SSOAR

Open Access Repository
www.ssoar.info

Alltagswissen über AIDS

Eirmbter, Willy H.; Hahn, Alois; Jacob, Rüdiger

Veröffentlichungsversion / Published Version
Zeitschriftenartikel / journal article

Zur Verfügung gestellt in Kooperation mit / provided in cooperation with:
Centaurus-Verlag

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:
Eirmbter, W. H., Hahn, A., & Jacob, R. (1992). Alltagswissen über AIDS. *Soziale Probleme*, *3*(1), 45-77. https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-247053

Nutzungsbedingungen:
Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.
Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use:
This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.
By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

gesis Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften

Mitglied der Leibniz-Gemeinschaft

Alltagswissen über AIDS

von Willy H. Eirmbter, Alois Hahn, Rüdiger Jacob, Trier[1]

Zusammenfassung

Für den Umgang mit AIDS in der Bevölkerung ist die individuelle, subjektive Wahrnehmung und Interpretation der Krankheit von weitaus größerer Bedeutung als objektiv "richtiges" Expertenwissen. Solches "Alltagswissen" ermöglicht eine rasche Orientierung und Handlungssicherheit auch in neuen und ungewohnten Situationen und bietet im Fall von Krankheit darüber hinaus Strategien zur Bewältigung spezifischer Erfahrungen, wie sie die moderne Medizin nicht bieten kann, da sie Sinnfragen weder stellen noch beantworten kann. Das Medikalsystem läßt so ein Deutungsvakuum offen, welches durch alltagstheoretische Annahmen geschlossen wird. "Umgang mit AIDS" bedeutet bei dieser Sichtweise Umgang mit vermeintlich oder tatsächlich Betroffenen. Dabei werden Mißtrauen gegenüber Fremden, die Meidung Kranker und Infizierter, deren Ausgrenzung aus dem Alltag und die Einführung repressiver staatlicher Maßnahmen umso eher als adäquate Strategien eingeschätzt, je stärker die Sichtweise von AIDS durch solche alltagstheoretischen Krankheitsvorstellungen geprägt ist.

Summary

For the populations dealing with AIDS, the individual and subjective perception and interpretation of the disease is much more important than the objective and "true" knowledge of experts. "Common-place-theories" like these enable persons to orientate themselves quickly in new, unfamiliar situations and to act certainly. Moreover, laypersons theories dealing with disease - as a special case of common-place-theories - offer strategies to overcome disease-connected-experience. The modern, scientific based medicine can not provide those strategies, because it is not able to ask or answer questions concerning "sense" or "meaning" of illness and disease. "Dealing with AIDS" is - according to a laypersons point of view - dealing with really or imaginated afflicted people. Distrust against strangers and avoidance of contact will be regarded as suitable measures in fighting AIDS, if people's attitudes are influenced by those common sense type theories. In the same manner, isolation of those being infected or stroken ill and the realization of repressive measures of the government will be agreed to.

1. AIDS - Einige Bemerkungen zur aktuellen Situation

Auch im zehnten Jahr der Virulenz von AIDS ist ein Heilmittel oder ein Impfstoff gegen die Krankheit immer noch nicht in Sicht. Zwar ist die Prävalenz von HIV, verglichen mit anderen Krankheiten immer noch sehr gering, und AIDS ist nach allem bisherigen Wissen nur schwach infektiös, eine Ansteckung außerdem an sehr spezifische Übertragungswege gebunden. Allerdings führt eine Ansteckung mit

HIV - und das macht die Brisanz dieser Krankheit aus - nach bisherigem Wissen unweigerlich zu einem qualvollen Tod, dem ein langsames Sterben vorausgeht. Vermeiden läßt sich dieses Schicksal aus den genannten Gründen bisher nur durch eine Infektionsvermeidung, primärpräventiven Maßnahmen kommt also gerade im Falle von AIDS eine besondere Bedeutung zu. In Anbetracht der Spezifität der Ansteckungswege und der in westlichen Industriegesellschaften zufälligen Erstbetroffenheit bestimmter Gruppen (mit der damit verbundenen einschlägigen Berichterstattung) ist bei solchen Präventionsmaßnahmen zudem ein weiterer wesentlicher Gesichtspunkt der Abbau von entsprechenden Vorurteilsstrukturen und daraus resultierender Formen der Stigmatisierung, Ausgrenzung und Segregation Betroffener oder vermeintlich Betroffener.

Die immer wieder zu beobachtenden unangemessenen Formen des Umgangs mit Kranken und Infizierten[2] wie auch die Erfahrungen bei der Prävention und den Früherkennungsprogrammen im Fall von Krebs zeigen aber, daß die bloße Verbreitung von krankheitsbezogenen objektiven Fakten offenbar nicht ausreicht, um die damit intendierten Verhaltensänderungen - und nur diese - zu bewirken.

AIDS scheint von vielen Menschen anders wahrgenommen und interpretiert zu werden, als dies nach Expertenwissen, wie es über die vielfältigen Informationskampagnen vermittelt werden soll, "richtig" ist. Daß subjektive Problemsichten und subjektive "Erklärungen", die wir als "Alltagswissen" oder "Alltagstheorien" bezeichnen wollen, häufig einstellungs- und verhaltensrelevanter sind als extern gewonnene Fakten, wurde schon vor 60 Jahren von dem amerikanischen Sozialpsychologen Thomas analysiert, dessen sog. "Thomas-Theorem" diesen Zusammenhang in allgemeiner Form formuliert: "If men define situations as real, they are real in their consequences".[3]

2. Zum Verhältnis von Expertenwissen und Alltagswissen

Nur ein Teil des menschlichen Wissens hat explizit theoretische Form. Dies gilt selbst für wissenschaftliches Wissen, in besonderer Weise aber für Alltagswissen. Explizite Fassungen von Wissen, wie sie in Theorien formuliert werden können, stellen dabei gleichsam nur die Spitze eines Eisberges dar, nur die jeweils aktualisierte Oberfläche eines größeren Wissensvorrates. Als "Wissen" verstehen wir dabei das, was ihre Träger dafür halten, unabhängig davon, ob es sich dabei um nach objektiven Standards "richtiges" Wissen oder um Irrtümer handelt.

Implizites Wissen ist in diesem Zusammenhang häufig nicht nur nicht verbalisiert, sondern unter Umständen auch kaum verbalisierbar.[4] Polanyi hat in diesem Zusammenhang von der Tatsache, gesprochen, "daß wir mehr wissen, als wir zu sagen wissen"[5], und als Beispiel angeführt: "Wir kennen das Gesicht von jemandem und können es unter Tausenden, ja unter einer Million wiedererkennen. Trotzdem können wir gewöhnlich nicht sagen, wie wir ein uns bekanntes Gesicht wiedererkennen".[6] Nur unter Zuhilfenahme solcher impliziten Kenntnisse gelingt es

uns aber, uns in komplexen Verhältnissen schnell und sicher zu orientieren. Was Laucken von "naiven Verhaltenstheorien" sagt, gilt in gleicher Weise auch für implizites Alltagswissen: "Im alltäglichen zwischenmenschlichen Zusammenleben ist ein Orientierungsaufschub, der den adäquaten Einsatz wissenschaftlicher Theorien ermöglicht, praktisch unmöglich. Als Alltagsmensch muß man sich laufend, in ständig sich ändernden Situationen orientieren...Von dieser Aufgabe, der raschen und unkomplizierten Orientierung her werden an das Wissen, welches die Bewältigung dieser Aufgaben ermöglichen soll, bestimmte Anforderungen gestellt: Das Wissen muß so konstruiert sein, daß es zum einen geeignet ist, eine in einem bestimmten Realitätsbereich vorfindliche Lage ohne aufwendige Analysen zu subsumieren. Zum anderen muß es so konstruiert sein, daß die Herleitung theoriegemäßer Antizipationen kein langwieriges Unterfangen ist, gehen diese Antizipationen doch sofort als kognitive Elemente in die Steuerung des aktuellen Handlungsgeschehens ein. Betrachtet man die naive Verhaltenstheorie unter diesen aus dem Orientierungszwang hergeleiteten konstruktiven Anforderungen, so wird man feststellen, daß sie ganz ausgezeichnet dafür geeignet ist, daß sich ein Alltagsmensch in jenem Phänomenbereich, der interpersonales Verhalten repräsentiert, rasch zurechtfindet".[7]

Wissenschaftlich fundiertes Expertenwissen stellt aus der Perspektive des Alltagswissens damit zunächst ein Sonderwissen dar, welches sich dadurch von diesem unterscheidet, daß es einen höheren Grad an Reflexivität aufweist. Alltagswissen und wissenschaftliche Theorie "bilden zwei unterschiedliche Formen der Interpretation gesellschaftlicher Wirklichkeit; während [das] erste sich um die Konstitution eines subjektiven 'Sinns' im alltäglichen Handeln bemüht, sucht die zweite unter weit geringerem Handlungsdruck objektiv 'rationale' Erklärungen".[8]

Man könnte nun einwenden, daß zumindest bei Fragen der Medizin und der Krankheit solches Alltagswissen weniger ausschlaggebend ist und daß es gerade hier kollektiv anerkanntes Expertenwissen gibt. Dagegen spricht zunächst, daß auch medizinische Termini nie völlig in alltagstheoretische Konzeptionen übersetzbar sind. Bedeutsamer ist aber der Umstand, daß nicht nur sozusagen negativ die Bestände divergieren, weil die Vorstellungen des Alltags nur Teile des etablierten medizinischen Wissens enthalten. Diese Differenz ließe sich ja durch intensivere Informationskampagnen weitgehend überwinden. Problematisch ist vielmehr, daß krankheitsbezogenes Alltagswissen nicht nur weniger, sondern zugleich auch mehr Inhalte als das objektive Fachwissen enthält. Das liegt daran, daß im Kontext naturwissenschaftlicher Theorien Krankheiten und Körpervorgänge isoliert betrachtet werden, ohne daß Deutungen des Zusammenhangs von Leben und Krankheit zulässig wären. Der Körper ist aber niemals bloß Gegenstand der Medizin, er ist immer auch Zentrum von Selbst- und Fremdauslegung und damit von sozialer Orientierung.

Für die Vermutung, daß solche subjektiven Krankheitsvorstellungen und Deutungsmuster auch im Fall von AIDS verhaltensrelevanter sind als objektive Informationen, sprechen zunächst die Vergleiche mit seuchenhistorischen Untersuchun-

gen über alltagstheoretische, kulturell geprägte Erklärungsmuster, Schuldzuweisungen, Schutzreaktionen und Ansteckungsvermeidungsstrategien in Zeiten epidemisch grassierender Seuchen wie Pest, Cholera oder Syphillis[9].

Neuere Studien zum Laienbild von Krebs bekräftigen diese Bedeutung laienätiologischer Krankheitstheorien und deren Persistenz über alle wissenschaftlich fundierte Erfahrung für die heutige Zeit[10]. Sowohl Dornheim als auch Verres zeigen in ihren Untersuchungen, daß der Glaube, Krebs könne durch sexuelle Kontakte und sogar durch einfache Berührungen übertragen werden, insbesondere auf dem Land verbreitet ist[11] und entsprechende kontaktmeidende Reaktionen zur Folge hat.

Bedeutsam ist des weiteren, daß Krebs mit unsolidem Leben und sexuellen Ausschweifungen in Verbindung gebracht wird und daran bestimmte Schuldattributionen geknüpft werden.[12] Diese Inbeziehungsetzung von Krankheit, Moral und Schuld wird bei einer Krankheit, die mit Sexualität nun tatsächlich in Verbindung steht und wirklich ansteckend ist, von noch wesentlich größerer Bedeutung sein.

Das Spezifische solcher laienätiologischen Theorien ist ihr Bezug zu lebensweltlich tradierten Deutungs- und Erfahrungsmustern mit Krankheiten, die als präventive Maßnahmen i.d.R. die Meidung und Isolierung von Kranken und Krankheitsverdächtigen vorsehen - und dies desto eher, je weniger verläßliches Wissen man über die Krankheit hat oder zu haben glaubt. Dementsprechend werden die individuellen Reaktionen auf die Krankheit, der Umgang mit Betroffenen und die Forderung an den Staat hinsichtlich der zu treffenden Schutzmaßnahmen von diesen Vorstellungen geprägt.

Darüber hinaus liefert Alltagswissen über Krankheit in der Verknüpfung mit Schuldattributionen und der Bereitschaft zur Ausgrenzung Betroffener weitere Bewältigungsstrategien. Denn wenn bestimmte Personen oder Gruppen als Schuldige für Auftreten und Verbreitung bestimmter Krankheiten etikettiert werden können, bietet sich mit deren Absonderung vermeintlich die Chance des Sieges über die Krankheit. Daneben besteht zudem die Möglichkeit, die Krankheit als *Strafe, Geißel, Prüfung, Warnung oder Chance zur Umkehr zu interpretieren.*

Solche Alltagstheorien sind daher nicht bloß alternative Modelle zur Realitätserklärung, sondern auch leicht verfügbare, ständig wirksame und effiziente Hilfen zur Realitätsbewältigung, wie sie die moderne Medizin nicht bietet, da sie solche Sinnfragen weder stellen noch beantworten kann und sich in Erfahrungshorizonten bewegt und Begriffe verwendet, die von alltagsweltlichen i.d.R. völlig abgekoppelt sind. Das Medikalsystem läßt so ein Deutungsvakuum offen, welches durch die hier skizzierten Annahmen geschlossen wird.

Gerade im Fall von AIDS läßt sich die Persistenz von Alltagswissen trotz der medialen Verbreitung wissenschaftlicher Erkenntnisse sehr gut beobachten, und zwar zum einen hinsichtlich der perzipierten Ansteckungsrisiken, zum anderen in bezug auf den Umgang mit HIV-Infizierten und AIDS-Kranken.

3. Datenbasis

Da dieses Forschungsprojekt unter anderem einen allgemeinen Überblick über Ausprägungen und Verbreitung alltagstheoretischer Krankheitskonzepte sowie über das gesellschaftliche Potential für die Stigmatisierung Kranker und Infizierter und die Akzeptanz administrativer Zwangsmaßnahmen vermitteln sollte, wurde eine für die erwachsene bundesdeutsche Wohnbevölkerung[13] repräsentative Querschnittbefragung durchgeführt.

Erhebungsinstrument war ein hochstandardisierter Fragebogen, dessen durchschnittliche Beantwortungszeit durchschnittlich 30 Minuten gedauert hat. Der Fragebogen war Bestandteil des "ZUMA-Sozialwissenschaften-BUS II/1990", einer Mehrthemenbefragung, die von ZUMA/Mannheim mehrmals jährlich durchgeführt wird.

Die Feldarbeit wurde von Interviewern des in Hamburg ansässigen Institutes GETAS vom 21.5. bis zum 3.7.1990 durchgeführt. Die angesetzte Bruttostichprobe umfaßte 3360 Fälle, die um qualitätsneutrale Ausfälle bereinigte Nettostichprobe noch 2945 Fälle, davon waren 817 systematische Ausfälle sowie 10 nicht verwertbare Interviews abzuziehen. Die Endstichprobe umfaßte also 2118 auswertbare Befragungen. Die Ausschöpfungsquote belief sich auf 71,9% und ist unter heutigen Gegebenheiten als hoch zu qualifizieren. Ein Vergleich mit Volkszählungsdaten von 1987 hinsichtlich Alters- und Geschlechtsstruktur der Stichprobe ergab folgendes Bild:[14]

1. Geschlechtsstruktur

	Stichprobe	Volkszählung
Frauen	53,1%	52,6%
Männer	46,9%	47,4%

2. Altersstruktur

	Stichprobe	Volkszählung
18 b.u. 30	25,0%	24,2%
30 b.u. 40	20,3%	16,4%
40 b.u. 50	16,3%	17,0%
50 b.u. 60	15,4%	15,7%
60 u. älter	22,9%	26,7%

Die Überrepräsentation der Altersklasse der 30- b.u. 40-Jährigen ist zugleich eine Überrepräsentation der Frauen dieses Alters: Einem Frauenanteil von 56,5% in der Stichprobe steht in der entsprechenden Gruppe der Gesamtbevölkerung ein Anteil von 49,2% gegenüber. Umgekehrt verhält es sich bei der Unterrepräsentation der über 60-Jährigen: In der Stichprobe waren 55,9% dieser Alterklasse Frauen, in der Gesamtbevölkerung sind es dagegen 63,9%.[15] Dieses Mißverhältnis spiegelt ein Spezifikum der zugrundeliegenden Erhebungsmethode und der Definition der Grundgesamtheit. Daß die Gruppe der Ältesten und dort die Frauen unterrepräsen-

tiert sind, dürfte vor allem mit der Tatsache zusammenhängen, daß ältere Frauen häufiger als männliche ältere Bundesbürger in Heimen leben und Heimbewohner nach der Definition für das verwendete Erhebungsverfahren[16] nicht zur Grundgesamtheit zählen. Außerdem mag hier auch ein verständliches Mißtrauen gerade älterer Frauen gegenüber Fremden, die plötzlich vor der Wohnungstür stehen, zu einer höheren generellen Verweigerungsquote geführt haben.

4. Datentransformation

Im folgenden werden die im Ergebnisteil verwendeten Indices in aller Kürze erläutert.

Statusgruppen

Ein gängiges Verfahren, welches eine Gruppierung von Befragten auf der Basis mehrerer unabhängiger Variablen ermöglicht, ist die Ermittlung der individuellen Schichtzugehörigkeit.[17] In der empirischen Sozialforschung wird dazu in der Regel aus den Einzeldimensionen "Einkommen", "beruflicher Stellung und Position" sowie dem "formalen Bildungsstand", die objektiv unterschiedliche Lebenschancen implizieren, ein Gesamtstatus konstruiert, der als Indikator für die jeweilige individuelle Schichtzugehörigkeit fungiert. Allerdings wirft die Verwendung des Merkmals "Einkommen" eine Reihe von Problemen auf. Angaben zum individuellen Nettoeinkommen, nach welchem in der Regel gefragt wird, sind erstens nicht ohne weiteres vergleichbar und zweitens häufig gar nicht erst vorhanden, da erfahrungsgemäß die Verweigerungsrate gerade bei solchen Fragen hoch ist.

Auch diese Untersuchung hat wieder gezeigt, daß Fragen nach dem Einkommen zu den sensiblen Fragen zu rechnen sind - rund 55% der Befragten haben bei einer direkten Frage die Auskunft verweigert. Dieser Prozentsatz reduzierte sich durch die nachgeschaltete Frage, die mit Einkommensklassen operierte, zwar auf 16%, auch dies ist aber eine immer noch vergleichsweise hohe Verweigerungsquote.

Deshalb haben wir bei der Gruppierung der Befragten auf die Verwendung des Merkmals "Einkommen" als konstituierende Variable verzichtet und eine individuelle Statusgruppenzugehörigkeit ermittelt, die sich zusammensetzt aus Bildungs- und Berufsstatus.

Wir haben in Anlehnung an gängige Schichtungsmodelle 5 Statusgruppen unterschieden. Nicht eindeutig einzuordnende Fälle wurden in eine 6. Kategorie gruppiert. Schüler und Studenten wurden als 7. Gruppe in einer eigenen Kategorie zusammengefaßt. Als Gruppierungsvariablen wurden verwendet: formale Schulbildung und berufliche Position.

Die Gruppen setzen sich wie folgt zusammen:

Statusgruppe 1
(höchster Status, Oberschicht - obere Mittelschicht), Anteil: 137 = 6,5%

Formale Schulbildung: hoch; Abitur, Fachhochschulreife oder vergleichbarer Abschluß.

Beruf: Akademische freie Berufe, Selbständige, Beamte im höheren Dienst, Angestellte, die selbständig verantwortungsvolle Leistungen erbringen oder Führungsaufgaben wahrnehmen.

Statusgruppe 2
(hoher Status, obere - mittlere Mittelschicht), Anteil: 445 = 21,0%

Formale Schulbildung: hoch bis mittel; Abitur, Fachhochschulreife, Realschule oder ähnlicher Abschluß.

Beruf: Selbständige, Beamte im gehobenen Dienst, Angestellte, die nach allgemeiner Anweisung eigenständig schwierige Aufgaben bearbeiten, selbständig verantwortungsvolle Leistungen erbringen oder Führungsaufgaben wahrnehmen.

Statusgruppe 3
(mittlerer Status, mittlere Mittelschicht), Anteil: 334 = 15,8%

Formale Schulbildung: mittel bis niedrig; Realschule oder Hauptschule.

Beruf: Selbständige, Landwirte, Beamte im mittleren oder gehobenen Dienst, Angestellte, die nach allgemeiner Anweisung eigenständig schwierige Aufgaben bearbeiten, selbständig verantwortungsvolle Leistungen erbringen, Industrie und Werkmeister im Angestelltenverhältnis, Meister, Facharbeiter.

Statusgruppe 4
(niedrigerer Status, untere Mittelschicht - Unterschicht), Anteil: 608 = 28,7%

Formale Schulbildung: mittel bis niedrig; Realschule oder Hauptschule.

Beruf: Beamte im einfachen Dienst, Angestellte mit einfacher Tätigkeit, Fach- oder Vorarbeiter.

Statusgruppe 5
(niedriger Status, Unterschicht), Anteil: 238 = 11,2%

Formale Schulbildung: niedrig; Hauptschule oder kein Abschluß.

Beruf: Beamte im einfachen Dienst, Angestellte mit einfacher Tätigkeit, un- und angelernte Arbeiter.

Statusgruppe 6
(nicht eingeordnete Fälle), Anteil: 233 = 11,0%

Zwei Gründe haben dazu geführt, daß Befragte nicht eingeordnet werden konnten: Entweder wiesen diese inkonsistente Merkmalskombinationen auf (etwa Arbeiter mit Abitur) oder es handelte sich um Personen, die bis zum Zeitpunkt der Befragung noch nicht erwerbstätig waren und sich auch in keinem Ausbildungsverhältnis befanden. Letztere Gruppe stellt die Mehrheit in dieser Kategorie dar: 163 Personen (= 70%) waren bisher nicht erwerbstätig.

Statusgruppe 7
(volljährige Schüler und Studenten), Anteil: 123 = 5,8%

Die Operationalisierung von *laienätiologischen Vorstellungen und Schuldattributionen* erfolgte über Statements (vgl. folgenden Auszug aus dem Fragebogen), die nach einer Faktorenanalyse zusammengefaßt wurden. Für die einzelnen Statements ergab sich folgende Antwortverteilung:

		stimme sehr zu	stimme eher zu	teils/ teils	lehne eher ab	lehne sehr ab	
1	AIDS ist die Geißel der Menschheit und die Strafe für ein unmoralisches, zügelloses Leben	1 10,6%	2 18,0%	3 22,6%	4 21,9%	5 26,9%	2113
2	AIDS-Infizierte haben meist einen fragwürdigen Lebenswandel	1 25,5%	2 27,5%	3 27,1%	4 13,1%	5 6,9%	2109
3	Unsere heutige Zeit mit ihrer Vergnügungssucht und all den Ausschweifungen hat AIDS erst möglich gemacht	1 21,5%	2 31,6%	3 23,6%	4 15,2%	5 8,2%	2109
4	Schuld an AIDS sind die Hauptrisikogruppen	1 30,3%	2 29,3%	3 23,3%	4 10,1%	5 7,0%	2106
5	Wenn alle so leben würden wie ich, gäbe es kein AIDS, und wir alle müßten keine Angst vor Ansteckung haben	1 41,8%	2 26,2%	3 19,5%	4 8,4%	5 4,1%	2112
6	Durch AIDS gefährdet sind doch in erster Linie ganz bestimmte Gruppen wegen ihres Lebenswandels	1 35,9%	2 34,0%	3 20,4%	4 6,7%	5 2,9%	2115

Der Wunsch nach Kontaktvermeidung und die Bereitschaft zur *Ausgrenzung Betroffener* aus dem Alltagsleben wurde ebenfalls mit Hilfe von Statements gemessen:

		stimme sehr zu	stimme eher zu	teils/ teils	lehne eher ab	lehne sehr ab	
7	Wenn ich es mir recht überlege, möchte ich mit AIDS-Infizierten doch lieber gar keinen Kontakt haben	1 18,9%	2 28,7%	3 25,0%	4 16,5%	5 10,9%	2115
8	Ein AIDS-Kranker in meiner Nachbarschaft würde mich stören	1 7,2%	2 17,2%	3 20,7%	4 24,7%	5 30,1%	2114
9	Es ist unverantwortlich, AIDS-kranke Kinder zusammen mit gesunden Kindern spielen zu lassen	1 13,0%	2 20,1%	3 29,9%	4 18,2%	5 18,7%	2108
10	Zumindest in der Freizeit sollten sich die Gesunden Bereiche schaffen dürfen, wo man vor AIDS sicher ist	1 7,9%	2 19,5%	3 25,0%	4 23,9%	5 23,6%	2113
11	Vereine sollten die Möglichkeit haben, nur Gesunde aufzunehmen	1 6,3%	2 15,1%	3 21,9%	4 23,0%	5 33,8%	2111
12	Ich hätte Verständnis dafür, wenn die Gesunden sich zusammenschließen und für sich bleiben	1 7,4%	2 20,4%	3 21,5%	4 24,9%	5 25,8%	2115

Zur Überprüfung der Statements auf Eindimensionalität wurde mit allen Items[18] - wie schon erwähnt - eine Faktorenanalyse gerechnet.

In dem endgültigen Faktorenmodell wurden alle Variablen belassen, die mit mehr als 0.5 auf einem Faktor geladen haben. Es spricht für die Tauglichkeit der extrahierten Faktoren, daß nahezu alle Items deutlich höherere Ladungszahlen aufweisen (vgl. Abbildung 1).

Nach der Dimensionalitätsprüfung wurden aus den Items additive, ungewichtete Indices gebildet, die aus Gründen der Praktikabilität multivariaten Verfahren vorgezogen wurden. Die Codezahlen jedes beantworteten Items[19] wurden für jeden Befragten addiert, durch die Gesamtzahl der Antworten geteilt und gerundet. Die so errechneten Kennwerte haben die gleiche Dimension wie die sie konstituierenden Variablen und sind unmittelbar interpretierbar. Sie schwanken ebenfalls zwischen 1 und 5.

Abb. 1: *Rotierte Faktorladungsmatrix*

Item Nr.:	Faktor 1	Faktor 2
7	.83822	
8	.81464	
9	.79458	
10	.73662	
11	.73000	
12	.70716	
1		.74157
2		.73488
3		.72433
4		.71428
5		.69345
6		.59893

Legende:
Faktor 1 = Ausgrenzung und Kontaktmeidung
Faktor 2 = Laienätiologische Vorstellungen und Schuldattributionen

Die Zuverlässigkeit dieser Indices kann als hoch eingeschätzt werden, da hier nur faktorenanalytisch ermittelte hoch korrelierende Variablen miteinander verknüpft wurden.[20] Grundsätzlich bedeutet die Verwendung eines Index' gegenüber den Ausgangsdaten natürlich immer einen Informationsverlust, "da sich die Verteilung der einzelnen Indikator-Werte nicht exakt aus der Index-Verteilung reproduzieren läßt".[21]

Wenn man zur weiteren Analyse die aus diesen Items additiv gebildete Indexvariablen heranzieht, ergibt sich zunächst folgendes Bild (vgl. Tabellen 1 und 2).

Lediglich 14,7% aller Befragten verneinen eine Beziehung zwischen AIDS und individueller oder gruppenbezogener Schuld - angesichts der Bemühungen, ein tolerantes und angstfreies Klima für AIDS-Kranke und -Infizierte zu schaffen und eine sachliche Auseinandersetzung mit der Krankheit zu fördern, ein ernüchternd niedriger Wert. Es zeigt sich hier überaus deutlich, daß die oben beschriebene Tendenz, Krankheit auf Schuld zurückzuführen, für AIDS ebenfalls zutrifft.

Auch die Bereitschaft zur Ausgrenzung ist relativ stark ausgeprägt. Insgesamt 23,1% wollen mit Kranken und Infizierten keinen Kontakt und befürworten Maßnahmen, die diese Personengruppen aus dem Alltagsleben ausgrenzen. 46,4% lehnen es ab, Betroffene zu stigmatisieren, zu meiden und auszugrenzen.

Tabelle 1: *"AIDS ist eine Folge von Schuld und Verfehlungen"*

stimme sehr zu	11,2%
stimme eher zu	38,9%
teils-teils	35,2%
lehne eher ab	12,2%
lehne sehr ab	2,5%
N = 2095	

Tabelle 2: *"Ausgrenzung Betroffener aus dem Alltag"*

stimme sehr zu	2,9%
stimme eher zu	20,2%
teils-teils	30,4%
lehne eher ab	29,3%
lehne sehr ab	17,1%
N = 2102	

5. Ergebnisse

5.1. Wissen über AIDS

Im Interesse einer effektiven Primärprävention ist es zunächst natürlich wichtig zu erfahren, welche Kenntnisse die Bevölkerung hinsichtlich realer Infektionsmöglichkeiten aufweist.

Betrachtet man dazu die Antworten auf die folgende Frage, so zeigt sich, daß immerhin ein knappes Drittel der Bevölkerung (31,4%) die Zusammenhänge zwischen Infektion, Krankheit und Infektionsmöglichkeiten vor Ausbruch der Krankheit nicht kennt.

Was glauben Sie: Kann jemand, der mit AIDS infiziert ist, bei dem die Krankheit aber noch nicht ausgebrochen ist, andere Personen anstecken?

ja	1	68.6%
nein	2	13.0%
weiß nicht	8	18.4%

N = 2113

Dieses Ergebnis verwundert angesichts der vielfältigen Aufklärungskampagnen und zeigt deutlich, daß hier noch erhebliche Gefährdungspotentiale durch Wissensmängel bzw. Falschwissen bestehen, die dringend abgebaut werden müßten. Ergänzt wird diese nicht befriedigende Situation durch die Antworten auf die nachfolgende Frage, wo 20,7% der Befragten angaben, keine Informationen über AIDS zu haben.

Haben Sie sich aktiv um Informationen über AIDS bemüht, oder sind diese eher an Sie herangetragen worden?

habe mich aktiv bemüht	1	15.3%
sind eher an mich herangetragen worden	2	64.0%
habe keine Informatione über Aids	3	20.7%

N = 2093

Dieses Bild relativiert sich auch nicht, wenn man nach Altersklassen differenziert. Zwar ist der Anteil von Personen mit sicherem richtigen Wissen bei den 18- bis unter 40jährigen, die nach allen bisherigen Erkenntnissen als die Altersgruppen mit dem höchsten Infektionsrisiko anzusehen sind, am größten, der Anteil derjenigen mit objektiv falschem Wissen liegt aber in allen Altersklassen konstant bei rund 13% (vgl. Tabelle 3).

Tabelle 3: *"Ansteckungsgefahr durch Infizierte" nach Altersklassen (Angaben in Prozent)*

	Altersklassen				
"Ansteck. durch Infizierte möglich?"	18 b.u.30	30 b.u.40	40 b.u.50	50 b.u.60	ü. 60
ja	75,9	73,1	72,6	63,8	57,5
nein	13,1	13,8	12,2	13,0	12,9
weiß nicht	11,0	13,1	15,2	23,2	29,6
total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Sig. = .000, Cramer's V = .135, N = 2099					

Allerdings fällt der Anteil derjenigen, die sich aktiv um Informationen über AIDS bemüht haben, linear mit steigendem Alter von 24,1% in der niedrigsten Altersklasse auf 5,9% in der höchsten. Ebenso kontinuierlich steigt die Quote derjenigen, die keinerlei Informationen über AIDS haben, von 11,7% bei den 18- bis unter 30-jährigen auf 34,4% bei den über 60-jährigen. Dieses unterschiedliche Informationsverhalten dürfte ein Reflex auf eine differentielle objektive Gefährdung sein, die als solche offensichtlich auch wahrgenommen wird (vgl. Tabelle 4).

Tabelle 4: *"Modus der Informationsgewinnung" nach Altersklassen (Angaben in Prozent)*

	Altersklassen				
"Informationsgewinnung"	18 b.u.30	30 b.u.40	40 b.u.50	50 b.u.60	ü. 60
aktiv	24,1	18,8	15,7	9,1	5,9
passiv	64,2	67,3	68,2	61,6	59,7
keine Informationen	11,7	13,9	16,0	29,2	34,4
total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Sig. = .000, Cramer's V = .135, N = 2099					

Eine Gegenüberstellung dieser beiden Fragen zeigt aber, daß ein - wodurch auch immer bedingtes - größeres Interesse am Problem nicht notwendig zu einem objektiv richtigen Wissensstand führt; denn selbst 13,1% derjenigen, die sich selbst um Informationen über AIDS bemüht haben, gehen davon aus, daß AIDS-Infizierte

ohne manifeste Symptome andere nicht anstecken können und demonstrieren damit Falschwissen (vgl. Tabelle 5).

Tabelle 5: *"Ansteckungsgefahr durch AIDS-Infizierte" nach Modus der Informationsgewinnung (Angaben in Prozent)*

	Informationsgewinnung		
"Ansteckung durch Infizierte möglich?"	aktiv	passiv	keine Information
ja	80,0	71,1	50,9
nein	13,1	12,4	15,2
weiß nicht	6,9	15,5	33,9
total	100,0	100,0	100,0
Sig. = .000, Cramer's V = .165, N = 2089			

Weit unterdurchschnittlich ist in der Kategorie der um Informationen Bemühten hingegen der Anteil von Personen, die auch subjektiv Wissenslücken haben. *Der dominante Effekt aktiver Informationsbeschaffung ist demnach zumindest im Zusammenhang mit AIDS nicht der, Falschwissen zu reduzieren, sondern subjektive Wissenssicherheit zu erzeugen.*

Dies zeigt sich auch, wenn man nach dem formalen Bildungsstand differenziert: Der Anteil derer, die sich hier als falsch informiert zeigen, liegt über alle Bildungsgrupen hinweg wiederum bei rund 13%, deutlich reduziert wird dagegen mit steigender Formalbildung die Gruppe der Personen mit subjektiven Wissensunsicherheiten (vgl. Tabelle 6).

Tabelle 6: *"Ansteckungsgefahr durch AIDS-Infizierte" nach formalen Bildungsstand (Angaben in Prozent)*

	Bildungsstand				
"Ansteckung durch Infizierte möglich?"	ohne Abschluß	Haupt-schule	Real-schule	Fachhoch-schulreife	Abitur
ja	52,5	63,0	73,6	77,6	81,4
nein	12,5	12,8	13,1	13,2	13,3
weiß nicht	35,0	24,2	13,3	9,2	5,3
total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Sig. = .000, Cramers's V = .147, N = 2059					

Während diese Frage ein reales Ansteckungsrisiko thematisierte, wurde in den folgenden Fragen mittels Schaubildern ermittelt, ob Alltagssituationen als infektiös angesehen werden, bei denen nach den bisherigen medizinischen Erkenntnissen kein Ansteckungsrisiko mit HIV besteht, bei denen man sich aber mit Krankheiten anstecken kann, die durch Schmier- oder Tröpfcheninfektionen übertragen werden. Auch diese Ergebnisse indizieren ein hohes Maß an Falschwissen: Bis zu 37% sehen solche Situationen des Alltags als infektiös an:

Diese Kärtchen zeigen Situationen aus dem Alltag. Welche Situationen sind Ihrer Meinung nach für eine AIDS-Infektion gefährlich, welche ungefährlich? Nennen Sie einfach den Kennbuchstaben des Kärtchens und die dazugehörige Antwortkennziffer.

	gefähr-lich	unge-fährlich	
Kärtchen A - flüchtige Körperkontakte	8,7%	91,3%	2102
Kärtchen B - Besuch beim Zahnarzt usw.	30,3%	69,7%	2105
Kärtchen C - Küsse	36,9%	63,1%	2114
Kärtchen D - Insektenstiche	30,0%	70,0%	2100
Kärtchen E - Schwimmbad, Sauna, Turnhalle	12,9%	87,1%	2111
Kärtchen F - öffentliche Toiletten und Waschräume	27,7%	72,3%	2107
Kärtchen G - Geschirr in Gaststätten usw.	7,2%	92,8%	2114
Kärtchen H - Besuch von Großveranstaltugen	10,9%	89,1%	2110

Für die Bewertung dieser Situationen als infektiös dürften aus spezifischen laienätiologischen Vorstellungen gespeiste Ansteckungsängste die zentrale Rolle spielen. Offensichtlich werden von den Betreffenden hier Bezüge hergestellt zu ihnen vertrauten alltäglichen Infektionskrankheiten. Anders lassen sich die Anteile derjenigen, die selbst flüchtige Körperkontakte oder den Besuch von Großveranstaltungen für gefährlich halten, kaum erklären. Aus den Antworten der in dieser Frage vorgestellten Alltagsroutinen wurde ein Index gebildet, der ausweist, wieviele dieser alltäglichen Situationen von den einzelnen Befragten als infektiös eingestuft werden (vgl. Tabelle 7).

Tabelle 7: *"Zahl der als infektiös eingeschätzten Alltagssituationen"*

0	37,0%
1	20,5%
2	16,4%
3	11,2%
4 und mehr	15,0%
N = 2067	

Danach zeigt sich, daß nur ein Drittel der Befragten die vorgestellten Alltagssituationen sämtlich als ungefährlich einschätzt. Vier oder mehr dieser immer wieder auftretenden Situationen des täglichen Lebens werden von 15% als infektiös angesehen.

Zwischen dem Alter der Befragten und der Einschätzung der Infektiosität dieser Alltagssituationen gibt es durchweg signifikante positive lineare Zusammenhänge (vgl. Tabelle 8). Stets steigt mit zunehmendem Alter auch der Anteil derjenigen, die die genannte Situation als ansteckend einschätzt. Vergleicht man, wieviele der vorgestellten Alltagsroutinen in den einzelnen Altersklassen als infektiös eingeschätzt werden, so zeigt sich, daß selbst in den niedrigsten Altersgruppen nur Minderheiten davon überzeugt sind, daß *keine* der angesprochenen Alltagssituationen ein Infektionsrisiko birgt (vgl. Tabelle 9).

Neben dem Alter ist der soziale Status bei der Einschätzung der Infektiösität von Alltagssituationen eine wichtige Determinante. Mit sinkendem Status steigt der Anteil derjenigen, die die jeweiligen Alltagssituationen für infektiös halten, in der Regel nahezu stetig an; es lassen sich durchweg deutliche Unterschiede zwischen der statusniedrigsten und der statushöchsten Gruppe feststellen (vgl. Tabelle 10). Schüler und Studenten erweisen sich insgesamt als am besten informiert und sehen die angesprochenen Alltagssituationen im Vergleich zu allen anderen Statusgruppen nur zu einem geringen Prozentsatz als infektiös an, obgleich selbst hier noch jeder fünfte glaubt, daß Küsse die Gefahr der AIDS-Ansteckung beinhalten.

Tabelle 8: *"Einschätzung von Alltagssituationen als infektiös" nach Altersklassen (Angaben in Prozent)*

	Altersklassen					
"Als infektiös eingeschätzte Alltagssituationen"	18 b.u.30	30 b.u.40	40 b.u.50	50 b.u.60	ü. 60	Sig Cram.V N
flüchtige Körperkontakte	5,9	6,7	7,0	10,9	13,2	.000 .104 2088
Zahnarztbesuche u. ä.	22,8	28,4	32,2	36,3	35,3	.000 .112 2091
Küsse	27,8	28,9	35,8	43,3	50,7	.000 .186 2100
Insektenstiche	21,8	25,6	25,7	39,6	39,5	.000 .167 2086
Sporteinrichtungen	6,7	7,7	10,5	15,8	24,4	.000 .205 2097
Öffentliche Toiletten	16,5	18,8	25,6	33,4	45,5	.000 .250 2093
Geschirr in Gaststätten	4,0	4,2	5,2	10,6	12,7	.000 .142 2100
Großveranstaltungen	7,2	6,3	8,5	15,0	18,5	.000 .158 2096

Tabelle 9: *"Zahl der als infektiös eingeschätzten Alltagssituationen" nach Altersklassen (Angaben in Prozent)*

	Altersklassen			
"Zahl der als infektiös ü. 60 eingeschätzten Alltagssit."	18 b.u. 30	30 b.u. 40	40 b.u. 50	50 b.u. 60
0 25,9	46,5	41,6	40,4	27,5
1 15,7	24,9	23,6	18,9	17,6
2 14,4	14,0	18,5	15,6	21,4
3 17,8	6,0	7,7	12,1	13,4
4 und mehr 26,1	8,6	8,7	13,0	20,1
total 100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Sig. = .000, Gamma = .258, N = 2053				

Tabelle 10: *"Einschätzung von Alltagssituationen als infektiös" nach Status (Angaben in Prozent)*

	Status							
"Als infektiös eingeschätzte Alltagssituationen"	Obers.	Obere Mittels.	Mittlere Mittels.	Untere Mittels.	Unters.	nicht Einordenb.	Schül.. u. Stud.	Sig. Cram. V N
flüchtige Körperkontakte	5,1	6,5	9,7	11,3	8,9	8,6	4,1	.030 .081 2102
Zahnarztbesuche	27,0	24,8	34,4	30,3	38,3	36,6	15,6	.000 .127 2105
Küsse	31,6	34,4	37,7	39,4	48,3	34,3	20,3	.000 .125 2114
Insektenstiche	19,9	24,7	33,9	32,9	37,7	31,8	16,4	.000 .130 2100
Sporteinrichtungen	4,4	7,4	12,9	15,0	23,7	16,8	4,1	.000 .168 2111
Öffentliche Toiletten	14,6	17,2	27,4	31,6	50,6	31,6	9,8	.000 .243 2107
Geschirr in Gaststätten	5,8	2,0	8,7	7,8	15,3	8,6	1,6	.000 .155 2114
Großveranstaltungen	5,1	5,2	11,8	14,5	20,6	9,1	3,3	.000 .168 2110

Diese Befunde lassen sich wie folgt resümieren:

1. Trotz aller Bemühungen um Aufklärung geht eine starke Minderheit der Bevölkerung von falschen Voraussetzungen bei der Beurteilung der Infektionsgefahren von AIDS aus, die unterschiedliche negative Folgen für Leben und Gesundheit der Individuen selbst sowie für das gesellschaftliche Klima haben können. Während die Unkenntnis realer Infektionsrisiken in erster Linie für die Betreffenden selbst schlimmstenfalls zu einem lebensbedrohenden Problem werden kann, betrifft die fälschliche Einschätzung von bislang weitgehend unproblematischen Situationen der Alltagsroutine als infektiös in hohem Maß auch vermeintlich oder tatsächlich HIV-Infizierte oder AIDS-Kranke.

2. Sowohl eine größere Bildungsnähe als auch aktives Bemühen um Informationen über AIDS führen nicht ohne weiteres zur Reduktion von Falschwissen, sondern

häufig zur Reduktion von perzipierten Wissenslücken, wobei diese nicht notwendig mit nach wissenschaftlichen Standards richtigem Wissen gefüllt werden. Dies ist in diesem Zusammenhang insofern höchst problematisch, als die objektiv falschen Vorstellungen von Personen, die sich subjektiv aber als gut und richtig informiert einschätzen, mittels der gängigen, breit streuenden Informationskampagnen nur schwer korrigiert werden können. Hier ist zu vermuten, daß Personen, die glauben, ausreichend informiert zu sein, weitere Informationen über AIDS nur sehr selektiv oder gar nicht mehr aufnehmen, zumal das Thema - wie andere unangenehme Themen auch - durchaus zur Verdrängung einlädt. Analog zu dem HIV-Test, der - einmal durchgeführt - leicht in die Gefahr gerät, als unbegrenzt geltendes Unbedenklichkeitszertifikat mißinterpretiert zu werden, können auch einmal gewonnene Ansichten als nicht mehr änderungsbedürftige gespeichert werden, und zwar gerade dann, wenn sie Produkt einer aktiven und (mehr oder weniger) kognitiv gesteuerten Auseinandersetzung mit der Materie sind. Es ist im Hinblick auf eine Verbesserung des Informationsstandes durch Aufklärungskampagnen darüber nachzudenken, wie die Gefährlichkeit bestimmter Verhaltensweisen und die Ungefährlichkeit von Alltagssituationen vermittelt werden können, ohne die gerade bei den Uninformierten gehäuft anzutreffenden Vorurteilsstrukturen, Ansteckungsängste und Ausgrenzungsbereitschaften noch zu verstärken. Um es auf eine verkürzte Formel zu bringen: Die durch Aufklärungen intendierten Verhaltensänderungen im *Sexual*verhalten sollen gerade nicht auch zu Veränderungen im *Sozial*verhalten in der Weise führen, daß in unserer Gesellschaft Mißtrauen gegenüber Fremden und Desolidarisierung gegenüber Infizierten und risikobehafteten Minderheiten weiter um sich greifen.

3. Die zum Teil sehr hohen Anteile von Personen, die bestimmte Alltagssituationen für gefährlich halten, verweisen auf die Bedeutung von alltagstheoretischen Krankheitsvorstellungen und deren Priorität vor abstrakten, lebensweltfremden wissenschaftlichen Erkenntnissen. Die entsprechenden Differenzierungen nach Lebensphasen- und Sozialisationsindikatoren wie dem Alter und dem sozialen Status unterstreichen dies. Auch diese Befunde sprechen für spezifisch zugeschnittene Interventionsstrategien, welche einem größeren Spektrum lebensweltlich relevanter Faktoren der jeweiligen Zielgruppen Rechnung tragen.

5.2 Schuldattributionen

Oben wurde darauf hingewiesen, daß spezielle Aspekte des individuellen Wissens über AIDS, alltagstheoretische Krankheitsvorstellungen und Schuldattributionen eng zusammenhängen. Deren Trennung kann denn auch nur als eine analytische verstanden werden. Die Beurteilung von verschiedenen Situationen als infektiös ist Resultat eines komplexen individuellen Interpretationsprozesses, bei dem kontextspezifische kollektive Erfahrungen mit anderen schweren Krankheiten, individuelle Erfahrungen mit Gesundheitsbeeinträchtigungen und gegebenenfalls

extern gewonnene Erkenntnisse über die jeweilige Krankheit zusammenwirken. Mit dem Grad der perzipierten Infektiosität einer Krankheit (insbesondere dann, wenn es sich um eine lebensbedrohende oder sogar sicher tödliche handelt) steigt auch das Bedürfnis nach ihrer sinnhaften Bewältigung.

Tatsächlich zeigt sich ein eindeutiger, signifikanter Zusammenhang zwischen der Einschätzung von Alltagssituationen als ansteckend und der Bereitschaft, AIDS als schuldhaftes Phänomen, als Folge von und Strafe für bestimmte, zu mißbilligende Verhaltenweisen anzusehen.

Betrachtet man die jeweiligen Korrelationen der Schuldattribuierungsskala mit den angesprochenen Alltagssituationen, so zeigt sich stets, daß signifikant mehr Personen, die die jeweilige Situation als infektiös ansehen, auch eindeutig der Meinung sind, daß AIDS eine Frage gruppenbezogener kollektiver Schuld ist. Umgekehrt lehnen mehr Personen, die eine Infektionsgefahr in der Alltagssituation verneinen, die Ansicht ab, daß AIDS eine Folge von Schuld ist, - wenn auch, in Anbetracht der insgesamt stark ausgeprägten Neigung, die Krankheit als schuldhaftes Phänomen anzusehen, auf deutlich niedrigerem Niveau. Zudem zeigt sich, daß AIDS umso eher als Folge von und angemessene Strafe für moralisch abzulehnendes Verhalten eingestuft wird, je mehr Alltagssituationen als infektiös eingeschätzt werden (vgl. Tabelle 11).

Tabelle 11: *"Schuldattributionen" nach Zahl der als infektiös eingeschätzten Alltagssituationen (Angaben in Prozent)*

	Zahl der als infektiös eingeschätzten Alltagssituationen				
"AIDS ist Folge von Schuld"	0	1	2	3	4 u. mehr
stimme sehr zu	7,4	7,9	11,0	14,3	22,8
stimme eher zu	33,6	37,2	37,4	51,3	46,9
teils-teils	35,7	40,8	36,3	30,0	26,4
lehne eher ab	19,0	11,9	10,7	4,3	3,9
lehne sehr ab	4,4	2,1	2,7	-	-
total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Sig. = .000, Gamma = -.289, N = 2051					

Differenziert man die Neigung zu Schuldattributionen nach unabhängigen Variablen wie dem Alter oder dem sozialen Status, dann zeigt sich die gleiche Tendenz wie auch schon bei der Beurteilung der Infektiosität von Alltagssituationen: Mit zunehmendem Alter wie auch mit sinkendem Status steigt auch die Zahl der Personen, die AIDS eindeutig als eine Folge von Schuld ansehen; umgekehrt proportio-

nal dazu - allerdings auf deutlich niedrigerem Niveau - wird die Grupppe derjenigen, die dies zweifelsfrei ablehnen immer kleiner. Zusammenfassend läßt sich diese Tendenz so auf den Punkt bringen: Schuldzuweisungen im Fall von AIDS sind umso verbreiteter, je niedriger der soziale Status und je höher das Alter in den betrachteten Gruppen ist.

5.3. Ausgrenzung

Auch im Fall von AIDS zeigt sich der für die großen Seuchen und für Krebs beschriebene Zusammenhang, wonach eine alltagstheoretisch geprägte Wahrnehmung und Interpretation der Krankheit zu spezifischen Formen des Umgangs mit vermeintlichen oder tatsächlichen Viruträgern führt. Einer Ausgrenzung Betroffener wird dann umso eher zugestimmt, je mehr Situationen der Alltagsroutine als infektiös eingeschätzt werden (vgl. Tabelle 12).

Tabelle 12: *"Ausgrenzung Betroffener" nach Zahl der als infektiös eingeschätzten Alltagssituationen (Angaben in Prozent)*

	Zahl der als infektiös eingeschätzten Alltagssituationen				
"Ausgrenzung Betroffener"	0	1	2	3	4 u.mehr
stimme sehr zu	2,1	0,5	1,8	4,8	8,7
stimme eher zu	9,9	15,2	20,5	32,0	45,3
teils-teils	23,7	32,4	36,8	37,2	30,4
lehne eher ab	35,0	33,3	30,0	22,1	14,2
"Ausgrenzung Betroffener"	0	1	2	3	4 u.mehr
stimme sehr zu	2,1	0,5	1,8	4,8	8,7
stimme eher zu	9,9	15,2	20,5	32,0	45,3
teils-teils	23,7	32,4	36,8	37,2	30,4
lehne eher ab	35,0	33,3	30,0	22,1	14,2
lehne sehr ab	29,3	18,6	11,0	3,9	1,3
total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Sig. = .000, Gamma = -.447, N = 2055					

Daß Ausgrenzungswünsche umso stärker ausgeprägt sind, je unsicherer das Wissen über die Krankheit subjektiv ist, zeigt folgende Tabelle: Während eine deutliche Mehrheit derjenigen, die sich aktiv um Informationen über AIDS bemüht haben,

keinerlei Ausgrenzungstendenzen zeigt, ist dies in der Gruppe der Personen, die angaben, keine Informationen über AIDS zu haben, nur noch ein Viertel.

Tabelle 13: *"Ausgrenzung Betroffener" nach Modus der Informationsgewinnung (Angaben in Prozent)*

	Modus der Informationsgewinnung		
"Ausgrenzung Betroffener"	aktiv	passiv	keine Information
stimme sehr zu	1,9	2,5	4,9
stimme eher zu	12,2	19,0	28,8
teils-teils	18,5	29,4	42,0
lehne eher ab	36,1	31,3	19,0
lehne sehr ab	31,3	17,8	5,3
total	100,0	100,0	100,0
Sig. = .000, Cramer's V = .198, N = 2078			

5.4. Akzeptanz administrativer Maßnahmen

Dem konstatierten Ausmaß an alltagstheoretisch geprägtem, nach objektiven Kriterien aber falschem Wissen, der ausgeprägten Neigung zu Schuldattributionen und der deutlichen Bereitschaft zur Ausgrenzung AIDS-Kranker und -Infizierter aus dem individuellen Bereich entspricht ein großes Potential von Personen, die sich für repressive administrative Maßnahmen aussprechen.

Mögliche *staatliche Zwangsmaßnahmen* wurden von uns in der Befragung in zwei Blöcken thematisiert, wobei in dem ersten Block solche Maßnahmen angesprochen wurden, die u. a. auch von einigen Politikern und Wissenschaftlern gefordert werden und in ähnlicher Form zum Teil bereits verwirklicht wurden, während die des zweiten Blocks in der Öffentlichkeit zwar ebenfalls bereits diskutiert wurden, bisher aber nicht Gegenstand der offiziellen Politik waren.[22]

Zur Bekämpfung von AIDS werden verschiedene Maßnahmen vorgeschlagen. Bitte sagen Sie mir, welchen möglichen Maßnahmen zur AIDS-Bekämpfung Sie persönlich zustimmen bzw. welche Sie ablehnen.

INT.: zu jeder Vorgabe eine Antwortkennziffer einkreisen

		stimme zu	lehne ab	
B	Generelle namentliche Meldepflicht aller Infizierten	54,3%	45,7%	2106
D	Zwangstest nur für Hauptrisikogruppen	56,9%	43,1%	2110

Dem skizzierten Bild entsprechen die Zustimmungsquoten für die in der folgenden Frage angesprochenen weitergehenden Zwangsmaßnahmen.

Die Deutlichkeit, mit der viele Befragte in diesem Punkt für Segregation plädieren, hängt in hohem Maße von der sprachlichen Fassung der Fragevorlage ab. Zwar wollen "nur" 15,7% der Interviewten eine "Kennzeichnung aller AIDS-Infizierten", für eine "Trennung der Gesunden von den Kranken" sprechen sich aber bereits 30,1% aus, obwohl man sich fragt, wie denn eine "Trennung" ohne soziale "Kennzeichnung" aussehen sollte.

Bisweilen werden zum Schutz der Gesunden auch Maßnahmen vorgeschlagen, die unsere Gesellschaft sehr verändern könnten. Wenn nun AIDS weiter um sich greift, würden Sie persönlich dann die folgenden Maßnahmen befürworten oder ablehnen?

INT.: zu jeder Vorgabe eine Antwortkennziffer einkreisen

		würde ich befür-worten	würde ich ablehnen	weiß ich nicht	
A	Trennung der AIDS-Kranken von den Gesunden	30,1%	54,7%	15,1%	2114
B	Kennzeichnung aller AIDS-Infi-zierten	15,7%	72,4%	12,0%	2114

Auch hier zeigt sich, daß die Bereitschaft, solche Zwangsmaßnahmen zu akzeptieren, in hohem Maß von subjektivem Krankheitswissen abhängt. Kollektive, staatlich organisierte Formen der Bekämpfung von AIDS werden umso eher als sinnvoll angesehen, je stärker die Krankheit als ubiquitär vorgestellt wird und je unsicherer subjektiv das Wissen über AIDS ist (vgl. Tabellen 14 und 15).

Tabelle 14: *"Akzeptanz staatlicher Zwangsmaßnahmen" nach Zahl der als infektiös eingeschätzten Alltagssituationen (Angaben in Prozent)*

	Zahl der als infektiös eingeschätzten Alltagssituationen					
Akzeptanz von:	0	1	2	3	4 u. m.	Sig. Cram. V N
Meldepflicht	43,0	52,0	53,8	69,1	73,2	.000 .228 2052
Zwangstest	47,1	49,5	59,2	71,3	77,8	.000 .236 2061
Trennung	20,7	18,9	30,9	47,2	55,3	.000 .232 2064
Kennzeichnung	10,6	8,5	15,7	22,5	32,5	.000 .272 2064

Tabelle 15: *"Akzeptanz staatlicher Zwangsmaßnahmen" nach Modus der Informationsgewinnung (Angaben in Prozent)*

	Informationsgewinnung			
Akzeptanz von:	aktiv	passiv	keine Infor-mationen	Sig. Cram. V N
Meldepflicht	43,6	51,7	69,2	.000 .166 2082
Zwangstest	41,2	55,1	74,0	.000 .202 2086
Trennung	18,1	28,7	42,9	.000 .140 2090
Kennzeichnung	11,3	13,5	25,1	.000 .122 2090

5.5. *AIDS und die Einschätzung von Öffentlichkeit*

Es ist charakteristisch für alltagstheoretische Interpretationsmuster von schweren Krankheiten mit ungewisser Ätiologie oder ungewissem Ausgang, daß im Interesse einer Infektionsvorbeugung ganz generell kontingente Situationen gemieden werden. Besonders deutlich zeigt sich dies an der sich ändernden Beurteilung von öffentlichen Räumen, wo typischerweise Fremde miteinander interagieren.

Auch im Fall von AIDS läßt sich diese geänderte Einschätzung von Öffentlichkeit und die Typisierung von Fremden als undurchschaubar und bedrohlich konstatieren:

Im folgenden werden Ihnen nochmals einige Aussagen vorgestellt. Sagen Sie mir bitte, inwieweit Sie diesen Aussagen zustimmen bzw. diese ablehnen. Nennen Sie jeweils wieder den Kennbuchstaben und die dazugehörige Antwortkennziffer.

INT.: zu jeder Vorgabe eine Antwortkennziffer einkreisen

		stimme sehr zu	stimme eher zu	teils/ teils	lehne eher ab	lehne sehr ab	
A	Heute muß man eigentlich jedem mißtrauen, weil man ja nicht weiß, wer AIDS-infiziert ist	1 6,3	2 18,5	3 23,5	4 28,7	5 23,0	2115
B	Die AIDS-Bedrohung führt noch dazu, daß man sich außerhalb der eigenen vier Wände nirgends mehr sicher fühlen kann	1 2,7	2 9,0	3 14,4	4 28,7	5 45,1	2111

24,8% glauben, daß man wegen AIDS heute eigentlich jedem mißtrauen muß, 11,7% befürchten, daß man sich wegen AIDS künftig außerhalb der eigenen vier Wände nirgends mehr sicher fühlen kann.

Auch diese Beurteilung von Öffentlichkeit und Reaktionen gegnüber Fremden ist abhängig von der subjektiven Wahrnehmung der Infektionsrisiken von AIDS: Je mehr Situationen der Alltagsroutine als ansteckende beurteilt werden, desto eher wird von den Betreffenden auch die Ansicht vertreten, daß man wegen AIDS allen Fremden mißtrauen müsse und sich künftig in der Öffentlichkeit nicht mehr sicher fühlen könne (vgl. Tabellen 16 und 17).

Tabelle 16: *"Mißtrauen gegenüber Fremden" nach Zahl der als infektiös eingeschätzten Alltagssituationen (Angaben in Prozent)*

	Zahl der als infektiös eingeschätzten Alltagssituationen				
"Jedem mißtrauen"	0	1	2	3	4 u. mehr
stimme sehr zu	3,9	5,7	5,9	6,9	12,9
stimme eher zu	9,8	12,1	21,3	27,7	37,6
teils-teils	19,3	26,5	26,6	26,0	26,0
lehne eher ab	32,5	31,0	31,1	26,0	16,4
lehne sehr ab	34,5	24,8	15,1	13,4	7,1
total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Sig. = .000, Gamma = -.359, N = 2066					

Tabelle 17: *"Unsicherheit in der Öffentlichkeit" nach Zahl der als infektiös eingeschätzten Alltagssituationen (Angaben in Prozent)*

	Zahl der als infektiös eingeschätzten Alltagssituationen				
"Unsicherheit in der Öffentlichkeit"	0	1	2	3	4 u. mehr
stimme sehr zu	2,1	1,7	1,5	3,0	7,4
stimme eher zu	4,7	7,6	8,6	14,3	18,7
teils-teils	10,0	10,4	13,9	23,4	23,2
lehne eher ab	24,3	30,7	34,9	32,9	28,7
lehne sehr ab	58,8	49,6	41,1	26,4	21,9
total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Sig. = .000, Gamma = -.345, N = 2062					

6. Schlußbemerkungen

Die Ergebnisse dieser Untersuchung zeigen, daß Formen des Umgangs mit AIDS in entscheidender Weise von spezifischen Formen der individuellen Wahrnehmung und Interpretation der Krankheit bestimmt werden.

Dabei spielen offenbar, ganz im Sinn unserer Ausgangsthesen, wissenschaftlich fundierte Erkenntnisse über Ansteckungswege und Ansteckungsmöglichkeiten nur eine untergeordnete Rolle. Weit verbreitet ist aber die Kenntnis, daß AIDS grundsätzlich ansteckend ist und bislang, mangels geeigneter kurativer Mittel sicher tödlich verläuft. Für das alltägliche Handeln gerade auch in kontingenten Situation ist in diesem Zusammenhang die Frage zentral, welche Alltagsroutinen und Kontakte mit anderen als gefährlich eingeschätzt werden. Diese Beurteilung von Alltagssituationen muß verstanden werden als komplexer Interpretationsprozeß, bei dem kontextspezifische kollektive Erfahrungen mit anderen schweren Krankheiten, individuelle Erfahrungen mit Gesundheitsbeeinträchtigungen und dazu konsonante extern gewonnene Erkenntnisse über AIDS zusammenwirken. Dabei führt eine Wahrnehmung und Interpretation von AIDS, die man im oben skizzierten Sinn in Abgrenzung von medinzinischem Fachwissen als Alltagswissen bezeichnen kann, zu anderen "Lösungen" des Problems als eine adäquate Einschätzung der Risiken von HIV. Letztere impliziert den Umgang mit dem Virus, was hier bedeutet, daß zum Schutz vor Infektion nicht Personen, sondern nur bestimmte *Situationen* gemieden werden müssen bzw. geeignete situationsbezogene Schutzmaßnahmen zu treffen sind. Besondere Maßnahmen zur Prävention, welche die Gruppe der Kranken und Infizierten insgesamt betreffen und staatlich organisiert werden müßten, werden bei dieser Einschätzung der Krankheit als nicht notwendig erachtet. Demgegenüber hat die laienätiologisch geprägte Sichtweise von AIDS eben solche Forderungen zur Konsequenz. Schutz vor Infektion kann bei dieser Sicht nur durch Meidung der *Infizierten* gewährleistet werden, der Rückzug ins Private ist dann die eine mögliche - individuelle - Strategie, die Identifizierung, Ausgrenzung und Isolierung der gefährlichen Virusträger die zweite - gesellschaftliche oder kollektive - Strategie.

Die Ergebnisse verweisen außerdem darauf, daß falsche Vorstellungen, Angst und Unsicherheit nicht die adäquaten Aufmerksamkeitsgeneratoren sind, um anstehende Probleme sachgerecht zu lösen, sondern zu einer Atmosphäre führen, die geprägt ist durch Mißtrauen, Abschottungstendenzen und Nachfrage nach illiberalen und repressiven administrativen Zwangsmaßnahmen. Dies zeigt sich in der aktuellen Debatte über einen vorgeblichen Asylmißbrauch und die vermeintliche Gefahr einer "Überfremdung" der Bundesrepublik, dies zeigt sich aber auch in den gesellschaftlichen Reaktionen auf neue, schwere Krankheiten wie AIDS.

Anmerkungen

1 Die diesem Bericht zugrundeliegende Untersuchung ist Bestandteil eines mehrjährigen Forschungsprojektes, welches vom Bundesgesundheitsamt aus Mitteln des Bundesministers für Forschung und Technologie gefördert wird. Die Verantwortung für den Inhalt dieser Veröffentlichung liegt bei den Autoren.
2 vgl. dazu exemplarisch Bleibtreu-Ehrenberg 1989, Dunde 1989, Salmen 1987.
3 Thomas 1932, S. 572.
4 vgl. Huge 1990, S. 190 f.
5 Polanyi 1985, S. 14.
6 Polanyi 1985, S. 14.
7 Laucken 1974, S. 219.
8 Huge 1990, S. 191.
9 vgl. Delumea und Lequin 1987, Evans 1990, Goudsblom 1987, Knop 1988, Kollath 1951, MacNeill 1978, Ruffié und Sournia 1987, Winau 1988.
10 vgl. Dornheim 1983, Hornung 1986, Verres 1986.
11 vgl. Dornheim 1983, S. 18 ff, Verres 1986, S. 214 f.
12 vgl. Dornheim 1983, S. 188 ff.
13 Bezogen auf die Bundesrepublik in den Grenzen von 1989.
14 Quelle: Statistisches Bundesamt (Hrsg.) 1990, S. 43.
15 In den übrigen Altersklassen entspricht das Geschlechterverhältnis bis auf Abweichungen im Nachkomma-Bereich dem der Grundgesamtheit.
16 ADM-Master Sample.
17 vgl. dazu Geißler 1987.
18 D.h. auch mit solchen, die hier nicht aufgeführt wurden, weil damit andere Dimensionen als die genannten gemessen werden sollten.
19 1 = stimme sehr zu, 5 = lehne sehr ab.
20 vgl. dazu Besozzi und Zehnpfennig 1976, S. 41.
21 Bessozi und Zehnpfennig 1976, S. 41.
22 Wir dokumentieren hier jeweils zwei der abgefragten Zwangsmaßnahmen.

Literaturverzeichnis

AIGNER, J.C.: AIDS-Angst, in: Sexualmedizin, 17, 1988, S. 138-140

BAYERISCHES STAATSMINISTERIUM DES INNERN (HRSG.): Bekanntmachung des Bayerischen Staatsministeriums des Innern vom 19.5.1987 zum Vollzug des Seuchenrechts, des Ausländerrechts und des Polizeirechts, in: AIFO, 6, 1987, S. 346-351

BECKER, S.: Angst - Schuld - Krankheit, in: Frings, M. (Hrsg.): Dimensionen einer Krankheit - AIDS, Reinbek 1986, S. 227-240

BECKER-KOLLE, C.: Erfahrungen aus der AIDS-Beratung, in: Becker-Kolle, C. (Hrsg.): Schwarze Angst. Leben mit AIDS, Stuttgart 1989, S. 26-54

BEHR, U.; GÖRGENS, K.: Auswirkungen des bayerischen Maßnahmenkataloges auf die Beratungs- und Behandlungsarbeit bayerischer Einrichtungen, München 1987, Drucksache Nr. 31 der Enquete-Kommission "AIDS"

BESOZZI, C.; ZEHNPFENNIG, H.: Methodologische Probleme der Index-Bildung, in: Koolwijk, J. van; Wieken-Mayser, M. (Hrsg): Techniken der empirischen Sozialforschung, Bd. 5, München 1976, S. 9-55

BLEIBTREU-EHRENBERG, G.: Angst und Vorurteil. AIDS-Ängste als Gegenstand der Vorurteilsforschung, Reinbek 1989

BLEIBTREU-EHRENBERG, G.: Das Sündenbock-Syndrom, in: Micksch, J. (Hrsg.): Positiv oder negativ, Gütersloh 1988, S. 29-38

BLEIBTREU-EHRENBERG, G.: Fragen Viren nach Moral?, in: Dunde, S.R. (Hrsg.): AIDS - Was eine Krankheit verändert, Frankfurt 1987, S. 45-71

BÖLLINGER, L.: Schuld und Sühne im Zeitalter "befreiter" Sexualität: der Fall AIDS, in: Psyche, 42, 1988, S. 637-644

BREITBACH, B.; U.A.: AIDS-Bekämpfung und Bundesseuchengesetz, in: Kritische Justiz, 21, 1988, S. 62-81

BRUNS, M.: AIDS, Gesundheitspolizei und Selbstverantwortung, in: Zenz, H.; Manok, G. (Hrsg.): AIDS-Handbuch für die psychosoziale Praxis, Bern 1989, S. 121-129

BUCHHOLZ, M.B.; REICH, G.: Panik, Panikbedarf, Panikverarbeitung. Soziopsychoanalytische Anmerkungen zu zeitgenössischen Desintegrationsprozessen aus Anlaß von Tschernobyl und AIDS, in: Psyche, 41, 1987, S. 610-639

BUDDENBERG, C.: Ehen krebskranker Frauen, München 1985

BUNDESGERICHTSHOF, PRESSESTELLE DES (HRSG.): BGH zur Strafbarkeit ungeschützter Sexualkontakte eines HIV-Infizierten, in: AIFO, 1, 1989, S. 39

DANNECKER, M.: Haben Sie Angst vor AIDS? - Ergebnisse einer Repräsentativumfrage, in: Sexualmedizin, 16, 1987, S. 294-296

DEUTSCHER BUNDESTAG, REFERAT ÖFFENTLICHKEITSARBEIT (HRSG.): AIDS: Fakten und Konsequenzen; Zwischenbericht der Enquete-Kommission "Gefahren von AIDS und wirksame Wege zu ihrer Eindämmung", Bonn 1988

DEUTSCHER BUNDESTAG, REFERAT ÖFFENTLICHKEITSARBEIT (HRSG.): AIDS: Fakten und Konsequenzen; Endbericht der Enquete-Kommission "Gefahren von AIDS und wirksame Wege zu ihrer Eindämmung", Bonn 1990

DORNHEIM, J.: Verweisungszusammenhänge als kulturelle und soziohistorische Prämissen von Krankheitsdiskursen, in: Rosenbrock, R.; Salmen, A. (Hrsg.): AIDS-Prävention, Berlin 1990, S. 197-205

DORNHEIM, J.: Kranksein im dörflichen Alltag. Soziokulturelle Aspekte des Umgangs mit Krebs, Tübingen 1983

DUNDE, S.R.: Der Haß gegen die Infizierten, in: Becker-Kolle, C. (Hrsg.): Schwarze Angst. Leben mit AIDS, Stuttgart 1989, S. 113-128

DUNDE, S.R.: Die Angst vor der Krankheit, in: ders. (Hrsg.): AIDS - Was eine Krankheit verändert, Frankfurt 1987, S. 33-42

EIRMBTER, W.H.; BROTHUN, M.: Forschung zum Thema "AIDS und die gesellschaftlichen Folgen", in: Unijournal, Zeitschrift der Universität Trier, 6, 1989, S. 16-20

EIRMBTER, W.H.; HAHN, A.: AIDS und die gesellschaftlichen Folgen. Forschungsantrag, eingereicht beim Bundesministerium für Forschung und Technologie, Trier 1988

EIRMBTER, W.H.; HAHN, A.; JACOB, R.: AIDS und die gesellschaftlichen Folgen. Forschungsbericht, Trier 1992.

EVANS, R.J.: Tod in Hamburg. Stadt, Gesellschaft und Politik in den Cholera-Jahren 1830-1910, Reinbek 1990

FRANKENBERG, G.: AIDS-Bekämpfung im Rechtsstaat. Aufklärung - Zwang - Prävention, Baden-Baden 1988

FRINGS, M.: Waffen aus dem Sprachlabor, in: Frings, M. (Hrsg.): Dimensionen einer Krankeit - AIDS, Reinbek 1986, S. 159-166

GEERTZ, C.: Common Sense als kulturelles System, in: Geertz, C. (Hrsg.): Dichte Beschreibung. Beiträge zum Verstehen kultureller Systeme, Frankfurt 1987, S. 288

GEISSLER, R.: Zur Problematik des Begriffs der sozialen Schicht, in: Geißler, R. (Hrsg.) Soziale Schichtung und Lebenschancen, Stuttgart 1987, S. 5-24

GEHMACHER, E.; U.A.: Angst in der Wohlstandsgesellschaft: Tschernobyl, Glykol, AIDS - als Beispiel eines sozialen Phänomens, in: SWS-Rundschau, 27, 1987, S. 187-203

GOSSLAR, H.: Untersuchung der Krebspersönlichkeit, Frankfurt 1980

GOTTFRIED, R.S.: The Black Death, London 1983

GOUDSBLOM, J.: Les grandes épidémies et la civilisation des moers. Traduction de Francine Muel-Dreyfus, in: Actes de la recherche en sciences sociales, 68, 1987, S. 3-14

GROSSARTH-MATHICEK, R.: Krankheit als Biographie, Köln 1979

GÜNTHER, A.F.: Die Strafbarkeit des AIDS-Infizierten beim sexuellen Verkehr, Kiel 1988

HAHN, A.: Einstellungen zum Tod und ihre soziale Bedingtheit, Stuttgart 1968

HAHN, A.: Paradoxien in der Kommunikation über AIDS, in: Gumbrecht, H.; Pfeiffer, K. (Hrsg.): Paradoxien, Dissonanzen, Zusammenbrüche, Frankfurt 1991, S. 606-618

HEREK, G.M.; GLUNT, E.K.: An Epidemic of Stigma, in: American Psychologist, 43, 1988, S. 886-891

HERZLICH, C.; PIERRET, J.: "Le phénomène SIDA. Discours autours d'une maladie", in: Hirsch, E. (Hrsg.): Le SIDA. Rumeur et faits, Paris 1987, S. 17-34

HERZOG, F.: Das Strafrecht im Kampf gegen "AIDS-Desperados", in: Burkel, E. (Hrsg.): Der AIDS-Komplex, Frankfurt 1988, S. 329-349

HORNUNG, R.: Krebs: Wissen, Einstellungen und präventives Verhalten der Bevölkerung, Bern 1986

HUGE, W.: AIDS-Aufklärung und Alltag, in: Rosenbrock, R.; Salmen, A. (Hrsg.): AIDS-Prävention, Berlin 1990, S. 189-195

KEIL, G.: Umgang mit AIDS-Kranken als Herausforderung an eine humane Gesellschaft, in: Gründel, J. (Hrsg.): AIDS - Herausforderung an Gesellschaft und Moral, Düsseldorf 1987, S. 31-41

KELLY, S.A.; U.A.: Stigmatization of AIDS Patients by Physicians, in: American Journal of Public Health, 77, 1987, S. 789-791

KING, M.B.: Prejudice and AIDS - The Views and Experiences of People with HIV Infection, in: AIDS Care, 1, 1989, S. 137-143

KINGMAN, S.: AIDS and the Social Outcast, in: New Scientist, 117, 1988, S. 30-31

KLOSTERMANN, P.: Mit AIDS leben. Gespräche mit Infizierten und Nicht-Infizierten, in: Burkel, E. (Hrsg.): Der AIDS-Komplex, Frankfurt 1988, S. 350-368

KNOP, D.: Von Pest bis AIDS: die Infektionskrankheiten und ihre Geschichte, Tenningen 1988

KOLLATH, W.: Die Epidemien in der Geschichte der Menschheit, Wiesbaden 1951

LAUCKEN, U.: Naive Verhaltenstheorie, Stuttgart 1974

LAUTMANN, R.: Die gesellschaftliche Thematisierung der Sexualität, in: Pfäfflin, F.; Schorsch, E. (Hrsg); Sexualpolitische Kontroversen. Ergebnisse der 15. wissenschaftlichen Tagung der Deutschen Gesellschaft für Sexualforschung, Stuttgart 1987

MACKENTHUN, G.: Massenmedien und AIDS-Berichterstattung, in: Rosenbrock, R.; Salmen, A. (Hrsg.): AIDS-Prävention, Berlin 1990, S. 77-83

MACNEILL, W.H.: Seuchen machen Geschichte: Geißeln der Völker, München 1978

MARETKA, M.: Vorurteile, Minderheiten, Diskriminierung, Neuwied 1982

MUSTO, D.F.: Quarantine and the Problem of AIDS, in: Fee, E.; Fox D.M. (Hrsg.): AIDS - The Burdens of History, California 1988, S. 67-86

NEUMANN, G.: Das Problem der Krebserkrankung in der Vorstellung der Bevölkerung, Stuttgart 1969

NIEMANN, P.: Desperado-Semantik oder die Metaphorik einer neuen Anständigkeit, in: Micksch, J. (Hrsg.): Positiv oder negativ, Gütersloh 1988, S. 56-72

POLANYI, M.: Implizites Wissen, Frankfurt 1985

PRITTWITZ, C.: Die Ansteckungsgefahr bei AIDS - ein Beitrag zur objektiven und subjektiven Zurechnung von Risiken, in: JA, 8/9, 1988, S. 427-440

REITER, J.: AIDS - die Pest unserer Tage?, in: Soziale Arbeit, 36, 1987, S. 334-339

RITTNER, V.: Krankheit und Gesellschaft, in: Kamper, D. (Hrsg.): Das Schwinden der Sinne, Frankfurt, 1984, S. 40-51

ROSENBROCK, R.: Diskriminierung und AIDS-Prävention, in: Micksch, J. (Hrsg.): Positiv oder negativ, Gütersloh 1988, S. 39-47

RUFFIE, J.; SOURINA, J-C.: Die Seuchen in der Geschichte der Menschheit, Stuttgart 1987

SALMEN, A.: Nicht weit von Hysterie entfernt, in: Dunde, S.R. (Hrsg.): AIDS - Was eine Krankheit verändert, Frankfurt 1987, S. 149-161

SCHENDA, R.: Stadtmedizin - Landmedizin. Ein Versuch zur Erklärung subkulturalen medikalen Verhaltens, in: Kaufmann, G. (Hrsg.): Stadt-Land-Beziehungen. Verhandlungen des 19. Deutschen Volkskundekongresses in Hamburg vom 1. bis 7. Oktober 1983, Göttingen 1985, S. 147-169

SCHENDA, R.: Volksmedizin - Was ist das heute?, in: Zeitschrift für Volkskunde, 69, 1973, S. 189-210

SCHMIDT, G.: Moral und Volksgesundheit, in: Sigusch, V. (Hrsg.): AIDS als Risiko, Hamburg 1987, S. 24-38

SCHMIDT, W.-R.: AIDS - die Geißel Gottes?, in: Micksch, J. (Hrsg.): Positiv oder negativ, Gütersloh 1988, S. 99-107

SONTAG, S.: AIDS und seine Metaphern, München 1989

SONTAG, S.: Krankheit als Metapher, München 1980

STATISTISCHES BUNDESAMT (HRSG.): Statistisches Jahrbuch 1990, Wiesbaden 1990

THOMAS, W.I.: The Child in America, New York 1932

VERRES, R.: Krebs und Angst. Subjektive Theorien von Laien über Entstehung, Vorsorge, Früherkennung, Behandlung und die psychosozialen Folgen von Krebserkrankungen, Berlin 1986

WINAU, R.: Amors vergiftete Pfeile. Die Lektionen der Syphilis, in: Kursbuch, 94, 1988, S. 107-120