



# DISSERTATION

Titel der Dissertation

„25 Jahre Jugend und AIDS in Österreich:  
Wissen, Einstellung und Verhalten unter besonderer  
Berücksichtigung von Peer Education als  
Aufklärungsmethode in der  
HIV/AIDS-Prävention bei Jugendlichen“

verfasst von

Mag. Bernhard Fink

angestrebter akademischer Grad

Doktor der Philosophie (Dr. phil.)

Wien, 2017

Studienkennzahl lt. Studienblatt:

A 092 298

Dissertationsgebiet lt. Studienblatt:

Psychologie

Betreut von:

Univ. Prof. Dr. Giselher Guttmann



# ABSTRACT

## Ziele:

Vergleichende Erhebungen zu a) Informationsstand, b) Einstellungen und c) Verhalten bezüglich HIV/AIDS von österreichischen Jugendlichen in drei Testzeitpunkten (1992, 2002, 2012) mit Fragen nach Einfluss von Alter, Geschlecht, Lebensraum und Schultyp, ergänzt durch Ergebnisevaluation von Peer Education-Workshops.

## Methode:

1.214 Jugendliche im Alter von 14-19 Jahren, männl./weibl., aus fünf Bundesländern und verschiedenen Schultypen, waren in die quantitative Studie mittels selbst konzipiertem Fragebogen eingebunden.

## Resultate:

- 1) Österreichische Jugendliche zeigen generell einen hohen Informationsstand mit Ausnahme einiger Wissenslücken betreffend die Themenbereiche Übertragungswege, HIV-Test bzw. Krankheitsverlauf.
- 2) Es existieren anhaltende Bereitschaften zur Vorurteilsbildung sowie Diskriminierungstendenzen, häufig begleitet von fehlender Wahrnehmung von HIV als persönliches Risiko („Unverwundbarkeit“).
- 3) Safer Sex-Botschaften werden generell akzeptiert, Kondomverwendung nimmt aber mit Dauer der Beziehungen ab.
- 4) Wissensstand und Schutzverhalten haben von 1992 bis 2012 kontinuierlich und signifikant abgenommen.
- 5) BerufsschülerInnen weisen geringeres Wissen und einen niedrigeren HIV-protektiven Verhaltensscore auf.
- 6) Alter, Geschlecht, Lebensraum und Schultyp zeigen keinen signifikanten Einfluss.
- 7) Peer Education erweist sich als probate Methode in der HIV-Aufklärung.

## Schlußfolgerungen:

- 1) Bezugnehmend auf bisherige und zukünftige HIV Präventions-Kampagnen und Aufklärungsmaßnahmen für Jugendliche, zeigt sich ein Bild von hohem Informations-Level einerseits bzw. persistierenden diskriminierenden Vorurteilen, Mangel an Risikowahrnehmung und Mangel an Kondombenützung/Safer Sex-Ausübung andererseits.
- 2) Die Ergebnisse implizieren daher eine spezifisch abgestimmte „Healthy Lifestyle-Promotion“ mit einem Fokus auf Einstellungs- und Verhaltensänderung, wie sie Peer Education leisten kann.
- 3) Spezielle Aufmerksamkeit benötigen junge Menschen in Lehrberuf (BerufsschülerInnen).

# ABSTRACT

## Purpose:

Findings in HIV related a) knowledge level, b) attitudes and c) behavior among Austrian adolescents in three test time points (1992, 2002, 2012) questioning the influence of age, sex, living area and school type, extended by the result evaluation of a peer education program for youth.

## Method:

1.214 adolescents aged 14-19, both sexes, from five counties and different school types, were involved in the quantitative study conducted with a self developed questionnaire.

## Results:

- 1) Austrian adolescents generally show a high level of knowledge except for some weaknesses in the fields of infection ways, testing and disease progression.
- 2) There are sustaining prejudices and stigmatizations, accompanied by a lack of perception of HIV as a personal risk.
- 3) Safer Sex messages are generally accepted but condom use is decreasing with increasing duration of relationships.
- 4) Knowledge level and protective behavior have decreased continuously and significantly from 1992 to 2012
- 5) Working youth shows minor knowledge and a lower HIV protective behavior score.
- 6) Age, sex, living area and school type show no significance.
- 7) Peer education proves an effective approach in HIV prevention.

## Conclusions:

- 1) Taking into account recent and future HIV prevention campaigns and educational policies for youth, high information level on the one hand is still facing discriminating prejudices, lack of risk awareness and lack of safer sex practice/condom use on the other.
- 2) This calls for a specifically tailored healthy lifestyle promotion including focus on attitude and behavior change like peer education can perform.
- 3) Special attention should be aimed at young people in apprenticeships.

## Key words:

HIV/AIDS, sexuality, adolescents, knowledge, attitudes, behaviour, prevention, peer education

# DANK

Besonderer Dank gebührt zuerst meinem Betreuer, Herrn Univ. Prof. Dr. Giselher Guttmann, für seine wohlwollende Geduld sowie Herrn Univ. Prof. Mag. Dr. Gerhard Benetka und Herrn Univ. Prof. i. R. Dr. Rainer Maderthaler für ihre Begutachtungen.

Danken möchte ich speziell in Salzburg meiner Kollegin Frau Dr. Michaela Wöss von der AIDS-Hilfe für ihre liebevolle und kritische Unterstützung sowie Frau Mag. Andrea Huber vom Amt der Salzburger Landesregierung für die Schaffung des organisatorischen Umfeldes.

Hervor gehoben sollen an dieser Stelle die jugendlichen Peers des Projektes werden, die die Workshops engagiert geleitet haben.

Folgenden teilnehmenden Institutionen sei mein Dank für das Entgegenkommen und die Koordination bei der Erhebung ausgesprochen:  
BRG/BG Wien XIV, BHAK/BHASCH Wien XII, BS f. Einzelhandel 1 Wien, BRG/BG Tamsweg, BHAK/BHASCH Tamsweg, BS Tamsweg, Landwirtschaftliche Fachschule Tamsweg, BG/BRG/BORG St. Johann, HS Lofer, HS Seekirchen, HTL Hallein, Jugendwohnheim Brunauer Zentrum, PTS Oberndorf, BS Linz 1, BS Vöcklabruck, BORG Grieskirchen, GRG Wien XV.

Last, but not least: für ihre Mühe herzlichen Dank an alle jene Schüler und Schülerinnen, die an der Studie teilgenommen haben.

Größter persönlicher Dank geht an Herrn Univ. Prof. Dipl. Ing. Dr. Arnold Baca, an meine Frau Martina und an meine Eltern.

# INHALT

Seite

<b>VORWORT .....</b>	<b>1</b>
<b>I. THEORETISCHER TEIL.....</b>	<b>3</b>
<b>1. HIV/AIDS.....</b>	<b>3</b>
1.1. GLOBALE ENTWICKLUNG .....	3
1.2. HIV IN ÖSTERREICH .....	9
<b>2. JUGENDLICHE UND HIV .....</b>	<b>12</b>
2.1. EINFÜHRUNG UND ENTWICKLUNG .....	12
2.2. METHODISCHE ANSÄTZE DER PRÄVENTION.....	30
2.2.1. HERANGEHENSWEISEN.....	34
<b>3. PEER EDUCATION .....</b>	<b>42</b>
3.1. GRUNDLAGEN.....	42
3.2. PEER EDUCATION IN ÖSTERREICH .....	46
3.3. PEER EDUCATION IN DER HIV-PRÄVENTION BEI JUGENDLICHEN.....	50
<b>II. EMPIRISCHER TEIL .....</b>	<b>55</b>
<b>4 UNTERSUCHUNG.....</b>	<b>55</b>
4.1. EINFÜHRUNG .....	55
4.2. ZIELSETZUNGEN.....	62
4.3. FRAGESTELLUNGEN .....	64

<b>5.</b>	<b>METHODE .....</b>	<b>65</b>
5.1.	STICHPROBEN UND VARIABLEN.....	65
5.2.	UNTERSUCHUNGSINSTRUMENTE.....	67
5.3.	PRAKTISCHE DURCHFÜHRUNG.....	69
5.4.	AUFBEREITUNG DER ROHDATEN UND STATISTISCHE METHODEN DER AUSWERTUNG .....	71
<b>6.</b>	<b>ERGEBNISSE.....</b>	<b>74</b>
6.1.	HÄUFIGKEITSVERTEILUNGEN IM ZEITLICHEN VERLAUF .....	74
6.1.1.	WISSEN .....	74
6.1.2.	EINSTELLUNGEN/EMOTIONEN .....	82
6.1.3.	VERHALTEN.....	90
6.1.4.	INFORMATION/AUFKLÄRUNG.....	95
6.2.	SIGNIFIKANTE MITTELWERTSVERGLEICHE.....	99
6.3.	EVALUIERUNG PEER EDUCATION.....	111
6.3.1.	WISSEN .....	115
6.3.2.	EINSTELLUNGEN/EMOTIONEN .....	118
6.3.3.	VERHALTEN.....	119
6.3.4.	INFORMATION/AUFKLÄRUNG.....	120
6.3.5.	ALTER, GESCHLECHT, SCHULTYP .....	120
6.3.6.	WORKSHOP-FEEDBACK.....	121
<b>7.</b>	<b>INTERPRETATION UND DISKUSSION.....</b>	<b>128</b>
<b>III.</b>	<b>ZUSAMMENFASSUNG UND RESUMEE .....</b>	<b>134</b>
<b>IV.</b>	<b>LITERATUR.....</b>	<b>141</b>
<b>V.</b>	<b>VERZEICHNIS ABBILDUNGEN/TABELLEN .....</b>	<b>152</b>
<b>VI.</b>	<b>ANHANG: SEMINARLEITFADEN, FRAGEBÖGEN.....</b>	<b>153</b>

# VORWORT

Die Präventionsarbeit gewinnt heute in vielen Bereichen der Gesundheit an Bedeutung, in besonderem Ausmaß trifft das für die Jugendlichen zu. Neben die traditionellen Instrumente wie Aufklärung und Information durch Medienkampagnen, Infomaterialien und Vorträge hat sich ein Methodenpaket der Prävention hinzugesellt: die so genannte "Peer Group Education".

Sie berücksichtigt die Tatsache, daß für immer mehr Jugendliche die gleichaltrigen Freundeskreise und Jugendgruppen an Bedeutung hinsichtlich Meinungsbildung und Lifestyle gewinnen. In jeder Jugendgruppe gibt es Personen (Peers), die besondere Aufmerksamkeit und Glaubwürdigkeit der anderen Jugendlichen genießen. Hier setzt die Peer Group Education an. Die Arbeit und Kooperation mit diesen "Peers" soll es ermöglichen, Jugendliche durch Gleichaltrige zu informieren, aufzuklären und damit vor vielfältigen Problembereichen und Gefahren zu schützen. Die Themen der "Peer Group Education" sind breit gestreut: Sie reichen von Sexualität und HIV/AIDS über Suchtmittel und Ernährung bis hin zum Thema Gewalt.

Ausgehend von der Tatsache, dass Daten über Jugendliche, die deren Verhalten, speziell im Sexualbereich, aber auch ihre Wünsche sowie ihre Einstellungen und Vorurteile bezüglich HIV/AIDS ersichtlich machen, einen wichtigen Grundstock für Aufklärungsmaßnahmen liefern, soll diese Untersuchung einen diesbezüglichen Beitrag leisten. Gleichzeitig interessieren natürlich auch eventuelle Unterschiede in den Resultaten verschiedener Altersgruppen beziehungsweise zwischen Mädchen und Jungen, außerdem sollen verschiedene Schultypen miteinander verglichen werden.

Zusätzlich ist es notwendig, immer wieder den aktuellen Wissensstand der Jugend zum Thema AIDS zu erheben, um sicher zu gehen, dass die bisherigen Bemühungen um weitere Aufklärung Erfolge gezeitigt und das noch immer nicht ganz befriedigende Niveau an Informationen angehoben haben.

Den Daten betreffend Wissen, Einstellung und Verhalten Jugendlicher zum Thema HIV aus meiner Diplomarbeit aus dem Jahr 1992 werden so-

mit zwei weitere Untersuchungszeiträume gegenüber gestellt, nämlich 2002 und 2012, damit ergibt sich eine Beobachtungsspanne von 20 Jahren.

Aus einem übergeordneten Blickwinkel gesehen, setzt sich die vorliegende Erhebung auch zum Ziel, praktisch relevante Schlußfolgerungen für die zukünftigen Linien der HIV-Präventivmaßnahmen in der Gesundheitsförderung sowie letztlich in der gesamten Jugend-Aufklärungs- und Präventionspolitik im Gesundheitsbereich zu liefern. Dabei geht es nicht zuletzt um die Beleuchtung der adäquaten Positionierung der Peer Education.

Im Sinne der Partizipation sollten also von Anfang an die VertreterInnen der Zielgruppen nicht passiv gehalten, sondern – letztlich auch wiederum ganz im Sinne der Ursprungsgedanken zur Peer Education - aktiv miteinbezogen werden, indem man sie zu ihren Vorstellungen bezüglich geeigneter Aufklärungsmedien und -methoden bzw. zu ihren Wünschen, durch wen und wie sie über HIV aufgeklärt werden wollen, befragt.

Zentrales Anliegen der Evaluation bleibt demgegenüber natürlich die Untersuchung der Effektivität der durchgeführten Peer-Workshops vor dem Hintergrund der anhaltenden wissenschaftlichen wie vor allem auch gesundheitspolitischen Diskussion um die Auswirkungen und die Wirtschaftlichkeit solcher Veranstaltungen als Beitrag zur HIV-Primärprävention bei Jugendlichen.

Im ersten Kapitel der Arbeit wird auf die globale und die österreichische epidemiologische Entwicklung von HIV eingegangen, im zweiten ein Überblick über die Herangehensweisen in der Jugend-Aufklärung gegeben und im dritten die Prinzipien der Peer Education unter spezieller Bezugnahme auf das Gebiet der HIV/AIDS-Aufklärung bei Jugendlichen vorgestellt und erläutert.

Das vierte Kapitel umfaßt Ausgangslage, Projektentwicklung, Ziele und Fragestellungen der Studie, die Stichproben und Methoden werden in Abschnitt Fünf beschrieben. Die Ergebnisse finden sich im sechsten Kapitel, deren Interpretation und Diskussion im siebenten. Ein zusammenfassendes Resümee unter Berücksichtigung allgemeiner und spezieller Schlussfolgerungen bildet das achte Kapitel. Nach einer Bibliografie bilden die Untersuchungsinstrumente (Evaluations- und Workshopfeedback-Fragebögen) aus der Studie den Anhang.

# **I. THEORETISCHER TEIL**

## **1. HIV/AIDS**

### **1.1. GLOBALE ENTWICKLUNG**

Die statistischen Daten der WHO aus dem UNAIDS-Programm Data Book (WHO 2017) zeigen die zwei Seiten einer Medaille: Der generelle Trend zeigt einen erfreulichen Rückgang der Zahlen im Vergleich mit Berichten zu Anfang des neuen Jahrtausends (WHO 2001), im Detail sind aber auch besorgniserregende Entwicklungen zu sehen:

Der weltweite Einsatz von antiretroviralen Therapien hat den größten Beitrag geleistet, um die Zahl der jährlichen AIDS-assoziierten Todesfälle seit 2005 von etwa 2 Millionen Menschen auf die Hälfte, also ca. 1 Million, im Jahr 2016 zu senken. Dennoch bleibt AIDS die führende Todesursache bei Frauen im reproduktionsfähigen Alter (15-49 Jahre).

Die globalen Anstrengungen im Rahmen der Prävention haben daneben zu einer Reduktion der Neuinfektionen um 16 % von 2,1 Millionen jährlich im Jahr 2010 auf etwa 1,8 Millionen in 2016 geführt, das bedeutet immer noch etwa 5.000 neue Fälle pro Tag.

Seit 1997 sinken auch die Inzidenzraten unter Jugendlichen, allerdings bleiben junge Frauen konstant um etwa 40% mehr betroffen als junge Männer.

Alarmierend zeigen sich ca 60%ige Steigerungen bei den neuen Infektionen in Osteuropa und Zentralasien, einem epidemiologischen Hotspot. Außerdem hat HIV in den östlichen Teilen Europas zu einem Anstieg von Tuberkulose geführt, einer neuen Herausforderung für die Gesundheitssysteme.

Was die sogenannten Risikogrupen betrifft, waren 2015 weltweit 12% Schwule Männer, 8% I.V.Drogenbenützer und 5% Prostituierte neu infiziert, also insgesamt nur ein Viertel der seinerzeitigen „Hauptbetroffenen“, währenddessen drei Viertel der neu Infizierten durch heterosexuellen Geschlechtsverkehr angesteckt wurden.

In Summe leben heute etwa 37 Millionen Menschen mit dem HI-Virus, im vergangenen Jahr wussten weltweit 70 Prozent der Betroffenen über ihren Status Bescheid. Etwa 77 Prozent von ihnen erhält eine antiretrovirale Therapie, die bei 82 Prozent der Behandelten zu einer maßgeblichen Reduktion der Viruslast führt.

Weltweit wurden seit Ausbruch der Epidemie in den 1980er Jahren mehr als 76 Millionen Menschen mit dem Virus infiziert. Rund 35 Millionen Menschen starben an den Folgen.

Seit Anfang in den frühen achtziger Jahren hat sich HIV/AIDS auf dem ganzen Planeten ausgebreitet. In Westeuropa konnte der Verlauf durch Informations- und Aufklärungsmaßnahmen unter Kontrolle gehalten werden. In den Entwicklungs- und Schwellenländern jedoch ist die Krankheit zu einer der häufigsten sexuell übertragbaren Krankheiten geworden.

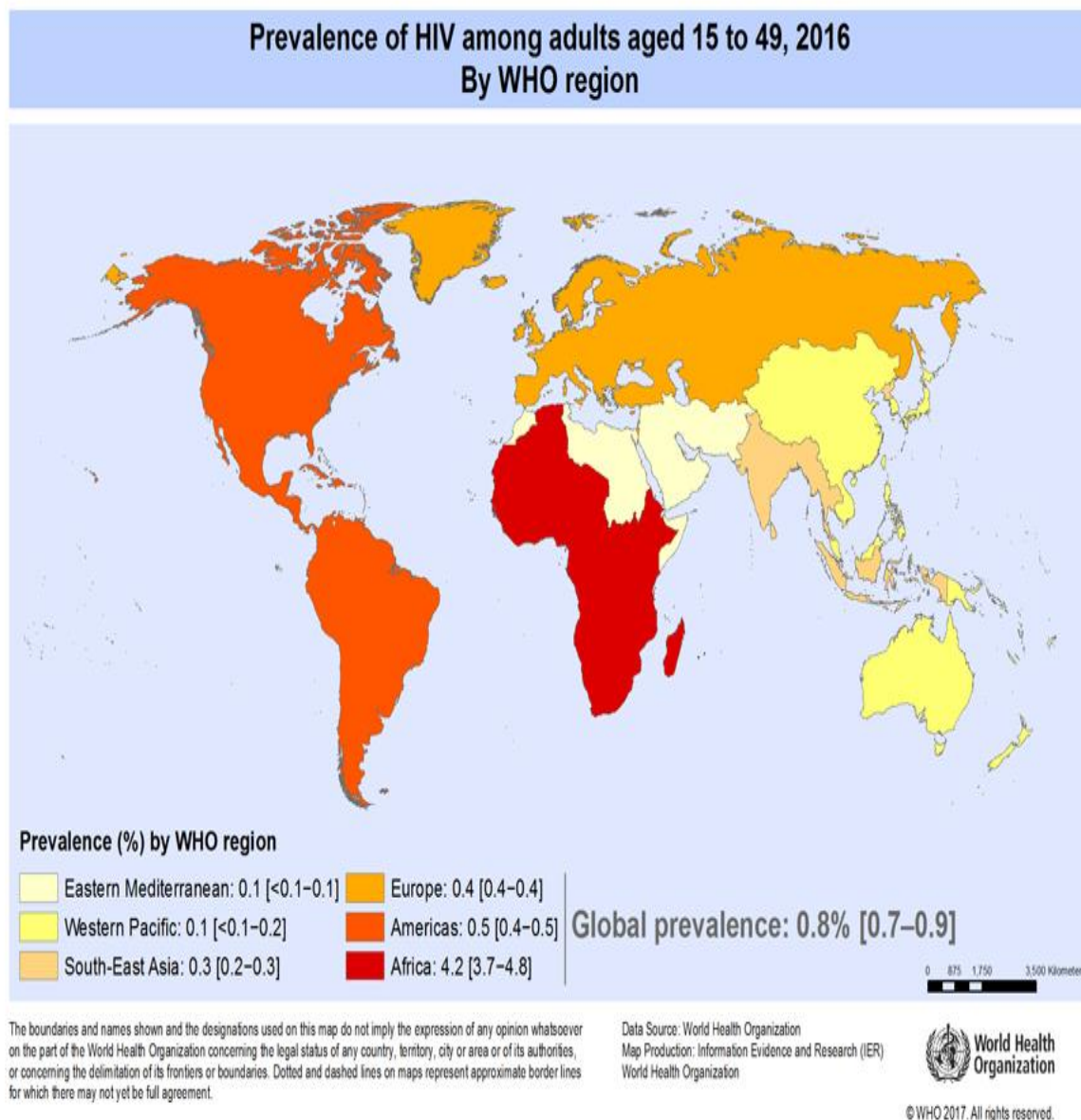
Trotz bemerkenswerter globaler Fortschritte bleibt viel Arbeit, um Kinder und Jugendliche vor Ansteckung, Krankheit und Tod zu schützen. Weltweit ist AIDS die zweithäufigste Todesursache für Jugendliche zwischen zehn und 19 Jahren und in Afrika noch immer auf Platz eins. Seit dem Jahr 2000 hat sich die Zahl der Todesfälle nach AIDS bei 15- bis 19-Jährigen mehr als verdoppelt. Heute passieren in dieser Altersgruppe weltweit 29 Neuinfektionen pro Stunde, davon sind zwei Drittel Mädchen.

In Sub-Sahara-Afrika, wo rund 70 Prozent der Menschen in der Welt mit AIDS leben, waren drei von vier Jugendlichen, die sich 2015 mit HIV angesteckt haben, Mädchen. Kinder in Afrika, die mit einer HIV-Infektion auf die Welt gekommen sind, erhalten im Durchschnitt erst mit knapp vier Jahren die notwendige HIV-Behandlung.

Zwei Megatrends der AIDS-Epidemie lassen sich heute wie folgt beschreiben:

Erstens geht die Schere zwischen den Industrieländern und den Entwicklungsländern punkto Versorgung mit Therapie und Präventionsmaßnahmen immer weiter auf und zweitens betrifft HIV/AIDS global gesehen eben seit langem nicht mehr nur die klassischen „Risikogruppen“, Homosexuelle Männer und intravenös Drogengebrauchende. Somit kommt der Prävention nach dem

dreissigsten Geburtstag der Ottawa Charta (WHO, 1986) unverändert eine zentrale Bedeutung und Rolle zu.



*Abb. 1: Globale HIV-Prävalenz 2016 (WHO 2017)*

Afrika, dort speziell die Sub-Sahara-Zone, nimmt mit etwa drei Viertel der Betroffenen die traurige Führung in den AIDS-Statistiken ein, verschlimmert durch Hunger, Armut, kriegerische Konflikte und fehlende Versorgung mit Therapie.

In Süd- und Südostasien liegt die Prävalenzrate bei 0,3 % und etwa 280.000 Erwachsene, davon 200.000 Männer, infizieren sich pro Jahr.

Bis Ende des Jahres werden in der Region 6 Millionen Menschen mit HIV oder AIDS leben. Die Epidemie hat Asien erst spät erreicht, die Region zählt aber heute 15% aller Infektionen weltweit.

In Lateinamerika und der Karibik ist der Verlauf der Epidemie komplex, die Übertragung erfolgt sowohl über heterosexuellen und homosexuellen Geschlechtsverkehr als auch durch intravenösen Drogenkonsum. Rund 120.000 Neuinfektionen wurden im laufenden Jahr registriert, und die Zahl der Menschen, die mit HIV/AIDS leben, wird auf 2,1 Millionen geschätzt. In der Karibik liegen die HIV-Infektionsraten weiterhin höher als irgendwo sonst auf der Welt mit Ausnahme Afrikas, obwohl das HIV-Bewusstsein wächst.

<b>Region</b>	<b>Todesfälle 2016</b>	<b>Menschen mit HIV/AIDS 2016</b>	<b>Neuinfektionen 2016</b>
<b>Süd-/Ost-Afrika</b>	420.000	19,400.000	800.000.
<b>West-/Zentral-Afrika</b>	310.000	6,000.000	380.000
<b>Süd-/Ostasien</b>	170.000	5,100.000	280.000
<b>West-Europa, Nord-Amerika</b>	18.000	2,100.000	75.000
<b>Lateinamerika</b>	36.000	1,800.000	100.000
<b>Osteuropa, Zentralasien</b>	40.000	1,700.000	200.000
<b>Karibik</b>	9.000	310.000	18.000
<b>N-Afrika, Naher Osten</b>	11.000	230.000	18.000
<b>GESAMT</b>	1 Mio.	37 Mio.	1,8 Mio.

*Abb.2: Globale HIV/AIDS-Situation 2016 (WHO 2017)*

In den wohlhabenderen Ländern der Erde wie Nordamerika und Westeuropa beziehungsweise Australien sind trotz vieler Kampagnen bei den Präventionsbemühungen keine wirklich entscheidenden Fortschritte zu verzeichnen.

AIDS hat zwar mit Sicherheit seinen Mythos verloren und ist in unsere Gedankenwelt des Alltags aufgenommen worden, durch die Erfolgsmeldungen der Medizin hat sich aber auch Gleichgültigkeit und eine Art neue Nicht-Betroffenheit in der Bevölkerung eingestellt.

Wenngleich die europäischen Zahlen vergleichsweise bescheiden ausfallen, müssen die Bemühungen der Aufklärung weiter intensiviert werden, damit möglichst keine durch Unwissen oder Fehlinformation beziehungsweise Ignoranz verursachten Infektionen verzeichnet werden.

In der EU entfallen fast drei Viertel der Inzidenzen allein auf Frankreich, Italien und Spanien. Im Moment sind die Zahlen in allen Ländern der Union seit 1997 rückläufig. Diese Entwicklung ist eindeutig auf die neuen Behandlungsmethoden zurück zu führen. In Irland, Spanien und Portugal sind die intravenös Drogenabhängigen die größte Risikogruppe, in den anderen Ländern der EU ist die Hauptübertragungsrouten der ungeschützte Geschlechtsverkehr, vor allem zwischen Männern.

Osteuropa und Zentralasien zeigen den rasantesten Anstieg bei Neuinfektionen, getriggert durch Drogenkonsum, Mädchenhandel und Prostitution. Diese Entwicklung wird naturgemäß auch in Zentral- und Westeuropa mit Besorgnis beobachtet. Die Länder der ehemaligen Sowjetrepubliken stehen am Beginn der Epidemie, in Russland und in der Ukraine wird eine explosionsartige Entwicklung von HIV unter intravenös drogenabhängigen Menschen erwartet. Die meisten anderen Staaten in Osteuropa weisen eine stabil niedrige AIDS-Prävalenz aus. Dafür sind die Zahlen anderer sexuell übertragbarer Erkrankungen vergleichsweise hoch, daher wird Geschlechtsverkehr eine Rolle als Übertragungsweg spielen.

Was die Therapie betrifft, haben die Möglichkeiten im Rahmen der medikamentösen Behandlung in den letzten Jahren rasant zugenommen. Durch die wachsende Erfahrung konnten Dosierungsprobleme, Compliancefragen und

Nebenwirkungen immer konsequenter optimiert werden. Die wichtigste methodische Linie ist immer noch der möglichst frühe Start der Kombinationstherapie.

Bei der antiviralen HIV-Therapie nehmen Patienten täglich Wirkstoffe oral ein, die die Viruslast im Blut unter die Nachweisgrenze senken können. Seit einigen Jahren sind Kombipräparate im Einsatz, sodass Betroffene nur noch eine Tablette pro Tag benötigen.

Die Behandlung könnte bald weniger aufwendig werden als bisher: Injektionen im Abstand von vier bis acht Wochen können das HI-Virus im Körper ebenso gut kontrollieren wie die bisher übliche tägliche Einnahme von Tabletten.

Wer sich heute in Österreich mit HIV infiziert, darf damit rechnen, dass er oder sie ein Medikament erhält, das ein Mal am Tag zu nehmen ist und das in den meisten Fällen kaum Nebenwirkungen verursacht. Die Lebenserwartung ist nicht viel geringer als die eines Menschen ohne HIV und das Medikament hindert HIV nicht nur daran, sich im Körper auszubreiten, es reduziert auch das Risiko, andere Menschen anzustecken.

Die global-ethische Problematik der schon erwähnten sozialen Schere besteht auf der anderen Seite darin, dass leider heute noch immer nur diejenigen Menschen Zugang zu den neuen vielversprechenden Therapieformen haben, die sich die Behandlung auch leisten können, entweder durch Privatvermögen oder durch Leistungen des jeweiligen Gesundheitswesens und der Versicherungssysteme, was dazu führt, dass der am meisten von AIDS betroffene Teil der Welt einen sehr begrenzten Zugang hat (vgl. BASU 2004, UNO 2016).

## 1.2. HIV IN ÖSTERREICH

Die HIV-Statistik in Österreich bleibt seit dem Millennium über die Jahre relativ konstant, die Zahl der neu diagnostizierten HIV-Infektionen ist mit 447 Fällen im Jahr 2016 aber wieder leicht angestiegen, um 19 Erstdiagnosen mehr als 2015 und um 44 mehr als 2014 (siehe Abbildung 3).

Die Zahlen zeigen zwar das im internationalen Vergleich niedrige Niveau, aber die Hoffnung, dass sich bei uns im Laufe der Zeit die Rate verringern könnte, wurde nicht bestätigt, vergleichbar mit anderen Ländern Westeuropas.

Auch wenn die Epidemie in Österreich nicht jenes Ausmaß angenommen hat, das Mitte der 80er Jahre zu befürchten war, muss betont werden, dass sich in Österreich täglich nach wie vor ein bis zwei Personen mit dem HI-Virus infizieren:

<b>1997</b>	<b>1998</b>	<b>1999</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>
261	313	339	428	402	442	423	470	453	435
<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
515	505	507	487	525	523	481	403	428	447

Abb. 3: HIV-Neuinfektionen in Österreich pro Jahr (BMFG 2017)

In Österreich wurden seit 1983 über 4000 AIDS-Erkrankungsfälle gemeldet, etwa die Hälfte dieser Erkrankten sind verstorben. Zur Zeit leben in Österreich geschätzt ca. 12.000 bis 15.000 Personen, die mit dem HI-Virus infiziert sind, etwa die Hälfte davon in Wien.

Die kumulative Bundesland-Statistik der letzten 20 Jahre weist konstant und ohne nennenswerte Abweichungen für Wien ziemlich genau die Hälfte der Betroffenen aus, die andere Hälfte verteilt sich auf die übrigen Bundesländer, den zweiten Platz nach Wien nimmt Oberösterreich ein.

Nach Risikogruppen entfallen auf homosexuelle Übertragung 43%, auf IV-Drogenbenützung 5% und auf heterosexuelle Übertragung 33% (ECDC 2016).

Der beobachtete Rückgang bei Erkrankungs- und Sterbefällen ist auf die erfolgreichen Einsätze der neuen Kombinationspräparate zurück zu führen, die den Ausbruch verzögern, die Lebensqualität erheblich verbessern können und die Lebensspanne effektiv verlängern.

Auch in Österreich handelt es sich bei den HIV-Diagnosen vielfach um Spätdiagnosen („Late Presentations“), weil Betroffene spät zum Test gehen. Je früher aber HIV festgestellt wird, desto effektiver kann man einen Ausbruch der Erkrankung verhindern.

Die Tendenz geht in die Richtung, daß die Neuinfektionen bei Heterosexuellen überproportional zunehmen, Frauen sind von dieser Entwicklung durch ihr vergleichsweise höheres Risiko stärker betroffen als Männer. Auch unter den Erkrankungen ist der Anstieg bei heterosexuellen Frauen bemerkbar.

Umfragen haben zwar gezeigt, dass den Österreicherinnen und Österreichern die Ansteckungswege von HIV weitgehend bekannt zu sein scheinen, Experten sehen einen Grund für den Inzidenzanstieg aber eben darin, dass eine Infektion nicht mehr als so gefährlich und tödlich wie früher eingeschätzt wird, die Angst sinkt und wird von einer Art Sorglosigkeit abgelöst.

Die Medienberichte über die nahezu gleiche Lebenserwartung mit oder ohne HIV haben diesen Trend nur noch bestärkt: Insgesamt können HIV-Patienten heute mit zehn Lebensjahren mehr rechnen als noch vor 20 Jahren (vgl. TRICKEY 2017). Die Täuschung besteht darin, dass mit den Behandlungsmöglichkeiten der Krankheitsverlauf zwar verlangsamt und positiv beeinflusst werden kann, von Heilung aber nach wie vor nicht die Rede sein kann.

Seit Herbst 2016 ist eine Antiaidspille zugelassen. „Truvada“ kommt aus der antiretroviralen Therapie und kann verhindern, dass nicht infizierte Menschen sich bei ungeschütztem Sex mit HIV anstecken (Präexpositionsprävention-PrEP). Seit 2012 ist Truvada schon in den USA im Einsatz. Hierzulande können Ärzte das Präparat allen empfehlen, die ein besonders hohes Ansteckungsrisiko haben. Dazu zählen etwa Männer, die mit Männern Sex haben,

oder Menschen, die mit einem HIV-positiven Partner leben oder häufig ihre Sexpartner wechseln. Wer die Tabletten einnimmt, soll aber weiterhin Kondome verwenden, sich beraten lassen und auch regelmäßig HIV-Tests machen.

Zusammengefasst bestärkt die Situation der möglicherweise trügerischen Stille um AIDS die Notwendigkeit der konsequenten Fortführung von zielgruppenspezifisch präventiven Aufklärungsmaßnahmen.

## **2. JUGENDLICHE UND HIV**

### **2.1. EINFÜHRUNG UND ENTWICKLUNG**

Zur Ausgangslage der vorliegenden Untersuchung gehören die Datensammlungen und Erkenntnisse früherer Studien des Autors, speziell aus der Diplomarbeit im Jahr 1992 und der AIDS-Jugendstudie 1997 am Ludwig Boltzmann-Institut für Frauengesundheitsforschung.

Wenn man die Ergebnisse meiner Diplomarbeit interpretierend zusammenfasst, bot sich von den 365 Jugendlichen, die vor etwa 25 Jahren befragt wurden, folgendes Bild (FINK 1996):

AIDS war für sie ein durchaus bekanntes, wichtiges und ernstzunehmendes Problem, für das sie sich interessierten, auch wenn nur circa die Hälfte von ihnen bereits sexuell aktiv, Geschlechtsverkehr also mit eingeschlossen, lebte.

Allerdings gaben immerhin über sieben Prozent an, schon einmal in einer Risikosituation einer Ansteckung gewesen zu sein, vor allem durch ungeschützten Geschlechtsverkehr.

Auffallend an der Liste der Quellen für einschlägige Informationen war der deutlich letzte Platz, den die Eltern einnahmen. Offensichtlich war in den meisten Familien kein Gesprächsklima der offenen Gedankenaustauschmöglichkeiten und der Aufklärung vorhanden, oder, was sicher auch in vielen Fällen zutraf, die Eltern waren selbst zu wenig sachlich über das Thema informiert.

In der Wunschliste der Jugendlichen, wer in der AIDS-Aufklärung aktiver sein sollte, rangierten die Eltern aber nicht etwa an erster Stelle, sondern wurden von Schule und TV abgehängt. Das scheint einen Hinweis auf die innerfamiliären Barrieren zu geben, die durch ein solch stark tabuisiertes Thema wie die Sexualität aufgebaut werden.

Eine klare Absage erteilten die Jugendlichen den Schulen und den Ärztinnen, was deren Qualität und Kompetenz als Autoritäten zur Aufklärung und Bekämpfung von AIDS betrifft.

Was die subjektive Betroffenheit angeht, so zeigte sich insgesamt eher das Bild der "Unverwundbarkeit", demzufolge war die konkrete Angst vor

AIDS nicht sehr ausgeprägt, auch die Wahrscheinlichkeit, selbst infiziert werden zu können, wurde eher gering eingeschätzt. Dabei kommt in vielen Fällen eine gefährliche Mischung von Unwissen und Naivität, die zum Beispiel darin gipfelte, dass als Grund, warum man persönlich keine Angst vor einer Infektion habe, angegeben wurde: „...weil ich niemanden mit AIDS kenne.“

Meistens wird das subjektive Gefühl der Sicherheit beziehungsweise dieser Optimismus allerdings mit der eigenen (als risikoarm oder -frei erlebten) Lebensweise und dem persönlichen sozialen Umfeld begründet, ein Argument, das fälschlicherweise auch den verbreiteten Irrtum mit einschliesst, durch Nichtzugehörigkeit zu einer Hauptrisikogruppe bereits automatisch ausser Gefahr zu sein.

Einem starken (neuen?) "Moral"- und Treueideal entsprechend, zählte für die überwiegende Mehrheit eine stabile Zweierbeziehung, die auch eine "Vorsicht im Umgang mit Fremden" mit einschliesst, als das erstrebenswerteste Verhältnis in der Partnerschaft.

Allgemein vertraten die Befragten eine tolerante Haltung in Bezug auf die Gründe einer Ansteckung; allerdings stimmte immerhin jede/r fünfte der These „Jeder, der AIDS bekommt, ist im Prinzip selbst daran schuld.“ zu. Für ebenfalls jede/n fünften von ihnen waren Unwissenheit oder Sextourismus die Ursache.

Demgegenüber hatten nur 15 Prozent den Eindruck, dass infizierte und kranke Menschen in Österreich menschenwürdig geachtet, akzeptiert und geschützt würden. Interessanterweise sollte sich anhand der Befragung zum Umgang mit Betroffenen herausstellen, dass die Jugendlichen selbst mit ihren Meinungen und Absichten diesen niedrigen Prozentsatz nicht unbedingt anzuheben imstande waren.

In die AIDS-Zukunft sah die Jugend mit "gemischten Gefühlen": "Ängstlich" und "Optimistisch" waren die mit Abstand häufigsten Antworten auf die Frage nach den Zukunfts-Gefühlen. Immerhin dachten fast drei Viertel der TeilnehmerInnen, dass in den nächsten Jahren wirksame Medikamente entwickelt würden.

Der alte Gedanke "Wissen ist Macht" schien hoch im Kurs zu stehen, denn fast alle der befragten Jugendlichen stimmten zu, dass man sich umso besser vor einer Infektion schützen könnte, je mehr man über AIDS wüsste.

Damit wird erneut unterstrichen, wie wichtig Information als Basis ist und auch so gesehen wird, auch wenn bereits bekannt ist, dass damit erst der Grundstein für präventives Handeln gelegt wird.

Das Argument erhielt zusätzliches Gewicht, denn mehr als die Hälfte der jungen Leute gab an, dass sie sich aufgrund ihres mangelhaften Wissens unsicher fühlte. Somit kann angenommen werden, dass dem Bedürfnis nach mehr Wissen ein Sicherheitsbedürfnis zugrunde liegt und dass die Begriffe Wissen und Sicherheit gerade im Bereich von HIV sehr eng miteinander verknüpft sind.

Daher zeigt sich an dieser Stelle einmal mehr die Gefährlichkeit des subjektiven Gefühls von Nicht-betroffen-sein: Obwohl die Jugendlichen angeben, ihrer Meinung nach zu wenig zu wissen, und sie gleichzeitig unterstreichen, dass Wissen die Basis für ausreichenden Schutz bedeute, und obwohl sie AIDS als eine ernstzunehmende Gefahr einstufen, klammern sie sich selbst doch deutlich vom Risiko aus ("Mich wird es schon nicht treffen"). Damit wird durch diesen Widerspruch das psychologische Konzept der eigenen "Unverwundbarkeit" auf eindrucksvolle Weise bestätigt.

Betrachtet man den Bereich Informationsniveau, konnte festgestellt werden, dass das Gesamtwissen der österreichischen Jugendlichen zum Thema HIV als allgemein hoch einzustufen war.

Die Natur der Krankheit (Virale Infektion), die gängigen wissenschaftlichen Entstehungstheorien sowie die Möglichkeiten ihrer Übertragung durch Austausch von Körperflüssigkeiten waren gut bekannt. Die Gefahren der Infektion durch ungeschützten Geschlechtsverkehr und den Wiedergebrauch bereits verwendeter Injektionsnadeln waren so gut wie allen teilnehmenden Jugendlichen bewusst; einige Skepsis trat jedoch den Bluttransfusionen sowie der Möglichkeit einer Übertragung durch Zungenküsse gegenüber auf. Vorbehalte und Unsicherheiten bestanden ausserdem weiterhin im Bereich Übertragung durch

alltäglichen sozialen Kontakt (Benutzung desselben Glases, Anhusten, Lebensmittel, Sauna und Schwimmbäder).

Das Resultat von zwei Prozent "Stimmt"- und sechs Prozent "Weissnicht"- Antworten zu dem Statement "Die Pille schützt ziemlich sicher vor AIDS." kann als Schwierigkeit gedeutet werden, zwischen Verhütungsmitteln wie der Anti-Baby-Pille und dem Kondom, das neben dieser Funktion auch noch als Infektionsschutz dient, zu unterscheiden. Allerdings könnte dieser Vermengung insofern positiv Rechnung getragen werden, als man verstärkt für das Verhütungsmittel Kondom werben sollte und dabei automatisch den Effekt der indirekten Werbung für das Infektionsschutzmittel inkludiert hätte.

Wissensmängel traten im Bereich der Nomenklatur und der Benennungen auf, so konnte zum Beispiel nur jede/r zwanzigste Teilnehmer/in den vollen Wortlaut der Abkürzung "AIDS" nennen und weniger als die Hälfte wusste, wie das auslösende Virus heißt.

Die Frage nach der AIDS-Symptomatik deckte die weit verbreitete und sich hartnäckig behauptende Wissenslücke betreffend den Unterschied zwischen dem Stadium des Infiziert-Seins und dem tatsächlichen Ausbruch von AIDS auf. Etwa die Hälfte der Antworten lautete, man könne einen Menschen, bei dem AIDS zum Ausbruch gekommen sei, äusserlich "gar nicht" erkennen.

Damit war offenbar in Wirklichkeit der latent Infizierte gemeint. Parallel dazu sei auf das Problem verwiesen, daß andererseits viele Jugendliche annehmen, "irgendwie" jemanden, der infiziert sei, erkennen zu können, weil man es demjenigen ja doch ansehe. Auch dieser Widerspruch kann als Diskrepanz zwischen allgemeiner Sorge und subjektivem Sicherheitsgefühl interpretiert werden.

Ebenfalls das Problem der Trennung zwischen "Infiziert" und "Krank" zeigt die Frage nach den Testmethoden auf, zu der fast vierzig Prozent antworteten, man könne mit dem "AIDS-Test" (!) nachweisen, jemand "habe AIDS".

Grosse Unsicherheit bestand ferner bezüglich des Verlaufes der Infektion. So bezeichnete knapp mehr als die Hälfte der Befragten AIDS als eine tödliche Krankheit, fast vierzig Prozent hielten Heilungen für möglich.

Gleichzeitig war nur etwa jedem/r zehnten Befragten klar, dass es in Österreich ein AIDS-Gesetz gibt. Das mag zwar für das individuelle Gesundheitsrisiko eines sexuell aktiven Teenagers von sekundärer Bedeutung sein, zeigt aber nichtsdestoweniger, wie kaum präsent öffentliche Stellen in der aktiven Aufklärungsarbeit sind.

Was das Verhalten der Jugendlichen in Bezug auf AIDS betrifft, so muss zuallererst darauf hingewiesen werden, dass sich das Kondom nicht durchgesetzt hatte. Nur etwa jeder fünfte der sexuell aktiven Teenager verwendete es nach eigenen Angaben "immer", circa jeder dritte "manchmal", aber gut die Hälfte gab an, es "nie" zu benutzen. Der Schutzmassnahme "Sex nur mit Präservativ" stimmten zwei Drittel zu.

Auf der anderen Seite waren auch zwei Drittel der TeilnehmerInnen daran interessiert und willens, sich gegebenenfalls zusammen mit einem/r neuen Partner/in einem HIV-Test zu unterziehen.

Eine weniger tolerante Haltung als zur individuellen Schuld an der Infektion nahmen die Schülerinnen und Schüler in der Frage des Umgangs mit AIDS-Kranken ein. So befürwortete jede/r dritte von ihnen eine namentliche Erfassung der Betroffenen, schärfere Gesetze und ein Verbot der Prostitution, fast jede/r fünfte hätte Homosexualität verbieten und Kranken oder Infizierten die Benutzung bestimmter öffentlicher Einrichtungen verbieten wollen.

Damit bestätigten die Jugendlichen pikanterweise ungewollt ihre eigenen Einschätzungen, wonach den Betroffenen in Österreich zu wenig Mitgefühl und Akzeptanz entgegengebracht würde.

Angesprochen auf das Verhalten im direkten Umgang mit Betroffenen wolte ihnen nur ein Drittel einen Kuss geben, etwa die Hälfte das eigene Trinkglas borgen und circa je ein Drittel hätte die Benützung der eigenen Toilette untersagt beziehungsweise es verweigert, mit einem Infizierten oder Kranken ins Schwimmbad zu gehen.

Auch an dieser Stelle sei auf die interessante Parallelität verwiesen, dass über 85 Prozent der Befragten angegeben hatten, ihrer Meinung nach würden die HIV-Betroffenen in Österreich nicht genug akzeptiert.

Zwar waren neunzig Prozent, wenn sie ÄrztInnen gewesen wären, bereit, PatientInnen mit AIDS zu behandeln, allerdings nur zwei Drittel bereit, einem/r solchen bei einem Unfall Erste Hilfe zu leisten.

Im Gesellschaftsleben durch AIDS beeinträchtigt, sodass man dadurch weniger ausgehen oder gewisse Kontaktorte meiden müsste, fühlte sich nahezu niemand der befragten Teenager.

Zusammen mit der seltenen Kondomverwendung bot sich daher bei den Jugendlichen mit Ausnahme einer Hinwendung zu mehr Treue in der Partnerschaft und der allgemeinen Befürwortung eines "moralischeren" Lebenswandels ein Bild von persönlich eher gering ausfallenden Verhaltensänderungen im Zuge von AIDS.

Die Ablehnung von spontanem Sex mit Zufallsbekanntschaften war vor allem auf Seiten der Mädchen verstärkt, während junge Männer nach wie vor dazu bereit waren (auf das entsprechende Item, die Frage, ob man mit jemandem - bei Verwendung eines Kondoms - schlafen würde, den man erst ein paar Tage kennt, lauteten die Ja-Nein-Verhältnisse der Antworten bei den Mädchen 20:80, bei den Burschen jedoch 70:30).

Die naheliegendste Erklärung ist wohl - neben traditionellen männlichen Rollenmustern - wiederum in der subjektiven Annahme zu suchen, dass man persönlich von dem Problem ganz einfach nicht, oder zumindest nicht direkt, betroffen sei.

Als zusätzlicher Hinweis darauf mögen schließlich auch die Angaben gelten, dass sich nur etwa vier Prozent der Jugendlichen regelmässig über AIDS informierten, obwohl sie gleichzeitig angaben, wenig beziehungsweise zu wenig über AIDS zu wissen und sich deshalb unsicher zu fühlen.

Unter Berücksichtigung der Hypothese, dass ein statistisch gesicherter Zusammenhang zwischen Wissen und Verhalten in Bezug auf AIDS bestünde, konnte den Korrelationen entsprechend bestätigt werden, dass dieser Zusammenhang existiert, und zwar in der Art einer direkten Proportionalitätsbeziehung.

Die statistisch hoch signifikante positive Korrelation bewies die Annahme, dass mit ansteigendem Informationsniveau auch die Ausprägung des

präventiven Verhaltens steigt. Damit konnte nachweislich bekräftigt werden, welche bedeutende Rolle der Wissensstand als Basis und Voraussetzung für das tatsächliche Verhalten einnimmt, wenn auch bekannt ist, wie gross teilweise die individuellen Schwierigkeiten in der Umsetzung sind.

Die These "Je mehr man über AIDS weiss, desto besser kann man sich schützen.", fand somit durch die erhaltenen Resultate bestätigende Unterstützung.

Bezugnehmend auf die Hypothese, dass sich statistisch signifikante Unterschiede zwischen Stadt- und der Landpopulation im Hinblick auf die Ausprägung von Wissensstand und Präventivverhalten zeigen, kam die Studie zu dem Ergebnis, daß der Faktor Lebensraum auf keine der gemessenen Grössen entscheidenden Einfluss ausübte.

Die beiden Teilstichproben aus der städtischen sowie der ländlichen Jugend unterschieden sich also weder in ihrem Wissensstand noch im Grad ihres Vorsorgeverhaltens gegenüber einer Ansteckung signifikant voneinander.

Auch die Höhe der Abweichung zwischen Wissen und Verhalten, die als Mass des Zusammenhanges dieser beiden Parameter bestimmt wurde, differierte in den beiden Populationen nicht statistisch signifikant.

Der ebenbürtige Wissensstand bezeugte also eine bis dahin bundesweit gleichwertige Informationsarbeit und konnte am ehesten damit begründet werden, dass die Jugendlichen als Hauptinformationsquellen das Fernsehen und Zeitschriften sowie Broschüren angegeben hatten, ein Informationsangebot, das tatsächlich als im ganzen Land vergleichbar anzusehen war.

Im Rahmen der Prävention konnte also von einer homogenen Gruppe der österreichischen Jugend unabhängig vom Charakter des individuellen Lebensraumes gesprochen und ausgegangen werden.

Der Einfluss des Geschlechts zeigte sich im Wissens-, nicht jedoch im Verhaltensbereich: Die männlichen Teilnehmer schnitten in den Wissensitems besser ab, erzielten aber im Verhaltensbereich keien höheren Scores.

Den signifikantesten Einfluss übte die Variable Schultyp aus. Sowohl im Wissens- als auch im Verhaltensbereich unterschieden sich die Teilnehme-

rInnen aus den vier Schulformen Gymnasium, Handelsakademie, Berufsschule und Fachschule signifikant voneinander.

Demnach sanken sowohl das Wissensniveau als auch der Ausprägungsgrad des Präventivverhaltens vom Gymnasium über die Handelsakademie und die Berufsschule bis hin zur Fachschule kontinuierlich und auffallend parallel ab, wobei Gymnasium und Handelsakademie einerseits und Berufs- und Fachschule andererseits jeweils paarweise knapper zusammen liegen, während der größte Abstand zwischen Handelsakademie und Berufsschule lag.

Die Schülerinnen und Schüler der Allgemeinbildenden Höheren Schulen hoben sich also im Wissens- wie auch im Verhaltensbereich mit ihren besseren Ergebnissen signifikant von den SchülerInnen der berufsbildenden und der Fachschulen ab.

An dieser Stelle sei auf die "Jugendsexualität und AIDS"-Studie des Ludwig Boltzmann-Institutes für Medizin- und Gesundheitssoziologie (DÜR, PELIKAN1993) erwähnt, deren Erhebungen etwa im gleichen Zeitraum stattfanden.

Sie beinhaltete neben der österreichischen eine internationale Vergleichsstudie und befasste sich auch mit weitreichenderen sozioempirischen Fragestellungen, die über das Problemfeld der Wissens-Verhaltens-Dissonanz hinaus gingen, wie etwa die psychosexuelle Entwicklung, das allgemeine Sexualverhalten, Kontrazeption, Drogen, politische und religiöse Einstellungen etc..

Im Vergleich der Ergebnisse fanden sich sowohl Gemeinsamkeiten als auch Gegensätze. Übereinstimmend waren vor allem die Resultate betreffend die Ängste, Einstellungen und die subjektive Betroffenheit der Jugendlichen.

Beide Arbeiten kamen zum Schluss, dass Jugendliche verschiedener Schulrichtungen unterschiedliche Leistungen im Wissensbereich aufwiesen: Je weniger Bildung sie besaßen, umso grösser war die Wahrscheinlichkeit, Wissensfragen nicht richtig zu beantworten.

Abweichende Resultate ergaben sich im Bereich der Geschlechtsunterschiede: Während meine Untersuchung der männlichen Subgruppe einen signifikant höheren Wissensdurchschnitt auswies, kam das Ludwig Boltzmann-Institut zu keinen Differenzen zwischen Mädchen und Burschen.

Dafür wurde dort ein "Stadt-Land-Gefälle" im Wissensbereich beschrieben. Allerdings verwiesen die AutorInnen auch dabei auf die enge Kopplung mit der Bildungsabhängigkeit (das Gefälle betraf vor allem die Lehrlinge und stand somit wiederum im Zusammenhang mit dem Bildungsstand).

Fünf Jahre nach der Diplomarbeit konnte ich im Rahmen der AIDS-Jugendstudie (WIMMER-PUCHINGER, FINK 1997) erneut Wissen, Einstellungen und Verhalten österreichischer Jugendlicher erheben. Die Arbeit bezog sich auf Grundlagen aus vorangegangenen Untersuchungen am Ludwig Boltzmann-Institut für Frauengesundheitsforschung (vgl. NÖSTLINGER, WIMMER-PUCHINGER 1991, WIMMER-PUCHINGER, NÖSTLINGER 1991, WIMMER-PUCHINGER 1992, WIMMER-PUCHINGER, HÜBEL, SCHMITZ 1995, WIMMER-PUCHINGER, TRULS, BUSCH 1996).

Demnach war der Wissensstand österreichischer Jugendlicher zum Thema AIDS als durchaus hoch anzusehen, wenngleich im Bereich Informationsniveau das Problem eher in der Anwendbarkeit / Umsetzung des Wissens zu liegen schien. Ausserdem zeigten sich Mängel im Wissen um die Test- und Behandlungsmöglichkeiten sowie auf dem Gebiet der ausgeschlossenen Übertragungsrisiken.

Was den Einstellungsbereich angeht, zeigten sich wieder konstant Aussagen mit diskriminierenden Tendenzen einerseits und eine starke Ignoranz und "Unverwundbarkeit", was das eigene Infektionsrisiko betrifft, andererseits. Dabei soll allerdings nicht unerwähnt bleiben, dass auch das Gegenteil, nämlich übertriebene Angst vor AIDS, vorkam.

Beim protektiven Verhalten, der Kondomverwendung, blieb es häufig bei den guten Absichten und Willensbezeugungen, die allerdings nicht in genügendem Ausmass umgesetzt wurden.

Die evaluierten Medienkampagnen der Jahre 1994 und 1995 hatten sicherlich Initialzündungen gesetzt und das Thema AIDS durch hochgradige Zielgruppenerreichung aktuell und präsent erhalten, Hauptergebnis war aber, dass vor allem langfristige Einstellungs- und Verhaltensänderungen, wohlweislich Ziele einer effektiven Primärprävention, durch solche Massnahmen allein nicht gewährleistet werden könnten.

An der Studie nahmen als Stichprobe 1375 Jugendliche aus den Bundesländern Tirol, Salzburg, Oberösterreich, Steiermark und Wien, aus drei verschiedenen Schulformen (AHS, BHS und Berufsschulen) und mit einem Durchschnittsalter von 16.8 Jahren, teil (665 weiblich/710 männlich, etwa 50% von allen sexuell erfahren).

Die Hauptresultate ergaben einen leichten Wissensvorsprung für die Mädchen einerseits und Informationsmängel bei BerufsschülerInnen bzw. Jugendlichen aus Landgebieten andererseits.

Mädchen waren in Bezug auf das AIDS-Risiko ängstlicher, der Zukunft gegenüber trauriger und mutloser gestimmt, ausserdem vorsichtiger bei neuen Bekanntschaften und sie konnten leichter "Nein " zum Geschlechtsverkehr sagen (34% "Sehr leicht"-Antworten, bei Jungen nur 8%).

Sie stimmten allerdings noch häufiger als Burschen einem Verbot von Prostitution und regelmässigen Zwangstests der Bevölkerung zu.

Jungen waren stärker für eine Kennzeichnung von HIV-Positiven durch einen "AIDS-Pass" und meinten häufiger „Wer AIDS bekommt, ist selbst schuld“. Darüber hinaus waren sie der AIDS-Zukunft gegenüber eher gleichgültig als Mädchen eingestellt und hatten signifikant weniger Lust zu kommunizieren ("Über AIDS zu sprechen, ruiniert die Stimmung").

Sexuell erfahrene / ältere Jugendliche hielten zwar sowohl eine persönliche Ansteckung wie auch eine Infektion im Freundeskreis für wahrscheinlicher, lehnten aber nicht nur das Kondom, sondern auch Treue, Verzicht auf riskante Praktiken oder Enthaltensamkeit als Schutz stärker ab.

Mit steigender Erfahrung sanken also die Schutzabsichten, die bei Unerfahrenen noch deutlicher ausgeprägt waren, ab und mit ihnen die Fähigkeit zum "Nein"-Sagen. Gleichzeitig ging auch die Kommunikationsabsicht verloren, denn je älter die Jugendlichen wurden, desto eher meinten sie, „über AIDS zu sprechen, verdirbt alles“.

BerufsschülerInnen waren signifikant AIDS-ängstlicher, sie konnten allerdings am schwersten "Nein" zum Sex sagen und stimmten am höchsten der Aussage "Der Gummi ist ein Liebestöter" zu. Sie waren demgegenüber am

wenigsten für psychosoziale Betreuung HIV-positiver Menschen und am meisten für ein Verbot der Homosexualität.

Generell machten die Mädchen zur Erfahrung mehr Angaben bei „regelmässigem Sex“ und fixer Partnerschaft, Burschen mehr bei „ein paar Mal“. Zusammengenommen hatte die Hälfte der Stichprobe schon Geschlechtsverkehr gehabt.

BerufsschülerInnen waren signifikant in der Sex-Erfahrung überrepräsentiert. Sexuelle Erfahrung hieß in diesem Zusammenhang nicht nur häufiger feste Partnerschaften und mehr Seitensprünge, sondern auf einen Nenner gebracht die Ernüchterungen hinsichtlich der Vorsätze zum geschützten Verhalten. Während sexuell Unerfahrene sich nicht nur die Kondomverwendung, sondern auch das „Mit dem Partner darüber reden“ vornahmen, schien die Praxis eine andere Sprache zu sprechen:

Je sexuell erfahrener und älter Jugendliche waren, umso weniger wurden Kondome tatsächlich verwendet, und zwar sowohl bei einem „ersten Mal“ als auch bei kurzen und bei länger dauernden Partnerschaften.

Auch ein Sexverzicht bei Weigerung des Partners, ein Kondom zu verwenden, kam mit zunehmendem Alter immer weniger in Frage.

BerufsschülerInnen verwendeten in Summe am wenigsten/seltensten Kondome, hatten dabei auch am meisten fixe Partnerschaften und die grösste sexuelle Aktivität.

Gleichwohl hatte es den Anschein, dass mit fortschreitendem Alter immer weniger miteinander gesprochen wurde: Je älter die TeilnehmerInnen, umso weniger Zustimmung für „Man sollte auf alle Fälle über AIDS reden“.

Am auffallendsten waren die mit der Erfahrung wachsenden Argumente gegen das Kondom: nahezu alle angeführten Gründe wurden von den erfahreneren Jugendlichen öfter angeführt.

Die grosse Konkurrentin im Verhütungssektor, die sicher auch eine Rolle spielt, warum das Kondom keine breitere Anwendung findet, wart die Pille.

Was die Geschlechtsunterschiede betrifft, so hatten Burschen mehr Seitensprungerfahrung bei Verwendung eines Kondoms.

Mädchen wollten auch eher das Thema AIDS von sich aus ansprechen, während andererseits Burschen häufiger ein Kondom bei sich führten.

Das plakativste Beispiel zeigte die unterschiedliche Bereitschaft zum Verzicht: Mädchen auf der einen Seite verzichteten auf Sex, wenn der/die Partner/in keinen Gummi nehmen will, Burschen auf der anderen Seite verzichteten bereitwilliger auf das Kondom, wenn "sie" es will.

Entscheidend waren auch die Unterschiede im Umgang mit Betroffenen: Mädchen würden signifikant toleranter herangehen und sowohl HIV-positive MitschülerInnen mehr unterstützen, AIDS-Kranken beispielsweise eher einen Kuss geben, ihm/ihr eher das Trinkglas borgen und ihn/sie eher bei sich wohnen lassen.

Mädchen machten umfassendere Angaben beim Wissensbedürfnis und wollten speziell über Risiken beim Geschlechtsverkehr, Krankheitsverlauf, Behandlung und Umgang mit Betroffenen wissen.

Sie informierten sich generell häufiger als Burschen, machten mehr Angaben bei bisherigen Informationsquellen, speziell Ärzte, Bücher, Plakate und Zeitschriften, und sie unterhielten sich auch öfter im Freundeskreis über AIDS.

Als Wunsch-Informationsquellen für das Thema HIV wurden von Mädchen häufiger Seminare, Workshops und Gruppen mit gleichaltrigen (Peers) genannt.

Demgegenüber zogen Jungen die elektronischen Quellen wie Computer und die Massenmedien TV/Radio vor.

Die jungen Männer konnten sich demgemäss auch besser an die letzte Medienkampagne erinnern.

Auf einen Nenner gebracht waren die Mädchen weit kommunikationsfreudiger, sie hatten auch "in letzter Zeit" häufiger "mit FreundInnen und Bekannten über das Thema AIDS gesprochen" und zogen dialogorientierte Aufklärung vor, während Burschen lieber anschaulich aufgeklärt werden wollten und grössere Sympathie für technologieorientierte Medien hatten.

Die Schule als Aufklärungsort wurde zwar genannt, der Wunsch nahm aber mit zunehmendem Alter immer mehr ab.

Am geringsten befürworteten die BerufsschülerInnen die Schule in Bezug auf AIDS-Aufklärung, obwohl auch sie ihre Wissensbedürfnisse, speziell über Ansteckung und Schutz zum Ausdruck brachten.

Zusammengefasst ergeben sich im Vergleich mit den Resultaten aus den Untersuchungen des Ludwig Boltzmann-Institutes der Jahre 1992, 1994 und 1995 Überblick kaum Veränderungen inhaltlicher, sondern höchstens gradueller Art:

Der Wissensstandard war ähnlich hoch geblieben wie zum Zeitpunkt der Erhebungen von 1994 und 1995, nachdem sich dort eine Steigerung des Wissensniveaus im Vergleich zu 1992 hatte feststellen lassen.

Interessanterweise gab es kaum inhaltliche Verschiebungen: Die Unsicherheiten bestanden weiterhin unverändert am ehesten in den selben beiden Bereichen, die auch schon in den vorangegangenen Untersuchungen herausgearbeitet wurden, nämlich erstens bei den von ExpertInnen ausgeschlossenen Risiken, also eigentlich den "Nicht"-Übertragungen wie Insekten, gemeinsamer Haushalt, sozialer Kontakt, Küssen etc. und zweitens beim Wissen zu Krankheitsverlauf und Therapie. Das bedeutete einerseits inhaltlich, dass es zu keiner thematischen Verschiebung und andererseits methodisch-pädagogisch, dass offensichtlich kontinuierlich und schwerpunktmässig weiterhin zu diesen speziellen Themen Aufklärungsarbeit geleistet werden musste.

Auf dem Gebiet der Emotionen und Einstellungen waren neben einer mancherorts übertriebenen Angst vor AIDS (nicht selten ausgelöst durch eklatante Fehlinformationen aus zuvor erwähnten Wissensbereichen) erstens die ausgrenzenden Einstellungen zu Betroffenen sowie zweitens die eigene "Unverwundbarkeit", d.h. die Geringschätzung der Möglichkeit der eigenen Ansteckung, nach wie vor die wichtigsten Themen.

Ähnlich wie beim Informationsniveau zeigten sich im Vergleich mit älteren Daten überblicksmässig kaum Verschiebungen inhaltlicher Natur. Wohl waren auch wieder graduelle Verbesserungen, hier etwa im Sinne etwas niedrigerer Prozentwerte für Zustimmungen zu diskriminierenden Statements, zu erkennen, allerdings erwiesen sich die "Dauerbrenner" wie Zwangstests, schärfe-

re Kontrollen und Gesetze, Verbote von Homosexualität und Prostitution als äußerst hartnäckig.

Auch wenn der von den Jugendlichen zu vernehmende "Ruf nach Ordnung", der offensichtlich einem grossen Sicherheitsbedürfnis entspringt, in seiner Ausprägung etwas schwächer geworden war, blieb er nach wie vor deutlich vernehmbar.

Die schwierigste Aufgabe bestand scheinbar weiterhin darin, die Ansteckungsrisiken für Jugendliche besser transparent und glaubhaft zu machen, denn die altbekannte Barriere in der Präventionsarbeit, nämlich die Devise "Mir passiert das schon nicht" (wurzelnd in der traditionellen Sicht von AIDS als "Schwulen- und Junkie-Seuche") war bei Jugendlichen nach wie vor aufrecht.

Ein nicht zu vernachlässigendes Faktum, das sich ebenfalls wie ein roter Faden durch die Erhebungen zieht, sind die signifikanten Unterschiede zwischen den Geschlechtern dahingehend, dass sich Mädchen durchwegs toleranter, interessierter, problembewußter, offener und kommunikationsfreudiger zeigen als Burschen. Das darf nicht zu a priori-Wertungen führen, stellt aber einen der wichtigsten Ausgangspunkte für Aufklärungsüberlegungen dar.

Im Verhaltensbereich schliesslich entstand der eher ernüchternde Eindruck, dass Safer Sex-Botschaften noch immer nicht genügend Einzug in die jugendlichen Lebenswelten gehalten haben. Es bleibt vielfach bei Absichtserklärungen, die aber nicht oder zu wenig umgesetzt werden. Die Ausgangsdaten zu fixer Partnerschaft und sexueller Erfahrung waren absolut mit den Stichproben der vergangenen Untersuchungen zu vergleichen und zeigten ein ähnliches Bild.

Als Tatsache bestehen blieb jedoch der Umstand, dass nach wie vor die Häufigkeit der Verwendung eines Kondoms mit der Zeit zurückgeht. Das heisst nicht nur, dass zwischen der vor dem Übergang in die Praxis geäussernten Absicht und der Umsetzung die (im Gesundheitsbereich leidlich bekannte) Wissens-Verhaltens-Lücke klafft, sondern auch, dass, je länger eine Beziehung dauert bzw. auch je älter die Jugendlichen werden, das Kondom immer mehr zurückgedrängt wird. Die beiden Hauptgründe waren neben wachsendem gegenseitigem Vertrauen erstens der stärkere Einsatz der Verhütungskonkurrentin

Pille und zweitens die (seit Jahren immer wieder von gut vierzig Prozent der Jugendlichen mit frappanter und überzeugend bestechender Einfachheit geäußerte) Meinung: "Ohne ist schöner!". Ebenso wichtig erscheint in diesem Zusammenhang die Tatsache, dass der Grad an Kommunikation mit zunehmendem Alter abnahm. Als zweite Devise gesellte sich also dazu: "Weniger reden-mehr tun!".

In den letzten zwanzig Jahren seit 1997 wurden immer wieder Studien zum Thema Jugend, Sexualität und HIV/AIDS durchgeführt.

KROMER (1999) berichtet von einem Trend in Richtung einer in Beziehung gelebten Jugendsexualität, die nur mehr ganz selten im Sinne eines unerwarteten Abenteuers gewertet werden kann. Viel mehr würde das „erste Mal“ überwiegend in einer festen Beziehung ausprobiert, wobei in diesen Fällen nicht immer beide PartnerInnen unerfahren sein müssen.

Beziehungssexualität der Jugendlichen fusst auf dem Muster der seriellen Monogamie, die bedeutet, dass Treue auf die Dauer der Beziehung eingegrenzt ist. Es ist ganz selbstverständlich, dass man mehrere Liebes- und Intimbeziehungen durchlebt, bis man den/die ideale/n Traumpartner/in gefunden hat. Ein aufgeklärter Umgang mit Sexualität bringt nicht unbedingt eine größere Freizügigkeit. Er zeigt eher, dass Jugendliche verantwortungsvoll und im Vergleich mit früheren Generationen selbstbewußter ihre Sexualität leben (vgl. FERCHHOFF 1999, HURRELMANN 1997, KROMER 1999).

„Der in den 50er Jahren prognostizierte Niedergang (der Werte) bei der Freigabe von Jugendsexualität ist weder eingetreten, noch hat dieser die moralischen Grundbausteine der Gesellschaft von Treue, Liebe und Verantwortung weggespült. Jugendliche lassen sich heute nicht vorschreiben, wie sie es nun mit der Sexualität zu halten haben, und scheinen die von ihren Eltern in ihrer Jugendzeit abgelehnten Tugenden wie Treue und Liebe durchaus wertzuschätzen. Somit wird Sexualität für sie weniger ein Natur- als ein (Jugend-) Kulturereignis“ (NEUBAUER 1996, 247).

Im „Durex Sexual Wellbeing Global Survey 2007“ lagen österreichische Jugendliche auf die Frage nach dem Alter beim „ersten Mal“ fast zwei Jahre unter dem weltweiten Mittelwert. Mit 17,3 Jahren fand der erste Geschlechts-

verkehr statt, der internationale Schnitt lag bei 19,25. Mädchen waren dabei noch einmal sieben Monate früher dran als Burschen. 62,7 Prozent der österreichischen StudienteilnehmerInnen hatten ihr „erstes Mal“ geplant.

Die Untersuchung kommt zum Schluss, je besser die Aufklärung im Vorfeld, umso eher greifen Jugendliche auch zu Verhütungsmaßnahmen.

Nur 15,3 Prozent hatten bei ihrem ersten Erlebnis Angst vor Geschlechtskrankheiten oder davor, schwanger zu werden (vgl. DUREX 2007).

Wissen über HIV/AIDS bringt nicht automatisch entsprechendes Handeln mit sich, so das zentrale Ergebnis der GFK-Befragung zu HIV/AIDS (GFK, 2008). Der zunehmend sorglose Umgang von Teenagern mit dem Risiko HIV zeigt den dringenden Bedarf an Aufklärung:

Der Informationsstand von Jugendlichen und das Interesse an der Thematik HIV/AIDS sind erstaunlich gut. 95 Prozent der Jugendlichen wissen über HIV/AIDS und das häufigste Übertragungsrisiko, ungeschützten Sex, bzw. den sichersten Schutz vor einer Ansteckung durch ein Kondom Bescheid, jedoch die praktische Umsetzung lässt zu wünschen übrig.

Obwohl mehr als die Hälfte zwischen 15 und 19 Jahren bereits Geschlechtsverkehr hatte, schützten sich 50 Prozent nicht immer oder gar nicht durch ein Kondom. Zwar wissen sie, dass HIV/AIDS nicht nur so genannte "Randgruppen", also homosexuelle oder drogenabhängige Menschen, betrifft, dennoch sehen die Teenager für sich selbst kein Risiko. Ein Drittel vergisst oder verzichtet bewusst beim "ersten Mal" auf ein Kondom. Risikobewusstsein sowie konkretes Handeln stehen also im Widerspruch zu ihren Kenntnissen und Angaben.

Die Aussicht auf erfolgreiche Behandlung hat klarerweise einen Effekt auf die Disziplin in der Einhaltung der Safer Sex- Empfehlungen: Je mehr AIDS von seiner todbringenden Bedrohung verliert, umso leichter fällt es, der Bequemlichkeit zu erliegen. Junge Menschen können daher, auch unter dem Eindruck der sinkenden Fallzahlen, umso mehr die Ansicht bekommen, Safer Sex-Praktiken seien nicht so entscheidend wie in den letzten Jahren argumentiert wurde.

Daneben halten immerhin 13 Prozent eine Infektion über Insektenstiche, 12 Prozent über Küssen für möglich.

Gleichzeitig zeigt sich ein hohes Diskriminierungspotential: 61 Prozent würden einem HIV-positiven Menschen keinen Wangenkuss geben, 42 Prozent nicht gemeinsam essen, 35 Prozent nicht einmal gemeinsam Computer spielen.

BODE und HESSLING (2010, 2015) erheben in ihren repräsentativen Wiederholungsbefragungen zur Jugendsexualität 14- bis 25 Jähriger im Auftrag der deutschen Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZGA), der siebenten und achten Studie seit 1980, dass viele jungen Leute feste Partnerschaften rund um den Einstieg in die Sexualität vorziehen, die PartnerInnen als Vertrauenspersonen sehen, ihre Eltern und auch die Schule wieder mehr und mehr als Aufklärungsquellen anerkennen und nutzen, dennoch das Internet als klare Nummer 1 in Sachen Information betrachten.

Generell ist in den BZGA- Erhebungen der Trend unübersehbar, dass in den letzten zehn Jahren sowohl rückläufige Entwicklungen beim Einstiegsalter als auch eine geringere spontane sexuelle Aktivität im Allgemeinen zu verzeichnen sind.

Für 85 Prozent der 16- bis 18jährigen TeilnehmerInnen an der „Generation What“-Studie, der bislang größten europaweiten Jugend-Online-Studie zu Gesellschaft und Zukunft, ist Treue der unverzichtbarste Faktor in Sachen Partnerschaft (EBU 2017).

Diese konservativen Züge verdecken aber nicht die Tatsachen, dass im Alter von 16 Jahren etwa 40 Prozent und mit 19 Jahren etwa 90 Prozent der Jugendlichen regelmässig sexuell aktiv sind (vgl. RAMELOW, TEUTSCH, HOFMANN, FELDER-PUIG 2015) und auf der anderen Seite sich die Wissenslücken gleichzeitig hartnäckig halten.

Die jahrelange Aufklärung zu Safer Sex hat wohl Früchte getragen. Allerdings sind gerade junge Menschen nicht immer gut informiert, wie sie sich mit dem HI-Virus anstecken und wie sie sich schützen können. Zwar wissen fast alle, dass ungeschützter Sex den Erreger übertragen kann, oder auch das Blut eines HIV-Infizierten gefährlich sein könnte.

Eine Studie des Meinungsforschungsinstituts Emnid (EMNID 2016) zeigt, dem gegenüber dass 35 Prozent der Befragten zwischen 14 und 29 Jahren Küssen und 20 Prozent Trinken aus einem gemeinsamen Glas für mögliche HIV-Übertragungswege halten.

Für 10 Prozent der Jugendlichen zwischen 14 und 19 Jahren ist auch der Handschlag eine plausible Ansteckungsgefahr.

Die Ergebnisse reflektieren den unverändert hohen Aufklärungsbedarf betreffend Fragen zu Gefahr vor und Leben mit dem Virus.

## 2.2. METHODISCHE ANSÄTZE DER PRÄVENTION

Die Lebenswelten von 15-bis 19Jährigen haben sich seit den 90er Jahren kontinuierlich vereinheitlicht. Fast alle gehen in diesem Alter in die Schule oder absolvieren eine Lehrausbildung und wohnen bei ihren Eltern. Unterschiede im Laufe dieses Lebensabschnittes zeigen sich allenfalls eben zwischen SchülerInnen und den bereits berufstätigen Lehrlingen (KYTIR, MÜNZ 1994), Fakten, die für die lebensweltspezifischen Ansätze in der Prävention von grundlegender Bedeutung sind.

In den letzten zwanzig Jahren wurden weltweit unzählige Projekte im Rahmen der AIDS-Prävention gestartet, wenngleich global ungleich verteilt und mit ungleichen Mitteln ausgestattet.

Im Verzeichnis „Who is who in Europe: HIV/AIDS Prevention for Youth“ (NIGZ 1998) finden sich schon 280 einschlägig tätige Organisationen aus 41 Ländern Europas gelistet, im Abschnitt Aktivitäten sind an die 100 Projekte gelistet, die über mehrere Jahre laufend eine Vielzahl von Jugendlichen mit den unterschiedlichsten Ansätzen erreicht haben.

Dabei stellt HIV/AIDS nur einen Aspekt der unter dem Titel Health Promotion zusammengefassten Programme zur Gesundheitsförderung mit der Zielgruppe Jugendlicher dar:

Unter anderem geht es darin um die Inhalte Stress, Rauchen, Alkohol, Drogen, Gewalt, Ernährung, Bewegung, Ergonomie und Haltung; Zahnhygiene, Körper- und Selbstbewußtsein, Internet und vieles mehr.

Wenngleich Jugendliche in Österreich eine Bevölkerungsgruppe mit geringem Anteil an HIV-infizierten Personen repräsentieren, sind sie dennoch seit Anbeginn der Präventionsarbeit eine zentrale Zielgruppe. Die primärpräventive Ansatzlogik begründet das damit, dass Prävention dann am wirksamsten ist, wenn sie schon beginnt, bevor jemand sich Risikosituationen gegenüber sieht und somit die Möglichkeit hat, diese von vornherein zu vermeiden (vgl. MISCHNICK, ROSSBACH 1992, KIRBY, SHORT, COLLINS, RUGG, KOLBE, HOWARD, MILLER, SONENSTEIN, ZABIN 1994).

Seit Beginn der HIV/AIDS-Arbeit in Österreich ist es deshalb ein Ziel, insbesondere Jugendliche aufzuklären. Diese Bemühungen blieben nicht ohne Erfolg, es ergeben sich aber zwei psychologische Problemfelder:

1. Erworbenes Wissen wird nur teilweise in schützendes Verhalten umgesetzt.
2. Fehlinformationen bleiben bestehen.

#### zu 1. Wissen/Verhalten

Das adäquate Wissen reicht nicht immer aus, um in der entsprechenden Situation zur richtigen Verhaltensweise zu führen. Faktoren, die durch klassische Präventionsmaßnahmen nur schlecht beeinflusst werden können, sind entscheidend am Zustandekommen des Verhaltens beteiligt. Das eigene Körperbewusstsein, das Selbstwertgefühl, das Rollenverhalten gemäß den Geschlechterstereotypen oder die durchlebten sexuellen Erfahrungen müssen genau so berücksichtigt werden wie Alkohol- und Drogenkonsum oder gesellschaftlich einstellungsgesteuerte Vorurteile (vgl. FISHBEIN, AIJZEN 1975, BÅSEN-ENGQUIST, PARCEL 1992, KLUSMANN, WEBER, SCHMIDT 1993, PLIES, SCHMIDT, NICKEL, BERGER 1993, KRAHE, REISS 1995, SOELLNER, HANNOVER, 1995, PLIES, 1996, BUSSERI, WILLOUGHBY, CHALMERS 2007, CURRIE 2012, PROPP, FORAN 2016).

Mit zunehmendem Alter und der sexuellen Erfahrung sinkt nicht nur die Schutzabsicht, sondern auch die Bereitschaft, das Thema HIV/AIDS mit dem/r Partner/in zu thematisieren. Gleichzeitig halten Jugendliche mit mehr sexueller Erfahrung eine persönliche Ansteckung oder eine Infektion im Freundeskreis für wahrscheinlicher als Jugendliche mit wenig sexueller Erfahrung (vgl. BROWN, LOURIE 1994). Einen deutlichen Unterschied gibt es auch zwischen den Geschlechtern. Mädchen verzichten eher auf den Sex, wenn der Partner kein Kondom verwenden will, während Burschen recht bereitwillig auf das Kondom statt auf den Sex verzichten, wenn die Partnerin ungeschützten Sex haben möchte (vgl. BRANDTNER, 1996).

Ein Ansatz, der Diskrepanz zwischen Wissen und Verhalten zu begegnen ist, die Nachhaltigkeit der Präventionsbotschaften zu steigern, indem die Vermittler der Botschaften aus der Zielgruppe selbst rekrutiert werden.

In vielen Studien wurde mittlerweile bestätigt, dass Peer-Education Inhalte leichter und nachhaltiger vermitteln kann, da die Zugehörigkeit zur gleichen sozialen Gruppe mit ihren Lebenswelten normalerweise automatisch für eine größere Glaubwürdigkeit sorgt (vgl. KLEIBER, APPEL 1996, 1998, 2003, BAUCH 1997, BOHRN 1997, BMUJF 1997, BACKETT-MILBURN, WILSON 2000, FAZEKAS 2000, CARON,, GODIN, OTIS, LAMBERT 2004) .

Einen anderen Zugangsweg bietet das Prinzip der Gesundheitsförderung oder Salutogenese. Es trachtet danach, pathogenen Entwicklungen vorzubeugen, kehrt die Ausgangsfrage um und versucht, anstatt herauszufinden, was krankmachende Faktoren sind, zu bestimmen, welche Parameter dafür verantwortlich sind, gesund zu bleiben, damit diese im Sinne eines „Empowerment“ verstärkt werden können. Dazu müssen Autonomie und der Abbau von Vorurteilen gefördert werden (vgl. GOH, PRIMAVERA, BARTALINI 1996, BZGA 1998, PFORR, 1998, CERWONKA, ISBELL, HANSEN 2000, WILD, FLISHER, BHANA, LOMBARD 2004, HABERLAND, ROGOW 2015).

Ein dritter Ansatz besteht im Risiko-Management und in „Harm Reduction“, nach diesem Prinzip wird nicht nach komplettem Ausschluss des Risikos gezielt, sondern das Risiko soll so gering wie möglich gehalten werden. In Programmen für DrogengebraucherInnen sind als Beispiele Spritzentauschprogramme eingeführt. Jugendliche Sexualität scheint demgegenüber ein schwierigeres Feld zu sein, weil junge Menschen in der sexuellen Entwicklung Erfahrungen sammeln wollen und sollen. Die Prävention kann versuchen, den Jugendlichen Risikokompetenz zu vermitteln, ein wohl vielversprechenderer Weg als die realen Lebenswelten zu verleugnen, indem simpel auf Verzicht gebaut wird (vgl. GÖPEL 1992, BOEKELOO, SCHAMUS, SIMMENS, CHENG 1996, WHO 2014).

#### zu 2. Fehlinformationen

Die hartnäckig über Jahrzehnte befundeten Falschinformationen und Unsicherheiten über die Ansteckungsmöglichkeiten, klassisch das Küssen, die Sauna, das Schwimmbad, die Toilette und das Essbesteck, führen verständlicherweise zu unbegründeten Ängsten und in weiterer Folge zu diskriminierenden Einstellungen und Ausgrenzungstendenzen gegenüber Betroffenen.

Wahrscheinlich sind diese überängstlichen Aspekte vermeintlicher Ansteckungssituationen das Gegengewicht zur vorherrschenden Unverwundbarkeit und Risikounterschätzung. Mit Empowerment kann der Überängstlichkeit genauso entgegengewirkt werden wie einem mangelnden Risikobewusstsein. Eine Person, die sich ihrer eigenen Fähigkeiten bewusst ist und Vertrauen in sich selbst hat, neigt weniger zu irrationalen Ängsten als eine unsichere und deshalb angreifbare Person (vgl. FINK 1998).

Zusammengefasst besteht also die Ausgangslage für Präventionsmaßnahmen aus folgenden Eckpunkten:

◆ Hoher Level an Information

Allgemein gilt, dass österreichische Jugendlichen generell einen umfassenden Informationsstand zum Thema HIV/AIDS aufweisen. Allerdings ist es häufig kein praktisch verfügbares Wissen, das ohne Mühe in die entsprechenden Handlungen übergeführt werden kann. Mängel existieren in den Bereichen Übertragung, Symptomatik, Krankheitsverlauf und Testprozeduren.

◆ Tendenzen von Diskriminierung

Nach wie vor zeigen sich homophobe Äußerungen und Abwertungen von Drogenabhängigen bzw. Prostituierten (vgl. SCHUETTE 1995).

◆ Ignoranz / Unverwundbarkeit

Eine große Zahl von Jugendlichen fühlt sich von AIDS im Sinne der „Unverwundbarkeit“ nicht betroffen und negiert das Problem bzw. schiebt es noch immer den klassischen Risikogruppen zu. Ein Gutteil dieser Ignoranz geht allerdings auf Misinformationen zurück (Verwechslung HIV-positiv und AIDS-krank etc.)(vgl. MCGRATH, STRASBURGER 1995).

◆ Übertriebene Angst

Als Kontrast demgegenüber tritt vereinzelt auch eine irrealer Angst auf, die meistens auf fehlender exakter Information zu den Übertragungswegen beruht.

#### ◆ Inkonsequente Kondomverwendung

Bekannt ist bisher, dass die zu Anfang einer Beziehung oder bei Zufallsbekanntschaften häufig gepflegte Kondomverwendung in der Konsequenz nachläßt und bei Andauer der Beziehung zurückgeht, was auf das steigende gegenseitige Vertrauen zurückgeführt wird. Für jugendliches Sexualverhalten besonders zutreffend ist der Wunsch nach Vollziehung von entweder selbst entwickelten Wunschphantasien oder von bereits in der Gesellschaft, zumindest in der jeweilig betreffenden Peer-Gruppe existierenden Idealvorstellungen bezüglich Sexualität. Im Detail geht es dabei vor allem um ungehemmtes Empfinden und ekstatisch ausgelebte Gefühle, die keiner Kontrolle unterworfen werden können (und auch "nicht sollen"). Um so weniger verwunderlich sind demnach auch Resultate von Untersuchungen, wonach Jugendliche, speziell Jungen, nur unwillig oder unregelmäßig bis gar nicht Kondome verwenden, eine Handlung, die als zu "technisch" und das romantische Lusterleben zu zweit empfindlich störend oder sogar zunichte machend erlebt wird (vgl. BLIEMEISTER 1991, GREEN, MITCHELL, BUNTON 2000, GFK, 2008).

### **2.2.1. HERANGEHENSWEISEN**

1.) Massenmediale Ansätze haben sich als erfolgreich und fortsetzungswürdig erwiesen. Speziell beim männlichen Jugendpublikum bleiben Messages in der Erinnerung, wenn sie mit Kino, TV und Radio transportiert werden (vgl. DEFONG, WINSTEN 1995, EDGAR, HAMMOND, FREIMUTH 1995, LACROIX, SNYDER, HUEDO-MEDINA, JOHNSON 2014).

2) Neue Technologien wie das Internet mit Diskussions-(Chat-)gruppen und den Sozialen Medien stellen ungeahnte Möglichkeiten für Interaktion, Austausch, Zusammenarbeit und Networking dar. Aufklärungsprogramme auf Software demonstrieren, wie interaktiver Informations-Transfer gestaltet werden kann. Die sozialen Medien repräsentieren den jugendlichen Lifestyle und erscheinen innovativ und damit attraktiv. Sensible Informationen und explizites Wissen kann auf sehr persönlich individuelle Weise, ohne Intermediäre

wie (erwachsene!) ExpertInnen oder LehrerInnen zu benötigen, transportiert werden (vgl. JAGANATH, GILL, COHEN, YOUNG 2012).

Nachteile bestehen in der Notwendigkeit von Begleitmaßnahmen zur Aufklärung von Mißverständnissen etc. Mit anderen Worten, der Lernprozess unter Einsatz dieser Technologien muß durch kompetente Personen unterstützt werden. Einen kaum zu kontrollierenden Einflussfaktor stellt die leicht zugängliche Pornografie im Internet dar, die sich zu einem gewichtigen Faktor als „Aufklärungsmedium“ entwickelt hat. Sie muss im Rahmen von Veranstaltungen thematisiert und entmythologisiert werden.

3.) Daneben muß unbedingt auf (ganz im Detail) zielgruppenorientierte Methoden weiter eingegangen werden, die auf Gespräche in kleineren Gruppen abzielen, in denen genau auf die verschiedenen Lebenswelten und Subkulturen / Lifestyles Rücksicht genommen werden kann (vgl. DURANT, ASHWORTH, NEWMAN, MCGILL, RABUN, BARANOWSKI 1992, JANZ, ZIMMERMANN, WREN, ISRAEL, FREUDENBERG, CARTER 1996, KALICHMAN 2014).

4.) Diese beiden Punkte illustrieren den jedenfalls notwendigen alters- und geschlechtsspezifischen Zugang, der weiter angewendet und vertieft werden sollte. Nicht nur haben Mädchen andere Kommunikationsmechanismen und einen offensichtlich größeren Wunsch nach persönlichen Gesprächen, daneben spielen auch noch Rollenbilder und Gruppendruck verschiedene Rollen (vgl. ELDREDGE, MARKHAM, RUITER, KOK, FERNANDEZ, PARCEL 2016).

5.) Zwar von Mädchen in größerem Maße geäußert, aber insgesamt deutlich ist der Wunsch nach stärkerer Miteinbeziehung von HIV-Betroffenen. Dabei ist zu achten, daß kein „Zoo-Effekt“ entsteht, sondern HIV-Positive im geeigneten (kleinen) Rahmen ihre Erfahrungen weitergeben können. Der Wunsch wirft nebenbei auch die Frage der „alternativen“ Expertise auf: bisher werden als ExpertInnen nur erwachsene VertreterInnen des Gesundheitswesens angesehen, modernere Ansätze integrieren diese Form der Expertise

mit anderen wie zum Beispiel den Erfahrungsschätzen direkt vom Virus Betroffener und den Peers als ExpertInnen für die entsprechenden Lebenswelten.

6.) Ein ebenso starker Wunsch der Jugendlichen ist die Forcierung von Peers, also gleichaltrigen ExpertInnen, die mit ihnen, nach entsprechender fachlicher Ausbildung, in kleinen Gruppen Aufklärungs-Workshops abhalten. Die entspannte Atmosphäre und der Ausschluss von Erwachsenen und damit den üblichen Hierarchien lässt die Jugendlichen untereinander in „ihrer“ Sprache sprechen (vgl. FINK 1996, 1998).

7.) Dabei darf nicht übersehen werden, daß von einem integrativen Ansatz die Rede ist. Es kann nicht darum gehen, Methoden gegeneinander auszuspielen und quasi eine gesundheitspolitische Entscheidung zwischen Kinokampagne und Peer-Workshops zu erzwingen, erst ein Miteinander der Ansätze kann zum Erfolg führen.

8.) Zur Frage des Settings ist ebenfalls ein vielschichtiger Ansatz einem Entweder/Oder vorzuziehen. Die Schule bietet zweifellos Vorteile, ist allerdings auch schwer überladen. In der offenen Jugendarbeit und in Jugendzentren kann freizeitorientiert aufgeklärt werden und man befindet sich in einem gelösteren Kontext als das ein Schulcurriculum zulässt (vgl. DEINET, STURZENHECKER, 2013).

9.) Neben dem spezifischen Herangehen an Jungen und Mädchen (vgl. GUTHRIE, WALLACE, DOERR, JANZ, SCHOTTENFELD, SELIG 1996) erscheint ein zweiter Faktor am absolut hervorstechendsten. Er lässt etwaige regionale Differenzen oder kleine Altersunterschiede völlig erblassen. Es handelt sich um das Kriterium Schulbildung: Ohne Zweifel liegen hier die größten Herausforderungen an eine differenzierte HIV-Aufklärungskampagne. BerufsschülerInnen / Lehrlinge weisen auf der einen Seite Wissensmängel auf bzw. tendieren zu Unterschätzung des eigenen Risikos und sind daneben noch überdurchschnittlich geneigt, ausgrenzende Maßnahmen zum Schaden der Be-

troffenen zu befürworten. Auf der anderen Seite zeigen sie bei vergleichsweise höherer sexueller Aktivität die größten Ablehnungen gegenüber den empfohlenen Schutzmaßnahmen, also dem Kondom. Die einfache Rechnung ergibt unter dem Strich, dass diese Gruppe am ehesten einem Risiko ausgesetzt ist. Kombiniert mit den Erkenntnissen zu höherem Infektionsrisiko bei heterosexuellen jungen Frauen führt das zur Zielgruppe der weiblichen Lehrlinge (vgl. FINK, 1996, GFK, 2008).

10.) Was das zeitliche Anberaumen von Kampagnen betrifft, so weisen die Ergebnisse auf die Notwendigkeit von kontinuierlichem Arbeiten hin: Punktuelle Veranstaltungen, die vielfach erst spät und anlassbezogen inszeniert werden, hinterlassen vielfach nur kurzfristige Eindrücke. Wenn es jedoch um längerfristige Absicherung von Einstellungs- und Verhaltensänderungen gehen soll, sind anhaltende und serielle Maßnahmen wünschenswert und angebracht.

11.) Tiefergehende Konzepte, die imstande sind, diese subjektiven Einstellungs- und Verhaltensebenen zu erreichen, geben sich nicht mit Verbesserungen des Wissensstandes zufrieden und sind daher dementsprechend verständlicherweise aufwendiger, sowohl was die zeitlichen als auch die personalen und finanziellen Ressourcen betrifft. Dazu gehören

a) Themenintegration (Einbettung von HIV in Sexualität / Verhütung / Drogen / Gewalt / Mißbrauch) zu einem „Healthy Lifestyle Promotion“-Ansatz (vgl. BIJSTERVELDT, DOORDUIJN, LINTHORST, REINDERS, VERMEER 1996, SPENCER, 2008).

b) Systemische Ansätze (Kombinationen aus Eltern, LehrerInnen, Peer Educators, Betroffene) mit interaktiven Methoden (vgl. CREMER, 1998).

c) Community Based Interventions, Projekte auf kleiner Ebene, vor allem im außerschulischen Bereich (vgl. DEINET, STURZENHECKER 2013).

Was die Methodik betrifft, so würde man, eingeordnet in das Dreier- (Primär-, Sekundär-, Tertiärprävention)-Schema der Prävention, die HIV-Aufklärung von Jugendlichen als klassische Primärprävention titulieren, der die Sekundärprävention mit Maßnahmen für bereits infizierte Personen gegenüber gestellt werden kann.

Die bisherigen Präventionsansätze fußten auf (erwachsenen) ExpertInnen, die anlaßbezogen, häufig sehr spät, auf Institutionen wie Schule konzentriert, punktuelle und auf Informationstransfer fokussierte Veranstaltungen anbieten.

Darüber hinaus spielen natürlich auch Print-/ Massenmedien und das Internet mit den Sozialen Medien eine bedeutende Rolle. Noch nicht genügend vertreten sind Ansätze, die Zielgruppen aktiv miteinbeziehen, mit deren spezifischen Sprachen arbeiten, nicht frontal, sondern partizipativ orientiert sind und sich vor allem mit Einstellungs- und Verhaltensänderungen, wiewohl basierend auf Wissenssteigerung, befassen.

Die Entwicklung lief, ausgehend von den ersten AIDS-Broschüren und Flyern über Filme, (Massen)medienkampagnen, Computerunterstützung (Games, CD-ROM), (Experten)Vorträge, Seminare und Workshops hin zur vielversprechenden pädagogischen Projekt- und Gruppenarbeit, die sich mehr am Dialog orientiert.

Vorläufige progressive Höhepunkte sind die Einsätze von Testimonials, Betroffenen selbst, Opinion leaders und letzten Endes, von Peers, etwa gleichaltrige, fachlich ausgebildete Jugendliche, die für die Aufklärungsarbeit unter ihresgleichen herangezogen werden. Dabei macht man sich den Ansatz zunutze, dass Jugendliche unter sich "die selbe" Sprache sprechen und unter Ausschluss von Erwachsenen in Gruppen arbeiten.

Ergänzende Zugänge sind kreativ-darstellende Ansätze im Theater- und Kunstbereich (vgl. AMSTAD, MUEHLEMANN, 1993) sowie öffentlichkeitswirksame Aktionen wie der „Life Ball Junior“ (vgl. APA 2016).

Der Diskurs rund um die Prävention weist auch im Falle von HIV die typischen Hintergrundprobleme auf: Es geht erstens um den Stellenwert der Prävention in der Gesundheitspolitik generell, daraus leiten sich dann die ent-

sprechenden finanziellen Mittel ab. Zweitens, wo Geld ist, da ist Markt, da ist Verteilung der Mittel und Konkurrenz.

Ein nächstes wichtiges Problem sind die gleichen Ziele wiewohl für verschiedene Gruppen: Selbst innerhalb des Jugendbereiches muss auf verschiedene Subkulturen und Lebenswelten geachtet werden, sonst werden Präventionsbotschaften nicht spezifisch angenommen.

Auch diese Botschaften selbst divergieren, zum Beispiel im AIDS-Bereich, sehr häufig und in großem Maße. Die ideologischen Hintergründe zum Schutz vor der Infektion reichen eben von der Enthaltbarkeit bis zur Safer Sex-Message.

Das sicherlich größte HIV-spezifische Problem ist die Tatsache, dass es sich dabei um Dinge dreht wie Krankheit, Sterben, Tod und Sexualität, alles Tabuthemen, über die nicht einmal viele Erwachsene, schon gar nicht in dieser Verknüpfung, zu reden gelernt haben.

Primärprävention im HIV-Bereich durch dialogorientierte Vorgänge und Methoden, die neben dem Wissenstransfer auch an Einstellungs- und Verhaltensänderungen arbeiten, kann neben dem spezifischen HIV-Anliegen auch

- a) das allgemeine Gesundheitsbewußtsein entwickeln und fördern,
- b) die Kommunikationsfähigkeit erhöhen,
- c) Eigenverantwortung kreieren und
- d) soziale Kompetenz erzeugen.

Damit dient die HIV-Prävention als Einstieg in systemintegrative Ansätze wie "mental/sexual health" (vgl. MAYS, ALBEE, SCHNEIDER 1991, HABERLAND, ROGOW 2015).

AIDS- und Sexualaufklärung Jugendlicher findet außerdem im Rahmen unterschiedlicher Kontexte statt, nämlich Eltern, Geschwister, schulisches Erziehungssystem und Peer-Gruppe, die oft miteinander konkurrieren (vgl. FRANZKOWIAK, WENZEL, EBERHARD 1994, FRANZKOWIAK, SABO 1996, KALICHMAN 2014).

Abschließend soll eine Reihe von Empfehlungen aus meiner praktischen Arbeitserfahrung in der HIV-Prävention mit Jugendlichen dargestellt werden, den Überblick gibt nachstehende Abbildung 4:

Frage 1: **WER** soll Präventionsarbeit mit Jugendlichen leisten?

Antwort: Die klassischen Formen der (erwachsenen) BerufsexpertInnen („Vortragenden“) sollten ergänzt werden durch Mischformen, d.h. Einbeziehung von Peers, Betroffenen, Testimonials etc.

Frage 2: **MIT WEM** (welcher Zielgruppe) soll die Arbeit durchgeführt werden?

Antwort: Von breiten Ansätzen sollte hingeführt werden zu spezifischeren, damit kleineren Gruppen, nach Schulbildung, Alter, Geschlecht, Lebensraum und – welt abgestimmt.

Frage 3: **WO** soll HIV-Prävention stattfinden?

Antwort: Dem überwiegend schulischen Setting sollten mehr außerschulische (community based) Aktivitäten beigelegt werden.

Frage 4: **WANN** ist der richtige Zeitpunkt?

Antwort: Nicht erst anlass- oder problembezogen, sondern früh und systematisch

Frage 5: **WIE LANG** sollen Interventionen stattfinden?

Antwort: Den vielen punktuellen Einsätzen wären serielle mit Wiederholungsterminen zur Festigung vorzuziehen.

Frage 6: **WAS**, also welche Inhalte sollen behandelt werden?

Antwort: Neben dem notwendigen Wissensblock sind Einstellungskorrekturen und Safer Sex Promotion, die über die Praxistipps hinausgeht, unverzichtbar.

Frage 7: **WIE** sollte vorgegangen werden?

Antwort: Mehr dialog- und praxisorientierte Kleinangebote als Massenware und Frontalvorträge

Frage 8: **WOZU** sollen Veranstaltungen führen?

Antwort: Zu Eigenreflexion, Verantwortung, selbstbewußter Autonomie, Selbstwirksamkeit und „Healthy Lifestyle“

Frage 9: **WARUM** wird HIV-Prävention betrieben?

Antwort: Weil die Verhinderung jeder einzelnen Infektion durch Unwissen oder Fehlverhalten das Ziel sein muss und nicht ein Lippenbekenntnis zur Vorsorge.

	<b>WER?</b>	
EXPERTINNEN	(VERANTWORTUNG)	MISCHFORMEN
	<b>MIT WEM?</b>	
BREIT/GLOBAL	(ZIELGRUPPE)	SPEZIFISCH
	<b>WO?</b>	
SCHULE	(SETTING)	FREIZEIT
	<b>WANN?</b>	
SPÄT	(ZEITPUNKT)	FRÜH
	<b>WIE LANG?</b>	
PUNKTUELL	(ZEITRAUM)	SERIELL
	<b>WAS?</b>	
WISSEN INFORMATIONEN	(INHALTE)	EINSTELLUNGEN VERHALTENSWEISEN
	<b>WIE?</b>	
(MASSEN)MEDIEN FRONTALVORTRÄGE	(METHODEN)	WORKSHOPS DIALOGE/GRUPPEN
	<b>WOZU?</b>	
ENTHALTSAMKEIT	(MOTIV)	SAFER SEX

Abb. 4: Empfehlungen zur HIV-Prävention

## **3. PEER EDUCATION**

### **3.1. GRUNDLAGEN**

„Peer“, bis dato noch unübersetzt, bedeutet gleichaltriger, aus dem gleichen soziokulturellen Umfeld stammender (jugendlicher) Mensch. Im Rahmen der Präventionsaktivitäten sind diesem Begriff eine Vielzahl anderer nachgeordnet worden (peer leader, peer communication, peer counselling, peer work, peer support, peer training), ihnen allen gemeinsam ist jedenfalls das Prinzip der Aufklärung von Jugendlichen durch Jugendliche selbst, die entsprechend ausgebildet werden.

Die Idee stammt ursprünglich aus den USA, wo seit Mitte der dreißiger Jahre an Universitäten ältere Studenten als Peers - heute würde man Tutoren oder Mentoren sagen - eingesetzt wurden (vgl. SVENSON 1994,1998).

Obwohl bereits in den siebziger Jahren vom Einsatz von Peer Education berichtet wurde (vgl. CAPONE, MCLAUGHLIN, SMITH 1973), hat dieser innovative Ansatz in der Präventionsarbeit erst in den neunziger Jahren eine relativ weite Verbreitung gefunden.

Das Profil von Peer Education hat sich allerdings stark verändert. Damit stiegen auch die Einsatzmöglichkeiten von Peer Education in den verschiedensten thematischen Zusammenhängen im Rahmen der Gesundheitsförderung.

Vorstufen und damit auch Elemente der Peer Education sind aus psychologischer Sicht das Lernen am Modell, Vorbilder im allgemeinen, das Prinzip der Partizipation/Miteinbeziehung, Arbeit mit Betroffenen selbst (eine wichtige „Expertise“, die der professionellen, wissenschaftlichen, gegenübersteht und oft unberücksichtigt blieb) und der „Community“-Ansatz, der das gemeinsame Umfeld - den entsprechenden Lebensraum - berücksichtigt (vgl. FEE 1994, ACADEMY FOR EDUCATIONAL DEVELOPMENT 1998, FILZWIESER, KIRSCHNER, LEBER, RIEGLER 1998).

Heute haben neben den USA in Europa vor allem Großbritannien, die Niederlande und Skandinavien Vorreiterrollen, daneben bewährt sich die Idee

auch in Entwicklungsländern, wo einheimische Peers größere Glaubwürdigkeit aufweisen als weiße Experten (vgl. WOLF, TAWFIK, BOND 2000).

Eine populärpsychologische Übersetzung des Prinzips findet sich in dem klassischen Spruch „Gleich und Gleich gesellt sich gern“, der sich natürlich auf mehr als nur jugendliche Subkulturen bezieht.

Vielen Menschen ist aus der Wortfamilie eher der negativ besetzte Begriff „Peer Pressure/Peer-Druck“ bekannt, der die unangenehmen Aspekte der Gruppe mit ihren Zwängen und Normen umschreibt, die das für die Mitglieder so wichtige Dazugehören oftmals bestimmen, nicht zuletzt in Fragen der Sexualität (vgl. DUNCAN-RICKS 1992).

Die Bedeutung der Peer-Gruppe besteht in der Phase der Ablösung von den Eltern in einer Art Hilfe zur Emanzipation und Verselbstständigung auf dem Weg von den Werten und Normen der Familie zu denjenigen der Gleichaltrigen. Die dann neue Subkultur mit ihren Verhaltensformen und Sprachstilen liefert das neue Bezugssystem für Sicherheit und Aufgehobensein und ermöglicht die Abgrenzung von den Eltern/Erwachsenen und zugleich von der Kindheit (vgl. SCHENK-DANZINGER 1988).

Zusätzlich zur Hilfe bei Ablösungsthemen und Konflikten bietet die Peer- Gruppe einen Schauplatz für Möglichkeiten zu Beziehungsanbahnungen, in deren Rahmen sexuelle Identität gebildet und erste Erfahrungen gemacht werden können. Nachdem diese Begegnungen nicht immer ohne Spannung und enttäuschende Niederlagen ablaufen, funktioniert die Clique als protektives Rahmenkonstrukt und soziales Kontrollfeld, in dem sich die Mitglieder nicht einzeln exponieren müssen (vgl. HELFFERICH 1994). In der Gruppe können somit narzistische Kränkungen gut kompensiert werden und dabei praktische Kenntnisse vermittelt werden.

Peer Group Education berücksichtigt also die Tatsache, dass neben den Eltern für immer mehr Jugendliche gleichaltrige Freundeskreise und Gruppen an Bedeutung gewinnen. In jeder Peer-Gruppe gibt es Personen (Peer Leaders), die besondere Aufmerksamkeit und Glaubwürdigkeit der anderen Jugendlichen genießen. Sie können so als Rollenmodelle und Opinion Leaders dienen, indem sie Gesundheitsbotschaften vorleben und propagieren.

Hier setzt die Peer Group Education an. Die Arbeit und Kooperation mit diesen Peers soll es ermöglichen, Jugendliche durch Gleichaltrige zu informieren, aufzuklären und damit vor vielfältigen Problembereichen und Gefahren zu schützen.

Die Themen der jugendlichen Peer Education sind breit gestreut: Sie reichen von AIDS über Ernährung und Sucht bis hin zum Thema Gewalt. Wichtiger als Information erscheint es aber, dass Jugendliche mit Jugendlichen über Anliegen, Probleme und Hintergründe von z.B. Konsum- und Suchtverhalten sprechen und damit zum Nachdenken und zur Entwicklung von Alternativen anregen.

Peer Education versteht sich dabei nicht als methodischer Ersatz, sondern als eine sinnvolle Ergänzung (vgl. BACKES, SCHÖNBACH, 2001).

Der Begriff Peer Education kann durchaus unterschiedliche Bedeutungen annehmen (vgl. SHINER, NEWBURN 1996). Während er ursprünglich als eine Form der "Erziehung von jungen Menschen durch junge Menschen" verstanden wird (mit der Betonung der Gleichaltrigkeit), scheint es wichtig geworden zu sein, das Wort "peer" heute nicht allzu eng zu definieren. In zahlreichen Projektberichten bedeutet der Einsatz von „Peer Leaders“ eher ältere als gleichaltrige Peers (KLEE, REID 1995). Gelegentlich wird mit „Peer Supporter“ ein gleicher oder ähnlicher Status bezeichnet, z.B. die von DrogengebraucherInnen angeleitete Arbeit mit DrogengebraucherInnen oder drogengebrauchende Prostituierte arbeiten mit drogengebrauchenden Prostituierten etc. (vgl. TRAUTMANN 1994).

Peer Education beruht allgemein auf der Tatsache, dass Jugendliche viel voneinander lernen und dass Peer-Gruppen eine wichtige Rolle für die individuelle Identität spielen. Jugendliche können oft auf eine profitablere Weise mit jungen Menschen des gleichen sozialen und kulturellen Hintergrunds über bestimmte Fragen diskutieren und dabei Einsichten gewinnen, als das bei erwachsenen JugendarbeiterInnen möglich scheint (vgl. CARR, THOMAS, DOYLE, REDMAN, MYLES 1994). Ein wichtiger Faktor dabei ist die größere Glaubwürdigkeit von Peers im Vergleich zu LehrerInnen (vgl. KLEPP, HALPER, PERRY 1986).

KOLLER (2012) stellt im Bericht zur Lage der Kinder- und Jugendgesundheit in Österreich fest, dass präventive Arbeit im Risikobereich nur funktioniert, wenn sie nach partizipativen Prinzipien angelegt ist. Für Jugendliche ist ein Rahmen, in dem sie Selbstermächtigung und Selbstwahrnehmung üben können, entscheidend, um reflexiv ein Prinzip des Risikomanagements zu ihrem eigenen Thema zu machen. Den heute dominierenden Lust- und Spassfaktoren kommen die ernstesten und manchmal bedrohlichen Messages der Gesundheitsförderung nur schwer bei. Dabei: „Gesundheit kann Spaß machen. Und umgekehrt: Bewusster Spaß hält gesund!“ (S.38)

Peer Education versteht sich somit als ein partnerschaftlicher, pädagogischer Ansatz, der eine Gruppe letztlich mit Freude motiviert, als präventive Rollenmodelle zu wirken.

SVENSON (1998) unterscheidet dabei zwischen:

- 1) Formaler Vermittlung: Auf offiziellem Weg und im traditionellen Setting (Schule, Seminar) werden Informationen von Jugendlichen an andere Jugendliche – meist in Form von Präsentationen – vermittelt. Dabei kommen die Per Educators und Peer Counsellors quasi „von außen“ an eine Einrichtung oder im Sinne eines „Outreach-Projektes“ an eine Zielgruppe (vgl. auch JOHNSON, STANFORD, DOUGLAS, BOTWINICK, MARINO 2001).
- 2) Grassroot: Peer Leaders als z.B. SchülerInnen einer Schule leben das in Trainings Erfahrene und Entwickelte im konkreten, miteinander geteilten Lebensalltag mit ihren Peer-Gruppen. Sie vermitteln also ihre Botschaften, Überzeugungen und Einstellungen, die mit Risikoverhalten und Lebensstil verbunden sind, auf informellem Weg.

Um Problemstellungen wie möglichen Missbrauch durch Erwachsene, durch den Peers instrumentalisiert werden, im schlechtesten Fall einfach nur vorgefertigte Normen und Werte der Erwachsenen in die Gruppen zu implantieren, weisen SVENSON (1998) und KOLLER (2012) auf die immense Bedeutung von Unterstützung/Support durch erwachsene SupervisorInnen und ProjektleiterInnen hin, denen durch persönliche Unterstützung der präventiv tätigen Jugendlichen als Bezugspersonen eine entscheidende Rolle zukommt.

## 3.2. PEER EDUCATION IN ÖSTERREICH

BOHRN hat 1997 in einer Übersicht zu Präventionsarbeit die Situation der Peer Education in Österreich wie folgt zusammengefasst beschrieben:

### Projektträger

Träger von Peer Group Education-Projekten sind in Österreich öffentliche, oft landeseigene Institutionen, Schulen, andererseits auch private Einrichtungen, häufig finden sich Kooperationen zwischen landeseigenen und privaten Einrichtungen, die meisten Projekte sind in regionale Zusammenhänge wie Bundesland oder Gemeinde eingebettet..

### Themen

Die grossen vier Bereiche sind

- ◆ AIDS-Prävention, eingebettet in Sexualaufklärung,
- ◆ Suchtprävention,
- ◆ Gewaltprävention/Konfliktlösung und
- ◆ Allgemeine Prävention (Ernährung, Bewegung).

### Dauer

Die Projekte sind durchwegs auf Langfristigkeit angelegt, dauern zwischen 1,5 Monate und 36 Monate, die mittlere Projektdauer ist 12 Monate.

### Peers-Auswahl

Die Teilnahme der Peers beruht in allen Projekten auf Freiwilligkeit, die Auswahl erfolgt zum Teil durch das Projektteam und zum Teil durch die eigene Bezugsgruppe (z.B. Schulklasse). Als Kriterien gelten Interesse, persönlicher Einsatz, Verbindlichkeit („Corporate Identity“) und Identifikation mit den Projektinhalten, darüber hinaus als persönliche Eigenschaften Authentizität, Kontakt-, Kommunikations- und Kooperationsfähigkeit, Engagement, Offenheit, Toleranz, Flexibilität, Gruppenfähigkeit, Leadership, Reflexionsfähigkeit, Akzeptanz in der Gruppe und wenige Lernprobleme (vgl. HUTZ-SICHER, 1999).

Grundsätzlich wird Wert auf die Vertretung und Gleichverteilung beider Geschlechter gelegt, die Peers sind durchschnittlich 15 bis 17 Jahre alt.

Die Allgemeinbildenden Höheren Schulen sind in den Peers weitaus am stärksten vertreten. In wenigen Projekten sind auch Lehrlinge vertreten, was im Zusammenhang mit der in österreichischen Studien festgestellten stärkeren Gefährdung berufstätiger Jugendlicher bemerkenswert erschien (vgl. FINK, 1996).

### **Peers-Ausbildung**

Eine Ausbildung erhalten die jugendlichen Peers in 80 Prozent der erfassten Projekte, teils in Kursform, teils in Wochenendblöcken, jedenfalls in Form von Schulungsseminaren.

In den Ausbildungen werden neben Informationen zum Thema im Sinne einer möglichst hohen Praxisorientierung auch didaktische Skills zur Durchführung der Einsätze vermittelt. Die Ausbildung dauert im Schnitt 20 Stunden.

AusbildnerInnen sind zumeist in einem gemischtgeschlechtlichen (2-Personen-) Team aktiv und bringen hohe berufliche und fachliche Kompetenzen sowie Erfahrungen in den Aufgabengebieten aus Medizin, Psychologie, Sozialarbeit und Sozialpädagogik mit. Über 90 Prozent der Peers erhalten kontinuierliche Supervision.

### **Zielgruppen**

AdressatInnen sind SchülerInnen (der eigenen Klasse oder jüngere SchülerInnen), BesucherInnen von Jugendeinrichtungen oder BewohnerInnen von Jugendwohnheimen. Sie sind im Durchschnitt jünger als die Peers selbst.

### **Einsätze**

Elemente der Veranstaltungen umfassen

- ◆ Referate,
- ◆ Brainstorming,
- ◆ Gruppendiskussionen,

- ◆ Gruppenarbeiten und (Rollen-) Spiele,
- ◆ Problemzentrierte Einzel- und Gruppengespräche und
- ◆ Erlebnispädagogik.

Die durchschnittliche Dauer der Einsätze beträgt zwei Stunden, die Arbeit wird fast immer in Teams von 2 bis 5 Jugendlichen durchgeführt. Die Anzahl der TeilnehmerInnen liegt zwischen 12 und 90 mit einem Mittelwert von 24, was etwa einer Schulklasse entspricht.

### **Qualitätskriterien und Rahmenbedingungen**

Im Rahmen der Befragung der Projektleitungen wurden als Kriterien

- ◆ Vernetzung der Projekte/Kooperation, dadurch Möglichkeit zu konzentrierter Akquisition von Fördermitteln, idealerweise durch Zentralstellen,
- ◆ Klare Projektbeschreibung (Ziele, Auftraggeber),
- ◆ Themenintegration,
- ◆ Methodenkreativität,
- ◆ Dokumentation und standardisierte Evaluation und
- ◆ Medienkontakt und Medienarbeit genannt.

### **Evaluation**

Eine wie auch immer geartete Evaluation wird bei zwei Drittel der analysierten Projekte angegeben, sie wird intern (zum Großteil) oder extern durchgeführt und besteht aus quantitativen (Pre-/Post-Fragebogenerhebungen) und/oder qualitativen (Interviews, Verlaufsbeobachtungen) Elementen.

### **Vernetzung**

Etwa ein Fünftel der Projekte findet in partnerschaftlicher Zusammenarbeit mit einer oder mehreren anderen Initiativen im In- oder Ausland und in kleinerem Umfang auch mit Unterstützung durch die EU statt (z.B. "Euro-Peers").

## **Kollisionen**

Die jugendlichen Peers müssen sich einer Konkurrenz im Aufklärungssektor stellen, die ihnen fallweise die Expertise und Kompetenz vielfach abspricht (Ziel sollte auf diesem Gebiet natürlich nicht sein, Methoden gegeneinander auszuspielen, sondern sie miteinander in ein System zu integrieren):

- ◆ Erwachsene ExpertInnen (Eltern, ÄrztInnen, PsychologInnen, SozialarbeiterInnen, PädagogInnen)
- ◆ Massenmedien (Kampagnen, TV, Radio)
- ◆ Printmedien (Broschüren, Zeitschriften, Bücher)
- ◆ Computer (Games, CD-ROM)

## **Kritik**

Als die drei meistgenannten Angriffspunkte wurden

- ◆ Mangelhafte Evaluation (Fehlende Kontrollgruppen, mangelhafte Kriterien, viele Dropouts, vielfach keine Prä-/Post Erhebung),
- ◆ Fragliche Langzeiteffekte und
- ◆ Paraprofessionalität beschrieben.

Zum Beispiel hat BAUCH (1997) Bedenken angeführt, dass die Gefahr besteht, in der Sexualaufklärung gegenteilige ungewünschte Effekte zu erzielen und das sexuelle Risikoverhalten ungewollt zu verstärken:

„Der Versuch, Erziehungsintentionen der Erwachsenenwelt in Peer-Prozesse einschleusen zu wollen, gleicht einem „systemfremden Eingriff“. Der Jugendliche, der als Berater beim Peer Counselling eingesetzt wird, ist sehr schnell ein Nicht-Peer, gehört schon nicht mehr zur eigentlichen Gruppe und wird behandelt wie ein Klassensprecher, der sich mehr am Lehrer als an seinen Mitschülern orientiert“ (S.37). KLEIBER, APPEL und PFORR (1998) weisen darauf hin, dass bei nicht exakt zielgruppenspezifischer Auswahl der Peers Polarisierungseffekte eintreten können. Zum Beispiel verstärken sich Angehörige aus der Mittelschicht, die häufig vorzugsweise als Peers ausgebildet wurden, in der Gruppe gegenseitig, während die wirklich bedürftigen Mitglieder problematischer Randgruppen abgehängt werden.

### **3.3. PEER EDUCATION IN DER HIV-PRÄVENTION BEI JUGENDLICHEN**

Seit den neunziger Jahren ist HIV/AIDS und Sexualität neben der Suchtprävention einer der Hauptinhalte für Peer Education-Arbeit (vgl. KLEIBER, PFORR 1994, KLEIBER, PFORR 1995, KLEIBER, APPEL, PFORR 1998, KOLLER 2012).

In Österreich wurde 1993 an der Universität Graz das erste AIDS-Projekt für StudentInnen eingeführt, in dem die Studierenden ihre KollegInnen über HIV aufklärten.

Kurz darauf starteten die AIDS-Hilfen in Wien, Graz, Salzburg, Linz und Klagenfurt ihre Peer Education-Projekte an Schulen (vgl. HARTL, AHO-NEN, EIDHER, KUNZE 2004, AMORT, KUDERNA 2007).

Das Österreichische Jugendrotkreuz in Oberösterreich und in der Steiermark initiierten Peer-Ausbildungen für AIDS- und Suizidprävention (vgl. UNGER, UNGER 1997).

Die bislang aktuellste Aktion ist das Engagement des Vereins „Jugend gegen AIDS“ aus Hamburg, der seit 2009 in Deutschland bundesweit im Rahmen von Peer-Seminaren an Schulen („Positive Schule“) im Einsatz ist und mit dem Startpunkt „Life Ball Next Generation“ in Österreich (Wien und Graz) begonnen hat, Peers zum Thema HIV und sexuell übertragbare Krankheiten (STI) auszubilden (JUGEND GEGEN AIDS 2017).

Die psychologischen Grundlagen sind wie bei anderen Peer-bezogenen Aktivitäten im Health-Belief-Modell und in der sozialkognitiven Lerntheorie zu finden (vgl. SLOANE, ZIMMER 1993). Die Prinzipien der Lerntheorie des Sozialen Lernens von BANDURA (1977) gehen davon aus, dass menschliches Verhalten und Handeln überwiegend durch das Lernen am Modell vermittelt wird. „Der Jugendliche erlebt im anderen Jugendlichen ein seinem Entwicklungsstand nahes Modell für erfolgreiches Verhalten“ (KRAPPMANN, 1994, S.497).

Auch gemeindepsychologische Ansätze lassen sich in der Peer Education determinieren. Nach KEUPP (1990) fällt der „Förderung präventiver

Netzwerkressourcen, Empowermentstrategien zur Unterstützung von Selbstorganisation und lebensweltlichen Hilfeformen“ (S.4) grundlegende Bedeutung zu.

Jugendliche, die im Rahmen des Themas der sexuellen Gesundheit als Peers zum Einsatz kommen, müssen allerdings einerseits dem Konzept und den strategischen Forderungen der Gesundheitsförderung, also Partizipation, Empowerment, Hilfe zur Selbsthilfe und Netzwerkförderung als auch andererseits der Prävention entsprechen (vgl. SCHÖNBACH 1995).

KLEIBER und APPEL (1996) folgern, dass Methoden, die die genannten Health Promotion- Strategien stärker miteinbeziehen als traditionelle Vorträge von Erwachsenen positive Effekte und bessere Resultate erzeugen können.

Leitbilder, die insbesondere den Empowermentstrategien folgen, sind im Bereich HIV/AIDS nach SCHWEINSCHWALLER (1999):

- ◆ Stärkung des Selbstwertes
- ◆ Erhöhung der Sozialen Kompetenz
- ◆ Bewußte Auseinandersetzung mit Gefahren und Krisen
- ◆ Anteilnahme an politischen Prozessen

Eine spezifische Herausforderung für Peers im HIV Bereich ist nach ZILLIAN und VERHOVSEK (1997) die Aufgabe, nicht-kohärente Botschaften selbst anzunehmen und an Jugendliche zu übertragen.

Damit sind Widersprüche gemeint zwischen dem allgemein vorherrschenden Jugend- und Gesundheitskult, in dem Krankheit selbst als massives Stigma angesehen wird, und der Aufgabe der Entstigmatisierung von Betroffenen, also die Aufgabe, Risiko zu mindern, ohne auf Ausgrenzungsstrategien zurück zu greifen.

Als Ziele der Peer Education im HIV/AIDS-Bereich werden überwiegend identifiziert (vgl. FINK, 1996):

- ◆ Wissensvermittlung/-steigerung
- ◆ Einstellungsänderung
- ◆ Verhaltensmodifikation

Nachgeordnet werden öfter auch die Verbesserung der themenbezogenen Kommunikation (SVENSON 1994, STROUSE, KRAJEWSKI, GILIN 1990) und die Förderung persönlicher Ressourcen wie Durchsetzungsvermögen, Selbstbewusstsein genannt (vgl. PHELPS, MELLANBY, CRICHTON, TRIPP 1994, RUBENSTEIN, PANZARINE, LANNING 1990).

Als spezifische Vorteile der Methode gelten (vgl. FINK, 1996, FLANAGAN, MAHLER 1998, KOLLER, 2012)

- ◆ Alternativform (für Jugendliche oft "neu" und „anders“, das heißt, auch bei "AIDS-Müdigkeit" ein lohnenswerter Zugang)
- ◆ Einbeziehung der Zielgruppe (Die Jugendlichen sind selbst die verantwortlichen ExpertInnen)
- ◆ Zielgruppenspezifischer Ansatz (auf Bedürfnisse zurechtgeschnitten)
- ◆ Richtiges Setting (Gruppengröße klein gehalten, Veranstaltungszeitpunkt oft in der Freizeit)
- ◆ Idealer Zeitpunkt (Alter 13 bis 18, beginnende sexuelle Aktivität)
- ◆ Professioneller Know-how-Transfer (durch umfangreiche spezifische Peers-Ausbildung)
- ◆ Progressive Methodik (Inhalte den Lebenswelten angepasst aufbereitet)
- ◆ Glaubwürdigkeit (Anerkennung bei Gleichaltrigen, Jugendliche fühlen sich "verstanden")
- ◆ „Intimität“ (Ausschluss von Erwachsenen, Jugendliche unter sich)
- ◆ MultiplikatorInnen-Effekt ("Schneeballsystem", Peers-Einsätze an verschiedenen Orten)

Was die Evaluationen betrifft, werden Peer Education-Programme üblicherweise systematischen Ergebnisevaluationen nach Pre-/Post-Test-Ansätzen unterzogen, in manchen Fällen werden auch Prozessevaluationen und Verlaufsbeobachtungen durchgeführt (vgl. BACKES, SCHÖNBACH, 2001).

Das Problem dabei ist, dass sich Wissenszuwächse einfach abrufen, darstellen und deuten lassen, Einstellungsangaben immerhin noch von der Ehrlichkeit und der momentanen Stimmung abhängig sind und der Verhaltensbe-

reich schliesslich gänzlich von der Angabe von Intentionen abhängig ist. Die Interpretation dieser drei Bereiche hat also mit ansteigender Vorsicht zu erfolgen (vgl. CROLL, JURIS, KENNEDY 1993)

Beispiele für erfolgreiche Programmevaluationen finden sich bei FABIANO (1993), RICHIE, GETTY (1994), WAGEMANS (1995), O'HARA, MES-SICK, FICHTNER, PARRIS (1996), ZILLIAN, VERHOVSEK (1997), HUTZ-SICHER (1999) und WOLF, TAWFIK, BOND (2000).

Im Folgenden findet sich abschliessend eine Aufstellung der Aspekte und Fragen, die vor einer Implementierung eines Peer-Projektes zu beachten sind, zusammengestellt im Rahmen der Vorbereitung zum Start der AIDS-Hilfe-Peer-Aktivitäten in Salzburg 1997 (vgl. auch SVENSON, 1998):

### **Überlegungen zum HIV-Konzept „Peer Group Education“ (PGE)**

- 1) Grundsatzentscheidung der Verantwortungsträger / Festlegung der Dauer des Gesamtprojekts (Langfristig?)
- 2) Bildung eines Projekt-Leitungsteams (verantwortlich für Fortbildung der LehrerInnen, Information der Eltern und Auswahl, Ausbildung und Begleitung der Peers) und Aufteilung der Kompetenzen
- 3) Planung und Sicherung der Finanzierung / Förderung / Sponsoring / Bewerbung
- 4) Konzepterstellung und Zusammenstellung von Materialien für Ausbildung
- 5) Entscheidung zur Begleiterhebung (Fragebogenerstellung)
- 6) Einleitungsphase, in der eine intensivere Begleitung durch die Projektleitung erfolgt: Planung, Organisation, Ausbildung aller Beteiligten
- 7) Einbeziehung / Beteiligung aller Schulpartner (Vernetzung) durch Bildung von Schulgremien (Leitung, Ärztinnen, Lehrkräfte, Eltern), deren Angehörige sich zur Weiterbildung verpflichten (HIV/AIDS, Prävention, Hintergründe der PGE, Organisation)

- 8) Koordinationsstreffen mit Projektleitung und Schulgremien (Vorstellung, Klärung der Kompetenzen sowie der zeitlichen, örtlichen und finanziellen Bedingungen)
- 9) SchülerInneninformation durch die Projektleitung
- 10) Schriftliche Information der Eltern und Elterninfoabende
- 11) Endgültige Auswahl (Interviews) der Peers unter Berücksichtigung der Fluktuation / Einholung der Einverständniserklärungen der Eltern
- 12) Peer-Ausbildungsseminar (Inhalte: Medizinischer und psychosozialer Hintergrund, Moderation, Organisation, Reflexion)
- 13) Fortbildung des Lehrerkollegiums
- 14) Informationstreffen mit Projektleitung, Schulgremien und Peers
- 15) Beginn der Peer-Aktivitäten (Workshops, Beratungstätigkeit)
- 16) Regelmäßige (6 Wochen) Reflexionstreffen der Peers mit der Projektleitung
- 17) Regelmäßige Treffen Projektleitung und Schulgremium
- 18) Reflexionsklausurtag für Peers und Projektleitung (2 Mal / Jahr)

## **II. EMPIRISCHER TEIL**

### **4. UNTERSUCHUNG**

#### **4.1. EINFÜHRUNG**

Die vorliegende Arbeit spannt über ihre Erhebungszeitpunkte einen zeitlichen Bogen von über zwanzig Jahren und versucht durch Vergleiche die Entwicklung in Wissen, Einstellung und Verhalten österreichischer Jugendlicher in Bezug auf HIV/AIDS zu erörtern.

Diese Untersuchungszeitpunkte liegen eingebettet in dreissig Jahren AIDS in Österreich und gut fünfundzwanzig Jahren an Jugendprävention in den verschiedensten Herangehensweisen.

Insgesamt soll also ein Bild entstehen, das die Fragen zu Jugend und AIDS in Österreich sowohl aus der psychologischen Sicht der Ergebnisse als auch als Spiegelbild der Bemühungen um Aufklärung zeichnet.

Speziell die Peer Education als innovativer Ansatz ist in diesen Jahrzehnten zwar nicht flächendeckend und systematisch, dennoch verbreitet und bis heute andauernd als Zugang der HIV-Prävention im Einsatz.

Im Rahmen meiner Funktion als Projektleiter, Ausbilder und Supervisor in den Peer-Projekten der Aids-Hilfen Wien und Salzburg durfte ich die Arbeit mit und für Jugendliche genießen, das Salzburger Modell „Sperman“ fließt durch die Evaluierung in die vorliegende Arbeit ein.

#### **a) Diplomarbeit 1992**

Der empirische Teil meiner Diplomarbeit 1992 beinhaltete eine Studie an 365 österreichischen Jugendlichen, Mädchen und Jungen im Durchschnittsalter von achtzehn Jahren und aus vier verschiedenen Schulformen (Gymnasium, Handelsakademie, Berufsschule und Fachschule) mit der Zielsetzung, aus der Erhebung von Wissensstand, Einstellungen und Verhaltensformen zu AIDS sowie aus deren Zusammenhängen praktisch relevante Schlußfolgerungen für

die AIDS-Prävention und die Methodik der Aufklärung, speziell der Jugend-Aufklärung, zu gewinnen.

Dabei handelte es sich bei der Stichprobe um eine ausgewählte Stadt-Land-Population, die bei der Untersuchung in der Großstadt Wien (1.8 Mio. Einwohner) einerseits und in der Marktgemeinde Tamsweg im Lungau/Land Salzburg (4000 Einwohner) andererseits teilnahm. Die Ergebnisse wurden in Abschnitt 1.2.1. beschrieben.

### **b) Befragung im Peer-Projekt Salzburg 2001/2002**

Das Amt der Salzburger Landesregierung unterzog das 1997 ins Leben gerufene HIV/AIDS-Aufklärungsprojekt, das unter dem Motto/Slogan „Sperman - That's not bad man!“ mit den Methoden der Peer Education – Jugendliche werden in Workshops von geschulten Gleichaltrigen aufgeklärt - an die HIV-Primärprävention bei SchülerInnen herangeht, einer wissenschaftlichen Evaluation. Im Frühjahr 1997 beschloss das Gesundheitsressort des Amtes der Salzburger Landesregierung die Durchführung des Pilotprojektes Peer Group Education (erstmalig in Salzburg), die Aufklärung Jugendlicher durch geschulte Gleichaltrige unter Ausschluss Erwachsener, als Ergänzung zum bisherigen HIV-Präventionsangebot (Vorträge von MedizinerInnen, Informationsmaterial, schulische Aktivitäten, Aufklärungsarbeit der AIDS-Hilfe etc.) für Jugendliche.

Das Bundesland folgte damit den Berichten über gute Erfahrungen im Peer-Bereich aus der Steiermark und aus Wien und wollte auf diesem Weg ein umfangreiches Spektrum der HIV-Prävention für Jugendliche, die als vorrangige Zielgruppe in den Bemühungen der Primärprävention definiert sind, anbieten.

Erwähnenswert ist an dieser Stelle die Tatsache, daß die Bemühungen gerade zu einem Zeitpunkt ins Leben gerufen wurden, in dem Salzburg gemeinsam mit dem Burgenland das Schlußlicht innerhalb der österreichischen AIDS-Statistik bildete und die Prävalenzraten beeindruckend zurückgingen, was allgemein zu einer Abnahme der Intensität von Interesse und Beschäftigung mit dem Thema AIDS geführt hatte.

Als Kooperationspartnerin konnte die AIDS-Hilfe Salzburg gewonnen werden, die dank ihrer räumlichen und personellen Ressourcen die Organisation der Rekrutierung und Ausbildung der jugendlichen Peers, deren Betreuung/Supervision und vor allem die organisatorische Durchführung der Workshops von der Anmeldung über die Materialbeschaffung und die kontinuierliche Korrespondenz bis hin zur Mithilfe bei der Logistik der Evaluation übernahm.

Das Training der Peers erstreckte sich auf jeweils etwa 30 Stunden, aufgeteilt auf zwei Wochenenden, und umfasste neben der inhaltlichen Ausbildung rund um die medizinischen und psychosozialen Faktoren von AIDS auch didaktische und pädagogische Grundlagen für den Umgang mit Gleichaltrigen in den Workshops. Neben den zu übermittelnden Inhalten ging es also genauso um die möglichen Formen der Seminar-Gestaltung unter Zuhilfenahme der klassischen Unterrichtsmittel wie auch der audiovisuellen Medien.

In Zweiergruppen hielten die jugendlichen Peers ihre Veranstaltungen an Schulen und Jugendzentren ab. Die durchschnittliche Gruppengröße lag bei zwölf TeilnehmerInnen. Zwischen den Einsätzen erhielten die Teammitglieder regelmäßige Betreuung und Supervision. Dabei wurden sowohl Fallberichte und inhaltliche Fragen als auch Organisatorisches und gruppeninterne Probleme besprochen.

## **Projektbeschreibung**

### **Zielgruppe:**

Jugendliche im Alter von 13 bis 19 Jahren im inner- und außerschulischen Bereich

### **Zielsetzungen:**

1) Hebung des Wissensstandes zum Thema HIV/AIDS unter besonderer Berücksichtigung der am weitesten verbreiteten Irrtümer hinsichtlich Übertragung und Schutzmaßnahmen;

2) Modifikation und Anpassung von Einstellungen und des Sexualverhaltens an die Umstände, daß neben der Möglichkeit ungewollter Schwangerschaften auch der Gefahr sexuell übertragbarer Krankheiten wie z.B. der HI-Virusinfektion begegnet werden kann: Kondomverwendung, Safer Sex etc.;

Dabei steht die Devise im Vordergrund, daß der Weg nicht Sexualitätfeindlichkeit und Verzicht, sondern bewußter und offener, lustbetonter Umgang mit Sexualität und ihren verschiedenen Ausdrucksformen lautet.

3) Erzeugung von Sensibilisierung und Betroffenheit bei den Jugendlichen, und zwar sowohl was die Einschätzungen der eigenen möglichen Risiken für eine Infektion, als auch den Umgang mit HIV-positiven und AIDS-kranken Menschen betrifft;

4) Übermittlung von praktischen, alltagstauglichen Hinweisen für den tatsächlichen Umgang mit sexuellen Erfahrungen und Praktiken als Hilfestellung/Brückenschlag zur Umsetzung des angebotenen Fachwissens (siehe 1);

### **Ablauf der Veranstaltungen:**

Es handelt sich um ca. dreistündige Seminare/Workshops, die von jeweils zwei Peers abgehalten werden. Die Gruppengröße sollte eine Maximalzahl von 15 TeilnehmerInnen nicht überschreiten. Prinzipiell sind erwachsene Lehr- und Aufsichtspersonen nicht anwesend, um einen maximalen Grad an Offenheit der teilnehmenden Jugendlichen zu gewährleisten.

Im ersten Teil werden die medizinischen Grundlagen erarbeitet (Virus, Entstehung, Immunsystem, Übertragung, Schutz/Safer Sex, Krankheitsbilder, Therapie, HIV-Test etc.).

Im zweiten, psychosozialen Teil geht es um "Risiko-gruppen", Betroffenheit, Solidarität, Gesetze, Medien, Angst, Sexualität und Varianten / Sexualverhalten, Tod, Einstellungen, Vorurteile u. Probleme im Alltag (Wissens-Umsetzung ins Praktische) etc.. Neben der Diskussion in Plenum und Klein-

gruppen (Fragenausarbeitung usw.) kommen hier auch Meinungskärtchen, Videofilme und Dias zum Einsatz.

Im dritten, workshop-orientierten Teil werden Rollenspiele durchgeführt und die Kondomverwendung am Modell praktisch demonstriert bzw. geübt. Die gesamte Veranstaltung bietet Möglichkeiten zur Einbringung und Reflexion persönlicher Erfahrungen.

Benötigt werden ein Klassen-, Gruppenraum in entsprechender Größe (für ca. 20 Personen) mit Sitzgelegenheiten, eine Wand-Schreibmöglichkeit (Tafel und/oder Flipchart incl. Kreide u. Stifte) sowie TV/Video VHS und Diaprojektor incl. Magazin und Projektionsfläche. Alles weitere Material wird von den Peers selbst mitgebracht (Dias, Videokassetten, Meinungskärtchen, Latex-Hüte, Penis-Modelle, Kondome, Broschüren, Statistiken, Fragebögen).

### **Inhaltlicher Aufbau:**

#### **1. Stunde:**

##### **A) Begrüßung**

##### **B) Medizinischer Teil**

- 1) Begriffe HIV/AIDS
- 2) Körperflüssigkeiten u. HIV
- 3) "Risikogruppen", Übertragung
- 4) Nicht-Übertragung ("Gerüchte")
- 5) Schutz/Safer Sex
- 6) Verlauf, Krankheitsbilder
- 7) Behandlung, Impfung
- 8) Entstehungstheorien zu AIDS
- 9) Zahlen/Statistik
- 10) HIV-Test

## **2. Stunde:**

### **C) Diskussionsteil**

- 1) "Risikogruppen"
- 2) Sexualität/Varianten/Sexualverhalten/Safer Sex
- 3) Betroffenheit
- 4) Einstellungen, Vorurteile
- 5) Solidarität
- 6) Ausgrenzung
- 7) Gesetze, Medien
- 8) Angst
- 9) Tod (körperlich und sozial)
- 10) Probleme im Alltag (Wissens-Umsetzung ins Praktische)

## **3. Stunde:**

### **D) Workshop-Teil**

- 1) Rollenspiele
- 2) Kondomverwendung / Demonstration / praktische Modell-Übungen /Tips

### **E) Abschluss/Verabschiedung**

Schlußrunde / Feedback, Verteilung von Broschüren/ Kondomen/Fragebögen

Der Seminar-Leitfaden findet sich im Anhang (Abschnitt VI).

Im Zeitraum von Ende 1997 bis Ende 2001 wurden etwa 400 Workshops mit über 5000 SchülerInnen als AdressatInnen abgehalten.

Von Beginn an wurde in die Projektplanung eine wissenschaftliche Begleitevaluation mit eingeschlossen. Die Gründe dafür lagen einerseits darin, durch eine Effektivitätsmessung der angebotenen Jugendworkshops die Frage nach der kontinuierlichen Weiterführung des Projektes zu beantworten und andererseits darin, einen Beitrag zur Präventionsforschung der Gesundheitswis-

senschaften im Gebiet der AIDS-Aufklärung bei Jugendlichen bzw. auch zur Diskussion rund um den Stellenwert der Peer Group Education innerhalb dieses Feldes zu liefern. Als „unwissenschaftliche“ Beschreibung des Projektumfeldes sei erwähnt, dass das allgemeine Interesse und Echo sowohl bei den teilnehmenden Jugendlichen als auch bei den involvierten Institutionen, LehrerInnen und BetreuerInnen bzw. den Eltern groß war, die durchaus erwartbaren und erwarteten Widerstände dem progressiven Ansatz gegenüber waren ausgeblieben. Darüber hinaus hatten die Medien das Projekt im Rahmen der Berichterstattung zum Thema AIDS befürwortend aufgegriffen.

Die Fragebogenerhebung fand 1) vor den Workshops, 2) kurz darauf und 3) fünf bis sechs Monate später statt.

### **c) Befragung im Zeitraum 2012**

Den beiden Befragungszeiträumen 1992 und 2002 (Letzterer aufgeteilt in „Vorher“, „Kurz danach“ und „Lang danach“) wurde eine dritte Erhebungszeit 2012 angefügt, also wieder im Abstand von zehn Jahren.

Dieses Mal wurden Jugendliche in Wien und Oberösterreich befragt, wobei sowohl SchülerInnen allgemein bildender höherer Schulen als auch BerufsschülerInnen vertreten waren.

## **4.2. ZIELSETZUNGEN**

### **1) HIV/AIDS**

Wie bereits angesprochen, soll die Studie einen Beitrag zur gesundheitspsychologischen Erfassung des komplexen Themengebietes HIV/AIDS liefern.

Die AIDS-Situation, weltweit noch viel mehr als in Österreich, bietet keinen Anlass zur Beschwichtigung, obwohl es in den letzten Jahren eher still geworden ist und sich eine besorgniserregende Gleichgültigkeit breit gemacht hat, die auf den nicht unwesentlichen Erfolgen auf dem Gebiet der Therapie und den gesunkenen Fallzahlen beruht.

Daher sei nochmals daran erinnert, dass die jährliche Zahl der Neuinfektionen, wenn auch im globalen Vergleich bescheiden, in Österreich nicht abgesunken ist.

### **2) Jugend**

Der Schwerpunkt der vorliegenden Arbeit liegt neben einem psychologischen Beitrag zur AIDS-Forschung vor allem in der Aufgabe, die Jugendlichen in das Zentrum der Betrachtung zu führen.

Ausgehend von der Tatsache, dass Daten von Jugendlichen über ihr Verhalten, speziell im Sexualbereich, aber auch über ihre Wünsche, Einstellungen und Vorurteile bezüglich AIDS eine wesentliche Grundlage für weiterführende Forschung liefern, soll diese Untersuchung helfen, diese wichtige Zielgruppe von Gesundheitsförderung weiter zu verstehen.

Egal, ob Jugendliche im Laufe der Zeit eine oder mehrere Risikoverhaltensweisen akquirieren bzw. entwickeln und damit einer Gesundheitsschädigung näher kommen, allein schon durch ihr geringes Alter entsprechen sie einem primärpräventiven Ansatz per se am besten.

Gleichzeitig interessieren natürlich auch eventuelle Unterschiede in den Resultaten verschiedener Altersgruppen beziehungsweise zwischen Mädchen und Jungen, außerdem sollen verschiedene Schultypen miteinander verglichen werden.

Zentrales Anliegen ist es nicht zuletzt, den jeweilig aktuellen Wissensstand der Jugend zum Thema AIDS zu erheben, um zu prüfen, ob die bisherigen Bemühungen um weitere Aufklärung Erfolge gebracht und das anfangs unbefriedigende Niveau der Informationen angehoben haben.

### **3) Prävention**

Aus einem HIV-präventionsmethodischen Blickwinkel gesehen, setzt sich die vorliegende Erhebung auch zum Ziel, praktisch relevante Schlussfolgerungen für zukünftige Linien der Präventivmaßnahmen in der Gesundheitspsychologie sowie letztlich der Aufklärungs- und Präventionspolitik im Gesundheitsbereich zu liefern.

Durch den Vergleich von Daten aus einem Zeitraum von über zwanzig Jahren soll ein wenn notwendig kritischer Blick auf die Ergebnisse der HIV-Prävention geworfen werden, wenngleich klar ist, dass nie festgestellt werden können wird, wie die Situation aussehen würde, wären die Anstrengungen nicht unternommen worden.

### **4) Peer Education**

Schliesslich wird durch die Betrachtung der Evaluierung eines Peer Education-Projektes auch ein wissenschaftlicher Aspekt für die Diskussion um eine an und für sich sehr von Sympathien, aber auch mit Vorwürfen der Paraprofessionalität behafteten Zugangsweise der HIV-Arbeit mit Jugendlichen erarbeitet.

Abgeleitet von diesen vier Zielbereichen ergeben sich für die Untersuchung folgende Fragestellungen:

### **4.3. FRAGESTELLUNGEN**

- 1) Was wissen die Jugendlichen über HIV-Mechanismen, Entstehung, Übertragungswege, Risiken, Schutz, Krankheitsverlauf, Behandlung und Test?
- 2) Welche Einstellungen/Vorurteile/Emotionen zum Thema AIDS und den davon Betroffenen gegenüber treten auf, wie groß ist die Einschätzung des eigenen Risikos?
- 3) Welche (protektiven) Sexualverhaltensweisen und/oder diesbezügliche Absichten zum Thema Schutz werden geäußert?
- 4) Was sind die hauptsächlichsten bisherigen Informations- und Aufklärungsquellen bzw. -medien für Jugendliche und wie werden sie von diesen beurteilt?
- 5) Haben sich Wissensstand, Einstellungen und Verhalten 2012 gegenüber den Resultaten aus den Untersuchungen der Jahre 1992 und 2002 verändert? Wenn ja, in welche Richtung?
- 6) Welche Unterschiede zeigen sich in Alter, Geschlecht, Lebensraum und Schultyp?
- 7) Inwieweit verändern sich die unter Punkt 1) bis 4) genannten Ergebnisse speziell im Hinblick auf die Evaluierung der Peer Education-Seminare über die drei Zeitpunkte der Erhebung 2002 (vor dem Workshop, kurz nach dem Workshop (bis eine Woche) und länger nach dem Workshop (sechs Monate)?
- 8) Wie werden die Peer-Workshops bzw. deren LeiterInnen von den TeilnehmerInnen im Feedback beurteilt?

## **5. METHODE**

### **5.1. STICHPROBEN UND VARIABLEN**

#### **a) Teilstichprobe Diplomarbeit 1992**

Die erste Stichprobe bestand aus 365 Jugendlichen mit einem Durchschnittsalter von 17.9 Jahren (Minimum 15.7a, Maximum 20.9a, Std.abw. .98).

200 (54.8%) der an der Untersuchung teilnehmenden Jugendlichen waren weiblich und 165 (45.2%) waren männlich.

Bezüglich des geographischen Lebensraumes (Stadt/Land) stammten 203 Teilnehmer (55.6%) aus Wien (1.8 Mio. Einwohner), die den städtischen Bereich repräsentierten, und 162 (44.4%) aus Tamsweg im Lungau/Land Salzburg (4000 Einwohner).

Die Verteilung der vier verschiedenen Schultypen stellte sich wie folgt dar: Insgesamt besuchten 98 Jugendliche (26.8%) ein Gymnasium oder Realgymnasium, 117 (32.1%) eine Handelsakademie, 104 (28.5%) eine Berufsschule und 46 (12.6%) eine berufsbildende Fachschule.

#### **b) Teilstichprobe Peer-Projekt Salzburg 2002**

Bei der Salzburg-Stichprobe handelte es sich um 182 Jugendliche, 75 (41.1%) weibliche und 107 (58.9%) männliche, mit einem Durchschnittsalter von 14.7 Jahren (Minimum 12.3 a, Maximum 18.6 a, Std.abw. 0.86). Dabei waren 27.6% der Jugendlichen unter 14 Jahren alt, 35.0% zwischen 14 und 15 Jahren und 37.4% über 15 Jahre alt.

Nach der Verteilung der Schultypen waren 75 (41.2%) in einer Hauptschule, 26 (14.4%) in einem Gymnasium oder Realgymnasium, 57 (31.2%) in einem Polytechnischen Lehrgang und 24 (13.2%) in einer Höheren Technischen Lehranstalt.

Was die drei Testzeitpunkte (Vor dem Workshop, kurz danach und länger danach) betrifft, so ergab sich etwa eine Drittelung der Stichprobe (35.8%, 32.3% und 31.9%).

### c) Teilstichprobe Wien/Oberösterreich 2012

In der dritten Stichprobe nahmen 667 Jugendliche mit einem Durchschnittsalter von 16.7 Jahren (Minimum 14.08 a, Maximum 19.9 a, Std.abw. 0.89) teil, davon waren 399 (59.9%) weiblich und 268 (40.1%) männlich.

404 SchülerInnen (60.6%) stammten aus Oberösterreich und 263 (39.4%) aus Wien.

Die Verteilung der Schultypen brachte 388 TeilnehmerInnen (58.2%) aus Berufsschulen und 279 (41.8%) aus einem Gymnasium oder Realgymnasium.

Zusammen ergeben die drei Teilstichproben eine Gesamtpopulation von 1546 Datensätzen aus 1214 Jugendlichen mit einem Durchschnittsalter von 16.5 Jahren im ausgeglichenen Geschlechterverhältnis von 644 (53.0%) Mädchen zu 570 (47.0%) Jungen.

**Messgrößen** der Untersuchung sind als unabhängige Variablen

**Testzeitpunkt** (Labels „1992“, „2002/1“, „2002/2“, „2002/3“ und „2012“)

**Alter** (Labels „bis 17.2 Jahre“ und „ab 17.2 Jahre“),

**Geschlecht** (Labels „weiblich“ und „männlich“),

**Lebensraum** (Labels „Stadt“ und „Land“) und

**Schultyp** (Labels „Hauptschule/Poly/Berufsschule“ und „AHS“)

der an der Befragung teilnehmenden Jugendlichen definiert.

Als abhängige Variablen gelten

der **Wissensstand** zum Themenbereich AIDS,

**Einstellungen** und **Emotionen**,

das AIDS-spezifisch präventive **Verhalten** sowie

**Informationsquellen**, -defizite und -bedürfnisse.

## 5.2. UNTERSUCHUNGSINSTRUMENTE

### a) FRAGEBOGEN

Ein zentraler methodischer Grund, der für die Durchführung von schriftlichen Befragungen spricht, ist neben dem Komfort, viele Daten relativ zum Aufwand zu erhalten, der Vorteil, den diese Methode speziell bei Fragen mit tabuiertem Inhalt, wie ihn Sexualität und Intimität darstellen, bietet.

Die Befragten können sich auf diese Weise freimütiger zu privaten Angelegenheiten äußern, als wenn sie sich direkt einem/r Interviewpartner/in gegenüber befindet.

Darüber hinaus konnte im vorliegenden Fall der ansonsten (zum Beispiel bei postalisch versandten Fragebögen) zutreffende nachteilige Fall der geringen Beteiligung beziehungsweise Rücklaufquote bei schriftlichen Erhebungen ausgeschlossen werden, weil die Fragebögen nicht einfach verschickt, sondern von den teilnehmenden Jugendlichen in den Schulen beantwortet wurden.

Als Untersuchungsinstrument der Arbeit diente daher ein selbstkonzipierter Fragebogen zur Erhebung der Statistik von Wissen, Einstellungen, Ängsten und Verhalten in Bezug auf AIDS sowie zur Erfassung soziodemographischer Daten.

In einer ersten Phase der Konzipierung wurden durch Brainstormings und Diskussionen mit KollegInnen Vorformen des Fragebogens erstellt.

Nachdem eine erste zufriedenstellende Fassung vorlag, wurde anhand einer Stichprobe von 60 jugendlichen Probanden in Wien, die an der späteren endgültigen Erhebung nicht teilnahmen, ein Vortest durchgeführt. Anschließend wurden die Items des Fragebogens nach allgemeiner Durchsicht und einer Reliabilitätsprüfung mit dem Statistik-Programm SPSS einer Itemselektion unterworfen. Auf diese Art konnten unpräzise Fragen, deren Beantwortung zu Unklarheit bei den Befragten geführt hatte, eliminiert und gleichzeitig der gesamte Fragebogen, der sich als zu umfangreich für die Beantwortung innerhalb einer einzelnen Unterrichtsstunde erwiesen hatte, auf ein praktikables Maß gekürzt werden.

Er enthält in der endgültigen Form insgesamt 55 Fragen, teilweise mit Sub-Items. Es handelt sich generell vor allem um quantitativ erfassbare Items, die teilweise nach dem Multiple-Choice-System zu beantworten sind. Die frei zu beantwortenden Textfragen wurden nachträglich mit Hilfe einer Antwortkategorisierung bearbeitet, um sie einer quantitativen Analyse zugänglich zu machen.

Den Großteil der Fragen bilden solche betreffend das Wissen zum Themenbereich AIDS (Virus, Übertragung, Verbreitung, Symptomatik und Verlauf der Krankheit, Testmethoden, Therapie- und Prophylaxemöglichkeiten etc.) und Fragen zum Verhaltensbereich (allgemeines Sexualverhalten, Kondomverwendung, Partnerwahl, Schutzmaßnahmen, Testbereitschaft etc.). Dazwischen befinden sich einige Fragen bezüglich der persönlichen Angst und Betroffenheit sowie der Einstellung dem Problemkreis allgemein beziehungsweise den HIV-Positiven und AIDS-Kranken gegenüber. Einen weiteren Schwerpunkt bilden Fragen zum Informations- und Kommunikationsverhalten bzw. zu bisherigen und in der Zukunft im Rahmen von Aufklärungsmaßnahmen gewünschten Informationsquellen.

## **b) WORKSHOP-FRAGEBOGEN**

Zur Evaluierung und Feedbacksammlung der Peer-Workshops in Salzburg wurde ein Fragebogen mit 11 Fragen konzipiert, der unmittelbar nach den Veranstaltungen von den TeilnehmerInnen ausgefüllt wurde und somit einer raschen Datenverarbeitung zugeführt werden konnte. Dabei wurden Fragen zu Erwartungen, Informationsgewinn, Neuigkeitswert, Stimmung und zur Beurteilung der jugendlichen WorkshopleiterInnen / Peers (Kompetenz, Vorbereitung, didaktische und fachliche Qualifikation, Unterhaltungsfähigkeiten gestellt.

Zugrundeliegender Gedanke ist, dass zur Abrundung der Evaluationsergebnisse neben der Effektevaluation im Sinne von Wissenssteigerung, Einstellungs- und Verhaltens-(absichts-)Veränderung auch eine Reflexion der geäußerten direkten Eindrücke der WorkshopteilnehmerInnen durchgeführt werden sollte.

Die Fragebögen finden sich im Anhang (Abschnitt VI).

### 5.3. PRAKTISCHE DURCHFÜHRUNG

In den Schulen wurde das Vorhaben durchwegs mit Interesse und Engagement seitens der DirektorInnen und der Lehrkörper aufgenommen. Die Organisation des Ausfüllens unter kontrollierten Bedingungen im Klassenraum wurde von informierten KontaktlehrerInnen übernommen.

Dazu sollte erwähnt werden, dass generell die Termine meiner Besuche in den einzelnen Klassen wohl mit den DirektorInnen vorher abgesprochen waren, den KlassenlehrerInnen und den SchülerInnen jedoch nicht angekündigt wurden, damit die Ergebnisse nicht durch etwaige kurzfristige Vorbereitungen verfälscht werden konnten. Mit anderen Worten, es war die Spontaneität der Beantwortungen gesichert, noch dazu lagen die Termine in den verschiedenen Klassen relativ nahe zusammen, manchmal wurden die Fragebögen sogar von zwei Klassen gemeinsam ausgefüllt. Alles in allem waren die Bedingungen jedenfalls optimal, auch was die Kontrolle und Aufsicht der Schüler (zum Beispiel, was das Abschreiben vom Nachbarn betraf) anbelangte.

Eine Verteilung an die Schüler mit der Bitte, die Fragebögen ausgefüllt wieder in die Schule zu bringen, hätte wohl über die Umstände, unter denen die Fragen beantwortet worden wären, nur Mutmaßungen erlaubt.

Insgesamt gesehen entstand der Eindruck, daß die SchülerInnen die Befragung als willkommene Abwechslung im Alltag des Schulbetriebes erlebten und mit Freude, verständlicherweise genauso mit einigen Hemmungen, die Gelegenheit wahrnehmen wollten, über das Thema AIDS nicht nur bezüglich der medizinischen Fakten genauer informiert zu werden, sondern auch einmal, im Anschluß an das Ausfüllen der Fragebögen, persönliche und sogar intime Fragen einzubringen.

Auch die Lehrer zeigten sich engagiert und bekundeten mehrfach ihr persönliches Interesse. In keiner Klasse war die Angelegenheit nach dem Abgeben des letzten Fragebogens (es wurde kein zeitliches Limit vorgegeben) beendet, sondern immer kam es danach zu angeregten Gesprächen, die bewiesen, wie aktuell und keineswegs in seinen Details abgeklärt das Thema AIDS, gerade für Jugendliche, nach wie vor ist.

Die praktische Durchführung der Untersuchung gestaltete sich wie folgt: Methodisch kann von einer quantitativen Vergleichs-Datenanalyse von drei repräsentativen Querschnitten bei einem Follow Up über drei Testzeitpunkte gesprochen werden: 1992, 2002 und 2012.

Im Rahmen der Teiluntersuchung Peer-Education-Evaluierung handelt es sich zwar im Großen und Ganzen jeweils um die identischen Teilstichproben (Workshop-TeilnehmerInnen-Gruppen). Trotzdem kann aufgrund fehlender SchülerInnen nicht von exakt parallelisierten Gruppen gesprochen werden. Daher wurde von einer Veränderungsmessung in Bezug auf drei Testzeitpunkte in ihrer Gesamtheit ausgegangen und auf die Möglichkeit der individuellen Fallverlaufsmessung verzichtet. Der Fragebogen wurde jedenfalls drei Mal, und zwar jeweils vor dem Workshop (einige Tage bis unmittelbar davor), kurz danach (unmittelbar bis wenige Tage danach) und länger danach (zwischen fünf und sechs Monate danach) ausgegeben.

Grundsätzlich wurden also im Sinne der Erfolgsmessung quantitative Veränderungen zwischen den drei Zeitpunkten erfaßt und damit der Einfluss der Workshops auf Wissen, Einstellungen und Verhalten der Jugendlichen in Bezug auf AIDS untersucht, und zwar in einer unmittelbaren Auswirkung und im Hinblick auf längerfristige Effekte.

## **5.4. AUFBEREITUNG DER ROHDATEN UND STATISTISCHE METHODEN DER AUSWERTUNG**

Die aus den beantworteten Fragebögen erhaltenen Rohdaten wurden unter Mitberücksichtigung fehlender Werte als Programmdatei gespeichert. Dabei musste mittels einer Antwortkategorisierung eine Transformation der Daten zu den frei beantworteten Textfragen und String-Items vorgenommen werden, um sie wie die restlichen Items einer quantitativen Analyse zuführen zu können.

Das gesamte Datenmaterial wurde mit Hilfe des statistischen Programmpakets SPSS (in der PC-Version SPSS/PC+) ausgewertet.

Dem vorausgehend erfolgte eine Durchsicht der gesammelten Fragebögen mit dem Ziel, TeilnehmerInnen, die das Beantworten der Fragen offensichtlich nicht ernst genommen und damit den Zweck der Untersuchung nicht ausreichend verstanden hatten, auszuschneiden. Erfreulicherweise mussten im Rahmen dieser Selektion im Endeffekt nur 45 Fragebögen unberücksichtigt bleiben (diese waren als Ausdruck blühender Pubertät eher durch eindeutige Illustrationen zum Thema Sexualität als durch eine vernünftige Beantwortung der Fragen gekennzeichnet), sodass schließlich 1546 Datensätze zur Auswertung gelangten.

Zur rechnerischen Auswertung sei die Vorgangsweise überblicksmäßig dargestellt:

Als erster Schritt erfolgte nach Erstellung der Wertelabels die deskriptive Häufigkeitsauszählung aller Antworten zu den gesamten Items inklusive Demographie, später wurden nach Durchsicht der verschiedenen Prozentwerte zu den jeweiligen Angaben nur dort Signifikanztests als Mittelwertsvergleiche berechnet, wo die Prozentdifferenzen Unterschiedlichkeiten nahelegten, um ein „fishing for significances“ zu vermeiden.

Der zweite Schritt war die Berechnung eines Wissensindex aus der Summe der Wissensfragen und analog die Berechnung eines Verhaltensindex aus der Summe der Fragen betreffend das präventive Verhalten.

Um die Zuverlässigkeit der beiden neuen Variablen zu ermitteln, wurde ein Reliabilitätstest durchgeführt und ein Reliabilitätsindex für beide Indices berechnet (für Wissensindex = .6384; für Verhaltensindex = .6702).

Als dritter Schritt folgte auf der Basis der ermittelten Summenscores die Berechnung zweier Relativindices sowohl für Wissen (= "Relwis") als auch für Verhalten (= "Relver"), die den jeweiligen Quotienten aus richtig beantworteten Wissens-/Verhaltensfragen und den insgesamt beantworteten Wissens-/Verhaltensfragen darstellten.

Auf diese Weise konnten als Bewertungsmaße für das individuelle Wissen oder Verhalten sinnvollerweise Verhältniszahlen anstatt der Absolutzahlen richtiger Antworten herangezogen und somit die Missing Values in die Berechnungen der Analyse mit einbezogen werden. Darüber hinaus vermied diese Vorgangsweise den Fehler einer Gleichstellung von nicht beantworteten mit falsch beantworteten Items.

Zusätzlich wurden die ermittelten Relativindices mit Hilfe der PLOT-Funktion im Programm SPSS auf ihren Zusammenhang geprüft.

In einem vierten Schritt erfolgte sodann mit den beiden Relativindices eine umfangreiche deskriptive Häufigkeitsauszählung, wobei sowohl die Gesamtstichprobe als auch selegierte detaillierte Teilpopulationen, kategorisiert nach den Variablen Alter, Geschlecht, Lebensraum und Schultyp, untersucht wurden.

Der fünfte Schritt war die Berechnung des Pearson'schen Korrelationskoeffizienten zwischen den Relativindices für Wissen und Verhalten, um ein korrelatives Maß der beiden gebildeten Variablen als statistischen Ausdruck des Zusammenhanges zwischen Wissen und Verhalten zu erlangen.

Als sechster Schritt erfolgte mittels K-S-Tests eine Überprüfung der Daten aus den Indices für Wissen und Verhalten auf ihre Normalverteilung, um die Frage zu klären, welche statistischen Verfahren zur zufallskritischen Testung der Mittelwertsvergleiche heranzuziehen wären.

Der siebente Schritt schließlich war durch die diversen Mittelwerts- und Signifikanztests gekennzeichnet, die - in Abhängigkeit von Skalierung und Verteilungstypus - als parametrische Verfahren wie Student'schen T-Tests und

Varianzanalysen, speziell verlaufsanalytischen PostHoc-Tests (Bonferroni) oder als parameterfreie Tests wie U-Tests (Mann-Whitney) und Rangvarianzanalysen (Kruskal-Wallis) durchgeführt wurden.

Es wurde im vorliegenden Fall nicht herkömmlich (asymptotisch), sondern „exakt“ (unbiased) gerechnet, was nicht asymptotische, sondern „Monte Carlo“-basierte Probabilitäten mit sich bringt. Damit sind, unabhängig von Stichprobengröße und -Balanciertheit der Daten, p-Prüfungen ohne Bias gewährleistet.

Als Signifikanzniveau gilt  $p < 0.05$ , wobei hochsignifikant =  $p < 0.01$  und höchstsignifikant =  $p < 0.001$  bei Trendniveau von  $p < 0.10$ .

## 6. ERGEBNISSE

### 6.1. HÄUFIGKEITSVERTEILUNGEN IM ZEITLICHEN VERLAUF

Im Folgenden werden die einzelnen Items des Fragebogens, geordnet nach den vier Bereichen

- ◆ Wissen,
- ◆ Einstellungen/Emotionen
- ◆ Verhalten und
- ◆ Information/Aufklärung

aufgelistet und mit ihren deskriptiven Prozentwerten aus den Beantwortungen der fünf Testzeitpunkte

- ◆ 1992 (Diplomarbeit Wien/Salzburger Land),
- ◆ 2002/1 (VOR den Peer Education-Workshops in Salzburg),
- ◆ 2002/2 (KURZ NACH den Workshops),
- ◆ 2002/3 (6 MONATE NACH den Workshops) und
- ◆ 2012 (Oberösterreich/Wien)

versehen dargestellt.

#### 6.1.1. WISSEN

***„Was sind Deiner Meinung nach die in Österreich zur Zeit am weitesten verbreiteten Krankheiten?“***

Auswahl: Krebs, Herz-und Kreislauferkrankungen, Schlaganfall, Alkoholismus, Psychische Erkrankungen, richtiger Rangplatz von AIDS an sechster und letzter Stelle)

6. AIDS

<b>1992</b>	<b>2002/1</b>	<b>2002/2</b>	<b>2002/3</b>	<b>2012</b>
47.9%	15.9%	31.9%	25.3%	29.1%

***„Woran erkennst Du rein äußerlich jemanden, bei dem AIDS zum Ausbruch gekommen ist?“***

Mangelndes Wissen betreffend die AIDS-Symptomatik lässt sich aus den freien Beantwortungen der Frage ablesen: Nur etwa die Hälfte der Jugend-

lichen vermag über den gesamten Zeitraum hinweg, zu allen Testzeitpunkten, den Tatsachen entsprechende Beschreibungen zu liefern.

**„Wer kann HIV/AIDS bekommen?“**

Nur Drogensüchtige

<b>1992</b>	<b>2002/1</b>	<b>2002/2</b>	<b>2002/3</b>	<b>2012</b>
1.9%	3.3%	0.6%	1.2%	1.2%

Besonders anfällige Menschen

<b>1992</b>	<b>2002/1</b>	<b>2002/2</b>	<b>2002/3</b>	<b>2012</b>
0.5%	0.5%	0.6%	0.6%	0.9%

Alle

<b>1992</b>	<b>2002/1</b>	<b>2002/2</b>	<b>2002/3</b>	<b>2012</b>
96.4%	94.0%	98.2%	97.0%	94.8%

Nur Homosexuelle

<b>1992</b>	<b>2002/1</b>	<b>2002/2</b>	<b>2002/3</b>	<b>2012</b>
0.8%	1.1%	0.6%	1.8%	1.2%

**„Durch welche Körperflüssigkeiten kann HIV übertragen werden?  
(Mehrere Antworten möglich)**

Lymphpe

<b>1992</b>	<b>2002/1</b>	<b>2002/2</b>	<b>2002/3</b>	<b>2012</b>
7.0%	4.9%	6.6%	9.7%	7.6%

Speichel

<b>1992</b>	<b>2002/1</b>	<b>2002/2</b>	<b>2002/3</b>	<b>2012</b>
52.3%	22.3%	7.2%	8.5%	24.4%

Samenflüssigkeit

<b>1992</b>	<b>2002/1</b>	<b>2002/2</b>	<b>2002/3</b>	<b>2012</b>
92.1%	88.0%	94.6%	95.8%	89.7%

Kot				
<b>1992</b>	<b>2002/1</b>	<b>2002/2</b>	<b>2002/3</b>	<b>2012</b>
3.8%	6.0%	10.8%	13.3%	9.4%
Muttermilch				
<b>1992</b>	<b>2002/1</b>	<b>2002/2</b>	<b>2002/3</b>	<b>2012</b>
23%	25.0%	88.6%	84.8%	30.7%
Urin				
<b>1992</b>	<b>2002/1</b>	<b>2002/2</b>	<b>2002/3</b>	<b>2012</b>
13.2%	6.5%	12.2%	11.8%	16.0%
Tränenflüssigkeit				
<b>1992</b>	<b>2002/1</b>	<b>2002/2</b>	<b>2002/3</b>	<b>2012</b>
15.1%	7.2%	1.9%	11.5%	3.6%
Scheidenflüssigkeit				
<b>1992</b>	<b>2002/1</b>	<b>2002/2</b>	<b>2002/3</b>	<b>2012</b>
84%	79.9%	92.8%	89.7%	80.4%
Schweiß				
<b>1992</b>	<b>2002/1</b>	<b>2002/2</b>	<b>2002/3</b>	<b>2012</b>
4.7%	3.3%	4.8%	9.1%	4.7%
Blut				
<b>1992</b>	<b>2002/1</b>	<b>2002/2</b>	<b>2002/3</b>	<b>2012</b>
98.1%	96.2%	93.4%	93.9%	94.7%

**„Wenn man mit dem HI-Virus angesteckt wird,  
erkrankt man dann sicher an AIDS, oder muß das nicht sein?“**

Man erkrankt sicher daran

<b>1992</b>	<b>2002/1</b>	<b>2002/2</b>	<b>2002/3</b>	<b>2012</b>
18.6%	14.1%	25.3%	23.6%	22.2%

Muß nicht sein

<b>1992</b>	<b>2002/1</b>	<b>2002/2</b>	<b>2002/3</b>	<b>2012</b>
78.9%	77.7%	74.7%	75.2%	64.6%

**„Kann man mit HIV infiziert sein, ohne es zu wissen?“**

Ja

<b>1992</b>	<b>2002/1</b>	<b>2002/2</b>	<b>2002/3</b>	<b>2012</b>
92.6%	91.8%	94.6%	92.7%	92.8%

**„Haben Männer und Frauen das gleiche Ansteckungsrisiko?“**

Ja

<b>1992</b>	<b>2002/1</b>	<b>2002/2</b>	<b>2002/3</b>	<b>2012</b>
69.6%	76.6%	13.3%	26.1%	72.1%

**„Wie lang kann es maximal dauern, bis ein mit HIV angesteckter Mensch tatsächlich an AIDS erkrankt?“**

Einige Tage

<b>1992</b>	<b>2002/1</b>	<b>2002/2</b>	<b>2002/3</b>	<b>2012</b>
1.6%	2.2%	2.4%	3.6%	4.5%

Einige Wochen

<b>1992</b>	<b>2002/1</b>	<b>2002/2</b>	<b>2002/3</b>	<b>2012</b>
3.0%	3.3%	3.0%	3.0%	5.8%

Einige Monate

<b>1992</b>	<b>2002/1</b>	<b>2002/2</b>	<b>2002/3</b>	<b>2012</b>
11.2%	4.9%	1.8%	2.4%	7.5%

1 bis 3 Jahre

<b>1992</b>	<b>2002/1</b>	<b>2002/2</b>	<b>2002/3</b>	<b>2012</b>
20.3%	11.4%	9.6%	7.9%	6.9%

3 bis 6 Jahre

<b>1992</b>	<b>2002/1</b>	<b>2002/2</b>	<b>2002/3</b>	<b>2012</b>
20.8%	16.3%	18.1%	24.2%	8.7%

Noch länger

<b>1992</b> 34.8%	<b>2002/1</b> 45.1%	<b>2002/2</b> 65.1%	<b>2002/3</b> 57.6%	<b>2012</b> 31.0%
----------------------	------------------------	------------------------	------------------------	----------------------

**„Ab wann ist der HIV-Antikörper-Test sinnvoll?“**

Sofort nach der Risikosituation

<b>1992</b> 32.6%	<b>2002/1</b> 34.2%	<b>2002/2</b> 12.1%	<b>2002/3</b> 16.5%	<b>2012</b> 39.0%
----------------------	------------------------	------------------------	------------------------	----------------------

Drei Monate nach der Risikosituation

<b>1992</b> 41.6%	<b>2002/1</b> 42.2%	<b>2002/2</b> 86.1%	<b>2002/3</b> 76.8%	<b>2012</b> 27.9%
----------------------	------------------------	------------------------	------------------------	----------------------

Ein halbes Jahr nach der Risikosituation

<b>1992</b> 3.3%	<b>2002/1</b> 2.2%	<b>2002/2</b> 1.2%	<b>2002/3</b> 2.4%	<b>2012</b> 4.8%
---------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	---------------------

**„Mit dem HIV-Test kann man feststellen....“**

Jemand hat AIDS

<b>1992</b> 37.8%	<b>2002/1</b> 10.3%	<b>2002/2</b> 9.0%	<b>2002/3</b> 7.3%	<b>2012</b> 12.3%
----------------------	------------------------	-----------------------	-----------------------	----------------------

Jemand hat HIV im Blut

<b>1992</b> 60.0%	<b>2002/1</b> 85.9%	<b>2002/2</b> 90.4%	<b>2002/3</b> 90.9%	<b>2012</b> 81.7%
----------------------	------------------------	------------------------	------------------------	----------------------

**„Kann ein mit HIV infizierter, aber noch nicht an AIDS erkrankter Mensch andere Personen anstecken?“**

Ja

<b>1992</b> 90.4%	<b>2002/1</b> 78.3%	<b>2002/2</b> 88.0%	<b>2002/3</b> 84.2%	<b>2012</b> 81.5%
----------------------	------------------------	------------------------	------------------------	----------------------

**„Wenn jemand eine Bluttransfusion erhält,  
kann dabei HIV übertragen werden?“**

Ja

<b>1992</b>	<b>2002/1</b>	<b>2002/2</b>	<b>2002/3</b>	<b>2012</b>
36.2%	90.8%	94.6%	93.3%	74.4%

**„Kann durch bereits verwendete Injektionsnadeln oder  
Spritzen HIV übertragen werden?“**

Ja

<b>1992</b>	<b>2002/1</b>	<b>2002/2</b>	<b>2002/3</b>	<b>2012</b>
98.1%	89.7%	97.0%	96.4%	91.2%

**„Und wie ist es beim Sexualverkehr?  
Kann dabei HIV übertragen werden?“**

Ja

<b>1992</b>	<b>2002/1</b>	<b>2002/2</b>	<b>2002/3</b>	<b>2012</b>
97.5%	97.8%	98.2%	95.8%	96.4%

**„Kann ein Baby mit AIDS geboren werden?“**

Ja

<b>1992</b>	<b>2002/1</b>	<b>2002/2</b>	<b>2002/3</b>	<b>2012</b>
68.2%	75.0%	43.4%	43.0%	70.5%

**„Die Verwendung der Pille schützt ziemlich sicher vor AIDS.“**

Stimmt

<b>1992</b>	<b>2002/1</b>	<b>2002/2</b>	<b>2002/3</b>	<b>2012</b>
2.2%	5.8%	4.3%	6.7%	3.6%

Stimmt nicht

<b>1992</b>	<b>2002/1</b>	<b>2002/2</b>	<b>2002/3</b>	<b>2012</b>
92.9%	85.5%	95.1%	90.3%	91.7%

Weiß nicht				
<b>1992</b>	<b>2002/1</b>	<b>2002/2</b>	<b>2002/3</b>	<b>2012</b>
4.9%	8.7%	0.6%	3.0%	4.7%

**„Kann HIV durch Zungenküsse übertragen werden?“**

Ja

<b>1992</b>	<b>2002/1</b>	<b>2002/2</b>	<b>2002/3</b>	<b>2012</b>
32.3%	9.2%	0.6%	4.8%	15.3%

Nein

<b>1992</b>	<b>2002/1</b>	<b>2002/2</b>	<b>2002/3</b>	<b>2012</b>
56.7%	83.7%	98.8%	95.2%	76.7%

**„Kann HIV im Alltag übertragen werden, z.B. durch...?“**

Luft

<b>1992</b>	<b>2002/1</b>	<b>2002/2</b>	<b>2002/3</b>	<b>2012</b>
0.1%	0.5%	0.6%	1.8%	1.6%

Berühren, Streicheln

<b>1992</b>	<b>2002/1</b>	<b>2002/2</b>	<b>2002/3</b>	<b>2012</b>
1.9%	1.6%	0.6%	3.0%	3.6%

Händeschütteln

<b>1992</b>	<b>2002/1</b>	<b>2002/2</b>	<b>2002/3</b>	<b>2012</b>
2.2%	1.6%	0.6%	2.4%	3.4%

Dasselbe Glas benutzen

<b>1992</b>	<b>2002/1</b>	<b>2002/2</b>	<b>2002/3</b>	<b>2012</b>
11.5%	7.6%	0.6%	2.4%	14.1%

Anhusten, Anhauchen

<b>1992</b>	<b>2002/1</b>	<b>2002/2</b>	<b>2002/3</b>	<b>2012</b>
6.6%	4.3%	0.6%	3.0%	10.2%

Gegenstände, Haltegriffe

<b>1992</b> 2.2%	<b>2002/1</b> 1.1%	<b>2002/2</b> 0.6%	<b>2002/3</b> 3.0%	<b>2012</b> 3.0%
---------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	---------------------

Zigaretten

<b>1992</b> 7.8%	<b>2002/1</b> 3.8%	<b>2002/2</b> 0.6%	<b>2002/3</b> 3.6%	<b>2012</b> 8.7%
---------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	---------------------

Wasser, Lebensmittel

<b>1992</b> 5.8%	<b>2002/1</b> 3.8%	<b>2002/2</b> 0.6%	<b>2002/3</b> 3.0%	<b>2012</b> 11.6%
---------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	----------------------

Besuch von Sauna oder  
Schwimmbädern

<b>1992</b> 5.5%	<b>2002/1</b> 5.4%	<b>2002/2</b> 2.4%	<b>2002/3</b> 5.5%	<b>2012</b> 12.6%
---------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	----------------------

***„Kondome schützen fast 100%ig vor AIDS.“***

Stimmt

<b>1992</b> 83.7%	<b>2002/1</b> 82.6%	<b>2002/2</b> 89.2%	<b>2002/3</b> 89.6%	<b>2012</b> 82.7%
----------------------	------------------------	------------------------	------------------------	----------------------

***„Was wird alles als „Safer Sex“ bezeichnet?“***

Der Begriff „Safer Sex“ wird von etwa der Hälfte der TeilnehmerInnen in der frei beantwortbaren Frage konstant über alle Zeiträume richtig umschrieben.

***„Gibt es schon einen Impfstoff gegen AIDS?“***

Ja

<b>1992</b> 7.9%	<b>2002/1</b> 13.05	<b>2002/2</b> 3.0%	<b>2002/3</b> 7.4%	<b>2012</b> 5.9%
---------------------	------------------------	-----------------------	-----------------------	---------------------

## 6.1.2. EINSTELLUNGEN/EMOTIONEN

***„Glaubst Du, dass es sich bei AIDS um ein wichtiges Problem handelt, oder wird es nur hochgespielt?“***

Wichtiges Problem

<b>1992</b>	<b>2002/1</b>	<b>2002/2</b>	<b>2002/3</b>	<b>2012</b>
95.3%	94.6%	98.2%	93.3%	96.6%

Nur hochgespielt

<b>1992</b>	<b>2002/1</b>	<b>2002/2</b>	<b>2002/3</b>	<b>2012</b>
4.7%	5.4%	1.8%	6.7%	3.4%

***„Hast Du Angst vor AIDS? Stufe das bitte auf einer Skala von 1 bis 7 ein, wobei 1 = habe große Angst vor AIDS bedeutet.“***

Stufe 1

<b>1992</b>	<b>2002/1</b>	<b>2002/2</b>	<b>2002/3</b>	<b>2012</b>
8.5%	15.2%	5.5%	3.6%	12.7%

***„Wie hoch schätzt Du die Wahrscheinlichkeit, Dich selbst anzustecken? Gib bitte eine Note von 1 bis 7, wobei 1 = leicht möglich und 7 = sehr unwahrscheinlich bedeutet.“***

1

<b>1992</b>	<b>2002/1</b>	<b>2002/2</b>	<b>2002/3</b>	<b>2012</b>
2.2%	1.6%	3.6%	2.4%	1.9%

7

<b>1992</b>	<b>2002/1</b>	<b>2002/2</b>	<b>2002/3</b>	<b>2012</b>
32.9%	14.7%	16.7%	13.4%	31.1%

**„Glaubst Du, dass sich in nächster Zeit jemand aus Deinem Familien- oder Freundeskreis anstecken könnte?“**

Ja

<b>1992</b>	<b>2002/1</b>	<b>2002/2</b>	<b>2002/3</b>	<b>2012</b>
19.5%	17.4%	27.1%	20.2%	11.0%

**„Mit ein wenig Menschenkenntnis sieht man, wenn jemand HIV-positiv ist.“**

Stimmt

<b>1992</b>	<b>2002/1</b>	<b>2002/2</b>	<b>2002/3</b>	<b>2012</b>
12.6%	17.9%	5.4%	11.7%	8.9%

**„Wenn man nur gut genug darauf achtet, mit wem man sich einlässt, besteht keine Gefahr.“**

Stimmt

<b>1992</b>	<b>2002/1</b>	<b>2002/2</b>	<b>2002/3</b>	<b>2012</b>
27.9%	32.1%	23.0%	28.5%	33.8%

**„Welcher der drei folgenden Aussagen über AIDS würdest Du am ehesten zustimmen?“**

AIDS wird von den Medien, also Fernsehen und Zeitungen, bei weitem übertrieben und ist in Wirklichkeit gar nicht so gefährlich; außerdem betrifft es nur einige Risikogruppen von Menschen.

<b>1992</b>	<b>2002/1</b>	<b>2002/2</b>	<b>2002/3</b>	<b>2012</b>
4.7%	5.4%	7.2%	13.6%	4.2%

Obwohl es bisher nur wenige konkrete AIDS-Fälle gibt, sollte man trotzdem beim Umgang mit anderen Menschen vorsichtig sein.

<b>1992</b>	<b>2002/1</b>	<b>2002/2</b>	<b>2002/3</b>	<b>2012</b>
47.4%	41.8%	34.3%	41.4%	50.3%

AIDS ist dabei, zur größten Volksseuche zu werden. Daher ist eine radikale Änderung der Moral unserer Gesellschaft in Richtung Treue unbedingt notwendig.

<b>1992</b>	<b>2002/1</b>	<b>2002/2</b>	<b>2002/3</b>	<b>2012</b>
46.3%	52.2%	58.4%	45.1%	45.5%

**„Was sollte Deiner Meinung nach mit einem HIV-infizierten Menschen geschehen?“**

Zur Beratung schicken

<b>1992</b>	<b>2002/1</b>	<b>2002/2</b>	<b>2002/3</b>	<b>2012</b>
97.3%	88.0%	91.6%	89.5%	90.7%

Eine Behandlung versuchen

<b>1992</b>	<b>2002/1</b>	<b>2002/2</b>	<b>2002/3</b>	<b>2012</b>
96.7%	88.6%	89.2%	87.7%	95.5%

Namentlich erfassen ("AIDS-Pass")

<b>1992</b>	<b>2002/1</b>	<b>2002/2</b>	<b>2002/3</b>	<b>2012</b>
31.5%	31.5%	21.7%	23.5%	48.2%

Äußerlich kennzeichnen

<b>1992</b>	<b>2002/1</b>	<b>2002/2</b>	<b>2002/3</b>	<b>2012</b>
3.6%	6.5%	6.0%	9.3%	12.1%

Isoliert unterbringen

<b>1992</b>	<b>2002/1</b>	<b>2002/2</b>	<b>2002/3</b>	<b>2012</b>
3.8%	3.3%	3.6%	6.2%	7.8%

Berufsverbot

<b>1992</b>	<b>2002/1</b>	<b>2002/2</b>	<b>2002/3</b>	<b>2012</b>
5.8%	4.3%	2.4%	8.0%	6.9%

Verbot der Benutzung bestimmter öffentlicher Einrichtungen

<b>1992</b>	<b>2002/1</b>	<b>2002/2</b>	<b>2002/3</b>	<b>2012</b>
18.1%	8.7%	7.8%	11.7%	17.9%

**„Der "Gummi" ist ein echter Liebestöter.“**

Stimmt

<b>1992</b>	<b>2002/1</b>	<b>2002/2</b>	<b>2002/3</b>	<b>2012</b>
19.5%	17.4%	12.0%	21.5%	32.3%

**„Wie sollte Deiner Meinung nach die weitere  
Verbreitung von AIDS gebremst werden?“**

Mehr Aufklärung der Bevölkerung

<b>1992</b>	<b>2002/1</b>	<b>2002/2</b>	<b>2002/3</b>	<b>2012</b>
98.6%	93.5%	95.8%	90.8%	94.6%

Schärfere Gesetze

<b>1992</b>	<b>2002/1</b>	<b>2002/2</b>	<b>2002/3</b>	<b>2012</b>
34.8%	21.7%	18.1%	20.9%	27.4%

Verbot der Prostitution

<b>1992</b>	<b>2002/1</b>	<b>2002/2</b>	<b>2002/3</b>	<b>2012</b>
35.1%	43.5%	27.7%	29.4%	48.1%

Regelmäßige Zwangstests

<b>1992</b>	<b>2002/1</b>	<b>2002/2</b>	<b>2002/3</b>	<b>2012</b>
21.4%	27.2%	14.5%	23.9%	40.5%

Verbot der Homosexualität

<b>1992</b>	<b>2002/1</b>	<b>2002/2</b>	<b>2002/3</b>	<b>2012</b>
22.5%	13.0%	9.0%	16.0%	14.2%

Zwangsisolierung für AIDS-Kranke

<b>1992</b>	<b>2002/1</b>	<b>2002/2</b>	<b>2002/3</b>	<b>2012</b>
6.6%	7.1%	3.0%	10.4%	8.9%

**„Welche Schutzmaßnahmen gegen AIDS hältst Du ganz persönlich für sinnvoll?“**

Moralischer Lebenswandel

<b>1992</b>	<b>2002/1</b>	<b>2002/2</b>	<b>2002/3</b>	<b>2012</b>
63.3%	34.2%	37.3%	45.3%	38.8%

Vorsicht im Umgang mit Fremden

<b>1992</b>	<b>2002/1</b>	<b>2002/2</b>	<b>2002/3</b>	<b>2012</b>
74.5%	64.1%	69.9%	69.8%	76.3%

Bei Zufallsbekanntschaften: Sex nur mit Kondom

<b>1992</b>	<b>2002/1</b>	<b>2002/2</b>	<b>2002/3</b>	<b>2012</b>
91.8%	92.4%	92.2%	87.1%	92.1%

Kein Sex mit Partnern, die man nicht lang kennt

<b>1992</b>	<b>2002/1</b>	<b>2002/2</b>	<b>2002/3</b>	<b>2012</b>
70.4%	47.8%	39.8%	44.2%	39.8%

Treue in Beziehungen, d.h. keine Seitensprünge

<b>1992</b>	<b>2002/1</b>	<b>2002/2</b>	<b>2002/3</b>	<b>2012</b>
68.8%	71.2%	73.5%	67.9%	75.5%

Sex generell nur mit Kondom

<b>1992</b>	<b>2002/1</b>	<b>2002/2</b>	<b>2002/3</b>	<b>2012</b>
65.5%	66.8%	63.3%	57.1%	46.0%

Einschränkung der Zahl der Sexpartner

<b>1992</b>	<b>2002/1</b>	<b>2002/2</b>	<b>2002/3</b>	<b>2012</b>
45.8%	54.3%	47.0%	42.9%	43.1%

Generell kein Sex mehr

<b>1992</b>	<b>2002/1</b>	<b>2002/2</b>	<b>2002/3</b>	<b>2012</b>
1.9%	5.4%	3.0%	9.2%	4.4%

**„Eine feste Beziehung bedeutet für Dich...?“**

das Verhältnis, in dem Du am liebsten leben willst

<b>1992</b>	<b>2002/1</b>	<b>2002/2</b>	<b>2002/3</b>	<b>2012</b>
81.6%	84.8%	89.6%	80.6%	90.1%

einen nicht erfüllbaren Traum

<b>1992</b>	<b>2002/1</b>	<b>2002/2</b>	<b>2002/3</b>	<b>2012</b>
4.9%	5.4%	8.5%	8.8%	3.6%

einen Alptraum

<b>1992</b>	<b>2002/1</b>	<b>2002/2</b>	<b>2002/3</b>	<b>2012</b>
2.5%	0.5%	2.5%	5.0%	1.8%

ein Lebensmuster, dem man nicht enttrinnen kann

<b>1992</b>	<b>2002/1</b>	<b>2002/2</b>	<b>2002/3</b>	<b>2012</b>
9.6%	4.3%	1.8%	5.6%	4.5%

**„Über AIDS und Verhütung zu sprechen, ruiniert die Stimmung.“**

Stimmt

<b>1992</b>	<b>2002/1</b>	<b>2002/2</b>	<b>2002/3</b>	<b>2012</b>
14.2%	13.0%	13.3%	16.6%	21.6%

**„Jeder, der AIDS bekommt, ist im Prinzip daran selbst schuld.“**

Stimmt

<b>1992</b>	<b>2002/1</b>	<b>2002/2</b>	<b>2002/3</b>	<b>2012</b>
21.1%	15.8%	18.7%	17.8%	30.1%

**„Durch die Angst vor AIDS werden die sexuellen Gewohnheiten der Menschen in den nächsten Jahren eingeschränkter und weniger frei sein als heute.“**

Stimmt

<b>1992</b>	<b>2002/1</b>	<b>2002/2</b>	<b>2002/3</b>	<b>2012</b>
52.3%	42.4%	44.0%	36.2%	22.6%

**„Dein Gefühl der Zukunft und AIDS gegenüber ist...:“**

traurig

<b>1992</b>	<b>2002/1</b>	<b>2002/2</b>	<b>2002/3</b>	<b>2012</b>
12.1%	17.4%	21.1%	13.4%	16.4%

ängstlich

<b>1992</b>	<b>2002/1</b>	<b>2002/2</b>	<b>2002/3</b>	<b>2012</b>
39.5%	45.1%	21.1%	22.6%	26.8%

optimistisch

<b>1992</b>	<b>2002/1</b>	<b>2002/2</b>	<b>2002/3</b>	<b>2012</b>
36.2%	16.8%	32.5%	24.4%	19.1%

gleichgültig

<b>1992</b>	<b>2002/1</b>	<b>2002/2</b>	<b>2002/3</b>	<b>2012</b>
7.9%	3.3%	4.2%	8.5%	15.7%

aggressiv

<b>1992</b>	<b>2002/1</b>	<b>2002/2</b>	<b>2002/3</b>	<b>2012</b>
1.1%	0.6%	0.6%	1.8%	2.3%

hoffnungsvoll

<b>1992</b>	<b>2002/1</b>	<b>2002/2</b>	<b>2002/3</b>	<b>2012</b>
15.8%	16.8%	20.5%	28.7%	17.3%

mutlos

<b>1992</b>	<b>2002/1</b>	<b>2002/2</b>	<b>2002/3</b>	<b>2012</b>
1.9%	0.5%	0.6%	0.6%	2.5%

**„Glaubst Du, dass man in den nächsten Jahren Medikamente zur erfolgreichen Heilung von AIDS bzw. eine Impfung findet?“**

Ja

<b>1992</b>	<b>2002/1</b>	<b>2002/2</b>	<b>2002/3</b>	<b>2012</b>
72.1%	79.3%	75.6%	72.6%	77.9%

### 6.1.3. VERHALTEN

#### **„Hast Du schon Geschlechtsverkehr gehabt?“**

Ja, ein paar Mal

<b>1992</b>	<b>2002/1</b>	<b>2002/2</b>	<b>2002/3</b>	<b>2012</b>
21.6%	10.3%	16.9%	12.8%	25.4%

Ja, regelmäßig

<b>1992</b>	<b>2002/1</b>	<b>2002/2</b>	<b>2002/3</b>	<b>2012</b>
25.2%	1.1%	1.3%	6.1%	40.8%

#### **„Wie alt warst Du beim ersten Mal?“**

<b>1992</b>	<b>2002/1</b>	<b>2002/2</b>	<b>2002/3</b>	<b>2012</b>
16.25 J	15.42 J	15.42 J	15.42 J	15.50 J

#### **„Hast Du beim ersten Mal Kondome verwendet?“**

Ja

<b>1992</b>	<b>2002/1</b>	<b>2002/2</b>	<b>2002/3</b>	<b>2012</b>
84.9%	85.0%	86.7%	82.1%	82.2%

#### **„Wenn Du mit jemandem schläfst, den Du erst ein paar Tage kennst, nimmst Du dann ein Kondom?“**

Ja, immer

<b>1992</b>	<b>2002/1</b>	<b>2002/2</b>	<b>2002/3</b>	<b>2012</b>
79.2%	89.5%	85.9%	80.0%	80.6%

Ja, manchmal

<b>1992</b>	<b>2002/1</b>	<b>2002/2</b>	<b>2002/3</b>	<b>2012</b>
15.8%	15.3%	20.7%	16.0%	15.6%

**„Verwendest Du Kondome, wenn Du mit jemandem länger zusammen bist und regelmäßig Sex hast?“**

Ja, immer

<b>1992</b>	<b>2002/1</b>	<b>2002/2</b>	<b>2002/3</b>	<b>2012</b>
28.2%	52.6%	36.7%	36.0%	28.0%

Ja, manchmal

<b>1992</b>	<b>2002/1</b>	<b>2002/2</b>	<b>2002/3</b>	<b>2012</b>
23.4%	21.1%	9.4%	48.0%	26.3%

**„Hast Du zur Zeit eine/n feste/n Freund/in?“**

Ja

<b>1992</b>	<b>2002/1</b>	<b>2002/2</b>	<b>2002/3</b>	<b>2012</b>
38.9%	18.9%	18.6%	20.2%	45.9%

**„Wie lange schon?“**

<b>1992</b>	<b>2002/1</b>	<b>2002/2</b>	<b>2002/3</b>	<b>2012</b>
1.35 Jahre	0.42 Jahre	0.48 Jahre	0.75 Jahre	0.90 Jahre

**„Denkst Du, dass Du schon in einer Situation mit der Gefahr einer Ansteckung warst?“**

Ja, sicher

<b>1992</b>	<b>2002/1</b>	<b>2002/2</b>	<b>2002/3</b>	<b>2012</b>
3.2%	2.7%	3.0%	3.7%	5.1%

Möglich

<b>1992</b>	<b>2002/1</b>	<b>2002/2</b>	<b>2002/3</b>	<b>2012</b>
3.2%	10.3%	23.5%	18.6%	17.0%

Nein

<b>1992</b>	<b>2002/1</b>	<b>2002/2</b>	<b>2002/3</b>	<b>2012</b>
32.9%	54.9%	39.8%	40.4%	51.5%

**„Hast Du schon einmal einen HIV-Test machen lassen?“**

Ja

<b>1992</b>	<b>2002/1</b>	<b>2002/2</b>	<b>2002/3</b>	<b>2012</b>
4.2%	1.6%	7.8%	6.1%	9.3%

**„Würdest Du zusammen mit einem/r neuen Freund/in zum HIV-Test gehen?“**

Ja

<b>1992</b>	<b>2002/1</b>	<b>2002/2</b>	<b>2002/3</b>	<b>2012</b>
71.2%	84.2%	86.1%	79.9%	72.7%

**„Hast Du schon Kondome gekauft?“**

Ja, oft

<b>1992</b>	<b>2002/1</b>	<b>2002/2</b>	<b>2002/3</b>	<b>2012</b>
18.4%	12.5%	19.9%	22.6%	36.4%

Ja, ein paar Mal

<b>1992</b>	<b>2002/1</b>	<b>2002/2</b>	<b>2002/3</b>	<b>2012</b>
38.5%	40.2%	42.4%	39.0%	30.6%

**„Trägst Du Kondome bei Dir?“**

Ja, oft

<b>1992</b>	<b>2002/1</b>	<b>2002/2</b>	<b>2002/3</b>	<b>2012</b>
14.7%	12.0%	18.7%	20.7%	16.0%

Ja, manchmal

<b>1992</b>	<b>2002/1</b>	<b>2002/2</b>	<b>2002/3</b>	<b>2012</b>
26.8%	29.3%	41.0%	36.0%	27.6%

**„Wärst Du persönlich am Ergebnis Deines Tests interessiert?“**

Ja

<b>1992</b>	<b>2002/1</b>	<b>2002/2</b>	<b>2002/3</b>	<b>2012</b>
72.6%	73.4%	71.7%	67.1%	76.7%

**„Angenommen, in Deiner Schule wäre ein/e Mitschüler/in HIV-positiv. Wie verhältst Du Dich?“**

So gut ich kann unterstützen

<b>1992</b>	<b>2002/1</b>	<b>2002/2</b>	<b>2002/3</b>	<b>2012</b>
41.2%	44.0%	46.4%	43.3%	33.2%

Alles beim alten lassen

<b>1992</b>	<b>2002/1</b>	<b>2002/2</b>	<b>2002/3</b>	<b>2012</b>
52.9%	50.5%	48.2%	47.0%	57.3%

Mich fernhalten

<b>1992</b>	<b>2002/1</b>	<b>2002/2</b>	<b>2002/3</b>	<b>2012</b>
3.8%	4.9%	5.4%	9.8%	9.5%

**„Würdest Du einem AIDS-Kranken...?“**

die Hand geben

<b>1992</b>	<b>2002/1</b>	<b>2002/2</b>	<b>2002/3</b>	<b>2012</b>
93.4%	90.8%	95.2%	90.9%	86.6%

einen Kuss geben

<b>1992</b>	<b>2002/1</b>	<b>2002/2</b>	<b>2002/3</b>	<b>2012</b>
30.7%	57.6%	78.8%	73.2%	39.9%

Dein Trinkglas borgen

<b>1992</b>	<b>2002/1</b>	<b>2002/2</b>	<b>2002/3</b>	<b>2012</b>
52.1%	69.6%	90.9%	79.9%	45.8%

gestatten, Deine Toilette zu benutzen

<b>1992</b>	<b>2002/1</b>	<b>2002/2</b>	<b>2002/3</b>	<b>2012</b>
68.8%	81.0%	92.8%	86.0%	60.5%

erlauben, mit Dir auszugehen (Cafe, Kino etc.)

<b>1992</b>	<b>2002/1</b>	<b>2002/2</b>	<b>2002/3</b>	<b>2012</b>
87.1%	90.2%	95.2%	89.0%	84.4%

gestatten, mit Dir ins Schwimmbad oder in die Sauna zu gehen

<b>1992</b>	<b>2002/1</b>	<b>2002/2</b>	<b>2002/3</b>	<b>2012</b>
71.2%	69.9%	88,6%	82.9%	58.9%

erlauben, bei Dir zu wohnen

<b>1992</b>	<b>2002/1</b>	<b>2002/2</b>	<b>2002/3</b>	<b>2012</b>
65.6%	64.8%	77.7%	68.3%	48.8%

#### 6.1.4. INFORMATION/AUFKLÄRUNG

##### *„Glaubst Du, genug über AIDS zu wissen?“*

Ja, ich kenne mich aus

<b>1992</b>	<b>2002/1</b>	<b>2002/2</b>	<b>2002/3</b>	<b>2012</b>
43.0%	57.6%	84.9%	79.3%	48.7%

Nein, ich bin unsicher

<b>1992</b>	<b>2002/1</b>	<b>2002/2</b>	<b>2002/3</b>	<b>2012</b>
57.0%	42.4%	15.1%	20.7%	51.3%

##### *„Findest Du, daß in den Schulen genug Aufklärungsarbeit über AIDS geleistet wird?“*

Ja

<b>1992</b>	<b>2002/1</b>	<b>2002/2</b>	<b>2002/3</b>	<b>2012</b>
47.5%	52.2%	66.1%	62.2%	29.0%

##### *„Wie oft informierst Du Dich über AIDS?“*

Gelegentlich

<b>1992</b>	<b>2002/1</b>	<b>2002/2</b>	<b>2002/3</b>	<b>2012</b>
76.2%	66.3%	74.7%	65.2%	49.1%

Regelmäßig

<b>1992</b>	<b>2002/1</b>	<b>2002/2</b>	<b>2002/3</b>	<b>2012</b>
4.1%	14.7%	14.5%	16.5%	5.0%

Gar nicht

<b>1992</b>	<b>2002/1</b>	<b>2002/2</b>	<b>2002/3</b>	<b>2012</b>
19.7%	19.0%	10.8%	18.3%	45.9%

**„Woher hast Du bis jetzt Deine Informationen über AIDS?“  
(Mehrere Antworten möglich)**

TV

<b>1992</b>	<b>2002/1</b>	<b>2002/2</b>	<b>2002/3</b>	<b>2012</b>
84.4%	60.1%	61.4%	63.4%	70.6%

Radio

<b>1992</b>	<b>2002/1</b>	<b>2002/2</b>	<b>2002/3</b>	<b>2012</b>
46.8%	22.4%	24.7%	32.3%	16.7%

Tageszeitungen

<b>1992</b>	<b>2002/1</b>	<b>2002/2</b>	<b>2002/3</b>	<b>2012</b>
58.2%	21.9%	31.9%	28.6%	35.8%

Eltern und Verwandte

<b>1992</b>	<b>2002/1</b>	<b>2002/2</b>	<b>2002/3</b>	<b>2012</b>
17.5%	32.8%	26.5%	34.2%	37.0%

FreundInnen und Bekannte

<b>1992</b>	<b>2002/1</b>	<b>2002/2</b>	<b>2002/3</b>	<b>2012</b>
23.3%	37.7%	33.7%	45.3%	39.9%

Vorträge und Seminare

<b>1992</b>	<b>2002/1</b>	<b>2002/2</b>	<b>2002/3</b>	<b>2012</b>
41.6%	36.3%	59.8%	56.5%	27.1%

Zeitschriften/Broschüren

<b>1992</b>	<b>2002/1</b>	<b>2002/2</b>	<b>2002/3</b>	<b>2012</b>
75.9%	61.2%	62.7%	59.0%	48.0%

Bücher

<b>1992</b>	<b>2002/1</b>	<b>2002/2</b>	<b>2002/3</b>	<b>2012</b>
19.7%	39.9%	31.3%	35.4%	20.8%

Schule

<b>1992</b>	<b>2002/1</b>	<b>2002/2</b>	<b>2002/3</b>	<b>2012</b>
70.1%	84.2%	78.9%	78.9%	78.0%

ÄrztInnen

<b>1992</b> 18.9%	<b>2002/1</b> 15.3%	<b>2002/2</b> 19.9%	<b>2002/3</b> 21.0%	<b>2012</b> 34.1%
----------------------	------------------------	------------------------	------------------------	----------------------

*„Wer davon sollte die Informationsarbeit verstärken?“*

TV

<b>1992</b> 28.7%	<b>2002/1</b> 33.9%	<b>2002/2</b> 29.3%	<b>2002/3</b> 35.7%	<b>2012</b> 25.6%
----------------------	------------------------	------------------------	------------------------	----------------------

Radio

<b>1992</b> 20.6%	<b>2002/1</b> 21.6%	<b>2002/2</b> 22.9%	<b>2002/3</b> 18.2%	<b>2012</b> 12.4%
----------------------	------------------------	------------------------	------------------------	----------------------

Tageszeitungen

<b>1992</b> 17.4%	<b>2002/1</b> 18.0%	<b>2002/2</b> 19.7%	<b>2002/3</b> 16.2%	<b>2012</b> 12.3%
----------------------	------------------------	------------------------	------------------------	----------------------

Eltern und Verwandte

<b>1992</b> 21.6%	<b>2002/1</b> 23.4%	<b>2002/2</b> 22.3%	<b>2002/3</b> 19.5%	<b>2012</b> 11.4%
----------------------	------------------------	------------------------	------------------------	----------------------

FreundInnen und Bekannte

<b>1992</b> 8.8%	<b>2002/1</b> 10.8%	<b>2002/2</b> 10.8%	<b>2002/3</b> 9.7%	<b>2012</b> 6.2%
---------------------	------------------------	------------------------	-----------------------	---------------------

Vorträge und Seminare

<b>1992</b> 12.7%	<b>2002/1</b> 12.6%	<b>2002/2</b> 13.4%	<b>2002/3</b> 13.6%	<b>2012</b> 7.5%
----------------------	------------------------	------------------------	------------------------	---------------------

Zeitschriften/Broschüren

<b>1992</b> 13.6%	<b>2002/1</b> 14.4%	<b>2002/2</b> 12.7%	<b>2002/3</b> 14.3%	<b>2012</b> 10.1%
----------------------	------------------------	------------------------	------------------------	----------------------

Bücher

<b>1992</b> 12.9%	<b>2002/1</b> 13.8%	<b>2002/2</b> 14.0%	<b>2002/3</b> 11.7%	<b>2012</b> 6.7%
----------------------	------------------------	------------------------	------------------------	---------------------

Schule

<b>1992</b> 50.4%	<b>2002/1</b> 52.1%	<b>2002/2</b> 46.5%	<b>2002/3</b> 42.9%	<b>2012</b> 48.8%
----------------------	------------------------	------------------------	------------------------	----------------------

ÄrztInnen

<b>1992</b> 19.8%	<b>2002/1</b> 23.4%	<b>2002/2</b> 17.8%	<b>2002/3</b> 17.5%	<b>2012</b> 16.5%
----------------------	------------------------	------------------------	------------------------	----------------------

## 6.2. SIGNIFIKANTE MITTELWERTSVERGLEICHE

Nachdem die vorliegende Untersuchung vor allem auf den zeitlichen Verlauf der Ergebnisse und allfällige Differenzen zwischen den verschiedenen Testzeitpunkten fokussiert ist und Berechnungen zu den unabhängigen Variablen Alter, Geschlecht, Lebensraum auf Item-Ebene den Rahmen gesprengt hätten, wurden die Relativindices („Relwis“ und „Relver“) als summierte Ausdrucksparameter für Wissen und Verhalten varianzanalytisch auf Zusammenhänge geprüft:

Wissensstand „Relwis“ über

- ◆ Testzeitpunkt. Hoch signifikant (p = .000)
- ◆ Alter: Nicht signifikant
- ◆ Geschlecht: Nicht signifikant
- ◆ Lebensraum: Nicht signifikant
- ◆ Schultyp: Hoch signifikant (p = .000)

Verhaltensscore „Relver“ über

- ◆ Testzeitpunkt. Signifikant (p = .011)
- ◆ Alter: Nicht signifikant
- ◆ Geschlecht: Nicht signifikant
- ◆ Lebensraum: Nicht signifikant
- ◆ Schultyp: Hoch signifikant (p = .000)

Signifikante Ergebnisse zeigten die Variablen Testzeitpunkt und Schultyp im Bezug auf den Wissensscore und den Verhaltensscore.

1) Der Wissensstand der SchülerInnen 1992 war demnach jeweils hoch signifikant (p = ,000) besser sowohl als derjenige der Jugendlichen im Jahr 2002 (gemessen vor den Peer Education-Workshops) als auch derjenige im Jahr 2012 und ist somit in den 20 Jahren signifikant gesunken. Der Vergleich zwischen 2002 (höheres Wissensniveau) und 2012 war nicht mehr signifikant (p = .373):

### Tests der Zwischensubjekteffekte

Abhängige Variable: Relwis

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.
Korrigiertes Modell	2,310 <sup>a</sup>	16	,144	11,270	,000
Konstanter Term	34,552	1	34,552	2696,875	,000
<b>aa_testz</b>	1,039	2	,520	40,552	<b>,000</b>
a_lebensr	,039	1	,039	3,074	,080
a_sex	,057	1	,057	4,479	,350
altersindex	,000	1	,000	,024	,877
aa_testz * a_lebensr	,007	1	,007	,576	,448
aa_testz * a_sex	,061	2	,030	2,361	,095
aa_testz * altersindex	,008	2	,004	,307	,735
a_lebensr * a_sex	,090	1	,090	7,054	,808
a_lebensr * altersindex	,035	1	,035	2,759	,097
a_sex * altersindex	,012	1	,012	,966	,326
aa_testz * a_lebensr * a_sex	1,750E-5	1	1,750E-5	,001	,971
aa_testz * a_lebensr * altersindex	,000	0	.	.	.
aa_testz * a_sex * altersindex	,015	1	,015	1,146	,285
a_lebensr * a_sex * altersindex	,010	1	,010	,769	,381
aa_testz * a_lebensr * a_sex * altersindex	,000	0	.	.	.
Fehler	15,297	1194	,013		
Gesamt	451,733	1211			
Korrigierte Gesamtvariation	17,608	1210			

Tab.1: Varianzanalyse Relwis Testzeitpunkt

**Relwis Bonferroni**

(I)Testzeitpunkt	(J)Testzeitpunkt	Mittlere Differenz (I-J)	Standardfehler	Sig.	95%-Konfidenzintervall	
					Untergrenze	Obergrenze
2002/1	2012	,0145	,00943	,373	-,0081	,0371
	1992	-,0735*	,01023	,000	-,0981	-,0490
2012	2002/1	-,0145	,00943	,373	-,0371	,0081
	1992	-,0880*	,00738	,000	-,1057	-,0703
1992	2002/1	,0735*	,01023	,000	,0490	,0981
	2012	,0880*	,00738	,000	,0703	,1057

Tab.2: Post-Hoc-Test Relwis Testzeitpunkt

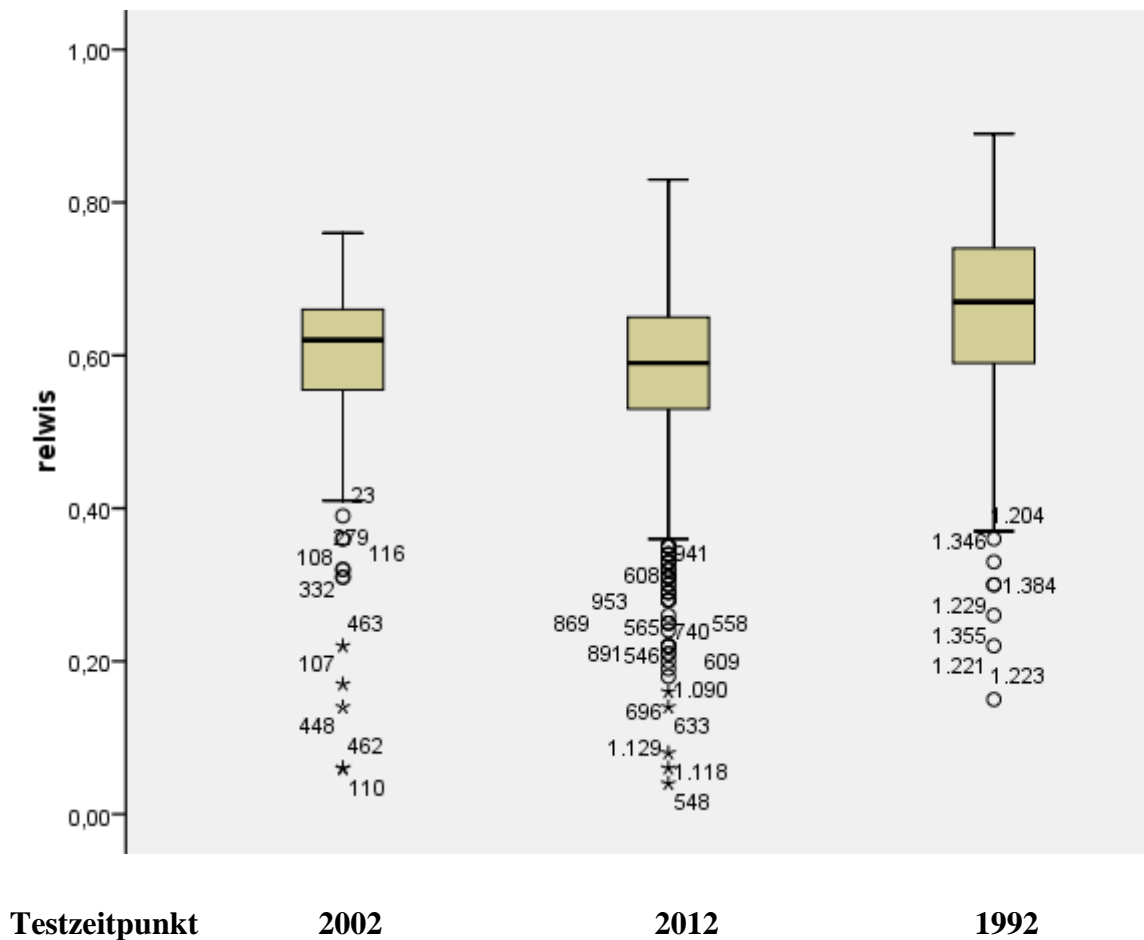


Abb.5: Stem-and-Leaf-Boxplot Relwis

2) Der Verhaltensscore als Ausdruck der protektiven Verhaltensweisen bzw. deren Intentionen sank von 1992 auf 2002 nicht signifikant ab ( $p=1.000$ ), von 2002 auf 2012 jedoch hoch signifikant ( $p = .000$ ) und in den gesamten 20 Jahren ebenso ( $p = .000$ ):

### Tests der Zwischensubjekteffekte

Abhängige Variable: Relver

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.
Korrigiertes Modell	1,320 <sup>a</sup>	16	,082	3,096	,000
Konstanter Term	29,320	1	29,320	1100,686	,000
aa_testz	,241	2	,120	4,521	<b>,011</b>
a_lebensr	,034	1	,034	1,260	,262
a_sex	,030	1	,030	1,129	,288
altersindex	,053	1	,053	1,999	,158
aa_testz * a_lebensr	7,284E-5	1	7,284E-5	,003	,958
aa_testz * a_sex	,058	2	,029	1,085	,338
aa_testz * altersindex	,056	2	,028	1,053	,349
a_lebensr * a_sex	,006	1	,006	,210	,647
a_lebensr * altersindex	,008	1	,008	,292	,589
a_sex * altersindex	,007	1	,007	,267	,605
aa_testz * a_lebensr * a_sex	5,464E-5	1	5,464E-5	,002	,964
aa_testz * a_lebensr * altersindex	,000	0			
aa_testz * a_sex * altersindex	,025	1	,025	,940	,332
a_lebensr * a_sex * altersindex	,006	1	,006	,210	,647
aa_testz * a_lebensr * a_sex * altersindex	,000	0			
Fehler	31,805	1194	,027		
Gesamt	376,376	1211			
Korrigierte Gesamtvariation	33,125	1210			

Tab.3: Varianzanalyse Relver Testzeitpunkt

**Relver Bonferroni**

(I)Testzeitpunkt	(J)Testzeitpunkt	Mittlere Differenz (I-J)	Standardfehler	Sig.	95%-Konfidenzintervall	
					Untergrenze	Obergrenze
2002/1	2012	,0555 <sup>*</sup>	,01360	,000	,0229	,0881
	1992	,0033	,01476	1,000	-,0321	,0387
<b>2012</b>	<b>2002/1</b>	<b>-,0555<sup>*</sup></b>	,01360	<b>,000</b>	<b>-,0881</b>	<b>-,0229</b>
	<b>1992</b>	<b>-,0522<sup>*</sup></b>	,01064	<b>,000</b>	<b>-,0777</b>	<b>-,0267</b>
1992	2002/1	-,0033	,01476	1,000	-,0387	,0321
	2012	,0522 <sup>*</sup>	,01064	,000	,0267	,0777

Tab.4: Post-Hoc-Test Relver Testzeitpunkt

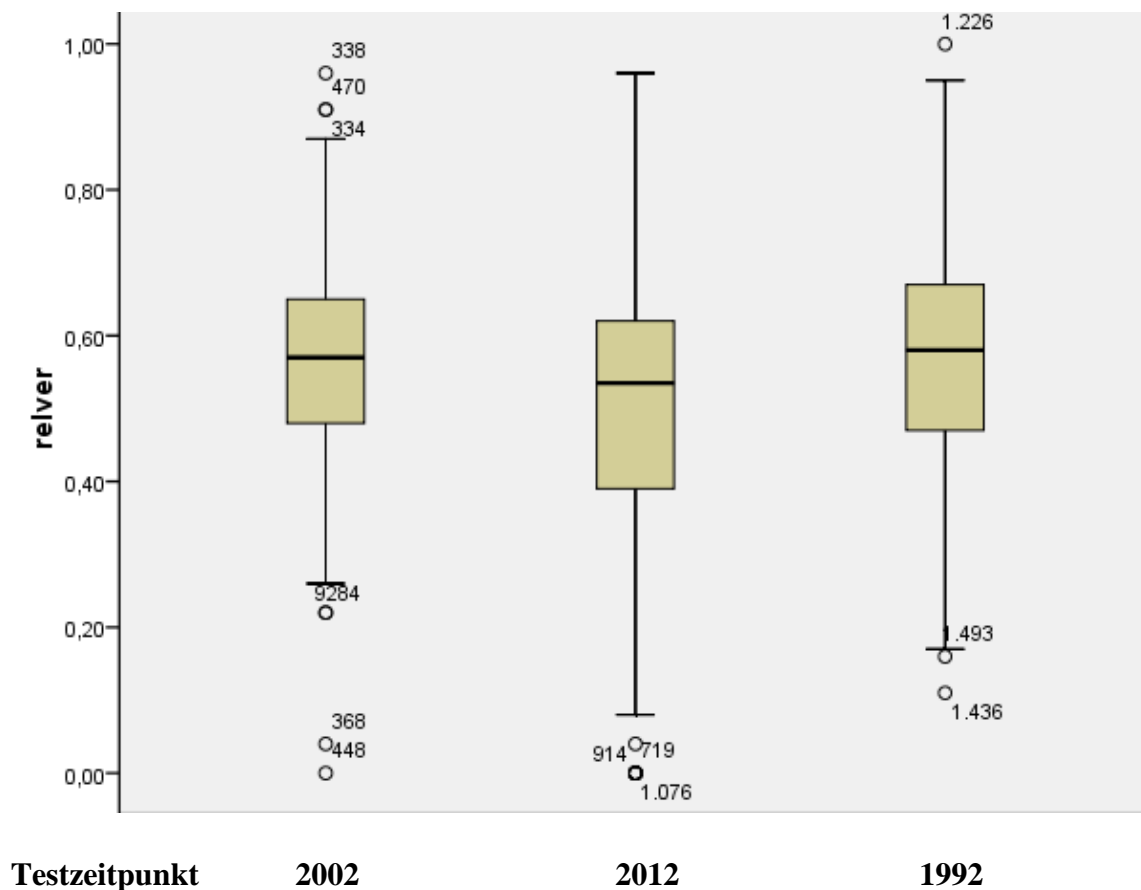


Abb.6: Stem-and-Leaf-Boxplot Relver

3) SchülerInnen der Hauptschulen, der polytechnischen Lehrgänge und der Berufsschulen wiesen 1992 wie auch 2012 sowohl einen signifikant niedrigeren Wissensstand ( $p = .000$ ) als auch einen signifikant schlechteren Verhaltensscore ( $p = .001$ ) als SchülerInnen aus allgemein bildenden höheren Schulen auf.

2002 lagen die Unterschiede immerhin im Trendbereich, waren aber nicht signifikant (Wissen  $p = .079$ , Verhalten  $p = .093$ ):

**Abhängige Variable: Relwis**

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.
Korrigiertes Modell	3,422 <sup>a</sup>	11	,311	25,857	,000
Konstanter Term	258,166	1	258,166	21456,173	,000
aa_testz	1,299	2	,650	53,999	,000
a_sex	,016	1	,016	1,355	,245
<b>a_schul2</b>	,690	1	,690	57,308	<b>,000</b>
aa_testz * a_sex	,023	2	,012	,972	,378
aa_testz * a_schul2	,032	2	,016	1,345	,261
a_sex * a_schul2	,011	1	,011	,925	,336
aa_testz * a_sex * a_schul2	,021	2	,010	,858	,424
Fehler	14,475	1203	,012		
Gesamt	452,948	1215			
Korrigierte Gesamtvariation	17,897	1214			

*Tab.5: Varianzanalyse Relwis Schultyp*

**Abhängige Variable: Relver**

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.
Korrigiertes Modell	1,648 <sup>a</sup>	11	,150	5,707	,000
Konstanter Term	213,315	1	213,315	8124,780	,000
aa_testz	,852	2	,426	16,227	,000
a_sex	,050	1	,050	1,899	,168
<b>a_schul2</b>	,368	1	,368	14,000	<b>,000</b>
aa_testz * a_sex	,300	2	,150	5,704	,003
aa_testz * a_schul2	,026	2	,013	,498	,608
a_sex * a_schul2	,027	1	,027	1,016	,314
aa_testz * a_sex * a_schul2	,048	2	,024	,921	,398
Fehler	31,585	1203	,026		
Gesamt	377,458	1215			
Korrigierte Gesamtvariation	33,233	1214			

*Tab.6: Varianzanalyse Relver Schultyp*

Dem gegenüber seien auch die nicht signifikanten Ergebnisse der Mittelwertsvergleiche angeführt:

### 1) Alter

Die beiden Teilstichproben der unter 17.2-Jährigen und der über 17.2-Jährigen unterscheiden sich im Wissensindex über die gesamten 20 Jahre marginal zugunsten der Älteren, im Verhaltensindex so gut wie gar nicht:

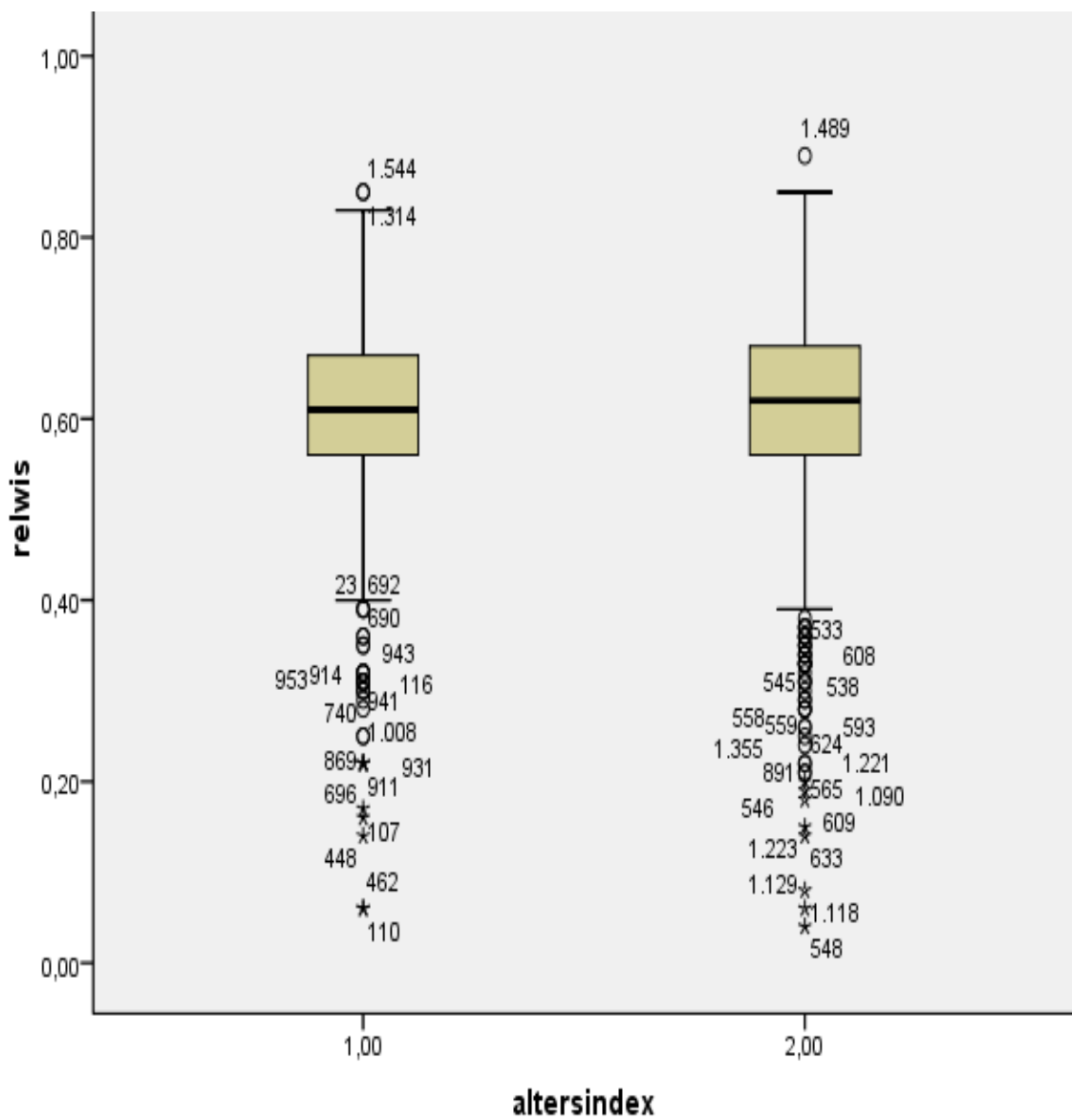


Abb.7: Stem-and-Leaf-Boxplot Relwis Alter

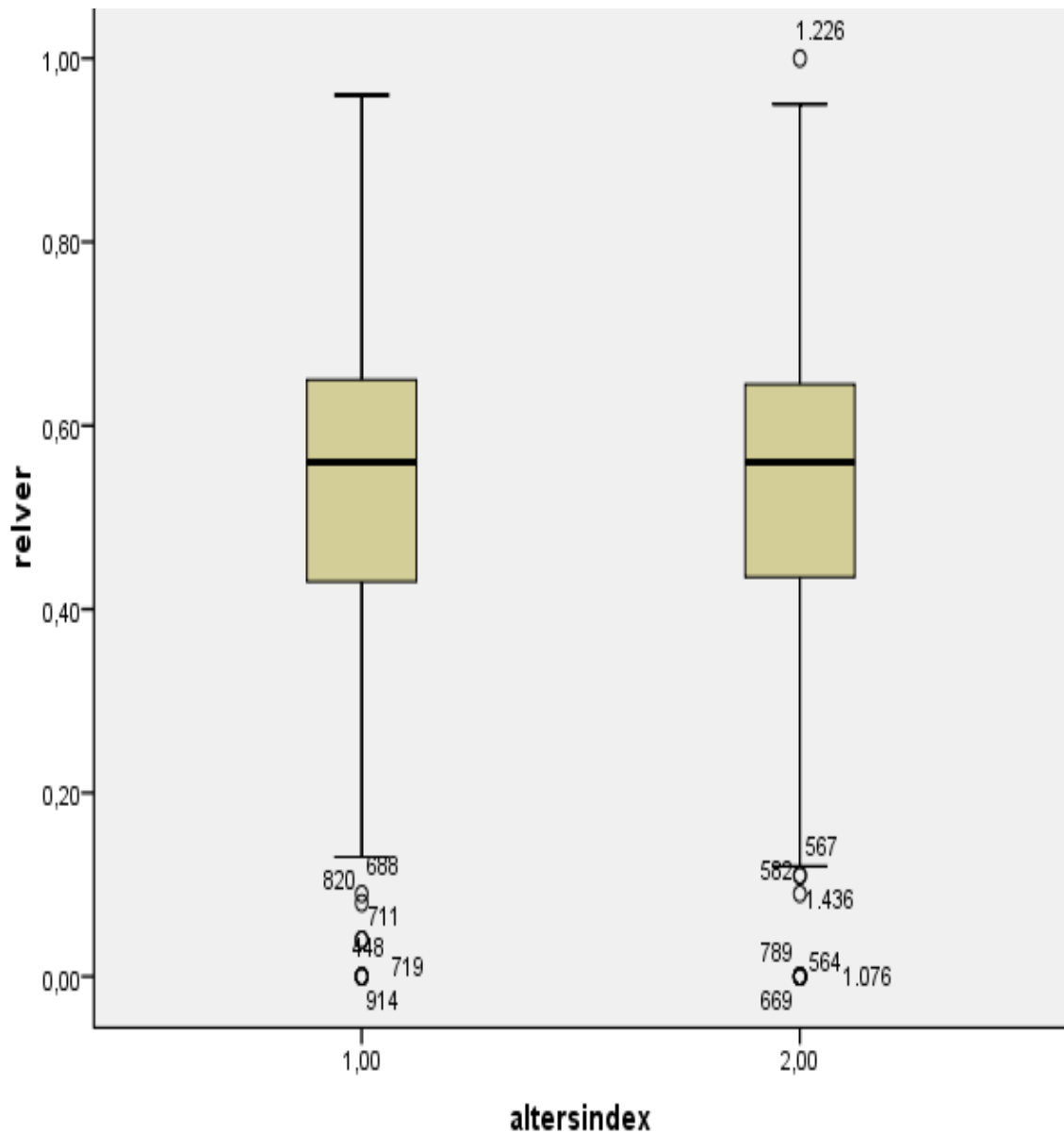


Abb.8: Stem-and-Leaf-Boxplot Relver Alter

## 2) Geschlecht

Mädchen und Jungen unterscheiden sich über den gesamten Zeitraum der 20 Jahre hinweg nicht signifikant, im Trend weisen die männlichen TeilnehmerInnen jedoch sowohl einen höheren Wissensstand als auch einen höheren Verhaltensindex auf:

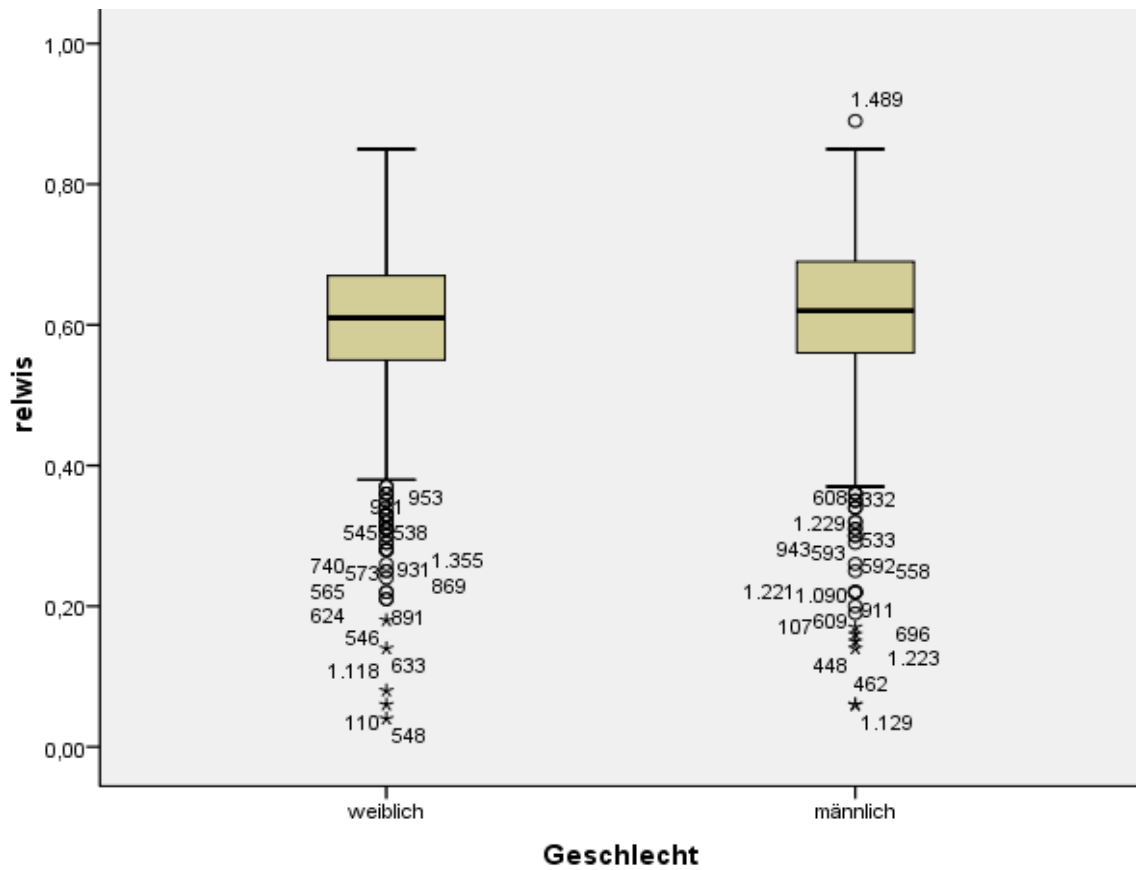
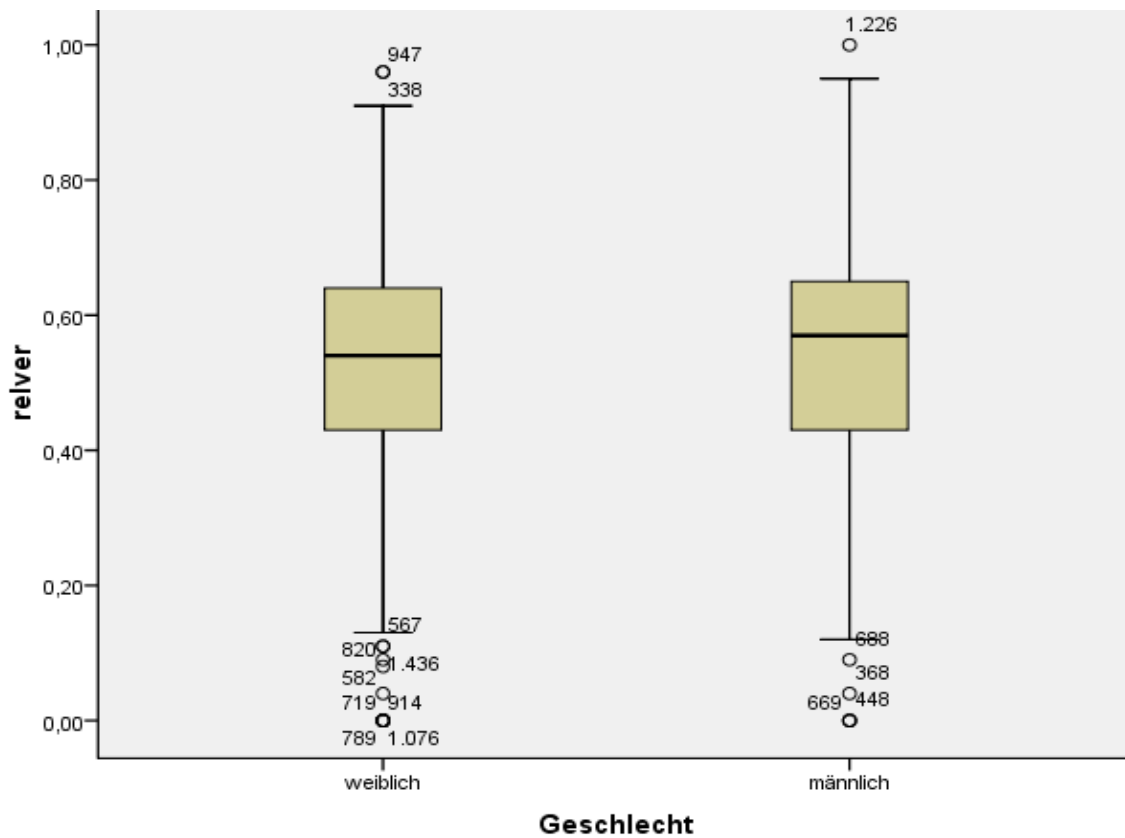


Abb.9/10: Stem-and-Leaf-Boxplot Relwis/Relver Geschlecht



### 3) Lebensraum

Jugendliche aus städtischen Gebieten und solche aus ländlichen Regionen unterscheiden sich in Bezug auf Wissen und Verhalten nicht signifikant, im Trend jedoch zeigen die TeilnehmerInnen ländlicher Herkunft einen höheren Wissensstand und einen höheren protektiven Verhaltensindex als die Stadtjugend:

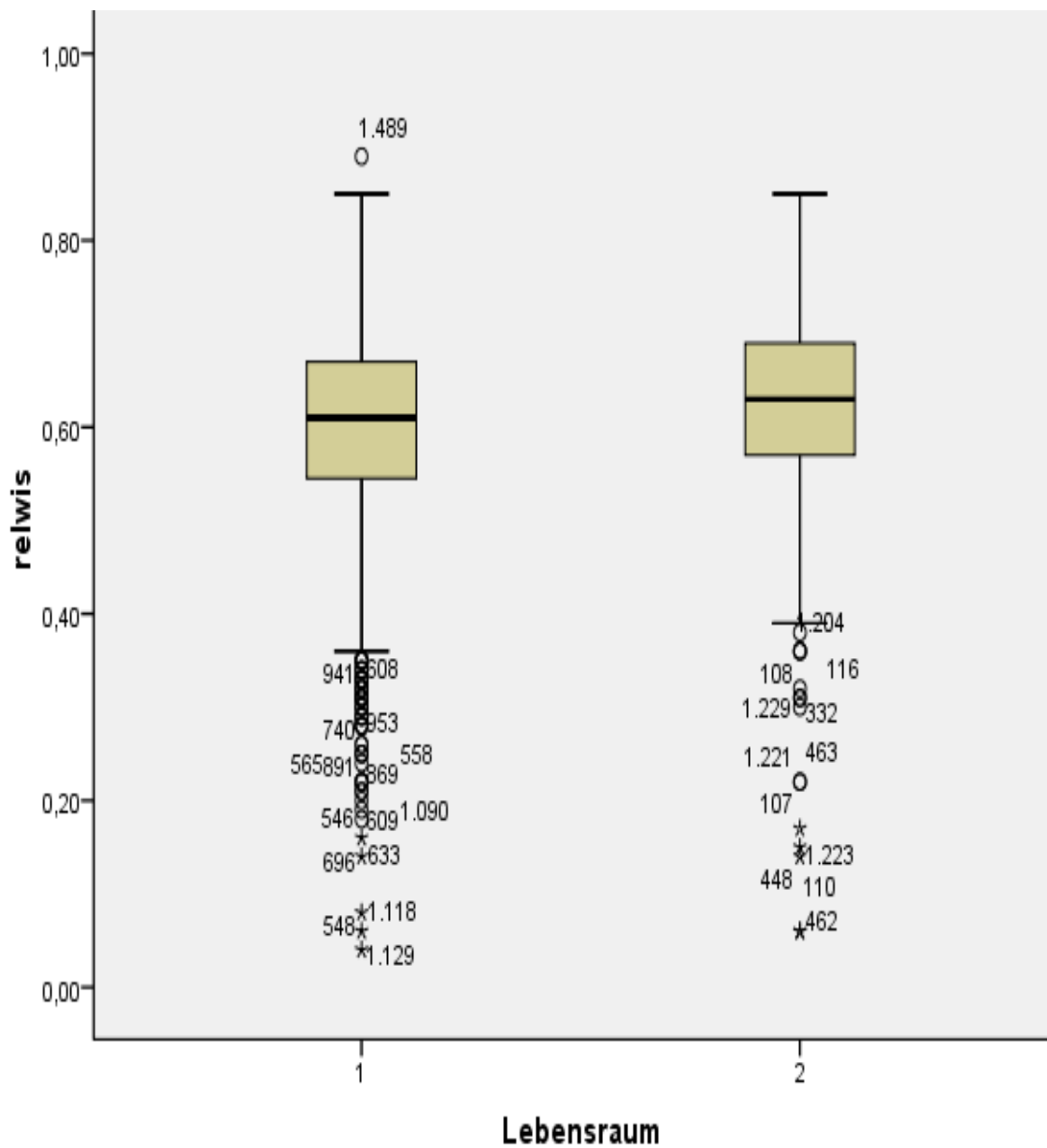


Abb.11: Stem-and-Leaf-Boxplot Relwis Lebensraum

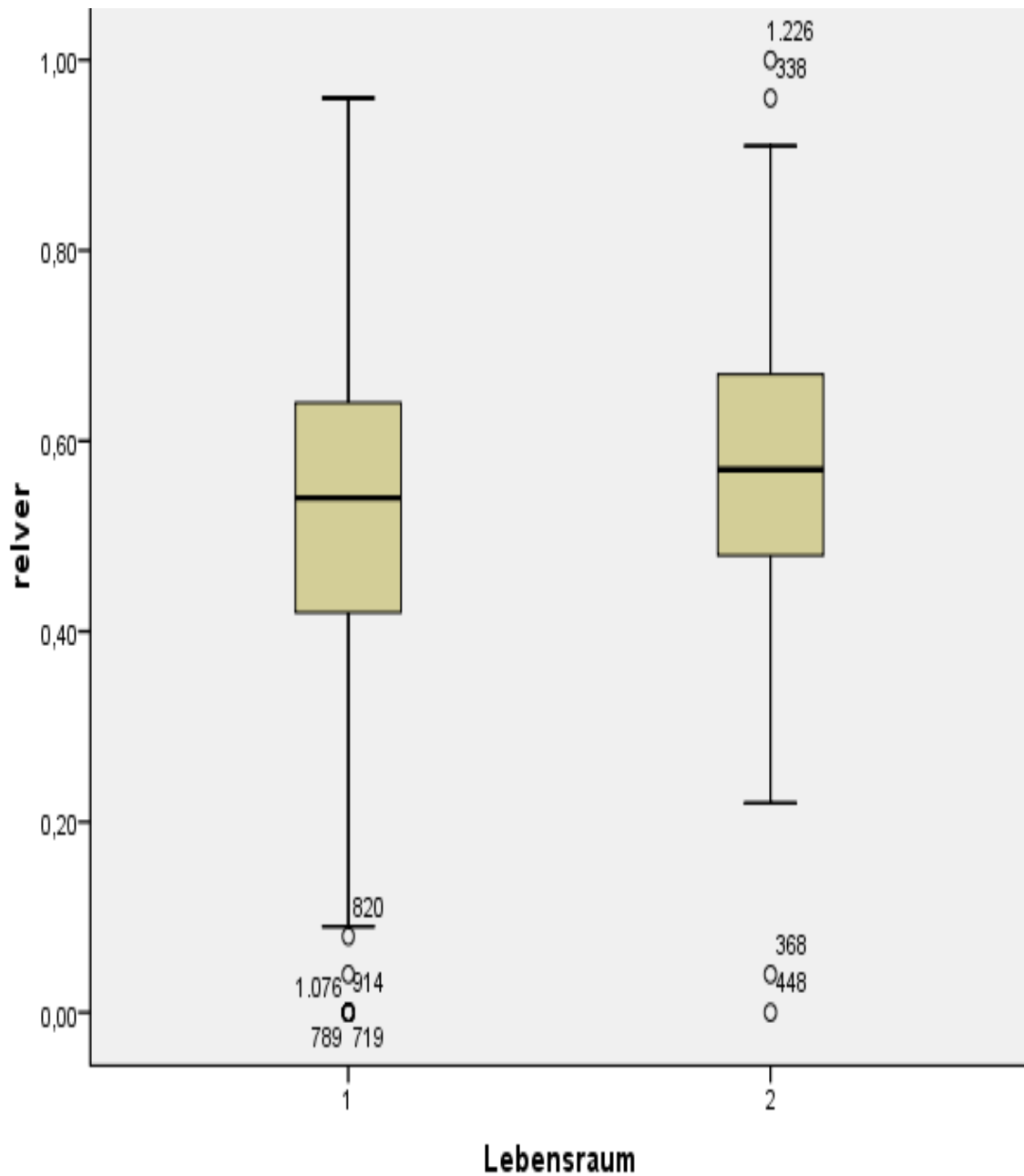


Abb.12: Stem-and-Leaf-Boxplot Relver Lebensraum

Zur Überprüfung des gesicherten Zusammenhanges zwischen Wissen und Verhalten waren die Parameter „Relwis“ und „Relver“ der Correlations-Prozedur unterzogen worden, die Resultate ergaben signifikante Koeffizienten von 0.129 ( $p = .014$ ) für 1992, 0.352 ( $p = .000$ ) für 2002/1, 0.561 ( $p = .042$ ) für 2002/2, 0.493 ( $p = .000$ ) für 2002/3 und 0.298 ( $p = .000$ ) für 2012.

### 6.3. EVALUIERUNG PEER EDUCATION

Hoch signifikante Ergebnisse zeigte die Variable Testzeitpunkt im Bezug auf den Wissensscore wie auch den Verhaltensscore (jeweils  $p = .000$ ).

1) Der Wissensstand der TeilnehmerInnen an den Seminaren stieg demnach jeweils hoch signifikant ( $p = .000$ ) vom Zeitpunkt vor den Workshops bis zum Zeitpunkt kurz nach den Workshops und auch vom Zeitpunkt vor den Workshops bis zum Zeitpunkt lang nach den Workshops an.

Vom Zeitpunkt kurz nach den Workshops bis zum Zeitpunkt lang nach den Workshops fiel der Wissensstand im Trend wieder ab, allerdings nicht signifikant ( $p = .076$ ):

#### Tests der Zwischensubjekteffekte

Abhängige Variable: Relwis

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.
Korrigiertes Modell	1,337 <sup>a</sup>	2	,668	80,302	,000
Konstanter Term	219,892	1	219,892	26417,824	,000
aa_testz	1,337	2	,668	80,302	,000
Fehler	4,262	512	,008		
Gesamt	224,371	515			
Korrigierte Gesamtvariation	5,598	514			

Tab.7: Varianzanalyse Relwis Testzeitpunkt

### Multiple Comparisons

#### Relwis Bonferroni

(I)Testzeitpunkt	(J)Testzeitpunkt	Mittlere Differenz (I-J)	Standardfehler	Sig.
davor	kurz danach	-,1159*	,00977	,000
	lang danach	-,0934*	,00978	,000
kurz danach	davor	,1159*	,00977	,000
	lang danach	,0225	,01003	,076
lang danach	davor	,0934*	,00978	,000
	kurz danach	-,0225	,01003	,076

### Multiple Comparisons

#### Relwis Bonferroni

(I)Testzeitpunkt	(J)Testzeitpunkt	95%-Konfidenzintervall	
		Untergrenze	Obergrenze
davor	kurz danach	-,1393	-,0924
	lang danach	-,1169	-,0699
kurz danach	davor	,0924	,1393
	lang danach	-,0016	,0466
lang danach	davor	,0699	,1169
	kurz danach	-,0466	,0016

Tab.8: Post-Hoc-Test Relwis Testzeitpunkt

2) Der Verhaltensindex der TeilnehmerInnen an den Seminaren stieg ebenfalls hoch signifikant ( $p = .000$ ) vom Zeitpunkt vor den Workshops bis zum Zeitpunkt kurz nach den Workshops und signifikant ( $p = .038$ ) vom Zeitpunkt vor den Workshops bis zum Zeitpunkt lang nach den Workshops an.

Vom Zeitpunkt kurz nach den Workshops bis zum Zeitpunkt lang nach den Workshops fiel der Index im Trend wieder ab, allerdings nicht signifikant ( $p = .400$ ):

#### Tests der Zwischensubjekteffekte

Abhängige Variable: Relver

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.
Korrigiertes Modell	,446 <sup>a</sup>	2	,223	8,426	,000
Konstanter Term	186,053	1	186,053	7033,939	,000
<b>aa_testz</b>	,446	2	,223	8,426	<b>,000</b>
Fehler	13,543	512	,026		
Gesamt	199,677	515			
Korrigierte Gesamtvariation	13,988	514			

Tab.9: Varianzanalyse Relver Testzeitpunkt

**Multiple Comparisons**

**Relver Bonferroni**

(I)Testzeitpunkt	(J)Testzeitpunkt	Mittlere Differenz (I-J)	Standardfehler	Sig.
davor	kurz danach	-,0705 <sup>*</sup>	,01741	,000
	lang danach	-,0436 <sup>*</sup>	,01744	,038
kurz danach	davor	,0705 <sup>*</sup>	,01741	,000
	lang danach	,0269	,01788	,400
lang danach	davor	,0436 <sup>*</sup>	,01744	,038
	kurz danach	-,0269	,01788	,400

**Multiple Comparisons**

**Relver Bonferroni**

(I)Testzeitpunkt	(J)Testzeitpunkt	95%-Konfidenzintervall	
		Untergrenze	Obergrenze
davor	kurz danach	-,1123	-,0287
	lang danach	-,0855	-,0018
kurz danach	davor	,0287	,1123
	lang danach	-,0161	,0698
lang danach	davor	,0018	,0855
	kurz danach	-,0698	,0161

*Tab.10: Post-Hoc-Test Relver Testzeitpunkt*

Im Unterschied zur grobdimensionalen Betrachtungsweise der Gesamtstudie über 20 Jahre soll im Folgenden auf wesentliche Elemente und diejenigen Teilaspekte eingegangen werden, die auf Item-Ebene in den Teilbereichen Wissen, Einstellungen/Emotionen, Verhalten und Information/Aufklärung zu den Signifikanzen geführt haben, eingegangen werden.

Allen Items liegt dabei der erhobene Effekt zugrunde, dass unmittelbar nach dem Workshop eine signifikante Verbesserung erfolgte, die in der Folge bis zum Testpunkt nach einem halben Jahr, zwar nicht signifikant, aber eben trendweise wieder abgebaut wurde.

### **6.3.1. WISSEN**

Die stärksten Veränderungseffekte im Sinne einer signifikanten Optimierung ergeben sich in den Fragen zu

- ◆ Verbreitungsrate
- ◆ Ansteckungsrisiko (Männer vs. Frauen)
- ◆ Infektionsrelevante Körperflüssigkeiten
- ◆ Mögliche und Nicht-Übertragungswege
- ◆ Unbewusste Infektion
- ◆ Krankheitsverlauf
- ◆ Symptomatik
- ◆ Verhütung, Funktion der „Pille“ und von Kondomen
- ◆ Therapie- und Impfstoffentwicklung
- ◆ Testmöglichkeiten

Frage	Test 1 %	Test 2 %	Test 3 %	Sign.
Richtige Verbreitungsrate von HIV/AIDS?	16	32	26	.000
Ansteckungsrisiko Frauen und Männern gleich?				
Für Männer und Frauen gleich	77	13	24	.000
Für Männer höher	2	2	4	
Für Frauen höher	12	84	70	
Weiß nicht	9	1	2	
Können Babies mit AIDS geboren werden?				
Ja	75	33	43	.000
Nein	9	65	55	
Weiß nicht	16	2	2	
Welche Körperflüssigkeiten übertragen HIV?				
Samenflüssigkeit	89	95	96	.019
Scheidenflüssigkeit	80	93	90	.001
Muttermilch	25	89	85	.000
Speichel	23	7	9	.000
Tränen	7	2	1	.003
HIV-Infektionsrisiko ist gegeben durch:				
Küssen?				
Ja	9	1	5	.000
Nein	84	98	95	
Weiß nicht	7	1	0	
Trinkgläser?				
Ja	8	0	2	.040
Nein	83	99	98	
Weiß nicht	9	1	0	
Luft?				
Ja	1	0	2	.040
Nein	97	99	98	
Weiß nicht	2	1	0	
Ein HIV-Infektionsrisiko ist gegeben durch:				
Berühren, Streicheln?				
Ja	2	0	3	.001
Nein	93	99	97	
Weiß nicht	5	1	0	
Händeschütteln?				
Ja	2	0	2	.009
Nein	94	99	98	
Weiß nicht	4	1	0	
Anhusten, Anhauchen?				
Ja	4	0	3	.000
Nein	87	99	97	
Weiß nicht	9	1	0	
Gegenstände, Haltegriffe?				
Ja	1	0	3	.000
Nein	93	99	97	
Weiß nicht	6	1	0	
Zigaretten?				
Ja	4	0	3	.000
Nein	84	99	96	
Weiß nicht	12	1	1	
Sauna, Schwimmbäder?				
Ja	6	2	6	.000
Nein	81	97	93	

Weiß nicht	13	1	1	
Wasser, Lebensmittel?				
Ja	4	0	3	.000
Nein	86	99	97	
Weiß nicht	10	1	0	
Ist Infektion ohne es zu wissen möglich?				
Ja	92	95	93	.410
Nein	4	0	3	
Weiß nicht	4	5	4	
Symptomlose infizierte Menschen ansteckend?				
Ja	78	88	84	.001
Nein	9	10	11	
Weiß nicht	13	2	5	
Zeitspanne Infektion und Ausbruch von AIDS?				
Richtig	42	65	58	.000
Unterschätzung	42	35	41	
Weiß nicht	16	0	1	
Ausbruch in allen HIV-positiven Fällen?				
Man erkrankt sicher daran	14	15	14	.000
Muß nicht sein	78	85	85	
Weiß nicht	8	0	1	
Richtiges Erkennen äußerlicher Symptome?	8	25	25	.002
Schützt die Pille vor AIDS?				
Ja	6	4	7	.003
Nein	86	95	90	
Weiß nicht	8	1	3	
Schützen Kondome fast 100%ig?				
Ja	83	99	90	.013
Nein	13	1	9	
Weiß nicht	4	0	1	
Richtige Safer-Sex-Definition?	53	79	70	.000
Gibt es einen Impfstoff gegen HIV?				
Ja	13	3	7	.000
Nein	69	95	86	
Weiß nicht	18	2	7	
Wann ist ein HIV-Test sinnvoll?				
Sofort nach dem Risiko	35	12	17	.000
Drei Monate danach	43	87	77	
Sechs Monate danach	2	1	3	
Weiß nicht	20	0	3	
Was bedeutet ein positives Testresultat?				
Jemand hat AIDS	10	9	7	.242
Jemand hat HIV im Blut	86	90	91	
Weiß nicht	4	1	2	

Tab.11: Signifikanzen Wissensfragen

### 6.3.2. EINSTELLUNGEN/EMOTIONEN

Die stärksten Veränderungseffekte im Sinne einer signifikanten Optimierung ergeben sich in den Fragen zu

- ◆ Selbsteinschätzung des Wissensniveaus
- ◆ Einstellungen zur Entstehung
- ◆ Angst
- ◆ Zukunftsgefühle
- ◆ Vorsicht
- ◆ Treue
- ◆ Ausgrenzungstendenzen gegenüber Betroffenen

Frage	Test 1 %	Test 2 %	Test 3 %	Sign.
„Ich weiß genug über AIDS.“	58	85	79	.000
„Ich weiß nicht genug über AIDS.“	42	15	21	
„AIDS wurde hauptsächlich verbreitet durch:“				
Afrika	16	25	21	.000
Meerkatzen	12	31	35	.000
Homosexualität	6	2	3	.000
Unmoral	29	13	18	.000
Unwissen	30	9	5	.000
Sextourismus	8	20	19	.000
„Meine persönliche Angst vor AIDS ist:“				
sehr groß/groß/eher groß	46	30	24	.001
neutral	34	46	49	
sehr klein/klein/eher klein	20	24	27	
Keine Risikosituation denkbar	100	97	97	
„Mein Gefühl der Zukunft gegenüber ist:“				
traurig	17	21	14	.000
ängstlich	45	21	23	
optimistisch	17	33	25	
gleichgültig	3	4	8	
aggressiv	0	1	2	
hoffnungsvoll	17	21	29	
„Mit Menschenkenntnis erkennt man HIV.“	18	5	12	.005
„AIDS wird von den Medien übertrieben und betrifft nur wenige Randgruppen.“	5	8	14	.019
„Obwohl bisher nur wenige AIDS-Fälle aufgetreten sind, sollte man vorsichtig im Umgang mit Fremden sein.“	42	34	42	
„AIDS wird zur größten Volksseuche, eine radikale Moraländerung in Richtung Treue ist notwendig.“	53	58	44	

<i>Wie sollte Verbreitung gebremst werden?</i>				
Prostitutionsverbot	44	28	30	.002
Regelmäßige Zwangstests	28	15	24	.010
Zwangsisolierung	11	3	7	.027
„In der Schule findet genug Aufklärung statt.“	52	66	62	.024
„Eine feste Beziehung bedeutet für mich:“				
Verhältnis, in dem ich am liebsten leben will.	89	90	81	.004
einen nicht erfüllbaren Traum.	6	9	9	
einen Alptraum.	5	1	10	

Tab.12: Signifikanzen Einstellungsfragen

### 6.3.3. VERHALTEN

Die stärksten Veränderungseffekte im Sinne einer signifikanten Optimierung ergeben sich in den Fragen zu

- ◆ Safer Sex und Kondomgebrauch
- ◆ Testverhalten
- ◆ Verhalten gegenüber Betroffenen

Frage	Test 1 %	Test 2 %	Test 3 %	Sign.
„Ich habe bereits Geschlechtsverkehr gehabt.“				
Ja, ein paar Mal	10	11	17	.035
„Ich trage Kondome bei mir.“				
Oft	22	19	21	.005
manchmal	29	41	36	
nie	49	40	43	
„Ich war schon in einer Ansteckungssituation.“				
Ja, sicher	3	3	4	.015
Möglich	10	24	18	
Eher nicht	32	34	38	
Nein	55	40	41	
„Ich habe bereits HIV-Test machen lassen.“	6	6	8	.024
„Ich würde einem AIDS-Kranken.“				
die Hand geben.	91	95	91	.220
einen Kuss geben.	58	78	73	.000
mein Glas borgen.	70	91	80	.000
gestatten, meine Toilette zu benutzen.	81	93	86	.006
erlauben, mit mir auszugehen.	90	95	89	.103
gestatten, mit in Schwimmbad/Sauna.	70	89	83	.000
erlauben, bei mir zu wohnen.	65	78	68	.026

Tab.13: Signifikanzen Verhaltensfragen

### 6.3.4. INFORMATION/AUFKLÄRUNG

Der einzige signifikante Veränderungseffekt ergibt sich in der Frage zu Vorträgen und Seminaren als gewünschte Informationsquellen für das Thema HIV/AIDS.

Frage	Test 1 %	Test 2 %	Test 3 %	Sign.
<i>Informationsquellen zu HIV/AIDS:</i>				
Vorträge und Seminare	36	60	56	<b>.000</b>

Tab.14: Signifikanzen Infofragen

### 6.3.5. ALTER, GESCHLECHT, SCHULTYP

Altersbezogen findet in der mittleren Gruppe die größte Angstreduktion statt, die Ältesten haben den größten Zuwachs an Hoffnung. Die Jüngsten sind die einzige Gruppe, bei denen der Irrtum, man werde im Zweifelsfall HIV erkennen können, dauerhaft reduziert wurde.

Mit steigendem Alter und mehr sexueller Erfahrung sinken die Absichten zu Schutz (Kondomverwendung) und Kommunikation (=das Thema AIDS ansprechen). Je älter die TeilnehmerInnen sind, umso weniger Kondomverwendung wird angegeben.

Im Großen und Ganzen sind die Geschlechtsdifferenzen nicht auffällig: Mädchen sind (und bleiben nach den Workshops) gegenüber AIDS ängstlicher, trauriger, mutloser, vorsichtiger (Partnerwahl, Verhalten etc.), aber auch toleranter im Umgang mit Betroffenen als Burschen. Sie haben eher regelmäßig Sex und fixe Partnerschaften als Burschen

Schulbildungsspezifisch wurde Ängstlichkeit der Zukunft gegenüber bei HauptschülerInnen verhältnismäßig stärker herabgesetzt als bei AHS/BHS-SchülerInnen. Je höher die Schulbildung, umso geringer ist die Angst vor AIDS. Die Kondomverwendung hängt ebenfalls mit Schulbildung zusammen (Je höher der Bildungsgrad, umso eher Kondombenutzung). Die AHS/BHS-SchülerInnen kaufen nach den Workshops öfter Kondome bzw. tragen sie öfter bei sich als Haupt- und Poly-SchülerInnen.

### 6.3.6. WORKSHOP-FEEDBACK

Zur Auswertung der deskriptiven Häufigkeiten gelangten 526 Feedback-Fragebögen.

Die Teilnehmerinnen beurteilten darin die Seminare als durchwegs positiv:

Für 91% hatte das Programm den Erwartungen entsprochen, 53% fanden die Veranstaltung vor allem „lehrreich und informativ“, 27% „gemütlich und nett“, 18% „interessant und spannend“ und nur 2% langweilig.

Nur 16% befanden, dass es einen Teil gegeben hätte, der für sie nicht notwendig gewesen wäre und nur 6% gaben an, es hätte ihnen thematisch etwas gefehlt.

98% gaben an, ausreichend Informationen über AIDS, 95% ausreichend Informationen über Safer Sex erhalten zu haben.

88% der befragten Jugendlichen meinten, etwas Neues gehört/gelernt zu haben.

Die Peers als SeminarleiterInnen wurden von 37% vor allem als „gut vorbereitet“, von 15% vor allem „fachlich kompetent“, von 23% vor allem „unterhaltsam und von 25% mit vor allem „alles im Griff habend“ bezeichnet.

90% der TeilnehmerInnen beschrieben die Stimmung als sehr gut, 7% als gut und nur 2% als mäßig bzw. 1% als schlecht.

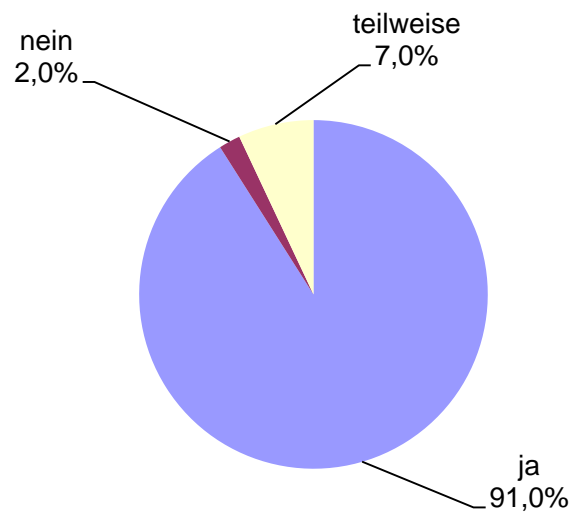
Für die Empfehlung, dass FreundInnen auch so ein Peer-Seminar besuchen sollten, sprachen sich 67% mit „Ja“ aus, 30% meinten „Vielleicht“ und nur 3% verneinten.

Die Ergebnisse sind nachfolgend im Überblick und grafisch zusammen gestellt:

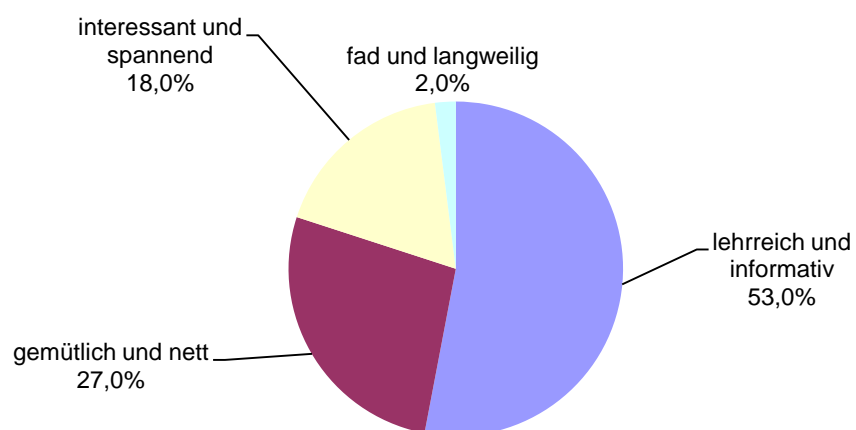
Frage	Prozent
<b>1. Hat das Programm heute Deinen Erwartungen entsprochen?</b>	
Ja	91
Teilweise	7
Nein	2
<b>2. Wie beurteilst Du dieses Peer Group-Seminar? Es war vor allem...</b>	
Lehrreich und informativ	53
Gemütlich und nett	27
Interessant und spannend	18
Langweilig und fad	2
<b>3. Hat es einen Teil gegeben, der für Dich nicht notwendig gewesen wäre?</b>	
Ja	16
Nein	84
<b>4. Gibt es Themen, die Dir abgegangen sind?</b>	
Ja	6
Nein	94
<b>5. Hast Du ausreichend Information über AIDS bekommen?</b>	
Ja	98
Nein	2
<b>6. Hast Du genug Informationen über "Safer Sex" bekommen?</b>	
Ja	95
Nein	5
<b>7. Hast Du etwas Neues gelernt/gehört?</b>	
Ja	88
Nein	12
<b>8. Wie hast Du die Peers als SeminarleiterInnen gefunden? Sie waren vor allem...</b>	
Gut vorbereitet	37
Fachlich kompetent	15
Unterhaltsam	23
Haben „alles im Griff“ gehabt	25
<b>9. Wie war die Stimmung?</b>	
Sehr gut	90
Gut	7
Mäßig	2
Schlecht	1
<b>10. Meinst Du, Deine FreundInnen und Bekannten sollten auch so ein Peer-Seminar besuchen?</b>	
Ja	67
Vielleicht	30
Nein	3

Tab.15: Auswertung Feedback

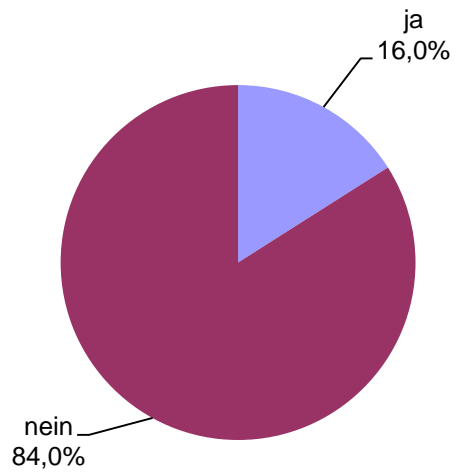
## 1. Hat das Programm heute Deinen Erwartungen entsprochen?



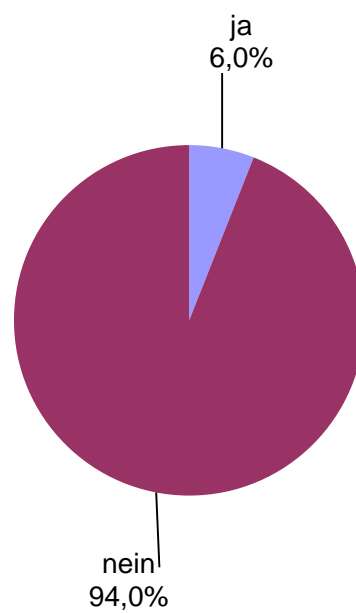
## 2. Wie beurteilst Du dieses Peer Group-Seminar? Es war vor allem...



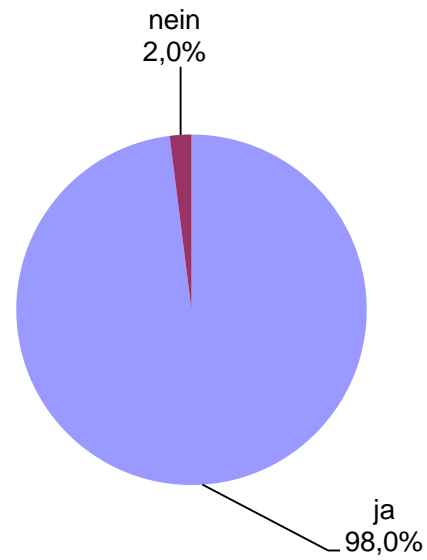
**3. Hat es einen Teil gegeben, der für Dich nicht notwendig gewesen wäre?**



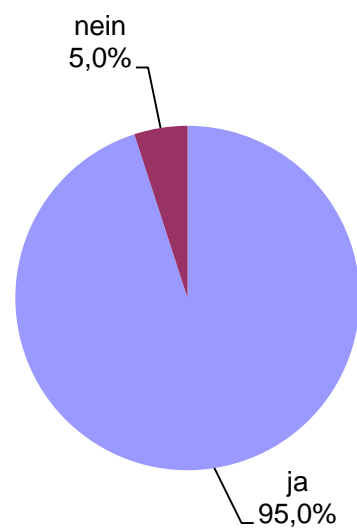
**4. Gibt es Themen, die Dir abgegangen sind?**



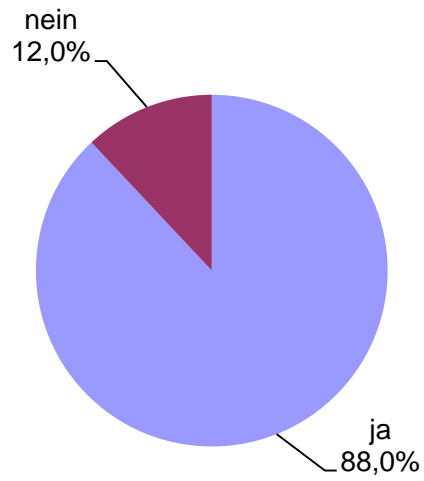
**5. Hast Du ausreichend Information über AIDS bekommen?**



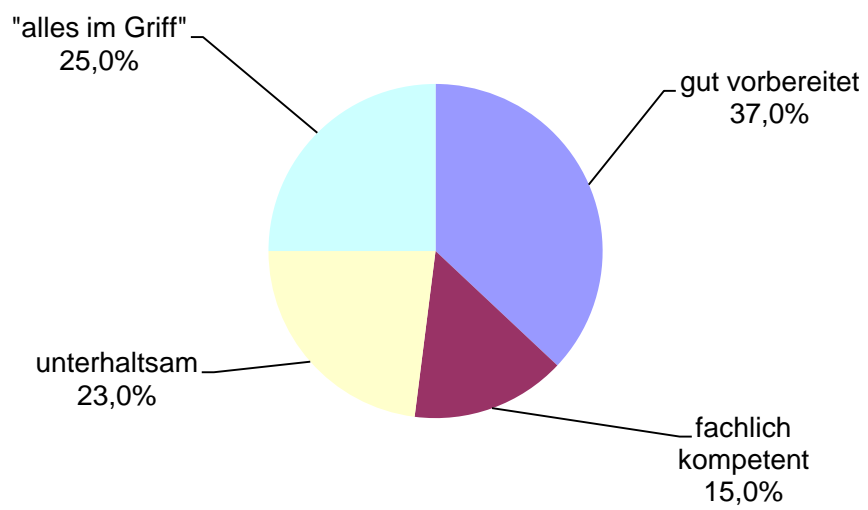
**6. Hast Du genug Informationen über "Safer Sex" bekommen?**



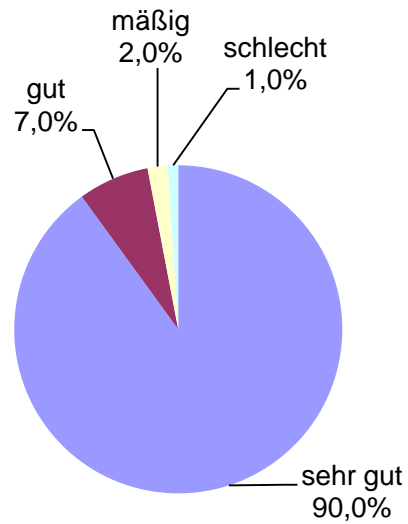
## 7. Hast Du etwas Neues gelernt / gehört?



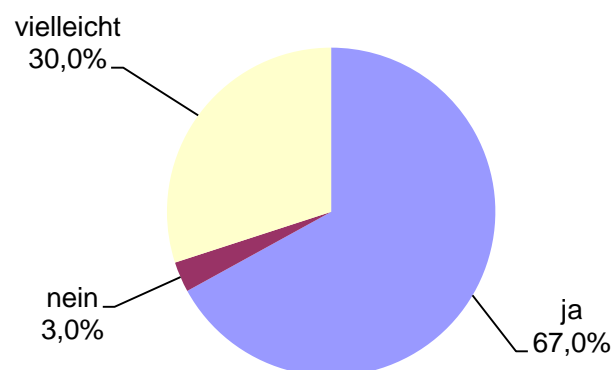
## 8. Wie hast Du die Peers als SeminarleiterInnen gefunden? Sie waren vor allem...



## 9. Wie war die Stimmung?



## 10. Meinst Du, Deine FreundInnen und Bekannten sollten auch so ein Peer-Seminar besuchen?



## 7. INTERPRETATION UND DISKUSSION

Das Hauptergebnis, nämlich der kontinuierliche Abfall von Wissensstand und schützenden Verhaltensweisen im Verlauf von 20 Jahren, erscheint auf den ersten Blick ernüchternd. Es bedeutet einerseits inhaltlich, dass es (trotz aller Aktivitäten in der Aufklärung) zu keinen wesentlichen thematischen Verschiebungen, sondern eher zu einer graduellen Veränderung / Verschlechterung gekommen ist und andererseits methodisch-pädagogisch, dass offensichtlich schwerpunktmässig weiterhin zu jenen speziellen Themen Aufklärungsarbeit geleistet werden muss, die sich hartnäckig als schwierig zu transportieren erweisen.

Dazu gehören vor allem HIV-Test (Diagnostisches Fenster), Krankheitsbild, Verlauf(Latenzzeit) und Übertragungswege (relevante Flüssigkeiten, soziale Kontakte, Kuss, Schwimmbad, Infektion Mutter-Kind).

Exemplarisch sei heraus gegriffen, dass 2012 nur mehr 80 Prozent (der geringste Wert im zeitlichen Verlauf) Scheidenflüssigkeit als infektiös bezeichnen, während 25 Prozent (Höchstwert) fälschlich den Speichel nennen.

Dass 2012 noch immer 70 Prozent für möglich halten, ein Baby könne „mit AIDS geboren werden“, zeigt, dass die Übertragung des Virus von Mutter auf Kind nicht ausreichend verstanden wurde.

Das Resultat aus 2012 von 3.6 Prozent "Stimmt"- und 4.7 Prozent "Weiß nicht"- Antworten zu dem Statement "Die Pille schützt ziemlich sicher vor AIDS" ergibt in Summe über acht Prozent Unsicherheit zu dieser entscheidenden Frage.

Das Trinkglas mit 14 Prozent, der gemeinsame Schwimmbad- oder Saunabesuch mit 12.6 Prozent, Lebensmittel und Wasser mit 11.6 Prozent sowie das Anhusten mit 10.2 Prozent erreichen 2012 jeweils Höchstwerte an Nennungen für eine Infektionsmöglichkeit, ein Alarmsignal, dass die Unsicherheit zu Übertragungsthemen gestiegen ist.

Das subjektive Gefühl, „sich mit AIDS auszukennen“ und die Aussage „Ich fühle mich unsicher und weiss zu wenig darüber“ werden seit 1992 konstant etwa im Bereich 50:50 angegeben und halten sich somit die Waage, ein Ergebnis, dass Verantwortliche nicht wirklich zufrieden stellen kann.

Auf der anderen Seite bedeuten nur 29 Prozent Angaben, in der Schule würde genug HIV-Aufklärung angeboten, ein unbefriedigtes Wissensbedürfnis, zugleich geben 45 Prozent der Jugendlichen an, sich „gar nicht“ über AIDS zu informieren, was wiederum in Richtung Sättigung zu interpretieren wäre.

Eine mögliche Erklärung legt nahe, dass die Jugendlichen durch zunehmende positive Nachrichten zum Thema AIDS und die Stimmung der allgemeinen „neuen Sorglosigkeit“ ihr HIV-Wissen nicht mehr entsprechend in der Masse abrufbar haben, als das noch in Zeiten, in denen in der Öffentlichkeit HIV als konkretere Gefahr dargestellt wurde, der Fall war.

Im Bereich Einstellungen und Emotionen haben widersprüchliche Angaben über einerseits gestiegene Angst (von 1992 8 Prozent auf 2012 14 Prozent) und andererseits gesunkene Einschätzung des eigenen Risikos (2012 der Maximalwert für „völlig unmöglich“) zum Eindruck geführt, dass einer allgemeinen Unsicherheit eine möglicherweise von Verdrängungen geleitete Abwehr der Phantasie etwaiger eigener Betroffenheit gegenüber steht. Dazu passt auch die Ansage, bei genug Vorsicht und Menschenkenntnis könne der Infektion entgangen werden (2012 Höchstwert an Zustimmung mit 34 Prozent). Begrüßenswert scheinen somit Erfolge auf dem Gebiet Empowerment, der schmale Grat zur Selbstüberschätzung ist allerdings auch schnell überschritten.

Die schwierige Aufgabe besteht scheinbar weiterhin darin, die Ansteckungsrisiken für Jugendliche besser transparent und glaubhaft zu machen, denn die altbekannte Barriere in der Präventionsarbeit, nämlich die Devise „Mir passiert das schon nicht“ (wurzelnd in der traditionellen Sicht von AIDS als „Schwulen- und Junkie-Seuche“) ist bei Jugendlichen nach wie vor aufrecht.

Die Gefühlslage der Jugendlichen hat in den 20 Jahren offensichtlich einen Weg der Extremisierung genommen. Der Wertelabel „Optimistisch“ ist 2012 auf einen Minimalwert von 19 Prozent gefallen, während „Gleichgültig“ mit 16 und „Aggressiv“ mit 3 Prozent Höchstwerte erreichen.

Eindeutig Ausdruck von radikalierter Einstellung zum Thema bzw. auch Übersättigung sind bis 2012 gewachsene Zustimmungen zu Aussagen wie „Der Gummi ist ein Liebestöter“ (32 Prozent), „Über AIDS reden zerstört die

Stimmung“ (22 Prozent) und „Jemand, der AIDS bekommt, ist selber schuld“ (30 Prozent).

So scheint es umso verständlicher, dass sich Aussagen über Betroffene im Laufe der 20 Jahre von Toleranz weg bewegt haben. Befragte würden HIV-Infizierten 2012 signifikant weniger häufig einen Kuss geben, ein Glas borngen, sie ihre Toilette benützen lassen, mit ihnen ausgehen oder sie bei sich wohnen lassen.

Nicht weniger bedenklich zeigen sich die Entwicklungen der Zustimmungen zu Maßnahmen wie „AIDS-Pass“ und Prostitutionsverbot, die 2012 annähernd jeweils die Marke von 50 Prozent der Befragten erreichen.

Wenn man dazu bedenkt, dass über 40 Prozent Zwangstests begrüßen würden, 14 Prozent ein Verbot von Homosexualität fordern und 9 Prozent für eine Zwangsisolierung stimmen, zeichnet das in Summe nicht wirklich ein Bild einer offenen und liberal-toleranten Jugend.

Der Verhaltensbereich zeigt dem gegenüber eher trendweise oder knapp nicht signifikante Veränderungen und stellt sich über die Jahre vergleichsweise konstanter dar. Als zentrale Tatsache bestehen bleibt jedoch der Umstand, dass nach wie vor die Häufigkeit der Verwendung eines Kondoms mit der Zeit zurückgeht. Das heißt nicht nur, dass zwischen der vor dem Übergang in die Praxis geäußerten Absicht und der Umsetzung die (im Gesundheitsbereich leidlich bekannte) Wissens-Verhaltens-Lücke klafft, sondern auch, dass, je länger eine Beziehung dauert bzw. auch je älter die Jugendlichen werden, das Kondom immer mehr zurückgedrängt wird.

Zusammen gefasst zeigt sich ein Bild der 20 Jahre, in dem der Wissensstand, als Basis der Präventionsarbeit definiert und tituiert, 2012 nicht einmal den Stand von 1992 erreicht, allenfalls bemerkenswert nach zwei Jahrzehnten Aufklärungsarbeit. Eine mögliche Entgegnung ist natürlich, was wohl ohne all die Bemühungen gewesen wäre, allein, es wird sich post hoc nicht feststellen lassen. Konsequentes weiteres Bemühen kann die einzige Folgerung aus den Ergebnissen sein.

Noch düsterer erscheinen die Resultate im Einstellungs- und Emotionsbereich, die in Summe den Eindruck erwecken, die Jugend will mit dem

Thema weniger und weniger befasst werden. Unter der Voraussetzung und im Lichte der Entwicklung, dass die Medien in den letzten 20 Jahren von Dauerfeuer über Gefahr und Weltepidemie dazu übergegangen sind, von einer Erfolgsmeldung zur anderen zu eilen, wirken die Ergebnisse nicht mehr ganz so überraschend.

Am ehesten kann noch der Verhaltensbereich mit seinen halbwegs konsistenten Daten zufrieden stellen, wiewohl die Safer Sex-Botschaften ihre problematischen Aspekte der Umsetzung ins Praktische beibehalten werden.

Zu den schulspezifischen Ergebnissen sei angemerkt, dass sie nicht überraschen, ist doch seit vielen Untersuchungen bekannt, dass die arbeitende Jugend durch frühere und höhere sexuelle Aktivität bei zugleich weniger infektiösrelevantem Wissen als höher „at risk“ eingeschätzt wird.

Umso mehr sollen die Resultate als Bekräftigung der Notwendigkeit eines andauernden Fokus auf Lehrlinge verstanden werden.

Bemerkenswert erscheinen die nicht signifikanten Scores im Bereich Alter, Geschlecht und Lebensraum. Offensichtlich schwimmen spezifische Differenzen im Big Scale-Muster über die vielen Jahre, aus vergleichbaren einzelnen Querschnitts-Untersuchungen sind sehr wohl entsprechende Unterschiede bekannt, die wohl auch auf Item-Ebene oder innerhalb einer Teilstichprobe festgestellt worden wären (wie es zum Beispiel im Falle der Diplomarbeit-Untersuchung von 1992 der Fall war).

Die Interpretation der Ergebnisse aus der Evaluierung der Peer Education-Workshops bietet einen erfreulichen Eindruck.

Am Beginn steht der nachweisliche signifikante angestrebte Wissenszuwachs, gefolgt von ebenfalls signifikanten Verbesserungen im Einstellungsbereich.

Neben diesem offensichtlichen generellen Erfolg muss gleich auch darauf hingewiesen werden, dass in vielen Fällen die gesteigerten Scores des zweiten Zeitpunktes im dritten Zeitpunkt wieder abfallen. Dies weist auf die Notwendigkeit der permanenten Wissensauffrischung hin.

Angst vor AIDS wurde (bei gleichzeitiger Aufrechterhaltung von Anerkennung als wichtiges Problem) anhaltend reduziert und durch die Hebung des eigenen Sicherheitsgefühls („Ich weiß, dass ich und wie ich mich schützen kann“) bzw. durch eine Steigerung von Hoffnung und Optimismus verdrängt.

Zustimmungsraten zu den meisten restriktiven und stigmatisierenden Forderungen wie Prostitutionsverbot, Zwangstests und Kennzeichnung („AIDS-Pass“) wurden im Sinne einer Toleranzsteigerung gesenkt.

Die eigene Möglichkeit der Infektion (Risikoeinschätzung) wird vor wie nach den Workshops als zu hoch wahrgenommen. Gleichzeitig steigt das (falsche) Vertrauen in die Fähigkeit, mit entsprechender Menschenkenntnis HIV zu erkennen, nach einer gelungenen Reduktion später wieder an.

Generell verhält es sich mit den Einstellungsänderungen ähnlich wie mit den Verbesserungen im Wissensbereich: Im Testzeitpunkt drei sind einige der erzielten Resultate wieder zurückentwickelt oder zumindest geschmälert, was erneut auf die Notwendigkeit von Kontinuität hinweist.

Verhaltensrelevante Ergebnisse zeigen, dass die Hälfte sexuell aktiv ist (schon Geschlechtsverkehr gehabt). Je länger eine Beziehung dauert, umso eher wird aber auf Kondome verzichtet. Die wichtigste Rolle in der Konkurrenz mit dem Kondom spielt die Pille (55% Verwendung).

Kondome werden nach den Workshops häufiger bei sich getragen und gesteigerte Absichten werden geäußert, speziell bei kurzen Kontakten Kondome zu benützen.

Es besteht (vor wie nach den Workshops) eine hohe Bereitschaft, sich HIV testen zu lassen.

Abschließend kann festgestellt werden:

- 1) Die Peer- Seminare sind erfolgreich und erreichen die gesteckten Ziele.
- 2) Das HIV-spezifische Wissen wird, sofern vorhanden, beibehalten, gefestigt und ergänzt.
- 3) Spezifische Lücken im Wissen werden bearbeitet und verkleinert.
- 4) Einstellungen gegenüber Betroffenen werden im Sinne von mehr Verständnis und Toleranz positiv beeinflusst.

- 5) Die Workshops tragen dazu bei, Vorurteile gegenüber Randgruppen abzubauen und das Verstehen der Verbreitung von HIV zu heben.
- 6) Angst vor AIDS wird reduziert.
- 7) Hoffnung und Optimismus der Zukunft gegenüber werden gefördert.
- 8) Safer Sex-Botschaften erreichen die TeilnehmerInnen und damit steigt die Bereitschaft zur Kondomverwendung und zur HIV-Testdurchführung.
- 9) Kritisch angemerkt werden muss, dass die positiven Effekte im Wissensbereich und im Einstellungs- und Verhaltens(absichten-)bereich beim dritten Testzeitpunkt, wenn auch nicht signifikant, nachlassen. Konsequenterweise wäre daraus abzuleiten, dass eine kontinuierliche, erinnernde Aufklärungsarbeit im Sinne einer ständigen Nach- und Aufbereitung der erworbenen Gedanken notwendig ist.
- 10) Die spezifische Analyse hat gezeigt, daß die Peer-Seminare am effizientesten bei jüngeren SchülerInnen, explizit bei den HauptschülerInnen, zum Tragen kommen. Das deckt sich positiv mit den Erfahrungen aus der HIV-Aufklärungsarbeit, die diese Gruppe immer wieder priorisiert. Darüber hinaus treten eher bescheidene Unterschiede in Geschlecht, Alter oder Schultyp auf, die außer Detailsindrücke zu hinterlassen keine fundamentale inhaltliche oder methodische Rückschlüsse implizieren.
- 11) Was das subjektive Erleben der TeilnehmerInnen betrifft, wird den Workshops ein äußerst zufriedenstellendes Zeugnis attestiert. Die Feedback-Auswertung ergibt hohe Werte für Informationsgehalt, Neuigkeitscharakter und Stimmung in der Gruppe. Verbesserungswürdig erscheinen die Gebiete Spannung im Ablauf sowie die didaktische Kompetenz der Peers, die im Rahmen der Ausbildung und Supervision umfangreicher trainiert werden sollte.
- 12) Alles in allem erscheint das Projekt in der Umsetzung gelungen, es hat seine Fortsetzungs- und Entwicklungswürdigkeit unter Beweis gestellt und liefert einen effizienten Beitrag in der HIV-Primärprävention für Jugendliche.

### **III. ZUSAMMENFASSUNG UND RESUMEE**

Die erworbene Immunschwäche AIDS ist bedauerlicherweise bis jetzt nicht unter Kontrolle gebracht worden und obwohl sich die Lebenserwartung nach einer Infektion durch die Therapieerfolge beinahe der allgemeinen angenähert hat, sind wirksame Mittel zur endgültigen Heilung oder Impfung nach wie vor ausständig und die Neuinfektionszahlen in Österreich seit 2000 nahezu unverändert.

Logische Konsequenz daraus ist, dass Prävention nach wie vor der einzig wirksame Ansatz zur Bremsung und später Verhinderung der weiteren Ausbreitung darstellt. Die Maßnahmen basieren auf einem durch effektive Aufklärung ausreichenden Informationsstand der Bevölkerung, hängen allerdings entscheidend von der individuellen Umsetzung dieses Wissens in praktisches Handeln ab.

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit Wissen, Einstellungen, Emotionen und Verhalten österreichischer Jugendlicher in Bezug auf AIDS, beobachtet über einen Zeitraum von 20 Jahren zwischen 1992 und 2002. Dabei liegt der Schwerpunkt in der Betrachtung von Wissensniveau und Vorsorgeverhalten der Jugendlichen, da diese Bevölkerungsgruppe für die zukünftige Entwicklung von AIDS entscheidende Bedeutung innehat.

Beginnend mit der epidemiologischen Entwicklung von HIV, global und in Österreich, wird im Anschluss anhand bisheriger Studienergebnisse ein Überblick über die spezifischen psychologischen Aspekte von Jugend und AIDS erarbeitet. Dann folgen eine Zusammenstellung der wesentlichen Herangehensweisen zur HIV-Prävention in der Aufklärung Jugendlicher sowie die Darstellung von Peer Education als vielversprechende Methode in der Jugendarbeit. Der empirische Teil beinhaltet eine Studie an 1214 österreichischen Jugendlichen, Mädchen und Jungen im Durchschnittsalter von 16.5 Jahren mit der Zielsetzung, aus dem Vergleich der Erhebungen von Wissensstand und Verhaltensformen über 20 Jahre sowie von deren Zusammenhängen praktisch relevante Schlussfolgerungen für die AIDS-Präventionspolitik und die Methodik der Jugend-Aufklärung, speziell des Einsatzes der Peer Education, zu gewinnen.

Die Fragestellungen lauteten:

1) Was wissen die Jugendlichen über HIV-Mechanismen, Entstehung, Übertragungswege, Risiken, Schutz, Krankheitsverlauf, Behandlung und Test?

2) Welche Einstellungen/Vorurteile/Emotionen zum Thema AIDS und den davon Betroffenen gegenüber treten auf, wie groß ist die Einschätzung des eigenen Risikos?

3) Welche (protektiven) Sexualverhaltensweisen und/oder diesbezügliche Absichten zum Thema Schutz werden geäußert?

4) Was sind die hauptsächlichsten bisherigen Informations- und Aufklärungsquellen bzw. -medien für Jugendliche und wie werden sie von diesen beurteilt?

5) Haben sich Wissensstand, Einstellungen und Verhalten 2012 gegenüber den Resultaten aus den Untersuchungen der Jahre 1992 und 2002 verändert? Wenn ja, in welche Richtung?

6) Welche Unterschiede zeigen sich in Alter, Geschlecht, Lebensraum und Schultyp?

7) Inwieweit verändern sich die unter Punkt 1) bis 4) genannten Ergebnisse speziell im Hinblick auf die Evaluierung der Peer Education-Seminare über die drei Zeitpunkte der Erhebung 2002 (vor dem Workshop, kurz nach dem Workshop (bis eine Woche) und länger nach dem Workshop (sechs Monate)?

8) Wie werden die Peer-Workshops bzw. deren LeiterInnen von den TeilnehmerInnen im Feedback beurteilt?

Die Untersuchung erbringt folgende Resultate:

Für die teilnehmenden Jugendlichen stellt AIDS konstant ein sehr bekanntes, wichtiges und großes Problem dar, für das sie sich durchaus interessieren, wenngleich erst knapp die Hälfte von ihnen sexuell aktiv und etwa vierzig Prozent mit einem/r festen Partner/in lebt und man berechtigterweise annehmen kann, dass für nur wenige eine wirklich konkrete Infektionsgefahr besteht.

Ihr Wissen zu AIDS erhalten sie neben dem Internet größtenteils aus dem TV und aus Zeitschriften, kaum aber von der Familie. Mit der Schule und den ÄrztInnen als kompetente Informationsüberträgerinnen, also aufklärende Institutionen, sind die Teenager sehr unzufrieden. Ungefähr jede/r zweite von ihnen gibt darüber hinaus an, zu wenig über AIDS zu wissen und sich deshalb unsicher zu fühlen.

Die Ergebnisse aus dem emotionalen Bereich sprechen für einen starken Trend zu stabilen Zweierbeziehungen, die von Treue geprägt sein sollen. Die häufigst geäußerten Gefühle der Zukunft gegenüber sind Optimismus und Ängstlichkeit, während allerdings die konkrete AIDS-Angst in der Gegenwart eher schwach ausgeprägt ist. Die Wahrscheinlichkeit, selbst infiziert werden zu können, wird in der Folge offensichtlich unterschätzt und als gering eingestuft, wobei die Jugendlichen ihre Sicherheit ("Unverwundbarkeit") diesbezüglich mit ihrer risikoarm geführten (beziehungsweise als solche erlebten) Lebensweise begründen.

Bezugnehmend auf Einstellungen zu AIDS neigt ein Großteil zu "mehr Vorsicht mit anderen Menschen" und befürwortet auch eine Moraländerung in Richtung Treue, Forderungen nach namentlicher Erfassung und Isolierung Betroffener, nach Verbot öffentlicher Einrichtungen und schärferen Gesetzen wie Prostitutions- und Homosexualitätsverbot werden laut.

Der Gesamtwissensstand der Stichprobe kann als hoch betrachtet werden, vor allem was die Entstehung und Übertragung allgemein betrifft. Wissenslücken bestehen hauptsächlich bezüglich des Infektions- und Krankheitsverlaufes (Wahrscheinlichkeit des Überganges der Infektion in AIDS, Unterschied Infektion/Ausgebrochenes AIDS, tödlicher Ausgang etc.) sowie in der

Aussagekraft eines HIV-Tests. Dem beharrlichen Irrtum, man könne mit dem Test feststellen, „jemand habe AIDS“, unterliegt etwa ein Drittel der TeilnehmerInnen. Auch die Ansteckung über täglichen sozialen Kontakt ist Anlaß für Fehlinformationen und Zweifel, speziell betreffend gemeinsame Benützung von Trinkgläsern und Sauna/Schwimmbad.

Im Verhaltensbereich zeigen die Teenager ein absolut unverändertes Gesellschaftsleben, das auch von AIDS nicht beeinträchtigt wird. 80 Prozent der Befragten befürworten Vorsicht bei Kontakten beziehungsweise nennen die Verwendung eines Präservativs. Auf der anderen Seite fällt die Kondomverwendungsrate stark ab, sobald die Jugendlichen sich in einer festen Beziehung befinden. Die Unsicherheiten gegenüber der Übertragung bei sozialen Kontakten finden ihre Bestätigung in den Angaben, wonach nur ein gutes Drittel der Befragten bereit wäre, einem kranken Menschen einen Kuss zu geben, und nur etwas mehr als die Hälfte ihm gestatten würde, die eigene Toilette zu benutzen.

Bezugnehmend auf die Fragestellung zu etwaigen Veränderungen über die drei Testzeitpunkte konnte festgestellt werden:

1) Der Wissensstand der SchülerInnen 1992 ist hoch signifikant besser sowohl als derjenige der Jugendlichen im Jahr 2002 (gemessen vor den Peer Education-Workshops) als auch derjenige im Jahr 2012 und ist somit in den 20 Jahren kontinuierlich signifikant gesunken. Der Vergleich zwischen 2002 (höheres Wissensniveau) und 2012 ist nicht signifikant, aber im Trend.

2) Der Verhaltensscore als Ausdruck der protektiven Verhaltensweisen bzw. deren Intentionen sinkt von 1992 auf 2002 nicht signifikant ab, von 2002 auf 2012 jedoch dann hoch signifikant und in den gesamten 20 Jahren ebenso.

3) Die Schulform als Parameter erzeugt sowohl im Wissens- als auch im Verhaltensbereich signifikante Unterschiede. SchülerInnen der Hauptschulen, der polytechnischen Lehrgänge und der Berufsschulen weisen 1992 wie auch 2012 sowohl einen signifikant niedrigeren Wissensstand als auch einen signifikant schlechteren Verhaltensscore als SchülerInnen aus allgemein bildenden höheren Schulen auf. 2002 liegen die Unterschiede immerhin im Trendbereich, sind aber nicht signifikant.

4) Die Variablen Alter, Geschlecht und Lebensraum erzeugen keine signifikanten Abhängigkeiten. Die Altersstufe der unter 17.2-Jährigen unterscheidet sich also in ihrem Wissen und in ihrem Verhalten nicht von der Gruppe der über 17.2-Jährigen, ebenso unterscheiden sich die weiblichen TeilnehmerInnen nicht von den männlichen und schließlich sind weder Wissen noch Verhalten davon abhängig, ob der Lebensraum die Stadt oder das ländliche Gebiet ist.

Die Evaluierung der Peer-Education-Seminare ergibt folgende Effekte:

Hoch signifikante Ergebnisse zeigt die Variable Testzeitpunkt im Bezug auf den Wissensscore wie auch den Verhaltensscore.

1) Der Wissensstand der TeilnehmerInnen an den Seminaren steigt jeweils hoch signifikant vom Zeitpunkt vor den Workshops bis zum Zeitpunkt kurz nach den Workshops und auch vom Zeitpunkt vor den Workshops bis zum Zeitpunkt lang nach den Workshops an. Vom Zeitpunkt kurz nach den Workshops bis zum Zeitpunkt lang nach den Workshops fällt der Wissensstand im Trend wieder ab, allerdings nicht signifikant.

2) Der Verhaltensindex der TeilnehmerInnen an den Seminaren steigt ebenfalls hoch signifikant vom Zeitpunkt vor den Workshops bis zum Zeitpunkt kurz nach den Workshops und signifikant vom Zeitpunkt vor den Workshops bis zum Zeitpunkt lang nach den Workshops an. Vom Zeitpunkt kurz nach den Workshops bis zum Zeitpunkt lang nach den Workshops sinkt der Index im Trend wieder ab, allerdings nicht signifikant.

3) Die stärksten Veränderungseffekte im Sinne einer signifikanten Optimierung ergeben sich

a) im Wissensbereich in Fragen zu Verbreitungsrate, Ansteckungsrisiko (Männer vs. Frauen), infektionsrelevanten Körperflüssigkeiten, möglichen und Nicht-Übertragungswegen, unbewusster Infektion, Krankheitsverlauf, Symptomatik, Verhütung, Funktion der „Pille“ und von Kondomen, Therapie- und Impfstoffentwicklung und Testmöglichkeiten,

b) im Einstellungsbereich in Fragen zu Selbsteinschätzung, Einstellungen zur Entstehungsgeschichte, Angst, Zukunftsgefühlen, Vorsicht, Treue und Ausgrenzungstendenzen gegenüber Betroffenen,

c) im Verhaltensbereich in Fragen zu Safer Sex und Kondomgebrauch, Testverhalten, Verhalten gegenüber Betroffenen und

d) im Infobereich in Fragen zu Befürwortung von Vorträgen und Seminaren als Informationsquellen für das Thema HIV/AIDS.

Die Auswertung der Feedback-Fragebögen am Ende der Peer-Workshops bringt eine überwiegend positive Beurteilung durch die TeilnehmerInnen, sowohl was die Erwartungen als auch die Neuigkeitswerte und Relevanz der Inhalte, die Bewertung der leitenden Peers und die Stimmung betrifft.

Abschließend können folgende resumierende Schlussfolgerungen angeführt werden:

Nachdem die grundlegende Bedeutung des Informationsstandes für das präventive Gesundheitsverhalten dargelegt wurde und, muss mit Nachdruck daran weiter gearbeitet werden, den Wissensstand der Bevölkerung, speziell denjenigen der Jugend, kontinuierlich zu verbessern und zielgruppenrelevante Aufklärungsaktionen durchzuführen, wobei besonderes Augenmerk auf gesundheitserzieherische Anregungen und Hilfestellungen bei der praktischen Umsetzung zu richten ist.

Unter dem Eindruck der Resultate, die belegen, dass sowohl das Wissensniveau der Jugendlichen als auch ihr infektionsverhinderndes Verhalten in den letzten 20 Jahren nicht etwa gestiegen, sondern kontinuierlich gefallen sind, erscheint die Aufgabe umso dringlicher, der Anschein, es habe durch die erfreulichen Nachrichten aus der Therapie und Forschung zu einer „neuen Sorglosigkeit“ geführt, hat nicht getäuscht.

Wissenschwerpunkte müssen den Resultaten zufolge in den Themenbereichen Relevanz von infektiösen Körperflüssigkeiten, Einbettung in Verhütungsfragen, Verlauf der Infektion, Unterschied zur Krankheit, Testverfahren und in der Begriffsklärung liegen. Die wichtigste Facette scheint dabei das praktische Umsetzungspotential der „Safer Sex“-Botschaften zu sein.

Wie zu sehen war, spielt dabei der geographische Lebensraum keine Rolle, auch die Altersspezifität hat untergeordnete Bedeutung, obwohl jede Altersstufe mit Sicherheit eigene Stile der Präsentation favorisiert.

Obwohl die geschlechtsspezifischen Resultate nicht signifikant sind, bleibt ohne Zweifel ein spezifisches Eingehen unverzichtbar. Ein wichtiges Anliegen wäre es, das Selbstbewußtsein der Mädchen auf sexuellem Gebiet weiter zu fördern, um die traditionellen Erziehungselemente wie Passivität und Zurückhaltung zu kompensieren.

Offenbar scheint es in Berufs- und Fachschulen nach wie vor dringend notwendig, den Informationsrückstand von Lehrligen, der gegenüber den Allgemein Bildenden Höheren Schulen besteht, wettzumachen.

Für alle Jugendlichen gleichermaßen gilt, dass mehr subjektive Betroffenheit erreicht werden muß, um eine trügerische Selbstsicherheit (Gefühl der "Unverwundbarkeit") bezüglich der eigenen Infektionsgefahr auszuschalten oder zumindest herabzusetzen. Denn genau diese irrierte Meinung, selbst keinem oder kaum einem Risiko zu unterliegen, dürfte wahrscheinlich eine der Hauptursachen dafür sein, warum es auch bei hohem Wissensstand nicht zu einer effektiven Umsetzung in tatsächliches Vorsorgeverhalten kommt.

Darüber hinaus kann im Rahmen der Aufklärung die soziale Akzeptanz gegenüber Betroffenen nicht nachdrücklich genug betont werden, es müsste dabei daran gearbeitet werden, eigene Intoleranzen aufzudecken, um damit für einen erfolgreichen Abbau umgehen zu lernen.

Um letztlich Sexualaufklärung nicht der Pornoindustrie im Internet zu überlassen und HIV/Drogenprävention konsequent fortzuführen, bedarf es mehr denn je jugendgerechter, also zielgruppenspezifischer Ansätze, wozu eindeutig die Peer Education gezählt werden darf. Sie empfiehlt sich als willkommene Abwechslung und Ergänzung zu herkömmlichen Standardverfahren wie Vorträgen von Erwachsenen, weil sie den Jugendlichen ein Stück selbstständiges Arbeiten im Sinne von Partizipation überlässt, die in sie gesteckten Erwartungen zu Wissenssteigerung wie auch positiver Einstellungs- und Verhaltensbeeinflussung erfüllt und letztlich durch ihren nicht zu unterschätzenden „Wohlfühlfaktor Gruppe“ die Basis für sinnvolle und erfolgsorientierte Gesundheitsförderungsarbeit bietet.

## IV. LITERATUR

- Academy for Educational Development.** (1998). The Prevention Marketing Initiative: Youth Involvement. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control.
- Amort, F.M., Kuderna, C.** (2007). HIV-Prävention und Sexualverhalten. Wo liegt Potenzial für eine Verbesserung der Prävention? Bundesgesundheitsblatt -Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz April 2007, 50, 4, 442–448.
- Amstad, H., Muehleemann, R.** (1993). "Take it" - ein Musical von Jugendlichen für Jugendliche als neue Form der AIDS-Aufklärung. Das Gesundheitswesen, 55 (8-9), 427-430.
- Austria Presse Agentur APA** (2016). 2017 Neuer Life Ball, neues Konzept und Ball für Jugendliche. Wien: APA November 30.
- Backes, H., Schönbach, K.** (2001). Peer Education-ein Handbuch für die Praxis. Köln: BZGA.
- Backett-Milburn, K., Wilson, S.** (2000). Understanding peer education: insights from a process evaluation. Health Education and Research, Feb; 15 (1), 85-96.
- Bandura, A.** (1977). Social Learning Theory. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- Basen-Engquist, K., Parcel, G.S.** (1992). Attitudes, norms and self-efficacy: a model of adolescents' HIV-related sexual risk behavior. Health Education Quarterly, 19 (2), 263-277.
- Basu, S.** (2004). AIDS Empire and Public Health Behaviorism. The International Journal of Health Services, 34(1),155-67.
- Bauch, J.** (1997). Peer-Education und Peer-Involvement. Ein neuer Königsweg in der Gesundheitsförderung? Prävention, 2, 35-37.
- Bijsterveldt, van, M., Doorduijn, A., Linthorst, M., Reinders, J., Vermeer, V.** (1996). A School policy on AIDS/STD Education and sexual Health. Woerden: NIGZ.
- Bliemeister, J.** (1991). Zur Problematik AIDS-protektiven Verhaltens.AIDS-Sozialpsychologie der Praevention und Krankheitsbewaeltigung. Heidelberg: Asanger.

- Bode, H., Heßling, A.** (2010): Jugendsexualität 2010. Repräsentative Wiederholungsbefragung von 14- bis 17-Jährigen und ihren Eltern. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Bode, H., Heßling, A.** (2015): Jugendsexualität 2015. Die Perspektive der 14- bis 25-Jährigen. Ergebnisse einer aktuellen Repräsentativen Wiederholungsbefragung. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
- Boekeloo, B.O., Schamus, L.A., Simmens, S.J., Cheng, T.L.** (1996). Tailoring STD/HIV prevention messages for young adolescents. *Journal of Academic Medicine*, Oct 71(10), 97-99.
- Bohrn, K.** (1997). Peer Education in Österreich. Wien: Verein für Prävention und Psychosoziale Familienarbeit im Auftrag des BMUJF.
- Brandtner, S.** (1996). HIV-Gefährdung bei drogenkonsumierenden Mädchen und jungen Frauen. Eine qualitative Studie. Diplomarbeit. Wien: Universität Wien
- Brown, L.K., Lourie, K.J.** (1994). Changing adolescents' HIV-related attitudes and behaviors: the challenge and the opportunity. *Current Opinion in Pediatrics*, Aug 6(4), 428-433.
- Bundesministerium für Frauen und Gesundheit (Hrsg.).** (2017). Österreichische AIDS-Statistik. Periodischer Bericht. Wien: BMFG.
- Bundesministerium für Umwelt, Jugend und Familie (Hrsg.).** (1997). Peer Group Education in der Präventionsarbeit mit Kindern und Jugendlichen. Bericht über das erste österreichische Koordinationstreffen, 26.09.-28.09.1997 Innsbruck. Wien: BMUJF.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung** (1998). Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Model der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert. Köln: Bzga.
- Busseri, M. A., Willoughby, T.; Chalmers, H.** (2007): A rationale and method for examining reasons for linkages among adolescent risk behaviours. *Journal of Youth and Adolescence* 36, 279-289.
- Capone, T., McLaughlin, J.H., Smith, F.** (1973). Peer group leadership program in drug abuse prevention, 1970-1 academic year. *Journal of Drug Education*, 3.
- Caron, F., Godin, G., Otis, J., Lambert, L.D.** (2004). Evaluation of a theoretically based AIDS/STD peer education program on postponing sexual intercourse and on condom use among adolescents attending high school, *Health Education Research* 19, 2, 185–197.

- Carr, S., Thomas, P., Doyle, D., Redman, J., Myles, A.** (1994). The start of the peer show. *Young people Now*, July.
- Cerwonka, E.R., Isbell, T.R., Hansen, C.E.** (2000). Psychosocial factors as predictors of unsafe sexual practices among young adults. *AIDS Education and Prevention*, Apr. 12 (2), 141-153.
- Cremer, S. (Hrsg.)**(1998). *HIV/AIDS Prevention Policies for Youth in Europe: State of the Art*. Woerden: NIGZ.
- Croll, N., Jurs, E., Kennedy, S.** (1993). Total quality assurance and peer education. *Journal of American College Health*, 41 (6), 247-249.
- Currie, C. (Hrsg.)**(2012). Social determinants of health and well-being among young people. *Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012 (Health Policy for Children and Adolescents, No. 6).
- Defong, W., Winsten, J.A.** (1995). The Strategic Use of Broadcast Media for AIDS Prevention: Current Limits and Future Directions. *AIDS. Prevention through education: a world view*, 255-271.
- Deinet, U., Sturzenhecker, B. (Hrsg.)** (2013). *Handbuch Offene Kinder- und Jugendarbeit*. Wiesbaden. Springer.
- Duncan-Ricks, E.N.** (1992). Adolescent sexuality and peer pressure. *Journal of Child and Adolescent Social Work*, Aug 9(4), 319-327.
- DuRant, R.H., Ashworth, C.S., Newman, C.L., McGill, L., Rabun, C., Baranowski, T.** (1992). AIDS/HIV knowledge level and perceived chance of having HIV among rural adolescents. *Journal of Adolescence and Health*, Sep 13(6), 499-505.
- DUREX** (2007). *Global Research: Sexual Wellbeing Survey*. Reckitt Benckiser.
- Dür, W.; Pelikan, J.M.** (1993). *AIDS- Prävention bei jungen Erwachsenen. Eine Studie über das Sexualverhalten und die Formen der sexuellen Kommunikation. Forschungsbericht*. Wien
- EBU European Broadcasting Union** (2017). *Generation What? Young People and Optimism – a pan-European View. National Reports*. Geneva: EBU
- ECDC European Centre for Disease Prevention and Control** (2016). *Data HIV/AIDS in the EU and EAA*. Solna: ECDC.
- Edgar, T., Hammond, S.L., Freimuth, V.S.** (1995). The Role of Mass Media and Interpersonal Communication in promoting AIDS-related Behavioural Change. *AIDS and Policy Journal*, Volume 4, No. 1.

- Eldredge, L., Markham, C.M., Ruiter, R., Kok, G., Fernandez, M., Parcel, G.** (2016). Planning Health Promotion Programs: An Intervention Mapping Approach. Jossey-Bass Public Health. Hoboken: John Wiley & Sons.
- EMNID** (2016). Umfrage HIV AIDS im Auftrag von Gilead Sciences. Bielefeld: EMNID
- Fabiano, P.** (1993). Peer-based HIV risk assessment: a step-by-step guide through the teachable moment. Journal of American College Health, May 41(6), 297-299.
- Fazekas, C.** (2000). Final report Austria. In: Lund University, Dept. Of Community Medicine (Hrsg.): Europeer Phase 2: Final Report. Development and Creation of a European Youth Peer Education Network, 35-54. University of Lund, Sweden.
- Fee, N.** (1994). Youth to Youth AIDS Prevention. Supplement to AIDS Action, 25. Journal für Sozialforschung, 27, 329-341.
- Ferchhoff, W.** (1999). Jugend an der Wende vom 20. zum 21. Jahrhundert. Lebensformen und Lebensstile. Opladen: Leske und Budrich.
- Filzwieser, E., Kirschner, D., Leber, K., Riegler, A.** (1998). Mit reden – machen- bestimmen. Ein Handbuch zum Selbermachen von Beteiligungsprojekten mit jungen Menschen in der Gemeinde/Stadt. BMUJF. Wien.
- Fink, B.** (1996). HIV/AIDS-Prävention: Ziele, Methoden, Probleme. In: Pulverich, G. (Hrsg.). gesundheitspsychologie-Weiterbildung. Bonn: Deutscher Psychologen Verlag GmbH.
- Fink, B.** (1996). AIDS: Vom Wissen zum Verhalten. Eine österreichische Jugendstudie. Frankfurt/Main: Peter Lang.
- Fink, B.** (1998). Country Report and Fact Sheet Austria. In: Cremer, S. (Hrsg.): HIV/AIDS Prevention Policies for Youth in Europe: State of the Art. Woerden: NIGZ.
- Fink, B.** (1998). Trends of Sexual Behavior: HIV/AIDS Prevention Strategies for Youth. In: Cremer, S., Senders, A., Vermeer, V. (Hrsg.): HIV/AIDS Prevention for Youth: To bridge differences: „Bridges to Youth“. Sixth European Seminar EIC, 12th World AIDS Conference/Report. Woerden: NIGZ.
- Fishbein, M., Ajzen, I.** (1975). Belief, attitude, intention and behavior: An introduction to theory and research. Reading, MA: Addison – Wesley.
- Flanagan, D., Mahler, H.** (1998). How to create an effective Peer Education Project. Arlington, VA: AIDSCAP. Family Health International.

- Franzkowiak, P., Sabo, P.** (1996). HIV/AIDS-Risikokommunikation im Jugendalter. *Prävention* 2/1996, 79-85.
- Franzkowiak, P., Wenzel, R., Eberhard, S.** (1994). AIDS health promotion for youth. Conceptual framework and practical implications. *Health Promotion International* 9/2. Oxford: University Press.
- GfK Health Care Austria** (2008), im Auftrag der Österreichischen Aidsgesellschaft. HIV/AIDS Schülerbefragung. Wien: GfK
- Goh, D.S., Primavera, C., Bartalini, G.** (1996). Risk behaviors, self efficacy, and AIDS prevention among adolescents. *Journal of Psychology*, Sep 130 (56), 537-546.
- Göpel, E.** (1992). Prävention und Partizipation: Der Wandel von einem patriarchalischen zu einem partnerschaftlichen Modell in der Gesundheitsförderung. In: Paulus, P. (Hrsg.): *Prävention und Gesundheitsforschung. Perspektiven für die psychosoziale Praxis*, 35-42. Köln: GwG.
- Green, E., Mitchell, W., Bunton, R.** (2000). Contextualising risk and danger: an analysis of young people's perceptions of risk. *Journal of Youth Studies* 3, 2, 109-126.
- Guthrie, B.J., Wallace, J., Doerr, K., Janz, N., Schottenfeld, D., Selig, S.** (1996). Girl Talk: Development of an intervention for prevention of HIV/AIDS and other sexually transmitted diseases in adolescent females. *Public Health and Nursing*, Oct 13(5), 318-330.
- Haberland, N., Rogow, D.** (2015). Sexuality Education: Emerging Trends in Evidence and Practice. Elsevier: *Journal of Adolescent Health*, Volume 56, Issue 1, Supplement, January 2015, Pages S15-S21
- Hartl, H., Ahonen, M., Eidher, U., Kunze, M.** (2004). Aids-Prävention an österreichischen Schulen. Aufklärungsprojekte zu HIV und Aids in Wien. *Das Gesundheitswesen* 2004, 66(05), 341-345.
- Helfferich, C.** (1994). *Jugend, Körper und Geschlecht. Die Suche nach sexueller Identität.* Opladen: Leske & Budrich.
- Hurrelmann, K.** (1997). *Lebensphase Jugend. Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Jugendforschung.* Weinheim, München: Juventa.
- Hutz-Sicher, F.** (1999). Auswirkungen eines Peer-Education-Projektes im Bereich der sexuellen Gesundheit auf die jugendlichen Peer-Educators. Dissertation am Psychologischen Institut der Karl-Franzens-Universität Graz.

- Jaganath, D., Gill, H.K., Cohen, A.C., Young, S.D.** (2012). Harnessing Online Peer Education (HOPE): Integrating C-POL and social media to train peer leaders in HIV prevention. *AIDS Care* 24, 5.
- Janz, N.K., Zimmermann, M.A., Wren, P.A., Israel, B.A., Freudenberg, N., Carter, R.J.** (1996). Evaluation of 37 AIDS Prevention Projects: Successful Approaches and Barriers to Program Effectiveness. *Health Education Quarterly*, 23(1), 80-97.
- Johnson, R.L., Stanford, P.D., Douglas, WJr., Botwinick, G., Marino, E.** (2001). High-risk sexual behaviors among adolescents engaged through a street-based peer outreach program. *Journal of the National Medical Association*, May; 93 (5), 170-177.
- Jugend gegen AIDS** (2017). Jugend gegen AIDS erstmals Partner der IAS Conference of HIV Science. Pressemitteilung 21. Juli 2017. Hamburg: Jugend gegen AIDS.
- Kalichman, S.** (2014). *Preventing Aids: A Sourcebook for Behavioral Interventions*. London New York: Psychology Press.
- Kirby, D., Short, L., Collins, J., Rugg, D., Kolbe, L., Howard, M., Miller, B., Sonenstein, F., Zabin, L.S.** (1994). School-Based Programs to Reduce Sexual Risk Behaviors: A Review of Effectiveness. *Public Health Reports*, May/June, 109(3), 339-360.
- Klee, H., Reid, P.** (1995). *Amphetamine-Misusing Groups: a feasibility-study of the use of peer group leaders for drug prevention work among their associates*. Home Office Drugs Prevention Initiative paper 3. London: Home Office.
- Kleiber, D., Appel, E.** (1996). Begleitforschung zum Modellprojekt „Peer education zu Liebe, Sexualität und Schwangerschaftsverhütung“ (2. Zwischenbericht). Berlin: Institut für Prävention und psychosoziale Gesundheitsforschung, Freie Universität Berlin.
- Kleiber, D., Appel, E.** (1998). *Peer education zu Liebe, Sexualität und Schwangerschaftsverhütung“ (Abschlußbericht)*. Berlin: Institut für Prävention und psychosoziale Gesundheitsforschung, Freie Universität Berlin.
- Kleiber, D., Appel, E., Pforr, P.** (1998). *Peer Education in der Präventionsarbeit. Entwicklungslinien, Begründungsmuster, Erfahrungen und Entwicklungsanforderungen (preprint)*. Berlin: Institut für Prävention und psychosoziale Gesundheitsforschung, Freie Universität Berlin.

- Kleiber, D., Pforr, P.** (1994). Peer-involvement: Ein Ansatz zur Prävention und Gesundheitsförderung von Jugendlichen für Jugendliche. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Learn to love. Dokumentation der 1. Europäischen Fachtagung „Sexualaufklärung für Jugendliche“ der BZgA. Köln: BZgA, S 82-91.
- Kleiber, D., Pforr, P.** (1995). Begleitforschung zum Modellprojekt „Peer Education zu Liebe, Sexualität und Schwangerschaftsverhütung“ (1. Zwischenbericht). Berlin: Institut für Prävention und psychosoziale Gesundheitsforschung, Freie Universität Berlin.
- Kleiber, D., Appel, E.** (2003). Peer Education. Ergebnisse eines Interventionsprojektes im Auftrag der BZgA zur Prävention ungewünschter Schwangerschaften und HIV. In: Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (Ed.), Forschung und Praxis der Sexualaufklärung und Familienplanung. Wissenschaftliche Grundlagen Teil 2 Jugendliche 135-173. Köln: BZGA.
- Klepp, K., Halper, A., Perry, C.** (1986). The efficacy of peer leaders in drug abuse prevention. J. Social health, Vol. 56 407-411.
- Klusmann, D., Weber, W., Schmidt, G.** (1993). Die Wahrnehmung der Bedrohung durch AIDS bei 16 und 17 jährigen Jugendlichen. AIDS Forschung (AIFO) Februar 1993, Heft 2, 17-24.
- Koller, G.** (2012). Präventive Arbeit mit jugendlichen Peers. Peer Group Education als Schlüssel zur Risikokompetenz. In: Österreichische Liga für Kinder- und Jugendgesundheit (Hrsg.) Bericht zur Lage der Kinder- und Jugendgesundheit in Österreich 2012, 37-42. Wien:ÖLKJ.
- Krahe, B., Reiss, C.** (1995). Zur Vorhersage von Intentionen bezüglich AIDS-präventiven Verhaltens von Jugendlichen. Journal of Applied Social Psychology, 25 (23), 2118-2140.
- Krappmann, L.** (1994). Sozialisation und Entwicklung in der Sozialwelt gleichaltriger Kinder. In: Schneewind, K.A. (Hrsg.): Enzyklopädie der Psychologie. Psychologie der Erziehung und Sozialisation. Pädagogische Soziologie, Band, 495-523. Göttingen: Hogrefe.
- Kromer, I.** (1999). Vom Anbandeln, Schmusen und Miteinanderschlafen: Jugendsexualität in den 90er Jahren. Wien, Bundesministerium für Soziale Sicherheit und Generationen, 26.
- Kytir, J., Münz, R.** (1994). Jugend in Österreich – demographische Aspekte einer Lebensphase. In: Janig, H., Rathmayr, B.(Hrsg.). Wartezeit. Studien zu den Lebensverhältnissen Jugendlicher in Österreich. Innsbruck: Österr. Studien-Verlag.

- LaCroix, J. M., Snyder, L., Huedo-Medina, T., Johnson, B.** (2014). Effectiveness of Mass Media Interventions for HIV Prevention 1986–2013: A Meta-analysis. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* Vol. 66, S329–S340
- Mays, V.M., Albee, G.W., Schneider, S.F.** (Hrsg.) (1991). Primary prevention of AIDS: Psychological approaches. Newbury Park, CA: Sage, 425ff.
- McGrath J.W., Strasburger, V.C.** (1995). Preventing AIDS in Teenagers in the 1990s. *Clinical Pediatrics*, Jan. 1995
- Neubauer, G.** (1996). Jugendsexualität – ein Generationskonflikt? In: *Focus* 43(1996),]247.
- NIGZ (Netherlands Institute for Health Promotion and Disease Prevention)** (1998). HIV/AIDS Prevention for Youth: Who is who in Europe. Woerden: NIGZ
- Nöstlinger, C., Wimmer-Puchinger, B.** (1994). Geschützte Liebe. Wien: J&V.
- O’Hara, P., Messick, B.J., Fichtner, R.R., Parris, D.** (1996). A peer-led AIDS prevention program for students in an alternative school. *Journal of School Health*, May 66 (5), 176-182.
- Pfarr, P.** (1998). AIDS-Prävention bei Jugendlichen. Der Einfluss der Ich-Stärke auf Kondombenutzung und Kondomakzeptanz. München: Profil.
- Phelps, F.A., Mellanby, A.R., Crichton, N.J., Tripp, J.H.** (1994). Sex education. The effect of a peer programme on pupils (aged 13-14 years) and their peer leaders. *Health Education Journal*, 53, 127-139.
- Plies, K.** (1996). Determinanten AIDS-präventiven Verhaltens im Jugendalter: Möglichkeiten und Grenzen. Marburg: Tectum.
- Plies, K., Schmidt, P., Nickel, B., Berger, M.** (1993). Determinanten der Kondombenutzung bei neuen Sexualkontakten - Test eines Kausalmodells. In: Lange, C. (Hrsg.): *AIDS-eine Forschungsbilanz*, 265-271. Serie: Ergebnisse sozialwissenschaftlicher AIDS-Forschung, Band 10. Berlin: Edition Sigma.
- Propp, O., Foran, H.** (2016). Sexuelles Risikoverhalten im Jugendalter. Familiäre und individuelle Faktoren. *Kindheit und Entwicklung* (2016), 25, 122-129. Göttingen: Hogrefe.
- Ramelow, D., Teutsch, F., Hofmann, F., Felder-Puig, R.** (2015). Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülerinnen und Schülern. Ergebnisse des WHO-HBSC-Surveys 2014. Wien: Ludwig Boltzmann Institut Health Promotion Research.

- Richie, N.D., Getty, A.** (1994). Did an AIDS peer education program change first-year college students' behaviors? *Journal of American College Health*, Jan 42(4), 163-165.
- Rubenstein, E.M., Panzarine, S., Lanning, P.J.** (1990). Peer counselling with adolescent mothers: A pilot program. *Families in Society*, 71 (3), 136-141.
- Schenk-Danzinger, L.** (1988). *Entwicklungspsychologie*. Wien: Österr. Bundesverlag.
- Schönbach, K.** (1995). Gesundheitsförderung und peer-involvement bei Jugendlichen. In: Senatsverwaltung für Gesundheit Berlin (Hrsg.): *Schriftreihe: Gesundheitsförderung, Themen und Konzepte Nr. 1*.
- Schuette, E.** (1995). Diskriminierungsbereitschaft Jugendlicher gegenüber Menschen mit HIV/AIDS. Determinanten und Möglichkeiten der Veränderung durch schulische AIDS-Prävention. Frankfurt/Main: Peter Lang.
- Schweinschwaller, T.** (1999). Selbst spiele, um nicht Spielball anderer zu werden. *praev-doc-Mitteilungen des österreichischen Bildungsforums für fördernde und präventive Jugendarbeit*, 2, 3-8.
- Shiner, M., Newburn, T.** (1996). *Young People, Drugs and Peer Education. An Evaluation of the Youth Awareness Programme*. Policy Studies Institute, Home Office paper 13. London: Home Office.
- Sloane, B.C., Zimmer, C.G.**, (1993). The power of peer health education. *Journal of American College Health*, 41 (6), 241-245.
- Soellner, R., Hannover, B.** (1995). Ist HIV-bezogenes Wissen verhaltenswirksam? Eine experimentelle Einflussnahme auf kondombezogene Einstellungen und die Kondomanwendung heterosexueller junger Erwachsener. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 3(3), 224-235.
- Spencer, E.G.** (2008). Young people's perspectives on health-related risks. *Educate*, 8 (1), 15-28.
- Strouse, J.S., Krajewski, L.A., Gilin, S.M.** (1990). Utilizing undergraduate students as peer discussion facilitators in human sexuality classes. *Journal of Sex Education and Therapy*, 16 (4), 227-235.
- Svenson, G. R.** (1994). Utilising peer education and target group empowerment to induce a diffusional behavior change on a University Campus: „Project 6“ at Lund University, Sweden. Paper submitted to the conference „AIDS IMPACT. The Biopsychological Aspects of HIV infection, II. international Conference, July 7-10, 1994, Brighton.
- Svenson, G. R.** (1998). *European Guidelines for AIDS Peer Education*. European Joint Action Plan on Aids. Peer Education for Young People Europeer. Malmö: Lund University.

- Trautmann, F. (1994).** Europäisches Peer-Support Handbuch. Utrecht: NIAD.
- Trickey, A. et al. (2017).** Survival of HIV-positive patients starting antiretroviral therapy between 1996 and 2013: a collaborative analysis of cohort studies. *The Lancet* Vol.4/8
- Unger, B., Unger, C. (1997).** Aufklärung in der Schule: jrk-peer group education. Österreichisches Jugend-Rotkreuz / Landesleitung Oberösterreich.
- United Nations General Assembly (2016).** On the Fast-Track to Accelerate the Fight against HIV and to End the AIDS Epidemic by 2030. Implementation of the Declaration of Commitment on HIV/AIDS and the political declarations on HIV/AIDS Draft resolution submitted by the President of the General Assembly Political Declaration on HIV and AIDS.
- Wagemans, M. (1995).** Sexpress: AIDS-Präventionsprojekt für und durch Jugendliche. Endbericht. Rotterdam: GGD.
- Wild, L.G., Flisher, A.J., Bhana, A., Lombard, C. (2004).** Associations among adolescent risk behaviours and self-esteem in six domains. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 45, 8, 1454-1467.
- WHO World Health Organisation (Hrsg.). (1986).** Ottawa Charta for Health Promotion. Health Promotion, I, III-IV. Genf: WHO.
- WHO World Health Organisation (Hrsg.). (2001).** Report on the Global HIV/AIDS Epidemic, Update. Genf: WHO.
- WHO World Health Organisation (Hrsg.). (2014).** Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. Genf: WHO.
- WHO World Health Organisation (Hrsg.). (2017).** UNAIDS Data Book. Genf: WHO.
- Wimmer-Puchinger, B. (1992).** Effizienz und Effektivität der Sexualerziehung an österreichischen Schulen einschließlich der Durchführungsmöglichkeiten und Akzeptanz von Maßnahmen im Bereich der HIV/AIDS-Prävention. Wien: Ludwig Boltzmann-Institut für Gesundheitspsychologie der Frau.
- Wimmer-Puchinger, B., Fink, B. (1997).** AIDS-Jugendstudie 1997. Wien: Ludwig Boltzmann-Institut für Frauengesundheitsforschung im Auftrag des BMAGS.
- Wimmer-Puchinger, B., Hübel, U., Schmitz, K. (1995).** Evaluierung der AIDS-Kampagne 1994. Wien: Ludwig Boltzmann-Institut für Gesundheitspsychologie der Frau.

- Wimmer-Puchinger, B., Nöstlinger, C.** (1991). Internationale Studie Jugendsexualität und AIDS 1990/1991. Wien: Ludwig Boltzmann-Institut für Gesundheitspsychologie der Frau.
- Wimmer-Puchinger, B., Truls, U., Busch, M.** (1996). Evaluierung der AIDS-Kampagne 1995. Wien: Ludwig Boltzmann-Institut für Gesundheitspsychologie der Frau.
- Wimmer-Puchinger, B., Truls, U., Busch, M.** (1996). Sexualität und AIDS. Eine empirische Untersuchung in Wien. Im Auftrag des WHO-Projektes Wien - Gesunde Stadt.
- Wolf, R.C., Tawfik, L.A., Bond, K.C.** (2000). Peer promotion programs and social networks in Ghana: Methods for monitoring and evaluating AIDS prevention and reproductive health programs among adolescents and young adults. *Journal of Health and Community*, 5, Suppl: 61-80.
- Zillian, H.G., Verhovsek, H.** (1997). Evaluierung der Peer-Ausbildung der steirischen AIDS-Hilfe. Graz: Büro für Sozialforschung.

## V. VERZEICHNIS ABBILDUNGEN/TABELLEN

	Seite
Abb. 1: Globale HIV-Prävalenz 2016 (WHO 2017).....	5
Abb. 2: Globale HIV/AIDS-Situation 2016 (WHO 2017) .....	6
Abb. 3: HIV-Neuinfektionen in Österreich pro Jahr (BMFG 2017) .....	9
Abb. 4: Empfehlungen zur HIV-Prävention.....	41
Abb.5: Stem-and-Leaf-Boxplot Relwis .....	101
Abb.6: Stem-and-Leaf-Boxplot Relver .....	103
Abb.7: Stem-and-Leaf-Boxplot Relwis Alter.....	106
Abb.8: Stem-and-Leaf-Boxplot Relver Alter.....	107
Abb.9/10: Stem-and-Leaf-Boxplot Relwis/Relver Geschlecht.....	108
Abb.11: Stem-and-Leaf-Boxplot Relwis Lebensraum .....	109
Abb.12: Stem-and-Leaf-Boxplot Relver Lebensraum .....	110
Tab.1: Varianzanalyse Relwis Testzeitpunkt.....	100
Tab.2: Post-Hoc-Test Relwis Testzeitpunkt.....	101
Tab.3: Varianzanalyse Relver Testzeitpunkt .....	102
Tab.4: Post-Hoc-Test Relver Testzeitpunkt.....	103
Tab.5: Varianzanalyse Relwis Schultyp.....	104
Tab.6: Varianzanalyse Relver Schultyp.....	105
Tab.7: Varianzanalyse Relwis Testzeitpunkt.....	111
Tab.8: Post-Hoc-Test Relwis Testzeitpunkt.....	112
Tab.9: Varianzanalyse Relver Testzeitpunkt .....	113
Tab.10: Post-Hoc-Test Relver Testzeitpunkt.....	114
Tab.11: Signifikanzen Wissensfragen .....	117
Tab.12: Signifikanzen Einstellungsfragen.....	119
Tab.13: Signifikanzen Verhaltensfragen.....	119
Tab.14: Signifikanzen Infofragen.....	120
Tab.15: Auswertung Feedback.....	122

## **VI. ANHANG: SEMINARLEITFADEN, FRAGEBOGEN, FEEDBACK-FRAGEBOGEN**

# **SEMINARLEITFADEN**

**JUGEND-HIV/AIDS-AUFKLÄRUNG**

**PGE (PEER GROUP EDUCATION)**

**SEMINAR-LEITFADEN**

**© Mag. Bernhard Fink**

## **VORAUSSETZUNGEN:**

### **A) Inhaltlich:**

#### **Zielgruppe:**

**Jugendliche** im Alter von **13 bis 19** Jahren im inner- und außerschulischen Bereich

#### **Zielsetzungen:**

##### **1) Hebung des Wissensstandes**

zum Thema HIV/AIDS unter besonderer Berücksichtigung der am weitesten verbreiteten Irrtümer hinsichtlich Übertragung und Schutzmaßnahmen

##### **2) Modifikation und Anpassung von Einstellungen und des Sexualverhaltens**

an die Umstände, daß neben der Möglichkeit ungewollter Schwangerschaften auch der Gefahr sexuell übertragbarer Krankheiten wie z.B. der HI-Virusinfektion begegnet werden kann: Kondomverwendung, Safer Sex etc.

Dabei steht die Devise im Vordergrund, daß der Weg nicht Sexualitätfeindlichkeit und Verzicht, sondern bewußter und offener, lustbetonter Umgang mit Sexualität und ihren verschiedenen Ausdrucksformen lautet.

##### **3) Erzeugung von Sensibilisierung und Betroffenheit**

bei den Jugendlichen, und zwar sowohl was die Einschätzungen der eigenen möglichen Risiken für eine Infektion, als auch den Umgang mit HIV-positiven und AIDS-kranken Menschen betrifft

##### **4) Übermittlung von praktischen, alltagstauglichen Hinweisen**

für den tatsächlichen Umgang mit sexuellen Erfahrungen und Praktiken als Hilfestellung/Brückenschlag zur Umsetzung des angebotenen Fachwissens (siehe 1)

### **B) Praktisch/Methodisch:**

Es handelt sich um ein ca. **dreistündiges (drei Unterrichtsstunden) Seminar**, das von jeweils **zwei jugendlichen Peers pro Gruppe** abgehalten wird.

Die Gruppengröße soll eine **Maximalzahl von 15 TeilnehmerInnen** nicht überschreiten. Prinzipiell sind während der Seminare **Lehr- und Aufsichtspersonen nicht anwesend**, um einen maximalen Grad an Offenheit der teilnehmenden Jugendlichen zu gewährleisten.

**Benötigt** werden ein **Klassen-, Gruppenraum** in entsprechender Größe (für ca. 20 Personen) mit Sitzgelegenheiten, eine **Wand-Schreibmöglichkeit** (Tafel und/oder Flipchart incl. Kreide u. Stifte) sowie **TV/Video/Projektor** samt Projektionsfläche. Alles weitere Material wird von den Peers selbst mitgebracht (Fotos, Videos, Meinungskärtchen, Latex-Hüte, Penis-Kakteen, Kondome, Broschüren, Statistiken, Fragebögen).

## **AUFBAU UND ABLAUF:**

### **(ÜBERBLICK):**

#### **1. Stunde:**

##### **A) BEGRÜSSUNG**

##### **B) MEDIZINISCHER TEIL**

- 1) Begriffe HIV/AIDS
- 2) Körperflüssigkeiten u. HIV
- 3) "Risikogruppen", Übertragung
- 4) Nicht-Übertragung, ("Gerüchte")
- 5) Schutz/Safer Sex
- 6) Verlauf, Krankheitsbilder
- 7) Behandlung, Impfung
- 8) Entstehungstheorien zu AIDS
- 9) Zahlen/Statistik
- 10) HIV-Test

#### **2. Stunde:**

##### **C) DISKUSSIONSTEIL**

- 1) "Risikogruppen"
- 2) Sexualität/Varianten/Sexualverhalten/Safer Sex
- 3) Betroffenheit
- 4) Einstellungen, Vorurteile
- 5) Solidarität
- 6) Ausgrenzung
- 7) Gesetze, Medien
- 8) Angst
- 9) Tod (körperlich und sozial)
- 10) Probleme im Alltag (Wissens-Umsetzung ins Praktische)

#### **3. Stunde:**

##### **D) WORKSHOP-TEIL**

- 1) Rollenspiele
- 2) Kondomverwendung/Demonstration/praktische Modell-Übungen/Tipps

##### **E) ABSCHLUSS/VERABSCHIEDUNG**

Schlußrunde: **Feedback**, Verteilung von **Broschüren, Kondomen** und **Fragebögen**

# **AUFBAU UND ABLAUF:** **(DETAILS):**

## **1. Stunde:**

### **A) BEGRÜSSUNG**

- + **Vorstellung** des **LeiterInnen-Teams**
- + **Vorstellungsrunde** der **TeilnehmerInnen** (nur kurz!)
- + **Vorinformation?**  
(Hat jemand schon einen Vortrag oder ein Seminar besucht? Wo? Schularzt?)
- + Einfangen von **Stimmungen, Auflockern**  
("Habt ihr das Gefühl, daß ihr euch mit HIV gut auskennt?" "Geht Euch das Thema AIDS schon auf die Nerven?" usw.)
- + **Erklärung zum Ablauf** der Veranstaltung  
(drei Teile: Medizinische Grundlagen, Diskussion, praktischer Teil mit Rollenspielen usw.)
- + **Mitschreiben** lassen!  
(speziell für die erste Stunde empfehlen, aber nicht zwingend vorschreiben)
- + **Telefonnummern der AIDS-Hilfe Salzburg:** aufschreiben
- + **Gruppenrichtlinien (keine "Regeln"):**
  - 1) **Vertraulichkeit** ("Alles bleibt in diesem Raum")
  - 2) Erlaubt euch, **Gedanken auszusprechen!**
  - 3) **"Ich-Form"** (Kein "man sagt" oder "es wird gesagt")
  - 4) **Klare Worte, direkte Begriffe**, Dinge beim Namen nennen!
  - 5) **Offenheit:** keine Frage ist zu blöd, Kommentare sind erwünscht!
  - 6) **Erfahrungen und Äußerungen Anderer** sind **neue Information**, aus denen wir für uns etwas lernen können (nicht richtig oder falsch!)
  - 7) Betrachtet alles heute als **Spiel:** "Hier kann man nichts falsch machen"

## **B) MEDIZINISCHER TEIL**

### **1) Begriffe HIV/AIDS**

**Gemeinsam erarbeiten und aufschreiben:**

**Humanes Immundefekt (oder -defizienz)-Virus**  
(Human Immuno Deficiency Virus)

**Angenommenes Immun Defekt (oder -Defizienz) -Syndrom**  
(Acquired Immuno Deficiency Syndrome)

**Fangfrage:** „Kann man mit AIDS auf die Welt kommen?“

**Zusammenhang der Begriffe:**

Das **HIV** ist das **Grundproblem** (Ansteckung), **AIDS** ist das **Vollbild** der ausgebrochenen Erkrankung („Endstadium der Infektion“).

a) Es gibt **kein AIDS ohne vorangegangene HIV-Infektion.**

b) Offensichtlich erkranken **nicht alle HIV-Infizierten/HIV-Positive) an AIDS (Langzeitpositive“)**

**Unterschied betonen, weil es vor allem für die Betroffenen wichtig ist!**

**Sprachfehler:** „AIDS-Test“, „Mit AIDS anstecken“

**Unterschied Syndrom/Symptom**

(Ganzes Krankheitsbild/einzelnes Krankheitszeichen)

**Man ist als HIV-positiv ansteckend, auch wenn man gesund ist!**

### **2) Körperflüssigkeiten u. HIV**

**Frage:** „**Wo ist HIV nachweisbar?**“

**Liste aufschreiben:**

**Über dem Strich:**

Blut, Samenflüssigkeit, Scheidensekret, Muttermilch ((Rückenmarksflüssigkeit (medizinisches Personal))

**Unter dem Strich:**

Speichel, Lymphflüssigkeit, Tränen, Fruchtwasser, Schweiß, Urin, Kot, Sekrete (Augen, Nase, Magen)

**Strich erklären: Oben relevant, unten ungefährlich!**

**Entscheidend: Konzentration** von HIV in den Flüssigkeiten **unterschiedlich!**

### 3) "Risikogruppen", Übertragung

**a) Transfusionen (verunreinigte Blutprodukte/Konserven), Bluter**  
(Getestet wird schon, aber: drei Monate „diagnostisches Fenster“!)

**b) Intravenös (I.V.) Drogen durch gemeinsamen Gebrauch von Nadeln/  
Spritzen** (Kleine Menge reicht, weil direkt in Blutbahn)

**c) Ungeschützter Sex (ohne Kondom)**

**Anal:** am gefährlichsten (Verletzungen)

**Vaginal: Menstruation steigert Risiko für beide**

**Wichtig: Risiko für Frauen generell etwa doppelt so hoch!**

**Oral:** auch riskant, wenn auch nicht so hoch (je nach Intensität, z.B. Schlucken)

**d) Mutter/Kind:** Übertragung entweder in der **Schwangerschaft /bei der Geburt** (Risiko unbehandelt 1:5) oder beim **Stillen**

### 4) Nicht-Übertragung, ("Gerüchte")

**Gruppe fragen, was man häufig hört, gemeinsam erarbeiten und entkräften:**

Küssen, Umarmen, Berühren, Haltegriffe, Schwimmbad, Sauna, WC, Insekten, Haushalt, Bettwäsche, Glas, Besteck, Teller, Zigaretten, Anniesen u. -husten

### 5) Schutz

**Zurück zu den Übertragungswegen gehen, aufschreiben:**

**a) Transfusionen:**  
den

+ Direkter Virustest für alle Blutspenden

+ Eigenblutspende

**b) Drogen:**

+ Eigenes steriles Einwegbesteck

+ Nichts gemeinsam verwenden

+ Altes Material gegen neues tauschen

**c) Sex:**

+ Safer Sex

+ Kondome

+ Treue

**d) Mutter/Kind:**

+ Medikamentöse Therapie und Kaiserschnitt,  
damit Minimierung des Risikos er-

reichbar (1%)

+ Nicht stillen

## 6) Verlauf, Krankheitsbilder

**Lange „Latenzzeit“!** (zwischen Ansteckung und Krankheitsausbruch)  
(HIV ist ein „Lentivirus“), aber auch schnellere Verläufe möglich.

**Erste Beschwerden** meistens **Lymphknoten-Schwellungen** (über **drei Monate** an **drei Stellen**, typisch **Hals, Achseln und Leiste**)  
**Abschwellen** für den Betroffenen angenehm, aber **für den Verlauf alarmierend!** (**Erste Abwehrschlacht** zwischen Immunsystem und Virus **hat das Virus gewonnen** und es kann sich **ungehindert vermehren.**)

Weitere Entwicklung hängt vom **Verhältnis Virusvermehrung zu Immunabwehr** ab. Die Frage der **unterschiedlichen Verläufe**, vor allem der verschiedenen Latenzzeiten, läßt sich nur sehr schwer beantworten.

**Faktoren:** Beschaffenheit des Immunsystems (Vorschädigungen etc.), Ernährung, Schlaf, Bewegung, psychosoziales Wohlbefinden (Freunde, Familie, Arbeit); Nach einigen **Vorstadien** kommt es zum **AIDS-Vollbild.**

Die **HIV-Infektion** führt zu einer **Schwächung des Abwehrsystems**, weil wichtige Zellen, die **T4-Helferzellen**, **von HIV zerstört** werden.

Dadurch kommt es zu **infektiösen Folgeerkrankungen**, weil sich andere Keime (Viren, Bakterien, Pilze) leichter im geschwächten Körper verbreiten können. Auch **Tumore** können **leichter als sonst entstehen.**

Es gibt für die Diagnose einen Katalog von sogenannten „**AIDS-definierenden Erkrankungen**“.

**Prinzip: Die Krankheiten bei AIDS sind nicht neu, wohl aber AIDS als Syndrom mit seinen vielen Ausprägungsmöglichkeiten (Neukombinationen von Krankheiten).**

**Zwei Schwerpunkte** des Geschehens bei AIDS (am häufigsten):

**a) Atmung** (Lungenentzündungen)

**b) Verdauung** (Magen/Darmentzündungen, Geschwüre, Pilze)

**Zusätzlich möglich:**

**Haut** (Kaposi-Sarkom, Ekzeme)

**Nervensystem** (Gehirn: Abszesse, Nerven: Lähmungen), „**Neuro-AIDS**“

**Sinnesausfälle** (Erblindungen)

**Psychische Veränderungen**

**Endstadium:**

**Herz/Kreislauf- und Nierenversagen**

„**Wasting**“ (Auszehrung) ist letztendlich Todesursache

**In der letzten Phase bis zum Tod:**

Diskussionen rund um die **Sterbebegleitung bzw. Sterbehilfe**

## 7) Behandlung, Impfung

Man unterscheidet:

**a) HIV-Therapie:** direkt gegen das Virus und seine Vermehrung

**Kombinationstherapie: mehrere (bis 5) verschiedene Präparate** greifen HIV an verschiedenen Stellen (am Anfang und am Ende) seines Vermehrungszyklus an. Damit konnte die „**Virus-Load**“ unter die Nachweisgrenze gedrückt werden.

**b) Symptomatische Therapie:** gegen die Folgeerscheinungen (Krankheiten, die im Rahmen von AIDS entstanden sind)

Sehr **anstrengend**, viele **verschiedene Medikamente** (Antibiotika, Wurmmittel, Pilzmittel, Schlafmittel, Psychopharmaka/Beruhigungs- oder Aufputschmittel), **Wechsel- und Nebenwirkungen**, viele davon bis jetzt nicht bekannt, weil nicht ausprobiert

**Kritik:** manche Patienten **Versuchskaninchen** für die Forschung

**Erfolg:** Immer mehr Patienten fast „virusfrei“ (**Problem:** Virus versteckt sich in körpereigenen Zellen und nutzt diese für die eigene Vermehrung/Eiweißaufbau, außerdem mutiert HIV schnell und bildet dann resistente (widerstandsfähige) Stämme gegen Medikamente, es ist also „lernfähig“)

**Impfung:** in der nächsten Zeit **nichts** für die breite Masse zu erwarten (auf vorschnelle Meldungen in den Medien hinweisen!)

## 8) Entstehungstheorien zu AIDS

**Vergessen:** „Labortheorien“ (Geheimdienste), **HIV ist ein natürliches Virus.**

**Heute anerkannte, wenn auch nicht 100%ig nachgewiesene Theorie:**

**a) Afrika (60er Jahre):**

i) Biologische Mutation von **SIV** (Affenvirus) **zu HIV**

ii) Übergang von **Grüner Meerkatze auf Mensch** (Nahrungskette, Rituale)

**b) Sextourismus (70er u. 80er Jahre, bis heute): „Motor“ der Epidemie Weg über Karibik, USA, Westeuropa, verzögert: Rußland, China, Australien, Neue Zentren: Westafrika, Ostasien**

Durch die weltweite Mobilität des Menschen Verbreitung der Viren

**Unter Sextourismus versteht man heute mehr als nur männliche Thailand-Touristen!** (Naher „Grenzverkehr“ im Osten, weibl. Sextourismus, Prostitution, Seitensprünge...)

## 9) Zahlen/Statistik

Tabelle aufschreiben und schätzen lassen:

**Todesfälle**

**AIDS-Diagnosen**

**HIV-Positive**

jeweils für **Österreich** (Statistik seit April 1983 geführt, immer darauf achten, daß die Zahlen **aktuell** sind!/**Statistik bei AIDS-Hilfe** anfordern!) und **Welt**;

**Wichtig:**

+)**In den AIDS-Diagnosen sind immer die Todesfälle mit enthalten, die Differenz sind daher die lebenden AIDS-Patienten.**

+)**Verteilung in Österreich:** Eine Hälfte Wien, die andere Rest

+)**In den Spitälern** findet man jetzt als Patienten die **klassischen Risikogruppen** (Schwule und Junkies), aber die **Neuinfektionen** verteilen sich **anders!** (**Größte Zunahme bei jungen, nicht Drogen gebrauchenden Frauen!**)

## 10) HIV-Test

Wir stellen **Angebote und Bedürfnisse** gegenüber.

**1. Frage: Wo kann man einen Test machen lassen?**

**Spital, Ambulanz, Arzt, Labor, AIDS-Hilfe, Blutspendezentrale (auch ohne Spende möglich), Gesundheitsamt: verweist an AIDS-Hilfe oder an Labors**

**2. Frage: Wie soll der Test ablaufen, welche Erwartungen hat man?**

**a) Rasches, sicheres Resultat**

**b) Kostengünstig, gratis**

**c) Anonymität / Diskretion**

**d) Persönliche Beratung**

Während die ersten beiden Punkte (a, b) überall abgedeckt werden (1 Woche Wartezeit, Standard-Testserie nach modernstem Stand), gibt es bei den letzteren Probleme (briefliche und telefonische Auskünfte, auch an andere Personen, psychologisch nicht ausgebildetes Personal, Verletzung des Datenschutzes)

**Diskussionseinstieg:** Frage nach **rechtlichen Bestimmungen**

a) Test nur mit **Einverständniserklärung** durchzuführen

b) **Resultat** muß **mitgeteilt** werden

c) Anonyme **Meldepflicht**

c) **Aufklärungspflicht** dem/der **GeschlechtspartnerIn** gegenüber

## 2. Stunde:

### C) DISKUSSIONSTEIL

#### Allgemeines:

Der Teil dient der „Vermenschlichung“ des Themenkomplexes. Nicht die Krankheit; sondern der Mensch als Betroffener steht im Mittelpunkt. AIDS hat neben den medizinischen Folgen nicht minder gravierende psychische und soziale Folgen für Betroffene und ihre Umgebung. Um diesen Problemen zu begegnen, müssen sie ins Bewußtsein der Gruppe gerückt werden. Zwei wesentliche Punkte fallen hier hinein: einerseits die Gefühle der TeilnehmerInnen, wie z.B. Angst, Trauer, Wut, Hilflosigkeit, Ekel oder Ablehnung, sowohl in Bezug auf den eigenen Schutz/die eigene Sexualität als auch auf den Umgang mit positiven und erkrankten Mitmenschen, und andererseits die Gefühle und Probleme der Betroffenen selbst (Physischer Tod vs Psychischer Tod). Alle diese Themenkreise sollten so weit dies möglich ist Erwähnung finden.

#### Ablauf:

Gerüst und Einleitung dieses Teiles ist ein **Brainstorming** auf **Flipchart oder Tafel**.

Wichtige **Begriffe** eines solchen Brainstormings, die, falls sie nicht von der Gruppe kommen, **ergänzt** werden sollten:

**Ausgrenzung, Randgruppen, Integration, Verantwortung, Treue, Solidarität, Mitgefühl, Liebe, (Safer) Sex, Lust, Angst, Schuld, Strafe, Panik, Unwissenheit, Vorurteile, Tod, Sterben, Krankheit, Verdrängung, Betroffenheit (eigene/für andere)**

**Es sollte darauf geachtet werden, daß bspw. bei Fotos die TeilnehmerInnen weniger „Bildbeschreibungen“ abgeben, sondern vor allem Meinungen und Gefühle äußern.**

Das „**Bewußtmachen**“ des **Themas AIDS** und seinen sozialen Auswirkungen erfolgt durch **offene Gruppendiskussion**.

Als **Aufhänger** dieser Diskussion können im Rahmen des einleitenden Brainstormings **Fotos oder Videofilme** dienen:

Fotos bieten Videos gegenüber den **Vorteil**, daß man sich kurze Zeit voll auf ein Bild konzentrieren und dazu Stellung nehmen kann. Die Foto- oder Video-Auswahl bleibt den Peers überlassen, empfehlenswert ist eine Anzahl von **15 bis 20 Bildern**.

Nach Beendigung des Brainstormings werden die genannten Wörter in „**positiv**“, „**neutral**“ und „**negativ**“ **unterteilt** und die jeweiligen Summen in diesen Kategorien gebildet (Verwendung verschiedenfarbiger Stifte oder Kreiden).

## Meinungskärtchen

Die darauf gestellten Fragen oder (teilweise bewußt provokativen) Aussagen werden von den Gruppenmitgliedern vorgelesen, spontan beantwortet und von der Gruppe kommentiert.

### **Beispiele mit möglichen Antworten:**

#### **„Solidarität mit HIV-Positiven und Aids-Kranken ist wichtig, weil**

Es gilt der Leitsatz: „Nur ein sozial integrierter Positiver wird sich sozial verhalten“. Warum sollte ich als HIV-positiver Mensch noch Verantwortung für die Gesellschaft übernehmen, wenn ich permanent ausgestoßen und diskriminiert werde?

#### **„Schwule kriegen leichter AIDS“**

Ja und Nein. Der Analverkehr, hat das höchste Ansteckungsrisiko. Zu begründen ist dies mit der leichten Verletzbarkeit der Darmschleimhaut. Auf der anderen Seite sind die Schwulen eine jener Gruppen, die im Vergleich zur Durchschnittsbevölkerung die konsequenteste Safer-Sex-Anwendung praktizieren. D.h.: Die Gefährdung geht nicht vom Schwulsein aus, sondern vom unsafem Verhalten.

#### **„Kondome schützen 100%ig vor AIDS.“**

Nein. 100%igen Schutz kann es nirgendwo geben. Kondome bieten bei richtiger Anwendung größtmöglichen Schutz, also beinahe 100%. Kondome sind also der beste Schutz vor dem HIV. Absolute Sicherheit bietet nur die Enthaltensamkeit....

#### **„Safer Sex kann Spaß machen.“**

Und soll es auch. Wer sich bewußt macht, wieviel Angst mit Safer Sex wegfällt, der verwendet den Gummi. Der Gummi verbindet, er trennt nicht. Er beweist die Liebe und Verantwortung für einen anderen Menschen.

**Die Kärtchen werden am besten in den Latex-Hüten herumgereicht und jeder Teilnehmer nimmt sich eines heraus. Tip: Einzelaktionen, denn wenn alle bereits Kärtchen haben, ist Unruhe in der Gruppe, manche versuchen, schon vorzeitig zu lesen, was auf ihrer Karte steht etc...**

**Erinnerung:** Im Diskussionsteil kann es vorkommen, daß man auf die am Anfang erwähnten **Gruppenrichtlinien** hinweisen muß. Speziell ist damit am häufigsten das „**Jemanden ausreden lassen**“ gemeint. Es kommt nur selten vor, daß jemand nach einer Äußerung wirklich **ausgelacht** wird. Eher sollte man ein bißchen darauf achten, daß alle etwa in gleichen Anteilen zu Wort kommen, d.h. die „**Quatscher**“ **ein wenig bremsen und die „Stillen“ aufmuntern**. Grundsätzlich sind die **Peers die Seminarleiter**, daher: nicht Kommando aus der Hand geben und den zeitlichen Ablaufplan aus den Augen verlieren! In **speziellen Fragen** nicht aufhalten, sondern auf **AIDS-Hilfe** verweisen!

### 3. Stunde:

#### D) WORKSHOP-TEIL

##### Ablauf:

##### 1) Rollenspiele

**Ziel:** Umsetzung des erworbenen Wissens in Situationen des Alltags

**Grundsätzlich: Niemand muß spielen! Falls sich kein Teilnehmer bereit erklärt, spielen die Leiter selbst.**

Ein Teil des Raumes wird zur „**Bühne**“ erklärt (Mitte, alle sollen gut sehen). Nachdem die Leiter den Freiwilligen alles **erklärt** haben und ein **Thema** gewählt wurde, spielen sie die Szene nach Gutdünken durch. Sind sie fertig, oder läuft das Rollenspiel leer, beenden die Leiter - durchschnittlich nach **ca. fünf Minuten** - das Spiel mit **Beifall und Dank**.

Nach der **Besprechung** mit den beiden wird die Gruppe nach ihren **Meinungen und Wahrnehmungen** gefragt. Anschließend kann man die **kont-räre Situation** spielen lassen, d.h. wenn im vorangegangenen Spiel die Situation positiv geklärt wurde, wird nun ein negativer Ausgang oder umgekehrt inszeniert. Im Anschluß daran wird das Gesehene wieder reflektiert.

##### **Mögliche Themen:**

- + Kennenlernen / Kondom verlangen
- + Mann/Aktive Seite will ohne Kondom
- + Frau/Passive Seite will ohne Kondom
- + Kennenlernen / Positiv sein
- + MitschülerIn ist positiv, zwei andere unterhalten sich darüber
- + Diskussion, ob man zum Test gehen sollte
- + Diskussion, ob alle getestet gehören
- + „Safer Sex“ gegen „Enthaltsamkeit“
- + Bewerbungsgespräch, Personalchef verlangt Test
- + PatientIn+Arzt im Spital, Aufklärung, daß Test gemacht wird

## 2) Kondomverwendung

**Ziel:** Vertraut werden mit dem Gummi und seiner Verwendung

**Zwei** Personen aus der Gruppe können den **Gebrauch des Gummis vorführen**. Treten dabei **Probleme** auf (Anwendungsfehler, keine Freiwillige, etc.), kann das erste Vorführen von den **Workshopleitern** übernommen werden. Auf keinen Fall sollte irgendeine Art von „**Prüfungssituation**“ entstehen („Zwei stehen in der Mitte, müssen alles richtig machen und alle schauen zu...“). Anschließend „probieren“ alle anderen, ebenfalls mit einem Partner, den Gummi anhand der Kakteen "aus“. Dabei sollte **jede(r) TeilnehmerIn mindestens zwei „Versuche“** haben. Die Peers sollen beobachten, kommentieren, aber nicht kritisieren oder lächerlich machen.

**Dabei ist insbesondere zu beachten und vor der Gruppe zu betonen:**

- +) Markengeprüfte Kondome verwenden!**
- +) Richtige Lagerung!**
- +) Ablaufdatum beachten!**
- +) Rechtzeitig überziehen!**
- +) Keine spitzen Fingernägel, Scheren etc.!**
- +) Reservoir abdrücken!**
- +) Vollständig abrollen!**
- +) Rechtzeitig rausziehen und festhalten!**
- +) Entsorgung: nicht ins Klo!**

Vorteilhaft ist es, wenn sich rund um die **Übungssituation** eine **begleitende Diskussion** zum Thema **Safer Sex** entwickelt, speziell dann, wenn die „praktischen Aspekte“ im vorangegangenen Teil nicht oder nicht genug vorgekommen sind.

Die TeilnehmerInnen sollen dabei zu folgenden Punkten Erfahrungen, Wünsche, Phantasien und Wissen beisteuern:

- Was will ich?/Wie will ich?
- Was ist für Dich „safe“?
- Was kommt für Dich überhaupt nicht in Frage?
- Wie verlange ich von meinem Partner safes Verhalten/den Gummi?
- Was wenn er/sie nicht will?
- Wer ist für die HIV-Verhütung zuständig?
- Wie spricht man über Sex?
- Wie groß ist mein persönliches Risiko?
- Welches Risiko bin ich bereit einzugehen?
- Safer Sex und Spaß?
- Fragen? Unsicherheiten? Sex mit Positiven? Risikogruppen/-verhalten?

### **3) Alternativpunkte als Ergänzung**

Die folgenden beiden **Kleingruppenarbeiten** dienen als Tips für **Ergänzungen**. Das kann von Nutzen sein, wenn die Rollenspiele absolut nicht zustandekommen bzw. sehr kurz sind, oder wenn Diskussionen nur schleppend dahingehen oder die Kondomübungen sehr schnell vorbei sind.

#### **a) „Positiv-Sein“**

##### **Anleitung:**

Jeder sucht sich einen Partner und spricht mit ihm über folgendes: „Was wäre, wenn ich HIV-positiv wäre? Wie würde es mir gehen, was würde ich dann brauchen?“

Dauer: 10 Minuten, anschließend berichten die Paare der Gruppe.

#### **b) Beantwortung eines Briefes**

##### **Anleitung:**

"Ihr bekommt von einer/m guten Freund/in einen Brief und sollt ihn in der Kleingruppe beantworten."

##### **Mögliche Texte:**

###### **i) Safer Sex:**

Liebe/r Andrea/s,

vor ein paar Tagen habe ich einen echt netten Typen kennengelernt. Ich merke, daß es zwischen uns knistert, aber ich weiß nicht so recht, wie es weiter gehen soll. Ich habe Angst, daß ich ihn verliere, wenn ich zu lange warte. Ich möchte, bevor ich etwas mit ihm anfangen, das Thema Safer Sex ansprechen. Aber wie? Oder soll ich es laufen lassen, wie es kommt? Du hast doch mehr Erfahrung! Wie machst Du es? Bitte schreib mir schnell! Deine Karin

###### **ii) Positiv-Sein:**

Liebe/r Andrea/s,

ich schreibe Dir, weil ich Deinen Rat brauche. Seit vier Wochen kenne ich ein wahnsinnig liebes Mädchen, und ich glaube sie will was von mir. Wenn man weiß, daß ich sie schon seit fast einem halben Jahr liebe, muß man doch sagen: Du Glückspilz. So einfach ist es aber nicht. Gestern brach alles zusammen. Sie hat mir gesagt sie ist HIV-positiv! Ich weiß nicht mehr weiter. Ich liebe sie und habe gleichzeitig Angst! Was soll ich tun? Schreib mir schnell, Dein Freund Stephan.

## **E) ABSCHLUSS/VERABSCHIEDUNG**

Kurze **Schlußrunde** mit **Feedback**, Verteilung von **Broschüren, Kondomen** und **Fragebögen**

### **Hinweise:**

1) Es wäre gut, die Gruppe noch einmal auf die **Wichtigkeit der Fragebögen** hinzuweisen, auch wenn das Ausfüllen lästig ist. Wenn das von den Seminarleitern kommt, ist es sicher der Sache dienlich.

2) Es hat sich als erfolgreich herausgestellt, wenn die Peers **kurze Zeit nach dem Workshop** noch im Raum oder in der Umgebung bleiben und für die TeilnehmerInnen ansprechbar sind. Die auf den ersten Blick hektische Phase des „Auflösens“ und des „Einpackens“ wird von nicht wenigen genutzt, um **persönliche Fragen** zu stellen, für die es in der Gruppe einfach doch zu peinlich war.

Daher: Wenn es die Zeit zuläßt, noch ein paar Minuten „präsent“ sein oder eben „langsam zusammenräumen“!

***Und jetzt: Gutes Gelingen und...***

***VIEL SPASS!***

# FRAGEBOGEN

**Liebe(r) Schüler(in)!**

Dieser Fragebogen dient einer Untersuchung über HIV/AIDS im Rahmen einer Dissertation (Doktorarbeit) am Institut für Psychologie der Universität Wien.

Selbstverständlich bleibt die Anonymität aller Befragten gewahrt.

Da sämtliche Daten vertraulich behandelt werden, ersuchen wir Dich, Deine Angaben so ehrlich wie möglich zu geben, damit wir ein wahrheitsgetreues Ergebnis erhalten.

Bitte ringle jeweils die Ziffer, die bei der Deiner Meinung nach zutreffenden Antwort steht, ein und beantworte die Textfragen bitte kurz und möglichst leserlich.

Wir danken Dir herzlich für Deine Mithilfe!

---

weiblich

**Alter:**.....Jahre.....Monate

**Geschlecht:**

männlich

**Schultyp:**

Hauptschule

Berufsschule

AHS

Sonstige:.....

---

**1. Was sind Deiner Meinung nach die in Österreich zur Zeit am weitest verbreiteten Krankheiten?**

- Krebs
- Herz-und Kreislauferkrankungen
- Schlaganfall
- AIDS
- Chronischer Alkoholismus
- Psychische Erkrankungen

**Bitte reihen:**

- 1,.....
- 2,.....
- 3,.....
- 4,.....
- 5,.....
- 6,.....

**2. Woran erkennst Du rein äußerlich jemanden, bei dem AIDS zum Ausbruch gekommen ist?**

**3. Wer kann HIV/AIDS bekommen?**

- Nur Drogensüchtige ..... 1
- Besonders anfällige Menschen ..... 2
- Alle ..... 3
- Nur Homosexuelle ..... 4
- Weiß nicht ..... 5

**4. Glaubst Du, daß es sich bei AIDS um ein wichtiges Problem handelt, oder wird es nur hochgespielt?**

Wichtiges Problem .....	1
Nur hochgespielt.....	2

**5. Hast Du persönlich Angst vor AIDS? Stufe das bitte auf einer Skala von 1 bis 7 ein, wobei 1 = habe große Angst vor AIDS und 7 = habe überhaupt keine Angst vor AIDS bedeutet.**

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7

**5.a. Nur bei 1, 2 oder 3: Warum hast Du Angst vor AIDS?**

**5.b. Nur bei 5, 6 oder 7: Warum hast Du keine Angst vor AIDS?**

**6. Durch welche Körperflüssigkeiten kann HIV übertragen werden?  
(Mehrere Antworten möglich)**

Lympe .....	1
Speichel .....	2
Samenflüssigkeit.....	3
Kot .....	4
Muttermilch .....	5
Urin .....	6
Tränenflüssigkeit.....	7
Scheidenflüssigkeit .....	8
Schweiß .....	9
Blut .....	10

- 7. Wenn man mit dem HI-Virus angesteckt wird, erkrankt man dann sicher an AIDS, oder muß das nicht sein?**
- Man erkrankt sicher daran ..... 1  
 Muß nicht sein ..... 2  
 Weiß nicht..... 3
- 8. Kann man mit HIV infiziert sein, ohne es zu wissen?**
- Ja ..... 1  
 Nein ..... 2  
 Weiß nicht..... 3
- 9. Haben Männer und Frauen das gleiche Ansteckungsrisiko?**
- Ja ..... 1  
 Nein, Männer haben ein höheres Risiko ..... 2  
 Nein, Frauen haben ein höheres Risiko..... 3  
 Weiß nicht..... 4
- 10. Wie lang kann es maximal dauern, bis ein mit HIV angesteckter Mensch tatsächlich an AIDS erkrankt?**
- Einige Tage..... 1  
 Einige Wochen..... 2  
 Einige Monate..... 3  
 1 bis 3 Jahre ..... 4  
 3 bis 6 Jahre ..... 5  
 Noch länger ..... 6  
 Weiß nicht..... 7
- 11. Ab wann ist der HIV-Antikörper-Test zur Feststellung einer Infektion sinnvoll?**
- Sofort nach der Risikosituation ..... 1  
 Drei Monate nach der Risikosituation ..... 2  
 Ein halbes Jahr nach der Risikosituation ..... 3  
 Weiß nicht..... 4
- 12. Mit dem HIV-Test kann man feststellen:**
- Jemand hat AIDS..... 1  
 Jemand hat HIV im Blut ..... 2  
 Weiß nicht..... 3

**13. Kann ein mit HIV infizierter, aber noch nicht an AIDS erkrankter Mensch andere Personen anstecken?**

- Ja.....1
- Nein .....2
- Weiß nicht.....3

**14. Wenn jemand eine Bluttransfusion erhält, kann dabei HIV übertragen werden?**

- Ja.....1
- Nein .....2
- Weiß nicht.....3

**15. Kann durch bereits verwendete Injektionsnadeln oder Spritzen HIV übertragen werden?**

- Ja.....1
- Nein .....2
- Weiß nicht.....3

**16. Und wie ist es beim Sexualverkehr? Kann dabei HIV übertragen werden?**

- Ja.....1
- Nein .....2
- Weiß nicht.....3

**17. Kann ein Baby mit AIDS geboren werden?**

- Ja.....1
- Nein .....2
- Weiß nicht.....3

**18. Die Verwendung der Pille schützt ziemlich sicher vor AIDS.**

- Stimmt.....1
- Stimmt nicht .....2
- Weiß nicht.....3

**19. Kann HIV durch Zungenküsse übertragen werden?**

Ja.....	1
Nein .....	2
Weiß nicht.....	3

**20. Kann HIV im Alltag übertragen werden, z.B. durch...:**

	Ja	Nein	Weiß nicht
Luft?.....	1	2	3
Berühren, Streicheln? .....	1	2	3
Händeschütteln? .....	1	2	3
Dasselbe Glas benutzen? .....	1	2	3
Anhusten, Anhauchen?.....	1	2	3
Gegenstände, Haltegriffe? .....	1	2	3
Zigaretten?.....	1	2	3
Wasser, Lebensmittel? .....	1	2	3
Besuch von Sauna oder Schwimmbädern? .....	1	2	3

**21. Kondome schützen fast 100%ig vor AIDS.**

Stimmt.....	1
Stimmt nicht.....	2
Weiß nicht.....	3

**22. Was wird alles als „Safer Sex“ bezeichnet?**

**23. Hast Du schon Geschlechtsverkehr gehabt?**

Ja, ein paar Mal .....	1
Ja, regelmäßig .....	2
Nein .....	3

**23.a. Nur bei "Ja": Wie alt warst Du beim ersten Mal?**

.....Jahre.....Monate

**23.b. Nur bei "Ja": Hast Du beim ersten Mal Kondome verwendet?**

Ja ..... 1  
Nein, sondern ..... 2

**23.c. Nur bei „Ja“: Wenn Du mit jemandem schläfst, den Du erst ein paar Tage kennst, nimmst Du dann ein Kondom?**

Ja, immer ..... 1  
Ja, manchmal ..... 2  
Nein, sondern ..... 3

**23.d. Nur bei „Ja“: Verwendest Du Kondome, wenn Du mit jemandem länger zusammen bist und regelmäßig Sex hast?**

Ja, immer ..... 1  
Ja, manchmal ..... 2  
Nein, sondern ..... 3

**24. Was spricht gegen Kondome?**

**25. Hast Du zur Zeit eine/n feste/n Freund/in?**

Ja ..... 1  
Nein ..... 2

**25.a. Nur bei "Ja": Wie lange schon?**

.....Jahre.....Monate

**26. Wie hoch schätzt Du die Wahrscheinlichkeit, Dich selbst anzustecken? Gib bitte eine Note von 1 bis 7, wobei 1 = leicht möglich und 7 = sehr unwahrscheinlich bedeutet.**

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7

**27. Glaubst Du, daß sich in nächster Zeit jemand aus Deinem Familien- oder Freundeskreis anstecken könnte?**

Ja ..... 1  
Nein ..... 2

**28. Mit ein wenig Menschenkenntnis sieht man, wenn jemand HIV-positiv ist.**

Stimmt..... 1  
Stimmt nicht..... 2

**29. Gibt es schon einen Impfstoff gegen AIDS?**

Ja ..... 1  
Nein ..... 2  
Weiß nicht..... 3

**30. Wenn man nur gut genug darauf achtet, mit wem man sich einläßt, besteht keine Gefahr.**

Stimmt..... 1  
Stimmt nicht..... 2

**31. Welcher der drei folgenden Aussagen über AIDS würdest Du am ehesten zustimmen?**

AIDS wird von den Medien, also Fernsehen und Zeitungen, bei weitem übertrieben und ist in Wirklichkeit gar nicht so gefährlich; außerdem betrifft es nur einige Risikogruppen von Menschen ..... 1

Obwohl es bisher nur wenige konkrete AIDS-Fälle gibt, sollte man trotzdem beim Umgang mit anderen Menschen vorsichtig sein ..... 2

AIDS ist dabei, zur größten Volksseuche zu werden. Daher ist eine radikale Änderung der Moral unserer Gesellschaft in Richtung Treue unbedingt notwendig..... 3

**32. Der "Gummi" ist ein echter Liebestöter.**

Stimmt.....1  
Stimmt nicht.....2

**33. Was sollte Deiner Meinung nach mit einem HIV-infizierten Menschen geschehen?**

	Stimme zu	Stimme nicht zu
Zur Beratung schicken.....1	.....2	
Eine Behandlung versuchen.....1	.....2	
Namentlich erfassen ("AIDS-Pass").....1	.....2	
Äußerlich kennzeichnen.....1	.....2	
Isoliert unterbringen.....1	.....2	
Berufsverbot.....1	.....2	
Verbot der Benutzung bestimmter öffentlicher Einrichtungen.....1	.....2	

**34. Findest Du, daß in den Schulen genug Aufklärungsarbeit über AIDS geleistet wird?**

Ja.....1  
Nein.....2

**35. Wie sollte Deiner Meinung nach die weitere Verbreitung von AIDS gebremst werden?**

	Stimme zu	Stimme nicht zu
Mehr Aufklärung der Bevölkerung.....1	.....2	
Schärfere Gesetze.....1	.....2	
Verbot der Prostitution.....1	.....2	
Regelmäßige Zwangstests.....1	.....2	
Verbot der Homosexualität.....1	.....2	
Zwangsisolierung für AIDS-Kranke.....1	.....2	

**36. Denkst Du, daß Du schon in einer Situation mit der Gefahr einer Ansteckung warst?**

Ja, sicher .....	1
Möglich .....	2
Eher nicht.....	3
Nein .....	4

**36.a. Nur bei "Ja": Wodurch war die Gefahr gegeben?**

**37. Welche Schutzmaßnahmen gegen AIDS hältst Du ganz persönlich für sinnvoll?**

	Stimme zu	Stimme nicht zu
Moralischer Lebenswandel .....	1	2
Vorsicht im Umgang mit Fremden .....	1	2
Bei Zufallsbekanntschaften:		
Sex nur mit Kondom .....	1	2
Kein Sex mit Partnern, die man nicht lang kennt.....	1	2
Treue in Beziehungen, d.h. keine Seitensprünge .....	1	2
Sex generell nur mit Kondom.....	1	2
Einschränkung der Zahl der Sexpartner .....	1	2
Generell kein Sex mehr .....	1	2

**38. Eine feste Beziehung bedeutet für Dich...:**

das Verhältnis, in dem Du am liebsten leben willst .....	1
einen nicht erfüllbaren Traum .....	2
einen Alptraum.....	3
ein Lebensmuster, dem man nicht enttrinnen kann .....	4

**39. Wie, glaubst Du, ist AIDS entstanden bzw. wer oder was ist Deiner Meinung nach daran schuld, daß sich die Krankheit so rasch ausbreiten konnte?**

**40. Über AIDS und Verhütung zu sprechen, ruiniert die Stimmung.**

Stimmt.....1  
Stimmt nicht.....2

**41. Jeder, der AIDS bekommt, ist im Prinzip daran selbst schuld.**

Stimmt.....1  
Stimmt nicht.....2

**42. Hast Du schon einmal einen HIV-Test machen lassen?**

Ja.....1  
Nein.....2

**43. Würdest Du zusammen mit einem/r neuen Freund/in zum HIV-Test gehen?**

Ja.....1  
Nein.....2

**44. Hast Du schon Kondome gekauft?**

Ja, oft.....1  
Ja, ein paar Mal.....2  
Nein.....3

**45. Trägst Du Kondome bei Dir?**

Ja, oft.....1  
Ja, manchmal.....2  
Nein.....3

**46. Durch die Angst vor AIDS werden die sexuellen Gewohnheiten der Menschen in den nächsten Jahren eingeschränkter und weniger frei sein als heute.**

- Stimmt.....1
- Stimmt nicht.....2

**47. Dein Gefühl der Zukunft und AIDS gegenüber ist...:**

- traurig.....1
- ängstlich.....2
- optimistisch.....3
- gleichgültig.....4
- aggressiv.....5
- hoffnungsvoll.....6
- mutlos.....7

**48. Glaubst Du, genug über AIDS zu wissen?**

- Ja, ich kenne mich aus.....1
- Nein, ich bin unsicher.....2

**49. Wärest Du persönlich am Ergebnis Deines Tests interessiert?**

- Ja.....1
- Nein.....2

**50. Angenommen, in Deiner Schule wäre ein/e Mitschüler/in HIV-positiv. Wie verhältst Du Dich?**

- So gut ich kann unterstützen.....1
- Alles beim alten lassen.....2
- Mich fernhalten.....3

**51. Würdest Du einem AIDS-Kranken...**

- |  | Ja | Nein |
|--|----|------|
| die Hand geben? .....  | 1  | 2    |
| einen Kuß geben? .....   | 1  | 2    |
| Dein Trinkglas borgen? .....   | 1  | 2    |
| gestatten, Deine Toilette zu benutzen? .....                           | 1  | 2    |
| erlauben, mit Dir auszugehen (Cafe, Kino etc.)? .....                  | 1  | 2    |
| gestatten, mit Dir ins Schwimmbad<br>oder in die Sauna zu gehen? ..... | 1  | 2    |
| erlauben, bei Dir zu wohnen? .....                                     | 1  | 2    |

**52. Glaubst Du, daß man in den nächsten Jahren Medikamente zur erfolgreichen Heilung von AIDS bzw. eine Impfung findet?**

Ja .....	1
Nein .....	2

**53. Wie oft informierst Du Dich über AIDS?**

Gelegentlich .....	1
Regelmäßig .....	2
Gar nicht .....	3

**54. Woher hast Du bis jetzt Deine Informationen über AIDS?  
(Mehrere Antworten möglich)**

TV .....	1
Radio .....	2
Tageszeitungen .....	3
Eltern und Verwandte .....	4
FreundInnen und Bekannte .....	5
Vorträge und Seminare .....	6
Zeitschriften/Broschüren .....	7
Bücher .....	8
Schule .....	9
ÄrztInnen .....	10

**55. Wer davon sollte die Informationsarbeit verstärken?**

**...und noch einmal: VIELEN DANK!**

# FEEDBACK-FRAGEBOGEN

**Zum Schluss einige Fragen über das heutige Programm:**

**1. Hat das Programm heute Deinen Erwartungen entsprochen?**

- ja.....1
- nein.....2
- teilweise.....3

**2. Wie beurteilst Du dieses Peer Group-Seminar?**

**Es war vor allem...**

- lehrreich und informativ .....1
- gemütlich und nett .....2
- interessant und spannend .....3
- fad und langweilig.....4

**3. Hat es einen Teil gegeben, der für Dich nicht notwendig gewesen wäre?**

- ja.....1
- nein.....2

**3.a. Wenn ja, welcher Teil?**

**4. Gibt es Themen, die Dir abgegangen sind?**

- ja.....1
- nein.....2

**4.a. Wenn ja, was?**

**5. Hast du ausreichend Information über AIDS bekommen?**

- ja.....1
- nein.....2

**6. Hast du genug Information über „Safer Sex“ bekommen?**

- ja.....1
- nein.....2

**7. Hast du etwas Neues gelernt oder gehört?**

- ja.....1
- nein.....2

**8. Wie hast Du die Peers als SeminarleiterInnen gefunden?  
Sie waren vor allem...**

- gut vorbereitet .....1
- fachlich kompetent.....2
- unterhaltsam.....3
- haben "alles im Griff" gehabt .....4

**9. Wie war die Stimmung?**

- gut .....1
- es geht.....2
- mäßig .....3
- schlecht .....4

**10. Meinst Du, Deine FreundInnen und Bekannten  
sollten auch so ein Peer-Seminar besuchen?**

- ja.....1
- nein.....2
- vielleicht.....3

**11. Außerdem möchte ich noch sagen:**