

**Vermittlung von Gesundheitsthemen in der Öffentlichkeit
am Beispiel der Aids-Aufklärungskampagne der
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung**

Ich möchte Ihnen heute einen Einblick geben, wie wir seitens der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung die Prävention von Aids und anderen sexuell übertragbaren Krankheiten verstehen und in Medien und Maßnahmen umsetzen. Ich stelle Ihnen unsere Kampagne zur Aids-Aufklärung vor, in der **erstmalig in dieser Komplexität und Dimension** eine Art Modellprogramm zur effektiven Prävention durchgeführt werden konnte, und aus der auch viele produktive Impulse für andere Arbeitsfelder abgeleitet werden konnten.

Ich möchte zunächst die **Kampagne und ihr Konzept insgesamt** beschreiben, danach einige **Medien präsentieren**, und nicht **zuletzt auch Beispiele für die Qualitätssicherung und Bewertung von zentralen Medien innerhalb der Kampagne** geben. Abschließen möchte ich dann mit der **Präsentation von aktuellen TV-Spots** sowie neuen **Motiven aus unserer großen Plakatkampagne "mach's mit"**, die das heutige Aussehen der Aids-Prävention illustrieren.

(Folie)

Zunächst zum **Grundsätzlichen**.

Es gibt heute viele Erkenntnisse über die Entwicklung, Planung, Umsetzung und Evaluation von Aufklärungs-, Motivations- und Informationskampagnen, die man kennen und anwenden sollte, wenn man **erfolgreich** sein will. Ich muss in diesem Kreis vielleicht nicht besonders betonen, dass Prävention sehr erfolgreich sein **kann - wenn** sie nach soliden Grundsätzen und auf wissenschaftlicher Basis durchgeführt wird.

Gerade Aids hat – nicht nur in Deutschland, sondern weltweit – gezeigt, **dass Prävention tatsächlich wirkt. Aber nur, wenn sie richtig angelegt und vor allem mit den richtigen Rahmenbedingungen versehen ist**. Auf der Welt-Aidskonferenz 2000 in Südafrika hat Peter Lamprey die bisherigen weltweiten Erfahrungen in einer Liste von zu erfüllenden Punkten kondensiert, die er folgendermaßen benannte:

- 1. Politische Prioritätensetzung; Hocharrangigkeit der Aufgabe**
- 2. Frühzeitiger Beginn der Interventionen**
- 3. Adäquate personelle, institutionelle und finanzielle Ressourcen**
- 4. Umfangreiche Interventionen, die die entscheidenden Bereiche/ Zielgruppen abdecken**
- 5. Wissenschaftlich begründete Strategien (heute würde man „evidenzbasiert“ sagen)**
- 6. Umfangreiche Evaluation und wissenschaftliche Begleitung**

In Deutschland wie auch in allerdings meist geringerem Umfang in vielen mittel- und nordeuropäischen Ländern konnten diese für den Erfolg essentiellen Rahmenbedingungen bereits sehr frühzeitig Mitte der 80er Jahre umfassend und teilweise auch stabil geschaffen werden – heute sind dies (gemessen an vergleichbaren Ländern ohne solche Voraussetzungen) Länder mit

¹ BZgA, Postfach 91 01 52, 51071 Köln; mueller@bzga.de

relativ niedrigen Prävalenz- und Inzidenz-Zahlen – es sei hier nur als ungünstiges Beispiel an die prekäre epidemiologische Situation in vielen Mittelmeerländern erinnert.

(Folie)

Hier sehen Sie die **Struktur**, die wir entwickelt haben, als wir 1987 die **Aids-Aufklärung** als **Schwerpunkt** setzten. Dazu kann man sagen: **bis dahin gab es keine Kampagne, die nach einem solchen Konzept bundesweit mit so hoher Impulsdichte durchgeführt werden konnte**. Nur weil kein Heilmittel und kein Impfstoff für die damals neue und erschreckende Krankheit Aids verfügbar waren, kam der politische **Entschluss, die Prävention zum zentralen Instrument in der Aids-Bekämpfung zu machen**.

Die entscheidende Grundlage war, dass sich in Deutschland nach ziemlich heftigen Kontroversen ein breiter Konsens entwickelte, dass Aids-Prävention am besten als **"Gesellschaftliche Lernstrategie"** durchgeführt würde und nicht etwa vorrangig mit den Instrumenten der **"klassischen Seuchenbekämpfung"**. **Bei HIV und Aids ist letztere** nämlich, nach allem was wir heute wissen, **nicht effektiv**. Wir haben **von Beginn an großen Wert darauf gelegt, alles auch wissenschaftlich zu untersuchen und auszuwerten**, nicht zuletzt um immer wieder festzustellen, ob wir mit der Strategie richtig liegen.

Sie sehen hier die Aufteilung in **Massenkommunikation links** und die **"personale Kommunikation" rechts**. Das sind die zwei entscheidenden **Standbeine der Kampagne**. Über Massenkommunikation können Informationen und **zentrale Botschaften** vermittelt werden, und darüber hinaus kann Massenkommunikation ein **Klima schaffen**, das eine günstige Atmosphäre für das herstellt, was transportiert werden soll.

Über die **personale Kommunikation** können die vermittelten Botschaften dann auf die **individuelle Situation angewendet und die Informationen vertieft werden**. Deshalb sind diese beiden Elemente **unverzichtbar für eine effektive Aufklärungs-Strategie**.

Zur **Massenkommunikation** gehört natürlich alles, was man über **Massenmedien** transportieren kann. Dazu gehört vor allem **Fernsehen** mit Filmen und mit Spots, dazu gehört aber auch **Berichterstattung** im Fernsehen. Die Spots der BZgA sind übrigens immer vor allem auch für das Kino konzipiert worden, wo wir besonders interessante Zielgruppen finden. Seit einigen Jahren gehören auch **Radiospots** dazu, die eine stetig wachsende Reichweite von heute etwa dreißig Prozent verzeichnen können. Massenmedien sind natürlich auch die klassischen Printmedien wie **Anzeigen, Plakate, Broschüren**, um die wichtigsten Beispiele zu nennen. Auch das **Internet** kann man heute teilweise schon als Massenmedium klassifizieren. Dazu gleich mehr.

Zur **personalen Kommunikation** gehören **vor allem Menschen**, die in der individuellen Auseinandersetzung bei **unterschiedlichen Zielgruppen** als **Gesprächspartner und Moderatoren** zur Verfügung stehen können. Zur personalen Kommunikation **außerhalb der von uns organisierten Kampagne** gehören aber z.B. auch die **speziellen Aids-Beratungen in Gesundheitsämtern** und, fasst man es ganz weit, **letztlich jede individuelle Kommunikation zum Thema Aids**. Heute bietet das **Internet** als ein **Bindeglied zwischen Massen- und Personalkommunikation** Optionen, die vor einigen Jahren noch ins Reich der Fantasie gehörten, heute aber auch bei der BZgA ein lebhaft nachgefragter Kommunikationsweg sind.

Es ist ein wichtiges **Ziel der Kampagne, persönlich kommunizierende Prozesse anzustoßen und zu unterstützen und so eine persönliche Bezugnahme zu ermöglichen**. Solche Effekte erzielen auch unsere **Wander-ausstellung "LiebesLeben"** und der **„Mitmach-Parcours“ für Schulen**, wo jeweils Fachbetreuer zur persönlichen Begleitung insbesondere von Gruppen und zur Qualifizierung der Pädagog/innen zur Verfügung stehen.

Zur personalen Kommunikation gehört auch unsere täglich verfügbare, **anonyme und persönliche Telefonberatung**. Dies ist deshalb so wichtig, weil viele Menschen **Hemmschwellen** haben, direkt eine persönliche Beratung zu suchen - da wird man vielleicht gesehen und erkannt, oder man fühlt sich bevormundet. Deshalb ist es eine gute **Möglichkeit, über die Massenmedien die Telefonnummer und auch die Website zur online-Beratung zu kommunizieren**, wo anonym nachgefragt werden kann.

(Folie)

Natürlich ist es **nicht so, dass wir als Bundeszentrale die Kampagne alleine entwickeln und durchführen**, sondern wir tun dies **gemeinsam mit vielen Partnern**. Deshalb ist das **Prinzip der Kooperation** ein wichtiges **Strukturprinzip** für unsere Kampagne, insbesondere die Qualifizierung und Schulung von Multiplikatoren.

Eine 1985 getroffene und bis heute tragfähige Entscheidung war, eine **Arbeitsteilung mit der Deutschen AIDS-Hilfe** zu etablieren. Dieser **Dachverband** der lokalen Aids-Hilfen wurde mit der Prävention bei den **Hauptbetroffenen- und Hauptgefährdeten-Gruppen** beauftragt, insbesondere bei Männern, die mit Männern Sex haben, und den Drogenabhängigen. Denn schon damals war klar, dass die **wirksame Ansprache in diesen Bereichen nicht durch einen staatlichen Absender** möglich ist, sondern dass die **notwendige Glaubwürdigkeit** nur aus der **eigenen Kompetenz** dieser Gruppen und aus dem **authentischen Einblick in ihren Lebensstil und ihre Lebensweisen** erwachsen kann.

(Folie)

Die **BZgA** übernahm die Aufklärung der so genannten "Allgemeinbevölkerung" und damit die **Dachkampagne, deren Logo „Gib Aids keine Chance“ heute eines der bekanntesten Markenzeichen überhaupt ist**.

(Folie)

Um nachzuweisen, dass das, was wir tun, **nicht nur gut gemeint**, sondern auch **effektiv** ist, hat die **Evaluation** eine zentrale Stellung in der Kampagne. Wir evaluieren in der Aids-Kampagne einerseits **einzelne Elemente**, z.B. auf **Verständlichkeit, Akzeptanz und damit Zielgenauigkeit**. Außerdem machen wir jedes Jahr eine **Gesamtbewertung der Kampagne durch die Repräsentativbefragung** „Aids im öffentlichen Bewusstsein“. Die Evaluation hat mehrere **Funktionen**, nämlich die **der Begleitung, der Bewertung und der Steuerung der Kampagne**.

(Folie)

Ich möchte an dieser Stelle einen kleinen Exkurs machen und eine **wichtige generelle Erkenntnis über Kommunikationsprozesse** benennen, die als Leitlinie unserer gesamten Arbeit und übrigens auch **jeder anderen pädagogischen oder Öffentlichkeitsarbeit** gelten kann:

- **gelesen ist noch nicht gehört**
- **gehört ist noch nicht verstanden**
- **verstanden ist noch nicht einverstanden**
- **einverstanden ist noch lange nicht gehandelt**
- **gehandelt ist noch nicht dauerhaft beibehalten**.

Mit diesem sehr vereinfachten Modell wird aus meiner Sicht prägnant beschrieben, wie **komplex der Prozess** ist, an dessen gelungenem **Ende** - günstigenfalls - erst der von uns gewünschte Effekt stehen kann.

(Folie)

Wenn eine Kampagne gut funktionieren soll, braucht sie **gut erinnerte Informationen**, vor allem in der **Massenkommunikation**. Gut erinnerte Informationen heißt **z.B.**, die Botschaften **möglichst einfach und konkret** zu formulieren.

Die Botschaften müssen einen **Bezug zur Alltagssituation haben**, sie müssen sich **begrenzen auf Kerninformationen**, und **eher sachlich** sein. Vor allen Dingen sind **Angstappelle zu vermeiden**. Denn Angst führt eher zu **Blockaden** und eben **nicht zur nötigen Handlungskompetenz**.

(Folie)

Botschaften müssen natürlich auch **medienspezifisch** umgesetzt sein. Ich kann auf einem in Sekunden funktionierenden Plakat nicht dasselbe vermitteln wie in einer Broschüre, und in einem Fernsehspot von einer halben oder einer Minute nicht das selbe wie in einem Fernsehfilm. Ich muss mir also gut überlegen, **was ich in welchem Medium** vermitteln will.

Und schließlich ist es wichtig, mit einem **Medien-Mix** zu arbeiten. In einer möglichst hohen Streudichte sollten **identische Informationen in gestalterisch möglichst unterschiedlicher Form** angeboten werden. Und alles muss dann eine **hohe Kontinuität** haben, um immer wieder an das zu erinnern, was vermittelt werden soll.

(Folie)

Optimale Gestaltungsmerkmale sind **Lebensnähe und Problemnähe**: die Menschen, die angesprochen werden sollen, müssen sich ernst genommen fühlen. Deshalb ist auch das **Verständnis für Widerstände gegen das zu verändernde Verhalten** wichtig.

Es ist ja beispielsweise bekannt, dass es große **Widerstände geben kann, Kondome zu benutzen**. Das spielt sich auf ganz unterschiedlichen Ebenen ab, das können **Hemmschwellen** sein beim **Einkauf** von Kondomen, das können aber vor allem **Kommunikations- und Anwendungs-Schwierigkeiten in intimen Situationen** sein. Ein ganz wichtiges **Ziel der Kampagne** war und ist es deshalb, auf der Grundlage wissenschaftlicher Erkenntnisse solche Hemmnisse **nicht nur zu identifizieren, sondern vor allem zu minimieren**.

All dies muss in eine Kampagne einfließen, wenn sie bei der Zielgruppe auf **Akzeptanz** stoßen will. Aber noch viel mehr gehört dazu: **selbstwert-stärkende und -fördernde Impulse sind z.B. weitere zentrale Elemente**. Denn wenn das fehlt, wenn jemand sich abgelehnt und ausgegrenzt fühlt, ist er auch nicht bereit, sein Verhalten zu verändern. Die **Ermutigung zur Artikulation von Bedürfnissen** ist ebenfalls zentral, also eigene Bedürfnisse überhaupt zu erkennen und sie z.B. auch dem Sexual-Partner gegenüber ansprechen zu können.

Auch der nächste Aspekt scheint mir sehr wichtig: **Moralisierung oder Pädagogisierung sind fehl am Platz**, weil sie einfach **nicht akzeptiert** und von den Betroffenen **massiv abgelehnt** werden. Wir wissen, nicht zuletzt aus unseren Evaluationen, wie hoch sensibel die Menschen in diesem Bereich sind. Also müssen wir alles versuchen, um solche **Probleme** zu erkennen und zu vermeiden.

Eine **übersteigernde Emotionalisierung**, vor allem bei der Darstellung von Gefahren, ist ebenfalls kontraproduktiv. Wir wissen, dass eine **überzogene Gefahrendarstellung nicht akzeptiert** wird - z.B. weil dann viele, gerade auch junge Menschen, vermuten, dass ihnen nur deshalb Angst gemacht werden soll, weil ein bestimmtes Verhalten von den Erwachsenen nicht gewollt wird. Das ruft dann **eher das Gegenteil** hervor, nämlich das "*Nun-Gerade-Machen-Wollen*".

Der **Einbezug praktischer Verhaltenshinweise** ist ein weiterer wichtiger Punkt. Ich darf nicht nur sagen, was **nicht** zu tun ist oder was gefährlich ist, sondern **ich muss möglichst konkret sagen, wie das gewünschte Verhalten im wirklichen Leben praktiziert werden kann**. So geht es bei Aidsprävention z.B. zentral um die ganz praktische Darstellung, wie Kondome angewendet werden oder über sie gesprochen werden kann.

Das **Verständnis und die Anerkennung der tatsächlich oft großen Schwierigkeiten bei der Umsetzung des gewünschten Verhaltens** und auch der **Einbezug von situationsangemessenem Humor** sind weitere Dinge, die eine Rolle spielen. Gerade bei der Enttabuisierung des Kondomgebrauchs konnten wir so **Hemmschwellen und Tabus rund um die Kondome in den letzten Jahren deutlich reduzieren**.

(Folie)

Welche Kampagnen-Angebote nutzen die Menschen am meisten? Sie sehen hier als schwarze Linie: die **größte Reichweite in unserer Kampagne haben auch heute noch Fernsehspots**, obwohl ihre Reichweite seit Anfang der 90er Jahre sehr zurückgegangen ist und erst jüngst wieder durch verstärktes Engagement der Privatsender wieder angestiegen ist. An zweiter Stelle liegen **Zeitungsberichte und Anzeigen – auch deren Reichweite ist, wie Sie an der roten Linie sehen, sehr stark abgesunken**. Danach kommen dann in grün die **Broschüren verschiedener Absender mit ebenfalls deutlich sinkender Tendenz** – und unten sehen Sie die **personale Kommunikation**, hier gemessen als Vortragsveranstaltungen. **Gespräche mit Bekannten oder in der Familie** finden heute bei etwa 10% statt, gegenüber **Spitzenwerten von 40% um 1990** herum. **Beratung beim Arzt** geben heute etwa **5%** an, dies war **früher fast viermal so hoch**. Und die Beratung im **Gesundheitsamt** liegt heute leider mit **2%** ganz weit unten.

Es gibt also bei den eigentlichen **Massenmedien** eine deutlich höhere **Reichweite**. Dafür können wir aber davon ausgehen, dass die **personale Kommunikation**, dort wo sie stattfindet, sehr viel **intensiver** ist, weil sie ja in einem persönlichen Diskurs stattfindet.

Aus unseren Untersuchungen können wir eindeutig ableiten, dass **diejenigen, die am besten informiert sind und sich am präventivsten verhalten, von mehreren dieser Angebote Gebrauch gemacht haben** und nicht nur auf **einem** Weg angesprochen wurden. Gerade deshalb ist der vorhin angesprochene Medien-Mix so wichtig.

(Folie)

Hier sehen Sie nun im **Jahresvergleich seit 1987 einige Gesamteffekte der Aids-Aufklärung**. Grundlage dafür ist unsere **jährliche Repräsentativ-Untersuchung zu Wissen, Einstellung und Verhalten der Bevölkerung bezüglich HIV und Aids**. Ich habe hier zwei **zentrale Wissensbereiche bezüglich der HIV-Übertragung** ausgesucht. Sie sehen, dass die Bevölkerung über dieses Thema in einem kaum noch zu steigendem Masse informiert ist. Die **Kenntnis darüber, wie HIV übertragen wird, ist bei fast 100 % der Bevölkerung vorhanden**.

Zum Vergleich möchte ich hier darauf hinweisen, dass die Erkenntnis darüber, dass sich die Erde um die Sonne dreht, wie vor immerhin 400 Jahren entdeckt wurde, nur bei 82 % der Bevölkerung bekannt ist.

Sie sehen also, in **diesem** Bereich der Information haben wir uns **sehr gut durchgesetzt**.

(Folie)

Hier sehen Sie aber ein **anderes Beispiel**, nämlich **das Thema Bluttransfusionen**, was viele Menschen auch heute noch als konkrete Übertragungsfahr für HIV benennen. Vor zehn Jahren gab es, wie Sie vielleicht noch wissen, eine ausgesprochen verunsichernde Diskussion in den Medien über eine HIV-Gefährdung durch Blutkonserven. Dies schlägt sich in einer hohen **Unsicherheit** nieder, wie Sie hier sehen, obwohl es von der Sache her schon lange nicht mehr gedeckt ist im Sinne einer **konkret** erhöhten Gefahr.

(Folie)

Wir wollen aber nicht nur wissen, wie gut die Menschen **informiert** sind, sondern **vor allem, wie erfolgreich wir in der Veränderung von Verhalten** sind.

Hier sehen Sie z.B. die Entwicklung im **Bereich "Ich bin wegen Aids vorsichtiger geworden in meinem Sexualverhalten"**. Über die Hälfte geben – mit langsam sinkender Tendenz - auch heute noch an, vorsichtiger geworden zu sein, wobei diese **Frage bewusst offen gehalten** worden ist, um das ganze mögliche **Spektrum von Safer Sex bis zur sexuellen Enthaltbarkeit** abzudecken.

(Folie)

Hier sehen Sie nun die **Entwicklung bei dem zentralen Faktor Kondomnutzung**. Es handelt sich hier um die besonders riskierte Gruppe derjenigen, die im letzten Jahr mehrere Sexualpartner hatten. **Die Frage ist: wie viele Menschen benutzen häufig, regelmäßig oder gelegentlich ein Kondom**. Und Sie sehen, wie über die Jahre der Anteil der Verwender deutlich gestiegen ist – zunächst schneller, seit etwa 1996 allerdings kaum noch.

(Folie)

Immerhin sehen wir, dass sich Menschen in als erhöht wahrgenommen Risiko-Situationen wie etwa auf Reisen und im Urlaub auch **in erhöhtem Maße schützen** – 80% geben an, dabei **immer** Kondome zu benutzen.

(Folie)

Und bei **Jugendlichen und jungen Erwachsenen von 16-20 Jahren** liegt die Kondomnutzungsrate **seit etwa Mitte der 90er Jahre ziemlich stabil bei etwa 80%**.

(Folie)

Aussagen zum Kondomgebrauch **können** aber natürlich **im Sinne einer sozialen Erwünschtheit der Antworten verzerrt sein**. Deshalb nutzen wir neben der **Zahl der HIV-Infizierten als härtestem Kriterium für den Präventionserfolg** auch **weitere unabhängige Indikatoren**, z. B. die **Verkaufszahlen für Kondome**. Sie sehen an diesen Zahlen deutlich, dass der Kondomverkauf sich mit geringen Schwankungen kontinuierlich nach oben entwickelt hat, und dass die **Verkaufszahlen** mit den angegebenen Verhaltensänderungen **korrespondieren**. In 2002 sind die Verkaufszahlen übrigens wieder angestiegen.

(Folie)

Deutschland liegt bezüglich der **Prävalenz mit derzeit etwa 40.000 lebenden HIV-Infizierten** und auch der **Inzidenz mit etwa 2000 HIV-Neuinfektionen pro Jahr** auch im **europäischen Vergleich sehr günstig, nämlich an achter Stelle**. Wir können auch von dieser Seite her die **verschiedenen Indikatoren, von denen ich nur wenige gezeigt habe**, also durchaus als Beweis dafür nehmen, welche **Erfolge** wir in Deutschland erzielt haben.

Und damit komme ich zu einem ganz entscheidenden Punkt, der **für jede Kampagne** gilt, nämlich der Frage nach ihrem **Kosten-Nutzen-Verhältnis**. Auch unsere Kampagne musste und muss sich dieser Frage stellen. Zur Frage des Effektes habe ich Ihnen eben bereits eine klare Antwort gegeben.

Ein häufiger Einwand ist, dass **Prävention oft zu aufwendig und zu wenig wirksam** sei. Ich sage dazu: wenn Prävention erfolgreich sein soll, muss sie in großem Umfang und mit hoher Intensität, mit einem ausgefeilten Konzept und mit hoher Impulsdichte bundesweit wirksam werden. Und dann **kostet solche effektive Prävention Geld. Und zwar viel Geld**.

Wenn man mal ganz monetär argumentiert, werden aber auch immense **Kosten gespart**. Überschlüssig "kostet" ein Mensch mit Aids alleine von den Krankheitskosten her mehrere 100.000 Euro. Diese Kosten werden durch die heutigen **"neuen Therapien"** noch höher, da die Medikamente **teurer** sind **und** die Menschen **länger leben**. Das bedeutet, dass schon 10.000 Infizierte weniger allein in dieser Rechnung **mehrere Milliarden "sparen"**, vom viel wichtigeren **verhinderten menschlichen und sozialen Leid** einmal ganz abgesehen.

(Folie)

Hier sehen Sie die **Entwicklung der Mittel**, die wir seit 1987 für unsere BZgA-Maßnahmen einsetzen konnten. Die Mittel liegen heute auf einem Niveau, mit dem beim besten Willen frühere Wirkungen nicht mehr erzielbar sein können. Ich möchte an dieser Stelle aber darauf hinweisen, dass wir heute **sehr viele Kommunikationsleistungen für die Aids-Kampagne kostenlos** bekommen, so dass die tatsächliche **Kommunikations-Leistung heute etwa das Dreifache** dessen beträgt, was wir an **Eigenmitteln investieren** können.

(Folie)

Aufklärung und Motivation zur Verhaltensänderung ist nicht beendet, wenn jemand sein Verhalten einmal geändert hat, sondern es geht auch um die zukünftige Stabilisierung des erworbenen Verhaltens. Denn **es ist für niemanden einfach oder eine lustbetonte Freude, dauerhaft Kondome zu benutzen**, wenn er sich in einer entsprechenden Lebenssituation befindet.

Und es geht außerdem immer wieder neu um nachwachsende Generationen. Es bedarf bei Aids immer wieder der **Stabilisierung gefährdeter Individuen und Gruppen**. Und es bedarf der weiteren Bemühung um **Gruppen, die wir bisher noch nicht ausreichend erreichen** konnten. Zum Beispiel Gruppen, die gar nicht wirklich als Zielgruppen abzugrenzen und anzusprechen sind, oder Gruppen, die nur über personale Kommunikation erreicht werden können wie beispielsweise **Stricher**, von denen wir wissen, wie gefährdet sie durch ihre Abhängigkeit von den Freiern sind.

Zu nennen ist auch die **epidemiologisch immer bedeutsamer** werdende „Gruppe“ der **Migrantinnen und Migranten**, für die wir in Deutschland kaum zureichende Konzepte und Ressourcen haben. Sie sind nach einhelliger Auffassung der Experten **effektiv im Grunde nur durch personalkommunikative Maßnahmen** adäquat zu erreichen. Und solche Maßnahmen müssten flächendeckend mit einem hohen Differenzierungsgrad angeboten werden – was, wie Sie wissen, leider bei weitem nicht der Fall ist.

(Folie)

Ich möchte im Folgenden auf **ein thematisches Feld** eingehen, das für uns von den Inhalten und Konzepten her besonders wichtig ist.

Es handelt sich um den Prozess der so genannten **"intimen Kommunikation**. Es ist ja, wie erwähnt, eine Binsenweisheit, dass der Mensch sich nicht immer rational und seinem Wissen entsprechend verhält. Raucher und Autofahrer wissen, wovon die Rede ist.

Bei der HIV-Prävention ist dies natürlich erst recht so. Das **Wissen um die HIV-Gefahr und um den Schutz davor führen eben noch lange nicht zur tatsächlichen oder gar durchgängigen Verwendung von Kondomen**. Wir haben das nun nicht nur als unabänderliche Alltagserfahrung hingenommen, sondern detailliert untersuchen lassen, was eigentlich im **Prozess vom ersten Kennenlernen zweier Menschen bis hin zum möglichen Sex zwischen ihnen** abläuft, und was innerhalb dieses Prozesses daran **hindern oder es fördern mag, "risikofreies Sexualverhalten zu praktizieren"**. Denn wir wollten daraus lernen: um Menschen zu erleichtern, ihre Schutzinteressen gegenüber sich selbst und dem Sexualpartner tatsächlich artikulieren und realisieren zu können.

Ich zitiere aus der **Zusammenfassung der Befunde** dieser Studie:

"Es fehlt an öffentlich verbindlichen Deutungsmustern für intime Situationen, an Ritualen des Kennenlernens und der Kommunikation über eigene Bedürfnisse und Wünsche. Es mangelt an gemeinsam in einer Kultur geteilten Symbolen, die Menschen in intimen Interaktionen benutzen könnten, und die verstanden werden. Es fehlt also an einer verbalen und nonverbalen **Kommunikations-Kultur**, auf die Personen in intimen Interaktionen **verlässlich** zurückgreifen

können und die ihnen **Entscheidungshilfen und Verständigungserleichterungen** verschaffen könnten."

(Zitat Ende)

Potentielle **Sexualpartner sind also in einer von hohen Erwartungen und großer Unsicherheit gleichzeitig gekennzeichneten, emotional aufgeladenen Situation weitgehend auf sich selbst verwiesen**. Aber viel bedeutsamer ist, dass **im Kondom Bedeutungskontexte** aufeinanderprallen, die **ausgesprochen widersprüchlich und oft kaum auflösbar** erscheinen:

- der Beischlaf ist zwar **anvisiert**, aber nicht thematisiert. *Das Kondom ist dann quasi ein "verräterisches Zeichen".*
- **Vertrauen** ist ein konstitutiver Bestandteil der Liebesvorstellung - *das Kondom stellt eher ein Moment des Mißtrauens dar.*
- Geschlechtsverkehr enthält die Vorstellung vom **'Einswerden'** zweier Menschen - *das Kondom stellt aber eine Grenzziehung dar.*
- Der Partner wird als **einzigartiges Wesen** gesehen, zu dem eine **einzigartige Beziehung** angebahnt wird. *Das Kondom verweist demgegenüber auf die Wahrscheinlichkeit anderer intimer Beziehungen des Partners.*
- Der **Bedeutungskontext von Sexualität liegt im Bereich von Lust, Genuß, Fortpflanzung und Leben**. *Das Kondom symbolisiert auch Aids, Tod, Krankheit und Bedrohung.*

Wir haben die **Erkenntnisse dieser für uns grundlegenden Studie in den letzten 10 Jahren in vielfältiger Weise in unsere Kampagne eingebaut**.

(Folie)

Ich möchte Ihnen hier als Prototyp für unsere diesbezügliche Kommunikations-Strategie ein Printmedium vorstellen, das wir **"Beziehungsweise(n)"** genannt haben, und das direkt auf den beschriebenen Ergebnissen beruhte. In diesem **Medium** der treten die **Sachinformationen** zurück gegenüber den Aspekten der **emotionalen Betroffenheit und der sozialen, intimen Handlungsmöglichkeiten**. Nicht Ratschläge oder Verhaltensempfehlungen stehen im Vordergrund, sondern **Diskussions- und Gesprächsanregungen**, auch zum "Bettgeflüster". **Nicht Information, sondern Motivation ist also das Ziel** und die lebensnahe Sensibilisierung der Menschen, die wir ansprechen wollen.

(Folie)

Ich möchte nun an einem zentralen Medium unsere Evaluations- und Optimierungs-Philosophie verdeutlichen. Es handelt sich um die **Broschüre „Safer Sex ... sicher“**, die erstmals 1994 veröffentlicht wurde und inzwischen dreimal grundlegend überarbeitet wurde – auf Neudeutsch also einem **„Relaunch“** unterzogen wurde. Diese inhaltlich zentrale Broschüre wurde vor einigen Jahren ohne Initiative der BZgA von einem internationalen Forschungsteam einer ausführlichen inhaltlichen und kommunikations-theoretischen Analyse unterzogen.

Das Ergebnis war, dass die Broschüre unter insgesamt 35 überprüften deutschen Veröffentlichungen zu „Safer Sex“ als diejenige identifiziert wurde, die die **wissenschaftlich validierten Kondomnutzungs-Prädiktoren am besten und umfassendsten thematisiert**. Die auf der Bewertungs-Skala nächstplatzierte Broschüre war übrigens die schon genannte BZgA-Broschüre „Beziehungsweise(n)“.

Dieses Ergebnis hat uns natürlich sehr gefreut und unseren Ansatz bestätigt. Wir haben dies aber zum Anlass genommen, eine noch **weitergehende Evaluations-Studie** durchzuführen. Diese Studie hatte zum Ziel, die Wirkung der Lektüre des Mediums bei Schüler/innen zu evaluieren und dabei insbesondere zu erforschen, ob **dieses Medium möglicherweise aufgrund seiner theoretischen Leistungsfähigkeit einen eigenen, signifikanten Effekt auf die**

Erhöhung präventiven Wissens, Intentionen und Verhaltens ermöglicht. Die Ergebnisse zeigen, dass dies in Teilbereichen tatsächlich der Fall ist. Ein signifikanter, langfristig wirksamer Effekt tritt vor allem dann ein, wenn in einem besonderen Einsatz-Setting Anreize zur intensiveren Auseinandersetzung mit der Broschüre gegeben werden. Solche Bedingungen sind beispielsweise in der Schule herstellbar.

Die Studie ergab zusätzlich **eine Reihe von Ansatzpunkten zur weiteren Optimierung**. Wir haben dies für eine weitere gründliche Überarbeitung genutzt und Ende letzten Jahres die nunmehr vierte Version veröffentlicht – das neue Cover sehen Sie hier rechts. Und Sie sehen z.B., dass es – bei allen gewollten Signalen der Sachlichkeit – emotionaler geworden ist.

(Folie)

Ein weiteres Beispiel für die Qualitätssicherung zentraler Medien der Kampagne möchte ich Ihnen noch präsentieren. Sie kennen sicher alle die **großen Kondomplakate** der „***mach's mit***“-Kampagne, deren erste Motive vor nunmehr 10 Jahren veröffentlicht wurden und die damals für großes Aufsehen sorgten – denn eine derart **öffentliche und aufmerksamkeitsstarke Präsenz von Kondomen** hatte es noch nie gegeben. Wir haben zur Absicherung gegen Kritik und natürlich zur Optimierung der Kampagne immer wieder Evaluationen durchgeführt, die z.B. eine **sehr hohe**, bei 97% liegende **Akzeptanz** der ***mach's mit*** Reihe in der Gesamtbevölkerung ergaben. Die **Reichweite- und Bekanntheitswerte** liegen heute bei mehr als **drei Viertel der Bevölkerung**, bei **Jugendlichen über 90%**. Mehr als 60% schreiben diesen minimalistischen Motiven eine klare **Wirkung auf die Motivation zur Kondomnutzung** zu. Wir haben aber nicht nur die Kampagne insgesamt, sondern auch Einzelmotive untersucht. Ein wichtiges Ergebnis war, dass Motive mit einem emotional positiven Gehalt besonders gut „ankommen“.

(Folie)

Favorit ist derzeit das Motiv „Dream-Team“, dessen einziger Kritikpunkt bisher offenbar die Wahl der englischen Sprache ist.

(Folie)

Wir haben aber auch kritische Rückmeldungen zur Gestaltung ernst genommen, z.B. die Aussage, dass für einige die Kondome nicht immer klar genug erkennbar sind. Wir nennen das den „Gurkenskeiben-Effekt“, denn tatsächlich waren die ersten Kondome 1994 sehr stilisiert, wie Sie hier links sehen. Und deshalb haben wir sie auch schon einmal vor fünf Jahren verändert – in der Mitte sehen Sie das Ergebnis. Und für die neue Staffel werden wir das Kondom noch plastischer und deutlicher machen, wie Sie rechts sehen können. Wir werden das eben gezeigte Motiv also in einer überarbeiteten Form veröffentlichen, die ich Ihnen hier schon mal vorab zeigen möchte:

(Folie: neues Motiv)

(Folie)

Zum Schluss möchte ich noch auf einige Punkte eingehen, die uns in der Vergangenheit und vor allem in der Perspektive Probleme machen und die zukünftige Wirkung der Kampagne beeinträchtigen können oder werden:

- **Kaum noch Neuigkeitswert („Normalisierung“)**, Aids wird nicht mehr wahr genommen; die frühere massive Verstärkung durch Medienberichterstattung ist marginal geworden
- **Konkurrierende, z. T. hoch relevante Themen** besetzen das Feld
- **„Präventionsfalle“**: der Problemdruck sinkt durch erfolgreiche Prävention...
- **Gesamtgesellschaftlicher Trend: die Risiko-Bereitschaft vor allem bei jüngeren Menschen steigt (Motto „No risk, no fun“)**
- Gerade in letzter Zeit wieder sehr aktuell: **Impfstoff-, Therapie-/ Heilungs- Optimismus** – das löst das Problem scheinbar in Kürze auch ohne Safer Sex...
- **Drastischer Ressourcenabbau** (alle Ebenen! Bund, Länder, Kommunen!)

- **Zunehmender Problemdruck „Migration“** (weltweite, aber insbesondere osteuropäische STD-Dynamik)
- **Angebot/Reichweite zentraler Medien sinkt** – sowohl der Kampagnen-Angebote als auch bei den Kooperations-Partnern und Multiplikatoren
- Schnell **wachsende Infrastruktur-Defizite**: Vor-Ort-Strukturen bröckeln (viele Meldungen), damit Reichweite/Durchsetzungskraft der Maßnahmen.