

**AIDS im gesellschaftlichen Bewußtsein  
- Aspekte der Stigmatisierung  
von HIV-Infizierten und Risikogruppen**

Dissertation zur Erlangung des  
Doktorgrades (Dr. rer. soc.)  
Des Fachbereichs Gesellschaftswissenschaften  
Der Justus-Liebig-Universität Gießen

Vorgelegt von

Albrecht Köhl  
aus Gießen

und

Roland Schürhoff  
aus Bornheim

2001

## Inhaltsverzeichnis

<b>Kapitel</b>	<b>Seite</b>
1. Einleitung	3
2. Darstellung des Forschungsgebietes	10
2.1. AIDS als medizinisches und psychosoziales Problem	12
2.1.1. Epidemiologische Daten und medizinische Entwicklung	12
2.1.2. Sozialwissenschaftliche AIDS-Forschung	16
2.2. Positionen der kritischen Gesellschaftstheorie und Psychoanalyse	21
2.2.1. Zur Theorie des Sozialcharakters von E. Fromm	21
2.2.2. Autoritätsgebundene Persönlichkeit und Vorurteil	24
2.2.3. Kritische Einwände und Folgerungen	28
2.3. Das Konzept der Einstellung in der modernen Sozialpsychologie	31
2.3.1. Funktionen von Einstellungen	34
2.3.2. Probleme der Einstellungsmessung	36
2.3.3. Einstellungen als Prädiktoren des Verhaltens	38
3. Fragestellung und Methodik der Untersuchung	41
3.1. Hypothesenbildung	41
3.2. Untersuchungsverfahren (Fragebogenentwicklung, Erhebungsinstrumente)	48
3.3. Durchführung der repräsentativen Befragung	60
3.4. Auswertung der Studie	63
4. Ergebnisse der statistischen Analysen	65
4.1. Autoritarismus, Kirchenbindung, persönliche und soziale Merkmale	65
4.1.1. Zusammenhänge zwischen den soziodemographischen Merkmalen	65
4.1.2. Autoritarismus und Kirchenbindung in Abhängigkeit von Sozialmerkmalen	66
4.1.3. Individualpsychologische Merkmale und Soziodemographie	71
4.1.4. Validierung des Gießen-Tests mittels sozialwissenschaftlicher Variablen und Konstrukte auf Itemebene	77
4.1.5. Wertorientierungen und individualpsychologische Merkmale	84
4.2. Die Bedrohlichkeit von AIDS im Vergleich zu anderen Krankheiten	88

<b>Kapitel</b>	<b>Seite</b>	
4.3.	Wissen und Kenntnisstand zu AIDS	93
4.4.	Risikoeinschätzung und Besorgnis	101
4.5.	Attribuierung von Schuld	117
4.6.	Religiöse und moralische Normen	119
4.7.	Die von AIDS hauptsächlich Betroffenen im Bewußtsein der Bevölkerung	122
4.7.1.	Einstellung zu Risikogruppen und anderen Minderheiten - deskriptive Ergebnisse	123
4.7.2.	Kennwerte der Einschätzung von Minderheiten	132
4.7.3.	Sympathie gegenüber Minderheiten und Parteien	135
4.7.4.	Minderheitengruppen - Ergebnisse von Faktorenanalysen	141
4.7.5.	Einflußgrößen der Sympathie/Antipathie für AIDS-Risikogruppen	144
4.7.6.	Hypothesen	148
4.8.	Befürwortung und Ablehnung gesellschaftlicher Maßnahmen gegenüber den sogenannten Risikogruppen und HIV-Infizierten	151
4.9.	Sexualverhalten, Verhaltensintention und die Offenheit für neue Partner	168
4.10.	Individuelles Präventivverhalten in Verbindung mit AIDS	177
5.	Diskussion	202
6.	Zusammenfassung	209
	Anhang	
	Verzeichnis der Abbildungen und Tabellen	221
	Literaturverzeichnis	227
	Grundauszählung, statistische Ergebnisse und Fragebogen	241

## **1. Einleitung**

Das Krankheitsbild AIDS und die ursächliche HIV-Infektion sind mehr als eine neuartige Krankheit, gegenüber der konventionelle Behandlungsmethoden weitgehend wirkungslos geblieben sind. Ungeachtet der tatsächlichen oder potentiellen Verbreitung dieser Infektionskrankheit wurde AIDS in den achtziger Jahren zu einem gesellschaftlichen Thema: "AIDS ist eine bedrückende Krankheit, und sie geht uns alle an!"<sup>1</sup>.

Welche Gründe sind dafür ausschlaggebend, wieso hat diese Infektionskrankheit eine Ausnahmestellung in der öffentlichen Diskussion und beschäftigt unser Bewußtsein so intensiv? Das lag sicher an einigen Faktoren, die mit dem Auftreten dieser Krankheit verbunden waren. Aufgrund ihrer Eigenart gab es in den ersten Jahren der HIV-Infektion keine sicheren Erkenntnisse über Infektionswege, Ausbreitung und Verlauf. Diese über Jahre anhaltende Unsicherheit führte zu einer allgemeinen Angst vor AIDS bzw. der Ansteckung mit dem HIV-Virus. Potentiell erschien jede Person gefährdet, und folgerichtig wurden Aufklärungskampagnen gestartet (insbesondere von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln), die sich allgemein an die Bevölkerung wandten.

Die potentiell jeden betreffende Relevanz der HIV-Infektion gewann besondere Bedeutung angesichts der Erfahrungen, die mit dem Auftreten und dem Verlauf der Krankheit AIDS gemacht wurden. Es wurde deutlich, daß vornehmlich jüngere Menschen von dieser Infektionskrankheit betroffen waren und daß der Krankheitsverlauf weitgehend unbeeinflußbar sowie mit einer schlechten Prognose verbunden blieb. Vor diesem Hintergrund ist verständlich, daß die HIV-Infektion in besonderem Maße Ängste auslöste und zu einem wichtigen Thema der allgemeinen Gesundheitsvorsorge wurde.

Bei genauer Betrachtung konnte nicht übersehen werden, daß die HIV-Infektion von Beginn ihres Auftretens an eine Fülle irrationaler Ängste und affektiver Reaktionen

---

<sup>1</sup> Süßmuth 1987, S.9.

auslöste. Der Begriff AIDS wurde nicht nur als Abkürzung eines Krankheitsbildes benutzt, sondern wurde darüber hinaus zu einem Kürzel, an das sich vielfältige soziale Bedeutungen hefteten, ablesbar an den zahllosen metaphorischen Ranken, die mit AIDS verbunden wurden und zur gesellschaftlichen Funktionalisierung von AIDS beitrugen<sup>2</sup>. Die Überfrachtung mit unheilvollen Bedeutungen führte zu Vorurteilen und einer Stigmatisierung dieser Krankheit und der von ihr betroffenen Menschen. Susan Sontag hat die gesellschaftliche Funktionalisierung von AIDS in der Nachfolge von Krebs und Syphilis in ihrem Essay "AIDS und seine Metaphern" eindringlich aufgezeigt<sup>3</sup>.

Auch in der deutschen Auseinandersetzung mit AIDS und den Folgen der HIV-Infektion wurden in der zweiten Hälfte der achtziger Jahre zunehmend psychosoziale Problemstellungen berücksichtigt; exemplarisch sind die Veröffentlichungen von Rühmann, Dunde und Sigusch<sup>4</sup> zu nennen. Wie ist es zu verstehen, daß AIDS in jenen Jahren zu einem dominierenden Thema des gesellschaftlichen Diskurses werden konnte? Welche sozialpsychologischen Mechanismen waren dabei wirksam und führten zu einer Verknüpfung von AIDS mit kollektiven Ängsten und Phantasien? Wie beeinflussen diese Prozesse den einzelnen in seiner Einstellung und in seinem Verhalten? Welche persönlichen Dispositionen unterhalten umgekehrt die Wirksamkeit sozialer Stigmatisierungs- und Ausgrenzungsprozesse? Welche Bedeutung kommt in diesem Zusammenhang unbewußten Motiven zu?

Solche und ähnliche Fragen tauchen auf, wenn man AIDS und die HIV-Infektion in der psychosozialen Problemdimension untersucht. So relevant diese Dimension auch erscheinen mag, so schwer fällt die Eingrenzung und Beschränkung. Es scheint kaum ein Thema der Sozialpsychologie zu geben, das nicht im Zusammenhang mit AIDS relevant ist. AIDS ist für die Verhaltensorientierung des einzelnen wichtig; unsere Einstellung und unser Verhalten hängen wesentlich davon ab, wie die soziale Kognition von AIDS verläuft und welche sozialen Attributionen durchgeführt werden. Aber auch soziale Kommunikations- und Interaktionsprozesse werden durch AIDS beeinflusst,

---

<sup>2</sup> vgl. Halter 1985.

<sup>3</sup> Sontag 1989.

<sup>4</sup> Rühmann 1985; Dunde 1987; Sigusch 1987.

insbesondere im Hinblick auf prosoziales Verhalten einerseits und aggressives Verhalten andererseits.

Sobald erkennbar wurde, daß die HIV-Infektion in bestimmten gesellschaftlichen Gruppen gehäuft auftrat, gerieten diese Gruppen und ihre Lebensumstände in den Blickpunkt des öffentlichen Interesses. Vornehmlich zwei Populationen sind auffallend häufig von der HIV-Infektion bzw. der AIDS-Erkrankung betroffen: männliche Homosexuelle und Heroinabhängige beiden Geschlechts. Die empirische Zuordnung einer erhöhten Infektionswahrscheinlichkeit zu gesellschaftlichen Minderheiten führt über Stereotypenbildung unmittelbar zu den Problemen emotional geladener Vorurteile und Intergruppendiskriminierung. Wenn schon die HIV-infizierten oder an AIDS erkrankten Menschen in unserer Gesellschaft überwiegend solchen Gruppen angehören, die auch ohne das zusätzliche Stigma dieser Krankheit von sozialer Ausgrenzung bedroht sind, dann erscheint es evident, daß diese doppelte Stigmatisierung die Bewältigung der Krankheit und ihrer psychosozialen Folgen erschwert.

Seit es AIDS-Kranke in unserer Gesellschaft gibt, kann man an vielen Beispielen die Diskriminierung Betroffener im Alltag feststellen. Insbesondere die AIDS-Hilfen und AIDS-Beratungsstellen haben immer wieder Fälle von Stigmatisierung und Diskriminierung dokumentiert und sich für die Betroffenen eingesetzt. Ein informativer Überblick über die Vielzahl der vorhandenen Vorurteile und der Diskriminierung von HIV-Infizierten bzw. AIDS-Kranken findet sich bei Bleibtreu-Ehrenberg<sup>5</sup>. Gleichwohl mangelt es einerseits an gründlichen Fallanalysen aus dem Alltag der Stigmatisierung und Diskriminierung und andererseits auf gesamtgesellschaftlicher Ebene an Studien zur Identifizierung und Analyse der Bedingungen, die konstitutiv sind für die mit AIDS verbundenen Vorurteile.

Vor diesem Hintergrund entstand die Konzeption des Forschungsprojekts "Sozialpsychologische Aspekte von AIDS unter besonderer Berücksichtigung von Diskriminierungs- und Stigmatisierungsprozessen", das im Auftrag des Bundesministeriums für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit im Zeitraum August 1988 bis

---

<sup>5</sup> Bleibtreu-Ehrenberg 1989, S. 213 ff.

Juli 1990 am Zentrum für Psychosomatische Medizin der Justus-Liebig-Universität Gießen durchgeführt wurde. Das Vorgehen war zweigleisig: zum einen wurden mit Hilfe einer repräsentativen Bevölkerungsumfrage allgemein verbreitete Einstellungsmuster, Vorurteilsstrukturen und Verhaltensbereitschaften im Hinblick auf AIDS erforscht, zum anderen wurde in Form klinischer Fallstudien die Lage der Betroffenen exemplarisch untersucht.

Theoretisch und methodisch knüpfen wir mit dieser Untersuchung an die Tradition der psychoanalytisch orientierten Sozialpsychologie an, insbesondere an die "Studien zum autoritären Charakter" der Forschungsgruppe von Levinson, Sanford, Frenkel-Brunswick und Adorno, der als letzter zum Team an der Universität von Kalifornien stieß. Auch wenn man nicht so weit geht, deren Ergebnisse "nahtlos auf AIDS anwendbar"<sup>6</sup> sehen zu können, so erschien uns die grundlegende Hypothese unverändert fruchtbar als Leitlinie für unsere Untersuchung: "Daß die politischen, ökonomischen und sozialen Überzeugungen eines Individuums häufig eine ausgedehnte und zusammenhängende Struktur bilden, gleichsam durch eine ‚Mentalität‘ oder einen bestimmten ‚Geist‘ zusammengehalten und daß diese Struktur tiefliegende Tendenzen in seiner Persönlichkeit ausdrückt"<sup>7</sup>. In dieser Hypothese werden Einstellungen mit zugrunde liegenden Motiven der Persönlichkeitsstruktur verbunden, wobei diese auch unbewußte (verdrängte) Anteile enthalten können.

Die Notwendigkeit dieses Ansatzes hatte sich für uns aus klinischen Erfahrungen mit Patienten ergeben, die unter neurotischen (hypochondrischen) AIDS-Ängsten litten. An deren Symptomatik war zu erkennen, daß Einstellungen und Verhaltensbereitschaften im Hinblick auf AIDS mit der psychischen Geschichte des Individuums eng verbunden sind. Die AIDS-Phobie ist ein deutlicher Beleg für den Umstand, daß AIDS offenbar in besonderem Maße verdrängte Todesängste und Sexualkonflikte aufrührt und entsprechende Abwehrmechanismen mobilisiert. Normalerweise, so ist anzunehmen, funktionieren die Abwehr- und Bewältigungsmechanismen so gut, daß es nicht zur Ausbildung klinisch relevanter Symptome kommt. Stattdessen liegen allgemeine

---

<sup>6</sup> Bleibtreu-Ehrenberg 1989, S. 9.

psychosoziale Abwehrformationen bereit, in die sich das Individuum per Identifizierung integrieren kann. Dieser für den Übergang der Individual- zur Sozialpsychologie eminent wichtige Prozeß wurde erstmals von Freud in "Massenpsychologie und Ich-Analyse" beschrieben und in der nachfolgenden psychoanalytischen Sozialphilosophie weiter entwickelt.

Aus dieser Theorietradition ist für unser Erkenntnisinteresse die Wechselwirkung von intrapsychischen Konflikten und psychosozialen Abwehrformationen von Bedeutung. In der systematischen Darstellung der neurotischen Konfliktverarbeitung spielt die Internalisierung konflikthafter Objektbeziehungen eine große Rolle; auf diese Weise können äußere Konflikte zu innerseelischen werden. Umgekehrt können intrapsychische Konflikte auch nach außen verlagert (externalisiert) werden, und zwar sowohl zum Zwecke der Konfliktlösung als auch zur Konfliktverlagerung im Sinne von Konfliktvermeidung und Konfliktabwehr. So ist es beispielsweise möglich, daß in einer familiendynamischen Konstellation bestimmte Rollen verteilt sind, die dazu benutzt werden können, sich kompensatorisch von intrapsychischen Konflikten zu entlasten<sup>8</sup>. Ähnliche, auf unbewußten Motiven beruhende Interaktionsmuster sind aus Gruppen und aus Beziehungen von Gruppen untereinander bekannt<sup>9</sup>. Allgemein formuliert finden sich in unserer sozialen Umwelt vielfältige Möglichkeiten zur Etablierung eines psychosozialen Arrangements, innerhalb dessen unlustvolle Gefühle erfolgreich abgewehrt werden können<sup>10</sup>.

Damit ist auch eine dynamische Betrachtungsweise sozialpsychologischer Phänomene möglich: Prozesse sozialer Kognition und Urteilsbildung sind immer auch als Interaktionsprozesse zwischen Subjekt und Objekt zu reflektieren. Besonders deutlich wird diese Notwendigkeit, wenn Einstellungen und Vorurteile erklärt werden sollen. Bezüglich AIDS kommt der "Ego-Abwehr"-Funktion von Einstellungen eine besondere Bedeutung zu. Erfahrungsgemäß gelingen solche Übertragungen eigener abgewehrter Impulse auf andere dann leichter, wenn die anderen durch vorbestehende Merkmale als

---

<sup>7</sup> Adorno et al. 1950, S. 1.

<sup>8</sup> vgl. Richter 1969, 1970.

<sup>9</sup> Richter 1972, 1974.



fremd oder andersartig stigmatisiert werden können. In solchen Fällen sind rationalisierende Rechtfertigungen naheliegend und können die eigene Motivation überdecken.

Welche Konsequenzen ergaben sich daraus für unser Forschungsvorhaben? Wie sollte es möglich sein, auf der gesellschaftlichen Ebene diese komplizierten Zusammenhänge abzubilden und zu untersuchen? Um die allgemeinen gesellschaftlich geprägten Denk- und Verhaltensmuster zu AIDS und ihre unterschiedliche Ausprägung in der Bevölkerung darzustellen, bot sich als geeignete Methode die Durchführung einer repräsentativen Umfrage an. Eine solche Erhebung mußte inhaltlich möglichst viel von dem umfassen, was aufgrund der öffentlichen Diskussion in der Bevölkerung als Problembewußtsein, Einstellungsmuster, Vorurteilsstruktur und Verhaltensabsichten gegenüber AIDS zu hypostasieren war. Die AIDS-spezifischen Fragen wurden schließlich mit allgemeinen sozialpsychologischen Items verbunden, u.a. wurde auch eine Kurzform der Autoritarismus-Skala<sup>11</sup> erhoben. Um zumindest auf testpsychologischer Ebene persönlichkeitspezifische Faktoren berücksichtigen zu können, wurde der Gießen-Test<sup>12</sup> in den Fragebogen integriert.

Dieses Vorgehen eröffnete zum einen die Möglichkeit, die Befragung als Paneluntersuchung anzulegen und nach Ablauf eines Jahres erneut eine Repräsentativbefragung durchzuführen, um Aussagen über Einstellungsänderungen treffen zu können. Zum anderen ermöglichte die Kombination der verschiedenen Befragungselemente den methodischen Zugang der Zusammenhangsanalyse. Dabei standen die Identifikation und Prüfung statistisch relevanter Merkmalsprofile im Vordergrund. Mit Hilfe von Ähnlichkeitsmaßen konnten dabei hypothetische Zusammenhänge überprüft werden. Bei allen statistischen Auswertungen war zu beachten, daß korrelative Zusammenhänge nicht kausal überinterpretiert wurden. Von ihrer Konzeption her konnte diese Repräsentativ-Erhebung nicht mehr als eine explorative Studie sein, in der vermutete Zusammenhänge zwischen Persön-

---

<sup>10</sup> Mentzos 1984, S. 256 ff.

<sup>11</sup> vgl. Adorno et al. 1950.

<sup>12</sup> Beckmann/Richter 1972.

lichkeitsvariablen und Einstellungsmustern im Hinblick auf AIDS zunächst zu operationalisieren und dann mit Hilfe statistischer Verfahren zu bewerten waren.

Obwohl sich diese Arbeit an der Nahtstelle mehrerer Disziplinen verorten läßt, liegt das zentrale Augenmerk auf Ursachen und Folgen von Vorurteilen. Geht man davon aus, daß Eigen- und Fremdgruppenbewertungen und -gefühle sowie Vorurteile, Aggressionen und Ausgrenzungen zwischen Gruppen - meist Mehrheiten und Minderheiten – universell vorkommen, erscheinen verallgemeinernde Schlußfolgerungen aus dieser Arbeit möglich. Statt des Stigmas „AIDS“ wären beispielsweise auch die Stimuli „Hautfarbe“ oder „Religion“ einsetzbar.

## **2. Darstellung des Forschungsgebietes**

In diesem Kapitel werden die theoretischen Bezugspunkte und Ausgangspositionen skizziert, die für die Untersuchung psychosozialer Aspekte von AIDS relevant erscheinen. Dabei ist zunächst die Schwierigkeit zu bedenken, daß diese Arbeit im Schnittpunkt verschiedener Fachdisziplinen lokalisiert ist. Die klinisch-medizinischen Aspekte der HIV-Infektion können hier nur am Rande berücksichtigt werden. Gleichwohl müssen für den Gegenstandsbereich AIDS verschiedene Subdisziplinen der Medizin herangezogen werden. Dazu zählen die Medizinische Psychologie und Soziologie, aber auch Methoden und Ergebnisse der Sozialmedizin und Sozialepidemiologie. Im ersten Abschnitt dieses Kapitels werden die wichtigsten Forschungsrichtungen und Ergebnisse dieser Disziplinen im Hinblick auf AIDS und die HIV-Infektion dargestellt.

Soll AIDS als gesellschaftliches Problem der Stigmatisierung und Diskriminierung von HIV-Infizierten bzw. -gefährdeten Gruppen untersucht werden, dann weist dieses Thema auf die Schnittstelle zwischen Soziologie und Sozialpsychologie hin. Um dieses thematische Feld theoretisch zu strukturieren, sind Konzepte aus der Individual- und Sozialpsychologie ebenso notwendig wie gesellschaftstheoretische Grundlagen. Wenn das gesellschaftliche Bewußtsein gegenüber AIDS und HIV-Infizierten thematisiert wird, ist sehr rasch die Rede von Ängsten, Gefahren und Vorurteilen<sup>13</sup>. Es erscheint deshalb notwendig, in der soziologischen und sozialpsychologischen Forschungstradition nach geeigneten Ansätzen zur Konzeptualisierung und Hypothesenbildung zu suchen. Die Eigenheit dieser Arbeit als explorative Studie auf der Basis einer repräsentativen Bevölkerungsumfrage läßt globale systemtheoretische Ansätze der Soziologie ebenso unbrauchbar erscheinen wie andererseits hochspezialisierte Ergebnisse der experimentellen Sozialpsychologie.

Wichtig ist vielmehr die Forschungstradition, die gleichermaßen makrogesellschaftliche Zusammenhänge und psychodynamische Aspekte sowohl in der theoretischen Orientierung wie auch in der praktischen Forschung berücksichtigt. Im Hinblick auf das

Ausmaß der theoretischen Reichweite und empirischen Durchführung sind die einschlägigen Arbeiten<sup>14</sup> des Instituts für Sozialforschung nach wie vor richtungweisend. Bis heute ist auf diesem Niveau des interdisziplinären Zugangs zu sozialpsychologischen Problemen kein vergleichbares Projekt mehr durchgeführt worden. Die Gründe für den Abbruch dieser Forschungstradition sind vielfältig und können hier nicht weiter verfolgt werden. Soweit es fachliche Einwände waren und sind, beziehen sie sich auf umstrittene Einzelaspekte oder auf fragwürdige Grundpositionen. Gleichwohl ist zu beobachten, daß die Forschungspraxis immer wieder auf bestimmte Ergebnisse der kritischen und psychoanalytisch orientierten Sozialforschung rekurriert, so zum Beispiel in der Anwendung der Autoritarismus- (F-Skala) und Ethnozentrismus-Skala.

Im zweiten Teil dieses Kapitels werden die für unser Forschungsvorhaben zentralen Ausgangspositionen und Ergebnisse der Gruppe um Adorno, Horkheimer und Fromm dargestellt, soweit sie für das Verständnis von Vorurteilsbildung und sozialer Diskriminierung relevant erscheinen. Dazu zählen das von Fromm entwickelte Konzept des Sozialcharakters sowie die Studien zur "Autoritären Persönlichkeit"<sup>15</sup> (AP) und neue Arbeiten zur Anwendung dieses theoretischen Ansatzes<sup>16</sup>. Dabei finden die wichtigsten Einwände der Soziologie und Sozialpsychologie Berücksichtigung und werden im Hinblick auf ihre Stichhaltigkeit erörtert. Abschließend werden diese Ansätze auf ihre Eignung und Brauchbarkeit für die Analyse der psychosozialen Probleme im Zusammenhang mit der Krankheit AIDS und ihren Folgen untersucht.

Im dritten Teil werden die relevanten Begriffe und Konzeptualisierungen der modernen Sozialpsychologie dargestellt, hier insbesondere die Ergebnisse zur sozialen Informationsverarbeitung sowie zum Verhältnis von Einstellung und Verhalten.

Den Abschluß bildet die konzeptuelle und inhaltliche Darstellung der persönlichkeitspsychologischen und individualdiagnostischen Voraussetzungen. Im Mittelpunkt steht dabei, mit welchen empirischen Testmethoden ein psychoanalytisch fundiertes

---

<sup>13</sup> vgl. Bleibtreu-Ehrenberg 1989.

<sup>14</sup> Horkheimer/Flowerman 1949-50.

<sup>15</sup> Adorno et al. 1950.

<sup>16</sup> Lederer/Schmidt 1995.

Persönlichkeitsprofil unter Einbeziehung sozialer Einstellungen und Reaktionen zu erfassen ist.

## **2.1. AIDS als medizinisches und psychosoziales Problem**

### **2.1.1. Epidemiologische Daten und medizinische Entwicklung**

Seit dem Jahre 1979 bemerkten Ärzte in San Francisco und New York eine zunehmende Häufung atypischer Lungenentzündungen und seltener Hauttumoren bei bis dahin gesunden Männern. Vergleichbare Krankheitsfälle wurden auch aus anderen Städten der USA gemeldet; dabei traten zunehmend auch "opportunistische" Infektionen durch Mikroorganismen auf, die bei immunkompetenten Individuen nicht pathologisch wirken. Diese sich häufenden und einander ähnelnden Krankheitsbilder wurden 1981 erstmals von den Centers for Disease Control (CDC) in Atlanta unter der Bezeichnung AIDS ("acquired immunodeficiency syndrome") zusammengefaßt und publiziert. Die epidemiologischen Daten wiesen schon frühzeitig darauf hin, daß AIDS eine Infektionskrankheit sein mußte. Betroffen waren vor allem relativ promiskuitive homosexuelle Männer, Drogenabhängige sowie Bluterkranke. Daraus war zu folgern, daß die neu aufgetretene Krankheit durch (homo-)sexuelle Kontakte und durch Blut, z. B. in kontaminierten Nadeln, oder Blutprodukte übertragen werden kann.

Der Erreger wurde erstmals 1983 von Montagnier in Lymphozyten von AIDS-Kranken nachgewiesen. Gallo identifizierte den Erreger 1984 als Retrovirus. Heute wird der Erreger als HI-Virus ("Human Immunodeficiency-Virus") bezeichnet. Der Erreger kommt in zwei Varianten (HIV-1 und HIV-2) vor. In Deutschland ist bisher nur das HIV-1 von epidemiologischer Bedeutung, HIV-2 kommt vornehmlich in Westafrika vor. Kennzeichnend für das HI-Virus ist ein ausgeprägter genetischer Polymorphismus, der die hohe Mutationsrate des Virus erklärt. Das Virus wurde bisher nachgewiesen in Blut und Blutprodukten, in der Samenflüssigkeit, im Vaginalsekret, im Speichel, in der Tränenflüssigkeit, im Urin, in der Muttermilch, in der Alveolarflüssigkeit, im Liquor cerebrospinalis, in der Synovialflüssigkeit und im Stuhl. Die Infektion kann erfolgen

durch Geschlechtsverkehr, durch die Gabe von Blut und Blutderivaten, durch Transplantation HIV-infizierter Organe, unter der Geburt sowie durch den Gebrauch verunreinigter, HIV-kontaminierter Nadeln bei Drogensüchtigen.

Die Kontagiosität des HI-Virus ist gering und nicht in allen Krankheitsstadien gleich. Wie andere lipidumhüllte Retroviren ist HIV leicht zu inaktivieren; dazu reicht bereits die 0,5%ige Lösung eines Lipidlösers aus (z. B. mindestens 25%ige Alkohollösung, mindestens 0,37%ige Formaldehydlösung oder Erhitzung über 60°C für 30 Minuten).

Die HIV-Infektion ist in ihrem zeitlichen Verlauf als chronische, schleichend progrediente Erkrankung zu kennzeichnen, wobei individuell außerordentlich verschiedene Verläufe zu beobachten sind. Gebräuchlich ist heute eine Stadieneinteilung, die 1991/92 von WHO und CDC gemeinsam festgelegt wurde und auf der Kombination von Laborkriterien und klinischen Kriterien beruht. Danach beginnt die HIV-Erkrankung als akute Infektion und verläuft zunächst in der Regel über viele Jahre (im Durchschnitt 4-8 Jahre) klinisch stumm. Als einziges begleitendes Symptom entwickeln die meisten Patienten in dieser Erkrankungsphase vergrößerte Lymphknoten. Die späten Stadien der Erkrankung beginnen mit dem Auftreten zusätzlicher Krankheitssymptome, Laborveränderungen und Begleiterkrankungen ("HIV-assoziierte Erkrankungen"). Das eigentliche AIDS-Stadium der Erkrankung liegt erst vor, wenn die fortgeschrittene Störung des Immunsystems zum Auftreten der AIDS-definierenden Erkrankungen führt. Die Liste dieser Indikatorerkrankungen für AIDS umfaßt vornehmlich bestimmte opportunistische Infektionen und maligne Tumoren.

Die Verbreitung der HIV-Infektion geschah rapide; in den ersten Jahren verdoppelte sich die Zahl der HIV-infizierten Menschen alle 10 Monate. Heute hat sich die Verbreitung deutlich abgeschwächt; nach Angaben der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ist die Zahl der HIV-Infektionen zwischen Juni '96 und Juni '97 weltweit um 18% gestiegen. Im Vergleichszeitraum 1995/96 hatte die Zahl noch 19% betragen. Die Zahl der HIV-Infektionen seit Ausbruch der Krankheit wird weltweit auf 53,1 Millionen geschätzt. Die Anzahl der mit HIV/AIDS lebenden Menschen beträgt nach dieser Berechnung 34,3 Millionen (Report on the global HIV/AIDS epidemic – June 2000).

Mehr als zwei Drittel davon sind dem afrikanischen Kontinent zuzurechnen. In Süd- und Südostasien liegt die Schätzung bei 5,6 Millionen Erwachsenen und Kindern, in den beiden amerikanischen Kontinenten bei 2,2 Millionen und für Westeuropa werden 520.000 ausgewiesen. Dies entspricht etwa 1,5% der weltweit geschätzten Bevölkerung, die mit HIV/AIDS lebt.

In Deutschland werden die epidemiologischen Daten zu HIV und AIDS vom AIDS-Zentrum im Robert-Koch-Institut Berlin verwaltet. Die zum Ende September 1997 vorhandenen Daten ergeben folgendes Bild:

1. Seit Beginn der HIV-Epidemie haben sich schätzungsweise 50.000 – 60.000 Menschen in Deutschland infiziert. Unter den Infizierten sind schätzungsweise 80% männlichen und 20% weiblichen Geschlechts. Die Zahl der Neuinfektionen pro Jahr liegt zwischen 2.000 und 2.500.
2. Hinsichtlich der Infektionswege ist festzustellen, daß nach wie vor die überwiegende Zahl (~60%) der Neuinfektionen über homosexuelle Kontakte bei Männern erfolgt. Die Rate von Neuinfektionen bei i.v. Drogenabhängigen hat sich stabilisiert (~15%). Die Zahl der durch heterosexuelle Kontakte übertragenen Infektionen (~10%) stagniert. Dabei sind die wichtigsten Infektionswege sexuelle Kontakte mit Angehörigen der primären Risikogruppen (homosexuelle Männer, i.v. Drogenabhängige).
3. Seit 1982 sind in Deutschland 18.700 AIDS-Fälle registriert worden; davon sind fast zwei Drittel (11.790) bereits verstorben. Unter den registrierten AIDS-Fällen sind 88% männlichen und 12% weiblichen Geschlechts. Pro Jahr werden ca. 500 Neuerkrankungen gemeldet.
4. Die im letzten Jahr diagnostizierten Fälle gehen zu 50% auf homosexuelle Kontakte bei Männern zurück, zu 12% auf den i.v. Drogengebrauch und zu 8% auf heterosexuelle Kontakte (ohne Angabe = 17%).
5. Das AIDS-Zentrum erwartet, daß aufgrund der zunehmenden Zeitspanne bis zum Auftreten AIDS-definierender Erkrankungen die Zahl der jährlich neu

diagnostizierten AIDS-Fälle vorübergehend etwas zurückgeht. Die Zahl der zu versorgenden Patienten mit fortgeschrittenem Immundefekt werde durch die längeren Überlebenszeiten jedoch weiter ansteigen.

Die Behandlung der HIV-Erkrankung ist abhängig vom Stadium der Erkrankung. In den frühen Stadien stehen die Verlaufskontrollen und die Vermeidung bzw. Behandlung der HIV-assoziierten Erkrankungen im Vordergrund. Die fortschreitende Störung des Immunsystems durch das HI-Virus kann prinzipiell auf drei Arten therapeutisch beeinflusst werden. Der erste Ansatz zielt auf die Stabilisierung bzw. Restauration des Immunsystems. Hierzu liegen bis heute keine nachweislich wirkungsvollen Therapiemaßnahmen vor, insbesondere sind die Versuche mit immunmodulatorischen Maßnahmen erfolglos geblieben. Der zweite therapeutische Ansatz zielt auf die Beeinflussung der Virusinfektion selbst, d.h. den Infektions- bzw. Vermehrungszyklus des HI-Virus im menschlichen Körper zu unterbrechen. Im Vermehrungszyklus des HI-Virus und in der Interaktion mit den Zielzellen sind verschiedene virale Enzyme von Bedeutung, deren Hemmung zu einer Störung der Virusreplikation führen würde. Die Wirksamkeit einer antiviralen Therapie hängt davon ab, ob man mit unterschiedlichen Medikamenten an verschiedenen Punkten in den Lebenszyklus des HI-Virus eingreifen kann. Heute stehen mehrere antivirale Substanzen zur therapeutischen Verfügung, und es ist mittlerweile gelungen, diese Substanzen so zu kombinieren, daß synergistische Effekte in der antiviralen Wirksamkeit resultieren bei gleichzeitiger Begrenzung der unerwünschten Nebenwirkungen. Mit der modernen Kombinationstherapie kann insbesondere die virale Resistenzentwicklung wirksamer als bisher verhindert bzw. verzögert werden. Der Übergang in das Krankheitsstadium AIDS kann so um mehrere Jahre hinausgeschoben werden.

Der dritte therapeutische Ansatz betrifft die opportunistischen Infektionen. Hier gibt es für die meisten dieser atypischen Infektionskrankheiten sehr wirksame Therapieschemata. Darüberhinaus lassen sich einige dieser Infektionen heute erfolgreich durch gezielte medikamentöse Prophylaxemaßnahmen verhindern.



Die heute zur Verfügung stehenden therapeutischen Möglichkeiten haben insgesamt zu einer Lebensverlängerung und verbesserten Lebensqualität für HIV-Infizierte und AIDS-Kranke geführt. An der grundsätzlichen Unheilbarkeit dieser Erkrankung hat sich jedoch nichts geändert. Es wird weiterhin entscheidend darauf ankommen, die Schutzmaßnahmen vor einer Infektion wahrzunehmen und dadurch die Verbreitung der HIV-Infektion einzudämmen. Trotz aller Anstrengungen ist die Entwicklung und Herstellung eines geeigneten Impfstoffs noch nicht gelungen und nach Expertenmeinung in den nächsten Jahren noch nicht zu erwarten, weil die Forschung wegen der Besonderheiten des HI-Virus vor besonders komplexen Problemen steht.

### **2.1.2. Sozialwissenschaftliche AIDS-Forschung**

Die staatliche Förderung sozialwissenschaftlicher AIDS-Forschung folgte der naturwissenschaftlichen und klinischen Forschung mit einem zeitlichen Abstand von mehreren Jahren. Es ist der Enquete-Kommission des 11. Deutschen Bundestages "Gefahren von AIDS und wirksame Wege zu ihrer Eindämmung" zu verdanken, daß sie relativ früh auf den sozialwissenschaftlichen und sozialpsychologischen Forschungsbedarf hinsichtlich der HIV-Erkrankung hingewiesen hat. In ihrem Zwischenbericht empfiehlt sie, "hinsichtlich der gesellschaftlichen Auswirkungen von AIDS Vorhaben über die Erforschung der Ursachen für die Entstehung von Vorurteilen sowie über die Bedingungen und Strategien zum Abbau von Vorurteilen einzuleiten" (S.23). Die Kommission stützte sich mit diesem Vorschlag auf eine Anhörung von externen Sachverständigen, die im September 1987 zum Thema "Gesellschaftliche Auswirkungen der Krankheit AIDS" stattfand. Zusätzlich gab die Kommission eine Studie "Die gesellschaftlichen Auswirkungen der Krankheit AIDS" in Auftrag, die 1989 als erweiterte Buchveröffentlichung (Bleibtreu-Ehrenberg 1989) erschien. Bleibtreu-Ehrenberg analysiert in dieser Arbeit die sozialwissenschaftlichen und sozialpsychologischen Hintergründe der gesellschaftlichen Auseinandersetzung mit AIDS. Sie zeigt, daß diese Krankheit aufgrund ihrer spezifischen Eigenarten in besonderer Weise zu irrationalen und vorurteilsgesteuerten gesellschaftlichen

Reaktionsformen führt. Dabei stellen die vielfältigen Ängste, die von dieser Krankheit und den Umständen ihrer Verbreitung als Epidemie ausgehen, die treibende Kraft für die gesellschaftliche Dynamik dar, die zu Diskriminierungs- und Aussonderungstendenzen gegenüber den hauptsächlich betroffenen Risikogruppen führt.

Wichtige Impulse zur Förderung der sozialwissenschaftlichen AIDS-Forschung gingen auch von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung aus. In ihrem Auftrag erfolgte die erste repräsentative Befragung der Bevölkerung (FORSA: AIDS im öffentlichen Bewußtsein der Bundesrepublik, Dortmund 1987). Das Bundesministerium für Jugend, Familien, Frauen und Gesundheit begann 1987 mit der Förderung sozialwissenschaftlicher Forschungsvorhaben zu AIDS. Das Bundesministerium für Forschung und Technologie folgte 1988 mit der Einrichtung eines entsprechenden Forschungsschwerpunkts. Diese staatlichen Maßnahmen führten dazu, daß von 1987 bis 1992 das Forschungsinteresse deutschsprachiger Sozialwissenschaftler am Themengebiet AIDS groß war. In einer Projektdatenbank deutschsprachiger Forscher/innen des AIDS-Zentrum im Bundesgesundheitsamt<sup>17</sup> waren etwa 370 Projekte aufgeführt, die sich mit unterschiedlichen Aspekten von AIDS beschäftigten. Nach Fachrichtungen aufgeteilt zeigt sich, daß Projekte aus den Bereichen Psychologie und Soziologie zusammen mit etwa 80% den größten Anteil stellen. Projekte mit sozialwissenschaftlich/medizinischer Ausrichtung waren mit ca. 10% Anteil vertreten, während Projekte mit pädagogischer oder rein sexualwissenschaftlicher Ausrichtung nur mit jeweils ca. 5% Anteil vertreten waren.

Betrachtet man ausschließlich die sozialwissenschaftlichen und politikwissenschaftlichen Projekte bis 1992 in Deutschland, so dominieren in diesen Forschungsarbeiten thematisch die Bereiche Prävention und Sexualverhalten, Krankheitsbewältigung sowie AIDS als Thema in der Öffentlichkeit bzw. generelle Einstellungen dazu in der Bevölkerung. Knapp die Hälfte der sozialwissenschaftlichen Forschungsprojekte betrachtet AIDS im Hinblick auf Sexualverhalten und Prävention, entweder einzeln oder als kombiniertes Thema. In Studien zur Prävention werden häufig die HIV-

---

<sup>17</sup> Hessling/Heckmann 1992.

Risikogruppen untersucht. Dazu kommen 8% geschlechtsspezifische Studien, die sich ausschließlich mit der Problematik für Homosexuelle oder mit speziellen Problemen von Frauen (Mädchen und AIDS, Prostituierte etc.) beschäftigen.

Etwa jede fünfte Studie behandelt das Problemfeld der Krankheitsbewältigung und psychosozialen Betreuung im weitesten Sinne. Hier sind exemplarisch folgende Themenfelder zu nennen: Selbsthilfe, AIDS-Hilfe, medizinische Versorgung, Arzt-Patient-Beziehung, Familiendynamik und soziale Unterstützungssysteme.

Der Bereich AIDS in der Öffentlichkeit bzw. AIDS als gesellschaftliches Problem umfasst ein weites Spektrum. Etwa jede vierte sozialwissenschaftliche Studie hat diesen Themenbereich zum Inhalt. Hier finden sich Forschungsprojekte zur Medienwirkung, zur Resonanz auf Informationskampagnen und politische Maßnahmen, aber auch wissenschaftstheoretische Analysen und vereinzelt Betrachtungen zum AIDS-Bewußtsein in der Gesellschaft auf der Basis repräsentativer Befragungen. Die vorliegende Arbeit ist dem letztgenannten Forschungsfeld zugeordnet.

Die vorherige Beschreibung der Forschungsrichtungen im deutschsprachigen Raum bezieht sich auf das Jahr 1992. Für den Zeitraum danach liegen leider keine Angaben über die Projektanzahl und die Verteilung auf Themen bzw. Forschungsschwerpunkte vor. Es wird jedoch vermutet, daß die Anzahl der Forschungsprojekte nach 1992 stark zurückgegangen ist, da Forschungsgelder nicht mehr in ausreichendem Maße zur Verfügung standen. Auch die vorliegende Studie war ursprünglich als Mehr-Wellen-Befragung konzipiert um anhand der Befragungsdaten dynamische Prozesse in der Bevölkerung darstellen und Einstellungs- und Verhaltensänderungen in der Gesellschaft dokumentieren zu können. Darüber hinaus sollte u.a. auch die Wirkung der in den Medien geschalteten Aufklärungskampagnen des Bundes festgestellt werden. Dazu sollten dieselben Personen der ersten Erhebungswelle zu späteren Zeitpunkten erneut befragt werden. Dieses Vorgehen ermöglicht eine akkurate Messung und führt zu aussagekräftigen Ergebnissen über Einstellungs- und Verhaltensstabilität bzw. -wandel. Leider wurden die Forschungsmittel zur Fortführung der Mehr-Wellen-Studie vom Bundesministerium für Gesundheit nicht mehr bereitgestellt.

Trotz der relativ hohen Anzahl sozialwissenschaftlicher Forschungsprojekte bis 1992 wurden Forschungsergebnisse zum Thema AIDS in der deutschsprachigen sozialwissenschaftlichen Literatur vergleichsweise selten thematisiert. Untersucht man exemplarisch die sozialwissenschaftlichen Fachzeitschriften mit dem größten Verbreitungsgrad - Zeitschrift für Soziologie, Soziale Welt, Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie und Zeitschrift für Sozialpsychologie - auf Artikel zu AIDS, stellt man fest, daß diesem Thema wenig Raum gegeben wurde. Zwischen 1990 und 1997 erschienen in den genannten vier Fachzeitschriften lediglich fünf Artikel<sup>18</sup>, die AIDS zum Thema hatten. Zudem waren zwei dieser Artikel von Eirmter / Hahn / Jacob inhaltlich nahezu identisch. In ihrem Artikel in der Sozialen Welt behandelten die Autoren lediglich ausführlicher den Aspekt der Unterscheidung von Gefahr und Risiko (vgl. Beck, Risikogesellschaft) in bezug auf AIDS. Interessanterweise kamen sie zu dem Schluß, daß Ältere mit niedrigem sozialen Status, die in kleinen Gemeinden wohnen, AIDS am stärksten als Gefahr wahrnehmen. In dieser Bevölkerungsgruppe ist das Risiko objektiv am geringsten.

Die erste ausführliche quantitativ-empirische, repräsentative Studie zu Jugend, Sexualität und AIDS wurde 1995 von Bardeleben, Fieberg und Reimann<sup>19</sup> vorgestellt. Die Ergebnisse waren zu diesem Zeitpunkt von großer Bedeutung, da sich Anfang der 90er Jahre das öffentliche Interesse an der AIDS-Forschung verringerte. Infektionen traten größtenteils innerhalb der Risikogruppen auf und eine rasches Übergreifen auf weite Bevölkerungsteile war weniger zu befürchten. Aus staatlicher Sicht war es das erklärte Ziel der AIDS-Prävention, harte restriktive Maßnahmen von Seiten des Staates zu vermeiden; vielmehr sollte die Handlungskontrolle der Bürger in alltäglichen sexuellen Belangen gestärkt werden. Zum Zeitpunkt der Studie von Bardeleben et.al lagen keine Ergebnisse aus aktuellen Repräsentativ-Befragungen zum Sexualverhalten der Jugendlichen vor. Die Studie beinhaltete drei Schwerpunkte: erstens einen zuverlässigen Überblick zur Sexualdemographie von Jugendlichen zu liefern, zweitens den

---

<sup>18</sup> Reinecke/Schmidt/Ajzen 1997; Plies/Schmidt 1996; Oberlehner et al. 1994; Hahn/Eirmbter/Jacob 1992; Jacob/Eirmbter/Hahn 1992.

<sup>19</sup> Bardeleben, Fieberg, Reimann 1995

Informationsgrad der Jugendlichen zu AIDS zu ermitteln, und drittens die Verwendung und Bewertung von Verhütungsmitteln zu erfassen. Zudem wurde neben der wichtigen, AIDS-relevanten Frage der Kondomnutzung unter Jugendlichen auch die Diskriminierungsbereitschaft gegenüber den Angehörigen der Risikogruppen erhoben. Darüber hinaus sollte ermittelt werden, inwieweit die Befragten davon überzeugt sind, daß sie ihre Lebensereignisse selbst beeinflussen können. Eine weitere Besonderheit der Studie: Neben anderen exogenen Einflußfaktoren wurde auch die autoritäre Einstellung mittels einer Kurzsкала abgefragt.

Die Studie war als Längsschnittstudie mit drei Wellen konzipiert. Es wurden Jugendliche zwischen 14 und 24 Jahren befragt. Die erste Welle erfolgte zum Jahreswechsel '91 auf '92, die zweite zum Jahreswechsel '92/'93 und die dritte Befragungswelle wurde April/Mai '94 durchgeführt. Durch Panelmortalität reduzierte sich die Fallzahl von 1.472 der ersten Welle auf 608 (zweite Welle) und 341 (dritte Welle). In der letzten Welle verblieben somit lediglich 23 Prozent der Ausgangsstichprobe. Die Autoren weisen darauf hin, daß eine systematische Verzerrung der Antwortmuster unter diesen Umständen nicht auszuschließen ist.

Die Befragungsergebnisse zeigen, daß nahezu  $\frac{3}{4}$  (73 Prozent) der Jugendlichen "erhebliche" Probleme beim Gebrauch von Kondomen haben. Ferner konnte nachgewiesen werden, daß "eine hohe allgemeine Intention, bei neuen Sexualpartnern Kondome zu verwenden, nicht zwangsläufig auch zur faktischen Kondomverwendung führen muß." (S.17) ".. Informiertheit und allgemeine Präventionsintention sind keine hinreichenden Bedingungen für tatsächliches Präventionsverhalten." (S.18) "Die faktische Benutzung von Kondomen wird also von situativen Faktoren und nicht von einer allgemeinen Handlungsintention – wie etwa in dem handlungstheoretischen Modell von Ajzen und Fishbein angenommen wird – beeinflusst." (S.217)

Bei den Jugendlichen zwischen 14 und 24 Jahren bestehen deutliche Informationslücken bezüglich der AIDS-Vorbeugung. So konnten 26 Prozent der Befragten mit dem Begriff "safer sex" nichts anfangen.

Ein weiteres wichtiges Ergebnis der Studie soll hier erwähnt werden: Es existieren deutliche Geschlechterunterschiede bei der Nennung der Bereiche, die Jugendliche für ihre Lebenszufriedenheit als wichtig ansehen. Während weibliche Jugendliche den "partnerschaftlich-familiären" Lebensbereich für wichtig erachten, sind es für die jugendlichen Männer eher "materiell-berufliche" Bereiche und die Sexualität, die ihre Lebenszufriedenheit steigern. Ähnliche Ergebnisse zeigten sich für die Partnerschaftsorientierung. Hier unterscheiden Bardeleben et al. nach statistischen Analysen den "romantischen" vom "hedonistischen Liebescode". Der "romantische Liebescode" findet sich häufiger bei Frauen, bei Jugendlichen die in festen Partnerschaften leben und in den neuen Bundesländern.

## **2.2. Positionen der kritischen Gesellschaftstheorie und Psychoanalyse**

### **2.2.1. Zur Theorie des Sozialcharakters von E. Fromm**

Fromm geht von der Frage aus, welche Rolle die Psychoanalyse im Verständnis gesellschaftlicher Vorgänge spielen kann. Die Einzelpersonlichkeit, so zeigte die Psychoanalyse, ist zu verstehen, indem die Triebstruktur zurückgeführt wird auf die Faktoren Konstitution und Erleben. Fromm überträgt diese Methode auf psychische Vorgänge innerhalb der Gesellschaft: "Auch hier ist die Aufgabe, die gemeinsamen, gesellschaftlich relevanten, seelischen Haltungen aus dem gemeinsamen Lebensschicksal der zu untersuchenden Gruppe zu verstehen."<sup>20</sup> Im "gemeinsamen Lebensschicksal" seien gerade nicht die individuellen Unterschiede in der Sozialisation der einzelnen Individuen enthalten, sondern die wirtschaftlichen, gesellschaftlichen und politischen Verhältnisse, unter denen eine Gruppe lebt.

Das Produkt der Einwirkung sozioökonomischer Verhältnisse auf die individuellen und kollektiven Triebenergien bezeichnet Fromm als die spezifische "libidinöse Struktur"<sup>21</sup> einer Gesellschaft. Später benutzt er dafür den Begriff "sozialer Charakter"<sup>22</sup>. "Die

---

<sup>20</sup> Fromm 1931, S. 441.

<sup>21</sup> Fromm 1932a, S. 38.

<sup>22</sup> vgl. Fromm 1970, Fußnote auf S. 39.

Verschiedenheit der Produktions- und Lebensweise der verschiedenen Gesellschaften beziehungsweise Klassen führt zur Herausbildung verschiedener, für diese Gesellschaft typischen Charakterstrukturen. Die einzelnen Gesellschaften unterscheiden sich nicht nur durch die Verschiedenheit in der Produktionsweise und ihrer sozialen und politischen Organisation, sondern auch dadurch, daß ihre Menschen bei allen individuellen Unterschieden eine typische Charakterstruktur aufweisen." Unter Charakter wird in diesem Zusammenhang verstanden "die Struktur derjenigen Impulse, Ängste und Haltungen, die, zum großen Teil selbst unbewußt, das für den Menschen typische manifeste Verhalten bedingen."<sup>23</sup> Die Bildung dieser emotionalen Struktur vollzieht sich als Prozeß der aktiven und passiven Anpassung der Triebstruktur an die gesellschaftliche Realität im Medium der Familie und ihrer Erziehung. Die wesentlichen Inhalte und Aufgabenbereiche der psychoanalytischen Sozialpsychologie richteten sich demzufolge auf die Analyse der libidinösen Struktur der Gesellschaft, die Rekonstruktion ihrer Entstehung und die Frage nach ihrer konkreten inhaltlichen Form und Funktion. "Die Sozialpsychologie hat die gemeinsamen - sozial relevanten - seelischen Haltungen und Ideologien - und insbesondere deren unbewußte Wurzeln - aus der Einwirkung der ökonomischen Bedingungen auf die libidinösen Strebungen zu erklären."<sup>24</sup>

In der dynamischen Anpassung der menschlichen Triebnatur an die gesellschaftlichen Umgebungsbedingungen bilden sich überindividuell ähnliche Strukturen heraus. Diesen gesellschaftlich bedingten "Kern der Charakterstruktur", der von den meisten Angehörigen einer Gesellschaft geteilt wird, konzeptualisiert Fromm als Sozialcharakter. In Abgrenzung dazu versteht Fromm den Individualcharakter lediglich als individuelle Variation und spezifische Ausformung des Sozialcharakters. Großen Einfluß auf den sozial typischen Charakter hatte laut Fromm der Protestantismus, der durch seine Lehren Angst erzeugte unter gleichzeitiger Hervorhebung der Pflicht.

Die Bedeutung des Konzepts des Sozialcharakters tritt besonders hervor, wenn man die Funktionen des Sozialcharakters betrachtet. So sehr die gesellschaftlichen

---

<sup>23</sup> Fromm 1980/81

Determinanten ihren Niederschlag in der Ausprägung des Sozialcharakters finden, so sehr gewährleisten dessen Strukturen die Orientierung der Subjekte innerhalb der Gesellschaft und den Zusammenhalt des gesellschaftlichen Gefüges. Auch wenn die gesellschaftlichen Institutionen und die zweckrationalen Interessen der handelnden Gesellschaftsmitglieder wichtige Bedingungen für die Stabilität einer Gesellschaft sind, so würden sie nach Fromms Ansicht gleichwohl nicht ausreichen, um das Funktionieren der Gesellschaft zu garantieren, wenn nicht die emotionalen Kräfte<sup>25</sup> der Menschen hinzukämen. In ihnen sieht Fromm "gleichsam den Kitt ..., ohne den die Gesellschaft nicht zusammenhielte, und die zur Produktion der großen gesellschaftlichen Ideologien in allen Sphären beitragen"<sup>26</sup>. Dies gilt für die relativ konsolidierten Phasen der gesellschaftlichen Entwicklung.

In krisenhaften Zeiten und Phasen des sozialstrukturellen Wandels treten korrespondierende Veränderungen in der emotionalen Struktur einer Gesellschaft auf. Traditionelle Bindungen und Gefühlshaltungen verändern sich, emotionale Kräfte werden zu neuen Verwendungen frei und verändern damit ihre soziale Funktion: in der Auseinandersetzung mit den Erfordernissen des gesellschaftlichen Wandels entfalten sie eine dynamische Wirkung und können ihrerseits zum Aufbau neuer Gesellschaftsformationen führen. Fromm betont, daß es sich dabei um einen Prozeß der aktiven und passiven Anpassung der emotionalen Struktur der Gesellschaft an die veränderten sozioökonomischen Bedingungen handelt<sup>27</sup>. Ausdruck der emotionalen Struktur einer Gesellschaft ist ihre Ausrichtung auf mehr oder weniger autoritäre Strukturen. In seinem letzten Buch "Haben oder Sein" kontrastiert Fromm "Haben-Typus" und "Sein-Typus" wie sie in einer Gesellschaft auftreten und setzt sie in Beziehung zur autoritären Struktur. "Tatsache ist, dass wir in dem Masse, in welchem wir die autoritäre Struktur unserer Gesellschaft internalisiert haben, in der Existenzweise des Habens leben". Und zum Verständnis von Sünde bzw. Vergehen in beiden

---

<sup>24</sup> Fromm 1932a, S. 23.

<sup>25</sup> Nach seiner Abkehr von der Freudschen Libidotheorie spricht Fromm nicht mehr von "libidinösen", sondern von "leidenschaftlichen Kräften" (Fromm 1970, Fußnote auf S. 10).

<sup>26</sup> Fromm 1970, S. 35f

<sup>27</sup> Fromm 1970, S. 39



Systemen: "In der Existenzweise des Habens und somit in der autoritären Struktur ist Sünde Ungehorsam und wird durch Reue, Bestrafung und erneute Unterwerfung getilgt. In der Existenzweise des Seins, der nicht-autoritären Struktur, ist Sünde ungelöste Entfremdung und wird durch volle Entfaltung von Vernunft und Liebe, durch Einswerdung überwunden"<sup>28</sup>. Die Unterscheidung in "Haben" und "Sein" und ihre prägende Kraft auf den "Sozialen Charakter" hat ihre Aktualität bis heute nicht eingebüßt.

### **2.2.2. Autoritätsgebundene Persönlichkeit und Vorurteil**

Die Autoritarismusforschung begann 1936 mit Horkheimers „Studien über Autorität und Familie“. 1944 veröffentlichten Levinson und Sanford die von ihnen konstruierte Anti-Semitismus-Skala. Nach Horkheimer und Else Frenkel-Brunswik stieß Adorno als letzter zu der berühmt gewordenen kalifornischen Forschungsgruppe.

Im Mittelpunkt der empirischen Untersuchungen stand die Beziehung zwischen politischer Ideologie und den persönlichen Voraussetzungen derer, die sie vertreten. Die erkenntnisleitende Frage war auf die Erkennung und Analyse typischer Persönlichkeits- und Charaktermerkmale gerichtet, die für die Annahme von Ideologie und Vorurteil prädisponierten.

Galt das Hauptinteresse der Forschungsgruppe zunächst den massenpsychologischen Voraussetzungen für die Anfälligkeit gegenüber totalitären Ideologien, so wurden die Untersuchungen in der Folge auf die Frage erweitert, ob zwischen den allgemeinen politischen Ansichten der Massen sowie ihrer Einstellung zu ethnischen, sozialen und religiösen Minderheiten einerseits und persönlichen Charaktereigenheiten andererseits eine Beziehung besteht und wie diese gegebenenfalls zu verstehen sei.

Die Ergebnisse der aufwendigen empirischen Untersuchungen sind in dem berühmten Bericht "The Authoritarian Personality"<sup>29</sup> (AP) enthalten. Anhand der Befragungsdaten wurden Rückschlüsse auf die Charakterstruktur der Befragten gezogen und mit deren

---

<sup>28</sup> Fromm 1981, S. 119 u. 122

Aussagen über Minderheiten einerseits und über politische Themen andererseits verglichen. Dabei erwiesen sich die Einstellungen zu privaten Fragen als deutlich besserer Prädiktor für die Ausprägung sozialer Vorurteile als die Aussagen über Politik im allgemeinen. Das bedeutet, daß bestimmte Eigenheiten im Sinne des Fromm'schen Sozialcharakters für die soziale Wahrnehmung und Vorurteilsbildung entscheidender sind als allgemeine politische Ansichten. Eine Person mit einem konservativ-reaktionären Weltbild beispielsweise ist allein aufgrunddessen noch nicht zur Vorurteilsbildung prädestiniert. Wenn sich diese Person allerdings in ihren Handlungsintentionen autoritätsgebunden zeigt, besteht eine hohe Korrelation zu totalitären Tendenzen und zur Vorurteilsbildung gegenüber Minderheiten.

Der autoritätsgebundene Charakter ist gekennzeichnet durch die Orientierung an konventionellen Werten, korrektem Benehmen, Erfolg, Fleiß, Tüchtigkeit, Sauberkeit und konformistischem Verhalten. Ihm sind Subjektivität, Phantasie, kritische Distanz und das Streben nach Unabhängigkeit fremd. Stattdessen ist für ihn alles hierarchisch organisiert, und mit dieser gegebenen Ordnung ist er identifiziert.

Tiefenpsychologische Untersuchungen haben zusätzliche Erkenntnisse zur Psychodynamik des autoritätsgebundenen Charakters ermöglicht. In der frühen, familiären Sozialisation sind Defizite der Ich- und Selbst-Entwicklung zu konstatieren, die zur emotionalen Verflachung und Beziehungslosigkeit führen. Kompensatorisch neigen diese Menschen zu besonders normalem und angepaßtem Verhalten, immer bestrebt, die Anforderungen der Wir-Gruppe zu erfüllen und das schwache Ich durch Identifizierung mit der vorgegebenen Ordnung zu stabilisieren. Gleichwohl bestehen hinter dieser angepaßten Fassade Ängste, Unsicherheiten und aggressive Affekte gegenüber den einschränkenden Umgebungsbedingungen, angefangen vom Haß auf die reglementierenden Eltern bis zum Wunsch nach Zerstörung aller Einschränkungen, unter Umständen sogar der eigenen Person. Da die libidinösen und aggressiven Impulse keine befriedigende Abfuhrmöglichkeit haben, müssen sie verdrängt werden, um den Gefahren möglicher Bestrafung zu entgehen.

---

<sup>29</sup> Adorno et al. 1950.

Statt echter Introjektion der elterlichen Normen und Werte gelingt dem Ich-schwachen Kind nur die projektive Identifizierung mit den Eltern und deren Normen. Das bedeutet, daß zwar Eigenschaften, Forderungen und Urteile der Eltern übernommen werden, daß diese Aneignung aber nicht die Fähigkeit zu einer selbstkritischen Anwendung nach sich zieht, sondern zu einer Projektion der eigenen Schuld nach außen führt. Vorzugsweise dienen unterlegene, schwächere Gruppen oder Personen als Objekte für die entstandenen aggressiven Impulse, weil sie sich zumeist nicht wehren können und in der gesellschaftlichen Hierarchie tiefer stehen. Eigene Unvollkommenheiten, uneingestandene Triebwünsche und unbewußte Schuldgefühle werden also in Form vorurteilshafter Behauptungen auf geeignete Personen oder Gruppen projiziert, wobei die vorurteilhaften Behauptungen implizit auch die Rechtfertigung der ausgeübten Aggressionen und Diskriminierungen enthalten.

Neben der berühmt gewordenen F-Skala (Faschismus), wurden im ersten der fünf Teile des Buches "The Authoritarian Personality" drei weitere Skalen dargestellt, die den Bekanntheitsgrad der F-Skala nie erreichten. Neben der E-Skala (Ethnozentrismus) wurden hier die A-S-Skala (Anti-Semitismus) und die PEC-Skala (Politisch-ökonomischer Konservatismus) entwickelt.

Six (1997, S.229 ff) nennt drei neuere Autoritarismuskonzeptionen, die aus der AP hervorgingen, dabei jedoch den psychoanalytischen Begründungszusammenhang verlassen haben.

1. Altemeyers<sup>30</sup> Ansatz vor dem Hintergrund der Theorie des Modelllernens (Bandura)
2. Oesterreich mit dem Theorieansatz von Coping-Strategien
3. Duckitt, der sich auf Konzepte der sozialen Identität (Tajfel und Turner) bezieht.

Rechtsgerichteter Autoritarismus setzt sich nach Altemeyer aus den drei Einstellungsclustern "Autoritäre Unterwürfigkeit", "Autoritäre Aggression" und "Konventionalismus, dem starren Festhalten an Werten und Normen" zusammen. Diese Dreiteilung konnte jedoch bislang empirisch nicht nachgewiesen werden.

---

<sup>30</sup> Altemeyer 1988

Für Oesterreich entsteht die Autoritätsorientierung aus Situationen, in denen sich Kinder überfordert fühlten und in den Schutz von Autorität flüchteten. Daraus kann geschlossen werden, daß autoritäre Personen seltener in totalitären Gesellschaftssystemen "geformt" als vielmehr in liberalen, komplexen Gesellschaften, die schwerer zu überblicken sind und den Einzelnen häufig überfordern.

In Anlehnung an seine Autoritarismusforschungen entwickelte Oesterreich auf der Basis der Arbeiten von Rokeach<sup>31</sup> aus den 50er Jahren die Dogmatismusskala, die sich nicht nur auf den rechtsgerichteten Autoritarismus beziehen sollte. Dogmatismus versteht Oesterreich als eine sehr stabile, wenig änderbare personenspezifische Disposition in Verbindung mit beruflichem, sozialen und politischen Verhalten in der Arbeitswelt. Die Wurzeln liegen, wie oben beschrieben, im primären Sozialisationsprozess. Dogmatismus prägt sich folgendermassen aus: "Widerstand gegen alle Arten von Informationen, die die eigene Weltsicht in Frage stellen könnten, ein genereller Widerstand gegen Veränderungen und Neuerungen, aggressive Abwehr fremden Denkens und emotionale Vorurteile gegen alles Unbekannte"<sup>32</sup>. Die typischen Eigenschaften der dogmatischen Persönlichkeit sind:

1. Die klare Trennung von positiven und negativen Überzeugungen ("Das ist gut, das ist schlecht.")
2. Pessimismus, Ängstlichkeit und eine starke Verbundenheit mit Macht und Status und der Glaube daran.
3. Autoritätshörigkeit und Intoleranz gegenüber Andersdenkenden sowie Engstirnigkeit.

Nach Duckitt ist die „Autoritäre Persönlichkeit“ keine Persönlichkeitskonstante. Im Gegensatz zur ursprünglichen Freudschen Konzeption, wonach Autoritarismus ein Persönlichkeitsmerkmal darstellt, wird angenommen, daß das Ausmaß des „Autoritären Charakters“ je nach Gruppenzugehörigkeit variiert und von ihr bestimmt wird.

In den letzten zehn Jahren gab es neben theoretischen Neuorientierungen zwei wichtige Entwicklungen in der Autoritarismusforschung. Zum einen sind hier die

---

<sup>31</sup> Rokeach 1960

Neuentwicklungen von Autoritarismuskonzepten mit entsprechenden Skalenneukonstruktionen<sup>33</sup> zu nennen und zum anderen die aufschlußreichen Vergleiche zwischen unterschiedlichen Nationen sowie die Zeitvergleiche innerhalb einzelner Nationen<sup>34</sup>.

Der Grund dafür, daß das Autoritarismuskonzept heute soviel Interesse erfährt, nachdem die ersten Forschungsarbeiten heftig kritisiert wurden, liegt sicherlich daran, daß Autoritarismus im Alltag erfahrbar ist. "Autoritarismus ist ein ebenso traditionsreiches wie aktuelles Thema"<sup>35</sup>.

### **2.2.3. Kritische Einwände und Folgerungen**

Die Untersuchungen zur "Autoritären Persönlichkeit" führten in den 50er Jahren zu weiteren Forschungen und Konzeptualisierungen auf diesem Gebiet<sup>36</sup>. Insgesamt setzten sich jedoch in der Sozialpsychologie die methodologischen und inhaltlich-theoretischen Einwände durch, sodaß in den letzten Jahrzehnten das Konzept der "Autoritären Persönlichkeit" in der empirischen Sozialpsychologie keine wesentliche Rolle mehr spielte. Bevor die theoretische und empirische Brauchbarkeit dieses Ansatzes für die Analyse der gesellschaftlichen Folgen von AIDS diskutiert werden soll, sind die wichtigsten Einwände gegen Theorie und Forschungspraxis der Autorengruppe des "Autoritären Charakters" zu erwähnen.

Aus methodischer Sicht wurde sehr stark die Stichprobenselektion kritisiert. Meistens handelte es sich bei den Befragten um Studenten-Samples, deren Antworten den Mittelwert der Skala nicht überschritten. Dennoch wurde für die statistische Analyse nach einem Median-Splitting in "Autoritäre" und "Nicht-Autoritäre" unterschieden.

Sehr häufig wird auch der grundsätzliche Einwand ins Feld geführt, die Autoren der "Autoritären Persönlichkeit" führten die Vorurteilsbildung in unzulässiger Einschränkung

---

<sup>32</sup> Oesterreich 1974

<sup>33</sup> Schmidt/Stephan/Hermann 1995

<sup>34</sup> Lederer/Schmidt 1995

<sup>35</sup> Six 1997. S.224

<sup>36</sup> vgl. Roghmann 1966.

auf individuelle Unterschiede zwischen den Menschen zurück. Eine solche Sichtweise, die die Ursache von Vorurteilen in der Psychodynamik der Einzelperson zu finden versuche, vernachlässige wichtige Determinanten, zu denen beispielsweise soziokulturelle Faktoren gehörten. Dieser Vorwurf einer unzulässigen Psychologisierung sozialer Phänomene wird vorzugsweise von Soziologen erhoben. Die ausführlichste Kritik findet sich bei Estel; soweit für diese Arbeit relevant, sollen einige Kritikpunkte erörtert werden.

Estel rügt bei den Autoren der "Autoritären Persönlichkeit" die Weigerung oder den Verzicht, Soziales mit Sozialem zu erklären. Indem die vielfältigen Ursachen für Ethnozentrismus und Vorurteilsbildung auf tieferliegende psychische Dispositionen zurückgeführt würden, verfehle dieser Ansatz durch die Nichtberücksichtigung soziologischer Fragestellungen und Gesichtspunkte die Komplexität der Vorurteilsproblematik<sup>37</sup>. Dieser häufig wiederholte Einwand gegen das Konzept der autoritätsgebundenen Charakterstruktur vernachlässigt seinerseits die Begründungen, die insbesondere Fromm in seiner Konzeptualisierung des Sozialcharakters gegeben hat. Man kann wohl ohne Übertreibung behaupten, daß keine andere psychologische Entwicklungstheorie sozialstrukturelle Gegebenheiten in ähnlich systematischer Weise zu berücksichtigen versucht. Fromm und den anderen Autoren der „Autoritären Persönlichkeit“ ging es gerade nicht darum, persönlichkeitspezifische Determinanten der Vorurteilsbereitschaft zu identifizieren, sondern die in den verbreiteten Haltungen zum Ausdruck kommenden Sozialisierungseffekte zu untersuchen. Das Interesse der Untersucher war nicht auf die Erhebung von interindividuellen Unterschieden im Sinne der differentiellen Persönlichkeitstheorie gerichtet, sondern auf die Analyse typischer, überindividuell wirksamer Haltungen und Charaktermerkmale, die in den sozialstrukturellen Gegebenheiten und Erfordernissen einer Gesellschaft wurzeln.

Bei genauer Betrachtung der Studien zum „Autoritären Charakter“ ist zu erkennen, daß in der praktischen Durchführung die konventionellen psychodiagnostischen Erhebungen ein relatives Übergewicht haben und daß demgegenüber die sozialstrukturellen

---

<sup>37</sup> Estel 1983, S. 62

Bedingungen vorwiegend interpretativ zur Geltung kommen. Diese Schwächen in der empirischen Planung und Durchführung können jedoch nicht als stichhaltiger Einwand gegen den prinzipiellen Ansatz der analytischen Sozialpsychologie ins Feld geführt werden.

Schwerwiegender erscheint der Vorwurf, die Autorengruppe vertrete ein ideologisch fixiertes Gesellschaftsbild und definiere Wirklichkeitsausschnitte durch eine suggestiv-dogmatische Interpretation. Als Beleg für diesen Vorwurf dienen einige Items aus den Erhebungen zum Ethnozentrismus<sup>38</sup>. An diesem Punkt zeigt sich die altbekannte Schwierigkeit zwischen kritischer Gesellschaftstheorie und positivistisch orientierter Sozialforschung. Die Studien zum „Autoritären Charakter“ zeichnen sich gerade dadurch aus, daß sie einen expliziten Begriff von Gesellschaft zugrunde legen, der in der Tradition von Aufklärung und marxistischer Kritik der politischen Ökonomie entwickelt wird. Man kann gegen dieses theoretische Verständnis Einwände erheben und seine Angemessenheit für die Analyse gegenwärtiger sozialer Probleme bezweifeln; in jedem Fall ist dazu jedoch eine inhaltliche Auseinandersetzung mit den zentralen Thesen und dem leitenden Erkenntnisinteresse notwendig.

Estel hingegen beschränkt sich auf den Vorwurf, drei Grundüberzeugungen bestimmten das Wirklichkeitsverständnis in den Studien zum „Autoritären Charakter“: Antiethnozentrismus, Antifaschismus sowie ein kulturkritisch modifizierter Marxismus. Die antifaschistische und antiethnozentrische Grundhaltung bedinge eine „negative Bestimmung der sozialen Wirklichkeit“<sup>39</sup> und führe zu einer Entwertung der individuellen Erfahrungsmöglichkeiten mit der Folge, daß es „bei der Interpretation der Interviews zum Antisemitismus ... zu einer schon manipulativ anmutenden Willkürlichkeit in der Deutung der Äußerungen der Befragten“<sup>40</sup> komme. Wenn man die als Beleg angeführten Beispiele betrachtet, wird die Schwierigkeit des Kritikers verständlich: ihm ist dialektisches Denken ebenso fremd wie psychoanalytisches Verstehen, d.h. er verfällt

---

<sup>38</sup> vgl. Estel 1983, S. 63.

<sup>39</sup> Estel 1983, S. 95.

<sup>40</sup> Estel 1983, S. 97.

den manifesten Formulierungen von Aussagen, ohne sie im Zusammenhang mit persönlichen Motiven oder unbewußten Konflikten zu hinterfragen.

Auf dem Gebiet der empirischen Sozialpsychologie lösten die Studien zum Autoritären Charakter ebenfalls verschiedene Kontroversen aus, die aber in der Regel durch anderslautende oder gegensätzliche empirische Ergebnisse begründet wurden. Die kritischen Einwände bemängelten die Vernachlässigung soziokultureller Faktoren, insbesondere den Einfluß der vorherrschenden gesellschaftlichen Normen auf die Vorurteilsbildung<sup>41</sup>. Dieser Vorwurf wurde bereits im Zusammenhang mit der soziologischen Kritik an Adorno et al. erwähnt und verdient im Hinblick auf die vergleichsweise nachrangige empirische Berücksichtigung in den Studien zum „Autoritären Charakter“ auch Beachtung<sup>42</sup>.

Schließlich geben manche Autoren<sup>43</sup> zu bedenken, daß die Vorurteiltheorie in den Studien zum „Autoritären Charakter“ weder die Uniformiertheit noch die historische Spezifität von Vorurteilen erklären können.

### **2.3. Das Konzept der Einstellung in der modernen Sozialpsychologie**

In den heutigen sozialpsychologischen Modellen der Verhaltensklärung und -vorhersage ist das Konzept der Einstellung unentbehrlich geworden. Allgemein wird ein grundsätzlicher Zusammenhang zwischen Einstellung und Verhalten hypostasiert, wobei angenommen wird, daß Einstellungen mit intendiertem und offenem Verhalten korrelieren oder es sogar determinieren.

Seit Einführung des Begriffs der Einstellung sind in der sozialpsychologischen Literatur mannigfache Definitions- und Operationalisierungsversuche zu finden. Allport<sup>44</sup> definiert sie als "a mental and neural state of readiness". Eine umfassende Definition geben

---

<sup>41</sup> vgl. Schäfer/Six 1978

<sup>42</sup> Im Kapitel 2.3 wird ein Ansatz aus der modernen Sozialpsychologie dargestellt, der im Zusammenhang mit dem Einstellungskonzept einen empirischen Zugang ermöglicht.

<sup>43</sup> z.B. Brown 1990, S. 405

<sup>44</sup> Allport 1954



Eagly/Chaiken<sup>45</sup>: „Einstellung ist eine psychologische Tendenz, die durch die Bewertung eines bestimmten Seins / Wesens / Daseiendem / Vorhandenem mit einem Grad von Befürwortung oder Ablehnung ausgedrückt wird.“

Allports (1935) Behauptung "das Konzept der Einstellung ist wahrscheinlich das bedeutendste und unverzichtbarste Konzept in der heutigen amerikanischen Sozialpsychologie" gilt heute noch genauso wie vor mehr als 50 Jahren.

Das Konzept der Einstellung ist ein fundamentaler Forschungsgegenstand für die meisten Sozialwissenschaftler, nicht zuletzt wegen der Bedeutung von Einstellungen als Ursachen individueller Phänomene wie einstellungskonsistentes Verhalten und selektive Wahrnehmungen, sowie sozialer Phänomene wie soziale Konflikte und Diskriminierung.

Besondere Bedeutung kommt dem zeitlichen Aspekt von Einstellungen bei. Einstellungen unterliegen zeitlichen Faktoren. Als interner Status können sie kürzer oder länger andauern. Je wichtiger die Einstellungen für den Einzelnen sind, umso länger werden sie vorhanden sein. Unwichtige Einstellungen unterliegen stärker Wechsell. Sie sind kurzfristiger.

Nicht alle Arten von Einstellungen erfreuen sich gleicher Beliebtheit bei forschenden Sozialwissenschaftlern. Bestimmte Arten von Einstellungen genießen größere Aufmerksamkeit als andere. An erster Stelle stehen Einstellungen zur Sozialpolitik. Nach Ideologien folgen soziale Gruppen und Minderheiten, wobei letzte unter dem Begriff Vorurteile untersucht werden. Einstellungen gegenüber einem selbst werden oft self-esteem (Selbstwert) genannt.

In der Geschichte der Einstellungsforschung wurde auch diskutiert, ob Einstellungen genetisch bedingt sind<sup>46</sup>. Man kann jedoch davon ausgehen, daß die meisten untersuchten Einstellungen gelernte Einstellungen sind.

In einer modernen und allgemeinen Form<sup>47</sup> ist die Einstellung ein hypothetisches Konstrukt. Weit verbreitet ist die Annahme, daß Reaktionen, die Bewertung

---

<sup>45</sup> Eagly/Chaiken 1993, S. 1

<sup>46</sup> McGuire 1985

<sup>47</sup> Rosenberg/Hovland 1960.

ausdrücken, in drei Klassen bzw. drei Komponenten eingeteilt werden können<sup>48</sup>. Diese Dreiteilung trifft nicht auf alle Einstellungen zu, sie bildet jedoch ein wichtiges konzeptuelles Rahmenwerk. Die kognitive Kategorie beinhaltet Gedanken (oder Überzeugungen, beliefs) der Leute hinsichtlich eines Einstellungsobjekts (z.B. glauben einige Leute, daß Atomkraftwerke gefährliche nukleare Kontaminationen verursachen (negative), andere glauben, dass durch Atomkraftwerke reichlich billiger Strom produziert wird). Die affektive Kategorie besteht aus Gefühlen gegenüber dem Objekt. Die Verhaltensebene bedeutet sowohl offenes Verhalten als auch Verhaltensabsichten in Verbindung mit dem Einstellungsobjekt. Das folgende Schaubild verdeutlicht die Dreiteilung.

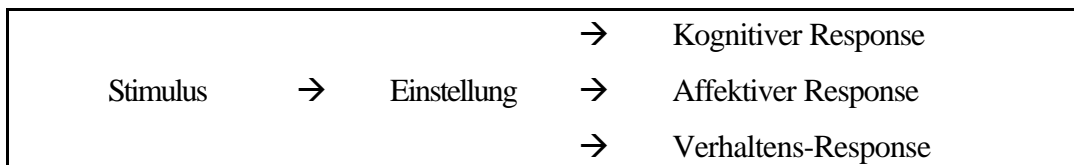


Abb. 2.3.1.: Dreikomponenten-Modell der Einstellung

Je nach Einstellungsobjekt können die Kategorien unterschiedliche Gewichtungen aufweisen. Im Fall von AIDS wird der affektiven Komponente sicherlich eine grössere Rolle beizumessen sein.

Hier darf jedoch nicht unerwähnt bleiben, daß eine eindeutige Kausalität zwischen Einstellung und Verhalten zu bestimmen, schwer möglich erscheint. Determiniert die Einstellung grundsätzlich das Verhalten, oder werden Einstellungen von Verhaltensformen geprägt oder gewandelt? Diese Fragen konnten bisher durch empirische Studien nicht ausreichend beantwortet werden. Neben der Vorstellung, daß Verhalten durch Einstellungen erklärt werden kann, leuchtet ein, daß sich Einstellungen aus vorherigem Verhalten ableiten lassen: Menschen passen ihre Einstellungen konsistent zu ihrem früheren Verhalten an.

<sup>48</sup> D.Katz & Stotland 1959; M.J.Rosenberg & Hovland 1960

### **2.3.1. Funktionen von Einstellungen**

Die Bedeutung des Konzepts der sozialen Einstellung wird deutlich, wenn man die Funktionen von Einstellungen - und hier insbesondere die Motive - betrachtet. Katz<sup>49</sup> unterscheidet vier Funktionen:

- a) Die Ego-Verteidigungs-Funktion: In Anlehnung an den psychoanalytischen Begriff der Abwehrmechanismen dient die soziale Einstellungsbildung der Ich-Verteidigung. In dieser Funktion ist das Motiv sichtbar, sich selbst oder die eigene Gruppe vor negativen Gefühlen zu schützen, indem solche Gefühle auf andere projiziert werden und zu negativen Einstellungen führen. Die Projektion der latenten oder unbewußten eigenen Affekte auf andere Personen oder Gruppen wirkt entlastend und stabilisierend, weil dadurch die unmittelbare eigene Bedrohung durch diese negativen Affekte verhindert werden kann und stattdessen eine andere Person oder Gruppe als Zielobjekt für die negativen Impulse dient.
- b) Die Werte-Ausdrucks-Funktion: Für das eigene Selbst wirken sich Einstellungen unmittelbar bestätigend aus, wenn sie Ausdruck des eigenen Selbstkonzepts sind. Allgemein besteht das Bedürfnis, die eigenen Wertvorstellungen und Aspekte des Selbstkonzepts in der sozialen Einstellung zum Ausdruck zu bringen. In dieser Hinsicht dienen Einstellungen der sozialen Selbstverwirklichung.
- c) Die utilitaristische Funktion: Im zwischenmenschlichen Bereich erfüllen Einstellungen eine Anpassungsfunktion, indem sie dazu verhelfen, einerseits wünschenswerte Ziele und Belohnungen zu erreichen und andererseits unerwünschte Ereignisse zu vermeiden. In dieser Funktion sind Einstellungen nützliche Hilfsmittel und enthalten Elemente einer instrumentellen Vernunft.
- d) Die Kenntnis-Funktion: Schließlich erfüllen Einstellungen eine wichtige Funktion der Kognition und Bewältigung der sozialen Umgebung. Wenn man ohne (Vor-)Einstellungen die soziale Welt wahrnehmen, strukturieren und verstehen wollte, würde das bald in eine totale Informationsüberlastung münden. Einstellungen helfen uns, neue

---

<sup>49</sup> Katz 1967.

Informationen und Erfahrungen einzuordnen und auf diese Weise die Komplexität unserer sozialen Umgebung zu reduzieren.

Katz weist darauf hin, daß keine Funktion in reiner Form und ausschließlich vorliegt. Immer wird sich eine Mischform von zwei oder drei überlappenden Funktionen finden lassen.

Wegen ihrer Bedeutung für das Thema dieser Arbeit soll die Kenntnis-Funktion näher ausgeführt werden. In welcher Weise steuern Einstellungen unsere kognitive Struktur?

In vielen Untersuchungen und Experimenten der Sozialpsychologie wurde gezeigt, daß Einstellungen zu einer Auswahl einstellungsrelevanter Informationen führen. Nach dieser auf Festinger<sup>50</sup> zurückgehenden Hypothese der selektiven Informationssuche sind Personen im allgemeinen bemüht, einerseits solche Informationen auszuwählen, die zur eigenen Einstellung passen, und andererseits solche Informationen zu meiden, die die eigene Einstellung in Frage stellen würden. Das Motiv solchen Verhaltens liegt in der Abneigung gegenüber kognitiver Dissonanz, die zu einer Spannung oder einem Ungleichgewicht in der kognitiven Struktur führen würde.

Demgegenüber - so die Annahme - streben Personen in der Regel danach, ihre Kognitionen in widerspruchsfreier Weise zu organisieren. Ihre Meinungen, Einstellungen und Wahrnehmungen des eigenen Verhaltens sollen in einem spannungsfreien Verhältnis stehen. Gemäß dieser Zielsetzung werden die Wahrnehmung und Beurteilung einstellungsrelevanter Informationen gesteuert. Wird dieses Prinzip der kognitiven Konsistenz verletzt, geraten die Personen in einen Zustand des Ungleichgewichts und der Spannung, der zur Veränderung der betroffenen Kognitionen zwingt.

Neben den Theorien der kognitiven Konsistenz beinhalten auch etliche andere sozialpsychologische Theorien die Annahme, daß Einstellungen die Wahrnehmung und Beurteilung einstellungsrelevanter Informationen steuern. Hier sind insbesondere Judd und Kulik<sup>51</sup> zu erwähnen, die an die Stelle der selektiven Informationsverarbeitung die Annahme schemageleiteter Informationsverarbeitung setzen. Aufnahme und Speicherung

---

<sup>50</sup> Festinger 1957.

von Informationen werden in dieser Theorie nach einem bipolaren Schema gesteuert: sowohl einstellungskonsonante als auch -dissonante Informationen werden bevorzugt, hingegen werden einstellungsneutrale oder -irrelevante Informationen vernachlässigt.

Dieses Modell der bipolaren Einstellungseffekte konnte auch für den Prozeß des Erinnerns bestätigt werden: Einstellungen verbessern die Erinnerung an solche Einstellungsaussagen, die eine Person entweder stark bejaht oder vehement ablehnt.

### **2.3.2. Probleme der Einstellungsmessung**

Einstellungen sind nicht direkt messbar, es kann jedoch durch beobachtete Antworten auf sie geschlossen werden. Wie aber ist dieses Konzept für die Forschungspraxis zu operationalisieren? Die oben erwähnte mehrdimensionale Struktur nach Rosenberg und Hovland (Dreikomponentenmodell) ist die am weitesten verbreitete Definition von Einstellung. Sie erwies sich zwar als nützliches Strukturmodell, die Trennung in drei Bereiche konnte jedoch durch Forschungsergebnisse nicht hinreichend bestätigt werden. Die Aufspaltung des Einstellungsbegriffs in die drei Komponenten Affekt, Kognition und Verhalten führt nämlich zu theoretischen und methodischen Problemen, weil die Beziehung dieser drei Komponenten untereinander nicht berücksichtigt werden kann. Zum Beispiel ist es denkbar, daß in einer Wirkungskette affektive Reaktionen auf ein Objekt auch die Meinungsbildung (d.h. den Erwerb von Informationen und Kenntnissen) und das Verhalten bestimmen. Zudem sind Kognitionen und Affekte nicht immer eindeutig voneinander abgrenzbar.

In der Forschungspraxis des Einstellungskonzeptes wurden oft andere Konzeptualisierungen favorisiert, die den evaluativen Aspekt der Einstellung als ihr zentrales Bestimmungsmerkmal ansehen. Zu diesen unidimensionalen Einstellungskonzepten gehört auch das allgemeine Einstellungs-Verhaltens-Modell von Fishbein<sup>52</sup>, das in seiner Weiterentwicklung und Operationalisierung durch Fishbein und Ajzen<sup>53</sup> im folgenden

---

<sup>51</sup> Judd/Kulik 1980.

<sup>52</sup> vgl. Fishbein 1963 und Fishbein 1967

<sup>53</sup> Fishbein/Ajzen 1975.

skizziert werden soll. In diesem Konzept wird der Zusammenhang von Einstellung und Verhalten in vier Begriffe aufgeteilt, wobei einerseits Meinungen von Einstellungen und andererseits Verhaltensabsichten von tatsächlichem Verhalten unterschieden werden.

Im Konzept der Meinung über ein Objekt ist enthalten, welche Informationen und Kenntnisse eine Person über die Eigenschaften dieses Objektes besitzt. Demgegenüber bezeichnet der Einstellungsbegriff die emotionalen oder affektiven Reaktionen gegenüber dem Einstellungsobjekt, d.h. seine positive oder negative Bewertung.

Die Beziehung zwischen Meinungen und Einstellungen wird von Fishbein nach dem Erwartungs-Wert-Modell beschrieben. Danach ist die Einstellung einer Person gegenüber einem bestimmten Objekt eine Funktion einerseits der Bewertung der Eigenschaften, die diesem Objekt zugeschrieben werden, und andererseits der Erwartung, daß das Objekt diese Attribute auch tatsächlich besitzt. Diese Wert-Erwartung ist eine subjektiv wahrgenommene Wahrscheinlichkeit. Insgesamt ergibt sich nach diesem Modell die Einstellung gegenüber einem Objekt als Summe der Produkte von Meinung und Bewertung hinsichtlich aller relevanten Attribute des Objekts.

Wie nun können diese Wert-Erwartungen und damit die Einstellung gemessen werden? Da es sich um ein hypothetisches Konstrukt handelt, können lediglich adäquate Indikatoren einer Einstellung für empirische Meßmethoden zur Verfügung stehen. Solche Indikatoren müssen durch geeignete Skalenbildung gewonnen werden, wobei grundsätzlich unterstellt wird, daß Einstellungen durch Fragen nach den Meinungen über ein Einstellungsobjekt gemessen werden können. Es kommt also darauf an, aus einem großen Itempool mit statements über das Einstellungsobjekt die geeigneten Items auszuwählen (salient beliefs) und zu einer Skala zusammenzufassen. Die bekanntesten Verfahren dieser Art sind die Thurstone- und die Likert-Skala, die in der empirischen Sozialforschung am weitesten verbreiteten Skalentypen.

Für die Zwecke dieser Untersuchung wurden zur Messung von Einstellung nicht Einzelitems, sondern vorzugsweise Summenindices auf der Basis zusammengehöriger

Items verwendet, um der Komplexität der hypothetischen Konstrukte gerecht werden zu können<sup>54</sup> und exakte Schätzungen zu erhalten.

### **2.3.3. Einstellungen als Prädiktoren des Verhaltens**

Die sozialpsychologischen Studien zum Zusammenhang zwischen Einstellung und Verhalten führten bis in die sechziger Jahre zu keinen befriedigenden Ergebnissen; dafür war u.a. verantwortlich, daß die Hypothesen zu global und undifferenziert formuliert wurden.

Die Diskussion um den Zusammenhang zwischen Einstellung und Verhalten fand mit Alan Wickers Artikel von 1969 einen ersten Höhepunkt. Wicker konstatierte eine wenig stabile Beziehung zwischen Einstellung und Verhalten. Auf der Basis von 42 Studien kam er zu dem Schluß, daß Einstellungen gar nicht oder nur wenig mit offen gezeigtem Verhalten gekoppelt sind.

Darüber hinaus zeigten einige Studien, daß das Verhalten auch die Einstellung beeinflusst, sodaß zumindest auch die Frage der Kausalität allgemein Gegenstand der Forschung ist und sie nicht eindeutig zugunsten von "Einstellungen beeinflussen das Verhalten" beantwortet werden kann.

Offensichtlich spielen der Charakter des Verhaltens und soziale Normen eine wichtige Rolle. So lassen sich Wahlabsichten recht gut aus den Einstellungen gegenüber den Kandidaten vorhersagen, während die berühmte LaPiere-Studie (1934) zeigte, daß nur einer von 250 Hotel- und Restaurantbesitzern einem chinesischen Pärchen den Zutritt verweigerte, obwohl in einer Briefaktion im Vorfeld des Besuchs 92 Prozent der Befragten sagten, daß sie Angehörige der chinesischen Rasse als Gäste nicht akzeptieren.

Ajzen und Fishbein (1977) untersuchten die Zusammenhänge zwischen Einstellung und Verhalten bzw. das Phänomen, unter welchen Bedingungen die Korrelation zwischen beiden hoch und unter welchen sie niedrig ist. Sie unterschieden zwischen der Einstellung

---

<sup>54</sup> vgl. Kapitel 4

gegenüber einem Objekt (target) und der Einstellung zum Verhalten und fanden, daß die Einstellung zum Verhalten einen deutlich besseren Prädiktor für das einzelne Verhalten darstellt als die Einstellung gegenüber dem Objekt. Nach den Vorarbeiten entwickelten Fishbein und Ajzen (1975) die Theory of Reasoned Action, wobei das eigentliche Verhalten durch die Verhaltensintention ersetzt wurde, die die Motivation bzw. den bewußten Plan einer Person eine Handlung auszuführen, verkörpert. Bestandteile der Theorie sind zunächst Einstellungen zum Verhalten innerhalb des Wert-Erwartungs-Konzeptes sowie die subjektive Norm, die "signifikanten Anderen". Die Formel lautet:

$B \sim BI = w_1 AB + w_2 SN$ <p>wobei ..</p> <p>B = Verhalten BI = Verhaltensintention AB = Einstellung zum Verhalten; Wahrscheinlichkeit und Bewertung der Verhaltensattribute SN = Subjektive Norm w1 und w2 = empirische Gewichtungsfaktoren</p>
--

Tab. 2.3.1.: Komponenten der Theory Of Reasoned Action

Die beiden Kategorien der Determinanten von sozialem Verhalten liegen somit innerhalb der Person und in der sozialen Umwelt.

Fishbein und Ajzen weisen darauf hin, daß sich mit der Theory of Reasoned Action (TORA) nicht um eine generelle Verhaltenstheorie handelt. Überwiegend "willensmäßiges" Verhalten läßt sich vorhersagen, weniger aber Handlungen, die stärker durch unterbewußte Impulse gesteuert werden oder auch kriminelles Verhalten. Ein typisches Beispiel ist hier der Gebrauch von Kondomen, der in stark triebgesteuerten Situationen stattfindet, sodaß es häufig zu Diskrepanzen zwischen Verhaltensintention und realem Verhalten kommt.

Als Kritik an der TORA wurde oft angeführt, daß andere wichtige Einflußfaktoren des Verhaltens nicht direkt, sondern nur indirekt über die Modellparameter einfließen können. So bleibt z.B. gänzlich der Einflußbereich des Selbstkonzeptes unberücksichtigt (Granberg&Holmberg 1990).



Bentler und Speckart (1979) konnten das Modell von Fishbein und Ajzen verbessern, indem sie das vergangene Verhalten mit einbezogen. Ferner ließen sie einen direkten Kausalpfad von "Einstellung" auf "Verhalten" zu, was ebenfalls zu einer Verbesserung der Modell-Güte führte.

Ajzen (1985, 1988) erweiterte das Fishbein-Ajzen-Modell (TORA), das seiner Meinung nach für "willentliches" Verhalten ausreichend sei, um den Term der Verhaltenskontrolle. Durch diese Variable im Modell "Theory of Planned Behavior" könnte auch Verhalten erklärt werden, das nicht vollständig dem Willen einer Person unterliegt, also auch ausserhalb kontrolliert wird. Im Interview wird die Wahrnehmung der Befragten erhoben, inwieweit sie es einfach oder schwierig finden, das Verhalten auch auszuführen. Am Beispiel der Kondomnutzung wird die Wichtigkeit der eingeschätzten Verhaltenskontrolle deutlich: Zwar besteht bei vielen Befragten die klare Handlungsintention Kondome zum Schutz vor AIDS bei sexuellem Erstkontakt mit neuen Partnern einzusetzen, das reale Verhalten jedoch entzieht sich oft genug der persönlichen Kontrolle. Diese von Ajzen eingeführte Handlungskontrollvariable ist weitestgehend identisch mit der "Selbst-Effizienz" von Bandura (1977), der Überzeugung bzw. dem Vertrauen, daß man in der Lage sein wird, ein Verhalten erfolgreich ausführen zu können.

### **3. Fragestellung und Methodik der Untersuchung**

#### **3.1. Hypothesenbildung**

Die empirische Überprüfung hypothetischer Aussagen mittels standardisierter Erhebungsverfahren der Sozialwissenschaften ist aufgrund von "Übersetzungsproblemen" nur mit Einbußen möglich. In der vorliegenden Studie konnte z.B. das Einstellungs-Verhaltens-Modell (E-V-Modell) von Fishbein & Ajzen, das Wert-Erwartungs-Modell in der Theorie des geplanten Verhaltens in Verbindung mit AIDS nicht geprüft werden, sodaß neben einem weniger komplexen, vereinfachten Einstellungs-Verhaltens-Modell lediglich eine Modell geprüft wird, das Ähnlichkeit mit dem "Health-Belief-Modell" aufweist. Neben der individuellen Einschätzung der Kondomwichtigkeit sowie der persönlichen Risikoeinschätzung, wird dabei die Handlungskompetenz berücksichtigt.

Für einen Überblick über den Zusammenhang der postulierten kausalen Effekte mit den Bereichen soziodemographische Merkmale, Wertorientierungen und Persönlichkeitsmerkmale und deren Einfluß auf den Einstellungs- und Verhaltensprozess dient ein vereinfachend darstellendes Pfaddiagramm, das die Beziehungen von exogenen und endogenen Variablen darstellt.

Der E-V-Bereich stellt das Kernstück der hypothetischen Grundannahmen dar. Als Basis dient im wesentlichen die auf der in der Sozialpsychologie für Einstellungskonstrukte am häufigsten verwandte Annahme der Unterteilung in affektive und kognitive Einstellungskomponenten in Verbindung mit der konativen Ebene der Verhaltensbekundungen bzw. Verhaltensintentionen (vgl. Kap.2.3.2.). Zwar sind die Übergänge zwischen "Wissen" und "Fühlen" nicht nur in Verbindung mit AIDS nicht eindeutig abgrenzbar, es erscheint jedoch eine Unterscheidung gerade in Hinsicht auf öffentliche Aufklärungskampagnen und der Notwendigkeit der Entmystifizierung im Bewußtsein der Bevölkerung sinnvoll.

Darüber hinaus werden die kognitiven und affektiven Aspekte des Einstellungskonstruktes als maßgebliche Einflußgrößen für die Verhaltenskomponente angesehen<sup>55</sup>. Denkbare kausale Pfade von der Verhaltensebene (zurück) auf die verschiedenen Einstellungsbereiche werden nicht angenommen. Insofern handelt es sich im vorliegenden Fall um eine vereinfachte kausale Verknüpfung von Einstellung und Verhalten. Der Verhaltensbereich wird in zwei Gruppen unterteilt: Zum einen individuelle Handlungsfelder mit dem persönlichen Sexual- und Präventionsverhalten. Zum anderen die Handlungsebene der delegierten Maßnahmenforderungen an verantwortliche staatliche Stellen. Dabei ist jedoch zu beachten, daß diese auch globale Einstellungsaspekte gegenüber staatlichen Stellen beinhalten.

Schaubild 3.1.1. zeigt die Bereiche der hypothetischen Grundannahmen als Übersicht.

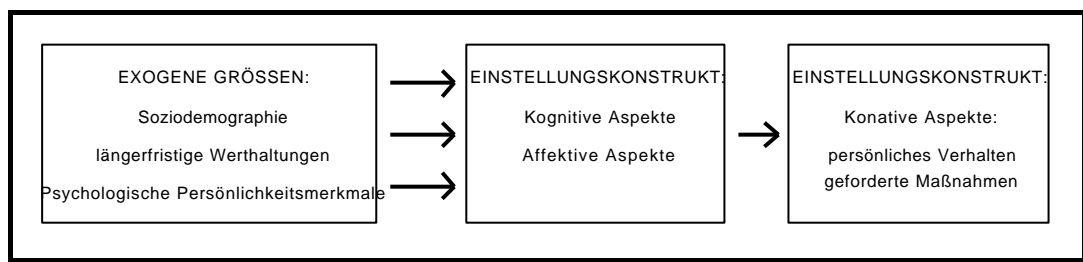


Abb. 3.1.1.: Schematische Darstellung der theoretischen Annahmen

Auf die Vorurteilsdynamik im Zusammenhang mit AIDS bezogen, läßt sich dieses grobe Schema mit konkreten exogenen und endogenen Variablen und Konstrukten aus der Erhebung wie folgt darstellen.

<sup>55</sup> vgl. Kap.2.3.2.

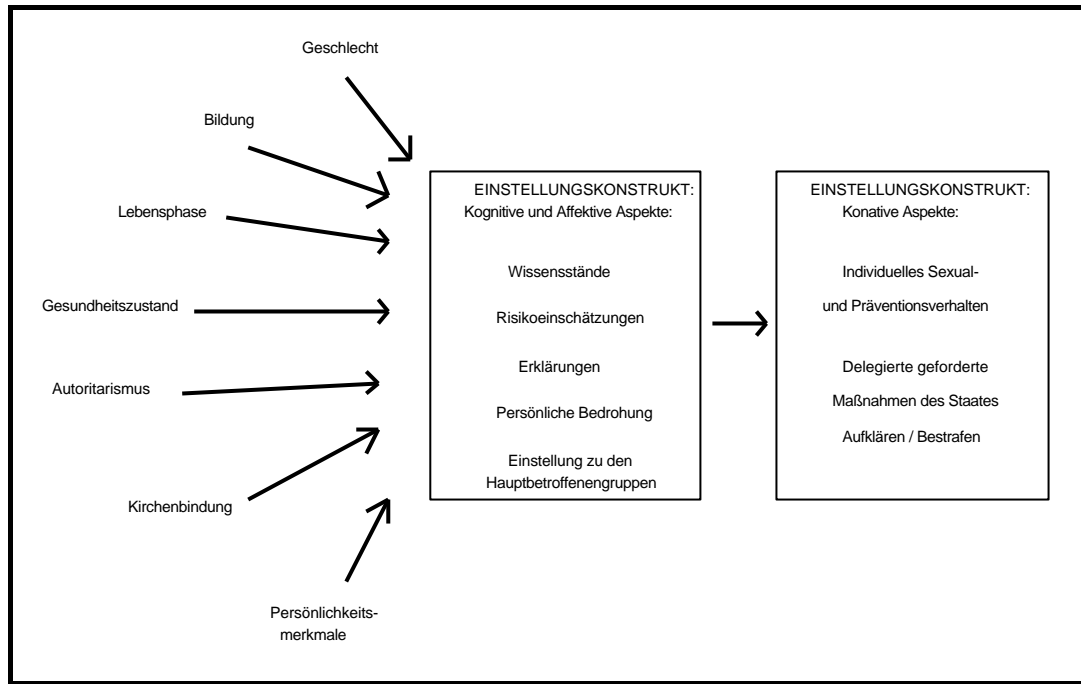


Abb. 3.1.2.: Schematische Darstellung des Theorierahmens - Variablenblöcke

Die Pfeile in der Graphik bezeichnen kausale Beziehungen. Korrelative Zusammenhänge ohne kausale Annahme innerhalb der durch Rechtecke symbolisierten Einstellungsbereiche sind nicht explizit aufgeführt.

Aus der vorhergehenden Darstellung der theoretischen Übersicht in Verbindung mit den theoretischen Grundannahmen des vorherigen Kapitels können nun die Hypothesen formuliert werden.

Die Überprüfung der Hypothesen erfolgt dann statistisch anhand der erhobenen Daten aus der Repräsentativbefragung.

#### Allgemeine Hypothesen zu AIDS:

Im Gegensatz zu anderen Erkrankungen wie Grippe, Herzleiden oder Krebs hat AIDS einen anderen Stellenwert und eine andere Bedeutung, die zudem schichtabhängig ist. Daher ..

H1: Die Immunschwächekrankheit AIDS wird in einer spezifischen Weise wahrgenommen, die sich zum einen unterscheidet von der Wahrnehmung anderer Erkrankungen und die zum anderen vom persönlichen Status der Wahrnehmenden abhängt (Alter, Geschlecht, Bildung etc.).

Hypothesen zu Einstellungen im Zusammenhang mit AIDS:

Zum umfassenden Bereich der Einstellungen werden hinsichtlich der theoretischen Dreiteilung nach Rosenberg/Hovland zunächst Hypothesen zu den klassischen Prädiktoren Geschlechtszugehörigkeit, Bildungsniveau und Sozialcharakter sowie Annahmen über die Wirkungsweise der autoritären Charakterstruktur (H3 und H5) formuliert. Hypothese 4 überprüft den Unterschied zwischen persönlichem Risiko und allgemein wahrgenommener Gefahr, die von AIDS ausgeht. Hypothese 6 postuliert die Determinanten des eingeschätzten Infektionsrisikos.

H2: Geschlecht, formale Bildung und Sozialcharakter haben Einfluß auf die Informiertheit und den Wissensstand über AIDS.

H3: Personen mit autoritärer Charakterstruktur vernachlässigen objektive Informationen, insbesondere über Infektiosität und Infektionswege. Sie überschätzen zudem den Anteil der HIV-Infizierten in der Bevölkerung.

H4: Die persönliche Besorgnis vor einer HIV-Infektion ist zu unterscheiden von der Einschätzung, wie stark die Allgemeinheit durch AIDS bedroht ist. Diese Unterscheidung orientiert sich an der von Luhmann und Beck<sup>56</sup> getroffenen Differenzierung von (einschätzbarem) Risiko und (unkalkulierbarer) Gefahr.

Darüber hinaus wird vermutet, daß Ausmaß und Zielrichtung der Sorge von Persönlichkeitsmerkmalen abhängen: Personen mit tendenziell neurotischen Merkmalsausprägungen im Gießen-Test werden sich vermutlich stärker um die eigene Person sorgen und weniger um die Allgemeinheit (Clusteranalyse).

H5: Obwohl autoritäre Personen den Anteil der Infizierten in der Bevölkerung (vgl. H3) und das Infektionsrisikos in Alltagssituationen überschätzen (vgl. H6), empfinden sie in Folge ihrer Unfähigkeit zu emotionaler Nähe weniger Besorgnis für sich und nahestehende Personen (Familienmitglieder und Freunde). Es wird ferner vermutet, daß sich diese Unfähigkeit auch auf die abstraktere Allgemeinheit erstreckt.

---

<sup>56</sup> vgl. Luhmann 1990, Beck 1986.

H6: Die Einschätzung des Infektionsrisikos in objektiv ungefährlichen Alltagssituationen ist abhängig vom Ausmaß des Autoritarismus, vom Bildungsgrad, von der Kirchenbindung und vom Selbstbewußtsein (als Indikator für persönliche Handlungskompetenz). Ein besonders hohes Risiko wird wahrgenommen von Personen mit autoritärer Bindung, mit geringem Bildungsgrad, mit starker Bindung an die Kirche und mit mangelndem Selbstbewußtsein bzw. geringer Handlungskompetenz.

In den Hypothesen 7 bis 10 wird auf die zentrale Rolle der von AIDS hauptbetroffenen Bevölkerungsgruppen eingegangen.

H7: Religiös-weltanschauliche Deutungsmuster und Schuldzuweisungen an die von der HIV-Infektion hauptbetroffenen Gruppen sind Ausdruck der Angstabwehr und haben entlastende Funktion. Sie sind überwiegend verbunden mit ich-schwachen und autoritätsgebundenen Persönlichkeitsstrukturen.

H8: Die Einstellung gegenüber den Risikogruppen wird in großem Maße von Sozialmerkmalen wie Geschlecht und dem formalen Bildungsgrad sowie dem Sozialcharakter bestimmt.

H9: Die Einstellung gegenüber den von der Immunschwächekrankheit AIDS bislang am meisten betroffenen Minderheiten der Homosexuellen, Drogenabhängigen und Prostituierten ist in ihrer negativen Ausprägung verbunden mit der Schuldzuweisung an HIV-infizierte Personen (Infizierte sind selber schuld, leichtsinnig in ihrem Verhalten, etc.).

H10: Der Autoritarismus spielt eine gewichtige und zentrale Rolle in der Dynamik der Vorurteile und Vorurteilsbereitschaft gegenüber Risikogruppen, HIV-Infizierten und AIDS-erkrankten Personen. Der starke Effekt des Autoritarismus im Hinblick auf die Ausgrenzung der von AIDS betroffenen Gruppen wird sich im wesentlichen auf die der Verhaltensebene vorgelagerten Einstellungen, Erklärungen und Wertungen beschränken.

Hypothesen zum Verhalten im Zusammenhang mit AIDS:

Zustimmung und Ablehnung staatlicher Maßnahmen, seien sie aufklärend oder bestrafend, können als "indirekte" Verhaltensvariablen angesehen werden. Ihr Stellenwert im dynamischen Gefüge von Vorurteilen und Ausgrenzungstendenzen wird in den Hypothesen 11 bis 14 formuliert.

H11: Die Einschätzung zu treffender Maßnahmen von staatlicher Seite wird in der Bevölkerung eine stark polarisierende Wirkung haben und vermutlich die Bevölkerung in zwei relativ klar abgegrenzte Lager spalten: Personen, die stärker aufklärende und helfende Maßnahmen im Kampf gegen AIDS für wichtig halten, empfinden repressive Maßnahmen in Verbindung mit AIDS weniger angemessen. Umgekehrt werden Personen, die sehr stark für bestrafende Maßnahmen von staatlicher Seite her eintreten, der Wirkung von Aufklärung weniger große Chancen einräumen. Es wird also angenommen, daß Aufklärung und Repression signifikant negativ korreliert sind.

H12: Die Befürwortung eines offenen Klimas im Umgang mit AIDS und einer hohen Akzeptanz von Aufklärung statt Repression setzt zudem bestimmte Persönlichkeitsmerkmale voraus. Dazu gehören ein positives Selbstwertgefühl, die Fähigkeit zur Empathie und eine gewisse Durchlässigkeit (Gießen-Test).

H13: Die Bindung an die Kirche und die Bejahung der traditionellen kirchlichen Formen (z.B. Gottesdienst) korrespondieren mit repressiven und ausgrenzenden Einstellungen bzw. allgemeinen staatlichen Maßnahmen gegenüber HIV-Infizierten. Auf der anderen Seite zeigen Personen, die der etablierten Kirche kritisch gegenüberstehen, offenere und tolerantere Einstellungen zu AIDS.

H14: Die Unterstützung aufklärender Maßnahmen im Kampf gegen die Immunschwächekrankheit AIDS hängt von spezifischen Einschätzungen und Wissensständen ab: Sie ist hoch, wenn die Gefahr durch AIDS realistisch eingeschätzt wird, d.h. wenn die Infektionsrisiken in alltäglichen Situationen eher gering beurteilt werden und eine Bedrohung der Allgemeinheit tendenziell geringer eingestuft wird.

Zusammenhänge zwischen persönlichem Verhalten und den Verhaltensforderungen an den Staat werden in den Hypothesen 15 und 16 postuliert. Hypothese 17 geht auf den

Zusammenhang zwischen der Durchführung eines AIDS-Tests und der Kondomakzeptanz ein. Beides sind aktive Verhaltensweisen.

H15: Ausgrenzendes Verhalten (sei es auf der persönlichen Ebene durch vermeidendes, prüfendes Sexualverhalten, geringere Kontaktbereitschaft oder durch die Unterstützung strafender und isolierender Maßnahmen auf der gesellschaftlichen Ebene) ist an vorgelagerte Einstellungen und Erklärungsmuster gekoppelt: Dazu gehören Aversionen gegenüber den Hauptbetroffenengruppen, ein hoch eingeschätztes Infektionsrisiko in Alltagssituationen sowie Schuldzuweisungen und die moralische Verurteilung der Betroffenen.

H16: Im Bewußtsein der Bevölkerung sind individuelles Verhalten und die Erwartungen gesellschaftlicher Maßnahmen in typischer Weise verbunden: Es wird angenommen, daß die eingeschätzte Wichtigkeit des eigenen vermeidenden und zurückhaltenden Sexualverhaltens einhergeht mit Forderungen nach harten Maßnahmen von seiten des Staates. Dagegen werden Personen, die in ihrem eigenen Verhalten offener und toleranter sind, auch auf der abstrakteren Ebene der sozialen Gemeinschaft stärker für Toleranz und Aufklärung als geeignete Mittel im Kampf gegen die Immunschwächekrankheit eintreten.

H17: Eine besondere Rolle für das persönliche Schutzverhalten im Sinne der AIDS-Prävention spielt der HIV-Test. Es wird vermutet, daß der Test und die Bewertung der Kondombenutzung in engem Zusammenhang stehen.

H18 und H19 schließlich postulieren, daß die persönliche sexuelle Verhaltensweise vor dem Hintergrund AIDS mit empirisch meßbaren Einstellungsmustern korrespondiert.

H18: Desweiteren wird vermutet, daß die intendierte Kondomnutzung bei "Seitensprüngen" oder neuen Sexualpartnern von der persönlich empfundenen Infektionsbesorgnis determiniert ist.

H19: Das individuelle sexuelle Verhalten korrespondiert mit Einstellungen und Verhaltensweisen gegenüber AIDS: Es ist anzunehmen, daß sexuell abstinente Personen ein entsprechend vermeidendes Sexualverhalten im Hinblick auf AIDS für wichtig



erachten (Rechtfertigung zur Reduktion kognitiver Dissonanzen). Zudem werden sexuell abstinente Personen auf der staatlichen Ebene für harte Maßnahmen eintreten. Auf der anderen Seite wird die Bereitschaft zu sexueller Aktivität verbunden sein mit einer Position, die auf der individuellen Ebene die notwendigen Schutzmaßnahmen betont und auf der gesellschaftlichen Ebene zu mehr Toleranz und Mitgefühl tendiert.

### **3.2. Untersuchungsverfahren (Fragebogenentwicklung, Erhebungsinstrumente)**

Ausgehend von den theoretischen Vorüberlegungen wurden Fragen für die einzelnen Bereiche entwickelt. Geplant war die Durchführung einer Face-to-face-Befragung auf der Basis eines Fragebogens mit überwiegend standardisierten Fragen. Die Befragung sollte im Zeitraum 1989 bis 1990 landesweit repräsentativ im damaligen Bundesgebiet der alten Bundesländer durchgeführt werden.

Für den endgültigen Fragebogen konnten zum Teil Formulierungen aus dem SOWIBUS 1988, dem ALLBUS 1988 und aus einer Studentenbefragung von Bardeleben, Reimann und Schmidt<sup>57</sup> übernommen werden. Die Übernahmen erfolgten teils in der Originalform, teils in leicht modifizierter Fragestellung.

Für die statistischen Analysen, die sich an die Datenerhebung, die Eingabe und erste Plausibilitätstests anschließen sollten, wären durchgängig einheitlich fünf- oder mehrstufige Likert-Skalen für alle Fragen von Vorteil gewesen. Da aber auch in der Interviewführung an die Belastbarkeit der interviewten Personen gedacht werden mußte, denen die durchgängige Differenzierung nicht zumutbar gewesen wäre, wurden sinnvollerweise verschiedene Fragemodelle abgefragt (7-, 5-, 3-stufig, forced choice etc.).

Uns war ferner bewußt, daß wir mit "heiklen" Fragen zu Sexualität, Verhütung und Partnerschaft, mit Themen also, die die Intimsphäre der Befragten in starkem Maße berühren, sowie mit Fragen zur Persönlichkeit eine überdurchschnittlich hohe

---

<sup>57</sup> Bardeleben/Reimann/Schmidt 1989.

Abbrecherquote provoziert hätten. Aus diesem Grund wurde in das Interview ein Selbstausfüller integriert. Dieser Extrafragebogen sollte vom Befragten eigenständig ausgefüllt und danach in einem verschlossenen Umschlag an den Interviewer zurückgegeben werden. Durch dieses interviewtechnische Vorgehen versprachen wir uns neben der höheren Ausschöpfung eine starke Verminderung des Interviewereffekts. Die Angaben der befragten Personen waren auf diese Weise zuverlässiger und geringer meßfehlerbehaftet. Darüber hinaus kann vermutet werden, daß so die Verzerrung der Befragungsdaten durch soziale Wünschbarkeit in der Interviewsituation reduziert wird.

Neben der Standarddemographie, wie sie bei repräsentativen Befragungen durch Markt- und Meinungsforschungsinstitute routinemäßig erhoben wird, legten wir besonderen Wert auf die Möglichkeit der Bildung von Gruppen nach Lebensphasen, die uns in Verbindung mit dem Thema AIDS und Sexualität von größerer Relevanz erschienen. Diese sollten die sonst üblicherweise einzeln erhobenen Merkmale Alter und Familienstand ersetzen und eine kompaktere Betrachtung ermöglichen.

Die Lebensphase oder der Familien-Lebenszyklus beschreibt eine aus der Marktforschung entliehene Einteilung nach familiären Situationen, die, in leichter Abänderung, in ihrer Praxiseignung besonders für das vorliegende Problemfeld geeignet erscheint. In der Marktforschung werden Typen aus dem Alter, dem Familienstand und dem Vorhandensein bzw. dem Alter der Kinder gebildet, um Konsumenten hinsichtlich der Werbeeffizienz und der Kaufkraft besser beschreiben zu können. So wird für ältere Ehepaare ein anderes Konsumverhalten festgestellt als beispielsweise für junge Paare mit kleinen Kindern. Koschnick<sup>58</sup> unterscheidet die folgenden neun Phasen:

- I Bachelor Stage: jung, unverheiratet, nicht mehr bei den Eltern lebend
- II Newly Married: jungverheiratet, keine Kinder
- III Full Nest I: jungverheiratet, 1 Kind unter 6
- IV Full Nest II: verheiratet, 2 oder mehr Kinder über 6
- V Full Nest III: älteres Ehepaar mit abhängigen Kindern
- VI Empty Nest I: älteres Ehepaar, Kinder aus dem Haus

---

<sup>58</sup> Koschnick 1988.

VII Empty Nest II: ält. Ehepaar, Kinder aus dem Haus, HH-Vorstand in  
Rente

VIII Solitary Survivor I: alleinstehender Überlebender, berufstätig

IX Solitary Survivor II: alleinstehend, nicht berufstätig

In der Originalversion spielt das Vorhandensein und die Anzahl kleiner Kinder eine große Rolle. Für die vorliegende Untersuchung erscheint jedoch eine Kombination aus dem Alter und dem Familienstand der Befragten ausreichend. Somit werden vier Gruppen bzw. Typen gebildet, die in ihrer Kombination von Alter und Familienstand jetzt mehr Information und Unterscheidungsmöglichkeiten beinhalten als die jeweiligen Einzelvariablen:

I Jüngere (18 bis 45 Jahre, Split nach arithmetischem Mittel) nicht verheiratet  
oder ohne Partner

II Jüngere verheiratet oder mit Partner

III Ältere (46 Jahre und älter) nicht verheiratet oder ohne Partner

IV Ältere verheiratet oder mit Partner

Besonderes Augenmerk wird die Gruppe der Jüngeren ohne Partner und die Gruppe der Älteren ohne Partner aufgrund der vermutlich unterschiedlichen sexuellen Aktivität bekommen. In statistischen Analysen können die vier Lebensphase-Typen zusätzlich nach dem Geschlecht aufgebrochen werden, so daß sich für spezielle Fragestellungen acht Subgruppen für die Betrachtung ergeben. Für einige Betrachtungen soll jedoch auch die Altersvariable in die Betrachtung miteinbezogen werden.

Ferner war für die Gestaltung des Fragebogens die Erhebung zweier in bezug auf AIDS relevanter basaler Wertorientierungen geplant. Zum einen die Häufigkeit von Kirchenbesuchen ("Wie oft gehen Sie im allgemeinen zur Kirche?" Antwortkategorien: "mehr als einmal in der Woche" bis "nie"), die als Indikator für die Bindung an die Kirche angesehen wird. Zum anderen die Autoritäre Persönlichkeit, gemessen als Kurzskala mit vier Items. Das Konzept des Autoritären Charakters wurde von Adorno

zur Erklärung der Entstehung des Faschismus in Deutschland entwickelt<sup>59</sup>. Die Operationalisierung bzw. der entwickelte Fragenkatalog gestaltete sich in der Urversion, der F-Skala, mit verschiedenen Unterskalen als sehr umfangreich. Für unseren Fragebogen sollte eine später entwickelte Kurzsкала ausreichend sein.

Die verwendeten Items der Kurzsкала stammen aus der Neuen Allgemeinen Autoritarismus-Skala (NAAS) von Lederer. Drei Items sind Indikatoren der autoritären Unterwürfigkeit, ein Item mißt autoritäre Aggression<sup>60</sup>. Die Befragten stufen folgende Items auf einer siebenstufigen Skala von "lehne voll und ganz ab" bis "stimme voll und ganz zu" ein.

- Zu den wichtigsten Eigenschaften, die jemand haben kann, gehört disziplinierter Gehorsam der Autorität gegenüber.
- Wir sollten dankbar sein für führende Köpfe, die uns sagen können, was wir tun sollen und wie.
- Im allgemeinen ist es einem Kind im späteren Leben nützlich, wenn es gezwungen wird, sich den Vorstellungen der Eltern anzupassen.
- Die derzeitige Kriminalität und die sexuelle Unmoral lassen es unumgänglich erscheinen, mit gewissen Leuten härter zu verfahren, wenn wir unsere moralischen Prinzipien wahren wollen.

Der Gießen-Test, bestehend aus 40 Items, sollte durch seine Erklärungsmöglichkeiten im persönlichkeitspsychologischen Bereich ein weiterer wichtiger Bestandteil innerhalb der Studie sein. Konzipiert als Instrument zur Beschreibung von Persönlichkeitsmerkmalen würde er nur im Selbstausfüller plaziert werden können. Die zweipolig ausgelegten Items sollen von den Befragten auf einer siebenstufigen Skala beantwortet werden. Nach den Angaben der Verfasser Beckmann, Brähler und

---

<sup>59</sup> vgl. dazu ausführlicher Kap. 2.2.2.

<sup>60</sup> vgl. Schmidt/Stephan/Herrmann 1995.

Richter<sup>61</sup> können dann aus je sechs Einzelitems durch Bildung von Summenindices fünf Grunddimensionen<sup>62</sup> beschrieben werden.

Die Autoren weisen darauf hin, daß aus den Faktorenanalysen zur Bildung der Standardskalen deutlich wird, daß bei diesem Vorgehen nicht alle Informationen des GT ausgeschöpft werden können. Jedoch wird die Interpretation dadurch erleichtert<sup>63</sup>. Die Standardskalen erfassen eine Reihe von intraindividuellen und psychosozialen Merkmalskomplexen. "Sie geben (...) Hinweise auf wesentliche Züge der Binnenstruktur, der verschiedenen Triebbereiche und deren Organisationsstufen, der Ich- und Überich-Organisation, ferner Anhaltspunkte für einzelne wichtige Aspekte der intraindividuellen Abwehr"<sup>64</sup>.

Die Interpretation der einzelnen Skalen ergibt sich aus den Einzelitems, die die jeweilige Standardskala stellen. Sie werden von den Autoren folgendermaßen beschrieben:

#### 1. Soziale Resonanz:

Diese Skala mißt die Attraktivität und Beliebtheit auf der "sozialen Bühne" bzw. die rollenhafte Identität und die Wirkung auf die Umgebung.

links - negativ sozial resonant: unattraktiv, unbeliebt, mißachtet, in der Arbeit kritisiert, nicht durchsetzungsfähig, an schönem Aussehen desinteressiert.

rechts - positiv sozial resonant: anziehend, beliebt, geachtet, in der Arbeit geschätzt, durchsetzungsfähig, an schönem Aussehen interessiert.

#### 2. Dominanz:

Hier wird die partnergerichtete Dimension des Erlebens und Verhaltens beschrieben. Eigensinn und impulsive Aggression stehen Anpassung, Unterordnung und Untertanenhaltung gegenüber. Letzterer Pol zeigt anale Züge sadomasochistischer Prägung.

---

<sup>61</sup> Beckmann/Brähler/Richter 1983.

<sup>62</sup> Die 6. Skala "Soziale Potenz" findet in der vorliegenden Betrachtung keine Anwendung.

<sup>63</sup> Beckmann/Brähler/Richter 1983, S.17.

<sup>64</sup> Beckmann/Brähler/Richter 1983, S.50.

links - dominant: häufig in Auseinandersetzungen verstrickt, eigensinnig, gern dominierend, begabt zum Schauspielern, schwierig in enger Kooperation, ungeduldig.

rechts - gefügig: selten in Auseinandersetzungen verstrickt, fügsam, gern sich unterordnend, unbegabt zum Schauspielern, problemlos in enger Kooperation, geduldig.

### 3. Kontrolle:

Diese Skala betrachtet die Intensität der Triebregulierung, die Beziehung zwischen dem Es und den Kontrollmechanismen der Ich-Überich-Organisation. Sie polarisiert triebhaften Charakter und Zwangsstruktur.

links - unterkontrolliert: unbegabt im Umgang mit Geld, unordentlich, bequem, eher pseudologisch, unstetig, fähig zum Ausgelassensein.

rechts - zwanghaft: begabt im Umgang mit Geld, überordentlich, übereifrig, eher wahrheitsfanatisch, stetig, unfähig zum Ausgelassensein.

### 4. Grundstimmung:

Die Dimension "Grundstimmung" mißt, inwieweit Aggression nach außen abgeführt, oder gegen das eigene Ich gerichtet wird.

links - hypomanisch: selten bedrückt, wenig zur Selbstreflexion neigend, wenig ängstlich, kaum selbstkritisch, Ärger eher herauslassend, eher unabhängig.

rechts - depressiv: häufig bedrückt, stark zur Selbstreflexion neigend, sehr ängstlich, sehr selbstkritisch, Ärger eher hineinfressend, eher abhängig.

### 5. Durchlässigkeit:

Hier stehen sich Autonomie auf der einen und Scham und Zweifel auf der anderen Seite gegenüber. Nach Erikson<sup>65</sup> kann diese Skala auch als "Urvertrauen versus Urmißtrauen" bezeichnet werden.

---

<sup>65</sup> vgl. Erikson 1953.

links - durchlässig: aufgeschlossen, anderen nahe, eher viel preisgebend, Liebesbedürfnisse offen ausdrückend, eher vertrauensselig, intensiv in der Liebe erlebnisfähig.

rechts - retentiv: verschlossen, anderen fern, eher wenig preisgebend, Liebesbedürfnisse zurück haltend, eher mißtrauisch, in der Liebe wenig erlebnisfähig.

Bis heute wurde der Gießen-Test neben seiner eigentlichen Bestimmung als individualdiagnostisches Instrumentarium in der psychosomatischen Praxis auch in mehreren hundert Untersuchungen zur Beschreibung von Gruppen in größeren Stichproben und Repräsentativbefragungen verwendet. Durch die Möglichkeit Bevölkerungsgruppen anhand psychologischer Merkmale beschreiben zu können, eignet sich der Gießen-Test in besonderem Maße als gesellschaftsdiagnostisches Instrument. Zum einen dient er als vergleichendes Instrument in Querschnittsuntersuchungen, zum anderen werden aber auch vor allem Veränderungen über die Zeit mit dem Gießen-Test meß- und beschreibbar. So haben z.B. Richter und Brähler mit dem Gießen-Test aus zwei zeitversetzten repräsentativen Stichprobenbefragungen gravierende gesellschaftliche Veränderungen in der psychischen Befindlichkeit und der Wahrnehmung des Sozialverhaltens der deutschen Bevölkerung zwischen 1975 und 1989<sup>66</sup> beschreiben können.

Neben der von Beckmann, Brähler und Richter entwickelten Skalenstruktur bietet die Vielfalt der GT-Items auch die Möglichkeit, eine Selbstwertskala zu bilden, die gerade im Zusammenhang mit AIDS als wichtig erachtet wird. Zum einen steht dieses Selbstwertmaß für die selbstzugeschriebene Handlungskompetenz in alltäglichen Situationen, in denen Risiken abgeschätzt und Entscheidungen getroffen werden müssen. Zum anderen wird in diesem Zusammenhang dem Selbstwertgefühl einer Person hinsichtlich der mit AIDS verbundenen Vorurteilsstrukturen eine große Bedeutung beigemessen. So wird vermutet, daß Personen mit ausgeprägtem Selbstwertgefühl aus eigener innerer Sicherheit heraus "Schwächen" nicht auf andere projizieren werden, sondern offener und toleranter der Problematik gegenüberstehen und auch sicherer im

---

<sup>66</sup> Brähler/Richter 1995.

Umgang mit Handlungsalternativen sind<sup>67</sup>. Ein stärkeres Selbstwertgefühl steht dann in Verbindung mit prosozialen Einstellungen und Verhaltensweisen. Kuhl<sup>68</sup> konnte anhand schriftlicher Befragungen von Wirtschafts- und Geographiestudenten einen positiven Zusammenhang zwischen Selbstsicherheit (Vorlage einer Liste mit 32 Items) und prosozialem Handeln feststellen. Der Korrelationskoeffizient beider Bereiche betrug .35. Das für diese Studie aus dem Gießen-Test entwickelte Selbstwert-Konstrukt umfaßt ebenso wie die GT-Skalen sechs Items, die zu einem Summenindex aufsummiert werden. Diese sind:

- GT36: Ich glaube, daß man mich im allgemeinen eher als stark einschätzt.
- GT09: Ich habe den Eindruck, daß andere mit meiner Arbeitsleistung im allgemeinen eher besonders zufrieden sind.
- GT23: Ich glaube, ich bin eher darauf eingestellt, daß man mich für wertvoll hält.
- GT33: Ich habe den Eindruck, es gelingt mir eher gut, meine Interessen im Lebenskampf durchzusetzen.
- GT40: Ich fühle mich im Umgang mit dem anderen Geschlecht unbefangen.
- GT08: Ich halte mich für sehr wenig ängstlich.

Die inhaltliche Betrachtung der sechs Items läßt zunächst vermuten, daß diesem Konstrukt des Selbstwertes zwei Aspekte innewohnen. Einerseits ein innengesteuerter oder intrinsischer, andererseits ein außerhalb der Person liegender oder extrinsischer Aspekt. Die ersten drei Items der Skala beschreiben einen "äusseren" Wertungsstandpunkt. Die Quelle des Selbstwertgefühls liegt ausserhalb der eigenen Person. Die Items GT33, GT40 und GT08 dagegen bezeichnen eine Einschätzung, die die Person selber vornimmt. Anhand der erhobenen Daten wird die Überprüfung dieser Annahmen mit Hilfe eines konfirmatorischen Faktormodells mit zwei latenten Faktoren möglich sein.

---

<sup>67</sup> vgl. auch Hypothesen 6, 7 und 12.

<sup>68</sup> Kuhl 1986.



Den weitaus größten Raum im endgültigen Fragebogen nehmen jedoch die Fragen in Verbindung mit AIDS ein. Einleitend werden die befragten Personen um eine Einschätzung verschiedener Krankheiten nach persönlicher Bedrohung gebeten: "Welche von den Krankheiten auf dieser Liste wäre für Sie persönlich am schlimmsten, wenn Sie selbst davon betroffen wären? Und welche wäre für Sie am zweitschlimmsten?" etc. (Ränge). Eine Liste mit sechs Krankheiten wird vorgelegt: Krebs, Herzinfarkt, AIDS, Schlaganfall, Querschnittslähmung und Geisteskrankheit.

Danach folgen Fragen zu Wissen und Einschätzungen in Verbindung mit AIDS. Um das Ausmaß der Kenntnisse in der Bevölkerung über die HIV-Infektiosität zu ermitteln, fragen wir zum AIDS-Test "Kann Ihrer Meinung nach eine Person mit positivem Testergebnis andere Personen anstecken?" (ja / nein / weiß nicht) und folgend "Bleibt eine solche Person Ihrer Meinung nach lebenslang ansteckungsfähig?" (ja / nein / weiß nicht). Mit den Antworten aus beiden Fragen kann für anschließende statistische Auswertung eine kombinierte Variable gebildet werden, die den Informationsgrad ausdrückt. Personen, die beide Fragen eindeutig mit "ja" beantworten, haben den höchsten Kenntnisstand. Wird bei der ersten Frage bereits "nein" angegeben, gilt der Interviewte als schlecht informiert in Bezug auf Infektionskonsequenzen.

Desweiteren sollte die subjektive Einschätzung des Infiziertenanteils in der Bevölkerung und das persönliche Informationsbedürfnis erhoben werden. Dazu die Fragen "Wie hoch schätzen Sie den Anteil der mit dem AIDS-Virus bereits infizierten Personen an der Gesamtbevölkerung?" (Vorgaben: weniger als 1%, 1-5%, 5-10%, mehr als 10%) und "Fühlen Sie sich genügend über die Krankheit AIDS informiert?" (dichotom: ja / nein).

Perzipierte Ansteckungsrisiken und die Besorgnis um eine HIV-Infektion für sich und nahestehende Personen werden wie folgt erfragt: "Wie groß ist Ihrer Meinung nach das Ansteckungsrisiko, wenn man auf eine der folgenden Weisen Kontakt zu einer Person hat, die mit AIDS angesteckt ist?" Den Befragten wird eine Liste mit folgenden Kontaktformen vorgelegt: Händeschütteln oder Umarmen, Anhusten oder Anniesen, Gemeinsamer Gebrauch von Spritzen, Geschlechtsverkehr mit Kondom, GV ohne Kondom, Benutzen derselben Toilette, Aufenthalt im selben Zimmer, Benutzen

desselben Geschirrs, durch Mückenstiche, bei Bluttransfusion/Blutübertragung, bei Besuchen in öffentlichen Bädern/Saunen usw. (Skala von 1-7, 0=kein Risiko). "Halten Sie die folgende Meinung: 'AIDS ist eine Krankheit, die uns weniger betrifft; die Allgemeinheit hat keinen Grund zur Beunruhigung' für richtig oder falsch" (4-stufig) und "Wie besorgt sind Sie, daß .. Sie persönlich sich / sich jemand aus Ihrer Familie / Personen aus Ihrem Freundeskreis .. mit AIDS anstecken könnte?" (Antwortmöglichkeit: 1=überhaupt nicht besorgt ... 7=sehr besorgt).

Um festzustellen in welchem Umfang attribuierende Laienerklärungen (Attributionen) in Verbindung mit AIDS in der Bevölkerung verbreitet sind und welche Bedeutung diesen bei der Dynamik von Vorurteilsstrukturen zukommt, sollte die Zustimmung zu den folgenden Behauptungen zu AIDS abgefragt werden: "Um sich mit AIDS zu infizieren, muß jemand ziemlich leichtsinnig sein", "AIDS-infizierte Personen sind in ihrem sexuellen Verhalten unvorsichtig", "AIDS ist eine Strafe des Himmels", "Wer sich mit AIDS infiziert, ist selber schuld", "Unsere Gesellschaft hat AIDS gebraucht, um ihre Sexualmoral zu bessern" (7-stufig, von "stimme überhaupt nicht zu" bis "stimme voll und ganz zu").

Ein weiterer wichtiger Bereich im Fragebogen ist der Sympathieeinstufung der von AIDS hauptbetroffenen Gruppen und anderen Minderheiten gewidmet. Dazu sollte als Bewertungsskala ein "Thermometer" mit einem Bereich von 0 bis 100 eingesetzt werden. Die Einschätzungen, die im Selbstaussfüllerfragebogen plaziert werden, erfolgen über 12 Bevölkerungsgruppen. Die Einbeziehung verschiedener Bevölkerungsminderheiten ermöglicht Kontextbetrachtungen und Aussagen zur "sozialen Distanz" in der Bevölkerung. Beurteilt werden Atomkraftgegner, Homosexuelle, Feministinnen, Spätaussiedler, Alkoholiker, Prostituierte, Zigeuner, türkische Gastarbeiter, Asylbewerber, Drogenabhängige, geistig Behinderte und Terroristen.

Neben Einstellungen und Einschätzungen nehmen Fragen, die Verhaltensaspekte in Verbindung mit AIDS berühren, großen Raum ein. Auf der individuellen Ebene werden die Befragten im Selbstaussfüller gebeten, individuelle Möglichkeiten zum Schutz vor AIDS und die eigene Kontaktbereitschaft gegenüber HIV-Infizierten einzuschätzen

sowie über das eigene Sexualverhalten Auskunft zu geben. "Wie wichtig sind Ihrer Meinung nach die folgenden Schutzmöglichkeiten vor einer AIDS-Ansteckung?" (Antwortvorgaben: sehr wichtig / wichtig / unwichtig) Als Liste wird vorgelegt: Partner treu sein, Geschlechtsverkehr vermeiden, Partner sorgfältig auswählen, immer Kondome benutzen, Kondome beim GV mit unbekanntem Partner benutzen, von neuen Partnern AIDS-Test verlangen, keine Prostituierten besuchen, keine homosexuellen Beziehungen, Vorsicht im Umgang mit AIDS-Kranken, Bluttransfusion vermeiden, Vorsicht im allgemeinen Umgang mit Fremden, öffentliche Bäder und Saunen meiden, sein Blut testen lassen (AIDS-Test). "Wenn Sie persönlich mit AIDS-infizierten Menschen zusammenkämen, wie schwer bzw. leicht würden Ihnen folgende Kontaktmöglichkeiten fallen?" (würde nichts ausmachen / könnte ich mir trotz leichter Probleme vorstellen / fiel mir schwer / könnte ich nicht) Die einzuschätzenden Situationen lauten: Mit einem AIDS-Infizierten in einem Raum zusammen arbeiten, einen hilfebedürftigen AIDS-Kranken in der Nachbarschaft haben, mit einem AIDS-Infizierten dieselbe Wohnung zu teilen, das eigene Kind mit einem AIDS-infizierten Kind in derselben Schulklasse unterrichten zu lassen, bei der Pflege eines schwer AIDS-kranken Verwandten zu helfen, mit einem AIDS-infizierten Partner zusammen zu leben.

Die Fragen zum Sexualverhalten umfassen sowohl die Bereitschaft in naher Zukunft neue Sexualkontakte zu knüpfen, als auch das Sexualverhalten der letzten 12 Monate. Dabei wollten wir weniger die genaue Anzahl der Geschlechtspartner in diesem Zeitraum erheben als vielmehr eine qualitative Beschreibung vornehmen. Es kann unserer Meinung nach bei der empirischen Bestimmung des Sexualverhaltens der Bevölkerung weniger um die exakte quantitative Erfassung der Partner- oder Beischlaf-Anzahl gehen, als vielmehr darum, basale Grundmuster des Sexualverhaltens zu beschreiben. Folgende Fragen wurden daher zur Beschreibung des Sexualverhaltens als ausreichend angesehen: "Könnten Sie sich vorstellen, daß Sie irgendwann in den nächsten Monaten jemanden kennenlernen, mit dem Sie intim werden?" (ja/nein/weiß nicht) und "Menschen sind ja in ihren sexuellen Gewohnheiten sehr verschieden .. Wie ist das bei Ihnen: Sind Sie in den letzten 12 Monaten mit jemandem intim gewesen?" (ja / nein) und falls mit "ja"

geantwortet wurde "Hatten Sie in den letzten 12 Monaten mehr als einen Partner, mit dem Sie intim waren?" Aus der Beantwortung der letzten beiden Fragen lassen sich drei Gruppen mit unterschiedlichen Sexualverhaltensweisen bilden. Zum einen Personen, die in den letzten 12 Monaten keinen Geschlechtsverkehr hatten und so vermutlich als wenig sexuell aktiv einzustufen sind. Zum anderen die Gruppe derjenigen, die mit einem Partner im letzten Jahr monogam lebten und eine dritte Personengruppe, die ihren Geschlechtspartner mindestens einmal im vorherigen Jahr gewechselt hat. Diese drei Gruppen charakterisieren das Sexualverhalten ihrer Mitglieder nur holzschnittartig. Es sollen daher lediglich tendenzielle Aussagen über sie getroffen werden. So läßt sich beispielsweise nicht postulieren, daß alle Angehörigen der dritten Gruppe promiskuitives Sexualverhalten aufweisen. Dennoch wird vermutet, daß durchaus klare Unterschiede zwischen den Gruppen hinsichtlich Einstellungen und Verhaltensweisen in bezug auf AIDS existieren.

Einen weiteren Bestandteil unseres Fragebogens bilden die Verhaltenserwartungen an staatliche Stellen. Schritte, die diese unternehmen sollten, um einer weiteren Verbreitung von AIDS vorzubeugen sowie Maßnahmen gegenüber Personen, die bereits HIV-infiziert sind. Die Frage lautet "In der öffentlichen Diskussion werden viele Vorschläge gemacht, wie man die weitere Ausbreitung von AIDS verhindern kann. Geben Sie bitte zu jedem der Vorschläge hier auf der Liste an, wie sehr sie ihm zustimmen oder wie sehr Sie ihn ablehnen." (7-stufige Skala, von "lehne strikt ab" bis "stimme voll zu") Als Liste wird vorgelegt: Aufklärung über AIDS und Schutzmaßnahmen im Sexualkundeunterricht der Schulen, öffentliche Werbekampagnen für den Gebrauch von Kondomen, kirchliche Aufrufe zu sexueller Zurückhaltung und ehelicher Treue, kostenlose Verteilung von Spritzen an Drogenabhängige, Straffreiheit für den Gebrauch von Drogen, Registrierung und regelmäßige Testung aller Gruppen mit erhöhtem Infektionsrisiko durch das Gesundheitsamt, Verbot des sexuellen Kontakts zwischen AIDS-Infizierte und Nicht-Infizierten, Tätigkeitsverbot für AIDS-infizierte Prostituierte und die Wiedereinführung des Verbotes homosexuellen Geschlechtsverkehrs. Desweiteren wird abgefragt: "Gelegentlich werden verschiedene Maßnahmen diskutiert, die gegenüber Personen

ergriffen werden sollten, die mit AIDS angesteckt sind. Sagen Sie mir bitte zu jeder Maßnahme hier auf der Liste, ob Sie sie befürworten oder ablehnen." Folgende Maßnahmen werden zur Beantwortung vorgelegt. „Personen, die mit AIDS angesteckt sind, sollten höhere Beiträge in der gesetzlichen Krankenkasse zahlen; ein mit AIDS angesteckter Arbeitnehmer sollte entlassen werden können; die Einreise in die Bundesrepublik Deutschland sollte Ausländern, die mit AIDS angesteckt sind, verwehrt werden; Ärzte und Krankenhäuser sollten Personen, die mit AIDS angesteckt sind, unter Angabe des Namens zentral melden; Patienten mit AIDS sollten genauso wie Kranke mit offener Lungentuberkulose streng abgesondert werden; die Tatsache der AIDS-Ansteckung sollte fälschungssicher im Personalausweis vermerkt werden“.

Schätzungsweise fünfzig bis sechzig Minuten Interviewzeit würde der Fragebogen im Durchschnitt in Anspruch nehmen.

### **3.3. Durchführung der repräsentativen Befragung**

Die Feldarbeit bzw. die Durchführung der Studie übernahm GFM-GETAS, Gesellschaft für Marketing-, Kommunikation- und Sozialforschung mbH, Hamburg. Nachdem zur Überprüfung der Befragungsunterlagen, gemäß wissenschaftlichen Standards, in der Zeit vom 19. bis 23. Mai 1989 insgesamt 21 Pretestinterviews durchgeführt wurden, fand die Haupterhebung bundesweit zwischen dem 3. Juni und 11. Juli statt.

Die Grundgesamtheit bestand aus Personen deutscher Staatsangehörigkeit, 18 Jahre und älter, die in Privathaushalten der Bundesrepublik Deutschland oder West Berlins lebten.

Entsprechend den Richtlinien des Arbeitskreises Deutscher Marktforschungsinstitute (ADM) kam eine geschichtete, dreistufige Zufallsauswahl mit (1.) Stimmbezirken, (2.) Haushalten (Random-Route mit Startadresse) und mit Personen in der dritten Stufe zum Einsatz. Die jeweils zu befragende Person eines Haushaltes wurde mit Hilfe des "Schwedenschlüssels" ermittelt.

Aus insgesamt 420 Sample-Points gelangten schließlich 2025 Interviews in die Auswertung. Die durchschnittliche Interviewdauer betrug 68 Minuten, wobei allein der Selbstausfüllerbogen relativ viel Zeit in Anspruch nahm.

In 92% aller Interviews wurden Einzelgespräche geführt<sup>69</sup>. Zu kleineren Eingriffen in das Interviewgespräch (Ehepartner, Geschwister etc.) kam es in 7% der Fälle. Lediglich bei 1% der Interviews wurde von anderen anwesenden Personen "häufig" in die Gesprächsführung eingegriffen. Damit entspricht diese Studie hinsichtlich der Befragungssituation anderen vergleichbaren Forschungsprojekten<sup>70</sup>.

Die Daten wurden von GFM-GETAS nach den Merkmalen Bundesland, Gemeindegrößenklasse, Geschlecht und Alter gewichtet, so daß sich die folgenden Häufigkeitsverteilungen für soziodemographische Merkmale ergaben.

---

<sup>69</sup> Interviewerangaben

<sup>70</sup> Angaben zum ALLBUS 1988: kein Eingriff in das Interviewgespräch 87%, manchmal Eingriff 11%, häufig Eingriff 2%

Geschlecht:			
	N		%
Männer	944		46.6
Frauen	1081		53.4
Altersgruppen:			
	N		%
18 - 29 Jahre	494		24.4
30 - 39 Jahre	330		16.3
40 - 49 Jahre	346		17.1
50 - 59 Jahre	316		15.6
60 Jahre und älter	539		26.6
Bundesländer:			
	N		%
Schleswig-Holstein	87		4.3
Hamburg	53		2.6
Niedersachsen	244		12.1
Bremen	22		1.1
Nordrhein-Westfalen	552		27.3
Hessen	182		9.0
Rheinl.Pfalz/Saarland	158		7.8
Baden-Württemberg	300	14.8	
Bayern	364		18.0
Berlin	63		3.1
Gemeindegrößenklasse:			
	N		%
bis 5000 EW	306	15.1	
5000-20000 EW	522		25.8
20000-100000 EW	535		26.4
100000-500000 EW	326		16.1
500000 EW und mehr	336		16.6

Tab. 3.3.1.: Prozentuale Verteilungen der Gewichtungsm Merkmale

Formaler Bildungsgrad:			
	N		%
keinen Schulabschluß	62		3.1
Hauptschulabschluß	1071		53.4
Mittlere Reife	497		24.8
Fachhochschulreife	80		4.0
Abitur	295		14.7
Lebensphase:			
	N		%
Jüngere (bis 45 J.), allein lebend, ohne Partner	418		20.9
Jüngere (bis 45 J.), verheiratet oder mit Partner	652		32.7
Ältere (46 J.u.ä.), allein lebend, ohne Partner	315		15.8
Ältere (46 J.u.ä.), verheiratet oder mit Partner	610		30.6
Gesundheitszustand (7-stufig):			
	N		%
sehr gut (7)	504		24.9
eher gut (5+6)	1024		50.6
weder gut noch schlecht (4)	274		13.5
eher schlecht (2+3)	196		9.7
sehr schlecht (1)	26	1.3	

Tab. 3.3.2.: Prozentuale Verteilungen weiterer soziodemographischer Merkmale

Tabelle 3.3.2 verdeutlicht, daß knapp zwei Drittel der Bevölkerung mit Lebenspartnern und ein Drittel allein lebt. Der eigene Gesundheitszustand wird von drei Viertel der Bevölkerung als "gut" bis "sehr gut" eingestuft, etwa jeder Zehnte bewertet ihn dagegen ausdrücklich als "schlecht".

### **3.4. Auswertung der Studie**

Die Auswertung der Studie erfolgte unter Zuhilfenahme der Statistikpakete SPSS/PC, SYSTAT, PRELIS, SIMPLIS und LISREL<sup>71</sup>. Grundauszählungen, deskriptive Statistik, Mittelwertsvergleiche, explorative Faktorenanalysen und Clusteranalysen wurden mit SPSS/PC und SYSTAT berechnet. Für konfirmatorische Faktorenanalysen und komplexere Kausalanalysen<sup>72</sup> (Strukturgleichungsmodelle) wurden PRELIS, SIMPLIS und LISREL7 verwendet.

Neben der deskriptiven Darstellung der Ergebnisse sollten jeweils in einem ersten Schritt aus der Fülle der Daten prägnante aussagekräftige Dimensionen herausgearbeitet werden, die im Anschluß daran in einer überschaubaren und auch statistisch handhabbaren Weise für die Überprüfung der Hypothesen verwendet wurden. Die Überprüfung der Hypothesen und die Verdeutlichung von Zusammenhängen erfolgte - je nach Angemessenheit des Verfahrens - durch verschiedene multivariate Analyseverfahren wie Regressionsanalysen (causal modeling), ANOVA sowie mehr beschreibende Verfahren wie Clusteranalysen, Multidimensionalen Skalierungen oder Korrespondenzanalysen.

Aus den Ergebnissen der Anwendung von Regressionsanalysen wurden nur Pfade zwischen exogenen und endogenen Variablen und Konstrukten interpretiert, deren Wert bei Fallzahlen um 2000 größer oder gleich 0,12 ist, sodaß ein minimales Maß an erklärter Varianz bei abhängigen Variablen ( $\geq 1,5\%$ ) gewährleistet ist. Pfadkoeffizienten

---

<sup>71</sup> PRELIS, SIMPLIS und LISREL wurden von Jöreskog und Sörbom entwickelt. PRELIS dient der Exploration und Erstellung von Eingabematrizen, sowie der Durchführung von Regressionsanalysen. SIMPLIS und LISREL7 schätzen lineare Strukturgleichungsmodelle (SEM).

<sup>72</sup> vgl. dazu Opp/Schmidt 1976.



in dieser Höhe sind bei hohen Fallzahlen durchweg hochsignifikant auf dem 0,1%-Niveau.

## 4. Ergebnisse der statistischen Analysen

### 4.1. Autoritarismus und Kirchenbindung, persönliche und soziale Merkmale

Bevor Zusammenhänge von Einstellungen und Verhalten in Verbindung mit AIDS dargestellt werden, ist es wichtig, das "Zusammenspiel" der determinierenden Sozialmerkmale und Werthaltungen zu beschreiben. So sind z.B. Werthaltungen, der selbst zugeschriebene Gesundheitszustand und andere persönliche Merkmale, nicht in allen soziodemographischen Subgruppen gleich verteilt. Auch der erreichte Bildungsgrad variiert bedingt durch das Alter und der damit verbundenen Bildungschancen zwischen den Lebensphasegruppen stark.

#### 4.1.1. Zusammenhänge zwischen den soziodemographischen Merkmalen

Tabelle 4.1.1 zeigt die Zusammenhänge zwischen dem Geschlecht, der formalen Bildung, der jeweiligen Lebensphase und dem eingeschätzten Gesundheitszustand anhand von Korrelationskoeffizienten. Es macht wenig Sinn die Koeffizienten zwischen den Lebensphasegruppen zu berechnen, da es sich hierbei um Dummy-Variablen handelt, die aus der Lebensphase gebildet wurden.

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
GESCHLECHT (weibl.= +)	(1)	1.0					
BILDUNGSGRAD	(2)	-.03	1.0				
LEB.PH.:JÜNGERE O.P.	(3)	-.06	.34	1.0			
LEB.PH.:JÜNGERE M.P.	(4)	.11	.23	-*	1.0		
LEB.PH.:ÄLTERE O.P.	(5)	.31	-.38	-	-	1.0	
LEB.PH.:ÄLTERE M.P.	(6)	-.26	-.27	-	-	-	1.0
GESUNDHEITZUSTAND	(7)	-.01	.25	.36	.26	-.37	-.30
* - = durch Bildung von Dummy-Variablen nicht schätzbar							

Tab. 4.1.1.: Soziodemographische Merkmale - Interkorrelationen (n = 1995)

Der hohe Koeffizient zwischen Lebensphase "Älter ohne Partner" und dem Geschlecht (.31) spiegelt die Tatsache wider, daß Frauen öfter als Männer in späteren Lebensabschnitten ohne Partner leben. So geben in der Altersgruppe der "bis 45-jährigen" 57% der Männer an, in einer Partnerschaft zu leben, bei den Frauen in vergleichbarer Lage sind dies 65%. Bei den Älteren (45 Jahre und älter) jedoch leben 80% der Männer, aber nur etwa jede zweite Frau (53%) mit Partner.

Der Alterseffekt, ausgedrückt durch Unterschiede innerhalb der Lebensphasen, zeigt sich u. a. auch bei der Einschätzung des persönlichen Gesundheitszustandes. Die mittlere Einschätzung aller Befragten liegt auf der siebenstufigen Skala (1="sehr schlechter Gesundheitszustand" bis 7="sehr guter Gesundheitszustand") bei einem Wert von 5,4. Dies entspricht einer durchschnittlichen Einstufung von "gesund". Beim Vergleich der beiden Alterskategorien zeigt sich nun, daß ältere Befragte ihre gesundheitliche Verfassung "mittel bis gesund" bzw. "weder schlecht noch gut" (Mittelwert = 4,8) einschätzen, während die Jüngeren ihre Konstitution als "gut bis sehr gut" (Mittelwert = 5,9) bezeichnen. Auffällig ist ferner, daß sich Personen ohne Partner in der Gruppe der Jüngeren etwas gesünder als gleichaltrige Befragte mit Partner sehen (ohne Partner 6,0, mit Partner 5,8). Der Unterschied ist signifikant auf dem 1%-Niveau. Bei den Älteren jedoch, vergleicht man die beiden Gruppen unterschiedlicher Lebenssituation, geht die Tatsache ohne Partner zu leben mit einem schlechter eingeschätzten Gesundheitszustand einher (ohne Partner = 4,6, mit Partner = 4,9). Diese Mittelwertdifferenz ist ebenfalls auf dem 1%-Niveau signifikant.

#### **4.1.2. Autoritarismus und Kirchenbindung in Abhängigkeit von Sozialmerkmalen**

Zur Erfassung der Disposition der Autoritären Persönlichkeit wurden vier zentrale Items der Neuen Allgemeinen Autoritarismus Skala<sup>73</sup> (NAAS) abgefragt, die, sofern die Güte der Skala es erlaubt, als Summenindex für weitere Analyseschritte zur Überprüfung der hypothetischen Aussagen verwendet werden sollen. Verglichen mit Kennwerten aus Studien von 1978, 1979 und 1980, die von Lederer vergleichend in den USA, Österreich und Deutschland<sup>74</sup> durchgeführt wurden, zeichnen sich die vier vorliegenden Items der Neuen Allgemeinen Autoritarismusskala aus diesen Erhebungen durch eine konsistente und hochwertige Faktorstruktur aus. Dieses Ergebnis läßt sich auch an vier Items der vorliegenden Studie durch eine konfirmatorische Faktorenanalyse, die mit

---

<sup>73</sup> ZUMA-Handbuch Sozialwissenschaftlicher Skalen, 1983, D15 und D18.

<sup>74</sup> Lederer/Schmidt 1995, S.167ff.

LISREL berechnet wurde, replizieren. Schmidt et.al.<sup>75</sup> belegen an neueren Studien ebenfalls, daß die Autoritarismus-Kurzskala "sowohl ein reliables als auch ein valides Instrument zur Erfassung des Autoritarismus, insbesondere der Subdimension autoritärer Unterwürfigkeit" darstellt. Tabelle 4.1.2 zeigt die Faktorladungen und Gütemaße des Modells auf der Basis von Produkt-Moment-Korrelationen aus dem repräsentativen Datensatz für das kongenerische und das tau-äquivalente Modell. Alle Punktschätzungen sind hochsignifikant ( $p < .001$ ).

Item-Name	Kurztext		
AUTOR1	Disziplinierter Gehorsam gegenüber der Autorität		
AUTOR2	Härter mit Kriminellen verfahren		
AUTOR3	Dankbar für führende Köpfe sein		
AUTOR4	Beim Kind die Vorstellungen der Eltern erzwingen		
<u>Kongenerisches Modell</u>			
	Ladung	st.error	Fehler
AUTOR1	.757	.021	.427
AUTOR2	.690	.022	.524
AUTOR3	.766	.021	.413
AUTOR4	.682	.022	.534
Anpassungsmaße des Faktorenmodells:			
Chi <sup>2</sup> -Wert bei 2 Freiheitsgraden = 54.78 (P=.000)			
Goodness of Fit Index = .987			
Adjusted Goodness of Fit Index = .937			
Root Mean Square Residual = .025			
<u>Tau-äquivalentes Modell</u>			
	Ladung	st.error	Fehler
AUTOR1	.727	.014	.437
AUTOR2	.727	.014	.515
AUTOR3	.727	.014	.430
AUTOR4	.727	.014	.522
Anpassungsmaße des Faktorenmodells:			
Chi <sup>2</sup> -Wert bei 5 Freiheitsgraden = 73.77 (P=.000)			
Goodness of Fit Index = .984			
Adjusted Goodness of Fit Index = .967			
Root Mean Square Residual = .047			

Tab. 4.1.2.: Allgemeine Autoritarismus-Kurzskala - Faktorladungen, Standardschätzfehler und Gütemaße der Faktormodelle (n = 2017)

Die Chi<sup>2</sup>-Differenz zwischen beiden Modellen beträgt bei 3 Freiheitsgraden 18,99. Bei den statistischen Gütemaßen für das kongenerische Modell zeigt sich, daß der Chi<sup>2</sup>-Wert als Gesamtanpassungsmaß mit einem Wert in Höhe von 54,78 bei 2 Freiheitsgraden vergleichsweise hoch ausfällt und der entsprechende P-Wert für das Gesamtmodell demnach unterhalb des 5%-Niveaus liegt. Jedoch ist dies bei hohen Fallzahlen üblich, so daß Goodness-of-Fit und Root-Means-Square-Residual zur Bewertung der Güte des Modells herangezogen werden. Der GFI erreicht mit .987

<sup>75</sup> ebenda S.227.

einen hohen Wert. Dies bedeutet eine sehr gute Anpassung. Das RMR liegt mit .025 unter der als kritisch angesehenen Grenze von .050. Insgesamt kann der Ein-Faktorlösung statistisch gesehen eine hohe formale Gültigkeit bescheinigt werden. Die Korrelationen der Einzelitems mit dem Summenindex unterstreichen dies.

Item	Korrelation mit dem Summenindex Autoritarismus
AUTOR1	.820
AUTOR2	.787
AUTOR3	.819
AUTOR4	.775

Tab. 4.1.3.: Korrelationen der Einzelitems mit dem Summenindex (n = 2017)

Die etwa gleich hohen Faktorladungen und die hohen Korrelationen der Einzelitems mit dem Summenindex legen es nahe, die vier Items aus arbeitsökonomischen Gründen für die folgenden Analysen durch Summenindices zu ersetzen. Auch Lederer und Schmidt verwenden für Zeit- und Ländervergleiche den ungewichteten Gesamtpunktwert durch Addition der Items.

Die Kirchenbindung einer Person wurde in der vorliegenden Studie durch die Häufigkeit des Kirchgangs gemessen. Im folgenden muß bei statistischen Analysen mit der Bindung an die Kirche beachtet werden, daß es sich dabei um die Konformität mit der Amtskirche und der durch sie vermittelten Werte und Weltanschauungen handelt. Sie kann nicht im Sinne von "Religiösität" interpretiert werden<sup>76</sup>.

Autoritäre Werthaltung und Kirchenbindung sind eng miteinander verknüpft (Korrelationskoeffizient = .28). Autoritäre Persönlichkeit und Kirchenbindung sind jedoch auch altersabhängig: Mit zunehmendem Alter wird eine ausgeprägtere autoritäre Werthaltung beobachtet und die Anzahl der Kirchenbesuche steigt signifikant.

Die folgenden Abbildungen 4.1.1. und 4.1.2. verdeutlichen das Ausmaß des jeweiligen Alterseffekts. In Abbildung 4.1.2. ist zudem durch die getrennte Ausweisung des Verlaufs nach Geschlechterzugehörigkeit zu erkennen, daß besonders Frauen mit steigendem Alter häufiger Gottesdienste besuchen.

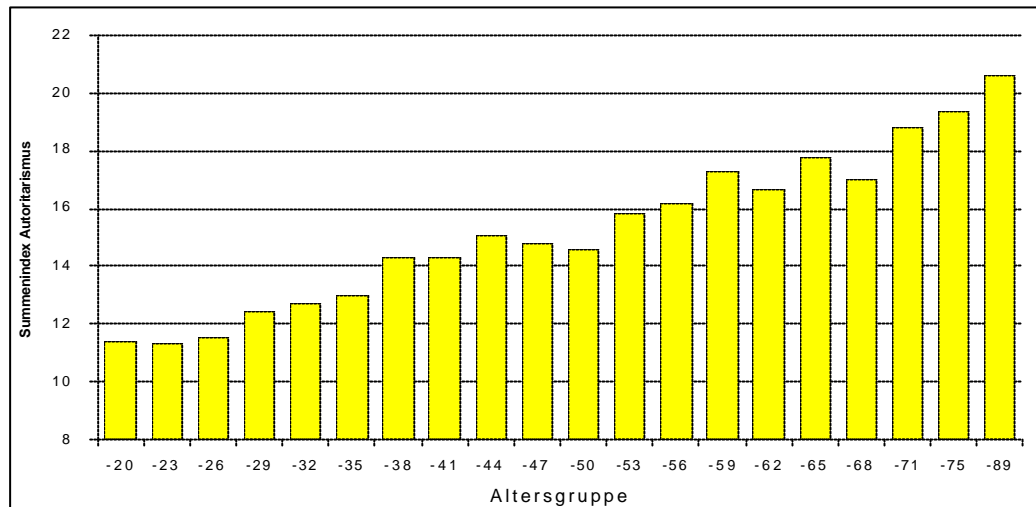


Abb. 4.1.1: Autoritarismus und Alter - Mittelwerte des Summenindex in den Altersgruppen (n = 2017)

Die Säulen des Diagramms zeigen deutlich, daß sich der Wert des Summenindex mit steigendem Alter nahezu verdoppelt. Zudem fällt ein vergleichsweise starker Anstieg zwischen den 33-35- und den 36-38-Jährigen auf. Im weiteren Verlauf läßt sich ein stagnierendes Plateau bis zur Gruppe 48-50 Jahre erkennen. Danach wird die theoretische Mitte der Skala mit dem Wert 16 überschritten und es erfolgt ein Anstieg der Gruppenmittelwerte bis über 20.

Obwohl der Alterseffekt beim Autoritarismus klar erkennbar ist, läßt sich der zugrundeliegende Prozeß, der die Beziehung zwischen dem Alter und dem autoritären Charakter beschreibt, anhand dieser Querschnitterhebung nicht erklären. Hierbei kann es sich einerseits um einen relativ stabilen Sozialisierungseffekt handeln. Andererseits kann ein "Lebenszeitprozess" dahinter stehen, dessen Ausmaß des Einflusses schwer meßbar ist. Im ersten Fall wäre die autoritäre Werthaltung, einmal in der prägenden Adoleszenz erworben, über die Lebenszeit hinweg relativ stabil. Im zweiten Fall würden die autoritären Anteile der Persönlichkeit im Laufe des Lebenszyklus<sup>76</sup> zunehmen. Es ist zudem fraglich, ob und inwieweit eine Kombination beider Erklärungsansätze auftritt.

<sup>76</sup> vgl. dazu Terwey 1993.

Bei der Kirchenbindung lassen sich ebenfalls starke Alterseffekte feststellen. Die Verlaufskurven der verbundenen Altersgruppenmittelwerte für Männer und Frauen zeigen, daß die Kirchenbindung (Kirchenbesuche) mit zunehmendem Alter ansteigt. Zudem gehen Frauen in späteren Lebensjahren häufiger zur Kirche als Männer.

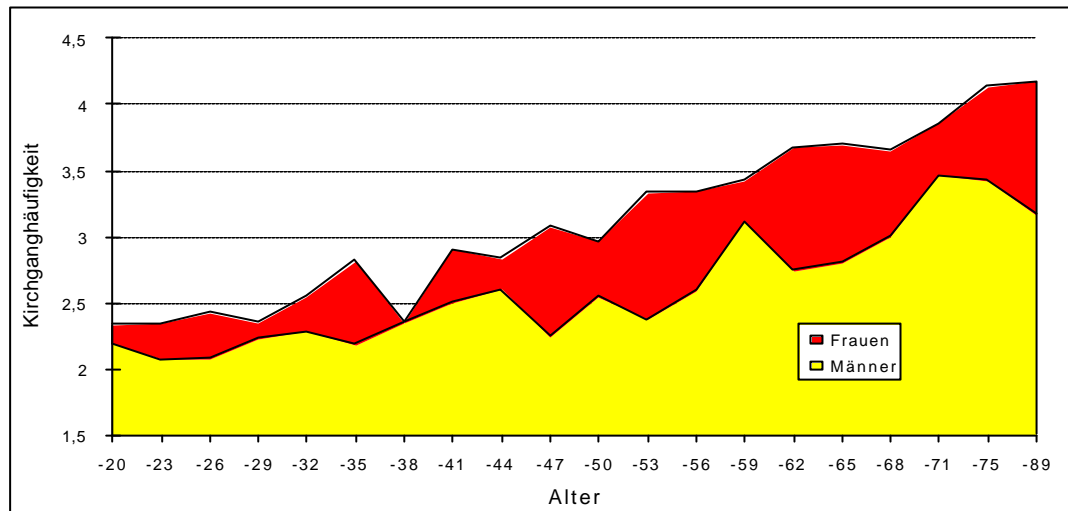


Abb. 4.1.2: Kirchenganghäufigkeit nach Alter und Geschlecht - Mittelwerte der Alterskohorten, (n = 2017, Kodierung: 1=nie, 2=selten/mehrmals im Jahr, 3=1-3mal/Monat, 4=1mal/Woche, 5=öfter als 1mal/Wo.)

Die Betrachtung der Gruppenmittelwerte zeigt einen variierenden, leicht uneinheitlichen Verlauf. Bei Frauen findet ein deutlicher Sprung ab dem 50. Lebensjahr statt. Für viele Frauen ist dies eine Altersstufe oder Lebensphase in der familiäre Veränderungen und Neuorientierungen geschehen (z.B. verlassen erwachsene Kinder die elterliche Wohnung).

Insgesamt sind Frauen durchweg häufigere Kirchgänger als Männer, wobei die Differenz zwischen den Geschlechtern mit steigendem Alter zunimmt.

In der folgenden Tabelle 4.1.4. sind die Korrelationen zwischen den soziodemographischen Merkmalen und den beiden Werthaltungen Autoritarismus und Kirchenbindung aufgelistet:

	Ge- schlech- t	Bildungs- grad	Jüngere o. Partner	Jüngere m. Partne- r	Ältere o. Partne- r	Ältere m. Part- ner	Gesund- heit (subj.)
Autoritaris- mus (+)	.00	-.33	-.36	-.20	.32	.29	-.15
Kirchenbindun- g (Kirchgang +)	-.23	-.17	-.39	-.09	.28	.21	-.16

Tab. 4.1.4: Autoritarismus und Kirchenbindung nach soziodemographischen Merkmalen - Korrelationen (n=1995)

Beide Wertorientierungen weisen überwiegend ähnlich gerichtete und der Höhe nach vergleichbare Korrelationen mit den soziodemographischen Variablen auf. Autoritäre Personen und Kirchenverbundene sind anteilig stärker vertreten in den beiden älteren Lebensphasegruppen und bei Personen, die sich möglicherweise altersbedingt weniger gesund einschätzen sowie in der Gruppe der formal geringer Gebildeten. Ein Effekt der Geschlechterzugehörigkeit läßt sich jedoch lediglich bei der Kirchenbindung feststellen (vgl. Abb. 4.1.2.). Ein Unterschied im Ausmaß des Autoritären Charakters nach Geschlecht besteht dagegen nicht. Frauen weisen diese Disposition der Werthaltung ebenso häufig und intensiv auf wie Männer.

#### **4.1.3. Individualpsychologische Merkmale und Soziodemographie**

Persönliche psychologische Merkmale der Befragten, erhoben mit Hilfe des von Beckmann, Brähler und Richter an der Gießener Psychosomatischen Klinik entwickelten Gießen-Tests bilden neben den basalen Werthaltungen wie der Autoritären Persönlichkeit und der Akzeptanz kirchlicher Werte einen zentralen Aspekt dieser Studie. Der Gießen-Test zeichnet sich besonders durch die starke Einbeziehung sozialer Aspekte (soziale Situation, Selbstsicht und Fremdsicht) aus. Er wurde den Befragten in vollem Umfang mit 40 Items im Selbstausfüller zur Beantwortung vorgelegt. Der Interviewte konnte also eigenständig ankreuzen, die Fragen wurden nicht vom Interviewer gestellt. Dadurch ist eine wenig fehlerbehaftete Antwortqualität des psychosozialen Persönlichkeitsinventars gewährleistet.

Die Testautoren postulierten die einzelnen GT-Skalen als unkorreliert und verwendeten eine orthogonal rotierte Faktorenanalyse. In der vorliegenden Studie wird jedoch davon



ausgegangen, daß auch die Persönlichkeitskonstrukte des Gießen-Tests nicht als unkorreliert und unabhängig voneinander betrachtet werden können. Es werden Interkorrelationen der Skalen bzw. Faktoren zugelassen<sup>77</sup>.

Für die Auswertung wurden die Gießen-Test-Items nach den Angaben der Autoren zu Summenindices addiert, um die GT-Skalen dem Original entsprechend interpretieren zu können.

Die Betrachtung der Interkorrelationstabelle der GT-Skalen verdeutlicht, daß die psychosozialen Konstrukte dieses Persönlichkeitsinventars teilweise hoch miteinander korrelieren.

Soziale Resonanz (SR)	1.00				
Dominanz (DO)	.11	1.00			
Kontrolle (KO)	.15	.25	1.00		
Grundstimmung (GS)	-.37	.08	.03	1.00	
Durchlässigkeit (DU)	-.49	-.03	.10	.32	1.00
	-----	-----	-----	-----	-----
	SR	DO	KO	GS	DU

Tab. 4.1.5.: Interkorrelationen der GT-Skalen (n = 1967)

Die Tabelle veranschaulicht, daß sich Befragte, die sich positiv sozial resonant erleben, auch durchlässiger und weniger depressiv in ihrer Selbstsicht sind als weniger sozial resonante Personen. Zudem sind die Skalen Dominanz und Kontrolle korrelativ verknüpft: Personen, die sich gefügiger als andere sehen, schätzen sich vergleichsweise zwanghaft ein und Dominante nehmen sich weniger kontrolliert wahr als Gefügte.

Die Annahme der Korreliertheit der GT-Skalen erlaubt auf der Basis dieser Korrelationskoeffizienten eine erneute Faktorenanalyse, eine "Quasi-FA-2.Ordnung". Die Ergebnisse dieser Faktorenanalyse auf Skalenebene geben darüber Aufschluß, welche Generalfaktoren den fünf Originalskalen des Gießen-Tests zugrunde liegen können. Diese sind jedoch rein hypothetischer Natur und sollten auf keinen Fall vertiefend interpretiert werden. Tabelle 4.1.6 zeigt die Ergebnisse als SPSS-Output.

---

<sup>77</sup> vgl. Giegler/Schürhoff 1992.

Final Statistics:							
Variable	Communality	*	Factor	Eigenvalue	Pct of Var	Cum Pct	
DOMIN	,59793	*	1	1,78375	35,7	35,7	
DURCHL	,62886	*	2	1,31223	26,2	61,9	
GRSTIMM	,52506	*					
KONTROL	,62300	*					
SOZRES	,72114	*					
OBLIMIN converged in 3 iterations.							
Pattern Matrix:							
			Factor 1		Factor 2		
SOZIALE RESONANZ			-,81237		,26014		
DURCHLÄSSIGKEIT			,79111		,04400		
GRUNDSTIMMUNG			,70377		,16212		
KONTROLLE			,02953		,78830		
DOMINANZ			-,02173		,77328		
Factor Correlation Matrix:							
			Factor 1		Factor 2		
Factor 1			1,00000				
Factor 2			,01531		1,00000		

Tab. 4.1.6.: Explorative Faktorenanalyse der GT-Skalen (n=1979) - SPSS Output

Die fünf GT-Skalen würden demnach in einer erneuten Faktorenanalyse zu zwei Konstrukten verschmelzen. Diese sind schwach korreliert und daher statistisch nahezu unabhängig voneinander. Die Korrelation beider Faktoren (Oblimin-Rotation) beträgt .015.

Im ersten Faktor wären die Persönlichkeitsmerkmale "nicht sozial resonant", "retentiv" und "depressiv" (oder auf dem entgegengesetzten Pol des Faktors: "sozial resonant", "durchlässig" und "hypomanisch") zusammengefaßt, während der zweite Faktor aus den Merkmalen "zwanghaft" und "gefügig" (oder als Gegenpol "durchlässig" und "dominant") gebildet würde.

Ausgeprägt entwickeltes Selbstwertgefühl<sup>78</sup> und damit einhergehende Handlungskompetenz werden als wichtige Einflußgrößen in bezug auf die persönliche Sexualität und auch in Hinsicht auf Einstellungen und Verhaltensabsichten in Verbindung mit AIDS angesehen.

Aus der Fülle der 40 Gießen-Testitems wurden sechs bipolar gestellte Fragen nach theoretisch-inhaltlichen Gesichtspunkten ausgesucht, um ein Selbstwertkonstrukt zu bilden. Dabei wurde zunächst vermutet, daß jeweils drei der sechs Items extrinsische und intrinsische Aspekte dieses Selbstwertkonstrukts messen. Die Überprüfung dieser Annahme mit Hilfe eines konfirmatorischen Faktorenmodells mit zwei Faktoren zeigt

<sup>78</sup> Schütz 1997.

jedoch, daß die extrinsische und die intrinsische Betrachtungsweise auf der Konstruktebene mit einem Wert in Höhe von .966 sehr hoch korrelieren. Beide Aspekte können somit nicht getrennt betrachtet werden. Daher wird eine Selbstwertkala gebildet, die aus sechs Gießen-Test-Items besteht. Die Faktorladungen für die Ein-Faktor-Lösung dieser Selbstwert-Skala liegen zwischen .61 und .73. Sie sind also homogen und ausreichend hoch. Neben den inhaltlichen Aspekten besitzt dieses Konstrukt auch statistisch eine hohe Güte und formale Gültigkeit.

Die Ergebnisse der Reliabilitätsprüfung ergeben für die Skala einen Cronbach' s Alpha wert von .73. Auch hier wird die Homogenität der Items bestätigt.

Statistics for Scale		Mean	Variance	Std Dev	N of Variables	
		29,9626	32,3424	5,6870	6	
Variance	Item Means	Mean	Minimum	Maximum	Range	Max/Min
,0306		4,9938	4,7964	5,3133	,5169	1,1078
	Item Variances	Mean	Minimum	Maximum	Range	Max/Min
,1131		2,0818	1,7260	2,4990	,7730	1,4478
	Inter-item Covariances	Mean	Minimum	Maximum	Range	Max/Min
,0076		,6617	,5111	,8271	,3160	1,6182
	Inter-item Correlations	Mean	Minimum	Maximum	Range	Max/Min
,0017		,3213	,2461	,3828	,1367	1,5554
Item-total Statistics						
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Alpha if Item Deleted	
G23	24,9626	24,6437	,4579	,2247	,7040	
G33	24,9924	23,8589	,4775	,2364	,6981	
G36	25,0753	22,7906	,5478	,3010	,6776	
G40	24,9672	23,0773	,4490	,2063	,7076	
G8	25,1662	23,2954	,4291	,1918	,7139	
G9	24,6493	24,1945	,4857	,2438	,6965	
Reliability Coefficients		6 items				
Alpha = ,7366		Standardized item alpha = ,7396				

Tab. 4.1.7.: Reliabilitätsüberprüfung der Selbstwertkala (Gießen-Test, n=1979) - SPSS Output

Die Betrachtung der Korrelationen der Selbstwertkala mit den Gießen-Test-Skalen (Tab. 4.1.8) zeigt, daß der Wert für die GT-Skala Soziale Resonanz .77 erreicht.

Dieser hohe Wert spiegelt die Tatsache wider, daß beide Skalen jeweils drei Items gemeinsam haben.

Stark negativ sind die Zusammenhänge dagegen mit der Grundstimmung und der Durchlässigkeit. Personen, die sich selber als wertvoll einstufen, sehen sich eher wenig depressiv und durchlässiger als andere.

	Soziale Reso-nanz (pos.s.r. +)	Dominanz (gefügig +)	Kontrolle (zwanghaft +)	Grundstimmung (depressiv +)	Durchlässigkeit (retentiv +)
Selbstwert (+)	.77	.02	.18	-.55	-.45

Tab. 4.1.8.: Korrelationen des Selbstwertkonstruktes mit GT-Skalen (n=1967)

Die Validierung mit exogenen soziodemographischen Merkmalen mit Hilfe der Regressionsanalyse belegt, daß die Selbstwertkala plausibel durch diese erklärt werden kann. Die Interpretation der standardisierten Regressionskoeffizienten zeigt:

- Das Selbstwertgefühl ist bei Älteren, die ohne Partner leben, deutlich geringer ausgeprägt als bei Personen in anderen Lebensphasen.
- Es nimmt mit steigendem Alter ab.
- Es ist bei schlechterem Gesundheitszustand geringer, wobei dies keinen Alterseffekt beinhaltet, also auch "jüngere Kranke" sich weniger wertvoll fühlen als Gesundere (partieller Koeffizient).
- Selbstwertgefühl ist stärker bei höheren Bildungsgraden vorhanden.
- Frauen fühlen sich im Durchschnitt weniger wertvoll als Männer.

Die Zusammenhänge zwischen Persönlichkeits- und Sozialmerkmalen sind in Tab. 4.1.9. anhand von Korrelationskoeffizienten dargestellt.

Gesundheits- zustand (subj.)	Geschl.	Jüngere		Ältere			
		Bildungs- grad	ohne Partner	mit Partner	ohne Partner	mit Partner	
SOZIALE RESONANZ (positiv s.r. +)	.08	.13	.01	.13	-.15	-.04	.19
DOMINANZ (gefügig +)	.11	-.16	-.22	-.03	.16	.10	-.05
KONTROLLE (zwanghaft +)	.04	-.06	-.28	-.09	.14	.23	-.06
GRUNDSTIMMUNG (depressiv +)	.21	-.09	-.10	-.08	.22	.01	-.28
DURCHLÄSSIGKEIT (retentiv +)	-.01	-.13	-.03	-.21	.28	.05	-.24
SELBSTWERT (+)	-.14	.17	-.01	.12	-.23	.04	.20

Tab. 4.1.9.: Zusammenhänge zwischen soziodemographischen und persönlichkeitspsychologischen Merkmalen - Korrelationen (n = 1995)

Die Tabelle zeigt darüber hinaus, daß sich Frauen im Gegensatz zu Männern depressiver sowie tendenziell gefügiger und sozial kompetenter einstufen.

Die prägnanteste Lebensphase im Spiegel der Persönlichkeitsmerkmale ist die Gruppe der Älteren ohne Partner. Deutlich unterschieden von Personen in anderen Lebensphasen sehen sie sich retentiver, depressiver und auch gefügiger, weniger sozial resonant und zwanghafter. Die vergleichbare Altersgruppe mit Partner weist diese Abweichungen in der Selbstsicht nicht auf. Lediglich das Ausmaß der Kontrolle liegt in der Wahrnehmung höher. Hier wird deutlich, daß die psychische Befindlichkeit stark vom Lebenszyklus und der Lebenssituation geprägt wird. So sehen sich Jüngere mit Partner im Vergleich zu Jüngeren ohne Partner deutlich durchlässiger und weniger dominant. Jüngere ohne Partner dagegen kennzeichnet im Profil eine stärkere Dominanz und deutlich stärkere Unterkontrolle.

Die Korrelationen zwischen dem Bildungsgrad und persönlichkeitspsychologischen Merkmalen deuten an, daß mit einem erweiterten Wissenshorizont auch größere Sicherheit, Kompetenz und Kommunikationsfähigkeit im Sozialverhalten einhergeht.

Personen mit höheren Bildungsabschlüssen bezeichnen sich im Vergleich zu anderen dominanter, besser ausgestattet für soziale Situationen und offener bzw. durchlässiger.

In Verbindung mit der Einschätzung des Gesundheitszustands zeigt sich, daß sich Personen mit schlechterer gesundheitlicher Konstitution im Vergleich auch depressiver, retentiver und weniger sozial kompetent beurteilen<sup>79</sup>.

#### **4.1.4. Validierung des Gießen-Tests mittels sozialwissenschaftlicher Variablen und Konstrukte (Bildungsgrad, Lebensphase, Arbeitszufriedenheit und Gesundheitszustand) auf Itemebene**

Die Betrachtung der Zusammenhänge zwischen dem Gießen-Test und anderen sozialwissenschaftlichen Variablen und Konstrukten<sup>80</sup> dient zwei Zielen. Zum einen kann auf diese Weise der Gießen-Test einer Überprüfung im Sinne einer (externen) Validierung unterzogen werden. Zum anderen wird so die Relevanz des Gießen-Tests in der praktischen Anwendung der alltäglichen Meinungsforschung geprüft. Dazu muß man sich den aktuellen Stand der empirischen Markt- und Meinungsforschung hinsichtlich exogener erklärender Variablen, von denen angenommen wird, daß sie Zielgruppen trennscharf beschreiben können, vor Augen halten.

In Repräsentativstudien mit sozialwissenschaftlichem Charakter wie z. B. dem ALLBUS (Allgemeine Bevölkerungsumfrage, ZUMA Mannheim), aber auch in Studien zum Mediennutzungsverhalten und in Marktforschungsumfragen werden in der Regel für Subgruppenanalysen eine Reihe von Merkmalen zur Soziodemographie erhoben (Alter, Geschlecht, Bildungsniveau, Einkommen, Religionszugehörigkeit, Gemeindegröße etc.). Die erfragten Einstellungen und Verhaltensabsichten werden dann nach diesen Merkmalen aufgebrochen, in Tabellenform dargestellt und entsprechend interpretiert.

Zur Definition und näheren Beschreibung der Zielgruppen oder des Publikums reichen heute allein soziodemographische Merkmale vielen Forschern nicht mehr aus, um den Bedürfnissen nach exakter und ausführlicher Charakterisierung nachzukommen. Neben

---

<sup>79</sup> vgl. hierzu auch Kap.4.1.4. Validierung des Gießen-Tests.

<sup>80</sup> vgl. dazu auch Kap. 4.1.5. Wertorientierungen und Persönliche Merkmale, in dem Zusammenhänge zwischen Gießen-Test und Autoritarismus dargestellt sind.

Life-Style-Aspekten rücken insbesondere psychologische Erklärungsmuster in den Vordergrund.

Der Gießen-Test eignet sich aufgrund seiner sozialpsychologischen Ausrichtung sowohl zur Beschreibung von Subgruppen repräsentativer Bevölkerungsstichproben als auch zum Verständnis des Zusammenhangs zwischen psychologischen Einflußgrößen und soziodemographischen Daten oder anderen sozialwissenschaftlich relevanten Konstrukten. An den Beispielen des Bildungsgrades, der Arbeitszufriedenheit und der Autoritären Persönlichkeit soll im folgenden diese Anwendung des Gießen-Test veranschaulicht werden. Es sei nochmals darauf hingewiesen, daß in der Befragung die 40 Items des Gießen-Tests als Selbstausfüller erhoben wurden und sie somit eine hohe, wenig fehlerbehaftete Datenqualität aufweisen.

### **Bildungsgrad und Gießen-Test**

Der Bildungsgrad einer Person, ausgedrückt durch den höchsten erreichten Bildungsabschluß ist in starkem Maße abhängig von dem Alter des Befragten (Produkt-Moment-Korrelationskoeffizient =  $-.34$ ). Um nun Zusammenhänge zwischen dem Bildungsgrad und einzelnen Items des Gießen-Tests möglichst unverfälscht darstellen zu können, müssen die Ergebnisse um diesen Alterseffekt bereinigt werden. Dies geschieht, indem Korrelationen berechnet werden, die den Einfluß des Faktors Alter ausschalten (partielle Korrelationen).

Führt man diese statistische Prozedur für die Items des Gießen-Tests im Hinblick auf den Bildungsgrad durch, dann ergibt sich eine altersbereinigte Darstellung der Zusammenhänge. Auf Item-Ebene ergeben sich im einzelnen folgende Effekte:

Mit steigendem Bildungsniveau sagen Befragte von sich,

- sie legen es eher darauf an, andere zu lenken (GT-Item 3),
- sie benehmen sich im Vergleich zu anderen besonders eigensinnig (GT-Item 31) und
- sie sind eher stark daran interessiert, andere zu übertreffen (GT-Item 7).

Die beiden ersten Items gehören zur Skala "Dominanz". Das dritte Item betont den Rivalitätsaspekt in den sozialen Beziehungen. Es besteht also im Bewußtsein der Befragten ein enger Zusammenhang zwischen Bildungsniveau und solchen Aspekten des sozialen Selbstbildes, in denen Dominanz- und Rivalitätsansprüche zur Geltung kommen. Je höher das Bildungsniveau, desto stärker wird von den Befragten die eigene Tendenz eingestanden, andere übertreffen und dominieren zu wollen bei Wahrung der Eigensinnigkeit. Umgekehrt neigen die Befragten mit niedrigem Bildungsniveau dazu, rivalisierende Auseinandersetzungen zu meiden, stattdessen sich fügsam und anpassungswillig unterzuordnen. In diesem Zusammenhang spiegelt sich der enorme Einfluß, den das Bildungsniveau auf den sozialen Status und das soziale Selbstbild hat. In der Selbsteinschätzung ihrer sozialen Verhaltensintentionen wiederholen die Befragten ihre Position in der Bildungshierarchie. Wer also aufgrund seiner Bildungskarriere in eine niedrigere gesellschaftliche Position geraten ist, wird sich eher gefügig unterordnen und Konkurrenz und Rivalität meiden als derjenige, der ein höheres Bildungsniveau erreicht hat und sich demzufolge berufen glaubt, andere zu übertreffen und zu dominieren. Eine Schlußfolgerung aus diesem Zusammenhang könnte also lauten, daß die auf Konkurrenz und Rivalität basierende Leistungsgesellschaft daran interessiert sein muß, insbesondere den Gruppen mit niedrigem Bildungsniveau weiterführende Bildungs- und Qualifikationschancen einzuräumen, um der sozialen Resignation im Bewußtsein der Betroffenen entgegen zu wirken.

### **Psychische Befindlichkeit und Lebensphase**

Lassen sich ähnliche Zusammenhänge auch für die Beziehung zwischen psychosozialem Selbstbild und persönlichen Lebensumständen erkennen?

Auf Item-Ebene wurden dazu die Befragungsergebnisse nach acht verschiedenen Gruppen differenziert, die sich nach Alter, Geschlecht und Partnerbeziehung unterscheiden. Die Befragten wurden verschiedenen Lebensphasen zugeteilt, wobei eine Lebensphase durch das Alter (Jüngere bis 44 Jahre / Ältere ab 45 Jahre) und die Partnerbeziehung ("lebe mit Lebenspartner" / "lebe ohne Partner") definiert ist. Die vier möglichen Lebensphasen wurden nach Geschlechtern getrennt untersucht, sodaß



insgesamt acht Gruppen zur Betrachtung verfügbar waren. Auf der Basis der Gruppenmittelwerte für die 40 GT-Items kristallisierten sich insgesamt neun GT-Items heraus, die stark abweichende Mittelwerte aufweisen und somit stark differenzierende Qualität haben.

Setzt man nun die Abweichungen der einzelnen Gruppendurchschnittswerte vom Item-Mittelwert in der Gesamtpopulation mit Hilfe der Korrespondenzanalyse (ANACOR) zueinander in Beziehung, dann erhält man eine zweidimensionale Abbildung in Form einer Landkarte, in der die Abstände zwischen den Lebensphasegruppen und den GT-Items interpretiert werden können.

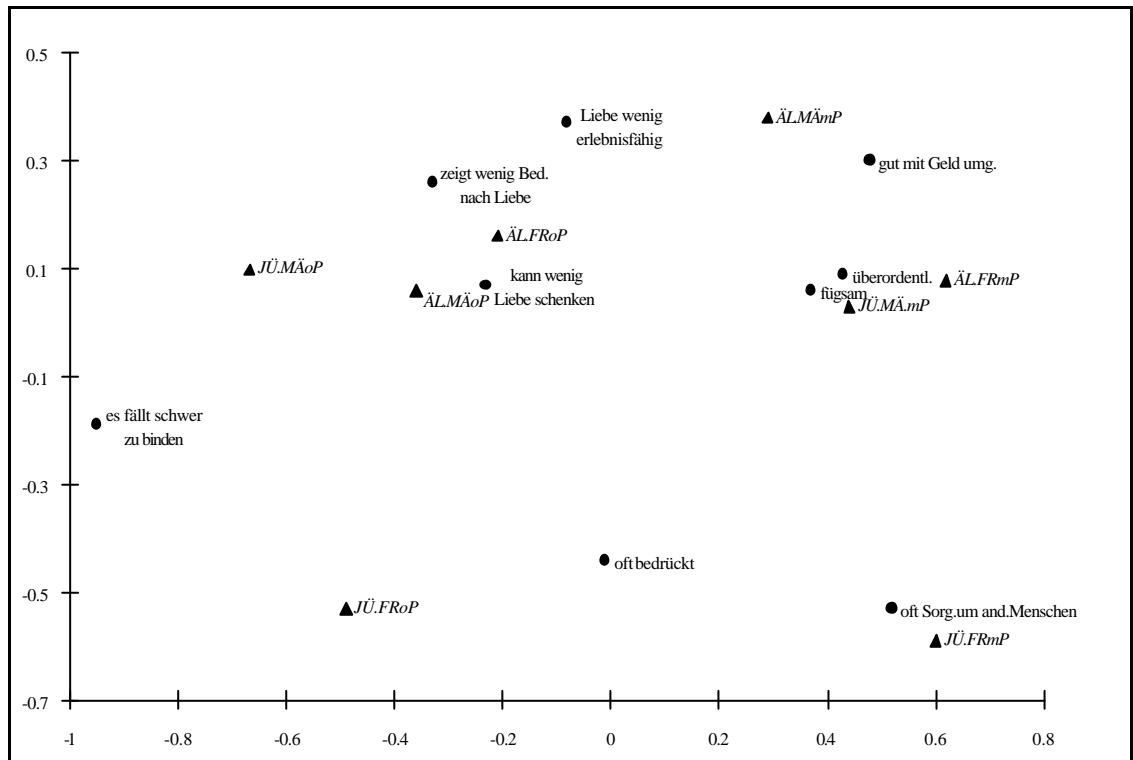


Abb. 4.1.3.: Giessen-Test, Lebensphase und Geschlecht – Korrespondenzanalyseplot (n=1995)

Vier Bereiche sind erkennbar, die ungefähr einer Quadranteneinteilung entsprechen. Dabei fällt auf, daß die obere Hälfte des zweidimensionalen Tableaus sechs Gruppen enthält, die untere Hälfte jedoch nur zwei. In der oberen Hälfte sammeln sich alle

Gruppen mit Männern sowie die Kohorten der älteren Frauen. In der unteren Hälfte sind die beiden Gruppen mit jüngeren Frauen positioniert.

Im linken oberen Quadranten befinden sich die partnerlosen Gruppen der jüngeren und älteren Männer sowie der älteren Frauen. Charakteristisch für diese Gruppen ist die Selbsteinschätzung mangelnder Liebesfähigkeit. Sie geben an, vergleichsweise wenig Liebe schenken zu können (Item 30) und wenig von den Bedürfnissen nach Liebe zeigen zu können (Item 11). Ältere Frauen ohne Partner schätzen sich außerdem als wenig erlebnisfähig in der Liebe ein (Item 34). Junge Männer ohne Partner zeichnen sich zudem stärker durch mangelnde Bindungsfähigkeit aus (Item 17).

Im rechten oberen Quadranten sind drei Gruppen angeordnet, die in einer Partnerschaft leben; es sind die jüngeren und älteren Männer sowie die älteren Frauen mit Partner/in. Es zeigt sich, daß die Gestaltung des partnerschaftlichen Alltags stark an strukturierende Merkmale und die Fähigkeit zum Konsens gekoppelt ist. Diese Personengruppen beschreiben sich als eher fügsam, eher überordentlich und gut im Umgang mit Geld.

Links unten ist die Gruppe der jüngeren Frauen ohne Partner positioniert. Sie schildern sich als vergleichsweise oft bedrückt. Rechts unten schließlich sind die jüngeren Frauen zu finden, die in einer Partnerschaft leben. Für sie ist charakteristisch, daß sie sich im Vergleich zum Durchschnitt oft Sorgen um andere Menschen machen.

### **Arbeitszufriedenheit und psychosoziales Selbstbild**

In der modernen Industrie- und Dienstleistungsgesellschaft ist das persönliche Wohlergehen maßgeblich von der Zufriedenheit am Arbeitsplatz bestimmt. In der schulischen und beruflichen Sozialisation soll der einzelne darauf vorbereitet werden, gemäß seinen Begabungen und Möglichkeiten die optimale Rolle im Arbeitsleben finden und ausfüllen zu können. Es liegt nahe, einen Zusammenhang zwischen psychosozialen Variablen und beruflicher Erfüllung zu vermuten. Wenn man die Arbeitszufriedenheit mißt und in Beziehung setzt zu den GT-Items, so ergibt sich ein deutliches Bild.

Wer mit seiner Arbeit zufrieden ist, neigt vorzugsweise zu folgenden Selbsteinschätzungen:

- "Ich glaube, ich bin eher darauf eingestellt, daß man mich für wertvoll hält" (GT-Item 23)
- "Ich habe den Eindruck, es fällt mir eher leicht, mit anderen eng zusammenzuarbeiten" (GT-Item 28)
- "Ich habe den Eindruck, daß andere mit meiner Arbeitsleistung im allgemeinen eher besonders zufrieden sind" (GT-Item 9)
- "Ich glaube, ich habe es im Vergleich zu anderen eher leicht, bei einer Sache zu bleiben" (GT-Item 38)
- "Ich denke, ich fühle mich den anderen Menschen eher sehr nahe" (GT-Item 25)

Diese Items gehören zu verschiedenen Skalen des Gießen-Tests, wobei auffällt, daß kein einziges Item der Grundstimmungsskala ("hypomanisch" versus "depressiv") vorkommt. Stattdessen koinzidiert die Arbeitszufriedenheit mit Merkmalsausprägungen in Richtung positiver sozialer Resonanz (Items 9 und 23), Gefügigkeit (Item 28), Zwanghaftigkeit (Item 38) und Durchlässigkeit (Item 25). Für Menschen, die mit ihrer Arbeit zufrieden sind, ist also in ihrem Selbstkonzept charakteristisch, daß sie auf Anerkennung und positive soziale Resonanz Wert legen, daß ihre Leistung anerkannt und belohnt wird, daß sie in der Zusammenarbeit anpassungsfähig sind, daß sie sich kontrollieren und auf eine Sache konzentrieren können und daß sie sich schließlich offen und aufgeschlossen gegenüber anderen erleben. Mit Ausnahme des Items 38 beruhen alle charakteristischen Merkmalsausprägungen der mit ihrer Arbeit zufriedenen Personen auf Aussagen zu ihren psychosozialen Beziehungen, d.h. auf den fundamentalen Qualitäten des Kontakterlebens und Kontaktverhaltens sowie der rollenhaften sozialen Erlebnisform. Bezeichnenderweise fehlen solche Items, die intrapsychische Merkmale abbilden. Man kann also von der emotionalen Grundbefindlichkeit einer Person nicht auf die Arbeitszufriedenheit schließen.

### **Subjektiver Gesundheitszustand und Persönlichkeitsmerkmale**

Die subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes ist stark vom Alter abhängig. Ähnlich wie bei der Betrachtung des Bildungsniveaus müssen auch hier die Alterseffekte durch Rückgriff auf die partiellen Korrelationen korrigiert werden. Dabei zeigt sich für diejenigen Probanden, die ihren Gesundheitszustand als gut einschätzen, ein charakteristisches Item-Profil im Gießen-Test:

- "Ich halte mich selten für sehr bedrückt" (GT-Item 14)
- "Ich denke, ich fühle mich den anderen Menschen eher sehr nahe" (GT-Item 25)
- "Ich denke, ich mache mir selten Selbstvorwürfe" (GT-Item 29)
- "Ich habe den Eindruck, daß ich mir eher selten über meine inneren Probleme Gedanken mache" (GT-Item 5)
- "Ich glaube, ich habe es im Vergleich zu anderen eher leicht, bei einer Sache zu bleiben" (GT-Item 38)
- "Ich fühle mich im Umgang mit dem anderen Geschlecht unbefangen" (GT-Item 40)
- "Ich habe den Eindruck, ich gehe eher leicht aus mir heraus" (GT-Item 19)
- "Ich habe den Eindruck, es gelingt mir eher gut, meine Interessen im Lebenskampf durchzusetzen" (GT-Item 33)
- "Ich habe den Eindruck, ich bin eher geduldig" (GT-Item 1)

Wer sich gesund fühlt, grenzt sich zunächst negativ ab von der depressiven Grundstimmung (Items 5, 14 und 29). Sich gesund zu fühlen, ist verbunden mit dem Selbsterleben, daß man sich selten für bedrückt hält, selten Selbstvorwürfe macht und selten über innere Probleme nachdenkt. Auf der Skala "Durchlässigkeit" versus "Retentivität" werden zwei Items in Richtung "Durchlässigkeit" bejaht; die sich gesund fühlen, gehen eher leicht aus sich heraus und fühlen sich anderen Menschen eher nahe. Dazu paßt auch die Aussage, daß sie sich im Umgang mit dem anderen Geschlecht eher unbefangen fühlen (Item 40). Wie stark im Bewußtsein der Bevölkerung Gesundheit mit sozialem Wohlbefinden und sozialem Erfolg zusammenhängt, zeigen ergänzend die Mer-

malsausprägungen in den Items 38 und 33. Konzentriert bei einer Sache zu bleiben und seine Interessen im Lebenskampf erfolgreich durchzusetzen, das erscheint als Merkmal eines gesunden Selbst.

#### 4.1.5. Wertorientierungen und individualpsychologische Merkmale

Besonderes Augenmerk gilt in diesem Kapitel den Zusammenhängen zwischen den Gießen-Test-Skalen und dem Autoritarismus.

In dem auf Levinson und Sanford zurückgehenden Konzept der "Autoritären Persönlichkeit" wurde der Zusammenhang zwischen politischen Ansichten und Einstellungen einerseits und persönlichen Charaktereigenschaften andererseits thematisiert. In der Verbindung psychologischer und sozialer Gegebenheiten lag der für die Entwicklung der modernen kritischen Gesellschaftstheorie bahnbrechende Charakter dieses Ansatzes. Wie und in welchem Ausmaß sind empirische Zusammenhänge zwischen dem Gießen-Test als Persönlichkeitsprofil und dem Autoritären Charakter festzustellen? Lassen sich weitere erklärende Korrelate beschreiben? In der folgenden Tabelle sind Richtung (Vorzeichen) und Grad der Verknüpfung zwischen den erhobenen Konstrukten der Skalen des Gießen-Tests, Selbstwertkonstrukt, Autoritarismus und Kirchenbindung durch die Höhe der Interkorrelationen dargestellt:

Soziale Resonanz (SR) (pos.soz.res. +)	1.0							
Dominanz (DO) (gefügig +)	.11	1.0						
Kontrolle (KO) (zwanghaft +)	.14	.26	1.0					
Grundstimmung (GS) (depressiv +)	-.37	.09	.05	1.0				
Durchlässigkeit (DU) (retentiv +)	-.48	-.03	.11	.31	1.0			
Selbstwert + (SW)	.77	.02	.18	-.55	-.45	1.0		
Autoritarismus + (AU)	.01	.21	.26	.02	.08	.00	1.0	
Kirchenbindung + (KB)	-.01	.16	.20	.11	.01	-.09	.28	1.0
	SR	DO	KO	GS	DU	SW	AU	KB

Tab. 4.1.10.: Wertorientierungen und persönlichkeitspsychologische Merkmale - Interkorrelationen (n=1967)

Wie schon in Kapitel 4.1.2. festgestellt, stehen die Werte der Befragten auf der Autoritarismusskala in starkem Maße in Verbindung zur Kirchengangshäufigkeit. Eine starke Kirchenbindung geht einher mit einer verstärkt autoritären Werthaltung.

Das Selbstwertkonstrukt ist, wie oben erwähnt, sehr stark mit der GT-Skala "Soziale Resonanz" korreliert (.77), da allein drei Items aus der GT-Skala auch in dem neu gebildeten Konstrukt zu finden sind.

Anhand der Korrelationen zeichnet sich ferner sehr deutlich das Profil des Autoritären Charakters ab. So sind die GT-Skalen "Soziale Resonanz", "Grundstimmung" und "Durchlässigkeit" nicht oder nur schwach mit der Autoritarismusskala verknüpft. Die Skalen "Dominanz" und "Kontrolle" zeigen hingegen positive Korrelationen mit den Autoritarismuswerten. Dies war bereits von den Testautoren erwartet worden, die in der Interpretation der Skala "Dominanz" ausführen: "Stellt man sich das Verhältnis zwischen den Skalenpolen personifiziert vor, ergäbe sich in geradezu klassischer Reinheit der Typ eines autoritären Rollenverhältnisses in wechselseitiger Bedingtheit"<sup>81</sup>.

Auf der einen Seite stehen Aggressivität und Eigensinn (dominant), auf der anderen Seite Anpassung, Aggressionsunfähigkeit und Unterordnung, die Untertanenhaltung. Anale Züge sadomasochistischer Prägung stellen die triebpsychologische Seite des Autoritären Charakters dar. Ergänzt wird das psychologische Bild der Autoritären Persönlichkeit durch die hohe Korrelation mit der Skala "Kontrolle", die unterschiedliche Ausprägungen der Triebregulation mißt und stark im intrapsychischen Individualbereich angesiedelt ist.

Dem triebhaften Charakter (unterkontrolliert) steht die Zwangsstruktur (überkontrolliert) gegenüber, die sich in der Autoritären Persönlichkeit findet. Die beiden GT-Skalen "Dominanz" und "Kontrolle" haben darüber hinaus dem Inhalt nach auch mit Macht und Hierarchie zu tun. So wird deutlich, daß die Autoritäre Struktur weniger mit Kompetenz in sozialen Situationen zu tun hat oder in Verbindung steht mit dem alltäglichen Umgang mit anderen (Soziale Resonanz, Grundstimmung und Durchlässigkeit), sondern vielmehr

---

<sup>81</sup> Beckmann/Brähler/Richter 1991, S. 43.

mit der Ambivalenz unterwürfiger und gleichzeitig macht- sowie geltungshungriger innerer Strukturen zusammenhängt.

Bemerkenswert erscheint, daß die Aufteilung der Korrelationen der Autoritarismusskala mit den GT-Skalen identisch ist mit der Trennung der GT-Skalen in zwei Faktoren bei einer Faktorenanalyse über die Skalenwerte. Hier bilden ebenfalls die Skalen "Kontrolle" und "Dominanz" einerseits und "Soziale Resonanz", "Durchlässigkeit" und "Grundstimmung" andererseits je einen Faktor.

Noch klarer wird das Bild des Autoritären Charakters nach psychosozialen Gesichtspunkten bei der Betrachtung der einzelnen GT-Items. Signifikante Korrelationen finden sich in neun GT-Items.

Befragte mit hohen Werten auf der Autoritarismusskala bejahen die folgenden Items:

- "Ich habe den Eindruck, ich bin eher überordentlich" (GT-Item 21)
- "Ich glaube, ich kann im Vergleich mit anderen eher gut mit Geld umgehen" (GT-Item 13)
- "Ich glaube, ich benehme mich im Vergleich zu anderen eher besonders fügsam" (GT-Item 31)
- "Ich schätze, ich gerate besonders selten in Auseinandersetzungen mit anderen Menschen" (GT-Item 22)
- "Ich glaube, ich bin im Vergleich zu anderen in der Liebe wenig erlebnisfähig" (GT-Item 34)
- "Ich habe den Eindruck, ich schaffe mir im Leben eher besonders viel Mühe" (GT-Item 24)
- "Ich schätze, daß ich eher dazu neige, meinen Ärger in mich hineinzufressen" (GT-Item 6)
- "Ich denke, ich habe sehr schlechte schauspielerische Fähigkeiten" (GT-Item 35)
- "Ich glaube, ich kann sehr schwer ausgelassen sein" (GT-Item 39)

Diese Selbstcharakterisierung beschreibt die Autoritäre Persönlichkeit als wenig impulsiv, wenig von seinen Emotionen zeigend, aggressionsgehemmt, phantasielos und wenig liebevoll. Sie zeigt auch, welche großen Schwierigkeiten diese Personengruppe mit sich selbst hat (Schwäche der Ich-Überich-Organisation). Schauspielerische Fähigkeiten sind nicht vorhanden, man kann schwer ausgelassen sein und ist in der Liebe wenig erlebnisfähig. Darüberhinaus wird die Fügsamkeit als wertvoll betont, und Konflikte sowie Auseinandersetzungen mit anderen Menschen werden vermieden. Diese Merkmalsausprägungen führen zu entscheidenden Nachteilen auf der sozialen Bühne, es resultieren Entsaugungen und Niederlagen im sozialen Konkurrenzkampf.

An dieser Stelle knüpft die aus den Studien zum Autoritären Charakter bekannte Dynamik an. Die für die eigene Person empfundene soziale Benachteiligung wird projektiv abgewehrt, d.h. in der Stigmatisierung und Verfolgung sozialer Minderheiten kanalisiert. Gleichzeitig sollen die empfundenen Defizite durch die Betonung anal-kontrollierender Mechanismen kompensiert werden, wie an der überragenden Bedeutung der Ordnung und des Umgangs mit Geld zu ersehen ist. An diesen wenigen ausgewählten Ergebnissen wird deutlich, daß der Autoritäre Charakter auch heute noch als Kategorie zum Verständnis sozialpsychologischer Zusammenhänge empirisch brauchbar ist und sich in den Items und Skalen des Gießen-Tests mit typischen Merkmalsausprägungen widerspiegelt.

Ein ähnliches Bild hinsichtlich der Ausprägung auf den GT-Skalen "Dominanz" und "Kontrolle" ergibt sich für die intensivere Kirchenbindung: Personen, die häufiger als andere Gottesdienste aufsuchen, sehen sich zwanghafter und gefügiger als andere. Zudem weisen sie ein geringeres Selbstwertgefühl auf und schätzen sich im Vergleich zu anderen etwas depressiver ein.

#### **4.2. Die Bedrohlichkeit von AIDS im Vergleich zu anderer Krankheiten**



Der Stellenwert und die Bedeutung der Immunschwächekrankheit AIDS in der Einschätzung durch die Bevölkerung läßt sich näher bestimmen, indem der Kontext mit verschiedenen anderen Krankheiten betrachtet wird.

Im Interview wurden die Befragten aufgefordert, sechs Krankheiten in einer persönlichen Rangfolge nach Bedrohlichkeit zu ordnen: „Welche Krankheit wäre für Sie am schlimmsten, wenn Sie selbst davon betroffen wären?“ Einschätzungen wurden zu Krebs, Herzinfarkt, AIDS, Schlaganfall, Querschnittslähmung und Geisteskrankheit abgegeben.

Das statistische Bundesamt der Bundesrepublik Deutschland weist für 1990 mit weitem Abstand Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems - also Herzinfarkt und Schlaganfall - als häufigste Todesursache aus. Etwa 460.000 Einwohner starben in diesem Jahr ursächlich an diesen beiden Erkrankungen. Bösartige Zellwucherungen (Krebs) standen mit 205.000 Todesfällen an zweiter Stelle.

In der Betroffenheit der Bevölkerung ergibt sich jedoch die umgekehrte Reihenfolge. Berücksichtigt man die Nennungen der ersten beiden Rangplätze (Rang 1 oder Rang 2), so wird am häufigsten Krebs genannt. 63% der Befragten gaben diese Krankheit auf dem ersten und zweiten Platz als Hauptbedrohung für sie an. Danach folgt unerwartet AIDS: 45% der Befragten nennen diese Krankheit auf den ersten beiden Rangplätzen ihrer persönlichen Bedrohlichkeitsskala. Die weitere Reihenfolge in der Häufigkeit der ersten beiden Rangplätze lautet dann: Querschnittslähmung (43%), Geisteskrankheit (30%), Herzinfarkt (17%) und Schlaganfall (13%).

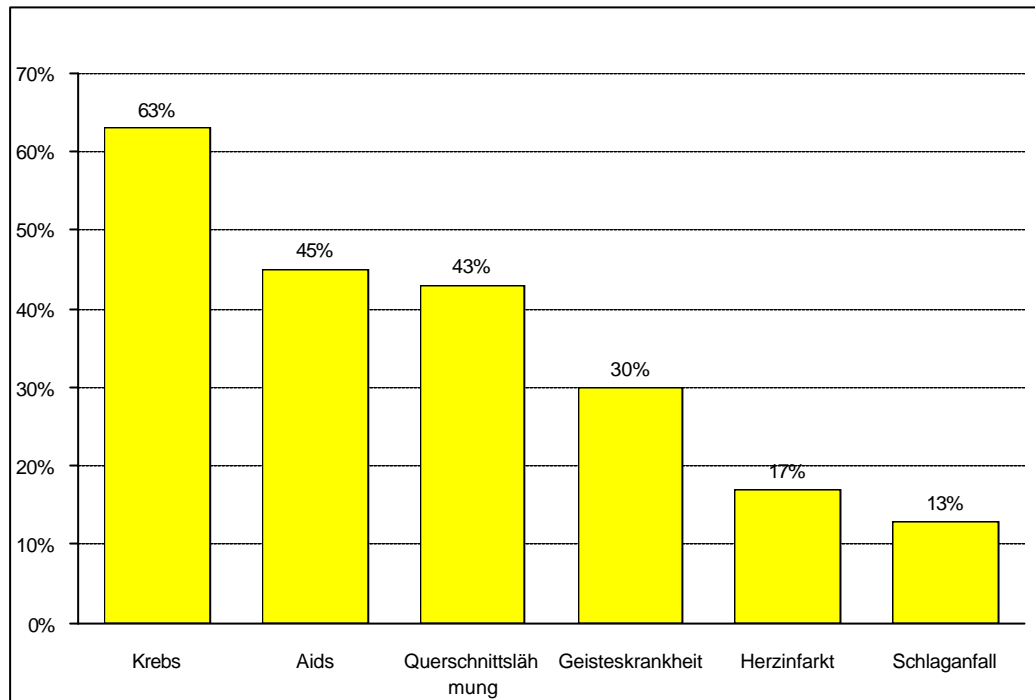


Abb. 4.2.1.: "Welche von diesen Krankheiten wäre für Sie persönlich am schlimmsten, wenn Sie selbst davon betroffen wären?" Prozenhäufigkeit der ersten beiden Rangplätze (n = 1854)

Überraschend niedrig fallen die Nennungen für Herzinfarkt und Schlaganfall aus. Der Herzinfarkt wird von den Befragten vergleichsweise selten bedrohlich eingestuft. Für ca. 75% der Befragten gehört der Herzinfarkt nicht zu den drei meistgenannten Krankheiten, was angesichts der nach wie vor hohen Letalität des akuten Infarktgeschehens erstaunlich erscheint.

Insgesamt werden offenbar die Krankheiten als schlimmer angesehen, die sich durch einen chronischen Verlauf auszeichnen. Demgegenüber erscheinen Krankheiten als weniger schlimm, die zwar als akutes und möglicherweise foudroyantes Geschehen ablaufen, aber - falls sie überlebt werden - zu einem neuen status quo führen können.

Psychoanalytisch gesehen zeigt sich in den Befunden, unter welchen Umständen wir besser die Probleme von Krankheit, Siechtum und Sterben abwehren können. Ein chronischer Prozeß konfrontiert uns täglich mit diesem Schicksal und wird deshalb als schlimmer und unerträglicher empfunden als ein lebensgefährliches akutes Krankheitsgeschehen, in dem unsere Abwehr nur kurzfristig gefährdet erscheint.

Die Einschätzung der Bedrohung durch Krankheit wird in starkem Maß von der Lebensphase bzw. dem Geschlecht und dem Familienstand der Befragten bestimmt. Abbildung 4.2.2. veranschaulicht das Ergebnis einer Korrespondenzanalyse in Form einer zweiachsigen Graphik. Bei der statistischen Methode der Korrespondenzanalyse werden die aufgeführten Merkmale auf der Basis standardisierter Reihen - und Spaltenwerte graphisch angeordnet. Ausgangspunkt ist im vorliegenden Fall eine zweidimensionale Kreuztabelle (Tab. 4.2.1.), die die Prozentwerte der beiden ersten Rangplätze, aufgeschlüsselt nach Lebensphase und Geschlecht, beinhaltet.

%-Werte	Krebs	AIDS	Querschnitts- lähmung	Geistes- krankheit	Herzinfarkt	Schlaganfall
Jüngere Frauen ohne Partner	60	61	40	31	10	10
Jüngere Frauen mit Partner	64	53	39	31	11	9
Ältere Frauen ohne Partner	72	27	43	27	20	25
Ältere Frauen mit Partner	72	37	35	29	19	16
Jüngere Männer ohne Partner	46	57	52	33	15	8
Jüngere Männer mit Partner	59	52	52	28	13	10
Ältere Männer ohne Partner	60	32	36	30	28	22
Ältere Männer mit Partner	68	32	44	32	23	14

Tab. 4.2.1.: AIDS im Kontext anderer Krankheiten - Prozentwerte der ersten beiden Rangplätze nach Lebensphase und Geschlecht (n=1854)

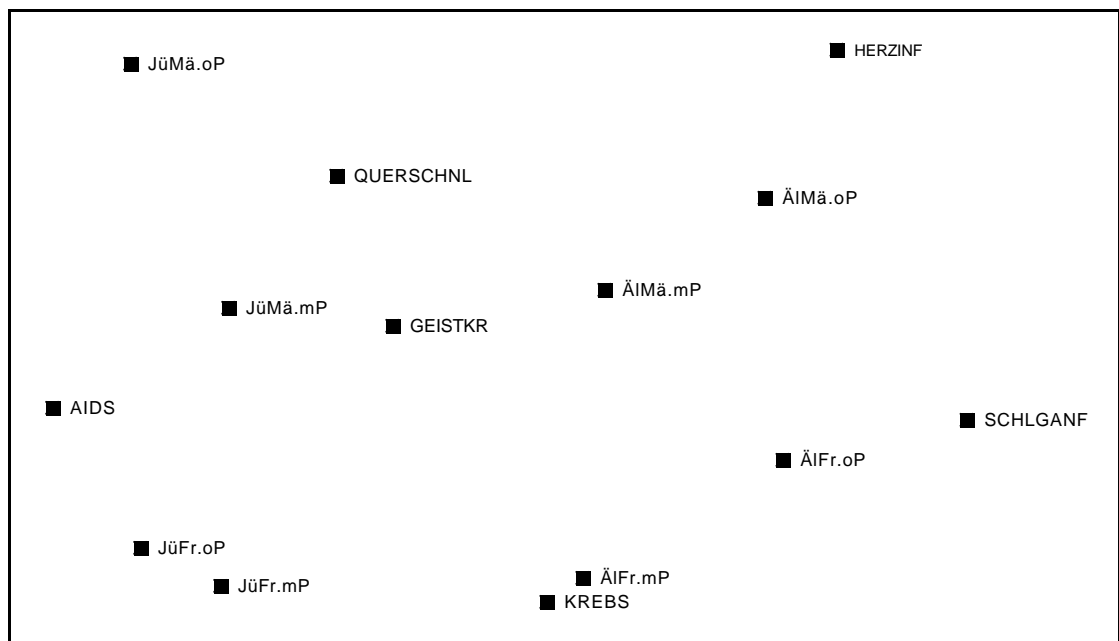


Abb. 4.2.2.: AIDS im Kontext anderer Krankheiten nach Lebensphase und Geschlecht - Korrespondenzanalyse-Plot, Programm ANACOR 0.4, Canonical normalization (n=1854)

Die Graphik zeigt einen zweidimensionalen Raum mit der Anordnung der Krankheiten sowie der Lebensphase- und Geschlechtergruppen. Die größten Unterschiede bestehen in der Einschätzung der Kreislaufkrankheiten, von Krebs und der Immunschwächekrankheit AIDS. Insgesamt wird die Information der Kreuztabelle durch die graphische Anordnung zu 89% reproduziert, wobei der horizontalen X-Achse der größere Anteil zukommt (X-Achse 78%, Y-Achse 11%).

Bei der Interpretation der Achsen hat das Alter der Befragten innerhalb der soziografischen Merkmale die größte Bedeutung. Jüngere Männer und Frauen, die mit oder ohne Partner leben, fühlen sich am stärksten von AIDS bedroht. Die größte Sorge tritt jedoch bei jungen Frauen ohne Partner auf.

Im Vergleich zu den Jüngeren befürchten Ältere häufiger Schlaganfälle und Herzinfarkte. Dabei besteht besonders große Furcht vor einem Schlaganfall bei älteren Frauen, die ohne Partner leben, und größere Angst vor einem Herzinfarkt bei älteren Männern.

In der Mitte des unteren Randes der Graphik ist die Krebserkrankung angeordnet. Diese Positionierung spiegelt die größere Furcht der Frauen vor dieser Krankheit wider. Hier sind es besonders ältere Frauen mit Partner, die die stärkste Betroffenheit angeben.

Für jüngere Männer stellt die Querschnittslähmung eine verhältnismäßig starke Bedrohung dar. Bei älteren Männern nimmt der Herzinfarkt einen vergleichsweise hohen Rang ein, insbesondere bei denen ohne Partner.

Geisteskrankheiten werden ohne Unterschied von Personen aller Lebensphasegruppen und von beiden Geschlechtern in gleichem Ausmaß gefürchtet. Daher befindet sich dieses Krankheitsbild im Zentrum der Graphik.

Weitere statistische Analysen mit Hilfe von Regressionsberechnungen zeigen zudem, daß der formale Bildungsgrad keinerlei Einfluß auf die Beurteilung der einzelnen Krankheiten hat. Lediglich bei der Krankheit Krebs gibt es einen, um den Alterseffekt bereinigten, schwachen Einfluß der Bildung. Personen mit geringerem Schulabschluß flößt Krebs im Gegensatz zu Personen mit höherem Abschluß größere Angst ein.

Die Kirchenbindung hat bis auf eine Ausnahme keinerlei Auswirkung auf die Einstufung der Bedrohlichkeit von Krankheiten. Nur die Immunschwächekrankheit AIDS bedroht die Personen, die oft die Kirche besuchen, weniger stark als kirchenferne Personen. Die Autoritäre Persönlichkeit ist demgegenüber eine entscheidende Einflußgröße für die Vergabe der Ränge. So fürchten sich Personen mit den Merkmalen der Autoritären Persönlichkeit häufiger als andere vor Herzinfarkten (Beta= .20, t-Wert= 5.6) und Schlaganfällen (Beta= .17, t-Wert= 5.1), selten jedoch vor AIDS (Beta= -.28, t-Wert= -7.9) oder Querschnittslähmungen (Beta= -.11, t-Wert= -2.6).

Die beiden persönlichkeitspsychologischen Merkmale der Sozialen Resonanz und der Dominanz (bzw. Gefügigkeit) haben keinerlei unterscheidende Wirkung hinsichtlich der Bedrohlichkeitseinstufung.

Nach persönlichkeitspsychologischen Kriterien betrachtet, wie sie mit dem Gießen-Test gemessen werden, unterscheiden sich Herzinfarkt und Querschnittslähmung nicht. Unterschiede gibt es jedoch bei AIDS, Geisteskrankheiten, Krebs und dem Schlaganfall: Personen mit größerer Sorge vor der Immunschwächekrankheit sehen sich vergleichsweise weniger zwanghaft (Beta= .08, t-Wert= 2.2) und durchlässiger (Beta= .08, t-Wert= 3.2). Befragte mit größerer Furcht vor einer Geisteskrankheit beschreiben sich zwanghafter (Beta= .08, t-Wert= 2.7), Krebsbesorgtere sehen sich retentiver (Beta= .07, t-Wert= 2.7) und Personen, die Schlaganfälle bedrohlicher finden, sehen sich depressiver (Beta= .05, t-Wert= 2.1) als andere.

H1: *Die Immunschwächekrankheit AIDS wird in einer spezifischen Weise wahrgenommen, die sich zum einen unterscheidet von der Wahrnehmung anderer Erkrankungen und die zum anderen vom persönlichen Status der Wahrnehmenden abhängt (Alter, Geschlecht, Bildung, etc.).*

→ Von den sechs im Fragebogen eingeschätzten Krankheiten wird AIDS, nach Krebs, von der Bevölkerung als zweitbedrohlichste Erkrankung eingestuft.

→ Die Bedrohung durch AIDS wird in hohem Maße von jüngeren Männern und Frauen empfunden, die mit oder ohne Partner leben. Die größte Sorge tritt bei jungen Frauen ohne Partner auf.

→ Hinsichtlich der psychographischen Merkmale beschreiben sich Personen, denen AIDS stärker Furcht einflößt, vergleichsweise wenig zwanghaft und durchlässig.

→ Kirchenverbundene und Personen mit Autoritärer Persönlichkeitsstruktur schätzen dagegen die Bedrohung weniger groß ein. Von anderen Krankheiten wäre dieser Personenkreis betroffener.

→ Der Bildungsgrad hat keinerlei Einfluß auf das Bedrohlichkeitsempfinden durch AIDS.

### **4.3. Wissen und Kenntnisstand zu AIDS**

AIDS ist in der erwachsenen Wohnbevölkerung der Bundesrepublik Deutschland ein weitgehend bekannter Krankheitsbegriff; lediglich knapp 2% der befragten Personen geben an, noch nichts über AIDS gehört zu haben. Wenn auch fraglich ist, ob die mit dem Begriff AIDS verbundenen Vorstellungen einigermaßen zutreffen, so ist zunächst davon auszugehen, daß - von wenigen Ausnahmen abgesehen - die erwachsene Wohnbevölkerung zum Zeitpunkt der Befragung schon von AIDS gehört hat. Dieser hohe Bekanntheitsgrad von AIDS wurde bereits in vorhergehenden Umfragen festgestellt. In der Allbus-Umfrage von 1988 beispielsweise gaben 1,1% der Befragten an, noch nichts über AIDS gehört zu haben. Daß dieser Wert konstant bleibt, belegen

die Zahlen aus dem Allbus '92. Nach wie vor liegt der Prozentsatz der Personen, die von AIDS noch nichts gehört haben, bei 2%.

Auf die Frage "Fühlen Sie sich genügend über die Krankheit AIDS informiert oder wünschen Sie noch mehr Informationen?" antwortete die große Mehrheit der Befragten (78%) zustimmend im Sinne der ersten Aussage. Mehr Informationen wünschen demgegenüber 20% der Befragten.

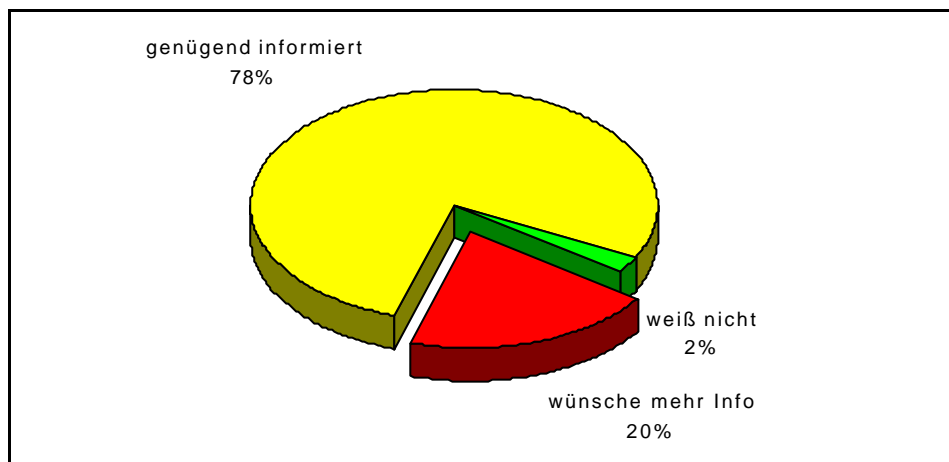


Abb. 4.3.1.: "Fühlen Sie sich genügend über die Krankheit AIDS informiert oder wünschen Sie noch mehr Information?" (n = 1985)

Wie berechtigt sind die Einschätzungen genügender Informiertheit? Lassen sie sich bestätigen, wenn man Fragen stellt, deren Beantwortung ein notwendiges Maß an Wissen und Informiertheit voraussetzen? Zur Einschätzung des Kenntnisstandes dienten zwei Fragen, die den Zusammenhang von AIDS- bzw. HIV-Testergebnis und potentieller Infektiosität betrafen. Zum Zeitpunkt der Befragung kann eine Person mit positivem HIV-Antikörpernachweis als potentiell infektiös betrachtet werden. Zutreffend beantworteten das 81% der Befragten.



Abb. 4.3.2.: Informationsstand über die Ansteckungsfähigkeit HIV-Infizierter: "Kann eine Person mit positivem Testergebnis andere Personen anstecken?" (n = 2018)

Bei der Nachfrage ob eine solche Person lebenslang ansteckungsfähig bleibt, reagieren knapp 20% derjenigen, die die Eingangsfrage nach der Infektiosität mit "Ja" beantwortet haben auf einmal unsicher. 16% antworten nun mit "weiß nicht" und 3% sagen entschieden "nein". Somit kann der Anteil derjenigen, die über fundierte und sichere Kenntnisse zur Infektiosität verfügen, lediglich auf 2/3 der erwachsenen Bevölkerung geschätzt werden. Etwa ein Drittel ist verunsichert oder falsch informiert. Für weitere statistische Auswertungen werden die Befragten, die beide Fragen mit "Ja" beantworteten, als Personen mit höherem Informationsgrad bezüglich der Übertragbarkeit der Infektionskrankheit AIDS eingestuft, während Befragte, die mindestens bei einer Frage "nein" oder "weiß nicht" antworteten, als weniger gut informiert und unsicher gelten.

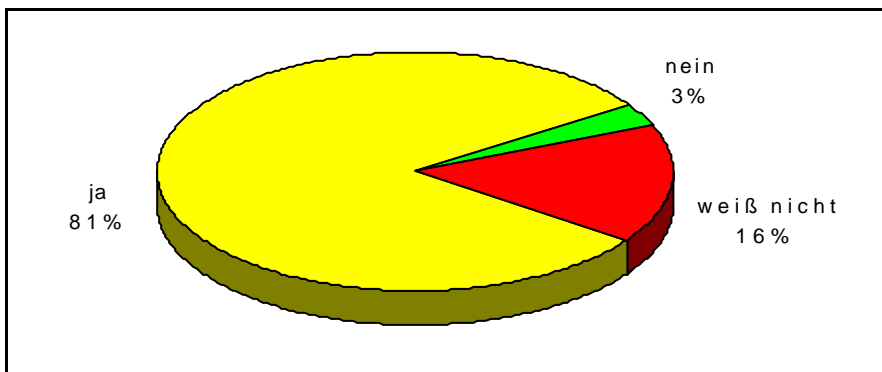




Abb. 4.3.3.: Informationsstand derjenigen, die über die über die Ansteckungsfähigkeit HIV-Infizierter informiert sind: "Bleibt eine Person mit positivem Testergebnis lebenslang ansteckungsfähig?" (n = 1639)

Mangelndes Wissen und Unsicherheit in der Einschätzung des Problems spiegeln sich auch wider, wenn nach der tatsächlichen Ausbreitung von AIDS gefragt wird. Fachexperten hielten es zum Befragungszeitpunkt für wahrscheinlich, daß ca. 50.000 bis 100.000 Personen der Bundesrepublik Deutschland HIV-infiziert sind. Bezogen auf die Gesamteinwohnerzahl wäre dies ein Anteil von ungefähr 1 bis 2 Promille. 1994 liegt die von der WHO ermittelte Zahl gemeldeter AIDS-Erkrankungen mit knapp 12.000 Fällen bei 0,18 Promille für die Gesamtbevölkerung in West- und Ostdeutschland. Für 1990 wurden 5.500 gemeldete Erkrankungen festgestellt. Die beiden folgenden Abbildungen zeigen die Entwicklung zwischen 1990 und 1994 und einen aktuellen Vergleich ausgewählter westeuropäischer Länder.

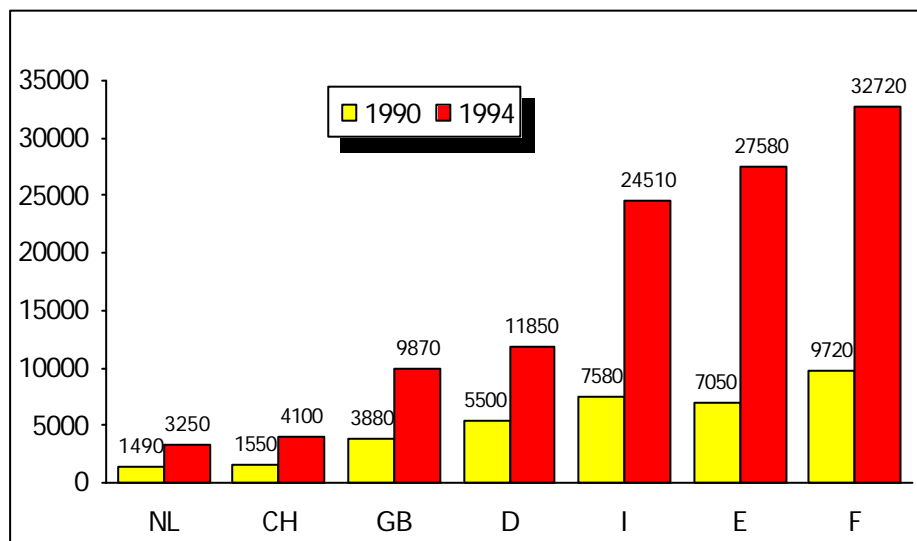


Abb. 4.3.4.: An die WHO gemeldete AIDS-Erkrankungen - Entwicklung in ausgewählten europäischen Ländern - 1990/1994 (Quelle: Statistisches Jahrbuch 1995 f.d. Ausland)

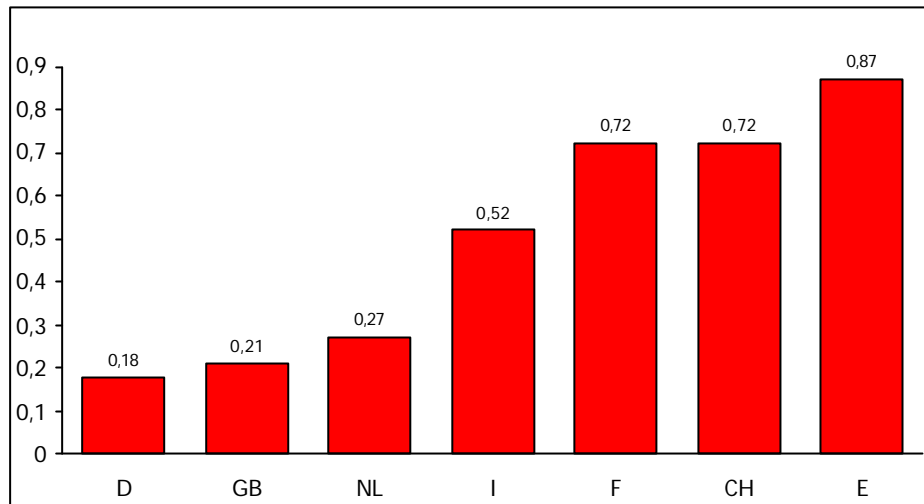


Abb. 4.3.5.: An die WHO gemeldete AIDS-Erkrankungen pro 1000 Einwohner - 1994  
(Quelle: Statistisches Jahrbuch 1995 f.d. Ausland)

Zum Befragungszeitpunkt konnte also höchstens einer von tausend Einwohnern als HIV-infiziert angesehen werden.

Unsere Frage im Interview lautete: "Wie hoch schätzen Sie den Anteil der mit dem AIDS-Virus bereits infizierten Personen an der Gesamtbevölkerung der Bundesrepublik Deutschland ein? Wieviel Prozent etwa sind das?" Für den Interviewer lagen die Antwortmöglichkeiten "weniger als 1% der Bevölkerung", "etwa 1 bis 5% der Bevölkerung", "etwa 5 bis 10% der Bevölkerung", "mehr als 10% der Bevölkerung" und "weiß nicht / unmöglich zu schätzen" im Fragebogen vor. Der Befragte wurde jedoch ohne diese Vorgaben gebeten zu schätzen.

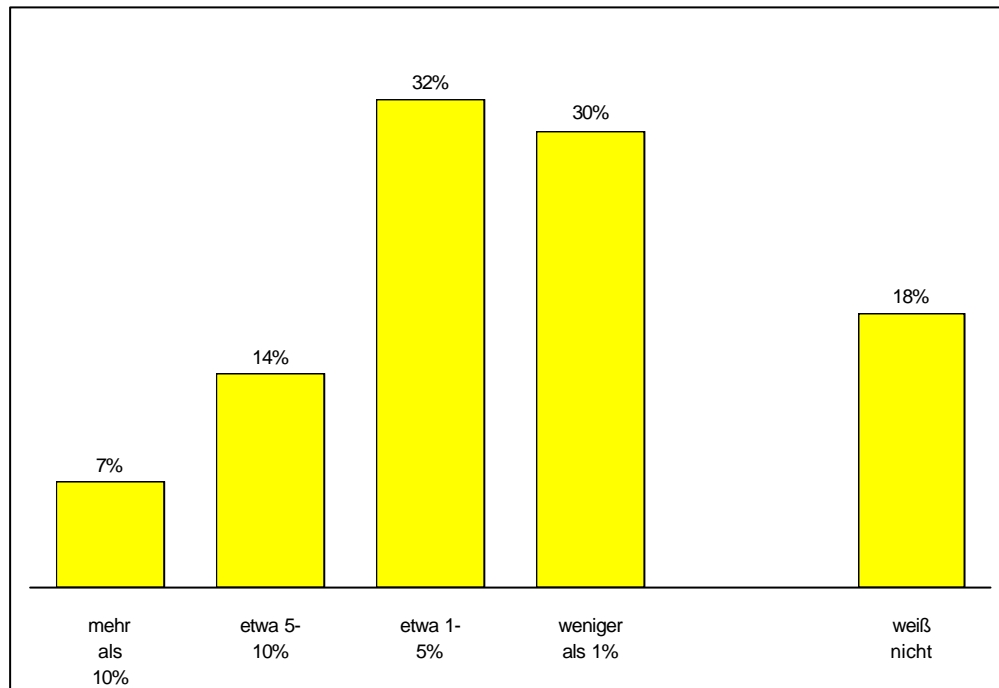


Abb. 4.3.6.: Geschätzter Anteil AIDS-Infizierter an der Gesamtbevölkerung der Bundesrepublik (n = 2008)

Wie Abb. 4.3.6. zeigt, sieht sich etwa jeder Fünfte nicht in der Lage, den Anteil der HIV-Infizierten zu schätzen. Hier deutet sich an, daß viele Befragte mit der Beantwortung der Frage bzw. der Schätzung überfordert waren. Die quantitativ einigermaßen zutreffende Einschätzung (Antwort: weniger als 1% der Bevölkerung) geben nicht einmal 1/3 der Befragten (30%) an. Ein weiteres knappes Drittel der Befragten (32%) schätzt den Anteil auf 1 bis 5% und überschätzt damit die Verbreitung der HIV-Infektion um den Faktor 10 bis 50. Weitere 20% der Befragten überschätzen die Ausbreitung noch weitergehend, zum Teil um zwei Zehnerpotenzen überhöht.

Zusammenfassend ist festzustellen, daß etwa 2/3 der Befragten, die sich die Angabe eines vorgegebenen Schätzwertes zutrauen, die Verbreitung der HIV-Infektion in der Gesamtbevölkerung erheblich, d.h. mindestens um den Faktor 10 erhöht, überschätzen.

Inwieweit nun stehen Wissen und Kenntnisstände miteinander in Beziehung, und durch welche Einflußgrößen werden sie bestimmt?

Für die Beschreibung der Zusammenhänge wurden polychorische Korrelationen berechnet, die in Tabelle 4.3.1 aufgeführt sind. Die Variable "Wissen um Infek-

tionswege" wurde aus den beiden Fragen zu Übertragungswegen gebildet. Als Wissen wird gewertet, wenn ein Befragter beide Fragen mit "ja" beantwortet (s.o.), ein geringeres Infektionsbewußtsein haben Befragte dann, wenn sie bei einer oder beiden Fragen "nein" oder "weiß nicht" angeben.

Geschätzter Anteil Infizierter	1.0		
Wissen um Infektionswegen	-.08	1.0	
Bedürfnis nach weiterer Inform.n	.13	-.13	1.0
	Geschätzter Anteil Infiz.	Wissen um Infektionsw.	Infobedürfnis

Tab. 4.3.1.: Wissen und Kenntnisstand - polychorische Korrelationen (n=1985)

Der Kenntnisstand um Infektionswege, geschätzter Anteil AIDS-Infizierter und Informationsbedürfnis sind untereinander nur schwach korreliert. Dies bedeutet, daß auch Personen, die um die Übertragungswege von AIDS wissen, den Anteil Infizierter überschätzen und im gleichen Maße weitere Informationen wünschen wie die weniger gut Informierten. Auch das Informationsbedürfnis und das Schätzen des Infiziertenanteils sind unerwartet schwach korreliert, so daß nicht gesagt werden kann, ob eine realistische Einschätzung des Infektionsgrades der Bevölkerung mit einer Informationssättigung einhergeht.

Zur Bestimmung der Einflußgrößen und der Stärke der Erklärungskraft wurden die Variablen Schätzanteil, Infektionsbewußtsein und Informationsbedürfnis als abhängige Variablen einer Regressionsanalyse unterzogen. Als Basis dienten, nach Meßniveau unterschieden, polychorische und polyserielle, sowie Produktmoment-Korrelationen, die mit PRELIS geschätzt wurden. Pfade, die entweder nicht signifikant oder das Kriterium der Varianzerklärungskraft von 1,5% oder höher (standardisierter Regressionskoeffizient  $\geq 0,12$ ) nicht erfüllen, sind in der Graphik nicht enthalten. Desweiteren sind exogene Variablen, die keinen signifikanten Effekt auf eine abhängige Variable aufweisen, nicht im Schaubild aufgeführt.

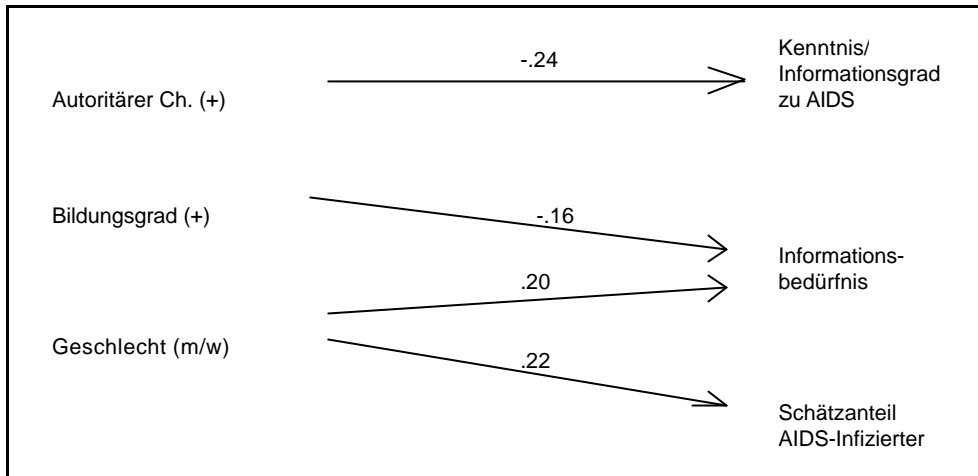


Abb. 4.3.7.: Determinanten kognitiver Aspekte in bezug auf AIDS - Regressionsanalyse (n=1979)

Die Graphik veranschaulicht, daß der AIDS-Infiziertenanteil von Frauen größer eingeschätzt wird als von Männern.

Die Kenntnis von Infektionswegen und der Grad der Information ist in nahezu allen Bevölkerungsgruppen gleich ausgeprägt. Lediglich eine Unterscheidung tritt auf: Autoritäre Persönlichkeiten sind deutlich unsicherer und unwissender als andere.

Das Bedürfnis nach weitergehender Information zum Thema AIDS ist besonders stark bei Frauen und Personen mit niedrigeren Bildungsabschlüssen vorhanden.

*H2: Geschlecht, formale Bildung und Sozialcharakter haben Einfluß auf die Informiertheit und den Wissensstand über AIDS.*

→ Frauen überschätzen den Anteil AIDS-Infizierter in der Bevölkerung stärker als Männer, und sie haben - im Vergleich zu diesen - auch ein deutlich größeres Interesse an weitergehender Information zum Thema AIDS.

→ Das Informationsbedürfnis ist besonders stark bei Personen mit niedrigeren Bildungsabschlüssen ausgeprägt. Offensichtlich waren Aufklärungskampagnen bis 1989 zu "intellektuell", so daß vornehmlich gebildete Bevölkerungsschichten erreicht werden konnten.

H3: *Personen mit autoritärer Charakterstruktur vernachlässigen objektive Informationen, insbesondere über Infektiosität und Infektionswege. Sie überschätzen den Anteil der HIV-Infizierten in der Bevölkerung.*

→ Autoritäre Persönlichkeiten sind deutlich unsicherer und unwissender als andere, wenn es um Übertragungswege und Infektiosität von AIDS geht.

→ Dem Vorzeichen nach überschätzen Autoritäre Charaktere den Infizierten-Anteil zwar, jedoch ist dieser kausale Effekt nur schwach signifikant und somit deutlich geringer als vermutet.

#### **4.4. Risikoeinschätzung und Besorgnis**

Neben dem Wissen über Ansteckungsfähigkeiten der Infektionskrankheit AIDS und ihrer Verbreitung sind Wahrnehmung und Einschätzung des Ansteckungsrisikos in der Bevölkerung von großem Interesse. Sie gelten als ursächlich für die Bildung von Vorurteilsstrukturen.

Zur Beurteilung des HIV-Infektionsrisikos waren den Befragten verschiedene Kontaktmöglichkeiten im Alltag vorgegeben. Diese Kontaktmöglichkeiten sind zusammen mit den Häufigkeiten der Risikoeinschätzung in der folgenden Abbildung aufgeführt. Die Befragten konnten eine "0" für die Einschätzung eines nicht vorhandenen Risikos oder abgestuft zwischen den Werten 1 bis 7 das Ausmaß des Risikos einschätzen. In Abb. 4.4.1. sind die Werte für die Nennungen "0" - gar kein Risiko - und "4-7" - größeres oder großes Risiko - kontrastiert aufgeführt.

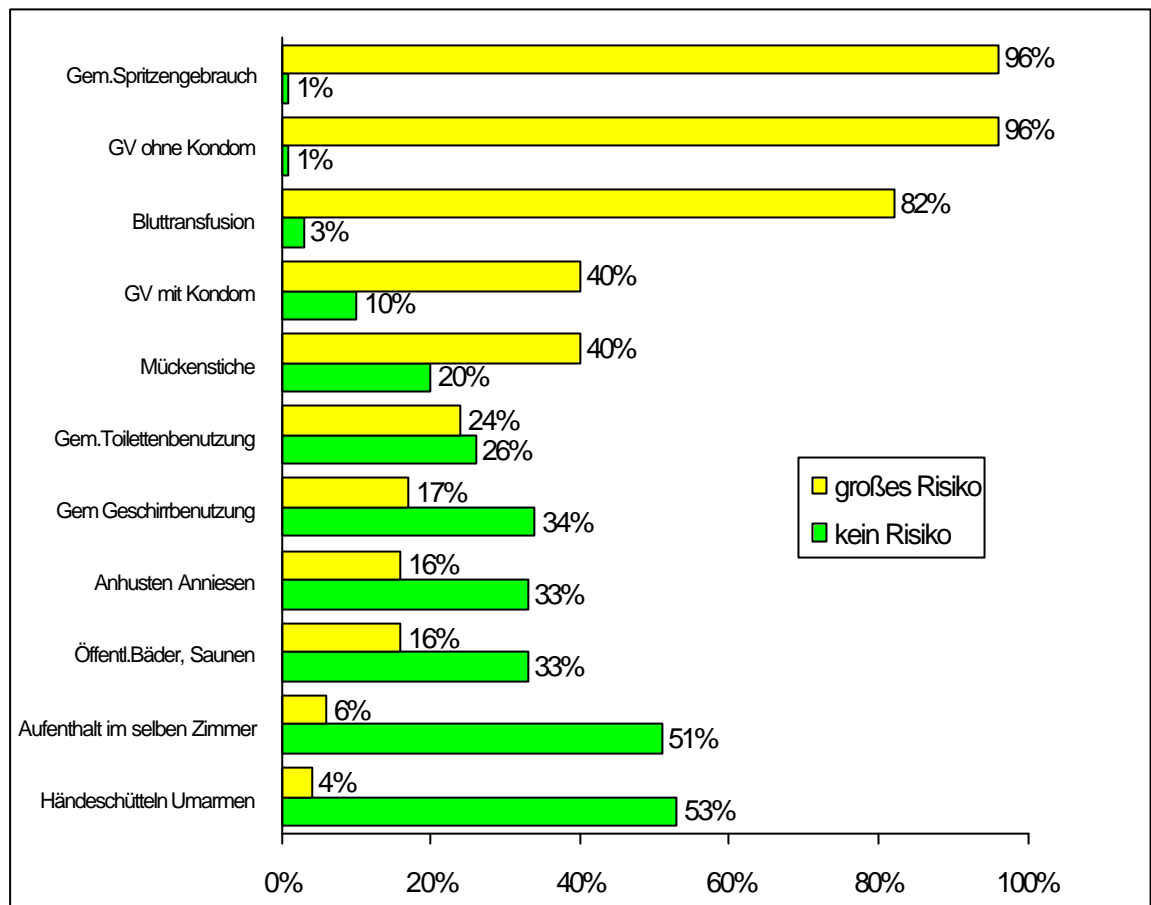


Abb. 4.4.1.: "Wenn eine Person mit AIDS angesteckt ist, wie groß ist Ihrer Meinung nach dann das Ansteckungsrisiko, wenn man auf eine der folgenden Weisen Kontakt zu dieser Person hat?" (n=1869)

Als risikoärmste Kontaktmöglichkeit gelten "Hände schütteln, Umarmen" und "Aufenthalt im selben Zimmer".

In der Häufigkeit der Nennungen folgt dann mit fast übereinstimmenden Werten eine Dreiergruppe von Kontaktmöglichkeiten, nämlich "Anhusten, Anniesen", "Benutzen desselben Geschirrs" und "Besuche in öffentlichen Bädern, Saunen usw.". Gemeinsam ist diesen drei Items, daß man indirekt mit Spuren anderer Menschen in Berührung kommen kann (z.B. Speichel, Sputum, Schweiß etc.). Etwas seltener werden die "Benutzung derselben Toilette" und "Mückenstiche" als risikolos bzw. risikoarm eingeschätzt, wobei dem Mückenstich noch ein etwas größeres Risiko zugeschrieben wird.

Von besonderer Bedeutung sind die Antworten auf die Kontaktmöglichkeit "Geschlechtsverkehr mit Kondom". Ganz risikolos finden diese Kontaktmöglichkeit insgesamt nur 10% der Befragten, umgekehrt sehen 40 % der Befragten ein großes Risiko damit verbunden. Diesem Ergebnis kommt besondere Bedeutung zu wenn man berücksichtigt, daß eine wesentliche Voraussetzung für die Präventionsmaßnahmen bisher darin bestand, das Kondom im Rahmen von "safer sex"-Kampagnen als wirksame Schutzmöglichkeit gegenüber der HIV-Infektion darzustellen. Die Umfrageergebnisse legen allerdings die Vermutung nahe, daß in der Bevölkerung das Vertrauen in die schützende Wirkung eines Kondoms beim Geschlechtsverkehr mit HIV-Virussträgern teilweise erheblich eingeschränkt ist. Hier scheint nach wie vor ein großer Aufklärungsbedarf zu bestehen.

Erwartungsgemäß werden die Möglichkeiten "Geschlechtsverkehr ohne Kondom" und "Gemeinsamer Gebrauch von Spritzen" nur von wenigen als risikolos bzw. risikoarm eingestuft. Dagegen sehen mehr als 90% der Befragten diese Kontaktformen als mit großem oder mit sehr großem Risiko behaftet an. Überraschend ist dabei lediglich die weitgehende Übereinstimmung in der Häufigkeit beider Items, denn in Wirklichkeit muß das needle-sharing mit einer HIV-positiven Person als die im Vergleich zum Geschlechtsverkehr ohne Kondom eindeutig riskantere Kontaktmöglichkeit angesehen werden. Das Risiko des Geschlechtsverkehrs ohne Kondom wird also relativ zum Risiko des gemeinsamen Gebrauchs von Spritzen objektiv überschätzt, ganz ähnlich das Risiko des Geschlechtsverkehrs mit Kondom im Vergleich zu anderen Kontaktmöglichkeiten, bei denen es auch zum Austausch von Körperflüssigkeiten kommen kann.

Zusammenfassend kann aus diesen Ergebnissen gefolgert werden, daß die erwachsene Bevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland die wichtigsten Risiken für eine HIV-Ansteckung kennt. In der vergleichenden Einschätzung verschiedener Risiken fällt jedoch auf, daß die Risikoeinschätzungen für den Geschlechtsverkehr mit und ohne Kondom relativ überhöht erscheinen. Hier ist ein erster Hinweis auf die im



Zusammenhang mit AIDS vermutete Reaktualisierung von Angst- und Abwehrgefühlen gegenüber der Sexualität gegeben.

Mit Hilfe von Faktorenanalysen wurde überprüft, welche Kontaktformen häufig gemeinsam genannt werden und welche zusammengehörigen Itemgruppen sich herauskristallisieren. Als Eingabematrix wurden polychorische Korrelationskoeffizienten<sup>82</sup> verwendet. Auf diese Weise kann den mitunter schiefen Verteilungen der Kontaktrisiko-Variablen Rechnung getragen werden. Bemerkenswerterweise ergab sich eine Ein-Faktorlösung. Dies zeigt, daß die Einschätzung der Kontaktrisiken durch die Befragten sehr homogen erfolgt. Es existiert somit eine generelle Einschätzung, ein durchgängiges Antwortmuster. Befragte tendieren entweder mehr in Richtung Risikowahrnehmung oder mehr zum Nicht-Risiko. Durch die Summation der Einzelitems kann daher ein General-Faktor "Risikoeinschätzung" gebildet werden. Am stärksten wird diese "Generelle Risikoeinschätzung" durch die folgenden sechs Kontaktrisikointensitäten repräsentiert: Aufenthalt im selben Zimmer (Faktorladung = .88), Benutzen des selben Geschirrs (.84), Händeschütteln oder Umarmen (.83), Benutzen derselben Toilette (.81), Anhusten oder Anniesen (.81) und Besuche in öffentlichen Bädern, Saunen usw. (.76).

Das Infektionsrisiko in alltäglichen Kontaktsituationen ist objektiv für alle Befragten gleich niedrig. In der subjektiven Wahrnehmung des Risikos jedoch variieren die Einschätzungen. Mit Hilfe der Regressionsanalyse wird versucht diese Variation zu erklären. Die Ergebnisse der statistischen Berechnungen zeigen für die Risikoeinschätzung, daß weder die erhobenen soziodemographischen noch die persönlichkeitspsychologischen Merkmale kausale Effekte aufweisen. Lediglich nach den beiden basalen Wertorientierungen der Kirchenbindung und des Autoritären Charakters unterscheidet sich die Risikoeinschätzung. Personen, die der Kirche nahestehen und die Autoritäre Persönlichkeit erleben die Risiken beim Kontakt in Alltagssituationen ungleich höher.

---

<sup>82</sup> vgl. Jöreskog/Sörbom 1986.

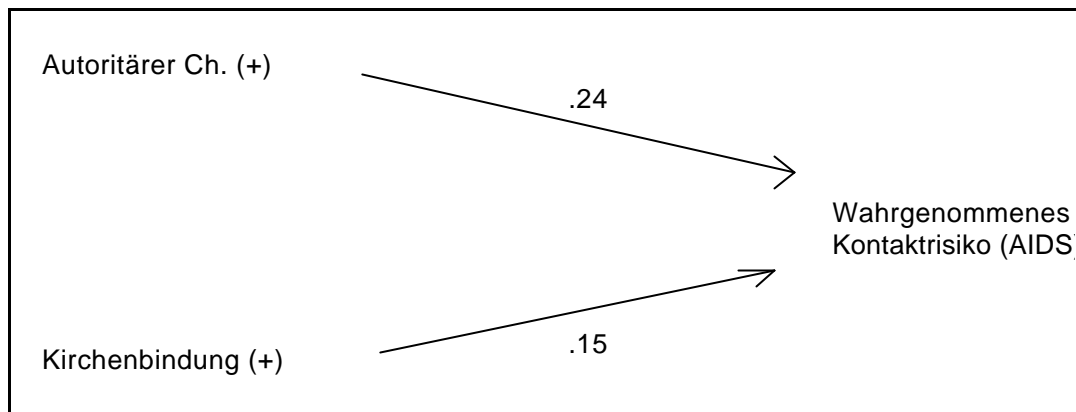


Abb. 4.4.2.: Determinanten des wahrgenommenen Kontaktisikos in Alltagssituationen - Regressionsanalyse (n=1979)

H6: Die Einschätzung des Infektionsrisikos in objektiv ungefährlichen Alltagssituationen ist abhängig vom Ausmaß des Autoritarismus, vom Bildungsgrad, von der Kirchenbindung und vom Selbstbewußtsein (als Indikator für persönliche Handlungskompetenz). Ein besonders hohes Risiko wird wahrgenommen von Personen mit autoritärer Bindung, mit geringem Bildungsgrad, mit starker Bindung an die Kirche und mit mangelndem Selbstbewußtsein bzw. geringer Handlungskompetenz.

→ Das Kontaktisiko wird von Autoritären Persönlichkeiten wesentlich stärker wahrgenommen als von anderen.

→ Personen, die eine enge Beziehung und Bindung an die Kirche haben, empfinden eine größere Bedrohlichkeit in Form eines erhöhten Infektionsrisikos.

→ Der Bildungseffekt in Verbindung mit dem Kontaktisiko ist bei simultan geschätzten Regressionsanalysen nicht vorhanden, die bivariate Korrelation zwischen beiden Variablen jedoch weist mit  $-.22$  einen signifikanten Zusammenhang aus. Demnach nimmt die Bevölkerungsgruppe mit eher geringem Bildungsniveau größere Infektionsrisiken beim Kontakt mit HIV-Infizierten wahr.

→ Ein Zusammenhang zwischen der Risikowahrnehmung und dem Selbstwertgefühl konnte nicht verifiziert werden.

Ein weiterer wichtiger Aspekt zur Beurteilung der allgemeinen Relevanz von AIDS stellt die Einschätzung der Gefahr dar, der die Allgemeinheit ausgesetzt ist. Den Befragten wurde die Behauptung vorgelegt: "AIDS ist eine Krankheit, die uns weniger betrifft; die Allgemeinheit hat keinen Grund zur Beunruhigung." Bei dieser Frage stehen primär die Mitmenschen, die Gemeinschaft im Zentrum der Bedrohung, nicht die eigene Person. Die Antworthäufigkeiten sind in der folgenden Abbildung 4.4.3. aufgeführt. Daraus ist zu entnehmen, daß knapp drei Viertel der Befragten (72%) die vorgegebene Behauptung für falsch halten. Besorgnis und Beunruhigung scheinen also in der Bevölkerung weit verbreitet zu sein. Umgekehrt ist die Zahl derer, die der verharmlosend formulierten Behauptung zustimmen, deutlich in der Minderheit.

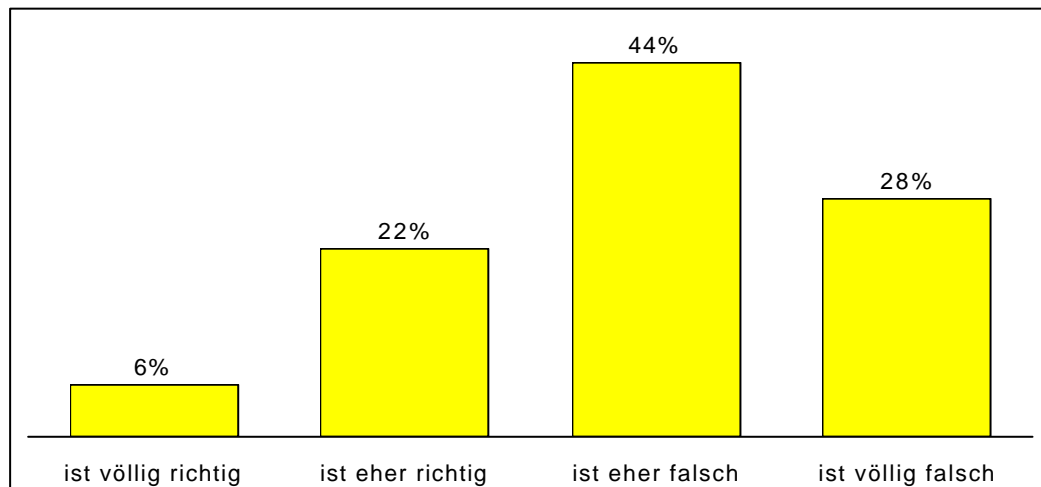


Abb. 4.4.3.: "AIDS ist eine Krankheit, die uns weniger betrifft; die Allgemeinheit hat keinen Grund zur Beunruhigung" (n=2019)

Wie die Abbildung zeigt, nimmt eine deutliche Mehrheit der Erwachsenen AIDS als Problem der Allgemeinheit sehr ernst und sieht genügend Grund zur Beunruhigung. Doch wie stark fühlt sich der Befragte persönlich bedroht? Inwieweit wird das individuelle Risiko wahrgenommen?

Nacheinander wurde nach der Besorgnis gefragt,

- daß sich jemand persönlich mit AIDS anstecken könnte,
- daß sich jemand aus der Familie mit AIDS anstecken könnte,
- daß sich jemand aus dem Freundeskreis anstecken könnte.

Vorgegeben war eine siebenstufige Skala von "überhaupt nicht besorgt" bis "sehr besorgt". In Abbildung 4.4.4. sind die Prozentwerte der Antworten der drei Fragen für die Kategorien "überhaupt nicht besorgt" (Skalenwert 1) und "stärker oder stark besorgt" (Skalenwerte 4-7) aufgelistet.

Im Durchschnitt glaubt sich die erwachsene Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland nur geringen persönlichen Risiken ausgesetzt. Überwiegend sind die befragten Personen relativ unbesorgt um die Möglichkeit einer eigenen HIV-Ansteckung.

Aufschlußreich in der Betrachtung der Antworthäufigkeiten auf alle drei Fragen ist jedoch die Zunahme der Besorgnis, wenn es den Befragten nicht unmittelbar betrifft: Um sich persönlich ist man am wenigsten besorgt, mehr Sorgen macht man sich um die Risiken in der eigenen Familie und noch besorgter zeigen sich die Befragten im Hinblick auf die Möglichkeit, daß sich jemand aus ihrem Freundes- oder Bekanntenkreis mit dem HI-Virus anstecken könnte.

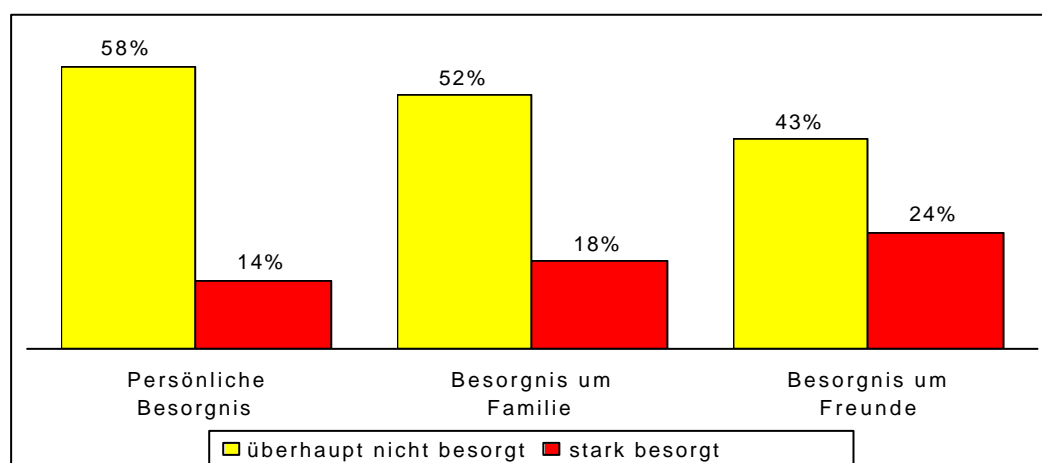


Abb. 4.4.4.: Die Besorgnis sich persönlich mit AIDS anstecken zu können, Besorgnis um Familienangehörige, Besorgnis um Personen aus dem Freundeskreis (n=1941/1893/1673)

Die drei Besorgnisitems sind hoch korreliert. Der Koeffizient für die „persönliche Besorgnis“ und die „Besorgnis um Familienangehörige“ beträgt .74. Zwischen „persönlicher Besorgnis“ und der „Besorgnis um Freunde“ liegt er bei .77, der Wert für die „Besorgnis um Angehörige der Familie“ und die Sorge um Freunde liegt bei .76. Die Befragten zeigen sich also - mit graduellen Unterschieden und sofern Verwandte oder Freunde vorhanden sind - um die eigene Person, Freunde und Verwandte gleichsam besorgt. Man kann also durchaus von einem "Besorgnisnetzwerk" sprechen.

Eine exploratorische Clusteranalyse der drei Besorgnisitems, die mit 6 Clustern 72% der Gesamtvarianz erklärt, zeigt, daß etwa drei Viertel der Befragten in zwei Clustern konsistent für alle drei Variablen auf dem gleichen Niveau ankreuzen (nicht besorgt = 69%, sehr besorgt = 3%). Ein Cluster mit mittlerer Besorgnis (19%) zeichnet sich zudem durch größere Sorge um Freunde aus. Darüber hinaus ergeben sich nur drei kleine Personengruppen (insgesamt 9%) mit ungleichmäßigen Profilen:

1. sehr besorgt um Familienangehörige, aber nicht um die eigene Person und Freunde (4%),
2. sehr besorgt um Familienangehörige und Freunde, aber nicht um die eigene Person (4%)
3. sehr besorgt um die eigene Person und Familienangehörige, aber nicht um Freunde (1%).

Auffällig ist, daß kein Cluster gefunden wird, daß Personen beschreibt, die ausschließlich in Sorge um die eigene Person sind; immer werden Freunde und Verwandte in die Besorgnis miteinbezogen.

Betrachtet man nur die Besorgnis vor AIDS für die eigene Person und für Familienangehörige näher und vergleicht die Ausprägungen in den verschiedenen Lebensphase- und Geschlechtergruppen, dann ergeben sich Hinweise darauf, daß bei Frauen die latente Angst vor einer indirekten Infektion durch ihren männlichen Partner vorhandenen ist. Tabelle 4.4.1. weist die jeweiligen Prozentanteile derjenigen aus, die stärker oder stark besorgt sind (Werte 4-7 auf der Skala). Um eine aussagekräftige

Positionierung nach Partnerschaft und Geschlecht zu gewinnen, wurde um das Alter bereinigt und die Abweichungen der Prozentwerte von der gemittelten Prozentzahl innerhalb der Gruppen der "Älteren" und der "Jüngeren" berechnet.

%		Ältere				Jüngere			
		mit Part.	mit Part.	ohne P.	ohne P.	mit Part.	mit Part.	ohne P.	ohne P.
	Besorg.	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Gesamt:	Pers.	6	8	12	6	16	11	30	29
	Fam.	11	19	15	10	19	24	23	22
stand.:	Pers.	-2	0	+4	-2	-6	-11	+8	+7
	Fam.	<b>-3</b>	<b>+5</b>	+1	-4	-3	+2	+1	0

Tab. 4.4.1.: Die Besorgnis sich persönlich mit AIDS anstecken zu können und die Besorgnis um Familienangehörige - Ausprägungen in Subgruppen der Lebensphase und des Geschlechts und Abweichungen vom Subgruppendurchschnitt (n=1893)

Der Eintrag der Abweichungen in ein Koordinatenkreuz (Abb. 4.4.5.) zeigt, daß die Werte der Älteren mit Partner nach Geschlecht am weitesten voneinander entfernt sind. Vermutlich beziehen die Partnerinnen der älteren Männer mit ihrer Sorge um Familienangehörige ihre Partner mit ein. Diese (männlichen) Partner sind jedoch vergleichsweise wenig um sich selbst und um Familienangehörige besorgt. Hinsichtlich der eigenen Gesundheit sind - in der Relation betrachtet - Männer jeglichen Alters und jüngere Frauen stärker als andere in Sorge.

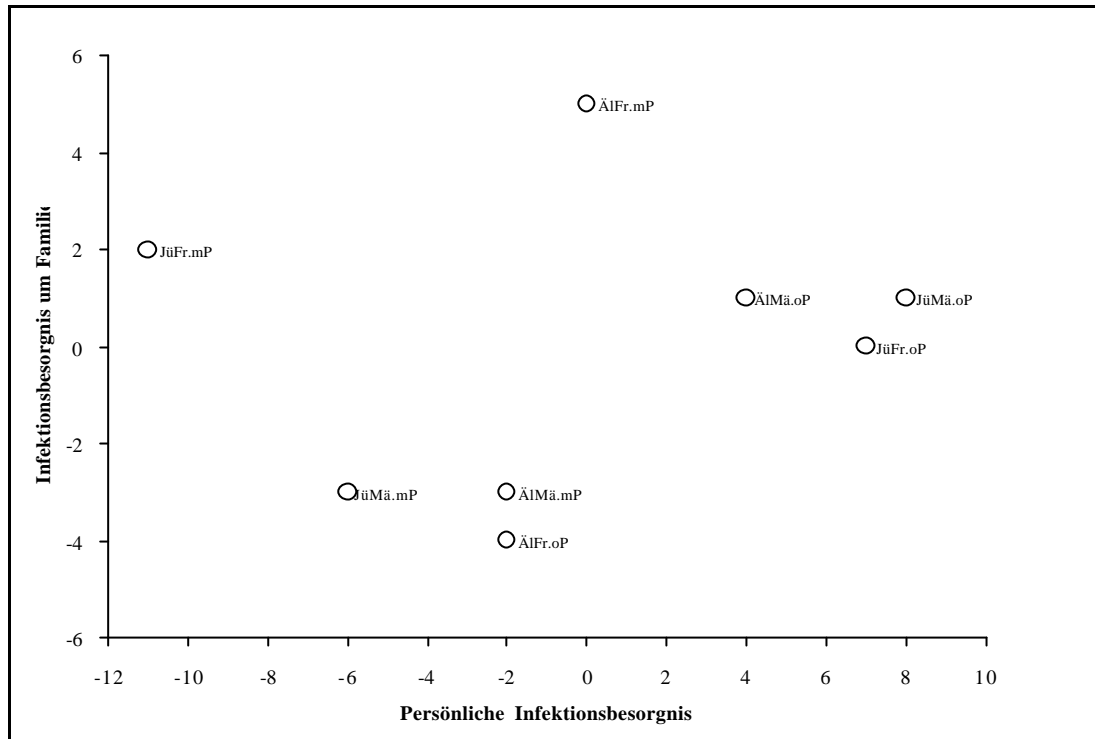


Abb. 4.4.5.: Die Besorgnis sich persönlich mit AIDS anstecken zu können und die Besorgnis um Familienangehörige - Positionierung der Subgruppen der Lebensphase und des Geschlechts (n = 1893)

Ein weiterer wichtiger Aspekt - neben der reinen persönlichen Angst vor einer HIV-Akquirierung bzw. der Angst um nahestehende Personen - stellt das Wechselspiel zwischen der persönlichen Besorgnis und der Einschätzung der Bedrohung für die Allgemeinheit dar. Hierin drückt sich die von Luhmann und Beck<sup>83</sup> getroffene Unterteilung in (kalkulierbares) persönliches Risiko und (allgegenwärtige und nicht einschätzbare) allgemeine Gefahr aus. In welchen Formen kommen Risiko und Gefahr vor, wahrgenommen als individuelle Bedrohung und/oder als Bedrohung der Allgemeinheit? Und welche Unterschiede lassen sich in typischen Bevölkerungssubgruppen beobachten?

Die individuelle Sorge und die Bedrohung für die Allgemeinheit wurden im Interview mit den beiden folgenden Fragen erhoben:

<sup>83</sup> Luhmann 1990; Beck 1986.

- "Wie besorgt sind Sie, daß Sie persönlich sich mit AIDS anstecken könnten?" (Vorlage einer 7-stufigen Skala: 1=überhaupt nicht besorgt ... 7=sehr besorgt; Mittelwert= 1.9) und ..
- "Manchmal hört man die folgende Meinung:'AIDS ist eine Krankheit, die uns weniger betrifft; die Allgemeinheit hat keinen Grund zur Beunruhigung.' Halten Sie diese Meinung für völlig richtig (1 = 6%) / eher richtig (2 = 22%) / eher falsch (44%) / völlig falsch (28%)."

Die Zellen der Kreuztabelle machen neben den Mittelprofilen mit moderaten Wahrnehmungen von individuellem Risiko und allgemeiner Gefahr - zusammen etwa 59% - auch folgende prägnante Risiko-Gefahren-Wahrnehmungen sichtbar:

1. Kein individuelles Risiko und auch keine allgemeine Gefahr (21%): "Für mich bestehen weder persönliche Risiken, noch hat die Allgemeinheit Anlaß zur Beunruhigung. AIDS betrifft mich und uns alle nicht."
2. Kein individuelles Risiko, aber große allgemeine Gefahr (13%): "Im Gegensatz zu mir besteht für die Allgemeinheit durch AIDS-Gefahren sehr großer Anlaß zur Besorgnis. Nicht ich, die anderen sind gefährdet."
3. Hohes individuelles Risiko, aber keine allgemeine Gefahr (2,2%): "Nur ich mit meinem persönlichen Risiko bin von AIDS betroffen, die Allgemeinheit braucht sich nicht zu sorgen. Nicht die anderen, sondern ich bin bedroht."
4. Sowohl hohes individuelles Risiko, als auch große allgemeine Gefahr (5,3%): "Ich persönlich und auch die Allgemeinheit sind durch AIDS großen Risiken und Gefahren ausgesetzt. Alle sind in hohem Maße betroffen."

Die Personengruppen, die hohe Risiken und Gefahren perzipieren, bilden die Minderheit im Vergleich zu denen, die AIDS weit von sich schieben. In der dritten Gruppe werden u.a. auch AIDS-Phobiker vermutet.

Nach sozialen und psychologischen Merkmalen, Werthaltungen und Einstellungen unterscheiden sich diese vier Gruppen teilweise deutlich. Durch die zusätzliche Beschreibung nach diesen Kriterien werden tieferliegende erklärende Muster erkennbar.



Extremtypus 1: Kein individuelles Risiko und auch keine allgemeine Gefahr (21%)

- Durchschnittsalter = 54 Jahre (+ 9 J. vom Durchschnitt),
- häufiger "Älter ohne Partner" (28%, gesamt 16%, + 12%), seltener "Jünger ohne Partner (- 11%),
- Autoritäre Persönlichkeit,
- GT 39: kann eher schwer ausgelassen sein,
- GT 34: glaubt, im Vergleich zu anderen in der Liebe eher wenig erlebnisfähig zu sein,
- hatte selten Geschlechtsverkehr,
- ist kaum bereit zu neuen Sexualkontakten,
- hat sehr geringe Sympathien für Angehörige der Risikogruppen,
- glaubt sehr stark, daß Infizierte leichtsinnig und eigentlich selber Schuld sind,
- befürwortet stark bestrafende und ausgrenzende Maßnahmen gegenüber HIV-infizierten Personen,
- hat sehr große Schwierigkeiten im Umgang mit AIDS-Kranken,
- favorisiert sehr stark persönlich meidendes Schutzverhalten hinsichtlich AIDS.

Obwohl weder persönliche Risiken, noch Gefahren für die Allgemeinheit durch AIDS wahrgenommen werden, grenzen Personen dieses Typus von AIDS Betroffene sehr stark aus. Sie besitzen diskriminierende Einstellungen und ausgrenzende Verhaltensweisen. Die Unfähigkeit zum Ausgelassensein und zur sexuellen Erlebnisfähigkeit (Gießen-Test) geht einher mit sexueller Inaktivität und geringen Erwartungen. Dieses Syndrom trifft auf einen vergleichsweise großen Anteil in der Bevölkerung zu. Etwa jeder Fünfte ist hier zu finden.

Extremtypus 2: Kein individuelles Risiko, aber große allgemeine Gefahr (13%)

- seltener "Jüngere ohne Partner" (- 10%),
- GT 3: legt es eher darauf an, andere zu lenken,
- GT 36: glaubt, daß man ihn/sie im allgemeinen eher als stark einschätzt,
- GT 39: kann eher leicht ausgelassen sein.

Mitglieder dieser Gruppe sehen große Gefahren für die Allgemeinheit und sind geprägt von der Sorge um diese. Sie sind engagiert und fühlen sich stärker als andere für das Gemeinwohl verantwortlich. Dies wird gestützt durch die Selbstwahrnehmung, wie sie im Gießen-Test durch die Items 3 und 36 gemessen werden (will andere lenken, wird als stark eingeschätzt). Die dieser Personengruppe eigene Dominanz läßt sie offenbar glauben, daß sie persönlich die Risiken in Verbindung mit AIDS "im Griff" haben.

Extremtypus 3: Hohes individuelles Risiko, aber keine allgemeine Gefahr (2,2%)

- Durchschnittsalter = 38 Jahre (- 7 J.),
- häufiger "Jünger ohne Partner" (+ 16%), seltener "Älter mit Partner" (- 12%),
- Nicht-Autoritäre Persönlichkeit,
- GT 40: fühlt sich im Umgang mit dem anderen Geschlecht sehr befangen,
- GT 28: hat den Eindruck, es fällt ihm/ihr eher schwer mit anderen eng zusammenzuarbeiten,
- GT 33: hat den Eindruck, es gelingt ihm/ihr eher schlecht, die eigenen Interessen im Lebenskampf durchzusetzen,
- GT 39: kann eher schwer ausgelassen sein,
- ist stärker als andere bereit zu neuen Sexualkontakten,
- hat überdurchschnittlich oft einen AIDS-Test durchführen lassen (+ 9%),
- hat vergleichsweise hohe Sympathien für Angehörige der Risikogruppen,
- glaubt weniger, daß Infizierte leichtsinnig und eigentlich selber schuld sind.

Dieser Typus sieht sich im Zentrum des AIDS-Problems. Er projiziert die persönlichen Probleme im Umgang mit anderen Menschen im allgemeinen und mit Angehörigen des anderen Geschlechts im speziellen auch stark auf das Problemfeld AIDS, das sich wiederum nur auf ihn persönlich auswirkt. Trotz der eigenen "Schwierigkeiten" werden neue Beziehungen und sexuelle Kontakte angestrebt. Die inneren Konflikte führen jedoch nicht dazu, daß die von AIDS Betroffenen als Sündenböcke mißbraucht werden. Vielmehr bewirken die eigenen Probleme eher Verständnis und Mitgefühl bei diesem Typus.

Extremtypus 4: Sowohl hohes individuelles Risiko, als auch große allgemeine Gefahr  
(5,3%)

- Durchschnittsalter = 36 Jahre (- 9 J.),
- häufig "Jünger ohne Partner" (+ 28%), selten "Älter mit Partner" (- 15%),
- Nicht-Autoritäre Persönlichkeit,
- GT 34: glaubt, er/sie ist im Vergleich zu anderen in der Liebe intensiv erlebnisfähig,
- GT 40: fühlt sich im Umgang mit dem anderen Geschlecht unbefangen,
- GT 39: kann sehr leicht ausgelassen sein,
- ist sexuell sehr aktiv, hatte öfter wechselnde Sexualpartner,
- ist sehr auf neue Sexualkontakte eingestellt,
- hat überdurchschnittlich oft einen AIDS-Test durchführen lassen (+ 10%),
- hat vergleichsweise hohe Sympathien für Angehörige der Risikogruppen,
- glaubt weniger, daß Infizierte leichtsinnig und eigentlich selber schuld sind.

Die Personen dieser Gruppe sind in ihrem Profil dem dritten Typus ähnlich. Sie unterscheiden sich jedoch grundlegend in ihrem Verhältnis zum anderen Geschlecht. Im Gegensatz zu Typ 3 erleben Mitglieder dieser Gruppe die Liebe intensiv, sind unbefangen und besitzen die Fähigkeit ausgelassen zu sein, können stärker als andere die Liebe erfüllt erleben. Sie beziehen andere (Sexualpartner) in ihre Sorge um AIDS

mit ein. Auch hier, wie beim dritten Typus, dominieren vorurteilsfreie und wenig diskriminierende Einstellungen und Verhaltensweisen.

Betrachtet man die Einstellungsgruppen insgesamt, so fällt auf, daß der psychischen Disposition eine zentrale Rolle zukommt. Je nach innerer Befindlichkeit erstreckt sich mitfühlende Sorge entweder nur auf die eigene Person, mit individuellen Risiken, oder sie erweitert sich auch auf andere und wird dann auch als allgemeine Gefahr wahrgenommen. Dagegen setzt die diskriminierende Disposition fehlendes Mitgefühl und mangelnde Empathie und auch oft ein wenig erfülltes und frustriertes Sexualeben voraus.

Darüber hinaus ist festzustellen, daß sich erstaunlicherweise keine Geschlechterunterschiede zeigen: Frauen und Männer sind in den verschiedenen Betroffenheitsmustern durchgängig mit fast gleichen Anteilen vertreten.

Der „Autoritäre Charakter“ jedoch ist neben den psychologischen Einflußgrößen maßgeblich an der Unterscheidung der vier Gruppen beteiligt. Autoritäre Persönlichkeiten sehen für sich selber sehr geringe Risiken und glauben auch nicht, daß der Allgemeinheit Gefahren drohen. Hier verdeutlicht sich eine Kerneigenschaft dieses Persönlichkeitstypus: die Unfähigkeit zu abstrahieren und Mitgefühl und Mitleid zu empfinden bzw. zu entwickeln. Das Unvermögen der emotionalen Nähe zu anderen Menschen herrscht vor. Dieser Typus ist kaum in der Lage, sich in andere Menschen hineinzusetzen, Verständnis aufzubringen und mitzuleiden. Das Fehlen dieser Fähigkeit kann fast als „Krankheit“ der Autoritären Persönlichkeit angesehen werden. Viele Folgen dieses Krankheitsbildes wie z.B. die Attribuierung von Schuld oder die Abwehr durch Ausgrenzung und andere innere Mechanismen, die auch der Verringerung von Dissonanzen dienen, fußen hier.

Autoritäre Charaktere tendieren zu Ausgrenzungsforderungen und anderen repressiven Maßnahmen. Mit ihrer Unfähigkeit zum Mitfühlen müssen sie sich stark von den Personengruppen abgrenzen, die sie am meisten mit AIDS in Verbindung bringen.

H4: Die persönliche Besorgnis vor einer HIV-Infektion ist zu unterscheiden von der Einschätzung, wie stark die Allgemeinheit durch AIDS bedroht ist. Diese Unterscheidung orientiert sich an der von Luhmann und Beck getroffenen Differenzierung von (einschätzbarem) Risiko und (unkalkulierbarer) Gefahr.

Darüber hinaus wird aber vermutet, daß Ausmaß und Zielrichtung der Sorge von Persönlichkeitsmerkmalen abhängen: Personen mit tendenziell neurotischen Merkmalsausprägungen im Gießen-Test werden sich vermutlich stärker um die eigene Person sorgen und weniger um die Allgemeinheit (Clusteranalyse).

→ Die Kombination der durch AIDS persönlich Betroffenen mit der Sorge, die die Allgemeinheit haben muß, existiert in der Bevölkerung in allen denkbaren Ausprägungen. Neben dem Mittelprofil, in dem sechs von zehn Erwachsene anzusiedeln sind und das sich durch eher geringe Risiko- und Gefahrenwahrnehmungen kennzeichnet, lassen sich sowohl gänzlich "Unbesorgte Verdränger" (21%) mit stark diskriminierenden Tendenzen, Personen, die sich stärker für die Allgemeinheit verantwortlich fühlen (13%), "Generell Besorgte" (5,3%) als auch Personen, die ausschließlich sich im Zentrum des AIDS-Problems sehen (2,2%), beobachten.

→ Personen, die ausschließlich persönliche Risiken sehen, sind in ihren sozialen Kontakten stärker beeinträchtigt als andere. Obwohl dieser Typus im Umgang mit dem anderen Geschlecht befangen ist, schwer ausgelassen sein kann und ihm Nähe zu anderen Menschen schwer fällt, sieht er dennoch neuen Sexualkontakten erwartungsvoll entgegen, auch wenn große Risiken damit verbunden sind.

H5: *Obwohl autoritäre Personen den Anteil der Infizierten in der Bevölkerung (vgl. H3) und das Infektionsrisikos in Alltagssituationen überschätzen (vgl. H6), empfinden sie in Folge ihrer Unfähigkeit zu emotionaler Nähe weniger Besorgnis für sich und nahestehende Personen (Familienmitglieder und Freunde). Es wird ferner vermutet, daß sich diese Unfähigkeit auch auf die abstraktere Allgemeinheit erstreckt.*

→ Personen mit autoritären Charakterzügen sorgen sich signifikant geringer um sich und Nahestehende. Sie sehen zudem geringere Gefahren für die Allgemeinheit.

#### **4.5. Attribuierung von Schuld**

Ein zentrales Forschungsgebiet in der Sozialpsychologie beschäftigt sich mit den Phänomenen der selektiven Wahrnehmung, Beschreibung und Interpretation von Phänomenen und der Kausalzuweisung<sup>84</sup>. Die Tatsache, daß Menschen Komplexität reduzieren und Erklärungen generieren, Deutungen für ihr Verständnis attribuieren, hat eine lange Forschungstradition. Bezogen auf AIDS lassen sich für die Übertragung der Immunschwächekrankheit neben Korrelaten mit moralischen Aspekten (vgl. Kap. 4.6.) vor allem schuldzuweisende Erklärungen beobachten. Hierbei werden insbesondere verhaltensnormative Gesichtspunkte bemüht, da es sich bei der HIV-Infektion überwiegend um eine sexuell übertragbare Krankheit handelt.

Der Zusammenhang von AIDS und Schuld bzw. Verantwortlichkeit im Bewußtsein der Bevölkerung läßt sich auf der Ebene individuellen Verhaltens deutlicher identifizieren als auf gesamtgesellschaftlicher Ebene. Der Meinung "Um sich mit AIDS zu infizieren, muß jemand ziemlich leichtsinnig sein", stimmt fast jeder zweite Befragte zu.

---

<sup>84</sup> vgl. Duncan 1976; Jones/McGillis 1976.

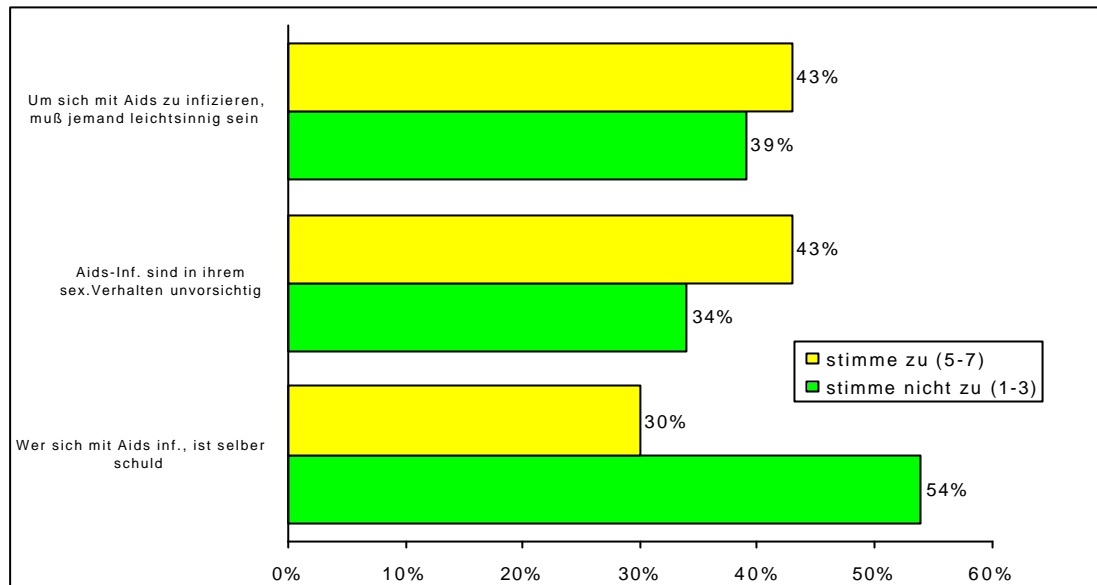


Abb. 4.5.1.: Laienerklärungen zu AIDS - Schuld durch mangelnde Vorsicht (n=2013)

Die etwas spezifischer auf die Sexualität bezogene Meinung, "AIDS-infizierte Personen sind in ihrem sexuellen Verhalten unvorsichtig", wird fast genauso wie die Frage nach dem Leichtsinne beantwortet.

Etwas zurückhaltender werden die Urteile, wenn es um individuelle Schuldzuweisung geht. Der Meinung "wer sich mit AIDS infiziert, ist selber schuld", stimmen 30% der Befragten zu.

Insgesamt lehnen 54% der Befragten diese Meinung explizit ab. Das läßt darauf schließen, daß im allgemeinen Bewußtsein eine vorschnelle individualisierende Schuldzuweisung überwiegend vermieden wird. Gleichwohl ist nicht zu übersehen, daß ein erheblicher Teil der Befragten (etwa 30 bis 40%) den vorurteilhaft formulierten Behauptungen der einfachen Erklärung und persönlichen Entlastung zustimmt, HIV-infizierte Personen seien leichtsinnig, unvorsichtig und somit selber schuld an ihrem Schicksal. Auf der Basis der Itemkorrelationen zeigt eine Faktoranalyse, daß alle drei Items einem latenten Faktor zugeordnet sind. Die Faktorladung beträgt für das "Selber-Schuld"-Item .87, für "Leichtsinnig" .69 und für "Unvorsichtig" .64. Da das "Selber-Schuld"-Item die höchste Ladung aufweist und somit diesen Faktor am deutlichsten repräsentiert, erhält der Summenindex der drei Items im folgenden den Faktornamen "Schuld".

Wodurch nun werden Schuldzuweisungen gegenüber HIV-Infizierten determiniert? Von allen erhobenen Einflußgrößen hat lediglich die „Autoritäre Persönlichkeit“ einen bedeutenden Grad an Erklärungskraft. Der standardisierte Regressionskoeffizient in Höhe von .36 zeigt, daß diese Disposition in starkem Maße ursächlich für eine persönlich entlastende Schuldprojektion auf die Betroffenen ist. Die zusammenfassende Hypothese findet sich am Ende des folgenden Kapitels 4.6.

#### **4.6. Religiöse und moralische Normen**

Neben der Attribuierung von Schuld sind es vor allem religiöse und moralische Deutungen, die zur Entstehung von und als "Heilmittel" gegen AIDS angewandt werden. Mystische Interpretationsversuche werden jedoch von der Bevölkerung weitgehend abgelehnt. Abbildung 4.6.1. zeigt, daß zum Zeitpunkt der Befragung der Anteil derjenigen, die an eine Strafe des Himmels glauben und der Verbesserung der Sexualmoral in der Gesellschaft zustimmen bei knapp einem Fünftel der Bevölkerung liegt. Der Meinung „AIDS ist eine Strafe des Himmels“ stimmen 16% zu. Bei der Funktionalisierung von AIDS im Dienste der Sexualmoral sind dies 20%.

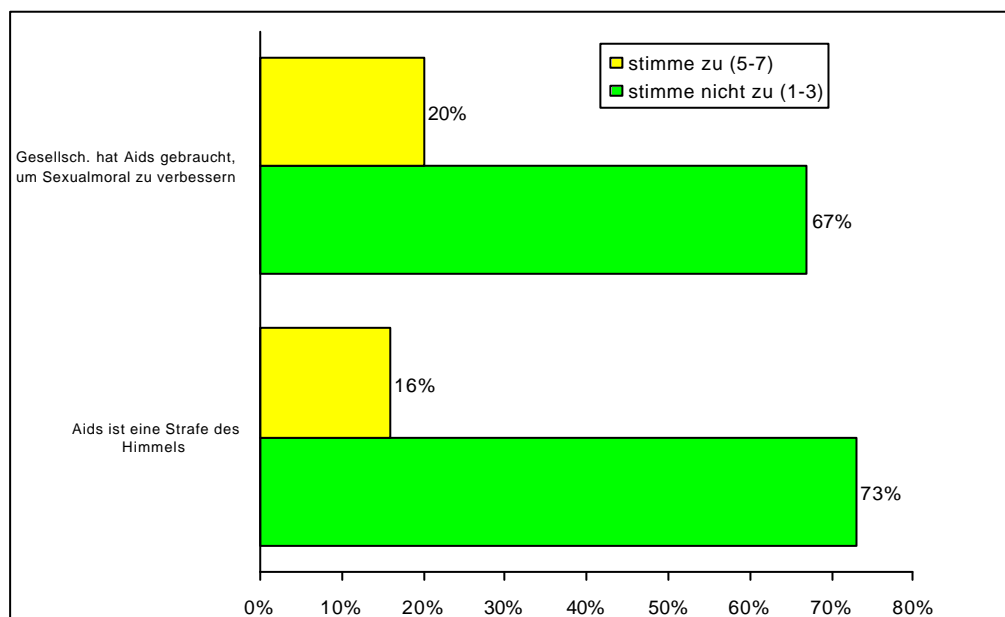


Abb. 4.6.1.: Laienerklärungen zu AIDS - Sexualmoral und Himmelstrafe (n=2006)



In der Meinung „Unsere Gesellschaft hat AIDS gebraucht, um ihre Sexualmoral zu bessern“ ist implizit eine Bedeutungsverschiebung enthalten, die aber offenbar Widerspruch bei den meisten Befragten auslöst. Nicht mehr AIDS sei das Grundproblem, so legt diese Meinung nahe, sondern die Sexualmoral unserer Gesellschaft. Vor diesem Hintergrund biete gewissermaßen das Aufkommen von AIDS die Chance zur Umkehrung und Besserung. Assoziativ stelle sich AIDS als schicksalhafte Fügung dar, und diese müsse zweckdienlich zur Besserung der Sexualmoral genutzt werden.

Zusammen betrachtet erscheinen die Antworten auf die beiden Meinungen zu religiösen und moralischen Normen nur vordergründig widersprüchlich. Bei genauer Betrachtung wird deutlich, daß die große Mehrheit der Befragten einerseits die Funktionalisierung von AIDS im Dienste der Sexualmoral ablehnt, andererseits aber durchaus bereit ist, für strengere moralische Vorschriften im Sexualverhalten einzutreten, wenn dadurch die weitere Ausbreitung von AIDS verhindert werden kann.

Als beispielhafte Schlußfolgerung wurde den Befragten der Vorschlag zur Beurteilung vorgelegt "Kirchliche Aufrufe zu sexueller Zurückhaltung und ehelicher Treue". Hier ergibt sich ein ähnliches Bild der Antworten, allerdings auf deutlich niedrigerem Niveau. Insgesamt finden nur noch 48 % der Befragten diesen Vorschlag richtig. Im Vergleich zur weitgehenden Akzeptanz strengerer moralischer Vorschriften ist also eine Zurückhaltung spürbar, wenn sexuelle Zurückhaltung und eheliche Treue als Konsequenz gefordert werden. Dabei ist zu berücksichtigen, daß evtl. ein Teil der Befragten zwar inhaltlich zustimmen würde, aber mit der Rolle der Kirche, wie sie in der Formulierung des Vorschlags enthalten ist, nicht einverstanden ist.

Aus beiden Items, der religiösen und der moralischen Deutung bzw. Erklärung, läßt sich der Summenindex "Moral" bilden. Ebenso wie bei der Attribuierung von Schuld zeigt eine Regressionsanalyse, daß der Autoritäre Charakter als überragender Prädiktor innerhalb sozio- und psychographischer Merkmale und basaler Werthaltungen angesehen werden kann. Auch hier sind autoritäre Personen stärker als andere bereit, religiöse und moralische Vorschübe zu "benutzen".

Eine konfirmatorische Faktorenanalyse mit Variablen aus den beiden Attribuierungsbereichen zeigt deutlich, daß "Schuld" und "Moral" empirisch auf der Basis von Korrelationen zu unterscheiden sind. Das folgende Schaubild zeigt die konfirmatorische 2-Faktorlösung mit Faktorladungen und der meßfehlerbereinigten hohen positiven Korrelation der latenten Konstrukte (.66). Beide Attribuierungsphänomene treten somit in der deutschen Bevölkerung oft gemeinsam auf.

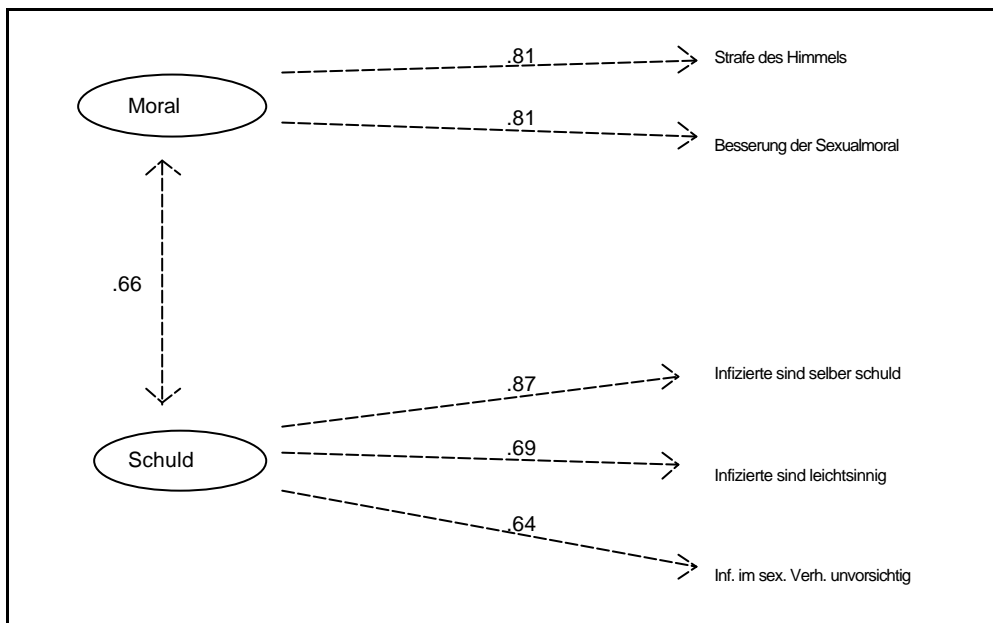


Abb. 4.6.2.: Faktorenmodell: Laienerklärungen zu AIDS - Schuld und Moral (n=2001)

Zwischen dem Infektionsgrad innerhalb der Bevölkerung, dem Wissensstand über Infektionswege und -risiken einerseits und der Attribuierung von Schuld und Moral andererseits besteht ein gegenläufiger Zusammenhang. Personen, die besser als andere informiert sind, vertreten seltener Schuldzuweisungen und kirchliche Moralansprüche in Hinsicht auf Sexualität. Die Korrelationskoeffizienten mit den Summenindices "Schuld" und "Moral" betragen  $-.22$  bzw.  $-.17$

*H7: Religiös-weltanschauliche Deutungsmuster und Schuldzuweisungen an die von der HIV-Infektion hauptbetroffenen Gruppen sind Ausdruck der Angstabwehr und*

*haben entlastende Funktion. Sie sind überwiegend verbunden mit ich-schwachen und autoritätsgebundenen Persönlichkeitsstrukturen.*

→ Die Ausprägung des autoritären Charakters ist sehr stark gekoppelt an schuldzuweisende und moralisch-normative Attribuierungen gegenüber den von AIDS betroffenen Personengruppen.

#### **4.7. Die von AIDS hauptsächlich Betroffenen im Bewußtsein der Bevölkerung**

In diesem Kapitel stehen die sogenannten Hauptbetroffenengruppen von AIDS sowie Unterschiede zu und Gemeinsamkeiten mit anderen Minderheiten im Mittelpunkt der Betrachtung. Es werden unterschiedliche Aspekte bzw. Fragestellungen dargestellt. Kapitel 4.7.1. zeigt das Ausmaß der Sympathie in der Bevölkerung gegenüber den von AIDS hauptsächlich betroffenen Gruppen und anderen Minderheiten. Im darauf folgenden Kapitel 4.7.2. sollen weitere statistische Analysen die Strukturen und Determinanten der globalen Minderheiteneinschätzung verdeutlichen. Dazu wurden zunächst Koeffizienten aus der Einstufung aller zwölf erhobenen Minderheiten gebildet, die die Bereitschaft zu Extremurteilen (Anzahl der 0- und 100-Nennungen), die Distanz gegenüber Minderheiten im allgemeinen und die Differenzierungsbereitschaft im Urteil der Bevölkerung beschreiben.

Danach folgt eine Typologie, die auf der generellen Distanz und dem Differenzierungsgrad basiert.

Desweiteren verdeutlicht die graphische Positionierung der Minderheiten im politischen Raum der Parteipräferenz (Kap. 4.7.3) die starke Verknüpfung der Minderheiteneinschätzung mit politischen Einstellungen und Präferenzen. Die anschauliche graphische Darstellung wird mit Hilfe des statistischen Verfahrens der Korrespondenzanalyse erzielt.

Eine Faktorenanalyse der Minderheiten (Kap. 4.7.4) zeigt dann auf der Basis von Interkorrelationen, daß die Liste der eingeschätzten Minoritäten in der Wahrnehmung der Bevölkerung nach wenigen prägnanten Faktoren gruppiert werden kann. In Kapitel

4.7.5 werden dann die Einflußgrößen der Sympathie zu den Hauptbetroffenen von AIDS (Faktor "Risikogruppen") beschrieben. Abschließend werden die postulierten Hypothesen insgesamt überprüft.

#### **4.7.1. Einstellung zu Risikogruppen und anderen Minderheiten - deskriptive Ergebnisse**

Für die Übertragung des HI-Virus sind die vorrangigen Infektionswege zum einen der ungeschützte Sexualverkehr mit infizierten Partnern und zum anderen die Ansteckung durch kontaminierte Spritzen bei intravenös Drogenabhängigen. Die in der Bundesrepublik Deutschland am stärksten von AIDS betroffene Gruppe ist die der homo- und bisexuellen Männer. Es treten aber auch verstärkt HIV-Infektionen bei Heterosexuellen und Frauen auf.

Die zweite Hauptbetroffenengruppe sind intravenös drogenabhängige Männer und Frauen. Da insbesondere die weiblichen, aber auch männliche Drogenabhängige gelegentlich oder regelmäßig der Beschaffungsprostitution nachgehen, besteht für diese Gruppen ein erhebliches Infektionsrisiko. Aber auch für die nicht-drogenabhängigen Prostituierten und Stricher ist ein besonderes Infektionsrisiko anzunehmen, wenn ungeschützter Sexualverkehr mit ständig wechselnden Partnern praktiziert wird. Zu den von AIDS hauptbetroffenen bzw. gefährdeten Gruppen zählen also Homosexuelle, Drogenabhängige und Prostituierte.

Werden diese von AIDS am stärksten betroffenen gesellschaftlichen Minderheiten im Vergleich zu anderen Minderheiten als Gruppe von der Mehrheit der Bevölkerung identifiziert? Wo befinden sich Leidtragende von AIDS im Kontext der Minderheiten? Wie ist das Verhältnis der Westdeutschen zu Minoritäten im Sommer 1989 kurz vor der Vereinigung von Bundesrepublik und DDR?

Welches Maß an sozialer Integration und Toleranz kann vorausgesetzt werden? Wenn man unsere Gesellschaft als "das Insgesamt des Mit-, Gegen- und Nebeneinanders von

Menschen<sup>185</sup> betrachtet, gerät die Binnenstruktur der "westdeutschen Familie" in das Blickfeld, insbesondere im Hinblick auf das Verhältnis zu "ungeliebten Kindern". In dieser Binnenstruktur sind die Beziehungen zwischen den Individuen der Gesellschaft nicht nur durch Zusammenarbeit, sondern auch durch Gegensätze und Konflikte gekennzeichnet. Dabei sind sowohl die Zugehörigkeit zu gesellschaftlichen Gruppen als auch das Verhältnis dieser Gruppen zueinander von großer Bedeutung.

Im Hinblick auf die Offenheit und Integrationsfähigkeit einer Gesellschaft ist insbesondere wichtig, wie das Verhältnis der Gesamtgesellschaft zu bestimmten Untergruppen gestaltet ist. Quantitativ gesehen geht es dabei um die Beziehung der Mehrheit zu bestimmten Minderheiten, wobei die Beobachtung vorausgesetzt wird, daß die Angehörigen der Mehrheit in der Regel gegenüber Mitgliedern der Minderheiten eine tendenziell ablehnende Voreingenommenheit aufweisen. Sozialwissenschaftlich haben sich die Begriffe Majorität und Minorität etabliert: "Majorität ist das Sozialgebilde 'Gesellschaft' selbst (Großgruppe) und Minorität eine in sie eingegliederte - mengenmäßig kleinere und machtunterlegene - Gruppe (Kleingruppe)"<sup>186</sup>.

Minoritäten sind dadurch zu identifizieren, daß sie sich durch bestimmte Unterscheidungsmerkmale von der Majorität als andersartig abheben. Diese Differenzierungsmerkmale müssen allgemein erkennbar sein, über ihre Bedeutung muß ein gesellschaftlicher Konsens herrschen. Unter dieser Voraussetzung ist eine Gegenüberstellung von Eigengruppe (Majorität) und Fremdgruppe (Minorität) im Bewußtsein der Individuen möglich. Bei der Betrachtung möglicher Unterscheidungsmerkmale sind mehrere Dimensionen zu nennen, die sich teilweise überschneiden. Erstens können sich Minderheiten durch rassische Besonderheiten (z.B. Hautfarbe) von der Mehrheit abheben, dann spricht man von rassistischen Minoritäten. Zweitens kann die Herkunft von einem fremden Volk oder Land eine Rolle spielen, dann handelt es sich um ethnische oder nationale Minoritäten. Schließlich können sich Minderheiten durch ihre religiöse Eigenart oder durch besondere kulturelle Sitten und Gebräuche

---

<sup>85</sup> Bolte 1966, S. 15.

<sup>86</sup> Markefka 1984, S. 16.

auszeichnen; in diesen Fällen wäre von religiösen beziehungsweise kulturellen Minoritäten zu sprechen.

In der Bundesrepublik Deutschland treffen diese Merkmalsdimensionen beispielsweise auf folgende Minoritäten zu: Sinti und Roma ("Zigeuner"), ausländische Arbeitnehmer ("Gastarbeiter"), Studenten aus Entwicklungsländern, Spätaussiedler, Asylbewerber, Moslems, Juden, Zeugen Jehovas etc. Abgesehen von den beiden letztgenannten religiösen Minoritäten sind diese Gruppen vornehmlich durch eine Fremdartigkeit im Vergleich zur Majorität gekennzeichnet, d.h. sie stammen in der Regel aus fremden Ländern, sprechen eine andere Sprache und zeigen fremde Gebräuche und kulturelle Eigenarten.

Grundsätzlich davon zu unterscheiden sind Minoritäten, deren Verhalten von der Majorität als abweichend empfunden wird und die infolgedessen zu Rand- oder Außenseitergruppen werden. Das für diese Minoritäten konstitutive abweichende Verhalten kann sich auf physische, psychische, sexuelle, ökonomische oder andere gesellschaftliche Aspekte beziehen. Im einzelnen sind hierzu beispielsweise zu zählen die verschiedenen Gruppen der Behinderten, Menschen mit sexuell abweichenden Verhaltensweisen, Suchtkranke, Strafgefangene, ökonomisch und sozial Deklassierte.

In der vorliegenden Studie wurden den Befragten die Namen verschiedener ethnischer und sozialer Minderheiten zur vergleichenden Sympathieeinschätzung genannt. Die Frage lautete: *"In jeder Gesellschaft genießen verschiedene gesellschaftliche Gruppen unterschiedliche Wertschätzungen. Wir möchten gerne von Ihnen wissen, wie Sie zu diesen Gruppen stehen."*

Vorgegeben waren die Gruppen Atomkraftgegner, Homosexuelle, Feministinnen, Spätaussiedler, Alkoholiker, Prostituierte, Zigeuner, türkische Gastarbeiter, Asylbewerber, Drogenabhängige, geistig Behinderte und Terroristen. Gemäß der oben eingeführten Systematisierung enthält diese Aufzählung einerseits vier Minoritäten, die sich hinsichtlich Rasse, Nationalität, Religion oder Kultur von der Majorität unterscheiden und andererseits acht Minoritäten, die durch abweichende Einstellungen bzw. Verhaltensweisen definiert sind:

<b>Merkmal</b>	<b>Minderheit</b>
Rasse, Nationalität	Zigeuner, Asylbewerber
Religion, Kultur	türk. Gastarbeiter, Spätaussiedler
Devianz: - geistig	geistig Behinderte
- psychisch	Drogenabhängige, Alkoholiker
- sexuell	Homosexuelle, Prostituierte
- politisch-gesellschaftlich	Atomkraftgegner, Feministinnen
- politisch- rechtlich	Terroristen

Tab. 4.7.1.: Konstitutive Merkmale ausgewählter Minderheiten

Diese Gruppen sollten von den Befragten anhand einer Sympathie-Skala bewertet werden, wobei für jede Gruppe ein Punktwert zwischen "ganz und gar unsympathisch" und "ganz und gar sympathisch" zu vergeben war. Diese Fragen wurden übrigens wie viele andere, bei denen sich unsere Befragten in ihrer Intimsphäre berührt gesehen haben könnten, im sogenannten "Selbstaussfüller" gestellt. Der Befragte füllt dabei einen Extrafragebogen eigenständig aus, ohne vom Interviewer mündlich befragt zu werden und gibt den so ausgefüllten Fragebogen an den Interviewer in einem Umschlag zurück. Durch dieses interviewtechnische Vorgehen wird ein Interviewereffekt stark reduziert, die Angaben der Befragten sind zuverlässiger und geringer meßfehlerbehaftet.

Geordnet nach durchschnittlichen Sympathiewerten ergeben sich für die vorgegebenen Minderheiten folgende Ränge:

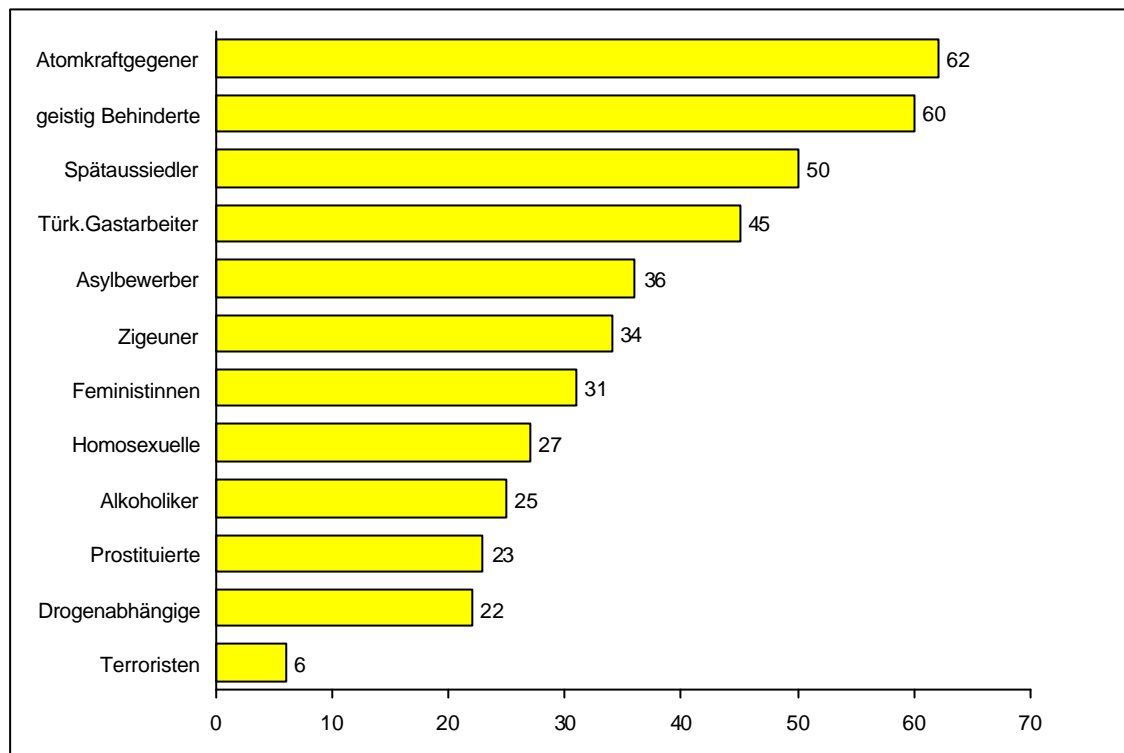


Abb. 4.7.1.: Hierarchie der Minderheiten - Mittelwerte der Sympathieskala  
(Wertebereich der Skala = 0 - 100, n = 1961)

Die relativ höchsten Sympathiewerte erzielen Atomkraftgegner und geistig Behinderte; nur diese beiden Gruppen liegen bei Sympathiewerten um 60, also oberhalb des Umschlagpunktes von "unsympathisch" nach "sympathisch" (Skalenmitte = 50). Nahe an diese Mitte reichen die Sympathiewerte der Gruppen Spätaussiedler und türkische Gastarbeiter. Danach ist eine Zäsur zu erkennen, und es folgen die Gruppen Asylbewerber und Zigeuner, die annähernd gleiche Sympathieeinschätzungen zeigen. Zunehmend unsympathisch werden dann die Gruppen Feministinnen, Homosexuelle, Alkoholiker, Prostituierte und Drogenabhängige eingeschätzt. Am Schluß rangiert schließlich als "ganz und gar unsympathisch" die Gruppe der Terroristen.

In dieser Rangfolge sind bereits einige systematische Differenzierungen erkennbar. Es fällt auf, daß die vier ethnisch-kulturellen Minderheiten in der Rangfolge benachbart sind. Eine ähnlich gleichrangige Einschätzung findet sich für die psychisch bzw. sexuell devianten Subgruppen der Homosexuellen, Alkoholiker, Prostituierten und Drogenabhängigen. Diese vier Minoritäten werden ähnlich eingeschätzt. Sie werden



jedoch deutlich stärker abgelehnt als die ethnisch oder kulturell fremden Minderheiten. Hier findet sich also das bemerkenswerte Resultat, daß Gruppen mit süchtigen oder sexuell abweichenden Verhaltensweisen stärker abgelehnt werden als fremde, aus dem Ausland stammende Gruppen.

Im Gegensatz zu diesen ähnlichen Einschätzungen von vergleichbaren Gruppen finden sich extrem unterschiedliche Sympathiewerte für solche Minderheiten, deren Verhalten vorwiegend aus gesellschaftspolitischer Opposition resultiert. Dazu zählen die Atomkraftgegner, die Feministinnen und die Terroristen. In der Sympathie-Rangskala genießen Atomkraftgegner die höchste Einschätzung unter allen Minderheiten, während Terroristen von der Bevölkerung als völlig unsympathisch angesehen werden. In der Mitte zwischen diesen beiden extrem eingeschätzten Gruppen sind die Feministinnen anzutreffen. Dieses Ergebnis weist darauf hin, daß die Definition einer Minderheit als gesellschaftspolitische Oppositionsgruppe keinen Rückschluß auf die soziale Wertschätzung dieser Minderheit zuläßt. Offensichtlich kommt es entscheidend darauf an, welche Zielsetzung im einzelnen und welche Methoden eine Oppositionsgruppe in ihrem Verhalten zeigt.

Zusammenfassend läßt sich vorläufig die Rangfolge der Sympathie-Einschätzungen folgendermaßen beschreiben:

- Die relativ höchsten Werte haben solche Minoritäten, die zur eigenen Gesellschaft gehören und deren abweichendes Verhalten weitgehend toleriert wird.
- Mäßig unsympathisch werden alle fremden, rassischen oder ethnischen Minoritäten eingeschätzt.
- Deutlich unsympathischer als diese fremden Minoritäten werden jene Subgruppen der eigenen Gesellschaft angesehen, deren abweichendes Verhalten offenbar stark abgelehnt wird.

Wie ist dieses Ergebnis zu erklären? Ist in dieser Rangfolge eine Systematik erkennbar? Einigermaßen evident erscheinen zunächst lediglich die Einschätzungen an der Spitze und am Schluß: Terroristen werden im allgemeinen Bewußtsein mit gefährlicher, vorsätzlicher

Handlungsweise verbunden; Verständnis und Sympathie sind dafür kaum vorhanden. Atomkraftgegner dagegen sind eine moralisch motivierte Protestgruppe, der man trotz eigener Distanz Sympathie zugestehen kann, weil sie sich uneigennützig für eine Sache engagieren und dabei unter Umständen auch persönliche Opfer in Kauf nehmen. Terroristen agieren verdeckt und konspirativ, ihre Anschläge wirken hinterhältig und feige. Atomkraftgegner hingegen treten offen für ihre Ziele ein, die auf den Schutz und die Erhaltung des Lebens gerichtet sind. Sozialpsychologisch erweist sich also die Gruppe der Terroristen als besonders geeignete Projektionsfigur für die negativen dissozialen Affekte. Eine entsprechende Gegengruppe in positiver Hinsicht ist unter den vorgegebenen Gruppen nicht zu identifizieren. Am ehesten bieten sich für die Projektion moralisch guter und gesellschaftlich wertvoller Intentionen die Atomkraftgegner an. Doch diese Einschätzung ist weit entfernt von idealisierenden Zuschreibungen, die in einem hohen Sympathiewert zum Ausdruck kommen müßten. Im Durchschnitt reicht es für die Gruppe der Atomkraftgegner gerade noch zu einem leichten Übergewicht in Richtung der sympathischen Einschätzung. Dabei kommt ihr die Gruppe der geistig Behinderten ziemlich nahe, die ebenfalls noch überwiegend sympathisch angesehen wird. Es ist wohl anzunehmen, daß diese Einschätzung in positiver Richtung von Mitgefühl für das Schicksal der geistig Behinderten beeinflusst ist. Sie eignen sich weniger als andere Gruppen für eine "Sündenbock"-Funktion, weil man ihnen gegenüber das abweichende Verhalten nicht zum Vorwurf machen kann. Sie gelten auch juristisch als nicht schuldigfähig.

Aufschlußreich sind weitere Vergleiche, beispielsweise die unterschiedliche Einschätzung von Atomkraftgegnern und Feministinnen. Beiden Gruppen ist trotz aller Verschiedenheit auch etwas Gemeinsames zuzuschreiben; sie definieren sich als Protestgruppen gegenüber herrschenden oder überkommenen Verhältnissen. Feministinnen zeichnen sich durch eine entschiedene politische Parteinahme und Protesthaltung gegenüber patriarchalischen und autoritären Strukturen in der Gesellschaft aus. Daß sie dennoch trotz dieser moralischen und politischen Motivation viel weniger Sympathie genießen als Atomkraftgegner, muß mit einer zusätzlichen

negativen Zuschreibung zu tun haben. Die darin sich ausdrückende Abwertung und Voreingenommenheit gründet vermutlich in unbewußten Ängsten, die mit dieser Gruppe verbunden werden und die sie deshalb als bedrohlich erscheinen lassen. Ursprung und Eigenart dieser Ängste werden durch die weitere Rangfolge in der Sympathie-Skala plausibel: unmittelbar nach der Gruppe der Feministinnen folgen die Gruppen der Homosexuellen und der Prostituierten; beider Minoritätsstatus ist gekennzeichnet durch abweichendes Sexualverhalten.

Unerwartet erscheint das Ergebnis, daß die Gruppen der Spätaussiedler, türkischen Gastarbeiter, Asylbewerber und Zigeuner generell sympathischer eingeschätzt werden als Feministinnen, Homosexuelle, Alkoholabhängige, Prostituierte und Drogenabhängige. Die letztgenannten Gruppen sind zwar gekennzeichnet durch bestimmte, von der Mehrheit abweichende Einstellungen und Verhaltensweisen, ihre Zugehörigkeit zur Gesellschaft ist jedoch trotz diskriminierender Zuschreibungen unbestreitbar. Anders verhält es sich mit den vorgenannten Gruppen, von denen nur die Spätaussiedler auf eine nationale Zugehörigkeit zu den Deutschen verweisen können. Aber selbst die Angehörigen dieser Gruppe haben durch Jahrzehnte in einer anderen, fremden Kultur gelebt und sind dadurch beeinflußt worden. Sie haben mit türkischen Gastarbeitern, Asylbewerbern und Angehörigen der Sinti und Roma gemeinsam, daß sie als Fremde, d.h. von außen in unsere Gesellschaft Zutritt fanden. Dennoch werden sie - und das bestätigt sich empirisch für alle Gruppen - generell weniger unsympathisch eingeschätzt als die Gruppen mit abweichendem Verhalten aus der eigenen Gesellschaft.

Psychoanalytisch gesehen ist die Rangfolge der Sympathiewerte einleuchtend: Was uns näher und bedrohlicher erscheint, muß stärker abgewehrt und verunglimpft werden als das, womit wir uns ohnehin weniger identifizieren können. Mit dem armen Asylbewerber aus einem weit entfernten Land haben wir viel weniger zu tun als mit Christiane F. vom Bahnhof Zoo oder mit dem biedereren Kleinbürger von nebenan, der regelmäßig ins Bordell geht, oder mit dem Vertreter, der ohne Alkohol keinen Geschäftsabschluß mehr zustandebringt. Zu den Gruppen der Spätaussiedler, Gastarbeiter, Asylbewerber und Zigeuner wird der bundesrepublikanische Normalbürger sich nie zählen. Das

Bedrohliche an diesen Gruppen ist allenfalls ihre Ansiedlung in der Nähe; man will nicht unmittelbar damit konfrontiert werden, aber ansonsten "hat man nichts gegen sie". Allerdings werden diese Minderheiten oft Opfer von Projektionen. In ihrer Schwäche eignen sie sich hervorragend als Sündenböcke. Richter<sup>87</sup> beschreibt es treffend: „Die spezifische Ausgestaltung der Außenfeindvorwürfe ist ein Indiz für das Maß und die Art des inneren Elends, das abgewehrt werden soll“.

Feministinnen, Homosexuelle, Alkoholiker, Prostituierte und Drogenabhängige können im Gegensatz zu äußerlich erkennbaren Minderheiten unerkant leben. Es sind Gruppenzugehörigkeiten oder Seinsweisen, die jeden mehr oder weniger stark betreffen können. Offenbar sind sie deshalb auch viel weniger sympathisch, weil sie mit den Begriffen Sucht und Sexualität assoziiert sind. Das Fremde, von dem wir uns deutlich unterschieden und abgehoben fühlen, ist allemal sympathischer als das abgründige und in seiner Existenz nicht sicher auszuschließende Gefahrenmoment von Sexualität und Sucht in uns selber.

Im Zusammenhang mit AIDS wird deutlich, daß die eingangs erwähnten hauptbetroffenen und gefährdeten Gruppen in ihrer Wertschätzung niedrig rangieren, vergleichbar den Alkoholikern. Negativer werden nur Terroristen eingeschätzt; dagegen sind den Befragten verschiedene Fremdengruppen deutlich sympathischer als die mit AIDS in Verbindung gebrachten Gruppen. Wenn man sich vergegenwärtigt, welche Ausbrüche von Fremdenhaß und Fremdenfeindlichkeit Asylbewerbern und auch Roma und Sinti entgegenschlagen, dann wird auch verständlich, warum die in der Sympathieskala minderbewerteten Gruppen möglichst unentdeckt bleiben wollen. Von den AIDS-Hilfen beispielsweise sind zahlreiche Fallbeispiele für Übergriffe und gewalttätige Aktionen gegenüber homosexuellen Männern dokumentiert worden.

Allerdings stoßen Homosexuelle nicht einstimmig auf Ablehnung<sup>88</sup>, denn betrachtet man die statistischen Lagemaße der drei Gruppen der Homosexuellen, Prostituierten und Drogenabhängigen, dann wird deutlich, daß die Streuung um den Mittelwert bei der

---

<sup>87</sup> Richter 1987, S. 129 ff.

Einschätzung der Homosexuellen am größten ist: Hier fällt das Urteil der Befragten deutlich differenzierter aus als bei Prostituierten und Drogenabhängigen, bei denen das negative Bild in der Bevölkerung einheitlicher ist.

#### **4.7.2. Kennwerte der Einschätzung von Minderheiten**

Im Mittelpunkt dieses Kapitels stehen die Gesamtmaße der Einschätzung der zwölf erhobenen Minderheiten als Indikatoren für die generelle soziale Distanz und Unterscheidungsbereitschaft der Bevölkerung Minderheiten gegenüber. Diese Maße lassen sich als allgemeine Indikatoren einer Diskriminierungs- und Vorurteilsbereitschaft interpretieren. Sie beschreiben die soziale Distanz, die häufig an kontaktvermeidendes Verhalten oder Rückzugsverhalten<sup>89</sup> gekoppelt ist.

Es wurden vier Maße gebildet:

1. die Anzahl der Vergabe des größtmöglichen Sympathiewertes (100) bei 12 Minderheiten,
2. die Anzahl der Vergabe größtmöglicher Antipathie (0) bei 12 Minderheiten,
3. die Mittelwerte über alle 12 Gruppen als Maß genereller sozialer Distanz und
4. die mittlere Abweichung vom Gesamtmittelwert als Maß der Differenzierung.

Für die Ermittlung des unter Punkt 4 angegebenen Maßes wurde die folgende Formel angewendet:

$$\text{Diff} = (\sum \text{abs}(x_i - \text{MW}_g)) / 12 \text{ mit}$$

$x_i = \text{Sympathie-Wert der Gruppe } i$   
 $\text{MW}_g = \text{Gesamtmittelwert über 12 Gruppen}$

Die statistische Analyse des Ankreuzverhaltens extremer Sympathie und Antipathie zeigt zunächst, daß beide Phänomene unkorreliert sind. Es wurde erwartet, daß Personen,

---

<sup>88</sup> In einer Repräsentativstudie von 1991 ermittelte Bochow (1993), daß knapp 2/3 der Bevölkerung jegliche soziale Kontakte zu homosexuellen Männern meiden möchten.

<sup>89</sup> vgl. auch Hill 1984.

die häufig die höchste Sympathie (100) bekunden, weniger oft die "0" ankreuzen. Dies ist jedoch nicht der Fall.

Darüber hinaus ergab eine Regressionsanalyse mit soziodemographischen Merkmalen als Determinanten, daß Personen, die häufiger bereit sind den höchsten Sympathiewert zu vergeben, auch ein höheres Bildungsniveau aufweisen. Zudem sehen sie sich stärker positiv sozial resonant und sind weniger autoritär als andere.

Dagegen wird die Vergabe äußerster Antipathie - abgesehen vom „Autoritären Charakter" und der formalen Bildung - auch noch von anderen Einflußgrößen bestimmt. Die Häufigkeit der Antipathiebekundung steigt mit dem Alter, ist bei autoritären Personen häufiger und auch öfter bei Personen anzutreffen, die sich in persönlichkeitspsychologischer Hinsicht als gefügig und zwanghaft einstufen. Mit steigender Bildung sinkt die Bereitschaft zur "0".

Die Null-Korrelation zwischen beiden Konstrukten zeigt, daß die Äußerung höchster Sympathie nicht als das Gegenteil des "0"-Ankreuzens gewertet werden kann. Es handelt sich also bei der Richtung der Extremankreuzung nicht um qualitativ vergleichbare Phänomene im Sinne von gegenüberliegenden Polen.

Eine Validierung dieses Befundes liefert die teilweise unterschiedliche Kausalstruktur der exogenen Merkmale. Bei "Thermometerfragen" dieser Art sollte der Begriff "Extremankreuzer" mit Bedacht verwendet werden.

Mit dem Gesamtmittelwert einer befragten Person für alle zwölf Minderheiten und die fallbezogene Varianz stehen zwei weitere Gesamtmaße bei der Beurteilung der Einstellung der Bevölkerung gegenüber Minderheiten zur Verfügung.

Der Gesamtmittelwert kann als Indikator der sozialen Distanz zu ethnischen und sozialen Minderheiten insgesamt interpretiert werden, während die Abweichung vom Mittelwert den Grad der Differenzierung der Einschätzung mißt.

Die Korrelation zwischen beiden Indikatoren beträgt .24. Somit unterscheiden Personen mit großer sozialer Distanz zu Minderheiten weniger zwischen den einzelnen Gruppen als Personen, die größere Sympathie gegenüber Minderheiten hegen.

Wodurch nun werden Distanz und Differenzierungsbereitschaft bestimmt? Regressionsanalysen mit beiden Variablen zeigen, daß das globale Distanzmaß sehr stark vom Bildungsgrad, vom Alter und vom Merkmal der autoritären Persönlichkeit bestimmt wird. Ältere Personen und Personen mit geringerem Bildungsgrad weisen größere Distanzen auf. Personen mit autoritärer Prägung sind ebenfalls sehr distanziert. Der starke kausale Effekt in Höhe von  $-.31$  überrascht nicht, gehören doch Markieren und Ausgrenzen zu den typischen Denk- und Verhaltensweisen autoritärer Personen. Darüber hinaus lassen sich Personen mit starker Ablehnung gegenüber Minderheiten persönlichkeitspsychologisch sehr genau beschreiben. Sie sehen sich im Gegensatz zu anderen als weniger durchlässig, zwanghafter, weniger depressiv und nur in geringem Umfang sozial resonant. Dies zeigt, daß die innere Bereitschaft Minderheiten zu akzeptieren und nicht auszugrenzen in starkem Maße von psychologischen Merkmalen bestimmt wird. Menschen, die sich generell vor äußeren Einflüssen verschließen, wehren als Folge davon auch Minderheiten stärker ab. Dagegen sind offene, durchlässige Personen auch sehr viel aufgeschlossener gegenüber Minderheiten, die nicht in allen Bereichen mit der Majorität identisch sind. Unterschiede in Kultur und Religion werden von ihnen eher akzeptiert und nicht als Bedrohung angesehen.

Die statistische Analyse des Differenzierungsgrades zeigt, daß weder Alter und Schulbildung noch Geschlecht der Befragten Einfluß haben. Personen, die stärker differenzieren, sehen sich jedoch einerseits sozial resonanter, auf der anderen Seite aber auch gefügiger und zwanghafter als andere. Darüber hinaus weisen sie öfter die Merkmale der autoritären Persönlichkeit auf (polarisierendes Freund-Feind-Denken).

Vorgegeben durch die beiden globalen Maßzahlen zur Bestimmung der sozialen Distanz zu Minderheiten und dem Grad der Differenzierung läßt sich nun mit Hilfe der Clusteranalyse graphisch eine Typologie erstellen. Die durchgeführte explorative Profilclusteranalyse (k-means-Methode) über beide Variablen ergab eine optimale 5-Clusterlösung. Diese Clusterlösung erklärt etwa drei Viertel der Gesamtvarianz der beiden z-transformierten Variablen. Abbildung 4.7.2. zeigt die Anordnung der Cluster auf der Basis der Clustermittelwerte sowie die Prozentanteile.

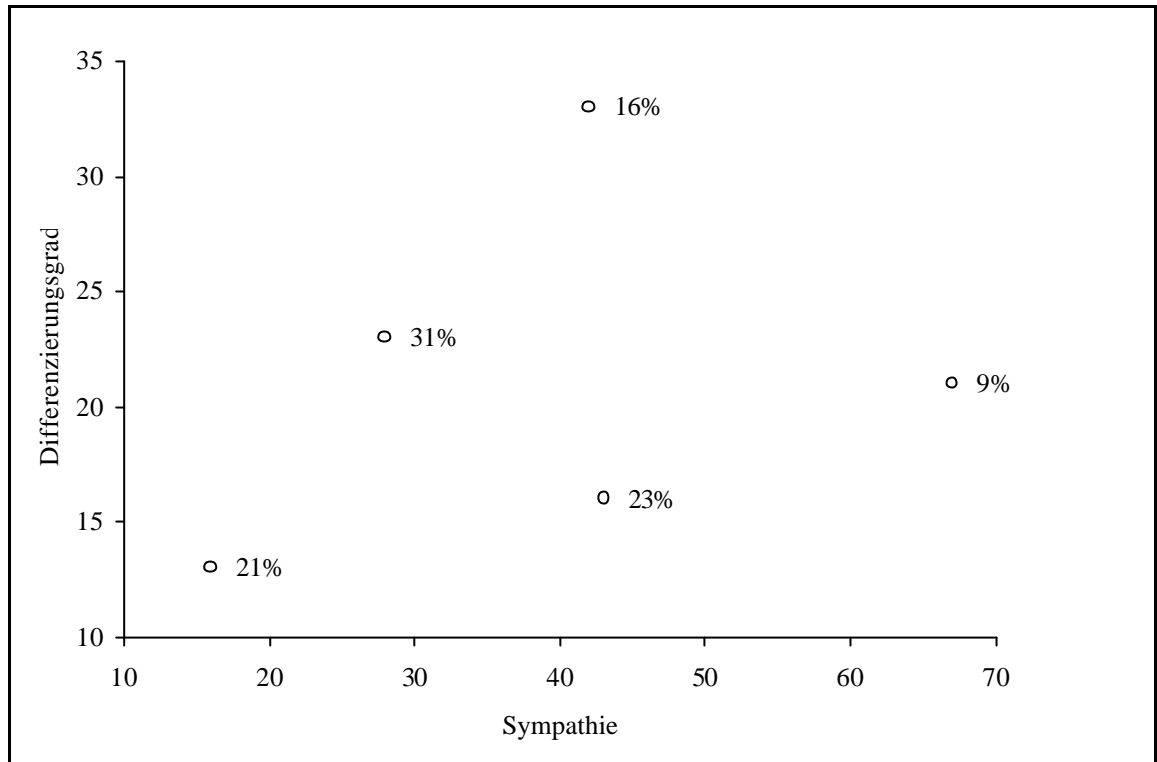


Abb. 4.7.2.: Sympathie bzw. Soziale Distanz und Differenzierungsgrad - Eine Typologie im zweidimensionalen Raum nach Clusterdistanzen (n = 1947)

Die Abbildung kontrastiert die Personengruppen mit vergleichsweise großer Sympathie bzw. geringer emotionaler Distanz (9%) zu den stark Distanzierten (21%). Etwa die Hälfte (31% + 23%) der Befragten rangiert im Bereich des mittleren Profils auf beiden Achsen. Jeder Siebte (16%, oberes Cluster) kreuzt sehr differenziert auf der persönlichen Sympathieskala an und verteilt Sympathie und Antipathie mit deutlichen Tendenzen zu den Polen hin.

### **4.7.3. Sympathie gegenüber Minderheiten und Parteien**

Nach der Analyse der Gesamtmaße zur Sympathie gegenüber Minderheiten soll nun der Zusammenhang zwischen Parteisympathie und den von AIDS hauptsächlich betroffenen Personengruppen dargestellt werden. Dabei wird unterstellt, daß die bevorzugte politische Partei des Befragten als Indikator für seine individuelle politische Einstellungs- und Überzeugungsstruktur angesehen werden kann.



Zunächst wird die unterschiedliche Zustimmung von Maßnahmen, wie mit AIDS-Infizierten und Risikogruppen umzugehen ist, die Bandbreite der (potentiellen) Wählerschaften bzw. Parteisympathisanten verdeutlichen. Danach zeigt eine gemeinsame Positionierung nach der Minderheitensympathie und der Parteisympathie, welche Bevölkerungsgruppen in den Parteianhängerschaften stärker abgelehnt bzw. akzeptiert werden.

An der Zustimmung zu zwei prägnanten Maßnahmen, wie AIDS-Infizierte und Angehörige der Risikogruppen behandelt werden sollten, zeigen sich Unterschiede im Ausmaß der Toleranz bzw. der Abgrenzung und Abwertung<sup>90</sup> der von AIDS betroffenen Minderheiten zwischen den Parteien in besonderem Maße. Dabei stehen die Parteien für mehr oder weniger restriktive Haltungen zu diesem Thema.

Der Meinung, daß Angehörige der Risikogruppen durch das Gesundheitsamt registriert und getestet werden sollten (gesamt = 55%), schließen sich insgesamt mehr Befragte an als der Aussage "AIDS-Infizierte sollten abgesondert werden wie Tuberkulose-Kranke" (gesamt = 31%).

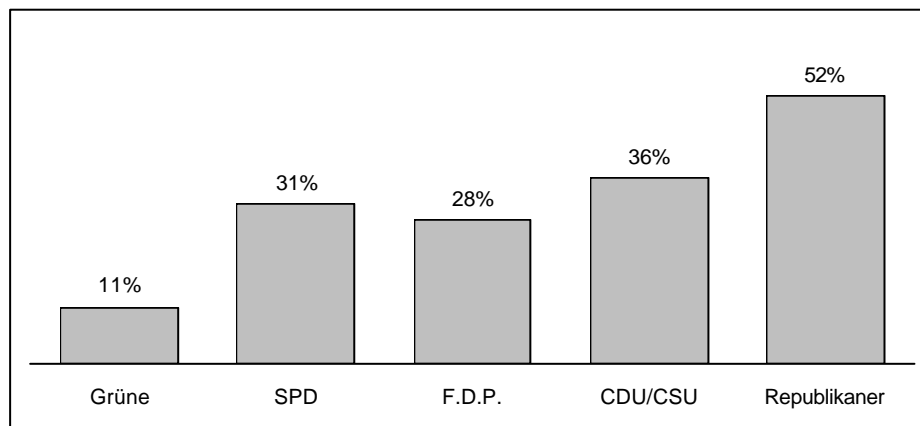


Abb. 4.7.3.: "AIDS-Infizierte sollten abgesondert werden wie Tuberkulose-Kranke" - Zustimmung in % nach Parteipräferenzen (n = 2014)

<sup>90</sup> vgl. hierzu Blank/Schmidt 1996, insbesondere zur Fremdgruppenabwertung in Verbindung mit Nationalismus (autoritäre Charakterstrukturen) im Gegensatz zum Patriotismus, an den eher prosoziale Wertorientierungen geknüpft sind.

Grünen- und Republikaner-Anhänger bilden in dieser Frage gegenüberliegende Pole. Während jeder zweite Sympathisant der Republikaner für die Ausgrenzung votiert, findet diese Maßnahme bei den potentiellen Wählern der Grünen kaum Anhänger. CDU/CSU, SPD und FDP weisen etwa jeweils ein Drittel Befürworter auf.

Bei der Frage nach der Maßnahme des Registrierens und Testens durch das Gesundheitsamt verringert sich jedoch der Abstand zwischen Rep-Anhängern und den drei Parteien der "Mitte". Reps und CDU/CSU-Anhänger kommen sich in ihrer Meinung sehr nahe. Knapp zwei Drittel befürworten ausgeweitete Kompetenzen der Gesundheitsämter. Bei der Anhängerschaft der Grünen stimmt lediglich ein Drittel zu.

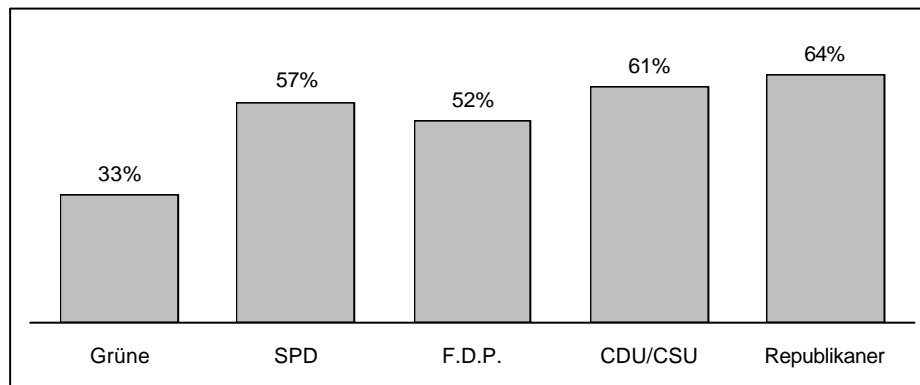


Abb. 4.7.4.: "Angehörige der Risikogruppen sollten durch das Gesundheitsamt registriert und getestet werden" - Zustimmung in % nach Parteipräferenzen (n = 2019)

Einen Überblick liefert die Abbildung von Minderheitensympathie und Parteinähe in einem zweidimensionalen Plot mit Hilfe der Korrespondenzanalyse. Dazu werden die Sympathiemittelwerte für einzelne Minderheiten nach den Gruppen der Parteipräferenz aufgeschlüsselt. Zunächst zeigen aber einfaktorielle Varianzanalysen, ob hinsichtlich der einzelnen Minderheiteneinstufungen zwischen den Parteipräferenzen signifikante Unterschiede bestehen. Der Plot der Korrespondenzanalyse veranschaulicht danach graphisch den Kontext von Minderheiten und politischen Parteien und ihrer Wählerschaften.

Vorgegeben waren nicht nur die etablierten Parteien CDU/CSU, SPD, FDP und Grüne, sondern auch die Gruppierung der Republikaner und die "Parteien" der Nicht-Wähler und unentschlossenen "Weiß-Nicht"-Antwortenden.

Die einfaktorielle Varianzanalyse zeigt die erwarteten Unterschiede zwischen Anhängern der beiden großen Volksparteien und der FDP einerseits sowie den Anhängern der Grünen und der Reps andererseits. Schon am Vergleich der Gesamt-Mittelwerte wird deutlich, daß sich die Anhänger der Grünen und die Anhänger der Republikaner in entgegengesetzter Weise von der Mehrheit unterscheiden. Während die Grünen-Wähler allen Minderheiten - auch Terroristen - deutlich mehr Sympathie zubilligen als das die Wähler der anderen Parteien tun, verhält es sich bei den Anhängern der Republikaner umgekehrt: sie haben die geringste Sympathie für Minderheiten und hegen lediglich gegenüber zwei Minderheiten - Terroristen und Prostituierte – mehr Sympathie als die Mehrheit der Befragten. Dieses Ergebnis entspricht den politisch-gesellschaftlichen Zielvorstellungen beider Parteien. Die Grünen betonen programmatisch die Offenheit gegenüber allen Minderheiten, sowohl innerhalb als auch außerhalb der Gesellschaft. Beispielsweise wenden sie sich gegen die Einschränkungen des Asylrechts und der Zuwanderung von Flüchtlingen. In krassem Gegensatz dazu sind die Republikaner auf strikte Abgrenzung gegenüber fremden Minderheiten bedacht. So ist es nicht verwunderlich, daß die Anhänger der Republikaner in der Stichprobe die einzige Gruppe sind, die eine ebenso starke Antipathie gegenüber Drogenabhängigen wie gegenüber äusserlich erkennbaren Ausländern (z.B. Asylbewerbern) ausdrückt.

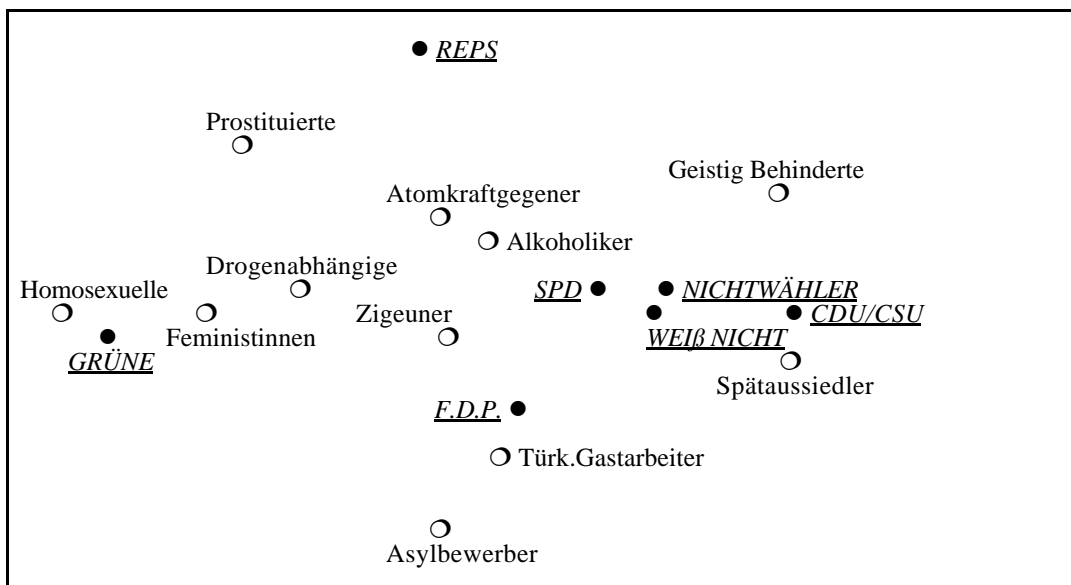
	Gesamt	CDU/CSU	SPD	F.D.P.	Grüne	Reps	Nicht-Wähler	Weiß Nicht
Atomkraftgegener	62	51**	65	59	85**	51**	65	63
Geistig Behinderte	60	60	58	58	66*	51**	57	58
Spätaussiedler	50	50	49	56*	55*	32**	53	48
Türk. Gastarbeiter	45	42	45	53*	60**	25**	42	43
Asylbewerber	36	33	34	38	53**	17**	40*	34
Zigeuner	34	31	33	39*	51**	24**	31	34
Feministinnen	31	26*	31	31	52**	22**	28	34
Homosexuelle	27	20**	26	29	52**	20**	24	30
Alkoholiker	25	22	25	28	34**	21*	25	22
Prostituierte	23	18	23	25	37**	25	24	22
Drogenabhängige	22	19	20	22	37**	17*	22	19
Terroristen	6	3*	5	4	15**	11**	6	6
Mittelwert	35	31*	35	37	50**	26**	35	34
Standardabw.	16	16	16	16	17	12	16	16

\* p<.01, \*\* p<.001

Tab. 4.7.2.: Minderheitensympathie und Wahlabsicht - Mittelwerte der Parteien und Ergebnisse einfaktorieller Varianzanalysen (n = 1963)

Bei den etablierten Parteien SPD und CDU/CSU fällt auf, daß sich die SPD-Wähler in ihrem Verhältnis zu den Minderheiten vom Durchschnitt der Bevölkerung in keinem Fall signifikant unterscheiden; in ihrer Einstellung repräsentieren sie gewissermaßen das mittlere Profil der Mehrheit, die Mitte. Etwas anders stellen sich die CDU/CSU-Anhänger dar. Ihr Sympathiemuster unterscheidet sich beispielsweise in der Einschätzung gegenüber Atomkraftgegnern und Homosexuellen signifikant vom Durchschnitt der Bevölkerung. Beide Gruppen haben von den CDU/CSU-Wählern deutlich weniger Sympathie zu erwarten als von anderen Wählerschichten. Das gilt in abgeschwächter Form auch für Feministinnen, Prostituierte und Terroristen. Diese Gruppen werden ebenfalls von Anhängern der CDU/CSU stärker abgelehnt als von den übrigen potentiellen Wählern (mit Ausnahme der Republikaner-Wähler).

Auf der Basis der Mittelwerte in den Parteigruppen werden Minderheiten und Parteien für die Korrespondenzanalyse in einem zweidimensionalen Raum angeordnet. Abbildung 4.7.5 zeigt das graphische Ergebnis<sup>91</sup>.



<sup>91</sup> die Werte für "Terroristen" wurden wegen der verzerrenden Wirkung der sehr geringen Varianz nicht in die Analyse aufgenommen.

Abb. 4.7.5.: Minderheiten und Wahlabsicht – Korrespondenzanalyseplot (n = 1963)

Die Kennwerte, die die Güte der Umsetzung der Kreuztabelle in die 2D-Graphik beschreiben, weisen eine gute Anpassung aus. So entspricht die horizontale Achse des Schaubildes 51% der Variation der Kontingenztabelle, für die vertikale Achse sind dies 35%. Insgesamt werden somit 86% der Gesamtvarianz durch die beiden Achsen erklärt.

Die Abbildung zeigt, daß Atomkraftgegner und Alkoholiker von allen Wählern etwa gleich sympathisch bzw. unsympathisch eingeschätzt werden. Aus diesem Grund sind diese beiden Gruppen in der Mitte des Bildes positioniert. Im linken Bereich des Schaubildes befindet sich die Gruppe der Minderheiten, die besonders von den Wählern der Grünen mit hoher Wertschätzung bedacht werden: Homosexuelle, Feministinnen und Drogenabhängige.

Am mittleren, unteren Bildrand liegen mit Asylbewerbern, Zigeunern und türkischen Gastarbeitern äußerlich erkennbare Minderheiten. Ihnen werden besonders von FDP-Anhängern vergleichsweise hohe Sympathien entgegengebracht.

Potentielle SPD-Wähler sind in der Mitte des Bildes angeordnet. Ihre Einschätzung der Minderheiten entspricht demzufolge etwa dem mittleren Profil (s.o.). Die Sympathiemuster der Nichtwähler und der unentschlossenen Wähler sind dem der SPD-Wähler sehr ähnlich. Bei den Ergebnissen der Varianzanalyse zeigte sich ja ebenfalls, daß die Gruppenmittelwerte dieser drei Wählertypen nicht vom Bevölkerungsdurchschnitt abweichen. Daher liegen sie auch im Schaubild dicht beieinander.

Die Wählerschaft der Republikaner ist isoliert am oberen Rand der Darstellung angeordnet. Auffällig dokumentiert sich hier wiederum die große Distanz, die Republikaner-Sympathisanten zum Zeitpunkt der Erhebung äußerlich erkennbaren Minderheiten gegenüber haben. Zudem steht diese Gruppe im Schaubild weit entfernt vom horizontalen Parteienspektrum, das sich links von den Grünen bis rechts zur CDU/CSU erstreckt. Damit befindet sich die politische Gruppierung der Republikaner

(bzw. ihrer Anhänger) außerhalb des Parteienkontinuums. Sie fühlt sich keiner Minderheit nah, lediglich Prostituierte schätzen sie überdurchschnittlich sympathisch ein.

#### **4.7.4. Minderheitengruppen - Ergebnisse von Faktorenanalysen**

Nach der Betrachtung globaler beschreibender Minderheitsmaße und einer Kontextanalyse im Parteienspektrum sollen nun Zusammenhänge zwischen den Minderheiten und gemeinsam zugrundeliegende latente Dimensionen aus der Sicht der Bevölkerung analysiert werden. Dazu wurden zunächst auf der Basis von Korrelationen mit dem SPSS-Programmpaket exploratorische Faktorenanalysen berechnet. So konnten grobe Dimensionen bestimmt werden, die in einem weiteren Schritt in einer konfirmatorischen Faktorenanalyse mit dem Programm LISREL 7 überprüft wurden.

Es ergab sich eine 3-Faktorlösung, die acht der zwölf erhobenen gesellschaftlichen Gruppen einbezieht. Demnach nimmt die Bevölkerung drei grobe, deutlich voneinander verschiedene Hauptminoritätengruppen wahr.

Der erste Block beschreibt äußerlich erkennbare Minderheiten: türkische Gastarbeiter, Asylbewerber und Zigeuner. Abbildung 4.7.1 in Kapitel 4.7.1. veranschaulichte die Rangfolge der Sympathieeinschätzung. Türkische Gastarbeiter werden demnach wesentlich sympathischer eingeschätzt als Asylbewerber und Zigeuner. Die Faktorenanalyse bestätigt nun unabhängig vom Sympathiemittelwert, daß diese drei Minderheiten im Bewußtsein der Bevölkerung einer Minderheitengruppe zugeordnet werden.

Der zweite Faktor umfaßt Minderheiten, die hauptsächlich mit AIDS in Verbindung gebracht werden, also die sogenannten Hauptbetroffenen- oder Risikogruppen der Homosexuellen, Prostituierten und Drogenabhängigen. Die Tatsache, daß diese drei Minderheiten in der Faktorenanalyse zu einem Faktor verschmelzen, zeigt, daß alle drei Gruppen einem tieferliegenden Muster zugeordnet werden. Begriffe, die mit diesem Faktor assoziiert werden, sind "exzessive Sexualität", "mangelnde Kontrolle" und "Sucht"<sup>92</sup>.

---

<sup>92</sup> vgl. auch Kap. 4.7.1. und 4.5.

Desweiteren werden aus der Sicht der Befragten Feministinnen und Atomkraftgegner zu einer dritten Gruppe zusammengefaßt. Damit wird die Dimension des politischen und gesellschaftlichen Engagements von Minderheiten charakterisiert. Diese beiden Bevölkerungsgruppen weichen in der Sympathieeinschätzung deutlich voneinander ab. Feministinnen erreichen mit 31 lediglich einen niedrigen durchschnittlichen Sympathiewert, während Atomkraftgegner mit einem Wert von 62 eine hohe Akzeptanz genießen. Das Engagement gegen Atomkraft wird also wesentlich positiver bewertet als der engagierte Einsatz für die alltägliche Gleichberechtigung der Frau. Dennoch gehören beide Minderheiten als Indikatoren einem latenten Faktor an, unabhängig von der Höhe des Skalenwertes.

Die Minderheiten der geistig Behinderten, Spätaussiedler, Alkoholiker und Terroristen fügen sich nicht in das 3-Faktormodell ein, sind also nicht Bestandteile dieses dreiteiligen Wahrnehmungsschemas. Geistig Behinderte und Spätaussiedler bilden jeweils eigene Dimensionen bzw. Faktoren. Die Gruppe der Alkoholiker weist eine schwächere Faktorladung auf dem Faktor "Hauptbetroffenen- und Risikogruppen" auf. Sie wird aber aufgrund der geringen Reliabilität weggelassen. Zudem würde durch die Hinzunahme der Gruppe der Alkoholiker zu diesem Faktor die inhaltliche Interpretation in späteren Analysen erschwert. Terroristen, die einen Mittelwert von 6 auf der von 0 bis 100 reichenden Sympathieskala aufweisen, werden aufgrund der zu geringen Streuung bei der Berechnung der Faktorenanalyse weggelassen.

Die Faktorkorrelationen nach der LISREL-Schätzung sind meßfehlerbereinigt<sup>93</sup>. Sie liegen um den Wert .70. Diese hohen Interkorrelationen auf der Ebene der latenten Dimensionen legen die Vermutung eines übergeordneten Generalfaktors der Einschätzung von Minderheiten nahe. Eine solche Faktorenanalyse zweiter Ordnung weist statt der Faktorkorrelationen die Faktorladungen des übergeordneten Faktors auf. Struktur und Koeffizienten der komplexen Faktorlösung zeigt Abbildung 4.7.6.

---

<sup>93</sup> vgl. dazu Jöreskog/Sörbom 1988, S. 160ff.

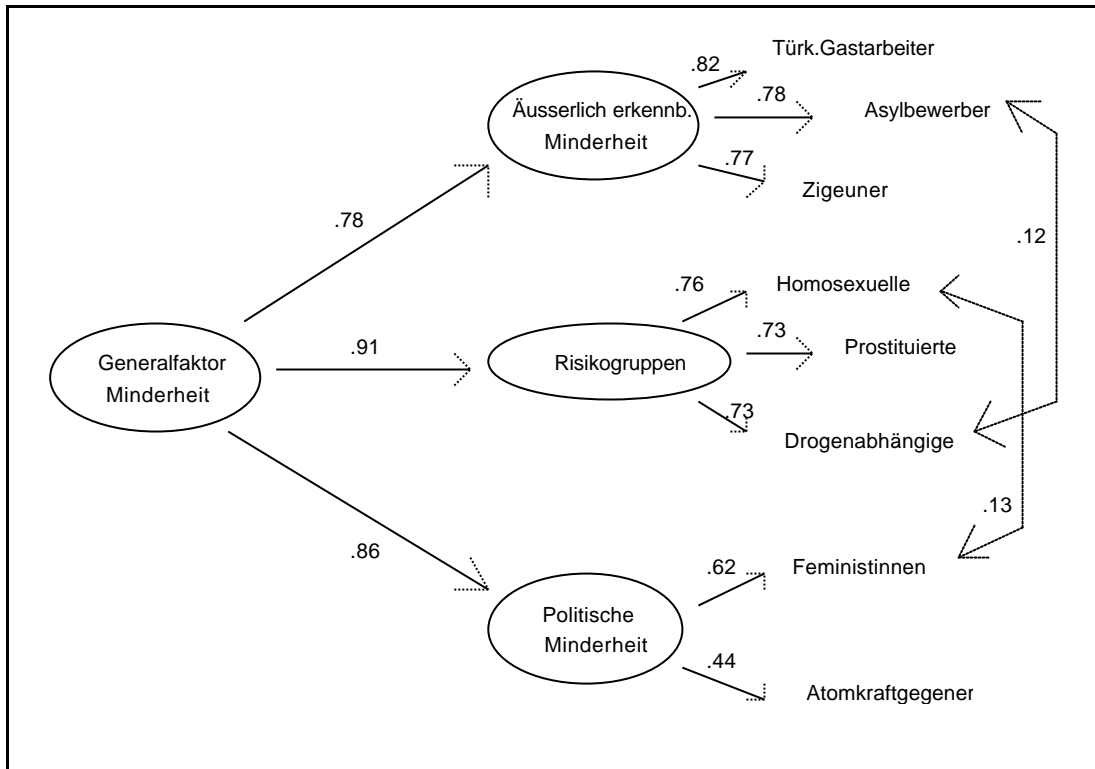


Abb. 4.7.6.: Faktorenlösung 2. Ordnung für acht Minoritäten (n = 1959)

Zur Verbesserung des Modells wurden, wie im Schaubild ersichtlich ist<sup>94</sup>, zwei Meßfehlerkorrelationen zugelassen. Diese Meßfehlerkorrelationen drücken die spezifischen Anteile zweier Items aus, die nicht über die Faktorenstruktur ausgeschöpft werden und deren Schätzung die statistische Güte des Modells oft deutlich verbessern<sup>95</sup>.

Inhaltlich deutet die Korrelation der Meßfehler zwischen den Indikatoren "Asylbewerber" und "Drogenabhängige" (.12) auf eine Gemeinsamkeit in Verbindung mit Drogen (evtl. Drogenschmuggel) hin, die beiden Gruppen möglicherweise unterstellt wird.

Die Residuenkorrelation zwischen "Homosexuellen" und "Feministinnen" (.13) weist auf den geschlechtsfixierten Aspekt beider Bevölkerungsgruppen hin. Zudem wird Feministinnen häufig Homosexualität unterstellt.

Die Gütemaße des Faktorenmodells sind einwandfrei. Der Chi<sup>2</sup>-Wert beträgt bei 15 Freiheitsgraden 229, der P-Wert fällt somit unter den Wert von .05. Das RMR-Maß

<sup>94</sup> das Zeichen für Theta Delta wurde weggelassen. Die Meßfehlerkorrelationen sind durch gestrichelte Linien gekennzeichnet.



erreicht einen Wert von .034 und das größte Fitted Residual überschreitet mit .092 nicht die kritische Marke von .100. Auch der Goodnes-of-Fit-Index, der die Güte des Gesamtmodells beschreibt, hat mit .971 einen akzeptablen Wert.

Die Faktorladungen des Generalfaktors weisen darauf hin, daß von den drei Minderheitenfaktoren die von AIDS Hauptbetroffenen und die "politischen" Minderheiten die größte Affinität aufweisen. Das heißt, daß selbst bei der Einschätzung nach Vorlage einer Liste zum einen externe Kriterien zur Identifikation dienen und zum anderen nach "inneren" Merkmalen unterschieden wird<sup>96</sup>.

Die Unterscheidung bzw. die grobe Einteilung in äußere und innere Diskriminierungskriterien wird jedoch nicht darüber entscheiden, ob und in welchem Maße Minderheiten als Sündenböcke eingesetzt werden.

Darüber hinaus ist anzunehmen, daß diese beiden groben Klassifizierungs- oder Bewertungsdimensionen nicht als bipolares Kontinuum anzusehen sind. Man muß sich vielmehr einen aufgespannten zweidimensionalen Raum vorstellen, in dem beide Klassifikationskriterien als Achsen aufgetragen sind. Demzufolge hätten Personen, die in den Augen diskriminierungsbereiter Bevölkerungsgruppen beide Kriterien erfüllen (z.B. homosexuelle Türken, demonstrierende Kurden oder drogenabhängige Asylbewerber) ein noch größeres und deutlicheres Maß an Ausgrenzung zu befürchten.

Für weitere statistische Analysen wird auf der Basis des 3-Faktorenmodells ein Summenindex für die Risikogruppen verwendet.

#### **4.7.5. Einflußgrößen der Sympathie/Antipathie für AIDS-Risikogruppen**

Im folgenden soll überprüft werden, ob die Einstellung gegenüber den von AIDS hauptbetroffenen Gruppen von soziostrukturellen Merkmalen sowie grundlegenden Wertorientierungen und persönlichkeitspsychologischen Merkmalen bestimmt wird. Regressionsanalysen mit dem Summenindex "Sympathie gegenüber Risikogruppen" als

---

<sup>95</sup> siehe dazu Pfeiffer/Schmidt 1987, S. 93.

<sup>96</sup> vgl. Kap. 4.7.1.

abhängiger Variable weisen keinen Geschlechtereffekt aus. Betrachtet man die Personengruppen jedoch im einzelnen, dann können Unterschiede zwischen Frauen und Männern festgestellt werden. Es zeigen sich signifikante Differenzen in der Einschätzung von Feministinnen, Homosexuellen und Prostituierten. Im Falle der Gruppe der Feministinnen bestätigt sich die Erwartung, daß sie von den Frauen in der befragten Stichprobe sympathischer eingeschätzt werden als von den Männern. Eine gewisse Parteilichkeit und Identifikationsbereitschaft erklärt dieses Ergebnis.

Anders stellt sich die unterschiedliche Einschätzung der Homosexuellen und Prostituierten dar. Alltagserfahrung und Sprachgebrauch legen nahe, daß bei der Gruppe der Homosexuellen überwiegend an Männer und bei der Gruppe der Prostituierten überwiegend an Frauen gedacht wird. Diese beiden Gruppen werden von den jeweils gleichgeschlechtlichen Befragten der Stichprobe eher abgewertet und von den Befragten mit dem jeweiligen anderen Geschlecht eher aufgewertet. Die Prostituierten rangieren in der Sympathieeinstufung der befragten Frauen unterhalb der Drogenabhängigen, und Männer schätzen die Gruppe der Homosexuellen niedriger ein als Frauen. Hier findet keine Identifikation und Parteinahme statt, vielmehr werden diese Minderheiten von Befragten mit gleichem Geschlecht stärker abgewehrt und entwertet. Es ist zu vermuten, daß sich die Gruppen der Feministinnen und Prostituierten in unterschiedlicher Weise für Identifikationsprozesse eignen. Im ersten Fall können beispielsweise uneingestandene Autonomiewünsche auf die Feministinnen projiziert werden, um eine wenigstens identifikatorische Partizipation an diesen Wünschen zu ermöglichen. Im zweiten Fall sind es vermutlich eher abgewehrte Triebwünsche, die an Prostituierte delegiert werden und zu einer negativen projektiven Identifizierung führen.

Die Betrachtung der Korrelationsmatrix, gebildet mit dem Summenindex "Risikogruppen" und anderen Einstellungsaspekten, weist keine oder nur minimale Zusammenhänge mit dem Wissensstand über die Infektionsgefahren und den Anteil der Infizierten sowie dem Bedürfnis nach weiterer aufklärender Information zum Thema AIDS auf.

Korrelationen (polychor.)	Weitergeh. In-fobedürfnis+	Schätzanteil Inf. an Bev.+	Informationsgrad+	
Einstellung Risikogruppen	.01	.05*	.13**	
	Allg.hat Grund zur Sorge+	Besorgnis um eig. Person+	Besorgnis um Freunde+	Besorgnis um Fam.ang.+
Einstellung Risikogruppen	.19**	.23**	.18**	.27**
	Risikoeinschätz. bei Kontakt	Inf sind selber schuld	Neue kirchl. Moral muß her	
Einstellung Risikogruppen	-.21**	-.35**	-.26**	

Tab.4.7.3.: Korrelationen zwischen der Einstellung gegenüber Risikogruppen und anderen Einstellungen in bezug auf AIDS (n = 2019)

Positivere Einschätzungen der Betroffenenengruppen sind indes an größere „Besorgnis um die eigene Person und um Freunde“ gekoppelt, aber auch an den Glauben, daß die Allgemeinheit Grund zur Sorge (Gefahr) haben muß<sup>97</sup>. Eine erhöhte Risikowahrnehmung bei alltäglichen Kontaktformen ist dagegen mit einer vergleichsweise geringen Sympathie verbunden.

Die beiden Attribuierungsbereiche - die eigenverantwortliche Schuld und die notwendig gewordene Moral - sind ebenfalls in hohem Maße mit der negativen Sicht der Hauptbetroffenenengruppen verbunden. Höhe und Richtung der Korrelationskoeffizienten belegen, daß nicht so sehr Wissensaspekte, sondern vielmehr affektiv-emotionale Einstellungen bei der Einschätzung der von AIDS Hauptbetroffenen eine Rolle spielen. Die Verlagerung auf Schuld und Moral - eine Entäußerung und Entlastung - geht einher mit der stärkeren Bereitschaft zur Ausgrenzung, während Mitgefühl und Sorge, Nähe und Verständnis in stärkere Sympathie münden.

Die Vorurteilsdynamik, die in Strategien zur Kontaktvermeidung resultiert, schließt auf der Einstellungsebene die Ausgrenzung der Hauptbetroffenen im Vorfeld mit ein. Unreflektierte "Entlastung" bzw. mangelnde Mitleidsfähigkeit bilden den Oberbegriff dieser Vorurteilsdisposition, deren gegenüberliegender Pol die Besorgnis, das nachempfundene Leid der Betroffenen, darstellt. Hier ist eine positive Einstellung zu den betroffenen Minderheiten auch an größere Sorgen gekoppelt, man selbst oder nahestehende Menschen könnten sich mit AIDS anstecken. Darüber hinaus ist diese

Personengruppe auch besorgter, wenn es ganz allgemein um "andere" geht. Als Grundmuster stehen sich somit Mitleid und die Unfähigkeit zur Anteilnahme gegenüber.

Die Ergebnisse der Regressionsanalyse mit soziodemographischen und psychologischen Merkmalen sowie basalen Werthaltungen veranschaulicht Abbildung 4.7.7. Hier zeigt sich, daß Toleranz und Offenheit gegenüber den von AIDS am stärksten betroffenen Minderheiten stärker bei formal höher Gebildeten zu finden sind. Den stärksten kausalen Effekt weist jedoch die Variable der „Autoritären Persönlichkeit“ auf. Personen mit diesem Merkmalssyndrom diskriminieren anhand ihrer Einstellungen die betroffenen Minderheiten deutlich stärker als andere.

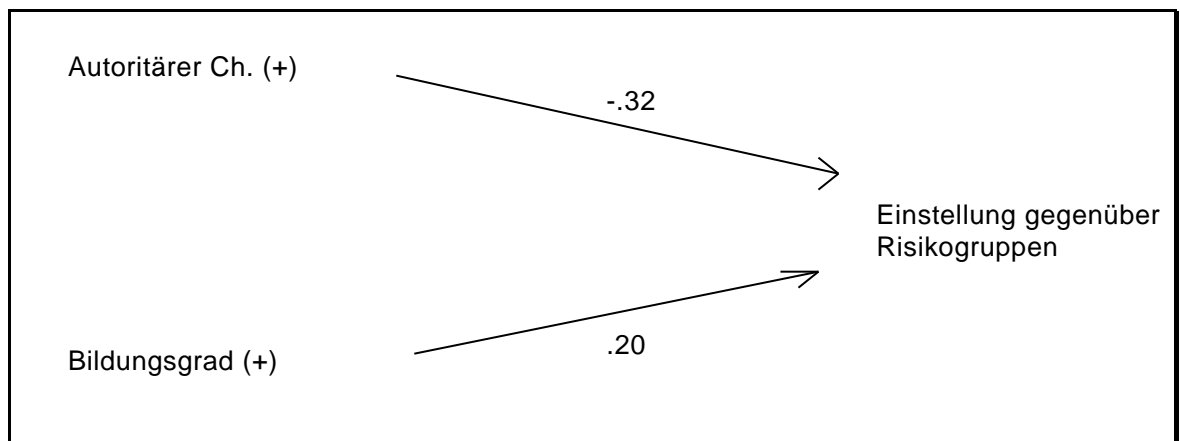


Abb.4.7.7.: Determinanten der Einstellung gegenüber Risikogruppen (n=1979)

Die mit dem Gießen-Test gemessenen persönlichkeitspsychologischen Merkmale sowie das Selbstwertempfinden der Befragten haben keinen Einfluß auf die Einstufung der Risikogruppen.

Daraus kann abgeleitet werden, daß die Einstellung gegenüber Minderheiten - in diesem Falle der mit dem HI-Virus in Verbindung gebrachten Minderheiten der Drogenabhängigen, Prostituierten und Homosexuellen – ein Ergebnis der Sozialisation ist. Gefühlsmäßige Einstellungen und daraus resultierende Verhaltensformen gegenüber Minderheiten werden vermutlich in der prägenden Phase der Adoleszenz gebildet,

---

<sup>97</sup> vgl. Kap.4.4.

indem sie von Eltern oder wichtigen Bezugspersonen vermittelt, vorgelebt und übernommen werden.

#### **4.7.6. Hypothesen**

H9: *Die Einstellung gegenüber den von der Immunschwächekrankheit AIDS bislang am meisten betroffenen Minderheiten der Homosexuellen, Drogenabhängigen und Prostituierten ist in ihrer negativen Ausprägung verbunden mit der Schuldzuweisung an HIV-infizierte Personen (Infizierte sind selber schuld, leichtsinnig in ihrem Verhalten, etc.).*

➔ Auf der Ebene von Korrelationen sind Schuldzuweisungen sehr stark an eine negative Einstellung gegenüber Prostituierten, Drogenabhängigen und Homosexuellen gekoppelt. Diese diskriminierende Ausgrenzung bzw. Absonderung in der Form der eigenverantwortlich zugeschriebenen Schuld ("Mit denen hab' ich nichts zu tun, die sind ja selber schuld") dient der eigenen Entlastung und läßt eine starke Unsicherheit in diesen Bevölkerungskreisen vermuten.

H8: *Die Einstellung gegenüber den Risikogruppen wird in großem Maße von Sozialmerkmalen wie Geschlecht und dem formalen Bildungsgrad sowie dem Sozialcharakter bestimmt.*

➔ Der Einstellung gegenüber den Minderheiten der Hauptbetroffenengruppen ist im Bereich soziodemographischer Determinanten lediglich das Kriterium des formalen Bildungsniveaus ursächlich vorgeschaltet. Mit höherem Bildungsabschluß sinkt die Diskriminierungsbereitschaft, die betroffenen Minderheiten werden sympathischer eingestuft. Ein Unterschied in der Wahrnehmung zwischen Frauen und Männern zeigt sich auf der Faktorebene nicht. Jedoch bei der Einzelbetrachtung der Minderheiten zeigen sich signifikante Geschlechtsunterschiede in der Einschätzung von Feministinnen, Homosexuellen und Prostituierten: Frauen schätzen Feministinnen sympathischer ein als Männer. Anders stellt sich die unterschiedliche Einschätzung der Homosexuellen und

Prostituierten dar. Diese beiden Gruppen werden von den jeweils gleichgeschlechtlichen Befragten der Stichprobe eher abgewertet und von den Befragten mit dem jeweiligen anderen Geschlecht eher aufgewertet.

→ Auch beim Gesamtmaß über zwölf Minderheiten (Mittelwert aller Gruppen) zeigt sich dieser deutliche Bildungseffekt. Höheres Bildungsniveau geht einher mit größerer Sympathie für Minderheiten im allgemeinen.

→ Zudem spielt die Persönlichkeitsstruktur in Form sozialer Resonanz eine Rolle. Personen mit geringer sozialer Resonanz grenzen sich stärker von Minderheiten ab, als Personen mit positiver sozialer Resonanz; diese erscheinen offener im Umgang mit "anderen".

*H10: Der Autoritarismus spielt eine gewichtige und zentrale Rolle in der Dynamik der Vorurteile und Vorurteilsbereitschaft gegenüber Risikogruppen, HIV-Infizierten und AIDS-erkrankten Personen. Der starke Effekt des Autoritarismus im Hinblick auf die Ausgrenzung der von AIDS betroffenen Gruppen wird sich im wesentlichen auf die der Verhaltensebene vorgelagerten Einstellungen, Erklärungen und Wertungen beschränken.*

→ Der Autoritäre Charakter kann als zentrale Werthaltung bei der Vorurteilsdynamik in Verbindung mit AIDS und den Betroffenen angesehen werden. In seiner autoritären Ausprägung ist er als Werthaltung der Einstellung gegenüber den von AIDS hauptsächlich betroffenen Bevölkerungsgruppen kausal vorgelagert. Personen mit autoritärer Charakterstruktur diskriminieren Angehörige dieser Personengruppen in deutlichem Maße stärker als Nicht-Autoritäre. Aufgrund der Stärke des Zusammenhangs kann sogar von einer Trennlinie in der Bevölkerung gesprochen werden, bezogen auf die Diskriminierungsdynamik, deren Opfer die Betroffenen sind.

Zusätzlich zu den Hypothesen können kurz folgende Ergebnisse der statistischen Analyse festgehalten werden:

- Im Bewußtsein der Bevölkerung ist die Wertschätzung von Minderheiten und Gruppen mit abweichendem Verhalten eher gering ausgeprägt. Der systematische Vergleich dieser herabsetzenden Einschätzungen führt zu einer relativ stabilen Rangfolge der Minderheiten im Ansehen der Bevölkerung. Dabei können Gruppen wie die Atomkraftgegner, die sich von der übrigen Bevölkerung ausschließlich in der Haltung zu einer kontroversen Frage der weiteren sozialökonomischen Entwicklung unterscheiden, noch mit einem hohen Maß an Anerkennung und Sympathie rechnen.
- Hingegen ist die Ablehnung und Geringschätzung ethnisch oder kulturell fremder Minderheiten bei der Mehrheit der Bevölkerung eindeutig zu konstatieren, auch wenn das Ausmaß dieser Antipathie noch vergleichsweise niedrig einzuschätzen ist. Dieses Ergebnis zeigt sich stabil in allen Subgruppen der Befragung, es ist weitgehend unabhängig vom Alter und Geschlecht der Befragten. Die Schulbildung beeinflusst das Ausmaß dieser Aversion insofern als eine indifferente (nicht eindeutig aversive) Haltung vorwiegend bei Befragten mit höherem Bildungsniveau zu beobachten ist. Insgesamt erscheint die Aversion gegen fremde Minderheiten relativ mäßig ausgeprägt im Vergleich zu stärker abgelehnten Gruppen. Dazu gehören alle Minoritäten, die zwar zur eigenen Gesellschaft zählen, sich aber durch ein stark abgelehntes Verhalten als deviant erweisen. Zu nennen sind hier die Feministinnen, die Homosexuellen, die Prostituierten, die Alkohol- und die Drogenabhängigen. Sie werden generell stärker verachtet als Ausländergruppen. Dies ist insofern von erheblicher Bedeutung, als die Integrationsfähigkeit einer Gesellschaft häufig nur bezogen wird auf das Verhältnis zu ethnisch fremden Minderheiten. Die zahlreichen ausländerfeindlichen Gewalttaten, die insbesondere in den letzten Jahren in Deutschland zu beobachten waren, werden in den öffentlichen Diskussionen als Beleg dafür verstanden, daß es an Toleranz und Integrationsfähigkeit in der deutschen Gesellschaft mangelt.
- Die Analyse der "Distanz zu Minderheiten" (Mittelwert der 12 eingeschätzten Minderheiten) nach psychosozialen Gesichtspunkten verdeutlicht: Personen mit größerer Distanz lassen sich psychologisch neben einer vergleichsweise geringeren

sozialen Resonanz auch der Tendenz nach als weniger durchlässig, zwanghafter und eher weniger depressiv beschreiben. Die Bereitschaft, Minderheiten auszugrenzen, wird somit auch von der inneren Befindlichkeit mitgeprägt.

- Die Minderheiten lassen sich zu drei latenten Faktoren der Wahrnehmung durch die Bevölkerung zusammenfassen: "Äußerlich erkennbaren Minderheiten" (türkische Gastarbeiter, Asylbewerber und Zigeuner), die "Hauptbetroffenen- oder Risikogruppen" (Homosexuelle, Prostituierte und Drogenabhängige) und die "Minderheiten des politischen und gesellschaftlichen Engagements" (Atomkraftgegner und Feministinnen). Die Faktor-Korrelationen liegen bei .70.
- Minderheitensympathien im Lichte der Parteipräferenz: Wähler der Grünen weisen eine vergleichsweise große soziale Nähe auf, Anhänger der Republikaner sind sehr distanziert. SPD-Anhänger entsprechen in allen Einschätzungen dem Durchschnitt der Bevölkerung. CDU/CSU-Sympathisanten sind stärker als andere negativ gegenüber Atomkraftgegnern und Homosexuellen eingestellt.

#### **4.8. Befürwortung und Ablehnung gesellschaftlicher Maßnahmen gegenüber den sogenannten Risikogruppen und HIV-Infizierten**

Gesellschaftliche und staatliche Maßnahmen zum Schutz der Bevölkerung vor AIDS stehen vor allem im Blickpunkt der Politik. Aber auch aus sozialpsychologischer Sicht sind sie neben individuellen Handlungsaspekten von Interesse.

Zwei Bereiche öffentlicher Maßnahmen, die der weiteren Verbreitung der Immunschwächekrankheit entgegenwirken können, stehen dabei im Mittelpunkt. Zum einen die Schritte, die als effizient zur Verhinderung der weiteren Verbreitung von AIDS angesehen werden und zum anderen die Maßnahmen, die sinnvollerweise ergriffen werden sollten gegenüber Personen, die mit AIDS angesteckt sind. In der vorliegenden Untersuchung wurden den Befragten Items mit Maßnahmen vorgelegt, die man treffen kann oder treffen sollte, um einer weiteren Verbreitung von AIDS vorzubeugen. Anhand



einer siebenstufige Skala wurde die Zustimmung oder die Ablehnung ermittelt. Das folgende Schaubild zeigt die prozentuale Verteilung der Antworten.

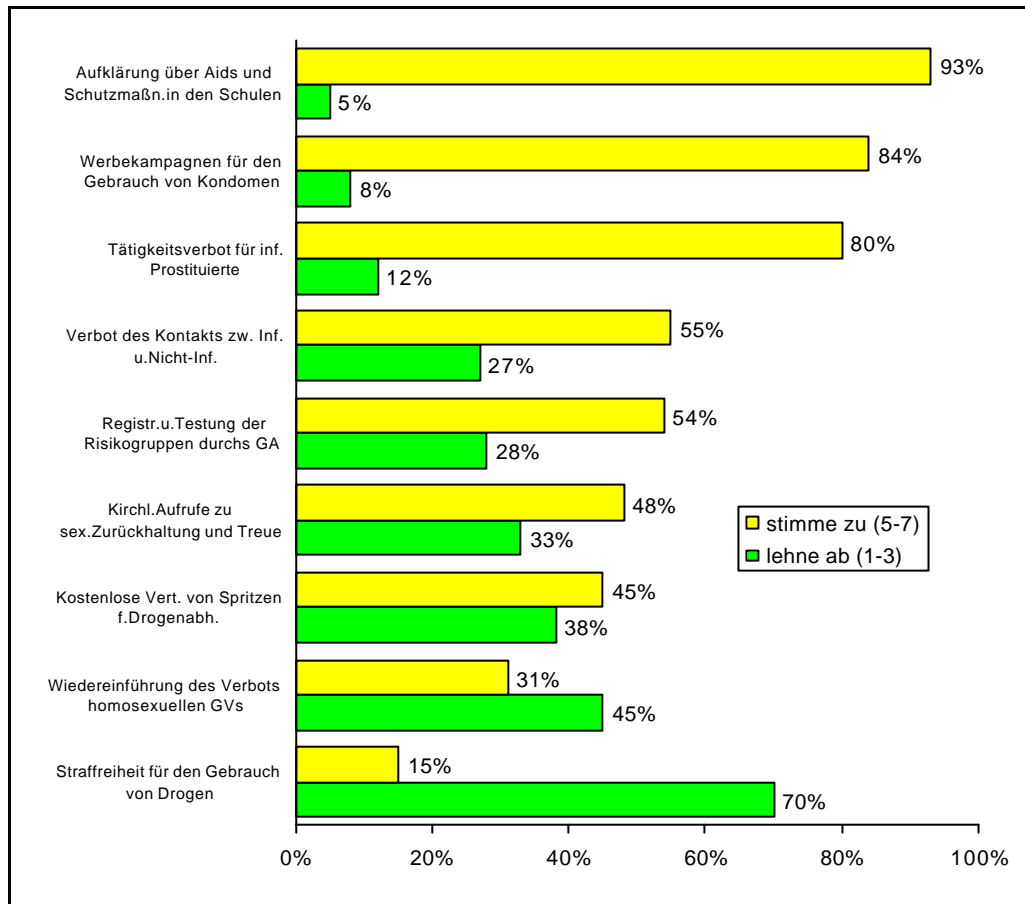


Abb. 4.8.1.: Maßnahmen zur Verhinderung der weiteren Verbreitung von AIDS (n = 2009 - 2022)

Die große Mehrheit der Befragten stimmt der Meinung zu, der Staat solle zur Verhinderung der Ausbreitung von AIDS nicht mit Zwang, sondern mit verstärkter Aufklärung reagieren.

Fast alle Befragten sind dafür, daß z. B. im Sexualekundeunterricht der Schulen über AIDS und wirksame Schutzmaßnahmen aufgeklärt wird: 92% der Befragten stimmen zu.

Ebenfalls sehr hohe Zustimmungswerte finden sich für die Maßnahme, öffentliche Werbekampagnen für den Gebrauch von Kondomen durchzuführen. Wenn man berücksichtigt, daß Kondome vor nicht allzu langer Zeit so verpönt waren, daß sie

öffentlich allenfalls in Automaten auf Herrentoiletten toleriert wurden, dann überrascht es, daß sich jetzt 84% der Befragten für öffentliche Werbekampagnen aussprechen.

Im Sinne des Bundesseuchengesetzes ist die HIV-Infektion bzw. AIDS eine übertragbare Krankheit, auf die seuchenrechtliche Normen anzuwenden sind. Dazu gehören seuchenrechtliche Schutzmaßnahmen, z.B. das Gebot zu ausschließlichem "safer sex" und gegenseitiger Information, falls ein Sexualpartner infiziert ist. Nach gegenwärtiger Rechtsauffassung ist im sexuellen Umgang mit HIV-Infizierten das infektionsriskante Verhalten von besonderer Bedeutung. In der bisherigen Rechtsprechung wurden HIV-Infizierte, die ohne Information ihres Partners und ohne den erforderlichen Schutz durch ein Kondom Sexualverkehr ausübten, zur Verantwortung gezogen. Der sexuelle Kontakt zwischen HIV-Infizierten und Nicht-Infizierten ist demnach statthaft, solange die seuchenrechtlich gebotenen Schutzmaßnahmen berücksichtigt werden.

In der Bevölkerung ist jedoch die Mehrheit der Meinung, daß der sexuelle Kontakt mit HIV-Infizierten untersagt werden sollte. 55% stimmen dem generellen Verbot von Sexualkontakten mit HIV-Infizierten zu, obwohl die öffentliche Aufklärung über "safer sex" zum Inhalt hat, daß man sich gegen die HIV-Infektion wirksam schützen kann.

Noch mehr Zustimmung ist für den Vorschlag zu verzeichnen, HIV-infizierte Prostituierte mit einem generellen Tätigkeitsverbot zu belegen. Für diese Maßnahme votieren 80% der Befragten. In diesem Item kommt wohl am stärksten zum Ausdruck, wie sehr in der Bevölkerung die Bereitschaft zur Anwendung restriktiver Maßnahmen gegenüber HIV-stigmatisierten Gruppen verbreitet ist. Ein Tätigkeitsverbot für HIV-infizierte Prostituierte ist in mehrfacher Hinsicht problematisch; selbst dann, wenn eine Prostituierte das HI-Virus nicht durch Drogenkonsum, sondern durch genitalen Sexualverkehr aquiriert hat, erscheint das Tätigkeitsverbot wenig sinnvoll. Damit wird die weitere Ausbreitung nicht verhindert, weil zum einen die infizierte Prostituierte spätere Freier kaum anstecken kann, zum anderen aber der für die Ansteckung der infizierten Prostituierten verantwortliche frühere Freier an der Weitergabe des HI-Virus nicht gehindert wird. Nicht ein Tätigkeitsverbot für infizierte Prostituierte und Stricher erscheint deshalb konsequent

im Sinne einer ursachenorientierten Bekämpfung der weiteren Ausbreitung von AIDS, sondern die Forderung nach einer Kondompflicht für Freier.

Konsequent im Sinne restriktiver Maßnahmen zur Veränderung der Ausbreitung von AIDS wäre es, alle Gruppen mit erhöhtem Infektionsrisiko durch das Gesundheitsamt registrieren und regelmäßig testen zu lassen. Diesen Vorschlag finden 54% der Befragten akzeptabel.

Bei drei der vorgeschlagenen Maßnahmen zeigt sich, daß die Bevölkerung in ihrer Meinung stark polarisiert ist. Hier spaltet sie sich auf in zwei nahezu gleich große Gruppen von Befürwortern und Ablehnern: Kirchliche Aufrufe zu sexueller Zurückhaltung und Treue, die kostenlose Verteilung von Spritzen an Drogenabhängige und die Wiedereinführung des Verbots des homosexuellen Geschlechtsverkehrs.

Der Kirche und ihrer Appelle trauen immerhin knapp die Hälfte (48%) Wirkungen zu. 33% glauben nicht an eine solche Wirkung, oder sind der Meinung, daß dies nicht die Aufgabe der Kirche sei.

Während die Werbung für Kondome auf weitgehende Zustimmung stößt, finden konkrete präventive Hilfen für Drogenabhängige keine Mehrheit. Der Maßnahme, den Drogenabhängigen zur Vermeidung des Infektionsrisikos kostenlos Spritzen zur Verfügung zu stellen, stimmen insgesamt nur 45% der Befragten zu. 38% lehnen diese Hilfe ab.

Für die Wiedereinführung des Verbots homosexuellen Geschlechtsverkehr votieren 31%, 45% sind dagegen.

Vollends zur Meinung einer Minderheit wird der Vorschlag, die weitere Ausbreitung von AIDS dadurch zu verhindern, daß für den Gebrauch von Drogen Straffreiheit eingeführt wird. Dem können nur noch 15% der Befragten zustimmen, 70% lehnen diesen Vorschlag ab.

Die in den Medien häufig diskutierte Maßnahme der Registrierung und Testung der Risikogruppen durch das Gesundheitsamt wird in ihren Hintergründen beleuchtet, wenn

man die zustimmenden Antworten nach Parteipräferenz aufschlüsselt. Es ergibt sich das folgende Bild:

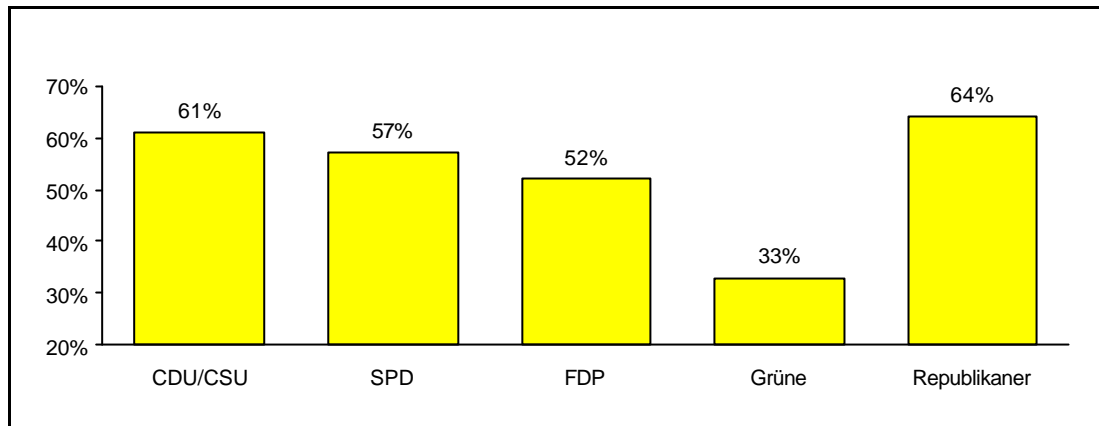


Abb. 4.8.2.: Zustimmung zur Registrierung und Testung der Risikogruppen durchs Gesundheitsamt - nach Parteipräferenz (n=2002)

Unter den Sympathisanten und Wählern der "Republikaner" ist der Anteil der zustimmenden Personen am größten, nämlich 64%. Von den CDU/CSU-Wählern stimmen 61% und von den SPD-Wählern 57% diesen restriktiven Maßnahmen zu. Unterdurchschnittlich ist die Zustimmung bei den FDP-Wählern mit 52%, und völlig abweichend verhalten sich die Wähler der Grünen, von denen nur eine Minderheit von einem Drittel zur Zustimmung bereit ist.

Neben der Zustimmung für Präventiv-Maßnahmen wurde erfragt, in welchem Umfang Akzeptanz für verschiedene Maßnahmen gegen AIDS-infizierten Personen in der Bevölkerung vorhanden ist.

In der öffentlichen Diskussion über wirksame Maßnahmen gegenüber AIDS werden dabei seuchen-polizeiliche und administrative Maßnahmen besonders kontrovers beurteilt. Ein heftig umstrittener Vorschlag betrifft die namentliche Meldung aller HIV-Infizierten beim zuständigen Gesundheitsamt durch Ärzte und Krankenhäuser. Wie Abbildung 4.8.3. zeigt, halten 42% der Befragten eine solche namentliche Meldung für richtig, 38% lehnen sie ab, und 20% sind unentschieden in dieser Frage. Da dieser Vorschlag bereits in früheren Erhebungen der Jahre 1985 und 1987 und auch drei Jahre

nach der vorliegenden Erhebung im ALLBUS 1992 zur Beurteilung vorgelegt wurde, ist ein zeitlicher Vergleich der Antworthäufigkeiten möglich.

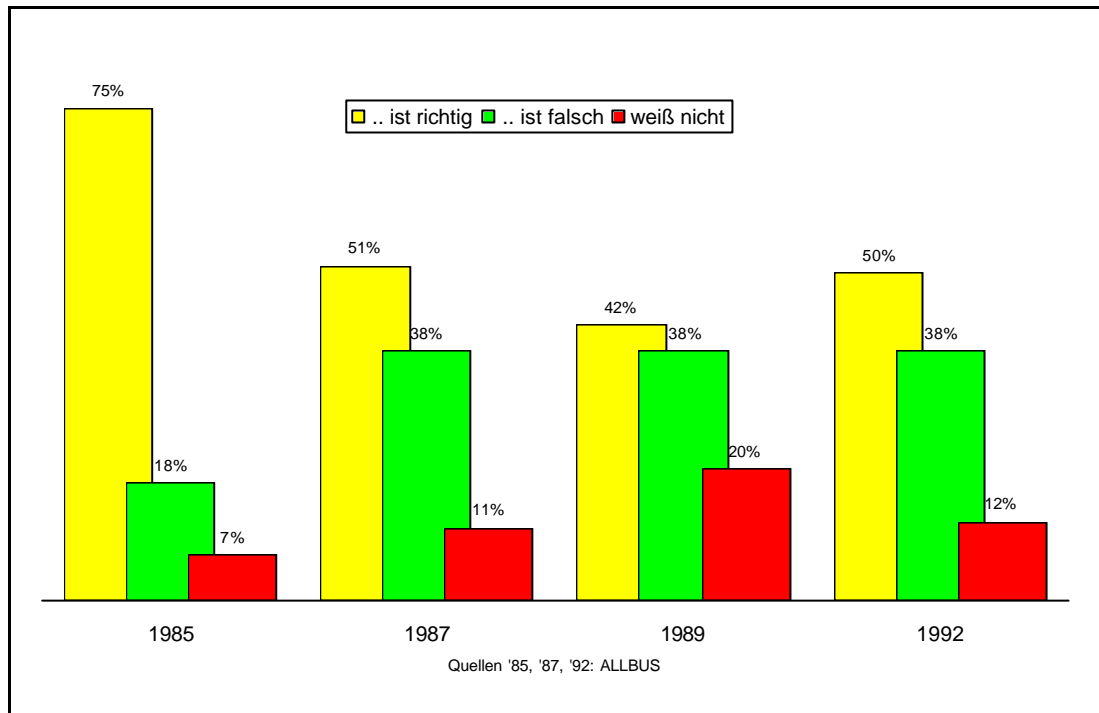


Abb. 4.8.3.: Namentliche Meldung von HIV-Infizierten durch Ärzte und Krankenhäuser - die Entwicklung 1985, 1987, 1989 und 1992

Es zeigt sich eine deutliche Abnahme bei der Anzahl derer, die eine namentliche Meldepflicht der HIV-Infizierten für richtig halten. Während dieser Meinung im Jahre 1985 noch drei Viertel der erwachsenen Bundesbürger zustimmten, sind es zum Befragungszeitpunkt im Sommer 1989 nur mehr 42%, die für eine namentliche Meldepflicht plädieren. 1992 erreicht die Zustimmung allerdings mit 50% wieder den Wert von 1987. Auffällig ist weiterhin, daß der Anteil derjenigen, die eine solche namentliche Meldepflicht beim Gesundheitsamt für falsch halten, seit drei Jahren stagniert (38%), während der Anteil derjenigen, die sich kein Urteil in dieser Frage zutrauen, seit 1985 kontinuierlich steigt, um 1992 wiederum das Niveau von 1987 zu erreichen. Offenbar war das Ausmaß der Unsicherheit gegenüber dieser Frage in 1989 am größten.

In der Diskussion um die namentliche Meldepflicht bestand ein wesentlicher Einwand in der Befürchtung, daß bei der Einführung einer solchen Meldepflicht an das Gesundheitsamt die Bereitschaft zur Durchführung eines Tests gerade bei gefährdeten Personen erheblich zurückgehen könnte. Wie wird diese Befürchtung in der Bevölkerung beurteilt?

50% der Befragten vermuten, daß unter der Voraussetzung einer namentlichen Meldepflicht AIDS-gefährdete Personen sich nicht mehr testen lassen. Lediglich 19% nehmen an, daß keine Testverweigerung die Folge ist, und 31% trauen sich kein Urteil in dieser Frage zu. Aus Abbildung 4.8.4. sind die prozentualen Antworthäufigkeiten zu ersehen.

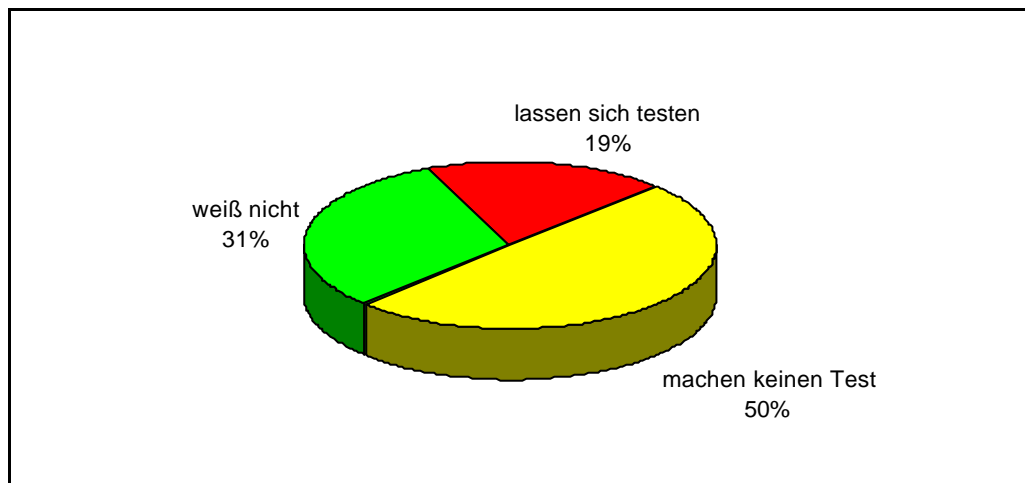


Abb. 4.8.4.: "Glauben Sie, daß bei der Einführung einer solchen namentlichen Meldepflicht an das Gesundheitsamt AIDS-gefährdete Personen keinen AIDS-Test mehr durchführen lassen?" (n = 2002)

Betrachtet man die beiden letzten Fragen zusammen, so fällt der Widerspruch auf, daß die Befragten zwar mit relativer Mehrheit für die namentliche Meldepflicht plädieren, gleichzeitig aber mehrheitlich die negativen Auswirkungen der Meldepflicht auf die Testbereitschaft infektionsgefährdeter Personen einräumen. Für die Bundesbürger scheint demnach eine Unvereinbarkeit zwischen der namentlichen Meldepflicht einerseits und der Freiwilligkeit des HIV-Tests andererseits zu bestehen.

Die Bevölkerung ist auch geteilter Meinung, wenn es um die namentliche Nennung durch Ärzte und Krankenhäuser geht. Der Befürwortung mit 43% stehen 42% Ablehnung gegenüber. 15% sind unentschieden.

Geht man noch einen Schritt weiter und fragt nach der Meinung zu dem Vorschlag, allen HIV-Infizierten einen fälschungssicheren Vermerk in ihrem Personalausweis anzubringen, so lehnen diese diskriminierende Maßnahme zwei Drittel aller Befragten ab. Lediglich 17% befürworten eine solche Maßnahme und 16% der Befragten sind unentschieden.

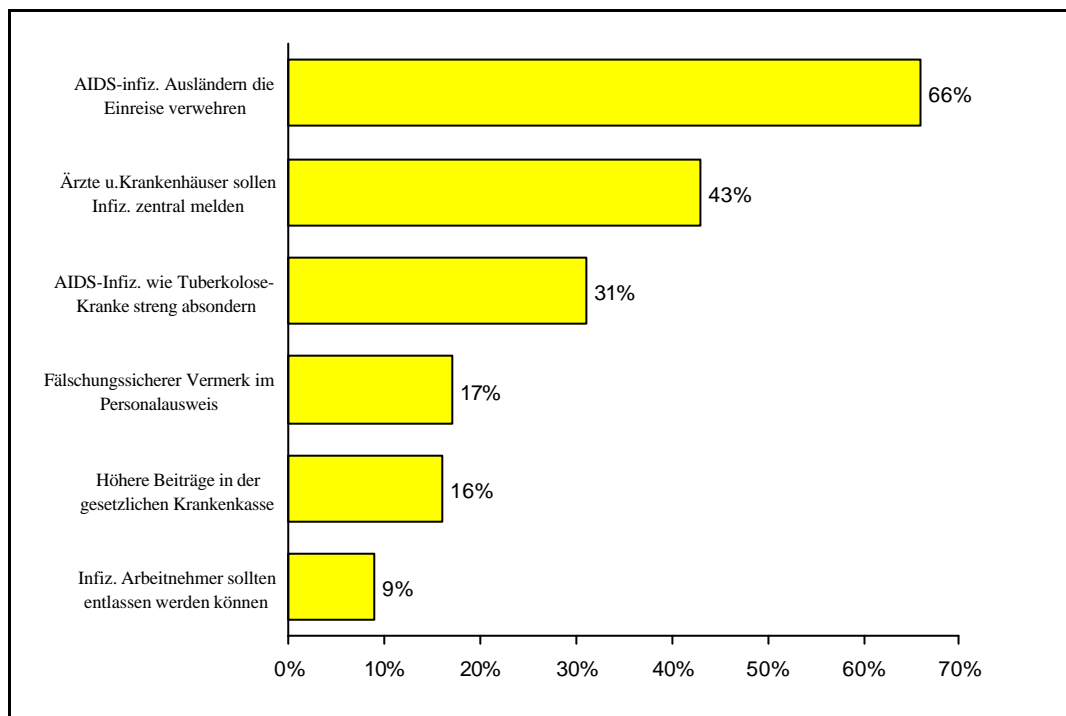


Abb. 4.8.5.: Befürwortung von Maßnahmen gegenüber Personen, die mit AIDS angesteckt sind (n = 2017 - 2022)

Weit verbreitet ist in der Bevölkerung die Unterstützung der restriktiven Maßnahme, HIV-infizierten Ausländern die Einreise in die Bundesrepublik Deutschland zu verwehren. Zwei von drei Erwachsenen befürworten diese Maßnahme.

An der Beantwortung dieses Items läßt sich exemplarisch ablesen, wie die affektive Ablehnung zweier Stimuli zu einer fraglichen Schlußfolgerung führen kann. In dem zur Beurteilung vorgelegten Satz ist der mit negativem Affekt belastete Wunsch von

Ausländern, in die Bundesrepublik Deutschland einreisen zu wollen (vgl. Asylbewerberproblem), verbunden mit der Stigmatisierung durch eine HIV-Infektion. Diese Kombination mobilisiert bei einer Mehrheit der Befragten offenbar starke Abwehr, so daß sie dem Vorschlag zustimmen, solchen Ausländern die Einreise zu verwehren. Es genügt eine kurze Überlegung, um zu erkennen, daß eine solche Maßnahme nicht nur undurchführbar wäre, sondern auch allen politischen Entwicklungen der Öffnung und Abschaffung der nationalstaatlichen Grenzen in Europa widersprechen würde. Restriktive Maßnahmen finden dann in der Bevölkerung keine Mehrheit, wenn sie eindeutig nur auf die allgemeine Bestrafung oder Benachteiligung der HIV-Infizierten oder AIDS-Kranken abzielen. Dem Vorschlag, Patienten mit AIDS sollten genauso wie Kranke mit offener Tuberkulose streng abgesondert werden, stimmt nicht einmal ein Drittel der Befragten zu. Eindeutig ablehnend beantworten diesen Vorschlag 52% der Befragten, während sich 17% nicht entscheiden können.

Daß in diesem Antwortverhalten vornehmlich konservativ-autoritäre Einstellungen zum Ausdruck kommen, zeigt die Aufgliederung der Zustimmungen nach Parteipräferenz:

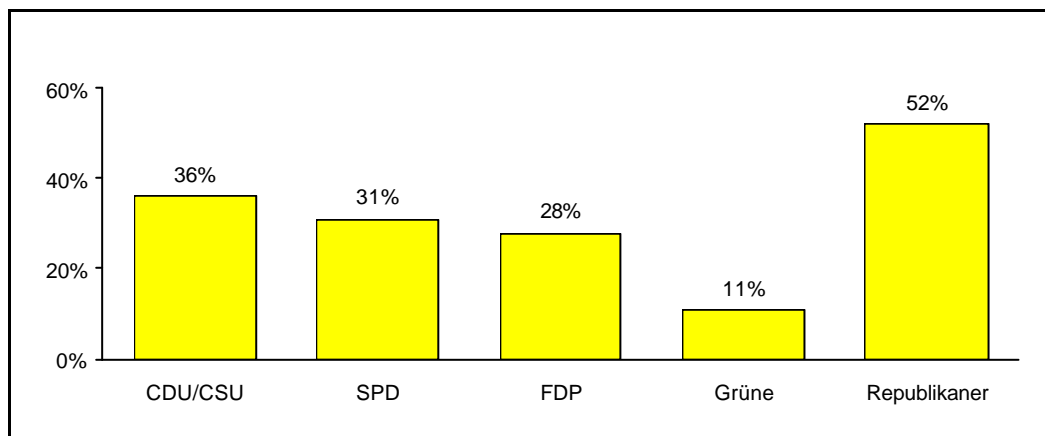


Abb. 4.8.6.: Befürwortung zur Maßnahme der Absonderung von AIDS-Infizierten wie Tuberkulose-Kranke - nach Parteipräferenz (n = 2021)

Hier wird eine große Varianz sichtbar: Während bei den Grünen allenfalls eine kleine Minderheit zur Zustimmung bereit ist, sind es bei den Republikanern über 50%. Bei den CDU/CSU-Wählern findet sich noch eine relative Mehrheit für die Absonderung der



AIDS-Kranken, und erst bei den SPD- und FDP-Anhängern ändern sich die Mehrheitsverhältnisse im Sinne von mehr Liberalität.

Der chronische Krankheitsverlauf und die aufwendige Behandlung von AIDS-Patienten haben in der öffentlichen Diskussion manchmal die besorgte Frage nach den Kosten von AIDS für die Allgemeinheit veranlaßt. Die gesetzliche Krankenversicherung ist in der Bundesrepublik Deutschland nach dem Prinzip der Solidargemeinschaft aufgebaut, d.h. das individuelle Risiko wird auf die Versichertengemeinschaft verteilt, dem einzelnen drohen durch seine Erkrankung keine individuellen Beitragsnachteile. Wenn man unter dieser Voraussetzung für eine bestimmte Gruppe von Erkrankten einen Risikozuschlag erheben würde, wäre das Solidarprinzip partiell durchbrochen. Die Menschen, die in an einer mit Risikozuschlag versehenen Erkrankung leiden, würden durch eine solche Maßnahme doppelt getroffen, zum einen durch die Erkrankung selber, zum anderen durch erhöhte Aufwendungen dafür. Völlig durchbrochen würde das Prinzip der solidarischen Versicherungsgemeinschaft, wenn bestimmte Erkrankungen von den Versicherungsleistungen ausgenommen würden.

In der Repräsentativ-Erhebung wurden die befragten Bundesbürger um ihre Meinung zu dem Vorschlag gebeten, daß HIV-infizierte Personen höhere Beiträge in der gesetzlichen Krankenversicherung zahlen sollten. Dieser Vorschlag wird nur von einem kleinen Teil der Befragten befürwortet. Insgesamt sind nur 16% der Befragten dafür, während sich 70% dagegen aussprechen. Bemerkenswert an diesem Ergebnis ist also, daß in der Bevölkerung kaum Resonanz dafür zu finden ist, den HIV-Infizierten bzw. AIDS-Kranken zusätzliche Belastungen und Nachteile zuzumuten. Eine gewisse soziale Unterstützung für die von AIDS betroffenen Menschen wird aufrechterhalten, die anonyme und lediglich gesellschaftlich vermittelte Solidarität mit den Betroffenen soll nicht aufgekündigt werden.

Dieser Befund findet in der letzten Frage zu diesem Themenkomplex seine Bestätigung. Vorgegeben war nun der Vorschlag, ein mit AIDS angesteckter Arbeitnehmer sollte entlassen werden können. Auch dieser Vorschlag beinhaltet eine schwerwiegende Benachteiligung der von AIDS betroffenen Menschen, insofern er das normale

Kündigungsschutzrecht ausgerechnet in einer Situation außer Kraft setzen würde, in der die Betroffenen mehr denn je auf solche sozialen Absicherungen angewiesen wären.

Bei diesem Vorschlag schmilzt der Anteil der befürwortenden Meinungen auf 9%. Dagegen lehnen 79% der Befragten diesen Vorschlag explizit ab. Daraus ist zu folgern, daß die Einschränkung sozialer Rechte von HIV-Infizierten in der Bevölkerung keine Resonanz findet. Den von AIDS betroffenen Menschen steht im allgemeinen Bewußtsein offenbar das soziale Netz ebenso legitim zur Verfügung, wie anderen von Krankheit oder sozialer Not betroffenen Gesellschaftsmitgliedern; auf dieser allgemeinen gesellschaftlichen Unterstützungsebene sind relevante Diskriminierungs- und Ausstoßungsprozesse nicht zu erkennen.

Wie Abbildung 4.8.5. im Überblick zeigt, findet von all diesen mehr oder weniger diskriminierenden Vorschlägen lediglich der eine deutliche Mehrheit, der infizierte Ausländer betrifft. Wenn man ihnen die Einreise verwehrt, so könnten die Befürworter assoziieren, dann weist man lediglich einen ungebetenen Gast ab, der ohnehin nicht zur eigenen Solidargemeinschaft zählt und auch keinen Anspruch darauf hat. Innerhalb der eigenen Gesellschaft wird ein ähnlicher Vorschlag, nämlich AIDS-Kranke abzusondern (wie Kranke mit offener Tuberkulose), mehrheitlich abgelehnt. Diese Antworthäufigkeiten lassen vermuten, daß die Abgrenzungstendenzen nach außen deutlich stärker und diskriminierender vorhanden sind als die Ausgrenzungstendenzen im Inneren unserer Gesellschaft. Die Bereitschaft zur Befürwortung diskriminierender Maßnahmen gegenüber HIV-Patienten nimmt stark ab, wenn sie zu groben Benachteiligungen im Alltag der Betroffenen führen würden, z. B. zu höheren Krankenkassenbeiträgen oder zum Verlust des Arbeitsplatzes. Möglicherweise fällt den Befragten bei diesen Konsequenzen die soziale Identifizierung mit den Betroffenen leichter als bei den weniger stark abgelehnten Maßnahmen, z. B. der Meldepflicht durch Ärzte und Krankenhäuser. Daneben weisen diese Antwortunterschiede auch auf die unterschiedliche Bedeutung der angesprochenen Rechtsbereiche im allgemeinen Bewußtsein hin. Das Recht auf Schutz und Vertraulichkeit persönlicher Daten und Befunde

wiegt offenbar weniger schwer und ist bedenkenloser außer Kraft zu setzen als die sozialrechtliche Gleichbehandlung und das Recht auf tariflichen Kündigungsschutz.

Will man überprüfen, ob den einzelnen Maßnahmen gegenüber Risikogruppen und HIV-Infizierten ein latentes kognitives Muster mit wenigen Dimensionen zugrunde liegt, dann ist die konfirmatorische Faktorenanalyse ein geeignetes Mittel dieses Faktorenmuster zu finden und zu prüfen. Die statistische Analyse ergibt das folgende Faktorenmuster, das auch die Basis für die Indexbildung darstellt.

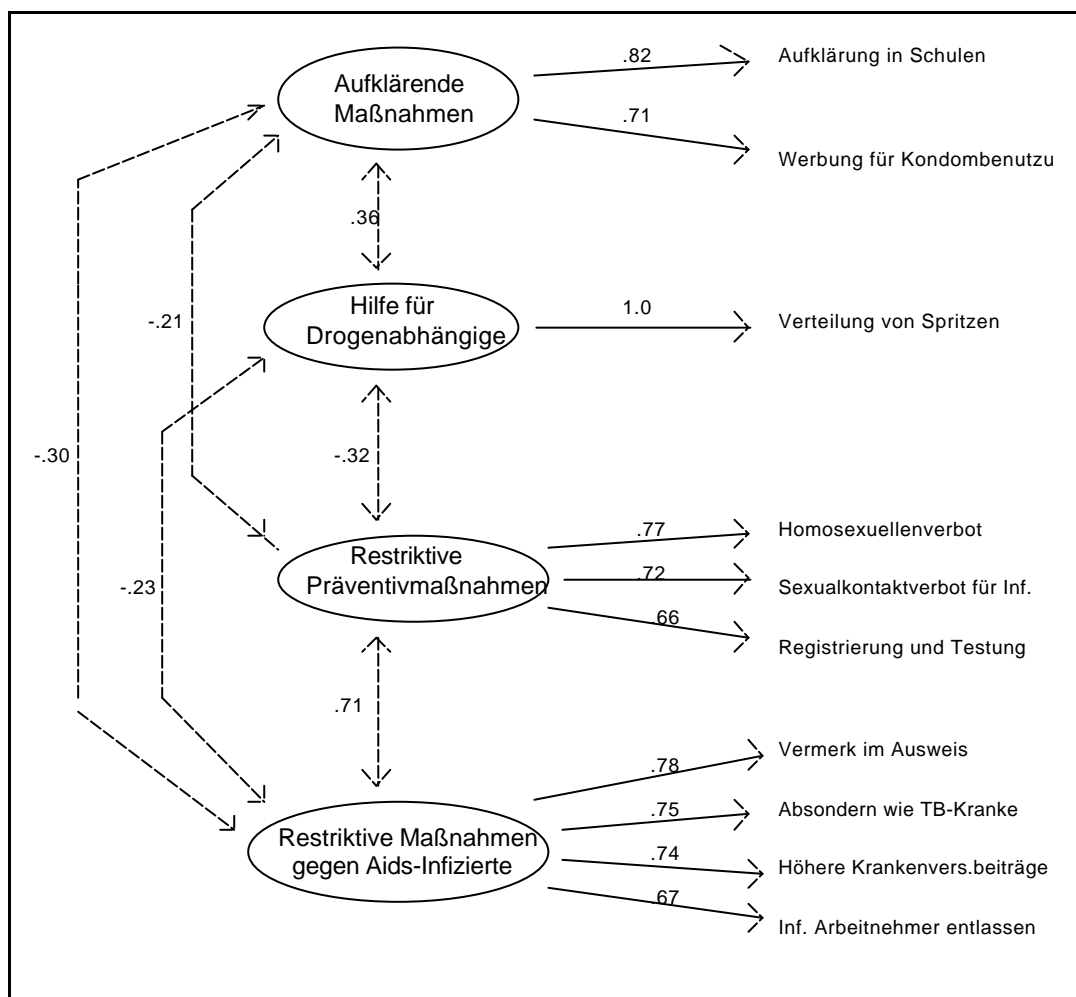


Abb. 4.8.7.: Faktorenmmodell: Öffentliche Maßnahmen in Verbindung mit AIDS (n = 2009 - 2022)

Bei der Betrachtung der Faktorkorrelationen fällt auf, daß die beiden aufklärenden und helfenden Dimensionen negativ mit den restriktiven Maßnahmen korreliert sind.

Personen, die Aufklärung und Hilfe befürworten, lehnen Restriktionen demnach stärker ab, während Vertreter bestrafender Maßnahmen vergleichsweise wenig von Unterstützung und offener Aufklärung halten. Die beiden restriktiven, bestrafenden Maßnahmenbereiche sind dagegen mit einem Wert in Höhe von .71 stark positiv korreliert.

*H11: Die Einschätzung zu treffender Maßnahmen von staatlicher Seite wird in der Bevölkerung eine stark polarisierende Wirkung haben und vermutlich die Bevölkerung in zwei relativ klar abgegrenzte Lager spalten: Personen, die stärker aufklärende und helfende Maßnahmen im Kampf gegen AIDS für wichtig halten, empfinden repressive Maßnahmen in Verbindung mit AIDS weniger angemessen. Umgekehrt werden Personen, die sehr stark für bestrafende Maßnahmen von staatlicher Seite her eintreten, der Wirkung von Aufklärung weniger große Chancen einräumen. Es wird also angenommen, daß Aufklärung und Repression signifikant negativ korreliert sind.*

→ Die empirische Überprüfung zeigt, daß auf der latenten Ebene die Konstrukte Aufklärung und Repression mit Korrelationen zwischen -.21 und -.32 negativ verknüpft sind. Die Bevölkerung bejaht also in der Tat entweder stärker bestrafende Maßnahmen oder Aufklärungskampagnen und Hilfen. Somit ist eine Polarisierung beider Einstellungsmuster zu beobachten.

Die Analyse des Einflusses der soziodemographischen Merkmale, der Wertorientierungen und der psychologischen Determinanten auf die Befürwortung öffentlicher Maßnahmen in Verbindung mit AIDS zeigt, daß soziale Merkmale als Einflußgrößen eine nur geringe erklärende Rolle spielen. Vielmehr sind es affektive Einstellungen oder emotionale Bewertungen, die im Vorfeld der Forderungen ursächlich wirksam sind. So kann für die Lebensphase lediglich ein kausaler Effekt auf die Hilfe für Drogenabhängige

festgestellt werden. Alle anderen Maßnahmen bleiben, kausalstatistisch betrachtet, von der Lebensphase unbeeinflusst.

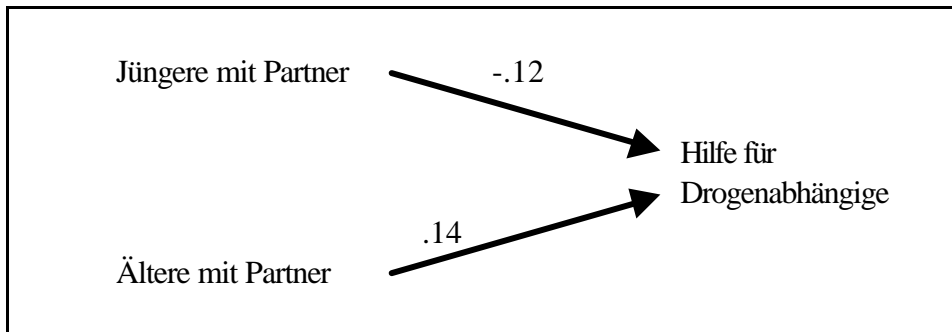


Abb. 4.8.8.: Hilfe für Drogenabhängige als Schutzmaßnahmen vor AIDS in Abhängigkeit der Lebensphase - Beta-Koeffizienten der Regressionsanalyse (n=2011)

Hier zeigen sich die Älteren, die mit Partner leben, als etwas fürsorglicher und aufgeschlossen gegenüber Drogenabhängigen und ihren Probleme als Jüngere, die ebenfalls in Partnerschaftsverhältnissen leben. Da es sich bei den Drogenabhängigen eher um jüngere als um ältere Personen handelt, kann dieser Befund bei den Älteren auch als fürsorglicher "Elterneffekt" interpretiert werden.

Regressionsanalysen mit anderen exogenen Variablen außer den Lebensphasesgruppen zeigen ein vielfältiges Bild. Überwiegend sind Einstellungen und Wertorientierungen den geforderten Maßnahmen vorangestellt. Der Einfluß der psychosozialen Konstrukte ist vergleichsweise niedrig.

Abbildung 4.8.9. zeigt, daß restriktive Maßnahmen gegen Angehörige der Hauptbetroffenengruppen, von denen schon im Vorfeld präventive Wirkung erwartet wird, verstärkt von Personen mit autoritärer Charakterstruktur und Personen mit ohnehin negativen Einstellungen gegenüber den Risikogruppen der Homosexuellen, Drogenabhängigen und Prostituierten befürwortet werden. Gerechtfertigt wird dies zudem mit dem Glauben, "Infizierte seien selber schuld". Es zeigt sich ferner ein leichter Bildungseffekt: formal höher Gebildete stimmen weniger häufig zu.

Wie es der Akzeptanz restriktiver Präventivmaßnahmen entspricht, zeigen die Befürworter von Einschränkungen gegenüber HIV-Infizierten häufiger die Merkmalen

des Autoritären Charakters. Personen, die klerikale Wertvorstellungen aufweisen, sind ebenfalls stärker bereit, punitiv gegen HIV-Infizierte vorzugehen. Förderlich auf eine bestrafende Einstellung wirkt außerdem eine vergleichsweise hohe Risikowahrnehmung in Alltagssituationen.

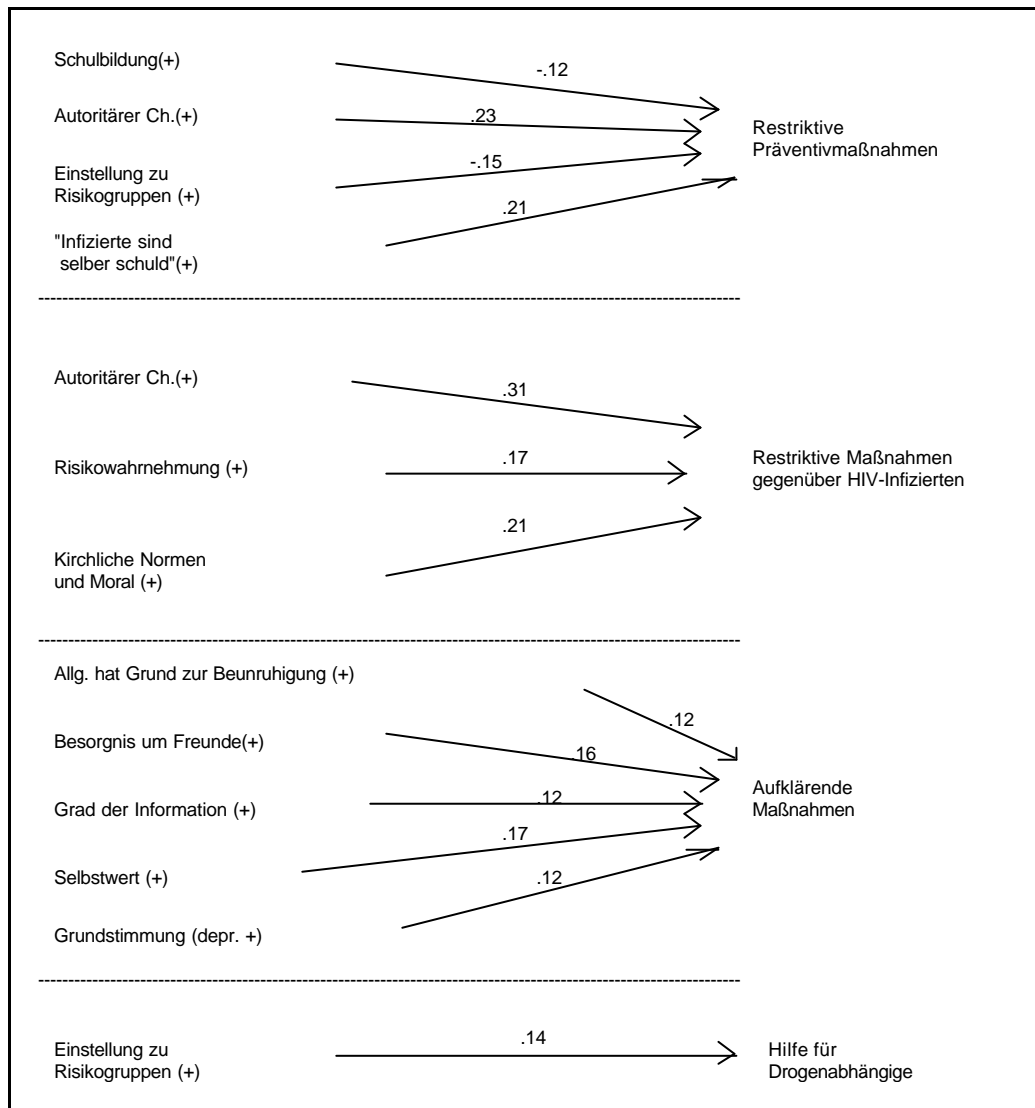


Abb. 4.8.9.: Staatliche Maßnahmen zum Schutz der Bevölkerung vor AIDS - Beta-Koeffizienten der Regressionsanalyse ("Restriktive Präventivmaßnahmen" n=2003, "Restriktive Maßnahmen gegen HIV-Infizierten" n=2020, "Aufklärende Maßnahmen" n=2021, "Hilfe für Drogenabhängige" n=2011)

Im Vergleich zu den strafenden Maßnahmen sieht man ein gänzlich anderes Muster erklärender Variablen bei den informierenden und aufklärenden Vorkehrungen. Hier sind größere Sorgen um Freunde, ein ausgeprägteres Selbstbewußtsein und ein höherer

Informationsgrad zum Thema AIDS ursächlich. Ferner nehmen Befürworter der Aufklärungsstrategie auch häufiger an, daß die Allgemeinheit Grund zur Besorgnis habe<sup>98</sup> und eine tiefgründige und erklärende Informationskampagne hilfreich sei: Nur wer objektiv informiert ist, kann eine realistische Einschätzung des Problems vornehmen und sich wirksam schützen.

Die Befürwortung der Hilfe für Drogenabhängige ist lediglich auf die Einstellung gegenüber den Risikogruppen zurückzuführen. Personen, die hier eher eine negative Einstellung besitzen, verweigern häufiger den Beistand für Heroinsüchtige.

*H15: Ausgrenzendes Verhalten (sei es auf der persönlichen Ebene durch vermeidendes, prüfendes Sexualverhalten, geringere Kontaktbereitschaft oder die Unterstützung strafender und isolierender Maßnahmen von staatlicher Seite) ist an vorgelagerte Einstellungen und Erklärungsmuster gekoppelt: Dazu gehören Aversionen und Abneigung gegenüber den Hauptbetroffenengruppen, ein hoch eingeschätztes Infektionsrisiko in Alltagsituationen sowie Schuldzuweisungen und die moralische Verurteilung der Betroffenen.*

➔ Hinsichtlich des Erklärungsmusters exogener Determinanten besteht ein deutlicher Unterschied zwischen den restriktiven staatlichen Maßnahmen einerseits als Prävention und andererseits in Form punitiver Aktionen gegen HIV-infizierte Personen. Während harte Präventivmaßnahmen verbunden sind mit Schuldzuweisungen und dem vergleichsweise negativen Bild der hauptbetroffenen Risikogruppen, werden ausgrenzendes und strafendes staatliches Vorgehen stärker von jenen Personen gefordert, die an ein hohes Infektionsrisiko und an konventionelle kirchliche Moralvorstellungen glauben.

➔ Die Bevölkerungsgruppe mit vergleichsweise großer Sympathie für die Risikogruppen hält weniger von restriktiven Vorgehensweisen, mehr jedoch von Hilfeleistungen, insbesondere z.B. für Drogenabhängige.

---

<sup>98</sup> vgl. Kap.4.4.

H13: *Die Bindung an die Kirche und die Bejahung der traditionellen kirchlichen Formen (z.B. Gottesdienst) korrespondieren mit repressiven und ausgrenzenden Einstellungen bzw. allgemeinen staatlichen Maßnahmen gegenüber HIV-Infizierten. Auf der anderen Seite zeigen Personen, die der etablierten Kirche kritisch gegenüberstehen, offenere und tolerantere Einstellungen zu AIDS.*

➔ Die Verurteilung und Ausgrenzung wird lediglich auf Personen bezogen, die mit AIDS infiziert sind. Erst in diesem Stadium trifft der Bannstrahl der Kirchenmoral, wie sie im Bewußtsein des größten Teils der kirchenverbundenen Bevölkerung existiert. Die Vorverurteilung und Bestrafung der Hauptbetroffenengruppen im Vorfeld dagegen ist im Vergleich nicht stärker ausgeprägt. Erst der Infizierte hat sich, entsprechend der Kirchenmoral, "strafbar" gemacht und sich "gegen Gott versündigt".

➔ Auf der anderen Seite sind Personen, die der Kirche und der vertretenen Moral kritischer gegenüberstehen, toleranter und häufiger gegen restriktive Maßnahmen gegenüber AIDS-Erkrankten eingestellt.

H14: *Die Unterstützung aufklärender Maßnahmen im Kampf gegen die Immunschwächekrankheit AIDS hängt von spezifischen Einschätzungen und Wissensständen ab: Sie ist hoch, wenn die Gefahr durch AIDS realistisch eingeschätzt wird, d.h. wenn die Infektionsrisiken in alltäglichen Situationen eher gering beurteilt werden und eine Bedrohung der Allgemeinheit tendenziell geringer eingestuft wird.*

➔ Innerhalb der Gruppe der Befürworter von Aufklärungskampagnen wird AIDS vergleichsweise realistisch eingeschätzt, eine Bedrohung der Bevölkerung wird tendenziell geringer eingeschätzt.

➔ Auf der Ebene der Korrelationen geht die Befürwortung aufklärerischer staatlicher Maßnahmen einher mit geringeren vermuteten Risiken in alltäglichen Situationen im



Umgang mit AIDS-Infizierten (-.19). Der geschätzte Regressionskoeffizient, der simultan mit anderen Einflußfaktoren ermittelt wurde, ist jedoch nicht signifikant.

H12: *Die Befürwortung eines offenen Klimas im Umgang mit AIDS und einer hohen Akzeptanz von Aufklärung statt Repression setzt zudem bestimmte Persönlichkeitsmerkmale voraus. Dazu gehören ein positives Selbstwertgefühl, die Fähigkeit zur Empathie und eine gewisse Durchlässigkeit (Gießen-Test).*

➔ Die hohe Akzeptanz aufklärender Vorgehensweisen und die implizit höhere Einschätzung ihrer Effizienz wird durch ein positives Selbstwertgefühl gefördert. Zudem befürworten Personen mit der Fähigkeit zur Empathie (GT-Skala Grundstimmung - Tendenz "depressiv") in stärkerem Maße informierende Kampagnen. Die Verknüpfung mit einer "durchlässigen" Persönlichkeitsstruktur zeigt sich jedoch nur auf der Ebene der Korrelationen (.14\*\*).

#### **4.9. Sexualverhalten, Verhaltensintention und die Offenheit für neue Partner**

Ein Hauptweg der Infektion mit AIDS ist neben der Bluttransfusion und dem needle-sharing bei Drogenabhängigen der Sexualverkehr. Dabei spielt der häufige Partnerwechsel in den Erklärungsmodellen zur Infektion eine große Rolle, insofern, daß Personen, die häufig die Sexualpartner wechseln, vermutlich einem erhöhten Infektionsrisiko ausgesetzt sind.

Im Fragebogen fragten wir - natürlich im Selbstausfüller - nach der sexuellen Aktivität in den letzten zwölf Monaten, wobei wir nicht die Häufigkeit des Geschlechtsverkehrs, sondern die Anzahl der Partner wissen wollten. Da wir annahmen, daß die exakte numerische Erfassung (z.B. acht oder zwölf Partner) unerheblich sein würde, bildeten wir aus den Antworten auf zwei Fragen letztendlich drei Kategorien<sup>99</sup>. Die Befragten hatten entweder "keinen", "einen" oder "mehr als einen" Sexualpartner im Jahr vor der Befragung: *"Die Menschen sind ja in ihren sexuellen Gewohnheiten sehr*

*verschieden. Manche sind aktiver, manche weniger aktiv, und jeder hat in seinem Leben auch Zeiten, in denen in sexueller Hinsicht gar nichts passiert. Wie ist das bei Ihnen? Sind Sie in den letzten 12 Monaten mit jemandem intim gewesen?"*

Diese Frage bejahten 74% der Befragten, 26% verneinten sie. In einer Zusatzfrage ging es für die sexuell Aktiven um die Zahl der Intimpartner: *"Innerhalb eines Jahres kann es ja durchaus möglich sein, daß man mehrere Partner hat, und viele Menschen haben gelegentlich auch einmal eine Zufallsbekanntschaft, mit der sie intim werden. Hatten Sie in den letzten 12 Monaten mehr als einen Partner, mit dem Sie intim waren, ich meine, mit dem Sie Geschlechtsverkehr hatten?"*

Von den Befragten mit sexueller Aktivität in den vergangenen zwölf Monaten antworteten 18% auf diese Frage mit ja, 82% verneinten dies.

Aus der Kombination beider Fragen ergibt sich für die Gesamtstichprobe die folgende Prozentverteilung.

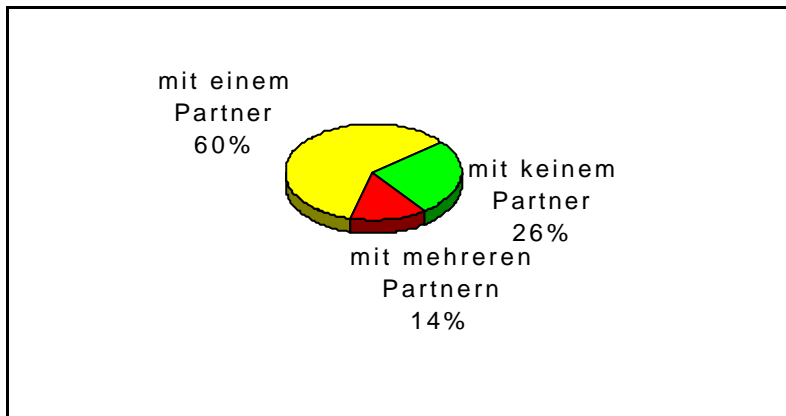


Abb. 4.9.1.: "Sind Sie in den letzten 12 Monaten mit jemandem intim gewesen?" (n = 1941)

Zudem stellten wir eine Frage nach der Absicht in der näheren Zukunft: *"Können Sie sich vorstellen, daß Sie irgendwann in den nächsten Monaten jemanden kennenlernen, mit dem Sie intim werden?"* (ja / nein / unentschieden). Das können

---

<sup>99</sup> vgl. Kap.3.2.

sich nur 22% der Befragten bejahend vorstellen, 64% verneinen diese Möglichkeit in ihrer Vorstellung und weitere 14% der Befragten wissen es nicht.

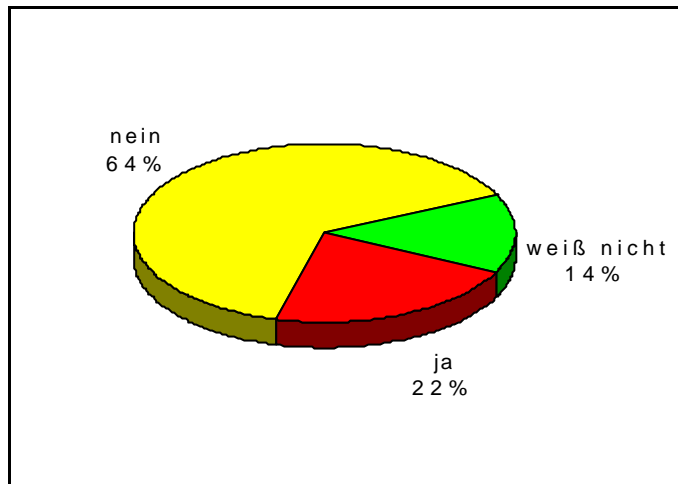


Abb. 4.9.2.: "Könnten Sie sich vorstellen, demnächst mit einem neuen Partner intim zu werden? (n=1978)"

Zusammengefaßt läßt sich zum Sexualverhalten aufgrund unserer Repräsentativbefragung sagen: Drei Viertel der erwachsenen Wohnbevölkerung hatten in den vergangenen 12 Monaten geschlechtlichen Verkehr mit mindestens einem Intimpartner. Ein Viertel lebte in diesem Zeitraum ohne Sexualpartner. Vier von fünf sexuell aktiven Erwachsenen waren in den vergangenen 12 Monaten monogam, mehr als einen Sexualpartner hatten in den vergangenen 12 Monaten lediglich 14% der erwachsenen Wohnbevölkerung.

Für weitergehende statistische Analysen werden zum (zurückliegenden) Sexualverhalten drei dichotome Variablen gebildet: keinen Sexualpartner in den letzten zwölf Monaten (GV0), einen Partner (GV1) und mehrere Partner (GV2).

Wie zu erwarten, gibt es zunächst einen Zusammenhang zwischen dem zurückliegenden Verhalten und den zukünftigen Erwartungen. Mehrheitlich hegen Personen, die im Jahr zuvor keinen oder einen Sexualpartner hatten, kaum Absichten auf neue Erlebnisse. Jeweils 73% können sich dies nicht vorstellen. Dagegen sind 76% der Befragten mit zwei und mehr Partnern im vergangenen Jahr auch bereit, neue Kontakte einzugehen.

Kombinationen von Lebensphase und Geschlechterzugehörigkeit erklären einen großen Teil sowohl des (vergangenen) Sexualverhaltens als auch der Kontaktbereitschaft für die Zukunft. Regressionsanalysen mit Lebensphase und Geschlecht als erklärender und dem Sexualverhalten in den letzten zwölf Monaten als abhängiger Variable verdeutlichen zunächst das hohe Maß der Auswirkung der Lebensumstände auf die sexuelle Aktivität. Die Tatsache der Partnerlosigkeit im Alter ist nahezu zwingend ( $\beta = .81$ ) an die sexuelle Abstinenz gekoppelt, während Jüngere ohne Partner erwartungsgemäß häufiger den Partner/die Partnerin wechseln und vermutlich insgesamt sexuell aktiver sind. Der schwache kausale Effekt, der von "jünger, ohne Partner" auf "keinen GV" weist, zeigt, daß es aber auch einen signifikanten Anteil sexuell Inaktiver unter den Jüngeren gibt.

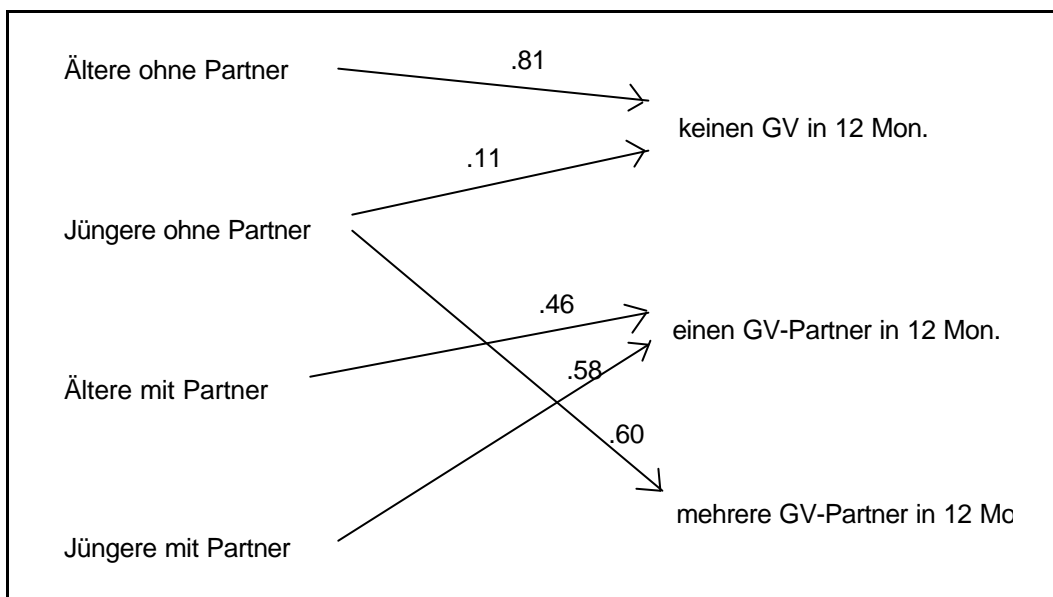


Abb. 4.9.3.: Lebensphase<sup>100</sup> und Geschlechterzugehörigkeit als Determinanten des Sexualverhaltens in den vergangenen zwölf Monaten (n=1941)

In Verbindung mit der Bereitschaft zu neuen Intimpartnern läßt sich jedoch beobachten, daß die Gruppe der sexuell inaktiven Jüngeren zukünftigen Sexualkontakten eher aufgeschlossen als abwehrend gegenübersteht. Erwartungsgemäß sind bei der tabellarischen Betrachtung von Lebensphase, Geschlechterzugehörigkeit, Anzahl der Sexualpartner in den letzten zwölf Monaten und der Bereitschaft zu neuen

Intimkontakten einige Kombinationen stark unterrepräsentiert und es ist wenig sinnvoll, die ohnehin geringen Fallzahlen in Prozente aufzubrechen. Für die folgende Tabelle wurden nur Gruppengrößen (Lebensphase+Geschlecht+Geschlechtsverkehr in zwölf Monaten) über n=15 berücksichtigt. Zellen mit Fallzahlen unter 15 sind mit einem Stern (\*) gekennzeichnet.

Gruppe	Sexualpartner in den letzten 12 Mon.	Bereitschaft zu neuen Intimkontakten	
		ja	% nein
Junge Männer ohne Part.	keinen	39	22
	einen	66	23
	zwei und mehr	88	0
Junge Frauen ohne Part.	keinen	42	17
	einen	49	28
	zwei und mehr	75	8
Junge Männer mit Part.	keinen	8	67
	einen	13	73
	zwei und mehr	79	8
Junge Frauen mit Part.	keinen	32	46
	einen	8	76
	zwei und mehr	62	10
Ältere Männer ohne Part.	keinen	7	81
	einen	43	43
	zwei und mehr	93	0
Ältere Frauen ohne Part.	keinen	4	86
	einen	10	75
	zwei und mehr	*	*
Ältere Männer mit Part	keinen	10	82
	einen	3	87
	zwei und mehr	44	33
Ältere Frauen mit Part.	keinen	4	93
	einen	3	91
	zwei und mehr	*	*

Tab. 4.9.1.: Die Bereitschaft neue Sexualkontakte aufzunehmen nach Geschlecht, Lebensphase und früherem Sexualverhalten (Gesamt-n=1937, \* = Subgruppen-n < 15)

Als Antwortmuster lassen sich grob drei Verhaltensgruppen beobachten. Erstens der große Personenkreis, der nicht oder nur wenig kontaktfreudig in die Zukunft blickt. Diese Gruppe wird überwiegend von Älteren und auch mehrheitlich von Personen mit Partner gestellt. Gemeinsames Attribut ist weiterhin, daß Angehörige dieser Gruppe im vergangenen Jahr entweder einen oder keinen Sexualpartner angeben. Zweitens die

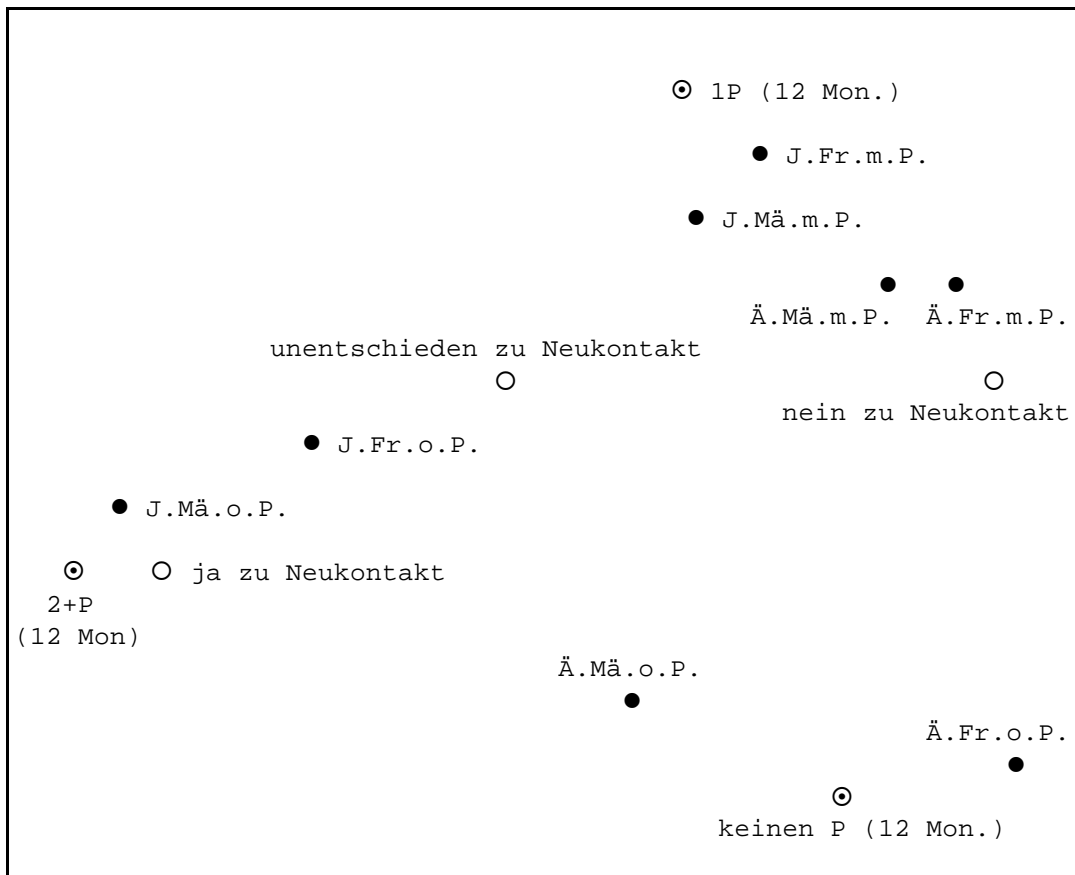
---

<sup>100</sup> die Regressionskoeffizienten wurden nicht simultan geschätzt, sondern stammen aus separaten Berechnungen, da es sich bei den Lebensphase-Variablen um "Dummies" handelt.

Gruppe der Unentschiedenen. Dies sind überwiegend Jüngere und meistens Personen ohne Partner, die einen oder aber keinen Geschlechtspartner innerhalb der letzten zwölf Monate hatten. In der dritten Gruppe befindet sich die in Hinsicht auf AIDS wichtige Bevölkerungsgruppe. Sie zeichnet sich durch eine starke Bereitschaft zu neuen Sexualkontakten aus. Personen dieser Gruppe sind vergleichsweise jung und leben überwiegend ohne Partner. Sie hatten in den vergangenen zwölf Monaten mehrere Geschlechtspartner und sie haben die Absicht, dieses Verhalten auch in der Zukunft fortzusetzen. Es handelt sich somit um eine kontinuierliche Verhaltensweise, bei der vermutlich neben dem Alter und der Lebensphase bzw. den Lebensumständen auch persönliche Vorbedingungen eine entscheidende Rolle spielen.

Ebenso deutlich treten die Zusammenhänge zwischen Geschlecht, Lebensphase und zurückliegendem sowie zukünftigem Sexualverhalten mit Hilfe eines Korrespondenzanalyse-Plots hervor. Als Eingabe dienten die jeweiligen Prozentwerte der Verhaltens- und Verhaltensabsichtsfragen in den Geschlecht-/Lebensphasegruppen. Das Ergebnis zeigt einen zweidimensionalen Raum, in dem die Anordnung der Subgruppen einen räumlichen Eindruck der Zusammenhänge vermitteln.

Beide Achsen erklären mit 99% nahezu die gesamte Varianz in der Kontingenztafel. Auch sind die Proportionen der Achsen mit 59% (x-Achse) und 40% (y-Achse) ausgewogen verteilt.



● = Lebensphase Alter/Geschl./Partner, ⊙ = Sexualverh. in 12 Mon., ○ = Bereitschaft zu neuen Sexualkontakten

Abb. 4.9.4.: Zurückliegendes Sexualverhalten und Bereitschaft zu neuen Kontakten - nach Lebensphase und Geschlecht - Korrespondenzanalyse-Plot (n = 1937)

Die Abbildung verdeutlicht drei unterschiedliche Segmente im zweidimensionalen Raum. Rechts oben befindet sich das Majoritäts-Segment (etwa 2/3 der Gesamtbevölkerung) der Personen, die im letzten Jahr Verkehr mit ihrem Partner hatten und in der Absicht zwischen "nein" und "weiß nicht" liegen, wobei jüngere Männer mit Partnerin deutlich stärker zur Unentschlossenheit tendieren als die nach Lebenssituation vergleichbaren Frauen.

Am rechten unteren Rand befinden sich die sexuell Inaktiven. Dies sind, wie schon oben beschrieben, ältere Männer und Frauen, die keinen Partner haben, wobei auch hier die Männer mehr zur (unentschlosseneren) Mitte tendieren.

Wie schon zuvor bei der Kausalanalyse und der Kontingenzanalyse mittels Kreuztabelle festgestellt, läßt sich hier eine im Zusammenhang mit AIDS bedeutende, betroffene

Gruppe, graphisch identifizieren. Sie ist auf der linken Seite der Horizontalachse lokalisiert. Dabei handelt es sich um jüngere Frauen und Männer ohne festen Partner, die in der Vergangenheit im Vergleich zu anderen relativ häufig die Partner gewechselt haben und auch für die Zukunft sexuellen Kontakt mit neuen Partnern erwarten.

Regressionsanalysen mit persönlichkeitspsychologischen und anderen soziodemographischen Merkmalen (außer dem Alter<sup>101</sup>) wie der Lebensphase und dem Geschlecht sowie den erhobenen Werthaltungen als exogenen Determinanten belegen zudem, daß gerade persönliche psychische Dispositionen das Sexualverhalten und die sexuellen Erwartungen stark beeinflussen.

Auch in den folgenden Abbildungen zu den Ergebnissen der Regressionsanalysen des Sexualverhaltens werden wiederum kausale Pfade, die nicht signifikant sind, oder deren Erklärungskraft nicht über ca. 1,5% (Beta-Koeffizient  $\geq 0,12$ ) erklärter Varianz hinausgeht, aus Gründen der Übersichtlichkeit nicht aufgeführt.

Abbildung 4.9.5. veranschaulicht, daß die Bereitschaft, sich auf neue sexuelle Kontakte einzulassen, keine Frage des erreichten Bildungsgrades oder des persönlichen Gesundheitszustands und des Selbstwertgefühls ist, sondern lediglich an persönliche psychologische Vorbedingungen geknüpft ist. Personen, die weniger kontrolliert, also offener als andere sind und die zudem eine stärkere soziale Kompetenz aufweisen bzw. sich sozial resonant sehen, sind deutlich offener für neue Erfahrungen als andere.

Das gleiche Bild zeigt sich für das (zurückliegende) Sexualverhalten, betrachtet man die Befragten, die im vergangenen Jahr vermutlich sexuell aktiver als andere waren und mehrere Sexualpartner angaben. Auch hier kann ein offener, sozial aktiver und kompetenter, wenig zwanghafter Typus beschrieben werden. Darüber hinaus schlägt sich bei der Erklärung dieses Sexualverhaltens die moralische Hürde, wie sie von der Kirche als Monogamie und Treue propagiert wird, in Form des altersbereinigten Kirchgangs nieder: Personen mit geringer Kirchenbindung haben öfter mehrere

---

<sup>101</sup> In den Regressionsanalysen wurde die Altersvariable jedoch aufgenommen, um altersbereinigte Koeffizienten zu erhalten.



Sexualpartner gehabt als stärker kirchengebundene Befragte. Gesundheitszustand und Bildungsgrad spielen keine maßgebliche Rolle.

Jedoch charakterisieren sich Personen, die keinen Sexualpartner im vergangenen Jahr hatten, um den Alterseffekt bereinigt, durch ein geringeres Selbstwertgefühl und durch eine autoritärere Gesinnung. Hier stellt sich die Frage nach der Wechselbeziehung zwischen den Bereichen. Prägt und steuert die Disposition der Werthaltung und das Selbstbewußtsein tendenziell das Sexualverhalten, oder werden Personen ohne Sexualpartner selbstbewußter und weniger ausgeprägt in ihren autoritären Meinungen und Denkmustern, sobald ein Sexualpartner das eigene Leben verändert? Die Ergebnisse ergeben für Personen, die einen Partner nennen, daß dieser Personenkreis ein höheres Selbstwertgefühl aufweist. Gleichzeitig sind sie aber auch der Tendenz nach zwanghafter als andere.

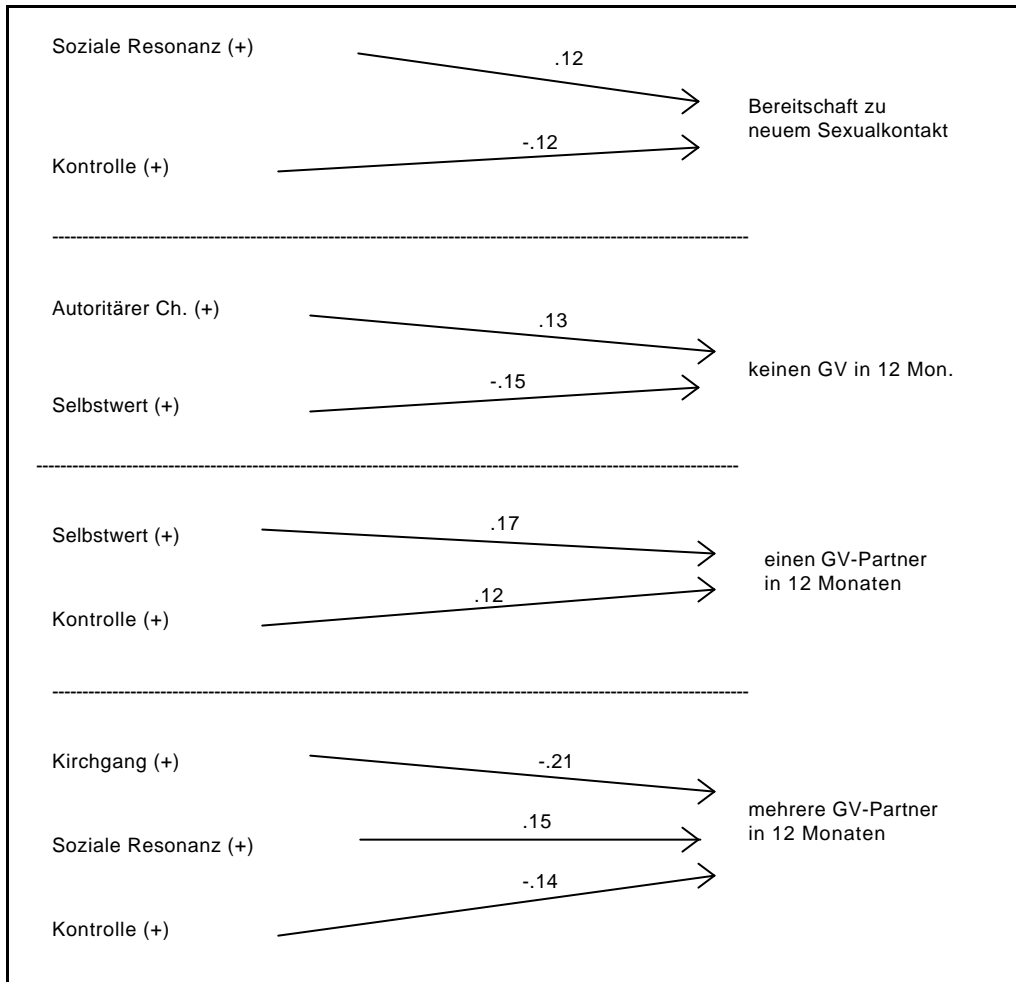


Abbildung 4.9.5.: Regressionanalysen zum Sexualverhalten (n = 1941)

#### 4.10. Individuelles Präventivverhalten in Verbindung mit AIDS

Welche Auswirkungen hat die Präsenz von AIDS auf das Sexualverhalten und welche persönlichen Schutzmaßnahmen werden - auch im alltäglichen Umgang mit anderen - von der Bevölkerung getroffen?

Eine besondere Verhaltenskonsequenz, die auch in den öffentlichen Aufklärungskampagnen eine Rolle spielt, ist die vorsorgliche HIV-Testung. Die Frage, ob sie schon einmal einen solchen Test haben durchführen lassen, wird von 8% der Befragten bejaht.

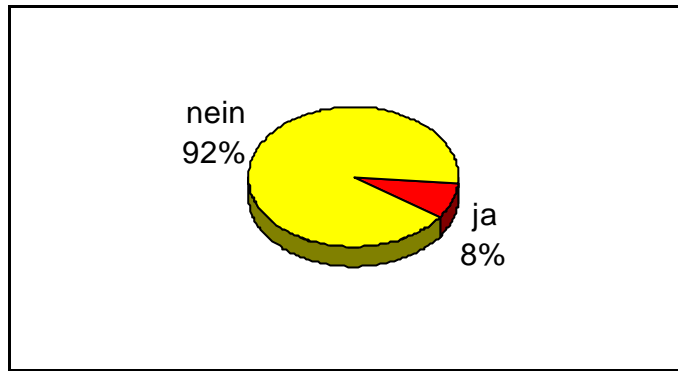


Abb. 4.10.1.: "Haben Sie schon einmal einen AIDS-Vorsorgetest machen lassen?" (n=1949)

Die erwachsene Wohnbevölkerung umfaßt zum Zeitpunkt der Erhebung in West-Deutschland ca. 80% der Gesamtbevölkerung von ca. 61 Millionen. Somit sind zu diesem Zeitpunkt ca. 50 Millionen Einwohner 18 Jahre oder älter. Wenn 8% der Erwachsenen bereits einmal einen HIV-Test durchführen ließen, müßten zum Befragungszeitpunkt ungefähr 4 Millionen Testergebnisse vorgelegen haben.

Leider läßt sich diese Zahl nicht überprüfen, da im Rahmen der seit Oktober 1987 eingeführten anonymen Laborberichtspflicht nur die bestätigten positiven Testergebnisse, nicht jedoch die Zahl der insgesamt durchgeführten Tests dem Bundesgesundheitsamt gemeldet werden.

Inwieweit wirkt sich die Besorgnis vor einer HIV-Infektion auf persönliche Kontakte, bzw. auf die Kontaktbereitschaft in alltäglichen Situationen aus? Wird der Kontakt aus persönlichem Schutzbedürfnis weitestgehend vermieden? Oder überwiegt eine solidarische und hilfsbereite Haltung? In welchem Maß wachsen die Berührungängste, wenn der Kontakt mit HIV-infizierten Personen intensiver wird?

Dazu wurde die Frage gestellt: *"Wenn Sie persönlich mit AIDS-infizierten Menschen zusammen kämen, wie schwer bzw. wie leicht würden ihnen folgende Kontaktmöglichkeiten fallen?"* Vorgegeben waren die in Abb. 4.10.2. aufgeführten Kontaktmöglichkeiten sowie zur Beantwortung vorgegebene vierstufige Antwortkategorien zwischen *"würde mir nichts ausmachen"* und *"könnte ich nicht"*. In der folgenden Abbildung sind die Antworthäufigkeiten in zwei Kategorien zusammengefaßt.

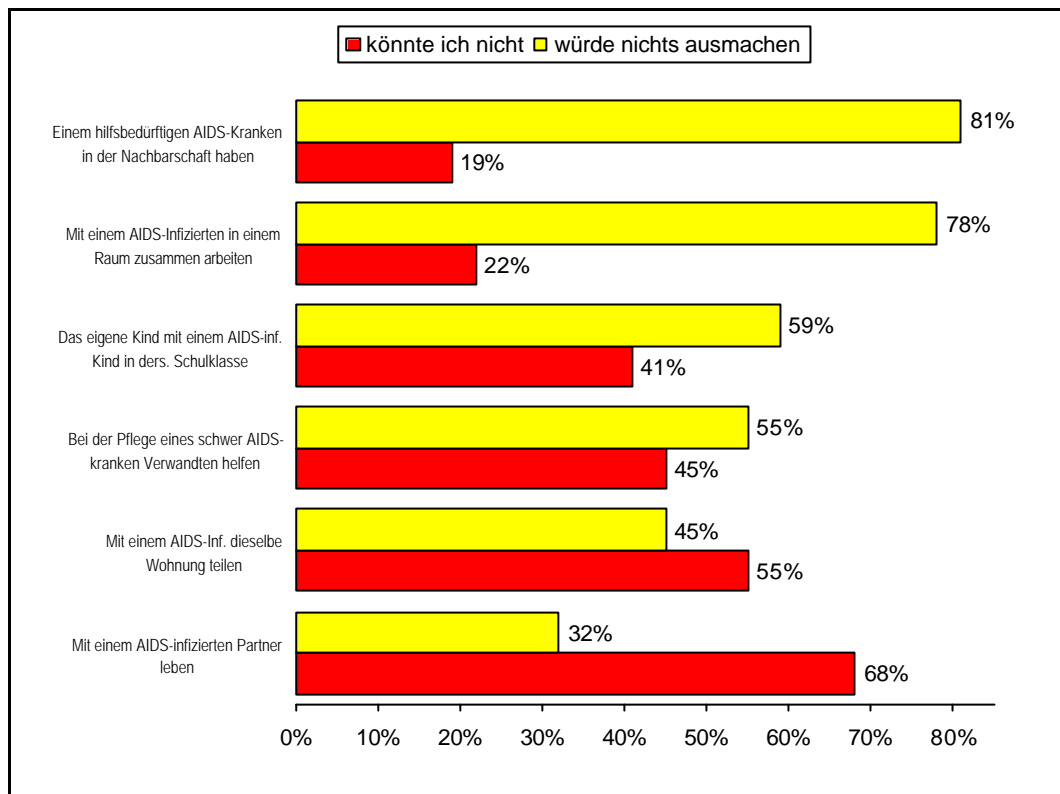


Abb. 4.10.2.: Schwierigkeiten beim Kontakt mit AIDS-infizierten Menschen (n=1956)

Die Items in der Abbildung sind nach der Anstieghäufigkeit geordnet. Mehrheitlich am leichtesten fällt es demnach den Befragten, einen hilfsbedürftigen AIDS-Kranken in der Nachbarschaft zu haben. Umgekehrt fällt den meisten Befragten die Vorstellung schwer, ja sie halten es für unmöglich, mit einem AIDS-infizierten Partner zusammenzuleben. An der Reihenfolge der Items kann man erkennen, daß die Fähigkeit oder Bereitschaft zum Kontakt mit HIV- Patienten umso stärker abnimmt, je näher der Infizierte rückt. Während es mehr als drei Viertel der Befragten nach ihren Angaben leicht fällt, mit einem HIV-Patienten in einem Raum zusammenzuarbeiten, nimmt dieser Anteil stark ab, wenn nach der Möglichkeit gefragt wird, mit einem HIV-Patienten dieselbe Wohnung zu teilen. Diese Vorstellung fällt den Befragten mehrheitlich schwer. Betrachtet man bei diesen beiden Möglichkeiten vergleichend das Ansteckungsrisiko, so ist zunächst kein prinzipieller Unterschied feststellbar, ob man mit einem HIV-Patienten zusammen in einem Raum arbeitet oder zusammen in einer Wohngemeinschaft lebt. Dennoch fällt den Befragten die Vorstellung der zweiten Möglichkeit bedeutend schwerer; es muß hier

wohl angenommen werden, daß der entscheidende Unterschied in dem Grad der Privatheit liegt. Die Duldung HIV-infizierter Mitmenschen gerät an Grenzen, sobald die Kontaktmöglichkeiten den Privatbereich der Befragten tangieren.

Eine konfirmatorische Faktorenanalyse der Items ergibt, daß alle erhobenen Kontaktformen zu einem Faktor zusammengefaßt werden können. Das heißt, daß allen sechs Kontaktitems nur eine latente Dimension zugrunde liegt und daß nicht etwa unterschiedliche Muster des Kontakts feststellbar sind. Die Bereitschaft zur Nähe zu einer HIV-infizierten Person ist demnach auf einem Kontinuum mehr oder weniger stark ausgeprägt. Die vorliegenden Items besitzen demnach die Qualität einer Guttman-Skala. Die Faktorladungen liegen zwischen .81 und .88. Der Wert für das Item, das den Kontakt zum AIDS-infizierten Partner mißt, beträgt .73. Die Faktorladungen sind ausreichend hoch, sodaß eine Aufspaltung in ein Zwei-Faktor-Modell nicht zu rechtfertigen wäre. Der Summenindex für den Kontaktspekt des individuellen Verhaltens wird durch Addition aller sechs Items gebildet.

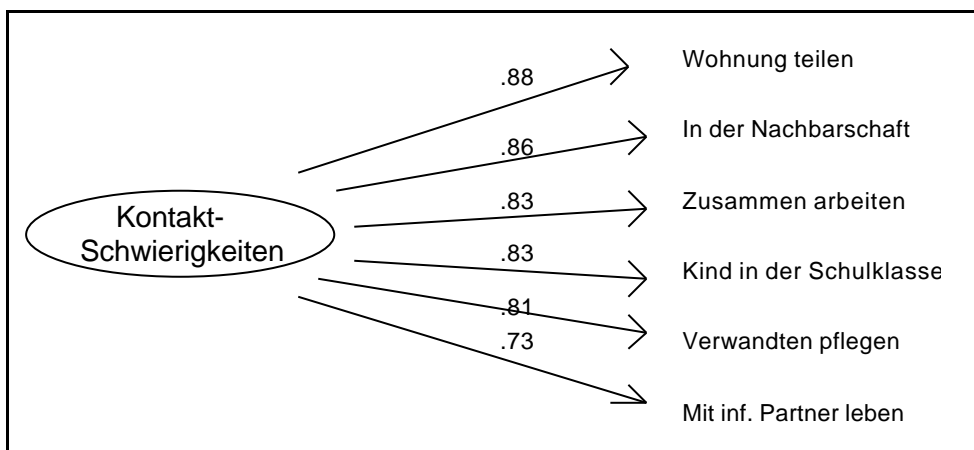


Abb. 4.10.3.: Faktorenanalyse: Kontaktschwierigkeiten im Umgang mit einer AIDS-infizierten Person (n=1956)

Bei der Betrachtung des kausalen Einflusses der Lebensphase auf die Testbereitschaft und das Ausmaß der Kontaktschwierigkeiten zeigt sich, daß die Annäherung an AIDS-Erkrankte nur unwesentlich in den Lebensphase-Gruppen variiert. Der höchste Beta-Koeffizient der Regressionsanalysen beträgt .08. Im Gegensatz dazu ist die

Testbereitschaft bzw. die dahinterstehende wahrgenommene Testnotwendigkeit erwartungsgemäß bei Jüngeren, die ohne Partner leben, am höchsten und bei den Älteren entsprechend geringer ausgeprägt.

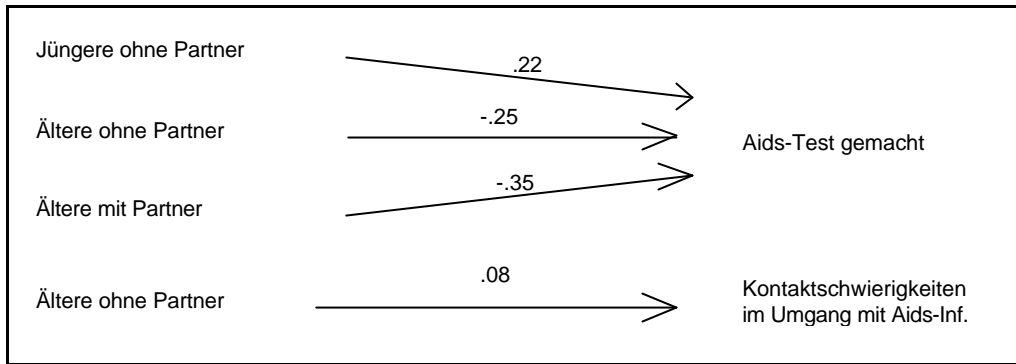


Abb 4.10.4.: AIDS-Test und Kontaktschwierigkeiten in Abhängigkeit der Lebensphase<sup>102</sup> - Beta-Koeffizienten der Regressionsanalyse (n=1921)

Ausgedrückt in Prozentwerten, ergeben sich für Ältere mit oder ohne Partner/in jeweils 2%, die einen HIV-Test haben durchführen lassen. Bei Jüngeren mit Partnern oder Partnerinnen sind dies 11%, und von den partnerlosen Jüngeren haben sich 17% testen lassen, also etwa jeder Sechste dieser demographischen Bevölkerungsgruppe.

Die Aufschlüsselung nach weiteren erklärenden Einflußgrößen verdeutlicht, daß die Testbereitschaft zudem von der Besorgnis um Freunde und um die eigene Person begünstigt wird (Abb. 4.10.5.). Außerdem lassen Personen mit vergleichsweise schlechter Selbsteinschätzung des Gesundheitszustands häufiger einen Test durchführen. Eine weniger autoritäre Grundhaltung und größere soziale Kompetenz sind ebenfalls im Vorfeld der Testbereitschaft zu finden.

Der Zusammenhang zwischen der Durchführung eines AIDS-Tests und der Einstellung zu Kondomen bzw. der Notwendigkeit des Gebrauchs von Kondomen (Hypothese 17) kann jedoch nicht bestätigt werden. Demnach beeinflussen durchgeführte AIDS-Tests die relevante Bevölkerungsgruppe nicht dahingehend, den Schutz der Kondomanwendung höher einzustufen. Offensichtlich wird der AIDS-Test auch als

<sup>102</sup> Die Regressionskoeffizienten wurden nicht simultan geschätzt, sondern stammen aus separaten Berechnungen, da es sich bei den Lebensphase-Variablen um "Dummies" handelt.

"TÜV-Plakette" angesehen, mit der dann die gewohnten Verhaltensmuster fortgeführt werden können.

Für Kontaktschwierigkeiten im Umgang mit AIDS bilden soziodemographische Merkmale wie das Alter der Befragten bzw. die Lebensphase in der sie sich befinden, Geschlechterzugehörigkeit, Bildungsgrad oder der Gesundheitszustand keine Ursachen. Dagegen spielen die Risikowahrnehmung und die Sympathie gegenüber den von AIDS am meisten betroffenen Bevölkerungsgruppen, also Einstellungskomponenten, eine Rolle. Die Kontaktbereitschaft wird durch große wahrgenommen Risiken und eine geringschätzig Meinung gegenüber Homosexuellen, Prostituierten und Drogenabhängigen reduziert. Zudem haben Personen mit geringer eingeschätztem Selbstwert respektive geringerer Handlungskompetenz größere Kontaktschwierigkeiten. Und auch Personen mit einem umfassenden Wissen zu Übertragungswegen und -konsequenzen weisen größere Probleme im Umgang mit AIDS-erkrankten Personen auf.

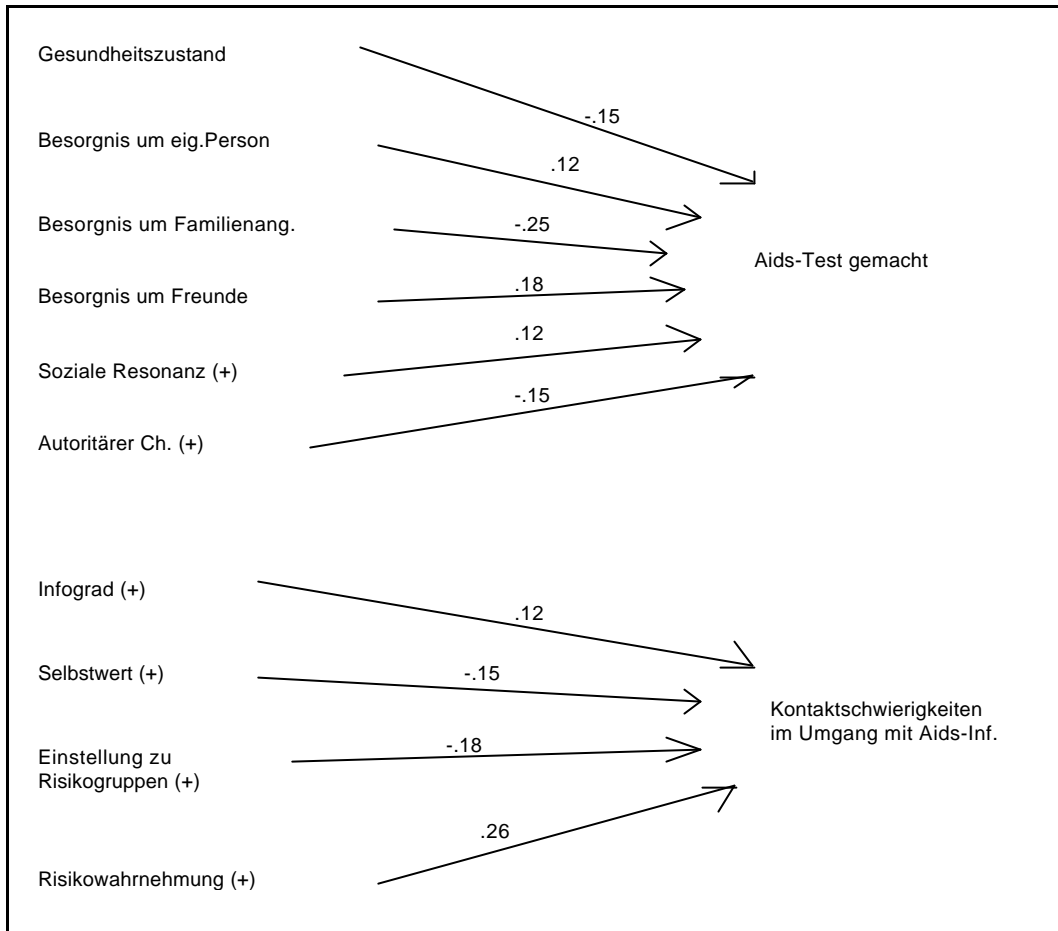


Abb. 4.10.5.: AIDS-Test und Kontaktschwierigkeiten - Beta-Koeffizienten der Regressionsanalyse (n=1615)

H15: *Ausgrenzendes Verhalten (sei es auf der persönlichen Ebene durch vermeidendes, prüfendes Sexualverhalten, geringere Kontaktbereitschaft oder die Unterstützung strafender und isolierender Maßnahmen auf der gesellschaftlichen Ebene) ist an vorgelagerte Einstellungen und Erklärungsmuster gekoppelt: Dazu gehören Aversionen gegenüber den Hauptbetroffenengruppen, ein hoch eingeschätztes Infektionsrisiko in Alltagssituationen, Schuldzuweisungen und die moralische Verurteilung der Betroffenen.*

➔ Der Personenkreis, der große Kontaktschwierigkeiten im Umgang mit AIDS-Infizierten aufweist, nimmt ohnehin schon ein beträchtlich größeres Infektionsrisiko wahr und hat eine vergleichsweise geringschätzige Meinung über hauptbetroffene Bevölkerungsgruppen.



Welche Möglichkeiten des Schutzes vor einer HIV-Infektion sieht der einzelne und wie bewertet er sie in ihrer jeweiligen Bedeutung? Zur Klärung dieses Fragenkomplexes wurde in der Repräsentativ-Befragung eine Liste von Möglichkeiten vorgegeben. Jede dieser Möglichkeiten sollte nach ihrer Wichtigkeit eingeschätzt werden.

Es ergibt sich die folgende Rangordnung, wenn man die vorgegebenen Schutzmöglichkeiten nach der Antworthäufigkeit ordnet, mit der sie als "sehr wichtig" beurteilt werden.

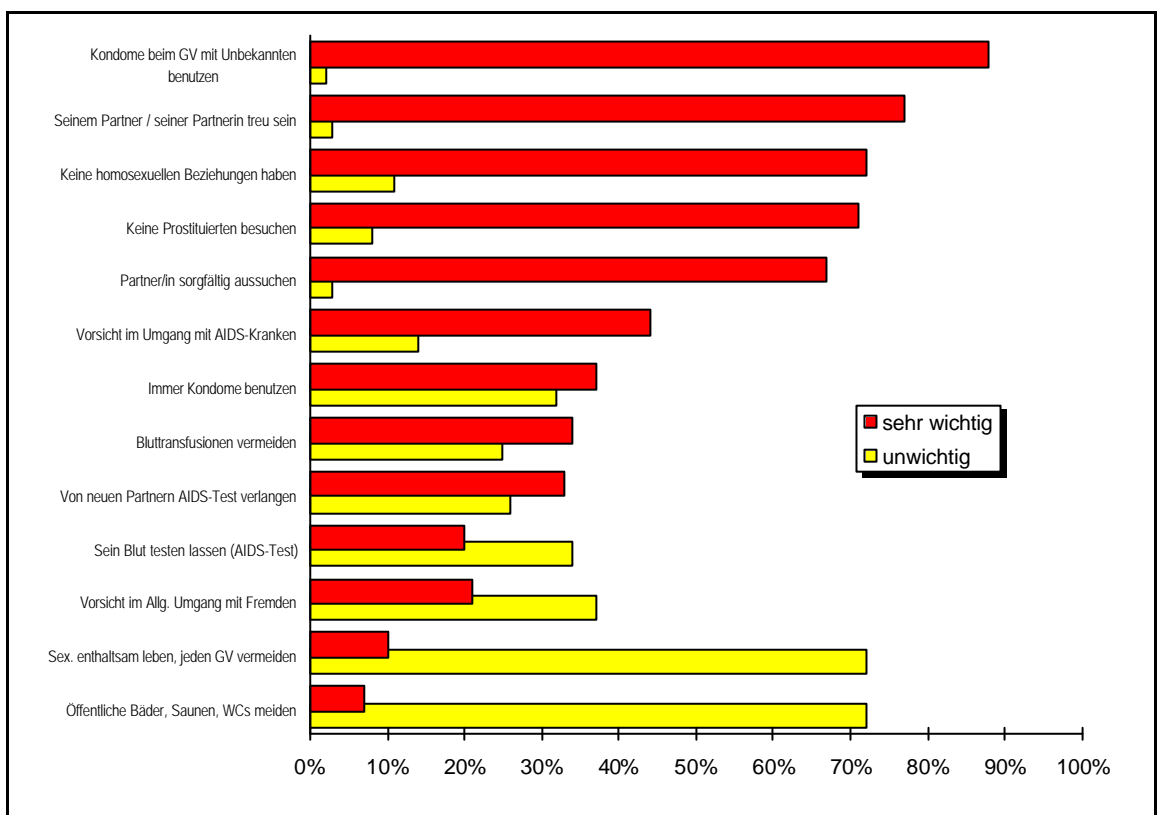


Abb. 4.10.6.: Bewertung von Verhaltensformen zum Schutz vor einer AIDS-Ansteckung (n=1917)

Obenan in der Wichtigkeit der Schutzmöglichkeiten steht mit Abstand die Regel "Kondome beim Geschlechtsverkehr mit unbekanntem Personen zu benutzen" (88%), danach folgt die Empfehlung "seinem Partner/seiner Partnerin treu zu sein" (77%). Diese beiden Schutzmöglichkeiten werden von mehr als drei Viertel der Befragten für "sehr wichtig" gehalten.

Danach folgt mit geringem Abstand in der Wichtigkeit eine Gruppe von drei Schutzmaßnahmen, die noch von mehr als zwei Drittel der Befragten als "sehr wichtig" eingeschätzt werden:

- keine homosexuellen Beziehungen haben (72%),
- keine Prostituierten besuchen (71%),
- seine(n) Partner(in) sorgfältig auswählen (67%).

Alle weiteren Vorgehensweisen sind in ihrer Bedeutung stark von den bisher erwähnten abgesetzt und werden nur noch von deutlich weniger als der Hälfte der Befragten in die Kategorie "sehr wichtig" eingereiht.

"Vorsichtig beim Umgang mit AIDS-Kranken" halten 44% der Befragten für "sehr wichtig", und in absteigender Häufigkeit nennen die Befragten dann die Schutzmöglichkeiten, immer Kondome zu benutzen (37%), Bluttransfusionen zu vermeiden (34%) und von neuen Partnern einen AIDS-Test zu verlangen (33%).

Gut ein Drittel der Befragten also hält diese Empfehlungen für sehr wichtig.

Deutlich abgesetzt erscheinen schließlich die letzten vier der vorgegebenen Schutzmöglichkeiten in ihrer Bedeutung. Etwa ein Fünftel der Befragten findet es sehr wichtig, daß man vorsichtig ist im allgemeinen Umgang mit Fremden (21%) und daß man sein eigenes Blut testen läßt (20%). Die Empfehlung, sexuell enthalten zu leben und jeden Geschlechtsverkehr zu vermeiden, wird nur von 10% der Befragten als sehr wichtige Schutzmöglichkeit angesehen. Am Schluß rangiert die Warnung, öffentliche Bäder, Saunen und WC's zu meiden. Diese Maßnahmen halten nur noch 7% der Befragten für sehr wichtig.

Betrachtet man nun die Antworthäufigkeiten und ihre Reihenfolge insgesamt, so zeigt sich, daß in der Bedeutung der Schutzmöglichkeiten vor AIDS bzw. vor einer HIV-Infektion diejenigen Empfehlungen herausragen, die sich auf die Wahl von Intimpartnern beziehen. In dieser Wahl kann man sich dann am ehesten vor einer HIV-Infektion schützen, wenn man in seiner Partnerwahl sorgfältig und treu ist, bei gelegentlichem Geschlechtsverkehr mit Unbekannten auf jeden Fall ein Kondom benutzt und ansonsten

sexuellen Kontakt mit Risikogruppen meidet, also keine homosexuellen Beziehungen zuläßt und auch keine Prostituierten besucht. Auf diese zusammengefaßte Empfehlung lassen sich die Antworthäufigkeiten komprimieren und entsprechen damit weitgehend der herrschenden Sexualmoral.

Bei genauerer Betrachtung fallen Widersprüche auf, die diesen Eindruck bestätigen. So halten es z.B. 72% der Befragten für sehr wichtig, keine homosexuellen Beziehungen zu haben. Nur 10% der Befragten hingegen halten es für genauso wichtig, sexuell enthaltsam zu leben und jeglichen Geschlechtsverkehr zu meiden. Im Bewußtsein der Befragten ist also der homosexuelle Geschlechtsverkehr ungleich riskanter und gefährlicher als der heterosexuelle, auch wenn man die Schutzmöglichkeiten durch ein Kondom berücksichtigt. In dieser diskrepanten Risikoeinschätzung homo- und heterosexueller Beziehungen kommt einerseits die Kenntnis der Hauptbetroffenengruppe homo- und bisexueller Männer zum Ausdruck, andererseits zeigt sie charakteristische projektive Züge der herrschenden Sexualmoral: heterosexueller Geschlechtsverkehr ist das Normale und Ungefährliche, wenn man sorgfältig wählt und treu ist; homosexuelle und promiskuitive Beziehungen hingegen sind gefährlich und abzulehnen.

Hier findet sich ein deutlicher Hinweis darauf, daß die ganze AIDS- Problematik nicht zu einer Verteufelung der Sexualität generell, sondern zu einer eklatanten Diskriminierung der gesellschaftlich nicht vorherrschenden und anerkannten Arten von Sexualität führt, hier in unserer Frage insbesondere der homosexuellen Beziehungen und der Prostituiertenbesuche (vgl. Hypothese 6 und Abb. 4.10.6.). Man muß angesichts dieses Befundes feststellen, daß im allgemeinen Bewußtsein aus der Tatsache, daß bestimmte Gruppen zu den Hauptbetroffenen von AIDS gehören, geschlossen wird, daß der Kontakt zu diesen Gruppen gefährlich und deshalb zu meiden sei.

Insgesamt betrachtet zeigt also die Beantwortung dieser Frage, daß zum einen in der Bevölkerung mittlerweile bekannt ist, daß AIDS auf geschlechtlichem Wege übertragen werden kann und daß man sich dagegen durch die Verwendung von Kondomen schützen muß. Auf der anderen Seite hat jedoch die Aufklärung und das Wissen um die Verbreitung von AIDS in den Hauptbetroffenengruppen dazu geführt, daß eine große

Mehrheit in der Bevölkerung aus Angst vor Ansteckung sich bereit findet, den Kontakt zu diesen Gruppen und die mit, bzw. in diesen Gruppen möglichen sexuellen Erlebnisweisen zu diskriminieren und abzulehnen.

Mit Faktorenanalysen (explorativ und konfirmatorisch) werden die ursprünglich dreizehn Verhaltensweisen zum Schutz vor AIDS auf drei Schutzdimensionen reduziert. Der erste Faktor, der mit "Meiden" oder "Vermeiden" am besten charakterisiert ist, wird durch die folgenden Items beschrieben: Öffentliche Bäder und Saunen meiden, Vorsicht im allgemeinen Umgang mit Fremden, sexuell enthalten leben und jeden Geschlechtsverkehr (GV) meiden, Bluttransfusionen meiden.

Der zweite Faktor lässt sich aufgrund der vier Items, die ihn stellen, als "Solide Monogamie" bezeichnen. Die vier Items dieses Faktors sind: keine Prostituierten besuchen, keine homosexuellen Beziehungen haben, seine(r)m Partner/in treu sein, seine(n) Partner(in) sorgfältig auswählen.

Der dritte Faktor "Kondome", wird durch das Einzelitem "Kondome beim GV mit unbekanntem Personen benutzen" repräsentiert.

Das folgende Schaubild zeigt die Faktorladungen und Faktorkorrelationen der drei Verhaltensbereiche zum Schutz vor AIDS.

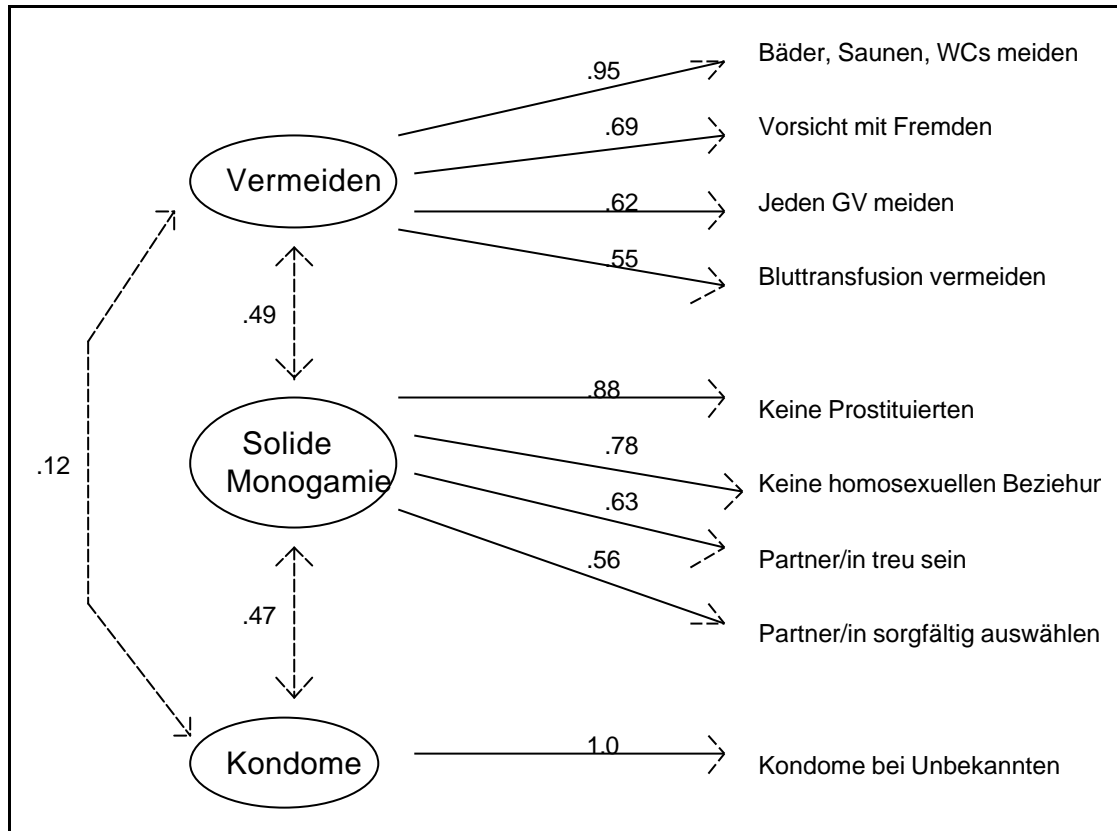


Abb. 4.10.7.: Verhaltensformen zum Schutz vor AIDS - Konfirmatorische Faktorenanalyse (n=1917)

Für weitere statistische Analysen der Determinanten der persönlichen Schutzmaßnahmen wurden wiederum Summenscores berechnet.

Wodurch nun ist die Akzeptanz der unterschiedlichen Verhaltensweisen zum Schutz vor AIDS geprägt?

Die Betrachtung in den Lebensphase-Gruppen zeigt, daß vermeidendes Verhalten von einem Personenkreis favorisiert und als effizientes Mittel angesehen wird, der ohnehin in der Vergangenheit ein vergleichsweise sexuell wenig ereignisreiches Leben führte: den Älteren ohne Partner. Insofern wird ein bestehendes Verhaltensmuster lediglich fortgeführt.

In der Vorstellung der Jüngeren, die zum Zeitpunkt des Interviews ohne Partner lebten, wird Monogamie bzw. die Beschränkung auf einen Partner mit gleichzeitiger sexueller Treue weniger effizient eingestuft als von anderen. Darüber hinaus, und hierbei handelt es sich um den stärksten Zusammenhang in diesem Kausalmodell, ist diese

Bevölkerungsgruppe weniger als andere vom Sinn und Nutzen des Kondomgebrauchs überzeugt! Angesichts der Tatsache, daß die sexuell sehr aktiven partnerlosen Jungen von einer möglichen HIV-Infektion, übertragen durch ungeschützten Geschlechtsverkehr, mit am wahrscheinlichsten betroffen sind, ist dieser Befund sehr bemerkenswert. Demgegenüber wird das Kondom von Älteren mit Partner/in im Vergleich sehr ernst genommen und stärker akzeptiert.

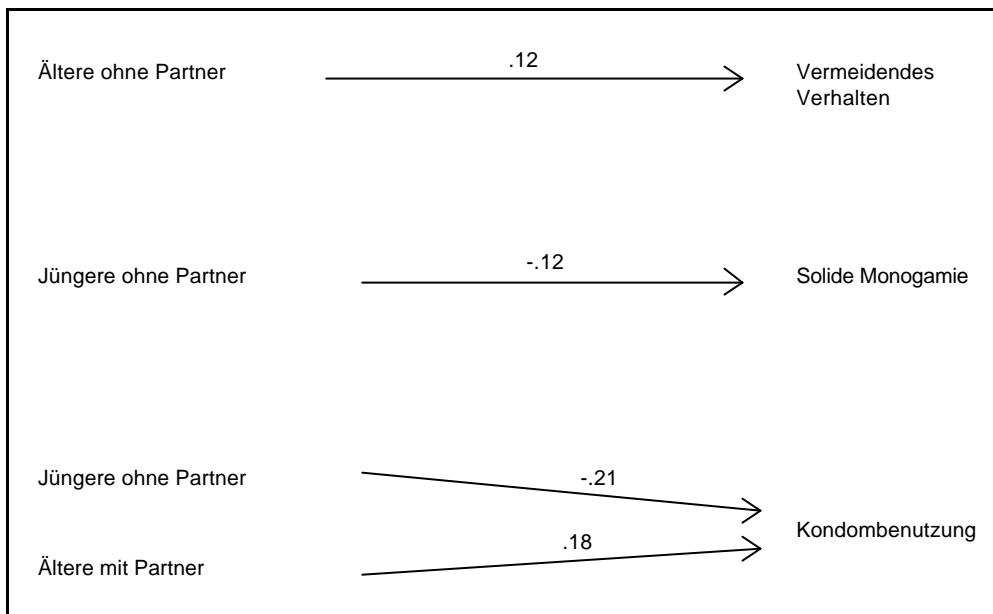


Abb. 4.10.8.: Persönliche Schutzmaßnahmen vor AIDS in Abhängigkeit der Lebensphase - Beta-Koeffizienten der Regressionsanalyse (n=1917)

Neben der jeweiligen Lebensphase, in der sich die Befragten befinden, sind es vor allem stärker wahrgenommene Risiken im Umgang mit AIDS-Kranken, eine negativere generelle Einstellung gegenüber den von AIDS Hauptbetroffenen und kirchliche Wertvorstellungen, die vermeidende Verhaltensweisen und sexuelles Treueverhalten fördernd beeinflussen.

Bei der Kondombenutzung spielen überwiegend persönlichkeitspsychologische Merkmale eine Rolle. Ein psychologisches Profil mit den Eigenschaften gefügig, depressiv und selbstbewußt wirkt sich positiv auf die Einstellung gegenüber schützenden Verhaltensweisen aus. Besser Informierte (Übertragungswege), Frauen und Personen,

die größere Gefahren für die Allgemeinheit wahrnehmen, sind zudem offener gegenüber der Kondomverwendung.

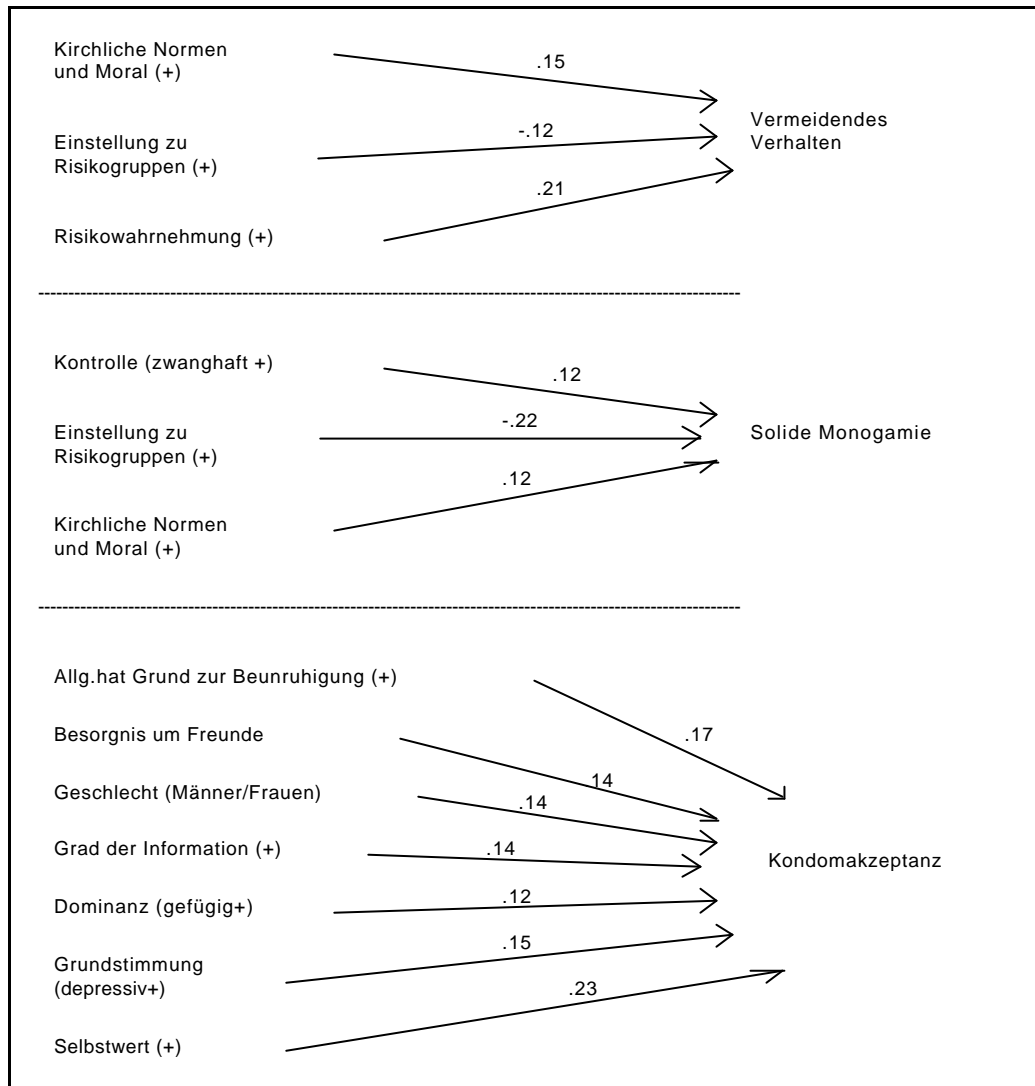


Abb. 4.10.9.: Persönliche Schutzmaßnahmen vor AIDS - Beta-Koeffizienten der Regressionsanalyse (n=1917)

Die Interkorrelationen der Variablen des Individualverhaltens in bezug auf AIDS verdeutlichen, daß die größten Kontaktschwierigkeiten im Umgang mit AIDS-infizierten Personen in den Bevölkerungskreisen zu finden sind, die vermeidendes Verhalten und Monogamie bzw. Treue zu einem Partner als persönliches Mittel für sehr wichtig erachten.

H15: *Ausgrenzendes Verhalten (sei es auf der persönlichen Ebene durch vermeidendes, prüfendes Sexualverhalten, geringere Kontaktbereitschaft oder die Unterstützung strafender und isolierender Maßnahmen auf der gesellschaftlichen Ebene) ist an vorgelagerte Einstellungen und Erklärungsmuster gekoppelt: Dazu gehören Aversionen gegenüber den Hauptbetroffenengruppen, ein hoch eingeschätztes Infektionsrisiko in Alltagssituationen, Schuldzuweisungen und die moralische Verurteilung der Betroffenen.*

➔ Kontakt-Vermeidungs-Strategien, Ein-Partner-Sex und sexuelle Treue als persönliche Schutzmaßnahme in Verbindung mit AIDS sind geprägt von einer durchschnittlich negativen Einstellung gegenüber den Hauptbetroffenen und werden häufiger vom Personenkreis mit engen kirchlichen und moralischen Bindungen befürwortet.

➔ Zudem ist die am stärksten diskriminierende Form des Schutzverhaltens, die ausgrenzende Vermeidungsvariante, an ein hohes perzipiertes Infektionsrisiko in Alltagssituationen gekoppelt.

Desweiteren halten Personen, die einen AIDS-Test durchführen ließen, im Vergleich zu anderen auch Treue zu einem Partner, meidendes Verhalten und tendenziell auch das Kondom für weniger wichtig. Zudem hat dieser Personenkreis auch deutlich geringere Kontaktschwierigkeiten gegenüber AIDS-Kranken.

AIDS-Test gemacht	1.0				
Kontaktschwierigkeiten	-.17	1.0			
Vermeidendes Verhalten	-.18	.36	1.0		
Solide Monogamie	-.21	.32	.34	1.0	
Kondombenutzung	-.13	.05	-.08	.41	1.0
	Test	Kontakt	Vermeiden	Solid.Mon.	Kondome

Tab. 4.10.1.: Persönliche Schutzmaßnahmen vor AIDS - Inter-Korrelationen (polychorische und polyserielle, n=1943)



H17: *Eine besondere Rolle für das persönliche Schutzverhalten im Sinne der AIDS-Prävention spielt der HIV-Test. Es wird vermutet, daß der Test und die Bewertung der Kondombenutzung in engem Zusammenhang stehen.*

→ Der postulierte enge Zusammenhang zwischen dem Ereignis eines durchgeführten AIDS-Tests und der Kondombenutzung besteht nicht. Die Korrelation ist mit  $-.13$  der Tendenz nach sogar negativ. D.h., daß über alle Befragten betrachtet, die Kondomakzeptanz sogar abnimmt, wenn ein AIDS-Test durchgeführt wurde. Die Durchführung eines AIDS-Tests mündet somit nicht zwingend in die angenommene „Nützlichkeit“ des Kondoms zum Schutz vor AIDS. Offensichtlich führt ein negatives Testergebnis auch dazu, daß man sich "sicher" fühlt und indirekt eine Bestätigung dafür bekommen hat, daß ein Kondom nicht unbedingt nötig ist. Die Berechnung des statistischen Zusammenhangs in den einzelnen Lebensphasegruppen ergibt, daß lediglich in der Gruppe der Jüngeren, die mit einem Partner leben, ein andeutungsweise positiver Zusammenhang ( $.05$ ) zwischen der Einschätzung des Kondoms und der Test-Durchführung besteht. In allen anderen Gruppen zeigen sich negative Korrelationen.

Tabelle 4.10.1. weist ferner einen starken statistischen Zusammenhang zwischen der Befürwortung von Treue und Monogamie und der Akzeptanz des Kondoms aus ( $.41$ , im meßfehlerbereinigten LISREL-Modell sogar  $.47$ ). Somit tendieren die auf Treue bedachten Personen in ihrer Verhaltensintention („falls es wider Erwarten doch mal passieren sollte“) zur strikten Benutzung des schützenden Gummis. Personen, denen Treue weniger wichtig ist, schätzen den Gebrauch von Kondomen dagegen weniger effizient ein. Leider wurde in der vorliegenden Untersuchung nicht nach Intensität und persönlichem Erlebnis des Geschlechtsverkehrs mit oder ohne Kondom gefragt. Möglicherweise sind Personen, deren sexuelles Erlebnis durch die Verwendung eines

Kondoms stark beeinträchtigt wird, eher bereit, den Schutzaspekt zu ignorieren und dafür anderen Entscheidungskriterien den Vorzug zu geben.

Die korrelativen Zusammenhänge zwischen persönlichem Sexualverhalten und individuellem Schutz in Verbindung mit AIDS (Tabelle 4.10.2.) lassen es geraten erscheinen, auf die persönlichen Schutzmöglichkeiten durch die Verwendung von Kondomen insbesondere jene Bevölkerungsgruppen hinzuweisen, deren sexuelles Verhalten mit häufigeren Partnerwechseln und hoher Bereitschaft zu neuen Kontakten verbunden ist.

	Bereitschaft zu neuen Sexualpartn.	Keinen Sexualpartner in 12 Mon.	Einen Sexualpartner in 12 Mon.	Zwei und mehr Sexualpartner in 12 Mon.
AIDS-Test gemacht	.38**	-.40**	-.06*	.43**
Kontaktschwierigk.	-.18**	.19**	-.10**	-.11**
Vermeid.Verhalten	-.25**	.37**	-.18**	-.27**
Solide Monogamie	-.39**	.19**	-.03	-.31**
Kondombenutzung	-.20**	-.11**	.20**	-.18**

Tab. 4.10.2.: Persönliche Schutzmaßnahmen vor AIDS und Sexualverhalten - Korrelations-Koeffizienten (polychorische, n=1917)

Diese Gruppe hat zwar wesentlich häufiger als andere Schichten der Bevölkerung AIDS-Tests durchführen lassen, aber die Akzeptanz des Kondoms als effektive persönliche Schutzmaßnahme ist bei ihnen vergleichsweise gering.

H19: *Das individuelle sexuelle Verhalten korrespondiert mit Einstellungen und Verhaltensweisen gegenüber AIDS: Es ist anzunehmen, daß sexuell abstinente Personen ein entsprechend vermeidendes Sexualverhalten im Hinblick auf AIDS für wichtig erachten (Rechtfertigung zur Reduktion kognitiver Dissonanzen). Zudem werden sexuell abstinente Personen auf der staatlichen Ebene für harte Maßnahmen eintreten. Auf der anderen Seite wird die Bereitschaft zu sexueller Aktivität verbunden sein mit einer Position, die auf der individuellen Ebene die*

*notwendigen Schutzmaßnahmen betont und auf der gesellschaftlichen Ebene zu Toleranz und Mitgefühl tendiert.*

➔ Für die persönlichen Schutzmaßnahmen in Verbindung mit AIDS zeigt sich, wie erwartet, daß Personen ohne (regelmäßigen) Geschlechtsverkehr auch das ohnehin passive Verhalten als persönlichen Schutz propagieren. Darüber hinaus sehen Befragte mit einem Partner in den vergangenen zwölf Monaten Kondome häufiger als geeignete Schutzmaßnahme an. Allerdings findet sich kein Zusammenhang zwischen dem monogamen Sexualleben (in den vergangenen zwölf Monaten) und der Weiterführung desselben Schutzverhaltens in der Zukunft. Personen mit einem Geschlechtspartner halten die sexuelle Treue nicht zwingend für ein geeignetes Mittel zum Schutz vor AIDS (nichtsignifikante Korrelation=-.03). Dazu raten jedoch stärker diejenigen, die keinen Sexualpartner im vergangenen Jahr hatten. Dagegen lehnt es die Personengruppe mit häufiger wechselnden Geschlechtspartnern stärker als alle andere ab, zum Schutz vor AIDS auf Sexualkontakte zu verzichten, solide Monogamie zu praktizieren und immer Kondome zu benutzen.

Da bislang kein wirksames Medikament entwickelt wurde, das die Zellzerstörung durch HI-Viren verhindert, liegt die einzige Möglichkeit gegen eine weitere Verbreitung von AIDS darin, weitere Infektionen durch Prävention zu verhindern. Hierbei gilt es vor allem, über riskantes Verhalten wie z.B. needle sharing oder die Gefahr bei ungeschütztem Analverkehr aufzuklären und über geeignete Schutzmaßnahmen zu informieren. Drogenabhängige schützen sich, indem sie möglichst saubere Spritzbestecke benutzen. Beim Analverkehr bieten Kondome, richtig angewendet, einen Schutz vor AIDS.

Aber auch in der Gruppe der jüngeren Heterosexuellen, die häufiger Partner wechseln oder in sequentieller Monogamie mit kürzeren Zeitintervallen leben, erscheint es nötig, stärker für eine höhere Akzeptanz von Kondomen als Schutz vor einer möglichen HIV-Infektion zu werben, um in der jüngeren, sexuell aktiveren Bevölkerung einer

möglicherweise vorhandenen "Kondom-Müdigkeit"<sup>103</sup> entgegenzuwirken. Zudem kann ein sinkendes Gefahrenbewußtsein in dieser Bevölkerungsgruppe festgestellt werden<sup>104</sup>. AIDS ist vielfach kein Thema mehr, die fortwährende AIDS-Gefahr wird tendenziell verkannt.

Vor diesem Hintergrund erscheint es besonders wichtig, die Faktoren ausfindig zu machen, die die präventive Kondomnutzung, die schützende Verwendung beim Geschlechtsverkehr, beeinflussen und begünstigen. Es finden sich vergleichsweise viele Artikel zu Verhaltenstheorien in Verbindung mit der Kondomnutzung in der internationalen, meist englischsprachigen sozialwissenschaftlichen Literatur<sup>105</sup>. Im deutschsprachigen Raum sind hier vor allem die Arbeiten von Reinecke, Schmidt und Ajzen und Plies und Schmidt<sup>106</sup> zu nennen.

Die von den Autoren angewandte Theorie des geplanten Verhaltens (TOPB) konnte anhand eines 2-Wellen-Panels überprüft werden. Häufig basieren vergleichbare Hypothesenüberprüfungen auf Querschnitterhebungen. Für eine exaktere Überprüfung von Hypothesen eignen sich Längsschnittuntersuchungen jedoch besser. Beim 2-Wellen-Modell zeigte sich, daß sich die Indikatoren von Einstellung, subjektiver Norm, Verhaltenskontrolle und Intention zwischen erster und zweiter Welle unterscheiden. Zudem weisen niedrige Korrelationen zwischen gleichen Variablen auf den beiden Wellen auf "deutliche Veränderungen bezüglich der Individualebene hin"<sup>107</sup>. Reinecke/Schmidt/Ajzen stellen fest, daß in ihrem Modell lediglich eine "geringe Vorhersagbarkeit des Verhaltens durch die Intention und die wahrgenommene Verhaltenskontrolle" zu beobachten ist. Den in ihrer Studie festgestellten geringeren Kondomgebrauch zum späteren Erhebungszeitpunkt und die Diskrepanz zwischen Intention und Verhalten erklären sie sich u.a. durch die unrealistische Einschätzung der wahrgenommenen Verhaltenskontrolle. Eine Schwierigkeit der TOPB in der Anwendung auf die Frage, ob bei neuen Sexualkontakten das Kondom in den

---

<sup>103</sup> vgl. z.B. Kölner Stadtanzeiger vom 20.8.97.

<sup>104</sup> Reinecke/Schmidt/Ajzen 1997.

<sup>105</sup> vgl. hierzu u.a. Reinecke/Schmidt/Ajzen 1996 und Cochran et al. 1992.

<sup>106</sup> Plies/Schmidt 1996.

<sup>107</sup> ebenda S. 219.

Liebesakt einbezogen wird, erklärt sich auch aus der situativen Besonderheit. In einer triebgesteuerten, hochemotionalen Situation ist es wahrscheinlich, daß der "Verstand" (Ich-Ebene) zugunsten libidinöser Impulse zurücksteht.

In der vorliegenden Studie kann die TOPB anhand der Bereitschaft zur Kondomnutzung bei neuen Sexualkontakten leider nicht überprüft werden, da entsprechende Fragen zur Messung der theoretischen Konstrukte bei der Fragebogenplanung nicht berücksichtigt wurden.

Es wird jedoch in Anlehnung an das "Modell gesundheitlicher Überzeugungen" (health-belief-model<sup>108</sup>) versucht, die persönliche Wichtigkeit der Kondomverwendung mit neuen Sexualpartnern als Indikator für die entsprechende Verhaltensintention kausal zu erklären. Dabei wird angenommen, daß die Einschätzung der persönlichen Bedrohung durch AIDS und die Fähigkeit der eigenen Handlungskompetenz und damit der Einschätzung, persönlich zur Reduzierung des Infektionsrisikos beitragen zu können, wichtige Prädiktoren darstellen. Die perzipierte Handlungskompetenz wird durch das Selbstwertkonstrukt repräsentiert. Zudem wird im gleichen Modell getestet, inwieweit aktives Sexualverhalten (mehrere und wechselnde Partner) in der Vergangenheit die Bereitschaft zu neuen Kontakten bestimmt, und ob diese Bereitschaft die persönliche Akzeptanz von Kondomen positiv beeinflusst. Die folgende Abbildung zeigt das Kausalmodell im Überblick.

---

<sup>108</sup>vgl. Becker/Joseph 1988.

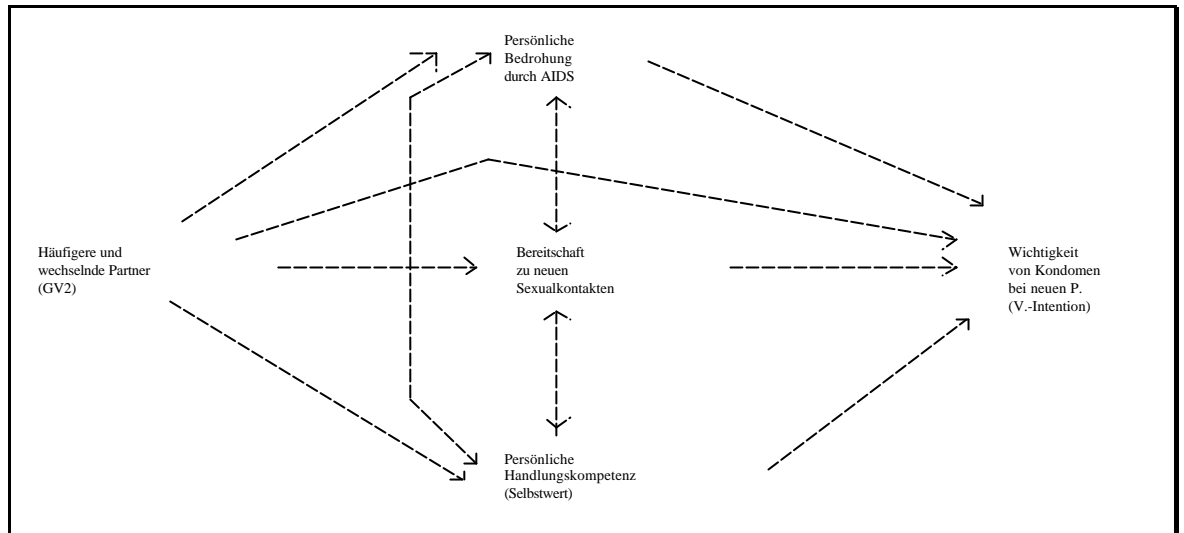


Abb. 4.10.10.: Kondomnutzung bei neuen Sexualkontakten in Abhängigkeit sexueller Wechselorientierung, der Bereitschaft zu neuen Kontakten, dem Bedrohungs erleben durch AIDS und der persönlichen Handlungskompetenz (Selbstwertkonstrukt)

Das Modell wird auf die für die Fragestellung relevante Gruppe der Jüngeren, die ohne Partner leben, angewendet. Das Programm SIMPLIS liefert die (standardisierten) Koeffizienten des komplexen Kausalmodells. Die Gruppengröße mit  $n=448$  erscheint ausreichend groß, um abgesicherte Aussagen über die kausalen Postulate zu gewinnen.

Das Kausalmodell wurde in einem weiteren Schritt getrennt für Männer und Frauen berechnet, um vorhandene Geschlechterunterschiede in struktureller Hinsicht aufzeigen zu können. Die Gruppengrößen von  $n=222$  bzw.  $n=226$  werden dabei noch als ausreichend angesehen.

Das folgende Schaubild mit den standardisierten Regressionskoeffizienten an den jeweiligen Pfaden verdeutlicht, daß sich Männer und Frauen strukturell nur in zwei Punkten zum Sexualverhalten deutlich voneinander unterscheiden.

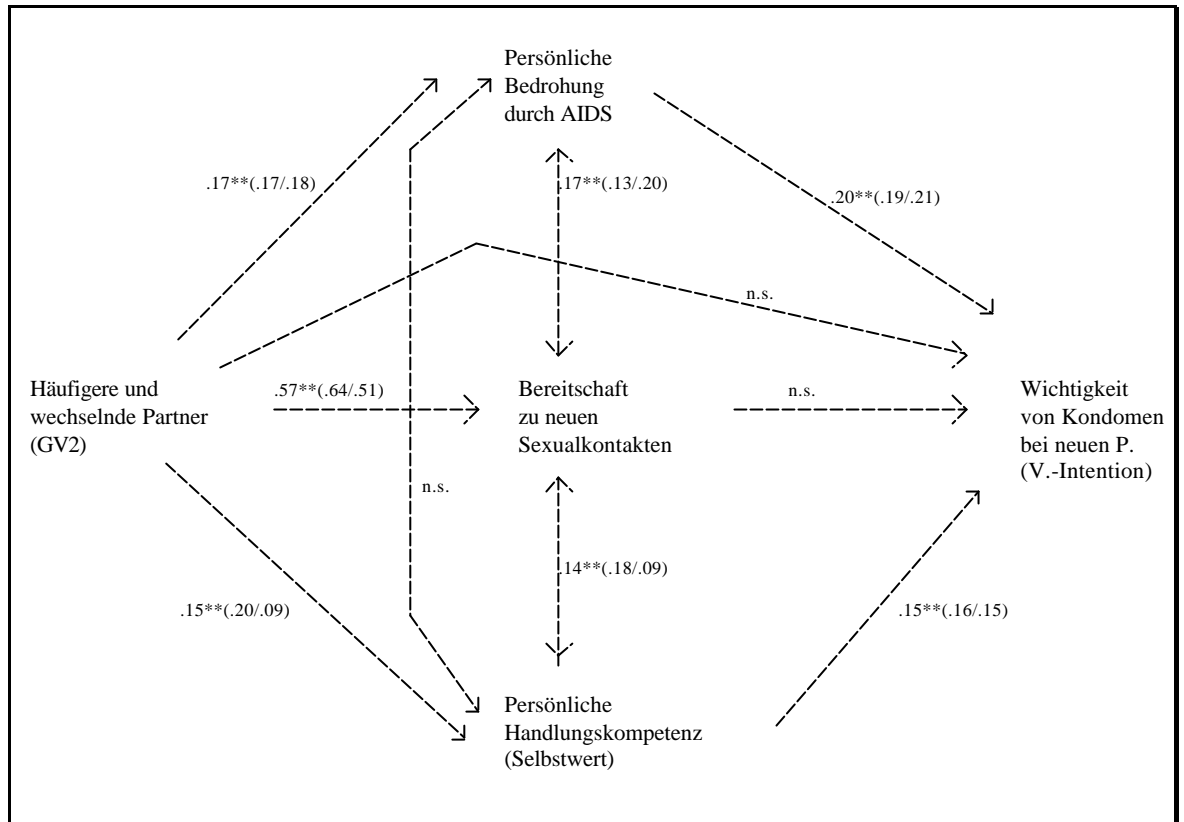


Abb. 4.10.11.: Kondomnutzung bei neuen Sexualkontakten in Abhängigkeit sexueller Wechselorientierung, der Bereitschaft zu neuen Kontakten, dem Bedrohungserleben durch AIDS und der persönlichen Handlungskompetenz (Selbstwert) - Ergebnisse des Kausalmodells (standardisierte Regressionskoeffizienten) - Gesamt-n=448, Männer n=222, Frauen n=226)

Die Einschätzung der Wichtigkeit von Kondomen bei neuen Sexualkontakten ist nicht abhängig von der Bereitschaft, neue Sexualkontakte zu knüpfen. Desgleichen ist auch die Tatsache eines aktiven Sexuallebens in der Vergangenheit im Sinne häufig wechselnder Partner (Seitensprünge oder sequentielle Monogamie) nicht ursächlich.

Die Einschätzung der Wichtigkeit steigt jedoch mit der persönlichen Besorgnis vor einer Infektion und mit höherem Selbstwertgefühl, das einen Indikator für selbstverantwortliche Problemorientierung darstellt ("wenn ich für meinen Schutz selber Sorge, dann minimiere ich mein persönliches Risiko"). Beide Effekte treffen für jüngere Männer und Frauen ohne Partner gleichermaßen zu.

H18: *Es wird vermutet, daß die intendierte Kondomnutzung bei "Seitensprüngen" oder neuen Sexualpartnern von der persönlich empfundenen Infektionsbesorgnis determiniert ist.*

→ Die Überprüfung des Kausalmodells (in Anlehnung an ein health-belief-model) ergab, daß nicht die Tatsache häufig wechselnden Geschlechtsverkehrs oder die Bereitschaft zu neuen Sexualkontakten ursächlich für die Akzeptanz des vor einer HIV-Infektion schützenden Kondoms sind, sondern daß vielmehr die persönliche Infektionsbesorgnis (individuelle Risikoeinschätzung) und die eigene Handlungskompetenz im Vorfeld entscheidend sind.

Die Bereitschaft zu neuen Sexualpartnern erklärt sich zu einem großen Teil aus dem vergangenen Sexualverhalten. Personen, die ihr Sexualverhalten im vergangenen Jahr auf wechselnde Partner ausgerichtet haben, sind auch stärker neuen Kontakten gegenüber aufgeschlossen<sup>109</sup>. Dieser Zusammenhang gestaltet sich bei der untersuchten männlichen Population (.64) noch etwas deutlicher als bei Frauen (.51).

Ferner verdeutlichen die Ergebnisse den positiven Zusammenhang zwischen der wahrgenommenen Bedrohung durch AIDS (Risiko) und dem Sexualverhalten in der Vergangenheit. Häufigere Partnerwechsel stellen ein größeres Risiko für die eigene Person dar. Dieser Effekt ist für Männer und Frauen gleich stark.

Ein deutlicher Unterschied zwischen den Geschlechtern in der jüngeren, potentiell betroffeneren Bevölkerungsgruppe zeigt sich dagegen für das faktische und intendierte Sexualverhalten und für das Selbstwertgefühl. Männer koppeln die Stärke ihres Selbstwertgefühls wesentlich stärker als die entsprechende weibliche Untersuchungsgruppe an die Tatsache wechselnder Sexualpartner und die Bereitschaft zu neuen Kontakten.

Neben den Übereinstimmungen von individuellem präventivem Schutzverhalten und dem Sexualverhalten lassen sich auch Korrelate zwischen persönlichen Schutzmaßnahmen in Hinsicht auf AIDS und der Einschätzung staatlichen Handelns feststellen. Die folgende Tabelle verdeutlicht, daß das persönliche Ausgrenzungsverhalten (vermeidendes

---

<sup>109</sup> vgl. auch Kap.4.9.



Verhalten in Hinsicht auf AIDS) und harte Maßnahmen gegenüber Betroffenen gemeinsam auftreten.

	Vermeidendes Verhalten (Kein Sex, kein Kontakt etc.)	Solide Monogamie (keine Seitensprünge etc.)	Kondombenutzung in Verbindung mit AIDS
Harte Präventiv-Maßnahmen	.35**	.37**	.04
Harte Maßnahmen gegen HIV-Infizierte	.42**	.26**	-.05
Aufklärungs-Kampagnen	-.23**	.02	.23**
Hilfe für Drogenabhängige	-.16**	-.13**	-.04

Tab. 4.10.3.: Individuelles Schutzverhalten und staatliche Maßnahmen in Verbindung mit AIDS- Konstrukt-Korrelationen, polychorische Schätzer (n=1922)

Dagegen schätzen Personen, für die die Vermeidungsstrategie nicht als geeignetes persönliches Mittel zum Schutz vor AIDS in Frage kommt, die Wirksamkeit aufklärender und helfender Maßnahmen höher ein. Erstaunlicherweise ist die Befürwortung der Kondombenutzung unter statistischen Gesichtspunkten nicht an die Ablehnung punitiver Maßnahmen von staatlicher Seite gekoppelt.

H16: *Im Bewußtsein der Bevölkerung sind individuelles Verhalten und die Erwartungen gesellschaftlicher Maßnahmen in typischer Weise verbunden: Es wird angenommen, daß die eingeschätzte Wichtigkeit des eigenen vermeidenden und zurückhaltenden Sexualverhaltens einhergeht mit Forderungen nach harten Maßnahmen von seiten des Staates. Dagegen werden Personen, die in ihrem eigenen Verhalten offener und toleranter sind, auch auf der abstrakteren Ebene der sozialen Gemeinschaft stärker für Toleranz und Aufklärung als geeignete Mittel im Kampf gegen die Immunschwächekrankheit eintreten.*

➔ Auf der Basis von Korrelationen zeigt sich, daß Berührungängste, das Vermeiden von Sex oder Kontakt in irgendeiner Form in Verbindung mit AIDS mit der Forderung nach Bestrafung und Ausgrenzung der von AIDS hauptsächlich betroffenen

Personengruppen korrespondieren. Im Gegensatz dazu sind Personen, die im persönlichen Umgang mit anderen offener, kontaktbereiter und nicht "vermeidend" sind, auch toleranter bei der Einschätzung der Wirkung staatlicher Maßnahmen. Hier werden Aufklärung und Hilfe vor Bestrafung und Ausgrenzung gesehen.

Darüber hinaus lassen sich Übereinstimmungen zwischen dem individuellen Sexualverhalten und den an die Gesellschaft delegierten Handlungsalternativen feststellen.

	GV-Partner in den letzten 12 Mon.= keinen	GV-Partner in den letzten 12 Mon.= einen	GV-Partner in den letzten 12 Mon.= 2 u.mehr	Bereitschaft zu neuen Sexualkontakten
Harte Präventiv-Maßnahmen	.27**	-.10**	-.22**	-.28**
Harte Maßnahmen gegen HIV-Infizierte	.24**	-.13**	-.15**	-.19**
Aufklärungs-Kampagnen	-.18**	.09**	.13**	.19**
Hilfe für Drogenabhängige	-.08**	-.04	.19**	.18**

Tab. 4.10.4.: Persönliches Sexualverhalten und staatliche Maßnahmen in Verbindung mit AIDS - Korrelationen, polychorische Schätzer (n=1941)

Die bivariaten Schätzer verdeutlichen, daß die "Trennlinie" zwischen Toleranz und Mitgefühl einerseits sowie Intoleranz und Abspaltung andererseits zwischen den sexuell Inaktiven und den sexuell aktiveren Bevölkerungsteilen verläuft. Soziodemographisch wird die Gruppe der sexuell passiven Bevölkerung eindeutig von älteren Männern und Frauen gebildet, die ohne Partner leben (vgl. Kap. 4.9.).

Tabelle 4.10.4. verdeutlicht Korrelationen-Muster. Personen, die mit zwei und mehr Partnern im vergangenen Jahr Sex hatten und diejenigen, die neuen Partnern aufgeschlossen gegenüber stehen, zeigen ein annähernd gleiches Muster. In beiden Fällen werden harte Strafmaßnahmen stärker abgelehnt, Hilfe und Aufklärung dagegen häufiger befürwortet. Das Bild kehrt sich um bei der Personengruppe, die ohne

Partnersexualität leben. Hier werden strafende staatliche Aktionen häufiger gutgeheißen und aufklärende Kampagnen seltener als effektiv angesehen.

H19: *Das individuelle sexuelle Verhalten korrespondiert mit Einstellungen und Verhaltensweisen gegenüber AIDS: Es ist anzunehmen, daß sexuell abstinente Personen ein entsprechend vermeidendes Sexualverhalten im Hinblick auf AIDS für wichtig erachten (Rechtfertigung zur Reduktion kognitiver Dissonanzen). Zudem werden sexuell abstinente Personen auf der staatlichen Ebene für harte Maßnahmen eintreten. Auf der anderen Seite wird die Bereitschaft zu sexueller Aktivität verbunden sein mit einer Position, die auf der individuellen Ebene die notwendigen Schutzmaßnahmen betont und auf der gesellschaftlichen Ebene zu Toleranz und Mitgefühl tendiert.*

➔ Personen, die keine Partnersexualität haben, zeigen weniger als andere Verständnis für Betroffene oder Opfer von AIDS und plädieren häufiger für harte, strafende staatliche Maßnahmen im Kampf gegen AIDS. Die Abspaltung der eigenen körperlichen Sinnlichkeit, die mit einem Partner erlebt werden kann, führt somit zur Übertragung und zum Verbot für andere: "Was ich nicht habe, verbiete ich auch anderen".

➔ Dagegen sind sexuell erlebnisreichere Personengruppen, und hier vor allem der sogenannte "promiskuitive" Teil der Bevölkerung, wesentlich toleranter und mitleidender. Sie plädieren häufiger für Aufklärung und Hilfe als Mittel, um AIDS "keine Chance zu geben".

## **5. Diskussion**

Ziel der Studie war es, Vorurteilsstrukturen und Determinanten der Diskriminierung im Zusammenhang mit der Immunschwächekrankheit AIDS zu beschreiben bzw. Aufschluß über die Wirkungsweise und kausale Strukturen zu erlangen. Dabei wurde die Methode der Repräsentativbefragung gewählt, die Betrachtungen von Bevölkerungsgruppen - auf der Makro-Ebene - ermöglicht. Ein anderer methodischer Ansatz hätte z.B. das leitfadengestützte Tiefeninterview sein können, womit vertieft qualitative Ergebnisse auf der Individualebene (Mikro-Ebene) gewonnen worden wären. Solche als "qualitativ" bezeichneten Ansätze führen jedoch nicht zu verallgemeinerbaren Aussagen über prozentuale Verteilungen und damit verbundene Hochrechnungen sowie strukturellen Analysen wie sie, nach Gewichtung, bei sogenannten "quantitativen" Erhebungsverfahren möglich sind. Jedoch soll hier kein einseitiges Plädoyer zugunsten quantitativer sozialwissenschaftlicher Verfahren gehalten werden. Vielmehr erscheint, soweit finanziell möglich, ein Methodenmix als sinnvolle methodische Vorgehensweise, in dem Erkenntnisse aus der einen angewandten Methode in die jeweils andere integriert werden können. Das Ziel kann also nicht der dogmatische Ausschluß eines Ansatzes sein. Es erscheint zweckmäßig, wenn "quantitative" und "qualitative" Verfahren der Sozialforschung nicht nur koexistieren, sondern in sozialwissenschaftlichen Projekten vorurteilsfrei den gegenseitigen Erkenntnisgewinn im Sinne eines Feedback-Prozesses fördern. Dabei ist die Meinung über die Reihenfolge, in der beide Erhebungsverfahren angeordnet sind, nicht eindeutig. Es gibt Meinungen, die das "qualitative" Verfahren wie Tiefeninterviews oder Focusgroups vor der Entwicklung eines standardisierten Erhebungsinstruments sehen. Andere plädieren für das umgekehrte Vorgehen, um zuerst repräsentative Basisdaten zu bekommen und dann "qualitativ" in die "Tiefe" des Themenfeldes gehen zu können. Dabei ist die Reihenfolge des Vorgehens, das Forschungsdesign, sicherlich von vielen Faktoren wie dem Themengebiet, den finanziellen Möglichkeiten, den Forschungsparadigmen u.a. abhängig.

Im vorliegenden Fall flossen Erfahrungen aus ersten psychotherapeutischen Gesprächen am Zentrum für Psychosomatische Medizin der Universität Giessen mit AIDS-

Betroffenen in die Entwicklung des standardisierten Erhebungsinstruments für die Repräsentativbefragung mit ein. Ein weiterer, prägender Faktor war jedoch auch die Beratung des ausführenden Instituts GFM-Getas, deren langjährige Erfahrung mit Bevölkerungsumfragen und ganz speziell auch mit Reaktionen der Befragten im Feld bei solch schwierigen Themen wie AIDS und Sexualität sehr hilfreich waren. Während und nach der Erhebung, der Auswertung und der Analyse der Repräsentativdaten fanden weiterhin zahlreiche Gespräche mit AIDS-Infizierten und betroffenen Angehörigen am Zentrum für Psychosomatische Medizin in Gießen statt. Geplant war die Synopse aus beiden Bereichen - den Ergebnissen der Befragung der deutschen Bevölkerung und den Befunden aus den individuellen psychotherapeutischen Gesprächen. Leider wurden die entsprechenden Forschungsgelder vom Familien- und Gesundheitsministerium zu diesem Zeitpunkt - es war die Zeit der deutschen Wiedervereinigung - gestrichen, sodaß eine ausführliche Darstellung der Ergebnisse aus der Verbindung beider Verfahren nicht mehr möglich war.

In der vorliegenden Studie ermöglicht das Verfahren der Repräsentativbefragung die Beschreibung von Bevölkerungsanteilen von Einstellungen und Verhaltenskomponenten wie Diskriminierungsbereitschaft und persönlichen Schutzmaßnahmen in Verbindung mit AIDS. Der quantitative Ansatz ermöglicht zudem das Testen der postulierten Hypothesen anhand der Datenbasis von 2025 Befragten.

Neben wenigen Abweichungen entsprechen die Ergebnisse der statistischen Prüfung diesen Hypothesen:

Den soziodemographischen Variablen kann in der vorliegenden Studie lediglich ein geringer Beitrag zur Erklärung der AIDS-Vorurteilsdynamik bescheinigt werden. Lediglich zwei Befunde treten hervor: Zum einen fühlen sich Jüngere deutlich stärker durch AIDS bedroht als Ältere und zum anderen bekunden formal geringer Gebildete Informationsdefizite (dies trifft ebenfalls für Frauen im Gegensatz zu Männern zu). Zudem nehmen sie größere Risiken im Alltag wahr, sind also insgesamt unsicherer.

Demgegenüber haben persönlichkeitspsychologische Merkmale und vor allem basale Werthaltungen einen vergleichsweise starken Einfluß. Als besonders zentraler und durchgängiger Faktor erweist sich hier die „Autoritäre Persönlichkeit“.

„Autoritäre Persönlichkeiten“ tendieren wesentlich häufiger als andere zu Schuldzuweisungen und moralisch-normativen Erklärungshilfen. Sie sind häufiger bereit, die von AIDS betroffenen Minderheiten auszugrenzen. Zudem zeigen auch Personen mit starken kirchlichen Moralvorstellungen größere Bereitschaft, AIDS-Infizierte aus der Gemeinschaft auszuschließen, ihnen Hilfe zu verwehren und sie für ihr Verhalten zu bestrafen.

Individuelle persönlichkeitspsychologische Merkmale zeichnen ein differenziertes Bild im Vorfeld der Vorurteilsdynamik mit AIDS als Stimulus. Mangelnde "Soziale Resonanz", geringe "Durchlässigkeit" und ein geringeres Selbstwertgefühl sind in psychologischer Hinsicht Wegbereiter für intolerante und diskriminierende Einstellungen gegenüber AIDS.

Die Befürwortung restriktiver staatlicher Maßnahmen ist gekoppelt an diskriminierende Einstellungen, Vorurteile und Schuldzuweisungen. Vermeidendes und ausgrenzendes Verhalten auf der individuellen Ebene wird neben der Wahrnehmung größerer Infektionsrisiken von einem eher negativen Bild der Risikogruppen geprägt. Auf der anderen Seite sind geringe Kontaktschwierigkeiten und auch ein eher "lockeres" Sexualverhalten mit positiveren Einstellungen gegenüber den Risikogruppen und anderen toleranten Bewertungen verbunden. Somit bilden vorurteilsfreie Einstellungen sozusagen den „Vorhof“ zum persönlichen Verhalten.

Der postulierte Zusammenhang zwischen der Durchführung eines HIV-Tests und damit einhergehender höherer Kondomakzeptanz konnte nicht bestätigt werden. Im Gegenteil läßt sich eine sinkende Akzeptanz des Schutzes durch Kondome nach erfolgtem HIV-Test feststellen. Leider wurde im Interview nicht abgefragt, inwieweit ein durchgeführter Test den Befragten entlastet haben könnte oder gar daraus die Meinung entsteht, man könne auf Kondome verzichten. Trotz der eindeutigen und stimmigen Ergebnisse der

Studie können einige Kritikpunkte sowohl theoretisch-inhaltlich als auch am praktischen empirisch-methodischen Vorgehen erhoben werden.

Hier zunächst einige kritische Anmerkungen zu methodisch-empirischen Aspekten der vorliegenden Studie.

Die Basis der statistischen Analyse bilden Querschnittsdaten, die zu einem Zeitpunkt unter Anwendung eines standardisierten Befragungsinstruments erhoben wurden. Daher läßt sich nicht beschreiben, wie stark die (temporären) Einstellungen über die Zeit variieren und in welchem Ausmaß sich die Kausalstruktur von Einstellung und Verhalten in Verbindung mit AIDS verändert. Der Betrachtung steht also lediglich eine "Momentaufnahme" zur Verfügung. Ursprünglich war die Studie jedoch als Untersuchung im Paneldesign geplant. Die gleichen Befragten sollten zu mindestens einem weiteren Zeitpunkt wiederholt befragt werden. Diese methodische Vorgehensweise hätte es ermöglicht, sowohl den Wandel und die Stabilität von Einstellungen und Verhalten bzw. Verhaltensintentionen als auch kausale Strukturen im Zeitverlauf darstellen zu können. Es wäre somit auch eine exaktere Überprüfung der Hypothesen möglich gewesen.

Typisch für einen gravierenden Fehler bei der Fragebogenkonstruktion sind die Antwortvorgaben für die Frage nach dem geschätzten Anteil der AIDS-Infizierten in der deutschen Bevölkerung. Vielen Befragten fällt es nach mathematischen Gesichtspunkten schwer, den Wertebereich im Promillebereich zu erfassen und zu verstehen, zumal es im Alltag ausreicht, den Prozentbereich einigermaßen handhaben zu können. Aus diesem Grund hätten wenigsten die Antwortvorgaben eine Hilfe sein können, indem Wertebereiche um den wahren Schätzwert angeboten werden. Durch die schiefe Verteilung der Kategorien wurde ein Überschätzen des Infiziertenanteils geradezu herausgefordert.

Bei der Auswertung der Studie zeigte sich, daß einige Bereiche nicht erschöpfend genug abgefragt worden sind. Als Beispiele seien hier das persönliche Sexualverhalten und die Kondomnutzung genannt. Beim Sexualverhalten hätte vielleicht eine exaktere Erfassung mit weitergehenden Informationen zum Partnerwechsel, zur Zahl der Intimpartner und

zur Häufigkeit sexueller Kontakte genauere Analysen ermöglicht. Auch wurden Prostituiertenbesuche als Thema vollständig ausgespart. 60% geben an, in den letzten zwölf Monaten mit einem Sexualpartner Verkehr gehabt zu haben. Geht man nun davon aus, daß Prostituiertenbesuche möglicherweise verdrängt und nicht angegeben werden, wird deutlich, daß wichtige Informationen fehlen. Zur Kondombenutzung wurde lediglich ein Item zur Einschätzung der Wichtigkeit erhoben. Hier hätten im Sinne der Wert-Erwartungstheorie auch weitere persönliche Bewertungen und normative Aspekte sowie Fragen zum individuellen Erleben ("macht mir nichts aus", "bin grundsätzlich abgeneigt", "schmälert mein sexuelles Empfinden" etc.) erfragt werden sollen.

Darüber hinaus muß aus methodischer Sicht gesagt werden, daß es bei der Messung der sozialen Distanz (Kap. 4.7.) fraglich erscheint, ob die erhobenen Indikatoren tatsächlich die soziale Distanz zu den aufgeführten Minderheiten messen, oder ob nicht doch eher die vorwiegend emotionale Distanz gemessen wurde. Offensichtlich wurde lediglich der emotionale Aspekt (Sympathie) erhoben, Kontaktfelder wie z.B. Nachbarschaft, Familie, Arbeitsplatz etc. blieben unberücksichtigt<sup>110</sup>.

Ein weitere methodische Schwäche könnte in der Erfassung der „Autoritären Persönlichkeit“ durch nur vier Items liegen. Zwar fallen die Kriterien des Meßmodells vergleichsweise gut aus, jedoch stellt sich nach der Erkenntnis der Bedeutung des Konstruktes als erklärende Einflußgröße für die Vorurteilsdynamik die Frage, ob nicht eine vergrößerte Itemanzahl die Validität verbessert hätte.

Die Anwendung des Autoritarismuskonzeptes in dieser Studie wirft auch theoretisch-inhaltliche Kritikpunkte auf. Zusätzlich zur geringen Anzahl von Items stellt sich die Frage, ob den verschiedenen Gesichtspunkten des Konstruktes Rechnung getragen wird. Die Kurzsкала beinhaltet drei Items zur „Autoritären Unterwürfigkeit“ und ein Item, das „Autoritäre Aggression“ mißt. Es hätten aufgrund der hohen Bedeutung mehrere Dimensionen auf größerer Itembasis erfragt werden können. Zudem wäre es für die Tragweite der Ergebnisse hilfreich gewesen, neben dem Autoritarismus auch

---

<sup>110</sup> vgl. ZUMA-Arbeitsbericht 96/08: M. Wasmer u.a.: Konzeption und Durchführung der "Allgemeinen Bevölkerungsumfrage der Sozialwissenschaften" 1996.



Fragen zum Ethnozentrismus und zum Patriotismus zu stellen, um vergleichende Analysen durchführen zu können.

Ein weiterer theoretisch fragwürdiger Punkt liegt in der Tatsache, daß mit Hilfe des Fragebogens lediglich Verhaltensintentionen und kein tatsächliches Verhalten gemessen werden kann. Gerade in Hinsicht auf Vorurteile und den daraus resultierenden Diskriminierungsgrad kann vermutet werden, daß eine erhebliche Lücke zwischen intendiertem und tatsächlich ausgeführtem Verhalten besteht. Andererseits stellt dies ein grundlegendes Problem in der empirischen Umfrageforschung dar, das mittels dieser Erhebungstechnik schwer lösbar erscheint.

In diesem Zusammenhang muß auch das Problem sozialer Erwünschtheit in der Interviewsituation genannt werden. Gerade hochemotionale Themen wie Sexualität, Einstellungen gegenüber Minderheiten und den Umgang mit latenten Bedrohungen sowie zum dem Erleben unterschwelliger Bedrohungen dürften davon stark betroffen sein. Zwar wurde durch die Verwendung des Selbstausfüllers für sensible Teile des Fragepools versucht, diesen Effekt zu minimieren, ganz ausgeschlossen wird diese Einflußgröße dadurch sicherlich nicht.

Ein weiterer wichtiger Kritikpunkt liegt in der mangelnden Differenzierungsmöglichkeit von Risiko und Gefahr in bezug auf AIDS. Praktisch hätte beiden theoretischen Konstrukten zur besseren gegenseitigen Abgrenzung ein größerer Bereich im Fragebogen eingeräumt werden müssen. Die hier verwendeten Indikatoren (Risiko = persönliche Besorgnis vor einer HIV-Infektion, Gefahr = die Allgemeinheit muß sich in Verbindung mit AIDS sorgen) können lediglich andeutungsweise den theoretischen Bezug abdecken. Arbeiten zum gleichen Thema sollten diesem Aspekt größere Aufmerksamkeit schenken.

Wie beim Verhalten bzw. der Verhaltensintention könnte eine theoretisch-inhaltliche Schwachstelle dieser Studie darin bestehen, daß viele Antworten der Befragten zum Thema AIDS auf vagen Vermutungen und nicht auf konkreten Erfahrungen basieren. Viele Angaben sind also stark hypothetischer Natur. Nur einem geringen Anteil der gezogenen Stichprobe war ein HIV-Infizierter persönlich bekannt. Demgegenüber kann

aber eingeräumt werden, daß es das Ziel der vorliegenden Studie war, das "Gesellschaftliche Bewußtsein" zu AIDS abzubilden. Bedrohungen werden von der Bevölkerung sicherlich auch ohne konkrete Erfahrungen im eigenen Familien-, Freundes- und Bekanntenkreis wahrgenommen. Nicht zuletzt werden durch die Medien ausführlich Berichte über AIDS oder individuelle Schicksale über prominente Betroffene verbreitet, die unterschiedliche Emotionen hervorrufen.

Abschließend sollte nicht unerwähnt bleiben, daß in dieser Studie versucht wird, Verhalten bzw. Verhaltensintentionen zu beschreiben und zu erklären, ohne den anspruchsvollen und vielleicht wirkungsvollsten theoretischen Bezug in dieser Richtung, das Wert-Erwartungs-Modell von Fishbein/Ajzen (Theory of Planned Behavior, Theory of Reasoned Action) zu berücksichtigen. Mit Hilfe des hier angewandten Modells, das sich auf das Health-Belief-Model stützt, konnte lediglich die große Bedeutung des Infektionsrisikos dokumentiert werden.

## **6. Zusammenfassung**

Stichwortartig werden im folgenden die zentralen Variablen und Konstrukte der Studie aufgelistet und in den textlichen Erläuterungen die wichtigsten empirischen Zusammenhänge dargestellt.

### **Zur Messung der „Autoritären Persönlichkeit“**

Die in der vorliegenden Studie angewandte Kurzskala, die aus der Neuen Allgemeinen Autoritarismusskala hervorgeht, weist mit vier Items eine konsistente und hochwertige Faktorstruktur (hohe Reliabilität) auf.

### **„Autoritäre Persönlichkeit“ und andere Merkmale**

Die Werthaltungen der Autoritären Persönlichkeit und der Kirchenbindung sind eng verknüpft. Beide sind in hohem Maße altersabhängig. Mit zunehmendem Alter steigt sowohl die Ausprägung der „Autoritären Persönlichkeit“ als auch die Kirchenbindung. In Begleitung des Alterseffektes läßt sich auch ein Bildungseffekt beobachten. So weisen autoritäre Personen und Kirchengebundene niedrigere Bildungsgrade auf als Nicht-Autoritäre und Personen, die der Kirche eher distanziert gegenüberstehen. Vom Geschlecht hingegen ist die Ausprägung der Autoritären Persönlichkeit nicht abhängig. Frauen weisen diese Charakterstruktur ebenso häufig und intensiv auf wie Männer.

### **Gießen-Test und Selbstwertkonstrukt**

Die psychische Befindlichkeit, soweit sie sich im Gießen-Test darstellt, ist stark vom Lebenszyklus bzw. der Lebenssituation abhängig. Besonders auffällig ist dabei die Lebenszyklusgruppe der Älteren ohne Partner. Sie sehen sich im Vergleich zu anderen Gruppen retentiver, depressiver, gefügiger, weniger sozial resonant und zwanghafter. Aus der Fülle der vierzig Gießen-Test-Items wurde zudem ein in sich konsistentes Maß mit hoher Reliabilität zur Messung des Selbstwertes gebildet. Es zeigt sich, daß dieses Selbstwertkonstrukt als Indikator für Handlungskompetenz in wichtigen AIDS-relevanten Handlungsfeldern wie risikobehafteten Verhaltensweisen und Schutzmaßnahmen, insbesondere der Kondomakzeptanz, Bedeutung hat. Die Validierung mit soziostrukturellen Merkmalen ergibt, daß das Selbstwertgefühl bei

älteren Partnerlosen und Personen mit beeinträchtigter Gesundheit geringer ausgeprägt ist. Dagegen haben Angehörige höherer Bildungsgrade ein ausgeprägteres Selbstbewußtsein.

### **„Autoritäre Persönlichkeit“ und Gießen-Test**

In psychologischer Hinsicht läßt sich das Profil der „Autoritären Persönlichkeit“ sehr deutlich anhand der Korrelationen sowohl mit den Gießen-Test-Skalen, als auch mit einzelnen Items des Gießen-Tests beschreiben. So sind die GT-Skalen „Soziale Resonanz“, „Grundstimmung“ und „Durchlässigkeit“ nicht oder nur schwach mit der Autoritarismusskala verknüpft. Bei den Skalen „Dominanz“ und „Kontrolle“ lassen sich jedoch signifikante und vergleichsweise hohe positive Korrelationen mit den Autoritarismuswerten beobachten. Die Personifizierung der Skalenpole entspricht dem Typ eines autoritären Rollenverhältnisses in wechselseitiger Bedingtheit: Der dominanten Position (Aggressivität und Eigensinn) steht die Untertanenhaltung mit Anpassung, Aggressionsunfähigkeit und Unterordnung gegenüber. Der korrelative Zusammenhang mit der Skala "Kontrolle" ergänzt das psychologische Bild der autoritären Charakterstruktur. Diese Gießen-Test-Skala mißt die unterschiedlichen Ausprägungen der Triebregulation. Sie ist stark im intrapsychischen Individualbereich angesiedelt. Dem triebhaften Charakter (unterkontrolliert) steht die Zwangsstruktur (überkontrolliert) des Autoritären Charakters gegenüber. Die beiden GT-Skalen „Dominanz“ und „Kontrolle“ beinhalten darüber hinaus Aspekte von Macht und Hierarchie. Kennzeichen der autoritären Struktur sind nicht so sehr mangelnde Kompetenz in sozialen Situationen oder im alltäglichen Umgang mit anderen (Soziale Resonanz, Grundstimmung und Durchlässigkeit), als vielmehr das gemeinsame Auftauchen von einerseits unterwürfigen und andererseits macht- sowie geltungshungrigen inneren Strukturen.

Die Betrachtung der Korrelationen einzelner Gießen-Test-Items mit dem Autoritarismuskonstrukt unterstreicht das psychosoziale Profil des Autoritären Charakters. Nach der Selbstcharakterisierung im GT-Test auf Itemebene ist die Autoritäre Persönlichkeit wenig impulsiv, zeigt wenig von ihren Emotionen, ist aggressionsgehemmt, phantasielos und wenig liebevoll. Daneben wird die Schwäche der

Ich-Überich-Organisation deutlich. Schauspielerische Fähigkeiten sind nicht vorhanden, die Fähigkeit ausgelassen zu sein fehlt häufiger und in der Liebe sind autoritäre Personen wenig erlebnisfähig. Darüber hinaus wird die Fügsamkeit als wertvoll betont, Auseinandersetzungen mit anderen Menschen werden vermieden, die Konfliktfähigkeit ist unterdurchschnittlich ausgeprägt. Diese psychosoziale Disposition ist die Basis für die aus ihr resultierende Vorurteils- bzw. Diskriminierungsdynamik, die in der vorliegenden Studie am Beispiel AIDS zum Ausdruck kommt. Die für die eigene Person empfundene soziale Benachteiligung wird projektiv abgewehrt, d.h. in der Stigmatisierung und Verfolgung sozialer Minderheiten kanalisiert. Gleichzeitig sollen die empfundenen Defizite durch die Betonung anal-kontrollierender Mechanismen kompensiert werden. Die Ergebnisse zeigen, daß sich die Autoritäre Persönlichkeit mit Hilfe des Gießen-Tests erklären und tiefgründig beschreiben läßt. Den Merkmalsausprägungen des Autoritären Charakters entsprechen in den Items und Skalen des Gießen-Tests typische Profile.

### **Kognitive Aspekte zu AIDS**

Die Verbreitung von Wissen und Kenntnissen über AIDS zeigt, daß der Begriff AIDS nahezu flächendeckend bekannt ist. Nur knapp 2% der Bevölkerung hat noch nichts über diese Immunschwächekrankheit gehört. Der Informationsbedarf zu AIDS ist lediglich bei ca. einem Fünftel der Bevölkerung vorhanden. Knapp vier Fünftel fühlen sich dagegen ausreichend informiert. Der Anteil derjenigen, die über fundierte und sichere Kenntnisse zur Infektiosität verfügen, kann lediglich auf zwei Drittel geschätzt werden. Unsicher ist dagegen ca. ein Drittel der Bevölkerung. Dies sind überwiegend Personen mit autoritärer Prägung. Bei der Einschätzung des Infiziertenanteils in der Bevölkerung zeigen sich größere Unsicherheiten häufiger bei Frauen als bei Männern. Bei Frauen besteht zudem ein größeres Bedürfnis nach weitergehender aufklärender Information zum Thema AIDS, was ebenfalls auf eine größere Unsicherheit auf diesem Gebiet hinweist.

### **Schuldzuweisungen**

Etwa jeder Dritte weist den HIV-Infizierten eigenverantwortliches Fehlverhalten zu, an dem diese letztendlich selber Schuld tragen. Die entlastende Schuldprojektion auf die Betroffenen erklärt sich unter den erhobenen exogenen Kriterien wiederum ausschließlich durch die Autoritäre Persönlichkeitsstruktur.

### **Religiöse und moralische Normen als individuelle Erklärungsansätze**

Knapp ein Fünftel folgt dem Erklärungsmodell der göttlichen Strafe bzw. dem Zeichen des Himmels zur Verbesserung der als verwerflich angesehen Sexualmoral ("Verfall der Sitten"). Wie im Fall attribuierender Schuldzuweisungen läßt sich auch bei moralisch-normativen Laienerklärungen ein starker Einfluß des Autoritären Charakters beobachten.

### **Einstellung gegenüber Minderheiten und Risikogruppen**

Bei der Einstellung gegenüber Minderheiten und AIDS-Risikogruppen zeigt sich, daß Gruppen mit süchtigen oder sexuell abweichenden Verhaltensweisen noch stärker abgelehnt werden als fremde, aus dem Ausland stammende Gruppen. Dagegen erfahren z.B. geistig Behinderte größere Sympathien. Offensichtlich eignet sich diese Gruppe weniger als andere für eine "Sündenbock"-Funktion. Insgesamt kann gesagt werden, daß diejenigen Minderheiten stärker abgewehrt und verunglimpft werden, die als näher und bedrohlicher empfunden werden. Im Kontext anderer Bevölkerungsminderheiten werden die Hauptbetroffengruppen in bezug auf AIDS (Homosexuelle, Prostituierte, Drogenabhängige) klar identifiziert. Die Faktorenanalyse verdeutlicht, daß in der Bevölkerung drei prägnante Gruppen von Minderheiten unterschieden werden: sehr unsympathische Risikogruppen, unsympathische Angehörige anderer Kulturen (türkische Gastarbeiter, Zigeuner, Asylbewerber etc.) und politisch aktive Protestgruppen, die den status quo in Frage stellen (Atomkraftgegner, Feministinnen). Nicht so sehr die Wissensaspekte als vielmehr andere affektive Einstellungen bedingen die Antipathie gegenüber Risikogruppen. Hierbei gehen negative affektive Einstellungen einher mit häufigeren Schuldzuweisungen. Diese dienen der eigenen Entlastung und können auch als starke Unsicherheit interpretiert werden. Mit formal höheren Bildungsabschlüssen jedoch sinkt die Diskriminierungsbereitschaft, die von AIDS hauptsächlich betroffenen

Minderheiten werden sympathischer eingestuft. Der Autoritäre Charakter kristallisiert sich als zentrale Werthaltung bei der Vorurteilsdynamik in Verbindung mit AIDS und der Einschätzung betroffener Minderheiten heraus. Personen mit den Merkmalen der „Autoritären Persönlichkeit“ diskriminieren Angehörige dieser Gruppen auf der Einstellungsebene in deutlichem Maße stärker als Nicht-Autoritäre. Betrachtet man die Minderheiten im einzelnen, dann zeigt sich, daß die Gruppen der Homosexuellen und Prostituierten von den jeweils gleichgeschlechtlichen Bevölkerungsteilen (Homosexuelle / Männer, Prostituierte / Frauen) stärker abgewertet und von den Angehörigen des jeweils anderen Geschlechts eher aufgewertet werden.

### **AIDS im Kontext anderer Krankheiten**

AIDS wird nach Krebs als zweitbedrohlichste Krankheit eingestuft. Insgesamt werden in der Bevölkerung offenbar die Krankheiten als schlimmer angesehen, mit denen ein chronischen Verlauf verbunden wird. Weniger schlimm erscheinen dagegen Krankheiten, die akuten Charakter haben. Jüngere fühlen sich von AIDS deutlich stärker bedroht als Ältere, wobei die Gruppe der partnerlosen jungen Frauen die größte Betroffenheit ausdrückt.

### **Infektionsbesorgnis - Risiko und Gefahr**

Durch AIDS ausgelöste Gefühle der Besorgnis und Beunruhigung sind in der Bevölkerung weit verbreitet. Die Besorgnis, daß man sich mit AIDS infiziert, ist bei etwa jedem Siebten in der Bevölkerung vorhanden. Erweitert um Familienangehörige und Freunde steigen die Raten auf 18% bzw. 24%. Alle Ausprägungen der Besorgnis werden mehrheitlich geteilt (hohe Korrelationen). Jüngere sind im Vergleich zu Älteren signifikant häufiger besorgt sich anzustekken. Etwa drei Viertel der Bevölkerung ist der Meinung, daß AIDS uns alle betrifft und einen Grund zur Beunruhigung liefert. Die kombinierte Betrachtung der persönlichen Infektionsbesorgnis und der Gefahrenwahrnehmung für die Allgemeinheit zeigt unterschiedliche Risiko- und Gefahrenmuster in der Bevölkerung. Neben dem Mittelprofil (59%), das sich durch eher geringe Risiko- und Gefahrenwahrnehmungen kennzeichnet, sind vier markante Merkmalsprofile zu erkennen: Erstens "Unbesorgte Verdränger" (21%) mit stark

diskriminierenden Tendenzen. Zweitens Personen, die sich stärker für die Allgemeinheit verantwortlich fühlen (13%), drittens "Generell Besorgte" (5,3%) und viertens Personen, die ausschließlich sich selber als gefährdet betrachten (2,2%). Dieser letztgenannte Typus weist ein auffälliges psychologisches Profil auf. Er ist in seinen sozialen Kontakten stärker beeinträchtigt als andere; obwohl er im Umgang mit dem anderen Geschlecht befangen ist, schwer ausgelassen sein kann und ihm Nähe zu anderen Menschen schwer fällt, sieht er dennoch neuen Sexualkontakten erwartungsvoll entgegen, auch wenn große Risiken damit verbunden sind. Auch bei dieser typologischen Einteilung zeigt sich wiederum der starke trennende Einfluß der Autoritarismusvariable: Personen mit autoritären Charakterzügen sorgen sich signifikant geringer um sich und Nahestehende. Sie sehen zudem geringere Gefahren für die Allgemeinheit.

### **Risikoeinschätzung im Kontakt mit HIV-Infizierten**

Bei der Einschätzung der persönlichen Gefährdung im Kontakt mit HIV-infizierten Personen (Kontaktrisiko) ergibt die Analyse der Daten, daß das Vertrauen der Bevölkerung in die schützende Wirkung eines Kondoms beim Geschlechtsverkehr mit HI-Virusträgern teilweise erheblich eingeschränkt ist und die Risikoeinschätzung relativ überhöht vorhanden ist. Dabei lassen sich für das Kontaktrisiko keine Unterschiede nach soziostrukturellen oder psychologischen Gesichtspunkten feststellen. Jedoch zeigt sich wiederum ein starker kausaler Effekt der Autoritären Persönlichkeit. Die Bevölkerungsschicht mit dieser Disposition schätzt das Risiko im Kontakt mit HIV-Infizierten überdurchschnittlich hoch ein.

### **Maßnahmen des Staates gegenüber Risikogruppen und HIV-Infizierten**

Zu unterscheiden sind allgemeine präventive Maßnahmen, wie Aufklärung in der Bevölkerung, Präventivmaßnahmen innerhalb der Risikogruppen, die als hilfreich zur Vermeidung weiterer Infektionsfälle angesehen werden und Maßnahmen im Umgang mit bereits HIV-infizierten oder AIDS-erkrankten Personen. Allgemeine präventive helfende Maßnahmen finden überwältigende Zustimmung. 92% stimmen für Aufklärung in den Schulen, 84% für öffentliche Werbekampagnen. Für Maßnahmen im Vorfeld, die Risikogruppen betreffend, sind die Meinungen in der Bevölkerung eher geteilt: 54%



votieren für Registrierung und Testung der Gruppen mit erhöhtem Infektionsrisiko, 45% für die Abgabe kostenloser Spritzen an Drogenabhängige und 31% für das Verbot homosexuellen Geschlechtsverkehrs. Dagegen wird die Effektivität harter Maßnahmen gegen HIV-Infizierte mehrheitlich bestritten. Zwar stimmen 66% für ein Einreiseverbot infizierter Ausländer und 50% für die namentliche Meldung von HIV-Infizierten durch Ärzte und Krankenhäuser, jedoch lediglich 31% für Ausgrenzung und Absonderung (wie bei TB-Kranken), 17% für einen Vermerk im Personalausweis, 16% für höhere Krankenkassenbeiträge, 9% für Entlassung als Arbeitnehmer. Die Analyse zeigt also, daß die Einschränkung sozialer Rechte von HIV-Infizierten in der Bevölkerung keine mehrheitliche Resonanz findet. Den von AIDS betroffenen Menschen steht im allgemeinen Bewußtsein offenbar das soziale Netz tendenziell ebenso legitim zur Verfügung wie anderen von Krankheit oder sozialer Not betroffenen Gesellschaftsmitgliedern. Von allen restriktiven Maßnahmen finden lediglich die eine deutliche Mehrheit der Zustimmung, die infizierte Ausländer betreffen. D.h. es werden im Bewußtsein lediglich die "ungebetenen Gäste" abgewiesen, die man ohnehin nicht zur eigenen Solidargemeinschaft zählt.

Bei der Zustimmung zu staatlichen Maßnahmen kommt es zu einer Polarisierung. In der Bevölkerung werden auf der einen Seite stärker bestrafende Maßnahmen und auf der anderen Seite präventiv wirkende Kampagnen, die der Aufklärung dienen, befürwortet. Soziodemographische, psychologische und Merkmale der Wertorientierung spielen so gut wie keine Rolle bei der Erklärung der Zustimmung zu allgemeinen präventiven Maßnahmen. Die Akzeptanz harter strafender Präventivmaßnahmen gegen Angehörige der Hauptbetroffenengruppen ist am weitesten im Personenkreis mit autoritärer Charakterstruktur und bei Personen mit ohnehin negativen Einstellungen gegenüber diesen Minderheiten verbreitet. Auch kirchliche Normen und Moralvorstellungen spielen in diesem Zusammenhang eine Rolle. Personen, die diese klerikalen Wertvorstellungen aufweisen, sind häufig Befürworter punitiver Vorgehensweisen. Förderlich auf eine bestrafende Einstellung wirkt zudem eine vergleichsweise hohe Risikowahrnehmung in Alltagssituationen und eine höhere Bereitschaft, HIV-Infizierte schuldig zu sprechen.

Demgegenüber ist die verstärkte Zustimmung zu aufklärenden statt strafenden Vorgehensweisen mit positiverem Selbstwertgefühl und größerer Handlungskompetenz sowie der Fähigkeit zur Empathie verbunden.

### **Sexualverhalten**

Die Ergebnisse der Studie verdeutlichen, daß die Bereitschaft zu Intimkontakten mit neuen Partnern am größten ist in der in Hinsicht auf AIDS wichtigen Bevölkerungsschicht der Jüngeren, die ohne (festen) Partner leben und die im Zeitraum von einem Jahr vor der Befragung häufig mehrere Geschlechtspartner hatten. Etwa jeder 7. Erwachsene in der Bevölkerung läßt sich diesem Personenkreis zuordnen. Etwa 6 von 10 verhalten sich monogam, ein gutes Viertel gibt keinen Sexualpartner an. Sexualverhalten und sexuelle Erwartungen lassen sich durch typische psychische Dispositionen beschreiben. Häufigere Partnerwechsel und die Offenheit für neue Sexualkontakte weisen vornehmlich Personen mit sozialer Kompetenz und geringer Kontrolle sowie geringer Zwanghaftigkeit auf. Demgegenüber wechseln Personen mit stärkerer Kirchenbindung (altersbereinigt) im Vergleich zu solchen mit geringerer Kirchenbindung deutlich seltener den Sexualpartner.

### **AIDS-Test und Kondomakzeptanz**

Die Test-Häufigkeit ist erwartungsgemäß in der Gruppe der Jüngeren, die ohne (festen) Partner leben am höchsten.

Die Tatsache eines oder mehrerer durchgeführter AIDS-Tests führt nicht zu einer höheren Akzeptanz von Kondomen.

### **Kontaktbereitschaft mit HIV-Infizierten**

Die Fähigkeit oder Bereitschaft zum Kontakt mit HIV-Patienten nimmt umso stärker ab, je näher der Infizierte rückt. Mit zunehmender Privatheit wird die Kontakthürde höher. Ursächlich für die mangelnde Kontaktbereitschaft sind analog zum Vermeidungsverhalten eine erhöhte Risikowahrnehmung und eine eher geringschätzigere Meinung von Homosexuellen, Prostituierten und Drogenabhängigen.

### **Determinanten des persönlichen Sexual- und Schutzverhaltens**

Den größten Schutz vor einer Gesundheitsgefährdung durch AIDS sieht die Bevölkerung in einem monogamen Verhalten (ca. 70%). Nach Ansicht der Mehrheit der Befragten kommt der Wahl der Sexualpartner eine große Bedeutung zu. Durch diese Wahl könne man sich am ehesten vor einer HIV-Infektion schützen. Dabei solle man in seiner Partnerwahl primär sorgfältig und in der Folge auch treu sein. Der sexuelle Kontakt zu Risikogruppen sei zu meiden, also keine homosexuellen Beziehungen aufzunehmen und Prostituiertenbesuche zu meiden. Sollte es zum Geschlechtsverkehr mit Unbekannten kommen, so sei auf jeden Fall ein Kondom zu benutzen.

Hier zeigt sich, daß die AIDS-Problematik nicht zu einer Verteufelung der Sexualität generell, sondern zu einer Diskriminierung der gesellschaftlich nicht vorherrschenden Arten von Sexualität führt. Sofern bestimmte Gruppen zu den Hauptbetroffenengruppen von AIDS gehören, wird umstandslos darauf geschlossen, daß der Kontakt zu diesen Gruppen gefährlich und deshalb zu meiden sei. Dabei wird vermeidendes Verhalten überwiegend von den Personen favorisiert, die ohnehin in der Vergangenheit ein vergleichsweise abstinentes Sexualleben führten: den Älteren ohne Partner. Die Jüngeren ohne Partner dagegen halten die Schutzmaßnahme des Vermeidens für wenig effizient. Auch wird ausgerechnet in dieser Gruppe, in der häufigere Partnerwechsel vorkommen, der Nutzen der Kondomverwendung häufiger in Frage gestellt. Psychologische Merkmale spielen für die Kondomakzeptanz ebenfalls eine wesentliche Rolle. Sie ist stärker ausgeprägt bei selbstbewußten Personen und tendenziell Depressiven und Gefügigen. Bei wenig Selbstbewußten sowie dominanten und der Tendenz nach hypomanischen Personen ist die Akzeptanz geringer.

Die Ursachen vermeidenden Verhaltens zum Schutz vor einer HIV-Infektion liegen deutlich im Bereich der emotional affektiven Einstellungen. Als Gründe können hohe Risikowahrnehmung, kirchliche Moralvorstellungen und geringe Einschätzung der Risikogruppen genannt werden. Die Einschätzung der Wichtigkeit von Kondomen zum Schutz vor AIDS steigt mit der persönlichen Besorgnis vor einer Infektion, also der individuellen Risikoeinschätzung. Sie erhöht sich zudem mit steigendem Selbstwertgefühl bzw. größerer individuell wahrgenommener Handlungskompetenz. Häufige

Partnerwechsel und starke Bereitschaft zu neuen Sexualpartnern steigern dagegen nicht die Akzeptanz bzw. die Bereitschaft, Kondome zum Schutz zu verwenden.

### **Zusammenhänge zwischen Kontaktbereitschaft, Toleranz und Sexualverhalten**

Es zeigt sich, daß Berührungängste in Verbindung mit AIDS, Vermeidenstrategien und Kontaktschwierigkeiten mit der Forderung nach Bestrafung und Ausgrenzung der Hauptbetroffenengruppen korrespondieren. Dagegen sind Personen, die im persönlichen Umgang mit anderen offener und kontaktbereiter sind, auch toleranter hinsichtlich der Einschätzung staatlicher Maßnahmen. Dieser Personenkreis spricht sich sehr deutlich für Aufklärung und Hilfe vor Bestrafung und Ausgrenzung aus. Darüber hinaus zeigt sich auch anhand der Korrelationen mit dem individuellen Sexualverhalten, daß eine "Trennlinie" zwischen Toleranz und Mitgefühl einerseits und Intoleranz und Ausgrenzung andererseits zwischen den sexuell aktiveren Bevölkerungsgruppen und den sexuell Inaktiven verläuft.

### **Zentrale Einflußgrößen und Wirkungsmuster im Kontext von Diskriminierung und Stigmatisierung**

Betrachtet man das kausale Geflecht von exogenen sozialen und psychologischen Merkmalen, Werthaltungen, Einstellungs- und Verhaltensaspekten in Hinsicht auf die Vorurteilsdynamik insgesamt, dann können typische Kausalstränge bzw. Vorurteilmuster oder -abläufe dargestellt werden. Abbildung 6.1. zeigt diese grob vereinfacht.

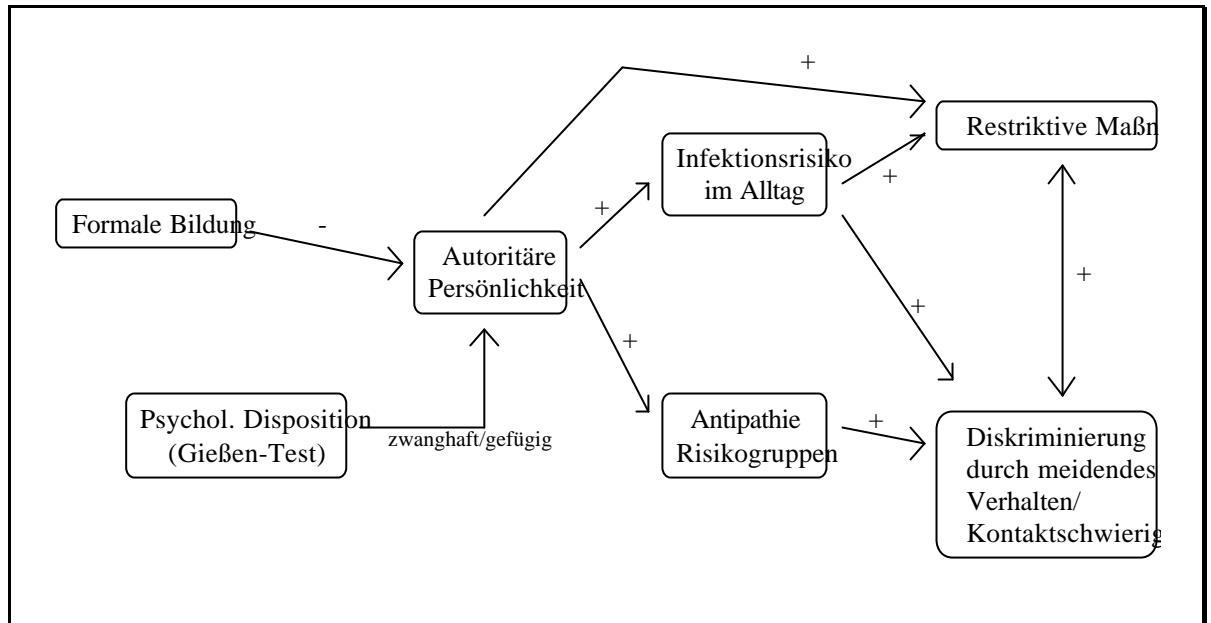


Abb. 6.1.: Grobe schematische Übersicht der Interdependenz von Einstellungen und Verhaltensweisen im Zusammenhang mit AIDS

Die Stärke des kausalen Einflusses der soziodemographischen Variablen fällt vergleichsweise gering aus. Lediglich ein Geschlechtereffekt ist feststellbar. Frauen sind unsicherer und haben im Vergleich zu Männern einen höheren Informationsbedarf.

Die Werthaltung des Autoritären Charakters bildet in der vorliegenden Studie die zentrale Größe. Sie kann durchgängig als bestimmender Faktor für affektiv-emotionale Einstellungen zu AIDS gewertet werden. Alle Einstellungen, die in dieser Studie abgefragt wurden, sind in starkem Maße von dieser Wertorientierung geprägt. Zudem wird die Befürwortung staatlich restriktiver Maßnahmen vom Autoritarismus bestimmt. Kausale Effekte von der Autoritären Persönlichkeit auf individuelle Verhaltensweisen zum Schutz vor der HIV-Infektion treten jedoch nicht auf. Hier findet der kausale Prozess lediglich über Einstellungen vermittelt statt.

Während der Autoritarismus der Höhe der Regressionskoeffizienten nach sehr hohe prädiktive Kraft aufweist, zeigt sich, daß die GT-Skalen mit geringeren standardisierten Koeffizienten eher als untermauernde Trendvariablen hinsichtlich der Erklärung von Einstellungen und Verhaltensweisen angesehen werden müssen. Hier sei aber nochmals darauf hingewiesen, daß die Erfassung psychologischer Strukturen mittels standardisierter Fragebögen an sich ein Problemfeld darstellt und dementsprechend

auch geringere statistische Gütekriterien angesetzt werden sollten. Die tiefgründige psychologische Beschreibung der Autoritären Persönlichkeit durch die Skalen des Gießen-Tests bestätigt jedoch den vorhandenen Effekt psychologischer Kriterien im Vorfeld von Einstellung, Vorurteil und diskriminierendem Verhalten.

Die Kirchenbindung als Prädiktor spielt, obwohl stark mit dem Autoritarismus korreliert, in der Vorurteilsdynamik eine eher geringe Rolle.

Insgesamt kann dem kognitiven Einstellungsbereich zu AIDS wenig Bedeutung beigemessen werden. Er ist an der Vorurteilsdynamik im Zusammenhang mit AIDS wenig beteiligt. Es zeigt sich lediglich eine minimale Kausalität auf die Verhaltensebene.

Dreh- und Angelpunkt im Gefüge von vorurteilshafter Einstellung und diskriminierendem Verhalten bilden durch AIDS ausgelöste emotional besetzte Infektionsrisikoeinschätzungen im alltäglichen Umgang mit anderen Menschen sowie die Haltung gegenüber den Risikogruppen. Sowohl die Befürwortung bestrafender und ausgrenzender staatlicher Maßnahmen als auch persönliche Vermeidungsstrategien im Umgang mit AIDS sind in starkem Maße ursächlich abhängig von diesen beiden Einstellungsaspekten. Beide Konstrukte weisen im affektiv-emotionalen Bereich eine vermittelnde kausale Funktion zwischen eher stabilen Wertvorstellungen und dem variableren Vorurteils- und Ausgrenzungsgefüge auf.

## Verzeichnis der Abbildungen und Tabellen

### Abbildungen:

		<b>Seite</b>
2.3.1.	Dreikomponenten-Modell der Einstellung	33
3.1.1.	Schematische Darstellung der theoretischen Annahmen	42
3.1.2.	Schematische Darstellung des Theorierahmens - Variablenblöcke	43
4.1.1.	Autoritarismus und Alter - Mittelwerte des Summenindex in den Altersgruppen	69
4.1.2.	Kirchganghäufigkeit nach Alter und Geschlecht - Mittelwerte der Alterskohorten	70
4.1.3.	Giessen-Test, Lebensphase und Geschlecht – Korrespondenzanalyseplot	80
4.2.1.	"Welche von diesen Krankheiten wäre für Sie persönlich am schlimmsten, wenn Sie selbst davon betroffen wären?" Prozenhäufigkeit der ersten beiden Rangplätze	89
4.2.2.	AIDS im Kontext anderer Krankheiten nach Lebensphase und Geschlecht - Korrespondenzanalyse-Plot	90
4.3.1.	"Fühlen Sie sich genügend über die Krankheit AIDS informiert oder wünschen Sie noch mehr Information?"	94
4.3.2.	Informationsstand über die Ansteckungsfähigkeit HIV-Infizierter: "Kann eine Person mit positivem Testergebnis andere Personen anstecken?"	95
4.3.3.	Informationsstand derjenigen, die über die über die Ansteckungs-fähigkeit HIV-Infizierter informiert sind: "Bleibt eine Person mit positivem Testergebnis lebenslang ansteckungsfähig?"	95
4.3.4.	An die WHO gemeldete AIDS-Erkrankungen - Entwicklung in ausgewählten europäischen Ländern - 1990 / 1994	96
4.3.5.	An die WHO gemeldete AIDS-Erkrankungen pro 1000 Einwohner - 1994	97
4.3.6.	Geschätzter Anteil AIDS-Infizierter an der Gesamtbevölkerung der Bundesrepublik	98
4.3.7.	Determinanten kognitiver Aspekte in bezug auf AIDS - Re-gressionsanalyse	100

4.4.1.	"Wenn eine Person mit AIDS angesteckt ist, wie groß ist Ihrer Meinung nach dann das Ansteckungsrisiko, wenn man auf eine der folgenden Weisen Kontakt zu dieser Person hat?"	102
4.4.2.	Determinanten des wahrgenommenen Kontakttrisikos in Alltagssituationen - Regressionsanalyse	105
4.4.3.	"AIDS ist eine Krankheit, die uns weniger betrifft; die Allgemeinheit hat keinen Grund zur Beunruhigung"	106
4.4.4.	Die Besorgnis sich persönlich mit AIDS anstecken zu können, Besorgnis um Familienangehörige, Besorgnis um Personen aus dem Freundeskreis	107
4.4.5.	Die Besorgnis sich persönlich mit AIDS anstecken zu können und die Besorgnis um Familienangehörige - Positionierung der Subgruppen der Lebensphase und des Geschlechts	110
4.5.1.	Laienerklärungen zu AIDS - Schuld durch mangelnde Vorsicht	118
4.6.1.	Laienerklärungen zu AIDS - Sexualmoral und Himmelstrafe	119
4.6.2.	Faktorenmodell: Laienerklärungen zu AIDS - Schuld und Moral	121
4.7.1.	Hierarchie der Minderheiten - Mittelwerte der Sympathieskala	127
4.7.2.	Sympathie bzw. soziale Distanz und Differenzierungsgrad - Eine Typologie im zweidimensionalen Raum nach Clusterdistanzen	135
4.7.3.	"AIDS-Infizierte sollten abgesondert werden wie Tuberkulose-Kranke" - Zustimmung in % nach Parteipräferenzen	136
4.7.4.	"Angehörige der Risikogruppen sollten durch das Gesundheitsamt registriert und getestet werden" - Zustimmung in % nach Parteipräferenzen	137
4.7.5.	Minderheiten und Wahlabsicht - Korrespondenzanalyseplot	139
4.7.6.	Faktorlösung 2.Ordnung für acht Minoritäten	143
4.7.7.	Determinanten der Einstellung gegenüber Risikogruppen	147
4.8.1.	Maßnahmen zur Verhinderung der weiteren Verbreitung von AIDS	152
4.8.2.	Zustimmung zur Registrierung und Testung der Risikogruppen durchs Gesundheitsamt - nach Parteipräferenz	155
4.8.3.	Namentliche Meldung von HIV-Infizierten durch Ärzte und Krankenhäuser - die Entwicklung 1985, 1987, 1989 und 1992	156
4.8.4.	"Glauben Sie, daß bei der Einführung einer solchen namentlichen Meldepflicht an das Gesundheitsamt AIDS-gefährdete Personen keinen AIDS-Test mehr durchführen lassen?"	157
4.8.5.	Befürwortung von Maßnahmen gegenüber Personen, die mit AIDS angesteckt sind	158



4.8.6.	Befürwortung zur Maßnahme der Absonderung von AIDS-Infizierten wie Tuberkulose-Kranke - nach Parteipräferenz	159
4.8.7.	Faktorenmodell: Öffentliche Maßnahmen in Verbindung mit AIDS	162
4.8.8.	Hilfe für Drogenabhängige als Schutzmaßnahmen vor AIDS in Abhängigkeit der Lebensphase - Beta-Koeffizienten der Regressionsanalyse	164
4.8.9.	Staatliche Maßnahmen zum Schutz der Bevölkerung vor AIDS - Beta-Koeffizienten der Regressionsanalyse	165
4.9.1.	"Sind Sie in den letzten 12 Monaten mit jemandem intim gewesen?"	169
4.9.2.	"Könnten Sie sich vorstellen demnächst mit einem neuen Partner intim zu werden?"	170
4.9.3.	Lebensphase und Geschlechterzugehörigkeit als Determinanten des Sexualverhaltens in den vergangenen zwölf Monaten	171
4.9.4.	Zurückliegendes Sexualverhalten und Bereitschaft zu neuen Kontakten - nach Lebensphase und Geschlecht - Korrespondenzanalyse-Plot	174
4.9.5.	Regressionanalysen zum Sexualverhalten	176
4.10.1.	"Haben Sie schon einmal einen AIDS-Vorsorgetest machen lassen?"	177
4.10.2.	Schwierigkeiten beim Kontakt mit AIDS-infizierten Menschen	178
4.10.3.	Faktorenanalyse: Kontaktschwierigkeiten im Umgang mit einer AIDS-infizierten Person	180
4.10.4.	AIDS-Test und Kontaktschwierigkeiten in Abhängigkeit der Lebensphase - Beta-Koeffizienten der Regressionsanalyse	180
4.10.5.	AIDS-Test und Kontaktschwierigkeiten - Beta-Koeffizienten der Regressionsanalyse	182
4.10.6.	Bewertung von Verhaltensformen zum Schutz vor einer AIDS-Ansteckung	183
4.10.7.	Verhaltensformen zum Schutz vor AIDS - Konfirmatorische Faktorenanalyse	187
4.10.8.	Persönliche Schutzmaßnahmen vor AIDS in Abhängigkeit der Lebensphase - Beta-Koeffizienten der Regressionsanalyse	188
4.10.9.	Persönliche Schutzmaßnahmen vor AIDS - Beta-Koeffizienten der Regressionsanalyse	189
4.10.10.	Kondomnutzung bei neuen Sexualkontakten in Abhängigkeit sexueller Wechselorientierung, der Bereitschaft zu neuen Kontakten, dem Bedrohungserleben durch AIDS und der persönlichen Handlungskompetenz (Selbstwertkonstrukt)	195

4.10.11.	Kondomnutzung bei neuen Sexualkontakten in Abhängigkeit sexueller Wechsolorientierung, der Bereitschaft zu neuen Kontakten, dem Bedrohungserleben durch AIDS und der persönlichen Handlungskompetenz (Selbstwertbewußtsein) - Ergebnisse des Kausalmodells	196
6.1.	Grobe schematische Übersicht der Interdependenz von Einstellungen und Verhaltensweisen im Zusammenhang mit AIDS	219

**Tabellen:**

		<b>Seite</b>
2.3.1.	Komponenten der Theory Of Reasoned Action	39
3.3.1.	Prozentuale Verteilungen der Gewichtungsm Merkmale	62
3.3.2.	Prozentuale Verteilungen weiterer soziodemographischer Merkmale	62
4.1.1.	Soziodemographische Merkmale - Interkorrelationen	65
4.1.2.	Allgemeine Autoritarismus-Kurzskala - Faktorladungen, Standardschätzfehler und Gütemaße der Faktorenmodelle	67
4.1.3.	Korrelationen der Einzelitems mit dem Summenindex	68
4.1.4.	Autoritarismus und Kirchenbindung nach soziodemographischen Merkmalen - Korrelationen	71
4.1.5.	Interkorrelationen der GT-Skalen	72
4.1.6.	Explorative Faktorenanalyse der GT-Skalen - SPSS Output	73
4.1.7.	Reliabilitätsüberprüfung der Selbstwertskala (Gießen-Test) - SPSS Output	74
4.1.8.	Korrelationen des Selbstwertkonstruktes mit GT-Skalen	75
4.1.9.	Zusammenhänge zwischen soziodemographischen und persönlichkeitspsychologischen Merkmalen - Korrelationen	76
4.1.10.	Wertorientierungen und persönlichkeitspsychologische Merkmale - Interkorrelationen	84
4.2.1.	AIDS im Kontext anderer Krankheiten - Prozentwerte der ersten beiden Rangplätze nach Lebensphase und Geschlecht	90
4.3.1.	Wissen und Kenntnisstand - polychorische Korrelationen	99
4.4.1.	Die Besorgnis sich persönlich mit AIDS anstecken zu können und die Besorgnis um Familienangehörige - Ausprägungen in Subgruppen der Lebensphase und des Geschlechts und Abweichungen vom Subgruppendurchschnitt	109
4.7.1.	Konstitutive Merkmale ausgewählter Minderheiten	126
4.7.2.	Minderheitensympathie und Wahlabsicht - Mittelwerte der Parteien und Ergebnisse einfaktorieller Varianzanalysen	138
4.7.3.	Korrelationen zwischen der Einstellung gegenüber Risikogruppen und anderen Einstellungen in bezug auf AIDS	146

4.9.1.	Die Bereitschaft neue Sexualkontakte aufzunehmen nach Geschlecht, Lebensphase und früherem Sexualverhalten	172
4.10.1.	Persönliche Schutzmaßnahmen vor AIDS - Inter-Korrelationen	190
4.10.2.	Persönliche Schutzmaßnahmen vor AIDS und Sexualverhalten - Korrelations-Koeffizienten	192
4.10.3.	Individuelles Schutzverhalten und staatliche Maßnahmen in Verbindung mit AIDS - Konstrukt-Korrelationen	198
4.10.4.	Persönliches Sexualverhalten und staatliche Maßnahmen in Verbindung mit AIDS - Korrelationen	199

**Literaturverzeichnis:**

- Ackermann et al. 1969      Ackermann, N.W., Adorno, T.W., Bettelheim, B., Frenkel-Brunswik, E., Jahoda, M., Janowitz, M., Levinson, D.J. u. Sanford, R.N.: Der Autoritäre Charakter, Band 2. Studien über Autorität und Vorurteil. Amsterdam: de Munter, 1969.
- Adorno et al. 1950      Adorno, T.W., Frenkel-Brunswik, E., Levinson, D.J. & Sanford, R.M.: The Authoritarian Personality. New York: Harper, 1950.
- Adorno et al. 1968      Adorno, T.W., Bettelheim, B., Frenkel-Brunswik, E., Gutermann, N., Janowitz, M., Levinson, D.J. u. Sanford, R.N.: Der Autoritäre Charakter, Band 1. Studien über Autorität und Vorurteil. Amsterdam: de Munter, 1968.
- Adorno/Dirks 1956      Soziologische Exkurse. Frankfurter Beiträge zur Soziologie Bd. 4, hg. von T.W. Adorno und W. Dirks. Frankfurt/M., 1956.
- Ajdukovi´c et al. 1992      Ajdukovi´c, D., Ajdukovi´c, M., Prislina R.: Predicting Aids-induced behavioral change in the general population of young people. Journal of Applied Social Psychology, 22, 1992, 1776-1795
- Ajzen 1988      Ajzen, I.: Attitudes, Personality and Behavior. London, 1988.
- Ajzen/Fishbein 1980      Ajzen, I., Fishbein, M.: Understanding Attitudes and Predicting Behavior. New York, 1980.
- Allport 1954/1971      Allport, G.W.: Die Natur des Vorurteils, Köln 1971. Dt. Übers. von The nature of prejudice. Cambridge, Mass.: Addison-Wesley, 1954.
- Altemeyer 1988      Altemeyer, B.: Enemies of freedom. Understanding right-wing authoritarianism. San Francisco: Jossey-Bass, 1988.
- Anderson 1992      Anderson, V.N.: For whom is this world just?: Sexual orientation and AIDS. Journal of Applied Social Psychology, 22, 1992, 248-259.
- Bamberg/Schmidt 1993      Bamberg, S., Schmidt, P.: Verkehrsmittelwahl - eine Anwendung der Theorie geplanten Verhaltens. Zeitschrift für Sozialpsychologie 1993, 25-37.
- Bardeleben et al. 1988      Bardeleben, H., Reimann, B.W., Schmidt, P.: Studenten, Sexualität und Aids. Erste Ergebnisse einer empirischen Untersuchung an Gießener Studenten. In: Burkel, E. (Hg.): Der AIDS-Komplex. Dimensionen einer Bedrohung. Frankfurt/Main, Berlin: Ullstein, 1988, 166-195.

- Bardeleben et al.  
1989 Bardeleben, H., Reimann, B.W., Schmidt, P.: Aids und das Problem der Prävention - Fakten und Fiktionen. Journal für Sozialforschung, 29, 1989, 97-128.
- Bardeleben et al.  
1995 Bardeleben, H., Fieberg, R., Reimann, B.W.: Abschied von der sexuellen Revolution: Liebe und Sexualität der "Nach-68er-Generation" in Zeiten von Aids. Berlin: Sigma, 1995.
- Barr et al. 1992 Barr, J.K., Waring, J.M., Warshaw, K.J.: Knowledge and Attitudes about AIDS among corporate and public service employees. American Journal of Public Health, 82, 1992, 225-228.
- Barres 1978 Barres, E.: Vorurteile. Theorie - Forschungsergebnisse - Praxisrelevanz. Opladen: Leske und Budrich, 1978.
- Beck 1986 Beck, U.: Risikogesellschaft - Auf dem Weg in eine andere Moderne. Frankfurt/Main, 1986.
- Becker 1985 Becker, S.: AIDS - die Krankheit zur Wende? Psychologie heute, 12, 1985, 60-65.
- Becker/Clement  
1989 Becker, S., Clement, U.: HIV-Infektion - psychische Verarbeitung und politische Realität. Psyche, 43, 1989, 698-709.
- Becker/Joseph  
1988 Becker, M.H., Joseph, J.G.: AIDS and behavioral change to reduce risk: A review. American Journal of Public Health, 78, 1988, 394-410.
- Beckmann 1979 Beckmann, D.: Zur Konstruktion des Gießen-Tests. In: Beckmann, D., Richter, H.E. (Hrsg.): Erfahrungen mit dem Gießen-Test (GT). Bern: Huber, 1979, 165-175.
- Beckmann et al.  
1983 Beckmann, D., Brähler, E., Richter, H.-E.: Der Gießen-Test: Ein Test für Individual- und Gruppendiagnostik, ??, 1983.
- Beckmann et al.  
1991 Beckmann, D., Brähler, E., Richter, H.E.: Der Gießen-Test (GT). Ein Test für Individual- und Gruppendiagnostik. Handbuch. Vierte, überarbeitete Aufl. mit Neustandardisierung 1990. Bern, Stuttgart, Toronto: Huber, 1991.
- Beckmann/Richter  
1972 Beckmann, D., Richter H.E.: Der Gießen-Test. Bern: Huber, 1972.
- Bentler/Speckart  
1979 Bentler, P., Speckart, G.: Model of Attitude. Psychological Review 86, 1979, 452-464.
- Benzécri 1992 Benzécri, J.-P.: Correspondence Analysis Handbook, New York: Marcell Dekker, 1992.

- Bergler/Six 1972 Bergler, R. und Six, B.: Stereotype und Vorurteile. In: Handbuch der Psychologie, Bd. 7, 2. Hbd., Sozialpsychologie, Göttingen 1972
- Bergmann/Erb 1991 Bergmann, W., Erb, R.: Antisemitismus in der Bundesrepublik Deutschland. Ergebnisse der empirischen Forschung von 1946-1989. Opladen: Leske und Budrich, 1991.
- Bierhoff 1993 Bierhoff, B.: Erich Fromm. Analytische Sozialpsychologie und visionäre Gesellschaftskritik. Opladen: Westdeutscher Verlag, 1993.
- Blank/Schmidt 1996 Blank, T., Schmidt, P.: Konstruktiver Patriotismus im vereinigten Deutschland? In: Mummendey, A., Simon, B. (Hrsg.): Identität und Verschiedenheit. Bern: Huber, 1996.
- Bleibtreu-Ehrenberg 1989 Bleibtreu-Ehrenberg, G.: Angst und Vorurteil. AIDS-Ängste als Gegenstand der Vorurteilsforschung. Reinbek: Rowohlt, 1989.
- Bochow 1993 Bochow, M.: Einstellungen und Verhaltensweisen zu homosexuellen Männern in Ost- und Westdeutschland. In: Lange, C. (Hrsg.): AIDS - eine Forschungsbilanz, Berlin, 1993.
- Boldero et al. 1992 Boldero, J., Moore, S., Rosenthal, D.: Intention, context and safe sex: Australian Adolescents' responses to Aids. Journal of Applied Social Psychology, 22, 1992, 1374-1396.
- Bolte 1966 Bolte, ??: ??
- Bouton et al. 1989 Bouton, R.A., Gallaher, P.E., Garlinghouse, P.A., Leal, T., Rosenstein, L.D., Young, R.K.: Demographic variables associated with fear of AIDS and homophobia. Journal of Applied Social Psychology, 19, 1989, 885-901.
- Brähler/Richter 1995 Brähler, E., Richter, H.-E.: Die Westdeutschen am Vorabend der Wende - Wie hatten sie sich seit 1975 verändert? In: Brähler, E., Wirth, H.-J. (Hrsg.): Entsolidarisierung: die Westdeutschen am Vorabend der Wende und danach. Opladen: Westdt. Verlag, 1995.
- Brown 1990 Brown, ??: ??
- Campbell/Waters 1987 Campbell, M.J., Waters, W.E.: Public knowledge about AIDS increasing. British Medical Journal, 294, 1987, 892-893.
- Chaiken/Stangor 1987 Chaiken, S., Stangor, C.: Attitudes and attitude change. Annual Review of Psychology, 38, 1987, 575-630.

- Chan et al. 1992      Chan, D., O'Reilly, K., Schnell, D.: Attitudinal and normative factors as determinants of gay men's intention to perform Aids-related sexual behaviors: A multisite analysis. *Journal of Applied Social Psychology*, 22, 1992, 999-1011.
- Cochran et al. 1992      Cochran, S.D., Mays, V.M., Caruso, J.C.&C., Mallon, D.: Efficacy of the theory of reasoned action in predicting Aids-related sexual risk reduction among gay men. *Journal of Applied Social Psychology*, 22, 1992, 1481-1501.
- Downing/Monaco 1986      Downing, L.L., Monaco, N.R.: In-group/out-group bias as a function of differential contact and authoritarian personality. *Journal of Social Psychology*, 126, 1986, 445-452.
- Duncan 1976      Duncan, B.L.: Differential social perception and attribution of intergroup violence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 34, 1976.
- Dunde 1987      Dunde, S.R. (Hrsg.): AIDS - Was eine Krankheit verändert. Frankfurt a.M., 1987
- Eagly/Chaiken 1993      Eagly, A.H., Chaiken, S.: *The Psychology of Attitudes*. New York: , 1993.
- Erdheim 1992      Erdheim, M.: Das Eigene und das Fremde. Über ethnische Identität. *Psyche*, 46, 1992, 730-744.
- Erikson 1953      Erikson, E.H.: *Wachstum und Krisen der gesunden Persönlichkeit*. Stuttgart: Klett, 1953.
- Estel 1983      Estel, B.: *Soziale Vorurteile und soziale Urteile: Kritik und wissenschaftliche Grundlegung der Vorurteilsforschung*. Opladen: Westdeutscher Verlag, 1983.
- Festinger 1957      Festinger, L.: *A theory of cognitive dissonance*. Evanston, 1957.
- Fish/Rye 1991      Fish, T.A., Rye, B.J.: Attitudes toward a homosexual or heterosexual person with Aids. *Journal of Applied Social Psychology*, 21, 1991, 651-667.
- Fishbein 1963      Fishbein, M.: An investigation of the relationships between beliefs about an object and the attitude toward that object. *Human Relations*, 16, 1963, 233-240.
- Fishbein 1967      Fishbein, M.: A behavior theory approach to the relations between beliefs about an object and the attitude toward the object. In: Fishbein, M. (Hrsg.): *Readings in Attitude Theory and Measurement*. New York: Wiley, 1967.



- Fishbein/Ajzen 1974 Fishbein, M., Ajzen, I.: Attitudes toward objects as predictors of single and multiple behavioral criteria. *Psychological Review*, 81, 1974, 59-74.
- Fishbein/Ajzen 1975 Fishbein, M., Ajzen, I.: *Belief, Attitude, Intention, and Behavior: an introduction to theory and research*. Reading, Mass, 1975.
- Frank 1991 Frank, A.: *Mit dem Willen des Körpers. Krankheit als existenzielle Erfahrung*. Hamburg: Hoffmann und Campe, 1991.
- Franke 1990 Franke, G.H.: *Die psychosoziale Situation von HIV-Positiven. Ergebnisse sozialwissenschaftlicher Aids-Forschung 5*. Berlin: edition sigma, 1990.
- Frey/Greif 1983 Frey, xxx Greif, (Hrsg.): *Schlüsselbegriffe der Sozialpsychologie*. München: Urban u. Schwarzenberg, 1983.
- Frings 1986 Frings, M. (Hrsg.): *Dimensionen einer Krankheit - AIDS*. Reinbek: Rowohlt, 1986.
- Fromm 1931/1980 Fromm, E.: Politik und Psychoanalyse. In: *Die Psychoanalytische Bewegung*, III. Jg., 1931, 440-447. Wiederabdruck in: *Analytische Sozialpsychologie*, hrsg. von H. Dahmer, 1. Band, Frankfurt/Main: Suhrkamp, 1980, 150-157.
- Fromm 1932a/1970 Fromm, E.: Über Methode und Aufgabe einer analytischen Sozialpsychologie: Bemerkungen über Psychoanalyse und historischen Materialismus. In: *Zeitschrift für Sozialforschung*, Jg. 1, Leipzig 1932. Wiederabdruck in Fromm 1970, 9-40.
- Fromm 1932b/1970 Fromm, E.: Die psychoanalytische Charakterologie und ihre Bedeutung für die Sozialpsychologie. In: *Zeitschrift für Sozialforschung*, Jg. 1, Leipzig 1932. Wiederabdruck in Fromm 1970, 41-70.
- Fromm 1955 Fromm, E.: Wege aus einer kranken Gesellschaft. In: Fromm 1980/81 Band 4, 1-254.
- Fromm 1970 Fromm, E.: *Analytische Sozialpsychologie und Gesellschaftstheorie*. Frankfurt/M.: Suhrkamp, 1970.
- Fromm 1980/1981 Fromm, E.: Gesamtausgabe in 10 Bänden, hrsg. v. R. Funk, Stuttgart: Deutsche Verlags-Anstalt, 1980/1981.
- Gerbert et al. 1991 Gerbert, B., Sumser, J., Maguire, B.T.: The impact of who you know where you live on opinions about AIDS and health care. *Social science & Medicine*, 32, 1991, 677-681.

- Giegler/Schürhoff 1992 Giegler, H., Schürhoff, R.: Zur Messung psychosozialer Konstrukte in den Sozialwissenschaften: Replikation von "Gießen-Test-Kurzskalen" an einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe. Zeitschrift für Sozialpsychologie, 23, 1992, ??-??.
- Gilman 1992 Gilman, S.L.: Rasse, Sexualität und Seuche. Stereotype aus der Innenwelt der westlichen Kultur. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt, 1992.
- Goffman 1967 Goffman, E.: Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität. Frankfurt/M.: Suhrkamp, 1967.
- Gredig 1994 Gredig, D.: Dekadent und gefährlich. Eine Untersuchung zur Struktur von Stereotypen gegenüber sozialen Randgruppen. Weinheim: Deutscher Studien Verlag, 1994.
- Greeley 1991 Greeley, A.M.: Religion and attitudes towards AIDS policy. Sociology and Social Research, 75, 1991, 126-132.
- Greenacre 1984 Greenacre, M.J.: Theory and Applications of Correspondence Analysis. New York: Academic Press, 1984.
- Häder et al. 1991 Häder, M., Kiehl, W., Hinterberger, U.: AIDS im Bewußtsein der Bevölkerung der DDR 1989/90. AZ-Hefte 7/1991. Berlin: AIDS-Zentrum im Bundesgesundheitsamt, 1991.
- Hahn et al. 1992 Hahn, A., Eirmbter, W.H., Jacob, R.: AIDS: Risiko oder Gefahr? Soziale Welt, 4, 1992, 400-421.
- Halter 1985 Halter, H. (Hrsg.): Todesseuche AIDS. Reinbek:Rowohlt, 1985.
- Hayes/Oziel 1976 Hayes, S.N., Oziel, L.J.: Homosexuality: behaviors and attitudes. Archives of Sexual Behavior, 5, 1976, 283-289.
- Heim 1992 Heim, R.: Fremdenhaß und Reinheit - die Aktualität einer Illusion. Sozialpsychologische und psychoanalytische Überlegungen. Psyche, 46, 1992, 710-729.
- Herek/Glunt 1991 Herek, G.M., Glunt, E.K.: AIDS-related attitudes in the United States: a preliminary conceptualization. Journal of Sex Research, 28, 1991, 99-123.
- Hessling/Heckmann 1992 Hessling, A., Heckmann, W.: AIDS und die Sozialwissenschaften - Eine Projektdatenbank deutschsprachiger Forscher/innen, 2.Aufl., 1992.
- Hill 1984 Hill, P.B.: Räumliche Nähe und soziale Distanz zu ethnischen Minderheiten. In: Zeitschrift für Soziologie, 13, 1984, 363-370.
- Hinz 1984 Hinz, S.: AIDS - Die Lust an der Seuche. Reinbek: Rowohlt, 1984.

- Hondrich/Koch-Arzberger 1992      Hondrich, K.O., Koch-Arzberger, C.: Solidarität in der modernen Gesellschaft. Frankfurt/Main: Fischer, 1992.
- Horkheimer 1978      Horkheimer, M.: Persönlichkeit und Vorurteil. In: Karsten, A. (Hrsg.): Vorurteil. Ergebnisse psychologischer und sozialpsychologischer Forschung. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft, 1978.
- Horkheimer et al. 1936      Horkheimer, M., Fromm, E., Marcuse, H., Mayer, H. u. Wittfogel, K.-A. (Hrsg.): Studien über Autorität und Familie. Forschungsberichte aus dem Institut für Sozialforschung. Reprint der Ausgabe "Autorität und Familie", Paris 1936. 2. Aufl. Lüneburg: zu Klampen 1987.
- Horkheimer/Flowerman 1949/50      Horkheimer, M., Flowerman, S.H. (Hrsg.): Studies in Prejudice. New York, 1949-50.
- Hornung et al. 1994      Hornung, R., Helminger, A., Hättich, A.: Aids im Bewußtsein der Bevölkerung. Stigmatisierungs- und Diskriminierungstendenzen gegenüber Menschen mit HIV und Aids. Bern: Stämpfli+Cie, 1994.
- Hunter/Ross 1991      Hunter, C.E., Ross, M.W.: Determinants of health-care workers' attitude toward people with Aids. Journal of Applied Social Psychology, 21, 1991, 947-956.
- Jacob et al. 1992      Jacob, R., Eirmter, W.H., Hahn, A.: AIDS: Krankheitsvorstellungen und ihre gesellschaftlichen Folgen. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, 44, 1992, 519-537.
- Jaide 1983      Jaide, W.: Wertewandel? Grundfragen zur Diskussion. Opladen: Leske, 1983.
- Jambu 1992      Jambu, M.: Explorative Datenanalyse. Stuttgart: Gustav Fischer, 1992.
- Jones/McGillis 1976      Jones, E.E., McGillis, D.: Correspondent inferences and the attribution cube: a comparative reappraisal. In: Harvey, J.H., Ickes, W.J., Kidd, R.F. (Hrsg.): New Directions in Attribution Research, Vol.1, Hillsdale: Erlbaum, 1976.
- Jöreskog/Sörbom 1986      Jöreskog, K.G., Sörbom, D.: PRELIS. A Program for Multivariate Data Screening and Data Summarization, University of Uppsala, 1986.
- Jöreskog/Sörbom 1988      LISREL VII: A Guide to the Program and Applications, 1988.

- Judd/Kulik 1980 Judd, C.M., Kulik, J.A.: Schematic effects of social attitudes on information processing and recall. *Journal of Personality and Social Psychology*, 38, 1980, 569-78.
- Karsten 1978 Karsten, A. (Hrsg.): Vorurteil. Ergebnisse psychologischer und sozialpsychologischer Forschung. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft, 1978.
- Katz 1967 Katz, D.: The functional approach to the study of attitude. In: Fishbein, M. (Hrsg.): *Readings in Attitude Theory and Measurement*. New York: Wiley, 1967.
- Katz/Stotland 1959 Katz, D., Stotland, E.: A preliminary statement to a theory of attitude structure and change. In: Koch, S. (Hrsg.): *Psychology: A study of a science*. New York: McGraw-Hill, 1959.
- Kimmel/Keefer 1991 Kimmel, A.J., Keefer, R.: Psychological correlates of the transmission and acceptance of rumors about Aids. *Journal of Applied Social Psychology*, 21, 1991, 1608-1628.
- Klages 1984 Klages, H.: Wertorientierungen im Wandel. Rückblick, Gegenwartsanalyse, Prognosen. Frankfurt/Main: Campus, 1984.
- Koch 1993 Koch, M.: Vorsicht bei Aids-Prognosen. Interview in der ZEIT Nr.10, 1993.
- Koschnik 1988 Koschnik, W.J.: *Standardlexikon für Mediaplanung und Mediaforschung*. München: Saur, 1988.
- Kuhl 1986 Kuhl, U.: *Selbstsicherheit und prosoziales Handeln: Zivilcourage im Alltag*, München: Profil, 1986.
- Kunkel/Temple 1992 Kunkel, L.E., Temple, L.L.: Attitudes towards AIDS and homosexuals: Gender, marital status, and religion. *Journal of Applied Social Psychology*, 22, 1992, 1030-1040.
- Larsen et al. 1990a Larsen, K.S., Elder, R., Bader, M., Dougrad, C.: Authoritarianism and attitudes toward AIDS victims. *Journal of Psychology*, 130, 1990, 77-80.
- Larsen et al. 1990b Larsen, K.S., Serra, M., Long, E.: AIDS victims and heterosexual attitudes. *Journal of Homosexuality*, 19, 1990, 103-116.
- Lederer 1982 Lederer, G.: Trends in authoritarianism: a study of adolescents in West Germany and the United States since 1945. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 13, 1982, 299-314.
- Lederer/Schmidt 1995 Lederer, G., Schmidt, P. (Hrsg.): *Autoritarismus und Gesellschaft. Trendanalysen und vergleichende Jugenduntersuchungen 1945 - 1993*, Opladen: Leske + Budrich, 1995.

- Luhmann 1990      Luhmann, N.: Risiko und Gefahr. In: Luhmann, N. (Hrsg.):  
Soziologische Aufklärung Band 5. Konstruktivistische  
Perspektiven. Opladen: Westdt. Verlag, 1990.
- Markefka 1984      Markefka, M.: Vorurteile - Minderheiten - Diskriminierung: Ein  
Beitrag zum Verständnis sozialer Gegensätze. 5., überarb. Aufl.,  
Neuwied u. Darmstadt: Luchterhand, 1984.
- Markova/Wilkie  
1987      Markova, I., Wilkie, P.: Representations, concepts and social  
change: the phenomenon of AIDS. Journal for the Theory of Social  
Behavior, 17, 1987, 389-409.
- Masters et al. 1988      Masters, W.H., Johnson, V.E., Kolodny, R.C.: Das verdrängte  
Risiko. Düsseldorf: Econ, 1988.
- McGuire 1969      McGuire, W.J.: The Nature of Attitudes and Attitude Change. In:  
Lindzey, G. und Aronson, E. (Hrsg.): The Handbook of Social  
Psychology, Bd. 3, London 1969.
- McGuire 1985      McGuire, W.J.: Attitudes and attitude change. In: Lindzey, G.,  
Aronson, E. (Hrsg.): Handbook of Social Psychology. New York:  
Random House, 1985.
- Meinefeld 1977      Meinefeld, W.: Einstellung und soziales Handeln. Reinbek bei  
Hamburg: Rowohlt, 1977.
- Mentzos 1984      Mentzos, S. (Hrsg.): Angstneurose: psychodynamische und  
psychotherapeutische Aspekte. Frankfurt a.M.:Fischer, 1984.
- Oberlehner et al.  
1994      Oberlehner, F., Arzberger, N., Rössler, H., Schülein, J.A.:  
Beratung unter extremen Bedingungen: Das Beispiel AIDS-Hilfe.  
Soziale Welt, 2, 1994, 180-196.
- Oesterreich 1974      Oesterreich, D.: Autoritarismus und Autonomie. Untersuchungen  
über berufliche Werdegänge, soziale Einstellungen,  
Sozialisationsbedingungen und Persönlichkeitsmerkmale ehemaliger  
Industriehrlinge. Stuttgart: Klett, 1974.
- Opp/Schmidt 1976      Opp, K.-D., Schmidt, P.: Einführung in die Mehrvariablenanalyse,  
Reinbek: Rowohlt, 1976.
- Ostermann/Nicklas  
1976      Ostermann, A., Nicklas, H.: Vorurteile und Feindbilder. München:  
Urban & Schwarzenberg, 1976.
- Pacharzina 1986      Pacharzina, (Hrsg.): AIDS und unsere Angst. Reinbek: Rowohlt,  
1986.
- Pfeiffer/Schmidt  
1987      Pfeiffer, A., Schmidt, P.: LISREL. Die Analyse komplexer  
Strukturgleichungsmodelle, Fischer, 1987.

- Plies/Schmidt 1996 Plies, K., Schmidt, P.: Intention=Verhalten? Eine repräsentative Längsschnittstudie zur Überprüfung der Theorie des geplanten Verhaltens im Kontext der AIDS-Prävention. *Zeitschrift für Sozialpsychologie*, 1996, 70-80.
- Pollack 1990 Pollack, M.: Homosexuelle Lebenswelten im Zeichen von Aids. *Soziologie der Epidemie in Frankreich. Ergebnisse sozialwissenschaftlicher Aids-Forschung 4*. Berlin: edition sigma, 1990.
- Pryor et al. 1989 Pryor, J.B., Reeder, G.D., Vinacco, R., Kott, T.L.: The instrumental and symbolic functions of attitudes toward persons with Aids. *Journal of Applied Social Psychology*, 19, 1989, 377-404.
- Rattner 1971 Rattner, J.: *Psychologie des Vorurteils. Eine tiefenpsychologische Untersuchung über das voreingenommene Denken und die autoritäre Persönlichkeit*. Zürich: , 1971.
- Ray 1973 Ray, J.J.: Conservatism, authoritarianism, and related variables: A review and empirical study. In: Wilson, G.D. (Hrsg.): *The psychology of conservatism*. London: Academic Press, 1973, 17-35.
- Ray 1984 Ray, J.J.: Alternatives to the F scale in the measurement of authoritarianism: a catalog. *Journal of Social Psychology*, 122, 1984, 105-119.
- Ray 1990 Ray, J.J.: AIDS, authoritarianism, and scientific ignorance: a comment on Witt. *Journal of Applied Social Psychology*, 20, 1990, 1453-1455.
- Reiche 1988 Reiche, R.: Aids im individuellen und kollektiven Unbewußten. *Zeitschrift für Sexualforschung*, 2, 1988, 113-122.
- Reinecke 1991 Reinecke, J.: *Interviewer- und Befragtenverhalten. Theoretische Ansätze und methodische Konzepte*. Opladen: Westdeutscher Verlag, 1991.
- Reinecke/Schmidt/  
Ajzen 1996 Reinecke, J., Schmidt, P., Ajzen, I.: Application of the Theory of Planned Behavior to Adolescents' Condom Use: A Panel Study. In: *Journal of Applied Social Psychology*, 26, 1996, 749-772.
- Reinecke/Schmidt/  
Ajzen 1997 Reinecke, J., Schmidt, P., Ajzen, I.: Kondom oder kein Kondom bei neuen sexuellen Kontakten? Erklärung und Vorhersage mit der Theorie geplanten Verhaltens im Kontext der AIDS-Prävention. *Zeitschrift für Sozialpsychologie*, 28, 1997, 210-222.
- Richter 1987 Richter, H.-E.: *Der Gotteskomplex. Die Geburt und die Krise des Glaubens an die Allmacht des Menschen*. Reinbek: Rowohlt, 1987.

- Richter 1970 Richter, H.-E.: Patient Familie: Entstehung, Struktur und Therapie von Konflikten in Ehe und Familie. Reinbek: Rowohlt, 1970.
- Richter 1972 Richter, H.-E.: Die Gruppe. Hoffnung auf einen neuen Weg, sich selbst und andere zu befreien. Reinbek: Rowohlt, 1972.
- Richter 1974 Richter, H.-E.: Lernziel Solidarität. Reinbek: Rowohlt, 1974.
- ?? Richter 19?? Richter, H.E.: Artikel über Fremdenfeindlichkeit in Psyche 92 oder 93.
- ??Richter 19?? Richter, H.-E.: ?? (hinter Markefka)
- Roghamann 1966 Roghamann, K.: Dogmatismus und Autoritarismus: Kritik der theoretischen Ansätze und Ergebnisse dreier westdeutscher Untersuchungen. Meisenheim: Hain, 1966.
- Rokeach 1960 Rokeach, M.: The open and the closed mind: Investigations into the nature of belief systems and personality systems. New York: Basic Books, 1960.
- Rosch 1987 Rosch, M.: Ausländer in der Bundesrepublik Deutschland - sozialpsychologische Überlegungen zur Problematik. In: Schultze-Gambard, J. (Hrsg.): Angewandte Sozialpsychologie. München: Psychologie Verlags Union, 1987, 215-232.
- Rosenberg/Hovland 1960 Rosenberg, M.J., Hovland, C.I.: Cognitive, affective, and behavioral components of attitude. In: Hovland, C.I., Rosenberg, M.J. (Hrsg.): Attitude, Organization and Change. New Haven, 1960.
- Rosenbrock 1988 Rosenbrock, R.: Aids-Politik und Aids-Prävention. In: Sigusch, V., Fliegel, S. (Hrsg.): AIDS. Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie, 1988, 50-65.
- Rozin et al. 1992 Rozin, P., Markwith, M., Nemeroff, C.: Magical contagion beliefs and fear of Aids. Journal of Applied Social Psychology, 22, 1992, 1081-1092.
- Rühmann 1985 Rühmann, F.: AIDS. Eine Krankheit und ihre Folgen. Frankfurt: Qumram, 1985.
- Runkel 1989 Runkel, G.: Liebe und Leid. Das Sexualverhalten in der Bundesrepublik Deutschland und Aids: Darstellung einer empirischen Untersuchung. Journal für Sozialforschung, 28, 1989, 79-95.
- Schäfer/Six 1978 Schäfer, B., Six, B.: Sozialpsychologie des Vorurteils. Stuttgart: Kohlhammer, 1978.

- Schäfers 1986      Schäfers, B. (Hrsg.): Grundbegriffe der Soziologie. Opladen: Leske und Budrich, 1986.
- Schelsky 1955      Schelsky, H.: Soziologie der Sexualität. Reinbek: Rowohlt, 1955.
- Schmidt 1987      Schmidt, G.: Moral und Volksgesundheit. In: Sigusch, V. (Hrsg.): Aids als Risiko. Hamburg: konkret Literatur Verlag, 1987, 24-38.
- Schmidt et al. 1995      Schmidt, P., Stephan, K., Herrmann, A.: Entwicklung einer Kurzsкала zur Messung von Autoritarismus. In: Lederer, G., Schmidt, P. (Hrsg.): Autoritarismus und Gesellschaft, Opladen: Leske + Budrich, 1995.
- Schmidtchen 1992      Schmidtchen, G.: Moralbilder und Wertkonflikte. Zur ethischen Orientierung junger Menschen. Opladen: Leske + Budrich, 1992.
- Schütz 1997      Schütz, A.: Interpersonelle Aspekte des Selbstwertgefühls: Die Beschreibung der eigenen Person im sozialen Kontext. Zeitschrift für Sozialpsychologie, 28, 1997, 92-108.
- Sigusch 1987      Sigusch, V. (Hrsg.): Aids als Risiko: über den gesellschaftlichen Umgang mit einer Krankheit. Hamburg: Konkret-Literatur, 1987.
- Sigusch 1989      Sigusch, V.: Der Aids-Komplex und unser Leviathan. Psyche, 43, 1989, 673-697.
- Silbermann 1993      Silbermann, A.: Alle Kreter lügen. Die Kunst, mit Vorurteilen zu leben. Bergisch Gladbach: Lübbe, 1993.
- Six 1983      Six, U.: Vorurteil. In: Frey, D., Greif, S. (Hrsg.): Sozialpsychologie. Ein Handbuch in Schlüsselbegriffen. München: Urban & Schwarzenberg, 1983, 365-371.
- Six 1997      Six, B.: Autoritarismusforschung: Zwischen Tradition und Emanzipation. Gruppendynamik, 28, 1997, 223-238.
- Somaini 1992      Somaini, B.: Epidemiologie und Prävention von Aids. Sozial- und Präventivmedizin, 37, 1992, 64-72.
- Sontag 1978      Sontag, S.: Krankheit als Metapher. München: Hanser, 1978.
- Sontag 1989      Sontag, S.: AIDS und seine Metaphern. München: Hanser, 1989.
- St. Lawrence et al. 1990a      St. Lawrence, J.S., Husfeldt, B.A., Kelly, J.A., Hood, H.V., Smith, S.Jr.: The stigma of AIDS: fear of disease and prejudice toward gay men. Journal of Homosexuality, 19, 1990, 85-101.
- St. Lawrence et al. 1990b      St. Lawrence, J.S., Kelly, J.A., Owen, A.D., Hogan, I.G., Wilson, R.A.: Psychologists' attitudes toward AIDS. Psychology & Health, 4, 1990, 357-365.



- Stipp/Kerr 1989 Stipp, H., Kerr, D.: Determinants of public opinion about AIDS. *Public Opinion Quarterly*, 53, 1989, 98-106.
- Strehlow/Haffner 1989 Strehlow, U., Haffner, J.: Jugendliche und Aids: Wissen, Einstellungen, Ängste. *Zeitschrift für Sexualforschung*, 2, 1989, 227-236.
- Stroebe et al. 1990 Stroebe, W., Hewstone, M., Codol, J.-P. u. Stephenson, G.M. (Hrsg.): *Sozialpsychologie: Eine Einführung*. Berlin-Heidelberg: Springer, 1990.
- Süßmuth 1987 Süßmuth, R.: *AIDS. Wege aus der Angst*. Hamburg: Rowohlt, 1987.
- Tajfel 1982 Tajfel, H.: *Gruppenkonflikt und Vorurteil: Entstehung und Funktion sozialer Stereotypen*. Bern, Stuttgart, Wien: Huber, 1982.
- Tashakorri/Thompson 1992 Tashakorri, A., Thompson, V.D.: Predictors of intention to take precautions against Aids among black college students. *Journal of Applied Social Psychology*, 22, 1992, 736-753.
- Terwey 1993 Terwey, M.: Sind Kirche und Religion auf der Verliererstraße? Vergleichende Analysen mit ALLBUS- und ISSP-Daten. *ZA-Information* 32, 1993.
- Tillmann et al. 1990 Tillmann, K., Braun, R., Clement, U.: Veränderungen des sexuellen Verhaltens durch die Angst vor Aids - eine empirische Untersuchung an hetero- und homosexuellen männlichen Studenten. *Öffentliches Gesundheitswesen*, 52, 1990, 323-329.
- Urban 1991 Urban, D.: Die kognitive Struktur von Umweltbewußtsein. Ein kausalanalytischer Modelltest. *Zeitschrift für Sozialpsychologie*, 1991, 166-180.
- Verres 1986 Verres, R.: *Krebs und Angst. Subjektive Theorien von Laien über Entstehung, Vorsorge, Früherkennung, Behandlung und die psychosozialen Folgen von Krebserkrankungen*. Berlin: Springer, 1986.
- Walkey et al. 1990 Walkey, F.H., Taylor, A.J.W., Green, D.E.: Attitudes to AIDS: A comparative analysis of a new and negative stereotype. *Social Science & Medicine*, 30, 1990, 549-552.
- Weiss 1987 Weiss, D.: Befragung über AIDS - Wissen und Einstellung der Bevölkerung. *Öffentliches Gesundheitswesen*, 49, 1987, 586-588.
- Wicker 1969 Wicker, A.W.: Attitudes versus actions: The relationship of verbal and overt behavioral responses to attitude objects. *Journal of Social Issues*, 1969, 25, 41-78.

- Williams 1992 Williams, S.S.: College students use implicit personality theory instead of safer sex. *Journal of Applied Social Psychology*, 22, 1992, 921-933.
- Winslow et al. 1992 Winslow, R.W., Franzini, L.R., Hwang, J.: Perceived peer norms, casual sex, and Aids risk prevention. *Journal of Applied Social Psychology*, 22, 1992, 1809-1827.
- Witt 1989 Witt, L.A.: Authoritarianism, knowledge of AIDS, and affect toward persons with AIDS: implications for health education. *Journal of Applied Social Psychology*, 19, 1989, 599-607.
- Witt 1990 Witt, L.A.: Factors affecting attitudes toward persons with AIDS. *Journal of Social Psychology*, 130, 1990, 127-129.
- Witte 1989 Witte, E.H.: *Sozialpsychologie. Ein Lehrbuch*. München: Psychologie Verlags Union, 1989.
- Wodak/Matouschek 1993 Wodak, R., Matouschek, B.: Wir und die anderen: Diskurse über Fremde. *Journal für Sozialforschung*, 33, 1993, 293-302.
- ZUMA 1983 ZUMA-Handbuch Sozialwissenschaftlicher Skalen, D15 und D18, 1983

## Grundauszählung, statistische Ergebnisse und Fragebogen

### Grundauszählung, Lagemaße, Korrelationen und Ergebnisse multivariater Analysen:

#### Häufigkeiten und Lagemaße der verwendeten Variablen der Studie.

BOUSTEDT	Gemeindgroessenklasse											
Mean	5,306	Std dev	1,996	Minimum	1,000							
Maximum	7,000											
V4	Gesundheitszustand +											
Mean	5,371	Std dev	1,424	Minimum	1,000							
Maximum	7,000											
V5A	Krebs, pers Krankheitsbetroffenheit											
	Cum				Cum				Cum			
Value	Freq	Pct	Pct	Value	Freq	Pct	Pct	Value	Freq	Pct	Pct	
1	1236	63	63	3	565	29	92	5	150	8	100	
V5B	Herzinfarkt, pers Krankheitsbetroffenhei											
	Cum				Cum				Cum			
Value	Freq	Pct	Pct	Value	Freq	Pct	Pct	Value	Freq	Pct	Pct	
1	307	17	17	3	455	25	41	5	1095	59	100	
V5C	AIDS, pers Krankheitsbetroffenheit											
	Cum				Cum				Cum			
Value	Freq	Pct	Pct	Value	Freq	Pct	Pct	Value	Freq	Pct	Pct	
1	840	45	45	3	565	30	74	5	482	26	100	
V5D	Schlaganfall, pers Krankheitsbetroffenhe											
	Cum				Cum				Cum			
Value	Freq	Pct	Pct	Value	Freq	Pct	Pct	Value	Freq	Pct	Pct	
1	246	13	13	3	607	33	46	5	1001	54	100	
V5E	Querschnittslähmung, pers Krankheitsbetr											
	Cum				Cum				Cum			
Value	Freq	Pct	Pct	Value	Freq	Pct	Pct	Value	Freq	Pct	Pct	
1	818	43	43	3	806	42	85	5	284	15	100	
V5F	Geisteskrankheit, pers Krankheitsbetroff											
	Cum				Cum				Cum			
Value	Freq	Pct	Pct	Value	Freq	Pct	Pct	Value	Freq	Pct	Pct	
1	568	30	30	3	661	35	66	5	644	34	100	
V16	AIDS-Infobed•rfnis +											
	Cum				Cum				Cum			
Value	Freq	Pct	Pct	Value	Freq	Pct	Pct					
1	1585	80	80	2	400	20	100					
V17	Allg Grund zur Beunruhigung - +											
	Cum				Cum				Cum			
Value	Freq	Pct	Pct	Value	Freq	Pct	Pct					
1	130	6	6	3	889	44	72					
2	437	22	28	4	563	28	100					
V18A	Risk Haendeschuetteln											

Mean	,800	Std dev	1,185	Minimum	,000						
Maximum	7,000										
V18B	Risk Anhusten										
Mean	1,692	Std dev	1,849	Minimum	,000						
Maximum	7,000										
V18C	Risk Spritzen										
Mean	6,598	Std dev	1,167	Minimum	,000						
Maximum	7,000										
V18D	Risk mit Kondom										
Mean	3,010	Std dev	1,967	Minimum	,000						
Maximum	7,000										
V18E	Risk ohne Kondom										
Mean	6,594	Std dev	1,160	Minimum	,000						
Maximum	7,000										
V18F	Risk Toilette										
Mean	2,080	Std dev	1,945	Minimum	,000						
Maximum	7,000										
V18G	Risk gleiches Zimmer										
Mean	,908	Std dev	1,308	Minimum	,000						
Maximum	7,000										
V18H	Risk Geschirr										
Mean	1,671	Std dev	1,804	Minimum	,000						
Maximum	7,000										
V18J	Risk Mueckenstich										
Mean	2,873	Std dev	2,296	Minimum	,000						
Maximum	7,000										
V18K	Risk Transfusion										
Mean	5,414	Std dev	1,997	Minimum	,000						
Maximum	7,000										
V18L	Risk Baeder Saunen										
Mean	1,628	Std dev	1,753	Minimum	,000						
Maximum	7,000										
V19	Kann Positiver inf? jln2wn3										
		Cum		Cum							
Value	Freq	Pct	Pct	Value	Freq	Pct	Pct	Value	Freq	Pct	Pct
1	1640	81	81	2	125	6	87	3	253	13	100
V19A	lebenslang inf? jln2wn3										
		Cum		Cum				Cum			
Value	Freq	Pct	Pct	Value	Freq	Pct	Pct	Value	Freq	Pct	Pct
1	1326	81	81	2	56	3	84	3	257	16	100
V20	Schätzanteil Infizierter +										
		Cum		Cum				Cum			
Value	Freq	Pct	Pct	Value	Freq	Pct	Pct	Value	Freq	Pct	Pct
1	595	30	30	3	271	13	75	8	355	18	100

	2	640	32	62	4	147	7	82						
V21A	Prog mehr Todesfaelle													
Mean		3,422			Std dev		1,773		Minimum		1,000			
Maximum		7,000												
V21B	Prog Gegenmittel													
Mean		4,169			Std dev		1,568		Minimum		1,000			
Maximum		7,000												
V21C	Prog nur Homosex u Drogenabh													
Mean		3,393			Std dev		1,900		Minimum		1,000			
Maximum		7,000												
V21D	Prog Aufklaerung													
Mean		5,400			Std dev		1,675		Minimum		1,000			
Maximum		7,000												
V21E	Prog Ablehnung Homosex													
Mean		5,084			Std dev		1,688		Minimum		1,000			
Maximum		7,000												
V21F	Prog Moral													
Mean		5,028			Std dev		1,847		Minimum		1,000			
Maximum		7,000												
V21G	Prog nicht vernuenftig													
Mean		4,030			Std dev		1,728		Minimum		1,000			
Maximum		7,000												
V22	Testpflicht													
				Cum				Cum					Cum	
Value	Freq	Pct	Pct	Value	Freq	Pct	Pct	Value	Freq	Pct	Pct	Value	Freq	Pct
1	547	27	27	2	1154	57	84	3	322	16	100			
V22A	Test Risikogruppen													
				Cum				Cum					Cum	
Value	Freq	Pct	Pct	Value	Freq	Pct	Pct	Value	Freq	Pct	Pct	Value	Freq	Pct
1	655	57	57	2	415	36	93	3	81	7	100			
V23	Inf melden													
				Cum				Cum					Cum	
Value	Freq	Pct	Pct	Value	Freq	Pct	Pct	Value	Freq	Pct	Pct	Value	Freq	Pct
1	836	41	41	2	770	38	80	3	410	20	100			
V23A	Meldung und Test													
				Cum				Cum					Cum	
Value	Freq	Pct	Pct	Value	Freq	Pct	Pct	Value	Freq	Pct	Pct	Value	Freq	Pct
1	1007	50	50	2	384	19	69	3	611	31	100			
V24A	Massn Aufklaerung													
Mean		6,381			Std dev		1,181		Minimum		1,000			
Maximum		7,000												
V24B	Massn oeffentl Kampagnen													
Mean		5,820			Std dev		1,440		Minimum		1,000			
Maximum		7,000												

V24C	Massn kirchl Aufrufe				
Mean	4,287	Std dev	2,039	Minimum	1,000
Maximum	7,000				
V24D	Massn kostenl Verteilung				
Mean	4,074	Std dev	2,209	Minimum	1,000
Maximum	7,000				
V24E	Massn Straffreiheit				
Mean	2,509	Std dev	1,800	Minimum	1,000
Maximum	7,000				
V24F	Massn Registrierung				
Mean	4,603	Std dev	1,985	Minimum	1,000
Maximum	7,000				
V24G	Massn Sex Kontaktverbot				
Mean	4,748	Std dev	2,111	Minimum	1,000
Maximum	7,000				
V24H	Massn Taetigkeitsverbot				
Mean	5,943	Std dev	1,757	Minimum	1,000
Maximum	7,000				
V24J	Massn Wiedereinfuehrung				
Mean	3,619	Std dev	2,083	Minimum	1,000
Maximum	7,000				
V25A	Leichtsinn				
Mean	4,037	Std dev	1,952	Minimum	1,000
Maximum	7,000				
V25B	Infzahl zurueckgehen				
Mean	3,137	Std dev	1,650	Minimum	1,000
Maximum	7,000				
V25C	unvorsichtig				
Mean	4,219	Std dev	1,794	Minimum	1,000
Maximum	7,000				
V25D	Behoerden tun viel				
Mean	4,182	Std dev	1,712	Minimum	1,000
Maximum	7,000				
V25E	zu viel Aufmerksamkeit				
Mean	2,831	Std dev	1,731	Minimum	1,000
Maximum	7,000				
V25F	Strafe d Himmels				
Mean	2,428	Std dev	1,840	Minimum	1,000
Maximum	7,000				
V25G	selber schuld				
Mean	3,329	Std dev	1,920	Minimum	1,000
Maximum	7,000				
V25H	Sexmoral				
Mean	2,740	Std dev	1,884	Minimum	1,000

Maximum	7,000											
V26	Infizierbesorgnis, persoendlich +											
Mean	1,877			Std dev	1,340			Minimum	1,000			
Maximum	7,000											
V26A	Infizierbesorgnis, Familie +											
Mean	2,119			Std dev	1,562			Minimum	1,000			
Maximum	7,000											
V26B	Infizierbesorgnis, Freunde +											
Mean	2,386			Std dev	1,571			Minimum	1,000			
Maximum	7,000											
V29A	hoehere Krankenbeitraege											
			Cum				Cum					Cum
Value	Freq	Pct	Pct	Value	Freq	Pct	Pct	Value	Freq	Pct	Pct	
2	1411	70	70	3	279	14	84	4	332	16	100	
V29B	Arbeitnehmer entlassen											
			Cum				Cum					Cum
Value	Freq	Pct	Pct	Value	Freq	Pct	Pct	Value	Freq	Pct	Pct	
2	1596	79	79	3	237	12	91	4	189	9	100	
V29C	Einreise verwehren											
			Cum				Cum					Cum
Value	Freq	Pct	Pct	Value	Freq	Pct	Pct	Value	Freq	Pct	Pct	
2	446	22	22	3	245	12	34	4	1326	66	100	
V29D	zentral melden											
			Cum				Cum					Cum
Value	Freq	Pct	Pct	Value	Freq	Pct	Pct	Value	Freq	Pct	Pct	
2	841	42	42	3	320	16	58	4	858	42	100	
V29E	wie TB absondern											
			Cum				Cum					Cum
Value	Freq	Pct	Pct	Value	Freq	Pct	Pct	Value	Freq	Pct	Pct	
2	1061	52	52	3	337	17	69	4	623	31	100	
V29F	Personalausweis											
			Cum				Cum					Cum
Value	Freq	Pct	Pct	Value	Freq	Pct	Pct	Value	Freq	Pct	Pct	
2	1358	67	67	3	320	16	83	4	343	17	100	
V34	Politikinteresse+-											
			Cum				Cum					Cum
Value	Freq	Pct	Pct	Value	Freq	Pct	Pct	Value	Freq	Pct	Pct	
1	132	7	7	3	859	43	69	5	179	9	100	
2	399	20	26	4	444	22	91					
V39	Schicht											
			Cum				Cum					Cum
Value	Freq	Pct	Pct	Value	Freq	Pct	Pct	Value	Freq	Pct	Pct	
1	15	1	1	3	980	54	90	5	16	1	100	
2	636	35	36	4	169	9	99					

V40	LinksRechts											
Mean	5,205	Std dev	1,888	Minimum	1,000							
Maximum	10,000											
V41A	Autor1											
Mean	3,546	Std dev	1,817	Minimum	1,000							
Maximum	7,000											
V41B	Autor2											
Mean	4,481	Std dev	1,836	Minimum	1,000							
Maximum	7,000											
V41C	Autor3											
Mean	3,599	Std dev	1,795	Minimum	1,000							
Maximum	7,000											
V41D	Autor4											
Mean	3,270	Std dev	1,755	Minimum	1,000							
Maximum	7,000											
S1	Geschlecht mlw2											
	Cum				Cum							
Value	Freq	Pct	Pct	Value	Freq	Pct	Pct					
1	944	47	47	2	1081	53	100					
S3	Schulabschluss +											
	Cum				Cum							
Value	Freq	Pct	Pct	Value	Freq	Pct	Pct	Value	Freq	Pct	Pct	
2	62	3	3	4	497	25	81	6	295	15	100	
3	1071	53	57	5	80	4	85					
S10	Arbeitszufriedenheit											
Mean	2,931	Std dev	1,583	Minimum	1,000							
Maximum	7,000											
S12	Famstand											
	Cum				Cum				Cum			
Value	Freq	Pct	Pct	Value	Freq	Pct	Pct	Value	Freq	Pct	Pct	
1	1162	57	57	3	255	13	72	5	459	23	100	
2	42	2	59	4	107	5	77					
S12A	Partner											
	Cum				Cum							
Value	Freq	Pct	Pct	Value	Freq	Pct	Pct					
1	120	14	14	2	743	86	100					
S17	Kirchgang + -											
	Cum				Cum				Cum			
Value	Freq	Pct	Pct	Value	Freq	Pct	Pct	Value	Freq	Pct	Pct	
1	49	2	2	3	246	12	28	5	563	28	81	
2	264	13	16	4	507	25	53	6	388	19	100	
S18	BTW-Wahl c1s2f3g4r5nw96vw97wn98											
	Cum				Cum				Cum			
Value	Freq	Pct	Pct	Value	Freq	Pct	Pct	Value	Freq	Pct	Pct	
1	497	25	25	4	194	10	71	97	207	10	90	
2	623	31	56	5	81	4	75	98	194	10	100	
3	107	5	61	96	111	6	80					



G1					
Mean	4,529	Std dev	1,866	Minimum	1,000
Maximum	7,000				
G2					
Mean	3,087	Std dev	1,738	Minimum	1,000
Maximum	7,000				
G3					
Mean	3,493	Std dev	1,448	Minimum	1,000
Maximum	7,000				
G4RCD					
Mean	4,320	Std dev	1,709	Minimum	1,000
Maximum	7,000				
G5					
Mean	4,473	Std dev	1,621	Minimum	1,000
Maximum	7,000				
G6RCD					
Mean	3,849	Std dev	1,801	Minimum	1,000
Maximum	7,000				
G7					
Mean	4,066	Std dev	1,617	Minimum	1,000
Maximum	7,000				
G8RCD					
Mean	4,797	Std dev	1,582	Minimum	1,000
Maximum	7,000				
G9RCD					
Mean	5,313	Std dev	1,338	Minimum	1,000
Maximum	7,000				
G10					
Mean	3,525	Std dev	1,491	Minimum	1,000
Maximum	7,000				
G11					
Mean	3,731	Std dev	1,601	Minimum	1,000
Maximum	7,000				
G12					
Mean	4,695	Std dev	1,566	Minimum	1,000
Maximum	7,000				
G13RCD					
Mean	5,124	Std dev	1,595	Minimum	1,000

Maximum	7,000				
G14					
Mean	3,182	Std dev	1,533	Minimum	1,000
Maximum	7,000				
G15					
Mean	4,075	Std dev	1,490	Minimum	1,000
Maximum	7,000				
G16					
Mean	4,646	Std dev	1,474	Minimum	1,000
Maximum	7,000				
G17					
Mean	3,397	Std dev	1,764	Minimum	1,000
Maximum	7,000				
G18					
Mean	4,341	Std dev	1,620	Minimum	1,000
Maximum	7,000				
G19					
Mean	3,882	Std dev	1,663	Minimum	1,000
Maximum	7,000				
G20					
Mean	3,529	Std dev	1,444	Minimum	1,000
Maximum	7,000				
G21					
Mean	4,444	Std dev	1,570	Minimum	1,000
Maximum	7,000				
G22					
Mean	4,836	Std dev	1,564	Minimum	1,000
Maximum	7,000				
G23					
Mean	4,999	Std dev	1,316	Minimum	1,000
Maximum	7,000				
G24RCD					
Mean	4,184	Std dev	1,547	Minimum	1,000
Maximum	7,000				
G25RCD					
Mean	3,290	Std dev	1,383	Minimum	1,000
Maximum	7,000				
G26					
Mean	3,419	Std dev	1,486	Minimum	1,000
Maximum	7,000				
G27					
Mean	4,622	Std dev	1,559	Minimum	1,000
Maximum	7,000				

G28										
Mean	5,061	Std dev	1,516	Minimum	1,000					
Maximum	7,000									
G29										
Mean	3,364	Std dev	1,459	Minimum	1,000					
Maximum	7,000									
G30										
Mean	2,919	Std dev	1,445	Minimum	1,000					
Maximum	7,000									
G31RCD										
Mean	4,108	Std dev	1,451	Minimum	1,000					
Maximum	7,000									
G32										
Mean	4,640	Std dev	1,443	Minimum	1,000					
Maximum	7,000									
G33										
Mean	4,968	Std dev	1,404	Minimum	1,000					
Maximum	7,000									
G34										
Mean	3,210	Std dev	1,451	Minimum	1,000					
Maximum	7,000									
G35										
Mean	4,245	Std dev	1,629	Minimum	1,000					
Maximum	7,000									
G36RCD										
Mean	4,886	Std dev	1,433	Minimum	1,000					
Maximum	7,000									
G37										
Mean	4,521	Std dev	1,359	Minimum	1,000					
Maximum	7,000									
G38RCD										
Mean	4,771	Std dev	1,504	Minimum	1,000					
Maximum	7,000									
G39RCD										
Mean	3,423	Std dev	1,650	Minimum	1,000					
Maximum	7,000									
G40RCD										
Mean	5,005	Std dev	1,577	Minimum	1,000					
Maximum	7,000									

V32B1	PersV Treue															
			Cum					Cum					Cum			
	Value	Freq	Pct	Pct	Value	Freq	Pct	Pct	Value	Freq	Pct	Pct	Value	Freq	Pct	Pct
	1	1532	77	77	2	401	20	97	3	53	3	100				

V32B2 PersV Sex meiden

			Cum				Cum					Cum
Value	Freq	Pct	Pct	Value	Freq	Pct	Pct	Value	Freq	Pct	Pct	Cum
1	200	10	10	2	345	18	28	3	1421	72	100	
V32B3	PersV	P	sorgf	wahlen								
			Cum				Cum					Cum
Value	Freq	Pct	Pct	Value	Freq	Pct	Pct	Value	Freq	Pct	Pct	Cum
1	1324	67	67	2	593	30	97	3	54	3	100	
V32B4	PersV	immer	Kondome									
			Cum				Cum					Cum
Value	Freq	Pct	Pct	Value	Freq	Pct	Pct	Value	Freq	Pct	Pct	Cum
1	725	37	37	2	614	31	68	3	621	32	100	
V32B5	PersV	Kondome	mit	Unbek								
			Cum				Cum					Cum
Value	Freq	Pct	Pct	Value	Freq	Pct	Pct	Value	Freq	Pct	Pct	Cum
1	1729	88	88	2	196	10	98	3	37	2	100	
V32B6	PersV	Test	verlangen									
			Cum				Cum					Cum
Value	Freq	Pct	Pct	Value	Freq	Pct	Pct	Value	Freq	Pct	Pct	Cum
1	644	33	33	2	792	41	74	3	513	26	100	
V32B7	PersV	keine	Prostituierten									
			Cum				Cum					Cum
Value	Freq	Pct	Pct	Value	Freq	Pct	Pct	Value	Freq	Pct	Pct	Cum
1	1397	71	71	2	406	21	92	3	163	8	100	
V32B8	PersV	keine	homosex	Bez								
			Cum				Cum					Cum
Value	Freq	Pct	Pct	Value	Freq	Pct	Pct	Value	Freq	Pct	Pct	Cum
1	1415	72	72	2	340	17	89	3	207	11	100	
V32B9	PersV	Vorsicht	mit	Aidskranken								
			Cum				Cum					Cum
Value	Freq	Pct	Pct	Value	Freq	Pct	Pct	Value	Freq	Pct	Pct	Cum
1	872	44	44	2	827	42	86	3	270	14	100	
V32B10	PersV	Transfusion	meiden									
			Cum				Cum					Cum
Value	Freq	Pct	Pct	Value	Freq	Pct	Pct	Value	Freq	Pct	Pct	Cum
1	659	34	34	2	800	41	75	3	495	25	100	
V32B11	PersV	Vorsicht	mit	Fremden								
			Cum				Cum					Cum
Value	Freq	Pct	Pct	Value	Freq	Pct	Pct	Value	Freq	Pct	Pct	Cum
1	420	21	21	2	815	41	63	3	729	37	100	
V32B12	PersV	Baeder	etc	meiden								
			Cum				Cum					Cum
Value	Freq	Pct	Pct	Value	Freq	Pct	Pct	Value	Freq	Pct	Pct	Cum
1	135	7	7	2	423	22	28	3	1407	72	100	
V32B13	PersV	Test	machen	lassen								
			Cum				Cum					Cum
Value	Freq	Pct	Pct	Value	Freq	Pct	Pct	Value	Freq	Pct	Pct	Cum

	1	401	20	20		2	906	46	66		3	664	34	100		
V32C	Bereitschaft zu neuem Sexualkontakt															
				Cum					Cum					Cum		
	Value	Freq	Pct	Pct	Value	Freq	Pct	Pct	Value	Freq	Pct	Pct	Value	Freq	Pct	Pct
	2	1265	64	64	3	284	14	78	4	429	22	100				
V32D	intim 12 Mon															
				Cum					Cum							
	Value	Freq	Pct	Pct	Value	Freq	Pct	Pct	Value	Freq	Pct	Pct	Value	Freq	Pct	Pct
	1	1447	74	74	2	511	26	100								
V32E	mehrere Partner															
				Cum					Cum							
	Value	Freq	Pct	Pct	Value	Freq	Pct	Pct	Value	Freq	Pct	Pct	Value	Freq	Pct	Pct
	1	260	18	18	2	1170	82	100								
V32F	pers Infektionsgefahr															
				Cum					Cum							
	Value	Freq	Pct	Pct	Value	Freq	Pct	Pct	Value	Freq	Pct	Pct	Value	Freq	Pct	Pct
	1	104	5	5	3	933	48	92	2	775	40	45	4	147	8	100
	2	775	40	45	4	147	8	100								
V32G	Test gemacht jalnein2															
				Cum					Cum							
	Value	Freq	Pct	Pct	Value	Freq	Pct	Pct	Value	Freq	Pct	Pct	Value	Freq	Pct	Pct
	1	162	8	8	2	1787	92	100								
V32H1	Kontakt gl Raum															
				Cum					Cum							
	Value	Freq	Pct	Pct	Value	Freq	Pct	Pct	Value	Freq	Pct	Pct	Value	Freq	Pct	Pct
	1	938	47	47	3	333	17	95	2	610	31	78	4	98	5	100
	2	610	31	78	4	98	5	100								
V32H2	Kontakt Nachbarschaft															
				Cum					Cum							
	Value	Freq	Pct	Pct	Value	Freq	Pct	Pct	Value	Freq	Pct	Pct	Value	Freq	Pct	Pct
	1	975	49	49	3	310	16	97	2	629	32	81	4	65	3	100
	2	629	32	81	4	65	3	100								
V32H3	Kontakt Wohnung															
				Cum					Cum							
	Value	Freq	Pct	Pct	Value	Freq	Pct	Pct	Value	Freq	Pct	Pct	Value	Freq	Pct	Pct
	1	250	13	13	3	670	34	79	2	650	33	45	4	409	21	100
	2	650	33	45	4	409	21	100								
V32H4	Kontakt Kind in Schulklasse															
				Cum					Cum							
	Value	Freq	Pct	Pct	Value	Freq	Pct	Pct	Value	Freq	Pct	Pct	Value	Freq	Pct	Pct
	1	510	26	26	3	543	28	87	2	660	34	59	4	257	13	100
	2	660	34	59	4	257	13	100								
V32H5	Kontakt Verwandter															
				Cum					Cum							
	Value	Freq	Pct	Pct	Value	Freq	Pct	Pct	Value	Freq	Pct	Pct	Value	Freq	Pct	Pct
	1	331	17	17	3	662	33	88	2	754	38	55	4	233	12	100
	2	754	38	55	4	233	12	100								
V32H6	Kontakt Partner															

Value	Cum			Value	Cum		
	Freq	Pct	Pct		Freq	Pct	Pct
1	160	8	8	3	665	34	66
2	470	24	32	4	678	34	100
V32J1	Minor Atomkraftgegner						
Mean	62,233			Std dev	30,960	Minimum	,000
Maximum	100,000						
V32J2	Minor Homosexuelle						
Mean	27,158			Std dev	28,390	Minimum	,000
Maximum	100,000						
V32J3	Minor Feministinnen						
Mean	31,394			Std dev	28,182	Minimum	,000
Maximum	100,000						
V32J4	Minor Spaetaussiedler						
Mean	49,567			Std dev	28,533	Minimum	,000
Maximum	100,000						
V32J5	Minor Alkoholiker						
Mean	24,988			Std dev	23,764	Minimum	,000
Maximum	100,000						
V32J6	Minor Prostituierte						
Mean	22,816			Std dev	25,085	Minimum	,000
Maximum	100,000						
V32J7	Minor Zigeuner						
Mean	34,348			Std dev	27,466	Minimum	,000
Maximum	100,000						
V32J8	Minor tuerk Gastarb						
Mean	44,583			Std dev	28,019	Minimum	,000
Maximum	100,000						
V32J9	Minor Asylbewerber						
Mean	35,811			Std dev	26,740	Minimum	,000
Maximum	100,000						
V32J10	Minor Drogenabhaengige						
Mean	21,648			Std dev	23,496	Minimum	,000
Maximum	100,000						
V32J11	Minor geistig Behinderte						
Mean	59,832			Std dev	28,747	Minimum	,000
Maximum	100,000						
V32J12	Minor Terroristen						
Mean	5,784			Std dev	15,597	Minimum	,000
Maximum	100,000						
ALTER	Alter in Jahren						
Mean	45,494			Std dev	17,121	Minimum	18,000
Maximum	89,000						
ALTKAT	Alterskategorien 1=-30,2=31-45,3=46-60,4						

		Cum				Cum				
Value	Freq	Pct	Pct	Value	Freq	Pct	Pct			
1,00	493	25	25	3,00	491	25	78			
2,00	577	29	54	4,00	434	22	100			
GV0	Keinen Sexualpartner in 12 Mon									
		Cum				Cum				
Value	Freq	Pct	Pct	Value	Freq	Pct	Pct			
,00	1447	74	74	1,00	511	26	100			
GV1	Einen Sexualpartner in 12 Mon									
		Cum				Cum				
Value	Freq	Pct	Pct	Value	Freq	Pct	Pct			
,00	771	40	40	1,00	1170	60	100			
GV2	Mehrere Sexualpartner in 12 Mon									
		Cum				Cum				
Value	Freq	Pct	Pct	Value	Freq	Pct	Pct			
,00	1681	87	87	1,00	260	13	100			
INFOGRAD	Informationsgrad niedrig, hoch Onlh									
		Cum				Cum				
Value	Freq	Pct	Pct	Value	Freq	Pct	Pct			
,00	691	34	34	1,00	1326	66	100			
VERH	verheiratet 1j0n									
		Cum				Cum				
Value	Freq	Pct	Pct	Value	Freq	Pct	Pct			
,00	863	43	43	1,00	1162	57	100			
LEDIG	ledig 1j0n									
		Cum				Cum				
Value	Freq	Pct	Pct	Value	Freq	Pct	Pct			
,00	1566	77	77	1,00	459	23	100			
SOZRES	soziale Resonanz negativ, positiv +									
Mean	29,070			Std dev	5,257			Minimum	6,000	
Maximum	42,000									
DOMIN	dominant, gefügig +									
Mean	26,272			Std dev	4,776			Minimum	9,000	
Maximum	42,000									
KONTROL	unterkontrolliert, zwanghaft +									
Mean	26,290			Std dev	4,926			Minimum	6,000	
Maximum	41,000									
GRSTIMM	hypomanisch, depressiv +									
Mean	22,400			Std dev	5,598			Minimum	6,000	
Maximum	42,000									
DURCHL	durchlässig, retentiv +									
Mean	21,698			Std dev	5,702			Minimum	6,000	
Maximum	42,000									
SELBWERT	Selbstwert +									
Mean	29,963			Std dev	5,687			Minimum	6,000	
Maximum	42,000									

AUTOR	Autoritär Pers., gering stark +				
Mean	14,901	Std dev	5,764	Minimum	4,000
Maximum	28,000				
MINOR1	Faktor Minorsympathie, äusserlich erkennbar +				
Mean	114,655	Std dev	71,084	Minimum	,000
Maximum	300,000				
MINOR2	Faktor Minorsympathie, Risikogruppen +				
Mean	71,636	Std dev	64,400	Minimum	,000
Maximum	300,000				
MINOR3	Faktor Minorsympathie, politische Minderheiten +				
Mean	93,568	Std dev	47,497	Minimum	,000
Maximum	200,000				
RISIKO	Perz Ansteckungsrisiko, gering hoch +				
Mean	8,632	Std dev	7,643	Minimum	,000
Maximum	42,000				
SCHULD	Inf sind leichtsinnig, selber schuld, unvo				
Mean	11,580	Std dev	4,610	Minimum	3,000
Maximum	21,000				
MORAL	Himmelsstrafe und Sexualmoral +				
Mean	5,168	Std dev	3,296	Minimum	2,000
Maximum	14,000				
PREVMASS	harte Restriktion - staatl Maßnahme +				
Mean	12,961	Std dev	4,937	Minimum	3,000
Maximum	21,000				
INFMASS	Bestrafen, Ausgrenzen - staatl Maßnahme +				
Mean	10,052	Std dev	2,204	Minimum	8,000
Maximum	16,000				
AUFKLAER	Oeffentl Aufklaerung - staatl Maßnahme +				
Mean	12,201	Std dev	2,232	Minimum	2,000
Maximum	14,000				
DROGHILF	Spritzen f Drogenabh - staatl Maßnahme +				
Mean	4,074	Std dev	2,209	Minimum	1,000
Maximum	7,000				
MEIDEN	vermeidende Verhaltensintention + -				
Mean	7,431	Std dev	1,528	Minimum	3,000
Maximum	9,000				
SAUBSEX	Solide Monogamie, clean sex Verhaltensintention + -				
Mean	4,113	Std dev	1,411	Minimum	3,000
Maximum	9,000				
KONDOME	kondome benutzen Verhaltensintention + -				
Mean	1,138	Std dev	,396	Minimum	1,000
Maximum	3,000				
KONTAKT	kontaktschwierigkeiten bei AIDS +				



Mean            13,778            Std dev            4,404            Minimum            6,000  
 Maximum        24,000

LEBPHAS    Lebensphase 4 Gruppen

Cum				Cum			
Value	Freq	Pct	Pct	Value	Freq	Pct	Pct
JOP 1,00	418	21	21	AOP 3,00	315	16	69
JMP 2,00	652	33	54	AMP 4,00	610	31	100

JOP

Cum				Cum			
Value	Freq	Pct	Pct	Value	Freq	Pct	Pct
,00	1577	79	79	1,00	418	21	100

JMP

Cum				Cum			
Value	Freq	Pct	Pct	Value	Freq	Pct	Pct
,00	1343	67	67	1,00	652	33	100

AOP

Cum				Cum			
Value	Freq	Pct	Pct	Value	Freq	Pct	Pct
,00	1680	84	84	1,00	315	16	100

AMP

Cum				Cum			
Value	Freq	Pct	Pct	Value	Freq	Pct	Pct
,00	1385	69	69	1,00	610	31	100

LPH\_S1    Lebphas nach Geschl

Cum				Cum				Cum			
Value	Freq	Pct	Pct	Value	Freq	Pct	Pct	Value	Freq	Pct	Pct
1,00	210	11	11	4,00	359	18	47	7,00	226	11	87
2,00	274	14	24	5,00	208	10	57	8,00	251	13	100
3,00	89	4	29	6,00	378	19	76				

## Polychorische bzw. polyserielle Korrelationen (PRELIS).

```

1          P C - P R E L I S  1.10
0          BY
0          KARL G JORESKOG AND DAG SORBOM

ODISTRIBUTION OF MISSING VALUES
OTOTAL SAMPLE SIZE = 2025
ONUMBER OF MISSING VALUES  0  1  2  3  4  5  6  7  8  9 10 11
12
          NUMBER OF CASES1044 531 180 99 65 20 17 11 6 8 10 5
3
ONUMBER OF MISSING VALUES 13 14 15 16 17 18 19 20 21
          NUMBER OF CASES  1  1  3  1 11  4  3  1  1
0CONVERSION OF ORIGINAL VALUES TO CATEGORIES
0          CATEGORY
OVARIABLE          1          2          3          4          5          6          7
+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+
    GESUND          1.00    2.00    3.00    4.00    5.00    6.00    7.00
    INFOBED          1.00    2.00
    ALLGBEUN          1.00    2.00    3.00    4.00
    ANTINF           1.00    2.00    3.00    4.00
    BES              1.00    2.00    3.00    4.00    5.00    6.00    7.00
    BESFA            1.00    2.00    3.00    4.00    5.00    6.00    7.00
    BESFR            1.00    2.00    3.00    4.00    5.00    6.00    7.00
    SEX              1.00    2.00
    EDUC             2.00    3.00    4.00    5.00    6.00
    KIGA             1.00    2.00    3.00    4.00    5.00    6.00
    NEUSEX           2.00    3.00    4.00
    TEST            1.00    2.00
    GV0              .00    1.00
    GV1              .00    1.00
    GV2              .00    1.00
    GV               .00    1.00    2.00
    INFOGRAD         .00    1.00
    DROGHILF         1.00    2.00    3.00    4.00    5.00    6.00    7.00
    MEIDEN           3.00    4.00    5.00    6.00    7.00    8.00    9.00
    SAUBSEX          3.00    4.00    5.00    6.00    7.00    8.00    9.00
    KONDOM           1.00    2.00    3.00
    JOP              .00    1.00
    JMP              .00    1.00
    AOP              .00    1.00
    AMP              .00    1.00
0UNIVARIATE FREQUENCY DISTRIBUTIONS FOR ORDINAL VARIABLES
0          CATEGORY
OVARIABLE          1  2  3  4  5  6  7
+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+
    GESUND          26 63 133 274 449 575 504
    INFOBED        1585 400
    ALLGBEUN        130 437 889 563
    ANTINF          595 640 271 147
    BES             1132 370 177 147 60 33 22
    BESFA           991 360 204 155 85 43 55
    BESFR           713 295 272 208 110 34 41
    SEX             9441081
    EDUC            621071 497 80 295
    KIGA            49 264 246 507 563 388

```

NEUSEX	1265	284	429					
TEST	1621787							
GV0	1447	511						
GV1	7711170							
GV2	1681	260						
GV	5111170	260						
INFOGRAD	6911326							
DROGHILF	453	155	161	339	246	239	418	
MEIDEN	55	51	120	232	384	519	582	
SAUBSEX	945	410	265	168	101	48	14	
KONDOME	1729	196	37					
JOP	1577	418						
JMP	1343	652						
AOP	1680	315						
AMP	1385	610						

OUNIVARIATE SUMMARY STATISTICS FOR CONTINUOUS VARIABLES

OVARIABLE	MEAN	ST. DEV.	SKEWNESS	KURTOSIS	MINIMUM	FREQ.	MAXIMUM
FREQ.							
+							
-----							
AGE	45.494	17.121	.320	-.913	18.000	20	89.000
1							
SOZRES	29.070	5.257	-.088	-.055	6.000	1	42.000
5							
DOMIN	26.272	4.776	-.096	.262	9.000	1	42.000
2							
KONTROL	26.290	4.926	-.072	.472	6.000	1	41.000
1							
GRSTIMM	22.400	5.598	.011	.330	6.000	5	42.000
1							
DURCHL	21.698	5.702	.088	.053	6.000	6	42.000
2							
SELBWERT	29.963	5.687	-.205	-.289	6.000	1	42.000
18							
AUTOR	14.901	5.764	.016	-.668	4.000	82	28.000
14							
RISKGRUP	71.636	64.400	.913	.297	.000	326	300.000
4							
RISIKO	8.632	7.643	1.014	.825	.000	305	42.000
2							
SCHULD	11.580	4.610	.077	-.774	3.000	80	21.000
64							
MORAL	5.168	3.296	.865	-.184	2.000	680	14.000
43							
PREVMASS	12.961	4.937	-.259	-.720	3.000	103	21.000
139							
INFMASS	10.052	2.204	.934	.051	8.000	776	16.000
64							
AUFKLAER	12.201	2.232	-1.641	2.956	2.000	6	14.000
820							
KONTAKT	13.778	4.404	.268	-.678	6.000	72	24.000
31							

ESTIMATED CORRELATION MATRIX

	GESUND	INFOBED	ALLGBEUN	ANTINF	BES	BESFA
+						
-----						
GESUND	1.000					
INFOBED	-.065	1.000				
ALLGBEUN	.156	.022	1.000			

ANTINF	.008	.126	.092	1.000		
BES	.170	.227	.253	.086	1.000	
BESFA	.062	.207	.241	.119	.738	1.000
BESFR	.121	.231	.268	.157	.770	.755
SEX	-.007	.181	.021	.170	-.047	.079
EDUC	.246	-.118	.177	-.093	.185	.080
KIGA	.164	-.021	.124	-.007	.245	.113
NEUSEX	.278	.062	.158	-.048	.444	.207
TEST	-.092	-.092	-.167	.008	-.265	-.104
AGE	-.438	-.061	-.202	-.049	-.430	-.271
GV0	-.348	.068	-.210	.031	-.264	-.216
GV1	.149	-.025	.094	.006	-.017	.095
GV2	.273	-.059	.151	-.056	.386	.153
GV	.318	-.064	.188	-.043	.315	.192
INFOGRAD	.159	-.127	.137	-.080	.074	.119
SOZRES	.193	-.056	.146	.048	.057	.049
DOMIN	-.049	-.039	-.072	.029	-.127	-.047
KONTROL	-.062	-.034	-.040	.036	-.177	-.034
GRSTIMM	-.275	.125	-.047	.067	.002	.065
DURCHL	-.240	.040	-.113	-.014	-.079	-.080
SELBWERT	.201	-.126	.171	.041	.041	.034
AUTOR	-.154	-.042	-.255	.042	-.289	-.243
RISKGRUP	.063	.007	.191	.054	.228	.181
RISIKO	-.122	.135	-.180	.047	-.010	-.017
SCHULD	-.146	-.015	-.284	.016	-.280	-.276
MORAL	-.159	.057	-.219	.124	-.185	-.116
PREVMASS	-.117	.043	-.197	.069	-.202	-.164
INFMASS	-.110	.063	-.241	.026	-.105	-.152
AUFKLAER	.155	-.008	.237	.008	.137	.117
DROGHILF	.103	.050	.170	.002	.222	.188
MEIDEN	.147	-.102	.263	-.073	.126	.075
SAUBSEX	.130	-.007	.103	.001	.205	.082
KONDOME	-.011	-.004	-.167	-.015	.025	-.040
KONTAKT	-.087	.078	-.192	-.043	-.121	-.102
JOP	.363	.030	.151	-.002	.458	.145
JMP	.260	.061	.102	.051	.094	.168
AOP	-.370	.021	-.172	.005	-.317	-.225
AMP	-.296	-.106	-.106	-.056	-.320	-.151

ESTIMATED CORRELATION MATRIX						
	BESFR	SEX	EDUC	KIGA	NEUSEX	TEST
BESFR	1.000					
SEX	-.053	1.000				
EDUC	.165	-.033	1.000			
KIGA	.213	-.227	.167	1.000		
NEUSEX	.374	-.134	.280	.344	1.000	
TEST	-.279	.058	-.208	-.219	-.381	1.000
AGE	-.433	-.024	-.395	-.343	-.548	.445
GV0	-.291	.184	-.303	-.290	-.224	.396
GV1	.053	-.067	.141	.029	-.368	.062

GV2	.325	-.157	.192	.404	.801	-.433
GV	.305	-.173	.258	.341	.491	-.417
INFOGRAD	.180	-.076	.183	.049	.064	-.067
SOZRES	.041	.082	.132	.010	.055	-.170
DOMIN	-.150	.111	-.158	-.164	-.218	.147
KONTROL	-.163	.044	-.063	-.203	-.284	.190
GRSTIMM	.027	.208	-.087	-.113	-.096	.091
DURCHL	-.087	-.008	-.126	-.012	-.072	.191
SELBWERT	.018	-.140	.168	.088	.048	-.149
AUTOR	-.312	-.004	-.325	-.278	-.355	.298
RISKGRUP	.268	.022	.327	.239	.309	-.212
RISIKO	-.008	.018	-.224	-.225	-.160	.146
SCHULD	-.284	-.022	-.227	-.188	-.239	.147
MORAL	-.148	.083	-.212	-.243	-.196	.106
PREVMASS	-.223	-.004	-.333	-.219	-.283	.191
INFMASS	-.156	-.001	-.264	-.100	-.189	.169
AUFKLAER	.177	.010	.164	.173	.188	-.083
DROGHILF	.218	.034	.149	.165	.181	-.146
MEIDEN	.132	-.081	.292	.220	.252	-.176
SAUBSEX	.188	-.100	.226	.291	.393	-.207
KONDOME	-.029	-.139	-.051	.111	.201	-.131
KONTAKT	-.106	.002	-.250	-.164	-.175	.167
JOP	.359	-.064	.337	.391	.775	-.365
JMP	.191	.107	.225	.088	-.144	-.141
AOP	-.368	.308	-.379	-.276	-.252	.361
AMP	-.274	-.262	-.274	-.207	-.523	.404

0 ESTIMATED CORRELATION MATRIX

0	AGE	GV0	GV1	GV2	GV	INFOGRAD
+						
	AGE	1.000				
	GV0	.558	1.000			
	GV1	-.254	-.999	1.000		
	GV2	-.467	-.942	-.986	1.000	
	GV	-.537	-1.000	.313	1.000	1.000
	INFOGRAD	-.210	-.201	.182	-.013	.118
	SOZRES	-.114	-.207	.129	.085	.160
	DOMIN	.177	.148	.002	-.223	-.179
	KONTROL	.269	.136	.053	-.297	-.203
	GRSTIMM	.146	.232	-.115	-.147	-.200
	DURCHL	.198	.252	-.169	-.079	-.184
	SELBWERT	-.100	-.274	.189	.082	.200
	AUTOR	.437	.352	-.115	-.332	-.344
	RISKGRUP	-.316	-.248	.041	.288	.264
	RISIKO	.227	.178	-.066	-.154	-.169
	SCHULD	.318	.237	-.083	-.214	-.229
	MORAL	.267	.296	-.151	-.187	-.252
	PREVMASS	.318	.269	-.103	-.215	-.245
	INFMASS	.241	.242	-.130	-.149	-.209
	AUFKLAER	-.172	-.179	.086	.131	.163
	DROGHILF	-.143	-.076	-.040	.188	.120
	MEIDEN	-.314	-.370	.175	.274	.337
	SAUBSEX	-.314	-.187	-.031	.309	.240
	KONDOME	-.064	.109	-.203	.180	.013
	KONTAKT	.214	.191	-.102	-.110	-.159
	JOP	-.827	-.197	-.356	.692	.448
	JMP	-.639	-.538	.570	-.288	.203
	AOP	.829	.830	-.751	-.269	-.675
	AMP	.705	-.112	.296	-.405	-.079

ESTIMATED CORRELATION MATRIX							
0	SOZRES	DOMIN	KONTROL	GRSTIMM	DURCHL	SELBWERT	
0							
+							
	SOZRES	1.000					
	DOMIN	.111	1.000				
	KONTROL	.136	.255	1.000			
	GRSTIMM	-.368	.089	.049	1.000		
	DURCHL	-.483	-.027	.109	.312	1.000	
	SELBWERT	.770	.018	.178	-.553	-.449	1.000
	AUTOR	.005	.208	.257	.024	.079	.002
	RISKGRUP	.038	-.149	-.196	.013	-.096	.052
	RISIKO	-.021	.050	.110	.035	.017	-.055
	SCHULD	-.058	.121	.152	.054	.079	-.056
	MORAL	-.110	.062	.140	.140	.099	-.158
	PREVMASS	.042	.203	.204	.020	-.013	.014
	INFMASS	-.076	.037	.052	.043	.059	-.114
	AUFKLAER	.169	.008	-.034	-.035	-.140	.186
	DROGHILF	-.047	-.115	-.120	.034	-.004	-.032
	MEIDEN	.152	-.063	-.109	-.112	-.098	.192
	SAUBSEX	-.016	-.125	-.260	-.074	-.023	-.008
	KONDOME	-.174	-.148	-.164	-.068	.012	-.158
	KONTAKT	-.098	-.020	.095	.061	.093	-.149
	JOP	.010	-.217	-.278	-.096	-.027	-.009
	JMP	.129	-.029	-.087	-.078	-.209	.118
	AOP	-.154	.159	.135	.216	.275	-.226
	AMP	-.035	.099	.225	.007	.048	.043

ESTIMATED CORRELATION MATRIX							
0	AUTOR	RISKGRUP	RISIKO	SCHULD	MORAL	PREVMASS	
0							
+							
	AUTOR	1.000					
	RISKGRUP	-.457	1.000				
	RISIKO	.315	-.209	1.000			
	SCHULD	.505	-.353	.240	1.000		
	MORAL	.467	-.259	.260	.455	1.000	
	PREVMASS	.538	-.421	.314	.480	.391	1.000
	INFMASS	.454	-.316	.318	.374	.393	.486
	AUFKLAER	-.213	.158	-.193	-.137	-.184	-.121
	DROGHILF	-.231	.248	-.136	-.194	-.118	-.267
	MEIDEN	-.380	.320	-.383	-.313	-.379	-.353
	SAUBSEX	-.338	.373	-.225	-.250	-.288	-.373
	KONDOME	-.099	.063	-.051	-.028	-.034	-.039
	KONTAKT	.280	-.330	.374	.264	.274	.312
	JOP	-.364	.311	-.150	-.260	-.179	-.295
	JMP	-.202	.118	-.126	-.176	-.162	-.147
	AOP	.322	-.259	.161	.251	.285	.262
	AMP	.287	-.231	.140	.222	.105	.222

ESTIMATED CORRELATION MATRIX							
0	INFMASS	AUFKLAER	DROGHILF	MEIDEN	SAUBSEX	KONDOME	
0							
+							
	INFMASS	1.000					
	AUFKLAER	-.156	1.000				
	DROGHILF	-.197	.253	1.000			
	MEIDEN	-.416	.227	.156	1.000		
	SAUBSEX	-.256	-.016	.130	.337	1.000	
	KONDOME	.046	-.233	.036	-.079	.413	1.000
	KONTAKT	.433	-.127	-.155	-.360	-.316	-.048
	JOP	-.175	.089	.209	.229	.338	.184

	JMP	-.140	.127	-.013	.163	.087	-.053
	AOP	.247	-.111	-.136	-.306	-.238	.008
	AMP	.105	-.121	-.066	-.137	-.243	-.123
0	ESTIMATED CORRELATION MATRIX						
0	KONTAKT		JOP	JMP	AOP	AMP	
+							
	KONTAKT	1.000					
	JOP	-.157	1.000				
	JMP	-.101	-.970	1.000			
	AOP	.220	-.937	-.960	1.000		
	AMP	.080	-.967	-.982	-.956	1.000	

**Zu Kap. 4.1. Autoritarismus, Kirchenbindung, persönliche und soziale Merkmale: Kongenerisches und tau-equivalentes Faktorenmodell zur Kurzskala "Autoritarismus".**

Kongenerisches Modell:

```

1          DOS - L I S R E L  7.16
0                      BY
0          KARL G JORESKOG AND DAG SORBOM
da ni=4 no=2017 ma=km
la
auto1 auto2 auto3 auto4
km
1.000
.542      1.000
.550      .550      1.000
.540      .412      .542      1.000
mo nx=4 nk=1 lx=fr ph=st
lk
autor
ou tv ss se

```

OLISREL ESTIMATES (MAXIMUM LIKELIHOOD)

```

0          LAMBDA X
0          AUTOR
+
  AUTO1      .757
  AUTO2      .690
  AUTO3      .766
  AUTO4      .682
0          PHI
0          AUTOR
+
  AUTOR      1.000
0          THETA DELTA
0          AUTO1      AUTO2      AUTO3      AUTO4
+
  .427      .524      .413      .534
0          SQUARED MULTIPLE CORRELATIONS FOR X - VARIABLES
0          AUTO1      AUTO2      AUTO3      AUTO4
+
  .573      .476      .587      .466
0          TOTAL COEFFICIENT OF DETERMINATION FOR X - VARIABLES IS      .820

0          CHI-SQUARE WITH  2 DEGREES OF FREEDOM =      54.78 (P = .000)
0          GOODNESS OF FIT INDEX = .987
          ADJUSTED GOODNESS OF FIT INDEX = .937
          ROOT MEAN SQUARE RESIDUAL =      .025

```

-STANDARD ERRORS

```

0          LAMBDA X
0          AUTOR
+
  AUTO1      .021
  AUTO2      .022
  AUTO3      .021
  AUTO4      .022
0          THETA DELTA
0          AUTO1      AUTO2      AUTO3      AUTO4

```



+

\_\_\_\_\_  
.020

\_\_\_\_\_  
.021

\_\_\_\_\_  
.019

\_\_\_\_\_  
.021

-T-VALUES

```

0          LAMBDA X
0          AUTOR
+
    AUTO1      36.015
    AUTO2      32.044
    AUTO3      36.532
    AUTO4      31.608
0          THETA DELTA
0          AUTO1      AUTO2      AUTO3      AUTO4
+
          _____
          21.796      25.126      21.250      25.405

```

Tau-äquivalentes Modell:

```

da ni=4 no=2017 ma=km
la
auto1 auto2 auto3 auto4
km
1.000
.542      1.000
.550      .550      1.000
.540      .412      .542      1.000
mo nx=4 nk=1 lx=fr ph=st
lk
autor
eq lx(1)-lx(4)
ou tv ss se

```

OLISREL ESTIMATES (MAXIMUM LIKELIHOOD)

```

0          LAMBDA X
0          AUTOR
+
    AUTO1      .727
    AUTO2      .727
    AUTO3      .727
    AUTO4      .727
0          PHI
0          AUTOR
+
    AUTOR      1.000
0          THETA DELTA
0          AUTO1      AUTO2      AUTO3      AUTO4
+
          _____
          .437      .515      .430      .522
0          SQUARED MULTIPLE CORRELATIONS FOR X - VARIABLES
0          AUTO1      AUTO2      AUTO3      AUTO4
+
          _____
          .547      .506      .551      .503
0          TOTAL COEFFICIENT OF DETERMINATION FOR X - VARIABLES IS      .817

0          CHI-SQUARE WITH      5 DEGREES OF FREEDOM =      73.77 (P = .000)
0          GOODNESS OF FIT INDEX = .984
          ADJUSTED GOODNESS OF FIT INDEX = .967
          ROOT MEAN SQUARE RESIDUAL =      .047

```

-STANDARD ERRORS

```

0          LAMBDA X
0          AUTOR
+
          _____

```

	AUTO1	.014			
	AUTO2	.014			
	AUTO3	.014			
	AUTO4	.014			
0	THETA DELTA				
0	AUTO1		AUTO2	AUTO3	AUTO4
+		<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
		.018	.020	.018	.020

-T-VALUES

0	LAMBDA X				
0	AUTOR				
+					
	AUTO1	51.603			
	AUTO2	51.603			
	AUTO3	51.603			
	AUTO4	51.603			
0	THETA DELTA				
0	AUTO1		AUTO2	AUTO3	AUTO4
+					
		24.536	25.646	24.418	25.738

**Zu Kap. 4.1. Autoritarismus, Kirchenbindung, persönliche und soziale Merkmale: Korrespondenzanalyse Gießen-Test, Lebensphase und Geschlecht.**

A N A C O R - VERSION 0.4  
BY  
DEPARTMENT OF DATA THEORY  
UNIVERSITY OF LEIDEN, THE NETHERLANDS

The table to be analyzed:

		1	2	3	4	5	6	7
		JoPm	JmPm	AoPm	AmPm	JoPw	JmPw	AoPw
AmPw	Margin							
1	gt11	1,07	,67	1,67	1,17	1,07	,47	1,67
1,07	8,86							
2	gt13	,48	,98	,98	1,28	,58	,78	1,38
1,28	7,74							
3	gt14	,72	,72	1,42	,92	1,12	1,02	1,42
1,02	8,36							
4	gt17	1,60	,50	1,80	,70	1,50	,50	2,00
,50	9,10							
5	gt21	,70	,80	1,00	1,20	,60	1,00	1,40
1,40	8,10							
6	gt30	,98	,78	1,28	1,08	,98	,68	1,68
,78	8,24							
7	gt31	,79	,89	1,29	,99	,49	,99	1,19
1,39	8,02							
8	gt32	,46	,86	,76	,96	,96	1,16	1,26
1,36	7,78							
9	gt34	,89	,69	1,19	1,19	,79	,59	1,89
1,09	8,32							
-----								
	Margin	7,69	6,89	11,39	9,49	8,09	7,19	13,89
9,89	74,52							

Dimension	Singular Value	Inertia	Proportion Explained	Cumulative Proportion
1	,21570	,04653	,752	,752
2	,09043	,00818	,132	,884
3	,06179	,00382	,062	,946
4	,04121	,00170	,027	,973
5	,03191	,00102	,016	,989
6	,02154	,00046	,007	,997
7	,01367	,00019	,003	1,000
Total		,06189	1,000	1,000

Row Scores:

GIT	Marginal Profile	Dim		
		1	2	
1	gt11	,119	-,327	,261
2	gt13	,104	,484	,300
3	gt14	,112	-,014	-,439
4	gt17	,122	-,946	-,187
5	gt21	,109	,425	,087

6 gt30	,111	-,233	,066
7 gt31	,108	,372	,064
8 gt32	,104	,519	-,533
9 gt34	,112	-,079	,374

Contribution of row points to the inertia of each dimension:

GIT	Marginal Profile	Dim	
		1	2
1 gt11	,119	,059	,090
2 gt13	,104	,113	,103
3 gt14	,112	,000	,239
4 gt17	,122	,507	,047
5 gt21	,109	,091	,009
6 gt30	,111	,028	,005
7 gt31	,108	,069	,005
8 gt32	,104	,130	,328
9 gt34	,112	,003	,173
		-----	-----
		1,000	1,000

Contribution of dimensions to the inertia of each row point:

GIT	Marginal	Dim		Total
	Profile	1	2	
1 gt11	,119	,631	,168	,799
2 gt13	,104	,789	,127	,917
3 gt14	,112	,002	,774	,776
4 gt17	,122	,975	,016	,991
5 gt21	,109	,889	,016	,905
6 gt30	,111	,647	,022	,669
7 gt31	,108	,564	,007	,571
8 gt32	,104	,647	,286	,933
9 gt34	,112	,063	,601	,664

Column Scores:

LPHSEX	Marginal	Dim	
	Profile	1	2
1 JoPm	,103	-,670	,104
2 JmPm	,092	,439	,061
3 AoPm	,153	-,362	,063
4 AmPm	,127	,289	,383
5 JoPw	,109	-,493	-,528
6 JmPw	,096	,597	-,593
7 AoPw	,186	-,214	,158
8 AmPw	,133	,624	,077

Contribution of column points to the inertia of each dimension:

LPHSEX	Marginal	Dim	
	Profile	1	2
1 JoPm	,103	,215	,012
2 JmPm	,092	,083	,004
3 AoPm	,153	,093	,007
4 AmPm	,127	,049	,207
5 JoPw	,109	,122	,335
6 JmPw	,096	,159	,376
7 AoPw	,186	,040	,051
8 AmPw	,133	,240	,009
		-----	-----
		1,000	1,000

Contribution of dimensions to the inertia of each column point:

LPHSEX	Marginal	Dim		Total
	Profile	1	2	
1 JoPm	,103	,892	,009	,902
2 JmPm	,092	,851	,007	,858
3 AoPm	,153	,708	,009	,717
4 AmPm	,127	,507	,373	,880
5 JoPw	,109	,605	,291	,895
6 JmPw	,096	,681	,282	,963
7 AoPw	,186	,543	,124	,668
8 AmPw	,133	,938	,006	,944

## Zu Kap. 4.2. Die Bedrohlichkeit von AIDS im Vergleich zu anderen Krankheiten: Korrespondenzanalyse Krankheiten, Lebensphase und Geschlecht.

A N A C O R - VERSION 0.4  
BY  
DEPARTMENT OF DATA THEORY  
UNIVERSITY OF LEIDEN, THE NETHERLANDS

The table to be analyzed:

		1	2	3	4	5	6	7
8								
		FJoP	FJmP	FAoP	FAmP	MJoP	MJmP	MAoP
MAmP	Margin							
1	kreb	60	64	72	72	46	59	60
68	501							
2	aids	61	53	27	37	57	52	32
32	351							
3	qusl	40	39	43	35	52	52	36
44	341							
4	geik	31	31	27	29	33	28	30
32	241							
5	herz	10	11	20	19	15	13	28
23	139							
6	schl	10	9	25	16	8	10	22
14	114							
-----								
	Margin	212	207	214	208	211	214	208
213	1687							

Dimension	Singular Value	Inertia	Proportion Explained	Cumulative Proportion
1	,19158	,03670	,781	,781
2	,07319	,00536	,114	,895
3	,05210	,00271	,058	,952
4	,04553	,00207	,044	,996
5	,01314	,00017	,004	1,000
Total		,04702	1,000	1,000

Row Scores:

(Für die Graphik im Text wurden die Werte der Koordinaten zu einer Konstanten addiert, um nur positive Werte abbilden zu können)

KH	Marginal Profile	Dim	
		1	2
1 kreb	,297	,192	-,335
2 aids	,208	-,633	-,044
3 qusl	,202	-,158	,302
4 geik	,143	-,067	,079
5 herz	,082	,677	,492
6 schl	,068	,893	-,063

Contribution of row points to the inertia of each dimension:

KH	Marginal Profile	Dim	
		1	2
1 kreb	,297	,057	,455
2 aids	,208	,435	,006



3 qusl	,202	,026	,252
4 geik	,143	,003	,012
5 herz	,082	,197	,272
6 schl	,068	,281	,004
	-----	-----	
	1,000	1,000	

Contribution of dimensions to the inertia of each row point:

KH	Marginal	Dim		Total
	Profile	1	2	
1 kreb	,297	,429	,500	,929
2 aids	,208	,959	,002	,960
3 qusl	,202	,260	,363	,623
4 geik	,143	,188	,100	,288
5 herz	,082	,764	,154	,917
6 schl	,068	,886	,002	,888

Column Scores:

LPHSEX	Marginal	Dim	
	Profile	1	2
1 FJoP	,126	-,487	-,255
2 FJmP	,123	-,353	-,310
3 FAoP	,127	,585	-,122
4 FAmP	,123	,253	-,298
5 MJoP	,125	-,504	,471
6 MJmP	,127	-,340	,104
7 MAoP	,123	,557	,271
8 MAmP	,126	,289	,133

Contribution of column points to the inertia of each dimension:

LPHSEX	Marginal	Dim	
	Profile	1	2
1 FJoP	,126	,155	,112
2 FJmP	,123	,080	,161
3 FAoP	,127	,227	,026
4 FAmP	,123	,041	,150
5 MJoP	,125	,166	,378
6 MJmP	,127	,076	,019
7 MAoP	,123	,199	,124
8 MAmP	,126	,055	,030
		1,000	1,000

Contribution of dimensions to the inertia of each column point:

LPHSEX	Marginal	Dim		Total
		1	2	
1 FJoP	,126	,851	,089	,940
2 FJmP	,123	,751	,221	,972
3 FAoP	,127	,855	,014	,869
4 FAmP	,123	,598	,316	,914
5 MJoP	,125	,746	,249	,995
6 MJmP	,127	,769	,028	,797
7 MAoP	,123	,810	,074	,884
8 MAmP	,126	,610	,049	,659

**Zu Kap. 4.5. Attribuierung von Schuld und Kap. 4.6. Religiöse und moralische Normen: Faktorenmodell "Schuld und Moral".**

```

da ni=19 no=2001 ma=pm
pm fi=b:k422fa.pml
ac fi=b:k422fa.acl
la
v25a v25g v25c v24c v21f v25f v25h v24b v24a v24d v24e v24f v24g v24h v24j
v29a v29b v29e v29f
se
1 2 3 6 7 /
mo nx=5 nk=2 ph=st td=sy,fi
fr lx 1 1 lx 2 1 lx 3 1 lx 4 2 lx 5 2
fr td 1 1 td 2 2 td 3 3 td 4 4 td 5 5
ou tv ss
0          CORRELATION MATRIX TO BE ANALYZED
0          V25A          V25G          V25C          V25F          V25H
+
V25A          1.000
V25G          .601          1.000
V25C          .487          .531          1.000
V25F          .305          .492          .353          1.000
V25H          .338          .492          .328          .658          1.000
OLISREL ESTIMATES (WEIGHTED LEAST SQUARES)
0          LAMBDA X
0          KSI 1          KSI 2
+
V25A          .688          .000
V25G          .873          .000
V25C          .641          .000
V25F          .000          .809
V25H          .000          .812
0          PHI
0          KSI 1          KSI 2
+
KSI 1          1.000
KSI 2          .657          1.000
0          THETA DELTA
0          V25A          V25G          V25C          V25F          V25H
+
V25A          .527
V25G          .000          .237
V25C          .000          .000          .589
V25F          .000          .000          .000          .345
V25H          .000          .000          .000          .000          .340
0          SQUARED MULTIPLE CORRELATIONS FOR X - VARIABLES
0          V25A          V25G          V25C          V25F          V25H
+
          .473          .763          .411          .655          .660
0          TOTAL COEFFICIENT OF DETERMINATION FOR X - VARIABLES IS          .950

```

0 CHI-SQUARE WITH 4 DEGREES OF FREEDOM = 23.28 (P = .000)  
0 GOODNESS OF FIT INDEX = .998  
ADJUSTED GOODNESS OF FIT INDEX = .991  
ROOT MEAN SQUARE RESIDUAL = .025

-T-VALUES

0 LAMBDA X  
0 KSI 1 KSI 2  
+  
V25A 42.856 .000  
V25G 46.231 .000  
V25C 40.227 .000  
V25F .000 39.383  
V25H .000 39.338

0 PHI  
0 KSI 1 KSI 2  
+  
KSI 1 .000  
KSI 2 38.359 .000

0 THETA DELTA  
0 V25A V25G V25C V25F V25H  
+  
V25A 13.537  
V25G .000 5.158  
V25C .000 .000 15.504  
V25F .000 .000 .000 7.468  
V25H .000 .000 .000 .000 7.329

-STANDARDIZED SOLUTION

0 LAMBDA X  
0 KSI 1 KSI 2  
+  
V25A .688 .000  
V25G .873 .000  
V25C .641 .000  
V25F .000 .809  
V25H .000 .812

0 PHI  
0 KSI 1 KSI 2  
+  
KSI 1 1.000  
KSI 2 .657 1.000

### Zu Kap. 4.7. Die von AIDS hauptsächlich Betroffenen im Bewußtsein der Bevölkerung: Clusteranalyse Soziale Distanz und Differenzierungsgrad.

\* \* \* \* \* Q U I C K C L U S T E R \* \* \* \* \*

Final Cluster Centers.

Cluster	ZV32JSOD	ZV32JDIF
1	,4299	1,5654
2	-,4008	,3172
3	,5111	-,5996
4	-1,1662	-1,0044
5	1,9660	-,0187

Analysis of Variance.

Variable	Cluster MS	DF	Error MS	DF	F
Prob					
ZV32JSOD	375,3053	4	,229	1942,0	1638,6636
,000					
ZV32JDIF	348,6747	4	,283	1942,0	1228,2335
,000					

Number of Cases in each Cluster.

Cluster	unweighted cases	weighted cases
1	312,0	312,0 (16%)
2	603,0	603,0 (31%)
3	453,0	453,0 (23%)
4	403,0	403,0 (21%)
5	176,0	176,0 ( 9%)
Missing	78	
Valid cases	1947,0	1947,0

- - Description of Subpopulations - -

Summaries of V32JSODI (Soziale Distanz)  
By levels of QCL\_1

Variable	Value	Label	Mean	Std Dev	Cases
For Entire Population			34,9495	16,4031	1947
QCL_1	1		42,0005	9,6191	312
QCL_1	2		28,3748	6,6617	603
QCL_1	3		43,3337	6,9151	453
QCL_1	4		15,8201	7,6815	403
QCL_1	5		67,1974	10,3778	176

Summaries of V32JDIF (Differenzierungsgrad)  
By levels of QCL\_1

Variable	Value	Label	Mean	Std Dev	Cases
For Entire Population			20,6320	7,8548	1947
QCL_1	1		32,9282	4,6808	312
QCL_1	2		23,1234	3,1796	603
QCL_1	3		15,9220	4,1048	453
QCL_1	4		12,7430	4,2630	403
QCL_1	5		20,4855	5,9487	176

**Zu Kap. 4.7. Die von AIDS hauptsächlich Betroffenen im Bewußtsein der Bevölkerung: Korrespondenzanalyse Minderheitensympathie und Wahlabsicht.**

-----Correspondence Analysis-----

----

Date/Time        06-30-1993  08:42:36  
 Data Base Name B:corres1  
 Description     Data base created at 18:07:09 on 12-12-1992

	Raw Data						
	CDU	SPD	FDP	GRUNE	REPS	NW	VW
Total							
Atomkrg 4,432	551	649	589	848	509	654	632
Homosex 2,001	195	259	287	522	202	238	298
Feminist 2,236	256	313	306	519	224	279	339
Spataus 3,429	504	486	562	547	321	534	475
Alkohol 1,756	221	245	278	341	209	246	216
Prostit 1,721	176	225	248	366	252	236	218
Zigeuner 2,440	311	332	393	512	240	314	338
turkGast 3,093	416	445	535	603	249	417	428
Asylbew 2,494	328	344	383	531	172	395	341
Drogenab 1,561	187	199	221	371	170	223	190
geistBeh 4,091	604	583	580	663	512	573	576
Total 29,254	3,749	4,080	4,382	5,823	3,060	4,109	4,051

	Row Profiles						
	CDU	SPD	FDP	GRUNE	REPS	NW	VW
Total							
Atomkrg 100.00	12.43	14.64	13.29	19.13	11.48	14.76	14.26
Homosex 100.00	9.75	12.94	14.34	26.09	10.09	11.89	14.89
Feminist 100.00	11.45	14.00	13.69	23.21	10.02	12.48	15.16
Spataus 100.00	14.70	14.17	16.39	15.95	9.36	15.57	13.85
Alkohol 100.00	12.59	13.95	15.83	19.42	11.90	14.01	12.30
Prostit 100.00	10.23	13.07	14.41	21.27	14.64	13.71	12.67
Zigeuner 100.00	12.75	13.61	16.11	20.98	9.84	12.87	13.85

turkGast	13.45	14.39	17.30	19.50	8.05	13.48	13.84
100.00							
Asylbew	13.15	13.79	15.36	21.29	6.90	15.84	13.67
100.00							
Drogenab	11.98	12.75	14.16	23.77	10.89	14.29	12.17
100.00							
geistBeh	14.76	14.25	14.18	16.21	12.52	14.01	14.08
100.00							
Total	12.82	13.95	14.98	19.90	10.46	14.05	13.85
100.00							

Column Profiles

	CDU	SPD	FDP	GRUNE	REPS	NW	VW
Total							
Atomkrg	14.70	15.91	13.44	14.56	16.63	15.92	15.60
15.15							
Homosex	5.20	6.35	6.55	8.96	6.60	5.79	7.36
6.84							
Feminist	6.83	7.67	6.98	8.91	7.32	6.79	8.37
7.64							
Spataus	13.44	11.91	12.83	9.39	10.49	13.00	11.73
11.72							
Alkohol	5.89	6.00	6.34	5.86	6.83	5.99	5.33
6.00							
Prostit	4.69	5.51	5.66	6.29	8.24	5.74	5.38
5.88							
Zigeuner	8.30	8.14	8.97	8.79	7.84	7.64	8.34
8.34							
turkGast	11.10	10.91	12.21	10.36	8.14	10.15	10.57
10.57							
Asylbew	8.75	8.43	8.74	9.12	5.62	9.61	8.42
8.53							
Drogenab	4.99	4.88	5.04	6.37	5.56	5.43	4.69
5.34							
geistBeh	16.11	14.29	13.24	11.39	16.73	13.94	14.22
13.98							
Total	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
100.00							

Eigenvalue Report

Variables: #1:#7

----- Percent -----

Coord	Eigenvalue	Individual	Cumulative	Histogram
1	0.00628113	50.76	50.76	_____
2	0.00429043	34.67	85.44	_____
3	0.00083809	6.77	92.21	____
4	0.00069656	5.63	97.84	___
5	0.00020281	1.64	99.48	_
6	0.00006457	0.52	100.00	
Total	0.01237360			

Plot Detail Report

Variables: #1:#7

Rows Axis = 1 Axis = 2

Point

No	Label	Weight	%X <sup>2</sup>	Coord	Cor	Ctr	Angle	Coord	Cor	Ctr	Angle
1	Atomkrg	152	51	11	27	3	81°	45	495	73	45°
522											
2	Homosex	68	176	-176	973	337	9°	-9	2	1	87°
976											
3	Feminis	76	70	-95	799	109	27°	-5	2	0	87°
801											
4	Spataus	117	140	113	860	238	22°	-42	117	47	70°
978											
5	Alkohol	60	21	10	25	1	81°	38	329	20	55°
354											
6	Prostit	59	118	-64	166	39	66°	132	700	237	33°
867											
7	Zigeune	83	19	-26	238	9	61°	-28	273	15	59°
511											
8	turkGas	106	85	20	41	7	78°	-89	793	194	27°
834											
9	Asylbew	85	108	-10	7	1	85°	-113	822	255	25°
828											
10	Drogena	53	51	-86	622	62	38°	13	14	2	83°
636											
11	geistBe	140	163	93	607	195	39°	69	330	155	55°
937											

Note: All numbers were multiplied by 1000 .

Plot Detail Report

Variables: #1:#7

Columns		Axis = 1					Axis = 2				
No	Label	Weight	%X <sup>2</sup>	Coord	Cor	Ctr	Angle	Coord	Cor	Ctr	Angle
1	CDU	128	141	110	878	245	20°	-25	45	18	78°
924											
2	SPD	139	18	27	466	17	47°	-2	4	0	87°
469											
3	FDP	150	92	26	91	16	72°	-57	437	115	49°
528											
4	GRUNE	199	344	-144	973	660	9°	-20	19	19	82°
992											
5	REPS	105	294	5	1	0	89°	185	987	838	6°
988											
6	NW	140	74	52	416	61	50°	-14	30	6	80°
446											
7	VW	138	36	-6	13	1	83°	-9	25	3	81°
38											

Note: All numbers were multiplied by 1000 .



Coordinate 1 Report - Rows

Variables: #1:#7

No.	LABEL	Weight	%X <sup>2</sup>	Dist	Coord	Eigenvalue	CTR	COR	Angle
2	Homosex	68	176	32	-176	0.00211418	337	973	9°
3	Feminist	76	70	11	-95	0.00068745	109	799	27°
10	Drogenab	53	51	12	-86	0.00039049	62	622	38°
6	Prostit	59	118	25	-64	0.00024224	39	166	66°
7	Zigeuner	83	19	3	-26	0.00005715	9	238	61°
9	Asylbew	85	108	16	-10	0.00000873	1	7	85°
5	Alkohol	60	21	4	10	0.00000649	1	25	81°
1	Atomkrg	152	51	4	11	0.00001683	3	27	81°
8	turkGast	106	85	10	20	0.00004335	7	41	78°
11	geistBeh	140	163	14	93	0.00122227	195	607	39°
4	Spataus	117	140	15	113	0.00149195	238	860	22°

Coordinate 2 Report - Rows

Variables: #1:#7

No.	LABEL	Weight	%X <sup>2</sup>	Dist	Coord	Eigenvalue	CTR	COR	Angle
9	Asylbew	85	108	16	-113	0.00109411	255	822	25°
8	turkGast	106	85	10	-89	0.00083029	194	793	27°
4	Spataus	117	140	15	-42	0.00020368	47	117	70°
7	Zigeuner	83	19	3	-28	0.00006544	15	273	59°
2	Homosex	68	176	32	-9	0.00000526	1	2	87°
3	Feminist	76	70	11	-5	0.00000169	0	2	87°
10	Drogenab	53	51	12	13	0.00000870	2	14	83°
5	Alkohol	60	21	4	38	0.00008618	20	329	55°
1	Atomkrg	152	51	4	45	0.00031140	73	495	45°
11	geistBeh	140	163	14	69	0.00066498	155	330	55°
6	Prostit	59	118	25	132	0.00101871	237	700	33°

Coordinate 1 Report - Columns

Variables: #1:#7

No.	LABEL	Weight	%X <sup>2</sup>	Dist	Coord	Eigenvalue	CTR	COR	Angle
4	GRUNE	199	344	21	-144	0.00414569	660	973	9°
7	VW	138	36	3	-6	0.00000575	1	13	83°
5	REPS	105	294	35	5	0.00000243	0	1	89°
3	FDP	150	92	8	26	0.00010287	16	91	72°
2	SPD	139	18	2	27	0.00010523	17	466	47°
6	NW	140	74	7	52	0.00038148	61	416	50°
1	CDU	128	141	14	110	0.00153768	245	878	20°

Coordinate 2 Report - Columns

Variables: #1:#7

No.	LABEL	Weight	%X <sup>2</sup>	Dist	Coord	Eigenvalue	CTR	COR	Angle
3	FDP	150	92	8	-57	0.00049505	115	437	49°
1	CDU	128	141	14	-25	0.00007919	18	45	78°
4	GRUNE	199	344	21	-20	0.00008255	19	19	82°
6	NW	140	74	7	-14	0.00002754	6	30	80°
7	VW	138	36	3	-9	0.00001099	3	25	81°
2	SPD	139	18	2	-2	0.00000082	0	4	87°
5	REPS	105	294	35	185	0.00359428	838	987	6°

Detail Report - Rows

Variables: #1:#7

Label	Wght	Coordinate		Contributi		Correlatio	
		F1	F2	CTR1	CTR2	COR1	COR2
Atomkrg	152	11	45	3	73	27	495
Homosex	68	-176	-9	337	1	973	2
Feminist	76	-95	-5	109	0	799	2
Spataus	117	113	-42	238	47	860	117
Alkohol	60	10	38	1	20	25	329
Prostit	59	-64	132	39	237	166	700
Zigeuner	83	-26	-28	9	15	238	273
turkGast	106	20	-89	7	194	41	793
Asylbew	85	-10	-113	1	255	7	822
Drogenab	53	-86	13	62	2	622	14
geistBeh	140	93	69	195	155	607	330

Note: All numbers were multiplied by 1000 .

Detail Report - Columns

Variables: #1:#7

Label	Wght	Coordinate		Contributi		Correlatio	
		G1	G2	CTR1	CTR2	COR1	COR2
CDU	128	110	-25	245	18	878	45
SPD	139	27	-2	17	0	466	4
FDP	150	26	-57	16	115	91	437
GRUNE	199	-144	-20	660	19	973	19
REPS	105	5	185	0	838	1	987
NW	140	52	-14	61	6	416	30
VW	138	-6	-9	1	3	13	25

Note: All numbers were multiplied by 1000 .

**Zu Kap. 4.7. Die von AIDS hauptsächlich Betroffenen im Bewußtsein der Bevölkerung: Faktorenmodell 2.Ordnung "Minderheiten".**

```

da ni=8 no=1959 ma=km
cm fi=a:mibase.cml
la
atom homo femi pros zige turk asyl drog
se
6 7 5 8 4 2 3 1
mo ny=8 ne=3 nk=1 ga=fr ph=st ps=di te=sy,fi
le
etal eta2 eta3
lk
ksil
fr ly 2 1 ly 3 1
fr ly 5 2 ly 6 2
fr ly 8 3
va 1 ly 1 1 ly 4 2 ly 7 3
fr te 1 1 te 2 2 te 3 3 te 4 4 te 5 5 te 6 6 te 7 7 te 8 8
fr te 4 2 te 7 6
st 1 all
ou tv ss
0          CORRELATION MATRIX TO BE ANALYZED
0          TURK          ASYL          ZIGE          DROG          PROS          HOMO
+
TURK      1.000
ASYL      .656          1.000
ZIGE      .640          .564          1.000
DROG      .395          .533          .462          1.000
PROS      .345          .380          .460          .549          1.000
HOMO      .418          .426          .442          .540          .568          1.000
FEMI      .274          .350          .321          .386          .340          .510
ATOM      .250          .321          .212          .232          .188          .310
0          CORRELATION MATRIX TO BE ANALYZED
0          FEMI          ATOM
+
FEMI      1.000
ATOM      .290          1.000
OLISREL ESTIMATES (MAXIMUM LIKELIHOOD)
0          LAMBDA Y
0          ETA1          ETA2          ETA3
+
TURK      1.000          .000          .000
ASYL      .945          .000          .000
ZIGE      .939          .000          .000
DROG      .000          1.000          .000
PROS      .000          1.001          .000
HOMO      .000          1.045          .000
FEMI      .000          .000          1.000
ATOM      .000          .000          .720
0          GAMMA
0          KSI1
+
ETA1      .637
ETA2      .665
ETA3      .528
0          COVARIANCE MATRIX OF ETA AND KSI
0          ETA1          ETA2          ETA3          KSI1
+

```

	ETA1	.671			
	ETA2	.424	.533		
	ETA3	.336	.351	.379	
	KSI1	.637	.665	.528	1.000
0	PSI				
0		ETA1	ETA2	ETA3	
+		<u>.265</u>	<u>.092</u>	<u>.100</u>	

0	THETA EPS						
0		TURK	ASYL	ZIGE	DROG	PROS	HOMO
+		_____	_____	_____	_____	_____	_____
	TURK	.329					
	ASYL	.000	.395				
	ZIGE	.000	.000	.408			
	DROG	.000	.118	.000	.464		
	PROS	.000	.000	.000	.000	.466	
	HOMO	.000	.000	.000	.000	.000	.416
	FEMI	.000	.000	.000	.000	.000	.132
	ATOM	.000	.000	.000	.000	.000	.000

0	THETA EPS	
0	FEMI	ATOM
+	_____	_____
	FEMI	.617
	ATOM	.000
		.804

0	SQUARED MULTIPLE CORRELATIONS FOR Y - VARIABLES						
0		TURK	ASYL	ZIGE	DROG	PROS	HOMO
+		_____	_____	_____	_____	_____	_____
		.671	.603	.592	.535	.534	.583

0	SQUARED MULTIPLE CORRELATIONS FOR Y - VARIABLES	
0	FEMI	ATOM
+	_____	_____
	FEMI	.380
	ATOM	.196

0 TOTAL COEFFICIENT OF DETERMINATION FOR Y - VARIABLES IS .962

0 SQUARED MULTIPLE CORRELATIONS FOR STRUCTURAL EQUATIONS

0	ETA1	ETA2	ETA3
+	_____	_____	_____
	.605	.828	.736

0 TOTAL COEFFICIENT OF DETERMINATION FOR STRUCTURAL EQUATIONS IS  
.901

0 CHI-SQUARE WITH 15 DEGREES OF FREEDOM = 228.57 (P = .000)

0 GOODNESS OF FIT INDEX = .971

ADJUSTED GOODNESS OF FIT INDEX = .930

ROOT MEAN SQUARE RESIDUAL = .034

0 STANDARDIZED RESIDUALS

0		TURK	ASYL	ZIGE	DROG	PROS	HOMO
+		_____	_____	_____	_____	_____	_____
	TURK	.000					
	ASYL	5.769	.519				
	ZIGE	2.858	-6.695	.000			
	DROG	-2.745	2.354	5.591	.269		
	PROS	-7.427	-1.843	5.257	2.602	.000	
	HOMO	-2.529	.714	2.416	-3.268	2.084	.190
	FEMI	-6.319	2.798	.488	3.556	-1.104	6.686
	ATOM	.632	6.688	-1.120	-1.675	-5.160	4.051

0 STANDARDIZED RESIDUALS

0	FEMI	ATOM
+	_____	_____
	FEMI	.443
	ATOM	4.964

-T-VALUES

0	LAMBDA Y		
0	ETA1	ETA2	ETA3
+	_____	_____	_____
	TURK	.000	.000
	ASYL	34.045	.000
	ZIGE	33.655	.000

	DROG	.000	.000	.000
	PROS	.000	27.792	.000
	HOMO	.000	28.532	.000
	FEMI	.000	.000	.000
	ATOM	.000	.000	13.411
0		GAMMA		
0		KSI1		
+				
	ETA1	26.240		
	ETA2	26.823		
	ETA3	21.194		

0	PSI						
0		ETA1	ETA2	ETA3			
+		11.347	4.679	3.588			
0	THETA EPS						
0		TURK	ASYL	ZIGE	DROG	PROS	HOMO
+		19.168	22.262	22.650	22.769	22.756	20.842
	TURK	.000	.000	.000	.000	.000	.000
	ASYL	.000	8.945	.000	.000	.000	7.769
	ZIGE	.000	.000	.000	.000	.000	.000
	DROG	.000	.000	.000	.000	.000	.000
	PROS	.000	.000	.000	.000	.000	.000
	HOMO	.000	.000	.000	.000	.000	.000
	FEMI	.000	.000	.000	.000	.000	.000
	ATOM	.000	.000	.000	.000	.000	.000
0	THETA EPS						
0		FEMI	ATOM				
+		17.796	26.749				
	FEMI	.000	.000				
	ATOM	.000	.000				
	-STANDARDIZED SOLUTION						
0	LAMBDA Y						
0		ETA1	ETA2	ETA3			
+		.819	.000	.000			
	TURK	.775	.000	.000			
	ASYL	.769	.000	.000			
	ZIGE	.000	.730	.000			
	DROG	.000	.731	.000			
	PROS	.000	.763	.000			
	HOMO	.000	.000	.615			
	FEMI	.000	.000	.443			
	ATOM	.000	.000	.443			
0	GAMMA						
0		KSI1					
+		.778					
	ETA1	.910					
	ETA2	.858					
	ETA3						
0	CORRELATION MATRIX OF ETA AND KSI						
0		ETA1	ETA2	ETA3	KSI1		
+		1.000	1.000	1.000	1.000		
	ETA1	.708	.781	.858	.858		
	ETA2	.667	.910	.858	.858		
	ETA3	.778	.910	.858	.858		
	KSI1	.778	.910	.858	.858	1.000	
0	PSI						
0		ETA1	ETA2	ETA3			
+		.395	.172	.264			

**Zu Kap. 4.8. Befürwortung und Ablehnung gesellschaftlicher Maßnahmen gegenüber den sogenannten Risikogruppen und HIV-Infizierten: Faktorenmodell "Öffentliche Maßnahmen".**

```

da ni=19 no=2009 ma=pm
pm fi=a:k422fa.pml
ac fi=a:k422fa.acl
la
v25a v25g v25c v24c v21f v25f v25h v24b v24a v24d v24e v24f v24g v24h v24j
v29a v29b v29e v29f
se
8 9 12 13 15 16 17 18 19 10/
mo nx=10 nk=4 ph=st td=sy,fi
fr lx 1 1 lx 2 1 lx 3 2 lx 4 2
fr lx 5 2 lx 6 3 lx 7 3 lx 8 3 lx 9 3
va 1 lx 10 4
fr td 1 1 td 2 2 td 3 3 td 4 4 td 5 5 td 6 6 td 7 7 td 8 8 td 9 9 td 10 10
ou tv ss
0          CORRELATION MATRIX TO BE ANALYZED
0          V24B      V24A      V24F      V24G      V24J      V29A
+
V24B      1.000
V24A      .588      1.000
V24F      -.059      .024      1.000
V24G      -.056      -.057      .550      1.000
V24J      -.189      -.300      .473      .541      1.000
V29A      -.156      -.270      .299      .332      .421      1.000
V29B      -.146      -.266      .259      .246      .384      .566
V29E      -.104      -.157      .393      .413      .444      .542
V29F      -.050      -.243      .374      .375      .493      .564
V24D      .323      .207      -.203      -.258      -.243      -.193
0          CORRELATION MATRIX TO BE ANALYZED
0          V29B      V29E      V29F      V24D
+
V29B      1.000
V29E      .456      1.000
V29F      .534      .576      1.000
V24D      -.173      -.189      -.138      1.000
OLISREL ESTIMATES (WEIGHTED LEAST SQUARES)
0          LAMBDA X
0          KSI 1      KSI 2      KSI 3      KSI 4
+
V24B      .706      .000      .000      .000
V24A      .817      .000      .000      .000
V24F      .000      .661      .000      .000
V24G      .000      .723      .000      .000
V24J      .000      .774      .000      .000
V29A      .000      .000      .738      .000
V29B      .000      .000      .665      .000
V29E      .000      .000      .750      .000
V29F      .000      .000      .778      .000
V24D      .000      .000      .000      1.000

```



0	PHI						
0		KSI 1	KSI 2	KSI 3	KSI 4		
+		_____	_____	_____	_____		
	KSI 1	1.000					
	KSI 2	-.211	1.000				
	KSI 3	-.300	.713	1.000			
	KSI 4	.355	-.322	-.233	1.000		
0	THETA DELTA						
0		V24B	V24A	V24F	V24G	V24J	V29A
+		_____	_____	_____	_____	_____	_____
	V24B	.502					
	V24A	.000	.332				
	V24F	.000	.000	.563			
	V24G	.000	.000	.000	.478		
	V24J	.000	.000	.000	.000	.401	
	V29A	.000	.000	.000	.000	.000	.456
	V29B	.000	.000	.000	.000	.000	.000
	V29E	.000	.000	.000	.000	.000	.000
	V29F	.000	.000	.000	.000	.000	.000
	V24D	.000	.000	.000	.000	.000	.000

0	THETA DELTA						
0		V29B	V29E	V29F	V24D		
+		_____	_____	_____	_____		
	V29B	.558					
	V29E	.000	.438				
	V29F	.000	.000	.395			
	V24D	.000	.000	.000	.000		

0	SQUARED MULTIPLE CORRELATIONS FOR X - VARIABLES						
0		V24B	V24A	V24F	V24G	V24J	V29A
+		_____	_____	_____	_____	_____	_____
		.498	.668	.437	.522	.599	.544

0	SQUARED MULTIPLE CORRELATIONS FOR X - VARIABLES						
0		V29B	V29E	V29F	V24D		
+		_____	_____	_____	_____		
		.442	.562	.605	1.000		

0 CHI-SQUARE WITH 30 DEGREES OF FREEDOM = 206.31 (P = .000)

0 GOODNESS OF FIT INDEX = .987

ADJUSTED GOODNESS OF FIT INDEX = .977

ROOT MEAN SQUARE RESIDUAL = .053

-T-VALUES

0	LAMBDA X				
0		KSI 1	KSI 2	KSI 3	KSI 4
+		_____	_____	_____	_____
	V24B	21.392	.000	.000	.000
	V24A	21.332	.000	.000	.000
	V24F	.000	40.830	.000	.000
	V24G	.000	43.357	.000	.000
	V24J	.000	43.777	.000	.000
	V29A	.000	.000	39.929	.000
	V29B	.000	.000	33.756	.000
	V29E	.000	.000	42.063	.000
	V29F	.000	.000	42.071	.000
	V24D	.000	.000	.000	.000

0	PHI				
0		KSI 1	KSI 2	KSI 3	KSI 4

+							
	KSI 1	.000					
	KSI 2	-10.287	.000				
	KSI 3	-14.323	41.092	.000			
	KSI 4	14.287	-16.469	-11.543	.000		
0	THETA DELTA						
0		V24B	V24A	V24F	V24G	V24J	V29A
+							
	V24B	8.872					
	V24A	.000	4.723				
	V24F	.000	.000	14.605			
	V24G	.000	.000	.000	11.928		
	V24J	.000	.000	.000	.000	9.520	
	V29A	.000	.000	.000	.000	.000	10.842
	V29B	.000	.000	.000	.000	.000	.000
	V29E	.000	.000	.000	.000	.000	.000
	V29F	.000	.000	.000	.000	.000	.000
	V24D	.000	.000	.000	.000	.000	.000
0	THETA DELTA						
0		V29B	V29E	V29F	V24D		
+							
	V29B	13.498					
	V29E	.000	10.499				
	V29F	.000	.000	9.184			
	V24D	.000	.000	.000	.000		
-STANDARDIZED SOLUTION							
0	LAMBDA X						
0		KSI 1	KSI 2	KSI 3	KSI 4		
+							
	V24B	.706	.000	.000	.000		
	V24A	.817	.000	.000	.000		
	V24F	.000	.661	.000	.000		
	V24G	.000	.723	.000	.000		
	V24J	.000	.774	.000	.000		
	V29A	.000	.000	.738	.000		
	V29B	.000	.000	.665	.000		
	V29E	.000	.000	.750	.000		
	V29F	.000	.000	.778	.000		
	V24D	.000	.000	.000	1.000		
0	PHI						
0		KSI 1	KSI 2	KSI 3	KSI 4		
+							
	KSI 1	1.000					
	KSI 2	-.211	1.000				
	KSI 3	-.300	.713	1.000			
	KSI 4	.355	-.322	-.233	1.000		

## Zu Kap. 4.9. Sexualverhalten, Verhaltensintention und die Offenheit für neue Partner: Korrespondenzanalyse Sexualverhalten, Lebensphase und Geschlecht.

-----Correspondence Analysis-----

----

Date/Time           05-17-1993  10:45:15  
 Data Base Name B:gvca  
 Description        Data base created at 10:33:15 on 05-17-1993

Raw Data							
	GV0	GV1	GV2	DEMI2	DEMI3	DEMI4	Total
MJoP	177	379	443	127	171	702	1,999
MJmP	91	817	91	658	156	186	1,999
MAoP	671	165	165	612	118	271	2,002
MAmP	215	732	53	830	106	63	1,999
FJoP	177	433	389	180	252	568	1,999
FJmP	77	866	58	699	171	131	2,002
FAoP	889	92	18	835	115	50	1,999
FAmP	227	735	38	893	53	53	1,999
Total	2,524	4,219	1,255	4,834	1,142	2,024	15,998

Row Profiles							
	GV0	GV1	GV2	DEMI2	DEMI3	DEMI4	Total
MJoP	8.85	18.96	22.16	6.35	8.55	35.12	100.00
MJmP	4.55	40.87	4.55	32.92	7.80	9.30	100.00
MAoP	33.52	8.24	8.24	30.57	5.89	13.54	100.00
MAmP	10.76	36.62	2.65	41.52	5.30	3.15	100.00
FJoP	8.85	21.66	19.46	9.00	12.61	28.41	100.00
FJmP	3.85	43.26	2.90	34.92	8.54	6.54	100.00
FAoP	44.47	4.60	0.90	41.77	5.75	2.50	100.00
FAmP	11.36	36.77	1.90	44.67	2.65	2.65	100.00
Total	15.78	26.37	7.84	30.22	7.14	12.65	100.00

Column Profiles							
	GV0	GV1	GV2	DEMI2	DEMI3	DEMI4	Total
MJoP	7.01	8.98	35.30	2.63	14.97	34.68	12.50
MJmP	3.61	19.36	7.25	13.61	13.66	9.19	12.50
MAoP	26.58	3.91	13.15	12.66	10.33	13.39	12.51
MAmP	8.52	17.35	4.22	17.17	9.28	3.11	12.50
FJoP	7.01	10.26	31.00	3.72	22.07	28.06	12.50
FJmP	3.05	20.53	4.62	14.46	14.97	6.47	12.51
FAoP	35.22	2.18	1.43	17.27	10.07	2.47	12.50
FAmP	8.99	17.42	3.03	18.47	4.64	2.62	12.50
Total	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

Eigenvalue Report

Variables: #1:#6

Coord	Eigenvalue	Individual	Cumulative	Histogram
1	0.26929802	58.92	58.92	_____
2	0.18143342	39.70	98.62	_____
3	0.00570699	1.25	99.87	_
4	0.00060892	0.13	100.00	
5	0.00000003	0.00	100.00	
Total	0.45704740			

Detail Report - Rows

Variables: #1:#6

Label	Wght	Coordinate		Contributi		Correlatio	
		F1	F2	CTR1	CTR2	COR1	COR2
MJoP	125	-939	-108	409	8	977	13
MJmP	125	88	418	4	120	42	944
MAoP	125	78	-566	3	221	19	979
MAmP	125	356	283	59	55	608	383
FJoP	125	-766	-39	272	1	981	3
FJmP	125	180	478	15	158	120	851
FAoP	125	577	-745	154	383	374	623
FAmP	125	426	280	84	54	659	285

Note: All numbers were multiplied by 1000 .

Detail Report - Columns

Variables: #1:#6

Label	Wght	Coordinate		Contributi		Correlatio	
		G1	G2	CTR1	CTR2	COR1	COR2
GV0	158	350	-809	72	569	158	842
GV1	264	82	528	7	405	24	976
GV2	78	-978	-147	279	9	970	22
DEMI2	302	451	51	228	4	979	12
DEMI3	71	-292	22	23	0	568	3
DEMI4	127	-913	-134	392	13	975	21

Note: All numbers were multiplied by 1000 .

**Zu Kap. 4.10. Individuelles Präventivverhalten in Verbindung mit AIDS: Faktorenmodell "Kontaktschwierigkeiten".**

```

1           P C - L I S R E L  7.13
0                               BY
0           KARL G JORESKOG AND DAG SORBOM
  
```

```

da ni=10 no=1956 ma=pm
pm fi=b:k442sdb.pml
ac fi=b:k442sdb.acl
la
k-arb k-nachb k-wohn k-kind k-pfleg k-part
x1 x2 x3 x4
se
1 2 3 4 5 6 /
mo nx=6 nk=1 lx=fu,fr td=di,fr
fi lx 1 1
va 1 lx 1 1
ou tv ss
  
```

0 CORRELATION MATRIX TO BE ANALYZED

0	K-ARB	K-NACHB	K-WOHN	K-KIND	K-PFLEG	K-PART
+	1.000					
K-ARB						
K-NACHB	.786	1.000				
K-WOHN	.717	.712	1.000			
K-KIND	.659	.685	.728	1.000		
K-PFLEG	.584	.656	.697	.699	1.000	
K-PART	.503	.506	.684	.597	.651	1.000

0 OLISREL ESTIMATES (WEIGHTED LEAST SQUARES)

0 LAMBDA X

0	KSI 1
+	
K-ARB	1.000
K-NACHB	1.026
K-WOHN	1.049
K-KIND	.993
K-PFLEG	.968
K-PART	.876

0 PHI

0	KSI 1
+	
KSI 1	.696

0 THETA DELTA

0	K-ARB	K-NACHB	K-WOHN	K-KIND	K-PFLEG	K-PART
+						
	.304	.267	.235	.314	.348	.466

0 SQUARED MULTIPLE CORRELATIONS FOR X - VARIABLES

0	K-ARB	K-NACHB	K-WOHN	K-KIND	K-PFLEG	K-PART
+						
	.696	.733	.765	.686	.652	.534

0 TOTAL COEFFICIENT OF DETERMINATION FOR X - VARIABLES IS .925

- MEASURES OF GOODNESS OF FIT FOR THE WHOLE MODEL :

0 CHI-SQUARE WITH 9 DEGREES OF FREEDOM = 156.19 (P = .000)

0 GOODNESS OF FIT INDEX = .991

0 ADJUSTED GOODNESS OF FIT INDEX = .978

ROOT MEAN SQUARE RESIDUAL = .049

-T-VALUES

0 LAMBDA X  
 0 KSI 1  
 +  
 K-ARB .000  
 K-NACHB 54.506  
 K-WOHN 58.961  
 K-KIND 58.341  
 K-PFLEG 57.235  
 K-PART 51.482

0 PHI  
 0 KSI 1

+  
 KSI 1 40.788

0 THETA DELTA

0	K-ARB	K-NACHB	K-WOHN	K-KIND	K-PFLEG	K-PART
+	8.020	7.031	6.194	8.327	9.238	12.411

-STANDARDIZED SOLUTION

0 LAMBDA X  
 0 KSI 1

+  
 K-ARB .834  
 K-NACHB .856  
 K-WOHN .875  
 K-KIND .828  
 K-PFLEG .807  
 K-PART .731

0 PHI  
 0 KSI 1

+  
 KSI 1 1.000



**Zu Kap. 4.10. Individuelles Präventivverhalten in Verbindung mit AIDS: Faktorenmodell "Schutzverhalten".**

```

da ni=16 no=1917 ma=pm
pm fi=a:k442fa.pml
ac fi=a:k442fa.ac1
la
v32b12 v32b11 v32b2 v32b10 v32b7 v32b8 v32b1 v32b3 v32b4 v32b5 v32h1
v32h2 v32h3 v32h4 v32h5 v32h6
se
1 2 3 4 5 6 7 8 10 /
mo nx=9 nk=3 td=sy,fi
fr lx 1 1 lx 2 1 lx 3 1 lx 4 1 lx 5 2 lx 6 2 lx 7 2 lx 8 2
fr lx 9 3
fi lx 1 1 lx 5 2 lx 9 3
va 1 lx 1 1 lx 5 2 lx 9 3
fr td 1 1 td 2 2 td 3 3 td 4 4 td 5 5 td 6 6 td 7 7 td 8 8
fr td 5 1 td 8 2 td 9 3 td 9 1
ou tv ss rs
0          CORRELATION MATRIX TO BE ANALYZED
0          V32B12      V32B11      V32B2      V32B10      V32B7      V32B8
+
V32B12      1.000
V32B11      .568      1.000
V32B2      .615      .348      1.000
V32B10     .420      .403      .300      1.000
V32B7      .176      .278      .159      .286      1.000
V32B8      .225      .342      .111      .226      .728      1.000
V32B1      .200      .316      .215      .200      .523      .449
V32B3      .224      .353      .223      .217      .452      .382
V32B5     -.154      .072     -.171      .083      .356      .326
0          CORRELATION MATRIX TO BE ANALYZED
0          V32B1      V32B3      V32B5
+
V32B1      1.000
V32B3      .426      1.000
V32B5      .354      .358      1.000
OLISREL ESTIMATES (WEIGHTED LEAST SQUARES)
0          LAMBDA X
0          KSI 1      KSI 2      KSI 3
+
V32B12      1.000      .000      .000
V32B11      .808      .000      .000
V32B2      .726      .000      .000
V32B10     .651      .000      .000
V32B7      .000      1.000      .000
V32B8      .000      .891      .000
V32B1      .000      .721      .000
V32B3      .000      .641      .000
V32B5      .000      .000      1.000

```

0	PHI					
0		KSI 1	KSI 2	KSI 3		
+		-----	-----	-----		
	KSI 1	.720				
	KSI 2	.365	.773			
	KSI 3	.104	.414	1.000		
0	THETA DELTA					
0		V32B12	V32B11	V32B2	V32B10	V32B7
+		-----	-----	-----	-----	-----
	V32B12	.280				
	V32B11	.000	.531			
	V32B2	.000	.000	.621		
	V32B10	.000	.000	.000	.695	
	V32B7	-.190	.000	.000	.000	.227
	V32B8	.000	.000	.000	.000	.000
	V32B1	.000	.000	.000	.000	.000
	V32B3	.000	.162	.000	.000	.000
	V32B5	-.257	.000	-.246	.000	.000

0	THETA DELTA			
0		V32B1	V32B3	V32B5
+		-----	-----	-----
	V32B1	.598		
	V32B3	.000	.682	
	V32B5	.000	.000	.000

0	SQUARED MULTIPLE CORRELATIONS FOR X - VARIABLES					
0		V32B12	V32B11	V32B2	V32B10	V32B7
+		-----	-----	-----	-----	-----
		.720	.469	.379	.305	.773
						.613

0	SQUARED MULTIPLE CORRELATIONS FOR X - VARIABLES		
0		V32B1	V32B3
+		-----	-----
		.402	.318
			1.000

0 CHI-SQUARE WITH 21 DEGREES OF FREEDOM = 112.84 (P = .000)  
 0 GOODNESS OF FIT INDEX = .991  
 ADJUSTED GOODNESS OF FIT INDEX = .981  
 ROOT MEAN SQUARE RESIDUAL = .052

-T-VALUES

0	LAMBDA X			
0		KSI 1	KSI 2	KSI 3
+		-----	-----	-----
	V32B12	.000	.000	.000
	V32B11	18.685	.000	.000
	V32B2	17.893	.000	.000
	V32B10	18.780	.000	.000
	V32B7	.000	.000	.000
	V32B8	.000	20.047	.000
	V32B1	.000	20.564	.000
	V32B3	.000	19.634	.000
	V32B5	.000	.000	.000

0	PHI						
0		KSI 1	KSI 2	KSI 3			
+							
	KSI 1	15.604					
	KSI 2	16.380	17.792				
	KSI 3	2.601	14.984	30.619			
0	THETA DELTA						
0		V32B12	V32B11	V32B2	V32B10	V32B7	V32B8
+							
	V32B12	4.963					
	V32B11	.000	11.775				
	V32B2	.000	.000	14.407			
	V32B10	.000	.000	.000	17.271		
	V32B7	-4.415	.000	.000	.000	4.167	
	V32B8	.000	.000	.000	.000	.000	8.051
	V32B1	.000	.000	.000	.000	.000	.000
	V32B3	.000	5.152	.000	.000	.000	.000
	V32B5	-4.258	.000	-4.562	.000	.000	.000
0	THETA DELTA						
0		V32B1	V32B3	V32B5			
+							
	V32B1	13.735					
	V32B3	.000	16.562				
	V32B5	.000	.000	.000			

-STANDARDIZED SOLUTION

0	LAMBDA X			
0		KSI 1	KSI 2	KSI 3
+				
	V32B12	.848	.000	.000
	V32B11	.685	.000	.000
	V32B2	.616	.000	.000
	V32B10	.553	.000	.000
	V32B7	.000	.879	.000
	V32B8	.000	.783	.000
	V32B1	.000	.634	.000
	V32B3	.000	.564	.000
	V32B5	.000	.000	1.000
0	PHI			
0		KSI 1	KSI 2	KSI 3
+				
	KSI 1	1.000		
	KSI 2	.490	1.000	
	KSI 3	.123	.470	1.000

**Zu Kap. 4.10. Individuelles Präventivverhalten in Verbindung mit AIDS: SIMPLIS-Modell "Kondomakzeptanz".**

Gesamtmodell, Jüngere Männer und Frauen ohne Partner, n=448:

```
          S I M P L I S  1.4
          BY
          KARL G JORESKOG AND DAG SORBOM

OBSERVED VARIABLES
BES NEUSEX GV2 SELBWERT KONDOME
CORRELATION MATRIX FROM FILE KOND_MW.PMP
SAMPLE SIZE
448
RELATIONSHIPS
KONDOME = NEUSEX BES SELBWERT GV2
BES NEUSEX SELBWERT = GV2
OPTIONS
PATH

          SIMPLIS SOLUTION
          Estimated Relations
          BES = 0.173*GV2
                (0.0466)
                3.71
          NEUSEX = 0.573*GV2
                (0.0388)
                14.796
          SELBWERT = 0.151*GV2
                (0.0468)
                3.225
          KONDOME = - 0.198*BES - 0.0335*NEUSEX - 0.149*SELBWERT + 0.0474*GV2
                (0.0467)      (0.0562)      (0.0464)      (0.0564)
                -4.247      -0.595      -3.217      0.84

          MEASURES OF GOODNESS OF FIT FOR THE WHOLE MODEL :
          CHI-SQUARE WITH 3 DEGREES OF FREEDOM IS 5.01 (PROB. LEVEL =
          .171)
          GOODNESS OF FIT INDEX IS .996
          ADJUSTED GOODNESS OF FIT INDEX IS .978
          ROOT MEAN SQUARE RESIDUAL IS .023
```

Teilmodell, Jüngere Männer ohne Partner, n=222:

```
OBSERVED VARIABLES
BES NEUSEX GV2 SELBWERT KONDOME
CORRELATION MATRIX FROM FILE KOND_M.PMP
SAMPLE SIZE
222
RELATIONSHIPS
KONDOME = NEUSEX BES SELBWERT GV2
BES NEUSEX SELBWERT = GV2
OPTIONS PATH

          SIMPLIS SOLUTION
          Estimated Relations
          BES = 0.168*GV2
                (0.0663)
                2.53
          NEUSEX = 0.64*GV2
```

```
(0.0517)
12.375
SELBWERT = 0.203*GV2
(0.0659)
3.079
KONDOME = - 0.194*BES + 0.00611*NEUSEX - 0.162*SELBWERT + 0.0519*GV2
(0.0661) (0.0849) (0.0666) (0.0859)
-2.931 0.0719 -2.439 0.605
```

MEASURES OF GOODNESS OF FIT FOR THE WHOLE MODEL :  
CHI-SQUARE WITH 3 DEGREES OF FREEDOM IS 1.04 (PROB. LEVEL =  
.792)

GOODNESS OF FIT INDEX IS .998  
ADJUSTED GOODNESS OF FIT INDEX IS .991  
ROOT MEAN SQUARE RESIDUAL IS .014

Teilmodell, Jüngere Frauen ohne Partner, n=226:

OBSERVED VARIABLES  
BES NEUSEX GV2 SELBWERT KONDOME  
CORRELATION MATRIX FROM FILE KOND\_W.PMP  
SAMPLE SIZE  
226  
RELATIONSHIPS  
KONDOME = NEUSEX BES SELBWERT GV2  
BES NEUSEX SELBWERT = GV2  
OPTIONS  
PATH

SIMPLIS SOLUTION  
Estimated Relations  
BES = 0.18\*GV2  
(0.0656)  
2.743  
NEUSEX = 0.508\*GV2  
(0.0574)  
8.841  
SELBWERT = 0.0855\*GV2  
(0.0664)  
1.287  
KONDOME = - 0.209\*BES - 0.111\*NEUSEX - 0.149\*SELBWERT + 0.0429\*GV2  
(0.0656) (0.0749) (0.0643) (0.0746)  
-3.182 -1.487 -2.315 0.576

MEASURES OF GOODNESS OF FIT FOR THE WHOLE MODEL :  
CHI-SQUARE WITH 3 DEGREES OF FREEDOM IS 4.95 (PROB. LEVEL =  
.175)

GOODNESS OF FIT INDEX IS .992  
ADJUSTED GOODNESS OF FIT INDEX IS .958  
ROOT MEAN SQUARE RESIDUAL IS .033

**Fragebogen:**