenten der Primarstufe (Essen), Designstudenten (Essen, Krefeld)  
und Krankenpflegeschülern (Essen)**

(B. Bartsch)

Im Sommersemester 1993 und zu Beginn des Wintersemesters 1993/94 wurde die Datenerhebung an der Universität-GHS Essen/Duisburg und der Hochschule Niederrhein/Krefeld sowie an der Universitätsklinik und dem Krupp-Krankenhaus in Essen durchgeführt.

Befragt wurden an der Universität-GHS Essen/Duisburg Lehramtsstudenten der Primarstufe und Designstudenten, an der Fachhochschule Niederrhein/Krefeld Designstudenten und am Universitätsklinikum sowie am Krupp-Krankenhaus in Essen Krankenpflegeschüler.

Nach Abzug aller nicht verwendungsfähigen Fragebögen ergab sich eine Gesamtanzahl von 593 Fragebögen, die in die statistische Auswertung eingingen. Die Daten der Krankenpflegeschüler und der Designstudenten wurden jeweils zwecks Auswertung zusammengefaßt, so daß sich folgende Aufteilung ergibt:

Studenten des Lehramtes Primarstufe:

Anzahl total	370	
männlich	45	(12,2%)
weiblich	325	(87,8%)

Designstudenten:

Anzahl total	126	
männlich	57	(45,2%)
weiblich	69	(54,8%)

Krankenpflegeschüler:

Anzahl total	97	
männlich	29	(29,9%)
weiblich	68	(70,1%)

Gesamtanzahl total            593

männlich	131	(22,09%)
weiblich	462	(77,91%).

## 2. 1. Hypothesen

(M. Jodexnis) und (B. Bartsch)

Unter Berücksichtigung aller zusammengetragenen Ergebnisse und Fakten, die für unsere Untersuchung bedeutsam sind, ergeben sich folgende Fragestellungen/Hypothesen:

- I. Lehramtsstudenten der Primarstufe und Krankenpflegeschüler sind besser über HIV und AIDS informiert und stehen der AIDS-Thematik aufgeschlossener gegenüber als Designstudenten.  
Grundsätzlich vermuten wir Unterschiede zwischen den Frauen und den Männern.
- II. Designstudenten favorisieren und praktizieren eine permissivere und offenere Sexualität und leben weniger gesellschaftlich konform als Lehramtsstudenten der Primarstufe und Krankenpflegeschüler. Insgesamt entsprechen sie weniger der herrschenden Sexualmoral.  
Grundsätzlich vermuten wir Unterschiede zwischen den Frauen und den Männern.
- III. Bei den Studenten des Lehramtes Primarstufe und den Krankenpflegeschülern werden die sexuellen Kontakte unter der Bedrohung durch AIDS mehr beeinträchtigt als bei Designstudenten. Sexualität wird häufiger mit Krankheit, Tod und Mißtrauen in Verbindung gebracht; Spontaneität und Kreativität sind reduziert.  
Grundsätzlich vermuten wir Unterschiede zwischen den Frauen und den Männern.
- IV. Designstudenten zeigen weniger häufig ein präventives und nicht infektionsriskantes Sexualverhalten als Lehramtsstudenten der Primarstufe und Krankenpflegeschüler.  
Grundsätzlich vermuten wir Unterschiede zwischen den Frauen und den Männern.

Eine Begründung bzw. eine Plausibilität für die aufgeführten Hypothesen wurde bereits ausführlich in Kapitel 1. 5. gegeben. Doch möchten wir nochmals an dieser Stelle auf unsere gedanklichen Grundannahmen eingehen, die sich im wesentlichen auf die zentrale Annahme stützen, daß die unterschiedliche persönliche Anbindung zur AIDS-Problematik - in unserem Fall durch ein Studium/eine Ausbildung - variierende Verhaltensweisen bedingt.

Darüber hinaus erwarten wir auch Unterschiede im Hinblick auf Moral, Einstellungen und Wertvorstellungen der von uns untersuchten Studenten und Krankenpflegeschüler.

Die spezifische „Nähe“ bzw. „Ferne“ zu der Thematik AIDS findet für die drei Untersuchungsgruppen einen unterschiedlichen Niederschlag.

Zur Erfüllung ihres späteren Erziehungsauftrages sind angehende Primarstufenlehrer verpflichtet, sich mit Sexualerziehung und hier besonders der Prävention, aber auch mit dem Thema AIDS auseinanderzusetzen (vgl. RICHTLINIEN ZUR SEXUALERZIEHUNG IN DEN SCHULEN DES LANDES NRW 1974; SKAUMAL 1986). Für die Lehramtsstudenten der Primarstufe findet die berufsbedingte Auseinandersetzung mit Sexualität und AIDS im Kontext der Sexualerziehung statt und dürfte durch den Kontakt zu Kindern eher positive Aspekte aufweisen.

Ferner gehen wir davon aus, daß ein ganz bestimmter (eher konservativer) Typ Mensch sich für den Lehrerberuf - mit seiner gewissen Sicherheit (Verbeamtung) - entscheidet.

Als Kontraposition zu den Lehramtsstudenten sowie der Krankenpfleger werden von uns die Desingstudenten begriffen. Ihre berufliche Ausbildung ist frei von Inhalten, die mit AIDS und Sexualerziehung zu tun haben.

Die Zukunftserwartung von angehenden Designern dürfte weitaus unsicherer sein, was die finanzielle Absicherung, das Einsatzgebiet und damit den möglichen Arbeitsplatz betrifft als bei angehenden Krankenpflegern und Lehrern. Des weiteren ist davon auszugehen, daß die gesellschaftliche Anerkennung und Wertschätzung zudem hinter den beiden eben genannten Berufsgruppen zurücksteht.

Wir vermuten, daß sich eher ein Typ Mensch für den Beruf des Designers entscheidet, der liberaler, freizügiger und risikofreudiger denkt und handelt. Durch das Fehlen der beruflichen „Nähe“ zu AIDS und bedingt durch die eben genannten spezifischen Persönlichkeitseigenschaften nehmen wir einen erkennbaren Unterschied in den Einstellungen und Verhaltensweisen im Bereich der Sexualität im Vergleich mit den beiden anderen Gruppen an.

Die vermutlich intensivste Konfrontation mit AIDS findet bei den Krankenpflegeschülern statt. Hier ist allerdings der Zugang nicht „positiv“ (durch die Aspekte Kinder und Zukunft) wie bei den Lehramtsstudenten, sondern eher „negativ“ (durch die Aspekte Krankheit, Tod, berufliche Bedrohung).

Durch das Krankenpflegegesetz vom 4. Juni 1985 und die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe der Krankenpflege vom 16. Oktober 1985 ist sichergestellt, daß AIDS explizit fächerübergreifend in der dreijährigen Ausbildung behandelt wird. Außerdem muß berücksichtigt werden, daß, wenn auch nur zu einem geringen Teil, angehenden Krankenpfleger in dem späteren Berufsleben mit HIV-Positiven und AIDS-Kranken unmittelbaren Kontakt haben können.

Die Entscheidung für einen Ausbildungsberuf, der auf eine gesicherte Anstellung hoffen läßt, der zudem gesellschaftlich sehr anerkannt und geschätzt wird, läßt die Vermutung zu, daß dieser Personenkreis eher „konservative“ Einstellungen und Verhaltensweisen in Bezug auf die eigene Sexualität zeigt.

Im Ergebnis sind wir der Überzeugung, daß die Aspekte: berufliche Nähe zu AIDS in der Ausbildung sowie persönliche Betroffenheit, Sozialisation des Einzelnen, Berufswahl, Zukunftserwartung und -perspektive in den aufgeführten Gruppen unterschiedliche Ausprägungen haben und daß diese Ausprägungen unterschiedliche Dispositionen in Einstellungen und Handeln nach sich ziehen.

## **2. 2. Die Fragebogenerhebung als Forschungsansatz**

(M. Jodexnis)

Noch immer ist das Thema Sexualität mit all seinen Facetten - trotz der sexuellen Liberalisierung - ein Tabuthema. Trotz der Sensibilität der Thematik und aus pragmatischen Gründen (Durchführbarkeit) haben wir uns für die anonyme Datenerhebung mittels eines Fragebogens entschieden.

Da wir als Untersuchende keinerlei finanzielle Unterstützung für unser Forschungsvorhaben erhielten, bot sich der Fragebogen als kostenminimierende, aber auch als zeitgewinnende Lö-

sung an (vgl. FRIEDRICH 1985; WIEKEN 1974; SCHEUCH 1967; KARMA-SIN/ KARMA-SIN 1977).

Die Beantwortung unseres Fragebogens mit dieser Komplexität und dieser Differenziertheit erfordert neben einem Interesse an der Thematik zusätzlich ein höheres Bildungsniveau, daß bei unseren drei Stichproben als gegeben angesehen werden konnte.

Unsere Entscheidung zugunsten einer schriftlichen Befragung wurde neben pragmatischen Gesichtspunkten auch durch inhaltliche Argumente gestärkt. Bei den von uns gestellten Fragen zu den Themenbereichen Sexualität und AIDS handelt es sich weitestgehend um sehr persönliche und intime Fragen, die einer absoluten Anonymität bedurften. Die durch den Fragebogen sichergestellte Distanz und Anonymität machten es - nach unserer Einschätzung - vielen Personen erst überhaupt möglich, Intimitäten mitzuteilen. Bei so hoch sensiblen Themen wie Sexualität und AIDS scheint die Befragungsmethode besonderen Einfluß auf den Rücklauf zu haben (vgl. SCHNELL/HILL/ESSER 1989).

Durch die Vorgabe standardisierter Fragen- sowie Antwortformulierungen sollte die Durchführungsobjektivität gefördert werden, welches zusätzlich durch die Verwendung von geschlossenen Fragen unterstützt wurde

Ferner stellt der Einsatz eines Fragebogens sicher, daß der Fragende zwar durch die Art der Fragen, nicht jedoch durch sein Auftreten Einfluß auf das Antwortverhalten nehmen kann (vgl. FRIEDRICH 1985; SCHWARZER 1983; WILK 1975; WIEKEN 1974). Die Verwendung eines Fragebogens bot sich außerdem an, um die gewonnenen Daten vergleichbaren Untersuchungen, die ähnliche bzw. gleiche Fragestrukturen aufweisen, gegenüber zu stellen.

Den Nachteilen, die bei einem Einsatz eines Fragebogens entstehen können, wurde weitestgehend zu begegnen versucht. Durch die Anwesenheit der Untersucher beim Ausfüllen des Fragebogens bei allen Krankenpflegeschülern und allen Designstudenten und bei sehr vielen Lehramtsstudenten konnte auf spontane Verständnisnachfragen sofort reagiert und damit Fehlinterpretationen vorgebeugt werden. Des weiteren konnte durch die vorab durchgeführten Pretests und durch den Rückgriff auf in anderen Untersuchungen bewährte Fragestrukturen eine generelle Verständlichkeit vorausgesetzt werden.

Unsere Präsenz bei der Befragung der Designstudenten, der Krankenpflegeschüler und zum Teil auch bei den Lehramtsstudenten, die eine Kontrollierbarkeit der Erhebungssituation zu-



ließ, erlaubt es uns zudem, eine Fremdbeeinflussung nahezu auszuschließen, so daß wir von weitestgehend authentischen (im Rahmen der Erhebung) Antworten der Befragten ausgehen können.

### **2. 3. Der Fragebogen**

(M. Jodexnis)

#### **2. 3. 1. Entwicklung des Fragebogens**

(M. Jodexnis)

Bei der Entwicklung des Fragebogens haben wir uns an verschiedene, bereits in der Praxis erprobten Fragebögen orientiert (CLEMENT 1986; TILLMANN et al. 1986; BÖHM/ROHNER 1987; REIMANN/BARDELEBEN 1992), um einen Vergleich zwischen unserer und ähnlichen Untersuchungen zum Thema Studentensexualität und Aids zu ermöglichen.

Die genannten Fragebögen wurden uns bis auf eine Ausnahme (REIMANN/BARDELEBEN/SCHMIDT in: REIMANN/BARDELEBEN 1992) von den Autoren zur Verfügung gestellt.

Aus Gründen der Vergleichbarkeit und der thematischen Relevanz haben wir aus den genannten Fragebögen eine Reihe von Fragen teils im Wortlaut, teils in modifizierter Form übernommen; andere wurden entsprechend unserer Fragestellung und Hypothesen neu konzipiert, so daß unser Fragebogen sowohl fremde als auch eigene Variablen enthält.

Dieser vorläufige Fragebogen wurde in einem umfangreichen Pretest (siehe Kap. 2. 5.) auf seine Tauglichkeit, Verständlichkeit und Genauigkeit der Fragen sowie die Beantwortungsdauer hin überprüft und da, wo es nötig und sinnvoll erschien, entsprechend verändert, ergänzt oder präziser formuliert.

#### **2. 3. 2. Der inhaltliche Aufbau des Fragebogens**

(M. Jodexnis)

Die inhaltliche Gliederung greift ebenfalls auf vorhandene zurück (CLEMENT 1986; BÖHM/ROHNER 1988). Der Fragebogen konzipiert sich aus elf Bereichen mit insgesamt 143

Fragen und umfaßt inklusive Anschreiben, Hinweisen zum Ausfüllen, Antwortbogen, Deckblatt und Inhaltsverzeichnis 31 Seiten (siehe Anhang). Folgende Bereiche werden erfaßt:

- A. Allgemeines zur Person
- B. Zur politischen Situation, Wohnsituation, Zukunftserwartung
- C. Zur Partnersituation
- D. Heterosexuelles Verhalten seit der Pubertät
- E. Homosexuelles Verhalten seit der Pubertät
- F. Sexuelle Orientierung
- G. Sexualität in der gegenwärtigen Partnerschaft
- H. Sexuelles Erleben
- I. Einstellungen zur Sexualität
- K. Sexualität und AIDS
- L. Informiertheit über AIDS.

Im Gegensatz zu FRIEDRICH (vgl. FRIEDRICH 1985) ist WIEKEN (vgl. WIEKEN In: KOOLWIJK/WIEKEN-MAYSER 1974) der Ansicht, daß die Länge eines Fragebogens keinen Einfluß auf die Rücklaufquote hat (vgl. auch TRÄNKLE In: FEYER/BREDENKAMP 1983).

Die Meinungen über die Auswirkungen des Umfanges eines Fragebogens sind also durchaus konträr. Wir erachten den Umfang unseres Fragebogens in Anbetracht unserer Fragestellungen und Hypothesen als erforderlich und unserer Zielsetzung angemessen. Zudem teilen wir SCHWARZERS (In: FEYER/BREDENKAMP 1983, S. 302 - 320) Auffassung, daß entscheidender als die quantitative Menge des Fragebogens seine Qualität, d. h. die subjektive Bedeutung, die die Befragten ihm zumessen, ist.

„Unter dieser Perspektive erscheinen die widersprüchlichen Befunde bezüglich der Länge des Fragebogens in einem anderen Licht. Offenbar wird bei einem langen Fragebogen der durch erhöhten Arbeitsaufwand gegebene negative Effekt mehr als ausgeglichen durch die Unterstellung von Bedeutsamkeit, die ihm zugeschrieben wird. Sehr kurze Fragebögen werden möglicherweise als weniger bedeutsam erlebt“ (SCHWARZER 1983, S. 307).

Aufgrund der Rücklaufquoten (43,5% bei den Lehramtsstudenten der Primarstufe und fast 100% bei den Designstudenten und Krankenpflegeschülern) und Reaktionen von Teilnehmern (Rückfragen, Interessensbekundungen, Gespräche) können wir diese Vermutung nur bestätigen.

### **2. 3. 2. 1.      Anschreiben, Hinweise zum Ausfüllen des Antwortbogens**

(M. Jodexnis)

Unserem Fragebogen war ein Anschreiben vorangestellt. WIEKEN (vgl. WIEKEN In: KOOLWIJK/WIEKEN-MAYSER 1974) und FRIEDRICH (vgl. FRIEDRICH 1985) messen dem Anschreiben bezüglich des Rücklaufes größere bzw. ebenso viel Bedeutung wie der Länge des Fragebogens zu. Es soll in adäquater und verständlicher Weise das Anliegen des Verfassers und den Untersuchungszweck umreißen.

Unser Anschreiben umfaßt u. a. eine kurze Darstellung des Vorhabens, die Begründung für die spezifische Untersuchungsgruppe sowie die Zusicherung vollkommener Anonymität. Da wir zu jener Zeit als wissenschaftliche Angestellte im Bereich Erziehungswissenschaft an der (damaligen) Universität-GHS Essen tätig und durch Lehrveranstaltungen vielen Studenten bekannt waren, konnten wir eine gute Zugänglichkeit zu den Primarstufenstudenten voraussetzen, was u. a. mit zu der relativ hohen Rücklaufquote (s. o.) beigetragen hat.

Im dem Anschreiben wird kurz auf die Problematik von Befragungen in einem solch sensiblen Bereich wie dem der Sexualität hingewiesen. Dieser Hinweis sollte zur Beantwortung ermutigen und mögliche Barrieren abbauen helfen.

Den Teilnehmern sollte vermittelt werden, daß eventuell bestehende Schamgefühle, Unsicherheiten oder Hemmungen kein quasi einzigartiges individuelles Phänomen darstellen.

Auf der Rückseite des Anschreibens finden sich die Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens. Hier wird der Umgang mit dem Antwortbogen erklärt und darauf hingewiesen, von Zeit zu Zeit zu kontrollieren, ob die Fragen und Antwortfelder noch übereinstimmen.

Alle Fragen werden ausschließlich im Antwortbogen beantwortet. Dieser ist entsprechend dem Fragebogen in durchlaufender Numerierung in 143 Antwortkästchen zu den elf Themenbereichen eingeteilt.

Diese Vorgehensweise hat die spätere Dateneingabe wesentlich erleichtert und es Interessenten ermöglicht, den Fragebogen zu behalten.

#### **2. 3. 2. 2.      Statistische Daten**

(M. Jodexnis)

Der erste Teil des Fragebogens enthält allgemeine Fragen zur Person. Demographische Faktoren wie Studienfach, Geschlecht, Alter, Familienstand, Geburtsort, Konfession und religiöse Überzeugung, Verhalten der Eltern bzgl. der eigenen Sexualität im Jugendalter haben einen unmittelbaren Bezug zu unseren Fragestellungen.

Sexualität ist stets abhängig von den unterschiedlichsten Faktoren. Alter, Geschlecht, physische und psychische Befindlichkeit, Sozialisation und Erziehung, familiäre Konstellation und Ausprägung, sozialer Status, Religionszugehörigkeit, usw. (vgl. DUNDE 1992; SELG et al. 1979; BANCROFT 1985; FRICKER/LERCH 1976; HAEBERLE 1985).

Daß diese Faktoren prägend für die Auseinandersetzung und den direkten Umgang mit der Krankheit Aids sind, haben mehrere Untersuchungen nachgewiesen.

Bei den Krankenpflegeschülern wurde in unserer Untersuchung zur Kontrolle des Bildungsganges zusätzlich der Schulabschluß abgefragt.

#### **2. 3. 2. 3.      Fragen zur politischen Situation, Wohnsituation, Zukunftserwartung**

(B. Bartsch)

Die Fragen zur politischen Orientierung, Wohnsituation und Zukunftserwartung erfüllen eine ähnliche Funktion wie die Fragen zu den allgemeinen statistischen Daten.

Sexuelle Einstellungen und Verhaltensweisen sowie der Umgang mit der HIV-Bedrohung werden u. E. durch die o. g. Faktoren in einem erheblichem Maße mit beeinflußt.

Die Begründung für die Wahl des Studienfaches erscheint uns besonders im Zusammenhang mit Hypothese I (*Lehramtsstudenten der Primarstufe und Krankenpflegeschüler sind besser über HIV und AIDS informiert und stehen der AIDS-Thematik aufgeschlossener gegenüber als Designstudenten. Grundsätzlich vermuten wir Unterschiede zwischen den Frauen und den Männern.*) von Bedeutung.

Diese Einschätzung, daß es zwischen Studienfach einerseits und Sexualwissen und -verhalten andererseits Zusammenhänge gibt und daß die persönliche Betroffenheit eine entscheidende Größe für Verhaltensänderung darstellt, teilen ebenfalls ELSING et al. (vgl. ELSING et al. 1991).

#### **2. 3. 2. 4. Fragen zur Partnersituation**

(B. Bartsch)

In diesem Teil wird nach der Partnersituation und wie diese empfunden wird, nach der Anzahl und Dauer der bisherigen Partnerschaften, nach dem Alter des aktuellen Partners, nach sexuellen Konflikten in der Partnerschaft, nach etwaigen Trennungsgründen, Zukunftsvorstellungen (Ehe, Kinder) sowie der Einstellung zu sexueller Treue in der Partnerschaft gefragt.

Diese Fragen sind im Hinblick auf einen Vergleich mit anderen Untersuchungen (BÖHM/ROHNER 1988; CLEMENT 1986; CLEMENT/STARKE 1988; TILLMANN et al. 1990, REIMANN/BARDELEBEN 1992; MITTAG/ROHNER 1990) von zentraler Bedeutung.

Durch die Beantwortung dieser Fragen soll die Hypothese II (*Designstudenten favorisieren und praktizieren eine permissivere und offenere Sexualität und leben weniger gesellschaftlich konform als Lehramtsstudenten der Primarstufe und Krankenpflegeschüler. Insgesamt entsprechen sie weniger der herrschenden Sexualmoral. Grundsätzlich vermuten wir Unterschieden zwischen den Frauen und den Männern.*) überprüft werden.

Dieser Fragebogenteil sichert zudem mit den vorhergegangenen die Daten für ein "Persönlichkeitsraster", anhand dessen sich die weiteren spezifischen Fragen zur Sexualität und AIDS einordnen lassen.

### **2. 3. 2. 5. Fragen zum heterosexuellen Verhalten seit der Pubertät**

(B. Bartsch)

Die Fragen nach Alter beim und Motivation für den ersten Koitus bzw. für bisherige Jungfräulichkeit, Koituspartnern insgesamt sowie in den letzten 12 Monaten, Koitushäufigkeit im letzten Jahr, nach Empfängnisverhütungsmaßnahmen, sexuellen Praktiken (incl. Sex mit Prostituierten, Erfahrungen mit Pornographie, Sadismus/Masochismus, Masturbation, Sodomie) sollen Aufschluß über das konkrete heterosexuelle Verhalten seit der Pubertät geben.

Dieser Fragebogenteil bezieht sich auf die Hypothese II (*Designstudenten favorisieren und praktizieren eine permissivere und offenere Sexualität und leben weniger gesellschaftlich konform als Lehramtsstudenten der Primarstufe und Krankenpflegeschüler. Insgesamt entsprechen sie weniger der herrschenden Sexualmoral. Grundsätzlich vermuten wir Unterschiede zwischen den Frauen und den Männern.*).

Weiterhin ermöglicht dieser Fragenkomplex einen teilweisen Vergleich mit bisher vorliegenden Untersuchungen zum Thema Sexualität von Studenten und jungen Erwachsenen.

### **2. 3. 2. 6. Fragen zum homosexuellen Verhalten seit der Pubertät**

(B. Bartsch)

Dieser Teil eruiert das Alter beim ersten und letzten homosexuellen Kontakt, die Häufigkeit sowie die Anzahl der homosexuellen Partner seit der Pubertät.

Gemäß Hypothese II (*Designstudenten favorisieren und praktizieren eine permissivere und offenere Sexualität und leben weniger gesellschaftlich konform als Lehramtsstudenten der Primarstufe und Krankenpflegeschüler. Insgesamt entsprechen sie weniger der herrschenden Sexualmoral. Grundsätzlich vermuten wir Unterschiede zwischen den Frauen und den Männern.*) erwarten wir bei diesem Fragenkomplex eine höhere Quote bei Designstudenten.

### **2. 3. 2. 7. Fragen zur sexuellen Orientierung**

(B. Bartsch)

Diese Fragen dienen der Überprüfung eines Teils der vorangegangenen Fragen.

### **2. 3. 2. 8. Fragen zur Sexualität in der gegenwärtigen Partnerschaft**

(B. Bartsch)

Die Fragen dieses Teils werden nur von den Teilnehmern mit einem festen Partner beantwortet und dienen der Feststellung von außerpartnerschaftlichen Sexualbeziehungen und deren Bewertung.

Wir gehen davon aus, daß befürwortete und praktizierte sexuelle Treue auf die Bejahung bestimmter - möglicherweise gesellschaftskonformer - sexualmoralischer Wertvorstellungen hinweist. Entsprechend unserer These II (*Designstudenten favorisieren und praktizieren eine permissivere und offenere Sexualität und leben weniger gesellschaftlich konform als Lehramtsstudenten der Primarstufe und Krankenpflegeschüler. Insgesamt entsprechen sie weniger der herrschenden Sexualmoral. Grundsätzlich vermuten wir Unterschiede zwischen den Frauen und den Männern.*) sollten sich die häufigsten außerpartnerschaftlichen Sexualkontakte in der Gruppe der Designstudenten finden.

Zudem erlaubt dieser Fragenkomplex einen Hinweis auf die generelle Bewertung von Aspekten wie Moral, Treue und sexuelle Wertorientierung.

### **2. 3. 2. 9. Fragen zum sexuellen Erleben**

(B. Bartsch)

Hier geht es um die Bewertung des gegenwärtigen Sexuallebens, den Stellenwert des Koitus sowie um die Beziehung von Sexualität und Partnerschaft.

Bei der Frage nach Sexualkontakten ohne starke emotionale Beziehung erwarten wir geringe Zahlen, wobei zu vermuten ist, daß die Häufigkeit wiederum bei den Designstudenten größer sein dürfte.

### **2. 3. 2. 10. Fragen zu Einstellungen zur Sexualität**

(B. Bartsch)

Dieser Fragebogenteil ist deshalb von Bedeutung für die Untersuchung, weil er die sexuellen Einstellungen und Ansichten erfaßt, aus denen Handlungsweisen resultieren bzw. sich ableiten lassen.

Die Bewertung der „sexuellen Befreiung“ und der gegenwärtigen Gesellschaft im Hinblick auf Sexualität und auf die Ausbreitung von AIDS sollen Aufschluß darüber geben, ob und inwieweit sich unsere Stichproben untereinander, aber auch zu anderen Untersuchungsgruppen (Jugendliche, Allgemeinbevölkerung) unterscheiden.

### **2. 3. 2. 11. Fragen zu Sexualität und Aids**

(M. Jodexnis)

Die Fragen dieses Teiles zielen vor allem auf den Zusammenhang von Sexualität und Aids, d.h. darauf, ob und wie sich das Sexualverhalten durch Aids verändert hat, ob die kognitive und emotionale Wahrnehmung des Infektionsrisikos sowie die Absicht, sich zu schützen, bereits präventives Verhalten im Sinne von Safer Sex bewirken (vgl. hierzu auch STRAVER/RADEMAKERS 1994).

Gefragt wird nach Veränderungen in der Zahl der flüchtigen Sexualkontakte, nach risikoarmen bzw. risikoreichem Verhalten im Sinne von Safer Sex, nach der sexuellen Aktivität generell, nach Sexualpraktiken, der eigenen Befindlichkeit und Einschätzung der individuellen sexuellen Situation unter der Bedrohung durch AIDS, nach der Bereitschaft zu einem AIDS-Test sowie entsprechender Erfahrung.

Die in diesem Teil erhobenen Daten ermöglichen Aussagen sowohl über die gezeigten Sexualpraktiken und den Umgang mit AIDS als auch darüber, ob und inwieweit sich unsere Untersuchungsgruppen in ihren sexuellen Verhaltensweisen unterscheiden. Damit sind sie von besonderer Relevanz für die Hypothese I (*Lehramtsstudenten der Primarstufe und Krankenpflegeschüler sind besser über HIV und AIDS informiert und stehen der AIDS-Thematik aufgeschlossener gegenüber als Designstudenten. Grundsätzlich vermuten wir Unterschiede*



*zwischen den Frauen und den Männern.) sowie der Hypothese III (Bei den Studenten des Lehramtes Primarstufe und den Krankenpflegeschülern werden die sexuellen Kontakte unter der Bedrohung durch AIDS mehr beeinträchtigt als bei Designstudenten. Sexualität wird häufiger mit Krankheit, Tod und Mißtrauen in Verbindung gebracht; Spontaneität und Kreativität sind reduziert. Grundsätzlich vermuten wir Unterschiede zwischen den Frauen und den Männern.) und der Hypothese IV (Designstudenten zeigen weniger häufig ein präventives und nicht infektionsriskantes Sexualverhalten als Lehramtsstudenten der Primarstufe und Krankenpflegeschüler. Grundsätzlich vermuten wir Unterschiede zwischen den Frauen und den Männern.).*

Das Fehlen eines Kausalzusammenhanges zwischen AIDS und Sexualverhalten wird auch von anderen Untersuchungen bestätigt (vgl. BÖHM/ROHNER 1988; PFORR 1989; TILLMANN et al. 1990; REIMANN/BARDELEBEN 1992; ELSING et al. 1991). Beobachtet werden große Diskrepanzen zwischen Wissen über AIDS und tatsächlichem Sexualverhalten sowie studienfachspezifische Unterschiede.

### **2. 3. 2. 12. Fragen zur Informiertheit über AIDS**

(M. Jodexnis)

Mit den Fragen des letzten Fragebogenabschnittes werden Wissen und Grad der Informiertheit über AIDS, Infektionsrisiken sowie die Einschätzung verschiedener - auch ideologiegebundener - Präventionsmaßnahmen wie Zwangstest, Meldepflicht, sexuelle Enthaltsamkeit bzw. Treue erfragt.

Bei Studenten im allgemeinen sind aufgrund ihres Bildungsprivileges, bei Lehramtsstudenten der Primarstufe im besonderen aufgrund ihres beruflichen Bezuges (Verpflichtung zur Sexualerziehung und -aufklärung (vgl. SKAUMAL 1986, RICHTLINIEN FÜR DIE SEXUALERZIEHUNG IN DEN SCHULEN DES LANDES NRW, RdErl. d. Kultusministers vom 3. 5. 1974) sowie bei Krankenpflegeschülern wegen der beruflich-praxisbezogenen Relevanz sowohl ein hoher Wissensstand als auch ein größeres Interesse für die AIDS-Problematik zu erwarten.

In diesem Zusammenhang sind die beiden letzten Fragen („Glauben Sie, daß die Kenntnis von/das Wissen über AIDS Ihr zukünftiges berufliches Handeln in irgendeiner Art und Weise beeinflussen wird?“; „Haben Sie sich während Ihres Studiums/Ihrer Ausbildung schon einmal mit Fragen der Sexualerziehung und/oder AIDS beschäftigt?“) zu sehen.

### **2. 3. 3. Der formale Aufbau des Fragebogens**

(M. Jodexnis)

#### **2. 3. 3. 1. Fragenformulierung**

(M. Jodexnis)

Fragen sollten in ihrer Formulierung sprachlich eindeutig und verständlich als auch zur Beantwortung motivierend sein (vgl. TRÄNKLE 1983; FRIEDRICH 1985).

Der semantische Gehalt von Begriffen wird aber von verschiedenen Menschen entsprechend ihrer Soziogenese erfahrungs- und situationsbedingt unterschiedlich verstanden und gedeutet. Um sprachliche Mißverständnisse auszuschalten und ein möglichst homogenes Verständnis zu gewährleisten, haben wir uns um syntaktisch einfache und sprachlich klare Formulierungen bemüht. Da wir andererseits ein gewisses Maß an Homogenität der Befragten bzgl. ihres Bildungsstandes und ihrer sprachlichen Kompetenzen voraussetzen konnten, hielten wir den Gebrauch sexualwissenschaftlicher Termini wie z. B. „Masturbation“, „Koitus“, „Anal- und Oralverkehr“ wegen ihrer sprachlichen Prägnanz und Eindeutigkeit für angebracht.

Die Berechtigung der Voraussetzung bestimmter sprachlicher Erwartungen an die Befragten hat sich in den Pretests bestätigt. Lediglich nicht so geläufige und weniger bekannte Begriffe wie z. B. „Fisting“ und - seltener - „Sodomie“ wurden nachgefragt und führten zu einer entsprechenden Erläuterung in der endgültigen Fragebogenfassung.

Auf Fragen, die nicht für alle Teilnehmer zutreffen (z. B. nur für Befragte mit/ohne festen Partner; nur für Befragte mit/ohne homosexuelle(n) Kontakte; nur für Frauen/Männer), haben wir mit entsprechenden Hinweisen aufmerksam gemacht. Diese Hinweise sind optisch herausgehoben und kehren immer wieder, um Mißverständnissen vorzubeugen.

### **2. 3. 3. 2. Fragestrategien**

(M. Jodexnis)

In einem Fragebogen müssen die Fragen präzise formuliert sein und jeweils nur einen Aspekt beinhalten. Eine Mischform aus kurzen und langen Fragen bewirkt nach TRÄNKLE (vgl. TRÄNKLE 1983) informationshaltigere Antworten auch auf kurze Fragen. Unser Fragebogen setzt sich entsprechend aus meistens kurzen, aber auch längeren Fragen (z. B. 47, 64, 69, 70, 138, 139, 142) zusammen.

Wir haben - bis auf die Fragen mit Alters- und Prozentangaben - ausschließlich geschlossene Fragen mit standardisierten Antworten verwendet. Trotz ihres möglicherweise demotivierenden Effektes auf die Teilnehmer erscheinen uns die Vorteile überwiegend: Bei der Länge des Fragebogens können offene Fragen, die eine eigenständige freie Denk- und Sprachleistung erfordern, ermüdend und demotivierend sein. Das Wegfallen inhaltsanalytischer Interpretationen erleichtert zudem ganz wesentlich die Auswertung.

Geschlossene Fragen gewährleisten zudem, daß die Antworten inhaltsrelevant sind und nicht vom Thema abschweifen und Teilnehmer Fragen nicht beantworten, weil sie Formulierungsschwierigkeiten haben oder bestimmte inhaltliche Aspekte einfach vergessen.

### **2. 3. 3. 3. Antwortvorgaben**

(M. Jodexnis)

Geschlossene Fragen erfordern die Konzipierung von fragerlevanten, präzisen Antwortvorgaben. Beispielsweise bieten wir bei Frage 48 (die nach anderen als den bisher angesprochenen sexuellen Erfahrungen fragt) sechs Antwortmöglichkeiten an, die von „Sadismus/Masochismus“, „Fetischismus“, „Exhibitionismus“ bis hin zu „Sodomie“ reichen.

Da für viele Teilnehmer des Pretests die Kategorie „Sodomie“ eine nicht akzeptable Sexualpraktik darstellte, wurde auf weitere Vorgaben wie z. B. „Pädophilie“ verzichtet (Angst vor Strafverfolgung und sozialer Ächtung können hier, trotz Zusicherung von Anonymität das Antwortverhalten negativ beeinflussen).

Diese und andere sexuelle Neigungen können deshalb unter „Sonstiges“ angegeben werden. Daß wir in solchem Fall die jeweilige Spezifität nicht lokalisieren können, ist für unsere Fragestellung nicht relevant und kann deshalb vernachlässigt werden.

Da die Antwortvorgaben möglichst jedem Teilnehmer gerecht werden sollen, haben wir uns stets um ausreichende Alternativen bemüht.

#### **2. 3. 3. 4. Skalierung**

(M. Jodexnis)

Wir verwenden bei einem Teil der Fragen mehrstufige, drei- bis fünfstufige Skalierungen (vgl. ROHRMANN 1978; REIMANN/BARDELEBEN 1992; BÖHM/ROHNER 1988; CLEMENT 1986). Diese Skalierungen ermöglichen eine differenzierte Messung und lassen den Befragten ausreichend Spielraum (vgl. ROHRMANN 1978). Andere Fragen weisen nur zwei Antwortmöglichkeiten („ja/nein“) oder mehr als fünf Vorgaben auf, z. B. Fragen nach der Häufigkeit von Sexualpartnern und Sexualkontakten oder nach Erfahrungen mit verschiedenen Sexualpraktiken.

#### **2. 3. 3. 5. Antworttendenzen**

(M. Jodexnis)

Befragte zeigen ein unterschiedliches Verständnis gegenüber ein und derselben Frage sowie fragenabhängige unterschiedliche Beantwortungsprozesse (vgl. TRÄNKLE 1983), was z. T. auf die verschiedenartige Interpretation von unbestimmten Angaben wie „wenig“ oder „manchmal“ zurückzuführen ist.

Als Antworttendenzen werden „all diejenigen Anteile am Antwortverhalten, die nicht durch den jeweiligen (subjektiven) wahren Sachverhalt, sondern durch die Art der Untersuchung, durch die Frageformulierung, die Antwortvorgaben usw. bedingt sind“ (BANGE 1992, S. 70) bezeichnet.

Durch die Formulierung der Antwortvorgaben lassen sich die Befragten, gewollt oder ungewollt, auf subtile Weise in Richtung erwünschter Antworten manipulieren. Bekanntlich reagieren einige Befragte mit einem Antwortverhalten, das sie als sozial erwünschtes einschätzen, d. h. sie überlegen, welche Antwort für sie selbst, die Untersuchung oder die Gesellschaft günstig ist. Umgekehrt können Befragte absichtlich mit einem Antwortverhalten reagieren, das sie für sozial unerwünscht, abweichend oder negativ halten (vgl. MUMMENDEY In: BANGE 1992).

Weitere beobachtete Antwortphänomene sind die Bevorzugung der zustimmenden Ja-Antworten, die Präferenzierung bzw. Vermeidung extremer Antwortvorgaben. Solche Antworttendenzen lassen sich durch Suggestionsfragen zur Manipulation des Antwortverhaltens nutzen, z. B. durch Verwendung emotionaler oder mit Werturteilen verbundener Begriffe. Aber auch die Anzahl und der Inhalt der Antwortvorgaben können durchaus manipulativen Charakter haben (vgl. BANGE 1992).

Wir haben uns in unserem Fragebogen um Vermeidung von bewußten und unbewußten Manipulationen durch sachliche Formulierung und angemessene Anzahl der Antwortvorgaben bemüht. Gleichwohl sind wir mit TRÄNKLE (vgl. TRÄNKLE 1983) der Ansicht, daß das Problem der Antwortvorgaben nicht gänzlich zu lösen ist.

#### **2. 4. Warum eine Studenten-/Krankenpflegeschülerbefragung?**

(B. Bartsch)

Daß Studenten (in diesem Fall auch Krankenpflegeschüler) aufgrund ihrer exponierten gesellschaftlichen Stellung in unserer Untersuchung berücksichtigt wurden, ist in Kapitel 1. 1. erläutert worden. Die Notwendigkeit dieser Auswahl wird zudem dadurch begründet, daß alle vorliegenden Untersuchungen zum Sexualverhalten auf das Mißverhältnis zwischen Wissen und Einstellungen einerseits und realem Verhalten andererseits hinweisen, ohne eine einheitliche kausale Begründung hierfür zu liefern (vgl. BÖHM/ROHNER 1988; CLEMENT 1986; MITTAG/ROHNER 1990).

Da unsere Untersuchung ausschließlich aus Privatmitteln finanziert wurde, mußte aus Kostengründen eine inhaltliche und örtliche Beschränkung der Stichproben erfolgen. Eine Untersuchung, die repräsentativ für die gesamte BRD ist, wäre wünschenswert, ist aber nicht finanzierbar gewesen.

Aus forschungsmethodischer Sicht spricht für unsere Stichproben, daß Studenten mit schriftlichen Verfahrensweisen vertraut sind, deren Handhabung und Sinn sie nachvollziehen können. Die Skepsis gegenüber einer Befragung in Form eines Fragebogens liegt deutlich niedriger als bei anderen Bevölkerungsgruppen. Die geringe Verweigerungsrate (Designstudenten/Krankenpflegeschüler) und der hohe Rücklauf (Studenten des Lehramtes Primarstufe) sowie die kaum vorhandenen Fehler beim Ausfüllen des Fragebogens erhöhen die Validität der Untersuchung.

Ferner sprechen auch einige, für Fragebogenerhebungen grundsätzliche Bedingungen für Studenten. Unterschiedliche Untersuchungen haben bewiesen, je höher die Schulbildung und der Sozialstatus einer Population ist, desto größer ist die Akzeptanz der Untersuchung und der damit verbundene Rücklauf (vgl. TRÄNKLE 1983; FRIEDRICH 1985).

Als vorteilhaft erwies sich der Umstand, daß wir, die beiden Verantwortlichen für diese Untersuchung, zum damaligen Zeitpunkt an der Universität-GHS Essen beschäftigt und vielen Studenten/Dozenten bekannt waren, was sich als vertrauensbildend und arbeitserleichternd erwies.

## **2. 5. Der Pretest**

(M. Jodexnis)

Im Wintersemester 1992/1993 (Herbst) wurde der vorläufige Fragebogen in fünf Lehrveranstaltungen getestet und zwar in vier Veranstaltungen mit Lehramtsstudenten der Primarstufe an der (damaligen) Universität-GHS Essen sowie in einem Seminar mit Designstudenten der (damaligen) Fachhochschule Krefeld.

Nach Absprache mit den jeweiligen Dozenten wurden die Tests von uns in den Lehrveranstaltungen durchgeführt, wobei wir während der gesamten Beantwortungsdauer anwesend waren.

Insgesamt erhielten wir 75 verwertbare Antwortbögen: 66 von Primarstufen-, 9 von Designstudenten, was einen Rücklauf von beinahe 100% entspricht.

Die Seminarteilnehmer sollten bei der Beantwortung des Fragebogens auf die Verständlichkeit der Fragen und die Relevanz der Antwortvorgaben achten. Weiterhin war uns an einer persönlichen inhaltlichen Einschätzung des Fragebogens (dazu die offene Frage: „Wie fanden Sie diesen Fragebogen?“) ebenso wie an Verbesserungsvorschlägen (offene Frage: „Haben Sie sonst noch Anregungen, Hinweise oder Bemerkungen?“) gelegen. Zudem standen wir den Studenten ausdrücklich für Fragen als auch zu einer anschließenden Diskussion und Gesprächen zur Verfügung.

Es zeigte sich, daß die Beantwortungszeit zwischen 30 bis 60 Minuten variierte - eine Bandbreite, die sich bei der späteren Hauptbefragung wiederholte, wobei sich keine Korrelation zwischen Zeitdauer, Vollständigkeit der Antworten und äußerlich korrekter Form feststellen ließ.

Von den insgesamt 78 befragten Studenten verweigerten nur eine Person (Design) die Teilnahme an der Befragung. Zwei Fragebögen der Primarstufenstudenten sind nicht in die Auswertung eingegangen, da der gesamte letzte Fragenkomplex zu dem Bereich AIDS unbeantwortet geblieben war. Grund für diese geringe Ausfallquote war vor allem das für die Befragten sehr interessante Thema der Untersuchung. Dies wurde durch die Antworten auf die Frage „Wie fanden Sie diesen Fragebogen?“, die von der Hälfte (52%) mit „interessant“ bzw. „gut“ beantwortet wurde, bestätigt, auch wenn der Fragebogen von einigen (19%) als „zu (etwas) lang“ eingestuft wurde. Die Meinung, der Fragebogen sei „indiskret/zu intim“ (9%) korrelierte aber keineswegs mit Ablehnung oder negativer Beurteilung. Lediglich 3% fanden den Fragebogen unzureichend, weil sie sich in den Antwortvorgaben nicht wiederfinden konnten und mehr Antwortmöglichkeiten wünschten.

In den an die Befragung anschließenden Diskussionen sowie in den späteren Rückmeldungen, die wir von vielen Befragten erhielten, wurde das große Interesse an unserer Untersuchung re-

spektive deren Thematik, aber auch das Defizit an entsprechenden universitären Veranstaltungen immer wieder betont.

Nach Abschluß und Auswertung des Pretests wurde der Fragebogen in einigen Punkten verändert und korrigiert: Fragen wurden verständlicher und präziser formuliert, bestimmte Begriffe (z. B. Fellatio, Cunnilingus, Fisting) erklärt, Antwortkategorien zusammengefaßt (z. B. Zahl der Partner, der Sexualpraktiken) oder auch um zusätzliche Aspekte erweitert.

## **2. 6. Durchführung der Untersuchung/Datenerhebung**

(M. Jodexnis)

Die Datenerhebung erfolgte im SS 1993 und zu Beginn des WS 1993/94. Nach vorheriger Absprache mit Dozenten verschiedener Fachbereiche (Erziehungswissenschaft, Germanistik, Mathematik, Design) wurden an der (damaligen) Universität-GHS Essen 1000 Fragebögen an Lehramtsstudenten der Primarstufe verteilt, wobei sich die Anzahl der verteilten Fragebögen aus der Anzahl der zu jenem Zeitpunkt immatrikulierten Studenten (Lehramt Primarstufe: ca. 1400) ergab.

Bzgl. der Primarstufenstudenten wählten wir Lehrveranstaltungen (Seminare, Vorlesungen, Übungen) aus, die hauptsächlich von unserer Zielgruppe besucht wurden und möglichst viele Teilnehmer umfaßten. In persönlichen Gesprächen mit den jeweiligen Dozenten der verschiedenen Fachbereiche wurde der Verteilungsmodus festgelegt. Es stellte sich heraus, daß ein einheitliches Vorgehen nicht realisierbar war.

Die meisten Dozenten gewährten uns zu Beginn ihrer Veranstaltung Zeit, den Studenten unser Anliegen vorzustellen, den Umgang mit dem Antwortbogen zu erklären, Fragen zu beantworten, die Fragebögen zu verteilen sowie den Rückgabemodus zu erläutern. Viele der Dozenten betonten von sich aus die Bedeutung der Untersuchung und forderten die Studenten zur Teilnahme auf.

Einige Dozenten gewährten uns diese Zeit erst am Ende ihrer Veranstaltung, was sich als sehr ungünstig erwies, da wir auf diese Weise wegen der allgemeinen Aufbruchstimmung nur noch wenige Studenten erreichen konnten. Wieder andere erklärten sich lediglich dazu bereit, die Verteilung der Fragebögen selbst zu übernehmen bzw. die Bögen im Veranstaltungsraum be-



reitzulegen. Kaum ein Dozent verweigerte seine Unterstützung völlig; bei einigen konnten wir zwei- oder mehrfach Veranstaltungen besuchen.

Insgesamt stießen wir auf großes Entgegenkommen und hilfreiche Unterstützung bei unserer Untersuchung.

Die Rückgabemöglichkeiten waren entsprechend vielfältig. Da wir über keinerlei finanzielle Unterstützung verfügten, war die einfachste Lösung, frankierte Briefumschläge zu verteilen, nicht praktikabel. Die in Frage kommenden Möglichkeiten schienen allerdings ausreichend zu sein. Die Antwortbögen konnten in unseren Büroräumen in direkter oder indirekter Weise (Durchschieben unter der Tür), in von uns mitgelieferten und adressierten Briefumschlägen beim Pförtner oder bei den Dozenten abgegeben werden. Wo immer es möglich war, haben wir selbst eine Woche später die Antwortbögen vor Ort eingesammelt. Ein Teil der Antwortbögen wurde uns in unseren eigenen Lehrveranstaltungen, aber auch bei zufälligem Aufeinandertreffen ausgehändigt.

Die Befragung im Fachbereich Design (sowohl Essen als auch Krefeld) gestaltete sich aufgrund der spezifischen Studieninhalte und der weniger reglementierten Studienbedingungen weitaus schwieriger.

Es gibt in diesem Fachbereich wenig gemeinsame Pflichtveranstaltungen in Form von Seminaren oder Vorlesungen; vielmehr arbeiten die Studierenden recht eigenständig größtenteils in den verschiedenen Werkstattbereichen oder zu Hause. Dabei gibt es wenig zeitliche Festlegungen, so daß die Präsenz der Designstudenten extrem variabel und nicht voraussagbar ist.

Ein Vorgehen analog dem der Befragung der Primarstufenstudenten erwies sich als problematisch. Da auch die Dekane aus Essen und Krefeld eine andere Vorgehensweise empfahlen, besuchten wir nach Absprachen mit den jeweiligen Dozenten gezielt solche Pflichtveranstaltungen, die erwartungsgemäß gut frequentiert waren. Die Befragung wurde in unserer Anwesenheit durchgeführt, wobei wir ausdrücklich auf die Freiwilligkeit der Teilnahme verwiesen. Die ausgefüllten Antwortbögen wurden direkt bei uns oder in Briefumschlägen später beim Pförtner bzw. in unseren Büros abgegeben.

Die Befragung der Krankenpflegeschüler wurde ebenfalls in direkter Form durchgeführt. Die Krankenpflegeschulen (Krupp-Krankenhaus Essen, Klinikum Essen) stellten uns nicht nur

alle laufenden Kurse (Unter-, Mittel-, Oberkurs) zur Verfügung, sondern bereiteten die Teilnehmer vorab per Ankündigung auf die Befragung vor und stellten uns ausreichend Zeit (Doppelstunde) und Räumlichkeiten bereit.

Unsere Anwesenheit während der Befragung wurde allerdings zur unabdingbaren Voraussetzung gemacht.

Schulleiter und Dozenten zeigten ein großes Interesse an unserer Studie, nicht zuletzt deshalb, weil die AIDS-Problematik aufgrund der praktischen Relevanz inzwischen Inhalt des schulischen Lehrplans ist. Zusätzlich wurden zur Sicherung von Anonymität und Privatsphäre ausreichende Räumlichkeiten zur Verfügung gestellt, so daß die Teilnehmer den Fragebogen unbeobachtet und ungestört beantworten konnten.

## **2. 7. Die Stichprobe**

(M. Jodexnis)

Von den 1000 bei den Studierenden der Primarstufe verteilten Fragebögen kamen 435 zurück, was einem Rücklauf von 43,5% entspricht.

65 konnten nicht verwertet werden, weil es sich entweder nicht um Studierende der Primarstufe handelte oder der Fragebogen sehr unvollständig ausgefüllt war. Bei den Designstudenten und den Krankenpflegeschülern betrug der Rücklauf aufgrund der Direktbefragung beinahe 100%. Insgesamt gehen 370 Studierende der Primarstufe, 126 Designstudenten und 97 Krankenpflegeschüler in die Analyse mit ein.

Bei den Studierenden der Primarstufe gestaltet sich das Geschlechtsverhältnis erwartungsgemäß mit 325 (87,8%) zu 45 (12,2%) zugunsten der weiblichen Studenten. Von den insgesamt 126 in die Auswertung eingegangenen Designstudenten sind 69 (54,8%) weiblich und 57 (45,2%) männlich. Von den 97 verwertbaren Krankenpflegeschülern sind 68 (70,1%) weiblichen und 29 (29,9%) männlichen Geschlechts.

Hinsichtlich Alter und Schulbildung sind die Untersuchungsgruppen vergleichbar bzw. beinahe identisch: Die Lehramtsstudenten und Krankenpflegeschüler sind durchschnittlich 23 Jahre, die Designstudenten 25 Jahre alt. Die Differenz von zwei Jahren erklärt sich aus dem höheren Anteil männlicher Studenten (Wehr-, Zivildienst) bei den Designern.

Mehr als zwei Drittel der Krankenpflegeschüler haben Abitur bzw. Fachhochschulreife. Die N = 2 (2,1%) Krankenpflegeschüler mit Hauptschulabschluß und die N = 23 (23,7%) mit Mittlerer Reife werden in der Untersuchung nicht berücksichtigt. Die N = 11 (m: 1, w: 10) Krankenpflegeschüler mit Berufsausbildung besaßen alle die Fachhochschulreife und wurden entsprechend zugeordnet. Verglichen mit der Stichprobe von KARCHES et al. (vgl. KARCHES et al. 1991) findet sich zwar einerseits eine Übereinstimmung hinsichtlich des niedrigen Anteiles von Teilnehmern mit Hauptschulabschluß (KARCHES et al.: 3%), andererseits eine gravierende Divergenz bezüglich der mittleren und höheren Schulbildung (KARCHES et al.: Mittlere Reife: 67%, Abitur/Fachabitur: 30%).

Der Großteil der Befragten ist ledig (Lehramt: (91,6%), Design: (92,9%), Krankenpflege: (87,6%). Katholisch sind 48 % der Primarstufenstudenten, 47% der Designstudenten und 36% der Krankenpflegeschüler. Politisch stuft sich der größte Teil der Lehramtsstudenten mit 48% und der Krankenpflegeschüler mit ebenfalls 48% als sozialdemokratisch ein. Bei den Designstudenten überwiegt mit 30% die Fraktion der undogmatisch Linken.

Der Anteil Homosexueller/Bisexueller ist insgesamt gering (Design: (12%), Lehramt: (2%), Krankenpflege: (3%)), liegt aber bei den Designstudenten deutlich höher.

## **2. 8. Die Gültigkeit der Ergebnisse**

(M. Jodexnis)

Die Gültigkeit der Ergebnisse dieser Untersuchung ist - wie bei fast allen anderen Studien - durch die Verweigerungsrate eingeschränkt.

Die Gründe für eine Teilnahme oder Verweigerung sind in der Regel nicht feststellbar. Denkbar ist, daß Desinteresse am Thema, Scham, die Intimität und Brisanz der Fragen, der ungewohnte Umgang mit bzw. eine völlige Ablehnung von Instrumenten wie einem Fragebogen zur Antwortverweigerung führen. Ein weiterer Grund für eine Verweigerung könnte der Zeitaufwand sein.

Umgekehrt motivieren Interesse am Untersuchungsthema, Beherrschung der Sprache sowie eine positive Einstellung gegenüber Befragungen sicherlich zur Teilnahme.

Die Validität von Untersuchungsergebnissen wird weiterhin eingeschränkt durch die Tendenz zu sozial erwünschtem Antwortverhalten, der individuellen thematischen Betroffenheit der Teilnehmer, ihrer sexuellen Erfahrungen oder sexualmoralischer/sexualpolitischer Einstellungen. D. h., die Validität der Antworten wird in dem Maße fraglicher, je heikler die Thematik ist.

Es ist „mit erheblicher Unsicherheit zu rechnen, und es fragt sich, was die Antworten auf eine Befragung wirklich wert sind, inwieweit sie Verhalten tatsächlich abbilden oder gar zu prognostizieren erlauben“ (KREUTZ 1986/87, S. 129). Dies trifft besonders auf sexualwissenschaftliche Untersuchungen zu.

Ein zusätzliches, nicht unproblematisches Kriterium ist das der Repräsentativität von Stichproben. Unsere Stichprobe basiert insgesamt nicht auf reiner Zufallsauswahl (dazu hätte es der entsprechenden Verwaltungsunterlagen bedurft, die uns aus Datenschutzgründen verweigert wurden), sondern auf situationsspezifischen Bedingungen, auf die wir zum Teil keinerlei Einfluß hatten.

Gleichwohl sind wir der Ansicht, mit unserer Untersuchung Ergebnisse vorweisen zu können, die zumindest tendenziell über den Rahmen unserer spezifischen Stichprobe hinausgehen.

Darüber hinaus sind auch die nach Zufallskriterien ausgewählten Stichproben nicht unbedingt repräsentativer als beispielsweise die unsere, da sich bei ihnen die Problematik und Bewertung der Verweigerung ebenso stellt. „Selbst repräsentativ ausgesuchte Bruttostichproben werden durch Totalverweigerungen und fragenspezifische Verweigerungen in ihrer Aussagekraft erheblich eingeschränkt, wenn angenommen werden kann, daß sich die Verweigerer systematisch von den Respondenten unterscheiden. Selbst statistische Signifikanztests werden damit sinnlos....“ (BARDELEBEN/REIMANN 1992, S. 200). D. h., daß eine Stichprobe als „unverfälschter Ausschnitt der Grundgesamtheit“ (ebenda, S. 201) immer durch Verweigerungen verfälscht wird, da sich Teilnehmer und Verweigerer grundlegend unterscheiden durch das Faktum der Teilnahme an der Befragung, aus welchen Gründen heraus auch immer. Teilnehmer verhalten sich sozial wünschbar, Verweigerer sozial nicht wünschbar, d. h., daß jede Stichprobe letztendlich nicht repräsentativ ist (nicht sein kann), da sie immer nur aus der Nettostichprobe der Beantworter und damit einer Auswahl besteht, ob es sich um eine strenge Zufallsstichprobe handelt oder nicht.

Der Wert unserer Ergebnisse kann beeinträchtigt werden durch die unterschiedliche Art (direkt/indirekt) der Befragung. Da aber z. B. alle Pretests in unserer Anwesenheit durchgeführt wurden und sich keine bedeutsamen Unterschiede verglichen mit der (indirekten) Hauptbefragung der Primarstufenstudenten feststellen lassen, erscheint dieser Aspekt weniger gravierend.

Den Designstudenten und Krankenpflegeschülern war zudem die Teilnahme ausdrücklich freigestellt, so daß auch hier die Beantwortung auf freiwilliger Basis beruhte. STUMPE (vgl. STUMPE 1991) vertritt in seiner kritischen Methodendiskussion der vergleichenden Untersuchungen zwischen BRD- und DDR-Studenten (CLEMENT 1990) die Ansicht, daß nicht die unterschiedliche Form der Befragung (BRD: indirekt, DDR: direkt), sondern gesellschaftspolitische und soziokulturelle Bedingungen für die niedrigere Verweigerungsquote in der DDR verantwortlich waren. Nicht der soziale Druck, ausgeübt durch die Anwesenheit des Forschers oder der Gruppe seien von entscheidender Bedeutung, vielmehr u. a. die „oft beklagte Befragungsmüdigkeit“ (STUMPE 1991, S. 153) in der BRD, die in der DDR aufgrund des Seltenheitswertes von Befragungen nicht vorhanden war.

Natürlich kommt der Methodik bei sozialwissenschaftlichen Untersuchungen eminente Bedeutung zu; allerdings lassen sich bei der Interpretation von Daten aus Befragungen „mögliche inhaltliche Zusammenhänge auf eine methodische Fehlerdiskussion reduzieren und somit nahezu jede empirische Untersuchung einer vernichtenden Kritik unterwerfen (...). Insofern kann eine methodische kopflastige Diskussion auch neue Hypothesenbildungen und somit Erkenntnisfortschritte verhindern“ (STUMPE 1991, S. 155).

Auch „die Aktualität der mit AIDS verbundenen Probleme und der Mangel an umfassenden Informationen rechtfertigen die Veröffentlichung auch rein deskriptiver Befunde“ (KREUTZ 1986/87, S. 129). Eine zusätzliche Absicherung erhält unsere Untersuchung durch den auf Vergleichbarkeit mit anderen Studien angelegten Fragebogen.

Aus den genannten Gründen sind wir der Meinung, daß unsere Daten zwar nicht strengsten sozialwissenschaftlichen methodischen Kriterien entsprechen, gleichwohl aber aussagefähige Erkenntnisse über sexuelle Einstellungen und Verhaltensweisen im Kontext von AIDS in einer Stichprobe bildungsmäßig privilegierter, sexuell aktiver Bevölkerungsgruppe liefern können.

## **2. 9. Das statistische Auswertungsverfahren**

(M. Jodexnis)

Die Datenanalyse erfolgte unter SPSS für Windows. Die Datendatei wurde von den Autoren persönlich erstellt und einer Kontrolle auf Eingabefehler unterzogen.

Aufgrund des vorliegenden Datenniveaus (Nominal- und Ordinalskalen), des Niveaus unserer Stichprobe (keine Zufallsauswahl) als auch unserer Hypothesen haben wir bei der statistischen Auswertung der Daten respektive der Überprüfung der Hypothesen mit Absicht (auf Anraten unseres ersten Betreuers) auf bestimmte statistische Verfahren verzichtet.

In einem ersten Schritt wurden für alle 143 Variablen die prozentualen Häufigkeiten für die Gesamtstichprobe, die drei Fachgruppen (Design, Lehramt, Krankenpflege) sowie das Geschlecht erstellt. Anschließend wurden Korrelationen zwischen für die Fragestellung relevanten Variablen mit der als unabhängig gesetzten Variable Fachgruppe, kontrolliert nach dem Geschlecht, errechnet.

Die nach Fach- und Geschlechtsgruppen differenzierten Ergebnisse erlauben detaillierte Aussagen über Verhalten und Einstellungen der verschiedenen Teilnehmer. Für die Kreuztabellierung wurden die Signifikanzen auf der Basis des Chi-Quadrat verwendet; das Signifikanzniveau wurde auf eine Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% ( $p \leq 0,05$ ) festgelegt.

Aus Gründen der Vergleichbarkeit mit den beiden Studentengruppen sind in die Auswertung nur die Krankenpflegeschüler mit einem vergleichbaren Bildungsabschluß (Hochschul- und Fachhochschulreife) eingegangen.

### 3. Überprüfung der Hypothesen

(M. Jodexnis)

Zur Überprüfung unserer Hypothesen haben wir uns für das Verfahren der Kreuztabellierung entschieden. Die Kreuztabellen werden auf den Ebenen der drei Fachgruppen Design, Lehramt, Krankenpflege sowie des Geschlechts erstellt.

Das Signifikanzniveau wurde auf 5% ( $p \leq 0,05$ ) festgelegt, d. h., Unterschiede werden dann als bedeutsam angesehen, wenn die Fehlerwahrscheinlichkeit kleiner oder gleich 0,05 ist.

Für die Hypothesenüberprüfung konzentrieren wir uns auf die Darstellung und Interpretation der signifikanten Ergebnisse. Entsprechend werden nur Tabellen mit signifikanten Korrelationen abgebildet; eine Ausnahme bilden alle Variablen, die Signifikanzen für die drei Fach- und nur eine der Geschlechtsgruppen aufweisen. In diesen Fällen werden alle drei Kreuztabellen veröffentlicht.

Die Kreuztabellen für die fachgruppenbezogene Differenzierung werden für die Gesamtstichprobe, spezifiziert nach den drei Fachgruppen Design, Lehramt und Krankenpflege, erstellt (Tabelle A: Gesamt). Hier lassen sich alle signifikanten Unterschiede zwischen den Fachgruppen ablesen. Weiterhin werden die Fachgruppen getrennt nach den Geschlechtern behandelt (Tabelle B: Männer; Tabelle C: Frauen). Hier wird ersichtlich, ob und wie sich die jeweils männlichen und weiblichen Design-, Lehramtsstudenten und Krankenpflegeschüler voneinander unterscheiden.

Ergeben sich in einer Variablen signifikante Geschlechtsunterschiede innerhalb der Gesamtstichprobe oder innerhalb der Fachgruppen, wird dies in Tabelle D: Männer und Frauen dokumentiert. Hier läßt sich ablesen, ob und wie sich die Männer und Frauen einer Gruppe voneinander unterscheiden.

Aus Gründen der Vollständigkeit werden alle überprüften Variablen, bei denen weder fachgruppen- noch geschlechtsspezifische Unterschiede im Antwortverhalten eine Rolle spielen ( $p > 0,05$ ), zusammenfassend am Ende des jeweiligen Kapitels in Tabellenform wiedergegeben.

Die Auswahl der in die Berechnung eingehenden Variablen erfolgt anhand ihrer Relevanz für die einzelnen Hypothesen, d. h. nicht alle Variablen, die unser Fragebogen enthält, sind zur Hypothesenüberprüfung herangezogen worden. Einige zuvor als wichtig und notwendig erachtete Fragen erwiesen sich im Verlauf der Arbeit als weit weniger aussagekräftig für unsere Fragestellungen.

Weiterhin werden die Ergebnisse der Häufigkeitsauswertung berücksichtigt, indem einige Variablen (VAR. 35, 36, 37, 42, 43, 44, 57 und 58) umkodiert, d. h., Antwortkategorien dort, wo es sinnvoll erscheint, zusammengefaßt werden.

Die Variablen mit drei Antwortmöglichkeiten gehen nicht in die Auswertung ein, da eine Signifikanzberechnung auf dem Niveau der Kreuztabelle nicht möglich ist. Wir erlauben uns allerdings, in ausgewählten Fällen auf „Ergebnisse“ der Berechnung mit dem Mehrfachantwortenset zu verweisen.

Wir beziehen die Hypothesenüberprüfung ausschließlich auf die heterosexuellen Befragten, da für uns vorrangig die heterosexuellen Studenten und Krankenpflegeschüler interessant sind. Sie können aufgrund der fortschreitenden Verbreitung von AIDS in der heterosexuellen Bevölkerung (vgl. Kap. 1. 2.) als besonders gefährdet gelten.



### 3. 1. Hypothese I (M. Jodexnis)

*„Lehramtsstudenten der Primarstufe und Krankenpflegeschüler sind besser über HIV und AIDS informiert und stehen der AIDS-Thematik aufgeschlossener gegenüber als Designstudenten.“*

*Grundsätzlich vermuten wir Unterschiede zwischen den Frauen und den Männern. “*

In die Überprüfung von Hypothese I werden 22 Variablen aus den Fragebogenbereichen

- „Heterosexuelles Verhalten seit der Pubertät“ (VAR. 33)
- „Einstellungen und Meinungen zur Sexualität“ (VAR. 71, 72, 73)
- „Sexualität und AIDS“ (VAR. 78, 79, 80, 82, 83, 84, 85, 93, 116)
- „Informiertheit über AIDS“ (VAR. 122, 126, 129, 131, 132, 136, 138, 142, 143)

einbezogen. Es handelt sich hierbei um Fragen, die Aussagen über das Wissen der Befragten hinsichtlich der AIDS-Thematik und ihre Einstellung zur AIDS-Prävention zulassen.

Die VAR. 122, 123, 126, 129 und 136 erfragen den Grad des Wissens über AIDS.

Die Dimension „Einstellung zur AIDS-Thematik/Aufgeschlossenheit gegenüber der AIDS-Prävention“ umfaßt sowohl Einstellungs-, Wissens- und Verhaltensfragen. Einige Variablen haben einen stärkeren gesellschaftspolitischen Bezug und geben Aufschluß über die Einstellung zur sexuellen Liberalisierung (VAR. 71, 72 und 73) und zur gesellschaftlichen Bedeutung und „Wertigkeit“ von AIDS (VAR. 131 und 138) sowie zu verschiedenen politischen Handlungsmöglichkeiten zur AIDS-Bekämpfung (VAR. 132). Die Aufgeschlossenheit gegenüber HIV und AIDS-Prävention wird gemessen an Fragen zur Kondomeinschätzung (VAR. 93), zu persönlichen Kontakten zu HIV-Positiven (VAR. 116) sowie der Bedeutung der AIDS-Thematik für Studium/Ausbildung und Beruf (VAR. 142 und 143).

Einige Variablen erfassen eher die Folgen der persönlichen Informiert- bzw. Nichtinformiertheit über AIDS auf das Sexualverhalten (VAR. 33, 78, 79, 80, 82, 83, 84 und 85), geben aber gleichzeitig Aufschluß über das tatsächliche Wissen bzgl. HIV und AIDS.

VAR. 122: „Wie gut glauben Sie, über AIDS informiert zu sein?“

Eine jeweils unterschiedlich große Mehrheit der Befragten aller drei Fachgruppen bezeichnet sich als ausreichend, je eine Minderheit als schlecht über AIDS informiert. Die Krankenpflegeschüler halten sich erwartungsgemäß und signifikant aufgrund ihrer beruflichen Disposition für sehr gut informiert (38,1%). Zwar stufen sich die Designer geringfügig häufiger als die Lehramtsstudenten als schlecht informiert ein, zeigen jedoch deutlich höhere Werte in der Kategorie „sehr gut informiert“ (22,2% gegenüber 14,7% ).

**Tabelle 1 A: Gesamt**

VAR 122 Wie gut glauben Sie, über AIDS informiert zu sein?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	bin sehr gut informiert	22,2	14,7	38,1	20,1	119
2	bin ausreichend informiert	72,2	80,7	59,8	75,5	446
3	bin schlecht informiert	5,6	4,6	2,1	4,4	26
	%	100	100	100	100	
	N	126	368	97		591
	p = 0,000					
	Fehlende Antworten: 2					

Das Ergebnis bei den Männern ist mit  $p \geq 0,05$  nicht signifikant, d.h., die Männer zeigen ein fachgruppenunabhängiges Antwortverhalten.

**Tabelle 1 B: Männer**

VAR. 122 Wie gut glauben Sie, über AIDS informiert zu sein?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	bin sehr gut informiert	28,1	15,6	41,4	26,7	35
2	bin ausreichend informiert	63,2	75,6	58,6	66,4	87
3	bin schlecht informiert	8,8	8,9	-	6,9	9
	%	100	100	100	100	
	N	57	45	29		131
	p = 0,093					
	Fehlende Antworten: 0					

Bei den Frauen weisen die Krankenpflegerinnen signifikant mit 36,8% (Design: 17,4%; Lehramt: 14,6%) den höchsten Wissensgrad auf. Erwartungsgemäß sollten die Lehramtsstudenten

(männlich und weiblich) aufgrund ihrer größeren beruflichen Nähe zu Sexualität und AIDS einen höheren Wissensstandard besitzen als die Designstudenten. Daß dies wider Erwarten nicht der Fall ist, mag u. a. an der Vernachlässigung des entsprechenden thematischen Angebotes an der Universität Essen liegen, andererseits an einer eher konservativen und statischen Einstellung der Lehramtsstudenten bzw. einer größeren Sensibilität der eher permissiveren Designstudenten gegenüber Sexualität und AIDS (vgl. nachfolgende Hypothesen).

**Tabelle 1 C: Frauen**

VAR. 122 Wie gut glauben Sie, über AIDS informiert zu sein?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	bin sehr gut informiert	17,4	14,6	36,8	18,3	84
2	bin ausreichend informiert	79,7	81,4	60,3	78,0	359
3	bin schlecht informiert	2,9	4,0	2,9	3,7	17
	%	100	100	100	100	
	N	69	323	68		460
	p = 0,001					
	Fehlende Antworten: 2					

**Tabelle 1 D: Männer und Frauen**

VAR. 122 Wie gut glauben Sie, über AIDS informiert zu sein?

	Antwortkategorien	Gesamt		Design		Lehramt P.		Krankenpflege	
		m	w	m	w	m	w	m	w
1	sehr gut	26,7	18,3	28,1	17,4	15,6	14,6	41,4	36,8
2	ausreichend	66,4	78,0	63,2	79,7	75,6	81,4	58,6	60,3
3	schlecht	6,9	3,7	6,8	2,9	8,9	4,0	-	2,9
	%	100	100	100	100	100	100	100	100
	N	131	460	57	69	445	323	29	68
	p	p = 0,020		p = 0,330		p = 0,094		p = 0,614	
	N = 587								

Signifikante geschlechtsspezifische Unterschiede finden sich nur in der Gesamtstichprobe. Die Männer halten sich insgesamt häufiger als die Frauen für sehr gut informiert, schätzen sich andererseits aber auch häufiger als schlecht informiert ein. Möglicherweise läßt sich dieser Geschlechtsunterschied nicht nur mit dem tatsächlichen Wissenstand erklären, sondern auch mit einer unterschiedlichen Selbsteinschätzung bzgl. des vorhandenen Wissens.

Befragungen von medizinischem Personal ergaben gravierende Wissenslücken (vgl. ZUBER/WERNER 1993) und große Unsicherheiten bezüglich des berufsbedingten Infektionsrisikos (vgl. RICHARDSON et al. 1987 in: KARCHES et al. 1991). Krankenpflegeschüler schnitten hinsichtlich ihres Wissens über AIDS besser ab als bereits ausgebildetes Pflegepersonal (vgl. BIRKNER et al. 1990). Auch ELSING et al. fanden bei ihren Studenten erhebliche Wissensdefizite mit studienfachspezifischen Ausprägungen; hier erwiesen sich die Mediziner als am besten informiert. Fehlendes Wissen korrelierte positiv mit riskantem Verhalten, besonders bei den männlichen geisteswissenschaftlichen Studenten (vgl. ELSING et al. 1991). Abweichend stellten SCHEIPL et al. keine bemerkenswerten Wissenslücken bei ihren Befragten fest, so daß ihnen eine Unterscheidung in wissende und unwissende Studenten nicht möglich erschien (vgl. SCHEIPL et al. 1995). Die deutsche Allgemeinbevölkerung stufte sich im vergleichbaren Zeitraum (1994) weniger häufig als sehr gut (9%) und häufiger als schlecht informiert (21%) ein. In der Altersgruppe der 16-29jährigen lagen beide Werte bei etwa 14% (vgl. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung – im folgenden BZgA -1995).

VAR. 126: „*Wie häufig diskutieren Sie im Freundeskreis über AIDS?*“

Die Frage wird von den Studenten häufiger negativ beantwortet als von den Krankenpflegeschülern, von den Lehramtsstudenten am häufigsten: 16,5% der angehenden Lehrer geben an, niemals im Freundeskreis über AIDS zu diskutieren, während dies bei nur 11,3% der Krankenpflegeschüler der Fall ist (Design: 14,3%). In allen drei Fachgruppen wird AIDS von der überwiegenden Mehrheit zumindest gelegentlich zum Diskussionsthema gemacht.

**Tabelle 2 A: Gesamt**

VAR. 126 Wie häufig diskutieren Sie im Freundeskreis über AIDS?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	nie	14,3	16,5	11,3	15,2	90
2	manchmal	81,0	82,2	82,5	82,0	486
3	häufig	4,8	1,4	6,2	2,9	17
	%	100	100	100	100	
	N	126	370	97		593
	p = 0,046					
	Fehlende Antworten: 0					

Daß AIDS für die Mehrheit der Befragten ein zumindest zeitweilig diskutiertes Thema darstellt, berichtete auch NEUBAUER (vgl. NEUBAUER 1989a und 1994). In dieser Frage unterscheidet sich unsere Stichprobe kaum von der Allgemeinbevölkerung (vgl. BZgA 1995).

Die Gruppe der Männer zeigt bei einer Signifikanz von  $p = 0,036$  ein interessantes Ergebnis. Die Anzahl der Befragten, die AIDS „nie“ im Freundeskreis diskutieren, fällt bei den Lehramtsstudenten mit 24,4% deutlich höher aus als bei den Designstudenten (17,5%) und vor allem den Krankenpflegeschülern, die hier keine Nennung aufweisen. Für mehr als 90% der männlichen Krankenpfleger bildet AIDS ein gelegentliches (die Studenten liegen um mehr als 15 Prozentpunkte darunter) und für ca. 7% ein häufiges Gesprächsthema. Die männlichen Lehramtsstudenten erweisen sich aufgrund ihrer relativ hohen Antwortquote in der Kategorie „nie“ und ihrer Nullnennung in der Kategorie „häufig“ als besonders ignorant bzw. unwillig gegenüber diesem Gesprächsthema.

#### **Tabelle 2 B: Männer**

VAR. 126 Wie häufig diskutieren Sie im Freundeskreis über AIDS?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	nie	17,5	24,4	-	16,0	21
2	manchmal	77,2	75,6	93,1	80,2	105
3	häufig	5,3	-	6,9	3,8	5
	%	100	100	100	100	
	N	57	45	29		131
	p = 0,036					
	Fehlende Antworten: 0					

#### **Tabelle 2 C: Frauen**

VAR. 126 Wie häufig diskutieren Sie im Freundeskreis über AIDS?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	nie	11,6	15,4	16,2	14,9	69
2	manchmal	84,1	83,1	77,9	82,5	381
3	häufig	4,3	1,5	5,9	2,6	12
	%	100	100	100	100	
	N	69	325	68		462
	p = 0,209					
	Fehlende Antworten: 0					

Das Ergebnis der Frauenstichprobe zeigt keine Unterschiede in den Fachgruppen ( $p \geq 0,05$ ).

Ein geschlechtsspezifischer Unterschied konnte weder für die Gesamtstichprobe noch für eine der drei Studiengruppen festgestellt werden: alle Frauen und Männer beantworten die Frage ähnlich.

VAR. 71: *“Halten Sie, insgesamt gesehen, die `Sexuelle Befreiung` für eine gute oder schlechte Entwicklung?“*

Bei der Beantwortung dieser Frage zeigen nur die Männer signifikante Unterschiede im Antwortverhalten. Die überwiegende Mehrheit der Befragten aller drei Fachgruppen bewertet die sexuelle Entwicklung als positiv, wobei die Lehramtsstudenten deutlich häufiger eine negative Einschätzung zeigen.

**Tabelle 3 B: Männer**

VAR. 71 Die „Sexuelle Befreiung“ ist eine

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	gute Entwicklung	96,4	82,2	93,1	90,7	117
2	schlechte Entwicklung	3,6	17,8	6,9	9,3	12
	%	100	100	100	100	
	N	55	45	29		129
	p = 0,047					
	Fehlende Antworten: 2					

**Tabelle 3 C: Frauen**

VAR. 71 Die „Sexuelle Befreiung“ ist eine

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	gute Entwicklung	85,7	83,2	85,3	83,9	375
2	schlechte Entwicklung	14,3	16,8	14,7	16,1	72
	%	100	100	100	100	
	N	63	316	68		447
	p = 0,837					
	Fehlende Antworten: 15					

Geschlechtsspezifische Unterschiede in der Bewertung der „sexuellen Befreiung“ gibt es lediglich bei den Designstudenten; alle anderen Männer und Frauen zeigen ein ähnliches Antwortverhalten. Mehr als dreimal so viele Designstudentinnen (14,3%) als Designstudenten (3,6%) halten die „sexuelle Befreiung“ für eine schlechte Entwicklung.

**Tabelle 3 D: Männer und Frauen**

VAR. 71 Die „Sexuelle Befreiung“ ist eine

	Antwortkategorien	Gesamt		Design		Lehramt P.		Krankenpflege	
		m	w	m	w	m	w	m	w
1	gute Entwicklung	90,7	83,9	96,4	85,7	82,2	83,2	93,1	85,3
2	schlechte Entwicklung	9,3	16,1	3,6	14,3	17,8	16,8	6,9	14,7
	%	100	100	100	100	100	100	100	100
	N	129	447	55	63	45	316	29	68
	p	0,054		0,047		0,866		0,285	
	N = 576								

VAR. 72 fragt, ob die Teilnehmer der Ansicht sind, die „Sexuelle Befreiung“ habe zur Ausbreitung von AIDS beigetragen.

Die Mehrheit der Krankenpflegeschüler (62,9%) und der Designstudenten (48,8%) antwortet positiv, ist also der Ansicht, die „sexuelle Befreiung“ habe zur Ausbreitung von AIDS beigetragen. Während die Krankenpfleger diesen Standpunkt vehement vertreten, glaubt mehr als die Hälfte (52,6%) der Lehramtsstudenten an eine lediglich geringe Beeinflussung. Die Designstudenten sprechen sich etwas häufiger gegen einen Zusammenhang aus.

**Tabelle 4 A: Gesamt**

VAR. 72 Glauben Sie, daß die „Sexuelle Befreiung“ zur Ausbreitung von AIDS beigetragen hat?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	ja	48,8	41,2	62,9	46,3	272
2	kaum	41,3	52,6	30,9	46,7	274
3	nein	9,9	6,2	6,2	7,0	41
	%	100	100	100	100	
	N	121	369	97		587
	p = 0,001					
	Fehlende Antworten: 6					

Bei den Männern gibt es keine signifikanten Unterschiede im Antwortverhalten, d.h., die männlichen Lehramts- und Designstudenten sowie die Krankenpflegeschüler schätzen die „sexuelle Befreiung“ ähnlich ein.

**Tabelle 4 B: Männer**

VAR. 72 Glauben Sie, daß die „Sexuelle Befreiung“ zur Ausbreitung von AIDS beigetragen hat?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	ja	48,1	40,0	48,3	45,3	58
2	kaum	38,9	53,3	41,4	44,5	57
3	nein	13,0	6,7	10,3	10,2	13
	%	100	100	100	100	
	N	54	45	29		128
	p = 0,622					
	Fehlende Antworten: 3					

Von den Frauen sind die Designerinnen (49,3%) und besonders die Krankenpflegerinnen (69,1%) der Meinung, die „Sexuelle Befreiung“ habe entscheidend zur Ausbreitung von AIDS beigetragen. Die Lehramtsstudentinnen vermuten mehrheitlich (52,5%) einen geringen Zusammenhang. Keine Wechselbeziehung zwischen „sexueller Befreiung“ und AIDS sehen die Studentinnen, vor allem die des Faches Design (7,5%), etwas häufiger als die Krankenpflegerinnen (4,4%).

**Tabelle 4 C: Frauen**

VAR. 72 Glauben Sie, daß die „Sexuelle Befreiung“ zur Ausbreitung von AIDS beigetragen hat?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	ja	49,3	41,4	69,1	46,6	214
2	kaum	43,3	52,5	26,5	47,3	217
3	nein	7,5	6,2	4,4	6,1	28
	%	100	100	100	100	
	N	67	324	68		459
	p = 0,001					
	Fehlende Antworten: 6					

Die Differenzierung nach dem Geschlecht ergibt keine signifikanten Unterschiede im Antwortverhalten von Männern und Frauen der verschiedenen Fachgruppen.



VAR. 73: „Erleben Sie die gegenwärtige Gesellschaft in sexueller Hinsicht als zu freizügig, richtig, zu repressiv?“

Die Einschätzung des sexuellen Aspektes der Gesellschaft fällt in den drei Fachgruppen signifikant ( $p = 0,000$ ) sehr unterschiedlich aus. Am deutlichsten schätzen die Krankenpfleger die Gesellschaft in sexueller Hinsicht als „zu freizügig“ ein. Mit 42,1%, die diese Meinung vertreten, überragen sie die Lehramtsstudenten (20,4%) um mehr als das Doppelte und die Designstudenten (24,6%) um nicht ganz ein Fünftel. Während weit mehr als die Hälfte (63,3%) der Lehramtsstudenten den sexuellen Status als „richtig“ empfinden, hält ihn knapp ein Drittel (32,2%) der Designer für „zu repressiv“. Es zeigt sich, daß die Designstudenten als einzige Gruppe die Gesellschaft in sexueller Hinsicht häufiger als zu unterdrückend einschätzt als für zu tolerant. Die Krankenpflegeschüler empfinden zu einem geringeren Teil als die Studenten die Gesellschaft als sexuell „zu repressiv“.

In der Männerstichprobe spielt die Fachgruppenzugehörigkeit keine Rolle: Design- und Lehramtsstudenten sowie Krankenpflegeschüler beantworten die Frage ähnlich.

**Tabelle 5 A: Gesamt**

VAR. 73 Die gegenwärtige Gesellschaft erleben Sie als sexuell

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	zu freizügig	24,6	20,4	42,1	24,9	142
2	richtig	43,2	63,3	44,2	56,0	319
3	zu repressiv	32,2	16,2	13,7	19,1	109
	%	100	100	100	100	
	N	118	357	95		570
	p = 0,000					
	Fehlende Antworten: 23					

Die Krankenpflegerinnen halten die gegenwärtige Gesellschaft mit 47,8% deutlich häufiger für zu freizügig als die anderen Frauen (Design: 32,3%; Lehramt: 21,5%). Erstaunlich erscheint, daß mehr Design- als Lehramtsstudentinnen diese Einschätzung teilen. Während die Mehrheit der Lehramtsstudentinnen (63,5%) die Gesellschaft in sexueller Hinsicht für richtig hält, stimmen lediglich ca. 40% der anderen Frauen dieser Ansicht zu. Die Designstudentin-

nen stellen mit 27,7% den weitaus größten Teil der Frauen, denen die Gesellschaft sexuell zu repressiv erscheint (Lehramt: 15,1%; Krankenpflege: 10,4%).

**Tabelle 5 B: Männer**

VAR. 73 Die gegenwärtige Gesellschaft erleben Sie als sexuell

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	zu freizügig	15,1	13,3	28,6	17,5	22
2	richtig	47,2	62,2	50,0	53,2	67
3	zu repressiv	37,7	24,4	21,4	29,4	37
	%	100	100	100	100	
	N	53	45	28		126
	p = 0,204					
	Fehlende Antworten: 5					

**Tabelle 5 C: Frauen**

VAR. 73 Die gegenwärtige Gesellschaft erleben Sie als sexuell

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	zu freizügig	32,3	21,5	47,8	27,0	120
2	richtig	40,0	63,5	41,8	56,8	252
3	zu repressiv	27,7	15,1	10,4	16,2	72
	%	100	100	100	100	
	N	65	312	67		444
	p = 0,000					
	Fehlende Antworten: 23					

In der Gesamtstichprobe unterscheiden sich die Frauen signifikant von den Männern in ihrer Bewertung der Gesellschaft; in den drei Fachgruppen liegen die Geschlechtsdifferenzen unter dem festgelegten Niveau der Irrtumswahrscheinlichkeit.

Den Frauen erscheint die gegenwärtige Gesellschaft deutlich häufiger als den Männern als sexuell zu freizügig, während die Männer häufiger als die Frauen die gegenteilige Meinung („zu repressiv“) vertreten.

**Tabelle 5 D: Männer und Frauen**

VAR. 73 Die gegenwärtige Gesellschaft erleben Sie als sexuell

	Antwortkategorien	Gesamt		Design		Lehramt P.		Krankenpflege	
		m	w	m	w	m	w	m	w
1	zu freizügig	17,5	26,8	15,1	32,3	13,3	21,2	28,6	47,8
2	richtig	53,2	56,8	47,2	40,0	62,2	63,5	50,0	41,8
3	zu repressiv	29,4	16,4	37,7	27,7	24,4	15,4	21,4	10,4
	%	100	100	100	100	100	100	100	100
	N	126	444	53	65	45	312	28	67
	p	0,005		0,092		0,324		0,152	
	N = 570								

VAR. 131: „Glauben Sie, daß man sich zuviel oder zu wenig Sorgen um diese Krankheit macht?“

Die Mehrheit der Befragten aller drei Fachgruppen (64,4%) ist der Meinung, man mache sich „eher zu wenig“ Sorgen; die Designer glauben dies am wenigsten häufig (60%). Letztere vertreten andererseits signifikant häufiger den Standpunkt, der Krankheit werde zuviel Aufmerksamkeit zuteil (Kategorie 1). Jeweils rd. ein Drittel entscheidet sich für die neutrale Position der Antwortkategorie 2 („weder/noch“).

**Tabelle 6 A: Gesamt**

VAR. 131 Glauben Sie, daß man sich zuviel oder zu wenig Sorgen um AIDS macht?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	eher zuviel	6,4	1,1	4,1	2,7	16
2	weder/noch	33,6	33,0	32,0	32,9	195
3	eher zu wenig	60,0	65,9	63,9	64,4	381
	%	100	100	100	100	
	N	125	370	97		592
	p = 0,024					
	Fehlende Antworten: 1					

Sowohl innerhalb der Männer- als auch der Frauengruppe lassen sich keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich des Studienfaches erkennen: die Männer und Frauen aller drei Fachgruppen antworten ähnlich.

Ein signifikanter Geschlechtsunterschied in der Beantwortung der Frage ist weder in der Gesamtstichprobe noch innerhalb der Studiengruppen feststellbar.

Erstaunlich erscheint der hohe Anteil der Befragten in unserer Stichprobe, die der Ansicht sind, man mache sich zu wenig Sorgen um AIDS. Sie liegen um mehr als zehn Prozentpunkte über dem Wert der Gießener Studenten (52,3%), zu deren Befragungszeitpunkt HIV und AIDS ein in der Öffentlichkeit aktuelleres und häufiger diskutiertes Thema waren als zum Zeitpunkt unserer Untersuchung. Bemerkenswerterweise meinten mit 6,6% die Gießener Studenten häufiger als unsere Befragten (2,7%), man Sorge sich zu viel um AIDS (vgl. BARDELEBEN et al. 1998). Im Gegensatz dazu stehen die ca. 20% der Hannoveraner Medizinstudenten, die von einer überzogenen AIDS-Angst sprachen (vgl. WARNKING 1994).

*VAR. 132: „Sollten Ihrer Meinung nach härtere politische Maßnahmen als bisher gegen die Ausbreitung von AIDS ergriffen werden?“*

Die Gruppe der Krankenpflegeschüler plädiert mit 37,5% signifikant häufiger als die Studentengruppen für härtere politische Maßnahmen, wobei sich die Designer am wenigsten häufig (21,1%) für schärfere politische Restriktionen aussprechen.

**Tabelle 7 A: Gesamt**

VAR. 132 Es sollten härtere politische Maßnahmen ergriffen werden.

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	ja (z.B. Meldepflicht, Zwangstest)	21,1	27,0	37,5	27,5	161
2	nein	78,9	73,0	62,5	72,5	424
	%	100	100	100	100	
	N	123	366	96		585
	p = 0,025					
	Fehlende Antworten: 8					

Lehnen insgesamt 72,5% unserer Befragten härtere Maßnahmen zur Eindämmung von AIDS ab, war dies bei den Gießener Studenten (62,6%) weniger häufig der Fall (vgl. BARDELEBEN et al. 1989).

**Tabelle 7 B: Männer**

VAR. 132 Es sollten härtere politische Maßnahmen ergriffen werden

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	ja (z.B. Meldepflicht, Zwangstest)	21,8	11,1	27,6	19,4	25
2	nein	78,2	88,9	72,4	80,6	104
	%	100	100	100	100	
	N	55	45	29		129
	p = 0,180					
	Fehlende Antworten: 2					

Alle Frauen lehnen härtere Maßnahmen zur Eindämmung von AIDS mehrheitlich ab, zeigen jedoch signifikante fachgruppenspezifische Unterschiede: Während sich lediglich 58,2% der Krankenpflegeschülerinnen gegen ein verschärftes Vorgehen aussprechen, trifft dies auf die Studentinnen, besonders die des Faches Design, deutlich seltener zu (Design: 79,4%; Lehramt: 70,7%). Eine entsprechend höhere Quote verzeichnen die Krankenpflegerinnen hinsichtlich der Befürwortung restriktiverer Maßnahmen.

Die Designstudenten (Gesamtstichprobe und Frauen) erweisen sich in dieser Frage als die aufgeklärteste und liberalste Gruppe, während die Krankenpflegeschüler (Gesamt und Frauen) am häufigsten für ein drastischeres staatliches Vorgehen plädieren.

**Tabelle 7 C: Frauen**

VAR. 132 Es sollten härtere politische Maßnahmen ergriffen werden

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	ja (z.B. Meldepflicht, Zwangstest)	20,6	29,3	41,8	29,8	136
2	nein	79,4	70,7	58,2	70,2	320
	%	100	100	100	100	
	N	68	321	67		456
	p = 0,025					
	Fehlende Antworten: 8					

Insgesamt sind die Frauen signifikant häufiger als die Männer der Ansicht, es sollten härtere Maßnahmen gegen die Ausbreitung von AIDS ergriffen werden. Immerhin befürworten rd. 30% aller Frauen Sanktionen wie Meldepflicht und Zwangstest, während die entsprechende Zahl bei den Männern um mehr als zehn Prozent niedriger ist.

In der Gruppe der Lehramtsstudenten ist diese Geschlechtsdifferenz ebenfalls beobachtbar, allerdings deutlich ausgeprägter als in der Gesamtstichprobe: der Wert der Lehramtsstudentinnen, die sich für rigidere Maßnahmen aussprechen, liegt um mehr als die Hälfte über dem ihrer männlichen Kommilitonen.

**Tabelle 7 D: Männer und Frauen**

VAR. 132 Es sollten härtere politische Maßnahmen ergriffen werden

	Antwortkategorien	Gesamt		Design		Lehramt P.		Krankenpflege	
		m	w	m	w	m	w	m	w
1	ja (z.B. Meldepflicht, Zwangstest)	19,4	29,8	21,8	20,6	11,1	29,3	27,6	41,8
2	nein	80,6	70,2	78,2	79,4	88,9	70,7	72,4	58,2
	%	100	100	100	100	100	100	100	100
	N	129	456	55	68	45	321	29	67
	p	0,019		0,868		0,010		0,187	
	N = 585								

VAR. 138: „Im Zusammenhang mit AIDS wird verschiedentlich für sexuelle Enthaltbarkeit und die Rückbesinnung auf Treue, Ehe und Familie eingetreten. Was halten Sie davon?“

Die Gruppe der Designstudenten ist die einzige, die signifikant ( $p \geq 0,05$ ) mehrheitlich nicht zustimmt und sich gegen konservativ-repressive Haltungen ausspricht (56,9%). Die Lehramtsstudenten (57,2%) und vor allem die Krankenpflegeschüler (59,6%) befürworten dagegen eine sexualmoralisch repressive Einstellung.

Sowohl in der Männer- ( $p = 0,719$ ) als auch der Frauengruppe ( $p = 0,60$ ) finden sich keine signifikanten Unterschiede im Antwortverhalten der einzelnen Fachgruppen.

**Tabelle 8 A: Gesamt**

VAR. 138 Wegen AIDS sollte man sich auf sexuelle Enthaltbarkeit, Treue, Ehe und Familie rückbesinnen.

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	stimme zu	43,1	57,2	59,6	54,6	319
2	stimme nicht zu	56,9	42,8	40,4	45,4	265
	%	100	100	100	100	
	N	123	367	94		584
	p = 0,014					
	Fehlende Antworten: 9					

Signifikante geschlechtsspezifische Unterschiede finden sich sowohl in der Gesamtstichprobe als auch bei den Lehramtsstudenten und den Krankenpflegeschülern.

Insgesamt befürworten deutlich mehr Frauen (ca. 60%) als Männer (ca. 34%) die Rückbesinnung auf traditionelle Werte wie sexuelle Enthaltbarkeit, Treue, Ehe und Familie.

In der Lehramtsgruppe ist die Geschlechterdifferenz am stärksten ausgeprägt: die Frauen (rd. 60%) vertreten hier mehrheitlich und doppelt so häufig wie die Männer eine konservative Meinung.

Bei den Krankenpflegeschülern ist der Geschlechtsunterschied vergleichsweise weniger ausgeprägt, aber immer noch deutlich und entspricht in etwa dem Niveau der Gesamtstichprobe.

**Tabelle 8 D: Männer und Frauen**

VAR. 138 Wegen AIDS sollte man sich auf sexuelle Enthaltbarkeit, Treue, Ehe und Familie rückbesinnen.

	Antwortkategorien	Gesamt		Design		Lehramt P.		Krankenpflege	
		m	w	m	w	m	w	m	w
1	stimme zu	34,1	60,4	35,7	49,3	29,5	61,0	37,9	69,2
2	stimme nicht zu	65,9	39,6	64,3	50,7	70,5	39,0	62,1	30,8
	%	100	100	100	100	100	100	100	100
	N	129	455	56	67	44	323	29	65
	p	0,000		0,131		0,000		0,004	
	N = 584								

VAR. 116: „Haben Sie jemanden in Ihrem Freundes- oder Bekanntenkreis, der an AIDS erkrankt oder HIV-positiv ist?“

Die Mehrheit der Befragten beantwortet die Frage negativ, kennt also weder persönlich noch über Dritte eine HIV-positive oder an AIDS erkrankte Person. Von dem Fachgruppendurchschnitt (86,8%) weichen die Lehramtsstudenten nach oben (91,1%), die Designer nach unten (74,4%) ab. Die Designstudenten geben signifikant häufiger als die beiden anderen Gruppen an, über persönliche und mittelbare Kontakte (jeweils 12,8%) zu verfügen.

**Tabelle 9 A: Gesamt**

VAR. 116 Haben Sie in Ihrem Freundes-/Bekannteskreis HIV-positive oder AIDS-krankte Personen?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	ja, kenne ich persönlich	12,8	4,9	8,4	7,1	42
2	ja, kenne ich von anderen	12,8	4,1	5,3	6,1	36
3	nein	74,4	91,1	86,3	86,8	512
	%	100	100	100	100	
	N	125	370	95		590
	p = 0,000					
	Fehlende Antworten: 3					

Mit ca. einem Viertel liegen sie weit über den Werten der anderen Teilnehmer. Bei den Krankenpflegern (13,7%) und besonders den Lehramtsstudenten (9%) ist die Zahl der Sozialbeziehungen zu HIV-Positiven deutlich niedriger. Möglicherweise bewegen sich die Designstudenten in einem anderen sozialen Umfeld, welches solche Kontakte eher ermöglicht, und/oder haben weniger Berührungspunkte oder Vorurteile gegenüber HIV-Infizierten.

Bei den Männern ergeben sich keine signifikanten Unterschiede im Antwortverhalten der drei Fachgruppen.

Innerhalb der Frauenstichprobe erweisen sich die Designerinnen als die Gruppe mit den meisten sozialen Beziehungen zu HIV-positiven oder AIDS-kranken Personen. Mit insgesamt 27,5% an mittel- und unmittelbaren Kontakten liegt ihre Anzahl um beinahe 20 Prozentpunkte (Lehramt: 8,6%; Krankenpflege: 9,1%) höher als bei ihren Geschlechtsgenossinnen.

Die Designstudenten (Gesamtgruppe und Frauen) verfügen über deutlich mehr Sozialbeziehungen zu HIV-Betroffenen als die übrigen Befragten.



**Tabelle 9 B: Männer**

VAR. 116 Haben Sie in Ihrem Freunden-/Bekanntentenkreis HIV-positive oder AIDS-krankte Personen?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	ja, kenne ich persönlich	12,5	6,7	10,3	10,0	13
2	ja, kenne ich von anderen	10,7	4,4	13,8	9,2	12
3	nein	76,8	88,9	75,9	80,0	105
	%	100	100	100	100	
	N	56	45	29		130
	p = 0,506					
	Fehlende Antworten: 1					

**Tabelle 9 C: Frauen**

VAR. 116 Haben Sie in Ihrem Freundes-/Bekanntentenkreis HIV-positive oder AIDS-krankte Personen?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	ja, kenne ich persönlich	13,0	4,6	7,6	6,3	29
2	ja, kenne ich von anderen	14,5	4,0	1,5	5,2	24
3	nein	72,5	91,4	90,9	88,5	407
	%	100	100	100	100	
	N	69	325	66		460
	p = 0,000					
	Fehlende Antworten: 3					

Signifikante Geschlechtsunterschiede zeigen in dieser Variablen lediglich die Krankenpflegeschüler. Während die überwiegende Mehrheit der Schülerinnen weder mittel- noch unmittelbar über einschlägige Kontakte verfügt, ist dies nur bei rd. drei Vierteln ihrer männlichen Kollegen der Fall. Die größte Differenz zwischen Männern und Frauen zeigt sich hier in der Anzahl der mittelbaren Kontakte, wobei unklar bleibt, ob diese eher im privaten oder im beruflichen Umfeld stattfinden.

Gegenüber den knapp 5% der Gießener Studenten, die persönliche Kontakte zu HIV-positiven Personen hatten (vgl. BARDELEBEN et al. 1989), haben unsere Befragten mit Ausnahme der Lehramtsstudentinnen zum Teil deutlich häufiger entsprechende Kontakte. In der deutschen Allgemeinbevölkerung verfügten im Jahr 1994 insgesamt 9% über persönliche Kontakte zu HIV-Infizierten (vgl. BZgA 1995).

**Tabelle 9 D: Männer und Frauen**

VAR. 116 Haben Sie in Ihrem Freundes-/Bekanntenkreis HIV-positive oder AIDS-krankte Personen?

	Antwortkategorien	Gesamt		Design		Lehramt P.		Krankenpflege	
		m	w	m	w	m	w	m	w
1	ja, kenne ich persönlich	10,0	6,3	12,5	13,0	6,7	4,6	10,3	7,6
2	ja, kenne ich von anderen	9,2	5,2	10,7	14,5	4,4	4,0	13,8	1,5
3	nein	80,8	88,5	76,8	72,5	88,9	91,4	75,9	90,9
	%	100	100	100	100	100	100	100	100
	N	130	460	56	69	45	325	29	66
	p	0,070		0,807		0,824		0,039	
	N = 590								

VAR. 142: „Glauben Sie, daß die Kenntnis von/das Wissen über AIDS Ihr zukünftiges berufliches Handeln in irgendeiner Art und Weise beeinflussen wird?“

Erwartungsgemäß beantwortet die Mehrheit der Befragten, die in ihrer (zukünftigen) beruflichen Praxis mit AIDS konfrontiert sind, die Frage positiv. Während die Krankenpflegeschüler jedoch zu mehr als 81% an einen Einfluß von AIDS auf ihr berufliches Handeln glauben, liegt dieser Prozentsatz bei den Lehramtsstudenten mit rd. 57% deutlich niedriger. Bemerkenswert scheint, daß immerhin 39% der Designstudenten ebenfalls dieser Meinung sind. Mit  $p = 0,000$  ist das Ergebnis hoch signifikant.

**Tabelle 10 A: Gesamt**

VAR. 142 Das Wissen über AIDS bestimmt das zukünftige berufliches Handeln

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	ja	39,0	57,2	81,3	57,3	337
2	nein	61,0	42,8	18,8	42,7	251
	%	100	100	100	100	
	N	123	369	96		588
	p = 0,000					
	Fehlende Antworten: 5					

Bei den Männern geht die Mehrheit der Lehramtsstudenten (51,1%) und besonders der Krankenpflegeschüler (75,9%) davon aus, daß ihr Wissen über AIDS ihre berufliche Praxis beein-

flussen wird bzw. bereits beeinflusst. Auch hier fällt auf, daß mit 37,5% immerhin mehr als ein Drittel der Designstudenten der Frage zustimmt.

**Tabelle 10 B: Männer**

VAR. 142 Das Wissen über AIDS bestimmt das zukünftige berufliche Handeln

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	ja	37,5	51,1	75,9	50,8	66
2	nein	62,5	48,9	24,1	49,2	64
	%	100	100	100	100	
	N	56	45	29		130
	p = 0,004					
	Fehlende Antworten: 1					

Das Antwortverhalten der Frauen ähnelt dem der Gesamt- und Männerstichprobe. Die Krankenpflegerinnen gehen mit 83,6% am häufigsten von einer Beeinflussung ihres beruflichen Handelns aufgrund ihrer Sachkenntnis aus, die Lehramtsstudentinnen mit 58% bereits deutlich weniger. Verglichen mit den anderen Frauen, deren berufliche Affinität zu AIDS und Sexualität wir als deutlich ausgeprägter einschätzen, erscheinen die 40,3% der Designstudentinnen, die hier zustimmend antworten und damit einen Zusammenhang zwischen ihrem AIDS-Wissen und ihrer zukünftigen praktischen Tätigkeit vermuten, als eine bemerkenswert hohe Zahl.

**Tabelle 10 C: Frauen**

VAR. 142 Das Wissen über AIDS bestimmt das zukünftige berufliche Handeln

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	ja	40,3	58,0	83,6	59,2	271
2	nein	59,7	42,0	16,4	40,8	187
	%	100	100	100	100	
	N	67	324	67		458
	p = 0,000					
	Fehlende Antworten: 5					

Es gibt keine signifikanten Unterschiede im Antwortverhalten von Männern und Frauen, weder insgesamt noch innerhalb einer der drei Fachgruppen.

VAR. 143: „Haben Sie sich während Ihres Studiums/Ihrer Berufsausbildung schon einmal mit Fragen der Sexualerziehung und/oder AIDS beschäftigt?“

Aufgrund der curricularen Verankerung der AIDS-Thematik in der Ausbildungsordnung für Krankenpflege beantwortet die überwiegende Mehrheit der Krankenpfleger (82,1%) die Frage positiv. Daß diese Zahl nicht bei 100% liegt, mag darin begründet sein, daß in den Anfangsklassen die thematische Behandlung der Krankheit AIDS noch nicht stattgefunden hat. Die Studentengruppen verneinen die Frage mehrheitlich (Design: 64,2%; Lehramt: 52,7%). Bei den Designstudenten erscheint der Fakt, daß mehr als ein Drittel sich mit Fragen der Sexualerziehung und/oder AIDS auseinandergesetzt hat, ebenso auffällig wie die Tatsache, daß nicht einmal die Hälfte der Lehramtsstudenten diese Auseinandersetzung geführt hat.

**Tabelle 11 A: Gesamt**

VAR. 143 Haben Sie sich während Ihres Studiums/Ihrer Ausbildung schon einmal mit Fragen der Sexualerziehung und/oder AIDS beschäftigt?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	ja	35,8	47,3	82,1	50,5	297
2	nein	64,2	52,7	17,9	49,5	291
	%	100	100	100	100	
	N	123	370	95		588
	p = 0,000					
	Fehlende Antworten: 5					

Bei den Männern antworten lediglich die Krankenpfleger mehrheitlich (89,7%) zustimmend, während die Mehrheit der Studenten beider Fachrichtungen (Design: 61,4%, Lehramt: 64,4%) negativ antwortet, d. h. sich bisher noch nicht mit Fragen der Sexualerziehung und/oder AIDS befaßt hat. Auffallend ist, daß mehr Designer (38,6%) als angehende Lehrer (35,6%) sich mit der Thematik auseinandergesetzt haben.

In der Frauenstichprobe gibt die überwiegende Mehrheit der Krankenpflegerinnen (78,8%) an, sich bereits mit Fragen der Sexualität und AIDS beschäftigt zu haben, während dies bei nicht einmal der Hälfte der Lehramtsstudentinnen (48,9%) der Fall ist. Verglichen mit den Letztgenannten erscheint die Anzahl der Designstudentinnen (33,3%), die zustimmend antworten, relativ hoch.

**Tabelle 11 B: Männer**

VAR. 143 Haben Sie sich während Ihres Studiums/Ihrer Ausbildung schon einmal mit Fragen der Sexualerziehung und/oder AIDS beschäftigt?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	ja	38,6	35,6	89,7	48,9	64
2	nein	61,4	64,4	10,3	51,1	67
	%	100	100	100	100	
	N	57	45	29		131
	p = 0,000					
	Fehlende Antworten: 0					

**Tabelle 11 C: Frauen**

VAR. 143 Haben Sie sich während Ihres Studiums/Ihrer Ausbildung schon einmal mit Fragen der Sexualerziehung und/oder AIDS beschäftigt?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	ja	33,3	48,9	78,8	51,0	233
2	nein	66,7	51,1	21,2	49,0	224
	%	100	100	100	100	
	N	66	325	66		457
	p = 0,000					
	Fehlende Antworten: 5					

Als erschreckendes, zumindest bedenkliches Ergebnis halten wir fest, daß mehr als die Hälfte aller Lehramtsstudenten (Gesamt, Männer und Frauen) die Auseinandersetzung mit Sexualität und/oder AIDS bisher nicht geführt hat.

Es lassen sich keine signifikanten geschlechtsspezifischen Unterschiede bei der Beantwortung der Frage feststellen.

VAR. 78: „Hat sich die Zahl Ihrer flüchtigen Sexualkontakte geändert?“

Die Designstudenten bilden mit Abstand die größte Gruppe derer, auf die diese Frage zutrifft, die also über vergangene und/oder gegenwärtige flüchtige Sexualkontakte verfügen. Mit 48,8% geben mehr als doppelt so viele Designer wie Lehramtsstudenten (17,8%) an, Erfahrungen mit flüchtigen Sexualkontakten zu haben. Immerhin haben 22,4% von ihnen diese

Kontakte reduziert, während dies bei den anderen Fachgruppen (Lehramt: 5,9%; Krankenpflege: 11,3%) seltener der Fall ist. Andererseits halten die Designstudenten zu mehr als einem Viertel (26,4%) auch deutlich häufiger als die anderen Befragten in unveränderter Weise an ihren sexuellen Spontankontakten fest (Lehramt: 11,4%; Krankenpflege: 15,5%).

Eine Zunahme flüchtiger Sexualbeziehungen ist insgesamt nur geringfügig zu beobachten, bemerkenswerterweise am häufigsten bei den Krankenpflegeschülern.

**Tabelle 12 A: Gesamt**

VAR. 78 Hat sich die Zahl Ihrer flüchtigen Sexualkontakte geändert?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	trifft nicht zu	51,2	82,2	70,1	73,6	436
2	weniger geworden	22,4	5,9	11,3	10,3	61
3	unverändert	26,4	11,4	15,5	15,2	90
4	mehr geworden	-	0,5	3,1	0,8	5
	%	100	100	100	100	
	N	125	370	97		592
	p = 0,000					
	Fehlende Antworten: 1					

Tendenziell wiederholt sich das Antwortverhalten der Gesamtstichprobe bei Kontrolle der Geschlechter.

**Tabelle 12 B: Männer**

VAR. 78 Hat sich die Zahl Ihrer flüchtigen Sexualkontakte geändert?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	trifft nicht zu	50,0	82,2	55,2	62,3	81
2	weniger geworden	19,6	4,4	10,3	12,3	16
3	unverändert	30,4	11,1	31,0	23,8	31
4	mehr geworden	-	2,2	3,4	1,5	2
	%	100	100	100	100	
	N	56	45	29		130
	p = 0,016					
	Fehlende Antworten: 1					

Bei den Männern trifft auf die überwiegende Mehrheit der Lehramtsstudenten (82,2%), bei ihren Geschlechtsgenossen lediglich auf eine knappe Mehrheit (Design: 50%; Krankenpflege: 55,2%), die Frage nicht zu. D. h., daß lediglich 17,8% der angehenden Lehrer Erfahrungen mit flüchtigen Sexualkontakten hatten/haben, während dies bei 50% der Designer und 44,8% der Krankenpfleger der Fall ist.

Die Designstudenten haben ihre flüchtigen Sexualkontakte mit knapp 20% häufiger reduziert als ihre Geschlechtsgenossen, vor allem als die Lehramtsstudenten mit 4,4%. Von einer gleichbleibenden Anzahl berichten die Designer (30,4%) und Krankenpfleger (31%) annähernd übereinstimmend häufig die Lehramtsstudenten deutlich seltener (11,1%). Von den insgesamt 130 Männern, die diese Frage beantwortet haben, geben lediglich zwei an, mehr flüchtige Sexualbeziehungen als früher zu haben.

Innerhalb der Frauengruppe verfügen die Designstudentinnen (47,8%) über deutlich mehr Erfahrungen mit sexuellen Spontankontakten als die anderen Frauen (Lehramt: 17,8%; Krankenpflege: 23,5%). Weiterhin haben die Designstudentinnen am häufigsten die Anzahl ihrer flüchtigen Sexualbeziehungen sowohl eingeschränkt (24,6% gegenüber Lehramt: 6,2% und Krankenpflege: 11,8%) als auch unverändert beibehalten (23,2% vs. Lehramt: 11,4%; Krankenpflege: 8,8%). Von den insgesamt 462 Frauen geben lediglich drei an, die Zahl ihrer flüchtigen Sexualkontakte erhöht zu haben.

**Tabelle 12 C: Frauen**

VAR. 78 Hat sich die Zahl Ihrer flüchtigen Sexualkontakte geändert?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	trifft nicht zu	52,2	82,2	76,5	76,8	355
2	weniger geworden	24,6	6,2	11,8	9,7	45
3	unverändert	23,2	11,4	8,8	12,8	59
4	mehr geworden	-	0,3	2,9	0,6	3
	%	100	100	100	100	
	N	69	325	68		462
	p = 0,000					
	Fehlende Antworten: 0					

Deutlich wird, daß die männlichen und weiblichen Designstudenten die meisten flüchtigen Sexualkontakte von allen Befragten haben und diese zu etwa einem Viertel in unveränderter Häufigkeit beibehalten. Andererseits stellen sie auch den größten Anteil derer, die diese Spontanbeziehungen reduziert haben.

**Tabelle 12 D: Männer und Frauen**

VAR. 78 Hat sich die Zahl Ihrer flüchtigen Sexualkontakte geändert?

	Antwortkategorien	Gesamt		Design		Lehramt P.		Krankenpflege	
		m	w	m	w	m	w	m	w
1	trifft nicht zu	62,3	76,8	50,0	52,2	82,2	82,2	55,2	76,5
2	weniger geworden	12,3	9,7	19,6	24,6	4,4	6,2	10,3	11,8
3	unverändert	23,8	12,8	30,4	23,2	11,1	11,4	31,0	8,8
4	mehr geworden	1,5	0,6	-	-	2,2	0,3	4,4	2,9
	%	100	100	100	100	100	100	100	100
	N	130	462	56	69	45	325	29	68
	p	0,005		0,614		0,411		0,049	
	N = 592								

Signifikante Unterschiede zwischen Männern und Frauen finden sich in der Gesamtheit sowie in der Gruppe der Krankenpfleger.

Auf mehr Männer als Frauen, besonders bei den Krankenpflegern, trifft diese Frage nicht zu. Die Männer beider Gruppen haben ihre flüchtigen Sexualkontakte häufiger die Frauen sowohl unverändert beibehalten (wobei diese Differenz in der Gruppe Krankenpflege besonders ausgeprägt ist) als auch – wenn auch auf insgesamt sehr niedrigem Niveau – erhöht.

Auf die Gesamtheit aller Befragten bezogen haben mehr Männer als Frauen, bei den Krankenpflegeschülern mehr Frauen als Männer ihre diesbezüglichen Aktivitäten reduziert.

Von einer Reduzierung flüchtiger Sexualkontakte unter der Bedrohung durch AIDS berichten auch andere Untersuchungen (vgl. KARCHES et al. 1991; NEUBAUER 1989 a und 1994).

VAR. 79: *“ Klären Sie bei potentiellen/neuen Sexualpartnern das AIDS-Risiko ab? “*

Insgesamt gibt die Mehrheit der Designstudenten (68%) und Krankenpflegeschüler (59,4%) an, das Infektionsrisiko vor der Aufnahme neuer Sexualbeziehungen immer oder zumindest



gelegentlich abzuklären, während dies auf lediglich rd. 50% der Lehramtsstudenten zutrifft. Beinahe die Hälfte der Designergruppe holt auf jeden Fall entsprechende Informationen ein, womit sie deutlich über den Werten der Krankenpflegegruppe (rd. 34%) und vor allem der Lehramtsgruppe (rd. 30%) liegen.

**Tabelle 13 A: Gesamt**

VAR. 79 Das AIDS-Risiko wird abgeklärt

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	die Frage trifft nicht zu	25,6	54,7	34,4	45,3	2675
2	ja, auf jeden Fall	48,0	27,9	34,4	33,2	-
3	ja, manchmal	20,0	13,0	25,0	16,4	97
4	nein	6,4	4,3	6,3	5,1	30
	%	100	100	100	100	
	N	125	369	96		590
	p = 0,000					
	Fehlende Antworten: 3					

Bemerkenswert erscheint die relativ geringe Zahl der Befragten, die diese Frage verneinen, d.h. ein geringes Risikobewußtsein haben.

**Tabelle 13 B: Männer**

VAR. 79 Das AIDS-Risiko wird abgeklärt

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	die Frage trifft nicht zu	26,8	57,8	27,6	37,7	49
2	ja, auf jeden Fall	48,2	22,2	34,5	36,2	47
3	ja, manchmal	19,6	6,7	31,0	17,7	23
4	nein	5,4	13,3	6,9	8,5	11
	%	100	100	100	100	
	N	56	45	29		130
	p = 0,003					
	Fehlende Antworten: 1					

In der Männergruppe geben die Designer deutlich am häufigsten an, das AIDS-Risiko bei neuen Sexualpartnern auf jeden Fall abzuklären. Die Lehramtsstudenten zeigen sich noch

sorgloser als die Krankenpfleger und betreiben zu nicht einmal einem Drittel eine durchgängige oder gelegentliche Risikoabklärung (Kat. 1 und 2), während dies jeweils rd. zwei Drittel der anderen Männer tun.

Innerhalb der Männerstichprobe liegt der Anteil der „sorglosen“ Lehramtsstudenten noch höher als in der Gesamtstichprobe: gegenüber den Designern (48%) und Krankenpflegern (35%) klären sie ein mögliches Infektionsrisiko deutlich seltener immer (22%) und auch nur gelegentlich ab (7% vs. Designer: 20% und Krankenpfleger: 31%). Der Anteil der Lehramtsstudenten, die gar keine Risikoabklärung betreiben, erscheint in diesem Zusammenhang mit mehr als 13% bedenklich groß.

### Tabelle 13 C: Frauen

VAR. 79 Das AIDS-Risiko wird abgeklärt

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	die Frage trifft nicht zu	24,6	54,3	37,3	47,4	218
2	ja, auf jeden Fall	47,8	28,7	34,3	32,4	149
3	ja, manchmal	20,3	13,9	22,4	16,1	74
4	nein	7,2	3,1	6,0	4,1	19
	%	100	100	100	100	
	N	69	324	67		460
	p = 0,000					
	Fehlende Antworten: 2					

Bei den Frauen ergibt sich ein ähnliches Bild: es sind ebenfalls die Designerinnen, die das Risiko am häufigsten immer (48%; Lehramtsstudentinnen: 29%, Krankenpflegerinnen: 34%) oder manchmal abklären (20% vs. Lehramt: 14% und Krankenpflege: 22%), wobei die Differenzen zwischen Designerinnen und Lehramtsstudentinnen deutlich geringer, zwischen Designerinnen und Krankenpflegeschülerinnen etwas höher ausfallen.

Auf der anderen Seite stellen bei den Frauen nicht wie bei den Männern die Lehramtsstudenten, sondern die Designstudentinnen den höchsten Anteil der „Sorglosen“, die überhaupt keine Risikoabklärung betreiben.

Daß nicht einmal die Hälfte aller Befragten, unabhängig von Studienfach und Geschlecht, das Ansteckungsrisiko bei der Aufnahme neuer Sexualkontakte unbedingt abklärt, bleibt als er-

schreckendes Ergebnis festzuhalten. Die Gruppe der Designstudenten bietet hierbei jedoch ein deutlich positiveres Bild als die Gruppe der Lehramtsstudenten.

Der Vergleich von Männern und Frauen in der Gesamtstichprobe als auch innerhalb der drei Fachgruppen ergibt keine signifikanten Unterschiede im Antwortverhalten, die auf das Geschlecht zurückzuführen sind.

VAR. 80: „Verlangen Sie von einem neuen Partner einen AIDS-Test?“

Es gibt keine signifikanten Fachgruppenunterschiede im Antwortverhalten: Design- und Lehramtsstudenten sowie Krankenpflegeschüler beantworten die Frage ähnlich.

Dagegen unterscheiden sich die Männer und Frauen aller Fachgruppen signifikant voneinander.

**Tabelle 14 D: Männer und Frauen**

VAR. 80 Verlangen Sie von einem neuen Partner einen AIDS-Test?

	Antwortkategorien	Gesamt		Design		Lehramt P.		Krankenpflege		
		m	w	m	w	m	w	m	w	
1	ja, ist vorgekommen	4,7	7,4	5,4	10,4	4,5	6,5	3,6	8,8	
2	ja, würde ich tun	33,6	55,2	41,1	58,2	29,5	56,0	25,0	48,5	
3	nein	61,7	47,4	53,6	31,3	65,9	37,5	71,4	42,6	
	%	100	100	100	100	100	100	100	100	
	N	128	460	56	67	44	325	28	68	
	p	0,000		0,041		0,003		0,037		
	N = 588									

Die Frauen insgesamt und aller drei Fachgruppen haben teilweise deutlich häufiger als die Männer schon ein- oder mehrmals von einem neuen Partner einen HIV-Test verlangt. Am stärksten ausgeprägt ist diese Differenz in den Gruppen Krankenpflege und Design. Ebenso behaupten mehr Frauen als Männer, sie würden dies tun; bei den Studentinnen trifft dies auf die absolute Mehrheit (Design: 58,2%; Lehramt: 56%) zu, bei den Krankenpflegeschülerinnen auf etwas weniger als die Hälfte (48,5%). Entsprechend verzichten weitaus mehr Männer (in allen Gruppen die absolute Mehrheit) als Frauen auf einen HIV-Test. Dies trifft am häufigsten auf die Krankenpfleger (71,4%), am wenigsten häufig auf die Designer (53,6%) zu.

Von den Berliner Studenten äußerten insgesamt 23% die Intention, einem neuen Partner einen HIV-Test abzuverlangen (vgl. BÖHM/ROHNER 1988). Von den Bielefelder Studenten beabsichtigten 11% der Männer und 24% der Frauen, in Zukunft von einem neuen Sexualpartner einen HIV-Test zu fordern (vgl. NEUBAUER 1989 a und 1994).

VAR. 82: „Haben Sie sich bereits einem AIDS-Test unterzogen?“

Befragte, die sich für gut über das HIV-Infektionsrisiko informiert halten und zudem wechselnde Sexualpartner haben und/oder einer beruflich bedingten größeren Gefährdung ausgesetzt sind, unterziehen sich eher einem HIV-Test als weniger gefährdete oder schlechter informierte Personen.

**Tabelle 15 A: Gesamt**

VAR. 82 Haben Sie sich bereits einem AIDS-Test unterzogen?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	ja	32,8	18,4	44,3	25,7	152
2	nein	61,6	76,5	49,5	68,9	408
3	ich habe es vor	5,6	5,1	6,2	5,1	30
	%	100	100	100	100	
	N	125	370	97		592
	p = 0,000,					
	Fehlende Antworten: 1					

Erwartungsgemäß haben sich die Krankenpflegschüler (männlich und weiblich) am häufigsten einem AIDS-Test unterzogen (rd. 44%), die Gruppe der Designstudenten immerhin zu knapp einem Drittel. Erklären läßt sich dieses Ergebnis wahrscheinlich mit der beruflichen Disposition auf der einen Seite und der persönlichen Situation auf der anderen sowie einem gewissen Informationsstand bzgl. der Ansteckungsrisiken. Die Lehramtsstudenten, die ja auch das AIDS-Risiko bei der Aufnahme neuer Sexualbeziehungen selten abklären, scheinen sich für nicht gefährdet zu halten oder stehen dem HIV-Test ablehnend und/oder nicht informiert gegenüber.

**Tabelle 15 B: Männer**

VAR. 82 Haben Sie sich bereits einem AIDS-Test unterzogen?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	ja	32,1	20,0	48,3	31,5	41
2	nein	60,7	73,3	41,4	60,8	79
3	ich habe es vor	7,1	6,7	10,3	7,7	10
	%	100	100	100	100	
	N	56	45	29		130
	p = 0,098					
	Fehlende Antworten: 1					

Die Männergruppe zeigt keine signifikanten Unterschiede im Antwortverhalten.

**Tabelle 15 C: Frauen**

VAR. 82 Haben Sie sich bereits einem AIDS-Test unterzogen?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	ja	33,3	18,2	42,6	24,0	111
2	nein	62,3	76,9	52,9	71,2	329
3	ich habe es vor	4,3	4,9	4,4	4,3	20
	%	100	100	100	100	
	N	69	325	68		462
	p = 0,001					
	Fehlende Antworten: 0					

Auch in der Frauengruppe stellen die Krankenpflegeschüler den größten Teil der bereits getesteten Personen, die Designerinnen den zweitgrößten, während die Lehramtsstudentinnen sich am wenigsten häufig einem HIV-Test unterzogen haben.

Die geschlechtsdifferenzierte Betrachtung ergibt weder in der Gesamtstichprobe noch in einer der drei Fachgruppen einen signifikanten Unterschied im Antwortverhalten.

Verglichen mit den Untersuchungen, die zu einer Zeit durchgeführt wurden, in der HIV und AIDS aktuelle Themen waren, ist die Anzahl der Personen, die sich bereits einem HIV-Test unterzogen haben, in unserer Stichprobe sehr groß. Die Angaben variieren zwischen 15% (vgl.

BÖHM/ROHNER 1988), 16% (vgl. NEUBAUER 1989 a und 1994; SCHEIPL et al. 1990). Während unsere Lehramtsstudenten (gesamt und weiblich) unter den genannten Quoten liegen, werden diese von den Designstudenten deutlich überschritten. Im Gegensatz zu unseren Befragten zeigten die Gießener Studenten eine sehr große Testbereitschaft: 90% wollten sich, wenn auch ungern, einem kostenlosen und anonymen HIV-Test unterziehen (vgl. BARDELEBEN et al. 1989; zum Vergleich: BÖHM/ROHNER 1988: 7%, LETZEL et al. 1990: 2%). Verglichen mit der Gesamtbevölkerung haben sich unsere Befragten etwas häufiger einem HIV-Test unterzogen (21% vs. 26%), liegen aber unter den Werten der Altersgruppe der 16-29jährigen (m: 31%, w: 36%; vgl. BZgA 1995).

VAR. 83: „Könnten Sie sich vorstellen, mit einer AIDS-infizierten Person sexuellen Kontakt zu haben?“

Bei der Beantwortung dieser Frage spielt die Fachgruppenzugehörigkeit keine Rolle: Design- und Lehramtsstudenten sowie Krankenpflegeschüler machen ähnliche Angaben.

Die Geschlechtsdifferenzierung allerdings ergibt in der Gesamtstichprobe und bei den Lehramtsstudenten signifikante Unterschiede.

**Tabelle 16 D: Männer und Frauen**

VAR. 83 Könnten Sie sich vorstellen, mit einer AIDS-infizierten Person sexuellen Kontakt zu haben?

	Antwortkategorien	Gesamt		Design		Lehramt P.		Krankenpflege		
		m	w	m	w	m	w	m	w	
1	ja, uneingeschränkt	1,5	1,3	1,8	1,5	-	1,2	3,4	1,5	
2	ja, aber nur eingeschränkte Sexualpraktiken	18,5	5,6	14,3	4,4	26,7	5,2	13,8	8,8	
3	weiß nicht	33,7	44,5	42,9	51,5	22,2	44,3	51,7	38,2	
4	nein	42,3	48,6	41,1	42,6	51,1	49,2	31,0	51,5	
	%	100	100	100	100	100	100	100	100	
	N	130	461	56	68	45	325	29	68	
	p	0,000		0,273		0,000		0,306		
	N = 591									

Einen uneingeschränkten Sexualkontakt zu einer infizierten Person können sich insgesamt nur sehr wenige Befragte vorstellen (< 2%). Der Großteil aller Männer (42,3%) und Frauen

(48,6%) lehnt entsprechende Sexualkontakte ab. Männer (18,5%) können sich weit häufiger als Frauen (5,6%) einen geschützten Sexualverkehr, d.h. mit eingeschränkten Praktiken, mit HIV-Infizierten vorstellen.

In der Gruppe der Lehramtsstudenten fällt vor allem die geschlechtsspezifische Diskrepanz in der Kategorie „eingeschränkter Sexualkontakt“ auf: fünfmal so viele Männer wie Frauen schließen sich dieser Variante an.

In der einschlägigen Literatur finden sich z. T. Divergenzen: rd. 4% der von WARNKING befragten Medizinstudenten sprechen sich für ungeschützten Sexualverkehr mit HIV-Infizierten aus und immerhin noch rd. 30% für eingeschränkte Sexualkontakte (vgl. WARNKING 1994).

VAR. 85: *“Haben Sie sexuelle Kontakte abgebrochen bzw. erst gar nicht angefangen, weil Ihnen das Infektionsrisiko zu groß erschien?“*

**Tabelle 17 A: Gesamt**

VAR. 85 Haben Sie sexuelle Kontakte abgebrochen bzw. erst gar nicht angefangen, weil Ihnen das Infektionsrisiko zu groß erschien?“

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	ja, einmal	11,9	9,9	9,0	10,2	57
2	ja, mehrmals	8,5	3,1	10,1	5,4	30
3	nein	79,7	87,0	80,9	84,5	473
	%	100	100	100	100	
	N	118	353	89		560
	p = 0,034					
	Fehlende Antworten: 33					

In allen drei Fachgruppen hat die Mehrheit der Befragten zum Zeitpunkt der Befragung noch nie auf einen sexuellen Kontakt aufgrund des Ansteckungsrisikos verzichtet, wobei dies auf die Lehramtsstudenten am häufigsten zutrifft. Anders herum: sowohl die Designstudenten als auch die Krankenpfleger befanden sich häufiger mehrmals in dieser Situation als die Lehramtsstudenten.

**Tabelle 17 B: Männer**

VAR. 85 Haben Sie sexuelle Kontakte abgebrochen bzw. erst gar nicht angefangen, weil Ihnen das Infektionsrisiko zu groß erschien?“

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	ja, einmal	6,0	7,0	7,4	6,7	8
2	ja, mehrmals	10,0	2,3	3,7	5,8	7
3	nein	84,0	90,7	88,9	87,5	105
	%	100	100	100	100	
	N	50	43	27		120
	p = 0,593					
	Fehlende Antworten: 11					

Bei den Männern spielt die Fachgruppenzugehörigkeit keine Rolle; sie beantworten die Frage ähnlich und zeigen keine signifikanten Unterschiede in den Fachgruppen.

**Tabelle 17C: Frauen**

VAR. 85 Haben Sie sexuelle Kontakte abgebrochen bzw. erst gar nicht angefangen, weil Ihnen das Infektionsrisiko zu groß erschien?“

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	ja, einmal	16,2	10,3	9,7	11,1	49
2	ja, mehrmals	7,4	3,2	12,9	5,2	23
3	nein	76,5	86,5	77,4	83,6	368
	%	100	100	100	100	
	N	68	310	62		440
	p = 0,012					
	Fehlende Antworten: 22					

Die Mehrheit der Frauen verneint die Frage, die Lehramtsstudentinnen am häufigsten. Immerhin haben mehr als 20% der Designerinnen und der Krankenpflegesüchlerinnen ein- oder mehrmals auf Sexualkontakte verzichtet, weil ihnen die Ansteckungsgefahr zu groß erschien, die Lehramtsstudentinnen weniger häufig.

Die geschlechtsdifferenzierte Betrachtung ergibt keine signifikanten Unterschiede zwischen Männern und Frauen der jeweiligen Fachgruppe.



Bei der Beantwortung der Variablen 33, 80, 83, 84, 93, 129 und 136 spielt die Fachgruppenzugehörigkeit keine Rolle: Lehramts- und Designstudenten und Krankenpflegeschüler beantworten die Fragen ähnlich. Das gilt auch, wenn die Geschlechter kontrolliert werden.

**Tabelle 18: Variablen mit einem Chi-Quadrat > 0,05 (bezogen auf die Fachgruppen)**

<b>VAR. Nr.</b>	<b>Variable</b>	<b>Fachgruppen p =</b>	<b>Männer p =</b>	<b>Frauen p =</b>
33.	Wenn Sie bisher keinen Koitus hatten, was war der wichtigste Grund?	0,280	0,339	0,574
80.	Verlangen Sie von einem neuen Partner einen AIDS-Test?	0,461	0,550	0,662
83.	Könnten Sie sich vorstellen, mit einer AIDS-infizierten Person sexuellen Kontakt zu haben?	0,785	0,109	0,740
84.	Würden Sie Ihren Partner informieren, wenn Sie sich mit AIDS infiziert hätten?	0,787	0,298	0,613
93.	Glauben Sie, daß man sich durch Kondome hinreichend vor AIDS schützen kann?	0,537	0,117	0,778
129.	Wieviel Menschen haben sich Ihrer Schätzung nach in Deutschland bisher mit dem „AIDS-Virus“ infiziert?	0,299	0,341	0,335
136.	Haben Sie schon einmal etwas von „Safer Sex“ gehört?	0,188	0,520	0,073

**Tabelle 19: Variablen mit einem Chi-Quadrat von p > 0,05 (bezogen auf die Geschlechter)**

<b>VAR. Nr.</b>	<b>Variable</b>	<b>Gesamt p =</b>	<b>Design p =</b>	<b>Lehramt P. p =</b>	<b>Krankenpflege p =</b>
33.	Wenn Sie bisher keinen Koitus hatten: was war der wichtigste Grund?	0,324	0,427	0,489	0,502
72.	Glauben Sie, daß die „sexuelle Befreiung“ zur Ausbreitung von AIDS entscheidend beigetragen hat?	0,279	0,589	0,981	0,134
79.	Klären Sie bei potentiellen/neuen Sexualpartnern das AIDS-Risiko ab?	0,598	0,437	0,609	0,825
82.	Haben Sie sich bereits einem AIDS-Test unterzogen?	0,083	0,796	0,827	0,396
84.	Würden Sie Ihren Partner informieren, wenn Sie sich mit AIDS infiziert hätten??	0,362	0,102	0,528	0,895
85.	Haben Sie sexuelle Kontakte abgebrochen bzw. erst gar nicht angefangen, weil Ihnen das Infektionsrisiko zu groß erschien?	0,353	0,228	0,740	0,370
93.	Glauben Sie, daß man sich durch Kondome hinreichend vor AIDS schützen kann?	0,101	0,799	0,100	0,184
126.	Wie häufig diskutieren Sie im Freundeskreis über AIDS?	0,713	0,603	0,231	0,071

129.	Wieviel Menschen haben sich Ihrer Schätzung nach in Deutschland bisher mit dem AIDS-Virus infiziert?	0,814	0,913	0,244	0,460
131.	Glauben Sie, daß man sich zuviel oder zu wenig Sorgen um AIDS macht?	0,067	0,151	0,727	0,335
136.	Haben Sie schon einmal etwas von „Safer Sex“ gehört?	0,144	0,090	0,287	0,134
142.	Glauben Sie, daß die Kenntnis von/das Wissen über AIDS Ihr zukünftiges berufliches Handeln in irgendeiner Art und Weise beeinflussen wird?	0,087	0,751	0,380	0,374
143.	Haben Sie sich während Ihres Studiums schon einmal mit Fragen der Sexualerziehung und/oder AIDS beschäftigt?	0,667	0,544	0,092	0,203

### 3. 1. 1. Zusammenfassung

(M. Jodexnis)

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß die Hypothese, Designstudenten seien schlechter über AIDS informiert als die Lehramtsstudenten und Krankenpflegeschüler und ständen zudem der AIDS-Thematik weniger aufgeschlossen gegenüber, in dieser Form nicht zu verifizieren ist. Hinsichtlich des Wissens über AIDS sind nennenswerten Unterschiede zwischen den drei Gruppen nicht festzustellen, auch wenn sich hin und wieder Differenzen ergeben. Die Kenntnisse der Krankenpflegeschüler sind im großen und ganzen nicht umfassender als die der Studenten, teilweise sogar geringer. Fast durchgängig erweisen sich die Designstudenten als besser informiert und der AIDS-Problematik zugänglicher als die Lehramtsstudenten. Insgesamt kann das Wissen aller Befragten durchaus als lückenhaft bzw. sogar unzureichend bezeichnet werden. Auf der anderen Seite stellen sich die Designstudenten als durchweg toleranter und sowohl der AIDS-Problematik als auch der AIDS-Prävention aufgeschlossener gegenüberstehend dar als die beiden anderen Gruppen, die deutlich restriktivere Haltungen beispielsweise gegenüber HIV-Positiven und erkennen lassen.

Im einzelnen wird diese Aussage wie folgt begründet:

Die Krankenpflegeschüler bezeichnen sich deutlich am häufigsten als sehr gut und seltener als schlecht über AIDS informiert (VAR.122). Sie unterscheiden sich hier klar von den Studenten, von denen sich die Lehramtsstudenten wiederum sehr deutlich als die Gruppe mit den geringsten Kenntnissen erweisen. Während mehr als jeder dritte Krankenpfleger angibt, über

sehr gute AIDS-Kenntnisse zu verfügen, tut dies weniger als jeder vierte Design- und etwa jeder siebte Lehramtsstudent. Insgesamt halten sich weniger Frauen als Männer für sehr gut informiert.

Für den Großteil aller Befragten stellt AIDS ein Gesprächsthema im Freundes- und Bekanntenkreis dar, allerdings mit unterschiedlicher Wertung bei den Fachgruppen: Mehr Krankenpflegeschüler als Studenten (jeweils Männer und Frauen) diskutieren häufig und gelegentlich über AIDS, wobei die Lehramtsstudenten die geringste Gesprächsbereitschaft zeigen. Bei den Männern ist AIDS für knapp ein Viertel der Lehramtsstudenten kein Diskussionsthema im Freundeskreis, während dieses auf keinen einzigen Krankenpfleger zutrifft (VAR. 126).

Somit stellen sich die Lehramtsstudenten als die am schlechtesten informierte und dem Thema AIDS gegenüber ignoranteste Gruppe dar.

Die Fragen nach dem Infektionsrisiko einzelner Sexualpraktiken (VAR. 123), der Bedeutung eines positiven HIV-Testergebnisses (VAR. 124) sowie des Begriffes Safer Sex (VAR. 137) beinhalten Mehrfachantworten und damit keine Signifikanzberechnung. Gleichwohl seien am Rande einige für die Fragestellung interessante Ergebnisse der Häufigkeitsverteilung angemerkt: jeweils ca. ein Viertel der Befragten aller drei Fachgruppen hat falsche Vorstellungen über die Aussage eines positiven Testergebnisses; immerhin jeder Zehnte setzt dieses mit bereits erfolgter Erkrankung gleich. Weniger als die Hälfte aller Befragten verbindet mit Safer Sex nicht die Benutzung von Kondomen.

Vergegenwärtigen wir, daß die Hauptforderung des „Safer Sex“ im geschützten Geschlechtsverkehr, also dem Kondomgebrauch, liegt und daß wir unsere Stichprobe, ganz besonders die Studenten, als gesellschaftliche Avantgarde mit Bildungs- und Wissensprivilegien verstehen, mutet dieses geringe Wissen erschreckend an.

Insgesamt zeigt sich, daß die Befragten hinsichtlich ihres Wissens über HIV und AIDS Lücken aufweisen und sich in der Selbstbewertung ihres Informationsgrades teilweise überschätzen. Gleichwohl oder möglicherweise aus diesem Grund sind beinahe zwei Drittel aller Teilnehmer der Ansicht, man mache sich zu wenig Sorgen um AIDS (VAR. 131). Die Designer und Designerinnen sind häufiger als die anderen Befragten, vor allem als die Gruppe der Lehramtsstudenten, der Ansicht, AIDS werde zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt.

Die Mehrheit der Befragten aller drei Fachgruppen spricht sich zwar gegen härtere politische Maßnahmen zur AIDS-Bekämpfung (VAR. 132) aus, jedoch vertreten die männlichen und weiblichen Krankenpflegeschüler diese Meinung deutlich häufiger als die Studenten. Die Gruppe der Designstudenten kann sich am wenigsten mit Restriktionen wie Meldepflicht oder Zwangstest anfreunden.

Große Differenzen zeigen sich innerhalb der Frauenstichprobe: die Designerinnen plädieren seltener als die anderen Frauen, vor allem als die Krankenpflegerinnen, für gesetzliche Sanktionen. Insgesamt erweisen sich die Designstudenten, besonders die weiblichen, in dieser Frage, die als Indikator sowohl für Wissen als auch für Liberalität und Problembewußtsein dient, als aufgeklärter und toleranter als der Rest der Befragten.

Hinsichtlich ihrer Einstellung zur sexualmoralischen Verfassung der Gesellschaft unterscheiden sich die Fach- und Geschlechtsgruppen zum Teil erheblich voneinander.

Die männlichen Designstudenten halten die „sexuelle Revolution“ der 60er Jahre weit häufiger als die Lehramtsstudenten insgesamt für eine gute Entwicklung (VAR. 71), die ihrerseits führend in einer negativen Beurteilung sind. Andererseits empfindet die Gruppe der Designer insgesamt die gegenwärtige Gesellschaft häufiger als die Lehramtsgruppe als zu freizügig (VAR. 73), jedoch weniger häufig als die Krankenpflegegruppe. Gleichzeitig nehmen die Designstudenten insgesamt häufiger als die Befragten der beiden anderen Fachgruppen eine negative Einschätzung vor, d.h., sie bewerten die gegenwärtige Sexualmoral als zu repressiv. Hier wie in anderen Variablen zeigt sich eine Polarisierung innerhalb der Designgruppe, die häufiger zu den extremen als zu den gemäßigten Ansichten und Einschätzungen neigt.

Die Krankenpflegeschüler halten die gegenwärtige Gesellschaft in sexueller Hinsicht in weit stärkerem Ausmaß für zu freizügig als die Studenten und liegen mit dieser Einschätzung um mehr als das Doppelte vor den Lehramtsstudenten. Knapp einem Drittel der Designstudenten erscheint die Gesellschaft als zu repressiv und nur zu rd. einem Viertel als zu offen und freizügig. Sie stellen die einzige Fachgruppe dar, bei denen die liberale Einschätzung die konservative überwiegt. Alle Frauen erleben die Gesellschaft häufiger als die Männer als zu freizügig, die Krankenpflegerinnen deutlich am häufigsten. Im Vergleich zu den Studenten läßt sich bei den Krankenpflegern eine deutlich konservativere Einstellung gegenüber der Sexualität erkennen.

Gefragt, ob sie in der „sexuellen Befreiung“ einen Grund für die Ausbreitung von AIDS erkennen (VAR. 72), spricht sich eine klare Mehrheit der Krankenpflegeschüler von beinahe zwei Dritteln (rd. 63%) sowie fast die Hälfte der Designstudenten für diesen Zusammenhang aus (Lehramt: ca. 40%), während etwas mehr als die Hälfte der Lehramtsstudenten an einen nur geringen Einfluß glaubt. Die Designer (Gesamt und Frauen) messen der „sexuellen Befreiung“ weniger häufig als der Rest der Befragten überhaupt keinen Beitrag zur Verbreitung von HIV und AIDS zu.

Die sich abzeichnende konservativere Haltung der Krankenpflegeschüler spiegelt sich u. a. auch in ihrer stärkeren Bereitschaft, restriktiven Maßnahmen zur AIDS-Bekämpfung zuzustimmen, wider (VAR. 132).

Die bisher beobachteten einstellungsbezogenen Differenzen („Liberalismus“ vs. „Konservatismus“) der drei Fachgruppen lassen sich zumindest tendenziell in VAR. 138, die nach der Bewertung traditioneller Werte wie Treue, Ehe und Familie sowie sexueller Enthaltsamkeit fragt, nachweisen. Als einzige Gruppe, die solche Werte nicht bejaht und mehrheitlich ablehnt, kristallisieren sich die Designstudenten heraus. Die Lehramtsstudenten und besonders die Krankenpflegeschüler können sich mehrheitlich und deutlich häufiger mit den traditionell-konservativen Vorstellungen identifizieren. Wer sexuell treu bzw. enthaltsam ist, glaubt möglicherweise weniger Interesse und weniger Anlaß zur Auseinandersetzung mit HIV und AIDS zu haben.

Noch deutlicher wird diese Divergenz im Quervergleich mit Hypothese IV hinsichtlich der Frage nach sexueller Treue in einer Partnerschaft (VAR. 31): während gerade einmal 40% der Designgruppe die sexuelle Monogamie einfordern, ist dies bei beinahe zwei Dritteln der Lehramts- und Krankenpflegegruppe der Fall.

Innerhalb der Frauengruppe zeigt sich ein deutlicher Unterschied zwischen Designerinnen und den anderen Frauen, besonders zwischen Designerinnen und Krankenpflegeschülerinnen. Die Designstudentinnen stellen die Forderung nach unbedingter sexueller Treue in der Partnerschaft im Gegensatz zu den anderen Frauen nicht mehrheitlich (43% vs. Lehramt: 68% und Krankenpflege: 76%), halten sie im Gegenteil deutlich häufiger für falsch (15% vs. Lehramt: 3% und Krankenpflege: 0%).

Eine permissivere Einstellung und größere Aufgeschlossenheit der AIDS-Problematik gegenüber zeigen die Designstudenten in VAR. 116. Während mehr als ein Viertel von ihnen angibt, über persönliche Kontakte zu HIV-positiven oder AIDS-kranken Personen zu verfügen

bzw. solche über andere zu kennen, ist dies vor allem bei den Lehramtsstudenten deutlich seltener der Fall. Bei den Frauen ist diese Diskrepanz besonders ausgeprägt. Wieder einmal erweisen sich die Designer, vor allem die weiblichen, als permissiver und aufgeschlossener hinsichtlich der AIDS-Problematik als der Rest der Befragten. Die individuelle Betroffenheit scheint auch hier ausschlaggebender zu sein als die berufliche Betroffenheit z.B. der Krankenpflegeschüler. Der häufigere Kontakt der Designer zu HIV-Positiven/AIDS-Kranken steht sicherlich im Zusammenhang mit ihrem höherem Informationsstand und Problembewußtsein sowie ihrer Präventionsbereitschaft.

Die Designstudenten (mit und ohne Partner) stellen die größte Gruppe der Befragten mit flüchtigen Sexualkontakten (VAR. 78) dar, zeigen aber auch, verglichen mit den beiden anderen Gruppen, die stärksten Verhaltensmodifikationen in Richtung einer Reduzierung dieser flüchtigen Kontakte. Andererseits wird hier die Heterogenität der Gruppe deutlich an dem Fakt, daß der Prozentsatz derer, die unverändert an ihren sexuellen Spontankontakten festhält, größer ist als derjenige der Verringerer. In der Gruppe der Krankenpflegeschüler wiederholt sich dieses Bild, allerdings mit weitaus geringeren Werten. Obwohl die Zahl der Befragten, die eine Zunahme ihrer flüchtigen Sexualkontakte angibt, insgesamt sehr gering ist, haben die Designstudenten in dieser Antwortkategorie als einzige Gruppe keine Nennung.

Die Designstudenten insgesamt klären das HIV-Infektionsrisiko vor der Aufnahme neuer Sexualkontakte deutlich häufiger immer ab als die Krankenpflegeschüler und vor allem die Lehramtsstudenten (VAR. 79). Innerhalb der Männerstichprobe betreiben die Lehramtsstudenten in einem bedenklich stimmenden Ausmaß nie eine Risikoabklärung. Die Designerinnen eruieren häufiger als die anderen Frauen immer eine mögliche Ansteckungsgefahr, verzichten andererseits aber auch öfter ganz darauf.

Vermutlich aufgrund ihrer beruflichen Disposition haben sich die Krankenpfleger insgesamt (immerhin 44%) bereits einem HIV-Test unterzogen (VAR. 82), ebenso knapp ein Drittel der Designer. Die Lehramtsstudenten, die sich weniger informiert und weniger problembewußt zeigen, haben weit seltener einen HIV-Test vornehmen lassen; möglicherweise halten sie sich für nicht gefährdet und/oder stehen einem Test negativ gegenüber bzw. sind nicht entsprechend informiert.

Die Mehrheit aller Befragten hat noch nie auf einen sexuellen Kontakt verzichtet, weil das Ansteckungsrisiko zu groß erschien (VAR. 85); auf die Lehramtsstudenten trifft dies häufiger zu als auf die restliche Stichprobe.

Die partnergebundenen Designstudenten, besonders die Frauen, die zusätzliche Sexualkontakte pflegen, verwenden dabei weit häufiger als die anderen Befragten immer und gelegentlich ein Kondom (VAR. 87, vgl. Hypothese IV), was möglicherweise auf besseres Wissen über HIV und AIDS schließen läßt. Auf der anderen Seite gibt es auch hier wieder die größte Gruppe derer, die bei sexuellen Außenkontakten auf Kondomschutz verzichten.

Die Frage, ob sie sich während ihres Studiums bzw. ihrer Berufsausbildung schon einmal mit Fragen der Sexualerziehung und/oder AIDS auseinandergesetzt haben (VAR. 143), beantworten die Krankenpflegeschüler erwartungsgemäß überwiegend positiv, die Studenten mehrheitlich negativ. Die relativ niedrige Zahl der Lehramtsstudenten mutet angesichts ihrer künftigen beruflichen Verpflichtung als Grundschullehrer zum Sexualkundeunterricht erschreckend an und kann auch nicht mit dem mangelnden diesbezüglichen Lehrangebot an der Universität Essen entschuldigt werden. Bemerkenswert viele Designstudenten, die Männer etwas häufiger als die Frauen, haben sich mit der Thematik AIDS/Sexualerziehung beschäftigt. Erstaunlich ist ebenfalls, daß ein großer Teil der Designstudenten glaubt, ihr Wissen über AIDS werde ihr zukünftiges berufliches Handeln beeinflussen (VAR. 142). Wiederum nachdenklich stimmen muß der verhältnismäßig geringe Anteil der Lehramtsstudenten von weniger als zwei Dritteln, der bei den Männern weiter auf knapp die Hälfte absinkt, der von einem Einfluß ihrer Kenntnisse über AIDS und Sexualität auf ihr Berufsleben ausgeht.

Im zweiten Teil der Hypothese werden geschlechtsspezifische Unterschiede zwischen den Männern und Frauen innerhalb der Fachgruppen als auch in der Gesamtstichprobe vermutet. In insgesamt 12 der 25 Variablen, die zur Überprüfung von Hypothese I herangezogen wurden, finden sich signifikante Geschlechtsunterschiede, was einen Anteil von 48% ausmacht. In der Gesamtstichprobe sind bei insgesamt 9 Variablen signifikante Unterschiede zwischen Männern und Frauen beobachtbar (36%), in den Gruppen der Lehramtsstudenten und der Krankenpflegeschüler bei jeweils 5 Variablen (20%) und in der Gruppe Design bei 4 Variablen (16%).

Während sich die Geschlechter innerhalb der Gesamtstichprobe, d.h. nicht spezifiziert nach der Fachgruppenzugehörigkeit, in etwas mehr als einem Drittel der Fragen unterscheiden, trifft die Vermutung, es gäbe generelle Unterschiede im Antwortverhalten von Frauen und Männern innerhalb der Fachgruppen, nur sehr vereinzelt zu. Signifikante fachgruppenbezogene Geschlechtsunterschiede finden sich in den drei Fachgruppen in geringer und annähernd gleicher Anzahl, am wenigsten häufig bei den Designstudenten.

Die Vermutung, es gäbe generelle Geschlechtsunterschiede in den Fachgruppen, läßt sich somit nicht verifizieren.

Im Einzelnen:

Innerhalb der Gesamtstichprobe schätzen sich die Männer (rd. 27%) als besser über HIV und AIDS informiert ein als die Frauen (18%) und umgekehrt auch häufiger als schlecht informiert (6,9% vs. 3,7%). Signifikante geschlechtsspezifische Unterschiede in den Fachgruppen sind jedoch nicht erkennbar (VAR. 122)

Insgesamt befürworten mehr Frauen als Männer härtere Restriktionen zur Eindämmung von AIDS (VAR. 132); diese Geschlechtsdifferenz zeigt sich in den Fachgruppen lediglich bei den Lehramtsstudenten: mehr als doppelt so viele Frauen (rd. 29%) wie Männer (rd. 11%) sprechen sich für verstärkte Restriktionen aus.

Die Frauen unserer Stichprobe empfinden die gegenwärtige Gesellschaft häufiger als die Männer (rd. 27% vs. rd. 18%) als sexuell zu freizügig (VAR. 73), andererseits halten mehr Männer (rd. 29%) als Frauen (rd. 16%) sie für zu repressiv.

Hinsichtlich der Bewertung von Forderungen wie sexuelle Enthaltbarkeit und Treue, Ehe und Familie (VAR. 138) finden sich signifikante Geschlechtsunterschiede sowohl in der Gesamtstichprobe als auch bei den Lehramtsstudenten und den Krankenpflegeschülern. Die Frauen insgesamt (60,4%) befürworten deutlich häufiger als die Männer (34,1%) diese traditionellen Werte. In der Lehramtsgruppe ist diese Geschlechtsdifferenz am deutlichsten sichtbar: mehr als doppelt so viele Frauen (61%) wie Männer (29,5%) sprechen sich für diese Werte aus, die Krankenpflegeschülerinnen (69,2%) ebenfalls deutlich häufiger als ihre männlichen Kollegen (37,9%).



Diese Divergenzen finden sich auch in VAR. 31 (vgl. Hypothese IV), die nach der Wichtigkeit sexueller Treue in einer Partnerschaft fragt. Mit Ausnahme der Designgruppe unterscheiden sich die Geschlechter in dieser Frage signifikant voneinander. Insgesamt hält die Mehrheit der Frauen (65,4%) die sexuelle Treue für unbedingt notwendig im Gegensatz zu 40% der Männer. Sowohl die Lehramtsstudentinnen (67,9%) als auch die Krankenpflegeschülerinnen (76,1%) sprechen sich häufiger als ihre männlichen Pendants (44,4% bzw. 39,3%) für diese Forderung aus, wobei die Differenz innerhalb der Krankenpflegegruppe weitaus deutlicher ausfällt.

Die Frage nach persönlichen bzw. mittelbaren Kontakten zu HIV-Positiven (VAR. 116) wird von den männlichen Krankenpflegeschülern signifikant anders beantwortet als von den weiblichen: während lediglich rd. 9% der Frauen über solche Kontakte verfügen, ist dies bei rd. 24% der Männer der Fall.

In der Frage, ob sie sich sexuelle Kontakte zu HIV-infizierten bzw. AIDS-kranken Personen vorstellen könnten (VAR. 83), antworten die Männer und Frauen sowohl der Gesamtstichprobe als auch der Lehramtsstudenten signifikant unterschiedlich. Weitaus mehr Männer als Frauen können sich einen solchen zumindest „eingeschränkten“ Sexualkontakt vorstellen, was auch immer die Betreffenden mit „eingeschränkt“ verbinden (z.B. VAR. 137: „vorsichtiger Intimverkehr“ oder VAR. 123: „Sauberkeit“). Die Frauen insgesamt lehnen etwas häufiger als die Männer jeglichen diesbezüglichen Sexualverkehr ab. Bei den Lehramtsstudenten ist die Geschlechtsdifferenz deutlich ausgeprägter: während sich lediglich 6,4% der Lehramtsstudentinnen Geschlechtskontakte zu HIV-Infizierten vorstellen können, ist dies bei 26,7% ihrer männlichen Kommilitonen der Fall.

Hinsichtlich einer totalen Ablehnung sind sich die Geschlechter annähernd einig.

Von den partnergebundenen Befragten erweisen sich die Männer insgesamt als präventionsbewußter als die Frauen, was den Gebrauch von Kondomen bei außerpartnerschaftlichen Sexualkontakten betrifft (VAR. 87, vgl. Hypothese IV): sie verwenden doppelt so häufig ein Kondom zur AIDS-Prophylaxe (und möglicherweise zur Schwangerschaftsverhütung).

Deutlich mehr Designstudentinnen als –studenten halten die „Sexuelle Befreiung“ für eine schlechte Entwicklung; alle anderen Frauen und Männer zeigen in dieser Frage keine signifikanten Unterschiede im Antwortverhalten.

Deutlich mehr Frauen als Männer (Gesamt und alle drei Fachgruppen) haben bereits ein- oder mehrmals von einem neuen Sexualpartner einen HIV-Test verlangt; ebenso würden die Frauen dies in einer entsprechenden Situation mehrheitlich tun. Die Männer verzichten entsprechend häufiger auf einen Testnachweis als die Frauen, wobei dies auf die männlichen Designstudenten am wenigsten zutrifft (VAR. 80).

Insgesamt mehr Männer als Frauen haben ihre flüchtigen Sexualkontakte unverändert beibehalten; bei den Krankenpflegern ist diese Divergenz gravierend: mehr als drei mal so viele Männer als Frauen berichten über gleichbleibend viele flüchtige Sexualkontakte (VAR. 78).

Festzuhalten ist, daß die Hypothese nicht zu verifizieren ist:

Die Designstudenten sind nicht schlechter über HIV und AIDS informiert als die anderen Befragten; sie stehen der AIDS-Problematik aufgeschlossener gegenüber als Lehramtsstudenten und Krankenpflegeschüler und zeigen zudem so gut wie keine geschlechtsspezifischen Unterschiede. Weiterhin unterscheiden sich die Männer und Frauen der Gruppen Design, Lehramt und Krankenpflege nur sehr vereinzelt, wobei die männlichen und weiblichen Designstudenten die geringste Geschlechtsdifferenz aufweisen.

### 3. 2. Hypothese II

(B. Bartsch)

*„Designstudenten favorisieren und praktizieren eine permissivere und offenere Sexualität und leben weniger gesellschaftlich konform als Lehramtsstudenten der Primarstufe und Krankenpflegeschüler. Insgesamt entsprechen sie weniger der herrschenden Sexualmoral. Grundsätzlich vermuten wir Unterschiede zwischen den Frauen und den Männern.“*

Zur Prüfung der Hypothese II sind folgende 48 Variablen bestimmt worden:

- Fragebogenkomplex A („Allgemeines zur Person“): Variablen 4, 7, 8
- Fragebogenkomplex B („Zur politischen Situation, Wohnsituation, Zukunftserwartung“): Variablen 12, 13, 16
- Fragebogenkomplex C („Zur Partnersituation“): Variablen 17, 18, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31
- Fragebogenkomplex D („Heterosexuelles Verhalten seit der Pubertät“): Variablen 35, 36, 37, 38, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48
- Fragebogenkomplex F („Sexuelle Orientierung“): Variablen 54, 55
- Fragebogenkomplex G („Sexualität in der gegenwärtigen Partnerschaft“): Variablen 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66
- Fragebogenkomplex I („Einstellungen und Meinungen zur Sexualität“): Variablen 67, 68, 70, 71, 73, 76, 77.

Die Überprüfung der genannten Variablen soll den Nachweis erbringen, ob bzw. inwieweit Designstudenten eine offenere und permissivere Sexualität - im Gegensatz zu den Lehramtsstudenten und den Krankenpflegeschülern - favorisieren und leben.

VAR. 4, 7 und 8 geben Aufschluß über den Familienstand, die Konfession und die religiöse Überzeugung.

VAR. 12, 13 und 16 fragen nach der politischen Orientierung, der Wohnsituation und dem Hauptgrund für die Wahl des Studienfaches- bzw. der Berufsausbildung.

Die VAR. 17 und 18 beschreiben die aktuelle Partnersituation bzw. die Befindlichkeit bei fehlendem Partner. Die VAR. 23, 24 und 25 zielen auf die gefühlsmäßige Einschätzung der Partnerschaft, die Charakterisierung und - im Falle des Vorhandenseins von mehreren Partnern - den Umgang mit dieser Art von Partnerschaft.

Die VAR. 26, 27 und 28 geben eine Antwort auf die Anzahl der bisherigen Partnerschaften, die Zeitdauer der längsten Partnerschaft sowie den Trennungsgrund bei der letzten festen Partnerschaft.

Die VAR. 29, 30 und 31 erlauben Aussagen über den Heirats- und Kinderwunsch und die Einstellung in Bezug auf sexuelle Treue in der Partnerschaft.

Die VAR. 35, 36 und 37 beziehen sich auf die Häufigkeit des Koitus in den letzten 12 Monaten, die Anzahl der Koituspartner in den letzten 12 Monaten und die Zahl aller bisherigen Koituspartner insgesamt.

VAR. 38 erkundet den Kontakt zu Prostituierten und die VAR. 42, 43, 44 fragen nach der Häufigkeit der ausgeübten unterschiedlichen Sexualpraktiken.

Die VAR. 45, 46, 47 und 48 beantworten die Frage nach der Masturbationshäufigkeit, der Erfahrung mit Pornographie, der freiwilligen Gewalterfahrung im Rahmen von Sexualität und den gemachten bzw. angestrebten Erfahrungen von selteneren Sexualpraktiken.

Die VAR. 54 und 55 geben Auskunft über die sexuelle Orientierung und zeigen gleichgeschlechtliche Sexualekontakte auf.

VAR. 56 informiert über die Art der Partnerschaft, und die VAR. 57, 58, 59, 60, 61 und 62 informieren über den Umfang, die Dauer sowie die gefühlsmäßige Einschätzung der eigenen etwaigen Fremdbeziehung (und der etwaigen des Partners) außerhalb der festen Partnerschaft.

Die VAR. 63 und 64 bewerten das allgemeine gegenwärtige Sexualeben und speziell die Bedeutung des Geschlechtsverkehrs. VAR. 65 und 66 fragen danach, ob Sexualität an eine Partnerschaft bzw. Liebesbeziehung gekoppelt sein muß.

VAR. 67 und 68 spiegeln eine Bewertung des Geschlechtsverkehrs außerhalb der Partnerschaft. VAR. 70, 71 und 73 beleuchten die „Sexuelle Befreiung“ im Hinblick auf ihre positive bzw. negative Wirksamkeit auf die gegenwärtige Gesellschaft.

Die VAR. 76 und 77 beantworten die Fragen nach der persönlichen Bedeutung von Sexualität und nach denkbaren Partnerschaftsalternativen.

Die VAR. 4: „*Familienstand*“ zeigt eine Signifikanz ( $p = 0,010$ ) bei den Fachgruppen.

Die Designstudenten sind die Gruppe, die am geringsten und die Krankenpfleger sind die Gruppe, die am häufigsten „Verheiratete“ aufweisen (Design: 4%; Lehramt: 8,1%; Krankenpflege: 9,3%).

**Tabelle 20 A: Gesamt**

VAR. 4 Familienstand

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	ledig	92,9	91,9	87,6	91,4	541
2	verheiratet, zusammen lebend	4	8,1	9,3	7,4	44
3	verheiratet, getrennt lebend	0,8	-	-	0,2	1
4	geschieden	2,4	-	3,1	1	6
	%	100	100	100	100	
	N	126	369	97		592
	p = 0,010					
	Fehlende Antworten: 1					

**Tabelle 20 B: Männer**

VAR. 4 Familienstand

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	ledig	93	93,3	86,2	91,6	120
2	verheiratet, zusammen lebend	7	6,7	13,8	8,4	11
	%	100	100	100	100	
	N	57	45	29		131
	p = 0,493					
	Fehlende Antworten: 0					

Die geschlechtsspezifische Betrachtung zeigt ein unterschiedliches Bild. Bei den Männern sind keine signifikanten Unterschiede bei dem Antwortverhalten feststellbar. Bei den Frauen liegt der Wert bei  $p = 0,001$ . Der deutlichste Unterschied bei den Frauen tritt in der Kategorie „verheiratet zusammen lebend“ auf. Nur 1,4% der Designerinnen sind verheiratet, während dies bei 8,3% der Lehramtsstudentinnen und 7,4% der Krankenpflegeschülerinnen zutrifft.

Geschieden sind 4,3% der Designerinnen und 4,4% der Krankenpflegeschülerinnen (Lehramt: 0%).

**Tabelle 20 C: Frauen**

VAR. 4 Familienstand

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	ledig	92,8	91,7	88,2	91,3	421
2	verheiratet, zusammen lebend	1,4	8,3	7,4	7,2	33
3	verheiratet, getrennt lebend	1,4	-	-	0,2	1
4	geschieden	4,3	-	4,4	1,3	6
	%	100	100	100	100	
	N	69	324	68		461
	P = 0,001					
	Fehlende Antworten: 1					

Bei dem geschlechtsspezifischen Vergleich Männer/Frauen der VAR. 4 ergeben sich keine signifikanten Ergebnisse.

Der Anteil verheirateter Teilnehmer unserer Stichprobe (Männer = 8,4%, Frauen = 7,4 %) deckt sich nicht mit den Zahlen anderer Untersuchungen. Bei CLEMENT (1986) beträgt die Anzahl verheirateter Befragter mit 14% beinahe das Doppelte, in der Gießener Studie (vgl. BARDELEBEN et al. 1989 und REIMANN/BARDELEBEN 1992) 10%, bei BÖHM/ROHNER (1988) rund 9%.

Sowohl bei CLEMENT (1986) als auch bei BÖHM/ROHNER (1988) liegt der Anteil verheirateter Frauen um 4 Prozentpunkte höher als bei den Männern. In unserer Studentenchprobe sind zwar bei den Lehramtsstudenten ebenfalls mehr Frauen (8,3%) als Männer (6,7%) verheiratet, jedoch beträgt die Differenz weniger als 2%, während bei den Designstudenten die Frauen (2,8%) um fast 4,2% weniger häufig verheiratet sind als die Männer (7%). Die Krankenpflegeschüler (Männer = 13,8 %, Frauen = 11,8 %) sind insgesamt etwas häufiger verheiratet als die Studenten. Für diese Gruppe fehlen uns jedoch Vergleichswerte.

Bei VAR. 7: „Konfession“ ist das Antwortverhalten bei den Fachgruppen signifikant ( $p = 0,000$ ). Der auffälligste Unterschied ergibt sich in der Rubrik „konfessionslos“. Mit 17,5%

nehmen hier die Designstudenten den höchsten Wert ein (Lehramt: 5,1%; Krankenpflege: 15,5%). Bei den „anderen christlichen“ Konfessionen (Rubrik 4) bzw. „anderen“ Konfessionen (Rubrik 5) zeigen die Krankenpflegeschüler einen relativen hohen Wert (6,2% bzw. 5,2%). Erklärbar ist dieser Umstand möglicherweise dadurch, daß speziell im Krankenpflegebereich Auszubildende aus anderen Nationen vorzufinden sind.

**Tabelle 21 A: Gesamt**

VAR. 7 Konfession

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	konfessionslos	17,5	5,1	15,5	9,4	56
2	evangelisch	32,5	45,7	37,1	41,5	246
3	katholisch	46,8	47,6	36,1	45,5	270
4	andere christliche	0,8	1,1	6,2	1,9	11
5	andere	2,4	0,5	5,2	1,7	10
	%	100	100	100	100	
	N	126	370	97		593
	p = 0,000					
	Fehlende Antworten: 0					

**Tabelle 21 B: Männer**

VAR. 7 Konfession

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	konfessionslos	22,8	13,3	20,7	19,1	25
2	evangelisch	26,3	42,2	34,5	33,6	44
3	katholisch	45,6	44,4	34,5	42,7	56
4	andere christliche	-	-	6,9	1,5	2
5	andere	5,3	-	3,4	3,1	4
	%	100	100	100	100	
	N	57	45	29		131
	p = 0,109					
	Fehlende Antworten: 0					



**Tabelle 21 C: Frauen**

VAR. 7 Konfession

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	konfessionslos	13	4	13,2	6,7	31
2	evangelisch	37,7	46,2	38,2	43,7	202
3	katholisch	47,8	48	36,8	46,3	214
4	andere christliche	1,4	1,2	5,9	1,9	9
5	andere	-	0,6	5,9	1,3	6
	%	100	100	100	100	
	N	69	325	68		462
	p = 0,000					
	Fehlende Antworten: 0					

Während das Antwortverhalten bei den Frauen signifikant ( $p = 0,000$ ) ist, trifft dies nicht bei den Männern zu.

Bei den Frauen fällt auf, daß die Designerinnen (13%) und die Krankenpflegeschülerinnen (13,2%) die höchsten Nennungen bei „konfessionslos“ aufweisen (Lehramt: 4%). Für die hohen Werte der Krankenpflegeschülerinnen in den Rubriken 4 und 5 (jeweils 5,9%) muß wiederum ein hoher Anteil anderer Nationalitäten angenommen werden.

**Tabelle 21 D: Männer und Frauen**

VAR. 7 Konfession

	Antwortkategorien	Gesamt		Design		Lehramt P.		Krankenpflege		
		m	w	m	w	m	w	m	w	
1	konfessionslos	19,1	6,7	22,8	13	13,3	4	20,7	13,2	
2	evangelisch	33,6	43,7	26,3	37,7	42,2	46,2	34,5	38,2	
3	katholisch	42,7	46,3	45,6	47,8	44,4	48	34,5	36,8	
4	andere christliche	1,5	1,9		1,4		1,2	6,9	5,9	
5	andere	3,1	1,3	5,3			0,6	3,4	5,9	
	%	100	100	100	100	100	100	100	100	
	N	131	462	57	69	45	325	29	68	
	p	0,000		0,115		0,100		0,894		
	N = 593									

Der geschlechtsspezifische Vergleich Männer/Frauen ergibt nur bei der Gesamtgruppe eine Signifikanz ( $p = 0,000$ ).

Der Unterschied zeigt sich vor allem hinsichtlich der Konfessionslosigkeit. Deutlich mehr Männer (19,1%) als Frauen (6,7 %) geben an, keiner Religion anzugehören. Auffällig ist auch die Kategorie „evangelisch“. Hier sind die Frauen mit 43,7% dominanter als die Männer (33,6%).

BARDELEBEN et al. (vgl. BARDELEBEN et al. 1989 und REIMANN/BARDELEBEN 1992) berichten von einer leichten Dominanz evangelischer Studenten (52%), führen dies aber auf regionale Besonderheiten (Vorherrschaft des Protestantismus) zurück. Auch CLEMENT beschreibt den „modalen Studenten“ von 1981 als der evangelischen Konfession zugehörig (vgl. CLEMENT 1986).

Auch bei der VAR. 8: „Religiöse Überzeugung“ finden sich bei den Fachgruppen signifikante Unterschiede ( $p = 0,000$ ). In zwei Bereichen fallen die Designstudenten auf. Mit 16,8% haben sie den geringsten Wert in der Ordnung „überzeugt“ (Lehramt: 30,3%; Krankenpflege: 30,9%). Darüber hinaus zeigt sich ca. ein Drittel von ihnen (35,2%) einer Religion gegenüber ablehnend (Lehramt: 10,8%, Krankenpflege: 18,6%).

Die Werte verdeutlichen anschaulich, daß nur für einen sehr begrenzten Anteil der Designstudenten (jeder Sechste) die eigene Religion eine feste Orientierung darstellt.

**Tabelle 22 A: Gesamt**

VAR. 8 Religiöse Überzeugung

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	überzeugt	16,8	30,3	30,9	27,5	163
2	unentschieden	31,2	36,2	28,9	34	201
3	gleichgültig	16,8	22,7	21,6	21,3	126
4	ablehnend	35,2	10,8	18,6	17,2	102
	%	100	100	100	100	
	N	125	370	97		592
	p = 0.000					
	Fehlende Antworten: 1					

Aufgeteilt nach Geschlechtern ergibt sich nur bei den Frauen ein signifikanter Unterschied bei dem Antwortverhalten ( $p = 0,000$ ). Nur etwa jede fünfte Designstudentin (20,3%) gibt an, von ihrer Religion „überzeugt“ zu sein (Lehramt: 29,8%; Krankenpflege: 29,4%). Dem gegenüber steht ein sehr hoher Ablehnungswert (34,8%), der fast vier mal so hoch wie bei den Lehramtsstudentinnen (9,2%) und etwa zweieinhalb mal so hoch wie bei den Krankenpflegeschülerinnen (13,2%) ist.

Faßt man die Ergebnisse bei den Frauen zusammen, so wird erkennbar, daß die Religion bei den Designerinnen nur bei ca. einem Fünftel von fundamentalem Belang ist und gut ein Drittel ihr sogar in eindeutiger Ablehnung gegenüber steht.

**Tabelle 22 B: Männer**

VAR. 8 Religiöse Überzeugung

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	überzeugt	12,5	33,3	34,5	24,6	32
2	unentschieden	30,4	15,6	20,7	23,1	30
3	gleichgültig	21,4	28,9	13,8	22,3	29
4	ablehnend	35,7	22,2	31	30	39
	%	100	100	100	100	
	N	56	45	29		130
	p = 0,069					
	Fehlende Antworten: 1					

**Tabelle 22 C: Frauen**

VAR. 8 Religiöse Überzeugung

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	überzeugt	20,3	29,8	29,4	28,4	131
2	unentschieden	31,9	39,1	32,4	37	171
3	gleichgültig	13	21,8	25	21	97
4	ablehnend	34,8	9,2	13,2	13,6	63
	%	100	100	100	100	
	N	69	325	68		462
	p = 0,000					
	Fehlende Antworten: 0					

**Tabelle 22 D: Männer und Frauen**

VAR. 8 Religiöse Überzeugung

	Antwortkategorien	Gesamt		Design		Lehramt P.		Krankenpflege	
		m	w	m	w	m	w	m	w
1	überzeugt	24,6	28,4	12,5	20,3	33,3	29,8	34,5	29,4
2	unentschieden	23,1	37	30,4	31,9	15,6	39,1	20,7	32,4
3	gleichgültig	22,3	21	21,4	13	28,9	21,8	13,8	25
4	ablehnend	30	13,6	35,7	34,8	22,2	9,2	31	13,2
	%	100	100	100	100	100	100	100	100
	N	130	462	56	69	45	325	29	68
	p	0,000		0,486		0,004		0,123	
	N = 592								

Signifikante Unterschiede werden bei der Gesamtgruppe ( $p = 0,000$ ) und den Lehramtsstudenten ( $p = 0,004$ ) deutlich.

In der Gesamtgruppe zeigen sich deutlich mehr Frauen (37%) „unentschieden“ als bei den Männern (23,1%), während 30% der Männer, aber nur 13,6% der Frauen eine „ablehnende“ Haltung gegenüber der Religion einnehmen.

Ähnliche Verhältnisse finden sich bei den Lehramtsstudenten. 15,6% der Männer und 39,1% der Frauen zeigen eine unentschlossene Haltung, hingegen sind 22,2% der männlichen Lehramtsstudenten und 9,2% der weiblichen gegenüber einer Religion „ablehnend“ eingestellt.

CLEMENT beschrieb den „modalen Studenten“ von 1981 u.a. als evangelisch und teilweise religiös ablehnend oder gleichgültig (vgl. CLEMENT 1986). Auch unsere Stichprobe ist überwiegend religiös nicht überzeugt. Die Beobachtung, daß medizinisches Personal religiöser war als die Vergleichsgruppe der Ärzte (vgl. ZUBER/WERNER 1988), läßt sich zwischen unseren Krankenpflegeschülern und den Studenten nicht wiederholen.

VAR. 12: „Welche der folgenden politischen Richtungen kommt Ihrer eigenen Position am nächsten?“ dokumentiert innerhalb der Fachgruppen signifikante Ergebnisse ( $p = 0,000$ ). Als die konservativste Gruppe erweisen sich die Lehramtsstudenten. Mit 12,4% in der Kategorie

„konservativ“ (Design: 7,4%; Krankenpflege: 6,5%) und mit 47,9% in der Kategorie „sozialdemokratisch“ (Design: 24,6%; Krankenpflege: 47,8%) finden sich hier die höchsten Werte. Umgekehrt ist es bei den Designstudenten. Sie haben in der Ordnung „liberal“ einen Prozentwert von 31,1% (Lehramt: 20,1%; Krankenpflege: 27,2%), in der Ordnung „undogmatisch links“ 29,5% (Lehramt: 17,6%; Krankenpflege: 12%) und in der Ordnung „anarchistisch“ 6,6% (Lehramt: 1,1%; Krankenpflege: 2,2%).

Hier wird deutlich, daß die politische Orientierung der Designstudenten Abweichungen zu den beiden anderen Untersuchungsgruppen erkennbar werden läßt.

Bei der geschlechtsspezifischen Betrachtung lassen sich nur bei den Frauen signifikante Unterschiede bei den Antworten feststellen ( $p = 0,000$ ).

Die weiblichen Designstudenten zeigen sich durchgängig unterschiedlich zu den beiden anderen Frauengruppen. 29% bezeichnen sich als „liberal“ (Lehramt: 18,9%; Krankenpflege: 23,1%), 30,4% als „undogmatisch links“ (Lehramt: 15,7%; Krankenpflege: 10,8%) und 5,8% als „anarchistisch“ (Lehramt: 1,3%; Krankenpflege: 0%). Folgerichtig weisen sie bei „konservativ“ nur den geringsten Wert mit 7,2% aus (Lehramt: 13,5%; Krankenpflege: 9,2%).

**Tabelle 23 A: Gesamt**

VAR. 12 Welche der folgenden politischen Richtungen kommt Ihrer eigenen Position am nächsten?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	nationalistisch / rechtsnationalistisch	-	0,3	2,2	0,5	3
2	konservativ	7,4	12,4	6,5	10,4	60
3	liberal	31,1	20,1	27,2	23,6	136
4	sozialdemokratisch	24,6	47,9	47,8	43	248
5	undogmatisch links	29,5	17,6	12	19,2	111
6	kommunistisch	0,8	0,6	2,2	0,9	5
7	anarchistisch	6,6	1,1	2,2	2,4	14
	%	100	100	100	100	
	N	122	363	92		577
	$p = 0,000$					
	Fehlende Antworten: 16					

**Tabelle 23 B: Männer**

VAR. 12 Welche der folgenden politischen Richtungen kommt Ihrer eigenen Position am nächsten?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	nationalistisch / rechtsnationalistisch	-	-	-	-	-
2	konservativ	7,5	4,4	-	4,8	6
3	liberal	34	28,9	37	32,8	41
4	sozialdemokratisch	22,6	35,6	37	30,4	38
5	undogmatisch links	28,3	31,1	14,8	26,4	33
6	kommunistisch	-	-	3,7	0,8	1
	anarchistisch	7,5	-	7,4	4,8	6
	%	100	100	100	100	
	N	53	45	27		125
	p = 0,214					
	Fehlende Antworten: 6					

**Tabelle 23 C: Frauen**

VAR. 12 Welche der folgenden politischen Richtungen kommt Ihrer eigenen Position am nächsten?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	nationalistisch / rechtsnationalistisch	-	0,3	3,1	0,7	3
2	konservativ	7,2	13,5	9,2	11,9	54
3	liberal	29	18,9	23,1	21	95
4	sozialdemokratisch	26,1	49,7	52,3	46,5	210
5	undogmatisch links	30,4	15,7	10,8	17,3	78
6	kommunistisch	1,4	0,6	1,5	0,9	4
7	anarchistisch	5,8	1,3	-	1,8	8
	%	100	100	100	100	
	N	69	318	65		452
	p = 0,000					
	Fehlende Antworten: 10					

Bei einer geschlechtsspezifischen Betrachtung Männer/Frauen lassen sich signifikante Unterschiede nur in der Gesamtgruppe erkennen ( $p = 0,000$ ).

Mehr als doppelt so viele Frauen (11,9%) wie Männer (4,8%) bezeichnen sich als „konservativ“. Im Kontrast dazu weisen sich 32,8% der Männer und 21% der Frauen als „liberal“ aus.

Markante Unterschiede zwischen den befragten Männern als auch den Frauen sind ebenfalls in den Kategorien „sozialdemokratisch“ und „undogmatisch links“ zu erkennen.

**Tabelle 23 D: Männer und Frauen**

VAR. 12 Welche der folgenden politischen Richtungen kommt Ihrer eigenen Position am nächsten?

	Antwortkategorien	Gesamt		Design		Lehramt P.		Krankenpflege	
		m	w	m	w	m	w	m	w
1	nationalistisch / rechtsnationalistisch	-	0,7	-	-	-	0,3	-	3,1
2	konservativ	4,8	11,9	7,5	7,2	4,4	13,5	-	9,2
3	liberal	32,8	21	34	29	28,9	18,9	37	23,1
4	sozialdemokratisch	30,4	46,5	22,6	26,1	35,6	49,7	37	52,3
5	undogmatisch links	26,4	17,3	28,3	30,4	31,1	15,7	14,8	10,8
6	kommunistisch	0,8	0,9	-	1,4	-	0,6	3,7	1,5
7	anarchistisch	4,8	1,8	7,5	5,8	-	1,3	7,4	-
	%	100	100	100	100	100	100	100	100
	N	125	452	53	69	45	318	27	65
	p	0,000		0,931		0,051		0,085	
	N = 577								

VAR. 13: „Ich wohne gegenwärtig“ geht auf die Wohnsituation der Befragten ein und zeigt die Signifikanz  $p = 0,000$  bei den untersuchten Fachgruppen.

Den größten Anteil der Alleinlebenden stellen die Designstudenten (37,3%; Lehramt: 17%; Krankenpflege: 29,9%). Sie leben auch am wenigsten häufig „bei ihren Eltern“ (15,9%; Lehramt: 51,6%; Krankenpflege: 28,9%) und auch am wenigsten häufig „nur mit ihrem Partner“ zusammen (15,9%; Lehramt: 18,1%; Krankenpflege: 22,7%). Gravierende Unterschiede zeigen sich auch in der Rubrik „in einer Wohngemeinschaft ohne Partner“. Mit 10,7% weisen die Designstudenten einen großen Unterschied zu den Lehramtsstudenten (1,6%) und den Krankenpflegeschülern (0%) auf. Markant ist auch die Differenz in der Rubrik „zu zweit (nicht mit meinem Partner)“. Hier haben die Designstudenten mit 9,5% einen ca. drei mal höheren Wert als die Lehramtsstudenten (3,8%) und die Krankenpfleger (3,1%).

Insgesamt läßt sich konstatieren, daß die Designstudenten die geringste wohnliche Anbindung an ihr Elternhaus haben und zudem häufiger nicht mit ihrem Partner zusammen leben im Vergleich zu den beiden anderen Gruppen.

**Tabelle 24 A: Gesamt**

VAR. 13 Ich wohne gegenwärtig

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	allein	37,3	17	29,9	23,4	139
2	bei den Eltern	15,9	51,6	28,9	40,3	239
3	im Studentenwohnheim	7,9	3,2	9,3	5,2	31
4	nur mit meinem Partner zusammen	15,9	18,1	22,7	18,4	109
5	zu zweit (nicht mit meinem Partner)	9,5	3,8	3,1	4,9	29
6	in einer WG mit meinem Partner und anderen	1,6	0,3	1	0,7	4
7	in einer WG ohne Partner	10,3	1,6	-	3,2	19
8	sonstiges	1,6	4,3	5,2	3,9	23
	%	100	100	100	100	
	N	126	370	97		593
	p = 0,000					
	Fehlende Antworten: 0					

Das signifikante Ergebnis bei den Männern beträgt  $p = 0,011$ . Mit 36,8% sind die männlichen Designer diejenigen, die am häufigsten alleine leben und die Lehramtsstudenten (57,8%) diejenigen, die am häufigsten bei den Eltern leben. Fast ein Drittel (31%) der Krankenpfleger zeigt sich im Hinblick auf die Wohnsituation partnerfixiert (Design: 19,3%; Lehramt: 11,1%), während bei den Designern auffällt, daß sie häufiger als die beiden anderen Gruppen „zu zweit nicht mit dem Partner“ (7%) und „in einer Wohngemeinschaft ohne Partner“ (10,5%) leben.

Der signifikante Wert bei den Frauen beträgt  $p = 0,000$ . Die weiblichen Designstudenten haben den höchsten Prozentwert in der Rubrik „allein“ mit 37,7 % (Lehramt: 17,2%; Krankenpflege: 29,4%) und den geringsten Wert in der Rubrik „bei den Eltern“ mit 11,6% (Lehramt: 50,8%; Krankenpflege: 32,4%). Abweichungen zeigen sich auch bei „zu zweit (nicht mit meinem Partner)“ und „in einer Wohngemeinschaft ohne Partner“. Mit 11,6% (Lehramt: 3,7%; Krankenpflege: 1,5%) bzw. 10,1% (Lehramt: 1,2%; Krankenpflege: 0%) werden hier die absoluten Höchstwerte bei den Frauen erzielt.



**Tabelle 24 B: Männer**

VAR. 13 Ich wohne gegenwärtig

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	allein	36,8	15,6	31	28,2	37
2	bei den Eltern	21,1	57,8	20,7	33,6	44
3	im Studentenwohnheim	3,5	4,4	10,3	5,3	7
4	nur mit meinem Partner zusammen	19,3	11,1	31	19,1	25
5	zu zweit (nicht mit meinem Partner)	7	4,4	6,9	6,1	8
6	in einer WG mit meinem Partner und anderen	1,8	-	-	0,8	1
7	in einer WG ohne Partner	10,5	4,4	-	6,1	8
8	sonstiges	-	2,2	-	0,8	1
	%	100	100	100	100	
	N	57	45	29		131
	p = 0,011					
	Fehlende Antworten: 0					

**Tabelle 24 C: Frauen**

VAR. 13 Ich wohne gegenwärtig

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	allein	37,7	17,2	29,4	22,1	102
2	bei den Eltern	11,6	50,8	32,4	42,2	195
3	im Studentenwohnheim	11,6	3,1	8,8	5,2	24
4	nur mit meinem Partner zusammen	13	19,1	19,1	18,2	84
5	zu zweit (nicht mit meinem Partner)	11,6	3,7	1,5	4,5	21
6	in einer WG mit meinem Partner und anderen	1,4	0,3	1,5	0,6	3
7	in einer WG ohne Partner	10,1	1,2	-	2,4	11
8	sonstiges	2,9	4,6	7,4	4,8	22
	%	100	100	100	100	
	N	69	325	68		462
	p = 0,000					
	Fehlende Antworten: 0					

Bei dem geschlechtsspezifischen Vergleich Männer/Frauen der VAR. 13 ergeben sich keine Signifikanzen.

In der Untersuchung von CLEMENT lebte zum Vergleich noch ein Viertel der Befragten mit einem festen Partner zusammen (vgl. CLEMENT 1986), dies gilt auch für die Studie von BARDELEBEN et al. (vgl. BARDELEBEN et al. 1989), in der 26,5% der Studenten mit ihrem Partner zusammen wohnten. In unserer Untersuchung sind dies deutlich weniger Personen (Männer = 19,1%) und (Frauen = 18,2%).

TILLMANN et al., die heterosexuelle und homosexuelle Studenten untersuchten (vgl. TILLMANN et al. 1990), kamen zumindest für homosexuelle Studenten zu deutlich anderen Ergebnissen. 35% lebten allein (Heterosexuelle 20%), 4% bei den Eltern (Heterosexuelle 13%), 52% in einer Wohngemeinschaft (Heterosexuelle 25%) und nur 8% gemeinsam mit ihrem Partner (Heterosexuelle 20%).

VAR. 16: „Was war der Hauptgrund für die Wahl Ihres Studienfaches/Ihrer Berufsausbildung?“ läßt bei den untersuchten Fachgruppen signifikante Differenzen ( $p = 0,000$ ) erkennen. Mit 96,8%, die ihr Studium aus „inhaltlichem, beruflichem Interesse“ wählten, ist das Ergebnis bei den Designern sehr dominant (Lehramt: 83,2%; Krankenpflege: 66,3%). Erwähnenswert ist der hohe Anteil der Krankenpflegeschüler (22,1%), die sich mit Ihrer Wahl „gute Berufschancen“ ausrechnen (Design: 1,6%; Lehramt: 3,2%).

Ähnliche signifikante Ergebnisse ( $p = 0,006$ ) wie bei den Fachgruppen lassen sich bei den Männern nachweisen. Hier sind es 94,7% bei den Designern, die aus Überzeugung ihr Studium ausgewählt haben (Lehramt: 82,2%; Krankenpflege: 64,3%). Der Anteil der männlichen Krankenpflegeschüler (32,1%), die „gute Berufschancen“ als Grund ihrer Wahl angeben, beträgt das dreifache im Vergleich zum Anteil der Lehramtsstudenten (11,1%) und ca. das neunfache zu den Designstudenten (3,5%).

Auch bei den Frauen sind signifikante Unterschiede im Antwortverhalten feststellbar ( $p = 0,000$ ). Mit 98,6% nehmen die weiblichen Designer in der Rubrik „Ich wählte dieses Fach aus inhaltlichem, beruflichem Interesse“ den Spitzenplatz ein (Lehramt: 83,4%; Krankenpflege: 67,2%). „Zufällig“ haben ihre Wahl 9,2% der Lehramtsstudentinnen und 7,5% der Krankenpflegeschülerinnen getroffen (Design: 0%). 17,9% der Krankenpflegeschülerinnen geben an, sich durch ihre Wahl „gute Berufschancen“ auszurechnen (Lehramt: 2,2%; Design: 0%).

Faßt man die Ergebnisse zusammen, so fällt bei den weiblichen als auch bei den männlichen Designern das übergroße Interesse an ihrem Studium - in Relation zu den beiden anderen Untersuchungsgruppen - auf.

Bei der differenzierten Betrachtung zwischen Männern und Frauen sind die Ergebnisse bei der Gesamtgruppe ( $p = 0,000$ ) und den Lehramtsstudenten ( $p = 0,009$ ) signifikant.

Es zeigt sich, daß sowohl die Männer in der Gesamtgruppe als auch bei den Lehramtsstudenten deutlich zielorientierter agierten als die Frauen. In beiden Gruppen war die Studienwahl bei den Männern im Vergleich zu den Frauen deutlich weniger dem Zufall überlassen (Gesamt m: 2,3%, w: 6,4%; Lehramt m: 4,4%, w: 9,2%). Für die Männer war die Berufsorientierung erkennbar weniger eine Alternativentscheidung (Gesamt m: 1,5%, w: 4,2%; Lehramt m: 2,2%, w: 5,2%), was sich auch in den markant höheren Nennungen in der Kategorie „gute Berufschancen“ (Gesamt m: 12,3%, w: 5,9%; Lehramt m: 11,1%, w: 2,2%) abbildet.

**Tabelle 25 A: Gesamt**

VAR. 16 Was war der Hauptgrund für die Wahl Ihres Studienfaches / Ihrer Berufsausbildung?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	Ich wählte dieses Fach aus inhaltlichem, beruflichem Interesse	96,8	83,2	66,3	83,4	493
2	Es ist ein Ausweichfach, weil in dem gewünschten Studienfach der NC zu hoch war	0,8	4,9	6,3	4,2	25
3	Ich wählte dieses Fach mehr zufällig	0,8	8,6	5,3	6,4	38
4	Ich rechnete mir gute Berufschancen aus	1,6	3,2	22,1	5,9	35
	%	100	100	100	100	
	N	126	370	95		591
	p = 0,000					
	Fehlende Antworten: 2					

**Tabelle 25 B: Männer**

VAR. 16 Was war der Hauptgrund für die Wahl Ihres Studienfaches / Ihrer Berufsausbildung?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	Ich wählte diese Fach aus inhaltlichem, beruflichem Interesse	94,7	82,2	64,3	83,8	109
2	Es ist ein Ausweichfach, weil in dem gewünschten Studienfach der NC zu hoch war	-	2,2	3,6	1,5	2
3	Ich wählte dieses Fach mehr zufällig	1,8	4,4	-	2,3	3
4	Ich rechnete mir gute Berufschancen aus	3,5	11,1	32,1	12,3	16
	%	100	100	100	100	
	N	57	45	28		130
	p = 0,006					
	Fehlende Antworten: 1					

**Tabelle 25 C: Frauen**

VAR. 16 Was war der Hauptgrund für die Wahl Ihres Studienfaches / Ihrer Berufsausbildung?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	Ich wählte dieses Fach aus inhaltlichem, beruflichem Interesse	98,6	83,4	67,2	83,3	384
2	Es ist ein Ausweichfach, weil in dem gewünschten Studienfach der NC zu hoch war	1,4	5,2	7,5	5	23
3	Ich wählte dieses Fach mehr zufällig	-	9,2	7,5	7,6	35
4	Ich rechnete mir gute Berufschancen aus	-	2,2	17,9	4,1	19
	%	100	100	100	100	
	N	69	325	67		461
	p = 0,000					
	Fehlende Antworten: 1					

**Tabelle 25 D: Männer und Frauen**

VAR. 16 Was war der Hauptgrund für die Wahl Ihres Studienfaches / Ihrer Berufsausbildung?

	Antwortkategorien	Gesamt		Design		Lehramt P.		Krankenpflege	
		m	w	m	w	m	w	m	w
1	Ich wählte dieses Fach aus inhaltlichem, beruflichem Interesse	83,8	83,3	94,7	98,6	82,2	83,4	64,3	67,2
2	Es ist ein Ausweichfach, weil in dem gewünschten Studienfach der NC zu hoch war	1,5	5	-	1,4	2,2	5,2	3,6	7,5
3	Ich wählte dieses Fach mehr zufällig	2,3	7,6	1,8	-	4,4	9,2	-	7,5
4	Ich rechnete mir gute Berufschancen aus.	12,3	4,1	3,5	-	11,1	2,2	32,1	17,9
	%	100	100	100	100	100	100	100	100
	N	130	461	57	69	45	325	28	67
	p	0,000		0,212		0,009		0,222	
	N = 591								

VAR. 17: „Wie würden Sie Ihre gegenwärtige Partnersituation beschreiben?“ offenbart nur bei den Fachgruppen signifikante Unterschiede ( $p = 0,021$ ).

Mit 73,2% haben die Lehramtsstudenten am häufigsten eine „feste Partnerschaft“ (mit einem Partner) (Design: 63,2%; Krankenpflege: 58,8%), gleichzeitig stellen sie die Gruppe, in der es die geringste Anzahl von Personen gibt, die „mehr als einen festen Partner haben“ (2,2%) (Design: 4,8%; Krankenpflege: 6,2%).

**Tabelle 26 A: Gesamt**

VAR. 17 Wie würden Sie Ihre gegenwärtige Partnersituation beschreiben?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	Ich habe keinen festen Partner	32	24,7	35,1	27,9	165
2	Ich habe einen festen Partner	63,2	73,2	58,8	68,7	406
3	Ich habe mehr als einen festen Partner	4,8	2,2	6,2	3,4	20
	%	100	100	100	100	
	N	125	369	97		591
	p = 0,021					
	Fehlende Antworten: 2					

**Tabelle 26 D: Männer und Frauen**

VAR. 17 Wie würden Sie Ihre gegenwärtige Partnersituation beschreiben?

	Antwortkategorien	Gesamt		Design		Lehramt P.		Krankenpflege		
		m	w	m	w	m	w	m	w	
1	Ich habe keinen festen Partner	37,4	25,2	35,1	29,4	37,8	22,8	41,4	32,4	
2	Ich habe einen festen Partner	56,5	72,2	59,6	66,2	57,8	75,3	48,3	63,2	
3	Ich habe mehr als einen festen Partner	6,1	2,6	5,3	4,4	4,4	1,9	10,3	4,4	
	%	100	100	100	100	100	100	100	100	
	N	131	460	57	68	45	324	29	68	
	p	0,002		0,753		0,040		0,301		
	N = 591									

Signifikant zeigen sich die Daten bei der geschlechtsspezifischen Betrachtung Männer/Frauen bei den Lehramtsstudenten ( $p = 0,040$ ) und der Gesamtgruppe ( $p = 0,002$ ).

Der Anteil der Männer in beiden Untersuchungsgruppen, die über keinen festen Partner verfügen (Gesamt = 37,4%) (Lehramt = 37,8%), liegt wesentlich höher als bei den Frauen (Gesamt = 25,2%) (Lehramt = 22,8%). Analog hierzu finden sich entsprechend umgekehrte Werte in der Kategorie „Ich habe einen festen Partner“. Mehr als doppelt so viele Männer wie Frauen geben auch in der Gesamtgruppe und bei den Lehramtsstudenten an, über „mehr als einen festen Partner“ zu verfügen.

Die von uns ermittelten Werte decken sich nicht ganz mit den Werten von BÖHM/ROHNER (vgl. BÖHM/ROHNER 1988). In ihrer Studie hatten 56% der befragten Studenten einen festen Partner, 39% waren ohne Partner und 5% hatten mehrere Partner. Auch hier hatten die Männer vergleichsweise häufiger keinen festen Partner.

In der Studie von BARDELEBEN/REIMANN/SCHMIDT (vgl. BARDELEBEN/REIMANN/SCHMIDT 1989) belief sich der Anteil der Studenten, die einen Partner hatten, auf 69%, die keinen festen Partner hatten auf 31%. Von den Partnergebundenen lebten 27% auch mit ihrem Partner zusammen. In der Untersuchung von ELSING et al. (vgl. ELSING et al. 1991) hatten 72% der befragten Frauen und 55% der befragten Männer einen festen Partner.

Keinen festen Partner hatten 29% der Personen in der Studie von CLEMENT. Auffällig war hier, daß mehr Männer als Frauen partnerlos waren (vgl. CLEMENT 1986). Laut NEUBAU-

ER waren in seiner Untersuchung 62% der Studenten in eine feste Partnerschaft eingebunden (vgl. NEUBAUER 1989 a).

Bei TILLMANN et al. (vgl. TILLMANN et al. 1990) hatten 36% der Homosexuellen keinen und 64% einen festen Partner, bei den Heterosexuellen waren 30% ohne und 70% mit einem Partner. MITTAG/ROHNER (vgl. MITTAG/ROHNER 1990) stellten fest, daß 57% der weiblichen und 73% der männlichen britischen Studenten keinen Partner hatten, 25% der männlichen und 41% der weiblichen eine feste Partnerschaft und 2% der männlichen und 2% der weiblichen mehrere feste Partnerschaften hatten.

VAR. 23: „Wie fühlen Sie sich in der Regel in Ihrer festen Partnerschaft?“ (Nur für Befragte mit einem festen Partner) läßt nur bei der geschlechtsspezifischen Betrachtung und dort ausschließlich bei den Frauen ( $p = 0,046$ ) einen signifikanten Unterschied im Antwortverhalten erkennen.

Nur 60% der Designerinnen fühlen sich zur Zeit „sehr wohl“ mit ihrem festen Partner. Deutlich höher sind die entsprechenden Werte bei den Lehramtsstudentinnen (70,2%) und den Krankenpflegeschülerinnen (86,7%). Dafür geben 37,8% der Designerinnen an, sich mit ihrem Partner „einigermaßen wohl“ zu fühlen (Lehramt: 25,7%; Krankenpflege: 13,3%). Nur ein sehr geringer Teil der weiblichen Befragten fühlt sich „unwohl“ mit seinem Partner (Design: 2,2%; Lehramt: 4,1%; Krankenpflege: 0%).

#### **Tabelle 27 B: Männer**

VAR. 23 Wie fühlen Sie sich in der Regel in Ihrer festen Partnerschaft?  
(Nur für Befragte mit einem festen Partner)

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	Ich fühle mich zur Zeit sehr wohl mit meinem festen Partner	67,6	77,8	64,3	70,7	53
2	Ich fühle mich zur Zeit einigermaßen wohl mit meinem festen Partner	29,4	22,2	35,7	28	21
3	Ich fühle mich zur Zeit unwohl mit meinem festen Partner	2,9	-	-	1,3	1
	%	100	100	100	100	
	N	34	27	14		75
	p = 0,705					
	Fehlende Antworten: 56					

**Tabelle 27 C: Frauen**

VAR. 23 Wie fühlen Sie sich in der Regel in Ihrer festen Partnerschaft?  
(Nur für Befragte mit einem festen Partner)

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	Ich fühle mich zur Zeit sehr wohl mit meinem festen Partner	60	70,2	86,7	71	238
2	Ich fühle mich zur Zeit einigermaßen wohl mit meinem festen Partner	37,8	25,7	13,3	25,7	86
3	Ich fühle mich zur Zeit unwohl mit meinem festen Partner	2,2	4,1	-	3,3	11
	%	100	100	100	100	
	N	45	245	45		335
	p = 0,046					
	Fehlende Antworten: 127					

Bei dem geschlechtsspezifischen Vergleich Männer/Frauen der VAR. 23 ergeben sich keine signifikanten Werte.

Auch bei VAR. 25: „Wie möchten Sie mit der gegenwärtigen Partnersituation umgehen?“ (Nur für Befragte mit mehreren festen Partnern) sind signifikante Unterschiede im Antwortverhalten nur bei den Frauen ( $p = 0,005$ ) feststellbar.

Während jeweils alle Designerinnen (100%) und alle Krankenpflegeschülerinnen (100%) ihre „mehreren festen Partner“ beibehalten möchten, wollen dies nur 25% der Lehramtsstudentinnen. Die übrigen 75% haben den Wunsch, eine „ausschließliche“ Zweierbeziehung zu führen.



**Tabelle 28 B: Männer**

VAR. 25 Wie möchten Sie mit der gegenwärtigen Partnersituation umgehen?  
(Nur für Befragte mit mehreren festen Partnern)

	Antwortkategorien	Design	Krankenpflege	%	N
1	Ich möchte sie weiter so beibehalten	33,3	-	16,7	1
2	Ich möchte sie ändern und eine ausschließliche Zweierbeziehung haben	-	66,7	33,3	2
3	Ich möchte Sie ändern, aber keine ausschließliche Zweierbeziehung haben	66,7	33,3	50	3
	%	100	100	100	
	N	3	3		6
	p = 0,189				
	Fehlende Antworten: 125				

**Tabelle 28 C: Frauen**

VAR. 25 Wie möchten Sie mit der gegenwärtigen Partnersituation umgehen?  
(Nur für Befragte mit mehreren festen Partnern)

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	Ich möchte sie weiter so beibehalten	100	25	100	64,7	11
2	Ich möchte sie ändern und eine ausschließliche Zweierbeziehung haben	-	75	-	35,3	6
3	Ich möchte sie ändern, aber keine ausschließliche Zweierbeziehung haben	-	-	-	-	-
	%	100	100	100	100	
	N	5	8	4		17
	p = 0,005					
	Fehlende Antworten: 445					

**Tabelle 28 D: Männer und Frauen**

VAR. 25 Wie möchten Sie mit der gegenwärtigen Partnersituation umgehen?  
(Nur für Befragte mit mehreren festen Partnern)

	Antwortkategorien	Gesamt		Design		Lehramt P.		Krankenpflege	
		m	w	m	w	m	w	m	w
1	Ich möchte sie weiter so beibehalten	16,7	70,6	33,3	100	-	37,5	-	100
2	Ich möchte sie ändern und eine ausschließliche Zweierbeziehung haben	33,3	29,4	-	-	-	62,5	66,7	-
3	Ich möchte sie ändern, aber keine ausschließliche Zweierbeziehung haben	50	-	66,7	-	-	-	33,3	-
	%	100	100	100	100	100	100	100	100
	N	6	17	3	5	0	8	3	4
	p	0,013		0,035		-		0,030	
	N = 23								

In den Gesamtgruppe ( $p = 0,013$ ), bei den Designstudenten ( $p = 0,035$ ) und den Krankenpflegeschülern ( $p = 0,030$ ) spiegelt der geschlechtsspezifische Vergleich Männer/Frauen signifikante Werte.

Bei den weiblichen Designern und den weiblichen Krankenpflegern (jeweils 100%) sowie dem weiblichen Teil der Gesamtgruppe (70,6%) ist die Absicht vorhanden, die „mehreren Beziehungen“ beizubehalten. Einen Wunsch nach Veränderung, der aber nicht in eine Zweierbeziehung münden soll, verspüren immerhin 50% der männlichen Gesamtgruppe, 66,7% der männlichen Designer und 33,3% der männlichen Krankenpfleger. Bei den männlichen Krankenpflegern ist, im Gegensatz zu den weiblichen, die Vorstellung nach einer ausschließlichen Zweierbeziehung (66,7%) ausgeprägt.

VAR. 26: „Wieviel feste Partnerschaften (einschl. der gegenwärtigen) hatten Sie bisher in Ihrem Leben?“ weist signifikante Unterschiede bei dem Antwortverhalten bei den Fachgruppen ( $p = 0,003$ ) auf. Ca. die Hälfte aller Teilnehmer gibt an, bisher „2 bis 3 feste Partnerschaften“ gehabt zu haben (Design: 50%; Lehramt: 45,1%; Krankenpflege: 50%). Augenscheinliche Unterschiede treten in der Rubrik „1 Partner“ auf. 22,7% der Lehramtsstudenten hatten zum

Befragungszeitpunkt nur einen Partner (Design: 8,9%; Krankenpflege: 14,6%). Ein elementarer Unterschied ergibt sich in der Kategorie „mehr als 5 Partner“. Während 3,8% der Lehramtsstudenten und 8,3% der Krankenpflegeschüler hier ihre Nennungen abgeben, liegen die Designstudenten mit 12,1% erkennbar darüber.

**Tabelle 29 A: Gesamt**

VAR. 26 Wieviel feste Partnerschaften (einschließlich der gegenwärtigen) hatten Sie bisher in Ihrem Leben?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	keine	11,3	9,6	12,5	10,4	61
2	1	8,9	22,7	14,6	18,4	108
3	2 bis 3	50	45,1	50	46,9	275
4	4 bis 5	17,7	18,9	14,6	17,9	105
5	mehr als 5	12,1	3,8	8,3	6,3	37
	%	100	100	100	100	
	N	124	366	96		586
	p = 0.003					
	Fehlende Antworten: 7					

Bei den Frauen beträgt der Signifikanzwert  $p = 0,005$ . Keine bzw. 1 Partnerschaft haben 32,6% der Lehramtsstudentinnen (Design: 19,2%; Krankenpflege: 26,8%). Ca. die Hälfte aller weiblichen Personen hatte bisher „2 bis 3 Partnerschaften“ (Design: 50%; Lehramt: 45%; Krankenpflege: 52,2%). Markante Differenzen ergeben sich in der Gruppe „mehr als 5 Partner“. Fast drei mal so viele Designerinnen (14,7%) wie Krankenpflegeschülerinnen (4,5%) und Lehramtsstudentinnen (4%) haben diese Ordnung bei der Beantwortung der Variablen gewählt.

Bei den Männern sind keine signifikanten Unterschiede im Antwortverhalten feststellbar.

Der geschlechtsspezifische Vergleich Männer/Frauen der VAR. 26 ergibt keine signifikanten Werte.

**Tabelle 29 B: Männer**

VAR. 26 Wieviel feste Partnerschaften (einschließlich der gegenwärtigen) hatten Sie bisher in Ihrem Leben?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	keine	10,7	15,9	13,8	13,2	17
2	1	10,7	13,6	13,8	12,4	16
3	2 bis 3	50	45,5	44,8	47,3	61
4	4 bis 5	19,6	22,7	10,3	18,6	24
5	mehr als 5	8,9	2,3	17,2	8,5	11
	%	100	100	100	100	
	N	56	44	29		129
	p = 0,536					
	Fehlende Antworten: 2					

**Tabelle 29 C: Frauen**

VAR. 26 Wieviel feste Partnerschaften (einschließlich der gegenwärtigen) hatten Sie bisher in Ihrem Leben?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	keine	11,8	8,7	11,9	9,6	44
2	1	7,4	23,9	14,9	20,1	92
3	2 bis 3	50	45	52,2	46,8	214
4	4 bis 5	16,2	18,3	16,4	17,7	81
5	mehr als 5	14,7	4	4,5	5,7	26
	%	100	100	100	100	
	N	68	322	67		457
	p = 0,005					
	Fehlende Antworten: 5					

VAR. 27: (Nur für Befragte, die eine feste Partnerschaft hatten/haben) „Wie lange dauerte die längste dieser Partnerschaften (einschließlich der gegenwärtigen)?“ bildet bei den Fachgruppen signifikante Unterschiede bei dem Antwortverhalten ( $p = 0,008$ ) ab.

Bei ca. einem Viertel der Fachgruppen dauerte die Beziehung „1 bis 2 Jahre“ (Design: 27,1%; Lehramt: 23%; Krankenpflege: 27,9%). In der Ordnung „3 bis 5 Jahre“ nehmen die Lehramtsstudenten mit 45,7% den obersten Rang ein (Design: 37,3%; Krankenpflege: 33,7%).

Erstaunlich ist der Wert in der Rubrik „mehr als 5 Jahre“. 24,6% der Designstudenten geben an, eine Beziehung zu führen bzw. geführt zu haben, die in diese Zeitspanne paßt. Damit liegt dieser Wert prägnant über den Werten der Vergleichsgruppen (Lehramt: 16,8%; Krankenpflege: 12,8%).

Die Signifikanz bei den Frauen beträgt  $p = 0,020$ . Faßt man die Rubriken eins, zwei und drei zusammen, so ergibt sich hier ein Wert für die Designstudentinnen von 12,3% (Lehramt: 13%; Krankenpflege: 22,6%). In der Rubrik „1 bis 2 Jahre“ nehmen die Krankenpflegeschülerinnen mit 30,6% (Design: 26,2%; Lehramt: 21,3%) die vorderste Position ein, während in der Sparte „3 bis 5 Jahre“ die Lehramtsstudentinnen mit 47,7% vor den Designstudentinnen (35,4%) und den Krankenpflegeschülerinnen (33,9%) liegen.

Bemerkenswert ist der hohe Wert der Designstudentinnen (26,2%) in der Kategorie „mehr als 5 Jahre“ (Lehramt: 18%; Krankenpflege: 12,9%).

Bei den Männern sind keine signifikanten Unterschiede im Antwortverhalten feststellbar.

**Tabelle 30 A: Gesamt**

VAR. 27 Wie lange dauerte die längste dieser Partnerschaften (einschließlich der gegenwärtigen)?  
(Nur für Befragte, die eine feste Partnerschaft hatten/haben)

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	bis 3 Monate	3,4	6,2	10,5	6,3	34
2	bis 6 Monate	5,9	2,7	3,5	3,5	19
3	bis 1 Jahr	1,7	5,6	11,6	5,7	31
4	1 bis 2 Jahre	27,1	23	27,9	24,7	134
5	3 bis 5 Jahre	37,3	45,7	33,7	42	228
6	mehr als 5 Jahre	24,6	16,8	12,8	17,9	97
	%	100	100	100	100	
	N	118	339	86		543
	p = 0,008					
	Fehlende Antworten: 50					

**Tabelle 30 B: Männer**

VAR. 27 Wie lange dauerte die längste dieser Partnerschaften (einschließlich der gegenwärtigen)?  
(Nur für Befragte, die eine feste Partnerschaft hatten/haben)

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	bis 3 Monate	3,8	7,7	16,7	7,8	9
2	bis 6 Monate	3,8	5,1	4,2	4,3	5
3	bis 1 Jahr	1,9	12,8	12,5	7,8	9
4	1 bis 2 Jahre	28,3	35,9	20,8	29,3	34
5	3 bis 5 Jahre	39,6	30,8	33,3	35,3	41
6	mehr als 5 Jahre	22,6	7,7	12,5	15,5	18
	%	100	100	100	100	
	N	53	39	24		116
	p = 0,218					
	Fehlende Antworten: 15					

**Tabelle 30 C: Frauen**

VAR. 27 Wie lange dauerte die längste dieser Partnerschaften (einschließlich der gegenwärtigen)?  
(Nur für Befragte, die eine feste Partnerschaft hatten/haben)

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	bis 3 Monate	3,1	6	8,1	5,9	25
2	bis 6 Monate	7,7	2,3	3,2	3,3	14
3	bis 1 Jahr	1,5	4,7	11,3	5,2	22
4	1 bis 2 Jahre	26,2	21,3	30,6	23,4	100
5	3 bis 5 Jahre	35,4	47,7	33,9	43,8	187
6	mehr als 5 Jahre	26,2	18	12,9	18,5	79
	%	100	100	100	100	
	N	65	300	62		427
	p = 0,020					
	Fehlende Antworten: 35					

Nur bei den Lehramtsstudenten sind die Werte im geschlechtsspezifischen Vergleich signifikant ( $p = 0,025$ ). Die höchsten Nennungen finden sich bei den Frauen in dem Bereich „3 bis 5 Jahre“ mit 47,7% (Männer = 30,8%). Und auch in der Rubrik „mehr als 5 Jahre“ ist der Wert bei den Frauen mit 18% um mehr als das Doppelte höher als bei den Männern (7,7%).

In der Studie von TILLMAN et al. (vgl. TILLMANN et al. 1990) betrug die durchschnittliche Dauer der Partnerschaft bei den heterosexuellen Studenten 21,7 Monate, bei den homosexuellen 9,7 Monate.

**Tabelle 30 D: Männer und Frauen**

VAR. 27 Wie lange dauerte die längste dieser Partnerschaften (einschließlich der gegenwärtigen)?  
(Nur für Befragte, die eine feste Partnerschaft hatten/haben)

	Antwortkategorien	Gesamt		Design		Lehramt P.		Krankenpflege	
		m	w	m	w	m	w	m	w
1	bis 3 Monate	7,8	5,9	3,8	3,1	7,7	6	16,7	8,1
2	bis 6 Monate	4,3	3,3	3,8	7,7	5,1	2,3	4,2	3,2
3	bis 1 Jahr	7,8	5,2	1,9	1,5	12,8	4,7	12,5	11,3
4	1 bis 2 Jahre	29,3	23,4	28,3	26,2	35,9	21,3	20,8	30,6
5	3 bis 5 Jahre	35,3	43,8	39,6	35,4	30,8	47,7	33,3	33,9
6	mehr als 5 Jahre	15,5	18,5	22,6	26,2	7,7	18	12,5	12,9
	%	100	100	100	100	100	100	100	100
	N	116	427	53	65	39	300	24	62
	p	0,394		0,949		0,025		0,864	
	N = 543								

VAR. 28: (Nur für Befragte, die eine feste Partnerschaft hatten) „Was war der wichtigste Trennungsgrund bei der letzten festen Partnerschaft?“ weist nur bei den Männern signifikante Unterschiede bei dem Antwortverhalten ( $p = 0,032$ ) aus.

Generell fand am häufigsten eine Trennung statt, ohne daß ein neuer Partner vorhanden war (Design: 64,4%; Lehramt: 51,6%; Krankenpflege: 37,5%). In der Rubrik 1 „ich hatte mich neu verliebt“ finden sich 11,1% der Designer wieder (Lehramt: 6,5%; Krankenpflege: 8,3%). Bei dem Trennungsgrund „mein Partner hatte sich neu verliebt“ fällt der geringe Wert der Krankenpflegeschüler (4,2%) auf (Design: 13,3%; Lehramt: 16,1%). Nicht erklärbar ist der hohe Wert der Krankenpflegeschüler (50%) in der Kategorie „Sonstiges“ (Design: 11,1%; Lehramt: 25,8%).

**Tabelle 31 B: Männer**

VAR. 28 Was war der wichtigste Trennungsgrund bei der letzten festen Partnerschaft?  
(Nur für Befragte, die eine feste Partnerschaft hatten)

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	Ich hatte mich neu verliebt	11,1	6,5	8,3	9	9
2	Mein Partner hatte sich neu verliebt	13,3	16,1	4,2	12	12
3	Wir hatten uns getrennt, ohne daß ein neuer Partner da war	64,4	51,6	37,5	54	54
4	Wir hatten sexuelle Probleme	-	-	-	-	-
5	Sonstiges	11,1	25,8	50	25	25
	%	100	100	100	100	
	N	45	31	24		100
	p = 0,032					
	Fehlende Antworten: 31					

**Tabelle 31 C: Frauen**

VAR. 28 Was war der wichtigste Trennungsgrund bei der letzten festen Partnerschaft?  
(Nur für Befragte, die eine feste Partnerschaft hatten)

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	Ich hatte mich neu verliebt	16,7	21,8	23,5	21,2	70
2	Mein Partner hatte sich neu verliebt	5,6	7,1	5,9	6,7	22
3	Wir haben uns getrennt, ohne daß ein neuer Partner da war	42,6	41,8	47,1	42,7	141
4	Wir hatten sexuelle Probleme	5,6	2,7	2	3	10
5	Sonstiges	29,6	26,7	21,6	26,4	87
	%	100	100	100	100	
	N	54	225	51		330
	p = 0,916					
	Fehlende Antworten: 132					



**Tabelle 31 D: Männer und Frauen**

VAR. 28 Was war der wichtigste Trennungsgrund bei der letzten Partnerschaft?  
(Nur für Befragte, die eine feste Partnerschaft hatten)

	Antwortkategorien	Gesamt		Design		Lehramt P.		Krankenpflege	
		m	w	m	w	m	w	m	w
1	Ich hatte mich neu verliebt	9	21,2	11,1	16,7	6,5	21,8	8,3	23,5
2	Mein Partner hatte sich neu verliebt	12	6,7	13,3	5,6	16,1	7,1	4,2	5,9
3	Wir haben uns getrennt, ohne daß ein neuer Partner da war	54	42,7	64,4	42,6	51,6	41,8	37,5	47,1
4	Wir hatten sexuelle Probleme	-	3	-	5,6	-	2,7	-	2
5	Sonstiges	25	26,4	11,1	29,6	25,8	26,7	50	21,6
	%	100	100	100	100	100	100	100	100
	N	100	330	45	54	31	225	24	51
	p	0,007		0,028		0,118		0,125	
	N = 430								

Sowohl bei den Designstudenten ( $p = 0,028$ ) als auch in der Gesamtgruppe ( $p = 0,007$ ) lassen sich Signifikanzen erkennen.

Auffällig ist, daß sich die Frauen wesentlich häufiger als die Männer getrennt haben, weil sie sich neu verliebt hatten (Gesamt w: 21,2%; Design w: 16,7%). Die neue Verliebtheit des Partners führte eher bei den männlichen Befragten zu einer Trennung (Gesamt m: 12%; Design m: 13,3%). In beiden Stichproben kam es jedoch am häufigsten zu einer Trennung, ohne daß es einen neuen Partner gab (Kategorie 3).

Sexuelle Probleme als Grundlage einer Trennung spielten eine eher untergeordnete Rolle, wobei es bemerkenswert ist, daß kein männlicher Befragter dies als Trennungsgrund anführt.

Relativ erstaunlich sind die hohen Nennungen im Bereich „Sonstiges“.

VAR. 29: „Möchten Sie einmal heiraten?“ zeigt für die Fachgruppen signifikante Zusammenhänge auf ( $p = 0,000$ ). Mit 12,5% sind die Krankenpflegeschüler die größte Gruppe der Verheirateten bzw. Geschiedenen (Design: 6,5%; Lehramt: 7,5%). Markante Unterschiede hinsichtlich eines Heiratswunsches werden bei den Designern erkennbar. 21,8% der Designer verneinen diesen Wunsch (Lehramt: 6,5%; Krankenpflege: 8,3%). Konkret als Ziel wird die

Heirat nur von 30,6% der Design-, aber von doppelt so vielen Lehramtsstudenten (61,1%) und ebenfalls deutlich mehr Krankenpflegeschülern (50%) genannt.

Die gesellschaftlich abgesicherte Form des Zusammenlebens der Ehe hat für die Designstudenten bei weitem nicht den Stellenwert wie für die anderen Untersuchungsgruppen. Dies belegt auch die hohe Zahl der noch „Unentschlossenen“ (41,1%).

Besonders eindrucksvoll sind die Ergebnisse bei den weiblichen Befragungsteilnehmern ( $p = 0,000$ ). Ca. ein Zehntel der Krankenpflegeschülerinnen (11,9%) waren oder sind verheiratet (Lehramt: 7,7%; Design: 5,9%). Ganz klar gegen eine Heirat sprechen sich drei mal so viele Designstudentinnen (17,6%) wie Lehramtsstudentinnen (5,2%) oder Krankenpflegeschülerinnen (6%) aus. Und nur ca. halb so viele weibliche Designer (35,3%) - im Verhältnis zu den beiden weiteren Gruppen (Lehramt: 62,8%; Krankenpflege: 61,2%) - bekennen sich zu ihren eindeutigen Heiratsabsichten.

Bei den Männern sind keine signifikanten Unterschiede im Antwortverhalten feststellbar.

**Tabelle 32 A: Gesamt**

VAR. 29 Möchten Sie einmal heiraten?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	(ich bin/war schon verheiratet)	6,5	7,6	12,5	8,1	48
2	nein	21,8	6,5	8,3	10	59
3	ja	30,6	61,1	50	52,9	312
4	ich weiß noch nicht	41,1	24,9	29,2	29	171
	%	100	100	100	100	
	N	124	370	96		590
	$p = 0,000$					
	Fehlende Antworten: 3					

**Tabelle 32 B: Männer**

VAR. 29 Möchten Sie einmal heiraten?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	(ich bin/war schon verheiratet)	7,1	6,7	13,8	8,5	11
2	nein	26,8	15,6	13,8	20	26
3	ja	25	48,9	24,1	33,1	43
4	ich weiß noch nicht	41,1	28,9	48,3	38,5	50
	%	100	100	100	100	
	N	56	45	29		130
	p = 0,100					
	Fehlende Antworten: 1					

**Tabelle 32 C: Frauen**

VAR. 29 Möchten Sie einmal heiraten?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	(ich bin/war schon verheiratet)	5,9	7,7	11,9	8	37
2	nein	17,6	5,2	6	7,2	33
3	ja	35,3	62,8	61,2	58,5	269
4	ich weiß noch nicht	41,2	24,3	20,9	26,3	121
	%	100	100	100	100	
	N	68	325	67		460
	p = 0,000					
	Fehlende Antworten: 2					

In der Gesamtgruppe ( $p = 0,000$ ) und in Gruppe der Krankenpfleger ( $p = 0,006$ ) finden sich bei dem geschlechtsspezifischen Vergleich Männer/Frauen signifikante Werte.

Die höchsten Nennungen gibt es in der Rubrik „ja“ mit 58,3% bei den Frauen in der Gesamtgruppe und mit 61,2% bei den Krankenpflegern. Deutlich ablehnender gegenüber einer Heirat sind die Männer (Gesamt: 20%, Krankenpflege: 13,8%). Darüber hinaus sind die Männer ebenfalls merkbar unentschlossener, wenn es um die Heirat geht, als ihre Geschlechtsgenossinnen (Gesamt: 39,3%, Krankenpflege: 48,3%).

**Tabelle 32 D: Männer und Frauen**

VAR. 29 Möchten Sie einmal heiraten?

	Antwortkategorien	Gesamt		Design		Lehramt P.		Krankenpflege	
		m	w	m	w	m	w	m	w
1	(ich bin/war schon verheiratet)	8,5	8	7,1	5,9	6,7	7,7	13,8	11,9
2	nein	20	7,2	28,6	17,6	15,6	5,2	13,8	6
3	ja	32,3	58,3	23,2	35,5	48,9	62,5	24,1	61,2
4	ich weiß noch nicht	39,3	26,5	41,1	41	28,9	24,6	48,3	20,9
	%	100	100	100	100	100	100	100	100
	N	130	460	56	68	45	325	29	67
	p	0,000		0,410		0,135		0,006	
	N = 590								

Die von uns vorgefundenen Werte unterscheiden sich von denen, die CLEMENT und BÖHM/ROHNER konstatieren. In der Studie von CLEMENT (vgl. CLEMENT 1986) äußerten sich 48% der männlichen und 45% der weiblichen Befragten positiv zur Ehe und 20% der Männer und 22% der Frauen gaben den Wunsch an, nicht zu heiraten. 32% der Männer und 33% der Frauen zeigten sich unentschlossen.

BÖHM/ROHNER kommen in ihrer Untersuchung (vgl. BÖHM/ROHNER 1988) schon zu anderen Werten. Hier gaben weniger Studenten den Wunsch an, heiraten zu wollen (m: 29% und w: 34%). Den Ehwunsch verneinten hier 24% der männlichen und 26% der weiblichen Studenten. Ein sehr hoher Anteil zeigte sich unentschlossen (w: 40% und m: 47%).

Im Vergleich zu BÖHM/ROHNER ist bei unserer Stichprobe die zurückhaltende Einstellung zur Institution Ehe nicht in dem Maße erkennbar.

Eine noch größere Zustimmung zur Ehe zeigten die britischen Studenten der Studie MITTAG/ROHNER (vgl. MITTAG/ROHNER 1990). 68% der männlichen und 76% der weiblichen Befragten sprachen sich für die Ehe aus, 16% der Männer und 9% der Frauen dagegen und jeweils 16% zeigten sich unentschieden.

VAR. 30: „Möchten Sie einmal Kinder haben?“ zeigt bei den Fachgruppen den signifikanten Wert  $p = 0,000$ .

Die nachdrücklichsten Differenzen bei den Antworten auf diese Frage ergeben sich in der Rubrik zwei und drei. 23,4% der Designstudenten setzen die Ehe als Grundlage für den Wunsch nach Kindern voraus. Doppelt so hoch ist der Wert bei den Lehramtsstudenten (47,8%) und ebenfalls beträchtlich höher auch bei den Krankenpflegeschülern (39,6%). Für fast ein Drittel der Designstudenten (28,2%) reicht eine feste Partnerschaft (ohne verheiratet zu sein) als Basis aus, um Kinder zu bekommen (Lehramt: 12,4%; Krankenpflege: 13,5%).

Es kann festgehalten werden, daß die Ehe als Voraussetzung für einen Kinderwunsch bei den Designstudenten den geringsten Stellenwert besitzt, darüber hinaus auch eine relativ hohe Unsicherheit in dieser Gruppe besteht, überhaupt Kinder haben zu wollen (Design: 25,8%; Lehramt: 21,4%; Krankenpflege: 24%).

**Tabelle 33 A: Gesamt**

VAR. 30 Möchten Sie einmal Kinder haben?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	(ich habe schon Kinder)	4	5,1	5,2	4,9	29
2	ja, aber nur in der Ehe	23,4	47,8	39,6	41,4	244
3	ja, aber nur in einer festen Partnerschaft (ohne verheiratet zu sein)	28,2	12,4	13,5	15,9	94
4	ja, auch ohne feste Partnerschaft	12,1	9,7	10,4	10,3	61
5	nein	6,5	3,5	7,3	4,7	28
6	ich bin noch unentschieden	25,8	21,4	24	22,7	134
	%	100	100	100	100	
	N	124	370	96		590
	p = 0,000					
	Fehlende Antworten: 3					

Gravierende Differenzen ( $p = 0,015$ ) ergeben sich bei den Antworten der Männer. Die männlichen Designstudenten zeigen mit 8,9% die geringste Kinderablehnung (Lehramt: 15,6%; Krankenpflege: 17,2%). Gleichwohl hat für sie die Ehe als Basis für einen Kinderwunsch mit 19,6% (Lehramt: 42,2%; Krankenpflege: 27,6%) die geringste Bedeutung. Favorisiert wird von ihnen mit 32,1% die feste Partnerschaft. Nur für 4,4% der Lehramtsstudenten und für 10,3% der Krankenpflegeschüler ist dieser Rahmen akzeptabel. Auch ohne feste Partnerschaft

können sich 12,5% der Designer eigene Kinder vorstellen (Lehramt: 4,4%; Krankenpflege: 3,4%).

Bei den Frauen sind keine signifikanten Unterschiede im Antwortverhalten feststellbar.

**Tabelle 33 B: Männer**

VAR. 30 Möchten Sie einmal Kinder haben?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	(ich habe schon Kinder)	5,4	6,7	6,9	6,2	8
2	ja, aber nur in einer Ehe	19,6	42,2	27,6	29,2	38
3	ja, aber nur in einer festen Partnerschaft (ohne verheiratet zu sein)	32,1	4,4	10,3	17,7	23
4	ja, auch ohne feste Partnerschaft	12,5	4,4	3,4	7,7	10
5	nein	8,9	15,6	17,2	13,1	17
6	ich bin noch unentschieden	21,4	26,7	34,5	26,2	34
	%	100	100	100	100	
	N	56	45	29		130
	p = 0,015					
	Fehlende Antworten: 1					

**Tabelle 33 C: Frauen**

VAR. 30 Möchten Sie einmal Kinder haben?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	(ich habe schon Kinder)	2,9	4,9	4,5	4,6	21
2	ja, aber nur in einer Ehe	26,5	48,6	44,8	44,8	206
3	ja, aber nur in einer festen Partnerschaft (ohne verheiratet zu sein)	25	13,5	14,9	15,4	71
4	ja, auch ohne feste Partnerschaft	11,8	10,5	13,4	11,1	51
5	nein	4,4	1,8	3	2,4	11
6	ich bin noch unentschieden	29,4	20,6	19,4	21,7	100
	%	100	100	100	100	
	N	68	325	67		460
	p = 0,106					
	Fehlende Antworten: 2					

**Tabelle 33 D: Männer und Frauen**

VAR. 30 Möchten Sie einmal Kinder haben?

	Antwortkategorien	Gesamt		Design		Lehramt P.		Krankenpflege		
		m	w	m	w	m	w	m	w	
1	(ich habe schon Kinder)	6,2	4,6	5,4	2,9	6,7	4,9	6,9	4,5	
2	ja, aber nur in einer Ehe	29,2	44,8	19,6	26,5	42,4	48,6	27,6	44,8	
3	ja, aber nur in einer festen Partnerschaft (ohne verheiratet zu sein)	17,7	15,4	32,1	25	4,4	13,5	10,3	14,9	
4	ja, auch ohne feste Partnerschaft	7,7	11,1	12,5	11,8	4,4	10,5	3,4	13,4	
5	nein	13,1	2,4	8,9	4,4	15,6	1,8	17,2	3	
6	ich bin noch unentschieden	26,2	21,7	21,4	29,4	26,7	20,6	34,5	19,4	
	%	100	100	100	100	100	100	100	100	
	N	130	460	56	68	45	325	29	67	
	p	0,000		0,645		0,000		0,041		
	N = 590									

In der Gesamtgruppe ( $p = 0,000$ ), bei den Lehramtsstudenten ( $p = 0,000$ ) und den Krankenpflegeschülern ( $p = 0,041$ ) ergeben sich Signifikanzen.

Der Wunsch nach Kindern, dies aber nur in der Ehe, ist von den weiblichen Befragten in der Gesamtgruppe (44,8%), bei den Lehramtsstudenten (48,6%) und den Krankenpflegeschülern (44,8%) höher feststellbar als bei den Männern. Die Kategorie „keine Kinder“ wurde von allen männlichen Studenten und Krankenpflegeschülern häufiger als von den weiblichen gewählt (Gesamt m: 13,1%, w: 2,5%; Lehramt m: 15,6%, w: 1,8%; Krankenpflege m: 17,2%, w: 3%).

Mehr männliche als weibliche Befragte sind sich auch unschlüssig, ob sie überhaupt Kinder haben möchten (Gesamt: 26,2%, Lehramt: 26,7%, Krankenpflege: 34,5%).

Auch in der Untersuchung von CLEMENT (vgl. CLEMENT 1986) wurde der Wunsch nach Kindern von der Mehrheit geäußert. Über 60% der Respondenten beantworteten die Frage nach einem späteren Kinderwunsch positiv. Für ein Drittel dieser Personen existierte der Kinderwunsch unabhängig von einer Ehe.

Noch größere Kinderakzeptanz zeigten britische Studenten (vgl. MITTAG/ROHNER 1990). 60% aller Befragten wünschten sich Kinder innerhalb einer Ehe und weitere 18% mit einem festen Partner. Kein Respondent wünschte sich Kinder als Alleinerzieher.

VAR. 31: „Wie ist Ihre Einstellung in Bezug auf sexuelle Treue in der Partnerschaft?“ ergibt bei den Fachgruppen ein signifikantes Ergebnis von  $p = 0,000$ .

Für die Designstudenten hat die sexuelle Treue in der Partnerschaft den geringsten Stellenwert. Nur 40% halten sie für „unbedingt notwendig“ (Lehramt: 65%; Krankenpflege: 65,3%). Auch in der Rubrik „Forderung ist falsch“ dominieren sie mit 11,2% (Lehramt: 3,6%; Krankenpflege: 4,2%).

**Tabelle 34 A: Gesamt**

VAR. 31 Wie ist Ihre Einstellung in Bezug auf sexuelle Treue in einer Partnerschaft?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	Ich halte sexuelle Treue für unbedingt notwendig	40	65	65,3	59,7	350
2	Ich halte sexuelle Treue für wünschenswert	48,8	31,4	30,5	35	205
3	Ich halte die Forderung nach sexueller Treue für falsch	11,2	3,6	4,2	5,3	31
	%	100	100	100	100	
	N	125	366	95		586
	$p = 0,000$					
	Fehlende Antworten: 7					

Eindrucksvoll sind die Resultate ( $p = 0,000$ ) bei den Frauen. 42,6% der Designstudentinnen finden die Treue „unbedingt notwendig“. Ca. doppelt so oft (Krankenpflege: 76,1%) bzw. ein- einhalb mal so oft (Lehramt: 67,9%) wird die Treue von den übrigen Frauen eingefordert. Als „falsch“ sehen die Forderung nach Treue 14,7% der Designerinnen an (Lehramt: 2,8%; Krankenpflege: 0%).

Festzuhalten bleibt, daß die Treue in der Partnerschaft von den Designstudenten und hier speziell bei den Frauen - im Vergleich zu den anderen Gruppen - bei weitem den geringsten Stellenwert einnimmt. Zwar wird sie von einem großen Teil als „wünschenswert“ eingestuft, ein nicht geringer Teil bekennt sich aber auch gegen die Treue.

Bei den Männern sind keine signifikanten Unterschiede im Antwortverhalten feststellbar.



**Tabelle 34 B: Männer**

VAR. 31 Wie ist Ihre Einstellung in Bezug auf sexuelle Treue in einer Partnerschaft?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	Ich halte sexuelle Treue für unbedingt notwendig	36,8	44,4	39,3	40	52
2	Ich halte sexuelle Treue für wünschenswert	56,1	46,7	46,4	50,8	66
3	Ich halte die Forderung nach sexueller Treue für falsch	7	8,9	14,3	9,2	12
	%	100	100	100	100	
	N	57	45	28		130
	p = 0,731					
	Fehlende Antworten: 1					

**Tabelle 34 C: Frauen**

VAR. 31 Wie ist Ihre Einstellung in Bezug auf sexuelle Treue in einer Partnerschaft?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	Ich halte sexuelle Treue für unbedingt notwendig	42,6	67,9	76,1	65,4	298
2	Ich halte sexuelle Treue für wünschenswert	42,6	29,3	23,9	30,5	139
3	Ich halte die Forderung nach sexueller Treue für falsch	14,7	2,8	-	4,2	19
	%	100	100	100	100	
	N	68	321	67		456
	p = 0,000					
	Fehlende Antworten: 6					

Signifikante Differenzen ergeben sich bei der Gesamtgruppe ( $p = 0,000$ ), den Lehramtsstudenten ( $p = 0,004$ ) sowie den Krankenpflegeschülern ( $p = 0,000$ ) im geschlechtsspezifischen Vergleich.

Die Notwendigkeit der sexuellen Treue wird von den weiblichen Respondenten erkennbar höher bewertet als von den männlichen (Gesamt: 65,4%; Lehramt: 67,9%; Krankenpflege: 76,1%). Demnach finden sich folgerichtig in der Kategorie „wünschenswert“ bei den Männern der Gesamtgruppe, der Lehramtsstudenten und der Krankenpfleger die höheren Werte. Auch in der Kategorie „falsch“ dominieren die Männer klar (Gesamt: 9,2%; Lehramt: 8,9%; Krankenpflege: 14,3%).

**Tabelle 34 D: Männer und Frauen**

VAR. 31 Wie ist Ihre Einstellung in Bezug auf sexuelle Treue in einer Partnerschaft?

	Antwortkategorien	Gesamt		Design		Lehramt P.		Krankenpflege		
		m	w	m	w	m	w	m	w	
1	Ich halte sexuelle Treue für unbedingt notwendig	40	65,4	36,8	42,6	44,4	67,9	39,3	76,1	
2	Ich halte sexuelle Treue für wünschenswert	50,8	30,5	56,1	42,6	46,7	29,3	46,4	23,9	
3	Ich halte die Forderung nach sexueller Treue für falsch	9,2	4,2	7	14,7	8,9	2,8	14,3	-	
	%	100	100	100	100	100	100	100	100	
	N	130	456	57	68	45	321	28	67	
	p	p = 0,000		p = 0,217		p = 0,004		p = 0,000		
	N = 586									

In der Gesamtheit decken sich unsere Daten mit denen von MITTAG/ROHNER. Ihre britischen Studenten erachteten die Treue bei den Männern zu 57% und bei den Frauen zu 62% als unbedingt notwendig. 37% der Männer und 35% der Frauen hielten sie für wünschenswert, und 6% der Männer und 3% der Frauen waren der Auffassung, daß diese Forderung falsch ist (vgl. MITTAG/ROHNER 1990).

Die Studie von BÖHM/ROHNER (vgl. BÖHM/ROHNER 1988) kam zu anderen Ergebnissen. Ca. 20% der Studenten hielt die Treue für notwendig, ca. 60% für erstrebenswert und ca. 20% für falsch.

Bei VAR. 35: „Wie oft hatten Sie in den letzten 12 Monaten Koitus?“ wird offenbar, daß die durchschnittliche Koitusfrequenz der Befragten bei „1 - 3 Mal pro Woche“ liegt (Design: 41%; Lehramt: 56,3%; Krankenpflege: 41%). 13,3% der Krankenpflegeschüler hatten in den letzten 12 Monaten keinen Koitus (Design: 7,7%; Lehramt: 2,5%). In der Rubrik „mehr als 3 Mal pro Woche“ haben die Krankenpflegeschüler die höchste Nennung mit 16,9% (Design: 13,7%; Lehramt: 11,9%).

Insgesamt betrachtet sind die Designstudenten die am wenigsten koitusaktive Gruppe. Der Signifikanzwert beträgt  $p = 0,000$ .

**Tabelle 35 A: Gesamt**

VAR. 35 Wie oft hatten Sie in den letzten 12 Monaten Koitus?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	nie	7,7	2,5	13,3	5,4	28
2	1 - 3 Mal pro Jahr	11,1	6,3	12	8,3	43
3	1 - 3 Mal pro Monat	26,5	23	16,9	22,8	118
4	1 - 3 Mal pro Woche	41	56,3	41	50,4	261
5	mehr als 3 Mal pro Woche	13,7	11,9	16,9	13,1	68
	%	100	100	100	100	
	N	117	318	83		518
	p = 0,000					
	Fehlende Antworten: 75					

Auch bei den weiblichen Befragten erweisen sich die Designerinnen signifikant am wenigsten koitusaktiv ( $p = 0,030$ ). In der Rubrik mit den höchsten Nennungen „1 - 3 Mal pro Woche“ haben sie mit 40% den niedrigsten Wert. Mit 58,1% nehmen hier die Lehramtsstudentinnen den obersten Rang ein (Krankenpflege: 42,1%). In der höchsten Frequenzkategorie „mehr als 3 Mal pro Woche“ haben die Krankenpflegesüchlerinnen mit 17,5% den obersten Rang inne (Design: 15,4%; Lehramt: 10,9%).

Bei den Männern sind keine signifikanten Unterschiede im Antwortverhalten feststellbar.

**Tabelle 35 B: Männer**

VAR. 35 Wie oft hatten Sie in den letzten 12 Monaten Koitus?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	nie	7,7	5,9	26,9	11,6	13
2	1 - 3 Mal pro Jahr	13,5	17,6	15,4	15,2	17
3	1 - 3 Mal pro Monat	25	14,7	3,8	17	19
4	1 - 3 Mal pro Woche	42,3	41,2	38,5	41,1	46
5	mehr als 3 Mal pro Woche	11,5	20,6	15,4	15,2	17
	%	100	100	100	100	
	N	52	34	26		112
	p = 0,111					
	Fehlende Antworten: 19					

**Tabelle 35 C: Frauen**

VAR. 35 Wie oft hatten Sie in den letzten 12 Monaten Koitus?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	nie	7,7	2,1	7	3,7	15
2	1 - 3 Mal pro Jahr	9,2	4,9	10,5	6,4	26
3	1 - 3 Mal pro Monat	27,7	23,9	22,8	24,4	99
4	1 - 3 Mal pro Woche	40	58,1	42,1	53	215
5	mehr als 3 Mal pro Woche	15,4	10,9	17,5	12,6	51
	%	100	100	100	100	
	N	65	284	57		406
	p = 0,030					
	Fehlende Antworten: 56					

**Tabelle 35 D: Männer und Frauen**

VAR. 35 Wie oft hatten Sie in den letzten 12 Monaten Koitus?

	Antwortkategorien	Gesamt		Design		Lehramt P.		Krankenpflege	
		m	w	m	w	m	w	m	w
1	nie	11,6	3,7	7,7	7,7	5,9	2,1	26,9	7
2	1 - 3 Mal pro Jahr	15,2	6,4	13,5	9,2	17,6	4,9	15,4	10,5
3	1 - 3 Mal pro Monat	17	24,4	25	27,7	14,7	23,9	3,8	22,8
4	1 - 3 Mal pro Woche	41,1	53	42,3	40	41,2	58,1	38,5	42,1
5	mehr als 3 Mal pro Woche	15,2	12,6	11,7	15,4	20,6	10,9	15,4	17,5
	%	100	100	100	100	100	100	100	100
	N	112	406	52	65	34	284	26	57
	p	0,000		0,925		0,006		0,048	
	N = 518								

Als signifikant - im geschlechtsspezifischen Vergleich Männer/Frauen - erweisen sich die Antworten der Gesamtgruppe ( $p = 0,000$ ), der Lehramtsstudenten ( $p = 0,006$ ) und der Krankenpflegeschüler ( $p = 0,048$ ).

Die höchsten Nennungen finden sich in der Kategorie „1 - 3 Mal pro Woche“ bei der Gesamtgruppe, den Krankenpflegeschülern und den Lehramtsstudenten. In den drei Gruppen verfügen jeweils die Frauen über die höchsten Prozentwerte (Gesamt m: 41,1%, w: 53%; Lehramt m: 41,2%, w: 58,1%; Krankenpflege m: 38,5%, w: 42,1%). In den beiden Extrembe-

reichen „nie“ und „mehr als 3 Mal pro Woche zeigen die Männer der Lehramtsstudenten und der Gesamtgruppe jeweils markant höhere Werte als die Frauen.

Die herausgefundenen Werte entsprechen der Repräsentativuntersuchung von RUNKEL, der eine durchschnittliche Koitusfrequenz von 2,45 pro Woche (vgl. RUNKEL 1990) angibt.

Die Koitusfrequenz bei weißen und farbigen Amerikanern (vgl. MICHAEL/GAGNON/LAUMANN/KOLATA 1994) betrug bei einem Drittel 2 bis 3 mal pro Woche, ein weiteres Drittel verkehrte einige Male im Monat, während das letzte Drittel nur wenige Male im Jahr sexuellen Kontakt bzw. gar keinen hatte.

In der Studie von TILLMANN et al. hatten die heterosexuellen Studenten durchschnittlich 6,7 mal pro Monat Koitus (vgl. TILLMANN et al. 1990).

VAR. 36: „Mit wieviel Partnern hatten Sie Koitus in den letzten 12 Monaten?“ zeigt bei den Fachgruppen die Signifikanz  $p = 0,000$ .

Die größte Monogamie wird von den Lehramtsstudenten bewiesen. In dem Jahr vor der Befragung hatten 81,1% von Ihnen nur „mit einem Partner“ Koitus (Design: 54,6%; Krankenpflege: 54,8%). In der Rubrik „mit 2 - 5 Partnern“ führen die Designstudenten mit 35,3% (Lehramt: 16,7%; Krankenpflege: 26,2%).

**Tabelle 36 A: Gesamt**

VAR. 36 Mit wieviel Partnern hatten Sie Koitus in den letzten 12 Monaten?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	mit keinem Partner	9,2	2,2	15,5	6	31
2	mit einem Partner	54,6	81,1	54,8	70,8	369
3	mit 2 – 5 Partnern	35,3	16,7	26,2	22,5	117
4	mit mehr als 5 Partnern	0,8	-	3,6	0,8	4
	%	100	100	100	100	
	N	119	318	84		521
	p = 0,000					
	Fehlende Antworten: 72					

Während sich bei den Männern keine signifikanten Unterschiede im Antwortverhalten feststellen lassen, beträgt der Signifikanzwert bei den Frauen  $p = 0,000$ . Die größte Zentriertheit auf einen Partner beweisen die Lehramtsstudentinnen mit 81,7%. Der vergleichbare Wert der Krankenpflegeschülerinnen (60,3%) wird von den Designstudentinnen mit 54,5% noch unterschritten. Analog dazu belegen die Designstudentinnen (36,4%) am nachhaltigsten ihr promiskues Verhalten (Lehramt: 16,5%; Krankenpflege: 24,1%).

Festzuhalten gilt, daß von den Designern - speziell von den Frauen - ein erkennbar promiskues Verhalten gelebt wird als von dem Rest der Gesamtstichprobe.

**Tabelle 36 B: Männer**

VAR. 36 Mit wieviel Partnern hatten Sie Koitus in den letzten 12 Monaten?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	mit keinem Partner	11,3	5,9	23,1	12,4	14
2	mit einem Partner	54,7	76,5	42,3	58,4	66
3	mit 2 – 5 Partnern	34	17,6	30,8	28,3	32
4	mit mehr als 5 Partnern	-	-	3,8	0,9	1
	%	100	100	100	100	
	N	53	34	26		113
	p = 0,059					
	Fehlende Antworten: 18					

**Tabelle 36 C: Frauen**

VAR. 36 Mit wieviel Partnern hatten Sie Koitus in den letzten 12 Monaten?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	mit keinem Partner	7,6	1,8	12,1	4,2	17
2	mit einem Partner	54,5	81,7	60,3	74,3	303
3	mit 2 – 5 Partnern	36,4	16,5	24,1	20,8	85
4	mit mehr als 5 Partnern	1,5	-	3,4	0,7	3
	%	100	100	100	100	
	N	66	284	58		408
	p = 0,000					
	Fehlende Antworten: 54					

**Tabelle 36 D: Männer und Frauen**

VAR. 36 Mit wieviel Partnern hatten Sie Koitus in den letzten 12 Monaten?

	Antwortkategorien	Gesamt		Design		Lehramt P.		Krankenpflege		
		m	w	m	w	m	w	m	w	
1	mit keinem Partner	12,4	4,2	11,3	7,6	5,9	1,8	23,1	12,1	
2	mit einem Partner	58,4	74,3	54,7	54,5	76,5	81,7	42,3	60,3	
3	mit 2 - 5 Partnern	28,3	20,8	34	36,4	17,6	16,5	30,8	24,1	
4	mit mehr als 5 Partnern	0,9	0,7	-	1,5	-	-	3,8	3,4	
	%	100	100	100	100	100	100	100	100	
	N	113	408	53	66	34	284	26	58	
	P	0,001		0,730		0,291		0,427		
	N = 521									

Nur in der Gesamtgruppe ( $p = 0,001$ ) lassen sich Signifikanzen ausmachen.

Mit 12,4% hatten die Männer in dieser Gruppe fast drei Mal häufiger „keinen Koituspartner“ in den letzten 12 Monaten wie die Frauen (4,2%). Dafür dominieren die Frauen (74,3%) in der Antwortvorgabe „mit einem Partner“. Bei den Männern fällt auf, daß fast ein Drittel (28,3%) „mit 2 – 5 Partnern“ in den letzten 12 Monaten Koitus hatte (Frauen: 20,8%).

Auch HEINKE (vgl. HEINKE 1992) wies in seiner Untersuchung auf eine relative Monogamie hin. 64% der Respondenten hatten in dem Jahr vor der Befragung nur mit einer Person, 10,8% mit keiner, 23,4% mit 2 - 5 Personen und 1,7% mit 6 - 10 Partnern Geschlechtsbeziehungen. Nicht mit unseren Ergebnissen decken sich die Werte von BÖHM/ROHNER (vgl. BÖHM/ ROHNER 1988). Hier hatte die Hälfte der Befragten einen Partner in dem Jahr vor der Befragung, und 35% der Studenten und 41% der Studentinnen hatten zwei oder mehrere Partner. Keinen Koituspartner hatten 17% der Männer und 11% der Frauen.

Bei CLEMENT (vgl. CLEMENT 1986) waren die vorgefundenen Werte nicht ganz so hoch wie bei BÖHM/ROHNER. 20% der Männer und 15% der Frauen hatten keinen, 50% der Männer und 54% der Frauen hatten einen Partner. 30% der Männer und 31% der Frauen verfügten über zwei und mehr Partner.

Sofern die Anzahl der Partner als Anzeichen von Liberalität begriffen wird, muß festgehalten werden, daß die von uns befragten Personen gegenüber denen von BÖHM/ROHNER und auch CLEMENT deutlich weniger liberal eingestellt sind. Zwar zeigt diese Variable, daß es

relativ wenig Studenten ohne Koituspartner gibt, die Anzahl derjenigen, die über mehrere Partner verfügen - im Vergleich mit CLEMENT und BÖHM/ROHNER - aber nicht dieses Ausmaß hat.

Einen Unterschied in den Partnerzahlen zwischen homosexuellen und heterosexuellen Studenten zeigte TILLMANN et al. (vgl. TILLMANN et al. 1990) auf. In dem Jahr vor der Befragung hatten aus der heterosexuellen Studententstichprobe 9% keinen (Homosexuelle 4%), 37% einen (Homosexuelle 18%), 35% zwei bis drei (Homosexuelle 24%) und 19% vier und mehr (Homosexuelle 54%) Sexualpartner.

Vergleicht man Ergebnisse von britischen Studenten mit unseren, so zeigt es sich, daß auch diese Werte höher liegen. 58% der Männer und 56% der Frauen hatten mit einem Sexualpartner, 34% der Männer und der Frauen mit zwei bis drei, 5% der Männer und 7% der Frauen mit vier bis fünf und jeweils 2% mit sechs oder mehr Partnern in dem Jahr vor der Befragung sexuellen Kontakt (vgl. MITTAG/ROHNER 1990). Die von der BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG im Jahre 1995 herausgegebenen repräsentativen Daten ermöglichen es, die Werte dieser Variablen besser einzuordnen. Im Jahre 1994 hatten in den letzten 12 Monaten vor der Befragung 82% der Respondenten Sexualkontakte, 16% keine und 3% generell noch nie. Wiederum 91% hatten Kontakt nur zu einem Partner, während 9% angaben, auch zu mehreren Partnern Sexualkontakte unterhalten zu haben. Bei den Angaben, die sich auf mehrere Kontakte bezogen, dominierten die Männer mit 13% gegenüber den Frauen mit 5%. Bei einer Differenzierung der Partneranzahl gaben 46% an, mit insgesamt 2 Partnern, 24% mit insgesamt 3 Partnern, 10% mit 4 Partnern Geschlechtsverkehr gehabt zu haben. Immerhin noch 3% erklärten, mit mehr als 10 Partnern sexuell verkehrt zu haben (vgl. BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG 1995).

VAR. 37: „Mit wieviel Partnern hatten sie insgesamt Koitus seit Ihrem ersten Koitus?“

Die Signifikanz bei dieser Variablen beträgt für die Fachgruppen  $p = 0,000$ . Es zeigt sich, daß die Lehramtsstudenten (35,8%) die größte Konzentration auf einen Koituspartner aufweisen (Design: 18,5%; Krankenpflege: 28%). Ebenfalls in der darauf folgenden Kategorie „mit 2 - 3 Partnern“ sind sie mit 33,3% führend und unterstreichen damit ihre geringere Partnerfluktuation (Design: 28,6%; Krankenpflege: 26,8%). Die höchsten Nennungen der Krankenpflege-



schüler (identisch mit Rubrik 1) finden sich in der Rubrik „mit 4 - 5 Partnern“ wieder (Design: 17,6%; Lehramt: 17%; Krankenpflege: 28%).

Ihre Promiskuität untermauern die Designstudenten (20,2%) mit dem doppelt so hohen Wert in der Ordnung „mit 6 - 10 Partnern“ (Lehramt: 9,7%; Krankenpflege: 9,8%) und mit dem ca. vierfachen Wert (14,3%) in der Ordnung „mit 11 - 20 Partnern“ (Lehramt: 2,8%; Krankenpflege: 3,7%).

Bei den männlichen Respondenten sind keine signifikanten Unterschiede im Antwortverhalten feststellbar, bei den Frauen ergibt sich eine Signifikanz von  $p = 0,000$ .

Faßt man die Kategorien „mit einem Partner“ und „mit 2 - 3 Partnern“ zusammen, so dokumentieren die Lehramtsstudentinnen mit mehr als zwei Dritteln (69,7%) ihre im Vergleich sehr geringe Partnerfluktuation (Design: 44,8%; Krankenpflege: 54,4%). Bei den Krankenpflegeschülerinnen ergibt sich eine starke Konzentration in der Rubrik „mit 4 - 5 Partnern“. Nahezu ein Drittel (31,6%) finden sich hier wieder. Bei den Designstudentinnen (17,9%) und den Lehramtsstudentinnen (17,6%) beträgt der Wert hier nur ca. die Hälfte.

Offenbart wird die Promiskuität eines nicht geringen Teils der Designstudentinnen in den Ordnungen „mit 6 - 10 Partnern“ und „mit 11 - 20 Partnern“. Mit 22,4% (Lehramt: 9,2%; Krankenpflege: 7%) und 13,4% (Lehramt: 2,5%; Krankenpflege: 5,3%) werden hier Werte erreicht, die im Vergleich zu den anderen Frauen um ein vielfaches höher liegen.

#### **Tabelle 37 A: Gesamt**

VAR. 37 Mit wieviel Partnern hatten Sie insgesamt Koitus seit Ihrem ersten Koitus?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	mit einem Partner	18,5	35,8	28	30,6	159
2	mit 2 – 3 Partnern	28,6	33,3	26,8	31,2	162
3	mit 4 – 5 Partnern	17,6	17	28	18,9	98
4	mit 6 – 10 Partnern	20,2	9,7	9,8	12,1	63
5	mit 11 – 20 Partnern	14,3	2,8	3,7	5,6	29
6	mit mehr als 20 Partnern	0,8	1,3	3,7	1,5	8
	%	100	100	100	100	
	N	119	318	82		519
	p = 0,000					
	Fehlende Antworten: 74					

**Tabelle 37 B: Männer**

VAR. 37 Mit wieviel Partnern hatten Sie insgesamt Koitus seit Ihrem ersten Koitus?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	mit einem Partner	17,3	26,5	20	20,7	23
2	mit 2 – 3 Partnern	32,7	38,2	36	35,1	39
3	mit 4 – 5 Partnern	17,3	11,8	20	16,2	18
4	mit 6 – 10 Partnern	17,3	14,7	16	16,2	18
5	mit 11 – 20 Partnern	15,4	5,9	-	9	10
6	mit mehr als 20 Partnern	-	2,9	8	2,7	3
	%	100	100	100	100	
	N	52	34	25		111
	p = 0,376					
	Fehlende Antworten: 20					

**Tabelle 37 C: Frauen**

VAR. 37 Mit wieviel Partnern hatten Sie insgesamt Koitus seit Ihrem ersten Koitus?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	mit einem Partner	19,4	37	31,6	33,3	136
2	mit 2 – 3 Partnern	25,4	32,7	22,8	30,1	123
3	mit 4 – 5 Partnern	17,9	17,6	31,6	19,6	80
4	mit 6 – 10 Partnern	22,4	9,2	7	11	45
5	mit 11 – 20 Partnern	13,4	2,5	5,3	4,7	19
6	mit mehr als 20 Partnern	1,5	1,1	1,8	1,2	5
	%	100	100	100	100	
	N	67	284	57		408
	p = 0,000					
	Fehlende Antworten: 54					

Mit  $p = 0,036$  sind nur die Ergebnisse der Gesamtgruppe im geschlechtsspezifischen Vergleich Männer/Frauen signifikant.

Ein Drittel der weiblichen Respondenten (33,3%) erweist sich als äußerst monogam, da bislang nur mit einem Partner Koitus praktiziert wurde (Männer: 20,7%). Besonders deutlich wird der Unterschied der Nennungen in den Kategorien „mit 6 – 10 Partnern“, „mit 11 – 20 Partnern“ und „mit mehr als 20 Partnern“. Hier verfügen jeweils die Männer über die größte Koituserfahrung.

**Tabelle 37 D: Männer und Frauen**

VAR. 37 Mit wieviel Partnern hatten Sie insgesamt Koitus seit Ihrem ersten Koitus?

	Antwortkategorien	Gesamt		Design		Lehramt P.		Krankenpflege		
		m	w	m	w	m	w	m	w	
1	mit einem Partner	20,7	33,3	17,3	19,4	26,5	37	20	31,6	
2	mit 2 – 3 Partnern	35,1	30,1	32,7	25,4	38,2	32,7	36	22,8	
3	mit 4 – 5 Partnern	16,2	19,6	17,3	17,9	11,8	17,6	20	31,6	
4	mit 6 – 10 Partnern	16,2	11	17,3	22,4	14,7	9,2	16	7	
5	mit 11 – 20 Partnern	9	4,7	15,4	13,4	5,9	2,5	-	5,3	
6	mit mehr als 20 Partnern	2,7	1,2	-	1,5	2,9	1,1	8	1,8	
	%	100	100	100	100	100	100	100	100	
	N	111	408	52	67	34	284	25	57	
	p	0,036		0,869		0,430		0,193		
	N = 519									

Bei der VAR. 38: „*Hatten Sie schon einmal sexuellen Kontakt zu Prostituierten?*“ läßt sich nur bei den weiblichen Respondenten ein signifikanter Unterschied im Antwortverhalten feststellen ( $p = 0,039$ ).

2,9% der Designstudentinnen bekennen sich dazu, sexuelle Kontakte zu Prostituierten gehabt zu haben. Bei den Lehramtsstudentinnen beträgt der vergleichbare Wert ein Zehntel (0,3%); niemand von den Krankenpflegeschülerinnen hatte sexuellen Kontakt zu Prostituierten.

**Tabelle 38 B: Männer**

VAR. 38 Hatten Sie schon einmal sexuellen Kontakt zu Prostituierten?  
(Für Männer und Frauen)

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	ja	9,1	11,4	10,3	10,2	13
2	nein	90,9	88,6	89,7	89,8	115
	%	100	100	100	100	
	N	55	44	29		128
	p = 0,932					
	Fehlende Antworten: 3					

**Tabelle 38 C: Frauen**

VAR. 38 Hatten Sie schon einmal sexuellen Kontakt zu Prostituierten?  
(Für Männer und Frauen)

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	ja	2,9	0,3	-	0,7	3
2	nein	97,1	99,7	100	99,3	456
	%	100	100	100	100	
	N	68	325	66		459
	p = 0,039					
	Fehlende Antworten: 3					

**Tabelle 38 D: Männer und Frauen**

VAR. 38 Hatten Sie schon einmal sexuellen Kontakt zu Prostituierten?  
(Für Männer und Frauen)

	Antwortkategorien	Gesamt		Design		Lehramt P.		Krankenpflege		
		m	w	m	w	m	w	m	w	
1	ja	10,2	0,7	9,1	2,9	11,4	0,3	10,3	-	
2	nein	89,8	99,3	90,9	97,1	88,6	99,7	89,7	100	
	%	100	100	100	100	100	100	100	100	
	N	128	459	55	68	44	325	29	66	
	p	0,000		0,143		0,000		0,008		
	N = 587									

In der Gesamtgruppe ( $p = 0,000$ ), bei den Lehramtsstudenten ( $p = 0,000$ ) und den Krankenpflegern ( $p = 0,008$ ) sind signifikante Differenzen im geschlechtsspezifischen Vergleich Männer/Frauen ausmachbar.

Im Gegensatz zu den Frauen, die fast gar keinen bzw. keinen (Krankenpflege) Kontakt zu Prostituierten hatten, gestaltet sich die Situation bei den Männer der genannten Gruppen anders. In etwa jeder zehnte Befragte gibt an, schon einmal sexuellen Kontakt zu Prostituierten gepflegt zu haben (Gesamt: 10,2%; Lehramt: 11,4%; Krankenpflege: 10,3%).

VAR. 42: „Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten Oralverkehr (Mann aktiv) praktiziert? ergibt bei den Fachgruppen den signifikanten Wert  $p = 0,021$ .

Fast ein Drittel (29,6%) der Krankenpflegeschüler hat noch nie Oralverkehr (Mann aktiv) praktiziert (Lehramt: 28,7%; Design: 20,2%).

Was die Quantität anbelangt, haben die Lehramtsstudenten bei der Antwortmöglichkeit „1 - 3 Mal pro Monat“ mit 34,3% den größten Wert vorzuweisen (Design: 25,3%; Krankenpflege: 25,9%), in der Rubrik „1 - 3 Mal pro Woche“ führen die Krankenpflegeschüler (Design: 24,2%; Lehramt: 18,9%; Krankenpflege: 28,4%).

Bemerkenswert ist, daß zwar die Designstudenten über die größte Erfahrung in den letzten 12 Monaten (siehe Rubrik 1) bei dem Oralverkehr (Mann aktiv) verfügen, die Häufigkeit der Anwendung jedoch bei den beiden anderen Untersuchungsgruppen größer ist.

Bei den weiblichen Respondenten ( $p = 0,003$ ) läßt sich aus den Erwidern auf die VAR. 42 (Antwortmöglichkeit: „nie“) erkennen, daß die Designerinnen die größte diesbezügliche Erfahrung in den letzten 12 Monaten gesammelt haben (Design: 25%; Lehramt: 28,5%; Krankenpflege: 31,5%). Was die Häufigkeit der Sexualpraktik in der Praxis anbelangt, liegen die Werte bei den beiden anderen Fachgruppierungen höher. Fast doppelt so viele Lehramtsstudentinnen (33,6%) wie Designstudentinnen (16,7%) haben „1 - 3 Mal pro Monat“ Oralverkehr (Krankenpflege: 24,1%). Auch in der Rubrik „1 - 3 Mal pro Woche“ zeigen die Designerinnen den niedrigsten Wert (Design: 18,8%; Lehramt: 20,7%; Krankenpflege: 31,5%).

#### **Tabelle 39 A: Gesamt**

VAR. 42 Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten Oralverkehr (Mann aktiv) praktiziert?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	nie	20,2	28,7	29,6	27,2	141
2	1 – 3 Mal pro Jahr	28,3	16,9	12,3	18,3	95
3	1 – 3 Mal pro Monat	25,3	34,3	25,9	31,3	162
4	1 – 3 Mal pro Woche	24,2	18,9	28,4	21,4	111
5	mehr als 3 Mal pro Woche	2	1,2	3,7	1,7	9
	%	100	100	100	100	
	N	99	338	81		518
	p = 0,021					
	Fehlende Antworten: 75					

**Tabelle 39 B: Männer**

VAR. 42 Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten Oralverkehr (Mann aktiv) praktiziert?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	Nie	15,7	30,2	25,9	23,1	28
2	1 – 3 Mal pro Jahr	19,6	20,9	18,5	19,8	24
3	1 – 3 Mal pro Monat	33,3	39,5	29,6	34,7	42
4	1 – 3 Mal pro Woche	29,4	7	22,2	19,8	24
5	mehr als 3 Mal pro Woche	2	2,3	3,7	2,5	3
	%	100	100	100	100	
	N	51	43	27		121
	p = 0,337					
	Fehlende Antworten: 10					

**Tabelle 39 C: Frauen**

VAR. 42 Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten Oralverkehr (Mann aktiv) praktiziert?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	Nie	25	28,5	31,5	28,5	113
2	1 – 3 Mal pro Jahr	37,5	16,3	9,3	17,9	71
3	1 – 3 Mal pro Monat	16,7	33,6	24,1	30,2	120
4	1 – 3 Mal pro Woche	18,8	20,7	31,5	21,9	87
5	mehr als 3 Mal pro Woche	2,1	1	3,7	1,5	6
	%	100	100	100	100	
	N	48	295	54		397
	p = 0,003					
	Fehlende Antworten: 65					

Bei den Männern sowie im geschlechtsspezifischen Vergleich Männer/Frauen der VAR. 42 ergeben sich keine signifikanten Differenzen.

VAR. 43: „Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten Oralverkehr (Frau aktiv) praktiziert?“

Wie bei VAR. 42 sind die Ergebnisse der Fachgruppen signifikant ( $p = 0,010$ ). Auch hier haben die Designstudenten (78,5%) die größte Erfahrung mit Oralverkehr (Frau aktiv) in den

letzten 12 Monaten gemacht (Lehramt: 66,9%; Krankenpflege: 69,3%). Die Häufigkeit der gemachten Erfahrungen entspricht nicht der frequentiellen Aktivität. In der Kategorie „1 - 3 Mal pro Monat“ haben die Lehramtsstudenten (37%) die höchste Nennung. Nahezu identisch sind hier die Werte der Designstudenten (29,9%) und der Krankenpflegeschüler (29,5%). Noch aktiver sind die Krankenpflegeschüler. Mit 25% in der Ordnung „1 - 3 Mal pro Woche“ sind sie bei der Ausübung des Oralverkehrs führend (Design: 21,5%; Lehramt: 17,1%). Auch hier läßt sich festhalten, daß es bei den Designstudenten keinen Zusammenhang zwischen gemachter Erfahrung und frequentieller Aktivität gibt.

Bei einer Aufteilung nach Geschlechtern lassen sich nur bei den Frauen signifikante Unterschiede im Antwortverhalten feststellen ( $p = 0,010$ ).

Während in etwa ein Drittel der Lehramtsstudentinnen (32,2%) und der Krankenpflegeschülerinnen (28,1%) in den letzten 12 Monaten vor der Befragung „nie“ Erfahrungen mit Oralverkehr (Frau aktiv) gemacht haben, sind es nur 23,5% bei den Designstudentinnen. Dafür zeigen sich die Letztgenannten als die inaktivste Gruppe. 26,5% von ihnen haben im Jahr vor der Befragung Oralverkehr „1 - 3 Mal pro Jahr“ praktiziert (Lehramt: 10,3%; Krankenpflege: 14,1%). In der nächsthöheren Rubrik „1 - 3 Mal pro Monat“ dominieren die Lehramtsstudentinnen klar mit 37,5% (Design: 22,1%; Krankenpflege: 29,7%). Auch in der darauf folgenden Ordnung „1 - 3 Mal pro Woche“ wird der höchste Wert von einer anderen Gruppe erreicht (Design: 25%; Lehramt: 17,8%; Krankenpflege: 26,6%).

**Tabelle 40 A: Gesamt**

VAR. 43 Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten Oralverkehr (Frau aktiv) praktiziert?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	nie	21,5	33,1	30,7	30,4	168
2	1 – 3 Mal pro Jahr	24,3	10,6	13,6	13,8	76
3	1 – 3 Mal pro Monat	29,9	37	29,5	34,4	190
4	1 – 3 Mal pro Woche	21,5	17,1	25	19,2	106
5	mehr als 3 Mal pro Woche	2,8	2,2	1,1	2,2	12
	%	100	100	100	100	
	N	107	357	88		552
	p = 0,010					
	Fehlende Antworten: 41					

**Tabelle 40 B: Männer**

VAR. 43 Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten Oralverkehr (Frau aktiv) praktiziert?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	nie	17,9	40,5	37,5	31	31
2	1 – 3 Mal pro Jahr	20,5	13,5	12,5	16	16
3	1 – 3 Mal pro Monat	43,6	32,4	29,2	36	36
4	1 – 3 Mal pro Woche	15,4	10,8	20,8	15	15
5	mehr als 3 Mal pro Woche	2,6	2,7	-	2	2
	%	100	100	100	100	
	N	39	37	24		100
	p = 0,530					
	Fehlende Antworten: 31					

**Tabelle 40 C: Frauen**

VAR. 43 Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten Oralverkehr (Frau aktiv) praktiziert?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	nie	23,5	32,2	28,1	30,3	137
2	1 – 3 Mal pro Jahr	26,5	10,3	14,1	13,3	60
3	1 – 3 Mal pro Monat	22,1	37,5	29,7	34,1	154
4	1 – 3 Mal pro Woche	25	17,8	26,6	20,1	91
5	mehr als 3 Mal pro Woche	2,9	2,2	1,6	2,2	10
	%	100	100	100	100	
	N	68	320	64		452
	p = 0,010					
	Fehlende Antworten: 10					

Bei dem geschlechtsspezifischen Vergleich Männer/Frauen der VAR. 43 ergeben sich keine signifikanten Ergebnisse.

Der signifikante Wert für die Fachgruppen bei VAR. 44: „Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten Analverkehr praktiziert?“ beträgt  $p = 0,013$ .

Die Designstudenten haben in dem letzten Jahr vor der Erhebung mit 20,8% die größte Erfahrung mit Analverkehr gemacht (Lehramt: 10,4%; Krankenpflege: 20%). Erkennbar wird, daß



die gemachten Erfahrungen mit Analverkehr auch auf die Häufigkeit eine Auswirkung zeigen. Zwar dominieren die Krankenpflegeschüler in der Rubrik „1 - 3 Mal pro Jahr“ leicht mit 12,2% (Design: 10,8%; Lehramt: 6%), dafür erzielen die Designstudenten in der Rubrik „1 - 3 Mal pro Monat“ mit 10% die höchsten Nennungen (Lehramt: 3,8%; Krankenpflege: 5,6%).

**Tabelle 41 A: Gesamt**

VAR. 44 Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten Analverkehr praktiziert?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	nie	79,2	89,6	80	85,9	493
2	1 – 3 Mal pro Jahr	10,8	6	12,2	8	46
3	1 – 3 Mal pro Monat	10	3,8	5,6	5,4	31
4	1 – 3 Mal pro Woche	-	0,5	1,1	0,5	3
5	mehr als 3 Mal pro Woche	-	-	1,1	0,2	1
	%	100	100	100	100	
	N	120	364	90		574
	p = 0,013					
	Fehlende Antworten: 19					

Die geschlechtsspezifische Betrachtung zeichnet ein noch deutlicheres Bild bei den Frauen ( $p = 0,043$ ). Nicht nur was die gemachten Analverkehrserfahrungen in den zurückliegenden 12 Monaten angeht, sind die Designstudentinnen führend (Design: 23,5%; Lehramt: 10,3%; Krankenpflege: 19%) auch was die frequentielle Ausübung betrifft, zeigt sich, daß die Designstudentinnen häufiger den Analverkehr praktizieren als ihre Geschlechtsgenossinnen. In den Ordnungen „1 - 3 Mal pro Jahr“ (13,2%) und „1 - 3 Mal pro Monat“ (10,3%) nehmen sie den jeweiligen höchsten Wert ein.

Bei den Männern sind keine signifikanten Unterschiede im Antwortverhalten feststellbar.

Auch bei dem geschlechtsspezifischen Vergleich Männer/Frauen der VAR. 44 ergeben sich keine signifikanten Differenzen.

**Tabelle 41 B: Männer**

VAR. 44 Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten Analverkehr praktiziert?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	nie	82,7	88,4	77,8	83,6	102
2	1 – 3 Mal pro Jahr	7,7	4,7	14,8	8,2	10
3	1 – 3 Mal pro Monat	9,6	4,7	3,7	6,6	8
4	1 – 3 Mal pro Woche	-	2,3	-	0,8	1
5	mehr als 3 Mal pro Woche	-	-	3,7	0,8	1
	%	100	100	100	100	
	N	52	43	27		122
	p = 0,341					
	Fehlende Antworten: 9					

**Tabelle 41 C: Frauen**

VAR. 44 Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten Analverkehr praktiziert?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	nie	76,5	89,7	81	86,5	391
2	1 – 3 Mal pro Jahr	13,2	6,2	11,1	8	36
3	1 – 3 Mal pro Monat	10,3	3,7	6,3	5,1	23
4	1 – 3 Mal pro Woche	-	0,3	1,6	0,4	2
5	mehr als 3 Mal pro Woche	-	-	-	-	-
	%	100	100	100	100	
	N	68	321	63		452
	p = 0,043					
	Fehlende Antworten: 10					

MICHAEL/GAGNON/LAUMANN/KOLATA fanden in ihrer Erhebung (vgl. MICHAEL et al. 1994) heraus, daß ca. 25% der Amerikaner in ihrem Leben irgendwann Analverkehr praktiziert haben und daß 10% dies in den letzten zwölf zurückliegenden Monaten getan hatten. Bei HEINKE (vgl. HEINKE 1992) praktizierten in dem Jahr vor der Befragung 1,5% der Studenten zwei bis drei mal in der Woche, 1,8% einmal pro Woche, 2,9% ein bis drei mal im Monat, 1,4% alle zwei bis drei Monate und 8,9% ein bis drei mal im Jahr Analverkehr. Insgesamt 83,6% aller Respondenten gaben an, nie Analverkehr zu praktizieren.

TILLMANN et al. (vgl. TILLMANN et al. 1990) wiesen bei ihren heterosexuellen Studenten ein Analverkehrsvorkommen von 17% nach, von den homosexuellen Studenten hatten 72% aktiven und 60% passiven Analverkehr.

VAR. 45: „Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten masturbiert?“ liefert erstaunliche, signifikante Ergebnisse bei den untersuchten Fachgruppen ( $p = 0,000$ ).

39,6% der Krankenpflegeschüler und 34,2% der Lehramtsstudenten geben an, in den zurückliegenden 12 Monaten „nie“ masturbiert zu haben. Diese Werte sind drei bzw. fast vier mal so hoch wie der vergleichbare Wert der Designstudenten (11,2%).

In fast allen Kategorien „1 - 3 Mal pro Jahr“ (16%), „1 - 3 Mal pro Monat“ (34,4%), „1 - 3 Mal pro Woche“ (28%) und „4 - 7 Mal pro Woche“ (9,6%) nehmen die Designstudenten teilweise mit sehr großem Vorsprung - den Spitzenrang ein.

Konstatiert werden muß, daß die Designstudenten sich deutlich in ihrem Masturbationsverhalten von den beiden anderen Untersuchungsgruppen unterscheiden. Sie verfügen über die größte Masturbationserfahrung und über die größten Masturbationsfrequenzen (in den letzten 12 Monaten).

**Tabelle 42 A: Gesamt**

VAR. 45 Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten masturbiert?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	nie	11,2	34,2	39,6	30,1	175
2	1 – 3 Mal pro Jahr	16	12,9	13,2	13,6	79
3	1 – 3 Mal pro Monat	34,4	28,5	22	28,7	167
4	1 – 3 Mal pro Woche	28	17,8	17,6	20	116
5	4 – 7 Mal pro Woche	9,6	5,8	4,4	6,4	37
6	mehr als 7 Mal pro Woche	0,8	0,8	3,3	1,2	7
	%	100	100	100	100	
	N	125	365	91		581
	p = 0,000					
	Fehlende Antworten: 12					

**Tabelle 42 B: Männer**

VAR. 45 Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten masturbiert?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	nie	7,1	9,3	21,4	11	14
2	1 – 3 Mal pro Jahr	5,4	4,7	7,1	5,5	7
3	1 – 3 Mal pro Monat	26,8	25,6	35,7	28,3	36
4	1 – 3 Mal pro Woche	41,1	30,2	21,4	33,1	42
5	4 – 7 Mal pro Woche	19,6	23,3	7,1	18,1	23
6	mehr als 7 Mal pro Woche	-	7	7,1	3,9	5
	%	100	100	100	100	
	N	56	43	28		127
	p = 0,204					
	Fehlende Antworten: 4					

**Tabelle 42 C: Frauen**

VAR. 45 Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten masturbiert?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	nie	14,5	37,6	47,6	35,5	161
2	1 – 3 Mal pro Jahr	24,6	14	15,9	15,9	72
3	1 – 3 Mal pro Monat	40,6	28,9	15,9	28,9	131
4	1 – 3 Mal pro Woche	17,4	16,1	15,9	16,3	74
5	4 – 7 Mal pro Woche	1,4	3,4	3,2	3,1	14
6	mehr als 7 Mal pro Woche	1,4	-	1,6	0,4	2
	%	100	100	100	100	
	N	69	322	63		454
	p = 0,002					
	Fehlende Antworten: 8					

Spezifiziert nach Geschlecht offenbaren sich nur bei den Frauen signifikante Unterschiede im Antwortverhalten ( $p = 0,002$ ).

Fast die Hälfte der Krankenpflegeschülerinnen (47,6%) und deutlich mehr als ein Drittel der Lehramtsstudentinnen (37,6%) geben an, „nie“ in den zurückliegenden 12 Monaten masturbiert zu haben. Bei den Designstudentinnen sind es nur vergleichsweise 14,5%.

Ein gravierender Unterschied zwischen den Designstudentinnen und den beiden anderen Frauengruppen zeigt sich auch in der Masturbationshäufigkeit. Die drei Ordnungen „1 - 3 Mal pro Jahr“ (Design: 24,6%; Lehramt: 14%; Krankenpflege: 15,9%), „1 - 3 Mal pro Monat“ (Design: 40,6%; Lehramt: 28,9%; Krankenpflege: 15,9%) und „1 - 3 Mal pro Woche“ (Design: 17,4%; Lehramt: 16,1%; Krankenpflege: 15,9%) veranschaulichen nachhaltig den Unterschied der Masturbationsfrequenz bei den Frauen.

**Tabelle 42 D: Männer und Frauen**

VAR. 45 Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten masturbiert?

	Antwortkategorien	Gesamt		Design		Lehramt P.		Krankenpflege	
		m	w	m	w	m	w	m	w
1	nie	11	35,5	7,1	14,5	9,3	37,6	21,4	47,6
2	1 – 3 Mal pro Jahr	5,5	15,9	5,4	24,6	4,7	14	7,1	15,9
3	1 – 3 Mal pro Monat	28,3	28,9	26,8	40,6	25,6	28,9	35,7	15,9
4	1 – 3 Mal pro Woche	33,1	16,3	41,1	17,4	30,2	16,1	21,4	15,9
5	4 – 7 Mal pro Woche	18,1	3,1	19,6	1,4	23,3	3,4	7,1	3,2
6	mehr als 7 Mal pro Woche	3,9	0,4	-	1,4	7	-	7,1	1,6
	%	100	100	100	100	100	100	100	100
	N	127	454	56	69	43	322	28	63
	p	p = 0,000		p = 0,000		p = 0,000		p = 0,055	
	N = 581								

Signifikanzen lassen sich bei der Gesamtgruppe ( $p = 0,000$ ), den Lehramtsstudenten ( $p = 0,000$ ) und den Designstudenten ( $p = 0,000$ ) im geschlechtsspezifischen Vergleich Männer/Frauen dokumentieren.

Es fällt auf, daß es einen beträchtlichen Anteil von Frauen gibt, die in den letzten 12 Monaten nicht masturbiert haben (Gesamt: 35,5%; Lehramt: 37,6%; Design: 14,5%). Größere Werte als bei den Männern finden sich bei den weiblichen Befragungsteilnehmer auch in der Antwortkategorie „1 – 3 Mal pro Jahr“.

Bei den männlichen Befragten der drei genannten Gruppen sind die Nennungen in den Rubriken vier und fünf auffällig. Hier wird sichtbar, daß die männlichen Respondenten generell häufiger als die weiblichen masturbieren.

MICHAEL/GAGNON/LAUMANN/KOLATA belegten mit ihrer USA-Studie, daß 40% aller Frauen und 60% aller Männer in dem Jahr vor der Befragung masturbiert hatten. Die Masturbation wurde nicht als Ersatzbefriedigung, sondern als fester Bestandteil ihres sexuell aktiven Lebens begriffen. 85% der Männer und 45% der Frauen in festen Beziehungen masturbierten in den 12 Monaten vor der Befragung. Die Zahlen weisen darauf hin, daß der Personenkreis, der sich in einer festen Beziehung befand, sehr häufig masturbierte (vgl. MICHAEL et al. 1994).

CLEMENT zeigte in seiner Erhebung, daß 92% der Männer und 74% der Frauen Masturbationserfahrung hatten. Bei den Männern nahm die Masturbationserfahrung im Jugendalter zu, hatte mit dem 18 Lebensjahr den Höhepunkt und nahm im Erwachsenenalter ab. Bei den Frauen blieb sie in allen drei Phasen gleich (vgl. CLEMENT 1986). Bedingt durch die Tatsache, daß verheiratete Studenten genau so häufig wie ledige masturbierten, vermutete CLEMENT, daß Masturbation eher als eigenständige Sexualpraktik denn als Koitusersatz angesehen werden muß.

In der Studie von HEINKE (vgl. HEINKE 1992) fiel auf, daß die befragten männlichen Studenten doppelt so häufig wie die weiblichen masturbierten (66,1% versus 32,7%).

Bei TILLMANN et al. (vgl. TILLMANN et al. 1990) masturbierten 96% der heterosexuellen, aber 100% der homosexuellen Studenten. Einen großen Unterschied gab es hier in der Häufigkeit. Während die heterosexuellen Studenten monatlich durchschnittlich 7,8 mal masturbierten, lag der Durchschnittswert bei den homosexuellen bei 12,6.

Einen deutlichen kulturellen Geschlechtsunterschied im Hinblick auf das Masturbationsvorkommen lieferte die Untersuchung von MITTAG/ROHNER (vgl. MITTAG/ROHNER 1990). 9% der männlichen und 43% der weiblichen britischen Studenten masturbierten in dem Jahr vor der Befragung nie. 3% der Männer (11% der Frauen) masturbierten seltener als einmal im Monat, jeweils 12% ein bis zwei mal im Monat, 13% der Männer (12% der Frauen) drei bis fünf mal im Monat, 25% der Männer (11% der Frauen) sechs bis zehn mal im Monat und 38% der Männer (11% der Frauen) mehr als zehn mal im Monat. Neben dem Unterschied in dem generellen Vorkommen fällt hier die Ungleichheit in der Masturbationshäufigkeit zwischen Männern und Frauen auf. MITTAG/ROHNER wiesen ferner nach, daß die Masturbationshäufigkeit bei den britischen Studenten in einer festen Partnerschaft abnahm, beim Fehlen einer Beziehung also deutlich höher war. Dies galt sowohl für Frauen als auch für Männer, woraus abzuleiten ist, daß die Masturbation eher als Ersatzbefriedigung begriffen wurde.

VAR. 46: „Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten Erfahrung mit Pornographie gemacht?“

Nur unter dem Aspekt der geschlechtsspezifischen Betrachtung ergeben sich Signifikanzen bei der Gesamtgruppe ( $p = 0,000$ ), den Lehramtsstudenten ( $p = 0,000$ ) sowie den Designstudenten ( $p = 0,004$ ).

Ca. die Hälfte der weiblichen Befragungsteilnehmer (Gesamt: 53,1%; Lehramt: 53,4%; Design: 46,4%) gibt an, in den letzten 12 Monaten keine Erfahrung mit Pornographie gemacht zu haben. Die Werte der männlichen Teilnehmer der gleichen Gruppen weichen hiervon deutlich nach unten ab.

Auch bei den Antwortvorgaben „manchmal“ (Gesamt m: 25,6%, w: 6,1%; Lehramt m: 29,5%, w: 5,9%; Design m: 25%, w: 5,8%) und „häufig“ (Gesamt m: 10,9%, w: 1,7%; Lehramt m: 15,9%, w: 1,5%; Design m: 8,9%, w: 2,9%) spiegelt sich ein uneinheitliches Antwortverhalten wider.

#### **Tabelle 43 D: Männer und Frauen**

VAR. 46 Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten Erfahrung mit Pornographie gemacht?

	Antwortkategorien	Gesamt		Design		Lehramt P.		Krankenpflege		
		<b>m</b>	<b>w</b>	<b>m</b>	<b>w</b>	<b>m</b>	<b>w</b>	<b>m</b>	<b>w</b>	
1	nie	23,2	53,1	26,2	46,4	11,4	53,4	34,5	58,5	
2	selten	40,3	39,1	39,9	44,9	43,2	39,2	37,9	32,3	
3	manchmal	25,6	6,1	25	5,8	29,5	5,9	20,7	7,7	
4	häufig	10,9	1,7	8,9	2,9	15,9	1,5	6,9	1,5	
	%	100	100	100	100	100	100	100	100	
	N	129	458	56	69	44	324	29	65	
	p	0,000		0,004		0,000		0,067		
	N = 587									

VAR. 47: „Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten im Rahmen Ihrer gelebten / erlebten Sexualität Erfahrung mit von Ihnen beabsichtigten Formen von Gewalt gemacht?“

Ausschließlich bei den Frauen lassen sich signifikante Unterschiede im Antwortverhalten erkennen ( $p = 0,024$ ). Die Designstudentinnen sind die Personengruppe, die am häufigsten beabsichtigte bzw. geduldete Formen von Gewalterfahrung gemacht hat (Design: 15,9%;

Lehramt: 9,6%; Krankenpflege: 6%). Auch in der Kategorie „selten“ sind die Designstudentinnen mit 10,1% (Lehramt: 8,4%; Krankenpflege: 1,5%) am häufigsten vertreten. Faßt man die Kategorien „manchmal“ und „häufig“ zusammen, so dominieren sie auch hier mit 5,7% (Lehramt: 1,2%; Krankenpflege: 4,5%).

**Tabelle 44 B: Männer**

VAR. 47 Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten im Rahmen Ihrer gelebten / erlebten Sexualität Erfahrung mit von Ihnen beabsichtigten bzw. geduldeten Formen von Gewalt gemacht?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	nie	87,3	95,3	82,1	88,9	112
2	selten	9,1	2,3	10,7	10,7	9
3	manchmal	3,6	2,3	7,1	7,1	5
	%	100	100	100	100	
	N	55	43	28		126
	p = 0,467					
	Fehlende Antworten: 5					

**Tabelle 44 C: Frauen**

VAR. 47 Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten im Rahmen Ihrer gelebten / erlebten Sexualität Erfahrung mit von Ihnen beabsichtigten bzw. geduldeten Formen von Gewalt gemacht?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	nie	84,1	90,4	94	90	413
2	selten	10,1	8,4	1,5	7,6	35
3	manchmal	4,3	1,2	4,5	2,2	10
4	häufig	1,4	-	-	0,2	1
	%	100	100	100	100	
	N	69	323	67		459
	p = 0,024					
	Fehlende Antworten: 3					

Bei dem geschlechtsspezifischen Vergleich Männer/Frauen der VAR. 47 ergeben sich keine signifikanten Ergebnisse.



VAR. 48: „Haben Sie neben den bereits erwähnten Sexualpraktiken andere sexuelle Erfahrungen gemacht, bzw. streben Sie diese an?“

Signifikante Ergebnisse finden sich ausschließlich bei den Frauen ( $p = 0,000$ ). Hier fallen die Designstudentinnen auf, die die größte Erfahrungen/Absichten mit anderen Sexualpraktiken vorweisen können (Design: 13,4%; Lehramt: 3,4%; Krankenpflege: 3%). Favorisiert wird von ihnen besonders der Bereich „Sadismus/Masochismus“ (10,4%) (Lehramt: 0,9%; Krankenpflege: 0%).

**Tabelle 45 B: Männer**

VAR. 48 Haben Sie neben den bereits erwähnten Sexualpraktiken andere sexuelle Erfahrungen gemacht, bzw. streben Sie diese an?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	nein	92,6	86,4	85,7	88,9	112
2	Sadismus / Masochismus	1,9	11,4	10,7	7,1	9
4	Fetischismus	1,9	-	-	0,8	1
6	Sonstiges	3,7	2,3	3,6	3,2	4
	%	100	100	100	100	
	N	54	44	28		126
	$p = 0,498$					
	Fehlende Antworten: 5					

**Tabelle 45 C: Frauen**

VAR. 48 Haben Sie neben den bereits erwähnten Sexualpraktiken andere sexuelle Erfahrungen gemacht, bzw. streben Sie diese an?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	nein	86,6	96,6	97	95,2	432
2	Sadismus / Masochismus	10,4	0,9	-	2,2	10
3	Exhibitionismus	-	0,6	-	0,4	2
6	Sonstiges	3	1,9	3	2,2	10
	%	100	100	100	100	
	N	67	321	66		454
	$p = 0,000$					
	Fehlende Antworten: 8					

**Tabelle 45 D: Männer und Frauen**

VAR. 48 Haben Sie neben den bereits erwähnten Sexualpraktiken andere sexuelle Erfahrungen gemacht, bzw. streben Sie diese an?

	Antwortkategorien	Gesamt		Design		Lehramt P.		Krankenpflege	
		m	w	m	w	m	w	m	w
1	nein	88,9	95,2	92,6	86,6	86,4	96,5	85,7	97
2	Sadismus / Masochismus	7,1	2,2	1,9	10,4	11,4	0,9	10,7	-
3	Exhibitionismus	-	0,4	-	-	-	0,6	-	-
4	Fetischismus	0,8	-	1,9	-	-	-	-	-
6	Sonstiges	3,2	2,2	3,7	3	2,3	1,9	3,6	3
	%	100	100	100	100	100	100	100	100
	N	126	454	54	67	44	321	28	66
	p	0,015		0,191		0,000		0,025	
	N = 580								

In der Gesamtgruppe ( $p = 0,015$ ), bei den Lehramtsstudenten ( $p = 0,000$ ) und den Krankenpflegeschülern ( $p = 0,025$ ) sind Signifikanzen ausmachbar.

Die Kategorie „Sadismus/Masochismus“ nimmt in der Betrachtungsweise den zentralen Stellenwert ein. Mit dieser Sexualpraktik haben mehr Männer Erfahrung gemacht als die Frauen in den jeweiligen Gruppen (Gesamt m: 7,1%, w: 2,2%; Lehramt m: 11,4%, w: 0,9%; Krankenpflege m: 10,7%, w: 0%).

Bemerkenswert ist auch, daß in der Rubrik „nein“ die Frauen der Gesamtgruppe, der Lehramtsstudenten und der Krankenpflege höhere Werte aufweisen als die Männer.

Bei VAR. 54: „Wie würden Sie ihre sexuelle Orientierung beschreiben?“ beträgt das signifikante Ergebnis bei den Fachgruppen  $p = 0,000$ .

In der Gattung „ausschließlich heterosexuell“ treten große Differenzen innerhalb der Respondenten auf. Beträgt die Zahl der Krankenpflegeschüler hier 88,2% und der Lehramtsstudenten 85,9%, so definieren sich nur 70,7% der Designstudenten als „ausschließlich heterosexuell“. Dafür übertrifft ihr Wert in der Rubrik „bisexuell“ die anderen Fachgruppen deutlich (Design: 6,5%; Lehramt: 0,3%; Krankenpflege: 2,2%). Die höchsten Werte werden von den Designern

auch in den Bereichen „vorwiegend homosexuell“ (3,3%) und „ausschließlich homosexuell“ (2,4%) notiert.

Festzuhalten bleibt, daß die sexuelle Orientierung bei den Designstudenten ein deutlich breiteres Spektrum abdeckt als bei den Lehramtsstudenten und den Krankenpflegeschülern.

**Tabelle 46 A: Gesamt**

VAR. 54 Wie würden Sie Ihre sexuelle Orientierung beschreiben?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	ausschließlich heterosexuell	70,7	85,9	88,2	83,1	487
2	vorwiegend heterosexuell	17,1	12,2	8,6	12,6	74
3	bisexuell	6,5	0,3	2,2	1,9	11
4	vorwiegend homosexuell	3,3	0,3	-	0,9	5
5	ausschließlich homosexuell	2,4	1,4	1,1	1,5	9
	%	100	100	100	100	
	N	123	370	93		586
	p = 0,000					
	Fehlende Antworten: 7					

**Tabelle 46 B: Männer**

VAR. 54 Wie würden Sie Ihre sexuelle Orientierung beschreiben?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	ausschließlich heterosexuell	80,4	86,7	85,7	83,7	108
2	vorwiegend heterosexuell	8,9	4,4	3,6	6,2	8
3	bisexuell	3,6	-	7,1	3,1	4
4	vorwiegend homosexuell	1,8	2,2	-	1,6	2
5	ausschließlich homosexuell	5,4	6,7	3,6	5,4	7
	%	100	100	100	100	
	N	56	45	28		129
	p = 0,742					
	Fehlende Antworten: 2					

Die geschlechtsspezifische Betrachtung zeigt bei den Frauen das signifikante Ergebnis  $p = 0,000$ . Nur 62,7% der Designstudentinnen beschreiben ihre sexuelle Orientierung als „aus-

schließlich heterosexuell“ (Lehramt: 85,8%; Krankenpflege: 89,2%). Der Anteil der „bisexuellen“ Designstudentinnen beträgt 9% (Lehramt: 0,3%; Krankenpflege: 0%), und 4,5% der Designstudentinnen weisen sich als „vorwiegend homosexuell“ aus.

Bei den männlichen Respondenten sind keine signifikanten Unterschiede im Antwortverhalten feststellbar.

**Tabelle 46 C: Frauen**

VAR. 54 Wie würden Sie Ihre sexuelle Orientierung beschreiben?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	ausschließlich heterosexuell	62,7	85,8	89,2	82,9	379
2	vorwiegend heterosexuell	23,9	13,2	10,8	14,4	66
3	bisexuell	9	0,3	-	1,5	7
4	vorwiegend homosexuell	4,5	-	-	0,7	3
5	ausschließlich homosexuell	-	0,6	-	0,4	2
	%	100	100	100	100	
	N	67	325	65		457
	p = 0,000					
	Fehlende Antworten: 5					

**Tabelle 46 D: Männer und Frauen**

VAR. 54 Wie würden Sie Ihre sexuelle Orientierung beschreiben?

	Antwortkategorien	Gesamt		Design		Lehramt P.		Krankenpflege	
		m	w	m	w	m	w	m	w
1	ausschließlich heterosexuell	83,7	82,9	80,4	62,7	86,7	85,8	85,7	89,2
2	vorwiegend heterosexuell	6,2	14,4	8,9	23,9	4,4	13,2	3,6	10,8
3	bisexuell	3,1	1,5	3,6	9	-	0,3	7,1	-
4	vorwiegend homosexuell	1,6	0,7	1,8	4,5	2,2	-	-	-
5	ausschließlich homosexuell	5,4	0,4	5,4	-	6,7	0,6	3,6	-
	%	100	100	100	100	100	100	100	100
	N	129	457	56	67	45	325	28	65
	p	0,000		0,027		0,000		0,043	
	N = 586								

Beim geschlechtsspezifischen Vergleich Männer/Frauen ergeben sich in allen untersuchten Gruppen signifikante Werte (Gesamt:  $p = 0,000$ ; Lehramt:  $p = 0,000$ ; Design:  $p = 0,027$ ; Krankenpflege:  $p = 0,043$ ).

Auffällig in der Gesamtgruppe ist der hohe Prozentwert der Frauen in der Rubrik „vorwiegend heterosexuell“ (m: 6,2%, w: 14,4%). Dafür weisen sie den markant niedrigeren Wert bei „ausschließlich homosexuell“ auf (m: 5,4%, w: 0,4%). Ähnliche Relationen zeigen die Werte der Frauen bzw. der Männer in den Gruppen Lehramt und Krankenpflege in den eben genannten Kategorien.

Bei den Designstudenten bilden sich die Ergebnisse etwas anders ab. Auch hier ist der Wert der Frauen (23,9%) bei der Vorgabe „vorwiegend heterosexuell“ merkbar höher als der Männerwert (8,9%). In den Rubriken „bisexuell“ und „vorwiegend homosexuell“ geben sie aber ebenfalls die höheren Nennungen als die Männer ab. Entsprechend ist auch der Unterschied bei der Antwortvorgabe „ausschließlich homosexuell“ (m: 5,4%, w: 0%).

Anzumerken bei der Gruppe der Krankenpfleger ist noch das Ergebnis, daß sich keine Frau dieser Gruppe als „bisexuell“ bzw. „ausschließlich homosexuell“ beschreibt.

In der Untersuchung von RUNKEL (vgl. RUNKEL 1987, 1989, 1990) bezeichneten sich 92,9% der Männer als heterosexuell, 3,8% als homosexuell und 3,4% als bisexuell. Bei den Frauen wiesen sich 93,9% als hetero-, 1,6% als homo- und 4,5% als bisexuell aus.

Die Studie von MICHAEL/GAGNON/LAUMANN/KOLATA (vgl. MICHAEL et al. 1994) zeigte ein ähnliches Bild: 2,8% der Männern und 1,4% der Frauen stufen sich als homosexuell ein.

Die Erhebung von CLEMENT zeigte, daß sich die überwiegende Mehrheit der Respondenten als heterosexuell beschrieb. Ca. 20% der Männer definierten sich als bi- bzw. homosexuell, bei den Frauen schätzten sich 3% als bi- und 1% als homosexuell ein. Im Jahr vor der Befragung hatten 5% der Männer und 4% der Frauen gleichgeschlechtliche Kontakte (vgl. CLEMENT 1986).

Deutlich geringere Werte bei homosexuellen Studenten fanden REIMANN/BARDELEBEN (vgl. REIMANN/BARDELEBEN 1992) in ihrer Befragung. Nur 0,4% der Studenten bezeichneten sich als homosexuell und 4,3% als bisexuell. Diese sehr geringen Werte wurden auf den Befragungsmodus und das ländliche Umfeld zurück geführt. Die Angaben bei NEUBAUER (vgl. NEUBAUER 1989 a) liegen deutlich höher. 5% der von ihm befragten männlichen Stu-

denten erklärten sich als homosexuell und 1% als bisexuell. Bei den Frauen waren es 3%, die sich als homosexuell und 5%, die sich als bisexuell begriffen. WARNKING (vgl. WARNKING 1994) berichtete von 2,8% der Befragten, die angaben, homosexuell zu sein und 1,5%, die sich als bisexuell erklärten. Noch geringere Angaben zur Homosexualität und Bisexualität wies HEINKE (vgl. HEINKE 1992) aus. Seine befragten Personen erklärten sich zu 0,7% als homosexuell und zu 1,2% als bisexuell.

Wiederum wiesen MITTAG/ROHNER einen geschlechtsspezifischen kulturellen Unterschied zwischen britischen und deutschen Studenten aus. Während sich bei den britischen männlichen Studenten 86% als ausschließlich heterosexuell, 10% als vorwiegend heterosexuell, 1% als vorwiegend homosexuell und 3% als ausschließlich homosexuell einstufen, gaben 89% der weiblichen Studenten an, ausschließlich heterosexuell und 11% vorwiegend heterosexuell zu sein. Im Unterschied zu unserer und anderen Untersuchungen wies sich keine britische Studentin als bi- oder homosexuell aus (vgl. MITTAG/ROHNER 1990).

In einer Untersuchung von Jugendlichen (vgl. BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG 1995) bezeichneten sich 84,6% als ausschließlich heterosexuell, aber nur 1% als ausschließlich bzw. vorwiegend homosexuell.

VAR. 55: „Hatten Sie schon einmal gleichgeschlechtliche Sexualkontakte?“ zeigt nur bei den Fachgruppen signifikante Unterschiede im Antwortverhalten ( $p = 0,002$ ).

Nahezu doppelt so viele Designstudenten (24,4%) wie Lehramtsstudenten (12%) und Krankenpflegeschüler (11,3%) geben an, schon gleichgeschlechtliche Sexualkontakte gehabt zu haben.

**Tabelle 47 A: Gesamt**

VAR. 55 Hatten Sie schon einmal gleichgeschlechtliche Sexualkontakte?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	ja	24,4	12	11,3	14,5	85
2	nein	75,6	88	88,7	85,5	503
	%	100	100	100	100	
	N	123	368	97		588
	$p = 0,002$					
	Fehlende Antworten: 5					

**Tabelle 47 D: Männer und Frauen**

VAR. 55 Hatten Sie schon einmal gleichgeschlechtliche Sexualekontakte?

	Antwortkategorien	Gesamt		Design		Lehramt P.		Krankenpflege	
		m	w	m	w	m	w	m	w
1	ja	22,1	12,3	28,1	21,2	20	10,8	13,8	10,3
2	nein	77,9	87,7	71,9	78,8	80	89,2	86,2	89,7
	%	100	100	100	100	100	100	100	100
	N	131	457	57	66	45	323	29	68
	p	0,005		0,377		0,076		0,619	
	N = 588								

Nur in der Gesamtgruppe ( $p = 0,005$ ) finden sich signifikante Ergebnisse im geschlechtsspezifischen Vergleich Männer/Frauen.

Der Anteil der Männer, der bislang schon gleichgeschlechtliche Sexualekontakte hatte, ist mit 22,1% erkennbar größer als der Wert der vergleichbaren Frauen (12,3%).

Deutlich weniger gleichgeschlechtliche Kontakte bei britischen Studenten wiesen MITTAG/ROHNER in ihrer Erhebung mit 10% bei den männlichen und 6% bei den weiblichen Respondenten aus (vgl. MITTAG/ROHNER 1990).

VAR. 56: „Welche Art ist Ihre feste Partnerschaft?“

Signifikante Unterschiede lassen sich nur beim geschlechtsspezifischen Vergleich Männer/Frauen in der Gesamtgruppe ( $p = 0,043$ ) ablesen.

Mehr Männer (12,5%) als Frauen (9%) sind „heterosexuell verheiratet“. Analog hierzu ist der Anteil der „nicht verheirateten heterosexuellen Frauen“ größer als bei den Männern. Auffällig ist die beachtliche Zahl der „homosexuellen Partnerschaften“ bei den Männern mit 5%. Nur 1,2% der Frauen bilden ebenfalls eine „homosexuelle Partnerschaft“.

In der Erhebung von BARDELEBEN et al. (vgl. BARDELEBEN et al. 1989) waren 90,1% der Befragten „ledig“, 8,7% „verheiratet“ und 1,3% „geschieden“.

**Tabelle 48 D: Männer und Frauen**

VAR. 56 Welche Art ist Ihre feste Partnerschaft?

	Antwortkategorien	Gesamt		Design		Lehramt P.		Krankenpflege	
		m	w	m	w	m	w	m	w
1	heterosexuell, verheiratet	12,5	9	10,5	2,1	10,7	10	21,4	11,1
2	heterosexuell, nicht verheiratet	82,5	89,8	84,2	93,8	85,7	89,2	71,4	88,9
3	homosexuelle Partnerschaft	5	1,2	5,3	4,2	3,6	0,8	7,1	-
	%	100	100	100	100	100	100	100	100
	N	80	344	38	48	28	251	14	45
	p	0,043		0,238		0,396		0,109	
	N = 424								

VAR. 57: „Haben Sie, seit Sie mit Ihrem festen Partner zusammen sind, mit anderen Partnern Geschlechtsverkehr gehabt?“

Die Designstudenten präsentieren sich signifikant ( $p = 0,001$ ) als die Personengruppe, die die meisten außerehepartnerschaftlichen Sexualkontakte hat (Design: 31,4%; Lehramt: 12,6%; Krankenpflege: 13,3%). Dabei konzentrieren sich die Fremdkontakte nicht nur auf eine Person. In den Antwortkategorien „mit 1 Partner“ (15,1%), „mit 2 - 3 Partnern“ (12,8%) und „mit mehr als 3 Partnern“ (3,5%) heben sich die vorgefundenen Werte bei den Designstudenten nachdrücklich von den anderen Vergleichswerten ab.

**Tabelle 49 A: Gesamt**

VAR. 57 Haben Sie, seit Sie mit Ihrem festen Partner zusammen sind, mit anderen Partnern Geschlechtsverkehr gehabt?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	nein	68,6	87,4	86,7	83,5	354
2	mit einem Partner	15,1	9	8,3	10,1	43
3	mit 2 – 3 Partnern	12,8	2,9	3,3	5	21
4	mit mehr als 3 Partnern	3,5	0,7	1,7	1,4	6
	%	100	100	100	100	
	N	86	278	60		424
	p = 0,001					
	Fehlende Antworten: 169					



Bei den Männern sind keine signifikanten Unterschiede im Antwortverhalten feststellbar.

**Tabelle 49 B: Männer**

VAR. 57 Haben Sie, seit Sie mit Ihrem festen Partner zusammen sind, mit anderen Partnern Geschlechtsverkehr gehabt?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	nein	78,9	78,6	64,3	76,3	61
2	mit einem Partner	10,5	14,3	14,3	12,5	10
3	mit 2 – 3 Partnern	7,9	7,1	14,3	8,8	7
4	mit mehr als 3 Partnern	2,6	-	7,1	2,5	2
	%	100	100	100	100	
	N	38	28	14		80
	p = 0,801					
	Fehlende Antworten: 51					

**Tabelle 49 C: Frauen**

VAR. 57 Haben Sie, seit Sie mit Ihrem festen Partner zusammen sind, mit anderen Partnern Geschlechtsverkehr gehabt?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	nein	60,4	88,4	93,5	85,2	293
2	mit einem Partner	18,8	8,4	6,5	9,6	33
3	mit 2 – 3 Partnern	16,7	2,4	-	4,1	14
4	mit mehr als 3 Partnern	4,2	0,8	-	1,2	4
	%	100	100	100	100	
	N	48	250	46		344
	p = 0,000					
	Fehlende Antworten: 118					

Die signifikanten ( $p = 0,000$ ) Ergebnisse bei den Frauen lassen erkennen, daß das Verhalten der Designstudentinnen promisker als bei den anderen Vergleichsgruppen ist. 39,6% der Designerinnen bekennen sich dazu, mit anderen Personen - neben ihrer Partnerschaft - Geschlechtsverkehr gehabt zu haben/zu haben (Lehramt: 11,6%; Krankenpflege: 6,5%). Dabei beschränkt/e sich der sexuelle Kontakt nicht nur auf eine Person. 20,9% geben an, „mit mehr

als einem Partner“ Geschlechtsverkehr gehabt zu haben/zu haben (Lehramt: 3,2%; Krankenpflege: 0%).

Es gilt festzuhalten, daß sich die partnegebundenen Designstudenten - speziell die Frauen - promisker als die Vergleichsgruppen präsentieren.

**Tabelle 49 D: Männer und Frauen**

VAR. 57 Haben Sie, seit Sie mit Ihrem festen Partner zusammen sind, mit anderen Partnern Geschlechtsverkehr gehabt?

	Antwortkategorien	Gesamt		Design		Lehramt P.		Krankenpflege	
		m	w	m	w	m	w	m	w
1	nein	76,3	85,2	78,9	60,4	78,6	88,4	64,3	93,5
2	mit einem Partner	12,5	9,6	10,5	18,8	14,3	8,4	14,3	6,5
3	mit 2 – 3 Partnern	8,8	4,1	7,9	16,7	7,1	2,4	14,3	-
4	mit mehr als 3 Partnern	2,5	1,2	2,6	4,2	-	0,8	7,1	-
	%	100	100	100	100	100	100	100	100
	N	80	344	38	48	28	250	14	46
	p	0,183		0,330		0,329		0,009	
	N = 424								

Mit  $p = 0,009$  ist der errechnete Wert in der Gruppe der Krankenpflegeschüler signifikant.

Die sexuelle Treue derer, die in einer festen Partnerschaft leben, ist bei den Krankenpflegeschülern sehr unterschiedlich ausgeprägt. 6,5% der Frauen geben an, bislang mit „einem Partner“ Geschlechtsverkehr praktiziert zu haben, 14,3% sind es bei den Männern. Darüber hinaus hatten weitere 14,3% der Männer mit „2 – 3 Partnern“ und nochmals 7,1% mit „mehr als 3 Partnern“ Sexualkontakte.

Nimmt man die amerikanische Untersuchung von MICHAEL/GAGNON/LAUMANN/KOLATA (vgl. MICHAEL/GAGNON/LAUMANN/KOLATA 1994) als Vergleich, so läßt sich festhalten, daß 94% aller Amerikaner (in festen Beziehungen) sexuell treu waren. Deutlich weniger treu zeigten sich die befragten Studenten von CLEMENT. 28% der Männer und 23% der Frauen hatten Kontakt zu zwei oder mehreren Sexualpartnern (vgl. CLEMENT 1986).

Zu einem ebenfalls hohen Prozentwert (38%) waren die partnegebundenen Respondenten bei BÖHM/ROHNER ihrem Partner nicht treu. 16% hatten Kontakt zu einem, weitere 16% zu

zwei oder drei Partnern und 6% zu mehr als drei Partnern (vgl. BÖHM/ROHNER 1988). Bei NEUBAUER (vgl. NEUBAUER 1989 a) waren 23% der Befragten sexuell untreu.

Deutlich darüber liegen die Ergebnisse von TILLMANN et al.. 22% seiner partnergebundenen heterosexuellen Studenten hatten Kontakt zu einem Partner und beachtliche 38% zu zwei oder mehreren Partnern. Bei den homosexuellen Personen waren 9% mit einem Partner untreu und 60% mit zwei oder mehreren Partnern (vgl. TILLMANN et al. 1990).

Die untersuchten Studenten von HEINKE bekundeten, daß 66,5% immer, 26,7% meistens, 2,7% oft, 3,6% weniger und 0,6% nie treu waren (vgl. HEINKE 1992).

VAR. 58: „Wie lange dauerte die längste dieser Beziehungen?“ (Nur für Befragte, die mit anderen Partnern Geschlechtsverkehr hatten)

**Tabelle 50 A: Gesamt**

VAR. 58 (Nur für Befragte, die mit anderen Partnern Geschlechtsverkehr hatten)  
Wie lange dauerte die längste dieser Beziehung?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	wenige Stunden	29,6	17,1	-	20	14
2	wenige Tage	14,8	14,3	62,5	20	14
3	bis 1 Monat	18,5	31,4	12,5	24,3	17
4	bis 3 Monate	11,1	31,4	-	20	14
5	4 – 12 Monate	11,1	-	25	7,1	5
6	mehr als 1 Jahr	14,8	5,7	-	8,6	6
	%	100	100	100	100	
	N	27	35	8		70
	p = 0,003					
	Fehlende Antworten: 523					

Ein signifikanter Unterschied im Antwortverhalten ( $p = 0,003$ ) zeigt sich bei dieser Variablen nur bei den Fachgruppen. Bei den Designstudenten ergeben sich die meisten Nennungen in der Rubrik „wenige Stunden“ (29,6%), bei den Lehramtsstudenten in den Rubriken „bis 1 Monat“ und „bis 3 Monate“ (jeweils 31,4%), und bei den Krankenpflegeschülern finden sich die meisten Antworten bei „wenige Tage“ (62,5%).

Erstaunlich ist (vgl. Kategorie „wenige Stunden“), daß 14,8% der Designstudenten auch von Beziehungen berichten, die „mehr als 1 Jahr“ andauern.

Trotzdem muß der hohe Wert der Designstudenten in der Rubrik „wenige Stunden“ als ein Anzeichen für promiskues Verhalten gewichtet werden.

Bei dem geschlechtsspezifischen Vergleich Männer/Frauen der VAR. 58 ergeben sich keine signifikanten Differenzen.

VAR. 59: „Wußte Ihr Partner davon?“ (Nur für Befragte, die mit anderen Partnern Geschlechtsverkehr hatten)

Ausschließlich bei der geschlechtsspezifischen Betrachtungsweise ergeben sich signifikante Unterschiede (Gesamt  $p = 0,000$ ; Lehramt  $p = 0,010$ ; Design  $p = 0,037$ ).

In allen genannten Gruppen zeigen die Männer ein erkennbar ehrlicheres Verhalten gegenüber ihren Partnerinnen hinsichtlich ihrer Außenbeziehung (Gesamt: 68,4%; Lehramt: 83,3%; Design: 62,5%).

**Tabelle 51 D: Männer und Frauen**

VAR. 59 (Nur für Befragte, die mit anderen Partnern Geschlechtsverkehr hatten)  
Wußte Ihr Partner davon?

	Antwortkategorien	Gesamt		Design		Lehramt P.		Krankenpflege		
		m	w	m	w	m	w	m	w	
1	meistens nein	31,6	76,5	37,5	78,9	16,7	72,4	40	100	
2	meistens ja	68,4	23,5	62,5	21,1	83,3	27,6	60	-	
	%	100	100	100	100	100	100	100	100	
	N	19	51	8	19	6	29	5	3	
	p	0,000		0,037		0,010		0,090		
	N = 70									

In der Studie von BÖHM/ROHNER (vgl. BÖHM/ROHNER 1988) wußten 62% der männlichen „betrogenen“ Partner von der „Untreue“; 47% der Männer, die sexuelle Außenbeziehungen hatten, teilten dies ihrer Partnerin mit.

VAR. 63: „Wie bewerten Sie Ihr eigenes gegenwärtiges Sexualleben?“

Die Ergebnisse der Fachgruppen sind signifikant ( $p = 0,048$ ). Polarisiert man die Kategorien in „zufrieden“ und „unzufrieden“ und faßt die entsprechenden Werte zusammen, so erweisen sich die Designstudenten als die Gruppe, die mit ihrem gegenwärtigen Sexualleben am zufriedensten sind (Design: 76,8%; Lehramt: 73,7%; Krankenpflege: 75%).

**Tabelle 52 A: Gesamt**

VAR. 63 Wie bewerten Sie Ihr eigenes gegenwärtiges Sexualleben?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	voll befriedigend	22,4	25,1	38	26,6	155
2	im großen u. ganzen befriedigend	54,4	48,6	37	48	280
3	nicht sehr befriedigend	9,6	15,3	16,3	14,2	83
4	unbefriedigend	13,6	10,9	8,7	11,1	65
	%	100	100	100	100	
	N	125	366	92		583
	$p = 0,048$					
	Fehlende Antworten: 10					

Auch bei den weiblichen Respondenten erweisen sich die Designstudentinnen ( $p = 0,019$ ) als zufriedenste Gruppe, sofern die Ergebnisse polarisierend („zufrieden“ versus „unzufrieden“) zusammengefaßt werden. Als „voll befriedigend“ bzw. „im großen und ganzen befriedigend“ zeigen sich 79,4% aller Designstudentinnen (Lehramt: 75,5%; Krankenpflege: 76,6%).

Bei den Männern sind keine signifikanten Unterschiede im Antwortverhalten feststellbar.

**Tabelle 52 B: Männer**

VAR. 63 Wie bewerten Sie Ihr eigenes gegenwärtiges Sexualleben?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	voll befriedigend	17,5	18,2	17,9	17,8	23
2	im großen u. ganzen befriedigend	56,1	43,2	53,6	51,2	66
3	nicht sehr befriedigend	10,5	20,5	17,9	15,5	20
4	unbefriedigend	15,8	18,2	10,7	15,5	20
	%	100	100	100	100	
	N	57	44	28		129
	p = 0,785					
	Fehlende Antworten: 2					

**Tabelle 52 C: Frauen**

VAR. 63 Wie bewerten Sie Ihr eigenes gegenwärtiges Sexualleben?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	voll befriedigend	26,5	26,1	46,9	29,1	132
2	im großen u. ganzen befriedigend	52,9	49,4	29,7	47,1	214
3	nicht sehr befriedigend	8,8	14,6	15,6	13,9	63
4	unbefriedigend	11,8	9,9	7,8	9,9	45
	%	100	100	100	100	
	N	68	322	64		454
	p = 0,019					
	Fehlende Antworten: 8					

Signifikanzen treten nur bei der Gesamtgruppe ( $p = 0,044$ ) im Hinblick auf die Geschlechtsspezifität auf.

Tendenziell läßt sich festhalten, daß die Zufriedenheit mit dem Sexualleben bei den Frauen größer als bei den Männern ist. Mit 29,1% bekunden die weiblichen Befragten die größte Zufriedenheit.

Ca. die Hälfte aller Teilnehmer (Männer und Frauen) ist mit ihrer gelebten Sexualität „im großen und ganzen zufrieden“. Faßt man die Rubriken „nicht sehr befriedigend“ und „unbefriedigend“ zusammen, so wird erkennbar, daß 31% der männlichen Befragten unzufrieden sind.

**Tabelle 52 D: Männer und Frauen**

VAR. 63 Wie bewerten Sie Ihr eigenes gegenwärtiges Sexualleben?

	Antwortkategorien	Gesamt		Design		Lehramt P.		Krankenpflege		
		m	w	m	w	m	w	m	w	
1	voll befriedigend	17,8	29,1	17,5	26,5	18,2	26,1	17,9	46,9	
2	im großen u. ganzen befriedigend	51,2	47,1	56,1	52,9	43,2	49,4	53,6	29,7	
3	nicht sehr befriedigend	15,5	13,9	10,5	8,8	20,5	14,6	17,9	15,6	
4	unbefriedigend	15,5	9,9	15,8	11,8	18,2	9,9	10,7	7,8	
	%	100	100	100	100	100	100	100	100	
	N	129	454	57	68	44	322	28	64	
	p	0,044		0,654		0,208		0,056		
	N = 583									

MICHAEL et al. (vgl. MICHAEL et al. 1994) fanden in ihrer Untersuchung, daß die Gruppe der Verheirateten bzw. in fester Partnerschaft lebenden Personen die sexuell aktivste war und gleichzeitig auch diejenige, die ihre Sexualität am positivsten erlebte (88%).

Einschränkungen hierzu wurden von CLEMENT (vgl. CLEMENT 1986) berichtet. Er konstatierte, daß die von ihm befragten verheirateten weiblichen Studenten im Unterschied zu ihren verheirateten männlichen Kommilitonen sexuell unzufriedener als ledige Studenten waren und sich dies auch häufiger in sexuellen Konflikten spiegelte.

Die von uns herausgefundenen Werte stimmen mit denen von NEUBAUER (vgl. NEUBAUER 1989 a) überein. Auch er berichtet, daß mehr als zwei Drittel der partnergebundenen Studenten ihre Sexualität als befriedigend bewerteten.

VAR. 65: „Wie ist für Sie Sexualität an eine Partnerschaft gebunden?“

Die Designstudenten zeigen signifikant ( $p = 0,001$ ), daß sie einer offeneren Sexualität sehr positiv gegenüberstehen. Für fast die Hälfte (45,2%) ist eine befriedigende Sexualität auch möglich, „wenn zu dem Partner keine Liebesbeziehung besteht“. Vergleichsweise „konservativer“ ist die Einstellung der Lehramtsstudenten, bei denen sich lediglich 25,6% eine Sexualität ohne emotionale Verbundenheit vorstellen können (Krankenpflege: 34,4%).

Auch bei den Frauen geben die Designstudentinnen (40,6%) zu einem nicht geringen Anteil signifikant ( $p = 0,010$ ) häufiger zu erkennen, daß sie eine Sexualität ohne Liebesbeziehung zu einem Partner leben können (Lehramt: 24,1%; Krankenpflege: 28,4%).

**Tabelle 53 A: Gesamt**

VAR. 65 Wie ist für Sie Sexualität an eine Partnerschaft gebunden?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	Für mich ist eine befriedigende Sexualität nur möglich, wenn ich zu dem Partner eine Liebesbeziehung habe	51,6	71,7	65,6	66,4	391
2	Für mich ist eine befriedigende Sexualität auch möglich, wenn ich zu dem Partner keine Liebesbeziehung habe	45,2	25,6	34,4	31,2	184
3	Für mich ist eine befriedigende Sexualität nur möglich, wenn ich zu dem Partner keine Liebesbeziehung habe	0,8	-	-	0,2	1
4	Für mich ist eine befriedigende Sexualität generell schwer möglich	2,4	2,7	-	2,2	13
	%	100	100	100	100	
	N	126	367	96		589
	$p = 0,001$					
	Fehlende Antworten: 4					

**Tabelle 53 B: Männer**

VAR. 65 Wie ist für Sie Sexualität an eine Partnerschaft gebunden?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	Für mich ist eine befriedigende Sexualität nur möglich, wenn ich zu dem Partner eine Liebesbeziehung habe	49,1	63,6	51,7	54,6	71
2	Für mich ist eine befriedigende Sexualität auch möglich, wenn ich zu dem Partner keine Liebesbeziehung habe	50,9	36,4	48,3	45,4	59
	%	100	100	100	100	
	N	57	44	29		130
	$p = 0,327$					
	Fehlende Antworten: 1					



Bei den Männern sind keine signifikanten Unterschiede im Antwortverhalten feststellbar.

**Tabelle 53 C: Frauen**

VAR. 65 Wie ist für Sie Sexualität an eine Partnerschaft gebunden?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	Für mich ist eine befriedigende Sexualität nur möglich, wenn ich zu dem Partner eine Liebesbeziehung habe	53,6	72,8	71,6	69,7	320
2	Für mich ist eine befriedigende Sexualität auch möglich, wenn ich zu dem Partner keine Liebesbeziehung habe	40,6	24,1	28,4	27,2	125
3	Für mich ist eine befriedigende Sexualität nur möglich, wenn ich zu dem Partner keine Liebesbeziehung habe	1,4	-	-	0,2	1
4	Für mich ist eine befriedigende Sexualität generell schwer möglich	4,3	3,1		2,8	13
	%	100	100	100	100	
	N	69	323	67		459
	p = 0,010					
	Fehlende Antworten: 3					

In Rahmen des geschlechtsspezifischen Vergleichs finden sich bei der Gesamtgruppe ( $p = 0,000$ ) Signifikanzen.

Für die Mehrheit aller Frauen (69,7%) scheint eine befriedigende Sexualität nur dann möglich zu sein, wenn zu dem Partner eine Liebesbeziehung besteht (Männer: 54,6%).

Für einen großen Teil der koituserfahrenen Jugendlichen scheint heute - im Gegensatz zu den hier befragten Gruppen - die Sexualität wieder stärker an eine „Liebesbeziehung“ sowie Treue und Partnerschaft gebunden zu sein (vgl. SCHMIDT et al. 1989; SCHMIDT et al. 1992; SCHMIDT et al. 1993; KLUSMANN et al. 1993; Lange 1993; SCHMIDT et al. 1994).

Trotzdem wird dieser Trend auch in den von uns befragten Stichproben erkennbar. Während bei BÖHM/ROHNER (vgl. BÖHM/ROHNER 1988) noch 43% der Studenten angaben, eine befriedigende Sexualität ohne Liebesbeziehung für möglich zu halten, waren es bei den von uns Befragten nur 27,2% bei den Frauen und 45,4% bei den Männern, die dies für praktikabel hielten.

Im kulturellen Vergleich fallen wiederum die weiblichen britischen Studenten auf. Erklärten 44% der Männer, nur Sexualität in einer Liebesbeziehung haben zu wollen, waren es 75% bei den Frauen. Für 53% der Männer war es durchaus denkbar, Sexualität ohne eine Liebesbeziehung zu haben, dies galt aber nur für 24% der Frauen. 3% bei den Männern und 1% bei den Frauen hatten generell Schwierigkeiten, eine befriedigende Sexualität zu erleben (vgl. MITTAG/ROHNER 1990). Die vorgefundenen Ergebnisse zeigen, daß die Unterschiede zwischen den britischen und deutschen männlichen Studenten relativ gering sind. Anders sieht es bei den weiblichen Studenten aus. Hier wird erkennbar, daß die britischen Studentinnen die Sexualität viel mehr an eine Liebesbeziehung koppelten als dies andere - und auch unsere - Untersuchungen belegen.

**Tabelle 53 D: Männer und Frauen**

VAR. 65 Wie ist für Sie Sexualität an eine Partnerschaft gebunden?

Antwortkategorien		Gesamt		Design		Lehramt P.		Krankenpflege	
		m	w	m	w	m	w	m	w
1	Für mich ist eine befriedigende Sexualität nur möglich, wenn ich zu dem Partner eine Liebesbeziehung habe	54,6	69,7	49,1	53,6	63,6	72,8	51,7	71,6
2	Für mich ist eine befriedigende Sexualität auch möglich, wenn ich zu dem Partner keine Liebesbeziehung habe	45,4	27,2	50,9	40,6	36,4	24,1	48,3	28,4
3	Für mich ist eine befriedigende Sexualität nur möglich, wenn ich zu dem Partner keine Liebesbeziehung habe	-	0,2	-	1,4	-	-	-	-
4	Für mich ist eine befriedigende Sexualität generell schwer möglich	-	2,8	-	4,3	-	3,1	-	-
	%	100	100	100	100	100	100	100	100
	N	130	459	57	69	44	323	29	67
	p	0,000		0,245		0,131		0,059	
	N = 589								

VAR. 66: „Haben Sie Sexualität mit Partnern erlebt, zu denen Sie keine Liebesbeziehung hatten?“ überprüft unmittelbar die vorangegangene Variable. Für die Fachgruppen ( $p = 0,000$ ), die Männer ( $p = 0,001$ ) und die Frauen ( $p = 0,016$ ) ergeben sich signifikante Unterschiede im Antwortverhalten.

68,3% der Designstudenten bei den Fachgruppen (Lehramt: 42,8%; Krankenpflege: 56,7%), 73,7% der männlichen Designstudenten (Lehramt: 37,2%; Krankenpflege: 58,6%) und 63,8% der weiblichen Designstudenten (Lehramt: 43,5%; Krankenpflege: 55,9%) erklären, daß sie Sexualität „ohne eine Liebesbeziehung“ erlebt haben.

Mit diesen Ergebnissen beweisen die männlichen als auch weiblichen Designer einmal mehr, daß sie eine offenere Sexualität favorisieren und auch leben.

**Tabelle 54 A: Gesamt**

VAR. 66 Haben Sie Sexualität mit Partnern erlebt, zu denen Sie keine Liebesbeziehung hatten?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	nein	31	56,4	43,3	48,8	288
2	ja, auch	68,3	42,8	56,7	50,5	298
3	ja, nur	0,8	0,8	-	0,7	4
	%	100	100	100	100	
	N	126	367	97		590
	p = 0,000					
	Fehlende Antworten: 3					

**Tabelle 54 B: Männer**

VAR. 66 Haben Sie Sexualität mit Partnern erlebt, zu denen Sie keine Liebesbeziehung hatten?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	nein	26,3	62,8	41,4	41,9	54
2	ja, auch	73,7	37,2	58,6	58,1	75
	%	100	100	100	100	
	N	57	43	29		129
	p = 0,001					
	Fehlende Antworten: 2					

**Tabelle 54 C: Frauen**

VAR. 66 Haben Sie Sexualität mit Partnern erlebt, zu denen Sie keine Liebesbeziehung hatten?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	nein	34,8	55,6	44,1	50,8	234
2	ja, auch	63,8	43,5	55,9	48,4	223
3	ja, nur	1,4	0,9	-	0,9	4
	%	100	100	100	100	
	N	69	324	68		461
	p = 0,016					
	Fehlende Antworten: 1					

Bei dem geschlechtsspezifischen Vergleich Männer/Frauen der VAR. 66 ergeben sich keine signifikanten Differenzen.

Insgesamt liegen die von uns ermittelten Werte unter denen von BÖHM/ROHNER (vgl. BÖHM/ROHNER 1988). Während dort 72% der Studenten Erfahrung mit „Sexualität ohne Liebesbeziehung“ hatten, sind es hier nur bei den Männern 58,1% und bei den Frauen 48,4%. Vergleicht man die vorgefundenen Werte der Studenten mit den Ergebnissen der repräsentativen Untersuchung der BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG, so liegen diese deutlich darüber. Hier waren es nur 37%, die angaben, auch sexuellen Kontakt zu Personen gehabt zu haben, die auf reinen Lustgewinn abzielten, wobei mit 50% bei den Männern gegenüber 25% bei den Frauen ein Ungleichgewicht erkennbar wird. Befragt nach den zurückliegenden 12 Monaten reduzierte sich der Wert auf 8%, die äußerten, Sexualekontakte ohne Liebesbeziehung gehabt zu haben. Mit 10% bei den Männer und 5% bei den Frauen wird auch hier erneut ein Unterschied deutlich.

VAR. 67: „Wie stehen Sie zu Geschlechtsverkehr außerhalb der Partnerschaft bei Frauen?“

Den signifikanten Antworten ( $p = 0,000$ ) der Fachgruppen kann entnommen werden, daß die Designstudenten die liberalste Einstellung bezeugen. Ca. ein Drittel (29%) hält den Geschlechtsverkehr für „zulässig“. Vergleichsweise gering sind dagegen die Werte der Lehramtsstudenten (12,8%) und der Krankenpflegeschüler (9,5%).

Weitere 40,3% der Designer halten den Geschlechtsverkehr für „bedingt zulässig“ (Lehramt: 34,3%; Krankenpflege: 37,9%).

Der offensichtliche Unterschied in der Bewertung der Treue der Frauen durch die Fachgruppen muß als ein weiteres Indiz für die offenere Sexualität der Designstudenten gewichtet werden.

**Tabelle 55 A: Gesamt**

VAR. 67 Wie stehen Sie zu Geschlechtsverkehr außerhalb der Partnerschaft bei Frauen?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	zulässig	29	12,8	9,5	15,7	92
2	bedingt zulässig	40,3	34,3	37,9	36,2	212
3	nicht zulässig	30,6	52,9	52,6	48,1	282
	%	100	100	100	100	
	N	124	367	95		586
	p = 0,000					
	Fehlende Antworten: 7					

**Tabelle 55 B: Männer**

VAR. 67 Wie stehen Sie zu Geschlechtsverkehr außerhalb der Partnerschaft bei Frauen?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	zulässig	23,6	15,9	13,8	18,8	24
2	bedingt zulässig	47,3	47,7	55,2	49,2	63
3	nicht zulässig	29,1	36,4	31	32	41
	%	100	100	100	100	
	N	55	44	29		128
	p = 0,744					
	Fehlende Antworten: 3					

Bei den Männern sind keine signifikanten Unterschiede im Antwortverhalten feststellbar.

Auch bei den weiblichen Respondenten wird der sexuelle Außenkontakt bei Frauen signifikant ( $p = 0,000$ ) eher von den Designstudentinnen zugelassen. 33,3% von ihnen werten die

sexuelle Untreue als „zulässig“. Nur 12,4% der Lehramtsstudentinnen und 7,6% der Krankenpflegeschülerinnen teilen diese Auffassung.

Als „bedingt zulässig“ sehen ihn 34,8% der Designstudentinnen an (Lehramt: 32,5%; Krankenpflege: 30,3%).

**Tabelle 55 C: Frauen**

VAR. 67 Wie stehen Sie zu Geschlechtsverkehr außerhalb der Partnerschaft bei Frauen?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	zulässig	33,3	12,4	7,6	14,8	68
2	bedingt zulässig	34,8	32,5	30,3	32,5	149
3	nicht zulässig	31,9	55,1	62,1	52,6	241
	%	100	100	100	100	
	N	69	323	66		458
	p = 0,000					
	Fehlende Antworten: 4					

**Tabelle 55 D: Männer und Frauen**

VAR. 67 Wie stehen Sie zu Geschlechtsverkehr außerhalb der Partnerschaft bei Frauen?

	Antwortkategorien	Gesamt		Design		Lehramt P.		Krankenpflege		
		m	w	m	w	m	w	m	w	
1	zulässig	18,8	14,8	23,6	33,3	15,9	12,4	13,8	7,6	
2	bedingt zulässig	49,2	32,5	47,3	34,8	47,7	32,5	55,2	30,3	
3	nicht zulässig	32	52,6	29,1	31,9	36,4	55,1	31	62,1	
	%	100	100	100	100	100	100	100	100	
	N	128	458	55	69	44	323	29	66	
	p	0,000		0,324		0,062		0,020		
	N = 586									

In der Gesamtgruppe ( $p = 0,000$ ) sowie bei den Krankenpflegern ( $p = 0,020$ ) finden sich signifikante Ergebnisse im geschlechtsspezifischen Vergleich Männer/Frauen.

Die Männer beider Gruppen zeigen sich als auffallend liberaler als die befragten Frauen. In etwa jeweils zur Hälfte halten sie den Geschlechtsverkehr von Frauen außerhalb der Partner-

schaft für „bedingt zulässig“. 52,6% der weiblichen Gesamtgruppe und 62,1% der weiblichen Krankenpflegeschüler bestehen auf eine strikte sexuelle Treue.

Ein hohes Treuepostulat findet sich eher bei Jugendlichen. 90% der Jugendlichen einer Befragung von BELSCHER/MÜLLER-DOOHM (vgl. BELSCHER/MÜLLER-DOOHM 1992, 1993, 1993 b, MÜLLER-DOOHM 1994) halten die Treue in einer Beziehung für unabdingbar, und nur 7% sprachen sich in einer bundesweiten Befragung für eine feste Beziehung aus, in der auch andere sexuelle Kontakte denkbar sind (vgl. BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG 1995).

VAR. 68: „Wie stehen Sie zu Geschlechtsverkehr außerhalb der Partnerschaft bei Männern?“

Ca. doppelt so viele Designstudenten (26,8%) - im Vergleich zu den anderen Fachgruppen - werten den außerpartnerschaftlichen Geschlechtsverkehr bei Männern als „zulässig“ (Lehramt: 12,2%; Krankenpflege: 11,6%). Bei „bedingt zulässig“ geben nochmals 40,7% von ihnen ihr Votum ab (Lehramt: 34,6%; Krankenpflege: 34,7%).

Die beiden Nennungen der Designer ( $p = 0,000$ ) lassen erkennen, daß die „Untreue“ der Männer weitaus weniger bedeutsam eingeschätzt wird, als dies bei den weiteren Befragungsgruppen der Fall ist.

**Tabelle 56 A: Gesamt**

VAR. 68 Wie stehen Sie zu Geschlechtsverkehr außerhalb der Partnerschaft bei Männern?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	zulässig	26,8	12,2	11,6	15,1	89
2	bedingt zulässig	40,7	34,6	34,7	35,9	211
3	nicht zulässig	32,5	53,2	53,7	49	288
	%	100	100	100	100	
	N	123	370	95		588
	p = 0,000					
	Fehlende Antworten: 5					

30,9% der Designstudentinnen ( $p = 0,000$ ) finden es „zulässig“, wenn Männer außerhalb ihrer Beziehung Geschlechtsverkehr haben. Nur 11,7% der Lehramtsstudentinnen und 9,1% der Krankenpflegeschülerinnen teilen diese Auffassung.

Auch in der Kategorie „bedingt zulässig“ haben die Designstudentinnen den höchsten Wert (Design: 33,8%; Lehramt: 32,3%; Krankenpflege: 28,8%).

Bei den Männern sind keine signifikanten Unterschiede im Antwortverhalten feststellbar.

**Tabelle 56 B: Männer**

VAR. 68 Wie stehen Sie zu Geschlechtsverkehr außerhalb der Partnerschaft bei Männern?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	zulässig	21,8	15,6	17,2	18,6	24
2	bedingt zulässig	49,1	51,1	48,3	49,6	64
3	nicht zulässig	29,1	33,3	34,5	31,8	41
	%	100	100	100	100	
	N	55	45	29		129
	$p = 0,936$					
	Fehlende Antworten: 2					

**Tabelle 56 C: Frauen**

VAR. 68 Wie stehen Sie zu Geschlechtsverkehr außerhalb der Partnerschaft bei Männern?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	zulässig	30,9	11,7	9,1	14,2	65
2	bedingt zulässig	33,8	32,3	28,8	32	147
3	nicht zulässig	35,3	56	62,1	53,8	247
	%	100	100	100	100	
	N	68	325	66		459
	$p = 0,000$					
	Fehlende Antworten: 3					



**Tabelle 56 D: Männer und Frauen**

VAR. 68 Wie stehen Sie zu Geschlechtsverkehr außerhalb der Partnerschaft bei Männern?

	Antwortkategorien	Gesamt		Design		Lehramt P.		Krankenpflege		
		m	w	m	w	m	w	m	w	
1	zulässig	18,6	14,2	21,8	30,9	15,6	11,7	17,2	9,1	
2	bedingt zulässig	49,6	32	49,1	33,8	51,1	32,3	48,3	28,8	
3	nicht zulässig	31,8	53,8	29,1	35,3	33,3	56	34,5	62,1	
	%	100	100	100	100	100	100	100	100	
	N	129	459	55	68	45	325	29	66	
	p	0,000		0,219		0,015		0,044		
	N = 588									

Bis auf die Gruppe der Designstudenten sind die Ergebnisse aller Gruppen signifikant (Gesamt  $p = 0,000$ ; Lehramt  $p = 0,015$ ; Krankenpflege  $p = 0,044$ ).

Eine sexuelle Untreue der Männer wird von allen drei genannten Gruppen in einem größeren Maß eher von den Männern als von den Frauen als „zulässig“ erachtet. Auch als „bedingt zulässig“ stufen die Männer der drei Gruppen dieses Verhalten zu jeweils ca. 50 % ein. Analog hierzu finden sich sehr hohe Nennungen im Bereich „nicht zulässig“ bei den Frauen (Gesamt: 53,8%; Lehramt: 56%; Krankenpflege: 62,1%).

VAR. 70: „In den Medien wurde viel über die sogenannte „Sexuelle Befreiung“ berichtet. Glauben Sie, daß sich in den letzten zwanzig Jahren die sexuellen Verhaltensweisen der Menschen grundlegend verändert haben?“

Signifikant ( $p = 0,005$ ) sind die Designstudenten hiervon am wenigsten überzeugt. Nur 42,9% glauben, daß durch die „Sexuelle Befreiung“ eine Änderung der sexuellen Verhaltensweisen eingetreten ist. Anders wird die Änderung von den Krankenpflegeschülern eingeschätzt. Fast zwei Drittel (62,9%) antworten mit „ja“. Die Lehramtsstudenten nehmen mit 47,8% den mittleren Rang ein.

Der Überzeugung, daß durch die „Sexuelle Befreiung“ keine Veränderungen erfolgt sind, sind 9,5% der Designstudenten (Lehramt: 4,3%; Krankenpflege: 2,1%).

**Tabelle 57 A: Gesamt**

VAR. 70 In den Medien wurde viel über die sogenannte „Sexuelle Befreiung“ berichtet. Glauben Sie, daß sich in den letzten zwanzig Jahren die sexuellen Verhaltensweisen der Menschen grundlegend verändert haben?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	ja	42,9	47,8	62,9	49,2	292
2	nur wenig	47,6	47,8	35,1	45,7	271
3	nein	9,5	4,3	2,1	5,1	30
	%	100	100	100	100	
	N	126	370	97		593
	p = 0,005					
	Fehlende Antworten: 0					

Bei den Frauen finden sich signifikante Aussagen ( $p = 0,001$ ). Die Krankenpflegeschülerinnen vertreten mit fast zwei Dritteln (64,7%) die Auffassung, daß eine Veränderung durch die „Sexuelle Befreiung“ eingetreten ist. Die Werte der Vergleichsgruppen liegen markant unterhalb dieses Wertes (Design: 47,8%; Lehramt: 48,6%).

Besonders kritisch geben sich die Designstudentinnen. 13% - und damit erheblich mehr als die Lehramtsstudentinnen (3,7%) und Krankenpflegeschülerinnen (1,5%) - verneinen die Frage.

**Tabelle 57 B: Männer**

VAR. 70 In den Medien wurde viel über die sogenannte „Sexuelle Befreiung“ berichtet. Glauben Sie, daß sich in den letzten zwanzig Jahren die sexuellen Verhaltensweisen der Menschen grundlegend verändert haben?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	ja	36,8	42,2	58,6	43,5	57
2	nur wenig	57,9	48,9	37,9	50,4	66
3	nein	5,3	8,9	3,4	6,1	8
	%	100	100	100	100	
	N	57	45	29		131
	p = 0,326					
	Fehlende Antworten: 0					

Bei den Männern sind keine signifikanten Unterschiede im Antwortverhalten feststellbar.

**Tabelle 57 C: Frauen**

VAR. 70 In den Medien wurde viel über die sogenannte „Sexuelle Befreiung“ berichtet. Glauben Sie, daß sich in den letzten zwanzig Jahren die sexuellen Verhaltensweisen der Menschen grundlegend verändert haben?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	ja	47,8	48,6	64,7	50,9	235
2	nur wenig	39,1	47,7	33,8	44,4	205
3	nein	13	3,7	1,5	4,8	22
	%	100	100	100	100	
	N	69	325	68		462
	p = 0,001					
	Fehlende Antworten: 0					

Bei dem geschlechtsspezifischen Vergleich Männer/Frauen der VAR. 70 ergeben sich keine signifikanten Differenzen.

Bei VAR. 71: „Halten Sie, insgesamt gesehen, die „Sexuelle Befreiung“ für eine gute bzw. schlechte Entwicklung?“ lassen sich nur für die männlichen Respondenten signifikante Unterschiede im Antwortverhalten nachweisen (p = 0,047).

**Tabelle 58 B: Männer**

VAR. 71 Halten Sie, insgesamt gesehen, die „Sexuelle Befreiung“ für eine gute bzw. schlechte Entwicklung?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	gute Entwicklung	96,4	82,2	93,1	90,7	117
2	schlechte Entwicklung	3,6	17,8	6,9	9,3	12
	%	100	100	100	100	
	N	55	45	29		129
	p = 0,047					
	Fehlende Antworten: 2					

Mit einer Nennung von 96,4% bewerten die männlichen Designer die „Sexuelle Befreiung“ als eine gute Entwicklung. Die Werte der männlichen Lehramtsstudenten (82,2%) und der männlichen Krankenpflegeschüler (93,1%) liegen darunter.

**Tabelle 58 C: Frauen**

VAR. 71 Halten Sie, insgesamt gesehen, die „Sexuelle Befreiung“ für eine gute bzw. schlechte Entwicklung?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	gute Entwicklung	85,7	83,2	85,3	83,9	375
2	schlechte Entwicklung	14,3	16,8	14,7	16,1	72
	%	100	100	100	100	
	N	63	316	68		447
	p = 0,837					
	Fehlende Antworten: 15					

**Tabelle 58 D: Männer und Frauen**

VAR. 71 Halten Sie, insgesamt gesehen, die „Sexuelle Befreiung“ für eine gute bzw. schlechte Entwicklung?

	Antwortkategorien	Gesamt		Design		Lehramt P.		Krankenpflege	
		m	w	m	w	m	w	m	w
1	gute Entwicklung	90,7	83,9	96,4	85,7	82,2	83,3	93,1	85,3
2	schlechte Entwicklung	9,3	16,1	3,6	14,3	17,8	16,7	6,9	14,7
	%	100	100	100	100	100	100	100	100
	N	129	447	55	63	45	316	29	68
	p	0,054		0,047		0,866		0,285	
	N = 576								

Nur bei den Designstudenten ( $p = 0,047$ ) sind die Ergebnisse signifikant.

Auffallend ist der hohe Prozentwert der Frauen (14,3%), die die „Sexuelle Befreiung“ als schlechte Entwicklung bewerten (m: 3,6%).

VAR. 73: „Erleben Sie die gegenwärtige Gesellschaft in sexueller Hinsicht als zu freizügig, richtig oder zu repressiv?“

Die drei Fachgruppen weisen signifikante ( $p = 0,000$ ) Unterschiede auf. Die Lehramtsstudenten (63,3%) haben die insgesamt höchsten Nennungen in der Kategorie „richtig“ (Design: 43,2%; Krankenpflege: 44,2%). Am markantesten (42,1%) kritisieren die Krankenpflegeschüler die Gesellschaft als „zu freizügig“ (Design: 24,6%; Lehramt: 20,4%). Die Einschätzung, daß die Gesellschaft in sexueller Hinsicht „zu repressiv“ ist, wird von auffällig vielen Designstudenten (32,2%) vorgenommen (Lehramt: 16,2%; Krankenpflege: 13,7%).

Registriert werden muß, daß fast ein Drittel der Designstudenten die Gesellschaft als zu repressiv empfindet. Sie offenbaren damit, daß ihre Vorstellungen von Sexualität erkennbar in eine „offenere Richtung“ tendieren.

**Tabelle 59 A: Gesamt**

VAR. 73 Erleben Sie die gegenwärtige Gesellschaft in sexueller Hinsicht als

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	zu freizügig	24,6	20,4	42,1	24,9	142
2	richtig	43,2	63,3	44,2	56	319
3	zu repressiv?	32,2	16,2	13,7	19,1	109
	%	100	100	100	100	
	N	118	357	95		570
	p = 0,000					
	Fehlende Antworten: 23					

Die signifikanten Ergebnisse bei den Frauen betragen  $p = 0,000$ . Die Mehrheit der Lehramtsstudentinnen (63,5%) schätzt die Gesellschaft als „richtig“ ein, während dies weitaus weniger Krankenpflegeschülerinnen (41,8%) und Designstudentinnen (40%) tun. Dafür sehen letztere die Gesellschaft am häufigsten als „zu repressiv“ an (Design: 27,7%; Lehramt: 15,1%; Krankenpflege: 10,4%).

Fast die Hälfte der Krankenpflegeschülerinnen (47,8%) bewertet die aktuelle gesellschaftliche Situation als „zu freizügig“ (Lehramt: 21,5%; Design: 32,3%).

Bei den Männern sind keine signifikanten Unterschiede im Antwortverhalten feststellbar.

**Tabelle 59 B: Männer**

VAR. 73 Erleben Sie die gegenwärtige Gesellschaft in sexueller Hinsicht als

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	zu freizügig	15,1	13,3	28,6	17,5	22
2	richtig	47,2	62,2	50	53,2	67
3	zu repressiv?	37,7	24,4	21,4	29,4	37
	%	100	100	100	100	
	N	53	45	28		126
	p = 0,204					
	Fehlende Antworten: 5					

**Tabelle 59 C: Frauen**

VAR. 73 Erleben Sie die gegenwärtige Gesellschaft in sexueller Hinsicht als

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	zu freizügig	32,3	21,5	47,8	27	120
2	richtig	40	63,5	41,8	56,8	252
3	zu repressiv?	27,7	15,1	10,4	16,2	72
	%	100	100	100	100	
	N	65	312	67		444
	p = 0,000					
	Fehlende Antworten: 18					

**Tabelle 59 D: Männer und Frauen**

VAR. 73 Erleben Sie die gegenwärtige Gesellschaft in sexueller Hinsicht als

	Antwortkategorien	Gesamt		Design		Lehramt P.		Krankenpflege	
		m	w	m	w	m	w	m	w
1	zu freizügig	17,5	26,8	15,1	32,3	13,3	21,2	28,6	47,8
2	richtig	53,2	56,8	47,2	40	62,2	63,5	50	41,8
3	zu repressiv?	29,4	16,4	37,7	27,7	24,4	15,4	21,4	10,4
	%	100	100	100	100	100	100	100	100
	N	126	444	53	65	45	312	28	67
	p	0,005		0,092		0,324		0,152	
	N = 570								

Im geschlechtsspezifischen Vergleich Männer/Frauen zeigen sich signifikante Differenzen in der Gesamtgruppe ( $p = 0,005$ ).

Die gegenwärtige Gesellschaft in sexueller Hinsicht wird von den Frauen der Gesamtgruppe zu 26,8% als „zu freizügig“ beschrieben (m: 17,5%). Andererseits erachten 16,4% der Frauen die Gesellschaft als „zu repressiv“ (m: 29,4%).

**VAR. 76: „Was bedeutet Ihnen die Sexualität im Leben?“**

Aufgrund der signifikanten ( $p = 0,012$ ) Aussagen der Fachgruppen lassen sich zwei zentrale Merkmale ableiten. Die Lehramtsstudenten (22,6%) bekunden am häufigsten, daß ihnen die Sexualität „weniger“ bedeutet. Nur ca. halb so viele Designstudenten (13,6%) und Krankenpflegeschüler (10,4%) teilen ihre Ansicht.

Den größten Stellenwert wird der Sexualität durch die Designstudenten beigemessen. 24,8% von ihnen bedeutet die Sexualität „sehr viel“ (Lehramt: 14,7%; Krankenpflege: 22,9%).

**Tabelle 60 A: Gesamt**

VAR. 76 Was bedeutet Ihnen die Sexualität im Leben?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	sehr viel	24,8	14,7	22,9	18,2	107
2	viel	60	62,2	65,6	62,3	367
3	weniger	13,6	22,6	10,4	18,7	110
4	sehr wenig	1,6	0,5	1	0,8	5
	%	100	100	100	100	
	N	125	368	96		589
	p = 0,012					
	Fehlende Antworten: 4					

Bei der geschlechtsspezifischen Betrachtung lassen sich nur bei den Frauen signifikante Unterschiede im Antwortverhalten feststellen ( $p = 0,042$ ). Mit 22,9% signalisieren die weiblichen Lehramtsstudenten am nachhaltigsten, daß ihnen die Sexualität „weniger“ bedeutet (Design: 16,2%; Krankenpflege: 11,9%). In der Rubrik „sehr viel“ sind die Krankenpflegeschülerinnen mit 25,4% führend (Design: 20,6%; Lehramt: 12,1%).

**Tabelle 60 B: Männer**

VAR. 76 Was bedeutet Ihnen die Sexualität im Leben?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	sehr viel	29,8	33,3	17,2	28,2	37
2	viel	57,9	46,7	72,4	57,3	75
3	weniger	10,5	20	6,9	13	17
4	sehr wenig	1,8	-	3,4	1,5	2
	%	100	100	100	100	
	N	57	45	29		131
	p = 0,241					
	Fehlende Antworten: 0					

**Tabelle 60 C: Frauen**

VAR. 76 Was bedeutet Ihnen die Sexualität im Leben?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	sehr viel	20,6	12,1	25,4	15,3	70
2	viel	61,8	64,4	62,7	63,8	292
3	weniger	16,2	22,9	11,9	20,3	93
4	sehr wenig	1,5	0,6	-	0,7	3
	%	100	100	100	100	
	N	68	323	67		458
	p = 0,042					
	Fehlende Antworten: 4					

Signifikant beantworten die Variable 76 - in geschlechtsspezifischer Hinsicht Männer/Frauen - die Gesamtgruppe ( $p = 0,004$ ) sowie die Lehramtsstudenten ( $p = 0,006$ ).

In beiden Gruppen findet sich deutlich mehr Zuspruch für die Kategorie „sehr viel“ bei den Männern als bei den Frauen (Gesamt m: 28,2%, w: 15,3%; Lehramt m: 33,3%, w: 12,1%). Dafür dominieren diese in dem Bereich „weniger“ (Gesamt m: 13%, w: 20,3%; Lehramt m: 20%, w: 22,9%). Ein markanter Unterschied spiegelt sich auch bei den Lehramtsstudenten in der Rubrik „viel“ (m: 46,7%; w: 64,4%).



**Tabelle 60 D: Männer und Frauen**

VAR. 76 Was bedeutet Ihnen die Sexualität im Leben?

	Antwortkategorien	Gesamt		Design		Lehramt P.		Krankenpflege	
		m	w	m	w	m	w	m	w
1	sehr viel	28,2	15,3	29,8	20,6	33,3	12,1	17,2	25,4
2	viel	57,3	63,8	57,9	61,8	46,7	64,4	72,4	62,7
3	weniger	13	20,3	10,5	16,2	20	22,9	6,9	11,9
4	sehr wenig	1,5	0,6	1,8	1,5	-	0,6	3,4	-
	%	100	100	100	100	100	100	100	100
	N	131	458	57	68	45	323	29	67
	p	0,004		0,596		0,006		0,298	
	N = 589								

VAR. 77: „Welche der folgenden (Beziehungs-)Alternativen würde Ihnen am ehesten entsprechen?“

Die signifikanten ( $p = 0,000$ ) Ergebnisse bei den Fachgruppen weisen anschaulich nach, daß die Designstudenten weitaus weniger häufig in einer festen „konventionellen“ Beziehungsform leben möchten als die beiden anderen Untersuchungsgruppen.

Nur 69,1% der Designstudenten möchten „möglichst lange mit einem Partner in einer sexuell treuen Beziehung zusammensein“ (Lehramt: 88,7%; Krankenpflege: 78%). Ca. doppelt so oft wie die Krankenpflegeschüler (8,8%) bzw. ca. drei Mal so oft wie die Lehramtsstudenten (5,2%) verspüren die Designstudenten (17,9%) den Wunsch, „möglichst lange mit einem festen Partner zusammen zu sein, aber daneben auch andere sexuelle Beziehungen zu haben“.

Sie äußern darüber hinaus am häufigsten, „immer wieder einmal eine neue feste Beziehung haben zu wollen“ (Design: 12,2%; Lehramt: 6,1%; Krankenpflege: 12,1%).

Auch bei den Frauen finden sich signifikante ( $p = 0,001$ ) Ergebnisse. Die „sexuell treue, auf Langfristigkeit angelegte Beziehung“ wird nur von 70,1% der Designstudentinnen favorisiert (Lehramt: 89,7%; Krankenpflege: 87,7%). Eine Alternative wird von 16,4% der Designstudentinnen „in einer festen Partnerschaft, aber daneben auch anderen sexuellen Beziehungen“ gesehen. Die Nennungen der Designstudentinnen liegen in dieser Rubrik beträchtlich höher als bei den Vergleichsgruppen (Lehramt: 5,3%; Krankenpflege: 3,1%).

Überdies möchte ca. jede neunte Designerin (11,9%) „immer einmal wieder eine neue feste Beziehung haben“ (Lehramt: 5%; Krankenpflege: 7,7%).

**Tabelle 61 A: Gesamt**

VAR. 77 Welche der folgenden Alternativen würde Ihnen am ehesten entsprechen?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	Ich möchte möglichst lange mit einem Partner in einer sexuell treuen Beziehung zusammensein	69,1	88,7	78	82,8	478
2	Ich möchte möglichst lange mit einem festen Partner zusammensein, aber daneben auch andere sexuelle Beziehungen haben	17,9	5,2	8,8	8,5	49
3	Ich möchte immer einmal wieder eine neue feste Beziehung haben	12,2	6,1	12,1	8,3	48
4	Ich möchte keine feste Beziehung haben	0,8	-	1,1	0,3	2
	%	100	100	100	100	
	N	123	363	91		577
	p = 0,000					
	Fehlende Antworten: 16					

**Tabelle 61 B: Männer**

VAR. 77 Welche der folgenden Alternativen würde Ihnen am ehesten entsprechen?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	Ich möchte möglichst lange mit einem Partner in einer sexuell treuen Beziehung zusammensein	67,9	81,8	53,8	69,8	88
2	Ich möchte möglichst lange mit einem festen Partner zusammensein, aber daneben auch andere sexuelle Beziehungen haben	19,6	4,5	23,1	15,1	19
3	Ich möchte immer einmal wieder eine neue feste Beziehung haben	12,5	13,6	23,1	15,1	19
	%	100	100	100	100	
	N	56	44	26		126
	p = 0,078					
	Fehlende Antworten: 5					

Bei den Männern sind keine signifikanten Unterschiede im Antwortverhalten feststellbar.

**Tabelle 61 C: Frauen**

VAR. 77 Welche der folgenden Alternativen würde Ihnen am ehesten entsprechen?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	Ich möchte möglichst lange mit einem Partner in einer sexuell treuen Beziehung zusammensein	70,1	89,7	87,7	86,5	390
2	Ich möchte möglichst lange mit einem festen Partner zusammensein, aber daneben auch andere sexuelle Beziehungen haben	16,4	5,3	3,1	6,7	30
3	Ich möchte immer einmal wieder eine neue feste Beziehung haben	11,9	5	7,7	6,4	29
4	Ich möchte keine feste Beziehung haben	1,5	-	1,5	0,4	2
	%	100	100	100	100	
	N	67	319	65		451
	p = 0,001					
	Fehlende Antworten: 11					

**Tabelle 61 D: Männer und Frauen**

VAR. 77 Welche der folgenden Alternativen würde Ihnen am ehesten entsprechen?

	Antwortkategorien	Gesamt		Design		Lehramt P.		Krankenpflege	
		m	w	m	w	m	w	m	w
1	Ich möchte möglichst lange mit einem Partner in einer sexuell treuen Beziehung zusammensein	69,8	86,5	67,9	70,1	81,8	89,7	53,8	87,8
2	Ich möchte möglichst lange mit einem festen Partner zusammensein, aber daneben auch andere sexuelle Beziehungen haben	15,1	6,7	19,6	16,4	4,5	5,3	23,1	3,1
3	Ich möchte immer einmal wieder eine neue feste Beziehung haben	15,1	6,4	12,5	11,9	13,6	5	23,1	7,7
4	Ich möchte keine feste Beziehung haben	-	0,4	-	1,5	-	-	-	1,5
	%	100	100	100	100	100	100	100	100
	N	126	451	56	67	44	319	26	65
	p	0,000		0,791		0,080		0,002	
	N = 577								

Signifikanzen werden bei der Gesamtgruppe ( $p = 0,000$ ) und den Krankenpflegeschülern ( $p = 0,002$ ) im geschlechtsspezifischen Vergleich Männer/Frauen erkennbar.

Mit einem Partner in einer möglichst langen und sexuell treuen Beziehung möchten generell mehr Frauen als Männer in den beiden Gruppen leben (Gesamt m: 69,8%, w: 86,5%; Krankenpflege m: 53,8%, w: 87,8%). Im Gegensatz dazu, ist der Wunsch bei den Männern der genannten Gruppen stärker als bei den Frauen vorhanden, neben einer festen Partnerschaft auch andere sexuelle Beziehungen zu leben. Auch der Wunsch nach immer neuen festen Beziehungen wird von den Männer stärker als von den Frauen artikuliert (Gesamt m: 15,1%; w: 6,4%; Krankenpflege m: 23,1%, w: 7,7%).

Die Untersuchung von CLEMENT (vgl. CLEMENT 1986) zeichnete ein etwas anderes Bild. 67% der befragten Frauen und 56% der befragten Männer sprachen sich für eine monogame Paarbeziehung aus. Ein Drittel der Männer und ein Viertel der Frauen wollten eine Partnerschaft, die auch Außenkontakte zuläßt, 10% favorisierten eine paarunabhängige Beziehungsform.

BÖHM/ROHNER (vgl. BÖHM/ROHNER 1988) wiesen ähnliche Werte - die sich von unseren aber unterscheiden - wie CLEMENT aus. 54% der männlichen Studenten und 64% der weiblichen Studenten sprachen sich für eine monogame Beziehung aus. 36% der Männer und 24% der Frauen für eine offene Form der Partnerschaft, und 8% der Männer und 10% der Frauen wollten stets neue feste Beziehungen eingehen. Jeweils 2% strebten keine feste Beziehung an.

Die Werte von MITTAG/ROHNER (vgl. MITTAG/ROHNER 1990) stimmen nur teilweise mit denen von BÖHM/ROHNER überein. 62% der männlichen und 72% der weiblichen britischen Studenten sprachen sich für eine monogame und 19% der männlichen und 9% der weiblichen für eine offene Beziehung aus. Jeweils weitere 15% wollten öfter eine neue feste Beziehung und jeweils 4% keine feste Beziehung eingehen.

Die Ergebnisse von NEUBAUER (vgl. NEUBAUER 1989 a) decken sich mit den von uns vorgefundenen Werten. Er berichtet von einem hohen Stellenwert der Partnerschaft, die auf Exklusivität angelegt ist und Freizügigkeiten kaum zuläßt.

Bei den nachfolgend aufgeführten Variablen, die auch zur Verifizierung der Hypothese II ausgewählt wurden, sind weder bei den Fachgruppen noch bei den Männern bzw. Frauen signifikante Unterschiede bei dem Antwortverhalten feststellbar.

**Tabelle 62: Variablen mit einem Chi-Quadrat von  $p > 0,05$**

<b>VAR. Nr.</b>	<b>Variable</b>	<b>Fachgruppen p =</b>	<b>Männer p =</b>	<b>Frauen p =</b>
18.	(Nur für Befragte ohne festen Partner) Wie fühlen Sie sich in Ihrer festen Situation ohne festen Partner?	0,402	0,565	0,477
24.	(Nur für Befragte mit mehreren festen Partnern) Welche der folgenden Beschreibungen trifft zur Zeit am ehesten auf Ihre Partnerschaft zu?	0,226	0,311	0,315
46.	Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten Erfahrungen mit Pornographie gemacht?	0,315	0,331	0,851
56.	(Nur für Befragte mit festem Partner) Welche Art ist Ihre feste Partnerschaft?	0,143	0,811	0,105
59.	(Nur für Befragte, die mit anderen Partnern Geschlechtsverkehr hatten) Wußte Ihr Partner davon?	0,947	0,634	0,534
60.	(Nur für Befragte, die mit anderen Partnern Geschlechtsverkehr hatten) Wie bewerten Sie im nachhinein diese Beziehung(en)?	0,797	0,677	0,650
61.	Hat Ihr Partner, seit Sie mit ihm zusammen sind, mit anderen Partnern Geschlechtsverkehr gehabt?	0,142	0,344	0,231
62.	(Wenn „ja“): Wie bewerten Sie im nachhinein diese Beziehung(en) Ihres Partners?	0,221	0,638	0,220
64.	Wie wichtig ist es für Sie – innerhalb der vielen Möglichkeiten, Sexualität zu erleben und zu praktizieren -, Geschlechtsverkehr zu machen?	0,790	0,798	0,861

Des weiteren wurden keine signifikanten Ergebnisse im Rahmen des geschlechtsspezifischen Vergleichs Männer/Frauen bei den nachgenannten Variablen gefunden.

**Tabelle 63: Variablen im geschlechtsspezifischen Vergleich Männer/Frauen mit einem Chi-Quadrat von  $p > 0,05$**

<b>VAR. Nr.</b>	<b>Variable</b>	<b>Gesamt p =</b>	<b>Design p =</b>	<b>Lehramt P. p =</b>	<b>Kranken- pflege p =</b>
4.	Familienstand	0,306	0,138	0,865	0,333
13.	Wohnsituation	0,079	0,382	0,624	0,340
18.	(Nur für Befragte ohne festen Partner) Wie fühlen Sie sich in Ihrer festen Situation ohne festen Partner?	0,620	0,538	0,631	0,424
23.	(Nur für Befragte mit einem festen Partner) Wie fühlen Sie sich in der Regel in Ihrer festen Partnerschaft?	0,630	0,735	0,493	0,060
24.	(Nur für Befragte mit mehreren festen Partnern) Welche der folgenden Beschreibungen trifft zur Zeit am ehesten auf Ihre Partnerschaft zu?	0,129	0,309	keine Berechnung möglich	0,083
26.	Wieviele feste Partnerschaften (einschl. der gegenwärtigen) hatten Sie bisher in Ihrem Leben?	0,297	0,831	0,444	0,312
42.	Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten Oralverkehr (Mann aktiv) praktiziert?	0,355	0,147	0,270	0,700
43.	Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten Oralverkehr (Frau aktiv) praktiziert?	0,794	0,228	0,692	0,888
44.	Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten Analverkehr praktiziert?	0,348	0,609	0,385	0,519
58.	(Nur für Befragte, die mit anderen Partnern Geschlechtsverkehr hatten) Wie lange dauerte die längste dieser Beziehungen?	0,091	0,444	0,307	0,237

60.	(Nur für Befragte, die mit anderen Partnern Geschlechtsverkehr hatten) Wie bewerten Sie im nachhinein diese Beziehung(en)?	0,944	0,659	0,687	0,449
61.	Hat Ihr Partner, seit Sie mit ihm zusammen sind, mit anderen Partnern Geschlechtsverkehr gehabt?	0,136	0,370	0,478	0,080
62.	(Wenn „ja“): Wie bewerten Sie im nachhinein diese Beziehung(en) Ihres Partners?	0,099	0,091	0,903	0,386
64.	Wie wichtig ist es für Sie – innerhalb der vielen Möglichkeiten, Sexualität zu erleben und zu praktizieren -, Geschlechtsverkehr zu machen?	0,685	0,882	0,822	0,457
66.	Haben Sie Sexualität mit Partnern erlebt, zu denen Sie keine Liebesbeziehung hatten?	0,097	0,368	0,576	0,803
70.	In den Medien wurde viel über die sogenannte „Sexuelle Befreiung“ berichtet. Glauben Sie, daß sich in den letzten zwanzig Jahren die sexuellen Verhaltensweisen der Menschen grundlegend verändert haben?	0,318	0,075	0,244	0,740

### **3. 2. 1. Zusammenfassung**

(B. Bartsch)

In die resümierende Bewertung der Hypothese II fließen ausschließlich Variablen ein, die bei den Fachgruppen bzw. bei der geschlechtsspezifischen Betrachtung Signifikanzen aufweisen.

Ehe nochmals in zusammenfassender Form auf die einzelnen Variablen eingegangen wird, kann vorab konstatiert werden, daß der erste Teil der Hypothese II als verifiziert angesehen werden kann. In der Tat ist es so, daß die Designstudenten in einem weitaus größeren Umfang eine permissivere und offenere Sexualität - im Vergleich zu den beiden anderen Untersuchungsgruppen - präferieren. Es zeigt sich, daß ihre gemachten Äußerungen, die zum Teil als konträr zur „bürgerlichen herrschenden Sexualmoral“ angesehen werden müssen, nicht nur als theoretische Aussage begriffen werden dürfen, sondern auch in einem nicht geringen Umfang in der Praxis wieder zu finden sind.

Konkret wird unsere Aussage durch die folgenden Ergebnisse fundamentiert: Die VAR. 4, 7 und 8, die nach dem Familienstand, der Konfession und der religiösen Überzeugung fragen, belegen, daß die Designstudenten (Gesamt und Frauen) die Fachgruppe bilden, die über die wenigsten „verheirateten“ Personen verfügt, dafür aber die meisten Personen aufweist, die „keiner Konfession“ angehören. Die Designer, die einer Konfession angehören, zeigen sich im Hinblick auf ihre Konfession am geringsten „überzeugt“ und am stärksten „ablehnend“.

Bei der politischen Orientierung (VAR. 12) zeigen sich die Designstudenten (Gesamt und Frauen) mit den höchsten Werten in den Rubriken „liberal“, „undogmatisch links“ und „anarchistisch“. Betrachtet man die Wohnsituation (VAR. 13), stellen die Designstudenten (Gesamt, Männer und Frauen) den größten Teil der „Alleinlebenden“. Ferner leben sie deutlich weniger oft „bei ihren Eltern“ und „mit ihrem Partner“ zusammen, dafür aber häufiger „in einer Wohngemeinschaft“ oder „zu zweit, aber ohne Partner“. Ihre Unterschiedlichkeit dokumentieren die Designstudenten (Gesamt, Männer und Frauen) auch bei der Studienwahl (VAR. 15). Keine Fachgruppe hat sich so überzeugt aus „inhaltlichem Interesse“ für die Berufsrichtung entschieden wie sie.



VAR. 17 weist die Designstudenten (Gesamt) mit einem mittleren Rang in der Rubrik „ich habe mehr als einen festen Partner“ aus, und VAR. 23 verdeutlicht, daß sich die weiblichen Designer von allen Frauen zur Zeit mit „einem festen Partner am wenigsten wohl fühlen“. Gemeinsam mit den Krankenpflegeschülerinnen möchten sie auch alle „ihre mehreren Partner“ (VAR. 25) beibehalten.

In VAR. 26 wird offenbar, daß die Designstudenten (Gesamt und Frauen) in der Anzahl der bisherigen festen Partnerschaften in der Rubrik („mehr als 5“) weit vor den Lehramtsstudenten und Krankenpflegeschülern rangieren.

In der Dauer der längsten Partnerschaft (VAR. 27) unterscheiden sich die Designstudenten (Gesamt und Frauen) kaum von den anderen Personen bis auf den Umstand, daß ein relativ großer Teil „mehr als 5 Jahre“ mit seinem Partner liiert ist/war. Als wichtigsten Trennungsgrund (VAR. 28) formuliert ca. jeder neunte männliche Designer „ich hatte mich neu verliebt“.

Erhebliche Abweichung zu den anderen Respondenten zeigen die Designstudenten (Gesamt und Frauen) im Hinblick auf ihren Heirats- (VAR. 29) und Kinderwunsch (VAR. 30) (Gesamt und Männer). Mit großem Abstand zu den anderen Befragungsteilnehmern wird von ihnen die Ehe „abgelehnt“ bzw. besteht ihr gegenüber eine „Unentschlossenheit“. Auch vor dem Hintergrund eines Kinderwunsches hat sie keinen besonders großen Stellenwert. Die „feste Partnerschaft“ als Beziehungsform wird von den Designstudenten eher als die „Ehe“ favorisiert, um Kinder zu bekommen.

Auch was die Treue innerhalb einer Partnerschaft betrifft (VAR. 31), erweisen sich die Designstudenten (Gesamt und Frauen) besonders liberal. Nur weit weniger als die Hälfte erachtet sie als „unbedingt notwendig“, und für einen nicht geringen Teil ist diese Forderung sogar „falsch“.

Zwar sind die Designstudenten (Gesamt und Frauen) „weniger koitusaktiv“ (VAR. 35) als die Lehramtsstudenten und Krankenpflegeschüler, dafür waren sie - in den letzten 12 Monaten vor der Befragung - bei weitem nicht so „monogam“ (VAR. 36) wie diese. Auch bei der Erfassung der bisherigen Koituspartner (VAR. 37) nehmen die Designer (Gesamt und Frauen) in

den Rubriken „mit 6 bis 10 Partnern“ und „mit 11 bis 20 Partnern“ den absoluten Spitzenrang ein und zeigen sich wesentlich promiskuer.

Ein geringer Teil der weiblichen Designstudenten hatte überdies „Kontakte zu Prostituierten“ (VAR. 38).

VAR. 42 und VAR. 43 gehen auf den „Oralverkehr“ ein. Die Designstudenten (Gesamt und Frauen) haben in dem Jahr vor der Befragung zwar die größte Erfahrung mit dieser Sexualpraktik gemacht, in der Häufigkeit der Anwendung sind sie jedoch nicht führend.

Anders verhält es sich bei dem „Analverkehr“ (VAR. 44) und der „Masturbation“ (VAR. 45). Hier verfügen die Designstudenten (Gesamt und Frauen) über die größte Erfahrung, und was die frequentielle Ausübung betrifft, sind sie ebenfalls - mitunter mit einem sehr großen Vorsprung - dominierend.

Ihre Permissivität unterstreichen die weiblichen Designer weiterhin, indem sie nachweisen, daß sie über die größten Erfahrungen „im Bereich der beabsichtigten bzw. geduldeten Form von sexueller Gewalt“ (VAR. 47) verfügen und auch am häufigsten selbst praktizieren. So verfügt z. B. jede zehnte Designerin über „Sadismus-/Masochismuserfahrung“ (VAR. 48).

Befragt nach ihrer „sexuellen Orientierung“ (VAR. 54) definieren sich die Designstudenten (Gesamt und Frauen) am wenigsten häufig als „ausschließlich heterosexuell“, analog dazu zeigen sie den Spitzenwert bei den Ausrichtungen „bisexuell“ und „homosexuell“. Daß ihre Aussagen auch in der Praxis einen Niederschlag finden, beweist die VAR. 55. Vergleichsweise doppelt so viele Designstudenten (Gesamt) wie Lehramtsstudenten und Krankenpflegeschüler verfügen über gleichgeschlechtliche Sexualkontakte.

Ihre promiske Ausrichtung unterstreichen die Designstudenten (Gesamt und Frauen) auch mit ihren „sexuellen außerpartnerschaftlichen Kontakten“ (VAR. 57). Sie sind die Gruppe mit der „größten Anzahl von Außenkontakten“, hinzu kommt, daß sich ihr Kontakt auch häufiger auf „mehr als einen Partner konzentriert“. Bei der „Dauer der außerpartnerschaftlichen Kontakte“ (VAR. 58) haben die Designer (Gesamt) den höchsten Wert bei „wenigen Stunden“ und „mehr als einem Jahr“.

Befragt nach dem „eigenen gegenwärtigen Sexualleben“ (VAR. 63) kristallisieren sich die Designstudenten (Gesamt und Frauen) als die Gruppe mit der „größten Zufriedenheit“ heraus. Daß dabei die Sexualität nicht immer an eine Liebesbeziehung (VAR. 65) geknüpft sein muß, wird von den Designstudenten (Gesamt und Frauen) am häufigsten proklamiert. Ein sehr großer Teil von ihnen erklärt, daß für sie auch eine befriedigende Sexualität möglich ist, „wenn zu dem Partner keine Liebesbeziehung besteht“. „Sexualität mit Partnern ohne Liebesbeziehung“ (VAR. 66) haben die Designstudenten (Gesamt, Männer und Frauen) ebenfalls am häufigsten, in etwa zu zwei Dritteln, erlebt.

VAR. 67 und VAR. 68 gehen auf die „Treue bei Männern und Frauen“ ein. Das Ergebnis zeigt, daß die Designstudenten (Gesamt und Frauen) deutlich liberaler als die Lehramtsstudenten und die Krankenpflegeschüler sind. So bewerten sie auffallend häufiger die Untreue bei Männern und Frauen als „zulässig“ bzw. „bedingt zulässig“.

Davon, daß die „Sexuelle Befreiung“ (VAR. 70) die sexuellen Verhaltensweisen der Menschen in den letzten 20 Jahren nachhaltig beeinflußt hat, sind die Designstudenten (Gesamt und Frauen) am „wenigsten überzeugt“. Gleichwohl erachten die männlichen Designstudenten am häufigsten diese für „eine gute Entwicklung“ (VAR. 71).

Trotz der obigen Einschätzung finden die Designstudenten (Gesamt und Frauen) die gegenwärtige Gesellschaft (VAR. 73) im direkten Vergleich mit den anderen Befragten öfter als „zu repressiv“.

Bei der „persönlichen Bedeutung der Sexualität“ (VAR. 76) liegen die Designstudenten (Gesamt) in der Rubrik „sehr viel“ an der Spitze. Erstaunlicherweise wird diese Position bei den Frauen von den Krankenpflegeschülerinnen eingenommen.

Die permissive und promiske Ausrichtung der Designstudenten (Gesamt und Frauen) kennzeichnet auch die VAR. 77. Von allen Befragten sind die Designstudenten diejenigen, denen am wenigsten daran liegt, „möglichst lange mit einem Partner in einer sexuell treuen Beziehung zusammen zu sein“. Dafür verspüren sie am stärksten den Wunsch, „möglichst lange mit einem festen Partner zusammen zu sein, aber daneben auch andere sexuelle Beziehungen zu haben“, und sie äußern auch am häufigsten „ich möchte immer einmal wieder eine neue feste Beziehung haben“.

Die Auflistung der prägnanten Ergebnisse der einzelnen Variablen veranschaulicht nachhaltig die „Andersartigkeit“ der Designstudenten - speziell der Frauen (verglichen mit den Frauen der anderen Gruppen) - in einzelnen Bereichen. Kennzeichnend für diese „Andersartigkeit“ ist die Disposition zu einer offeneren und permissiveren Sexualität und eine gewisse Abkehr von „bürgerlichen Wertvorstellungen“. Konkret macht sich dies in einer liberaleren politischen Ausrichtung, in einer geringeren Wertschätzung der Ehe, der geringeren Bewertung der partnerschaftlichen Treue, einer verstärkten Konfessionslosigkeit bzw. einer ablehnenden konfessionellen Haltung, einer größeren bi- bzw. homosexuellen Orientierung und nicht zuletzt an dem keineswegs geringen Wunsch nach parallelen „Außenbeziehungen“ bemerkbar.

Diese Disposition findet überdies eine Entsprechung in der Realität. Die Designstudenten schätzen weit häufiger „alternative“ Lebensformen. Sie können die meisten festen Partnerschaften und die größte Anzahl der Koituspartner vorweisen. Darüber hinaus zeigen sie die geringste Monogamie in den letzten 12 Monaten vor der Befragung und haben generell die meisten sexuellen Außenkontakte und dies zudem mit der größten Partneranzahl.

Weiterhin verfügen sie über das größte Maß an gleichgeschlechtlichen Sexualkontakten, und Sexualität wurde von ihnen auch am häufigsten ohne Liebesbeziehung praktiziert. Bei den „etablierten“ Sexualpraktiken verfügen sie über die größte Erfahrung - dies gilt auch für die weniger vertretenen Praktiken wie Sadismus/Masochismus - und teilweise auch über die größten Frequenzen.

Im zweiten Teil der Hypothese wird vermutet, daß sich die Frauen von den Männern unterscheiden. Um hier eine adäquate Antwort geben zu können, findet die Auswertung gruppenspezifisch statt. Wir unterteilen in Gesamt, Design, Lehramt und Krankenpflege.

Total finden sich bei den nachfolgenden 28 Variablen signifikante Werte. VAR. 7 weist die Männer (Gesamt) in einem größeren Maße als konfessionslos aus, und VAR. 8 belegt, daß sie (Gesamt und Lehramt) auch in einem stärkeren Umfang einer Religion gegenüber „ablehnend“ eingestellt sind. Gleichzeitig bezeichnen sich die Männer (Gesamt) vermehrt als „liberal“ bzw. als „undogmatisch links“, während die Frauen höhere Werte bei „konservativ“ bzw. „sozialdemokratisch“ dokumentieren (VAR. 12). Bei der Wahl des Studienfaches/der Berufs-

ausbildung (VAR. 16) waren auch die Männer (Gesamt und Lehramt) zielstrebig in ihrem Verhalten.

Auffallend mehr Männer (Gesamt und Lehramt) verfügen über „keinen festen Partner“ oder haben „mehr als einen festen Partner“ (VAR. 17). Die Frauen (Gesamt, Design, Krankenpflege), die über „mehrere feste Partner“ verfügen, möchten diese auch weiter so beibehalten (VAR. 25). Bei der Frage nach der Dauer der festen Partnerschaft (VAR. 27) lassen die Frauen (Lehramt) längere Zeitspannen erkennen.

VAR. 28 erkundet den wichtigsten Trennungsgrund bei einer festen Partnerschaft. Bei den Männern und Frauen (Gesamt und Design) war dies „Trennung ohne neuen Partner“, wobei große quantitative Unterschiede erkennbar wurden. Die Unterschiede gab es auch in den Rubriken „ich hatte mich neu verliebt“ und „mein Partner hatte sich neu verliebt“. Die Frage nach einer möglichen Heirat (VAR. 29) läßt bei den Männern (Gesamt und Krankenpflege) eine größere Unentschlossenheit bzw. eine klare Ablehnung erkennen. In diesem Zusammenhang muß auch der Kinderwunsch gesehen werden (VAR. 30). In diesem Fall sind es die Frauen (Gesamt, Lehramt, Krankenpflege), die „Kinder nur in einer Ehe“ haben möchten. Vermehrt antworten die Männer (Gesamt, Lehramt, Krankenpflege) ablehnend oder sind unentschlossen.

Die Notwendigkeit der sexuellen Treue (VAR. 31) wird von den Frauen (Gesamt, Lehramt, Krankenpflege) eher als von den Männern gesehen. Die Männern (Gesamt, Lehramt, Krankenpflege) definieren ihre Einstellung hierzu eher als „wünschenswert“. Bei der Häufigkeit des Koitus in den letzten 12 Monaten (VAR. 35) zeigt sich die Mehrheit der Frauen (Gesamt, Lehramt, Krankenpflege) koitusaktiver als die Männer. Nur in den Extrembereichen „nie“ oder „mehr als drei Mal pro Woche“ sind die Männer (Gesamt, Lehramt, Krankenpflege) führend. Bei der Anzahl der Koituspartner in den letzten 12 Monaten (VAR. 36) sind die Frauen (Gesamt) wesentlich monogamer als die Männer. Und auch bei der Gesamtanzahl der Koituspartner (VAR. 37) verfügen die Frauen (Gesamt) fast in allen Rubriken über weniger Kontakte.

Keine bzw. so gut wie keine Kontakte zu Prostituierten (VAR. 38) im Gegensatz zu den Männern hatten die Frauen der Gesamtgruppe, der Lehramtsstudenten und der Krankenpflege-

schüler. Bezüglich des Masturbationsverhaltens in den letzten 12 Monaten (VAR. 45) kann gesagt werden, daß die Männer (Gesamt, Lehramt, Design) höhere Frequenzen haben. Zudem sind die Erfahrungswerte mit Pornographie in den letzten 12 Monaten (VAR. 46) bei den Männern (Gesamt, Lehramt, Design) umfangreicher als bei den Frauen.

Über Erfahrung mit „Sadismus / Masochismus“ (VAR. 48) können auch mehr Männer als Frauen in der Gesamtgruppe, bei den Lehramtsstudenten und den Krankenpflegeschülern berichten.

VAR. 54, die die sexuelle Orientierung erfragt, weist bei allen Gruppen (Gesamt, Design, Lehramt, Krankenpflege) Signifikanzen aus. Als „vorwiegend heterosexuell“ bezeichnen sich mehr Frauen (Gesamt, Design, Lehramt, Krankenpflege) als Männer, als „bisexuell“ bzw. „vorwiegend homosexuell“ mehr Frauen in der Gruppe der Designer, und als „ausschließlich homosexuell“ definieren sich mehr Männer in der Gesamtgruppe, bei den Lehramtsstudenten, den Designstudenten und den Krankenpflegeschülern. Die Frage nach gleichgeschlechtlichen Sexualkontakten (VAR. 55) wird von mehr Männern (Gesamt) bejaht.

Mehr Frauen (Gesamt) als Männer sind nicht verheiratet und leben in einer heterosexuellen Partnerschaft (VAR. 56). Dafür liegen die Werte der Männer (Gesamt), die sich in einer homosexuellen Partnerschaft befinden (VAR. 56), über denen der Frauen.

Als eklatant untreuer als die weiblichen Befragten geben sich die Männer (Krankenpflege) in VAR. 57 zu erkennen. Auf die Frage, ob der Partner von der sexuellen Untreue Kenntnis hatte (VAR. 59), antworten die Männer (Gesamt, Design, Lehramt) im Gegensatz zu den Frauen mehrheitlich mit „ja“.

VAR. 63 fragt nach der Bewertung des gegenwärtigen Sexuallebens. Tendenziell wird dieses von den Frauen (Gesamt) positiver beurteilt als von den Männern. Dafür betonen die Frauen (Gesamt) mehr als die Männer, daß „eine befriedigende Sexualität nur möglich ist, wenn zu dem Partner eine Liebesbeziehung besteht“ (VAR. 65).

Die Möglichkeit des Geschlechtsverkehrs außerhalb der Partnerschaft bei Frauen (VAR. 67) wird von diesen (Gesamt, Krankenpflege) negativer beurteilt als von den Männern. Die gleiche Aussagerichtung der Frauen (Gesamt, Lehramt, Krankenpflege) läßt sich bei VAR. 68

ausmachen, wo es um die Zulässigkeit von geschlechtlichen Kontakten außerhalb der Partnerschaft bei Männern geht.

Die „Sexuelle Befreiung“ (VAR. 71) wird von den Männern ( Design) eher als positive Entwicklung - verglichen mit den weiblichen Respondenten - bewertet. Und grundsätzlich halten die Männer der Gesamtgruppe die gegenwärtige Gesellschaft in sexueller Hinsicht eher „zu repressiv“ als „zu freizügig“ (VAR. 73).

Auch die eigene Sexualität (VAR. 76) besitzt für die Männer (Gesamt, Lehramt) eine zentralere Bedeutung wie für die Frauen. Daß für die Frauen (Gesamt, Krankenpflege) die Treue einen herausragenden Stellenwert hat, wird letztendlich auch in VAR. 77 manifest. Sie haben mehrheitlich den Wunsch, „möglichst lange mit einem Partner in einer sexuell treuen Beziehung zu leben“. Umgekehrt verhält es sich bei den Männern. Sie favorisieren eher den Wunsch nach einer gewissen Abwechslung.

Bei dem geschlechtsspezifischen Vergleich Männer/Frauen der Hypothese II läßt sich abschließend folgendes zu den Fachgruppen (Design, Lehramt, Krankenpflege) sowie zu der Gesamtgruppe anmerken. Total werden 48 Variablen berücksichtigt, die zur Hypothesenüberprüfung dienen. Von diesen 48 Variablen ergeben sich bei

- der Gesamtgruppe bei 28 Variablen (58,3%) signifikante geschlechtsspezifische Unterschiede
- den Designstudenten bei 7 Variablen (14,6%) signifikante geschlechtsspezifische Unterschiede
- den Lehramtsstudenten bei 15 Variablen (31,3%) signifikante geschlechtsspezifische Unterschiede
- den Krankenpflegeschülern bei 12 Variablen (25%) signifikante geschlechtsspezifische Unterschiede.

Abgesehen von der Gesamtgruppe, bei der sich die Mehrheit signifikant geschlechtsspezifisch unterscheidet, muß das Antwortverhalten Männer/Frauen bei den Fachgruppen – insbesondere bei den Designstudenten - als relativ homogen erachtet werden.

### 3. 3. Hypothese III

(B. Bartsch)

*„Bei den Studenten des Lehramtes Primarstufe und den Krankenpflegeschülern werden die sexuellen Kontakte unter der Bedrohung durch AIDS mehr beeinträchtigt als bei Designstudenten. Sexualität wird häufiger mit Krankheit, Tod und Mißtrauen in Verbindung gebracht; Spontaneität und Kreativität sind reduziert.*

*Grundsätzlich vermuten wir Unterschiede zwischen den Frauen und den Männern.“*

Zur Überprüfung der Hypothese III wurden die 32 nachfolgenden Variablen ausgewählt:

- Fragebogenkomplex C („Zur Partnersituation“): Variablen 21, 22
- Fragebogenkomplex H („Sexuelles Erleben“): Variable 63
- Fragebogenkomplex K („Sexualität und AIDS“): Variablen 78, 79, 80, 81, 83, 84, 85, 86, 89, 90, 91, 92, 94, 96, 97, 98, 99, 100, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115
- Fragebogenkomplex L („Informiertheit über AIDS“): Variablen 127, 128, 131, 141.

Die aufgeführten Variablen sollen belegen, ob und gegebenenfalls in welchem Umfang die Lehramts- und Designstudenten sowie Krankenpflegeschüler durch die Bedrohung durch AIDS in ihren sexuellen Kontakten eingeschränkt bzw. beeinträchtigt sind.

VAR. 21 und 22 richten sich an Personen, die eine feste Partnerschaft haben und erfragen zum einen die Häufigkeit der Kommunikation über die eigene sexuelle Beziehung, zum anderen die Häufigkeit sexueller Konflikte.

VAR. 63 erkundet die Zufriedenheit des gegenwärtigen Sexuallebens.

Die VAR. 78, 79 und 80 geben Aufschluß über flüchtige Sexualkontakte und den Umgang mit potentiellen Sexualpartnern.

Die VAR. 81, 83 und 84 fragen nach einer eigenen AIDS-Testung und einem möglichen Kontakt zu HIV-infizierten Personen sowie der eventuellen Bekanntmachung des eigenen positiven Ergebnisses.



Die VAR. 85, 86, 89, 90 und 91 sollen belegen, ob sexuelle Kontakte aus Angst vor einer HIV-Infektion nicht aufgenommen bzw. sexuelle Aktivitäten reduziert oder eingeschränkt worden sind.

Die VAR. 92 und 94 ermöglichen einen Rückschluß auf die Kondombenutzung und deren Bewertung hinsichtlich einer potentiellen Störung.

Die VAR. 96, 97, 98, 99 und 100 zeigen, in welcher Art und Weise die heterosexuellen Befragungsteilnehmer auf die Bedrohung durch AIDS in ihren sexuellen Praktiken reagiert haben.

VAR. 109 zielt auf das Masturbationsverhalten, und VAR. 110 erkundet den Kontakt zu Prostituierten im Kontext der HIV-Bedrohung.

Die VAR. 111, 112, 113, 114 und 115 fragen unmittelbar danach, ob das AIDS-Risiko einen Einfluß auf die Zufriedenheit im Sexualleben hat.

Die VAR. 127 und 128 geben eine Antwort auf die aktuelle bzw. in den letzten 12 Monaten vorhandene Angst vor AIDS.

VAR. 131 nimmt eine quantitative Bewertung der Angst vor AIDS vor.

Die VAR. 141 zielt auf Ablehnungserfahrungen bei Gebrauch von Kondomen.

Die VAR. 111: „Hat das AIDS-Risiko einen Einfluß auf Ihre Zufriedenheit im Sexualleben?“ versucht unmittelbar eine Antwort auf die Hypothese III zu geben.

Die Ergebnisse der Fachgruppen sind signifikant ( $p = 0,000$ ). 28,2% der Designstudenten und 23,7% der Krankenpflegeschüler bejahen den Einfluß des AIDS-Risikos auf ihre Zufriedenheit im Sexualleben. Deutlich weniger Lehramtsstudenten (12,4%) zeigen sich hiervon beeindruckt.

**Tabelle 64 A: Gesamt**

VAR. 111 Hat das AIDS-Risiko einen Einfluß auf Ihre Zufriedenheit im Sexualleben?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	ja	28,2	12,4	23,7	17,6	102
2	nein	71,8	87,6	76,3	82,4	479
	%	100	100	100	100	
	N	124	364	93		581
	$p = 0,000$					
	Fehlende Antworten: 12					

**Tabelle 64 B: Männer**

VAR. 111 Hat das AIDS-Risiko einen Einfluß auf Ihre Zufriedenheit im Sexualleben?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	ja	27,3	13,6	29,6	23	29
2	nein	72,7	86,4	70,4	77	97
	%	100	100	100	100	
	N	55	44	27		126
	$p = 0,181$					
	Fehlende Antworten: 5					

Aufgeschlüsselt nach Geschlecht ergibt sich ein differentes Bild. Bei den männlichen Befragten sind keine signifikanten Unterschiede im Antwortverhalten feststellbar, bei den weiblichen ( $p = 0,001$ ) ist dies jedoch der Fall.

Fast ein Drittel der Designstudentinnen (29%) und über ein Fünftel der Krankenpflegeschülerinnen (21,2%) zeigen sich durch das AIDS-Risiko beeinträchtigt. Bei den Lehramtsstudentinnen sind es 12,2%.

Deutlich wird, daß die Gruppe der Lehramtsstudenten ihr Sexualleben durch AIDS kaum als beeinträchtigt ansieht.

**Tabelle 64 C: Frauen**

VAR. 111 Hat das AIDS-Risiko einen Einfluß auf Ihre Zufriedenheit im Sexualleben?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	ja	29	12,2	21,2	16	73
2	nein	71	87,8	78,8	84	382
	%	100	100	100	100	
	N	69	320	66		455
	p = 0,001					
	Fehlende Antworten: 7					

Bei dem geschlechtsspezifischen Vergleich Männer/Frauen der VAR. 111 ergeben sich keine signifikanten Unterschiede.

VAR. 112: „Fühlen Sie sich in Ihren sexuellen Praktiken eingeschränkt?“ ergibt für die Fachgruppen den signifikanten Wert  $p = 0,000$ .

18% der Designstudenten und 12,9% der Krankenpflegeschüler, aber nur 6,3% der Lehramtsstudenten geben an, sich in ihren sexuellen Praktiken eingeschränkt zu fühlen.

Bei den Männern sind keine signifikanten Unterschiede im Antwortverhalten feststellbar.

Signifikante Unterschiede werden bei den Antworten der weiblichen Befragten erkennbar ( $p = 0,000$ ). Mit 5% bei den Lehramtsstudentinnen und 7,7% bei den Krankenpflegeschülerinnen liegen relativ geringe Werte bei „ja“ vor. Deutlich mehr Designstudentinnen (18,8%) geben ihr Votum bei „ja“ ab.

**Tabelle 65 A: Gesamt**

VAR. 112 Fühlen Sie sich in Ihren sexuellen Praktiken eingeschränkt?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	ja	18	6,3	12,9	9,8	57
2	nein	82	93,7	87,1	90,2	522
	%	100	100	100	100	
	N	122	364	93		579
	p = 0,000					
	Fehlende Antworten: 14					

**Tabelle 65 B: Männer**

VAR. 112 Fühlen Sie sich in Ihren sexuellen Praktiken eingeschränkt?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	ja	17	15,9	25	18,4	23
2	nein	83	84,1	75	81,6	102
	%	100	100	100	100	
	N	53	44	28		125
	p = 0,587					
	Fehlende Antworten: 6					

**Tabelle 65 C: Frauen**

VAR. 112 Fühlen Sie sich in Ihren sexuellen Praktiken eingeschränkt?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	ja	18,8	5	7,7	7,5	34
2	nein	81,2	95	92,3	92,5	420
	%	100	100	100	100	
	N	69	320	65		454
	p = 0,000					
	Fehlende Antworten: 8					

**Tabelle 65 D: Männer und Frauen**

VAR. 112 Fühlen Sie sich in Ihren sexuellen Praktiken eingeschränkt?

	Antwortkategorien	Gesamt		Design		Lehramt P.		Krankenpflege		
		m	w	m	w	m	w	m	w	
1	ja	18,4	7,5	17	18,8	15,9	5	25	7,7	
2	nein	81,6	92,5	83	81,2	84,1	95	75	92,3	
	%	100	100	100	100	100	100	100	100	
	N	125	454	53	69	44	320	28	65	
	p	0,000		0,791		0,005		0,022		
	N = 579									

In der Gesamtstichprobe ( $p = 0,000$ ), bei den Lehramtsstudenten ( $p = 0,005$ ) und den Krankenpflegeschülern ( $p = 0,022$ ) finden sich signifikante Ergebnisse in der Beantwortung der Frage. In allen drei Gruppen sehen sich die Männer in ihren sexuellen Praktiken mehr eingeschränkt als die Frauen (Gesamt m: 18,4%, w: 7,5%; Lehramt m: 15,9%, w: 5%; Krankenpflege m: 25%, w: 7,7%).

VAR. 113: „Fühlen Sie sich durch das AIDS-Risiko bedroht?“ zeigt Parallelen zu den beiden vorangegangenen Variablen. Das Ergebnis der Fachgruppen ist signifikant ( $p = 0,001$ ). 34,1% aller Designstudenten fühlen sich bedroht gegenüber nur 17,2% der Krankenpflegeschüler und nur 19% der Lehramtsstudenten.

**Tabelle 66 A: Gesamt**

VAR. 113 Fühlen Sie sich durch das AIDS-Risiko bedroht?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	ja	34,1	19	17,2	21,9	127
2	nein	65,9	81	82,8	78,1	453
	%	100	100	100	100	
	N	123	364	93		580
	p = 0,001					
	Fehlende Antworten: 13					

Unterschiedliche Ergebnisse lassen sich bei den Geschlechtern dokumentieren. Während die Männern keine signifikanten Unterschiede im Antwortverhalten erkennen lassen, zeigen die Frauen signifikante Unterschiede ( $p = 0,003$ ).

Mehr als ein Drittel der Designstudentinnen (36,2%) fühlt sich durch AIDS bedroht, während es nur etwa die Hälfte davon (19,1%) bei den Lehramtsstudentinnen und noch weniger bei den Krankenpflegeschülerinnen (15,4%) sind.

**Tabelle 66 B: Männer**

VAR. 113 Fühlen Sie sich durch das AIDS-Risiko bedroht?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	ja	31,5	18,2	21,4	24,6	31
2	nein	68,5	81,8	78,5	75,4	95
	%	100	100	100	100	
	N	54	44	28		126
	$p = 0,285$					
	Fehlende Antworten: 5					

**Tabelle 66 C: Frauen**

VAR. 113 Fühlen Sie sich durch das AIDS-Risiko bedroht?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	ja	36,2	19,1	15,4	21,1	96
2	nein	63,8	80,9	84,6	78,9	358
	%	100	100	100	100	
	N	69	320	65		454
	$p = 0,003$					
	Fehlende Antworten: 8					

Bei dem geschlechtsspezifischen Vergleich Männer/Frauen der VAR. 113 ergeben sich keine signifikanten Ergebnisse.

Bei VAR. 114: „*Fühlen Sie sich in der Aufnahme neuer Kontakte eingeschränkt?*“ finden sich nur signifikante Unterschiede bei den Antworten der männlichen Befragten ( $p = 0,034$ ). Mit 43,6% der Designer fühlen sich doppelt so viele Befragte eingeschränkt wie bei den Lehramtsstudenten (20,5%). Der Wert der Krankenpflegeschüler liegt mit 25% ebenfalls deutlich unter dem der Designstudenten.

**Tabelle 67 A: Gesamt**

VAR. 114 Fühlen Sie sich in der Aufnahme neuer Kontakte eingeschränkt?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	ja	48	40,3	41,9	42,2	245
2	nein	52	59,7	58,1	57,8	336
	%	100	100	100	100	
	N	123	365	93		581
	$p = 0,327$					
	Fehlende Antworten: 12					

**Tabelle 67 B: Männer**

VAR. 114 Fühlen Sie sich in der Aufnahme neuer Kontakte eingeschränkt?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	ja	43,6	20,5	25	31,5	40
2	nein	56,4	79,5	75	68,5	87
	%	100	100	100	100	
	N	55	44	28		127
	$p = 0,034$					
	Fehlende Antworten: 4					

Mit  $p = 0,006$  bei der Gesamtstichprobe, mit  $p = 0,004$  bei den Lehramtsstudenten und mit  $p = 0,030$  bei den Krankenpflegeschülern sind die Ergebnisse beim geschlechtsspezifischen Vergleich Männer/Frauen signifikant.

In allen drei Gruppen fühlen sich jeweils die Frauen in einem bedeutsam größeren Umfang bei der Aufnahme neuer Kontakte eingeschränkt (Gesamt m: 31,5%, w: 42,5%; Lehramt m: 20,5%, w: 43%; Krankenpflege m: 25%, w: 49,2%).

**Tabelle 67 C: Frauen**

VAR. 114 Fühlen Sie sich in der Aufnahme neuer Kontakte eingeschränkt?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	ja	51,5	43	49,2	45,2	205
2	nein	48,5	57	50,8	54,8	249
	%	100	100	100	100	
	N	68	321	65		454
	p = 0,343					
	Fehlende Antworten: 8					

**Tabelle 67 D: Männer und Frauen**

VAR. 114 Fühlen Sie sich in der Aufnahme neuer Kontakte eingeschränkt?

	Antwortkategorien	Gesamt		Design		Lehramt P.		Krankenpflege		
		m	w	m	w	m	w	m	w	
1	ja	31,5	42,5	43,6	51,5	20,5	43	25	49,2	
2	nein	68,5	54,8	56,4	48,5	79,5	57	75	50,8	
	%	100	100	100	100	100	100	100	100	
	N	127	454	55	68	44	321	28	65	
	p	0,006		0,387		0,004		0,030		
	N = 581									

VAR. 127: „Hatten Sie in den letzten 12 Monaten Angst, AIDS zu bekommen?“ zeigt zwischen den Fachgruppen signifikante Unterschiede ( $p = 0,000$ ).

Die Angst, AIDS zu bekommen ist bei den Lehramtsstudenten mit 77,6% deutlich geringer ausgeprägt als bei den Designstudenten mit 61,1% und den Krankenpflegeschülern mit 53,6%.

Das signifikante Ergebnis bei den Männern beträgt  $p = 0,020$ . Die Lehramtsstudenten bekunden mit 86,7% am häufigsten, nie in den letzten 12 Monaten Angst vor AIDS gehabt zu haben. Die Werte der Designstudenten (61,4%) und der Krankenpfleger (55,2%) heben sich deutlich davon ab.



Auch bei den Frauen ergibt sich eine Signifikanz ( $p = 0,000$ ) bei den Antworten. Mit 76,3% der Lehramtsstudentinnen geben ca. 15% mehr dieser Frauengruppe an, in den letzten 12 Monaten nie Angst vor AIDS gehabt zu haben als die Designstudentinnen (60,9%). Die Differenz zu den Krankenpflegeschülerinnen (52,9%) beträgt sogar ca. 23%.

Bei dem geschlechtsspezifischen Vergleich Männer/Frauen der VAR. 127 ergeben sich keine signifikanten Werte.

In der Gesamtbevölkerung lag die Zahl derjenigen, die schon einmal Sorgen hatten, sich selbst zu infizieren bzw. erkranken zu können, unter der unserer Stichprobe (14%: vgl. RUNKEL 1990 und 21%: vgl. BZgA 1995). Verglichen mit der Altersgruppe der 16 - 29jährigen allerdings finden sich keine Unterschiede (vgl. BZgA 1995).

**Tabelle 68 A: Gesamt**

VAR. 127 Hatten Sie in den letzten 12 Monaten Angst, AIDS zu bekommen?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	nie	61,1	77,6	53,6	70,2	416
2	manchmal	37,3	22,4	44,3	29,2	173
3	häufig	1,6	-	2,1	0,7	4
	%	100	100	100	100	
	N	126	370	97		593
	p = 0,000					
	Fehlende Antworten: 0					

**Tabelle 68 B: Männer**

VAR. 127 Hatten Sie in den letzten 12 Monaten Angst, AIDS zu bekommen?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	nie	61,4	86,7	55,2	68,7	90
2	manchmal	36,8	13,3	44,8	30,5	40
3	häufig	1,8	-	-	0,8	1
	%	100	100	100	100	
	N	57	45	29		131
	p = 0,020					
	Fehlende Antworten: 0					

**Tabelle 68 C: Frauen**

VAR. 127 Hatten Sie in den letzten 12 Monaten Angst, AIDS zu bekommen?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	nie	60,9	76,3	52,9	70,6	326
2	manchmal	37,7	23,7	44,1	28,8	133
3	häufig	1,4	-	2,9	0,6	3
	%	100	100	100	100	
	N	69	325	68		462
	p = 0,000					
	Fehlende Antworten: 0					

VAR. 128: „Haben Sie zur Zeit Angst, AIDS zu bekommen?“ ergibt bei den Fachgruppen das signifikante Ergebnis  $p = 0,001$ .

74,6% der Lehramtsstudenten zeigen sich aktuell durch AIDS unbeeindruckt. Die Differenz zu den Krankenpflegeschülern (54,6%) beträgt 20% und zu den Designstudenten (68,3%) ca. 6%.

**Tabelle 69 A: Gesamt**

VAR. 128 Haben Sie zur Zeit Angst, AIDS zu bekommen?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	gar nicht	68,3	74,6	54,6	70	415
2	etwas	21,4	18,9	26,8	20,7	123
3	wenig	8,7	6,2	18,6	8,8	52
4	viel	1,6	0,3	-	0,5	3
	%	100	100	100	100	
	N	126	370	97		593
	p = 0,001					
	Fehlende Antworten: 0					

Die vorgefundenen Werte hinsichtlich der Variable 128 sind bei den Männern nicht signifikant. Signifikante Unterschiede bei dem Antwortverhalten sind jedoch bei den Frauen erkennbar ( $p = 0,004$ ).

74,2% der Lehramtsstudentinnen verspüren keine aktuelle Angst vor AIDS. Nur 52,9% der Krankenpflegeschülerinnen und 69,6% der Designstudentinnen antworten ebenfalls, keine aktuelle Angst vor AIDS zu haben.

**Tabelle 69 B: Männer**

VAR. 128 Haben Sie zur Zeit Angst, AIDS zu bekommen?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	gar nicht	66,7	77,8	58,6	68,7	90
2	etwas	19,3	20	24,1	20,6	27
3	wenig	12,3	2,2	17,2	9,9	13
4	viel	1,8	-	-	0,8	1
	%	100	100	100	100	
	N	57	45	29		131
	p = 0,311					
	Fehlende Antworten: 0					

**Tabelle 69 C: Frauen**

VAR. 128 Haben Sie zur Zeit Angst, AIDS zu bekommen?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	gar nicht	69,6	74,2	52,9	70,3	325
2	etwas	23,2	18,8	27,9	20,8	96
3	wenig	5,8	6,8	19,1	8,4	39
4	viel	1,4	0,3	-	0,4	2
	%	100	100	100	100	
	N	69	325	68		462
	p = 0,004					
	Fehlende Antworten: 0					

Bei dem geschlechtsspezifischen Vergleich Männer/Frauen der VAR. 128 ergeben sich keine signifikanten Differenzen.

VAR. 63: „Wie bewerten Sie Ihr eigenes gegenwärtiges Sexualleben?“ ergibt für die Fachgruppen den signifikanten Wert von  $p = 0,048$ .

Die Designstudenten zeigen in der Kategorie „im großen und ganzen befriedigend“ mit 54,4% den höchsten Wert (Lehramt: 48,6%; Krankenpflege: 37 %). Dies trifft auch auf die Kategorie „unbefriedigend“ zu (Design: 13,6%; Lehramt: 10,9%; Krankenpflege: 8,7%).

In der Rubrik „voll befriedigend“ weisen sie dagegen den niedrigsten Wert aus (Design: 22,4%; Lehramt: 25,1%; Krankenpflege: 38%).

**Tabelle 70 A: Gesamt**

VAR. 63 Wie bewerten Sie Ihr eigenes gegenwärtiges Sexualleben?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	voll befriedigend	22,4	25,1	38	26,6	155
2	im großen und ganzen befriedigend	54,4	48,6	37	48	280
3	nicht sehr befriedigend	9,6	15,3	16,3	14,2	83
4	unbefriedigend	13,6	10,9	8,7	11,1	65
	%	100	100	100	100	
	N	125	366	92		583
	$p = 0,048$					
	Fehlende Antworten: 10					

Bei den weiblichen Befragten ergibt sich ein signifikantes Ergebnis von  $p = 0,019$ . Die Krankenpflegeschülerinnen (voll befriedigend = 46,9%) sind aktuell mit ihrer Sexualität am zufriedensten (Design: 26,5%; Lehramt: 26,1%) und weisen auch die geringsten Werte in der Kategorie „unbefriedigend“ mit 7,8% aus (Design: 11,8%; Lehramt: 9,9%).

Bei den männlichen Befragten sind keine signifikanten Unterschiede im Antwortverhalten feststellbar.

**Tabelle 70 B: Männer**

VAR. 63 Wie bewerten Sie Ihr eigenes gegenwärtiges Sexualleben?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	voll befriedigend	17,5	18,2	17,9	17,8	23
2	im großen und ganzen befriedigend	56,1	43,2	53,6	51,2	66
3	nicht sehr befriedigend	10,5	20,5	17,9	15,5	20
4	unbefriedigend	15,8	18,2	10,7	15,5	20
	%	100	100	100	100	
	N	57	44	28		129
	p = 0,785					
	Fehlende Antworten: 2					

**Tabelle 70 C: Frauen**

VAR. 63 Wie bewerten Sie Ihr eigenes gegenwärtiges Sexualleben?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	voll befriedigend	26,5	26,1	46,9	29,1	132
2	im großen und ganzen befriedigend	52,9	49,4	29,7	47,1	214
3	nicht sehr befriedigend	8,8	14,6	15,6	13,9	63
4	unbefriedigend	11,8	9,9	7,8	9,9	45
	%	100	100	100	100	
	N	68	322	64		454
	p = 0,019					
	Fehlende Antworten: 8					

Signifikanzen treten nur geschlechtsspezifisch in der Gesamtstichprobe ( $p = 0,044$ ) auf.

Tendenziell läßt sich festhalten, daß die Zufriedenheit mit dem eigenen Sexualleben bei den Frauen größer als bei den Männern ist. Mit 29,1% bekunden die weiblichen Befragten die größte Zufriedenheit.

Ca. die Hälfte aller Teilnehmer (Männer und Frauen) ist mit ihrer gelebten Sexualität „im großen und ganzen zufrieden“. Faßt man die Rubriken „nicht sehr befriedigend“ und „unbefriedigend“ zusammen, wird erkennbar, daß 31% der männlichen Befragten unzufrieden sind.

**Tabelle 70 D: Männer und Frauen**

VAR. 63 Wie bewerten Sie Ihr eigenes gegenwärtiges Sexualleben?

	Antwortkategorien	Gesamt		Design		Lehramt P.		Krankenpflege		
		m	w	m	w	m	w	m	w	
1	voll befriedigend	17,8	29,1	17,5	26,5	18,2	26,1	17,9	46,9	
2	im großen u. ganzen befriedigend	51,2	47,1	56,1	52,9	43,2	49,4	53,6	29,7	
3	nicht sehr befriedigend	15,5	13,9	10,5	8,8	20,5	14,6	17,9	15,6	
4	unbefriedigend	15,5	9,9	15,8	11,8	18,2	9,9	10,7	7,8	
	%	100	100	100	100	100	100	100	100	
	N	129	454	57	68	44	322	28	64	
	p	0,044		0,654		0,208		0,056		
	N = 583									

VAR. 78: „Hat sich die Zahl Ihrer flüchtigen Sexualkontakte geändert?“ zeigt bei den Fachgruppen den signifikanten Wert  $p = 0,000$ , bei den männlichen Befragten den Wert  $p = 0,016$  und bei den weiblichen Befragten den Wert  $p = 0,000$ .

Mit 22,4% geben die Designer die größte Reduzierung ihrer Sexualkontakte an (Lehramt: 5,9%; Krankenpflege: 11,3%). Gleichwohl zeigt ein Viertel von ihnen (26,4%) nach wie vor ein unverändertes Verhalten (Lehramt 11,4%; Krankenpflege 15,5%).

**Tabelle 71 A: Gesamt**

VAR. 78 Hat sich die Zahl Ihrer flüchtigen Sexualkontakte geändert?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	(die Frage trifft für mich nicht zu)	51,2	82,2	70,1	73,6	436
2	weniger geworden	22,4	5,9	11,3	10,3	61
3	unverändert	26,4	11,4	15,5	15,2	90
4	mehr geworden	-	0,5	3,1	0,8	5
	%	100	100	100	100	
	N	125	370	97		592
	p = 0,000					
	Fehlende Antworten: 1					

Auch bei den männlichen Befragten dominieren die Designer. 19,6% geben an, ihre flüchtigen Kontakte reduziert zu haben. Bei den Krankenpflegern sind es nur 10,3% und bei den Lehramtsstudenten 4,4%. Auffallend sind auch hier die hohen Werte hinsichtlich eines unveränderten Sexualverhaltens bei den Designern und den Krankenpflegern (Design: 30,4%; Lehramt: 11,1%, Krankenpflege: 31%).

**Tabelle 71 B: Männer**

VAR. 78 Hat sich die Zahl Ihrer flüchtigen Sexualkontakte geändert?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	(die Frage trifft für mich nicht zu)	50	82,2	55,2	62,3	81
2	weniger geworden	19,6	4,4	10,3	12,3	16
3	unverändert	30,4	11,1	31	23,8	31
4	mehr geworden	-	2,2	3,4	1,5	2
	%	100	100	100	100	
	N	56	45	29		130
	p = 0,016					
	Fehlende Antworten: 1					

Eine Veränderungsbereitschaft zeigen auch die Frauen. 24,6% der Designstudentinnen, 6,2% der Lehramtsstudentinnen und 11,8% der Krankenpflegeschülerinnen geben an, ihre flüchtigen Sexualkontakte reduziert zu haben. Die Angaben in der Rubrik „unverändert“ sind aber immer noch relativ hoch (Design: 23,2%; Lehramt: 11,4%; Krankenpflege: 8,8%).

Insgesamt wird deutlich, daß sowohl die männlichen als auch die weiblichen Designer die größte, die weiblichen und die männlichen Lehramtsstudenten die geringste Änderungsbereitschaft zeigen, ihre flüchtigen Sexualkontakte zu reduzieren.

Signifikante Differenzen konnten bei der Gesamtstichprobe ( $p = 0,005$ ) und den Krankenpflegeschülern ( $p = 0,049$ ) im geschlechtsspezifischen Vergleich beobachtet werden.

Sowohl in der Gesamtgruppe als auch bei den Krankenpflegeschülern antworten die Frauen - im Gegensatz zu den Männern – vermehrt, daß sie über keine „flüchtigen Sexualkontakte“ verfügen. Mehr Männer als Frauen schätzen ihre flüchtigen Sexualkontakte als „unverändert“ in beiden Gruppen ein (Gesamt m: 23,8%, w: 12,8%; Krankenpflege m: 31%, w: 8,8%).

**Tabelle 71 C: Frauen**

VAR. 78 Hat sich die Zahl Ihrer flüchtigen Sexualkontakte geändert?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	(die Frage trifft für mich nicht zu)	52,2	82,2	76,5	76,8	355
2	weniger geworden	24,6	6,2	11,8	9,7	45
3	unverändert	23,2	11,4	8,8	12,8	59
4	mehr geworden	-	0,3	2,9	0,6	3
	%	100	100	100	100	
	N	69	325	68		462
	p = 0,000					
	Fehlende Antworten: 0					

**Tabelle 71 D: Männer und Frauen**

VAR. 78 Hat sich die Zahl Ihrer flüchtigen Sexualkontakte geändert?

	Antwortkategorien	Gesamt		Design		Lehramt P.		Krankenpflege	
		m	w	m	w	m	w	m	w
1	(die Frage trifft für mich nicht zu)	62,3	76,8	50	52,2	82,2	82,2	55,2	76,5
2	weniger geworden	12,3	9,7	19,6	24,6	4,4	6,2	10,3	11,8
3	unverändert	23,8	12,8	30,4	23,2	11,1	11,4	31	8,8
4	mehr geworden	1,5	0,6	-	-	2,2	0,3	3,4	2,9
	%	100	100	100	100	100	100	100	100
	N	130	462	56	69	45	325	29	68
	p	0,005		0,614		0,411		0,049	
	N = 592								

VAR. 79: „Klären Sie bei potentiellen/neuen Sexualpartnern das AIDS-Risiko ab?“ ergibt bei den Fachgruppen einen signifikanten Unterschied im Antwortverhalten ( $p = 0,000$ ).

Die Designstudenten geben zu 48% an, das AIDS-Risiko bei neuen Sexualpartnern abzuklären (Krankenpflege: 34,4%; Lehramt: 27,9%). Dieser Wert liegt um ca. 14% bzw. 20% höher als bei den Vergleichsgruppen.

Ein signifikantes Antwortverhalten zeigt sich auch bei den Männern ( $p = 0,003$ ) und den Frauen ( $p = 0,000$ ). Mit „ja, auf jeden Fall“ antworten 48,2% der Designer (Lehramt: 22,2%;



Krankenpflege: 34,5%). Bei den Frauen sind es 47,8% der Designstudentinnen, die „auf jeden Fall“ das AIDS-Risiko abklären (Lehramt: 28,7%; Krankenpflege: 34,3%).

Fazit ist, daß bei den Designstudenten (Männer und Frauen) fast jeder Zweite bei einem neuen Sexualpartner das AIDS-Risiko immer abklärt. Bei den Lehramtsstudenten (Männer und Frauen) ist es jeder Vierte, bei den Krankenpflegeschülern (Männer und Frauen) ist es jeder Dritte.

**Tabelle 72 A: Gesamt**

VAR. 79 Klären Sie bei potentiellen/neuen Sexualpartnern das AIDS-Risiko ab?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	(die Frage trifft für mich nicht zu)	25,6	54,7	34,4	45,3	267
2	ja, auf jeden Fall	48	27,9	34,4	33,2	196
3	ja, manchmal	20	13	25	16,4	97
4	nein	6,4	4,3	6,3	5,1	30
	%	100	100	100	100	
	N	125	369	96		590
	p = 0,000					
	Fehlende Antworten: 3					

**Tabelle 72 B: Männer**

VAR. 79 Klären Sie bei potentiellen/neuen Sexualpartnern das AIDS-Risiko ab?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	(die Frage trifft für mich nicht zu)	26,8	57,8	27,6	37,7	49
2	ja, auf jeden Fall	48,2	22,2	34,5	36,2	47
3	ja, manchmal	19,6	6,7	31	17,7	23
4	nein	5,4	13,3	6,9	8,5	11
	%	100	100	100	100	
	N	56	45	29		130
	p = 0,003					
	Fehlende Antworten: 1					

**Tabelle 72 C: Frauen**

VAR. 79 Klären Sie bei potentiellen/neuen Sexualpartnern das AIDS-Risiko ab?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	(die Frage trifft für mich nicht zu)	24,6	54,3	37,3	47,4	218
2	ja, auf jeden Fall	47,8	28,7	34,3	32,4	149
3	ja, manchmal	20,3	13,9	22,4	16,1	74
4	nein	7,2	3,1	6	4,1	19
	%	100	100	100	100	
	N	69	324	67		460
	p = 0,000					
	Fehlende Antworten: 2					

Bei dem geschlechtsspezifischen Vergleich Männer/Frauen der VAR. 79 ergeben sich keine signifikanten Ergebnisse.

Bei VAR. 80: „Verlangen Sie von einem neuen Partner einen AIDS-Test?“ sind nur die Ergebnisse des geschlechtsspezifischen Vergleichs Männer/Frauen signifikant (Gesamt p = 0,000; Design p = 0,041; Lehramt p = 0,003; Krankenpflege p = 0,037)

**Tabelle 73 D: Männer und Frauen**

VAR. 80 Verlangen Sie von einem neuen Partner einen AIDS-Test?

	Antwortkategorien	Gesamt		Design		Lehramt P.		Krankenpflege	
		<b>m</b>	<b>w</b>	<b>m</b>	<b>w</b>	<b>m</b>	<b>w</b>	<b>m</b>	<b>w</b>
1	ja, ist vorgekommen	4,7	7,4	5,4	10,4	4,5	6,5	3,6	8,8
2	ja, würde ich tun	33,6	55,2	41,1	58,2	29,5	56	25	48,5
3	nein	61,7	37,4	53,6	31,3	65,9	37,5	71,4	42,6
	%	100	100	100	100	100	100	100	100
	N	128	460	56	67	44	325	28	68
	p	0,000		0,041		0,003		0,037	
	N = 588								

In allen vier Gruppen ist die Bereitschaft der Frauen größer, von einem neuen Partner einen AIDS-Test zu verlangen als bei den Männern. Auch haben mehr Frauen als Männer - in allen Gruppen – dies schon real umgesetzt. Umgekehrt sprechen sich wiederum ausnahmslos mehr Männer als Frauen gegen einen AIDS-Test aus.

VAR. 81: „Ist Ihnen schon einmal ein AIDS-Test abverlangt worden?“ dokumentiert eine Signifikanz bei den Fachgruppen ( $p = 0,000$ ).

Während die Antworten der Krankenpflegeschüler – aber auch der anderen Fachgruppen - in den Kategorien 1 und 2 sehr gering sind, erklärt fast ein Fünftel (19,6%), daß ihm schon ein AIDS-Test von „anderer Seite“ abverlangt worden ist (Design: 4%; Lehramt: 3,5%).

Generell hat die große Mehrheit der Befragten noch keinen AIDS-Test durchführen lassen (Design: 90,4%; Lehramt: 93%; Krankenpflege: 77,3%).

**Tabelle 74 A: Gesamt**

VAR. 81 Ist Ihnen schon einmal ein AIDS-Test abverlangt worden?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	ja, von meinem festen Partner	1,6	2,2	3,1	2,2	13
2	ja, von neuem Partner	4	1,4	-	1,7	10
3	ja, von anderer Seite	4	3,5	19,6	6,3	37
4	nein	90,4	93	77,3	89,9	532
	%	100	100	100	100	
	N	125	370	97		592
	p = 0,000					
	Fehlende Antworten: 1					

Bei den männlichen Untersuchungsteilnehmern sind keine signifikanten Unterschiede im Antwortverhalten feststellbar, umgekehrt ist es bei den weiblichen Respondenten ( $p = 0,000$ ). 20,6% der Krankenpflegeschülerinnen wurde ein AIDS-Test „von anderer Seite“ abverlangt (Lehramt: 3,7%; Design: 4,3%).

Zwei Aspekte sind anzumerken: Bei den Fachgruppen und den Frauen sind die Forderungen der alten bzw. neuen Partner hinsichtlich eines AIDS-Testes insgesamt sehr gering ausgeprägt.

Die relativ hohen Werte in der Kategorie „ja, von anderer Seite“ bei den Krankenpflegeschülern scheinen vor dem beruflichen Hintergrund erklärbar zu sein.

**Tabelle 74 B: Männer**

VAR. 81 Ist Ihnen schon einmal ein AIDS-Test abverlangt worden?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	ja, von meinem festen Partner	1,8	4,4	3,4	3,1	4
2	ja, von neuem Partner	1,8	-	-	0,8	1
3	ja, von anderer Seite	3,6	2,2	17,2	6,2	8
4	nein	92,9	93,3	79,3	90	117
	%	100	100	100	100	
	N	56	45	29		130
	p = 0,128					
	Fehlende Antworten: 1					

**Tabelle 74 C: Frauen**

VAR. 81 Ist Ihnen schon einmal ein AIDS-Test abverlangt worden?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	ja, von meinem Partner	1,4	1,8	2,9	1,9	9
2	ja, von neuem Partner	5,8	1,5	-	1,9	9
3	ja, von anderer Seite	4,3	3,7	20,6	6,3	29
4	Nein	88,4	92,9	76,5	89,8	415
	%	100	100	100	100	
	N	69	325	68		462
	p = 0,000					
	Fehlende Antworten: 0					

Bei dem geschlechtsspezifischen Vergleich Männer/Frauen der VAR. 81 ergeben sich keine signifikanten Ergebnisse.

VAR. 83: „Könnten Sie sich vorstellen, mit einer AIDS-infizierten Person sexuellen Kontakt zu haben?“ läßt nur bei der geschlechtsspezifischen Betrachtung Männer/Frauen signifikante Unterschiede erkennen (Gesamt  $p = 0,000$ ; Lehramt  $p = 0,000$ ).

**Tabelle 75 D: Männer und Frauen**

VAR. 83 Könnten Sie sich vorstellen, mit einer AIDS-infizierten Person sexuellen Kontakt zu haben?

	Antwortkategorien	Gesamt		Design		Lehramt P.		Krankenpflege		
		m	w	m	w	m	w	m	w	
1	ja, uneingeschränkt	1,5	1,3	1,8	1,5	-	1,2	3,4	1,5	
2	ja, aber nur eingeschränkte Sexualpraktiken	18,5	5,6	14,3	4,4	26,7	5,2	13,8	8,8	
3	weiß nicht, kommt darauf an	37,7	44,5	42,9	51,5	22,2	44,3	51,7	38,2	
4	nein	42,3	48,6	41,1	42,6	51,1	49,2	31	51,5	
	%	100	100	100	100	100	100	100	100	
	N	130	461	56	68	45	325	29	68	
	p	0,000		0,273		0,000		0,306		
	N = 591									

Erstaunlicherweise zeigen die Männer der Gesamtgruppe (18,5%) und der Lehramtsstudenten (26,7%) eine nicht geringe Bereitschaft, mit AIDS-infizierten Personen „eingeschränkten“ Sexualkontakt zu haben. Ihre Einstellung wird von den Frauen nicht in diesem Maße geteilt. Die befragten Frauen der beiden Gruppen sind deutlich unentschlossener als die Männer (Gesamt m: 37,7%, w: 43%; Lehramt m: 22,2%, w: 44,3%).

Im Hinblick auf eine klare Ablehnung eines Sexualkontaktes mit einer AIDS-infizierten Person liegen die Nennungen der Frauen über denen der Männer in der Gesamtgruppe (m: 42,3%, w: 48,6%), bei den Lehramtsstudenten sind die Prozentwerte nahezu identisch (m: 51,1%, w: 49,2%).

Die Werte der VAR. 85: „Haben Sie sexuelle Kontakte abgebrochen bzw. erst gar nicht angefangen, weil Ihnen das Infektionsrisiko zu groß erschien?“ sind in bezug auf die Fachgruppen signifikant ( $p = 0,034$ ).

Etwa jeder Zehnte aller Respondenten hat „einmal“ den Kontakt abgebrochen oder nicht aufgenommen, weil er Angst vor AIDS hatte. Bei den „mehrfachen Abbrüchen“ fallen die Lehramtsstudenten mit ihrem geringen Wert von 3,1% auf. Bei den Designstudenten sind es 8,5% und bei den Krankenpflegeschülern 10,1%, die angeben, „mehrmals“ einen Kontakt abgebrochen zu haben.

**Tabelle 76 A: Gesamt**

VAR. 85 Haben Sie sexuelle Kontakte abgebrochen bzw. erst gar nicht angefangen, weil Ihnen das Infektionsrisiko zu groß erschien?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	ja, einmal	11,9	9,9	9	10,2	57
2	ja, mehrmals	8,5	3,1	10,1	5,4	30
3	nein	79,7	87	80,9	84,5	473
	%	100	100	100	100	
	N	118	353	89		560
	p = 0,034					
	Fehlende Antworten: 33					

**Tabelle 76 B: Männer**

VAR. 85 Haben Sie sexuelle Kontakte abgebrochen bzw. erst gar nicht angefangen, weil Ihnen das Infektionsrisiko zu groß erschien?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	ja, einmal	6	7	7,4	6,7	8
2	ja, mehrmals	10	2,3	3,7	5,8	7
3	nein	84	90,7	88,9	87,5	105
	%	100	100	100	100	
	N	50	43	27		120
	p = 0,593					
	Fehlende Antworten: 11					

Die Antworten bei den männlichen Befragten sind nicht signifikant, während bei den weiblichen Befragten wiederum signifikante Unterschiede zu verzeichnen sind ( $p = 0,012$ ).

Die weiblichen Designstudenten geben zu 16,2% an, „einmal“ den Kontakt abgebrochen zu haben (Lehramt: 10,3%; Krankenpflege: 9,7%) und haben in dieser Kategorie die höchste Nennung. In der Rubrik „mehrmals“ sind es die weiblichen Krankenpfleger, die mit 12,9% den höchsten Wert aufweisen (Design: 7,4%; Lehramt: 3,2%).

**Tabelle 76 C: Frauen**

VAR. 85 Haben Sie sexuelle Kontakte abgebrochen bzw. erst gar nicht angefangen, weil Ihnen das Infektionsrisiko zu groß erschien?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	ja, einmal	16,2	10,3	9,7	11,1	49
2	ja, mehrmals	7,4	3,2	12,9	5,2	23
3	nein	76,5	86,5	77,4	83,6	368
	%	100	100	100	100	
	N	68	310	62		440
	p = 0,012					
	Fehlende Antworten: 22					

Bei dem geschlechtsspezifischen Vergleich der VAR. 85 ergeben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Männern und den Frauen.

VAR. 86: „Haben Sie weniger Sexualpartner außerhalb Ihrer Partnerschaft?“ richtet sich an Personen, die einen festen Partner haben. Die vorgefundenen Werte sind bei den Fachgruppen ( $p = 0,000$ ), den männlichen ( $p = 0,011$ ) und den weiblichen Respondenten ( $p = 0,000$ ) signifikant.

Auffallend deutlich haben die Designer ihre sexuellen außerpartnerschaftlichen Aktivitäten eingeschränkt. Ihr Wert mit 19,3% ist in etwa vier Mal so hoch wie bei den Lehramtsstudenten (4,6%) und den Krankenpflegeschülern (4,7%). Gleichwohl geben 21,6% von ihnen an, daß ihr Verhalten „unverändert“ sei. Der vergleichbare Wert bei den Krankenpflegeschülern beträgt weniger als die Hälfte (9,4%) und bei den Lehramtsstudenten nur etwa ein Siebtel (3,2%).

**Tabelle 77 A: Gesamt**

VAR. 86 (Nur für Befragte mit festem Partner)  
Haben Sie weniger Sexualpartner außerhalb Ihrer Partnerschaft?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	(die Frage trifft für mich nicht zu)	59,1	91,8	85,9	84,3	365
2	weniger	19,3	4,6	4,7	7,6	33
3	unverändert	21,6	3,2	9,4	7,9	34
4	mehr	-	0,4	-	0,2	1
	%	100	100	100	100	
	N	88	281	64		433
	p = 0,000					
	Fehlende Antworten: 160					

**Tabelle 77 B: Männer**

VAR. 86 (Nur für Befragte mit festem Partner)  
Haben Sie weniger Sexualpartner außerhalb Ihrer Partnerschaft?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	(die Frage trifft für mich nicht zu)	62,2	89,3	81,3	75,3	61
2	weniger	27	-	-	12,3	10
3	unverändert	10,8	7,1	18,8	11,1	9
4	mehr	-	3,6	-	1,2	1
	%	100	100	100	100	
	N	37	28	16		81
	p = 0,011					
	Fehlende Antworten: 50					

Spezifiziert nach Geschlecht fallen die Antworten bei den Männern in der Rubrik „weniger“ auf. Während 27% der männlichen Designer ihre Antwort hier einstufen, finden sich bei den anderen Fachgruppen keine Antworten.

Eine Entsprechung finden die Angaben auch bei den weiblichen Respondenten. 13,7% der Designer antworten hier mit „weniger“. Bei den weiblichen Lehramtsstudenten sind dies 5,1% und bei den Krankenpflegeschülerinnen 6,3%. Erstaunlich ist der hohe Wert der Designerinnen in der Kategorie „unverändert“. Etwa ein Drittel (29,4%) hat sein Verhalten nicht verändert (Lehramt: 2,8%; Krankenpflege: 6,3%).



Insgesamt lassen sich zwei Extreme bei den Designern konstatieren. Ein Teil dieser Fachgruppe zeigt die Bereitschaft zur Reduzierung seiner Kontakte, ein weiterer, nicht geringer Teil bleibt statisch in seinem Verhalten.

**Tabelle 77 C: Frauen**

VAR. 86 (Nur für Befragte mit festem Partner)  
Haben Sie weniger Sexualpartner außerhalb Ihrer Partnerschaft?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	(die Frage trifft für mich nicht zu)	56,9	92,1	87,5	86,4	304
2	weniger	13,7	5,1	6,3	6,5	23
3	unverändert	29,4	2,8	6,3	7,1	25
	%	100	100	100	100	
	N	51	253	48		352
	p = 0,000					
	Fehlende Antworten: 110					

**Tabelle 77 D: Männer und Frauen**

VAR. 86 (Nur für Befragte mit festem Partner)  
Haben Sie weniger Sexualpartner außerhalb Ihrer Partnerschaft?

	Antwortkategorien	Gesamt		Design		Lehramt P.		Krankenpflege	
		m	w	m	w	m	w	m	w
1	(die Frage trifft für mich nicht zu)	75,3	86,4	62,2	56,9	89,3	92,1	81,3	87,5
2	weniger	12,3	6,5	27	13,7	-	5,1	-	6,3
3	unverändert	11,1	7,1	10,8	29,4	7,1	2,8	18,8	6,3
4	mehr	1,2	-	-	-	3,6	-	-	-
	%	100	100	100	100	100	100	100	100
	N	81	352	37	51	28	253	16	48
	p	0,023		0,064		0,007		0,217	
	N = 433								

Die geschlechtsspezifische Betrachtung ergibt in der Gesamtstichprobe ( $p = 0,023$ ) und bei den Lehramtsstudenten ( $p = 0,007$ ) signifikante Unterschiede.

In beiden Gruppen gibt es einen großen Anteil von Frauen - mehr als Männer -, die über keine Sexualkontakte außerhalb der Partnerschaft verfügen (Gesamt m: 75,3%, w: 86,4%; Lehramt

m: 89,3%, w: 92,1%). In der Gesamtgruppe geben mehr Männer als Frauen „weniger“ bzw. „unverändert“ an. Bei den Lehramtsstudenten gibt es auch mehr Männer als Frauen, die die Situation als „unverändert“ beschreiben, allerdings bekunden 3,6% von ihnen, daß sie über „mehr“ Kontakte verfügen (w: 0%).

VAR. 89: „*Haben Sie Ihre sexuelle Aktivität generell eingeschränkt?*“ zielt auf Personen, die einen festen Partner haben. Hinsichtlich dieser Fragestellung findet sich nur im Rahmen der geschlechtsspezifischen Betrachtung Männer/Frauen ein signifikantes Ergebnis bei der Gesamtstichprobe ( $p = 0,017$ ) und den Lehramtsstudenten ( $p = 0,001$ ).

**Tabelle 78 D: Männer und Frauen**

VAR. 89 (Nur für Befragte mit festem Partner)  
Haben Sie Ihre sexuelle Aktivität generell eingeschränkt?

	Antwortkategorien	Gesamt		Design		Lehramt P.		Krankenpflege		
		m	w	m	w	m	w	m	w	
1	ja	8,8	2,9	8,1	6,3	14,8	2,4	-	2,2	
2	nein	91,3	97,1	91,9	93,8	85,2	97,6	100	97,8	
	%	100	100	100	100	100	100	100	100	
	N	80	341	37	48	27	247	16	46	
	p	0,017		0,740		0,001		0,552		
	N = 421									

Sowohl in der Gesamtstichprobe (m: 8,8%, w: 2,9%) als auch bei den Lehramtsstudenten (m: 14,8%, w: 2,4%) waren eher die Männer als die Frauen bereit, ihre sexuelle Aktivität „generell einzuschränken“.

VAR. 90: „*Haben Sie weniger Sexualpartner?*“ richtet sich an Personen, die keinen festen Partner haben. Bei dieser Variablen ergeben sich nur bei den Fachgruppen ( $p = 0,017$ ) signifikante Differenzen.

Während etwa ein Drittel aller Befragten ein „unverändertes“ Verhalten ausweist, zeigen die Designstudenten mit 21,7% die größte Veränderung in Richtung „weniger“ Partner an. Bei den Lehramtsstudenten liegt der Wert in derselben Rubrik bei 4,9%, die Krankenpflegeschüler zeigen mit 10,5% nur halb so viel Veränderungsbereitschaft wie die Designer.

Erkennbar wird bei dieser Variablen ebenfalls, daß das AIDS-Risiko die größten Veränderungen bei den Designer bewirkt hat.

**Tabelle 79 A: Gesamt**

VAR. 90 (Nur für Befragte ohne festen Partner)  
Haben Sie weniger Sexualpartner?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	(die Frage trifft für mich nicht zu)	34,8	56,9	50	50	93
2	weniger	21,7	4,9	10,5	10,2	19
3	unverändert	37	37,3	36,8	37,1	69
4	mehr	6,5	1	2,6	2,7	5
	%	100	100	100	100	
	N	46	102	38		186
	p = 0,017					
	Fehlende Antworten: 407					

Bei dem geschlechtsspezifischen Vergleich Männer/Frauen der VAR. 90 ergeben sich keine signifikanten Ergebnisse.

VAR. 92: „Benutzen Sie Kondome bzw. bestehen Sie auf Kondombenutzung zur AIDS-Prävention?“ richtet sich an Befragte ohne festen Partner.

Nur bei der Gruppe der Designstudenten ( $p = 0,016$ ) lassen sich signifikante Unterschiede bei dem geschlechtsspezifischen Vergleich Männer/Frauen feststellen.

Als sehr auffallend muß der hohe Anteil der weiblichen Designer beschrieben werden, die zu 70% „immer“ ein Kondom zur AIDS-Prävention benutzen (m: 23,5%). Zumindest „manchmal“ nutzen 70,6% der Männer der Gruppe ein Kondom (w: 25%).

**Tabelle 80 D: Männer und Frauen**

VAR. 92 (Nur für Befragte ohne festen Partner?)  
Benutzen Sie Kondome bzw. bestehen Sie auf Kondombenutzung zur AIDS-Prävention?

	Antwortkategorien	Gesamt		Design		Lehramt P.		Krankenpflege	
		m	w	m	w	m	w	m	w
1	ja, immer	36,4	51	23,5	70	37,5	40,3	54,5	66,7
2	ja, manchmal	50	40	70,6	25	37,5	48,4	36,4	27,8
3	nein	13,6	9	5,9	5	25	11,3	9,1	5,6
	%	100	100	100	100	100	100	100	100
	N	44	100	17	20	16	62	11	18
	p	0,253		0,016		0,359		0,800	
	N = 144								

VAR. 94: „Wenn Ihr Partner auf den Gebrauch eines Kondomes bestehen würde: würde Sie dies stören?“ bildet bei den Fachgruppen ein signifikantes Ergebnis ab ( $p = 0,002$ ).

Die geringsten Vorbehalte gegenüber Kondomen haben die Krankenpflegeschüler. 51,1% von ihnen antworten mit „gar nicht“. Die Werte der Vergleichsgruppen liegen mit 37,1% (Designstudenten) und 31,2% (Lehramtsstudenten) deutlich darunter. Folgerichtig liegen die Angaben der Krankenpfleger in der Kategorie „ziemlich“ mit 5,4% unter den Werten der beiden anderen Gruppen (Design: 8,9%; Lehramt: 7,6%).

**Tabelle 81 A: Gesamt**

VAR. 94 Wenn Ihr Partner auf den Gebrauch eines Kondomes bestehen würde: würde Sie dies stören?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	gar nicht	37,1	31,2	51,1	35,6	208
2	wenig	29	22,8	13	22,6	132
3	etwas	16,9	20,9	15,2	19,1	112
4	ziemlich	8,9	7,6	5,4	7,5	44
5	sehr	4,8	3	4,3	3,6	21
6	kann ich nicht beurteilen / habe keine Erfahrung damit	3,2	14,6	10,9	11,6	68
	%	100	100	100	100	
	N	124	369	92		585
	p = 0,002					
	Fehlende Antworten: 8					

Die geschlechtsspezifische Betrachtung ergibt ausschließlich bei den Frauen signifikante Unterschiede im Antwortverhalten ( $p = 0,003$ ). Die Krankenpflegeschülerinnen zeigen mit 53% die geringsten Vorbehalte gegenüber Kondomen (Design: 40,3%; Lehramt: 30,2%). Und auch in der Rubrik „wenig“ verfügen sie mit 12,1% über die geringste Nennung (Design: 29,9%; Lehramt: 21,6%).

**Tabelle 81 B: Männer**

VAR. 94 Wenn Ihr Partner auf den Gebrauch eines Kondomes bestehen würde: würde Sie dies stören?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	gar nicht	33,3	37,8	46,2	37,5	48
2	wenig	28,1	31,1	15,4	26,6	34
3	etwas	22,8	17,8	23,1	21,1	27
4	ziemlich	7	6,7	7,7	7	9
5	sehr	5,3	-	3,8	3,1	4
6	kann ich nicht beurteilen / habe keine Erfahrung damit	3,5	6,7	3,8	4,7	6
	%	100	100	100	100	
	N	57	45	26		128
	p = 0,843					
	Fehlende Antworten: 3					

**Tabelle 81 C: Frauen**

VAR. 94 Wenn Ihr Partner auf den Gebrauch eines Kondomes bestehen würde: würde Sie dies stören?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	gar nicht	40,3	30,2	53	35	160
2	wenig	29,9	21,6	12,1	21,4	98
3	etwas	11,9	21,3	12,1	18,6	85
4	ziemlich	10,4	7,7	4,5	7,7	35
5	sehr	4,5	3,4	4,5	3,7	17
6	kann ich nicht beurteilen / habe keine Erfahrung damit	3	15,7	13,6	13,6	62
	%	100	100	100	100	
	N	67	324	66		457
	p = 0,003					
	Fehlende Antworten: 5					

Bei dem geschlechtsspezifischen Vergleich Männer/Frauen der VAR. 94 ergeben sich keine signifikanten Ergebnisse.

VAR. 96: „Haben Sie im Zusammenhang mit AIDS etwas an Ihren heterosexuellen Praktiken geändert?“ gibt Aufschluß über die quantitativen Änderungen im Koitusverhalten.

Die Ergebnisse sind in diesem Fall bei den Fachgruppen signifikant ( $p = 0,002$ ). In etwa jeder zehnte Designstudent (8,8%) gibt an, seltener den Koitus zu praktizieren (Lehramt: 2,9%; Krankenpflege: 1,2%). Bei den Krankenpflegeschülern sind es immerhin 6%, die angeben, den Koitus häufiger zu praktizieren (Design: 2,7%; Lehramt: 1,5%).

**Tabelle 82 A: Gesamt**

VAR. 96 Haben Sie im Zusammenhang mit AIDS etwas an Ihren heterosexuellen Praktiken – in diesem Fall Koitus – geändert?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	eingestellt	0,9	-	-	0,2	1
2	seltener	8,8	2,9	1,2	3,9	21
3	unverändert	85,8	87,8	88	87,4	471
4	häufiger	2,7	1,5	6	2,4	13
5	noch nie gemacht	1,8	7,9	4,8	6,1	33
	%	100	100	100	100	
	N	113	343	83		539
	p = 0,002					
	Fehlende Antworten: 54					

Bei den Männern sind keine signifikanten Unterschiede des Antwortverhaltens feststellbar, bei den Frauen liegt der signifikante Wert bei  $p = 0,000$ .

Bei den Designstudentinnen wird eine deutliche Änderung beim Koitusverhalten erkennbar. 14,1% von ihnen (Lehramt: 3,3%; Krankenpflege: 1,7%) haben die Häufigkeit des Koitus reduziert. Umgekehrt verhält sich ein Teil der Krankenpflegeschülerinnen. 5% von ihnen geben an, daß sie „häufiger“ Koitus haben (Lehramt: 0,7%; Design: 1,6%).

**Tabelle 82 B: Männer**

VAR. 96 Haben Sie im Zusammenhang mit AIDS etwas an Ihren heterosexuellen Praktiken – in diesem Fall Koitus – geändert?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
2	seltener	2	-	-	0,9	1
3	unverändert	93,9	81,6	91,3	89,1	98
4	häufiger	4,1	7,9	8,7	6,4	7
5	noch nie gemacht	-	10,5	-	3,6	4
	%	100	100	100	100	
	N	49	38	23		110
	p = 0,127					
	Fehlende Antworten: 21					

**Tabelle 82 C: Frauen**

VAR. 96 Haben Sie im Zusammenhang mit AIDS etwas an Ihren heterosexuellen Praktiken – in diesem Fall Koitus – geändert?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	eingestellt	1,6	-	-	0,2	1
2	seltener	14,1	3,3	1,7	4,7	20
3	unverändert	79,7	88,5	86,7	86,9	373
4	häufiger	1,6	0,7	5	1,4	6
5	noch nie gemacht	3,1	7,5	6,7	6,8	29
	%	100	100	100	100	
	N	64	305	60		429
	p = 0,000					
	Fehlende Antworten: 33					

Signifikante Ergebnisse ergeben sich bei der Gesamtstichprobe ( $p = 0,008$ ) und den Lehramtsstudenten ( $p = 0,003$ ) bei der geschlechtsspezifischen Überprüfung Männer/Frauen.

Während die Frauen insgesamt (m: 0,9%, w: 4,7%) und der Lehramtsstudenten (m: 0%, w: 3,3%) den Koitus in Relation zu den Männern „seltener“ praktizieren, üben diese „häufiger“ als die Frauen einen Koitus aus (Gesamt m: 6,4%, w: 1,4%; Lehramt m: 7,9%, w: 0,7%).

**Tabelle 82 D: Männer und Frauen**

VAR. 96 Haben Sie im Zusammenhang mit AIDS etwas an Ihren heterosexuellen Praktiken – in diesem Fall Koitus – geändert?

	Antwortkategorien	Gesamt		Design		Lehramt P.		Krankenpflege	
		m	w	m	w	m	w	m	w
1	eingestellt	-	0,2	-	1,6	-	-	-	-
2	seltener	0,9	4,7	2	14,1	-	3,3	-	1,7
3	unverändert	89,1	86,9	93,9	79,7	81,6	88,5	91,3	86,7
4	häufiger	6,4	1,4	4,1	1,6	7,9	0,7	8,7	5
5	noch nie gemacht	3,6	6,8	-	3,1	10,5	7,5	-	6,7
	%	100	100	100	100	100	100	100	100
	N	110	429	49	64	38	305	23	60
	p	0,008		0,086		0,003		0,506	
	N = 539								

VAR. 97: „Haben Sie im Zusammenhang mit AIDS etwas an Ihren heterosexuellen Praktiken geändert?“ gibt Aufschluß über die Änderungen beim Petting.

**Tabelle 83 A: Gesamt**

VAR. 97 Haben Sie im Zusammenhang mit AIDS etwas an Ihren heterosexuellen Praktiken – in diesem Fall Petting – geändert?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	eingestellt	-	0,9	-	0,6	3
2	seltener	2,7	0,9	-	1,1	6
3	unverändert	84,1	91,9	84,7	89,1	483
4	häufiger	12,4	4,7	14,1	7,7	42
5	noch nie gemacht	0,9	1,7	1,2	1,5	8
	%	100	100	100	100	
	N	113	344	85		542
	p = 0,018					
	Fehlende Antworten: 51					

Die Ergebnisse der Fachgruppen sind signifikant ( $p = 0,018$ ). Den höchsten Wert in der Kategorie „unverändert“ weisen die Lehramtsstudenten mit 91,9% aus (Design: 84,1%; Kranken-



pflege: 84,7%). Die gravierendsten Veränderungen lassen sich in der Kategorie „häufiger“ bei den Designern (12,4%) und bei den Krankenpflegern (14,1%) erkennen. Die Lehramtsstudenten kommen hier nur auf einen Wert von 4,7%.

**Tabelle 83 B: Männer**

VAR. 97 Haben Sie im Zusammenhang mit AIDS etwas an Ihren heterosexuellen Praktiken – in diesem Fall Petting – geändert?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
2	seltener	2	-	-	0,9	1
3	unverändert	89,8	81,6	91,3	87,3	96
4	häufiger	8,2	15,8	4,3	10	11
5	noch nie gemacht	-	2,6	4,3	1,8	2
	%	100	100	100	100	
	N	49	38	23		110
	p = 0,484					
	Fehlende Antworten: 21					

**Tabelle 83 C: Frauen**

VAR. 97 Haben Sie im Zusammenhang mit AIDS etwas an Ihren heterosexuellen Praktiken – in diesem Fall Petting – geändert?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	eingestellt	-	1	-	0,7	3
2	seltener	3,1	1	-	1,2	5
3	unverändert	79,7	93,1	82,3	89,6	387
4	häufiger	15,6	3,3	17,7	7,2	31
5	noch nie gemacht	1,6	1,6	-	1,4	6
	%	100	100	100	100	
	N	64	306	62		432
	p = 0,000					
	Fehlende Antworten: 30					

Nach Geschlechtern differenziert sind nur die Werte der weiblichen Befragten ( $p = 0,000$ ) signifikant. Die Lehramtsstudentinnen zeigen mit 93,1% in der Rubrik „unverändert“ die größte Statik (Design: 79,9%; Krankenpflege: 82,3 %). Der Unterschied zu den beiden anderen Un-

tersuchungsgruppen liegt hauptsächlich in der Kategorie „häufiger“. 15,6% der Designstudentinnen und 17,7% der Krankenpflegeschülerinnen geben an, Petting „häufiger“ zu praktizieren. Deutlich weniger Frauen sind es bei den Lehramtsstudentinnen (3,3%).

**Tabelle 83 D: Männer und Frauen**

VAR. 97 Haben Sie im Zusammenhang mit AIDS etwas an Ihren heterosexuellen Praktiken – in diesem Fall Petting – geändert?

	Antwortkategorien	Gesamt		Design		Lehramt P.		Krankenpflege		
		m	w	m	w	m	w	m	w	
1	eingestellt	-	0,7	-	-	-	1	-	-	
2	seltener	0,9	1,2	2	3,1	-	1	-	-	
3	unverändert	87,3	89,6	89,8	79,7	81,6	93,1	91,3	82,3	
4	häufiger	10	7,2	8,2	15,6	15,8	3,3	4,3	17,7	
5	noch nie gemacht	1,8	1,4	-	1,6	2,6	1,6	4,3	-	
	%	100	100	100	100	100	100	100	100	
	N	110	432	49	64	38	306	23	62	
	p	0,758		0,480		0,012		0,083		
	N = 542									

Nur das Antwortverhalten der Lehramtsstudenten ( $p = 0,012$ ) ist bei der geschlechtsspezifischen Überprüfung signifikant.

Im Zusammenhang mit der AIDS-Prävention hat sich die Häufigkeit von Petting insbesondere bei den männlichen Lehramtsstudenten ausgeweitet (m: 15,8%, w: 3,3%).

VAR. 98: „Haben Sie im Zusammenhang mit AIDS etwas an Ihren heterosexuellen Praktiken geändert?“ gibt Aufschluß über die Änderungen beim Fellatio.

Es zeigt sich bei den Fachgruppen ( $p = 0,000$ ), daß die Designstudenten in den Kategorien „eingestellt“ (3,7%) und „seltener“ (8,3%) die höchsten Werte aufweisen und somit die größten Einschränkungen vorgenommen haben. „Häufiger“ wurde mit 10,8% bei den Krankenpflegeschülern vermerkt, ein Wert, der sich deutlich von den anderen Gruppen unterscheidet (Design: 3,7%; Lehramt: 0,9%).

**Tabelle 84 A: Gesamt**

VAR. 98 Haben Sie im Zusammenhang mit AIDS etwas an Ihren heterosexuellen Praktiken – in diesem Fall Fellatio – geändert?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	eingestellt	3,7	1,2	2,4	1,9	10
2	seltener	8,3	3,8	4,8	4,9	26
3	unverändert	76,1	70,6	63,9	70,7	376
4	häufiger	3,7	0,9	10,8	3	16
5	noch nie gemacht	8,3	23,5	18,1	19,5	104
	%	100	100	100	100	
	N	109	340	83		532
	p = 0,000					
	Fehlende Antworten: 61					

Während die Ergebnisse der männlichen Respondenten in der Variable 98 nicht signifikant sind, ergeben sich bei den Frauen Unterschiede in den Antworten ( $p = 0,000$ ).

Die Designstudentinnen zeigen die größte Veränderungsbereitschaft. 6,5% geben an, Fellatio eingestellt zu haben und 12,9% praktizieren ihn „seltener“. Die vergleichbaren Werte bei den Lehramtsstudentinnen und den Krankenpflegeschülerinnen liegen deutlich darunter.

13,1% der Krankenpflegeschülerinnen geben an, Fellatio „häufiger“ zu praktizieren.

**Tabelle 84 B: Männer**

VAR. 98 Haben Sie im Zusammenhang mit AIDS etwas an Ihren heterosexuellen Praktiken – in diesem Fall Fellatio – geändert?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	eingestellt	-	-	4,5	0,9	1
2	seltener	2,1	5,3	-	2,8	3
3	unverändert	83	60,5	77,3	73,8	79
4	häufiger	6,4	7,9	4,5	6,5	7
5	noch nie gemacht	8,5	26,3	13,6	15,9	17
	%	100	100	100	100	
	N	47	38	22		107
	p = 0,181					
	Fehlende Antworten: 24					

**Tabelle 84 C: Frauen**

VAR. 98 Haben Sie im Zusammenhang mit AIDS etwas an Ihren heterosexuellen Praktiken – in diesem Fall Fellatio – geändert?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	eingestellt	6,5	1,3	1,6	2,1	9
2	seltener	12,9	3,6	6,6	5,4	23
3	unverändert	71	71,9	59	69,9	297
4	häufiger	1,6	-	13,1	2,1	9
5	noch nie gemacht	8,1	23,2	19,7	20,5	87
	%	100	100	100	100	
	N	62	302	61		425
	p = 0,000					
	Fehlende Antworten: 37					

**Tabelle 84 D: Männer und Frauen**

VAR. 98 Haben Sie im Zusammenhang mit AIDS etwas an Ihren heterosexuellen Praktiken – in diesem Fall Fellatio – geändert?

	Antwortkategorien	Gesamt		Design		Lehramt P.		Krankenpflege	
		m	w	m	w	m	w	m	w
1	eingestellt	0,9	2,1	-	6,5	-	1,3	4,5	1,6
2	seltener	2,8	5,4	2,1	12,9	5,3	3,6	-	6,6
3	unverändert	73,8	69,9	83	71	60,5	71,9	77,3	59
4	häufiger	6,5	2,1	6,4	1,6	7,9		4,5	13,1
5	noch nie gemacht	15,9	20,5	8,5	8,1	26,3	23,2	13,6	19,7
	%	100	100	100	100	100	100	100	100
	N	107	425	47	62	38	302	22	61
	p	0,075		0,062		0,000		0,370	
	N = 532								

Mit  $p = 0,000$  ist das Ergebnis bei den Lehramtsstudenten bei dem geschlechtsspezifischen Vergleich Männer/Frauen signifikant.

In den Rubriken „seltener“ (m: 5,3%, w: 3,6%) und „häufiger“ (m: 7,9%, w: 0%) finden sich mehr Nennungen bei den Männern als bei den Frauen. Auch die Kategorie „unverändert“ zeigt Unterschiede zwischen den Männern (60,5%) und den Frauen (71,9%) an.

VAR. 99: „Haben Sie im Zusammenhang mit AIDS etwas an Ihren heterosexuellen Praktiken geändert?“ gibt Aufschluß über die Änderungen beim Cunnilingus.

Die signifikanten Ergebnisse der Fachgruppen ( $p = 0.000$ ) weisen die Lehramtsstudenten als die Gruppe aus, die die geringsten Veränderungen zeigt. In den Kategorien „eingestellt“ (0,9%), „seltener“ (2,4%) und „häufiger“ (2,1%) lassen die Lehramtsstudenten die geringsten Nennungen gegenüber den anderen Gruppen erkennen. Nicht erklärbar ist der relativ hohe Wert von 11% der Krankenpflegeschüler in der Rubrik „häufiger“.

**Tabelle 85 A: Gesamt**

VAR. 99 Haben Sie im Zusammenhang mit AIDS etwas an Ihren heterosexuellen Praktiken – in diesem Fall Cunnilingus – geändert?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	eingestellt	2,8	0,9	1,2	1,3	7
2	seltener	5,5	2,4	6,1	3,6	19
3	unverändert	81,7	75,7	62,2	74,8	395
4	häufiger	4,6	2,1	11	4	21
5	noch nie gemacht	5,5	19	19,5	16,3	86
	%	100	100	100	100	
	N	109	337	82		528
	p = 0,000					
	Fehlende Antworten: 65					

Bei den männlichen Respondenten sind im Gegensatz zu den weiblichen ( $p = 0,000$ ) keine signifikanten Unterschiede im Antwortverhalten feststellbar. Auch hier fällt die Statistik der weiblichen Lehramtsstudenten auf. Die Werte in den Bereichen „eingestellt“, „seltener“ und „häufiger“ betragen 2% bzw. unter 2%.

Die größte Veränderungsbereitschaft zeigen die Designstudentinnen mit jeweils 5% in den Rubriken „eingestellt“ und „seltener“. Warum 13,6% der Krankenpflegeschülerinnen „häufiger“ Cunnilingus praktizieren, kann nicht erklärt werden.

**Tabelle 85 B: Männer**

VAR. 99 Haben Sie im Zusammenhang mit AIDS etwas an Ihren heterosexuellen Praktiken – in diesem Fall Cunnilingus - geändert?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
2	seltener	6,1	5,3	8,7	6,4	7
3	unverändert	83,7	68,4	65,2	74,5	82
4	häufiger	6,1	10,5	4,3	7,3	8
5	noch nie gemacht	4,1	15,8	21,7	11,8	13
	%	100	100	100	100	
	N	49	38	23		110
	p = 0,312					
	Fehlende Antworten: 21					

**Tabelle 85 C: Frauen**

VAR. 99 Haben Sie im Zusammenhang mit AIDS etwas an Ihren heterosexuellen Praktiken – in diesem Fall Cunnilingus – geändert?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	eingestellt	5	1	1,7	1,7	7
2	seltener	5	2	5,1	2,9	12
3	unverändert	80	76,6	61	74,9	313
4	häufiger	3,3	1	13,6	3,1	13
5	noch nie gemacht	6,7	19,4	18,6	17,4	73
	%	100	100	100	100	
	N	60	299	59		418
	p = 0,000					
	Fehlende Antworten: 44					

Im geschlechtsspezifischen Vergleich beträgt der signifikante Wert bei den Lehramtsstudenten  $p = 0,004$ .

Wiederum sind es mehr Männer als Frauen, die angeben, Cunnilingus „seltener“ (m: 5,3%, w: 25%) bzw. „häufiger“ (m: 10,5%, w: 1%) zu praktizieren. Die weiblichen Lehramtsstudenten mit ihrem hohen Prozentwert bei „unverändert“ (76,6%) zeigen sich gegenüber den Männern (68,4%) relativ statisch in ihrem Verhalten.

**Tabelle 85 D: Männer und Frauen**

VAR. 99 Haben Sie im Zusammenhang mit AIDS etwas an Ihren heterosexuellen Praktiken – in diesem Fall Cunnilingus – geändert?

	Antwortkategorien	Gesamt		Design		Lehramt P.		Krankenpflege		
		m	w	m	w	m	w	m	w	
1	eingestellt	-	1,7	-	5	-	1	-	1,7	
2	seltener	6,4	2,9	6,1	5	5,3	2	8,7	5,1	
3	unverändert	74,5	74,9	83,7	80	68,4	76,6	65,2	61	
4	häufiger	7,3	3,1	6,1	3,3	10,5	1	4,3	13,6	
5	noch nie gemacht	11,8	17,4	4,1	6,7	15,8	19,4	21,7	18,6	
	%	100	100	100	100	100	100	100	100	
	N	110	418	49	60	38	299	23	59	
	p	0,064		0,502		0,004		0,708		
	N = 528									

Die VAR. 100: „Haben Sie im Zusammenhang mit AIDS etwas an Ihren heterosexuellen Praktiken geändert?“ gibt Aufschluß über die Änderungen beim Analverkehr.

Wie bei den vorangegangenen vier Variablen ist das Antwortverhalten der Fachgruppen ( $p = 0,000$ ) signifikant. Auch hier fallen die Lehramtsstudenten dadurch auf, daß sie die geringsten Änderungen aufweisen. Den auffälligsten Wandel vollzogen die Designstudenten, die zu 8% den Analverkehr „einstellten“ (Lehramt: 3,5%; Krankenpflege: 4,7%) und die Krankenpflegeschüler, die zu 10,6% den Analverkehr „seltener“ praktizieren (Design: 0,9%; Lehramt: 0%).

Die Differenzierung nach Geschlecht ergibt nur bei den Frauen eine Signifikanz ( $p = 0,000$ ). Mit 10,9% dominieren die Designerinnen in der Kategorie „eingestellt“ (Lehramt: 3,9%; Krankenpflege: 3,2%) und mit 11,3% die Krankenpflegerinnen in der Rubrik „seltener“ (Lehramt: 0%; Design: 1,6%).

Die geringsten Veränderungen zeigen die Lehramtsstudentinnen. Sie haben ihre Aktivitäten beim Analverkehr nur geringfügig variiert.

Der geschlechtsspezifische Vergleich Männer/Frauen erbringt bei den Lehramtsstudenten eine Signifikanz von  $p = 0,032$ .

Grundsätzlich wurde der Analverkehr bislang von weniger weiblichen Lehramtsstudenten als von männlichen ausgeführt (m: 71,1%, w: 82,2%). Immerhin haben 3,9 % der Frauen ihn

„eingestellt“ (m: 0%). Wieso 2,6% der Männer bzw. 0,3% der Frauen angeben, „häufiger“ Analverkehr zu haben, vermag nicht beurteilt zu werden.

**Tabelle 86 A: Gesamt**

VAR. 100 Haben Sie im Zusammenhang mit AIDS etwas an Ihren heterosexuellen Praktiken – in diesem Fall Analverkehr – geändert?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	eingestellt	8	3,5	4,7	4,6	25
2	seltener	0,9	-	10,6	1,9	10
3	unverändert	25	14,9	11,8	16,5	89
4	häufiger	0,9	0,6	2,4	0,9	5
5	noch nie gemacht	65,2	81	70,6	76,1	410
	%	100	100	100	100	
	N	112	342	85		539
	p = 0,000					
	Fehlende Antworten: 54					

**Tabelle 86 B: Männer**

VAR. 100 Haben Sie im Zusammenhang mit AIDS etwas an Ihren heterosexuellen Praktiken – in diesem Fall Analverkehr – geändert?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	eingestellt	4,2	-	8,7	3,7	4
2	seltener	-	-	8,7	1,8	2
3	unverändert	25	26,3	17,4	23,9	26
4	häufiger	-	2,6	-	0,9	1
5	noch nie gemacht	70,8	71,1	65,2	69,7	76
	%	100	100	100	100	
	N	48	38	23		109
	p = 0,113					
	Fehlende Antworten: 22					



**Tabelle 86 C: Frauen**

VAR. 100 Haben Sie im Zusammenhang mit AIDS etwas an Ihren heterosexuellen Praktiken – in diesem Fall Analverkehr – geändert?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	eingestellt	10,9	3,9	3,2	4,9	21
2	seltener	1,6	-	11,3	1,9	8
3	unverändert	25	13,5	9,7	14,7	63
4	häufiger	1,6	0,3	3,2	0,9	4
5	noch nie gemacht	60,9	82,2	72,6	77,7	334
	%	100	100	100	100	
	N	64	304	62		430
	p = 0,000					
	Fehlende Antworten: 32					

**Tabelle 86 D: Männer und Frauen**

VAR. 100 Haben Sie im Zusammenhang mit AIDS etwas an Ihren heterosexuellen Praktiken – in diesem Fall Analverkehr – geändert?

	Antwortkategorien	Gesamt		Design		Lehramt P.		Krankenpflege	
		m	w	m	w	m	w	m	w
1	eingestellt	3,7	4,9	4,2	10,9	-	3,9	8,7	3,2
2	seltener	1,8	1,9	-	1,6	-	-	8,7	11,3
3	unverändert	23,9	14,7	25	25	26,3	13,5	17,4	9,7
4	häufiger	0,9	0,9	-	1,6	2,6	0,3	-	3,2
5	noch nie gemacht	69,7	77,7	70,8	60,9	71,1	82,2	65,2	72,6
	%	100	100	100	100	100	100	100	100
	N	109	430	48	64	38	304	23	62
	p	0,243		0,481		0,032		0,576	
	N = 539								

Aus VAR. 109: „*Hat sich bei Ihnen die Häufigkeit von Masturbation geändert?*“ lassen sich im Hinblick auf die Fachgruppen signifikante Differenzen ableiten ( $p = 0,000$ ). Während die Lehramtsstudenten ihr Masturbationsverhalten kaum verändert haben, ist bei den Designstudenten und Krankenpflegeschülern jeweils ein Wert von 10,4% in der Rubrik „seltener“ erkennbar (Lehramt: 2,4%).

Darüber hinaus masturbiert ein nicht geringer Teil von 6,4% der Designstudenten „häufiger“ (Lehramt: 0,8%; Krankenpflege: 1%).

**Tabelle 87 A: Gesamt**

VAR. 109 Hat sich bei Ihnen die Häufigkeit von Masturbation geändert?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	(die Frage trifft für mich nicht zu)	8	31,7	39,6	28	165
2	eingestellt	0,8	1,6	1	1,4	8
3	seltener	10,4	2,4	10,4	5,4	32
4	unverändert	74,4	63,4	47,9	63,2	373
5	häufiger	6,4	0,8	1	2	12
	%	100	100	100	100	
	N	125	369	96		590
	p = 0,000					
	Fehlende Antworten: 3					

**Tabelle 87 B: Männer**

VAR. 109 Hat sich die Häufigkeit von Masturbation geändert?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	(die Frage trifft für mich nicht zu)	3,5	11,1	13,8	8,4	11
2	eingestellt	-	2,2	-	0,8	1
3	seltener	14	2,2	10,3	9,2	12
4	unverändert	75,4	84,4	72,4	77,9	102
5	häufiger	7	-	3,4	3,8	5
	%	100	100	100	100	
	N	57	45	29		131
	p = 0,131					
	Fehlende Antworten: 0					

Auch bei den Studentinnen und Krankenpflegeschülerinnen ergeben sich signifikante Antworten ( $p = 0,000$ ). Das Masturbationsverhalten der Lehramtsstudentinnen zeigt sich weitestgehend konstant. Während 7,4% der Designerinnen und 10,4% der Krankenpflegerinnen „seltener“ masturbieren, fällt der Wert bei den Lehramtsstudentinnen auf 2,5% ab. Deutlich von ihren Geschlechtsgenossinnen unterscheiden sich die Designerinnen in der Kategorie „häufiger“.

figer“. 5,9% zeigen hier eine Verhaltensänderung an, während es nur 0,9% bei den Lehramtsstudentinnen und 0% bei den Krankenpflegerinnen sind.

Bei den männlichen Befragten sind keine signifikanten Unterschiede im Antwortverhalten feststellbar.

**Tabelle 87 C: Frauen**

VAR. 109 Hat sich bei Ihnen die Häufigkeit von Masturbation geändert?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	(die Frage trifft für mich nicht zu)	11,8	34,6	50,7	33,6	154
2	eingestellt	1,5	1,5	1,5	1,5	7
3	seltener	7,4	2,5	10,4	4,4	20
4	unverändert	73,5	60,5	37,3	59	271
5	häufiger	5,9	0,9	-	1,5	7
	%	100	100	100	100	
	N	68	324	67		459
	p = 0,000					
	Fehlende Antworten: 3					

**Tabelle 87 D: Männer und Frauen**

VAR. 109 Hat sich bei Ihnen die Häufigkeit von Masturbation geändert?

	Antwortkategorien	Gesamt		Design		Lehramt P.		Krankenpflege		
		m	w	m	w	m	w	m	w	
1	(die Frage trifft für mich nicht zu)	8,4	33,6	3,5	11,8	11,1	34,6	13,8	50,7	
2	eingestellt	0,8	1,5	-	1,5	2,2	1,5	-	1,5	
3	seltener	9,2	4,4	14	7,4	2,2	2,5	10,3	10,4	
4	unverändert	77,9	59	75,4	73,5	84,4	60,5	72,4	37,3	
5	häufiger	3,8	1,5	7	5,9	-	0,9	3,4	-	
	%	100	100	100	100	100	100	100	100	
	N	131	459	57	68	45	324	29	67	
	p	0,000		0,299		0,027		0,005		
	N = 590									

In der Gesamtstichprobe ( $p = 0,000$ ), bei den Lehramtsstudenten ( $p = 0,027$ ) sowie den Krankenpflegeschülern ( $p = 0,005$ ) finden sich signifikante Ergebnisse.

In allen drei Fachgruppen gibt es mehr Frauen als Männer, die nicht masturbieren (Gesamt m: 8,4%, w: 33,6%; Lehramt m: 11,1%, w: 34,6%; Krankenpflege m: 13,8%, w: 50,7%). In der Gesamtgruppe masturbieren mehr Männer als Frauen nun „seltener“ (m: 9,2%, w: 4,4%), allerdings auch mehr Männer als Frauen „häufiger“ (m: 3,8%, w: 1,5%).

Auch bei den Männern der Krankenpflege ist eine Zunahme der Masturbationshäufigkeit zu vermerken (m: 3,4%, w: 0%).

Ähnliche Beobachtungen finden sich bei CLEMENT, dessen Teilnehmer überwiegend über Masturbationserfahrungen verfügten, die Männer ebenso deutlich häufiger als die Frauen (m: 92%, w: 74%) wie in unserer Stichprobe (vgl. CLEMENT 1986). Viel stärker ausgeprägt war der geschlechtsspezifische Unterschied im Masturbationsverhalten von Studenten aus der DDR: gegenüber 83% der Männer mit Masturbationserfahrung standen 30% der Frauen (vgl. CLEMENT/STARKE 1988). In der Heidelberger Studie gaben 96% der befragten männlichen Studenten ein veränderungsbeeinflusstes Masturbationsverhalten an (vgl. TILLMANN et al. 1990).

VAR. 110: „Hat sich die Häufigkeit von Kontakten mit Prostituierten geändert?“ dokumentiert nur bei den Fachgruppen eine Signifikanz ( $p = 0,045$ ).

Der Unterschied bildet sich hauptsächlich in der Rubrik „eingestellt“ ab. Hier zeigen die Designstudenten mit 3,2% die größte Veränderung ihres Verhaltens an (Lehramt: 0,3%; Krankenpflege: 1,1%).

**Tabelle 88 A: Gesamt**

VAR. 110 Hat sich die Häufigkeit von Kontakten mit Prostituierten geändert?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	(die Frage trifft für mich nicht zu)	92,8	96,8	97,9	96,1	567
2	eingestellt	3,2	0,3	1,1	1	6
4	unverändert	4	3	1,1	2,9	17
	%	100	100	100	100	
	N	125	370	95		590
	p = 0,045					
	Fehlende Antworten: 3					

**Tabelle 88 D: Männer und Frauen**

VAR. 110 Hat sich die Häufigkeit von Kontakten mit Prostituierten geändert?

	Antwortkategorien	Gesamt		Design		Lehramt P.		Krankenpflege	
		m	w	m	w	m	w	m	w
1	(die Frage trifft für mich nicht zu)	87,8	98,5	87,8	97,1	84,4	98,5	93,1	100
2	eingestellt	3,8	0,2	7	-	-	0,3	3,4	-
3	seltener	-	-	-	-	-	-	-	-
4	unverändert	8,4	1,3	5,3	2,9	15,6	1,2	3,4	-
5	häufiger	-	-	-	-	-	-	-	-
	%	100	100	100	100	100	100	100	100
	N	131	459	57	68	45	325	29	66
	p	0,000		0,065		0,000		0,098	
	N = 590								

Der geschlechtsspezifische Vergleich spiegelt bei der Gesamtgruppe ( $p = 0,000$ ) und den Lehramtsstudenten ( $p = 0,000$ ) signifikante Ergebnisse.

In der Gesamtgruppe haben die Männer zu 3,8% den Kontakt zu Prostituierten „eingestellt“ ( $w: 0,2\%$ ), allerdings zeigen sie auch weiterhin zu 8,4% ( $w: 1,3\%$ ) ein „unverändertes“ Verhalten. Bei den Lehramtsstudenten sind es 15,6% der befragten Männer ( $w: 1,2\%$ ), die ihr Verhalten als „unverändert“ beschreiben.

Grundsätzlich läßt sich festhalten, daß gravierend mehr Männer als Frauen einen Kontakt zu Prostituierten unterhalten (Gesamt  $m: 87,8\%$ ,  $w: 98,5\%$ ; Lehramt  $m: 84,4\%$ ,  $w: 98,5\%$ ).

VAR. 131: „Glauben Sie, daß man sich zuviel oder zu wenig Sorgen um diese Krankheit macht?“ zeigt bei den Fachgruppen signifikante Unterschiede ( $p = 0,024$ ).

Die Lehramtsstudenten zeigen den geringsten Wert in der Rubrik „eher zuviel“ mit 1,1% (Design: 6,4%; Krankenpflege: 4,1%) an und den höchsten Wert in der Kategorie „eher zu wenig“ mit 65,9% (Design: 60%; Krankenpflege: 63,9%).

Ihre Befürchtungen, sich „eher zu wenig“ Sorgen zu machen, korrespondieren mit dem eher statischen Verhalten im Hinblick auf die Bedrohung durch HIV und AIDS, das in den vorangegangenen Variablen deutlich wurde.

Bei den Frauen und den Männern konnten keine signifikante Unterschiede im Antwortverhalten festgestellt werden.

**Tabelle 89 A: Gesamt**

VAR. 131 Glauben Sie, daß man sich zuviel oder zu wenig Sorgen um diese Krankheit (AIDS) macht?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	eher zuviel	6,4	1,1	4,1	2,7	16
2	weder / noch	33,6	33	32	32,9	195
3	eher zu wenig	60	65,9	63,9	64,4	381
	%	100	100	100	100	
	N	125	370	97		592
	p = 0,024					
	Fehlende Antworten: 1					

Bei dem geschlechtsspezifischen Vergleich Männer/Frauen der VAR. 131 ergeben sich keine signifikanten Ergebnisse.

VAR. 141: „*Haben Sie jemals die Erfahrung gemacht, daß ihre Sexualpartner Kondome ablehnen?*“ zeigt bei der Betrachtung der Fachgruppen keine signifikanten Differenzen.

Bei der geschlechtsspezifischen Differenzierung werden signifikante Unterschiede im Antwortverhalten erkennbar. Der signifikante Wert liegt bei den männlichen Untersuchungsteilnehmern bei  $p = 0,026$  und bei den weiblichen bei  $p = 0,005$ .

40,7% der männlichen Krankenpflegeschüler machten die Erfahrung, daß ihre Sexualpartner Kondome abgelehnt haben. Bei den männlichen Design- und Lehramtsstudenten sind die Werte mit 16,4% bzw. 16,7% nicht halb so groß.

Umgekehrte Ergebnisse weisen die weiblichen Befragungsteilnehmer auf. Hier sind es die Krankenpflegeschülerinnen (15,4%), die am seltensten die Erfahrung einer Kondomablehnung erleben mußten. Bei den Lehramtsstudentinnen waren es 22,3%, und den höchsten Wert weisen die Designstudentinnen mit 38,2% aus.

Es ist zu vermuten, daß die große Ablehnungserfahrung bei den weiblichen Designstudenten mit dem vermehrten Kondomgebrauch (vgl. VAR. 40) korrespondiert. Das Ergebnis bei den männlichen Krankenpflegern kann in diesem Zusammenhang nicht erklärt werden. Sie benutzen (vgl. VAR. 39) von allen befragten männlichen Teilnehmern am wenigsten häufig ein Kondom.

Sowohl bei den Designstudenten ( $p = 0,008$ ) als auch den Krankenpflegeschülern ( $p = 0,008$ ) finden sich signifikante Ergebnisse bei dem geschlechtsspezifischen Vergleich.

Während bei den Designstudenten 38,5% der Frauen, aber nur 16,4% der Männer die Erfahrung gemacht haben, daß Sexualpartner Kondome ablehnen, verkehrt sich die Situation bei den Krankenpflegeschülern. Hier sind es 40,7% der Männer, jedoch nur 15,4% der Frauen, die über die gleiche Erfahrung verfügen.

**Tabelle 90 A: Gesamt**

VAR. 141 Haben Sie jemals die Erfahrung gemacht, daß Ihre Sexualpartner Kondome ablehnen?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	ja	28,5	21,6	22,8	23,3	133
2	nein	71,5	78,4	77,2	76,7	438
	%	100	100	100	100	
	N	123	356	92		571
	p = 0,302					
	Fehlende Antworten: 22					

**Tabelle 90 B: Männer**

VAR. 141 Haben Sie jemals die Erfahrung gemacht, daß Ihre Sexualpartner Kondome ablehnen?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	ja	16,4	16,7	40,7	21,8	27
2	nein	83,6	83,3	59,3	78,2	97
	%	100	100	100	100	
	N	55	42	27		124
	p = 0,026					
	Fehlende Antworten: 7					

**Tabelle 90 C: Frauen**

VAR. 141 Haben Sie jemals die Erfahrung gemacht, daß Ihre Sexualpartner Kondome ablehnen?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	ja	38,2	22,3	15,4	23,7	106
2	nein	61,8	77,7	84,6	76,3	341
	%	100	100	100	100	
	N	68	314	65		447
	p = 0,005					
	Fehlende Antworten: 15					

**Tabelle 90 D: Männer und Frauen**

VAR. 141 Haben Sie jemals die Erfahrung gemacht, daß Ihre Sexualpartner Kondome ablehnen?

	Antwortkategorien	Gesamt		Design		Lehramt P.		Krankenpflege		
		<b>m</b>	<b>w</b>	<b>m</b>	<b>w</b>	<b>m</b>	<b>w</b>	<b>m</b>	<b>w</b>	
1	ja	21,8	23,7	16,4	38,2	16,7	22,3	40,7	15,4	
2	nein	78,2	76,3	83,6	61,8	83,3	77,7	59,3	84,6	
	%	100	100	100	100	100	100	100	100	
	N	124	447	55	68	42	314	27	65	
	p	0,651		0,008		0,406		0,008		
	N = 571									



Bei den nachfolgenden Variablen, die ebenfalls zur Untersuchung der Hypothese III herangezogen wurden, konnten keine signifikanten Unterschiede im Antwortverhalten festgestellt werden.

**Tabelle 91: Variablen mit einem Chi-Quadrat von  $p > 0,05$**

<b>VAR. Nr.</b>	<b>Variable</b>	<b>Fachgruppen p =</b>	<b>Männer p =</b>	<b>Frauen p =</b>
21.	(Nur für Befragte mit einem festen Partner) Wie oft reden Sie mit ihrem festen Partner über Ihre sexuelle Beziehung?	0,132	0,626	0,073
22.	(Nur für Befragte mit einem festen Partner) Haben Sie mit Ihrem festen Partner sexuelle Konflikte?	0,079	0,860	0,070
80.	Verlangen Sie von einem neuen Partner einen AIDS-Test?	0,461	0,550	0,662
83.	Könnten Sie sich vorstellen, mit einer AIDS-infizierten Person sexuellen Kontakt zu haben?	0,785	0,109	0,740
84.	Würden Sie Ihren Partner informieren, wenn Sie sich mit AIDS infiziert hätten?	0,787	0,298	0,613
89.	(Nur für Befragte mit festem Partner) Haben Sie Ihre sexuelle Aktivität generell eingeschränkt?	0,218	0,247	0,338
91.	(Nur für Befragte ohne festen Partner) Haben Sie Ihre sexuelle Aktivität generell eingeschränkt?	0,847	0,769	0,573
92.	(Nur für Befragte ohne festen Partner) Benutzen Sie Kondome bzw. bestehen Sie auf Kondombenutzung zur AIDS-Prävention?	0,216	0,161	0,111
115.	Macht das AIDS-Risiko ihr Sexualleben spannender?	0,331	0,232	0,623

Auch der geschlechtsspezifische Vergleich ergab bei den nachstehenden Variablen keine signifikanten Unterschiede.

**Tabelle 92: Variablen im geschlechtsspezifischen Vergleich Männer/Frauen mit einem Chi-Quadrat von  $p > 0,05$**

<b>VAR. Nr.</b>	<b>Variable</b>	<b>Gesamt p =</b>	<b>Design p =</b>	<b>Lehramt P. p =</b>	<b>Kranken- pflege p =</b>
21.	(Nur für Befragte mit einem festen Partner) Wie oft reden Sie mit ihrem festen Partner über Ihre sexuelle Beziehung?	0,291	0,298	0,653	0,211
22.	(Nur für Befragte mit einem festen Partner) Haben Sie mit Ihrem festen Partner sexuelle Konflikte?	0,567	0,289	0,639	0,969
79.	Klären Sie bei potentiellen/neuen Sexualpartnern das AIDS-Risiko ab?	0,598	0,437	0,609	0,825
81.	Ist Ihnen schon einmal ein AIDS-Test abverlangt worden?	0,699	0,538	0,710	0,926
84.	Würden Sie Ihren Partner informieren, wenn Sie sich mit AIDS infiziert hätten?	0,362	0,102	0,528	0,895
85.	Haben sie sexuelle Kontakte abgebrochen bzw. erst gar nicht angefangen, weil Ihnen das Infektionsrisiko zu groß erschien?	0,353	0,228	0,740	0,370
90.	(Nur für Befragte ohne festen Partner) Haben Sie weniger Sexualpartner?	0,275	0,795	0,956	0,516
91.	(Nur für Befragte ohne festen Partner) Haben Sie Ihre sexuelle Aktivität generell eingeschränkt?	0,136	0,370	0,467	0,150
94.	Wenn Ihr Partner auf den Gebrauch eines Kondomes bestehen würde: würde Sie dies stören?	0,126	0,691	0,275	0,578
111.	Hat das AIDS-Risiko einen Einfluß auf Ihre Zufriedenheit im Sexualleben?	0,069	0,833	0,784	0,386
113.	Fühlen Sie sich durch das AIDS-Risiko bedroht?	0,406	0,581	0,889	0,479
115.	Macht das AIDS-Risiko ihr Sexualleben spannender?	0,095	0,107	0,457	0,161
127.	Hatten Sie in den letzten 12 Monaten Angst, AIDS zu bekommen?	0,915	0,987	0,118	0,646

128.	Haben Sie zur Zeit Angst, AIDS zu bekommen?	0,915	0,619	0,670	0,874
131.	Glauben Sie, daß man sich zuviel oder zu wenig Sorgen um diese Krankheit macht?	0,727	0,151	0,727	0,335

### 3. 3. 1. Zusammenfassung

(B. Bartsch)

Bei der abschließenden Bewertung der Hypothese III werden ausschließlich die Variablen berücksichtigt, die Signifikanzen in den Aussagen der Fachgruppen aufweisen bzw. Signifikanzen bei der geschlechtsspezifischen Betrachtungsweise erkennen lassen.

Als Ergebnis läßt sich festhalten, daß der erste Teil der von uns aufgestellte Hypothese III nicht verifiziert werden kann. Nicht - wie angenommen - die Studenten des Lehramtes Primarstufe und die Krankenpflegeschüler fühlen sich durch AIDS in ihrem Sexualverhalten am ehesten eingeschränkt und zeigen Verhaltensmodifikationen, vielmehr wird dieses Verhalten bei den Designstudenten erkennbar. Während die Designstudenten fast durchgängig die unmittelbarsten und gravierendsten Reaktionen auf die Krankheit AIDS zeigen, ist bei den Lehramtsstudenten eher eine Statik in ihren Verhaltensweisen zu erkennen. Die Krankenpflegeschüler nehmen in den meisten Bereichen einen Mittelwert ein.

Im einzelnen läßt sich diese Aussage wie folgt belegen: Die VAR. 111, 112, 113, 114 fragen unmittelbar nach dem Einfluß des AIDS-Risikos auf die Zufriedenheit im Sexualleben. Im Hinblick auf eine „Beeinträchtigung der sexuellen Zufriedenheit“ (VAR. 111), die „Einschränkung der sexuellen Praktiken“ (VAR. 112) und das „Gefühl einer Bedrohung durch AIDS“ (VAR. 113) zeigt die Fachgruppe Design und speziell deren weibliche Vertreter die höchsten Werte. Bei der „Einschränkung der Aufnahme neuer Kontakte“ (VAR. 114) ist zudem auch das Ergebnis der männlichen Designer höher als bei den Vergleichsgruppen.

Bei den Äußerungen zur AIDS-Angst in den letzten 12 Monaten (VAR. 127) zeigt sich die Fachgruppe der Lehramtsstudenten, aber auch die männlichen und weiblichen Lehramtsstudenten wesentlich weniger beeindruckt als die anderen Vergleichsgruppen. Auch in bezug auf

die Frage zur „aktuellen AIDS-Angst“ (VAR. 128) sind die Lehramtsstudenten (Gesamt und Frauen) weniger ängstlich.

In der Bewertung des „gegenwärtigen Sexuallebens“ (VAR. 63) wird deutlich, daß die Designstudenten (Gesamt) die geringsten Werte bei „voll befriedigend“ und die höchsten Werte bei „unbefriedigend“ erzielen. Die weiblichen Designer entsprechen in etwa den tendenziellen Ergebnissen der Gesamtgruppe der Designer.

Die VAR. 78 und 79 zeigen, daß die Designstudenten im allgemeinen, aber auch beide Geschlechtsgruppen die stärkste „Reduzierung bei den flüchtigen Sexualkontakten“ vorgenommen haben und zudem am häufigsten das „AIDS-Risiko bei potentiellen/neuen Partnern“ abklären.

Durch VAR. 81 wird deutlich, daß die Krankenpflegeschüler (Gesamt und Frauen) diejenigen sind, denen am „häufigsten ein AIDS-Test abverlangt worden ist“, doch dürfte hierfür primär die besondere berufliche Situation verantwortlich gemacht werden können.

Die VAR. 85, 86 und 90 geben Aufschluß darüber, ob sexuelle Kontakte aus Angst vor einer HIV-Infektion nicht aufgenommen bzw. sexuelle Aktivitäten reduziert wurden. In der Rubrik „mindestens einmal abgebrochen/nicht angefangen“ (VAR. 85) zeigen die Designstudenten (Gesamt und Frauen) die höchsten Ergebnisse. Sie sind auch die Gruppe (Gesamt, Männer und Frauen), die die sexuellen Kontakte neben ihrer festen Partnerschaft (VAR. 86) am intensivsten reduziert hat. Auch bei den befragten Personen, die keinen festen Partner haben (VAR. 90), sind es die Designer (Gesamt), die die höchsten Werte bei „weniger Partner“ ausweisen.

Bei der Benutzung des Kondoms (VAR. 94) sind es die Krankenpflegeschüler (Gesamt und Frauen), die am häufigsten eine mögliche Störung „gar nicht“ empfinden. Die vergleichbaren Ergebnisse der Designstudenten (Gesamt und Frauen) liegen zwischen den Ergebnissen der Krankenpflegeschüler und der Lehramtsstudenten.

Durch die VAR. 96, 97, 98, 99 und 100 wird transparent, in welcher Art und Weise die heterosexuellen Befragungsteilnehmer auf die AIDS-Bedrohung reagiert haben. Die Designer (Gesamt und Frauen) haben am häufigsten „seltener Koitus“ (VAR. 96) und „seltener Petting“

(VAR. 97), haben die höchsten Nennungen in den Kategorien „Fellatio eingestellt“ und „Fellatio seltener“ (VAR. 98) sowie „Cunnilingus eingestellt“ (VAR. 99).

Eine Fortführung der heterosexuellen restriktiven Verhaltensweisen ist bei VAR. 100 zu erkennen. In der Rubrik „Analverkehr eingestellt“ weisen die Designstudenten (Gesamt und Frauen) ebenfalls die höchsten Werte aus.

VAR. 109 geht auf das Masturbationsverhalten ein, und VAR. 110 erfragt die Veränderungen des Kontaktes zu Prostituierten im Hinblick auf eine AIDS-Bedrohung. Die intensivste Veränderung zeigt sich bei den Designstudenten (Gesamt und Frauen), wobei zwei Ausrichtungen, die im ersten Moment als gegensätzlich erscheinen können, erkennbar sind. Ein nicht geringer Teil gibt an, „seltener“ und ein ebenfalls nicht geringer Teil gibt an, „häufiger“ zu masturbieren (VAR. 109). Vermutet werden kann, daß das „seltener“ dadurch begründet ist, daß die Designstudenten ihre sexuellen Aktivitäten generell eingeschränkt haben. „Häufiger“ könnte gewählt worden sein, weil Masturbation als alternative sexuelle Betätigung - zu denkbar risikoreicheren - verstanden wird.

Auch was die Häufigkeit der Kontakte zu Prostituierten betrifft (VAR. 110), hat sich bei den Designstudenten (Gesamt) eine kleine, doch erkennbare Veränderung in Richtung „eingestellt“ ergeben.

Bei der Bewertung der Angst vor der Krankheit AIDS (VAR. 131) findet sich der größte Wert in der Rubrik „eher zu wenig“ bei den Lehramtsstudenten (Gesamt) und in der Rubrik „eher zu viel“ bei den Designstudenten (Gesamt).

Die Erfahrung, daß Kondome vom Partner abgelehnt werden (VAR. 141), wurde bei den männlichen Befragten am häufigsten von den Krankenpflegeschülern und bei den weiblichen von den Designstudentinnen gemacht. Eine Erklärung zu den männlichen Krankenpflegeschülern, vermögen wir nicht zu geben; bei den Designstudentinnen könnte die große Ablehnungserfahrung daher rühren, daß sie nachweisbar vermehrt Kondome gebrauchen.

Faßt man alle Einzelergebnisse der Überprüfung des ersten Teils der Hypothese III zusammen, so kommen wir zu dem Fazit, daß sich die Designstudenten - und hier besonders die weiblichen - am nachhaltigsten auf die AIDS-Bedrohung eingestellt und ihr Verhalten modifiziert haben. Während sich die Verhaltensweisen der Lehramtsstudenten - und annähernd auch bei den Krankenpflegeschülern - wenig durch Veränderung auszeichnen und weitestgehend sta-

tisch erscheinen, sind bei den Designstudenten die gravierendsten „gefühlsmäßigen Beeinträchtigungen“ meßbar, die intensivsten „Veränderungen bei potentiellen Sexualkontakten“ ausmachbar und die einschneidendsten „Veränderungen bei den Sexualpraktiken“ nachweisbar.

Im zweiten Teil der Hypothese wird die Vermutung überprüft, daß sich das Antwortverhalten der Frauen von dem der Männern unterscheidet. Bei insgesamt 17 Variablen finden sich signifikante Unterschiede.

In VAR. 63 beschreiben die Männer der Gesamtgruppe - im Gegensatz zu den Frauen - ihr gegenwärtiges Sexualleben als unbefriedigender. Gleichzeitig bekunden sie (Gesamt, Krankenpflege), daß sie über mehr „flüchtige Sexualkontakte“ als die Frauen verfügen (VAR. 78).

VAR. 80 stellt die Frage nach dem Verlangen eines AIDS-Testes von einem neuen Partner. Mehr Frauen als Männer (Gesamt, Design, Lehramt, Krankenpflege) bekunden, daß dies „vorgekommen ist“ bzw. der Wunsch oder die Absicht danach besteht. Die Mehrheit der Männer (Gesamt, Design, Lehramt, Krankenpflege) verneint diese Frage. Auch der Kontakt zu einer AIDS-infizierten Person (VAR. 83) wird eher von den Männern (Gesamt, Lehramt) als von den Frauen als „eingeschränkt“ möglich erachtet. Bei den Frauen (Gesamt, Lehramt) fällt die größere Unentschlossenheit – im Gegensatz zu den Männern – auf.

Bei der Frage nach Sexualpartnern außerhalb der Partnerschaft (VAR. 86) erweisen sich die Frauen (Gesamt, Lehramt) treuer als die Männer. Zumindest die Männer der Gesamtstichprobe belegen, daß es „weniger“ Kontakte geworden sind, die Männer aus der Gruppe der Lehramtsstudenten mit „mehr“ das Gegenteil. Immerhin haben mehr Männer als Frauen (Gesamt, Lehramt) „generell“ ihre sexuelle Aktivität eingeschränkt (VAR. 89).

Ihre besonders aufgeschlossene Haltung gegenüber einer Kondombenutzung dokumentieren die Frauen der Designergruppe, die keinen festen Partner haben (VAR. 92).

Im Zusammenhang mit AIDS (VAR. 96) wurde der Koitus von den Frauen (Gesamt, Lehramt) „seltener“ als von den Männern praktiziert. Umgekehrt verhielten sich die Männer (Gesamt, Lehramt), sie hatten „häufiger“ Koitus. Die Männer der Gruppe der Lehramtsstudenten intensivierten zusätzlich noch ihre Aktivitäten im Hinblick auf „Petting“ (VAR. 97), „Fellatio“ (VAR. 98), „Cunnilingus“ (VAR. 99) und in einem eingeschränkten Maß auch den

„Analverkehr“ (VAR. 100) mehr als die Frauen. Im Gegensatz zu den Männern gab ein kleiner Teil der weiblichen Lehramtsstudenten an, den Analverkehr „eingestellt“ zu haben.

Aus VAR. 109 läßt sich erkennen, daß die Frauen (Gesamt, Lehramt, Krankenpflege) nicht in dem Ausmaß wie die Männer masturbieren. Eine Minderheit der Frauen (Gesamt) masturbiert nun „seltener“ bzw. „häufiger“ als die Männer. Bei den Männern aus der Gruppe der Krankenpfleger verhält es sich umgekehrt, sie masturbieren „häufiger“ als die Frauen.

Auch der Kontakt zu Prostituierten (VAR. 110) ist bei den Männern (Gesamt, Lehramt) stärker als bei den Frauen ausgeprägt. Ein kleiner Teil der Männer (Gesamt) hat im Gegensatz zu den Frauen den Kontakt „eingestellt“. Grundsätzlich fühlen sich mehr Männer (Gesamt, Lehramt, Krankenpflege) als Frauen in ihren sexuellen Praktiken „eingeschränkt“ (VAR. 112). Umgekehrt verhält es sich bei der Aufnahme neuer Kontakte (VAR. 114). Hier sind es die Frauen (Gesamt, Lehramt, Krankenpflege), die öfter als die Männer dieses Gefühl äußern.

Daß Sexualpartner Kondome abgelehnt haben (VAR. 141), wird bei den Designstudenten eher von den Frauen bejaht, bei den Krankenpflegeschülern eher von den Männern.

Insgesamt 32 Variablen finden bei dem geschlechtsspezifische Vergleich Männer/Frauen der Hypothese III Berücksichtigung. Von diesen 32 Variablen weisen aber nur 17 signifikante Ergebnisse aus. Verteilt auf die Fachgruppen (Design, Lehramt, Krankenpflege) sowie die Gesamtgruppe ergibt sich folgende Aufteilung:

- Gesamt - 11 Variablen (34,4%) mit signifikanten geschlechtsspezifischen Unterschieden
- Designstudenten - 3 Variablen (9,4%) mit signifikanten geschlechtsspezifischen Unterschieden
- Lehramtsstudenten - 13 Variablen (40,6%) mit signifikanten geschlechtsspezifischen Unterschieden
- Krankenpflegeschüler - 6 Variablen (18,8%) mit signifikanten geschlechtsspezifischen Unterschieden.

Abschließend läßt sich festhalten, daß sich die Antworten der Männer/Frauen bei den Designstudenten und den Krankenpflegeschülern relativ einheitlich gestalten. Bei den Lehramts-

studenten und der Gesamtgruppe sieht es etwas anders aus. Hier ist der geschlechtsspezifische Unterschied Männer/Frauen ausgeprägter.



### 3. 4. Hypothese IV

(M. Jodexnis)

*„Designstudenten zeigen weniger häufig ein präventives und nicht infektiöses Sexualverhalten als Lehramtsstudenten der Primarstufe und Krankenpflegeschüler.*

*Grundsätzlich vermuten wir Unterschiede zwischen den Frauen und den Männern.“*

In die Überprüfung von Hypothese IV werden 37 Variablen aus den Fragebogenbereichen

- „Zur Partnersituation“ (VAR. 31),
- „Heterosexuelles Verhalten seit der Pubertät“ (VAR. 33, 35, 36, 44),
- „Sexualität in der gegenwärtigen Partnerschaft“ (VAR. 57, 58, 61),
- „Sexuelles Erleben“ (VAR. 65, 66),
- „Sexualität und AIDS“ (VAR. 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 96, 100, 112, 113, 114, 115 und
- „Informiertheit über AIDS“ (VAR. 127, 128, 136 und 141)

einbezogen. Es handelt sich hierbei um Fragen, die Aufschluß geben über bzw. Rückschlüsse erlauben auf das tatsächlich gezeigte Sexualverhalten der Befragten, auf Risikobewußtsein und -bereitschaft, auf Wissen über und Akzeptanz von Safer Sex und durch AIDS bedingte Verhaltenskonsequenzen.

Einige Variablen (VAR.78 – 80, 82 – 85, 93) wurden bereits zur Überprüfung von Hypothese I verwendet, sind aber ebenso relevant für Hypothese IV. Aus Gründen der Lesbarkeit und Nachvollziehbarkeit der Beweisführung werden für diese Variablen die Tabellen und dazugehörigen Texte wiederholt dargestellt.

VAR. 33 fragt nach dem Grund für die etwaige bisherige Koitusabstinenz und interessiert hier hinsichtlich der Frage, ob und wenn ja, welchen Stellenwert AIDS für die betroffenen Teilnehmer einnimmt.

VAR. 35 und 36 beziehen sich auf die Häufigkeit von Koitus und Koituspartnern und gelten als Indikatoren für ein (ohne Kondombenutzung) erhöhtes Infektionsrisiko. Gleiches gilt für

die VAR. 57, 58 und 61, die nach eigenen außerpartnerschaftlichen Sexualkontakten bzw. denen des Partners sowie der Zeitdimension (Dauer der Kontakte) fragen.

Die in VAR. 78 erfragten flüchtigen Sexualkontakte werden ebenfalls als Indiz für Risikobereitschaft und Infektionsgefährdung gewertet.

Die VAR. 86, 89, 90 und 91 geben Aufschluß darüber, ob die Befragten die Anzahl ihrer Sexualpartner bzw. ihre sexuelle Aktivität generell eingeschränkt haben.

VAR. 44 bezieht sich auf den (ungeschützten) Analverkehr als die infektionsriskanteste Sexualpraktik.

VAR. 65 und 66 geben Aufschluß über die Einstellung zu Sexualität ohne Liebesbeziehung sowie entsprechende diesbezügliche Erfahrungen und werden zur Bestimmung des Ansteckungsrisikos herangezogen. VAR. 31 erfragt in diesem Zusammenhang den Stellenwert sexueller Treue.

Einige Variablen (79, 80 und 81) fragen nach dem Abklären des Infektionsrisikos bei neuen Sexualpartnern sowie der Absicherung durch HIV-Tests und gelten als Indikatoren für präventives Verhalten oder nach der realen Angst vor AIDS (127 und 128).

Die Variablen 82 - 85 beziehen sich ebenfalls auf Risiko- und Verantwortungsbewußtsein und damit auf präventives Verhalten.

Eine Reihe von Variablen fragt nach direkten Verhaltenskonsequenzen durch die AIDS-Gefahr im Sinne von „Safer Sex“ (VAR. 87, 88 und 92), während die VAR. 93 und 136 eher Aufschluß über Bekanntheit und Bedeutung des Begriffes „Safer Sex“ geben.

Die VAR. 94 und 141 informieren über Kondomkonnotation und Kondomakzeptanz.

Die VAR. 96 und 100 fragen nach Veränderungen der sexuellen Praktiken, wobei sich VAR. 96 auf den penetrierenden vaginalen und VAR. 100 auf den analen Geschlechtsverkehr richtet.

VAR. 112, 113, 114 und 115 beinhalten Fragen nach der AIDS-Konnotation und möglichen Beeinträchtigungen durch das AIDS-Risiko. Dabei gilt das Gefühl der Bedrohung als zusammenhängend mit dem tatsächlich gezeigten Verhalten.

VAR. 35: „Wie oft hatten Sie in den letzten 12 Monaten Koitus?“

Die Variable wurde dahingehend umkodiert, daß die wenig besetzten Antwortkategorien 5 („4 - 7 Mal pro Woche“) und 6 („mehr als 7 Mal pro Woche“) zu einer Kategorie („mehr als 3 Mal pro Woche“) zusammengefaßt sind.

Mehrheitlich liegt die durchschnittliche Koitusfrequenz aller Befragten bei 1 - 3 Mal pro Woche, wobei die Designstudenten und die Krankenpflegeschüler um ca. 15% hinter den Lehramtsstudenten liegen. Bei Betrachtung der Verteilung in der nächsthöheren Frequenzkategorie (mehr als 3 Mal pro Woche), die in den drei Gruppen nicht sehr stark differiert, und der Addition der beiden Antwortkategorien erweisen sich die Designstudenten signifikant als die am wenigsten koitusaktive Gruppe.

**Tabelle 93 A: Gesamt**

VAR. 35 Wie oft hatten Sie in den letzten 12 Monaten Koitus?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	nie	7,7	2,5	13,3	5,4	28
2	1-3 Mal pro Jahr	11,1	6,3	12,0	8,3	43
3	1-3 Mal pro Monat	26,5	23,0	16,9	22,8	118
4	1-3 Mal pro Woche	41,0	56,3	41,0	50,4	261
5	mehr als 3 Mal pro Woche	13,7	11,9	16,9	13,1	68
	%	100	100	100	100	
	N	117	318	83		518
	p = 0,000					
	Fehlende Antworten: 75					

In der Männerstichprobe spielen die Fachgruppenunterschiede keine Rolle: beide Studentengruppen und die Krankenpflegeschüler beantworten die Frage ähnlich (p = 0,111).

**Tabelle 93 B: Männer**

VAR. 35 Wie oft hatten Sie in den letzten 12 Monaten Koitus?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	nie	7,7	5,9	26,9	11,6	13
2	1-3 Mal pro Jahr	13,5	17,6	15,4	15,2	17
3	1-3 Mal pro Monat	25,0	14,7	3,8	17,0	19
4	1-3 Mal pro Woche	42,3	41,2	38,5	41,1	46
5	mehr als 3 Mal pro Woche	11,5	20,6	15,4	15,2	17
	%	100	100	100	100	
	N	52	34	26		112
	p = 0,111					
	Fehlende Antworten: 19					

Bei den Frauen erweisen sich die Designerinnen als die am wenigsten koitusaktive Gruppe. In der Kategorie „1 - 3 Mal pro Woche“ liegen sie mit 40% deutlich hinter den Lehramtsstudentinnen (58,1%), aber nur geringfügig vor den Krankenpflegeschülerinnen. Letztere rangieren in der höchsten Frequenzkategorie um ca. zwei Prozentpunkte knapp vor den Designstudentinnen und etwas deutlicher vor den Lehramtsstudentinnen. 1 - 3 Mal pro Woche und häufiger üben die Designerinnen Koitus seltener aus (55,4%) als die Krankenpflegerinnen (59,6%) und vor allem die Lehramtsstudentinnen (69%).

**Tabelle 93 C: Frauen**

VAR. 35 Wie oft hatten Sie in den letzten 12 Monaten Koitus?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	nie	7,7	2,1	7,0	3,7	15
2	1-3 Mal pro Jahr	9,2	4,9	10,5	6,4	26
3	1-3 Mal pro Monat	27,7	243,9	22,8	24,4	99
4	1-3 Mal pro Woche	40,0	58,1	42,1	53,0	215
5	mehr als 3 Mal pro Woche	15,4	10,9	17,5	12,6	51
	%	100	100	100	100	
	N	65	284	57	406	
	p = 0,030					
	Fehlende Antworten: 75					

Insgesamt kristallisieren sich die Designstudenten (Gesamt und Frauen) als die am wenigsten koitusaktive Gruppe heraus.

**Tabelle 93 D: Männer und Frauen**

VAR. 35 Wie oft hatten Sie in den letzten 12 Monaten Koitus?

	Antwortkategorien	Gesamt		Design		Lehramt P.		Krankenpflege		
		m	w	m	w	m	w	m	w	
1	nie	11,6	3,7	7,7	7,7	5,9	2,1	26,9	7,0	
2	1-3 Mal pro Jahr	15,2	6,4	13,5	9,2	17,6	4,9	15,4	10,5	
3	1-3 Mal pro Monat	17,0	24,4	25,0	27,7	14,7	23,9	3,8	22,8	
4	1-3 Mal pro Woche	53,0	42,3	40,0	41,2	58,1	38,5	42,1	-	
5	mehr als 3 Mal pro Woche	15,2	12,6	11,7	15,4	20,6	10,9	15,4	17,5	
	%	100	100	100	100	100	100	100	100	
	N	112	406	52	65	34	284	26	57	
	p	0,000		0,925		0,006		0,048		
	N = 518									

Während die männlichen und weiblichen Designstudenten keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich ihrer Koitushäufigkeit aufweisen, sind bei den übrigen Männer und Frauen signifikante Differenzen erkennbar.

In den letzten 12 Monaten vor dem Befragungszeitraum hatten deutlich mehr Männer als Frauen gar keinen Koitus, wobei der Unterschied bei den Krankenpflegeschülern besonders ausgeprägt ist (Männer: 26,9%, Frauen: 7%). Deutlich mehr Männer als Frauen hatten so gut wie keinen Koitus (1-3 Mal pro Jahr), wobei hier die Geschlechtsdifferenz bei den Lehramtsstudenten am deutlichsten ist.

Die weiblichen Lehramtsstudenten hatten weitaus häufiger gelegentlichen Koitus (1-3 Mal pro Monat) als ihre männlichen Kommilitonen (23,9% vs. 14,7%) und auch eine höhere Koitusfrequenz in der Kategorie 1-3 Mal pro Woche (58,1% vs. 41,2%), wohingegen die männlichen Lehramtsstudenten beinahe doppelt so häufig wie die weiblichen von einer hohen Koitushäufigkeit (mehr als 3 Mal pro Woche) berichten (20,6% vs. 10,9%).

Die Krankenpflegeschüler/Innen unterscheiden sich sowohl hinsichtlich sehr geringer bis gar keiner (Kategorien 1-3) als auch hoher Koitusaktivität (Kategorie 4: m = 42,1%, w = %). Häufiger als einmal pro Woche hatten mehr Krankenpflegerinnen als -pfleger Koitus.

VAR. 36: „Mit wieviel Partnern hatten Sie Koitus in den letzten 12 Monaten?“

Die Mehrheit der Gesamtstichprobe - die Gruppe der Lehramtsstudenten mit 81,1% deutlich häufiger als die beiden anderen Gruppen mit je rd. 55% - lebte im Jahr vor der Befragung sexuell monogam. Die Designstudenten (36,1%) hatten auffallend häufiger mehr als einen Koituspartner als die Lehramtsstudenten (Kat. 3 und 4: 16,7%) und etwas häufiger als die Krankenpflegeschüler (29,8%), wobei die Kategorie „mehr als 5 Partner“ wenig bis gar nicht besetzt ist.

**Tabelle 94 A: Gesamt**

VAR. 36 Mit wieviel Partnern hatten Sie Koitus in den letzten 12 Monaten?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	mit keinem Partner	9,2	2,2	15,5	6,0	31
2	mit 1 Partner	54,6	81,1	54,8	70,8	369
3	mit 2-5 Partnern	35,3	16,7	26,2	22,5	117
4	mit mehr als 5 Partnern	0,8	-	3,6	0,8	4
	%	100	100	100	100	
	N	119	318	84		521
	p = 0,000					
	Fehlende Antworten: 72					

Bei den Männern unterscheiden sich die Fachgruppen nicht in ihrem Antwortverhalten, d. h., Design- und Lehramtsstudenten sowie Krankenpfleger beantworten die Frage ähnlich.

**Tabelle 94 B: Männer**

VAR. 36 Mit wieviel Partnern hatten Sie Koitus in den letzten 12 Monaten?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	mit keinem Partner	11,3	5,9	23,1	12,4	14
2	mit 1 Partner	54,7	76,5	42,3	58,4	66
3	mit 2-5 Partnern	34,0	17,6	30,8	28,3	32
4	mit mehr als 5 Partnern	-	-	3,8	0,9	1
	%	100	100	100	100	
	N	53	34	26		113
	p = 0,059					
	Fehlende Antworten: 18					

In der Frauengruppe erweist sich die Mehrheit in allen drei Fachgruppen als partnertreu, wobei die Designerinnen mit 54,5% signifikant seltener als die Krankenpflegeschülerinnen (60,3%) und die Lehramtsstudentinnen (81,7%) lediglich einen Partner in den letzten 12 Monaten hatten. Die Designstudentinnen hatten entsprechend mit 36,4% deutlich häufiger mehr als einen (2 - 5) Koituspartner als die anderen Frauen (Lehramt: 16,5%; Krankenpflege: 24,1%). Eine darüber hinausgehende Partnerzahl wird von den Frauen vernachlässigenswert selten genannt.

**Tabelle 94 C: Frauen**

VAR. 36 Mit wieviel Partnern hatten Sie Koitus in den letzten 12 Monaten?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	mit keinem Partner	7,6	1,8	12,1	4,2	17
2	mit 1 Partner	54,5	81,7	60,3	74,3	303
3	mit 2-5 Partnern	36,4	16,5	24,1	20,8	85
4	mit mehr als 5 Partnern	1,5	-	3,4	0,7	3
	%	100	100	100	100	
	N	66	284	58		408
	p = 0,000					
	Fehlende Antworten: 54					

Zu konstatieren ist, daß die Designstudenten (Gesamt und Frauen) promisker leben als die beiden anderen Gruppen und damit statistisch einem größerem Infektionsrisiko unterliegen, sofern sie bei ihren sexuellen Aktivitäten kein Kondom verwenden. Die Lehramtsstudenten (Gesamt und Frauen) erweisen sich als die Gruppe, die im vergangenen Jahr zwar am häufigsten Koitus hatte (niedrigste Nennung in Kategorie 1), andererseits aber auch deutlich monogamer lebte als die anderen Befragten.

Auch der Ausschluß der wenig besetzten Antwortkategorie 4 ergibt keine grundsätzlichen Veränderungen.

Signifikante geschlechtsspezifische Unterschiede finden sich lediglich in der Gesamtstichprobe, jedoch in keiner der drei Fachgruppen.

**Tabelle 94 D: Männer und Frauen**

VAR. 36 Mit wieviel Partnern hatten Sie Koitus in den letzten 12 Monaten?

	Antwortkategorien	Gesamt		Design		Lehramt P.		Krankenpflege		
		m	w	m	w	m	w	m	w	
1	mit keinem Partner	12,4	4,2	11,3	7,6	5,9	1,8	23,1	12,1	
2	mit 1 Partner	58,4	74,3	54,7	54,5	76,5	81,7	42,3	60,3	
3	mit 2-5 Partnern	28,3	20,8	34,0	36,4	17,6	16,5	30,8	24,1	
4	mit mehr als 5 Partnern	0,9	0,7	-	1,5	-	-	3,8	3,4	
	%	100	100	100	100	100	100	100	100	
	N	113	408	53	66	34	284	26	58	
	p	0,001		0,730		0,291		0,427		
	N = 521									

Der größte Teil der Frauen (74,3%) hatte mit einem Partner, weniger als ein Viertel (20,8%) mit zwei bis fünf Partnern Koitus in den letzten 12 Monaten. Von den Männern berichtet zwar ebenfalls die Mehrheit, aber in deutlich geringerem Ausmaß (58,4%) von nur einem Partner, mehr als ein Viertel (28,3%) von zwei bis fünf Koituspartnern. Erstaunlich erscheint, daß mehr Männer als Frauen (12,4% vs. 4,2%) sexuell enthaltsam gelebt hatten.

Auch HEINKE (vgl. HEINKE 1992) fand in seiner Untersuchung ein relativ monogames Verhalten, während BÖHM/ROHNER (vgl. BÖHM/ROHNER 1988) zu abweichenden Ergebnissen kommen (vgl. Hypothese II).

Zwar zeigt diese Variable, daß relativ wenige Studenten keinen Koituspartner hatten, jedoch auch vergleichsweise wenige über eine größere Anzahl an Sexualpartnern verfügten.

Die von der BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG im Jahre 1995 herausgegebenen repräsentativen Daten ermöglichen eine bessere Einordnung dieser Werte. Im Jahr 1994 hatten 82% der Befragten Sexualbeziehungen, davon wiederum hatte die überwiegende Mehrheit sexuellen Kontakt zu lediglich einem Partner (vgl. Hypothese II).

VAR. 57: „Haben Sie, seit Sie mit Ihrem festen Partner zusammen sind, mit anderen Partnern Geschlechtsverkehr gehabt?“



Die Designstudenten stellen sich signifikant als die Gruppe heraus, die mit beinahe einem Drittel (31,4%) die häufigsten außerpartnerschaftlichen Sexualkontakte hat (Kat. 2, 3 und 4), während dies bei den Lehramtsstudenten (12,6%) und den Krankenpflegeschülern (13,3%) deutlich seltener der Fall ist. Die Designstudenten geben mit insgesamt 16,3% auch eine größere Anzahl von sexuellen Nebenbeziehungen (mehr als ein Partner; Kat. 3 und 4) an als die beiden anderen Gruppen (Lehramt: 3,6%; Krankenpflege: 5%).

**Tabelle 95 A: Gesamt**

VAR. 57 Haben Sie außerhalb Ihrer festen Partnerschaft mit anderen Partnern Geschlechtsverkehr gehabt?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	nein	68,6	87,4	86,7	83,5	354
2	mit 1 Partner	15,1	9,0	8,3	10,1	43
3	mit 2-3 Partnern	12,8	2,9	3,3	5,0	21
4	mit mehr als 3 Partnern	3,5	0,7	1,7	1,4	6
	%	100	100	100	100	
	N	86	278	60		424
	p = 0,001					
	Fehlende Antworten: 169					

Die Männer zeigen in der Beantwortung dieser Frage keine signifikanten Unterschiede, d. h., die Fachgruppenzugehörigkeit hat hier keinen Einfluß.

**Tabelle 95 B: Männer**

VAR. 57 Haben Sie außerhalb Ihrer festen Partnerschaft mit anderen Partnern Geschlechtsverkehr gehabt?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	nein	78,9	78,6	64,3	76,3	61
2	mit 1 Partner	10,5	14,3	14,3	12,5	10
3	mit 2-3 Partnern	7,9	7,1	14,3	8,8	7
4	mit mehr als 3 Partnern	2,6	-	7,1	2,5	2
	%	100	100	100	100	
	N	38	28	14		80
	p = 0,801					
	Fehlende Antworten: 51					

Von den Frauen haben die Designstudentinnen mit 39,7% häufiger außerpartnerschaftliche Sexualkontakte (Kat. 2, 3 und 4) als die Lehramtsstudentinnen (11,6%) und die Krankenpflegeschülerinnen (6,5%). Die Designerinnen haben diese Nebenbeziehungen mit 20,9% auch deutlich häufiger mit mehr als einem Partner als die Lehramtsstudentinnen (3,2%), während die Krankenpflegerinnen ihre Außenbeziehungen ausschließlich mit nur einem Partner haben.

**Tabelle 95 C: Frauen**

VAR. 57 Haben Sie außerhalb Ihrer festen Partnerschaft mit anderen Partnern Geschlechtsverkehr gehabt?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	nein	60,4	88,4	93,5	85,2	293
2	mit 1 Partner	18,8	8,4	6,5	9,6	33
3	mit 2-3 Partnern	16,7	2,4	-	4,1	14
4	mit mehr als 3 Partnern	4,2	0,8	-	1,2	4
	%	100	100	100	100	
	N	48	250	46		344
	p = 0,000					
	Fehlende Antworten: 118					

Es läßt sich festhalten, daß von den partnergebundenen Befragten die Designstudenten (insgesamt und Frauen), sich signifikant promisker verhalten und damit tendenziell infektionsgefährdeter sind als die anderen Befragten, sofern kein Kondom verwendet wird.

Signifikante geschlechtsbezogene Differenzen finden sich nur in der Gruppe der Krankenpflegeschüler.

Die überwiegende Mehrheit der Krankenpflegeschülerinnen, die einen festen Partner haben, lebt mit diesem sexuell monogam zusammen (93,5%), während dies bei deutlich weniger Männern (64,3%) der Fall ist. Während keine Frau mehr als einen außerpartnerschaftlichen Sexualkontakt hatte, trifft dies auf immerhin 21,4% der Männer zu.

In der Literatur finden sich unterschiedliche Angaben zur sexuellen Untreue: zwischen ca. 20% bis ca. 40% der partnergebundenen Befragten hatten sexuelle Außenbeziehungen (vgl. Hypothese II).

**Tabelle 95 D: Männer und Frauen**

VAR. 57 Haben Sie außerhalb Ihrer festen Partnerschaft mit anderen Partnern Geschlechtsverkehr gehabt?

	Antwortkategorien	Gesamt		Design		Lehramt P.		Krankenpflege	
		m	w	m	w	m	w	m	w
1	nein	76,3	85,2	78,9	60,4	78,6	88,4	64,3	93,5
2	mit 1 Partner	12,5	9,6	10,5	18,8	14,3	8,4	14,3	6,5
3	mit 2-3 Partnern	8,8	4,1	7,9	16,7	7,1	2,4	14,3	-
4	mit mehr als 3 Partnern	2,5	1,2	2,6	4,2	-	0,8	7,1	-
	%	100	100	100	100	100	100	100	100
	N	80	344	38	48	28	250	14	46
	p	0,183		0,330		0,329		0,009	
	N = 424								

VAR. 58: „Wie lange dauerte die längste dieser Beziehungen?“

Ein Zusammenhang zwischen Studienfach und Dauer der außerpartnerschaftlichen Sexualbeziehungen sowie der Annahme, daß die Designstudenten auch häufiger als die anderen Gruppen über sehr kurze, nur wenige Stunden dauernde Sexualkontakte („One-Night-Stand“) verfügen, läßt sich lediglich für die Gesamtstichprobe bei einer Signifikanz von  $p = 0,003$  bestätigen. Sowohl in der Männer- als auch Frauenstichprobe sind keine signifikanten Unterschiede im Antwortverhalten erkennbar.

**Tabelle 96 A: Gesamt**

VAR. 58 Wie lange dauerte die längste dieser Beziehungen?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	wenige Stunden	29,6	17,1	-	20,0	14
2	wenige Tage	14,8	14,3	62,5	20,0	14
3	bis 1 Monat	18,5	31,4	12,5	24,3	17
4	bis 3 Monate	11,1	31,4	-	20,0	14
5	4-12 Monate	11,1	-	25,0	7,1	5
6	mehr als 1 Jahr	14,8	5,7	-	8,6	6
	%	100	100	100	100	
	N	27	35	8		70
	p = 0,003					
	Fehlende Antworten: 523					

Mit rd. 30% stellen die nur wenige Stunden andauernden Kontakte den größten Teil der Nebenbeziehungen der Designstudenten dar. Bei den Lehramtsstudenten liegt die größte Häufigkeit zu gleichen Teilen (rd. 31%) zwischen einem und drei Monaten, bei den Krankenpflegeschülern dauerte die Mehrheit dieser Kontakte (rd. 63%) wenige Tage. Auf der anderen Seite berichten die Designstudenten häufiger als die anderen Befragten von sehr lange (mehr als ein Jahr) andauernden Außenbeziehungen.

Signifikante Geschlechtsunterschiede sind weder in der Gesamtstichprobe noch in einer der Fachgruppen zu finden: alle Männer und Frauen beantworten die Frage ähnlich.

*VAR. 78: „Hat sich die Zahl Ihrer flüchtigen Sexualkontakte geändert?“*

Die Designstudenten bilden mit Abstand die größte Gruppe derer, auf die diese Frage zutrifft, die also über vergangene und/oder gegenwärtige flüchtige Sexualkontakte verfügen. Mit 48,8% geben mehr als doppelt so viele Designer wie Lehramtsstudenten (17,8%) an, Erfahrungen mit flüchtigen Sexualkontakten zu haben. Immerhin haben 22,4% von ihnen diese Kontakte reduziert, während dies bei den anderen Fachgruppen (Lehramt: 5,9%; Krankenpflege: 11,3%) seltener der Fall ist. Andererseits halten die Designstudenten zu mehr als einem Viertel (26,4%) auch deutlich häufiger als die anderen Befragten in unveränderter Weise an ihren sexuellen Spontankontakten fest (Lehramt: 11,4%; Krankenpflege: 15,5%).

Eine Zunahme flüchtiger Sexualbeziehungen ist insgesamt nur geringfügig zu beobachten, bemerkenswerterweise am häufigsten bei den Krankenpflegeschülern.

**Tabelle 97 A: Gesamt**

VAR. 78 Hat sich die Zahl Ihrer flüchtigen Sexualkontakte geändert?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	trifft nicht zu	51,2	82,2	70,1	73,6	436
2	weniger geworden	22,4	5,9	11,3	10,3	61
3	unverändert	26,4	11,4	15,5	15,2	90
4	mehr geworden	-	0,5	3,1	0,8	5
	%	100	100	100	100	
	N	125	370	97		592
	p = 0,000					
	Fehlende Antworten: 1					

Tendenziell wiederholt sich das Antwortverhalten der Gesamtstichprobe bei Kontrolle der Geschlechter.

Bei den Männern trifft auf die überwiegende Mehrheit der Lehramtsstudenten (82,2%), bei ihren Geschlechtsgenossen lediglich auf eine knappe Mehrheit (Design: 50%; Krankenpflege: 55,2%), die Frage nicht zu. D. h., daß lediglich 17,8% der angehenden Lehrer Erfahrungen mit flüchtigen Sexualkontakten hatten/haben, während dies bei 50% der Designer und 44,8% der Krankenpfleger der Fall ist.

**Tabelle 97 B: Männer**

VAR. 78 Hat sich die Zahl Ihrer flüchtigen Sexualkontakte geändert?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	trifft nicht zu	50,0	82,2	55,2	62,3	81
2	weniger geworden	19,6	4,4	10,3	12,3	16
3	unverändert	30,4	11,1	31,0	23,8	31
4	mehr geworden	-	2,2	3,4	1,5	2
	%	100	100	100	100	
	N	56	45	29		130
	p = 0,016					
	Fehlende Antworten: 1					

Die Designstudenten haben ihre flüchtigen Sexualkontakte mit knapp 20% häufiger reduziert als ihre Geschlechtsgenossen, vor allem als die Lehramtsstudenten mit 4,4%. Von einer gleichbleibenden Anzahl berichten die Designer (30,4%) und Krankenpfleger (31%) annähernd übereinstimmend häufig, die Lehramtsstudenten deutlich seltener (11,1%). Von den insgesamt 130 Männern, die diese Frage beantwortet haben, geben lediglich zwei an, mehr flüchtige Sexualbeziehungen als früher zu haben.

Innerhalb der Frauengruppe verfügen die Designstudentinnen (47,8%) über deutlich mehr Erfahrungen mit sexuellen Spontankontakten als die anderen Frauen (Lehramt: 17,8%; Krankenpflege: 23,5%). Weiterhin haben die Designstudentinnen am häufigsten die Anzahl ihrer flüchtigen Sexualbeziehungen sowohl eingeschränkt (24,6% gegenüber Lehramt: 6,2% und Krankenpflege: 11,8%) als auch unverändert beibehalten (23,2% vs. Lehramt: 11,4%; Kran-

kenpflege: 8,8%). Von den insgesamt 462 Frauen geben lediglich drei an, die Zahl ihrer flüchtigen Sexualkontakte erhöht zu haben.

**Tabelle 97 C: Frauen**

VAR. 78 Hat sich die Zahl Ihrer flüchtigen Sexualkontakte geändert?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	trifft nicht zu	52,2	82,2	76,5	76,8	355
2	weniger geworden	24,6	6,2	11,8	9,7	45
3	unverändert	23,2	11,4	8,8	12,8	59
4	mehr geworden	-	0,3	2,9	0,6	3
	%	100	100	100	100	
	N	69	325	68		462
	p = 0,000					
	Fehlende Antworten: 0					

Deutlich wird, daß die männlichen und weiblichen Designstudenten die meisten flüchtigen Sexualkontakte von allen Befragten haben und diese zu etwa einem Viertel in unveränderter Häufigkeit beibehalten. Andererseits stellen sie auch den größten Anteil derer, die diese Spontanbeziehungen reduziert haben.

**Tabelle 97 D: Männer und Frauen**

VAR. 78 Hat sich die Zahl Ihrer flüchtigen Sexualkontakte geändert?

	Antwortkategorien	Gesamt		Design		Lehramt P.		Krankenpflege	
		m	w	m	w	m	w	m	w
1	trifft nicht zu	62,3	76,8	50,0	52,2	82,2	82,2	55,2	76,5
2	weniger geworden	12,3	9,7	19,6	24,6	4,4	6,2	10,3	11,8
3	unverändert	23,8	12,8	30,4	23,2	11,1	11,4	31,0	8,8
4	mehr geworden	1,5	0,6	-	-	2,2	0,3	4,4	2,9
	%	100	100	100	100	100	100	100	100
	N	130	462	56	69	45	325	29	68
	p	0,005		0,614		0,411		0,049	
	N = 592								

Signifikante Unterschiede zwischen Männern und Frauen finden sich in der Gesamtheit sowie in der Gruppe der Krankenpfleger.

Auf mehr Männer als Frauen, besonders bei den Krankenpflegern, trifft diese Frage nicht zu. Die Männer insgesamt haben ihre flüchtigen Sexualkontakte häufiger als die Frauen sowohl unverändert beibehalten, wobei diese Differenz in der Gruppe Krankenpflege besonders ausgeprägt ist, als auch – wenn auch auf insgesamt sehr niedrigem Niveau – erhöht.

Auf die Gesamtheit aller Befragten bezogen haben mehr Männer als Frauen, bei den Krankenpflegeschülern mehr Frauen als Männer ihre diesbezüglichen Aktivitäten reduziert.

Von einer Reduzierung flüchtiger Sexualkontakte unter der Bedrohung durch AIDS berichten auch andere Untersuchungen (vgl. KARCHES et al. 1991; NEUBAUER 1989 a und 1994).

**VAR. 86: „Haben Sie weniger Sexualpartner außerhalb Ihrer Partnerschaft?“**

Diese Frage betrifft nur die partnergebundenen Teilnehmer und ergibt signifikante Unterschiede hinsichtlich der Fach- und Geschlechtsgruppen.

Die Designstudenten insgesamt geben deutlich häufiger als die anderen beiden Gruppen an, die Zahl ihrer außerpartnerschaftlichen Sexualkontakte reduziert (19,3% gegenüber je rd. 5% bei Lehramt und Krankenpflege) als auch in unveränderter Form beibehalten zu haben (21,6% gegenüber Lehramt: 3,2% und Krankenpflege: 9,4%). Während auf die überwiegende Mehrheit der Lehramtsstudenten (91,8%) und Krankenpflegeschüler (85,9%) die Frage nicht zutrifft, d. h. keine außerpartnerschaftlichen Sexualbeziehungen vorhanden sind, fällt diese Zahl bei den Designern mit 59,1% deutlich niedriger aus.

**Tabelle 98 A: Gesamt**

VAR. 86 Haben Sie weniger Sexualpartner außerhalb Ihrer Partnerschaft?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	trifft nicht zu	59,1	91,8	85,9	84,3	365
2	weniger	19,3	4,6	4,7	7,6	33
3	unverändert	21,6	3,2	9,4	7,9	34
4	mehr	-	0,1	-	0,2	1
	%	100	100	100	100	
	N	88	281	64		433
	p = 0,000					
	Fehlende Antworten: 160					

Bei den Männern fällt auf, daß die Designer zu mehr als einem Viertel (27%) als einzige ihrer Geschlechtsgruppe die Anzahl ihrer sexuellen Nebenbeziehungen reduziert haben. Zudem verfügen sie deutlich häufiger über außerpartnerschaftliche Sexualkontakte (37,8%) als die anderen Männer (Lehramt: 10,7%; Krankenpflege: 18,8%).

Über eine unveränderte Häufigkeit berichten alle Krankenpfleger, auf die diese Frage zutrifft (18,8%) und zwei Drittel (7,1%) der Lehramtsstudenten.

**Tabelle 98 B: Männer**

VAR. 86 Haben Sie weniger Sexualpartner außerhalb Ihrer Partnerschaft?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	trifft nicht zu	62,2	89,3	81,3	75,3	61
2	weniger	27,0	-	-	12,3	10
3	unverändert	10,8	7,1	18,8	11,1	9
4	mehr	-	3,6	-	1,2	1
	%	100	100	100	100	
	N	37	28	16		81
	p = 0,011					
	Fehlende Antworten: 50					

**Tabelle 98 C: Frauen**

VAR. 86 Haben Sie weniger Sexualpartner außerhalb Ihrer Partnerschaft?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	trifft nicht zu	56,9	92,1	87,5	86,4	304
2	weniger	13,7	5,1	6,3	6,5	23
3	unverändert	29,4	2,8	6,3	7,1	25
	%	100	100	100	100	
	N	51	253	48		352
	p = 0,000					
	Fehlende Antworten: 110					

Von den Frauen haben die Designstudentinnen die meisten außerpartnerschaftlichen Sexualkontakte (43,1% gegenüber Lehramt: 7,9%; Krankenpflege: 12,6%) und diese im Zuge von AIDS auch häufiger sowohl reduziert (13,7%; Lehramt: 5,1%; Krankenpflege: 6,3%) als auch unverändert beibehalten (29,4%; Lehramt: 2,8%; Krankenpflege: 6,3%).



Festzuhalten ist, daß die Gruppe der Designstudenten nicht nur über die meisten Sexualkontakte außerhalb ihrer festen Partnerschaft verfügen, sondern diese auch deutlich häufiger als die anderen Befragten reduziert haben.

Signifikante Geschlechtsunterschiede finden sich in der Gesamtstichprobe und in der Gruppe Lehramt.

**Tabelle 98 D: Männer und Frauen**

VAR. 86 Haben Sie weniger Sexualpartner außerhalb Ihrer Partnerschaft?

	Antwortkategorien	Gesamt		Design		Lehramt P.		Krankenpflege	
		m	w	m	w	m	w	m	w
1	trifft nicht zu	75,3	86,4	62,2	56,9	89,3	92,1	81,3	87,5
2	weniger	12,3	6,5	27,0	13,7	-	5,1	-	6,3
3	unverändert	11,1	7,9	10,8	29,4	7,1	2,8	18,3	6,3
4	mehr	1,2	-	-	-	3,6	-	-	-
	%	100	100	100	100	100	100	100	100
	N	81	352	37	51	28	253	16	48
	p	0,023		0,064		0,007		0,217	
	N = 433								

Auf die überwiegende Mehrheit der Frauen trifft die Frage nicht zu, bei den Männern fallen diese Werte vor allem in der Gesamtstichprobe niedriger aus.

Jeweils rd. 8% aller befragten Frauen berichten von einer reduzierten und gleichgebliebenen Zahl außerpartnerschaftlicher Sexualbeziehungen, während die Lehramtsstudentinnen in beiden Fällen unter diesen Werten liegen.

Die Gesamtheit der Männer hat häufiger als die männlichen Lehramtsstudenten sowohl weniger als auch gleich viele außerpartnerschaftliche Sexualkontakte, wobei die Differenzen ausgeprägter sind als bei den Frauen.

Kein Lehramtsstudent berichtet von einer Einschränkung; dagegen haben dreimal so viele Studenten wie der Rest der Männer ihre sexuelle Untreue noch ausgeweitet.

Verglichen mit den Berliner Studenten (weniger Sexualpartner: 41%, unverändert: 54%; vgl. BÖHM/ROHNER 1988) haben unsere Befragten mit Ausnahme der weiblichen Designstu-

denten die Anzahl ihrer außere Partnerschaftlichen Sexualbeziehungen deutlich stärker reduziert.

Möglicherweise reagieren die im Vergleich zu den Lehramtsstudentinnen freizügigeren Designerinnen auf die AIDS-Gefahr weniger mit Reduzierung ihrer sexuellen Nebenbeziehungen als mit anderen Aspekten präventiven Verhaltens (z.B. Kondomgebrauch). Denkbar ist auch, daß die Designstudentinnen mit festem Partner treuer als ihre Geschlechtsgenossinnen sind.

Der Trend zu monogamen Lebensvorstellungen findet sich auch in anderen Untersuchungen: KARCHES et al. beobachteten besonders bei weiblichen und jüngeren Krankenpflegeschülern eine Zunahme sexuell treuer Verhaltensweisen (vgl. KARCHES et al. 1991). Mehr als 60% der von BÖHM/ROHNER befragten Studenten lebten zum Befragungszeitpunkt monogam in einer festen Partnerschaft. Obwohl die sexuell treue Partnerschaft Priorität hatte (für Frauen etwas häufiger als für Männer), präferierten rund ein Drittel der Männer und ein Viertel der Frauen die offene Paarbeziehung, die auch sexuelle Nebenkontakte erlaubt (vgl. BÖHM/ROHNER 1988). NEUBAUER berichtete, daß drei Viertel der Studenten, die in festen Paarbeziehungen mit sexuellen Außenkontakten lebten, diesbezüglich vorsichtiger geworden waren (vgl. NEUBAUER 1989 a und 1994).

VAR. 89: „*Haben Sie Ihre sexuelle Aktivität generell eingeschränkt?*“

Diese Frage betrifft nur diejenigen Teilnehmer, die in einer festen Partnerschaft leben.

Bei der Beantwortung dieser Frage spielt die Fachgruppenzugehörigkeit keine Rolle: alle Befragten antworten ähnlich.

Signifikante Unterschiede im Antwortverhalten finden sich jedoch bei den Männern und Frauen der Gesamt- und der Lehramtsgruppe.

Die überwiegende Mehrheit der Männer und Frauen verneint die Frage. In beiden Gruppen haben mehr Männer als Frauen ihre sexuelle Aktivität generell eingeschränkt, die Lehramtsstudenten besonders häufig (14,8%). Die relativ hohe Zahl der männlichen Lehramtsstudenten, die sexuell weniger aktiv ist, erstaunt und ist schwer zu interpretieren: einerseits leben sie überwiegend in einer festen Paarbeziehung, zum anderen zeichnen sie sich nicht durch hohes Problembewußtsein hinsichtlich HIV und AIDS noch durch ausgeprägtes Präventionsverhalten aus.

**Tabelle 99 D: Männer und Frauen**

VAR. 89 Haben Sie Ihre sexuelle Aktivität generell eingeschränkt?

	Antwortkategorien	Gesamt		Design		Lehramt P.		Krankenpflege	
		m	w	m	w	m	w	m	w
1	ja	8,8	2,9	8,1	6,3	14,8	2,4	-	2,2
2	nein	91,3	97,1	91,9	93,8	85,2	97,6	100,0	97,8
	%	100	100	100	100	100	100	100	100
	N	80	341	37	48	27	247	16	46
	p	0,017		0,740		0,001		0,552	
	N = 421								

VAR. 90: „Haben Sie weniger Sexualpartner?“

Diese Frage betrifft die Teilnehmer, die keinen festen Partner haben und erbringt signifikante fachgruppenbezogene Unterschiede im Antwortverhalten der Gesamtstichprobe, jedoch nicht innerhalb der Frauen- und Männergruppe (Männer:  $p = 0,400$ ; Frauen:  $p = 0,172$ ).

**Tabelle 100 A: Gesamt**

VAR. 90 Haben Sie weniger Sexualpartner?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	trifft nicht zu	34,8	56,9	50,0	50,0	93
2	weniger	21,7	4,9	10,5	10,2	19
3	unverändert	37,0	37,3	36,8	37,1	69
4	mehr	6,5	1,0	2,6	2,7	5
	%	100	100	100	100	
	N	46	102	38		186
	p = 0,017					
	Fehlende Antworten: 407					

Die Anzahl ihrer Sexualpartner unverändert beibehalten haben die partnerlosen Befragten aller drei Fachgruppen annähernd gleich (rd. 37%). Von einer Verringerung berichten vor allem die Designstudenten, die mit 21,7% deutlich vor den Lehramtsstudenten (4,9%) und mit geringerem Abstand vor den Krankenpflegeschülern (10,5%) liegen. Wiederum sind es aber auch die Designer, die mehr als alle anderen die Zahl der Sexualpartner erhöht haben (6,5% vs. Lehramt: 1% und Krankenpflege: 2,6%).

Unsere Befragten unterscheiden sich in dieser Frage von den Berliner Studenten (weniger: 35%, unverändert: 63%; vgl. BÖHM/ROHNER 1988). NEUBAUER betonte, daß Befragte mit vielen Sexualpartnern und sexuellen Spontankontakten große AIDS-Ängste entwickelten und eine höhere Bereitschaft zu Verhaltensänderungen zeigten, d. h., die Anzahl ihrer Sexualpartner verringert hatten und mehr Wert auf sexuelle Treue legten. Dies betraf die Frauen fast doppelt so häufig wie die Männer (vgl. NEUBAUER 1989 a und 1994). Auch SCHEIPL et al. fanden eine insgesamt geringe Infektionsangst, die bei Alleinstehenden ausgeprägter war als bei Partnergebundenen. Alleinstehende Studenten, besonders Frauen, verhielten sich deutlich infektionsriskanter, zeigten andererseits auch häufiger Verhaltensänderungen in Richtung Prävention (vgl. SCHEIPL et al. 1990). Die größere Bereitschaft zu Verhaltensänderungen bei Frauen (hier: Reduzierung der Partnerzahl) ist in unserer Stichprobe nicht nachzuweisen.

Signifikante Unterschiede im Antwortverhalten der Geschlechter sind nicht erkennbar: alle Frauen und Männer beantworteten die Frage ähnlich.

VAR. 44: *„Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten Analverkehr praktiziert?“*

Variable 44 wurde dahingehend umkodiert, daß die wenig besetzten Antwortkategorien 5 („4 - 7 Mal pro Woche“) und 6 („mehr als 7 Mal pro Woche“) zu einer Kategorie („mehr als 3 Mal pro Woche“) zusammengefaßt wurden.

Analverkehr wird von unseren Befragten mit insgesamt 14,1% wenig praktiziert, von den Lehramtsstudenten (10,4%) etwas weniger als von den beiden anderen Fachgruppen (je rd. 20%). Die Frequenz ist bei allen Teilnehmern gering und bewegt sich hauptsächlich in den Zeiträumen „1 - 3 Mal pro Jahr“ und „1 - 3 Mal pro Monat“. Die Fachgruppe Design (10%) verzeichnet im Vergleich mit den beiden anderen Fachgruppen (Lehramt: 3,8%; Krankenpflege: 5,6%) den größten Anteil in der Kategorie „1 - 3 Mal pro Woche“.

Das Ergebnis ändert sich nur unwesentlich bei Zusammenfassung der Antwortkategorien drei bis fünf. Das gilt auch für die geschlechtskontrollierten Berechnungen.

In der Männerstichprobe spielt die Fachgruppenzugehörigkeit keine Rolle: Design- und Lehramtsstudenten sowie Krankenpflegeschüler antworten ähnlich ( $p = 0,341$ ).

**Tabelle 101 A: Gesamt**

VAR. 44 Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten Analverkehr praktiziert?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	nie	79,2	89,6	80,0	85,9	493
2	1-3 Mal pro Jahr	10,8	6,0	12,2	8,0	46
3	1-3 Mal pro Monat	10,0	3,8	5,6	5,4	31
4	1-3 Mal pro Woche	-	0,5	1,1	0,5	3
5	mehr als 3 Mal pro Woche	-	-	1,1	0,2	1
	%	100	100	100	100	
	N	120	364	90		574
	p = 0,013					
	Fehlende Antworten: 19					

**Tabelle 101 B: Männer**

VAR. 44 Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten Analverkehr praktiziert?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	nie	82,7	88,4	77,8	83,6	102
2	1-3 Mal pro Jahr	7,7	4,7	14,8	8,2	10
3	1-3 Mal pro Monat	9,6	4,7	3,7	6,6	8
4	1-3 Mal pro Woche	-	2,3	-	0,8	1
5	mehr als 3 Mal pro Woche	-	-	3,7	0,8	1
	%	100	100	100	100	
	N	52	43	27		122
	p = 0,341					
	Fehlende Antworten: 9					

Bei den Frauen dominieren signifikant die Designerinnen, sowohl was die Aktivität insgesamt (23,5% gegenüber Lehramt: 10,2% und Krankenpflege: 19%) als auch die größere Frequenz „1 - 3 Mal pro Monat“ betrifft (10,3% gegenüber Lehramt: 3,7% und Krankenpflege: 6,3%). Festzuhalten bleibt, daß die Designstudentinnen analen Verkehr etwas häufiger ausüben als ihre Geschlechtsgenossinnen.

**Tabelle 101 C: Frauen**

VAR. 44 Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten Analverkehr praktiziert?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	nie	76,5	89,7	81,0	86,5	391
2	1-3 Mal pro Jahr	13,2	6,2	11,1	8,0	36
3	1-3 Mal pro Monat	10,3	3,7	6,3	5,1	23
4	1-3 Mal pro Woche	-	0,3	1,6	0,4	2
	%	100	100	100	100	
	N	68	321	63		452
	p = 0,043					
	Fehlende Antworten: 10					

84% der von HEINKE (vgl. HEINKE 1992) befragten Studenten hatten keine Erfahrung mit Analverkehr; 3,3% übten diese Praktik 1-3 Mal pro Woche aus und liegen mit dieser Frequenz etwas über den Werten unserer Teilnehmer. Von TILLMANNNS heterosexuellen Studenten hatten 17% Erfahrung mit analem Geschlechtsverkehr (vgl. TILLMANN et al. 1990).

Signifikante Unterschiede im Antwortverhalten von Männern und Frauen sind weder in der Gesamtheit noch in einer der drei Fachgruppen beobachtbar.

VAR. 65: „Wie ist für Sie Sexualität an eine Partnerschaft gebunden?“

Für die Gruppe der Designstudenten ist eine befriedigende Sexualität auch ohne Liebesbeziehung (45,2%) häufiger möglich als für die anderen Gruppen (Lehramt: 25,6%; Krankenpflege: 34,4%). Die Kategorien 3 („befriedigende Sexualität ist nur möglich ohne Liebesbeziehung“) und 4 („befriedigende Sexualität ist generell schwer möglich“) fallen kaum ins Gewicht.

In der Männerstichprobe sind keine fachgruppenspezifischen Unterschiede im Antwortverhalten feststellbar: Lehramts- und Designstudenten sowie die Krankenpfleger beantworten die Frage ähnlich.

**Tabelle 102 A: Gesamt**

VAR. 65 Wie ist für Sie Sexualität an eine Partnerschaft gebunden?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
	Befriedigende Sexualität ist					
1	nur mit Liebesbeziehung möglich	51,6	71,7	65,6	66,4	391
2	auch ohne Liebe möglich	45,2	25,6	34,4	31,2	184
3	nur ohne Liebe möglich	0,8	-	-	0,2	1
4	generell kaum möglich	2,4	2,7	-	2,2	13
	%	100	100	100	100	
	N	126	367	96		589
	p = 0,001					
	Fehlende Antworten: 4					

**Tabelle 102 B: Männer**

VAR. 65 Wie ist für Sie Sexualität an eine Partnerschaft gebunden?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
	Befriedigende Sexualität ist					
1	nur mit Liebesbeziehung möglich	49,1	63,6	51,7	54,6	71
2	auch ohne Liebe möglich	50,9	36,4	48,3	45,4	59
	%	100	100	100	100	
	N	57	44	29		130
	p = 0,327					
	Fehlende Antworten: 1					

**Tabelle 102 C : Frauen**

VAR. 65 Wie ist für Sie Sexualität an eine Partnerschaft gebunden?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
	Befriedigende Sexualität ist					
1	nur mit Liebesbeziehung möglich	53,6	72,8	71,6	69,7	320
2	auch ohne Liebe möglich	40,6	24,1	28,4	27,2	125
3	nur ohne Liebe möglich	1,4	-	-	0,2	1
4	generell kaum möglich	4,3	3,1	-	2,8	13
	%	100	100	100	100	
	N	69	323	67		459
	p = 0,011					
	Fehlende Antworten: 3					

Bei den Frauen ist für die Designstudentinnen am häufigsten eine befriedigende Sexualität auch ohne Liebesbeziehung möglich. Mit 40,6% liegen sie deutlich vor ihren Geschlechtsgenossinnen (Lehramt: 24,1%; Krankenpflege: 28,4%). Da sie zudem auch sexuellen Spontankontakten weniger abgeneigt sind, erscheinen sie, sofern sie nicht „Safer Sex“ praktizieren, infektionsgefährdeter als die anderen Frauen.

Die Antwortkategorien 3 und 4 treffen vor allem nicht auf die Krankenpflegeschülerinnen zu.

Signifikante Unterschiede im Antwortverhalten von Männern und Frauen ergeben sich nur in der Gesamtstichprobe; innerhalb der Fachgruppen sind die Geschlechtsdifferenzen nicht relevant.

Für Frauen ist häufiger als für Männer eine befriedigende Sexualität nur innerhalb einer Liebesbeziehung möglich ist (70% vs. 55%); mehr Männer (45%) als Frauen (27%) können ein zufriedenes Sexualleben auch ohne emotionale Bindung erleben.

**Tabelle 102 D: Männer und Frauen**

VAR. 65 Wie ist für Sie Sexualität an eine Partnerschaft gebunden?

	Antwortkategorien	Gesamt		Design		Lehramt P.		Krankenpflege		
		m	w	m	w	m	w	m	w	
	Befriedigende Sexualität ist									
1	nur mit Liebesbeziehung möglich	54,6	69,7	49,1	53,6	63,3	72,8	51,7	71,6	
2	auch ohne Liebe möglich	45,4	27,2	50,9	40,6	36,4	24,1	48,3	28,4	
3	nur ohne Liebe möglich	-	0,2	-	1,4	-	-	-	-	
4	generell kaum möglich	-	2,8	-	4,3	-	3,1	-	-	
	%	100	100	100	100	100	100	100	100	
	N	130	459	57	69	44	323	29	67	
	p	0,000		0,245		0,131		0,059		
	N = 589									

VAR. 66: „Haben Sie Sexualität mit Partnern erlebt, zu denen Sie keine Liebesbeziehung hatten?“ schließt sich unmittelbar an die vorhergehende Frage an und dient der Überprüfung oben geäußerter Einstellung.

In der Gesamtstichprobe wird die Frage von der Gruppe der Designstudenten mit 68,3% signifikant häufiger bejaht als von den Lehramtsstudenten (42,8%) und den Krankenpflegeschülern



(56,7%). Die Anzahl der Befragten, die eine befriedigende Sexualität nur ohne Liebesbeziehung erleben können, ist insgesamt sehr gering (0,7%).

**Tabelle 103 A: Gesamt**

VAR. 66 Haben Sie Sexualität mit Partnern erlebt, zu denen Sie keine Liebesbeziehung hatten?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	nein	31,0	56,4	43,3	48,8	288
2	ja, auch	68,3	42,8	56,7	50,5	298
3	ja, nur	0,8	0,8	-	0,7	4
	%	100	100	100	100	
	N	126	367	97		590
	p = 0,000					
	Fehlende Antworten: 3					

Bei den Männern haben die Designstudenten mit 73,7% deutlich häufiger Sexualität auch ohne Liebe erlebt als die Lehramtsstudenten (37,2%) und die Krankenpfleger (58,6%). Daß eine befriedigende Sexualität ausschließlich ohne emotionale Bindung möglich ist, wird von keinem der Männer behauptet.

**Tabelle 103 B: Männer**

VAR. 66 Haben Sie Sexualität mit Partnern erlebt, zu denen Sie keine Liebesbeziehung hatten?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	nein	26,3	62,8	41,4	41,9	54
2	ja, auch	73,7	37,2	58,6	58,1	75
	%	100	100	100	100	
	N	57	43	29		129
	p = 0,001					
	Fehlende Antworten: 2					

In der Gruppe der Frauen haben die Designstudentinnen mit 63,8% am häufigsten Sexualität auch ohne Liebesbeziehung erlebt, die Lehramtsstudentinnen (43,5%) am wenigsten häufig.

Es zeigt sich, daß für die Designstudenten beiderlei Geschlechtes Sexualität ohne eine emotionale Bindung nicht nur häufiger vorstellbar ist als für die anderen Befragten, sondern daß sie diese auch stärker praktizieren.

**Tabelle 103 C: Frauen**

VAR. 66 Haben Sie Sexualität mit Partnern erlebt, zu denen Sie keine Liebesbeziehung hatten?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	nein	34,8	55,6	44,1	50,8	234
2	ja, auch	63,8	43,5	55,9	48,4	223
3	ja, nur	1,4	0,9	-	0,9	4
	%	100	100	100	100	
	N	126	367	97		590
	p = 0,016					
	Fehlende Antworten: 1					

Signifikante Geschlechtsunterschiede sind nicht zu beobachten: Männer und Frauen beantworteten die Frage ähnlich.

VAR. 31: „Wie ist Ihre Einstellung in Bezug auf sexuelle Treue in einer Partnerschaft?“

Die Frage nach der Wertschätzung sexueller Monogamie erscheint interessant im Vergleich mit der vorherigen Variablen.

**Tabelle 104 A: Gesamt**

VAR. 31 Ich halte sexuelle Treue in einer Partnerschaft für

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	unbedingt notwendig	40,0	65,0	65,3	59,7	350
2	wünschenswert	48,8	31,4	30,5	35,0	205
3	falsch	11,2	3,6	4,2	5,3	31
	%	100	100	100	100	
	N	125	366	95		586
	p = 0,000					
	Fehlende Antworten: 7					

Zwar spricht sich die Mehrheit aller Befragten (durchschnittlich rd. 60%) für die unbedingte sexuelle Monogamie in einer Partnerschaft aus, die Designstudenten (40%) allerdings auffallend seltener als die Lehramtsstudenten und Krankenpflegeschüler (jeweils rd. 65%). Entsprechend häufiger unterziehen die Designer die sexuelle Treue einer negativen Bewertung.

**Tabelle 104 B: Männer**

VAR. 31 Ich halte sexuelle Treue in einer Partnerschaft für

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	unbedingt notwendig	36,8	44,4	39,3	40,0	52
2	wünschenswert	56,1	46,7	46,4	50,8	66
3	falsch	7,0	8,9	14,3	9,2	12
	%	100	100	100	100	
	N	57	45	28		130
	p = 0,731					
	Fehlende Antworten: 1					

Während die Männer keine signifikanten Unterschiede im Antwortverhalten zeigen, gibt es bei den Frauen signifikante und teilweise recht deutliche Differenzen.

Die Designerinnen unterscheiden sich in ihrer Bewertung der sexuellen Treue auffallend von den anderen Frauen. Während die Lehramtsstudentinnen und die Krankenpflegeschülerinnen (rd. 68% bzw. 76%) die Monogamie mehrheitlich für unbedingt notwendig erachten, ist dies bei deutlich weniger Designstudentinnen (42,6%) der Fall; dafür halten sie sexuelle Treue häufiger als die anderen Frauen für wünschenswert, lehnen sie aber auch häufiger als falsch ab.

Dieses Ergebnis deckt sich teilweise mit dem von VAR. 138, wo allerdings die Designer als Gesamtgruppe (Männer und Frauen) sich von den anderen beiden Fachgruppen unterscheiden, indem sie sich mehrheitlich gegen Restriktionen aussprechen.

Signifikante geschlechtsspezifische Unterschiede im Antwortverhalten ergeben sich zwischen den Männern und Frauen in der Gesamtstichprobe, den männlichen und weiblichen Lehramtsstudenten sowie den männlichen und weiblichen Krankenpflegeschülern.

**Tabelle 104 C: Frauen**

VAR. 31 Ich halte sexuelle Treue in einer Partnerschaft für

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	unbedingt notwendig	42,6	67,9	76,1	65,4	298
2	wünschenswert	42,6	29,3	23,9	30,5	139
3	falsch	14,7	2,8	-	4,2	19
	%	100	100	100	100	
	N	68	321	67		456
	p = 0,000					
	Fehlende Antworten: 6					

**Tabelle 104 D: Männer und Frauen**

VAR. 31 Ich halte sexuelle Treue in einer Partnerschaft für

	Antwortkategorien	Gesamt		Design		Lehramt P.		Krankenpflege	
		m	w	m	w	m	w	m	w
1	unbedingt notwendig	40,0	65,4	36,8	42,6	44,4	67,9	39,3	76,1
2	wünschenswert	50,8	30,5	56,1	42,6	46,7	29,3	46,4	23,9
3	falsch	9,2	4,2	7,0	14,7	8,9	2,8	14,3	-
	%	100	100	100	100	100	100	100	100
	N	130	456	57	68	45	321	67	28
	p	0,000		0,217		0,004		0,000	
	N = 586								

Insgesamt hält die überwiegende Mehrheit der Frauen (65,4%) sexuelle Treue in einer Partnerschaft für absolut notwendig, knapp ein Drittel (30,5%) für wünschenswert und lediglich 4,2% für falsch. Für die Männer dagegen ist sexuelle Treue häufiger lediglich wünschenswert (50,8%) als unbedingt erforderlich (40%). Doppelt so viele Männer wie Frauen nehmen hierzu eine ablehnende Haltung ein.

In den Gruppen Lehramt und Krankenpflege ergibt sich prinzipiell ein ähnliches Bild (mehr Frauen als Männer erachten sexuelle Monogamie als unerlässlich), jedoch mit teilweise gravierenden Unterschieden zwischen den Fachgruppen als auch der Gesamtstichprobe. Besonders deutlich zeigt sich der Einfluß des Geschlechtes auf die Beantwortung der Frage in der Gruppe der Krankenpflegeschüler: die Frauen bestehen fast doppelt so häufig wie die Männer

(76,1% vs. 39,3%) auf sexueller Monogamie und lehnen diese im Gegensatz zu immerhin rd. 14% ihrer männlichen Pendants in keinem Fall total ab.

Verglichen mit der Gesamtheit der Befragten lehnen die männlichen Lehramtsstudenten (8,9%) und besonders die männlichen Krankenpflegeschüler (14,3%) die sexuelle Beschränkung auf einen Partner häufiger als falsch ab.

**VAR. 79:** „*Klären Sie bei potentiellen/neuen Sexualpartnern das AIDS-Risiko ab?*“

In der Gesamtstichprobe geben die Designstudenten mit 48% deutlich häufiger als die Krankenpflegeschüler (34,4%) und vor allem die Lehramtsstudenten (27,9%) an, das AIDS-Risiko auf jeden Fall abzuklären. Die Lehramtsstudenten liegen auch in gelegentlichen Risikoabklärung (Kategorie 3) hinter den beiden anderen Gruppen. Bemerkenswert erscheint die relativ geringe Zahl aller Befragten, die diese Frage verneinen.

**Tabelle 105 A: Gesamt**

VAR. 79 Klären Sie bei potentiellen/neuen Sexualpartnern das AIDS-Risiko ab?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	trifft nicht zu	25,6	54,7	34,4	45,3	267
2	ja, auf jeden Fall	48,0	27,9	34,4	33,2	196
3	ja, manchmal	20,0	13,0	25,0	16,4	97
4	nein	6,4	4,3	6,3	5,1	30
	%	100	100	100	100	
	N	125	369	96		590
	p = 0,000					
	Fehlende Antworten: 3					

In der Gruppe der Männer sind es die Designer, die am häufigsten das Risiko auf jeden Fall abklären (48,2%). Die Lehramtsstudenten (22,2%) zeigen sich am sorglosesten und verhalten sich weniger präventiv als die Krankenpfleger (34,5%). Dies wird auch deutlich an ihrem geringen Anteil derjenigen Männer, die eine gelegentliche Abklärung betreiben: mit lediglich 6,7% liegen sie um rd. 13 Prozentpunkte (Designer) und um rd. 24 Prozentpunkte (Krankenpfleger) hinter ihren Geschlechtsgenossen. Weiterhin klären 13,3% der Lehramtsstudenten das

Ansteckungsrisiko überhaupt nicht ab und unterscheiden sich auch in dieser Kategorie klar von den anderen Männern (Design: 5,4%; Krankenpflege: 6,9%).

**Tabelle 105 B: Männer**

VAR. 79 Klären Sie bei potentiellen/neuen Sexualpartnern das AIDS-Risiko ab?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	trifft nicht zu	26,8	57,8	27,6	37,7	49
2	ja, auf jeden Fall	48,2	22,2	34,5	36,2	47
3	ja, manchmal	19,6	6,7	31,0	17,7	23
4	nein	5,4	13,3	6,9	8,5	11
	%	100	100	100	100	
	N	56	45	29		130
	p = 0,003					
	Fehlende Antworten: 1					

Von den Frauen klären die Designerinnen (47,8%) das AIDS-Risiko am häufigsten immer ab, die Lehramtsstudentinnen (28,7%) am wenigsten häufig. Der Anteil der Lehramtsstudentinnen in der Kategorie „gelegentliche“ Abklärung (13,9%) liegt deutlich unter dem der anderen Frauen (Design: 20,3% und Krankenpflege: 22,4%). Gleichzeitig geben die Designstudentinnen (7,2%) und die Krankenpflegeschülerinnen (6,0%) rd. doppelt so häufig wie die Lehrerinnen (3,1%) an, sich bei neuen Sexualkontakten recht sorglos zu verhalten und das Infektionsrisiko überhaupt nicht abzuklären.

**Tabelle 105 C: Frauen**

VAR. 79 Klären Sie bei potentiellen/neuen Sexualpartnern das AIDS-Risiko ab?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	trifft nicht zu	24,6	54,3	37,3	47,4	218
2	ja, auf jeden Fall	47,8	28,7	34,3	32,4	149
3	ja, manchmal	20,3	13,9	22,4	16,1	74
4	nein	7,2	3,1	6,0	4,1	19
	%	100	100	100	100	
	N	69	324	67		460
	p = 0,000					
	Fehlende Antworten: 2					

Designstudenten verhalten sich nicht weniger präventiv als Lehramtsstudenten und Krankenpflegeschüler, was die Risikoabklärung betrifft. Sowohl die männlichen als auch weiblichen Designer klären die Infektionsgefahr bei neuen Sexualkontakten häufiger auf jeden Fall ab als die anderen Befragten. Gleichzeitig findet sich bei den Designerinnen eine kleine Gruppe, die sich hinsichtlich der Risikoabklärung wenig präventiv verhält.

Bei der Beantwortung dieser Frage gibt es keine geschlechtsspezifischen Unterschiede.

VAR. 80: „*Verlangen Sie von einem neuen Partner einen AIDS-Test?*“

In der Beantwortung dieser Frage sind keine fachspezifischen Unterschiede erkennbar: Studenten und Krankenpflegeschüler beantworten die Frage ähnlich.

Dagegen finden sich Geschlechtsunterschiede zwischen allen Männern und Frauen unserer Stichprobe.

**Tabelle 106 D: Männer und Frauen**

VAR. 80 Verlangen Sie von einem neuen Partner einen AIDS-Test?

	Antwortkategorien	Gesamt		Design		Lehramt P.		Krankenpflege	
		m	w	m	w	m	w	m	w
1	ja, ist vorgekommen	4,7	7,4	5,4	10,4	4,5	6,5	3,6	8,8
2	ja, würde ich tun	33,6	55,2	41,1	58,2	29,5	56,0	25,0	48,5
3	nein	61,7	47,4	53,6	31,3	65,9	37,5	71,4	42,6
	%	100	100	100	100	100	100	100	100
	N	128	460	56	67	44	325	28	68
	p	0,000		0,041		0,003		0,037	
	N = 588								

Die Frauen insgesamt und aller drei Fachgruppen haben teilweise deutlich häufiger als die Männer schon ein- oder mehrmals von einem neuen Partner einen HIV-Test verlangt. Am stärksten ausgeprägt ist diese Differenz in den Gruppen Krankenpflege und Design. Ebenso behaupten mehr Frauen als Männer, sie würden dies tun; bei den Studentinnen trifft dies auf die absolute Mehrheit (Design: 58,2%; Lehramt: 56%) zu, bei den Krankenpflegeschülerinnen auf etwas weniger als die Hälfte (48,5%). Entsprechend verzichteten weitaus mehr Männer (in

allen Gruppen die absolute Mehrheit) als Frauen auf einen HIV-Test. Dies trifft am häufigsten auf die Krankenpfleger (71,4%), am wenigsten häufig auf die Designer (53,6%) zu.

Von den Berliner Studenten äußerten insgesamt 23% die Intention, einem neuen Partner einen HIV-Test abzuverlangen (vgl. BÖHM/ROHNER 1988). Von den Bielefelder Studenten beabsichtigten 11% der Männer und 24% der Frauen, in Zukunft von einem neuen Sexualpartner einen HIV-Test zu fordern (vgl. NEUBAUER 1989 a und 1994).

VAR. 81: „Ist Ihnen schon einmal ein AIDS-Test abverlangt worden?“

Auffällig ist, daß sich die Gruppe der Krankenpflegeschüler signifikant häufiger als die Studenten einem HIV-Test unterzogen haben, der von ihnen eingefordert wurde (22,7% vs. Design: 9,6% und Lehramt: 7,1%), wobei der weitaus größte Teil der Tests weder von festen noch neuen Partnern, sondern von „anderer Seite“ verlangt wurde, was auf einen beruflichen Zusammenhang schließen läßt.

**Tabelle 107 A: Gesamt**

VAR. 81 Ist Ihnen bereits ein AIDS-Test abverlangt worden?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	ja, von festem Partner	1,6	2,2	3,1	2,2	13
2	ja, von neuem Partner	4,0	1,4	0,0	1,7	10
3	ja, von anderer Seite	4,0	3,5	19,6	6,3	37
4	nein	90,4	93,0	77,3	89,9	532
	%	100	100	100	100	
	N	125	370	97		592
	p = 0,000					
	Fehlende Antworten: 1					

Bei den Männern spielt die Fachgruppenzugehörigkeit keine Rolle: alle männlichen Teilnehmer beantworten die Frage ähnlich.

Den Krankenpflegeschülerinnen ist von „anderer Seite“ signifikant häufiger ein HIV-Test abverlangt worden als den anderen Frauen, was, wie bereits oben erwähnt, vermutlich mit der



durch ihre spezielle Ausbildungs- und Arbeitssituation bedingte Infektionsgefährdung zusammenhängt.

Erwähnenswert erscheint der – verglichen mit den übrigen Frauen – relativ hohe Anteil der Designerinnen, die sich auf Wunsch eines neuen Partners einem Test unterzogen haben.

Während sich in unserer Stichprobe weniger als 2% auf Verlangen eines neuen Partners haben testen lassen, war dies bei immerhin 11% der Berliner Studenten der Fall (vgl. BÖHM/ROHNER 1988).

#### **Tabelle 107 B: Männer**

VAR. 81 Ist Ihnen bereits ein AIDS-Test abverlangt worden?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	ja, von festem Partner	1,8	4,4	3,4	3,1	4
2	ja, von neuem Partner	1,8	0,0	0,0	0,8	1
3	ja, von anderer Seite	3,6	2,2	17,2	6,2	8
4	nein	92,9	93,3	79,3	90,0	117
	%	100	100	100	100	
	N	56	45	29		130
	p = 0,128					
	Fehlende Antworten: 1					

#### **Tabelle 107 C: Frauen**

VAR. 81 Ist Ihnen bereits ein AIDS-Test abverlangt worden?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	ja, von festem Partner	1,4	1,8	2,9	1,9	9
2	ja, von neuem Partner	5,8	1,5	0,0	1,9	9
3	ja, von anderer Seite	4,3	3,7	20,6	6,3	29
4	nein	88,4	92,9	76,5	89,8	415
	%	100	100	100	100	
	N	69	325	68		462
	p = 0,000					
	Fehlende Antworten: 0					

Der geschlechtsspezifische Vergleich ergibt keine signifikanten Unterschiede: die Frauen und Männer unserer Stichprobe beantworten die Frage ähnlich.

VAR. 127: „Hatten Sie in den letzten 12 Monaten Angst, AIDS zu bekommen?“

Die Lehramtsstudenten insgesamt (77,6%) hatten innerhalb der letzten 12 Monate des Befragungszeitraumes deutlich weniger Angst vor AIDS als die Designstudenten (61,1%) und besonders als die Krankenpflegeschüler (rd.54%).

Häufige entsprechende Ängste hatten insgesamt nur vier Befragte.

**Tabelle 108 A: Gesamt**

VAR. 127 Hatten Sie im letzten Jahr Angst, AIDS zu bekommen?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	nie	61,1	77,6	53,6	70,2	416
2	manchmal	37,3	22,4	44,3	29,2	173
3	häufig	1,6	-	2,1	0,7	4
	%	100	100	100	100	
	N	126	370	97		593
	p = 0,000					
	Fehlende Antworten:					

**Tabelle 108 B: Männer**

VAR. 127 Hatten Sie im letzten Jahr Angst, AIDS zu bekommen?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	nie	61,4	86,7	55,2	68,7	90
2	manchmal	36,8	13,3	44,8	30,5	40
3	häufig	1,8	-	-	0,8	1
	%	100	100	100	100	
	N	57	45	29		131
	p = 0,021					
	Fehlende Antworten: 0					

Während die Werte der männlichen Designer und Krankenpfleger denen der Gesamtstichprobe sehr ähneln, verschieben sie sich bei den Lehramtsstudenten zugunsten der Antwortkategorie 1 („nie Angst gehabt“).

Die Anzahl der Krankenpfleger, die keine Befürchtungen hatte, AIDS zu bekommen (55,2%) liegt, verglichen mit den Studenten, nicht sehr viel über der Zahl derjenigen, die diese Angst gelegentlich empfanden (44,8%; Differenz: 10,4 Prozentpunkte). Während die Differenz zwischen niemals und manchmal empfundener Angst bei den Designern bereits 24,6 Prozentpunkte beträgt (den 61,4% ohne Angst stehen 36,8% Designstudenten mit gelegentlichen Sorgen vor einer AIDS-Erkrankung gegenüber), beträgt sie bei den Lehramtsstudenten 73,4%. Lediglich 13,3% der Lehramtsstudenten machten sich im vergangenen Jahr ab und zu Sorgen, sich mit HIV zu infizieren bzw. sich infiziert zu haben.

**Tabelle 108 C: Frauen**

VAR. 127 Hatten Sie im letzten Jahr Angst, AIDS zu bekommen?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	nie	60,9	76,3	52,9	70,6	326
2	manchmal	37,7	23,7	44,1	28,8	133
3	häufig	1,4	-	2,9	0,6	3
	%	100	100	100	100	
	N	69	325	68		462
	p = 0,000					
	Fehlende Antworten: 0					

In der Frauengruppe geben ebenfalls die Lehramtsstudentinnen häufiger als ihre Geschlechtsgenossinnen an, innerhalb der letzten 12 Monate keine Angst vor AIDS gehabt zu haben (76,3% vs. Design: 60,9% und Krankenpflege: 52,9%). Die Differenz zu den Designstudentinnen beträgt 15,4 Prozentpunkte, zu den Schülerinnen immerhin 23,4 Prozentpunkte.

Wie bei den Männern zeigen die Krankenpflegerinnen den geringsten Unterschied zwischen den Antwortkategorien 1 und 2, d.h., daß die Zahl derjenigen, die niemals Angst vor AIDS hatten, nicht beträchtlich über der Zahl derjenigen, die diese Angst gelegentlich verspürten, liegt (Differenz: 8,8% gegenüber Design: 23,2% und Lehramt: 52,6%).

Häufig Angst vor einer Erkrankung hatten in allen drei Gruppen bemerkenswert wenig Befragte.

Das Ergebnis der Lehramtsstudenten insgesamt und besonders der männlichen deckt sich mit dem bisher durch die Datenauswertung gewonnenem Bild als weniger über HIV und AIDS informiert sowie als weniger präventionsbereit bzw. präventiv in ihrem Sexualverhalten.

Signifikante Geschlechtsunterschiede sind bei der Beantwortung dieser Frage nicht erkennbar.

In der Gesamtbevölkerung der BRD lag die Zahl derjenigen, die schon einmal Sorgen hatten, sich infizieren bzw. erkranken zu können, unter der unserer Stichprobe (14%: vgl. RUNKEL 1990 und 21%: vgl. BZgA 1995). Verglichen mit der Altersgruppe der 16–29jährigen allerdings finden sich keine Unterschiede (vgl. BZgA 1995).

VAR. 128: „Haben Sie zur Zeit Angst, AIDS zu bekommen?“

Wie in der vorangegangenen Frage hat die Gesamtheit der Lehramtsstudenten die geringste akute Angst vor AIDS: 74,6% geben an, überhaupt keine Angst zu empfinden, während dies auf nur knapp mehr als die Hälfte der Krankenpflegeschüler (54,6%) zutrifft.

Die Krankenpflegeschüler empfanden zum Befragungszeitpunkt deutlich am häufigsten Angst vor einer AIDS-Erkrankung (Kategorien 2 und 3: 45,4% gegenüber Design: 30,1% und Lehramt: 25,1%).

Die Zahl derjenigen Befragten, die große Angst hatten, AIDS zu bekommen, ist vernachlässigenswert gering (0,5%).

**Tabelle 109 A: Gesamt**

VAR. 128 Haben Sie zur Zeit Angst, AIDS zu bekommen?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	gar nicht	68,3	74,6	54,6	70,0	415
2	etwas	21,4	18,9	26,8	20,7	123
3	wenig	8,7	6,2	18,6	8,8	52
4	viel	1,6	0,3	-	0,5	3
	%	100	100	100	100	
	N	126	370	97		593
	p = 0,001					
	Fehlende Antworten: 0					

In der Männerstichprobe gibt es keine signifikanten Fachgruppenunterschiede im Antwortverhalten: alle Männer beantworten die Frage ähnlich.

**Tabelle 109 B: Männer**

VAR. 128 Haben Sie zur Zeit Angst, AIDS zu bekommen?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	gar nicht	66,7	77,8	58,6	68,7	90
2	etwas	19,3	20,0	24,1	20,6	27
3	wenig	12,3	2,2	17,2	9,9	13
4	viel	1,80	-	-	0,8	1
	%	100	100	100	100	
	N	57	45	29		131
	p = 0,3111					
	Fehlende Antworten: 0					

**Tabelle 109 C: Frauen**

VAR. 128 Haben Sie zur Zeit Angst, AIDS zu bekommen?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	gar nicht	69,6	74,2	52,9	70,3	325
2	etwas	23,2	18,8	27,9	20,8	96
3	wenig	5,8	6,8	19,1	8,4	39
4	viel	1,4	0,3	-	0,4	2
	%	100	100	100	100	
	N	69	325	68		462
	p = 0,004					
	Fehlende Antworten: 0					

Die Werte der Frauen gleichen denen der Gesamtstichprobe: während die Krankenpflegeschülerinnen fast ebenso häufig keine akute Angst vor AIDS haben (52,9%) wie etwas/wenig Angst (47%), fühlen sich die Lehramtsstudentinnen weitaus häufiger ganz sicher (74,2%) als nicht ganz sicher (insgesamt 25,6%). Die Werte der Designerinnen weichen um nur ca. fünf Prozentpunkte von denen ihrer Kommilitoninnen ab.

Von großer aktueller AIDS-Angst berichten lediglich zwei Frauen.

In unserer Stichprobe scheint die Angst vor AIDS weniger ausgeprägt zu sein als in anderen Untersuchungen: den knapp 30% mit etwas und wenig Angst stehen mehr als 50% der Bielefelder und Grazer Studenten gegenüber (vgl. NEUBAUER 1989 a und 1994; SCHEIPL et al. 1995). Während lediglich 0,5% unserer Befragten von großer AIDS-Angst sprechen, schätzten 15% der Grazer Studenten ihr persönliches Risiko als beträchtlich ein. In Übereinstimmung befinden wir uns hier mit den Studien aus Berlin und Hannover, die ebenfalls bei rd. einem Drittel der Studenten Angst vor AIDS nachwiesen (vgl. BÖHM/ROHNER 1988; WARKING 1994).

Geschlechtsspezifische Differenzen lassen sich in keiner der Fachgruppen beobachten: Männer und Frauen beantworten die Frage ähnlich.

VAR. 82: „Haben Sie sich bereits einem AIDS-Test unterzogen?“

Aufgrund ihrer beruflichen Disposition haben sich die Krankenpflegeschüler mit 44,3% signifikant häufiger einem Test unterzogen als die beiden anderen Gruppen. Die große Differenz innerhalb der Studentengruppen (Design: 32,8%; Lehramt: 18,4%) läßt auf ein stärker ausgebildetes Risikobewußtsein und eine größere Bereitschaft zur AIDS-Prävention bei den Designstudenten schließen.

**Tabelle 110 A: Gesamt**

VAR. 82 Haben Sie sich bereits einem AIDS-Test unterzogen?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	ja	32,8	18,4	44,3	25,7	152
2	nein	61,6	76,5	49,5	68,9	408
3	habe es vor	5,6	5,1	6,2	5,4	32
	%	100	100	100	100	
	N	125	370	97		592
	p = 0,000					
	Fehlende Antworten: 1					

In der Männerstichprobe spielt die Fachgruppenzugehörigkeit keine Rolle; alle männlichen Befragten antworten ähnlich, so daß keine signifikanten Unterschiede im Testverhalten erkennbar sind.

**Tabelle 110 B: Männer**

VAR. 82 Haben Sie sich bereits einem AIDS-Test unterzogen?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	ja	32,1	20,0	48,3	31,5	41
2	nein	60,7	73,3	41,4	60,6	79
3	habe es vor	7,1	6,7	10,3	7,7	10
	%	100	100	100	100	
	N	56	45	29		130
	p = 0,099					
	Fehlende Antworten: 1					

Von den Frauen haben sich die Krankenpflegerinnen (42,6%) am häufigsten bereits einem AIDS-Test unterzogen, die Lehramtsstudentinnen (18,2%) am wenigsten. Wie in der Gesamtstichprobe fällt auch hier die relativ hohe Anzahl der Designerinnen (33,3%) auf, die sich einem Test unterzogen haben.

Festzuhalten ist, daß die Designstudentinnen größere Affinität zur AIDS-Prophylaxe zu haben scheinen als die Lehramtsstudenten. Die Krankenpflegeschüler (Männer und Frauen) nehmen in diesem Fall eine Ausnahmestellung ein.

**Tabelle 110 C: Frauen**

VAR. 82 Haben Sie sich bereits einem AIDS-Test unterzogen?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	ja	33,3	18,2	42,6	24,0	111
2	nein	62,3	76,9	52,9	71,2	329
3	habe es vor	4,3	4,9	4,4	4,7	22
	%	100	100	100	100	
	N	69	325	68		462
	p = 0,000					
	Fehlende Antworten: 0					

Die hohe Anzahl von Personen, die sich bereits einem HIV-Test unterzogen haben, wurde in anderen Untersuchungen nicht beobachtet, obschon diese zu einer Zeit durchgeführt wurden, in der AIDS als gesellschaftliches Thema hochaktuell war. BARDELEBEN et al. berichteten, daß 20% ihrer Befragten sich einem AIDS-Test unterzogen hatten (vgl. BARDELEBEN et al. 1989), während in anderen Studien mit 16% eine geringere Anzahl bereits getesteter Teilnehmer zu finden ist (vgl. NEUBAUER 1989 a und 1994; SCHEIPL et al. 1990). In der Gießener Studie äußerten die Studenten allerdings eine hohe Testbereitschaft, die in unserer Stichprobe nicht zu finden ist. Betrachten wir unsere Studentengruppen, gleicht sich die Anzahl bereits getesteter Teilnehmer (22%) der der Gießener Studenten an, wobei jedoch die Designer deutlich höhere Werte aufweisen. Erstaunliche 90% wären, wenn auch ungen, zu einem kostenlosen und anonymen HIV-Test bereit (vgl. BARDELEBEN et al. 1989). Differierende Angaben finden sich bei den Berliner Studenten (vgl. BÖHM/ROHNER 1988), die zu knapp 15% zwar weniger häufig einen Test hatten durchführen lassen, aber eine geringfügig höhere Testbereitschaft (7%) äußerten.

LETZEL et al. fanden bei ihren Studenten eine sehr niedrige Testbereitschaft: lediglich 2% wären generell mit einem HIV-Test einverstanden gewesen (vgl. LETZEL et al. 1990). Verglichen mit der Gesamtbevölkerung haben sich unsere Teilnehmer etwas häufiger bereits einem AIDS-Test unterzogen (21% vs. 26%), liegen aber unter den Werten der Altersgruppe der 16-29jährigen (m: 31%, w: 36%; vgl. BZgA - BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG 1995).

VAR. 83: *„Könnten Sie sich vorstellen, mit einer AIDS-infizierten Person sexuellen Kontakt zu haben?“*

Es gibt keine signifikanten Unterschiede im Antwortverhalten der Studiengruppen: alle Befragten beantworteten die Frage ähnlich.

Hingegen zeigen sich in der Gesamtstichprobe und in der Gruppe der Lehramtsstudenten signifikante Unterschiede im Antwortverhalten von Männern und Frauen.

Weniger als die Hälfte aller Befragten lehnt sexuelle Kontakte zu HIV-Positiven klar ab, die Frauen (48,6%) etwas deutlicher als die Männer (42,3%). Mehr Frauen als Männer sind unentschlossen, während weitaus mehr Männer (18,5%) als Frauen (5,6%) sich einen (wie auch



immer gearteten) eingeschränkten Sexualekontakt zu einer HIV-infizierten Person vorstellen können.

In der Gruppe Lehramt lehnen die Teilnehmer, besonders die Männer, ebenfalls mehrheitlich eine solche sexuelle Beziehung konsequent ab; hier zeigt sich die größte Geschlechtsdivergenz hinsichtlich der Kategorie „eingeschränkter Sexualekontakt“: gegenüber immerhin 26,7% der männlichen können dem lediglich 5,2% der weiblichen Studentinnen zustimmen.

**Tabelle 111 D: Männer und Frauen**

VAR. 83 Könnten Sie sich vorstellen, mit einer AIDS-infizierten Person sexuellen Kontakt zu haben?

	Antwortkategorien	Gesamt		Design		Lehramt P.		Krankenpflege	
		m	w	m	w	m	w	m	w
1	ja, uneingeschränkt	1,5	1,3	1,8	1,5	-	1,2	3,4	1,5
2	ja, eingeschränkt	18,5	5,6	14,3	4,4	26,7	5,2	13,8	8,8
3	weiß nicht	37,7	44,5	42,9	51,5	22,2	44,3	51,7	38,2
4	nein	42,3	48,6	41,1	42,6	51,1	49,2	31,0	51,5
	%	100	100	100	100	100	100	100	100
	N	130	461	56	68	45	325	29	68
	p	0,000		0,273		0,000		0,306	
	N = 591								

VAR. 85: „Haben Sie sexuelle Kontakte abgebrochen bzw. erst gar nicht angefangen, weil Ihnen das Infektionsrisiko zu groß erschien?“

In allen drei Fachgruppen ist dies mehrheitlich nicht der Fall, bei den Lehramtsstudenten (87%) etwas häufiger als bei den anderen (Design: 79,7%; Krankenpflege: 80,9%). In der Kategorie 2 „mehrmals“ verzeichnen die angehenden Lehrer niedrigere, in der Kategorie 3 „nein“ höhere Werte als die beiden anderen Fachgruppen.

Bei den Männern spielt die Fachgruppenzugehörigkeit keine Rolle; alle Männer beantworten die Frage ähnlich und zeigen keine signifikanten Unterschiede.

**Tabelle 112 A: Gesamt**

VAR. 85 Haben Sie sexuelle Kontakte abgebrochen bzw. erst gar nicht angefangen, weil Ihnen das Infektionsrisiko zu groß erschien?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	ja, einmal	11,9	9,9	9,0	10,2	57
2	ja, mehrmals	8,5	3,1	10,1	5,4	30
3	nein	79,7	87,0	80,9	84,5	473
	%	100	100	100	100	
	N	118	353	89		560
	p = 0,034					
	Fehlende Antworten: 33					

**Tabelle 112 B: Männer**

VAR. 85 Haben Sie sexuelle Kontakte abgebrochen bzw. erst gar nicht angefangen, weil Ihnen das Infektionsrisiko zu groß erschien?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	ja, einmal	6,0	7,0	7,4	6,7	8
2	ja, mehrmals	10,0	2,3	3,7	5,8	7
3	nein	84,0	90,7	88,9	87,5	105
	%	100	100	100	100	
	N	50	43	27		120
	p = 0,593					
	Fehlende Antworten: 11					

Die Mehrheit aller Frauen verneint die Frage, die Lehramtsstudentinnen (86,5%) etwas häufiger als die anderen Frauen (Design: 76,5%; Krankenpflege: 77,4%), d. h., die Lehramtsstudentinnen haben seltener als ihre Geschlechtsgenossinnen ein- oder mehrmals auf einen Sexualkontakt aufgrund der Risikoabwägung verzichtet. Diese Situation bereits „einmal“ erlebt haben am häufigsten die Designstudentinnen, während über eine wiederholte entsprechende Erfahrung am häufigsten die Krankenpflegeschülerinnen berichten.

**Tabelle 112 C: Frauen**

VAR. 85 Haben Sie sexuelle Kontakte abgebrochen bzw. erst gar nicht angefangen, weil Ihnen das Infektionsrisiko zu groß erschien?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	ja, einmal	16,2	10,3	9,7	11,1	49
2	ja, mehrmals	7,4	3,2	12,9	5,2	23
3	nein	76,5	86,5	77,4	83,6	368
	%	100	100	100	100	
	N	68	310	62		440
	p = 0,012					
	Fehlende Antworten: 22					

Es gibt in dieser Frage keine signifikanten Unterschiede im Antwortverhalten von Männern und Frauen.

VAR. 87: „Benutzen Sie Kondome bzw. bestehen Sie auf Kondombenutzung zur AIDS-Prävention bei Sexualpartnern außerhalb Ihrer festen Partnerschaft?“

Diese Frage steht in unmittelbarem Zusammenhang mit der vorherigen und richtet sich ebenfalls nur an Befragte, die einen festen Partner haben.

**Tabelle 113 A: Gesamt**

VAR. 87 Benutzen Sie Kondome bzw. bestehen Sie auf Kondombenutzung zur AIDS-Prävention bei Sexualpartnern außerhalb Ihrer festen Partnerschaft?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	trifft nicht zu	53,4	88,2	82,8	80,3	347
2	ja, immer	22,7	5,0	9,4	9,3	40
3	ja, manchmal	14,8	3,6	6,3	6,3	27
4	nein	9,1	3,2	1,6	4,2	18
	%	100	100	100	100	
	N	88	280	64		432
	p = 0,000					
	Fehlende Antworten: 161					

Die Gruppe der Designstudenten (46,6%) verfügt über deutlich mehr solcher Nebenbeziehungen als die Lehramtsstudenten (11,8%) und die Krankenpflegeschüler (12,6%). Die Designstudenten insgesamt benutzen bei ihren außerpartnerschaftlichen Sexualkontakten ein Kondom „immer“ (22,7%) und „manchmal“ (14,8%) am häufigsten, die Lehramtsstudenten am wenigsten häufig (immer: 5%; manchmal: 3,6%). Auf der anderen Seite stellen die Designer auch die größte Gruppe derer dar, die kein Kondom verwenden (9,1% gegenüber Lehramt: 3,2% und Krankenpflege: 1,6%).

**Tabelle 113 B: Männer**

VAR. 87 Benutzen Sie Kondome bzw. bestehen Sie auf Kondombenutzung zur AIDS-Prävention bei Sexualpartnern außerhalb Ihrer festen Partnerschaft?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	trifft nicht zu	52,6	85,7	68,8	67,1	55
2	ja, immer	21,1	10,7	12,5	15,9	13
3	ja, manchmal	18,4	3,6	18,8	13,4	11
4	nein	7,9	-	-	3,7	3
	%	100	100	100	100	
	N	38	28	16		82
	p = 0,108					
	Fehlende Antworten: 49					

**Tabelle 113 C: Frauen**

VAR. 87 Benutzen Sie Kondome bzw. bestehen Sie auf Kondombenutzung zur AIDS-Prävention bei Sexualpartnern außerhalb Ihrer festen Partnerschaft?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	trifft nicht zu	54,0	88,5	87,5	83,4	292
2	ja, immer	24,0	4,4	8,3	7,7	27
3	ja, manchmal	12,0	3,6	2,1	4,6	16
4	nein	10,0	3,6	2,1	4,3	15
	%	100	100	100	100	
	N	50	252	48		350
	p = 0,000					
	Fehlende Antworten: 112					

In der Männerstichprobe spielt die Fachgruppenzugehörigkeit keine Rolle; Design- und Lehramtsstudenten sowie Krankenpfleger beantworten die Frage ähnlich.

Die Designstudentinnen verwenden deutlich häufiger ein Kondom „immer“ (24%) und „manchmal“ (12%) als die anderen Frauen (Lehramt: 4,4% bzw. 3,6%; Krankenpflege: 8,3% bzw. 2,1%), stellen aber mit 10% auch die größte Gruppe der Nichtanwenderinnen (Lehramt: 3,6%; Krankenpflege: 2,1%).

**Tabelle 113 D: Männer und Frauen**

VAR. 87 Benutzen Sie Kondome bzw. bestehen Sie auf Kondombenutzung zur AIDS-Prävention bei Sexualpartnern außerhalb Ihrer festen Partnerschaft?

	Antwortkategorien	Gesamt		Design		Lehramt P.		Krankenpflege	
		m	w	m	w	m	w	m	w
1	trifft nicht zu	67,1	83,4	52,6	54,0	85,7	88,5	68,8	87,5
2	ja, immer	15,9	7,7	21,1	24,0	10,7	4,4	12,5	8,3
3	ja, manchmal	13,4	4,6	28,4	12,0	3,6	3,6	18,8	2,1
4	nein	3,7	4,2	7,9	10,0	-	3,6	-	2,1
	%	100	100	100	100	100	100	100	100
	N	82	350	38	50	28	252	16	48
	p	0,002		0,850		0,383		0,094	
	N = 432								

Signifikante Geschlechtsunterschiede finden sich nur in der Gesamtstichprobe. Die Männer benutzen deutlich häufiger als die Frauen ein Kondom immer (15,9% vs. 7,7%) und manchmal (13,4% vs. 4,6%) bei Sexualkontakten außerhalb ihrer festen Partnerschaft.

Deutlich wird, daß die partnergebundenen Designstudenten (Gesamt und Frauen) sich hinsichtlich der Kondomfrage präventiver verhalten als die anderen Fachgruppen. Während keine gesicherte Aussage für die Männer zu treffen ist, erweisen sich bei den Frauen wiederum die Designerinnen als die präventivste Frauengruppe und praktizieren weitaus häufiger Safer Sex als ihre Geschlechtsgenossinnen. Gleichzeitig benutzen sie in einem nicht zu vernachlässigendem Ausmaß niemals ein Kondom bei sexuellen Außenkontakten.

BÖHM/ROHNER fanden in ihrer Stichprobe eine insgesamt geringe Akzeptanz und Verwendung von Kondomen, wobei partnergebundene Studenten sich präventiver im Sinne von Safer Sex verhielten als partnerlose. Bei sexuellen Außenkontakten benutzten von den partnergebundenen Studenten immerhin 42% ein Kondom immer und 34% manchmal, womit sie deutlich über den entsprechenden Werten unserer Befragten liegen. Die partnerlosen Studenten verwendeten weit weniger häufig ein Kondom immer (22%) und etwas seltener gelegentlich (vgl. BÖHM/ROHNER 1988). BARDELEBEN et al. fanden zwar eine allgemeine Kondomakzeptanz, jedoch vor allem bei Studenten mit wenigen Sexualpartnern und geringem Infektionsrisiko (vgl. BARDELEBEN et al. 1989 und REIMANN/BARDELEBEN 1992).

Einen wenig ausgeprägten Kondomgebrauch beobachteten auch LETZEL et al., die aber nicht zwischen Studenten mit und ohne festem Partner differenzierten. Zwei Drittel ihrer Befragten, die intimen Kontakt zu mehreren Partnern hatten, benutzten kein Kondom. Immerhin gab rd. ein Viertel der Stichprobe an, künftig ein Kondom verwenden zu wollen (vgl. LETZEL et al. 1990).

VAR. 92: „Benutzen Sie Kondome bzw. bestehen Sie auf Kondombenutzung zur AIDS-Prävention?“ (Nur für Befragte ohne festen Partner)

Es gibt keine signifikanten Unterschiede im Antwortverhalten der Fachgruppen: alle Teilnehmer beantworten die Frage ähnlich.

**Tabelle 114 D: Männer und Frauen**

VAR. 92 Benutzen Sie Kondome bzw. bestehen Sie auf Kondombenutzung zur AIDS-Prävention?

	Antwortkategorien	Gesamt		Design		Lehramt P.		Krankenpflege	
		m	w	m	w	m	w	m	w
1	ja, immer	36,4	51,0	23,5	70,0	37,5	40,3	54,5	66,7
2	ja, manchmal	50,0	40,0	70,6	25,0	37,5	48,4	36,4	27,8
3	nein	13,6	9,0	5,9	5,0	25,0	11,3	9,1	5,6
	%	100	100	100	100	100	100	100	100
	N	44	100	17	20	16	62	11	18
	p	0,253		0,016		0,359		0,800	
	N = 144								

Signifikante Geschlechtsunterschiede gibt es nur innerhalb der Gruppe Design.

70% der Designerinnen, die in keiner festen Paarbeziehung leben, benutzen immer ein Kondom, 25% tun dies gelegentlich, während lediglich nicht einmal ein Viertel ihrer männlichen Kommilitonen immer Safer Sex betreibt. Die Zahl derer, die nie ein Kondom zur AIDS-Prävention verwenden, ist sowohl bei Männern und Frauen sehr gering (6% bzw. 5%).

Verglichen mit anderen Untersuchungen erweisen sich unsere Designstudenten, besonders die weiblichen, als relativ kondomfreudig: gegenüber 5% bzw. 6% der Designer, die nie ein Kondom benutzen, stehen 48% der Berliner Befragten, die eine geringe Kondomakzeptanz zeigten (vgl. BÖHM/ROHNER 1988) und 17% der Düsseldorfer Studenten (vgl. ELSING et al. 1991). Konträr zu den Designstudenten unserer Untersuchung gaben in der Düsseldorfer Stichprobe die Männer signifikant häufiger als die Frauen an, immer ein Kondom zu verwenden.

Auch bei den Krankenpflegeschülern wird von einer geringen Kondomverwendung berichtet (vgl. KARCHES et al. 1991). Nach SCHEIPL et al. wurden Kondome von einem Viertel der Befragten als Verhütungsmittel angewandt; von den alleinstehenden Frauen mit infektionsrisikantem Sexualverhalten gebrauchten 55% ein Kondom, mehr als die Hälfte aller Befragten lehnte Kondome ab (vgl. SCHEIPL et al. 1990). NEUBAUER berichtete, daß ein Drittel seiner Befragten insgesamt keine Erfahrung mit Kondomen hatte und rund 20% (Frauen etwas häufiger als Männer) auch zukünftig bei neuen Sexualpartnern kein Kondom zu verwenden beabsichtigte.

Die Gießener Studenten benutzten um so häufiger Kondome, desto weniger infektionsgefährdet sie waren; die Risikogruppe der promiskuen Studenten zeigte dabei das geringste Präventionsverhalten (vgl. BARDELEBEN et al. 1989; REIMANN/BARDELEBEN 1992). Nach RUNKEL war der Kondomgebrauch in der Gesamtbevölkerung abhängig von der Anzahl der Partner. Rund 40% der Personen mit einer bisherigen mittleren Partnerzahl (2-5) betrieben Safer Sex; bei steigender Partnerzahl sank die Kondomverwendung deutlich auf 9% ab (vgl. RUNKEL 1990).

Die Zahl der Befragten, die bei neuen Sexualpartnern ein Kondom benutzten, differiert erheblich von 70% (vgl. WARNKING 1994) bis 38% (vgl. ELSING et al. 1991). Lediglich 37% der Gesamtbevölkerung gaben an, bei Sexualkontakten mit unbekanntem Partnern immer ein

Kondom zu verwenden; in der Altersgruppe der 16-29jährigen stieg diese Zahl bei den Frauen deutlich auf 69% und bei den Männern geringfügig auf 41% an (vgl. BZgA 1995).

VAR. 94: „Wenn Ihr Partner auf den Gebrauch eines Kondomes bestehen würde: würde Sie dies stören?“

In allen drei Fachgruppen (Gesamtstichprobe) gibt jeweils die Mehrheit an, sie würde sich gar nicht gestört fühlen, wenn der Partner auf den Gebrauch eines Kondomes bestehen würde. Die Krankenpflegeschüler meinen dies mit mehr als 50% deutlich häufiger als die anderen (Design: 37,1%; Krankenpflege: 31,2%) und fühlen sich auch seltener „wenig“ und „etwas“ gestört (28,2% gegenüber Design: 45,9%; Lehramt: 43,7%). „Ziemlich“ bis „sehr“ gestört (Kat. 4 und 5) fühlen sich die Designer (13,7%) etwas häufiger als die Lehramtsstudenten (10,6%) und die Krankenpflegeschüler (9,7%).

Von einer starken Beeinträchtigung berichten insgesamt nur wenige Befragte.

**Tabelle 115 A: Gesamt**

VAR. 94 Wenn Ihr Partner auf den Gebrauch eines Kondomes bestehen würde: würde Sie das stören?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	gar nicht	37,1	31,2	51,1	35,6	208
2	wenig	29,0	22,8	13,0	22,6	132
3	etwas	16,9	20,9	15,2	19,1	112
4	ziemlich	8,9	7,6	5,4	7,5	44
5	sehr	4,8	3,0	4,3	3,6	21
6	weiß nicht	3,2	14,6	10,9	11,6	68
	%	100	100	100	100	
	N	124	369	92		585
	p = 0,002					
	Fehlende Antworten: 8					

In der Männerstichprobe beantworten die Design- und Lehramtsstudenten sowie die Krankenpfleger die Frage ähnlich und lassen keine signifikanten Unterschiede im Antwortverhalten erkennen.



**Tabelle 115 B: Männer**

VAR. 94 Wenn Ihr Partner auf den Gebrauch eines Kondomes bestehen würde: würde Sie das stören?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	gar nicht	33,3	37,8	46,2	37,5	48
2	wenig	28,1	31,1	15,4	26,6	34
3	etwas	22,8	17,8	23,1	21,1	27
4	ziemlich	7,0	6,7	7,7	7,0	9
5	sehr	5,3	-	3,8	3,1	4
6	weiß nicht	3,5	6,7	3,8	4,7	6
	%	100	100	100	100	
	N	57	45	26		128
	p = 0,843					
	Fehlende Antworten: 3					

In der Frauengruppe fühlen sich die Krankenpflegeschülerinnen (53%) häufiger überhaupt nicht gestört als die Studentinnen (Design: 40,3%; Lehramt: 30,2%). Ihr Anteil an der als geringfügig empfundenen Störung („wenig“ und „etwas“) fällt mit 24,2% deutlich geringer aus als bei den anderen Frauen (Design: 41,8%; Lehramt: 42,9%). Wiederum gibt es eine kleine Anzahl von „Ausreißerinnen“ unter den Designstudentinnen, die sich „ziemlich“ beeinträchtigt fühlte, (10,4%), würde der Partner auf Kondombenutzung bestehen.

**Tabelle 115 C: Frauen**

VAR. 94 Wenn Ihr Partner auf den Gebrauch eines Kondomes bestehen würde: würde Sie das stören?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	gar nicht	40,3	30,2	53,0	35,0	160
2	wenig	29,9	21,6	12,1	21,4	98
3	etwas	11,9	21,3	12,1	18,6	85
4	ziemlich	10,4	7,7	4,5	7,7	35
5	sehr	5,5	3,4	4,5	3,7	17
6	weiß nicht	3,0	15,7	13,6	13,6	62
	%	100	100	100	100	
	N	67	324	66		457
	p = 0,003					
	Fehlende Antworten: 5					

Die Krankenpflegeschüler (Gesamt und Frauen) zeigen in dieser Frage eine größere Kondom-

akzeptanz als die Studenten.

Während sich rund die Hälfte unserer Befragten gar nicht bis wenig und ca. 19% etwas durch Kondome gestört fühlen würde, hätte sich knapp die Hälfte der Gießener Studenten zumindest etwas gestört gefühlt (vgl. REIMANN/BARDELEBEN 1992).

Interessant sind in diesem Zusammenhang auch die Ergebnisse von LETZEL et al., deren Befragte überwiegend negativ auf Kondomforderung seitens des Partners reagierten und dies u.a. als Mißtrauen ihnen gegenüber interpretierten; einige waren eher zum Verzicht auf den Geschlechtsverkehr bereit als zur Kondomverwendung (vgl. LETZEL et al. 1990).

Die überwiegende Mehrheit sowohl der Gesamtbevölkerung (87%) als auch der 16-29jährigen (90%) würden zustimmen, wenn der Partner ein Kondom wünschte (vgl. BZgA 1995).

Signifikante Geschlechtsunterschiede sind nicht zu beobachten: Männer und Frauen beantworteten die Frage ähnlich.

VAR. 141: „Haben Sie jemals die Erfahrung gemacht, daß Ihre Sexualpartner Kondome ablehnten?“

Die Frage, ob die Teilnehmer jemals eine Ablehnung des Kondoms durch ihre Sexualpartner erfahren, ergibt in der Gesamtstichprobe keine signifikanten fachgruppenspezifischen Unterschiede im Antwortverhalten ( $p = 0,302$ ). Bei Kontrolle der Geschlechter dagegen spielt die Fachgruppenzugehörigkeit eine Rolle.

**Tabelle 116 A: Gesamt**

VAR. 141 Haben Sie jemals die Erfahrung gemacht, daß Ihre Sexualpartner Kondome ablehnten?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	ja	28,5	21,6	22,8	23,3	133
2	nein	71,5	78,4	77,2	76,7	438
	%	100	100	100	100	
	N	123	356	92		571
	p = 0,302					
	Fehlende Antworten: 22					

In der Männergruppe erfuhren die Design- und Lehramtsstudenten zu einem etwa gleichen Anteil (rd. 16% bzw. 17%) eine Ablehnung, während dies bei ca. 41% der Krankenpfleger der Fall war.

**Tabelle 116 B: Männer**

VAR. 141 Haben Sie jemals die Erfahrung gemacht, daß Ihre Sexualpartner Kondome ablehnten?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	ja	16,4	16,7	40,7	21,8	27
2	nein	83,6	83,3	59,3	78,2	97
	%	100	100	100	100	
	N	55	42	27		124
	p = 0,026					
	Fehlende Antworten: 7					

**Tabelle 116 C: Frauen**

VAR. 141 Haben Sie jemals die Erfahrung gemacht, daß Ihre Sexualpartner Kondome ablehnten?

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	ja	38,2	22,3	15,4	23,7	106
2	nein	61,8	77,7	84,6	76,3	341
	%	100	100	100	100	
	N	68	314	65		447
	p = 0,005					
	Fehlende Antworten: 15					

Von den Frauen haben die Studentinnen, besonders die Designstudentinnen (38,2%; Lehramt: 22,3%) häufiger die Erfahrung einer Kondomablehnung gemacht als die Krankenpflegeschülerinnen (15,4%).

Vermutlich korrespondiert das Ergebnis bei den Designstudentinnen mit ihrem Präventionsverhalten: je häufiger auf Kondombenutzung bestanden wird, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit einer Ablehnung durch den Sexualpartner.

Signifikante Unterschiede im Antwortverhalten von Männern und Frauen gibt es in den Gruppen Design und Krankenpflege.

**Tabelle 116 D: Männer und Frauen**

VAR. 141 Haben Sie jemals die Erfahrung gemacht, daß Ihre Sexualpartner Kondome ablehnten?

	Antwortkategorien	Gesamt		Design		Lehramt P.		Krankenpflege		
		m	w	m	w	m	w	m	w	
1	ja	21,8	23,7	16,4	38,2	16,7	22,3	40,7	15,4	
2	nein	78,2	76,3	83,6	61,8	83,3	77,7	59,3	84,6	
	%	100	100	100	100	100	100	100	100	
	N	124	447	55	68	42	314	27	65	
	p	0,651		0,008		0,406		0,008		
	N = 571									

Die Designstudentinnen (38,2%) haben doppelt so häufig wie ihre Kommilitonen (16,4%) erlebt, daß ihr Partner die Verwendung eines Kondomes ablehnte. Bei den Krankenpflegeschülern haben umgekehrt weit mehr als doppelt so viele Männer (40,7%) wie Frauen (15,4%) diese Erfahrung bereits gemacht.

Die hohe Anzahl der Designerinnen, die bereits auf Kondomablehnung durch den Partner gestoßen sind, hängt sicherlich mit ihrer (verglichen z.B. mit den Schülerinnen) größeren Präventionsbereitschaft, also vor allem häufigerem Kondomgebrauch, zusammen.

VAR. 96 fragt nach „*Veränderung des Koitusverhaltens*“ im Zusammenhang mit AIDS.

In der Gesamtstichprobe berichten die Designstudenten etwas häufiger als die beiden anderen Fachgruppen von einer Einstellung bzw. Reduzierung des penetrierenden vaginalen Verkehrs (9,7%; Lehramt: 2,9%; Krankenpflege: 1,2%), die Krankenpflegeschüler von einer leichten Zunahme (6% gegenüber Design: 2,7% und Lehramt: 1,5%). Die Mehrheit der Befragten aller drei Fachgruppen hält unverändert an ihrem Koitusverhalten fest.

**Tabelle 117 A: Gesamt**

VAR. 96 Veränderung des Koitusverhaltens

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	eingestellt	0,9	-	-	0,2	1
2	seltener	8,8	2,9	1,2	3,9	21
3	unverändert	85,8	87,8	88,0	87,4	471
4	häufiger	2,7	1,5	6,0	2,4	13
5	noch nie gemacht	1,8	7,9	4,8	6,1	33
	%	100	100	100	100	
	N	113	343	8		539
	p = 0,002					
	Fehlende Antworten: 54					

In der Männerstichprobe hat die Fachgruppenzugehörigkeit keinen Einfluß auf das Antwortverhalten: Design-, Lehramtsstudenten und Krankenpfleges Schüler beantworten die Frage ähnlich.

**Tabelle 117 B: Männer**

VAR. 96 Veränderung des Koitusverhaltens

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	eingestellt	-	-	-	-	-
2	seltener	2,0	-	-	-	-
3	unverändert	93,9	81,6	91,3	89,1	98
4	häufiger	4,1	7,9	8,7	6,4	7
5	noch nie gemacht	-	10,5	-	3,6	4
	%	100	100	100	100	
	N	49	38	23		110
	p = 0,127					
	Fehlende Antworten: 21					

In der Frauenstichprobe haben die Designstudentinnen die Praktik des Koitus häufiger reduziert oder eingestellt (15,7%) als die Lehramtsstudentinnen (3,5%) und die Krankenpfleges Schülerinnen (1,7%). Letztere berichten etwas häufiger von einer Koituszunahme als die Studentinnen (5% gegenüber Design: 1,6% und Lehramt: 0,7%).

**Tabelle 117 C: Frauen**

VAR. 96 Veränderung des Koitusverhaltens

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	eingestellt	1,6	-	-	0,2	1
2	seltener	14,1	3,3	1,7	4,7	20
3	unverändert	79,7	88,5	86,7	86,9	373
4	häufiger	1,6	0,7	5,0	1,4	6
5	noch nie gemacht	3,1	7,5	6,7	6,8	29
	%	100	100	100	100	
	N	64	305	60		429
	p = 0,000					
	Fehlende Antworten: 33					

Geschlechtsspezifische Differenzen treten in der Gesamt- und Lehramtsgruppe auf. Insgesamt haben mehr Frauen als Männer seltener Koitus, Männer dagegen praktizieren ihn häufiger als vorher. Ähnliches gilt für die Lehramtsstudenten.

**Tabelle 117 D: Männer und Frauen**

VAR. 96 Veränderung des Koitusverhaltens

	Antwortkategorien	Gesamt		Design		Lehramt P.		Krankenpflege	
		<b>m</b>	<b>w</b>	<b>m</b>	<b>w</b>	<b>m</b>	<b>w</b>	<b>m</b>	<b>w</b>
1	eingestellt	-	0,2	-	1,6	-	-	-	-
2	seltener	0,9	4,7	2,0	14,1	-	3,3	-	1,7
3	unverändert	89,1	86,9	93,9	79,7	81,6	88,5	91,3	86,7
4	häufiger	6,4	1,4	4,1	1,6	7,9	0,7	8,7	5,0
5	noch nie gemacht	3,6	6,8	-	3,1	10,5	7,5	-	6,7
	%	100	100	100	100	100	100	100	100
	N	110	429	49	64	38	305	23	60
	p	0,008		0,086		0,003		0,506	
	N = 539								

VAR. 100: „Veränderung beim Analverkehr“

Die Gruppe der Designstudenten (34,8%) verfügt über die größte Erfahrung mit Analverkehr, gefolgt von den Krankenpflegeschülern (29,4%) und den Lehramtsstudenten (19%). Die wenigsten Veränderungen insgesamt (Kategorien 1, 2 und 4) zeigen die Lehramtsstudenten

(4,1%), die meisten die Krankenpflegeschüler (17,7%), die auch am häufigsten von einer Reduktion berichten (10,6%), während die Designstudenten bei einer Veränderungsquote von 9,8% vorwiegend die Praktik des Analverkehrs ganz eingestellt (8%) haben. Ein Viertel der Designer mit Analverkehrserfahrungen hat diese Sexualtechnik in unveränderter Form beibehalten, die beiden anderen Fachgruppen deutlich seltener.

**Tabelle 118 A: Gesamt**

VAR. 100 Veränderung: Analverkehr

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	eingestellt	8,0	3,5	4,7	4,6	25
2	seltener	0,9	-	10,6	1,9	10
3	unverändert	25,0	14,9	11,8	16,5	89
4	häufiger	0,9	0,6	2,4	0,9	5
5	noch nie gemacht	65,2	81,0	70,6	76,1	410
	%	100	100	100	100	
	N	112	342	85		539
	p = 0,000					
	Fehlende Antworten: 54					

Bei den Männern sind keine signifikanten Unterschiede im Antwortverhalten erkennbar: beide Studentengruppen und die Krankenpfleger beantworten die Frage ähnlich.

**Tabelle 118 B: Männer**

VAR. 100 Veränderung: Analverkehr

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	eingestellt	4,2	-	8,7	3,7	4
2	seltener	-	-	8,7	1,8	2
3	unverändert	25,0	26,3	17,4	23,9	26
4	häufiger	-	2,6	-	0,9	1
5	noch nie gemacht	70,8	71,1	65,2	69,7	76
	%	100	100	100	100	
	N	48	38	23		109
	p = 0,113					
	Fehlende Antworten: 22					

Von den Frauen haben die Lehramtsstudentinnen die geringste Erfahrung mit Analverkehr (17,8%), die größte die Designstudentinnen (39,1%). Die Krankenpflegerinnen nehmen mit 27,4% die mittlere Position ein. Die Praktik ganz eingestellt haben am häufigsten die Designrinnen (10,9% gegenüber Lehramt: 3,9% und Krankenpflege: 3,2%), während die Krankenpflegerinnen den Analverkehr deutlich häufiger reduziert haben (11,3%) als die Studentinnen. Ein Viertel der Designstudentinnen mit Analverkehrserfahrung hält unverändert an dieser Praktik fest.

**Tabelle 118 C: Frauen**

VAR. 100 Veränderung: Analverkehr

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	eingestellt	10,9	3,9	3,2	4,9	21
2	seltener	1,6	-	11,3	1,9	8
3	unverändert	25,0	13,5	9,7	14,7	63
4	häufiger	1,6	0,3	3,2	0,9	4
5	noch nie gemacht	60,9	82,2	72,6	77,7	334
	%	100	100	100	100	
	N	64	304	62		430
	p = 0,000					
	Fehlende Antworten: 32					

**Tabelle 118 D: Männer und Frauen**

VAR. 100 Veränderung: Analverkehr

	Antwortkategorien	Gesamt		Design		Lehramt P.		Krankenpflege	
		m	w	m	w	m	w	m	w
1	eingestellt	3,7	4,9	4,2	10,9	-	3,9	8,7	3,2
2	seltener	1,8	1,9	-	1,6	-	-	8,7	11,3
3	unverändert	23,9	14,7	25,0	25,0	26,3	13,5	17,4	9,7
4	häufiger	0,9	0,9	-	1,6	2,6	0,3	-	3,2
5	noch nie gemacht	69,7	77,7	70,8	60,9	71,1	82,2	65,2	72,6
	%	100	100	100	100	100	100	100	100
	N	109	430	48	64	38	304	23	62
	p	0,243		0,481		0,032		0,576	
	N = 539								



Signifikante Geschlechtsunterschiede finden sich lediglich in der Gruppe der Lehramtsstudenten. Mehr Frauen (82,2%) als Männer (71,1%) haben keine Erfahrungen mit Analverkehr. Ein sehr geringer Teil der Frauen (rd. 4%) verzichtet auf diese Praktik (Männer: keiner), rd. 14% üben sie in unveränderter Häufigkeit aus. Von den Männern hat niemand diese Sexualpraktik eingestellt noch eingeschränkt, dafür hat ein kleiner Teil (rd. 3%) die Frequenz erhöht. Fast doppelt so viele Männer wie Frauen üben den Analverkehr in unveränderter Form aus.

Die Beobachtung, daß Analverkehr bei heterosexuellen Studenten eine nicht verbreitete Sexualpraktik darstellt, findet eine Übereinstimmung in anderen Untersuchungen, z. B. in der Münsteraner Stichprobe (vgl. HEINKE 1992), deren Befragte allerdings noch seltener Analverkehr praktizierten (m: 6,5%; w: 7,2%) als unsere Teilnehmer. Die 17% der männlichen Heidelberger Studenten, die Analverkehr ausübten, liegen noch unter den Werten unserer Männer (vgl. TILLMANN et al. 1990). In der Berliner Studie hatte ein Drittel der Befragten infektionsriskante Sexualpraktiken reduziert (vgl. BÖHM/ROHNER 1988), wobei offen bleibt, ob außer dem analen Verkehr noch weitere Techniken involviert waren. Weniger als 2% der Gießener Studenten vermieden riskante Praktiken (vgl. BARDELEBEN et al. 1989). Für die heterosexuelle Allgemeinbevölkerung gibt RUNKEL mit rund 9% eine geringe Veränderung des Sexualverhaltens an, die deutlich unter den Zahlen der Homosexuellen (75%) liegen (vgl. RUNKEL 1989).

Die VAR. 112 - 115 fragen nach den Auswirkungen des AIDS-Risikos auf das sexuelle Erleben.

VAR. 112: Die Aussage „*Ich fühle mich eingeschränkt in sexuellen Praktiken*“ wird von der Gruppe der Designstudenten (18%) häufiger bejaht als vor allem von den Lehramtsstudenten (6,3%).

In der Männerstichprobe sind keine signifikanten Unterschiede im Antwortverhalten der Fachgruppen erkennbar.

**Tabelle 119 A: Gesamt**

VAR. 112 Ich fühle mich eingeschränkt in sexuellen Praktiken

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	ja	18,0	6,3	12,9	9,8	57
2	nein	82,0	93,7	87,1	90,2	522
	%	100	100	100	100	
	N	122	364	93		579
	p = 0,000					
	Fehlende Antworten: 14					

**Tabelle 119 B: Männer**

VAR. 112 Ich fühle mich eingeschränkt in sexuellen Praktiken

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	ja	17,0	15,9	25,0	18,4	23
2	nein	83,0	84,1	75,0	81,6	102
	%	100	100	100	100	
	N	53	44	28		125
	p = 0,587					
	Fehlende Antworten: 6					

**Tabelle 119 C: Frauen**

VAR. 112 Ich fühle mich eingeschränkt in sexuellen Praktiken

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	ja	18,8	5,0	7,7	7,5	34
2	nein	81,2	95,0	92,3	92,5	420
	%	100	100	100	100	
	N	69	320	65		454
	p = 0,000					
	Fehlende Antworten: 8					

Bei den Frauen sind es wieder die Designerinnen, die sich häufiger in ihren sexuellen Praktiken eingeschränkt fühlen als die anderen Frauen. Mit 18,8%, die diese Frage bejahen, liegen sie deutlich vor den Lehramtsstudentinnen (5%) und den Krankenpflegesüchlerinnen (7,7%).

Analog dazu haben die Designstudentinnen am häufigsten von allen Frauen die Praktik des Analverkehrs eingestellt (VAR. 100).

Signifikante Geschlechtsunterschiede finden sich in der Gesamtstichprobe sowie in den Gruppen Lehramt und Krankenpflege.

**Tabelle 119 D: Männer und Frauen**

VAR. 112 Ich fühle mich eingeschränkt in sexuellen Praktiken

	Antwortkategorien	Gesamt		Design		Lehramt P.		Krankenpflege		
		m	w	m	w	m	w	m	w	
1	ja	18,4	7,5	17,0	18,8	15,9	6,0	25,0	7,7	
2	nein	81,6	92,5	83,0	81,2	84,1	95,0	75,0	92,3	
	%	100	100	100	100	100	100	100	100	
	N	125	454	53	69	44	320	28	65	
	p	0,000		0,791		0,005		0,022		
	N = 579									

Insgesamt fühlen sich die Männer (18,4%) häufiger durch AIDS in ihren sexuellen Praktiken eingeschränkt als die Frauen (7,5%). Am stärksten beeinträchtigt zeigen sich die Krankenpflegeschüler (25%), ihre männlichen Lehramtskollegen um einiges weniger (15,9%). Die Frauen, besonders die Lehramtsstudentinnen, empfinden relativ selten eine Beeinträchtigung ihres Sexuallebens.

Dies wird bestätigt durch VAR. 113, die nach dem „Gefühl der Bedrohung“ durch AIDS fragt. Von allen drei Fachgruppen fühlen sich die Designstudenten (34,1%) häufiger bedroht als die beiden anderen Gruppen (Lehramt: 19%; Krankenpflege: 17,2%).

Auffällig erscheint, daß die Lehramtsstudenten noch häufiger eine Bedrohung empfinden als die Krankenpflegeschüler, die möglicherweise aufgrund ihrer Ausbildung und beruflichen Praxis das AIDS-Risiko realistischer einschätzen. Die Designstudenten erweisen sich deutlich als die Gruppe, die sich am stärksten durch AIDS bedroht fühlt.

**Tabelle 120 A: Gesamt**

VAR. 113 Ich fühle mich bedroht

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	ja	34,1	19,0	17,2	21,9	127
2	nein	65,9	81,0	82,8	78,1	453
	%	100	100	100	100	
	N	123	364	93		580
	p = 0,001					
	Fehlende Antworten: 13					

In der Männerstichprobe spielt die Fachgruppenzugehörigkeit keine Rolle: alle Männer beantworten die Frage nach dem Gefühl der Bedrohung ähnlich.

**Tabelle 120 B: Männer**

VAR. 113 Ich fühle mich bedroht

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	ja	31,5	18,2	21,4	24,6	31
2	nein	68,5	81,8	78,6	75,4	95
	%	100	100	100	100	
	N	54	44	28		126
	p = 0,285					
	Fehlende Antworten: 5					

**Tabelle 120 C: Frauen**

VAR. 113 Ich fühle mich bedroht

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	ja	36,2	19,1	15,4	21,1	96
2	nein	63,8	80,9	84,6	78,9	358
	%	100	100	100	100	
	N	69	320	65		454
	p = 0,003					
	Fehlende Antworten: 8					

Von den Frauen fühlen sich die Designerinnen (36,2%) deutlich am stärksten, die Krankenpflegeschülerinnen (15,4%) am wenigsten bedroht (Lehramt: 19,1%). Dies deckt sich mit dem bisherigen Ergebnis, welches die Designstudentinnen als liberaler im Umgang mit Sexualität und gleichzeitig als problembewußter ausweist.

Signifikante Unterschiede im Antwortverhalten von Frauen und Männern treten nicht auf.

Unsere Ergebnisse divergieren teilweise erheblich von denen anderer Untersuchungen.

Im Gegensatz zu den niedersächsischen Krankenpflegeschülern, die sich mehrheitlich (71%) durch AIDS bedroht fühlten (vgl. KARCHES et al. 1991), empfinden rd. 83% unserer Krankenpflegeschüler diese Bedrohung nicht. Ähnliches gilt für die Studenten, wenn auch die Unterschiede hier weniger gravierend sind. Während sich rund 22% unserer Studenten durch AIDS gefährdet fühlen, schwankt diese Zahl in anderen Untersuchungen zwischen einem Drittel (vgl. BÖHM/ROHNER 1988; WARNKING 1994) und mehr als 50% (vgl. NEUBAUER 1989 a und 1994; SCHEIPL et al. 1990). BARDELEBEN et al. berichten, daß für den größten Teil ihrer Befragten, die zu knapp 70% partnergebunden waren, AIDS keine Gefahr darstellte, sofern sie keine sexuellen Außenbeziehungen hatten (vgl. BARDELEBEN et al. 1989).

Gegenüber der Gesamtbevölkerung, die zu drei Vierteln AIDS als Bedrohung betrachtete (vgl. RUNKEL 1990), scheinen Studenten die tatsächliche Gefahr realistischer einzuschätzen bzw. zwischen Bedrohung und persönlichem Infektionsrisiko genauer zu differenzieren. In einer Repräsentativbefragung aus dem Jahr 1994 wurde nach dem Stellenwert von AIDS als Bedrohung der Gesundheit sowie innerhalb der gefährlichsten Krankheiten gefragt. In der Altersgruppe der 16-29jährigen sahen rund 10% AIDS als Bedrohung der Gesundheit an. In der Skala der gefährlichsten Krankheiten stufte 57% der Gesamtstichprobe AIDS hinter Krebs an zweiter Stelle ein. Drei Viertel der 16-29jährigen setzte AIDS auf Platz eins (vgl. BZgA 1995).

Das subjektiv empfundene Gefühl der Bedrohung wirkt sich allerdings nicht unmittelbar auf die Aufnahme neuer Sexualkontakte (VAR. 114: „*Fühle mich in der Aufnahme neuer Kontakte eingeschränkt*“) aus.

Die Fachgruppenzugehörigkeit spielt lediglich in der Männergruppe eine Rolle, während in der Gesamt- und Frauenstichprobe keine signifikanten Unterschiede in der Beantwortung der Frage erkennbar sind.

**Tabelle 121 A: Gesamt**

VAR. 114 Ich fühle mich in der Aufnahme neuer Kontakte eingeschränkt

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	ja	48,0	40,3	41,9	42,2	245
2	nein	52,0	59,7	58,1	57,8	336
	%	100	100	100	100	
	N	123	365	93		8581
	p = 0,327					
	Fehlende Antworten: 12					

**Tabelle 121 B: Männer**

VAR. 114 Ich fühle mich in der Aufnahme neuer Kontakte eingeschränkt

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	ja	43,6	20,5	25,0	31,5	40
2	nein	56,4	79,5	75,0	68,5	87
	%	100	100	100	100	
	N	55	44	28		127
	p = 0,034					
	Fehlende Antworten: 4					

**Tabelle 121 C: Frauen**

VAR. 114 Ich fühle mich in der Aufnahme neuer Kontakte eingeschränkt

	Antwortkategorien	Design	Lehramt P.	Krankenpflege	%	N
1	ja	51,5	43,0	49,2	45,2	205
2	nein	48,5	57,0	50,8	54,8	249
	%	100	100	100	100	
	N	68	321	65		454
	p = 0,343					
	Fehlende Antworten: 8					

In der Männerstichprobe fällt auf, daß bemerkenswert viele Designer (43,6%) sich in der Aufnahme neuer Kontakte eingeschränkt fühlen, während dies bei den Krankenpflegern (25%) und vor allem den Lehramtsstudenten (20,5%) deutlich seltener der Fall ist.

Signifikante Geschlechtsunterschiede finden sich mit Ausnahme der Designstudenten in allen Gruppen.

**Tabelle 121 D: Männer und Frauen**

VAR. 114 Ich fühle mich in der Aufnahme neuer Kontakte eingeschränkt

	Antwortkategorien	Gesamt		Design		Lehramt P.		Krankenpflege		
		<b>m</b>	<b>w</b>	<b>m</b>	<b>w</b>	<b>m</b>	<b>w</b>	<b>m</b>	<b>w</b>	
1	ja	31,5	42,2	43,6	51,5	20,5	43,0	25,0	49,2	
2	nein	68,5	54,8	56,4	48,5	79,5	57,0	75,0	50,8	
	%	100	100	100	100	100	100	100	100	
	N	127	454	55	68	44	321	28	65	
	p	0,006		0,387		0,004		0,030		
	N = 581									

Insgesamt fühlen sich mehr Frauen (42,5%) als Männer (31,5%) in der Aufnahme neuer Kontakte durch das AIDS-Risiko eingeschränkt. Innerhalb der Fachgruppen treten die geschlechtsspezifischen Differenzen deutlich ausgeprägter auf: bei den Lehramtsstudenten fühlen sich mehr als doppelt so viele Frauen (43%) als Männer (20,5%), bei den Krankenpflegeschülern beinahe doppelt so viele Frauen (49,2%) als Männer (25%) beeinträchtigt.

Für die Variablen 112 - 114 kann festgehalten werden, daß die Designstudentinnen am sensibelsten auf AIDS zu reagieren scheinen und die einschränkenden Verhaltenskonsequenzen sowohl deutlicher wahrnehmen als auch in ihrer sexuelle Praxis umsetzen.

Bei der Beantwortung der nachfolgenden Variablen spielt die Fachgruppenzugehörigkeit keine Rolle: Design- und Lehramtsstudenten sowie Krankenpflegeschüler beantworten die Fragen ähnlich; das gilt auch für die geschlechtsspezifische Betrachtung.

**Tabelle 122: Variablen mit einem Chi-Quadrat von  $p > 0,05$  (bezogen auf die Fachgruppen)**

<b>VAR. Nr.</b>	<b>Variable</b>	<b>Fachgruppen p =</b>	<b>Männer p =</b>	<b>Frauen p =</b>
33.	Wenn Sie bisher keinen Koitus hatten: was war der wichtigste Grund?	0,280	0,339	0,574
61.	Hat Ihr fester Partner mit anderen Partnern Geschlechtsverkehr?	0,142	0,344	0,231
80.	Verlangen Sie von einem neuen Partner einen AIDS-Test?	0,461	0,551	0,662
83.	Könnten Sie sich vorstellen, mit einer AIDS-infizierten Person sexuellen Kontakt zu haben?	0,785	0,109	0,741
84.	Würden Sie Ihren Partner informieren, wenn Sie sich mit AIDS infiziert hätten?	0,787	0,298	0,613
88.	(Nur für Befragte mit festem Partner) Benutzen Sie Kondome bzw. bestehen Sie auf Kondombenutzung zur AIDS-Prävention innerhalb Ihrer festen Partnerschaft?	0,204	0,702	0,191
89.	(Nur für Befragte mit festem Partner) Haben Sie Ihre sexuelle Aktivität generell eingeschränkt?	0,218	0,247	0,338
91.	(Nur für Befragte ohne festem Partner) Haben Sie Ihre sexuelle Aktivität generell eingeschränkt?	0,847	0,769	0,573
92.	(Nur für Befragte ohne festem Partner) Benutzen Sie Kondome bzw. bestehen Sie auf Kondombenutzung zur AIDS-Prävention?	0,216	0,161	0,111
93.	Glauben Sie, daß man sich durch Kondome hinreichend vor AIDS schützen kann?	0,537	0,117	0,778
115.	Macht das AIDS-Risiko Ihr Sexualleben spannender?	0,331	0,232	0,623
136.	Haben Sie schon einmal etwas von „Safer Sex“ gehört?	0,188	0,521	0,073



**Tabelle 123: Variablen mit einem Chi-Quadrat von  $p > 0,05$  (bezogen auf das Geschlecht)**

VAR. Nr.	Variable	Gesamt p =	Design p =	Lehramt P. p =	Kranken- pflege p =
33.	Wenn Sie bisher keinen Koitus hatten: was war der wichtigste Grund?	0,151	0,347	0,104	0,562
44.	Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten Analverkehr praktiziert?	0,348	0,609	0,385	0,519
58.	(Nur für Befragte, die mit anderen Partnern Geschlechtsverkehr hatten) Wie lange dauerte die längste dieser Beziehungen?	0,091	0,444	0,307	0,237
61.	Hat Ihr fester Partner, seit Sie mit ihm zusammen sind, mit anderen Partnern Geschlechtsverkehr gehabt?	0,136	0,370	0,478	0,080
66.	Haben Sie Sexualität mit Partnern erlebt, zu denen Sie keine Liebesbeziehung hatten?	0,097	0,368	0,576	0,803
79.	Klären Sie bei potentiellen/neuen Sexualpartnern das AIDS-Risiko ab?	0,598	0,437	0,609	0,825
81.	Ist Ihnen schon einmal ein AIDS-Test abverlangt worden?	0,699	0,538	0,710	0,926
82.	Haben Sie sich bereits einem AIDS-Test unterzogen?	0,083	0,796	0,827	0,396
84.	Würden Sie Ihren Partner informieren, wenn Sie sich mit AIDS infiziert hätten?	0,362	0,102	0,528	0,895
85.	Haben Sie sexuelle Kontakte abgebrochen bzw. erst gar nicht angefangen, weil Ihnen das Infektionsrisiko zu groß erschien?	0,353	0,228	0,740	0,370
88.	(Nur für Befragte mit festem Partner) Benutzen Sie Kondome zur AIDS-Prävention innerhalb Ihrer festen Partnerschaft?	0,317	0,403	0,270	0,677
90.	(Nur für Befragte ohne festem Partner) Haben Sie weniger Sexualpartner?	0,275	0,795	0,956	0,516
91.	(Nur für Befragte ohne festem Partner) Haben Sie Ihre sexuelle Aktivität generell eingeschränkt?	0,136	0,370	0,467	0,150
93.	Glauben Sie, daß man sich durch Kondome hinreichend vor AIDS schützen kann?	0,101	0,799	0,100	0,184
94.	Wenn Ihr Partner auf den Gebrauch eines Kondomes bestehen würde: würde Sie dies stören?	0,126	0,691	0,275	0,578
113.	Fühle mich durch AIDS bedroht	0,406	0,581	0,889	0,479
115.	AIDS macht das Sexualleben spannender	0,095	0,107	0,457	0,161
127.	Hatten Sie in den letzten 12 Monaten Angst, AIDS zu bekommen?	0,915	0,987	0,118	0,646
128.	Haben Sie zur Zeit Angst, AIDS zu bekommen?	0,915	0,619	0,670	0,874
136.	Haben Sie schon einmal etwas von Safer Sex gehört?	0,144	0,090	0,287	0,134

### 3. 4. 1. Zusammenfassung

(M. Jodexnis)

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß die Hypothese, Designstudenten verhalten sich infekti-onsriskanter und weniger präventiv als Lehramtsstudenten der Primarstufe und Kranken-pflegeschüler, in ihrer Gesamtheit nicht zu verifizieren ist. Designstudenten sind aufgrund ih-rer angewandten Sexualpraktiken, ihrer ausgeprägteren Promiskuität und sexuellen Aktivität sowie ihrer größeren Risikobereitschaft zwar potentiell infektionsgefährdeter, sofern sie nicht ständig ein Kondom benutzen, reagieren aber andererseits sensibler auf die Bedrohung durch AIDS und lassen in hohem Maße Verhaltensänderungen im Sinne von Safer Sex erkennen.

Die Lehramtsstudenten dagegen lassen sich durch ein eher statisches Verhalten und eine Igno-ranz gegenüber der AIDS-Problematik charakterisieren, während sich bei den Krankenpflege-schülern ihre berufliche Nähe zu AIDS nur bedingt in präventivem Verhalten niederschlägt.

Besonders die Designstudenten erweisen sich als sehr heterogene Gruppe. Neben den teilwei-se großen geschlechtsspezifischen Unterschieden sind polarisierende Fraktionen, vor allem bei den Frauen, zu beobachten.

Im einzelnen wird diese Aussage wie folgt begründet:

In den Dimensionen „Risikobereitschaft“, „Promiskuität“ und „infektionsriskantes Sexualver-halten“ (VAR. 35, 36, 44, 57, 58, 61, 65, 66, 78) weisen sich die Designstudenten, vor allem die weiblichen, als führende Gruppe aus. Sie zeigen zwar die geringste Koitusaktivität (VAR. 35), andererseits aber auch eine höhere Anzahl an Koituspartnern (VAR. 36). Die partnerge-bundenen Designstudenten, wiederum besonders die Frauen, leben deutlich promisker als die anderen Gruppen, indem sie häufiger außerpartnerschaftliche Sexualkontakte, diese auch mit einer größeren Partnerzahl (VAR. 57), eingehen. Sie zeigen auch eine größere Bereitschaft zu sehr kurzen, nur wenige Stunden andauernden Beziehungen (VAR. 58). In der Kategorie der nur „wenige Tage“ andauernden sexuellen Außenkontakte nehmen die Krankenpflegeschüler (männlich und weiblich) eine schwer interpretierbare Führungsposition ein. Die Designstu-denten (mit und ohne Partner) stellen die größte Gruppe der Befragten mit flüchtigen Sexual-kontakten (VAR. 78) dar, zeigen aber auch, verglichen mit den beiden anderen Gruppen, die stärksten Verhaltensmodifikationen in Richtung einer Reduzierung dieser flüchtigen Kontak-te. Andererseits wird hier die Heterogenität der Gruppe deutlich an dem Fakt, daß der Pro-

zentsatz derer, die unverändert an ihren sexuellen Spontankontakten festhält, größer ist als derjenige der Verringerer. In der Gruppe der Krankenpflegeschüler wiederholt sich dieses Bild, allerdings mit weitaus geringeren Werten. Obwohl die Zahl der Befragten, die eine Zunahme ihrer flüchtigen Sexualkontakte angibt, insgesamt sehr gering ist, haben die Designstudenten in dieser Antwortkategorie als einzige Gruppe keine Nennung.

Analog dazu ist für die Designstudenten, besonders für die Frauen, eine befriedigende Sexualität auch ohne Liebesbeziehung häufiger möglich als für die anderen Teilnehmer (VAR. 65) und wird auch entsprechend praktiziert (VAR. 66). Die Lehramtsstudenten, die Frauen weniger als die Männer, lehnen diese Art von Sexualität ab und haben weniger entsprechende Erfahrungen.

Die Designstudenten insgesamt halten sexuelle Treue in einer Partnerschaft deutlich seltener für unbedingt erforderlich. Vor allem die Designstudentinnen erachten die sexuelle Monogamie als für nicht unbedingt notwendig: während weniger als die Hälfte von ihnen für absolute Treue plädiert, ist dies bei den Lehramtsstudentinnen (mehr als zwei Drittel) und den Krankenpflegeschülerinnen (mehr als drei Viertel) deutlicher häufiger der Fall. Mehr als jede zehnte Designerin bewertet die sexuelle Treue als falsch.

Die (ohne Schutz) infektiösste Sexualtechnik des penetrierenden Analverkehrs wird insgesamt nur sehr selten und am häufigsten von den männlichen Lehramtsstudenten ausgeübt. Bezogen auf die Häufigkeit dieser Praktik in den letzten 12 Monaten korrigiert sich das Verhältnis insofern, als daß die Lehramtsstudenten hier weniger Aktivität zeigen als die beiden anderen Gruppen. Die Designstudentinnen zeigen insgesamt sowohl die größte Aktivität als auch Frequenz (VAR. 44).

Hinsichtlich der Dimensionen „Risikobewußtsein“ und „Abklären des Risikos“ (VAR. 79, 80, 82, 83, 84, 85) erweisen sich die Designstudenten als die sensibelste und verantwortungsbewußteste Gruppe, die am stärksten auf AIDS reagiert, während die Lehramtsstudenten wiederum vorwiegend Ignoranz und Sorglosigkeit erkennen lassen.

Die Designstudenten, Männer wie Frauen, klären bei neuen Sexualpartnern das Risiko am häufigsten (immer, gelegentlich) ab, die Lehramtsstudenten am wenigsten (VAR. 79). Erwartungsgemäß haben sich die Krankenpflegeschüler am häufigsten einem HIV-Test unterzogen; innerhalb der beruflich nicht betroffenen Studentengruppen herrscht ein deutliches Gefälle zugunsten der Designer (VAR. 82). Die Initiative zum HIV-Test ging dabei in der Krankenpflegegruppe überwiegend nicht von einem festen oder neuen Partner, sondern von „anderer

Seite“ aus (VAR. 81). Besonders die Designstudentinnen beweisen hier eine größere Affinität zu AIDS als die Lehramtsstudenten. Sie haben auch am häufigsten einen Sexualkontakt abgebrochen bzw. erst gar nicht aufgenommen, wenn ihnen das Infektionsrisiko zu hoch erschien (VAR. 85), die Lehramtsstudentinnen am wenigsten häufig.

Hinsichtlich der aktuellen Angst vor AIDS (VAR. 128) sowie ihrer diesbezüglichen Befürchtungen im Jahr vor dem Befragungszeitraum (VAR. 127) zeigt die Gruppe der Krankenpflegeschüler die größten Ängste, während die Lehramtsstudenten sich als am wenigsten besorgt erweisen.

Von den partnergebundenen Befragten sind es wiederum die Designstudenten, die ihre sexuellen Außenkontakte am häufigsten reduziert haben, andererseits aber auch unverändert beibehalten. Unter den Männern sind die Designer die einzigen, die von einer Einschränkung berichten. Auch bei den Frauen dominieren die Designer in beiden Kategorien (VAR. 86).

Die Frage an die partnerlosen Teilnehmer nach Verringerung der Sexualpartner wird von den Designstudenten am häufigsten bejaht. Andererseits haben sie wie die beiden anderen Gruppen unverändert viel Sexualpartner, und, bedeutsamer, die höchste Zunahmequote (VAR. 90).

In der Frage nach Kondombenutzung bei außerpartnerschaftlichen Sexualkontakten wird die Polarisierung innerhalb der Designergruppe erneut sichtbar: einerseits benutzen sie am häufigsten immer und manchmal ein Kondom, andererseits stellen sie den größten Anteil der Befragten, die kein Kondom verwenden. Ihre Dominanz in der Kategorie Kondombenutzung ist allerdings gravierend. Den bisherigen Ergebnissen und damit der Erwartung folgend erweisen sich die Lehramtsstudenten als diejenigen Teilnehmer mit der höchsten Kondomverweigerungsrate (VAR. 87).

Hinsichtlich der Kondomkonnotation zeigt die Gruppe der Krankenpflegeschüler die positivste Einstellung und fühlt sich gar nicht gestört, sollte der Partner auf Kondombenutzung bestehen. Bei der Fokussierung auf die Bereiche „sehr große Störung“ und „gar keine Störung“ finden sich keine nennenswerten Unterschiede (VAR. 94).

Bezüglich der AIDS-bedingten Veränderungen ihrer Sexualpraktiken ist bei den Designstudenten, besonders bei den Frauen, ein leichter Rückgang, bei den Krankenpflegeschülern eine leichte Zunahme der koitalen Aktivität zu verzeichnen (VAR. 96). Beim Analverkehr (VAR. 100) zeigen die Lehramtsstudenten die geringsten Veränderungen, während die Krankenpfle-

geschüler am häufigsten diese Technik eingeschränkt haben. Dagegen stellen die Designstudenten den größten Anteil derer, die aufgrund von AIDS den Analverkehr ganz eingestellt haben.

Vor allem die Designstudentinnen empfinden eine große Beeinflussung ihrer Sexualität durch AIDS. Entsprechend fühlen sich die Designer, vor allem die Frauen, am stärksten in ihren sexuellen Praktiken eingeschränkt (VAR. 112) und haben analog dazu die analen Techniken eingestellt oder reduziert.

Entsprechend zeigen die Designstudenten (Gesamt und Frauen) eine größere AIDS-Angst und fühlen sich häufiger als die anderen Gruppen durch AIDS bedroht (VAR. 113).

Im zweiten Teil der Hypothese werden geschlechtsspezifische Unterschiede innerhalb der Fachgruppen als auch in der Gesamtstichprobe vermutet. Bei insgesamt 17 von 37 Variablen finden sich signifikante Geschlechtsunterschiede, was einen Anteil von 46% ausmacht. In der Gesamtstichprobe sind bei insgesamt 13 Variablen signifikante Unterschiede zwischen Männern und Frauen beobachtbar (rd. 35%), in der Gruppe der Lehramtsstudenten bei 10 (rd. 27%), bei den Krankenpflegeschülern bei 8 (rd. 22%) und bei den Designern lediglich bei 3 Variablen (rd. 8%).

Während die Designstudenten kaum geschlechtsbezogene Differenzen aufweisen, sich also in ihren Einstellungen und Verhaltensweisen kaum unterscheiden, ist dies bei den Krankenpflegeschülern und Lehramtsstudenten deutlich häufiger der Fall. Da sich aber in weniger als der Hälfte der in Hypothese IV verwendeten Variablen Geschlechtsunterschiede finden, die innerhalb der Fachgruppen nicht mehr als ein Viertel betragen, läßt sich die Vermutung, daß die Männer und Frauen unserer Stichprobe sich generell in ihrem Antwortverhalten unterscheiden, nicht verifizieren.

Im Einzelnen:

Mit Ausnahme der Designgruppe hatten bemerkenswert mehr Männer als Frauen in den letzten 12 Monaten vor der Befragung überhaupt keinen penetrierenden Geschlechtsverkehr (Koitus), wobei diese Differenz bei den Krankenpflegern besonders stark ausgeprägt ist (VAR. 35). Weitaus mehr Frauen (drei Viertel) als Männer (etwas mehr als die Hälfte) hatten ledig-

lich einen Koituspartner und waren sexuell treu, wobei innerhalb der Fachgruppen keine entsprechenden Unterschiede auftreten (VAR. 36). Als auffallend monogamer als ihre männlichen Kollegen erweisen sich die Krankenpflegeschülerinnen: 94% waren ihrem Partner treu, während dies auf nur weniger als zwei Drittel der Männer zutrifft (VAR. 57). Insgesamt mehr Männer als Frauen haben ihre flüchtigen Sexualkontakte unverändert beibehalten; bei den Krankenpflegern ist diese Divergenz gravierend: mehr als drei mal so viele Männer wie Frauen berichten über gleichbleibend viele flüchtige Sexualkontakte (VAR. 78).

Die Befragten mit einem festen Partner zeigen geschlechtsspezifische Differenzen hinsichtlich der Frage, ob sie weniger sexuelle Außenkontakte haben sowohl in der Gesamtheit als auch in der Lehramtsgruppe (VAR. 86). Insgesamt haben mehr Männer als Frauen ihre sexuellen Nebenkontakte sowohl reduziert als auch unverändert beibehalten. Bei den Lehramtsstudenten sind diese Unterschiede deutlicher ausgeprägt: keiner der Männer hat seine diesbezüglichen Kontakte reduziert.

Die Männer und Frauen mit festem Partner, die ihre sexuelle Aktivität generell eingeschränkt haben, unterscheiden sich wiederum nur in der Gesamtheit sowie in der Lehramtsgruppe. Die Männer, besonders die Lehramtsstudenten, haben deutlich seltener als die Frauen ihre sexuelle Aktivität eingeschränkt (VAR. 89). Für die Frauen (Gesamtgruppe) ist eine befriedigende Sexualität häufiger unabdingbar an eine Liebesbeziehung gebunden als für die Männer; beinahe die Hälfte aller Männer kann auf die emotionale Komponente beim Ausleben ihrer Sexualität ganz verzichten (VAR. 65).

Deutlich mehr Frauen als Männer (Gesamt und alle drei Fachgruppen) haben bereits ein- oder mehrmals von einem neuen Sexualpartner einen HIV-Test verlangt; ebenso würden die Frauen dies in einer entsprechenden Situation mehrheitlich tun. Die Männer verzichten entsprechend häufiger auf einen Testnachweis als die Frauen, wobei dies auf die männlichen Designstudenten am wenigsten zutrifft (VAR. 80).

Die Frauen insgesamt können sich etwas häufiger als die Männer nicht vorstellen, sexuellen Kontakt zu einer HIV-positiven Person zu haben (VAR. 83), während rund dreimal so viele Männer wie Frauen (in der Lehramtsgruppe fünfmal so viele Männer wie Frauen) einen eingeschränkten Kontakt nicht ausschließen. Bei sexuellen Nebenbeziehungen verwenden insgesamt deutlich mehr Männer als Frauen (mit festem Partner) immer oder gelegentlich ein Kondom (VAR. 87). Die Männer und Frauen ohne festem Partner, die Safer Sex betreiben (VAR. 92), unterscheiden sich lediglich in der Designgruppe. Während fast drei Viertel der

Designstudentinnen immer ein Kondom zur AIDS-Prävention benutzen, ist dies bei weniger als einem Viertel der Männer der Fall. VAR. 141 fragt, ob jemals die Erfahrung gemacht wurde, daß der Sexualpartner das Kondom ablehnte und ergibt signifikante Geschlechtsunterschiede bei den Designstudenten und den Krankenpflegeschülern. Während bei den Designern doppelt so viele Frauen als Männer diese Erfahrung gemacht haben, trifft dies bei den Krankenpflegern auf deutlich mehr Männer als Frauen zu.

Die Variablen 96 und 100 fragen nach Veränderungen der sexuellen Praktiken Koitus und Analverkehr. Insgesamt und in der Lehramtsgruppe haben mehr Frauen als Männer seltener Koitus, die Männer dagegen praktizieren ihn häufiger als die Frauen. Hinsichtlich des Analverkehrs unterscheiden sich lediglich die Lehramtsstudenten; die Männer üben ihn häufiger als die Frauen aus und haben ihn seltener als die Frauen weder eingeschränkt noch eingestellt. Mit Ausnahme der Designstudenten fühlen sich alle anderen Frauen und Männer in ihren sexuellen Praktiken durch AIDS eingeschränkt (VAR. 112). Die Frauen, besonders die Lehramtsstudentinnen, empfinden deutlich seltener als die Männer eine Beschränkung. In der Aufnahme neuer Sexualkontakte eingeschränkt (VAR. 114) fühlen sich – wieder mit Ausnahme der Designer – weitaus mehr Frauen als Männer.

Festzuhalten ist:

Die Designstudenten und –studentinnen sind einerseits aufgrund ihres Sexualverhaltens einem höheren Infektionsrisiko ausgesetzt als die anderen Befragten, zeigen andererseits aber auch die größten Verhaltensänderungen im Sinne von Safer Sex: zwar realisieren sie ihre permissiveren Einstellungen freizügig, dafür andererseits durchaus risikobewußt und präventiv. Die Männer und Frauen aller drei Fachgruppen unterscheiden sich nur punktuell, d.h., keine der Geschlechtsgruppen verhält sich generell infektionsriskanter und weniger präventiv als die andere.

#### **4. Erziehungswissenschaftliche Anforderungen an effektive AIDS-Präventionskonzepte**

(B. Bartsch)

In diesem Kapitel werden die AIDS-Präventionskonzepte bzw. -maßnahmen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und der Deutschen AIDS-Hilfe (DAH) mit ihren institutionellen Strukturen, Aufgaben und Zielsetzungen vorgestellt und erläutert. Eine sich daran anschließende Beurteilung liefert – unter Einbeziehung der Ergebnisse unserer Untersuchung sowie anderer, in Kapitel 1. 4. vorgestellter Studien – die Basis für die Erarbeitung der Kriterien, die wir als bedeutsam und handlungsleitend für eine AIDS-Prävention bei Heterosexuellen erachten.

Um eine möglichst große Effektivität zu erzielen, muß die Primärprävention, d. h. die Vermeidung bzw. die Minimierung von Neuinfektionen, den Schwerpunkt von AIDS-Präventionskonzepten bilden. Konkret bedeutet dies: Wie kann möglichst schnell, möglichst flächendeckend und möglichst zeitstabil der gesellschaftliche Lernprozeß in die Wege geleitet werden, damit sich die Individuen, die Institutionen und die gesamte Gesellschaft auf den – zumindest vorläufig nicht eliminierbaren Virus – einstellen können (vgl. ROSENBROCK 1990).

Bei allen anvisierten Maßnahmen muß in diesem Kontext bedacht werden, daß AIDS neben den prägnanten medizinischen Eigenschaften besonders sozialpsychologische Aspekte berührt. AIDS ist eingebettet in ein Assoziationsfeld aus Sexualität, Promiskuität, Homosexualität, Prostitution, Sucht, Orgien, Tod und Drogen, die bei dem einzelnen zu unterschiedlichen Wahrnehmungen und Reaktion führen.

Erschwerend kommt hinzu, daß AIDS ein Politikum ist. AIDS wirkt auf verschiedene Bereiche ein, und die Bearbeitung der Krankheit AIDS wird ebenfalls durch politische Ansprüche gelenkt. Beispielhaft stehen in diesem Zusammenhang die Sexualpolitik, die Drogenpolitik, die Bewertung der Prostitution sowie der Homosexualität. Ethische Fragestellungen, die Gesundheits- sowie die Sozialpolitik und auch besonders die Rechtspolitik werden in einem nicht geringen Umfang durch AIDS beeinflußt und prägen gleichsam alle Maßnahmen, die darauf zielen, Primärprävention zu leisten.



Wird der Versuch unternommen, AIDS-Präventionskonzepte zu beleuchten, darf nicht außer acht gelassen werden, die unterschiedlichen feststellbaren Reaktion auf diese Krankheit zu berücksichtigen. Von Sorglosigkeit, sich nicht betroffen fühlen über berechtigte Angst bis hin zu diffusen Ängsten, Hysterie und Panik sind Reaktionen ausmachbar. Und vergessen werden darf keinesfalls, daß AIDS-Präventionskonzepte eine Landesspezifität aufweisen müssen, da sich die vorfindbare Situation in Europa anders als in der Dritten Welt darstellt.

Die Ziele der Primärprävention lassen sich einfach und eindeutig beschreiben:

1. Benutzung von Kondomen bei penetrierendem Geschlechtsverkehr außerhalb der Monogamie.
2. Benutzung von sterilen Spritzbestecken bei intravenösem Drogenkonsum (vgl. ROSENBROCK 1990).

Trotz dieser Eindeutigkeit – und auf den ersten Blick Einfachheit – lassen sich aus den unterschiedlichsten Blickwinkeln Aspekte vermuten, die als hemmende Faktoren, als Erklärung für mangelnde Effektivität dienen können. So z. B.: Wie effektiv sind generell gesundheitsbezogene Verhaltensbeeinflussungen? Sind die Strukturen des Staates und des Medizinsystems für eine solche Vorgehensweise geeignet, bzw. kann eine politische Einigung erzielt werden, um eine Risikominimierung durch modifizierte Lebensweisen zu erreichen? Inwieweit wird die rechtliche Einzelfallverfolgung davon tangiert? Darf mit Mitteln der öffentlichen Politik noch intensiver auf die Sexualität eingewirkt werden? Kann in der Situation höchster Lust eine rationale Handlungskontrolle überhaupt greifen? Wie muß eine Präventionskampagne aufbereitet sein, um Angst zu bearbeiten, um Sinnlichkeit und Humor zuzulassen? Müssen besonders betroffene Gruppen eine besondere Stärkung erfahren? Sollen Kampagnen zentral oder dezentral erfolgen? Welche Störgrößen lassen sich allgemein beschreiben?

Grundsätzlich muß sinnvolle AIDS-Primärprävention als Spagat zwischen dem maximalen Nutzen für die psychische und physische Gesundheit und einer maximalen Autonomie für den einzelnen begriffen werden.

Diese Aufgabe muß in Bereichen vollzogen werden, die normalerweise nicht Gegenstand öffentlicher Gesundheitspolitik sind. Der Etablierung von notwendig gewordenem gesundheits-

gerechtem und präventivem Verhalten - primär in den Lebensbereichen nichtmonogamer und vor allem gleichgeschlechtlicher Sexualität sowie bei der Benutzung illegaler Drogen - sind in der Praxis einige Widerstände entgegengesetzt.

Doch wie sieht die Praxis in der BRD aus? Die staatliche Gesundheitspolitik unterscheidet zwischen zwei alternativen Modellen.

Modell Nr. 1 muß als „individuelle Suchstrategie“ deklariert werden. Hier geht es darum, möglichst viele potentielle individuelle Infektionsquellen aufzuspüren. Es dominieren Aspekte wie Verfolgung, Sanktion und Fremdsteuerung. Ausgrenzung und Diskriminierung werden toleriert bzw. in Kauf genommen. Eine wissenschaftliche Begründung für die Wirksamkeit einer solchen Strategie liegt nicht vor, gravierende Erfolge – so zeigt es die Geschichte – sind bei übertragbaren Krankheiten und besonders bei sexuell übertragbaren Krankheiten weitestgehend ausgeblieben.

Modell Nr. 2 kann als „gesellschaftliche Lernstrategie“ bezeichnet werden. In einer möglichst kurzen Zeitspanne soll flächendeckend und möglichst zeitstabil ein gesellschaftlicher Lernprozeß erfolgen, der es ermöglicht, daß Individuen und Institutionen sich auf einen momentan nicht veränderbaren Zustand einstellen. Zwar ist die Prävention das vorrangige Ziel, dieses Ziel soll jedoch nicht durch Ausgrenzung und Diskriminierung erreicht werden. Bei allen erforderlichen Einschränkungen ist es Anliegen, die Lebensqualität der Individuen nur begrenzt bzw. gar nicht einzuschränken.

Das Wissen um die Übertragungswege und die Übertragungswahrscheinlichkeiten sowie das Vorhandensein von mechanischen Infektionsbarrieren schaffen den Rahmen, um eine konkrete Präventionsbotschaft zu formulieren, die sinnhaft und nachvollziehbar ist. Der angestrebte Lernprozeß beim Präventionsmodell Nr. 2 erschöpft sich nicht in einer kognitiven Leistung. Hier gilt es, Lebensweisen zu akzeptieren und die Selbststeuerung zu stärken (vgl. ROSENBROCK 1990).

**4. 1. Darstellung der aktuellen AIDS-Präventionskonzepte – Institutionelle Strukturen, Aufgaben, Ziele und Konzepte der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und der Deutschen AIDS-Hilfe (DAH)**  
(B. Bartsch)

**4. 1. 1. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)**  
(B. Bartsch)

Um die Aufgaben der BZgA zu verdeutlichen, muß vorab auf die politischen Grundlagen der AIDS-Politik in Deutschland eingegangen werden. Basis hierfür sind die Koalitionsvereinbarungen aus dem Jahre 1987. In Übereinstimmung mit der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und im Einklang mit den Beschlüssen der Europäischen Gemeinschaft wurde im März 1987 ein Konzept zur AIDS-Bekämpfung erstellt, das drei Ziele verfolgen soll:

1. eine Minimierung der HIV-Neuinfektionen
2. eine optimale Beratung und Betreuung von Menschen mit HIV und AIDS
3. eine Förderung des akzeptierenden und solidarischen Umgangs mit Betroffenen  
(vgl. BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT, AIDS-Bekämpfung in Deutschland 1999).

Die Leitgedanken bei den Zielsetzungen bestanden in den Annahmen, daß

- Neuinfektionen durch eigenverantwortliches Handeln - unterstützt durch Aufklärung und Information - vermieden werden können,
- die Menschen in der BRD darüber informiert werden müssen, wo keine Ansteckungsgefahren drohen,
- für die medizinische und psychosoziale Hilfe von HIV-Infizierten und AIDS-Kranken zusätzlich Fachkräfte bereitgestellt werden sollen, die neue Wege und Formen der Beratung und Betreuung erproben,
- durch den verstärkten Einsatz von Forschung und Entwicklung der Krankheit AIDS begegnet werden soll,
- durch eine Zusammenarbeit mit der Deutschen AIDS-Hilfe als nichtstaatliche Selbsthilfeorganisation das Vertrauen der Betroffenen und der Risikogruppen erworben werden soll,

- durch die Einbindung von Experten aus Wissenschaft und Praxis die politischen Strategien der AIDS-Bekämpfung ständig verbessert werden sollen,
- nur im Falle von persönlicher Rücksichtslosigkeit und zum Schutz der Bevölkerung staatliche Eingriffsmaßnahmen erfolgen sollen.

Durch das „Sofortprogramm der Bundesregierung zur Bekämpfung von AIDS“, das 1987 beschlossen wurde, sind heute unterschiedliche staatliche Institutionen mit der Thematik AIDS konfrontiert.

Unter der Federführung des Bundesministeriums für Gesundheit, das im wesentlichen für die Koordinierung der Aufgaben Prävention und Aufklärung, Grundsatzangelegenheiten, Rechtsfragen, Modellprogramme in der sozialwissenschaftlichen Forschung sowie der epidemiologischen/medizinischen Forschung verantwortlich ist, beschäftigen sich

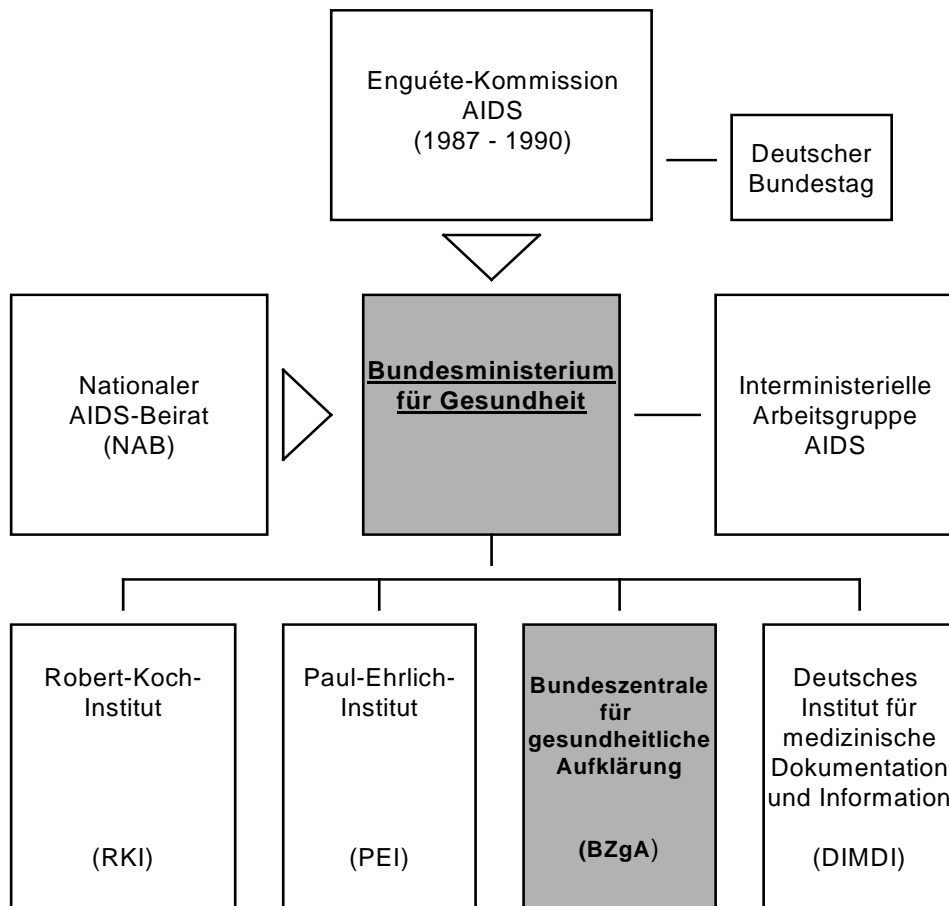
- die Enquête-Kommission AIDS
- der Nationaler AIDS-Beirat (NAB)
- die interministerielle Arbeitsgruppe AIDS
- das Robert-Koch-Institut (RKI)
- das Paul-Ehrlich-Institut (PEI)
- die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung AIDS-Programm (BZgA)
- das Deutsche Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI).

mit AIDS unter unterschiedlichen Aspekten.

Der „Enquête-Kommission AIDS“, die von 1987 bis 1990 bestand, gehörten neun Abgeordnete aus allen vier Bundestagsfraktionen und acht Sachverständige aus unterschiedlichen Disziplinen an. Der von dem Gremium erarbeitete Zwischen- und Endbericht wurde vom Deutschen Bundestag beraten und als wichtige Grundlage der AIDS-Politik gewichtet.

Aufgabe des „Nationalen AIDS-Beirat“ ist es, Voten abzugeben, die auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und praktischen Erfahrungen beruhen. Die Mitglieder setzen sich zusammen aus Vertretern der Bereiche Medizin, Pflege, Sozialarbeit, Psychologie, Sozial- und Sexualwissenschaften. So sprach sich der AIDS-Beirat z. B. gegen eine zwangsweise HIV-Anikörpertestung aus, gab Empfehlungen zur Ausstattung des ambulanten und stationären Versorgungs- und Pflegebereichs, Empfehlungen zum Umgang mit AIDS im Justizvollzug und Empfehlungen zur Sicherstellung der ambulanten Versorgung von AIDS-Patienten.

Die „Interministerielle Arbeitsgruppe AIDS“ wird nur bei Bedarf zur Abstimmung der Bundesministerien tätig.



**Abbildung Nr. 1:** Organisationsstruktur der mit AIDS befaßten staatlichen Institutionen

Zentrale Aufgabe des „Robert Koch-Institutes“ ist die Aufbereitung der Erkenntnisse und Erfahrungen über HIV und HIV-bedingte Erkrankungen und über die gesellschaftlichen und psychosozialen Aspekte der HIV-Epidemie zur Politikberatung. Zudem betreut das RKI verschiedene AIDS-Forschungsprojekte und hat ein Netzwerk geschaffen, mit dem Infektionskrankheiten überwacht werden

Das „Paul-Ehrlich-Institut“ ist als Bundesamt für Sera und Impfstoffe und damit für die Diagnostik zuständig. Alle HIV-Antikörpertests bedürfen in Deutschland der Zulassung des PEI. Außerdem werden von ihm eigene Forschungen auf dem Gebiet der Impfstoffentwicklung gegen HIV betrieben.

Vom „Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information“ werden Datenbanken bereitgehalten und aufbereitet, die Erkenntnisse aus Forschung und Praxis u. a. auch aus den Bereichen HIV und AIDS beinhalten.

Die „Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung“ (BZgA) beschäftigt sich mit der Aufrechterhaltung und Förderung der menschlichen Gesundheit und ist somit für die Primärprävention – auch im Hinblick auf eine drohende HIV-Infektion – verantwortlich. Allgemein ist sie für

- „die Erarbeitung von Grundsätzen und Richtlinien für Inhalte und Methoden der praktischen Gesundheitserziehung,
- die Aus- und Fortbildung der auf dem Gebiet der Gesundheitserziehung und –aufklärung tätigen Personen,
- die Koordinierung und Verstärkung der gesundheitlichen Aufklärung,
- die Zusammenarbeit mit dem Ausland“ (BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT, Aids-Bekämpfung in Deutschland, 1999, S. 24)

verantwortlich.

Aus diesen allgemein formulierten Aufgaben ergaben bzw. ergeben sich im Kontext der Krankheit AIDS drei Zielsetzungen, die von der BZgA aufgegriffen wurden:

1. Die Sicherstellung und Verankerung eines Wissensstandes in der allgemeinen Bevölkerung über HIV und AIDS.
2. Die Förderung einer Handlungskompetenz.
3. Die Schaffung eines gesellschaftlichen Klimas, in dem HIV-Infizierte und AIDS-Kranke nicht ausgegrenzt werden.

Durch im Ansatz unterschiedliche Maßnahmen versucht die BZgA, die gesteckten Ziele zu erreichen. Anzeigen, Faltblätter, Plakate, Fernseh- und Kinospots, Broschüren und Filme versuchen auf der Ebene der Massenkommunikation die Allgemeinbevölkerung sowie ausgewiesene Zielgruppen für die Thematik AIDS zu sensibilisieren. Die massenkommunikativen Aktionen für die Zielgruppen der Jugendlichen, der jungen Erwachsenen und der Touristen weisen einen besonderen Zuschnitt auf.

Ergänzt werden diese spezifischen Maßnahmen durch personalkommunikative. Ein mobiler „Mitmach-Parcours zu AIDS, Liebe und Sexualität“ mit besonders geschulten Präventionsbe-

ratern sowie die Wanderausstellung „LiebesLeben“ richten sich an Schüler, Auszubildende, Bundeswehrsoldaten oder ähnliche homogene Gruppen. Die zentrale Telefonberatung steht allen interessierten Bürgern offen.

Ein weiterer Baustein der Primärprävention der BZgA ist die Multiplikatorenarbeit. Für unterschiedliche Multiplikatorengruppen wurden Unterrichtsmaterialien, Curricula und Medienpakete erarbeitet. Computerspiele, Angebote im Internet und Aufklärungs-CD's runden das Angebot der Informationsvielfalt ab. Generell wird die Aufklärungsarbeit mit den Bundesländern abgestimmt.

Durch wissenschaftliche Untersuchungen, die die BZgA in Auftrag gibt bzw. gegeben hat oder eigenständig durchführt, wird zudem versucht, Ergebnisse im Kontext von AIDS zu produzieren, die der Prävention im weitesten Sinne förderlich sind.

Die Prävention und die Betreuung der klassischen Hauptbetroffenengruppen hat die BZgA an die Deutsche AIDS-Hilfe delegiert (vgl. Kap. 4. 1. 2.).

#### **4. 1. 2. Die Deutsche AIDS-Hilfe (DAH)**

(B. Bartsch)

Kurz nach der Entdeckung des HI-Virus wurde die DAH im Jahre 1983 in Berlin als e. V. gegründet und fand 1985 als bundesweiter Dachverband mit öffentlicher Förderung durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) die staatliche Anerkennung. Aktuell engagieren sich über 6000 ehrenamtliche sowie ca. 500 hauptamtliche Mitarbeiter in der DAH. Unter den Ehrenamtlichen befinden sich viele Menschen mit HIV und AIDS, deren Angehörige sowie Menschen aus den besonders betroffenen Szenen.

Die DAH hat es sich zur Aufgabe gemacht, eine umfassende Gesundheitsförderung im Kontext von HIV und AIDS zu leisten. Ihr Hauptanliegen ist es:

- Wissen und Fähigkeiten zum Infektionsschutz zu vermitteln und zu festigen,
- Lebenschancen von HIV-Infizierten zu verbessern,
- AIDS-Kranken eine möglichst große Lebensqualität zu sichern.

Darüber hinaus hat die DAH den Anspruch,

- die Interessen der von HIV und AIDS besonders bedrohten Menschen im politischen Raum zu vertreten,
- für die Menschenwürde, kulturelle Vielfalt und soziale Sicherheit einzutreten,
- den fachlichen Rahmen zu bieten, um lebensstilgerechte Beratung, Betreuung und Pflege zu gewährleisten.

Um diese angestrebten Ziele zu erreichen, wird den sozialen, kulturellen und politischen Rahmenbedingungen großer Wert beigemessen. Der Lebensweise der Betroffenen wird Akzeptanz entgegengebracht.

Aufbauend auf dem Umstand, die Lebensweise der von HIV und AIDS Betroffenen zu kennen und zu akzeptieren, vertritt die DAH ein Konzept der „strukturellen Prävention“. Die Angebote zu gesundheitsförderndem Verhalten finden eine Orientierung an den Lebenswelten der Individuen. Selbsthilfe wird gefördert und Möglichkeiten zur Selbstorganisation aufgezeigt.

Dort, wo Politik und Gesellschaft Gesundheitsförderung behindern, werden Veränderungen angemahnt. Diskriminierung und Ausgrenzung von besonders Betroffenen wird entgegengetreten, Sozialabbau und Entsolidarisierung angeklagt, dafür Menschenwürde und gesellschaftliche Akzeptanz eingefordert.

Die Bundesgeschäftsstelle in Berlin deckt die überregionalen Aufgaben ab. Dort werden:

- Arbeits-, Bildungs- und Präventionskonzepte geplant, erstellt und umgesetzt,
- Printmedien entwickelt, hergestellt und verteilt,
- Fortbildungen für ehren- und hauptamtliche Mitarbeiter der örtlichen AIDS-Hilfen und Mitarbeiter des öffentlichen Gesundheitswesens realisiert,
- Seminare sowie Workshops für verschiedene Berufsgruppen angeboten,
- Presse- und Öffentlichkeitsarbeit auf Bundesebene umgesetzt,
- Kontakte zu nationalen und internationalen Forschungseinrichtungen gepflegt, die sich im weitesten Sinn mit HIV und AIDS beschäftigen,
- Kommunikation im politischen Raum, mit Verwaltungen und Verbänden geleistet, um u. a. die Interessen der örtlichen AIDS-Hilfen zu wahren.



Insgesamt verfügt die DAH über 130 regionale Einrichtungen, die wiederum u. a. folgende spezifischeren Aufgaben wahrnehmen:

- „Einrichtung von Selbsthilfe- und Gesprächsgruppen für Menschen mit HIV und AIDS, für ihre Partner, Freunde und Angehörigen,
- Verteilung von Informationsmaterialien,
- Information und Beratung in der Schwulenszene (Bars, Kneipen, Saunen), in der Drogenszene, bei Prostituierten und Strichern,
- Betreuung zu Hause, im Krankenhaus, im Justizvollzug, in Drogentherapieeinrichtungen,
- ambulante Pflege, betreutes Wohnen, Wohnraumversorgung,
- telefonische und persönliche Beratung,
- Aufklärungs- und Fortbildungsveranstaltungen für verschiedene Bevölkerungs- und Berufsgruppen,
- Presse- und Öffentlichkeitsarbeit auf örtlicher Ebene“ (DAH, HIV AIDS HEUTIGER WISSENSSTAND 1998, S. 39).

Durch den Ansatz der „strukturellen Prävention“ der DAH wird Gesundheit und gesundheitsförderndes Verhalten nicht ausschließlich als individuelle Entscheidung begriffen. Politische, soziale und kulturelle Rahmenbedingungen werden gleichrangig als Arbeitsfeld angesehen. Im Ansatz der DAH wird Verhaltensprävention auf Verhältnisprävention ausgeweitet. Um eine sinnvolle Prävention sicherstellen zu können, muß nach Auffassung der DAH die Stärkung des Selbstbewußtseins Ziel von Prävention sein. In diesem Kontext wird nicht nur der einzelne, sondern die ganze Subkultur gesehen. Handlungsleitend sind:

- Zusammenkommen statt Vereinzelung,
  - Information statt Verwirrung,
  - Handeln lernen statt behandelt werden,
  - Herausstellen der Eigenarten statt Konformität,
  - Interessenartikulation vor Stellvertreterpolitik
- (vgl. DAH, HIV AIDS HEUTIGER WISSENSSTAND 1998).

Als Selbsthilfeverband hat es sich die DAH zur Aufgabe gemacht, einen Rahmen zu schaffen, in dem Menschen mit HIV und AIDS und besondere Betroffenenengruppen die Kraft finden, „öffentlich“ zu leben und ihre Bedürfnisse zu artikulieren.

Auf der Basis von wissenschaftlichen Erkenntnissen und Erfahrungen, die in der praktischen Arbeit gewonnen wurden, fixiert die DAH Standards auf allen Präventionsebenen. Fachkompetenz und Betroffenenkompetenz finden hier eine Verschmelzung.

Acht zentrale Bereiche, in denen die DAH tätig ist bzw. Informationen und Rat anbietet, lassen sich herauskristallisieren:

- der medizinische Bereich (z. B. medizinische Behandlungsmöglichkeiten bei HIV und AIDS, Wechselwirkung bei Medikamenten, Hepatitis, HIV-Antikörpertest),
- der psychosoziale Bereich (z. B. Psychotherapie und AIDS, Angehörigenarbeit, Sozialrecht, Vorsorge für den Todesfall),
- Homo- und bisexuelle Männer (z. B. Schwuler Sex, Lust und Risiko, Tips für die Gesundheit, Reisen, Informationen für Gehörlose, Partnerschaft, Familienbande, Coming out),
- Drogen konsumierende Frauen und Männer (z. B. Schutz vor AIDS, richtiges Spritzen, Reisetips, Angehörige, Ernährung, Wohlbefinden),
- Frauen mit HIV und AIDS (z. B. als Frau positiv, als Mutter positiv, mein Partner ist positiv, Informationen zu HIV und AIDS, Sex mit Frauen),
- Frauen und Männer in Haft (z. B. Gesundheitstips für Menschen im Knast),
- weibliche und männliche Prostitution (z. B. Safer Work),
- Allgemeinbevölkerung (z. B. Rechte und Verantwortung).

Für die aufgeführten Bereiche/Tätigkeitsfelder stehen Broschüren, Faltblätter, Plakate, Plakatbroschüren, Postkarten, Leporellos, Aufkleber und Give-aways in einem großen und spezifischen Umfang zur Verfügung. Ergänzt werden diese Materialien um eine Fachbuchreihe, die für Multiplikatoren, die Fachöffentlichkeit sowie Politik und Verwaltung bestimmt sind, ebenso verfügt die DAH über drei Fachperiodika.

Die DAH als Selbsthilfeverband eröffnet den anvisierten Zielgruppen vielfältige Möglichkeiten zur Selbsthilfe durch Begegnung, Selbsterfahrung sowie durch Freizeitgestaltung. Über den Dachverband, aber auch in den regionalen Einrichtungen, werden haupt- und ehrenamtliche Mitarbeiter aus- und weitergebildet. Ein wichtiger Bestandteil des DAH Konzeptes ist die unmittelbare Zusammenarbeit mit Einrichtungen des Sozial- und Gesundheitswesens.

#### **4. 1. 3. Beurteilung der Präventionskonzepte der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und der Deutschen AIDS-Hilfe (DAH)**

(B. Bartsch)

Daß Prävention – im Kontext von HIV und AIDS – als sinnvoll erachtet wird, ist unstrittig. Bis zum heutigen Datum gibt es keine medizinische Lösung, die Menschen vor HIV und AIDS schützen kann. Um die beiden vorgestellten Präventionsstrategien näher beleuchten zu können, müssen vorab die Rahmenbedingungen in der BRD skizziert werden.

Gesundheitspolitik in der BRD ist bis zum heutigen Tage immer noch hauptsächlich Krankenversorgungspolitik, die weitestgehend von dafür ausgebildeten Ärzten umgesetzt wird. Dieser angesprochene Personenkreis greift in der Regel erst dann ein, wenn bei einem Menschen Befunde und Symptome erkennbar werden. Der Schwerpunkt wird auf eine kurative Medizin gelegt, Strategien der Krankheitsverhütung finden weitaus geringere Berücksichtigung. Gesundheit wird als „Abwesenheit von Krankheit“ definiert und vor diesem Hintergrund sehr eng gefaßt.

In den Feldern, in denen Prävention ansatzweise geschieht, beschränkt sie sich darin, das Verhalten der Individuen zu beeinflussen. Durch Faltblätter, Zeitungsanzeigen und Fernseh- und Kinospots wird das Individuum aufgefordert, „gesünder zu leben“.

Das Gesundheitssystem in der BRD reagiert – nicht zuletzt auch aus finanziellen Zwängen - zu spät auf Gesundheitsrisiken und zudem zu individuell.

ROSENBROCK (vgl. ROSENBROCK 1990) hat schon vor Jahren ein dreistufiges Modell zur AIDS-Prävention vor dem Hintergrund nationaler und internationaler Erfahrungen aufgezeigt, das die oben aufgeführten Mißstände mildern könnte. Zusammengefaßt stellt es sich wie folgt dar:

1. Wiederholte und multimedial vermittelte Information der Gesamtbevölkerung (einschließlich der Hauptbetroffenengruppen) über
  - Übertragungswege
  - Schutzmöglichkeitenund Einforderung gesellschaftlicher Solidarität bei

- HIV-Infizierten
  - AIDS-Kranken.
2. Gruppenspezifische Kampagnen für Risikogruppen unter Wahrung und Nutzung der ihr eigenen Lebensstrukturen, die auf individuelle und kollektive Selbststeuerung der Zielgruppen ausgerichtet sind, mit der Zielsetzung einer „strukturgeschützten Verhaltensbeeinflussung“. Ziel ist nicht die verbale Instruktion, Ziel ist das Organisieren einer Kommunikation über Risiko und Risikovermeidung unter sozial Gleichen. Ziel ist weiterhin, die Selbstorganisation und Selbstartikulation in Zielgruppen zu fördern.
  3. Persönliche Beratung, um u. a. Aspekte wie individuelles Risiko, individuelle Risikovermeidung, berechnete und unberechnete Ängste, aber auch den HIV-Antikörpertest, thematisieren zu können.

Da im Kontext unserer Arbeit besonders die Primärprävention bei Heterosexuellen von Bedeutung ist, muß an dieser Stelle ein Hinweis auf die Untersuchungsergebnisse von GERHARDS und AHLEMEYER (vgl. GERHARDS 1990 und AHLEMEYER 1990) und (vgl. Kap. 1. 4. 2. 1.) gegeben werden, der als wichtige Anregung und Ergänzung zu dem von ROSENBRUCK skizzierten zweiten Modellpunkt in der AIDS-Prävention Berücksichtigung finden sollte.

Beide weisen nachdrücklich darauf hin, daß das für unsere Gesellschaft typische und dominante Intimitätsmuster für heterosexuelle Beziehungen das „Ideal der romantischen Liebe“ darstellt. Aufgabe der Prävention wäre es vor diesem Hintergrund, in dieses typische Interaktionsmuster für Intimität Handlungsweisen einzubetten, die Safer Sex als Thematisierung und Praktizierung zulassen.

Die Schwierigkeit in diesem Zusammenhang macht GERHARDS deutlich: „Das Besondere romantischer Liebessemantik besteht darin, daß sie die Autonomie von Intimität nach außen postuliert, den als privat und damit autonom definierten Bereich der Intimität aber nach innen hin unstrukturiert beläßt und die Ausgestaltung durch die Intimitätspartner anheim stellt. An sozial definierten Handlungsmustern für intime sexuelle Interaktionen, an Ritualen des Kennenlernens und der Kommunikation über eigene Bedürfnisse und Wünsche mangelt es – der

durch das Ideal romantischer Liebe definierte Bereich für Intimität bleibt sozial unterstrukturiert.“ (GERHARDS 1990, S. 176).

Handlungs- und Erwartungssicherheit für einen großen Teil der Heterosexuellen bleibt bei dem hier beschriebenen Regelsystem weitestgehend aus, eine Abstimmung, z. B. im Hinblick auf Safer Sex, ist mit nicht zu unterschätzender Unsicherheit einhergehend. Die „Privatsprache der Liebenden“, die erst aus dem Wechselspiel von Handlung, Deutung der Handlung und Reaktion darauf entwickelt wird, ist auf andere, z. B. neue Beziehungen, nicht generell übertragbar und zudem von Außenstehenden nicht nachvollziehbar. Im Ergebnis bedeutet dies, daß bei jeder neuen Beziehung die wechselseitige Orientierungsphase Unsicherheit und nicht selten Mißverständnisse produziert.

Der Umstand, daß die Aushandlungsmuster von Sexualität – besonders bei neu verliebten Heterosexuellen - so wenig definiert sind, ist ein Aspekt, der die Präventionsarbeit behindert. Zusätzlich wirkt sich erschwerend aus, daß AIDS einerseits und Sexualität und Intimität andererseits zwei gegensätzliche semantische Ladungen besitzen, konkret auf der einen Seite Tod, Leiden und Seuche, auf der anderen Seite Lust, Genuß und Leben.

Das romantische Ideal der Liebe beinhaltet das Prinzip der Einzigartigkeit, AIDS wird gleichgesetzt mit Mißtrauen und anderen – bereits schon gelebten - Intimbeziehungen.

Wir teilen die Meinung von GERHARDS, der eine „handlungsorientierte Aufklärung“ fordert, die sich wie folgt darstellt:

1. kognitives Wissen über Infektionsgefahren und Techniken der Infektionsvermeidung
2. Integrationsfähigkeit des Wissens in die Psychodynamik der Akteure
3. Umsetzung des Wissens in konkrete Handlungsvollzüge (vgl. GERHARDS 1990).

Die von GERHARD formulierte „handlungsorientierte Aufklärung“ beinhaltet vorgelebte Interaktions- und Thematisierungsformen sowie Kommunikationshilfen, die „in der Situation“ als Orientierung dienen können. Die Darstellung von geglückten Interaktionsverläufen des Aushandelns von Safer Sex-Praktiken könnten auf diese Weise – gerade in unstrukturierten und unsicheren Situation – von Heterosexuellen imitiert werden.

Die von GERHARDS vorgestellten Überlegungen können als wichtige Ergänzung zu dem von ROSENBROCK skizzierten Modell begriffen werden.

Vor diesem aufgezeigten Hintergrund und im direkten Zusammenhang mit unserer Arbeit gilt es, die Präventionsaktivitäten – und in diesem Kontext die Primärprävention – der Deutschen AIDS Hilfe (DAH) und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) zu betrachten. Grundlagen der Bewertung sind die Aufarbeitung des zur Verfügung gestellten reichhaltigen Informationsmaterials sowie persönliche Gespräche mit den Vertretern der jeweiligen Einrichtungen.

Als kritisch muß hinsichtlich der DAH angemerkt werden, daß sich bedingt durch das übergeordnete Konzept des Dachverbandes die Präventionsaktivitäten primär auf die Zielgruppen der Homosexuellen, der Drogenkonsumenten, der männlichen und weiblichen Prostituierten sowie auf inhaftierte Frauen und Männer ausrichten. Ergänzt wird dieser Personenkreis durch die Einbeziehung der jeweiligen Angehörigen. Erst in den letzten ca. drei Jahren hat es unterschiedliche Aktivitäten gegeben, sich auch der „normalen“ heterosexuellen Bevölkerung – und hier in erster Linie den Schülern – zuzuwenden. Diese erkennbare Ausrichtung trifft jedoch nicht für alle Einrichtungen in Deutschland zu, zudem gibt es in der ideologischen Diskussion innerhalb der DAH sehr kontroverse Standpunkte.

Sehr deutlich wird der konzeptionelle Ansatz der DAH bei näherer Betrachtung der Informationsmaterialien. Aus den sehr reichhaltigen und informativen Materialien läßt sich definitiv nur ein Faltblatt (vgl. DAH, Safer Sex 1994) bestimmen, das in seiner Darstellung, seiner Tendenziösität, von seinem Informationsgehalt und den darin vermittelnden Botschaften auf die allgemeine heterosexuelle Bevölkerung ausgerichtet ist.

Diese Informationsquelle für Heterosexuelle ist sehr gut aufbereitet. In sachlicher Art und Weise werden Ängste angesprochen und die Personen benannt, die einem großen Risiko ausgesetzt sind. Handlungswege werden aufgezeigt, die einen Schutz darstellen, gängige Sexualpraktiken beschrieben, die kein oder ein besonderes Risiko darstellen.

Erfreulich ist an dieser Broschüre, daß die Thematik Sexualität weder zwingend in eine Partnerschaft eingebettet wird, noch dogmatische Aspekte wie Treue oder falsche Sicherheit vermittelnde Hinweise auf einen HIV-Antikörpertest erkennbar sind.

Um auf die Aktivitäten der DAH hinsichtlich der Primärprävention weiter eingehen zu können, möchten wir exemplarisch drei Informationsbroschüren vorstellen, die zumindest in zwei

Fällen heterosexuelle Aktivitäten von Frauen berücksichtigen. Hierbei handelt es sich um die Broschüren:

1. DAH: Safer work 1996
2. DAH: Mein Partner drückt. Und was ist mit AIDS? Eine Broschüre für Frauen 1997
3. DAH: SCHWULER SEX. Tips für Sexualität und Gesundheit. LUST UND RISIKEN 1997

Die zwanzigseitige Broschüre „Safer work“ richtet sich an Mädchen und Frauen, die sich prostituieren und gleichzeitig Drogen konsumieren. Dieser Umstand wird als gegeben akzeptiert. Diese Akzeptanz gilt für den zeitlich begrenzten sowie für den unbegrenzten Aufenthalt im Prostituiertenmilieu. Die zentrale Botschaft der Broschüre besteht darin, möglichst umfassende Informationen und Ratschläge zu geben, um die eigene Gesundheit zu erhalten.

Die Broschüre ist so aufgebaut, daß sie nicht nur abstrakt auf Gefahren und Probleme hinweist, sondern sie gibt konkrete Handlungsanweisungen, die leicht zu verstehen sind und einseitig erscheinen. Dabei wird nicht nur die Interaktion zwischen der Prostituierten und dem Kunden beschrieben, sondern die Hinweise und konkreten Anleitungen zu Verhalten beziehen auch die folgenden Bereiche ein:

- eigenes Aussehen
- Überlegungen vor Arbeitsbeginn
- Wenn ein Freier im Auto anhält
- Mit dem Freier im Auto
- Wenn du dich wehren muß
- Wenn doch etwas passiert ist
- Safer Sex
- Kondome: welche, wie, wann, mit wem?
- Wenn du dich krank fühlst
- Nummer sicher – auch beim Drücken
- Wo du Hilfe bekommst

(vgl. DAH, Safer work 1996).

Die dargebotenen Informationen und Handlungsanleitungen sind für jeden Bereich umfangreich und detailliert beschrieben. So z. B. für den Bereich „mit dem Freier im Auto“:

„Bleibe mit dem Freier in der Nähe deines Standortes. Je weiter du mit ihm wegfährst, desto schwieriger wird es, Forderungen zu verweigern oder abzuhaufen, weil du dich in der Gegend nicht auskennst“.

„Vermeide solche Positionen, die für dich ungünstig sind: zwischen den Knien des Freiers – z. B. beim Blasen – oder unter ihm. Versuche möglichst oben zu bleiben. Der Freier kann sich z. B. auf den Rücken legen, und du legst dich auf ihn. So kannst du sein Gesicht und seine Hände besser im Blick behalten. Dann hast du auch mehr Kontrolle über ihn“ (DAH, Safer work 1996, S. 7 u. 8).

Z. B. für den Bereich „Kondome“:

„Wenn du mit einem Freier Vaginal- und Analverkehr ausgemacht hast: Wenn er erst in deinem Hintern war und dann in die Vagina will, muß er ein neues Kondom überrollen. Andernfalls kannst du dir leicht eine Scheidenentzündung holen. Das kann übrigens auch passieren, wenn er mit den Fingern in deinen Hintern war und dann mit ihnen in die Vagina will“ (DAH, Safer work 1996, S. 12).

Die hier beispielhaft aufgelisteten konkreten Handlungshinweise stellen jeweils nur einen Teil der Ratschläge für die angesprochenen Bereiche dar. Sie verdeutlichen aber eindrucksvoll, auf welche Art und Weise der Zielgruppe der Drogen konsumierenden Prostituierten Orientierung und Hilfe in den jeweils spezifischen aktuellen Lebenssituation angeboten wird. Ergänzt werden diese konkreten Handlungsorientierungen durch Informationen und Adressen zu niedrigschwelligem Hilfsangeboten.

Auch bei der zweiten DAH-Broschüre „Mein Partner drückt. Und was ist mit AIDS? Eine Broschüre für Frauen“ 1977 geht es um die Primärprävention bei heterosexuellen Frauen. Die Broschüre bietet basale Informationen über die Krankheit AIDS, den HIV-Test, die Übertragungswege und die Schutzmöglichkeiten.

In dem Kapitel über Safer Sex wird auf die einzelnen Sexualpraktiken eingegangen und auf konkrete Schutzmöglichkeiten hingewiesen. Das Kapitel Safer Use erläutert die Gefahren des Drogenkonsums in Bezug auf eine HIV-Infektion und zeigt Wege auf, um sich vor einer Infektion zu schützen.



Die Lebenssituation der Drogenkonsumenten wird nicht bewertet. Sachverhalte, Sinn- und Lebenszusammenhänge der Betroffenen werden akzeptiert und infektionsvermindernde Lösungsmöglichkeiten, besonders für nicht infizierte Frauen, aufgezeigt.

Dabei ist die Broschüre so gestaltet, daß es nicht bei einer oberflächlichen kognitiven Wissensvermittlung bleibt. Anhand von unterschiedlichen Schlagworten wird auf denkbare praxisnahe Konfliktsituationen in der Beziehung eines Drogen konsumierenden Mannes und einer nicht infizierten Frau exemplarisch eingegangen.

Zu den 17 Schlagworten „gefährdete Liebe“, „Liebesbeweise“, „Ihn schützen“, „Wunden“, „Helfen“, „Verantwortung“, „Sex“, „Verzichten“, „Zu spät“, „Launenhaftigkeit“, „Runtermachen“, „Panik“, „Lügen“, „Schweigen“, „Trennen“, „Gewalt“, „Kinder“ wird jeweils ein denkbare Konflikt der Akteure geschildert und auf lesbare Lösungsstrategien hingewiesen. Diese Hinweise auf konkretes Handeln erfolgen stets vor dem Hintergrund, daß eine HIV-Infektion vermieden wird. Die Lebensumstände, die Rahmenbedingungen der Individuen werden in der vorgefundenen Form nicht kritisiert und bleiben unangetastet.

In Fällen der Ratlosigkeit und Hilfsbedürftigkeit wird in der Broschüre auf professionelle Hilfsangebote verwiesen.

Die dritte hier vorgestellte Broschüre DAH: SCHWULER SEX. Tips für Sexualität und Gesundheit. LUST UND RISIKEN 1997 wendet sich primär an Homosexuelle und hat die Primärprävention zum Gegenstand.

In beispielhafter Weise spricht sie sich für ein Ausleben der Sexualität aus, ohne diese in bestimmte Schranken weisen zu wollen. Zwar wird die Thematik HIV und AIDS angesprochen, auf die Wirkung von Alkohol und anderen Drogen im Kontext von Sexualität hingewiesen, dies jedoch nicht mit der Intention, sexuelle Aktivitäten zu unterbinden.

Die Broschüre ist in zwei Bereiche untergliedert:

1. Lust und Risiken von A – Z
2. Was man sich alles holen kann.

Der Bereich „Lust und Risiken von A – Z“ behandelt umfassend alle denkbaren homosexuellen Praktiken. Die Praktiken werden kurz vorgestellt, auf denkbare Risiken und Gefahren hingewiesen und darüber hinaus konkrete Verhaltensvorschläge zur Präventionen geliefert. Als Ergänzung findet sich zu jeder Sexualpraktik ein Photo.

Die Eindeutigkeit der Sprache, des Bildmaterials und der gewählten Begrifflichkeiten mag den Heterosexuellen, der mit der Homosexuellenszene nicht vertraut ist, erstaunen oder abstoßen. Fakt ist aber, daß die hier gewählten Begrifflichkeiten der Alltagssprache der Homosexuellenszene entsprechen. Auch die thematisierten Praktiken mögen dem heterosexuellen Betrachter ungewöhnlich erscheinen, im Kontext von homosexueller Sexualität sind sie aber verständlich.

Der zweite Teil der Broschüre setzt sich mit den möglichen Krankheiten (z. B. Geschlechtskrankheiten, Hepatitis, Pilzkrankungen usw.) auseinander, die durch homosexuelle Sexualität übertragen werden können. Neben den Symptomen und der Behandlung wird die Prophylaxe thematisiert.

Für alle drei angesprochenen Broschüren der DAH kann konstatiert werden, daß sie das Ziel einer Primärprävention positiv verfolgen. Folgende Aspekte untermauern diese Feststellung:

- Die bildliche und sprachliche Darstellung der Lerninhalte entspricht dem aktuellen Stand der Forschung und Wissenschaft.
- Die Broschüren eröffnen im ganzen, aber auch in ihren ausgrenzbaren Sequenzen, einen eindeutigen Lernprozeß.
- Die sprachliche Gestaltung bringt die Sach- und Problemverhalte unverschleiert zum Ausdruck.
- Die Darbietung der Inhalte ist weder tendenziös moralisch noch weltanschaulich, politisch oder anderweitig beeinflussend.
- Die optische Gestaltung (besonders bei der Broschüre „SCHWULER SEX“) unterstützt ein sachadäquates Lernen.
- Die erkennbaren Beschränkungen, Isolierungen und Vereinfachungen sorgen für überschaubare Inhalte und unterstützen den Beginn des Lernprozesses.
- Die Broschüren berücksichtigen die sozial bedingte Ausgangs- und Interessenlage der angesprochenen Zielgruppen.

Die drei vorgestellten Materialien kommen der von GERHARDS geforderten „handlungsorientierten Aufklärung“ sehr nahe. Die konkreten und nachvollziehbaren Handlungsanweisungen sind alltagsnah und zeigen den Handelnden eine eigene Kompetenz auf, ohne deren

Lebensumstände unberücksichtigt zu lassen. Sie sind auf die Bedürfnisse, Lebenswelten und Lebensstile der Zielgruppe zugeschnitten.

Daß dieser Weg der kognitiven Informationsweitergabe allein nicht ausreicht, hat auch die DAH erkannt. Durch wiederholte Informationen und Beratungen vor Ort - in der Homosexuellenszene, bei Prostituierten, in Gesprächskreisen mit Angehörigen - wird permanent der Versuch unternommen, einen Lernprozeß zu initiieren und die Eigenkompetenz zu stärken.

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), als ein ausführendes Organ des Bundesministeriums für Gesundheit, beschäftigt sich – im Gegensatz zu der DAH - mit der Allgemeinbevölkerung im Hinblick auf eine AIDS-Prävention. Auch die BZgA stellt die Notwendigkeit der Selbstverantwortung als handlungsleitend für die Primärprävention heraus, ihre Position wird aber durch eigene Aussagen wie „Absolute Sicherheit vor sexueller Ansteckung gewährleistet der Verzicht auf Geschlechtsverkehr, wenn ein Risiko nicht ausgeschlossen ist, oder sexuelle Treue zwischen nicht angesteckten Partnern“ und „Daher ist es am besten, gar nicht erst mit Drogen anzufangen oder den Drogenkonsum aufzugeben“ (BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT, Aids-Bekämpfung in Deutschland 1999, S. 32) relativiert. Diese ausgewiesene Position stellt den Rahmen der Primärprävention der BZgA dar.

Anzumerken ist, daß die BZgA eine Fülle von Materialien und Medien zur AIDS-Aufklärung für die Allgemeinbevölkerung sowie speziell für Jugendliche und Multiplikatoren (Berater, Ärzte, Lehrer usw.) erstellt hat und zum größten Teil kostenlos anbietet.

Bei der näheren Betrachtung der Präventionsbroschüren, die sich an Jugendliche wenden (vgl. BZgA, Starke Mädchen 1997; vgl. BZgA, ---NA NU? 1998), wird ein deutlicher Unterschied zur DAH erkennbar. In beiden Broschüren wird die AIDS-Prävention im Kontext von Partnerschaft behandelt, die durch Liebe codifiziert ist. Während die Broschüre „Starke Mädchen“ AIDS nur am Rande streift, dafür alle Aspekte des Mädchenseins tangiert, werden in „---NA NU“ AIDS, Safer Sex, Kondome und die sexuelle Orientierung breiter behandelt. Die gesamte Thematik wird dem Ideal der romantischen Liebe untergeordnet, ein Hinweis darauf, daß Sexualität auch ohne den Anspruch von „Verliebtsein“ auskommen kann, findet so gut wie nicht

statt. In beiden Heften bleibt die BZgA bei der reinen kognitiven Vermittlung von Wissen stehen. Konkrete Handlungsanleitungen, die individuell adaptiert werden könnten, fehlen.

Eine Fortsetzung der Idealisierung von Partnerschaft bzw. Beziehung findet sich auch bei den beiden Präventions-Comics „Alles ganz EASY“ und „LEO setzt auf Liebe“ (vgl. BZgA, Alles ganz EASY 1999; vgl. BZgA, LEO setzt auf Liebe 1998). Die Aufmachung der Comics ist so gestaltet, daß sie primär Jugendliche anspricht. Die vermittelte Botschaft ist eindeutig: Safer Sex. Eingekleidet ist die Botschaft jeweils in eine „Liebesgeschichte“. Wie das Kondom zu verwenden ist und warum, wird kurz angerissen, Hilfestellungen, die dem Aushandlungsprozeß der Sexualität bei Jugendlichen förderlich wären – wie sie z. B. bei der DAH in Teilbereichen berücksichtigt werden - werden nicht gegeben.

Die Leporellos „Rolfi geht auf´s Ganze“ (für Jugendliche) und „Fliegende Herzen“ (für Erwachsene) (vgl. BZgA, Rolfi geht auf´s Ganze 1993; vgl. BZgA, Fliegende Herzen 1998) greifen ebenfalls die „mechanische Kondomverwendung“ als Thema auf, Hilfe für das Einbinden des mechanischen Vorganges in eine Interaktion zwischen zwei oder mehreren Menschen bieten sie nicht.

Eine prinzipiell gut gemachte Broschüre der BZgA ist „PSSST! Verhütung sexuell übertragbarer Krankheiten. Eine Broschüre für junge Leute“ 1995. Sie liefert wichtige Informationen zu den Bereichen Sexualität, sexuell übertragbare Krankheiten, Schutz, Arzttermin sowie Beratung. Von der Methodik werden verschiedene fiktive Anlässe gewählt, um praktische Ratschläge zu geben. Auf die Frage eines Jugendlichen, der erstmalig mit seiner 15jährigen Freundin Koitus haben möchte, mit der Verwendung von Kondomen aber nicht vertraut ist, wird folgender Ratschlag gegeben: „...Viele wissen auch nicht, wie sie es ihrem Partner sagen sollen, daß sie gerne ein Kondom nehmen würden. Vielleicht geht das ja deiner Freundin genauso wie dir, und ihr habt beide dieselben Gedanken? Toll ist doch allein schon, daß sie an Kondome gedacht hat. Jetzt müßt ihr es nur noch schaffen, auch darüber zu reden...“ (BZgA, PSSST! 1995, S. 9).

Die Antwort zeigt ein Dilemma dieser BZgA-Broschüre auf. Der hier beschriebene junge Mann verfügt über keine Handlungskompetenz, um den geplanten zukünftigen Gebrauch eines Kondomes bei seiner Freundin adäquat einbringen zu können. Weder ist er in der Lage, eine günstige Situation für sich zu entdecken, noch scheint er über die passenden Worte zu

verfügen, um – für sich adäquat – handeln zu können. Hinweise wie: „Jetzt müßt ihr es nur noch schaffen, auch darüber zu reden“ vermitteln nicht die geringste Orientierung und sind ungeeignet, um Handlungskompetenz zu erzeugen.

Die BZgA hat verschiedene Broschüren aufgelegt, die sich primär an die Allgemeinbevölkerung richten (vgl. BZgA, Ach, übrigens... Informationen über sexuell übertragbare Krankheiten 1999; vgl. BZgA, Safer Sex ... sicher 1999; vgl. BZgA, AIDS von A bis Z, 25 Fragen und Antworten zu AIDS, HIV und zum Test 1999; vgl. BZgA, HIV-Übertragung und AIDS-Gefahr 1998). Die drei Erstgenannten halten für den interessierten Leser eine Vielzahl von Informationen bereit, die für die Primärprävention wichtig sind. Allerdings reduzieren sie sich zum größten Teil auf reine kognitive Wissenswiedergabe und weisen darauf hin, daß absoluter Schutz nur bei „sexueller Enthaltbarkeit“ oder in einer „gegenseitigen vollständig treuen Partnerschaft zwischen zwei nicht infizierten Partnern“ gewährleistet ist.

Eine Ausnahme stellt das kleine Heftchen „HIV-Übertragung und AIDS-Gefahr“ dar (vgl. BZgA, HIV-Übertragung und AIDS-Gefahr 1998). Kurz, aber präzise, werden die Ansteckungsgefahren benannt, aber auch die Situationen geschildert, die weniger gefährlich sind. Aus methodischen Gründen wurde mit unterschiedlichen Farbdarstellungen gearbeitet, die die Gefahr einer möglichen Ansteckung symbolisieren.

Dienlich sind sicher auch die Hinweise der BZgA an Urlaubsreisende, bei sexuellen Kontakten auf Kondome zurückzugreifen (vgl. BZgA, Gesundheit! Tips für einen unbeschwerten Urlaub 1998; vgl. BZgA, reiselust – tips für schöne ferien 1996). Die schon oben angeführte Kritik an der rein kognitiven Informationsvermittlung trifft allerdings auch hier zu.

Das Erkennen der Grenzen der rein kognitiven Wissensvermittlung war sicherlich auch ein Aspekt, der dazu geführt hat, daß sich die BZgA vor einigen Jahren dazu entschlossen hat, vermehrt eine personale und handlungsorientierte Kommunikation zu betreiben. Aus diesem Gedanken heraus wurde

1. der Mitmach-Parcours zu AIDS, Liebe und Sexualität und
2. die Wanderausstellung „LiebesLeben“  
entwickelt.

Ziel des Mitmach-Parcours ist es, zielgruppenspezifische Präventionsangebote zu machen, um die persönliche Auseinandersetzung mit AIDS in den unterschiedlichsten Alters- und Berufsgruppen aufrechtzuerhalten und den regionalen Präventionsfachkräften Anregung und Unterstützung für ihre Arbeit vor Ort zu bieten. Speziell ausgebildete Präventionsberater sowie Vertreter der lokalen AIDS-Präventionseinrichtungen ermöglichen den Teilnehmern ein erlebnisorientiertes Lernen. So finden die Einsätze des Mitmach Parcours z. B. in Schulen, Ausbildungszentren, Fußgängerzonen usw. statt.

Das interaktive Präventionsangebot bietet eine innovative Verbindung zwischen Erlebnisspiel und Ausstellung. An fünf Stationen wird den Teilnehmern die Möglichkeit einer persönlichen Auseinandersetzung mit HIV und AIDS gegeben. Fachmoderatoren sorgen für die zielgruppenspezifische Anleitung, um eine persönliche Reflexion des eigenen Verhaltens bei den Teilnehmern zu gewährleisten. Nicht nur die kognitive, sondern auch die emotionale und verhaltensbezogene Ebene wird bei dem Besucher angesprochen. In der Rolle des „Spielenden“ fällt es dem Teilnehmer leichter, sich spontan im Hinblick auf ein Thema wie z. B. Sexualität auszudrücken und zu öffnen.

Der Mitmach-Parcours richtet sich an Schüler aller Schulformen ab der Klasse 9, an Bundeswehrsoldaten sowie an Auszubildende. Anspruch der BZgA ist es, Fachwissen verständlich zu vermitteln und die situative Handlungskompetenz bezogen auf die individuelle Lebenssituation zu erhöhen (vgl. BZgA, Mitmach-Parcours zu Aids, Liebe & Sexualität 1999).

Auch in die Richtung der personalen und handlungsorientierten Kommunikation geht die Wanderausstellung „LiebesLeben“. Ein interdisziplinäres Team aus Präventionsfachleuten, Kommunikationswissenschaftlern und Designern schuf diese Ausstellung mit der Zielsetzung, Kommunikation über Sexualität, Partnerschaft, Schwangerschaftsverhütung und AIDS-Prävention anzuregen (vgl. BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT, AIDS-Bekämpfung in Deutschland 1999).

Bewerten wir zusammenfassend die Aktivitäten der BZgA unter dem Aspekt der Primärprävention, so lassen sich folgende Sachverhalte anmerken: Im Gegensatz zur DAH finden die Hauptrisikogruppen in den allgemeinen Informationsbroschüren der BZgA praktisch kaum Erwähnung. Dies kann zur Folge haben, daß Drogenkonsumenten und Homosexuelle sowie heterosexuell besonders promisk lebende Menschen (z. B. Sextouristen) - gewollt oder nicht gewollt - gesellschaftlich ausgegrenzt werden.

In den allgemeinen Aufklärungsschriften werden die Begrifflichkeiten Kondom, Test, Treue und Liebe in einer Art und Weise vermengt, die eine saubere Präventionsbotschaft erschweren. Eine gezielte, nachhaltige und vor allen Dingen sexualfreundliche Aufklärung findet – abgesehen von den personalkommunikativen Aktionen – nur eingegrenzt statt. Eine akzeptierende Haltung gegenüber den „Randgruppen“ der Homosexuellen, der besonders promiskuen Heterosexuellen und der Drogenkonsumenten ist nicht deutlich erkennbar.

An den von uns untersuchten Informationsmaterialien ist zu kritisieren, daß die Darstellung von Sachverhalten (z. B. Kondombenutzung, Sexualpraktiken) mitunter in nicht eindeutiger und nachvollziehbarer Form erfolgte. Die tendenziösen moralisch-normhaften Hinweise (Treue als absoluter Schutz vor HIV, Verzicht auf Drogen) bieten zwar eine Orientierung bei der Vielfalt von denkbaren sexuellen Aktivitäten, schränken das Individuum aber in seiner Eigenverantwortung ein. Eine Orientierung an der Reallage der Lernenden (Homosexuelle, Drogenkonsumenten, promiske Heterosexuelle) wird in diesem Kontext vermißt.

Der dominierende Anteil von kognitiven Lerninhalten und das weitgehende Fehlen einer konkreten, nachvollziehbaren, in die Interaktion der Beteiligten adaptierbaren Handlungsanleitung erschweren den Lernprozeß für das Individuum. Die praktische Umsetzung von Safer Sex, das eigentliche Problem der Primärprävention, bleibt ausgespart.

Unkritisch darf auch nicht die Bewertung des HIV-Antikörpertest gesehen werden. Die BZgA weist verstärkt darauf hin, daß jemand verantwortlich handelt, der sich nach einer „Risikosituation“ testen läßt. Der eigentlich wichtige Hinweis, daß die Person verantwortlich handelt, die Safer Sex ausübt, kommt zu kurz. Wissenschaftlich nicht bewiesen ist auch die implizierte Annahme, daß sich HIV-Infizierte auf Grund der Kenntnis der eigenen Infektion im Sinne von Safer Sex verhalten.

Das Bundesministerium für Gesundheit fordert auf der einen Seite „Deutlich ist, daß die AIDS-Aufklärung in Zukunft noch mehr in übergreifende Konzepte der Gesundheits- und Sexualaufklärung eingebettet werden muß. Darüber hinaus muß sie auch weiterhin stark nach Zielgruppen und Lebenssituationen differenziert werden“ (BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT, AIDS-Bekämpfung in Deutschland 1999, S. 38). Gleichwohl konstatiert die BZgA: „Sexualaufklärung wird trotz der Anstrengungen der Kultusministerkonferenz auch in der Schule nicht intensiv betrieben. Gleiches gilt für den Bereich der Jugendarbeit“ (BZgA, Rahmenkonzept zur Sexualaufklärung 1994, S. 4).

Hier wird die Problematik augenscheinlich. Einerseits reicht die rein kognitive, breit und unkontrolliert gestreute Wissensvermittlung – ohne konkrete Handlungsanleitungen – nicht aus, um eine Primärprävention, die sich an den Lebensverhältnissen der Individuen orientiert, sicherzustellen. Andererseits wird eine nachhaltige sexualfreundliche Einbettung der AIDS-Prävention in der Jugendarbeit und in der Schule nicht ausreichend betrieben. Im Ergebnis finden wir heute - in einem nicht geringen Ausmaß - Jugendliche und Erwachsene vor, die vordergründig der Sexualität sehr offen gegenüberstehen, in der Praxis, in der Interaktion mit dem Partner oder der Partnerin aber sprach- und hilflos sind und – nicht zuletzt aus diesem Grund - oftmals auf Safer Sex verzichten (vgl. GERHARDS 1990 und AHLEMEYER 1990; vgl. Kap. 1. 4. 2. 1.).



## **4. 2. Überlegungen zur Entwicklung von AIDS-Präventionskonzepten**

(M. Jodexnis)

Nachdem im vorangegangenen Kapitel die aktuellen AIDS-Präventionsmaßnahmen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und der Deutschen AIDS-Hilfe (DAH) an ausgewählten Beispielen vorgestellt und begutachtet wurden, wird nachfolgend eine Einordnung der HIV-Prävention in den gesellschaftlichen Kontext, d. h. in das Gesundheitswesen der BRD versucht. Vor dem Hintergrund der staatlichen Gesundheitsfürsorge und dem ihr zugrundeliegenden Verständnis von Gesundheit werden anschließend Kriterien für eine effektive AIDS-Prävention entwickelt.

### **4. 2. 1. AIDS-Prävention als staatliche Gesundheitsfürsorge**

(M. Jodexnis)

Die Frage nach Sinn und Notwendigkeit von AIDS-Präventionskonzepten in einem Land wie der BRD mit vergleichsweise geringer HIV-Inzidenzrate beantworten wir eindeutig mit „ja“. Die konstante Zahl von HIV-Neuinfektionen in der heterosexuellen Bevölkerung sowie die durch Migration und Ferntourismus erhöhten Infektionsmöglichkeiten geben durchaus Anlaß zur Besorgnis. AIDS als sexuell übertragbare Krankheit betrifft jedes sexuell aktive Individuum und ist nach wie vor nicht heilbar, d. h. endet fast immer tödlich (vgl. Kap. 1. 2.). Unter diesen Bedingungen gibt es nicht viele Möglichkeiten, eine Ansteckung mit HIV zu vermeiden: Sexuelle Askese und Enthaltbarkeit; lebenslange sexuelle Monogamie mit einem Partner, dessen Serostatus bekannt und negativ ist; Safer Sex.

Alle Präventionsstrategien sind jedoch nur dann sinnvoll und effektiv, solange sie sexualbejahend und frei von restriktiven sexualmoralischen, religiösen oder ideologischen Werten sind und die Vielfalt sexuellen Verhaltens berücksichtigen. Wir sind uns der Unmöglichkeit von absoluter Wertfreiheit oder von unpolitischem Denken und Handeln bewußt. Der kulturelle Überbau einer Gesellschaft ist zugleich Ausdruck ihrer ökonomischen und politischen Struktur, wirkt seinerseits aber auch auf die materielle Basis ein. Alle kulturellen und sozialen Entwicklungen und Normierungen sind nur denkbar im wirtschaftlichen und politischen Kontext

einer Gesellschaft. Ebenso wenig ist Sexualität als wertneutral und gesellschaftsunabhängig zu denken. Jedes Individuum agiert immer im sozialen, kulturellen und politischen Kontext seiner Gesellschaft, die sich in den verschiedenen persönlichen Lebenswelten widerspiegelt. Ohne kulturelle, wissenschaftliche oder ethische Innovationen gäbe es keinen gesellschaftlichen Fortschritt, sondern Stagnation. Auch die Sexualität erfährt und erfährt Veränderungen; Praktiken, Vorstellungen und Bewertungen von Sexualität unterliegen Veränderungen und zeigen Ausprägungen, die je nach gesellschaftlicher, technologischer und ethischer Struktur sehr variabel und verschiedenartig sind (Geschlechtsrollen, Homosexualität, Inzest etc.).<sup>1</sup>

Sexualität als persönlichkeitsprägende Kraft mit sozialer und kommunikativer Funktion gehört unabdingbar zum menschlichen Wesen, auch wenn Sexualität im wissenschaftlichen Sprachgebrauch vor dem 19. Jahrhundert nicht existierte und damit ein relativ junges Phänomen darstellt. „Keine zweihundert Jahre redet die westliche Zivilisation über Sexualität. Gesellschaftswandel, bürgerliche Normvorstellungen, ökonomische Umbrüche und die Individualisierung der Menschen sind parallele Prozesse, die wir mitdenken müssen, wenn wir über Sexualität nachdenken“ (DUNDE 1992, S. 249).

Wenn wir in diesem Rahmen von Restriktions- und/oder Ideologiefreiheit der AIDS-Prävention reden, fügen wir deshalb im Geiste ein „weitmöglichst“ ein.

AIDS-Prävention darf weder der Restauration überkommener Sexualfeindlichkeit dienen, noch darf sie übertriebene Reaktionen auf gesellschaftlicher und individueller Ebene hervorrufen (wie z. B. Angst, Verzicht auf Sexualität, staatliche Restriktionen). AIDS soll nicht überbewertet, aber auch nicht totgeschwiegen werden. „Kein vernünftiger Mensch wird eine tödliche Erkrankung verharmlosen. Kein vernünftiger Mensch aber wird in AIDS eine der größten Bedrohungen der Menschheit sehen“, formuliert SIGUSCH bereits zur „Hochkon-

---

<sup>1</sup> Evolutionspsychologen und -biologen wie z. B. PARKER und PALMER gehen von einem Diktat genetisch festgelegter, evolutionär bedingter Ausprägungen von Sexualität aus. Auch eine sozial und ethisch unverträgliche sexuelle Verhaltensweise wie Vergewaltigung sei ein natürliches Erbe der Evolution, eine genetische Programmierung, die eine Fortpflanzung der eigenen Gene auch der physisch und/oder sozial schwachen Männchen gewährleisten sollte. Der vergewaltigende Mann wäre demzufolge nicht für seine Tat verantwortlich, da er lediglich dem Ruf seiner Natur folgt. Die These des Menschen als Produkt sexueller Zuchtwahl ist wie der Darwinismus für ideologischen Mißbrauch, wie aus dem Nationalsozialismus bekannt, besonders anfällig (vgl. DER SPIEGEL Nr. 16/17.04.2000). Diese Anfälligkeit allein spricht nicht für oder gegen eine Theorie. Auch wenn der evolutionspsychologische Ansatz zuträfe, also sexuelle Einstellungen und Verhaltensweisen im Menschen gespeichert wären, spräche dies u. E. nicht gegen die Möglichkeit und Notwendigkeit von Verhaltensmodifikationen; der unter Bewegungsmangel und Übergewicht leidende moderne Mensch der westlichen Zivilisation lernt zunehmend, sein Eßverhalten gemäß seinen Lebensbedingungen anzupassen. Ebenso muß und kann das Sexualverhalten den in einer Gesellschaft geltenden Normen und Gesetzen angepaßt werden.

junktur“ von AIDS Mitte der 80er Jahre (SIGUSCH 1987, S. 8), als AIDS in der BRD „öffentliches“ Thema und medial sehr präsent war.

Mit Diskriminierung, Stigmatisierung und Zwangsmaßnahmen ist gerade AIDS als sexuell übertragbarer Krankheit nicht zu begegnen, zudem der Kreis der Auszugrenzenden überhaupt nicht feststünde: in Ländern Afrikas und Asiens wären es ganze Bevölkerungsteile, in der BRD zunehmend Heterosexuelle, vor allem Frauen und Jugendliche. AIDS-Prävention funktioniert nur auf der Basis von möglichst kollektiven Verhaltensänderungen auf Grundlage von angemessener Aufklärung, Orientierungshilfen, Handlungsanleitungen sowie Einstellungsänderungen, beispielsweise hinsichtlich der Kondomkonnotation.

Es erscheint auch wenig hilfreich, die weitaus höhere Anzahl (mitsamt den entsprechenden Kosten im Gesundheitssystem) von Erkrankten und Toten in anderen Bereichen des gesellschaftlichen Lebens (z. B. die Verkehrstopfer, die Herz- und Kreislauf- oder Krebserkrankten) als Argument gegen die Notwendigkeit umfassender AIDS-Prävention aufzurechnen. Zum einen ist die medizinische Behandlung, die bisher nur aufschiebenden Charakter hat, sehr kostenintensiv, zum anderen spielen sich HIV und AIDS in einem ganz anderen, weitaus sensibleren Rahmen, nämlich dem der Sexualität, ab, der einer unmittelbaren Kontrolle durch staatliche Organe kaum zugänglich ist, zumindest solange wir demokratische Strukturen voraussetzen. Wie auch immer gearteter ideologischer Machtmißbrauch von Sexualität ist eine Sache, die Durchsetzung bestimmter konkreter Einstellungs- und Verhaltensregeln eine ganz andere. Wer wollte wie die Hauptforderung des Safer Sex, die Verwendung von Kondomen beim penetrierenden Geschlechtsverkehr mit Partnern mit unbekanntem HIV-Serostatus, kontrollieren? Wer wollte auf welche Art und Weise beispielsweise ein Verbot von Geschlechtsverkehr ohne Kondom nicht nur fordern, sondern auch überprüfen? Auch wenn ein HIV-Antikörpertest (zwangsweise) durchgeführt würde, ergäbe dieser, sofern er nicht innerhalb einer bestimmten Zeit, nämlich der Inkubationszeit (ein bis drei Monate) durchgeführt wird, nicht einmal ein zuverlässiges Ergebnis (s. Kap. 1. 2.). Aber auch bei Testwiederholung erhöhe sich die Frage der Handlungskonsequenzen: sollte jegliche sexuelle Aktivität (oder nur die infektionsriskanten Praktiken) von seropositiven Personen verboten werden, und auf welche Art und Weise sollte dieses Verbot durchgesetzt werden? Wie könnte eine HIV-positive Person daran gehindert werden, nicht nur weiterhin Geschlechtsverkehr zu haben, sondern ihren Serostatus dem Partner gegenüber zu verschweigen? Wie könnte eine staatlich verordnete An-

steckungsvermeidung, wie auch immer diese gestaltet sein sollte, realisiert werden? Kirchlich verordnete und/oder religiös begründete sexualmoralische Forderungen (sexuelle Enthaltbarkeit, Beschränkung des Sexualverkehrs auf die Ehe, Verurteilung von Verhütungsmitteln, auch von Kondomen) werden wahrscheinlich nur von einem kleinen Teil der Bevölkerung akzeptiert und befolgt und sind für freizügiger denkende Menschen mit einer permissiven Sexualität nicht anwendbar.

Diese Beispiele verdeutlichen die Unmöglichkeit, HIV und AIDS durch wie auch immer geartete staatliche, das Individuum einschränkende Maßnahmen in den Griff zu bekommen. Akzeptieren wir Sexualität mit allen ihren sozial vertretbaren und rechtlich zulässigen Erscheinungsformen als lebensnotwendige Äußerung und darüber hinaus eine positive Sexualeinstellung als unabdingbar für eine lebensfähige Demokratie, die keine Untertanen, sondern mündige Bürger erfordert, verbieten sich politische Eingriffe in das individuelle Sexualleben quasi von selbst.

Andererseits scheinen Sanktionen wie z. B. finanzieller Bonus bei jährlichem Zahnarztbesuch, Bußgelder bei Verstößen gegen die Straßenverkehrsordnung (z. B. Gurtpflicht) zur Durchsetzung bestimmter Ziele und Regeln (Zahnprophylaxe, Einhaltung der Straßenverkehrsordnung) durchaus Erfolg zu verzeichnen. Wie die Nichtbeachtung von Safer Sex negativ zu sanktionieren wäre, entzieht sich allerdings unserer Vorstellungskraft. Sogar die Befürworter repressiver staatlicher Maßnahmen sollten einsehen, daß kontinuierliche HIV-Zwangstestungen von Risikopersonen/-gruppen oder der gesamten sexuell aktiven Bevölkerung oder ein Verbot angeblich virenverseuchter Einrichtungen wie Bars, Saunen für Homosexuelle, Clubs für Gruppensex und Partnertausch - abgesehen von der ethischen Unvertretbarkeit und Nichtfinanzierbarkeit - nicht zur Eindämmung von AIDS beitragen würden, da sich Sexualpraktiken, Partnerwahl oder Kondombenutzung staatlicher Kontrolle entziehen.

Es geht uns bei unseren Überlegungen nicht um eine Bewertung von permissiven oder den traditionellen sexualmoralischen Werten entsprechenden sexuellen Lebensäußerungen. Wir verwahren uns auch gegen überzogene Reaktionen auf HIV und AIDS. Eine Aufrechnung der recht hohen Sterblichkeitsrate in anderen Gesundheitsbereichen (Krebs, Koronarerkrankungen) mit der vergleichsweise geringen Anzahl von HIV- und AIDS-Betroffenen ist nicht nur unangemessen, sondern eher kontraproduktiv. Eine sexuell übertragbare Krankheit läßt sich

nicht (oder nur sehr schwer) mit zivilisatorisch bedingten Beeinträchtigungen vergleichen. HIV und AIDS sollen weder verharmlost noch überbewertet, sondern als das gesehen und gehandhabt werden, was sie sind: eine mögliche, sexuell übertragbare und letale Infektion/Erkrankung. In der westlichen Welt, für uns: in der BRD, sind weder Panik noch Ignoranz geboten. Geboten scheinen dagegen Information, Aufklärung, Orientierung und Befähigung zu selbstverantwortlichem Sexualverhalten, Verbesserung der Kondomkonnotation und damit Normalisierung und Verbreitung des Kondomgebrauches sowie Bereitstellung der hierzu erforderlichen finanziellen Mittel.

Der Medizin ging und geht es auch immer um Krankheitsverhütung, vor allem um die Verbesserung hygienischer Versorgung sowie (nach dem Zweiten Weltkrieg) um Massenimpfungsprogramme. Schwerpunkt heutiger Gesundheitsprophylaxe sind die Vermeidung chronisch-degenerativer Erkrankungen (Verschleißerscheinungen) und sogenannter Zivilisationskrankheiten.

Basis für die staatlichen Präventionsmaßnahmen ist nach wie vor das Risikofaktorenmodell, das in den fünfziger Jahren in der Erforschung koronarer Herzerkrankungen entwickelt wurde und einen direkten Zusammenhang zwischen der Anzahl der Risikofaktoren und der Wahrscheinlichkeit einer Erkrankung (hier: eines Herzinfarktes) aufzeigte. Dieser Kausalzusammenhang läßt sich jedoch nicht verallgemeinern, da Menschen mit gleichem Risiko unterschiedlich erkranken bzw. nicht erkranken. „Die Wirkung der Risikofaktoren ist für den einzelnen Menschen nicht zwangsläufig; es kann nur eine erhöhte Erkrankungswahrscheinlichkeit angenommen werden. ... Da Risikofaktoren als beginnende Krankheiten aufgefaßt werden, konzentriert sich die Prävention auf die Vermeidung von Risikofaktoren und auf individuelle Verhaltensänderungen“ (BENGEL et al. 1999, S. 19). Verhaltensgebundene Risikofaktoren wie z. B. Rauchen und Übergewicht haben Eingang in dieses Modell gefunden, während kontext- und verhältnisbezogene Variablen wie z. B. Umwelteinflüsse und Arbeitsüberlastung bzw. Arbeitslosigkeit noch vernachlässigt sind.

Seit 1986 (Ottawa-Charta) verfolgt die WHO ihr „Programm zur Gesundheitsförderung“ auf der Grundlage des Lebensweisenkonzepts. In diesem sozial-ökologischen Präventionsmodell wird Gesundheit nicht als Ziel, sondern als Mittel zur positiven Lebensgestaltung betrachtet. „Präventive Maßnahmen werden somit nicht durch das professionelle System verordnet. Sie zielen auf die aktive und selbstverantwortliche Beteiligung der Laien an der Herstellung ge-

sundheitsfördernder Bedingungen und auf den Dialog und die Interaktion zwischen Laien und Professionellen“ (BENGEL et al. 1999, S. 19). Im vergleichbaren amerikanischen Empowerment-Modell (z. B. RAPPAPORT) steht die Stärkung von (Selbsthilfe-) Kompetenzen und Eigenverantwortlichkeit im Mittelpunkt, womit Prävention auch eine politische und gesellschaftsverändernde Dimension erhält, was die praktische Umsetzung ihrer Ziele erschwert. Oder wie an anderer Stelle hinsichtlich Drogenprävention formuliert wird: „Prävention im klassischen Sinn kann man lernen - szenennahe Prävention nicht! ... Denn szenennahe Prävention in der postmodernen Gesellschaft ist eine nach vorn gerichtete Gesundheitsförderung. ... Sie muß sich auch in einer neuen Sprache, in einer neuen Offenheit der Situation der Gegenwart stellen. ... In diesem Sinne geht es darum: Verkrustungen aufzubrechen, Kräfte freizusetzen und die Kluft zwischen Tradition und Zukunftsfähigkeit in der Prävention zu überbrücken“ (BZgA 1997. In: BENGEL et al. 1999, S. 147).

Kann und soll AIDS-Prävention als Aufgabe staatlicher Gesundheitsfürsorge verstanden werden? Mit der Zunahme einiger zivilisationsbedingter Volkskrankheiten (Krebs, Herz-Kreislaufsystem, Diabetes, Zahnerkrankungen) bzw. deren mehr oder weniger systematischer Erfassungs- und Diagnosemöglichkeiten sowie mit sinkenden finanziellen Mitteln im Gesundheitswesen wuchs die Einsicht, daß Vorbeugung und damit eine möglichst weitgehende Eindämmung von Krankheiten finanzierbarer sei als deren kurative Behandlung.

Alle Gesundheitsfürsorge und Krankheitsprophylaxeprogramme stehen und fallen nicht nur mit der Kostenfrage, den finanziellen Einschränkungen im Gesundheitssystem sowie der oftmals mangelnden politischen Bereitschaft, Belange der Volksgesundheit über die der Wirtschaft zu stellen bzw. gegen deren Widerstände durchzusetzen. Solange Gesundheit als Fehlen von Krankheit, also von meßbaren körperlichen Defiziten, und weniger als ganzheitliches physisch-psychisches Phänomen betrachtet wird, müssen Vorsorgeinitiativen zwangsläufig im kurativen, d. h. traditionellen fachärztlich betreuten, monopolisierten Bereich bleiben.

Staatliche Gesundheitsfürsorge kann aber immer nur anregen, vorschlagen und finanzielle und logistische Hilfestellung leisten. So werden etwa die Polioschluckimpfungen zwar empfohlen und kostenlos angeboten, jedoch nicht verbindlich vorgeschrieben. Ähnlich verhält es sich mit der sogenannten Krebsvorsorge, also den Krebsfrüherkennungsuntersuchungen, die von den Krankenkassen für Frauen und Männer, nach festgelegten Altersstufen differenziert, empfoh-

len und finanziert, in der Praxis jedoch nur unzureichend, von Frauen häufiger als von Männern, wahrgenommen werden.

Die AIDS-Präventionskampagnen der Deutschen AIDS-Hilfe (DAH) und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) sind sicherlich notwendig und auch sinnvoll, aber keineswegs ausreichend (vgl. Kap. 4. 1.).

Die DAH hat als Hauptklientel homosexuelle Männer und Drogenkonsumenten sowie deren Angehörige, während sich die BZgA an die heterosexuelle Bevölkerung, vor allem an Schüler und Jugendliche richtet. Bei näherer Betrachtung erscheinen besonders die Aktivitäten der BZgA verbesserungswürdig, wobei jedoch nicht vergessen werden darf, daß die AIDS-Prävention nur eine von vielen Aufgaben im Rahmen der allgemeinen Gesundheitsfürsorge darstellt und die Zielgruppen weitaus heterogener sind als die der DAH. Selbstverständlich ist Qualität nicht vorrangig eine Frage des Geldes, allerdings kann AIDS-Prävention ohne hinreichende finanzielle Zuwendung nicht stattfinden. Wir sind der Ansicht, daß AIDS-Prävention und Sexualaufklärung eindeutig als gesellschaftlich-politische Aufgabe gesehen werden müssen.

HIV und AIDS dürfen im Grunde genommen auch nicht als regionales Phänomen gesehen werden, sondern erfordern in letzter Konsequenz eine globale Betrachtung. Solange die HIV-Infektionsraten in den armen Ländern Afrikas und Asiens kontinuierlich ansteigen und solange es kein Heilmittel gibt und die derzeit verfügbaren lebensverlängernden Medikamente nicht auch für diese Länder erreichbar, weil finanzierbar sind, wird AIDS auch die westliche Welt betreffen, und das nicht nur aus moralisch-ethischen Gründen. Migration und Ferntourismus (vor allem Sextourismus) tragen ebenfalls zunehmend zur heterosexuellen Verbreitung von HIV und AIDS bei. Wo AIDS epidemiologischen Charakter hat und wirtschaftliche Notlagen z. B. Armutspstitution und gravierende Ernährungs- und Gesundheitsmängel bedingen, können nur umfassende gesellschaftliche Veränderungen (und ein Umdenken der westlichen Welt) zur Problemlösung führen. Die Berücksichtigung dieses globalen Aspektes würde jedoch den Rahmen dieser Arbeit sprengen, so daß wir uns auf Lösungsmöglichkeiten in der BRD beschränken. Aber auch hier gilt, daß Gesundheitsvorsorge im allgemeinen und AIDS-Prävention im besonderen ohne die entsprechenden politischen und sozioökonomischen Veränderungen respektive Voraussetzungen wie z. B. Bereitstellung ausreichender finanzieller und personeller Ressourcen, Klärung juristischer und politischer Fragen im Zusammen-

hang mit HIV und AIDS (Schul- und Arbeitsrecht, Betäubungsmittelgesetz) nicht realisierbar ist. In diesem Zusammenhang sei noch einmal auf den Ausbildungsmißstand von Studierenden des Lehramtes Primarstufe nicht nur an der Universität Essen hingewiesen: obwohl diese in ihrer späteren Berufspraxis jederzeit zum Sexualkundeunterricht verpflichtet werden können, werden entsprechende Lehrveranstaltungen nicht oder kaum angeboten.

#### **4. 2. 2.            Gesundheitserziehung und AIDS-Prävention**

(M. Jodexnis)

Unsere Überlegungen zielen auf geeignete Präventionsmaßnahmen für heterosexuelle Jugendliche und Erwachsene. Gleichwohl sei angemerkt, daß Sexualkunde und Sexualerziehung sowie AIDS-Aufklärung Aufgabe von Pädagogik bzw. öffentlicher und privater Erziehung sind. Sie müssen entsprechend Bestandteil vor allem des institutionalisierten pädagogischen Handelns bereits im Kindesalter sein. Einige grundlegende Forderungen für die AIDS-Prävention, wie sie im folgenden beschrieben werden, haben - entsprechend erziehungswissenschaftlich aufbereitet und modifiziert - sicherlich auch für die Arbeit mit Kindern Gültigkeit. Ähnliches gilt für die Übertragbarkeit der Ergebnisse unserer Arbeit: obwohl an sozial- und bildungsprivilegierten jungen Erwachsenen gewonnen, dürften sie, zumindest teilweise, auch für andere Bevölkerungsgruppen relevant sein.

Wir gehen davon aus, daß Einstellung und Verhalten nicht kongruent sind, Wissen (hier: um HIV-Übertragungswege und AIDS) allein führt zwangsläufig weder zu Verhaltens- noch Einstellungskonsequenzen, ein rationales Umdenken nicht unbedingt zu präventivem Handeln. Neben der rationalen Ebene (Informations- und Aufklärungsangebote) treten weitere Faktoren als Bedingungen für Verhaltensänderungen auf:

- die subjektive Wahrnehmung und Bearbeitung des Wissens,
- auf der motivationalen Ebene die Einsicht sowohl in die Notwendigkeit als auch die Nützlichkeit einer Verhaltensänderung, wobei die persönliche Betroffenheit eine große Rolle spielt,



- auf der sozialen Ebene die Kohärenz von normativen Vorstellungen und Wertorientierungen, d. h., Unterstützung durch das soziale Umfeld z. B. von Familie, Freundeskreis der Gruppe der Gleichbetroffenen/Gleichdenkenden,
- auf der psychischen Ebene aktuelle oder chronische emotionale und affektive Befindlichkeiten, unbewußte Motive, Widerstände, Vor- und Werturteile, bisherige persönliche Erfahrungen, Verharren in traditionellen Denk- und Handlungsmustern,
- Unsicherheitsfaktoren, die der Natur des Sexuellen immanent sind: Lust, Leidenschaft, Willkür, Spontaneität,
- Unsicherheitsfaktoren in der spezifischen sexuellen Situation (starkes sexuelles Bedürfnis, Alkohol- oder Drogenkonsum, Stärkung des Selbstwertgefühls, Konfliktangst) und deren Ablaufdynamik (Schwierigkeit, einen einmal initiierten Prozeß zu stoppen, Eigendynamik des sexuellen Prozesses),
- die Ebene des Handlungs- und Orientierungsmusters, auf der eine sexuelle Aktion stattfindet (zweckrational, wertrational, emotional oder traditional bestimmtes Handeln),
- die Orientierungs- und Handlungsmuster sowohl des einzelnen Individuums als auch der sozialen Gruppen sind immer unterschiedlich und variabel, die Kommunikation mit fremden Sexualpartnern ist deshalb oft problematisch (keine gemeinsame Sprache, Tabus, Unsicherheiten und Ängste werden nicht offen kommuniziert).

Aus der Furchtappellsforschung ist ein negativer Zusammenhang zwischen Angst und Prävention bekannt: übersteigt die Angst ein bestimmtes Niveau, verringert sich die Bereitschaft zu präventivem Verhalten analog dem Ausmaß der Furcht (vgl. BARTH/BENGEL 1998).

Zur Erklärung menschlichen Verhaltens bzw. des Zusammenhangs zwischen Einstellung und Verhalten gibt es viele Erklärungsversuche und Modelle, die u. E. für sich allein genommen nicht ausreichend sind. Nicht ohne Grund haben wir uns eingangs (s. Kap. 1. 1. 3.) auf keine Theorie festgelegt und beispielsweise auf die Fülle existierender Untersuchungen zu Teilbereichen dieses Problembereiches (z. B. MUMMENDEY 1988) als auch an anderer Stelle auf die Modelle von AJZEN/FISHBEIN und MORIN hingewiesen.

Da AIDS-Prävention viele Dimensionen menschlichen Zusammenlebens tangiert, ist eine interdisziplinäre Vorgehensweise unabdingbar. Wissenschaftliche Befunde aus den Bereichen

Politikwissenschaft, Geschichte, Jura, Sozial-, Erziehungs- und Sexualwissenschaft sowie der Psychologie müssen in die Überlegungen, wie die Verhütung von HIV-Neuinfektionen gestaltet werden kann, einfließen. AIDS-Prävention zielt auf zeitstabile Verhaltensänderung im Sinne von Risikominimierung vor allem durch den Gebrauch von Kondomen und Vermeidung ansteckungsgefährdender Situationen. Das „Lernen“ muß hierbei auf verschiedenen Ebenen stattfinden und darf sich nicht auf eine kognitive Informationsaufnahme und -verarbeitung beschränken. „Für die Gestaltung von Präventionsprozessen ist bedeutsam, daß Botschaften um so eher angenommen werden, je mehr sie die Lebensweisen, um die es geht, erst einmal als gegeben hinnehmen und im Prinzip auch akzeptieren. Die Natur der Risikosituationen verlangt nach Konzepten der Selbststeuerung. Menschen verändern ihr Verhalten dann am ehesten, wenn sie sich 1. von der Gefahr AIDS persönlich betroffen fühlen, wenn sie 2. davon überzeugt sind, sich durch eigenes Verhalten vor der Gefahr schützen zu können, wenn 3. die als notwendig angesehene Verhaltensänderung in die bestehende Lebensweise einpaßbar ist und wenn 4. von der eigenen sozialen Umgebung (Szene, Gruppe etc.) Anstöße zur Verhaltensänderung kommen“ (ROSENBROCK 1990, S. 21), formulierte ROSENBROCK bereits vor zehn Jahren als Grundlage sinnvoller Präventionsbemühungen. Das Problem bei der Etablierung dauerhaften präventiven Verhaltens besteht in der Notwendigkeit, sowohl die Einstellung als auch das Verhalten zu verändern.

Wenn wir sagen, daß Einstellung und Verhalten nicht kongruent sind und Einstellungsänderungen nicht unmittelbar zu Verhaltensänderungen (und umgekehrt Handlungsmodifikationen nicht unbedingt zu Einstellungsänderungen) führen müssen, heißt das, daß weitere Faktoren z. B. emotionaler, motivationaler, personaler, sozialer Art, die Absicht zur Verhaltensänderung sowie die Normen und Regeln des sozialen Umfeldes das Verhalten beeinflussen und bestimmen. Es bedeutet aber auch, daß uns ein theoretisches Modell für sich allein genommen keine umfassende Erklärung leistet. Im folgenden skizzieren wir noch einmal kurz die Modelle von MORIN und AJZEN/FISHBEIN, die u. E. brauchbare Ansätze bieten.

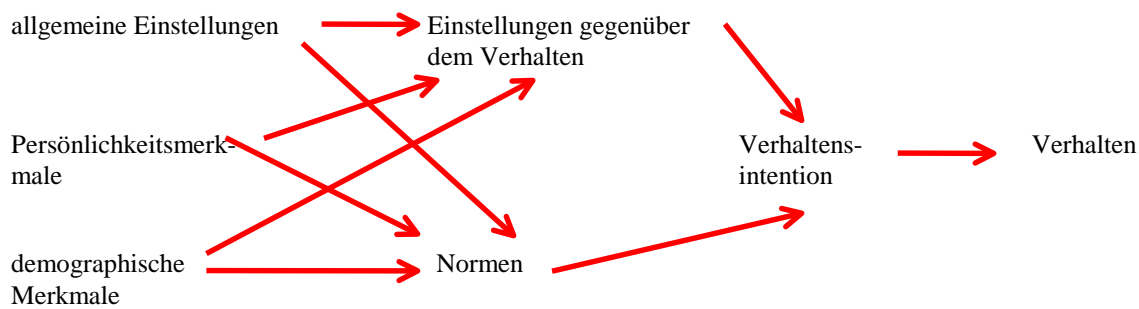
Das bereits weiter oben skizzierte Morin-Modell basiert auf fünf Bedingungen, an die das Individuum glauben muß, um sein Verhalten zu modifizieren:

1. AIDS ist eine persönliche Bedrohung und betrifft nicht nur andere,
2. es gibt Möglichkeiten der Prävention, die nützen,

3. die eigene Fähigkeit zur Adaption und Umsetzung neuer Verhaltensweisen,
4. die neuen Verhaltensweisen erlauben die Befriedigung der individuellen Bedürfnisse,
5. Unterstützung durch das soziale Umfeld (vgl. SALMEN. In: ROSENBROCK/SALMEN 1990, S. 87).

Wir teilen die Meinung von SALMEN und anderen (vgl. ROSENBROCK/SALMEN 1990; REIMANN/BARDELEBEN 1992; MUMMENDEY 1988; BENGEL et al. 1998), daß weitere Faktoren wie psychische Widerstände, unbewußte Motive und soziale Bedingungen, die einer Verhaltensänderung kontraproduktiv entgegenstehen können, berücksichtigt werden müssen. Gruppennormen und/oder persönliche Einstellungen, die z. B. eine negative Kondomkonnotation bewirken und den Gebrauch von Präservativen behindern, sind ebenso zu nennen wie soziale Faktoren, affektive, emotionale und situationspezifische Aspekte. Stigmatisierung und gesellschaftliche Ächtung von Homosexualität, intravenösem Drogenkonsum oder Promiskuität bewirken soziale Umstände, die infektionsriskantes Verhalten begünstigen (mehrfacher Gebrauch und Tausch von Spritzen, Beschaffungsprostitution ohne Kondom, Verschweigen des eigenen promiskuen Sexualverhaltens oder des positiven Serostatus etc.). Wird Empfängnisverhütung als Aufgabe der Frauen betrachtet und werden andere Schutzmöglichkeiten, z. B. Kondome, gleichzeitig abgelehnt, wirken Antikonzeptiva wie die Pille einem ständigen Kondomgebrauch in ungeklärten Sexualbeziehungen entgegen. Drogen- oder Alkoholkonsum beeinträchtigen die Rationalität, verdrängen Ängste und erlauben riskante und spontane sexuelle Interaktionen, auch wider besseren Wissens.

AJZEN/FISHBEIN gehen davon aus, daß eine Verhaltensänderung (z. B. Kondombenutzung) ausschließlich von der Verhaltensintention bestimmt wird. Die Verhaltensintention (ein Kondom zu verwenden) wiederum wird unmittelbar durch die Einstellung zu diesem Verhalten (negative oder positive Kondomkonnotation) und den subjektiv wahrgenommenen Normen der Bezugsgruppe (Kondome sind unmännlich, peinlich oder lusttötend) geprägt. Faktoren wie Persönlichkeitsstruktur, soziodemographische Merkmale oder allgemeine Einstellungen wirken nur über die Gruppennormen und die Einstellung zum Verhalten auf die Verhaltensabsicht und das tatsächlich gezeigte Verhalten (vgl. REIMANN et al. 1990, S. 239; REIMANN/BARDELEBEN 1992, S. 136ff).



**Abbildung Nr. 2:** Erklärungsmodell nach AJZEN/FISHBEIN

Brauchbare Ansätze und Denkanstöße finden sich auch bei ANTONOVSKYS Modell der Salutogenese (vgl. BENGEL et al. 1999).

Zentraler Faktor ist hierbei das Kohärenzgefühl eines Individuums, welches definiert ist als eine grundlegende positive Lebenseinstellung, als ein gleichzeitig stabiles und dynamisches Gefühl der Zuversicht und des Vertrauens in die eigenen Kräfte, „daß erstens die Anforderungen aus der inneren und äußeren Erfahrungswelt im Verlauf des Lebens strukturiert, vorhersehbar und erklärbar sind und daß zweitens die Ressourcen verfügbar sind, die nötig sind, um den Anforderungen gerecht zu werden. Und drittens, daß diese Anforderungen Herausforderungen sind, die Investition und Engagement verdienen“ (BENGEL et al. 1999, S. 30).

Menschen mit einem ausgeprägten Kohärenzgefühl sind nach ANTONOVSKY eher fähig, sich gezielt zu verhalten, sich also auch bewußt für präventives Handeln zu entscheiden. Weiterhin ist das Kohärenzgefühl durch soziale und kulturelle Bedingungen geprägt und ab dem Erwachsenenalter sehr stabil gegenüber Veränderungen und lediglich kurzfristig bzw. geringfügig modifizierbar. Verhaltensänderungen werden nur durch einschneidende Intervention oder langfristige Anleitung und Begleitung möglich. Eine Beschränkung der Prävention auf individuumzentrierte Maßnahmen ist jedoch wenig effektiv, wenn die gesellschaftlichen und strukturellen Bedingungen hierfür ungünstig sind. „Gesundheitsfördernde und präventive Maßnahmen müssen demnach darauf abzielen, ein breites Spektrum an individuellen, sozialen und kulturellen Faktoren zu verändern“ (BENGEL et al. 1999, S. 70). Dennoch verdient ANTONOVSKYS Ansatz aus mehreren Gründen Beachtung. Er richtet den Blickpunkt auf kompetenzsteigernde, ressourcenorientierte und differenzierte Präventionsmaßnahmen und ersetzt Merkmale wie Furchtappell und Lustfeindlichkeit des Risikofaktorenmodelles durch po-

sitive Aspekte. Die Annahme des beim erwachsenen Menschen ausgereiften, stabilen Kohärenzgefühls stützt zudem unsere Ansicht, daß eine umfassende AIDS-Prävention Teil der Sexualerziehung sein und bereits im Kindesalter ansetzen muß. „Das Kohärenzgefühl dominiert zwar als personale Ressource das Modell der Salutogenese, für seine Entwicklung müssen jedoch gesundheitsfördernde und präventive Maßnahmen darauf abzielen, ein breites Spektrum an individuellen, sozialen und kulturellen Faktoren (z. B. Intelligenz, Bildung, Bewältigungsstrategien, soziale Unterstützung, finanzielle Möglichkeiten, kulturelle Stabilität) zu fördern“ (BENGEL et al. 1999, S. 94).

#### **4. 2. 3. Kriterien für die AIDS-Prävention bei Heterosexuellen unter Berücksichtigung unserer Untersuchungsergebnisse**

(M. Jodexnis)

Unsere Untersuchungsergebnisse zeigen deutlich, daß auch eine teilweise homogene (hinsichtlich Alter, Bildungsstand, Sozialstatus) Stichprobe recht unterschiedliche sexuelle Verhaltensweisen und Reaktionsmuster auf AIDS beinhaltet. Die unterschiedlich ausgeprägte persönliche oder berufliche Nähe zur Problematik HIV und AIDS, differierende politische und religiöse Einstellungen und Lebenserfahrungen, verschiedenartige Präferenzen sexueller Praktiken sowie unterschiedliche Kondomkonnotation und Kondomakzeptanz stellen einige der Faktoren dar, die eine deutliche Variationsbreite im Präventionsverhalten bedingen. Gleichwohl lassen sich aus unseren Ergebnissen, aus der Forschungsliteratur sowie aus Analysen von Gesprächen „vor Ort“<sup>2</sup> grundlegende Kriterien für eine effektive HIV-Prävention bei Heterosexuellen ableiten. Präventive Maßnahmen sollten

- zielgruppenbezogen und
- geschlechtsspezifisch sein,
- die Lebenswelten der Personen/Gruppe einbeziehen (Umweltaspekt),
- die individuellen kognitiven, sozialen und emotionalen Fähigkeiten sowie die vielfältigen Möglichkeiten sexueller Aktivität und Präferenzen berücksichtigen,
- situationsbezogen, selbstverantwortlich und handlungsorientiert sein und

- die individuelle Kompetenz und Eigenverantwortlichkeit fördern.

Das Kriterium der **Zielgruppenspezifität** erscheint uns von grundlegender Bedeutung. Wir können unsere Stichprobe unter verschiedenartigen Gesichtspunkten heraus betrachten. Zum einen ist sie als Gruppe von Studierenden (im weiteren Sinne) relativ homogen hinsichtlich der Alters- und Bildungsstruktur. Andererseits erweist sie sich als wenig homogen unter den Merkmalen „Geschlecht“ und „Studienfach“, so daß sich sowohl die beiden Gruppen „Frauen“ und „Männer“ als auch die drei Fachgruppen (Lehramt, Design, Krankenpflege) hinsichtlich ihres Sexualverhaltens teilweise deutlich voneinander unterscheiden.

BOCHOWS Untersuchungen bei Homosexuellen zeigen ebenfalls, daß das gemeinsame Merkmal „Homosexualität“ nicht ausreicht, um präventives bzw. nicht präventives Verhalten zu beschreiben. Auch zwischen Informationsgrad über HIV und AIDS und risikoarmen Sexualverhalten konnte er keinen direkten Zusammenhang nachweisen (vgl. BOCHOW. In: ROSENBRUCK/SALMEN 1990; BOCHOW 1993 und 1997). Je mehr die eigene sexuelle Orientierung bejaht wurde, je größer die individuelle Betroffenheit im sozialen Umfeld und im Freundeskreis war und je ausgeprägter die Überzeugung war, daß eine Verhaltensänderung sowohl möglich als auch wirksam ist, um so eher zeigten die Befragten Handlungskonsequenzen. Unsere Untersuchungsergebnisse weisen in die gleiche Richtung: nicht die berufliche Betroffenheit z. B. der Krankenpflegeschüler und/oder Wissen sind ausschlaggebend für Verhaltensänderungen im Sinne von Safer Sex, sondern die individuelle Betroffenheit, die in der Gruppe der Designstudenten größer als in den beiden anderen Gruppen ist.

Das Kriterium der Zielgruppe wird in den Aktivitäten und Broschüren der BZgA und DAH zumindest teilweise berücksichtigt. Angesprochen werden männliche Homosexuelle, weibliche Prostituierte, Jugendliche, Mädchen, vernachlässigt werden die Sextouristen, die männlichen Kunden von Prostituierten sowie die „normale“ erwachsene heterosexuelle Bevölkerung.

Es erscheint also wenig sinnvoll und vor allem unzureichend, eine mögliche Zielgruppe ausschließlich durch die Parameter Bildung, Alter und Sozialstatus zu definieren. Dies deutet auf einen weiteren Aspekt hin: auf die Wahl der **Inhalte** und besonders der **Kommunikationsformen**. Studierende haben wahrscheinlich einen anderen Bezug zur Sprache (in Wort und

---

<sup>2</sup> Mitarbeiter der AIDS-Hilfen Essen und Duisburg; AIDS-Beauftragte in den Gesundheitsämtern Essen und Duisburg; AIDS-Berater der Freien Wohlfahrtsverbände; Mitarbeiter und Betroffene der AIDS-Ambulanz im Universitätsklinikum Essen; Sozialarbeiterinnen und Prostituierte im „Café Nachtfalter“ in Essen

Schrift) und sind geübter und vertrauter im Umgang mit diesem Medium als beispielsweise Auszubildende oder gleichaltrige Nicht-Studierende. Sprache differiert auch generationspezifisch, Heranwachsende und Jugendliche sprechen eine andere Sprache als vor allem ältere Erwachsene und werden von diesen (semantisch) häufig nicht mehr verstanden (Anglizismen, technische Begriffe, Insidersprache etc.). Homosexuelle scheinen eine spezifische Form der Kommunikation im Bereich der Sexualität zu präferieren, wenn wir die variantenreiche und z. T. sehr drastische Sprache der DAH (vgl. Kap. 4. 1.) betrachten. Andererseits muß angesichts der Tatsache, daß immer noch ca. 50% aller HIV-Neuinfektionen in der BRD auf homosexuelle Männer entfallen (vgl. AIDS-ZENTRUM im ROBERT KOCH-INSTITUT 1999, S. 20), die Frage nach der Angemessenheit auch des sprachlichen Konzeptes der DAH erlaubt sein.

Bezogen auf ein Präventionskonzept bedeutet dies eine Differenzierung sowohl von Inhalten („Schwierigkeitsgrad“) als auch besonders von Vermittlungsformen und -niveau. Für die einen mag eine Botschaft in Form eines Comics angemessen sein, während andere mehr Wert auf wissenschaftliche Informationen legen. Eine der grundlegenden Forderungen in der Sozialpädagogik und -arbeit lautet, die Betroffenen dort abzuholen, wo sie stehen. In unserem Zusammenhang heißt das beispielsweise, daß ein mit Büchern wenig vertrauter Mensch eher durch Medien wie Computer und Fernseher erreichbar ist; einer der geschriebenen Sprache wenig oder gar nicht mächtigen Person (z. B. Analphabeten, Sehbehinderte und Blinde) müssen alternative visuelle (Bilder) und auditive Medien (Kassetten, CD`s, Gespräche) angeboten werden.

**Wahrnehmung und Bearbeitung von Informationen** unterliegen vielfältigen Faktoren wie z. B. der intellektuellen Fähigkeit, der individuellen Motivation, der Persönlichkeitsstruktur oder affektiven, kulturellen, sozialen und emotionalen Gegebenheiten. Unsere Untersuchungsergebnisse lassen in einigen Aspekten Differenzen zwischen Frauen und Männern erkennen. Die weiblichen Teilnehmer unserer Stichprobe, besonders die Designstudentinnen, reagieren sensibler auf HIV und AIDS, verfügen über ein größeres Risikobewußtsein und verhalten sich weitgehend präventiver als ihre männlichen Kollegen. Für Frauen wie beispielsweise unsere Lehramtsstudentinnen, die zu eher konservativ-bürgerlichen Wertvorstellungen tendieren, erscheint ein weniger freizügiger Sprachstil angemessen zu sein, wie überhaupt versucht werden sollte, gerade im Bereich der Sexualität eine frauenspezifischere, nicht von

männlich geprägten Begriffen und männlicher Dominanz geprägte Sprache zu entwickeln. Präventive Maßnahmen sollten also **geschlechtsdifferenziert** entwickelt und formuliert werden, wie dieses auch bei der BZgA zumindest ansatzweise der Fall ist, jedoch ohne deren z. T. repressive ideologische Botschaften oder schulmeisterliche Belehrungen. Für die Sexual- und AIDS-Aufklärung in Schulen und Jugendeinrichtungen wäre ein Verzicht auf Koedukation in Betracht zu ziehen, um männliche Dominanz, wie sie z. B. aus dem mathematisch-naturkundlichen Unterricht belegt ist, um typisches Geschlechtsrollenverhalten und um Schamgefühle und Hemmungen zu vermeiden. Dem Kondomgebrauch sollte besondere Aufmerksamkeit zuteil werden, wobei dieser nicht mittels Angsterzeugung eingefordert werden darf. Safer Sex ist die derzeit einzige und grundsätzlich leicht zu praktizierende Methode, sich bei wechselnden und neuen Sexualpartnern und bei als ansteckungsrisikant geltenden Sexualpraktiken vor einer möglichen HIV-Infektion zu schützen.

Als wesentlich einzuschätzen ist die Verbesserung der **Kondomkonnotation**; in unserer und anderen Untersuchung(en) zeigt sich, daß vor allem Männer das Kondom mit negativen Gefühlseigenschaften (lustfeindlich, spontaneitätsbehindernd) belegen. Eine Darstellung der vielfältigen Kondommodelle, das Aufzeigen von lustvollen und kreativen Integrationsmöglichkeiten eines Kondoms in den Sexualakt erscheint mindestens ebenso wichtig wie Hinweise auf richtigen Gebrauch und Gefahren. Praktische Anwendungshilfe geben zumindest in den größeren Städten Berater der AIDS-Hilfen und ähnlicher Einrichtungen der Freien Wohlfahrtspflege z. B. in Schulen, wo mit den Kindern und Jugendlichen das Überstreifen eines Kondoms modellhaft eingeübt wird. Mädchen und Frauen sollten in ihrem Körper- und Gesundheitsbewußtsein dahingehend bestärkt werden, das Kondom auch als gesunde Alternative zu chemischen Antikonzeptiva zur Empfängnisverhütung zu verwenden. Positiv sei vermerkt, daß der Beschaffung von Kondomen durch ein breites Angebot in Super- und Drogeriemärkten inzwischen viel von der früheren Peinlichkeit genommen und eine relative Anonymität beim Kauf gewährleistet ist. Weiterhin sind z. B. in der Stadt Essen an besonders prägnanten Stellen (beispielsweise Treffpunkten von Homosexuellen) öffentlich Kondomautomaten installiert. Zu einer Imageverbesserung des Kondoms hat möglicherweise der vor einiger Zeit erfolgte Börsengang eines bekannten Kondomherstellers (Condomi) beigetragen. In Schulen, Jugendclubs, Gastwirtschaften u. ä. sollten Kondome nicht nur in den Männertoiletten angeboten werden.



In Frankreich bieten Erste-Hilfe-Stationen an den Schulen die „Pille danach“ für Schülerinnen an (NRZ vom 16.01.2000). Ebenso denkbar und u. E. weitaus weniger brisant und deshalb auf schulrechtlicher Ebene eher durchsetzbar sind fest installierte Beratungsstationen, in denen Aufklärungsarbeit geleistet wird und Kondome (evtl. kostenlos) ausgegeben werden; auch der Umgang mit einem Kondom könnte hier modellhaft eingeübt werden.

Wünschenswert wären zudem kreative, witzige und die Neugier weckende Werbespots, wie sie z. B. in Großbritannien üblich sind. Leider ist ein Großteil der Fernsehspots, Aufkleber, Karten und anderer sogenannter give aways in der BRD immer noch durch Phantasielosigkeit, trockene Sachinformation, den erhobenen Zeigefinger und Langeweile gekennzeichnet.

Für sehr konservative oder beispielsweise streng gläubige Katholiken erscheint die Empfehlung von Safer Sex als nicht sehr angemessen. Es sollte allerdings deutlich darauf hingewiesen werden, daß bei Verzicht auf ein Kondom bei neuen oder wechselnden Partnern das Infektionsrisiko erhöht und ein Schutz letztendlich nur durch sexuelle Askese oder strenge Monogamie gewährleistet ist. Ein Umdenken seitens der katholischen Kirche und eine zeitgemäßere Bibelinterpretation wären allerdings (ebenso aus Gründen der Überbevölkerung sowie zum Abbau von Sexualfeindlichkeit) weitaus sinnvoller.

Hier deuten sich weitere Aspekte an, die in der AIDS-Prävention Berücksichtigung finden müssen, z. B. die **Lebensnähe**. Personen oder Gruppen mit permissiven sexuellen Einstellungen und Verhaltensweisen wie beispielsweise in unserer Stichprobe die Designstudenten beiderlei Geschlechts leben in anderen sozialen Umfeldern und Bezugsgruppen als die Studierenden des Lehramtes und die Krankenpflegeschüler. Sie praktizieren nicht nur eine freizügigere Sexualität mit einem breiteren Spektrum von Sexualpraktiken, leben promisker und damit infektionsriskanter, sondern haben auch häufiger Kontakt mit HIV-Infizierten und/oder AIDS-Kranken, sind also weitaus häufiger und stärker persönlich betroffen. Der Grad der persönlichen Betroffenheit erweist sich nicht nur in unserer Stichprobe als ein entscheidendes Kriterium zur Präventionsbereitschaft (vgl. Kap. 1. 4.).

Bei Menschen, die bewußt risikobetont leben und die Risikolust als eine „Dimension der Selbsterfahrung“ (MÜLLER-DOOHM. In: ROSENBROCK/SALMEN 1990, S. 102) suchen und erfahren, wie beispielsweise viele Sextouristen, promiske Kondomverweigerer oder Kunden von Prostituierten, die auf unsafe Sex (ohne Kondom) bestehen, kann gerade diese Lust

am Risiko für die Prävention genutzt werden, indem sie einerseits bedingungslos über ihre Verhaltenskonsequenzen aufgeklärt werden, gleichzeitig aber auch Raum geschaffen wird für eine Umorientierung der mit ihrem Risikoverhalten verbundenen Gefühlserlebnisse. Individuen, die im bewußten Risiko Lust suchen und finden und z. B. als Sextouristen den ungeschützten Geschlechtsverkehr mit Prostituierten in Ländern mit hoher HIV-Inzidenz als „letztes Abenteuer dieser Welt“ betrachten, verlören bei Kondomverwendung den mit dem Risiko verbundenen und Glücksgefühle verursachenden Adrenalinschub. Hier müßte Hilfe zur Umorientierung geleistet werden, um die Person entweder zum Verzicht auf diese Art von Lusterlebnis oder aber zur Umlenkung der Risikolust in weniger gesundheitsgefährdende Bahnen (z. B. Grenzerfahrungen im sportlichen Bereich) zu befähigen.

Die emotionale Verarbeitung der Risikoerfahrung, die Umsetzung des kognitiv vermittelten Wissens in ein quasi selbstkontrolliertes Verhalten kann nur durch Integration in das persönliche Muster der Verhaltensorientierung erfolgen. Diese Beseitigung der Diskrepanz zwischen Wissen und Verhalten zielt letztlich auf eine Risikohandlungskompetenz. Vor allem geht es nicht um Erschaffung oder Verstärkung von Angst, sondern im Gegenteil um Angstreduktion.

Wie bereits eingangs erwähnt, ist diese Umwandlung in einem Bereich wie der Sexualität problematisch, da wir es hier auch mit Situationen zu tun haben, die sich rationaler Kontrolle oftmals weitgehend entziehen. Um so bedeutsamer erscheint die Berücksichtigung der sozialen Lebenswelt als der Raum, in dem Handlungskompetenz erworben wird. Prävention muß die jeweiligen Lebensformen mit ihren soziokulturellen Normen und Werten akzeptieren und adäquate, differenzierte Vermittlungsformen entwickeln.

In einer Bezugsgruppe mit rigiden normativen Kondomvorstellungen, in der das Kondom als z. B. unmännlich und asexuell oder aus religiösen Gründen abgelehnt wird, kann Handlungskompetenz nicht ohne Veränderung der Kondomkonnotation und damit des diesem zugrunde liegenden Bedingungsgefüges (patriarchalisches Geschlechts- und Rollenverständnis, geringes Selbstwertgefühl, repressive Sexualmoral, unzureichende Kommunikationsmöglichkeiten, besonders hinsichtlich der Sexualität, Angst etc.) entwickelt werden.

Immer, wenn das Kondom, aus welchen verschiedenartigen Gründen auch immer, abgelehnt wird, müssen sowohl Alternativen als auch Konsequenzen aufgezeigt werden.

Sexuelles Handeln findet immer auf unterschiedlichen Ebenen **sozialen Handelns** statt: auf einer zweckrational, wertrational, emotional und traditionell bestimmten Ebene, zudem in

unterschiedlichen aktuellen **situativen Kontexten**. „Nicht nur, daß möglicherweise zwei verschiedene individuelle Handlungsorientierungen zusammentreffen, über die aus vielfältigen Gründen (z. B. Tabuisierungen) nur selten gesprochen wird - alles Wissen um Safer Sex-Praktiken und alle Einsicht in ihre Notwendigkeit könnte in der Anwendung auch daran scheitern, daß es in Widerspruch gerät zu den situativ gebundenen Orientierungen (z. B. emotionalen Handlungen) oder mit biographisch verankerten, grundlegenden Orientierungen“ (BILLMANN-MAHECHA. In: ROSENBROCK/SALMEN 1990, S. 107).

Menschen verhalten sich in verschiedenartigen Situationen nicht unbedingt nach demselben Handlungsmuster; unterschiedliche situative Kontexte rufen unterschiedliche Verhaltensweisen hervor. Der Aspekt der Situationsbezogenheit stellt in der AIDS-Prävention ein besonderes Problem dar: Menschen zeigen unter Alkohol- oder Drogeneinfluß oder unter Gruppenzwängen oftmals ein „unvernünftiges“, wenig kontrolliertes, triebhaftes oder instinktives Verhalten. „Die Risikobereitschaft bei Sexualkontakten und Sexualpraktiken wird durch den Genuß von Rauschmitteln (Alkohol, Haschisch) gesteigert (ELSING et al., 1992, S. 530). Beispielsweise mag ein Fußball-Hooligan in seinem alltäglichen Lebenszusammenhang ein sozial angepaßtes Individuum sein, welches aber in bestimmten Situationen als aggressiver Schläger agiert. Dies verdeutlicht, daß ein durchaus zu rationalen Handlungen befähigter Mensch in bestimmten „enthemmten“ Situationen unkontrolliert und triebhaft zu handeln vermag. Solche Situationen gilt es zwar prinzipiell zu vermeiden bzw. zu minimieren, wobei uns der illusorische Charakter dieser Forderung durchaus bewußt ist.

Vorrangig müßten die Menschen zu einem sozial und gesundheitlich vertretbaren Umgang mit Rauschmitteln, d. h. auch der Droge Alkohol, befähigt werden. Doch wird es immer Individuen und Gruppen geben, die sich zumindest zeitweise jeglicher präventiven Bemühungen entziehen.

Angstvermeidung ist u. E. ein entscheidender Punkt in der AIDS-Prävention. Weiter oben wurde bereits erwähnt, daß mit zunehmendem Angstniveau die Abwehr gegen präventive Botschaften/Maßnahmen ansteigt (vgl. BARTH/BENGEL 1998). Daß Angst, auch und besonders irrationale Furcht bis hin zur AIDS-Phobie, selbstkontrolliertem präventivem Verhalten eher kontrapunktiv entgegensteht, findet sich sowohl in anderen Untersuchungen (vgl. Kap. 1. 4.) als auch zumindest ansatzweise in unserer Studie. Personen, die zwar infektionsriskant leben und von AIDS persönlich relativ betroffen sind (Designstudierende), entwickeln

weniger Ängste als „ignorante“ Individuen (Lehramtsstudierende) und stehen präventivem Verhalten aufgeschlossener gegenüber.

Werden konkrete und praktizierbare Handlungsanweisungen gegeben und werden Personen befähigt, sich bewußt und zielgerecht für präventives Verhalten zu entscheiden, ist die Manipulation mit der Angst nicht notwendig. Daß mit der nachlassenden „AIDS-Hysterie“ die vor allem durch die Medien geschürte Angst vor AIDS und die damit einher gegangene „Übersättigung“ inzwischen nachgelassen hat, ist an sich positiv zu vermerken. Daß gleichzeitig das Risikobewußtsein bzw. das Interesse an der Thematik in der „normalen“ heterosexuellen Bevölkerung kaum noch existent ist, sollte dagegen bedenklich stimmen.

Der Hinweis auf die Möglichkeiten einer heterosexuellen Übertragung und die Aufklärung über die Risiken ungeschützter Sexualkontakte mit neuen Partnern oder Armut- und Drogenprostituierten sollte jedoch in sachlicher, den Lebensstil akzeptierender Form erfolgen und auf das Wecken handlungsmindernder Ängste verzichten.

Die Bedeutung der Befähigung zu **Eigenkompetenz** und **selbstverantwortlichem Handeln** wird besonders deutlich bei Personen oder Gruppen mit rigiden Normvorstellungen und vor allem negativer Kondomkonnotation und/oder großer Risikobereitschaft. Eine Aufklärung über das Infektionsrisiko und die Wirkungsweise von HIV und AIDS müssen verbunden werden mit dem Aufzeigen von Möglichkeiten der Kontrollierbarkeit (z. B. durch Kondombenutzung) sowie der Freiwilligkeit (die Entscheidung wird nicht durch Zwang oder Angst getroffen, sondern aus rationaler Begründung und Einsicht) und positiver Konsequenz (das eigenverantwortliche Entscheiden und Handeln erhöht das Selbstwertgefühl und wirkt als positive Verstärkung und Belohnung).

Wir möchten noch einmal auf den Geschlechteraspekt zurückkommen. AIDS-Prävention bei heterosexuellen jungen Erwachsenen, deren Rollenbilder bzw. Rollenklischees bereits relativ ausgeprägt sind, sollte u. E. den Frauen besondere Bedeutung zumessen und den Umstand, daß Empfängnisverhütung nach wie vor hauptsächlich Aufgabe der Frauen ist, für ihre Zwecke nutzen. Wie schon weiter oben angesprochen, sollten Mädchen und Frauen vehement dazu ermutigt werden, Antikonzeptiva, die mittel- bis langfristige gesundheitliche Schäden hervorrufen können, zugunsten des Kondoms zu verweigern. In unserer Untersuchung zeigen sich besonders die Designstudentinnen dem Kondom gegenüber aufgeschlossen.

Ein besonderes Problem, mit dem AIDS-Prävention eng verknüpft ist, liegt in der Natur von Sexualität. Sexualverhalten findet wie jedes Handeln nicht in einem neutralen Raum statt, sondern in einem soziokulturellen Kontext, der bestimmte soziale Interaktionsmuster für Sexualität und Intimität beinhaltet. Jede Gesellschaft hat ihr eigenes Intimitätsmuster; in unserer Gesellschaft ist das Muster der „romantischen Liebe“ vorherrschend. Dabei existieren weder eine Definition von Sexualität und Intimität noch von sozialen Handlungsmustern für intime sexuelle Handlungsformen, und vor allem fehlt es an Möglichkeiten und Fähigkeiten der Kommunikation über sexuelle Wünsche und Bedürfnisse.<sup>3</sup>

Viele Bundesbürger favorisieren zwar das Ideal der romantischen Liebe, haben aber häufig wenige und/oder unklare Vorstellungen darüber, da dieser Bereich sozial wenig strukturiert ist. Sexuelle Kommunikation ist vor allem bei neuen Beziehungen oder in bestimmten Situationen, die z. B. durch Lust, Alkohol, Drogen oder bewußte und unbewußte Motivationen geprägt sind, eher sprach- und orientierungslos als zielgerichtet. Die AIDS-Problematik verstärkt das Dilemma enorm: „Gerade weil es an einer gemeinsam geteilten Kommunikationskultur für Intimität mangelt, läßt sich das Thema AIDS-Vermeidung an keiner Stelle richtig in das Interaktionsmuster einhaken“ (GERHARDS. In: ROSENBROCK/SALMEN 1990, S. 178). Wir finden wieder einmal eine Argumentationskette, die AIDS-Prävention nicht nur als individuelle, sondern auch als gesellschaftliche Aufgabe betrachtet. Die Vorstellung der romantischen Liebe rückt Sexualität in den Bereich des Intim-Privaten, entbehrt aber andererseits der semantischen Füllung. Letztendlich muß Prävention als lebenslange Maßnahme das alltägliche Leben der Menschen begleiten. Bei allem Vorbehalt wären gesetzliche Regelungen zu fordern, z. B. im Bereich des Tourismus. Nicht nur die Sextouristen begeben sich mehr oder weniger bewußt in infektionsriskante sexuelle Situationen; auch für viele „normale“ Hetero- oder Homosexuelle gilt, daß Erholung und Entspannung gleichbedeutend ist mit sexuellen Urlaubskontakten.

Eine Forderung der AIDS-Prävention umfaßt die Informationspflicht der Reiseveranstalter bzw. die Erweiterung des Informationsgebotes über regional bekannte Gesundheitsgefährdungen hinaus

---

<sup>3</sup> Die praktisch von Jedem über Fernseher, Video, Telefon, Internet, Printmedien abrufbare „Sexualität aus zweiter Hand“ macht eine Verständigung über sexuelle Interaktionsformen und eine nicht nur sexuelle Kommunikationskultur zunehmend überflüssig: nur mittelbar erlebte, anonyme Sexualkontakte benötigen wenig an zwischenmenschlicher Kommunikationskompetenz.

Zusammenfassend bleibt festzuhalten, daß es *die* AIDS-Prävention nicht gibt, weder für die Homo- noch die Heterosexuellen, weder für Jugendliche noch für Erwachsene oder Studierende. Wir haben gesehen, daß es in der Population der Heterosexuellen vielfältige und Teil der schulischen Sexualerziehung sein. Um die zwar langsam, aber stetig ansteigende Zahl der heterosexuellen Infektionen zu reduzieren, bedarf es Maßnahmen politischer, ökonomischer und soziokultureller Art, die z. Z. jedoch nur unter großen Schwierigkeiten umsetzbar sind. Dennoch hoffen wir, mit unseren Überlegungen zur Entwicklung effektiver AIDS-Prävention beizutragen.

## 5. Zusammenfassung und Schlußfolgerung

(M. Jodexnis) und (B. Bartsch)

Ausgangspunkt unserer Arbeit war die Frage nach den Ursachen für den mangelnden Erfolg der staatlichen AIDS-Präventionsbemühungen (Bundesgesundheitsamt und AIDS-Hilfen). Die Diskrepanz zwischen Einstellungen zur Sexualität und sexuellem Verhalten scheint hinsichtlich der Bedrohung durch HIV und AIDS besonders deutlich zu werden. Zwar war in Deutschland wie in den meisten westlichen Ländern bei zwei der drei klassischen Risikogruppen - den Homosexuellen und den professionellen Prostituierten - eine zügige Reaktion auf diese neue, hauptsächlich durch Geschlechtsverkehr übertragbare Krankheit zu beobachten, während AIDS sehr schnell wieder aus dem öffentlichen Bewußtsein der heterosexuellen Bevölkerung verschwand. Die Praktizierung von Safer Sex, d. h. vor allem Kondombenutzung und Vermeidung infektionsriskanter Situationen, schien lediglich für die betroffenen, aufgrund ihrer sexuellen Verhaltensweisen besonders gefährdeten Minderheiten, von Relevanz zu sein.

An der Verbreitung von HIV hat sich indes wenig geändert: Vor allem in der Dritten Welt sind die Zahlen neuer HIV-Infektionen gestiegen. Die weltweite Infiziertenzahl wird mit mehr als 42 Millionen Menschen beziffert, wobei zu den Hauptepidemiegebieten Afrika und Asien zunehmend Osteuropa tritt. Für Deutschland wird von etwa 2000 jährlichen Neuinfektionen ausgegangen. AIDS hat, so wurde deutlich, nichts von seiner tödlichen Bedrohung eingebüßt, auch wenn durch neue Kombinationstherapien krankheitsverzögernde und lebensverlängernde Effekte erzielt werden. Das Problem der Resistenz mutierender HI-Viren ist nach wie vor ungelöst, ebenso die Entwicklung eines Heilmittels oder massenimmunologisch einsetzbarer Sera.

Untersuchungen verdeutlichten, daß an die Ratio appellierende Präventionsbemühungen weit aus weniger zeitstabile Verhaltensänderungen bewirken als eine individuelle Betroffenheit und Ansteckungsgefährdung. Der kontinuierliche Anstieg der HIV-Neuinfektionen innerhalb der „normalen“ heterosexuellen Bevölkerung verlangt nach neuen, effektiven Aufklärungs- und Präventionskampagnen. Es geht nicht länger um die Durchsetzung von Verhaltensregeln bei Personengruppen, die zwar als äußerst gefährdet gelten, die aber ihr Ansteckungsrisiko

durch Praktizierung von Safer Sex minimiert haben, sondern bei der scheinbar nicht gefährdeten heterosexuellen Bevölkerung.

Wir gehen davon aus, daß über Kognition, Vernunft und Einsicht allein ein präventives Sexualverhalten nicht bzw. kaum zu bewirken ist. Ziel unserer Untersuchung ist es deshalb zu zeigen, daß unterschiedliche Personengruppen mit unterschiedlichen Einstellungen, mit unterschiedlichem Informationsgrad über HIV und AIDS sowie unterschiedlichen sexuellen Verhaltensweisen und/oder einem unterschiedlichen Grad an persönlicher Nähe zu AIDS in unterschiedlicher, ihnen adäquater Weise angesprochen und in differenzierter Form zu präventivem Verhalten hingeleitet werden müssen.

Die Arbeit soll den Nachweis führen, daß bei verschiedenen Personengruppen durchgehend eine Diskrepanz von Einstellungen zur Sexualität, Wissen über AIDS und Sexualverhalten feststellbar ist, die jedoch Variationen unterliegt und dort am geringsten ausgeprägt ist, wo der Aspekt der persönlichen Betroffenheit besonders groß ist. Weiterhin soll gezeigt werden, daß trotz der mangelnden Sensibilität für die HIV-Problematik in der heterosexuellen Bevölkerung das Sexualeben durch AIDS beeinträchtigt wird. Gefragt wird weiterhin, ob und inwieweit der berufliche Bezug Einfluß auf die sexuellen Einstellungen und Verhaltensweisen nimmt und ob sich geschlechtsspezifische Unterschiede beobachten lassen.

Zur Überprüfung unserer Hypothesen haben wir uns für eine empirische Untersuchung an einem ausgewählten Teil der heterosexuellen Bevölkerung, nämlich Studenten, entschieden (vgl. Kap. 1. 5. und 2. 4.). Studenten reagieren als bildungsprivilegierte Avantgarde besonders sensibel auf gesellschaftliche Strömungen und Veränderungen und sollten deshalb die durch HIV und AIDS bewirkten sexuellen Verhaltensänderungen deutlich und eher als die Allgemeinbevölkerung widerspiegeln. Zudem sind sie eher mit dem Medium Sprache vertraut und waren für uns aufgrund unserer damaligen beruflichen Situation (wissenschaftliche Angestellte im Fachbereich 2 der Universität-GHS Essen/Duisburg) leichter erreichbar als beispielsweise Auszubildende. Da aber auch Studenten keine homogene Population darstellen und sich hinsichtlich ihrer Einstellungen und Verhaltensweisen unterscheiden, wollten wir eine Differenzierung vornehmen und Studenten unterschiedlicher Studienrichtungen in die Befragung einbeziehen.



Aus pragmatischen und finanziellen Gründen sollten die Teilnehmer aus der Universität-GHS Essen/Duisburg und geographisch nahe gelegenen Hochschulen rekrutiert werden. Die ursprüngliche Entscheidung für die Fachrichtungen Lehramt Primarstufe, Medizin und freie Kunst ließ sich in der Praxis nicht verwirklichen: eine Interviewerlaubnis für Medizinstudenten der Universität-GHS Essen/Duisburg wurde uns trotz intensiver Bemühungen nicht gewährt, und die „freien Künstler“ der Akademie Düsseldorf erwiesen sich aufgrund ihrer spezifischen Ausbildungsstruktur als kaum, d. h. vor Ort, erreichbar. Als Kompromißlösung fiel unsere Wahl auf Designstudenten (Universität-GHS Essen/Duisburg, Hochschule Niederrhein/Krefeld) sowie auf Krankenpflegeschüler (Klinikum Essen, Krupp Krankenhaus) unter Kontrolle soziodemographischer Daten wie Schulabschluß und Alter.

In Anlehnung an bereits existierende Fragebögen (CLEMENT 1986; BARDELEBEN/REIMANN/SCHMIDT 1988; BÖHM/ROHNER 1988) sowie aus Gründen der Vergleichbarkeit konzipierten wir einen standardisierten Fragebogen, der insgesamt 143 Variablen zu elf Themenbereichen umfaßt (vgl. Anhang), die sich von soziodemographischen Daten über Fragen zur Partnersituation, zum vergangenen und gegenwärtigen Sexualverhalten bis zur Informiertheit über AIDS sowie Sexualität und AIDS erstrecken.

Aufgrund von uns nicht zu beeinflussender Umstände, d. h. der uns auferlegten Vorgaben von Seiten der Verwaltung und Dozenten, ließ sich ein einheitliches methodisches Vorgehen bei der Datenerhebung nicht einhalten. Je nach Institution und/oder Dozent waren wir verpflichtet, während der Befragung persönlich anwesend und ansprechbar zu sein, oder wir hatten die Erlaubnis, vor bzw. nach einer Veranstaltung (Vorlesung, Seminar) unser Anliegen mit der Bitte um Teilnahme an der Befragung inklusive Erläuterung der Thematik und des Rückgabemodus vorzutragen, oder aber ein Dozent übernahm stellvertretend unsere Aufgabe (vgl. Kap. 2. 6.)

Basierend auf den dargelegten inhaltlichen und methodischen Überlegungen kristallisierten sich vier Hypothesen heraus, die es zu überprüfen galt:

- I. Lehramtsstudenten der Primarstufe und Krankenpflegeschüler sind besser über HIV und AID informiert und stehen der AIDS-Thematik aufgeschlossener gegenüber als Designstudenten.  
Grundsätzlich vermuten wir Unterschiede zwischen den Frauen und den Männern.
- II. Designstudenten favorisieren und praktizieren eine permissivere und offenere Sexualität und leben weniger gesellschaftlich konform als Lehramtsstudenten der Primarstufe und Krankenpflegeschüler. Insgesamt entsprechen sie weniger der herrschenden Sexualmoral.  
Grundsätzlich vermuten wir Unterschiede zwischen den Frauen und den Männern.
- III. Bei den Studenten des Lehramtes Primarstufe und den Krankenpflegeschülern werden die sexuellen Kontakte unter der Bedrohung durch AIDS mehr beeinträchtigt als bei Designstudenten. Sexualität wird häufiger mit Krankheit, Tod und Mißtrauen in Verbindung gebracht; Spontaneität und Kreativität sind reduziert“.  
Grundsätzlich vermuten wir Unterschiede zwischen den Frauen und den Männern.
- IV. Designstudenten zeigen weniger häufig ein präventives und nicht infektiöses Sexualverhalten als Lehramtsstudenten der Primarstufe und Krankenpflegeschüler.  
Grundsätzlich vermuten wir Unterschiede zwischen den Frauen und den Männern.

Die Überprüfung der vier oben genannten Hypothesen ergab nur teilweise eine Verifizierung unserer Vermutungen, wie anhand der folgenden, die Ergebnisse der statistischen Auswertung zusammenfassenden Schlußfolgerungen belegt wird.

Die Überprüfung von **Hypothese I** „*Lehramtsstudenten der Primarstufe und Krankenpflegeschüler sind besser über HIV und AIDS informiert und stehen der AIDS-Thematik aufgeschlossener gegenüber als Designstudenten. Grundsätzlich vermuten wir Unterschiede zwischen den Frauen und den Männern.*“ ergab eine nur teilweise Verifizierung. Während das Wissen aller drei Fachgruppen sich nicht nennenswert unterscheidet, sondern für alle Befragten als unzureichend bezeichnet werden muß, zeigen die Designstudenten eine liberalere und

aufgeschlossenerer Haltung gegenüber der AIDS-Thematik als die Krankenpfleger und die Lehramtsstudenten. Sie sprechen sich weniger für staatlich-politische Restriktionen gegenüber HIV-Infizierten bzw. gegen die Ausbreitung von AIDS aus und bewegen sich in einem sozialen Milieu, daß auch Beziehungen/Kontakte zu infizierten bzw. bereits erkrankten Personen zuläßt und einschließt.

Die mangelnden Kenntnisse aller Befragten werden besonders deutlich an der Einschätzung infektionsriskanter Sexualtechniken, der Bedeutung eines positiven HIV-Tests, des Verständnisses von AIDS sowie des Safer Sex.

Die Designstudenten erweisen sich als besser über HIV informiert und stehen der AIDS-Problematik aufgeschlossener gegenüber als die beiden anderen Gruppen. Sie haben eine tolerantere Einstellung zu HIV-Positiven und lehnen restriktive politische Maßnahmen zur Eindämmung von AIDS eher ab. Sie halten die gegenwärtige Gesellschaft weniger häufig als die anderen Befragten als für zu freizügig und sehen keinen Zusammenhang zwischen der „sexuellen Liberalisierung“ und der Ausbreitung von AIDS.

Der zweite Teil der Hypothese, daß sich Männer und Frauen generell hinsichtlich ihres Wissens über HIV und AIDS unterscheiden, läßt sich nicht verifizieren. Geschlechtsdivergenzen sind nur vereinzelt nachweisbar und in der Gruppe der Designstudenten am wenigsten deutlich ausgeprägt. Generell halten sich die Männer für besser über die AIDS-Thematik informiert als die Frauen; die Frauen treten häufiger für ein härteres politisches Vorgehen gegen die Ausbreitung von AIDS ein.

Als Fazit aus **Hypothese II** „*Designstudenten favorisieren und praktizieren eine permissivere und offenerere Sexualität und leben weniger gesellschaftlich konform als Lehramtsstudenten der Primarstufe und Krankenpflegeschüler. Insgesamt entsprechen sie weniger der herrschenden Sexualmoral. Grundsätzlich vermuten wir Unterschiede zwischen den Frauen und den Männern.*“ ergibt sich, daß unsere Designstudenten durchwegs permissiver eingestellt sind als die Krankenpflegeschüler und die Lehramtsstudenten. Die Designstudenten sind politisch fortschrittlicher (liberal, sozialdemokratisch, links) eingestellt, häufiger konfessionslos und religiös weniger überzeugt. Sie leben häufiger alleine ohne einen festen Partner und gestalten ihre Wohnsituation unabhängig vom Elternhaus. Die Designstudenten zeigen weiterhin eine liberalere und offenerere sexuelle Einstellung als die beiden anderen Gruppen. Sie legen weniger Wert auf sexuelle Monogamie und Treue, zeigen sich deutlich promisker und kreati-

ver (differenzierter) in ihren sexuellen Praktiken. Sie befürworten und praktizieren auch Sexualität ohne Liebesbeziehung, bezeichnen sich öfter als die anderen als bi- oder homosexuell. Die gegenwärtige Gesellschaft erscheint ihnen häufiger als den beiden anderen Gruppen in sexueller Hinsicht als zu repressiv.

Nur bei der Gesamtstichprobe lassen sich mehrheitlich signifikante geschlechtsspezifische Unterschiede bemerken. Das Antwortverhalten bei den Fachgruppen (Männer/Frauen) ist relativ homogen.

**Hypothese III** *„Bei den Studenten des Lehramtes Primarstufe und den Krankenpflegeschülern werden die sexuellen Kontakte unter der Bedrohung durch AIDS mehr beeinträchtigt als bei Designstudenten. Sexualität wird häufiger mit Krankheit, Tod und Mißtrauen in Verbindung gebracht; Spontaneität und Kreativität sind reduziert. Grundsätzlich vermuten wir Unterschiede zwischen den Frauen und den Männern.“* konnte nicht verifiziert werden. Entgegen unserer Vermutung sind es die Designstudenten, besonders die weiblichen, die sich am ehesten durch AIDS in ihrem Sexualverhalten eingeschränkt und durch AIDS bedroht fühlen und entsprechende Verhaltensmodifikationen zeigen, während die Lehramtsstudenten die geringste Veränderungsbereitschaft aufweisen und weniger Beeinträchtigungen empfinden. Die Designstudenten berichten häufiger von einer Einschränkung hinsichtlich der Aufnahme neuer Sexualkontakte, der Risikoabklärung bei neuen, potentiellen Partnern sowie einem Abbruch von bzw. Verzicht auf eine geschlechtliche Beziehung aufgrund des als zu groß empfundenen Ansteckungsrisikos. Sowohl die partnergebundenen als auch die partnerlosen Designstudenten haben die Anzahl ihrer Partner am häufigsten verringert. Bezüglich der Reduzierung bzw. Einstellung einzelner Sexualpraktiken, vor allem des Analverkehrs, erweisen sich die Designer als die präventivste Gruppe. Als weiteres Indiz für die Verknüpfung von Sexualität mit Angst, Mißtrauen und Tod gilt die Assoziation von AIDS mit Tod und Krankheit, die von den Designstudenten häufiger getroffen wird als von den anderen Gruppen. Da sie die Krankheit AIDS andererseits selten für unberechenbar halten, scheinen sie sich nicht schutzlos ausgeliefert und durchaus in der Lage zu fühlen, adäquate Verhaltensweisen zu entwickeln. Gleichwohl zeigen die männlichen Designer eine negativere Kondomkonnotation als ihre weiblichen Kolleginnen und die beiden anderen Fachgruppen.

Geschlechtsspezifische Unterschiede finden sich in eingeschränkter Form nur bei der Gesamtstichprobe und den Lehramtsstudenten.

Die Überprüfung von **Hypothese IV** „*Designstudenten zeigen weniger häufig ein präventives und nicht infektionsriskantes Sexualverhalten als Lehramtsstudenten der Primarstufe und Krankenpflegeschüler. Grundsätzlich vermuten wir Unterschiede zwischen den Frauen und den Männern*“ ergab ein „theoretisch“ höheres Infektionsrisiko der Designstudenten gegenüber den anderen beiden Gruppen. Sie zeigen eine erhöhte Risikobereitschaft, indem sie weniger monogam leben und auch außerpartnerschaftliche Sexualkontakte, diese auch mit einer größeren Partnerzahl, pflegen, häufiger auch nur flüchtige, sehr kurz andauernde Sexualkontakte und im allgemeinen eine größere Anzahl (wechselnder) Partner haben. Sie leben deutlich promiskuer und sexuell aktiver als die anderen Befragten und üben die ohne Kondom als infektionsriskanteste Sexualpraktik des Analverkehrs zwar insgesamt selten, aber häufiger als die restliche Stichprobe aus, haben ihn aber zu einem größeren Teil ganz eingestellt. Auf der anderen Seite erweisen sich die Designstudenten als die vielleicht am wenigsten homogene Gruppe mit ausgeprägten geschlechtsspezifischen Unterschieden sowie stark polarisierenden Faktoren innerhalb der Frauengruppe. So existiert neben den permissiven, aufgeschlossenen Designern auch eine Gruppe, die als eher konservativ und statisch, ähnlich vielen Lehramtsstudenten und Krankenpflegern, bezeichnet werden kann.

Generelle Unterschiede im Präventionsverhalten von Männern und Frauen sind nicht beobachtbar. Geschlechtsbezogene Unterschiede sind nur vereinzelt zu erkennen und in der Gruppe der Designstudenten kaum ausgeprägt.

Die Frauen erweisen sich als sexuell treuer als die Männer und legen in einer Sexualbeziehung häufiger Wert auf Liebe und emotionale Nähe. Frauen verlangen von einem neuen Sexualpartner häufiger als die Männer einen HIV-Test, währenddessen mehr Männer als Frauen bei sexuellen Kontakten außerhalb ihrer Partnerschaft Safer Sex betreiben.

Grundsätzlich erweisen sich jedoch die Designstudenten als die Gruppe mit den meisten Verhaltensänderungen im Sinne von Safer Sex und Risikominimierung. So berichten sie zwar am häufigsten von sexuellen Spontankontakten, haben diese (abgesehen von der „Gegengruppe“) aber, verglichen mit den anderen beiden Fachgruppen, auch am häufigsten reduziert. Kein Designer hat die Zahl der flüchtigen Sexualbeziehungen erhöht. Wie bereits in Hypothese I und III erläutert, stellen sich die Designstudenten als die Gruppe mit dem höchsten Risiko- und

Verantwortungsbewußtsein sowie der größten Sensibilität und Aufgeschlossenheit der AIDS-Problematik sowie der HIV-Prävention gegenüber dar. Sie haben von allen Befragten am stärksten auf AIDS reagiert und ihr Verhalten geändert. Die Lehramtsstudenten haben sich als die sorglosesten, ignorantesten Teilnehmer mit wenig Verhaltensmodifikationen erwiesen. Designstudenten klären bei neuen Sexualpartnern das Ansteckungsrisiko häufiger ab und verzichten auch auf Sexualkontakte aufgrund des ihnen zu hoch erscheinenden Risikos. Sie haben sich zu einem weitaus größeren Anteil einem HIV-Test unterzogen als die Lehramtsstudenten. Analog dazu zeigen die Designstudenten, besonders die Frauen, eine ausgeprägtere Angst vor AIDS und fühlen sich stärker als die anderen Teilnehmer durch AIDS bedroht.

Hinsichtlich der Kondombenutzung stellen sich die partnergebundenen Designer als führende Gruppe dar, obwohl auch hier wiederum die Heterogenität ihrer Gruppe deutlich zum Ausdruck kommt: einerseits benutzen sie bei außerpartnerschaftlichen Sexualkontakten am häufigsten immer und manchmal ein Kondom, andererseits stellen sie den größten Anteil derjenigen Befragten, die auf ein Kondom immer verzichten. Die Kondomkonnotation betreffend zeigen die Krankenpflegeschüler die positivste Einstellung, während die Designer, vor allem die männlichen, zu einer eher negativen tendieren. Die Designerinnen fühlen sich am wenigsten durch den Verlust von Spontaneität als Folge des Kondomgebrauches beeinträchtigt.

Die von uns angenommene Diskongruenz von Verhalten, Wissen und Einstellungen kann als durchaus zum großen Teil bestätigt betrachtet werden. Ein Zusammenhang zwischen Wissen und Verhalten ist nicht auffindbar, da bei annähernd gleich schlechtem Wissen die Befragten recht unterschiedliche Verhaltensweisen zeigen. Ein teilweiser Zusammenhang ist zwischen Einstellung und Verhalten dort erkennbar, wo sich eine permissive Haltung in freizügigerem und eine konservative in eher gemäßigtem sexuellen Handeln niederschlägt. Gleichwohl ist die traditionell-konservative Einstellung nicht mit der Praktizierung von Safer Sex, einer besseren Risikoeinschätzung sowie präventivem Verhalten verbunden. Es läßt sich nicht nachweisen, daß beispielsweise das relative Desinteresse der Lehramtsstudenten an der AIDS-Thematik sich auf die Qualität ihres Wissens ungünstig auswirkt, da die gegenüber Sexualität und AIDS sehr aufgeschlossenen Designstudenten kein größeres Wissen aufweisen. Ebenfalls

nicht nachweisbar ist ein Einfluß der beruflichen Betroffenheit auf Wissen, Einstellungen und Verhaltensweisen. Dagegen scheint die persönliche Nähe zu AIDS, ein persönlicher Bezug, der sich aus Interesse, sozialem Milieu und individuellem Risiko sowie daraus resultierendem Verantwortungsbewußtsein ableiten läßt, das sexuelle Verhalten durchaus zu beeinflussen. So zeigen die Designstudenten, die häufiger bi- oder homosexuell sind und auch häufiger über Sozialkontakte zu HIV-Positiven oder AIDS-Kranken verfügen, eine deutlich ausgeprägtere Affinität zur AIDS-Thematik und eine deutlich vorurteilsfreiere, von Restriktionen weitgehend freie Einstellung gegenüber HIV-Infizierten. Da einerseits davon auszugehen ist, daß die Designer am seltensten in ihrem späteren Beruf mit Fragen der Sexualität und/oder AIDS konfrontiert sein werden, sich aber andererseits beinahe ebenso häufig wie die Lehramtsstudenten mit dieser Fragestellung im Laufe ihres Studiums auseinandergesetzt haben und zudem in recht hohem Ausmaß von einem Einfluß ihres Wissens über Sexualität und/oder AIDS auf ihr künftiges berufliches Handeln ausgehen, wird diese Vermutung zusätzlich verstärkt.

Unsere Untersuchung hat gezeigt, daß die von uns befragten Teilnehmer sich hinsichtlich ihrer sexuellen und politischen Einstellungen sowie ihrer sexuellen Verhaltensweisen zum Teil deutlich unterscheiden. Auf die Bedrohung durch AIDS haben sie in sehr unterschiedlicher Weise reagiert und die Forderung der Safer Sex-Kampagne besonders dann in ihrem Sexualleben umgesetzt, wenn ein individueller Problembezug gegeben war. Das Ausmaß der persönlichen Betroffenheit und des potentiellen Infektionsrisikos hing unmittelbar mit Präventionsbereitschaft und Verhaltensänderungen zusammen, während sowohl der Grad der Informiertheit über HIV und AIDS als auch die berufliche Betroffenheit eine untergeordnete Funktion einnahmen.

Während die „sexuelle Revolution“ der sechziger Jahre die Hinwendung zu sexueller Freiheit und Spontaneität sowie die Abkehr von veralteten sexualmoralischen Strukturen einforderte, verlangt Safer Sex im Zeichen von AIDS eher das Gegenteil: Kontrolle und Beherrschung in emotionalen, affektiven, „irrationalen“ Situationen. Sexuelle Spontaneität und Lust geraten in Widerstreit zur Rationalität von Risikobewußtsein und Risikovermeidung, zu Mißtrauen, Angst und intellektueller Überwachung und Steuerung von Affekten und Ekstase. Die Qualität der Sexualität erfährt somit - zumindest für einen Teil der Bevölkerung - eine Umwandlung und muß neu definiert werden.

## 6. Literaturverzeichnis

*AIDS-Forum D.A.H. (Hg.):* Struktur und Bedeutung der AIDS-Hilfsorganisationen in der Bundesrepublik Deutschland. Berlin 1988

*AIDS-Forum D.A.H. (Hg.):* 10 Jahre AIDS-Hilfe. Geschichten und Geschichte. Sonderband, Berlin 1993

*AIDS-Zentrum (Hg.):* Bericht des AIDS-Zentrums im Robert-Koch-Institut über aktuelle epidemiologische Daten. AIDS/HIV-Quartalsbericht III/96. Berlin 1996

*AIDS-Zentrum im Bundesgesundheitsamt, Kiehl W. (Hg.):* AIDS im Bewußtsein der Bevölkerung der DDR 1989/90. Ergebnisse einer soziologischen-epidemiologischen Untersuchung. Berlin 1991

*Ahlemeyer, H. W.:* AIDS-Prävention als Systemintervention. Konturen des Zusammenhangs von intimer Kommunikation und HIV-Risiko-Management. In: *Lange (Hg.)* 1993

*Ahlemeyer, H. W.:* Intime Kommunikation und präventives Handeln: Über einige soziale Voraussetzungen der Primärprävention von Aids. In: *Rosenbrock, Salmen (Hg.)* 1990

*Ahlemeyer, H. W.; Puls, W.:* Typen intimer Kommunikation in der heterosexuellen Allgemeinbevölkerung. In: *Heckmann, Koch (Hg.)* 1994

*Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege in der BRD vom 16. 10. 1985*

*Bancroft, J.:* Grundlagen und Probleme menschlicher Sexualität. Stuttgart 1985

*Bange, D.:* Die dunkle Seite der Kindheit. Köln 1992



*Bardeleben, H.; Reimann B. W.; Schmidt, P.:* AIDS und das Problem der Prävention - Fakten und Fiktionen. In: *Journal für Sozialforschung*, Jg. 28, 1989

*Barth, J.; Bengel, J.:* Prävention durch Angst? Stand der Furchtappellforschung. In: *Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.)*, Band 4, Köln 1998

*Basisresearch:* Haben Sie Angst vor AIDS? Repräsentativumfrage. In: *Sexualmedizin*, Heft 7, 1987

*Becker, M. M.; Joseph, J. G.:* AIDS and behavioral change to reduce risk: A review. In: *American Journal of Public Health* 78, 1988

*Belscher, W.; Müller-Doohm, S.:* Junge Generation zwischen Liebe und Bedrohung. Paradoxien der Aids-Aufklärung. Berlin 1993

*Belscher, W.; Müller-Doohm, S.:* Aids-Prävention bei Jugendlichen allgemein. In: *Bundesministerium für Gesundheit (Hg.)* 1992

*Belscher, W.; Müller-Doohm, S.:* AIDS-Prävention bei Jugendlichen. In: *Bundesministerium für Gesundheit (Hg.)* 1993

*Bengel, J.; Strittmatter, R., Willmann, H.:* Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert. In: *Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.)*, Band 6. Köln 1999

*Berliner AIDS-Hilfe e. V. (Hg.):* AIDS - Eine Broschüre von Frauen für Frauen zu HIV und AIDS. Berlin o. J.

*Billmann-Mahecha, E.:* Handlungstheoretische Überlegungen zur Argumentation über sexuelle Verhaltensweisen. In: *Rosenbrock, Salmen (Hg.)* 1990

*Birkner, K.; Birkner, G.; Rohde, J. J.:* Befragung von Krankenhauspersonal zum Thema AIDS. Niedersächsisches Sozialministerium. Hannover 1990

*Bochow, M.:* AIDS: Wie leben schwule Männer heute? In: *AIDS-Forum D.A.H.* Band 2. Berlin 1988

*Bochow, M.:* AIDS und Schwule. Individuelle Strategien und kollektive Bewältigung. In: *AIDS-Forum D.A.H.* Band 4. Berlin 1989

*Bochow, M.:* Zeitstabilität von Änderungen im Sexualverhalten und Zielgruppenspezifität der AIDS-Präventionsarbeit. Zwei Befragungen von homosexuellen Männern in der Bundesrepublik. In: *Rosenbrock, Salmen (Hg.)* 1990

*Bochow, M.:* Die Reaktion homosexueller Männer auf AIDS in Ost- und Westdeutschland. Ergebnisbericht zur einer Befragung. In: *AIDS-Forum D.A.H.* Band 10. Berlin 1993

*Bochow, M.:* Schwule Männer und AIDS. Eine Befragung im Auftrag der BZgA. In: *AIDS-Forum D.A.H.* Band 31. Berlin 1997

*Bock, M.:* Empirische Daten zum Sexualverhalten - soziodemographisch quer gelesen. In: *Heckmann, Koch (Hg.)* 1994

*Böhm, A.; Rohner, R.:* Sexualverhalten von Studenten und Aids. In: *Zeitschrift für Sexualforschung*, Jg. 1, Heft 3, 1988

*Bortz, J.:* Statistik. Für Sozialwissenschaftler. Berlin, Heidelberg, New York 1993

*Brandt, U.; Köhler, B.:* Norm und Konformität. In: *Graumann (Hg.)* 1972

*Brennpunkte Sozialer Arbeit: Aids.* Frankfurt/M. 1988

*Brook*: The public`s responde to AIDS. In: *Jowell et al.*: British social attitudes. The fth report. 1988/1989

*Bundesgesetzblatt Z 5702 A (Hg.)*: Gesetz über die Berufe der Krankenpflege (Krankenpflegegesetz - KrPflG) vom 4. Juni 1985

*Bundesgesetzblatt Z 5702 A (Hg.)*: Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege (KrPflAPrV) vom 16. Oktober 1985

*Bundesministerium für Gesundheit (Hg.)*: Intime Kommunikation. Eine empirische Studie über Wege der Annäherung und Hindernisse für „safer sex“. Band 11. Baden-Baden 1992

*Bundesministerium für Gesundheit (Hg.)*: Forum Jugendhilfe. Sonderheft: Jugend und Aids. Bonn 1992

*Bundesministerium für Gesundheit (Hg.)*: Jugend und AIDS eine Dokumentation. Bonn 1993

*Bundesministerium für Gesundheit (Hg.)*: AIDS-Bekämpfung in Deutschland. Bonn 1999

*Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.)*: ROLFI GEHT AUF S GANZE... Köln 1993

*Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.)*: Rahmenkonzept zur Sexualaufklärung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung in Abstimmung mit den Bundesländern. Köln 1994

*Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.)*: Einfluß neuer gesetzlicher Regelungen auf das Verhütungsverhalten Jugendlicher und junger Erwachsener. Forschung und Praxis der Sexualaufklärung und Familienplanung. Band 3. Köln 1995

*Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.): AIDS im öffentlichen Bewußtsein der Bundesrepublik 1994. Köln 1995*

*Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.): Richtlinien und Lehrpläne zur Sexualerziehung. Eine Analyse der Inhalte, Normen und Werte sowie Methoden zur Sexualerziehung in den sechzehn Ländern der Bundesrepublik Deutschland. Band 4. Köln 1995*

*Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.): PSSST! Verhütung sexuell übertragbarer Krankheiten. Eine Broschüre für junge Leute. Köln 1995*

*Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.): reiselust-tips für schöne ferien. Köln 1996*

*Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.): STARKE MÄDCHEN. Köln 1997*

*Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.): HIV-Übertragung und Aids-Gefahr. Wo Risiken bestehen und wo nicht. Situationen/Risiken/Ratschläge. Köln 1998*

*Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.): ... NA NU? Köln 1998*

*Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.): GESUNDHEIT! Tips für einen Unbeschwerten Urlaub. Köln 1998*

*Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.): Fliegende Herzen. Köln 1998*

*Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.): LEO setzt auf Liebe. Köln 1998*

*Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.): ALLES GANZ EASY. Köln 1999*

*Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.): Ach, übrigens... Informationen über Sexuell übertragbare Krankheiten. Köln 1999*

- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.): Safer Sex ... sicher. Köln 1999*
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.): Aids von A bis Z. 25 Fragen und Antworten zu Aids, HIV und zum Test. Köln 1999*
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.): Mitmach-Parcours zu Aids, Liebe & Sexualität. Köln 1999*
- Burkel, E. (Hg.): Der AIDS-Komplex. Dimensionen einer Bedrohung. Frankfurt/M. 1988*
- Cochran, S. D.; Mays, V. M.: Women and AIDS-related concerns: Roles for psychologists in helping the worried well. In: Am. Psychologist 44, 1989*
- Christensen, H. T.: Sexualverhalten und Moral. Eine kulturvergleichende Untersuchung. Reinbek 1971*
- Christiansen, G.; Töppich J.: Umfragedaten zum Sexualverhalten. Ergebnisse von Umfragen zur Evaluation der AIDS-Aufklärungskampagnen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. In: Heckmann, Koch (Hg.) 1994*
- Clement, U.: Empirische Studien zu heterosexuellem Verhalten. In: Zeitschrift für Sexualforschung, Jg. 3, Heft 3, 1990*
- Clement, U.: Sexualität im sozialen Wandel. Eine empirische Vergleichsstudie an Studenten 1966 und 1981. Beiträge zur Sexualforschung Bd. 61, Stuttgart 1986*
- Clement, U.; Starke, K.: Sexualverhalten und Einstellungen zur Sexualität bei Studenten in der BRD und der DDR. Ein Vergleich. In: Zeitschrift für Sexualforschung, Jg. 1, Heft 1, 1988*
- Curran, J. W.; Heyward, W. L.: Die Epidemiologie von AIDS. In: Spektrum Wissenschaft, Jg. 12, 1988*

*Dannecker, M.:* Sexualität und AIDS. In: *Zeitschrift für Sexualforschung*, Jg. 1, Heft 1, 1988

*Dannecker, M.:* Sexuelle Liberalisierung und AIDS. In: *Vorgänge*, Jg. 26, Heft 4, 1987

*Dannecker, M.; Reiche, R.:* Der gewöhnliche Homosexuelle. Eine soziologische Untersuchung über männliche Homosexuelle in der Bundesrepublik. Frankfurt/M. 1974

*DER SPIEGEL:* Nr. 16 / 17. 04. 2000

*Deutsche AIDS-Hilfe e. V. (Hg.):* Frauen mit HIV und AIDS. Ein medizinischer Ratgeber. Berlin 1994

*Deutsche AIDS-Hilfe e. V. (Hg.):* Safer Sex. Berlin 1994

*Deutsche AIDS-Hilfe e. V. (Hg.):* Safer work. Berlin 1996

*Deutsche AIDS-Hilfe e. V. (Hg.):* Mein Partner drückt. Und was ist mit AIDS? Eine Broschüre für Frauen. Berlin 1997

*Deutsche AIDS-Hilfe e. V. (Hg.):* SCHWULER SEX. Tips für Sexualität und Gesundheit. LUST UND RISIKEN. Berlin 1997

*Deutsche AIDS-Hilfe e. V. (Hg.):* HIV AIDS HEUTIGER WISSENSSTAND. Berlin 1998

*Deutsches Ärzteblatt:* Jg. 92, Heft 50, 1995

*DIE ZEIT:* Heft 49, 1. 12. 1995

*DIE ZEIT:* Heft 6, 2. 2. 1996

*DIE ZEIT:* Heft 9, 25. 2. 1996

- Dittmann, K.:* HIV-Infektion und AIDS: Wissen und Einstellungen von Medizinstudenten zur Prävention der Infektion. Humboldt-Universität Berlin: Dissertation, 1993
- Dörner, K.:* Die sexuelle Partnerschaft in der Industriegesellschaft. In: *Giese (Hg.)* 1971
- Dressler, St.; Wienold, M.:* AIDS-Glossar. Berlin 1991
- Duesberg, P. H.:* AIDS-Epidemiologie: Widersprüchlichkeiten zur Annahme einer HIV-Ätiologie und Infektionskrankheit. In: *AIDS-Forschung* 6, 1991
- Dunde, S. R. (Hg.):* Handbuch Sexualität. Weinheim 1992
- Ehrhardt, A. A.; Yingling, S.; Warne, P. A.:* Sexualverhalten in Zeiten von Aids in den USA. In: *Zeitschrift für Sexualforschung*, Jg. 6, Heft 1, 1993
- Eirmbter, W. H.; Hahn, A.; Jacob, R.:* AIDS und die gesellschaftlichen Folgen. Frankfurt/M., New York 1993
- Eirmbter, W. H.; Hahn, A.; Jacob, R.:* AIDS: Interpretationen und Reaktionen. In: *Lange (Hg.)* 1993
- Ekstrand, M. L.; Coates, T. J.:* Maintenance of safer sex behaviors and predictors of risky sex: The San Francisco men's health study. In: *Am. J. Public Health* 80, 1990
- Elsing, C.; Musial, F.; Enck, P.; Arendt, G.; Erckenbrecht, J. F.; Strohmeyer, G.:* Sexualverhalten und Wissen von Studenten über AIDS. In: *Deutsche medizinische Wochenschrift* 116, Jg. 14, 1991
- Essex, M.; Kranki, P. J.:* Die Abstammung des AIDS-Virus. In: *Spektrum der Wissenschaft*, 12, 1988

- Exner-Freisfeld, H.; Weber-Falkensammer, H.:* Medizinische Aspekte bei der AIDS-Beratung. In: *Brennpunkte Sozialer Arbeit* 1988
- Feyer, H.; Bredenkamp, J. (Hg.):* Enzyklopädie der Psychologie. Forschungsmethoden Band 2. Göttingen 1983
- FOCUS:* Heft 48, 1995
- Ford, C. S.; Beach, F. A.:* Formen der Sexualität. Das Sexualverhalten bei Mensch und Tier. Reinbek 1968
- Ford, M. Th.:* Viren sind nicht wählerisch. AIDS-Fragen, Antworten, Erfahrungen. München 1994
- Freud, S.:* Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie. Frankfurt/M. 1991
- Freud, S.:* Schriften über Liebe und Sexualität. Frankfurt/M. 1994
- Fricke, R.; Lerch, J.:* Zur Theorie der Sexualität und der Sexualerziehung. Weinheim und Basel 1976
- Friedrich, J.:* Methoden der empirischen Sozialforschung. Reinbek 1985
- Gebattel, V. E. v.:* Allgemeine und medizinische Anthropologie des Geschlechtslebens. In: *Giese (Hg.)* 1971
- Gerhards, J.:* Die soziale Dimension sexuellen Handelns und die Bedingungen von Safer Sex. In: *Rosenbrock, Salmen (Hg.)* 1990
- Gerhards, J.; Schmidt, B.:* Intime Kommunikation. In: *Bundesministerium für Gesundheit (Hg.)* 1992



- Gerhards, J.; Schmidt, B.:* Barrieren für risikoarmes Sexualverhalten. Ergebnisse einer qualitativen Befragung. In: *Heckmann, Koch (Hg.)* 1994
- Gesundheitsamt der Stadt Essen (Hg.):* Gesundheitsbericht der Stadt Essen. Bd. V: HIV, AIDS. Essen 1996
- Giese, H. (Hg.):* Psychopathologie der Sexualität. Stuttgart 1962
- Giese, H. (Hg.):* Die Sexualität des Menschen. Handbuch der medizinischen Sexualforschung. Stuttgart 1971
- Giese, H.; Schmidt, G.:* Studentensexualität. Verhalten und Einstellungen. Eine Umfrage an 12 westdeutschen Universitäten. Reinbek 1968
- Glück, G.; Leonhard, H. - W.:* Was verursacht AIDS? In: *Psychologie Heute*, Jg. 21, Heft 5, 1994
- Görgens, K.:* Sexualität und Sexualtheorien. In: *Dunde (Hg.)* 1992
- Görgens, K.:* Zur Geschichte der Sexualwissenschaft. In: *Dunde (Hg.)* 1992
- Graumann, C. F. (Hg.):* Handbuch der Psychologie. Göttingen 1972
- Grmek, M. D.:* AIDS und das Problem der neuen Krankheiten. In: *Burkel (Hg.)* 1988
- Haeberle, E. J.:* Die Sexualität des Menschen. Berlin, New York 1985
- Häder, M.; Kiehl, W.:* Sexualverhalten unter dem Eindruck von AIDS in der Allgemeinbevölkerung der ehemaligen DDR. In: *Heckmann, Koch (Hg.)* 1994
- Häder, M.; Kiehl, W.; Hinterberger, U.:* AIDS im Bewußtsein der Bevölkerung der DDR 1989/90. In: *AIDS-Zentrum im Bundesgesundheitsamt, Kiehl (Hg.)* 1991

*Häder, M.; Kiehl, W.; Hinterberger, U.:* Wissen, Einstellungen und Verhalten in bezug auf HIV-Infektion und AIDS auf dem Gebiet der ehemaligen DDR. Unveröffentlichte Studie

*Harlow, H. F.:* The Development of Affection in Primates. In: *Bliss E. L. (ed.):* Roots of Behavior. New York 1962

*Harlow, H. F.:* Learning to Love. In: *Am. Scientist* 54, 1966

*Heckmann, W.; Koch, M. A. (Hg.):* Sexualverhalten in Zeiten von Aids. Berlin 1994

*Heinke, F.:* Sexualverhalten und -praktiken von Studenten der westfälischen Wilhelms-Universität Münster im Zeitalter von AIDS. Universität Münster: Dissertation, 1992

*Herd, G.:* Introduction: Gay and lesbian youth, emergent identities and cultural scenes at home and abroad. In: *Herd (ed.):* Homosexuality and adolescence. New York, Harrington 1989

*Hite, S.:* Hite Report. Das sexuelle Erleben der Frau. München 1977

*Hite, S.:* Hite Report. Das sexuelle Erleben des Mannes. München 1982

*Hunnius, G.; Jung, H.:* Sexualverhalten in Zeiten von AIDS im Spiegel repräsentativer Bevölkerungsumfragen. In: *Heckmann, Koch (Hg.)* 1994

*HYDRA:* AIDS, Otto und die Nutte. In: *Vorgänge*, Jg. 26, Heft 4, 1987

*Institut für Demoskopie Allensbach:* Aids - Informationsstand, Kommunikation und Reaktion der Bevölkerung. Allensbach 1988

*Institut für Demoskopie Allensbach:* Aids: Entwicklung des Risikobewußtseins, Informationsstandes und der Einstellungen der Bevölkerung. Allensbach 1989

- Jäger, H. (Hg.): AIDS und HIV-Infektionen. Diagnostik, Klinik und Behandlung. Stuttgart 1991*
- Jäger, H. (Hg.): Die HIV-Erkrankung. Medizinische und psychosoziale Aspekte zu Beginn der 90er Jahre. Landsberg/Lech 1991*
- Jäger, H.; Schering AG (Hg.): AIDS. Die tödliche Bedrohung. Berlin o. J.*
- Jalkoczy, S.: Trieb. In: Dunde (Hg.) 1992*
- Jansen, J.; Laatz, W.: Statistische Datenanalyse mit SPSS für Windows. Berlin 1997*
- Janus, S. S.; Janus, C. L.: The Janus Report on Sexual Behavior. New York 1993*
- Jensen, R.: Umweltschaden AIDS? Hintergründe einer biologischen Katastrophe. Bern 1993*
- Karches, F.; Gräfe, U.; Rohde, J. J.: Wissen und Einstellungen zu AIDS. Eine Umfrage unter Schülern und Schülerinnen niedersächsischer Krankenpflegeschulen. Niedersächsisches Sozialministerium (Hg.). Hannover 1991*
- Karmasin, F.; Karmasin, H.: Einführung in die Methoden und Probleme der Umfrageforschung. Wien 1977*
- Kentler, H. (Hg.): Sexualwesen Mensch. Texte zur Erforschung der Sexualität. Hamburg 1984*
- Kentler H.: Sexualität ist ein Sozialprodukt. In: Psychologie heute, Heft 1, 1979*
- Kentler, H. (Hg.): Texte zur Sozio-Sexualität. Opladen 1973*
- Kinsey, A. C.; Pomeroy, W. B.; Martin, C. E.: Das sexuelle Verhalten des Mannes. Frankfurt/M. 1966*

- Kinsey, A. C.; Pomeroy, W. B.; Martin, C. E.; Gebhardt, P. H.:* Das sexuelle Verhalten der Frau. Frankfurt/M. 1966
- Kirkendahl, L. A.:* Prematerial intercourse and interpersonal relationships. New York 1961
- Kleiber, D.; Beckmann, H.; Pforr, P.; Velten, D.:* Jugendsexualität und Kondomgebrauch. Ansatzpunkte für eine handlungsorientierte Aids-Prävention. Berlin 1990
- Kleiber, D.; Velten, D.; Wilke, M.:* Kunden weiblicher Prostituiertes und AIDS. In: *Zeitschrift für Sexualforschung*, Jg. 6, Heft 3, 1993
- Kleiber, D.; Wilke, M.:* AIDS-bezogenes Risikoverhalten von (Sex-) Touristen in Thailand. In: *Heckmann, Koch (Hg.)* 1994
- Kleiber, D.:* AIDS, Sex und Tourismus. Berlin 1995
- Klingholz, R.:* AIDS - Immunologie und Evolution. In: *Burkel (Hg.)* 1988
- Kluge, N.:* Entwicklung der Sexualität, lebenszyklisch. In: *Dunde (Hg.)* 1992
- Klusmann, D.; Weber, A.; Schmidt, G.:* Die Wahrnehmung der Bedrohung durch AIDS bei 16- und 17jährigen Jugendlichen. In: *AIDS-Forschung*, Heft 2, 1993
- Koch, M. G. et al.:* Die Epidemiologie von AIDS. In: *Spektrum der Wissenschaft* 8, 1987
- Koch, M. G.:* AIDS - vom Molekül zur Pandemie. In: *Spektrum der Wissenschaft* 8, 1997
- Koch, M. G.:* AIDS - Die maligne Epidemie. In: *Burkel (Hg.)* 1988
- Koch, M. G.:* Vom Molekül zur Pandemie. Heidelberg 1989

*Koolwijk, J.; Wieken-Mayser (Hg.):* Techniken der empirischen Sozialforschung. Band 4.  
Erhebungsmethoden: Die Befragung. München, Wien 1974

*Krankenpflegegesetz* der BRD vom 4. 6. 1985

*Kraus, M. F.:* Aids und das Sexualverhalten der Deutschen. Eine Synopse sexualwissenschaftlicher Erhebungen in der Bundesrepublik Deutschland. In: *Heckmann, Koch (Hg.)* 1994

*Kreutz, H.:* Der pragmatische Wert von Umfragedaten und das Problem der Heterogenität von Populationen. In: *Angewandte Sozialforschung*, Jg. 14, Heft 2/3, 1986/87

*Kröhn, W.; Sydow-Kröhn, A.:* Der Latex-Handgriff. Zur Kondomakzeptanz bei Jugendlichen. In: *Heckmann, Koch (Hg.)* 1994

*Kuntz-Brunner, R.; Kwast, H.:* Sexualität BRD/DDR im Vergleich. Braunschweig 1991

*Lange, C. (Hg.):* AIDS - eine Forschungsbilanz. Berlin 1993

*Lange, C.:* Jugendsexualität: Veränderungen in den letzten 20 Jahren. Unterschiede zwischen West- und Ostdeutschland und der Einfluß von AIDS. In: *Lange (Hg.)* 1993

*Lautmann, R.:* Wert und Norm. Köln, Opladen 1969

*Leonhard, H.-W.; Glück, G.:* Was verursacht AIDS? In: *Psychologie Heute*, Jg. 21, Heft 5, 1994

*Letzel, H.; Fuger, J.; Goebel, F.-D.:* Sexualverhalten von Studenten. Ergebnisse einer Münchener Pilotstudie. In: *Deutsches Ärzteblatt* 87, Jg. 39, Heft 4, 1990

*Lewis, D. K.; Watters, J. K.:* Sexual risk behavior among heterosexual intravenous drug users: Ethnic and gender variations. In: *AIDS* 5, 1991

*Malinowski, B.:* Geschlecht und Verdrängung in primitiven Gesellschaften. Reinbek 1962

*Marburger, H.:* Thema: Sexualität. Weinheim, Basel 1982

*Markert, S.:* Risikoverhalten von Freiern. In: *Heckmann, Koch (Hg.)* 1994

*Martin, J. L.; Garcia, M. A.; Beatrice, S. T.:* Sexual behavior changes and HIV antibody in a cohort of New York City gay men. In: *Am. J. Public Health* 79, 1989

*Masters, W. H.; Johnson, V. E.:* Die sexuelle Reaktion. Reinbek 1970

*Mead, M.:* Mann und Weib. Das Verhältnis der Geschlechter in einer sich wandelnden Welt. Reinbek 1958

*Mead, M.:* Jugend und Sexualität in primitiven Gesellschaften. München 1970

*Michael, R. T.; Gagnon, J. H.; Laumann, E. O.; Kolata, G.:* Sexwende. Liebe in den 90ern. Der Report. München 1994

*Miller, H. G.; Turner, C. F.; Moses, L. E.:* AIDS. The second decade. Washington, D. C.: National Academy Press 1990

*Mischnick, H.; Roßbach, M.:* Das Sexualverhalten Jugendlicher unter der Bedrohung von AIDS. Berlin 1992

*Mittag, H.; Rohner, R.:* Sexuelle Liberalisierung in England. Eine Vergleichsuntersuchung an britischen und deutschen Studentinnen und Studenten. In: *Zeitschrift für Sexualforschung*, Jg. 3, Heft 4, 1990

*Mummendey, H. D. (Hg.):* Verhalten und Einstellung. Untersuchung der Einstellungs- und Selbstkonzeptänderung nach Änderung des alltäglichen Verhaltens. Berlin 1988

*Müller-Doohm S.:* Risiko-Handlungskompetenz: Zum Konzept lebensweltspezifischer Aids-Aufklärung. In: *Rosenbrock, Salmen (Hg.)* 1990

*Müller-Doohm, S.:* Wissen schützt vor Torheit nicht. Einige Paradoxien der Aids-Aufklärung. In: *Heckmann, Koch (Hg.)* 1994

*Neubauer, G.:* Jugend und Sexualität. Forschungsbericht. Bielefeld 1987

*Neubauer, G.:* Studentensexualität und AIDS. Forschungsbericht Nr. 5. Universität Bielefeld, 1989 a

*Neubauer, G.:* Jugendphase und Sexualität. Eine empirische Überprüfung eines sozialisationstheoretischen Modells. Bielefeld 1989 b (Habilitationsschrift) und Stuttgart 1990

*Neubauer, G.:* Jugendsexualität und Sexualpädagogik in der BRD im Zeitalter von AIDS. In: *Kuntz-Brunner, Kwast* 1991

*Neubauer, G.; Emmerich, J.; Starke, K.; Weller, K.:* Trauscheine Ost oder „wilde“ Ehe West? Lebenslaufplanung, Partnerschaft und Sexualität von Studierenden. In: *Neubauer, Melzer, Hurrelmann (Hg.)* 1992

*Neubauer, G.; Melzer, W.; Hurrelmann, K. (Hg.):* Jugend im deutsch - deutschen Vergleich. Die Lebenslagen der jungen Generation im Jahr der Vereinigung. Neuwied 1992

*Neubauer, G.:* AIDS - Ängste bei Studierenden. In: *Heckmann, Koch (Hg.)* 1994

*Oswald, H.; Pforr, P.:* Sexual- und Verhütungsverhalten von Jugendlichen in West- und Ost-Berlin. Ein Werkstattbericht. In: *Heckmann, Koch (Hg.)* 1994

*Pforr, P.:* Veränderungen im sexuellen Erleben und Verhalten aufgrund von AIDS. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Berlin 1989

*Pfarr, P.:* Verändertes Sexualverhalten in Zeiten von AIDS? In: *Berliner AIDS-Hilfe e. V.*  
(Hg.): AIDS - Eine Broschüre von Frauen für Frauen zu HIV und AIDS. Berlin o. J.

*Psychologie Heute:* Jg. 21, Heft 5, 1994

*Reimann, B. W.; Bardeleben, H.; Schmidt, P.:* Aids und das Problem einer präventionsgerechten Sexualität. In: *Rosenbrock, Salmen (Hg.)* 1990

*Reimann, B. W.; Bardeleben, H.:* Permissive Sexualität und präventives Verhalten. Ergebnisse einer Untersuchung an Studierenden. Berlin 1992

*Reimann, B. W.; Bardeleben, H.; Fieberg, H.:* Sexualität und AIDS-Prävention bei Jugendlichen - typologische Aspekte. In: *Lange (Hg.)* 1993

*Richtlinien für die Sexualerziehung in den Schulen des Landes NRW:* RdErl. d. Kultusministers vom 3. 5. 1974

*Robert Koch-Institut (Hg.):* AIDS/HIV Halbjahresbericht I/99. Bericht des AIDS-Zentrums im Robert Koch-Institut über aktuelle epidemiologische Daten. Berlin 1999

*Robert Koch-Institut (Hg.):* Epidemiologisches Bulletin, 17. März 2003, Sonderausgabe A, Berlin 2003

*Robert Koch-Institut (Hg.):* Epidemiologisches Bulletin, 26. Nov. 2003, Nr. 48, Berlin 2003

*Rohrman, B.:* Empirische Studien zur Entwicklung von Antwortskalen für die sozialwissenschaftliche Forschung. In: *Zeitschrift für Sozialpsychologie*, Heft 9, 1978

*Rosenbrock, R.:* AIDS kann schneller besiegt werden. Hamburg 1986

*Rosenbrock, R.; Salmen, A. (Hg.):* Aids-Prävention. Berlin 1990



Rosenbrock, R.: Aids-Prävention und die Aufgaben der Sozialwissenschaften. In: *Rosenbrock, Salmen (Hg.) 1990*

Rosenbrock, R.: Strategien gegen AIDS - Gesundheitspolitische und sozialwissenschaftliche Perspektiven der Prävention und Krankenversorgung. In: *Jäger (Hg.) 1991*

Rühmann, F.: AIDS - Eine Krankheit und ihre Folgen. Frankfurt/M., New York 1985

Rühmann, F.: Krankheit und Freiheit. Anmerkungen zur Sozialpsychologie von AIDS. In: *Vorgänge*, Jg. 26, Heft 4, 1987

Runkel, G.: Sexualverhalten und Meinungen zu AIDS in der Bundesrepublik Deutschland. In: *AIDS-Forschung*, Heft 7, 1990

Runkel, G.: Liebe und Leid. Das Sexualverhalten in der Bundesrepublik Deutschland und AIDS: Darstellung einer empirischen Untersuchung. In: *Journal für Sozialforschung*, Jg. 28, Heft 1, 1989

Runkel, G.: AIDS und das Sexualverhalten der Bürger der Bundesrepublik Deutschland. In: *Angewandte Sexualforschung*, Jg. 14, Heft 2/3, 1986/87

Runkel, G.: AIDS als soziale Herausforderung. In: *Medizin Mensch Gesellschaft*. Jg. 12, 1987

von Salisch, M.; Oswald, H.: Jugendliche und Aids: Sexualverhalten und Umgang mit dem Ansteckungsrisiko. Ergebnisse einer Untersuchung an Westberliner Schülerinnen und Schüler. In: *Zeitschrift für Sexualforschung*, Jg. 2, Heft 3, 1989

Salmen, Andreas: Aktuelle Erfordernisse der AIDSprävention. In: *Rosenbrock, Salmen (Hg.) 1990*

- Scheipl, J.; Stigler, H.; Fazekas, Chr.:* HIV-Prävention bei Studierenden. In: *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften*, Jg. 3, Heft 3, 1995
- Schelsky, H.:* Soziologie der Sexualität. Über die Beziehungen zwischen Geschlecht, Moral und Gesellschaft. Hamburg 1955
- Scheuch, E. K.:* Skalierungsverfahren in der Sozialforschung. In: *König, R. (Hg.):* Handbuch der empirischen Sozialforschung. Band 1. Stuttgart 1967
- Schmidt, G.:* Sexuelle Motivation und Kontrolle. In: *Schorsch, E.; Schmidt, G. (Hg.):* Ergebnisse zur Sexualforschung. Köln 1975
- Schmidt, G.:* Sexualität. In: *Hermann, T.; Hofstätter, P. R.; Huber, H. P.; Weiner, F. E. (Hg.):* Handbuch psychologischer Grundbegriffe. München 1977
- Schmidt, G.:* Motivationale Grundlagen sexuellen Verhaltens. In: *Thomae, H. (Hg.):* Enzyklopädie der Psychologie. Band 2. Göttingen 1983
- Schmidt, G.:* Kurze Entgegnung auf Volkmar Siguschs „Lob des Triebes“. In: *Dannecker, M., Sigusch, V. (Hg.):* Sexualtheorie und Sexualpolitik. Stuttgart 1984
- Schmidt, G. (Hg.):* Jugendsexualität. Sozialer Wandel, Gruppenunterschiede, Konfliktfelder. Stuttgart 1993
- Schmidt, G.:* Das große DER DIE DAS. Über das Sexuelle. Reinbek 1986
- Schmidt, G.:* Das Verschwinden der Sexualmoral. Über sexuelle Verhältnisse. Hamburg 1996
- Schmidt, G.; Klusmann, D.; Zeitzschel, U.:* Veränderungen der Jugendsexualität zwischen 1970 und 1990. In: *Zeitschrift für Sexualforschung*, Jg. 5, Heft 3, 1992

- Schmidt, G.; Lange, C.; Starke, K.:* Jugendsexualität - Unterschiede zwischen west- und ostdeutschen Großstadtjugendlichen. In: *Heckmann, Koch (Hg.)* 1994
- Schmidt, G.; Klusmann, D.; Rentner, K.; Radizi, R.:* Jugendsexualität und Aids. Ergebnisse einer Untersuchung an Hamburger Schülerinnen und Schülern. In: *Zeitschrift für Sexualforschung*, Jg. 2, Heft 1, 1989
- Schmidt, G.; Sigusch, V.:* Arbeitersexualität. Darmstadt 1971
- Schnell, R.; Hill, P. B.; Esser, E.:* Methoden der empirischen Sozialforschung. München 1989
- Schulze, G.:* Die Erlebnisgesellschaft. Kultursoziologie der Gegenwart. Frankfurt 1992
- Schützwahl, M.; Schulz-Kindermann, F.:* AIDS-Prävention: Kognitiv-emotionale Auseinandersetzung mit dem Thema AIDS und Verhaltensänderung. In: *Öffentliches Gesundheitswesen* 53, 1991
- Schwarzer, R.:* Befragung. In: *Feyer, H.; Bredenkamp, J. (Hg.):* Enzyklopädie der Psychologie. Forschungsmethoden Band 2. Göttingen 1983
- Seidl, O.; Waldvogel, B.:* Belastungen bei der Betreuung von AIDS-Kranken. Bericht über eine Befragung von Krankenschwestern und Krankenpflegern. In: *Krankenpflege*, Jg. 45, 1991
- Seidl, O.; Waldvogel, B.:* Psychologische Probleme in der Beziehung von Ärzten und Krankenschwestern zu AIDS-Kranken. In: *Zeitschrift für Allgemeinmedizin (ZFA)*, Jg. 2, Heft 8, 1989
- Selg, H.:* AIDS und die Schwierigkeiten, das Sexualverhalten zu ändern. In: *Brennpunkte Sozialer Arbeit* 1988

- Selg, H.; Glombitza, C.; Lischke, G.:* Psychologie des Sexualverhaltens. Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz 1979
- Siegel, K.; Baumann, L. J.; Christ, G. H.; Krown, S.:* Patterns of change in sexual behavior among gay men in New York City. In: *Arch. Sex. Behav.* 17, 1988
- Sigusch, V.:* Die Mystifikation des Sexuellen. Frankfurt/Main, New York 1984
- Sigusch, V.:* Vom Trieb und von der Liebe. Frankfurt/Main, New York 1984
- Sigusch, V.:* AIDS aus der Sicht des Sexualforschers. In: *Vorgänge*, Jg. 26, Heft 4, 1987
- Sigusch, V.; Schmidt, G. (Hg.):* Jugendsexualität. Dokumentation einer Untersuchung. Stuttgart 1973
- Skaumal, U.:* Richtlinien zur Sexualerziehung. Eine Dokumentation von Zielen und Inhalten schulischer Sexualerziehung in den Ländern der Bundesrepublik Deutschland und im Land Berlin. Kiel 1986
- Sozialpädagogisches Institut Berlin:* Zielgruppe: Jugend. Eine Recherche über jugendspezifische AIDS-Prävention in Bund und Ländern. Berlin 1990
- Spitz, R. A.:* Ein Nachtrag zum Problem des Autoerotismus. In: *Psyche*, Heft 18, 1964
- Starke, K.; Friedrich, W.:* Liebe und Sexualität bis 30. Berlin (DDR) 1984
- Straver, C.; Rademakers, J.:* Heterosexuelle Interaktionen und HIV-Prävention. Theoretische Überlegungen und qualitative Analysen. In: *Zeitschrift für Sexualforschung*, Jg. 7, Heft 2, 1994

- Strehlow, U.; Haffner, J.:* Jugendliche und Aids: Wissen, Einstellungen, Ängste. Ergebnisse einer Untersuchung an Heidelberger Schülerinnen und Schülern. In: *Zeitschrift für Sexualforschung*, Jg. 2, Heft 3, 1989
- Stricker, M.; Steffen, R.; Hornung, R.; Gutzwiller, F.; Eichmann, A.; Witassek, F.:* Flüchtige sexuelle Kontakte von Schweizer Touristen in den Tropen. In: *Münchener medizinische Wochenschrift*, Jg. 132, Heft 12, 1990
- Stumpe, H.:* Methodisch oder soziokulturell bedingte Unterschiede im Sexualverhalten von Studenten der alten BRD und der ehemaligen DDR. In: *Zeitschrift für Sexualforschung*, Jg. 4, Heft 2, 1991
- Tavris, C.; Sadd, S.:* The Redbook Report on Female Sexuality. New York 1975
- Tillmann, K.; Braun, R.; Clement, U.:* Veränderungen des Verhaltens durch die Angst vor AIDS - eine empirische Untersuchung an hetero- und homosexuellen männlichen Studenten. In: *Öffentliches Gesundheitswesen* 52, 1990
- Tränkle, U.:* Fragebogenkonstruktion. In: *Feyer, H., Bredenkamp, J. (Hg.): Enzyklopädie der Psychologie. Forschungsmethoden Band 2.* Göttingen 1983
- Veltin, D.; Kleiber, D.:* HIV-Infektionsrisiken im Rahmen gewerblicher Sexualität: Zur Rolle der Freier. In: *Heckmann, Koch (Hg.)* 1994
- Waldvogel, B.; Seidl, O.:* Belastungen und professionelle Bewältigungsformen von Ärzten und Krankenpflegekräften, die Patienten mit AIDS betreuen. In: *Erdmann, M.; Waldvogel, B. (Hg.): HIV-Infizierte und ihr Umfeld. Ergebnisse aus der psychosozialen Forschung und Versorgung.* Berlin, Heidelberg, New York 1991
- Warnke, V.:* Der Einfluß der Studienrichtung auf die Sexualität der Studentinnen. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel: Dissertation, 1995

*Warnking, A. R.:* AIDS und Medizinstudenten. Erhebung über Wissen und Einstellungen von Humanmedizinstudenten zum Thema AIDS. Medizinische Hochschule Hannover: Dissertation, 1994

*Weis, K.:* Die Vergewaltigung und ihre Opfer. Stuttgart 1982

*Wieken, K.:* Die schriftliche Befragung. In: *Kollwijk, J.; von Wieken-Mayser, M. (Hg.):* Techniken der empirischen Sozialforschung. Band 4. Erhebungsmethoden: Die Befragung. München, Wien 1974

*Wilk, L.:* Die postalische Befragung. In: *Holm, K. (Hg.):* Die Befragung. Band 1. München 1975

*Zuber, J.; Werner, J.:* Analyse von Vorurteilsstrukturen bei medizinischem Personal gegenüber HIV-Patienten und AIDS-Kranken. In: *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie (PPmP)* 46, 1996

*Zuber, J.; Werner, J.:* Einstellungen von medizinischem Personal gegenüber HIV-Positiven. In: *Lange (Hg.)* 1993

## **7. Anhang**

Liebe Teilnehmerinnen! Liebe Teilnehmer!

Wir bitten Sie um Ihre Mitarbeit an einer wissenschaftlichen Forschungsarbeit zum Thema „Sexualität und AIDS“ (Arbeitstitel).

Im Rahmen dieser Studie wollen wir untersuchen, welchen Einfluß der Faktor AIDS auf die Sexualität hat, d. h., ob und in welcher Art und Weise sich die sexuellen Einstellungen und Verhaltensweisen von Studenten und Krankenpflegeschülern durch das Phänomen AIDS verändert haben.

Die weltweite, nach wie vor zunehmende Bedrohung durch AIDS erfordert sowohl den gesellschaftlichen Diskurs über Sexualität und macht auch im besonderen die individuelle Auseinandersetzung mit der eigenen Sexualität notwendig.

Wir beschränken uns in unserer Untersuchung nicht allein aus methodischen und pragmatischen Gründen auf Studenten und Krankenpflegeschüler. Wir gehen vielmehr davon aus, daß diese Populationen aufgrund ihres besonderen Bildungsweges und Informationsgrades sensibler auf aktuelle Strömungen, Entwicklungen und Zeiterscheinungen reagieren als andere Bevölkerungsgruppen und diese entsprechend eher/besser widerspiegeln.

Wir verkennen keineswegs, daß Befragungen – besonders in einem so sensiblen und intimen Bereich wie dem der Sexualität – nicht unproblematisch sind!

Einige von Ihnen haben vielleicht von vornherein generelle Widerstände gegen eine Befragung wie der unsrigen, andere sind möglicherweise durch bestimmte Fragen irritiert oder verärgert. Da wir weder Ihren Namen noch Adresse wissen (und nicht wissen wollen), sind und bleiben alle Ihre Antworten vollkommen anonym!

Ein Fragebogen ist zudem immer nur ein sehr grobes Instrument, das der Komplexität und Einzigartigkeit des individuellen sexuellen „Lebenslaufes“ nur unzureichend gerecht werden kann. Andererseits ermöglicht ein Fragebogen durchaus die Erfassung und Dokumentation von für die Fragestellung relevanten Grundmerkmalen.

Der vorliegende Fragebogen lehnt sich an mehrere empirische Untersuchungen zu Sexualität und AIDS an (Clement 1986; Böhm/Rohner 1987; Bardeleben/Reimann/Schmidt 1988 sowie Clement/Braun/Tillmann 1986). Wegen der Vergleichbarkeit haben wir viele Fragen und Antwortkategorien übernommen, teilweise auch solche, die wir sonst vielleicht anders formuliert hätten.

Wir betonen ausdrücklich, daß alle von uns angesprochenen Teilnehmer, d. h. auch diejenigen, die bisher über keine oder wenige sexuelle Erfahrungen verfügen, zur Mitarbeit aufgerufen sind!

**Wir versichern und garantieren Ihnen, daß alle Ihre Angaben streng vertraulich behandelt werden und vollkommen anonym sind und bleiben!!!**

**Genauere Angaben zum Ausfüllen des Fragebogens finden Sie auf der Rückseite.**

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Bernhard Bartsch

Marion Jodexnis



## HINWEISE ZUM AUSFÜLLEN DES FRAGEBOGENS

1. Der Fragebogen umfaßt 143 Fragen zu den Bereichen
  - A. Allgemeines zur Person
  - B. Zur politischen Situation, Wohnsituation, Zukunftserwartung
  - C. Zur Partnersituation
  - D. Heterosexuelles Verhalten seit der Pubertät
  - E. Homosexuelles Verhalten seit der Pubertät
  - F. Sexuelle Orientierung
  - G. Sexualität in der gegenwärtigen Partnerschaft
  - H. Sexuelles Erleben
  - I. Einstellungen und Meinungen zur Sexualität
  - K. Sexualität und AIDS
  - L. Informiertheit über AIDS

Wie Sie sehen werden, entfällt jeweils für jeden eine Reihe von Fragen. Der Umfang des Fragebogens erscheint also größer, als er in Wirklichkeit ist. Erfahrungsgemäß benötigen Sie für die Beantwortung des Fragebogens ungefähr 30 – 45 Minuten.

2. Benutzen Sie für Ihre Antworten bitte nur den Antwortbogen!  
Der Antwortbogen enthält 143 nummerierte Felder. Jedes Feld gehört zu der Frage mit der entsprechenden gleichen Nummer.
3. Die Fragen sind nach vorgegebenen und numerierten Antwortkategorien zu beantworten. Bitte die Antwort als Zahl in das entsprechende Feld des Antwortbogens eintragen! Diese Zahl ist die Nummer der Antwortkategorie bzw. eine Zahlenangabe (z. B. Altersangabe).
4. Lesen Sie immer erst alle Antwortmöglichkeiten durch, bevor Sie sich entscheiden! Sollten mehrere Antwortkategorien bei einer Frage zutreffen, vermerken Sie diejenige, die am ehesten zutrifft. Geben Sie bitte nie - sofern nicht ausdrücklich vermerkt - mehr als eine Antwortkategorie pro Frage an.
5. Fragen, die maximal 3 Antwortmöglichkeiten erlauben, haben im Antwortbogen entsprechend 3 Antwortfelder.
6. An manchen Stellen werden Angaben über durchschnittliche Häufigkeiten verlangt: machen Sie bitte jeweils nur eine Schätzung, auch wenn Sie sich nicht völlig sicher sind.
7. Kontrollieren Sie bitte von Zeit zu Zeit, ob Sie die Antworten noch in die zur Frage gehörenden Felder eintragen!!!

PS: Der Einfachheit (und Übersichtlichkeit) halber haben wir durchgehend die „männliche“ Sprachform verwendet. Wir bitten um Verständnis und Nachsehen ....

Vielen Dank!

**ANTWORTBOGEN****Studentensexualität**

Hinweis zum Ausfüllen des Fragebogens siehe Anschreiben!

**A. Allgemeines zur Person**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11									

**B. Zur politischen Situation, Wohnsituation, Zukunftserwartung**

12	13	14	15	16
----	----	----	----	----

**C. Zur Partnersituation**

17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30	31					

**D. Heterosexuelles Verhalten seit der Pubertät**

32	33	34	35	36	37	38	39	40	41
42	43	44	45	46	47	48			

**E. Homosexuelles Verhalten seit der Pubertät**

49	50	51	52	53
----	----	----	----	----

**F. Sexuelle Orientierung**

54	55
----	----

**G. Sexualität in der gegenwärtigen Partnerschaft**

56	57	58	59	60	61	62
----	----	----	----	----	----	----

**H. Sexuelles Erleben**

63	64	65	66
----	----	----	----

**I. Einstellungen und Meinungen zur Sexualität**

67	68	69	70	71	72	73	74	75	76
77									

**K. Sexualität und AIDS**

78	79	80	81	82	83	84	85	86	87
88	89	90	91	92	93	94	95	96	97
98	99	100	101	102	103	104	105	106	107
108	109	110	111	112	113	114	115	116	117
118	119	120	121						

**L. Informiertheit über AIDS**

122	123	124	125	126	127	128	129	130	131
132	133	134	135	136	137	138	139	140	141
142	143								

**UNIVERSITÄT - GESAMTHOCHSCHULE - ESSEN**

**UNTERSUCHUNG ZUR STUDENTENSEXUALITÄT**

Fachbereich II

Bernhard Bartsch  
Raum: R 11 T 04 C 02  
Tel.: 183 2208

Marion Jodexnis  
Raum: R 11 T 04 C 29  
Tel.: 183 3307

**BEREICHE:**

- A. Allgemeines zur Person
- B. Zur politischen Situation, Wohnsituation, Zukunftserwartung
  - Politische Orientierung, politisches Interesse
  - Wohnsituation
  - Zukunftserwartung
- C. Zur Partnersituation
- D. Heterosexuelles Verhalten seit der Pubertät
- E. Homosexuelles Verhalten seit der Pubertät
- F. Sexuelle Orientierung
- G. Sexualität in der gegenwärtigen Partnerschaft
- H. Sexuelles Erleben
- I. Einstellungen und Meinungen zur Sexualität
- K. Sexualität und AIDS
- L. Informiertheit über AIDS

## **A. Allgemeines zur Person**

### **1. Studienfach / Berufsausbildung**

- |       |   |
|-------|---|
| 1     | Design  |
| 2     | Lehramt (Primarstufe)                             |
| 3     | Architektur / Bauingenieurwesen                   |
| 4     | Chemie, Mathematik, Physik                        |
| 5     | Erziehungswissenschaft                            |
| ----- |   |
| 6     | Krankenpflegeschüler mit Hauptschulabschluß       |
| 7     | Krankenpflegeschüler mit Mittlerer Reife          |
| 8     | Krankenpflegeschüler mit Fachhochschulreife       |
| 9     | Krankenpflegeschüler mit Abitur                   |
| 10    | Krankenpflegeschüler mit sonstigem Berufsabschluß |
| ----- |   |
| 11    | Sonstiges   |

### **2. Geschlecht**

- |   |          |
|---|----------|
| 1 | männlich |
| 2 | weiblich |

### **3. Alter in Jahren:**

### **4. Familienstand**

- |   |                              |
|---|------------------------------|
| 1 | ledig                        |
| 2 | verheiratet, zusammen lebend |
| 3 | verheiratet, getrennt lebend |
| 4 | geschieden                   |
| 5 | verwitwet                    |

### **5. Anzahl der leiblichen Kinder:**

### **6. Überwiegend aufgewachsen**

- |   |              |                               |
|---|--------------|-------------------------------|
| 1 | Landgemeinde | (unter 2.000 Einwohner)       |
| 2 | Landstadt    | (2.000 – 5.000 Einwohner)     |
| 3 | Kleinstadt   | (5.000 – 20.000 Einwohner)    |
| 4 | Mittelstadt  | (20.000 – 100.000 Einwohner)  |
| 5 | Großstadt    | (100.000 – 500.000 Einwohner) |
| 6 | Großstadt    | (über 500.000 Einwohner)      |

**7. Konfession**

- 1 konfessionslos
- 2 evangelisch
- 3 katholisch
- 4 andere christliche
- 5 andere

**8. Religiöse Überzeugung**

- 1 überzeugt
- 2 unentschieden
- 3 gleichgültig
- 4 ablehnend

**9. Welcher sozialen Schicht würden Sie Ihre Eltern zuordnen?**

- 1 Unterschicht
- 2 untere Mittelschicht
- 3 Mittelschicht
- 4 obere Mittelschicht
- 5 Oberschicht

**10. Verhalten des Vaters in Bezug auf Ihre Sexualität  
(im Jugendalter)**

- 1 Entfällt, hatte keine Vater
- 2 Er ermutigte mich
- 3 Er ließ mich gewähren
- 4 Er kümmerte sich nicht darum
- 5 Er schränkte mich teilweise ein
- 6 Er schränkte mich völlig ein

**11. Verhalten der Mutter in Bezug auf Ihre Sexualität  
(im Jugendalter)**

- 1 Entfällt, hatte keine Mutter
- 2 Sie ermutigte mich
- 3 Sie ließ mich gewähren
- 4 Sie kümmerte sich nicht darum
- 5 Sie schränkte mich teilweise ein
- 6 Sie schränkte mich völlig ein

## **B. Zur politischen Situation, Wohnsituation, Zukunftserwartung**

### **Politische Orientierung, politisches Interesse**

**12. Welche der folgenden politischen Richtungen kommt Ihrer eigenen Position am nächsten?**

- 1 nationalistisch / rechtsnationalistisch
- 2 konservativ
- 3 liberal
- 4 sozialdemokratisch
- 5 undogmatisch links
- 6 kommunistisch
- 7 anarchistisch

### **Wohnsituation**

**13. Ich wohne gegenwärtig**

- 1 allein
- 2 bei den Eltern
- 3 im Studentenwohnheim
- 4 nur mit meinem Partner zusammen
- 5 zu zweit (nicht mit meinem Partner)
- 6 in einer WG mit meinem Partner und anderen
- 7 in einer WG ohne Partner
- 8 Sonstiges

### **Zukunftserwartung**

**14. Wie sind Ihre Gefühle in Bezug auf Ihre persönliche Zukunft?**

- 1 Ich sehe meiner persönlichen Zukunft überwiegend mit Angst entgegen
- 2 Ich sehe meiner persönlichen Zukunft überwiegend mit Zuversicht entgegen
- 3 Ich denke kaum an meine Zukunft
- 4 Ich denke oft an meine Zukunft, habe aber weder Angst noch bin ich zuversichtlich

**15. Wenn ich mein Studium / meine Berufsausbildung hinter mir habe,**

- 1 will ich ohnehin nicht in einem dem Studienfach / der Berufsausbildung entsprechenden Beruf arbeiten
- 2 sehe ich kaum eine Perspektive, in dem angestrebten Beruf zu arbeiten
- 3 sehe ich gute Chancen für eine Tätigkeit in dem angestrebten Beruf

**16. Was war der Hauptgrund für die Wahl Ihres Studienfaches / Ihrer Berufsausbildung?**

- 1 Ich wähle dieses Fach aus inhaltlichem, beruflichem Interesse
- 2 Es ist ein Ausweichfach, weil in dem gewünschten Studienfach der NC zu hoch war
- 3 Ich wähle dieses Fach mehr zufällig
- 4 Ich rechnete mir gute Berufschancen aus

**C. Zur Partnersituation**

**17. Wie würden Sie Ihre gegenwärtige Partnersituation beschreiben?**

- 1 Ich habe keinen festen Partner
- 2 Ich habe einen festen Partner
- 3 Ich habe mehr als einen festen Partner

**18. (Nur für Befragte ohne festen Partner)  
Wie fühlen Sie sich in Ihrer Situation ohne festen Partner?**

- 1 Ich fühle mich damit zur Zeit wohl, wünsche mir aber trotzdem einen festen Partner
- 2 Ich fühle mich damit zur Zeit wohl und wünsche mir keinen festen Partner
- 3 Ich fühle mich zur Zeit nicht wohl und wünsche mir einen festen Partner
- 4 Ich fühle mich zur Zeit nicht wohl, möchte aber auch keinen festen Partner haben

**(Hinweis: Befragte ohne festen Partner lassen die Fragen 19 – 25 aus. Befragte mit mehreren festen Partnern lassen die Fragen 19 – 23 aus.)**

**19. (Nur für Befragte mit einem festen Partner)  
Wie alt ist Ihr fester Partner?**

- 1 mehr als 10 Jahre jünger
- 2 4 – 10 Jahre jünger
- 3 gleichaltrig (+3, -3 Jahre)
- 4 4 – 10 Jahre älter
- 5 mehr als 10 Jahre älter

**20. (Nur für Befragte mit einem festen Partner)  
Wie lange besteht Ihre jetzige Partnerschaft?**

- 1 bis drei Monate
- 2 bis sechs Monate
- 3 bis ein Jahr
- 4 ein bis zwei Jahre
- 5 drei bis fünf Jahre
- 6 mehr als fünf Jahre



- 21. (Nur für Befragte mit einem festen Partner)**  
**Wie oft reden Sie mit Ihrem festen Partner über Ihre sexuelle Beziehung?**
- 1 häufig
  - 2 gelegentlich
  - 3 selten
- 22. (Nur für Befragte mit einem festen Partner)**  
**Haben Sie mit Ihrem festen Partner**
- 1 viele sexuelle Konflikte?
  - 2 einige sexuelle Konflikte?
  - 3 kaum sexuelle Konflikte?
- 23. (Nur für Befragte mit einem festen Partner)**  
**Wie fühlen Sie sich in der Regel in Ihrer festen Partnerschaft?**
- 1 Ich fühle mich zur Zeit sehr wohl mit meinem festen Partner
  - 2 Ich fühle mich zur Zeit einigermaßen wohl mit meinem festen Partner
  - 3 Ich fühle mich zur Zeit unwohl mit meinem festen Partner
- 24. (Nur für Befragte mit mehreren festen Partnern)**  
**Welche der folgenden Beschreibungen trifft zur Zeit am ehesten auf Ihre Partnerschaft zu?**
- 1 Ich habe eine „feste“ Beziehung und außerdem eine/mehrere „lockere“ Beziehungen
  - 2 Ich habe mehrere „lockere“, aber keine „feste“ Beziehung
  - 3 Ich habe mehrere „feste“ Beziehungen
  - 4 Keine der genannten Beschreibungen trifft zu
- 25. (Nur für Befragte mit mehreren festen Partnern)**  
**Wie möchten Sie mit der gegenwärtigen Partnersituation umgehen?**
- 1 Ich möchte sie weiter so beibehalten
  - 2 Ich möchte sie ändern und eine ausschließliche Zweierbeziehung haben
  - 3 Ich möchte sie ändern, aber keine ausschließliche Zweierbeziehung haben
- 26. Wieviele feste Partnerschaften (einschl. der gegenwärtigen) hatten Sie bisher in Ihrem Leben?**
- 1 keine
  - 2 1
  - 3 2 – 3
  - 4 4 – 5
  - 5 mehr als 5

**27. (Nur für Befragte, die eine feste Partnerschaft hatten/haben)  
Wie lange dauerte die längste dieser Partnerschaften (einschl. der gegenwärtigen)?**

- 1 bis 3 Monate
- 2 bis 6 Monate
- 3 bis 1 Jahr
- 4 1 – 2 Jahre
- 5 3 – 5 Jahre
- 6 mehr als 5 Jahre

**28. (Nur für Befragte, die eine feste Partnerschaft hatten)  
Was war der wichtigste Trennungsgrund bei der letzten festen Partnerschaft?**

- 1 Ich hatte mich neu verliebt
- 2 Mein Partner hatte sich neu verliebt
- 3 Wir haben uns getrennt, ohne daß ein neuer Partner da war
- 4 Wir hatten sexuelle Probleme
- 5 Sonstiges

**29. Möchten Sie einmal heiraten?**

- 1 (Ich bin/war schon verheiratet)
- 2 nein
- 3 ja
- 4 Ich weiß noch nicht

**30. Möchten Sie einmal Kinder haben?**

- 1 (Ich habe schon Kinder)
- 2 ja, aber nur in einer Ehe
- 3 ja, aber nur in einer festen Partnerschaft (ohne verheiratet zu sein)
- 4 ja, auch ohne feste Partnerschaft
- 5 nein
- 6 Ich bin noch unentschieden

**31. Wie ist Ihre Einstellung in Bezug auf sexuelle Treue in einer Partnerschaft?**

- 1 Ich halte sexuelle Treue für unbedingt notwendig
- 2 Ich halte sexuelle Treue für wünschenswert
- 3 Ich halte die Forderung nach sexueller Treue für falsch

## **D. Heterosexuelles Verhalten seit der Pubertät**

**32. Alter beim ersten Koitus:  
(Hinweis: Befragte, die nie Koitus hatten, tragen bitte 99 ein, beantworten die Frage 33 und lassen die Fragen 34 – 37 aus)**

**33. Wenn Sie bisher keinen Koitus hatten, was war der wichtigste Grund?**

- 1 (schon Koitus gehabt)
- 2 kein Interesse oder Verlangen
- 3 moralische Bedenken
- 4 Angst vor Versagen
- 5 Furcht vor Schwangerschaft
- 6 kein geeigneter Partner
- 7 Partner lehnt Koitus ab
- 8 Angst vor AIDS

**34. Was war Ihre Motivation für den ersten Koitus?**

(Hinweis: Es sind maximal 3 Nennungen möglich)

- 1 vor allem „Trieb“
- 2 vor allem „Verführung“
- 3 vor allem Situation (ergab sich auf Party, Alkohol etc.)
- 4 vor allem Liebesbeziehung
- 5 vor allem Prestige Gründe
- 6 vor allem Neugier
- 7 vor allem Nötigung
- 8 vor allem, weil es alle machten

**35. Wie oft hatten Sie in den letzten 12 Monaten Koitus?**

- 1 nie
- 2 1 – 3 Mal pro Jahr
- 3 1 – 3 Mal pro Monat
- 4 1 – 3 Mal pro Woche
- 5 4 – 7 Mal pro Woche
- 6 mehr als 7 Mal pro Woche

**36. Mit wievielen Partnern hatten Sie Koitus in den letzten 12 Monaten?**

- 1 mit keinem Partner
- 2 mit einem Partner
- 3 mit 2 – 5 Partnern
- 4 mit 6 – 10 Partnern
- 5 mit 11 – 20 Partnern
- 6 mit mehr als 20 Partnern

**37. Mit wievielen Partnern hatten Sie insgesamt Koitus seit Ihrem ersten Koitus?**

- 1 mit einem Partner
- 2 mit 2 – 3 Partnern
- 3 mit 4 – 5 Partnern
- 4 mit 6 – 10 Partnern
- 5 mit 11 – 20 Partnern
- 6 mit 21 – 50 Partnern
- 7 mit mehr als 50 Partnern

**38. (Für Männer und Frauen)****Hatten Sie schon einmal sexuellen Kontakt zu Prostituierten?**

- 1 ja
- 2 nein

**39. (Nur für Männer)****Welche Empfängnisverhütungsmaßnahmen haben Sie in den letzten 12 Monaten angewendet?**

- 1 meistens keine
- 2 meistens keine, da meine Partnerin für die Verhütung sorgte
- 3 meistens Präservative
- 4 meistens Koitus interruptus
- 5 ich bin sterilisiert
- 6 Sonstiges

**40. (Nur für Frauen)****Welche Empfängnisverhütungsmaßnahmen haben Sie in den letzten 12 Monaten angewendet?**

- 1 meistens keine
- 2 meistens keine, da mein Partner für die Verhütung sorgte
- 3 meistens Spirale
- 4 meistens Diaphragma
- 5 meistens Kondome
- 6 meistens Pille
- 7 meistens Beachtung der empfängnisfreien Periode
- 8 meistens Schaumzäpfchen
- 9 ich bin sterilisiert

**41. Welche sexuellen Praktiken üben Sie aus?****(Hinweis: Es sind maximal 3 Nennungen möglich)**

- 1 Petting
- 2 Penis-Vaginal-Verkehr
- 3 Penis-Anal-Verkehr
- 4 Mundverkehr (Penis-Oral)
- 5 Mundverkehr (Vaginal-Oral)
- 6 Mundverkehr (Anal-Oral)

**42. Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten Oralverkehr (Mann aktiv) praktiziert?**

- 1 nie
- 2 1 – 3 Mal pro Jahr
- 3 1 – 3 Mal pro Monat
- 4 1 – 3 Mal pro Woche
- 5 4 – 7 Mal pro Woche
- 6 mehr als 7 Mal pro Woche

**43. Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten Oralverkehr (Frau aktiv) praktiziert?**

- 1 nie
- 2 1 – 3 Mal pro Jahr
- 3 1 – 3 Mal pro Monat
- 4 1 – 3 Mal pro Woche
- 5 4 – 7 Mal pro Woche
- 6 mehr als 7 Mal pro Woche

**44. Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten Analverkehr praktiziert?**

- 1 nie
- 2 1 – 3 Mal pro Jahr
- 3 1 – 3 Mal pro Monat
- 4 1 – 3 Mal pro Woche
- 5 4 – 7 Mal pro Woche
- 6 mehr als 7 Mal pro Woche

**45. Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten masturbiert?**

- 1 nie
- 2 1 – 3 Mal pro Jahr
- 3 1 – 3 Mal pro Monat
- 4 1 – 3 Mal pro Woche
- 5 4 – 7 Mal pro Woche
- 6 mehr als 7 Mal pro Woche

**46. Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten Erfahrung mit Pornographie gemacht?**

- 1 nie
- 2 selten
- 3 manchmal
- 4 häufig

**47. Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten im Rahmen Ihrer gelebten / erlebten Sexualität Erfahrung mit von Ihnen beabsichtigten bzw. geduldeten Formen von Gewalt gemacht?**

- 1 nie
- 2 selten
- 3 manchmal
- 4 häufig

**48. Haben Sie neben den bereits erwähnten Sexualpraktiken andere sexuelle Erfahrungen gemacht, bzw. streben Sie diese an?**

- 1 nein
- 2 Sadismus / Masochismus
- 3 Exhibitionismus
- 4 Fetischismus
- 5 Sodomie (sex. Kontakt zu Tieren)
- 6 Sonstiges

## **E. Homosexuelles Verhalten seit der Pubertät**

**(Hinweis: Befragte, die nie homosexuellen Kontakt hatten, tragen 99 ein und lassen die Fragen 50 – 53 aus)**

**49. Alter beim ersten homosexuellen Kontakt:**

**50. Alter beim letzten homosexuellen Kontakt:**

**51. Wie oft hatten Sie in den letzten 12 Monaten homosexuellen Kontakt?**

- 1 nie
- 2 1 – 3 Mal pro Jahr
- 3 1 – 3 Mal pro Monat
- 4 1 – 3 Mal pro Woche
- 5 4 – 7 Mal pro Woche
- 6 mehr als 7 Mal pro Woche

**52. Mit wievielen Partnern hatten Sie in den letzten 12 Monaten homosexuellen Kontakt?**

- 1 mit keinem Partner
- 2 mit einem Partner
- 3 mit 2 – 3 Partnern
- 4 mit 4 – 5 Partnern
- 5 mit 6 – 10 Partnern
- 6 mit 11 – 20 Partnern
- 7 mit mehr als 20 Partnern

**53. Mit wievielen Partnern hatten Sie homosexuellen Kontakt insgesamt seit Ihrem ersten homosexuellen Kontakt?**

- 1 mit keinem Partner
- 2 mit einem Partner
- 3 mit 2 – 3 Partnern
- 4 mit 4 – 5 Partnern
- 5 mit 6 – 10 Partnern
- 6 mit 11 – 20 Partnern
- 7 mit 21 – 50 Partnern
- 8 mit mehr als 50 Partnern

## **F. Sexuelle Orientierung**

**54. Wie würden Sie Ihre sexuelle Orientierung beschreiben?**

- 1 ausschließlich heterosexuell
- 2 vorwiegend heterosexuell
- 3 bisexuell
- 4 vorwiegend homosexuell
- 5 ausschließlich homosexuell

**55. Hatten Sie schon einmal gleichgeschlechtliche Sexualkontakte?**

- 1 ja
- 2 nein

## **G. Sexualität in der gegenwärtigen Partnerschaft**

**(Hinweis: Befragte, die keinen festen Partner haben, lassen die Fragen 56 – 62 aus und tragen die Zahl 99 ein)**

**56. Welche Art ist Ihre feste Partnerschaft?**

- 1 heterosexuell, verheiratet
- 2 heterosexuell, nicht verheiratet
- 3 homosexuelle Partnerschaft

**57. Haben Sie, seit Sie mit Ihrem festen Partner zusammen sind, mit anderen Partnern Geschlechtsverkehr gehabt?**

- 1 nein
- 2 mit einem Partner
- 3 mit 2 – 3 Partnern
- 4 mit 4 – 5 Partnern
- 5 mit 6 – 10 Partnern
- 6 mit 11 – 20 Partnern
- 7 mit über 20 Partnern

**58. (Nur für Befragte, die mit anderen Partnern Geschlechtsverkehr hatten)  
Wie lange dauerte die längste dieser Beziehungen?**

- 1 wenige Stunden
- 2 wenige Tage
- 3 bis 1 Monat
- 4 bis 3 Monate
- 5 bis 6 Monate
- 6 bis 1 Jahr
- 7 über 1 Jahr

- 59. (Nur für Befragte, die mit anderen Partnern Geschlechtsverkehr hatten)  
Wußte Ihr Partner davon?**
- 1 meistens nein
  - 2 meistens ja
- 60. (Nur für Befragte, die mit anderen Partnern Geschlechtsverkehr hatten)  
Wie bewerten Sie im nachhinein diese Beziehung(en)?**
- 1 Ich finde es richtig, daß ich diese Beziehung(en) eingegangen bin
  - 2 Ich bin zwiespältig
  - 3 Ich finde es falsch, daß ich diese Beziehung(en) eingegangen bin
- 61. Hat Ihr fester Partner, seit Sie mit ihm zusammen sind, mit anderen Partnern Geschlechtsverkehr gehabt?**
- 1 nein
  - 2 ja
  - 3 weiß nicht
- 62. (Wenn „ja“):  
Wie bewerten Sie im nachhinein diese Beziehung(en) Ihres Partners?**
- 1 Ich finde es richtig, daß mein Partner diese Beziehung(en) eingegangen ist
  - 2 Ich bin zwiespältig
  - 3 Ich finde es falsch, daß mein Partner diese Beziehung(en) eingegangen ist

## **H. Sexuelles Erleben**

- 63. Wie bewerten Sie Ihr eigenes gegenwärtiges Sexualleben?**
- 1 voll befriedigend
  - 2 im großen und ganzen befriedigend
  - 3 nicht sehr befriedigend
  - 4 unbefriedigend
- 64. Wie wichtig ist es für Sie – innerhalb der vielen Möglichkeiten, Sexualität zu erleben und zu praktizieren – Geschlechtsverkehr zu machen?**
- 1 Für mein sexuelles Erleben spielt Geschlechtsverkehr die entscheidende Rolle
  - 2 Der Geschlechtsverkehr ist für mich eine unter anderen Möglichkeiten, Sexualität zu erleben
  - 3 Auch ganz ohne Geschlechtsverkehr kann ich eine befriedigende Sexualität erleben
  - 4 Ich lehne Geschlechtsverkehr als Möglichkeit, meine Sexualität zu erleben, ab



**65. Wie ist für Sie Sexualität an eine Partnerschaft gebunden?**

- 1 Für mich ist eine befriedigende Sexualität nur möglich, wenn ich zu dem Partner eine Liebesbeziehung habe
- 2 Für mich ist eine befriedigende Sexualität auch möglich, wenn ich zu dem Partner keine Liebesbeziehung habe
- 3 Für mich ist eine befriedigende Sexualität nur möglich, wenn ich zu dem Partner keine Liebesbeziehung habe
- 4 Für mich ist eine befriedigende Sexualität generell schwer möglich

**66. Haben Sie Sexualität mit Partnern erlebt, zu denen Sie keine Liebesbeziehung hatten?**

- 1 nein
- 2 ja, auch
- 3 ja, nur

**I. Einstellungen und Meinungen zur Sexualität****67. Wie stehen Sie zu Geschlechtsverkehr außerhalb der Partnerschaft bei Frauen?**

- 1 zulässig
- 2 bedingt zulässig
- 3 nicht zulässig

**68. Wie stehen Sie zu Geschlechtsverkehr außerhalb der Partnerschaft bei Männern?**

- 1 zulässig
- 2 bedingt zulässig
- 3 nicht zulässig

**69. Wieviel Prozent aller Studenten, die in einer festen Beziehung leben, haben Ihrer Meinung nach schon einmal sexuelle Außenbeziehungen gehabt?****70. In den Medien wurde viel über die sogenannte „Sexuelle Befreiung“ berichtet. Glauben Sie, daß sich in den letzten zwanzig Jahren die sexuellen Verhaltensweisen der Menschen grundlegend verändert haben?**

- 1 ja
- 2 nur wenig
- 3 nein

**71. Halten Sie, insgesamt gesehen, die „Sexuelle Befreiung“ für eine**

- 1 gute Entwicklung
- 2 schlechte Entwicklung?

**72. Glauben Sie, daß diese Entwicklung zur Ausbreitung von AIDS entscheidend beigetragen hat?**

- 1 ja
- 2 kaum
- 3 nein

**73. Erleben Sie die gegenwärtige Gesellschaft in sexueller Hinsicht als**

- 1 zu freizügig
- 2 richtig
- 3 zu repressiv?

**74. Was stellen Sie sich persönlich unter „Sexueller Befreiung“ vor?**  
(Hinweis: Es sind maximal 3 Nennungen möglich)

- 1 Sittenlosigkeit
- 2 sexuelle Untreue
- 3 Partnertausch
- 4 Gruppensex
- 5 Bisexualität
- 6 Emanzipation der Frau / des Mannes
- 7 Zärtlichkeit
- 8 Perversionen
- 9 neue Sexualpraktiken
- 10 viele Sexualpartner
- 11 Homosexualität
- 12 Orgasmen
- 13 ungehemmter Umgang
- 14 mehr sexuelle Selbstbestimmung
- 15 Sonstiges

**75. Welche der folgenden Faktoren sind Ihnen für eine Partnerschaft wichtig?**  
(Hinweis: Es sind maximal 3 Nennungen möglich)

- 1 Geborgenheit
- 2 Freiheit
- 3 Liebe
- 4 sexuelle Erfüllung
- 5 gefühlsmäßige Bindung
- 6 sexuelle Treue
- 7 Dauerhaftigkeit
- 8 Leidenschaft
- 9 Nähe
- 10 Distanz

**76. Was bedeutet Ihnen die Sexualität im Leben?**

- 1 sehr viel
- 2 viel
- 3 weniger
- 4 sehr wenig

**77. Welche der folgenden Alternativen würde Ihnen am ehesten entsprechen?**

- 1 Ich möchte möglichst lange mit einem Partner in einer sexuell treuen Beziehung zusammensein
- 2 Ich möchte möglichst lange mit einem festen Partner zusammensein, aber daneben auch andere sexuelle Beziehungen haben
- 3 Ich möchte immer einmal wieder eine neue feste Beziehung haben
- 4 Ich möchte keine feste Beziehung haben

**K. Sexualität und AIDS**

Bei den folgenden Fragen geht es darum, ob bzw. wie sich vor dem Hintergrund der AIDS-Gefahr Ihr Sexualverhalten geändert hat.

**78. Hat sich die Zahl Ihrer flüchtigen Sexualekontakte geändert?**

- 1 (die Frage trifft für mich nicht zu)
- 2 weniger geworden
- 3 unverändert
- 4 mehr geworden

**79. Klären Sie bei potentiellen / neuen Sexualpartnern das AIDS-Risiko ab?**

- 1 (die Frage trifft für mich nicht zu)
- 2 ja, auf jeden Fall
- 3 ja, manchmal
- 4 nein

**80. Verlangen Sie von einem neuen Partner einen AIDS-Test?**

- 1 ja, ist vorgekommen
- 2 ja, würde ich tun
- 3 nein

**81. Ist Ihnen schon einmal ein AIDS-Test abverlangt worden?**

- 1 ja, von meinem festen Partner
- 2 ja, von neuem Partner
- 3 ja, von anderer Seite
- 4 nein

- 82. Haben Sie sich bereits einem AIDS-Test unterzogen?**
- 1 ja
  - 2 nein
  - 3 ich habe es vor
- 83. Könnten Sie sich vorstellen, mit einer AIDS-infizierten Person sexuellen Kontakt zu haben?**
- 1 ja, uneingeschränkt
  - 2 ja, aber nur eingeschränkte Sexualpraktiken
  - 3 weiß nicht, kommt darauf an
  - 4 nein
- 84. Würden Sie Ihren Partner informieren, wenn Sie sich mit AIDS infiziert hätten?**
- 1 ja
  - 2 weiß nicht
  - 3 nein
- 85. Haben Sie sexuelle Kontakte abgebrochen bzw. erst gar nicht angefangen, weil Ihnen das Infektionsrisiko zu groß erschien?**
- 1 ja, einmal
  - 2 ja, mehrmals
  - 3 nein
- 86. (Nur für Befragte mit festem Partner)  
Haben Sie weniger Sexualpartner außerhalb Ihrer Partnerschaft?**
- 1 (die Frage trifft für mich nicht zu)
  - 2 weniger
  - 3 unverändert
  - 4 mehr
- 87. (Nur für Befragte mit festem Partner)  
Benutzen Sie Kondome bzw. bestehen Sie auf Kondombenutzung zur AIDS-Prävention bei Sexualpartnern außerhalb Ihrer festen Partnerschaft?**
- 1 (die Frage trifft für mich nicht zu)
  - 2 ja, immer
  - 3 ja, manchmal
  - 4 nein

88. (Nur für Befragte mit festem Partner)  
**Benutzen Sie Kondome bzw. bestehen Sie auf Kondombenutzung zur AIDS-Prävention innerhalb Ihrer festen Partnerschaft?**
- 1 ja, immer
  - 2 ja, manchmal
  - 3 nein
89. (Nur für Befragte mit festem Partner)  
**Haben Sie Ihre sexuelle Aktivität generell eingeschränkt?**
- 1 ja
  - 2 nein
90. (Nur für Befragte ohne festen Partner)  
**Haben Sie weniger Sexualpartner?**
- 1 (die Frage trifft für mich nicht zu)
  - 2 weniger
  - 3 unverändert
  - 4 mehr
91. (Nur für Befragte ohne festen Partner)  
**Haben Sie Ihre sexuelle Aktivität generell eingeschränkt?**
- 1 ja
  - 2 nein
92. (Nur für Befragte ohne festen Partner)  
**Benutzen Sie Kondome bzw. bestehen Sie auf Kondombenutzung zur AIDS-Prävention?**
- 1 ja, immer
  - 2 ja, manchmal
  - 3 nein
93. (Ab hier wieder für alle)  
**Glauben Sie, daß man sich durch Kondome hinreichend vor AIDS schützen kann?**
- 1 gar nicht
  - 2 wenig
  - 3 ziemlich
  - 4 sehr gut
  - 5 vollkommen

**94. Wenn Ihr Partner auf den Gebrauch eines Kondomes bestehen würde: würde Sie dies stören?**

- 1 gar nicht
- 2 wenig
- 3 etwas
- 4 ziemlich
- 5 sehr
- 6 kann ich nicht beurteilen / habe keine Erfahrung damit

**95. Haben Sie im Zusammenhang mit AIDS etwas an Ihren heterosexuellen Praktiken geändert?**

(Hinweis: Befragte mit heterosexuellen Kontakten tragen 88 ein und beantworten die Fragen 96 – 100.

Befragte ohne heterosexuelle Kontakte tragen 99 ein und lassen die Fragen 96 – 100 aus.)

		eingestellt	seltener	unverändert	häufiger	noch nie gemacht
<b>96.</b>	<b>Koitus</b>	1	2	3	4	5
<b>97.</b>	<b>Petting</b>	1	2	3	4	5
<b>98.</b>	<b>Mundverkehr</b> (Fellatio Frau aktiv)	1	2	3	4	5
<b>99.</b>	<b>Mundverkehr</b> (Cunnilingus Mann aktiv)	1	2	3	4	5
<b>100.</b>	<b>Analverkehr</b>	1	2	3	4	5

**101. Haben Sie im Zusammenhang mit AIDS etwas an Ihren homosexuellen Praktiken geändert?**

(Hinweis: Befragte mit homosexuellen Kontakten tragen 88 ein und beantworten die Fragen 102 – 108.

Befragte ohne homosexuelle Kontakte tragen 99 ein und lassen die Fragen 102 – 108 aus.)

	eingestellt	seltener	unverändert	häufiger	noch nie gemacht
<b>102. Mundverkehr</b> (selbst aktiv)	1	2	3	4	5
<b>103. Mundverkehr</b> (selbst passiv)	1	2	3	4	5
<b>104. Analverkehr</b> (selbst aktiv)	1	2	3	4	5
<b>105. Analverkehr</b> (selbst passiv)	1	2	3	4	5
<b>106. Fisting</b> (Faustverkehr selbst aktiv)	1	2	3	4	5
<b>107. Fisting</b> (selbst passiv)	1	2	3	4	5
<b>108. Petting</b>	1	2	3	4	5

**109. Hat sich bei Ihnen die Häufigkeit von Masturbation geändert?**

- 1 (die Frage trifft für mich nicht zu)
- 2 eingestellt
- 3 seltener
- 4 unverändert
- 5 häufiger

**110. Hat sich die Häufigkeit von Kontakten mit Prostituierten geändert?**

- 1 (die Frage trifft für mich nicht zu)
- 2 eingestellt
- 3 seltener
- 4 unverändert
- 5 häufiger

**111. Hat das AIDS-Risiko einen Einfluß auf Ihre Zufriedenheit im Sexualleben?**

- 1 ja
- 2 nein

	ja	nein
<b>112. Fühle mich eingeschränkt in sexuellen Praktiken</b>	1	2

<b>113. Fühle mich bedroht</b>	1	2
--------------------------------	---	---

<b>114. Fühle mich in der Aufnahme neuer Kontakte eingeschränkt</b>	1	2
---	---	---

<b>115. Macht das Sexualleben spannender</b>	1	1
--	---	---

**116. Haben Sie jemanden in Ihrem Freundes- oder Bekanntenkreis, der an AIDS erkrankt oder HIV-positiv ist?**

- 1 ja, kenne ich persönlich
- 2 ja, weiß ich von Freunden / Bekannten
- 3 nein

**117. Glauben Sie, daß Studenten ihr Sexualleben wegen AIDS verändert haben?**

- 1 ja, ein großer Teil der Studenten
- 2 ja, ein kleiner Teil der Studenten
- 3 nein

**118. In welchen Bereichen hat sich Ihrer Meinung nach das Sexualverhalten von Studenten aufgrund von AIDS geändert?**

(Hinweis: Wenn Sie glauben, daß sich etwas geändert hat, tragen Sie 88 ein und beantworten die Fragen 119 – 121.

Wenn Sie glauben, daß sich nichts geändert hat, tragen sie 99 ein und lassen die Fragen 119 – 121 aus.)



	<u>wenig Änderung</u>	<u>etwas Änderung</u>	<u>viel Änderung</u>
119. <b>Treue / Partnerwechsel</b>	1	2	3
120. <b>Infektionsriskante Sexualpraktiken</b>	1	2	3
121. <b>Verwendung von Kondomen</b>	1	2	3

## L. Informiertheit über AIDS

122. **Wie gut glauben Sie, über AIDS informiert zu sein?**

- 1 Ich glaube, sehr gut informiert zu sein
- 2 Ich glaube, ausreichend informiert zu sein
- 3 Ich glaube, schlecht informiert zu sein

123. **Bei welchen der folgenden Verhaltensweisen befürchten Sie sich am ehesten anzustecken?**

(Hinweis: Es sind maximal 3 Nennungen möglich)

- 1 Umarmung
- 2 Kuß auf die Lippen
- 3 intensiver Zungenkuß
- 4 vaginaler Geschlechtsverkehr mit Samenerguß
- 5 vaginaler Geschlechtsverkehr ohne Samenerguß
- 6 oraler Geschlechtsverkehr mit Samenerguß
- 7 oraler Geschlechtsverkehr ohne Samenerguß
- 8 analer Geschlechtsverkehr mit Samenerguß
- 9 analer Geschlechtsverkehr ohne Samenerguß

124. **Was bedeutet Ihrer Meinung nach ein „positives“ Testergebnis?**

(Hinweis: Es sind maximal 3 Nennungen möglich)

- 1 Der Betreffende ist bereits an AIDS erkrankt
- 2 Der Betreffende wird mit Sicherheit an AIDS erkranken
- 3 Der Betreffende wird möglicherweise an AIDS erkranken
- 4 Der Betreffende ist Träger von „AIDS-Viren“ (HTLV-III-Viren) und kann möglicherweise andere Personen infizieren
- 5 Der Betreffende ist Träger von HTLV-III-Antikörpern und kann andere Personen nicht infizieren

**125. Auf welche Weise informieren Sie sich vorwiegend über AIDS?**  
(Hinweis: Es sind maximal 3 Nennungen möglich)

- 1 gar nicht
- 2 durch die allgemeine Presse
- 3 über das Fernsehen / das Radio
- 4 durch die homosexuelle Presse
- 5 durch Fachzeitschriften
- 6 durch Broschüren der AIDS-Hilfen und Gesundheitsämter
- 7 durch Veranstaltungen / Vorträge
- 8 durch Gespräche mit Freunden
- 9 durch Gespräche mit Ärzten

**126. Wie häufig diskutieren Sie im Freundeskreis über AIDS?**

- 1 nie
- 2 manchmal
- 3 häufig

**127. Hatten Sie in den letzten 12 Monaten Angst, AIDS zu bekommen?**

- 1 nie
- 2 manchmal
- 3 häufig

**128. Haben Sie zur Zeit Angst, AIDS zu bekommen?**

- 1 gar nicht
- 2 etwas
- 3 wenig
- 4 viel

**129. Wieviele Menschen haben sich Ihrer Schätzung nach in Deutschland bisher mit dem „AIDS-Virus“ (HTLV-III-Virus) infiziert?**

- 1 weniger als 1.000
- 2 1.000 – 10.000
- 3 10.000 – 100.000
- 4 100.000 – 1 Mill.
- 5 mehr als 1 Mill.

**130. Was halten Sie von der Aufklärungskampagne gegen AIDS?**  
(Hinweis: Es sind maximal 3 Nennungen möglich)

- 1 wird mir langsam zu viel
- 2 wird erfolglos bleiben
- 3 habe nie davon gehört
- 4 ist langweilig gemacht
- 5 ist sinnvoll
- 6 macht Angst
- 7 ist gut gemacht
- 8 ist altmodisch gemacht
- 9 interessiert mich nicht
- 10 Sonstiges

**131. Glauben Sie, daß man sich zu viel oder zu wenig Sorgen um diese Krankheit macht?**

- 1 eher zu viel
- 2 weder / noch
- 3 eher zu wenig

**132. Sollten Ihrer Meinung nach härtere politische Maßnahmen als bisher gegen die Ausbreitung von AIDS ergriffen werden?**

- 1 ja (z. B. Meldepflicht, Zwangstests usw.)
- 2 nein

**133. Was sind für Sie die größten Probleme unserer Zeit?**  
(Hinweis: Es sind maximal 3 Nennungen möglich)

- 1 Naturzerstörung
- 2 Kernkraftwerke
- 3 Atomwaffen
- 4 AIDS
- 5 Krebs
- 6 Hunger in der Dritten Welt
- 7 Arbeitslosigkeit
- 8 Krieg
- 9 Sonstiges

**134. An was denken Sie, wenn Sie den Begriff AIDS hören?**  
(Hinweis: Es sind maximal 3 Nennungen möglich)

- 1 Prostitution
- 2 Tod
- 3 Krankheit
- 4 Unberechenbarkeit
- 5 Angst / Hilflosigkeit
- 6 Schicksal
- 7 Isolation
- 8 Geschlechtskrankheit
- 9 Virus-Erkrankung
- 10 Homosexualität
- 11 Sonstiges

**135. Was sollte Ihrer Meinung nach gegen die Ausbreitung von AIDS unternommen werden?**  
(Hinweis: Es sind maximal 3 Nennungen möglich)

- 1 kostenlose Verteilung von Spritzen an Rauschgiftsüchtige
- 2 AIDS-Infizierten den sexuellen Kontakt mit Gesunden bei Strafe verbieten
- 3 Prostitution verbieten
- 4 Partnertausch verbieten
- 5 Einführung einer Meldepflicht für HIV-Infizierte
- 6 Verwahrung der AIDS-Kranken in gesonderten Anstalten
- 7 Schließung der Sex-Clubs
- 8 Schließung der Schwulen-Saunas / Schwulen-Treffs
- 9 Safer Sex
- 10 sexuelle Zurückhaltung

**136. Haben Sie schon einmal etwas von „Safer Sex“ gehört?**

- 1 ja
- 2 nein

**137. Was verbinden Sie mit „Safer Sex“?**  
(Hinweis: Es sind maximal 3 Nennungen möglich)

- 1 Sauberkeit
- 2 vorsichtiger Intimverkehr
- 3 kein Analverkehr
- 4 kein Oralverkehr
- 5 Kondome
- 6 Enthaltbarkeit
- 7 keine Samenübertragung

**138. Im Zusammenhang mit AIDS wird verschiedentlich für sexuelle Enthaltbarkeit und die Rückbesinnung auf Treue, Ehe und Familie eingetreten. Was halten Sie davon?**

- 1 stimme zu
- 2 stimme nicht zu

**139. Bei der Benutzung eines Kondomes beim sexuellen Kontakt mit einem neuen Partner tritt (im Vergleich zur Nichtbenutzung) eine Reihe von Folgen auf.**

(Hinweis: Es sind maximal 3 Nennungen möglich)

- 1 Die Verhütung von AIDS durch Kondome ist wahrscheinlich
- 2 Die Verhütung von AIDS durch Kondome ist unwahrscheinlich
- 3 Die Verringerung der Spontaneität durch Kondome ist wahrscheinlich
- 4 Die Verringerung der Spontaneität durch Kondome ist unwahrscheinlich
- 5 Die Verringerung des Lustgefühls durch Kondome ist wahrscheinlich
- 6 Die Verringerung des Lustgefühls durch Kondome ist unwahrscheinlich

**140. Wie wichtig sind Ihnen die folgenden Dinge?**

(Hinweis: Es sind maximal 3 Nennungen möglich)

- 1 Die bewußte Verhütung von AIDS ist mir wichtig
- 2 Die bewußte Verhütung von AIDS ist mir unwichtig
- 3 Die Verringerung der sexuellen Spontaneität macht mir viel aus
- 4 Die Verringerung der sexuellen Spontaneität macht mir nichts aus
- 5 Die Verringerung des Lustgefühls macht mir viel aus
- 6 Die Verringerung des Lustgefühls macht mir nichts aus

**141. Haben Sie jemals die Erfahrung gemacht, daß Ihre Sexualpartner Kondome ablehnen?**

- 1 ja
- 2 nein

**142. Glauben Sie, daß die Kenntnis von / das Wissen über AIDS Ihr zukünftiges berufliches Handeln in irgendeiner Art und Weise beeinflussen wird?**

- 1 ja
- 2 nein

**143. Haben Sie sich während Ihres Studiums / Ihrer Berufsausbildung schon einmal mit Fragen der Sexualerziehung und / oder AIDS beschäftigt?**

- 1 ja
- 2 nein

**Erklärung**

Wir, Marion Jodexnis und Bernhard Bartsch, versichern, daß die Arbeit selbständig und ohne unzulässige Hilfe Dritter verfasst wurde und bei der Abfassung nur die in der Dissertation angegebenen Hilfsmittel benutzt sowie alle wörtlich oder inhaltlich übernommenen Stellen als solche gekennzeichnet wurden.

Essen,

-----

Ort, Datum

-----

Unterschrift

Alpen,

-----

Ort, Datum

-----

Unterschrift

