



Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg  
*Hamburg University of Applied Sciences*

# **Wissen und Verhalten: Evaluation eines Aidspräventionsprojektes in Togo**

## **Diplomarbeit**

Vorgelegt am 10. April 2007 von

*Aissa Halidou*

Horner Brückenweg 1

22111 Hamburg

Matrikel-Nr.: 1726197

**Erstbetreuer:** Herr Prof. Dr. Dr. Karl-Heinz Wehkamp

**Zweitbetreuerin:** Frau Prof. Dr. Christine Färber

## Inhaltsverzeichnis

<b>I.</b>	<b>Abbildungs- und Tabellenverzeichnis</b> .....	4
<b>II.</b>	<b>Abkürzungen und Glossar</b> .....	5
<b>III.</b>	<b>Widmung</b> .....	6
<b>IV.</b>	<b>Danksagung</b> .....	7
<b>V.</b>	<b>Eingangszitate</b> .....	8
<b>VI.</b>	<b>Vorwort</b> .....	9
<b>VII.</b>	<b>Abstract</b> .....	10
<b>VIII.</b>	<b>Einführung</b> .....	11
<b>1.</b>	<b>HIV/AIDS – Die Pandemie</b> .....	14
1.1.	HIV/AIDS in der Weltbevölkerung .....	14
1.2.	HIV/AIDS in Afrika.....	15
1.3.	Togo und die HIV- Epidemie .....	17
1.4.	Behandlungsmöglichkeiten .....	18
<b>2.</b>	<b>Wissen und Verhalten in der HIV/AIDS-Prävention</b> .....	22
2.1	Gesundheitsbezogenes Wissen.....	22
2.1.1	Health Literacy .....	24
2.1.2	Gesundheitliche Aufklärung .....	25
2.2.	Modelle zur Verhaltensänderung in der HIV- und AIDS-Prävention .....	26
2.2.1.	Health Belief Model .....	27
2.2.2.	Social Cognitive Theory / Social Learning Theory .....	29
2.3	Diskrepanz zwischen Wissen und Verhalten .....	29
<b>3.</b>	<b>Vorstellung des Aidspräventionsprojektes in Togo</b> .....	32
3.1.	Ausgangslage zu HIV/AIDS im Projektort .....	32
3.2.	Vorstellung der Organisation SILD und des Projektortes.....	33
3.3.	Vorstellung des Präventionsprogramms .....	34

<b>4.</b>	<b>Zum Aufbau der Evaluation</b> .....	36
4.1.	Theoretische Grundlagen zur Programmevaluation allgemein .....	36
4.1.1.	Vorgehensweise in der Evaluation .....	37
4.1.2.	Rahmenbedingungen der Evaluation .....	39
4.1.3.	Arten von Evaluation .....	40
4.1.4.	Fehlermöglichkeiten bei einer Programmevaluation .....	41
4.2.	Inhaltliche Zielsetzung der Evaluation in Togo.....	41
4.3.	Methodisches Vorgehen .....	42
4.3.1.	Zielpopulation .....	42
4.3.2.	Personal und Aufgabe .....	42
4.3.3.	Design und Prozedur.....	42
4.3.4.	Das Erhebungsinstrument.....	43
4.3.5.	Datenanalyse .....	44
<b>5.</b>	<b>Ergebnisse der Evaluationsstudie</b> .....	45
5.1.	Sozioökonomische Angaben.....	45
5.2.	Erhebung der Leistungen des Gesundheitszentrums .....	47
5.3.	Zukunftsperspektiven der Jugendlichen.....	49
5.4.	Beziehungen der Jugendlichen.....	50
5.5.	Kenntnisse der Jugendlichen über HIV/AIDS und andere Geschlechts- krankheiten .....	54
<b>6.</b>	<b>Zusammenfassung der Ergebnisse und Schlussfolgerung</b> .....	60
<b>7.</b>	<b>Diskussion</b> .....	62
7.1.	Ergebnisse und Einflussfaktoren.....	62
7.2.	Grenzen der Evaluationsstudie .....	64
<b>8.</b>	<b>Handlungsempfehlungen</b> .....	68
<b>9.</b>	<b>Zusammenfassung der Arbeit</b> .....	73
<b>IX.</b>	<b>Literaturverzeichnis</b> .....	76
<b>X.</b>	<b>Eidesstattliche Erklärung</b> .....	79
<b>XI.</b>	<b>Anhang</b> .....	80

## I. Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

### I.I. Abbildungen

Abbildung 1:	<i>Übersicht zu den HIV-Infektionen weltweit im Jahr 2005</i> .....	14
Abbildung 2:	<i>Epidemie von HIV in Afrika südlich der Sahara von 1985 bis 2005</i> .....	16
Abbildung 3:	<i>Geographische Lage Togos</i> .....	17
Abbildung 4:	<i>Seroprävalenz von HIV bei schwangeren Frauen in den verschiedenen Regionen Togos im Jahr 2004</i> .....	17
Abbildung 5:	<i>Versorgung der Aidskranken mit antiretroviralen Medikamenten in Afrika südlich der Sahara</i> .....	19
Abbildung 6:	<i>Bedingungebenen gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen</i> .....	23
Abbildung 7:	<i>Idealtypische Etappen einer Evaluation</i> .....	38
Abbildung 8:	<i>Geschlecht und Alterstruktur der Probanden</i> .....	45
Abbildung 9:	<i>Angaben zum Besuch des Gesundheitszentrums</i> .....	47
Abbildung 10:	<i>Häufigkeit des Besuchs des Gesundheitszentrums</i> .....	48
Abbildung 11:	<i>Frage 3.1. Hast du eine(n) Freud(in) oder Verlobte(n)? – Schüler</i> .....	51
Abbildung 12:	<i>Angaben über Verhütung gegen Geschlechtskrankheiten</i> .....	52
Abbildung 13:	<i>Annahmen der Befragten über die Übertragungswege HIV / AIDS</i> .....	55
Abbildung 14:	<i>Erwähnte Schutzmaßnahmen gegen HIV/AIDS</i> .....	56
Abbildung 15:	<i>Unterschied zwischen HIV-Positiv und Aidskranken</i> .....	57
Abbildung 16:	<i>Gewünschte Schutzmaßnahme</i> .....	57
Abbildung 17:	<i>Angaben zum durchgeführten HIV-Test</i> .....	58
Abbildung 18:	<i>Hindernisse für HIV-Test</i> .....	59

### I.II. Tabellen

Tabelle 1:	<i>Formen von Health Literacy und ihre Wirkungsarten</i> .....	25
Tabelle 2:	<i>Ablauf des empirischen Teils einer Evaluation</i> .....	38
Tabelle 3:	<i>Klassenverteilung der Schüler</i> .....	46
Tabelle 4:	<i>Berufliche Angaben den Nicht-Schüler</i> .....	46
Tabelle 5:	<i>Beziehung ja, nein und Dauer der Beziehung</i> .....	51
Tabelle 6:	<i>Verhütung bei Schülern mit sexuellem Kontakt</i> .....	52
Tabelle 7:	<i>Verhütung bei den Nicht-Schülern mit sexuellem Kontakt</i> .....	53
Tabelle 8:	<i>Angaben über die Anzahl der Sexualpartner – Schüler</i> .....	53
Tabelle 9:	<i>Angaben über die Anzahl der Sexualpartner – Nicht-Schüler</i> .....	54
Tabelle 10:	<i>Angaben der Befragten darüber, ob sie schon einmal einen HIV-Test gemacht haben</i> .....	58
Tabelle 11:	<i>Phasen der Stage of Change Model in der HIV/ Aidsprävention</i> .....	70
Tabelle 12:	<i>Einsatz der vier Kernprozesse des pantheoretischen Modells in der HIV-Prävention</i> .....	71

## II. Abkürzungen und Glossar

### II.I. Abkürzungen

AIDS	<b>A</b> cquired <b>I</b> mmune <b>D</b> eficiency <b>S</b> yndrome (engl. für <i>erworbenes Immundefektsyndrom</i> )
ASA	<b>A</b> rbeit und <b>S</b> tudienaufenthalt im <b>A</b> usland
BZgA	<b>B</b> undeszentrale für <b>g</b> esundheitliche <b>A</b> ufklärung
DED	<b>D</b> eutscher <b>E</b> ntwicklungsdienst
DPS	<b>D</b> irection <b>P</b> refectorale de <b>S</b> anté
GTZ	Deutsche <b>G</b> esellschaft für <b>t</b> echnische <b>Z</b> usammenarbeit
HIV	<b>H</b> umanes <b>I</b> mmundefizienz- <b>V</b> irus (engl. Human immunodeficiency virus)
InWent	<b>I</b> nternationale <b>W</b> eiterbildung und <b>E</b> ntwicklung
NGO	<b>N</b> on <b>G</b> overnmental <b>O</b> rganisation (Nichtregierungsorganisation)
ONUSIDA	<b>O</b> rganisation des <b>N</b> ations <b>U</b> nis pour le <b>S</b> IDA
QUALY	<b>Q</b> uality <b>A</b> adjusted <b>L</b> ife <b>Y</b> ear
SILD	<b>S</b> ervice <b>I</b> nformation <b>L</b> ogistique et <b>D</b> eveloppement pour la Santé
TRIPS	<b>T</b> rade <b>R</b> eleted <b>I</b> nternational <b>P</b> roperty <b>R</b> ights
UNAIDS	The Joint <b>U</b> nited <b>N</b> ations Programme on HIV/ <b>A</b> IDS
UNITAID	Fonds für billigere Medikamente
WHO	<b>W</b> orld <b>H</b> ealth <b>O</b> rganisation
WTO	<b>W</b> orld <b>T</b> rade <b>O</b> rganisation

### II.II. Glossar

Antiretrovirale	Medikamente, die die Vermehrung von HI-Viren hemmen
defizitär	mangelhaft
deklarativ	behauptend
dispensaire	(frz.) kleine Behandlungsstation
“dry sex”	trockner Sex (ohne vaginale Sekretion)
“fear appel”	Angsterzeugung
Femidome	Weibliche Kondome
Generika	Nachmacharzneimittel
Inzidenz	Anzahl der neuen Erkrankungen in einer bestimmten Population zu einem bestimmten Zeitpunkt
Kognition	psychologischer Terminus Technicus für Wahrnehmung, Lernen, Erkennen
pairs éducateurs	Peer Worker (ausgebildete Jugendliche, die ihre Freude, Bekannte aufklären)
Prävalenz	Anzahl von Erkrankten in einer bestimmten Population und einem bestimmten Zeitraum
protektiv	schützend
“safer sex”	geschützter Geschlechtsverkehr
Seropositiv	Nachweis durch Bluttest von Antikörpern einer bestimmten Virusart
Volition	psychologischer Begriff für das Wollen
Vulnerabilität	Verletzlichkeit (Gegenteil = Invulnerabilität)

### **III. Widmung**

Diese Arbeit widme  
ich Dir, Chahed. Du hast auf Deine  
Weise sehr dazu beigetragen, dass ich mein Studium  
erfolgreich beenden konnte. Du bist das Wertvollste,  
das mir je im Leben geschenkt worden ist.  
Du bist ein wunderbarer Sohn.

#### **IV. Danksagung**

Ganz herzlich bedanke ich mich bei Herrn Prof. Dr. Jan Philipp Reemtsma und Herrn Mathias Kamm (Hamburger Institut für Sozialforschung / Stiftung zur Förderung von Kultur und Naturwissenschaft) für die finanzielle und logistische Unterstützung, ohne die es mir nicht möglich gewesen wäre, zu studieren.

Ich bedanke mich ebenso herzlich bei meinem sehr guten Freund Martin Weinrich, M.A, Dipl. Krim., der mich immer motiviert hat, nach vorne zu schauen.

Bedanken möchte ich mich weiterhin bei Herrn Prof. Dr. Dr. med. Karl-Heinz Wehkamp für die sehr gute Betreuung meines Praktikums und meiner Diplomarbeit und für seine freundliche Art mit den Studenten, also auch mit mir, umzugehen.

Besonderer Dank gilt auch Frau Prof. Dr. Christine Färber für ihr Engagement, ihre Ratschläge und auch dafür, dass sie als zweite Prüferin, meine Diplomarbeit so nachdrücklich mitbetreut hat.

Ich möchte mich auch ganz herzlich bei Frau Dr. Gudrun Egger-Harsch für ihre Beratung bei der Praktikumkanplanung und ihre Hilfe bei der Literaturrecherche bedanken.

Ganz besonderer Dank gilt dem ASA-Programm von InWent, in dessen Rahmen das Praktikum gesponsert werden konnte, Céline Teney für die gute Zusammenarbeit während des Praktikums in Togo, und den Jugendlichen in Apéyémé, ohne deren Unterstützung diese Arbeit nicht möglich gewesen wäre.

Nicht zu vergessen sind auch Herr Dr. John Agbojavo, Herr Prosper, Herr Boni (SILD), die Mitarbeiter des Klinikum „La Famille“ in Kpalimé und die Menschen in Apéyémé für ihre Gastfreundschaft.

Schließlich danke ich allen meinen Freunden, die mir ihre Unterstützung zuteil werden ließen.

Und natürlich danke ich Gott und meinen Eltern.

*"Befindet sich nicht, wer seinen Gelüsten frönt, körperlich wie seelisch in Unordnung? Bei Hera, ich meine, ein freier Mann sollte darum beten, dass er niemals ein solcher Sklave seiner selbst werde ..."*

*Sokrates<sup>1</sup>*

*„Die Sexualität ... gehört zu den gefährlichsten Betätigungen des Individuums“.*

*Sigmund Freud<sup>2</sup>*

---

<sup>1</sup> Fundstelle Xenophon (1976), S. 32

<sup>2</sup> Nunberg H., Federn E. (1977), S. 1908



## VI. Vorwort

Ich hatte im Jahr 2004 bereits das Grundstudium abgeschlossen, als ich von dem ASA-Programm für ein Praktikum in Togo ausgewählt wurde, das sich mit der Evaluationsforschung eines Jugendgesundheitszentrums im Bereich Aidsprävention befasst.

Mit meinen Grundkenntnissen aus der Hochschule, den ASA-Vorbereitungseminaren und einigen Informationen von der BZGA, GTZ, und dem DED zum Thema Aidsprävention fühlte ich mich genügend vorbereitet für mein Praktikum.

Vor Ort in Togo musste ich allerdings feststellen, dass die Arbeit, die von mir erwartet wurde, keine Praktikums-, sondern Expertenarbeit war. Selbstständig als „externe Evaluationsforscherin“ zu arbeiten war die größte Herausforderung des Praktikums. Aber gerade dadurch habe ich viel gelernt. Ich konnte so meine Kenntnisse und meine Grenzen erproben.

Fragebogenentwicklung, Probandensuche bis hin zu der Datenauswertung waren Aufgaben, die mir nicht leicht gefallen sind. Dennoch haben sie mir am Ende Freude gemacht. Deshalb möchte ich die Ergebnisse meines Praktikums durch diese Diplomarbeit mit den neuen Kenntnissen aus der zweiten Hälfte meines Studiums zusammenbringen.

Mir haben am meisten die Phase der Interviewdurchführung, die Aufklärungsmaßnahmen in Form von Gruppendiskussionen mit den Jugendlichen und die internationalen Seminare<sup>3</sup> Freude gemacht. All dies werde ich in schöner Erinnerung behalten.

Hamburg, den 09. April 2007

---

<sup>3</sup> Über Herrn Dr. John Agbojavo, einem der Gründer der NGO SILD und Leiter der Seminare, durfte ich während des Praktikums an zwei Seminaren teilnehmen, bei denen Fachleute aus verschiedenen Gesundheitsberufen und aus weiteren Ländern Westafrikas ihre Erfahrungen über Counseling von Aidserkrankten und deren Angehörigen sowie über Prävention von Infektionskrankheiten austauschten.

## VII. Abstract

**Introduction:** The first part of the present thesis gives a global overview of HIV/Aids expansion and its consequences all over the world, in Africa and especially in Togo.

In the second part the focus is on the relationship between knowledge and sexual behavioural change, which leads to the creation of a preventive health program for young people in Apéyémé (Togo Republic). The third and more important part is an evaluation of this program.

**Methods:** The evaluation was conducted with a cross sectional study, which involves a sample size of 100 young people between the age of 15 and 25.

There was an effective number of 49 young people (23 female and 26 male) whom attended school, and a second group of 51 young people (24 female and 27 male) who had never been at school or had not the chance of attending further education.

The information about the questionnaire of this study has been analysed with Excel.

**Result:** 57% of those that answered the questionnaire protected themselves during sex (among those 77% educated), while 42% had sex without protection (of whom 62.2 % never went to school). There are many reasons leading to unsafe sex: the partner does not agree (30%), dissatisfaction with condoms (22%), trust in the partner (13%), condoms are expensive to be afforded (11%) and “unplanned sex” (8%). 91% of the people that answered the questionnaire never went for HIV tests, the 51.5% among them considered it too expensive for their financial situation.

**Discussion:** The result of this study does not give a significant association between knowledge and sexual behavioural change. This result could be explained by a general tendency for thoughtless behaviour, while on another hand it has also to do with poverty. Moreover, findings in cognitive psychology could be suggested to apply to this result such as “unrealistic optimism”.

The lack of consistent material (notably lack of comparative group of people and interest from people) might affect the study and its results.

**Conclusion:** Knowledge is necessary but not sufficient to induce positive sexual behavioural change. An action needs to be taken on behalf of Apéyémé’s young people. The structural and socio-cultural conditions must be taken into consideration in order to make the prevention more efficient and effective. According to this a realistic and well done evaluation must be done for a good strategic prevention.

## VIII. Einführung

„Verhalten, speziell dasjenige des Menschen, stellt, obwohl von Geisteswissenschaften wie auch Empirie in vielen denkbaren Aspekten erforscht und beschrieben, nach wie vor in seinen Formen und Erscheinungen eines der komplexesten und auch rätselhaftesten Konstrukte dar“ [FINK, 1996, S. 65].

Jedoch wird das Verhalten oft in Zusammenhang mit Wissen als dessen abhängige Komponente angesehen. So wird laut KLUWE „der weitaus größte Teil unseres Verhaltens [...] über die Wissensstruktur gesteuert: Situationsreize rufen Inhalte der Wissensstrukturen auf, ein Suchprozeß läuft über Ausschnitte des Netzwerkes ab, und die Ausführung gespeicherter Verhaltensprogramme führt dann zur erwünschten Veränderung der Situation“ [KLUWE, 1979, S. 62].

„Verhalten kann beitragen zur Erhaltung von Gesundheit, zur Entwicklung von Krankheit, aber auch zu deren Bewältigung und Heilung“ [TROSCHKE, 1999, S. 371]. Das ist eine Tatsache, über die unter Gesundheitswissenschaftlern Einigkeit herrscht. Daher basieren alle Bemühungen der Prävention und Gesundheitsförderung auf Verhalten und Verhaltensänderung. Nach dem Konzept der *health literacy*<sup>4</sup> kann man davon ausgehen, dass die gesundheitliche Aufklärung, bzw. die Wissensvermittlung/-aufnahme hinsichtlich Gesundheit, den einzelnen Menschen dazu führt, angemessene Entscheidungen über seine gesundheitsbezogenen Absichten und Handlungen zu treffen. Aber obwohl die Gesundheitsförderung immer mehr an Bedeutung zunimmt, bestätigen ihre Ergebnisse diese Ansichtswiese nicht hundertprozentig. Das macht sich an vielen Beispielen unseres Alltagslebens bemerkbar, auch beim Kampf gegen HIV und Aids.

Auf einem ASA-Seminar in Frankreich, wo ich die einzige Teilnehmerin aus Afrika war unter mehr als hundert Teilnehmern aus Frankreich, Deutschland, Belgien und der Schweiz, wurde ein anonymer Fragebogen verteilt, um das Sexualverhalten der Teilnehmer zu erheben. Der Bogen enthielt die Frage „Haben Sie sich in den letzten zwei Jahren in einer Situation befunden, in der Sie durch Ihr Sexualverhalten Ihren Partner/in oder sich selbst hätten infizieren können, ja oder nein?“ Die Auswertung ergab, dass nur eine einzige Person „Nein“ angekreuzt hatte, ob-

---

<sup>4</sup> Health literacy ist eine Komponente der Prävention und Gesundheitsförderung, das sich auf die Vermittlung von wissensbasierter Kompetenz bezieht.

wohl alleangaben, schon von HIV/AIDS gehört zu haben: Sie hatten sich und ihre Partner/Geliebten nicht ausreichend geschützt. Dieses Beispiel verdeutlicht, wie groß die Diskrepanz zwischen dem Wissen über eine Gefahr für die Gesundheit und entsprechendem Verhalten, sich dagegen zu schützen ist – auch in Europa.

Dieses Phänomen spiegelt sich auch in der Aidsprävention in Afrika wider, wo geographische, ökonomische, soziale und kulturelle Faktoren die Diskrepanz zwischen Wissen über Aids und angemessenem Verhalten vergrößern und die Infektion mit HIV und den Folgekrankheiten zusätzlich begünstigen.

Diese Problematik beeinträchtigt sowohl die wirtschaftliche Produktivität der Betroffenen, als auch die sozialen Gefüge der gesamten Gesellschaft. Gleichzeitig geht es um die kontinuierliche Zunahme der Gesundheitskosten im Zusammenspiel mit knapper werdenden Ressourcen. Daher müssen qualitätsgesicherte Präventionsprogramme eingesetzt werden. Das geeignete Instrument zur Qualitätssicherung von Präventionsprogrammen ist eine sachgerechte Evaluation. Laut ROOTMAN ET AL. „[...] evaluation data are used to help decision-making that involves the distribution of social resources; they bear value and ethical meanings ... Evaluation is not politically neutral or ideologically innocent, but well suited to serving political or ideological ends [...]“[ROOTMAN ET AL. 2001, S. 19].

Evaluationen von Programmen der Prävention und Gesundheitsförderung sind zwar, aufgrund der nicht immer möglichen Quantifizierbarkeit der Ergebnisse, eher komplex, dennoch sind sie sehr wichtig, sowohl für die Betroffenen, als auch für die Politiker. Ihre angemessene Durchführung führt zu Effizienz und Effektivität, folglich auch zu besserer Gesundheit, zu Kosteneinsparung und zu besserer Lebensqualität, z.B. gemessen als QUALY<sup>5</sup>.

Im Rahmen meines Praktikums in Togo in der Zeit vom September 2004 bis Januar 2005 war ich an einer Programmevaluation eines Jugendgesundheitszentrums beteiligt. Diese Programmevaluation war eine Ex-Post-Evaluation der Leistungen des Zentrums, welche überwiegend in Form von Präventionsmaßnahmen für Geschlechtskrankheiten und HIV/AIDS erbracht worden waren.

Die Fragestellung der Evaluationsstudie lautete: „Warum haben so viele Jugendliche – obwohl sie entsprechend informiert sind – ungeschützten Sexualkontakt mit

---

<sup>5</sup> Quality-Adjusted Life Year

wechselnden Partnern/Partnerinnen?“ Des weiteren: „Was müsste geschehen, damit sie sich schützen?“

Die Zielgruppe der Studie setzte sich zusammen aus hundert Jugendlichen im Alter zwischen 15 und 25 Jahren aus Apéyémé, einer kleinen Stadt im Süden Togos. Die Probanden waren zur Hälfte Schülerinnen und Schüler. Die andere Hälfte bestand aus Jugendlichen, die nie eine Schule besucht hatten, und ehemaligen Schülerinnen und Schüler, die aus irgendwelchen Gründen die Schule verlassen hatten. Das Geschlechterverhältnis in beiden Gruppen (Schüler und Nicht-Schüler) war in etwa gleich.

In der vorliegenden Arbeit wird zunächst die epidemiologische Lage zu HIV/AIDS in der Weltbevölkerung zusammengefasst sowie der Zusammenhang zwischen Wissen und Verhalten hinsichtlich HIV/Aidsprävention erläutert. Im Hauptteil wird die Evaluation des Aidspräventionsprogramms in Togo (die nach einer Bewertung des HIV/Aidswissens von Jugendlichen, bezogen auf ihr Risikoverhalten, konzipiert worden ist) dargestellt. Dabei werden die theoretischen Grundlagen einer Programmevaluation allgemein, die Ausgangslage im Projektort, das Präventionsprogramm und die Organisation des Projektes, sowie die Ergebnisse der dort durchgeführten Evaluationsstudie vorgestellt. Die Diskussion im darauf folgenden Abschnitt beinhaltet eine kritische Betrachtung dieser Programmevaluation und der Einflussfaktoren des Präventionsprogramms. Abschließend wird eine Handlungsempfehlung gegeben.

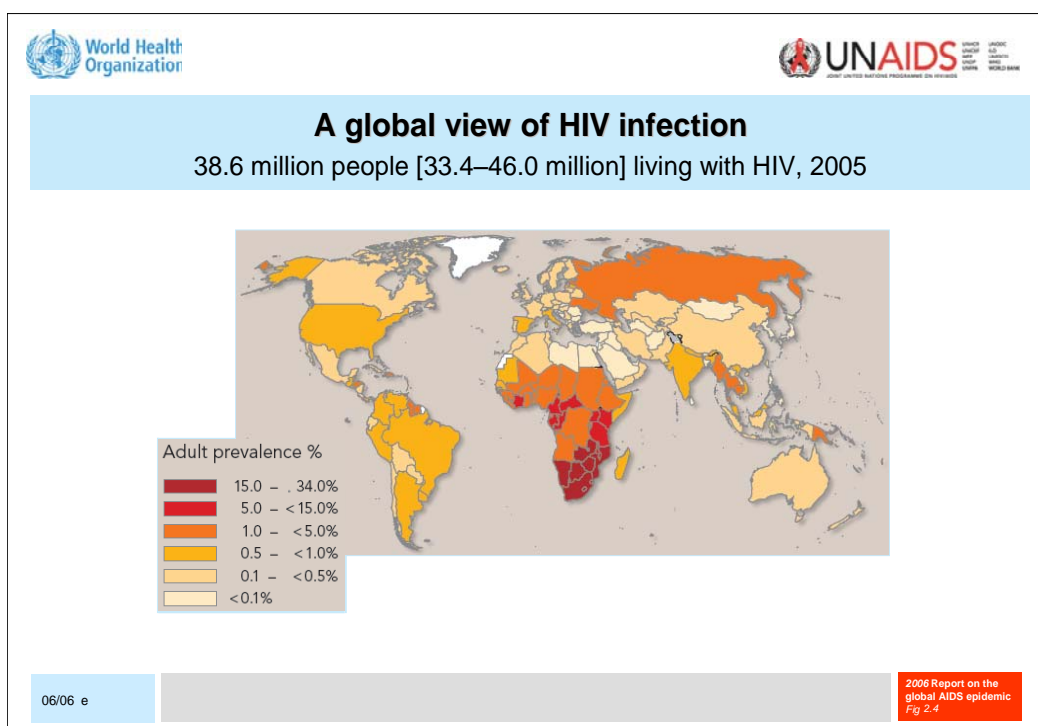
## 1. HIV/AIDS – Die Pandemie

Das folgende Kapitel beschreibt die Verbreitung von HIV/AIDS, zunächst auf globaler Ebene, dann wird der Focus auf Afrika gelegt und schließlich auf Togo, in welchem das Evaluationsprojekt durchgeführt wurde. Es soll einen Überblick über das Ausmaß der HIV-Pandemie geben, um den Handlungsbedarf zu verdeutlichen.

### 1.1. Die Verteilung in der Weltbevölkerung

Das in den frühen 80er Jahren entdeckte HIV-Virus hat sich weltweit schnell verbreitet. Im Jahr 2005 waren es mehr als 40 Millionen Menschen, die sich so infiziert hatten (Siehe Abbildung 1). Die Anzahl der Neuerkrankungen für das Jahr 2005 wurde auf 5 Millionen, die der an HIV/AIDS Verstorbenen seit Ausbruch der Epidemie, auf 25 Millionen geschätzt<sup>6</sup>. Die Anzahl der an HIV infizierten Menschen steigt von Jahr zu Jahr weltweit [vgl. UNAIDS, 2006].

**Abbildung 1:** Übersicht zu den HIV-Infektionen weltweit im Jahr 2005



**Quelle:** UNAIDS [2006]

<sup>6</sup> Daten von vielen Menschen, die nicht getestet oder gemeldet sind, gehen die Survey Daten vorbei, obwohl diese Menschen an opportunistische Krankheiten der HIV wie Tuberkulose und Malaria (unter anderen) sterben.

In Afrika südlich der Sahara lebten mehr als 25 Millionen Menschen mit HIV, in Ostasien im Jahr 2005 8,3 Millionen, in Lateinamerika 1,8 Millionen. In Osteuropa und Zentralasien waren es 1,6 Millionen, in Nordamerika, Zentral- und Westeuropa insgesamt um die 2 Millionen; in der Karibik, genau so wie in Nordafrika oder Ozeanien, waren Tausende von Menschen infiziert [UNAIDS, 2006].

## 1.2. HIV/AIDS in Afrika

In Afrika, südlich der Sahara, leben fast zwei Drittel der HIV-infizierten Menschen der Weltbevölkerung (*Siehe Abbildung 2*). Nach Malaria ist dort AIDS die häufigste Todesursache<sup>7</sup>.

Frauen sind am stärksten betroffen (59% der Frauen über 15 Jahre sind HIV-positiv) [UNAIDS, 2006].

„In 16 Ländern Afrikas ist mehr als einer von zehn Erwachsenen im Alter zwischen 15 und 49 Jahren infiziert. In 7 Ländern des südlichen Afrikas lebt sogar einer von fünf Erwachsenen mit dem Virus. [...] Nach Untersuchungen der Weltbank ging das Wirtschaftswachstum in diesen Ländern um jährlich 2 - 4% zurück. In Südafrika zum Beispiel wird damit gerechnet, dass das Bruttosozialprodukt bis zum Jahr 2010 insgesamt um 17% reduziert wird“ [HEIDEMANN & MOERSCHBACHER, 2005, S. 13].

Die am stärksten betroffenen Länder in diesem Kontinent sind die Länder in der südlichen Region wie Südafrika, Namibia, Simbabwe, Sambia, Botswana, Lesotho und Swasiland, wo ca. 32% der Menschen infiziert sind. Die HIV-Prävalenz in Swasiland wird auf über 43% geschätzt. In der Altersgruppe von 25 bis 29 Jahren sogar auf 56%. Simbabwe ist das einzige Land in dieser Region, das in den aktuellen Berichten einen Rückgang der Prävalenz- und Inzidenzziffern zu verzeichnen hat [vgl. UNAIDS, 2006].

In den Ländern Ostafrikas zeichnet sich auch ein Rückgang, bzw. eine Stabilisierung der Prävalenz ab. In Uganda hat sich der Rückgang schon in den 90er Jahren angekündigt (in den 90er Jahren lag die Prävalenz bei 13%, im Jahr 2005 bei 4%). In Burundi, Ruanda, Äthiopien, Eritrea und Somalia bleibt die Prävalenz stabil. In Tansania zeigt sich zwar ein Rückgang der Prävalenz von 8,1% im Jahr 2004 auf 6,5 im Jahr 2006. Dennoch gehört Tansania zu den am stärksten betroffenen Ländern (mit 1,4 Millionen infizierten Menschen) [vgl. UNAIDS, 2006].

---

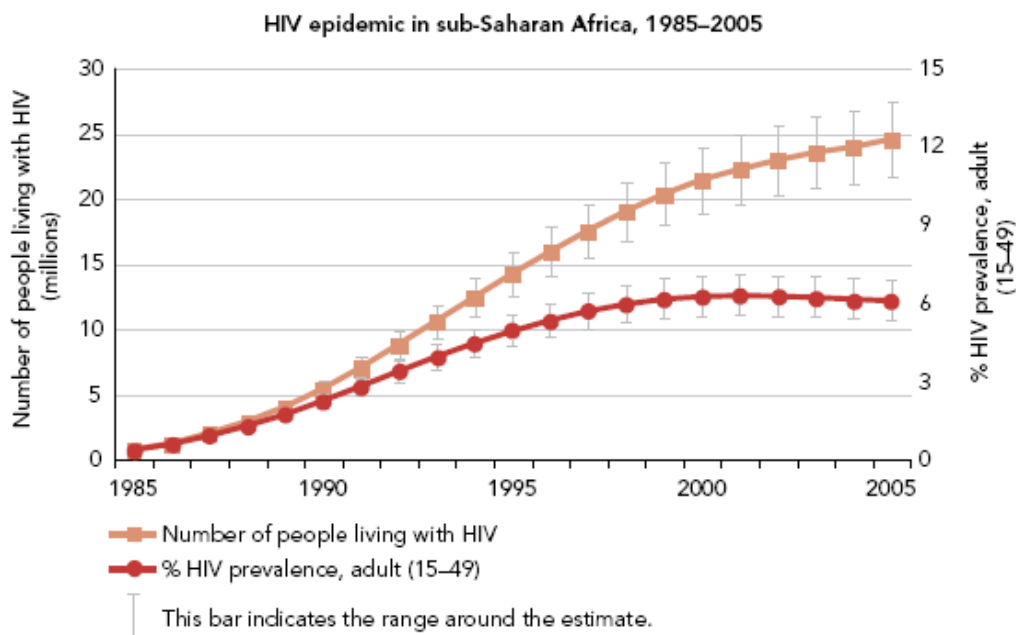
<sup>7</sup> Da viele Betroffene sich nicht testen lassen und da Aids als Krankheitsbild nicht leicht zu erkennen ist, vermuten Experten, dass Aids mittlerweile als Todesursache in Afrika die Malaria längst überholt hat.

In den Ländern Zentralafrikas ist die Datenlage zwar unvollständig, dennoch wird vermutet, dass die Zentralafrikanische Republik und Kamerun, mit einer Prävalenz von 11% bzw. 9%, die am stärksten betroffenen Länder in dieser Region sind.

Im Westafrika ist die HIV-Prävalenz sehr niedrig im Vergleich zu den oben genannten Regionen. Außerdem hat sich im Jahr 2006 ein Rückgang der Prävalenz in fast allen Ländern der Region gezeigt, außer in Mali<sup>8</sup>. Sie liegt in den meisten Ländern bei 2% oder sogar darunter, besonders in den Ländern der Sahelzone. In Senegal liegt die Prävalenz unter 1%, in Guinea bei 1,5%, in Benin bei 1,8%, in Burkina bei 2%, in Ghana bei 2,3%, im Tschad bei 3,3% [vgl. UNAIDS, 2006].

Im Jahr 2005 ist in der Elfenbeinküste eine Prävalenz von 9,7%, in Nigeria eine von 5,8%<sup>9</sup> registriert worden [vgl. KAMPS, 2006].

**Abbildung 2:** Epidemie von HIV in Afrika südlich der Sahara von 1985 bis 2005



Quelle: UNAIDS [2006]

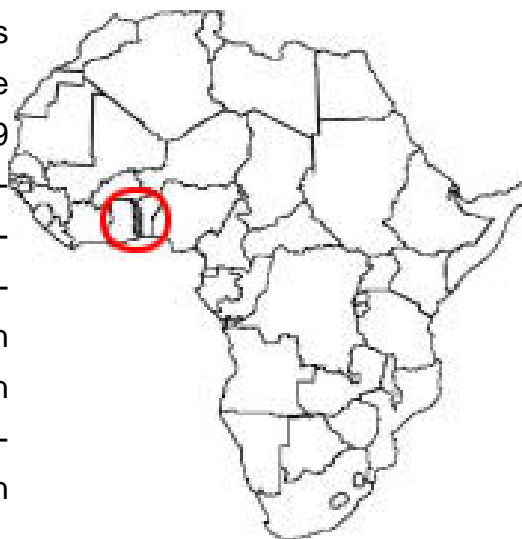
<sup>8</sup> In Mali war die Prävalenz über viele Jahre stabil. Bei den neuen Survey Daten wurde aber ein Anstieg bei schwangeren Frauen festgestellt, besonders bei den jüngeren [vgl. UNAIDS, 2006].

<sup>9</sup> Die Rate scheint niedrig zu sein, da es sich um die Prävalenz handelt. Aber wenn man die absoluten Zahlen betrachtet, sind Millionen von Menschen in Nigeria betroffen, weil dort über 125 Millionen Menschen leben. Nigeria ist das Land in Afrika (nach Südafrika), wo die meisten Menschen mit HIV leben.

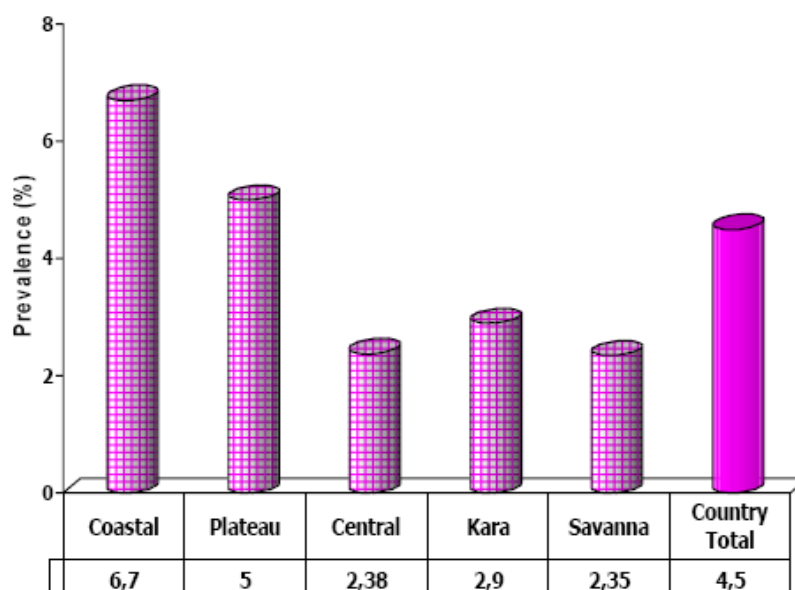


### 1.3. HIV/AIDS in Togo

In Togo (vgl. *Abbildung 3*) wurde der erste HIV-Fall im Jahr 1987 bei einer Prostituierten in der Hauptstadt Lomé entdeckt. Seitdem hat sich die Infektion im ganzen Land verbreitet. Im Jahr 2005 betragen die bis dahin gemeldeten Fälle 17.600. 80% der Fälle fanden sich in der Altersgruppe von 19 - 49 Jahren. 82,4% der Fälle sind durch heterosexuelle Kontakte übertragen, 11,1% durch kontaminierte Bluttransfusion und / oder kontaminierte spitze Gegenstände<sup>10</sup> und 6,5% von Mutter zu Kind. Die HIV-Infektion ist in Togo in den Städten verbreiteter (67,7% der gemeldeten Fällen) als in den ländlichen Gebieten (32,3% der gemeldeten Fällen). Die Seroprävalenz bei den schwangeren Frauen (registriert durch Untersuchungen der Schwangerschaftsvorsorge) ist in den verschiedenen Regionen Togos unterschiedlich ausgeprägt (*siehe Abbildung 4*), generell betrug sie generell 4,5%. Die Prävalenz in der sexuell aktiven Bevölkerung (in der Altersgruppe von 15 bis 49) betrug im Jahr 2005 4,5% [vgl. ONUSIDA, 2005].



**Abbildung 4:** Seroprävalenz von HIV bei schwangeren Frauen in den verschiedenen Regionen Togos im Jahr 2004



Quelle: ONUSIDA [2005]

<sup>10</sup> zum Beispiel Scheren, Messer, Rasierklingen und Kanülen;

#### **1.4. Behandlungsmöglichkeiten**

Die medizinische Forschung im HIV/Aidsbereich hat sich zwar im Laufe der Jahre weiter entwickelt, so dass seit einigen Jahren antiretrovirale Medikamente auf dem Markt sind. Dennoch gibt es immer noch keine Impfung oder Prophylaxe zur Prävention von HIV. Die antiretrovirale Behandlung ermöglicht auch keine Heilung, sondern sie hemmt nur die Vermehrung von HI-Viren; dadurch wird der Ausbruch der Aids-erkrankung verschoben und die Lebenserwartung der Erkrankten verlängert.

Die antiretrovirale Therapie ist auch nicht ohne Komplikationen. Um zu vermeiden, dass das Virus gegen einen Wirkstoff resistent wird, müssen immer wieder mehrere Wirkstoffe kombiniert und lebenslang eingenommen werden. Der Erfolg dieser Behandlung hängt von der regelmäßigen Einnahme der Medikamenten ab, „da das Absinken der Medikamentenspiegel bei unregelmäßiger Einnahme zur Vermehrung des HI-Virus und zur Selektion von resistenten Viren führt“ [Robert Koch Institut, 2006, S. 28].

Außerdem ist die Behandlung mit zahlreichen Nebenwirkungen, geforderter psychischer Stärke des zu Behandelnden und Diätvorschriften in den Anfangsjahren der Therapie verbunden, die den Erfolg der Therapie erschweren<sup>11</sup>. Zusätzlich wurde eine geschlechtspezifische Variation der Behandlungsreaktion, die wenig erforscht ist, festgestellt. „Frauen [reagieren] auf einzelne Medikamente der antiretroviralen Therapie anders [...] als Männer, was eine geschlechtspezifische Forschung hinsichtlich der Wirksamkeit und der Nebenwirkung von Medikamenten erforderlich macht“ [Robert Koch Institut, 2006, S. 29].

Die im Zusammenhang der antiretroviralen Therapie durchgeführte präventive Maßnahme gegen die Mutter-Kind-Übertragung ist auch nicht vollständig effektiv.

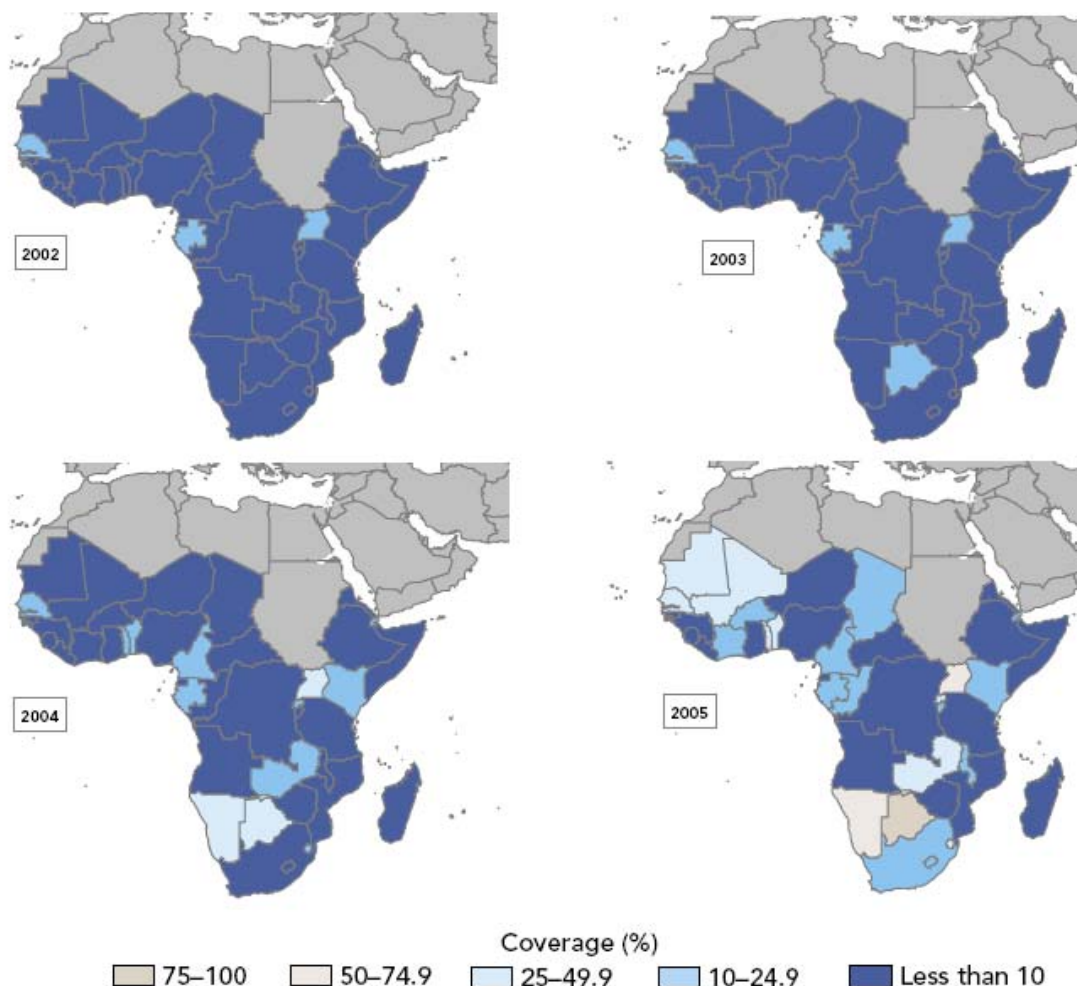
„Auch wenn die HIV-Infektion durch die Verbesserung der therapeutischen Möglichkeiten in den letzten Jahren mehr und mehr zu einer chronischen Erkrankung geworden ist [in den Industrieländern], beeinträchtigt sie nach wie vor in beträchtlichem Umfang die Lebensqualität“ [Robert Koch Institut, 2006, S. 28].

---

<sup>11</sup> Laut einer Befragung nach den Gründen für die Nichteinnahme von Medikamenten, werden oft das Vergessen, sich in Gesellschaft anderer befinden, vor denen die Erkrankung geheim gehalten werden soll, die unvorhergesehene Abwesenheit von Zuhause und Medikamentennebenwirkungen angegeben [vgl. ROBERT KOCH INSTITUT, 2006, S. 28].

Viel alarmierender ist die Situation in den Entwicklungsländern, wo die Prävalenz- und Inzidenz sehr hoch sind und die Versorgung sehr beschränkt ist (siehe Abbildung 5).

**Abbildung 5:** Versorgung der Aidskranken mit antiretroviralen Medikamenten in Afrika südlich der Sahara



**Quelle:** UNAIDS [2006]

Die antiretrovirale Behandlung ist allerdings sehr teuer; bis zu 10.000 \$ pro Patient, pro Jahr in den 1990er Jahren. Durch Armut, einem anderen Verständnis von Krankheiten<sup>12</sup> und fehlender Gesundheitsstruktur, wie zum Beispiel einer Krankenversicherung, ist die Behandlung in den afrikanischen Ländern nur für wenige Patienten zugänglich.

<sup>12</sup> In vielen Regionen Afrikas gehen Leute (wenn überhaupt) zum Arzt, nur wenn sie etwas Symptomatisches haben, bzw. wenn sie Schmerz empfinden oder wenn sie keinen anderen Weg mehr finden, d.h. wenn sie im Endstadium ihrer Krankheit sind. Vorsorgemaßnahmen wie HIV-Tests, die eine spätere antiretrovirale Behandlung ermöglichen, werden nicht in Anspruch genommen.

Durch ein Zusammenwirken von öffentlichem Druck und massivem Wettbewerb der Generikahersteller konnte eine Kostensenkung der Preise erreicht werden bis zu 154 \$ pro Patient, pro Jahr in 2004, was immer noch „eine schwere Bürde für die Gesundheitssysteme in ärmeren Ländern ist“ [Medecin sans Frontiers, 2004, S. 7].

Hinzu kommt die Einführung des Produktpatentschutzes durch das TRIPS<sup>13</sup>-Abkommen der WTO in 2005, die die Generikaproduktion erschwert. Das Abkommen gewährt Produktpatentschutz auf Medikamente für 20 Jahre und verhindert dadurch die Konkurrenz billigerer Nachahmerprodukte (Generika); und dies, obwohl die Versorgung von HIV-Infizierten in den ärmeren Ländern überwiegend aus solchen Medikamenten besteht. Diese Situation löste ein Art Kampf zwischen Generikaherstellern in Indien und der Pharmaindustrie in den Industrieländern aus. Zurzeit besteht immer noch eine Klage des Schweizer Pharmakonzerns Novartis gegen die indische Regierung. Novartis hatte bereits 2001 gemeinsam mit 38 anderen Pharmakonzernen die südafrikanische Regierung verklagt, um den Import von kostengünstigen HIV/Aids-Medikamenten zu verhindern. Durch internationalen Druck wurde die Klage damals fallen gelassen. Für die derzeitige Klage mobilisiert „Ärzte ohne Grenzen e. V.“, die 80% ihrer 80.000 Patienten mit Medikamenten aus Indien versorgen, internationale Unterstützung. So kommentierte „Ärzte ohne Grenzen e.V.“: „Sollte das Unternehmen gewinnen, würde dies den Zugang zu erschwinglichen Medikamenten für Millionen Menschen weltweit gefährden“ [vgl. Medecin sans Frontiers, 2007].

Um die Lage zu verbessern, wurde im September 2006 durch eine Initiative von Frankreich, Großbritannien, Norwegen, Chile und Brasilien UNITAID<sup>14</sup> gegründet. Sie verpflichteten sich, über Abgaben auf Flugtickets und andere Maßnahmen Geld zur medizinischen Versorgung bereit zu stellen [vgl. UNITAID, 2007].

Die Entwicklung von Impfstoffen gegen eine HIV-Infektion ist in naher Zukunft nicht absehbar, denn das weltweite Vorkommen unterschiedlicher Virusarten

---

<sup>13</sup> Trade Related Intellectual Property Rights (Welthandelsorganisation zum Schutz des geistigen Eigentums).

<sup>14</sup> Das heißt: „Zugang der Ärmsten zu Qualitätsmedikamenten einschließlich Generika sowie zu Mitteln zur Diagnose von Aids, Tuberkulose und Malaria, und das zum niedrigst möglichen Preis“. Zu Unitaid gehören derzeit auch 18 afrikanische Länder: Südafrika, Benin, Burkina Faso, Elfenbeinküste, Gabun, Kamerun, Kongo, Liberia, Madagaskar, Mali, Marokko, Mauritius, Namibia, Niger, Sao Tome und Principe, Senegal, Togo und die Zentralafrikanische Republik [vgl. UNITAID, 2007]

macht die Impfstoffforschung nicht gerade einfach. „Auch die Untersuchung der Wirksamkeit eines Impfstoffes ist kompliziert und extrem langwierig. Nach der Abschätzung der Sicherheit und dem Nachweis einer Anregung der körpereigenen Abwehr muss in großangelegten Feldversuchen der epidemiologische Nachweis, d. h. der Rückgang der HIV-Häufigkeit, nachgewiesen werden. Solche Wirksamkeitsforschung nimmt viele Jahre in Anspruch“ [HEIDEMANN & MOERSCHBACHER, 2005, S. 31].

Zudem wurden nicht ausreichend Mittel zur Impfstoffforschung investiert: „Obwohl AIDS die größte medizinische Krise seit dem 14. Jahrhundert ausgelöst hat, werden weniger als ein Prozent aller Mittel für gesundheits- und arzneimittelbedingte Forschung für AIDS-Impfstoffe ausgegeben“ [Geoscience, 2006, S.2].

Bei dem derzeitigen Stand der Epidemie, bzw. Pandemie der HIV-Infektion bleiben nur Vorbeugemaßnahmen als effektive Strategie zur Bekämpfung ihrer weiteren Ausbreitung. Diese Strategie erfordert den Einsatz von Prävention und Gesundheitsförderung auf Individual- und auf Bevölkerungsebene. Hier setzen auch staatliche wie von NGOs initiierte und betriebene Präventionsprogramme in ihren Bemühungen zur Verhaltensänderung an: sie fokussieren insbesondere die Reduzierung bzw. Minimierung des Risikoverhaltens der Einzelnen. Dabei spielen Wissen und Wissensvermittlung eine wesentliche Rolle.

## 2. Wissen und Verhalten in der HIV/Aidsprävention

In der Wissenschaft sind die Begriffe „Wissen“ und „Verhalten“ eng miteinander verbunden. Aber wie sie in Zusammenhang miteinander stehen, bleibt oft der „subjektiven“ Interpretation der jeweiligen Wissenschaftler, die sich damit beschäftigen, überlassen. Einige sind der Meinung, nach den englischen Motto „knowing as doing“ und „learning by doing“, dass Wissen eine Konsequenz der Handlung sei, das heißt, dass Wissen durch Handlungen entstehe und die Voraussetzung für neue Handlungen bzw. für weiteres Verhalten bilde. Dabei spiele die Erfahrung eine große Rolle [vgl. MANDL & GERSTENMAIER, 2000, S. 12].

Doch ist die Meinung verbreiteter, dass Wissen ein Einflussfaktor des Verhaltens sei: „Without knowledge, there is often no action, and knowledge can highly influence the action taken“ [MANDL & ROSENSTIEL, 2006, S. 1].

Andere hingegen halten beide Theorien für möglich, d.h. partiell zutreffend, und unterteilen Wissen in zwei Arten bezüglich der Beeinflussung des Verhaltens: „Knowing How“ and „Knowing That“ [vgl. ALLEN, 2000, S. 45].

### 2.1. Gesundheitsbezogenes Wissen

In der Gesundheitswissenschaft geht man auch davon aus, dass das Verhalten bzw. die Handlung ein Resultat des Wissens sei, was auch die innere Logik für die Existenz und/oder Entstehung der Prävention und Gesundheitsförderung ausmacht. Denn zu warten bis die Zielpersonen Erfahrungen sammeln, um handeln zu können, wäre u.U. ein fataler Fehler. „In empirischen Studien konnte eine statistische Assoziation von wissensbasierter Gesundheitskompetenz mit einer Reihe von Gesundheitsindikatoren, wie z.B. gutem Gesundheitszustand, gesunder Ernährung, oder Lebenserwartung, gezeigt werden“ [ABEL & BRUHIN, 2004, S. 130]<sup>15</sup>.

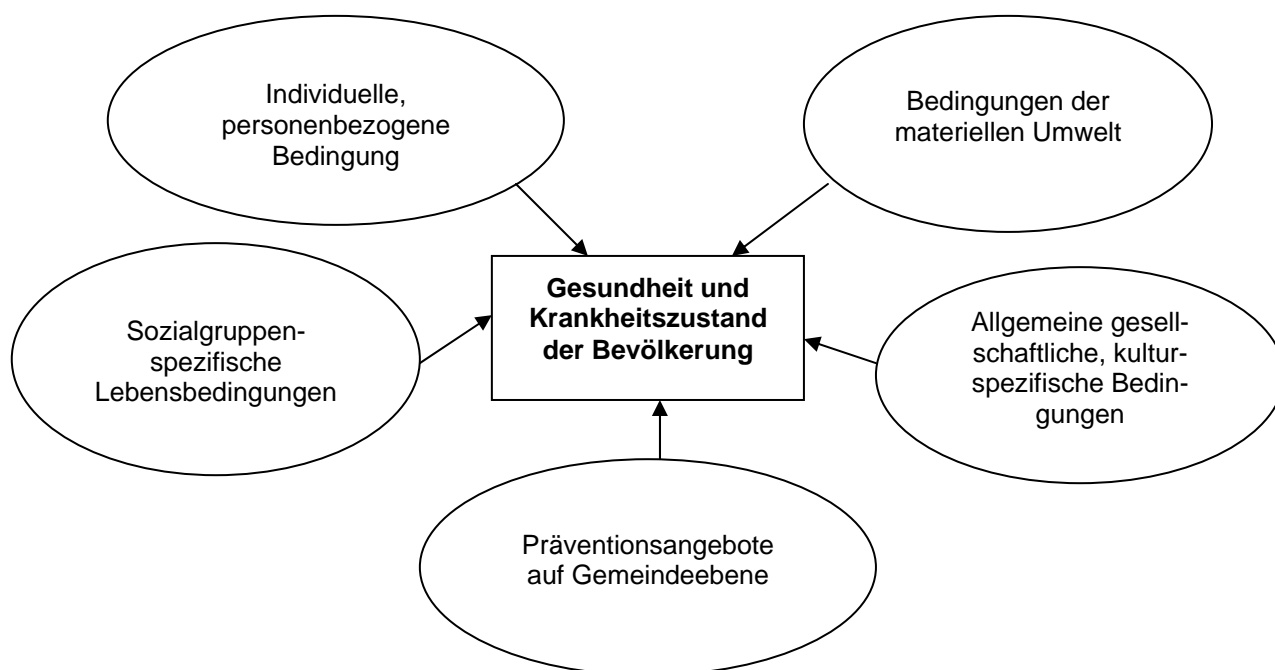
Dementsprechend ist im Rahmen der *Ottawa Charta* die Gesundheitsförderung festgesetzt worden- nach dem Verständnis der WHO ein Konzept, das bei der Analyse und Stärkung der Gesundheitsressourcen und -potenziale der Menschen auf allen gesellschaftlichen Ebenen ansetzt [vgl. KABA-SCHÖNSTEIN, 2004, S. 73].

---

<sup>15</sup> Abel und Bruhin weisen darauf hin, dass ein niedriges Alphabetisierungsniveau und damit einhergehendes eingeschränktes Wissen, die Gesundheit von Menschen beeinflussen kann [vgl. Abel & Bruhin, 2004]. Hierfür sind fehlende persönliche, soziale und kulturelle Partizipationschancen sowie fehlende Gesundheitskompetenzen ursächlich

Der Gesundheitszustand einer Bevölkerung ist jedoch von mehreren Faktoren, den sogenannten Determinanten, abhängig (siehe Abbildung 6), die ein hohes Wissensniveau erfordern, um prinzipiell beeinflussbar zu sein. „Denn Menschen können ihr Gesundheitspotential nur dann weitestgehend entfalten, wenn sie auf die Faktoren, die ihre Gesundheit beeinflussen, auch Einfluss nehmen können“ [WHO, 2006]. Das Ziel der Gesundheitsförderung auf individueller Ebene liegt im Abbau von Risikoverhalten, im Aufbau von Gesundheitsverhalten sowie in der Aufrechterhaltung von bereits erworbenen gesundheitsförderlichen Handlungsweisen [vgl. RENNER & SCHWARZER, 2000, S. 25]. Darüber hinaus zielt die Gesundheitsförderung über Wissen und Wissensvermittlung auf ökonomische, soziale, ökologische und kulturelle Faktoren, wie auch auf politische Interventionen zur Beeinflussung dieser gesundheitsrelevanten Faktoren [vgl. KABA-SCHÖNSTEIN, 2004, S. 73]. Es ist daher hervor zu heben, dass Wissen von großer Bedeutung zur Erreichung der Verhaltens- und Verhältnisänderung bezüglich der Risikofaktoren zu sein scheint.

**Abbildung 6:** *Bedingungsebenen gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen*



**Quelle:** *Eigene Darstellung nach v. Troschke [1998, S. 375]*

### 2.1.1. Health Literacy

Der Begriff "Health Literacy"<sup>16</sup> wird verwendet als wissensbasierte Kompetenz für eine gesundheitsförderliche Lebensführung. Health Literacy hat als wichtige Bestandteile Informations- bzw. Wissensaufnahme und eine Spezifizierung des handlungstheoretischen Gehaltes. Das Ziel der Health Literacy ist die Ermöglichung eines verbesserten Zugangs aller Bevölkerungsschichten zu Gesundheitsinformationen sowie eine verbesserte Kompetenz, mit diesen Informationen kritisch und konstruktiv umzugehen, um mehr Autonomie in Gesundheitsfragen für Individuen und Bevölkerungsgruppen gewährleisten zu können.

Im Sinne der Health Literacy ist wissensbasierte Kompetenz in erster Linie alltagspraktisches Wissen im Umgang mit Gesundheit und Krankheit, mit dem eigenen Körper, genauso wie mit den gesundheitsprägenden sozialen Lebensbedingungen. Dieses Wissen wird primär über Kultur, Bildung und Erziehung vermittelt, bzw. weiter gegeben [vgl. ABEL & BRUHIN, 2004, S. 129].

Health Literacy ist abhängig vom Niveau der allgemeinen Alphabetisierung in der Bevölkerung und kann als eine dynamische, reziproke Komponente in Empowermentprozessen der Bevölkerung gesehen werden. Sie steht daher in enger Verbindung mit Ansätzen der Gesundheitsförderung. In vielen bereits bestehenden Interventionen auch im HIV/Aids- Präventionsbereich lassen sich Potenziale zur Stärkung der wissensbasierten Kompetenz erkennen, weil mit der zunehmenden Bedeutung der Qualitätsprüfung von Programmen/ Interventionen in der Gesundheitsförderung sie sukzessive an Stellenwert als ein Kriterium einer evidenzbasierten Gesundheitsförderung gewinnen wird [vgl. ABEL & BRUHIN, 2004, S. 131].

Mit Health Literacy ist gemeint, dass nur umfassend aufgeklärte Menschen autonome und angemessene Entscheidungen über ihre gesundheitsbezogenen Absichten und Handlungen zu treffen in der Lage sind [vgl. SABO & LEHMANN, 2004, S. 56].

---

<sup>16</sup> Health Literacy wurde zuerst in den 1970er Jahren verwendet für die Umschreibung des schulischen Erziehungsziels in punkto Gesundheit. In den späten 1980er Jahren gewann sie Bedeutung in der Gesundheitsförderung. So wurde sie von KICKBUSCH und NUTBEAM im Auftrag der WHO erweitert und neu definiert. Später wurde Health Literacy wieder neu definiert nach den Anforderungen des New Public Health von WALTER und ABEL bis es gegenwärtig zur wissensbasierten Kompetenz umgewandelt wurde. Gleichwohl ist der Begriff in der internationalen Diskussion immer noch nicht abschließend definiert [vgl. ABEL & BRUHIN, 2004].



Bezüglich ihrer Wirkungsfelder kann Health Literacy in drei Formen unterteilt werden: a) funktionale Form, b) interaktive Form und c) kritische Form (siehe *Tabelle 1*).

**Tabelle 1:** *Formen von Health Literacy und ihre Wirkungsarten*

Formen der Health Literacy	Wirkungsart
Funktionale Form	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Grundfertigkeit im Lesen und Schreiben</li> <li>• Das Verstehen von gesundheitsrelevanten Informationen</li> </ul>
Interaktive Form	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gesundheitsförderliche Informationsbeschaffung</li> <li>• Umsetzung der Informationen im Alltagsleben</li> </ul>
Kritische Form	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kritische Analyse von Informationen</li> <li>• Optimale Nutzung von Informationen</li> </ul>

**Quelle:** *Eigene Darstellung nach ABEL & BRUHIN [2004, S. 129 f.]*

### 2.1.2 Gesundheitliche Aufklärung

Die herkömmlichen Maßnahmen des Infektionsschutzes<sup>17</sup> zur Eindämmung der Ausbreitung von Infektionskrankheiten sind bei der HIV-Infektion kaum anwendbar<sup>18</sup>. Daher kommen nur Strategien der Prävention, wie die gesundheitliche Aufklärung, in Frage, um die Notwendigkeit der Wissensvermittlung zu kompensieren, weil die Nicht-Infizierten die Risiken kennen, vermeiden oder sich entsprechend schützen müssen. Die Infizierten müssen ebenfalls wissen, wie sie sich zu verhalten haben, um eine Weitergabe der Infektion zu vermeiden [vgl. Robert Koch Institut, 2006, S. 20].

Die gesundheitliche Aufklärung ist eine der meist verwendeten Präventionsstrategien zur Bekämpfung der HIV/Aidsepidemie in den Industrieländern, genauso wie in den Entwicklungsländern. Durch kommunikative Maßnahmen mittels Massenmedien, wie Infobroschüren, Zeitschriften, Radio, Fernsehen und Internet

<sup>17</sup> Identifikation von Infizierten, Verhaltensregeln für Infizierte, Quarantänemaßnahmen und Behandlung.

<sup>18</sup> Grund für die Nicht-Anwendbarkeit des Infektionsschutzgesetzes ist die lange Inkubationszeit zwischen Infektion und klinisch manifester Erkrankung [vgl. Robert Koch Institut, 2006, S. 20].

wird die Bevölkerung über die HIV-Infektion<sup>19</sup> aufgeklärt. Dabei soll das Wissen der Bevölkerung über relevantes Verhalten gefördert sowie die Einstellung und das Gesundheitsbewusstsein des Einzelnen entsprechend beeinflusst werden.

Die WHO definiert ihr Programm „AIDS Health Promotion“ als den Gebrauch und die Nutzung von Information und Bildung, um das Verhalten sowohl von Einzelnen als auch von Gruppen in einer Weise zu beeinflussen, dass die Verbreitung von HIV- Infektionen eingegrenzt wird. Dies zeigt, welche bedeutende Rolle dem Wissen um die HIV-Infektion auch seitens der offiziellen Gesundheitsbehörde zugeschrieben wird [vgl. WHO, 1989].

## 2.2 Modelle zur Verhaltensänderung in der HIV- und AIDS-Prävention

„Wissen vermitteln“ („information appeal“) und „Angst erzeugen“ waren bis vor einigen Jahren die Strategien der traditionellen Präventionsinterventionen, basierend auf dem „Fear Drive Modell“<sup>20</sup> und dem „Parallel Response Model“ von LEVENTHAL<sup>21</sup>, bzw. dem immer noch verwendeten „Health Belief Model“, um gesundheitsbezogene Einstellungen, die subjektive Risikowahrnehmung und das Gesundheitshandeln zu beeinflussen. Empirische Studien haben inzwischen jedoch nachgewiesen, dass diese Ansätze allein nicht ausreichend sind, um Präventionsziele zu erreichen, und dass sie zumeist nur dazu taugen, Motivationsprozesse einzuleiten und die Vorsatzbildung anzuregen [vgl. RENNER & SCHWARZER, 2000, S. 25]. Einige Gesundheitswissenschaftler sind sogar der Meinung, dass die Wirkung gesundheitlicher Aufklärung häufig überschätzt wird und nicht ausreichend evaluiert ist. Denn die Fülle an Informationen, die ständig auf den Einzelnen einströmt, wird selektiv wahrgenommen. Aber um das Präventionsziel zu erreichen, muss das Wahrgenommene verstanden werden, „wenn verstanden, auch akzeptiert,

---

<sup>19</sup> Die Aufklärung über die HIV-Infektion reicht von den Risiken bzw. Infektionswegen, über Therapiemöglichkeiten, Verhütungsmaßnahmen bis hin zu Verhalten oder Betreuung nach der Infektion.

<sup>20</sup> Das *Fear Drive Model* geht von der Annahme aus, dass Verhalten, welches die empfundene Angst angesichts von Risikoinformation reduziert, bevorzugt gezeigt wird [vgl. RENNER & SCHWARZER, 2000, S. 35].

<sup>21</sup> Das *Parallel Model* von LEVENTHAL ist, ebenso wie das Fear Drive Modell, auf Angsterzeugung angelegt, mit dem Unterschied allerdings, dass dabei der Angstappell zwei verschiedene Prozesse stimuliert – nämlich die Gefahrkontrolle (danger control) und die Bewältigung der Angst (fear control), die parallel ablaufen [vgl. RENNER & SCHWARZER, 2000, S. 36].

wenn akzeptiert, auch behalten und, wenn behalten, auch angewendet werden“ [SABO & LEHMANN, 2004, S. 57].

Eine vergleichbare Meinung vertritt auch die UNAIDS, wenn sie schlussfolgert, dass:

*“Most rely on assumption that giving correct information about transmission and prevention will lead to behavioural change. Yet reasearch has proven numerous times that education alone is not sufficient to induce behavioural change among most individuals. Thus, second-generation interventions were developed based on individual psychosocial and cognitive approaches that educate individuals in practical skills to reduce their risk for HIV infection”* [UNAIDS, 1999, S. 5].

Dementsprechend sind psychosoziale Theorien, die die Koordination zwischen der Wissensvermittlung und der Handlung, bzw. dem Verhalten thematisieren, unter Berücksichtigung weiterer kognitiver Faktoren, sinnvoller Weise hinzu zu ziehen, wenn es darum geht, den „Graben“ zwischen Wissen und Verhalten zu verstehen,- und entsprechend zu minimieren. In diesem Rahmen kreierte das UNAIDS das AIDS risk reduction Model. Das Aids risk reduction Model ist das einzige Modell, das spezifisch auf HIV/AIDS konzipiert worden ist. Es basiert auf den Konstrukten des Health Belief Modells, der soziale Lerntheorie, und der Diffusionstheorie<sup>22</sup>, um die Stufen der Verhaltensänderung bezüglich HIV- Risiken zu beschreiben. Dadurch werden Verbesserungen in dem Präventionsprogramm eingenommen.

### *2.2.1 Health Belief Model*

Das *Health Belief Model* ist bereits in den 1950er Jahren entstanden und wird bei vielen Programmplanungen verwendet, einschließlich HIV/Aidsprogrammen. Das Modell geht von der sozialpsychologischen Voraussetzung aus, dass Menschen rational handeln in dem Sinne, dass sie Krankheiten vermeiden oder bei vorhandener Krankheit wieder gesund werden wollen. Sie sind überzeugt, persönlich etwas dafür tun zu können, was die Krankheit oder die Verschlimmerung einer bestehenden Krankheit verhindert [vgl. SEIBT, 2004, S. 150].

---

<sup>22</sup> Die Diffusionstheorie ist eine Theorie im Sinne der gesundheitlichen Aufklärung, die die Entwicklung eines innovativen Prozesses der Verhaltensänderung ermöglicht. Dabei werden die Kommunikation zwischen Mitgliedern eines sozialen Systems und die Akzeptanz einer bestimmten Idee oder Produkte wie zum Beispiel Kondombenutzung ermittelt [Vgl. SEIBT, 2004].

Das Modell setzt sich in seiner heute üblichen Form aus sechs Komponenten zusammen, die als Parameter für die individuelle Übernahme eines spezifischen Gesundheitsverhaltens gelten [Vgl. UNAIDS, 1999, S. 6]:

- *Wahrgenommene subjektive Anfälligkeit (perceived susceptibility)*: hier wird davon ausgegangen, dass man sich nur dann präventiv verhält, wenn man sich auch für verwundbar hält.
- *Wahrgenommener Schweregrad der Krankheit (perceived severity)*: dabei muss die bedrohende Krankheit als sehr ernst wahrgenommen werden, zum Beispiel „Aids kann nicht behandelt werden“.
- *Einschätzung der Effektivität der vorhandenen Präventivmaßnahmen (belief in effectiveness of the new behaviour)*: zum Beispiel muss man davon überzeugt sein, dass ein Kondom vor Aids schützt.
- *Handlungsanstoß (cues to action)*: dabei geht es um einen (hinreichend) motivierenden Anlass für die Handlung, wie zum Beispiel Todesfälle durch Aids im Familienkreis.
- *Kosten-Nutzen Abwägung (perceived benefits of preventive action)*: hier handelt es sich um die Wahrnehmung und Abwägung von Aufwendungen und Hindernissen einerseits, von erwartetem Nutzen andererseits, so dass ggf. eine Verhaltensänderung als sinnvoll (rational, mit Mehrwert verbunden) erscheint und deshalb vollzogen wird.
- *Barrieren (barriers to taking action)*: damit sind Faktoren oder Aspekte gemeint, wie finanzielle Kosten, Nebenwirkungen oder jede Unbequemlichkeit, die den Vorteilen des Präventionsverhaltens entgegenstehen. Ein Beispiel wäre die Nichtakzeptanz der Benutzung von Kondomen, da sie Geld kosten, schwer zu bekommen sind, oder dergleichen.

### 2.2.2 Social Cognitive Theory / Social Learning Theory

Die Theorie des Sozialen Lernens versucht die Prinzipien menschlichen Verhaltens und wie man darauf Einfluss nehmen kann, zu bestimmen. Diese Theorie basiert auf einem Reiz-Reaktions-Mechanismus, bei dem die Erwartung von Belohnung oder Strafe motivierend wirkt. Die Theorie besagt, dass neues Verhalten nur aufgenommen wird durch Lernen und Beobachten des Verhaltens Anderer:

„Für die Gestaltung von Gesundheitsprogrammen bedeutet [dies] [...], dass sogenannte Rollenmodelle (role models) gezielt als Vorbilder für gewünschtes Verhalten eingesetzt werden können“ [SEIBT, 2004].

Dieser Aspekt der sozial-kognitiven Theorie wird in der HIV-Prävention in Afrika vor allem in Form von Theaterstücken und Dokumentarfilmen verwendet.

Ein noch wichtigerer Aspekt der Theorie ist die outcome-orientierte Förderung der Selbstwirksamkeit (self-efficacy), die den Menschen dazu führt, aktiver gegen die Barrieren des neuen Verhaltens einzugehen.

*“Programmes built on SCT [Social Cognitive Theory] integrate information and attitudinal change to enhance motivation and reinforcement of risk reduction skills and self efficacy. Specifically, activities focus on the experience people have in talking to their partners about sex and condom use, the positive and negative beliefs about adopting condom use, and the types of environmental barriers to risk reduction” [UNAIDS, 1999, S. 7].*

### **2.3. Diskrepanz zwischen Wissen und Verhalten**

„Wissen ist in unserer Gesellschaft im Allgemeinen und in unserem (aus-) Bildungssystem im Besonderen überaus wohl geschätzt und positiv konnotiert. Vom Wissenden wird angenommen, dass er sich in der Welt besser zurechtfindet als der Unwissende oder Wenigwissende“ [GRUBER & RENKL, 2000, S. 155].

Aber oft stehen wir vor dem Rätsel, dass der Wissende beim Problemlösen, wo erwartet wird, dass er sein Wissen nützt, dies nicht tut. Dieses Phänomen ist nicht selten anzutreffen und es kommt oft in fast allen Bereichen vor. Laut MANDL und GERSTENMAIER ist „in kaum einem Anwendungsgebiet moderner psychologischer Forschung [...] die Kluft zwischen Wissen und Handeln so deutlich wie in der Gesundheitsförderung“ [MANDL & GERSTENMAIER, 2000, S. 15].

Um dieses Phänomen besser verstehen zu können, muss man auf die pädagogische, kognitiv ausgerichtete Psychologie hinweisen, die Einschränkung MANDLS und GERSTENMAIERS immer mit bedenkend, dass nämlich „die Beziehungen zwischen Wissen und Handeln [...] außerordentlich komplex und gegenwärtig aus psychologischer Sicht nur unzureichend zu beantworten [sind]“ [MANDL & GERSTENMAIER, 2000, S. 20]. In der pädagogisch, kognitiv ausgerichtete Psychologie

hat das Phänomen zur Unterscheidung zwischen anwendbarem Wissen (implizitem Wissen) und trägem (explizitem) Wissen geführt.

Anwendbares Wissen ist dasjenige Wissen, das zu entsprechendem Handeln führt. Das träge Wissen ist dadurch gekennzeichnet, dass die konvergente Beziehung zwischen Wissen und Handeln in Diskrepanz umwandelt. Nach RENKL gibt es in der Psychologie drei allgemeine Erklärungsmöglichkeiten, für die Entstehung trägen Wissens, nämlich die *Metaprozesserklärung*, die *Strukturdefiziterklärung* und die *Situiertheitserklärung*.

In der *Metaprozesserklärung* wird angenommen, dass motivationale und emotionale Faktoren den Einsatz von Wissen beeinträchtigen können. Weitere Aspekte der Metaprozesserklärung sind Kosten-Nutzen-Abwägungen, metakognitive Steuerung, die auf Gedächtnisstrategien basiert, und epistemologische Überzeugung, die besagt, dass „Lern-Wissen“ und „Anwendungs-Wissen“ kompartmentalisiert<sup>23</sup> sind [vgl. GRUBER & RENKL, 2000].

Die Strukturdefiziterklärung begründet die fehlende Wissensanwendung durch eine der folgenden vier Möglichkeiten: a) Defizite im Verständniswissen, b) mangelnde Überführung deklarativen Wissens<sup>24</sup> in Handlungswissen / anwendbares Wissen, c) Dissoziationen zwischen Wissensformen aufgrund der Speicherung in separaten Wissenssystemen oder d) die Kompartimentalisierung von Wissensinhalten [vgl. GRUBER & RENKL, 2000].

Die *Situiertheitserklärung* geht im Gegensatz zu Metaprozesserklärung und Strukturdefiziterklärung nicht davon aus, dass Wissen vorhanden ist, aber nicht zur Anwendung kommt, sondern sie fokussiert auf die Aufnahme des Wissens, die von der so genannten „situierten Kognition“ abhängt. Hier wird vermutet, dass das Wissen eine Entität sei, die vom Wissenden und von der Situation, in der sie entstand, abhängt. In dieser Erklärungsmöglichkeit spielt also die Situation eine Hauptrolle, bei der materielle Aspekte, die soziale Umwelt und die sozial-kulturelle Dimension in Betracht gezogen werden sollen [vgl. GRUBER & RENKL, 2000].

Um das Phänomen „träges Wissen“ in der Gesundheitswissenschaft analysieren zu können, muss man auf die angewandeten Modelle eingehen. So ist sehr wahrscheinlich, dass bei vielen Gesundheitsinterventionen im Sinne von

---

<sup>23</sup> Das heißt, Wissen wird kategorisiert und im Gedächtnis gespeichert.

<sup>24</sup> Defizite in der Wissenskompilierung.

Prävention, Gesundheitsförderung oder Aufklärungskampagnen, nicht, bzw. nicht hinreichend berücksichtigt wird, dass Wissen defizitär sein kann oder dass seine Aufnahme von anderen Determinanten (oben erwähnt) abhängt. In ihrem Erklärungsversuch bezüglich der Modelle des Gesundheitsverhaltens, vertreten RENNER und SCHWARZER die Meinung, dass „diese Modelle [sich] zumeist auf die Erklärung und Vorhersage von gesundheitsbezogenen Intentionen [beschränken], da sie annehmen, dass daraus auch entsprechende Handlungen resultieren“ [RENNER & SCHWARZER, 2000, S. 25].

Dementsprechend ist es zwar in der Gesundheitswissenschaft sehr wichtig, Wissen darüber zu vermitteln, welche positiven und negativen Ergebnisse aus Handeln bzw. Nichthandeln folgen können. „Aber darüber hinaus, muss die Person überzeugt sein, das fragliche Gesundheitsverhalten auch gegenüber Widerständen durchsetzen zu können“ [RENNER & SCHWARZER, 2000, S. 25]. So wurde empfohlen, dass die Modelle auch nach Motivation und Volition ausgerichtet sein sollten.

### **3. Vorstellung des Aidspräventionsprojektes in Togo**

In Togo sind im Rahmen des Kampfes gegen HIV/AIDS mehrere Präventionsprogramme implementiert worden, die von NGOs geleitet wurden, um näher an die Population heranzukommen. So wurde in der Südweststadt Kpalimé, die zu der Region Plateau (die zweite Region in Togo mit hoher Prävalenz) gehört, die NGO SILD gegründet. In diesem Kapitel wird zunächst die Ausgangssituation zu HIV/AIDS im Projektort beschrieben. Dann werden die Organisation SILD und ihr Präventionsprogramm vorgestellt.

#### **3.1. Ausgangslage zu HIV/AIDS im Projektort**

Es gibt in Togo große Probleme mit frühen und überwiegend unehelichen Schwangerschaften. Wie in vielen anderen „traditionellen Gesellschaften“ auch, ist der Sexualbereich stark tabuisiert. Die Jugendlichen werden daher nicht über die möglichen Folgen von Geschlechtsverkehr aufgeklärt. Viele Mädchen werden in der männerdominierten Kultur auch von den Partnern zum Sexualverkehr gedrängt, bei Befürchtungen gezielt falsch informiert (da „passiert schon nichts“) oder durch Einschüchterungen zum Geschlechtsverkehr gezwungen. Außerdem haben sie auf dem Land kaum Zugang zu Informationen über Möglichkeiten und Mittel einer Empfängnisverhütung [vgl. Lebenschance e. V., 2004].

Fast die Hälfte der Mädchen bekommt daher bereits im Alter von 15-19 Jahren ein Kind, manche auch noch früher, wodurch die Gefahr der HIV-Infektion erhöht wird. Dazu kommen viele Schwangerschaften, die durch Abbrüche beendet werden. Schwangere Mädchen müssen die Schule verlassen, und dies gilt ebenso für die landesüblichen Berufsausbildungen im Rahmen von Vollzeitschulen. Auch werden sie meistens nicht vom Kindesvater geheiratet oder in eine feste Beziehung aufgenommen und müssen daher alleine den Unterhalt für ihr Kind erwirtschaften und sind dadurch oft zur heimlichen Prostitution gezwungen. Dies erhöht ebenfalls das Risiko der HIV-Infektion. Viele Mädchen versuchen in ihrer Verzweiflung abzutreiben. Das ist in Togo illegal. Es gibt jedoch Möglichkeiten zur Abtreibung, meistens durch Laien, die Abbrüche vielfach mit gefährlichen Methoden und ohne hygienische Vorkehrungen durchführen. In der Projektregion sollen selbstinduzierte Abbrüche mit Überdosierungen bestimmter Medikamente verbreitet sein. Beide Methoden führen oft zu gravierenden Gesundheitsschädigungen, perma-



nenten Schmerzen oder ungewollte Sterilisation bis hin zum Tod der jungen Frauen [vgl. Lebenschance e. V., 2004].

Diese Situation deutet darauf hin, dass es besonders bei Jugendlichen eine starke Gefährdung von Infektionen durch HIV und andere schon lange verbreitete Geschlechtskrankheiten (die unbehandelt auch zu einem frühen Tod führen können) gibt. Der Anteil der HIV-Infizierten an der Alterskohorte der 15-49-Jährigen in der Projektregion wurde auf mindestens 8% geschätzt [vgl. Lebenschance e. V., 2004].

Es gibt allgemeine Informationsmaßnahmen über die Massenmedien. Doch viele Menschen werden durch diese nicht erreicht, nehmen sie nicht ernst oder werden von traditionellen Heilern dahingehend beeinflusst, dass es kein HIV/AIDS gäbe. Auch werden Geschlechtskrankheiten noch immer stark tabuisiert. In der Projektregion hatte es, nach den äußeren Symptomen zu urteilen, schon AIDS-Tote gegeben, aber selbst die Krankenschwestern und Gesundheitsberater in den *Dispensaires* (Gesundheitsstationen) trauten sich nicht, auf diese Krankheit als Todesursache zu verweisen [vgl. Lebenschance e. V., 2004].

Den Voraussetzungen einer Verhaltensänderung käme daher große Bedeutung zu. Aufgrund dieser Situation hatte SILD (ein dortige NGO), mit finanzieller Unterstützung von Lebenschance e.V., das Jugendgesundheitszentrum in Apéyémé gegründet.

### **3.2. Vorstellung der Organisation SILD und des Projektortes**

**SILD** (Service, Information, Logistique et Développement pour la Santé) ist eine Nicht-Regierungsorganisation, die im Gesundheitsbereich und der Entwicklungshilfe tätig ist. Sie ist von einigen Ärzten gegründet worden. Ihre Tätigkeiten werden zum Teil von Hilfsaktionen westlicher Länder finanziert. So hat sie mit Hilfe von „Lebenschance e. V.“ (einer deutschen Hilfsorganisation) im Jahr 2003 ein Jugendgesundheitszentrum in Apéyémé gegründet. SILD verfügt noch über eine Klinik in Kpalimé [vgl. Lebenschance e. V., 2004].

SILD beschäftigt allerdings keinen Arzt, weder in Apéyémé noch in Kpalimé, der die Patienten oder Auszubildenden medizinisch oder fachlich betreuen kann. Die Ärzte, die die SILD Organisation gegründet haben, arbeiten alle entweder in der Hauptstadt Lomé oder in anderen Länder. Das Jugendgesundheitszentrum in A-

péyémé wird von einem Sozialpädagogen geleitet, die Klinik in Kpalimé von einem Arztassistenten. Dennoch unterstützen das Jugendgesundheitszentrum und die DPS (Direction Prefectorale de la Santé, Die dortige staatliche Gesundheitseinrichtung, wo der einzige Arzt der Region arbeitet) sich gegenseitig [Vgl. Angaben von SILD während des Praktikums, 2004].

**Apéyémé** ist eine Kleinstadt mit ungefähr 45.000 Einwohnern. Sie liegt im Südwesten Togos, an der Grenze zu Ghana. Die Menschen leben überwiegend von der Landwirtschaft und verdienen ihr Einkommen durch den Verkauf eines Teils ihrer Ernte, was zumeist nicht einmal den Familienbedarf deckt. Obwohl Apéyémé als Präfektur eingestuft ist, gehört sie nicht zu den normalen Städten. Die gesamten Einwohner von Apéyémé werden von nur einem Arzt, einem Laboranten, einer Hebamme und wenigen Krankenpflegern/-schwestern versorgt. Die Einwohner haben kein reines Wasser und müssen sich entweder mit Regenwasser (während der Regenzeit) oder mit Wasser aus den Nebenflüssen versorgen. Wie überall in Afrika sind die Einwohner von Apéyémé relativ jung. Die Mehrheit von ihnen ist unter 20 Jahren alt. Trotz der schwierigen Verhältnisse besuchen viele Kinder in den ersten Schuljahren eine Schule, was auch zur Gründung eines Gymnasiums eingeführt hat. In den höheren Klassenstufen verlassen allerdings viele Schüler die Schule ohne Abschluss, aus Armut bedingte (da die Schulkosten in den höheren Klassenstufen ansteigen) oder aufgrund ungewollter Schwangerschaften (bei den Mädchen) [vgl. Lebenschance e. V., 2004].

### **3.3. Vorstellung des Präventionsprogramms**

Angesichts der Tabuisierung von Sexualität und AIDS sind die betreffenden Maßnahmen der Aufklärung und Information für die Menschen in der Projektregion, insbesondere für die Jugendlichen, überlebenswichtig. Über eine bereits durchgeführte Befragung aus einer benachbarten Region, in der ein entsprechendes Pilotprojekt der deutschen Entwicklungshilfe stattfand, ist bekannt, dass viele informierte Jugendliche weiterhin ungeschützte Sexualkontakte mit wechselnden Partner/innen haben. Einer weiterführenden Untersuchung über die Gründe bzw. die Voraussetzungen einer notwendigen Verhaltensänderung kommt daher große praktische Bedeutung zu.

Das Jugendgesundheitszentrum bietet Aufklärungsmaßnahmen und Fortbildungen nicht nur für Jugendliche, sondern auch für Lehrer an, die das dort erworbene

Wissen dann an ihre Freunde, Bekannte, Familien usw. weiter geben sollen. Das Jugendgesundheitszentrum verfügt über einen Fernseher und einen Videorecorder, um die Aufklärungsmaßnahmen über Geschlechtskrankheiten medial zu unterstützen. Ein Labor und ein gynäkologischer Untersuchungssaal für Frauen sind vorhanden, aus Mangel an entsprechenden Geräten und Personal aber nicht einsatzbereit. Es gibt zusätzlich ein Volleyballfeld, das auch als Bühne für Theater, Discoabende usw. genutzt wird.

Die Daten der Ausgangslage unter Punkt 3.1 deuten auf einen höheren Bedarf an präventiven Maßnahmen in dieser Region hin, um die Situation zu verbessern. Die Gründung des Jugendgesundheitszentrums und das Präventionsprogramm von SILD sind Schritte auf diesem Weg. Aber es muss überprüft werden, ob die Population das Angebot in Anspruch nimmt, und ob sie wirklich davon profitiert. Dies ist aber nur durch Evaluation möglich.

Im folgenden Kapitel wird das Präventionsprogramm von SILD evaluiert, um feststellen zu können, inwieweit SILD seine Zielpopulation erreicht hat und wie es sich in der Zukunft weiterentwickeln könnte, um die Leistungen gezielter einsetzen zu können.

## 4. Zum Aufbau der Evaluation

Dieses Kapitel wird zunächst einen Überblick über theoretische Grundlagen der allgemeinen Programmevaluation bezogen auf die Rahmenbedingungen der Evaluation in Togo geben. Dann werden die Inhaltliche Zielsetzung dieser Evaluation und ihr methodisches Vorgehen beschrieben.

### 4.1. Theoretische Grundlagen der Evaluation

Evaluation bedeutet „wissenschaftliche Auswertung und Bewertung“. In der Gesundheitswissenschaft bedeutet Evaluation die systemische Anwendung sozialwissenschaftlicher Forschungsmethoden zur Beurteilung der Konzeption, der Ausgestaltung, der Umsetzung und des Nutzens sozialer Interventionsprogramme. Ziel ist die Bewertung bzw. die Qualitätssicherung der Effektivität und Effizienz der durchgeführten Intervention mit Hilfe wissenschaftlicher Methoden [vgl. BADURA, 1999, S. 10 f.].

ROOTHMAN ET AL [2001, S. 17] definieren Evaluation, insbesondere im Zusammenhang mit Gesundheitsförderung, als ein Rahmenwerk mit fünf Komponenten: Evaluation

- *“is usually based on perspective on the way that social programmes develop and improve in regard to the problem they are supposed to address (defining the object of inquiry);*
- *should identify how values can be attached to programme descriptions (defining the range of acceptable standards);*
- *should reflect evaluators thinking about the conditions that are necessary to produce knowledge about the programme (helping to identify the comparisons that are allowed);*
- *usually reflects how evaluation information can be used and the objectives it helps to pursue; and*
- *should identify the approaches and practices evaluators follow in their professional work (determining their role with regard to programmes or other initiatives).”*

#### 4.1.1 Vorgehensweise in der Evaluation

Evaluationsforschung kann zu unterschiedlichen Zeitpunkten zur Anwendung kommen, dennoch erfolgt sie meistens während der Laufzeit oder kurz vor Beendigung des Programms.

Die Evaluationsforschung wird auch in unterschiedliche Abschnitte oder Phasen eines Programms einbezogen, wie z.B. bei der Problemanalyse, bei der Programmplanung, bei der Programmimplementation und Durchführung, genauso wie kurz vor Beendigung des Programms und nach der Beendigung des Programms. „Evaluation hat die Aufgabe der Projektbegleitung und der Erfolgskontrolle und soll bereits von Beginn an in der Projektplanung [oder Programmplanung] berücksichtigt werden“ [Lobnig & Pelikan, 1996, S.63].



*Situationsdiagnose:* Damit ist eine angemessene Erfassung und Analyse der Ausgangssituation über eine Eingrenzung der Problemstellung gemeint.



*Quantifizierung der angestrebten Ergebnisse:* dadurch wird untersucht, ob das Problem interventionsfähig ist, das heißt ob durch den Einsatz spezifischer Maßnahmen das Problem reduziert oder sogar beseitigt werden kann.



*Erstellung eines Wirkungsmodells:* Voraussetzung dafür ist das Vorhandensein geeigneter Mittel (Interventionen, Programme etc.) und Ressourcen (qualifiziertes Personal, finanzielle Mittel, und Zuständigkeiten). Auf der Basis des Wirkungsmodells sind Programmziele, Zielpopulation und Programmmaßnahmen zu entwickeln.



*Implementation und zeitliche Vorgaben:* es soll bestimmt werden, bis wann und in welcher Form die angestrebten Ergebnisse erreicht werden sollen.

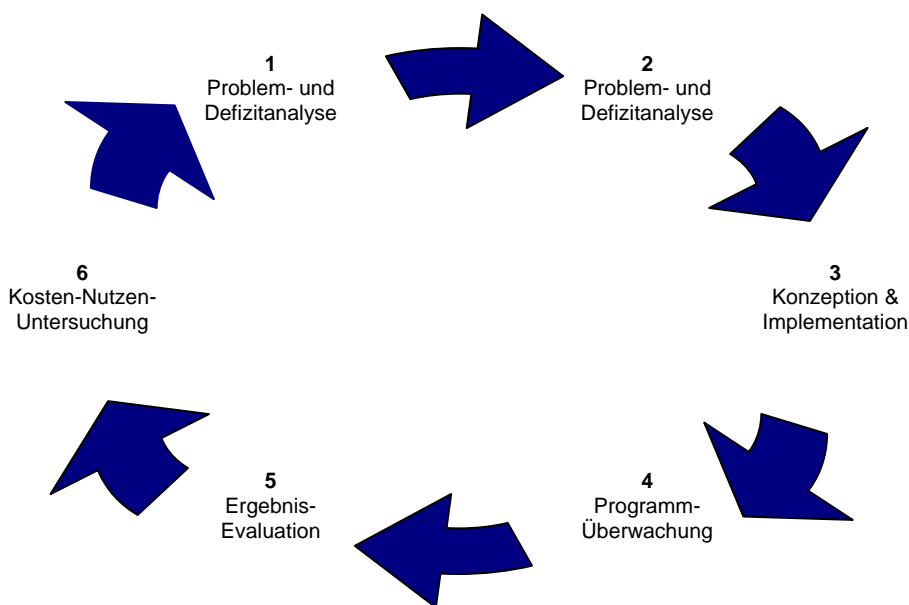


*Programmüberwachung:* ist das Programm implementiert, muss es überwacht werden, damit der Prozess nicht vom Endziel abweicht.

*Ermittlung der Zielerreichung:* Vergleich von ursprünglicher Zielsetzung (Soll) mit tatsächlich erreichtem Ergebnis (Ist) [vgl. BADURA, 1999, S. 21].

So kann man anhand dieser Kriterien eine schematische Chronologie der Schritte einer Evaluation im Zyklus ständiger Verbesserungen von bestimmten Problemlagen erstellen (siehe Abbildung 7 und Tabelle 2).

**Abbildung 7: Idealtypische Etappen einer Evaluation**



**Quelle:** Eigene Darstellung nach ELKELES & KIRCHNER [2006]

**Tabelle 2: Ablauf des empirischen Teils einer Evaluation**

Ablauf	Kriterien, Aufgaben
1. Problem- und Fragestellung	Klären und präzisieren. Klare Fragestellung und Zielstellung herausarbeiten. Ohne diese nicht weitermachen. Konsens aller Beteiligten über die Zielstellung herstellen.
2. Inhaltliche Konzeption der Untersuchung	Hypothesen ableiten ggf. Literaturstudie durchführen Zielvariablen präzisieren Abhängige und Prädiktoren definieren Auf Confounder achten Notwendige Deskriptivvariablen bestimmen
3. Erhebungsmethodische Konzeption der Untersuchung	Weiche Untersuchungspopulation? Welches Studiendesign? Notwendige Fallzahlen (stat. Power)? Ausschöpfungsquote festlegen
4. Auswertungsmethodische Konzeption der Untersuchung	Auswertungsverfahren? Statistische Testverfahren?
5. Prüfung der ethischen und datenschutzrechtlichen Aspekte	Ist die Studie mit den gesetzlichen Bestimmungen kompatibel?
6. Konzeption der Erhebungsinstrumente	Fragebogenkonzeption ggf. Laboranalytik festlegen Datenschutzregelungen beachten
7. Zeitplanung der Untersuchung	Realistisch und angemessen!
8. Feldarbeit	Wie kann die definierte Ausschöpfungsquote erreicht werden? Qualitätsstandards definieren Interviewerschulung- und Kontrollen
9. Datenprüfung und Datenaufnahme	Kriterien der formalen und inhaltlichen Datenprüfung festlegen Art der Datenaufnahme klären
10. Datenverarbeitung und stat. Testverfahren	Festlegung der anzuwendenden Analyseverfahren
11. Berichterstellung	Form, Inhalt, Verständlichkeit, Fragestellung beantwortet? Zielsetzung erreicht?, Wenn nicht oder nur eingeschränkt: Warum nicht?

**Quelle:** Modul E-learning: Evaluation im Gesundheitswesen 2006

#### 4.1.2. Rahmenbedingungen der Evaluation

Wenn man die Standards für Evaluation betrachtet, sollten Evaluationen mindestens vier grundlegende Eigenschaften aufweisen, nämlich:

*Nützlichkeit:* Dabei soll sichergestellt werden, dass sich die Evaluation an den geklärten Evaluationszwecken sowie am Informationsbedarf der vorgesehenen Nutzer und Nutzerinnen ausrichtet. Die Betroffenen und Beteiligten werden identifiziert. Die Evaluationszwecke werden geklärt. Die Kompetenz und Glaubwürdigkeit des Evaluators / der Evaluatorin werden sichergestellt.

*Durchführbarkeit:* Hierbei soll sichergestellt werden, dass eine Evaluation realistisch, gut durchdacht, diplomatisch und kostenbewusst geplant und ausgeführt wird. Es handelt sich um angemessene Verfahren, diplomatisches Vorgehen (damit eine möglichst hohe Akzeptanz der verschiedenen Beteiligten und Betroffenen in Bezug auf Vorgehen und Ergebnisse erreicht werden kann) und Effizienz.

*Fairness:* Dabei soll sichergestellt werden, dass in einer Evaluation der Umgang mit betroffenen Personen und Gruppen fair ist (z.B. der Schutz individueller Rechte, unparteiische Durchführung und Berichterstattung, Offenlegung der Ergebnisse).

*Genauigkeit:* Hier soll sichergestellt werden, dass eine Evaluation gültige Informationen und Ergebnisse zu dem jeweiligen Evaluationsgegenstand und den Evaluationsfragestellungen hervorbringt und vermittelt, z.B. die Kontextanalyse, die Beschreibung des Evaluationsgegenstandes, die Zwecke und das Vorgehen sowie die Angabe von Informationsquellen [vgl. Deutsche Gesellschaft für Evaluation, 2006].

Neben den erwähnten Eigenschaften muss bei der Evaluation der politische Kontext beachtet werden:

*“Evaluation in health promotion is to some degree a political activity and should take account of political issues. Evaluators should understand the political context at macro, meso and micro levels. At the macro level, evaluators need to take account of the ideology of the powerful and to design their evaluation accordingly without compromising their own principles. Similarly, at the meso level, evaluators and evaluations should be sensitive to the concerns of the people of the community and to their information that will provide them with tools for achieving positive social change. At the micro level, evaluators should be aware*

*of the political agendas of the people who participate in evaluations.” [Rootman et al. 2001, S. 19]*

#### 4.1.3 Arten von Evaluation

*Prozessevaluation (oder Formative Evaluation):* Prozessevaluation bezeichnet alle Verfahren, die dazu dienen, festzustellen, ob ein Programm so implementiert und durchgeführt wurde, dass seine Ziele erreicht werden können. Das kann mit vielfältigen Methoden geschehen. Die Methode ist auf das zu evaluierende Programm abzustimmen und unterliegt einer Kosten-Nutzen-Abwägung. Die Ergebnisse der Produkt- und Prozessevaluation dienen der Etablierung bzw. zusätzlichen Maßnahmen der Qualitätssicherung

*Produktevaluation (Summative Evaluation):* Die summative Evaluation ist die Messung und Analyse der Programmwirkungen. Dadurch soll belegt werden, ob die Prozesse der Implementierung des Programms die erwarteten Ziele erreicht haben oder nicht [BzgA, 1999, S. 58].

*Ex-ante Evaluation:* Wird der Evaluationsforscher schon bei der Planung eines Programms mit einbezogen – was leider selten ist – spricht man von ex-ante-Evaluation.

*Ex-post Evaluation:* Ex-post-Evaluation heißt, dass der Evaluationsforscher bei der Ergebnisevaluation erst gegen Ende der Laufzeit des Programms einbezogen wird.

*Externe Evaluation:* der Begriff Externe Evaluation wird verwendet, wenn der Evaluationsforscher ein Außenstehender ist, das heißt nicht zum Programm- oder Projektteam gehört.

*Interne Evaluation:* wenn die Evaluation von Projekt-/Programmmitarbeiter durchgeführt wird.<sup>25</sup>

---

<sup>25</sup> Die Entscheidung zwischen interner oder externer Evaluation ist zunächst eine Frage der Kosten und dann eine Frage der Bewertung der Evaluationsergebnisse unter dem Gesichtspunkt ihrer Zuverlässigkeit und Objektivität. Nur interne oder nur externe Evaluationen sind in der Regel gleichermaßen suboptimal. Grund hierfür ist bei der internen Evaluation die fehlende Unabhängigkeit der Evaluierenden. Die externe Evaluation hingegen verursacht hohe Kosten und es fehlt die hinreichende Vertrautheit der Evaluierenden mit dem konkreten Programm. In der Regel empfiehlt sich eine Arbeitsteilung. Die externe Evaluationsforschung wird zu Beginn in die Programmplanung einbezogen. Die Produkt- und Prozessevaluation bleibt dem Projektteam überlassen, das entsprechend geschult und laufend kontrolliert werden sollte. Die Ergeb-



#### 4.1.4 Fehlermöglichkeiten in einer Programmevaluation

Aufgaben der Programmevaluationsforschung ist letztendlich die Analyse der Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit von Programmen. Aber dies stellt häufig ein Problem dar, weil die mit diesen Aufgaben betrauten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter oft nicht ausreichend mit Methoden der Evaluationsforschung vertraut sind.

Die Erfahrung zeigt, dass gute Evaluationspraxis eher die Ausnahme als die Regel ist und häufig gravierende Fehler gemacht werden.

Probleme und Fehler in der Evaluationsforschung können in jeder Phase der Evaluation auftreten, meistens bei der Problemanalyse, bei der Zieldefinition und bei der Auswahl von geeigneten Methoden und Designs zur Durchführung der Evaluation, die nicht auf Reliabilität und Validität geprüft worden sind.

Obwohl der Umfang der Stichprobe oft sehr gering für eine empirische Untersuchung und somit zu wenig verlässlichen Ergebnissen führt, ist dennoch das Problem der Festlegung eines zu geringen Evaluationsbudgets eine häufige und zentrale Fehlerquelle [vgl. Diekmann, 1996, S. 52].

#### 4.2. Inhaltliche Zielsetzung der Evaluation in Togo

Die Hauptaufgabe der Programmevaluation war die Durchführung einer empirischen Studie zu den Auswirkungen der Aufklärungsmaßnahmen bei den Jugendlichen (15 bis 25 Jahre). Dabei sollte zugleich den Einflussfaktoren nachgegangen werden, die dazu führen, dass viele Jugendliche – auch wenn sie entsprechend informiert sind – noch ungeschützte Sexualkontakte mit wechselnde Partnern/innen haben. Eine weitere Frage war was geschehen müsste, damit die Jugendlichen sich schützen.

Auch sollte mit der Studie eine Bewertung der Dienstleistungen des Gesundheitszentrums erreicht werden um zu prüfen, inwieweit die Jugendlichen in Apéyémé von den bisherigen Aufklärungsmaßnahmen bzw. Informationen von SILD erreicht wurden, bzw. falls nicht, welches die Hinderungsfaktoren gewesen sein könnten.

---

nisevaluation führt schließlich wieder die externe Evaluationsforschung durch. Nur bei großen Interventionsprogrammen ist auch die externe Beauftragung der Produkt- und Prozessevaluation zu empfehlen. Das Projektteam hat regelmäßig mehr Informationen und „Gespür“ für ein konkretes Programm als ein externer Evaluationsforscher. Voraussetzung ist eine gründliche Schulung des Projektteams [vgl. ELKELES & KIRCHNER, 2006].

### **4.3. Methodisches Vorgehen**

#### *4.3.1 Zielpopulation*

Die Stichprobe umfasste 100 Probanden im Alter zwischen 15 und 25 Jahren, die unverheiratet waren und ihren Wohnsitz in Apéyémé hatten. Die Befragten ließen sich zwei Kategorien zuordnen:

*Erste Kategorie:* in dieser Kategorie waren Probanden (n = 49), die zum Zeitpunkt der Erhebung noch zur Schule gingen (8. bis 13. Klasse). 23 von ihnen waren weiblich, 26 männlich.

*Zweite Kategorie:* in dieser Kategorie waren Probanden (n = 51), die nicht mehr zur Schule gingen oder nie eine Schule besucht hatten. Diese Gruppe bestand aus 24 weiblichen und 27 männlichen Personen.

#### *4.3.2 Personal und Aufgabe*

Die Evaluationsstudie wurde im Rahmen eines ASA-Programmes von mir, als Praktikantin aus dem Studiengang „Gesundheitswissenschaft“, und CELINE TENÉY, als Praktikantin aus dem Studiengang „Soziologie“, durchgeführt. Der Fragebogen wurde von uns selbst entworfen und in französischer Sprache verfasst; die Durchführung der Interviews erfolgte ebenfalls in Französisch. Jede von uns hat 50 Interviews durchgeführt. Allerdings brauchten wir bei einigen Nicht-Schülern, die kein Französisch sprachen, Übersetzer, da wir beide die dortige heimische Sprache (Ewe) nicht sprechen. Die späteren Daten wurden nicht gemeinsam ausgewertet, da die Aufenthaltszeit nicht mehr reichte und wir beide uns anschließend in verschiedenen Orten befanden (in Deutschland und Belgien).

#### *4.3.3 Design und Prozedur*

Die Erhebung erfolgte mittels einer Querschnittstudie mit Leitfadenerhebung. Zunächst wurden Anfang Oktober 2004 Gruppendiskussionen mit Jugendlichen über HIV/AIDS zur „Eingewöhnung“ durchgeführt. Dann wurde der Fragebogen entwickelt und ein Pretest mit drei Schülern und 2 Nicht-Schülern gemacht. In der Zeit von November bis Dezember erfolgte dann die eigentliche Interviewphase.

Die Mehrheit der Probanden wurde von sogenannten „pairs éducateurs“ (im Rahmen der AIDS-Aufklärungsmaßnahmen ausgebildete Jugendliche) ausgesucht, der Rest von uns persönlich. Die Durchführung der Interviews fand

entweder bei uns zu Hause, bei den Probanden, oder bei den „pairs éducateurs“ statt. Die Probanden konnten den Ort und die Zeit der Interviews selbst festlegen. Die „pairs éducateurs“ bekamen von uns 300 CFA (0,50 €) pro ausgesuchte(n) Proband/in, die Probanden selbst bekamen 6 Kondome als Dankeschön. Die Befragungen fanden je nach Wunsch des Probanden am Tag, nachts oder am Wochenende statt. Nach jedem Interview boten wir eine Diskussion über Aufklärungsmaßnahmen für diejenigen an, die das wünschten.

#### *4.3.4 Das Erhebungsinstrument*

Der verwendete Fragebogen orientiert sich an einem Erhebungsinstrument für das Sexualrisikoverhalten der Jugendlichen in Apéyémé (s. Anhang: Fragebogen). Er enthielt über 70 Fragen. Die Fragen waren in fünf Abschnitte aufgeteilt, die den folgenden Themen zugeordnet werden können:

Sozioökonomische Angaben: hier wurden Angaben über Alter, Geschlecht, Anzahl von Kindern, Beruf der Probanden sowie über die finanzielle (Un-)abhängigkeit gegenüber den Eltern erhoben.

Erhebung der Leistungen des Gesundheitszentrums: dieser Abschnitt beinhaltete Fragen über die Bekanntheit des Gesundheitszentrums, dessen Leistungen, ihre Inanspruchnahme und natürlich Vorschläge und Wünsche nach Verbesserung des Gesundheitszentrums und seiner Leistungen.

Zukunftsperspektiven der Jugendlichen: In diesem Abschnitt wurden die Probanden nach ihren Zukunftswünschen und Einstellungen zum Beispiel ihren Berufs-, Kinder- oder Heiratswünschen und ihrer Einstellung zur Polygamie gefragt.

Beziehungen der Jugendlichen: hier ging es um die intimsten Fragen bezogen auf sexuelle Beziehungen wie Treue, Verhütungsmaßnahmen von ungewollten Schwangerschaften und Geschlechtskrankheiten, Schwangerschaftsabbrüche, Alter beim ersten Sexualkontakt und die Anzahl der Sexualpartner sowohl zum Zeitpunkt des Interviews<sup>26</sup> als auch in ihrem Leben insgesamt.

Kenntnisse der Jugendlichen über HIV/AIDS und andere Geschlechtskrankheiten: In diesem Abschnitt wurden die Probanden nach ihren Kenntnissen über Geschlechtskrankheiten, wie z.B. HIV/AIDS, gefragt. Die Fragen bezogen sich auf

---

<sup>26</sup> Einige der Befragten hatten zum Zeitpunkt des Interviews mehrere Sexualpartner/innen gleichzeitig.

Übertragungswege der Geschlechtskrankheiten, die damit verbundenen sozialen und gesundheitlichen Risiken, Präventionsmaßnahmen, Verhütungsmöglichkeiten, bevorzugte Verhütungsweise der Probanden (wenn sie überhaupt verhüteten) sowie die Informationsquellen der Probanden zu den betreffenden Themenkomplexen.

#### *4.3.5. Datenanalyse*

Die Daten wurden nach der Erhebung klassifiziert und nach der Häufung der Antworten manuell kategorisiert, da der Fragebogen viele offene Fragen enthielt. In einem späteren Verfahren wurden die Daten nach den Kategorien „Schüler“, „Nichtschüler“, und Geschlecht unterkategorisiert und in ein Excelprogramm eingegeben und ausgewertet. Die Analyse beschränkte sich im Wesentlichen auf deskriptive, prozentuale und/oder absolute Häufigkeiten.

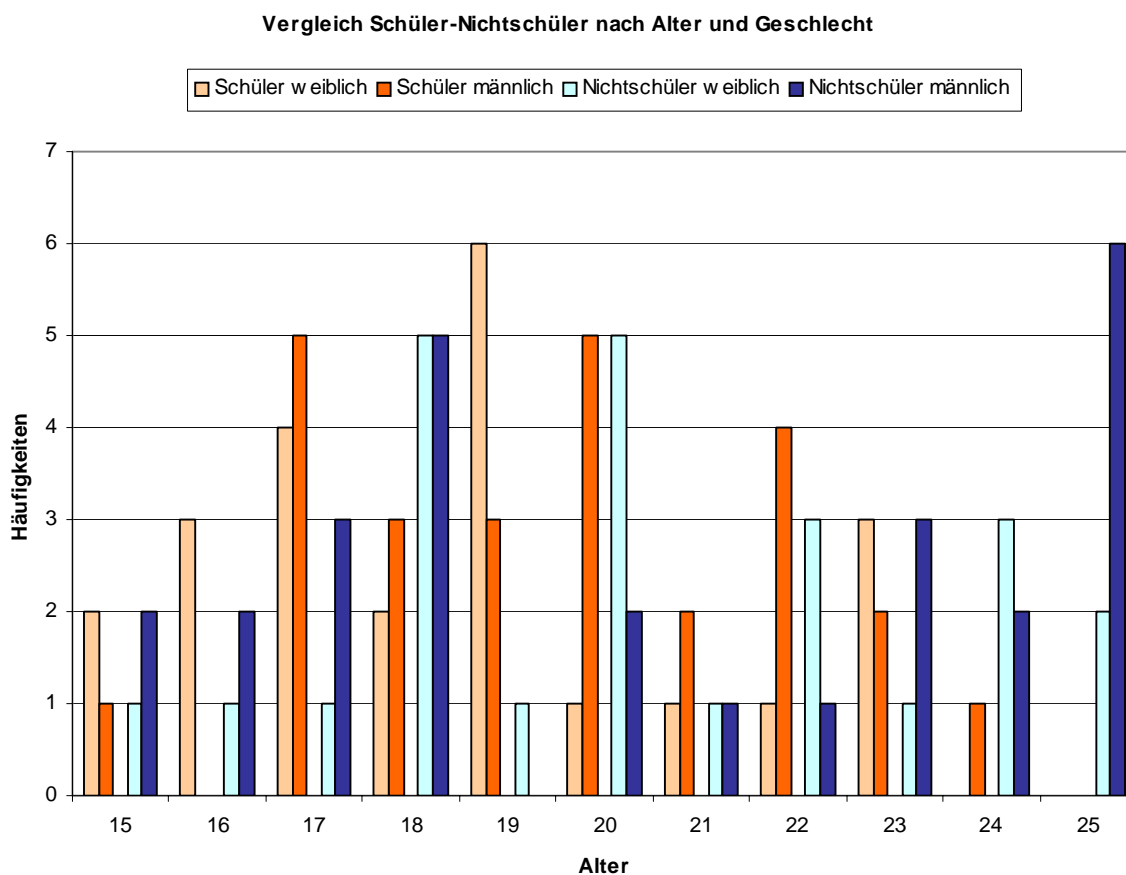
## 5. Ergebnisse der Evaluationsstudie

Die Ergebnisse der Evaluationsstudie sind in diesem Kapitel nach der Reihenfolge der Abschnitte des Fragebogens wie folgendes dargestellt:

### 5.1. Sozioökonomische Angaben

Von den 100 Befragten sind 49 (49%) Schüler: 26 (53%) männlich und 23 (47%) weiblich. Die Anzahl der Nicht-Schüler beträgt 51 (51%), davon 27 (52%) männlich und 24 (48%) weiblich (siehe Abbildung 8).

**Abbildung 8:** *Geschlecht und Alterstruktur der Probanden*



**Quelle:** *Eigene Berechnung aufgrund der selbständig erhobenen Daten*

82% aller Befragten haben keine Kinder, 18% haben Kinder (15% haben 1 Kind, 3% 2 Kinder). Nur 2% der Schüler haben Kinder (4,3% der weiblichen Schüler).

Die Schüler sind in der 8. bis 13. Klasse. 29,8% von ihnen gehen in die 13. Klasse, 27,7% in die 12., 27,7% in die 11. Klasse (Siehe Tabelle 3).

**Tabelle 3: Klassenverteilung der Schüler**

Klasse	Schüler					
	weibl.		männl.		Total	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
13. Klasse	4	18,2	10	40,0	14	29,8
12. Klasse	6	27,3	7	28,0	13	27,7
11. Klasse	8	36,4	5	20,0	13	27,7
10. Klasse	1	4,5	0	0,0	1	2,1
9. Klasse	2	9,1	2	8,0	4	8,5
8. Klasse	1	4,5	1	4,0	2	4,3
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>100%</b>	<b>25</b>	<b>100%</b>	<b>47</b>	<b>100%</b>

**Quelle:** Eigene Berechnung aufgrund der selbständig erhobenen Daten

Bei den Nicht-Schülern sind 35,3% entweder arbeitslos oder Hausfrauen; 17,6% Friseur/innen; 15,7% sind Bauern oder Gärtner; 9,8% Schneider/innen. Der Rest setzt sich zum weit überwiegenden Teil aus Händlern/Verkäufern (7,8%), Chauffeuren (3,9%), Köchen (2%), Elektronikern (2%) und Mechanikern (2%) zusammen (siehe Tabelle 4).

**Tabelle 4: Berufliche Angaben der Nicht-Schüler**

Beruf	Nicht-Schüler					
	weibl.		männl.		Total	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Arbeitslos, Hausfrau	11	45,8	7	25,9	18	35,3
Bauer, Gärtner	0	0	8	29,6	8	15,7
Tischler	0	0	2	7,4	2	3,9
Friseur/in	8	33,3	1	3,7	9	17,6
Schneider/in	1	4,2	4	14,8	5	9,8
Händler, Verkäufer	3	12,5	1	3,7	4	7,8
Mechaniker/in	0	0	1	3,7	1	2
Elektriker	0	0	1	3,7	1	2
Chauffeur	0	0	2	7,4	2	3,9
Koch	1	4,2	0	0	1	2
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>100%</b>	<b>27</b>	<b>100%</b>	<b>51</b>	<b>100%</b>

**Quelle:** Eigene Berechnung aufgrund der selbständig erhobenen Daten

71% der Befragten leben noch bei ihren Eltern (63,3% der Schüler und 78,4% der Nicht-Schüler). 24% leben alleine (36,7% der Schüler und 11,8% der Nicht-Schüler). Nur 5% leben mit Freund/ in oder Verlobte/er, alle sind Nicht-Schüler.

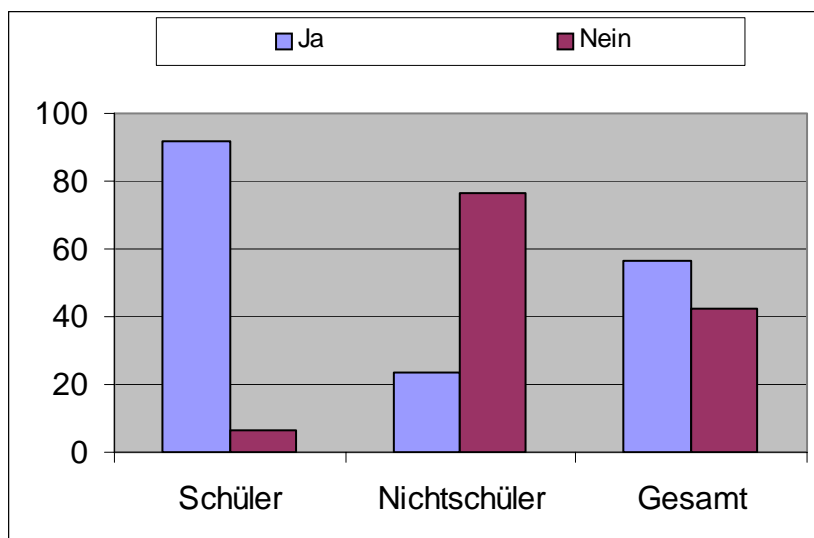
54% der Probanden sind finanziell auf ihre Eltern angewiesen (65,3% der Schüler und 43,1% der Nicht-Schüler), 33% erhalten keine finanzielle Unterstützung von ihren Eltern, 13% nur zum Teil: sie leben zwar nicht bei ihren Eltern, bekommen aber Geld oder anderweitige materielle Unterstützung von ihnen; oder sie leben bei den Eltern und sorgen für sich selbst.

## 5.2. Erhebung der Leistungen des Gesundheitszentrums

Alle bis auf einen Befragten wussten, dass das Jugendgesundheitszentrum existiert. 26,3% haben dies anlässlich seiner Eröffnung erfahren, knapp 17% von Freunden, 14% aus dem lokalen Radio, 13% von Lehrern in der Schule.

56% haben schon einmal das Jugendgesundheitszentrum besucht (*Siehe Abbildung 9*), die meisten während der Aufklärungsmaßnahmen (34%), Theaterstücke (23,5%) oder Discoabende (19%).

**Abbildung 9:** Angaben zum Besuch des Gesundheitszentrums

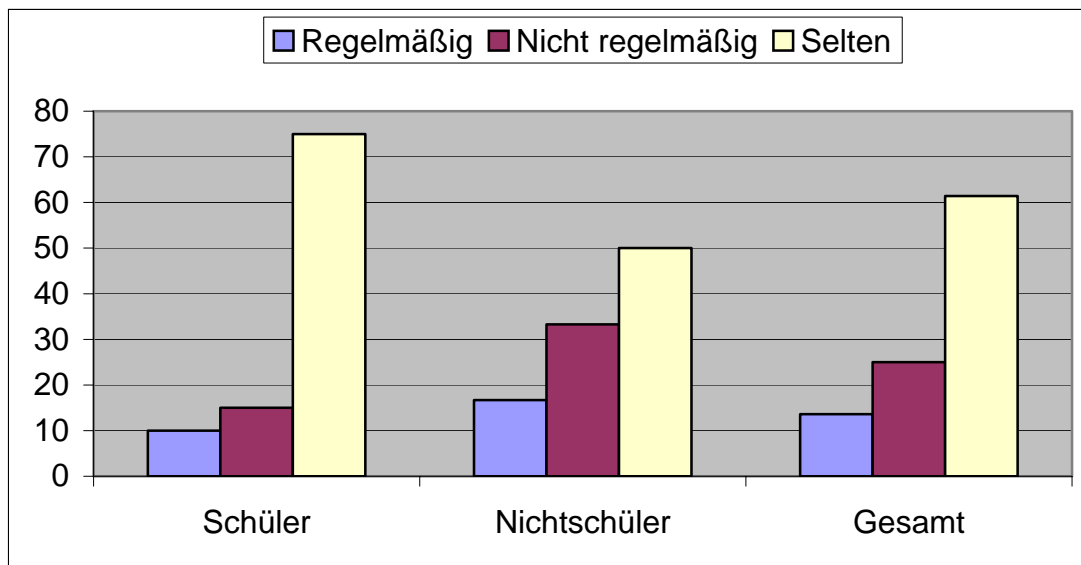


**Quelle:** Eigene Berechnung aufgrund der selbständig erhobenen Daten

44% haben noch nie das Zentrum besucht. Als Gründe für den Nicht-Besuch des Zentrums wurde Zeitmangel mit 63,2% angegeben, dann die Entfernung mit 10,5%. Andere 10,5% wollten sich zu der Frage nicht äußern.

13,6% der Befragten gehen regelmäßig ins Zentrum, 25% nicht regelmäßig und 61,4% selten (Siehe Abbildung 10).

**Abbildung 10:** Häufigkeit des Besuchs des Gesundheitszentrums



**Quelle:** Eigene Berechnung aufgrund der selbständig erhobenen Daten

79% der Befragten gaben an, die Zielsetzung des Jugendgesundheitszentrums zu kennen. 66% der Jugendlichen haben die Beratung zum Sexualverhalten, Aufklärungsmaßnahmen über Geschlechtskrankheiten und die Familienplanung als Hauptziel erwähnt. 16% haben als Ziel nur die Verbesserung der Lebensqualität von Jugendlichen erwähnt. Bei der Nennung der Leistungsangebote des Zentrums, die sie vom eigenen Erleben kennen, stehen Volleyball und Theaterstücke an erster Stelle mit je 15,2%, dann folgen Aufklärungsmaßnahmen über Geschlechtskrankheiten und Discoaktivitäten mit je 14,3%.

Mehr als 80% der Befragten wissen, dass das Jugendgesundheitszentrum Beratungen über Familienplanung, HIV-Tests, gynäkologische Untersuchungen sowie Fortbildungen über Geschlechtskrankheiten/HIV/AIDS anbietet.

Zu der Frage, was den Jugendlichen an dem Gesundheitszentrum nicht gefällt, hat sich über die Hälfte nicht geäußert. Dennoch fanden einige, dass das Zentrum



zu klein sei, dass dort zu viel über Aids gesprochen werde, und dass oft kein Personal da sei, das sich um Besucher kümmern könne.

Als Verbesserungsvorschläge der Leistungen und Angebote des Gesundheitszentrums werden hauptsächlich Möglichkeiten zur Ausbildung, die kostenlose Verteilung von Kondomen, Unterricht sowie eine höhere Kompetenz des Personals vorgeschlagen.

Andere Wünsche, die zu der Verbesserung der Leistungen beitragen könnten, betrafen die Einrichtung einer Bibliothek (68%), Computer/Internet (53%), verstärkter<sup>27</sup> Einsatz des Labors für die HIV-Tests (32%), Filmvorführungen mit Hilfe einer Satellitenantenne, die nicht nur Aids zum Thema haben und als Alternative zum Kino dienen sollten (32%). Es wurden aber auch die Erarbeitung und Verteilung von Infobroschüren über Geschlechtskrankheiten/HIV/AIDS gewünscht.

### **5.3. Zukunftsperspektiven der Jugendlichen**

Die Probanden haben unterschiedliche Wünsche, was ihre berufliche Zukunft angeht, doch lassen sich auch einige Gemeinsamkeiten zwischen den untersuchten Gruppen (Schüler und Nicht-Schüler, Mädchen und Jungen) finden.

20,4% (8 Jungen und 2 Mädchen) der Schüler wollen Ärzte werden. 18,4% der Schüler, überwiegend Mädchen, wollen Krankenschwester oder Hebamme werden, was dann fast 40% der Schulumädchen entspricht (9 Mädchen von 23 insgesamt). Ein dritter beliebter Beruf ist Lehrer. Das ist der Wunsch von 16,3% der Schüler (6 Jungen und 2 Mädchen). Der Rest der Schüler wünscht sich als Beruf Beamter, Journalist, Buchhalter, Sekretär, Informatiker, Soziologe, Politiker, Diplomat, und Priester.

Bei den Nicht-Schülern sind die am häufigsten gewünschten Berufe Friseur und Schneider: 15,7% der Nicht-Schüler (überwiegend Mädchen) wollen Friseurinnen werden. 13,7% der Nicht-Schüler (22,2% der Jungen und 4,2% der Mädchen) wollen Schneider werden. Die beruflichen Wünsche der übrigen Nicht-Schüler sind Chauffeur, Koch, Mechaniker, Schreiner, Händler oder es besteht der Wunsch wieder Schüler zu werden.

Auf die Frage, ob die Jugendlichen in Zukunft heiraten möchten, antworteten alle, bis auf einen Jungen, der Priester werden will, mit „Ja“.

---

<sup>27</sup> Zum Zeitpunkt des Interview funktionierte das Labor nicht.

Auf die Frage an die Jungen, ob sie künftig eine polygame Beziehung führen wollen und bei den Mädchen, ob sie es erlauben/akzeptieren, dass ihre zukünftige Ehemänner polygam leben werden, antworteten 94% der Befragten mit „Nein“. 5% der Befragten (3 Mädchen und 2 Jungen, davon eine Schülerin, ein Schüler, zwei Nicht-Schülerinnen und ein Nicht-Schüler) haben die Frage mit „Ja“ beantwortet. Als Begründung für ihre Antwort gaben die zwei Nicht-Schülerinnen an, „Männer können nicht treu sein“, die Schülerin beantwortete die Frage aus religiösen Gründen (sie war eine Muslimin), der Schüler gibt als Voraussetzung an, reich zu sein, und sich damit viele Frauen leisten zu können. Der Nicht-Schüler dagegen sagte „polygam zu sein gefällt mir einfach, man hat dann mehrere Frauen mit denen man sich vergnügen kann“. Der Junge, der Priester werden will, hat sich zu der Frage nicht geäußert.

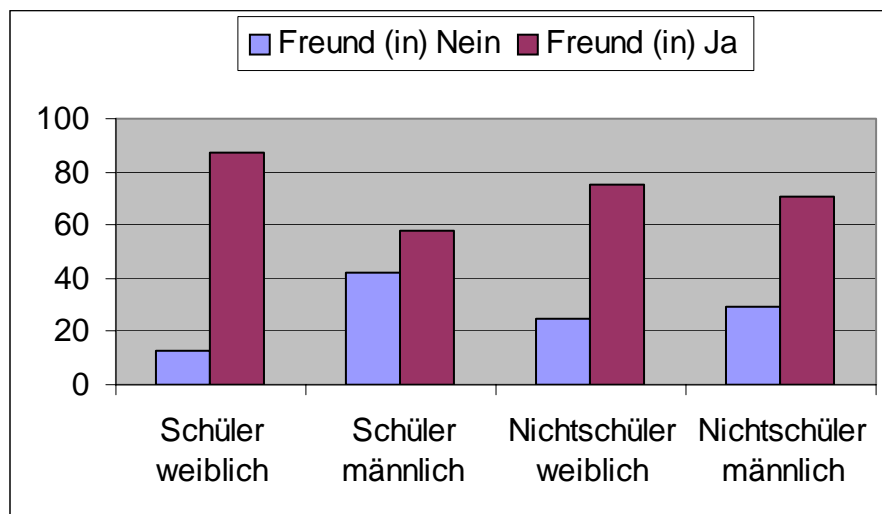
94% der Befragten, die die Frage mit „Nein“ beantwortet haben, begründen das vor allem mit „fehlenden finanziellen Möglichkeiten“ (bei fast 38% der Befragten, davon 42% der Nicht-Schüler und 32,6% der Schüler), „Eifersucht der Frauen und Kinder“ (23,3% der Befragten, davon 19% der Nicht-Schüler und 28% der Schüler), „hohes Risiko der Geschlechtskrankheiten“ (22% der Befragten, davon 21% der Nicht-Schüler und 23% der Schüler), „hohe Anzahl an Kindern“, „Untreue der Frauen wenn der Mann nicht da ist“ u.a.

Meistens möchten die Probanden später einmal Kinder haben, und zwar möchten 25% der Befragten zwei Kinder, 34% der Befragten drei Kinder und 34% der Befragten wünschen sich vier.

#### **5.4. Beziehungen der Jugendlichen**

72% der Befragten haben sexuelle Beziehungen. Der Anteil ist bei den weiblichen Probandinnen höher als bei den männlichen Probanden. Dies gilt zwar für beiden Kategorien (Schüler und Nichtschüler), aber insbesondere bei den Schülerinnen (Siehe *Abbildung 11*). Dies lässt sich dadurch erklären, dass generell die Mädchen früher sexuell aktiv werden als Jungen. Aber auch dadurch, dass in Afrika allgemein „Beziehungen zwischen älteren Männern (Sugar Daddies) der Mittel- und Obersicht zu ärmeren Mädchen (häufig Schulerinnen) [...] weitverbreitet [sind]. Hierbei erfolgt der Tausch sexueller Dienstleistungen gegen materielle Vorteile [...] z. B. Kleider oder die Bezahlung von Schulgebühren“ [Yoki, 2001, S.18].

**Abbildung 11:** Frage 3.1. Hast du eine(n) Freund(in) oder Verlobte(n)?



**Quelle:** Eigene Berechnung aufgrund der selbständig erhobenen Daten

Die meisten der Befragten, die einen Freund oder eine Freundin haben, leben länger als 6 Monate in einer Beziehung mit diesem Partner oder dieser Partnerin (Siehe Tabelle 5).

**Tabelle 5:** Beziehung ja, nein und Dauer der Beziehung

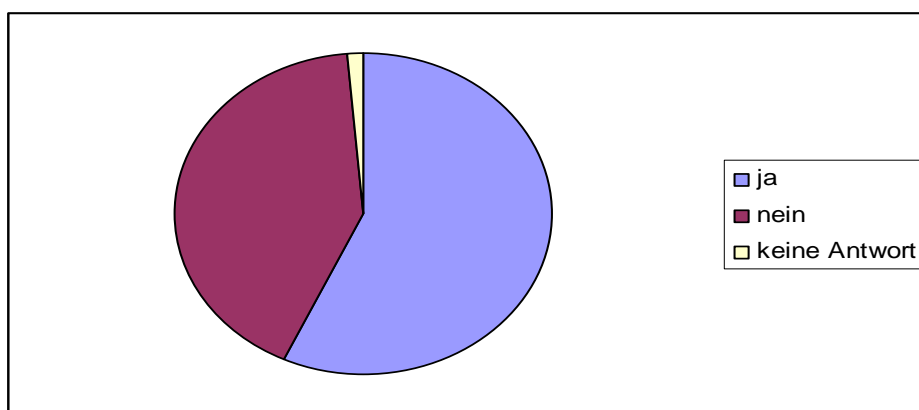
Antworten			
		Anzahl	%
<b>Nein</b>		28	<b>28</b>
<b>Ja</b>	mindestens 6 Monate	12	16,7
	6 Monate bis 1 Jahr	23	31,9
	1 bis 3 Jahre	27	37,5
	3 bis 5 Jahre	9	12,5
	über 5 Jahre	1	1,4
<b>Gesamt bei "Ja"</b>		72	<b>72,0</b>
<b>Gesamte Antworten</b>		100	<b>100%</b>

**Quelle:** Eigene Berechnung aufgrund der selbständig erhobenen Daten

Fast alle (98,6%), die einen Freund / eine Freundin haben, haben Geschlechtsverkehr mit ihren Partnern. 57% von ihnen schützen sich mit Kondomen gegen Geschlechtskrankheiten, 42% jedoch nicht (Siehe Abbildung 12).

Als Gründe für die Nichtverwendung von Kondomen wurden folgende genannt: „Partner will nicht“ (knapp 30%), „Unzufriedenheit mit den Kondomen“ (22%), „Treue und Vertrauen des Partners“ (13%), „haben kein Geld um Kondome zu kaufen“ (11%), und „ungeplanter Sex“ (8%, diese hatten keine Kondome bei sich).

**Abbildung 12:** Angaben über Verhütung gegen Geschlechtskrankheiten



**Quelle:** Eigene Berechnung aufgrund der selbständig erhobenen Daten

Bei der Betrachtung der beiden Kategorien (Schüler und Nichtschüler) lässt sich der positive Einfluss der Bildung deutlich erkennen, denn 77,1% der Schüler verhüten. Bei den Nichtschülern tun dies nur 37,8% (Siehe Tabelle 6 und 7).

**Tabelle 6:** Verhütung bei Schülern mit sexuellem Kontakt

Antworten	Schüler					
	weibl.		männl.		Gesamt	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Ja</b>	15	75	12	80	27	77,1
<b>Nein</b>	4	20	3	20	7	20
<b>Keine Antwort</b>	1	5	0	0	1	2,9
<b>Gesamt</b>	20	100	15	100	35	100

**Quelle:** Eigene Berechnung aufgrund der selbständig erhobenen Daten

**Tabelle 7: Verhütung bei den Nicht-Schülern mit sexuellem Kontakt**

Antworten	Nicht-Schüler					
	Weibl.		Männl.		Gesamt	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Ja	4	22,2	10	52,6	14	37,8
Nein	14	77,8	9	47,4	23	62,2
Keine Antwort	0	0	0	0	0	0
<b>Gesamt</b>	18	100	19	100	37	100

**Quelle:** Eigene Berechnung aufgrund der selbständig erhobenen Daten

86% derjenigen, die einen Partner haben, haben sich mit dem Thema „Verhütung gegen Geschlechtskrankheiten“ zusammen mit ihren Partnern befasst und nur knapp 6% haben sich dabei schlecht gefühlt wegen der Tabuisierung des Themas.

Fast alle (97%) verhüten gegen ungewollte Schwangerschaften durch Benutzung von Kondomen (57,5%) oder Ausrechnen des Menstruationszyklus (27,5%). Die Pille folgt an dritter Stelle mit knapp 7%.

Aus der Gruppe der Befragten haben 12%, mehr als einen Partner, das heißt sie führen mehrere sexuelle Beziehungen gleichzeitig. Aber auch hier ist beim Vergleich der beiden Kategorien (Schüler und Nichtschüler) der Einfluss der Bildung zu erkennen. Denn bei den Schülern sind es nur 4,1% im Gegensatz zu den Nichtschülern, wo es 13,7% sind (Siehe Tabelle 8 und 9).

**Tabelle 8: Angaben über die Anzahl der Sexualpartner - Schüler**

Anzahl der Partner	Schüler					
	Weibl.		Männl.		Gesamt	
	n	%	n	%	n	%
0	4	17,4	11	42,3	15	30,6
1	19	82,6	13	50	32	65,3
2	0	0	2	7,7	2	4,1
3	0	0	0	0	0	0
keine Antwort	0	0%	0	0	0	0
<b>Gesamt</b>	23	100%	26	100%	49	100%

**Quelle:** Eigene Berechnung aufgrund der selbständig erhobenen Daten

**Tabelle 9:** Angaben über die Anzahl der Sexualpartner – Nicht-Schüler

Anzahl der Partner	Nicht-Schüler					
	Weibl.		Männl.		Gesamt	
	n	%	n	%	n	%
0	4	16,7	7	25,9	11	21,6
1	19	79,2	14	51,9	33	64,7
2	1	4,2	1	3,7	2	3,9
3	0	0	5	18,5	5	9,8
keine Antwort	0	0	0	0	0	0
<b>Gesamt</b>	24	100%	27	100%	51	100%

**Quelle:** Eigene Berechnung aufgrund der selbständig erhobenen Daten

Obwohl das Durchschnittsalter beim ersten Sexualkontakt bei 16 Jahren liegt, hatten 10% der Nichtschüler mit 12 Jahren bereits ihren ersten Sexualkontakt gehabt.

Bei 76% liegt die Anzahl der Sexualpartner vom ersten Sexualkontakt bis zum Zeitpunkt des Interviews bei 1 bis 5 und bei 12% zwischen 6 bis 10.

45% der weiblichen Befragten waren schon Mal schwanger gewesen. Mehr als die Hälfte von ihnen (52%) hatte schon Abtreibungen hinter sich. Bei 45,5% wurden diese zu Hause durchgeführt, bei 54,5% im Krankenhaus oder einer Klinik.

### 5.5. Kenntnisse der Jugendlichen über HIV/AIDS und andere Geschlechtskrankheiten<sup>28</sup>

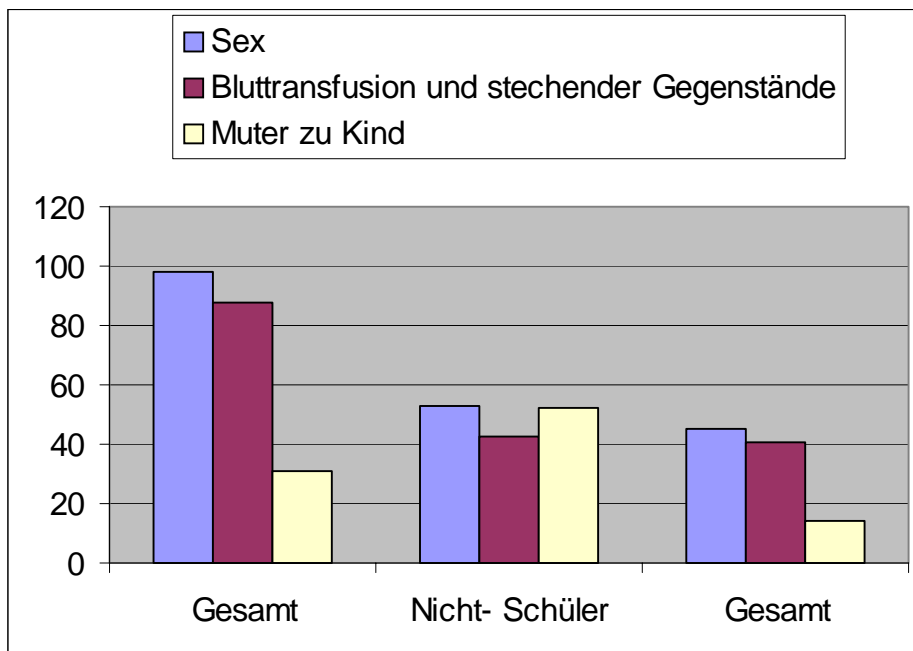
Alle Befragten ohne Ausnahme haben schon einmal etwas über Geschlechtskrankheiten gehört. 33% schätzen ihre Kenntnisse als sehr gut ein, 27% als ausreichend, 39% als gering. Diese Kenntnisse haben 22% der Probanden von der Schule erhalten, 18% von den Medien, 17% vom Jugendgesundheitszentrum, 10% von Angestellten aus dem öffentlichen Gesundheitswesen, je 7% von Freunde und „pairs éducateurs“. Fortbildungen und Massenaufklärung wurden auch als Wissenserwerbsquelle erwähnt.

Fast alle Befragten wissen, dass der Geschlechtsverkehr der Hauptübertragungsweg für Geschlechtskrankheiten ist. 88% wissen, dass infiziertes Blut oder die Benutzung von infizierten Spritzen oder Klingen zur Übertragung von HIV/AIDS bei-

<sup>28</sup> Hierunter fallen alle sexuell übertragbaren Krankheiten (SüK).

trägt. Die Übertragung von Mutter zu Kind haben nur 31% der Probanden erwähnt. (Siehe Abbildung 13).

**Abbildung 13:** Annahmen der Befragten über die Übertragungswege HIV / AIDS



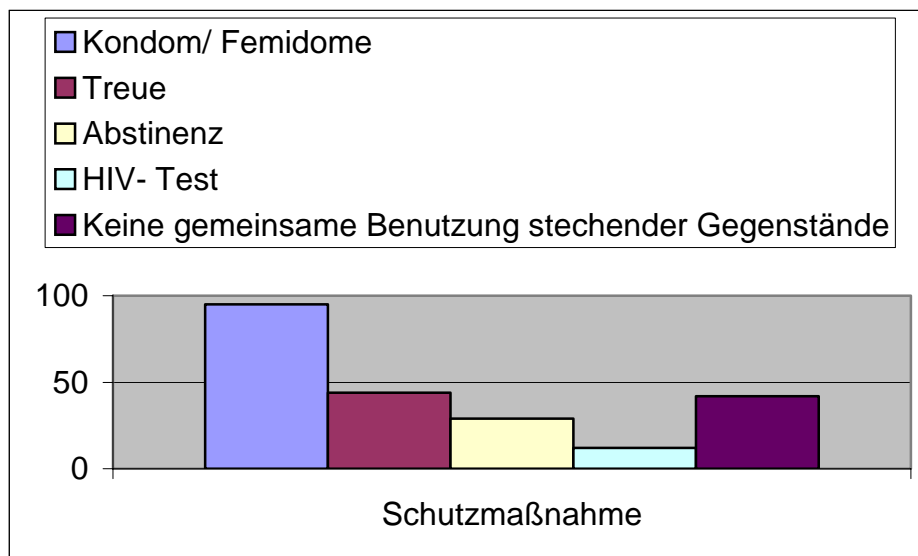
**Quelle:** Eigene Berechnung aufgrund der selbständig erhobenen Daten

Als Folge der Geschlechtskrankheiten/HIV/AIDS nannten 92% den Tod, Gewichtsabnahme nannten 50% und Durchfall 32%. Weiter, wurden Wunden am Körper, Husten, Haarverlust, psychische Belastung, Zurücklassung von Freunden und Familie, Ende der Lust am Leben erwähnt.

Als Vorbeugungsmaßnahme gegen Geschlechtskrankheiten/HIV/AIDS wurde die Benutzung von Kondomen und Femidome<sup>29</sup> von 95% der Befragten genannt, Treue bei 44%, Nicht-Nutzen von infizierten Gegenständen von 42%, Abstinenz von 29% (Siehe Abbildung 14).

<sup>29</sup> Femidome haben die gleiche Funktion wie Kondome, die werden allerdings nur von Frauen benutzt.

**Abbildung 14:** Erwähnte Schutzmaßnahmen gegen HIV/AIDS



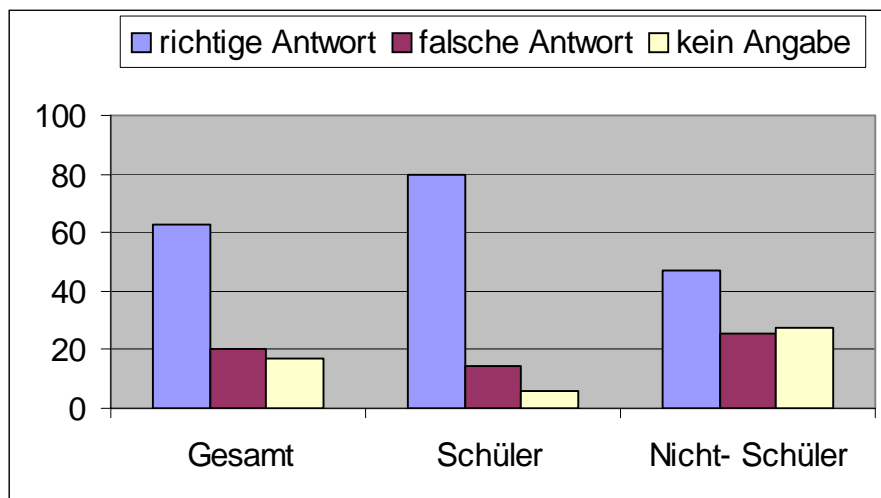
**Quelle:** Eigene Berechnung aufgrund der selbständig erhobenen Daten

Auf die Frage „Wie erkennt man eine Person, die HIV positiv ist?“ hat nur knapp die Hälfte mit „nur durch die Blutuntersuchung“ geantwortet. Die andere Hälfte hat diverse Symptome der Aidskrankheit als Antwort gegeben. Hier besteht der Bedarf an mehr Wissen.

Bei der Frage, was der Unterschied zwischen HIV-positiv und Aidskrankung ist, konnten 63% der Befragten die richtige Antwort benennen. So äußerte z.B. eine Befragte: „HIV-positiv hat Virus im Körper, ist aber gesund im Gegensatz zu dem Aidskranken, der schon krank ist“. Auch hier hatten mehr Schüler richtige Antworten als Nichtschüler gegeben (siehe Abbildung 15).



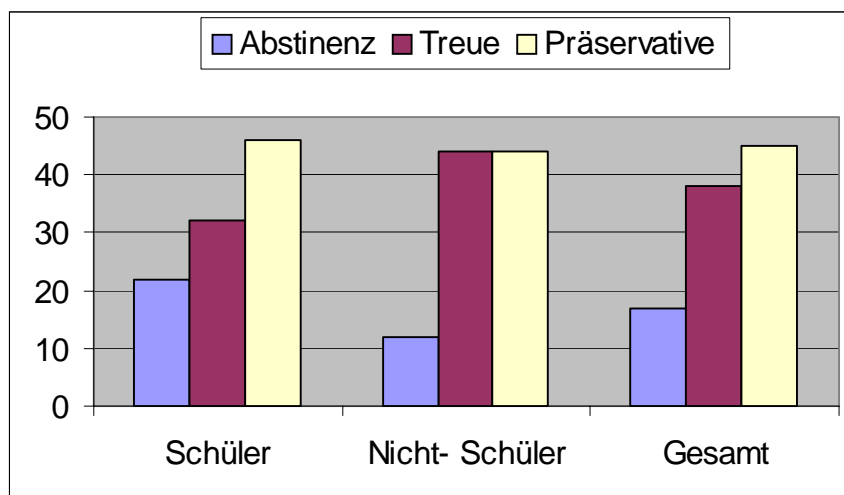
**Abbildung 15: Unterschied zwischen HIV-positiv und Aidskranken**



Quelle: Eigene Berechnung aufgrund der selbständig erhobenen Daten

Bei der Frage, welchen Weg sie auswählen würden zwischen Abstinenz, Kondomen und Treue um sich in der Zukunft vor Geschlechtskrankheiten zu schützen, haben 45% Kondome ausgewählt, 38% die Treue, und 17% die Abstinenz (siehe Abbildung 16).

**Abbildung 16: Gewünschte Schutzmaßnahme**

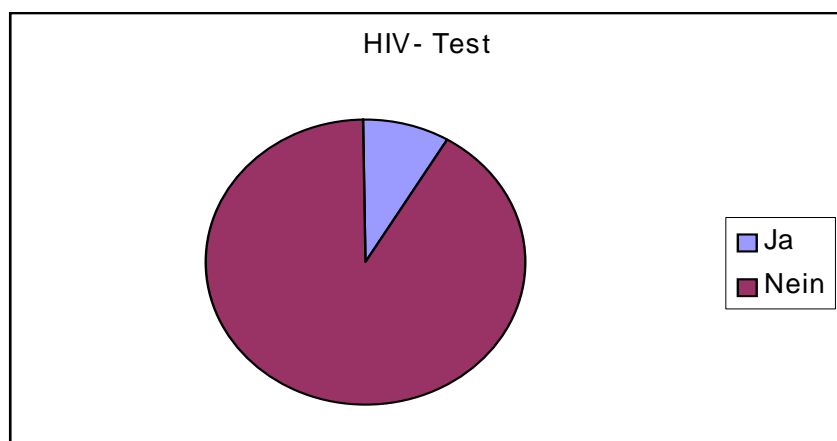


Quelle: Eigene Berechnung aufgrund der selbständig erhobenen Daten

Auf die Frage: „Wozu dient den HIV-Test?“ antworteten 81% der Befragten mit „um zu wissen, ob man HIV-positiv ist oder nicht“. Weitere 10% gaben an, dass der Test zur Verringerung von HIV/ Aidsfällen dient oder um gezielte Präventionsmaßnahmen einsetzen zu können, was auch akzeptabel ist und die Häufigkeit

der Wissenden auf 91% führte. Allerdings haben 9% der Befragten keine Antwort gegeben. Nur 9% hatten den HIV-Test schon Mal gemacht. Von Ihnen sind 10,2% Schüler und 7,8% Nichtschüler (Siehe Abbildung 17 und Tabelle 10).

**Abbildung 17:** Angaben zum durchgeführten HIV-Test



**Quelle:** Eigene Berechnung aufgrund der selbständig erhobenen Daten

**Tabelle 10:** Angaben der Befragten darüber, ob sie schon einmal einen HIV-Test gemacht haben

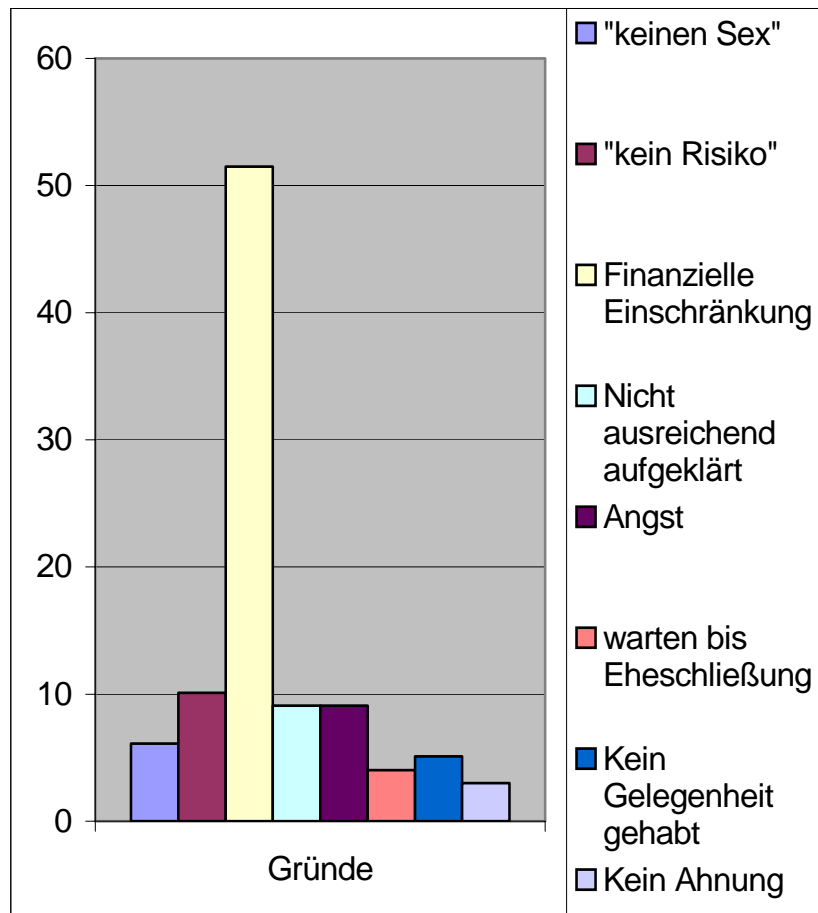
	Schüler			Nicht-Schüler			alle Befragten
	weiblich	männlich	gesamt	weiblich	männlich	gesamt	
	% n	% n	% n	% n	% n	% n	
Ja	4,3 1	15,4 4	10,2 5	8,3 2	7,4 2	7,8 4	9,0 9
Nein	95,7 22	84,6 22	89,8 44	91,7 22	92,6 25	92,2 47	91,0 91
<b>Gesamt</b>	100 23	100 26	100 49	100 24	100 27	100 51	100 100

**Quelle:** Eigene Berechnung aufgrund der selbständig erhobenen Daten

91% der Befragten haben noch keinen HIV-Test gemacht, darunter gaben 51,5% an, dass sie den Test aus finanziellen Einschränkungen nicht gemacht haben. Die anderen gaben diverse Gründe an (Siehe Abbildung 18), zum Beispiel mangelnde Aufklärung über HIV- Test oder Angst vor negativem Ergebnis. Einige fühlten sich

nicht exponiert, daher sahen sie die Notwendigkeit des Testes nicht. Andere fanden, dass er nur für die Eheschließung bestimmt sei, deshalb warten sie bis sie den Richtigen oder die Richtige finden.

**Abbildung 18:** Hindernisse für HIV-Test



**Quelle:** Eigene Berechnung aufgrund der selbständig erhobenen Daten

85% der Probanden kennen keine HIV-positiven oder an Aids erkrankten Personen in ihrer Umgebung. Die 15%, die angaben, solche Personen zu kennen, haben das durch Gerüchte, Vermutungen, durch sichtbare Symptome oder durch Verwandte der Betroffenen erfahren.

## 6. Zusammenfassung der Ergebnisse und Schlussfolgerungen

56% der Befragten haben schon einmal das Jugendgesundheitszentrum besucht. Die 44% der Befragten, die das Zentrum noch nie besucht haben, begründen dies mit Zeitmangel (63,2%), Entfernung (10,5%) und der Rest gab keinen Grund an.

99% der Befragten haben Kinderwünsche und wollen zukünftig heiraten, davon waren nur 5, die polygam leben wollen.

Fast alle Befragten wissen, dass der Geschlechtsverkehr der Hauptübertragungsweg für Geschlechtskrankheiten ist. 88% wissen, dass infiziertes Blut oder die Benutzung von infizierten Spritzen oder Klingen zur Übertragung von HIV/AIDS beiträgt. Die Übertragung von Mutter zu Kind haben nur 31% der Probanden erwähnt. 92% wissen, dass HIV/AIDS zum Tod führen kann. Als Vorbeugungsmaßnahme gegen Geschlechtskrankheiten/HIV/AIDS wurde die Benutzung von Kondomen und Femidome von 95% der Befragten genannt, Treue bei 44%, Nicht-Nutzen von infizierten Gegenständen von 42%, Abstinenz von 29%. 63% der Befragten kennen den Unterschied zwischen HIV-Positiven und Aidskranke. 91% wissen wozu einen HIV-Test dient, aber nur 9% hatten einen Test durchführen lassen. Diejenigen, die noch keinen Test hatten durchführen lassen, gaben dafür diverse Gründe an, darunter finanzielle Einschränkungen (51,5%).

18% der Befragten haben Kinder. 45% der weiblichen Befragten waren schon einmal schwanger gewesen. Mehr als die Hälfte von ihnen (52%) hatten schon Abtreibungen hinter sich. Bei 45,5% wurde diese zu Hause durchgeführt und bei 54,5% im Krankenhaus oder in einer Klinik.

72% der Probanden haben Freunde oder Freundinnen. 98,6% von ihnen haben Geschlechtverkehr mit ihren Partnern. 57% davon verhüten mit Kondomen gegen Geschlechtskrankheiten (darunter 77,1% der Schüler), 42% jedoch nicht (62,2% der Nichtschüler). Als Gründe für die Nichtverhütung wurden folgende genannt: „Partner will nicht“ (knapp 30%), „Unzufriedenheit mit den Kondomen“ (22%), „Treue und Vertrauen des Partners“ (13%), „haben kein Geld um Kondome zu kaufen“ (11%), und „ungeplanter Sex“ (8%, diese hatten keine Kondome bei sich). Obwohl das Durchschnittsalter beim ersten Sexualkontakt bei 16 Jahren liegt, hatten 10% der Nichtschüler bereits mit 12 Jahren ihren ersten Sexualkontakt hinter sich.

Bei 76% liegt die Anzahl der Sexualpartner vom ersten Sexualkontakt bis zum Zeitpunkt des Interviews bei 1 bis 5 und bei 12% zwischen 6 und 10.

Aus den Ergebnissen kann gefolgert werden, dass die Jugendlichen relativ gut informiert sind darüber, was die Folgen der Geschlechtskrankheiten/HIV/AIDS betrifft. Jedoch sind sie sich wenig über ihr sexuelles Risikoverhalten bewusst. 57% verhüten, ein relativ hoher Anteil von 42% hingegen nicht. Die häufigsten Begründungen waren, dass der Partner dagegen ist oder die Unzufriedenheit beim Geschlechtsverkehr. Diese Begründungen deuten auf einen sehr hohen Bedarf an einer Förderung des Risikobewusstseins hin, damit die Risiken des Sexualverhaltens stärker bewusst werden.

## **7. Diskussion**

### **7.1. Ergebnisse und Einflussfaktoren**

Die durchgeführte Untersuchung sollte dazu dienen, das Wissen von Jugendlichen in Apéyémé bezüglich HIV/AIDS, wie auch das Risikoverhalten dieser Jugendlichen zu evaluieren, um Anregungen dafür geben zu können, wie sich die Aktivitäten des im Rahmen der HIV/Aidsprävention gegründeten Jugendgesundheitszentrums verbessern ließen.

Aufgrund fehlender Rahmenbedingungen ließ sich keine Prozessevaluation durchführen. Das Präventionsprogramm war zudem nicht theoriegeleitet genug implementiert worden [vgl. Punkt 4.1]; ein Umstand, der in der Praxis häufig vorkommt. So zeigt sich auch hier, dass „die Anwendung elaborierter wissenschaftlicher Methoden der Evaluation vielfach der Realität der Programme und Projekte nicht gerecht zu werden vermag“ [LOBNIG & PELIKAN, 1996, S. 63].

Also war nur eine ergebnisorientierte Evaluation möglich. Auch konnte nicht festgestellt werden, inwiefern die Aktivitäten des Zentrums das Wissen der Jugendlichen beeinflusst hatten, da in der Region parallel Präventionsinterventionen im Bereich HIV und anderer Geschlechtskrankheiten liefen. Dies ist ein allgemeines Problem der Evaluation im Bereich HIV/Aidsprävention in den Entwicklungsländern [vgl. WIHOFZKY, 2005, S. 45].

Obwohl 56% der Befragten das Gesundheitszentrum besuchten, taten diese 61,4 % nur selten. Dies erklärt u.a. womöglich auch, warum das Zentrum als Wissenserwerbsquelle über HIV/AIDS und andere Geschlechtskrankheiten an dritter Stelle nach Schulen und Medien steht. Da eine Feindifferenzierung der Ergebnisse nicht möglich war, könnte auf einen Bedarf nach mehr Kompetenz seitens des Zentrums bzw. seines Personals hinsichtlich Wissensvermittlung geschlossen werden. Andererseits deutet dies auch auf eine positive Auswirkung der Leistungen des Zentrums bezüglich der Wissensvermittlung hin, da die Lehrer auch im Zentrum ausgebildet worden sind und die Schule als Wissenserwerbsquelle an erster Stelle erwähnt würde.

Nach Betrachtung der Ergebnisse bezüglich des Wissens der Jugendlichen über HIV, kann – obwohl noch Wissensbedarf bei einigen Punkten, wie zum Beispiel der Übertragung von Mutter zu Kind (die nur von 31% erwähnt worden war) oder

dem Unterschied zwischen HIV-positiv und Aids-krank (denn 37% wussten das nicht) besteht – insgesamt gesagt werden, dass die Befragten relativ gut informiert sind: 99% der Befragten wissen, dass (in Afrika) der Geschlechtsverkehr der Hauptübertragungsweg ist. 88% erwähnten auch infiziertes Blut und die Benutzung von infizierten Spritzen. Über 80% der Befragten wissen auch wozu der HIV-Test dient. 92% nannten den Tod als Folge der Aids-erkrankung. Jedoch wird auch die Diskrepanz zwischen Wissen und Verhalten deutlich, denn 42% der Befragten verhüten nicht und nur 9% hatten wenigstens einen HIV-Test gemacht.

Einerseits deutet dies auf ein **Scheitern des „Fear-Appel-Ansatzes“**<sup>30</sup> in der Prävention hin, bzw. darauf, dass die wahrgenommene Schwere der HIV-Infektion sich nicht entsprechend in risikobewusstem Verhalten widerspiegelt.

Andererseits führt dies auch zu der Schlussfolgerung, dass **Wissen zwar notwendig, aber keineswegs hinreichend** für eine Verhaltensänderung ist. Diese Ansichtweise vertreten z.B. auch GREEN und KREUTER: „Knowledge is necessary but usually not a sufficient factor in changing individual or collective behavior“ [GREEN & KREUTER, 2005, S. 156].

In der Sexualpsychologie wird dies auf soziale Konstrukte zurückgeführt, z.B. bei MARKS ET AL; „social construction of sex as something mystical and uncontrollable allows people to justify and accept unsafe sexual behaviour as „natural“. Safer sex practices are not easily compatible with the notion of “passion” which involves the loss of control and rationality” [MARKS ET AL., 2000, S. 222].

Eine mögliche Erklärung der Divergenz der Ergebnisse hinsichtlich Wissen und Verhalten ist das Phänomen des sog. **trägen Wissens** der Kognitionstheorie, das bereits in Punkt 2.3 beschrieben wurde und auf der Metaprozesserklärung, der Strukturdefiziterklärung und der Situiertheitserklärung basiert [vgl. GRUBER & RENKL, 2000].

In mehr als 120 anderen Untersuchungen<sup>31</sup> im Bereich der HIV/Aidsprävention konnte die Diskrepanz zwischen dem Wissen der Jugendlichen über HIV/AIDS und ihrem Risikoverhalten auf einen sog. **„unrealistischen Optimismus“** zurück-

---

<sup>30</sup> Angsterzeugung durch Wissensvermittlung über den Schweregrad der HIV-Infektion, die angeblich zu einer entsprechenden Verhaltensänderung führen soll.

<sup>31</sup> In einigen dieser Untersuchungen wurden sogar Health-Risk-Appraisal-Instrumente zur Schätzung des objektiven Risikos, die auf Indikatoren wie Blutdruck, Gesamtcholesterin und Gewicht basiert, verwendet [vgl. RENNEN & SCHWARZER, 2000, S. 29].

geführt werden. Dabei wird angenommen, dass Menschen dazu neigen, das eigene Risiko, sich zu infizieren, oder die Wahrscheinlichkeit, jemanden zu infizieren, für weniger wahrscheinlich einschätzen, als die Gefahr einer HIV-Infektion für andere Personen; so wird „im unrealistischen Optimismus [...] eine zentrale Barriere für protektives Handeln gesehen, da das Gefühl einer relativen Invulnerabilität dazu führen kann, dass keine Notwendigkeit gesehen wird, etwas für den Schutz der eigenen Gesundheit zu unternehmen“ [vgl. RENNER & SCHWARZER, 2000, S. 29].

In anderen Metaanalysen wurde eine hohe Korrelation bei der Überzeugung im Zusammenhang mit der eigenen „Selbstwirksamkeit im Hinblick auf die Verwendung von Kondomen“ oder der Situation, in der man Kondome bei sich hat, mit dem „safer sex“ festgestellt [vgl. STROEBE & JONAS, 2003].

**Mangelndes Verantwortungsbewusstsein** ist auch nicht auszuschließen, denn viele begründen ihr Risikoverhalten dadurch, dass ihre Partner „safer sex“ nicht wollten (30%). Obwohl bei den Schülern keine Geschlechtsdifferenzierung (33,3% männlich und 33,3% weiblich) festzustellen ist, ist das Genderproblem auch in dieser Studie zu erkennen, da 36% der weiblichen Nichtschüler die Begründung „Partner will nicht“ geäußert haben, im Vergleich zu 18% der männlichen Nichtschüler. Aber interessanterweise ist bei der Begründung „Unzufriedenheit mit Kondom“, die ausschließlich von Nichtschülern genannt wurde, der Anteil der Nennungen bei weiblichen Nichtschülern (36%) höher, als bei männlichen (27%). Dies führt zur Schlussfolgerung von MARKS ET AL., dass: „young heterosexual women’s conceptualization of sex in terms of love and romance informed their choice of sexual practices, namely penetrative sex without condoms“ [MARKS ET AL., 2000, S.222].

Es lässt sich nach den Ergebnissen auch ein **Einfluss von Armut** feststellen, denn aus finanziellen Gründen verhüten 11% nicht. Aus demselben Grund unterziehen sich auch 51,5% der Befragten nicht einem HIV-Test.

## 7.2. Grenzen der Evaluationsstudie

Obwohl sich bei den Ergebnissen der Evaluation eine gewisse Plausibilität feststellen ließ, muss, wie bei den meisten empirischen Untersuchungen, auch bei dieser auf einige Fehler bzw. Schwierigkeiten hingewiesen werden, die die Repräsentativität und Validität dieser Evaluationsstudie beeinträchtigen könnten:



- *Vergleichsgruppe:* Es hat keine Vergleichsgruppe gegeben, die eine objektive Bewertung der Leistungen des Gesundheitszentrums ermöglicht hätte.
- *Das Design:* Die Daten wurden durch eine Querschnittsstudie erhoben, dies ist mit einer höheren erinnerungsbedingten Verzerrung verbunden [vgl. BEAGLEHOLE ET AL. 1997, S. 67].
- *Qualifikation der Evaluatorinnen:* Die Evaluation der Studie wurde ausschließlich von Praktikantinnen durchgeführt, die über keine fundierte empirisch-methodische Qualifikation verfügten. Zum Beispiel konnten bei der Auswertung keine über Häufigkeitsauszählungen und bivariate Analysen hinausgehenden statistischen Berechnungen durchgeführt werden, so dass die Signifikanz der Ergebnisse beschränkt bleiben musste.
- *Kooperation der Partner:* Der Wille zur Evaluation kommt zum großen Teil von der Lebenschance e.V. Diese Organisation ist einer der Geldgeber von SILD. SILD war weniger kooperativ, obwohl ihre Kooperation eine große Hilfe gewesen wäre, da sie allein auf diesem Feld arbeitet. (Weder Lebenschance noch die Evaluationsforscher können sich mit der Arbeit vor Ort gut genug aus, allein SILD). Aber die Sorge von SILD bestand darin, ein gutes Image gegenüber ihren Geldgebern zu vermitteln. Dadurch wurden die Evaluationsforscher auch als „Detektive“ angesehen, so dass diese gezwungen waren, ohne jegliche Dokumentation des Programmablaufes vor Ort, die Arbeit alleine durchzuführen.
- *Ex-Post Evaluation:*<sup>32</sup> Die Evaluationsforscher (wir) waren weder bei der Programmplanung noch bei der Programmdurchführung dabei. Was dann die Arbeit, die innerhalb von wenigen Monaten durchgeführt werden sollte, erschwerte.

Eine Problemanalyse hat stattgefunden, aber ohne jegliche Dokumentation. Die epidemiologischen Daten müssten hierfür neu erhoben werden.

Es wurde auch kein Wirkungsmodell zur Überprüfung der Interventionsfähigkeit vorgelegt. Die Evaluationsforscher mussten aufgrund der Beschreibung des Auftraggebers und aus der Problemanalyse zwei wichtige Fakto-

---

<sup>32</sup> D.h., die Evaluationsforscher sind nicht bei der Programmplanung einbezogen.

ren für ein erhöhtes Risiko für HIV und Geschlechtskrankheiten rekonstruieren:

- *Tradition*: Bereits das Einkaufen von Kondomen ist mit Schamgefühl für einige Käufer verbunden, da alles, was Sex betrifft, tabuisiert ist (vgl. hierzu auch den unten stehenden Punkt „Selektionbias“);
- *Armut*: Viele der Jugendlichen haben kein gesichertes Einkommen und stammen aus ärmeren Familien. Für sie ist von viel größerer Bedeutung, sich überhaupt zu ernähren, als Geld für Kondome auszugeben, und das, obwohl sie in ihrem Sexualleben aktiv sind. Ein anderes Beispiel für den negativen Einfluss von Armut sind die Mädchen, die sich (wenn auch heimlich) prostituieren und dann keine Kondome benutzen, wenn mehr Geld angeboten wird.

Programmziele (Reduzierung der Prävalenz von HIV/AIDS und anderer Geschlechtskrankheiten), Zielpopulation (Jugendliche), und Maßnahmen (Aufklärungsmaßnahmen in den Schulen, öffentliche Treffen und Diskussionsveranstaltungen, Dokumentarfilme, Theaterstücke, Werbeplakate) sind klar definiert worden.

Ob Maßnahmen der Programmüberwachung und Qualitätssicherung durchgeführt worden sind, wurde nicht bekannt gegeben. Es lagen keine Dokumentationen vor, obwohl dies ein sehr entscheidender Aspekt ist, um Lücken in der Prozessevaluation/Dokumentation zu ermitteln und Verbesserungsmaßnahmen einzuleiten.

- *Selektionsbias*: Sexualität ist heutzutage in vielen Regionen Afrikas durch Aidsaufklärungsmaßnahmen ein öffentliches Thema geworden. Apéyémé ist da keine Ausnahme. Dennoch bleibt ein langer Weg, bis ein offener Umgang mit Sexualität als Normalität in Kultur und Tradition akzeptiert wird – was dann ein sehr wahrscheinlicher Einflussfaktor für die mangelnde „Genauigkeit“ der Ergebnisse von Studien ist, die sich mit Geschlechtskrankheiten befassen. Dies ist nicht nur bei Studien in Afrika zu beobachten. Laut MARKS ET AL. gilt allgemein: "People who agree to answer questions about their sexual habits, whether verbally or in writing, may well differ systematically from those who refuse" [MARKS ET AL, 2000, S. 213].

- *Interviewer-Bias:* Bei der Interviewdurchführung wurden, auf Grund mangelnder einheimischer Sprachkenntnisse bei Nicht-Schülern, die kein Französisch sprechen, Übersetzer benötigt. Die „pairs éducateurs“ (die im Rahmen der AIDS-Aufklärungsmaßnahmen ausgebildeten Jugendlichen) wurden hierbei mit der Übersetzung beauftragt. Ein Umstand, der dann die Antworten auf die Fragen beeinflusst haben könnte bzw. beeinflusst hat. Zum Beispiel bei der Frage: „Was ist der Unterschied zwischen einem Seropositiven und einer bereits an HIV erkrankten Person?“ In der einheimischen Sprache gibt es das Wort „seropositiv / Seropositivität“ nicht, so dass der Übersetzer auf seine erworbenen Kenntnisse in der Ausbildung zurückgreifen musste, um den Interviewten den Unterschied zu erklären. Und diese nutzen dann natürlich diese Erklärung, um die richtige Antwort zu geben.
- *Abgrenzung des Altersabschnitts der Interviewten:* Das Alter der Jugendlichen, die im Rahmen der Evaluationsstudie befragt worden sind, war von 15 bis 25 Jahren eingegrenzt worden, obwohl in dieser Region Jugendliche, die jünger als 15 Jahre alt sind, ein aktives Sexuelleben haben. So wurde in den Ergebnissen der Evaluationsstudie festgestellt, dass 34% der Befragten mit 15 schon ihre ersten sexuellen Kontakte hinter sich hatten und 10% der Nichtschüler schon mit 12.

Diese Erkenntnisse weisen auch auf den Bedarf methodisch besser fundierter Handlungsempfehlungen für den effektiven und effizienten Einsatz der Leistungen des Jugendgesundheitszentrums in Apéyémé hin.

Im folgenden Kapitel werden deshalb Empfehlungen auf Evaluations- und Präventionsebenen gegeben, unter Berücksichtigung der vor Ort bestehenden Voraussetzungen und möglichen pädagogischen Abläufe.

## 8. Handlungsempfehlungen

SILD sollte vor allem eine ständige und ausführliche Dokumentation ihrer Leistungen führen, um eine künftige Evaluation zu erleichtern (Lebenschance könnte diese als Voraussetzung einer weiteren Finanzierung anregen bzw. einfordern). Denn ohne Dokumentation ist jegliche effektive Externenevaluation unmöglich. Die Präventionsziele des Gesundheitszentrums sollten genauer definiert werden, denn Programmziele müssen präzise genug sein, um eine gewünschte Verhaltensänderung bei Populationen erzielen zu können<sup>33</sup>. Diese Ziele sollten sich nicht nur auf „safer sex“, bzw. die Benutzung von Kondomen beschränken, sondern sie sollten auch kultur- und kontextspezifisch und selbstwirksamkeitsfördernd ausgerichtet sein, im Sinne der Minimierung von folgenden schädlichen Einflussfaktoren:

*Mangelndes Verantwortungsbewusstsein:* hier muss die Selbstwirksamkeit hinsichtlich Begründungen wie „Partner will nicht“ oder „unzufrieden mit Kondom“ verstärkt werden.

*„Unrealistischer Optimismus“:* dieser ist zwar schwer zu beeinflussen, aber Jugendliche sollten verstärkt darauf aufmerksam gemacht werden, denn je mehr sie um dieses Problem *wirklich* wissen, desto besser.

*Das Phänomen des „trägen Wissens“ betreffend:* dies ist auch schwer beeinflussbar, dennoch muss sorgfältig geprüft werden, ob Informationen, die an Jugendliche vermittelt werden, bzw. wurden, nicht defizitär sind. Ebenso muss der Kontext der Wissensvermittlung (Situation, Kultur, usw.) stärker berücksichtigt werden.

*Den Einfluss der Armut betreffend:* hier könnten die von Jugendlichen vorgeschlagenen Ausbildungsangebote oder sogar die Kreditbereitstellung für Kleinhandel-/Unternehmen von Bedeutung sein. Denn sie wissen oft am besten was ihnen helfen könnte. Hierauf verweisen Äußerungen in den Präventionsgruppendifkussionen wie: „Wenn man nichts zum Essen hat, denkt man nicht daran, Kondome zu kaufen“.

---

<sup>33</sup> „Beispielsweise ist das Programmziel „Safer sex“ für Populationen mit einem hohen Risiko für eine HIV-Infektion nicht präzise genug. Es muss vielmehr zwischen den möglichen Handlungen „ein Kondom kaufen“, „ein Kondom bei sich tragen“ oder „ein Kondom benutzen“ sehr genau unterschieden werden (Handlung). Das gleiche gilt für Kondombenutzung mit einem langfristigen Partner, mit gelegentlichen Partnern oder mit Prostituierten (Kontext) und Kondombenutzung beim nächsten Mal oder jedes Mal (Zeitraum)“ [s. SEIBT, 2004, S. 232].

SILD sollte dabei auch eine Verknüpfung der Präventionsmaßnahmen mit den Theorien herstellen, denn „effective practice needs an effective theory“ [vgl. CONNELLY, 2001, S. 115].

Daher wäre im Fall des Gesundheitszentrums in Apéyémé, außer dem *Aids Risk Reduction Model*, das meines Achtens nach eher für Populationen mit hohem Risiko, wie in den Regionen des südlichen Afrikas zu adaptieren ist<sup>34</sup>, der Einsatz folgender Modelle von großer Bedeutung:

**Stage of Change Model:** Das *Stage of Change Model* bzw. *Transtheoretische Modell der Phasen der Verhaltensänderung* geht davon aus, dass Menschen verschiedene Phasen (siehe Tabelle 11) durchlaufen, wenn sie ein Gesundheitsverhalten annehmen und dass es sehr wichtig sei, diese auch zu identifizieren, um auf das Verhalten Einfluss nehmen zu können [vgl. SEIBT, 2004, S. 234].

Diese Phasen sind in der Gesundheitspsychologie in zwei übergreifende Phasen kategorisiert worden, nämlich in die *Motivationsphase* (Phase 1 bis 2) und die *Volitionsphase* (Phase 3 bis 5).

Die Erstellung eines Fragebogens nach dem Stage of Change Model zur Identifizierung der Phasen der Verhaltensänderung der Besucher des Jugendgesundheitszentrums könnte sehr viel dazu beitragen, die Präventionsmaßnahmen gezielter einzusetzen bei individueller Beratung der Jugendlichen.

---

<sup>34</sup> Obwohl die HIV-Infektion in Apéyémé nicht so dramatisch wie beispielsweise in Kwa Zulu Natal (Südafrika) ist, wird dort z.B. fast jeden Tag im lokalen Radio davon gesprochen. Der einzige Moderator des Radiosenders ist selbst einer der „pairs educateurs“. Dies könnte dazu führen, dass das Thema HIV/AIDS nicht ernst genommen wird. Denn 85% der Befragten kennen überhaupt keine HIV-Infizierte in ihrer Umgebung und diejenigen, die welche kennen, sind sie es nicht sicher, weil das nur aus reiner Behauptung ist.

**Tabelle 11:** *Phasen der Stage of Change Model in der HIV/ Aidsprävention*

Phasen der Verhaltensänderung	Identifikationsbeispiele aus der HIV/ Aidsprävention
1. Absichtslosigkeit (precontemplation)	„Safer sex“ hat für die Zielperson keine Bedeutung
2. Absichtsbildung (contemplation)	Zielperson bildet die Absicht „Safer sex“ zu praktizieren
3. Vorbereitung (preparation)	Person bereitet sich darauf vor im kommenden Monat Kondome zu benutzen
3. Umsetzung (action)	Regelmäßige Benutzung von Kondomen für weniger als 6 Monate
4. Stabilisierung (maintenance)	Regelmäßige Benutzung von Kondomen für 6 Monate oder mehr
5. Ende (Termination)	Desinteresse an „Safer sex“ (hier soll der Einsatzprozess von Vorne wieder beginnen).

**Quelle:** *Eigene Darstellung nach UNAIDS, 1999*

**Das pantheoretische Modell:** Das pantheoretische Modell dient als Planungshilfe für Gesundheitsprogramme in Settings, die die individuelle Verhaltens- und Einstellungsebene fokussieren, unter Berücksichtigung des sozialen Umfeldes. Es dient weiterhin dazu, solche Gesundheitsprogramme auch durchzuführen und zu evaluieren. Dabei werden die Normen der jeweiligen Gesellschaft (Freunde, Kollegen, Nachbarschaft oder Familie) einbezogen. Das Modell stellt eine Zusammenstellung bzw. Zusammenfassung mehrerer Modelle dar (unter anderem auch des unter dem Punkt 2.2 erwähnten Aids Risk Reduction Models). Es umfasst im Wesentlichen vier Kernprozesse (siehe *Tabelle 12*).

**Tabelle 12:** Einsatz der vier Kernprozesse des pantheoretischen Modells in der HIV-Prävention

Prozesse	Einsetzung in der HIV/Aidsprävention (Beispiele)
1. Information/ Training (education)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aufklärung über Risiken von und Schutzmaßnahmen gegen HIV</li> <li>▪ Lernen, trainieren und „beibringen“, risikoreiche Situationen, wie Sex ohne Kondom, zu vermeiden</li> </ul>
2. Überzeugung (persuasion)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ „Peerseducation“ könnte überzeugend sein, wenn aufgeklärte Jugendliche auf ihre Freunde entsprechend zugehen oder ihnen sogar Kondome verkaufen</li> </ul>
3. Motivation oder Anreiz (motivation)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Wenn jemand sich testen lässt, bekommt er einen Bonus, z.B. in Form von geschenkten Kondomen</li> </ul>
4. Ermöglichung / Erleichterung (facilitation)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bereitstellung von Kondomautomaten in der Umgebung oder im Jugendgesundheitszentrum um Scham zwischen Käufer und Verkäufer zu vermeiden</li> </ul>

**Quelle:** Eigene Darstellung nach SEIBT [2004, S. 168]

SILD sollte auch ständig nach erfolgreichen Präventionsprogrammen Ausschau halten und prüfen, ob deren Einsatz auch in Apéyémé möglich wäre. Hier ist insbesondere an Programme zu denken, die zur Reduzierung folgender Risikofaktoren beitragen können:<sup>35</sup>

Anzahl der Sexualpartner: Eine hohe Anzahl von Jugendlichen (34%) in Apéyémé haben schon vor oder mit 15 erste Sexualekontakte. Dies deutet auf ein frühes Sexualleben hin, das auch mit der Zeit zu einer erhöhten Anzahl von Sexualpartnern führt, und somit auch zu einem erhöhten Infektionsrisiko. Deshalb wäre eine altersgemäße Revision der Zielpopulation des Präventionsprogramms von SILD angebracht.

Geschlechtskrankheiten: andere Geschlechtskrankheiten, wie Genitalpilze, Syphilis Gonorrhö, Herpes oder Chlamydien, die auch in Apéyémé (nach Erzählungen) verbreitet sind und oft nur zu Hause behandelt werden, erhöhen erheblich das Infektionsrisiko von HIV. Hier wäre der Einsatz der gynäkologische Ausrüstungen

<sup>35</sup> Dies gilt als Erfolg versprechend, denn solche Interventionen haben, in Kombination mit der „ABC Kampagne“ (Abstinence, Be faithful, use Comdom), erheblich zum Rückgang der Inzidenz und Prävalenz von HIV/AIDS in Uganda beigetragen [vgl. HEIDEMANN & MOERSCHBACHER, 2005].

(die schon im Zentrum vorhanden sind, aber nicht einsetzbar sind) und entsprechendes Personal von großer Bedeutung.

Hindernisse, sich einem HIV-Test zu unterziehen: Obwohl der HIV-Test ein wichtiger Erfolgsfaktor in der HIV/Aidsprävention ist, lassen sich nach den Ergebnissen der Studie 91% der Jugendlichen in Apéyémé nicht testen, über die Hälfte nach eigener Angabe aus finanziellen Gründen. Dies zeigt einen hohen Bedarf an Motivationsanreizen, wie kostenlose Testdurchführung (wenn möglich) oder zu einem bezahlbaren Preis.

Risikosexualpraktiken: Sexualpraktiken wie „dry sex“<sup>36</sup> sind in der Region keine Seltenheit und stellen eine zusätzliches HIV-Infektionsrisiko dar. Denn „nicht jeder sexuelle Kontakt mit HIV-positiven Menschen ist im gleichen Maßen ansteckend. Sexuelle Kontakte sind nur dann wirklich gefährlich, wenn die Sexualorgane der Beteiligten dabei Verletzungen erleiden“ [HEIDEMANN & MOERSCHBACHER, 2005]. Eine Sensibilisierung der Jugendlichen hinsichtlich solcher Praktiken wäre sehr empfehlenswert.

---

<sup>36</sup> „Dry sex“ ist eine Sexualpraxis, bei der die Vagina durch die Anwendung von bestimmten Substanzen ausgetrocknet wird um den Genuss für den Mann zu erhöhen. Das führt oft zu Verletzungen der Genitalorgane.



## 9. Zusammenfassung der Arbeit

In dieser Arbeit wurde zunächst die HIV-/Aidspandemie und -problematik auf globaler Ebene, in Afrika und in Togo kurz dargestellt. Dann standen Wissen und Verhalten, als Bezugspunkte der Evaluation eines Aidspräventionsprogramms in Togo, zur Diskussion. Wissensvermittlung wird in der Prävention und Gesundheitsförderung eingesetzt, um das Risikoverhalten der Menschen zu verändern. Dies war auch die Strategie des von SILD und Lebenschance e. V. gegründeten Jugendgesundheitszentrums, das versucht, das Risiko einer HIV-Infektion bei Jugendlichen in Apéyémé (Togo) zu reduzieren. Es wurde festgestellt, dass gleichwohl viele Jugendliche sich weiterhin riskant verhalten. Diese Tatsache hat dazu geführt, dass eine Evaluation der Leistungen des Gesundheitszentrums damit beauftragt wurde, die Gründe hierfür zu erforschen. Denn nur durch eine Evaluation kann die Qualität der Leistungen des Zentrums gesichert werden.

Die Evaluationsstudie basierte auf einer Querschnittserhebung. Die Stichprobe umfasste  $n = 100$  unverheiratete Jugendliche im Alter von 15 bis 25 Jahren, die aus Schülern ( $n = 49 \rightarrow$  weiblich  $n = 23$ ; männlich  $n = 26$ ) und Nichtschülern ( $n = 51 \rightarrow$  weiblich  $n = 24$ ; männlich  $n = 27$ ) bestand. Die Schüler befanden sich in der 8. bis 13. Klasse, überwiegend Gymnasiasten (85%) aus der 11. bis 13. Klasse. Die Nichtschüler waren Arbeitslose oder Hausfrauen (35,3%), Friseur/innen (17,6%), Bauern oder Gärtner (15,7%), Schneider/rinnen (9,65), Händler/Verkäufer (7,8%), Chauffeure (3,9%), Köche, Elektroniker und Mechaniker, jeweils mit 2%.

Die Studie erfolgte mittels eines Leitfadenfragebogens mit folgenden Fragekomplexen:

*Sozioökonomische Angaben:* Angaben über Alter, Geschlecht, Anzahl von Kindern, Beruf der Probanden sowie über die finanzielle (Un-)abhängigkeit gegenüber den Eltern.

*Erhebung der Leistungen des Gesundheitszentrums:* Dieser Abschnitt beinhaltete Fragen über die Bekanntheit des Gesundheitszentrums, dessen Leistungen, ihre Anspruchnahme und Vorschläge und Wünsche nach einer Verbesserung des Gesundheitszentrums und seiner Leistungen.

*Zukunftsperspektiven der Jugendlichen:* In diesem Abschnitt wurden die Probanden nach Zukunftswünschen und Einstellungen gefragt.

*Beziehungen der Jugendlichen:* Hier ging es um Fragen bezogen auf sexuelle Aktivitäten.

*Kenntnisse der Jugendlichen über HIV/AIDS und andere Geschlechtskrankheiten:* In diesem Abschnitt wurden die Probanden nach ihren Kenntnissen über Geschlechtskrankheiten, wie z.B. HIV/AIDS, gefragt.

Die erhobenen Daten wurden mit dem MS-Excel erfasst und analysiert.

56% der Befragten hatten schon einmal das Jugendgesundheitszentrum besucht. Die 44% der Befragten, die noch nie das Zentrum besucht hatten, begründeten dies insbesondere mit Zeitmangel (63,2%) und zu großer Entfernung (10,5%).

99% der Befragten haben Kinderwünsche und wollen zukünftig heiraten, davon 5, die polygam leben wollen.

72% der Probanden haben Freunde oder Freundinnen. 98,6% von ihnen haben Geschlechtverkehr mit ihren Partnern. 57% davon verhüten mit Kondomen gegen Geschlechtskrankheiten (darunter 77,1% der Schüler), 42% jedoch nicht (62,2% der Nichtschüler). Als Gründe für die Nichtverhütung wurden genannt: „Partner will nicht“ (knapp 30%), „Unzufriedenheit mit den Kondomen“ (22%), „Treue und Vertrauen des Partners“ (13%), „haben kein Geld um Kondome zu kaufen“ (11%), und „ungeplanter Sex“ (8%, diese hatten keine Kondome bei sich). Obwohl das Durchschnittsalter beim ersten Sexualkontakt bei 16 Jahren liegt, hatten 10% der Nichtschüler mit 12 Jahren ihren ersten Sexualkontakt.

Bei 76% liegt die Anzahl der Sexualpartner vom ersten Sexuallkontakt bis zum Zeitpunkt des Interviews bei 1 bis 5, bei 12 % bei 6 bis 10.

45% der weiblichen Befragten waren schon einmal schwanger gewesen. Mehr als die Hälfte von ihnen (52%) hatten bereits Abtreibungen hinter sich. Bei 45,5% wurden diese zu Hause durchgeführt, bei 54,5% in einer Klinik.

Fast alle Befragten wissen, dass der Geschlechtsverkehr der Hauptübertragungsweg für Geschlechtskrankheiten ist. 88% wissen, dass infiziertes Blut oder die Benutzung von infizierten Spritzen oder Klingen zur Übertragung von HIV/AIDS beiträgt. Die Übertragung von Mutter zu Kind haben nur 31% der Probanden erwähnt. 92% wissen, dass HIV/AIDS zum Tod führen kann. Als Vorbeugungsmaßnahme

gegen Geschlechtskrankheiten/HIV/AIDS wurde die Benutzung von Kondomen und Femidomen von 95% der Befragten genannt, Treue bei 44%, Nicht-Nutzen von infizierten Gegenständen von 42%, Abstinenz von 29%. 63% der Befragten kannten den Unterschied zwischen HIV-positiv und Aids-krank. 91% wissen, wozu ein HIV-Test dient, aber nur 9% haben einen gemacht. Diejenigen, die ihn noch nicht gemacht haben, gaben diverse Gründe an, darunter finanzielle Einschränkungen (51,5%).

Nach Betrachtung der Ergebnisse bezüglich des Wissens der Jugendlichen über HIV kann, obwohl bei einigen noch Wissensbedarf besteht, insgesamt gesagt werden, dass die Befragten relativ gut informiert sind. Bezogen auf ihr Verhalten wird die Diskrepanz zwischen Wissen und Verhalten deutlich. Dies deutet darauf hin, dass die Verbindung zwischen Wissen und Verhalten bei diesen Jugendlichen nicht ausreichend eng ist, um vor gefährlichen Sexualpraktiken zu schützen. Dies konnte u.a. auf mangelndes Verantwortungsbewusstsein und Armut zurückgeführt werden. Doch wenn man die Sache tiefer analysiert, sind auch Faktoren aus der kognitiven Psychologie nicht auszuschließen wie die Phänomene des „trägen Wissens“ und „unrealistischen Optimismus“.

Aufgrund fehlender Rahmenbedingungen (logistische Anforderungen, Vergleichsgruppe, beschränktes methodisches Inventar), sind die Ergebnisse der Evaluationsstudie nicht repräsentativ und nur bedingt valide und reliabel, so weist die Studie mehrere potentielle Fehlerquellen auf (u.a. Informations- und Selektionsbias).

Wissensvermittlung ist in der HIV/Aidsprävention notwendig, aber nicht hinreichend um Risikoverhalten positiv zu beeinflussen. Andere Faktoren und Rahmenbedingungen, wie soziokulturelle und psychische Gegebenheiten genauso wie strukturelle Anforderungen, müssen berücksichtigt werden, um Prävention effektiver und effizienter einsetzen zu können.

## IX. Literaturverzeichnis

- ABEL, T. & BRUHIN, E. (2004) Health Literacy/ Wissensbasierte Gesundheitskompetenz. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. Schwabenheim: Fachverlag Peter Sabo. S. 128 - 132
- ALLEN (2000) Knowing How And Knowing That. In: Neuweg, G.,H. (2000) Wissen – Können – Reflexion. Innsbruck, Wien, München: Studien- Verlag. S. 45 - 64
- BADURA, B. & SIEGGRIST, J. (1999) Evaluation im Gesundheitswesen. Ansätze und Ergebnisse. Weinheim u. München: Juventa Verlag
- BEAGLEHOLE, R., BONITA, R., KJELLSTRÖN, T (1997) Einführung in die Epidemiologie. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (1999) Evaluation – Ein Instrument zur Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung. Köln: BZgA
- CONNELLY, J. (2001) Critical realism and health promotion: effective practice needs an effective theory. HEALTH EDUCATION RESEARCH. Oxford University Press
- DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR PUBLIC HEALTH E. V. (1999). Public Health Forschung in Deutschland. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Hans Huber Verlag
- DIEKMANN, A. (1999) Empirische Sozialforschung. Grundlagen, Methoden, Anwendungen. 5. Auflage; Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag
- ELKELES & KIRSCHNER (Modul 2006) E-learning: Evaluation im Gesundheitswesen. HAW Hamburg
- FINK, Bernard (1996) AIDS: Vom Wissen zum Verhalten – Eine österreichische Jugendstudie. Frankfurt am Main, Berlin, Bern, New York, Paris, Wien: Europäischer Verlag der Wissenschaft
- GEOSCIENCE (2006) Suche nach Aids- Impfstoff: Wie lange noch? Heidelberg, Düsseldorf: Springer Verlag, Copyright © 1998-2006 geoscience online
- GREEN, L. W & KREUTER, M. W. (1999) Health promotion planning: an educational and ecological approach, 3<sup>rd</sup> ed. Mountain View: Mayfield
- GRUBER, H., Renkl, A. (2000) Die Kluft zwischen Wissen und Handeln: Das Problem des trägen Wissens. In: Neuweg, G.,H. (2000) Wissen – Können – Reflexion. Innsbruck, Wien, München: Studien- Verlag. S. 155 – 174
- HEIDEMANNS, K. & MOERSCHBACHER, M. (2005) Gott vertrauen? AIDS und Theologie im südlichen Afrika. Freiburg, Basel, Wien: Verlag Herder Freiburg im Breisgau
- HURRELMANN, K. & LAASER, U. (1998) Handbuch Gesundheitswissenschaft. Weinheim und München: Juventa Verlag.
- KABA-SCHÖNSTEIN, L. (2004) Gesundheitsförderung I: Definition, Ziele, Prinzipien, Handlungsfelder. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2004): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. Schwabenheim: Fachverlag Peter Sabo. S. 73 - 78
- KAMPS, B. S. (2006) Epidemiologie 2006: HIV.net, Bücher und Nachrichten
- KLUWE, R. (1979) Wissen und Denken. Stuttgart: Kohlhammer

- KROMREY, H. (1995) Evaluation. Empirische Konzepte zur Bewertung von Handlungsprogrammen und die Schwierigkeiten ihrer Realisierung. In: ZSE Zeitschrift für Sozialisationsforschung und Erziehungssoziologie, Jg. 15, H. 4, 313-335
- LEBENSCHANCHE e. V. (2004) Projektvorschlag. ASA-Programm 2004. Berlin InWent
- LOBNIG, H., PELIKAN, J., M. (1996) Evaluation von Gesundheitsförderungsprojekten im Rahmen des Setting- Ansatzes. Prävention 2/1996, 19. Jahrgang
- LOIDL-KEIL, R. & LASKOWSKI, W. (2006) Evaluation im Gesundheitswesen. Konzepte, Beispiele, Erfahrungen. München und Mering: Reiner Hampp Verlag
- MANDEL, H.; Frey, D. & v. Rosenstiel, L. (2006) Knowledge and Action. Washington, Göttingen: Hogrefe & Huber Publishers
- MANDL, H. & Gerstenmaier, J. (2000) Die Kluft zwischen Wissen und Handeln. Empirische und theoretische Lösungsansätze. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe, Verlag für Psychologie
- MARKS, D. F., MURRAY, M., EVANS, B., WILLIG, C. et al (2000) Health Psychology. Theory, Research and Practice. London, California, New Dehli: SAGE Publication LTD
- MEDECINS SANS FRONTIERES (2004) Patentschutz und die Zukunft des Medikamentenzugangs in ärmeren Ländern
- MEDECINS SANS FRONTIERES (2007) Pressemitteilung: Zugang zu Medikamenten in Gefahr – Hunderttausende fordern Novartis auf, Patentrechtsklage fallen zu lassen
- NEUWEG, G., H. (2000) Wissen – Können – Reflexion. Innsbruck, Wien, München: Studien-Verlag
- NUNBERG H. & FEDERN E. (1977) Protokoll der Wiener Psychoanalytischen Vereinigung. Band 2. Frankfurt am Main: Fischer
- ONUSIDA (2005) Republic of Togo, Report on the core indicator, December 2005
- RENNER, B. & Schwarzer, R. (2000) Gesundheit: Selbstschädigendes Handeln trotz Wissen. In: MANDL, H. & Gerstenmaier, J. (2000) Die Kluft zwischen Wissen und Handeln. Empirische und theoretische Lösungsansätze
- ROBERT KOCH INSTITUT (2006) HIV und AIDS. Gesundheitsberichtserstattung des Bundes
- ROOTMAN, IRVING et al (2001) Evaluation in health promotion: Principles and perspectives, Danemark: WHO Europe
- SABO, P., Lehmann, M. (2004) Gesundheitliche Aufklärung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2004): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. Schwabenheim: Fachverlag Peter Sabo. S. 55- 57
- SCHAEFFER, D. & MÜLLER-MUNDT, G. (2002) Qualitative Gesundheits- und Pflegeforschung. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Hans Huber Verlag
- SEIBT, A.C. (2004) Model der Gesundheitsüberzeugung/ Health Belief Model. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. Schwabenheim: Fachverlag Peter Sabo. S. 150 - 152
- SEIBT, A. C. (2004) Soziale Lerntheorie/Sozial-kognitive Theorie. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. Schwabenheim: Fachverlag Peter Sabo. S. 206 - 208

- SEIBT, A., C. (2004) Theorie des rationalen Handelns und Theorie des geplanten Verhaltens. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. Schwabenheim: Fachverlag Peter Sabo. S. 231 - 232
- SEIBT, A., C. (2004) Transtheoretisches Modell der Phasen der Verhaltensänderung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. Schwabenheim: Fachverlag Peter Sabo. S. 233 - 235
- SEIBT, A., C. (2004) Verbreitung von Innovationen – Diffusionstheorie. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. Schwabenheim: Fachverlag Peter Sabo. S. 235 - 238
- STROEBE, W., JONAS, K., HEWSTONE, M. (2003) Sozialpsychologie. Eine Einführung. 4. Auflage. Berlin, Heidelberg, New York, Barcelona, Hongkong, London, Mailand, Paris, Tokio: Springer
- TROSCHKE, JÜRGEN FRHR VON (2003) „Gesundheits- und Krankheitsverhalten“. In: HURRELMANN, K. & LAASER, U.: Handbuch Gesundheitswissenschaften. 3. Auflage. Weinheim und München: JUVENTA Verlag. S. 371-394
- UNAIDS (1999) Sexual behavioural change: where have theories taken us? Geneva, Switzerland
- UNAIDS (2006) Die AIDS-Epidemie. Statusbericht: Dezember 2006, WHO Library Cataloguing – in Publication Data
- WIHOFSZKY, P. (2005) Chancen für Empowerment in der Aidsprävention. Empirischer Fallanalyse weiblicher Peer Worker in Westafrika. Dissertation. Berlin
- WHO (1989) Guide to planning health promotion for AIDS prevention and control. Geneva: Office of Publication
- WHO Regional Office for Europe (1998) Health promotion evaluation: recommendations to policy-makers: report of the WHO European Working Group on Health Promotion Evaluation, Copenhagen (document EUR/ICPIVST 05 01 03)
- YOKI, PHILIPPE (2001) HIV/AIDS in Afrika südlich der Sahara – Epidemiologische Trends und Strategien der Prävention. Diplomarbeit betreut von Prof. Dr. Dr. K. H. Wehkamp & Prof. Dr. Detlef Krüger. HAW-Hamburg
- [http://www.g-o.de/inc/artokel\\_drucken.php?id=4749&a\\_flag=1](http://www.g-o.de/inc/artokel_drucken.php?id=4749&a_flag=1) (24.05.2006)
- <http://www.hiv.net/2010/buch/epidem2.htm> (16.01.2007)
- <http://www.aerzte-ohne-grenzen.de/Presse/Pressemitteilungen/2007> (16.01.2007)
- <http://www.aerzte-ohne-grenze.de/Medikamentenkampagne/Aktuelles/> (16.01.2007)
- [http://www.unaids.org/en/Regions\\_Countries/default.asp](http://www.unaids.org/en/Regions_Countries/default.asp) (26.01.07)
- <http://data.unaids.org/pub/GlobalReport/2006/fdsgdgd> angesehen am (16.01.2007)
- [http://www.unaids.org/en/Regions\\_Countries/default.asp](http://www.unaids.org/en/Regions_Countries/default.asp) (26.01.07)
- [http://www.unaids.org/en/Regions\\_Countries/Countries/togo.asp](http://www.unaids.org/en/Regions_Countries/Countries/togo.asp) (26.01.07)
- [http://www.unaids.org/en/Regions\\_Countries/Countries/togo.asp](http://www.unaids.org/en/Regions_Countries/Countries/togo.asp) (26.01.07)
- [http://data.unaids.org/pub/GlobalReport/2006/2006\\_GR-ExecutiveSummary\\_en.pdf](http://data.unaids.org/pub/GlobalReport/2006/2006_GR-ExecutiveSummary_en.pdf) (26.01.07)
- <http://www.advocatesforyouth.org/programsthatwork/developing/schoolhealth.htm> (16.01.07)

## **X. Eidesstattliche Erklärung**

Ich versichere, dass ich die hier vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbständig verfasst und nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Wörtliche oder Sinn nach anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Hamburg, den 9. April 2007

Aissa Halidou

## XI. Anhang

### Fragebogen der Evaluationsstudie

#### 1. Sozioökonomische Angaben

- 1.1. Wie alt bist du?
- 1.2. Geschlecht?
- 1.3. Wie viele Kinder hast du?
- 1.4. Was bist du vom Beruf?
- 1.5. Mit wem lebst du zusammen?
- 1.6. Bist du finanziell auf deine Eltern angewiesen?

#### 2. Erhebung der Leistungen des Gesundheitszentrums

- 2.1. Hast du schon etwas vom Jugendgesundheitszentrum von Apéyémé gehört?  
*Ja Nein* (wenn *Nein* zu Frage 2.9.)
- 2.2. Wenn *Ja*, von wem?
- 2.3. Kennst du das Ziel dieses Gesundheitszentrums?
- 2.4. Wenn *Ja*, was ist das Ziel?
- 2.5. Was bietet das Gesundheitszentrum an?
- 2.6. Weißt du, dass das Jugendgesundheitszentrum Folgendes anbietet:
 

2.6.1. Beratung zur Familieplanung?	<i>Ja</i>	<i>Nein</i>
2.6.2. Gynäkologische Untersuchung für Frauen?	<i>Ja</i>	<i>Nein</i>
2.6.3. HIV/AIDS-Test und Beratung?	<i>Ja</i>	<i>Nein</i>
2.6.4. Schwangerschaftsverhütung und Informationen über HIV/AIDS?	<i>Ja</i>	<i>Nein</i>
- 2.6. Warst du schon einmal in diesem Jugendgesundheitszentrum? *Ja Nein*
- 2.6.1. Wenn *Ja*, zu welchem Zweck warst du da gewesen und wie häufig?
- 2.6.2. Wenn *Nein*, warum bist du noch nicht da gewesen?
- 2.7. Was gefällt dir nicht an dem Jugendgesundheitszentrum?
- 2.8. Was hättest du für die Verbesserung des Zentrums vorgeschlagen?
- 2.9. Was erwartest du von einem Jugendgesundheitszentrum im Allgemeinen?
- 2.10. Kreuze drei Angebote, (die dir gut gefallen und die du dir als Angebot des Zentrums gewünscht hättest) aus der folgenden Liste an:
  - Bibliothek
  - Treffpunkt mit Musik
  - Übertragung von Filmen, Dokumentationen, und Fußball im Fernsehen
  - Informatik / Internet
  - Angebot von Broschüren über HIV/AIDS und Schwangerschaftsverhütung
  - HIV/AIDS-Beratung und -Test
  - Beratung zur Familienplanung
  - Gynäkologische Untersuchung für Frauen
  - Sonstiges



### 3. Zukunftsperspektiven der Jugendlichen

- 3.1. Was für einen Beruf wünschst du dir in der Zukunft?
- 3.2. Möchtest du später heiraten? *Ja* *Nein*
- 3.3. Was denkst du von Polygamie?
- 3.4. Kannst du dir vorstellen in der Zukunft polygam zu sein / mit einem polygamen Mann verheiratet zu sein? *Ja* *Nein*
- 3.5. Wie viele Kinder wünschst du dir in der Zukunft?

### 4. Beziehungen der Jugendlichen

- 4.1. Hast du eine(n) Freund(in) oder Verlobte(n)? *Ja* *Nein* (wenn *Nein* zu Frage 4.7.)
- 4.2. Wie lange seid ihr zusammen?
- 4.3. Hast du sexuelle Kontakte mit ihm / ihr? (wenn nein Frage 4.7.) *Ja* *Nein*
- 4.4. Schützt du dich vor Geschlechtskrankheiten bei ihm/ihr? *Ja* *Nein*
- 4.4.1. Wenn *Nein*:
- 4.4.1.1. Warum nicht?
- 4.4.1.2. Was müsste geschehen damit du dich schützt?
- 4.4.2. Wenn *Ja*: Was benutzt du, um dich zu schützen?
- 4.5. Hast du mit deinem/er Freund/in über Verhütung gesprochen, hast du dich dabei gut gefühlt? *Ja* *Nein*
- 4.5.1. Wenn nicht, warum?
- 4.6. Dein Partner und du, verhütet ihr gegen Schwangerschaften? *Ja* *Nein*
- 4.6.1. Wenn nicht:
- 4.6.1.1. Warum nicht?
- 4.6.1.2. Was müsste geschehen damit ihr verhütet?
- 4.6.2. Wenn *Ja*: Was benutzt ihr?
- 4.7. Wie viele Sexuellenpartner hast du zurzeit? (wenn nur 1 zu Frage 4.9.)
- 4.8. Schützt du dich bei wechselnden Partnern vor Geschlechtskrankheiten? *Ja* *Nein*
- 4.8.1. Wenn *Ja*, was benutzt du?
- 4.8.2. Wenn *Nein*, warum?
- 4.8.3. (Falls Kondom bisher noch nicht erwähnt:) Hast du schon mal von Kondomen gehört?  
*Ja* *Nein* (wenn *Nein* zu Frage 4.9.)
- 4.8.3.1. Wozu benutzt man Kondome?
- 4.8.3.2. Falls du noch keine benutzt, warum nicht?
- 4.8.3.3. Was müsste geschehen, damit du bei jedem Sexualkontakt ein Kondom benutzt?
- 4.9. Wie alt warst du bei deinem ersten Sexualkontakt?
- 4.9.1. Wie alt war dein(e) erste(r) Partner(in)?
- 4.10. Wie viele Sexualpartner Partner hattest du ungefähr seit deinem ersten Sexualkontakt?  
- zwischen 1 und 5 - zwischen 6 und 10 - zwischen 11 und 15 - zwischen 16 und 20 - mehr als 20

- 4.11. (Nur für Frauen) Warst du schon einmal ungewollt schwanger?  
4.11.1. Wenn *Ja*, wie oft?  
4.11.2. Hattest du schon einmal einen Schwangerschaftsabbruch? *Ja* *Nein*  
4.11.2.1. Wenn *Ja*, wie oft?  
4.11.2.2. War das provoziert oder auf natürlichen Wege?  
4.11.2.3. Wo und wie ist das passiert?

## **5. Kenntnisse der Jugendlichen über HIV/AIDS und andere Geschlechtskrankheiten**

- 5.1. Hast du schon einmal von Geschlechtskrankheiten oder HIV/AIDS gehört? (wenn nicht Ende der Befragung)  
5.2. Was sind die Übertragungswege von Geschlechtskrankheiten/HIV/AIDS?  
5.3. Was sind die Gefahren und Risiken der Geschlechtskrankheiten/HIV/AIDS?  
5.4. Wie schützt man sich vor Geschlechtskrankheiten/HIV/AIDS?  
5.5. Wie erkennt man jemandem, der HIV positiv ist?  
5.6. Was ist der Unterschied zwischen einer Person, die HIV positiv ist und einer Person, die an AIDS erkrankt ist?  
5.6.1. Woher hast du all die Antworten?  
5.7. Wie schätzt du deine Kenntnisse über Geschlechtskrankheiten HIV/AIDS?  
- sehr gut - - gut - - gering -  
5.8. Wenn du die Wahl zwischen Abstinenz, absolute Treue, und Kondom hast, was würdest du wählen um dich vor Geschlechtskrankheiten zu schützen, und warum?  
5.9. Was ist der Vorteil eines HIV-Tests?  
5.10. Hast du schon einmal einen HIV-Test gemacht? *Ja* *Nein*  
5.10.1. Wenn *Nein*, warum nicht?  
5.11. Kennst du jemand in der Umgebung, der HIV positiv ist?  
5.11.1. Wenn *Ja*, woher weißt du das?

**Vielen Dank für deine Hilfsbereitschaft!**