

HIV-Prävention bei der weiblichen
Allgemeinbevölkerung:
Ein Vergleich von Strategien und Effekten in
Deutschland und Italien

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Hohen Medizinischen Fakultät
der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität
Bonn

Katharina Marie Bergius
aus Wilhelmshaven

2010

Angefertigt mit Genehmigung der
Medizinischen Fakultät der Universität Bonn

1. Gutachter: PD Dr. med. Thomas Kistemann MA (geogr.)
2. Gutachter: Prof. Dr. med. Anke Rohde

Tag der Mündlichen Prüfung: 12.10.2009

Aus dem Institut für Hygiene und Öffentliche Gesundheit der Medizinischen Fakultät
der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn
Direktor: Prof. Dr. med. Martin Exner

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis.....	5
1 Einleitung	6
1.1 Was ist HIV, was ist AIDS?.....	6
1.2 Epidemiologie von HIV und AIDS	7
1.3 Die Bedeutung von Prävention für die HIV-Epidemie	10
1.4 Präventionskonzepte.....	12
1.5 Fragestellungen	17
2 Methoden.....	19
2.1 Die Orte der Befragungen	21
2.2 Literaturrecherche	21
2.3 Die Befragung	22
2.3.1 Die Evaluation des Fragebogens	23
2.3.2 Die Übersetzung ins Italienische.....	23
2.3.3 Die Durchführung der Befragung	23
2.4 Die elektronische Erfassung und statistische Auswertung der Daten	24
3 Ergebnisse	27
3.1. HIV/AIDS in den Untersuchungsländern	27
3.1.1 Deutschland	27
3.1.2 Italien.....	31
3.1.3 Nordrhein-Westfalen und Bonn	36
3.1.4 Die Lombardei und Pavia.....	37
3.2 HIV-Prävention in den Untersuchungsländern	37
3.2.1 Deutschland	37
3.2.2 Italien.....	40
3.3 Befragungen	43
3.3.1 Demographische Merkmale der Interviewpartnerinnen.....	43
3.3.2 Einschätzung der Bedrohung durch die HIV-Epidemie.....	45
3.3.3 Wissen zu Übertragungsrisiken, neuen Therapiemöglichkeiten und Impfstoffverfügbarkeit	49
3.3.4 Kenntnis von und Umgang mit HIV-positiven Personen.....	55
3.3.5 HIV-Testverhalten.....	57
3.3.6 Ansicht zu Kondomen sowie deren Gebrauch	59
3.3.7 Das Alter beim ersten Geschlechtsverkehr	66
3.3.8 Die Anzahl der bisherigen Sexualpartner.....	67
3.3.9 Alkohol- und Drogenkonsum.....	68
3.3.10 Informationskampagnen zu HIV/AIDS	70

4 Diskussion.....	78
4.1 Methodische Kritik.....	78
4.2 Die Bedeutung der einzelnen Komponenten einer KAPB-Studie	83
4.3 Die Epidemiologie von HIV	84
4.4 Die Kampagnen.....	86
4.5 Die Befragung	88
4.5.1 Die Informationsquellen.....	88
4.5.2 Wissen und dessen Einfluss auf Verhalten	91
4.5.3 Risikowahrnehmung.....	94
4.5.4 Einstellungen	95
4.5.5 Verhaltensänderungen	98
5 Schlussfolgerung.....	103
6 Zusammenfassung	106
Abbildungsverzeichnis	108
Tabellenverzeichnis	109
Anhang.....	108
Literaturverzeichnis	123
Danksagung.....	129
Lebenslauf	130

Abkürzungsverzeichnis

BZgA:	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
CNLA:	Commissione Nazionale per la Lotta contro l'AIDS
EW:	Einwohner
GV:	Geschlechtsverkehr
Hämo/Trans:	Hämophile/Empfänger von Bluttransfusionen und Blutprodukten (außer Hämophilen)
HPL:	Personen aus Hochprävalenzländern (HIV-Prävalenz in der allgemeinen Bevölkerung >1%), in denen HIV endemisch ist und überwiegend hete- rosexuell übertragen wird
IVDU:	Intravenous Drug user, i.v.-Drogenabhängige
k.A.:	keine Angabe
KAPB:	Knowledge, Attitude, Practice and Behaviour
MSM:	Männer, die Sex mit Männern haben
NGO:	Non-Government-Organisation
PPI:	Prä- oder perinatale Infektion
RKI:	Robert Koch-Institut
STD:	Sexually transmitted disease: Geschlechtskrankheit

1 Einleitung

1.1 Was ist HIV, was ist AIDS?

Der Erreger von AIDS ist ein lymphotroper Lentivirus aus der Familie der Retroviren. Die Humanen Immundefizienz (HI)-Viren werden in HIV1 und HIV2 unterschieden, die wiederum in verschiedene Untergruppen unterteilt werden können. Wahrscheinlich stellte die HIV-Infektion ursprünglich eine Zoonose dar, Anfang des 20. Jahrhunderts hat das Virus molekularbiologischen Forschungsergebnissen zufolge einen Spezieswechsel vom Affen auf den Menschen vollzogen. 1981 wurden Klinik und immunologische Charakteristika von AIDS als neu aufgetretene Krankheit unbekannter Ätiologie beschrieben. Die erste gesichert dokumentierte HIV-Infektion stammt aber schon aus dem Jahre 1959 bei einem afrikanischen Patienten.

HIV wird durch Blut und andere infektiöse Körperflüssigkeiten, vor allem Sperma und Vaginalsekret, übertragen. Der häufigste Übertragungsweg sind ungeschützte Sexualkontakte durch Kontakt virushaltiger Körperflüssigkeiten mit der Schleimhaut von Vagina/Zervix, Rektum, Glans penis und Vorhaut, nur mit sehr geringer Wahrscheinlichkeit auch über orale Schleimhäute. Schleimhautläsionen, z.B. im Rahmen anderer Geschlechtskrankheiten, können die Übertragung begünstigen. Auch die parenterale Inokulation von virushaltigem Blut, z.B. bei der gemeinsamen Nutzung von Injektionsbesteck bei der Applikation von i.v.-Drogen oder durch Stichverletzungen mit kontaminierten Instrumenten im medizinischen Bereich, spielt epidemiologisch eine wichtige Rolle. Daneben ist eine Übertragung von der Mutter auf ihr Kind kurz vor, während und nach der Geburt (durch Stillen) möglich. Infektionen durch die Übertragung von Blutprodukten konnte in den letzten Jahren mithilfe von entsprechenden Kontrollen in den meisten Ländern vollständig verhindert werden.

Körperkontakte im Alltag, die gemeinsame Nutzung nichtscharfer Gegenstände, der Speichelkontakt z.B. beim Küssen, Insektenstiche, Trinkwasser und Lebensmittel bergen kein Infektionsrisiko, auch der Kontakt intakter Haut mit infektiöser Flüssigkeit führt zu keiner Übertragung.

Sechs Tage bis sechs Wochen nach Infektion kommt es häufig zu unspezifischen, Mononukleose-ähnlichen Krankheitssymptomen; Antikörper gegen HIV können erstmals vier bis zwölf Wochen nach Infektion nachgewiesen werden. Während dieser Anfangszeit findet sich eine besonders hohe Viruslast und damit hohe Infektiosität. Jeder Infizierte bleibt lebenslang

potentiell infektiös. Durch eine erfolgreiche antiretrovirale Therapie wird die Ansteckungsgefahr zwar drastisch gemindert, aber nicht vollständig aufgehoben¹. Das (bis auf die Phase der akuten Infektion) weitgehend symptomfreie Intervall der Krankheit kann Monate bis viele Jahre dauern. Die Symptome der chronischen HIV-Infektion bestehen meist aus unspezifischen Störungen des Allgemeinbefindens, Veränderungen an Haut und Schleimhäuten und gastroenterologischen Beschwerden, die mit einer progredienten Störung der zellulären Immunabwehr durch die fortschreitende Vermehrung des Virus einhergehen. AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrom) ist die schwerwiegende, meist lebensbedrohliche Manifestation dieses Prozesses anhand opportunistischer Infektionen, zu der es kommt, wenn HIV nicht rechtzeitig diagnostiziert und behandelt wurde. Besonders *Pneumocystis jirovecii* (früher *P. carinii*), Ösophagitiden durch *Candida albicans*, zerebrale Abszesse durch Toxoplasmen und Reaktivierungen von Zytomegalievirusinfektionen oder Tuberkulose sind hier von Bedeutung. In einem Teil der Fälle führt eine Neoplasie, dann meist ein Kaposi-Sarkom, zur AIDS-Diagnose.

Die Therapie der HIV-Infektion ist anhand einer Reihe von Substanzen möglich, die auf verschiedene Weise virale Enzyme inhibieren, ohne die der Erreger sich nicht vermehren kann. In der Regel werden drei Medikamente parallel eingesetzt, um einer Resistenzentwicklung zuvorzukommen. Wegen des Problems der Resistenzen sowie wegen häufig schwer reversibler Langzeitnebenwirkungen wird die Behandlung heute tendenziell so spät wie möglich eingeleitet, aber idealerweise vor dem Eintreten schwerer Komplikationen durch opportunistische Infektionen. Eine Heilung ist nach wie vor nicht möglich (Robert Koch-Institut, 2006b).

1.2 Epidemiologie von HIV und AIDS

Seit der Identifizierung des Erregers von AIDS im Jahre 1981 bis 2005, dem Jahr, in dem diese Studie durchgeführt wurde, sind weltweit mehr als 25 Millionen Menschen an den Folgen der Infektion mit HIV gestorben (UNAIDS/WHO, 2005). Trotz vielerorts verbessertem Zugang zu den seit mehr als einem Jahrzehnt bestehenden Behandlungsmöglichkeiten² hat die Epidemie 2005 rund 3,1 Mio. Leben gefordert. Insgesamt lebten 2006 Schätzungen zufolge

¹ Es wurde bisher keine Infektion registriert, die von einem mit HAART behandelten HIV-Patienten ausging, so dass HAART neuerdings als Präventionsstrategie diskutiert wird. Der präventionelle Wert von HAART ist dennoch nicht alleinig ausreichend, da besonders in den Hochprävalenzregionen noch immer nur eine Minderheit Zugang zur antiretroviralen Therapie hat. Zudem bleibt selbst bei flächendeckender Versorgung die Gruppe der unbewusst Infizierten als Infektionsquelle bestehen.

² HAART, die hochaktive antiretrovirale Therapie, ist seit Mitte der neunziger Jahre zur Behandlung von HIV und AIDS zugelassen.

39.5 Million Menschen mit dem Virus, bei 4,3 Mio. Neudiagnosen³; die Epidemie hat somit einen neuen Höchststand erreicht.

Dabei nimmt die Anzahl der betroffenen Frauen weiter zu: 2005 wurden 17,5 Millionen Infektionen bei Frauen gemeldet, 2003 waren es noch ca. eine Million weniger. Insgesamt waren 2005 46% aller HIV-positiven Menschen Frauen, in einigen Hochprävalenzregionen liegt ihr Anteil aber bei über 50% (z.B. Subsahara-Afrika, s.u.).

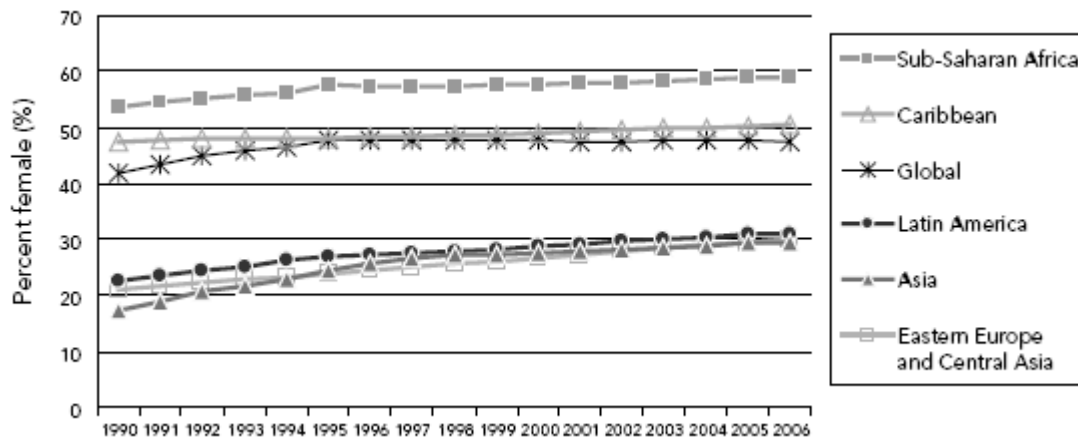


Abb. 1: Anteil der Frauen an erwachsenen (15+) HIV-Infizierten in Prozent, 1990-2006.
(UNAIDS/WHO, 2006)

Nur in einigen Regionen und auch dort nur in bestimmten Bevölkerungsgruppen zeichnet sich eine Umkehr des Wachstums der Epidemie ab: So nahm etwa die Anzahl der Neudiagnosen unter MSM in vielen westlichen Ländern in den letzten Jahren ab, ebenso unter den jüngeren Menschen in Uganda, unter Prostituierten und ihren Freiern in Thailand und Kambodscha, und unter IVDU in Spanien und Brasilien.

Die am stärksten betroffene Region bleibt weiterhin Subsahara-Afrika, wo ca. 25,8 Millionen HIV-Infizierte leben – das sind zwei Drittel aller Infektionen weltweit. Mehr als 7% der erwachsenen Bevölkerung sind hier infiziert, in Botswana und Swasiland sind es sogar 30% aller Volljährigen. 77% aller HIV-positiven Frauen kommen aus dieser Region. 2005 sind hier rund 2,4 Millionen Menschen an den Folgen von AIDS gestorben, während weitere 3,2

³ Aus verschiedenen Gründen kann bei registrierten Zahlen von Neudiagnosen nicht von HIV-Inzidenz gesprochen werden: Zum einen können der Zeitpunkt der Übertragung und die HIV-Diagnose wegen der Symptomarmut und z.T. jahrelangen Latenzzeit einer HIV-Infektion zeitlich weit auseinander liegen. Zum anderen hängt die Zahl der positiven Testergebnisse immer auch von Testangebot- und -inanspruchnahme sowie vom Meldeverhalten der Labors ab (Hamouda et al., 2007).

Millionen sich neu mit dem Virus infizierten. Und obwohl sich weltweit die Verfügbarkeit von antiretroviraler Therapie in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen seit 2001 verdreifacht hat, konnte hier 2005 bestenfalls einer von zehn therapiebedürftigen Menschen mit HAART versorgt werden.

Ein besonders starkes Wachstum der Epidemie wird derzeit in Osteuropa und Zentralasien verzeichnet. Dort wurde die Zahl der HIV-Infizierten im Jahre 2005 auf 1,6 Millionen geschätzt, was einem Wachstum um das zwanzigfache in weniger als 10 Jahren entspricht. Die AIDS-Todesfälle haben sich hier mit ca. 62.000 im Jahre 2005 gegenüber 2003 verdoppelt, und rund 270.000 haben sich 2005 neu mit HIV infiziert.

Auch im östlichen Asien und Ozeanien, besonders in China, Papua Neuguinea und Vietnam, finden sich wachsende Epidemien.

Die Länder Europas werden im Endjahresbericht 2005 von EuroHIV nach geopolitischen und epidemiologischen Kriterien in drei geographische Bereiche eingeteilt⁴.

In Westeuropa, zu dessen Gebiet die beiden Untersuchungsgebiete Bonn und Pavia gehören, betrug die HIV-Prävalenz im Jahre 2005 rund eine halbe Million (UNAIDS/WHO, 2005). Die jährliche Rate der Neudiagnosen hat sich dabei (bezogen auf die 14 Länder, die mindestens seit 1998 über ein kontinuierliches HIV-Meldesystem verfügen) seit 1998 fast verdoppelt. 2005 wurden 22.723 Neudiagnosen gemeldet, das entspricht einer Rate von 82,1 pro Million Einwohner (wobei Daten aus Norwegen, Monaco, Italien und Spanien wegen fehlender, aus Frankreich wegen spät eingeführter nationaler HIV-Meldesysteme nicht oder unvollständig vorlagen und deshalb hier nicht enthalten sind). Damit sind in Westeuropa nur weniger als halb so viele Neudiagnosen pro Million Einwohner zu verzeichnen wie in Osteuropa nach der o.a. Einteilung, aber zehnmal so viele wie in Zentraleuropa (EuroHIV, 2006).

Die höchsten HIV-Neudiagnosenraten unter den westeuropäischen Ländern mit mehr als 50 HIV-Fällen im Jahre 2005 verzeichneten Portugal (251 pro Million Einwohner), Großbritan-

⁴ Westeuropa, 23 Staaten: Andorra, Belgien, Dänemark, Deutschland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Island, Irland, Israel, Italien, Luxemburg, Malta, Monaco, die Niederlande, Norwegen, Österreich, Portugal, San Marino, Spanien, Schweden, die Schweiz

Mitteleuropa, 14 Staaten: Albanien, Bosnien und Herzegovina, Bulgarien, Kroatien, Zypern, die Tschechische Republik, Ungarn, die ehemals jugoslawische Republik Mazedonien, Polen, Rumänien, Serbien und Montenegro, Slowakei, Slowenien, die Türkei

Osteuropa, die 15 Staaten der ehemaligen Sowjetunion: Armenien, Aserbaidschan, Belarus, Estland, Georgien, Kasachstan, Kyrgyzstan, Lettland, Litauen, Moldawische Republik, Russische Föderation, Tadschikistan, Turkmenistan, Ukraine, Uzbekistan

nien (148 pro Million Einwohner), Luxemburg (136 pro Million Einwohner) und Belgien (102 pro Million Einwohner).

Mehr als die Hälfte der Neudiagnosen mit bekanntem Übertragungsmodus in Westeuropa erfolgen inzwischen auf heterosexuellem Weg, diese Gruppe und die der homo-/bisexuellen Übertragung gewinnen immer mehr an Bedeutung. IVDU machten weniger als 10 % aus. Ein Drittel aller Neudiagnosen waren Frauen.

Westeuropa und Nordamerika sind auch 2005 noch die einzigen Regionen der Erde, in der antiretrovirale Therapie für die meisten HIV-Patienten, bei denen diese indiziert ist, zur Verfügung steht (UNAIDS/WHO, 2005).

Erwartungsgemäß fällt hier so die AIDS-Inzidenzrate seit Ende der neunziger Jahre kontinuierlich. 2005 wurden insgesamt 7065 AIDS-Fälle in 22 der 23 westeuropäischen Länder diagnostiziert (Daten aus Frankreich wurden nicht berücksichtigt), was einer Inzidenzrate von 12,4 pro Million Einwohner entspricht, wobei unter den Ländern mit mehr als 20 Fällen die höchsten Raten von Portugal (834 Fälle, 79,5 pro Million Einwohner), der Schweiz (269 Fälle, 37,1 pro Million Einwohner), Spanien (1549 Fälle, 36,0 pro Million Einwohner) und Italien (1,475 Fälle, 25,4 pro Million Einwohner) gemeldet wurden (EuroHIV, 2006).

1.3 Die Bedeutung von Prävention für die HIV-Epidemie

Trotz der seit mehr als einem Jahrzehnt verfügbaren antiretroviralen Kombinationstherapie (HAART) zur Behandlung von HIV und AIDS bleibt die HIV-Infektion bis heute eine zwar nicht mehr zwangsläufig tödliche, aber unheilbare Krankheit. Die Euphorie, die der Einführung von HAART folgte, wurde durch Berichte über Resistenzentwicklungen und erhebliche Nebenwirkungen gedämpft. Eine immunisierende Impfung ist nicht erhältlich und wird in den nächsten zehn Jahren aller Voraussicht nach auch nicht erhältlich sein (Blower et al., 2005). Klassische Methoden des Infektionsschutzes wie Isolierung der Betroffenen kommen aus ethischen Gründen nicht in Frage, davon abgesehen ließe die jahrelange, symptomarme Inkubationszeit ein solches Vorgehen nicht zu.

So bietet das Vermeiden von Risikoverhalten nach wie vor den einzig wirksamen Schutz vor einer Infektion mit HIV.

Die sich in Wiederholungsbefragungen, Kondomverkaufszahlen und letztlich in epidemiologischen Daten indirekt widerspiegelnde Verhaltensänderung der Bevölkerung Westeuropas zugunsten von 'Safer Sex' in Risikosituationen und 'Safer Use' beim i.v.-Drogengebrauch seit

Beginn der Epidemie wird hauptsächlich den Präventionskampagnen der einzelnen Länder zugeschrieben.

Gerade Deutschlands Kampagne gegen AIDS wird häufig als besonders erfolgreich gepriesen. So schreibt beispielsweise die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung:

„Basierend auf den Neuinfektionsraten, die in Deutschland deutlich niedriger als in vergleichbaren europäischen Ländern liegen, kann Ende 2003 von rund 25.000 vermiedenen HIV-Infektionen seit Beginn der Präventionsmaßnahmen ausgegangen werden. Modellrechnungen zeigen, dass bei durchschnittlichen Kosten einer antiretroviralen HIV-/ AIDS-Behandlung von etwa 25.000 Euro/Jahr und der Therapiebedürftigkeit eines Viertels der HIV-Infizierten konservativ geschätzt eine Summe in Höhe von ca. 450 Mio. Euro pro Jahr eingespart wird. Diesem Betrag stehen staatliche Investitionen seitens der Bundesregierung und der Länder in die AIDS-Prävention von derzeit ca. 20 bis 30 Mio. Euro jährlich gegenüber.“ (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, o.J., S. 9).

Rosenbrock schreibt an anderer Stelle: „Die in Umfang und Tempo dramatischen Verhaltensänderungen der hauptsächlich von der HIV-Infektion und von AIDS betroffenen Bevölkerungsgruppen (homosexuelle Männer, i.v.-Drogenbenutzer) sind nicht zuletzt der Erfolg einer öffentlich finanzierten, aber weitgehend von Repräsentanten dieser Gruppen konzipierten und organisierten "strukturellen Prävention", d.h. einer im Dialog zwischen Professionals und Betroffenen entwickelten Kombination von verhaltens- und verhältnisbezogenen Komponenten [...]“ (Rosenbrock, 2001, S. 759).

Seit einigen Jahren steigt in Deutschland die Zahl der jährlichen Neudiagnosen wieder, der Tiefststand wurde 2001 durchschritten (s. Abschnitt 3.1.1). Wie Wiederholungsbefragungen zeigen, stagniert in bestimmten Bevölkerungsgruppen das Risikobewusstsein oder die Bereitschaft, Schutzmaßnahmen zu ergreifen (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, o. J.).

Die BZgA führt kohärent mit der o.a. Äußerung bezüglich der Effektivität ihrer Kampagne diese Entwicklung wesentlich auf einen Rückgang des Informationsangebotes und des dadurch verbreiteten Wissens zurück, indem sie folgende Gründe nennt:

„- Aufgrund stark gesunkener Ressourcen ist heute das Informationsangebot und die Sichtbarkeit der Präventionskampagne viel geringer, parallel dazu ist eine stark gesunkene Präsenz der Thematik in der Medienberichterstattung zu beobachten.

- Geringeres Angebot und damit geringere Wahrnehmung von Präventionsangeboten durch 16- 49-jährige Singles – eine zentrale Zielgruppe der AIDS- Präventionskampagne [...]

- Lücken im Detailwissen zu HIV-Übertragungswegen und Schutz [...]

- Generelle Präventions- und Gesundheitsförderungs-Defizite bei sozial benachteiligten Schichten [...]“ (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, o.J., S. 7).

Es ist aber schwierig, einen kausalen Zusammenhang zwischen Informationskampagnen und Verhaltensänderung herzustellen, weil viele Faktoren das Verhalten beeinflussen.

Nach Dannecker (2002) war beispielsweise eine „Diktatur der Angst“ des ersten Jahrzehnts nach der Entdeckung von AIDS der eigentliche Motor zum Verzicht auf bestimmte Sexualpraktiken: Demnach war AIDS „gleichsam ein extrem gefühlsträchtiger Anlass, der die psychische und körperliche Integrität nicht nur der von HIV unmittelbar Betroffenen bedrohte“ (Dannecker, 2002, S. 61) und so zum Ergreifen auch von ungeliebten Schutzmaßnahmen führte. „Die vielfältigen Präventionsprogramme haben nicht mehr, aber auch nicht weniger getan, als an das aus Angst entstandene Präventionsmotiv anzuschließen.“, schreibt er weiter (S. 63). Auf diese Weise ließe sich auch der seit einigen Jahren zu beobachtende Rückgang des Schutzverhaltens in der Bevölkerung erklären: Es hat eine Gewöhnung an die Gefahr (und die Präventionsbotschaften zu) AIDS stattgefunden, verstärkt durch die Abschwächung der Bedrohung mit der Einführung der Kombinationstherapien. Dannecker schreibt dazu: „Beides zusammen hat AIDS zu dem gemacht, was es jetzt ist: ein Problem, auf das individuell und kollektiv vergleichsweise gelassen reagiert wird.“ (Dannecker, 2002, S. 61).

Zur besseren Beurteilung der Präventionskampagnen fehlt vor allem eine Kontrollgruppe: Alle Staaten Westeuropas haben das gleiche Modell des gesellschaftlichen Lernens angewandt (Lert, 2000), so dass man nicht differenzieren kann, was ohne Präventionskampagnen passiert wäre.

Laut Rosenbrock lässt sich aber der hierzulande „sehr hohe Gesamteffekt der Prävention“ anhand der dennoch vorhandenen Differenzen zwischen Staaten und Regionen abschätzen, „je nachdem, wann, bei welcher epidemiologischen Ausgangslage und mit welcher Intensität und Vollständigkeit die Prävention organisiert worden ist“ (Rosenbrock, 2007).

An dieser Stelle knüpft die vorliegende Untersuchung an.

1.4 Präventionskonzepte

Das Auftreten von AIDS zu Beginn der achtziger Jahre führte in allen betroffenen Ländern zu einem hohen politischen Handlungsdruck. Man befürchtete, das Virus könne sich über die Grenzen der klassischen Risikogruppen hinaus ausbreiten und eine schwer zu kontrollierende, allgemeine heterosexuelle Epidemie verursachen. Einige Besonderheiten von AIDS gegenüber anderen Infektionskrankheiten entfachten lange kontroverse Debatten in der ganzen

westlichen Welt, mit welcher Präventionsstrategie man dieser Herausforderung zu begegnen habe.

Diese Eigenschaften sind:

- AIDS hat eine z.T. jahrelange symptomfreie Inkubationszeit, während der die Infizierten oft selbst nichts von ihrer Infektiosität wissen und derer dementsprechend keine Sorge tragen. Sexualpartner können die Ansteckungsgefahr an keinen äußerlichen Merkmalen erkennen. Klassische Seuchenstrategien wie Isolierung greifen hier nicht.
- AIDS berührt wie keine zweite Krankheit angst- und demagogieträchtige Inhalte am Rande und jenseits der gesellschaftlichen Akzeptanz: „Es ging um Sex, Promiskuität, Homosexualität, Prostitution, es ging um Drogen, Blut und vorzeitiges Sterben, HIV-Infizierte wurden auch schon mal als lebende Zeitbomben und unerkannte Feinde bezeichnet“ (Rosenbrock, 2007, S. 433), es ist deshalb in hohem Maße stigmatisierend.
- AIDS ist bis heute unheilbar.
- Die hauptsächlich betroffenen Minderheiten (Schwule, Ausländer, Junkies, Prostituierte) waren schon ohne AIDS marginalisiert, bei zu viel repressiver Kontrolle bestand die Gefahr, sie in den Untergrund zu drängen und so jeglichen Einfluss zu verlieren (Bührlen, 1998). Ihre Diskriminierung unter dem Vorwand AIDS sollte verhindert werden.
- Wirksamer Schutz vor AIDS bedeutet Verhaltensänderungen und Einschränkung bei Sexualkontakten, dem intimsten Bereich der sozialen Interaktion, der sich jeglicher Kontrolle von außen entzieht.

Man entschied sich in der westlichen Welt schließlich gegen Such- und Zwangsstrategien und für eine Methode, in deren Mittelpunkt das 'gesellschaftliche Lernen' im Sinne eines durch Aufklärung verantwortungsvoll handelnden Bürgers steht (Lert, 2000), und die, mal mehr mal weniger explizit, auf einer Kombination von modernen, z.T. speziell für AIDS entwickelten gesundheits- und sozialwissenschaftlichen Konzepten basiert (King, 1999; Pott, 2007).

Entsprechend der Vielfalt der zugrunde liegenden Konzepte besteht dieses Präventionsmodell aus mehreren Facetten, die, je nach Land, in unterschiedlichem Umfang umgesetzt wurden:

Die Mehrzahl der Kampagnen beruht auf der Annahme, dass ehrliche, klare und gründliche Informationsvermittlung über Risiken und Schutzmöglichkeiten zu Verhaltensänderung im Sinne der Prävention führt. In Ergänzung dazu zielen andere Maßnahmen darauf ab, Zielgruppen in praktischen Fertigkeiten wie Kommunikation über Safer Sex mit dem eigenen Partner oder auch nur der Verwendung eines Kondoms zu unterrichten, weil soziologische

Grundlagenforschung erwiesen hatte, dass Wissen allein in bestimmten Populationen nicht reicht. Bei anderen Ansätzen, vor allem später in der Entwicklung, wird der Erkenntnis Rechnung getragen, dass komplexe Verhaltensweisen wie sexuelle Kontakte unter dem Einfluss soziokultureller Kontexte stattfinden, die deshalb bei einer effizienten, nachhaltigen Prävention adressiert und respektiert werden müssen. Oftmals waren und sind daher betroffene Gruppen selbst in die Entwicklung und Verbreitung von Präventionsbotschaften einbezogen (King, 1999).

Die Zielsetzung der HIV-Prävention ist die Reduktion der Neuinfektionen. Einige nationale Aktionspläne (darunter auch der Deutschlands) haben zudem als erklärtes Ziel, ein „Klima des Vertrauens und des Respekts“ (Rosenbrock, 2007) zu schaffen, das gegen Stigmatisierung und Ausgrenzung HIV-Infizierter, AIDS-Kranker und gefährdeter Menschen gerichtet ist, damit jeder Schutzmaßnahmen ergreifen kann, ohne Diskriminierung befürchten zu müssen (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, o. J.).

Dazu werden idealerweise alle verfügbaren Kommunikationskanäle wie Massenmedien, Bildungswesen und der Freizeitsektor verwandt und die Rahmenbedingungen für die Umsetzung geschaffen (z.B. die Verfügbarkeit von Kondomen und sterilen Nadeln, auch HIV-Testangebote).

Im Folgenden soll die bestehende Studienlage zu den eingesetzten Strategien und ihrer Wirkung, sofern sie für die vorliegende Untersuchung von Interesse ist, kurz vorgestellt werden. Es liegen aus den letzten 15 Jahren nur wenige international, vor allem kaum bilateral vergleichende Studien aus Europa vor, die HIV/AIDS-Präventionskampagnen für die Allgemeinbevölkerung anhand einer studieneigenen Befragung untersuchen.

Die Europäische Kommission hat nach Abschluss dieser Studie eine Befragung der Allgemeinbevölkerung zu Wissen (der Übertragungswege), Schutzverhalten und Einschätzung der Qualität der Kampagne im eigenen Land in allen Mitgliedsländern und Anwärtstaaten durchgeführt (European Commission, 2006), und diese auch mit einer Vorgängerstudie des Jahres 2002 in den damals 15 Mitgliedstaaten verglichen. Bei einem insgesamt hohen Wissensstand zu den tatsächlichen Übertragungswegen und etwas schwächeren Ergebnissen bei falschen Beispielen für Infektionswege, zeigen sich in den alten Mitgliedsländern sowohl ein höherer Wissensstand als auch weitgreifendere Verhaltensänderungen als in den neuen. Während viele Ergebnisse sich gegenüber der Studie von 2002 in Italien signifikant verschlechtert haben, konnte für Deutschland bei vielen Fragen eine Verbesserung festgestellt werden.

Ahlberg et. al. (2001) verglichen Wahrnehmung des sexuellen Risikos und sexuelles Verhalten unter Jugendlichen in Schweden und Kenia, ohne sich explizit auf HIV-Prävention zu beziehen.

Mehrere Studien untersuchten die an die Allgemeinbevölkerung gerichteten nationalen HIV/AIDS-Präventionskampagnen oder Facetten von diesen, z.T. unter Einbezug bereits vorliegender Evaluationsstudien, ohne eigene Befragungen der Bevölkerung durchzuführen:

Wellings (1994) hat als Teil einer konzertierten Aktion der EU von 1989 – 1992 einen Vergleich der Präventionsstrategien für die Allgemeinbevölkerung und der Methoden zu ihrer Evaluation anhand von Besuchen, Besichtigungen, schriftlichen Befragungen und Experteninterviews durchgeführt. Elf Länder der damaligen europäischen Gemeinschaft wurden so untersucht, darunter auch Deutschland; Italien gehörte nicht dazu. Wellings fand deutliche Parallelen bezüglich Abfolge, Fortschreiten und Inhalt der verschiedenen Kampagnen, aber Unterschiede, was die Leichtigkeit beim Verwirklichen der Strategien angeht, den Tonfall und Stil der Kampagnen und deren Wirkung bei der Bevölkerung. Anhand des Vergleichs von Strategie, Umsetzung und Evaluationsstudien stellte sie einige Verallgemeinerungen für mit größerer Wahrscheinlichkeit erfolgreiche Kampagnen auf (s. auch Abschnitt 2.0).

Weilandt (2001) hat in ihrer Zusammenschau von HIV/AIDS-Aktionsplänen und der Praxis der Prävention mit Hilfe von Experten der jeweiligen Nationen Länderprofile von 28 europäischen Staaten erarbeitet und diese in einer vergleichenden Analyse nebeneinander gestellt.

Einen Vergleich von 16 unabhängigen Studien aus elf europäischen Ländern (inklusive Deutschland, keine Studie aus Italien) zu allgemeinem Sexualverhalten und Wissen, Einstellungen und Schutzverhalten bezüglich HIV haben Hubert et al. (1998) publiziert. Auch sie fanden einen hohen Standard an Wissen zu Übertragungsmöglichkeiten, aber diesbezüglich relativ viele Fehlinformationen, die zu Diskriminierung HIV-Positiver führen könnten. Junge Leute und solche mit einem höheren Bildungsstandard waren in der Regel besser informiert. Nur wenige der Befragten dieser Studien gaben an, die Anzahl ihrer Partner wegen HIV reduziert zu haben, auch der Trend zu immer früherer sexueller Initiation sei noch nicht gestoppt. Zwischen 51% und 88% gaben an, schon Gebrauch von Kondomen gemacht zu haben (diese Zahlen waren besonders hoch in der westdeutschen Studie, während die durchschnittliche Anzahl der Partner im Vergleich am niedrigsten war).

Nach einer Analyse der AIDS-Prävention in den industrialisierten Ländern von Coates et al. (1996) sind zwar Erfolge bei homo- und bisexuellen Männern, bei der vertikalen Übertragung und der Übertragung mittels Blut und Blutprodukten zu verzeichnen. Für andere Risikogrup-

pen seien hingegen noch weitere Anstrengungen notwendig, Widerstände gegen Spritzenaustauschprogramme und frühzeitige Sexualaufklärung müssten überwunden werden.

Johnson et al. (1997) untersuchten 317 HIV/AIDS-TV-Präventionsspots aus 33 verschiedenen Ländern. Die Mehrzahl der untersuchten Spots entsprach ihren Analysen nach einem informationsüberladenen „noncontroversial, mass market model“ (S. 231), fast die Hälfte enthielt noch nicht einmal eine Anspielung auf Sex.

Steffen (1996) analysierte vergleichend Inhalt und Effektivität der AIDS-Politik von Großbritannien, Frankreich, Deutschland und Italien. Sie erklärt vorhandene Unterschiede als Resultate nationaler Charakteristika bei der Umsetzung bekanntermaßen wirksamer Präventionsprinzipien in nationale Aktionspläne. Beim Umsetzungsprozess seien fünf „Filter“ zu durchlaufen gewesen, die in den untersuchten Ländern unterschiedlich ausgeprägt waren: 1. die politische Debatte zum Thema (in Italien fast nicht vorhanden, in Deutschland rechtliche Kontroversen im Bundestag und mit der CSU), 2. Expertenrunden (Italien: durchschnittlich, Deutschland: schwach), 3. Ausarbeitung der Aktionspläne für alle Beteiligten (Italien: durchschnittlich, Deutschland: stark), 4. Kultureller Hintergrund/gesellschaftliche Akzeptanz der Maßnahmen (Italien: Haltung der Toleranz/Integration; Deutschland: hoher Stellenwert der Gesundheitsförderung), 5. Interventionsebene.

Andere bilateral vergleichende KAPB-Studien⁵ widmen sich bestimmten Risikogruppen, so z.B. Benotsch et al. (2004) mit ihrer Befragung von je 400 Patienten einer amerikanischen und einer russischen STD-Klinik oder Takacs et al. (2006) Analyse von Mitgliedern bestimmter sozialer Netzwerke mit HIV-Risikoverhalten in Budapest und Sankt Petersburg. Steffan et al. (2005) befragten 1500 Einwanderer in fünf europäischen Ländern, um deren Wissen zu AIDS und Erfahrungen mit Gesundheitseinrichtungen des jeweiligen Landes zu untersuchen.

Auf nationaler Ebene gibt es sowohl in Deutschland als auch in Italien zahlreiche KAPB-Studien, hier seien nur einige wiedergegeben:

In Deutschland wird seit 1987 im Zuge der Evaluation der Präventionskampagnen mittels computergestützter Telefoninterviews eine jährliche Repräsentativbefragung der über 16-jährigen deutschen Allgemeinbevölkerung durchgeführt, so dass auch zeitliche Entwicklungen erfasst werden können (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2006).

⁵ KAPB steht für „Knowledge, Attitudes, Practices and Behaviour“, es werden also Wissen, Einstellungen und Verhalten zu einem bestimmten Kontext, hier HIV/AIDS, untersucht.

„Frauenleben“ ist eine Studie zu Lebensläufen und Familienplanung von 1.468 20-44-jährigen Frauen. Sie entstand ebenfalls unter der Regie der BZgA, nachdem diese 1992 den gesetzlichen Auftrag erhalten hatte, zielgruppenspezifische Konzepte und Medien zur Sexualaufklärung und Familienplanung zu entwickeln. HIV und AIDS wurde nicht direkt thematisiert, die Schnittmenge Kontrazeption ist aber eine der Fragestellungen (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2000).

Auch bei zwei anderen repräsentativen Studien der BZgA, „Verhütungsverhalten Erwachsener“ (2003) und „Sexual- und Verhütungsverhalten 16-24jähriger Jugendlicher und junger Erwachsener“ (1998), ging es nicht primär um HIV und AIDS, dennoch sind die untersuchten Variablen „Sexual- und Verhütungsverhalten“ auch Zielgrößen der HIV-Prävention und die Ergebnisse daher für die vorliegende Studie interessant.

In Italien haben Aloisi et al. (1995) eine Übersicht über 18 italienische Befragungen (1990-1994) der jugendlichen Bevölkerung zu Wissen, Einstellungen und Verhalten bezüglich AIDS erarbeitet. Sie fanden einen hohen Bestand an Wissen zu Übertragungswegen, der aber nicht immer ein entsprechend verantwortungsvolles Verhalten in Risikosituationen nach sich zog.

Trani et al. (2005) konzentrierte sich ebenfalls auf die Zielgruppe der jugendlichen italienischen Bevölkerung und untersuchte deren Wissen und Verhalten zur Prävention sexuell übertragbarer Krankheiten insgesamt.

Auch bei Signorelli et al. (2000) wird mit 8533 Befragungen nur die jüngste sexuell aktive Generation ins Visier genommen. Ihren Ergebnissen zufolge bestand noch deutlicher Verbesserungsbedarf sowohl bei Wissen als auch Verhütungsverhalten dieser Population.

Die einzige hier vorliegende Untersuchung eines breiteren Altersspektrums (18-49 Jahre) stammt ebenfalls von Signorelli et al. (2006) und wurde im Auftrag des Istituto Superiore di Sanità, einer der BZgA ähnlichen Einrichtung, durchgeführt. Sie befasste sich mit Informationsquellen und sexuellem Verhalten der Allgemeinbevölkerung vier unterschiedlicher italienischer Provinzen.

1.5 Fragestellungen

Diese Arbeit hat das Ziel zu untersuchen, ob die relativ niedrige HIV-Prävalenz in der Allgemeinbevölkerung Deutschlands direkt auf die Präventionsarbeit zurückzuführen ist. Damit soll die Wirksamkeit der Kampagne für diese Bevölkerungsgruppe überprüft werden. Das Augenmerk gilt dabei einzig den Frauen, die nicht zu klassischen HIV-Risikogruppen zählen. Hierzu sollen bezüglich HIV und AIDS Wissen, Einstellungen und Risikowahrnehmung – als

angenommene Zwischenschritte – sowie das Verhalten als eigentliche Zielgröße in einer Gruppe von Frauen in Bonn erhoben werden, die dem weiblichen Bevölkerungsquerschnitt im sexuell aktiven Alter möglichst nahe kommt. Diese Ergebnisse werden denjenigen einer entsprechenden Befragung in Pavia, Italien, gegenübergestellt: Verglichen mit Deutschland finden sich hier bei ähnlichem sozioökonomischen Hintergrund eine geringere „Intensität und Vollständigkeit“ in der Organisation der staatlichen Prävention (s. Abschnitt 3.2.2). Italien bot sich somit in Ermangelung einer echten Kontrollgruppe für einen Vergleich mit Deutschland an.

Die zentralen Fragen lauten dabei: Führt mehr oder – nach aktuellen Erkenntnissen – bessere Aufklärung überhaupt zu höherem Wissenstand und der gewünschten Verhaltensänderung in der Bevölkerung? Sehen Frauen für sich eine Ansteckungsgefahr? Fördert das Wissen um Risikosituationen wahrnehmbar ein verantwortungsvolleres Agieren? Wird der Umgang mit Menschen mit HIV durch die Kampagnen positiv beeinflusst?

Um diese Fragen beantworten zu können, werden zuvor die staatlichen Kampagnen Italiens und Deutschlands, die sich an die Allgemeinbevölkerung richten, anhand überprüfbarer Kriterien analysiert (s. Abschnitt 2.0): Ist die deutsche Kampagne (nach diesen Kriterien) besser als die italienische? Wo gibt es Verbesserungsbedarf?

Auch die epidemiologischen Situationen der beiden Länder sollen einander gegenübergestellt werden. Die Fragen lauten hier: Wie werden die Daten zu HIV und AIDS gesammelt? Verbreitet sich HIV in Italien stärker als in Deutschland? Welches Kollektiv ist wo am stärksten betroffen? Wie groß ist das Risiko für Frauen, sich anzustecken?

Es sprengt den Rahmen dieser Arbeit, Inhalte und Qualität der Präventionsbotschaften oder die zeitliche und räumliche Verteilung derselben zu analysieren, obwohl diese Faktoren zweifellos eine wichtige Rolle für die Effektivität der Kampagnen spielen. Ebenso wenig werden andere Einflüsse wie die kampagnenunabhängige Medienberichterstattung über AIDS näher untersucht, oder soziokulturelle Faktoren wie Religiosität, der gesellschaftliche Status der Frau und die Offenheit der Kommunikation über Sex.

2 Methoden

Diese Arbeit untersucht anhand einer Befragung von je rund 120 Frauen in Bonn und der norditalienischen Universitätsstadt Pavia, ob bezüglich HIV und AIDS Hinweise auf Unterschiede in Wissen, Einstellungen und Präventionsverhalten der weiblichen Allgemeinbevölkerung beider Länder bestehen, um so den Gesamteffekt der deutschen Präventionskampagne besser überprüfen zu können.

Bei der Wahl der zu Befragenden wurde als Zielgruppe aus folgenden Gründen die weibliche Allgemeinbevölkerung gewählt:

- Frauen stecken sich hauptsächlich über heterosexuelle Kontakte an. Menschen mit diesem Infektionsweg haben, obwohl sie keine klassische Risikogruppe darstellen, zunehmende epidemiologische Bedeutung: Die Gruppe der heterosexuellen Übertragung ist diejenige mit dem größten Wachstum sowohl in Deutschland als auch in Italien (Centro operativo AIDS, 2006; Robert Koch-Institut, 2006a) (s. Abschnitte 3.1.1 und 3.1.2). Außerdem ist hier der Anteil derer, die von ihrem positiven HIV-Serostatus erst bei oder kurz vor der AIDS-Diagnose erfahren, am größten. Dieses Unwissen birgt ein höheres Risiko, Sexualpartner zu infizieren, weil es weniger wahrscheinlich ist, dass entsprechende Vorsichtsmaßnahmen ergriffen werden (Dennin et al., 2006). Auch der Anteil dieser ahnungslos Infizierten wächst (Longo et al., 2005).
- Die meisten Studien zu HIV, insbesondere die vergleichenden, beschäftigen sich mit Hochrisikogruppen, Patienten in speziellen Einrichtungen oder Hochprävalenzländern.
- Die staatlich organisierten massenmedialen Präventionskampagnen richten sich hauptsächlich an die Allgemeinbevölkerung. Die Risikogruppen MSM oder IVDU werden häufig gezielter, auf lokaler Ebene und eher von Freiwilligenorganisationen angesprochen; diese Art der Präventionsarbeit lässt sich schwerer überschauen, quantifizieren und somit beurteilen als die zentral organisierte Prävention für die Allgemeinbevölkerung.
- Frauen infizieren sich bei ungeschützten heterosexuellen Kontakten zwei- bis viermal leichter als Männer (UNAIDS, 1997).

Dabei ist die Auswahl der befragten Personen weder in Bonn noch in Pavia repräsentativ für die weibliche Bevölkerung des jeweiligen Landes (im Folgenden werde ich mich zur Verein-

fachung dennoch z. T. mit „in Italien“, „die Italienerinnen“ bzw. „in Deutschland“ und „die Deutschen“ auf die italienische bzw. deutsche Befragtengruppe beziehen).

Die italienische und deutsche Kampagne werden hier anhand einiger vergleichsweise leicht zugänglicher Kriterien untersucht, die sich bei Wellings (1994) in ihrer vergleichenden Studie von Präventionskampagnen für die Allgemeinbevölkerung verschiedener Staaten Europas als Indikatoren für einen größeren Erfolg einer nationalen Kampagne gezeigt haben:

1. Kontinuität der Kampagne als einen begünstigenden Faktor für beständigen Kondomgebrauch
2. Organisationsstruktur: Wer ist für die Kampagne zuständig? Wellings stellt fest, dass nationale Kampagnen, für die die Regierung direkt zuständig ist, weniger klare und deshalb ineffektivere Botschaften vermitteln (vgl. dazu auch Baggaley, 1988). Zudem beauftragen die Ministerien in diesen Ländern wegen mangelnder eigener Expertise meistens kommerzielle Werbeagenturen, denen wiederum Erfahrung im Public Health-Sektor fehlt. Dies zieht den Einsatz von Experten-Komitees nach sich, was die Zahl der Verantwortlichen und folglich das Konfliktpotential erhöht. Auch sind kommerzielle Werbeagenturen aufgrund zeitlich begrenzter Aufträge ggf. weniger an Nachhaltigkeit der Wirkung ihrer Kampagnen interessiert. Eine bessere Erfolgsaussicht hat die Übertragung der Kampagne an ein offizielles, zentrales Institut für gesundheitliche Prävention, das weitgehend unabhängig von der Regierung arbeitet.
3. Einigkeit zwischen den Beteiligten: Läuft die Zusammenarbeit zwischen institutioneller Seite und NGO's weitgehend reibungslos? Besteht Konsens über Präventionsbotschaften?
4. Konzentrierung der Kompetenz auf möglichst wenige Beteiligte, um Konflikte um Inhalte zu vermeiden. Dies entspricht auch der UN-Strategie der 'Three Ones' (eine nationale Strategie, ein national zuständiges Organ, ein nationales Monitoring- und Evaluationsprogramm) (UNAIDS programme coordinating board, 2005).

In Ergänzung zu Wellings werden folgende Kriterien untersucht:

5. Frühzeitiger Beginn der öffentlichen Kampagnen als Indikator für Wahrnehmung des Problems AIDS auf offizieller Seite
6. öffentliche Ausgaben für nationale HIV-Prävention pro Jahr
7. eine regelmäßige Evaluation der Kampagnen.

2.1 Die Orte der Befragungen

Bonn ist eine nordrhein-westfälische Stadt mit rund 314.000 Einwohnern (Stadt Bonn, o.J.b); Pavia mit seinen etwa 70.000 Einwohnern (Istituto Nazionale di Statistica, o.J.) liegt im Nordwesten Italiens, in der Lombardei.

Wenn auch unterschiedlicher Größe, so sind Bonn und Pavia als Orte, in denen die Befragung durchgeführt wurde, doch aufgrund anderer Faktoren vergleichbar:

- Beide sind wichtige Universitätsstädte. In Bonn sind etwa ein Zehntel der Einwohner Studenten, in Pavia sind dies rund 24.000.
- Beide liegen jeweils weniger als 50 km von einer Millionenstadt (Köln/Mailand) entfernt.
- Beide haben am nationalen Durchschnitt gemessen eine niedrige Arbeitslosenquote: Bonn im Dezember 2005: 8,9% (Stadt Bonn, o.J.a), Deutschland Dezember 2005: 11,1% (Bundesagentur für Arbeit, o.J.). Provinz Pavia (Durchschnitt für das Jahr 2006, Arbeitslosenzahlen allein für Gemeinden werden in Italien nicht erhoben): 4,2%; Italien 2005: 7,7% (Istituto Nazionale di Statistica, 2007b).
- Sowohl die Lombardei als auch Nordrhein-Westfalen erwirtschaften das höchste Bruttoinlandsprodukt unter den Bundesländern bzw. Regionen des jeweiligen Landes (Istituto Nazionale di Statistica, 2007a; Statistische Ämter des Bundes und der Länder, o.J.).
- Nordrhein-Westfalen ist das bevölkerungsreichste und mit 528,9 Einwohner je km² das am dichtesten besiedelte Bundesland (Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik Nordrhein-Westfalen, o.J.). Die Lombardei ist ebenfalls die Region mit den meisten Einwohnern in Italien, mit 397 Einwohnern pro km² ist sie die Region mit der zweithöchsten Bevölkerungsdichte.

2.2 Literaturrecherche

Die Literatur zu Epidemiologie und Prävention in den Untersuchungsländern und über themenverwandte Studien wurde zu großen Teilen mittels der Internetsuchmaschinen „NCBI-Entrez“⁶ und „Google“ gefunden. Artikel und Monographien, die online nicht gratis verfügbar

⁶ NCBI: National Center for Biotechnology Information. NCBI-Entrez (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez>) ist ein Suchsystem für die wichtigsten medizinischen Datenbanken einschließlich PubMed, PubChem, Nukleotid- und Protein-Sequenzen, Protein-Strukturen, Komplexe Genome und anderen.

waren, wurden bei der Deutschen Zentralbibliothek für Medizin in Köln entliehen bzw. kopiert. In den Literaturverzeichnissen der so erworbenen Schriften fanden sich weitere themenrelevante Titel, die ebenfalls entliehen oder kopiert wurden. Titel und Zitate wurden mithilfe des Literaturmanagementprogramms Citavi® 2.4 verwaltet.

Für die Recherche zur italienischen Kampagne wurden außerdem zwei nicht-standardisierte Experteninterviews geführt, eines mit Dr. Annarosa Frati (Abteilung für Prävention des italienischen Gesundheitsministeriums), das zweite mit Prof. Giovanni Del Bene (ANLAIDS⁷ Lombardia).

2.3 Die Befragung

Um möglichst unbefangene Antworten auch zu den heikleren Themen wie Sexualverhalten und Drogengebrauch zu erhalten, wurde eine schriftliche Befragung mittels eines anonymen Fragebogens anstelle Interviews durchgeführt.

Der sechsseitige Fragebogen enthält insgesamt 35 Fragen z.T. mit Unterpunkten, die die folgenden Bereiche abdecken:

1. Demographische Merkmale der Interviewpartner
2. Einschätzung der Bedrohung durch die HIV-Epidemie
3. Wissen zu Übertragungsrisiken, neuen Therapiemöglichkeiten und Impfstoffverfügbarkeit
4. Kenntnis von und Umgang mit HIV-positiven Personen
5. HIV-Testverhalten
6. Ansicht zu Kondomen sowie deren Gebrauch
7. Alter beim ersten Geschlechtsverkehr
8. Anzahl der bisherigen Sexualpartner
9. Alkohol- und Drogenkonsum
10. Hauptinformationsquellen zu HIV/AIDS
11. Einschätzung der Informationskampagne zu HIV/AIDS im eigenen Land, Vorschläge zu deren Verbesserung
12. Persönliche Werte, Prioritäten im Leben/Stellenwert von Gesundheit, Selbstwertgefühl

⁷ ANLAIDS: Associazione Nazionale per la Lotta contro l'AIDS, italienische NGO, die sich mit Prävention von HIV und AIDS beschäftigt.

Die Fragen sind teils in geschlossener, teils in offener Form gestellt worden. Offene Fragen wurden besonders an den Stellen verwendet, bei denen Suggestion durch vorgegebene Antwortmöglichkeiten vermieden werden sollte, z.B. „Wie kann man sich Ihrer Meinung nach am besten vor AIDS schützen?“, bzw. „An wen würden Sie sich für Informationen über AIDS/HIV wenden?“ oder bei der Frage nach persönlichen Gründen, die gegen Kondomgebrauch sprechen.

2.3.1 Die Evaluation des Fragebogens

Nach Erstellung des deutschen Fragebogens wurde dieser als Pretest von fünf deutschen Studentinnen beantwortet. Einzelne Formulierungen wurden daraufhin noch umgestellt. Alle Testpersonen befürworteten deutlich die schriftliche Durchführung der Befragung.

2.3.2 Die Übersetzung ins Italienische

Die eigene Übersetzung des deutschen Fragebogens ins Italienische wurde von einer in Deutschland lebenden, zweisprachig aufgewachsenen Italienerin überprüft und korrigiert. Zur Validierung dieses italienischen Fragebogens wurde dieser sodann von einer in Italien lebenden Deutschen rückübersetzt, wobei sinngemäß eine der ersten Fassungen des deutschen Fragebogens entsprechende Version resultierte. Auch diese Version wurde einem Pretest mit fünf Italienerinnen unterzogen.

2.3.3 Die Durchführung der Befragung

Die Befragungen in Pavia wurden von Mai bis Juni 2005 im Wartebereich des dortigen ASL (Azienda Sanitaria Locale), einer dem deutschen Gesundheitsamt ähnlichen Einrichtung, erhoben. Dreimal wöchentlich von 16–18 Uhr fand dort die Sprechstunde für einen Sehtest für den Erwerb und die Erneuerung des Führerscheins statt. In Italien muss der Führerschein in regelmäßigen Abständen erneuert werden, das Bestehen des Sehtests ist jeweils Voraussetzung, so dass ein Querschnitt durch die für die Studie interessanten Altersgruppen erwartet werden konnte. Die Befragten jüngeren Alters waren Begleiter der auf den Sehtest wartenden Personen.

Frauen, die sich unter ausdrücklichem Hinweis auf die Anonymität des Fragebogens und nach kurzer Erklärung über das Ziel der Studie zur Teilnahme bereit erklärten (mehr als drei Viertel aller angesprochenen Frauen waren zur Teilnahme bereit), wurde ein Fragebogen ausgehändigt, den sie nach dessen Bearbeitung (Dauer ca. 10–15 min) in eine dafür vorgesehene Kiste werfen konnten. Mit dieser Prozedur sollte die Anonymität verdeutlicht werden, um

Antworten im Sinne der sozialen Erwünschtheit möglichst gering zu halten. Nach Abgabe des Bogens erhielten die Teilnehmerinnen, sofern Interesse bestand, eine Informationsbroschüre zum Thema HIV/AIDS der italienischen Non-Profit-Organisation ANLAIDS.

Insgesamt erwies sich der Ort der Befragung als günstig, weil die sich dort aufhaltenden Personen ohnehin warteten und deshalb eher bereit waren, währenddessen den Fragebogen auszufüllen. Einige vervollständigten die Fragen auch noch nach der ärztlichen Augenuntersuchung, sollte die Wartezeit einmal kürzer als die Dauer der Beantwortung der Fragen gewesen sein. Zudem war der Wartebereich relativ leer, was zwar einerseits die Dauer der Befragungsperiode verlängerte. Andererseits aber herrschte Ruhe, und teilnehmende Frauen mussten keine Angst haben, dass unbekannte Nachbarn ihre Antworten lesen könnten.

Insgesamt füllten in Pavia 112 Frauen den Fragebogen aus.

In Bonn fand die Befragung im Wartebereich des Bürgeramtes statt. In diesem sind eine Reihe von Leistungen für Einwohner der Stadt Bonn zusammengefasst, u.a. die Pass- und Personalausweisstelle, An-, Um- und Abmeldung des Wohnsitzes, Ausstellung von polizeilichen Führungszeugnissen, Lohnsteuerkarten etc., so dass auch hier ein Querschnitt der Allgemeinbevölkerung zu erwarten war. Weil das Amt werktags täglich und zudem länger als zwei Stunden geöffnet ist und auch sehr viel stärker besucht wird als der Wartebereich des ASL in Pavia, vollzog sich die Befragung von den insgesamt in 108 Frauen in sehr viel kürzerer Zeit, nämlich innerhalb von 3 Wochen im August 2005. Der Anteil der Frauen, die zur Beantwortung des Fragebogens bereit waren, war noch höher als in Pavia, auch die Wartezeit ist hier meist länger. Auch hier stand eine Kiste bereit, in die die Fragebogen geworfen werden konnten. Wer Interesse hatte, bekam hinterher eine Informationsbroschüre der BZgA zum Thema HIV/AIDS.

2.4 Die elektronische Erfassung und statistische Auswertung der Daten

Die elektronische Erfassung der Daten erfolgte mithilfe einer dem Fragebogen entsprechenden Eingabemaske des Programms MS Access®. Es wurden auch solche Fragebögen berücksichtigt, die nicht vollständig beantwortet worden sind, so dass für verschiedene Fragen unterschiedliche Stichprobengrößen resultieren. Besonders zum Ende des Fragebogens hin sinkt die Bearbeitungsquote; wohl auch, weil auf der letzten Seite nur offene Fragen, z.B. zu Verbesserungsvorschlägen, gestellt wurden, deren Beantwortung mehr Zeit in Anspruch nimmt.

Anschließend wurden die Daten in SPSS® übertragen. Zur statistischen Auswertung wurden vor allem benutzerdefinierte Kreuztabellen verwendet. Bei den meisten Fragen wurden diejenigen, die keine Angabe gemacht haben, von der Auswertung dieser Frage ausgeschlossen (erkennbar an kleinerem N). Bei einigen Fragen, so bei Frage 4 und 5 des Fragebogens (Wissensfragen mit vorgegebenen Antwortmöglichkeiten), wurden sie hingegen berücksichtigt. Einige Teilnehmerinnen hatten hier offenbar die ihrer Meinung nach richtigen Antworten nur angekreuzt, die „falschen“ aber unbeantwortet gelassen haben. Aus dieser Nicht-Antwort ging dann zwar nicht hervor, ob die Antwort „falsch“ oder „ich weiß nicht“ lauten sollte, oder ob die Unterfrage vielleicht gar nicht gelesen wurde. Bei Nichtberücksichtigung hätte aber das N für jede einzelne Unterfrage geschwankt, was eine zusammenfassende Darstellung unübersichtlich gemacht hätte. Trotzdem ausgeschlossen wurden hingegen diejenigen Teilnehmerinnen, die die komplette Frage, also alle Teilfragen, nicht bearbeitet hatten.

Einige (Teil-)Fragen wurden wegen fehlender Aussagekraft ganz gestrichen, so die erste Antwortmöglichkeit von Frage 12 („Wie denken Sie generell über den Gebrauch von Kondomen?“): „Ich benutze keine Kondome, weil ich noch keinen Geschlechtsverkehr hatte.“. Der Informationsgehalt „noch keine Geschlechtsverkehr gehabt“ wurde in Frage 13 noch einmal abgefragt (und wurde dort von mehr Teilnehmerinnen beantwortet, wohl weil sie in Frage 12 nur als eine von vielen Antwortmöglichkeiten gesehen wurde, und so nicht obligat angekreuzt werden musste, auch wenn sie zutraf). Ebenso wurde die Frage nach persönlichen Werten (Frage 28 des Fragebogens) zwar ausgewertet, aber nicht in die Ergebnisse oder Diskussion aufgenommen. Auch eine Wissensfrage wurden von der Bewertung ausgeschlossen: „Trotz der vorgeschriebenen Hygienekontrollen werden in Deutschland/Italien jährlich 4 bis 5 Menschen durch den Erhalt von Bluttransfusionen mit HIV infiziert“, denn während solche schwerwiegenden Zwischenfälle in Deutschland in den letzten Jahren und vielen anderen europäischen Staaten verhindert werden konnten, infizierten sich in Italien tatsächlich in den letzten fünf Jahren eine solche Anzahl an Menschen über diesen Weg; die Frage zog also für die beiden Gruppen unterschiedliche korrekte Antworten nach sich und setzte zudem sehr detailliertes Wissen voraus.

Offenen Fragen wurden bei der Auswertung nachträglich in Antwortkategorien eingeteilt. Das genaue Vorgehen ist unter dem jeweiligen Fragen im Ergebnisteil zu finden.

Einige zentrale Fragen wurden zusätzlich zu „Befragungsland“ noch nach anderen Variablen ausgewertet, z.B. nach Altersgruppen oder Informationsquellen.

Bei auffälligen Unterschieden zwischen den beiden Befragungsländern wurde mithilfe des Programms Confidence Interval Analysis® 1.0 auf deren Signifikanz geprüft.

Die graphischen Darstellungen der Ergebnisse wurden mit MS Excel® erstellt.

3 Ergebnisse

3.1. HIV/AIDS in den Untersuchungsländern

3.1.1 Deutschland

In Deutschland gibt es unterschiedliche Optionen, sich auf HIV testen zu lassen: Ein HIV-Test, der beim Hausarzt durchgeführt wird, wird immer auch aktenkundig, ggf. mit nachteiligen Auswirkungen auf privaten Versicherungsschutz und Arbeitsplatz. Die Krankenkassen übernehmen hier die Kosten für den Test, wenn ein begründeter Verdacht auf eine HIV-Infektion vorliegt, oder im Rahmen der Schwangerschaftsvorsorge. Die meisten örtlichen Gesundheitsämter bieten den Test hingegen anonym und kostenlos oder gegen eine geringe Gebühr an (Deutsche AIDS-Hilfe e.V., 2005), so auch das Bonner Gesundheitsamt. Grundsätzlich kann in Deutschland niemand gegen seine Willen getestet werden.

Während in Deutschland sowohl AIDS-Diagnosen als auch -Todesfälle vom behandelnden Arzt weiterhin nur auf freiwilliger Basis als anonyme Fallberichte an das zentrale Fallregister gemeldet werden (Hamouda et al., 2007; Robert Koch-Institut, 2006a), besteht für positive HIV-Bestätigungstests seit 1987 Meldepflicht durch das Labor (Estermann und Rutz, 1992). Die Anonymität des Patienten wird dabei gewahrt, gleichzeitig soll aber (seit 2001) durch eine fallbezogene Verschlüsselung Mehrfacherfassungen der gleichen Person vorgebeugt werden. Die Anzahl aller durchgeführten HIV-Such- und -Bestätigungstests werden nicht routinemäßig erfasst (Robert Koch-Institut, 2006c).

Für das Untersuchungsjahr 2005 liegen dem RKI insgesamt 2505 Meldungen über HIV-Neudiagnosen vor, 13% mehr als im Vorjahr, das entspricht einer Rate von 30,2 pro Million Einwohner. Seit einem vorübergehenden Tiefpunkt im Jahre 2001 nehmen die jährlichen HIV-Neudiagnosen in Deutschland wieder zu (2001 lag die Infektionsrate noch bei 17,5 pro Million Einwohner. Robert Koch-Institut, 2006a), dieser Trend setzte sich auch in den auf die Untersuchung folgenden Jahren 2006 und 2007 fort (Robert Koch-Institut, 2008). 2005 lebten in Deutschland etwa 49.000 Menschen mit HIV, ein Fünftel davon waren Frauen.

Im Gegensatz zu den meisten anderen europäischen Ländern stellen Männer, die Sex mit Männern haben (MSM), nach wie vor die am stärksten betroffene Risikogruppe dar (59% der

Neudiagnosen, die Zahlen beziehen sich jeweils nur auf Meldungen mit Angaben zum Übertragungsweg). Die Absolutzahl der HIV-Diagnosen aus dieser Gruppe wie auch deren Anteil an den Neuinfektionen insgesamt wächst stetig (s. Abb. 2).

Die zweitgrößte Betroffenengruppe waren mit 17% Menschen aus Hochprävalenzländern (HPL), von denen sich die meisten vermutlich in ihrem Herkunftsland angesteckt haben.

Drittgrößte Risikogruppe (16%) und gleichzeitig die Gruppe mit dem stärksten Wachstum waren 2005 Personen, die sich durch heterosexuellen Geschlechtsverkehr infiziert haben und nicht aus Hochprävalenzländern stammen; ihre Anzahl lag 2005 bei 344 und ist gegenüber dem Vorjahr um rund ein Viertel gestiegen. Die Zunahme der Übertragungen auf diesem Wege erfolgt dabei unabhängig von Wohnortgröße, Bundesland und Altersgruppe (Robert Koch-Institut, 2006a).

Dabei ist anzumerken, dass in der Gruppe der Heterosexuellen eine Infektion im Durchschnitt am spätesten diagnostiziert wird, d.h. mehr noch als bei anderen Gruppen hinkt die Zahl der Neudiagnosen dem tatsächlichen Infektionsgeschehen hinterher (Robert Koch-Institut, 2005b).

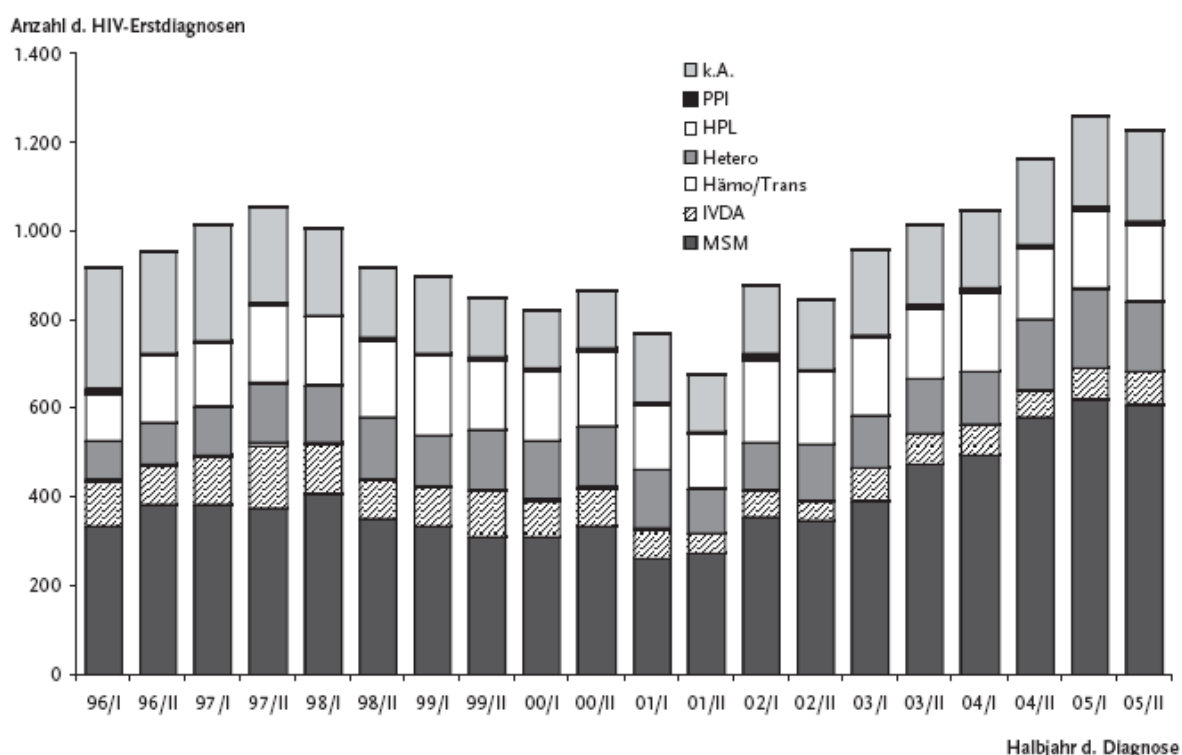


Abb. 2: HIV in der Bundesrepublik Deutschland. HIV-Erstdiagnosen nach Halbjahr der Diagnosen und Infektionsrisiko ab 1996. Stand 01.03.2006. (Robert Koch-Institut, 2006a)

7% der Neudiagnosen gaben IVDU als Übertragungsweg an, diese Gruppe steht somit an vierter Stelle und bleibt zahlenmäßig gegenüber den letzten Jahren stabil. 2005 wurden des

Weiteren 17 Kinder und Neugeborene HIV-infizierter Mütter mit dem Virus diagnostiziert, was ca. 1% ausmacht. Infektionen durch Übertragung von Blut oder Blutprodukten lagen in den letzten drei Jahren nicht vor (Robert Koch-Institut, 2006a).

Die Absolutzahl der Erstdiagnosen bei Frauen blieb in den letzten Jahren weitgehend unverändert (400-500 pro Jahr)⁸, wegen der Zunahme der Infektionen unter Männern ist ihr Anteil an Neuinfektionen in Deutschland aber von 26% auf derzeit 18% gefallen (Hamouda et al., 2007).

Die größte Gruppe der HIV-positiven Frauen in Deutschland sind Frauen aus Hochprävalenzländern, für 2005 sind 221 Neudiagnosen dieser Gruppe zuzuordnen.

142 Frauen gaben an, sich auf heterosexuellem Wege angesteckt zu haben, ohne aus einem Hochprävalenzland zu stammen, und stellen damit die zweitgrößte Gruppe infizierter Frauen dar (Robert Koch-Institut, 2006a), bzw. ca. 5% aller Infizierten.

Die Zunahme der Erstdiagnosen unter den Heterosexuellen betraf im zweiten Halbjahr von 2004 und im ersten von 2005 gleichmäßig alle Altersgruppen. Die höchste altersgruppenspezifische Inzidenz dieser Risikogruppe findet sich für beide Geschlechter unter den 25-29-Jährigen. Unter den Frauen sind 20-24-Jährige am zweitstärksten betroffen, gefolgt von den 30-34-Jährigen (Robert Koch-Institut, 2005a).

Über Neuerkrankungen an AIDS sind beim RKI zwischen dem 01.01. und 31.12.2005 1103 Berichte eingegangen. Weil aber in Deutschland AIDS-Erkrankungen keiner Meldepflicht unterliegen (s.o.), verteilen sich diese Meldungen auf mehrere Diagnosejahre und sind auch keinesfalls vollständig. Schätzungen zufolge, die diese Faktoren berücksichtigen, liegt die Zahl der jährlichen Neuerkrankungen derzeit bei rund 800 pro Jahr. Knapp ein Fünftel der in den letzten drei Jahren gemeldeten AIDS-Patienten waren Frauen (Robert Koch-Institut, 2006a).

⁸ Im Jahr 2007 sind die Absolutzahlen der Neuinfektionen bei Frauen hingegen gesunken, dies ist aber hauptsächlich auf den abnehmenden Anteil an Frauen aus Hochprävalenzländern zurückzuführen.

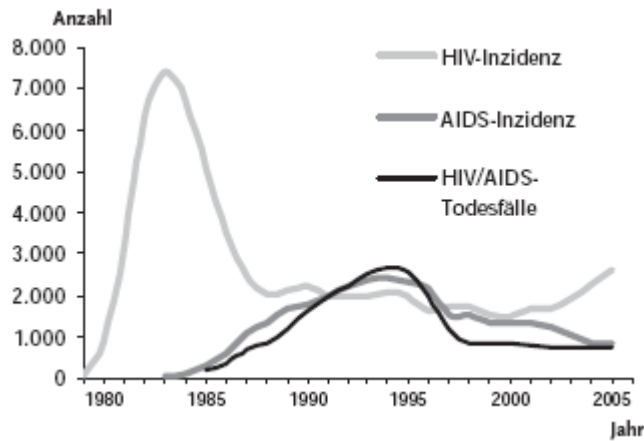


Abb. 3: Modell der Entwicklung der HIV-Inzidenz, der AIDS-Inzidenz und der Todesfälle bei HIV-Infizierten in Deutschland, 1979-2005. (Robert Koch-Institut, 2005b)

Der rekonstruierte bisherige Verlauf der HIV- und AIDS-Epidemie in Deutschland ist in Abb. 3 nach einer Graphik vom Robert-Koch-Institut wiedergegeben.

Die ersten Fälle von AIDS wurden in Deutschland in den Jahren 1982/1983 diagnostiziert.

In dieser Zeit und in den darauf folgenden Jahren waren Risikoverhalten wie Nadeltausch beim i.v.-Drogengebrauch und ungeschützter Geschlechtsverkehr mit wechselnden Partnern noch weit verbreitet. Betroffen waren hauptsächlich die Gruppen der MSM und IVDU. Ein hoher Anteil der Überträger befand sich dabei selbst im Stadium einer frischen Infektion, in dem eine besonders hohe Viruslast und damit Infektiosität zu erwarten ist. So kam es anfänglich zu einem raschen Wachstum der HIV-Epidemie in Deutschland.

Ende der 80er bis Ende der 90er Jahre pendelte sich die Zahl der HIV-Neuinfektionen dann auf ca. 2000 Diagnosen pro Jahr ein: Rückläufige Partnerzahlen, zunehmender Kondomgebrauch und die vermehrte Benutzung steriler Nadeln beim i.v.-Drogengebrauch spiegeln sich in den epidemiologischen Daten dieser Jahre wider.

Ab 1996 nahm aber das Schutzverhalten in der Bevölkerung nicht weiter zu, im Gegenteil kam es ab 2002 wieder zu steigenden Partnerzahlen und rückläufigem Kondomgebrauch bei flüchtigen Sexualkontakten, wie Wiederholungsbefragungen der BZgA zeigten (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, o.J.). Nur anfänglich wurde dies noch durch geringere Infektiosität durch den Einsatz von antiretroviraler Therapie seit 1996 kompensiert (Robert Koch-Institut, 2005b). Doch steigt der Anteil von Personen mit einer hohen Frequenz ungeschützter Sexualkontakte (auch wegen effizienterer Partnersuche mithilfe des Internets) besonders in der Gruppe der MSM weiter, zudem wird HAART seit einigen Jahren wegen Resistenzentwicklungen und Langzeitnebenwirkungen tendenziell erst so spät wie möglich eingesetzt und der Anteil der unbewusst Infizierten steigt. Insgesamt ist so die Grundlage für eine

neue Wachstumsphase der Epidemie gegeben, was sich seit etwa 2000 in steigenden Neuinfektionsraten niederschlägt (Robert Koch-Institut, 2005b).

Die Epidemiologie von AIDS entwickelte sich bis zur Einführung von antiretroviraler Therapie Mitte der 90er Jahre zeitversetzt ähnlich wie die von HIV, da jeder, der sich mit HIV infiziert hatte, früher oder später das Vollbild von AIDS entwickelte und daran verstarb. Nach einem raschen Wachstum bis zum Jahre 1994, in dem mit etwa 2100 neu diagnostizierten AIDS-Fällen ein vorläufiges Maximum erreicht wurde, führte die Einführung der hochwirksamen antiretroviralen Therapie ab 1995 zu einer raschen Reduzierung von Erkrankungen an AIDS. Die o.a. Zunahme von Risikoverhalten sowie der Trend zum möglichst späten Einsatz von HAART führten aber auch in der AIDS-Epidemiologie zur Stabilisierung und schließlich zu einem erneuten Anstieg der Neuerkrankungsraten (Hamouda et al., 2007).

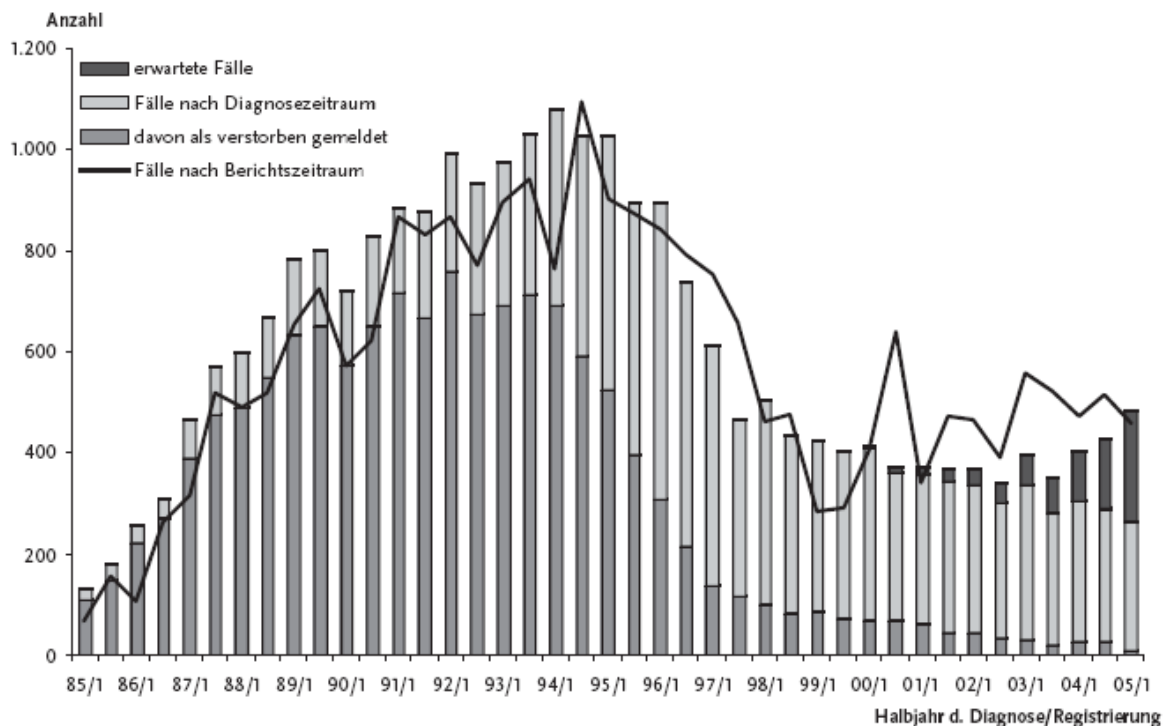


Abb. 4: AIDS in der Bundesrepublik Deutschland. Anzahl der gemeldeten AIDS-Fälle nach Halbjahr der Diagnose/Registrierung, Meldeverzug korrigiert, mit Anteil der als verstorben gemeldeten Fälle. (Robert Koch-Institut, 2006a)

3.1.2 Italien

In Italien besteht in vielen Zentren, so auch in Pavia, die Möglichkeit, sich anonym und kostenlos auf HIV testen zu lassen. Es ist gesetzlich festgelegt, dass, bis auf einige Ausnahmen⁹,

⁹ In einigen Einheiten des Militärs, der Polizei und der Feuerwehr oder in anderen Berufen, in denen die HIV-Infektion Dritter befürchtet werden muss. Kontroversen über systematisches Screening haben zu einem Kom-

niemand ohne sein Einverständnis getestet werden kann (Ministero della Salute, o.J.a). Weder die positiven Testergebnisse noch die Anzahl der durchgeführten Suchtests werden landesweit erfasst.

Ohne vorhergehendes Risikoverhalten wird in Italien nicht zu einem Test geraten (Steffen, 1996).

Bis Mitte der 90er Jahre war es mithilfe von Rechenmodellen noch möglich, anhand der in Italien (auf anonymer Basis) meldepflichtigen AIDS-Diagnosen auf die darunter liegende HIV-Epidemie zu schließen. Seit der Einführung von HAART und die dadurch sinkende AIDS-Inzidenz und -Mortalität lassen diese Daten aber keinen direkten Rückschluss auf die Verbreitung von HIV mehr zu (Commissione nazionale per la lotta contro l'AIDS, 2004; Pezzotti et al., 1997).

In Italien haben bis heute nur fünf Regionen¹⁰ (Venetien, Piemont, Latium, Ligurien, Friaul Julisch Venetien) und fünf Provinzen¹¹ (Modena, Bozen, Trient, Rimini, Sassari) ein anonymes Meldesystem für HIV eingerichtet. Die Einwohner dieser Gebiete machen ca. ein Drittel der italienischen Gesamtbevölkerung aus. Von drei der vier nach AIDS-Melddaten von 2005 am stärksten betroffenen Regionen (1. Lombardei, 2. Emilia-Romagna, 3. Ligurien und 4. Umbrien) liegen keine regionalweiten HIV-Melddaten vor; nur Ligurien hat 2004 ein Meldesystem eingeführt und im Endjahresbericht von 2005 erstmals HIV-Daten präsentiert. Zudem liegen in Italien, wie sich aus den AIDS-Melddaten ersehen lässt, deutliche regionale Unterschiede der Epidemie vor (s. Abb. 6), vor allem fällt ein Nord-Süd-Gefälle auf.

Aus diesen Gründen kann von den vorliegenden regionalen HIV-Daten nur bedingt auf die nationale Neudiagnosen- und Prävalenzzahlen geschlossen werden, sie können aber Hinweise auf Entwicklungen und Trends geben.

Auch AIDS-Todesfälle sind in Italien nicht meldepflichtig, werden aber auf freiwilliger Basis an das zentrale AIDS-Register gemeldet (Centro operativo AIDS, 2006; Centro operativo AIDS, 2007).

promiss bei der Umsetzung geführt, nach dem einem Arzt durch das Gesundheitsministerium und der CNLA zugestanden wird, nach eigenem Ermessen einen Patienten auch ohne dessen Aufklärung und somit Einverständnis zu testen (Steffen 1996, S.51).

¹⁰ Die 20 italienischen Regionen entsprechen in ihrer Größe und politisch-administrativen Bedeutung in etwa den deutschen Bundesländern.

¹¹ Die italienischen Provinzen entsprechen in etwa den deutschen Landkreisen



Abb. 5: HIV-Neudiagnosenrate pro Region bzw. Provinz und 100.000 EW, zwischen dem 01.01. und 31.12.2005 gemeldet
(Centro operativo AIDS, 2007)



Abb. 6: AIDS-Inzidenzrate pro Region und 100.000 EW, zwischen dem 01.01. und 31.12.2005 gemeldet.
(Centro operativo AIDS, 2006)

Bezüglich der Neudiagnosenraten in westeuropäischen Staaten für 2005 rangiert Italien basierend auf den Schätzungen zu Neuinfektionszahlen etwa im Mittelfeld (EuroHIV, 2007). Ca. 3500 – 4000 Personen haben sich laut italienischem Gesundheitsministerium in den letzten Jahren jährlich mit dem HI-Virus infiziert, das entspricht bei einer Bevölkerung von 58.093.000 einer Inzidenzrate von 60,2- 68,8/1.000.000 EW (Ministero della Salute, 2006; WHO Regional Office for Europe, 2006). EuroHIV beziffert die Neudiagnosenrate für 2005 hingegen auf 74,4/1.000.000 EW (zum Vergleich: Neudiagnosenrate 2005 in Deutschland laut EuroHIV 29,4/1.000.000 EW) (EuroHIV, 2007).

Im Endjahresbericht 2005 für AIDS und HIV des Istituto Superiore di Sanità¹² wird die Zahl derer, die in Italien mit HIV leben, wie schon in den Vorjahresberichten auf 110.000 bis 130.000 geschätzt (Centro operativo AIDS, 2006). Die Schätzung der WHO geht von rund 150.000 Infizierten aus (WHO Regional Office for Europe, 2006).

Basierend auf den regionalen HIV-Melddaten ist in Abb. 7 die Entwicklung von HIV-Neuinfektionen dargestellt: Nach einem raschen Wachstum bis zu einem Höhepunkt im Jahre 1987 fielen die jährlichen Neudiagnosen bis 1998, um dann mit leichten Schwankungen auf diesem Niveau stabil zu bleiben.

Einige regionale Meldesysteme und auch einige regionale Studien weisen aber auch in Italien auf eine Zunahme bei HIV-Neuinfektionen in bestimmten Regionen hin, so fand z.B. eine

¹² Das Istituto Superiore di Sanità untersteht dem italienischen Gesundheitsministerium und ist für die Koordination der Forschung zum Thema Gesundheit sowie für das Sammeln epidemiologischer Daten zuständig.

Langzeitstudie in einer STD-Klinik in Rom, dass die kumulative Inzidenz der Jahre 2000-2003 deutlich höher waren als die der Jahre 1996-1999 und doppelt so hoch wie 1984-1995 (Giuliani et al., 2005).

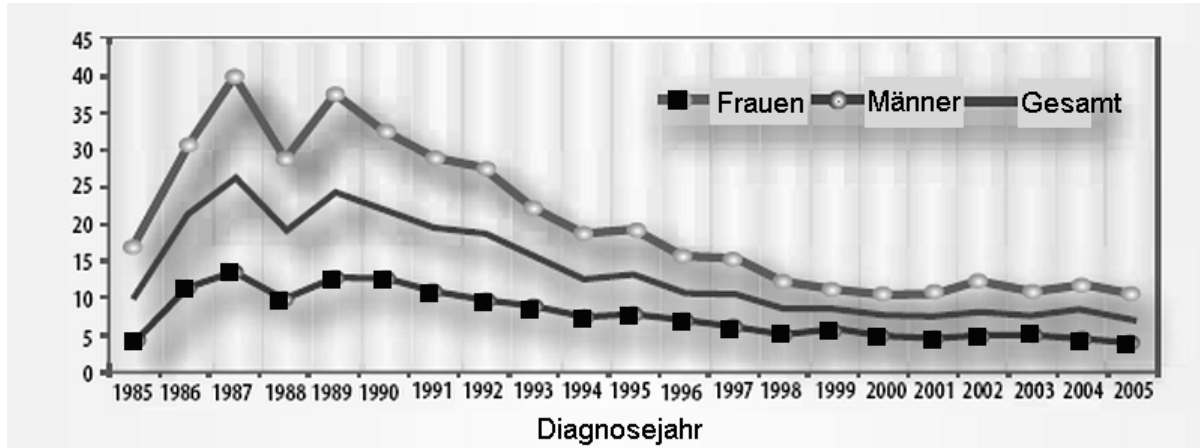


Abb. 7: HIV-Neudiagnoseraten pro 100.000 Einwohner von 1985 bis 2005 basierend auf den Daten aus Piemont, Ligurien, Venetien, Friaul Julisch Venezien, Bozen, Latium, Trient, Modena, Sassari und Rimini. Modifiziert nach Centro operativo AIDS, 2007

Wie bei der HIV-Prävalenz und -Inzidenz liegen auch zu den Übertragungswegen der HIV-Infektion nur Schätzungen und z.T. widersprüchliche Angaben vor.

Zu Beginn der HIV-Epidemie gab in Italien noch die Mehrheit der neu mit HIV Infizierten IVDU als Übertragungsweg an. Laut Endjahresbericht 2005 des Centro Operativo AIDS, einem vom italienischen Gesundheitsministerium berufenen Expertengremium (s.u.), lag deren Anteil 2005 nur noch bei 9,5% (Centro operativo AIDS, 2007)¹³.

Statt der IVDU ist jetzt die heterosexuelle Übertragung an erste Stelle gerückt: 2006 waren laut Gesundheitsministerium schätzungsweise 40% der Neuinfektionen dieser Risikogruppe zuzurechnen, 20% waren MSM (Ministero della Salute, 2006). Das Centro Operativo AIDS ordnet auf einer Graphik für 2004 knapp 50% der Neuinfektionen der heterosexuellen und ebenfalls etwa 20% der homo-/bisexuellen Übertragung zu, fasst diese beiden Risikogruppen im Text desselben Berichts aber zu einer Gesamtgruppe „sexuelle Übertragung“ zusammen und beziffert deren Anteil mit 57,8%. Dabei wird bezüglich der HIV-Neudiagnosen nicht spezifiziert, wie groß der Anteil der Menschen aus Hochprävalenzländern ist.

Der Frauenanteil unter den HIV-Diagnosen hat im Laufe der Zeit immer mehr zugenommen: 1985 war das Verhältnis Männer zu Frauen noch 3,4:1, 2005 lag es bei 2,2:1. Die Inzidenzrate

¹³ Auf einer Internetseite zum Welt-AIDS-Tag des Gesundheitsministeriums selbst ist - zwar für 2006 - hingegen noch von ca. 35% die Rede (Ministero della Salute, 2006).

der weiblichen Bevölkerung betrug 2005 50 pro Million Einwohner (Centro operativo AIDS, 2007).

Ähnlich wie in anderen europäischen Ländern steigt in Italien das mittlere Alter bei der HIV-Diagnose kontinuierlich an. 1985 war der Männeranteil der Neudiagnosen im Durchschnitt 26, Frauen 24 Jahre alt. 2004 lag das mittlere Alter für Männer bei 37 und für Frauen bei 32 Jahren (Centro operativo AIDS, 2006).

Zudem wächst auch hier der Anteil der spät diagnostizierten HIV-Infektionen, d.h. bei denen zwischen HIV- und AIDS- Diagnose weniger als sechs Monate liegen (Longo et al., 2005).

Zu der Entwicklung der AIDS-Epidemiologie liegen genauere Angaben vor, deren Aussagekraft aber aus o.a. Gründen begrenzt ist:

Seit 1982 der erste AIDS-Fall in Italien diagnostiziert wurde, wurden bis Ende 2005 insgesamt rund 56.000 AIDS-Fälle gemeldet, etwa 34.700 Personen davon sind inzwischen verstorben.

Im Jahre 2005 sind 1452 AIDS-Diagnosen gestellt worden (Ministero della Salute, 2006), das entspricht einer Inzidenzrate von 24,9 pro Million Einwohner. Damit steht Italien nach Portugal, der Schweiz und Spanien an vierter Stelle im westeuropäischen Vergleich.

Wegen einer breiten Verfügbarkeit von antiretroviraler Therapie hat aber auch in Italien, parallel zur Entwicklung im Rest Europas, seit Mitte der 90er Jahre die Inzidenz von AIDS stark abgenommen (s. Abb. 8). Auch die AIDS-Letalität hat sich seither drastisch reduziert: Sind 1994 noch 4355 Menschen an AIDS gestorben, waren es 2005 „nur“ noch 327 (Ministero della Salute, 2006).

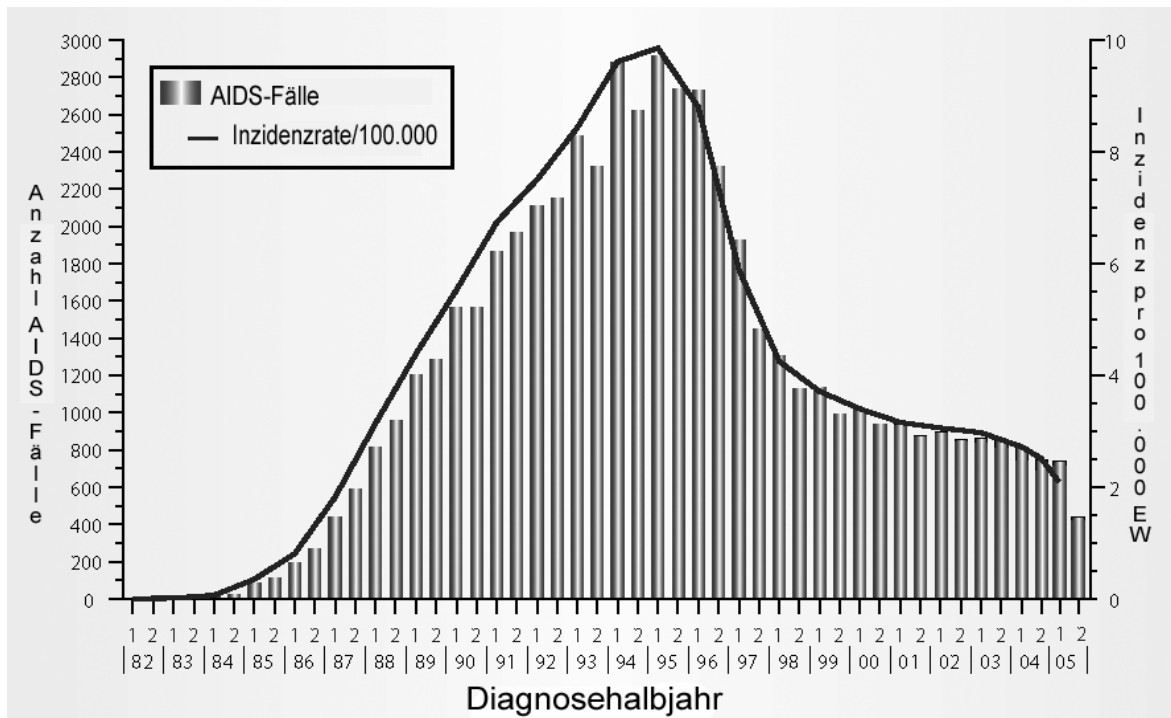


Abb. 8: AIDS-Fälle in Italien pro Diagnosehalbjahr, Meldeverzug korrigiert, und Neudiagnosenrate. Das zweite Halbjahr von 2005 ist noch untererfasst. Stand Dezember 2005. (Centro operativo AIDS, 2006)

2004/2005 gaben 42,0% der AIDS-Patienten an, sich durch heterosexuelle Kontakte infiziert zu haben und waren damit die größte Gruppe, gefolgt von der Gruppe der IVDU mit 30,8%. An dritter Stelle stehen MSM (19,7%). Die Gruppe der Menschen, die sich beim Empfang einer Bluttransfusion oder anderer Blutprodukte infiziert haben, machte 0,3% aus. Bei 6,5% lag keine Angabe zum Übertragungsweg vor (Centro operativo AIDS, 2006).

Laut Centro Operativo AIDS (2006) kamen 6,7% derjenigen, die sich über heterosexuelle Kontakte angesteckt haben, aus einem Hochprävalenzland, das wären nur rund 2,8% aller AIDS-Patienten. Das Gesundheitsministerium spricht an anderer Stelle etwas weniger spezifisch von einem „Ausländeranteil“ unter den AIDS-Patienten von 20%, von denen die Hälfte aus Afrika komme (Ministero della Salute, 2006).

3.1.3 Nordrhein-Westfalen und Bonn

Unter den Bundesländern besteht in Nordrhein-Westfalen, sieht man von den Ballungsräumen Hamburg, Berlin und Bremen ab, mit 30,2 pro Million Einwohner nach Hessen die zweithöchste HIV-Inzidenzrate in Deutschland (es liegt aber gleichzeitig im bundesdeutschen Durchschnitt). Zu seinen Städten gehört Köln, das von allen Städten in Deutschland die höchste Neudiagnosenrate aufweist: Pro 100.000 Einwohner wurden hier im Jahre 2005 13,6 neue HIV-Infektionen gemeldet (Robert Koch-Institut, 2006a). Der Frauenanteil an Neuinfek-

tionen lag in Nordrhein-Westfalen im Jahre 2006 etwa bei 10 % (Robert Koch-Institut, 2006d).

In Bonn liegt die Neudiagnosenrate bei 5,13 pro 100.000 Einwohner, es rangiert damit unter den 13 Städten mit Einwohnerzahlen über 250.000 in Nordrhein-Westfalen an fünfter Stelle (nach Köln, Düsseldorf, Münster und Dortmund). 2005 haben sich hier 16 Menschen mit HIV infiziert, davon gaben fünf MSM als Übertragungsrisiko an, jeweils drei waren den Gruppen IVDU und HPL zuzuordnen, zwei der Gruppe der heterosexuellen Übertragung und bei dreien war der Übertragungsweg nicht auszumachen (Robert Koch-Institut, 2006a). Zum Anteil an Frauen lagen für Bonn keine Informationen vor.

3.1.4 Die Lombardei und Pavia

Den AIDS-Inzidenzraten von 2005 nach zu urteilen ist die Lombardei die mit Abstand am stärksten betroffene Region Italiens. Mit 5,8 neuen AIDS-Fällen pro 100.000 Einwohner lag die Rate mehr als doppelt so hoch wie diejenige Gesamtitaliens, und weit höher als die von Emilia-Romagna, die mit 3,5 die Region mit der zweithöchsten Inzidenzrate war. HIV-Daten liegen wegen eines fehlenden Meldesystems nicht vor.

Die lombardische Provinz Brescia ist mit 10 pro 100.000 Einwohner diejenige mit der höchsten Inzidenz. Pavia rangiert mit 5,1 pro 100.000 Einwohner unter den 103 italienischen Provinzen zusammen mit Vercelli auf Platz sieben. Das nahe gelegene Mailand hat nur eine wenig höhere Inzidenzrate (5,3) (Centro operativo AIDS, 2006). Auch hier waren keine Daten zum Frauenanteil zu finden.

3.2 HIV-Prävention in den Untersuchungsländern

3.2.1 Deutschland

3.2.1.1 Organisationsstruktur

Der Start der offiziellen Informationskampagne zu HIV/AIDS in Deutschland war im Jahre 1985. Nur Griechenland, Finnland und die Slowakei haben in Europa eher mit staatlichen Kampagnen begonnen (Weilandt, 2001).

Gesundheitliche Prävention ist in Deutschland Aufgabe des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG), das zusammen mit dem Ministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung sowie dem Ministerium für Bildung und Forschung den „Aktionsplan zur Um-

setzung der HIV/AIDS-Bekämpfungsstrategie der Bundesregierung“ als Richtschnur für die Politik ausarbeitet.

Das BMG führt die Dienst- und Fachaufsicht über die BZgA, die als nationale und weitgehend selbstständig arbeitende „Zentrale für gesundheitliche Aufklärung“ für Entwurf und Durchführung der nationalen AIDS-Präventionskampagne „GIB AIDS KEINE CHANCE“ als massenmediale Aufklärung der Allgemeinbevölkerung verantwortlich ist.

Auch das RKI spielt eine Rolle in der Prävention von HIV/AIDS. Es hat die Aufgabe, „Konzeptionen zur Vorbeugung übertragbarer Krankheiten unter Einschluss der wissenschaftlichen Grundlagen zu entwickeln.“ (Bundesministerium für Gesundheit et al., 2007), und untersteht ebenfalls dem BMG. Das RKI ist außerdem zuständig für das Sammeln und Auswerten epidemiologischer Meldedaten (s.u.).

Des Weiteren besteht eine Arbeitsteilung zwischen BZgA und der Deutschen Aids-Hilfe e.V. (DAH), dem 1983 gegründeten Dachverband der inzwischen etwa 120 Mitgliedsorganisationen von Aids- und Drogenhilfen, Präventionsprojekten, Schwulen- und Lesbenzentren, Wohn- und Pflegeprojekten, die häufig aus Selbsthilfegruppen entstanden sind (Escobar Pinzon und Sweers, 2007). Die DAH spricht mit ihrer Arbeit, oft in persönlichem Kontakt, besonders die Hauptrisikogruppen an. Ein Großteil des DAH-Budgets kommt von den Geldern der BZgA.

Da in der föderalen Struktur Deutschlands ein Teil der Gesundheitspolitik auf Länderebene entschieden wird, sind wesentliche Bereiche der HIV/AIDS-Bekämpfung Aufgabe der Bundesländer, Kommunen und Sozialversicherungsträger, die weiterhin finanzielle Mittel aufbringen (Bundesministerium für Gesundheit et al., 2007). In einem regelmäßig tagenden Bund-Länder-Gremium stimmen BZgA und Länder ihre Vorgehensweise bei Präventionsaktivitäten ab (Bundesministerium für Gesundheit et al., 2007; Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, o.J.).

3.2.1.2 Kontinuität

Seit dem Beginn der Kampagne im Jahre 1985 gab es keine Zeiträume, in denen keine von der BZgA entworfene Initiative lief (diese Information stammt aus einer e-mail von Dr. Dr. Wolfgang Müller, Leiter des Aidsreferates in der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, vom 17.09.08).

3.2.1.3 Öffentliche Ausgaben für nationale HIV-Prävention in Deutschland pro Jahr

Die Mittel, die die BZgA jährlich für die AIDS-Aufklärung vom Staat zugewiesen bekommt, sind in der Abb. 9 wiedergegeben. Der hohe Etat der achtziger Jahre sank bis zur Mitte der neunziger Jahre auf Werte um 9 Mio. Euro, bis auf das Jahr 1997 blieben die Ausgaben seither auf diesem Niveau. Etwa 3,5 Mio. Euro davon fließen der Deutschen AIDS-Hilfe zu.

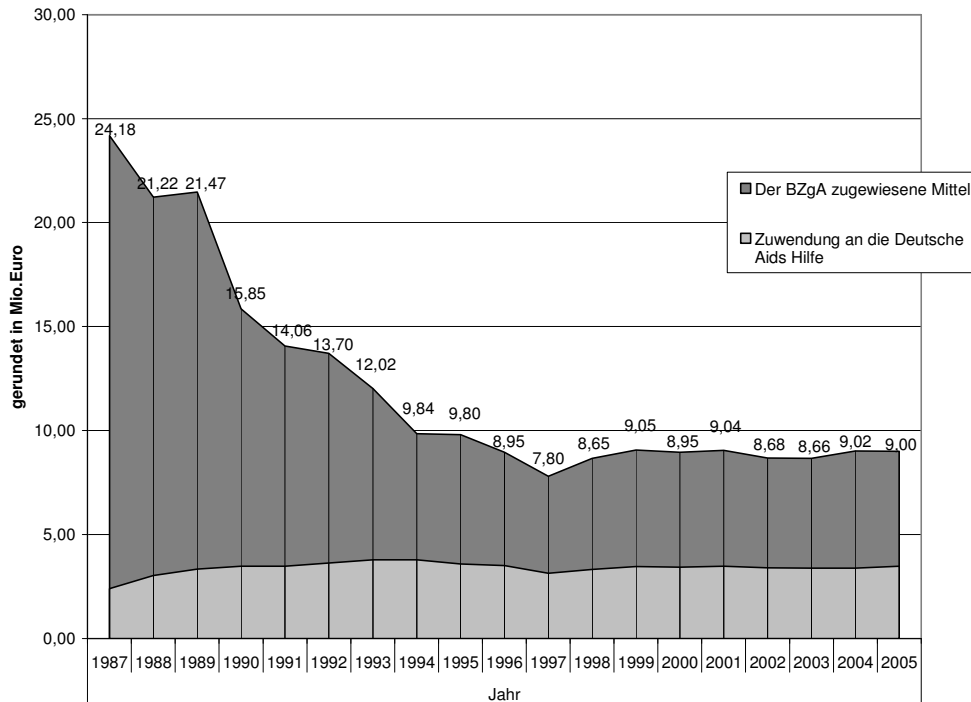


Abb. 9: Der BZgA zugewiesene Haushaltsmittel zur AIDS-Aufklärung, Entwicklung von 1987 bis 2005 (Abb. modifiziert nach BZgA)

3.2.1.4 Das Evaluations- und Monitoringprogramm in Deutschland

Ziel von Evaluations- und Monitoringprogrammen ist es, „in regelmäßigen Abständen wichtige Trends auf Grundlage aller vorhandenen Datenquellen zu beschreiben, Forschungsbedarf aufzuzeigen und richtungweisende Empfehlungen für die Weiterentwicklung der Präventionsmaßnahmen herauszuarbeiten“ (Rosenbrock, 2007). Die BZgA führt seit 1987 jährlich eine Repräsentativbefragung der Allgemeinbevölkerung und eine Befragung homosexueller Männer über die schwule Presse durch, um Veränderungen von Wissen, Einstellungen und Verhalten im Hinblick auf HIV und AIDS zu beobachten und zu verfolgen (Pott, 2007).

Epidemiologische Daten zu HIV und AIDS werden vom RKI mehrmals jährlich analysiert und veröffentlicht.

Daneben gibt es diverse Einzelarbeiten, die zwar hauptsächlich im Auftrag des BMG und der BZgA, aber auch für regionale Zuwendungsgeber durchgeführt werden.

3.2.2 Italien

3.2.2.1 Organisationsstruktur

Die erste staatliche Informationskampagne zu AIDS in Italien wurde 1988 begonnen, es war damit das letzte unter den westeuropäischen Ländern (Weilandt, 2001).

Auch in Italien ist das Ministero della Sanità (Gesundheitsministerium) verantwortlich für die Informationskampagnen zu HIV/AIDS. Dieses benennt jeweils für zwei Jahre die 'Commissione Nazionale per la lotta contro l'AIDS' (Nationale Kommission für den Kampf gegen AIDS), die sich aus etwa 20 Experten zusammensetzt, hauptsächlich aus Universitätsprofessoren (vornehmlich aus Hygiene- und klinischen 'Malattie infettive' – Infektionskrankheiten – -Abteilungen), aber auch aus Epidemiologen, Staatsbeamten und Beauftragten des Istituto Superiore Sanità (einer anderen Institutionen des Gesundheitsbereichs, s.u.), sowie, im Halbjahresrhythmus wechselnd, zwei NGO-Vertretern. Die Kommission soll zweimonatlich zusammentreten. Zu ihren Aufgaben gehören das Entwerfen der Präventionsbotschaften, die Organisation der Weiterbildung medizinischen Personals zum Thema HIV/AIDS, die Überwachung epidemiologischer Trends, die Selektion und Förderung relevanter Forschungsprojekte, die Garantie der Kapazitäten für die Behandlung aller Menschen mit HIV und die Aktualisierung der Leitlinien zum Einsatz von HAART.

1990 trat das von der Kommission erarbeitete italienische AIDS-Gesetz (Nr. 135/90) in Kraft. Hierin wurde unter anderem eine Summe in Höhe von 1,05 Milliarden Euro für den Ausbau der Krankenhausstrukturen für die erwartete AIDS-Epidemie garantiert. Diskriminierung HIV-Infizierter wurde verboten, ohne jedoch zu konkretisieren, welche Handlungen als Diskriminierung zu verstehen oder welche Sanktionen ggf. zu verhängen sind. Es wurde die Bildung eines interministeriellen Komitees beschlossen, das für die Koordination der AIDS-Politik zuständig sein und dem Parlament in einer jährlichen Debatte über die nationale AIDS-Politik und deren Ergebnisse Bericht erstatten sollte. Auch wurde die Rolle von NGO's durch dieses Gesetz gefestigt, indem der Staat verpflichtet wird, diese zu unterstützen. Die Koordination zwischen nationaler und regionaler Ebene wurde ebenfalls skizziert.

Doch blieb die Umsetzung deutlich hinter der gesetzlichen Vorschrift zurück. Laut Steffen (1996) haben die jährlichen Parlamentsdebatten nie stattgefunden (wohl ist aber ein schriftlicher Bericht an das Parlament über die Aktivitäten der Jahre 2001 bis 2004 und 2006 im Internet verfügbar. Ob dieser während einer Sitzung debattiert wurde, geht daraus nicht hervor (Ministero della salute, 2008)). In den ersten beiden Jahren sei kein einziges der geplanten Klinikbetten eingerichtet worden, nur eine handvoll von Pflegeplätzen seien – unter Federfüh-

rung der Regionen – eingerichtet worden (Steffen, 1996). 1997 war noch knapp ein Viertel des Budgets ungenutzt (Ministero della Salute, 2007).

Die Regionen sahen sich durch das Gesetz 135/1990 in ihrer Souveränität beschnitten und legten Klage beim Verfassungsgericht ein, die Klage wurde aber wegen des „nationalen Interesses“ der AIDS-Frage abgewiesen (Steffen, 1996). Mit einem neuen Gesetz (492/1993) wurde die Verantwortung für die Umsetzung des Gesetzes von 1990 den Regionen zugeschrieben.

Auch die Zusammenarbeit mit den NGO's des Sektors, denen auch in Italien ein Großteil der zielgruppenspezifischen, tiefenwirksamen Präventionsarbeit überlassen werden soll (Fрати und Cordone, 2002), ist nicht frei von Kontroversen. So ist vorgesehen, dass Vertreter der wichtigsten Organisationen (2004 waren dies 29 an der Zahl) jeweils für zwei Jahre zur Bildung der 'Consulta del volontariato' berufen werden, die zweimonatlich (kurz vor der Tagung der 'Commissione nazionale per la lotta contro l'AIDS') zusammenkommen soll, um Meinungen und Vorschläge auszutauschen. 2005 war hingegen zwar die 'Commissione' berufen worden, nicht aber die 'Consulta', wie ein Vertreter von LILA, einer der NGOs, in einem offenen Brief an den damaligen Gesundheitsminister Francesco Storace monierte (Manassero, 2005). Im gleichen Brief klagte er die Schwammigkeit der Präventionsbotschaften an. Seit Jahren würden die Italiener, so schreibt er, sehr allgemein dazu aufgefordert, wachsam zu sein, statt sie explizit zum Kondomgebrauch aufzurufen. Prof. Del Bene, ein Mailänder Vertreter einer anderen Non-Government-Organisation (Anlaids), bekräftigte in einem persönlichen Gespräch (02.05.04, Mailand) diese Anklage. Auch berichtet er, dass sich die NGOs allein aus Spenden finanzieren, also keinerlei staatliche Zuwendung erhalten, wenn man von einzelnen gemeinsamen, lokalen Projekten absieht.

Die Planung und Ausführung der nationalen Präventionskampagne wird in Italien nicht einer unabhängig arbeitenden Zentrale für öffentliche Gesundheit übertragen, sondern die jeweiligen Kampagnen werden immer wieder neu ausgeschrieben, verschiedene PR- und Werbeagenturen reichen Entwürfe ein, und der Agentur mit dem für am besten befundenen Entwurf wird der Auftrag für die Kampagnendurchführung erteilt (Fрати und Cordone, 2002). Die jeweiligen Informationsträger (TV-Spots, Plakate usw.) tragen den Namen des Ministeriums als Absender.

Dem italienischen Gesundheitsministerium untersteht seit 1958 auch das Istituto Superiore di Sanità (ISS). 1983 wurde innerhalb des Instituts eine spezielle AIDS-Einheit ins Leben geru-

fen; später wurde diese zum 'Centro Operativo AIDS' erhoben, dem technischen Arm der AIDS-Kommission. Seine Aufgabe sind die Koordinierung regionaler Aktivitäten und der AIDS-bezogenen Forschung sowie die Erhebung nationaler Statistiken.

3.2.2.2 Kontinuität

Seit Beginn der offiziellen Kampagnen bis zur Durchführung dieser Studie wurden sieben Kampagnen, mit Konzentrierung auf die Sommermonate, realisiert, in einigen Jahren wurde HIV/AIDS-Aufklärung von staatlicher Seite gar nicht durchgeführt: „Of note, no national government AIDS prevention campaign was realized in the period 1993/95. Indeed the fifth campaign was realized only two years later, in August 1995” (Aloisi et al., 2001). Auch 2005, dem Jahr der Durchführung dieser Studie, war HIV-Prävention nicht unter den Projekten der gesundheitlichen Aufklärung des Gesundheitsministeriums (Ministero della Salute, o.J.b).

3.2.2.3 Öffentliche Ausgaben für nationale HIV-Prävention in Italien pro Jahr

Von italienischer Seite liegen lediglich mündliche Angaben von Dr. Frati vom italienischen Gesundheitsministerium vor, die per e-mail schriftlich bestätigt wurden. Die Zahlen entsprechen nicht den jährlichen Ausgaben, sondern beziehen sich jeweils auf eine gesamte Kampagne, deren Dauer häufig die eines Jahres überschreitet (s. Abb. 10). Für die vierte und fünfte Kampagne waren keine Zahlen erinnerlich.

In den sechs Jahren von 1998 bis 2004 wurden zwei Kampagnen realisiert und dafür insgesamt 10 Mio. Euro ausgegeben, pro Jahr also 1,67 Mio. Euro.

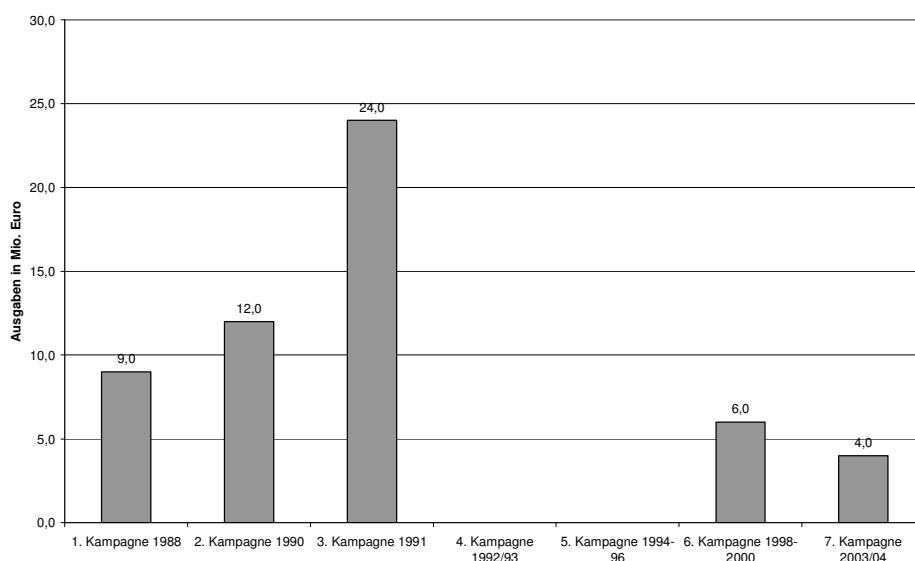


Abb. 10: Ausgaben des italienischen Gesundheitsministeriums für die AIDS-Aufklärung pro Kampagne (für die vierte und fünfte Kampagne lagen keine Angaben vor, s. Text).

3.2.2.4 Evaluation

Die Prä- und Postinterventionsstudien, die das Gesundheitsministerium laut Frati und Cordone (2002) für jede Kampagne durchführt, werden nicht publiziert, ihre Ergebnisse können nur im Ministerium eingesehen werden¹⁴. Zu Methoden, Qualität und Umfang dieser Evaluationsstudien kann hier daher nichts gesagt werden.

3.3 Befragungen

Es wurden insgesamt 220 Frauen befragt, 112 davon in Pavia und 108 in Bonn.

3.3.1 Demographische Merkmale der Interviewpartnerinnen

3.3.1.1 Alter

Der Altersmedian der italienischen Gruppe lag bei 24 (14–59 Jahre), der der deutschen bei 25 Jahren (16–55 Jahre). Die Altersspanne in Italien reichte von 14 bis 59 Jahren, in Deutschland von 16 bis 55. Zahlenmäßig am stärksten vertreten ist die Gruppe der 20–29-Jährigen, die in Italien 41%, in Deutschland fast die Hälfte der Befragten ausmacht (s. Tab. 1).

Tab. 1: Verteilung der Befragten auf Altersgruppen

		Befragungsland			
		Italien		Deutschland	
		Anzahl	%	Anzahl	%
Altersgruppen	14-19	22	19,6	17	15,7
	20-29	43	38,4	47	43,5
	30-39	24	21,4	22	20,4
	40-59	16	14,3	12	11,1
	k.A.	7	6,3	10	9,3
	Gesamt	112	100	108	100

3.3.1.2 Ausländeranteil

Der Ausländeranteil in Pavia von 4,18% (Istituto Nazionale di Statistica, o.J.) wird in der italienischen Befragungsgruppe mit 3,6% recht gut abgebildet, in der deutschen Gruppe entspricht dieser Anteil 16,7% (Bonn gesamt 2005: 13,3%. Kosack, 2004).

¹⁴ diese Information stammt aus einer E-Mail von Dr. Frati

3.3.1.3 Familienstand

In beiden Gruppen war der Großteil der Frauen ledig, in Pavia rund 65%, in Bonn 72%. 27,7 bzw. 21,3% der Italienerinnen bzw. Deutschen waren verheiratet, in beiden Gruppen waren etwas mehr als 70% kinderlos.

3.3.1.4 Bildungsgrad/Beruf

Ein größerer Anteil der befragten Italienerinnen als der Deutschen waren Studentinnen. In Deutschland war die Zahl der nicht-akademisch Erwerbstätigen größer. Der Anteil der Akademikerinnen war in etwa gleich groß (s. Abb. 11). 76% aller italienischen Befragten hatten das Abitur, unter den Deutschen waren dies 59,5%, wobei in Deutschland durch Fachhochschulreife und dreigleisiges Schulsystem mehr Abschlussmöglichkeiten bestehen.

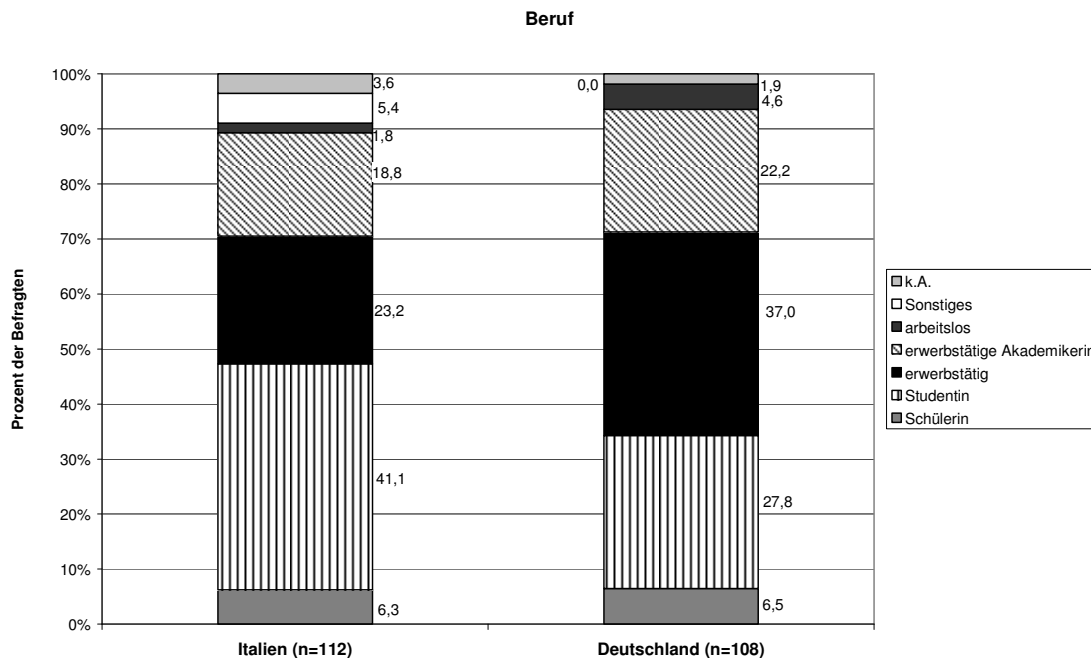


Abb. 11: Bildungsgrad/Beruf nach Befragungsland in Prozent

3.3.1.4 Religionsangehörigkeit

In der italienischen Gruppe war mit 85,6% der weitaus größte Teil römisch-katholisch, 9% gaben an, keiner Religion anzugehören. In Deutschland waren 37% katholisch, jeweils etwa 27% waren protestantisch bzw. ohne Religionszugehörigkeit, und knapp 6% islamisch.

3.3.2 Einschätzung der Bedrohung durch die HIV-Epidemie

3.3.2.1 „Ist AIDS in Deutschland/Italien Ihrer Meinung nach immer noch eine Bedrohung?“

Die Bedrohung durch AIDS im eigenen Land wurde in beiden Gruppen sehr ähnlich wahrgenommen: Jeweils knapp 88% bejahten diese Frage, je gut 6% verneinten sie, der Rest entschied sich für „Ich weiß es nicht“. Ebenfalls in beiden Ländergruppen waren es vor allem die 20–29-jährigen, die die Gefahr durch AIDS für gebannt hielten: vier der sieben italienischen und sechs der sieben deutschen Nein-Antworten entstammten dieser Altersklasse (9,3 bzw. 13,0% der italienischen bzw. deutschen 20–29-Jährigen antwortete mit nein). Die 14–19-Jährigen, die zumindest teilweise noch Schülerinnen waren, hatten dem gegenüber eine relativ hohe Risikowahrnehmung: Von ihnen antworteten in Pavia 90,9%, in Bonn 94,1% mit ja.

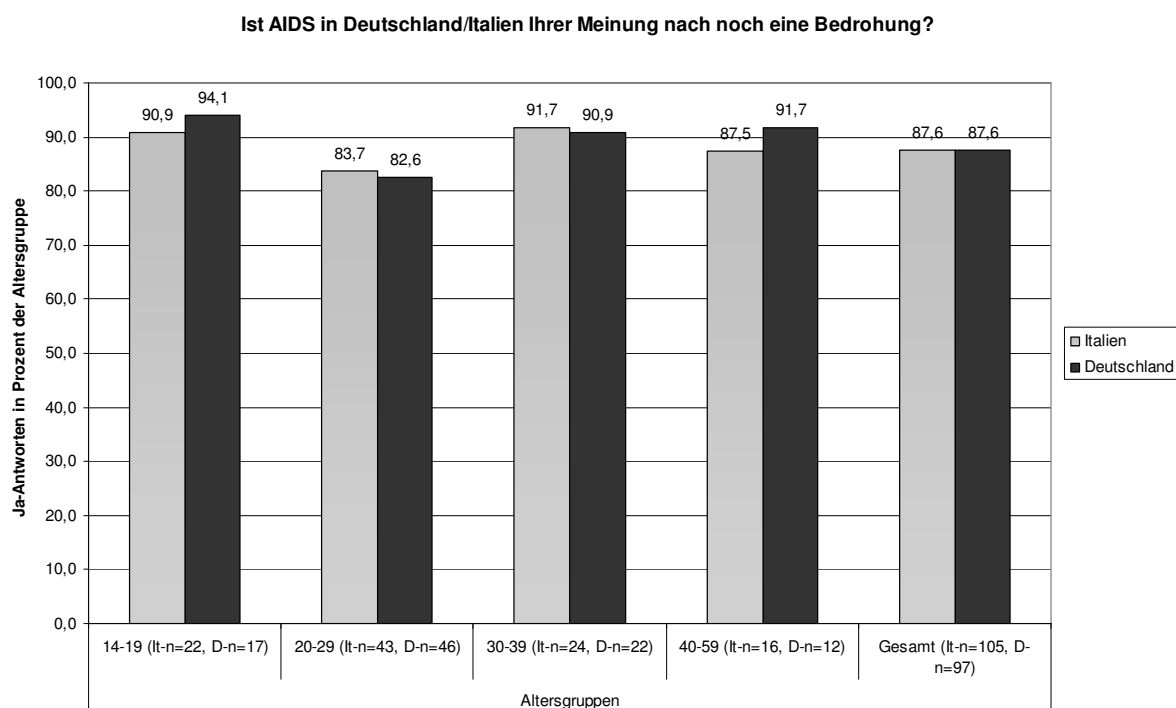


Abb. 12: Prozentuale Anteile derjenigen, die AIDS im eigenen Land noch als Bedrohung einstufen, nach Altersgruppen aufgeteilt und gesamt.

3.3.2.2 „Denken Sie, dass die Zahl der Menschen, die sich in Deutschland/in Italien pro Jahr mit dem Erreger von AIDS infizieren, in den letzten Jahren eher gestiegen oder gefallen ist?“

Größere Unsicherheit bestand hinsichtlich der etwas spezielleren Frage nach dem Trend der Epidemie. 46,8% der Italienerinnen gegenüber 63,6% der Deutschen meinten zu wissen, dass die HIV-Inzidenz von 2000 bis 2005 zugenommen habe (s. Abb. 13). 26,1% der Italienerinnen und 11,2% der Deutschen glaubten, die Inzidenzzahlen ihres Landes hätten abgenommen, jeweils etwa ein Viertel erklärte, die Antwort nicht zu wissen. Hierbei ist anzumerken, dass wegen des fehlenden nationalen HIV-Surveillancesystems in Italien keine offiziellen Daten

hierzu vorliegen, die AIDS-Diagnosen (die von vielen wahrscheinlich in ihrer Bedeutung nicht sicher von HIV-Diagnosen abgegrenzt werden können) haben in den fünf Jahren vor der Befragung leicht abgenommen (s. Abschnitt 3.1.2). In Deutschland hingegen sind die HIV-Neudiagnosen seit 2001 bis zur Befragung relativ stetig angestiegen. Insofern lässt sich für die italienische Gruppe schwer eine richtige Antwort ausmachen, die richtigste wäre in diesem Fall wohl „Ich weiß es nicht“, die aber nur knapp 2 Prozentpunkte mehr einnahm als in der deutschen Gruppe.

Interessanterweise hat die Altersgruppe der 20–29-Jährigen, die die Bedrohung durch AIDS insgesamt in der vorherigen Frage am ehesten für gering hält, in dieser Frage unter den Deutschen mit 78,7% die meisten „gestiegen“-Antworten gegeben, in Pavia mit 40,5% hingegen die wenigsten.

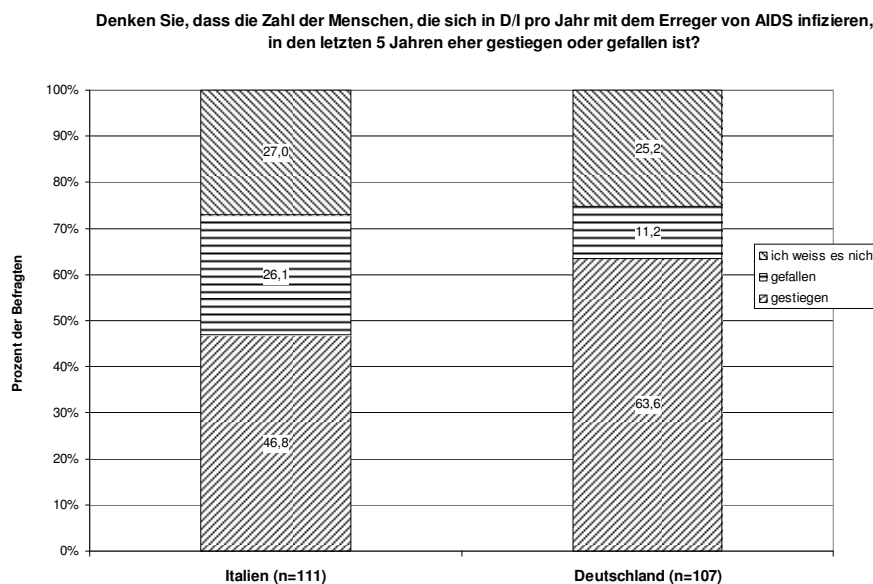


Abb. 13: Einschätzung der Entwicklung der Epidemie in den letzten fünf Jahren im eigenen Land

3.3.2.3 Wie hoch schätzen Sie auf einer Skala von 0 bis 10 Ihr persönliches Risiko, sich mit HIV zu infizieren?

Gleichsam niedrig schätzten beide Befragungsgruppen durchschnittlich ihr eigenes Risiko ein, sich zu infizieren: Für Italien lag der mittlere Wert auf einer Skala von null bis zehn bei 1,74, für Deutschland mit 1,95 geringfügig höher. Auffällig ist dennoch ein Unterschied von fast zehn Prozentpunkten zwischen italienischen (34,4%) und deutschen Frauen (24,7%), die es für ausgeschlossen hielten, sich selbst zu infizieren, und so ihr Risiko mit null bezifferten.

Aufteilung nach Altersgruppen

Die höchsten Werte gaben jüngere Teilnehmer an: 14–19-Jährige in Pavia sahen für sich durchschnittlich ein Risiko von 2,0, in Bonn von 2,6. Für die darüber liegende Altersklasse

ergaben sich ähnliche Werte, in Italien 2,3 und in Deutschland 2,1. Die 30–39-Jährigen in Italien und Deutschland schätzten ihr eigenes Risiko im Mittel auf knapp 1,5, die 40–59-Jährigen in Deutschland auf 1,2, während diese Altersgruppe unter den Italienerinnen durchschnittlich 0,42 angab.

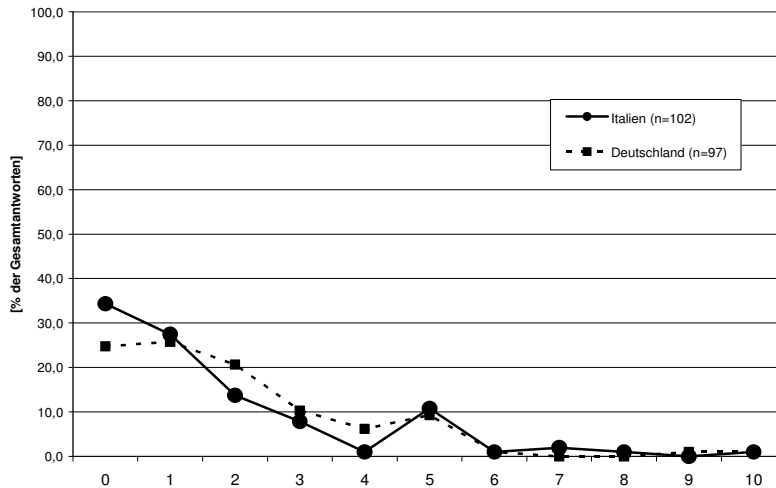


Abb. 14: Einschätzung des persönlichen Infektionsrisikos auf einer Skala von 0 bis 10

Tab. 2: Einschätzung des persönlichen Infektionsrisikos auf einer Skala von 0 bis 10 in Abhängigkeit des Alters

		Befragungsland	
		Italien	Deutschland
		Persönliches Risiko	Persönliches Risiko
		Durchschnitt	Durchschnitt
Altersgruppen	14-19	2.0	2.6
	20-29	2.3	2.1
	30-39	1.5	1.5
	40-59	0.4	1.2
	k.A.	1.0	1.9
	Gesamt	1.7	1.9

Risikowahrnehmung in Funktion von Frequenz des ungeschützten Geschlechtsverkehrs

Die persönliche Risikowahrnehmung stieg nicht linear mit steigendem Risikoverhalten in Form von ungeschütztem Geschlechtsverkehr mit neuen Partnern an. So hatten diejenigen Frauen aus Pavia die höchste Risikowahrnehmung, die mit neuen Partnern nur gelegentlich ein Kondom verwendeten; die Gruppe hingegen, die niemals Kondome benutzte, schätzte ihr eigenes Risiko eher niedrig ein (wobei das kleine N dieser Subgruppe zu beachten ist). Auch in Deutschland lässt sich keine lineare Korrelation dieser Parameter feststellen; diejenigen,

die mit neuen Partnern immer Kondome gebrauchten, sahen für sich ein höheres Risiko als Frauen, die nur meistens oder gelegentlich Präservative verwendeten. Erst die Gruppe derer, die niemals Kondome benutzen, schätzten ihr Risiko durchschnittlich höher ein (s. Tabelle 3).

Tab. 3: Wahrnehmung des eigenen Infektionsrisikos in Abhängigkeit des Kondomgebrauchs mit neuem Partner

				Persönliches Infektionsrisiko	
				Mittel	Gesamt N
Befragungsland	Italien	Kondom-Gebrauch mit neuem Partner	Immer	1.27	48
			meistens	2.28	19
			gelegentlich	4.22	9
			Nie	1.50	4
			Gesamt	1.87	80
	Deutschland	Kondomgebrauch mit neuem Partner	Immer	2.11	52
			meistens	1.48	24
			gelegentlich	1.67	3
			Nie	4.25	5
			Gesamt	2.03	84

Risikowahrnehmung in Funktion von Bekanntschaft mit einer Person mit HIV

Deutlicher ist die Korrelation zwischen dem unmittelbaren Umgang mit einer HIV-positiven Person und der Einschätzung des persönlichen Risikos. Ist diese Person mit HIV Teil der Familie oder des Freundeskreises, steigt die durchschnittliche Risikowahrnehmung gegenüber dem Gesamtdurchschnitt in Italien um etwa ein Drittel (um den Faktor 1,35) auf 2,3, in Deutschland um den Faktor 1,7 auf 3,2. Ein nur „Bekannter“ mit HIV hat hier anscheinend keinen so deutlichen Einfluss (s. Tab. 4).

Tab. 4: Wahrnehmung des eigenen Infektionsrisiko in Abhängigkeit des persönlichen Umgangs mit HIV-positiven Personen

Persönliches Risikoempfinden auf einer Skala von 0 bis 10	Person mit HIV im persönlichen Umfeld?				
	Ja, in meinem Freundeskreis/ meiner Familie	Ja, in meinem Bekanntenkreis	Ja, aber ich kenne sie nicht persönlich	Nein, ich weiß von niemandem	Gesamt
	Mittel	Mittel	Mittel	Mittel	Mittel
Italien	2.3	1.4	1.8	1.7	1.7
Deutschland	3.2	2.3	2.3	1.6	1.9

3.3.3 Wissen zu Übertragungsrisiken, neuen Therapiemöglichkeiten und Impfstoffverfügbarkeit

3.3.3.1 „Welche der folgenden Möglichkeiten sind potentielle Übertragungswege für HIV?“

Auch der Wissensstand zu den Modalitäten, mit denen HIV übertragen werden kann, war in den beiden Ländergruppen sehr ähnlich, in der deutschen Gruppe wurden sogar mehr falsche Antworten gegeben als in der italienischen. Insgesamt erkannten fast alle Befragten die Hauptübertragungswege 'ungeschützter Geschlechtsverkehr' und 'Needlesharing' als solche wieder: Die richtigen Antworten machten hier in beiden Ländern über 98% aus (s. Abb. 15).

Größere Unsicherheit bestand bei weniger bekannten Infektionswegen wie oralem Geschlechtsverkehr, Coitus interruptus, und dem Benutzen des gleichen Rasierers. Bei der ersten dieser drei Fragen besteht kein signifikanter Unterschied zwischen Richtig- und Falschantworten der beiden Gruppen (Italien: 58,9% richtige Antworten, Deutschland: 65,7%). Bei 'Coitus interruptus' war der Anteil der richtigen Antworten in Pavia und Bonn gleich (je gut 59%), der Anteil der Falschantworten in Italien aber größer (34,2%) als in Deutschland (16,3%), hier gab entsprechend ein größerer Teil „Ich weiß es nicht“ an (25% statt 14,3% in Italien). Dass das Benutzen des Rasierers einer HIV-positiven Person potentiell infektiös ist, wussten 77,7% der Italienerinnen gegenüber nur 52,8% der Deutschen, diese Unterfrage war somit diejenige mit dem größten prozentualen und signifikanten ($p < 0.05$) Unterschied zwischen den beiden Gruppen.

Dass Geschlechtsverkehr mit einem untreuem Partner HIV übertragen kann - besonders für Frauen eine häufige Infektionsquelle - ist signifikant ($p < 0.05$) mehr Deutschen als Italienerinnen bewusst (s. Abb. 15). 14 italienische Frauen (12,5%) schlossen dies als Übertragungsweg aus, in Deutschland wählten nur vier Frauen (3,7%) diese Antwort.

Die anderen Unterpunkte dieser Frage sind keine Übertragungswege für HIV, die richtige Antwort war hier also „nein“. Auch hier sind die Anteile der richtigen Antworten insgesamt niedriger als bei den Hauptübertragungswegen. Nur dass der Händedruck mit einer HIV-positiven Person kein Risiko darstellt, war, wiederum in beiden Ländern ähnlich, fast allen Frauen bewusst: 97,3% in Pavia und 99,1% in Bonn gaben hier die richtige Antwort. Auch das Benutzen öffentlicher Schwimmbäder oder „aus einem gemeinsamen Glas trinken“ wurde in beiden Gruppen von mehr als 90% als falsch erkannt: 90,2% in Italien und 93,5% in Deutschland beantworteten die Schwimmbad-Frage und 92,0% (Italien) bzw. 95,4% (Deutschland) die Trinkglas-Frage richtig.

Anteile von richtigen Nein-Antworten um 80% finden sich bei den Unterpunkten „Insektenstiche“, „Küssen“, und „Niesen (Tröpfcheninfektion)“. Bei allen drei Fragen schneiden die

Italienerinnen etwas besser ab als die Deutschen, bei der Frage „Niesen“ erreichen sie sogar gut 15 Prozentpunkte mehr¹⁵.

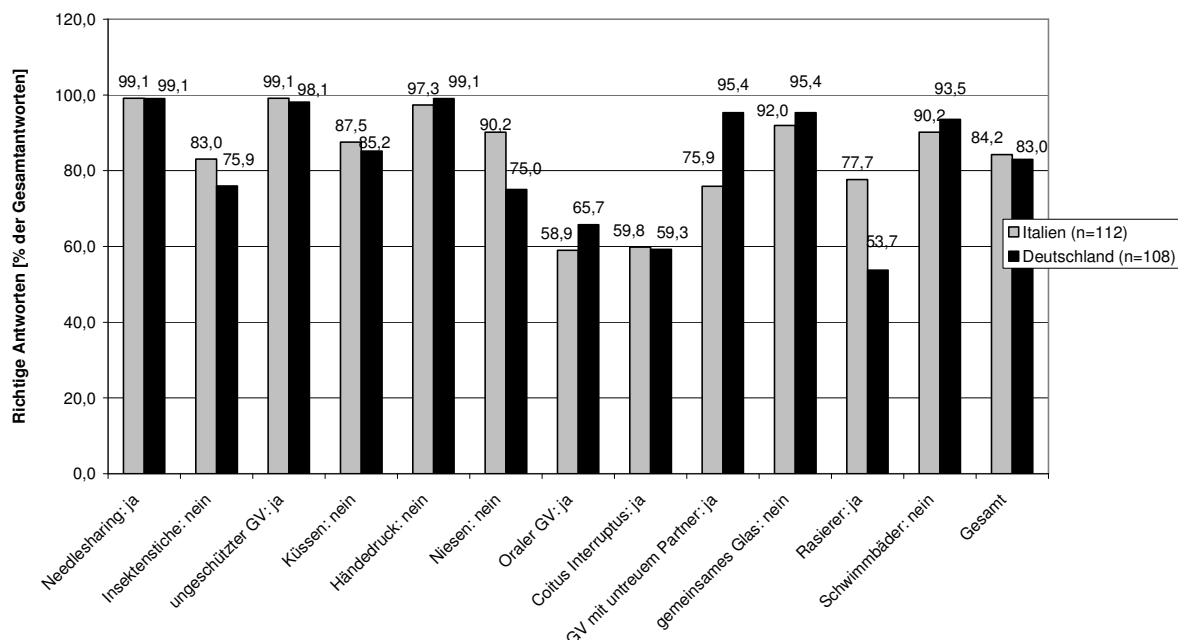


Abb. 15: Anteil der richtigen Antworten zu potentiellen Übertragungswegen für HIV (tatsächliche und falsche Übertragungswege vorgegeben, Antworten mit „ja“, „nein“, „ich weiß es nicht“)

3.3.3.2 Fragen zu Therapie, Impfung, speziellere Fragen zu Übertragungsrisiken

(Mögliche Antworten: „Richtig“, „Falsch“ oder „Ich weiß es nicht“).

„Die Entwicklung eines Impfstoffes für HIV steht kurz vor einem Durchbruch.“

Richtige Antwort: falsch.

Diese Frage ergibt von allen Wissensfragen den deutlichsten, signifikanten ($p < 0,05$) Unterschied zugunsten der Deutschen, mit 55,1% richtigen Antworten liegen sie 36 Prozentpunkte vor den Italienerinnen, von denen 62,5% angaben, die Antwort nicht zu wissen, und nur zu knapp 19% die richtige Antwort gaben.

„Seit einigen Jahren gibt es eine effektive medikamentöse Therapie für AIDS.“

Richtige Antwort: richtig.

In Deutschland lag der Anteil der Frauen, die um die Existenz der Therapie wussten, knapp über der Hälfte bei etwa einem Drittel Falsch-Antworten, in Italien war dieser Anteil mit

¹⁵ Der Unterschied ist signifikant bei $P < 0,05$.

41,1% genauso groß wie der der Falsch-Antworten. Es besteht kein signifikanter Unterschied zwischen den Anteilen der richtigen Antworten.

„Mit diesen Medikamenten ist AIDS heilbar.“

Richtige Antwort: falsch.

Immerhin um 80 Prozent liegt der Anteil derer, die wissen, dass AIDS auch heute noch nicht heilbar ist, er war in Deutschland etwas höher als in Italien: 84,6 gegenüber 75,9%, wobei der Rest zu knapp 19 Prozent zugibt, die Antwort nicht zu wissen.

„Ein HIV-Infizierter, der diese Medikamente nimmt, ist nicht mehr ansteckend.“

Richtige Antwort: falsch.

E-

benfalls drei Viertel der Italienerinnen geben hier die richtige Antwort, während knapp ein Fünftel „Ich weiß es nicht“ angibt. Der Anteil der richtigen Antworten unter den Deutschen ist mit 92,3% signifikant ($p < 0.05$) höher als unter den Italienerinnen.

„Weltweit nimmt die AIDS-Epidemie ab.“

Richtige Antwort: falsch.

Auch hier schätzen die Italienerinnen mit 66,1% die AIDS-Realität seltener korrekt ein als die Deutschen (83,7%), mehr als ein Zehntel der Frauen in Pavia stimmten der Aussage zu, in Bonn waren dies nur 3,8%.

„Frauen infizieren sich leichter als Männer.“

Richtige Antwort: richtig.

Das Ergebnis dieser Frage zeigt, wie wenige Frauen sich des höheren Infektionsrisikos ihres Geschlechts bewusst sind, der Anteil der Falschantworten ist hier besonders hoch: 67,9% in Italien und 60,6% in Deutschland, zwischen den niedrigen Anteilen an richtigen Antworten besteht kein signifikanter Unterschied (s. Abb. 16).

„Sperma eines einzigen Beischlafs enthält das Virus in zur Infektion ausreichend hoher Konzentration.“

Richtige Antwort: richtig.

Sowohl in Pavia als auch in Bonn stimmten rund drei Viertel der Frauen der korrekten Aussage zu, jeweils gut 7% hielten sie für falsch.

„Während einer Schwangerschaft und der Geburt kann der Erreger von der Mutter auf das Kind übertragen werden.“

Richtige Antwort: richtig.

Auch hier in beiden Ländern gleich hoher Wissenstand: Jeweils rund 93% erkannten die Aussage als richtig.

„Die Milch einer HIV-positiven Mutter ist infektiös.“

Richtig Antwort: richtig.

Deutlich weniger Frauen wissen um die Infektiosität von Muttermilch, doch in beiden Ländern zu ähnlichen Proportionen: 37,5% bzw. 42,7% in Pavia bzw. Bonn gaben die richtige Antwort. Je gut ein Drittel gab an, darüber nicht Bescheid zu wissen.

„Andere Geschlechtskrankheiten erhöhen das Risiko einer sexuellen Übertragung von HIV.“

Richtige Antwort: richtig.

Der Zusammenhang zwischen klassischen Geschlechtskrankheiten und erleichterter Infektion von HIV war insgesamt nur wenigen der Frauen bewusst, aber mehr als doppelt so viele Italienerinnen wie Deutsche stimmten dieser Aussage zu (38,4% gegenüber 17,5%). Der Unterschied ist signifikant bei $p < 0.05$. In Bonn war zudem der Anteil der Falschantworten mit 40,8% relativ hoch, in Pavia erklärten 24,1% die Aussage als falsch.

„Das Risiko einer Übertragung bei einmaligem ungeschütztem Geschlechtsverkehr mit einer HIV-positiven Person liegt bei über 10%.“

Richtige Antwort: falsch (das Risiko liegt bei unter 1%).

Diese sehr spezielle falsche Angabe zum Übertragungsrisiko hielt die knapp Hälfte der Frauen in Deutschland und fast 60% der Italienerinnen für richtig, nur 5,4% der Befragten in Pavia und 18,4% derjenigen in Bonn erklärten sie für falsch, dieser Unterschied ist signifikant ($p < 0.05$).

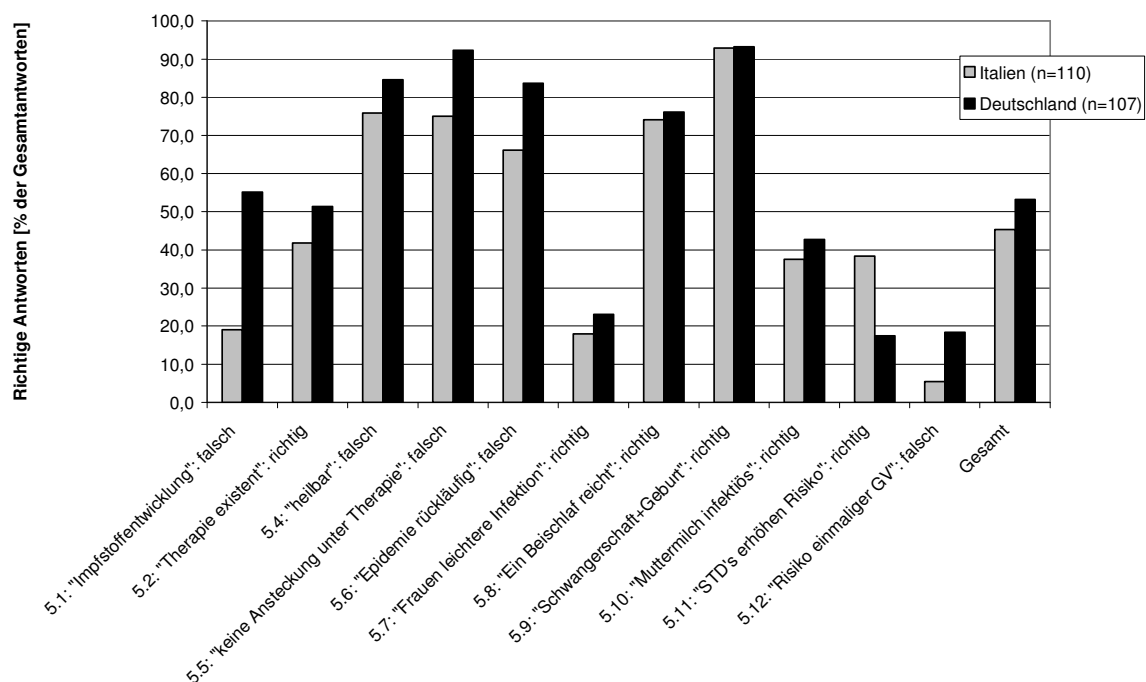


Abb. 16: Wissen zu Impfstoff, Therapie, Übertragungsrisiken

Fragen, die die Aktualität des Kenntnisstandes voraussetzen, in Funktion des Alters

Da die Fragen 5.2 (Frage nach der Existenz einer medikamentösen Therapie gegen HIV) und 5.6 (Frage nach der globalen Entwicklung der HIV-Epidemie) als Indikatoren für die Aktualität des Wissensstandes gelten können, wurden diese Fragen gesondert nach dem Alter ausgewertet. Hierbei ergab sich, dass besonders in Italien die Gruppe der 30–39-Jährigen einen Wissensvorsprung vor allem gegenüber den jüngeren Teilnehmerinnen hatten (s. Abb. 17 und 18). In der Frage nach einer bevorstehenden Zulassung eines geeigneten Impfstoffes gegen HIV zeichnete sich kein solches altersabhängiges Mehrwissen ab.

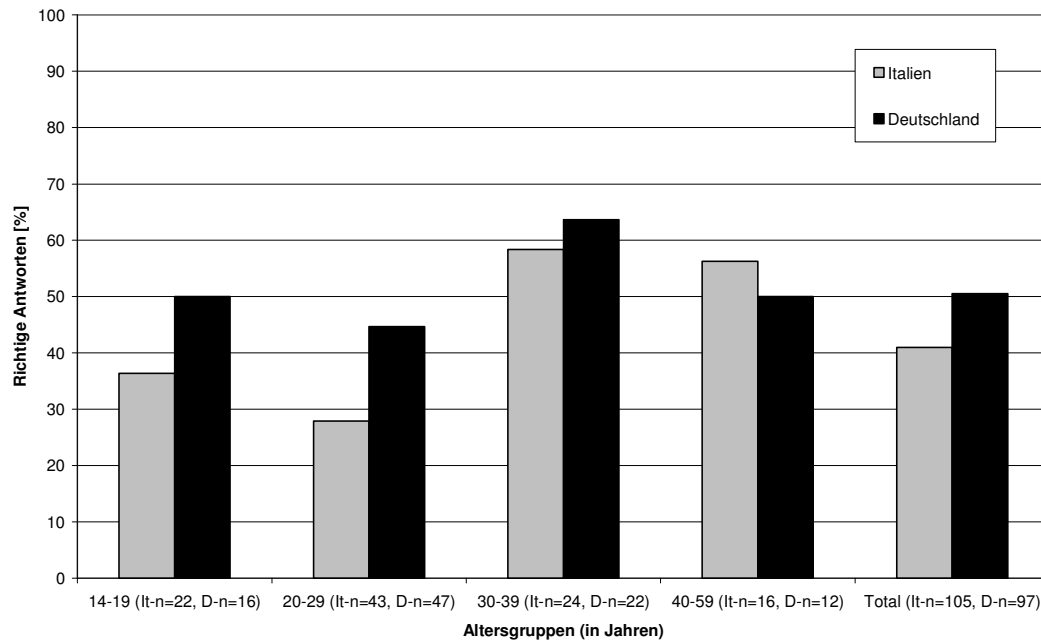


Abb. 17: Wissen um die Existenz antiretroviraler Therapie: „Seit einigen Jahren gibt es eine effektive medikamentöse Therapie für AIDS“. Antwortmöglichkeiten mit „richtig“, „falsch“ und „ich weiß es nicht“, Anteile der korrekten „richtig“-Antworten in Funktion des Alters.

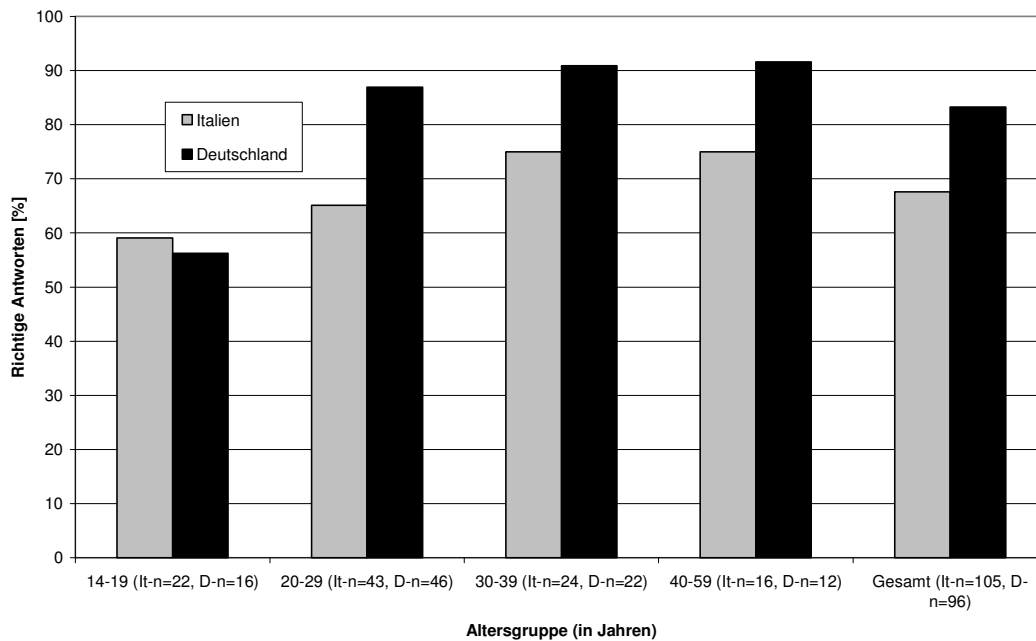


Abb. 18: Wissen über die globale epidemiologische Entwicklung von HIV: „Weltweit nimmt die AIDS-Epidemie ab“. Antwortmöglichkeiten mit „richtig“, „falsch“ und „ich weiß es nicht“, Anteile der korrekten „falsch“-Antworten in Funktion des Alters.

3.3.4 Kenntnis von und Umgang mit HIV-positiven Personen

3.3.4.1 „Kennen Sie eine HIV-positive Person oder haben Sie von einer gehört?“

Trotz wachsender HIV-Prävalenz in der Bevölkerung kannten nur etwa ein Viertel der befragten Frauen persönlich einen Menschen mit HIV, in Pavia gut 23%, in Bonn etwa 22% (s. Tab. 5). In Deutschland gaben zudem nur 16,2% an, von jemandem mit HIV überhaupt schon einmal gehört zu haben, obwohl die Frage prominente Persönlichkeiten nicht ausschloss. Dieser Anteil lag in Italien höher, hier entfiel auf diese Aussage knapp ein Drittel der Antworten. Demnach wussten in Italien knapp die Hälfte und in Deutschland über 60% der Befragten von keiner HIV-positiven Person.

Tab. 5: Bekanntschaft mit Menschen mit HIV

			Befragungsland			
			Italien		Deutschland	
			Anzahl	%	Anzahl	%
„Kennen Sie Menschen mit HIV?“	Ja, in meinem Freundeskreis/ in meiner Familie	9	8,0	6	6,1	
	Ja, in meinem Bekanntenkreis	17	15,2	16	16,2	
	Ja, aber ich kenne sie nicht persönlich	35	31,3	16	16,2	
	Nein, ich weiß von niemandem	51	45,5	61	61,6	
	Gesamt	112	100	99	100	

3.3.4.2 „Angenommen Sie kennen eine HIV-positive Person: Inwiefern verhalten Sie sich im persönlichen Umgang ihr gegenüber anders als bei anderen Personen?“

Da diese Frage offen gestellt war, ergaben sich bei der Auswertung, dem Erstellen von und der Zuteilung zu passenden Antwortkategorien z.T. überlappende Aussagen, wie „anders nur beim Geschlechtsverkehr“ und „vermeide Kontakt zu Körperflüssigkeiten“. Auch kann eine Kategorie unterschiedliche Antworten umfassen. So fielen unter „anders nur beim Geschlechtsverkehr“ sowohl Antworten wie „Bis auf intimen Kontakt normal“ als auch „Vermeide Geschlechtsverkehr“. Zu „Vermeide Kontakt zu Körperflüssigkeiten“ zählten Sätze wie „Vermeiden von Risikosituationen“, „kein ungeschützter Geschlechtsverkehr“, „Vorsichtiger bei Wunden“ und „Vermeide Kontakt zu Blut und Sperma“. „Ich würde mit ihm über Risiken reden“ und „ich würde meinen Arzt fragen“ wurden neben einem expliziten Bekenntnen zum Nicht-Wissen zu „ich weiß es nicht“ zusammengefasst.

Insgesamt war eine eindeutige Zuordnung zu den nachträglich erstellten Kategorien schwierig.

Dennoch kann gesagt werden, dass diejenigen, in deren Intentionen auch bei kritischer Betrachtung keine übertriebenen Maßnahmen und somit Diskriminierung zu erkennen sind („Kein Unterschied“, „aufmerksamer für seine Bedürfnisse“, „vermeide Kontakt zu Körperflüssigkeiten“) in beiden Gruppen zu etwa gleich großen Proportionen vertreten waren und etwa 60% der Antworten ausmachten (s. Tab. 6). „Anders nur beim Geschlechtsverkehr“ stellt wegen der unscharfen Formulierung dabei eine Grauzone dar, könnte damit doch auch „kein ungeschützter Geschlechtsverkehr“ – eine durchaus berechtigte Vorkehrung – gemeint sein. Ebenso verhält es sich mit „zurückhaltender, vorsichtiger“, da Vorsicht in bestimmten Situationen durchaus angebracht ist, in anderen allerdings nicht.

Nur eine kleine Minderheit glaubte, sich schon bei normalem Körperkontakt vorsichtiger zu verhalten oder sogar die Person mit HIV nur Gegenstände benutzen zu lassen, „die exklusiv diese Person benutzt (auch wenn effektiv keine Gefahr besteht)“, wie eine der italienischen Frauen angab. In Italien gab es sechs Antworten dieser Kategorien, in Deutschland waren dies nur zwei.

Tab. 6: Verhalten gegenüber einer Personen mit HIV

		Befragungsland			
		Italien		Deutschland	
		Anzahl	%	Anzahl	%
Anderer Umgang	Kein Unterschied	39	46,4	32	43,8
	Aufmerksamer für seine Bedürfnisse	3	3,6	4	5,5
	vermeide Kontakt zu Körperflüssigkeiten	9	10,7	9	12,3
	anders nur beim Geschlechtsverkehr	4	4,8	8	11,0
	zurückhaltender, vorsichtiger	10	11,9	11	15,1
	bei Körperkontakt vorsichtiger	4	4,8	2	2,7
	Vermeide das Benutzen gemeinsamer Gegenstände	2	2,4	0	0
	ich weiß es nicht	12	14,3	7	9,6
	Sonstiges	1	1,2	0	0
	Gesamt	84	100	73	100

3.3.5 HIV-Testverhalten

3.3.5.1 „Haben Sie schon einmal daran gedacht, einen HIV-Test zu machen?“

Dem Ergebnis dieser Frage nach zu urteilen haben sich knapp 15% mehr deutsche Frauen als Italienerinnen überhaupt schon einmal überlegt, einen HIV-Test zu machen (58,2% gegenüber 43,8%, s. Abb. 7). Dieses Verhältnis ist umgekehrt in der Altersgruppe der 30–39-Jährigen, also denjenigen, die zu Beginn der Epidemie 10–19-jährig waren, wobei der Unterschied mit 5% weniger ausgeprägt ist. Diese Altersgruppe erreichte auch insgesamt den höchsten Prozentsatz an 'Testvorhaben', nämlich 75% unter den Italienerinnen sowie 70% unter den Deutschen.

Die Intention, sich auf HIV testen zu lassen, wächst von der ersten bis zur dritten Altersklasse an und fällt in der darüber liegenden Gruppe der 40–59-Jährigen wieder auf Werte ab, die ungefähr denen der 14–19-Jährigen entsprechen. Der größte Unterschied im Ländervergleich

findet sich bei den Jüngsten: Anteilsmäßig haben fast doppelt so viele deutsche wie italienische Jugendliche schon einmal an einen HIV-Test gedacht.

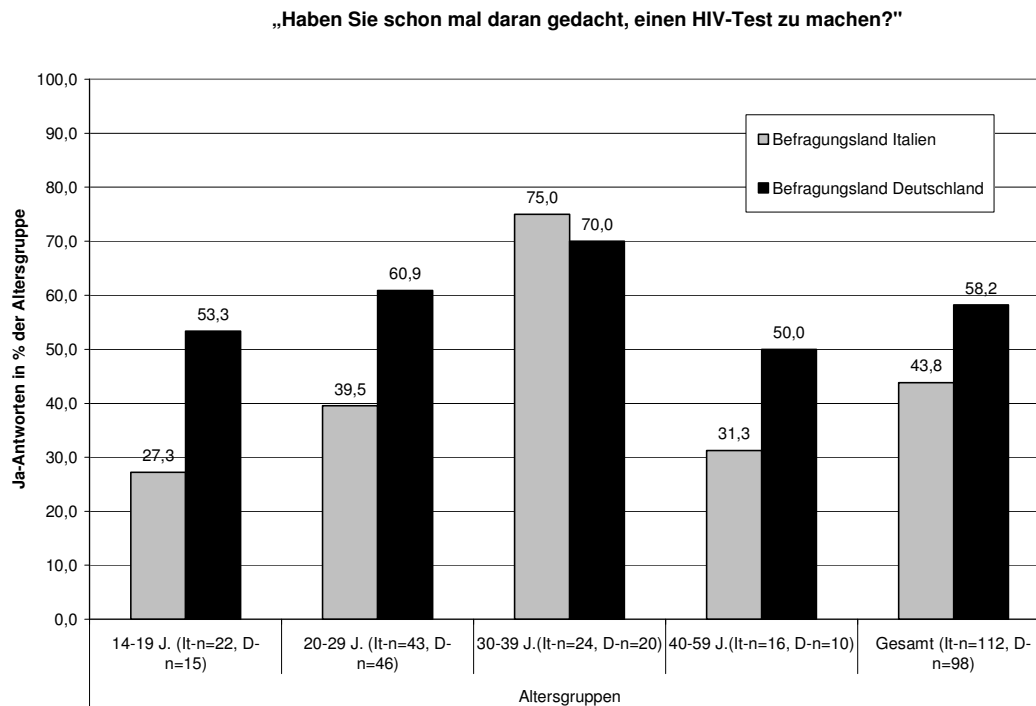


Abb. 19: Testverhalten nach Altersgruppen

3.3.5.2 „Haben Sie den Test tatsächlich schon einmal gemacht?“

Etwas niedriger war die Zahl derjenigen, die den Test wirklich schon ein- oder mehrmals gemacht haben (s. Abb. 20). Dennoch spiegelte sich das Vorhaben eines Tests in der Verteilung der Zahlen zur tatsächlichen Durchführung wider. Auch das Verhalten der Altersgruppen verlief ungefähr parallel zu den Ergebnissen der vorhergehenden Frage. Insgesamt haben sich knapp die Hälfte der Befragten in Bonn und etwas mehr als ein Viertel derjenigen in Pavia testen lassen. Die Differenz zwischen Überlegung und Durchführung war etwas deutlicher unter den Italienerinnen als unter den Deutschen: 17 Prozentpunkte gegenüber knapp 11,8 in Deutschland. Allerdings gaben 75% der deutschen 30–39-Jährigen an, getestet worden zu sein, obwohl 5% weniger (bei gleichem N) überhaupt jemals an den Test gedacht hatten.

Mit vorausgegangenem Risikoverhalten in Form von ungeschütztem Geschlechtsverkehr mit neuem Partner war die Testrate anscheinend nicht korreliert. In Deutschland sind diejenigen am seltensten auf HIV getestet worden, die angaben, mit neuen Partnern nie ein Kondom zu verwenden, und am häufigsten die, die „gelegentlich“ geantwortet haben (bei diesen Antwortoptionen ist die geringe Stichprobengröße zu beachten). „Immer Kondome“ und „meistens Kondome“ rangierten anteilmäßig dazwischen. In der italienischen Gruppe stieg die Testrate

zwar von denen, die „meistens“ Kondome verwendeten über „gelegentlich“ bis „nie“ an; unter denjenigen, die „immer“ Präservative zu benutzen erklärten, war die Rate aber ähnlich hoch wie bei der „gelegentlich“-Gruppe (s. Tab. 7).

62% der Italienerinnen, die nie oder nur gelegentlich mit neuem Partner Gebrauch von Kondomen machten und 50% dieser Untergruppe in Deutschland haben sich nie auf HIV testen lassen.

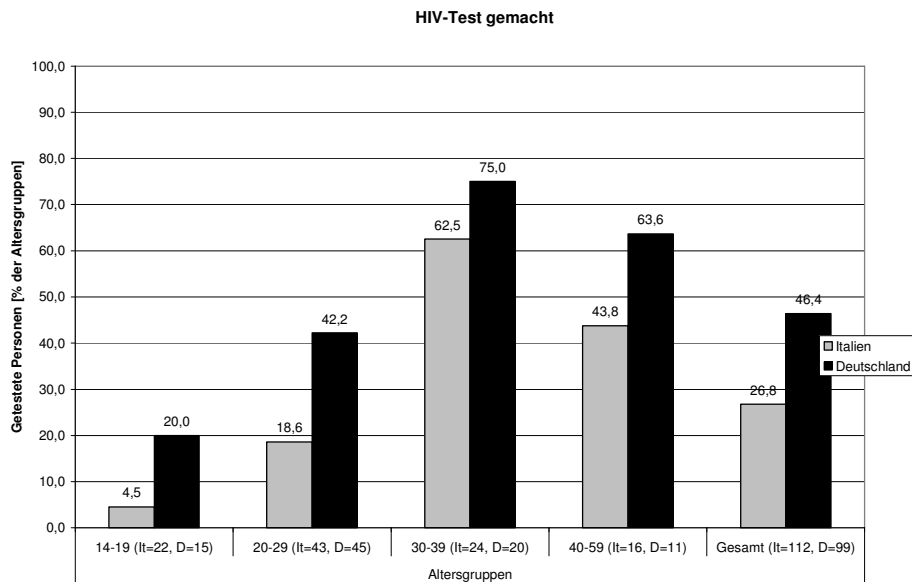


Abb. 20: Prozentuale Anteile derer, die sich schon mindestens einmal auf HIV haben testen lassen, nach Altersgruppen und gesamt

Tab. 7: HIV-Testrate (mindestens einmal getestet) in Abhängigkeit von Kondomgebrauch mit neuem Partner

	Italien		Deutschland	
Kondome mit neuem Partner?	Getestet [%]	n-It (getestet + nicht getestet)	Getestet [%]	n-D (getestet + nicht getestet)
Immer	33,3	48	51,1	47
Meistens	15,8	19	28,6	21
Gelegentlich	33,3	9	100,0	3
Nie	50,0	4	20,0	5
Gesamt	30,0	80	44,7	76

3.3.6 Ansicht zu Kondomen und deren Gebrauch

3.3.6.1 „Wie kann man sich ihrer Meinung nach am besten vor AIDS schützen?“

Auch diese Frage war offen gestellt, um Suggestion zu vermeiden, das Vorgehen bei der Auswertung entsprach dem von Frage 8 des Fragebogens (s. Abschnitt 3.3.4.2). Bei dieser Frage wurden allerdings häufig mehrere Antworten gegeben. Die in der Tabelle angegebenen Prozentzahlen beziehen sich also auf die Gesamtheit der Fälle, nicht auf die der Antworten.

In Deutschland antworteten über 90 Prozent der Frauen spontan „geschützten Geschlechtsverkehr“ oder Entsprechendes, während dies in Italien nur knapp 70% taten (s. Tab. 8). Auch Vorschläge, die die Reduktion von Partnerzahlen implizieren („Treue, weniger Partner, keine One-night-stands, Abstinenz“) oder den HIV-Test betreffen („HIV-Test machen/verlangen“), sowie „Vermeiden von Blutkontakt“, und „Handschuhe im medizinischen Bereich“ wurden in Deutschland öfter genannt. Ungefähr ausgewogen ist Häufigkeit der Antwort „kein Needlesharing“ im Ländervergleich. Die Italienerinnen nannten hingegen öfter als die Deutschen allgemein gehaltene Devisen wie „Vorsicht/Sorgfalt/Verantwortung“ und „Aufklärung“, obwohl letzteres ja im eigentlichen Sinne kein Schutzverhalten des Einzelnen ist. Insgesamt gaben die Frauen in Pavia weniger Mehrfachantworten als in Bonn. Doch war auch unter den Italienerinnen „geschützter Geschlechtsverkehr“ die mit Abstand am häufigsten gegebene Antwort.

Tab. 8: Freie Antworten zur Frage nach dem besten Schutz vor AIDS

			Befragungsland		
			Italien	Deutschland	Δ It - D
Bester Schutz	geschützter GV	Anzahl	61	82	
		%	69,3	92,1	
	Treue, wenige Partner, keine One-night-stands, Abstinenz	Anzahl	4	16	
		%	4,5	18,0	-13,5
	Aufklärung	Anzahl	23	11	
		%	26,1	12,4	13,7
	kein Needlesharing, keine Drogen	Anzahl	11	14	
		%	12,5	15,7	-3,2
	HIV-Test machen/verlangen	Anzahl	1	11	
		%	1,1	12,4	-11,3
	Vorsicht/Sorgfalt/Verantwortung	Anzahl	13	5	
		%	14,8	5,6	9,2
	Meiden von Blutkontakt	Anzahl	1	5	
		%	1,1	5,6	-4,5
	Handschuhe im medizinischen Bereich	Anzahl	0	5	
		%	0	5,6	-5,6
	Sonstiges	Anzahl	7	2	
		%	8,0	2,2	5,8
Gesamt		Anzahl	88	89	

3.3.6.2 „Wie denken Sie generell über den Gebrauch von Kondomen?“

(Auch hier waren mehrere Antworten möglich, die angegebenen Prozentzahlen beziehen sich auf die Anzahl der Frauen, die diese Frage beantwortet haben.)

Bei dieser grundsätzlichen Frage nach der Einstellungen zu Kondomen zeigen sich im Rahmen der vorgegebenen Antwortmöglichkeiten große Ähnlichkeiten zwischen den beiden Befragtengruppen: In beiden Ländern stimmt eine große Mehrzahl (87,6% in Italien und 91,5% in Deutschland) der Aussage „Der Gebrauch von Kondomen ist sinnvoll, um sich gegen Geschlechtskrankheiten und AIDS zu schützen“ zu, nur drei Frauen aus Italien lehnen den Gebrauch aus religiösen Gründen ab. Insgesamt scheinen mehr Frauen Präservative als Schutz vor Infektionen („Die Hauptfunktion von Kondomen ist für mich der Schutz vor Krankheiten.“) als zur Empfängnisverhütung zu benutzen. Dies zeigt sich etwas stärker unter den deutschen Frauen. Alle anderen Antwortmöglichkeiten wurden nur selten angekreuzt.

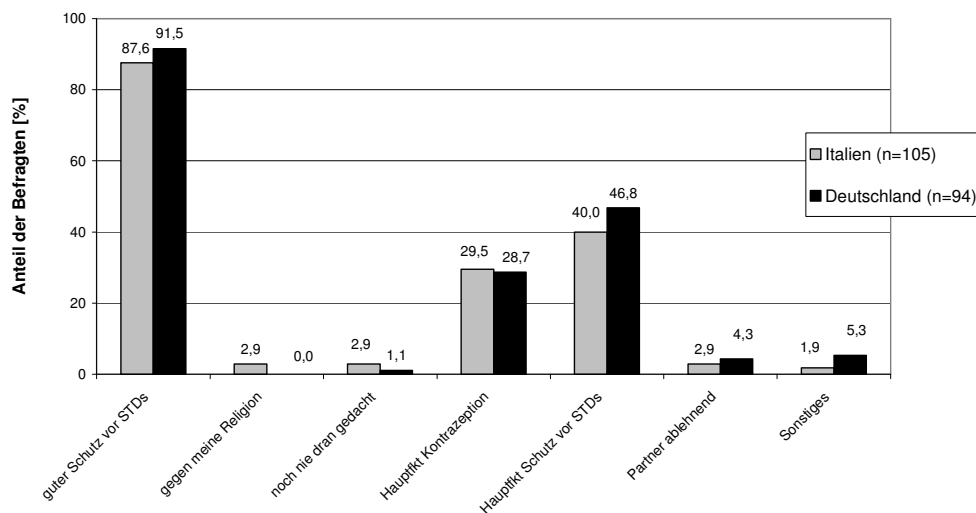


Abb. 21: Einstellungen gegenüber Kondomen, Antwortmöglichkeiten vorgegeben

3.3.6.3 Kondomgebrauch mit neuem Partner

Die folgenden Fragen zum Gebrauch von Kondomen wurden nicht von denjenigen beantwortet, die noch nie Geschlechtsverkehr hatten.

„Benutzen Sie in der Regel mit einem neuen Partner Kondome?“

Rund 60% der Befragten in beiden Ländern benutzen eigenen Angaben zufolge mit einem neuen Partner immer Kondome, ohne dass hier ein klarer Unterschied zwischen den Gruppen auszumachen wäre (s. Abb. 22). Ein knappes Viertel der Italienerinnen benutzt „meistens“ Präservative, in Deutschland sind dies ca. fünf Prozent mehr. „Gelegentlich“ antworteten nur 11,3% in Italien und 3,6% in Deutschland, „nie“ immerhin noch fünf bzw. sechs Prozent in Italien bzw. Deutschland. Insgesamt sind die Angaben zum Kondomgebrauch in beiden Ländern also sehr ähnlich.

Die Unterscheidung nach Altersgruppen lässt hier kein klares Muster erkennen (s. Tab. 9).

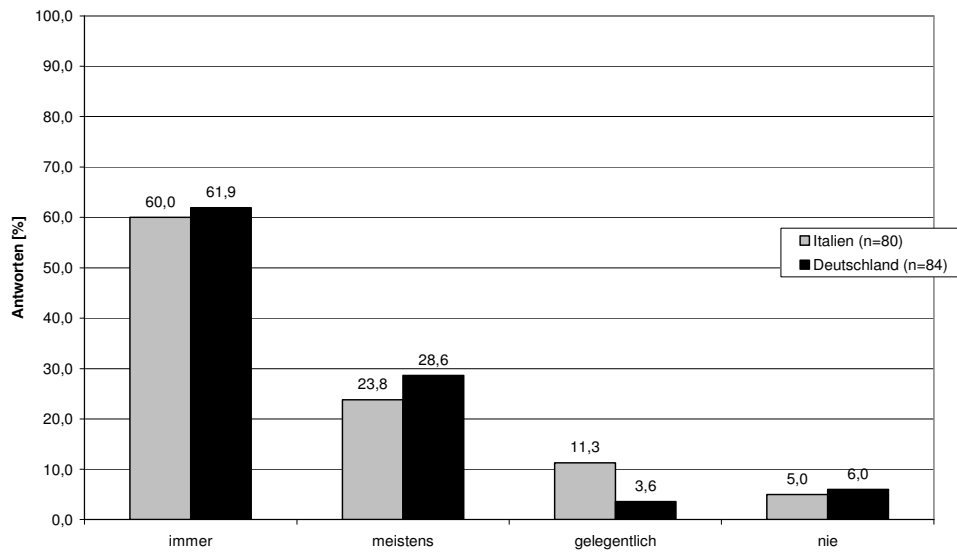


Abb. 22: Frequenz des Kondomgebrauchs mit neuem Partner

Tab. 9: Frequenz des Kondomgebrauchs mit neuem Partner in Abhängigkeit vom Alter

		Kondome mit neuem Partner?							
		immer		meistens		gelegentlich		nie	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Italien	14-19	5	45,5	6	54,5	0	0	0	0
	20-29	23	60,5	9	23,7	6	15,8	0	0
	30-39	12	60	4	20	2	10	2	10
	40-59	6	85,7	0	0	0	0	1	14,3
	k.A.	2	50	0	0	1	25	1	25
	Gesamt	48	60	19	23,8	9	11,3	4	5
Deutschland	14-19	8	57,1	4	28,6	0	0	2	14,3
	20-29	25	67,6	9	24,3	0	0	3	8,1
	30-39	7	50	4	28,6	3	21,4	0	0
	40-59	6	54,5	5	45,5	0	0	0	0
	k.A.	6	75	2	25	0	0	0	0
	Gesamt	52	61,9	24	28,6	3	3,6	5	6

„Wenn ja, weil Sie selbst, weil beide, oder weil der jeweilige Partner daran denkt?“

In beiden Ländern achtet dabei, sofern Kondome benutzt werden, anscheinend nur selten allein der Partner auf den Gebrauch (nur 5,3% der Frauen in Italien und 1,2% derer in Deutschland berichteten dies). In Deutschland werden demnach Kondome vor allem verwendet, weil die Frau daran denkt (63,4% der Fälle, Ngesamt=82), in Italien gaben die Frauen hingegen zu fast 83% an, gemeinsam mit ihrem Partner darauf achten (Ngesamt=76).

Entsprechend weniger Frauen in Italien als in Deutschland erklärten, immer auf den Gebrauch von Kondomen zu bestehen, wenn ihr Partner nicht von alleine eines benutzt (68,3% gegenüber 56,3%). Doch ist dieses Ergebnis angesichts des niedrigeren Anteils der Frauen, die mit neuen Sexualpartnern immer Präservative benutzen, kritisch zu bewerten.

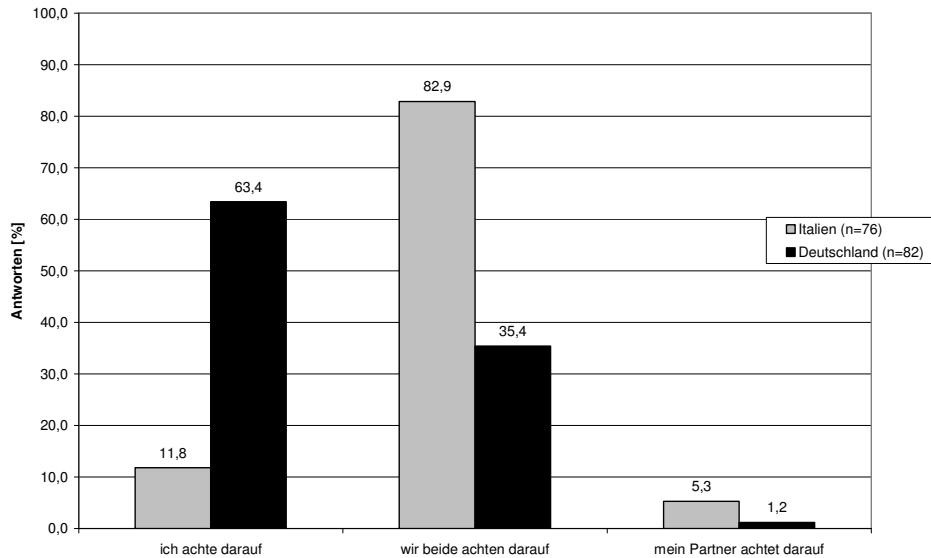


Abb. 23: Zuständigkeit für Kondomgebrauch in der Partnerschaft

„Wenn ihre Antwort nicht ‚immer‘ war, aus welchen Gründen benutzen Sie ggf. keines?“

Eine weitere offene Frage untersuchte die persönlichen Motive, die gegen regelmäßigen Kondomgebrauch mit neuen Partnern sprechen. Nur 26 italienische und 22 deutsche Frauen haben diese beantwortet, die Ergebnisse sind in Tabelle 10 zusammengefasst, wegen der niedrigen Fallzahlen sind nur die absoluten Antworthäufigkeiten dargestellt.

Tab. 10: Gründe, die gegen Kondomgebrauch mit neuem Partner sprechen

		Befragungsland		Differenz It-D
		Italien	Deutschland	
Warum ggf. ohne Kondom?	Treue	5	4	1
	Vertrauen	9	5	4
	Nachlässigkeit	4	9	- 5
	erstes Mal	0	2	- 2
	Wunsch meines Partners	3	1	2
	andere Verhütungsmittel	1	0	1
	vorher Test	0	1	- 1
	es ist schöner ohne	2	0	2
	Sonstiges	2	0	2
	Gesamt		26	22

3.3.6.4 Kondomgebrauch mit festem Partner

„Benutzen Sie in der Regel mit einem festen Partner Kondome?“

Mit festen Partnern wurden seltener Kondome gebraucht, wobei hier deutlichere Unterschiede zwischen Italienerinnen und Deutschen bestanden. Die Italienerinnen benutzten dem Ergebnis dieser Frage zufolge etwa dreimal so häufig immer mit ihrem festen Partner Präservative wie die deutschen Teilnehmerinnen (34,5% gegenüber 11,8%). 40% der Deutschen und damit der größte Anteil gab hingegen an, in festen Beziehungen keine Kondome zu benutzen. In Deutschland verhielt sich die Anzahl der Antworten grob umgekehrt proportional zur Frequenz des Kondomgebrauchs mit festen Partnern. In Pavia hingegen fiel der jeweilige Anteil von „immer“ über „meistens“ bis „gelegentlich“, stieg dann aber mit „nie“ wieder an, hier wählten im Gegensatz zu Bonn nur gut ein Viertel und damit der zweitgrößte Anteil diese Antwortmöglichkeit aus (s. Abb. 24).

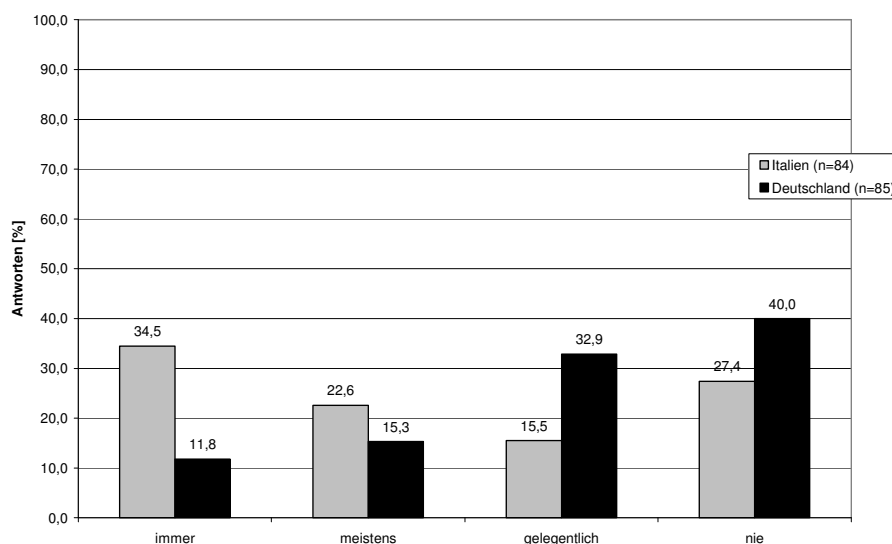


Abb. 24: Kondomgebrauch mit festem Partner

Abhängigkeit des Kondomgebrauchs mit festem Partner vom Alter

Anders als beim Kondomgebrauch mit neuen Partnern war das Alter der Befragten hier anscheinend z.T. mit dem Verhalten korreliert: Nach Altersgruppen aufgeteilt wuchs der Anteil derer, die niemals ein Kondom mit einem festen Partner verwenden, in Italien relativ stetig mit dem Alter an. In Deutschland war dieses Verhältnis weniger regelmäßig, auch hier wuchs zwar die Frequenz der „Nie“-Antworten von der jüngsten Altersklasse bis zu der der 30–39, fiel aber in der ältesten wieder ab.

Noch unklarer ist die Korrelation des Alters mit den „Immer“-Antworten in Deutschland. In Italien fiel der Anteil dieser Antworten von knapp 55% unter den Jüngsten bis zu knapp 15% bei den 30-39-Jährigen, stieg dann in der letzten Altersklasse aber wieder auf 49% an.

Tab. 11: Abhängigkeit des Kondomgebrauchs mit festem Partner vom Alter

		immer		meistens		gelegentlich		nie		Gesamt N
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Italien	14-19	6	54,5	1	9,1	3	27,3	1	9,1	11
	20-29	15	38,5	10	25,6	5	12,8	9	23,1	39
	30-39	3	14,3	8	38,1	3	14,3	7	33,3	21
	40-59	4	40,0	0	0,0	1	10,0	5	50,0	10
Deutschland	14-19	1	10,0	3	30,0	5	50,0	1	10,0	10
	20-29	2	4,8	8	19,0	15	35,7	17	40,5	42
	30-39	2	10,5	1	5,3	5	26,3	11	57,9	19
	40-59	1	12,5	1	12,5	3	37,5	3	37,5	8

„Wenn nie oder gelegentlich, warum nicht?“

Die Gründe, niemals oder nur gelegentlich Kondome mit einem festen Partner zu benutzen (gefragt waren nur die Frauen, die in der vorhergehenden Frage eben diese Antworten gegeben hatten), wurden mit vorgegebenen Antwortmöglichkeiten, von denen mehrere ausgewählt werden konnten, erfragt. Demnach verliess sich die Mehrheit unter diesen Frauen auf den Glauben, sie selbst und ihr Partner seien venerologisch gesund: Rund 74% in Italien (n=31, Ngesamt=42) und 60% in Deutschland (n=37, Ngesamt=62) kreuzten „Ich glaube nicht, dass ich oder mein Partner irgendwelche Geschlechtskrankheiten haben“ an. In Deutschland erklärte allerdings eine fast ebenso große Anzahl (n=33, 53,2%), dass sowohl sie selbst als auch ihr Partner auf HIV getestet worden seien; darunter waren auch 13 von den Frauen, die „glauben“, keine Geschlechtskrankheiten zu haben. In Italien kreuzten nur knapp 17% (n=7) diese Antwortmöglichkeit des beiderseitigen Tests an. Die Italienerinnen nannten zudem zu jeweils knapp 17% (n=7) „Ein Kondom stört das Gefühl“, „Ich weiß, dass mein Partner lieber keins benutzt“ und „umständlich“. Die Deutschen fanden im Vergleich dazu zu einem größeren Prozentsatz Kondome störend (35,5%, n=22) und „umständlich“ (24,2%, n=15), zu einem kleineren Anteil verhinderte ein unwilliger Partner den Gebrauch (8,1%, n=5). Die restlichen vorgegebenen Gründe fielen in beiden Gruppen bei unter 10% der Befragten ins Gewicht, „Unangenehm in der Anschaffung“ wurde von niemandem genannt (s. Tabelle 12).

Tab. 12: Gründe, die gegen Kondomgebrauch mit festem Partner sprechen

		Italien	Deutschland	Δ It - D
beide HIV-getestet	Anzahl	7	33	
	%	16,7	53,2	- 36,5
ich glaube, wir sind gesund	Anzahl	31	37	
	%	73,8	59,7	14,9
Kondom stört das Gefühl	Anzahl	7	22	
	%	16,7	35,5	-18,8
mein Partner will nicht	Anzahl	7	5	
	%	16,7	8,1	8,6
zu teuer	Anzahl	1	5	
	%	2,4	8,1	5,7
umständlich	Anzahl	7	15	
	%	16,7	24,2	-7,5
unangenehm, Partner zu fragen	Anzahl	1		
	%	2,4		2,4
Anschaffung unangenehm	Anzahl	0	0	
	%			
Sonstiges	Anzahl	4	5	
	%	9,5	8,1	1,4
Gesamt	Anzahl	42	62	
	Spalten %	100	100	

3.3.7 Das Alter beim ersten Geschlechtsverkehr

Das durchschnittliche Alter beim ersten Geschlechtsverkehr differierte nur unwesentlich zwischen den beiden Ländern. Es liegt bei 18,1 Jahren in Italien und 17,6 in Deutschland, der Median ist in beiden Gruppen 17 Jahre. Das jüngste genannte Alter war in Italien 13, das höchste 32 Jahre. In Deutschland lagen das Minimum bei 11 und das Maximum bei 29 Jahren. Die Aufteilung nach Altersgruppen zeigte in beiden Ländern ein niedrigeres Durchschnittsalter beim ersten Geschlechtsverkehr in den jüngeren beiden Altersgruppen (14–29 Jahre) als unter den Älteren (s. Tab. 13). Vor allem zeichnete sich ein Sprung zwischen der ersten und zweiten sowie der zweiten und dritten Gruppe ab (von in Italien jeweils zwei Jahren, in Deutschland von zwei und dann von einem Jahr). Dabei ist allerdings anzumerken, dass in der jüngsten Altersgruppe diejenigen, die noch keinen Geschlechtsverkehr hatten, und somit möglicherweise ein höheres Alter als den hier vorliegenden Durchschnitt angeben würden, nicht an der Frage teilgenommen haben, die Antworten der selben Jahrgänge würden also in zehn Jahren wahrscheinlich einen höheren Durchschnitt ergeben.

Der Trend zum höheren Durchschnittsalter in älteren Generationen ließ sich beim Vergleich der 30–39-Jährigen mit den 40–59-Jährigen nicht feststellen: In Italien lag der Durchschnitt in beiden Gruppen bei 19,7 Jahren, in Deutschland derjenige der ältesten Gruppe mit 18,4 Jahren

sogar unter dem Durchschnittsalter der 30–39-Jährigen, das 18,9 Jahre betrug. Zwischen diesen älteren unter den Frauen findet sich auch der einzige Unterschied im Ländervergleich, die älteren Jahrgänge in Bonn haben anscheinend rund ein Jahr früher erstmals Geschlechtsverkehr gehabt als diejenigen aus Pavia.

Tab. 13: Durchschnittsalter beim ersten Geschlechtsverkehr differenziert nach Altersgruppen

			Durchschnittsalter	n der Antworten
Italien	Altersgruppen	14-19 J.	15.6	10
		20-29 J.	17.5	38
		30-39 J.	19.7	21
		40-59 J.	19.7	11
		Gesamt	18.2	80
Deutschland	Altersgruppen	14-19 J.	15.5	11
		20-29 J.	17.4	39
		30-39 J.	18.9	19
		40-59 J.	18.4	8
		Gesamt	17.6	77

3.3.8 Die Anzahl der bisherigen Sexualpartner

In Deutschland (Mittelwert 5,9) hatten die Frauen durchschnittlich zwei Sexualpartner mehr als in Italien (Mittelwert 3,9). Die Mediane unterscheiden sich hingegen nur um eins (4 in Deutschland und 3 in Italien). Die höchste Anzahl an Partnern war in Italien 40, in Deutschland 30.

Die bisherige Anzahl der Sexualpartner einer jeden Frau ist auch abhängig von ihrem Alter, ist es doch wahrscheinlich, dass eine 30-Jährige in ihrem Leben mehr Partner als eine 18-Jährige gehabt hat. Da diese Frage nicht auf einen bestimmten Zeitraum eingegrenzt war (beispielsweise „im letzten Jahr“) ist es hier also besonders wichtig, die Altersgruppen gesondert zu betrachten.

Demnach steigt die Anzahl der Partner in Deutschland von der jüngsten bis zur ältesten Gruppe, in Italien hingegen gaben die ältesten Jahrgänge eine geringere Partnerzahl an als die 30–39-Jährigen (s. Tabelle 14).

Eine höhere durchschnittliche Partnerzahl unter den Deutschen gegenüber den Italienerinnen fand sich in allen Altersgruppen. Die Differenz beträgt minimal 1,1 bei den 30–39-Jährigen und maximal 5,3 bei den 40–59-Jährigen.

Der Unterschied zwischen o.a. Mittelwerten und den Gesamtdurchschnittswerten der Tabelle 14 ergibt sich aus den in der Tabelle fehlenden Daten derjenigen, die kein Alter angegeben haben.

Tab. 14: Durchschnittliche Anzahl an bisherigen Partnern nach Altersgruppen

			Anzahl Partner	
			Durchschnitt	n der Antworten
Italien	Altersgruppen	14-19	2.8	10
		20-29	3.3	33
		30-39	6.0	20
		40-59	3.9	13
		Gesamt	4.0	76
Deutschland	Altersgruppen	14-19	4.1	11
		20-29	5.0	38
		30-39	7.1	18
		40-59	9.2	6
		Gesamt	5.7	73

3.3.9 Alkohol- und Drogenkonsum

Diese Fragen zielten auf die Erforschung von Risikoverhalten im Sinne von Herabsetzen der Schwelle zu riskantem Sexualverhalten oder die Bereitschaft zu riskantem Verhalten insgesamt, weniger auf die Übertragung durch unsterile Nadeln im Falle von Drogenkonsum.

3.3.9.1 „Haben Sie schon einmal Drogen zu sich genommen, inklusive leichter Drogen wie Haschisch oder Marihuana?“

Den Antworten der Befragten zufolge war der Anteil derjenigen, die noch keine eigenen Erfahrungen mit Drogen gesammelt haben, in Italien mit 65% etwas größer als in Deutschland (60%). Vor allem scheinen mehr Deutsche Drogen „probiert“ zu haben, da 22% von ihnen gegenüber 15% der Italienerinnen mit „einige Male“ antworteten. Unter den Frauen, die häufig oder regelmäßig in irgendeiner Form Drogen konsumierten, nahmen allerdings die Italienerinnen mit 11,6% den größeren Anteil ein, in Bonn kreuzten nur 6,4% diese beiden Antwortmöglichkeiten an.

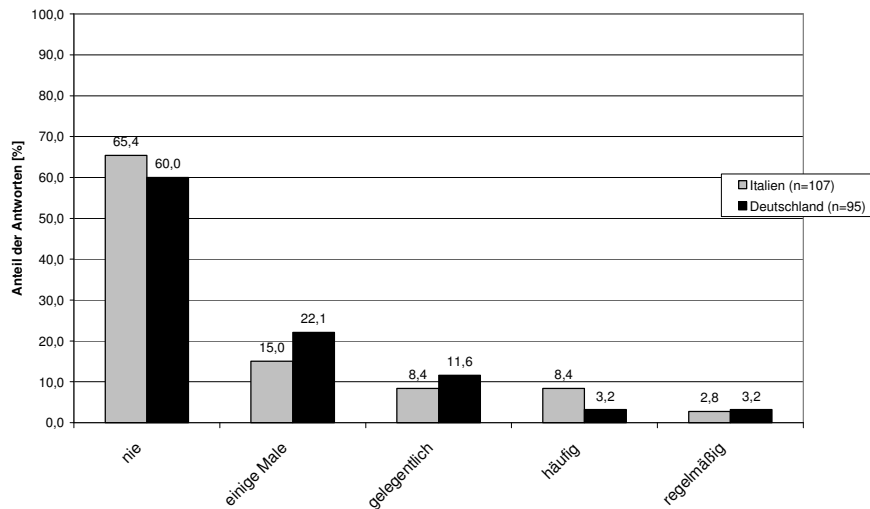


Abb. 25: Frequenz von Drogenkonsum

Welche Substanzen?

In den meisten Fällen beschränkte sich der Konsum dabei auf Marihuana und Haschisch, 73% der Antworten in Pavia und 84% derer in Bonn nannten diese Substanzen (Ngesamt=37 in Italien und 38 in Deutschland, Mehrfachantworten waren möglich). Jeweils drei Italienerinnen nannten Kokain und Poppers¹⁶, in Deutschland waren das nur zwei für Kokain und eine für Poppers. Dafür erklärten sechs Frauen in Bonn, Gebrauch von Amphetaminen (Speed, Pep, Ecstasy) gemacht zu haben, in Pavia nur zwei. Des Weiteren wurde von einer Italienerin und zwei Deutschen LSD genannt. Zehn der italienischen und fünf der deutschen Frauen, die in der vorhergehenden Frage erklärt hatten, Drogen zumindest schon einmal ausprobiert zu haben, machten keine Angabe zur Art der konsumierten Substanzen. Heroin als intravenös zu applizierende Droge wurde nur von einer (deutschen) Frau erwähnt.

Abhängigkeit der Frequenz ungeschützten Geschlechtsverkehrs von Drogengebrauch

Untersucht man die mögliche Verbindung zwischen riskantem Sexualverhalten und Drogengebrauch, so zeigt sich in Italien anscheinend eine eindeutigere Korrelation: Diejenigen, die noch niemals Drogen konsumiert haben, gaben am häufigsten an, mit einem neuen Partner immer Kondome zu benutzen. Mit steigender Frequenz des Drogenkonsums fiel hier die des ständigen Kondomgebrauchs (s. Abb. 26). Die sich abzeichnende höhere Frequenz von 'safer sex' in der Untergruppe der regelmäßigen Drogenkonsumenten kam, wegen des sehr kleinen n's dieser Untergruppe, durch eine einzige „Immer Kondome“-Antwort zustande.

¹⁶ Poppers: Gruppe von kurzfristig vasodilatatorisch wirkenden Substanzen (Amylnitrit, Butylnitrit, Isobutylnitrit) zur Inhalation. Ihnen wird eine aphrodisierende und schmerzhemmende Rauschwirkung zugeschrieben.

In Deutschland lässt sich hier kein linearer Zusammenhang erkennen. So erklärten diejenigen, die noch niemals in Kontakt mit Drogen gekommen sind, am seltensten, mit einem neuen Partner immer Präservative zu verwenden. Insgesamt beschreibt hier die Kurve einen Zick-zack-Kurs (s. Abb. 26).

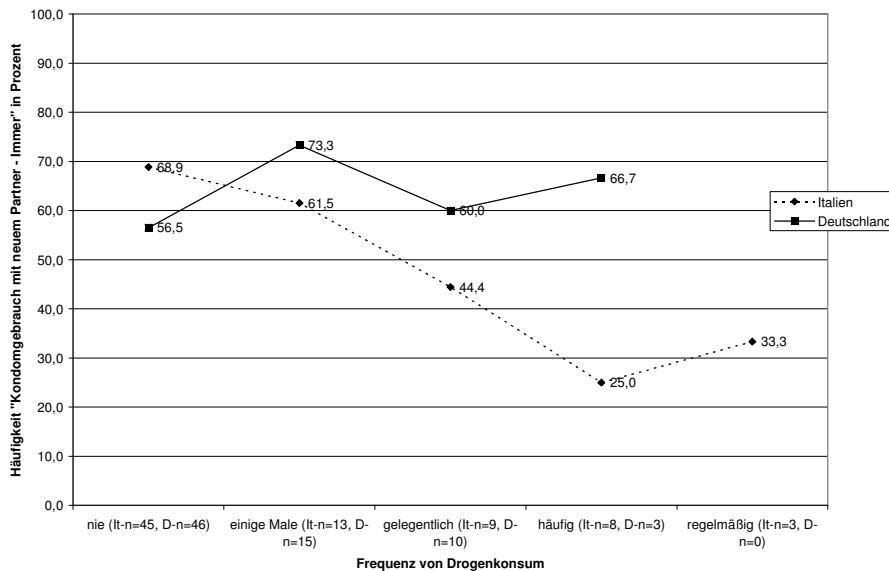


Abb. 26: Korrelation von Frequenz des Drogenkonsums und ständigem Kondomgebrauch mit neuem Sexualpartner

3.3.9.2 „Kommt es vor, dass Sie, bewusst oder unbewusst, im Laufe eines Abends betrunken werden?“

Auch wenn die Deutschen den Ergebnissen dieser Frage nach deutlich häufiger alkoholische Getränke bis zur Betrunkenheit konsumieren (nur ein Fünftel gab an, nie betrunken zu sein, unter den Italienerinnen waren das fast die Hälfte), bestand in keinem der beiden Länder ein sichtbarer Zusammenhang zwischen Alkohol und ständigem Kondomgebrauch mit neuen Partnern.

3.3.10 Informationskampagnen zu HIV/AIDS

3.3.10.1 „Woher beziehen Sie vor allem Ihr Wissen über AIDS, seine Ansteckungswege und wie man sich davor schützt?“ (Mehrfachnennungen möglich)

Bei dieser Frage offenbarten sich einige Unterschiede bezüglich des Ursprungs von Wissen zu AIDS. Die Italienerinnen entnahmen hiernach ihre Informationen hauptsächlich den Massenmedien – in Form von Rundfunkspots, Rundfunkreportagen und Artikeln in Zeitungen und Zeitschriften: Je rund 60% der Frauen in Pavia wählten diese Antwortmöglichkeiten aus. Informationsbroschüren erreichten knapp 36%, Aufklärung in der Schule stand mit 33% an

fünfter Stelle. Diese war hingegen anscheinend für die Deutschen die wichtigste Informationsquelle, mit 57% entfiel der größte Teil der Antworten auf sie. An zweiter Stelle standen hier Artikel in Zeitungen und Zeitschriften mit rund 53%, mit einigem Abstand folgten Infobroschüren (38,7%) und Rundfunkreportagen (35,5%). Deutlich mehr Deutsche als Italienerinnen konsultierten zudem das Internet auf der Suche nach Informationen: 24,7% gegenüber 12,6%. Auch Plakate haben hier mit 16,1% einen größeren Einfluss als in Italien (7,8%).

„Informationsstände, Benefizkonzerte, Themenabende in Diskotheken etc.“ als personal-kommunikative Maßnahmen wurden wiederum mit fast 10% mehr von den Italienerinnen angekreuzt, nur gut 2% in Deutschland wählten diese Kategorie.

Unter „Sonstiges“, sofern weiter ausgeführt, wurden vor allem Studium und Beruf als Hauptinformationsquellen genannt.

„Können Sie diese Informationsquelle näher beschreiben?“

Nur wenige kamen der Aufforderung nach, ihre Informationsquelle näher zu beschreiben, nämlich 27 Frauen in Pavia und 36 in Bonn, wobei auch diese ihre Beschreibung eher stichwortartig formulierten, und häufig auf den Inhalt eingingen, ohne die Quelle noch mal zu benennen. Die meistgenannten Quellen waren in Italien Aufklärung in der Schule, Spots im Rundfunk und personalkommunikative Maßnahmen wie Infostände und Themenabende. In Deutschland wurde ebenfalls am häufigsten die Schule erwähnt, gefolgt von Artikeln in Zeitungen und Zeitschriften und Inhalten von Studium und Ausbildung.

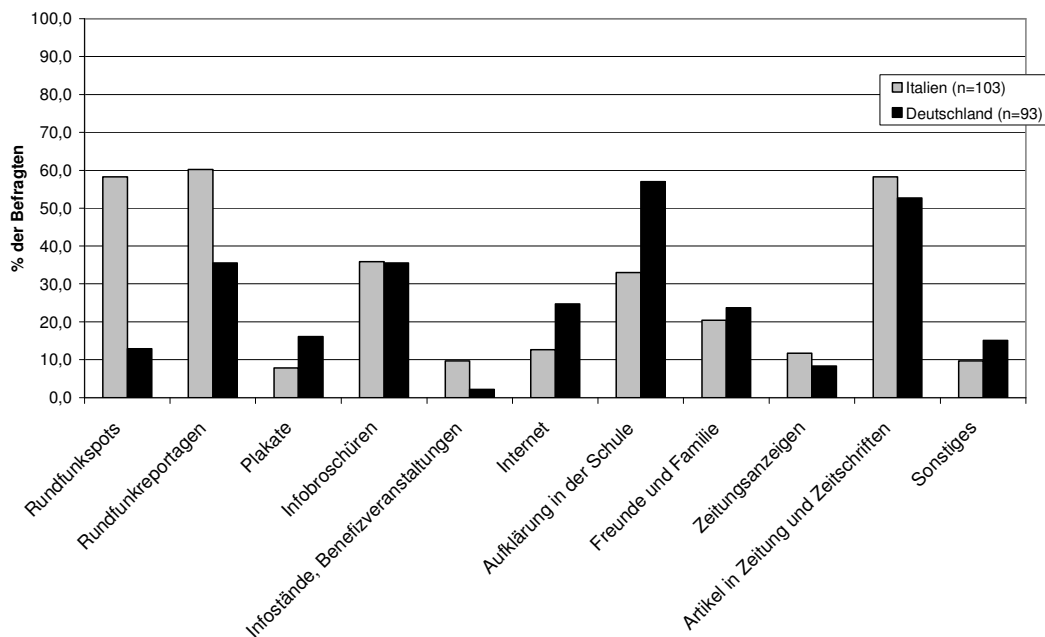


Abb. 27: Hauptinformationsquellen zu HIV/AIDS

Abhängigkeit des Wissens von Informationsquellen

Um einen Hinweis zu erhalten, ob bestimmte Informationsquellen einen höheren Wissenstand in der Bevölkerung erreichen als andere, wurden in einer Kreuztabelle die Prozentzahlen der richtigen Antworten zu den Infektionswegs-Wissensfragen (s. Abschnitt 3.3.1) den verschiedenen Medien zugeordnet. Die Frage lautete also: Geben diejenigen, die das Medium X als eine ihrer Hauptinformationsquellen nennen, häufiger richtige Antworten bezüglich der Übertragungswege von HIV als diejenigen, die ihre Informationen hauptsächlich von dem Medium Y beziehen? Dazu wurden für jedes Medium die Anteile derer (in Prozent), die die einzelnen Wissensfragen richtig beantwortet hatten, addiert und sodann durch die Anzahl der Fragen geteilt, um eine Quote der richtigen Antworten pro Medium zu erhalten und eine Rangfolge der Medien erstellen zu können.

Bei sehr unterschiedlichen Stichprobengrößen (je nach dem, wie viele Frauen das jeweilige Medium genannt hatten) zeigten sich insgesamt keine deutlichen Unterschiede, in Italien erreichte mit 91,67% den höchsten Gesamtprozentsatz an richtigen Antworten die kleine Untergruppe derer, die „Plakate“ angekreuzt hatten (n=8), an zweiter Stelle folgten „Infobroschüren“ (n=37, 88,07% richtige Antworten), „Freunde und Familie“ an dritter (n=21, 87,7% richtige Antworten). An zehnter und letzter Stelle stehen „Zeitungsartikel“ (n=60, 83,5% richtige Antworten).

Die entsprechenden Ergebnisse in Deutschland verlaufen nicht parallel zu den italienischen: Das beste Ergebnis in den Wissensfragen erzielte die Gruppe, die „Rundfunkspots“ ausgewählt hatten (n=12, 86,8% richtige Antworten), gefolgt von „Schule“ (n=53, 84,1% richtige Antworten) und „Infobroschüren“ (n=36, 84,02% richtige Antworten). Das schlechteste Ergebnis (abgesehen von „Infostände“, das nur von zwei Frauen angekreuzt wurde) erzielte demnach „Plakate“ (n=15, 80,55% richtige Antworten).

Abhängigkeit des Kondomgebrauchs von Informationsquellen

Auch der Versuch, eine Verbindung zwischen genannten Informationsquellen und ständigem Kondomgebrauch mit neuem Partner herzustellen, um die Effektivität dieser Quellen bezüglich des Vermeidens von Risikoverhalten zu überprüfen, erzeugte kein klares Bild. Die einzige Informationsquelle, die in beiden Ländern von Frauen genannt wurde, die zu über 60% immer Kondome mit neuen Partnern verwendeten, war die Schule. In Deutschland waren Quoten von über 60% ständigem Kondomgebrauchs zudem unter den Frauen zu verzeichnen, die „Rundfunkspots“, „Infobroschüren“, „Internet“, „Freunde und Familie“ und/oder „Zeitungsanzeigen“ als Quellen benannten, wobei die niedrigen Fallzahlen bei einigen dieser Kategorien beachtet werden müssen (s. Abb. 27, die unter der x-Achse angegebenen N's bezie-

hen sich auf die Gesamtzahlen derjenigen, die die jeweiligen Medien angaben), die höchste Quote darunter erreichte „Freunde und Familie“ mit gut 73%. Der Gesamtdurchschnitt für ständigen Kondomgebrauch lag bei knapp 62%.

In Italien, wo das Gesamtergebnis für ständigen Kondomgebrauch mit neuen Partnern nur unwesentlich niedriger lag, erreichten die „Schule“ und „Zeitungsartikel“ in der Zuordnung zur Frequenz des Kondomgebrauchs Werte knapp oberhalb des Gesamtdurchschnitts, wobei gerade bei „Zeitungsartikel“ das niedrige n beachtet werden muss.

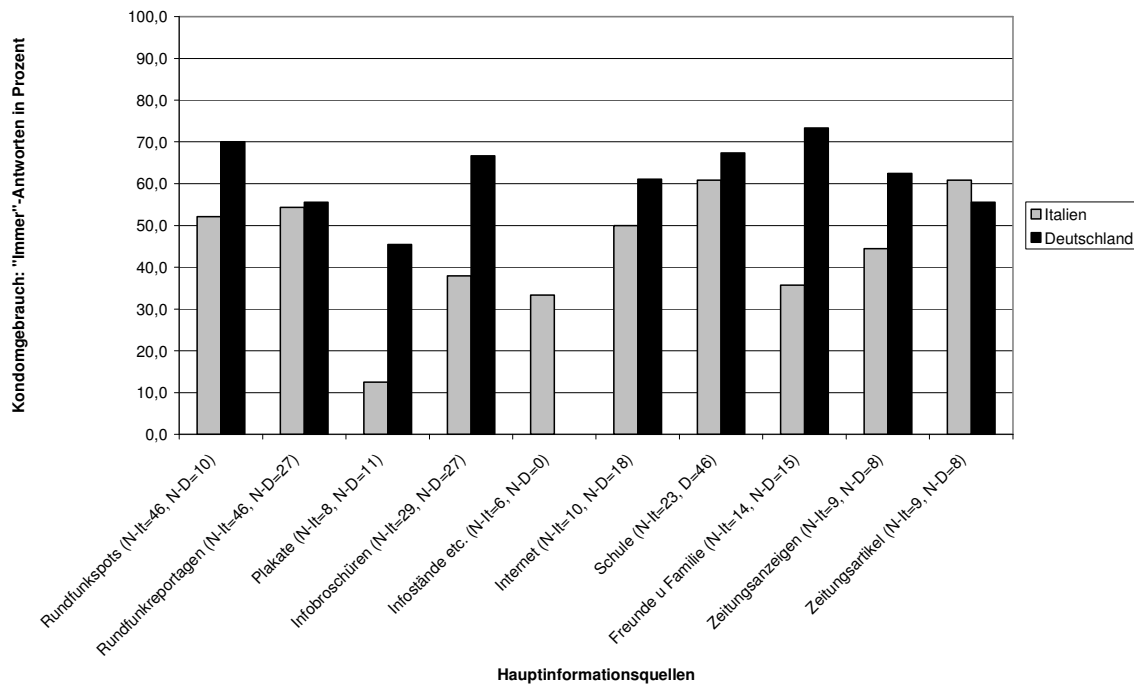


Abb. 28: Frequenz des Kondomgebrauchs mit neuem Partnern in Funktion der Hauptinformationsquellen

3.3.10.2 „Hat sich die Aufklärungskampagne ihrer Meinung nach in den letzten Jahren geändert? Wenn ja, wie?“

Die Antworten zu dieser offenen Frage wurden im Nachhinein in drei Kategorien eingeteilt: Die Kampagne im jeweiligen Land ist nach Meinung der Befragten in den letzten Jahren

1. besser/mehr/frequenter geworden
2. unverändert geblieben oder
3. schlechter/weniger geworden.

Demnach ist nach Einschätzung des größten Anteils der Italienerinnen (knapp 40%) die Entwicklung der Kampagne der ersten Kategorie zuzuordnen, wurde also insgesamt als positiv wahrgenommen, während der größte Teil der Frauen in Bonn glaubte, eine negative Entwick-

lung feststellen zu können (44,2% der Antworten waren der dritten Kategorie zuzuordnen). Nur knapp ein Viertel der Deutschen war vom Gegenteil überzeugt, während ebenfalls knapp ein Viertel der Italienerinnen eine negative Entwicklung zu verzeichnen meinte. Der Rest der Befragten fand, die Kampagnen haben sich in Umfang und Qualität nicht auffallend verändert.

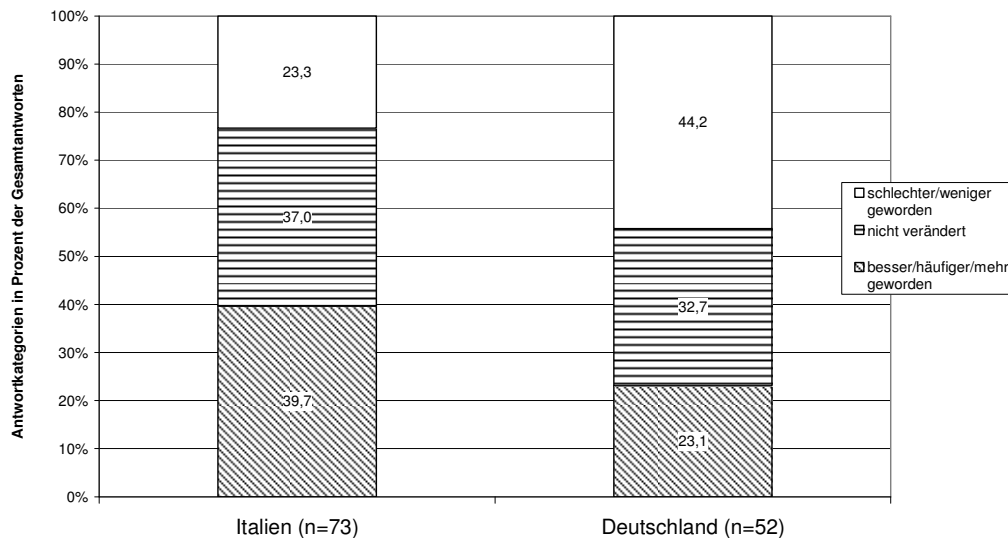


Abb. 29: Einschätzung der Entwicklung der AIDS-Informationskampagne im eigenen Land

3.3.10.3 „An wen würden Sie sich für Informationen über AIDS/HIV wenden?“

Auch diese Frage gab keine Antwortmöglichkeiten vor, Mehrfachnennungen waren also möglich. In beiden Ländern nannte die Mehrzahl der Frauen den Arzt als Ansprechpartner für Fragen zum Thema HIV/AIDS, ihr Anteil machte fast dreiviertel der Befragten in Pavia und gut die Hälfte derer in Bonn aus. Keine andere Antwort erreichte eine ähnlich hohe Quote. Die Deutschen nannten zu gut 28% das Internet, zu 21% Hilfsorganisationen wie die Deutsche AIDS-Hilfe o.Ä. und zu 16,5% das Gesundheitsamt. Eltern oder Freunde wurden von unter 10% der Befragten benannt. 2,4% erklärten explizit, nicht zu wissen, an wen sie sich wenden würden.

In Italien spielte das Internet mit 8,4% keine so große Rolle wie in Deutschland (es nimmt mit 8,4% den dritten Rang ein), stattdessen standen an zweiter Stelle „Beratungsstellen und Hilfsorganisationen“ (14,7%). Hier wurde vor allem der „Consultorio“ genannt, was übersetzt Beratungsstelle heißt. Consultori finden sich aber sowohl beim A.S.L., einer dem deutschen Gesundheitsamt ähnlichen Einrichtung, als auch bei Non-Profit-Organisationen, so dass im Gegensatz zu Deutschland keine Trennung zwischen diesen beiden Kategorien vorgenommen

werden konnte. So sind die Antworten, die in Italien unter „Gesundheitsamt“ fehlen, bei „Beratungsstellen und Hilfsorganisationen“ zu suchen, während für Deutschland diese Sparte nur nicht-staatliche Non-Profit-Organisationen beinhaltet (Pro Familia, Caritas und AIDS-Hilfe wurden genannt). Eltern, Freunde und Lehrer kamen nur für Wenige als Ansprechpartner in Betracht (s. Abb. 30).

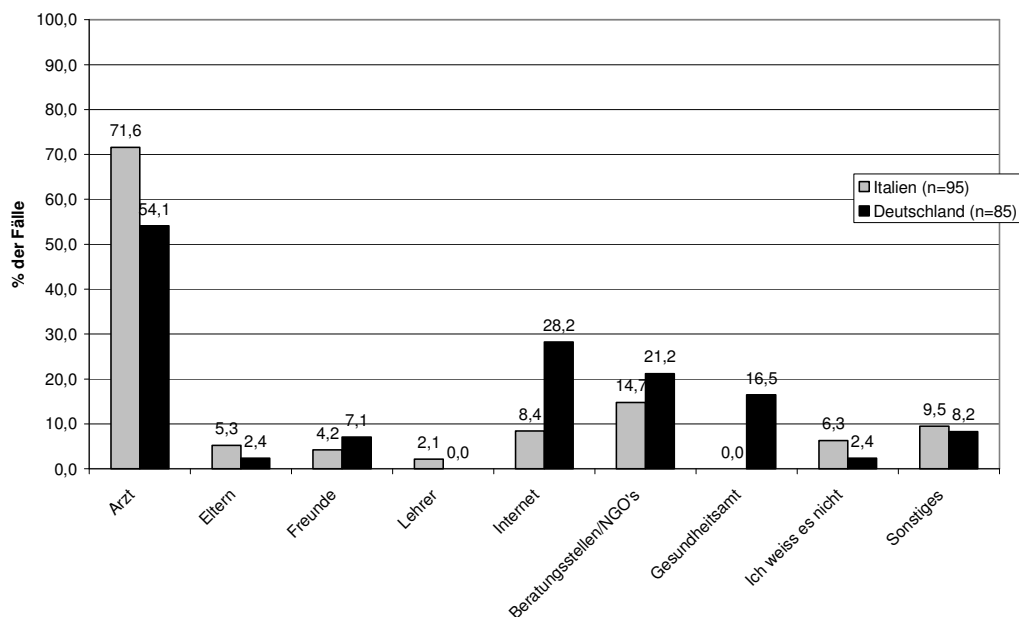


Abb. 30: Ansprechpartner für Informationen über HIV/AIDS

3.3.10.3 „Sprechen Sie in Ihrer Familie oder mit ihren Freunden über AIDS?“

Kein deutlicher Unterschied zwischen den beiden Ländern besteht hinsichtlich der Thematisierung von HIV/AIDS im Freundes- und Familienkreis. Jeweils knapp 60% erklärten, zumindest manchmal oder selten über dieses Thema zu sprechen, „nie“ oder „fast nie“ antworteten demnach je gut 40% (s. Tab. 14).

Tab. 15: Thematisierung von HIV/AIDS im Freundes- und Familienkreis

			Befragungsland		Differenz Δ It - D
			Italien	Deutschland	
Thema mit Familie/Freunden	ja	Anzahl	58	54	-1,3
		%	58,0	59,3	
	nie/fast nie	Anzahl	42	37	
		%	42,0	40,7	
Gesamt	Anzahl	100	91	1,3	
	%	100,0	100,0		

3.3.10.4 „Was würden Sie an der AIDS-Aufklärung in Italien/Deutschland ändern?“

Diese offenen Frage wurde nur von knapp der Hälfte der Befragten beantwortet, Antworten mit „Ich weiß es nicht“ (n=11 in Italien, n=14 in Deutschland) wurden dabei nicht berücksichtigt. Zehn der Italienerinnen erklärten, nichts an der Kampagne ändern zu wollen. Der größte Anteil entfiel auf die allgemeine Aussage, mehr zu tun (die Kampagne weiter verbreiten, vertiefen, kapillärer gestalten). Drei der Italienerinnen und eine Deutsche sprachen sich etwas präziser für eine konstantere Präsenz der Kampagne aus, drei in Italien und acht in Deutschland speziell für mehr Präsenz im Fernsehen. Auf den Inhalt bezogen wurden Vorschläge laut, nach denen die Kampagnen aggressiver, brutaler (eine Frau nannte als Beispiel die Anti-Rauch-Kampagne), direkter, klarer, ohne Tabus oder präziser sein sollte (hier wurde der Wunsch nach statistischen Zahlen genannt, auch nach Informationen über die Therapie), die Aktualität des Problems werde nicht hinreichend klar; es sollten „weniger Theorie, mehr praktische Fälle“ behandelt werden. Auch solle deutlicher werden, dass nicht nur Risikogruppen betroffen sind.

Die Jugend scheint für viele die Hauptzielgruppe von Aufklärungsarbeit zu sein. 15 Frauen in Pavia und 26 in Bonn plädierten für verstärkte Maßnahmen für junge Leute: entweder „mehr in der Schule“, „Pflicht in der Schule“ oder „früher in der Schule beginnen“ oder allgemein „mehr für Jugendliche machen“, z. T. mit konkreten Vorschlägen, wie Kampagnen in Diskotheken).

Eine Italienerin schlug vor, die Kirche um Mithilfe zu bitten; eine Deutsche, den HIV-Test wie die Vorsorgeuntersuchung beim Frauenarzt zu „normalisieren“. Eine weitere Deutsche meinte, man müsse die Jugend zu mehr Treue erziehen (s. Tab. 16).

Tab. 16: Was die Befragten an der AIDS-Aufklärung ihres Landes ändern würden

	Befragungsland		Differenz
	Italien	Deutschland	$\Delta n(I) - n(D)$
Aufklärung zur Pflicht machen	1	1	0
Aggressiver, brutaler	2	1	1
Intensiver, weiter verbreitet	11	16	-5
Direkter, klarer	4	1	3
Konstanter, frequenter	3	1	2
Aktualität klarer herausstellen	4	4	0
Mehr im TV	3	8	-5
Mehr in Printmedien	1	2	-1
Präziser	2	6	-4
Mehr in der Schule	9	17	-8
Früher in der Schule	3	5	-2
Mehr für Jugend	3	4	-1
Keine Tabus	1	3	-2
Kirche um Mithilfe bitten	1	0	1
Nicht nur Risikogruppen	0	2	-2
Kostenlose Kondome verteilen	0	2	-2
Weniger Theorie, mehr praktische Fälle	2	0	2
Mehr Treue	0	1	-1
Nichts	10	0	10
Eingliederung des HIV-Tests in Vorsorge	0	1	-1
Gesamt	52	55	

Gesamtzahlen basieren auf Teilnehmerzahlen, die diese Frage beantwortet haben

4 Diskussion

4.1 Methodische Kritik

Das Ziel dieser Studie ist es, die Effektivität der deutschen AIDS-Präventionskampagne für die weibliche Allgemeinbevölkerung besser beurteilen zu können. Idealerweise käme hierzu ein Vergleich von HIV-bezogenem Wissen, Einstellung und Verhalten eines Querschnitts der deutschen weiblichen Bevölkerung mit einer Kontrollgruppe in Betracht - also mit Menschen, die keinerlei Kontakt zu AIDS-Aufklärungskampagnen gehabt haben, die sonst aber unter den gleichen Bedingungen leben. Denkbar wäre hierzu ein Vergleich mit einem Land, das keine zentral organisierte AIDS-Aufklärung betrieben hat. Ein solches Land findet sich aber unter den Staaten Westeuropas nicht, und ein Vergleich mit Menschen aus anderen Erdteilen würde die Vergleichbarkeit aufgrund zu großer soziokultureller Unterschiede in Frage stellen. Deshalb wurde die Erhebung in Deutschland mit einer solchen in Italien verglichen, einem Land, das nach den Kriterien, die in Abschnitt 2.0 dargelegt sind, eine weniger intensive Aufklärung der breiten Bevölkerung betreibt. So wäre nach der Annahme 'Die AIDS-Präventionskampagne in Deutschland ist erfolgreich' zu erwarten, dass das Ergebnis in Italien tendenziell schlechter ausfällt, wenn auch der Effekt der Kampagne schwer quantifizierbar sein wird.

Doch auch ein Vergleich innerhalb Europas bringt deutliche Unterschiede der kaum messbaren soziokulturellen Rahmenbedingungen mit sich. Erst unter Ausschaltung dieser Differenzen wäre eine klare Sicht auf den Effekt der Kampagnen möglich, haben sie doch zweifelsfrei großen Einfluss auf Einstellungen und Verhalten in der Bevölkerung.

Eine vor allem in Italien wichtige Einflussgröße, deren Agieren und Wirkung hier nicht näher analysiert werden konnte, ist die katholische Kirche. Ihre Haltung zum Einsatz von Kondomen ist allgemein bekannt. Es gibt zahlreiche Hinweise in der Literatur, dass sich die italienische Regierung besonders bei der Gestaltung der AIDS-Prävention von ihr beeinflussen ließ: Nach Owen (1988) bildet die Kirche eine starke Lobby mit deutlichem Einfluss auf den damaligen (von 1988) Gesundheitsminister Donat Cattin, der zunächst die kostenfreie Verteilung von Kondomen und sterilen Nadeln befürwortet hatte, dann aber von dieser Maßnahme absah.

Aloisi et al. (2001) sehen neben dem Widerstand gegen den Kondomgebrauch in Italien auch einen negativen Einfluss des Vatikans auf die Sexualaufklärung in der Schule. Von vielen

Zeitungen seien gleich nach Zeitungsartikeln über *safer sex* oft Interviews mit Oberhäuptern der Kirche abgedruckt worden.

Auch Weilandt (2001) sieht eine Parallele zwischen der restriktiven Interpretation der Richtlinie zur HIV-Prävention Italiens der frühen neunziger Jahre, die sich auf schulische Sexualaufklärung, Kondomgebrauch, und Programme für IVDUs und Prostituierte auswirkte, und der bis heute unveränderten Haltung der katholischen Kirche.

Steffen (1996) weist auf die Rolle der Partei Democrazia Cristiana hin, die seit ihrer Gründung im Jahre 1942 bis zu ihrer Auflösung 1993 an jeder Regierung beteiligt war, fast alle Ministerpräsidenten stellte und vatikannahe Stellungen vertrat. Auch sei die Kirche die einzige moralische Instanz im Land. In diesem Zusammenhang wurde Werbung für Kondome mit außerehelichem Sex assoziiert, wie ein Brief an alle italienischen Haushalte belegt, in dem dargelegt wurde, wie ein 'normales Familienleben' vor jeglicher Gefahr schützt. Homosexualität wurde in diesem Brief unter den Risikofaktoren als letzter genannt.

In Deutschland hat die katholische Kirche weniger Einfluss auf die Politik als in Italien. Die evangelische Kirche unterstützt den liberalen Ansatz der Prävention (Steffen, 1996).

Dieser kirchliche Einfluss wirkt sich aber direkt nur auf die staatliche Kampagne selbst hinsichtlich der Verbreitung von expliziten Präventionsbotschaften aus. Für diese Studie bedeutet dies, dass unter Annahme der Wirksamkeit präventiver Maßnahmen der Unterschied zwischen deutschem und italienischem AIDS-bezogenen Schutzverhalten in Form von Kondomgebrauch noch deutlicher sein sollte. Italien käme so den Eigenschaften einer Kontrollgruppe nahe. Der Einfluss auf den einzelnen Gläubigen ist weniger klar und ein potentieller Störfaktor ('confounder') für die Fragestellung, nach der der Effekt der staatlichen Kampagne auf den Bürger gemessen werden soll, tatsächlich aber ein Gesamtergebnis verschiedener Einflüsse gemessen wird. Spielt hier die Kirche eine Rolle, so wäre ihre Wirkung idealerweise von dem Gesamtergebnis zu subtrahieren. Zu erwarten wäre eine ablehnende Haltung gegenüber Kondomen unter gläubigen Katholiken. Ist diese aber kombiniert mit geringeren Partnerzahlen, würden sich diese negativen Auswirkungen ggf. wieder ausgleichen. In der vorliegenden Befragung fand sich in Italien fast keine Ablehnung von Kondomen aus religiösen Gründen, die Partnerzahlen lagen durchschnittlich um eins niedriger als in Deutschland. Wellings (1994) berichtet darüber hinaus von einer französischen Studie, in der praktizierende Katholiken eher restriktive Maßnahmen wie Isolierung von AIDS-Patienten und obligatorisches Screening der Bevölkerung befürworteten als konfessionslose Teilnehmer. Auch diese Tendenz ließ sich in dieser Studie nicht feststellen, allerdings wurde auch nicht explizit nach Screening und Isolation gefragt. Es bestand nur die Möglichkeit, diese im Rahmen der offenen Fragen nach

Schutzmöglichkeiten vor HIV und Verbesserungsvorschlägen für die AIDS-Prävention zu nennen.

Andere denkbare Einflussgrößen sind die Rolle der Frau und der Stellenwert einer Partnerschaft in der Gesellschaft. Je niedriger der Status der Frau und je abhängiger sie von ihrem Partner ist, desto weniger wird sie eigene Wünsche, z.B. zum Kondomgebrauch, durchsetzen können (Ahlberg et al., 2001; Population Crisis Committee, 1988). Unabhängig von der Gleichberechtigung der Partner spielt auch die Offenheit der Kommunikation innerhalb einer Beziehung und in der Gesellschaft eine Rolle: King (1999) berichtet von verschiedenen Studien über Zielgruppen unterschiedlichster Lebenssituationen und Kulturen, in denen Gespräche mit dem Partner über die sexuelle Vergangenheit, STD's und Kondome mit häufigerem Kondomgebrauch assoziiert waren. Das wurde in dieser Befragung nur teilweise und orientierend mit der Frage „Sprechen Sie in Ihrer Familie oder mit ihren Freunden über AIDS?“ behandelt, zudem wurde die Frage von vielen nicht beantwortet, da sie offen und auf der letzten Seite des Fragebogens gestellt war.

Ebenso kann die gesellschaftliche Akzeptanz oder Ablehnung von 'Seitensprüngen' und flüchtigen Sexualkontakten entsprechendes Verhalten erleichtern bzw. bremsen. Besonders die unmittelbare soziale Umgebung eines Individuums, die 'peer groups', mit denen sich der Einzelne identifiziert, fallen hier soziologischen Theorien nach ins Gewicht (King, 1999).

Solche Feststellungen wurden teilweise in der Kampagnenplanung berücksichtigt - die Gleichstellung der Frau sollte vorangetrieben werden, ein Klima der Akzeptanz geschaffen werden. Es ist aber fraglich, ob die Tatsachen, dass heute mehr Frauen berufstätig sind als zu Beginn der achtziger Jahre und dass sich für viele die Lebensprioritäten weg von Partnerschaft und Familie hin zu Karriere und Selbstverwirklichung verschoben haben, auf die Aufklärungsbemühungen von staatlicher Seite zurückzuführen sind. Möglicherweise ist dieser Wandel des Lebensstils nur die Weiterführung einer schon viel früher begonnenen Modernisierung der Gesellschaft. Auch diese Entwicklung, die sich in verschiedenen Staaten mit unterschiedlicher Geschwindigkeit vollzieht, nimmt also Einfluss auf die Variablen 'Einstellungen' und 'sexuelles Risikoverhalten' und ist bei der Bewertung der Ergebnisse zu berücksichtigen.

Des Weiteren könnte sich die Epidemiologie selbst über die Risikowahrnehmung auf sexuelles Risikoverhalten auswirken. Im Fall von Italien und Deutschland würde so die weitere Verbreitung von HIV und AIDS wegen der höheren Prävalenz in Italien indirekt das Ergreifen von Schutzmaßnahmen begünstigen. Das setzt allerdings voraus, dass die Italiener um die relativ weite Verbreitung der Epidemie in ihrem Land wissen, sei es über die Anti-AIDS-

Kampagne oder über die Bericht erstattenden Medien, was allein angesichts des fehlenden HIV-Surveillance-systems wenig wahrscheinlich ist. Auch die Wahrnehmung der Verbreitung von HIV über häufigere Bekanntschaften mit betroffenen Personen fällt in Pavia nicht mehr ins Gewicht als in Bonn. In der vorliegenden Befragung ist zudem weder die allgemeine Risikowahrnehmung noch die Perzeption des persönlichen Risikos in Italien gegenüber Deutschland erhöht. Auch Wellings fand keinen Zusammenhang zwischen Epidemiologie und Wirksamkeit von Präventionsbotschaften (Wellings, 1994).

Besonders angesichts der Ergebnisse zu den Hauptinformationsquellen in Italien (hier wurden neben den kampagnenassoziierten Rundfunkspots vor allem Rundfunkreportagen und Artikel in Zeitungen und Zeitschriften genannt, siehe Abschnitt 3.3.10.1) sind außerdem die kampagnenunabhängige Meinungsbildung und Information durch die Medien nicht zu vernachlässigen, die je nach Land unterschiedlich ausfallen können.

Nicht zuletzt birgt das Studiendesign als Befragung selbst ein Risiko für die Verfälschung von Ergebnissen. KAPB-Studien basieren auf unkontrollierten Aussagen der Teilnehmer zu eigenem Wissen, Einstellungen und Verhalten, sie haben daher generell das Problem der eingeschränkten Reliabilität und Validität. Einerseits sind die Befragten allein schon aufgrund ihrer freiwilligen Teilnahme und Bereitschaft, über intime Details Auskunft zu geben, nicht repräsentativ für die ganze Bevölkerung. Andererseits kann das der Stichprobe eigene Wissen anhand solcher Studien zwar problemlos erhoben werden, weniger zuverlässig ist aber die Abbildung von Einstellungen und Verhalten, da Aussagen hierzu häufig im Sinne der sozialen Erwünschtheit verfälscht werden (Wellings, 1994).

Besonders schwierig ist der Umgang mit diesen Fehlern im internationalen Vergleich: Hier können Differenzen in der Mentalität die Ernsthaftigkeit und Offenheit bei der Beantwortung der Fragen beeinflussen; konstatierte Unterschiede in den Ergebnissen könnten in Wirklichkeit auf verschiedene Tendenz zur Antwort im Sinne der sozialen Erwünschtheit zurückzuführen sein.

Auch mangelnde Erinnerung an Frageninhalte, z.B. zur Frequenz des Gebrauchs von Präservativen, können bei diesem Studiendesign im Gegensatz zu einem Experiment die Validität verringern.

Die Anwendung eines anonymen Fragebogens, der von den Teilnehmerinnen weitgehend unbeobachtet ausgefüllt werden konnte, sollte die Scham bei der Beantwortung möglichst gering halten, um so die Aufrichtigkeit zu erhöhen. Doch hat ein selbstständig auszufüllender Fragebogen gegenüber einem Interview andere Nachteile: Würden die Fragen von einem In-

interviewer direkt gestellt, könnten Rückfragen zur Formulierung durch die Testperson sofort geklärt werden. Beim alleinigen Ausfüllen auf Papier ist die Hürde dafür anscheinend höher: Obwohl während der Erhebung dieser Untersuchung durch die Anwesenheit einer Studienbetreuerin am Befragungsort die Möglichkeit für Rückfragen bestand, wurde davon von keiner der Teilnehmerinnen Gebrauch gemacht. Außerdem würden im persönlichen Interview wahrscheinlich weniger Fragen übersprungen und keine übersehen werden - ein Problem, das sich in der vorliegenden schriftlichen Befragung hingegen recht häufig fand.

Aufgrund der relativ kleinen Stichproben, den Orten der Befragung und der Auswahl der Teilnehmerinnen kann zudem von den vorliegenden Ergebnissen nicht auf Italien und Deutschland als Ganzes geschlossen werden, es können nur Hinweise auf Unterschiede bzw. Ähnlichkeiten detektiert werden.

Spezielle Mängel des verwendeten Fragebogens, die sich erst während der Durchführung oder Auswertung der Befragung zeigten, waren:

- Der Fragebogen war mit 5,5 Seiten insgesamt zu lang, so dass die Mitarbeit besonders am Ende, wo zudem offene Fragen gestellt wurden, sank.
- Es wurde nicht nach der Verwendung der Pille gefragt. Die Literatur hierzu legt nahe, dass in Italien die Pille seltener eingesetzt wird als in Deutschland (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2000; Santis, 2005), dies könnte teilweise ein Motiv für den Einsatz von Kondomen sein.
- Die Frage nach dem Familienstand (Frage 1.2) wäre besser noch durch die Angabe des derzeitigen Beziehungsstatus ergänzt worden, dadurch hätte das Verhalten von Singles zu demjenigen von Frauen in festen Beziehungen abgegrenzt werden können.
- Um die Anzahl der Sexualpartner miteinander vergleichen zu können, wäre die Frage (Frage 21 des Fragebogens) besser auf einen Zeitraum wie 'im letzten Jahr' eingegrenzt worden.
- Zentrale Inhalte wären besser einzeln abgefragt worden, statt sie in Mehrfachantworten einzubetten, so z.B. die Einstellungen zu Kondomen und ihr vornehmlicher Einsatz als Infektionsschutz oder Kontrazeption.

4.2 Die Bedeutung der einzelnen Komponenten einer KAPB-Studie

Bei der Prävention von HIV geht es um die Reduzierung von Neuinfektionen. Für die allgemeine, heterosexuelle Bevölkerung ist in Abwesenheit einer Impfung hierfür die Aneignung oder Beibehaltung von bestimmten Verhaltensregeln im sexuellen Bereich maßgebend: Entweder der Gebrauch von Kondomen oder die beiderseitige Treue zu einem Partner ggf. nach Durchführung des 'Verlobungstests' (beide Partner lassen zu Beginn ihrer Beziehung einen HIV-Test machen). Jeder einzelne ist dabei individuell gefordert, kein Arzt und keine Institution kann diese Schutzmaßnahmen für die Menschen übernehmen. Das individuelle Verhalten ist also die Endgröße, die die Kampagnen zu beeinflussen suchen, und die bei der Beurteilung vom Erfolg einer Kampagne die stärkste Aussagekraft hat. Die Beeinflussung von Wissen, Einstellungen und Risikowahrnehmung sind hierfür nur Mittel zum Zweck. In mehreren Studien wurde gezeigt, dass beispielsweise besseres Wissen um Übertragungswege noch lange kein dementsprechendes Verhalten nach sich zieht (Spizzichino und Pedone, 2002; Wellings, 1994). Vielmehr gilt es, auch den sozialen Kontext, in den ein Individuum eingebettet ist, zu berücksichtigen, und praktische Fähigkeiten zur Reduktion des Infektionsrisikos zu vermitteln (King, 1999).

Trotz allem ist das Wissen um Infektionswege und Risikosituationen unabdingbare Voraussetzung für verantwortliches Handeln, und deshalb hat die Wissensvermittlung z.B. durch Kampagnen und Wissensabfrage durch Evaluationsstudien ihre Berechtigung. Es macht auch Sinn, als Untersuchungseinheit das Individuum zu wählen, da es in der jeweiligen Risikosituation auf das Verhalten des Einzelnen ankommt, in der Interaktion nur mit seinem oder ihrem Partner, aber außerhalb der direkten Kontrolle sozialer Netzwerke. Bestimmte Normen dieser sozialen Umgebung (ob durch Präventionsarbeit beeinflusst oder nicht) werden sich ebenfalls auf individueller Ebene niederschlagen.

Risikowahrnehmung und persönliche Einstellungen stehen dabei zwischen Verhaltensänderung als Ziel und Information als Kampagnenbestandteilen, da sie durch Informationen (über die Schwere der Krankheit, deren Verbreitung, und ihre Übertragungswege) beeinflusst werden und sich selbst wiederum auf das Verhalten auswirken.

Der Weg zum gewünschten Verhalten beginnt nach der Vorstellung der am weitesten verbreiteten Interventionsmodelle für die Allgemeinbevölkerung also mit Information und Appellen, erzeugt so idealerweise bei den Rezipienten die Wahrnehmung der Gefahr und das Wissen um die Möglichkeiten zum Schutz vor ihr, die Bereitschaft, diese Maßnahmen zu ergreifen und

schließlich die Umsetzung in die Tat. Gleichzeitig soll ein Klima der Solidarität mit von HIV Betroffenen erreicht werden.

In dieser Reihenfolge sollen daher auch die vorliegenden Ergebnisse der Befragung diskutiert werden.

4.3 Die Epidemiologie von HIV

Da der Inhalt dieser Arbeit sich mit der Primärprävention beschäftigt und diese auf eine Senkung der Neuinfektionen mit HIV abzielt, gilt das Augenmerk hier den HIV-Daten und weniger der AIDS-Epidemiologie.

In Deutschland hat sich die HIV-Epidemie weitaus weniger verbreitet als in den massiv betroffenen Regionen Afrikas und Asiens, aber auch im Vergleich zu vielen europäischen Staaten. Mit einer Rate von rund 30 Neuinfektionen auf eine Million Einwohner liegt Deutschland auf einer Rangliste der Länder Westeuropas an drittletzter Stelle, nur Island und Finnland haben eine niedrigere Quote (EuroHIV, 2007).

Die bei weitem am stärksten betroffene Gruppe ist hier mit etwa zwei Drittel der Fälle immer noch die Gruppe der MSM als klassische AIDS-Risikogruppe. Obwohl auch hierzulande die heterosexuelle Übertragung unabhängig von Wohnortgröße, Bundesland und Altersgruppe an Bedeutung gewinnt, zeigt das sich zu den Männern verschiebende Verhältnis der Geschlechter innerhalb dieser Gruppe¹⁷, dass einige Männer sich in Wirklichkeit auf einem anderen Wege infiziert haben. Die tatsächliche Größe dieses Kollektivs liegt also unterhalb der offiziellen Zahlen. Eine anfangs befürchtete eigenständige Epidemie innerhalb der heterosexuellen Bevölkerung ist bisher ausgeblieben. Nach Hamouda et al. (2007) ist diese auch nicht zu erwarten. Denn in Deutschland sind die Risikofaktoren wie hohe Partnerzahlen, hohe Prävalenz anderer sexuell übertragbarer Krankheiten und geringe Kondomverwendungsrate im Prostitutionsbereich wenig ausgeprägt. So reichen die Anzahl der potenziell infektiösen Kontakte nach Hamouda „in Deutschland [...] anscheinend nicht aus, um den ‚kritischen‘ Wert für eine eigenständige Reproduktion der HIV-Epidemie zu übersteigen.“ (Hamouda et al., 2007). Der größte Teil von Frauen mit HIV waren solche, die aus einem Hochprävalenzland stammen und sich vermutlich noch in ihrem Herkunftsland angesteckt haben. Tatsächlich sind die

¹⁷ Das Verhältnis Männer zu Frauen in dieser Gruppe hat sich von 0,98 im Jahr 2000 stetig auf 1,63 im Jahr 2007 erhöht (Robert Koch-Institut, 2008)

Absolutzahlen der weiblichen Neuinfektionen von 2006 bis 2007 um 12% gefallen (Robert Koch-Institut, 2008), weil die Rate der HPL-Infektionen aus bisher ungeklärten Gründen rückläufig ist. Der Frauenanteil ohne HPL an allen Neudiagnosen liegt in Deutschland nur bei etwa 5%. Besonders unter Berücksichtigung der relativen Größen des Kollektivs „heterosexuelle weibliche Allgemeinbevölkerung“ erscheint das Risiko einer Ansteckung als Angehörige dieser Gruppe daher gering.

In Italien ist die – wegen des fehlenden landesweiten HIV-Meldungssystems nur geschätzte – Neuinfektionsrate mehr als doppelt so hoch wie in Deutschland: EuroHIV geht für 2005 von rund 74 HIV-Infektionen pro Million Einwohner aus. Schätzungsweise 0,25% der Bevölkerung leben mit HIV, in Deutschland rund 0,06%. Vor allem aber ist das Profil der Epidemie ein anderes: Während zu Beginn die meisten Übertragungen noch junge Drogenabhängige betrafen, gewann mit der Zeit die sexuelle Übertragung immer mehr an Bedeutung; gleichzeitig stieg auch das durchschnittliche Alter bei der Infektion. Seit einigen Jahren steht nun schon die Infektion durch heterosexuelle Kontakte an erster Stelle. Entsprechend ist auch der Anteil an Frauen höher (und nimmt weiter zu): 2005 lag das Verhältnis Männer zu Frauen bei 2,2. Frauen aus Hochprävalenzländern spielen dabei anscheinend keine so große Rolle wie in Deutschland, da knapp 80 Prozent der AIDS-Inzidenzen der Jahre 2005/06 in Italien geboren sind (zu HIV-Neudiagnosen liegen hierzu keine Informationen vor. Centro operativo AIDS, 2007).

Eine Erklärung für die geringer ausgeprägte homosexuelle Risikogruppe mag die geringe soziale Akzeptanz von Homosexualität liegen. Laut Steffen (1996) haben viele Schwule in Italien Frauen und Kinder, ihre Promiskuität sei geringer als in anderen Ländern.

Die Gründe für die weitere Verbreitung unter der heterosexuellen Bevölkerung bleiben aber unklar.

Wie auch in Deutschland ist in der 'Nicht-Risiko-Gruppe' der heterosexuellen Allgemeinbevölkerung der Zeitpunkt der Diagnose besonders spät im Verlauf der Krankheit; in Italien wird heute die Hälfte aller AIDS-Diagnosen gleichzeitig mit der HIV-Erstdiagnose gestellt. Durch die Unwissenheit um ihren Serostatus stellt dieses Kollektiv eine besondere Gefahr für die Verbreitung des Virus dar (Ministero della salute, 2007).

Durch die höhere Prävalenz, das Profil der am häufigsten Betroffenen und den hohen Anteil an unbewusst Infizierten ist somit das Risiko einer Infektion für Angehörige der Teilpopulati-

on 'heterosexuelle Allgemeinbevölkerung' und speziell der Frauen in Italien deutlich größer als in Deutschland.

Umso wichtiger ist die genaue Erfassung der Verbreitung von HIV in Italien. Besonders angesichts der starken regionalen Unterschiede, die aus den AIDS-Prävalenzzahlen ersichtlich sind, und der Tatsache, dass einige der am stärksten von AIDS betroffenen Regionen zu denen ohne zentrales HIV-Meldesystem gehören, erscheint die weitere Verzögerung der Etablierung einer nationalen HIV-Meldepflicht unverantwortlich.

4.4 Die Kampagnen

Ein qualitativer und quantitativer Vergleich der Präventionskampagnen zweier Länder ist problematisch. Es ist schwierig, ein Maß für die Leistungen in diesem Feld zu konstruieren - selbst die Nebeneinanderstellung der finanziellen Mittel kann ein falsches Bild vermitteln, weil in einigen Ländern Ausgaben durch kostenlose Bereitstellung von Rundfunksendezeit und Werbeflächen durch die Medien eingespart werden können (so z.B. in der Schweiz und Dänemark (Wellings, 1994), z.T. auch in Italien), in anderen hingegen das zur Verfügung stehende Budget alle Leistungen decken muss. Auch Hilfsorganisationen können dem Staat einen Teil der Arbeit abnehmen. Doch sollte die HIV-Prävention vom Staat als nationales Anliegen erkannt und deshalb auch als staatliche Aufgabe mit entsprechender Finanzierung wahrgenommen werden. Die umfassende Analyse der Inhalte und Vermittlungswege von Botschaften ist notwendiger Teil einer abschließenden Bewertung der Qualität einer Kampagne, aber zumindest mit einem sehr hohen Aufwand verbunden und wurde deshalb hier nicht versucht. Stattdessen wurden einige objektive Kriterien angewandt, von denen sich ein Teil bei Wellings (1994) als Indikatoren für eine erfolgreiche Kampagne herausgestellt haben (s. Abschnitt 2.0):

1. Kontinuität der Kampagne
2. Übertragung der Kampagne an ein offizielles, zentrales, aber unabhängig von der Regierung arbeitendes Institut für gesundheitliche Prävention
3. Einigkeit zwischen den Beteiligten (z.B. Bund – Länder – Kommunen, staatliche und Non-government-Organisationen), klare Aufgabenteilung und Koordinierung
4. Konzentrierung auf möglichst wenige Beteiligte
5. frühzeitiger Beginn der Kampagne
6. jährliche Ausgaben von staatlicher Seite für den Bereich HIV-Prävention
7. eine regelmäßige Evaluation der Kampagne.

Deutschland entspricht in vielerlei Hinsicht dem Modell einer erfolgversprechenden Präventionskampagne, wie sie von Wellings skizziert wird. Die BZgA als Autor und Regisseur der „GIB AIDS KEINE CHANCE“-Kampagne stellt ein zentrales Organ dar, das zwar dem Gesundheitsministerium untersteht, aber weitgehend unabhängig von diesem arbeitet. Präventionsbotschaften werden daher nicht direkt mit der jeweiligen Regierung in Verbindung gebracht und sind daher potentiell freier, d.h. expliziter, evtl. provozierender.

Die erste deutsche Kampagne im Jahr 1985 war im europäischen Vergleich früh: Nur Griechenland, Finnland und die Slowakei haben in Europa eher mit staatlichen Kampagnen begonnen (Weilandt, 2001). Seither gab es keine Unterbrechung der Kampagne. Die Arbeitsteilung zwischen BZgA und DAH ist klar geregelt: Die DAH finanziert ihren Aufgabenteil größtenteils aus staatlichen Geldern, was die Einbeziehung dieser von betroffenen Personen gegründeten Hilfsorganisation untermauert.

Die Evaluation findet jährlich und mit einer Repräsentativbefragung umfassend statt und ist jedem zugänglich. Das jährliche Budget für die Kampagne der BZgA war seit Ende der neunziger Jahre stabil und beträgt mit rund 9 Mio. Euro das Fünffache des italienischen Budgets.

Lediglich bei der Kompetenzverteilung, die nach der UN-Strategie der „Three Ones“ in möglichst wenigen Händen konzentriert werden sollte, sieht mancher Autor noch Verbesserungsbedarf (Rosenbrock, 2007): Es gibt in Deutschland mehrere Institutionen (BMG, BZgA, DAH und RKI) und Ebenen mit einem hohen Maß an Eigenverantwortung (Bund, Länder und Kommunen; lokale Aids-Hilfen), die Aufgaben im Gebiet der AIDS-Prävention erfüllen. Doch würde eine streng zentral gelenkte Prävention der föderalen Struktur der Bundesrepublik zuwiderlaufen, zudem ist die Koordinierung klar definiert.

Im Vergleich hierzu ist die staatliche Prävention in Italien schlechter organisiert: Italien war das westeuropäische Land, das am spätesten mit Anti-AIDS-Kampagnen begonnen hat, nämlich 1988 (Weilandt, 2001). Da der Name des italienischen Gesundheitsministeriums unter jeder Anzeige, nach jedem Werbespot etc. der staatlichen Anti-AIDS-Kampagne erscheint, sind die Inhalte laut Wellings (1994) potentiell befangener (dies ist vor allem im Hinblick auf die Rolle der Kirche in Italien und den Einfluss, den diese auf die Regierung ausübt, zu erwarten). Ungünstig erscheint auch die öffentliche Ausschreibung jeder Kampagne und die Übertragung an wechselnde Werbeagenturen, da diese häufig nicht über die Expertise auf dem Gesundheitssektor verfügen und wegen der zeitlichen Begrenzung des Auftrages weniger an der Nachhaltigkeit ihrer Botschaft interessiert ist.

Die finanziellen Mittel sind nicht nur seit jeher um ein Vielfaches niedriger als in Deutschland, sondern nehmen auch weiterhin ab. Die Konsultation zwischen Ministerium und den zahlreichen Hilfsorganisation ist zwar durch die Einrichtung der „Consulta del volontariato“ vorgesehen, die Zusammenkunft und sogar Benennung dieses Gremiums findet aber nicht immer planmäßig statt. Das Verhältnis einiger der NGO's zu den Verantwortlichen der staatlichen Kampagne ist konfliktreich, eine wesentliche finanzielle Unterstützung der Hilfsorganisationen ist nicht auszumachen.

Auch in Italien haben mehrere staatliche Einrichtungen Kompetenzen im Bereich der HIV-Prävention (Gesundheitsministerium, Commissione Nazionale per la lotta contro l'AIDS, ISS, Regionen und Kommunen), was insgesamt dem Konzept der Konzentrierung auf wenige Beteiligte entgegenläuft und das Konfliktpotential erhöht.

Die Verabschiedung eines Gesetzes zur AIDS-Bekämpfung (Nr. 135/90) versprach ein wirksamer Hebel für die Einforderung von Leistungen und Rechten zu sein, die Umsetzung blieb aber weit hinter den Erwartungen zurück. Auch beschäftigt sich das Gesetz hauptsächlich mit der Bereitstellung von Strukturen für die Aufnahme von AIDS-Kranken und nur vage mit der Primärprävention. So wird z.B. nicht festgelegt, wie die Unterstützung für die Hilfsorganisationen, von der die Rede ist, auszusehen hat.

Evaluationsstudien werden zwar den Angaben des Gesundheitsministeriums zufolge regelmäßig vor und nach einer Kampagne durchgeführt, über Umfang und Qualität kann sich aber nur ein Bild machen, wer persönlich im Sitz des Ministeriums Einsicht nimmt.

Insgesamt kann also gesagt werden, dass anhand der o. a. Kriterien die Organisation der HIV-Prävention in Deutschland deutlich besser zu beurteilen ist als diejenige in Italien.

4.5 Die Befragung

4.5.1 Die Informationsquellen

Dass die in Deutschland am häufigsten genannte Informationsquelle, die Schule, in Italien mit 30% erst an fünfter Stelle steht, mag damit zusammenhängen, dass hier im Gegensatz zu der Regelung in Deutschland (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, o. J.) HIV und AIDS kein obligatorischer Bestandteil des Lehrplanes sind: „In Italy, the ministry of education has never taken a stand on the compulsory schooling to educate young people before they become sexually active, letting the application to the discretion of each school and their directors or teachers.“ (2001, S. 60). Auch wurde eine effektive Aufklärung in der Schule von der

katholischen Kirche behindert (s. Abschnitt 4.1). Verbreiteter sind in Italien offenbar AIDS-bezogene Informationen aus Rundfunk (sowohl Spots als auch Reportagen) und Printmedien (Artikel mehr als Anzeigen). Es wurde dabei in dieser Frage nicht nach dem Autor (z.B. BZgA bzw. italienisches Gesundheitsministerium) unterschieden. Signorelli (2006) kam in seiner Befragung von 18-49-jährigen Italienern zu einem ähnlichen Ergebnis. Wie in der vorliegenden Befragung nannten auch hier nur 31% der Befragten die Schule. Eine andere Studie, die auch in Italien die Schule als wichtigste Quelle fand, beschäftigte sich ausschließlich mit Schülern, die qualitative Befragung fand sogar in der Schule statt, so dass dieses Ergebnis nicht überrascht (Spizzichino und Pedone, 2002).

Das zweitwichtigste Medium nach der Schule waren in Deutschland Artikel in Zeitungen und Zeitschriften, danach folgten erst mit einigem Abstand Informationsbroschüren. Da die BZgA (2006) in ihrer jährlichen Wiederholungsbefragung der Allgemeinbevölkerung (s. Abschnitt 1.4) nur die Wahrnehmung des Themas in Massenmedien in den der Befragung vorausgegangenen drei Monaten untersucht, können diese Daten nicht mit den Ergebnissen dieser Studie verglichen werden. Speziell für Schüler gilt laut einer anderen Umfrage der BZgA aber, „dass die Zahl der Schülerinnen und Schüler, die in der Schule in unterschiedlichster Form mit dem Thema ‚AIDS‘ konfrontiert werden, heute deutlich über 90 Prozent beträgt und damit gegenüber den 80er Jahren um ein Vielfaches gewachsen ist.“ (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, o. J., S. 49).

Ob die Schule als Hauptbezugsquelle für die deutsche Stichprobe eine qualitativ hochwertigere Aufklärung betreibt als die wichtigsten Quellen der Italienerinnen, kann durch diese Studie nicht beurteilt werden, weil Inhalt und Ausführung der einzelnen Kanäle nicht näher betrachtet wurden, und es für jeden Bereich eine weite Spannweite an Intensität gibt (in der Schule beispielsweise von der kurzen Behandlung durch den Biologielehrer über Seminare mit Experten und Menschen mit HIV bis hin zur aktiven Teilnahme an AIDS-Präventionsprojekten). Da etwa 40% derjenigen Deutschen und 23% der Italienerinnen, die die offene Frage nach Verbesserungsvorschlägen für die Kampagnen beantwortet haben, spontan mehr oder frühere Maßnahmen in den Schulen vorschlugen, wurde die Schule anscheinend von den Befragten selbst, vor allem in Deutschland, als geeignetes Mittel angesehen (kein anderes Medium wurde annähernd so häufig genannt).

Einen Hinweis auf mangelnden Nutzen für die Prävention durch die AIDS-bezogenen Informationen aus Printmedien liefert hingegen eine italienische Studie, die von 1993 bis 1995 alle Artikel zu diesem Thema in den wichtigsten italienischen Printmedien analysierte: Demnach konzentriert sich diese Berichterstattung auf „sensationslüsterne“ Meldungen, wie die Ge-

schichte einer jungen Frau, die sich durch eine Transfusion angesteckt hatte, oder eines HIV-positiven Mannes, der Andere vorsätzlich mit einer kontaminierten Nadel infizierte. Nur wenige beschäftigten sich mit der präventiven Rolle von Kondomen. Personen mit HIV wurden häufig mit Fehlverhalten oder gar Verbrechen in Verbindung gebracht. Es bestand keine Korrelation der Häufigkeit der Berichterstattung über bestimmte Infektionswege mit ihrer epidemiologischen Verteilung (besonders häufig wurde über die Übertragung durch Blut geschrieben). Wissenschaftliche Inhalte wurden kaum behandelt (Aloisi et al., 2001).

Es fand sich in der vorliegenden Untersuchung aber, übereinstimmend mit anderen Ergebnissen (Signorelli et al., 2006; Spizzichino und Pedone, 2002), keine eindeutige Korrelation zwischen einer Informationsquelle und regelmäßigem Kondomgebrauch; ebenso wenig mit korrektem Wissen (dass in Italien ausgerechnet diejenigen, die Plakate als eine ihrer wichtigsten Quellen nannten, die meisten Wissensfragen richtig beantworteten, lässt an der Kausalität dieser Beziehung zweifeln, da die meisten Plakate wenig Information enthalten). Entweder haben also derart viele Einflüsse Auswirkungen auf Wissen und Verhalten, dass eine einzelne Informationsquelle keinen klaren Vorteil bringt, oder die genannten Kanäle sind mehr oder minder gleichwertig.

Auf der aktiven Suche nach Information würde sich hingegen in beiden Ländern eine breite Mehrheit an ihren Arzt wenden (in Italien noch mehr als in Deutschland) - ein Hinweis, dass Ärzte ein hohes Vertrauen genießen und möglicherweise stärker in die Primärprävention eingebunden werden sollten, indem sie ihre Patienten auf das Thema ansprechen und Beratung anbieten. In Italien wird, wie sich auch in der Frage nach Hauptinformationsquellen erkennen lässt, seltener als in Deutschland das Internet zu Rate gezogen, was möglicherweise mit der noch wachsenden Internetverfügbarkeit zusammenhängt und sich im Laufe der Zeit ändern könnte.

Die Thematisierung von AIDS in privaten Gesprächen ist ein Indikator für vorangegangene Konfrontation mit dem Thema entweder durch die Medien oder persönliche Kontakte. So fand die BZgA (2006), dass solche Gespräche vermehrt stattfinden, nachdem oder während die mediale Berichterstattung zugenommen hatte. Da die diesbezügliche Frage in dieser Studie nicht auf einen bestimmten Zeitraum begrenzt war, ist ihre Aussagekraft über die Aktualität des Themas begrenzt, da „manchmal“ oder „selten“ auch „zuletzt vor zehn Jahren“ bedeuten könnten. Unabhängig davon ist hier kein signifikanter Unterschied zwischen Italien und Deutschland erkennbar.

Die Italienerinnen sind insgesamt weitaus zufriedener mit der Kampagne ihres Landes als die Deutschen, obwohl die staatlichen Ausgaben über die Jahre in Italien deutlich gesunken sind. Das zeigt sich sowohl an der wahrgenommenen Entwicklung der Kampagne in den letzten Jahren (die meisten fanden, die Aufklärung sei insgesamt besser oder mehr geworden) als auch an den Änderungsvorschlägen, bei denen zehn Frauen schrieben, gar nichts ändern zu wollen (in Deutschland wurde diese Antwort gar nicht gegeben), und insgesamt weniger Vorschläge gemacht wurden.

In Bonn wurde hingegen die Entwicklung der Kampagne eher negativ beurteilt.

Es ist wahrscheinlich, dass viele Befragte nicht zwischen offiziellen Präventionsmaßnahmen und solchen von Freiwilligenorganisationen unterschieden - besonders in Italien, wo eine Vielzahl von NGO's an der Prävention beteiligt sind.

4.5.2 Wissen und dessen Einfluss auf Verhalten

Übereinstimmend mit Ergebnissen anderer Studien (Aloisi et al., 1995; Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2006; Hubert et al. 1998; Trani et al., 2005; Wellings, 1994) besitzen fast alle Teilnehmerinnen dieser Studie das für den Schutz vor HIV nötige Basiswissen, nämlich dass der AIDS-Erreger durch unsterile Nadeln und ungeschützten Geschlechtsverkehr übertragen werden kann. Auch von der perinatalen Übertragung wissen länderübergreifend mehr als 90% der Befragten. Dass die Risikosituation „ungeschützter Geschlechtsverkehr“ aber auch das Praktizieren von Coitus interruptus und oralem Sex einschließt, ist in beiden Ländern zwar immer noch der Mehrheit, aber weniger Frauen bekannt; allerdings ist hier auch das Risiko geringer als bei penetrativem Geschlechtsverkehr (Robert Koch-Institut, 2006b). Das Benutzen eines gemeinsamen Rasierers ist epidemiologisch gesehen von geringer Bedeutung¹⁸, es wird in keinem der Länder eine zentrale Präventionsbotschaft gewesen sein, das Nichtwissen vor allem in Deutschland erscheint somit verzeihlich. Ebenso muss die Tatsache, dass in beiden Ländern nur rund 40% von der Infektiosität der Muttermilch einer HIV-positiven Frau wussten, nicht beunruhigen, wenn man sich darauf verlassen kann, dass entsprechendes Counselling durch den schwangerschaftsbegleitenden Gynäkologen diese Wissenslücke bei betroffenen Müttern schließt.

Gefährlicher ist die Unkenntnis ihres eigenen Infektionsrisikos durch ihren festen Partner bei einem Viertel der italienischen Frauen, wenn dieser sich z.B. während der Partnerschaft bei

¹⁸ Die Infektion über kontaminierte Gegenstände, die nicht eine Injektionsnadel beim Drogengebrauch sind, tauchen in den epidemiologischen Berichten unter den Übertragungswegen nicht als eigene Kategorie auf, ihr Anteil wird entsprechend klein sein.

einer Prostituierten infiziert hat. Noch deutlicher wurde die Unterschätzung des eigenen Risikos durch die rund 80% in beiden Gruppen, die sich des höheren biologischen Infektionsrisikos ihres Geschlechts nicht bewusst waren. Die Krankheit wurde anscheinend immer noch vor allem mit homosexuellen Männern assoziiert. Möglicherweise hätte eine Präzisierung der Frage auf die Wahrscheinlichkeit der Übertragung pro Geschlechtsverkehr mit HIV-positivem Partner mehr richtige Antworten gebracht, da unter „Frauen infizieren sich leichter als Männer“ fälschlicherweise „Es infizieren sich mehr Frauen als Männer“ verstanden werden könnte, und sich ja sowohl in Italien als auch in Deutschland wegen der Gruppe der MSM tatsächlich mehr Männer infizieren. Immerhin war, wiederum in beiden Ländern fast gleich, dreiviertel der Frauen bekannt, dass bereits ein einmaliger Beischlaf mit einem HIV-positiven Partner die Krankheit übertragen kann, was bei verantwortlich handelnden Personen schon zu einer entsprechenden Verhaltensänderung führen sollte und deshalb sowohl das Unwissen um das geschlechterspezifische Risiko, als auch um die Höhe des Risikos pro Geschlechtsverkehr und um die Erhöhung des Risikos durch andere Geschlechtskrankheiten in ihrer Schwere relativiert.

Auch das für tolerantes, nicht-diskriminatives Zusammenleben mit HIV-positiven Personen notwendige Wissen um die Unbedenklichkeit von zwischenmenschlichen Kontakten im Alltag (keine Übertragung durch Händedruck, Trinken aus einem gemeinsamen Glas oder das Besuchen öffentlicher Schwimmbäder) war wie in anderen Studien bei über 90% der Befragten vorhanden (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2006). Nur dass Tröpfcheninfektion durch Niesen – ebenfalls eine Alltagssituation ohne intimen Kontakt - bei der Übertragung von HIV keine Rolle spielt, wusste ein Viertel der Deutschen nicht. Hingegen wussten zehn Prozent mehr unter ihnen, dass nicht mal Küssen ein Übertragungsrisiko birgt.

Auch in anderen Studien bereiteten Fragen zu Situationen ohne Infektionsrisiko den Teilnehmern größere Schwierigkeiten als die zu tatsächlichen Infektionswegen (European Commission 2006; Hubert et al. 1998; Wellings, 1994). In der Untersuchung der Europäischen Kommission finden sich jedoch deutlich niedrigere Anteile richtiger Antworten zu „Küssen“, „aus einem Glas trinken“ und „Händedruck“, möglicherweise weil dort in jeder Frage explizit hinzugefügt wurde, dass es sich bei dem jeweiligen Gegenüber um eine HIV-positive Person handelt. Zudem schneidet dort Italien durchweg schlechter ab als Deutschland, was sich durch die vorliegende Befragung nicht bestätigte. Im Gegenteil gaben die Italienerinnen im Fragenkomplex zu Übertragungswegen insgesamt und speziell bei Nicht-Übertragungswegen häufiger richtige Antworten als die deutschen Teilnehmerinnen.

Etwas anders sieht es bei Informationen zum Thema AIDS aus, die über die unmittelbare Prävention hinausgehen.

Wird AIDS in den Medien thematisiert, ist oftmals die globale Epidemie Gegenstand der Berichterstattung. Über den generellen Trend der weltweiten Epidemie waren die Deutschen in der untersuchten Stichprobe signifikant ($p < 0,05$) besser informiert, eine breite Mehrheit wusste hier um das ungebremste Wachstum von AIDS.

Dass ein Impfstoff gegen HIV zumindest noch einige Jahre auf sich warten lassen wird, war ebenfalls signifikant ($p < 0,05$) mehr Deutschen als Italienerinnen bekannt; wobei immerhin in Italien anscheinend keine falschen Hoffnungen verbreitet worden sind, da die Mehrheit der Frauen erklärte, darüber nicht Bescheid zu wissen und der Anteil der Falschantworten genauso niedrig ist wie in Deutschland.

Ein prozentualer, aber nicht signifikanter Wissensvorsprung für die Deutschen zeigte sich bei der Frage nach der Existenz der medikamentösen Therapie gegen AIDS. Es ist allerdings bemerkenswert, dass auch in Deutschland knapp die Hälfte der befragten Frauen nichts von HAART wusste, bei einem erheblichen Anteil an Falsch-Antworten: Geht man davon aus, dass das Risikoverhalten in der Bevölkerung zumindest auch als Konsequenz der neuen Therapierbarkeit von AIDS wieder zugenommen hat, so ist zu erwarten, dass ein Großteil der Bevölkerung auch von diesen Therapiemöglichkeiten weiß. Gegenüber der Revisionsstudie von Hubert et al. (1998) ist dieser Anteil immerhin gewachsen: Hier hatten in Deutschland durchschnittlich nur 22% von HAART gehört, Italien war nicht Teil der Studie.

Dass aber AIDS durch diese Medikamente nicht heilbar ist, war wieder einer breiten Mehrheit der Frauen bekannt, ohne dass ein signifikanter Unterschied zwischen den Ländern bestand. Ob diese Aussage allerdings auf Aktualität der Information schließen lässt, oder einfach noch auf dem alten Bild von AIDS vor HAART basiert, ist unklar, werden doch diejenigen, die die Existenz von HAART aufgrund mangelnder Informationen verneinen, erst recht behaupten, dass AIDS nicht heilbar ist (möglich wäre aber auch, dass sie erst vor kurzem eine Präventionsbotschaft wie „AIDS ist immer noch unheilbar“ gesehen haben). Ähnlich verhält es sich mit dem relativ hohen Anteil derer, die wussten, dass eine Person mit HIV auch unter Therapie noch ansteckend bleibt. Eine Falschaussage über die Wahrscheinlichkeit einer Übertragung bei einmaligem Geschlechtsverkehr wurde von signifikant ($p < 0,05$) mehr Deutschen als Italienerinnen als solche erkannt, insgesamt aber nur von sehr wenigen Frauen – nur wer sich intensiv mit HIV beschäftigt, konnte hier die richtige Antwort wissen.

Die deutsche Gruppe war also bei solch speziellen und z.T. aktuellen Fragen zu AIDS besser informiert als die italienische.

Da aber die Ziele der AIDS-Prävention die Verhaltensänderung in Risikosituationen und das Vermeiden der Diskriminierung von HIV Betroffener sind (und nicht vornehmlich der Erwerb von passivem Wissen), erscheint es vorrangig, die potentiellen Infektionswege zu kennen sowie die Kontaktsituationen mit Personen mit HIV, die kein Risiko bergen. In diesem Themenbereich liegen die Deutschen mit ihrem Wissen nicht vor den Italienern, im Gegenteil antwortete von der Gruppe in Pavia durchschnittlich knapp 1% mehr Frauen richtig als in Bonn.

Die hier vorliegenden Ergebnisse zur Kenntnis der Übertragungswege, als Wissensfragen nicht verfälschbar durch Fehler wie Antworten im Sinne der sozialen Erwünschtheit, können so die Annahme, die deutsche AIDS-Aufklärung informiere besser als die italienische, nicht stützen.

Doch ist die Herkunft der Informationen hierdurch nicht belegt, könnten sie doch sowohl aus der offiziellen Kampagne stammen als auch aus sonstigen Medien. Studien aus einigen europäischen Ländern, die bereits vor oder unmittelbar nach Beginn der AIDS-Aufklärungskampagnen durchgeführt worden waren, zeigten, dass bereits dreiviertel der Bevölkerung über die Infektionswege bescheid wussten (Wellings, 1994).

4.5.3 Risikowahrnehmung

Obwohl AIDS im eigenen Land von fast allen Befragten grundsätzlich durchaus als Bedrohung angesehen wurde, bedeutet das nicht unbedingt, dass man sich selbst dieser Bedrohung ausgesetzt fühlte: Die Einschätzung des persönlichen Infektionsrisikos war in beiden Ländern durchschnittlich gleichsam niedrig. Offenbar ist AIDS in der Wahrnehmung der Frauen eine Krankheit, die vor allem „die Anderen“ betrifft. Der zweite Hochpunkt bei 5 kann am ehesten mit der Antwortverzerrung der Tendenz zur Mitte erklärt werden (s. Abb. 14).

Der deutlichste Unterschied zwischen Italien und Deutschland lag im höheren Anteil derjenigen Italienerinnen, die für sich selbst eine Infektion ausschließen, indem sie ihr Risiko auf 0 beziffern, doch ist dieser Unterschied nicht signifikant. Auch bei Signorelli et al. (2006), bei denen als Antwortkategorien „hoch“, „mittel“, „niedrig“ und „irrelevant“ zur Auswahl standen, wird das persönliche Risiko als sehr niedrig wahrgenommen, der größte Teil kreuzte „irrelevant“ an.

Frauen unter 29 schätzten dabei die Wahrscheinlichkeit, sich mit HIV zu infizieren, geringfügig höher ein als ältere Generationen, vielleicht weil bei Ihnen Partnerwechsel noch wahr-

scheinlicher sind, oder sie noch mehr von ihrem Leben vor sich haben. Während aber in Deutschland tatsächlich die Risikowahrnehmung mit steigender Altersgruppe fiel, hatten die jüngsten befragten Italienerinnen ein niedrigeres Risikoempfinden als die nächsthöhere Altersklasse. Möglicherweise wurden sie weniger mit AIDS konfrontiert oder die Aufklärung erreichte die Jüngeren schlechter.

Eine Form der Konfrontation ist der direkte Umgang mit Personen mit HIV. Obwohl die HIV-Prävalenz durch sinkende Mortalität und steigende Neuinfektionszahlen wächst, kannte nur eine Minderheit der Befragten persönlich einen Menschen mit HIV, ein Phänomen, das bereits an anderer Stelle beschrieben wurde: Nach Marcus (2007) liegt dem die neue Therapierbarkeit der Krankheit zugrunde, die „eine stärkere Individualisierung und Tabuisierung von HIV-Infektionen“ zur Folge habe (S. 416). Man setze sich nicht mehr auf der Straße, sondern in der ärztlichen Sprechstunde mit AIDS auseinander, meist würden nur noch die engsten Kontaktpersonen über die Infektion informiert.

Auch bei dieser Frage waren die Anteile in den beiden Gruppen ähnlich, die höhere Prävalenz in Italien spiegelt sich also in diesen Ergebnissen nicht wider. Und nur, wer eine HIV-positive Person in der Familie oder im Freundeskreis hatte, schätzte auch sein eigenes Risiko auf einer Skala von 0 bis 10 wahrnehmbar höher ein (in Italien um 0,6 Skaleneinheiten, in Deutschland um 1,3 höher als der Durchschnitt, der bei 1,7 bzw. 1,9 lag), ein nur „Bekannter“ mit HIV hatte hier anscheinend keinen so deutlichen Einfluss (s. a. Renzi et al., 2004).

Gar keinen hier messbaren Einfluss auf die Risikowahrnehmung hatte die Frequenz von potentiell infektiösem Verhalten in Form von ungeschütztem Geschlechtsverkehr. In anderen Studien fand sich hier sehr wohl eine Assoziation, auch wenn auch dort die Mehrheit derjenigen, die ihr eigenes Risiko als niedrig einschätzten, sich durchaus nicht immer „sicher“ verhalten (Signorelli et al., 2006; Spizzichino und Pedone, 2002; Stevens, 1998). Diese Kombination von riskantem Verhalten und niedriger persönlicher Risikowahrnehmung ist für die Prävention schlecht erreichbar, denn wer für sich selbst keine Gefahr einer Infektion sieht, wird nicht motiviert sein, sein Verhalten zu ändern.

4.5.4 Einstellungen

Neben der Minimierung von Neuinfektionen ist es erklärtes Ziel der HIV-Prävention in Deutschland und Italien, in der Gesellschaft ein Klima der Solidarität mit Menschen mit HIV zu schaffen. Eine sozial-tolerante Gesellschaft hat den unmittelbaren Effekt, das Leid HIV-positiver Personen zu mindern, erleichtert aber auch die Arbeit der Primärprävention. Das Stigma von HIV entsteht durch seine Assoziation mit Themen am gesellschaftlichen Rand und jenseits der allgemeinen Akzeptanz: Man verbindet AIDS mit Polygamie, Homosexuali-

tät, Drogenabusus und Prostitution. „Such stigma can fuel the urge to make scapegoats of, and blame and punish, certain people or groups. Stigma taps into existing prejudices and patterns of exclusion and further marginalizes people who might already be more vulnerable to HIV infection“ (2005). Durch die Diskriminierung von Betroffenen können diese daran gehindert werden, ihren Partner über ihren Serostatus in Kenntnis zu setzen, über safer sex zu verhandeln, einen HIV-Test zu machen, Hilfe zu suchen oder sich gar selbst für die Prävention zu engagieren. Aufklärung versucht solchen Vorurteilen entgegenzuwirken.

Die breite Mehrheit beider Ländergruppen hat spontan (auf eine offene Frage) geäußert, einen Menschen mit HIV im täglichen Umgang genauso zu behandeln wie jeden anderen Menschen, einige – wieder in beiden Ländern - meinten sogar, mehr auf dessen Bedürfnisse zu achten. Zwar wurden übertriebene Maßnahmen wie „vorsichtiger bei Körperkontakt“ bis hin zum Vermeiden der gemeinsamen Benutzung von Gegenständen öfter in Italien genannt, letzteres wurde in Deutschland gar nicht erwähnt. Dieser Unterschied ist aber nicht signifikant. Nach Steffen sind die Bedingungen für einen toleranten Umgang in der Bevölkerung in Italien sogar besser als in den anderen Ländern ihres europäischen Vergleichs (Steffen, 1996).

Eine liberale Einstellung zum Umgang mit Virusträgern zeigt sich indirekt aber auch an anderer Stelle: Keine der Frauen nannte auf die Frage „Wie kann man sich Ihrer Meinung nach am besten vor AIDS schützen?“ die Isolierung von Menschen mit HIV und AIDS - eine Maßnahme, die zu Beginn der Epidemie in Deutschland noch von mehr als einem Drittel der Erwachsenen befürwortet wurde (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2006).

Doch obwohl dieses Ergebnis zweifelsfrei ein gutes Zeichen ist, handelt es sich in den meisten Fällen nur um theoretische Einstellungen oder gute Vorsätze, in unbekanntem Ausmaß geschönt im Sinne der sozialen Erwünschtheit, von denen das Verhalten bei wirklichen Begegnungen deutlich differieren kann, wie andere Untersuchungen feststellten: Alle von Steffen (1996) untersuchten Studien stimmten überein, dass zwischen dem hohen Maß an Solidaritätsbekundung und dem sehr viel vorsichtigeren Verhalten beim tatsächlichen Zusammenleben mit Menschen mit HIV ein Ungleichgewicht besteht.

Ähnlich sind die Einstellungen zum Kondomgebrauch zu bewerten, die grundsätzlich bei einer breiten Mehrheit in beiden Ländern positiv sind. Dass in Deutschland geschützten Geschlechtsverkehr spontan gute 90%, in Italien nur 70% als beste Schutzmöglichkeit vor AIDS nannten, während in Pavia signifikant häufiger als in Bonn Antworten wie „Vorsicht“ oder „Verantwortung“ vorkamen, mag die diesbezüglich weniger expliziten Kampagnenbotschaften in Italien widerspiegeln (Aloisi et al., 2001). Dadurch könnte in den Köpfen der Menschen

weniger schnell die aktive Verknüpfung „AIDS – Kondome“ zustande kommen, die hier abgefragt wurde. Es könnte aber auch ein Hinweis auf eine geringere Akzeptanz des Gebrauchs von Präservativen sein.

In der expliziten Frage nach der persönlichen Einstellung zu Kondomen, in der Antwortmöglichkeiten vorgegeben waren, bestand aber kein signifikanter Unterschied zwischen den Italienerinnen und Deutschen, die fanden, Kondome seien sinnvoller Schutz vor STDs und AIDS. Nur drei Italienerinnen erklärten, auf den Gebrauch aus religiösen Gründen zu verzichten. Der diesbezügliche Einfluss der Kirche scheint dem Ansehen der Kondome also nicht sehr geschadet zu haben. Wellings zufolge (1994) liegt das möglicherweise daran, dass die Kontroverse, die in bestimmten Ländern über Kondome geführt wurde, die öffentliche Aufmerksamkeit ebenso stark auf sich gezogen haben wie explizite Werbung für Präservative. Es sei hierdurch nicht die Effektivität von Kondomen in Frage gestellt worden, sondern nur die moralische Verantwortung, für sie zu werben.

Nach der Ablehnung von Kondomen durch den festen oder neuen Partner wurde an verschiedenen Stellen des Fragebogens gefragt¹⁹, insgesamt erwähnten aber nur zehn Italienerinnen und acht Deutsche in mindestens einer dieser Fragen dieses Problem. Der kleine Anteil dieser Antworten ist möglicherweise auch auf die Art der Fragestellung zurückzuführen, da in zwei der drei Fragen die dementsprechende Aussage in andere Antwortmöglichkeiten eingebettet war, die dritte war offen gestellt und beschäftigte sich generell mit Gründen, die gegen Kondome sprechen. Durch eine eigenständige konkrete Frage bezüglich der Ablehnung durch den Partner hätten möglicherweise mehr Frauen zu diesem Faktor Stellung bezogen. So fanden sich in anderen Studien größere Anteile von dementsprechenden Antworten: Guttmacher et al. (1995) berichtet von einem Anteil von 22% aller sexuell aktiven Mädchen, die angaben, in Situationen gewesen zu sein, in denen sie Kondome benutzen wollten, ihr Partner aber nicht. Hiervon erklärten 42%, dem Willen ihres Partners nachgegeben und sich auf ungeschützten Geschlechtsverkehr eingelassen zu haben. Zu beachten ist aber die jüngere Zielgruppe dieser Studie (es wurden nur Schüler befragt).

Unabhängig von einer mehr oder weniger ablehnenden Haltung des Partners fühlen sich Frauen anscheinend häufiger zuständig für den Einsatz von Präservativen, dies vor allem in Deutschland: Gut 63% von ihnen gaben an, alleine auf den Gebrauch zu achten, in nur einem Drittel der Fälle legten in Deutschland (stets den Angaben der Frauen zufolge) beide Partner

¹⁹ In Frage 12 zu den grundsätzlichen Einstellungen gegenüber Kondomen mit vorgegebenen Antwortmöglichkeiten, indirekt in der offenen Frage 15 nach den Gründen, die gegen den Kondomgebrauch mit neuem Partner sprechen, und schließlich in Frage 18 (vorgegebene Antworten), die sich den Motiven gegen den Gebrauch mit festem Partner widmet (s. Fragebogen im Anhang).

gleichermaßen Wert auf Kondome. Der männliche Partner allein wird fast nie in der Verantwortung gesehen. Dieses Ergebnis entspricht den Feststellungen anderer Untersuchungen: In einer Untersuchung der BZgA (2003) zum Verhütungsverhalten Erwachsener erklärten ebenfalls gut 60% der Frauen, für die Verhütung zuständig zu sein (während Männer nur zu 17% diese Rolle übernahmen). Auch bei Ahlberg (2001), die junge Leute in Schweden und Kenya befragte, findet sich für den Einsatz von Präservativen in Schweden Entsprechendes. Sie differenziert aber: Während die Beschaffung des Kondoms als Aufgabe des Jungens betrachtet werde, erwarte dieser vom Mädchen, nach dessen Gebrauch zu fragen, besonders während des ersten Geschlechtsverkehrs. Frage der Junge nach einem Kondom, würde das den Eindruck vermitteln, er habe eine Geschlechtskrankheit. Sollte ein Mädchen nicht danach fragen, würde der Junge davon ausgehen, dass es die Pille nimmt.

Wurde in Italien hingegen Gebrauch von Kondomen gemacht, so geschah das laut den Angaben der befragten Frauen vor allem im Interesse beider Partner. Möglicherweise spielen hier die Beweggründe für die Nutzung von Präservativen eine Rolle: Insgesamt wurden sie der Befragung zufolge eher als Schutz vor Krankheiten als vor Empfängnis genutzt. In der italienischen Gruppe war dieses Verhältnis aber leicht zugunsten des Empfängnisschutzes verschoben. Auch dies ist, wahrscheinlich bedingt durch die oben ausgeführte Art der Fragestellung, in anderen Studien stärker ausgeprägt: Weilandt spricht in ihrer Arbeit von 80% kontrazeptiven Beweggründen für Kondomgebrauch in Italien (Weilandt, 2001). Auch Unterschiede in der Verbreitung der Pille, der in Deutschland beliebtesten Kontrazeptionsmethode (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2000) sind hinter den Differenzen im Kondomgebrauch als Empfängnisverhütung zu vermuten²⁰.

4.5.5 Verhaltensänderungen

Das Unterlassen von riskantem Verhalten ist der Weg zur Reduktion von Neuinfektionen, und deshalb die eigentliche Zielgröße der AIDS-Prävention.

Das hier relevante Verhalten besteht aus verschiedenen messbaren Facetten: Aus geschütztem Geschlechtsverkehr, möglichst niedrigen Partnerzahlen, damit verbunden einem Hinauszögern des ersten Geschlechtsverkehrs, und der Durchführung eines HIV-Tests bei vorausgegangenem Risikoverhalten.

²⁰ In der Literatur findet sich in der Tat ein Unterschied in der Verbreitung der Pille: Sie wird in Italien nur von rund 27% der Frauen zwischen 18 und 49 benutzt de Seta, o.J., in Deutschland sind es über 40% der Frauen Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2000, s.u..

Wie oben ausgeführt handelt es sich bei diesen Messgrößen aber nicht um beobachtete Daten, sondern Eigenberichte der Befragten, sie sollten also kritisch betrachtet werden.

Besonders mit einem neuen Partner, dessen sexuelle Vorgeschichte unbekannt ist, ist der Gebrauch von Kondomen wichtig. Mit ca. 60% erklärte die Mehrheit der Frauen, in solchen Situationen immer Kondome zu benutzen, etwa ein weiteres Viertel antwortete mit „meistens“. Die deutsche Gruppe erzielte dabei etwas höhere Anteile, dieser Unterschied ist jedoch nicht signifikant.

Allerdings zeigt die darauf folgende Frage nach den Gründen, die ggf. gegen den Gebrauch sprechen, dass dem Satzteil „mit einem neuen Partner“ nicht von allen Beachtung geschenkt wurde, antworteten doch ein Teil der Frauen mit „Treue“. Diese „Nicht-Benutzerinnen“ wären also von dieser Frage auszuschließen, und der Anteil der regelmäßigen Verwendung läge noch höher.

Schon ohne diese Neubewertung liegt dieser Anteil aber höher als in anderen Befragungen der Allgemeinbevölkerung: Bei Signorelli benutzten zwei Drittel derjenigen, die von Sex außerhalb fester Beziehungen berichteten, nicht immer ein Kondom (Signorelli et al., 2006).

Die BZgA (2006) gab zwar in ihrer Befragung der deutschen Allgemeinbevölkerung für das Jahr 2005 einen Anteil von 75% für Kondomgebrauch bei neuen Sexualbeziehungen an, es wird aber nicht deutlich, ob damit ausschließlich „immer“ - Antworten gemeint sind (in anderen Fragen zum Kondomgebrauch wurden i.d.R. Kategorien zusammengefasst, beispielsweise „immer“, „häufig“ und „gelegentlich“). In der internationalen Studie der Europäischen Kommission findet sich keine explizite Frage zum Kondomgebrauch (European Commission 2006).

Ähnlich hohe Werte ergeben sich in Studien, die sich ausschließlich mit jüngeren Teilnehmern beschäftigen (Aloisi et al., 1995; Trani et al., 2005).

Mit festem Partner benutzten hingegen signifikant mehr Italienerinnen als Deutsche immer ein Präservativ, in Deutschland gab der größte Teil sogar an, nie eines zu verwenden. In den uns vorliegenden Studien der Allgemeinbevölkerung Deutschlands und Italiens fanden sich keine Daten, die sich speziell auf Kondomgebrauch in festen Beziehungen beziehen, so dass eine Einordnung in die Literatur hier nicht möglich ist.

Insgesamt wurden Kondome in festen Partnerschaften erwartungsgemäß sehr viel seltener gebraucht als zu Beginn eines sexuellen Kontakts. Mit wachsendem Vertrauen in den Partner wächst auch das Vertrauen, dass beide gesund sind, und das wiederum war der meistgenannte

Beweggrund, den Schutz beim Geschlechtsverkehr wegzulassen. Auch die anderen Beweggründe für ungeschützten Verkehr fallen gegenüber einem als klein wahrgenommenen Risiko mehr ins Gewicht: Demnach stören Kondome das Gefühl, sind umständlich, als zusätzlicher Schutz teuer, oder der Partner ist dagegen. Auf einem Berliner Kongress zu AIDS-bezogenem Verhalten wurden die Gründe für die Ablehnung von Kondomen als affektiv bedingt beschrieben. Demnach sei es der Wunsch nach gegenseitigem Vertrauen, Hingabe und Liebe ohne Einschränkungen, die gegen geschützten Geschlechtsverkehr sprechen (Freidrich und Heckmann, 1995).

Dies gilt aber vermutlich vor allem für den Gebrauch von Kondomen für den Schutz vor Krankheiten. Sind Präservative gleichzeitig die einzige Methode zur Empfängnisverhütung, wird, solange kein Kinderwunsch besteht, wohl weniger leicht auf sie verzichtet werden. Die Pille wird in Italien nur von rund 27% der Frauen zwischen 18 und 49 benutzt (de Seta, o.J.), in Deutschland wird von über 40% der Frauen ausgegangen²¹ (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2000). Dies könnte besonders bei den jüngeren Jahrgängen eine Erklärung für die im Vergleich zu Deutschland höhere Frequenz des Gebrauchs in festen Partnerschaften in Italien sein. Aus dieser Studie geht ein solcher Unterschied in der Motivation aber nicht hervor, da keine signifikanten Differenzen zwischen den Ländern bezüglich der Sicht der Hauptfunktion von Kondomen (Schutz vor STDs oder Kontrazeption) bestehen (s. Abschnitt 3.3.6.2).

In Italien überprüften nur wenige von denen, die in längeren Beziehungen meistens auf Kondome verzichten, die Sicherheit dieses Schrittes mit einem beiderseitigen HIV-Test. In Deutschland war diese Untergruppe erstaunlich groß: Mehr als die Hälfte von Ihnen gab an, dass beide Partner getestet worden seien.

Dieser Unterschied zwischen den Ländern fand sich in allen Fragen zum HIV-Test. Es hatten signifikant weniger Italienerinnen als Deutsche einen Test jemals in Erwägung gezogen. Noch deutlicher ist die Differenz in der tatsächlichen Durchführung, besonders unter den jüngeren Teilnehmerinnen, obwohl sowohl in Pavia als auch in Bonn ein kostenloser Test grundsätzlich möglich ist, und es in Deutschland nicht mehr Screening-Programme²² gibt als in Italien, die die Testrate unabhängig vom persönlichen Interesse des Einzelnen in die Höhe treiben könnten.

²¹ In der Studie „Frauenleben“ der BZgA (2000) ist von 45,7% Pillegebrauch unter verhütenden Frauen die Rede (ohne Angaben zu deren Anteil an der Gesamtstichprobe), in „Verhütungsverhalten Erwachsener“ (BZgA 2003) von 77% der Befragten, die zur Zeit der Befragung eine Verhütungsmethode verwendeten, davon benutzten 55% die Pille (das entspricht 42,4% aller Befragten).

²² beispielsweise im Rahmen einer Schwangerschaft oder vor Blutspenden.

Demnach wurde eigenen Angaben zufolge fast die Hälfte der deutschen Frauen mindestens einmal getestet, in Italien nur ein gutes Viertel. Diese Zahlen aus Deutschland erscheinen verglichen mit anderen Studien hoch: Laut Jeannin et al. lag der Anteil der getesteten Menschen in Deutschland bei etwa dreißig Prozent (Jeannin et al., 1998). Allerdings lag auch dort die Testbereitschaft in Deutschland im Vergleich zu den Ergebnissen aus den anderen Ländern ihrer Studienrevision hoch.

Die vergleichsweise niedrige Testprävalenz in Italien findet sich auch in anderen Studien: Bei Renzi et al. (2001) gaben 32,8% der befragten Frauen an, mindestens einmal getestet worden zu sein. Nur 6,1% davon haben sich auf eigenen Wunsch testen lassen, also nicht im Rahmen etwaiger Screening-Programme. Dieser Wert war im Vergleich mit Ergebnissen aus anderen europäischen Ländern besonders niedrig. In den aus Deutschland vorliegenden Studien findet keine Unterscheidung der Testraten in „aus persönlichem Interesse“ bzw. „im Rahmen von Screening-Programmen“ statt.

Sowohl in Deutschland als auch in Italien wird zur Durchführung eines HIV-Tests nur ermutigt, wenn entsprechendes Risikoverhalten vorausgegangen ist (Steffen, 1996)²³. Da die Italienerinnen aber ihren eigenen Angaben zufolge etwas häufiger ungeschützten Geschlechtsverkehr mit neuem Partner hatten als die Deutschen, kann das die niedrigere Testfrequenz in Italien nicht erklären. Die Auswertung des Testverhaltens in Funktion von Frequenz des Kondomgebrauchs mit neuem Partner als potentielltem Risikoverhalten ließ in keiner der beiden Stichproben eine Korrelation der beiden Faktoren erkennen.

Sehr wohl fand sich eine Assoziation zwischen dem Alter der befragten Frauen und der Testrate: Sowohl bei der Frage „Haben Sie schon einmal daran gedacht, einen HIV-Test zu machen?“, als auch bei „Haben Sie den Test tatsächlich schon einmal gemacht?“ war in beiden Ländern die Gruppe der 30-39-Jährigen diejenige mit dem höchsten Anteil an „Ja“-Antworten. Diese Gruppe war 20 Jahre vor der Befragung, im Jahrzehnt der Entdeckung von AIDS, 10-19 Jahre alt, sammelten also erste sexuelle Erfahrungen, als die Krankheit besonders viele Schlagzeilen machte, und sind daher möglicherweise besonders sensibilisiert. Die niedrigste Testrate fand sich unter den 14-19-Jährigen, aber auch die höchste Altersgruppe erreichte keinen so hohen Anteil wie die der 30-39-Jährigen. Renzi et al. (Renzi et al., 2001) kamen in ihrer Untersuchung von mit der Durchführung eines HIV-Test assoziierten Faktoren in Italien bezüglich des Alters zu ähnlichen Ergebnissen, fanden allerdings auch eine Korrelation mit vorangegangenem Risikoverhalten.

²³ Mit den Behandlungsmöglichkeiten in Form von HAART wird die Bedeutung des Tests auf Grund seiner Konsequenzen allerdings wieder neu diskutiert Bundesministerium für Gesundheit et al. 2007.

Allerdings haben die ausgedehnten Studienrevisionen von Higgins et al. (1991) und Wolitski et al. (1997) gezeigt, dass HIV-Tests und daran gekoppeltes Counselling nur in serodiskordanten, heterosexuellen Paaren zu wesentlicher Risikoreduktion geführt haben, darüber hinaus ist der präventive Wert des HIV-Tests fraglich.

Ein weiterer Ansatz, das Risiko einer HIV-Infektion zu verringern, ist, den Zeitpunkt des ersten Geschlechtsverkehrs hinauszuzögern - denn, so Hubert (1998, S. 420), “[...] age at first intercourse has proven to be a powerful predictor of various adult sex life characteristics.” - und die Anzahl der Partner zu verringern. Anders als die Verbreitung von Kondomen haben diese Ansatzpunkte einen tiefgreifenden Wandel der Lebensführung zum Ziel und sind dementsprechend schwerer zu erreichen. Da vor Beginn der AIDS-Aufklärung kaum Grundlagenforschung zum Sexualverhalten der Allgemeinbevölkerung betrieben wurde, ist es nicht möglich, im Vorher-Nachher-Vergleich eine vermeintlich niedrige Zahl als Erfolg der Präventionskampagnen zu werten. Das durchschnittliche Alter beim ersten Geschlechtsverkehr in der deutschen Gruppe war mit 17,6 leicht niedriger als das der italienischen Gruppe (18,2), Signorelli (2000) kam für Italien zu ähnlichen Ergebnissen. Die Anzahl der bisherigen Sexualpartner lag mit 5,9 um zwei höher als in Italien. So bleibt im Bezug auf die Frage der Effektivität der deutschen Kampagne im Vergleich mit der italienischen nur festzuhalten, dass sich die Italienerinnen bei diesen zwei Aspekten im Sinne der Prävention besser verhalten; ob sie dies wegen der AIDS-Prävention tun, lässt sich hier nicht feststellen.

Ein Indikator für eine Verhaltensänderung mit der Zeit, die auch in einer Querschnittstudie festgestellt werden kann, ist der Vergleich verschiedener Generationen. In Übereinstimmung mit Ergebnissen anderer Studien (Aloisi et al., 1995; Signorelli et al., 2006) fand die sexuelle Initiation bei den jüngeren Altersgruppen aber ein bis zwei Jahre früher statt als bei den älteren, AIDS scheint hier also keinen verzögernden Effekt zu haben. Hubert (1998) konnte immerhin eine Verlangsamung dieses Trends feststellen.

5 Schlussfolgerung

Obwohl die höhere Prävalenz und Neuinfektionsrate von HIV und AIDS sowie die nach den herangezogenen Kriterien schlechtere Organisation der Präventionskampagne in Italien dies auf den ersten Blick nahe legen, ist der Erfolg der Kampagnen für die Allgemeinbevölkerung in Deutschland, gemessen an für die Vermeidung der Infektion relevantem Wissen, Einstellungen gegenüber Schutzmaßnahmen und Personen mit HIV sowie präventivem Verhalten einer Stichprobe von je rund 110 Frauen, nicht größer als im Vergleichsland Italien. Lediglich die HIV-Testbereitschaft und -durchführung waren in Deutschland höher, der präventive Wert des HIV-Tests wurde aber außer bei serodiskordanten heterosexuellen Paaren von zahlreichen Studien angezweifelt.

Die Ergebnisse dieser Studie legen nahe, dass mit dem in Deutschland (und Italien) für die Allgemeinbevölkerung angewandten Präventionsmodell des 'behaviour change', demzufolge eine direkte Verbindung zwischen der Erhöhung des Informationsstandes und der gewünschten Verhaltensänderung besteht (Spizzichino und Pedone, 2002), ein 'ceiling effect' erreicht wurde: Trotz des gegenüber Italien erheblichen Mehraufwandes resultierten keine signifikant besseren, zum Teil sogar schlechtere Ergebnisse hinsichtlich des Verhaltens in Risikosituationen, der eigentlichen Zielgröße der HIV-Prävention. Derweil gewinnt die heterosexuelle Übertragung auch in Deutschland epidemiologisch an Bedeutung. Die vorliegende Arbeit stützt somit eine Anzahl an Studien, die in den letzten Jahren das Modell des „behaviour change“ in Frage gestellt haben.

Das Wissen über die wichtigsten Übertragungswege war bei fast allen Frauen beider Länder vorhanden, Verbesserungspotential bestand höchstens bei detaillierteren Fragen wie der Infektion über oralen Geschlechtsverkehr oder Coitus interruptus oder bestimmten Situationen, die keine Gefahr bergen. Es steht außer Zweifel, dass dieses Wissen für verantwortliches Verhalten unabdingbar ist, die Bemühungen um Informationsverbreitung müssen zu dessen Erhalt also fortgesetzt werden.

Auch die Einstellungen gegenüber Kondomen und Personen mit HIV waren in beiden Ländern weitestgehend positiv. Eine tendenziell größere Akzeptanz von Präservativen in Deutschland zeigte sich nur in der häufigeren aktiven Assoziation von Schutz vor HIV mit Kondomen.

Doch bestand sowohl bei den Deutschen als auch bei den Italienerinnen beim Verhalten in Risikosituationen Raum für Verbesserung - nur rund 60% gaben an, mit neuen Sexualpartnern

immer Kondome zu benutzen (die tatsächliche Kondomnutzung wird wahrscheinlich noch niedriger liegen, da diese Frage Antworten im Sinne der sozialen Erwünschtheit zuließ). Offensichtlich reicht Wissensvermittlung allein nicht aus, weil sexuelle Kontakte, in deren Kontext HIV-Prävention wirken muss, unter einer Vielzahl von Einflüssen stehen, von denen der Gedanke an AIDS nur eine untergeordnete Rolle spielt. Hierzu gehören laut Bührlen (1998) die Selbstwirksamkeits- und Ergebniserwartung, das Geschlecht, der Partnerstatus, soziale Unterstützung und soziale Normen, die Einstellung gegenüber Kondomen, unrealistischer Optimismus, situative Barrieren, Alkohol- und Drogenkonsum, die sexuelle Erregung, kommunikative Kompetenzen, sexuelle Kommunikation und Verhaltensgewohnheiten.

In Ergänzung zur Informationsverbreitung sind also andere Maßnahmen notwendig: Es müssen praktische Fertigkeiten wie das offene Gespräch mit dem Partner über sexuelle Inhalte und die Anwendung von Kondomen erlernt werden, andere Störfaktoren wie die Rolle der Geschlechter, Verhaltensgewohnheiten, Alkohol- und Drogenkonsum sollten zusammen mit den jeweiligen Zielgruppen beleuchtet werden.

Ein anderer Ansatzpunkt ist das persönliche Risikoempfinden, das in Deutschland nur unwesentlich höher eingestuft wurde als in Italien und insgesamt ausgesprochen niedrig war, obwohl AIDS für das jeweilige Land von etwa 9 von 10 Frauen (Deutsche und Italienerinnen) insgesamt noch als Bedrohung angesehen wird. Offensichtlich wurde AIDS noch immer eher den klassischen Risikogruppen der Homosexuellen und IVDUs zugeordnet. Die meisten Teilnehmerinnen wussten nicht um das höhere biologische Infektionsrisiko ihres Geschlechts, vielen Italienerinnen war nicht bewusst, dass ein untreuer Partner die Quelle einer HIV-Infektion sein kann. Ein niedriges Risikoempfinden geht mit niedriger Motivation einher, das Wissen um die Schutzmöglichkeiten umzusetzen. Denn während die HIV-Prävention bei homo- und bisexuellen Männern – der klassischen Risikogruppe für AIDS mit entsprechendem Risikoempfinden - zu deutlichen Erfolgen beim Gebrauch von Kondomen geführt hat, lassen sich ähnliche Erfolge bei der epidemiologisch stetig an Bedeutung gewinnenden Gruppe der heterosexuellen Kontakte nicht feststellen. Offensichtlich muss sich das Bild als 'Krankheit der Anderen', das AIDS in den Augen der Frauen hat, erst wandeln; es muss klar werden, dass seit einigen Jahren die heterosexuelle Übertragung mehr und mehr in den Vordergrund rückt und somit AIDS näher an die Allgemeinbevölkerung herankommt.

Da die Vermittlung von praktischen Fertigkeiten und dem nötigen Risikobewusstsein am ehesten in personalintensiven Kleingruppen (die sich in einigen Metastudien als eine der für Frauen geeignetsten Interventionen erwiesen haben, s. Ickovics, 1998) stattfinden kann und die Zielgruppe der heterosexuellen Frauen keine kleine Bevölkerungsminderheit darstellt,

würde eine solche Maßnahme „für alle“ die Mittel der AIDS-Prävention übersteigen. Ohnehin sollten die Interventionen möglichst vor der sexuellen Initiation stattfinden, um das Annehmen unerwünschter Verhaltensweisen von Anfang an zu vermeiden. Es bieten sich daher Seminare im schulischen Rahmen an; die AIDS-Prävention könnte hierbei in andere Themen der Sexual- und Gesundheitsaufklärung (inkl. Alkohol- und Drogenthematik) integriert werden. Art und Zeitpunkt dieser Intervention wurde auch von den an der Studie teilnehmenden Frauen selbst am häufigsten als Verbesserungsvorschlag für die bestehenden Kampagnen genannt. Da die Freundschaft oder Verwandtschaft mit einer HIV-positiven Person das persönliche Risikoempfinden erhöhte, aber trotz steigender Prävalenz nur wenige Frauen eine solche Person kannten, erscheint es wünschenswert, dass von HIV betroffene Menschen, mit denen sich die Mädchen möglichst identifizieren können, an den Seminaren beteiligt werden.

Um das Risikobewusstsein auch im späteren Leben aufrechtzuerhalten, sollten praktizierende Ärzte stärker in die Prävention eingebunden werden. Sie haben sich als wichtigsten Referenzpunkt auf der Suche nach HIV-relevanten Informationen für die teilnehmenden Frauen erwiesen und genießen damit ein hohes Vertrauen.

In Italien muss außerdem dringend ein nationales HIV-Meldesystem eingerichtet werden, denn nur so können verlässliche Daten über die Entwicklung der Epidemie und ihre Risikogruppen erhalten und verbreitet werden.

Diese Arbeit will nicht die Leistungen der Präventionsarbeit in Deutschland oder Italien in Frage stellen, sie will nur die Grenzen ihrer Wirksamkeit aufzeigen. Es soll auch betont werden, dass die vollständige Elimination eines schädlichen Verhaltens kein realistisches Ziel der Prävention sein kann, da sich Menschen besonders in Intimsituationen trotz besseren Wissens nicht immer rational und verantwortlich verhalten. Wohl muss aber eine weitergehende Reduktion der Wahrscheinlichkeit einer HIV-Übertragung angestrebt werden.

6 Zusammenfassung

Einleitung und Fragestellung:

Während weltweit die HIV-Epidemie wächst, der Frauenanteil steigt und die heterosexuelle Übertragung der Hauptinfektionsweg ist, ist in Deutschland eine eigenständige Epidemie der heterosexuellen Allgemeinbevölkerung im anfangs befürchteten Ausmaß ausgeblieben. Da eine HIV-Infektion trotz antiretroviraler Therapie bis heute unheilbar ist, bleibt die Primärprävention der wichtigste Weg zur Bekämpfung der Epidemie. Um zu überprüfen, ob die im europäischen Vergleich niedrigen HIV-Neuinfektionsraten unter Frauen in Deutschland auf die deutsche Anti-AIDS-Kampagne für die Allgemeinbevölkerung zurückzuführen sind, sollten Strategie und Erfolge der Prävention in Deutschland mit Italien verglichen werden - einem Land, in dem die weibliche Allgemeinbevölkerung deutlich stärker von HIV betroffen ist.

Dazu wurden erstens die Epidemiologie und Meldesysteme der beiden Länder, zweitens die Präventionsstrategien und ihre Umsetzung und drittens Wissen, Einstellungen und Verhalten einer Gruppe von Frauen im sexuell aktiven Alter der beiden Länder miteinander verglichen.

Methoden:

Die Datensammlung zu Epidemiologie und Prävention erfolgte mithilfe von Literaturrecherche und Experteninterviews, zum Vergleich der Präventionskampagnen wurde ein Kriterienkatalog erstellt. Die Befragung zu Wissen, Einstellung und Verhalten erfolgte anhand eines anonymen Fragebogens in Bonn und Pavia, insgesamt wurden 220 Frauen befragt.

Ergebnisse und Diskussion:

In Italien wurde noch kein nationales HIV-Meldesystem etabliert, Schätzungen zu Neuinfektionszahlen und die Zuordnung zu Risikogruppen erfolgen anhand von Hochrechnungen aus regionalen Daten und den – im Gegensatz zu Deutschland – meldepflichtigen AIDS-Diagnosen. In Deutschland werden seit 1987 alle HIV-Diagnosen durch das Labor nichtnamentlich gemeldet.

Die HIV-Neuinfektionsrate betrug in Deutschland im Untersuchungsjahr 2005 rund 30 pro Million Einwohner, etwa ein Fünftel davon waren Frauen, die meisten hiervon stammten aus Hochprävalenzländern. Die italienische Neudiagnosenrate lag mit ca. 74 pro Million Einwohner mehr als doppelt so hoch, Frauen machten fast ein Drittel der Fälle aus, und waren, den AIDS-Daten zufolge, mehrheitlich gebürtige Italienerinnen.

Während die staatliche Kampagne für die Allgemeinbevölkerung in Deutschland die meisten zur Beurteilung herangezogenen Qualitätskriterien erfüllte, schnitt die italienische deutlich schlechter ab.

Doch spiegelte sich dies nicht in den Ergebnissen der Befragung wider: Das für die HIV-Prävention relevante Wissen, die Einstellungen sowie das Verhalten in Risikosituationen gliederten sich in den beiden Untersuchungsgebieten sehr. Dabei war das Wissen zu den wichtigsten potentiellen Übertragungswegen von HIV bei fast allen Frauen vorhanden und die Einstellungen gegenüber Schutzmaßnahmen und Personen mit HIV weitestgehend positiv. Dennoch gaben in beiden Ländern nur rund 60% an, mit einem neuen Partner immer ein Kondom zu verwenden.

Schlussfolgerung und Perspektiven:

Die vorliegende Untersuchung legt nahe, dass mit dem in Deutschland (und Italien) angewandten Präventionsmodell des 'behaviour change', das auf eine Verhaltensänderung über Information abzielt, eine Art 'ceiling effect' erreicht wurde: Ein Mehraufwand bei der Wissensvermittlung führt nicht in entsprechendem Maße zu einer Steigerung des Schutzverhaltens. Stattdessen sind andere Maßnahmen zusätzlich zur Aufrechterhaltung des Wissensstandes notwendig. So müssen praktische Fertigkeiten wie Kommunikation über Sex vermittelt und Störfaktoren aus dem sozialen Umfeld eines Individuums durch die Präventionsarbeit adressiert werden. Hierzu bieten sich Seminare im schulischen Rahmen an. Auch praktizierende Ärzte sollten das Thema öfter aktiv ansprechen. In Italien sollte zudem umgehend ein nationales HIV-Meldesystem eingerichtet werden, um das ganze Ausmaß der Epidemie erfassen und aktuelle Risikogruppen identifizieren zu können.

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Anteil der Frauen an erwachsenen (15+) HIV-Infizierten in Prozent.....	8
Abb. 2: HIV in der Bundesrepublik Deutschland. HIV-Erstdiagnosen nach Halbjahr der Diagnosen und Infektionsrisiko.....	28
Abb. 3: Modell der Entwicklung der HIV-Inzidenz, der AIDS-Inzidenz und der Todesfälle bei HIV-Infizierten in Deutschland.....	30
Abb. 4: AIDS in der Bundesrepublik Deutschland. Anzahl der gemeldeten AIDS-Fälle nach Halbjahr der Diagnose/Registrierung, Meldeverzug korrigiert, mit Anteil der als verstorben gemeldeten Fälle.....	31
Abb. 5: HIV-Neudiagnosenrate pro Region und 100.000 Einwohner.	34
Abb. 6: AIDS-Inzidenzrate pro Region und 100.000 Einwohner.	34
Abb. 7: HIV-Neudiagnoseraten pro 100.000 Einwohner von 1985 bis 2005 basierend auf den Daten aus Piemont, Ligurien, Venetien, Friaul Julisch Venezien, Bozen, Latium, Trient, Modena, Sassari und Rimini.....	34
Abb. 8: AIDS-Fälle in Italien pro Diagnosehalbjahr, Meldeverzug korrigiert, und Neudiagnosenrate	36
Abb. 9: Der BZgA zugewiesene Haushaltsmittel zur AIDS-Aufklärung	39
Abb. 10: Ausgaben des italienischen Gesundheitsministeriums für die AIDS-Aufklärung pro Kampagne.....	42
Abb. 11: Bildungsgrad/Beruf nach Befragungsland	44
Abb. 12: Anteile derjenigen, die AIDS im eigenen Land noch als Bedrohung einstufen.....	45
Abb. 13: Einschätzung der Entwicklung der Epidemie in den letzten fünf Jahren im eigenen Land.....	46
Abb. 14: Einschätzung des persönlichen Infektionsrisikos.....	47
Abb. 15: Anteil der richtigen Antworten zu potentiellen Übertragungswegen für HIV	50
Abb. 16: Wissen zu Impfstoff, Therapie, Übertragungsrisiken	53
Abb. 17: Wissen um die Existenz antiretroviraler Therapie	54
Abb. 18: Wissen über die globale epidemiologische Entwicklung von HIV.....	55
Abb. 19: Testverhalten nach Altersgruppen.....	58
Abb. 20: Anteile derer, die sich schon mindestens einmal auf HIV haben testen lassen	59
Abb. 21: Einstellungen gegenüber Kondomen	61
Abb. 22: Frequenz des Kondomgebrauchs mit neuem Partner	62
Abb. 23: Zuständigkeit für Kondomgebrauch in der Partnerschaft	63
Abb. 24: Kondomgebrauch mit festem Partner.....	64
Abb. 25: Frequenz von Drogenkonsum	69
Abb. 26: Korrelation von Frequenz des Drogenkonsums und ständigem Kondomgebrauch mit neuem Sexualpartner	70
Abb. 27: Hauptinformationsquellen zu HIV/AIDS.....	71
Abb. 28: Frequenz des regelhaften Kondomgebrauchs mit neuem Partnern in Funktion der Hauptinformationsquellen	73
Abb. 29: Einschätzung der AIDS-Informationskampagne im eigenen Land.....	74
Abb. 30: Ansprechpartner für Informationen über HIV/AIDS	75

Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Verteilung der Befragten auf Altersgruppen.....	43
Tab. 2: Einschätzung des persönlichen Infektionsrisikos in Abhängigkeit des Alters	47
Tab. 3: Wahrnehmung des eigenen Infektionsrisikos in Abhängigkeit des Kondomgebrauchs mit neuem Partner	48
Tab. 4: Wahrnehmung des eigenen Infektionsrisiko in Abhängigkeit des persönlichen Umgangs mit HIV-positiven Personen.....	48
Tab. 5: Bekanntschaft mit Menschen mit HIV	56
Tab. 6: Verhalten gegenüber einer Personen mit HIV	57
Tab. 7: HIV-Testrate in Abhängigkeit von Kondomgebrauch mit neuem Partner	59
Tab. 8: Freie Antworten zur Frage nach dem besten Schutz vor AIDS.....	60
Tab. 9: Frequenz des Kondomgebrauchs mit neuem Partner in Abhängigkeit vom Alter	62
Tab. 10: Gründe, die gegen Kondomgebrauch mit neuem Partner sprechen.....	63
Tab. 11: Abhängigkeit des Kondomgebrauchs mit festem Partner vom Alter	65
Tab. 12: Gründe, die gegen Kondomgebrauch mit festem Partner sprechen.....	66
Tab. 13: Durchschnittsalter beim ersten Geschlechtsverkehr nach Altersgruppen.....	67
Tab. 14: Durchschnittliche Anzahl an bisherigen Partnern nach Altersgruppen	68
Tab. 15: Thematisierung von HIV/AIDS im Freundes- und Familienkreis.....	75
Tab. 16: Was die Befragten an der AIDS-Aufklärung ihres Landes ändern würden.....	77

Anhang

Deutsche Version des Fragebogens..... 111

Italienische Version des Fragebogens..... 117

Studie zum Thema Prävention von HIV/AIDS in Deutschland und Italien

Dieser Fragebogen wird ANONYM behandelt, bitte machen Sie keine Angaben zu ihrem Namen!

1.1 Alter:

1.2 Familienstand: verheiratet ledig geschieden

1.3 Haben Sie Kinder? ja nein Wie viele? _____

1.4 Staatsangehörigkeit:

1.5 Religionsangehörigkeit:

1.6 Geboren in:

1.7 Wohnhaft:

1.8 Beruf:

1.9 Schulabschluss:

1.10 abgeschlossene Berufsausbildung/ Universitätsabschluss?

2. Ist AIDS in Deutschland Ihrer Meinung nach immer noch eine Bedrohung?

Ja Nein Ich weiß es nicht

3. Denken Sie, dass die Zahl der Menschen, die sich in Deutschland pro Jahr mit dem Erreger von AIDS infizieren, in den letzten 5 Jahren eher gestiegen oder gefallen ist?

Gestiegen Gefallen Ich weiß es nicht

4. Welche der folgenden Möglichkeiten sind potentielle Übertragungswege für HIV?

(j = ja, n = nein, ? = ich weiß es nicht)

- Gemeinsames Benutzen von Nadeln beim Drogenmissbrauch _____
- Insektenstiche _____
- Ungeschützter Geschlechtsverkehr _____
- Küssen _____
- Händedruck _____
- Niesen (Tröpfcheninfektion) _____
- Oraler Geschlechtsverkehr _____
- Coitus Interruptus _____
- Geschlechtsverkehr mit untreuem Partner _____
- Aus einem gemeinsamen Glas trinken _____
- Den Rasierer eines anderen benutzen _____
- Benutzen öffentlicher Schwimmbäder _____

5. Bitte antworten Sie mit Richtig (R), Falsch (F) oder „Ich weiß es nicht“ (?)

1. Die Entwicklung eines Impfstoffes für HIV steht kurz vor einem Durchbruch. _____
2. Seit einigen Jahren gibt es eine effektive medikamentöse Therapie für AIDS. _____
3. Durch diese Medikamente kommt AIDS bei einem mit HIV Infizierten in der Regel nicht zum Ausbruch. _____

4. Mit diesen Medikamenten ist AIDS heilbar. _____
5. Ein HIV-Infizierter, der die Medikamente nimmt, ist nicht mehr ansteckend. _____
6. Weltweit nimmt die AIDS-Epidemie ab. _____
7. Frauen infizieren sich leichter als Männer. _____
8. Sperma eines einzigen Beischlafs enthält das Virus in zur Infektion ausreichend hoher Konzentration. _____
9. Während einer Schwangerschaft und der Geburt kann der Erreger von der Mutter auf das Kind übertragen werden. _____
10. Die Milch einer HIV-positiven Mutter ist infektiös. _____
11. Andere Geschlechtskrankheiten erhöhen das Risiko einer sexuellen Übertragung von HIV. _____
12. Das Risiko einer Übertragung bei einmaligem ungeschütztem Geschlechtsverkehr mit einer HIV-positiven Person liegt bei über 10%. _____
13. Trotz der vorgeschriebenen Hygienekontrollen werden in Deutschland jährlich 4 bis 5 Menschen durch den Erhalt von Bluttransfusionen mit HIV infiziert. _____

6. Wie kann man sich Ihrer Meinung nach am besten vor AIDS schützen?

7. Kennen Sie eine HIV-positive Person oder haben Sie von einer gehört?

- Ja, in meinem Freundeskreis/ in meiner Familie
- Ja, in meinem Bekanntenkreis
- Ja, aber ich kenne sie nicht persönlich
- Nein, ich weiß von niemandem

8. Angenommen Sie kennen eine HIV-positive Person: Inwiefern verhalten Sie sich im persönlichen Umgang ihr gegenüber anders als bei anderen Personen?

9. Haben Sie schon mal daran gedacht, einen HIV-Test zu machen? ja nein
Wenn ja, aus welchen Gründen?

10. Haben Sie den Test tatsächlich schon einmal gemacht? ja nein
Wie oft?

11. Wie hoch schätzen Sie auf einer Skala von 0 bis 10 ihr persönliches Risiko, sich mit HIV zu infizieren?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

12. Wie denken Sie generell über den Gebrauch von Kondomen?*(Zutreffendes bitte ankreuzen)*

- Ich benutze keine Kondome, weil ich noch keinen Geschlechtsverkehr hatte.
 - Der Gebrauch von Kondomen ist sinnvoll, um sich gegen Geschlechtskrankheiten und AIDS zu schützen.
 - Ich benutze keine Kondome, weil der Gebrauch gegen meine Religion ist.
 - Ich habe noch nie über den Gebrauch von Kondomen nachgedacht.
 - Die Hauptfunktion von Kondomen ist für mich der Empfängnischutz.
 - Die Hauptfunktion von Kondomen ist für mich der Schutz vor Krankheiten.
 - Meistens ist es mein Partner, der Kondome eher ablehnt.
- Andere Ansichten: _____
- _____

13. Falls Sie schon einmal Geschlechtsverkehr hatten, benutzen Sie in der Regel mit einem neuen Partner Kondome?

- Ich hatte noch keinen Geschlechtsverkehr. -> weiter mit Frage 22.

immer	meistens	gelegentlich	nie
-------	----------	--------------	-----

14. Wenn ja,

- weil Sie selbst darauf achten,
- weil beide darauf achten,
- oder weil der jeweilige Partner daran denkt

15. Wenn Ihre Antwort nicht „immer“ war, aus welchen Gründen benutzen Sie ggf. keines?**16. Bestehen Sie auf den Gebrauch von Kondomen, wenn der Partner nicht von alleine eines benutzt?**

immer	meistens	gelegentlich	nie
-------	----------	--------------	-----

17. Benutzen Sie in der Regel mit einem festen Partner Kondome?

immer	meistens	gelegentlich	nie
-------	----------	--------------	-----

18. Wenn nie oder gelegentlich, warum nicht?*(Mehrfachnennungen möglich)*

- Wir haben beide einen AIDS-Test gemacht
- Ich glaube nicht, dass ich oder mein Partner irgendwelche Geschlechtskrankheiten haben
- Ein Kondom stört das Gefühl
- Ich weiß, dass mein Partner lieber keins benutzt
- Auf Dauer zu teuer
- Umständlich
- Unangenehm, meinen Partner danach zu fragen
- Unangenehm in der Anschaffung
- Sonstiges:

19. Wenn Sie an Ihre persönliche Erfahrung denken, wo lernen Sie am ehesten einen neuen Partner kennen?

- Bei der Arbeit/ in der Schule/ in der Universität
- Über Freunde
- Zeitung/Internet
- Partys, Diskos, Bars, Kneipen
- Im Urlaub
- Sonstiges:

20. Wie alt waren Sie, als Sie das erste Mal Geschlechtsverkehr hatten?

21. Wie viele Sexualpartner haben Sie bisher gehabt?

22. Wenn Sie abends ausgehen, wo gehen Sie am häufigsten hin?

Drei Antwortmöglichkeiten, wenn möglich in der Reihenfolge der Häufigkeit (1.=am häufigsten)

1. Kneipe/Bar
 2. Diskothek
 3. Kino
 4. zu Freunden
 5. Theater/Oper
 6. auf Konzerte
 7. ins Restaurant
1. _____ 2. _____ 3. _____

23. Wie oft gehen Sie ungefähr abends aus?

- weniger als einmal pro Woche
- ein bis zweimal die Woche
- 3 – 4 Mal die Woche
- fast jeden Abend

24. Was trinken Sie in der Regel, wenn Sie abends ausgehen?

- Soft-Drinks
- Cocktails
- Bier, Wein
- Hochprozentiges
- Sonstiges: _____

25. Kommt es vor, dass Sie, bewusst oder unbewusst, im Laufe eines Abends betrunken werden?

nie	selten	gelegentlich	häufig
-----	--------	--------------	--------

26. Haben Sie schon einmal Drogen zu sich genommen, inklusive leichte Drogen wie Haschisch oder Marihuana?

nie	einige male	gelegentlich	häufig	regelmäßig
-----	-------------	--------------	--------	------------

27. Wenn ja, welche?

28. Aus der folgenden Liste, welches sind für Sie die drei wichtigsten Dinge in ihrem Leben:
Drei Antwortmöglichkeiten in der Reihenfolge der Wichtigkeit: (1.= am wichtigsten)

1. Familie
2. Erfolg bei Arbeit/ Schule/ Studium
3. Freundschaft
4. Liebe
5. Gesundheit
6. meinem Leben einen Sinn geben
7. von anderen geschätzt werden
8. Spaß und Unterhaltung
9. Gott/mein Glaube
10. sich für andere einsetzen
11. die Welt sehen/ Reisen
12. Sonstiges:

1._____ 2._____ 3._____

29. Auf einer Skala von 0 bis 10, wie zufrieden sind Sie mit sich selbst?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

30. Woher beziehen Sie vor allem Ihr Wissen über AIDS, seine Ansteckungswege und wie man sich davor schützt? (Mehrfachnennungen möglich)

- Spots im Rundfunk
- Rundfunk-Reportagen
- Plakate
- Infobroschüren
- Informationsstände, Benefizkonzerte, Themenabende in Diskotheken etc.
- Internet
- Aufklärung in der Schule
- Von Freunden, Bekannten und Familie
- Zeitungsanzeigen
- Artikel in Zeitung und Zeitschriften
- Sonstiges:

31. Können Sie diese Informationsquelle näher beschreiben?

**32. Haben sich die Aufklärungskampagnen Ihrer Meinung nach in den letzten Jahren geändert?
 Wenn ja, wie?**

33. Sprechen Sie in Ihrer Familie oder mit Ihren Freunden über AIDS?

34. An wen würden Sie sich für Informationen über AIDS/HIV wenden?

35. Was würden Sie an der AIDS-Aufklärung in Deutschland (Italien) ändern?

36. Sonstige Anmerkungen:

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Indagine sull'efficacia della prevenzione dall'HIV/AIDS in Germania e in Italia

Questo modulo sarà trattato in modo anonimo, nel pieno rispetto delle leggi a tutela della privacy personale.

PER FAVORE NON INDICHI ALCUN NOME!

1.1 Et :

1.2 stato legale: coniugata nubile divorziata

1.3 Ha figli? s  no Quanti? _____

1.4 Cittadinanza:

1.5 Religione professata:

1.6 Nata a:

1.7 Comune di residenza (Provincia):

1.8 Professione:

1.9 Schulabschluss:

1.10 abgeschlossene Berufsausbildung/ Universit tsabschluss?

2. L'AIDS in Italia   ancora da considerare un pericolo?

S  No Non lo so

3. Secondo lei, il numero di persone annualmente infette da HIV   cresciuto o diminuito negli ultimi cinque anni in Italia?

cresciuto diminuito Non lo so.

4. Quali tra questi fattori sono rischiosi per la trasmissione del'HIV?

(s , no, ? = non lo so)

- scambio di siringhe usate _____
- punture di insetti _____
- rapporti sessuali non protetti _____
- baciarsi _____
- stringersi la mano _____
- starnuti (infezione per via aerea) _____
- sesso orale _____
- coitus interruptus _____
- rapporto con partner infedele _____
- bere dallo stesso bicchiere _____
- usare lo stesso rasoio _____
- frequentare piscine pubbliche _____

5. Per favore rispondere con: vero (V), falso (F) o Non lo so (?)

1. Lo sviluppo di una vaccinazione preventiva sar  completato tra poco. _____
2. Da alcuni anni esistono dei farmaci efficienti contro l'AIDS. _____
3. Grazie a questi farmaci viene attenuato il manifestarsi dell'AIDS. _____
4. Questi farmaci guariscono dall'AIDS. _____
5. Una person sieropositiva che assume questi farmaci non   pi  contagiosa. _____
6. In tutto il mondo l'epidemia   in diminuzione. _____
7. Le donne possono contrarre la malattia pi  facilmente degli uomini. _____

8. Lo sperma di un rapporto completo contiene una quantità di virus sufficiente per trasmettere la malattia. _____
9. Durante una gravidanza o il parto la madre può infettare il bambino. _____
10. Il latte di una madre sieropositiva è contagioso. _____
11. Altre malattie venere aumentano il rischio di una trasmissione sessuale da HIV. _____
12. Il rischio di contagio durante un unico rapporto completo non protetto con una persona sieropositiva è superiore al 10 %. _____
13. Malgrado i controlli obbligatori in Italia ogni anno 4 – 5 persone contraggono il virus ricevendo trasfusioni di sangue. _____

6. Qual è il miglior modo per prevenire l'infezione da HIV secondo Lei?

7. Ha mai sentito parlare di una persona che abbia contratto l'infezione da HIV?

- Sì, tra i miei amici / nella mia famiglia
- Sì, nella cerchia delle mie conoscenze
- Sì, ma non la conosco personalmente.
- No, non so di nessuno

8. Supponiamo che ne conosca una: in che modo lei cambia comportamento nei confronti di essa?

9. Ha mai pensato di eseguire il test dell'AIDS? Sì No
Se sì, per quali motivi?

10. Ha mai veramente eseguito il test? Sì No
Se sì, quante volte?

11. Su una scala da 0 a 10, quale pensa sia il suo rischio personale di contrarre l'infezione da HIV?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

12. In generale, cosa ne pensa dell'eventuale utilizzo del preservativo?*(Indicare le risposte adeguate)*

- Non lo uso perché non ho rapporti sessuali.
 - Importante per proteggersi da malattie sessualmente trasmesse e AIDS.
 - Non li userei perché sarebbe contro la mia religione.
 - Non ho mai pensato di usarli.
 - Per me, la sua funzione principale è la contraccezione.
 - Per me, la sua funzione principale è la protezione da malattie.
 - Di solito è il mio partner che tende a rifiutarlo.
- Altro: _____
-

13. Se ha mai avuto rapporti sessuali, con un nuovo partner di solito usa preservativi?

- Non ho mai avuto rapporti sessuali -> vada alla domanda 21!

sempre	di solito	occasionalmente	mai
--------	-----------	-----------------	-----

14. Quando viene usato, è più perchè

- ci penso io,
- ci pensiamo tutti e due
- ci pensa il mio partner.

15. Nel caso la sua risposta sia stata altro che „sempre“, per quali eventuali motivi non lo usa?**16. Se il suo partner non se ne preoccupa, lei insiste sull'utilizzo?**

sempre	di solito	occasionalmente	mai
--------	-----------	-----------------	-----

17. Di solito usa preservativi con un partner fisso?

sempre	di solito	occasionalmente	mai
--------	-----------	-----------------	-----

18. Se “mai” o “occasionalmente”, perchè no?*(indicare le risposte adeguate)*

- Abbiamo eseguito il test dell'AIDS tutti e due.
- Non credo che uno di noi due abbia malattie venere o HIV.
- Disturba la qualità del sentimento.
- So che il mio partner preferisce non usarlo.
- Troppo caro a lungo termine.
- Scomodo da applicare.
- Mi vergogno di chiederlo al mio partner.
- Mi vergogno a comprarlo.
- Altro:

19. Considerando le sue esperienze, dov'è più probabile che lei conosca un nuovo partner?

- Al lavoro / a scuola / all'università
- Tramite amici
- Tramite giornali, internet
- feste, discoteche, locale, pub, bar
- In vacanza
- Altro:

20. A che età ha avuto il suo primo rapporto sessuale?**21. Con quante persone ha avuto rapporti sessuali?****22. Quando esce la sera, dove va di solito?**

Dare tre risposte in ordine di frequenza, partendo dal posto più frequentato

1. al pub/bar
 2. in discoteca
 3. al cinema
 4. da amici
 5. al teatro/opera
 6. a concerti
 7. al ristorante
1. _____ 2. _____ 3. _____

23. Quanto spesso esce normalmente? Con che frequenza esce la sera**24. Di solito, cosa le piace bere quando esce?**

- analcolici
- cocktails
- birra, vino
- liquori
- altro: _____

25. Le capita, volontariamente o involontariamente, di ubriacarsi nel corso di una serata?

mai	raramente	ogni tanto	spesso
-----	-----------	------------	--------

26. Ha mai fatto uso di droghe, anche leggere come hashish o marijuana?

mai	alcune volte	ogni tanto	spesso	regolarmente
-----	--------------	------------	--------	--------------

27. Se ha risposto di sì, quali?

28. Tra quelle indicate, quali sono le tre cose per lei più importanti:*Tre risposte in ordine di importanza:*

1. famiglia
2. successo nel lavoro / scuola / studio
3. amicizia
4. amore
5. salute
6. dare un senso alla mia vita
7. stima degli altri
8. divertimento
9. Dio / la mia fede
10. impegno per gli altri
11. vedere il mondo / viaggiare
12. altro:

1. _____ 2. _____ 3. _____

29. Su una scala da 0 a 10, quanto è contenta di se stessa?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

30. Quali sono le sue principali fonti d'informazione sull'AIDS?*Anche risposte multiple*

- Spot televisivi o radiofonici
- Documentari/Reportage televisivi o radiofonici
- Affissioni pubblicitarie/Poster
- Materiali divulgativi/ volantini
- Banchetti d'informazione, manifestazioni di beneficenza, campagne d'informazione nelle discoteche etc.
- Internet
- Educazione a scuola
- Da amici, conoscenze e famiglia
- Annunci sui giornali
- Articoli su giornali e riviste
- Altro:

31. Ricorda qualcosa in particolare di questa propaganda indicata sopra?**32. Secondo lei, le campagne d'informazione sono cambiate negli ultimi anni? Se pensa di sì, come?**

33. Con la sua famiglia o i suoi amici parla dell'AIDS?

34. A chi si rivolgerebbe per informazione sull'AIDS/HIV?

35. Lei, eventualmente, cosa cambierebbe alle campagne d'informazione sull'AIDS in Italia?

36. Commenti:

Grazie per la sua gentile collaborazione!

Literaturverzeichnis

Ahlberg BM, Jylkäs E, Krantz I. Gendered construction of sexual risks: Implications for safer sex among young people in Kenya and Sweden. *Reproductive Health Matters* 2001; 9: 26–36

Aloisi MS, Girardi E, Ippolito G. Conoscenze e comportamenti sessuali rispetto all'AIDS: Rassegna degli studi italiani condotti sulla popolazione giovanile. *Ann Ig* 1995; 7: 349–358

Aloisi MS, Girardi E, Ippolito G. The response of the Italian press to AIDS: a 22-month analysis. *J Biol Regul Homeost Agents* 2001; 15: 336–342

Baggaley J. Perceived effectiveness of international AIDS campaigns. *Health Education Research* 1988; 3: 7–17.

Benotsch EG, Pinkerton SD, Dyatlov RV, DiFranceisco W, Smirnova TS, Swain GR, Dudko VY, Kozlov AP. A comparison of HIV/AIDS knowledge and attitudes of STD clinic clients in St. Petersburg, Russia and Milwaukee, Wi, USA. *J Community Health* 2004; 29: 451–465

Blower SM, Bodine EN, Grovit-Ferbas K. Predicting the potential public health impact of disease-modifying HIV vaccines in South Africa: the problem of subtypes. *Curr Drug Targets Infect Disord.* 2005; 5: 179-92

Bühren B, 1998: Evaluationsforschung und Qualitätssicherung in der Personalkommunikativen AIDS-Prävention - Eine Meta-Evaluation. <http://www.freidok.uni-freiburg.de/volltexte/212/> (Zugriffsdatum: 07.08.2008).

Bundesagentur für Arbeit, o.J.: Der Arbeits- und Ausbildungsmarkt in Deutschland: Monatsbericht Dezember und Jahr 2005. <http://www.pub.arbeitsamt.de/hst/services/statistik/000100/html/monat/200512.pdf> (Zugriffsdatum: 01.11.2007).

Bundesministerium für Gesundheit, Bundesministerium für Bildung und Forschung, Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung, 2007: Aktionsplan zur Umsetzung der HIV/AIDS-Bekämpfungsstrategie der Bundesregierung. http://www.bmg.bund.de/nn_1140592/DE/Themenschwerpunkte/Praevention/HIV-AIDS/Aktionsplan-AIDS,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/Aktionsplan-AIDS.pdf (Zugriffsdatum: 26.06.2007).

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Die Kampagne zur AIDS-Prävention in Deutschland. 1985 - 2005: Dokumentation. Köln: Eigenverlag, o.J.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Sexual- und Verhütungsverhalten 16-24jähriger Jugendlicher und Erwachsener. Kurzzusammenfassung der Endergebnisse. Eine Repräsentativstudie im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Köln: Eigenverlag, 1998

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Frauenleben: Studie zu Lebensläufen und Familienplanung. Köln: Eigenverlag, 2000

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Verhütungsverhalten Erwachsener: Ergebnisse der repräsentativen Befragung 2003. Köln: Eigenverlag, 2003

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. AIDS im öffentlichen Bewusstsein der Bundesrepublik Deutschland 2005: Wissen, Einstellungen und Verhalten zum Schutz vor AIDS. Eine Wiederholungsbefragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln. Kurzfassung. Köln: Eigenverlag, 2006

- Centro operativo AIDS. Supplemento del notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità: Aggiornamento dei casi di AIDS notificati in Italia e delle nuove diagnosi di infezione da HIV al 31 dicembre 2005. *Not Ist Super Sanità* 2006; 19: 1-24
- Centro operativo AIDS (Hg.). Supplemento del notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità: Aggiornamento dei casi di AIDS notificati in Italia e delle nuove diagnosi di infezione da HIV al 31 dicembre 2006. *Not Ist Super Sanità* 2007; 20: 1-24
- Coates TJ, Aggleton P, Gutzwiller F, Des Jarlais D, Kihara M, Kippax S, Schechter M, van den Hoek JA. HIV prevention in developed countries. *Lancet* 1996; 348: 1143-1148
- Commissione nazionale per la lotta contro l'AIDS. Aggiornamento dei casi di AIDS notificati in Italia e delle nuove diagnosi di infezione da HIV. Rom: Eigenverlag, 2004
- Dannecker M. Erosion der HIV-Prävention? *Z Sexualforschung* 2002; 15: 58-64
- Dennin R, Doese D, Lafrenz M, Gürtler L. Anti-HIV/AIDS-Präventionskonzepte in Deutschland. *Prävention und Rehabilitation* 2006; 18: 121-129
- Deutsche AIDS-Hilfe e.V., 2005: Test? Informationen rund um den HIV-Test. <http://www.aidshilfe.de/media/de/test-brosch-06.pdf> (Zugriffsdatum: 08.08.2007)
- Escobar Pinzon, LC, Sweers H. Prävention der HIV-Übertragung - was ist wünschenswert, was ist machbar? *Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz* 2007; 50: 454-457
- Estermann J, Rutz R. Trends of HIV infections using the anonymous mandatory reporting system and other data sources in Switzerland and in the Federal Republic of Germany. *Soz Praventivmed* 1992; 37: 73-78
- EuroHIV, 2006: HIV/AIDS Surveillance in Europe: End-year report 2005 No.73. http://www.eurohiv.org/reports/index_reports_eng.htm#current (Zugriffsdatum: 08.08.2007)
- European Commission, 2006: Special Eurobarometer 240: AIDS Prevention. http://ec.europa.eu/health/ph_publication/eb_aids_en.pdf (Zugriffsdatum: 28.07.2007)
- Fрати A, Cordone MN. Le campagne informativo-educative sull'AIDS del Ministero della Salute 1988-2002. *Boll Farmacodip e Alcoolis* 2002; 15: 11-18
- Freidrich D, Heckmann W. Aids in Europe. The behavioural Aspects. Berlin: Edition Sigma Verlag, 1995: Band 2, 3, 4
- Giuliani M. Increased HIV incidence among men who have sex with men in Rome. *AIDS* 2005; 19: 1429-1431
- Gutmacher S, Lieberman L, Wai HC, Ward D, Radosh A, Rafferty Y, Freudenberg N. Gender differences in attitudes and use of condom availability programs among sexually active students in New York City public high schools. *J Am Med Womens Assoc* 1995; 50: 99-102
- Hamouda O, Marcus U, Voss L, Kollan C. Verlauf der HIV-Epidemie in Deutschland. *Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz* 2007; 50: 399-411
- Higgins D, Galavotti C, O'Reilly K, Schnell D, Moore M, Rugg D, Johnson R. Evidence for the effects of HIV antibody counseling and testing on risk behaviors. *JAMA* 1991, 266: 2419-2428
- Hubert M, Bajos N, Sandfort T. Sexual behaviour and HIV AIDS in Europe: Comparisons of national surveys. London: UCL Press, 1998
- Ickovics J, Yoshikawa H. Preventive interventions to reduce heterosexual HIV risk for women: current perspectives, future directions. *AIDS* 1998, 12(suppl A): S197-S208

Istituto Nazionale di Statistica, o.J.: Popolazione straniera residente al 1 gennaio 2005 per età e sesso: Comune: Pavia. <http://demo.istat.it/strasa2005/index.html> (Zugriffsdatum: 01.10.2007)

Istituto Nazionale di Statistica, o.J.: Statistiche demografiche ISTAT: Bilancio demografico anno 2005 e popolazione residente al 31 Dicembre Comune: Pavia. <http://www.demo.istat.it/bil2005/index.html> (Zugriffsdatum: 07.09.2007)

Istituto Nazionale di Statistica. Conti nazionali. Statistiche in breve: Principali aggregati dei conti economici regionali. Anno 2005. Rom: Eigenverlag, 2007a

Istituto Nazionale di Statistica, 2007b: Forze di Lavoro: Media 2006. Annuari. http://www.istat.it/dati/catalogo/20070824_01/ (Zugriffsdatum: 10.09.2007)

Jeannin A, Cohen M, Bajos N. Voluntary HIV testing. In: Hubert, M, Bajos, N, Sandfort, T, Hrsg. Sexual behaviour and HIV AIDS in Europe: Comparisons of national surveys. London: UCL Press, 1998: 287–302

Johnson D, Flora J, Rimal R. HIV/AIDS public service announcements around the world: A descriptive analysis. *J Health Commun* 1997; 2: 223–234

King R; 1999: Sexual behavioural change for HIV: Where have theories taken us? UNAIDS best practice collection. http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub04/JC159-BehavChange_en.pdf (Zugriffsdatum: 07.08.2008)

Kosack K, 2004: Migration in Bonn - Statistische Basisinformationen. http://www2.bonn.de/statistik_wahlen/dl/vortrag/Migration_workshop.pdf (Zugriffsdatum: 14.09.2007)

Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik Nordrhein-Westfalen, o.J.: Einwohnerzahl und Bevölkerungsdichte in NRW. <http://www.lids.nrw.de/statistik/datenangebot/daten/b/r311dichte.html> (Zugriffsdatum: 09.09.2007)

Lert F. Advances in HIV treatment and prevention: should treatment optimism lead to prevention pessimism? *AIDS Care* 2000; 12: 745–755

Longo B, Pezzotti P, Boros S, Urciuoli R, Rezza G. Increasing proportion of late testers among AIDS cases in Italy, 1996-2002. *AIDS Care* 2005; 17: 834-841

Manassero F, 2005: Al signor Ministro della Salute onorevole Francesco STORACE. www.lila.it/lettera_ministro.htm (Zugriffsdatum: 10.12.2005)

Marcus U. Prevention strategies to control the HIV epidemic. Successes, problems, and perspectives. *Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz* 2007; 50: 412-421

Ministero della Salute, o.J.a: Informazioni sul test. <http://ministerosalute.it/faqGenerale/faqGeneraleAperta.jsp?id=7&area=aids%&paginaprovenienza=null> (Zugriffsdatum: 15.10.2007)

Ministero della Salute, o.J.b: Promozione della salute nel 2005. <http://www.ministerosalute.it/servizio/campagna.jsp?idarc=15> (Zugriffsdatum: 09.08.07).

Ministero della Salute, 2006: Giornata mondiale AIDS 2006: Scheda 1/ Epidemiologia in Italia. <http://www.ministerosalute.it/dettaglio/pdPrimoPiano.jsp?id=358&sub=2&lang=it> (Zugriffsdatum: 10.08.2007)

Ministero della salute, 2007: Relazione al Parlamento sullo stato di attuazione delle strategie attivate per fronteggiare l'infezione da HIV nell'anno 2006 (articolo 8, comma 3, legge 5 giugno 1990, n. 135) http://www.ministerosalute.it/imgs/C_17_publicazioni_809_allegato.doc (Zugriffsdatum: 04.09.2008)

- Ministero della salute, 2008: Relazione al parlamento. AIDS.
<http://www.ministerosalute.it/pubblicazioni/ppRisultatiRP.jsp> (Zugriffsdatum: 01.10.08)
- Owen M. Italy seeks a strategy. *AIDS Watch* 1988, 3: 4–5
- Pezzotti P, Piovesan C, Rezza G, Moro G, Serpelloni G, Ferraro P. Combining HIV and AIDS surveillance: an experience from an Italian region. *Int J Epidemiol* 1997; 26(6): 1352–1358
- Population Crisis Committee, 1988: Country rankings on status of women: Poor, powerless and pregnant.
http://eric.ed.gov/ERICDocs/data/ericdocs2sql/content_storage_01/0000019b/80/1d/f6/98.pdf
 (Zugriffsdatum: 03.08.08)
- Pott E. AIDS prevention in Germany. *Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz* 2007; 50: 422–431
- Renzi C, Zantedeschi E, Signorelli C. Voluntary HIV testing in Europe. *Scand J Public Health* 2004; 32: 102–110
- Renzi C, Zantedeschi E, Signorelli C, Osborn JF. Factors associated with HIV testing: results from an Italian General Population Survey. *Prev Med* 2001; 32: 40–48
- Robert Koch-Institut 2005a: Epidemiologisches Bulletin: Sonderausgabe B. HIV-Infektionen/AIDS: Halbjahresbericht I 2005
http://www.rki.de/cln_100/nn_196438/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2005/Sonderausgaben/B__2005,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/B_2005.pdf (Zugriffsdatum: 07.08.2008)
- Robert Koch-Institut 2005b: Zum Welt-AIDS-Tag 2005: Stand und Entwicklung der HIV-Epidemie in Deutschland.
http://www.rki.de/cln_100/nn_196438/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2005/47__05.html?__nnn=true (Zugriffsdatum: 07.08.2008)
- Robert Koch-Institut, 2006a: Epidemiologisches Bulletin: Sonderausgabe A. HIV-Infektionen/AIDS: Halbjahresbericht II/2005.
http://www.rki.de/cln_100/nn_195960/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2006/Sonderausgaben/A__2006,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/A_2006.pdf (Zugriffsdatum: 07.08.2008)
- Robert Koch-Institut, 2006b: HIV/AIDS: RKI-Ratgeber Infektionskrankheiten: Merkblatt für Ärzte. Epidemiologisches Bulletin.
http://www.rki.de/cln_100/nn_196436/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2006/04__06,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/04__06.pdf (Zugriffsdatum: 07.08.2008)
- Robert Koch-Institut, 2006c: Zu in Deutschland durchgeführten HIV-Such- und -Bestätigungstests im Jahr 2004.
http://www.rki.de/cln_100/nn_196438/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2005/Sonderausgaben/B__2005,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/B_2005.pdf (Zugriffsdatum: 21.06.07)
- Robert Koch Institut, 2006 d: HIV/AIDS in Nordrhein-Westfalen – Eckdaten Epidemiologische Kurzinformation des Robert Koch-Instituts, Stand: Ende 2006 http://www.aidshilfe-nrw.de/aidshilfe-nrw/upload/newsletter/2006/2006_11_29_titel_24/rki_nov_06_eckdaten_trends_nrw.pdf
 (Zugriffsdatum 03.09.08)
- Robert-Koch-Institut, 2008: Epidemiologisches Bulletin. Sonderausgabe A. HIV-Infektionen/AIDS: Halbjahresbericht II 2007.

http://www.rki.de/cln_091/nn_969736/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2008/Sonderausgaben/A__08,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/A_08.pdf (Zugriffsdatum: 01.09.08)

Rosenbrock R. Was ist New Public Health? Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 2001; 44: 753–762

Rosenbrock R. AIDS prevention in Germany - a successful model in crisis. Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 2007; 50: 432–441

Santis A de 2005: Contracezione consapevole - Yahoo! Salute.
<http://it.health.yahoo.net/print.asp?id=10068> (Zugriffsdatum:06.06.2008)

Seta F de, o.J.: La contraccezione oggi - Contracezione - Salute - Gynevra.
http://www.gynevra.it/salute/SezSal_5-contraccezione_oggi.html#start (Zugriffsdatum: 13.06.2008)

Signorelli C, Pasquarella C, Limina RM, Colzani E, Fanti M, Cielo A, Greco M, Chironna M, Quarto M. Third Italian national survey on knowledge, attitudes, and sexual behaviour in relation to HIV/AIDS risk and the role of health education campaigns. Eur J Public Health 2006; 16: 498–504

Signorelli C, Renzi C, Zantedeschi E, Bossi A. Prevention focused on sexual behavior. Ann Ist Super Sanita 2000; 36: 441–443

Spizzichino L, Pedone G. Access to public health services and HIV prevention: experimentation of participated planning with adolescents. Ann Ist Super Sanita 2002; 38: 367–375

Stadt Bonn, o. J.a: Statistik und Wahlen: Arbeitsmarkt und Pendler - Beschäftigtenstatistik.
http://www2.bonn.de/statistik_wahlen/index.asp?10730 (Zugriffsdatum: 07.09.2007)

Stadt Bonn, o. J.b: Statistik und Wahlen: Bevölkerung am 30.06./31.12 nach Altersgruppen.
http://www2.bonn.de/statistik_wahlen/index.asp?10220 (Zugriffsdatum: 07.09.2007)

Statistische Ämter des Bundes und der Länder, o.J.: Gemeinsames Datenangebot der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder: Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen - Das Bruttoinlandsprodukt. http://www.statistik-portal.de/statistik-portal/de_jb27_jahrtab65.asp (Zugriffsdatum: 15.08.2007)

Steffan E, Kersch V, Sokolowski S. Immigration and HIV/AIDS prevention in Germany - an interdisciplinary challenge. Euro Surveill 2005; 10(1)

Steffen M. The fight against AIDS: An international public policy comparison between four European countries: France, Great Britain, Germany, and Italy. Grenoble: Press universitaire de Grenoble, 1996

Stevens P, Hall J. Participatory action research for sustaining individual and community change: a model of HIV prevention education. AIDS Educ Prev 1998, 10: 387–402

Takacs J, Amirkhanian YA, Kelly JA, Kirsanova AV, Khoursine RA, Mocsonaki L. "Condoms are reliable but I am not": A qualitative analysis of AIDS-related beliefs and attitudes of young heterosexual adults in Budapest, Hungary, and St. Petersburg, Russia. Cent Eur J Public Health 2006; 14: 59–66

Trani F, Gnisci F, Nobile CG, Angelillo IF. Adolescents and sexually transmitted infections: knowledge and behaviour in Italy. J Paediatr Child Health 2005; 41: 260–264

UNAIDS, 1997: Women and AIDS: UNAIDS point of view. UNAIDS best practice collection. http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub04/women-pov_en.pdf (Zugriffsdatum: 01.09.2007)

UNAIDS programme coordinating board, 2005: UNAIDS Unified Budget and Workplan 2006-2007. http://data.unaids.org/Governance/PCB04/pcb_17_05_04_en.pdf?preview=true (Zugriffsdatum: 05.09.2007)

UNAIDS/WHO, 2005: AIDS epidemic update: December 2005. http://www.unaids.org/epi/2005/doc/report_pdf.asp (Zugriffsdatum: 03.08.08)

Weilandt C. HIV prevention in Europe: A review of policy and practice in 25 countries. Berlin: Ed. Sigma, 2001

Wellings K. Assessing AIDS/HIV prevention: what do we know in Europe? General population. *Soz Praventivmed.* 1994; 39(Suppl 1): 14-46

WHO Regional Office for Europe, 2006: Italy - HIV/AIDS country profile. http://www.euro.who.int/aids/ctryinfo/overview/20060118_23?PrinterF (Zugriffsdatum: 27.08.2007)

Danksagung

Ich danke Herrn PD Dr. med. Thomas Kistemann MA (geogr.) vom Institut für Hygiene und Öffentliche Gesundheit der Universität Bonn für die Übernahme der Betreuung meiner Arbeit, seine Zuverlässigkeit und den freundlichen Umgang.

Ich danke meinen Eltern Klaus und Magdalena Bergius für ihr Vertrauen und ihre ideelle und finanzielle Unterstützung nicht nur während meines Dissertationsvorhabens.

Ich danke meiner Schwester Anne Bergius dafür, dass ich bei ihr wohnen und arbeiten konnte und für ihren Beitrag zum Gelingen dieser Arbeit.

Ringrazio Francesco Spiaggia per aver condiviso con me la sua casa e vita durante il lavoro per questo dottorato e oltre.

Ich danke Maddalena und Hildegard Bayer für ihre Hilfe beim Übersetzen des Fragebogens und bei anderen Fragen zur italienischen Sprache.

Ich danke Sarah Braun für ihre segensreichen Korrekturen mit magistergeschultem Blick.

Ich danke den Mitarbeitern des A.S.L. Pavia und des Bürgeramtes Bonn dafür, dass ich die Befragung in ihren Räumen durchführen durfte.

Ich danke allen Frauen, die sich die Zeit genommen haben, an meiner Befragung teilzunehmen.