



**GESCHLECHTSKRANKHEITEN
IN GESELLSCHAFTLICHEN RANDGRUPPEN**

ARCHIVEXEMPLAR

**Reg.-No. 120009
(13.1.11)**

Gutachten zu den Möglichkeiten einer Kampagne
gegen die weitere Ausbreitung von Geschlechts-
krankheiten auf der Basis empirischer Unter-
suchungen

Vorbemerkung

Das vorliegende Gutachten basiert auf einer qualitativ-explorativen Studie. Dieser Studientyp wurde nicht zuletzt deshalb gewählt, weil abgesehen von der offiziellen Statistik über die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten unseres Wissens in der BRD keine weiteren empirisch abgesicherten Befunde zu dieser Problematik vorliegen. Diese Vorgehensweise erschien uns besonders geeignet, einen ersten Einblick in jene psychosozialen Bedingungsfelder zu gewinnen, deren Kenntnis zur differenzierten Einschätzung der augenblicklichen Situation, der Verbreitungsgefahr und der möglichen Gegenmaßnahmen notwendig ist.

Betrachtet man den medizinisch klar definierbaren Tatbestand "X hat eine Geschlechtskrankheit" als Resultante einer Reihe von psychischen und sozialen Dispositionen von X, die zu einem bestimmten Sexualverhalten und einer erhöhten Ansteckungsgefahr führten, so wird klar, daß innerhalb der Studie vor allem auch relevante Informationen zum Sexualverhalten und zu dessen Bestimmungsfaktoren zu ermitteln waren.

Diese Ergebnisse sollten durch die a priori gesetzten quantitativen und qualitativen Eingrenzungen vorerst als Hypothesen gewertet werden, die nicht ohne weiteres über die untersuchten Gruppen hinaus zu extrapolieren sind.

Trotzdem glauben wir, "im ersten Anlauf" genügend fundierte Ergebnisse ermittelt zu haben, die ein relevanter Beitrag zu dem Problem der Geschlechtskrankheiten und eine breite Wissensbasis für weitere Studien sind.

Die Projektleitung möchte an dieser Stelle insbesondere den beteiligten Interviewern danken, die bei größtem persönlichen Einsatz und unter sehr schwierigen Bedingungen den Zugang zu den Befragtengruppen ermöglichten.

G. Höcher

U. Reuter

G L I E D E R U N G

	Seite
Vorbemerkung	1
I UNTERSUCHUNGSaufbau	2
1. Aufgabe der Untersuchung	2
2. Untersuchungsdimensionen und Methoden	3
2.1 Grundlagenerhebung: Verhalten und Einstellungen im Sexualbereich	3
2.2 Konzeptionstest der Plakat- und Faltblattentwürfe	4
3. Stichprobe	5
4. Untersuchungsablauf und Diskussion wichtiger methodischer Aspekte (Interviewereinfluß, Auswertungstechnik)	12
II GRUNDLAGENERGEBNISSE: Einstellungen und Verhalten in den Bereichen Sexualität - Geschlechtskrankheiten - Aufklärung über Geschlechtskrankheiten	16
A. Übergreifende Strukturen	18
1. Der inhaltliche Umfang des Sexualitätsbegriffes und seine psychologischen und medientaktischen Konsequenzen	18
1.1 Semantischer Umfang des Sexualitätsbegriffes, Symbolisierungstendenzen, Brauchbarkeit des Potenzmotivs für eine Aufklärungskampagne	19
1.2 Verdrängung sexueller Begriffsinhalte; die drei wichtigsten verdrängten Komplexe; medientaktische Konsequenzen	20
2. Strukturelle Beziehungen zwischen Sexualität und Geschlechtskrankheiten	32
2.1 Sexualität	32
2.2 Verdrängte Komplexe der "neuen Sexualität"	33

	Seite
2.3 Geschlechtskrankheiten als verdrängungsgefährdeter Komplex	34
2.4 Geschlechtskrankheiten als von Sexualität isolierter Komplex	36
3. Wichtige psycho-soziale Bedingungsdimensionen für die Interpretation der Untersuchungsergebnisse	38
3.1 Zur Notwendigkeit der Diskussion dieser Bedingungsdimensionen	38
3.2 Die wichtigsten psycho-sozialen Bedingungsdimensionen: Normenhorizont, Bedürfnisstruktur und objektive Gegebenheiten	39
3.3 Differenzierung der Bedingungsdimensionen	41
B. Dimensionale vergleichende Beschreibung einzelner Befragtengruppen	44
1. Überblick über die Zielgruppenstruktur unter dem Aspekt der Effizienz von Aufklärungsmaßnahmen	44
1.1 Erläuterung der Darstellungsweise	44
1.2 Die Relevanz der Konstituenten für Aufklärungsmaßnahmen	45
2. Spezialproblematik: Geschlechtskrankheiten	48
III ERGEBNISSE ZU DEN KONZEPTIONEN	50
1. Faltblattentwürfe	50
1.1 Stärke des spontanen Aufforderungscharakters	50
1.2 Spontaneindrücke	51
1.3 Beurteilung nach Durchblättern	53
1.4 Exemplarische Beurteilung eines zentralen Inhaltes (Tripper)	61
1.5 Überblick über die Beurteilungen	64
1.6 Penetranz der zentralen Lerninhalte	65
2. Plakatentwürfe	67
2.1 Präferenzrang der Plakate	67

	Seite
2.2 Perzeptive Prägnanz	69
2.3 Exkurs zum Namen "Gulliver"	72
3. Conative Impulse durch Faltblätter und Plakate - Was bewirken sie ?	74
IV ZUSAMMENFASSUNG der zentralen Ergebnisse und abzuleitende Konsequenzen für Aufklärungsmaßnahmen in relevanten Zielgruppen	79
1. Das Zielgruppen- und das Dunkelzifferproblem	79
2. Zentrale Ergebnisse der Grundlagenstudie	81
3. Konsequenzen für die Aufklärungskampagne	90
4. Empirische Voraussetzungen für die effiziente Bekämpfung der Ausbreitung von Geschlechtskrankheiten	93

Vorbemerkung

Das vorliegende Gutachten basiert auf einer qualitativ-explorativen Studie. Dieser Studientyp wurde nicht zuletzt deshalb gewählt, weil abgesehen von der offiziellen Statistik über die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten unseres Wissens in der BRD keine weiteren empirisch abgesicherten Befunde zu dieser Problematik vorliegen. Diese Vorgehensweise erschien uns besonders geeignet, einen ersten Einblick in jene psychosozialen Bedingungsfelder zu gewinnen, deren Kenntnis zur differenzierten Einschätzung der augenblicklichen Situation, der Verbreitungsgefahr und der möglichen Gegenmaßnahmen notwendig ist.

Betrachtet man den medizinisch klar definierbaren Tatbestand "X hat eine Geschlechtskrankheit" als Resultante einer Reihe von psychischen und sozialen Dispositionen von X, die zu einem bestimmten Sexualverhalten und einer erhöhten Ansteckungsgefahr führten, so wird klar, daß innerhalb der Studie vor allem auch relevante Informationen zum Sexualverhalten und zu dessen Bestimmungsfaktoren zu ermitteln waren.

Diese Ergebnisse sollten durch die a priori gesetzten quantitativen und qualitativen Eingrenzungen vorerst als Hypothesen gewertet werden, die nicht ohne weiteres über die untersuchten Gruppen hinaus zu extrapolieren sind.

Trotzdem glauben wir, "im ersten Anlauf" genügend fundierte Ergebnisse ermittelt zu haben, die ein relevanter Beitrag zu dem Problem der Geschlechtskrankheiten und eine breite Wissensbasis für weitere Studien sind.

Die Projektleitung möchte an dieser Stelle insbesondere den beteiligten Interviewern danken, die bei größtem persönlichen Einsatz und unter sehr schwierigen Bedingungen den Zugang zu den Befragtengruppen ermöglichten.

G. Höcher

U. Reuter

I UNTERSUCHUNGSaufbau

1. Aufgabe der Untersuchung

Das Hauptziel der Untersuchung war die Abtestung von Aufklärungsmaterialien der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Eine solche Abtestung ist nur sinnvoll auf dem Hintergrund einer Grundlagenuntersuchung. Es erwies sich demnach als notwendig, einige zentrale Informationen über Sexualverhalten und sexuelle Einstellungen der Versuchspersonen zu erheben. Auf diesem Hintergrund erst lassen sich die der Hauptzielsetzung entsprechenden Fragestellungen sinnvoll, d.h. bezogen auf den Gesamtkontext relevanter personaler Verhaltens- und Normensysteme, erheben und interpretieren.

Untersuchung und Ergebnisdarstellung gliedern sich daher in zwei Hauptschritte:

- Grundlagenforschung
(Anamnese problemrelevanter Verhaltensformen, Grundnormen, spezieller Einstellungen und Dissonanzen)

- Konzeptionstest
(von Plakat- und Faltblattentwürfen)¹⁾

In beiden Teilen werden insbesondere auch die Konsequenzen für eine mögliche Beeinflussungsstrategie der untersuchten Gruppen aufgezeigt.

1) Diese Materialien sind im Anhang wiedergegeben.

2. Untersuchungsdimensionen und Methoden

2.1 Grundlagenerhebung: Verhalten und Einstellungen im Sexualbereich

Die Frage nach der Bereitschaft, sich mit Inhalten einer Aufklärungskampagne zur Verhütung von Geschlechtskrankheiten auseinanderzusetzen und evtl. die eigenen Sexualgewohnheiten zu verändern, hängt nur zum Teil von der formalen Qualität des Aufklärungsmaterials ab. Maßgebend sind vor allem auch grundlegende Verhaltensgewohnheiten und Einstellungen der Versuchspersonen zur Sexualität, die zum Teil persönlichkeitsspezifisch sind, im wesentlichen jedoch zumindest mitgeprägt sind durch gesellschaftliche Normen und Verhaltensklischees.

Unter den gesellschaftlichen Sexualnormen müssen wir solche unterscheiden, die relativ allgemeingültig sind und andere, die ihre Gültigkeit nur in bestimmten Gesellschaftsschichten und speziellen Gruppen (Ingroups, Randgruppen usw.) besitzen und deshalb oft nicht generalisierbar sind.

Dieser Normenpluralismus hat Konsequenzen für die Erhebungsmethode: Sie muß flexibel genug sein, auch Spezifisches und Überraschendes in Griff zu bekommen. Als Methode wurde deshalb die "offene Leitfadexploration" gewählt, bei der den thematisch und methodisch speziell geschulten Interviewern lediglich ein Überblick über relevante Fragenbereiche und Dimensionen vorliegt, die im Lauf des (in der Praxis 3 - 6stündigen) Gespräches mit der Befragungsperson anzuschneiden und zu explorieren waren¹⁾. Je nach Einzelfall mußte der Explorateur in der Lage sein, je nach Individualität des Gesprächspartners und Gesprächsablauf nicht nur die richtige Sprachebene zu finden, sondern auch thematische Schwerpunkte und Reihenfolge der geplanten Gesprächsinhalte flexibel zu handhaben.

Insofern hat diese Untersuchung auch mehr den Charakter der Einzelfallstudie und ist nicht als "Befragung" im üblichen Sinne zu werten.

1) Vgl. hierzu den Untersuchungsleitfaden im Anhang.

2.2 Konzeptionstest der Plakat- und Faltblattentwürfe

Der Konzeptionstest war organisch in die Grundlagenforschung einzugliedern. Hierbei ging es in erster Linie um die Konfrontation der Materialien bzw. deren Inhalte mit den Personen. Neben diesen offenen Reaktionen und Explorationsen wurden folgende Untersuchungsdimensionen erfaßt:

Plakatentwürfe

- 1) Aufmerksamkeitswert
- 2) Präferenzrang
- 3) Verständlichkeit
- 4) Einprägsamkeit
- 5) Inhaltliche Akzeptanz
- 6) Formale Akzeptanz
- 7) Ergänzungs- und Veränderungs-wünsche
- 8) Conativer Aufforderungscharakter (Verhaltensstimulanz)
 - a) zur Informationsvertiefung durch andere Medien
 - b) zur Informationsweitergabe (z. B. an den Partner)
 - c) zur Veränderung sexueller Praktiken

Faltblattentwürfe

- 1) Präferenzrang
- 2) Verständlichkeit
- 3) Inhaltliche Akzeptanz
- 4) Formale Akzeptanz
- 5) Problemerkennung
- 6) Penetranz der Lerninhalte
- 7) Conativer Aufforderungscharakter (Verhaltensstimulanz)
 - a) zur Informationsvertiefung durch andere Medien
 - b) zur Informationsweitergabe (z. B. an den Partner)
 - c) zur Veränderung sexueller Praktiken

3. Stichprobe

Nach der Hauptzielsetzung der Untersuchung sollte die Stichprobe möglichst viele Personen umfassen, die persönliche Erfahrung mit Geschlechtskrankheiten hatten.

Da es unseres Wissens keine empirischen Analysen gibt, die eine vollständige Definition der besonders gefährdeten Personenkreise über demographische Merkmale wie Alter, Geschlecht, Wohnort u. ä. hinaus erlauben, mußte hier von vermuteten "Krisengruppen" ausgegangen werden.

Dies und die Beschränkung der Stichprobe auf insgesamt 80 Personen bedingen, daß die von uns definierten und aufgesuchten "Krisengruppen" nur unvollständig die gesamte Gruppe der aktuell, ehemals und potentiell Geschlechtskranken repräsentieren.

Der vorher definierte Auswahlplan (vgl. nächste Seite) hatte vor allem das Ziel, möglichst viele der vermuteten "Krisengruppen" zu erfassen. Die Besetzung jedes Typus mit 8 Befragungspersonen garantierte eine bessere Absicherung der Ergebnisse gegen die zu starke Orientierung an Einzelfällen.

Sämtliche Befragungen fanden im September 1973 in Köln und Umgebung statt.

Zur Beschreibung der einzelnen Gruppen:

Erwachsenenzielgruppen

Die Erwachsenenzielgruppen sollten gesellschaftliche Randgruppen sein, die sich durch eine hohe Partnerwechselfrequenz auszeichnen. Hohe Partnerwechselfrequenz wird in der Literatur als einer der Hauptgründe für die Zunahme der Zahl der Erkrankten genannt.

Auswahlplan (Merkmalsverteilung)

geplante Untersuchungsgruppe (80 Personen)	nach Hypothesen "besonders gefährdete Personen"									
operationalisierte Untersuchungsgruppen (je 40 Personen)	Erwachsene (mit häufig wechselnden Partnern; überwiegend mit Krankheitserfahrung)					Jugendliche (sozial gefährdete; teilweise mit Krankheitserfahrung)				
Geschlecht (je 20 Personen)	männl.		weibl.			männl.		weibl.		
Alter (je 10 Personen)	21-29	über 30	21-29	über 30		16-18	19-21	16-18	19-21	
Subgruppen (je 8 Personen)	"Sexuell Hemmungsarme"	"Ideologisch Emanzipierte"	"Berufseinflußt Gefährdete"	"Gelegenheitsprostituierte"	"männliche Homosexuelle"	"Obdachlose"	"Heimkinder"	"Rocker und Gangmitglieder"	"Rauschmittelabhängige"	"Hilfsarbeiter" (Jungarbeiter)

1) "Homosexuelle" (eine der Hauptrisikogruppen)

Es war aus sekundäranalytischen Voruntersuchungen bekannt, daß viele homosexuelle Männer sehr oft ihre Geschlechtspartner wechseln.

Aus der Untersuchung ausgenommen waren Homosexuelle, die in relativ fester Partnerbeziehung leben oder zu festen Partnerbeziehungen neigen.

Diese Gruppe wurde im Gegensatz zu den übrigen nicht von einem speziellen Explorateur untersucht, sondern auf mehrere Explorateure verteilt, die jeweils Zugangsmöglichkeiten zu bestimmten homosexuellen Kontaktkreisen hatten (Treffpunkte in Parks, Gaststätten, Künstlerkreisen).

Die Gruppe der untersuchten Homosexuellen rekrutierte sich vor allem aus der sozialen Mittelschicht.

2) "Sexuell Hemmungsarme"

Diese Zielgruppe entsprach keiner eigentlichen Randgruppe.

Auswahlkriterium war hier der psycho-soziale Sexualhabitus: Personen mit sehr häufig wechselndem Geschlechtspartner, die ihr Sexualverhalten nicht über allgemein gesellschaftliche Sexualnormen regulieren, sondern kurzschlüssig den Partnerkontakt auf das Triebbedürfnis (in unten näher erklärtem Sinn) beziehen.

Die Explorationen wurden vorwiegend in den Kontaktgaststätten dieser Personen durchgeführt. Aufgefunden wurden die Personen über informelle Vorgespräche und/oder Hinweise hieraus.

Diese Gruppe rekrutierte sich vor allem aus der unteren bis mittleren Mittelschicht.

3) "Ideologisch Emanzipierte"

Diese Gruppe rechtfertigt ihren häufigen Partnerwechsel ideologisch und betrachtet sexuelle Emanzipation als "progressive" soziale Norm. Entsprechende Personen waren vor allem in politischen Subkulturen, in Studentengruppen und in sog. Künstlerlokalen zu finden.

Diese Gruppe rekrutierte sich vor allem aus der sozialen Mittelschicht und aus schichtmäßig schwer einzuordnenden Randgruppen (z. B. Künstler).

4) "Berufsbeeinflußt Gefährdete"

Gemeint waren Personen aus solchen Berufen, die häufigen Partnerwechsel erleichtern (Kellnerinnen, Fernfahrer, Vertreter).

Diese Gruppe war als Ganze inhomogen. Alle Befragten gehörten jedoch der unteren Mittelschicht bis oberen Unterschicht an und besaßen generell den Volksschulabschluß.

5) "Gelegenheitsprostituierte"

Es waren Prostituierte, die die Prostitution nicht hauptberuflich betreiben. Ausgeschlossen wurden auch solche Prostituierte, die einen Zuhälter oder einen als Zuhälter fungierenden Ehemann besaßen. Diese Einschränkungen wurden gemacht, da Berufsprostituierte entweder unter ständiger ärztlicher Kontrolle stehen bzw. vom Zuhälter gesundheitlich überwacht werden und da das Aufklärungsziel in den Testmaterialien (Benutzung von Kondomen) bei Prostituierten nicht relevant ist. Sie werden fast generell benutzt.

Exploriert wurde an drei Kontaktstellen:

- "Hausfrauenstrich" an einer Autobahnauffahrt
- Gelegenheitsprostitution in einem Vorortpark
- Nebenberufliche Mitarbeiterin eines sog. "Massagesalons".

Diese Gruppe rekrutierte sich vorwiegend aus der sozialen Unterschicht und besaß nur zum Teil einen Volksschulabschluß.

Jugendlichengruppen

Für die Jugendlichengruppen war häufiger Partnerwechsel nicht zentrales Auswahlkriterium, sondern vielmehr der Grad der situativen oder virtuellen Gefährdung bestimmter Ingroups. (Es wurden auch Jugendliche befragt, die noch keinen Geschlechtsverkehr hatten, aber bestimmten Gruppen angehören, die eine starke Ansteckungsgefährdung besitzen.)

6) "Rauschmittelabhängige"

Sie wurden vor allem in bekannten "Anlaufstellen" in Köln erreicht. Diese Gruppe überschneidet sich zum Teil mit der Gruppe der "Heimkinder", da einige der Rauschmittelabhängigen entflohene Heimzöglinge waren.

Die Gruppe rekrutierte sich vor allem aus der Unterschicht. Die meisten Befragten zeigten legasthenische Symptome und besaßen keinen Volksschulabschluß.

7) "Rocker und Gangmitglieder"

Untersucht wurden zwei Rockergruppen:

- "Mopedrocker", die in den "offenen Türen" der Stadt Köln verkehren,
- "Autorocker", ältere Jugendliche, die eine Kölner Autobahnauffahrt als "Gangrevier" betrachten.

Diese Gruppe rekrutierte sich aus der unteren Mittelschicht bis Unterschicht. Die Befragten besaßen meist den Volksschulabschluß.

8) "Heimkinder"

Es handelt sich hier um männliche Zöglinge von Jugendheimen und weibliche Jugendliche, die von einer besonderen Stelle in Köln betreut werden.

Diese Gruppe überschneidet sich zum Teil mit den Rauschmittelabhängigen, da sich herausstellte, daß alle befragten Heimkinder Rauschmittelerfahrung besaßen. Es wurden jedoch alle Heimkinder aus der Befragungsgruppe ausgeschlossen, die "härtere" Rauschmittel als Haschisch benutzten und alle, die aussagten, sich von Rauschmitteln abhängig zu fühlen.

Diese Jugendlichen gehörten der sozialen Unterschicht an und waren zum großen Teil legasthenisch (Hilfsschüler, zum Teil ohne Hilfsschulabschluß).

9) "Obdachlose"

Untersucht wurden Jugendliche aus drei "sozialen Brennpunkten" (Obdachlosensiedlungen) im Raum Köln.

Diese Jugendlichen waren meist auch arbeitslos und ohne Volksschulabschluß. Sie gehörten ausnahmslos zur sozialen Unterschicht.

10) "Hilfsarbeiter (Jungarbeiter)"

Die Explorationen fanden, nach Absprache mit den Betriebsleitungen, in drei Kölner Industriebetrieben statt.

Die Jugendlichen gehörten der gehobenen Unterschicht an und besaßen den Volksschulabschluß.

Die statistischen Merkmale der Gesamtstichprobe sind in der folgenden Übersicht (s. nächste Seite) zusammengefaßt.

Statistische Merkmale der Stichprobe

S. 1 Geschlecht:	<u>männlich</u>	<u>40</u>
	<u>weiblich</u>	<u>40</u>

S. 2 Alter:	<u>16 - 18 Jahre</u>	<u>20</u>
	<u>19 - 21 Jahre</u>	<u>20</u>
	<u>22 - 29 Jahre</u>	<u>20</u>
	<u>30 Jahre und älter</u>	<u>20</u>

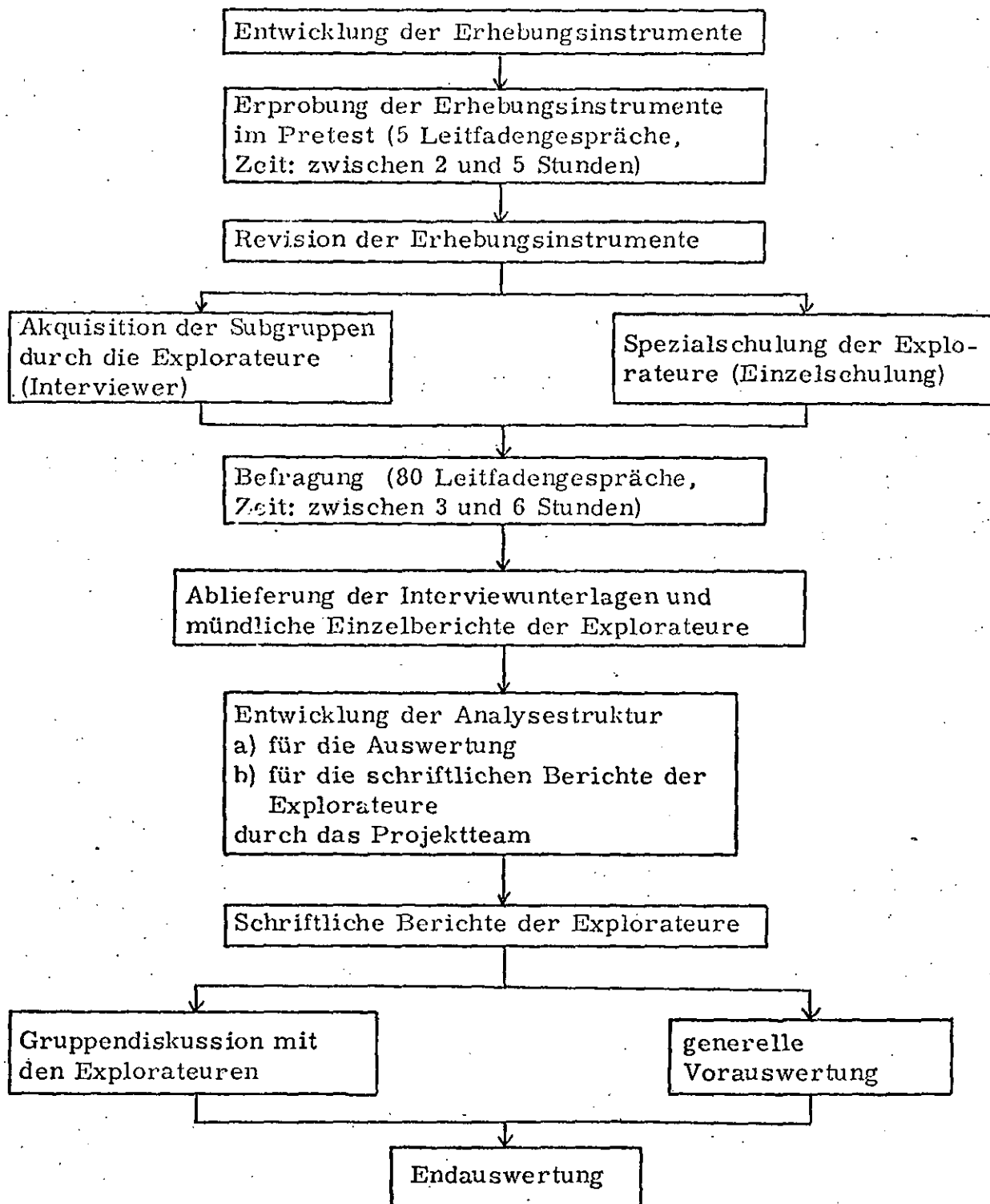
S. 3 Familienstand:	<u>ledig ohne Freundin (Freund)</u>	<u>28</u>
	<u>ledig mit Freundin (Freund)</u>	<u>37</u>
	<u>verlobt</u>	<u>3</u>
	<u>verheiratet</u>	<u>7</u>
	<u>geschieden</u>	<u>5</u>

S. 4 Schulbildung:	<u>ohne Schulabschluß</u>	<u>18</u>
	<u>Volksschulabschluß</u>	<u>34</u>
	<u>Mittel-, Fach- usw. -schulabschluß</u>	<u>19</u>
	<u>Abitur</u>	<u>8</u>
	<u>Hochschulabschluß</u>	<u>1</u>

S. 5 Schicht:	<u>US</u>	<u>24</u>
	<u>UMS</u>	<u>27</u>
	<u>MMS</u>	<u>26</u>
	<u>OMS</u>	<u>3</u>

4. Untersuchungsablauf und Diskussion wichtiger methodischer Aspekte (Interviewereinfluß, Auswertungstechnik)

Der Ablauf der Studie ist der folgenden Darstellung zu entnehmen.



Erläuterungen zu einigen Untersuchungsabschnitten:

Pretest:

Da auf jeden Fall vermieden werden mußte, daß Umfang und Intensität der Exploration zur Überforderung der Versuchspersonen führen, sollte in einem Pretest u. a. abgeklärt werden, ob den Versuchspersonen beide Konzeptionstests (Plakat- und Faltblattentwürfe) zugemutet werden können. Es empfahl sich schließlich, die Stichprobe zu halbieren und jeweils nur einen der Konzeptionstests mit einer Befragungsperson durchzuführen.

Spezierschulung der Explorateure:

Wegen der Inhomogenität der Gesamtbefragungsgruppe mußten subgruppenspezifische Schulungen durchgeführt werden, die u. a. in die Sozialpsychologie der jeweiligen Subkulturen einführten.

Eine Basis war hier schon dadurch gegeben, daß nahezu alle Explorateure in ihren Befragungsgruppen relevante Erfahrungen oder entsprechende berufliche Qualifikationen (Sozialpädagogen, Soziologen, Pädagogen) nachweisen konnten.

Gruppendiskussion der Explorateure:

Diese Gruppendiskussion hatte zwei Zielsetzungen:

- Jeder Explorateur repräsentierte seine spezielle Subgruppe; im Erfahrungsaustausch wurden Generalisierungsmöglichkeiten und zusätzliche Beobachtungen und Erlebnisdaten erfaßt.
- Die vom Projektteam vorentworfenen Auswertungskriterien und Analyseraster wurden an den konkreten Untersuchungserfahrungen überprüft.

Der Untersuchungsablauf spiegelt besonders unser Bemühen wider, den Interviewer- und Auswertereinfluß zu kontrollieren.

Das für jeden Beteiligten zentrale und kritische Thema Sexualität barg die Gefahr großer bewußter und unbewußter Subjektivierungen und Verzerrungen in sich¹⁾. Zur weitestmöglichen Reduktion dieser Einflüsse dienten bei den Interviewern:

- Selektion nach den erwähnten Qualifikationskriterien, die ein höheres Maß an Objektivität erwarten ließen als bei "normalen" Interviewern.
- Verstärkung dieser Tendenz durch die Einzelschulung.
- Die Explorateure boten ihr Erfahrungsmaterial in sechs strukturell verschiedenen Präsentationsformen dar:
 - o Leitfadenprotokolle
 - o Ergebnisse der geschlossenen Fragen und psychologischen Tests
 - o Mündliche Einzelberichterstattungen
 - o Schriftlicher Bericht in vorgegebener Analysestruktur
 - o Gruppendiskussion (gruppendynamischer Erfahrungsaustausch)
 - o Zusammenarbeit mit Interviewern bei der Auswertung

Die Interviewerpersönlichkeit und ihre relevanten Eigenschaften (z. B. Fähigkeiten, Charaktereigentümlichkeiten, Vorurteile, Beeinflussungstendenzen) wurden dadurch transparent und soweit kontrollierbar, wie dies bei einer so stark qualitativ orientierten Untersuchung überhaupt möglich ist.

1) Nicht nur aphoristisch interessant in diesem Zusammenhang sind folgende Beobachtungen, die die Projektleiter im Ablauf des Projektes machten: Beim Tippen einer Vorlage (Wortstreichtest) ergaben die Tippfehler ein konsistentes und passendes Bild der Person. Mißverständnisse bezüglich "Lesbarkeit" und "Verständnis" von handschriftlichen Vorlagen für Auswertung und Bericht entstanden vorwiegend bei psychologisch schwierigen Begriffen und Stellen. Besonders nach der Gruppendiskussion mit den Explorateuren, innerhalb derer der subjektive Anteil an den Ergebnissen ermittelt wurde, kam es zu offenen und verdeckten Aggressionen der Explorateure gegen Diskussions- und Forschungsleitung.

Die Projektleitung lag bei Herrn Dipl. -Psych. Höcher, der berufspraktische Erfahrungen in der Sozialarbeit und auch speziell auf dem Gebiet der Sozialpädagogik besitzt.

Der qualitative Teil der Auswertungs- und Interpretationsarbeit wurde durch drei voneinander unabhängig arbeitende Forscher geleistet, der quantitative Teil von vier weiteren qualifizierten Mitarbeitern bearbeitet. Diese Arbeitsform impliziert eine ständige gegenseitige Überprüfung der Arbeitsweise und der Ergebnisse.

Widerspruchsfreiheit und "Zusammenpassen" der Einzelteile zu einer geschlossenen Gesamtinterpretation von innerer Stimmigkeit bieten weitgehende Garantie für eine objektive Auswertung.

Die Datenauswertung geschah entsprechend der Problemstellung und der Erhebungsinstrumente im wesentlichen mittels Inhaltsanalyse der Unterlagen. Es war für die Prägnanz und Aussagefähigkeit der Untersuchung notwendig, die Ergebnisse für jede der 10 Subgruppen getrennt auszuwerten und erst in der Schlußphase der Auswertung die Frage der Generalisierungsmöglichkeiten zu untersuchen.

Das erforderte eine relativ aufwendige "mikroskopische" Arbeit, in der kaum Hilfskräfte oder technische Mittel eingesetzt werden konnten.

Trotz aller Bemühungen um Objektivierung sind natürlich nicht alle Subjektivierungen auszuschalten. Zudem brachte die Unberechenbarkeit der Befragten gewisse Einschränkungen in der methodischen Vergleichbarkeit mit sich: Unterschiedliche Sprachfelder und krasse Niveauunterschiede in Lese-, Schreib- und Sprechfähigkeit sind hier hauptsächlich anzuführen.

Wir glauben dennoch, im Rahmen des forschungsökonomisch Realisierbaren so viele Absicherungen "eingebaut" zu haben, daß eine weitgehende Gültigkeit der Aussagen für die befragten Gruppen gewährleistet ist.

II GRUNDLAGENERGEBNISSE: Einstellungen und Verhalten in den Bereichen Sexualität - Geschlechtskrank- heiten - Aufklärung über Geschlechtskrankheiten

Vorbemerkung zur Darstellungsweise

Die vorliegende Studie als gewissermaßen "erweiterte Einzelfallstudie an definierten Extremgruppen" kann nicht den Anspruch auf Generalisierbarkeit der Ergebnisse über den Kreis der berücksichtigten Gruppen hinaus erheben. Da es sich in erster Linie um empirische Arbeiten zur Vorbereitung einer Kampagne handelt, werden folgende Kriterien bei der Ergebnisdarstellung angelegt:

- Es wird keine allgemeine und umfassende Problemdarstellung gegeben (wenngleich die Ergebnisse dazu verlockten), sondern zentrale Einzelthemen werden behandelt und ausführlich dargestellt. Dies betrifft insbesondere auch die "Dimensionale vergleichende Zielgruppenbeschreibung". Hier wäre sicher eine detailliertere Beschreibung möglich. Wir halten dies jedoch aus mehreren Gründen nicht für sinnvoll: 1) Aufgabe der Studie ist in erster Linie die Auswertung auf die erwarteten Resonanzen bezüglich der Kampagne. 2) Es darf nicht übersehen werden, daß es sich letztlich um die intensive Exploration von wenigen Einzelfällen handelt, die die Extrapolation auf größere Aggregate "Die Homosexuellen" usw.) nicht zuläßt. 3) Die Forschungsleiter verstehen die Studie nicht als empirische Basis für Theoriebildung, sondern für die Bildung von Hypothesen, die erste Anhaltspunkte in einem weitgehend unerforschten Feld bieten¹⁾.

1) Vgl. zu diesen Punkten auch die Zusammenfassung und hier insbesondere die Kritik der a priorischen Zielgruppendefinition. In Abschnitt A "Übergreifende Strukturen" werden die Ergebnisse dargestellt, die für alle oder die überwiegende Mehrheit der Befragten gelten können (Einschränkungen und Gewichtungen sind vermerkt). In Abschnitt B "Vergleichende Gruppenbeschreibung" erfolgt eine kurze Übersicht über spezielle Charakteristika der einzelnen Probandengruppen. Dieser Abschnitt ist mit Absicht knapp gefaßt, um den Hypothesencharakter zu unterstreichen.
Diese Leitstudie bedarf auf jeden Fall der Quantifizierung und Validierung.

- Die inhaltlichen und medientaktischen Konsequenzen aus den einzelnen Ergebnissen werden - als solche ausgewiesen - jeweils schon am Ende der Sinnabschnitte angeführt, um einerseits die Nähe zur Aufgabenstellung zu halten, andererseits auch der Gefahr einer zu undifferenzierten Zusammenfassung in einem gesonderten Abschnitt zu entgehen.

A. ÜBERGREIFENDE STRUKTUREN

1. Der inhaltliche Umfang des Sexualitätsbegriffes und seine psychologischen und medientaktischen Konsequenzen

Bei der Ermittlung des inhaltlichen Umfanges wurde unterschieden zwischen

- 1.1 dem semantischen Umfang des Sexualitätsbegriffes und
- 1.2 der Begriffsverengung durch Verdrängung von Begriffsinhalten.

Die verdrängten Inhalte haben oft gerade besonders starke verhaltensbestimmende Kraft, spielen zur Erklärung irrationaler Verhaltenskomplexe (z. B. Neurosen), Verhaltenshemmungen und Vorurteilhaftigkeit eine wichtige Rolle und stellen, wie die psychologische Sexualforschung bewiesen hat, im Bereich der Sexualität einen der wichtigsten Problemzugänge dar, ohne den Sexualität kaum deutbar ist.

Entsprechend stand dieser Ansatz auch im Vordergrund der vorliegenden Untersuchung (und wurde als Problemeinstieg benutzt).

Die psychologische Methodik kann hier nur kurz angedeutet werden (ihre Rechtfertigung müßte auf assoziations- und tiefenpsychologische Grundlagen eingehen, die sich in diesem Rahmen nicht referieren lassen):

Es wurde ein Test (vgl. Anhang) konstruiert, der die bewährte formale Technik der "Durchstreichtests" übernahm, begriffliche Assoziationskomplexe in die Dimensionen: 1. leichte Zurückweisung, 2. affektive (starke) Zurückweisung, 3. bewußtes Interesse gliederte und zentrale Begriffsinhalte und Verdrängungen des Probanden transparent werden ließ.

1.1 Semantischer Umfang des Sexualitätsbegriffes, Symbolisierungstendenzen, Brauchbarkeit des Potenzmotivs für eine Aufklärungskampagne

Der semantische Umfang von Sexualität, gemessen an der Vielzahl von Assoziationen und Konnotationen in Persönlichkeits- und Lebensbereiche, ist groß. Sexualität steht nicht mehr in Gegensatz zu "Liebe" und "Erotik", sondern hat sich zum umfassenden Oberbegriff erweitert, der auch Bereiche wie Leidenschaft, Liebe, Zärtlichkeit, Vertrauen, Rücksichtnahme und Partnerschaft umfaßt. "Sex" vereinheitlicht alles, von Erotik im romantischsten Sinne bis zu biologischen Triebbedürfnissen und konkreten Liebstechniken.

Die Ausweitung des Begriffsumfeldes von Sexualität ist in den Mittelschichtgruppen fortgeschrittener als in Unterschichtzielgruppen. Begriffe wie z. B. Urlaub, Beruf, Geld werden von Probanden aus der Mittelschicht leicht und eindeutig auf "Sex" bezogen, in extremen Unterschichten haben sie "mit Sex nichts zu tun".

Andererseits zeigt sich eine deutliche "Symbolisierungstendenz" im Sexualitätsbereich gerade in der untersten Unterschicht: besonders bei "obdachlosen Jugendlichen", "Heimkindern" und Erwachsenen aus der Unterschicht war der geäußerte Begriff der Sexualität symbolischer Ausdruck pars pro toto für ihre prekäre Gesamtsituation ("Impotenz ... wenn es einem dreckig geht"; "da zeigt sich wie bedrissen alles ist ... ganzen Tag gearbeitet ... , sehe ich die Liebe lieber im Kino") und bringen Sexualität affektiv mit repressiven sozialen Situationen in Verbindung (Beschränkung der Freiheit, Angst vor den Eltern oder Erziehern, Kontakthemmungen, schlechtes Gewissen, soziale Verpflichtungen). Soziale Ängste werden im Sexualbegriff manifest: Sexuelle Impotenz symbolisiert (z. B. bei den "Obdachlosen") soziale "Impotenz". Hier spielt u. a. der Mangel an rationalen Erklärungsschemata für Gefährdungs- und Unsicherheitserlebnisse eine Rolle.

Potenz ist ohne Ausnahme in allen Unterschichtgruppen ein zentraler Komplex, der affektiv hoch besetzt ist.

Die innere Struktur dieses Komplexes - er wird affektiv abgewiesen, jedoch nicht verdrängt (im psychoanalytischen Sinn) - macht den Potenzbegriff zu einem idealen Ansatz für eine Aufklärungskampagne in den unteren Schichten der Bevölkerung. Da im Potenzbegriff persönlichkeitsrelevante Gesamtsituationen symbolisiert sind, trifft die Aufklärung über Potenzgefährdung durch Geschlechtskrankheiten die Gesamtpersönlichkeit in zentralen psychosozialen Motivationskernen. Eine gewisse Vorsicht bei der Benutzung des Potenzmotives in Aufklärungsaktionen ist jedoch dadurch geboten, daß affektive Abweisung in Verdrängungen umschlagen kann, die auch andere Aufklärungsinhalte gefährdet. Das Potenzmotiv sollte daher in Gesamtaussagen deutlich akzentuiert, jedoch peripher positioniert werden; die "Drohung" durch vorsichtige Ironisierung präzisiert, nicht aber abgeschwächt werden (z. B. Bildmotiv: "Ich kriege keinen mehr hoch").

1.2 Verdrängung sexueller Begriffsinhalte; die drei wichtigsten verdrängten Komplexe; medientaktische Konsequenzen

Von den sexuellen Verdrängungen sollen nur die für unsere Spezialproblematik relevantesten herausgestellt werden.

Auf die Verdrängungsmechanismen selbst kann erst an späterer Stelle (siehe Abschnitt B) eingegangen werden, da sie stark zielgruppenspezifisch sind.

Die drei wichtigsten und am deutlichsten begrenzbaren Komplexe sind:

- 1.2.1 Sexualitätsbezogene soziale Verantwortung und ihre personellen, institutionellen und normativen Repräsentanten (z. B. Eltern, Religion, eheliche Verpflichtungen, moralische Bindungen, der institutionale Aspekt des Ärzteimages).

1. 2. 2 "Sakrilege" gegen den Eros-Aspekt der Sexualität

(z. B. Pornographie und sexuelle Freizügigkeit; Funktionalisierung und Technisierung der Sexualität).

1. 2. 3 Sexuelle Risiken

(z. B. Geschlechtskrankheiten; Ärzteproblematik; Strukturvergleich: Ansteckungsverhütung - Empfängnisverhütung).

Zu 1. 2. 1 - Soziale Verantwortung

Dieser Komplex besitzt die geringste Verdrängungstiefe. Es bestätigt sich deutlich eine unserer Forschungshypothesen, daß es allgemeine Normen und Werte gibt, deren Verhaltensrelevanz u. a. durch gruppenspezifische Ingroupnormen phänomenal überlagert ist, die aber als eine Art "zweites Einstellungs- und Verhaltenssystem" bereitstehen, wenn die spezifischen Ingroupnormen ihre Kraft verlieren (meist durch Änderung der objektiven Verhältnisse: sozialer Aufstieg, Alter, Verlust der selbst empfundenen Gruppenzugehörigkeit).

Personale Repräsentanten dieses Komplexes sind vor allem die Eltern, in Unterschichten auch die Ehefrau. Sie spielen vor allem in der untersten Unterschicht (speziell: "Obdachlose", "Rauschgiftsüchtige") eine Rolle, während mit steigender Schicht abstraktere Repräsentanten "bürgerlicher Moral" eine größere Bedeutung gewinnen, wie z. B. Religion, Pflichtgefühl und Korrektheit.

Der Komplex "Soziale Verantwortung" ist für eine Aufklärungskampagne weitgehend unbrauchbar, da die Aktualisierung "allgemeiner Moralvorstellungen" die Veränderung der objektiven Lebensbedingungen voraussetzt. Gegenüber "moralischer Ansprache" besteht völlige Zurückweisung in allen Gruppen, ausgenommen "Heimkinder", da sie aus der Sicht der Betroffenen unreal ist und im Widerspruch zu ihrer persönlichen und sozialen Gesamtsituation steht.

Gefährlich für eine Aufklärung, die mit Begriffen aus diesem Komplex arbeitet, ist die nicht verdrängte Symbolisierung für die verdrängten Moral-komplexe. Besonders bei den Unterschichtzielgruppen und im höchsten Maße bei den "ideologisch Emanzipierten" ist körperliche und charakter-liche Sauberkeit Symbol für verdrängte Moralvorstellungen: Sauberkeit steht für moralische Qualifikation. Diese so symbolisierte moralische Qua-lifikation ist zugleich zentrale Qualifikation für die Ingroupzugehörigkeit ("unsere Leute sind alle sauber"). Ansprachen aus dem Begriffsfeld Sauber-keit werden daher je nach Darstellungsform als Angriff auf die Ingroup oder als Angriff auf die Berechtigung zur Ingroupzugehörigkeit abgewehrt oder auf feindliche Fremdbilder (Outgroups) projiziert und sind damit ebenfalls kaum als Aufklärungsinhalt geeignet. Der von der Zielsetzung der Aufklärung her notwendige Aufklärungsinhalt: "Waschen der Geschlechtsorgane nach dem Sexualkontakt vermindert die Gefahr der Syphilisansteckung", muß daher mit entsprechender Vorsicht in die Aufklärungspraxis umgesetzt werden. Auch der Rat, sich beim Partner über Ansteckungsgefahr zu erkundigen, wird oft schon deshalb zurückgewiesen, weil er als Zweifel an der "Ingroupsauber-keit" interpretiert wird.

Es ist sogar leichter, die eigene Ansteckung zuzugeben, als den Partner über Geschlechtskrankheiten zu fragen; sogar bei begründetem Verdacht wird meist nicht gefragt, sondern die Situation umgangen oder das Risiko auf sich genommen.

Aufklärungsinhalt darf daher eventuell (jedoch nicht zentral!) sein:

"Informiere Deinen Partner", nie aber "Informiere Dich über Deinen Part-ner". Die Effizienz dieses Aufklärungsinhalts ist jedoch als so gering ein-zuschätzen, daß eine Streichung dieses Aufklärungsinhalts befürwortet wer-den muß. Auf keinen Fall sollte er so in den Vordergrund gerückt werden, wie es in den Faltblattentwürfen der Fall ist.

Vor allem sollten Aufklärungsinhalte nie in Begriffen beschrieben werden, die das Begriffsumfeld körperliche und charakterologische Sauberkeit tan-gieren.

Zu 1.2.2 - Sakrilege gegen den Eros-Aspekt

1.2.2.1 Der Komplex Pornographie - sexuelle Freizügigkeit wird nur partiell verdrängt.

Pornographie ist (außer bei den "Ideologisch Emanzipierten" und den "Rauschgiftsüchtigen") durchaus zur Ingroupkommunikation zugelassen, ist oft sogar Gruppennorm ("Obdachlose", "Hilfsarbeiter"). Es besteht auch allgemeines Interesse an Pornographie.

Die Verdrängung ist partiell, sie weist auf schwache Stellen der insgesamt gelungenen Integration zwischen Sexualität und Erotik hin. Diese Gefügeschwäche aktualisiert nach dem oben dargestellten Mechanismus das "zweite Einstellungssystem = allgemeine Sexualmoral", so daß, besonders in der Unterschicht und bei den "Ideologisch Emanzipierten", oft paradoxe Diskrepanzen zwischen relativ freizügigem Verhalten und "bigotten" Einstellungen auftreten.

Da es nicht in den Möglichkeiten der Aufklärungskampagne liegt, gegen diese "doppelte Sexualmoral" vorzugehen, ist eine taktische Anpassung anzuraten über

- Benutzung der affektiven Kraft von Pornographie und
- Anbieten von Rechtfertigungsstützen für das Lesen und Betrachten sexuell stimulierender Texte und Bilder.

Praktisch bedeutet dies für die Gestaltung:

- Keine als pornographisch interpretierbaren Bild- oder Textelemente in zentraler Position (nicht als Plakat; nicht als zentrales Deckblattmotiv bei Broschüren oder Faltblättern.
- Keine Benutzung sexuell stimulierender Bilder ohne sachliche, "seriöse" Rechtfertigung (sachlich-präzise Texte;

Wissenschaftsimage; konservatives Schriftbild und Layout; objektivierbare Bildinhalte).

1.2.2.2 Durch die Integration von Sexualität und Erotik erfuhr der funktionale, technische Aspekt der Sexualität eine deutliche Abweisung.

Sie wird verstärkt durch ingroupspezifische Ideologien, die "Natürlichkeit" und emotionale Direktheit zu sexualverhaltensbestimmenden Normen machen.

Der Ratschlag zur Benutzung von Kondomen wird fast allgemein vom Gesichtspunkt dieses Verdrängungskomplexes aus interpretiert (z. B. "Kondome machen das Gefühl herunter", "... als ob man ein Bonbon mit dem Papier lutscht", "... sind ekelhaft für die Liebe", "... kein direktes Gefühl").

Für die Kampagne bedeutet dies, daß

- Kondome-Benutzen auf keinen Fall einziges Problemlösungsangebot sein darf und
- daß das Kondommotiv nicht isolierter Blickfang (wie auf den Plakatenwürfen) sein sollte, sondern zumindest durch einen weiteren affektiv nicht belasteten oder in der affektiven Wirkung neutralisierenden Blickfang ergänzt werden soll.
- Die Kondomdarstellung darf nicht ironisiert werden, denn der Erosaspekt der "neuen Sexualität" impliziert ein Verdikt gegen alles, was als sexuelle Anzüglichkeit interpretiert werden kann (auch Witze mit sexueller Thematik werden in den meisten Zielgruppen abgelehnt!).
- Die Kondomdarstellung muß wissenschaftlich-sachlich erscheinen (vor allem auch ohne die Interpretationsmöglichkeit als Werbung) und conativ realistisch sein, d. h. für die eigene Person in eigenen Situationen zu begreifen und greifbar sein.

Zu 1. 2. 3 - Sexuelle Risiken

Verdrängung des Risikobewußtseins ist eines der wichtigsten Symptome innerhalb des Problemkreises Geschlechtskrankheiten.

Während für die gefährdeten Personen der Erwachsenengruppen der Studie eher Risikoignoranz kennzeichnend ist, betrifft die Verdrängung des Risikobewußtseins vor allem die Jugendlichengruppen. Alle Jugendlichengruppen der Untersuchung heben sich hierin prägnant von den Erwachsenengruppen ab. Diese Differenz zwischen Erwachsenen und Jugendlichen wird begleitet von einem ebenso prägnanten sexualideologischen Bruch zwischen den Altersklassen, der sich etwa zwischen zwanzigstem und einundzwanzigstem Lebensjahr (19 J. - 20 J.) festlegen läßt:

- Bei den Älteren gelten Sexualität ideologisch als "egoistisches" Triebbedürfnis, erotische Interaktion als Taktik zur Akquisition von Sexualpartnern, "echte" emotionale Beziehungen als weitgehend unerfüllbare Sehnsucht, ihre Unerfüllbarkeit als persönliche Tragik. Diese "Tragik" unerlöster erotischer Valenzen wird ausschließlich auf die eigene Person bezogen, entsprechende Bedürfnisse anderer Personen oder des Partners werden nicht reflektiert oder als "kitschig" abgewiesen, während man für die Beschreibung eigenen erotischen Leidens ohne Hemmungen auch sentimentalste Klischees nicht scheut. Die Differenz zwischen den einzelnen Erwachsenenzielgruppen ist in diesem Bereich sehr gering: "Ideologisch Emanzipierte" und "Prostituierte" unterscheiden sich zwar deutlich im allgemeinen Sprachniveau, kaum jedoch in den Deutungsklischees.

Was hier an Risikobewußtsein verdrängt wird, ist eher das Risiko des Sexualpartners (dessen "eigenes Bier" es entsprechend der hier herrschenden individualistischen Sexualideologie ist, "ob er aufpaßt oder nicht") als die eigene Gefährdung. Das bedeutet nicht unbedingt, daß Partnerinformation über Ansteckungsgefahr abgelehnt wird, sie wird

jedoch als nebensächlich empfunden ("ja, wenn ich sie zufällig in den nächsten Tagen treffe, werde ich sie natürlich informieren").

Von dieser Einstellungsstruktur her ist es unwahrscheinlich, daß die Forderung nach Partnerinformation, wie sie in den Konzeptionen der Aufklärungskampagne erhoben wird, in den Erwachsenengruppen überhaupt auf Resonanz stößt und als Problemlösung in Betracht gezogen wird.

- Bei den Jüngeren (mit gewissen Abweichungen bei den "Rockern") dagegen gilt Sexualität ideologisch als integrales Moment partnerschaftlich-erotischer Interaktion. Die erotische Interaktion ist nicht Taktik (Mittel zum Zweck), sondern Inhalt der Partnerbeziehung. "Echte" emotionale Beziehungen sind hier nicht unerfüllbare Wunschvorstellungen, sondern vorausgesetzte Basis sexueller Beziehung. Der Sexualakt hat in dieser Ideologie den Stellenwert eines Handlungssymbols, d. h. einer Bekräftigung seelischer und erotischer Beziehungen. Die beiderseitige Befriedigung hat den Stellenwert eines Beweises für die Intaktheit und Natürlichkeit der Partnerbeziehung. ¹⁾

Der inneren Logik dieser Einstellungsstruktur entsprechend müssen alle Formen reflektierter Planung und alle konkreten Handlungstaktiken im Sexualbereich als "Symbolzerstörungen" empfunden werden. Da die Handlungssymbole im Sexualbereich zugleich Beweismittel für die Intaktheit hoch bewerteter erotischer Beziehungen sind, gelten Taktiken und Reflexionen als "verboten" und werden in die Verdrängung abgewiesen.

Affektiv wird das Ansinnen einer Gefahrenreflexion abgelehnt.

1) Diese "Partnerideologie" fordert zwar "volles Vertrauen zum Partner", dies ist jedoch relativ "abstrakt", als eine Art formaler Interaktionskodex gemeint, der in der Konkretisierung oft recht "egoistisch" interpretiert wird. Keineswegs darf daraus etwa geschlossen werden, daß der Partner tatsächlich bei Ansteckung immer informiert oder zum Arzt geschickt wird!

Es gibt generell vom ersten Kennenlernen des Partners bis zum Vollzug des Sexualaktes und sogar bis zur Beendigung der Beziehung kein einziges Strukturmoment der Partnerinteraktion, zu dem Gefahrenreflexion als passend empfunden wird. Auch bezüglich der Erinnerung an weit zurückliegende Freundschaften gilt das Gefahrenthema als destruktiv. Gefahrenreflexion und emotionale Partnerbeziehung schließen sich bei den meisten Jugendlichen grundsätzlich aus.

In den Bereich dieses Verdikts gegen rationale Handlungstaktiken (z. B. Kondome benutzen) und Gefahrenreflexion fällt vor allem das Problem "Verhütung von Geschlechtskrankheiten". Es betrifft in bedeutend geringerem Maße das Problem Empfängnisverhütung (mit Ausnahme der "Hilfsarbeitergruppe", wo dieses Thema zentraler Verdrängungskomplex ist). Dies hat deutlich abgrenzbare Gründe:

Empfängnisverhütung gilt nicht nur als Störung der erotisch-sexuellen Beziehung, sondern wird auch gleichzeitig als deren Basisvoraussetzung interpretiert. Diese mehrdimensionale Interpretationsmöglichkeit besitzt die Verhütung von Geschlechtskrankheiten kaum.

Es gehört zu den Taktiken einer Aufklärungskampagne, diese zu berücksichtigen. Medientaktisch bedeutet das: Aufklärung, die behauptet, daß Krankheitsverhütungsmaßnahmen die erotische Beziehung nicht zu stören brauchen, ist unglaubwürdig und desavouiert die Kampagne (Vorschläge zum "Einbauen" des Kondoms ins Liebesvorspiel sind psychologisch unsinnig, da sie als Flirten mit der Gefahr interpretiert werden und der Tendenz zur Gefahrenverdrängung strukturell widersprechen). Aufklärung kann dagegen vorsichtig eine Interpretationsmöglichkeit von Krankheitsverhütung als Basisvoraussetzung für die Erhaltung ungestörter sexueller Beziehungen aufbauen, dies aber mit größter Vorsicht.

Diese Basisvoraussetzung darf nicht als ständiger Zwang zur Gefahrenreflexion beschrieben werden, sondern im Gegenteil als Handlungselbstverständlichkeit, die gerade emotionsstörende Reflexion unnötig macht.

Empfängnisverhütung besitzt als Prophylaxisangebot die "Pille". Sie greift nicht direkt in erotisch-sexuelle Handlungssequenzen ein, wird daher auch nicht als Sakrileg gegenüber der erotischen Gefühlsideologie empfunden, sondern eher als Protektor der sensiblen Liebesbeziehung gegenüber "brutalen Konsequenzen": Die Pille gilt als "eine Art Schutzpatron der Liebe".

Jede Aufklärungsaktion, die auch nur in Andeutungen als Aktion gegen die Pille interpretierbar ist, muß daher bei jugendlichen Zielgruppen mit starken Abwehrreaktionen rechnen. Aufklärungsinhalte wie "Die Pille hilft zwar zur Empfängnisverhütung, nicht aber gegen Geschlechtskrankheiten" sind daher aus taktischen Gründen trotz ihrer logischen Prägnanz abzulehnen. Der Pillen-Begriff sollte höchstens assoziativ benutzt werden: z. B. "dagegen hilft auch keine Pille".

Irgendwelche Vergleiche mit der Pille wären erst dann (und dann auch als zentrale Aussage einer Kampagne) angebracht, wenn die Geschlechtskrankheitenprophylaxe ein strukturähnliches Angebot machen kann.

Zur weiteren Präzisierung der Einstellungs- und Verhaltensmechanismen bezüglich sexueller Risiken sollen drei in den Explorationen scharf phänomenal abgegrenzte Kategorien der Gefahrenabwehr dienen:

- a) Direkt in sexuelle Verhaltenssequenzen eingreifende vorbeugende Maßnahmen (z. B. Coitus interruptus, Kondome, nach Ansteckung fragen)
- b) Aus dem eingegangenen Risiko resultierende Maßnahmen (Abtreibung, Arztbesuch nach Ansteckung)
- c) Von a) und b) befreiende Maßnahmen (vor allem die Pille).

Zu a): Maßnahmen der Kategorie a) werden als "Liebestöter" einstellungsmäßig und affektiv abgelehnt. Sie werden von den Erwachsenen dennoch z. T. aus Angst vor den Folgen des Sexualverkehrs praktiziert, von den Jugendlichen oft gar nicht in Betracht gezogen (hier spielen oft harte Ingroupnormen eine Rolle). Den höchsten Akzeptanzgrad von Maßnahmen der Kategorie a) besitzt bei Jugendlichen der *coitus interruptus*. Er wird weniger als Störung der erotischen Interaktion empfunden (in der Natürlichkeit, Sensibilität, Rücksichtnahme, Hingabe betont wird), denn als Störung der "egoistischen" Lustkomponente der Sexualbeziehung. Gegen Störungen in diesem "egoistischen" Bereich ist die "neue Sexualideologie" der Jugendlichen unempfindlicher als die Sexualideologien der älteren Probanden, die den Lustaspekt der Sexualität bedeutend stärker in den Vordergrund stellt, den von den Jugendlichen herausgestellten Aspekt der Partnerrücksichtnahme dagegen oft als verhaltensstörend und triebrestringierend abweisen. Während er als Verhaltensmöglichkeit abgewiesen wird, spielt er in den abstrakten Ideologien eine zentrale, meist stark verkitschte Rolle: besonders bei "Ideologisch Emanzipierten" und "Homosexuellen".

Zu b): Maßnahmen der Kategorie b) werden allgemein im rationalen Einstellungsbereich voll akzeptiert, im emotionalen abgewiesen oder weitgehend verdrängt, im conativen Bereich und gemäß den Ingroupideologien "mit Bedenken" zugelassen.

Die Verhaltenskonsequenz dieser Diskrepanzen in den drei Haupteinstellungsbereichen ist eine oft sehr große zeitliche Verzögerung der Maßnahmen. Gerade bei Ansteckung muß, besonders bei den "Sexuell Hemmungsarmen" und "Rockern" angenommen werden, daß das Hauptproblem nicht darin besteht, daß überhaupt ein Arzt aufgesucht wird, sondern daß der Arzt nicht früh genug aufgesucht wird.

Bei den "Hilfsarbeitern" besteht dieses Problem auch bezüglich des Arztbesuches nach Empfängnisverdacht.

Dieses Fehlverhalten beruht zum großen Teil auf der Ambivalenz des Ärzteimages:

- Der Arzt genießt als Fachmann fast absolutes Vertrauen.
- Ihm wird jedoch in allen Unterschichtgruppen mit starker affektiver Betonung vorgeworfen, sich nur funktional für die Krankheit, aber in keiner Weise für die Person des Patienten zu interessieren und nicht zu einer allgemeineren Lebensberatung bereit zu sein.
- Sexualstörungen und Sexualängste werden - besonders in den Unterschichten - jedoch gerade nicht funktional aufgefaßt, sondern als Symbole oder Gliedstrukturen sozialer und persönlicher Gesamtsituationen und als "moralische" Probleme (vgl. Abschnitt 1. 1).
- Der Arzt besitzt besonders in den Unterschichtgruppen die bei weitem höchste zugesprochene Kompetenz, Vertrauensperson in prekären sozialen und persönlichen Gesamtsituationen zu sein. Von ihm fordert man nicht nur Symptomheilung, sondern auch Lebensberatung.
- Da der Arzt gerade nach den Erfahrungen der gesellschaftlichen Randgruppen wie "Rocker", "Heimkinder" und "Obdachlose" nicht bereit ist, die Vertrauensrolle zu akzeptieren, sondern sich auf funktionales Behandeln zurückzieht, fühlen sich besonders die genannten Gruppen von ihm emotional zurückgewiesen und reagieren entweder mit harten Ressentiments ("unsereins ist dem doch egal") oder mit Verdrängungen der Handlungsmöglichkeit "ärztliche Untersuchung".

Die Konsequenz für eine Aufklärungsaktion hieße:

- Nicht abstrakt auf die Funktionalität des Arztes hinweisen, sondern den Arzt als sozial-verantwortungsvolle Persönlichkeit darstellen, die aus Überlastung nicht so auf den einzelnen eingehen kann wie sie gern möchte.
- Bei den Ärzten Verständnis für die emotionalen Bedürfnisse ihrer Patienten erwecken.
- In den Aufklärungsmedien nicht die allgemeine Wichtigkeit des Arztbesuches betonen - sie ist allen Zielgruppen weitgehend bekannt -, sondern in härtester Formulierung die unbedingte Notwendigkeit des sofortigen Arztbesuches hervorheben.

Zu c): Maßnahmen der Kategorie c) stoßen lediglich bei einer großen Minderheit der "Obdachlosen" und "Hilfsarbeiter" auf Widerspruch.

Es herrscht hier die Ansicht vor, daß Sexualität ein "irgendwie amoralisches" Verhalten ist (komplexhaft verarbeitet z. B. in Form von schlechtem Gewissen, Schamgefühl, ambivalenter Partnerbeziehung, Angst vor Selbstbefriedigung, affektiv betonter Ablehnung der Homosexualität und Prostitution) und daher unvermeidbar zu Schuldverstrickungen führt. Die unangenehmen Konsequenzen sexueller Handlungen werden als eine Art gerechte Strafe ("ist doch selbst schuld", "wer das Vergnügen will, darf sich auch dann nicht mokieren") angesehen, Verhütungsmaßnahmen als ein unlauterer Versuch, sich vor der Gerechtigkeit zu drücken (verbalisiert wird diese Einstellung mittels des Sauberkeitssymbols "die Pille, die ist mir widerlich" oder mit Rationalisierungen über gesundheitliche Vorstellungen "alle Ärzte sind dagegen, weil man davon Krebs kriegt").

Sonst gilt die Pille entweder als unreflektierte Selbstverständlichkeit ("Prostituierte", "Hemmungsarme") oder als "Schutzpatron der

Liebe" (s. o., besonders bei den "Rauschgiftsüchtigen", "Heimkindern" und "Ideologisch Emanzipierten").

Ein ähnliches Image für Methoden der Verhütung von Geschlechtskrankheiten könnte Fernziel entsprechender Aufklärungskampagnen sein.

2. Strukturelle Beziehungen zwischen Sexualität und Geschlechtskrankheiten

Im vorangegangenen Kapitel wurde der inhaltliche Umfang des Sexualitätsbegriffes erfaßt. Es wurden der gruppenspezifische Grad der Integration von Sexualität im engeren Sinne und erotischer Kommunikation beschrieben, zwei altersspezifische Sexualideologien typisiert und von daher die in der empirischen Untersuchung auftauchenden Probleme psychologisch präzisiert und aufklärungstaktische Konsequenzen gezogen.

Das neue Kapitel stellt einen Teilaspekt des vorangegangenen dar, der wegen seiner Bedeutung für die Aufklärungskampagne besonders herausgestellt wird.

2.1 Sexualität

"Sex" ist, abgesehen von einer größeren Minderheit in extremen Unterschichten, ein allgemein anerkannter Wert. Erotisch-ideologische und triebbiologische Aspekte sind, besonders bei den Jüngeren, weitgehend integriert. Sexualität selbst hat durch diese Integration eine ideologische Wertaufbesserung erfahren, besitzt heute allgemein und anerkanntermaßen so universale Bedeutung, wie ihr vor Zeiten nur die Psychoanalytiker zuerkannten. "Sex" ist zum gängigen Symbol *pars pro toto* für die soziale und

funktionale Leistungs- und Kontaktfähigkeit der Personen stilisiert worden, wobei die Älteren stärker den individualistischen Leistungsaspekt betonen - als Leistung gilt auch Triebstärke und Genußfähigkeit -, die Jüngeren dagegen stärker den Aspekt emotionaler Kontaktfähigkeit, der in typischen Ingroups zum Normenschema gerinnt.

2.2 Verdrängte Komplexe der "neuen Sexualität"

Die Imageaufbesserung der Sexualität im Zuge ihrer Integration mit Erotik bezieht sich nicht auf den Gesamtkomplex Sexualität. Um zu gesellschaftlichen Ehren zugelassen zu werden, mußte Sexualität erst einige ihrer Aspekte von sich abspalten oder verdrängen. Abgespaltene oder verdrängte Aspekte der "neuen Sexualität" sind vor allem:

- alle Assoziationen in Richtung Ekel, Schmutz,
- alles, was die ideologisierte Liebe sonst noch an ihre "irdische Herkunft" erinnert: Assoziationen zu Geschlechtsorganen, banale Witze, physiologische und funktionale Probleme,
- Assoziationen in Richtung auf institutionalisierte Restriktionen der Liebe: Institutionen allgemein, Ehebindung, Elternabhängigkeit, einschränkende Normen, Bürokratie,
- alle Assoziationen zu gefährlichen Konsequenzen der Liebe.

Je älter die untersuchten Personen waren, desto unausgeprägter waren diese Komplexe. Im Vergleich der Altersstufen wird der Wandel in der Sexualeinstellung sichtbar. Als Beispiel:

Ein Dreißigjähriger kann noch sagen: "Tripper ist Scheiße beim Ficken". Er genießt offensichtlich, aber ohne große Emotionsbeteiligung die Schmutzassoziationen zu "Scheiße" und "Ficken".

Ein Sechzehnjähriger dagegen antwortet auf die gleiche Frage nach den Unannehmlichkeiten von Geschlechtskrankheiten: "Wer geschlechtskrank ist, gehört nicht zu uns, unsere Leute sind alle sauber". Hier wird affektiv die Fragestellung zurückgewiesen. Ein Goutieren von Schmutzassoziationen ist undenkbar. Hinter der Antwort stehen der Ernst anerkannter und intakter Sexualnormen (auf Ingroupenebene) und die entsprechenden Verdrängungen.

2.3 Geschlechtskrankheiten als verdrängungsgefährdeter Komplex

Das Thema Geschlechtskrankheiten erfüllt alle vier in 2.2 genannten Kriterien für Verdrängungen im Sexualbereich:

- Die Ekellosoziation (am deutlichsten in geschlossenen Ingroups),
- Assoziationen zu Geschlechtsorganen, physiologische und funktionale Aspekte (sogar der Begriff "Brennen beim Wasserlassen" wurde als etwas peinlicher Bezug der erotischen auf die Ausscheidungsfunktionen erlebt),
- Assoziationen zu institutionalisierten Restriktionen, besonders die Angst vor Bestrafung (Eltern, Erzieher, selten Polizei) oder Ächtung (besonders durch Ingroup, Freund bzw. Freundin, Eltern, seltener Arzt),
- Assoziationen zu gefährlichen Konsequenzen der Liebe (wurde bereits im letzten Kapitel behandelt).

Da die den Verdrängungen zugrunde liegenden Normen ihre Hauptgeltung bei den Jugendlichen besitzen, ist es nicht verwunderlich, daß durchgehend bei allen Jugendlichenzielgruppen die Bereiche

- o Geschlechtskrankheiten
- o allgemeines Risiko im Sexualbereich
- o Ärztliche Untersuchung

in hohem Maße verdrängungsgefährdet sind:

Das Thema Geschlechtskrankheiten wurde dementsprechend im Assoziationsversuch innerhalb der Exploration von Jugendlichen oft abgewiesen.

Es tritt jedoch das paradoxe Phänomen auf, daß Aufklärungstexte (im Gegensatz zu Plakaten) über Geschlechtskrankheiten bei den gleichen Gruppen, die das Thema im Assoziationsversuch ablehnen, hohen Anklang finden. Diese Paradoxie ist von unseren bisher erarbeiteten Interpretationsgesichtspunkten aus nicht deutbar. Sie erfordert einen neuen, auf die individuellen Gruppensituationen bezogenen Ansatz, der von psycho-sozialen Bedingungsdimensionen ausgeht (vgl. Abschnitt 3).

Für die Aufklärungstaktik kann jedoch bereits festgehalten werden:

Wegen der Verdrängungsgefahr im Bereich "Geschlechtskrankheiten - ärztliche Untersuchung" ist Vorsicht geboten, die sich besonders auf die erwähnten vier verdrängten Aspekte beziehen muß.

Zu vermeiden ist vor allem jede Anspielung auf Ekelloassoziationen (keine als ekelhaft interpretierbaren Hautsymptome, z. B. Geschwüre, abbilden!).

Assoziationen zu den drei übrigen Aspekten sind aufgrund der Zielsetzung der Kampagne nicht zu umgehen, sie können jedoch psychotaktisch durch sensible Handhabung entschärft werden.

2.4 Geschlechtskrankheiten als von Sexualität isolierter Komplex

Während der in 2.3 dargestellte Verdrängungsaspekt vor allem bei den Jugendlichenzielgruppen im Vordergrund steht, gilt das im folgenden Gesagte für alle Zielgruppen.

"Geschlechtskrankheiten haben mit Sex nichts zu tun", - diese Aussage wiederholt sich immer wieder, und zwar quer durch alle Alters- und sozialen Schichten, durch alle definierten Zielgruppen und konkreten In-groups, sie gehört damit zu den abgesichertsten Ergebnissen der gesamten Untersuchung.

Hier mögen auch Verdrängungsmechanismen eine Rolle spielen, in ihrem Kern ist diese strikte Trennung zwischen Sexualität und Geschlechtskrankheiten jedoch offensichtlich kein pathologisches Symptom, sondern logische Konsequenz der bereits erwähnten allgemeinen sozio-kulturellen Entwicklung der fortschreitenden gegenseitigen Integration von Sex und Eros.

Je gesellschaftsfähiger Sexualität wird, indem sie sich mit Assoziationen und Konnotationen aus dem Eros-Bereich schmückt, desto stärker wird der Gefahren- und besonders der Geschlechtskrankheitskomplex isoliert und aus dem Begriffsumfeld Sexualität ausgestoßen.

Diese nicht individuell-pathologische Erscheinung besitzt andere Konsequenzen für die Aufklärungstaktik als der Verdrängungsaspekt. Verdrängungen sind libidobesetzt, d.h. jede gegen sie gerichtete Aufklärungstaktik ruft gefährliche seelische Abwehrmechanismen hervor. Allgemeine sozio-kulturell verankerte Interpretationen, wie die begriffliche Isolierung der Geschlechtskrankheiten gegenüber Sexualität dagegen sind in gewissem Maß durchaus logischen Argumentationen und anschaulichen Beweisen zugänglich. Man braucht sich deshalb in diesem Bereich nicht auf den positivistischen Standpunkt zu berufen - weil die sozio-kulturellen Fakten nun mal so sind, darf die Aufklärungsaktion ihnen auch nicht widersprechen. Im Gegenteil: augenscheinlich ist gerade die allgemeine begriffliche

Isolierung Basis und kulturelle Voraussetzung, die die pathologischen Verdrängungen der Geschlechtskrankheiten besonders begünstigt. Eine konsequente Aufklärung darf daher diesem Problem nicht ausweichen, sondern sollte bei ihm ansetzen. Für die Aufklärungsinhalte heißt dies u. a. : Resexualisierung der Problematik Geschlechtskrankheiten.

Diese Resexualisierung darf jedoch nicht in Form einer kausalen Ableitung der Krankheit von "ungezügelt" oder unvorsichtigem Geschlechtsverkehr konzipiert werden - das widerspräche den bereits aufgeführten aufklärungstaktischen Gesichtspunkten -, sondern kann entsprechend der bezeichneten sozio-kulturellen Interpretationsstruktur, die Geschlechtskrankheiten aus dem Feld der begrifflichen Assoziationen zu Sexualität ausschließt, am konsequentesten assoziativ hergestellt werden.

Schlußfolgerung bezüglich der Medien ist: Aufnahme stimulierender Bilder, die allerdings keiner der bereits genannten Bedingungen widersprechen dürfen. Sie sollten vor allem nicht als Pornographie interpretierbar sein.

Eine kausale Ableitung ist dagegen am Platz, um die Konsequenzen des verspäteten Arztbesuches als Gefahr für die erotisch-sexuelle Persönlichkeitsentfaltung darzustellen (Impotenz, Unfruchtbarkeit). Die Krankheit selbst kann so als meist, aber nicht immer vermeidbare Randerscheinung (nicht Konsequenz!) des Sexuallebens dargestellt werden und braucht nicht isoliert oder verdrängt zu werden, wenn der Schuldvorwurf konsequent und ausschließlich auf die Fehlhandlung des zu späten Arztbesuches bezogen wird.

3. Wichtige psycho-soziale Bedingungsdimensionen für die Interpretation der Untersuchungsergebnisse

3.1 Zur Notwendigkeit der Diskussion dieser Bedingungsdimensionen

- Einige der beschriebenen Untersuchungsergebnisse konnten durch den bisherigen Interpretationsansatz, der allgemein-psychologische Erklärungsmuster in den Vordergrund stellte, nicht befriedigend interpretiert werden.
- Einige milieubedingte und allgemeine sozio-kulturelle Gegebenheiten erwiesen sich als relevant in unserem Problemzusammenhang. Die allgemein-psychologischen Erklärungsmuster erscheinen ihnen gegenüber als Teilaspekt, der einer Ergänzung bedarf.
- Allgemein-psychologische "übergreifende Strukturen" bedurften immer wieder einer Präzisierung oder Einschränkung durch den Bezug auf einzelne Subgruppen oder gesellschaftliche Schichten, diese Präzisierung konnte jedoch vom bisherigen Ansatz aus nur unsystematisch angedeutet werden.
- Objektive Lebensbedingungen der einzelnen Probanden, Subgruppen und gesellschaftlichen Schichten schränken die Gewichtigkeit und Gültigkeit der psychologischen Aussagen ein. Diese objektiven Bedingungen dürfen nicht als zu vernachlässigende Fakten behandelt werden, die die Interpretation erschweren oder unpräzise machen, sondern müssen selbst zum Untersuchungsthema erhoben werden.
- Die Notwendigkeit dieser Diskussion ergibt sich aus der inneren Logik der einzelnen Probandenaussagen, in denen die wichtigsten psychosozialen Bedingungsdimensionen untrennbar verknüpft mit der Gesamtaussage waren.

3.2 Die wichtigsten psycho-sozialen Bedingungsdimensionen: Normenhorizont, Bedürfnisstruktur und objektive Gegebenheiten

"Ich hasse es, wenn Frauen einen dicken Hintern haben und dann noch knallige Jeans anziehen, ... wenn ich Whisky mit Soda getrunken habe, bin ich scharf auf sie. ..., dann bringe ich es auf sechs und mehr Nummern pro Nacht".

"Wenn eine noch so scharf ist, und ich merke, daß es eine Bindung auf längere Zeit wird, dann laß ich sie sausen, wenn ich merke, daß sie Probleme hat".

"Ich will nicht am ersten Abend mit ihr ins Bett, da könnte ich auch in einen Puff gehen. Man muß sich mit dem Mädchen sehen lassen können, sie muß aber auch einen guten Charakter haben".

"Ohne Pariser schlafe ich lieber mit einem Mädchen. Mir ist es peinlich, den Pariser anzuziehen, und bei den Gefühlen weiß ich nicht so, - ich hab zum Schluß keinen Bock mehr".

"Mit dem Motorrad, das macht das ganz einfach, das Schöne ist, daß die Mädchen unwahrscheinlich auf ein Motorrad fliegen, ohne Motorrad hat der Mann es schwer".

"Geil bin ich immer, Bock auf eine Frau hab ich nur, wenn sie was bringt: Busen, eine Postleitzahl muß sie auch lesen können (als Intelligenzbeweis): ... das Mädchen, mit dem ich zusammen sein will, muß vor allem sauber sein, ordentliche Eltern haben, wenn sich die Mütter dezent schminkt, nicht wie eine Nutte. ...".

Diese fast beliebig gewählten Aussagen sollen deutlich machen, daß die Grundeinstellungen und Verhaltensformen im Sexualbereich mehrdimensional bestimmt sind. Auch die elementarsten und begrifflich "dünnsten" Aussagen sind so komplex determiniert, daß sie von einer eindimensionalen Interpretation, z. B. als Folgen des Triebbedürfnisses, nicht erfaßt werden können.

Einstellungen und Verhalten sind Produktionen vielfältiger, oft auch diskreperer Konstituenten bzw. Einflußfaktoren.

Diese vielfältigen Konstituenten lassen sich in drei Grunddimensionen kategorisieren.

Die Bedürfnisstruktur: Bock haben, scharf sein, auf dicken Hintern scharf sein, eine Postleitzahl muß sie lesen können, sauber muß sie sein, ordentliche Eltern muß sie haben.

Man merkt, wenn man solche Reihen zusammenstellt, daß die Bedürfnisstruktur nicht als ausschließlich biologische Triebstruktur aufzufassen ist, sondern daß sexuelle Bedürfnisse bereits a priori sozial-normativ determiniert, d. h. abhängig von individuellen, gruppenspezifischen und allgemeinen sozialen Normenhintergründen sind.

Normerhorizont: ... ich hasse ... knallige Jeans ... wenn ich Whisky getrunken habe bin ich scharf auf sie, dezent geschminkt, nicht wie eine Nutte, nicht am ersten Abend..., guten Charakter.

Die Norm wird beschrieben in ihrer Diskrepanz zur triebhaften Bedürfnisstruktur. Als Vermittler und Handlungsauslöser zwischen normativem Verbot und dieser Bedürfnisstruktur werden legitimierende "Wartefristen" und Situationen geschaffen oder das normative Verbot wird durch Betäubung bzw. Herabminderung des Partners irrelevant. Normen sind im Sexualbereich keine rein soziologischen Strukturen, sie sind triebabhängig und gebunden an objektive Bedingungen (Situationen, Gegenstände, lebensgeschichtliche Zufälligkeiten usw.).

Objektive Gegebenheiten: Mit dem Motorrad, (da) die Mädchen (darauf) fliegen.

Auch die objektiven Grundlagen - hier sind vor allem auch noch finanzielle und Wohnsituation anzuführen - sind nicht im elementaristischen oder positivistischen Sinn objektiv, sie bedürfen einer sozialen, oft gruppenspezifischen Interpretation (der Motorradrocker wird mit seiner Methode wenig Glück in anderen Ingroups haben) und einer Interpretation vom

Triebstandpunkt (das Motorrad muß für das Mädchen Sexuelsymbol sein).

Strukturell Gleiches gilt auch für weniger simple Beispiele bezüglich objektiver Gegebenheiten, z. B. für das objektive Faktum, eine "eigene Bude" besitzen oder nicht, geschlechtskrank sein, Fehlinformationen über Ärzte besitzen usw.

3.3 Differenzierung der Bedingungsdimensionen

Normenhorizont¹⁾

Das Normensystem ist keinesfalls in sich homogen und ausgewogen. Zwischen allgemeiner bürgerlicher Sexualideologie (z. B. "Vorsicht, ich bin noch Jungfrau", "muß ... ordentliche Eltern haben"), bestimmten Ingroupnormen (z. B. Partnerwechsel als Norm in einer Rockergruppe, Ablehnung der Erwachsenen und Elternwelt bei rauschgiftsüchtigen Jugendlichen), Normen anderer Bezugsgruppen (z. B. unerreichbare Zielgruppen bei den Heimkindern: "ein anständiger Mann, er kommt von 'draußen" = nicht aus einer Heimerziehung) und Normen des Partners (z. B. "... sie geht nicht mit Jungen... ihre Eltern sind schwer spießig") bestehen oft schärfste Diskrepanzen. Welche der Einzeldimensionen des Normenhorizonts letztlich verhaltensbestimmend sind, läßt sich vom Normensystem allein aus nicht erklären. Die beiden anderen Grunddimensionen spielen eine entscheidende Rolle (z. B. : bei Rockern verlieren die Ingroupnormen ihre verhaltensbestimmende Kraft, wenn sie sich Autos leisten können. Als Autorocker sind sie weit eher bereit ihr Verhalten von einer allgemeinen "bürgerlichen" Sexualideologie her zu interpretieren, denn als Mopedrocker).

1) Vgl. hierzu auch Reihe A - D in der Matrix I des folgenden Abschnittes.

Bedürfnisstruktur¹⁾

Auch die Bedürfnisstruktur ist in sich spannungsreich, Triebbedürfnisse (z. B.: "ich bin ständig geil") diskrepiieren mit dem Bedürfnis nach Persönlichkeitssynthese (das Triebrestraktionen voraussetzt: z. B. "ich kann nie am ersten Abend fragen, ob sie mit mir schlafen will, ... ich komme mir sonst schweinisch vor"), stehen vor allem häufig im Widerspruch zum Bedürfnis nach Identitätssicherung (z. B.: "keinen Panz machen lassen" = nicht schwanger werden wollen, Angst vor Geschlechtskrankheiten, "will nicht über ekelhafte Sachen reden", "kann Krach mit dem Vater nicht auf die Dauer ertragen ... muß ich mich eben etwas anpassen"), das wiederum oftmals in Konflikt kommt mit dem Bedürfnis nach emotionaler Entfaltung (z. B.: Verzicht auf einen Partnerwechsel aus Angst vor finanziellem Risiko; Angst vor Artikulation sexueller Bedürfnisse, die die anerkannte Identität gefährden).

Objektive Gegebenheiten²⁾

Die objektiven Gegebenheiten spielen nach den Ergebnissen der Untersuchung eine bedeutend größere Rolle im Bereich Sexualeinstellungen und Sexualverhalten, als man ihnen im allgemeinen zumißt.

Die subjektiven Bedingungen (z. B. Potenz, Jugend, Triebstruktur) sind bereits ausführlich gewürdigt worden (siehe z. B. Potenzproblematik). Man sollte jedoch ihre determinierende Kraft nicht isoliert sehen oder überschätzen, sondern auch den Hintergrund objektiver Bedingungen berücksichtigen (z. B.: "habe selten eine Bude zum Pennen"; "den Krankenschein krieg ich vom Erzieher. . . , die Prügel auch"), der sich vor allem in den Jugendlichengruppen als einer der wichtigsten Einflußfaktoren erweist. Alters-, Status- und finanzielle Veränderungen allein reichen oft aus, das gesamte Einstellungs- und Verhaltenssystem Sexualität geradezu umzustülpen.

1) Vgl. hierzu auch Reihe E - H der Matrix I.

2) Vgl. hierzu auch Reihe I - K der Matrix I.

Auch die Bedingungsdimension erlebte Informationsmängel spielt bei fast allen Jugendlichenzielgruppen (Ausnahme: "Rocker") eine viel größere Rolle, als man vor dieser Untersuchung annehmen konnte. Explorateure, die die entsprechenden Jugendlichengruppen befragten, sprechen von "Gier nach den Faltblättern, wollen sie unbedingt mit nach Hause nehmen". Es wurde beobachtet (bei den "Rauschgiftsüchtigen" und den "Heimkindern"), daß legasthenische Jugendliche mit abgebrochener Hilfsschulausbildung die sehr abstrakten und objektiv schwerverständlichen Faltblattentwürfe "Buchstabe für Buchstabe lasen und sich völlig darauf konzentrierten". Diese Jugendlichen fühlen sich nach eigenen Aussagen von Informationen ausgeschlossen und anderen Personen gegenüber unterlegen, deren Wissensstand sie weit überschätzen (z. B.: "sonst lernt man das alles auf der Schule", "die wissen schon mit 10 Jahren mehr als ich mit 18").

Der erlebte Informationsmangel ist zu unterscheiden von objektiven Informationsmängeln, so besteht vor allem bei "Rockern", aber auch bei den "Ideologisch Emanzipierten" eine starke Diskrepanz zwischen objektiv großen Informationsmängeln und fehlendem subjektiven Mangelbewußtsein, d. h. sie glauben alles wichtige zu wissen und verweigern dementsprechend trotz objektiv festgestellter Informationslücken eine weitere Informationsaufnahme.

B. DIMENSIONALE VERGLEICHENDE BESCHREIBUNG EINZELNER BEFRAGTENGROU- PEN

1. Überblick über die Zielgruppenstruktur unter dem Aspekt der Effizienz von Aufklärungsmaßnahmen

Die präzise und umfassende Typisierung einzelner Befragtengruppen, die Zielgruppen für Aufklärungsmaßnahmen sind, ist aufgrund der relativ geringen Anzahl von Probanden nicht mit einem ausreichenden Anspruch an Gültigkeit und Zuverlässigkeit möglich.

Die folgenden Ausführungen sind deshalb primär im Hinblick auf ihre Bedeutung für Aufklärungsmaßnahmen zu verstehen. Dem an Grundlagenaspekten und an weiterer Forschung Interessierten sollen und können die Übersichten als empirisch fundierte Hypothesen zur Zustandsbeschreibung in diesen einzelnen Gruppen dienen.

Wir haben deshalb eine komprimierte Darstellungsform der Befunde in Übersichtsmatrizen gewählt, die gegenüber unangemessen langer verbaler Ausführungen auch den Vorteil besitzen, durch ihre Überschaubarkeit den strukturellen Gesamtkontext transparent zu machen.

1.1 Erläuterung der Darstellungsweise


Matrix I ist als sehr komprimierte Übersicht angelegt. Matrix II erweitert Matrix I um inhaltliche Typisierungen.

Die Matrix führt in den Zeilen ("Konstituenten") die in den letzten Abschnitten behandelten psycho-sozialen Bedingungsdimensionen auf.

In den Spalten erscheinen die zehn Befragtengruppen der Untersuchung.

Jede Subgruppe wird auf die Konstituenten (A - K) bezogen, - die verschiedenen Rahmenschraffierungen in den Zielgruppenspalten drücken den Grad

der Bedeutung der einzelnen Konstituenten für die jeweilige Subgruppe aus:

1. Keine Schraffierung = sehr geringe Bedeutung
2. Punktierte Schraffierung (:::) = geringe Bedeutung
3. Querschraffierung (///) = mittlere Bedeutung
4. Gekreuzte Schraffierung (XX) = große Bedeutung
5. Grauer Rahmen bzw.  = sehr große Bedeutung

Beispiel: Der waagrecht/senkrecht schraffierte Rahmen in der ersten Reihe der fünften Zielgruppenspalte (Matrix I und II; "Gelegenheitsprostituierte") drückt aus, daß "allgemein bürgerliche Sexualnormen" für diese Zielgruppe eine sehr wichtige Rolle spielen.

Diagonal geteilte Felder weisen auf Ambivalenzen und/oder differenziertere Strukturen hin, die in Matrix II erläutert sind.

1.2 Die Relevanz der Konstituenten für Aufklärungsmaßnahmen

Im Gesamtüberblick wird deutlich, daß die drei Grunddimensionen für die Problematik verschieden hohe Relevanz besitzen.

Problematische Sexualeinstellungen beruhen vor allem auf defizienten konkreten Basisvoraussetzungen (I, J, K), auf den Bedingungsdimensionen des Normenbereiches und der oben geschilderten Abhängigkeit der Normensysteme von den objektiven Bedingungen (J), so daß Aufklärung vor allem in den Bereichen (I - K) ihre Chance suchen müßte.

Besonders günstig für die Chancen einer Aufklärung ist vor allem der hohe Grad an erlebtem Informationsmangel (K) in den meisten Gruppen, denn er garantiert ein hohes Interesse an den Aufklärungsinhalten selbst. Eine "trickreiche Werbung" für die Kampagne wird dadurch überflüssig. Unter der Voraussetzung geschickter Medientaktik (Layout, Bilder, Streuung usw.)

besitzen die Aufklärungsinhalte selbst hohe motivierende Kraft. Ein guter Indikator für diese motivierende Kraft ist die Einprägsamkeit von Lerninhalten: Im Konzeptionsteil der Untersuchung ergibt sich, daß die zentralen Aufklärungsinhalte der Kampagne selbst in der abstrakten und nicht gestalteten Darstellung der Falblattentwürfe eine Einprägsamkeitsstärke besitzen, die die Erwartungen weit übertrifft.

Ansatzmöglichkeiten bieten ebenfalls die objektiven Bedingungen: Es steht zwar nicht in der Macht einer Aufklärungskampagne, sie selbst entscheidend zu beeinflussen. Aufklärung hat jedoch die Möglichkeit, eine rationale Beurteilung der objektiven Grundlagen einzuleiten und rationale Handlungskonzepte anzubieten (z. B.: wie kommt man zu einem Krankenschein, ohne daß man den Eltern etwas über seine Ansteckung berichten muß; begriffliche Möglichkeiten zur Verfügung stellen, die eine rationale Kommunikation über sexuelle Probleme ermöglichen).

Im Bereich des Normenhorizontes sollte vor allem die Kraft der allgemeinen "bürgerlichen" Sexualideologie und die Kraft der Normen bestimmter Bezugsgruppen (besonders: Elternhaus) und bestimmter Zielgruppen (z. B. sozialer Vorbilder) nicht unterbewertet werden, auch wenn sie phänomenal hinter den Ingroupnormen verdeckt sind. Das bedeutet - wie oben dargestellt wurde - nicht, daß "moralische Ansprache" am Platze wäre. Es ergibt sich hieraus aber für Aufklärungsaktionen, daß es nicht unbedingt notwendig ist, die speziellen Normensysteme der einzelnen Zielgruppen bei der Darstellung der Aufklärungsinhalte zu berücksichtigen, d. h. für jede Zielgruppe Spezialaufklärung treiben, wenn es gelingt, Streuwege der Aufklärungsmedien einzusetzen, die die einzelnen Personen nicht in ihren Ingroups, sondern in relativ isolierten, privaten Situationen erreichen. Es zeigt sich nämlich gerade in den aufklärungsbedürftigsten Zielgruppen (Jugendliche der Unterschicht), daß starke Ingroupverdikte gegen Aufklärung als solche existieren. Diese Ingroupverdikte besitzen auch außerhalb konkreter Ingroupsituationen psychologische Realität und Wirksamkeit

(z. B. Nicht-Lesen von Aufklärungsplakaten auf Plakatwänden) und sind nur auszuschalten, wenn die Aktion in eine ausdrücklich von der Person selbst als privat und gestützt interpretierte Situation hineingetragen werden kann. Solche Situationen wären z. B. die Privatwohnung, Toilettenkabinen usw.

Bezüglich der Dimension "Normen des Partners" (D) muß leider vermerkt werden, daß sie für die Probleminterpretation fast aller Subgruppen so gut wie keine Rolle spielen.

Das bedeutet für die Kampagne, daß eine Ansprache in Richtung auf Rücksichtnahme auf den Partner auf keine entsprechenden psychischen Motivationsstrukturen stößt. Rücksichtnahme ist zwar in fast allen Gruppen anerkannte Norm, jedoch nur im abstraktesten Sinn ohne jede echten Konkretisierungsvorstellungen. Eine Ansprache "Schütze Deinen Partner, schicke ihn zum Arzt" gehört daher zwar vom Aufklärungsziel her in eine Kampagne, es besteht jedoch eine nur geringe Effizienzchance.

Im Bereich der Bedürfnisdimensionen besitzt das Bedürfnis nach Identitätssicherung die größte Relevanz. Die entsprechenden Aufklärungskonsequenzen liegen auf der Hand und brauchen nicht im einzelnen dargestellt werden. Schon weiter oben erwähnte Beispiele sind: sofortigen Arztbesuch als strikte Norm aufbauen; keine Aktion, die als Anti-Pillen-Werbung interpretiert werden kann; keine Aktion, die habituelles Sexualverhalten der angesprochenen Personen moralisch bewertet.

Alle genannten Gesichtspunkte haben, wie man im einzelnen in der Matrix I überprüfen kann, besondere Bedeutung in den Jugendlichenzielgruppen. Besonders alle Motivationsgrundlagen erscheinen ausgeprägter als bei den Erwachsenen. Es ist daher vom Effizienzgesichtspunkt her zu empfehlen, die Aufklärungskampagne besonders auf Jugendliche zu beziehen. Vor einer Erwachsenenkampagne, die gegen rigidere, wenig aktualisierungsbereite Strukturen anzukämpfen hat, ist auf der Basis der vorliegenden Ergebnisse mit

anderen Gestaltungsvorlagen zu arbeiten, bzw. zu überlegen, ob die Erwachsenenengruppen durch in Medien gestreute Information überhaupt beeinflussbar sind. Andere direkte und konkrete Maßnahmen, z. B. über den Arzt als "Medium", wären evtl. erfolgversprechender.

2. Spezialproblematik: Geschlechtskrankheiten (siehe Matrix III)

Für diesen Bereich gilt ebenfalls das zum letzten Abschnitt Gesagte. Die Anlage der Untersuchung erlaubt zwar eine in den genannten Einschränkungen detaillierte Zielgruppenbeschreibung, größere Relevanz für die konkrete Problemstellung besitzt jedoch der strukturelle Überblick über die drei Hauptinhalte der Faltblattentwürfe: Ansteckungsgefahr, Partnerinformation, Aufsuchen des Arztes.

Ansteckungsgefahr

Ansteckungsgefährdet sind in hohem Grad alle ausgewählten Subgruppen (dies war eines der Auswahlkriterien der Gruppen). Die psycho-sozialen Bedingungsstrukturen für die Ansteckungsgefahr sind jedoch stark gruppenspezifisch. Eine Aufklärungsaktion sollte nur dann den Ansteckungsgesichtspunkt in den Vordergrund stellen, wenn die Möglichkeit besteht, objektiv definierte Zielgruppen in Berücksichtigung ihrer speziellen Bedingungsstrukturen anzusprechen. Bei einer weniger zielgruppenspezialisierten Aufklärung hat der Ansteckungsgesichtspunkt hinter den des sofortigen Arztbesuches zurückzutreten.

Partnerinformation

Die Zielgruppendifferenzen auf diesem Gebiet sind für eine Aufklärungsaktion relativ irrelevant. Es besteht geringe Bereitschaft, Partnerinforma-

tion als Lösungsmodell des Ansteckungsmodells zu akzeptieren. Dieses Lösungsmodell stößt fast nirgendwo auf Ablehnung, jedoch ebenso selten auf Interesse.

Aufsuchen des Arztes

Dieser Problemaspekt erweist sich vor allem als zentral für die Jugendlichengruppen und die "Berufsbeeinflusst Gefährdeten", in seiner Detaillierung als sofortiges Aufsuchen des Arztes auch für die "Sexuell Hemmungsarmen".

Da sofortiger Arztbesuch nach Ansteckung aus den bereits beschriebenen Gründen zentralster Inhalt einer Aufklärungskampagne sein muß, ist es notwendig, auch in einer nicht zielgruppenspezifischen Kampagne einzelne zielgruppenspezifische Determinanten mit zu berücksichtigen. Dazu sollten außer den in der Matrix III bezeichneten Gesichtspunkten vor allem die in Abschnitt 1. 2. 3 aufgeführten Aspekte zur Rolle des Arztes, die sich besonders auf die Jugendlichengruppen beziehen, verarbeitet werden.

Kriterien	Erwachsene					Jugendliche			
	Homo- sex.	Hemm- arme	Eman- zip.	Berufs- beeinfl.	Prosti- tutierte	Rauschg. sücht.	Rocker	Heim- finder	Obdach- los
ne "bürgerliche" Sexual- (in ihren schichtspezi- fischen Erscheinungsformen)	Diagonal (TL-BR)	Stippled	Diagonal (TL-BR)	Empty	Empty	Diagonal (TL-BR)	Diagonal (TL-BR)	Empty	Empty
ormen (Verhaltens- und aktionsnormen)	Empty	Diagonal (TL-BR)	Empty	Diagonal (TL-BR)	Diagonal (TL-BR)	Empty	Empty	Empty	Diagonal (TL-BR)
anderer Bezugsgruppen (terthaus)	Empty	Diagonal (TL-BR)	Empty	Diagonal (TL-BR)	Empty	Diagonal (TL-BR)	Empty	Empty	Diagonal (TL-BR)
des Partners (endiskrepanzen)	Empty	Empty	Empty	Diagonal (TL-BR)	Diagonal (TL-BR)	Empty	Empty	Diagonal (TL-BR)	Stippled
ürfnisse	Empty	Empty	Diagonal (TL-BR)	Stippled	Empty	Empty	Empty	Stippled	Diagonal (TL-BR)
s nach Persönlichkeits- (Identitätsprofilierung; che Homogenität)	Diagonal (TL-BR)	Diagonal (TL-BR)	Empty	Stippled	Diagonal (TL-BR)	Diagonal (TL-BR)	Stippled	Stippled	Empty
s nach Identitätssicherung (nsverdrängung; Arzt- mmunikationsabwehr)	Diagonal (TL-BR)	Diagonal (TL-BR)	Empty	Empty	Diagonal (TL-BR)	Diagonal (TL-BR)	Empty	Empty	Diagonal (TL-BR)
s nach emotionaler Entfaltung (z. B. Vertrauensbe- zum Partner)	Empty	Empty	Empty	Empty	Diagonal (TL-BR)	Empty	Empty	Empty	Diagonal (TL-BR)
e Bedingungen (eter; Jugend; Trieb- Geschlechtskrankheiten)	Empty	Diagonal (TL-BR)	Empty	Empty	Empty	Empty	Empty	Empty	Empty
e Bedingungen (ene Wohnung; Ab- it von den Eltern; Geld)	Empty	Empty	Empty	Empty	Diagonal (TL-BR)	Diagonal (TL-BR)	Empty	Empty	Diagonal (TL-BR)
Informationsmängel	Diagonal (TL-BR)	Diagonal (TL-BR)	Empty	Empty	Empty	Empty	Empty	Empty	Diagonal (TL-BR)

III. ERGEBNISSE ZU DEN KONZEPTIONEN

Der Test der Falblatt- und Plakatentwürfe bildet vom Testaufbau her einen relativ abgeschlossenen Untersuchungsteil. Der Vergleich zwischen diesen Teilen erfolgt im nächsten Kapitel (IV) auf dem Hintergrund der Ergebnisse des Grundlagenteils (II). Im folgenden werden deshalb in gestraffter Form nur die wesentlichen "Kennwerte" für die Resonanz der Befragten auf die unterschiedlichen Entwürfe aufgeführt. Bei der geringen Stichprobengröße sind die Zahlen mit Vorsicht zu interpretieren.

1. Falblattentwürfe

Faltblatt A: "Gulliver schützt vor Tripper und Syphilis"

Faltblatt B: "Geschlechtskrankheiten"

Beide "Falblätter" wurden in der nicht gestalteten Textrohform (vgl. Anhang) vorgelegt.

1.1 Stärke des spontanen Aufforderungscharakters

Tabelle F 1: 1)

	I Homo- sexuelle	II Hemm. arme	III Ideol. Emanzip.	IV Berufsb. Gefährd.	V Gelegenh. prostit.	Su.
A	-	2	1	2	-	5
B	2	2	2	1	4	11

	VI Rauschm. abh.	VII Rocker	VIII Heim- kinder	IX Obdach- lose	X Hilfs- arbeiter	Su.
A	2	1	2	3	-	8
B	2	1	2	-	3	8

1) In den folgenden Tabellen werden die jeweiligen Zielgruppen mit den römischen Ziffern I - X gekennzeichnet.
Die Zahlen sind Absolutzahlen. "Su." bedeutet Summe.

- 1) Faltblatt B besitzt größeren spontanen Aufforderungscharakter (Anreiz zum Betrachten und Lesen).
- 2) Die Verteilung dieses Merkmals über die zehn Zielgruppen ist bei Faltblatt B homogener als bei Faltblatt A (es erreicht mehr Zielgruppen).

1.2 Spontaneindrücke

1.2.1 Sympathie

Tabelle F 2:

	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	Su.
A	-	3	-	3	2	2	-	2	1	1	14
B	2	-	3	-	2	2	2	2	2	2	17

- 1) Faltblatt B erweckt etwas höhere spontane Sympathie als Faltblatt A.
- 2) Es erweckt besonders in den Jugendlichengruppen höhere Sympathien (10 B : 6 A).
- 3) Die Sympathieverteilung ist besonders für B in den Jugendlichengruppen homogen. In den Erwachsenengruppen ist die Verteilung inhomogen, es gibt spezifische A-Zielgruppen ("Hemmungsarme", "Berufsbeeinflusste") und spezifische B-Zielgruppen ("Homosexuelle", "Emanzipierte").
- 4) Offene Nennungen (typische):
 - zu A: ganz lustig gemacht, soll einfache Leute ansprechen, sieht nach Reklame aus
 - zu B: übersichtlicher, sachlicherB entspricht damit eher den im Grundlagenteil erarbeiteten medientaktischen Bedingungen. Es fehlt jedoch eine das Sachlichkeitsimage ergänzende Versinnlichung (z.B. Bilder).

1.2.2 Informationsstärke

Tabelle F 3:

	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	Su.
A	-	2	-	2	3	2	-	4	1	2	16
B	2	1	3	1	-	2	2	-	2	1	15

- 1) A und B unterscheiden sich in der Gesamtsumme nicht bezüglich der ihnen von den Probanden spontan zugeschriebenen Informationsstärke.
- 2) A erweckt jedoch höhere Informationserwartungen in den untersten sozialen Schichten ("Prostituierte", "Heimkinder"), während B spontan eher Mittelschichtexpectations weckt.

3) Offene Nennungen (typische):

zu A: leichter verständlich; ausführlicher; könnte Werbung sein; von einer Werbung kann man keine Informationen erwarten.

zu B: übersichtlicher; besser; (zu B kommen wenig Nennungen, keine negativen Nennungen)

Bei A schlägt der Eindruck einfacher Verständlichkeit leicht in das (gefährliche) Werbeimage um.

B fordert keine spontane emotionale Stellungnahme heraus: da der Aufklärungsinhalt selbst stark emotional besetzt ist, braucht dies kein Nachteil zu sein, wenn der spontane Aufforderungscharakter (s. o.) verstärkt wird (z. B. durch Titelbild).

1.3 Beurteilung nach Durchblättern

1.3.1 Sympathie

Tabelle F 4:

	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	Su.
A	-	1	-	2	1	2	-	4	-	-	10
B	2	-	3	1	3	2	2	-	3	3	19
keines von beiden		-	3	-	-	-	-	-	-	-	3

- 1) B erweckt bei näherer Bekanntschaft mit dem Text bedeutend größere Sympathie als A.
- 2) A erweist sich speziell für die Zielgruppe "Heimkinder" als geeignetes Konzept, besitzt aber sonst bei Jugendlichen sehr wenig Sympathie.

3) Offene Nennungen (typische):

zu A: ist eher Reklame, sieht wie ein Posteinwurf aus

zu B: nicht wie Reklame - Aufklärung ist besser als Reklame, persönlicher, einfacher zu verstehen

Bei näherem Kennenlernen verstärkt sich das Reklameimage von A.

B wirkt nun als verständlicher, als nach dem Spontaneindruck vermutet wurde.

1.3.2 Informationsstärke.

1.3.2.1 Informationsqualität

Tabelle F 5:

	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	Su.
Ja	4	2	3	3	-	3	3	1	3	2	24
Nein	-	1	-	1	1	-	1	1	1	1	7

Generell wird den Faltblättern (A und B) eine hohe Informationsqualität (brauchbare Informationen) zugeschrieben.

Tabelle F 6:

	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	Su.
A	-	1	-	1	2	1	-	4	3	1	13
B	2	1	3	1	2	3	2	1	1	2	18

1) Insgesamt wird die Qualität der Informationen bei B höher bewertet, Ausnahmen bilden die "Heimkinder" und die "Obdachlosen".

2) Offene Nennungen (typische):

zu A: nicht soviel drumrum geredet wie bei B; viel direkter als B; informiert nicht gründlich

zu B: ist besser aufgebaut; Informationen besser zu erkennen; nicht durch Tricks geformt; steht einfach mehr drin; mehr Einzelheiten

Verlangt wird ein guter formaler Aufbau, reichhaltiges und differenziertes inhaltliches Material, Sachlichkeit (keine "Tricks"). Diese Forderungen kann B erfüllen; es mangelt dieser Konzeption jedoch an der verlangten Direktheit der Lesersprache (keine Allgemeineinleitung! Direkt von zentralen Aufklärungsinhalten her den Leser packen! Durch Bilder "emotionale Direktheit" herstellen!)

1.3.2.2 Allgemeine Verständlichkeit

Tabelle F 7:

	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	Su.
A	1	-	1	1	-	2	1	1	1	2	10
B	-	1	-	-	-	1	1	2	1	-	6
beide gleich	-	2	-	-	3	-	-	-	2	2	9

- 1) Der A-Konzeption wird größere Verständlichkeit zugesprochen als B. Dieses Verständlichkeitsimage ist jedoch ambivalent: sie besitzt auch die negative Interpretationsmöglichkeit: "A ist verständlicher, weil einfach weniger drinnen steht", "ist verständlicher, weil es nach Werbung aussieht".
- 2) Jugendliche empfinden beide Konzeptionen als verständlicher als die Erwachsenen. Hier verkleinert sich auch der Abstand zwischen A und B. Aus den Verhaltensprotokollen ergibt sich, daß Verständlichkeit in hohem Grad mit Interesse zusammenhängt: Jugendliche zeigen generell größeres Interesse an den Faltblattentwürfen als Erwachsene, machen sich auch meist viel mehr Mühe, sich in die Sache hineinzulesen. Unverständnis erscheint daher oft als mangelnde Bereitschaft, sich mit dem Stoff intensiver zu befassen.
- 3) Die hohe Zahl der Gleicheinstufung der beiden Konzeptionen zeigt auf dem Hintergrund der Tatsache, daß sie sonst genau differenziert werden, eine gewisse Irrelevanz des Problems Verständlichkeit. Auch die Beobachtungsprotokolle beweisen: Es kommt bedeutend weniger darauf an, die Aufklärungsinhalte in eine möglichst einfache Form zu bringen, als sie so zu gestalten, daß sie den psycho-sozialen Grundstrukturen der Leser entgegenkommt und nicht widerspricht. Eine zu starke Simplifizierung widerspricht aber diesen Grundstrukturen. Sexualität gilt, wie der Grundlagenteil zeigt, als hochkomplexes Gefüge aus weitgehend undurchschaubaren Substrukturen. Eine "Simpeldarstellung" kann sich dadurch leicht unglaubwürdig machen. Erschwerung der Verständlichkeit darf, wenn nicht anders möglich, zu Gunsten einer Differenziertheit und Glaubwürdigkeit der Darstellung in Kauf genommen werden.

1.3.2.3 Verständlichkeit schwieriger Begriffe

Tabelle F 8:

Faltblatt A

Sie sehen hier einige schwierige Ausdrücke, die viele Menschen nicht kennen:

Neben jedem Ausdruck stehen zwei Kreise.

Kreuzen Sie bitte im linken Kreis alle Ausdrücke an, mit denen Sie nicht viel anfangen können.

Im rechten Kreis kreuzen Sie bitte alle Ausdrücke an, die Sie uns erklären können.

	kann nicht viel damit anfangen	kann erklären
chronisch	7	14
Gebärmutter	1	17
Eileiter	2	16
Eierstockentzündung	1	14
Bindehaut	7	11
Diagnose	2	16
Heilbehandlung	5	18
Hautkontakte	5	14
After	2	17
Leistendrüsen	⑨	10
Schleimhaut	2	16
Begleiterscheinung	3	15
Stadium	2	16
Organe	1	17
Rückenmarkschwindsucht	⑫	9
Syphilitikerinnen	7	10
Eichel	3	15
Ringfurche	⑫	6
Gliedschaft	6	12
Schamlippen	1	17
Lymphdrüsen	⑨	9
Fistelbehandlung	⑫	6

Tab. F 8 (Forts.)

	kann nicht viel damit anfangen	kann erklären
Immunität	5	13
Geschlechtsverkehr	-	18
Verminderung	4	14
Katarrh	7	13
Partner	-	17
Gulliver	5	13
Trippler	1	17
Syphilis	1	17
Pariser	-	18
Kondom	6	15
Präservativ	2	16
Gummischutz	-	18
männl. Glied	-	17
hygienisch	2	16
Krankheitserreger	2	16
Versandhandel	4	13
diskret	2	16
anonym	2	16
vorbeugen	1	16
geschlechtskrank	1	16
falsche Moral	4	13
Spätfolgen	2	15
Ausfluß der Harnröhre	3	14
Wasserlassen	-	17
Vorstehdrüse	7	10
Samenleiter	2	15
Nebenhoden	5	13
Zeugungsunfähigkeit	-	17
Scheide	1	17
Krankheitserscheinungen	1	16
ausgeprägt	3	14
	179	771

Tabelle F 9:

Fallblatt D

Sie sehen hier einige schwierige Ausdrücke, die viele Menschen nicht kennen.

Neben jedem Ausdruck stehen zwei Kreise.

Kreuzen Sie bitte im linken Kreis alle Ausdrücke an, mit denen Sie nicht viel anfangen können.

Im rechten Kreis kreuzen Sie bitte alle Ausdrücke an, die Sie auch erklären können.

	kann nicht viel damit anfangen	kann erklären
Geschlechtskrankheit	-	19
sexuelles Wesen	4	13
Vorbeugemaßnahmen	2	16
Geschlechtsverkehr	-	19
intensiv	6	13
Hautkontakt	3	16
Schleimhaut	4	15
Infektionskrankheit	2	17
Partner	-	19
Geschlechtspartner	-	19
Selbstbehandlung	7	11
Verbreitung	2	14
Eindämmung	7	12
Spätfolgen	1	17
Vorbeugemaßnahmen	2	17
Trippler	-	19
Syphilis	3	16
Ausfluß aus der Harnröhre	2	17
Scheide	1	18
Krankheitserscheinungen	2	17
chronisch	2	17
Harnröhre	3	15
Vorstehdrüse	⑭	8

Tab. F 9 (Forts.):

	kann nicht viel damit anfangen	kann erklären
Samenleiter	5	14
Nebenhoden	7	12
Eileiter	2	17
Eierstöcke	2	17
Zeugungsunfähigkeit	1	18
Vernarbung	⑧	10
Hygiene	2	17
Bindehaut	5	14
Diagnose	2	17
Neuerkrankung	4	14
After	1	18
Leistendrüsen	⑫	8
Lymphknoten	⑮	4
Stadium	4	10
innere Organe	3	13
Rückenmarkschwindsucht	⑪	3
Syphilitikerinnen	7	8
Heilbehandlung	3	12
Eichel	1	14
Ringfurche	⑭	2
Glied	-	15
Fistelbehandlung	⑬	4
Immunität	7	7
Abwehrstoffe	2	13
Katarrh	⑬	5
Empfängnis	2	15
Spray	3	14
Zweierbeziehung	6	11
Schweigepflicht	1	16
Ausheilung	2	15
informieren	1	16
	228	737

- 1) Auch schwierige und abstrakte Begriffe werden in hohem Maße verstanden (z. B. "sexuelles Wesen"¹⁾). Die Begriffe, die weitgehend unverständlich sind, betreffen entweder keine zentralen Aufklärungsinhalte (z. B. Ringfurche, Vorsteherdrüse) und spielen zumindest keine große Rolle für die Gesamtverständlichkeit der Texte. Alle zentraleren Begriffe dagegen (z. B. Zeugungsunfähigkeit, chronisch, Tripper, Spätfolgen, Ausfluß, anonym) werden generell verstanden.
- 2) Faltblatt B besitzt eine größere Anzahl schwer verständlicher Begriffe. Die zum Verständnis der Informationsinhalte nötigen Begriffe sind jedoch allgemein bekannt.

1. 3. 2. : Verständlichkeit der Thematik

Offene Nennungen (typische):

- Es handelt sich um Geschlechtskrankheiten; über ihre Symptome und Spätfolgen.
- Verhütung von Geschlechtskrankheiten. Erkennung und Behandlung.
- Geht um Tripper und wie man sich am besten davor schützt und wenn man ihn hat, was man dagegen machen soll.
- Es geht um Geschlechtskrankheiten. Darstellung der Geschlechtskrankheiten von den Anfangssymptomen bis zur Spätform, bei Mann und Frau.
- Um Tripper, um Geschlechtskrankheiten und was man alles kriegen kann, wenn man welche hat, und daß man zum Arzt gehen soll.
- Um Geschlechtskrankheiten, Tripper, wie gefährlich das werden kann, daß eine Frau ein totes Kind dadurch kriegen kann, wie gefährlich solche Krankheiten sind, daß man zum Arzt gehen soll.
- Am Anfang über Geschlechtskrankheiten, um die Namen, was es alles gibt, da sind Geschlechtskrankheiten, die kenne ich gar nicht. Steht auch, wie man sich dagegen schützen kann, woran man merkt, daß man eine hat, und daß man zum Arzt gehen soll.

1) Sicher wurde hier häufiger Verständnis angegeben, ohne daß dieses substantiell fundiert war. Entscheidend scheint uns aber u. a. zu sein, daß subjektiv keine allzu hohe Unverständnisrate vorlag, die nach unseren Erfahrungen oft auch Aggressionen bewirkt und widerspiegelt.

- Verhütungsmittel (= A) und bei dem anderen ging es um Geschlechtskrankheiten (= B).
- Aufklärung.
- Tripper, Gebärmutter, Blase.
- Irgendwie ein Test, wie man etwas beibringt.

Das zentrale Thema wird fast von allen Befragten verstanden und in die Hauptproblemkreise differenziert. Eine Ausnahme bildet das Thema der Partnerinformation, das kein einziges Mal angesprochen wird; - dies ergänzt die entsprechenden Ergebnisse des Grundlagenteils.

1.4 Exemplarische Beurteilung eines zentralen Inhaltes (Tripper)

1.4.1 Sympathie

Tabelle F 10:

	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	Su.
A	-	-	-	2	-	3	-	3	-	-	10
B	1	3	3	1	1	1	2	1	3	3	19

- 1) Die Darstellung der Tripperproblematik (Tripper steht bei den meisten Versuchspersonen für Geschlechtskrankheiten allgemein) wird bei B als bedeutend sympathischer empfunden als bei A.
- 2) Vor allem auch die aufklärungsbedürftigsten Jugendlichengruppen, mit Ausnahme der Heimkinder, präferieren B in hohem Grade.
- 3) Offene Nennungen (typische):
 - zu A: Mann und Frau übersichtlich getrennt, man kann auch gucken, wie es bei einer Frau ist (weibliches Heimkind)
 - zu B: Einzelinformationen besser voneinander abgesetzt, eindeutiger, ausführlicher

Das Problem Geschlechtskrankheiten wird nur auf die eigene Person bezogen (siehe auch Grundlagenteil), es wird daher auch als lästig empfunden, Informationen über die Problemsituation beim anderen Geschlecht mitlesen zu müssen.

1.4.2 Informationsstärke

1.4.2.1 Übersichtlichkeit

Tabelle F 11:

	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	Su.
A	-	-	-	2	3	2	-	1	3	-	11
B	1	3	3	1	-	2	2	3	-	3	18

1) Die Tripper-Seite der Konzeption B erscheint als übersichtlicher denn A. Das gilt vor allem für Erwachsene aus der Mittelschicht.

2) Offene Nennungen (typische):

zu A: muß sich nicht so anstrengen, Ablauf und Maßnahmen klar gegliedert

zu B: reizt zum Lesen, auf den ersten Blick erkennbar, gute Aufteilung, einmal durchgelesen und alles verstanden, sollte einen Stichwortkatalog besitzen

Zu B erfolgen häufigere und meist engagiertere Bewertungen.

Übersichtlichkeit ist eine der betontesten Forderungen der Leser an Aufklärungslektüre. Generelle Übersichtlichkeit, klare, durchgängige Gliederungsmerkmale sind wichtiger als Verständlichkeit aller Details auf den ersten Blick.

1.4.2.2 Persönlicher Nutzwert

Tabelle F 12:

	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	Su.
A	-	-	-	2	1	2	-	2	2	2	11
B	1	1	3	1	-	-	2	2	1	1	12

- 1) Persönlichen Nutzen versprechen sich nur wenige Leser von den Faltschlätttern, A und B unterscheiden sich in der Summe kaum.
- 2) B wird in den mehr mittelschichtorientierten Erwachsenenruppen gegenüber A präferiert, A bei den Jugendlichen gegenüber B leicht präferiert. Insgesamt ist die Verteilung über die Zielgruppen bei B homogener.

Tabelle F 13:

Präferenzstruktur: Faltblätter (A - B)

		I		II		III		IV		V		VI		VII		VIII		IX		X		Su.	
		A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B
Spontan- eindruck und Aufmerksam- keitswert	b.1 Sympathie	-	2	3	-	-	3	3	-	2	2	-	2	2	2	1	2	1	2	1	2	14	17
	b.2 Informationsstärke	-	2	2	1	-	3	2	1	3	-	2	2	-	2	-	4	1	2	2	1	12	18
	a. Stärke des spontanen Aufforderungscha- racters	-	2	2	2	1	2	2	1	-	4	2	2	1	1	2	2	3	-	-	3	13	19
Beurteilung nach Durchblättern	c.1 Sympathie	-	2	1	-	-	3	2	1	1	3	2	2	-	2	4	-	-	3	-	3	10	19
	c.2.1 Informations- qualität	-	2	1	1	-	3	1	1	2	1	1	3	-	2	3	-	3	-	1	2	13	15
	c.2.2 allg. Verständlich- keit	1	-	-	1	1	-	1	-	-	-	2	1	1	1	1	2	1	1	2	-	10	6
Exemplarische Beurteilung eines zentralen Inhalts (Tripper)	d.1 Sympathie	-	1	-	3	-	3	2	1	2	1	3	1	-	2	3	1	-	3	-	3	10	19
	d.2.1 Übersichtlichkeit	-	1	-	3	-	3	2	1	3	-	2	2	-	2	1	3	3	-	-	3	11	18
	d.2.2 persönlicher Nutzwert	-	1	-	1	-	3	2	1	1	-	2	-	-	2	2	2	2	1	2	1	11	12
Insgesamt bevorzugt:		0	14	10	11	1	24	16	5	14	11	15	16	4	16	18	15	14	12	6	20	100	147

1) Die Falblattkonzeption B wird der Konzeption A insgesamt weit (B : A = 147 : 100) vorgezogen.

2) Gruppen mit besonders hoher Präferenz von B sind:

"Homosexuelle" (B : A = 14 : 0)

"Ideologisch Emanzipierte" (B : A = 24 : 1)

"Rocker" (B : A = 16 : 4)

"Hilfsarbeiter" (B : A = 20 : 6)

3) B stößt in keiner Gruppe auf generelle Abweisung.

4) A besitzt in keiner Gruppe ähnlich hohe Präferenz gegenüber B, wie sie B in den gesamten Gruppen gegenüber A besitzt. Eindeutige Präferenz hat A nur bei den "Berufsbeeinflußt Gefährdeten".

1.6 Penetranz der zentralen Lerninhalte

Mit einer psychologischen Methode (Satzergänzen) wurde überprüft, inwieweit die wichtigsten Lerninhalte verstanden wurden.

Tabelle F 14:

	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	St.
richtig	-	-	1	-	2	4	-	1	3	3	14
zum größ- ten Teil richtig	2	3	2	3	-	-	2	2	-	-	14
falsch	-	-	-	-	2	-	-	1	-	-	3

1) Die zentralen Lerninhalte wurden fast von allen entweder ganz oder zum größten Teil richtig verstanden und eingepägt.

2) Die zentralen Lerninhalte werden von den Unterschichtjünglichen genauer eingepägt als von den Erwachsenen.

3) In den Mittelschicht-Erwachsenengruppen werden die zentralen Aufklärungsinhalte bedeutend ungenauer verstanden und eher fehlerhaft gelernt als in Unterschicht-Jugendlichengruppen.

Das bedeutet: Die Fähigkeit zum Verständnis und Lernen von Aufklärungsinhalten zum Thema Geschlechtskrankheiten ist nicht bildungsabhängig und nicht abhängig von der Lesefähigkeit (die Mehrzahl der Unterschicht-Jugendlichen war stark legasthenisch). Andere, besonders motivationale Aspekte spielen eine bedeutend größere Rolle.

2. Plakatentwürfe

Die Plakatentwürfe wurden in Form von farbigen (fotografierten) Vorlagen in DIN-A-4-Format im Test vorgelegt.

Es handelte sich dabei um 3 Grundtypen (vgl. Anhang):

- Textplakate (Vorlagen B und F)
- Bild-Textplakate mit "verfremdetem" Kondom (Vorlagen A, C, E)
- Bild-Textplakate mit sachlich-realistischer Kondomdarstellung (Vorlagen D und G).

2.1 Präferenzrang der Plakate

Die in Tabelle T 1 dargestellten Werte zeigen Präferenzen bzw. Ablehnungen in den einzelnen Gruppen. Folgende Bewertungskriterien können angelegt werden:

- Reizcharakter der Bilder, egal ob positiv oder negativ, sichtbar an der Summe der Reaktionen: erfahrungsgemäß ist ein hoher Reizcharakter immer besser als ein niedriger.
- Dominanz von positiver Akzeptanz bzw. Zurückweisung.

Nach den Summen erweisen sich G als reizstärkstes Poster, A als ausgesprochen reizarm, D als eindeutig zurückgewiesen. Für die einzelnen Plakattypen ergeben sich folgende Schlüsse:

- Bei den Textplakaten wird - abgesehen von den "Emanzipierten" - der Text "Wer geschlechtskrank ist, hat Pech gehabt", vor allem von den Erwachsenen akzeptiert. Dies paßt gut zu deren im Grundlagenteil beschriebenen Einstellung zur Sexualität. Von den Jugendlichen akzeptiert wird häufiger der Text "Denn ein Arzt hilft und schweigt", eine Aussage, die für diese Gruppe manifeste Relevanz hat (vgl. Grundlagenteil), da sie objektive und subjektive Zugangsschwierigkeiten zum Arzt haben.

		Homo- sexuelle	Hemm. arme	Ideol. Emanzip.	Berufsb. Gefährd.	Gelegenh. prostit.	Rauschm: abhängige	Rocken	Heim- kinder	Obdach- lose	Hilfs- arbeiter	Su.
Text	F +	4	2	-	2	3	-	1	1	1	-	14
	F -	-	1	5	1	-	3	3	1	1	-	15
	B +	1	1	-	-	2	1	3	1	2	3	14
	B -	2	2	5	1	1	-	2	-	1	-	14
realistisch	G +	1	-	4	1	1	1	3	1	4	4	20
	G -	2	1	-	3	3	2	2	2	1	1	17
	D +	-	-	-	2	-	-	1	1	2	-	6
	D -	4	2	-	3	4	4	-	3	-	2	22
verfremdet	A +	2	-	1	2	1	1	1	3	-	-	11
	A -	1	-	-	-	-	-	2	-	1	1	5
	E +	2	3	2	2	1	3	2	1	-	-	16
	E -	-	1	-	1	-	-	1	1	2	3	9
	C +	2	2	3	1	-	2	1	-	1	2	14
	C -	-	1	-	1	-	-	2	1	4	3	12

Die generelle Ablehnung seitens der "Emanzipierten" ergab sich aus deren Meinung, das von ihnen als "Werbung" durchschaute Plakat sei "werbetechnisch" schlecht ("kein optischer Reiz", "werblich unzureichend" usw.). Indem diese Plakate dieser Gruppe die Möglichkeit zur distanzierteren Beurteilung geben, sind sie inhaltlich-kommunikativ ineffizient.

- Das "Kondomplakat" G ist fast von allen, besonders in den unteren Schichten aufgrund seiner sachlich-realistischen und prägnanten Aussage akzeptiert. Die deutlich schlechten Werte für Variante D sind vorwiegend auf schlechtere Fotografie und den Bezugspunkt "Pille" zurückzuführen (vgl. unten).
- Auffallend bei den verfremdeten und "lustigen" Gulliverplakaten ist die starke Zurückweisung seitens der Jugendlichen und eine relativ hohe Akzeptanz bei Erwachsenen. Die Ursachen werden bei der Detailanalyse zu diskutieren sein.

2.2 Perzeptive Prägnanz

In der unmittelbaren perzeptiven Prägnanz, gemessen nach kurzer Vorlage und Wieder-Entfernen der Plakate, dominieren spontan die Gulliver-Varianten A und E, wohl vor allem durch den "Überraschungseffekt" (vgl. Tab. T 2).

"Das mit dem aufgeblähten Dings da drin", "Der Zuckerhut", "Das mit den Blümchen", "Das mit dem aufgeblasenen Pariser" usw.

Dies führte jedoch gleichzeitig zu Einschränkungen der Spontanverständlichkeit ("Haben Sie dabei irgendwas nicht ganz verstanden? Ja = 43; Nein = 3).

"Geht's um Pariser?", "Der Name Gulliver", "Ist Gulliver ein Arzt?", "Gesicht auf Pariser" usw.

Tabelle T 2: Auffälligkeit nach Kurzvorlage

	Homo- sexuelle	Hemm. arme	Ideol. Emanzip.	Berufsb. Gefährd.	Gelegenh. prostit.	Pauschm. abhängige	Rocker	Heim- kinder	Obdach- lose	Hilfs- arbeiter	Su.
F	-	2	-	-	-	-	-	1	-	-	3
B	1	-	-	-	-	1	2	1	-	2	7
G	-	-	1	1	1	-	1	1	2	1	8
D	-	-	-	-	1	-	-	-	1	-	2
A	1	-	2	2	1	1	1	2	-	-	10
E	3	1	1	2	1	2	1	-	-	2	13
C	1	1	1	-	-	-	1	-	-	-	4

Schließlich fragt sich auch, was eigentlich kommuniziert wurde. Typische Rückerinnerungsstrukturen bei den einzelnen Entwürfen waren:

Für verfremdete Gulliver-Plakate:

"Das Grüne mit dem Penis"; "War Pariser drauf mit Blümchen"; "Unten war es Aufklärung über Geschlechtskrankheiten, oben so ein Gulliver"; "Sehr netter hellgrüner Untergrund mit so einem appetitlichen Ding"; "Gulliver schützt vor Tripper".

Für die Text-Plakate:

"Wenn man geschlechtskrank ist, kann nur ein Arzt helfen"; "Gelbe Plakate mit Ärzten"; "Gelbes Verkehrsplakat"; "Der Arzt hilft"; "Wer geschlechtskrank ist, muß zum Arzt"; "Wer geschlechtskrank ist, soll zum Arzt gehen und der hat Schweigepflicht"; "Nien kann dem Arzt vertrauen".

Für die Kondom-Plakate:

"Es ging um den Vorteil von Kondomen"; "Die Geschlechtskrankheitsverhütung durch Kondome"; "Am besten nicht nur die Pille nehmen, sondern auch Kondome"; "Um Pariser"; "Schutz gegen Geschlechtskrankheiten".

Die Gulliver-Plakate sind vorwiegend "schöne Plakate", in denen zwar ein Gag erzielt wird, der dem Betrachter jedoch letztlich gerade die Chance bietet, sich vor der themenbezogenen Information zu drücken. Das ästhetisierend-gaghafte wurde (s. o.) gerade von den Jugendlichengruppen zurückgewiesen, die auch subjektiv-informationsbedürftig sind und seriöse, ihre Vorstellung von Liebe nicht ironisierende, auf spezielle Einzelprobleme zugeschnittene Informationen suchen.

So wird hier eher der in den Text- und Kondomplakaten vorherrschende sachlich-objektive Stil akzeptiert und inhaltlich besser im Sinne der Kon-

zeptionszielsetzung perzipiert. Einschränkungen erfährt diese Wahrnehmung u. d. Bewertung nur, wenn die eigene Normvorstellung von Liebe bzw. deren Umfeld (ist nicht was mit dem man Pech hat; die Pille hat mit Sexualität, aber nichts mit Geschlechtskrankheiten zu tun) angegriffen wird.

2.3 Exkurs zum Namen "Gulliver"

Deutete sich schon in den Ergebnisse: ein gewisser negativer Ausstrahlungseffekt des Namens Gulliver an, so wird er hier noch wichtiger, weil er in den betreffenden Plakaten relativ dominanter war.

Sein assoziatives Umfeld kann durch folgende typische Nennungen umschrieben werden:

"Kumpel"; "Riese"; "heißt Gulliver, weil er über den Schwanz gezogen wird, wenn der am größten ist"; "lustiger, aufgeschlossener Name"; "soll wohl der Riese sein, ich finde das albern"; "riesiger Potenzpretz"; "Gulliver ist lustig, aber ein Pariser bleibt ein Pariser"; "klingt nach Werbung, da könnte auch gut Egon stehen"; "Gullivers Reisen"; "Wie in dem Film 'Uhrwerk Orange'".

In diesen Äußerungen aus der Plakat-Exploration spiegelt sich Ähnliches wider wie in der Faltblatt-Exploration (vgl. Tab. T 3):

- Der Name ist zweifellos auffällig und gaghaft einprägsam,
- wird aber als unpassend empfunden
- und führt durch seinen starken Eigenwert vom Thema weg, gibt zumindest die Möglichkeit dazu.

Ähnlich wie das Blümchen-Kondom hat der Name mehr Nachteile als Vorteile: Prägnanz und Aufmerksamkeit werden bezahlt mit unterschiedlich motivierter Zurückweisung und Verdeckung der zu übermittelnden thematischen Inhalte.

Tabelle T 3: Der Name Gulliver in den Faltblättern

		Homo- sexu- elle	Hem- mungs- arme	Ideol. Eman- zip.	Berufs- beeinfl. Gefährd.	Gele- genh. prost.	Rausch- mittel- abh.	Rocker	Heim- kinder	Obdach- lose	Hilfs- arbeiter	Su.
Ist der Name Gulliver auf- gefallen?	ja	1	4	3	3	4	4	2	4	3	2	30
	nein	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1	2
Wird er als passend empfunden?	ja	-	2	-	2	1	-	-	-	1	2	8
	nein	1	1	3	1	3	4	1	4	2	1	21
Wird er als sympathisch empfunden?	ja	-	2	-	2	1	3	1	3	2	2	16
	nein	1	1	3	-	3	1	1	1	1	1	13

passend:

einprägsam, nicht so frivol, paßt weil Penis auch mal klein mal groß, guter Spitzname, unheimlich gut, besser als Goliath

unpassend:

unpassend, blöd, nichtssagend, nichts mit Sex zu tun, nicht für Pariser, klingt wie Waschmittel, Lebensmittel, unpassende Anspielung, albern, klingt nach Werbung (2), verwirrt, erinnert an Gulli = Abfluß (2), ist Firmenname wie Fromms

sympathisch:

sympathisch (aber nicht für Pariser), mal was anderes, aufgeschlossener Klang

unsympathisch:

Potenzprotz, infantil, lächerlich

Gulliver ist kein relevanter Inhalt, sondern ein Begriff, ein Symbol.

Er muß scheitern, da nicht bekannt oder verankert ist, was er eigentlich symbolisieren soll.

3. Conative Impulse durch Faliblätter und Plakate - Was bewirken sie?

Die geplante Kampagne soll einen Verhaltensimpuls geben, soll ein Stimulus für bewußteres Verhalten gegenüber dem möglicherweise für die eigene Person relevanten Problem sein. Da fast alle Befragten unmittelbare Erfahrungen mit Geschlechtskrankheiten hatten, waren die Fragen danach,

- ob Interesse an weiterem Material besteht
- und die im Verlaufe des Interviews aufgenommenen Informationen weitergegeben werden

durchaus relevante Kontrollitems, zumal es sich hier um einen überdurchschnittlich intensiven und stimulierten Wahrnehmungsprozeß handelte.

Die in den Tabellen C 1, C 2 und C 3 aufgeführten Werte machen folgendes klar:

- a) Die Jugendlichen sind sehr stark an weiterer Information interessiert, die Erwachsenen kaum (ausgenommen die "ideologisch Emanzipierten", bei denen Informationsaufnahme an sich Norm ist). Dies korreliert klar mit dem im Grundlagenteil festgestellten niedrigen (bzw. hohen) subjektiven Informationsstand bei Jugendlichen (bzw. Erwachsenen). Hiermit bestätigt sich auch die Ergebnisthese zu den Plakaten (s.o.), daß diese zwar Aufmerksamkeit erwecken, aber keine problembezogene Stimulanz haben.

- b) Die in Tab. C 2 aufgeführten Ergebnisse bestätigen a).

- c) Die inhaltlichen Angaben darüber, was weitererzählt wird, lassen noch mehr Zweifel am problembezogenen informatorischen Wert der Plakate aufkommen, da hier überwiegend der Gag erzählt wird, während bei Falblättern zumindest einige zentrale Inhalte übrig bleiben.

Die Ergebnisse insgesamt bestätigen so die schon im Grundlagenteil abgeleiteten medientaktischen Konsequenzen. Bezüglich der vorgelegten Materialien ist zu sagen, daß hier primär nur eine Weiterentwicklung des Falblattes und diese bevorzugt bei der Zielgruppe der Jugendlichen bzw. Personen mit manifestem subjektiven Informationsdefizit mit informatorischem und aufklärendem Erfolg im Sinne der Kampagne rechnen kann.

Tabelle C 1: Interesse an weiterem Material

	Homo- sexuelle	Hem- mungs- arme	Ideol. Eman- zip.	Berufs- beeinfl. Gefährd.	Gele- genh. prostit.	Rausch- mittel- abh.	Rocker	Heim- kinder	Obdach- lose	Hilfs- arbeiter	Su.
<u>I nach Faltblatt</u>											
ja	1	-	3	2	1	4	2	3	3	2	21
nein	1	4	-	1	3	-	-	-	-	1	10
<u>II nach Plakat</u>											
ja	2	-	3	2	-	4	6	4	5	4	27
nein	6	4	2	2	4	-	-	-	-	1	19
<u>Summe I + II</u>											
ja	3	-	6	4	1	8	8	7	5	6	48
nein	7	8	2	3	7	-	-	-	-	2	29

Tabelle C 2: Informationsweitergabe nach dem Interview

	Homo- sexuelle	Hem- mungs- arme	Ideol. Eman- zip.	Berufs- beeinfl. Gegefährd.	Gele- geh. prostit.	Rausch- mittel- abh.	Rocker	Heim- kinder	Obdach- lose	Hilfs- arbeiter	Su.
<u>I nach Faltblatt</u>											
berichtet	-	1	-	2	2	3	2	3	3	2	18
berichtet nicht	2	3	3	1	1	1	-	1	-	1	13
<u>II nach Plakat</u>											
berichtet	4	1	1	4	2	3	6	4	5	4	34
berichtet nicht	2	3	4	-	2	1	-	-	-	1	13
<u>Summe I + II</u>											
berichtet	4	2	1	6	4	6	8	7	8	6	52
berichtet nicht	4	6	7	1	3	2	-	1	-	2	26

Tabelle C 3:

Was wird über Plakate berichtet?

- Leute denken sich alle möglichen Raffinessen aus, wie sie die Dinger an den Mann bringen können.
- Endlich ein vernünftiges Plakat gefunden haben, um Pariser bekannt zu machen.
- Daß die Plakate, wenn so was gemacht, sehr gut sind.
- Vom Bild mit den Blümchen, da es so auffällig ist, da es im allgemeinen ansprechend und schockierend ist.
- Besonders die aufgeblasenen Dinger mit den Blümchen.
- Jecke Plakate gesehen, Pariser drauf und so, gegen Geschlechtskrankheiten.
- Plakat beschreiben, ganz großer Pariser drauf.
- Ich würde mal sagen, daß ich die Plakate schildern würde, daß man sich also vor Geschlechtskrankheiten schützen kann.
- Den Namen Gulliver werde ich ihr erzählen, alles was wichtig ist und ich davon behalten habe, werde ich weitererzählen.

Was wird über Faltblätter berichtet?

- Daß man beim Geschlechtsverkehr sich anstecken kann.
- Über Kondome und Geschlechtskrankheiten.
- Daß Geschlechtskrankheiten steigen und die Leute direkt zum Arzt gehen sollen.
- Daß ich "starke" Faltblätter gesehen habe.
- Wenn ich es richtig erklären könnte, wenn ich alle Fremdwörter noch wüßte, von der Rückenmarksschwindsucht, wie gefährlich das ist und daß man dadurch verblöden kann.
- Was ich jetzt über die Folgen weiß und was daraus wird.
- Über Tripper und Geschlechtskrankheiten.

IV. ZUSAMMENFASSUNG der zentralen Ergebnisse und abzuleitende Konsequenzen für Aufklärungsmaßnahmen in relevanten Zielgruppen

1. Das Zielgruppen- und das Dunkelzifferproblem¹⁾

Die Definition der Stichprobe mit der Zielsetzung einer qualitativen Repräsentanz der "von Geschlechtskrankheiten Gefährdeten" erwies sich aus mehreren Gründen als recht schwierig:

- Personenbezogene Daten der vermuteten Grundgesamtheit bis auf Alter, Familienstand und Region liegen nicht vor.
- Über andere soziale, interaktionale oder psychologische Abgrenzungskriterien bestehen ebenfalls kaum Anhaltspunkte.
- Es wird immer mit "sehr hohen" Dunkelziffern gerechnet, bei denen jedoch weder klar ist, wie hoch sie wohl sein könnten, noch, ob man hier nur eine Multiplikation der "bekannten" Gruppen und Krankheiten mit einem konstanten Faktor vorzunehmen braucht, oder ob die Aufdeckung der Dunkelziffer weitere Betroffenengruppen und Veränderungen z. B. in der Proportion der Geschlechtskrankheiten zutage brächte.

Gewisse Erkenntnisse aus der Geschlechtskrankheitenstatistik sind nicht oder mit nur vagen Hypothesen zu erklären: z. B. der auch absolut höhere Anteil von Mädchen in der Altersgruppe von 10 - 19 Jahren gegenüber einer Gesamtproportion von 72 % aller Meldungen bei Personen männlichen Geschlechts. Hier wie auch bei anderen Auffälligkeiten stehen jeweils zwei Hypothesentypen zur Verfügung:

- "Inhaltliche" (z. B. 'Viele ältere männliche Personen stecken sich an (absolut gezählt) wenigen weiblichen jungen Personen an')

1) Die im folgenden zitierten Fakten aus der Geschlechtskrankheitenstatistik 1972 sind dem Aufsatz von R. Leutner in "Wirtschaft und Statistik" Nr. 6 (1973) entnommen.

- "Dunkelzifferhypothesen" (z. B. 'Junge männliche Personen gehen seltener zum Arzt als ältere männliche Personen und junge Mädchen').

Die Ergebnisse der Grundlagenstudie führen eher zu "inhaltlichen Hypothesen", nach denen die ermittelten psycho-sozialen Bedingungsdimensionen (Normenhorizont, Bedürfnisstruktur, Objektive Gegebenheiten) zu relativ rigiden Verhaltens- und Interaktionsregulationen im Sexualbereich führen, die die Ansteckung selbst in bestimmten "Kontaktkreisen" nahezu unumgänglich machen und letztlich zwar fast immer zum Arztbesuch führen - aber zum verspäteten Arztbesuch. Damit ist die Grundvoraussetzung für eine quantitative Expansion der Geschlechtskrankheiten gegeben: Nicht-Behandeln über längere Zeit kann zu der fatalen "Multiplikatorwirkung" führen.

Andere im Längs- und Querschnitt der Geschlechtskrankheitenstatistik auftauchende Auffälligkeiten in Zu- und Abnahme einzelner Krankheiten in einzelnen, nach den wenigen Angaben möglichen Gruppierungen deuten auf einen quantitativ und qualitativ (wie?) abgrenzbaren "Krisengruppenkern" hin. Dies scheint auch nach unseren Ergebnissen möglich zu sein.

Die hohe Rate der im Längsschnitt mehrfach Angesteckten ist inhaltlich erklärbar durch die festgestellte Rigidität der Verhaltens- und Interaktionsregulationen im Sexualbereich,

- die durch die "Gefahr der Ansteckung" nicht beeinflusst werden
- und zu typischen Kontaktkreisen führen (die nicht immer "In-groups" sein müssen).

Es ist sicher, daß wir mit der Stichprobe der Untersuchung in einige der relevanten typischen Gefährdeten- und Multiplikatorgruppen vorgedrungen sind. Eine quantitative Gewichtung aber oder gar ein Vollständigkeitsanspruch ist nicht zu geben. In Punkt 4 der Zusammenfassung wird zu den Validierungs- und Quantifizierungsmöglichkeiten Stellung genommen.

2. Zentrale Ergebnisse der Grundlagenstudie

Nach dieser Studie waren die "Hauptergebnisse" nicht - wie es oft bei anderen Untersuchungen möglich ist - in wenige prägnante Sätze zu fassen. Die Komplexität der Ergebnisse und die Notwendigkeit zur Differenzierung lassen hier nur das Aufstellen einiger Thesen zu, die Hintergrundproblematik und einzelne Aspekte erhalten.

Zum differenzierteren Verständnis bleibt deshalb das Lesen des Grundlagentexts unumgänglich.

Zum Begriff der Sexualität

Der semantische Umfang des Begriffes "Sexualität" ist groß. Sexualität steht nicht (mehr) in Gegensatz zu Liebe, Erotik, sondern hat sich zum umfassenden Oberbegriff erweitert, der außer Sexualität im engeren Sinne auch Bereiche wie Leidenschaft, Liebe, Zärtlichkeit, Vertrauen, Rücksichtnahme und Partnerschaft umfaßt. "Sex" vereinheitlicht alles, von Erotik im romantischsten Sinne bis zu biologischen Triebbedürfnissen und konkreten Liebetechniken, ist andererseits aber deutlich abgesetzt von "Pornographie" oder "Perversion".

Die Ausweitung des Begriffsumfeldes von Sexualität ist in den Mittelschichtgruppen fortgeschrittener als in Unterschichtzielgruppen. Andererseits zeigt sich eine deutliche "Symbolisierungstendenz" im Sexualitätsbereich gerade in der untersten Unterschicht: besonders bei "Obdachlosen Jugendlichen", "Heimkindern" und Erwachsenen aus der Unterschicht war der geäußerte Begriff der Sexualität symbolischer Ausdruck pars pro toto für ihre prekäre Gesamtsituation. Sexualität wurde affektiv auf repressive soziale Situationen bezogen. Insbesondere auch soziale Ängste werden im Sexualsymbol und -symptom manifest: Sexuelle Impotenz symbolisiert soziale "Impotenz".

Potenz ist ohne Ausnahme in allen Unterschichtgruppen ein zentraler Komplex, der affektiv hoch besetzt ist.

Zur Verdrängung sexueller Begriffsinhalte

Die drei wichtigsten und am deutlichsten begrenzbarsten Komplexe sind:

Sexualitätsbezogene soziale Verantwortung und ihre personellen, institutionellen und normativen Repräsentanten (z. B. Eltern, Religion, eheliche Verpflichtungen, moralische Bindungen, der institutionale Aspekt des Arztberufes).

"Sakriloge" gegen den Eros-Aspekt der Sexualität:

Pornographie und sexuelle Freizügigkeit; Funktionalisierung und Technisierung der Sexualität.

Sexuelle Risiken:

Geschlechtskrankheiten; Arztproblematik; Strukturvergleich: Ansteckungsverhütung - Empfängnisverhütung.

Insbesondere der letzte Komplex ist deutlich unterschiedlich bei Jugendlichen und Erwachsenen ausgeprägt.

Während für die gefährdeten Personen der Erwachsenenengruppen eher Risikoignoranz kennzeichnend ist, betrifft die Verdrängung des Risikobewußtseins vor allem die Jugendlichengruppen. Alle Jugendlichengruppen der Untersuchung heben sich hierin prägnant von den Erwachsenenengruppen ab. Diese symptomatische Differenz zwischen Erwachsenen und Jugendlichen wird begleitet durch einen ebenso prägnanten sexualideologischen Bruch zwischen den Altersklassen, der sich etwa zwischen zwanzigstem und einundzwanzigstem Lebensjahr (19 J. - 20 J.) festlegen läßt:

Bei den Älteren gelten Sexualität ideologisch als "egoistisches" Triebbedürfnis, erotische Interaktion als Taktik zur Akquisition von Sexualpartnern, "echte" emotionale Beziehungen als weitgehend unerfüllbare Sehnsucht, ihre Unerfüllbarkeit als persönliche Tragik. Diese "Tragik" unerlöster erotischer Valenzen wird ausschließlich auf die eigene Person bezogen;

entsprechende Bedürfnisse anderer Personen oder des Partners werden nicht reflektiert oder als "kitschig" abgewiesen, während man für die Beschreibung eigenen erotischen Leidens ohne Hemmungen auch sentimentalste Klischees nicht scheut.

Bei den Jüngeren (mit gewissen Abweichungen bei den "Röckern") dagegen gilt Sexualität ideologisch als zentrales Moment partnerschaftlich erotischer Interaktion. Die erotische Interaktion ist nicht Taktik (Mittel zum Zweck), sondern Inhalt der Partnerbeziehung. "Echte" emotionale Beziehungen sind hier nicht unerfüllbare Wunschvorstellungen, sondern vorausgesetzte Basis sexueller Beziehung. Der Sexualakt hat in dieser Ideologie den Stellenwert eines Handlungssymbols, d. h. einer Bekräftigung sexuellen und erotischer Beziehungen. Die beidseitige Befriedigung hat den Stellenwert eines Beweises für die Intaktheit und Natürlichkeit der Partnerbeziehung.

Der inneren Logik dieser Einstellungsstruktur entsprechend müssen alle Formen reflektierter Planung und alle konkreten Handlungstaktiken im Sexualbereich als "Symbolzerstörungen" empfunden werden. Da die Handlungssymbole im Sexualbereich zugleich Beweismittel für die Intaktheit hoch bewerteter erotischer Beziehungen sind, gelten Taktiken und Reflexionen als "verboten" und werden in die Verdrängung abgewiesen.

Affektiv wird das Ansinnen einer Gefahrenreflexion abgelehnt. Gefahrenreflexion und emotionale Partnerbeziehung schließen sich bei den meisten Jugendlichen grundsätzlich aus.

In den Bereich dieses Verdikts gegen rationale Handlungstaktiken (z. B. Kondome benutzen) und Gefahrenreflexion fällt vor allem das Problem "Verhütung von Geschlechtskrankheiten". Es betrifft in bedeutend geringerem Maße das Problem Empfängnisverhütung (mit Ausnahme der "Hilfsarbeitergruppe", wo dieses Thema zentraler Verdrängungskomplex ist).

Zur Bereitschaft zu einer gezielten Gefahrenabwehr

Zur weiteren Präzisierung der Einstellungs- und Verhaltensmechanismen bezüglich sexueller Risiken sollen drei phänomenal abgegrenzte Kategorien der Gefahrenabwehr dienen:

- a) Direkt in sexuelle Verhaltenssequenzen eingreifende Maßnahmen
(z. B. Coitus interruptus, Kondome, nach Ansteckung fragen)
- b) Aus dem eingegangenen Risiko resultierende Maßnahmen
(Abtreibung, Arztbesuch nach Ansteckung)
- c) Von a) und b) befreiende Maßnahmen (vor allem die Pille).

Zu a): Maßnahmen der Kategorie a) werden als "Liebesöt." einstellungsmäßig und affektiv abgelehnt. Sie werden von den Erwachsenen dennoch z. T. aus Angst vor den Folgen des Sexualverkehrs praktiziert, von den Jugendlichen oft gar nicht in Betracht gezogen (hier spielen oft harte Ingroupnormen eine Rolle).

Zu b): Maßnahmen der Kategorie b) werden allgemein im rationalen Einstellungsbereich voll akzeptiert, im emotionalen abgewiesen oder weitgehend verdrängt, im conativen Bereich und gemäß den Ingroupideologien "mit Bedenken" zugelassen.

Die Verhaltenskonsequenz dieser Diskrepanzen in den drei Haupt-einstellungsbereichen ist eine oft sehr große zeitliche Verzögerung der Maßnahmen. Gerade bei Ansteckung muß, besonders bei den "Sexuell Hemmungsarmen" und den "Rockern" angenommen werden, daß das Hauptproblem nicht darin besteht, daß überhaupt ein Arzt aufgesucht wird, sondern daß der Arzt nicht früh genug aufgesucht wird. Bei den Hilfsarbeitern besteht dieses Problem auch bezüglich des Arztbesuches nach Empfängnisverdacht.

Dieses Fehlverhalten beruht zum großen Teil auf der Eigenart des Ärztetages. Der Arzt genießt als Fachmann fast absolutes Vertrauen.

Dem wird jedoch in allen Unterschichtgruppen mit starker affektiver Betonung vorgeworfen, sich nur funktional für die Krankheit, aber in keiner Weise für die Person des Patienten zu interessieren und nicht zu einer allgemeineren Lebensberatung bereit zu sein.

Da der Arzt gerade nach den Erfahrungen der gesellschaftlichen Randgruppen wie "Rockér", "Heimkinder" und "Obdachlose" nicht bereit ist, die Vertrauensrolle zu akzeptieren, sondern sich auf funktionales Behandeln zurückzieht, fühlen sich besonders die genannten Gruppen von ihm emotional zurückgewiesen und reagieren entweder mit harten Ressentiments ("unsercius ist dem doch egal") oder mit Verdrängungen der Handlungsmöglichkeit "ärztliche Untersuchung".

Zu c): Maßnahmen der Kategorie c) stoßen lediglich bei einer großen Minderheit der "Obdachlosen" und "Hilfsarbeiter" auf Widerspruch.

Zum Thema der strukturellen Beziehungen zwischen Sexualität und Geschlechtskrankheiten

"Sex" ist, abgesehen von einer größeren Minderheit in extremen Unterschichten, ein allgemein anerkannter Wert. Erotisch-ideologische und triebbiologische Aspekte sind, besonders bei den Jüngeren, weitgehend integriert. Sexualität selbst hat durch diese Integration eine ideologische Wertaufbesserung erfahren, besitzt heute allgemein und anerkanntermaßen so universale Bedeutung, wie ihr vor Zeiten nur die Psychoanalytiker zuerkannten: "Sex" ist zum gängigen Symbol pars pro toto für die soziale und funktionale Leistungs- und Kontaktfähigkeit der Personen stilisiert worden.

Die Imageaufbesserung der Sexualität im Zuge ihrer Integration mit Erotik bezieht sich jedoch nicht auf den Gesamtkomplex Sexualität.

Abgespaltene oder verdrängte Aspekte der "neuen Sexualität" sind vor allem:

- alle Assoziationen in Richtung Ekel, Schmutz,
- alles, was die ideologisierte Liebe sonst noch an ihre "indische Herkunft" erinnert: Assoziationen zu Geschlechtsorganen, bawale Witze, physiologische und funktionale Probleme,
- Assoziationen in Richtung auf institutionalisierte Restriktionen der Liebe: Institutionen aller Art, Ehebindung, Elternabhängigkeit, einschränkende Normen, Bürokratie.
- alle Assoziationen zu gefährlichen Konsequenzen der Liebe.

Das Thema Geschlechtskrankheiten erfüllt alle vier genannten Kriterien für Verdrängungen im Sexualbereich:

- Die Ekelassoziation (am deutlichsten in geschlossenen Ingroups),
- Assoziationen zu Geschlechtsorganen, physiologische und funktionale Aspekte (sogar der Begriff "Brennen beim Wasserlassen" wird als peinlicher Bezug der erotischen auf die Ausscheidungsfunktionen erlebt),
- Assoziationen zu institutionalisierten Restriktionen, besonders die Angst vor Bestrafung (Eltern, Erzieher, selten Polizei) oder Ächtung (besonders durch Ingroup, Freund bzw. Freundin, Eltern, seltener Arzt);
- Assoziationen zu gefährlichen Konsequenzen der Liebe.

Da die den Verdrängungen zugrunde liegenden Normen ihre Hauptgeltung bei den Jugendlichen besitzen, ist es nicht verwunderlich, daß durchgehend bei allen Jugendlichenzielgruppen die Bereiche

- o Geschlechtskrankheiten
- o Allgemeines Risiko im Sexualbereich
- o Ärztliche Untersuchung

in hohem Maße verdrängungsgefährdet sind.

Während der Verdrängungsaspekt vor allem bei den Jugendlichenzielgruppen im Vordergrund steht, gilt das Folgende für alle Zielgruppen:

"Geschlechtskrankheiten haben mit Sex nichts zu tun".

Hier mögen auch Verdrängungsmechanismen eine Rolle spielen, in ihrem Kern ist diese strikte Trennung zwischen Sexualität und Geschlechtskrankheiten jedoch offensichtlich kein pathologisches Symptom, sondern "logische Konsequenz" der allgemein sozio-kulturellen Entwicklung der fortschreitenden gegenseitigen Integration von Sex und Eros.

Je "gesellschaftsfähiger" Sexualität wird, indem sie sich mit Assoziationen und Konnotationen aus dem Eros-Bereich schmückt, desto stärker wird der Gefahren- und besonders der Geschlechtskrankheitenkomplex isoliert und aus dem Begriffsumfeld Sexualität ausgestoßen.

Zu den wichtigsten Dimensionen des psycho-sozialen Bedingungs Umfeldes

Die Struktur des psycho-sozialen Bedingungsansatzes ergibt sich aus der inneren Logik der einzelnen Probandenaussagen, bezogen auf die einzelnen zielgruppentypischen Aussagemuster und Situationen. Die in dieser Untersuchung wichtigsten Dimensionen waren

- a) Der Normenhorizont
- b) Die Bedürfnisstruktur
- c) Objektive Gegebenheiten

Zu a): Normen werden beschrieben in ihrer Diskrepanz zur triebhaften Bedürfnisstruktur. Als Vermittler und Handlungsauslöser zwischen normativem Verbot und dieser Bedürfnisstruktur werden legitimierende Verhaltensweisen, Rationalisierungen und Situationen gesucht. Normen sind im Sexualbereich keine rein soziologischen Strukturen, sie sind triebabhängig und gebunden an objektive Bedingungen (Situationen, Gegenstände, lebensgeschichtliche Zufälligkeiten usw.).

Das Normensystem ist keinesfalls in sich homogen und ausgewogen. Zwischen allgemeiner "bürgerlicher" Sexualideologie, bestimmten Ingruppennormen, Normen anderer Bezugsgruppen und Normen des Partners bestehen oft schärfste Diskrepanzen. Welche der Einzeldimensionen des Normenhorizonts letztlich verhaltensbestimmend ist, läßt sich vom Normensystem allein aus nicht erklären. Die beiden anderen Grunddimensionen spielen eine entscheidende Rolle.

Zu b): Die Bedürfnisstruktur ist nicht als rein biologische Triebstruktur aufzufassen, sondern sexuelle Bedürfnisse sind bereits a priori sozial-normativ determiniert und abhängig von individuellen, gruppenspezifischen und allgemeinen sozialen Normenhintergründen.

Auch die Bedürfnisstruktur ist in sich spannungsreich, Triebbedürfnisse diskrepieren mit dem Bedürfnis nach Persönlichkeitssynthese, stehen vor allem häufig im Widerspruch zum Bedürfnis nach Identifizierung, das wiederum oftmals in Konflikt kommt mit dem Bedürfnis nach emotionaler Entfaltung.

Zu c): Die objektiven Gegebenheiten der Lebenssituation spielen nach den Ergebnissen der Untersuchung eine bedeutend größere Rolle im Bereich Sexualeinstellungen und Sexualverhalten, als man ihnen im allgemeinen zumißt (z. B. Wohnbedingungen, ein Auto haben, in der Familie leben usw.). Da sie jedoch gruppenspezifisch sehr stark variieren, ist eine Darstellung in Kurzform nicht möglich.

Zu drei zentralen Aspekten der Spezialproblematik Geschlechtskrankheiten

Ansteckungsgefahr:

Ansteckungsgefährdet sind in hohem Grad alle ausgewählten Subgruppen. Die psycho-sozialen Bedingungsstrukturen für die Ansteckungsgefahr sind jedoch stark gruppenspezifisch. Eine Aufklärungsaktion sollte nur dann den Ansteckungsgesichtspunkt in den Vordergrund stellen, wenn die Möglichkeit besteht, objektiv definierte Zielgruppen in Berücksichtigung ihrer speziellen Bedingungsstrukturen anzusprechen. Bei einer weniger zielgruppenspezialisierten Aufklärung hat der Ansteckungsgesichtspunkt hinter den des sofortigen Arztbesuches zurückzutreten.

Partnerinformation:

Die festgestellten Gruppendifferenzen auf diesem Gebiet sind für eine Aufklärungsaktion relativ irrelevant. Es besteht geringe Bereitschaft, Partnerinformation als Lösungsmodell des Ansteckungsproblems zu akzeptieren. Dieses Lösungsmodell stößt fast nirgendwo auf Ablehnung, jedoch ebenso selten auf Interesse.

Aufsuchen des Arztes:

Dieser Problemасpekt erweist sich vor allem als zentral für die Jugendlichengruppen und die "Berufsbeeinflaßt Gefährdeten", in seiner Detaillierung als sofortiges Aufsuchen des Arztes auch für die "Sexuell Hemmungsarmen".

Da sofortiger Arztbesuch nach Ansteckung aus im Hauptbericht dargestellten Gründen zentralster Inhalt einer Aufklärungskampagne sein muß, ist es notwendig, auch in einer nicht zielgruppenspezifischen Kampagne einzelne zielgruppenspezifische Determinanten mit zu berücksichtigen. Dazu sollten vor allem auch Aspekte zur Rolle des Arztes, die sich besonders auf die Jugendlichengruppen beziehen, verarbeitet werden.

3. Konsequenzen für die Aufklärungskampagne

Eines der wichtigsten Resultate von Grundlagenstudie und Konzeptions-test ist die Notwendigkeit unterschiedlicher Strategien für jüngere und ältere Zielgruppen. Ohne nochmals auf Einzelergebnisse aus der Grundlagenstudie einzugehen, können hierfür

- unterschiedliche subjektive und objektive Problemsituationen
- und Unterschiede im subjektiven Problembewußtsein

als Hauptursachen benannt werden.

Aufklärungsaktionen der geplanten Art versprechen kommunikative Effizienz und die zusätzlich erwünschte Verhaltensrelevanz nur bei jüngeren Zielgruppen und hier vor allem in den unteren Schichten.

Hiermit stellt sich von selbst die Frage, ob denn eine spezielle Kampagne für "nur" 10 % bis maximal 20 %¹⁾ der Betroffenen lohnt.

Wir tendieren dazu, diese Frage - nicht zuletzt angesichts der Wichtigkeit und des geplanten Volumens der Kampagne - mit "Ja" zu beantworten, und zwar aus folgenden Erwägungen:

- Wie Erfahrungen aus Wirtschaft und anderen kommunikationsorientierten Bereichen laweisen, gibt es für jedes Produkt, für jede Information und auch für jede Aufmachungs- und Gestaltungsform jeweils nur eine quantitativ und qualitativ mehr oder weniger stark eingegrenzte Zielgruppe. Gegenüber einer Maßnahme für "die Bevölkerung", die als Resultat von vielen Kompromissen schließlich keine echte Zielgruppe mehr hat, ist eine zielgruppenspezifische und in ihrer potentiellen Effizienz vorgeprüfte Maßnahme bei einem eingeschränkten, aber bekannten Adressatenkreis auf jeden Fall vorzuziehen.

1) Vermutete Zahl auf der Basis unserer Erhebungen und der Geschlechtskrankheitsstatistik 1972.

- Die hier vorgeschlagene Zielgruppe zeichnet sich aus durch

- a) subjektives Problembewußtsein (höhere Akzeptanz von problembezogenen Informationen),
- b) eine objektiv harte Problemsituation, in der man verständliche und rationale Problemlösungsstrategien mit Erfolg anbieten kann, ohne gleich das unerreichbare Ziel, grundsätzliche Bedingungen oder gar Menschen zu verändern, anstreben zu müssen,
- c) die Vorsorgemöglichkeit für spätere Jahre, denn sowohl aus der Geschlechtskrankheitenstatistik wie auch aus unseren Ergebnissen ist zu vermuten, daß ein Großteil der jetzt betroffenen jungen Menschen auch in späteren Jahren der Betroffenen-Gruppe angehören wird, da sich die zentralen psychosozialen Bedingungsdimensionen in diesen Gruppen mit dem Alter nicht sehr stark verändern, eher noch rigider werden.

Das Angebot wertneutraler Schutz- und Rifftechniken, die nicht die Forderung nach Veränderung der Einstellungen und Verhaltensweisen im Bereich Sexualität (im weitesten Sinne) implizieren, hat wahrscheinlich die Chance, als nicht ideologisierte oder emotionalisierte "praktische Verhaltensweise" angenommen und gelernt zu werden.

- Schließlich ist noch anzuführen, daß uns für die übrigen bekannten und noch nicht bekannten Zielgruppen aufgrund des Pilot-Study-Charakters der Untersuchung und der eingegrenzten Anzahl konzeptioneller Alternativen zwar wesentliche Basis- und Strukturdaten zur Verfügung stehen, nicht aber

- a) ausreichende quantitative und qualitative Daten zur präzisen Zielgruppendifinition,
- b) ausreichende Kenntnisse über interaktionale Verflechtungen, evtl. vorhandene konzentrierte und isolierbare "Ansteckungsherde" usw.,

Angaben also, die Art, Umfang, Zielung und nicht zuletzt Kosten und Realisierbarkeit der notwendigen Maßnahmen bestimmen sollten.

Für die hier vorgeschlagene Zielgruppe und mit den aufgrund der Ergebnisse konsequent zu profilierenden Kommunikationsmaßnahmen kann mit einer gewissen aufklärenden und problembeeinflussenden Effizienz gerechnet werden; dies jedoch nur,

- wenn schärfe, Aufmachung, konkrete Aussagen und Sprachweise konsequent auf die Bedürfnislage der Zielgruppe ausgerichtet werden. Die Wichtigkeit und Härte des Problems sollte hier auf jeden Fall höher gewichtet werden als Beifall oder Ablehnung aus nicht betroffenen und nicht gemeinten Kreisen.
- wenn die Streuwege ebenso gezielt geplant und kontrolliert werden. Eine der Hauptschwierigkeiten dürfte sein, daß der Großteil der untersuchten Gruppen durch bekannte Medien nicht erreicht wird.

Bezüglich der notwendigen und möglichen Maßnahmen für die unterschiedlichen Erwachserzielgruppen, die die Mehrzahl der Geschlechtskranken stellen, muß nach den vorliegenden Ergebnissen damit gerechnet werden, daß rein kommunikative Maßnahmen grundsätzlich nicht geeignet und effizient sein können. Zudem scheint hier eine gezielte Streuung aufgrund der vorliegenden Daten aus inhaltlichen, technischen und ökonomischen Gründen kaum möglich zu sein.

Bevor bei diesen quantitativ bedeutsameren Gruppen Maßnahmen festgelegt werden, ist eine größer angelegte, auch quantitativ extrapolierbare Voranalyse unumgänglich (vgl. hierzu auch Punkt 4).

4. Empirische Voraussetzungen für die effiziente Bekämpfung der Ausbreitung von Geschlechtskrankheiten

Nach den vorliegenden Ergebnissen und Hypothesen kann darauf gerechnet werden, daß die "Ansteckungskreise" für Geschlechtskrankheiten durch spezielle psycho-soziale Bedingungsfelder prädestiniert und begrenzt sind. Eine bestimmte Konstellation (z. B. Veranlagung zur Homosexualität, Normendruck, persönliche Unsicherheit, häufiger Partnerwechsel, Angewiesensein auf bestimmte Kontaktstellen, Präsenz von Infektionsträgern hier, Verzögerung des Arztbesuches durch subjektiven und objektiven Normendruck und soziale Kontrolle usw.) erhöht die Ansteckungswahrscheinlichkeit enorm, ist aber durch subjektiv unveränderbare Grundbedingungen und Verhaltensregulationen so "zementiert", daß der Gegenpol "Gefahr der Ansteckung" verdrängt und in Kauf genommen wird.

Es empfiehlt sich, eine unteilbare und quantifizierbare Analyse der sozialen Interaktionssysteme der Betroffenen vorzunehmen, um überhaupt zu sehen, wo die gefährlichen Interaktionen und Kontaktpunkte angesiedelt sind, um diese auf ihre Struktur, Rigidität und Verankerung im (a priori als unveränderbar zu setzenden) psycho-sozialen Bedingungsfeld hin zu analysieren.

Erst hieraus können gezielte Maßnahmenabläufe entwickelt werden, die Punkte aufzeigen, welche

- a) aufgrund ihrer Quantität und Zugänglichkeit für Maßnahmen irgendwelcher Art erfolgversprechend sind,
- b) überhaupt und wie zu beeinflussen bzw. zu verändern sind.

Erst hieraus können Maßnahmen abgeleitet werden, die sicher nicht nur im Spektrum der rein kommunikativen Aktivitäten angesiedelt sein können, sondern auch Konsequenzen für Hinweise an die Verantwortlichen, helfenden und schützenden Interaktionspartner (Ärzte, Gesundheitsämter, Stadtverwaltungen, Sozialfürsorge, Krankenkassen usw.) mit sich bringen.

Die Realisierung der vorliegenden Studie zeigte, daß das Bereich der Betroffenen und themenspezifische Befragungen grundsätzlich möglich sind. In Zusammenarbeit mit Behandelnden und Betreuenden wären sicher auch breitere Erhebungen möglich, die nicht nur zur Maßnahmenplanung beitragen, sondern auch die "Dunkelziffern" unbemerkbaren Umfanges erhalten können.



ANHANG

- Inhalt: 1. Untersuchungsleitfaden
2. Testmaterialien

1. Untersuchungsleitfaden

Der folgende Leitfaden zeigt die grobe Reihenfolge des Befragungsablaufes. Die beigefügten Materialien wurden, wie aus den Instruktionen ersichtlich, teils vorgelegt, teils dienten sie als "Erinnerungsstütze" für den Explorateur an die wesentlichsten Schulungsinhalte. Die Fragen waren nicht wörtlich vorgeschrieben. Auch deren Reihenfolge konnte und mußte individuell an Befragte und Gesprächsablauf ausgerichtet werden (zu Methodenfragen vgl. auch Bericht, Abschnitt I).

Die im Leitfaden erwähnten Listen sind hinter dem Leitfaden eingeordnet.



Leitfaden - Aufklärungskampagne

Projekt Nr.	73	52
Explorateur Nr.		
Zielgruppe Nr.		
Proband Nr.		

STRENG VERTRAULICH

I GRUNDLAGENFORSCHUNG

Protokollbogen
(Reaktionsprotokoll)

	verbal	mimisch	Verhalten
A 1.			
A 2.			
A 3.			

Explorationsphase A

1. Ohne Gesprächseinleitung Liste 1 überreichen.

Anweisungen wörtlich vorlesen. Während die VP ausfüllt: alle Reaktionen (verbale, mimische, Verhalten) protokollieren (Protokollbogen 1):

"Wie Sie wissen, möchte ich mich mit Ihnen über das Thema Sexualität unterhalten. Streichen Sie bitte in dieser Liste alles durch (schwarzen Filzstift überreichen!), was nicht zum Thema paßt oder völlig unwichtig ist!"

2. Roten Filzstift überreichen; Reaktionen protokollieren!

Alles rot unterstreichen lassen, was der VP als besonders wichtiges Thema erscheint!

3. Grünen Filzstift überreichen; protokollieren; wörtlich vorlesen:

"Unsere Zeit reicht leider nicht aus, uns über alle wichtigen Themen zu unterhalten, - streichen Sie deshalb bitte alle Themen durch, über die Sie nicht so gerne ausgefragt werden möchten!"

4. Liste 2 überreichen und erklären; während die VP ausfüllt, die Ergebnisse der Liste 1 in Protokollbogen 2 eintragen und zur

Weiterexploration vorstrukturieren:

- a) Themen, die sowohl rot unterstrichen wurden, als auch grün durchgestrichen: einkreisen!

- b) Themen, die einen inneren Zusammenhang erkennen lassen, in Spalte: Themenkomplex zusammenstellen.

Explorationsphase B

Nach Möglichkeit alle Variablen abchecken (siehe Variablenplan).

Grundsätzlich ist es wichtiger, in den VP spezifisch zentralen Bereichen intensiv nachzuhaken, als unbedingt das Gesamthemenspektrum für jede VP komplett abzudecken!

ANMERKUNG: Die folgenden Seiten 5 - 9 waren Freiraum zum Protokollieren.

Die statt dessen eingesetzten Seiten a - f sind die dem Explorateur als Explorationsstütze separat vorliegenden Explorationsdimensionen.

SEXUALVERHALTEN

1. Stellenwert der Sexualität im Gesamtverhalten

(z.B.: zentral-peripher-isoliert; Institutionalisierungsgrad;
ergänzend - ausgleichschaffend - im Widerspruch)

2. Partnerwechselfrequenz und Motivation

3. Verhaltenssequenz A: Konstitution der Partnerbeziehung

(wenn möglich exemplarisch abhandeln!)

Bedürfnisinterpretation (Trieb- Zärtlichkeitsbedürfnis)

Partnerauswahlkriterien (z.B.: Typus, gemeinsame Interessen)

"Techniken" der Kontakthanbahnung
(geplant - spontan; passiv - aktiv; starr - flexibel - ingroupspezifisch -
persönlichkeitsspezifisch)

Kontakteskalation bis zum ersten Geschlechtsverkehr
(wichtig!!: Welche Rolle spielen in welcher Phase hygienische,
bes. Verhütungsprobleme? Wann und wie wird darüber gesprochen?)

Partnerbeziehung (bis zur Beendigung der Beziehung)

4. Verhaltenssequenz B: Verhalten nach der Ansteckung

(z.B. Ansteckung - Partnerinformation - gemeinsamer Arztbesuch)

5. Längsschnittkonstanz der Sexualgewohnheiten

(z.B.: Wie war es früher? Wie wäre es, wenn Sie einmal den idealen
Partner kennenlernen würden?)

6. Normabweichungen

(z.B.: bei Triebdruck, unter Alkohol- u. Drogeneinfluß: besonders
bezogen auf Verhütungsproblematik)

7. Verhaltenspotenzen bezogen auf Verhütung

positive (z.B. Erziehungseinflüsse, Lernfähigkeit bei "schlechter Erfahrung")

negative (z.B. durch Ingroupnormen "verbotene" gesundheitsprophylaktische Bedürfnisse, Verdrängung des Gefahrenbewußtsein)

SEXUALKOMMUNIKATION

1. Vertrauenspersonen

(allg. - bei sex. Problemen - bei Ansteckung)

2. Vertrauen zum Arzt

(siehe: a)

3. Stil und Sprache der Kommunikation über Sex und Ansteckung

(gegenüber: Partner, Fremden, Arzt usw.)

4. Kommunikationsstörungen:

z.B.: Bei sex. Problemen allgemein

Bei Ansteckung

Gegenüber Partner, Vertrauenspersonen, Arzt usw.

5. Ursachen der Kommunikationsstörungen

(z.B. schlechte Erfahrungen, Fehlinformationen, Imageproblematik)

6. Bedingungen für die Bereinigung der Kommunikationsstörungen

z.B.: Informationsverstärkung (z.B. ärztl. Schweigepflicht;
Aufklärung über Symptome und Folgen);

Abbau der moralischen Bewertung und der Strafangst

"Moralische Aufrüstung" (allgemein; gegenüber negativen
Ingroupnormen usw.)

ÜBERGREIFEND GRUNDNORMEN

1. Normenanspruch

(z.B. moralische Forderungen an den Partner)

2. Normenverpflichtung

(z.B. Verantwortung gegenüber dem Partner)

3. Verhaltensrelevanz der Grundnormen

SPEZIELLE EINSTELLUNGEN IM SEXUALBEREICH

1. Sexualmoral

(z.B. sind Pariser amoralisch?)

2. gesundheitliche Vorstellungen

(z.B. zur Pille, zum Coitus interruptus)

3. Präferenzen und Präferenzlegitimierungen

(z.B. "mit Kondim macht es weniger Spaß, weil der direkte Kontakt fehlt")

EINSTELLUNGEN ZUR AUFKLÄRUNG

1. generell

(Ablehnung, Akzeptanz: unter welchen Bedingungen)

2. gegenüber den Medien

(z.B. Fernsehen, Arzt)

3. aufklärungsbezogenes Image der BfgA

DISONANZEN DES SEXUALLEBENS

z.B. Moral contra Verhütungsmittel

ethische contra Ingroup-Normen

soziale Verantwortung contra Triebbedürfnisse

Explorationsphase C

1. Exploration zur Liste 2 (Protokollbogen 5)

Es brauchen nicht alle Fragen behandelt zu werden: nur ein oder zwei relevante Themen herausgreifen (z. B.: Bereiche der Liste 2, bei denen die VP auffällig reagiert hat oder: Bereiche, die ein persönlichkeitszentrales Thema aus der Explorationsphase B ergänzen oder: bei nicht ausgefüllten Fragen der Liste nachforschen.)

II KONZEPTIONSTEST: PLAKATE

Alle Bilder in eine Reihe legen (routieren!), nach etwa 3 Sek. (nach Auflegen des letzten Bildes) in der Vorlagenreihenfolge wieder abräumen!

P 1. Worum ging es hier eigentlich?

richtig	falsch

Nennung: _____

P 2. Wörtlich vorlesen:

"Aus diesen Bildern sollen Plakate gemacht werden, die schon von weitem ins Auge stechen. Welches Plakat fänden Sie am auffälligsten?"

Plakat Nr.: _____

Nennung: _____

(Wenn eine Identifizierung nach der Beschreibung nicht möglich ist:
Plakate nochmals kurz vorlegen!)

P 3. Alle Bilder stapeln und der VP in die Hand drücken!

Die beiden Bilder zurückgeben lassen, die am wenigsten gefallen und das schlechteste ermitteln!

Danach die beiden Bilder zurückgeben lassen, die am besten gefallen und das beste ermitteln!

Alle Plazierungen in die Tabelle eintragen!

Plakatentwürfe	bestes	zweitbestes	vorletztes	letztes
A Kondome schützen vor Tripper				
B geschlechtskrank, zum Arzt!				
C Gulliver schützt vor Tripper				
D Die Pille ist prima				
E "Gulliver"				
F geschlechtskrank, Pech gehabt				
G Kondome schützen vor Geschlechtskrankheiten				

P 4. Die 4 Bilder inhaltlich und formal explorieren!

Protokollbogen

Präferenz	Buchstabe	Begründung
bestes		
zweitbestes		
schlechtestes		
zweit-schlechtestes		

P 5. Ergänzungs- und Veränderungswünsche zum besten Bild explorieren!

P 6. Verständlichkeit (des besten Bildes) überprüfen (insgesamt + Einzel-
elemente)

insgesamt verständlich:

ja	nein

Unverständliche Einzelelemente:

1.

2.

3.

4.

P 7. Bei "Gulliver" - Plakaten: Jeweils Name Gulliver explorieren!

Alle Bilder abräumen!

P 8. Liste 3 vorlegen!

P 9. Liste 4 vorlegen!

P 10.

10.1 Die VP fragen, ob sie jemanden kennt, dem es "ganz gut täte", wenn er ein solches Plakat einmal zu Gesicht bekäme!

Person: _____

10.2 Person charakterisieren lassen:

P 11. Rück Erinnerung an präferiertes Plakat überprüfen!

11.1 Wie sah es aus?

<u>richtig</u>	<u>falsch</u>

11.2 Um was ging es vor allem?

11.3 Erinnerung an den wichtigsten Satz auf dem Plakat

11.4 Erinnerungen an andere Textteile

1.

2.

3.

P 12. Wörtlich: "Zum Schluß möchten wir zu diesen Plakaten gerne einige grundsätzliche Meinungen von Ihnen hören"

Liste 5 vorlegen und erläutern!

P 13.

13.1 Frage, ob die VP daran interessiert wäre, weiteres Material zu diesem Thema zu sehen!

ja	nein

13.2 Welches Material?

Vorlesen!:

	ja	nein
1. Weitere Plakate		
2. Broschüren		
3. Artikel in der Tageszeitung		
4. Artikel in einer Illustrierten		
5. Sendungen im Fernsehen		
6. Vorträge in der Volkshochschule		
7. Informationen durch Ärzte		
8. Vorträge in der Pfarrgemeinde		
nur bei Jugendlichen (entsprechend Quote):		
9. Vorträge in der "Offenen Tür"		
10. Vorträge im Jugendheim (-strafanstalt)		
11. sonstige Aufklärung		

Welche sonstige Aufklärung?

P 14. Fragen, ob die Absicht besteht, beim Partner (Frau, Freundin, usw.) über die Plakate zu berichten!

berichtet	berichtet nicht

Was wird berichtet?

P 15. Fragen, ob das Interview das entsprechende zukünftige Verhalten beeinflussen wird!

ja	nein

inwiefern?

III KONZEPTIONSTEST: FALTBLÄTTER

F 1. Beide Falblätter vorlegen; kurz darin blättern lassen
(jeweils etwa 1 1/2 Minuten)

1.1 Welches Falblatt ist auf den ersten Eindruck hin sympathisch?

A	B

warum?

1.2 Von welchem Falblatt verspricht sich die VP die besseren Informationen.

A	B

Warum?

F 2. Jeweils 1. Seite der Falblätter vorlegen und zum Lesen auffordern

2.1 Welche Seite wird zuerst gelesen (Beobachten!)?

A	B
<hr/>	
<hr/>	

F 3

3.1 Welche der beiden Seiten ist in der Darstellungsweise sympathischer?

A	B
<hr/>	
<hr/>	

Warum?

3.2 Welche bietet bessere Informationen?

A	B

Warum?

3.3 Auf welcher Seite stehen die meisten schwer verständlichen Dinge?

A	B

3.4 Was wird schwer verstanden?

3.5 Was wird auf der anderen Seite schwer verstanden?

3.6 Ist der Name "Gulliver" aufgefallen?

ja	nein

3.7 Name Gulliver explorieren!

3.7.1 Wird er als passend empfunden? _____

3.7.2 Wird er als sympathisch empfunden? _____

3.7.3 Warum gerade Gulliver? _____

3.7.4 Sonstiges

F 4. Passagen "Tripper" aus beiden Faltblättern vorlegen und durchlesen lassen (zu schnellem Lesen auffordern!!)

4.1 Welche Seite ist in der Darstellungsweise sympathischer?

A	B

Warum?

4.2 Welche Darstellung ist übersichtlicher?

A	B

Warum?

4.3 Welche Darstellung gibt brauchbarere Informationen?

A	B

Warum?

F 5. Liste 6 vorlegen (zwischen 6 A und 6 B abwechseln!)

F 6. Wörtlich: "Sie sind zwar noch nicht dazu gekommen, den ganzen Text gründlich zu studieren, - würden Sie bitte trotzdem schildern wcrum es ihrer Meinung nach hier eigentlich geht".

F 7. Liste 7 vorlegen!

F 8. Liste 7 gemeinsam mit der VP durchgehen und gegebenenfalls vor der VP berichtigen; - währenddessen Inhalte der einzelnen Punkte mit VP besprechen und auf inhaltliche Akzeptanz hin explorieren!

F 9. Fühlt sich die VP durch das Faltblatt ausreichend informiert

ja	nein

F 10. Was fehlt?

F 11.

11.1 Fragen, ob die VP daran interessiert wäre, weiteres Material zu diesem Thema zu sehen!

ja	nein

11.2 Welches Material?

Vorlesen!

	ja	nein
1. Weitere Faltblätter		
2. Plakate		
3. Broschüren		
4. Artikel in der Tageszeitung		
5. Artikel in einer Illustrierten		
6. Sendungen im Fernsehen		
7. Vorträge in der Volkshochschule		
8. Informationen durch Ärzte		
9. Vorträge in der Pfarrgemeinde		
nur bei Jugendlichen (entsprechend Quote)!		
10. Vorträge in der "offenen Tür"		
11. Vorträge im Jugendheim (-strafanstalt)		
12. sonstige Aufklärung (bei allen!)		

Welche sonstige Aufklärung?

F 12. Fragen, ob die Absicht besteht, beim Partner (Frau, Freundin, usw.) über die Faltblätter zu berichten!

berichtet	berichtet nicht
_____	_____

Was wird berichtet?

F 13. Fragen, ob das Interview das entsprechende zukünftige Verhalten beeinflussen wird!

ja	nein
_____	_____

inwiefern?

F 14. Liste 3 vorlegen!

F 15. Liste 4 vorlegen!

F 16. Wörtlich: "Zum Schluß möchten wir zu diesen Texten gerne einige grundsätzliche Meinungen von Ihnen hören."

Liste 5 vorlegen

STATISTIK

S. 1	Geschlecht:	<u>männlich</u>	<u>1</u>
		<u>weiblich</u>	<u>2</u>
S. 2	Alter:	<u>16 - 18</u>	<u>1</u>
		<u>19 - 21</u>	<u>2</u>
		<u>22 - 29</u>	<u>3</u>
		<u>30 u. älter</u>	<u>4</u>
S. 3	Familienstand:	<u>ledig ohne Freundin (Freund)</u>	<u>1</u>
		<u>ledig mit Freundin (Freund)</u>	<u>2</u>
		<u>verlobt</u>	<u>3</u>
		<u>verheiratet</u>	<u>4</u>
		<u>geschieden</u>	<u>5</u>
S. 4	Schulbildung:	<u>ohne Schulabschluß</u>	<u>1</u>
		<u>Volksschulabschluß</u>	<u>2</u>
		<u>Mittel-, Fach- usw. -schulabschluß</u>	<u>3</u>
		<u>Abitur</u>	<u>4</u>
		<u>Hochschulabschluß</u>	<u>5</u>
S. 5	Beruf:	<hr/>	
S. 6	Schicht:	<u>US</u>	<u>1</u>
		<u>UMS</u>	<u>2</u>
		<u>MMS</u>	<u>3</u>
		<u>OMS</u>	<u>4</u>

LISTE 1

- SEX - PORNOS - SEX - TREUE - SEX - MORAL - SEX -
EHE - SEX - ALKOHOL - SEX - GESCHLECHTSKRANKHEITEN
- SEX - PARTNERTAUSCH - SEX - LEIDENSCHAFT - SEX -
KINDER - SEX - URLAUB - SEX - TAGTRÄUME - SEX -
ALTER - SEX - KLEIDUNG - SEX - ELETERN - SEX -
SCHÜCHTERNHEIT - SEX - GESUNDHEIT - SEX - POTENZ -
SEX - ARZT - SEX - GELD - SEX - VERTRAUEN - SEX -
LIEBE - SEX - DRÜBER SPRECHEN - SEX - ANGST - SEX -
SAUBERKEIT - SEX - ENTSPANNUNG - SEX - BERUF - SEX
- WITZE - SEX - RELIGION - SEX - TRIPPER - SEX -
OFFEN DARÜBER REDEN - SEX - EMPFÄNGNISVERHÜTUNG
- SEX - GRUPPENEHE - SEX - LIEBESTECHNIKEN - SEX
KEUSCHHEIT - SEX - EHRGEIZ - SEX - EHRlichkeit -
SEX - SCHAMGEFÜHL - SEX - PROSTITUTION - SEX -
SEHNSUCHT - SEX - RÜCKSICHTNAHME - SEX - KNUTSCHEN
- SEX - VERBRECHEN - SEX - PARISER - SEX - EINSAM-
KEIT - SEX - IMPOTENZ - SEX - GESCHLECHTSORGANE -
SEX - SPIESSERTUM - SEX - HOMOSEXUALITÄT - SEX -
AUFKLÄRUNG - SEX - WOHNUNG - SEX - SYPHILIS - SEX
- KORREKTHEIT - SEX - SCHULE - SEX - PILLE - SEX -
EMANZIPATION - SEX - PFLICHTGEFÜHL - SEX - GEFÜHLS
KÄLTE - SEX - GEMEINSAMKEIT - SEX - DUMMHEIT -
SEX - SCHLECHTES GEWISSEN - SEX - SELBSTBEFRIEDI-
GUNG - SEX - ANGEBEREI - SEX - SCHÖNHEIT - SEX -

MUSIK - SEX - ABWECHSLUNG - SEX - ÄRZTLICHE
UNTERSUCHUNG - SEX - BEFRIEDIGUNG - SEX -
EHELICHE PFLICHTEN - SEX - UNSCHULD - SEX -
VOLKSGESUNDHEIT - SEX - RISIKO - SEX - SCHEIDUNG
- SEX - ZÄRTLICHKEIT - SEX - PARTNERSCHAFT -
SEX - SPIELE - SEX - FREIHEIT - SEX - HEMMUNGEN -
- SEX - ZUKUNFT - SEX -

Liste 2

1. Herr A Friedrichs, seit 15 Jahren verheiratet: Seit einiger Zeit verweigert seine Frau den Geschlechtsverkehr. Was würden Sie Herrn Friedrichs raten?

2. Barbara und Jürgen sind seit 3 Jahren befreundet. Weil Jürgen keine Zeit hatte, war Barbara diesmal allein in Urlaub. Sie gesteht ihm, daß sie einen netten Italiener kennengelernt hat und auch einmal mit ihm geschlafen hat.

Wie soll Jürgen darauf reagieren?

3. Heinrich ist Vertreter. Als er nach einer längeren Geschäftsreise zurückkommt, merkt er, daß er sich einen Tripper geholt hat. Seine Frau erwartet, daß er mit ihr schläft. Was soll Heinrich machen?

4. Günther hat sich auf einer Party in ein tolles Mädchen verknallt. Sie ist sofort bereit mit ihm zu schlafen. Doch sein Freund warnt ihn, er hätte gehört, sie sei möglicherweise geschlechtskrank. Wie soll sich Günther verhalten?

5. Frau Habe merkt, daß ihr Mann sie mit einer Geschlechtskrankheit angesteckt hat. Was soll sie tun?

6. Anna merkt, daß ihr Freund auch mit anderen Mädchen schläft.
Wie soll sie sich verhalten?

Liste 3

Kreuzen Sie bitte an, für welche dieser Personen es besonders wichtig wäre, daß sie so ein Plakat mal sehen

Vertreter	<input type="checkbox"/>
Kellnerinnen	<input type="checkbox"/>
Fernfahrer	<input type="checkbox"/>
Leute ohne sexuelle Hemmungen	<input type="checkbox"/>
Leute, die sich sexuell emanzipiert haben	<input type="checkbox"/>
Homosexuelle	<input type="checkbox"/>
Gelegenheitsprostituierte	<input type="checkbox"/>
Jugendliche aus Obdachlosensiedlungen	<input type="checkbox"/>
Jugendliche aus Heimen oder Jugendstrafanstalten	<input type="checkbox"/>
Rocker u. Jugendliche die sich dauernd auf der Straße herumtreiben	<input type="checkbox"/>
Jugendliche Alkoholiker	<input type="checkbox"/>
Jugendliche Rauschgiftsüchtige	<input type="checkbox"/>
Jugendliche Hilfsarbeiter	<input type="checkbox"/>

Liste 4

Für wen wäre es wichtiger ein solches Plakat zu sehen (zutreffendes unterstreichen!), für

- | | | |
|-----------------------|------|-----------------------------|
| Frauen | oder | Männer |
| Junggesellen | oder | Verheiratete |
| Erwachsene | oder | Jugendliche |
| Ingenieure | oder | Bauarbeiter |
| Hausfrauen | oder | berufstätige Frauen |
| Christen | oder | Atheisten |
| Arbeiterfrauen | oder | Frauen von Geschäftsmännern |
| männliche Jugendliche | oder | weibliche Jugendliche |
| Antialkoholiker | oder | Trinker |

Liste 5

Kreuzen Sie bitte an inwieweit die folgenden Behauptungen zutreffen!

Die Plakate

	trifft zu	1	2	3	4	trifft nicht zu	5
weisen auf ein ernsthaftes Problem hin		1	2	3	4		5
verletzen den guten Geschmack		1	2	3	4		5
sind modern - ohne Prüderie		1	2	3	4		5
sind Jugendgefährdend		1	2	3	4		5
haben mir brauchbare Tips gegeben		1	2	3	4		5
sollte man nur denen zeigen, die es nötig haben		1	2	3	4		5
sind obszön		1	2	3	4		5
gehören auf alle öffentliche Plakatwände		1	2	3	4		5

Liste 6A

Sie sehen hier einige schwierige Ausdrücke, die viele Menschen nicht kennen.

Neben jedem Ausdruck stehen zwei Kreise.

Kreuzen Sie bitte im linken Kreis alle Ausdrücke an, mit denen Sie nicht viel anfragen können.

Im rechten Kreis kreuzen Sie bitte alle Ausdrücke an, die Sie uns erklären können.

chronisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lymphdrüsen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gebärmutter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fistelbehandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eileiter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Immunität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eierstockentzündung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Geschlechtsverkehr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bindehaut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Verminderung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diagnose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Katarrh	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heilbehandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Partner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hautkontakte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gulliver	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
After	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tripper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leistendrüsen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Syphilis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schleimhaut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pariser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Begleiterscheinung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kondom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stadium	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Präservativ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Organe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gummischutz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rückenmarkschwindsucht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	männliches Glied	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Syphilitikerinnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	hygienisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eichel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Krankheitserreger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ringfurche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Versandhandel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gliedschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	diskret	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schamlippen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	anonym	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

vorbeugen	○	○
geschlechtskrank	○	○
falsche Moral	○	○
Spätfolgen	○	○
Ausfluß aus der Harnröhre	○	○
Wasserlassen	○	○
Vorstehdrüse	○	○
Samenleiter	○	○
Nebenhoden	○	○
Zeugungsunfähigkeit	○	○
Scheide	○	○
Krankheitserscheinungen	○	○
ausgeprägt	○	○

Liste 6B

Sie sehen hier einige schwierigen Ausdrücke, die viele Menschen nicht kennen.

Neben jedem Ausdruck stehen zwei Kreise.

Kreuzen Sie bitte im linken Kreis alle Ausdrücke an, mit denen Sie nicht viel anfangen können.

Im rechten Kreis kreuzen Sie bitte alle Ausdrücke an, die Sie uns erklären können.

Geschlechtskrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Scheide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sexuelle Wesen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Krankheitserscheinungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vorbeugemaßnahmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	chronisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geschlechtsverkehr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Harnröhre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
intensiv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vorsteherdrüse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hautkontakt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Samenleiter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schleimhaut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nebenhoden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infektionskrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Eileiter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Partner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Eierstöcke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geschlechtspartner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zeugungsunfähigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbstbehandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vernarbung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verbreitung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hygiene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eindämmung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bindehaut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spätfolgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diagnose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vorbeugemaßnahmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neuerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trippler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	After	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Syphilis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Leistendrüsen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausfluß aus der Harnröhre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lymphknoten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Stadium	○	○
innere Organe	○	○
Rückenmarkschwindsucht	○	○
Syphilitikerinnen	○	○
Heilbehandlung	○	○
Eichel	○	○
Ringfurche	○	○
Glied	○	○
Fistelbehandlung	○	○
Immunität	○	○
Abwehrstoffe	○	○
Katarrh	○	○
Empfängnis	○	○
Spray	○	○
Zweierbeziehung	○	○
Schweigepflicht	○	○
Ausheilung	○	○
informieren	○	○

Liste 7

Ergänzen Sie bitte die unvollständigen Sätze!

1. Geschlechtskrankheiten sind heilbar, wenn rechtzeitig ein _____
aufgesucht wird.
2. Vor allem soll man auch _____
Bescheid sagen, damit _____ ebenfalls
einen _____ aufsucht.
3. Kondome (Pariser) bieten Schutz vor _____
und vor _____
4. Gulliver ist ein _____
5. Gulliver kann vorbeugen, aber nicht _____
6. Anzeichen für Tripper sind: _____

7. Spätfolgen bei Tripper sind: _____

2. Testmaterialien

"Faltblattentwurf A"

Titel: Gulliver schützt
vor Tripper und Syphilis

Innenposter: Gulliver ist ein Pariser.

Nur ist uns Gulliver als Name für Kondome viel lieber und sympathischer als Pariser, Präservativ oder Gummischutz.

Gulliver ist anschiemgsam.

Gulliver ist hauchdünn und gefühlsecht - praktisch wie eine zweite Haut.

Gulliver ist zuverlässig.

Weil Gulliver das männliche Glied hygienisch schützt und so beim Geschlechtsverkehr Übertragungen von Krankheitserregern sicher verhindert.

Gulliver ist überall.

In Apotheken, Drogerien, Friseurgeschäften und in Automaten. Oder Gulliver kommt mit der Post im Versandhandel.

Gulliver ist diskret.

Man bekommt Gulliver ohne ärztliches Rezept und ohne peinliche Fragen. Der Käufer bleibt anonym.

Gulliver kann vorbeugen, aber nicht heilen.

Wer geschlechtskrank ist, braucht keinen Gulliver und keine falsche Moral, sondern einen Arzt. Nur der kann wirklich helfen, wenn man rechtzeitig hingeht. Damit Sie wissen, wann Sie zu einem Arzt gehen müssen, sagen wir Ihnen das Wichtigste über Geschlechtskrankheiten.

Tripper (Gonorrhoe)

Tripper ist die am häufigsten auftretende Geschlechtskrankheit. Sie entsteht durch Ansteckung, fast ausschließlich durch Geschlechtsverkehr.

Anzeichen, Verlauf und Spätfolgen beim Mann:

Etwa 2 - 5 Tage nach Geschlechtsverkehr, Kitzeln und Jucken in - und Ausfluß aus der Harnröhre, Brennen beim Wasserlassen.

Im Verlauf der Erkrankung Entzündungen des hinteren Teils der Harnröhre, der Vorsteherdrüse, der Samenleiter und der Nebenhoden.

Als Spätfolgen treten Zeugungsunfähigkeit durch Verklebungen der Samenleiter oder Vernarbung der Nebenhoden auf.

Anzeichen, Verlauf und Spätfolgen bei der Frau:

Jucken, Kitzeln und Brennen beim Wasserlassen. Später schleimig-eitriger Ausfluß aus Harnröhre und Scheide. Diese Krankheitserscheinungen sind oft wenig ausgeprägt. Manchmal verschwindet der Ausfluß auch ohne Behandlung und ein chronischer Tripper kann entstehen.

Im Verlauf der Krankheit Entzündungen der Blase, der Gebärmutter, der Eileiter und der Eierstöcke. Spätfolgen sind Unfruchtbarkeit durch Eierstockentzündung und Verklebung der Eileiter.

Bei mangelnder Hygiene kann die Krankheit auf die Bindehaut der Augen übertragen werden, wodurch Erblindungsgefahr besteht.

Schmerzhafte Gelenkentzündungen und Tripperrheumatismus sind weitere Spätfolgen.

Tripper ist heilbar.

Wenn rechtzeitig ein Arzt aufgesucht wird.

Nur der Arzt kann die Diagnose stellen!

Darum bei jedem verdächtigen Ausfluß zum Arzt!

Es besteht sonst jederzeit die Gefahr einer Neuerkrankung.

Syphilis (Lues oder Harter Schanker)

Ansteckung fast immer durch Geschlechtsverkehr oder andere Hauptkontakte. Selten durch Trinkgefäße und Eßbestecke.

1. Stadium

Anzeichen etwa drei Wochen nach Ansteckung schmerzloses Geschwür (harter Schanker) an der Ansteckungsstelle, meist an Geschlechtsteilen, gelegentlich am After, an der Lippe oder Zunge. Hochgradig ansteckend!

Im Verlauf etwa nach 2 Wochen Abheilung des Geschwürs. Aber schmerzloses Anschwellen der Leistendrüsen zeigt an, daß sich die Krankheit weiter ausbreitet.

2. Stadium

Verlauf: Etwa 8 Wochen nach der Ansteckung fleckiger, nicht juckender Hautausschlag am ganzen Körper.

Auch dieser Ausschlag verschwindet, wobei später neue Ausschläge in anderer Form auftreten. Entzündung der Mundschleimhäute oder Haarausfall können als Begleiterscheinung auftreten. Schwellung der Lymphknoten am ganzen Körper. Dieses Stadium dauert 2 Jahre.

3. Stadium

Verlauf: Langsam fortschreitende Zerstörung an inneren Organen Knochen, Blutgefäßen und am Nervensystem. Als Spätfolgen treten etwa 5 - 10 Jahre nach der Ansteckung Rückenmarkschwindsucht oder Gehirnerweichung mit schließlicher Verblödung auf.

Syphilis ist heilbar.

Aber nur dann, wenn rechtzeitig ein Arzt aufgesucht wird. Denn nur ein Arzt kann helfen.

Angeborene Syphilis

Schwangere Syphilitikerinnen übertragen die Krankheit auf das neugeborene Kind. Kommt es nicht tot zur Welt, hat es schwerste Schädigungen.

Bis zum 5. Schwangerschaftsmonat kann eine Heilbehandlung erfolgen, um Schäden für das Kind zu vermeiden.

Weicher Schanker (Ulcus molle)

Diese seltene Geschlechtskrankheit beruht auf Ansteckung fast nur durch Geschlechtsverkehr.

Anzeichen beim Mann:

Etwa 2 - 3 Tage nach Geschlechtsverkehr gerötete Knötchen auf Eichel, Ringfurche und am Gliedschaft.

Anzeichen bei der Frau:

Gerötete Knötchen auf Schamlippen.

Verlauf und Heilung:

Nach einigen Tagen wird Knötchen zum eitrigen, schmerzhaften Geschwür. Schmerzhaftes Anschwellen der Lymphdrüsen. Die Geschwüre heilen nur durch ärztliche Behandlung. Es besteht die Möglichkeit einer Neuerkrankung.

Venerische Lymphknotenentzündung

(Lymphogranulomatosis inguinalis)

Die seltenste Geschlechtskrankheit in Europa.

Ansteckung fast nur durch Geschlechtsverkehr.

Anzeichen nach etwa 1 - 4 Wochen, manchmal nach Monaten, schmerzloses Bläschen an der Ringfurche des Gliedes und am Scheideneingang.

Verlauf: Bläschen heilt nach 1 - 2 Wochen ab. Danach schmerzhaftes Anschwellen der Leistendrüsen bis zur Hühnerei- und Faustgröße.

Langwierige Fistelbehandlung. Heilung: die venerische Lymphknotenentzündung ist heilbar, wenn rechtzeitig ein Arzt aufgesucht wird. Die Immunität besteht wahrscheinlich lebenslänglich

Trichomoniasis

Diese am häufigsten vorkommende Infektion der Geschlechtsorgane zählt nicht zu den Geschlechtskrankheiten. Ansteckung hauptsächlich durch Geschlechtsverkehr. Seltener durch mangelnde Hygiene, mehrfach benutztes Badewasser, unsaubere Handtücher und Toiletten usw.

Anzeichen und Verlauf:

Trichomonaden können gelegentlich lange Zeit unbemerkt bleiben. Verminderung der körperlichen Abwehrstoffe führt dann zum Aufklackern der Entzündung.

Beim Mann: Harnröhrenkatarrh mit Jucken, Brennen und Harndrang.

Bei der Frau: Hartnäckiger Ausfluß, quälender Juckreiz, Scheidenentzündung.

Nur ein Arzt kann helfen.

Einmalige, vom Arzt verordnete Kur bringt beiden Partnern in wenigen Tagen volle Heilung. Auch ein scheinbar nicht erkrankter Partner muß unbedingt gleichzeitig mitbehandelt werden.

Lieber Gulliver, als geschlechtskrank!

Gulliver

Eine Aktion der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

"Faltblattentwurf B"

GESCHLECHTSKRANKHEITEN

Von der Geburt bis zum Tode ist der Mensch ein sexuelles Wesen. Sexualität ist etwas ganz Natürliches.

Teil der Sexualität ist der Geschlechtsverkehr. Da es dabei zu besonders intensivem Haut- und Schleimhautkontakt kommt, ist eine Übertragung von Krankheitserregern möglich. Geschlechtskrankheiten gehören deshalb in die große Gruppe der Infektionskrankheiten.

Alle Geschlechtskrankheiten sind heilbar, wenn rechtzeitig ein Arzt aufgesucht wird. Trotzdem haben sie ihre Gefährlichkeiten nicht verloren:

- Weil sie oft unerkannt bleiben,
- weil zunächst harmlos erscheinende Krankheitsbilder nicht ernst genommen werden,
- weil kein Arzt aufgesucht wird und
- weil der Partner nicht dem Arzt zugeführt wird.

Unwissenheit, Nachlässigkeit, häufig wechselnde Geschlechtspartner und Selbstbehandlung tragen vor allem zur Verbreitung der Geschlechtskrankheiten bei.

Deshalb sind zur Eindämmung der Geschlechtskrankheiten Kenntnisse über

Ansteckung

Anzeichen

Verlauf

Spätfolgen

Heilung und

VORBEUGUNGSMASSNAHMEN

TRIPPER

=====

(GONORRHOE)

- Häufigste Geschlechtskrankheit -

Ansteckung:

fast ausschließlich durch Geschlechtsverkehr

Anzeichen:

Mann: Etwa 2 - 5 Tage nach Geschlechtsverkehr
Kitzeln, Jucken in und Ausfluß aus der
Harnröhre, Brennen beim Wasserlassen.

Frau: Jucken, Kitzeln und Brennen beim Wasser-
lassen. Später schleimig-eitriger Ausfluß
aus Harnröhre und Scheide.

Diese Krankheitserscheinungen sind bei der
Frau oft wenig ausgeprägt. Manchmal ver-
schwindet der Ausfluß auch ohne Behandlung
und ein chronischer Tripper kann entstehen.

Verlauf:

Mann: Entzündungen des hinteren Teils der Harn-
röhre, der Vorsteherdrüse, der Samenleiter
und der Nebenhoden.

Frau: Entzündungen der Blase, der Gebärmutter,
der Eileiter, der Eierstöcke.

Spätfolgen:

Mann: Zeugungsunfähigkeit durch Verklebungen der
Samenleiter oder Vernarbung der Nebenhoden.

Frau: Unfruchtbarkeit durch Eierstockentzündung
und Verklebungen der Eileiter.

Bei mangelnder Hygiene kann die Krankheit
auf die Bindehaut der Augen übertragen wer-
den, durch die Erblindungsgefahr besteht.

Mann + Frau: Schmerzhaftes Gelenkentzündungen und Tripper-
rheumatismus.

Heilung:

Tripper ist heilbar, wenn rechtzeitig ein Arzt aufgesucht
wird und eine ausreichende Behandlung erfolgt. - Nur der
Arzt kann die Diagnose stellen. - Es besteht jederzeit die
Möglichkeit einer Neuerkrankung.

SYPHILIS
=====

(LUES oder HARTER SCHANKER)

Ansteckung: Fast immer durch Geschlechtsverkehr oder andere Hautkontakte.

1. Stadium:

Anzeichen: Etwa 3 Wochen nach Ansteckung schmerzloses Geschwür (harter Schanker) an der Ansteckungsstelle, meist an Geschlechtsteilen, gelegentlich am After, an der Lippe oder Zunge.

Hochgradig ansteckend.

Verlauf: Etwa nach 2 Wochen Abheilung des Geschwürs. Aber schmerzloses Anschwellen der Leistendrüsen zeigt an, daß sich die Krankheit weiter ausbreitet.

2. Stadium:

Verlauf: Etwa 8 Wochen nach der Ansteckung fleckiger, nicht juckender Hautausschlag am ganzen Körper. Auch dieser Ausschlag verschwindet. Später treten neue Ausschläge in anderer Form auf.

Entzündung der Mundschleimhäute oder Haarausfall können einhergehen. Schwellung der Lymphknoten am ganzen Körper.

Dieses Stadium dauert etwa 2 Jahre.

3. Stadium:

Verlauf: Langsam fortschreitende Zerstörungen an inneren Organen, Knochen, Blutgefäßen und am Nervensystem.

Spätfolgen: Etwa 5 - 10 Jahre nach der Ansteckung Rückenmarkschwindsucht oder Gehirnerweichung mit schließlicher Verblödung.

Heilung: Die Behandlung muß so frühzeitig wie möglich einsetzen, um bleibende Schäden oder ein Fortschreiten des Leidens zu verhindern. Deshalb rechtzeitig den Arzt aufsuchen.

ANGEBORENE SYPHILIS

=====

Schwangere Syphilitikerinnen übertragen die Krankheit auf das neugeborene Kind. Kommt es nicht tot zur Welt, hat es schwerste Schädigungen. Um Schäden für das Kind zu vermeiden, kommt es darauf an, die Krankheit so früh wie möglich zu erkennen und so bald wie möglich eine Heilbehandlung einzuleiten.

WEICHER SCHANKER

(ULCUS MOLLE)

=====

- seltene Geschlechtskrankheit -

Ansteckung: Fast nur durch Geschlechtsverkehr

Anzeichen: Mann: Etwa 2 - 3 Tage nach Geschlechtsverkehr gerötete Knötchen auf Eichel, Ringfurche und am Gliedschaft.

Frau: Gerötete Knötchen auf Schamlippen.

Verlauf: Nach einigen Tagen werden Knötchen zu eitrigem, schmerzhaftem Geschwür. Schmerzhaftes Anschwellen der Lymphdrüsen.

Heilung: Die Geschwüre heilen nur durch ärztliche Behandlung. Es besteht die Möglichkeit einer Neuerkrankung.

VENERISCHE LYMPHKNOTENENTZÜNDUNG (Lymphogranulomatosis inguinalis)

=====

- seltenste Geschlechtskrankheit in Europa -

Ansteckung: Fast nur durch Geschlechtsverkehr

Anzeichen: Etwa 1 - 4 Wochen, manchmal nach Monaten, schmerzloses Bläschen an der Ringfurche des Glieds und am Scheideneingang.

Verlauf: Bläschen heilt nach 1 - 2 Wochen ab. Danach schmerzhaftes Anschwellen der Leistendrüsen bis zur Hühnerei- und Faustgröße. Langwierige Fistelbehandlung.

Heilung: Die Venerische Lymphknotenentzündung ist heilbar, wenn rechtzeitig ein Arzt aufgesucht wird. Die Immunität besteht wahrscheinlich lebenslänglich.

Nicht zu den Geschlechtskrankheiten gerechnet, aber ebenfalls durch Geschlechtsverkehr übertragen, werden weitere Krankheiten, darunter

TRICHOMONIASIS

=====

(Häufigste Infektion der Geschlechtsorgane)

Ansteckung:

Hauptsächlich durch Geschlechtsverkehr, seltener durch mangelnde Hygiene; mehrfach benutztes Badewasser, unsaubere Handtücher, Toiletten, Duschen usw.

Anzeichen und Verlauf:

Trichomonaden können gelegentlich lange Zeit un-
merkt bleiben.

Verminderung der körperlichen Abwehrstoffe führt
dann zum Aufflackern der Entzündung.

Mann: Harnröhrenkatarrh mit Jucken, Brennen
und Harndrang.

Frau: Hartnäckiger Ausfluß, quälender Juckreiz,
Scheidenentzündung.

Heilung:

Einmalige, vom Arzt verordnete Kur bringt
beiden Partnern in wenigen Tagen volle Heilung.
Auch ein scheinbar nicht erkrankter Partner muß un-
bedingt gleichzeitig mitbehandelt werden, da er sonst den
gerade geheilten Partner wieder ansteckt.

VORBEUGUNG

=====

Die Benutzung von Kondomen bietet einen recht guten Schutz vor Ansteckung im Bereich der Geschlechtsteile.

Die Pille schützt zwar vor Empfängnis, aber nicht vor Geschlechtskrankheiten.

Gründliches Waschen der Geschlechtsteile mit Wasser und Seife, vor allem nach dem Geschlechtsverkehr, bietet einen begrenzten Schutz gegen Syphilis, nicht gegen Tripper. Sprays und Salben sind kein zuverlässiger Schutz.

Häufiger Partnerwechsel birgt die größte Gefahr. Zuverlässiger Schutz: strenge Zweierbeziehungen mit einem Partner.

VERHALTEN

=====

Bei Verdacht auf eine Geschlechtskrankheit sofort Geschlechtsverkehr meiden und einen Arzt aufsuchen.

Nur ein Arzt kann eine Geschlechtskrankheit sicher erkennen.

Jeder Arzt und sein Personal unterliegen der Schweigepflicht.

Behandlung konsequent durchführen, bis der Arzt die Ausheilung bestätigt.

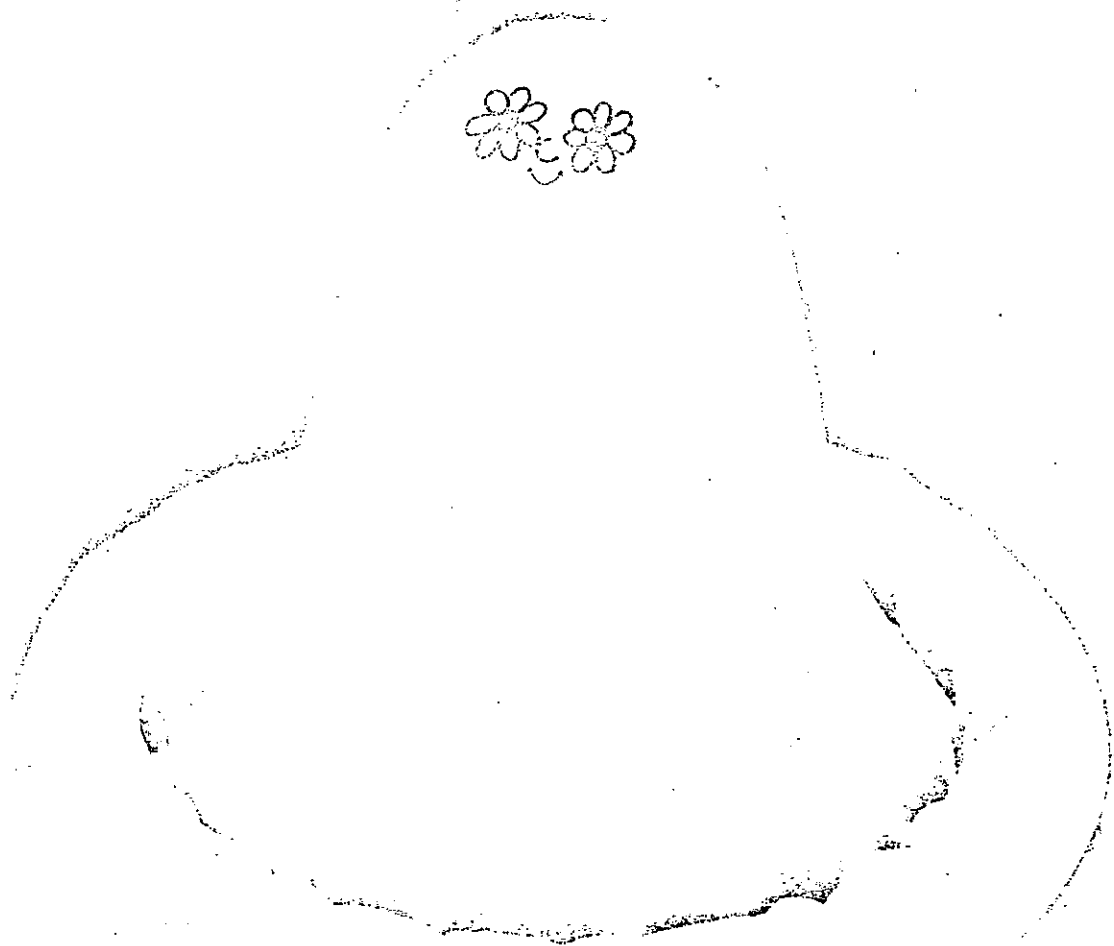
Geschlechtsverkehr erst wieder nach ärztlicher Erlaubnis aufnehmen.

Unbedingt Partner informieren, damit er ebenfalls einen Arzt aufsucht.

Selbstbehandlung und Geschlechtsverkehr ist nach dem "Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten" strafbar.

"Plakatentwürfe"

Kondome Schützen vor Tripper und Syphilis.



Kondome
Schützen vor
Tripper und
Syphilis.

Kondome
Schützen vor
Tripper und
Syphilis.

Kondome
Schützen vor
Tripper und
Syphilis.

Kondome
Schützen vor
Tripper und
Syphilis.

Kondome
Schützen vor
Tripper und
Syphilis.

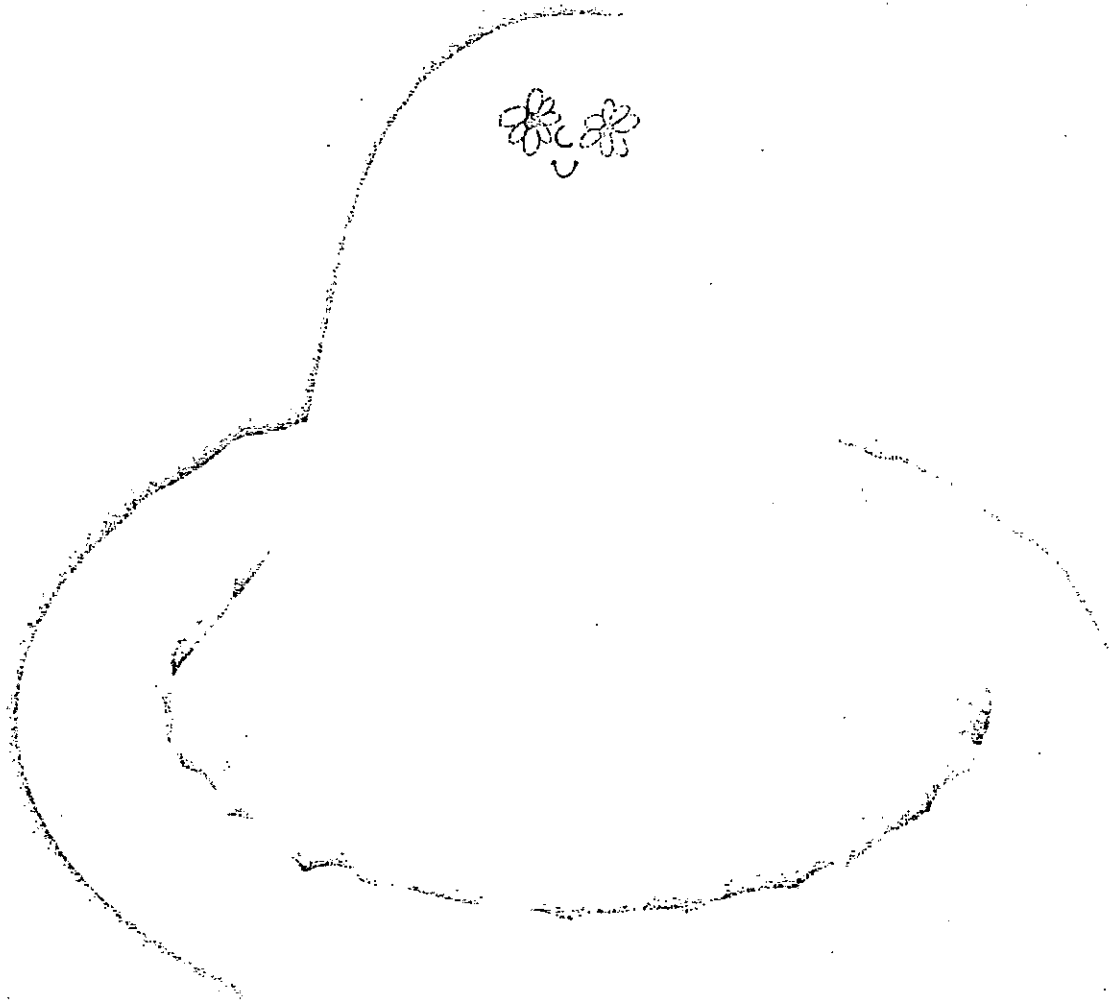
Alle Kondome sind aus Latex gefertigt. Bei Allergien gegen Latex sind Kondome aus anderen Materialien zu verwenden.
BERATUNG: 0800 100 100

Handwritten text, possibly a list or notes, mostly illegible due to fading and bleed-through.

Handwritten text, possibly a list or notes, mostly illegible due to fading and bleed-through.

"Geschichtswissenschaften Schulbau"
eine Aktion der Bundesregierung für geschichtliche Aufklärung.

Gulliver



Gulliver
Gulliver

Gulliver
Gulliver

Gulliver
Gulliver

Gulliver
Gulliver

Gulliver
Gulliver

Gulliver
Gulliver

Aber sie schützt
nicht vor
Geschlechtskrankheiten.



Kondome
hützen vor Geschlechtskrankheiten.

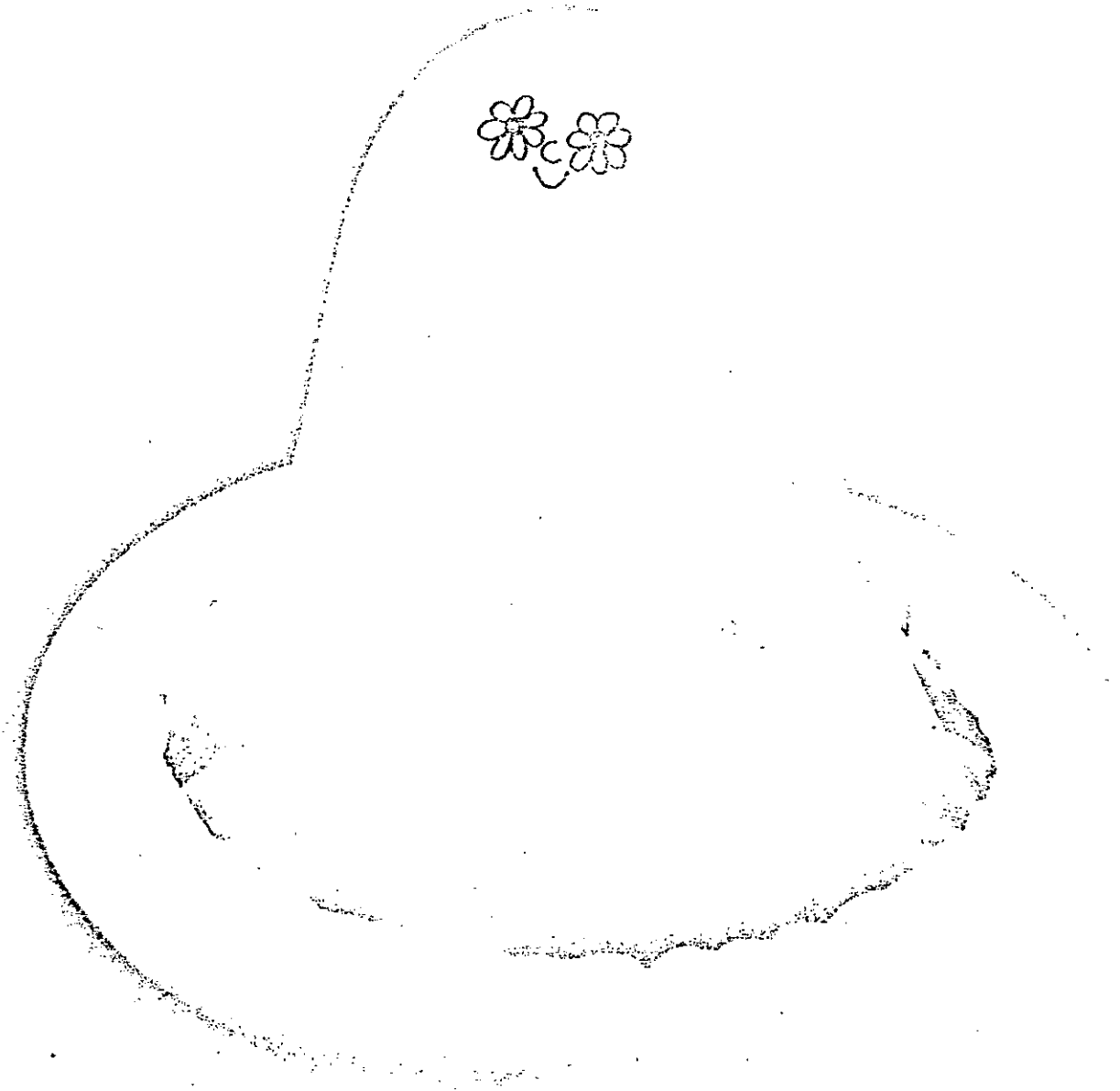
Kondome
hützen vor
Geschlechtskrankheiten.

Kondome
hützen vor
Geschlechtskrankheiten.

Kondome
hützen vor
Geschlechtskrankheiten.

Kondome
hützen vor
Geschlechtskrankheiten.

Gulliver



Gulliver schützt vor Tripper und Syphilis

Vergeschlechtskrank ist miss zum Arzt
Dennoch ein Arzt kann wirklich helfen

„Geschlechtskrankheit ist heilbar“

eine Art von der ist in diesem Artikel zu lesen und zu verstehen

Schützen vor Geschlechts- krankheiten



Freizeitsport

Kondome
amanda

Kondome
ribbina

Kondome
magnum

Kondome
evane

EXEMPLAR-NR.:

BERICHT:

GRUNDAUSZÄHLUNG:

FRAGEBOGEN:

_____:

_____:

_____:

Nachdruck, Vervielfältigung oder Veröffentlichung von Ergebnissen dieses Gutachtens sowie die Weitergabe über den Kreis der Vertragspartner hinaus, ganz oder teilweise, bedarf unserer ausdrücklichen Genehmigung.

