

Check-In Gesundheit

Ergebnisse eines Projektes zur HIV-Prävention und Gesundheitsförderung von Reisenden im Flughafen Zürich

Dieter Kleiber¹, Thomas Gehring², Jeannette Widmer² und Robert Steffen²



Europaweit lag die Zahl neu diagnostizierter AIDS-Fälle 1997 etwa 20 % niedriger als noch zwei Jahre zuvor (Deutschland 33 %; Schweiz 37 %). Unter homosexuellen Patienten war der Rückgang sogar doppelt so hoch. Nach Schätzungen des European Centre for the Epidemiological Monitoring of Aids (Saint Maurice, Frankreich) wird der relative Anteil der nicht drogenabhängigen Heterosexuellen trotz derzeit europaweit sinkender Zahlen zunehmen.

Analoge Verhältnisse sind derzeit auch in der Bundesrepublik zu registrieren. Seit im Jahre 1993 1863 neu diagnostizierte Aids-Fälle registriert wurden, ist die Zahl jährlich neu diagnostizierter Aids-Fälle kontinuierlich zurückgegangen (1994: 1852; 1995: 1611; 1996: 1247; 1997: 1416). Diese positive Entwicklung spiegelt sicherlich die aktuell großen Fortschritte bezüglich der Effektivität antiretroviral wirksamer 3fach-

Kombinationstherapien und die Veränderungen seit Einführung der Protease-Inhibitoren. Doch auch in der zweiten in der Bundesrepublik verfügbaren Basisquelle für ein epidemiologisches Monitoring von HIV und Aids, der beim Robert-Koch-Institut in Berlin regelmäßig ausgewerteten Befunde aus der Laborberichtspflicht, die hiezulande jedes Labor verpflichtet, bestätigte HIV-Antikörperteste anonymisiert zu melden, werden derzeit deutlich weniger Meldungen abgegeben als noch vor wenigen Jahren. Wurden 1992 nach Ausschluß erkennbarer Doppelmeldungen noch 6284 neue Berichte über bestätigte HIV-Antikörperteste abgegeben, so waren es ein Jahr später noch 6205. 1994 wurden dann 5540; 1995 wurden 5124 und 1996 wurden 5035 Meldungen abgegeben. 1997 konnte ein weiterer Rückgang an Neuinfektionen verzeichnet werden. Bis zum 31. 12. 1997

wurden 4930 bestätigte HIV-Antikörperteste registriert. Derzeit wird mit jährlich 2000–2500 Neuinfektionen mit HIV gerechnet (vgl. RKI, AIDS/HIV Quartalsbericht IV/97).

Mancherorts ist dadurch der Eindruck entstanden, Aids sei, was die epidemiologische Brisanz anbelangt, kein relevantes Thema mehr und sei zudem auch medizinisch fast schon besiegt. Aids wird zunehmend von einer tödlichen zu einer chronischen Erkrankung. Solange aber – wie derzeit noch – eine Heilung im Sinne der „Keimelimination“ unerreichbar ist, wird das Auftreten von Aids nur hinausgezögert. Die derzeit positive Entwicklung wird daher nur eine vorübergehende Erscheinung bleiben. Mit Rückschlägen, die etwa infolge von Resistenzbildungen auftreten können, muß gerechnet werden. Der für die Bundesrepublik und einige weitere europäische Industrienationen positive Trend produziert aber möglicherweise bereits jetzt aufgrund geringerer Risikowahrnehmung negative Effekte bezüglich des Präventions- und Schutzverhaltens der Menschen bei neuen sexuellen Kontakten. Und: Er läßt außer acht, daß international vor allem in Schwarzafrika und Südostasien ganz andere, besorgniserregende Entwicklungen zu registrieren sind. Mitte 1996 lebten nach Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) weltweit 21,8 Millionen Erwachsene und Kinder mit HIV/Aids. 94 % der Betroffenen (20,4 Mio.) leben in Entwicklungsländern, in denen die neuen Therapiemöglichkeiten aus ökonomischen Gründen praktisch keine An-

¹ Institut für Prävention und psychosoziale Gesundheitsforschung (i. d. WE 09, Fb 12); FU Berlin

² Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich

wendung finden (UNAIDS 1996). In einigen Gegenden Ost- und Zentralafrikas sind derzeit bereits mehr als 10 % aller schwangeren Frauen HIV-positiv. In einigen Regionen wurden bevölkerungsweit Prävalenzraten von regional über 40 % registriert. Asien, noch Ende der 80er Jahre als „low prevalence Regional“ klassifiziert, entwickelt sich derzeit zum Epizentrum der weltweiten HIV/Aids-Pandemie. In dieser Region, die derzeit etwa 60 % der Weltbevölkerung beherbergt, wurde die Zahl der HIV-Infizierten 1996 auf 4,8 Mio. und die der Aids-Erkrankten auf 330 000 Personen geschätzt. Vor allem aus Südostasien werden beängstigende Zuwachsraten gemeldet.

In verschiedenen Ländern der Dritten Welt spielt vor allem die florierende Sexindustrie eine entscheidende Rolle für die Ausbreitung von HIV und Aids. Jaine und Mitarbeiter (1994) wiesen auf der Basis von Reihenuntersuchungen bei Menschen, die im Sexgewerbe tätig sind, für 1993 in Indien HIV-Prävalenzraten aus, die regional zwischen 15 und 35 % variieren. Aus Thailand liegen analoge Ergebnisse vor (vgl. Kleiber u. Wilke 1995). Dort stieg die HIV-Prävalenz bei Prostituierten in Bordellen zwischen 1989 und 1994 von durchschnittlich 3,5 % auf 33 %. Die Bedeutung des internationalen (Sex-)Tourismus für die Ausbreitung der HIV-Epidemie wurde mehrfach betont (IPSO 1990; Stricker 1990; Hendriks 1991; Bröring 1993; Mulhall 1993; Hawkes 1994; Tveit 1994; Kleiber u. Wilke 1995).

Eine vom Institut für Sozial- und Umfrageforschung (IPSO 1990) in der Schweiz repräsentativ durchgeführte Telefoninterviewstudie bei 17–45jährigen Männern ergab, daß 7 % aller Befragten Männer während ihres Urlaubs sexuelle Kontakte mit Personen aus dem Urlaubsland hatten. Ein Viertel dieser Männer hatte nach Selbstangaben dabei für Sex bezahlt. Die Befragungsergebnisse wurden für Populationsschätzungen genutzt, mit denen die Zahl der in der Schweiz sextouristisch Aktiven ermittelt werden sollte. Danach sollen jährlich mindestens 25 000 der 17–45jährigen Schweizer Bürger sextouristisch aktiv sein. Für die Bundesrepublik ergab sich die Möglichkeit, im Rahmen der Reiseanalyse 1992 analoge Befragungen durchzuführen (vgl. zusammenfassend Kleiber u. Wilke 1995).

8,5 % (= 2,2 Mio.) der wiederum repräsentativ Befragten gaben an, zwischen 1990 und 1992 sexuelle Kontakte mit Personen im Urlaub eingegangen zu sein. Nur 59 % haben bei diesen Kontakten konsistent Kondome verwendet. Vor allem jüngere Reisende im Alter zwischen 20 und 30 Jahren berichteten, neue sexuelle Beziehungen im Urlaub eingegangen zu sein. 13,8 % der sexaktiven Urlauber hatten im Urlaub mit vier oder mehr PartnerInnen Sex. Die Bundesbürger machten 1996 64,5 Mio. Urlaubsreisen, 42 Mio. Reisen führten ins Ausland. Auch bei derzeit stagnierenden Umsätzen der Tourismusbranche nimmt die Zahl der Fernreisen weiter zu. Kein Wunder also, wenn auch die Zahl der HIV-Infizierten bei heterosexuellen Kontakten mit aus Endemiegebieten stammenden Personen zunimmt. Kleiber und Wilke (1995) schätzten auf der Basis von fast 800 Interviews, die in verschiedenen Ländern mit sextouristisch aktiven Männern geführt worden sind, daß etwa 5–10 % der jährlichen Neuinfektionen im Rahmen sextouristischer Urlaubsaktivitäten akquiriert werden dürften. In der Bundesrepublik werden derzeit 17 % der jährlich noch 2000–2500 Neuinfektionen mit HIV auf Kontakte mit Personen aus Pattern-II-Ländern und 13 % auf Infektionen durch heterosexuellen Geschlechtsverkehr zurückgeführt. In der Schweiz werden rund 10 % aller HIV-Neuinfektionen auf flüchtige Sexualkontakte mit Personen aus Ländern mit vorwiegend heterosexuellen HIV-Übertragungen zurückgeführt (Aids und HIV in der Schweiz, 1995). Die enorme Wachstumsrate im Ferntourismus sowie ein offenbar erhöhtes sexuelles Risikoverhalten während Auslandsaufenthalten machen gezielte AIDS-Prävention im Reisebereich notwendig.

Die Kenntnis dieser Datenlage war in der Bundesrepublik Anlaß für die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, eine HIV-Schwerpunktkampagne zum Thema „Reise-Lust“ durchzuführen. In der Schweiz wurde vom Bundesamt für Gesundheit der Auftrag zur Durchführung einer HIV-Intervention „Check-In Gesundheit“ auf dem Flughafen Zürich gegeben (Bächer 1996; Guyrech et al. 1995; Schlegel u. Staub 1995), über deren Ergebnisse nachfolgend berichtet werden soll.

Mit einem mobilen Beratungs- und Informationsstand, der in den Abflughallen installiert wurde, wurden an acht mal drei Tagen Reisende in Länder mit hoher HIV-Inzidenz auf Risikosituationen aufmerksam gemacht und über allgemeine gesundheitliche sowie über HIV-spezifische Schutzmaßnahmen informiert. Zudem konnten Artikel für die Reiseapotheke erworben werden. Zusätzlich wurde eine Wettbewerbsaktion mit Fragen zur Gesundheit und HIV/Aids durchgeführt, die motivationssteigernd wirken und die Kontaktnahme mit Reisenden erleichtern helfen sollte. Ein Wettbewerbsbogen mit Fragen zu HIV und Aids wurde an wartende Reisende verteilt und konnte am Stand abgegeben und besprochen werden. Zudem wurden Broschüren und Kondome verteilt.

Ziel der nachfolgend präsentierten Evaluationsstudie, die vom Bundesamt für Gesundheit finanziert und am Züricher Institut für Sozial- und Präventivmedizin unter Leitung von Prof. Dr. R. Steffen in Kooperation mit dem Institut für Prävention und psychosoziale Gesundheitsforschung (Prof. Dr. D. Kleiber) durchgeführt wurde, war die Prüfung der Wirksamkeit der Intervention.

Stichprobe

Der Untersuchung lag ein 2 x 2-Kontrollgruppen-Design zugrunde, bei dem Hinreisende mit und ohne Aids-Intervention sowie Rückreisende mit und ohne Aids-Intervention befragt wurden. Die Stichprobe rekrutierte sich aus deutschsprachigen Charterreisenden, die ab Zürich nach Thailand (Phuket), Indien (Goa), Kenia (Mombasa), die Dominikanische Republik (Punta Cana, Puerto Plata) und die Malediven (Male) reisen wollten. 786 Flugpassagiere beteiligten sich an der Aids-Intervention (Interventionsgruppe); 903 Hinreisende konnten zusätzlich am Flughafen befragt werden, ohne daß sie mit der Aids-Intervention in Kontakt gekommen sind (Kontrollgruppe). Zusätzlich wurden 471 Rückreisende mit Aids-Intervention (Interventionsgruppe) und 940 Rückreisende ohne Aids-Intervention (Kontrollgruppe) befragt. Insgesamt wurden also 1689 Hinreisende und 1411 Rückreisende erfaßt (vgl. Tab. 1).

Tabelle 1: Zusammensetzung der Stichprobe

| | Hinreisende | Rückreisende |
|--|-------------|--------------|
| mit Aids-Intervention (Interventionsgruppen) | 786 | 471 |
| ohne Aids-Intervention (Kontrollgruppen) | 903 | 940 |
| Total | 1689 | 1411 |

Die Verweigerungsquote bei der Befragung von Hinreisenden mit und ohne Intervention betrug jeweils etwa 25 %. Die Rückreisenden, die an der Intervention (Wettbewerbsaktion) teilgenommen hatten, konnten schriftlich nachbefragt werden. Die Rücklaufquote betrug hier 32 %. Eine Befragung von Rückreisenden während des Rückfluges (ohne vorherige Intervention) erbrachte eine Rücklaufquote von 68 %. Die vier Vergleichsgruppen unterscheiden sich nicht bezüglich demographischer Merkmale und Reiseart. Die meisten Befragten leben in der Schweiz (93 %), wobei 5 % ausländischer Nationalität sind. 49 % der Befragten sind Männer und 51 % Frauen. Das Durchschnittsalter der Befragten lag bei 43,5 Jahren. Die Mehrzahl der Befragten (85 %) lebt in einer festen Partnerschaft; etwa die Hälfte ist verheiratet. Über 90 % der Befragten sind Ferienreisende, die ein bis drei Wochen im Gastland bleiben. Zwei Drittel reisen mit dem Partner oder der Partnerin, und rund die Hälfte reist zum ersten Mal in dieses Land.

Erhebungsinstrument

Als Erhebungsinstrument diente ein standardisierter Fragebogen mit 24 Items. Für Hinreisende wurde ein prospektiver Befragungsmodus (beabsichtigtes Verhalten) und für Rückreisende ein retrospektiver Befragungsmodus (tatsächliches Verhalten) verwendet. Der Fragebogen umfaßte folgende sechs Bereiche:

- Soziodemographische Merkmale
- Ziel und Art der Reise
- Beurteilung der Aids-Intervention
- Wissensstand bezüglich HIV/Aids
- Verhaltens- und Selbstwirksamkeit bezüglich Kondombenutzung
- Sexual- und Schutzverhalten

Zur *Beurteilung der Aids-Intervention* wurde zusätzlich nach der Akzeptanz der Kampagne und nach einem möglichen Multiplikatoreffekt gefragt. Ein solcher wurde angenommen, wenn die TeilnehmerInnen angaben, im Anschluß an die Intervention mit anderen über Gesundheit oder HIV/Aids gesprochen zu haben. Von Interesse war zudem, ob die Teilnehmer der Interventionsgruppen der Kampagne einen verhaltensmodifizierenden Einfluß zuschreiben.

Der *Wissensstand bezüglich HIV/Aids* wurde einerseits über eine subjektive Einschätzung des eigenen Informationsstandes erhoben. Andererseits wurde zur objektiven Überprüfung des Wissens nach dem weltweiten Anteil von HIV-Übertragungen, die auf heterosexuelle Kontakte zurückzuführen sind, gefragt. Da Reisende, die sich am Wettbewerb beteiligten, über diesen Sachverhalt am Stand informiert wurden, kann diese Frage zusätzlich Hinweise auf die Effektivität der Wissensvermittlung liefern. Gleichzeitig können daraus Hinweise auf das Risikobewußtsein abgeleitet werden.

Verhaltenswirksamkeit bedeutet, daß eine Person von der Wirksamkeit der empfohlenen präventiven Verhaltensweise auch über-

zeugt ist. Dies wurde mit folgender Frage operationalisiert: „Glauben Sie, daß Präservative wirksam gegen eine HIV-Infektion schützen?“ *Selbstwirksamkeit* dagegen bezieht sich auf die wahrgenommene Fähigkeit einer Person, das gewünschte Verhalten auch auszuführen. Da Frauen in bezug auf die Kondombenutzung über weniger Selbstkontrolle verfügen als Männer, wurden sie folgendes gefragt: „Können Sie bei Bedarf die Benutzung eines Präservativs fordern und auch durchsetzen?“ Männern dagegen wurde die Frage gestellt, ob sie den Wunsch einer Partnerin oder eines Partners nach Kondombenutzung akzeptieren. Der Bereich Sexual- und Schutzverhalten betrifft Anzahl und Art sexueller Kontakte mit bisher unbekanntenen Personen während der Reise sowie die Verwendung von Kondomen.

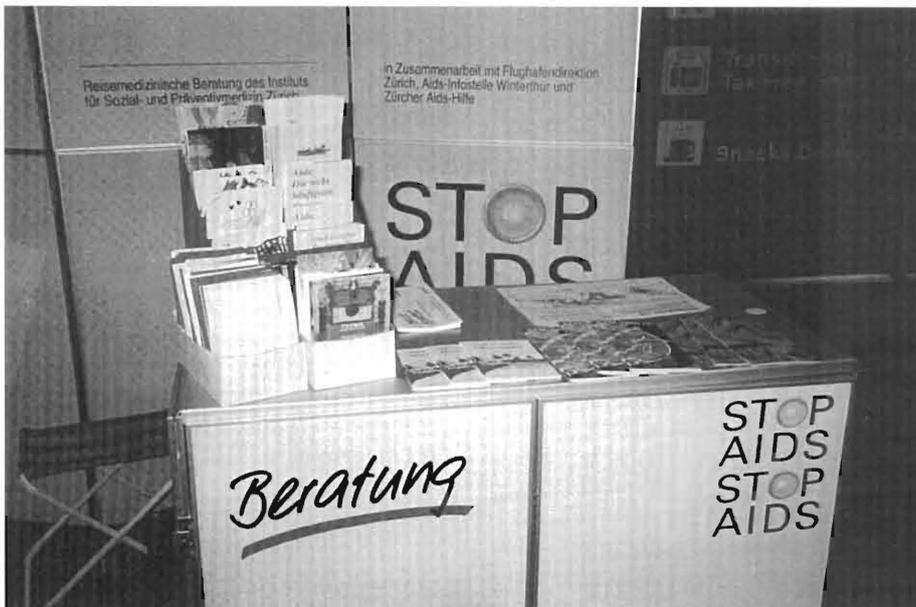
Durchführung der Untersuchung

Die Datenerhebung erfolgte zwischen November 1996 und April 1997 auf dem Flughafen Zürich. Die Hinreisenden wurden kurz vor ihrem Abflug in den Einzel- oder Sammelwartehallen des Flughafens zum selbständigen Ausfüllen des Fragebogens angehalten. Pro ausgewähltem Flug waren vier bis sechs instruierte studentische Interviewerinnen und Interviewer im Einsatz, die systematisch alle Passagiere, mit Ausnahme von Kindern unter 16 Jahren, ansprechen sollten. Bei den Hinreisenden mit Intervention wurde darauf geachtet, daß die Abflugpassagiere erst nach einer eventuellen Teilnahme befragt wurden. Die Untersuchung von Rückreisenden mit Intervention bestand aus einer schriftlichen Nachbefragung von Wettbewerbsbeteiligten. Zur Befragung von Rückreisenden ohne Intervention wurden die Fragebogen während des Rückfluges von instruierten Flight Attendants verteilt und eingesammelt.

Ergebnisse

Beurteilung der Intervention durch die Adressaten

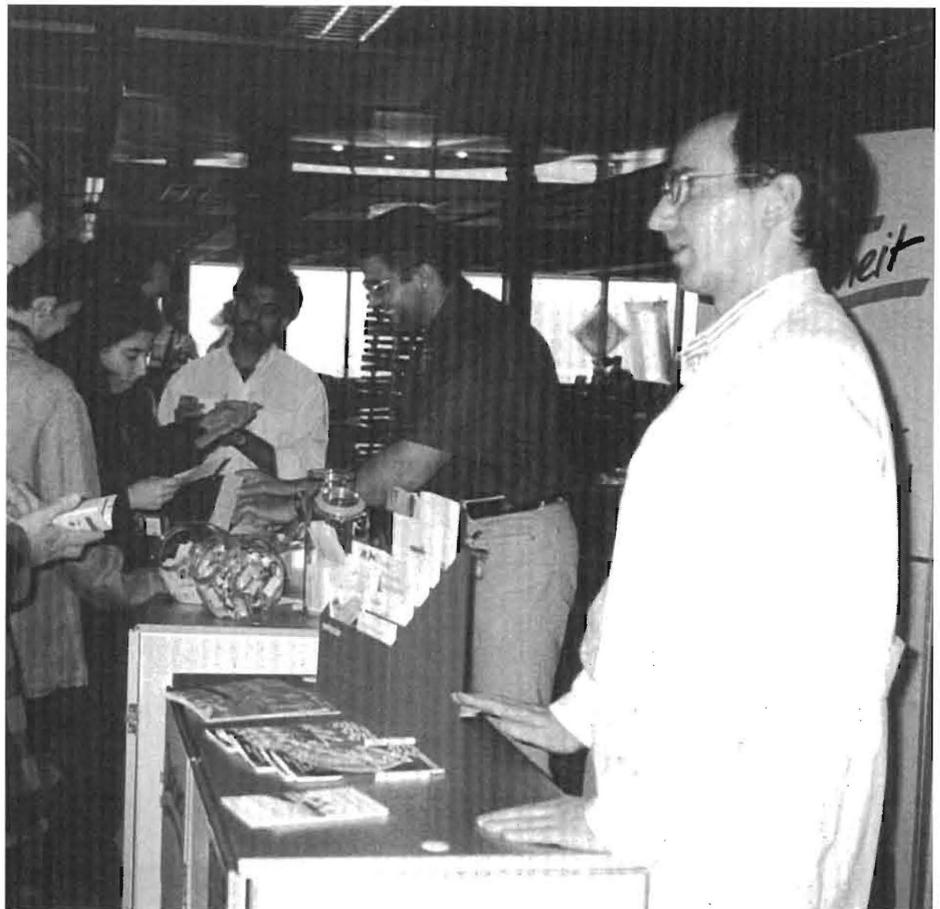
Zur Beurteilung der Aids-Intervention konnte natürlich nur auf die Teilgruppe der Befragten (N = 517) zurückgegriffen werden, die korrekt angegeben hatte, daß bei ihrem Abflug eine Kampagne stattgefunden hat. Hier konnte zudem



zwischen Personen unterschieden werden, die an der Intervention teilgenommen hatten (TeilnehmerInnen: $N = 418$) und solchen, die explizit angegeben hatten, das Informations- und Beratungsangebot nicht genutzt zu haben (Verweigerer: $N = 99$). Hinsichtlich der bei/nach der Rückreise befragten Personen wurden wiederum die Personen berücksichtigt, die sich tatsächlich an die Aids-Intervention und ihre Teilnahme daran erinnern konnten (mit Intervention: $N = 443$). In analoger Anwendung wurden bei den Kontrollgruppen nur diejenigen berücksichtigt, die korrekt angegeben hatten, daß keine Aids-Intervention stattgefunden hat ($N = 903$ bzw. $N = 940$).

Die durchgeführte Präventionskampagne fand überwiegend große Resonanz. 95 % gaben an, daß sie solche Aktionen wichtig finden, und mehr als die Hälfte (55 %) urteilten, „Wissenswertes erfahren“ zu haben. Während allerdings bei prospektiver Fragerichtung 30 % der Hinreisenden, die an der Aids-Intervention teilgenommen haben, meinten, daß diese ihr Sexualverhalten beeinflussen würde, gaben von den Rückreisenden nur 12 % an, daß dies auch tatsächlich der Fall gewesen sei ($p < .001$). Ein ähnliches Ergebnis zeigte sich bezüglich der Absicht, mit anderen Personen über Gesundheit oder HIV/Aids zu sprechen (53 % [Hinreisende] vs. 37 % [Rückreisende], $p < .001$).

Wer, so war zu fragen, beteiligt sich an Maßnahmen wie „Check-In Gesundheit“? Hinreisende, die *nicht* an der Intervention teilgenommen haben ($N = 99$), unterschieden sich überzufällig von Personen, die sich für die Aufklärungsmaßnahme interessiert gezeigt hatten ($N = 418$). Verweigerer schätzten solche Kampagnen erwartungsgemäß als „unwichtiger“ ein und meinten häufiger, dadurch nichts Wissenswertes erfahren zu können ($p < .001$). Sie zeigen zudem eine geringere Bereitschaft, über Gesundheit oder HIV/Aids zu sprechen und glauben auch seltener, daß solche Interventionen ihr Verhalten während dieser Reise beeinflussen können ($p < .05$). Zudem war in der Verweigerergruppe der Anteil von Personen, die bereits mehr als zehnmals im Zielland gewesen waren und derjenigen, die länger als drei Wochen reisen, signifikant höher als in der Teilnehmergruppe.



Wissensstand bezüglich HIV/Aids

In allen Vergleichsgruppen beurteilen die Befragten (95 %) ihren Wissensstand bezüglich HIV/Aids als „gut“. Eine Wissensfrage, mit der nach dem Anteil der über heterosexuelle Kontakte erfolgten HIV-Übertragungen gefragt wurde, wurde erwartungsgemäß von Interventionsteilnehmenden häufiger richtig beantwortet als von Reisenden, die keine Möglichkeit hatten, am Wettbewerb teilzunehmen (Kontrollgruppe) ($p < .001$). Während 84 % der Hinreisenden, die an der Intervention teilgenommen haben, die korrekte Antwort angaben, waren es bei den Rückreisenden, die vor dem Abflug mit der HIV-Präventionskampagne konfrontiert worden sind, nur noch 71 %. Bei den Hin- und Rückreisenden der Kontrollgruppe betrug der Anteil korrekter Antworten jedoch nur 51 % bzw. 49 %. Hinreisende, die bewußt nicht an der Kampagne teilgenommen haben, liegen mit einem Anteil von 60 % richtigen Antworten näher bei der Kontrollgruppe als bei der Interventionsgruppe.

Verhaltens- und Selbstwirksamkeit bezüglich Kondombenutzung

Bei den Verhaltens- und Selbstwirksamkeitsannahmen bezüglich der Kondombenutzung zeigten sich keine Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen. Fast alle Befragten (95 %) waren der Meinung, daß Kondome sicher gegen eine HIV-Infektion schützen. Reisende mit Intervention sind sich diesbezüglich noch etwas häufiger „ganz sicher“ als Reisende ohne Intervention, die häufiger „eher sicher“ angaben. Auch fast alle befragten Frauen (98 %) waren sich sicher, daß sie bei Bedarf die Verwendung von Kondomen fordern und durchsetzen könnten. Ähnlich hoch war die geäußerte Kondomakzeptanz bei Männern (96 %).

Sexual- und Schutzverhalten im Urlaub

In bezug auf das Sexualverhalten und die Kondombenutzung ergaben sich signifikante Unterschiede zwischen dem beabsichtigten Verhalten bei Hinreisenden

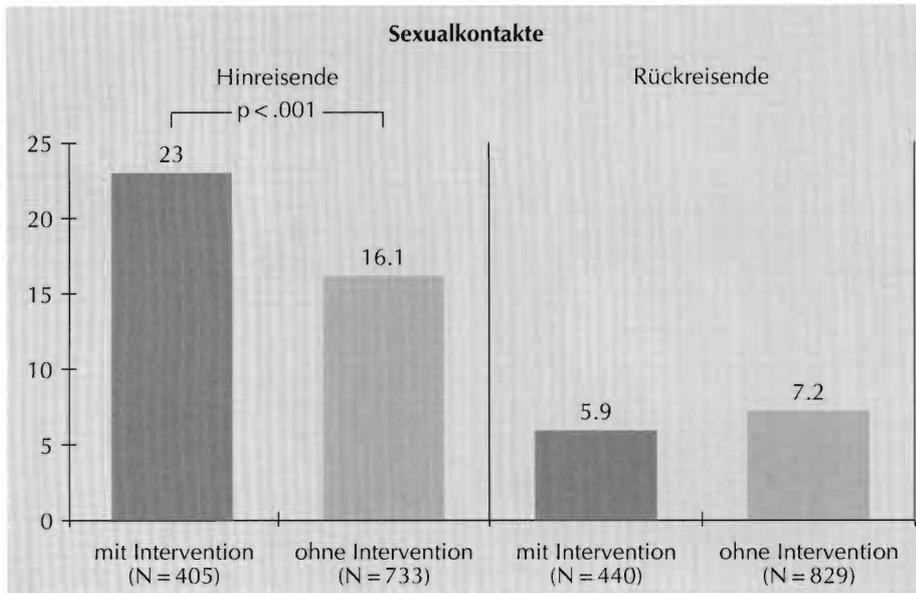


Abbildung 1: Beabsichtigte Sexualkontakte bei Hinreisenden mit und ohne Intervention bzw. effektive Sexualkontakte bei Rückreisenden mit und ohne Intervention (in Prozent)

und dem effektiven Verhalten bei Rückreisenden. Ein Fünftel aller Hinreisenden konnte sich vorstellen, während der Reise neue sexuelle Kontakte einzugehen. 6,7% aller bei/nach der Rückreise Befragten ($n = 93$ von 1381; 66,3% Männer, 33,7% Frauen), also eine ähnlich große Teilgruppe wie auch bei repräsentativ befragten Reisenden, gab dann auch an, tatsächlich sexuelle Kontakte eingegangen zu sein ($p < .001$).

Bezüglich der Kondombenutzung meinten nur 10% aller Hinreisenden, die sich vorstellen konnten, neue Kontakte einzugehen, im Falle neuer Sexualkontakte ggf. keine Kondome benutzen zu wollen. Von den Rückreisenden, die Sexualkontakte gehabt hatten, gaben nahezu 50% an, zumindest nicht immer oder sogar nie Kondome verwendet zu haben ($p < .001$). Diese Diskrepanz dokumentiert die vielfach gefundene Differenz

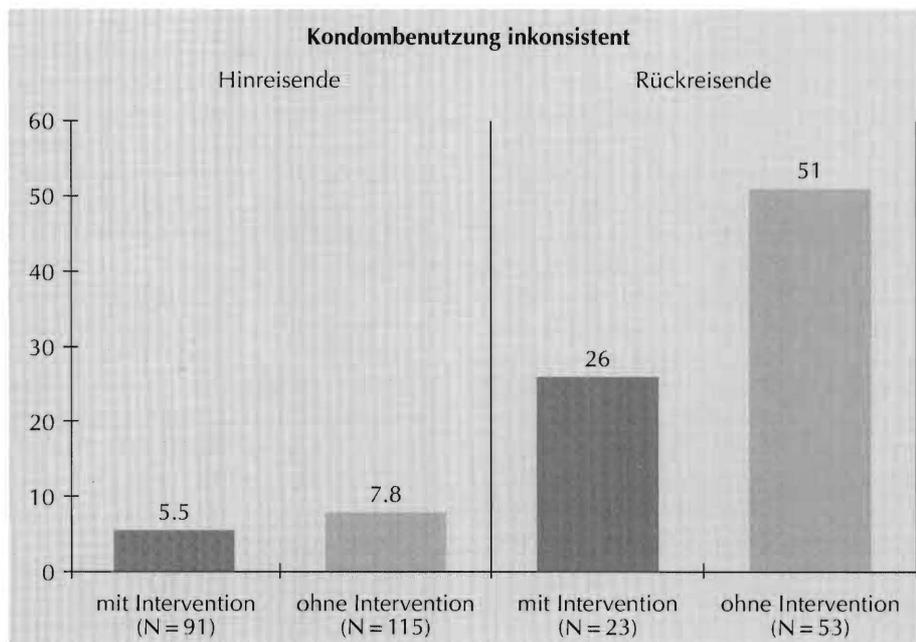


Abbildung 2: Absicht zu inkonsistenter Kondombenutzung bei Hinreisenden mit und ohne Intervention bzw. inkonsistente Kondombenutzung bei Rückreisenden mit und ohne Intervention (in Prozent)

zwischen gesundheitsbezogenen Einstellungen und tatsächlichem Verhalten. Sie zeigt sich zudem sowohl beim Vergleich der Interventionsgruppen als auch beim Vergleich zwischen den Kontrollgruppen (siehe Abb. 1 und 2).

Warum, ist zu fragen, werden Kondome so deutlich seltener verwendet als intentional behauptet. 48% der im Urlaub entstandenen Sexualkontakte wurden von den Befragten als „Liebesbeziehungen“, 43% als „sexuelle Gelegenheitskontakte“ und 20,4% als „bezahlte sexuelle Kontakte“ klassifiziert. Der Anteil ungeschützter Kontakte (58%) war bei den im Urlaub neu entstandenen „Liebesbeziehungen“ am höchsten. Nach Selbstangaben der Urlauber verliefen aber auch ein Drittel der „sexuellen Gelegenheitskontakte“ ungeschützt, und bei „bezahlten sexuellen Kontakten“ wurde immerhin noch bei fast jedem dritten Sexkontakt (29%) auf die Verwendung eines Kondoms verzichtet. Je privater, so ist zu vermuten, der entstandene Urlaubskontakt subjektiv erlebt wurde, um so seltener wurden Kondome verwendet (vgl. dazu: Kleiber u. Velten 1994; Kleiber u. Wilke 1995).

Reisende mit flüchtigen Sexualkontakten unterscheiden sich in mehreren Merkmalen von solchen ohne flüchtige Sexualkontakte. Erstere bleiben häufiger länger als drei Wochen im Gastland (30% vs. 10%; $\chi^2 = 36.28$, $df = 2$, $N = 1364$, $p < .001$), reisen häufiger allein oder in einer Gruppe (76% vs. 28%; $\chi^2 = 131.18$, $df = 2$, $N = 1377$, $p < .001$) und leben auch im Alltag öfter ohne feste Partnerschaft (59% vs. 14%; $\chi^2 = 125.60$, $df = 3$, $N = 1335$, $p < .001$). Der Anteil derjenigen, die schon mehr als zehnmals in diesem Land waren, war in der Gruppe der Sexaktiven mehr als dreimal so hoch (14% vs. 4%; $\chi^2 = 22.86$, $df = 3$, $N = 1346$, $p < .001$). Zudem reiste ein größerer Teil von Sexaktiven öfter nach Thailand (17% vs. 7%; $\chi^2 = 22.67$, $df = 9$, $N = 1377$, $p = .006$, vgl. Tab. 2), wobei aber nur drei der dreizehn Thailandreisenden angaben, ungeschützte Sexualkontakte gehabt zu haben. Der Anteil ungeschützter Kontakte war dagegen in Indien (Goa) besonders hoch (12 von 20). Während nur fünf von den zwanzig Reisenden unter dreißig Jahren angegeben hatten, nie oder nicht regelmäßig Kondome verwendet zu haben, waren es bei den über Sechzigjährigen sechs von neun.

Tabelle 2: Charakteristik von Reisenden mit neuen Sexualkontakten (NSK)

| Charakteristik | neue Sexualkontakte (NSK) | | χ^2 -Test |
|-----------------------------|---------------------------|------------------------|----------------|
| | mit NSK (N = 93) | ohne NSK (N = 1288) | |
| Männer | 59 (66.3) | 557 (44.4) | p < .001 |
| Singles | 54 (58.5) | 179 (14.4) | p < .001 |
| Destination Thailand | 16 (17.2) | 86 (6.7) | p = .006 |
| Aufenthaltsdauer > 3 Wochen | 27 (29.3) | 124 (9.8) | p < .001 |
| Besuchshäufigkeit > 10 Mal | 13 (14.3) | 48 (3.8) | p < .001 |
| Begleitung: | | | |
| alleinreisend | 43 (46.2) | 124 (9.7) | |
| mit Bekannten/Gruppe | 28 (30.1) | 237 (18.5) | p < .001 |

(a) Prozente in Klammern

Bei den *Hinreisenden* zeigte sich ein signifikanter Unterschied zwischen der Interventions- und der Kontrollgruppe bezüglich ihrer Absicht zu neuen sexuellen Kontakten. Nicht selbsterklärend ist, daß Reisende mit Intervention eine höhere Bereitschaft äußerten, neue sexuelle Kontakte einzugehen als Reisende ohne Intervention (23 % vs. 16 %, $p < .005$; vgl. Abb. 1). Möglicherweise muß hier ein Selbstselektionseffekt bezüglich der wahrgenommenen Risikolagen der InterventionsteilnehmerInnen angenommen werden. Die geäußerte Schutzmotivation war jedoch bei beiden Gruppen etwa gleich hoch (94,5 % bzw. 92,2 %).

Aktiv Nicht-Teilnehmende (Verweigerer) unterschieden sich aber hinsichtlich ihrer Schutzmotivation sowohl von den Teilnehmenden als auch von der Kontrollgruppe. Von den 27,5 % der Nicht-Teilnehmenden, die angeben, daß sie neue sexuelle Kontakte nicht ausschließen, gaben 20,8 % an, daß sie dabei nicht konsistent Kondome verwenden würden ($p < .05$).

Insgesamt 326 Reisende konnten sich vorstellen, während ihrer Reise neue sexuelle Kontakte einzugehen. Davon waren zwei Drittel Männer (68 %). Der Anteil der 17–29jährigen betrug 38 %. Sie leben häufiger ohne feste Partnerschaft und reisen oft alleine, mit Bekannten oder in einer Gruppe.

Bei den Rückreisenden zeigt sich in bezug auf das Sexualverhalten kein signifikanter Unterschied zwischen der Interventions- und der Kontrollgruppe. Nur wenige Probanden mit Intervention (5,9 %) bzw. ohne Intervention (7,2 %) gaben an, flüchtige Sexualkontakte mit bisher unbekanntem Personen einge-

gangen zu sein (siehe Abb. 1). Der Anteil derjenigen, die dabei nicht konsistent Kondome benutzt haben, war jedoch bei der Kontrollgruppe höher als bei der Interventionsgruppe (51 % vs. 26 %, $p = .06$; vgl. Abb. 2).

Insgesamt berichten 93 Personen (davon 59 Männer und 30 Frauen) von flüchtigen Sexualkontakten mit bisher unbekanntem Personen während ihres Auslandsaufenthaltes. Ein Drittel von ihnen gab an, Sexualkontakte mit mehreren Personen im Urlaub gehabt zu haben. Die Mehrzahl aller Kontakte (3/4) fand mit Personen aus dem Gastland statt.

Fazit

Die in Zürich realisierte Interventionsstudie hat gezeigt, daß Aids-Interventionen auch in diesem Setting mit hoher Akzeptanz rechnen dürfen. Trotz eines insgesamt guten Informationsstandes der Reisenden kann durch eine solche Intervention eine Aktualisierung des Wissens bezüglich HIV/Aids und eine Sensibilisierung für Risikosituationen bewirkt werden. Ein zwar kleiner, aber nachweisbarer Teil der Reisenden meinte auch nach der Rückkehr, daß die Intervention einen verhaltensmodifizierenden Einfluß gehabt habe.

Ein signifikanter Einfluß der Intervention auf das effektive Sexual- oder Schutzverhalten kann aufgrund der vorliegenden Ergebnisse jedoch nicht nachgewiesen werden, da sich Interventions- und Kontrollgruppe nur graduell unterscheiden. Interessant aber ist, daß die Bereitschaft zu neuen sexuellen Kontakten

bei Teilnehmenden ausgeprägter war als bei der Kontrollgruppe, wobei die Schutzmotivation bei beiden Gruppen sehr hoch ist. Es darf angenommen werden, daß hier Selbstselektionsmechanismen wirken und daß sich gehäuft Personen für eine solche Informations- und Präventionsmaßnahme interessiert zeigen, die sich häufiger „at risk“ fühlen, aber sich schützen wollen. Probanden, die bewußt nicht an der Kampagne teilgenommen haben, wiesen nämlich eine signifikant niedrigere Schutzmotivation auf als Teilnehmende.

Literatur

Aids und HIV in der Schweiz (1996). Epidemiologische Situation Ende 1995. Bundesamt für Gesundheit, Schweiz.

Bächer, M., Schlegel, F. (1996). Check-In Gesundheit II. Aids-Prävention für Reisende im Flughafen Zürich Kloten. Konzept 2. Phase 1996/97. Aids-Infostelle Winterthur.

Bröring, G. (1993). Tourism and Aids: a challenge to health education. Paper presented at the World Congress on Tourist Medicine and Health, Singapore.

Guyrech, D., Heusser, R., Somaini, B. (1995). Evaluation des Pilotprojektes „Aids auf Reisen“. Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich.

Hawkes, S., Hart, G. J., Johnson, A. M. et al. (1994). Risk behaviour and HIV prevalence in international travellers. *AIDS*; 8, 247–252.

Hendriks, A. (1991). Aids and Mobility. The impact of international mobility on the spread of HIV and the need and possibility for Aids/HIV prevention programmes. World Health Organisation, Copenhagen.

IPSO Sozialforschung (1990). Umfrage über das Sexualverhalten der 17–45jährigen in der Schweiz. Zürich: Forschungsbericht.

Kleiber, D., Velten, D. (1994). Prostitutionskunden. Eine Untersuchung über soziale und psychologische Charakteristika von Besuchern weiblicher Prostituierter. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.

Kleiber, D., Wilke, M. (1995). Aids, Sex und Tourismus. Ergebnisse einer Befragung deutscher Urlauber und Sextouristen. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.

Mardh, P. A., Kallings, I. (1990). Sexual risk taking by Swedish women during travelling. Paper presented at 3rd International Conference on Tourist Health, Venice.

Maurer, M. (1991). Tourismus Prostitution Aids. „Kleine Reihe Tourismus & Entwicklung“. Zürich: Rotpunktverlag.

Muthall, B. P. (1993). Sexually transmitted diseases and travel. *British Medical Bulletin*, 49, 394–411.

UNAIDS (1996). The Status and Trends of the Global HIV/AIDS Pandemic. Final Report of the XI. International Conference on AIDS. Vancouver.

Robert-Koch-Institut (1998). AIDS/HIV-Quartalsbericht IV/97. 128. Bericht des AIDS-Zentrums im Robert-Koch-Institut über aktuelle epidemiologische Daten. Berlin: Robert-Koch-Institut.

Schlegel, F., Staub, R. (1995). Aids auf Reisen. Check-In Gesundheit. Pilotprojekt im Flughafen Zürich Kloten, 4.–14. Mai 1995. Schlußbericht. Aids-Infostelle Winterthur.

Stricker, M., Steffen, R., Hornung, R. et al. (1990). Flüchtige sexuelle Kontakte von Schweizer Touristen in den Tropen. Münchner Medizinische Wochenschrift, 132, 175–177.

Tveit, K.S., Nilsen, A. (1994). Sexual behaviour in heterosexual Norwegians travelling abroad. Travel medicine International, 12, 131–136.

Kontaktadresse

Prof. Dr. Dieter Kleiber
Institut für Prävention und psychosoziale Gesundheitsforschung (i. d. WE 09, Fb 12)
Freie Universität Berlin
Habelschwerdter Allee 45
D-14195 Berlin

Psychoanalyse nach 100 Jahren

Zehn Versuche, eine kritische Bilanz zu ziehen

Herausgegeben von André Michels, Peter Müller und Achim Perner
256 Seiten. (3-497-01431-1)
Gebunden. DM 46,- öS 336,- SFr 42,50

Eine Gruppe von Psychoanalytikern und Geisteswissenschaftlern zieht eine kritische Bilanz: Wie stellt sich, hundert Jahre nach ihrer „Erfindung“, die Psychoanalyse dar? Gefragt sind dabei weder die üblichen Festreden noch nostalgische Rückblicke, sondern aktuelle Fragen und Probleme, die sich heute in der konkreten Arbeit an und mit der Psychoanalyse stellen. Die Beiträge greifen klinische, kulturelle, religiöse und philosophische Fragen auf und gehen so unterschiedlichen Aspekten aus dem ganzen Spektrum der therapeutischen Praxis und des kulturellen Lebens nach, in dem die Psychoanalyse wirksam geworden ist. Sie beanspruchen nicht, die gegenwärtige Psychoanalyse zu repräsentieren, sondern wollen dazu einladen, an jenen offenen Fragen zu arbeiten, die in der Routine des therapeutischen Alltages oft verlorengehen.

Aus dem Inhalt

Jutta Prasse:

Ein Kriminalroman in der psychoanalytischen Institution

Peter Müller:

Freie Assoziation?

André Michels:

Übertragung und Metapher

Regula Schindler:

„Versagen des Glaubens“ in der Psychose

Françoise Samson:

Zwischen zwei Sprachen

Claus-Dieter Rath:

BELLE VUE/Stimmfähigkeit.

Aussichten und Ansichten der Psychoanalyse

Erik Porath:

Der Apparat. Das Psychische Denken

Peter Widmer:

Wandlungen in Freuds Konzept der Libido

Claus v. Bormann:

Logos und Eros – ein Götterstreit.

Die Zweideutigkeit der Freudschen Religionskritik

Achim Perner:

Nach hundert Jahren: Ist die Psychoanalyse eine Wissenschaft?

Ernst Reinhardt Verlag München Basel