

H A N D B U C H

HIV-Prävention für Mädchen und Frauen

Gisela Hilgefort

Impressum

© Deutsche AIDS-Hilfe e.V.
Wilhelmstraße 138
10963 Berlin

Internet: www.aidshilfe.de
E-Mail: dah@aidshilfe.de

2., überarbeitete Auflage, 2010
Bestellnummer: 023020

Redaktion der 1. Auflage (2000):

Mara Seibert, Holger Sweers

Redaktion der 2. Auflage:

Dr. Gisela Hilgefort, Gabi Bues, Silke Klumb,
Ines Lehmann, Marianne Rademacher, Holger Sweers

Bearbeitung:

Holger Sweers

Gestaltung:

Carmen Janiesch

Druck:

X-Press Grafik & Druck GmbH, Lützowstr. 107–112, 10785 Berlin

DAH-Spendenkonto:

Nr. 220 220 220, Berliner Sparkasse, BLZ 100 500 00

Online-Spenden:

www.aidshilfe.de

Sie können die DAH auch unterstützen, indem Sie Fördermitglied werden.
Nähere Informationen unter www.aidshilfe.de oder bei der DAH.

Die DAH ist als gemeinnützig und besonders förderungswürdig anerkannt.
Spenden und Fördermitgliedschaftsbeiträge sind daher steuerabzugsfähig.

Inhalt

Vorwort	7
Einführung	8
1. HIV-Prävention in Deutschland	9
1.1 HIV/Aids in Deutschland: Verlauf der Epidemie bis Ende 2009	11
1.1.1 Eckdaten Ende 2009	11
1.2 Leben mit HIV heute	12
1.2.1 Medizinische Aspekte	12
1.2.2 Psychosoziale Aspekte	13
1.3 Strukturelle Prävention	14
1.4 Verknüpfung von HIV- und STI-Prävention	17
1.4.1 STI-Verbreitung bei Mädchen und Frauen	18
1.5 HIV/STI-Prävention und Sexualpädagogik	18
2. HIV-Prävention für Mädchen und Frauen	21
2.1 Übergeordnete Ziele und Inhalte der HIV/STI-Prävention	24
2.2 Einflüsse auf das HIV-Schutzverhalten von Mädchen und Frauen	25
2.2.1 Weibliche Sozialisation	25
2.2.2 Weibliche Identität und Sexualität	26
2.2.3 Geschlechterrollen und das Verhältnis der Geschlechter	27
2.2.4 Das romantische Liebesideal	29
2.3 Zielgruppen für mädchen- und frauenspezifische HIV/STI-Prävention	32
3. HIV-Präventionskonzept für Mädchen und Frauen	35
3.1 Hintergrundinformationen	37
3.1.1 Übertragungswege	37
3.1.2 Hemmende Einflüsse auf das HIV-Schutzverhalten	39
3.2. Ziele und Inhalte frauen- und Mädchenspezifischer HIV-Prävention	41
3.2.1 Ziele	41
3.2.2 Inhalte	43
3.3 Umsetzung des HIV-Präventionskonzepts für Mädchen und Frauen	45
4. HIV-Prävention für Mädchen	47
4.1 Hintergrundinformationen	49
4.1.1 Notwendigkeit und Chancen Mädchenspezifischer HIV/STI-Prävention	49
4.1.2 Entwicklungsaufgaben in der Pubertät	49
4.1.3 Das „erste Mal“	50

4.1.4	Verhütung	51
4.1.5	Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch	52
4.1.6	Umgang mit HIV/Aids	52
4.2	Hinweise für die Praxis der HIV/STI-Prävention mit Mädchen	53
4.2.1	Zentrale Inhalte	53
4.2.2	Zugangsmöglichkeiten zur Zielgruppe nach Altersstufen	55
4.2.3	Geschlechtshomogene Gruppen	55
4.2.4	Mögliche Angebote	56
4.3	Mädchen aus ungünstigen sozialen Verhältnissen/benachteiligte Mädchen	57
4.3.1	Hintergrundinformationen	57
4.3.2	Hinweise für die Praxis der HIV/STI-Prävention	59
4.3.3	Mögliche Angebote	60
4.4	Mädchen, die sexuelle Gewalt erfahren haben, auf der Straße leben, Drogen konsumieren oder sich prostituieren	60
4.4.1	Hintergrundinformationen	60
4.4.2	Hinweise für die Praxis der HIV/STI-Prävention	67
4.4.3	Mögliche Angebote	68
4.5	Mädchen aus anderen Kulturen, hier: mit islamischem Hintergrund	69
4.5.1	Hintergrundinformationen	69
4.5.2	Hinweise für die Praxis der HIV/STI-Prävention	72
4.5.3	Mögliche Angebote	73
4.6	Lesbische und bisexuelle Mädchen	73
4.6.1	Hintergrundinformationen	73
4.6.2	Hinweise für die Praxis der HIV/STI-Prävention	75
4.6.3	Mögliche Angebote	76
5.	HIV-Prävention für Frauen	77
5.1	Hinweise für die Praxis der HIV/STI-Prävention mit Frauen	79
5.1.1	Zentrale Inhalte	79
5.1.2	Zugangsmöglichkeiten zur Zielgruppe	80
5.1.3	Geschlechtshomogene Gruppen	80
5.2	Migrantinnen	80
5.2.1	Hintergrundinformationen	81
5.2.2	Hemmende Einflüsse auf das HIV-Schutzverhalten	86
5.2.3	Hinweise für die Praxis der HIV/STI-Prävention	86
5.2.4	Mögliche Angebote	88
5.3	Drogengebraucherinnen	89
5.3.1	Hintergrundinformationen	89
5.3.2	Hemmende Einflüsse auf das HIV-Schutzverhalten	95

5.3.3	Hinweise für die Praxis der HIV/STI-Prävention	95
5.3.4	Mögliche Angebote	98
5.4	Frauen in Haft	98
5.4.1	Hintergrundinformationen	98
5.4.2	Hinweise für die Praxis der HIV/STI-Prävention	100
5.4.3	Mögliche Angebote	101
5.5	Prostituierte	101
5.5.1	Hintergrundinformationen	101
5.5.2	Hinweise für die Praxis der HIV/STI-Prävention	104
5.5.3	Mögliche Angebote	105
5.6	Lesbische und bisexuelle Frauen	106
6.	Schulung und Fortbildung von Multiplikatorinnen für die HIV/STI-Prävention	107
6.1	Ziele	110
6.2	Inhalte	110
6.2.1	Informationsvermittlung	110
6.2.2	Selbsterfahrung und Reflexion	111
6.2.3	Intervention	111
6.3	Zeitlicher Rahmen	111
6.4	Kriterien für die Auswahl von Multiplikatorinnen	112
6.5	Planung und Durchführung	113
6.6	Evaluation	114
6.7	Hinweise zu besonderen Multiplikatoren/Multiplikatorinnen	115
6.7.1	Lehrer/Lehrerinnen	115
6.7.2	Eltern	117
7.	Tipps zur Planung, Durchführung und Auswertung von Präventionsaktionen	119
7.1	Situationsanalyse	121
7.2	Konzeption	121
7.2.1	Bedarfsanalyse	121
7.2.2	Zielfestlegung und Auswahl der Mittel	122
7.2.3	Planung der Durchführung und Evaluation	122
7.3	Durchführung und Evaluation	123
7.3.1	Grundsätze für die Durchführung von Präventionsveranstaltungen	123
7.3.2	Phasen von Präventionsveranstaltungen	125
7.3.3	Auswertung (Evaluation)	126
7.4	Mögliche Probleme	126

8.	Methodensammlung	129
8.1	Kennenlernen und Einstieg	134
8.2	Geschlechterrollen	144
8.3	Werte, Normen und Partnerschaftskonzepte	152
8.4	Stärkung von Mädchen und Frauen	161
8.5	Sexualität	177
8.6	Verhütung	188
8.7	Vermittlung von Wissen über HIV/Aids und STIs	198
8.8	Handlungskompetenzen	220
8.9	Solidarität	231
8.10	Abschluss und Evaluation	240
9.	Literatur, Medien, Adressen	245
9.1	Zitierte Literatur	247
9.2	Methodenhandbücher und Arbeitsmaterialien	251
9.3	Informationen zu HIV/STIs und zur Prävention	252
9.4	Literatur und Materialien für Mädchen und junge Frauen	253
9.5	Archive, Materialsammlungen und Bestelladressen für Broschüren	254
9.6	Internetadressen	254
9.6.1	HIV/Aids und STIs allgemein, Basiswissen	254
9.6.2	Epidemiologie	254
9.6.3	Frauen und HIV/STIs	255
9.6.4	Drogen	255
9.6.5	Migration	255
9.6.6	Prostitution	255
9.7	Beratungsstellen	255

Vorwort

In dieses Handbuch sind viele Erfahrungen aus dem Modellprojekt „Frauen und AIDS“ der AIDS-Hilfe Trier eingeflossen, das von 1993 bis 1997 vom Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit des Landes Rheinland-Pfalz gefördert und durch das pädagogisch-psychologische Ambulatorium der Universität Trier wissenschaftlich begleitet wurde. 1996 nahm die Europäische Kommission das Projekt in ihr Programm „Europa gegen AIDS“ auf.

Vielen Dank an Renate Heiß, Dr. Jürgen Lohmann, Maria Peeters, Heike Scharbach, Claudia Schwinn, Mara Seibert, Walther Stamm, Wiebke Twisselmann und alle anderen, die mit ihren Erfahrungen, ihrer Arbeit, ihren Konzepten und Ideen wertvolle Anregungen und Unterstützung gegeben haben.

Mein Dank geht ebenso an Özlem Aciöz, Gabi Bues, Silke Klumb, Ines Lehmann, Marianne Rademacher, Holger Sweers und Dr. Stefan Timmermanns, die mich bei den Aktualisierungen für die zweite Auflage unterstützt haben, sowie an alle Frauen, die sich für eine Neuauflage des Handbuchs eingesetzt haben.

*Mainz, im Januar 2010
Dr. Gisela Hilgefort*

Einführung

Die Zahl der jährlichen HIV-Neuinfektionen in Deutschland hat sich in den letzten Jahren bei etwa 3.000 stabilisiert. Das sind mehr als noch Anfang der 2000er Jahre, aber im gesamteuropäischen Vergleich immer noch sehr wenig. Um diesen Erfolg zu bewahren und auszubauen, dürfen wir in unseren Präventionsanstrengungen nicht nachlassen. Das gilt auch für die frauenspezifische HIV-Prävention. Dr. Gisela Hilgefort, von 1993 bis 2002 in der AIDS-Hilfe Trier e. V. mit dem Schwerpunkt Beratung und Prävention für Frauen und Jugendliche beschäftigt, seit 2002 Geschäftsführerin des pro familia-Zentrums Mainz sowie freiberuflich als Psychotherapeutin, Ausbilderin, Supervisorin und Dozentin für Psychologie tätig, hat sich eingehend mit den Einflüssen auf das HIV-Schutzverhalten von Mädchen und Frauen auseinandergesetzt: mit weiblicher Sozialisation, weiblicher Identität und Sexualität, mit Geschlechterrollen und dem Verhältnis der Geschlechter zueinander, mit situativen Faktoren und nicht zuletzt mit dem romantischen Liebesideal.

Das Präventionskonzept, das sie – ausgehend von dieser Auseinandersetzung – entwickelt hat, beruht auf dem Konzept der strukturellen Prävention, der Arbeitsgrundlage der Deutschen AIDS-Hilfe e. V. und ihrer Mitgliedsorganisationen. Hilgefort bricht dieses Konzept herunter auf Mädchen und Frauen, die aus verschiedenen Gründen stärker als andere von HIV und Aids bedroht sind, und bietet Methoden, Modelle, Anregungen und Arbeitsblätter für die Praxis – eine wahre Fundgrube für alle, die in ihre Arbeit mit Mädchen und Frauen die Themen Sexualität, Schwangerschaftsverhütung, HIV und andere sexuell übertragbare Infektionen (STIs = *sexually transmitted infections*) einbeziehen, Mädchen und Frauen für die Rolle traditioneller Werte und Normen sensibilisieren und sie selbstbewusst und stark machen wollen, damit sie sich wirkungsvoll vor HIV und anderen STIs schützen können.

Basiswissen über HIV und andere sexuell übertragbare Infektionen wird in diesem Handbuch dagegen nicht vermittelt, die grundlegenden Fakten (Übertragungswege, Risiken und Schutzmöglichkeiten) werden als bekannt vorausgesetzt. Bei Unsicherheiten empfehlen wir, sich auf www.aids-hilfe.de zu informieren (dort kann man auch Materialien bestellen) oder Kontakt mit der nächsten Aids-Beratungsstelle (Aidshilfe, Gesundheitsamt) aufzunehmen. Am Ende des Buches findet sich ein Serviceteil mit Literatur- und Medienhinweisen sowie Kontaktadressen.

Berlin, im Januar 2010

Marianne Rademacher, DAH-Referentin für Frauen

A stylized, light blue silhouette of a human figure from the back, centered on a dark blue background with a wavy, abstract pattern. The figure is positioned in the upper half of the frame, with its arms slightly away from its body.

1. HIV-Prävention in Deutschland

1.1 HIV/Aids in Deutschland: Verlauf der Epidemie bis Ende 2009

Laut Robert Koch-Institut in Berlin (die folgenden Informationen beziehen sich auf RKI 2009b) begann sich HIV in Deutschland vermutlich Ende der 1970er Jahre auszubreiten, und zwar vor allem unter Männern, die Sex mit Männern haben (MSM), und Drogengebrauchern/-gebraucherinnen. In der zweiten Hälfte der 1980er Jahre ging die Zahl der Neuinfektionen zurück; in den 1990er Jahren schwankte sie um etwa 2.000 pro Jahr. Dabei stieg der Anteil der Menschen, die sich über heterosexuelle Kontakte infizierten, sowie der Personen aus Hochprävalenzländern (HPL = Länder mit besonders weiter HIV-Verbreitung); der Anteil der intravenös Drogen Gebrauchenden (IVD) und der MSM dagegen ging zurück. Zu Beginn des neuen Jahrtausends begann die Zahl der HIV-Neuinfektionen wieder zu steigen, vor allem bei MSM; seit 2007 scheint sie sich bei etwa 3.000 pro Jahr stabilisiert zu haben.¹

Erste Aidsfälle wurden in Deutschland Anfang der 1980er Jahre berichtet. In den folgenden Jahren stieg die Zahl rasch an und erreichte 1994 mit etwa 2.100 neuen Aidsdiagnosen den höchsten Wert. Seit 1995 geht die Zahl der neuen Aidsfälle und der Aids-Todesfälle durch die verbesserten Behandlungsmöglichkeiten zurück; im Jahr 2009 erkrankten etwa 1.100 Menschen neu an Aids, darunter etwa 200 Frauen.

Insgesamt haben sich seit Beginn der HIV-Epidemie bis Ende 2009 rund 86.500 Menschen mit HIV infiziert. An Aids erkrankt sind rund 36.500 von ihnen, darunter etwa 5.100 Frauen. An den Folgen der Infektion gestorben sind bislang ca. 28.000 Menschen.

1.1.1 Eckdaten Ende 2009

Ende 2009 lebten schätzungsweise 67.000 Menschen mit HIV oder Aids in Deutschland, davon rund 55.000 Männer (ca. 82 %) und 12.000 Frauen (ca. 18 %).

Betrachtet man die Infektionswege (2009), so ergibt sich folgendes Bild: Auf Männer, die Sex mit Männern haben, entfielen 72 %, auf heterosexuelle Kontakte etwa 20%. Der Anteil der intravenös Drogen Gebrauchenden an den

¹ *Neu festgestellte HIV-Infektionen (= Neudiagnosen) werden durch Ärzte/Ärztinnen bzw. Labors anonym an das RKI gemeldet. Da Ansteckung und Diagnose aber zeitlich weit auseinander liegen können, ist die Zahl der Neudiagnosen in einem Jahr nicht mit den tatsächlich in diesem Jahr erfolgten Ansteckungen gleichzusetzen. Bei der Zahl der Neuinfektionen handelt es sich um eine wissenschaftlich begründete Schätzung.*

Neuinfizierten lag bei 8%, auf die Übertragung von der Mutter auf das Kind entfielen weniger als 1% der Neuinfektionen.

Der Anteil der Frauen an den Neuinfizierten stieg von etwa 8% Mitte der 1980er Jahre auf über 24% im Jahr 2002; 2009 lag er bei etwa 12%. Während sich zu Beginn der größte Teil der Frauen durch intravenösen Drogengebrauch ansteckte, infizieren sich heute die meisten Frauen über heterosexuelle Kontakte oder kommen aus Hochprävalenzländern und haben sich dann meist schon in ihrem Heimatland infiziert.

1.2 Leben mit HIV heute

1.2.1 Medizinische Aspekte

Zur Behandlung der HIV-Infektion stehen heute mehr als 20 sogenannte antiretrovirale Medikamente zur Verfügung. In den reicheren Ländern dieser Welt gilt die Infektion mittlerweile als behandelbare, wenn auch nicht heilbare chronische Krankheit. Wer sich heute in Deutschland mit HIV infiziert, kann mit einer wahrscheinlich annähernd normalen Lebenserwartung rechnen. Ein positives Test-Ergebnis ist also kein Todesurteil mehr. Dennoch erleben es viele als tiefen Einschnitt. Und wenn man mit einer antiretroviralen Therapie (ART) beginnt, muss man sich darauf einstellen, sein gesamtes Leben ein- bis zweimal täglich Medikamente einzunehmen, um die Virusvermehrung dauerhaft zu unterdrücken und schwere gesundheitliche Schäden zu verhindern.

Diese Substanzen haben, wie alle Medikamente, auch Nebenwirkungen, die sich je nach Präparat und Patient oder Patientin unterscheiden. Kurzzeitnebenwirkungen wie Durchfälle und Kopfschmerzen gehen meist nach einigen Wochen zurück und sind in der Regel gut behandelbar. Auch Langzeitnebenwirkungen wie schmerzhafte Nervenentzündungen in den Beinen (Neuropathien) oder Störungen des Fettstoffwechsels lassen sich mit den modernen Medikamenten meist vermeiden oder durch einen Wechsel der Kombination in den Griff bekommen. Die meisten Menschen mit HIV kommen gut mit der Behandlung klar und leben ein weitgehend „normales“ Leben. Bei einigen Infizierten fallen die Nebenwirkungen allerdings heftig aus und werden auch nach außen sichtbar, was häufig zu Ausgrenzung führt.

Über Nebenwirkungen der Therapie hinaus müssen HIV-Positive mit weiteren gesundheitlichen Einschränkungen und Risiken leben. Dazu zählen etwa Erkrankungen des zentralen Nervensystems, Depressionen und bestimmte Krebsarten, die bei ihnen häufiger auftreten. Durch die ständige Überak-

tivierung des körpereigenen Immunsystems werden zudem Alterungsprozesse beschleunigt, und viele Positive klagen über Müdigkeit. Und nicht zuletzt gehören regelmäßige Gesundheitschecks alle drei Monate ebenso zum „Management“ der Erkrankung wie zusätzliche Kontroll- und Früherkennungsuntersuchungen.

1.2.2 Psychosoziale Aspekte

Eine HIV-Infektion stellt auch das Zusammenleben in einer Partnerschaft vor Herausforderungen, an denen manche Beziehungen zerbrechen. Beim Sex haben viele Positive Angst, ihren Partner oder ihre Partnerin anzustecken. Und viele HIV-Negative oder Ungetestete lehnen Positive als Partner/innen ab – nicht zuletzt, weil HIV und Aids bei vielen immer noch stark mit Vorurteilen und Vorverurteilungen verbunden sind (z. B. „Wer sich angesteckt hat, hat moralisch verwerflich gelebt“ oder „Wer sich infiziert, hat bestimmt Drogen genommen“).

Auswirkungen hat die HIV-Infektion auch auf die Familienplanung. Allerdings lässt sich eine Ansteckung des Partners oder der Partnerin bei der Zeugung vermeiden, z. B. durch Einbringen des Spermas in die Vagina ohne Geschlechtsverkehr (bei der Konstellation HIV-infizierte Frau/HIV-negativer Mann) oder eine sogenannte Spermawäsche (bei der Konstellation HIV-infizierter Mann/HIV-negative Frau). Auch eine Übertragung des Virus von der Schwangeren auf das Kind (in der Schwangerschaft, während der Geburt oder beim Stillen) lässt sich durch geeignete medizinische Maßnahmen fast immer verhindern.

Ausgrenzung und Diskriminierung spielen auch in der Arbeitswelt eine Rolle. Obwohl im Alltag kein Risiko besteht, sich mit HIV anzustecken, sind Infektionsängste weit verbreitet – ebenso wie moralische Vorbehalte. Und obwohl die Mehrheit der Menschen mit HIV heute dank der Medikamente erfolgreich im Arbeitsleben steht, haben viele Positive Angst vor Phasen verminderter Leistungsfähigkeit oder einem (freiwilligen oder unfreiwilligen) Outing am Arbeitsplatz. Diejenigen, deren Infektion bekannt wurde, berichten häufig über Mobbing, und oft wird HIV-infizierten Arbeitnehmern sogar gekündigt – offiziell aus anderen Gründen, damit der Arbeitgeber juristisch nicht zu belangen ist. Außerdem kann es in Berufen, die mit Reisen ins Ausland oder längeren Auslandsaufenthalten verbunden sind (z. B. Flugbegleiter/innen), aufgrund von Einreise- oder Aufenthaltsbestimmungen oder unzureichender medizinischer Versorgung zu Schwierigkeiten kommen.

Bei der finanziellen Absicherung sind Menschen mit HIV und Aids ebenfalls benachteiligt. So müssen sie, wenn sie eine Lebensversicherung ab-

schließen wollen, mit einer Ablehnung oder einem deutlich erhöhten Beitrag rechnen, und von einer Berufsunfähigkeitsversicherung sind sie in der Regel ausgeschlossen. Da viele Menschen sich in jungen Jahren mit HIV anstecken, in denen sie kaum private Vorsorge getroffen und wenig in die Sozialkassen eingezahlt haben, stimmt die Feststellung „HIV macht arm“ in vielen Fällen immer noch.

Doppelt ausgegrenzt sind HIV-positive Migrantinnen und Migranten ohne dauerhafte Aufenthaltsgenehmigung. Ihr Zugang zu medizinischer Versorgung, zu Wohnraum und zu Sozialleistungen ist eingeschränkt. Hinzu kommt häufig die Angst vor einer Abschiebung. Nach gegenwärtiger deutscher Rechtspraxis werden immer häufiger auch Menschen mit einer behandlungsbedürftigen HIV-Infektion abgeschoben, wenn in ihrem Herkunftsland angeblich eine ausreichende medizinische Versorgung gewährleistet ist. Zur Beurteilung der medizinischen Versorgungssituation werden allerdings nur die Auskünfte der Botschaft im Heimatland akzeptiert. Gutachten von großen Nichtregierungsorganisationen wie „Ärzte ohne Grenzen“ oder Stellungnahmen von NGOs vor Ort finden in den Verfahren keine Berücksichtigung.

1.3 Strukturelle Prävention

Strukturelle Prävention, wie sie u. a. von der Deutschen AIDS-Hilfe vertreten wird, folgt keinem festgelegten und unveränderlichen Konzept, sondern hat sich entwickelt und entwickelt sich weiter. Im Folgenden einige Grundsätze und Aspekte der strukturellen Prävention (zusammengestellt von Holger Sweers):

● Einheit von Verhaltens- und Verhältnisprävention

Im Rahmen struktureller Prävention wird Gesundheit als ganzheitliches Phänomen betrachtet. Das heißt unter anderem: Gesundheitsrisiken lassen sich nicht nur dem individuellen Verhalten zuschreiben, sondern sind auch sozial, ökonomisch, politisch und kulturell verursacht. Verhalten lässt sich dauerhaft nur verändern, wenn Verhältnisse und Situationen (Strukturen), in denen es stattfindet, berücksichtigt und gestaltet werden. So kann man beispielsweise nicht an Drogengebraucher/innen appellieren, sterile Injektionsspritzen zu benutzen, wenn diese nicht niederschwellig zur Verfügung stehen.

● Einheit von Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention

Kurz zusammengefasst versteht man unter *Primärprävention* die Verhütung von Neuinfektionen, unter *Sekundärprävention* die Verhinderung von Krank-

heiten durch Förderung der Gesundheit Infizierter und der Selbsthilfe und unter *Tertiärprävention* die Vermeidung von Komplikationen bzw. die Erhaltung oder Wiederherstellung der Lebensqualität von Erkrankten. Da der Gesundheitszustand bei Menschen mit HIV stark schwanken kann (selbst nach Auftreten aidsdefinierender Erkrankungen können Patientinnen und Patienten durch die antiretroviralen Therapien wieder symptomfrei werden), ist eine strenge Trennung der Präventionsebenen nicht möglich. Außerdem hat etwa die sekundärpräventive antiretrovirale Therapie auch primärpräventive Auswirkungen, da die Infektiosität (Ansteckungsfähigkeit) bei einer stabilen und erfolgreichen Behandlung drastisch sinkt. Und nicht zuletzt führt der Grundsatz der Einheit von Verhaltens- und Verhältnisprävention dazu, die drei Präventionsebenen als Einheit zu sehen: Mangelndes Selbstbewusstsein von Mädchen und Frauen etwa führt nicht nur dazu, dass sie die Verwendung eines Kondoms schwer durchsetzen können (was ein Problem für die Primärprävention darstellt), sondern auch dazu, dass HIV-positive Frauen ihre Bedürfnisse und Probleme hinsichtlich frauenspezifischer Wirkungen von Medikamenten nur schwer artikulieren können (was ein Problem für die Sekundärprävention darstellt).

● **Einheit von Emanzipation und Prävention**

Emanzipation ist Bedingung für dauerhaft erfolgreiche Prävention. HIV-Prävention mit und für Mädchen und Frauen zum Beispiel kann ohne die Förderung des Selbstbewusstseins und ohne den Abbau struktureller Benachteiligungen nur bedingt erfolgreich sein.

● **Akzeptanz und Integration als Voraussetzung für Aufklärung und Information**

Nur wenn man die von HIV und Aids bedrohten und betroffenen Menschen mit ihren vielfältigen Lebensweisen und Lebensstilen akzeptiert, wenn diese ein positives Verhältnis zur eigenen Lebensführung und zum eigenen Körper entwickeln, können sie den Sinn gesundheitsfördernden Verhaltens einsehen, Präventionsbotschaften auf- und annehmen sowie Güter und Risiken abwägen.

● **Befähigung zur Güter- und Risikoabwägung (Risikomanagement): Balance zwischen sinnlichen und gesundheitlichen Bedürfnissen, zwischen kurzfristigem und dauerhaftem Wohlbefinden**

In der HIV-Prävention muss man damit rechnen, dass sich Menschen nicht immer – besonders in Situationen, in denen es um Lust und Rausch geht – „vernünftig“ verhalten bzw. oberflächlich antrainierte Verhaltensmuster be-

folgen. Die von HIV und Aids bedrohten und betroffenen Menschen sollen motiviert werden, auf der Basis der Wertschätzung des eigenen wie des anderen Lebens zwischen Lust und Sinnlichkeit auf der einen und der Gesundheit auf der anderen Seite, zwischen dem kurzfristigen und dem dauerhaften Wohlbefinden ein individuell verträgliches Gleichgewicht zu halten. Dies kann nur bei entsprechenden Rahmenbedingungen (Akzeptanz und Stärkung) gelingen, denn Menschen können nicht nur aus Lust oder im Rausch, sondern auch aufgrund von Schwäche oder Not gegen ihre eigenen Interessen handeln. Mit Risikomanagement ist somit gemeint, dass auf der Grundlage ausreichenden Wissens über HIV und Aids eine individuelle Entscheidung hinsichtlich des Schutzverhaltens beim Sex getroffen wird. Die Vor- und Nachteile bestimmter Verhaltensweisen werden gegeneinander abgewogen, wobei verschiedene Motive und das persönliche Sicherheitsbedürfnis zum Tragen kommen. Das Konzept des Risikomanagements in der HIV-Prävention bedeutet daher auch, dass nicht jeder Mensch in jeder Situation bestrebt ist, das Ansteckungsrisiko völlig auszuschließen.

● **Einheit von Gesundheitsförderung und Selbsthilfe**

Eine emanzipatorische Gesundheitsförderung setzt so weit wie möglich auf Selbstheilungs- und Selbsthilfepotenziale der von HIV und Aids bedrohten und betroffenen Menschen, anstatt Prävention „von oben“ durchzuführen. Auf diese Weise können sie dazu befähigt werden, in ihrem eigenen Umfeld präventiv tätig zu werden. Für die Aids-Hilfe-Arbeit bedeutet dieser Grundsatz in der heutigen Situation, dass die Erfahrungen dieser Menschen mit sozialer, kultureller, ökonomischer und sexueller Benachteiligung und Ausgrenzung und mit HIV/Aids als chronischer Erkrankung im Mittelpunkt der Arbeit stehen.

● **Einsicht und Freiwilligkeit (Motivation und Selbstbeteiligung) als Voraussetzung für Verhaltensänderungen**

Dieser Grundsatz ist vor dem Hintergrund von Versuchen zu sehen, Prävention durch Zwangsmaßnahmen zu betreiben. Informationen über gesundheitliche Risiken führen aber in aller Regel nicht oder nur kurzfristig zu dem erwünschten Verhalten, wenn sie Widerstand, Angst oder Überforderung auslösen. Gerade bei Jugendlichen kann eine Übertreibung des Risikos zu einer fatalistischen Haltung führen („Ich kann ja doch nichts dagegen tun“), zur Verdrängung des Risikos oder zur Vermeidung lediglich bestimmter, vermeintlich oder wirklich „gefährlicher“ Situationen und Personen. Setzt man bei der HIV-Prävention hingegen darauf, dass die/der Einzelne für sich selbst und die/den andere/n Verantwortung trägt durch die Einhaltung bestimm-

ter Schutzmaßnahmen, muss die HIV-Infektion als ein persönlich beeinflussbares Risiko begriffen werden können. Dies wiederum verlangt nach einer realistischen – also weder übertriebenen noch verharmlosenden – Darstellung der Infektionsrisiken. Zur Anregung der persönlichen Auseinandersetzung mit Infektionsrisiken und Schutzmöglichkeiten eignen sich am besten *personalkommunikative Kampagnen*. Diese werden mit den Zielgruppen zusammen entwickelt und mit ihnen in ihrer gewohnten Umgebung durchgeführt und stellen die persönliche Kommunikation über die Themen der HIV-Prävention in den Vordergrund (im Unterschied zur reinen Information durch Massenmedien).

1.4 Verknüpfung von HIV- und STI² -Prävention

Die meisten Menschen haben im Lauf ihres sexuell aktiven Lebens irgendwann einmal mit sexuell übertragbaren Infektionen oder Krankheiten zu tun – sei es, dass sie selbst oder dass ihre Sexualpartner/innen betroffen sind. Weit verbreitet in Deutschland sind etwa Herpes, Chlamydien-Infektionen, Pilzkrankungen oder Feigwarzen (verursacht durch Humanpapillomaviren/HPV) sowie virusbedingte Hepatitiden (Leberentzündungen). Seit Ende der 1990er Jahre nehmen auch die „klassischen“ STIs wie Gonorrhö („Tripper“) und Syphilis wieder zu. Viele dieser STIs sind wesentlich leichter übertragbar und weiter verbreitet als HIV und können unbehandelt schwere Gesundheitsschäden wie Unfruchtbarkeit oder Leberzirrhose verursachen.

Darüber hinaus besteht ein direkter Zusammenhang zwischen anderen STIs und der HIV-Infektion: Viele sexuell übertragene Infektionen führen zu Entzündungen, Geschwüren und Verletzungen von Schleimhäuten, die bei Sexualkontakten beteiligt sein können. So wird das Risiko einer HIV-Übertragung erhöht. Umgekehrt besteht für Menschen mit HIV durch die Schwächung des Immunsystems ein höheres Ansteckungsrisiko für STIs. Außerdem verlaufen manche STIs bei ihnen schneller und schwerer und erfordern besondere Behandlungsmaßnahmen. Eine frühe Erkennung und Behandlung von STIs (auch bei den Sexpartnerinnen und Sexpartnern) unterbricht so nicht nur Infektionsketten, sondern ist zugleich ein Beitrag zur HIV-Prävention. Dementsprechend gehören die HIV/Aids-Prävention und die Prävention sexuell übertragbarer Infektionen eng zusammen.

2 *Statt von STDs (sexually transmitted diseases = sexuell übertragbare Krankheiten) sprechen wir in diesem Buch von sexuell übertragbaren Infektionen (sexually transmitted infections; STIs), denn eine Übertragung von Erregern führt nicht immer zu einer Erkrankung.*

Ausführlichere Informationen über STIs und den Zusammenhang zwischen HIV- und STI-Prävention bietet die regelmäßig aktualisierte DAH-Broschüre „sexuell übertragbare Krankheiten“ (siehe 9.3, S. 253).

1.4.1 STI-Verbreitung bei Mädchen und Frauen

- Mädchen und junge Frauen sind im Vergleich zu Älteren häufiger von Chlamydien-Infektionen betroffen, die unbehandelt zu Unfruchtbarkeit führen können.
- Heterosexuelle Frauen sind vor allem von Trichomonaden- und Chlamydien-Infektionen, Candidose (Pilzerkrankung) und HPV (Humanpapillomaviren; sie können zu Feigwarzen, einige Typen zu Gebärmutterhalskrebs führen) betroffen.
- Bei Frauen aus Osteuropa spielt Syphilis eine Rolle; bei Frauen aus Hochprävalenzregionen wie Subsahara-Afrika, Karibik und Südsostasien die HIV-Infektion.
- Im Rahmen der nicht professionellen Prostitution sind STIs wie Chlamydien-Infektionen, Gonorrhö und Syphilis von Bedeutung. HIV-Infektionen kommen fast ausschließlich im Bereich der Armut-, Zwangs- und Beschaffungsprostitution vor.
- Drogengebraucherinnen und Frauen in Haft sind im Vergleich zu anderen Gruppen häufiger von Hepatitis B und C sowie HIV betroffen.

1.5 HIV/STI-Prävention und Sexualpädagogik

Sexualpädagogik ist mehr als reine Wissensvermittlung über biologische Vorgänge und Verhütungstechniken. Sie sollte auch emotional ansprechen, die vielfältigen Beziehungsaspekte, Lebensstile, Lebenssituationen und Werthaltungen von Menschen berücksichtigen, zur selbstbestimmten und selbstbewussten Kommunikation über Sexualität anregen sowie Wahrnehmungs-, Konflikt-, Kommunikations- und Handlungsfähigkeit fördern. In dem 1994 vom Bund-Länder-Koordinierungskreis verabschiedeten und 1997 von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung veröffentlichten Rahmenkonzept „Sexualaufklärung für Jugendliche“ heißt es: „Die Sexualaufklärung ... hat zum Ziel, die Allgemeinbevölkerung und spezifische Zielgruppen zu einem eigen- wie auch partnerverantwortlichen und gesundheitsgerechten Umgang mit Sexualität in einem umfassenden Sinne zu befähigen. Sexualaufklärung für Jugendliche hat zum Ziel, Jugendliche bei der Bewältigung ihrer Entwicklungsaufgaben zu begleiten, insbesondere zur Gestaltung einer

ganzheitlichen Identität beizutragen. Sexualität ist ein wesentlicher Teil der Persönlichkeitsentwicklung und der (sich entwickelnden) Lebensweise. Wesentlich ist, Jugendliche zu befähigen, sich als sexuelle Wesen zu entwickeln, eigene Bedürfnisse und Gefühle ausdrücken zu lernen, Sexualität lustvoll zu erleben und in eigener Verantwortung als Frau oder Mann zu leben“ (BZgA 1997, S. 15).

Der „gesellschaftspolitische“ Auftrag der Sexuaufklärung bestand und besteht in erster Linie in der Vermeidung ungewollter Schwangerschaften. HIV/STI-Prävention hingegen soll primär neue Infektionen mit HIV und anderen sexuell übertragbaren Erregern vermeiden helfen. Sie kann in die Sexuaufklärung für Jugendliche integriert werden, solange die positiven Seiten der Sexualität und ihre umfassende persönliche und gesellschaftliche Bedeutung nicht zu kurz kommen. HIV/STI-Prävention ist jedoch immer mehr als Sexualpädagogik, denn zum einen wird HIV nicht nur sexuell übertragen, sondern zum Beispiel auch beim gemeinsamen Gebrauch von Spritzbesteck. Zum anderen regt eine erfolgreiche HIV/STI-Prävention zur persönlichen Reflexion über das eigene Verhalten in Situationen an, in denen Gefühle (z. B. Verliebtsein) und Bedürfnisse wie Lust eine größere Rolle als „vernünftiges“ Verhalten spielen können. Auch die Reflexion über das persönliche Sicherheitsbedürfnis im Bezug auf Gesundheitsrisiken und die eigene Haltung zu Menschen mit HIV/Aids, zu Homosexualität, Drogengebrauch oder Prostitution sollten hier ihren Platz haben. Ziel der Auseinandersetzung mit diesen Themen ist also, der Diskriminierung der von HIV und Aids besonders Bedrohten und Betroffenen ebenso vorzubeugen wie dem falschen Sicherheitsgefühl, man habe mit „all dem“ nichts zu tun.



2. HIV-Prävention für Mädchen und Frauen

Viele Mädchen und Frauen erleben HIV/Aids und andere sexuell übertragbare Infektionen als weit von ihrer Lebensrealität entfernt. Das kann dazu führen, dass sie Infektionsrisiken unterschätzen. In der HIV/STI-Prävention für Mädchen und Frauen muss es also – wie generell in der Präventionsarbeit – um die Schaffung eines realistischen Risikobewusstseins und um den Umgang mit diesen Risiken gehen. Mädchen und Frauen können das Kondom, das nach wie vor am einfachsten anzuwendende Schutzmittel gegen HIV und die meisten anderen STIs, nicht selbst verwenden. Wenn sie ihren Partner zu Safer Sex motivieren wollen, brauchen sie dafür genügend Selbstbewusstsein und bestimmte kommunikative und soziale Kompetenzen. Hieran aber mangelt es vielen Mädchen und Frauen – ganz besonders jenen, die sich in schwierigen Lebenslagen befinden, etwa Migrantinnen, Drogengebraucherinnen oder Prostituierten. Es fällt ihnen oft schwer, ihre eigenen Interessen zu erkennen und zu vertreten. Noch schwieriger ist es für sie, diese gegen Widerstände des Partners durchzusetzen – vor allem dann, wenn sie emotional und/oder finanziell von ihm abhängig sind.

Getragen wird die HIV-Prävention in Deutschland in erster Linie von der staatlichen Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und der Nichtregierungsorganisation Deutsche AIDS-Hilfe e. V. (DAH) und ihren Mitgliedsorganisationen. Die BZgA wendet sich mit ihren Veröffentlichungen und Kampagnen vorrangig an die sogenannte Allgemeinbevölkerung, während die DAH in erster Linie Angebote für jene Gruppen entwickelt, die besonderen gesundheitlichen Risiken durch HIV/Aids, Hepatitis und andere sexuell übertragbare Infektionen ausgesetzt sind. Auf lokaler und regionaler Ebene ergänzen sich in der Regel allgemeine Präventionsangebote und Angebote für spezielle Zielgruppen.

Das gilt auch für die HIV-Prävention für Mädchen und Frauen – auch wenn es hier, anders als bei Männern, die sich als schwul definieren und bestimmten Szenen zugehörig fühlen, keine „Frauenszenen“ gibt, bei denen die Arbeit ansetzen könnte. Dennoch lassen sich bestimmte Zielgruppen bestimmen, die besonders bedroht und betroffen sind, z. B. Drogengebraucherinnen und Frauen in der Beschaffungsprostitution, Frauen in der Armutsprostitution, Trebegängerinnen sowie Partnerinnen von infizierten oder besonders bedrohten Männern und Frauen (siehe Abschnitt 2.3).

2.1 Übergeordnete Ziele und Inhalte der HIV/STI-Prävention

Ziel der HIV- und STI-Prävention der Aidshilfen ist, dass die Gesellschaft als Ganze und jede und jeder Einzelne informiert, selbstbestimmt und verantwortungsvoll mit den Risiken von HIV/Aids und anderen STIs umgehen kann. Das heißt im Einzelnen:

- Die Prävention will Menschen dazu motivieren, sie befähigen und es ihnen ermöglichen, in möglichst vielen Situationen sich selbst und andere zu schützen.
- Sie will es Menschen mit HIV und Aids ermöglichen, ihr Recht auf Selbstbestimmung, Teilhabe und Solidarität umfassend zu verwirklichen.
- Sie will, dass Politik, Gesellschaft, Wirtschaft, Wissenschaft, Kultur und Sport wie auch die Subkulturen, Szenen, Familien, Freundinnen/Freunde und Partner/innen verantwortungsvoll und solidarisch mit den Bedrohten und Betroffenen umgehen.

Die Präventionsarbeit hat dementsprechend unter anderem folgende Inhalte:

- Vermittlung von Wissen zu HIV/Aids und STIs (Übertragungswege, Schutzmöglichkeiten usw.),
- Beschäftigung mit Themen wie Sexualität, Partnerschaft, Drogengebrauch und Prostitution sowie mit unterschiedlichen Lebensweisen,
- Auseinandersetzung mit Werten und Normen (z. B. geteilte Verantwortung, Eigenverantwortung und Verantwortung für den anderen, Akzeptanz unterschiedlicher Lebensweisen), mit den gesellschaftlichen Machtverhältnissen und dem Geschlechterverhältnis,
- Stärkung von Identität und Selbstwertgefühl,
- Arbeit mit Menschen aus den Zielgruppen,
- Zusammenarbeit mit Wissenschaft und Forschung,
- Kooperation und Vernetzung mit anderen Akteuren, Öffentlichkeits- und Lobbyarbeit.

2.2 Einflüsse auf das HIV-Schutzverhalten von Mädchen und Frauen

Aufgrund der gesellschaftlich schwächeren Position von Frauen und traditionellen Vorstellungen von den Geschlechterrollen sind noch immer viele Frauen materiell und emotional abhängig von Männern. Wenn Frauen sich mit Kondomen vor Schwangerschaften, HIV oder anderen sexuell übertragbaren Infektionen schützen wollen, sind sie auf die Kooperation ihres Sexualpartners angewiesen. Die dafür nötige Überzeugungs- und Durchsetzungsfähigkeit, deren Voraussetzung ein hohes Selbstbewusstsein ist, passt aber nicht zur traditionellen Vorstellung, dass Frauen in der Liebe und in der Sexualität „passiv“ sein müssten. Darüber hinaus fällt es immer noch vielen Frauen (und Männern) schwer, über ihre eigene Sexualität zu sprechen und ihre Bedürfnisse, Wünsche und Grenzen zu äußern.

Um solche frauenspezifischen Risikofaktoren (im Sinne einer besonderen Verwundbarkeit = Gefährdung) besser verstehen zu können und Ansatzpunkte aufzuzeigen, wie man mit ihnen umgehen kann, soll im Folgenden kurz auf die weibliche Sozialisation – besonders auf die Identitätsentwicklung und die Einstellung zum eigenen Körper –, auf die weibliche Sexualität sowie auf die Geschlechterrollen und das Verhältnis von Männern und Frauen eingegangen werden. Das romantische Liebesideal, welches Mädchen und Frauen (aber auch viele Jungen und Männer) im Rahmen ihrer Sozialisation typischerweise entwickeln, spielt dabei für die HIV-Prävention eine große Rolle.

2.2.1 Weibliche Sozialisation

Die Entwicklungsaufgabe des Jugendalters liegt vor allem in der Identitätsfindung. Mädchen haben größere Schwierigkeiten, eine autonome Identität zu entwickeln, als Jungen. Verbundenheit und Beziehungen – und damit äußere Einflüsse (moralische Bewertungen der Eltern und der Gesellschaft, Schönheitsstandards, der Wunsch, attraktiv zu sein usw.) – sind für sie in der Regel wichtiger als für Jungen, was auch auf die traditionellen Geschlechterrollen zurückzuführen ist. Obwohl es heute neben der traditionellen Mutterrolle zunehmend andere Rollenvorbilder für Mädchen und junge Frauen gibt, stellt sich für viele von ihnen aufgrund der arbeits- und familienpolitischen Bedingungen in Deutschland immer noch die Frage nach der Vereinbarkeit von Familie und Beruf.

In der Pubertät wird die körperliche Attraktivität zu einem wichtigen Element des Selbstbewusstseins, wobei die Wertschätzung des eigenen Körpers

aber immer auch labil und „störanfällig“ sein kann. Mädchen lernen in dieser Phase, dass es wichtig ist, anderen zu gefallen, aber sie lernen auch, dass es gefährlich sein kann, anderen zu sehr zu gefallen: Mit dem Hinweis auf die Gefährdung durch sexuelle Übergriffe wird ihnen vieles untersagt, ihr Bewegungs- und Aktionsradius ist häufig eingeschränkt. Die ständigen Mahnungen (auf sich aufzupassen, nicht zu spät nach Hause zu kommen usw.), aber auch erlebte Übergriffe können zu einer solch starken Angst führen, dass die eigenen sexuellen Wünsche und Bedürfnisse nicht (mehr) oder nur verzerrt wahrgenommen werden. Mädchen und junge Frauen können oft nur schwer das nötige Selbstvertrauen, die nötige Selbstsicherheit und Selbstbestimmung entwickeln, um ihre eigenen sexuellen Interessen zu entwickeln, zu erproben und durchzusetzen (vgl. Preiß/Schwarz/Wilser 1996). Wenn kein positives Verhältnis zum eigenen Körper entwickelt werden kann, steigt die Gefahr risikanten Sexualverhaltens hinsichtlich unerwünschter Schwangerschaften, HIV sowie anderer sexuell übertragbarer Infektionen (vgl. Friedrich 1993).

2.2.2 Weibliche Identität und Sexualität

Von den verschiedenen Aspekten der Sexualität (Lust, Fruchtbarkeit, Körperlichkeit, Beziehung usw.) sind für Mädchen und Frauen – im Unterschied zu Jungen und Männern – im Allgemeinen der Körper- und der Beziehungsaspekt besonders wichtig (vgl. Heiß 1997). Dabei sind sie oft nur wenig über ihren Körper und dessen Funktionen informiert – das Wissen über die körperlichen Veränderungen während der Pubertät weist bei Mädchen aller Altersstufen, Nationalitäten und Schultypen große Lücken auf, und was die fruchtbaren Tage angeht, sind viele nicht oder falsch informiert, wie die Wiederholungsbefragungen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung zum Thema Jugendsexualität³ zeigen: Bei der Befragung aus dem Jahr 2005 gaben 38% der Jungen und 66% der Mädchen an, sie wüssten, wann zwischen zwei Regelblutungen die Möglichkeit für eine Schwangerschaft am größten ist, aber knapp ein Drittel lag jeweils falsch – letztlich konnte also nur jedes zweite Mädchen den Empfängniszeitpunkt richtig bestimmen (BZgA 2006b, S. 57 f.).

Neben Wissensdefiziten haben Mädchen auch Erfahrungsdefizite, da ihr Sexualverhalten stärker normiert ist und stärker kontrolliert wird als das der Jungen. So befriedigen Mädchen sich z. B. nicht so häufig selbst und kennen daher ihre sexuellen Wünsche und Bedürfnisse weniger gut als Jungen. Das liegt zum Teil auch daran, dass viele Mädchen kein positives Körperbild

3 Diese Befragung wurde zum ersten Mal im Jahr 1980 durchgeführt und 1994, 1996, 1998, 2001 und 2005 wiederholt.

ihrer inneren und äußeren Sexualorgane haben, weil sie zu wenig darüber wissen (vgl. Schwarz 1998) – masturbationsunerfahrene Mädchen haben in der Regel eine feindliche Einstellung gegenüber ihrem eigenen Körper. Selbstbefriedigung aber ermöglicht die Entdeckung, nicht nur begehrt zu werden, sondern auch selbst zu begehren. Das bereichert die Sexualität mit einem Partner oder einer Partnerin und festigt die Überzeugung, dass man selbst etwas beeinflussen kann (internale Kontrollüberzeugung; vgl. Heiß 1997). Jugendliche können bei der Selbstbefriedigung mit sexuellen Gefühlen, Gedanken und Handlungen experimentieren, um herauszufinden, wie sie sich ihre Sexualität und Beziehungen als Erwachsene vorstellen und wünschen.

Solche Erfahrungsdefizite äußern sich auch in einer gewissen Sprachlosigkeit, die durch die traditionelle Tabuisierung weiblicher Sexualität noch verstärkt wird. Zudem gibt es nur wenige (positiv besetzte) Begriffe für die weiblichen Sexualorgane.

Für Mädchen geht es bei der Sexualität um die Auseinandersetzung mit der eigenen körperlichen Entwicklung, mit den eigenen sexuellen Wünschen und Bedürfnissen, um die Aufnahme intimer Beziehungen (zum anderen oder eigenen Geschlecht). Anders als noch in der Zeit nach der „sexuellen Revolution“ Ende der 1960er/Anfang der 1970er Jahre geben junge Frauen heute in Umfragen wieder seltener an, dass ihre sexuellen Erlebnisse lustvoll und befriedigend waren. Neben der Angst vor ungewollten Schwangerschaften, die trotz wirksamer Verhütung immer noch eine große Rolle spielt, ist die größte Angst für Mädchen und Jungen heute die, vom Partner oder von der Partnerin verlassen zu werden. Auch die Angst vor sexuellen Übergriffen belastet die Sexualität, wohingegen die Furcht vor HIV/Aids oder anderen sexuell übertragbaren Infektionen nur eine untergeordnete Rolle spielt. 1998 veröffentlichte der Sexualwissenschaftler Volker Sigusch Zahlen, wonach 70% der befragten jungen Frauen schon einmal Angst gehabt hatten, schwanger zu sein, während nur etwa 10% der befragten Jugendlichen schon einmal befürchtet hatten, sich auf sexuellem Weg mit HIV infiziert zu haben (vgl. Sigusch 1998). Da zur Schwangerschaftsverhütung überwiegend die Pille verwendet wird, rückt ein zusätzlicher Schutz vor sexuell übertragbaren Infektionen durch Kondome eher in den Hintergrund.

2.2.3 Geschlechterrollen und das Verhältnis der Geschlechter

Die überkommenen Geschlechterrollen haben auch heute noch einen großen Einfluss auf das Verhalten von Männern und Frauen in Beziehungen. Traditionell gelten die Bedürfnisse und Wünsche der Frauen als denen der Männer untergeordnet. Für die Sexualität heißt das: Der Mann bestimmt, die Frau gibt

sich hin; in der intimen Kommunikation nimmt sie eine passiv-abwartende Haltung ein und kommuniziert eher indirekt und uneindeutig. Für Mädchen, die meist mit älteren Jungen Sex haben, ist das Ansprechen bzw. Durchsetzen des Kondomgebrauchs daher besonders schwer.

Bei der Empfängnisverhütung dagegen wird häufig von der Frau eine aktive Rolle erwartet. In Verbindung mit der traditionellen Vorstellung der „passiven Frau“ hat dies zur Bevorzugung „unauffälliger“ Verhütungsmittel wie der Pille oder Spirale geführt, die zwar gut vor Schwangerschaften schützen, nicht aber vor sexuell übertragbaren Infektionen und HIV. Frauen können den Einsatz dieser Mittel in der Regel selbst bestimmen und kontrollieren. An Verhütungsmittel, über die mit dem Partner verhandelt werden muss, sind viele Frauen daher nicht gewöhnt.

Schon im Vorschulalter werden Kinder sich ihres eigenen Geschlechts bewusst, lernen die damit verknüpften Erwartungen kennen und zeigen ein entsprechendes Rollenverhalten. Mädchen lehnen es häufig ab diesem Alter ab, sich mit „typisch männlichen“ Dingen zu beschäftigen. In der Pubertät sind Mädchen oft sehr verunsichert über sich selbst, über ihre weitere Entwicklung und vor allem darüber, wie sie eine Freundschaft mit einem Jungen beginnen und gestalten können. Je größer diese Unsicherheiten sind, desto eher orientieren Mädchen sich an den traditionellen Geschlechterrollen (Mädchen sind passiv und doch verantwortungsvoll, Jungen sind aktiv und dominierend). Nach Preiß/Schwarz/Wilser (1996) sind viele Mädchen dazu bereit, ihre Autonomie zugunsten ihrer Beziehungen einzuschränken – Autonomie und Liebe könnten sogar als unvereinbar erlebt werden. Viele Mädchen verlassen zum Beispiel ihre Clique und wechseln in die Clique ihres Freundes; der umgekehrte Fall ist kaum denkbar. Obwohl Mädchen oft akzeptieren oder gar erwarten, dass sich ihr Partner ihnen gegenüber dominant verhält, übernehmen meistens sie die Verantwortung für die Gestaltung und das Gelingen einer Liebesbeziehung. Sie kümmern sich um das Gelingen der Kommunikation und fühlen sich für Rückschläge, Nichtverstehen und sogar für mangelnde Liebesfähigkeit des Partners verantwortlich.

Belastet wird das Verhältnis der Geschlechter durch sexuelle Übergriffe. Zwei Drittel der von Sigusch (1998) befragten Mädchen im Alter von 16 und 17 Jahren gaben an, schon mindestens einmal sexuell attackiert worden zu sein, beinahe jede Zehnte war Opfer eines schweren Übergriffs (z. B. erzwungener Geschlechtsverkehr).

Obwohl die traditionellen Geschlechterrollen also noch eine große Rolle spielen, verändert sich doch allmählich die Beziehung zwischen den Geschlechtern: Mädchen und Frauen streben nach mehr Selbstbestimmung und wünschen sich gleichberechtigte, friedlichere, kommunikativere, berechen-

barere sexuelle Beziehungen (vgl. Schmidt 1995). Immer mehr Mädchen und Frauen fordern ihr Recht auf sexuelle Selbstbestimmung und sexuelle Integrität ein und setzen dieses durch. Sie wollen selbst auf Jungen ihrer Wahl zugehen können, ohne Angst vor Zurückweisung, weil Mädchen passiv und abwartend zu sein haben. Mädchen wollen als gleichberechtigte Partnerinnen mit den Jungen über ihre emotionalen und sexuellen Anliegen und Bedürfnisse verhandeln. Neben Liebe und Treue sind heute auch Gleichberechtigung und Gewaltlosigkeit von großer Bedeutung für die Bewertung von Beziehungen (vgl. Sigusch 1998).

2.2.4 Das romantische Liebesideal

Das romantische Liebesideal ist das Ergebnis einer langen gesellschaftlichen Entwicklung, auch wenn wir diese Art der Liebe heute fast als naturgegeben ansehen. Am Beginn standen die „Schmeicheleien“ der mittelalterlichen höfischen Liebe (*amour courtois*), die meist bereits verheirateten Frauen bei Hof galten. Ehen hatten damals vor allem politische und ökonomische Funktionen, Liebe im heutigen Sinn spielte keine Rolle. Neu an der höfischen Liebe war daher die Betonung der individuellen Entscheidung für einen anderen Menschen. Das aufsteigende Bürgertum übernahm das Ideal der höfischen Liebe und übertrug es auf tatsächlich heiratsfähige Frauen, die bis zur Hochzeit zu „hofieren“ waren. Nach und nach entwickelte sich die Vorstellung, Liebe solle die Grundlage für eine Ehe sein; ökonomische und andere Gründe traten immer mehr in den Hintergrund.

Die Hauptmerkmale des romantischen Liebesideals sind, dass Liebe als sehr persönliche und authentische Erfahrung, als unkontrollierbare Leidenschaft, als ewig haltend und damit als einzigartig angesehen wird. Allerdings gehen viele Menschen heute nicht mehr von der einen großen Liebe für das ganze Leben aus, sondern von mehreren großen Lieben. Das romantische Liebesideal spielt eine wichtige Rolle als Orientierungs- und Interpretationshilfe für das eigene Verhalten und das Verhalten anderer, auch wenn nur wenige Partnerschaften dem Ideal tatsächlich entsprechen (vgl. Averill/Boothroyd 1977).

Das romantische Liebesideal beeinflusst das HIV-Schutzverhalten von Mädchen und Frauen. Es wirkt vielleicht vor allem als „weibliche Illusion“ so nachhaltig, weil das Ideal der gegenseitigen freien Partnerwahl die Frau – zumindest theoretisch – dem Mann gleichstellt und ihr die Verfügung über ihren Körper und ihr weiteres Leben einräumt. Auch die Vorstellung, Liebe und Sexualität seien nicht voneinander zu trennen, ist bei (heterosexuellen) Mädchen und Frauen besonders stark ausgeprägt. In Verbindung mit den tradi-

tionellen Geschlechterrollen führt dies häufig dazu, dass sexuelle Wünsche als Verliebtheit interpretiert und in eine romantische Geschichte eingebettet werden: Viele Frauen denken sich den Mann, der sie sexuell erregt, zum potenziellen Liebespartner schön – weil Sex beliebig sei, Liebe hingegen nicht. Manche Frau sieht Sex als Liebesbeweis und „Preis“ für eine romantische Beziehung an, auch und gerade dann, wenn er als unbefriedigend erlebt wird. Da Frauen (sexuell) passiv sein sollen, um ihrer traditionellen Geschlechtsrolle zu entsprechen, unterliegen sie einem (unbewussten) Zwang, verführt zu werden. Sie sollen nicht auf Sex „lauern“, aber wenn „er“ vor ihnen steht, sie ansieht, sie berührt, sollen sie sich in ihn verlieben, ihm verfallen. Sie sollen sich im wahrsten Wortsinne „übermannen“ lassen, willenlos werden. Dies könnte den Erfolg von Verhütungsmitteln wie Pille und Spirale erklären: Mit ihnen lässt sich „heimlich“ vorsorgen, sodass die Illusion der Absichts- und Willenlosigkeit aufrechterhalten wird. Um sich der Leidenschaft hingeben zu können, nehmen viele Frauen das Risiko einer ungewollten Schwangerschaft oder sexuell übertragbarer Infektionen in Kauf.

Auch das Ideal des wortlosen Verstehens in der intimen Kommunikation kann HIV-präventivem Verhalten entgegenwirken. Wortloses Verstehen wird, besonders in der Phase des symbiotischen Verliebtseins, geradezu zum Prüfstein der Liebe („Wenn er mich wirklich liebt, dann spürt er, was ich möchte, auch wenn ich es nicht sage“). Auch sollte der kommunikative Abstimmungsprozess vor dem Geschlechtsverkehr möglichst nicht zu eindeutig sein, das Geschehen soll sich spontan und „natürlich“ entwickeln. Ein Kondom hingegen ist eindeutig mit eindringendem Geschlechtsverkehr verbunden. Wird es angesprochen, zwingt man sich zu einer frühzeitigen Selbstoffenbarung. Auf der einen Seite kann man sich dadurch in hohem Maß verletzbar machen, auf der anderen Seite kann es den Partner abschrecken.

Das Ansprechen und das Überziehen des Kondoms lassen sich für viele auch nur schwer mit einem als „normal“ oder „natürlich“ betrachteten Ablauf des Liebesspiels von zunehmender Zärtlichkeit, körperlicher Nähe bis hin zum „reibungslos“ gewünschten Geschlechtsverkehr vereinbaren. Vielmehr wird es als Unterbrechung bzw. Störung empfunden (vgl. Bengel [Hg.] 1996). Außerdem verhindert das Kondom als Barrierschutz die gänzliche sexuelle Vereinigung („Nichts soll zwischen uns sein“), wodurch sich viele Menschen in ihrem sexuellen Erleben beeinträchtigt fühlen.

Auch und gerade bei Jugendlichen spielt das romantische Liebesideal eine wichtige Rolle, wie sich in vielen Studien gezeigt hat (vgl. z. B. Gerhards/Schmidt 1992; Lange 1993; BZgA 1995). Die meisten wünschen sich, dass Sexualität sich in einer romantischen Beziehung „ereignet“. Geplante Sexualität wird als „unerotisch“ empfunden, und das alleinige Streben nach

sexuellem Lustgewinn wird abgelehnt. Anders als noch vor einigen Jahren betonen immer mehr Jugendliche die sexuelle Treue und das Vertrauen in den Partner/die Partnerin, auch wenn Fremdgehen natürlich weiterhin vorkommt. Die starke Betonung der Treue auf der einen Seite und zahlreiche, relativ kurzfristige Beziehungen nacheinander („serielle Monogamie“) auf der anderen Seite führen jedoch häufig zu der Vorstellung, Sexualkontakte in Beziehungen seien hinsichtlich HIV oder anderer sexuell übertragbarer Infektionen unbedenklich. Da für die meisten Jugendlichen – wie für die meisten Erwachsenen auch – die Schwangerschaftsverhütung im Vordergrund steht, greifen sie in der Regel zur Pille, obwohl sich nur durch Kondome Schwangerschaften und sexuell übertragbare Infektionen verhindern lassen.

Zusammenfassend kann man sagen, dass vor allem die folgenden, aus dem romantischen Liebesideal abgeleiteten Vorstellungen präventivem Verhalten entgegenwirken können:

- Die Betonung der Einzigartigkeit der Beziehung führt zu Fehleinschätzungen des eigenen Risikos, besonders dann, wenn Sexualkontakte außerhalb der Partnerschaft oder in früheren Beziehungen einschließlich möglicher Infektionsrisiken nicht thematisiert werden (auch weil man sich ja vertraut).
- Die Koppelung von Sexualität und Liebe führt zu der Erwartung, dass Sexualität natürlich, harmonisch, wortlos verstehend, unterbrechungs- und störungsfrei zu sein habe (vgl. Gerhards/Schmidt 1992); das Ansprechen von Safer Sex kann dann als Störung der Harmonie und als Ausdruck von Misstrauen empfunden werden. Gleichzeitig führt diese Koppelung dazu, dass Sex eine zentrale Rolle für die Bewertung der Beziehung spielt: Ein Scheitern des Sexualkontakts, etwa durch die Äußerung des Wunsches, ein Kondom zu verwenden, gefährdet dann die gesamte Beziehung.
- Der Treue-Anspruch schließlich kann zu einem Risikofaktor werden, wenn die Partner sich einen ungeschützten Seitensprung nicht mitteilen.⁴

Die Präventionskampagnen haben die Sexualität innerhalb von Beziehungen lange Zeit nicht thematisiert, sondern hatten eher den Sex mit wechselnden Partnern und Partnerinnen im Blick. Nach Dannecker (1994) führte dies bei vielen zu der Vorstellung, Sexualität in Beziehungen stelle im Gegensatz zu flüchtigen sexuellen Kontakten kein Risiko dar. Studien haben gezeigt, dass sich diese Vorstellung, wie auch die Idealisierung fester Partnerschaften, in allen Bevölkerungsgruppen findet, also bei Mädchen und Jungen, Frauen und

4 *Verschiedenen Befragungen zufolge gehen 50–70% der Personen, die in einer festen Partnerschaft leben, zumindest gelegentlich fremd, ca. 45% haben länger dauernde Affären.*

Männern, Heterosexuellen und Homosexuellen – sogar bei Prostitutionstouristen und -touristinnen.⁵

Das romantische Liebesideal kann also in allen sexuellen Beziehungen – auch kurzfristigen –, in denen Verliebtheit oder Liebe eine Rolle spielen, dem Schutzverhalten entgegenwirken. Rosenbrock (1996) hält es daher für erforderlich, auf allen Präventionsebenen die Aufmerksamkeit verstärkt darauf zu richten, dass auch eine hohe Präventionsmotivation in bestimmten Phasen und Situationen auf große Umsetzungshindernisse treffen wird. Präventionsbemühungen sollten daher explizit auf diese Schwierigkeiten eingehen, indem Werte, Normen und Konzepte aus dem Bereich Partnerschaft und Sexualität sowie daraus folgende Erwartungshaltungen und Handlungsbereitschaften bewusst gemacht und diskutiert werden. Diese Werte und Normen grundsätzlich in Frage zu stellen, scheint dagegen wenig sinnvoll (vgl. Bengel [Hg.] 1996). Vielmehr sollte aufgezeigt werden, dass sie sich mit dem Schutz vor einer Infektion mit HIV oder anderen STIs vereinbaren lassen und dass Liebe, Verantwortung und Wertschätzung für sich selbst und den anderen und für die Beziehung sich gerade im Schutzverhalten ausdrücken. Auch vor diesem Hintergrund müssen Mädchen und Frauen gestärkt werden, um in Partnerschaften als selbstbewusste und gleichberechtigte Partnerinnen auftreten zu können – erst dann können sie die Verantwortung für die Beziehung und ihre Folgen gemeinsam mit ihren Partnern oder Partnerinnen tragen.

2.3 Zielgruppen für mädchen- und frauenspezifische HIV/STI-Prävention

Mädchen und Frauen leben unter bestimmten gesellschaftlichen, wirtschaftlichen und kulturellen Bedingungen, die in der HIV/STI-Prävention ebenso berücksichtigt werden müssen wie etwa biologische, psychologische und epidemiologische Gegebenheiten. Frauen stellen aber keine homogene Zielgruppe dar. Wenn man Zielgruppen für frauenspezifische HIV-Prävention bestimmen will, muss man sich am tatsächlichen Risiko für eine HIV-Infektion und an den Lebenssituationen der zu erreichenden Frauen orientieren. Die Orientierung an Zielgruppen ist wichtig, um Menschen mit Präventionsmaßnahmen erreichen zu können – diese sind umso erfolgreicher, je besser sie auf die spezifischen

5 *Prostitutionstouristinnen und -touristen, die während eines Urlaubs längere Zeit mit derselben Frau oder demselben Mann zusammen sind, glauben oft, dass die Beziehung zu „ihrer“ bzw. „ihrem“ Prostituierten etwas Besonderes sei und Liebe auch „auf der Gegenseite“ eine Rolle spiele.*

Lebenssituationen der Adressatinnen und Adressaten zugeschnitten sind. Man sollte dabei allerdings immer auch bedenken, dass die Bestimmung von Zielgruppen Verallgemeinerungen mit sich bringt und es *die* typische Vertreterin einer Zielgruppe in der Realität so meistens nicht gibt. Außerdem besteht die Gefahr, dass die Angehörigen von Gruppen, die von HIV/Aids besonders betroffen sind – in Deutschland vor allem Männer, die Sex mit Männern haben, Drogengebraucher/innen und Migrantinnen/Migranten aus Hochprävalenzländern –, stigmatisiert werden und dass alle, die sich nicht diesen Zielgruppen zurechnen, sich fälschlicherweise vor einer Infektion mit HIV oder anderen sexuell übertragbaren Erregern sicher fühlen.

Grundsätzlich kann sich natürlich jedes Mädchen und jede Frau mit HIV und anderen STIs infizieren, vor allem bei ungeschütztem Sex oder bei der gemeinsamen Verwendung von Spritzen und Zubehör für den Drogengebrauch. Dennoch zeigen die bisherigen Erfahrungen, dass bestimmte Mädchen und Frauen besonders gefährdet sind:

- Frauen, die Sex mit Männern haben, welche ihrerseits ein erhöhtes Infektionsrisiko haben (Männer, die Sex mit Männern haben, Drogengebraucher, Männer aus Hochprävalenzregionen)
- Mädchen und Frauen in besonders schwierigen Lebenslagen, wenn für sie die Sorge um die eigene Gesundheit hinter anderen Bedürfnissen oder Notwendigkeiten – z. B. Anerkennung und Zuwendung oder Beschaffung von Geld oder Drogen – zurücksteht. Dabei ist ihre Schutzmotivation umso geringer, je hoffungsloser sie ihre aktuelle Lage und ihre Zukunftsaussichten einschätzen.

Im Folgenden seien einige der Zielgruppen genannt, die heute für die HIV/STI-Präventionsarbeit mit Mädchen und Frauen von Bedeutung sind:

- Mädchen und junge Frauen in einem konfliktreichen Lebensabschnitt (Pubertät, erste sexuelle Erfahrungen, Loslösung von den Eltern, Suche nach dem „richtigen“ Partner) sind vor die Aufgabe gestellt, sowohl HIV und andere STIs als auch Schwangerschaften zu verhüten.
- Frauen mit wechselnden bzw. verschiedenen Partnern können Schwierigkeiten bei der Umsetzung von Safer Sex haben, wenn sie sich am romantischen Liebesideal orientieren.
- Partnerinnen von Männern mit erhöhtem Risiko oder von infizierten Männern (z. B. Männer, die ungeschützten Sex mit anderen Partnerinnen oder Partnern haben, Männer, die Drogen gebrauchen, Männer aus Hochprävalenzländern) verdrängen das Thema „HIV-Infektion“ häufig, weil sie Angst haben, ihre Partnerschaft zu gefährden oder weil sie von ihren Partnern abhängig sind.

- Frauen in der Beschaffungs- oder Armutprostitu⁶ oder Trebegängerinnen lassen sich leichter auf ungeschützten Sex ein, wenn sie dringend Geld oder z. B. einen Übernachtungsplatz benötigen. Häufig wird auch zwischen dem Anschaffen und der Privatsphäre streng getrennt und bei privaten Sexualkontakten auf das Kondom verzichtet.
- Touristinnen, die Sex mit Partnern aus Hochprävalenzregionen haben, können Schwierigkeiten mit der Schutzmotivation haben, wenn sie sich am romantischen Liebesideal orientieren.
- Drogengebraucherinnen sind doppelt gefährdet, wenn sie gemeinsam mit anderen Spritzen, Nadeln und anderes Zubehör verwenden und ungeschützten Sex mit Partnern aus der Szene haben; hier spielt auch eine Rolle, dass beim „Needle-Sharing“ Frauen oft zuletzt an die Reihe kommen.
- Frauen in Haft haben meist keinen Zugang zu sauberem Zubehör für den Drogenkonsum und zu Kondomen. Auch Tätowieren und Piercen geschieht unter unsterilen Bedingungen. Drogenkonsum und sexuelle Kontakte in Haft werden immer noch tabuisiert, was die Präventionsarbeit mit dieser Zielgruppe besonders erschwert.
- Lesbische und bisexuelle Mädchen und Frauen sind oft hinsichtlich ihres eigenen Infektionsrisikos verunsichert. Dies kann einerseits zur Verdrängung oder Verleugnung von Risiken führen, andererseits jedoch auch zu übertriebenem Schutzverhalten.
- Migrantinnen haben aufgrund von Sprachproblemen und/oder kulturellen Besonderheiten oft große Schwierigkeiten, sich angemessen zu informieren. In vielen Kulturen wird das Thema Sexualität immer noch stark tabuisiert, und Frauen werden wenig Selbstbestimmungsrechte zugestanden, was die Umsetzung von Safer Sex erschwert.
- Mediatorinnen und Multiplikatorinnen (z. B. Lehrerinnen, Erzieherinnen, Mitarbeiterinnen von Jugendeinrichtungen und andere pädagogische Fachkräfte) sind wichtig für die HIV/STI-Prävention, weil durch sie viele Mädchen und Frauen erreicht werden können. Auch Mütter, die meist die Hauptverantwortung für Erziehung und Aufklärung tragen, gehören dazu.
- Betreiber/innen von Bordellen oder Clubs können eine wichtige Rolle dabei spielen, bei den Nutzern sexueller Dienstleistungen auf Kondomakzeptanz hinzuwirken. Ähnliches gilt auch für die Sexarbeiterinnen selbst; hier ist die Hurenselbsthilfe eine wichtige Partnerin.

6 *Viele im Bereich Gesundheitsförderung/Prävention Tätige ziehen die Begriffe „Sexarbeit“ und „Sexarbeiter/in“ den Begriffen „Prostitution“ und „Prostituierte/r“ vor, da sie sich auf die Tätigkeit selbst beziehen und als weniger diskriminierend und stigmatisierend angesehen werden. Dahinter steht auch die politische Forderung, die Arbeit von Prostituierten noch stärker anderen Berufen rechtlich gleichzustellen. Dieses Handbuch folgt dem alltäglichen Sprachgebrauch, ohne diskriminieren zu wollen.*

A stylized illustration of a woman's silhouette in a light blue color, set against a dark blue background with wavy, concentric patterns. The woman's right arm is raised, with her fist clenched. The overall aesthetic is modern and graphic.

3. HIV-Präventionskonzept für Mädchen und Frauen

3.1 Hintergrundinformationen

Um HIV-Präventionskonzepte entwickeln zu können, muss zunächst Klarheit über die Übertragungswege des HI-Virus und über die Faktoren herrschen, die HIV-präventives Handeln hemmen oder fördern können.

3.1.1 Übertragungswege

HIV kann nur übertragen werden, wenn es in ausreichender Menge in den Körper oder auf Schleimhaut gelangt. Eine Ansteckung ist möglich über Blut (auch Menstruationsblut), Sperma, Scheidenflüssigkeit und Muttermilch, die das Virus in hoher Konzentration enthalten können, sowie über den intensiven Kontakt zwischen den Schleimhäuten von Penis und Enddarm bzw. zwischen Penis und Scheide.

Sexuelle Übertragung

Am häufigsten wird HIV beim Sex ohne Kondom übertragen.

- Beim ungeschützten Analverkehr können die Zellen der Darmschleimhaut HIV aus Sperma oder dem Flüssigkeitsfilm auf den Penisschleimhäuten direkt aufnehmen. Außerdem kommt es beim Analverkehr leicht zu winzigen Verletzungen im Darm, die eine Infektion begünstigen. Der eindringende Partner kann sich über Immunzellen in der Schleimhaut des Penis infizieren, die HIV aus dem Flüssigkeitsfilm auf der Darmschleimhaut aufnehmen können. Ein Risiko besteht also auch ohne Samenerguss im Darm, und zwar für beide Beteiligten.
- Beim ungeschützten vaginalen Verkehr kann HIV aus infektiösem Sperma oder aus dem Flüssigkeitsfilm auf den Penisschleimhäuten in die Schleimhaut von Scheide oder Gebärmutterhals eindringen und von Immunzellen aufgenommen werden. Umgekehrt kann HIV aus Scheidenschleimhaut, Scheidenflüssigkeit oder Menstruationsblut auf den Mann übertragen werden, wenn es von Immunzellen in den Schleimhäuten des Penis aufgenommen wird. Während der Periode (Monatsblutung) kann das Infektionsrisiko für den Mann erhöht sein.
- Oralverkehr ist deutlich risikoärmer als Anal- und vaginalen Verkehr: Die Mundschleimhaut ist widerstandsfähiger gegen HIV als andere Schleimhäute, außerdem „spült“ der Speichel Erreger von der Schleimhaut ab und wirkt verdünnend. Ein HIV-Risiko besteht, wenn beim „Blasen“, „Lecken“ oder „Lutschen“ Sperma oder Menstruationsblut in den Mund der Partnerin/des Partners gelangt, doch ist es auch hier wesentlich geringer als

beim ungeschützten Vaginal- oder Analverkehr. Bei Aufnahme von Scheidenflüssigkeit ohne Blut reicht die Viruskonzentration für eine Ansteckung nicht aus. Auch bei Aufnahme des „Lusttropfens“ ist das HIV-Risiko vernachlässigbar gering.

Das Risiko, sich oder andere mit HIV anzustecken, ist stark erhöht, wenn man eine sexuell übertragbare Infektion wie Syphilis, Tripper (Gonorrhö) oder Herpes hat: Die dadurch verursachten Entzündungen, Geschwüre und Schleimhautverletzungen (die man häufig gar nicht bemerkt) stellen eine Eintritts- und Austrittspforte für HIV dar. Auch deshalb ist es wichtig, solche Infektionen rechtzeitig zu erkennen und zu behandeln – und bis zum erfolgreichen Abschluss der Behandlung auf Sex zu verzichten. Wer häufig mit wechselnden Partnerinnen oder Partnern Sex hat, sollte sich regelmäßig – z. B. alle halbe Jahre – auf sexuell übertragbare Infektionen untersuchen lassen, weil man diese oft nicht selbst erkennen kann.

Übertragung beim Drogengebrauch

Menschen, die sich Drogen spritzen („fixen“), haben ein sehr hohes Infektionsrisiko, wenn sie ein bereits von einer anderen Person benutztes Spritzbesteck verwenden. Hierbei kann nämlich HIV aus infektiösen Blutresten in der Spritze direkt in die Blutbahn eindringen. In feuchten Blutresten im Inneren einer Spritze hält sich das Virus unter Umständen mehrere Tage! Ein Infektionsrisiko besteht auch beim Aufteilen der Droge mit Hilfe gebrauchter Spritzbestecke. Außerdem kann man sich beim gemeinsamen Gebrauch von Spritzbesteck und Zubehör sowie von Röhrchen zum „Sniefen“ sehr leicht mit Hepatitisviren infizieren, die Leberentzündungen verursachen und langfristig zu Leberzirrhose und Leberkrebs führen können.

Mutter-Kind-Übertragung⁷

Kinder von HIV-positiven Frauen können während der Schwangerschaft und beim Stillen, vor allem aber während der Geburt angesteckt werden. Das Übertragungsrisiko hängt dabei wesentlich von vorbeugenden Maßnahmen ab. Unter optimalen Bedingungen kann die Übertragungsrate von etwa 20% (ohne Schutzmaßnahmen) auf unter 1% gesenkt werden: durch die Einnahme von Medikamenten gegen HIV, um die Viruslast im Blut der Mutter unter die Nachweisgrenze zu senken, durch eine vorsorgliche mehrwöchige Be-

⁷ *Fachleute sprechen von vertikaler Transmission.*

handlung des Neugeborenen mit antiretroviralen Medikamenten und durch den Verzicht aufs Stillen. Um das Risiko einer Übertragung bei der Geburt zu minimieren, werden Kinder HIV-infizierter Mütter meist durch Kaiserschnitt auf die Welt geholt. Liegt die Viruslast der Mutter stabil unter der Nachweisgrenze, kann das Kind auch durch eine natürliche Geburt zur Welt gebracht werden. Wichtig ist in jedem Fall eine medizinische Betreuung durch HIV-Spezialistinnen oder -Spezialisten und die frühzeitige Planung der Geburtsmethode.

3.1.2 Hemmende Einflüsse auf das HIV-Schutzverhalten

Der folgende stichwortartige Überblick über individuelle, situative und gesellschaftliche Einflüsse auf das HIV-Schutzverhalten erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Einige Faktoren spielen in der deutschen Gesellschaft und Kultur keine Rolle, wohl aber in anderen Kulturen und Ländern. Die einzelnen Faktoren greifen ineinander und sind nicht immer voneinander zu trennen.⁸

Individuelle Einflüsse/Risikofaktoren

- mangelndes Wissen über Übertragungswege und Schutzmöglichkeiten
- Verdrängung oder Leugnung des Risikos, Unverwundbarkeitsphantasien
- mangelnde Schutzmotivation: geringe Wertschätzung der eigenen Person und Gesundheit (z. B. aufgrund der eigenen Sozialisation oder einer schwierigen Lebenssituation wie Armut, Beschaffungsprostitution usw.), Fatalismus
- mangelnde Fähigkeiten zum Äußern des Schutzbedürfnisses, zum Beispiel aus Angst davor, die Beziehung zu gefährden, oder weil unklar ist, wann und wie das Thema angesprochen werden kann
- mangelnde Fähigkeiten zum Durchsetzen des Schutzbedürfnisses: geringes Selbstbewusstsein, Abhängigkeiten
- romantisches Liebesideal
- Ablehnung von Kondomen: verhindern vollständige Vereinigung, sind Indiz für Seitensprünge usw.
- mangelnde praktische Fähigkeiten zur Kondomanwendung.

⁸ Es gibt verschiedene sozialwissenschaftliche Modelle zum Zusammenwirken dieser Faktoren (etwa das Modell der Schutzmotivation von Bengel [Hg.] 1996), auf die hier nicht näher eingegangen werden kann.

Situative Einflüsse/Risikofaktoren

- Kondome oder saubere Drogenutensilien sind nicht vorhanden (z. B. in Haft)
- Kontrollverlust durch starke sexuelle Erregung oder Alkohol- und Drogengebrauch

Gesellschaftliche Einflüsse/Risikofaktoren

- eine Aidspolitik, die primärpräventives Handeln erschwert (indem sie z. B. ausschließlich auf Treue, Zwangsmaßnahmen usw. setzt)
- Verleugnung bzw. Verdrängung der epidemiologischen Erkenntnisse (Hauptübertragungswege, am stärksten betroffene und bedrohte Gruppen usw.)
- Tabuisierung von Themen, die für die HIV-Prävention zentral sind: Sexualität (z. B. Homo- und Bisexualität, Sexualität außerhalb fester Partnerschaften), Drogengebrauch, Prostitution usw.
- konservative Moralvorstellungen und Vorurteile, Homophobie, Fremdenfeindlichkeit
- religiöser/moralischer Fundamentalismus
- Ausgrenzung/Kriminalisierung sogenannter Risikogruppen (Männer, die Sex mit Männern haben, Drogengebraucher/innen, Prostituierte usw.)
- Ausgrenzung von Menschen mit HIV/Aids
- Armut und soziale Verelendung, die zu Perspektiv- und Hoffnungslosigkeit führen
- mangelnde personelle und/oder materielle Ressourcen für die HIV/Aids-Prävention.

3.2 Ziele und Inhalte frauen- und mädchen-spezifischer HIV-Prävention

Die im Folgenden aufgeführten Ziele und Inhalte frauenspezifischer HIV-Prävention beziehen sich vor allem auf die Primärprävention sowie auf personal-kommunikative Angebote, nicht auf die Prävention über (Massen-)Medien.

3.2.1 Ziele

Hauptziel frauenspezifischer HIV-Primärprävention ist die Verhütung von HIV-Infektionen bei Mädchen und Frauen. Daraus lassen sich unter Berücksichtigung der genannten hemmenden Einflüsse und Risikofaktoren Unterziele ableiten, etwa

- die Sensibilisierung für Risikofaktoren und -verhalten
- die Schaffung eines realistischen Risikobewusstseins
- die Förderung der Schutzmotivation
- die Unterstützung bei der Entscheidung für ein Schutzverhalten, das dem individuellen Sicherheitsbedürfnis und der jeweiligen Situation entspricht (Risikomanagement)
- die Förderung der kommunikativen, sozialen und praktischen Fähigkeiten zur Umsetzung des Schutzverhaltens.

Einige der möglichen – vielfach miteinander verwobenen – Ziele seien hier näher erläutert:

● Auseinandersetzung mit Werten und Normen

Gesellschaftliche und individuelle Werte und Normen prägen Vorstellungen, Vorurteile, Ideale, Ängste und Wünsche im Bereich von Sexualität und Partnerschaft. Die Förderung der Akzeptanz anderer Lebensweisen wirkt einer Abgrenzung von vermeintlichen Risikogruppen entgegen („Mit Aids habe ich nichts zu tun“ oder „Das kann mir nicht passieren“) und trägt zu einer realistischen Risikoeinschätzung bei.

● Auseinandersetzung mit dem Thema Sexualität

Hierzu gehört vor allem die Bewusstmachung eigener Wünsche, Bedürfnisse, Ängste, Abneigungen und Barrieren, was zur Stärkung der sexuellen Identität und des Selbstbewusstseins beiträgt – wichtige Voraussetzungen für die Entwicklung einer Schutzmotivation bzw. die Fähigkeit, das eigene Schutzbedürfnis auch anzusprechen und durchzusetzen.

● **Schaffung eines realistischen Risikobewusstseins**

Gerade Mädchen und Frauen, die keine Kontakte zu den von HIV/Aids und anderen STIs besonders bedrohten und betroffenen Menschen und Szenen haben, fühlen sich oft sicher und schützen sich daher selbst dann nicht, wenn das Risiko einer HIV/STI-Infektion besteht (z. B. bei ungeschützten sexuellen Kontakten – auch des Partners – außerhalb der Beziehung). Um ein realistisches Risikobewusstsein zu erreichen, muss Wissen über die Übertragungswege und -wahrscheinlichkeiten von HIV und anderen STIs vermittelt werden.

● **Stärkung von Mädchen und Frauen**

Im Sinne der strukturellen Prävention muss auch die gesellschaftliche Position von Mädchen und Frauen gestärkt werden („Empowerment“), um Einflüssen entgegenzuwirken, die präventives Verhalten hemmen oder sogar verhindern. Dadurch werden Selbstbewusstsein und ein positives Verhältnis zum eigenen Körper gestärkt – gute Voraussetzung für die Entwicklung einer Schutzmotivation und für die Umsetzung von HIV/STI-Schutzverhalten. Je nach Zielgruppe kann es darüber hinaus aber auch erforderlich sein, auf die konkreten Lebensumstände Einfluss zu nehmen.

● **Förderung der Schutzmotivation**

Die Überzeugung, dass das Risiko einer HIV/STI-Infektion durch das eigene Handeln beeinflusst werden kann, ist neben ausreichendem Selbstbewusstsein/Selbstwertgefühl und einem positiven Verhältnis zum eigenen Körper Voraussetzung für die Entwicklung einer Schutzmotivation. Einer realistischen Darstellung der Risiken muss die Vorstellung erreichbarer Ziele und umsetzbarer Verhaltensstrategien folgen, die der Lebensrealität von Mädchen und Frauen entsprechen und sich in den Alltag integrieren lassen. Die von religiösen und politisch-konservativen Kräften propagierten Präventionsstrategien der „Abstinenz“ bzw. der „Treue“ dagegen sind für die meisten Mädchen und Frauen, die einen Partner suchen oder nicht monogam leben, unrealistisch.

● **Vermittlung bzw. Stärkung der kommunikativen, sozialen und Handlungskompetenzen**

Um HIV/STI-präventives Verhalten – insbesondere die Verwendung eines Kondoms – mit ihrem Sexualpartner aushandeln zu können, brauchen Mädchen und Frauen neben ausreichendem Selbstbewusstsein auch entsprechende kommunikative und soziale Fähigkeiten: Sie müssen in der Lage sein, über Sexualität zu sprechen, ihre eigenen Bedürfnisse vorzubrin-

gen, mit Widerständen des Sexualpartners umzugehen und Schutzverhalten schließlich durchzusetzen. Darüber hinaus sollten sie Kondome auch selbst richtig anwenden können.

3.2.2 Inhalte

Berücksichtigt man Bedingungen für bzw. Einflussfaktoren auf HIV/STI-präventives Verhalten und die angestrebten Ziele, so kann man die Inhalte von Präventionsarbeit wie folgt zusammenfassen:

● Geschlechterrollen

Viele Frauen sind nach wie vor von traditionellen Geschlechterrollen beeinflusst und ökonomisch, sozial und emotional von Männern abhängig. Der Umsetzung HIV/STI-präventiven Verhaltens wirkt dies oft entgegen. HIV/STI-Prävention für Mädchen und Frauen muss daher zur Auseinandersetzung mit diesen Faktoren und ihren Konsequenzen anregen (vgl. dazu die unter 8.2 vorgestellten Methoden).

● Werte, Normen und Partnerschaftskonzepte

Die meisten Menschen sind sich der (manchmal im Widerspruch zueinander stehenden) Werte, Normen, Konzepte und Ideale, die ihr alltägliches Handeln (mit-)bestimmen, nicht bewusst und sind daher der Meinung, ihr Verhalten nicht ändern zu können. HIV/STI-Prävention sollte zur Auseinandersetzung mit solchen Einflüssen aus dem Bereich Sexualität und Partnerschaft anregen und so neue Handlungsmöglichkeiten aufzeigen. In Präventionsveranstaltungen kann beispielsweise darüber diskutiert werden, ob die mit dem romantischen Liebesideal verbundenen Werte und Normen HIV-präventivem Verhalten entgegenstehen müssen – oder ob nicht vielmehr die Verantwortung der Partner füreinander Schutzverhalten geradezu erfordert (vgl. dazu die unter 8.3 vorgestellten Methoden).

Darüber hinaus sollte HIV-Prävention auch die Akzeptanz verschiedener Lebensweisen und der von HIV/Aids betroffenen Menschen fördern (vgl. dazu auch die unter 8.9 vorgestellten Methoden). Dadurch wird ineffektiven Präventionsstrategien wie der Abgrenzung von sogenannten Risikogruppen entgegengewirkt. Auch die Auseinandersetzung mit eigenen (irrationalen) Ängsten und die Diskussion um „Schuld“-Zuweisungen („Risikogruppen“ gegen „unschuldige Opfer“ usw.) gehört dazu.

● **Stärkung von Mädchen und Frauen**

Die unter 8.4 vorgestellten Methoden sollen die Teilnehmerinnen von Präventionsveranstaltungen vor allem dazu befähigen, ihre Gefühle und Wünsche wahrzunehmen, auf ihre „innere Stimme“ zu hören, Grenzen wahrzunehmen, aufzuzeigen und zu verteidigen und selbstbewusst und selbstbestimmt zu handeln.

● **Sexualität**

Unter 8.5 werden Methoden vorgestellt, die einen selbstbestimmten, lustvollen sowie gesundheits- und verantwortungsbewussten Umgang mit Sexualität fördern. Dazu müssen häufig erst einmal grundlegende Informationen vermittelt, Wissenslücken geschlossen und falsche Vorstellungen korrigiert werden, z. B. in Bezug auf den weiblichen Körper, die Schwangerschaftsverhütung oder bestimmte sexuelle Praktiken.

● **Verhütung**

Schwangerschaftsverhütung und die Vermeidung von HIV- und anderen sexuell übertragbaren Infektionen gehören eng zusammen. Nur Mädchen und Frauen, die ausreichend über diese Themen informiert sind, können sich für das Verhütungsmittel entscheiden (und seine Verwendung durchsetzen), das ihrer Lebenssituation entspricht. Die unter 8.6 vorgestellten Methoden informieren über verschiedene Verhütungsmittel (Vor- und Nachteile, Zuverlässigkeit usw.), stellen Auswahlkriterien vor und sollen darüber hinaus auch das Reden über Sexualität und Verhütung fördern.

● **Vermittlung von Wissen über HIV/Aids und andere STIs⁹**

Ausreichende und sachlich richtige Informationen gehören zu den Grundvoraussetzungen für die Entwicklung eines realistischen Bewusstseins für Risikosituationen, -faktoren und -verhalten sowie für Möglichkeiten der Risikominimierung. HIV/STI-Präventionsveranstaltungen sollten daher über das menschliche Immunsystem und die Eigenschaften des HI-Virus und anderer sexuell übertragbarer Erreger informieren, Übertragungswege und -wahrscheinlichkeiten (Epidemiologie usw.) sowie die Schutzmöglichkeiten erläutern, die Themen Test und Diagnose ansprechen sowie auf den Verlauf einer HIV-Infektion bzw. sexuell übertragbarer Infektionen und die Behandlungs-

9 *Einen guten Überblick über die in Deutschland relevanten STIs und die Schutzmöglichkeiten sowie Hinweise auf Diagnose und Therapie bieten die regelmäßig aktualisierte DAH-Broschüre „sexuell übertragbare Krankheiten. info+ für Praktiker/innen aus Prävention und Beratung sowie interessierte Laien“ und die Präventionsmappe „Sexuell übertragbare Krankheiten“ der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA 2006a).*

möglichkeiten eingehen. Um die Motivation und Aufnahmefähigkeit der Teilnehmerinnen nicht überzustrapazieren, sollte man sich dabei auf die wenigen wirklichen Risiken beschränken, die in der Praxis eine Rolle spielen (siehe 1.4.1, S. 18; vgl. dazu die unter 8.7 vorgestellten Methoden).

● **Kommunikative, soziale und Handlungskompetenzen**

Wissensvermittlung allein führt in der Regel nicht zu Verhaltensänderungen. So sind die meisten Menschen in Deutschland zwar ausreichend über Übertragungsrisiken und Schutzmöglichkeiten informiert, es ist ihnen aber nicht bewusst, dass es mögliche Barrieren für präventives Verhalten gibt und wie diese überwunden werden können. In HIV/STI-Präventionsveranstaltungen sollte auch der richtige Umgang mit Kondomen (einschließlich der Beachtung von Qualitätsmerkmalen wie Prüfsiegel und Verfallsdatum, der richtigen Lagerung usw.) vermittelt werden, damit Mädchen und Frauen ggf. auch uninformierte Sexualpartner unterstützen können (vgl. dazu die unter 8.8 vorgestellten Methoden). Das entspricht dem Ideal der gemeinsamen Verantwortung für die Verhütung ungewollter Schwangerschaften und sexuell übertragbarer Infektionen.

3.3 Umsetzung des HIV-Präventionskonzepts für Mädchen und Frauen

Das bisher vorgestellte (allgemeine) Präventionskonzept für Mädchen und Frauen soll im Folgenden auf verschiedene Zielgruppen zugeschnitten werden, wobei von folgenden Grundsätzen ausgegangen wird:

- Akzeptanz jedes Menschen und seiner Lebensweise
- Freiwilligkeit und Eigenverantwortlichkeit schließen den Einsatz repressiver (unterdrückender, Zwang ausübender) Mittel aus.

Die Darstellung für die Zielgruppe der Mädchen (4.) und Frauen (5., S. 77 ff.) sowie einzelne Unterzielgruppen orientiert sich dabei an den folgenden Punkten, wobei nicht immer auf alle und manchmal auch auf zusätzliche Punkte eingegangen wird:

- Hintergrundinformationen: Beschreibung der jeweiligen Lebenswelten, sozialen und kulturellen Besonderheiten der Zielgruppe
- Spezifische Infektionsrisiken: typische Wissenslücken, Verdrängungsstrategien, Defizite, Barrieren usw.
- Stärken und bereits vorhandene Kompetenzen einer Zielgruppe

- Spezifische Erfordernisse bzw. Hindernisse hinsichtlich der Informationsvermittlung und Kompetenzförderung für diese Gruppe
- Erreichbarkeit der Zielgruppe (Zugangsmöglichkeiten, Orte usw.) und Grenzen der HIV/STI-Prävention
- Vorschläge für Präventionsmaßnahmen.

Wichtig: Die Beschreibung typischer Merkmale und Risikofaktoren einer Zielgruppe kann immer nur annäherungsweise geschehen; „das“ Mädchen, „die“ Migrantin, „die“ Prostituierte gibt es nicht. Niemals darf das Besondere eines Mädchens oder einer Frau aus dem Blick geraten – ihre Persönlichkeit, ihre Geschichte, ihre Lebenssituation usw.



4. HIV-Prävention für Mädchen

4.1 Hintergrundinformationen

4.1.1 Notwendigkeit und Chancen Mädchenspezifischer HIV/STI-Prävention

Jugendliche zwischen 15 und 24 Jahren gehören in Deutschland nicht zu den von HIV/Aids besonders bedrohten und betroffenen Gruppen: Ihr Anteil an den Neudiagnosen lag 2008/2009 bei etwa 10–12%, der Anteil der Neudiagnosen¹⁰ in dieser Altersgruppe, der auf Mädchen entfällt, bei rund einem Viertel (das entspricht etwa 2–3% aller Neudiagnosen). Der Hauptübertragungsweg ist auch bei Jugendlichen der ungeschützte Geschlechtsverkehr.

Gleichzeitig sind Jugendliche aber eine der wichtigsten Zielgruppen für die HIV/STI-Präventionsarbeit, da im Jugendalter das Experimentieren mit Sexualität – und eventuell auch Drogen – beginnt. Wenn sie sich schon früh mit den Themen Verhütung bzw. Schutzverhalten auseinandersetzen, werden sie eher eine Schutzmotivation entwickeln und sich auch tatsächlich schützen als uninformierte Jugendliche. Ein weiterer Grund für eine jugendspezifische HIV/STI-Prävention besteht darin, dass die möglichen Impfungen gegen Hepatitis B und bestimmte Typen von Humanpapillomaviren (HPV) vor allem dann sinnvoll sind, wenn sie vor der Aufnahme sexueller Kontakte erfolgen. So wird die seit 2006 in Deutschland verfügbare Impfung gegen diejenigen HPV-Untertypen, die hauptsächlich für die Entstehung von Gebärmutterhalskrebs und Feigwarzen verantwortlich sind, von der Ständigen Impfkommision (STIKO) des Robert Koch-Instituts (RKI) für Mädchen zwischen 12 und 17 Jahren empfohlen und von den Krankenkassen bezahlt. Es ist wichtig, die Mädchen über die Möglichkeiten und Grenzen dieser „Impfung gegen Krebs“ aufzuklären und auch darauf aufmerksam zu machen, dass sie nicht die regelmäßige Früherkennungsuntersuchung (PAP-Test) beim Frauenarzt ersetzt, da der Impfstoff nicht gegen alle potenziell Krebs verursachenden HPV-Typen wirkt.

4.1.2 Entwicklungsaufgaben in der Pubertät

Mädchen in der Pubertät (die in der Regel im Alter von neun bis zwölf Jahren beginnt) müssen eine Vielzahl von Entwicklungsaufgaben bewältigen, wobei die Hauptaufgabe in der Entwicklung einer eigenen (auch sexuellen) Identität besteht. Mädchen in diesem Alter müssen sich mit den Veränderungen ihres Körpers auseinandersetzen und lernen, diese in ihr Selbstbild zu integrieren. Sie entwickeln ihre eigenen Wertvorstellungen und eine Vorstellung davon,

¹⁰ Quelle: eigene Abfrage von SurvStat@rki (<http://www3.rki.de/SurvStat/>), Dezember 2009

wie sie ihre private und berufliche Zukunft gestalten wollen. Auch die Loslösung von den Eltern und das Entwickeln und Ausprobieren verschiedener Beziehungsmodelle zum gleichen und zum anderen Geschlecht steht für sie an.

Im Zuge der Abgrenzung von den Eltern wird für viele Mädchen die Gleichaltrigengruppe zum wichtigsten Bezugspunkt. Diese *peer group* hat in der Regel eine eigene „Moral“ (zu der meist auch die Norm der Heterosexualität gehört) und feste Vorstellungen davon, „wann was stattzufinden hat“ – z. B. die erste Menstruation (Menarche) oder der erste Geschlechtsverkehr (Kohabitarche).

4.1.3 Das „erste Mal“

Der 2006 veröffentlichten BZgA-Studie zur Jugendsexualität zufolge hat mit 14 Jahren jede/r Zehnte (Mädchen: 12%, Jungen: 10%) schon einmal Geschlechtsverkehr gehabt. Bis zum Alter von 17 Jahren steigt dieser Wert auf drei Viertel (73%) bei den Mädchen und zwei Drittel (66%) bei den Jungen (vgl. BZgA 2006b, S. 80). Über einen Zeitraum von 25 Jahren hinweg betrachtet, findet das „erste Mal“ heute früher statt als Anfang der 1980er Jahre. Dabei erfolgt Mitte der 1990er Jahre ein quantitativer Sprung: 1998 gab es erstmals zweistellige Prozentwerte beim Anteil sexuell erfahrener Mädchen und Jungen im Alter von 14 Jahren. Über die Jahre hinweg relativ konstant bleibt allerdings eine große Gruppe von Jugendlichen (ca. ein Drittel der Mädchen und Jungen), die auch mit 17 Jahren noch keinen Geschlechtsverkehr hatten (a. a. O., S. 81).

Für die meisten Jugendlichen geschieht der erste Geschlechtsverkehr ungeplant und spontan – häufiger als noch zu Beginn der 80er Jahre. Bestenfalls hatten sie das vage Gefühl, es könne bald „so weit kommen“. Für 24% der befragten Mädchen und 37% der 2005 befragten Jungen kam die Situation sogar „völlig überraschend“ – Tendenz weiter steigend. Für 47% der Mädchen und 38% der Jungen kam das erste Mal hingegen nicht völlig überraschend, der tatsächliche Zeitpunkt war aber dennoch nicht geplant. Generell gilt: Je niedriger das Alter beim ersten Mal, desto spontaner erfolgte dieses. Wichtig ist auch das Verhältnis zum Sexpartner: Innerhalb einer festen Beziehung kam das erste Mal nur für 19% der Jungen und 14% der Mädchen spontan und überraschend, bei einem/einer guten Bekannten bereits bei jedem zweiten Jungen und jedem dritten Mädchen, bei unbekanntem Sexpartner/-partnerinnen in annähernd drei von vier Fällen (Mädchen: 72%, Jungen: 71%; vgl. BZgA 2006b, S. 88f.).

64% der 2005 befragten Mädchen und 51% der Jungen erlebten das erste Mal mit dem/der festen Freund/Freundin oder zumindest einem/einer gut Bekannten. Für Mädchen ist eine gute Kenntnis des ersten Sexpartners also offen-

bar wichtiger als für Jungen: Für mehr als doppelt so viele Jungen wie Mädchen ergab sich der erste Geschlechtsverkehr aus einer flüchtigen Bekanntschaft oder mit einer unbekanntem Partnerin (Jungen zusammen 19%, Mädchen 8%). Für beide Geschlechter gilt aber: Je älter man beim ersten Mal ist, desto sorgfältiger wählt man den ersten Partner/die erste Partnerin aus (a.a.O., S. 80).

Erlebt wird das erste Mal überwiegend als „etwas Schönes“ (Mädchen: 61%, Jungen: 73%), auch wenn dieses Erleben nicht selten mit einem „schlechten Gewissen“ verbunden ist (Mädchen: 12%, Jungen: 13%). Eines von fünf Mädchen gibt an, den ersten Sex als „etwas Unangenehmes“ empfunden zu haben (22%), bei Jungen sind dies nur 7%. Wichtig für die Bewertung durch Mädchen ist die Vertrautheit mit dem Sexpartner: Je besser er bekannt ist, desto eher wird das erste sexuelle Erlebnis als etwas Schönes empfunden. Bei Jungen spielt dieser Zusammenhang dagegen keine große Rolle. Ein weiterer Zusammenhang, der bei Mädchen wichtig ist, ist das Verhältnis zum eigenen Körper: Je schlechter es ist, desto seltener wird das erste Mal als etwas Schönes, dafür umso häufiger als „nichts Besonderes“ oder „etwas Unangenehmes“ empfunden (vgl. a.a.O., S. 91f.).

Auch andere wissenschaftliche Untersuchungen kommen zu dem Ergebnis, dass Mädchen „das erste Mal“ deutlich seltener als sexuell befriedigend erleben als Jungen (z. B. 16% versus 70% bei Neubauer 1990). Sie empfinden es häufiger als unangenehm, haben keinen Spaß daran, sind enttäuscht oder bedauern, es „getan“ zu haben. Offensichtlich werden die Erwartungen vieler Mädchen enttäuscht. Sie bewerten sexuelle Erfahrungen vor allem dann negativ, wenn sie das Gefühl haben, den Zeitpunkt nicht selbst bestimmen zu können und für Jungen Mittel zum Zweck zu sein. Solche Jungen instrumentalisieren die Mädchen zur Aufwertung ihres eigenen Selbstwertgefühls und lassen ihnen so keine Chance, die eigenen Bedürfnisse zu erkennen und zu befriedigen. Ein weiterer Grund für die tendenziell eher negative Bewertung des ersten Geschlechtsverkehrs können Erfahrungen sexueller Gewalt sein.

4.1.4 Verhütung

Mädchen sind in der Regel ab dem Alter von 12 Jahren gut über Verhütung informiert, wobei sich ihr Wissen jedoch zumeist auf biologische und medizinische Fakten beschränkt. Einstellungen, Erfahrungen, Ängste und Vorbehalte werden in der Schule jedoch eher selten angesprochen, und auch die Unsicherheiten im Umgang mit den Verhütungsmitteln (vor allem mit dem Kondom) werden meist nicht thematisiert.

Der Studie „Jugendsexualität 2006“ zufolge bevorzugten 71% der befragten Mädchen und 66% der Jungen beim ersten Geschlechtsverkehr Kondo-

me zur Schwangerschaftsverhütung. 35 % der Mädchen und 37 % der Jungen gaben an, beim ersten Mal die Pille verwendet zu haben, zum Teil in Kombination mit einem Kondom. Mit wachsender Erfahrung verlagert sich dann die Verhütung vom Kondom zur Pille. Unsichere Methoden wie Koitus interruptus oder Knaus-Ogino wurden beim ersten Geschlechtsverkehr nur selten zur Verhütung gewählt (5 % der Mädchen und 3 % der Jungen). Der Anteil der Jugendlichen, die beim ersten Sex überhaupt nicht verhütet hatten, lag bei 9 % (Mädchen) bzw. 15 % (Jungen; vgl. BZgA 2006b, S. 107 ff.). Der Anteil von Jugendlichen, die ihren ersten Geschlechtsverkehr ganz ohne Verhütung oder mit unsicheren Verhütungsmethoden erleben, liegt seit Jahren konstant über 10 %.

Positiv auf das Verhütungsverhalten wirken sich ein höheres Alter beim „ersten Mal“ und die Vertrautheit mit dem Partner/der Partnerin aus. Jugendliche in einer festen Partnerschaft verhüten deutlich häufiger als Jugendliche, die ihren ersten Geschlechtsverkehr mit einer Zufallsbekanntschaft erleben. Dies gilt auch für das weitere Verhütungsverhalten. Mädchen und Jungen, die schon früh Sexualkontakte haben oder das „erste Mal“ mit jemandem erleben, zu dem/der sie keine enge Beziehung haben, verhüten generell nachlässiger. Auch Alkohol oder Drogen sind häufig der Grund dafür, dass nicht verhütet wird.

4.1.5 Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch

Nach Bültmann (1996) haben 70 % der von ihr befragten Mädchen mit sexuellen Erfahrungen schon einmal befürchtet, schwanger zu sein, obwohl die meisten Mädchen verhüteten. In der 2005 durchgeführten BZgA-Studie zur Jugendsexualität gaben 63 % der Mädchen und 54 % der Jungen an, eine unerwartet eintretende Schwangerschaft wäre „eine Katastrophe“; 29 % der Mädchen und 36 % der Jungen meinten, sie wäre „sehr unangenehm“. Die Möglichkeit einer Schwangerschaft wird wahrscheinlich deshalb als so bedrohlich erlebt, weil die Entscheidung für oder gegen das Kind die meisten Mädchen in erhebliche Konflikte stürzen würde (vgl. Schmidt [Hg.] 1993). Angesichts dieser weit verbreiteten Ängste sollten die Themen Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch Bestandteil der sexualpädagogischen wie auch der Präventionsarbeit sein.

4.1.6 Umgang mit HIV/Aids

Wie reagieren Mädchen auf das Risiko einer HIV-Infektion? Friedrich (1993) unterscheidet drei Verhaltensweisen, die sie mit „Autonomie“, „Rückzug“ bzw. „Risiko“ beschreibt (wobei sich 15 % der befragten Mädchen keiner der drei Verhaltensweisen eindeutig zuordnen ließen):

- Mädchen, deren Umgang mit dem HIV-Infektionsrisiko sich mit „Autonomie“ beschreiben lässt (54% der 259 befragten Mädchen), haben ein autonomes Selbstbild und ein positives Verhältnis zum eigenen Körper; Jungen gegenüber verhalten sie sich selbstbewusst. Das Thema HIV/Aids sprechen sie von sich aus an, und sie sorgen auch für die Verwendung von Kondomen.
- Mädchen, deren Verhalten man mit „Rückzug“ beschreiben kann (26% der Befragten), reagieren auf das Risiko einer HIV-Infektion mit der Vermeidung sexueller Kontakte. Ihr Selbstbild ist von der Bewertung anderer abhängig, und sie haben meist relativ traditionelle Vorstellungen von den Geschlechterrollen. Diese Mädchen haben ein positives Verhältnis zum eigenen Körper und eine negative Sicht von Jungen und Männern.
- Mädchen, deren Verhalten mit „Risiko“ umschrieben wird (5% der Befragten), haben ein Selbstbild, das völlig von der Bewertung anderer abhängt, und ein negatives Verhältnis zum eigenen Körper. Jungen sehen sie eher negativ, ordnen sich diesen aber unter und verhalten sich in ihren Beziehungen passiv. Diese Mädchen, die meist aus besonders schwierigen Lebenszusammenhängen kommen, haben das höchste Risiko, sich mit HIV/STIs zu infizieren. Sie verhalten sich in der Regel auch in der Sexualität passiv und schützen sich weder vor ungewollten Schwangerschaften noch vor sexuell übertragbaren Infektionen. Darüber hinaus akzeptieren sie häufig auch gegen ihren Willen sexuelle Aktivitäten, um ihren Partner nicht zu verlieren.

4.2 Hinweise für die Praxis der HIV/STI-Prävention mit Mädchen

4.2.1 Zentrale Inhalte

Gründe für frauen- und Mädchenspezifische HIV-Prävention und hemmende Einflüsse auf das HIV-Schutzverhalten von Mädchen und Frauen sind bereits dargestellt worden. An dieser Stelle soll daher nur noch einmal stichwortartig auf zentrale Inhalte der HIV/STI-Prävention mit Mädchen eingegangen werden:

- Eine der Grundvoraussetzungen für eine erfolgreiche HIV/STI-Prävention ist die Vermittlung von Grundwissen über den weiblichen Körper, weibliche Sexualität, Schwangerschaft und Schwangerschaftsverhütung. Auch das Thema Menstruation sollte angesprochen und enttabuisiert werden. Selbstverständliches Sprechen über die natürlichen Körpervorgänge und ein selbstverständlicher Umgang damit können zur Entwicklung bzw. Stär-

kung einer positiven weiblichen Identität beitragen. Mädchen, die ihren Körper wertschätzen, setzen sich eher für den Schutz vor HIV und anderen Krankheiten ein (vgl. Heiß 1997).

- Nüchternes Faktenwissen über Sexualität können Mädchen sich aus Jugendzeitschriften oder Büchern besorgen. Wichtig für sie ist, über ihre Gefühle, Sorgen und Probleme zu sprechen – nicht immer sind hier Eltern und Lehrer/innen die geeigneten Ansprechpartner/innen. Sie sind häufig überfordert, und der gesamte Themenbereich wird von beiden Seiten oft als peinlich erlebt. Erwachsene Ansprechpartner/innen sollten in jedem Fall Verschwiegenheit und Freiwilligkeit garantieren können und nicht mit Kontrolle bzw. pädagogischen Konsequenzen in Verbindung gebracht werden (vgl. dazu Preiß/Schwarz/Wilser 1996).
- Mädchen sollten darin unterstützt werden, eine ihnen angenehme Sprechweise über Sexualität zu finden und eigene sexuelle Wünsche und Bedürfnisse ebenso wie Hemmungen und Ängste wahrzunehmen und zu äußern.
- Die HIV/STI-Prävention sollte in die übergeordnete Thematik „Liebe, Beziehungen und Sexualität“ eingebettet sein, um keine Ängste zu verstärken, die ein lustvolles Erleben von Sexualität behindern.
- HIV-Prävention muss die Selbstbestimmung und Autonomie von Mädchen und Frauen stärken, fördern und sie von äußeren, allein auf ihren Körper bezogenen Bewertungen ihrer Person unabhängiger machen. Nur so können sie nicht nur die für sie meist selbstverständliche Verantwortung für den Partner, sondern auch für das eigene Wohlergehen und die eigene Gesundheit übernehmen. Zentral ist dabei die Förderung kommunikativer und sozialer Fähigkeiten einschließlich des Umgangs mit Widerständen und Konflikten, um beispielsweise den Kondomgebrauch durchsetzen zu können. Dabei sollte man von den individuellen Stärken der Mädchen ausgehen, um bei ihnen nicht das Gefühl entstehen zu lassen, sie seien mit Mängeln und Defiziten behaftet.
- Zum Thema „Geschlechterrollen“ sollte eine parallele sexualpädagogische und HIV/STI-präventive Arbeit mit Jungen und Männern erfolgen. Bei ihnen soll die Akzeptanz der Gleichberechtigung von Mädchen und Frauen sowie die Wahrnehmung, das Zeigen und das Ansprechen eigener Gefühle und Bedürfnisse gefördert werden. Aus Studien wissen wir, dass man aufgrund bestimmter Entwicklungen auch Jungen und Männern das Beziehungsideal gemeinsam getragener Verantwortung etwa für das emotionale Klima in der Partnerschaft, Konfliktlösung, Gesundheit, Empfängnis- bzw. Zeugungsverhütung usw. nahebringen kann. Dabei ist es auch nötig, auf eine größere Akzeptanz von Kondomen hinzuwirken und den Umgang damit zu erleichtern.

4.2.2 Zugangsmöglichkeiten zur Zielgruppe nach Altersstufe

- Mädchen vor der Pubertät interessieren sich kaum für die Themen Sexualität, Beziehungen, Liebe usw. Die HIV/Aids-Problematik kann ihnen jedoch gut über die Situation von Betroffenen – auch betroffenen Kindern – veranschaulicht werden. Die wichtigsten Informationen über Übertragungswege und Schutzmöglichkeiten können so auf eine altersgerechte Weise vermittelt werden. Lernziel sollte sein, dass beim alltäglichen Zusammenleben mit HIV-positiven Kindern und Erwachsenen kein Übertragungsrisiko besteht.
- 10- bis 12-jährige Mädchen sind meistens offen für unterschiedlichste Angebote. Sie haben große Lust auf gemeinsame Aktivitäten, sind abenteuer- und entdeckungslustig und haben einen ausgeprägten Spiel- und Bewegungsdrang. Die Bearbeitung der für sie wichtigen Themen (die Veränderungen ihres Körpers, das beginnende Interesse an Jungen, das Erlebnis des ersten Verliebtseins, Konflikte mit den Eltern usw.) sollte daher möglichst locker und spielerisch geschehen. An reinen Gesprächsgruppen sind Mädchen in diesem Alter noch nicht interessiert.
- 13- bis 16-jährige Mädchen sind im Allgemeinen nur schwer für mädchen-spezifische Angebote zu gewinnen. Sie konkurrieren miteinander um die Aufmerksamkeit der Jungen und versuchen häufig, sich möglichst rollenkonform zu verhalten. Gerade deshalb ist die Auseinandersetzung mit verschiedenen Frauenbildern und Lebenskonzepten für sie besonders wichtig. Themen dieser Altersgruppe sind: Erfahrungen mit der eigenen Sexualität, Liebe, die Möglichkeit einer Schwangerschaft sowie der schulische und familiäre Alltag.
- Bei den 16- bis 18-Jährigen stehen Fragen der privaten und beruflichen Lebensplanung im Vordergrund. Bei entsprechender Bedürfnis- und Interessenlage bestehen gute Voraussetzungen für die Bearbeitung intellektuell herausfordernder Themen sowie für die Entfaltung kreativer Fähigkeiten (vgl. Klees/Marburger/Schumacher 1992).

4.2.3 Geschlechtshomogene Gruppen

Bei gemeinsamer Teilnahme von Mädchen und Jungen am Unterricht oder an Gruppenaktivitäten wird ihr Verhalten stark durch die traditionellen Geschlechterrollen beeinflusst. Die Mädchen können sich in der Regel mit ihren Bedürfnissen und ihren Kommunikationsformen nicht durchsetzen. Die Jungen beherrschen die Szene, drängen mit ihrem Verhalten Mädchen in die Defensive und bringen sie zum Verstummen. Es erscheint daher aus se-

xualpädagogischer Sicht sinnvoll, Mädchen und Jungen zeitweilig zu trennen. In geschlechtshomogenen Gruppen können Mädchen und Jungen freier über Sexualität und ihre Bedürfnisse sprechen, und auch das Hinterfragen eigenen Verhaltens und der zugrunde liegenden Männlichkeits- und Weiblichkeitsbilder fällt ihnen in der Regel leichter. Sie können verschiedene Verhaltensweisen ausprobieren, die in einer gemischten Gruppe von vornherein als „männlich“ oder „weiblich“ gelten, und Handlungsstrategien für eine selbstbestimmte Sexualität entwickeln und erproben (z. B. in Rollenspielen). Wer sich seiner selbst sicher ist, kann auch offen, ehrlich und partnerschaftlich über das eigene Empfinden und Erleben sprechen, etwa über die Monatsblutung, den Samenerguss oder das „erste Mal“. Mädchen und Jungen können lernen, sexuelle Wünsche und Bedürfnisse zu äußern, anstatt darauf zu warten, dass sie ihnen „von den Augen abgelesen werden“. Das, worüber offen gesprochen werden kann, ist nicht mehr bedrohlich – das gilt gerade für die Sexualität (vgl. dazu Klees/Marburger/Schumacher 1992).

Neben der Arbeit in geschlechtshomogenen Gruppen sollten Mädchen und Jungen aber auch gemeinsam über das Thema Sexualität sprechen, sich gegenseitig befragen, ihre Erfahrungen austauschen und in Rollenspielen verschiedene Situationen und mögliches Handeln ausprobieren. Dies entspricht auch den Wünschen der Mädchen. Im Rahmen eines solchen offenen Austauschs können Mädchen und Jungen trainieren, partnerschaftlich und fair miteinander umzugehen, die anderen als gleichberechtigt zu akzeptieren und ihre Grenzen zu respektieren.

4.2.4 Mögliche Angebote

Aus der Fülle möglicher Angebote seien hier exemplarisch einige wenige genannt:

- Workshops zu Liebe, Beziehungen, Sexualität, Verhütung, HIV/Aids, STIs usw.
- Aktionen für Mädchen in der Schule (im Rahmen des Unterrichts, bei Projektwochen o. Ä.)
- Veranstaltungen für außerschulische Mädchengruppen (z. B. aus Anlass des Welt-Aids-Tags oder von Mädchentagen)
- persönliche Beratung.

Die Kontaktaufnahme kann über Schulen, Jugendfreizeiteinrichtungen, Heime, Wohngruppen und über Beratungsstellen oder Projekte erfolgen, die besondere Angebote für Mädchen bereitstellen (sofern im Rahmen der eigenen Tätigkeit nicht sowieso ein regelmäßiger Kontakt zu Mädchen bzw. Mädchengruppen besteht).

4.3 Mädchen aus ungünstigen sozialen Verhältnissen/benachteiligte Mädchen

4.3.1 Hintergrundinformationen

Die Zugehörigkeit zur sogenannten Unterschicht kann gerade bei Mädchen und Frauen ein Faktor sein, der HIV/STI-präventivem Verhalten entgegensteht (vgl. Friedrich 1993, Heiß 1997): Ökonomisch und sozial benachteiligte Mädchen und Frauen haben häufig ein schwach ausgeprägtes Selbstwertgefühl, werden mit negativen Frauenbildern und einer frauenfeindlichen Sprache konfrontiert und sind häufiger als andere psychischen und physischen Gewalterfahrungen (auch sexuellem Missbrauch) ausgesetzt. Ähnliches ist beim Bildungsstatus zu beobachten: Im Vergleich zu Gymnasiastinnen und Realschülerinnen stehen viele Hauptschülerinnen unter sehr viel größerem Druck (auch vor allem von Gleichaltrigen), bestimmte sexuelle Erfahrungen zu bestimmten Zeitpunkten zu machen (z. B. die „entscheidenden“ Erfahrungen vor Beginn der Berufsausbildung „hinter sich gebracht“ zu haben). Auch ist unter ihnen der Anteil derer höher, die sexuelle Gewalt erleben. Das kann zum einen daran liegen, dass sie sich meist früher und häufiger an öffentlichen Orten wie Kneipen und Discos aufhalten, was sie der Möglichkeit von Übergriffen aussetzt, zum anderen aber auch daran, dass die Jungen in ihrem Umfeld oft eine niedrigere Schwelle für sexuelle Übergriffe haben.

Mädchen, die in ungünstigen sozialen Verhältnissen aufwachsen, versuchen auf ganz unterschiedliche Weise, diese Situation zu ertragen bzw. ihr zu entkommen, zum Beispiel mit Lernverweigerung, Verstummen oder Flucht in Fantasiewelten, mit Aggression, Autoaggression, Essstörungen, Flucht in neue (ungünstige) Beziehungen, ein Leben auf der Straße oder in die Prostitution (vgl. Peeters 1999). Solche „schwer erziehbaren“ Mädchen oder Schulversagerinnen kommen oft in Heime, Wohngruppen oder Pflegefamilien. Mädchen, die zuverlässige soziale Beziehungen entbehren müssen, sind meist sehr verletzlich und liebebedürftig. Sie gehen eher eine ungünstige Beziehung ein, um überhaupt eine Beziehung zu haben. Ihre eigenen Wünsche bleiben dabei meistens unberücksichtigt, weil sie Verlustängste haben und selbstbestimmtes Handeln nicht gelernt haben. Mädchen, die sexuelle Gewalt, Drogen oder Prostitution kennen, sind abhängig von anderen, werden in der Regel von ihrem Umfeld als Objekt behandelt und haben keine sexuelle Handlungsautonomie. Dies hat Einfluss auf das Verhütungsverhalten, was sich an der Anzahl von Schwangerschaften bei minderjährigen Mädchen zeigt. Nach einer Untersuchung der pro familia (BZgA 2009) ist das Risiko einer Haupt-

schülerin, minderjährig schwanger zu werden, etwa fünfmal so hoch wie das einer Gymnasiastin (wobei die Schwangerschaftsraten minderjähriger Hauptschülerinnen und minderjähriger Mädchen in Deutschland im internationalen Vergleich sehr niedrig sind). Dafür werden vor allem zwei Gründe angegeben: Zum einen haben Hauptschülerinnen bis zum 18. Geburtstag tendenziell häufiger Sex, weil ihr „erstes Mal“ früher liegt – damit steigt das statistische Risiko einer Schwangerschaft. Zum anderen verhüten Hauptschülerinnen möglicherweise weniger konsequent und haben insbesondere selten ausreichende Kenntnisse über die „Pille danach“ (vgl. a.a.O., S.40). Auch andere Indikatoren wie Arbeitslosigkeit der Schwangeren oder ihrer Eltern oder niedrige Schulbildung und Arbeitslosigkeit des Partners zeigen den Zusammenhang von sozialer Benachteiligung und der erhöhten Wahrscheinlichkeit für eine ungewollte Teenagerschwangerschaft. Migration bzw. Migrationshintergrund der Mutter dagegen haben keinen Einfluss darauf, doch sind Migranten bzw. Männer mit Migrationshintergrund, die aus Kulturkreisen mit einer traditionellen Geschlechterordnung kommen, überproportional häufig Partner von schwangeren Jugendlichen (vgl. ebd.).

Etwa 60% der Teenagerschwangerschaften enden mit einem Schwangerschaftsabbruch (a.a.O., S. 41). Minderjährige Schwangere entscheiden sich vor allem dann für das Kind, wenn sie und ihr Partner

- eine geringe Schulbildung haben
- keine Ausbildungsplätze haben
- arbeitslos sind
- aus ungesicherten ökonomischen Verhältnissen kommen, zum Beispiel weil einer oder beide Elternteile ebenfalls arbeitslos sind.

Mädchen und junge Frauen ohne Ausbildungs- und Berufsperspektive sehen in einem Kind oft die Möglichkeit, ihrem Leben eine Aufgabe zu geben sowie Anerkennung und Unterstützung über die Mutterrolle zu bekommen. Auch die erwartete bedingungslose Liebe ihres Kindes ist für sie eine starke Motivation für die Mutterschaft. Gute Ausbildungs-, Berufs- und Karriereperspektiven sind hingegen die stärksten Barrieren gegen eine Mutterschaft im Teenageralter (vgl. ebd.).

Ihr persönliches HIV-Infektionsrisiko unterschätzen Mädchen aus sozial und ökonomisch benachteiligten Lebenszusammenhängen häufig. Gleichzeitig überschätzen sie ihre Fähigkeit, dieses Risiko beurteilen zu können (vgl. Friedrich 1993). Ihr Wissen über Infektionswege und Schutzmöglichkeiten ist oft unzureichend. Den HIV-Test sehen viele dieser Mädchen als Schutz vor einer Infektion an, als eine Art „Gesundheitspass“, durch den sich regelmäßig absichern lässt, dass keine HIV-Infektion stattgefunden hat. Entspre-

chend groß ist dann jedes Mal die Angst vor dem Testergebnis. Viele dieser Mädchen haben Partner aus der Drogenszene oder Prostitutionszusammenhängen, die ein erhöhtes HIV-Infektionsrisiko haben. Aufgrund traditioneller Erziehungsmuster und des großen Bedürfnisses nach Zuwendung und Liebe akzeptieren sie die dominante Rolle der Jungen und ordnen sich ihren Wünschen unter. Sie selbst stellen an sich den Anspruch sexueller Treue, während sie den Jungen Freiheiten zugestehen, ohne über deren Schutzverhalten informiert zu sein oder danach zu fragen. Das Frauenbild dieser Mädchen ist eher negativ, zum Teil auch selbstverachtend; sie betrachten Frauen häufig als Sexual-, Amüsier- und Ausbeutungsobjekte für Männer. Dies geht mit einem negativen Verhältnis zum eigenen Körper und mangelnder Wertschätzung der eigenen Gesundheit einher.

4.3.2 Hinweise für die Praxis der HIV/STI-Prävention

- Haupt- und Berufsschülerinnen haben ein besonders großes Informationsbedürfnis. Dementsprechend ist die Vermittlung von Kenntnissen über den weiblichen und männlichen Körper und seine Funktionen, über Schwangerschaft und Verhütungsmittel, Infektionswege von HIV/STIs einschließlich der Bedeutung des HIV-Tests und der Untersuchung auf STIs, über Kondomhandhabung sowie die Bedeutung von Impfungen eine wichtige Grundlage für die HIV/STI-Prävention. Sie dient auch der Förderung eines positiven Verhältnisses zum eigenen Körper und der Übernahme von Verantwortung für das eigene Wohlbefinden und die eigene Gesundheit.
- In der Arbeit mit sozial benachteiligten Mädchen wird man oft mit Verhaltensweisen konfrontiert, die eine Reaktion auf ihre Sozialisation und lang anhaltende Perspektivlosigkeit sind, z. B. Ess- und Magersucht, übermäßiger Konsum mit Anhäufung von Schulden, psychosomatische Krankheiten, Drogenkonsum oder Prostitution (s. u. 4.4). Manche Mädchen sehen für sich persönlich kaum Entwicklungsmöglichkeiten und fixieren sich auf die Perspektive einer Beziehung mit einem Mann. Sie nehmen dafür viele Zumutungen bis hin zu Gewalttätigkeiten in Kauf. Andere sehen die einzige Lösung ihrer Probleme in einer Schwangerschaft. Die Reflexion des Frauenbildes und des Rollenverständnisses können zum Hinterfragen von Beziehungskonzepten (z. B. Objektstatus des Mädchens) und der Förderung einer Partnerschaftsvorstellung führen, in der Mädchen autonom, selbstbewusst und gleichberechtigt sind. Eine Stärkung des Selbstbewusstseins und Selbstwertgefühls dient dem Wahr- und Wichtignehmen der eigenen Gefühle und Bedürfnisse, auch und gerade in der Sexualität, sowie der Entwicklung von Abwehrmöglichkeiten gegen Übergriffe.

- Die Stärkung kommunikativer und sozialer Handlungskompetenzen soll dahin führen, eigene Wünsche und Bedürfnisse formulieren zu lernen sowie Verhaltensweisen zum Durchsetzen eigener Vorstellungen und den Umgang mit möglichen Problemen zu entwickeln und zu erproben (z. B. Neinsagen). Wichtig ist es dabei, diese Mädchen so zu akzeptieren, wie sie sind. Wenn man sie z. B. dazu drängen würde, sich von einem gewalttätigen Freund zu trennen, würden sie sich zurückziehen, und man hätte keine Möglichkeit mehr, sie zu unterstützen und auf ein selbstbestimmtes Handeln hinzuwirken (vgl. Peeters 1999). HIV/STI-Prävention sollte dagegen gerade bei sozial und ökonomisch benachteiligten Mädchen an deren Stärken ansetzen. Viele von ihnen haben sich allen Schwierigkeiten zum Trotz in ihren jeweiligen Lebenszusammenhängen behaupten können. Gleichzeitig ist es wichtig, auf ihre psychische Situation einzugehen, ihnen Einzelberatung anzubieten und langsam Vertrauen wachsen zu lassen. Dies ist auch die Grundlage zur Erarbeitung und Reflexion von Zukunftsperspektiven.

4.3.3 Mögliche Angebote

- Da benachteiligte Mädchen häufig Schulprobleme haben, stoßen Angebote, die mit der Schule in Verbindung stehen oder an sie erinnern, leicht auf Widerstände. Der Akzent sollte daher auf nonverbalen Arbeitsformen liegen, welche die Fähigkeiten der Mädchen ansprechen und fördern (z. B. Sport, Musik, Tanz, Modellieren, Collagen usw.).
- Einzelberatung

4.4 Mädchen, die sexuelle Gewalt erfahren haben, auf der Straße leben, Drogen konsumieren oder sich prostituieren

4.4.1 Hintergrundinformationen

Erfahrungen mit sexueller Gewalt

Wie Untersuchungen immer wieder zeigen, haben die meisten Mädchen Erfahrungen mit sexueller Belästigung. Eine erschreckend hohe Zahl von Mädchen hat auch Erfahrungen mit sexuellen Übergriffen bis hin zur Vergewaltigung gemacht (vgl. z. B. Sigusch 1998, Schwarz 1998) – mit weitreichenden emotionalen, psychischen und körperlichen Folgen: Mädchen werden in der

Regel von männlichen Vertrauenspersonen missbraucht. Sie empfinden diese sexuellen Übergriffe als abstoßend und ekelerregend, während sie gleichzeitig Vertrauen zu den Jungen bzw. Männern haben und ihnen zudem noch suggeriert wird, Sexualität sei positiv und schön. Die Mädchen lernen so, ihren eigenen Empfindungen zu misstrauen, und viele suchen die Schuld für den Missbrauch bei sich. Sie deuten ihre Wahrnehmungen um, spalten ihre Gefühle ab, entwickeln Schuld- und Angstgefühle und gelangen so nicht zu einem gesunden Selbstbewusstsein. Die Beziehung zum eigenen Körper ist gestört, und diese Störung dauert oft das ganze Leben an. Verstärkt werden können diese Ängste und Probleme noch durch die Befürchtung, möglicherweise durch den Missbrauch mit HIV oder anderen sexuell übertragbaren Krankheiten infiziert worden zu sein.

Die Mütter solcher Mädchen ordnen sich ihrem Partner meist völlig unter; sie lassen über sich verfügen und sich benutzen. Aus Angst vor dem Verlust der „Heile-Welt“-Familie und aus emotionaler und/oder finanzieller Abhängigkeit von ihrem Partner unterlassen sie es häufig, ihre Tochter zu schützen. Diese erlebt die Mutter als hilflos und abhängig und hat so keine Möglichkeit, ein positives Frauenbild zu entwickeln.

Häufig halten missbrauchte Mädchen keine körperliche bzw. sexuelle Distanz ein, da sie Nähe und Zärtlichkeit meist nur in sexualisierter Form erfahren haben und diese Erfahrung auch nach außen tragen. Sie wechseln später häufig ihre Partner und/oder prostituieren sich. Weitere Symptome, die auf Missbrauch hindeuten können, sind psychosomatische Störungen, die Verweigerung von Körperkontakten und Nahrung, autoaggressives Verhalten, Verletzungen des eigenen Körpers und das Erstarren aller Gefühle. Beziehungen werden aufgrund des sexuellen Missbrauchs oft gar nicht erst aufgenommen oder scheitern daran; selbstbewusstes Experimentieren mit und in Beziehungen wird so für die Mädchen unmöglich.

Leben auf der Straße

Manche Mädchen flüchten vor den Problemen in Familien oder Heimen in ein Leben auf der Straße. Oft spielen Gewalt, Druck und sexuelle Übergriffe aufseiten der Erziehungsberechtigten dabei eine Rolle, ebenso Konflikte um Ausgangszeiten, die Cliquenzugehörigkeit und den ersten Freund, mit dessen Hilfe die Mädchen oft erst die Ablösung vom Elterhaus schaffen. Nach ersten Fluchten folgt dann häufig ein „Rausschmiss“ durch die Eltern wegen dauernder Auseinandersetzungen oder wiederholter Straftaten (wie Diebstahl), gepaart mit dem eigenen Wunsch der Mädchen nach „Abhauen“. Die Gegenwelten in den Cliques auf der Straße haben für die Mädchen eine fast magne-

tische Anziehungskraft. Hier meinen sie soziale Zugehörigkeit, Anerkennung und Identifikationsmöglichkeiten finden zu können. Sie leben dann in aller Regel ohne festen Wohnsitz und ohne regelmäßige Einkünfte in bestimmten Subkulturen wie z. B. der Drogen- oder Prostitutionsszene. Mädchen auf der Straße geraten leicht an Zuhälter, die sie als Gegenleistung für Unterschlupf, emotionale Zuwendung und Sicherheit zur Prostitution anhalten. Daraufhin eingeleitete Maßnahmen der Jugendhilfe entsprechen oft nicht den Vorstellungen der Mädchen. Ihnen erscheint das Leben in der „Szene“ als Straßenkinder (Ausreißerinnen, Trebegängerinnen) trotz durchaus immer wieder vorhandener Ambivalenzen attraktiver, und sie entziehen sich den Hilfsangeboten. Wenn Reintegrationsversuche in die „Normalität“ einschließlich Schul- und Ausbildung scheitern, bleibt ihnen als Erwachsenen dann oft nur ein Leben als Prostituierte oder Obdachlose.

Erfahrungen mit Drogen

Einstiegsfaktoren in den Drogengebrauch können Einsamkeit und Isolation oder nicht bewältigte Angst-, Trauer- oder Trennungserfahrungen sein. Auch können Faktoren wie Suchtverhalten in der Familie, inkonsequente Erziehungsstile der Erziehungsberechtigten, die Gewissheit, ein ungeliebtes Kind zu sein, sexueller Missbrauch, mangelndes Selbstbewusstsein und schwache Frustrationstoleranz eine Rolle spielen. Auslöser für den ersten Drogenkonsum sind häufig Neugierde oder Langeweile, der Wunsch nach intensiverem Erleben oder der Wunsch, Erlebtes und die Gegenwart zu verdrängen.

Für minderjährige Drogengebraucher/innen ist nach § 35a des Kinder- und Jugendhilfegesetzes (KJHG) die Jugendhilfe zuständig (vgl. Fernandez 1997). In der Praxis bestehen jedoch bei den zuständigen Jugendämtern große Unsicherheiten hinsichtlich dieses Paragraphen; es fehlen klare Richtlinien zur Auslegung und vor allem entsprechende Hilfesysteme und Einrichtungen. Die Drogenhilfe und Drogenselbsthilfe wiederum ist in der Regel nicht auf Jugendliche eingestellt. Da die Mädchen meistens nicht selbst krankenversichert sind, stehen ihnen Ersatzmittel wie Methadon, die den Drogenentzug erleichtern können, nicht zur Verfügung. Selbst wenn sie in ärztliche Behandlung kommen, werden sie in der Regel nicht substituiert, sondern auf Entzug gesetzt. Lediglich einige wenige niedergelassene Ärzte sind bereit, Jugendliche mit Codein zu substituieren, was Nachteile gegenüber anderen Substanzen hat (u. a. eine sehr kurze Wirkungsdauer) und auch aus rechtlichen Gründen schwierig ist. Mädchen, die im Drogenmilieu oder auf dem Drogenstrich auf Streetworker/innen treffen, müssen damit rechnen, in die Kinder- und Jugendpsychiatrie abgeschoben zu werden, da es nur dort Entgiftungsplätze für Minderjährige

gibt. Für minderjährige Drogengebraucherinnen gibt es in der Regel weder Not-
schlafstellen noch Plätze in Wohnprojekten und Substitutionsprogrammen. Der
Rechtsanspruch Drogen konsumierender Jugendlicher auf Hilfe erscheint bei
den derzeitigen Versorgungsmöglichkeiten also kaum durchsetzbar. Vielfach
lässt man sie allein und treibt so ihre Isolierung und ihren Einstieg in die Dro-
genszene, in die Beschaffungsprostitution und/oder die Beschaffungskrimina-
lität voran. So konsumiert denn auch die Mehrheit der minderjährigen Prostitu-
tierten Drogen (manchen Schätzungen zufolge etwa 90%). Die meisten Zuhälter
sind zugleich Dealer, was zu einer doppelten Abhängigkeit der Mädchen füh-
ren kann. Drogen haben eine enthemmende und wärmende Wirkung, was den
Mädchen die Arbeit erleichtert. Besonders anfällig für den Einstieg in den Dro-
gengebrauch sind Mädchen beim Zusammenbruch ihrer Hoffnungen und Illu-
sionen (z. B. bezüglich ihres Wunsches nach einer Liebesbeziehung mit ihrem
Zuhälter-Freund oder nach viel Geld) und dem Übergang zur „Routine“ – ein
Prozess, den jede minderjährige Prostituierte früher oder später durchmacht.
Die Prostitution dient dann immer mehr der Finanzierung des Drogenbedarfs.
Infolge des Drogenkonsums verschließen sich die Mädchen immer mehr vor an-
deren Menschen, vor sich selbst und ihren eigenen Gefühlen.

Erfahrungen mit Prostitution¹¹

Prostitution von Minderjährigen ist überwiegend ein großstädtisches Phäno-
men – nur hier gibt es entwickelte Drogenszenen, Möglichkeiten zum Unte-
rtauschen und genügend Kunden. Die Nachfrage nach Sex mit Minderjährigen
steigt; der Reiz scheint für die meisten Freier darin zu liegen, etwas Verbotenes
zu tun und sich den Mädchen überlegen zu fühlen. Viele Freier bevorzu-
gen aber auch deshalb möglichst junge Prostituierte, weil sie sich einreden,
das Risiko einer Infektion mit HIV oder anderen sexuell übertragbaren Krank-
heiten sei bei ihnen niedriger als bei älteren Prostituierten.

Gründe für den Einstieg in die Prostitution

Es gibt Hinweise, dass in den letzten Jahren mehr minderjährige Mädchen
in die Prostitutionsszene eingestiegen sind, auch wenn es hierzu (wie auch
zur Zahl erwachsener weiblicher Prostituiertes) keine verlässlichen Daten
gibt (vgl. Leopold 2005, S. 98). Diese Mädchen haben sich allerdings in al-
ler Regel nicht für die Prostitution, sondern gegen die Eltern, die Pflegefami-

¹¹ Die nachfolgenden Informationen basieren auf Isabell Tiedes Buch über Mädchenprostituti-
on (Tiede 1997).

lie oder das Heim entschieden, weil ihnen ihr bisheriges Zuhause unerträglich war. Die meisten dieser Mädchen sind in vielfältiger Form misshandelt und/oder sexuell missbraucht worden, vor allem von Vätern, sonstigen Erziehungsberechtigten und Verwandten. Ihre Mütter haben ihnen nicht beigestanden, sondern den sexuellen Missbrauch vertuscht und gedeckt, sodass sie ihr Zuhause nicht als Zufluchtsort empfunden haben, sondern als Gefängnis, aus dem sie flüchten mussten, um zu überleben. Ihre Mütter haben ihnen vorgelebt, dass Frauen ohne Mann nichts wert sind und dass allenfalls weibliche Verführung Frauen dazu berechtigt, neben Männern zu bestehen. Anders als ihre Mütter aber wollen sie ihr Verhalten nicht aus Unterwürfigkeit an den Männern ausrichten, sondern gegen Geld – was ihnen das Gefühl gibt, die Situation stets im Griff und die Männer in ihrer Macht zu haben.

Mädchen, die in die Prostitution gehen, suchen das Zuhause, die Geborgenheit, die Sicherheit und die überschaubaren Regeln, die sie nie kennengelernt haben. Sie träumen von Unabhängigkeit und der großen Liebe, von Geld und Schönheit, sie wollen beachtet, erfolgreich und reich sein. Natürlich spielt auch Neugierde häufig eine Rolle, und nicht zuletzt hat Prostitution den Reiz des Verbotenen.

Die Mädchen sind beim Einstieg im Durchschnitt 12 bis 14 Jahre alt; die meisten bleiben mindestens zwei oder drei Jahre – viele länger. Sie kommen aus allen sozialen Schichten, besonders häufig aus Mittelschichtfamilien, in denen ein starker Leistungsdruck herrschte. Das elterliche Interesse an ihnen empfinden sie lediglich als Aufforderung zum Funktionieren. Sie fühlen sich in ein Lebenskonzept gepresst, ohne Platz für ihre eigenen Bedürfnisse zu haben. Wenn sie im Milieu Zuflucht suchen, besitzen sie nichts mehr. Sie brauchen einen Schlafplatz, Essen, Kleidung, Freunde, Schutz, Geborgenheit, Orientierung und ein Ziel. Ihr einziges „Kapital“ ist ihr Körper – dass dieser begehrt wird, wissen sie aufgrund ihrer Missbrauchserfahrungen bereits.

Lebens- und Arbeitsbedingungen

Die Arbeitsbedingungen auf dem Straßenstrich sind abhängig von der Zahlungsmoral der Freier und von der Umgebung: je einsamer die Umgebung ist, desto gefährlicher ist es und desto niedriger ist der Verdienst. Viele Mädchen (und Frauen) werden misshandelt, vergewaltigt und ausgeraubt. Die Mädchen auf dem Straßenstrich müssen die Freier erst einmal für sich gewinnen, etwa durch entsprechende (dürftige) Kleidung; Scham- und Angstgefühle betäuben sie mit Drogen, Tabletten und Alkohol. Bei jedem Wetter und zu jeder Jahres- und Tageszeit stehen sie bis zu 16 Stunden auf der Straße. Fast alle haben chronische Unterleibserkrankungen.

Minderjährige Mädchen, die in Bordellen arbeiten, werden fast vollständig von der Außenwelt isoliert, weil weder die Bordellbesitzer/innen noch die Zuhälter Ärger mit der Polizei haben wollen (Kinderprostitution ist in Deutschland verboten). Nicht selten werden sie regelrecht gefangen gehalten und dazu noch misshandelt.

Psychische und physische Folgen der Prostitution

Der Ambivalenz der Pubertätszeit stehen das klare Wertesystem und die eindeutigen Rollenfestlegungen des Milieus gegenüber. Die Mädchen bekommen ein Zuhause und eine neue Identität – sie schlüpfen in die Rolle einer Prostituierten. Das Anschaffen vermittelt ihnen ein Gefühl der Kontrolle und Überlegenheit. Geht es ihnen aber schlecht, dann müssen sie feststellen, dass sie ganz allein für sich verantwortlich sind. Können sie ihre Rolle nicht mehr spielen, sind sie nicht mehr „niedlich“ und sexy, schützt sie keiner oder fängt sie auf.

Sie verkaufen ihren Körper, um vermeintlich Kontrolle über ihn zu behalten und Anerkennung zu bekommen. Dafür verzichten sie auf jegliche Anerkennung über das Körperliche hinaus und stellen so sicher, ihren verinnerlichten Minderwertigkeitsgefühlen nicht begegnen zu müssen. Meistens haben sie keinen Zugang zu ihren Fähigkeiten und Bedürfnissen, weil sie die Lieblosigkeit der Eltern als eigene Schuld ansehen und sich tief im Innern schmutzig und schlecht fühlen. Deshalb haben sie auch nicht gelernt, mit ihrem Körper – den sie jeden Tag als „Arbeitsmittel“ einsetzen – verantwortungsvoll umzugehen. Sie essen nicht regelmäßig und leiden oft an Hautproblemen, Pilzerkrankungen, Karies, Unterleibserkrankungen, Hormonstörungen und an den Folgen von Schwangerschaftsabbrüchen. Da sie ständig arbeiten und dafür gut aussehen müssen, kurieren sie Krankheiten nicht aus, sondern unterdrücken sie mit Schmerzmitteln oder Antibiotika – was die Krankheiten häufig chronisch werden lässt.

Die Abspaltung der Psyche und der Gefühle vom Körper ist eine Überlebensstrategie gegen den Missbrauch und führt zu einer Instrumentalisierung des Körpers mit schwersten körperlichen Schäden. Dies wird verstärkt durch die wahllose Einnahme von Medikamenten und Drogen, um die Situation besser zu ertragen. Wenn ein Mädchen mit siebzehn oder achtzehn Jahren aussteigt, wird sie in aller Regel erst einmal krank. Der Körper ist völlig geschwächt, und lange unterdrückte Krankheiten brechen aus (man schätzt, dass 90 % der minderjährigen Prostituierten Drogen konsumieren, und Infektionen mit sexuell übertragbaren Erregern sind häufig). Die Erfahrungen im Milieu führen darüber hinaus zu Persönlichkeitsveränderungen bei den Mäd-

chen. Sie sind gezwungen, sich wie erwachsene Frauen zu verhalten, obwohl sie eigentlich in einem Alter sind, in dem sie sich spielerisch erproben wollen. Im Milieu aber ist kein Platz für pubertäre Unsicherheiten, und so müssen sie einen wesentlichen Schritt ihrer Identitätsentwicklung überspringen. Ihre Schwächen und Bedürfnisse lernen sie nicht kennen, sondern sie haben Angst vor ihnen. Vielen leiden unter panikartigen Existenzängsten, Schlafstörungen oder sogar psychotischen Zuständen. Steigen diese Mädchen oder jungen Frauen aus der Prostitution aus, sind sie fast immer suizidgefährdet. Sobald sie zur Ruhe kommen, beginnt eine oft schmerzhaft Selbstreflexion. Sie haben Versagensängste, kleinste Misserfolge führen zu Verunsicherung. Weil sie immer Leistung bringen mussten, konnten sie keine Frustrationstoleranz entwickeln. Sie haben nicht gelernt, Vertrauensbeziehungen aufzubauen und zu pflegen, sondern kennen nur Abhängigkeitsbeziehungen. Daher begegnen sie den meisten Menschen mit Misstrauen und Angst.

Abhängigkeit von Zuhältern

Um den Freiern nicht völlig ausgeliefert zu sein, begeben sich viele Mädchen in die Abhängigkeit von Zuhältern – oft erfolgt der Einstieg ins Milieu auch über eine Liebesbeziehung mit einem Zuhälter. Die Zuhälter verteidigen die Interessen der Mädchen gegenüber den Freiern, der Außenwelt und im Milieu. Sie versprechen die große Liebe und bieten Sicherheit; als Gegenleistung verlangen sie, dass die Mädchen anschaffen gehen. Viele Mädchen träumen zunächst von einem gemeinsamen Leben mit dem Partner, bis sie erkennen müssen, dass dieser sein Liebesversprechen nicht einlöst. Als einziges Mittel, den Zuhälter-Freund an sich zu binden, bleibt die Sexualität. Diese Beziehungsstruktur erinnert die Mädchen an die Strukturen, in denen sie aufgewachsen sind. Alle Kontakte im Milieu wiederholen diese „vertraute Hölle“, die traumatische Erfahrung, nicht geliebt und nicht gewollt zu sein. Das ständige Scheitern von Beziehungen deuten sie als Bestätigung ihres eigenen Versagens.

Schwierigkeiten beim Ausstieg

Wenn Mädchen das Milieu verlassen (meist mit 17 oder 18 Jahren), verhalten sie sich völlig anders als Gleichaltrige, was zu Desorientierung und Rückzug führt. Sie sind wie erwachsene Kinder, können andere Menschen nicht ertragen, wollen ständig im Mittelpunkt stehen, haben immer Angst, zu kurz zu kommen. All das führt zu einer Identitätskrise. Was sie im Milieu gelernt haben, ist nichts mehr wert. Sie erleben sich als Menschen „zweiter Klasse“,

gelten entweder als Opfer oder als „verdorben“. Viele haben Schulden, sind drogenabhängig oder mit HIV und anderen sexuell übertragbaren Erregern infiziert. Sie haben keine Schulbildung und haben nicht gelernt, ihr Leben zu planen, weil im Milieu alles immer unmittelbar und sofort geschieht.

4.4.2 Hinweise für die Praxis der HIV/STI-Prävention

Erfahrungen sexueller Gewalt, ein Leben auf der Straße, Drogenkonsum und Prostitution sind häufig miteinander verkettet. Mädchen unter diesen Lebensumständen haben das Gefühl für den eigenen Körper und die eigene Sexualität verloren – durch die Abspaltung aller Gefühle, durch Autoaggressivität und dadurch, dass andere über ihren Körper verfügen. Dies geht einher mit großem Misstrauen gegenüber eigenen Empfindungen, Einschränkungen oder Verschiebungen der Realitätswahrnehmung sowie geringem Selbstwertgefühl und Selbstbewusstsein. Besonders die Erfahrung des sexuellen Missbrauchs führt zu Angst und Schuldgefühlen, die Fähigkeit zum Eingehen dauerhafter Beziehungen ist gestört, Tendenzen der Promiskuität und Prostitution werden gefördert. Aufgrund ihrer ungeschützten Lebenssituation sind solche Mädchen häufiger bedrohlichen und fremdbestimmten Situationen ausgesetzt, die das Ansteckungsrisiko für HIV und STIs erhöhen. Drogen gebrauchende Mädchen sind zusätzlich durch das gemeinsame Benutzen von Spritzbesteck und anderen Drogenutensilien sowie durch ungeschützten Sex mit Partnern aus der Drogenszene gefährdet. Auch können das romantische Liebesideal und ein drohender Entzug die Durchsetzung von Safer Sex erschweren, und der meist schlechte gesundheitliche Zustand vieler intravenös Drogen gebrauchender Mädchen erhöht das Risiko einer Infektion mit sexuell übertragbaren Erregern.

Angesichts des gewaltbereiten Umfelds müssen die Mädchen in ihrer Selbstakzeptanz, ihrem Selbstbewusstsein und besonders ihrem Widerstandspotenzial gegen Übergriffe gestärkt werden. Dazu gehören die Förderung eines positiven Verhältnisses zum eigenen Körper, der Wahrnehmung von eigenen Empfindungen und das Vertrauen dazu. Auch soll das Formulieren eigener Wünsche und Bedürfnisse sowie deren Durchsetzung entwickelt und erprobt werden. Nur so können die Eigenverantwortung für Wohlbefinden und Gesundheit und die Fähigkeit zur Aufnahme von Beziehungen, die den Vorstellungen und Bedürfnissen der Mädchen entsprechen, gefördert werden. Hinzu kommt Unterstützung bei der Entwicklung und Umsetzung von Zukunftsperspektiven (Schulabschluss, Ausbildung, Wohnung usw.) als Grundlage für die Änderung des Lebensumfelds.

4.4.3 Mögliche Angebote

Die HIV-Präventionsarbeit für Mädchen mit Erfahrungen von sexueller Gewalt, Trebegängerinnen, Drogengebraucherinnen und junge Prostituierte sollte auf der einen Seite praktische Hilfsangebote umfassen, die das Überleben und die Gesundheit der Mädchen fördern:

- Beratung und Bereitstellung von Informationen zu sexuell übertragbaren und anderen Krankheiten und Gesundheitsrisiken (z. B. HIV, Hepatitis, Tuberkulose usw.)
- Möglichkeiten zu Tests, Impfungen, Krebsvorsorge
- Bereitstellung von Kondomen, Gleitgel und sterilen Spritzen/Zubehör
- medizinische Versorgung im Akutfall (z. B. bei Rückenschmerzen, Lungenentzündungen, Abszessen und Verletzungen durch Drogengebrauch)
- Verhütungsberatung, Schwangerschaftstests, Vermittlung in die Schwangerschaftskonfliktberatung, Schwangerschaftsvorsorge usw.
- Schuldenberatung
- Ausstiegshilfen, sofern gewünscht (psychosoziale Begleitung, Ausbildungsangebote und Wohnmöglichkeiten)
- Vermittlung an Beratungsstellen, die auf die Arbeit mit missbrauchten Mädchen, Straßenkindern, minderjährigen Drogengebraucherinnen oder Prostituierten spezialisiert sind und sie bei Bedarf auch therapeutisch unterstützen können (Viele Mädchen sind schwer traumatisiert und brauchen nach einer Stabilisierungsphase in der „Normalität“ eine spezielle Psychotherapie.).

Auf der anderen Seite sollten die Angebote auch die psychosozialen Bedingungen eines möglichst selbstbestimmten und gesundheitsbewussten Lebens fördern:

- Negative Erfahrungen mit der Polizei und anderen Institutionen führen dazu, dass viele Mädchen dieser Zielgruppe Hilfsangebote – auch wegen der damit verbundenen Abhängigkeiten – ablehnen. Sie sind daher nur mit unkonventionellen, unbürokratischen und nicht stigmatisierenden Angeboten zu erreichen. Die Kontaktaufnahme erfolgt vor allem über aufsuchende Sozialarbeit (Streetwork/Krisenintervention). Wichtig wären Notschlafstellen und Drop-Ins (Kontaktläden), in denen die Mädchen sich und ihre Kleidung waschen, sich ausruhen, schlafen und etwas essen oder trinken können, Kondome und sterile Spritzen bekommen und Beratung und/oder medizinische Versorgung in Anspruch nehmen können, ebenso Wohnmöglichkeiten bzw. -projekte und besondere Ausbildungsangebote.

- Viele Mädchen dieser Zielgruppe brauchen über einen längeren Zeitraum psychosoziale Unterstützung (auch wenn die Öffentlichkeit und die Geldgeber in der Regel schnelle und sichtbare Erfolge erwarten – zum Beispiel, dass die Mädchen von der Straße geholt werden). Sie sind aufgrund ihrer bisherigen Erfahrungen sehr misstrauisch, und Beziehungen werden immer wieder strapaziert, um sie zu testen. Die Mädchen sollten nachholen können, was sie im Elternhaus versäumt haben: ihren Handlungsspielraum zu erfahren und zu erproben. Nur so kann man ihnen vermitteln, dass sie ihr Leben beeinflussen können, dass sie nicht allein sind, dass sie selbst (und nicht nur ihr Körper) liebenswert sind. Ein Beispiel für ein solches Projekt, das von den Mädchen angenommen wird, ist das Café Sperrgebiet in Hamburg. Die Sozialarbeiterinnen sind Tag und Nacht für die Mädchen da und arbeiten akzeptierend. Die Mädchen können essen, sich waschen, telefonieren, schlafen oder sich beraten lassen; es werden Kondome und Gleitgel verteilt, es wird erklärt, wie sie sich vor einer Infektion mit HIV/STIs schützen können, wie der HIV-Test funktioniert und wo man ihn machen lassen kann.

4.5 Mädchen aus anderen Kulturen, hier: mit islamischem Hintergrund

Für den Zugang zu sexual- und gesundheitspädagogischen Themen spielen der Bildungsstand und der religiös-weltanschauliche Hintergrund eine wichtige Rolle als die nationale oder ethnische Herkunft. Alles, was diesen Zugang für Mädchen und Frauen erschwert, ist ungünstig für die HIV/STI-Prävention und Sexuaufklärung. Die zahlenmäßig größte Gruppe von Mädchen aus anderen Kulturen in Deutschland stellen Mädchen aus der islamischen Kultur. An dieser Stelle soll deshalb exemplarisch auf diese Gruppe eingegangen werden. Vieles gilt aber genauso für Mädchen aus anderen Kulturen (und aus unserer eigenen Kultur), wenn aufgrund streng religiöser Normen in der Herkunftsfamilie abweichende Lebensgestaltung und selbstbestimmte Entwicklung (vor allem im Bezug auf Sexualität und Partnerwahl) untersagt werden.

4.5.1 Hintergrundinformationen

Mädchen aus der islamischen Kultur werden meistens Wert- und Moralvorstellungen vermittelt, die sich von denen der deutschen Gesellschaft zum Teil stark unterscheiden; so werden beispielsweise der Familie und Gemein-

schaft sehr viel mehr Wert beigemessen als der individuellen Entfaltung. Vor dem Hintergrund eines noch immer stark patriarchalisch geprägten Gesellschafts- und Familienmodells sowie der strikten Arbeitsteilung zwischen den Geschlechtern gelten Eheschließung und Hausfrauen- und Mutterrolle in vielen Familien als das wichtigste weibliche Sozialisationsziel – auch wenn die Mädchen einen Beruf erlernen oder studieren. Um sich auf ihre späteren Aufgaben vorzubereiten und die Mutter zu entlasten, müssen sie oft schon frühzeitig häusliche Pflichten einschließlich der Betreuung der jüngeren Geschwister übernehmen. Während in der Pubertät idealerweise eine Identitätsfindung stattfinden sollte, in der Mädchen durch Ablösung aus dem Elterhaus zunehmend an Autonomie gewinnen, ist diese Zeit für Mädchen aus der islamischen Kultur also häufig durch die Vorbereitung auf ihre Rolle als Ehefrau und Mutter geprägt, eine Ablösung vom Elterhaus findet nicht statt: Mädchen sollen bis zu ihrer Heirat in die Herkunftsfamilie eingebunden bleiben und durch die Heirat „nahtlos“ in einen anderen Familienverband übergehen (vgl. Preiß/Schwarz/Wilser 1996). Die Abnabelung von den Eltern geschieht daher meistens sehr spät – im Schnitt mit Mitte 20.

Spätestens mit dem Einsetzen der Pubertät, oft schon ab dem 10. Lebensjahr, haben diese Mädchen – außer in der Schule, die als „neutrales Gebiet“ betrachtet wird – keinen Kontakt mehr zu Jungen (vgl. Klees/Marburger/Schumacher 1992). Es wird erwartet, dass sie sich nach der Schule zu Hause aufhalten. Der Aktionsradius von Mädchen aus der islamischen Kultur ist deshalb sehr viel enger als der anderer Mädchen. Viele leiden darunter, dass ihre Familien sie von den als fremd und bedrohlich erlebten Einflüssen der deutschen Kultur fernzuhalten versuchen, indem sie sie im Familienverband halten und kontrollieren. Das beinhaltet auch eine äußerst strenge sexuelle Kontrolle, da die Familienehre die Jungfräulichkeit der Tochter und ihr untadeliges sittliches Betragen verlangt. Selbst wenn junge Frauen im Beruf selbstständig sein und sich materielle Güter leisten dürfen, bleiben sie unter der Aufsicht der Eltern, die über alles Private und Familiäre bestimmen – bis ins Erwachsenenalter. Viele Mädchen und Frauen aus der islamischen Kultur empfinden dieses „Doppelleben“ als große Belastung.

Mädchen aus der islamischen Kultur werden in der Regel in einer sexualfeindlichen Atmosphäre erzogen, die von Ängsten und Verboten geprägt ist. Die sexuelle Neugier von Mädchen wird im Allgemeinen unterdrückt, Themen wie Masturbation oder Verhütung sind in der Regel tabu; Geschlechtsverkehr vor der Ehe ist strengstens untersagt. Mädchen, die dieser Norm nicht entsprechen, droht der Ausschluss aus der Familie und der sozialen Gemeinschaft – als „Entehrte“ oder gar „Hure“ –, und schlimmstenfalls werden sie von männlichen Verwandten ermordet. Selbst wenn sie Opfer sexueller Über-

griffe werden, werden nicht die Täter, sondern allein die Mädchen dafür verantwortlich gemacht.

Die Aufklärung erfolgt durch ältere Schwestern, Cousinen oder Freundinnen und das heimliche Lesen von Bravo und ähnlichen Zeitschriften. Eine sexuelle Aufklärung durch die Mutter findet nicht statt, sie erklärt der Tochter nur das Nötigste zur Menstruation. Auch untereinander sprechen die Mädchen in der Regel nicht über Themen wie die Selbstbefriedigung – viele haben auch als Erwachsene noch keine Ahnung, wie „so etwas“ praktisch gehen könnte.

Alle Mädchen haben große Angst vor der „Selbstentjungferung“. Die Idee, etwas in die Scheide einzuführen, wird vehement abgelehnt, Tampons sind daher bis zur Hochzeit bzw. dem ersten Geschlechtsverkehr tabu. Daher ist es für Mädchen aus der islamischen Kultur auch unüblich, zu einer Gynäkologin zu gehen, solange sie nicht verheiratet sind, selbst wenn sie z. B. bei der Menstruation starke Schmerzen haben.

Das „Doppelleben“ der Mädchen beginnt meistens in der Pubertät, wenn sie heimlich einen Freund haben. Durch die Verinnerlichung der Normen ihrer Eltern leiden sie unter einem extrem schlechten Gewissen und großem Selbstzweifel, da sie etwas Verbotenes tun. Sexuell findet in den heimlichen Beziehungen meist lange Zeit nichts statt, wofür die Freunde nicht immer Verständnis haben – vor allem, wenn sie selbst aus einer anderen Kultur stammen. In Gesprächen mit Freundinnen wird lange abgewägt und überlegt, wie ernst es der Freund wohl meint, ob er nicht doch der „Falsche“ ist. Die Mädchen stehen unter einem großen Druck, dass der Erste der „Richtige“ sein muss. Diese Zeit des Abwägens ist oft für beide Partner frustrierend. Wenn sich die Mädchen dann dazu entschließen, mit dem Freund zu schlafen, haben sie sehr große Angst vor einer Schwangerschaft. Da sie oft nicht zum Gynäkologen gehen, stehen ihnen als Verhütungsmittel nur „Aufpassen“ oder Kondome zur Verfügung. Die Angst der Mädchen vor einer Schwangerschaft lässt viele darauf bestehen, dass Kondome verwendet werden. Die Kondome muss der Junge besorgen, denn die Scham, sie selbst zu kaufen und eventuell dabei gesehen zu werden, ist für die Mädchen zu groß. Durch den Kampf mit sich selbst und die Ängste vor Entdeckung und Schwangerschaft können die Mädchen ihre Sexualität so gut wie nie ungezwungen entwickeln und ausleben.

Falls sich der erste Freund dann doch nicht als der „Richtige“ herausstellt, kann eine Hymenrekonstruktion notwendig werden. Adressen von Ärztinnen und Ärzten, die dies anbieten, sprechen sich herum. Bei mangelnden Angeboten in Deutschland besteht meist die Möglichkeit, dies im Herkunftsland der Familie durchführen zu lassen.

Wenn es zu einer Schwangerschaft kommt, lassen die Mädchen diese entweder heimlich abbrechen oder stehen unter dem Druck, ganz schnell heiraten zu müssen. Beide Möglichkeiten werden etwa gleich häufig „gewählt“, die Möglichkeit des Schwangerschaftsabbruchs besteht jedoch nur, solange die Eltern nichts von der Schwangerschaft wissen. Diese bestehen in der Regel auf einer sofortigen Heirat und akzeptieren den Freund der Tochter – auch wenn sie ihn bis dahin nicht kannten oder er in ihren Augen nicht ideal ist –, weil sie in der Heirat die einzige Lösung der Situation sehen. Ein akzeptablerer Mann aus einer ehrbaren Familie kommt für ihre Tochter sowieso nicht mehr in Frage, da sie bereits entjungfert ist.

In der Ehe trägt die Frau die alleinige Verantwortung für die Verhütung. Aus religiösen Gründen spricht nichts gegen Verhütung, aus mangelndem Wissen wird sie jedoch oft nicht sorgfältig durchgeführt.

Treue wird von beiden Partnern erwartet. Wenn der Mann fremdgeht, wird ihm das jedoch meist nachgesehen, und die Familie engagiert sich sehr, um die Beziehung wieder zu kitten. Wenn eine Frau fremdgeht, wird sie auch heute oft noch von ihrer Familie verstoßen und im Extremfall sogar ermordet.

Die meisten Mädchen aus der islamischen Kultur rechnen nicht damit, jemals mit HIV/Aids in Kontakt zu kommen, daher ist dies für sie häufig kein Thema. Aids wird als fremdartige Krankheit betrachtet. Es ist bekannt, dass HIV über den Geschlechtsverkehr übertragen wird, daher fühlen die Mädchen sich sicher, wenn sie keusch sind, bis der „Richtige“ kommt (der natürlich auch nicht infiziert ist).

Homosexualität wird oft verachtet. Drogen sind verpönt – außer heimlichem Rauchen, was oft als Rebellion gegen die Eltern angesehen wird. In letzter Zeit nimmt auch heimlicher Alkoholkonsum zu.

Das „Doppelleben“ führt oft zu sehr individuellen Lösungen für das, was als moralisch akzeptabel betrachtet wird und was nicht. So kann sich eine junge Frau aus der islamischen Kultur z. B. darüber ereifern, dass eine andere Alkohol trinkt, und selbst gleichzeitig heimlich mit ihrem Freund in den Urlaub fahren.

4.5.2 Hinweise für die Praxis der HIV/STI-Prävention

Aufgrund der traditionellen Erziehung und der eingeschränkten Autonomie, auch in Bezug auf eigene sexuelle Erfahrungen, herrscht ein großes Informationsbedürfnis. Viele der Mädchen wünschen Informationen über den weiblichen (und männlichen) Körper, über die Menstruation und vor allem darüber, bei welchen Gelegenheiten das Jungfernhäutchen beschädigt werden kann, wie sie dem vorbeugen können und wo sie sich die Intaktheit bescheinigen

bzw. wiederherstellen lassen können. Ein großes Interesse besteht auch an Informationen über Verhütungsmittel, insbesondere über solche, die „heimlich“ angewendet werden können. Liberale sexualpädagogische Konzepte dagegen lassen sich wegen der sexualfeindlichen Erziehung und vieler Tabus nur bedingt auf die Arbeit mit Mädchen aus der islamischen Kultur anwenden, auch wenn viele dieser Mädchen sich liberale Aufklärungsmaterialien wünschen, die ihnen aber oft nicht zugänglich sind (vgl. Bültmann 1996).

4.5.3 Mögliche Angebote

- Geschlechts- und kulturhomogene Angebote im Rahmen des Schulunterrichts oder außerhalb der Schule
- muttersprachliches Informationsmaterial, das der Kultur entspricht
- Veranstaltungen mit Leiterinnen, die den gleichen kulturell-religiösen Hintergrund haben wie die Mädchen
- Elternarbeit, um Misstrauen und Vorbehalte abzubauen (z. B. Einladung der Eltern in die Einrichtung, in der sich eine Mädchengruppe trifft).

4.6 Lesbische und bisexuelle Mädchen

4.6.1 Hintergrundinformationen

Schätzungen besagen, dass etwa 3–10% aller Jugendlichen homosexuell sind. Einer in Berlin durchgeführten Befragung Jugendlicher zufolge (SSJS/GEW 1999) bemerken homo- bzw. bisexuelle Jugendliche meist in der Pubertät, dass sie „anders“ sind – in einer Zeit, in der Jugendliche ohnehin mit vielen Problemen zu kämpfen haben. In dieser Lebensphase geht es sehr viel stärker als in anderen Phasen um den Körper, um Begehren, Liebe, Gefühle und Sexualität. Die Erwartungen der Außenwelt hinsichtlich heterosexueller Liebesbeziehungen sind hoch. Um ihre eigene Identität entwickeln und annehmen zu können, müssen sich homo- bzw. bisexuelle Jugendliche in besonderer Weise mit den Geschlechterrollen, dem Aufbau eines positiven Selbstbildes, mit dem eigenen Körper und der eigenen Sexualität sowie den Fragen von Partnerschaft und Familie beschäftigen. Sie müssen sich von den an der „heterosexuellen Norm“ orientierten Erwartungen distanzieren und die gesellschaftliche Abwertung der Homosexualität zurückweisen – ein langwieriger und schwieriger Prozess. Erste Ahnungen und Gewissheiten hinsichtlich der eigenen sexuellen Identität werden daher häufig zuerst verdrängt. Die meisten homosexuellen Jugendlichen versuchen – und sei es nur, um den äußeren

Schein zu wahren –, sexuelle Beziehungen zum anderen Geschlecht aufzunehmen (die meist unglücklich enden). Auch die emotionale (und räumliche) Loslösung von den Eltern ist für sie häufig weitaus schmerzhafter als für heterosexuelle Jugendliche, da viele Eltern die „abweichende“ sexuelle Identität ihres Kindes nicht akzeptieren können und manche deswegen sogar den Kontakt völlig abbrechen (vgl. Preiß/Schwarz/Wilser 1996).

Mädchen, die sich zu Mädchen/Frauen hingezogen fühlen, müssen sich doppelt behaupten: gegenüber den traditionellen Rollenerwartungen, die an Mädchen und Frauen gestellt werden, und gegenüber der „heterosexuellen Norm“. Häufig erleben sie dabei, dass ihr sexuelles Empfinden nicht ernst genommen (etwa als „vorübergehend“ abgetan) wird oder dass sie diffamiert und verurteilt werden (vgl. Klees/Marburger/Schumacher 1992). Auch die meisten Aufklärungsbücher, Zeitschriften und andere Informationsquellen zum Thema Sexualität bieten homo-/bisexuellen Jugendlichen kaum Möglichkeiten zur Identifikation, es fehlt an positiven Beispielen. Jugendzeitschriften für Mädchen (z. B. „Mädchen“ oder „Bravo Girl“) sind eindeutig heterosexuell orientiert. Andere wie z. B. die „Bravo“ machen zwar Homo-/Bisexualität hin und wieder zum Thema und plädieren für Akzeptanz, jedoch oft mit dem Hinweis, dass es sich meistens um eine vorübergehende Phase handele. Lediglich im Internet gibt es inzwischen gute Informations- und Selbsthilfeseiten sowie Kontaktportale, die den Austausch mit und Kontakte zu anderen homo- und bisexuellen Jugendlichen ermöglichen.

Eltern haben nur selten eine positive Einstellung zur Homosexualität, und in der Schule wird das Thema entweder tabuisiert oder auf männliche Homosexualität reduziert. Schulbücher bieten kaum Informationen, und häufig sind die darin enthaltenen Aussagen sogar wissenschaftlich unhaltbar, z. B. wenn Homosexualität immer noch unter Überschriften wie „abweichende Formen des Sexualverhaltens“ oder „sexuelle Krankheiten“ subsumiert wird. Wenn homosexuelle Jugendliche den Mut haben, ihre sexuelle Identität vor der Klasse zu offenbaren, werden sie oft sowohl vom Lehrpersonal als auch von den Mitschülerinnen und Mitschülern diskriminiert und ausgegrenzt.

Eines der größten Probleme homo- und bisexueller Jugendlicher ist demzufolge ihre Einsamkeit – viele haben niemanden, mit dem sie über ihr Anderssein sprechen können. Fast ein Fünftel der homosexuellen Jugendlichen hat bereits einmal oder mehrmals versucht, sich das Leben zu nehmen – das sind mehr als viermal so viele wie unter heterosexuellen Jugendlichen. Etwa die Hälfte der Befragten versucht, die Probleme mit Alkohol oder anderen Drogen zu verdrängen (vgl. SSJS/GEW 1999).

Auch in Jugendfreizeiteinrichtungen bzw. in der offenen Jugendarbeit gibt es kaum spezielle Angebote für junge Lesben, Schwule und Bisexu-

elle. Die meisten Mitarbeiter/innen sind sich nicht bewusst, dass sie es auch mit lesbischen und bisexuellen Mädchen zu tun haben (bzw. mit Mädchen, die sich ihrer sexuellen Orientierung noch nicht sicher sind) und dass diese Konfliktbegleitung oder Unterstützung beim Coming-out brauchen könnten. Häufig mangelt es auch an Fachkenntnissen. Viele Mitarbeiter/innen umgehen das Thema Homosexualität, weil sie befürchten, selbst für homosexuell gehalten zu werden, und viele homo- oder bisexuelle Erwachsene, die mit Jugendlichen arbeiten, verbergen ihre sexuelle Identität aus Angst vor Stigmatisierung und beruflichen Schwierigkeiten. Schon das Aushängen eines Plakates oder das Auslegen von Broschüren einer Lesbenberatungsstelle ist für viele Mitarbeiterinnen in der Jugendarbeit eine unüberwindliche Barriere. Lesbische und bisexuelle Mädchen werden sich in einer solchen Atmosphäre nicht outen, scheint doch ihre Angst vor diskriminierenden Reaktionen durch das Verhalten der Erwachsenen bestätigt zu werden. Da sie keine Unterstützung bei der Selbstfindung und Entwicklung ihrer Identität bekommen, unterdrücken viele lesbische Mädchen ihre sexuellen Wünsche und Gefühle und bilden oft erst in der Spätadoleszenz oder im frühen Erwachsenenalter eine eigene Identität aus (vgl. Bültmann 1996).

Hinsichtlich der Einstellung zur Homo- bzw. Bisexualität und der Zugangsmöglichkeiten zu Informationen und Unterstützungsangeboten gibt es ein starkes Bildungsgefälle: Mädchen aus Haupt-, Förder- und Berufsschulen erleben ihre Sexualität meistens stark im Kontext männlicher Sexualität. Schon der Gedanke, dass es neben der Heterosexualität auch noch andere Möglichkeiten gibt, wird abgewehrt. Ein Coming-out als lesbisches Mädchen ist daher sehr schwierig, zumal diese Mädchen kaum Zugang zur Frauen- und Lesbenbewegung (Cafés, Veranstaltungen, Medien) haben. Schülerinnen höherer Schulformen dagegen sehen das Thema Homosexualität eher mit einer gewissen intellektuellen Distanz. Insgesamt gesehen können heute aber immer mehr Mädchen und Frauen lesbische Beziehungsformen akzeptieren; viele schließen für sich nicht aus, irgendwann einmal eine Beziehung zu einer Frau einzugehen.

4.6.2 Hinweise für die Praxis der HIV/STI-Prävention

Jugendliche, die ihre eigene sexuelle Identität weder herausbilden noch leben können, sind gesundheitlich stärker gefährdet als andere Jugendliche (Depressionen aufgrund von Isolation, Suchtgefährdung, Essstörungen usw.), und häufig besteht Unsicherheit über Infektionsrisiken. Diese werden vernachlässigt, weil man sich in falscher Sicherheit wiegt („Lesben sind von Aids nicht betroffen“) oder bestimmte Infektionswege tabuisiert (Sex mit

Männern, Drogengebrauch). Die lesbische Lebensweise sollte daher im Rahmen von Präventionsveranstaltungen immer als gleichwertig mitbenannt werden, das Thema Lesbischsein nicht als Problem oder sexuelle Abweichung behandelt werden.

4.6.3 Mögliche Angebote

- Informationen über Homo-/Bisexualität und Unterstützungsangebote (z. B. Lesben- und Schwulenberatungsstellen) müssen verbreitet und zugänglich gemacht werden, auch und gerade in Zusammenhängen, die eher heterosexuell geprägt sind.
- Informationen über HIV/STI-Infektionsrisiken und Schutzmöglichkeiten für Frauen, die Sex mit Frauen haben, sollten bei allen Präventionsveranstaltungen angeboten werden.
- Das Thema lesbische Liebe/Sexualität (und lesbische Mädchen/Frauen) sollte in allen Einrichtungen für Mädchen präsent sein: Man kann z. B. Broschüren auslegen und Plakate aufhängen, Vertreterinnen entsprechender Organisationen und Aufklärungsprojekte einladen oder bei Filmabenden Filme über lesbische Liebe und lesbisches Leben zeigen, um die Akzeptanz der lesbischen Lebensweise zu fördern (vgl. Bültmann 1996).
- Pädagoginnen, Sozialarbeiterinnen und Mitarbeiterinnen in der Jugendarbeit sollten sich bewusst machen, dass es in jeder Gruppe lesbische/bisexuelle Mädchen geben kann (und Mädchen, die sich ihrer sexuellen Orientierung noch nicht bewusst sind). Wichtig ist, das Thema vorsichtig anzusprechen, diese Mädchen ernst zu nehmen und sie zu akzeptieren, indem man ihnen vermittelt, dass es „in Ordnung“ ist, wenn sie Frauen lieben.
- Unterstützen kann man (potenziell) lesbische oder bisexuelle Mädchen, indem man die Gründung einer Coming-out-Gruppe anregt bzw. auf eine bestehende Gruppe verweist, explizit „lesbische“ Themen in die Arbeit mit Mädchen einbringt (Diskriminierung, Subkultur usw.), sich innerhalb der eigenen Institution für Veranstaltungen mit und über Lesben einsetzt (Filme, Lesungen u. a.), Lesben in die Klasse oder Mädchengruppe einlädt, die Schaffung eines Ortes anregt, an dem sich lesbische Mädchen treffen können, und Situationen aufgreift, in denen Witze oder abfällige Bemerkungen über Lesben/Schwule gemacht werden.



5. HIV-Prävention für Frauen

Hinweise für die Praxis der HIV/STI-Prävention mit Frauen

Zentrale Inhalte

- Auch für die Präventionsarbeit mit Frauen ist die Stärkung von Selbstbewusstsein, Autonomie und Selbstwertschätzung als Grundlage für die Entwicklung einer Schutzmotivation und die Umsetzung von Schutzverhalten zentral.
- Viele Frauen wissen wenig über den weiblichen Körper und die weibliche Sexualität, über Schwangerschaft und Schwangerschaftsverhütung und über die Verhütung sexuell übertragbarer Infektionen. HIV/STI-Prävention für Frauen sollte daher immer Wissensvermittlung einschließen. Nur Frauen, die sich ihrer Gesundheitsrisiken bewusst sind, die sich mit den Vor- und Nachteilen der verschiedenen Schutzstrategien auseinandergesetzt haben (und mit den Faktoren, die das Schutzverhalten beeinflussen), können sich bewusst für eine Schutzstrategie entscheiden, die ihrer Lebenssituation und ihren Bedürfnissen entspricht.
- Ein positives Verhältnis zum eigenen Körper und seinen Funktionen motiviert dazu, die eigene Gesundheit zu schützen. Auch die Förderung der Wahrnehmung und Wertschätzung des eigenen Körpers sollte daher ein wichtiger Bestandteil der HIV- und STI-Prävention für Frauen sein. Dazu gehört auch, Frauen bei der Wahrnehmung und Durchsetzung ihrer sexuellen Wünsche und Bedürfnisse zu unterstützen.
- Frauen in festen Beziehungen sollten außerdem dafür sensibilisiert werden, dass sie sich möglicherweise in falscher Sicherheit wiegen, und auf mögliche Risiken hingewiesen werden. Darüber hinaus kann man sie dazu ermutigen, mit ihrem Partner über ihre Beziehung und den Schutz vor HIV und anderen sexuell übertragbaren Infektionen zu sprechen: Hat es vor der Beziehung Situationen gegeben, in denen sich ein Partner infiziert haben könnte? Gesetzt den Fall, es käme zu einem Seitensprung: Würden die Partner Kondome verwenden? Würden sie einander über den Seitensprung informieren, vielleicht einen HIV-Test machen lassen? Solche Themen offen anzusprechen, kann allerdings die Gefahr bergen, dass der Partner misstrauisch wird und sich fragt, ob es einen besonderen Grund dafür gibt.

5.1.2 Zugangsmöglichkeiten zur Zielgruppe

Am leichtesten erreicht man Frauen an den Orten, die sie ohnehin aufsuchen oder an denen sie sich häufig aufhalten (Gesundheitszentren, Beratungsstellen für Frauen, Bildungs- und Freizeiteinrichtungen, Einkaufszentren usw.); Untersuchungen haben gezeigt, dass Präventionsaktionen an diesen Orten sehr effektiv sind.

Neben gezielten Präventionsveranstaltungen gibt es natürlich viele weitere personalkommunikative Möglichkeiten, Frauen zur Auseinandersetzung mit den Themen Sexualität und Verhütung (auch von sexuell übertragbaren Infektionen) zu bewegen, vor allem in Zusammenhängen, die mehr oder weniger direkt mit Gesundheitsförderung, Erziehung oder Ähnlichem zu tun haben (z. B. bei Fort- und Weiterbildungen, in Beratungsgesprächen usw.).

Für Präventionsaktionen über Medien bieten sich frauenspezifische Zeitungen, Zeitschriften usw. an.

5.1.3 Geschlechtshomogene Gruppen

Frauen profitieren ebenso wie Mädchen von geschlechtshomogenen Gruppen. Sie fördern die Intensität der Kommunikation, weil sie es Frauen erleichtern, ohne Peinlichkeitsgefühle gegenüber Männern über ihren Körper, ihre Sexualität, ihre Gefühle, Wünsche und Ängste zu sprechen. Das kann zur Stärkung der Frauen und ihrer Solidarität untereinander beitragen und sie damit von Männern und deren Anerkennung unabhängiger machen. Für viele Frauen aus geschlechtertraditionellen Kulturen sind geschlechtshomogene Gruppen die Voraussetzung, um überhaupt an Veranstaltungen teilnehmen zu können.

5.2 Migrantinnen

Im Rahmen dieses Handbuches kann nicht auf alle Gruppen von Migrantinnen (nach Ländern, Kulturen, Religion usw.) eingegangen werden. Die nachfolgenden Ausführungen sind daher notwendigerweise verallgemeinernd und vereinfachend und treffen selbstverständlich nicht auf alle in Deutschland lebenden Migrantinnen zu.

5.2.1 Hintergrundinformationen

HIV-Epidemiologie

Nach Schätzungen des Robert Koch-Instituts (RKI) lebten Ende 2009 ca. 67.000 Menschen mit HIV oder Aids, darunter etwa 12.000 Frauen. Gesondert ausgewiesen werden in dieser Statistik Infizierte aus Ländern mit besonders weiter HIV-Verbreitung (Hochprävalenzregionen); das RKI geht hier von ca. 7.500 Personen (etwa 11 % aller mit HIV und Aids Lebenden) aus, von denen sich die meisten (mehr als 80 %) im Herkunftsland infiziert haben (RKI 2009b, S. 493).

Von den 2.806 im Jahr 2008 ans RKI gemeldeten HIV-Neudiagnosen (vgl. für die folgenden Ausführungen RKI 2009a) entfielen 448 = 16 % auf Frauen. Dieser Anteil hatte sich damit auf einem niedrigeren Niveau als einige Jahre zuvor stabilisiert, als er sich noch zwischen 20 und 25 Prozent bewegte. Von den Neudiagnosen mit Angaben zum Infektionsweg (85 %) entfielen 65 % auf Sex zwischen Männern (MSM), 17 % auf heterosexuellen Geschlechtsverkehr unter Personen, die nicht aus Ländern mit besonders weiter HIV-Verbreitung stammen (HET), 12 % auf Menschen aus Hochprävalenzländern (HPL) und 5 % auf intravenös Drogen Gebrauchende (IVD). Auch hier geht das RKI davon aus, dass sich die meisten Infizierten aus Hochprävalenzregionen bereits im Herkunftsland angesteckt haben; bei 10–11 % der Menschen aus HPL wird Deutschland als Infektionsland angegeben. Gegenüber 2007 war ein Anstieg der Neudiagnosen bei Personen aus HPL von 253 (11 % aller Neudiagnosen) auf 296 zu verzeichnen, der in erster Linie auf eine Zunahme der neu diagnostizierten Infektionen bei Frauen zurückging (von 155 auf 190 Fälle; Männer: von 88 auf 91 Fälle). Als möglichen Grund für diesen Anstieg führt das RKI die 2008 in Kraft getretenen veränderten Schwangerschaftsrichtlinien an, nach denen allen Schwangeren ein HIV-Test angeboten werden soll. Insgesamt gesehen sind Menschen aus Hochprävalenzregionen damit überproportional von HIV betroffen, denn diese Gruppe ist gegenüber Personen mit Migrationshintergrund aus anderen europäischen Gruppen vergleichsweise klein, macht aber etwa die Hälfte der HIV-Neudiagnosen bei Menschen mit erkennbarem Migrationshintergrund aus.¹²

¹² Da aus Datenschutzgründen bei den HIV-Meldungen weder Geburtsland noch Staatsangehörigkeit erfasst werden, erfragt das RKI seit 2001 das Herkunfts- und das Infektionsland. Als Herkunftsland wird dabei das Land definiert, in dem der größte Teil des bisherigen Lebens verbracht wurde, es ist also weder mit Geburtsland noch Staatsangehörigkeit gleichzusetzen.

Bei den 2008 neu mit HIV diagnostizierten Migrantinnen und Migranten aus Ost- und Zentraleuropa lag das Verhältnis von Männern zu Frauen bei den Osteuropäern/-europäerinnen bei etwa 2 : 1, bei den Zentraleuropäern/-europäerinnen bei etwa 4 : 1. Die größte Rolle spielten laut den Angaben der Sex unter Männern (vor allem bei Herkunft aus Zentraleuropa) und der intravenöse Drogengebrauch (vor allem bei Herkunft aus den Nachfolgestaaten der Sowjetunion). Laut RKI wurde bei Männern und Frauen aus Zentraleuropa vorwiegend Deutschland als Infektionsland angegeben, bei Infizierten aus Osteuropa dagegen meist das Herkunftsland. Insgesamt scheinen sich Frauen aus Ost- und Zentraleuropa häufiger im Herkunftsland infiziert zu haben, Männer dagegen in Deutschland.

Von den 2006 bis 2008 neu an Aids Erkrankten waren 18 % Frauen. Für 14 % dieser Fälle lagen keine Angaben zum Infektionsweg vor (wahrscheinlich handelte es sich hier im Wesentlichen um intravenös Drogen gebrauchende Frauen und Frauen, die sich über heterosexuelle Kontakte infiziert haben); der Rest verteilte sich wie folgt: Frauen aus Hochprävalenzländern 41 %, Frauen mit (sonstigem) heterosexuellem Risiko 26 %, intravenös Drogen gebrauchende Frauen 26 %. Auch bei den Aids-Erkrankungen sind damit Frauen aus HPL überproportional betroffen.

Asylsuchende

Im Rahmen der Erstuntersuchung werden Asylsuchende in einigen Bundesländern – meistens ohne angemessene vorherige Aufklärung und ohne (bewusste) Einwilligung – auf HIV getestet. Ein positives Testergebnis bzw. eine Aids-Erkrankung ist kein Grund für eine Ausweisung (obwohl dies immer wieder versucht wird) oder für die Ablehnung eines Asylantrags, sondern kann unter Umständen zu einer Duldung aus humanitären Gründen führen, vor allem dann, wenn die erforderliche Behandlung und Versorgung mit Medikamenten im Heimatland nicht gewährleistet ist. Dennoch scheuen viele Migrantinnen und Migranten mit HIV/Aids aus Angst vor einer Abschiebung davor zurück, Unterstützung zu suchen oder ein Krankenhaus aufzusuchen.

Das Asylbewerberleistungsgesetz umfasst die Behandlung akuter Schmerzzustände und Erkrankungen sowie die Linderung chronischer Leiden; dies schließt die Übernahme der Kosten für die Behandlung der HIV-Infektion mit ein, wie sie in Deutschland üblich ist. Einschränkungen ergeben sich allerdings bei Operationen und bei der Versorgung mit Hilfsmitteln wie z. B. Gehhilfen und Zahnersatz. Außerdem wird die freie Arztwahl durch die eingeschränkte Bewegungsfreiheit behindert. Das kann gerade für HIV-

Patient(inn)en, deren Behandlung spezielle Kenntnisse und viel Erfahrung voraussetzt, eine massive Einschränkung der Therapiequalität bedeuten.

Probleme von Migrantinnen und Migranten

Viele Migrantinnen und Migranten sind in besonderer Weise Stressoren ausgesetzt, die das Auftreten von Krankheiten begünstigen oder hervorrufen können. Dazu gehören neben den durch die Migration selbst bedingten Faktoren (Entwurzelung, Trennungsprozesse usw.) auch schwierige Lebensbedingungen in Deutschland (Angst vor Abschiebung, Diskriminierung usw.). Zu den besonderen Problemen von Migrantinnen und Migranten gehören u. a. häufig ein ungesicherter Aufenthaltsstatus, finanzielle Probleme, keine Arbeitserlaubnis, Arbeitslosigkeit oder schlecht bezahlte und gesundheitsgefährdende Arbeitsplätze, keine oder wenige Informationen über Beratungsangebote im Gesundheitsbereich, fehlende oder unzureichende medizinische Versorgung, Furcht vor der Bürokratie, fehlende Informationen zu HIV/Aids und STIs, Sprach- und Kulturbarrieren, soziale Isolation, Folgen schwerer Traumatisierungen, Rassismus und Sorge um Familienangehörige in der Heimat.

Zugangsbarrieren zur Gesundheitsversorgung

Das Niveau der gesundheitlichen Versorgung für Migrantinnen und Migranten hängt von ihrem Rechtsstatus ab; das Asylbewerberleistungsgesetz z. B. schließt zwar die in Deutschland übliche Behandlung der HIV-Infektion ein, wirft aber z. B. bei psychischen Problemen immer wieder Fragen auf.

Das stark ausdifferenzierte öffentliche Gesundheitssystem kennen und verstehen die wenigsten Migrantinnen. Unter den verschiedenen Diensten (z. B. frauenärztliche Untersuchungsstelle, Beratungsstellen für sexuell übertragbare Krankheiten und Aids, sozialpsychiatrische Zentren usw.) können sich die meisten nicht das Geringste vorstellen. Noch komplizierter wird die Lage durch die unterschiedlichen Träger. Nur wenige Institutionen beziehen Migrantinnen in ihre Konzepte und in ihre Arbeitsweisen ein; Informationsbroschüren in unterschiedlichen Sprachen sind selten. Darüber hinaus haben viele Migrantinnen in verschiedenen Lebensbereichen Diskriminierung erfahren und haben daher Vorbehalte gegenüber staatlichen Einrichtungen und Beratungsstellen. Gesundheits- und Jugendämter werden eher als Kontrollinstanzen verstanden, mit denen man besser so wenig wie möglich zu tun hat.

Für Migrantinnen ohne Papiere bzw. legalen Aufenthaltsstatus sind die Hürden im Zugang zum deutschen Gesundheitssystem besonders hoch.

So gibt es in Deutschland keine anonymen Krankenscheine, und die Krankenhäuser haben die Pflicht, Migrantinnen ohne gültigen Aufenthaltsstatus zu melden. Spezielle kostenfreie und anonyme Gesundheitsangebote für Menschen ohne Papiere wie z. B. das in einigen Universitätsstädten von Medizinstudentinnen und -studenten organisierte „Medinetz“ sind sehr selten.

Die besondere Situation von Migrantinnen

In vielen Kulturen und Gesellschaften sind Frauen völlig abhängig von ihrer Familie und/oder ihrem Ehemann. Sie haben in der Regel keine Möglichkeit, selbst über ihr Leben zu entscheiden und sich eine eigene Existenz aufzubauen. Viele Frauen sind gar nicht oder nur schlecht ausgebildet, und selbst Frauen mit einer Berufsausbildung finden in ihrem Heimatland nur selten ausreichend bezahlte Arbeit. Manche Frauen sehen daher als einzigen Weg, das Überleben ihrer Familie zu sichern, Arbeit in einem fremden Land zu suchen.

Weil sie die ausländerrechtlichen Bestimmungen der Zielländer und die dortigen Verhältnisse nicht kennen, wenden sich viele Frauen an Vermittler. Diese verlangen viel Geld (oder sexuelle Dienstleistungen), sodass die Frauen bei ihrer Ankunft hoch verschuldet sind. Viele Frauen kommen auch als „Heiratsmigrantinnen“, Haushaltshilfen, Au-Pairs, als Tänzerinnen oder Prostituierte nach Deutschland. Auf den informellen Arbeitsmärkten (Prostitution, Vergnügungsgewerbe, Arbeit als Hausangestellte usw.) werden sie oft extrem ausgebeutet; ihr ungesicherter Aufenthaltsstatus setzt sie dabei der Willkür und Gewalt von Arbeitgebern, Bordellbetreibern, staatlichen Organen und Ehemännern aus. Wenn sie sich aus diesen Strukturen befreien wollen, droht ihnen die Abschiebung. Dazu kommen noch die ständige Angst vor Kontrollen, Schulden, existenzielle Nöte usw. (vgl. Howe 1998).

Viele Frauen kommen mit ihren Ehemännern nach Deutschland. Scheitert die Ehe, wollen sie meistens nicht als geschiedene Frau – und noch dazu mit leeren Händen – zu ihren Angehörigen zurückkehren. Außerdem würde ihnen in vielen Ländern das Sorgerecht für ihre Kinder aberkannt.

Politisch verfolgte Frauen haben es meistens schwerer als Männer, als politische Flüchtlinge anerkannt zu werden, weil oft davon ausgegangen wird, dass sich Frauen in ihren Herkunftsländern gar nicht politisch betätigen können. Auch geschlechtsspezifische Verfolgung (z. B. Zwangsverheiratung, Ächtung und Verfolgung durch Familienangehörige oder drohende Genitalbeschneidung) wird bisher in Deutschland nur selten anerkannt, obwohl dieser Grund im 2005 in Kraft getretenen Zuwanderungsgesetz genannt wird.

Migrantinnen in der Prostitution

Die Zahl von Migrantinnen in der Prostitution übersteigt mittlerweile die Zahl der einheimischen Prostituierten; ihr Anteil ist laut der regelmäßig von TAMPEP (European Network for HIV/STI-Prevention and Health Promotion among Migrant Sex Workers) durchgeführten Umfragen von etwa 50 % im Jahr 1999 über 60 % im Jahr 2003 auf 65 % im Jahr 2008 gestiegen. Die meisten dieser Frauen (69 %) kommen aus Zentral- und Osteuropa, 15 % aus Asien, 10 % aus Lateinamerika und 5 % aus Afrika (vgl. TAMPEP 2009, S. 22 f.). Viele dieser Migrantinnen leben ohne gesicherten Aufenthaltsstatus bzw. illegal in Deutschland, was sie der Willkür und Ausbeutung ausliefert und ihnen den Zugang zur Gesundheitsversorgung weitgehend versperrt.

Migrantinnen in der Prostitution kommen häufig aus besonders schwierigen familiären und wirtschaftlichen Verhältnissen. Manche werden Opfer von Menschenhändlern, die ihnen eine Arbeitsstelle versprechen, sie dann aber in die Prostitution zwingen. Einige Frauen haben auch schon in ihrer Heimat als Prostituierte gearbeitet, um sich und ihre Kinder – oft von verschiedenen Männern – angesichts eines nicht vorhandenen oder nicht ausreichenden staatlichen Sozialsystems alleine durchzubringen. Wenn sie ihre Freier empfangen, werden die Kinder auf die Straße geschickt; viele Mädchen landen mit zehn oder zwölf Jahren auf dem Straßenstrich (vgl. Ackermann 1998).

Viele Frauen – vor allem Frauen aus Zentral- und Osteuropa – gehen nicht aus akuter Not in die Prostitution, sondern weil sie von Unabhängigkeit, Glück und Reichtum träumen („Pretty-Woman-Syndrom“). Frauen werden in nahezu allen Gesellschaften als erotische Objekte behandelt; Prostitution kann da als konsequenter Schritt verstanden werden, diesen Objektstatus zu „versilbern“. Hinzu kommt eine Idealisierung Westeuropas: Viele Frauen nehmen an, dort ließen sich Unabhängigkeit, Emanzipation, Karriere und partnerschaftliche Beziehungen zu Männern verwirklichen, finden sich dann aber meist in schlecht bezahlten Jobs im informellen Sektor wieder (vgl. Howe 1998).

Zugewanderte Prostituierte arbeiten häufig versteckt, vor allem in Apartments (für die sie oft zwischen 50 und 150 Euro täglich bezahlen müssen). Da die meisten ausländischen Prostituierten keinen legalen Aufenthaltsstatus besitzen, verlassen sie die Apartments aus Angst vor Polizeikontrollen nur selten. Die Frauen sind isoliert und einsam, kennen die Stadt nicht, in der sie leben, und sind nicht über medizinische und soziale Unterstützungsangebote informiert (vgl. Valdivia 1998).

5.2.2 Hemmende Einflüsse auf das HIV-Schutzverhalten

- In vielen Ländern der Welt ist Sexualität ein Tabuthema. Der Zusammenhang zwischen ungeschütztem Geschlechtsverkehr, einer HIV-Infektion und der meist viel später ausbrechenden Aids-Erkrankung ist daher vielen Menschen unbekannt oder erscheint unverständlich und wird zudem sogar von manchen Regierungsverantwortlichen bestritten. Hinzu kommen oft magisch-religiöse Vorstellungen; Krankheiten (und besonders Aids) können als „Strafe“ gelten, gegen die Menschen nichts ausrichten können. Kondome sind in vielen Ländern nicht sehr weit verbreitet, ihre Akzeptanz ist insgesamt eher gering.
- Eine große Zahl von Mädchen und Frauen (vor allem aus Afrika) wird genital beschnitten¹³; auch in Deutschland gibt es viele beschnittene Migrantinnen. Die Beschneidung erhöht das HIV/STI-Risiko beträchtlich, vor allem, weil die Verletzungs- und Blutungsgefahr beim Geschlechtsverkehr steigt. Aber auch bei der Beschneidung selbst kann es zu Infektionen kommen.
- Nicht wenige Migrantinnen haben in ihren Heimatländern Vergewaltigungen und erzwungene Schwangerschaften durchleben müssen oder sind in Lagern sexuell ausgebeutet und missbraucht worden.
- Aufgrund ihrer ungünstigen Lebensverhältnisse ist der Gesundheitszustand vieler Migrantinnen schlecht, und ihnen fehlt der Zugang zum deutschen Gesundheitssystem. Hinzu kommen kulturelle Unterschiede in der Erklärung von Krankheiten (insbesondere von HIV/Aids) und strukturelle Schwierigkeiten (etwa fehlende Papiere, keine Krankenversicherung usw.). Der Zugang zum HIV-Test ist daher für viele Migrantinnen eingeschränkt; es ist davon auszugehen, dass ein Teil der Infizierten erst im fortgeschrittenen Erkrankungsstadium von der Infektion erfährt.

5.2.3 Hinweise für die Praxis der HIV/STI-Prävention

- Das Thema Gesundheit ist für viele Migrantinnen nachrangig, weil sie zuallererst die Probleme bewältigen müssen, die sich aus ihrer schwierigen Lebenssituation ergeben (Aufenthaltsstatus, Wohnungsfrage, Einkommen, Ausbildung, Erlernen der Sprache und vieles mehr).

¹³ Hierbei werden die weiblichen Geschlechtsteile teilweise oder ganz entfernt, wofür es keine medizinischen oder hygienischen Gründe gibt. Die Beschneidung bei Mädchen und Frauen ist meist mit starken Schmerzen verbunden und verursacht oft schwere körperliche und psychische Schäden, weswegen viele den Ausdruck Genitalverstümmelung passender finden. Die Praxis der Beschneidung bei Mädchen und Frauen ist nach dem Strafrecht vieler Staaten (unter anderem aller Staaten der Europäischen Union) eine Straftat.

- Das für Deutschland entwickelte HIV-Präventionskonzept basiert auf westlichen Identitätskonzepten und der Akzeptanz verschiedener Lebensweisen; dazu gehören zum Beispiel Sex zwischen Männern, sexuelle Beziehungen unter Nichtverheirateten, Untreue, aber auch Themen wie Verhütung und Prostitution. Dieses Konzept kann daher nicht oder nur schwer auf Menschen mit ganz anderen Werten, Normen und Tabus übertragen werden.
- Professionelle Sozialarbeit mit ihrer professionellen Distanz ist in den meisten Ländern unbekannt und kann anfänglich den Aufbau eines vertrauensvollen Verhältnisses erschweren.
- Während die westliche Kultur eher die Eigenverantwortlichkeit des Individuums betont, ergeben sich Menschen anderer Kulturen eher in „das Schicksal“ oder den Willen Gottes oder anderer Mächte. Das Eingebundensein in die Familie bzw. Gruppe ist für sie häufig viel wichtiger als die Individualität.
- Manchmal hat man es auch mit volksmedizinischen Vorstellungen zu tun, bei denen der „böse Blick“, Zauber usw. eine große Rolle spielen. Das erschwert es, ihnen den Zusammenhang zwischen dem eigenen Verhalten und einer HIV/STI-Infektion zu vermitteln und auf das Übernehmen von Verantwortung für die eigene Gesundheit und die Gesundheit anderer hinzuwirken.
- Um den kulturellen Hintergrund für das Verständnis von und den Umgang mit Gesundheit und Sexualität kennenzulernen, ist die Zusammenarbeit mit den verschiedenen Communities (Gemeinschaften, Gruppen) der Migrantinnen und Migranten unerlässlich. Wünschenswert ist die Mitarbeit geschulter Migrantinnen an der Konzeption und Durchführung von Präventionsaktionen (vgl. Narimani 1998).
- Informationen zu HIV/Aids und anderen sexuell übertragbaren Krankheiten werden generell leichter aufgenommen, wenn sie im Zusammenhang mit anderen Themen wie Gesundheitsförderung, Verhütung von Infektionskrankheiten oder Kindererziehung (bei Jugendlichen auch Liebe, Freundschaft, Familie usw.) vermittelt werden, etwa in Migrantenunterkünften (in Zusammenarbeit mit den Trägern und anderen Einrichtungen) oder bei „Gesundheitstagen“.
- Frauen können insbesondere über ihre Verantwortung als Mutter für das Thema interessiert werden.
- Junge Frauen erreicht man am schwierigsten, da diese – zumindest „offiziell“ – in vielen Kulturen keinen Sex haben (dürfen). Zudem sind sie auch nicht organisiert und als Gruppe schwer fassbar.
- In manchen Migrantengruppen werden HIV-Infizierte stark stigmatisiert, und das Thema HIV/Aids wird besonders tabuisiert.

- Manche Mitglieder von Migrantenorganisationen befürchten, durch spezifische HIV-Präventionsaktionen für Migrantinnen und Migranten könnten bestehende Vorurteile anderer Bevölkerungsgruppen bestätigt und so verschärften Einreisebestimmungen Vorschub geleistet werden. In Informationsmaterialien und Einladungen zu Präventionsveranstaltungen empfiehlt sich daher ein Hinweis darauf, dass HIV/Aids kein spezielles Problem von Migrantinnen und Migranten ist, sondern dass alle Menschen betroffen sein können und daher ein Recht auf Aufklärung haben (vgl. Narimani 1998).
- Da juristische Fragen für Migrantinnen eine zentrale Rolle spielen, sollten diese auch bei der HIV-Präventionsarbeit mitbedacht werden; gegebenenfalls empfiehlt sich die Zusammenarbeit mit Fachleuten.
- Die Spielräume für die Arbeit mit Drogen gebrauchenden Migrantinnen und Migranten sind eng. Entgegen dem im Betäubungsmittelgesetz festgehaltenen Grundsatz „Therapie statt Strafe“ gilt für Migrantinnen und Migranten häufig „Strafe statt Therapie“, wenn nicht gar „Abschiebung statt Therapie“.

5.2.4 Mögliche Angebote

- Angebote in Kooperation mit Migrantenorganisationen (vom Kulturverein bis zu politischen Interessenvertretungen), die einen geschützten Raum bieten.
- Einbettung von Präventionsveranstaltungen in andere Aktivitäten, damit sich die Teilnehmer/innen nicht als „besonders interessiert“ zu erkennen geben müssen.
- Geschlechtsspezifische und geschlechtshomogene Angebote.
- Junge Frauen können im Rahmen der Berufs- oder Schulausbildung erreicht werden.
- Veranstaltungen und Beratungsgespräche sollten in der Muttersprache der Migrantinnen angeboten werden.
- Professionelle Dolmetscher/innen sollten mit den zu vermittelnden Inhalten vertraut sein. Familienangehörige sind als Dolmetscher/innen eher ungeeignet, da ihre Anwesenheit ein offenes Gespräch über Probleme behindert.
- Menschen aus Staaten mit totalitären Regimen oder aus Bürgerkriegsregionen lehnen den Kontakt mit Landsleuten (als Dolmetscher/innen oder Berater/innen) zum Teil vehement ab. Auch deutsche Dolmetscher/innen können abgelehnt werden, wenn befürchtet wird, sie könnten mit Landsleuten in Verbindung stehen.

- Für Migrantinnen mit geringerem Bildungsniveau und/oder geringen Kenntnissen der deutschen Sprache können bebilderte Informationsmaterialien sinnvoll sein; ein Beispiel ist die Präventionsmappe „Sexuell übertragbare Krankheiten“ der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA 2006a).
- Muttersprachliche Medien – für Frauen aus der türkischen Kultur z.B. die großen überregionalen Zeitungen wie Hürriyet oder die monatlichen, kostenlosen Lokalzeitungen – bieten Möglichkeiten für die Wissensvermittlung auf speziellen Seiten über Gesundheit und für Frauen; dort können sich Frauen am unauffälligsten informieren.

5.3 Drogengebraucherinnen

5.3.1 Hintergrundinformationen

Wer Drogen¹⁴ konsumiert, ist nicht zwangsläufig süchtig; nicht jeder Gebrauch führt automatisch in die Abhängigkeit. Der dauerhafte Konsum psychoaktiver Substanzen kann jedoch das körperliche, psychische und soziale Wohlbefinden von Menschen gefährden.

Die Erfahrung hat gezeigt, dass eine repressive Drogenpolitik und deren Fixierung auf das Strafrecht nicht zu einem Rückgang des Drogenkonsums führt. Im Gegenteil: Das staatliche Verbot bringt einen illegalen Schwarzmarkt mit willkürlicher Preisbildung hervor, der Qualitätskontrollen der Substanzen erschwert, das Entstehen krimineller Handelsstrukturen fördert und für die Konsumentinnen und Konsumenten eine unsichere Versorgungslage bedeutet. Hohe Schwarzmarktpreise nötigen zugleich zu Beschaffungskriminalität und -prostitution.

HIV-Epidemiologie

2008 wurden 2.806 HIV-Neudiagnosen ans RKI gemeldet. Für 85 % der Diagnosen lagen Angaben zum Infektionsweg vor; demnach war in 5 % dieser Fälle intravenöser Drogengebrauch mit gemeinsam benutzten Spritzen Ursache der Infektion (RKI 2009a). Ende 2009 schätzte das RKI die Zahl der HIV-Neuinfektionen im Jahr 2009 auf 3.000, den Anteil des Übertragungsweges

¹⁴ Mit Drogen sind hier in erster Linie sogenannte illegale Drogen gemeint. Um auf die willkürliche Trennung zwischen „legalen“ (wie Alkohol und Nikotin) und „illegalen“ Drogen (wie Cannabis oder Heroin) aufmerksam zu machen, sprechen viele Fachleute von „illegalisierten“ Drogen.

(gemeinsamer) intravenöser Drogenkonsum auf etwa 8%. Von den Menschen, die Ende 2009 mit HIV oder Aids lebten, waren etwa 12% Drogengebraucher/-innen (RKI 2009b).

Nach einem Spitzenwert von 163 Meldungen im Jahr 2006 sind die HIV-Neudiagnosen bei intravenös Drogen Gebrauchenden (*intravenous drug users* = IVDU) wieder gesunken. 2008 wurden 123 Fälle gemeldet. Der Anteil der HIV-Neudiagnosen mit dem Übertragungsweg intravenöser Drogenkonsum, bei denen als Herkunftsregion Osteuropa angegeben wurde, erreichte 2008 mit 22% einen Spitzenwert (RKI 2009b).

(Zur epidemiologischen Situation bei den Virus-Hepatitisden siehe S. 91.)

Mögliche Gründe für Drogenkonsum/Drogensucht

Viele Frauen gebrauchen Drogen – mit den unterschiedlichsten Motiven und aus den unterschiedlichsten Gründen –, und die meisten dieser Frauen haben den Drogengebrauch in ihr Leben integriert. Ein möglicher Grund für Drogenkonsum bei Frauen sind Gewalterfahrungen und/oder sexueller Missbrauch; Drogen werden dann eingesetzt, um Verletzungen, Schmerzen und Ängste zu betäuben und um psychisch überleben zu können. Ob der Drogenkonsum in die Abhängigkeit führt, scheint auch davon abzuhängen, welche Möglichkeiten zur Verarbeitung den missbrauchten oder misshandelten Mädchen bzw. Frauen zur Verfügung stehen. Als weitere emotionale Gründe für den Einstieg in den Drogenkonsum geben viele Frauen an, sie hätten sich verloren oder traurig gefühlt. Drogengebrauch kann bei Mädchen und jungen Frauen jedoch auch „rebellisch“ motiviert sein – sie erleben es als aufregend und lustvoll, neue, Grenzen sprengende Erfahrungen zu machen und Teil einer „Subkultur“ zu sein.

Unter den „Früheinsteigern“ in den Drogenkonsum gibt es mehr Mädchen als Jungen. Abhängig Drogen gebrauchende Frauen haben ihre ersten Erfahrungen in der Regel mit etwa 15 Jahren mit „weichen“ Drogen wie Cannabis, „Partydrogen“ wie Ecstasy und/oder Medikamenten gemacht und durchschnittlich ein Jahr später mit dem Heroin- und/oder Kokainkonsum begonnen.

Lebenssituation und gesundheitliche/psychosoziale Folgen

Eine im Jahr 2008 vom Zentrum für interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg mit Unterstützung der Deutschen AIDS-Hilfe durchgeführte Befragung von 900 Drogenkonsumentinnen und -konsumenten, die Drogenkonsumräume aufsuchen, zeigte erhebliche Bildungsdefizite auf; über 16%

der Befragten hatten keinen Schulabschluss, über 40% lediglich einen Hauptschulabschluss, über 50% keine abgeschlossene Berufsausbildung. Fast 20% wohnten bei Freunden und Bekannten oder in einer Notunterkunft, 4% auf der Straße. Ein knappes Viertel war weiblich, ebenfalls ein Viertel hatte einen Migrationshintergrund. Über 90% waren mindestens einmal von der Polizei wegen Drogenbesitzes überprüft worden, fast 80% hatten Haftenerfahrung (im Schnitt drei Haftaufenthalte mit einer Gesamtzeit von 51 Monaten). In der Haft hatte ein Viertel den Drogenkonsum fortgesetzt und dabei Spritzutensilien geteilt; weniger als ein Drittel war in der Haft substituiert worden. Die gesundheitliche Situation der Konsumraumnutzer/innen war erheblich beeinträchtigt: rund 5% waren HIV-infiziert (wobei allerdings ein großer Teil der Befragten den aktuellen HIV-Infektionsstatus nicht kannte), 54% hatten eine Hepatitis-C-Infektion. Drei Viertel der Befragten beurteilten ihren psychischen Zustand, zwei Drittel ihren gesundheitlichen Zustand als schlecht. Überwiegend wurde von Schlafstörungen und Depressionen berichtet, von über einem Drittel auch von Atem- sowie Magen-Darm-Beschwerden oder Angstzuständen (vgl. Drogenbeauftragte 2009, S. 69 f.).

Auch der Jahresbericht 2008/2009 der Deutschen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD 2009) präsentiert zahlreiche Daten zur gesundheitlichen Lage von Drogengebraucherinnen und Drogengebrauchern. Demnach wurde 2008 im Rahmen einer Befragung unter Drogenkonsumentinnen und -konsumenten der offenen Szene in Frankfurt eine Hepatitis-B-Infektionsrate von 9% ermittelt, wobei diese Rate bei Frauen mit 16% deutlich höher lag als bei Männern mit 5% (a.a.O., S. 106). Zum Vergleich: In der Gesamtbevölkerung sind etwa 0,4 bis 0,8% chronisch mit Hepatitis B infiziert. Ähnlich sieht es bei den Hepatitis-C-Infektionen aus: Während man für Deutschland insgesamt mit 0,5–0,6% rechnet, zeigte sich in der bereits erwähnten Frankfurter Szenebefragung eine Infektionsrate von rund 65%; andere Untersuchungen kommen zu ähnlichen Ergebnissen (vgl. a.a.O., S. 107 f.)

Laut Basisdokumentation der ambulanten Suchthilfe in Hamburg für das Jahr 2007 war ein Fünftel der Opioidklientinnen und -klienten¹⁵ erheblich oder extrem gesundheitlich belastet, bei weiteren 31% wurde zum Berichtszeitpunkt eine gesundheitliche Beeinträchtigung mittleren Ausmaßes angegeben. Bei etwas weniger als einem Drittel waren Leberschäden dokumentiert, mehr als die Hälfte litt an Schlafstörungen (vgl. DBDD 2009, S. 109).

Nicht wenige drogenabhängige Frauen leiden auch unter psychischen Störungen (am häufigsten unter Depressionen) und Traumata, die oft im Zu-

¹⁵ *Opiode sind natürliche und synthetische Substanzen, die ähnlich wie Opium wirken; hierzu gehört z. B. auch Heroin.*

sammenhang mit Gewalterfahrungen stehen und durch den Drogenkonsum gemildert werden sollen. Verschiedenen Schätzungen zufolge haben 30 bis 70% der drogenabhängigen Frauen sexualisierte Gewalt erfahren (vgl. BELLA DONNA 2004, S. 16 f.). Gewalt gehört für viele abhängige Drogengebraucher/-innen zum Alltag; dies gilt insbesondere für Frauen in der „offenen“ Drogenzene. Sie werden vergleichsweise häufig Opfer von Gewalttaten wie Raub und Vergewaltigungen, sind aber oft auch selbst gewalttätig, überfallen und berauben andere.

Das staatliche Verbot bestimmter Drogen (wie z. B. Heroin) schafft zusätzliche gesundheitliche Risiken: Aufgrund des schwankenden Angebots auf dem Schwarzmarkt konsumieren viele Drogengebraucher/-innen oft gleichzeitig verschiedene Substanzen (polyvalente Konsummuster) unterschiedlichster Zusammensetzung und Qualität. Die Wirkungen der einzelnen Substanzen können sich bei solchem „Mischkonsum“ in gefährlicher Weise wechselseitig beeinflussen und auf unberechenbare Weise verstärken, sodass das Risiko von Drogennotfällen erhöht ist. Und nicht zuletzt geht die Drogenprohibition oft mit sozialer Desintegration in Form von Arbeitslosigkeit, Obdachlosigkeit oder Haftaufenthalten mit den damit verbundenen gesundheitlichen Risiken einher.

Beschaffungsprostitution¹⁶

Schätzungen zufolge gehen bis zu 80% der intravenös Drogen gebrauchenden Frauen in Deutschland zumindest zeitweise der Prostitution nach, meist auf dem Straßenstrich. Hier gehören gewalttätige Übergriffe durch Freier zum Alltag, bei vielen sind sämtliche Lebensfelder – Drogenzene, Prostitution und Partnerschaft – durch Gewalt geprägt. Manche Freier nutzen die Notsituation der unter Beschaffungsdruck stehenden Frauen aus, indem sie z. B. die Preise zu drücken oder Sex ohne Kondom durchzusetzen versuchen. Solche Belastungen führen häufig zu steigendem Drogenkonsum, wodurch wiederum die psychische, physische und soziale Verelendung beschleunigt und die Motivation zum Schutz der Gesundheit geschwächt wird. Der Druck auf die Frauen und Mädchen schwächt ihre ohnehin meist geringe Durchsetzungsfähigkeit gegenüber den Wünschen der Freier – insbesondere, wenn Entzugerscheinungen drohen, sind sie kaum in der Lage, Safer Sex durchzusetzen. Die Infektionsgefahr verdrängen Beschaffungsprostituierte aber ebenso bei sexuellen Kontakten im privaten Bereich, etwa aufgrund des romantischen Liebes-

¹⁶ Die folgenden Anmerkungen basieren auf Kersch 2005; vgl. dazu auch die Ausführungen zu Mädchen, die sexuelle Gewalt erfahren haben, auf der Straße leben, Drogen konsumieren oder sich prostituieren unter 4.4 (S. 60 ff.).

ideals (siehe unter 2.2.4) oder des Wunsches, das Privatleben von der Arbeit zu trennen. Viele Frauen und Mädchen sehen (ungeschützten) Sex als Liebes- und Vertrauensbeweis und als Preis für eine romantische Beziehung an, während sie der Gebrauch von Kondomen an sexuelle Kontakte mit Freiern erinnert. Die Furcht vor Konflikten mit dem Partner und das Bedürfnis nach Harmonie sind weitere Faktoren, weshalb oftmals keine Schutzmaßnahmen ergriffen werden. Die Partner sind häufig gewalttätig – das Vermeiden von Konflikten kann deshalb auch dazu dienen, Gewalt vorzubeugen.

Die Drogen- und die „professionelle“ Prostitution sind übrigens meistens strikt voneinander getrennt – auf dem Straßenstrich herrscht zwischen beiden Gruppen Konkurrenz, und es bestehen gegenseitige Vorurteile. Die „Profis“ arbeiten in der Regel in legalen Zonen, sind häufig in organisierte Strukturen eingebunden oder arbeiten für einen Zuhälter und legen meist auch mehr Wert auf ihr äußeres Erscheinungsbild.

Substitution

Die Behandlung opioidabhängiger Personen mit Ersatzstoffen (Substitutionsbehandlung z. B. mit Methadon oder Polamidon) ist heute anerkannter Teil der Suchttherapie und soll neben der Schadensminimierung vor allem zur gesundheitlichen und sozialen Stabilisierung beitragen: Risikoverhalten und damit Krankheiten, Drogennot- oder -todesfälle, Haftaufenthalte, soziale Verelendung und Kriminalität sollen vermieden, die körperlichen, geistigen und sozialen Fähigkeiten in Richtung auf eine berufliche und soziale (Re-) Integration gefördert werden. Diese Ziele kann die Substitution auch erreichen, und zwar besser als die ausschließlich abstinenzorientierte Suchttherapie, wie zahlreiche Forschungsarbeiten belegen (vgl. z. B. Busch u. a. 2007, S. 1–9). Darüber hinaus ist eine frühzeitige Substitutionstherapie auch volkswirtschaftlich sinnvoll: Die Kosten für die Substitution machen nur einen Bruchteil der Behandlungskosten bei HIV und Hepatitis aus, und die wirtschaftlichen Schäden durch die Beschaffungskriminalität werden gemindert (vgl. ebd.). Laut dem Drogen- und Suchtbericht 2009 der Bundesregierung waren zum 1. Juli 2008 etwa 72.000 Patientinnen und Patienten im zentralen Substitutionsregister verzeichnet (Drogenbeauftragte 2009, S. 76).

Ein Sonderfall der Substitution ist die sogenannte Originalstoffbehandlung (diamorphingestützte Behandlung): Erfahrungen aus der Schweiz und anderen Ländern sowie aus einem deutschen Modellprojekt zeigen, dass die Behandlung schwerstabhängiger Heroinkonsumentinnen und -konsumenten mit Diamorphin, also medizinisch reinem Heroin, hinsichtlich der Verringerung des Konsums harter Drogen sowie der Verbesserung der ge-

sundheitlichen und sozialen Situation langfristig erfolgreich ist; Ende 2008 wurden etwa 300 Patientinnen und Patienten mit Diamorphin behandelt (vgl. Verthein 2009; Drogenbeauftragte 2009, S. 80; www.heroinstudie.de). 2009 wurde die diamorphingestützte Behandlung in die Regelversorgung überführt, Diamorphin ist als Betäubungsmittel im Rahmen der Substitutionsbehandlung für Schwerstabhängige verschreibungsfähig.

Druckräume

Druckräume (auch Konsumräume, Gesundheitsräume, Fixerräume oder -stuben genannt) sind heute ein elementarer Baustein der niedrigschwelligen Drogenhilfe: Durch medizinische Basisversorgung und Bereitstellung hygienischer Konsumutensilien sowie -bedingungen tragen sie dazu bei, gesundheitliche Schäden zu vermeiden oder zumindest zu reduzieren. Ebenso gehören die Prophylaxe von Drogennotfällen und die Hilfe bei Überdosierungen zu den zentralen Aufgaben eines solchen Angebots (vgl. Klee 2004; Hentschel 2009). Eine 2002 durchgeführte Evaluation der Arbeit der Drogenkonsumräume in Deutschland ergab, dass die Zielgruppe der mehrjährig Opiatabhängigen erreicht wird und sich ihre gesundheitliche Betreuung und ihr Zugang zum medizinischen System verbessert haben. Druckräume tragen somit entscheidend zur Reduzierung von Drogennot- und Drogentodesfällen bei (Klee 2004, S. 114).

Drogenkonsumräume bzw. Kontaktläden können darüber hinaus dazu beitragen, primärpräventive Angebote an den Mann und an die Frau zu bringen (z. B. über weniger riskante Konsumformen wie das Rauchen von Folie zu informieren), das Gesundheitsbewusstsein der Nutzer/innen zu stärken, weiterführende Hilfeangebote bekannt zu machen (z. B. Substitution, „Einstieg in den Ausstieg“), Selbsthilfepotenziale zu fördern, „Szenewissen“ zu gewinnen (z. B. über Konsumtrends, neue Stoffe oder Stoffzusammensetzungen) sowie drogenbezogene Straftaten im Umfeld der Einrichtungen und den öffentlichen Konsum zu vermeiden oder zu reduzieren.

Trotz dieser Erfolge und Chancen lassen die Versorgung mit Konsumräumen (einen Überblick bietet www.konsumraum.de), die Ausstattung der bestehenden Angebote und auch die Rahmenbedingungen allerdings nach wie vor zu wünschen übrig; so werden etwa vielerorts Jugendliche oder „auswärtige Besucher/innen“ von der Nutzung ausgeschlossen (vgl. Klee 2004 und Hentschel 2009).

5.3.2 Hemmende Einflüsse auf das HIV-Schutzverhalten

Unter Drogeneinfluss – wie dies etwa bei Frauen in der Prostitution vorkommt, siehe auch unter 5.5 – kann die Motivation und die Fähigkeit zum Schutz der eigenen Gesundheit (und damit auch zum Schutz vor HIV und anderen sexuell übertragbaren Infektionen) geschwächt sein.

Zudem können Drogengebraucher/innen in Situationen geraten, in denen Spritzbesteck und -zubehör von mehreren gemeinsam genutzt wird („Needle-Sharing“ bzw. „Work-Sharing“); dabei können nicht nur HIV, sondern auch Hepatitis B und C sowie Syphilis übertragen werden. Da Frauen die Spritze meistens als Letzte erhalten, ist ihr Ansteckungsrisiko besonders groß (vgl. Stöver 1994).

Während viele Drogengebraucher/innen um das Risiko einer HIV-Infektion durch Needle-Sharing wissen und sich dementsprechend an die Safer-Use-Regeln halten, wird das Risiko einer sexuellen Übertragung von HIV (und anderer STIs) häufig verdrängt. Da Drogen gebrauchende Frauen überwiegend Beziehungen innerhalb der Drogenszene eingehen, besteht für sie ein nicht zu unterschätzendes Infektionsrisiko durch ungeschützten Geschlechtsverkehr mit einem Partner, der mit HIV oder anderen STIs infiziert ist, insbesondere dann, wenn der Partner auch der Beschaffungsprostitution nachgeht. Neben vielfältigen Abhängigkeiten, welche die Durchsetzung von Schutzverhalten erschweren, kann auch hier das romantische Liebesideal eine Rolle spielen (vgl. o. 2.2.4).

5.3.3 Hinweise für die Praxis der HIV/STI-Prävention

Akzeptierende Drogenarbeit

HIV-Prävention für Drogengebraucher/innen, die sich an den Grundsätzen der strukturellen Prävention orientiert (vgl. o. 1.3), geschieht im Rahmen akzeptierender Drogenarbeit. Akzeptierende Drogenarbeit geht unter anderem davon aus, dass

- abhängiger Drogenkonsum innerhalb einer Biografie eine mehr oder weniger lange Phase ist und Bedingungen zu schaffen sind, damit diese Phase mit möglichst wenigen Akut- und Spätfolgen (HIV, Hepatitiden, Abszesse, Überdosis, Hafterfahrung usw.) durchlebt werden kann,
- zur Überlebenssicherung niedrigschwellige Hilfsangebote ohne Ansprüche an Abstinenz- oder Therapiewillen oder andere Formen der Verhaltensänderung notwendig sind und

- Drogenprobleme als gesundheitliche Probleme und nicht als abweichendes/kriminelles Verhalten zu werten sind.

Ziele akzeptierender Drogenarbeit sind

- die Verringerung der gesundheitlichen, psychischen und sozialen Risiken des Drogenkonsums durch Aufklärung, Motivation und Trainings (zu risikoarmen bzw. -ärmeren Konsumformen) einerseits und strukturelle Hilfeangebote (z. B. Spritzenvergabe) andererseits,
- die Wiederherstellung der Selbststeuerungsfähigkeit,
- die Aufhebung der reinen „Opfer- und Klientenrolle“,
- die Verhinderung von Stabilisierungseffekten für zwanghafte exzessive Gebrauchsmuster und die
- Unterstützung bei der selbstbestimmten und eigenverantworteten Erarbeitung realisierbarer Lebensperspektiven.

Beim Engagement für diese Ziele orientiert sich die akzeptierende Drogenarbeit an folgenden Prinzipien:

- Akzeptanz der Drogenkonsumentinnen und -konsumenten als mündige, zur Selbstverantwortung und Selbstbestimmung fähige Menschen und Akzeptanz ihres Rechts auf Autonomie
- Wahrung und Schutz der Würde der Klienten/-innen
- Normalisierung des Umgangs mit Drogenkonsumenten/-innen und mit dem Drogenproblem (u. a. durch schrittweise Integration von Hilfe und Unterstützung in das allgemeine gesundheitliche und soziale Hilfesystem)
- Schutz vor gesundheitlichen und sozialen Schäden, Schutz vor Stigmatisierung und Kriminalisierung
- Orientierung an den Bedürfnissen der Klienten/-innen
- Drogenpolitisches Engagement (z. B. Aufbrechen einseitiger und naiver Wahrnehmungs- und Erklärungsmuster für Drogenkonsum).¹⁷

Frauenspezifische Angebote

Drogen gebrauchende Frauen nehmen in der Regel seltener und meist später Kontakt zu Einrichtungen der Drogen- oder Drogenselbsthilfe auf als Männer. Ein Grund dafür ist, dass viele Drogenberatungs- und Therapieangebote immer noch in erster Linie an den Bedürfnissen von Männern orientiert sind.

¹⁷ Darstellung der Grundannahmen, Ziele und Prinzipien der akzeptierenden Drogenarbeit nach einer Präsentation von Frau Prof. Dr. Gundula Barsch (<http://www.fh-merseburg.de/~barsch/Inhalte/drogenarbeit%20PDF/Akzeptierendedrogenarbeit.pdf>)

Nicht selten werden Klientinnen (und Mitarbeiterinnen) mit männlichen Dominanzansprüchen, mit offenen und subtilen Unterdrückungsformen, mit sexistischen Sprüchen und sexistischem Verhalten, mit traditionellen Frauenbildern und mit Frauenverachtung konfrontiert. Viele Frauen nehmen daher die Angebote entweder gar nicht erst an oder bleiben nach einer Weile wieder weg bzw. brechen eine stationäre Behandlung ab.

Frauenspezifische Angebote sind daher in diesem Bereich besonders wichtig – und effektiv, wie wissenschaftliche Studien nachweisen konnten. HIV-Prävention für Drogengebraucherinnen sollte vor allem an der Stärkung ihrer Fähigkeiten zum Risikomanagement ansetzen. Dazu sollten sich die Frauen mit den Risiken des Drogenkonsums (z. B. hinsichtlich riskanter Spritztechniken und riskanter Injektionsstellen, besonderer Gefahren in schwierigen Situationen wie etwa bei fehlendem sterilem Spritzbesteck, bei Gewalt oder bei Übergriffen von Freiern) und den HIV-Infektionsrisiken auseinandersetzen und Strategien zur Risikominimierung kennenlernen und einüben. Darüber hinaus ist es aber genauso wichtig, sie zu stärken und sie bei der Emanzipation aus frauenspezifischen Abhängigkeiten zu unterstützen. Viele Frauen erfahren dann häufig zum ersten Mal, dass sie wichtig sind und ernst genommen werden. Ohne männlichen Druck und männliche Präsenz können sie sich über ihre Bedürfnisse klar werden und so vielleicht andere, selbstbestimmte Perspektiven entwickeln.

Multiplikatorinnen aus der Drogenszene können für die HIV-Prävention eine wichtige Rolle spielen. Im Rahmen von Peer-Education-Ansätzen¹⁸ setzt man darauf, dass Verhalten durch soziale Einflüsse und die Übernahme von Rollenmodellen entscheidend verändert werden kann. Drogengebraucherinnen, die mit der Lebenswelt der Szene und ihren Normen vertraut sind, wird eher Vertrauen entgegengebracht als Außenstehenden – eine wichtige Bedingung dafür, dass Informationen überhaupt aufgenommen und dann auch angenommen werden. Multiplikatorinnen sind darüber hinaus in der Lage, zuverlässige Informationen über Risikoverhalten zu sammeln, die wiederum in die Konzeption von Präventionsveranstaltungen einfließen können.

Wichtig bei allen Präventionsaktionen für Drogengebraucherinnen ist neben der Information über die Risiken des gemeinsamen Gebrauchs von Spritzen und Zubehör immer auch ein deutlicher Hinweis auf die Übertragungsmöglichkeit von HIV und STIs durch ungeschützten Sex.

18 Die peer group (engl.) bezeichnet eine Gruppe Gleichrangiger bzw. Gleichaltriger; Peer-Education (Erziehung) und Peer-Support (Unterstützung) setzen darauf, dass Angehörige einer Zielgruppe Informationen an diese vermitteln, Verhaltensweisen vorleben und ihre Erfahrungen und ihr Wissen zur Verfügung stellen.

5.3.4 Mögliche Angebote

- Kontaktläden für Frauen mit Spritzenaustauschprogrammen, Kondomverteilung, Übernachtungsangeboten, Rechts- und Sozialhilfeberatung, Essensangeboten, Wasch- und Duschmodöglichkeiten, Krisenberatung, verschiedenen Alltagshilfen und Freizeitaktivitäten
- ambulante Wundversorgung
- Wohn-, Arbeits- und Ausbildungsprojekte für Frauen
- Streetwork
- Zusammenarbeit mit Multiplikatorinnen aus der Drogenszene

5.4 Frauen in Haft

5.4.1 Hintergrundinformationen¹⁹

Obwohl der Anteil der Frauen an der Gesamtbevölkerung etwas über 50 Prozent liegt, sind lediglich gut 20 Prozent aller Tatverdächtigen und etwa vier bis fünf Prozent aller Inhaftierten Frauen. Das kann zumindest zum Teil wohl auch darauf zurückgeführt werden, dass bei Mädchen und Frauen deutlich niedrigere Anteile von Nutzerinnen illegaler Drogen zu finden sind, dass Frauen häufiger mit Bewährungsstrafen belegt und milder (z. B. mit Geldstrafen) bestraft werden als Männer.

Die niedrigen Inhaftiertenzahlen im Frauenvollzug schaffen aber eine Reihe von Problemen:

- Eine wohnortnahe Unterbringung ist oft nicht möglich.
- Aus Kostengründen mangelt es oft an speziellen, auf weibliche Häftlinge zugeschnittenen (Aus-)Bildungsangeboten sowie an angemessenen Wohn-, Therapie- und Arbeitsangeboten.
- Für Frauen gibt es weniger Plätze im offenen Vollzug und im Freigang.
- Im Frauenvollzug befinden sich häufig Häftlinge aller Altersgruppen, mit unterschiedlich langer Strafzeit sowie aus allen Haftformen unter einem Dach.

Gerade bei Frauen verstärken Schuldgefühle gegenüber Familie und Kindern oft die ohnehin empfundene Hilflosigkeit und Ohnmacht. Sie befürchten oder erleben Ausgrenzung und Verlassenwerden, denn mit der Inhaftierung wird häufig die ganze Familie bestraft: Die Kinder werden in der Schule diskriminiert, der Vater ist mit der Doppelbelastung durch Familie und Beruf überfordert usw.

¹⁹ Die folgenden Ausführungen basieren auf Keppler 2008a.

Inhaftierte Frauen entwickeln oft ein starkes Gesundheitsbewusstsein; so nehmen z. B. viele Drogengebraucherinnen nach Jahren erstmals wieder (zahn-)ärztliche Leistungen in Anspruch, Abszesse heilen ab, das Körpergewicht nimmt zu usw. Außerdem bietet die Haftsituation eine gute Gelegenheit, präventive Botschaften gezielt an die Frau zu bringen.

Auf der anderen Seite kann die Haftsituation auch zu psychosomatischen Störungen und (verstärktem) Drogenkonsum beitragen – manche Inhaftierte versuchen, mit Drogen dem Vollzug zumindest eine Zeit lang zu entkommen, kurzfristig psychische Entlastung zu finden und sich zumindest vorübergehend als autonom zu empfinden.

Drogenkonsum in Haft

Etwa ein Drittel der in Deutschland Inhaftierten sind intravenös Drogen Gebrauchende, bei den inhaftierten Frauen sind es sogar mehr als die Hälfte. Die meisten von ihnen sind aufgrund von Straftaten im Zusammenhang mit der Beschaffung und dem Gebrauch illegaler Drogen verurteilt worden. Bei Drogen gebrauchenden Frauen geht es meistens um Drogenhandel, Betrug, Diebstahl oder Prostitution. Manche Inhaftierte beginnen aber auch erst in der Haft mit dem Drogenkonsum; nach einer Studie in mehreren europäischen Vollzugsanstalten liegt dieser Anteil bei 10–15 Prozent (vgl. auch Stöver 2001).

Trotz scharfer Kontrollen werden auch in Justizvollzugsanstalten illegale Drogen konsumiert, obwohl häufig kein steriles Spritzbesteck zur Verfügung steht. Tätowieren und Piercen unter unsauberer Bedingungen bergen ebenfalls ein Infektionsrisiko für HIV und Hepatitis C. Nur wenige Haftanstalten bieten Präventionsveranstaltungen zur Infektionsprophylaxe an. Spritzenaustausch gibt es so gut wie gar nicht mehr, obwohl wissenschaftliche Untersuchungen immer wieder einen Zusammenhang zwischen Haftaufenthalt und Infektionen mit HIV oder Hepatitis nachgewiesen haben. Eine Studie der niedersächsischen Justizvollzugsanstalt für Frauen in Vechta zum Beispiel zeigte, dass 78 % der inhaftierten intravenös Drogen gebrauchenden Frauen mit Hepatitis B und 75 % mit Hepatitis C infiziert waren, wobei beinahe die Hälfte dieser Frauen sich während der Haftzeit angesteckt hatte.

Zwar gibt es in einigen Justizvollzugsanstalten Beratungs-, Informations- und Aufklärungsangebote für Inhaftierte und Fortbildungsveranstaltungen für Bedienstete. Dabei wird den HIV- und Hepatitis-Übertragungsrisiken aber häufig nur eine nachgeordnete Bedeutung beigemessen oder auf die Möglichkeit der Abstinenz (sowohl in Bezug auf Drogengebrauch als auch auf Sexualität) verwiesen. In einigen Anstalten können die Inhaftierten zwar Kondome bekommen, doch fehlt es an sterilem Spritzbesteck und -zubehör.

Migranten und Migrantinnen in Haft

Überproportional stark vertreten in Haft sind Migranten – nach Angaben des Bundesjustizministeriums sind rund 35 Prozent aller Strafgefangenen in deutschen Gefängnissen (ohne Untersuchungs- und Abschiebehaft) Menschen ohne deutschen Pass. Das ist unter anderem darauf zurückzuführen, dass manche Delikte wie etwa Verstöße gegen das Zuwanderungsgesetz oder Straftaten in Zusammenhang mit dem Aufenthaltsstatus (z. B. Urkundenfälschung durch Manipulation amtlicher Ausweise) nur von Migrantinnen oder Migranten begangen werden können. Erschwert wird die Präventionsarbeit in Haft durch die rechtliche Lage. So ist etwa für die Möglichkeit, die Haftstrafe durch eine therapeutische Behandlung zu ersetzen („Zurückstellung der Strafe“ bzw. „Therapie statt Strafe“ nach § 35 Betäubungsmittelgesetz), eine gültige Aufenthaltserlaubnis oder die Zustimmung der Ausländerbehörde erforderlich. Hier kann es passieren, dass ein Gefangener während der Haftzeit ausgewiesen bzw. abgeschoben wird, etwa dann, wenn die einst erteilte Duldung oder die befristete Aufenthaltserlaubnis inzwischen abgelaufen ist. Bei ungeklärtem oder nicht mehr gültigem Aufenthaltsstatus ist es auch schwierig, eine Übernahme der Therapiekosten zu erreichen (zur rechtlichen, sozialen und gesundheitlichen Situation von Migrantinnen und Migranten in Haft vgl. Özalp 2008).

Medizinische Versorgung in Haft

Menschen in Haft sind in der Regel nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung, sondern unterliegen meist der direkten Gesundheitshilfe der Justiz. Das heißt: Für die Gesundheit der Inhaftierten ist allein der Anstaltsarzt oder die Anstaltsärztin zuständig und verantwortlich; ihm oder ihr gegenüber ist die Anstaltsleitung nicht weisungsbefugt. Da Inhaftierte keine freie Arztwahl haben, werden Anstaltsärzte so zu „Zwangsansprechpartnern“ und tragen damit eine besondere Verantwortung. Natürlich können sie aber nicht alle erforderlichen medizinischen Leistungen selbst erbringen und müssen daher auch an externe Ärztinnen oder Ärzte verweisen (vgl. hierzu Keppler 2008b).

5.4.2 Hinweise für die Praxis der HIV/STI-Prävention

Inhaftierte Drogen gebrauchende Frauen haben kaum Zugang zu Präventionsangeboten und zu Präventionsmitteln. Faktoren, die die gesundheitlichen Risiken stark erhöhen, sind Needle-/Work-Sharing (kaum Zugang zu sterilem Spritzbesteck und -zubehör), ungeschützter Geschlechtsverkehr (mangelnder

Zugang zu Kondomen, Dental Dams, Gleitmitteln usw.) und Tätowieren bzw. Piercen mit unsterilem Zubehör (vgl. dazu „Tattoo und Piercing in Haft“, Broschüre der DAH, 2. Aufl., 2009). Hinzu kommen psychische Beeinträchtigungen, die die Schutzmotivation senken. Die Möglichkeit der Fortsetzung bzw. des Beginns einer Substitutionsbehandlung in Haft ist stark eingeschränkt. In den einzelnen Bundesländern gibt es hier unterschiedliche Regelungen.

5.4.3 Mögliche Angebote

Einige der im Folgenden aufgezählten Beispiele für Maßnahmen zur Förderung des Schutzverhaltens und zur Reduzierung von Risiken für die Gesundheit Inhaftierter sind heftig umstritten, da sie als Förderung des Drogengebrauchs und der Sexualität in Haft missverstanden werden könnten:

- Informationen und Beratungen zu HIV und zum HIV-Test, zu Hepatitis und anderen Krankheiten
- Abgabe von sterilem Spritzbesteck und -zubehör (anonym, z. B. über Automaten, oder per Handvergabe)
- Safer-Use-Trainings
- Schulungen zum Thema „Infektionsprophylaxe beim Tätowieren und Piercen“
- Vergabe von Mitteln zur Desinfektion von Spritzbesteck; die chemische Desinfektion beispielsweise mit Bleichmittel und die thermische durch Auskochen sind allerdings aufwändig und nicht völlig sicher
- Impfungen gegen Hepatitis A und B, Tetanus
- Vergabe von Kondomen, Dental Dams, Gleitmitteln usw.
- Schulung von Bediensteten (Informationen über Infektionskrankheiten und Schutzmöglichkeiten usw.).

5.5 Prostituierte

5.5.1 Hintergrundinformationen²⁰

HIV/STI-Prävention für Prostituierte hat zwei übergeordnete Ziele: An erster Stelle steht der Schutz der Prostituierten vor einer Infektion mit HIV oder anderen sexuell übertragbaren Infektionen. Darüber hinaus geht es auch um den Schutz der Freier und sonstiger Partner/innen dieser Männer. Meistens

²⁰ Zu Migrantinnen in der Prostitution siehe 5.2.1, zur Beschaffungsprostitution 5.3.1, zu Mädchen in der Prostitution 4.4.

sind es nämlich die Freier, die auf ungeschützten Sex drängen, das heißt, nicht die Prostituierten stellen eine „Gefahr für die Allgemeinbevölkerung“ dar, sondern deren Kunden. Nichtsdestotrotz wird in der Regel nicht das Verhalten der Freier problematisiert, sondern die Prostituierten werden gesellschaftlich ausgegrenzt.

Formen und Orte der Prostitution

Prostitution findet auf der Straße (in Parks, auf öffentlichen Plätzen), in Clubs, Bars, Bordellen, Eros-Centern und sogenannten Laufhäusern, Massage-salons, Hotels, Apartments, Privatwohnungen und sogenannten Terminwoh-nungen²¹, in Domina-Studios und Sexkinos, am Telefon und im Internet (z. B. per Webcam) statt. Vor allem junge und/oder wohnungslose Prostituierte fin-det man häufig in Bahnhöfen oder in Bahnhofsnähe. Prostitution wird auch über Werbung in der Presse oder im Internet angeboten, meist durch Begleit-agenturen (vgl. auch Falck 2005).

In einigen Clubs und Bars erhalten Prostituierte ein Fixum (Grundver-gütung) für die Unterhaltung der Gäste, fürs Tanzen und für Striptease. In an-deren Betrieben müssen die Prostituierten Miete oder Schichtgeld bezahlen, um überhaupt dort arbeiten zu können. Prostituierte und Kunden ziehen grö-ßere Städte vor, weil dort Angebot und Nachfrage größer sind und Anonymi-tät möglich ist. Prostitution gibt es jedoch auch in kleineren Städten und auf dem Land, auch wenn sie dort nicht immer sichtbar ist. In manchen ländli-chen Gegenden zum Beispiel machen Prostituierte Hausbesuche oder arbei-ten in Wohnmobilen auf Parkplätzen an viel befahrenen Landstraßen; Kunden sind dann häufig Berufspendler und -kraftfahrer.

Untersuchungen auf HIV und andere STIs

Bis 2001 mussten Prostituierte sich in den meisten Bundesländern regelmä-ßig zwangsweise gesundheitlich untersuchen lassen („Bockschein“). Diese Untersuchungen sind seit Einführung des Infektionsschutzgesetzes freiwillig. Den Prostituierten wird neben der Freiwilligkeit auch Anonymität garan-

21 Möblierte Wohnungen, in denen regelmäßig (meist wöchentlich) die Belegschaft wechselt und in denen die meist aus anderen Städten oder Ländern stammenden Frauen übernachten können. Die Betreiber/innen sind daran interessiert, dass Aussehen und Service der jeweils arbeitenden Frauen möglichst unterschiedlich sind. Gute Adressen sind oft schon lange im Voraus ausgebucht. Viele Freier schätzen Terminadressen, da sie dort immer wieder andere Frauen antreffen, viele Prostituierte wiederum wählen einen solchen Arbeitsplatz, weil das Risiko, auf Bekannte zu treffen, in einer fremden Stadt geringer ist.

tiert, was es besonders Migrantinnen ohne Papiere ermöglicht, Angebote der öffentlichen Gesundheitsämter in Anspruch zu nehmen. Viele Prostituierte begegnen Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitssystems und Gesundheitsprojekten jedoch nach wie vor mit Misstrauen oder lehnen sie ab; für Präventionsangebote sind sie über diesen Weg also nur schwer erreichbar.

Viele Freier glauben weiterhin, dass alle Prostituierten regelmäßig „zwangsgetestet“ werden und deswegen „gesund“ sind. (Einige Prostituierte lassen sich auch deshalb nicht auf HIV testen, weil es strafbar ist, einen anderen Menschen wissentlich zu infizieren, sie also gar nicht um ihren HIV-Status wissen möchten). Das kann zu einem falschen Sicherheitsgefühl und zu erhöhter Risikobereitschaft bei den Freien führen.

Prostitutionsgesetz

Seit dem 1. Januar 2002 ist das Gesetz zur Regelung der Prostitution in Deutschland in Kraft (Prostitutionsgesetz/ProstG). Das Gesetz regelt in drei Paragraphen die zivilrechtlichen Belange von Prostituierten. So können Sexarbeiter/innen rechtswirksame Verträge mit Kunden abschließen, ein solcher Vertrag verstößt nicht mehr (wie vor dem Inkrafttreten des Gesetzes) gegen die „guten Sitten“. Prostituierte haben damit einen vor Zivilgerichten einklagbaren Anspruch auf das vereinbarte Honorar; darüber hinaus können sie auch Arbeitsverträge mit Bordellbetreiberinnen oder -betreibern abschließen. Artikel 2 regelt, dass die Vermittlung sexueller Handlungen – früher „kuppelerische Zuhälterei“ – nicht mehr strafbar ist, solange es sich nicht um Tatbestände wie Menschenhandel, Zwangsprostitution, Ausbeutung von Prostituierten, Zuhälterei oder Zuführung von Jugendlichen zur Prostitution handelt. Durch diese Regelung machen sich auch Betreiber, die angenehme Arbeitsbedingungen bieten, nicht länger strafbar (vgl. Czajka 2005).

Die bisherige Bilanz des Gesetzes fällt allerdings ernüchternd aus. In einem Bericht der Bundesregierung aus dem Jahr 2007 hieß es, das Gesetz habe die soziale Absicherung der Prostituierten nicht wirklich verbessern können; die Möglichkeiten, Zugang zur Sozialversicherung zu erhalten oder Lohn einzuklagen, würden in der Praxis kaum genutzt. Dem Bericht zufolge hatte nur ein Prozent aller Prostituierten einen Arbeitsvertrag. 87 Prozent seien zwar krankenversichert, aber ein Drittel davon als Familienangehörige, nicht unter ihrer Berufsbezeichnung. Auch für den von den Befürwortern erwarteten Effekt, dass das Gesetz die Kriminalität im Bereich der Prostitution zurückdrängen könne, gebe es „keine belastbaren Hinweise“, ebenso wenig allerdings für die von Kritikern befürchteten negativen Auswirkungen der Neuregelung.

5.5.2 Hinweise für die Praxis der HIV/STI-Prävention

- In den Prostitutionsszenen herrscht in der Regel eine hohe Fluktuation. Dementsprechend sollten Präventionsprojekte für Frauen in der Prostitution möglichst langfristig angelegt sein, um überhaupt effektiv sein zu können.
- Entscheidend für den Erfolg solcher Projekte ist es, die Prostituierten selbst mit einzubeziehen und so etwas über ihren Bedarf an Beratung und Unterstützung zu erfahren.
- Wünschenswert ist die Kooperation mit anderen Institutionen und Personen, die mit Prostituierten arbeiten, z. B. mit Sachverständigen in Rechtsfragen und Netzwerken der Selbsthilfe. So können lange Wartezeiten vermieden, bürokratische Hürden umgangen und faire Behandlung garantiert werden.
- Viele Frauen in der Prostitution trennen strikt zwischen ihrer Arbeit und ihren privaten (Liebes-)Beziehungen; Prostituierte sollten daher davon überzeugt werden, dass gesundheitliche Entscheidungen sowohl für den beruflichen als auch privaten Bereich wichtig sind.
- Präventionsveranstaltungen, Kurse, Beratungsangebote usw. für Prostituierte werden eher angenommen, wenn weder HIV/Aids noch Prostitution explizit genannt werden, sondern wenn sie unter Titeln wie „Gesundheitsprechstunde“, „Prävention und Hygiene“ usw. angeboten werden.
- Da Prostituierte des Schichtdienstes keine Beratungsstellen, Kliniken usw. aufsuchen können, nimmt die aufsuchende Arbeit einen besonderen Stellenwert ein. Dabei sollte Folgendes beachtet werden: Sich immer selbst vorstellen und das Anliegen erläutern; Visitenkarte mit dem Namen, der Adresse und der Telefonnummer (des Projekts) übergeben und Vertraulichkeit garantieren; gültige Ausweispapiere bei sich tragen und eine Stelle benennen können, die Auskunft über die eigene Identität geben kann.
- Präventionsaktionen in Clubs, Bars usw. müssen mit dem Management abgesprochen werden. Dabei ist es besonders wichtig, klarzumachen, dass man weder von der Polizei noch von der Presse ist.
- Orte der Drogenszene sollten möglichst nur in Begleitung von Personen aufgesucht werden, die dort bekannt und akzeptiert sind.
- Nie die Interaktion zwischen Freiern und Prostituierten stören, sondern warten, bis die Frauen Zeit haben.
- Im Rahmen der Präventionsangebote sollten Kondome, Gleitmittel und Informationsmaterialien angeboten werden. Dabei kann man sich zum Beispiel über wichtige Themen wie Kondomqualität, Kondomverträglichkeit,

Verhütungsmöglichkeiten, Schutz vor HIV und anderen sexuell übertragbaren Infektionen und vieles mehr unterhalten.

- Hartnäckig bleiben – vertrauensvolle Beziehungen aufzubauen dauert seine Zeit.

5.5.3 Mögliche Angebote

- Rechtsberatung
- Unterstützung bei der Wohnungssuche, Wohnprojekte
- Kinderbetreuung
- Beratung zur sozialen Absicherung, zu Versicherungen und zur Krankenversicherung (Prostitutionsgesetz)
- Bildungs- und Fortbildungsangebote
- Unterstützung bei Berufswechsel, beruflicher Neuorientierung, Wiedereingliederung
- Stärkung der Selbstbestimmung, der Selbstbehauptung, des Selbsthilfepotenzials
- Beratung und Hilfe bei häuslicher und sexueller Gewalt
- Schulungen und Seminare, in denen das Verhalten gegenüber Freiern trainiert werden kann, in denen über Hilfsangebote informiert wird usw.
- Weitervermittlung an andere Einrichtungen, Organisationen und Institutionen
- Interessenvertretung, Lobbyarbeit
- Syndromorientierte Sofortbehandlung (*Syndromic Case Management*), also die Behandlung der sofort feststellbaren Symptome (ohne Labortests abzuwarten); solche niederschweligen Angebote sind vor allem für Zielgruppen ohne gesicherten Aufenthaltsstatus mit ihren spezifischen Zugangsbarrieren zu Leistungen des Gesundheitssystems wichtig. Sie müssen anonym und kostenlos sein und Folgendes beinhalten:
 - Beratung, Tests, Impfungen, Behandlung oder Überweisung (Hepatitis, HIV, STIs, Tuberkulose usw.)
 - Krebsvorsorgeuntersuchungen (vor allem auf Gebärmutterhalskrebs) oder Überweisung
 - Verhütungsberatung, Schwangerschaftstests, Vermittlung in die Schwangerschaftskonfliktberatung usw.
 - medizinische Versorgung im Akutfall, z. B. bei Lungenentzündung oder Abszessen
 - Beratung und Behandlung bei Drogen-, Alkohol- und psychischen Problemen bzw. Überweisung an weiterbehandelnde Stellen
 - sprachliche und kulturelle Mediatorinnen.

- Drop-Ins (Anlaufstellen/Kontaktläden) mit akzeptierenden, niederschweligen Angeboten an Orten, wo Prostitution stattfindet, u. a. mit folgenden Angeboten:
 - Aufenthalts- und Ruheräume
 - Getränke- und möglichst auch Essensausgabe
 - Beratungszimmer für vertrauliche Gespräche (Beratung zu Verhütung, Safer Sex, sexuell übertragbaren Infektionen, sozialrechtlichen Fragen usw.)
 - Liste mit Notfall-Telefonnummern, besonders von Rettungsdiensten und Beratungsstellen für Opfer von (sexueller) Gewalt
 - Kondome in verschiedenen Größen und Stärken (auch für Analverkehr), Femidome (Kondome für Frauen), Dental Dams (Latextücher) für Oralverkehr, Gleitgele auf Wasserbasis, Latexhandschuhe usw.
 - Unterstützung von Drogengebraucherinnen, Beratung, Versorgung mit sterilem Spritzbesteck und -zubehör, eventuell Druckraum
 - Toiletten, Duschen, Waschmaschinen
 - Kleiderkammer
 - medizinische Grundversorgung
 - Informationsmaterialien, möglichst in verschiedenen Sprachen und abgestimmt auf verschiedene Kulturen.

5.6 Lesbische und bisexuelle Frauen

Das Risiko einer HIV-Übertragung beim Sex unter Frauen wird häufig unter- oder überschätzt. Frauen, die Sex mit Frauen haben, brauchen daher verlässliche Informationen darüber, welche Risiken mit welchen sexuellen Praktiken verbunden sind. Auskunft bietet hier die DAH-Broschüre „Frauenlust – und was ist mit sexuell übertragbaren Krankheiten? Infos für Frauen, die Sex mit Frauen haben“.

Frauen, die Sex mit Frauen haben, geben sich bei Präventionsveranstaltungen nicht unbedingt als solche zu erkennen. Sie sollten aber bei der Planung und Durchführung immer mitbedacht werden. So sollten immer auch Informationen über HIV/STI-Ansteckungsrisiken beim Sex unter Frauen und entsprechende Schutzmöglichkeiten vermittelt werden (vgl. hierzu auch 4.6).

A stylized, monochromatic illustration in shades of blue and purple. It depicts a woman in profile, facing left, holding an open book. The background consists of fluid, wavy, concentric patterns that create a sense of movement and depth. The overall aesthetic is modern and artistic.

6. Schulung und Fortbildung von Multiplikatorinnen für die HIV/STI-Prävention

Multiplikatorinnen und Multiplikatoren sind Menschen, die Informationen, Werte, Normen, Kompetenzen usw. verbreiten bzw. weitergeben und dadurch gewissermaßen vervielfältigen („multiplizieren“). Im folgenden Abschnitt werden unter dem Begriff Multiplikator/in auch die Begriffe „Mediator/in“ (Vermittler/in) und „Peer-Educator“ (Multiplikator/in aus der entsprechenden Zielgruppe) zusammengefasst.²²

In der Prävention und Gesundheitsförderung haben Multiplikatorinnen und Multiplikatoren generell einen hohen Stellenwert. Aufgrund ihres Berufes bzw. ihrer Zugangsmöglichkeiten oder Zugehörigkeit zu Zielgruppen können sie glaubwürdig Informationen und Präventionsbotschaften weitergeben sowie entsprechende kommunikative und Handlungskompetenzen vermitteln. Vor allem personalkommunikative Präventionsmaßnahmen, die auf dem persönlichen Kontakt mit der Zielgruppe aufbauen, können aus fachlichen und aus Kapazitätsgründen ohne Multiplikatoren/-innen kaum umgesetzt werden. Damit diese gute Arbeit leisten können, müssen sie in der Regel in Schulungs- und Fortbildungsprogrammen das nötige Wissen und die erforderlichen Kompetenzen zur angemessenen Vermittlung dieses Wissens erwerben.

Für die HIV/STI-Prävention sind Multiplikatoren/-innen vor allem aus folgenden Gründen wichtig:

- Die Ansprache spezifischer Zielgruppen – z. B. Schwule/Lesben, intravenös Drogen Gebrauchende, Prostituierte oder Migrantinnen/-innen – ist ohne vermittelnde Personen, die Zugang zu diesen Gruppen haben, ihre Lebensstile kennen und von ihnen akzeptiert werden, nicht möglich.
- HIV/STI-Prävention sollte langfristig angelegt sein, da stabile Einstellungs- und Verhaltensänderungen nicht durch einmalige Aktionen bewirkt werden können. Vor Ort tätige Multiplikatorinnen und Multiplikatoren können Präventionsbotschaften durch anhaltende Aktivitäten längerfristig präsent halten.

Multiplikatorinnen in der HIV/STI-Prävention für Mädchen und Frauen können z. B. Mitarbeiterinnen von Mädchen- und Fraueneinrichtungen, -projekten und -beratungsstellen sein, Erzieherinnen, Lehrerinnen, Gruppenleiterinnen und Mütter, aber auch Angehörige bestimmter Zielgruppen, z. B. Mädchen, Migrantinnen, Prostituierte oder Drogengebraucherinnen.

²² Vgl. zum Thema „Schulung von Multiplikatoren/Multiplikatorinnen“ Bengel/Herdt/Bühlren-Armstrong 1999 und Herdt/Bengel/Bühlren-Armstrong 1999.

6.1 Ziele

Ziele der Schulung von (neuen) Multiplikatorinnen bzw. der Fortbildung von (erfahrenen) Multiplikatorinnen für die HIV/STI-Prävention können sein:

- die Befähigung zur Konzeption, Planung, Durchführung und Auswertung von HIV/STI-Präventionsaktionen
- der Erwerb bzw. die Stärkung kommunikativer und sozialer Kompetenzen für eine gemeinwesenorientierte, personalkommunikative Präventionsarbeit
- die Reflexion bisheriger Arbeitsweisen und die Auseinandersetzung mit neuen Inhalten und Methoden
- der Erfahrungsaustausch, die gegenseitige Unterstützung und die gemeinsame Bearbeitung von Problemen, die sich in der Praxis ergeben
- die Stärkung von Aufmerksamkeit und Engagement für die HIV/STI-Prävention innerhalb einer Institution oder Region: Multiplikatorinnen werden dazu befähigt, weitere Multiplikatorinnen zu gewinnen, zu qualifizieren und zur Weitergabe ihres Wissens an Kollegen/-innen und Kooperationspartner zu motivieren („Schneeballeffekt“)
- der Aufbau von Netzwerken.

6.2 Inhalte

Schulungsprogramme für Multiplikatorinnen umfassen normalerweise die drei Bereiche Informationsvermittlung, Selbsterfahrung und Intervention. Die Gewichtung der drei Bereiche ist von den Rahmenbedingungen abhängig, doch sollte möglichst auf keinen von ihnen verzichtet werden.

6.2.1 Informationsvermittlung

Wie in Präventionsveranstaltungen auch müssen zunächst Basisinformationen zu Sexualität, Verhütung und HIV/STIs vermittelt werden. Daneben sollte aber auch Hintergrundwissen über gesellschaftliche, ökonomische, kulturelle, juristische und politische Bedingungen der HIV/STI-Präventionsarbeit sowie über die Besonderheiten einzelner Zielgruppen vermittelt werden.

6.2.2 Selbsterfahrung und Reflexion

Da es in der HIV/STI-Prävention immer auch um Einstellungen zu Sexualität und Moral, um religiöse Überzeugungen, um den Umgang mit Minderheiten usw. geht, sind die Anforderungen an Multiplikatorinnen in diesem Bereich sehr hoch. Eine fundierte und durchdachte Position ist besonders wichtig, um von den Zielgruppen akzeptiert zu werden und glaubhaft HIV-Präventionsbotschaften vermitteln zu können. Multiplikatorinnen sollten sich daher über ihre eigenen Einstellungen, Werte und Grenzen im Klaren sein und diese auch vertreten können.

6.2.3 Intervention

Methoden, die auf die jeweiligen Schulungsteilnehmerinnen abgestimmt sind (z. B. Rollenspiele, Modelllernen, Kleingruppenarbeit, Gruppen- und Videofeedback usw.), sollen sie dabei unterstützen, Gesprächsführungs- und Moderationstechniken zu erlernen, soziale Kompetenzen zu trainieren und sich für Beratungssituationen zu qualifizieren.

6.3 Zeitlicher Rahmen

Eine Schulung in mehreren Abschnitten ermöglicht eine intensive Beschäftigung und Auseinandersetzung mit den Themen, die Auswertung zwischenzeitlich gewonnener Erfahrungen aus der eigenen Praxis und die Suche nach Problemlösungen. Findet die Schulung als einmalige Veranstaltung statt, können typische Erfahrungen in Rollenspielen vorwegnehmend bearbeitet und Hilfestellungen für den Umgang mit Problemen in der alltäglichen Praxis gegeben werden.

Der Zeitrahmen einer Multiplikatorinnenschulung ist auch abhängig vom institutionellen Hintergrund (z. B. Anerkennung als Bildungsurlaub) und der Motivation der Teilnehmerinnen. Gerade bei zeitintensiven Programmen (z. B. mit einem Umfang von 15 Arbeitstagen) muss berücksichtigt werden, welche Möglichkeiten die Multiplikatorinnen in Bezug auf Freistellung, Sonderurlaub usw. haben. Darüber hinaus sollte unbedingt eine ausreichend lange Vorlaufzeit eingeplant werden, um alle relevanten potenziellen Multiplikatorinnen ansprechen zu können.

Motivation ist die wichtigste Teilnahmevoraussetzung für die Multiplikatorinnen; sie kann z. B. im Anstreben einer beruflichen Zusatzqualifikation, in persönlichem Interesse am Thema oder in der Zuständigkeit für Aktivitäten in der HIV/STI-Prävention liegen. Nach einer Studie der BZgA (Herdt/Bengel/Bührten-Armstrong 1999) wird die Motivation zur Teilnahme an einer Multiplikatorinnenschulung durch die Ansprache über Vorgesetzte bzw. übergeordnete Institutionen nicht beeinträchtigt, sofern die Freiwilligkeit der Teilnahme gewährleistet ist.

Grundsätzlich kommen als Teilnehmerinnen professionelle Multiplikatorinnen (z. B. Pädagoginnen, Sozialarbeiterinnen, Ärztinnen), semiprofessionelle Multiplikatorinnen (z. B. Jugendgruppenleiterinnen) und Laien (z. B. „Peers“ oder Mütter) in Betracht. Unabhängig von ihrem (beruflichen) Hintergrund können Multiplikatorinnen aber nur dann erfolgreiche Aufklärung und Prävention betreiben, wenn sie glaubwürdig sind und von den Zielgruppen anerkannt werden. Darüber hinaus kann es von Vorteil sein, wenn Multiplikatorinnen auch über Einfluss in der Zielgruppe verfügen. Für bestimmte Zielgruppen (z. B. Mädchen, Migrantinnen) werden deshalb Meinungsführerinnen oder Schlüsselpersonen in der Peer-Group als besonders geeignete Multiplikatorinnen angesehen. Für andere Zielgruppen ist es hingegen wichtig, dass die Multiplikatorin ein Modell für den angemessenen Umgang mit HIV und STIs abgibt. Dazu braucht sie ein ausreichendes Maß an Autorität sowie umfangreiche Kenntnisse und Fähigkeiten; auch ein höherer Status (z. B. als Erzieherin, Sexualpädagogin oder Ärztin) kann hilfreich sein.

Multiplikatorinnen, die mit Mädchen und Frauen mit Migrationshintergrund arbeiten und nicht aus derselben Kultur wie diese Mädchen und Frauen kommen, sollten über interkulturelle Kompetenz verfügen. Multiplikatorinnen mit interkultureller Kompetenz vermeiden negative Bewertungen von Unterschieden, respektieren andere Wertvorstellungen und Lebensstile und beziehen Sprach- und Kulturmittler aus der Zielgruppe immer ein, wenn dies möglich ist. Voraussetzung für ein solches Handeln sind emotionale Kompetenz, interkulturelle Sensibilität sowie die Fähigkeit, die eigenen soziokulturell geprägten Wertvorstellungen zu reflektieren und den eigenen Standpunkt transparent und selbstbewusst zu vermitteln.

Leiterinnen von Multiplikatorinnenschulungen können die Akzeptanz der Teilnehmerinnen bei ihrer Zielgruppe oder ihren Zielgruppen nur schwer erfassen. Sie sollten aber so weit wie möglich die Zugangsmöglichkeiten bzw. Zugehörigkeit zu diesen Zielgruppen berücksichtigen, um den Transfer der Schulungsinhalte zu gewährleisten. Ist etwa schon vor Schulungsbeginn absehbar,

dass eine Teilnehmerin nicht längerfristig als Multiplikatorin wirken kann, sollte überlegt werden, ob ihre Teilnahme an der Fortbildung sinnvoll ist.

Insbesondere bei gemeindeorientierten Programmen ist die lokale bzw. regionale Einbindung von Multiplikatorinnen sehr wichtig. Eine Rolle bei der Auswahl der Teilnehmerinnen kann daher auch die Frage spielen, inwieweit sie zur Vernetzung bzw. zum Aufbau von Kooperationsbeziehungen zwischen verschiedenen Einrichtungen und Institutionen einer Region (u.a. Organisationen der Zielgruppe/n, Anbieter von Gesundheitsversorgung, Ämter und freie Verbände) beitragen und auch deren Ressourcen nutzen können. Um eine solche Vernetzung und längerfristige Kooperation erreichen zu können, sollte die Gruppenzusammensetzung ausreichend heterogen sein. Dies ermöglicht dann auch eine sinnvolle Arbeitsteilung der Beteiligten bei späteren gemeinsamen Präventionsaktionen.

6.5 Planung und Durchführung

Wie bei einer Präventionsveranstaltung auch sollten zunächst mögliche Erwartungen, Anliegen, Ziele, Erfahrungen und Wünsche der Teilnehmerinnen so genau wie möglich erfasst und in das Schulungsprogramm einbezogen werden (Situationsanalyse, vgl. 7.1). Auch während der Durchführung einer Schulung sollte die Trainerin auf die Reaktionen und Rückmeldungen der Teilnehmerinnen eingehen und die inhaltlichen Schwerpunkte und Methoden nach Bedarf verändern (prozessorientiertes Arbeiten), was ein ausreichendes Maß an Flexibilität und gute inhaltliche und methodische Kenntnisse voraussetzt.

Entsprechend dem Präventionskonzept sollten innerhalb einer Multiplikatorinnenschulung hauptsächlich handlungsorientierte, aktivierende Kommunikations- und Arbeitsformen eingesetzt werden, welche die Diskussion der Teilnehmerinnen untereinander fördern (z. B. Groß- und Kleingruppenarbeit, Rollenspiele, Gesprächsführung, Körperübungen). Um ein ausgewogenes Verhältnis zwischen Teilnehmerinnen- und Zielorientierung zu erreichen und die Akzeptanz auch von weniger attraktiven Inhalten zu fördern, hat sich eine klare Strukturierung der Inhalte und der verschiedenen Elemente einer Schulung bewährt.

Eine Multiplikatorinnenschulung kann sich aus den folgenden (und gegebenenfalls weiteren) Bausteinen zusammensetzen, die entsprechend dem zuvor ermittelten Wissens- und Erfahrungshintergrund sowie den Bedürfnissen der Fortbildungsteilnehmerinnen ausgewählt und kombiniert werden:

- HIV/STI-Prävention: Basiswissen zu medizinischen, psychosozialen und rechtlichen Aspekten von HIV, Aids und STIs sowie zu Möglichkeiten der methodischen Aufbereitung und Umsetzung

- Sexualpädagogik: Methoden zur Reflexion der eigenen sexuellen Identität und der Geschlechterrollen, zur Stärkung der sexuellen Selbstbestimmung und Eigenverantwortung; Übungen zur Kommunikation in Partnerschaften
- Kommunikation und Moderation: Kommunikationsverhalten, Rhetorik, Argumentationstechniken, Gesprächsführung und -strukturierung, Metaplantchnik, Visualisierungen, Medieneinsatz
- Veranstaltungsdidaktik: Arbeits- und Lernstrukturen, Motivation von Teilnehmerinnen, Umgang mit Gruppendynamik und Störungen in einer Gruppe, Zielbestimmungen, Veranstaltungsorganisation und spezifische Methoden (Rollenspiele, Kleingruppenarbeit usw.)
- Projektmanagement: Planung, Organisation und Finanzierung von Projekten, Arbeitsorganisation, Zeitmanagement
- Kommunale Gesundheitsförderung: Grundzüge der Gemeinwesenarbeit, Begriffe und Instrumente der Gesundheitsförderung, Gewinnung, Vernetzung und Qualifizierung möglicher Kooperationspartner/innen, Bedarfs- und Strukturanalyse
- Öffentlichkeitsarbeit: Aufbau von Medienkontakten, Abfassen von Presse-texten, Gestaltung öffentlichkeitswirksamer Maßnahmen, Bewerbung von Veranstaltungen, Außendarstellung der eigenen Institution und Arbeit.

Leiterinnen von Multiplikatorinnenschulungen können ihre Teilnehmerinnen bei der Umsetzung des Gelernten in ihre jeweilige berufliche Praxis unterstützend begleiten, indem sie diese etwa bei der Erstellung von Konzepten beraten oder an Präventionsaktionen teilnehmen. Auch die Bearbeitung von Erfahrungen aus der Praxis im Rahmen von Auswertungstreffen hat sich bewährt.

6.6 Evaluation

Es ist von Vorteil, nachweisen zu können, dass Programme zur Schulung bzw. Fortbildung von Multiplikatorinnen die angestrebten Ziele auch erreichen können. Dies ist vor allem für die finanzielle Absicherung solcher Programme wichtig, aber auch, weil Wert und Sinn von Präventionsmaßnahmen häufig angezweifelt werden (vgl. 7.3.3).

Bei der Bewertung von Multiplikatorinnenprogrammen in der HIV-Prävention lassen sich vier Bereiche unterscheiden:²³

²³ ausführlich: Herdt/Bengel/Bührlen-Armstrong 1999

- a) **Teilnehmerinnenauswahl** (vgl. 6.4): Zugang zu und Akzeptanz bei der Zielgruppe, Motivation, Einbindung in bestehende Strukturen und Netzwerke usw.
- b) **Programm:** Informationsvermittlung, Selbsterfahrung und Intervention, Teilnehmerorientierung, Umsetzung in die berufliche Praxis, Durchführung von Aktionen, Auswertung praktischer Erfahrungen, Entwicklung von Perspektiven für die weitere Präventionsarbeit usw.
- c) **Präventionsstruktur:** Ausbau und Förderung regionaler und institutioneller Präventionsstrukturen (Vernetzung), Impulssetzung für verstärktes HIV/STI-präventives Engagement usw.
- d) **Träger:** Qualitätssicherung und -entwicklung (im Hinblick auf Erfahrungen mit und Kompetenzen in der personalkommunikativen HIV/STI-Prävention), Bereitstellung von übertragbaren Konzepten und Maßnahmen der HIV/STI-Aufklärung usw.

Um überprüfen zu können, ob die gesetzten Ziele erreicht werden, sollte man diese möglichst präzise formulieren. Die Rückmeldung der Teilnehmerinnen kann z. B. über Fragebögen geschehen. Auch spätere Befragungen zu den Erfahrungen der Teilnehmerinnen mit der Umsetzung des Gelernten in die Praxis können zur Optimierung von Multiplikatorinnenschulungen dienen.

6.7 Hinweise zu besonderen Multiplikatoren/Multiplikatorinnen

6.7.1 Lehrer/Lehrerinnen

Gerade Mädchen haben im Sexualkundeunterricht das Bedürfnis nach Wissensvermittlung und Orientierung durch ihre Lehrer und Lehrerinnen, insbesondere, wenn sie außerhalb der Schule nur wenige Gesprächspartner/innen zu diesem Thema haben. Je mehr Gesprächspartner/innen sie allerdings für dieses Thema haben, desto kritischer betrachten sie auf der anderen Seite ihre Lehrerin oder ihren Lehrer (wie auch ihre Eltern): Zeigen diese Unsicherheiten oder verhalten sie sich „verklemmt“, lehnen die Mädchen sie als nicht authentisch ab. Besonders sensibel reagieren sie dabei auf nicht eingestandene Unsicherheiten, die teilweise auf ihre Kosten abreagiert werden (durch Witze, La-

chen, Lächerlichmachen, Nichternstnehmen usw.). Laut der BZgA-Studie zur Jugendsexualität aus dem Jahr 2005 (BZgA 2006b) war der Schulunterricht für 74 % der befragten Mädchen eine Quelle für Kenntnisse über Sexualität, Fortpflanzung und Empfängnisverhütung und lag damit an zweiter Stelle hinter Gesprächen (77 %). Ein knappes Drittel der Mädchen (31 %) nannte Lehrer/-innen als eine der wichtigsten Quellen der Sexualaufklärung. Besonders wichtig sind Lehrer/innen als Wissensvermittler/innen für Jugendliche, die von ihren Eltern noch nicht aufgeklärt wurden, deren Eltern es ablehnen, dass sie in ihrem Alter bereits sexuelle Erfahrungen machen, oder die angeben, keine Vertrauensperson für sexuelle Fragen zu haben (vgl. BZgA 2006b, S. 31).

Sexualkundeunterricht und HIV/STI-Aufklärung beschränken sich allerdings meist auf die sachbezogene Vermittlung von Wissen. Viele Mädchen (und Jungen) finden diesen Unterricht deswegen nicht interessant (vgl. Schwarz 1998), könnten also von entsprechend fortgebildeten Lehrerinnen und Lehrern, welche auch die persönliche und emotionale Ebene in einer für die Schüler/innen akzeptablen Weise ansprechen können, in großem Ausmaß profitieren.

Um ihre eigene Identität entwickeln zu können, sind Mädchen zudem in besonderer Weise auf Anregungen durch positive Rollen Vorbilder angewiesen, am besten durch den persönlichen Kontakt mit erwachsenen Frauen – auf verschiedenen Ebenen und in verschiedenen Zusammenhängen. Die wenigen positiven weiblichen Leitbilder in Politik und Medien bleiben im Alltag relativ wirkungslos, da keine Möglichkeit der lebendigen Auseinandersetzung mit ihnen besteht. Pädagoginnen dagegen können solche positiven Identifikationsfiguren für Mädchen sein; sie können ihnen andere Verhaltensformen und Lebensweisen nahebringen als diejenigen, die sie schon kennen. Voraussetzung dafür ist aber, dass sie aufgrund eigener Erkenntnis- und Emanzipationsprozesse Zugang zu den Problemen der Mädchen haben und das, was sie den Mädchen vermitteln, auch selbst leben (vgl. Klees/Marburger/Schumacher 1992).

Schulen sind außerdem eine wichtige Schnittstelle zu Beratungsstellen, da die meisten Jugendlichen Beratungsstellen wie Aidhilfen oder pro familia im Rahmen einer schulischen Veranstaltung kennenlernen.

6.7.2 Eltern

Nach der erwähnten BZgA-Studie zur Jugendsexualität (BZgA 2006b) geben die meisten Jugendlichen die Mutter als eine wichtige Person bei der Aufklärung über sexuelle Dinge an; für 70 Prozent der Mädchen war sie sogar Hauptinformationsquelle für Aufklärungsthemen. Den Vater dagegen nannten nur

12 Prozent der Mädchen als Informationsquelle – das waren weniger, als den Lehrer oder die Lehrerin nannten (31 Prozent). Die beste Freundin gaben 44 Prozent der Mädchen an und andere Gleichaltrige 17 Prozent. Dieses Bild bestätigt sich auch bei der Frage nach einer Vertrauensperson: 63 Prozent der Mädchen zwischen 14 und 17 Jahren nennen hier die Mutter und nur 11 Prozent den Vater. Bei den Mädchen spielt die Mutter damit eine gleichwertige Rolle wie die beste Freundin, die von 62 Prozent als Vertrauensperson genannt wird.

Insgesamt haben neun von zehn Mädchen zwischen 14 und 17 eine Bezugsperson für sexuelle Themen, wobei dieser Anteil bei den Älteren höher ist als bei den Jüngeren. Entscheidend ist hier vor allem die Vertrauensbasis zu den Eltern und die Frage, ob im Elternhaus offen über Sexualität gesprochen wird: Wer sich zu Hause ernst genommen fühlt und offen mit seinen Eltern über sexuelle Themen sprechen kann, hat auch eher Ansprechpartner für sexuelle Fragen. Benachteiligt sind Jugendliche aus Elternhäusern mit niedrigem Bildungshintergrund, was sich vor allem negativ für die Jungen auswirkt, von denen fast 30 Prozent keine Vertrauensperson haben.

Ein ähnliches Bild zeigt sich beim Thema Verhütung: Sieben von zehn Mädchen im Alter zwischen 14 und 17 Jahren gaben an, von ihren Eltern zum Thema Schwangerschaftsverhütung beraten worden zu sein. Und auch hier gilt: Wird im Elternhaus generell offen über Sexualität gesprochen und werden die Eltern als Vertrauenspersonen angesehen, so ist die Wahrscheinlichkeit groß, dass sie mit ihren Kindern auch über Schwangerschaftsverhütung sprechen. Das wirkt sich dann auch auf das tatsächliche Verhütungsverhalten der Jugendlichen aus: Beinahe 90 Prozent der Jugendlichen, die in einer solchen vertrauensvollen und offenen Atmosphäre aufgewachsen sind, sprechen in intimen Situationen das Thema Verhütung an. Des Weiteren besteht eine deutliche Wechselwirkung zwischen dem Erziehungsstil der Eltern und dem Verhältnis zwischen Eltern und Kindern: Eine eher strenge Erziehung geht häufiger mit einem zurückhaltenden, verschlossenen Verhältnis, eine eher demokratische und akzeptierende Erziehung mit einem offeneren, vertrauensvollen Verhältnis einher.

Untersuchungen bestätigen, dass die Familie heute mehr denn je der Ort für das Sprechen über Sexualität ist (vgl. z. B. Schmidt [Hg.] 1993). Erste sexuelle Erfahrungen werden zunehmend nicht mehr außerhalb der Familie, sondern mit Wissen und Einverständnis der Eltern zu Hause gemacht, wobei es entwicklungspsychologisch sehr wichtig ist, dass die Eltern die Privatsphäre der Kinder respektieren (und umgekehrt) und die Grenzen zwischen den Generationen nicht verwischt werden (es ist ungünstig, wenn sich die Eltern z. B. eher wie Freunde oder Freundinnen der Kinder verhalten und ihren

Aufgaben als Eltern dann nicht mehr angemessen gerecht werden können). Andererseits werden Eltern und andere Erwachsene aus dem unmittelbaren persönlichen Umfeld aber oft auch als zu neugierig, zu belehrend, zu bevormundend oder auch zu „verklemmt“ empfunden. Gerade Mädchen wünschen sich hier mehr Offenheit, Gesprächsbereitschaft, Direktheit; sie wollen ernst genommen werden und sie wollen, dass die Erwachsenen Grenzen respektieren. Da viele Erwachsene heute unsicher sind, ob ihre Kinder angemessen und ausreichend aufgeklärt werden, können Fortbildungen von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren zu Fragen der Sexualität, der Schwangerschaftsverhütung und der HIV/STI-Prävention auch für sie von Interesse sein.

The background is a solid dark blue color. Overlaid on this is a lighter blue, semi-transparent silhouette of a person's head and shoulders, facing left. The entire background is filled with a pattern of concentric, wavy lines in various shades of blue, creating a ripple effect.

7. Tipps zur Planung, Durchführung und Auswertung von Präventionsaktionen

Die im Folgenden aufgeführten Schritte und Phasen einer Präventionsaktion lassen sich nicht immer streng voneinander trennen und müssen nicht zwangsläufig in der vorgestellten Reihenfolge stehen. Nicht alles ist immer sinnvoll oder möglich, und manches kann gleichzeitig stattfinden.

7.1 Situationsanalyse

Um eine Präventionsaktion zu planen, muss zunächst die Situation analysiert werden. Dazu kann man sich an folgenden Fragen orientieren:

- Welche Zielgruppen möchte/kann ich erreichen? Für welche Zielgruppe ist das Thema besonders wichtig?
- Wo und wie kann ich diese Zielgruppe erreichen (zielgruppenspezifische Treffpunkte, Medien, bereits vorhandene Verteiler usw.)? Wie kann ich die Zielgruppe aktiv an der Planung und Umsetzung beteiligen?
- Wen muss ich mit welchen Argumenten von meinem Projekt überzeugen (Vorgesetzte, Kolleginnen und Kollegen, Schulleiter/innen, Gruppenleiter/innen, Vereine, Institutionen usw.)? Welche Öffentlichkeitsarbeit ist hierfür notwendig?
- Wie kann ich potenzielle Teilnehmerinnen für das Projekt interessieren?
- Mit welchen Personen/Institutionen könnte ich kooperieren?
- Wer könnte mein Projekt behindern? Aus welchen Motiven heraus?
- Wie kann ich das Projekt finanzieren (vorhandene Budgets, Kooperationsverträge, Sponsoring usw.)?
- Welche Möglichkeiten der Evaluation sind erforderlich und umsetzbar?

Um die Zielgruppe/n von Präventionsaktionen zu bestimmen, sollte man entsprechende Institutionen (z. B. Organisationen der Zielgruppe/n, Schulen, Jugendfreizeiteinrichtungen, Beratungsstellen usw.) aufsuchen bzw. ihre Vertreter/innen ansprechen. Auf diese Weise können die Rahmenbedingungen, die Wünsche und Vorstellungen sowie die Motivation und Voraussetzungen der Mädchen oder Frauen abgeklärt werden und die Prinzipien der eigenen Arbeit vorgestellt werden.

7.2 Konzeption

7.2.1 Bedarfsanalyse

Die Bedarfsanalyse liefert Argumente für die Begründung einer Präventionsaktion für eine bestimmte Zielgruppe. So könnte eine solche Analyse etwa ergeben, dass eine Zielgruppe nicht ausreichend über HIV und STIs informiert ist und gleichzeitig ein hohes Risiko hat, sich mit HIV und STIs zu infizieren.

7.2.2 Zielfestlegung und Auswahl der Mittel

Die Ziele für eine Präventionsaktion (z. B. Vermittlung von Wissen über HIV und STIs, Förderung der Motivation zu HIV/STI-präventivem Verhalten, Förderung der Handlungskompetenz) sollten möglichst genau und positiv formuliert werden, bevor man die Mittel bzw. Methoden dafür wählt. Je genauer die Ziele formuliert sind, desto einfacher ist die Überprüfung des Erfolgs einer Präventionsaktion (Evaluation).

7.2.3 Planung der Durchführung und Evaluation

Zur Konzeption einer Präventionsaktion gehört auch die genaue Planung der Durchführung (z. B. Zeitpunkt, Zeitrahmen) sowie der Evaluation (z. B. Vorher-Nachher-Befragung mittels Fragebogen und/oder Interview). Auch die Frage der Finanzierung sowie die Möglichkeit von Kooperationen sollte in dieser Phase geklärt werden (s. u.).

Bei der Planung zu berücksichtigen sind

- die Merkmale der Zielgruppe (Alter, soziokultureller Hintergrund, Lebenssituation, Erfahrungen, Wissensstand, Bildung, Motivation, Homogenität/Heterogenität der Gruppe usw.)
- äußere Rahmenbedingungen der Veranstaltung (Zeitrahmen, Gruppengröße, zur Verfügung stehende Räume, Bekanntheit der Teilnehmerinnen untereinander, Teilnahme der Gruppenleiterin/Lehrerin usw.).

Zu empfehlen ist, einen genauen Ablauf- und Zeitplan der Veranstaltung mit einer Liste der benötigten Materialien zu erstellen und – bei zwei oder mehr Referentinnen – die Zuständigkeiten festzulegen. Bewährt haben sich auch Checklisten mit allen zu erledigenden Aufgaben.

Finanzierung

Potenzielle Finanzierungsquellen:

- Öffentliche Gelder für die Prävention (Bereiche: HIV/Aids, sexuell übertragbare Infektionen, Verhütung, Drogen usw.)
- Modellprojekte zu HIV/STIs (der Städte, der Länder, des Bundes, der EU)
- Krankenkassen (Präventionsbudgets)
- Wohltätigkeitsorganisationen
- Mittel aus Lotterien (z. B. Glücksspirale)
- Spenden und Sponsoring.

Um öffentliche Gelder zu erhalten, müssen in der Regel detaillierte Anträge bis zu einem bestimmten Stichtag im Jahr mit Angaben zur Begründung des Projektes, zu den Zielen, der Laufzeit, dem Finanzierungsplan, Qualifikationen usw. gestellt werden; im Anschluss an die Veranstaltung ist in der Regel eine Dokumentation einzureichen (Sachbericht, Ausgabennachweise usw.).

Kooperation und Vernetzung

Viele Präventionsaktionen werden von verschiedenen Organisationen und Personen gemeinsam durchgeführt (z. B. zum Welt-Aids-Tag am 1. Dezember); häufig gibt es auch regionale Aids-Arbeitskreise, deren Mitglieder sich regelmäßig treffen und Aktionen gemeinsam planen und durchführen. Auf diese Weise können die fachlichen, finanziellen, personellen und organisatorischen Ressourcen optimal genutzt werden, sodass umfangreichere und öffentlichkeitswirksamere Projekte möglich werden. Schwierig kann eine solche Vernetzung sein, wenn Organisationen in Konkurrenz zueinander stehen.

7.3 Durchführung und Evaluation

Generell gilt: Ein starres Festhalten am zuvor erstellten Veranstaltungsplan kann sich kontraproduktiv auswirken. Während der Durchführung sollten die Veranstaltungsleiterinnen daher auf die Reaktionen und Rückmeldungen der Teilnehmerinnen eingehen und die inhaltlichen Schwerpunkte und Methoden nach Bedarf verändern (prozessorientiertes Arbeiten), was ein ausreichendes Maß an Flexibilität, gute inhaltliche und methodische Kenntnisse und Selbstsicherheit voraussetzt.

7.3.1 Grundsätze für die Durchführung von Präventionsveranstaltungen

Für Mädchen (nach Peeters 1999):

- Die Veranstaltung sollte möglichst ohne Pädagoginnen aus der Schule oder Institution stattfinden. Gegenüber Veranstaltungsleiterinnen „von außen“, die sie wahrscheinlich nicht wiedersehen werden, zeigen Mädchen weniger Scheu, über heikle Themen zu sprechen. Außerdem werden Rollenkonflikte und Zuschauereffekte vermieden (die sich z. B. darin äußern können, dass die Pädagogin nicht über ihre eigene Sexualität spricht oder Übungen

nicht mitmacht). Einige Pädagoginnen fühlen sich durch dieses Vorgehen ausgegrenzt oder glauben, dass man sie für unsensibel oder inkompetent hält. Durch ein Vorgespräch, in dem man ausführlich über die Inhalte und Methoden der geplanten Veranstaltung informiert, lassen sich solche Missverständnisse jedoch meist vermeiden. Gegebenenfalls kann man auch auf entsprechende Multiplikatorenschulungen hinweisen.

- Die Veranstaltungsleiterin sollte den Teilnehmerinnen Verschwiegenheit über das Besprochene garantieren, und innerhalb der Gruppe sollte geklärt werden, dass Informationen über die Teilnehmerinnen nicht nach außen dringen. Der Kontaktperson aus der Institution wird lediglich mitgeteilt, welche Themen besprochen und welche Methoden eingesetzt worden sind, nicht aber, was die einzelnen Mädchen eingebracht haben.
- Parteilichkeit: Die Veranstaltungsleiterin steht auf der Seite der Mädchen. Sie nimmt sie in ihrer Lebensweise an und versucht nicht, gesellschaftliche Rollenerwartungen an sie heranzutragen. Für die Veranstaltung heißt das, dass die Interessen der Mädchen im Vordergrund stehen und Inhalte und Methoden flexibel an die geäußerten Bedürfnisse angepasst werden.
- Die persönlichen Grenzen, der Wunsch nach Intimität und Nichteinmischung, werden ernst genommen. Die Mädchen entscheiden selbst, wie und ob sie sich zu einem Thema äußern und ob sie sich beteiligen oder nicht.
- Für weitergehende Probleme oder Fragen sollte es idealerweise im Anschluss an die Veranstaltung die Gelegenheit zu Einzelgesprächen geben. Dabei kann sich die Notwendigkeit weiterer Unterstützung bzw. der Vermittlung von Unterstützungsangeboten zeigen.

Für Frauen:

Auch für erwachsene Teilnehmerinnen von Präventionsveranstaltungen sollten entsprechende Gruppenregeln vereinbart werden:

- Orientierung an den Interessen der Teilnehmerinnen
- Schweigepflicht
- Respektierung der Grenzen
- Freiwilligkeit
- Vorrang von Störungen (Die Veranstaltungsleiterin ermutigt die Teilnehmerinnen, Vorbehalte gegen Übungen, unangenehme Gefühle, Fragen usw. so früh wie möglich zu äußern, und versucht, Störungen zu beseitigen.).

7.3.2 Phasen von Präventionsveranstaltungen

Die folgende idealtypische Darstellung der Phasen von Präventionsveranstaltungen ist nicht als Vorgabe, sondern als Anregung zu verstehen. Auf einzelne Elemente kann verzichtet, andere können vielleicht hinzugefügt werden, und auch die Reihenfolge der Elemente kann variieren.

1. Einstiegsphase

- Begrüßung durch die Referentin/nen
- kurze Vorstellung der Referentin/nen und Teilnehmerinnen (Namensschilder, Namensspiele usw.)
- Überblick über die Veranstaltung (Ziele, Inhalte, Zeitplan), eventuell als Programm, das verteilt oder für alle sichtbar auf eine Tafel, ein Flipchart o. Ä. aufgeschrieben wird
- Vorstellung von und Einigung auf gemeinsame Regeln (Verschwiegenheit, ausreden lassen, Grenzen respektieren usw.)
- Erwartungen/Befürchtungen der Teilnehmerinnen
- Einstieg in das Thema

2. Arbeitsphase

- Geschlechterrollen
- Werte, Normen, Partnerschaftskonzepte
- Sexualität
- Verhütung
- HIV/Aids/STIs
- kommunikative und Handlungskompetenzen
- Stärkung von Mädchen und Frauen
- Solidarität

3. Schlussphase

- Überprüfung, ob die Wissensvermittlung erfolgreich war (z. B. durch Wissensspiele, Fragebogen, Interviews)
- Überprüfung der erworbenen/gestärkten Kompetenzen (indem man etwa die Kondomanwendung demonstrieren oder bestimmte Situationen spielen lässt)
- Feedback der Teilnehmerinnen über die Inhalte und deren Umsetzung, über das Verhalten der Referentin/nen, über die Gruppenatmosphäre, darüber, was die Veranstaltung den Teilnehmerinnen gebracht hat, Verbesserungsvorschläge usw.

7.3.3 Auswertung (Evaluation)

Die Evaluation von HIV/STI-Präventionsveranstaltungen dient vor allem der Qualitätssicherung bzw. -entwicklung. Sie kann darüber hinaus aber auch von politischer Bedeutung sein, weil sie dazu beiträgt, den häufig bezweifelten Erfolg von Prävention zu dokumentieren. Die schriftliche Dokumentation und systematische Auswertung aller Arbeitsphasen muss nicht zwangsläufig mit hohem Aufwand verbunden sein, bietet jedoch viele Vorteile, die den Mehraufwand aufwiegen (vgl. BZgA 1998): Die Planung der Veranstaltung wird strukturiert und vereinfacht, zukünftige Präventionsaktionen können auf der Basis der Ergebnisse optimiert werden. Die Evaluation kann darüber hinaus der Darstellung der eigenen Arbeit innerhalb und außerhalb der eigenen Einrichtung dienen (etwa in Form von Tätigkeitsberichten oder Pressemitteilungen).

An folgenden Fragen kann man sich für eine Auswertung von Präventionsveranstaltungen orientieren:

- Wurden die Ziele erreicht? Wenn nicht – was sind die Gründe?
- Sind die Planungen hinsichtlich der Methoden und des Zeitrahmens eingehalten worden? Wenn nicht – warum nicht?
- Wie ist die Atmosphäre der Veranstaltung bewertet worden, und warum ist sie so bewertet worden?
- Wie sind Organisation und Durchführung der Veranstaltung bewertet worden (an den Interessen und Bedürfnissen der Teilnehmerinnen orientiert, flexibel genug usw.)?
- Haben sich die Teilnehmerinnen beteiligt? Wenn nicht – wo liegen die Gründe?
- Ist die Veranstaltung der Zielgruppe gerecht geworden?

usw.

7.4 Mögliche Probleme

Die nachfolgenden Tipps zum Umgang mit möglichen Problemen lehnen sich an die Hinweise aus dem Ordner „Veranstaltungen von Mensch zu Mensch am Beispiel des Themas AIDS“ der BZgA an (BZgA 1998).

• Vorstellungsrunde

Eine zu lange Vorstellungsrunde führt zur Ermüdung der Teilnehmerinnen. Bei großen Gruppen sollte man darum bitten, sich möglichst kurz zu äußern, und kann mit der Selbstvorstellung ein Modell vorgeben.

● **Kleingruppen**

Kleingruppen können sich „verzetteln“. Die Veranstaltungsleiterin sollte sie dann darin unterstützen, die Aufgabe zu beenden bzw. abubrechen.

● **Sprechen über Sexualität**

Wenn es Teilnehmerinnen schwerfällt, über Sexualität zu sprechen, kann man sie darauf hinweisen, dass es vielen Menschen in unserer Gesellschaft so geht, dass das Sprechen über Sexualität aber für eine Partnerschaft und für die HIV/STI-Prävention sehr wichtig ist. Die Veranstaltungsleiterin kann den Teilnehmerinnen Formulierungshilfen anbieten oder die anderen Gruppenmitglieder um Unterstützung bitten, vor allem jene, die andere wegen ihrer Schwierigkeiten belächeln oder verspotten. Der Einstieg in das Thema „Sexualität“ kann auch durch entsprechende Methoden (vgl. 8.5) erleichtert werden.

● **Peinlichkeit**

Die Veranstaltungsleiterin sollte sensibel dafür sein, wenn einer Teilnehmerin direkte oder persönliche Fragen zu weit gehen. Sie sollte diese Teilnehmerin dann schützen und sie darauf hinweisen, dass sie die Frage nicht zu beantworten braucht. Danach kann sie die Frage an die Gruppe weitergeben.

● **Ungeplante Kommentare**

Bei vielen Methoden sollen die Teilnehmerinnen ihre Meinungen, Einschätzungen usw. äußern, ohne dass die anderen diese kommentieren. Halten sich einige Teilnehmerinnen nicht an diese Regel (was oft geschieht, wenn sie anderer Meinung sind), kann das die Sprechende verunsichern. Die Veranstaltungsleiterin sollte dann erneut um die Einhaltung der Regel bitten und auf die nachfolgende Diskussion hinweisen. Dabei kann sie die Gründe für dieses Vorgehen deutlich machen: Jede Äußerung und jede Meinung ist wichtig, weil sich nur so ein Bild von den vielen unterschiedlichen Erfahrungen, Werten und Normen ergibt.

● **Abwertung der Meinung von Teilnehmerinnen**

Wenn Meinungen von Teilnehmerinnen abgewertet oder lächerlich gemacht werden, sollte die Veranstaltungsleiterin Verständnis dafür äußern, dass so etwas im Eifer der Diskussion passieren kann, aber gleichzeitig darauf hinweisen, dass Meinungen, Werte und Erfahrungen unterschiedlich sind, nicht „richtig“ oder „falsch“, „gut“ oder „schlecht“. Sollten solche Abwertungen der Meinungen anderer häufiger vorkommen, kann eine Grundsatzdiskussion darüber sinnvoll sein: Welche Auswirkungen hat es, abgewertet oder lächerlich

gemacht zu werden? Aus welchen Gründen macht jemand andere verächtlich oder wertet sie ab? Wie kann man sich vor solchen „Attacken“ schützen und seinen Standpunkt behaupten?

● **Mangelnde Toleranz/Akzeptanz**

Wenn einzelne Teilnehmerinnen Verhaltensweisen, Werte und Normen nicht akzeptieren können, die von ihren eigenen abweichen, kann die Veranstaltungsleiterin z. B. mit folgenden Fragen eine Diskussion eröffnen: Warum wäre es wichtig, dass alle Menschen so denken und handeln wie die betreffenden Teilnehmerinnen? Was würden diese Teilnehmerinnen tun, wenn ihnen jemand etwas verbieten wollte, was ihnen wichtig ist? (Eventuell nach Erfahrungen mit Eltern, Vorgesetzten usw. fragen.)

● **Ablehnung/Abwertung von Homosexualität**

Sprechen Teilnehmerinnen ablehnend oder abwertend über Homosexualität (z. B. „Schwule/Lesben sind pervers“), kann man die anderen Gruppenmitglieder fragen, ob und warum sie diese Meinung teilen oder nicht teilen. Darüber hinaus kann man ihnen z. B. folgende Fragen stellen: Wie kommst du zu dieser Einschätzung? Hast du eigene Erfahrungen mit Schwulen/Lesben? Warum wertest du einen anderen Lebensstil bzw. eine andere Sexualität ab? Was würde es für dich bedeuten, diesen Lebensstil zu akzeptieren? Wie wäre es, wenn andere deinen Lebensstil abwerteten?

Auch hier sollte die Veranstaltungsleiterin darauf hinweisen, dass es viele verschiedene Formen gibt, wie Sexualität gelebt wird, und dass diese Formen nicht „gut“ oder „schlecht“ sind.

● **„Outing“ von Bisexuellen oder Lesben**

Wenn bisexuelle oder lesbische Mädchen/Frauen sich während einer Veranstaltung „outen“ (also ihre Homo-/Bisexualität öffentlich machen), fühlen sich die anderen Teilnehmerinnen häufig peinlich berührt. Die Veranstaltungsleiterin sollte dann sowohl die bisexuelle/lesbische Teilnehmerin als auch die anderen dazu befragen, wie sie sich fühlen und was dieses Outing für sie bedeutet. Diese Fragen kann sie mit eigenen Beobachtungen oder Vermutungen einleiten (z. B. „Es wurde eben ganz still ...“ oder „Ich habe das Gefühl, dass einige sich jetzt unwohl fühlen ...“).

● **Ablehnung spielerischer oder bewegungsorientierter Methoden**

Für viele Erwachsene sind Spiele und Bewegungsübungen ungewohnt. Man sollte sie aber zur Beteiligung ermutigen, da sie erfahrungsgemäß nach Überwindung der anfänglichen Hemmungen großen Spaß daran haben.



8. Methodensammlung

In diesem Kapitel werden einige bewährte Methodenbeispiele für die verschiedenen Bereiche und Themen der HIV-Präventionsarbeit mit Mädchen und Frauen vorgestellt. Sie sollen Anregungen für Präventionsaktionen bei bestimmten Zielsetzungen und für bestimmte Zielgruppen geben und können natürlich auch kreativ variiert werden. Ausgegangen wird jeweils von einer einzelnen Veranstaltungsleiterin, doch kann es – gerade bei größeren Gruppen oder längeren Workshops – auch von Vorteil sein, Präventionsveranstaltungen zu zweit zu leiten.

Die Methoden für die HIV-Prävention sollen sich entsprechend dem übergeordneten Präventionskonzept an der Lebens- und Alltagsrealität von Mädchen und Frauen orientieren. Sie dienen der Bearbeitung der Fragen und Bedürfnisse der Teilnehmerinnen, sollen sie zur Auseinandersetzung mit den jeweiligen Themen anregen und ihre kommunikativen, sozialen und praktischen Kompetenzen fördern. Bei der Auswahl der Methoden sollten daher die Erfahrungen und Fähigkeiten (Ausdrucksvermögen usw.) der Teilnehmerinnen berücksichtigt werden, und die Methoden sollten an die Erfordernisse und Rahmenbedingungen der jeweiligen Zielgruppen und Präventionsaktionen angepasst werden. Die meisten Methoden wurden für Mädchen bzw. Jugendliche entwickelt. Viele lassen sich jedoch auch für die Arbeit mit erwachsenen Frauen einsetzen, wenn sie sprachlich und inhaltlich abgewandelt werden.

Quellen für weitere Methoden finden sich im Kapitel 9 (Literatur, Medien, Adressen) unter „Methodenhandbücher und Materialsammlungen“. Für die Vermittlung von Wissen über HIV/Aids und sexuell übertragbare Infektionen kann man auf das „Handbuch Jugendprävention“ der Berliner Aids-Hilfe (siehe S. 251) oder Kopiervorlagen der BZgA zurückgreifen, z. B. auf die „Nasencomics“ (siehe S. 252) für die auf S. 200 vorgestellte Methode „Risiko?!“. Ständig aktualisierte Informationen und Grafiken zur Verbreitung von HIV/Aids bietet das Robert Koch-Institut (www.rki.de). Auch Videos und Spielfilme zu den Themen HIV/Aids, Sexualität, Verhütung usw. können in bestimmte Themen einführen und Präventionsveranstaltungen ergänzen.

Im Sinne ganzheitlichen Lernens sollten aber nicht nur Methoden eingesetzt werden, die kognitive Fähigkeiten erfordern, sondern auch solche, die andere Fähigkeiten und die Sinne ansprechen. Dazu gehören etwa das Arbeiten mit Fotos oder Collagen, Malen, Gestalten mit Ton usw. sowie Methoden, die den Körper und Bewegung einbeziehen (Sport, Selbstverteidigungskurse und Kraftübungen, Meditations- und Entspannungsübungen, Spiele und Übungen mit unterschiedlichsten Formen des Körperkontakts, Tanz, Theaterspielen usw.; vgl. Peeters 1999). Auf diese Weise wird auch ein positives Verhältnis zum eigenen Körper gefördert. Günstig ist auch ein Wechsel zwi-

schen der Plenum-, Kleingruppen- und Einzelarbeit. Um die Teilnehmerinnen zu „mischen“, bildet man Kleingruppen am besten durch Abzählen (alle Einer, Zweier, Dreier usw. bilden je eine Gruppe) oder im Losverfahren (die Teilnehmerinnen ziehen vorbereitete Kärtchen, z. B. mit verschiedenen Motiven, und ordnen sich den entsprechenden Gruppen zu).

Bei längeren Veranstaltungen sollten an geeigneter Stelle Methoden zur Auflockerung (z. B. Bewegungsspiele wie „Katze und Maus“, die „Reise nach Jerusalem“, „Gordischer Knoten“ usw.) und zur Entspannung (z. B. Fantasiereisen) eingesetzt werden.

Überblick über die vorgestellten Methoden

8.1 Kennenlernen und Einstieg

- 134 Paarinterview
- 136 Erwartungen – Befürchtungen
- 137 Grabbelsack
- 139 Was wäre, wenn ... ?
- 142 Punktspiel

8.2 Geschlechterrollen

- 144 Männer jammern eher
- 146 (Sex-)Klischees
- 148 Typisch männlich – typisch weiblich
- 150 Mädchen sind ... – Jungen sind ...

8.3 Werte, Normen und Partnerschaftskonzepte

- 152 Erwartungen an Partnerschaften
- 154 Anspruch und Wirklichkeit
- 156 Werte und Normen
- 158 Abigail und Gregor

8.4 Stärkung von Mädchen und Frauen

- 161 Sich wohlfühlen
- 164 Innere Stimme
- 166 Drei-Ecken-Spiel zu Gefühlen
- 167 Anmachen
- 169 Spießbrutenlauf
- 171 Anna und Jan
- 174 Nein heißt nein!

8.5 Sexualität

- 177 Sprachlos?
- 182 Blackbox: Fragen an Dr. Sommer
- 183 Alles Sex?
- 184 Ansichten über Selbstbefriedigung
- 186 O-na-nie – O-na-oft

8.6 Verhütung

- 188 Der Verhütungskoffer
- 190 Verhütungsmarkt
- 193 Ich und du entscheiden
- 196 Peinlich, peinlich?

8.7 Vermittlung von Wissen über HIV/Aids und STIs

- 198 Virenalarm
- 200 Risiko?!
- 202 Weiß ich ... ?
- 208 Wissens-Quiz zu HIV/Aids
- 212 Wissens-Quiz zu STIs
- 216 Ansteckungswege: Eine Wanderung durch den Körper
- 218 Vier-Ecken-Spiel zum HIV-Test

8.8 Handlungskompetenzen

- 220 Was schützt vor HIV/Aids?
- 222 Roll down the rubber
- 226 Dialog zwischen Kopf und Bauch
- 229 Drüber reden

8.9 Solidarität

- 231 Ansichten über Homosexualität
- 234 Fragestunde
- 236 Die Gerüchteküche
- 237 Leben mit HIV

8.10 Abschluss und Evaluation

- 240 Blitzlicht
- 241 Rückmeldung nach Cohn
- 242 Abschlussbewertung

Paarinterview

Gegenseitiges Kennenlernen der Teilnehmerinnen durch Interviews



Dauer:

Abhängig von der Teilnehmerinnenzahl (es sollten mindestens sechs Teilnehmerinnen anwesend sein)



Ablauf:

Die Teilnehmerinnen werden gebeten, Paare zu bilden. Jedes Paar sucht sich einen Platz im Veranstaltungsraum und unterhält sich ca. 10 Minuten lang über folgende Fragen:

- Wer bin ich?
- Was will ich hier?
- Welche Erfahrungen zum Thema bringe ich mit?
- Was täte ich, wenn ich jetzt nicht hier wäre?

Anschließend kommen alle im Plenum zusammen. Jede Teilnehmerin stellt ihre Partnerin der Gruppe vor.



Varianten:

Die Fragen können je nach Gruppe und Anlass variiert werden. Weitere Fragen zur gegenseitigen Vorstellung und als persönlicher Einstieg in das Thema sind z. B. „Was hat Aids in meinem Leben verändert?“, „Warum engagiere ich mich für Mädchen/Frauen?“.

Nachdem sich die Partnerinnen gegenseitig befragt haben, bilden je zwei Paare auf ein Zeichen der Leiterin hin eine Vierergruppe. Nach einem Gespräch von 10 Minuten bilden je zwei Vierergruppen eine Achtergruppe, die Gruppenmitglieder sprechen weitere 15 Minuten miteinander. Zum Schluss kommen alle im Plenum zusammen. Hier sollte jede kurz die für sie wichtigste Information aus der Kennenlernrunde benennen.

Um das Zusammengehörigkeitsgefühl in Gruppen zu stärken, die längere Zeit zusammenbleiben, hat sich folgende Variante bewährt: Nachdem sich zwei Partnerinnen gegenseitig jeweils 5 Minuten befragt haben, sucht sich jede eine neue Partnerin und tauscht sich mit dieser wieder insgesamt 10 Minuten aus, bis jede mit jeder gesprochen hat. Dauer: Anzahl der Teilnehmerinnen minus eins mal 5 Minuten. Bei größeren Gruppen kann es passieren, dass sich nicht bei jedem Wechsel neue Paare finden, wodurch das Ganze länger dauert.



Vorbereitung/Material:

Evtl. Zettel und Stifte für Notizen



Ziele:

- *Gegenseitiges Kennenlernen*
- *Einstieg in das Thema*

Erwartungen – Befürchtungen



Dauer:

Zwei Teile von jeweils ca. 20 Minuten



Ablauf:

Die Teilnehmerinnen sollen ihre Erwartungen an die Veranstaltung und ihre Befürchtungen äußern. Dazu werden sie gebeten, ihre Erwartungen auf grüne und ihre Befürchtungen auf rote Kärtchen zu schreiben. Die Karten werden auf einem Plakat unter den Rubriken „Die Veranstaltung wird gut, wenn ...“ und „Die Veranstaltung wird schlecht, wenn ...“ befestigt und anschließend vorgelesen. Wer möchte, kann seine Karten auch kommentieren.

Am Ende der Veranstaltung gehen die Teilnehmerinnen die zu Beginn formulierten Erwartungen und Befürchtungen nacheinander durch und entscheiden gemeinsam, ob die jeweilige Erwartung/Befürchtung eingetreten bzw. nicht eingetreten ist. Sind Erwartungen/Befürchtungen eingetreten, werden die entsprechenden Karten vom Plakat abgenommen, sodass am Ende nur noch Kärtchen mit nicht eingetroffenen Aussagen hängen bleiben.



Vorbereitung/Material:

Rote und gelbe Kärtchen, Stifte, Tesafilm, Nadeln, Plakat mit den beiden Rubriken „Die Veranstaltung wird gut, wenn ...“ und „Die Veranstaltung wird schlecht, wenn ...“



Ziele:

- *Wahrnehmung und Äußerung der eigenen Wünsche*
- *Eröffnung eines Handlungsspielraumes innerhalb der Veranstaltung*

Grabbelsack

Spielerischer Einstieg in die Themen Sexualität, Aids, STIs, Verhütung usw.



Dauer:

Je nach Gruppengröße



Ablauf:

Ein Sack mit Gegenständen, die mehr oder weniger eindeutig mit Sexualität und/oder HIV/STIs zu tun haben, wird im Kreis herumgereicht. Die TeilnehmerInnen ziehen „blind“ einen Gegenstand und äußern sich zu dem gezogenen Gegenstand bzw. über ihr Verhältnis dazu, etwa „Kenne ich, das ist ein ...!“, „Kenne ich nicht, was ist das?“, „Finde ich schön/toll/eklig/geil/pervers ...!“, „Passt (nicht) zu meiner Sexualität!“, „Habe ich schon einmal verwendet, und zwar bei ...!“, „Möchte ich gern einmal ausprobieren!“, „Erinnert mich an ...“ usw. Im Anschluss können sich auch die anderen TeilnehmerInnen zu dem Gegenstand äußern; die Veranstaltungsleiterin sollte Raum für Diskussionen geben, die sich an einzelnen Gegenständen entzünden können.

Um den Einstieg zu erleichtern oder wenn die TeilnehmerInnen Schwierigkeiten mit der freien Äußerung haben, kann die Veranstaltungsleiterin beginnen bzw. unterstützende Fragen stellen („Kennst du den Gegenstand?“, „Weißt du, wozu man den Gegenstand benutzen kann?“, „Wie findest du den Gegenstand?“, „Würdest du den Gegenstand benutzen?“ usw.). Niemand sollte aber zu einer Äußerung genötigt werden.



Varianten:

Statt nach allgemeinen Assoziationen zum Thema Sexualität können die TeilnehmerInnen nach Assoziationen zu einem bestimmten Themenbereich der Sexualität gefragt werden (z. B. Liebe, Persionen, Homosexualität...). Auch durch die Auswahl der Gegenstände kann die Grabbelsackrunde auf ein bestimmtes Thema gelenkt werden.



Vorbereitung/Material:

Benötigt werden ein Stoffbeutel von ausreichender Größe und diverse Gegenstände, die mehr oder weniger deutlich mit Sexualität bzw. HIV und STIs zu tun haben (z. B. Kontaktanzeige, Liebesgedicht, Kondom, Tampon, Spekulum*, Dildo, Porno, erotische Scherzartikel, Handschellen, Spritze, Verhütungsmittel usw.).

* *Spekulum: meist mit einem Spiegel versehenes, röhren- oder trichterförmiges Instrument, das u. a. bei gynäkologischen Untersuchungen eingesetzt wird*

**Ziele:**

- **Über Sexualität reden**
- **Sexualvokabular vergrößern**
- **Soziale Kompetenzen erwerben (Diskussion über unterschiedliche Meinungen)**
- **Eigene Empfindungen reflektieren und sich mit anderen darüber austauschen**
- **Handlungswissen erwerben (z. B. Anwendung eines Kondoms)**

Um sich dem Tabuthema Sexualität nähern zu können, müssen meist Ängste und Widerstände überwunden werden. Bevor Mädchen und Frauen sich mit ihren eigenen Fragen und Meinungen zum Bereich Sexualität hervorwagen, möchten sie erst einmal wissen, welche (Tabu-)Bereiche der Sexualität im aktuellen Setting überhaupt angesprochen werden dürfen. Die oben dargestellte Methode ermöglicht das Austesten dieser Grenzen in einer spielerischen und humorvollen Form. Da nicht die Mädchen und Frauen die Gegenstände in den Grabbelsack gelegt haben, sondern die Veranstaltungsleiterin die Auswahl vorgenommen hat, können die Teilnehmerinnen davon ausgehen, dass die durch die einzelnen Gegenstände symbolisch vertretenen Bereiche der Sexualität auch thematisiert werden dürfen. Unter dem Schutz des Arbeitsauftrages, sich zu den Gegenständen zu äußern, können sie ferner die Reaktionen der anderen Gruppenmitglieder und vor allem der Veranstaltungsleiterin auf ihre Äußerungen zu bestimmten Bereichen der Sexualität austesten. Dabei sollen die Teilnehmerinnen natürlich erkennen, dass alle Bereiche der Sexualität thematisiert und alle Fragen gestellt werden dürfen.

Die Methode bietet sich als Einstieg in das Thema Sexualität an. Darüber hinaus ermöglicht sie auch die Vermittlung von Wissen über Sexualität, etwa wenn Fragen zu den Gegenständen gestellt werden. (Die Veranstaltungsleiterin kann natürlich auch unaufgefordert Informationen liefern, die ihr wichtig erscheinen.)

nach Stamm 1996

Was wäre, wenn ... ?

Einstieg in verschiedene Themen



Dauer:

30–60 Minuten



Ablauf:

Die Teilnehmerinnen sitzen im Kreis. In der Mitte liegt ein Stapel mit mindestens 20 verdeckten Karten, auf denen vorbereitete Aussagen zur Sexualität, zur Verhütung, zu Aids und zur HIV/STI-Prävention stehen. Die Teilnehmerinnen sollen eine Karte ziehen und spontan auf die jeweilige „Was wäre, wenn ...“-Frage antworten (etwa „Was wäre, wenn ... aus der Schultasche meines Nachbarn ein Päckchen Kondome herausguckt?“). Die Leiterin betont, dass es nicht auf „richtige“ oder „falsche“ Antworten ankommt, sondern auf Spontaneität. Sind Antworten unklar oder werden (Wissens-)Fragen unvollständig bzw. nur zum Teil richtig beantwortet, können die anderen Teilnehmerinnen und die Leiterin nachhaken. Hat eine Teilnehmerin eine Frage beantwortet, tauschen sich die anderen darüber aus, wer anders und wer ähnlich reagieren würde. Anschließend sucht sich das Gruppenmitglied, das die Frage beantwortet hat, eine andere Teilnehmerin aus, welche die nächste Karte ziehen und laut antworten muss.



Varianten:

- Wenn eine Teilnehmerin Schwierigkeiten hat, spontan zu antworten, kann die jeweilige Nachbarin die Frage beantworten und dann die nächste Frage stellen.
- Die Teilnehmerinnen ziehen eine Karte und suchen sich selbst die Person aus, welche die „Wenn-Frage“ beantworten soll. Hier können auch (offene oder latente) Sympathien und Antipathien zum Ausdruck kommen.
- Statt einer Großgruppe können mehrere kleine Kreise gebildet werden.
- Man kann die Fragen in Informations- und Einstellungsfragen aufteilen. Die Teilnehmerinnen würfeln reihum. Bei einer Eins zieht man eine Informationskarte, bei einer Sechs eine Einstellungskarte.
- Wer eine Karte gezogen hat, beantwortet die Frage selbst oder sucht sich eine Mitspielerin aus, der sie die Frage stellt. Jede Teilnehmerin besitzt eine Jokerkarte, die sie einsetzen kann, um nicht zu antworten; die Frage geht dann an die gesamte Gruppe. Dieser Joker ist besonders zu Spielbeginn wichtig, da die Teilnehmerinnen zunächst oft befürchten, nicht genügend

(Sach-)Wissen zu haben, um die Fragen beantworten zu können. In der Regel wollen sie dann aber nach kurzer Zeit selbst antworten.

nach Preiß/Schwarz/Wilser 1996

Die „Was wäre, wenn ... ?“-Methode kann auch bei anderen Themen wie Partnerschaft, Liebe, Schwangerschaft, Homosexualität, Vorurteile usw. eingesetzt werden.



Vorbereitung/Material:

Spielkärtchen mit vorbereiteten Aussagen und Situationen, eventuell Würfel



Ziele:

- **Einen aktivierenden Gesprächseinstieg zu Fragen finden, die mit Verhütung und HIV/STI-Prävention zu tun haben**
- **Wissensbestände abfragen und Einstellungen/Vorurteile thematisieren**
- **(Vor-)Urteile gemeinsam problematisieren**

Das Spiel macht in der Regel allen Beteiligten viel Spaß und wird schnell lebhaft; es sollte nicht zu ernst genommen werden. Ausgelassene Phasen wechseln sich mit eher ruhigen, nachdenklichen ab. Das „Was wäre, wenn ... ?“-Spiel bietet eine gute Gelegenheit, alle Teilnehmerinnen aktiv zu beteiligen, und es weist die Veranstaltungsleiterin auf vorherrschende Einstellungen, vorhandene Wissensbestände bzw. -lücken sowie Vorurteilsstrukturen hin, die in weiteren Übungen vertieft behandelt werden können.

 **Fragen für die Karten:****Was wäre, wenn ...**

- ... auf dem Schulhof einem Mitschüler eine Packung Kondome aus der Tasche fällt und er das nicht merkt?
- ... dir eine Mitschülerin sagt: „Der Neue aus der Klasse über uns ist so komisch, der sieht auch immer so bleich und krank aus – ob der Aids hat?“?
- ... eine Mitschülerin abends mit stadtbekanntem „Fixern“ gesehen worden wäre?
- ... du beim Drogeriemarkt bei euch in der Stadt/im Dorf eine Packung Kondome kaufen willst?
- ... du mit einem Jungen schmust und er sagt: „Ich möchte jetzt gerne mit dir schlafen!“?
- ... ein Schüler während des Unterrichts sagt: „Die Aidskranken gehören alle weggesperrt, wir müssen schließlich vor denen geschützt werden!“?
- ... deine Freundin zu dir sagt: „Mir reicht es, wenn ich die Pille nehme. Ich brauche vor Aids keine Angst zu haben, wir sind uns doch treu.“?
- ... ein Verwandter, der bei deiner Familie zu Besuch ist, laut sagt: „Aids holen sich doch nur Abartige und Unnormale!“?
- ... dein bester Freund/deine beste Freundin dich fragt, wie man eigentlich am besten verhütet, er/sie wüsste, ehrlich gesagt, gar nicht so genau Bescheid?

nach IPTS 1994

Punktespiel

Einstieg in ein Gespräch über persönliche Themen für kleinere Gruppen (max. 6 Teilnehmerinnen)



Dauer:

Ca. 60 Minuten oder beliebig länger



Ablauf:

Das Spiel steht unter einem Oberthema (z. B. „Meine Vergangenheit“ oder „Wie ich hetero-/homosexuell wurde“), zu dem die Spielleiterin Vorschläge haben sollte. Die Teilnehmerinnen bekommen verschiedenfarbige Filzstifte und Spielsteine. Jede malt einen Kreis in ihrer Farbe an den Rand des Blattes. Die erste Teilnehmerin würfelt und malt so viele miteinander verbundene Kreise auf das Blatt, wie sie Augen gewürfelt hat. Den letzten Kreis malt sie aus, setzt ihren Spielstein dorthin und erzählt eine Geschichte zu einem Thema (z. B. „Wie ich meinen ersten BH kaufte“), das zum Oberthema passt. Die Spielerin lässt ihren Spielstein auf dem ausgemalten Kreis stehen und schreibt die Schlüsselworte ihrer Geschichte neben diesen Kreis auf das Papier. Die nächste Teilnehmerin verfährt entsprechend. Im Laufe des Spiels sollen sich die Kreislinien der Spielerinnen miteinander verbinden, sodass die Teilnehmerinnen auf die Kreise der anderen ziehen und ihre eigenen Geschichten erzählen können. Im Idealfall entwickelt sich ein so intensives Gespräch, dass nicht weiter gewürfelt werden muss.



Vorbereitung/Material:

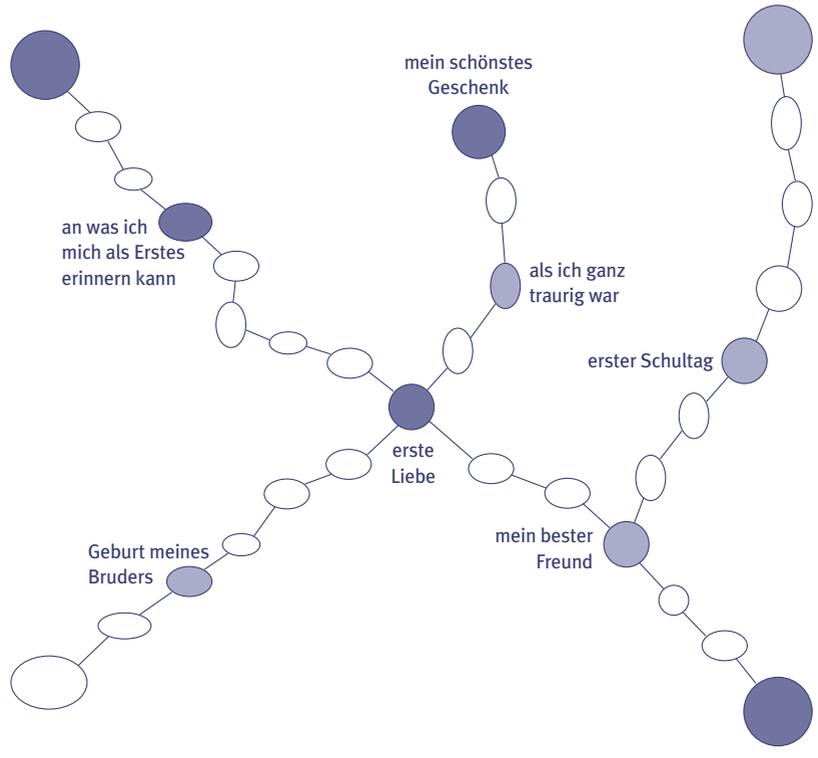
Großes Blatt Papier, 6 verschiedenfarbige Filzstifte, 6 verschiedenfarbige Spielsteine, Würfel



Ziele:

- *Einstieg in ein Gespräch über persönliche Themen*
- *Austausch persönlicher Erfahrungen*

 **Beispiel zum Oberthema „Meine Vergangenheit“**



Männer jammern eher

Auseinandersetzung mit Geschlechterrollenzuschreibungen anhand eines Fragebogens



Dauer:

Ca. 30 Minuten, je nach Gruppengröße



Ablauf:

Jede Teilnehmerin bekommt einen Fragebogen zum Ankreuzen. Danach kann vorgelesen und erläutert werden, was besonders einfach oder besonders schwierig zuzuordnen war. Was geschieht mit Mädchen/Frauen bzw. mit Jungen/Männern, die sich nicht so verhalten, wie es für ihr Geschlecht typisch ist? Kennt jemand Beispiele?



Vorbereitung/Material:

Fragebogen, Stifte



Ziele:

- **Auseinandersetzung mit Geschlechterrollen**
- **Erkennen/Bewusstmachung der eigenen Rollenvorstellung**

Als Einstiegsübung in das Thema Geschlechterrollen geeignet.

nach Sielert/Keil (Hg.) 1993



Fragebogen zu Geschlechterrollenzuschreibungen

Bitte ankreuzen, was deiner Meinung nach zutrifft:

Ist eher männlich	... eher weiblich?
schmusen		
auf etwas bestehen		
streiten		
jammern		
lange schlafen		
telefonieren		
Sport machen		
sich entschuldigen		
über Sex reden		
Auto fahren		
sich selbst befriedigen		
sich schön machen		
spazieren gehen		
hart arbeiten		
Angst haben		
Kinder mögen		
ordentlich sein		
gewalttätig sein		
zickig sein		
Essen kochen		
zufrieden sein		
Sachen reparieren		
romantisch sein		
am Computer spielen		
reiten		
einkaufen		
Kontakte pflegen		
Alkohol trinken		
Kaffee trinken		
weinen		
den Haushalt machen		
Rasen mähen		
brüllen		
Bodybuilding		
Kranke pflegen		
hysterisch sein		
sich um Kinder kümmern		
Gefühle zeigen		
...		
...		

(Sex-)Klischees

Auseinandersetzung mit Frauen- und Männer-Klischees



Dauer:

Ca. 90 Minuten



Ablauf:

Je ein großer Papierbogen mit Frauen- bzw. Männer-Klischees wird gut sichtbar aufgehängt (die Aussagen können auch als kopierte Blätter ausgeteilt werden). Die Veranstaltungsleiterin fordert die Teilnehmerinnen auf, sich aus jeder Liste drei Aussagen herauszuschreiben, die sie spontan am meisten ansprechen oder beschäftigen. Dann werden Kleingruppen gebildet. Zunächst stellen sich die Gruppenmitglieder die ausgewählten Aussagen gegenseitig vor und erläutern diese, danach bearbeitet jede Gruppe folgende Fragen:

- Welche Aussagen treffen eures Erachtens tatsächlich zu, sind also keine Klischees?
- Welche Klischees spuken auch heute noch in den Köpfen vieler Menschen herum?
- Unter welchen Klischees leiden Mädchen/Frauen ganz besonders?
- Kennt ihr noch weitere Klischees, die nicht auf den Listen stehen?

Die Gruppen können sich zu den einzelnen Fragen Notizen machen. Anschließend stellen die Kleingruppen ihre Ergebnisse, nach Fragen getrennt, im Plenum vor.



Vorbereitung/Material:

Liste von Männer- und Frauen-Klischees



Ziele:

- **Auseinandersetzung mit Geschlechterrollen**
- **Erkennen der eigenen Rollenvorstellung**

nach IPTS 1994



Frauen-Klischees

1. Frauen müssen sich erobern lassen.
2. Frauen sind nicht so interessiert an Sex wie Männer.
3. Frauen brauchen romantische Sexualität.
4. Die Frau gibt sich hin.
5. Sex ohne Liebe geht nicht.
6. Der beste Orgasmus ist, wenn beide gleichzeitig kommen.
7. Frauen sollen mehrere (multiple) Orgasmen haben.
8. In einer Ehe hat der Mann mehr zu sagen.
9. Wenn Frauen „nein“ sagen, meinen sie „vielleicht“.
10. Eine Frau gibt nicht gleich alles.
11. Eine Frau muss für einen Mann immer auch ein bisschen geheimnisvoll sein.
12. Frauen sind immer die Leidtragenden (Verhütung, Schwangerschaft, Abtreibung ...).



Männer-Klischees

1. Männer können immer.
2. Beim Sex zählt, wie überall sonst, nur die Leistung.
3. Der Mann übernimmt beim Sex die Verantwortung und Führung.
4. Jeder Körperkontakt muss zum Sex führen.
5. Sex ist gleich Geschlechtsverkehr.
6. Für Sex ist eine Erektion erforderlich.
7. Befriedigender Sex ist eine steigende Erregung bis zum Orgasmus.
8. Sex soll jederzeit natürlich und spontan sein.
9. Männer sollen älter, größer, klüger und erfahrener sein als Frauen.
10. Männer wollen nur das „Eine“.
11. Männer müssen sich vor der Ehe erst einmal die „Hörner abstoßen“ und sich austoben.
12. Längere Zeiten ohne Sex sind für Männer gesundheitsschädlich.

Typisch männlich – typisch weiblich

Auseinandersetzung mit Geschlechterrollen und Vorurteilen



Dauer:

Ca. 90 Minuten



Ablauf:

Zunächst trägt jede Teilnehmerin spontan „typisch männliche“ bzw. „typisch weibliche“ Eigenschaften, Verhaltensweisen, Assoziationen usw. in den Arbeitsbogen ein. Anschließend werden Kleingruppen gebildet, in denen die Teilnehmerinnen über ihre Antworten diskutieren. Die Ergebnisse werden auf einem großen Papierbogen zusammengefasst und anschließend in der Großgruppe besprochen; dabei können folgende Fragen berücksichtigt werden:

- Was fällt euch auf?
- Kommen Ergebnisse doppelt vor?
- Womit stimmt ihr überhaupt nicht überein?
- Gibt es Aussagen, die tatsächlich zutreffen?



Vorbereitung/Material:

Arbeitsblätter, große Papierbögen



Ziele:

- **Bewusstmachung der eigenen Vorstellungen von Geschlechterrollen**
- **Erkennen, dass Geschlechterrollen gesellschaftlich geprägt und daher veränderbar sind**
- **Bewusstmachung, inwieweit weibliche Selbstentfaltungsmöglichkeiten durch Rollenvorgaben eingeschränkt und unterdrückt werden**
- **Anregung, eigene Normen zu prüfen und gegebenenfalls zu verwerfen**

nach IPTS 1994

Mädchen sind ... – Jungen sind ...

Variante zu „Typisch männlich – typisch weiblich“

Bei dieser Variante steht vor allem die Auseinandersetzung mit dem Rollenbild des eigenen Geschlechts im Vordergrund. Die entsprechenden Arbeitsbögen werden in Einzelarbeit ausgefüllt und dann in der gesamten Gruppe besprochen.



Vorbereitung/Material:

Arbeitsbögen, große Papierbögen, dicke Filzschreiber



Ziele:

- ***Auseinandersetzung mit den Geschlechterrollen***
- ***Bewusstmachung der eigenen Rollenvorstellung***
- ***Bewusstmachung, inwieweit weibliche Selbstentfaltungsmöglichkeiten durch Rollenvorgaben eingeschränkt und unterdrückt werden***
- ***Anregung, eigene Normen zu prüfen und gegebenenfalls zu verwerfen***

nach IPTS 1994


Arbeitsblatt: Mädchen sind... – Jungen sind...

Schreibe spontane Ergänzungen zu den Satzanfängen:

1. Mädchen sind

Sie wollen vor allem

Sie machen

Sie müssen

Sie können

Sie dürfen

Sie mögen

Sie hassen

Sie befürchten

Sie vermeiden

Sie denken über Jungen

2. Jungen sind

Sie wollen vor allem

Sie machen

Sie müssen

Sie können

Sie dürfen

Sie mögen

Sie hassen

Sie befürchten

Sie vermeiden

Sie denken über Mädchen

3. Ich bin

Ich will

Ich mache

Ich muss

Ich kann

Ich darf

Ich mag

Ich hasse

Ich befürchte

Ich vermeide

Ich denke über Mädchen

Ich denke über Jungen

Erwartungen an Partnerschaften

Auseinandersetzung mit Partnerschaftskonzepten



Dauer:

Ca. 90 Minuten



Ablauf:

Die Veranstaltungsleiterin erklärt den Teilnehmerinnen, dass es darum geht, was ihnen im Hinblick auf Partnerschaft/en besonders wichtig ist. Jede Teilnehmerin erhält einen Fragebogen und wird aufgefordert, die fünf Aussagen anzukreuzen, auf die sie am meisten Wert legt. Diese Aussagen sollen dann gewichtet werden, also der Bedeutung nach geordnet werden. Die Teilnehmerinnen können auch weitere Wünsche hinzufügen.

Ist jede Teilnehmerin mit der Bearbeitung des Fragebogens fertig, werden Kleingruppen gebildet. Die Mitglieder der Kleingruppe stellen sich nun gegenseitig die Aussagen vor, die ihnen am wichtigsten sind. Anschließend finden sich alle wieder in der Großgruppe zum gemeinsamen Gespräch zusammen.



Vorbereitung/Material:

Kopie des Fragebogens für jede Teilnehmerin



Ziele:

- ***Bewusstmachung der eigenen Beziehungsvorstellungen***
- ***Kennenlernen verschiedener Beziehungsvorstellungen***

nach BARMER Ersatzkasse 1995



Fragebogen: Was ist mir in einer Partnerschaft besonders wichtig?

Es ist mir wichtig, dass ...

1. ... wir die gleichen Interessen (Hobbys) haben.
2. ... die Beziehung längerfristig ist.
3. ... wir den gleichen Freundeskreis haben.
4. ... meine Eltern den Freund/die Freundin akzeptieren.
5. ... ich bei ihm/ihr immer genau weiß, woran ich bin.
6. ... wir über alles miteinander sprechen können.
7. ... mein/e Partner/in treu ist.
8. ... wir eifersüchtig sind.
9. ... die eigene Clique den Freund/die Freundin toll findet.
10. ... wir später heiraten.
11. ... wir beide unsere Gefühle und Wünsche äußern können.
12. ... keiner den anderen unterdrückt.
13. ... wir nicht streiten.
14. ... wir uns nicht kritisieren.
15. ... wir unterschiedliche Freundeskreise haben.
16. ... mein/e Partner/in gut aussieht.
17. ... er/sie immer zu mir hält.
18. ... wir immer alles gemeinsam entscheiden.
19. ... jede/r für sich selbst entscheiden kann.
20. ... mein/e Partner/in (beruflichen) Ehrgeiz hat.
21. ... jede/r seine Freizeit (Urlaub) auch mal allein gestaltet.
22. ... jede/r viel Freiraum hat.
23. ... wir oft miteinander schmusen.
24. ... wir alles über den anderen wissen.
25. ... mein/e Partner/in schick gekleidet ist.
26. ... ich mich zu jeder Zeit 100%ig auf ihn/sie verlassen kann.
27. ... ich mit ihm/ihr vor Überraschungen ganz sicher bin.
28. ... wir niemals Langeweile haben.
29.
30.

Anspruch und Wirklichkeit

Auseinandersetzung mit Werten und Normen und deren Grenzen; die Teilnehmerinnen sollen überprüfen, inwieweit vermittelte Normen und Werte tatsächlich gelebt werden (können).



Dauer:

Ca. 45 Minuten



Ablauf:

Die Teilnehmerinnen erhalten einen Arbeitsbogen mit einer „Normensammlung“ und sollen Einschränkungen der Normen, die sie bei sich selbst und bei anderen beobachten, unter der Rubrik „es sei denn ...“ eintragen. (Die „Normensammlung“ ist als Anregung gedacht und sollte möglichst von den Teilnehmerinnen um weitere Normen ergänzt werden.) Anschließend werden die Arbeitsbögen in der Großgruppe ausgewertet. Dabei können folgende Fragen berücksichtigt werden:

- Welche Regeln sind für mich sinn- und bedeutungsvoll?
- Nach welchen Regeln möchte ich mich gern selbst stärker richten?
- Welche Regeln kann ich besonders schwer einhalten?
- Welche Einschränkungen meiner eigenen Person würde ich akzeptieren, welche nicht?



Vorbereitung/Material:

Pro Teilnehmerin ein Arbeitsbogen



Ziel:

- **Bewusstmachung der eigenen Normen und Werte**
- **Bewusstmachung der Grenzen von Normen und Werten**
- **Bewusstmachung der persönlichen Grenzen**

nach IPTS 1994



Normensammlung

Man muss immer offen und ehrlich sein,
es sei denn ...

Man muss jeden Seitensprung beichten,
es sei denn ...

Man soll Schwächeren immer helfen,
es sei denn ...

Man darf seinen Partner/seine Partnerin nie betrügen,
es sei denn ...

Man darf sich Zärtlichkeiten nie verweigern,
es sei denn ...

Man darf andere nie verpetzen,
es sei denn ...

Man muss immer anständig bleiben,
es sei denn ...

Man muss alles nehmen, was sich einem bietet,
es sei denn ...

Man muss alles mit seinem Partner/seiner Partnerin zusammen genießen,
es sei denn ...

Man muss immer Zeit für ihn/sie haben,
es sei denn ...

Man muss immer wissen, was man will,
es sei denn ...

Man darf andere nicht verletzen,
es sei denn ...

Man darf sich nicht gehen lassen,
es sei denn ...

Man muss immer ein Kondom benutzen,
es sei denn ...

Man darf andere Menschen nie mit persönlichen Problemen belasten,
es sei denn ...

Man muss sich immer auf mich verlassen können,
es sei denn ...

Werte und Normen

Vergegenwärtigung von Werten und Normen
im Bereich Liebe und Sexualität



Dauer:

Ca. 45 Minuten



Ablauf:

Die Teilnehmerinnen werden aufgefordert, Werte (Liebe ist ...) oder Normen (Du sollst ...) aus dem Bereich Liebe und Sexualität auf Zettel zu schreiben; jede kann so viele Zettel beschriften, wie sie möchte. Dazu kann es hilfreich sein, die eigene Kindheit und Jugend vor dem inneren Auge vorbeiziehen zu lassen (Was haben z. B. Eltern, Geschwister, Nachbarn, Lehrer, Verwandte an Werten und Normen für den Bereich Liebe und Sexualität vermittelt?).

Im Anschluss setzen sich alle in einen Kreis. Die Veranstaltungsleiterin mischt die Zettel, die nacheinander gezogen, laut vorgelesen und (auf dem Fußboden oder an der Tafel) nach Themen sortiert werden (z. B. Partnerwahl, bestimmte Verbote, Zeitpunkt des ersten sexuellen Kontakts usw.).

Die Normen und Werte können unter Berücksichtigung der folgenden Fragen diskutiert werden:

- Welche Normen und Werte sind mir wichtig?
- Welche Normen und Werte finde ich nicht gut?
- Welche Normen und Werte sind veraltet?
- Welche Normen und Werte würde ich gern einhalten, obwohl es mir schwerfällt?
- Gibt es Normen und Werte, die von allen geteilt werden?
- Gelten in anderen Kulturen die gleichen Werte und Normen wie bei uns?
- Welche Normen und Werte empfinde ich als Druck?



Vorbereitung/Material:

Zettel, Stifte



Ziele:

- **Bewusstmachung der eigenen Normen und Werte im Bereich Liebe und Sexualität**
- **Auseinandersetzung mit Normen und Werten im Bereich Liebe und Sexualität**
- **Erkennen, dass es keine allgemeingültigen Normen für sexuelles Verhalten gibt**



Variante:

Jede Teilnehmerin bekommt ein Arbeitsblatt, auf dem sie ihre persönliche Meinung notieren soll. Anschließend werden die Ergebnisse auf einem großen Papier gesammelt und diskutiert (vgl. Sielert/Keil [Hg.] 1993).

nach IPTS 1994



Normen und Werte im Bereich Liebe und Sexualität

Bitte schreibe deine persönliche Meinung zu den Fragen auf:

	Selbst- befriedigung	Petting	miteinander schlafen	schwanger werden
1. Was fällt mir dazu ein?				
2. Ab welchem Alter sinnvoll?				
3. Welche Voraussetzungen müssen gegeben sein?				
4. Wie lange muss man sich kennen?				
5. Was würden meine Eltern dazu sagen?				

Abigail und Gregor

Anhand einer Geschichte werden Einstellungen, Werte und Normen in Bezug auf Themen wie Treue, Schuld, Vertrauen usw. deutlich gemacht und diskutiert.



Dauer:

120 Minuten



Ablauf:

Die Veranstaltungsleiterin liest die Geschichte von Abigail und Gregor vor. Anschließend wird der Text der Geschichte an die Teilnehmerinnen ausgeteilt. Diese sollen die fünf beteiligten Personen in eine Rangfolge bringen: An erster Stelle soll die Person stehen, die ihnen am sympathischsten ist und mit der sie sich am ehesten identifizieren können, an letzter Stelle die Person, deren Verhalten sie am stärksten ablehnen.

Die Ergebnisse der gesamten Gruppe werden auf einem Flipchart, einer Tafel oder Ähnlichem zusammengetragen, sodass ein Gesamtbild der Einstellungen der Teilnehmerinnen zu den Personen in der Geschichte entsteht.

Danach werden die unterschiedlichen Positionen der Teilnehmerinnen diskutiert. Da Diskussionen über diese Geschichte meist impulsiv und emotional geführt werden, muss die Veranstaltungsleiterin besonders darauf achten, dass die Meinungen aller Teilnehmerinnen akzeptiert und respektiert werden. Sie sollte auch gezielte Fragen stellen oder nicht beachtete Aspekte einbringen. Wichtig ist des Weiteren, dass über alle Personen der Geschichte diskutiert wird; es besteht die Gefahr der Konzentration auf eine einzige Person.

Die Auseinandersetzung kann und soll nicht bis zu einem Konsens geführt werden. Die Diskussion sollte dann abgebrochen werden, wenn die Unterschiedlichkeit der einzelnen Werte und Normen deutlich wurde. Anderenfalls besteht die Gefahr, dass die Diskussion zu langatmig wird.



Vorbereitung/Material:

Arbeitsblätter „Abigail und Gregor“, Flipchart oder Ähnliches



Ziele:

- **Bewusstmachung persönlicher Werte in Bezug auf Partnerschaften/Beziehungen**
- **Bewusstmachung der Unterschiedlichkeit persönlicher Werte und Normen**
- **Förderung der Kommunikation über persönliche Werte und Normen**
- **Förderung der Bereitschaft, für persönliche Werte und Normen einzutreten**
- **Förderung der Akzeptanz unterschiedlicher Werte und Normen**

nach DKSB/BAG KJT 1999



Abigail und Gregor

Es war einmal ein Mädchen, das hieß Abigail. Abigail lebte am Alligatorfluss, in dem es von Krokodilen wimmelte. Ihr Freund Gregor lebte auf der anderen Seite des Flusses.

Beide waren sehr ineinander verliebt und hatten große Sehnsucht, einander wiederzusehen. Unglücklicherweise hatte nämlich ein Unwetter die kleine Brücke über den Fluss zerstört, sodass es für beide schwer war, zueinander zu kommen.

Abigail verging beinahe vor Sehnsucht. Daher suchte sie den Fischer Sindbad auf, der das einzige Boot der Gegend besaß. Sie schilderte ihm die Situation und bat ihn, sie über den Fluss zu fahren. Sindbad erklärte sich dazu bereit, aber nur unter der Bedingung, dass sie vorher mit ihm schlief. Abigail war enttäuscht über dieses Tauschgeschäft, weil sie Sindbad nicht liebte und deshalb nicht mit ihm schlafen wollte. Sie wies Sindbads Ansinnen zurück und ging fort, um andere Leute zu suchen, die ihr helfen würden. Sie bat viele Leute um Hilfe, doch niemand wusste einen Weg für sie.

Enttäuscht ging sie nach Hause zu ihrer Mutter und erzählte von ihren vergeblichen Versuchen und von Sindbads Vorschlag. Sie bat die Mutter um Rat. Die Mutter antwortete: „Schau, Abigail, du bist jetzt ein großes Mädchen. Du musst selbst wissen, was du tun willst, und deine Entscheidung allein treffen.“ Sprach's und ging ihren eigenen Geschäften nach.

Abigail dachte lange nach. Schließlich entschloss sie sich, Sindbads Vorschlag anzunehmen, weil sie Gregor unbedingt wiedersehen wollte. In der Nacht schlief sie mit Sindbad. Und er erfüllte sein Versprechen und brachte sie am nächsten Morgen ans andere Ufer des Flusses.

Nach einigen glücklichen Stunden mit Gregor hatte Abigail das Bedürfnis, Gregor zu sagen, was vorgefallen war. Als er die ganze Geschichte erfuhr, geriet er außer sich vor Wut: „Was hast du getan? Ich kann nicht glauben, dass du es getan hast! Du hast mit Sindbad geschlafen? Jetzt ist alles aus! Vergiss uns beide! Ich will nichts mehr mit dir zu tun haben!“

Abigail ging verzweifelt fort und weinte bitterlich. Da traf sie einen jungen Burschen mit Namen Slug. Sie lehnte sich an seine Schulter und klagte ihm ihr Leid. Slug hörte voll Empörung zu und ging zornig zu Gregor, ihn zu verprügeln.

Abigail folgte ihm, schaute von ferne zu und begann zu lachen.

Denke zunächst allein über die Geschichte von Abigail und Gregor nach. Mit wem kannst du dich am leichtesten identifizieren, mit wem am wenigsten?

Bringe die fünf Personen in eine entsprechende Reihenfolge:

1.

2.

3.

4.

5.

Sich wohlfühlen

Anhand von Bildern werden die Teilnehmerinnen dafür sensibilisiert, in welchen Situationen sie sich wohlfühlen und in welchen nicht – und womit dies zusammenhängen könnte.



Dauer:

90 Minuten



Ablauf:

Die Teilnehmerinnen werden vor der Veranstaltung gebeten, zwei Bilder (Fotos, Zeitungsausschnitte, Postkarten) mitzubringen: eins mit einer Situation, die ihnen gefällt, und eins mit einer Situation, die ihnen nicht gefällt; alternativ kann die Veranstaltungsleiterin eine Auswahl von Bildern mitbringen und die Teilnehmerinnen bitten, sich jeweils zwei davon auszusuchen.

Der erste Schritt besteht darin, dass die Teilnehmerinnen jede für sich die Fragen des Bildanalysebogens 1 beantworten. Anschließend kommen sie wieder im Plenum zusammen und stellen ihre Bilder mit den Ergebnissen des Analysebogens vor.

Im nächsten Schritt erarbeitet die Veranstaltungsleiterin mit den Teilnehmerinnen Kriterien, die „sich wohlfühlen“ und „sich nicht wohlfühlen“ ausmachen. Mögliche Fragen dazu können sein:

- In welchen Situationen fühle ich mich wohl? Woran merke ich das?
- Was gefällt mir an dieser Situation?
- In welchen Situationen fühle ich mich nicht wohl? Woran merke ich das?
- Was gefällt mir nicht an dieser Situation? Was müsste anders sein, damit ich mich wohlfühle?



Vorbereitung/Material:

Auswahl von Bildern mit verschiedenen Situationen, Bildanalysebogen, Flipchart o. Ä.



Ziele:

- **Sensibilisierung für Situationen, in denen man sich wohl- oder unwohl fühlt**
- **Erarbeitung von Kriterien, die dazu führen, dass man sich wohl- oder unwohl fühlt**
- **Erarbeitung von Möglichkeiten, unangenehme Situationen zu verändern**

**Variante:**

In einem weiteren Schritt sammeln die Teilnehmerinnen Möglichkeiten, unangenehme Situationen zu verändern. Dazu bekommen sie einen zweiten Bildanalysebogen, den sie zuerst wieder für sich allein bearbeiten. Die Ergebnisse werden anschließend im Plenum zusammengetragen.

nach BStMUK/BStMUGV 2004

**Bildanalysebogen 1**

Warum fühle ich mich wohl, wenn ich dieses Bild anschau?

Beschreibe kurz die Situation auf dem Bild:

.....

Was habe ich dabei gedacht?

.....

Was habe ich dabei gefühlt?

.....

Wenn ich schon mal in so einer Situation war, was habe ich getan?

.....

Warum fühle ich mich nicht wohl, wenn ich dieses Bild anschau?

Beschreibe kurz die Situation auf dem Bild:

.....

Was habe ich dabei gedacht?

.....

Was habe ich dabei gefühlt?

.....

Wenn ich schon mal in so einer Situation war, was habe ich getan?

.....



Bildanalysebogen 2

Was möchte ich an diesem Bild verändern, damit ich mich wohlfühlen könnte?

Beschreibe kurz die Veränderung der Situation auf dem Bild:

.....
.....

Was habe ich mir gewünscht, damit ich mich wohlfühle?

.....
.....

Was für Gefühle bekomme ich bei den Veränderungen?

.....
.....

Was hätte ich selbst in der Situation tun können, damit ich mich wohlfühle?

.....
.....

Innere Stimme

Förderung der Wahrnehmung und Unterscheidung von Gefühlen



Dauer:

Mindestens 60 Minuten



Ablauf:

In dieser Übung sollen die Teilnehmerinnen sich selbst und die eigenen Gefühle wahrnehmen und hören, was die „innere Stimme“ ihnen sagt. Bevor Grenzen verteidigt werden können, müssen Mädchen und Frauen erst einmal spüren lernen, wo diese liegen.

Einführung durch die Veranstaltungsleiterin:

„Ich bin sicher, dass jede von uns in sich so etwas wie eine innere Stimme hat. Meist haben wir nur verlernt, sie zu erkennen oder auf sie zu hören. Diese innere Stimme kann uns viel über unsere Gefühle sagen und uns helfen, Situationen einzuschätzen und Entscheidungen zu treffen. Die innere Stimme sagt uns also, welches Gefühl wir gerade haben.“

Horcht jetzt alle einmal in euch hinein, ob ihr so etwas wie die innere Stimme spüren könnt. Vielleicht hilft es, dazu kurz die Augen zu schließen und einmal tief durchzuatmen. Die innere Stimme kann sehr leise sein, wir müssen das innere Ohr spitzen, damit wir sie hören können.

Nur spüren und horchen. Das ist wie eine Entdeckungsreise. Wir wollen ganz still sein und horchen:

- Wie fühle ich mich gerade? (1 Minute Stille)
- Wie hört sich die innere Stimme an, wenn ich meine/n beste/n Freund/in nach langer Zeit wiedersehe? (Stille)
- Wie hört sich die innere Stimme an, wenn mein Traumboy/-girl (bzw. mein Traummann/meine Traumfrau) mir zulächelt? Spüre einfach das Gefühl ... (Stille)
- Wie fühlt es sich an, wenn sich im Supermarkt jemand in der Schlange vor dich drängelt und dich dabei auch noch anrempelt? (Stille)
- Wie fühlt es sich an, wenn du nachts alleine durch den Park gehst? (Stille)

Augen auf! Was hast du gespürt?

Hat jemand Lust, darüber zu reden? Über schöne Gefühle, Angst, Wut?“

In einem zweiten Schritt sollen Gefühle unterschieden werden:

„Gefühle – es gibt so viele unterschiedliche Gefühle. Manche Gefühle sind so, dass meine innere Stimme ‚Ja!‘ ruft, ‚Ja, davon will ich mehr!‘ Manche Gefühle sind so, dass meine innere Stimme sagt: ‚Nein, das will ich nicht, das ist nicht gut!‘ Manche Gefühle sind so, dass meine innere Stimme sagt: ‚Komisch. Irgendwie ja und irgendwie nein. Ich bin unsicher!‘

- Kennst du diese ‚Ja‘-/‚Nein‘-/‚Komisch‘-Gefühle?
- Was macht dir ‚Ja‘-Gefühle?
- Was macht dir ‚Nein‘-Gefühle?
- Was macht dir ‚komische‘ Gefühle?

Es gibt auch Berührungen, die ganz bestimmte Gefühle machen.

- Welche Berührungen machen dir ‚Ja‘-Gefühle?
- Welche machen dir ‚Nein‘-Gefühle?
- Welche machen dir ‚komische‘ Gefühle?

Was machst du dann?

Wenn deine innere Stimme sagt: ‚Nein‘ oder ‚Komisch‘, dann ist das wie eine Warnlampe. Dann ist es meistens besser, wenn du

- ‚Nein‘ oder ‚Warten‘ oder ‚Stopp‘ sagst
- oder darüber sprichst
- oder wegläufst.

Deine innere Stimme ist wie eine Alarmanlage. Sie ist etwas sehr Wertvolles und beschützt dich. Du musst nur gut in dich hineinhorchen.“

Zwischen den einzelnen Schritten sollten die Mädchen oder Frauen ihre Erfahrungen mitteilen können. Zur Einstimmung auf diese Methode können „Austoben“ und/oder eine Entspannungsübung hilfreich sein.



Ziele:

- **Selbstwahrnehmung**
- **Zuordnung von Gefühlen**
- **Beschäftigung mit möglichen Reaktionsweisen**

nach Heiß 1997

Drei-Ecken-Spiel zu Gefühlen



Dauer:

Ca. 20 Minuten



Ablauf:

Diese Übung kann als Alternative zur Übung „Innere Stimme“ eingesetzt werden, wenn die Teilnehmerinnen mehr „Action“ wollen.

Drei Ecken des Raumes werden den Antworten „Ja“, „Nein“ und „Weiß ich nicht“ zugeordnet. Die Veranstaltungsleiterin stellt nun verschiedene Fragen, und die Teilnehmerinnen antworten, indem sie in die jeweilige Ecke gehen.

Beispiele für Fragen:

Hast du Hunger? Hast du Durst? Ist dir warm? Bist du müde?

Würdest du am liebsten ein bisschen nach draußen gehen?

Ärgert dich gerade irgendetwas? Bist du traurig? Bist du aufgeregt?

Freust du dich? Fühlst du dich insgesamt wohl? Musst du aufs Klo?

Tut dir etwas weh? Fühlst du dich gesund? usw.

Im Anschluss fragt die Veranstaltungsleiterin die Teilnehmerinnen, ob ihnen etwas aufgefallen ist und ob jemand gern darüber sprechen möchte. Um in eine vertiefende Diskussion einzusteigen, kann die Veranstaltungsleiterin Leitfragen stellen, z. B.: „Wenn wir hungrig sind oder wenn uns kalt ist, dann wissen wir das ziemlich genau. Das wissen wir schon als Baby ziemlich genau und schreien dann dementsprechend laut. Aber wie ist das mit den Gefühlen? Wie ist es mit den Dingen, die in unserem Körper passieren? Was heißt es, wenn ich Gänsehaut bekomme? Wenn ich einen roten Kopf bekomme? Woher weiß ich, dass ich Angst habe? Dass ich traurig bin? Dass ich mich freue? Dass ich verliebt bin? Dass ich etwas nicht will?“



Vorbereitung/Material:

Freier Raum mit mindestens drei Ecken



Ziel:

- **Wahrnehmung eigener Gefühle**

nach Heiß 1997

Anmachen

„Anmachsituationen“ und ihre Schwierigkeiten



Dauer:

1 bis 2 Stunden, je nach Gruppengröße



Ablauf:

Die Veranstaltungsleiterin führt ein:

„Anmachen kann schön sein oder mies. Fürs ‚richtige Anmachen‘ gibt es schließlich keine allgemeingültigen Tipps.“

Dann tragen die Teilnehmerinnen mögliche „Anmachsituationen“ zusammen (z. B. Disco, Bushaltestelle, Schulweg, Jugendzentrum, Schwimmbad usw.), und vier Freiwillige aus der Gruppe spielen eine solche Situation vor: Zwei Teilnehmerinnen spielen, wie sie sich treffen, miteinander reden, sich berühren usw., die beiden anderen „verdoppeln“ sie, indem sie (hinter ihnen stehend oder sitzend) mögliche Gefühle und Gedanken wiedergeben.

Beispiele für Konstellationen:

- Er trifft sie, beide wollen, verheddern sich aber gründlich.
- Sie will ihn, er will aber nicht (oder umgekehrt).
- ...

Für eine anschließende Diskussion über das Anmachen bieten sich folgende Fragen an:

- Habe ich gute oder schlechte Erfahrungen mit Anmache gemacht?
- Wie machen Jungen an – wie Mädchen?
- Was war die blödeste, was die beste Anmache, die ich erlebt habe?
- Mache ich eher selber an oder werde ich eher angemacht?
- Wie gebe ich am besten zu verstehen, dass ich nicht will?
- Wie fühle ich mich, wie reagiere ich, wenn ich abblitze?
- Was halte ich von den Tipps der Jugendzeitschriften?
- Was vor allem sollte beim Anmachen in Zukunft anders werden, bei mir und allgemein?

**Vorbereitung/Material:**

Evtl. Karten mit Rollenspielsituationen

**Ziele:**

- *Selbstwahrnehmung in der Situation des Anmachens*
- *Gefühle der/des anderen in dieser Situation erkennen*
- *Grenzverletzungen erkennen*

nach Sielert/Keil (Hg.) 1993

Spießbrutenlauf

Wahrnehmung der eigenen Körpersprache



Dauer:

Ca. 1,5 Stunden



Ablauf:

Die Teilnehmerinnen stellen sich in zwei Reihen einander gegenüber auf und bilden eine Gasse. Eine Teilnehmerin beginnt nun damit, langsam von einem Ende der Gasse zum anderen zu gehen. Dabei hebt sie den Kopf und schaut geradeaus oder sieht die anderen Teilnehmerinnen an. Diese erwidern den Blick und achten dabei auf die Körpersprache (Mimik, Gestik usw.) der vorbeigehenden Teilnehmerin, die anschließend über ihre Selbstwahrnehmung berichtet:

- Wie habe ich mich gefühlt?
- War es mir angenehm/unangenehm?
- Wie verhalte ich mich normalerweise in solchen Situationen?
- Wie möchte ich mich verhalten?

Danach erfolgt die Rückmeldung der Beobachterinnen:

- Welchen Gesichtsausdruck habe ich wahrgenommen?
- Welche Körperhaltung?
- Was war mit den Händen?

Anschließend geht die nächste Teilnehmerin durch die Gasse. Wenn Teilnehmerinnen etwas an ihrem Verhalten verändern wollen, sollte ihnen die Möglichkeit gegeben werden, erneut durch die Gasse zu gehen.



Ziele:

- *Wahrnehmung der eigenen Körpersprache fördern*
- *Möglichkeiten für alternatives Verhalten entwickeln*
- *Förderung eines selbstsichereren Auftretens*

**Varianten:**

- Die Beobachterinnen zeigen mit dem Finger auf die durchgehende Teilnehmerin.
- Die Beobachterinnen flüstern miteinander.
- Die Beobachterinnen pöbeln die Teilnehmerin an.
- Die Beobachterinnen rempeln die Teilnehmerin an.
- Die Beobachterinnen lächeln der Teilnehmerin zu.
- Die Beobachterinnen streicheln die Teilnehmerin.

Die letzten Varianten (positive Zuwendung) sollten am Schluss der Übung stehen.

nach Christiansen/Linde/Wendel 1991

Anna und Jan

Anhand eines Beispiels können Mädchen diskutieren, wann für sie sexuelle Grenzverletzung beginnt.



Dauer:

Ca. 45 Minuten



Ablauf:

Die Geschichte von Anna und Jan wird vorgelesen. Dann werden Kleingruppen gebildet, die darüber diskutieren, ob und in welcher Weise hier eine sexuelle Grenzüberschreitung vorliegt. Im Plenum werden dann die Diskussionsergebnisse der Kleingruppen vorgetragen.

Leitfragen:

- Was wollte Anna, was wollte Jan?
- Was tun beide dafür, um ihre Interessen durchzusetzen?
- Wer darf in dieser Situation definieren, was eine sexuelle Grenzverletzung ist, Jan oder Anna?
- Welche Erfahrungen habt ihr selbst mit sexuellen Grenzüberschreitungen gemacht?

(Die Leitfragen können auch in den Kleingruppen bearbeitet werden.)



Vorbereitung/Material:

Textauszug „Anna und Jan“



Ziele:

- **Sexuelle Grenzverletzungen erkennen**
- **Gefühle des/der anderen wahrnehmen und respektieren**

Hinweis: Es kann für einige Teilnehmerinnen schwierig sein, die sexuelle Grenzverletzung in dieser Geschichte zu erkennen.



Anna und Jan

Die Eltern von Anna sind ausgegangen und kommen erst am nächsten Tag wieder nach Hause. Deshalb übernachtet Anna bei ihrer Freundin Simone. Simone schlägt vor, sich nachts um zwölf heimlich mit zwei Jungen aus ihrer Klasse, Jan und Nico, zu treffen. Anna zögert, findet es aber andererseits auch eine tolle Idee. Sie rufen Jan und Nico an. Die Jungen versprechen, um Mitternacht auf den Schulhof zu kommen.

Anna freut sich auf das heimliche Treffen. Sie fragt sich, ob sie vielleicht ein bisschen in Jan verliebt ist. In der Schule schauen sie einander oft „zufällig“ an. In den Pausen reden sie immer miteinander. Sie ist ganz sicher, dass er sie auch nett findet. Um Mitternacht, als Simones Eltern im Bett sind, steigen die beiden Mädchen aus dem Fenster und gehen zum Schulhof. Da stehen Nico und Jan schon und warten auf sie. Sie machen es sich gemütlich. Sie necken einander, lachen und reden über alles Mögliche. Anna und Jan küssen sich zum ersten Mal. Um ein Uhr wird Simone unruhig und will gehen. Nico bringt sie nach Hause. Anna und Jan bleiben noch ein bisschen. Etwas später will Anna auch zurück. Als Anna und Jan bei Simones Haus ankommen, sind alle Lichter aus. Anna klopft an das Fenster von Simones Zimmer, aber Simone reagiert nicht. Anscheinend schläft sie schon. Anna will nicht klingeln, denn sonst werden Simones Eltern wach. Jan schlägt vor, zu Anna nach Hause zu gehen, sie hat doch einen Schlüssel. Er will sie begleiten, denn sonst müsste sie so spät im Dunkeln alleine an dem stillen Park entlanggehen. Das wäre ja unheimlich ...

Bei Annas Haus angekommen, fragt Jan, ob er noch mitkommen und eine Cola trinken kann. Er muss doch noch den ganzen Weg zurück. Anna zögert, weil ihre Eltern nicht da sind. Aber sie findet es auch nicht richtig, ihn wegzuschicken. Es war doch nett von ihm, dass er sie nach Hause gebracht hat. Sie fragt sich, ob er sie nicht für eine blöde Gans halten wird, wenn sie ihn nicht hereinlassen lässt und er nichts weiter will als küssen. Aber sie weiß nicht, ob sie Jan vertrauen kann. Obwohl – er hat sie doch sicher nach Hause gebracht! Alleine nach Hause gehen zu müssen, das wäre schrecklich gewesen.

Sie lässt ihn herein, sagt aber gleich, dass es nicht noch viel später werden darf, denn morgen muss sie schon sehr früh wieder in der Schule sein. Anna schaltet Musik ein und holt ihm eine Cola. Als sie nebeneinander auf der Couch sitzen, küssen sie sich. Jan will ihre Bluse aufknöpfen, aber sie schiebt seine Hand weg. Er bedrängt sie weiter, worauf Anna aufsteht und sagt, es sei schon spät und er müsse jetzt gehen. Jan antwortet, dass er geht, wenn er noch eine

Cola und einen Kuss kriegt. Anna geht in die Küche, Jan folgt ihr. Er zieht sie am Pferdeschwanz und legt seine Arme um sie. Anna schiebt ihn von sich weg, läuft zurück ins Wohnzimmer und sagt, dass er jetzt gehen muss. Aber Jan will noch einen Kuss! Anna fragt noch einmal, ob er dann wirklich geht, worauf er ja sagt. Schließlich kriegt Jan seinen Kuss, aber dabei drückt er Anna mit sanfter Gewalt auf die Couch. Anna versucht, ihn von sich wegzustoßen, sie kneift ihn in den Arm und sagt, dass sie das nicht will. Sie merkt, dass er viel stärker ist. Er lässt sie nicht los. Schließlich wehrt sie sich nicht mehr, und sie schlafen miteinander ...

Als Jan weggeht, ist er froh, dass er sie „rumgekriegt“ hat. Seiner Meinung nach fand Anna es auch schön. Oder etwa nicht? Na ja, für ihn fühlt es sich jedenfalls so an, als ob er sie erobert, als ob er „einen Treffer gelandet“ hat. Pfeifend geht er nach Hause.

Nachdem Jan gegangen ist, fühlt Anna sich hunds miserabel. Allerlei Gedanken gehen ihr durch den Kopf. Sie kann noch gar nicht fassen, was eben passiert ist. „Hätte ich ihn nicht mit hereinnehmen sollen? Bin ich ihm gegenüber nicht deutlich genug gewesen? Hab ich ihn ermutigt? Niemand wird mir glauben ... Bin ich jetzt von Jan vergewaltigt worden? Ich bin aber doch in ihn verliebt? Selbst schuld?“

Anna weiß nicht, was sie tun soll und an wen sie sich wenden kann.

*nach IPTS 1994; Text aus „Prävention sexueller Gewalt gegen Jungen und Mädchen“
(Spanjaard/ten Hove 1993)*

Nein heißt Nein!

Nein sagen üben



Dauer:

Ca. 30 Minuten



Ablauf:

Die Veranstaltungsleiterin verteilt den ersten Teil des Comics von Dorothee Wolters, in dem ein Junge mit einem Mädchen schlafen möchte, das Mädchen aber nicht will (siehe S. 176 – der Comic wird an der eingezeichneten Linie geteilt; entnommen aus Schaffrin/Wolters 1995, S. 11). Nachdem sich alle den Comic angesehen haben, fragt die Veranstaltungsleiterin, wer Lust hätte, das Ganze vorzuspielen. Nach dem Rollenspiel vor der Großgruppe diskutieren die Teilnehmerinnen, ob das „Nein“ sie überzeugt hat. Im Anschluss können sie selbst darstellen, wie das „Nein“ noch überzeugender sein könnte. Die Veranstaltungsleiterin kann die Diskussion mit folgenden Fragen anregen und unterstützen:

- Wie unterscheidet sich ein „verschämtes Nein“ von einem „klaren Nein“?
- Wie sage ich mit meinem Körper „Nein“?
- Wie klingt ein entschlossenes „Nein“?
- Wie kann der Blickkontakt das „Nein“ bekräftigen oder schwächen?

Nun bekommen die Teilnehmerinnen den zweiten Teil des Comics: Der Junge setzt das Mädchen unter Druck, doch mit ihm zu schlafen; das Mädchen sagt ihm aber, dass mit „Nein“ auch „Nein“ gemeint ist und er gehen könne, wenn er das nicht begreift.

Folgende Fragen können diskutiert werden:

- Müssen Mädchen verführt, überredet oder unter Druck gesetzt werden, damit sie sich zum Sex bereit erklären?
- Darf ein Mädchen „Nein“ sagen?
- Welches Verhalten von Männern/Jungs zeigt, dass sie sexuell etwas von einem Mädchen wollen?
- Ist das Mädchen dafür verantwortlich, was der Junge macht?
- Wie fühlt sich ein Mädchen, das dem Drängen des Freundes nachgibt, um Ruhe zu haben?
- Was, glaubst du, würde passieren, wenn du so reagieren würdest wie das Mädchen im Comic?

 **Material:**

Zweiteiliger Comic von Dorothee Wolters (S. 176)

 **Ziele:**

- *Erlebnisnahes Ausprobieren von Grenzsetzung und Durchsetzung*
- *Förderung der Kompetenz, in Beziehungen eigene Wünsche durchsetzen zu können*
- *Förderung der Kompetenz, sich gegen ungewollte Kontakte wehren zu können*
- *Förderung der kommunikativen Kompetenz, klare Ich-Signale senden zu können*

nach Heiß 1997



DOROTHEE WOLTERS

Sprachlos ?

Finden einer gemeinsamen Sprache für Sexualität



Dauer:

Ca. 1,5 bis 2 Stunden



Ablauf:

Jede Teilnehmerin erhält ein vorbereitetes Arbeitsblatt mit Zeichnungen oder Fotos zum Thema Sexualität (z. B. Darstellungen männlicher und weiblicher Sexualorgane oder unterschiedlicher Sexualpraktiken). Die Teilnehmerinnen sollen für sich alleine oder in Kleingruppenarbeit alle Bezeichnungen des Dargestellten aufschreiben, die ihnen einfallen. Diese Bezeichnungen dürfen und sollen sogar auf allen Sprachebenen liegen (Fachsprache, Umgangssprache, Vulgärsprache, Kindersprache usw.). Haben alle Teilnehmerinnen die Bögen ausgefüllt, werden die Begriffe zu jedem der Bilder von der Gesamtgruppe zusammengetragen (Flipchart). Jede Teilnehmerin liest alle Bezeichnungen vor, die ihr zur jeweiligen Darstellung eingefallen sind, auch wenn diese schon genannt worden sind. Anschließend begutachtet die Gruppe den gemeinsam erarbeiteten Wortschatz. Dabei können folgende Fragen erörtert werden:

- Welche Begriffe sind neu oder ungewohnt für euch?
- Welche sind lustig?
- Welche sind abstoßend?
- Warum gibt es zu manchen Bildern sehr viele, zu anderen nur sehr wenige Begriffe?
- Welche Begriffe werden in der Familie, welche in der Clique, welche in der Schule und welche mit dem Partner/der Partnerin verwendet?

In einem letzten Schritt sollen die Teilnehmerinnen diskutieren, welche Bezeichnungen sie selbst für die geeignetsten bzw. ungeeignetsten halten, und ihre Standpunkte dabei auch begründen.



Vorbereitung/Material:

Zeichnungen oder Fotos der Körperteile/Sexualorgane, Sexualartikel und Sexualpraktiken, für die Synonyme gefunden werden sollen (z. B. Penis, Vagina, Brüste, Gesäß, Vaginalverkehr, Analverkehr, Oralverkehr, Kondome, Homosexuelle, Masturbation usw.), Arbeitsblätter, auf denen die Teilnehmerinnen die von ihnen gefundenen Bezeichnungen ordnen können (siehe die Beispiele auf den Seiten 179 und 180), Flipchart, Stifte, ggf. Schreibunterlagen. Für die Kleingruppenarbeit sind mehrere Räume von Vorteil, aber nicht unbedingt erforderlich.

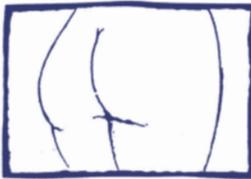
 **Ziele:**

In unserer Gesellschaft gibt es keine allgemein verbindliche Sprache für den Bereich der Sexualität. Deswegen ist es für die Bearbeitung des Themas erforderlich, mit den Teilnehmerinnen einen gemeinsamen Wortschatz zu erarbeiten. Die Teilnehmerinnen können bei dieser Methode erkennen, dass sie in der Lage sind, ihre Wortwahl der jeweiligen Umgebung anzupassen, und dass ihr Wortschatz ausreicht, um die eigenen sexuellen Wünsche, Bedürfnisse, Ängste und Abneigungen auszudrücken. Dies kann ihr Vertrauen in ihre kommunikative Handlungskompetenz erhöhen.

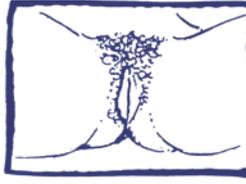
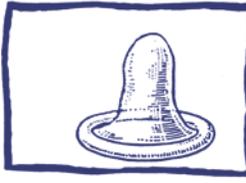
Im Verlauf der gemeinsamen Arbeit kann deutlich werden, dass Sprache ganz unterschiedliche Einstellungen zu Sexualität und zu ihrer Funktion (Fruchtbarkeit, Lust, Beziehung, Identität) widerspiegeln kann. Bei der Auseinandersetzung mit unterschiedlichen Sprachstilen können sich die Teilnehmerinnen daher auch mit unterschiedlichen Sexualitätskonzepten vertraut machen und auseinandersetzen.

nach Stamm 1996

 **Arbeitsblatt: Sprachlos?**



 **Arbeitsblatt: Sprachlos?**





Alternativen:

PVC-Spiel: Die Veranstaltungsleiterin schreibt Penis, Vagina, Coitus auf die Tafel oder ein Flipchart, bittet die Teilnehmerinnen, alle Begriffe, die ihnen zu den Fachwörtern einfallen, zu nennen, und schreibt diese auf. Im zweiten Schritt diskutieren die Teilnehmerinnen, welche Begriffe sie ablehnen (und warum) und welche sie für die weitere Veranstaltung verwenden möchten. Die Veranstaltungsleiterin streicht die abgelehnten Begriffe durch und hebt die gewünschten hervor. Es können einige Begriffe übrig bleiben, bei denen sich die Teilnehmerinnen nicht einig sind. Diese bleiben so stehen.

Sex-ABC: Die Veranstaltungsleiterin bittet die Teilnehmerinnen, zu jedem Buchstaben des Alphabets Wörter aus dem Themenbereich „Liebe, Partnerschaft und Sexualität“ zu finden, und schreibt diese auf. Es gibt keine Zensur, alle Begriffe gelten. Wenn die Teilnehmerinnen bei manchen Buchstaben Schwierigkeiten haben, kann die Veranstaltungsleiterin entweder zum nächsten Begriff weitergehen, als Hilfestellung Hinweise auf ein Wort geben (z. B. auf Candle-Light-Dinner) oder anbieten, ein Wort mit dem gesuchten Buchstaben voranzustellen, also ein neues Wort zu „basteln“ (z. B. Yoga-Sex). In einer Schlussbetrachtung kann wie bei „Sprachlos?“ darüber diskutiert werden, welche Begriffe die Teilnehmerinnen in welchen Situationen verwenden würden (in der Schule, mit den Eltern, mit der Freundin oder dem Freund) und welche sie aus welchen Gründen nicht verwenden würden. Diese Begriffe sollten für die weitere Präventionsveranstaltung dann auch tabu sein.

Das Sex-ABC kann sehr variabel eingesetzt werden – neben dem Einstieg in das Thema Sexualität und dem Finden einer gemeinsamen Sprache zum Beispiel auch zur Vermittlung von Wissen, etwa über die Sexualorgane oder Verhütungsmethoden, wenn diese genannt werden. Hierzu kann die Veranstaltungsleiterin auch Illustrationen und Demonstrationen einsetzen. Sie sollte dabei selbst entscheiden, wie ausführlich sie auf die angesprochenen Themen eingeht und welche Informationen sie ergänzen möchte. Wichtig ist, dass sich die Suche nach Begriffen nicht zu sehr in die Länge zieht, damit nicht ein Teil der Teilnehmerinnen die Lust verliert.

nach LAG Jungenarbeit NRW 2003

Blackbox: Fragen an Dr. Sommer

Anonyme Fragen zum Thema Sexualität



Dauer:

Ca. 45 Minuten



Ablauf:

Die Teilnehmerinnen werden aufgefordert, ohne Namensnennung und auf Wunsch auch mit verstellter Schrift beliebig viele Fragen zum Thema Sexualität auf je ein Kärtchen zu schreiben („Was ich schon immer mal wissen wollte...“). Da sie eine gewisse Zeit brauchen, um die Fragen in Ruhe formulieren zu können, kann dies eventuell auch schon vor der eigentlichen Veranstaltung geschehen (z. B. in Kooperation mit der Gruppenleiterin einer Mädchengruppe). Die Kärtchen werden in einen geschlossenen Karton eingeworfen, der gleich im Anschluss oder zu einem späteren Zeitpunkt von der Veranstaltungsleiterin geöffnet werden kann. Die Fragen werden dann einzeln gezogen und können zunächst an die Gruppe gestellt werden. Kennt die Gruppe die Antwort nicht, beantwortet die Veranstaltungsleiterin die Frage.

Diese Methode ist besonders gut zum Einstieg in das Thema Sexualität geeignet. Die Anonymität ermöglicht es den Teilnehmerinnen, auch intime oder ihnen peinliche Fragen zu stellen.



Alternative:

Die Teilnehmerinnen können Fragen zu den Themen HIV, Aids, STIs oder Verhütung stellen.



Vorbereitung/Material:

Karton mit Schlitz zum Einwerfen der Kärtchen, Kärtchen oder Zettel, Stifte



Ziel:

- **Erwerb von Wissen zum Thema Sexualität**

nach BARMER Ersatzkasse 1995

Alles Sex?

Einstieg in das Thema Sexualität



Dauer:

40–50 Minuten



Ablauf:

Fotos, Bilder, Anzeigen mit Darstellungen verschiedener Formen der Sexualität werden im Raum verteilt (Boden, Wände). Die Teilnehmerinnen werden aufgefordert, im Raum umherzugehen, um sich alles anzusehen (5–10 Minuten lang) und um für sich persönlich zu bestimmen, welche Darstellung sie besonders anspricht und welche sie besonders abstößt. Wenn alle wieder sitzen, sollen Freiwillige ihre Wahl vorstellen und begründen. Die Gruppe sollte keine Kommentare abgeben. Danach folgt eine allgemeine Diskussion, in der jede Teilnehmerin ihre Meinung äußern kann.

Mögliche Leitfragen für die Diskussion:

- Was bedeutet die Existenz so verschiedener Formen der Sexualität für dich persönlich?
- Wie würdest/möchtest du reagieren, wenn du jemanden triffst, der/die sexuelle Wünsche äußert, die sich sehr von deinen unterscheiden?



Vorbereitung/Material:

Möglichst viele Postkarten, Bilder, Fotos und Anzeigen aus Broschüren, Zeitschriften usw., die sehr unterschiedliche Verhaltensweisen, Einstellungen, Werte und sexuelle Lebensformen widerspiegeln, eventuell Tesafilm, Pinnwand, Nadeln



Ziele:

- **Vielfalt sexuellen Erlebens und der Formen der Sexualität kennen- und akzeptieren lernen**
- **Erkennen, dass die eigene Lebensweise nur eine von vielen Möglichkeiten ist**
- **Auseinandersetzung mit aktuellen gesellschaftlichen und gruppenspezifischen Normen und Vorstellungen zu Sexualität**

Die Methode ermöglicht einen behutsamen Einstieg in das Thema Sexualität, da die Teilnehmerinnen selbst bestimmen, welche Bilder sie auswählen und wie weit sie in ihren Kommentaren gehen.

nach BZgA 1998

Ansichten über Selbstbefriedigung

Gängige Vorstellungen über Selbstbefriedigung werden erörtert und kritisch hinterfragt



Dauer:

Ca. 1 Stunde, bei Bedarf auch länger



Ablauf:

Zu Beginn wird eine Liste mit Ansichten über Selbstbefriedigung an alle Teilnehmerinnen ausgeteilt. Diese sollen diejenigen Aussagen kennzeichnen, welche ihrer Meinung nach „richtig“ sind. Die Ergebnisse können anschließend im Plenum besprochen und diskutiert werden, die Veranstaltungsleiterin kann ergänzende Informationen einbringen.



Vorbereitung/Material:

Liste mit Ansichten über Selbstbefriedigung für jede Teilnehmerin



Ziel:

- ***Vorurteile und falsche Vorstellungen über Selbstbefriedigung abbauen***

nach IPTS 1994



Arbeitsblatt: Ansichten über Selbstbefriedigung

Bitte ankreuzen, welche Aussagen du richtig findest:

- | | stimmt: |
|---|-----------------------|
| 1. Selbstbefriedigung macht Spaß und entspannt | <input type="radio"/> |
| 2. Selbstbefriedigung schwächt den ganzen Körper | <input type="radio"/> |
| 3. Selbstbefriedigung gefährdet die Gesundheit | <input type="radio"/> |
| 4. Selbstbefriedigung verbraucht den Lebensvorrat an sexueller Energie | <input type="radio"/> |
| 5. Selbstbefriedigung machen mehr Jungen als Mädchen | <input type="radio"/> |
| 6. Selbstbefriedigung machen mehr Mädchen als Jungen | <input type="radio"/> |
| 7. Für Selbstbefriedigung sollte man sich schämen | <input type="radio"/> |
| 8. Selbstbefriedigung führt zu Rückenmarksschwund oder Geisteskrankheit | <input type="radio"/> |
| 9. Selbstbefriedigung macht man nur, wenn man keine/n feste/n Freund/in hat | <input type="radio"/> |
| 10. Selbstbefriedigung kann man jeden Tag machen | <input type="radio"/> |
| 11. Selbstbefriedigung macht impotent | <input type="radio"/> |
| 12. Selbstbefriedigung ist „Betrug“ an dem Freund/der Freundin | <input type="radio"/> |
| 13. Selbstbefriedigung ist notwendig | <input type="radio"/> |
| 14. Selbstbefriedigung ist Trainingssache | <input type="radio"/> |
| 15. Selbstbefriedigung macht süchtig | <input type="radio"/> |
| 16. Selbstbefriedigung beginnt immer erst in der Pubertät | <input type="radio"/> |
| 17. Selbstbefriedigung machen schon kleine Kinder | <input type="radio"/> |
| 18. Selbstbefriedigung ist für Mädchen nicht so wichtig wie für Jungen | <input type="radio"/> |
| 19. Über Selbstbefriedigung lernt man seine Sexualität und seinen Körper kennen | <input type="radio"/> |
| 20. Selbstbefriedigung fördert Homosexualität | <input type="radio"/> |
| 21. Selbstbefriedigung führt bei Mädchen zur Entjungferung | <input type="radio"/> |
| 22. Alle wissen, wie man Selbstbefriedigung macht | <input type="radio"/> |
| 23. Selbstbefriedigung macht nur, wer kontaktgestört ist | <input type="radio"/> |
| 24. Wenn Mädchen sich selbst befriedigen, macht ihnen Sexualität mit Jungen nicht mehr so viel Spaß | <input type="radio"/> |

O-na-nie – O-na-oft

Spielerische Beschäftigung mit dem Thema Selbstbefriedigung



Dauer:

Mindestens 45 Minuten



Ablauf:

Es bilden sich Kleingruppen. In ihrer Mitte liegt ein großer Papierbogen mit Satzanfängen zum Thema Selbstbefriedigung. Jede schreibt auf das Plakat, was ihr zu diesem Thema einfällt. Dabei wird nicht gesprochen. Einige auf einem Poster, einem Flipchart oder an der Tafel stehende Begriffe können dabei eine Hilfe sein (z. B. normal, gesundheitsschädlich, seelisch schädlich, notwendig, lustvoll, geil, mies, schön, kennenlernen, entspannen, selten, ab und zu, oft, so oft wie möglich, Stress, Angst, Lust, Spaß, Druck, Zärtlichkeit usw.).

Nach etwa 10 bis 15 Minuten sollte in den Gruppen ein Gespräch über das Plakat beginnen. Danach gehen die Teilnehmerinnen herum und lesen auch die Aussagen auf den Bögen der anderen Gruppen. Es schließt sich eine kurze lockere Gesprächs- und Auswertungsrunde im Plenum an, in der auch allgemeine Tabus, Mythen und „Märchen“ über Selbstbefriedigung im Mittelpunkt stehen können. Die Veranstaltungsleiterin sollte Fragen beantworten und Unklarheiten ausräumen.



Vorbereitung/Material:

Plakate mit Satzanfängen zum Thema, Stifte, eventuell Begriffe auf Flipchart (Poster/Tafel)



Ziele:

- ***Erfahren, dass Selbstbefriedigung eine allgemein verbreitete Handlung ist und zur Sexualität gehört***
- ***Erkennen, dass Schuldgefühle und Ängste durch falsche, traditionelle Normen bedingt sind***
- ***Erkennen, dass Selbstbefriedigung eine Möglichkeit ist, den eigenen Körper und sexuelle Wünsche besser kennenzulernen (als eine von vielen Voraussetzungen, um eine befriedigende Partnerschaft zu leben)***

Die Bearbeitung des stark tabuisierten Themas Selbstbefriedigung erfordert viel Fingerspitzengefühl vonseiten der Veranstaltungsleiterin und ist nur in einer angstfreien, vertrauensvollen Atmosphäre möglich.

nach BARMER Ersatzkasse 1995

 **Muster für Plakat zu O-na-nie – O-na-oft:**

Selbstbefriedigung machen hauptsächlich ...

Solche Geschichten habe ich schon darüber gehört: ...

Selbstbefriedigung bei Kindern ist ...



Erwachsene beurteilen Selbstbefriedigung bei Jugendlichen so: ...

Selbstbefriedigung ist meiner Meinung nach ...

Was ich über Selbstbefriedigung noch wissen möchte:

.....

.....

.....

.....

Der Verhütungskoffer

Kennenlernen der Vor- und Nachteile verschiedener Verhütungsmittel und -methoden



Dauer:

Ca. 90 Minuten



Ablauf:

Ein Koffer mit Verhütungsmitteln (verschiedene Antibabypillen, Spirale, chemische Verhütungsmittel, Kondome, Implanon, Diaphragma und Portiokappe, spermizidhaltige Cremes, Fieberthermometer und Temperaturkurvenmodelle, Femidom, eventuell Verhütungscomputer), Artikeln zur Menstruationshygiene, Broschüren und Faltblättern wird geöffnet auf den Boden gestellt. Die Teilnehmerinnen können nun alle Gegenstände ansehen und anfassen. Im Anschluss daran erarbeiten sich je zwei oder drei Teilnehmerinnen mit Hilfe der zur Verfügung gestellten Materialien, Broschüren, Faltblätter usw. ein Verhütungsmittel oder eine Verhütungsmethode und füllen dazu ein Arbeitsblatt aus. Zum Schluss stellt jede Kleingruppe das von ihr erarbeitete Mittel bzw. die von ihr erarbeitete Methode im Plenum vor, z. B. in Form

- einer Werbeveranstaltung
- eines Beratungsgesprächs
- eines Gesprächs unter zwei Jugendlichen
- eines medizinischen Vortrags (eines Arztes/einer Ärztin) usw.

Zu Erklärungs- und Demonstrationszwecken sind ein Modell eines weiblichen Beckens und ein Penismodell sehr nützlich. Stehen keine Modelle zur Verfügung, sollte man Zeichnungen der äußeren und inneren Sexualorgane einsetzen.



Vorbereitung/Material:

Broschüren oder Faltblätter über Verhütungsmittel, Koffer mit Verhütungsmitteln (kann z. B. bei pro familia ausgeliehen werden), Zeichnung oder Modell eines weiblichen Beckens, Penismodell, Arbeitsblätter



Ziele:

- **Kennenlernen von Verhütungsmitteln und -methoden**
- **Kennenlernen von Auswahlkriterien für ein geeignetes Mittel**

nach BARMER Ersatzkasse 1995



Arbeitsblatt: Verhütungsmittel und -methoden

Name des Mittels/der Methode:

.....

Was ist es?

.....

Wie wirkt es?

.....

Was muss man bei der Anwendung beachten?

.....

Welche Vorteile hat es?

.....

Welche Nachteile hat es?

.....

Wie zuverlässig ist es?

.....

Wo bekommt man es?

.....

Wie viel kostet es?

.....

Zusätzlich Wichtiges?

.....

Verhütungsmarkt

Auseinandersetzung mit den Vor- und Nachteilen verschiedener Verhütungsmittel



Dauer:

Ca. 45 Minuten



Ablauf:

Die Gruppe teilt sich in Kleingruppen zu je drei bis vier Teilnehmerinnen auf. Jede Gruppe zieht eine Karte, auf der jeweils ein Verhütungsmittel angegeben ist, und bekommt dann einen entsprechenden Informationsbogen. Nun soll jede Gruppe ihr Verhütungsmittel in einer Werbeveranstaltung anpreisen.

Im Anschluss an die Präsentationen können die Teilnehmerinnen im Plenum ein oder zwei Verhütungsmittel nennen, für die sie sich in ihrer jetzigen Lebenssituation entscheiden würden. Die „Wahlergebnisse“ werden auf einem Flipchart notiert und im Plenum diskutiert. Dabei sollte auch erörtert werden, für welche Personen und Lebenssituationen die nicht gewählten Verhütungsmittel angemessen wären.



Vorbereitung/Material:

Verhütungskoffer, Papierbögen, Filzstifte, Kärtchen, auf denen je ein Verhütungsmittel angegeben ist, Liste der Verhütungsmittel (für die „Wahlergebnisse“)



Ziele:

- **Wissen über die Zuverlässigkeit verschiedener Verhütungsmittel erwerben und sich mit ihren Vor- und Nachteilen auseinandersetzen**
- **Selbstwahrnehmung der Teilnehmerinnen im Bereich Verhütung, Sexualität und HIV/STI-Prävention entwickeln**
- **Fähigkeit fördern, über Sexualität zu sprechen**
- **Selbstreflexion**

nach IPTS 1994

Informationsbogen zu Verhütungsmitteln:

	Was ist es?	Wie wirkt es?	Was muss man beachten?	Wo bekommt man es?	Wie viel kostet es?*
Pille	Hormontabletten (Östrogen und Gestagen) zum täglichen Einnehmen.	Verhindert das Reifen einer Eizelle.	Das sicherste Verhütungsmittel.	Apothek (mit ärztlichem Rezept)	5–17 € pro Monat je nach Sorte u. Packungsgröße
Minipille	Hormontabletten (nur Gestagen) zum täglichen Einnehmen.	Die Einnistung der befruchteten Eizelle in die Gebärmutter-schleimhaut wird erschwert.	Muss ganz pünktlich genommen werden! Nicht ganz so sicher wie die „normale“ Pille.	Apothek (mit ärztlichem Rezept)	6–17 € pro Monat je nach Sorte u. Packungsgröße
Dreimonats- oder Depot-spritze	Hormonspritze (nur Gestagen)	Verhindert für drei Monate das Reifen einer Eizelle.	Sicheres Verhütungsmittel. Es kann zu Zyklusstörungen kommen.	Frauenärztin/ Frauenarzt	ca. 25 €
Implanon oder Hormon-implantat	Feines, 4 cm langes Kunststoffstäbchen, das vom Arzt/von der Ärztin unter örtlicher Betäubung unter die Haut am Oberarm implantiert wird.	Es gibt für ca. drei Jahre täglich eine bestimmte Menge des Hormons Gestagen ab und verhindert so das Reifen einer Eizelle.	Sicheres Verhütungsmittel, aber teuer. Die Blutungen können ausbleiben.	Frauenärztin/ Frauenarzt	ca. 300–350 €
Verhütungs- oder Vaginalring	Feiner Kunststoffring, den Frauen wie ein Tampon selbst in die Scheide einlegen.	Gibt für drei Wochen Hormone ab (Östrogen und Gestagen), die das Reifen einer Eizelle verhindern.	Sicheres Verhütungsmittel.	Apothek (mit ärztlichem Rezept)	ca. 40 € für drei Monate
Verhütungspflaster	Pflaster für die Haut.	Gibt für eine Woche Hormone ab, die das Reifen einer Eizelle verhindern.	Sicheres Verhütungsmittel. Die Wirkstoffe gelangen über die Haut ins Blut, was bei Magen-Darm-Problemen von Vorteil sein kann.	Apothek (mit ärztlichem Rezept)	ca. 38 € für drei Monate
Spirale (Gebärmutterpessar, IUP)	Ca. 3,5 cm kleines Gebilde aus Kunststoff, das über drei bis fünf Jahre Hormone abgibt; ist meistens zusätzlich mit Kupferdraht versehen.	Die Einnistung der befruchteten Eizelle in die Gebärmutter-schleimhaut wird verhindert.	Wird von der Ärztin/ vom Arzt in die Gebärmutter eingelegt. Alle zwei bis fünf Jahre (je nach Modell) eine neue Spirale einlegen lassen. Sicheres Verhütungsmittel, nicht ganz so sicher wie die Pille, für junge Mädchen meistens nicht geeignet.	Frauenärztin/ Frauenarzt	Kupfer-spirale: 80–130 €; Hormon-spirale: 230–300 €

* Kosten inklusive Einlage durch die Frauenärztin/den Frauenarzt (Implanon/Spirale); bei gesetzlich versicherten Mädchen bis zum Ende des 20. Lebensjahrs übernehmen die Krankenkassen die Kosten für verschreibungspflichtige Verhütungsmittel.

	Was ist es?	Wie wirkt es?	Was muss man beachten?	Wo bekommt man es?	Wie viel kostet es?
Kondom	Dünnere Gummischutz, der über das steife Glied gerollt wird. Gibt es in verschiedenen Größen und (z. B. für Allergiker) auch latexfrei.	Samenzellen gelangen nicht in die Scheide.	Unkompliziert, jederzeit verfügbar. Schützt als einziges Mittel auch vor sexuell übertragbaren Infektionen (auch HIV). Nur Markenfabrikate verwenden. Auf Ablaufdatum achten. Bei jedem Geschlechtsverkehr ein originalverpacktes frisches Kondom benutzen. Nicht so sicher wie die Pille.	Apotheke, Drogerie, Warenhaus, Automaten, seriöser Versandhandel	ab 40 Cent pro Kondom je nach Sorte und Packungsgröße
Femidom oder Frauenkondom	Spezielles Kondom (eigentlich ein Schlauch), das sich Frauen in die Scheide einsetzen.	Samenzellen gelangen nicht in die Scheide.	Einziges Verhütungsmittel, mit dem eine Frau sich selbst vor STIs schützen kann. Es ist teurer als ein Männerkondom und kann stärker stören.	Apotheke, Internetversand	5–15 € pro Dreierpackung
Scheiden-diaphragma (Scheidenpessar)	gewölbtes Gummi, von einem elastischen Ring gehalten	Samenzellen gelangen nicht in die Gebärmutter.	Gute Sicherheit bei richtigem Sitz und zusätzlicher Verwendung eines chemischen Verhütungsmittels. Bei jedem Geschlechtsverkehr benutzen.	Anpassen und regelmäßige Kontrollen beim Arzt	ca. 26–37 € plus Kosten für Anpassung und Gel
Chemische Verhütungsmittel	Cremes, Gele, Schaum spray, Tabletten, Zäpfchen oder Schaumzäpfchen	Töten Samenzellen in der Scheide ab; bilden Sperre vor dem Eingang der Gebärmutter.	Als alleiniger Schutz nicht sicher genug. Tabletten, Zäpfchen und Schaumzäpfchen müssen 10 Minuten schmelzen, erst dann sind sie wirksam. Bei jedem Geschlechtsverkehr verwenden.	Apotheke, Drogerie, Warenhaus, Versandhandel	ca. 3–15 €
Natürliche Familienplanung (NFP), Zeitwahl- oder Kalendermethode („Knaus-Ogino“)	Bestimmung der fruchtbaren und unfruchtbaren Tage durch Rechnen, Messen der Körpertemperatur und Schleimuntersuchung; auch mit Hilfe von kleinen Computern	Kein Geschlechtsverkehr oder zusätzliche Verhütung an den fruchtbaren Tagen.	Als einzelne Methode unsicher. Bei Kombination aller drei Methoden und sehr sorgfältiger Durchführung gute Sicherheit. Beratung wichtig!	Thermometer und Kurvenblätter in Apotheken; Beratung bei der Frauenärztin/beim Frauenarzt und bei profamilia-Beratungsstellen	Thermometer: 3–15 €; Kurvenblätter: 3 € (oder downloaden z. B. unter profamilia.de); Hormoncomputer ca. 90 € plus Kosten für Teststäbchen.
„Aufpassen“ (Koitus interruptus)	Beenden des Geschlechtsverkehrs vor dem Samenerguss	Samen soll nicht in die Scheide gelangen.	Völlig unsicher!		
„Pille danach“	Hormontabletten für Notfälle wie Verhütungspannen	Verzögert oder verhindert den Eisprung.	Spätestens 72 Stunden nach ungeschütztem Verkehr anwenden – je früher, desto sicherer wirkt sie!	Arzt/Ärztin, Klinik oder ärztlicher Notdienst (am Wochenende), profamilia-Beratungsstelle	ca. 17 €
„Spirale danach“	Kupferspirale s. o. unter Spirale	Verhindert die Einnistung der befruchteten Eizelle.	Wird spätestens fünf Tage nach ungeschütztem Verkehr eingesetzt.	Frauenarzt/Frauenärztin	130–180 €

Ich und du entscheiden

Entscheidungskriterien für die Auswahl von Verhütungsmitteln und -methoden



Dauer:

Ca. 1 bis 1,5 Stunden



Ablauf:

Anhand einer Checkliste sollen die Teilnehmerinnen zunächst in Einzelarbeit die Kriterien überprüfen, welche die Suche nach einer geeigneten Verhütungsmethode bestimmen können. Die Fragen dienen der Erklärung und sollen bei der Entscheidungsfindung helfen; sie müssen nicht alle beantwortet werden. In der letzten Spalte kann man auch nur Stichpunkte eintragen, die wichtigsten Bemerkungen kann man unterstreichen oder mit Punkten bewerten. Im anschließenden Kleingruppen-Gespräch sollen die Ergebnisse und möglichen Konsequenzen vorgestellt, verglichen und diskutiert werden.



Variante:

Die Teilnehmerinnen üben in Rollenspielen Entscheidungsprozesse für oder gegen eine Verhütungsmethode.



Vorbereitungen/Material:

Checkliste, ggf. Rollenspielkärtchen, Informationsmaterial über die verschiedenen Verhütungsmittel



Ziele:

- **Wissen über Verhütungsmittel vermitteln**
- **Kriterien für die Auswahl eines geeigneten Mittels kennenlernen**
- **Kommunikation über Verhütungsmittel üben**
- **Handlungskompetenz erwerben**

nach Sielert/Keil (Hg.) 1993



Checkliste zur Auswahl von Verhütungsmitteln

Kriterien	Entscheidungsfragen	Antworten/Bemerkungen/ Konsequenzen
Zuverlässigkeit	Wie wichtig ist mir die Sicherheit (Kind wäre vorstellbar/nicht vorstellbar)? Ab wann ist für mich eine Methode sicher/unsicher? Welche Erfahrungen/Vorerfahrungen habe ich (Kondom geplatzt, Schwangerschaft trotz Spirale usw.)?	
Beschaffungsmöglichkeit	Welche Verhütungsmittel kann ich mir besorgen? Wo hätte ich Schwierigkeiten bei der Beschaffung? Kann ich meine Eltern mit einbeziehen? Wen könnte ich sonst mit einbeziehen?	
Preis	Wie viel Geld habe ich zur Verfügung? Welche Möglichkeiten gibt es, die Kosten möglichst gering zu halten?	
Körpergefühl	Welche Methoden wären mir körperlich unangenehm (Geruch, Wärmegefühl usw.)? Wobei würde ich mich schämen und genießen? Was wäre mir lästig?	
Anwendung	Welche Methoden stelle ich mir in der Anwendung schwierig/leicht vor?	
Krankheitsanfälligkeit/ Krankheiten	Welche Methoden würden die mögliche Anfälligkeit für Scheidenentzündungen, Pilzkrankungen und andere Krankheiten bei mir erhöhen? Welche Methoden darf ich aufgrund bestimmter Krankheiten (z. B. Diabetes) nicht anwenden? Wie wichtig ist mir der Schutz vor sexuell übertragbaren Infektionen (z. B. Chlamydien, Tripper, HIV)?	

Kriterien	Entscheidungsfragen	Antworten/Bemerkungen/ Konsequenzen
Zyklus- Unregelmä- ßigkeiten	Wie regelmäßig verläuft mein Zyklus? Gibt es Hormonschwankungen?	
Gesundheits- schäden	Welche Methoden sind am wenigsten gesundheitschädlich? Was würde ich nicht in Kauf nehmen – was eventuell doch? Wie schwer würde es mir fallen, auf das Rauchen zu verzichten, wenn ich mich für die Pille entscheide?	
Kombinier- barkeit	Welche Methoden können gut mitei- nander kombiniert bzw. abwechselnd angewandt werden? Wie wichtig ist mir diese Möglichkeit?	
Einbeziehung beider Partner	Bei welchen Methoden können beide Partner einbezogen werden? Wie könnte das genau aussehen?	
Häufigkeit des Zusam- menseins	Wie oft bzw. selten schlafen wir mitein- ander?	
Eigenverant- wortung	Kann ich mich auf meinen Partner ver- lassen? Will ich selbst die Verantwortung für die Empfängnisverhütung in die Hand nehmen?	

Peinlich, peinlich ?

Rollenspiele zu Verhütungsmitteln und -methoden



Dauer:

Ca. 45 Minuten



Ablauf:

Es werden Kleingruppen gebildet (jeweils so viele Mitglieder wie Rollen in der Spielsituation). Jede Gruppe erhält eine Karte mit einer Rollenspielsituation. Die Situationen werden spontan vor der gesamten Gruppe durchgespielt. Nachdem alle Situationen dargestellt wurden, kann darüber diskutiert werden, was in den jeweiligen Situationen schwierig, unangenehm usw. war.

Bei Rollenspielen ist es grundsätzlich wichtig, die Teilnehmerinnen aus der Rolle zu „entlassen“, da gerade bei intensiven Spielen manche Teilnehmerinnen nicht allein in die Realität zurückfinden. Diese „Entlassung“ kann z. B. geschehen, indem man sagt: „Du bist jetzt wieder Nicole und nicht mehr die böse Mutter“, worauf die Teilnehmerin erwidert: „Ich bin Nicole.“ Man kann auch die „Schauspielerinnen“ verabschieden; diese verlassen dann den Raum und werden beim erneuten Betreten mit ihrem richtigen Namen begrüßt.

Rollenspielsituationen:

In der Schule

Einem Mädchen kippt die Schultasche um, alle Bücher, Hefte und eine Pillenpackung landen auf dem Fußboden. Die Lehrkraft und einige Mitschülerinnen und Mitschüler bemerken das.

Bei der Frauenärztin

Ein Paar geht gemeinsam zur Ärztin und möchte sich über Verhütungsmittel informieren (z. B. Pille, Kondom, Zäpfchen, Spirale).

In der Apotheke

Die Apothekerin bedient mehrere Kunden. Ein Junge verlangt Kondome, ein Mädchen Schaumzäpfchen.

Im Toilettenraum einer Disco

Ein Mädchen möchte eine Packung Kondome ziehen. Immer wieder kommt jemand herein. Da wäscht sie sich erst einmal die Hände. Dann ist sie endlich allein, hat aber kein Kleingeld. Die Kondome will sie unbedingt.

Zu Hause

Junge und Mädchen möchten das erste Mal miteinander schlafen. Das Mädchen hat Angst vor einer Schwangerschaft und vor einer HIV-Infektion. Sie will mit ihrem Freund darüber reden.

Das Mädchen nimmt die Pille. Sie lernt einen Jungen kennen. Er will beim Miteinanderschlafen ein Kondom benutzen, da er Angst vor einer HIV-Infektion hat. Dem Mädchen ist das unverständlich.

Einem Mädchen fällt beim Einnehmen eine Pille aus der Packung. Sie sucht und sucht. Die Mutter kommt herein.

Junge und Mädchen schmusen auf dem Sofa. Plötzlich kommen die Eltern unerwartet nach Hause. Beide sitzen aufrecht, als die Mutter/der Vater hereinkommt und das Päckchen mit Kondomen auf dem Tisch sieht.

Ein Paar möchte das erste Mal miteinander schlafen. Der Junge hat noch nie ein Kondom benutzt. Das Mädchen besteht darauf.

Im Eiscafé

Zwei Freundinnen unterhalten sich. Eine erklärt der anderen, wie sie die Pille bekommt und wie sie sie nehmen soll.

Im Jugendzentrum

Zwei Freundinnen unterhalten sich. Eine erklärt der anderen, wie sie mit Kondomen umgehen muss, wo sie welche bekommt usw.

Bei einem Spaziergang

Ein Mädchen weiß nicht, wie sie ihrem Freund erklären soll, dass ihre Periode seit zwei Wochen überfällig ist.

Im Café

Ein Mädchen versucht ihrem Freund beizubringen, dass sie schwanger ist.



Vorbereitung/Material:

Karten mit Rollenspielsituationen



Ziele:

- **Schwierige Situationen im Spiel darstellen**
- **Sprachliche Hemmungen überwinden**

nach BARMER Ersatzkasse 1995

Virenalarm

Aktionsspiel zum Einstieg in das Thema STIs und deren Verhütung



Dauer:

30–60 Minuten



Ablauf:

Die Veranstaltungsleiterin erläutert kurz die Begriffe (verschiedene „Viren“*, Schutzmöglichkeiten, Joker), die auf den Softbällen stehen, und klärt mögliche Fragen.

Der Raum wird durch ein Kreppbandkreuz in vier gleich große Rechtecke unterteilt. Es bilden sich vier Teams, die jeweils einem Rechteck zugeordnet werden (A, B, C, D). Die Veranstaltungsleiterin wirft die Softbälle alle auf einmal in den Raum und stellt dann unterschiedlich lange Musikstücke an. Die Teams beginnen, die „Viren“ mit Händen und Füßen aus ihrem Rechteck zu bekommen und die Schutzmöglichkeiten und die Joker dort hinzubringen. Die Bälle dürfen dabei nicht festgehalten oder am Körper versteckt werden, damit das Spiel im Fluss bleiben kann.

Durch das Ausstellen der Musik wird ein Spieldurchlauf beendet. Von diesem Moment an dürfen keine Bälle mehr bewegt werden. Nun werden die Punkte ermittelt: „Viren“ im eigenen Rechteck zählen einen Minuspunkt, Schutzmöglichkeiten einen Pluspunkt. Wer einen Joker in sein Feld bekommen konnte, kann damit zwei „Viren“ in Pluspunkte verwandeln. Das Team mit den meisten Punkten gewinnt diesen Durchlauf. Je nach zur Verfügung stehender Zeit können mehrere Durchläufe gespielt werden.



Vorbereitung/Material:

Ein großer tisch- und stuhlfreier Raum, CD-Player und CD mit verschiedenen langen Musikstücken, Kreppband, Softbälle in drei Farben in jeweils gleicher Anzahl, die mit folgenden Begriffen beschriftet oder beklebt werden:

- „Viren“-Bälle: Hepatitis, HIV, Feigwarzen, Herpes, HPV, Chlamydien, Gonorrhö (Tripper), Syphilis, Pilzinfektion, Trichomonaden-Infektion
- Schutzmöglichkeiten-Bälle: Kondom, Enthaltbarkeit, Schmusen, Petting, Safer Sex, Onanieren, Femidom, Impfung, Computersex
- Joker-Bälle: Hautarzt, Frauenärztin, Urologe, Beratungsstelle

* Der Einfachheit halber laufen die STIs, die durch andere Erreger als Viren verursacht werden (Bakterien: Chlamydien, Gonorrhö, Syphilis; Einzeller: Trichomonaden-Infektion; Pilze: Candidose), ebenfalls unter „Viren“.



Ziele:

- **Überblick über verschiedene sexuell übertragbare Infektionen erhalten**
- **Schutzmaßnahmen kennenlernen**



Variante:

Am Ende des Spiels kann eine Transferleistung stattfinden. Dazu wird jede STI kurz nach folgendem Schema behandelt:

- Was mache ich, damit ich dieses Virus/diese Infektion nicht bekomme?
- Wie erkennt man eine Infektion mit diesem Virus/Erreger?
- Was mache ich, wenn ich mich angesteckt habe?

Je nach Wissensstand der Teilnehmerinnen können sie auch in Broschüren oder Materialien über STIs nach Antworten suchen (siehe 9.2 und 9.3, S. 251 ff.).

nach Timmermanns/Tuider (Hg.) 2008

Risiko?!

Unterscheidung gefährlicher und ungefährlicher Situationen anhand von Comics



Dauer:

30–60 Minuten



Ablauf:

Die Teilnehmerinnen erhalten ein oder mehrere Piktogramm/e, die vermeintliche oder tatsächliche HIV-Übertragungswege darstellen. Je eine große rote, gelbe und grüne Karte mit den Aufschriften „Großes Ansteckungsrisiko“, „Geringes Ansteckungsrisiko“ und „Kein Ansteckungsrisiko“ werden in der Farbfolge einer Ampel auf den Boden gelegt oder an eine Pinnwand geheftet. Die Teilnehmerinnen sollen dann nacheinander ihre Piktogramme zeigen, die Situationen erklären und sie dann einer der Gefahrenstufen zuordnen. Bei der Beschreibung kann sich die Teilnehmerin von den anderen unterstützen lassen. Die Veranstaltungsleiterin sollte behutsam so lange nachfragen, bis die Situation exakt beschrieben ist.

Ist die Zuordnung einiger Piktogramme zu den Gefahrenstufen unter den Teilnehmerinnen strittig, wird neben das Piktogramm eine „Blitzkarte“ (kleine weiße Karte mit aufgezeichnetem schwarzem Blitz) gelegt/geheftet.

Wenn alle Piktogramme beschrieben und zugeordnet sind, erläutert die Veranstaltungsleiterin das jeweilige Ansteckungsrisiko und geht dabei besonders auf die gefährdenden Körperflüssigkeiten ein. Danach geht sie die Piktogramme mit den „Blitzkarten“ nacheinander durch und bespricht mit den Teilnehmerinnen, wie diese zuzuordnen sind.



Vorbereitung/Material:

Piktogramme mit je einer gezeichneten Situation (z. B. auf der Toilette; beim Zahnarzt; Petting; Vaginal-, Oral, Analverkehr bei heterosexuellen und homosexuellen Paaren; Anhalten; die Hand geben; im Schwimmbad; im Café; Erste Hilfe; Rasieren; Tätowieren; Sauna; Schwangerschaft; Mücke; Akupunktur; Blutsbrüderschaft; Spritzen von Drogen; Bluttransfusion usw.)*, eine rote Karte („Großes Ansteckungsrisiko“), eine gelbe Karte („Geringes Ansteckungsrisiko“) und eine grüne Karte („Kein Ansteckungsrisiko“), ca. 5 „Blitzkarten“ (kleine weiße Karte mit aufgezeichnetem schwarzem Blitz)

* Die Piktogramme kann man entweder selbst zeichnen, oder man verwendet Kopiervorlagen wie die „Nasen-Comics“ der BZgA, die man unter www.gib-aids-keine-chance.de → Aktionen → Projekt- und Aktionsideen → Methoden für die Gruppenarbeit als PDF-Dateien herunterladen kann.

ne weiße Karten mit Blitzsymbol), eventuell Pinnwand und Nadeln. Will man die Piktogramme und Karten mehrmals verwenden, kann man sie im Copy-Shop laminieren (mit Folie überziehen) lassen.



Ziel:

- **Unterscheiden lernen, in welchen Situationen man sich infizieren kann und welche ungefährlich sind**

Durch den Einsatz von humorvollen Piktogrammen entsteht eine lockere Atmosphäre, die zum Mitdenken und Mitmachen motiviert. Die Veranstaltungsleiterin erfährt darüber hinaus etwas über die Fähigkeit der Teilnehmerinnen, über Sexualität zu reden.



Variante:

Die Teilnehmerinnen werden in Kleingruppen eingeteilt und erhalten mehrere Piktogramme, über deren Inhalt und Einstufung sie sich untereinander einigen sollen. Die Ergebnisse tragen sie dann der Großgruppe vor (jede Teilnehmerin sollte mindestens ein Piktogramm vorstellen).

Bei Gruppen, die kaum Vorkenntnisse über Übertragungswege haben, kann es sinnvoll sein, diese vorher zu klären – z. B. anhand eines Übertragungsschemas:

Infektiöse Körperflüssigkeiten:

- Blut
- Samenflüssigkeit
- Scheidenflüssigkeit
- Flüssigkeitsfilm auf der Darmschleimhaut
- (Muttermilch)

Eintrittsstellen in den Körper:

- Schleimhäute (auch ohne Ejakulation)
- frische offene Wunden

Zur Veranschaulichung der Informationen kann man auch mit Folien für den Overheadprojektor oder Abbildungen für einen Beamer arbeiten.

nach BZgA 1998

Weiß ich ...?

Ausräumen von Unsicherheiten und Schließen von Wissenslücken im Bereich HIV/Aids



Dauer:

Ca. 1,5 Stunden



Ablauf:

Die Teilnehmerinnen werden in vier Gruppen aufgeteilt. Jede Gruppe zieht einen Arbeitsbogen zu einem der folgenden Wissensgebiete:

- Infektionswege (Wie kann man sich mit HIV anstecken, wie nicht?)
- Infektionszahlen (Wie verbreitet sind HIV und Aids in unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen?)
- Folgen (Welche Folgen kann eine HIV-Infektion haben?)
- Schutzmöglichkeiten (Wie kann man sich vor einer HIV-Infektion schützen?).

Jede Kleingruppe hat 20 Minuten Zeit, um das jeweilige Wissensgebiet zu bearbeiten. Die Teilnehmerinnen der Kleingruppen tragen dazu ihre Informationen, Vermutungen, Unsicherheiten und Fragen zusammen. Diese werden auf dem Arbeitsbogen in folgenden drei Rubriken sortiert:

1. Was wir sicher wissen
2. Worüber wir uns unsicher oder nicht einig sind
3. Wozu wir Fragen haben.

Die Teilnehmerinnen sollten darauf hingewiesen werden, dass es sich bei dieser Methode nicht um einen Wissenstest handelt, sondern dass es im Sinne der Methode ist, wenn möglichst viele Fragen und Unklarheiten zusammengetragen werden können.

Die Ergebnisse aus den Kleingruppen werden anschließend in der Großgruppe vorgestellt: Zunächst wird vorgelesen, was jede Gruppe sicher zu wissen glaubt, danach werden die Bereiche vorgestellt, in denen es Unsicherheiten oder Unklarheiten innerhalb der Gruppe gab, und schließlich geht es um die Fragen der Gruppenmitglieder zum jeweiligen Wissensgebiet. Die anderen Teilnehmerinnen können ihrerseits zum Wissensgebiet der Gruppe Fragen stellen, Zweifel an den gelieferten Informationen äußern oder selbst Informationen zu den gestellten Fragen liefern. Unsicherheiten und Zweifel, die nicht von den Teilnehmerinnen beseitigt werden können, und offen gebliebene Fragen werden schließlich von der Veranstaltungsleiterin ausgeräumt bzw. beantwortet.

Vorbereitung/Material:

Es werden vier Arbeitsbögen benötigt, auf denen jeweils eines der Wissensgebiete und die drei Rubriken genannt sind. Für die Bearbeitung der Arbeitsbögen benötigen die Teilnehmerinnen Stifte und ggf. Schreibunterlagen. Für die Kleingruppenarbeit sind mehrere Räume von Vorteil, aber nicht unbedingt erforderlich.

Ziele:

Ausräumen von Unsicherheiten und Schließen von Wissenslücken hinsichtlich

- **der relevanten Infektionswege**
- **der Epidemiologie der HIV-Infektion**
- **der relevanten Schutzmöglichkeiten**
- **der Folgen einer HIV-Infektion.**

Durch die oben beschriebene Bearbeitungsform wird sichergestellt, dass den Teilnehmerinnen keine ihnen bereits bekannten Informationen vermittelt werden, was zu Langeweile führen könnte. An der Darstellung der Ergebnisse kann die Veranstaltungsleiterin ablesen, zu welchen Bereichen die Teilnehmerinnen Fragen haben oder wo Unsicherheiten vorliegen. Sie kann dann gezielte Informationen geben, die den Teilnehmerinnen fehlen, oder Unsicherheiten und Irrtümer ausräumen, indem sie Wissensbestände bestätigt oder berichtigt.

Im Austausch untereinander und mit der Veranstaltungsleiterin können die Teilnehmerinnen erkennen, dass sie bereits viel über HIV und Aids wissen und dass sie etwaige Wissenslücken schließen können. Dies steigert das Vertrauen in die eigene Kompetenz. Wichtig dafür ist eine vertrauensvolle, von Leistungsdruck freie Atmosphäre.

nach Stamm 1996



Arbeitsbögen:

INFEKTIONSAHLEN

„Wie verbreitet sind HIV und Aids in unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen?“

Was wir sicher wissen

Worüber wir uns unsicher oder nicht einig sind

Wozu wir Fragen haben

INFEKTIONSWEGE

„Wie kann man sich mit HIV anstecken, wie nicht?“

Was wir sicher wissen

Worüber wir uns unsicher oder nicht einig sind

Wozu wir Fragen haben

SCHUTZMÖGLICHKEITEN

„Wie kann man sich vor einer HIV-Infektion schützen?“

Was wir sicher wissen

Worüber wir uns unsicher oder nicht einig sind

Wozu wir Fragen haben

FOLGEN

„Welche Folgen kann eine HIV-Infektion haben?“

Was wir sicher wissen

Worüber wir uns unsicher oder nicht einig sind

Wozu wir Fragen haben

Wissensquiz zu HIV/Aids

Überprüfung des Wissensstandes zu HIV und Aids



Dauer:

Ca. 45 Minuten



Ablauf:

Zu Beginn werden Kleingruppen mit je drei bis vier Teilnehmerinnen gebildet. Jede Gruppe erhält die erste Fragekarte und muss gemeinsam eine Antwort finden, die nach zwei bis drei Minuten genannt werden soll. Anschließend nennt die Leiterin die richtige Lösung und vergibt für jede richtige Lösung einen Punkt an die jeweilige Gruppe. Bei Unklarheiten oder verschiedenen Meinungen greift die Veranstaltungsleiterin klärend ein. Es folgt die zweite Fragekarte usw.

Wichtig: Es können eine oder mehrere Antworten richtig sein. Für erwachsene Teilnehmerinnen müssen die Fragen angepasst werden.



Vorbereitung/Material:

Fragekärtchen mit Fragen zum Thema HIV/Aids; als Hilfestellung sollten Schaubilder zu den Infektionswegen aufgehängt oder an die Wand projiziert werden, sodass die Teilnehmerinnen selbst überlegen können, ob ein Infektionsrisiko vorliegt oder nicht.



Ziele:

- **Erwerb von Wissen zu HIV/Aids**
- **Anregung der Diskussion in den Kleingruppen**



Fragen: Wissensquiz zu HIV/Aids

Was weißt du über HIV und Aids?

1. Welche der folgenden Behauptungen sind richtig?

- a) Man kann sich anstecken, wenn man von einer/einem HIV-Infizierten angehustet wird.
- b) Eine infizierte Mutter kann ihr Kind beim Stillen über die Muttermilch anstecken.
- c) Man kann sich anstecken, wenn man sich selbst befriedigt.
- d) HIV kann beim Vaginal- und Analverkehr auch dann übertragen werden, wenn nicht im Körper ejakuliert wird.

2. Welche Behauptung ist richtig?

- a) Aids ist eigentlich nur für Fixer und Schwule ein Risiko.
- b) Das Kondom ist ein sicherer Schutz vor einer HIV-Infektion.
- c) Die Wahrscheinlichkeit, dass man mit einem HIV-infizierten Menschen schläft, ist so gering, dass man in der Regel auf Kondome verzichten kann.

3. Was schützt sicher vor einer Ansteckung mit HIV?

- a) Sich nach dem Geschlechtsverkehr gut waschen.
- b) Ein Kondom richtig benutzen.
- c) Die Pille nehmen.

4. Welche der folgenden Behauptungen stimmt?

- a) Man kann die HIV-Infektion zwar behandeln, aber noch nicht heilen, das heißt, man kann die Viren nicht aus dem Körper entfernen.
- b) Raucher/innen infizieren sich leichter mit HIV als Nichtraucher/innen.
- c) Wenn man einem Aidskranken die Hand schüttelt und die anschließend nicht sofort wäscht, ist das gefährlich.
- d) Wer sparen will, kann ein Kondom auch auswaschen und dann mehrfach verwenden.

5. Was versteht man unter „Safer Sex“?

- a) Sexualverkehr unter Aufsicht einer Schwester vom Roten Kreuz.
- b) Abstinenz. Nicht beim Alkohol, sondern beim Sex.
- c) Nur noch onanieren.
- d) Sexualität nur mit einem treuen Partner.
- e) Verwendung von Kondomen beim Vaginal- und Analverkehr und keine Aufnahme vom Sperma beim Oralverkehr.

6. In welchen Situationen kann man sich anstecken?

- a) Beim Küssen.
- b) Beim Trinken aus dem gleichen Bierglas.
- c) Bei ungeschütztem Geschlechtsverkehr mit jemandem, die/der infiziert ist.
- d) Durch den Schweiß, der in einer Sauna auf das Holz tropft.

7. Was versteht man unter Aids?

- a) Eine oft tödlich verlaufende Allergie gegen Samen- und Scheidenflüssigkeit.
- b) Ein Syndrom = ein Bündel von schweren Krankheiten, die bei einer durch HIV ausgelösten schweren Immunschwäche auftreten können. Mit Medikamenten kann man das Auftreten von Aids heute meistens verhindern bzw. hinauszögern.
- c) Aids ist die Bezeichnung für ein Virus.

8. Was ist der Unterschied zwischen Aids und einer HIV-Infektion?

- a) Es gibt keinen Unterschied, außer dass Aids die amerikanische und HIV die von französischen Forschern/Forscherinnen verwendete Abkürzung ist.
- b) Aids bezeichnet das Stadium einer HIV-Infektion, bei dem bestimmte schwere Krankheiten auftreten. Aber auch schon vor dem Auftreten von Aids schädigt HIV das Immunsystem und die Organe, obwohl man oft lange Zeit nichts bemerkt – und jederzeit andere anstecken kann.
- c) Aids ist der Endpunkt einer HIV-Infektion, davon kann man sich nie mehr erholen.

9. Wie kann man erkennen, ob man sich mit dem Virus angesteckt hat?

- a) Man kauft das Teströhrchen mit dem Namen „KY-69“ in der Apotheke und führt den Test zu Hause durch.
- b) Man kann es selbst nicht erkennen. Man muss zum Arzt oder zum Gesundheitsamt und dort einen Bluttest machen lassen.
- c) Man prüft, ob man typische Krankheitssymptome hat. Wenn nicht, hat man sich auch nicht angesteckt.

10. Worauf muss man beim Kauf und bei der Anwendung eines Kondoms achten?

- a) Das Kondom sollte das Siegel mit dem blauen Umweltengel haben.
- b) Beim Überrollen sollte man oben ein kleines luftfreies Reservoir für das Sperma lassen.
- c) Beim Rausziehen des Penis aus der Scheide sollte man das Kondom am Ende festhalten, damit es nicht vorzeitig abrollt.
- d) Beim Kauf sollte man auf das Verfallsdatum achten.

Lösungen:

Die richtigen Antworten auf die einzelnen Fragen:

- Frage 1: b, d
- Frage 2: b
- Frage 3: b
- Frage 4: a
- Frage 5: e
- Frage 6: c
- Frage 7: b
- Frage 8: b
- Frage 9: b
- Frage 10: b, c, d

nach IPTS 1994

Wissensquiz zu STIs

Überprüfung des Wissensstandes zu sexuell übertragbaren Infektionen



Dauer:

Ca. 45 Minuten



Ablauf:

Zu Beginn werden Kleingruppen mit je drei bis vier Teilnehmerinnen gebildet. Jede Gruppe erhält die erste Fragekarte und muss gemeinsam eine Antwort finden, die nach zwei bis drei Minuten genannt werden soll. Anschließend nennt die Leiterin die richtige Lösung und vergibt für jede richtige Lösung einen Punkt an die jeweilige Gruppe. Bei Unklarheiten oder verschiedenen Meinungen greift die Veranstaltungsleiterin klärend ein. Es folgt die zweite Fragekarte usw.

Wichtig: Es können eine, mehrere oder alle Antworten richtig sein. Für erwachsene Teilnehmerinnen müssen die Fragen angepasst werden.



Vorbereitung/Material:

Fragekärtchen mit Fragen zum Thema STIs. Je nach Wissensstand der Teilnehmerinnen können sie als Hilfestellung in Broschüren über STIs nach Antworten suchen (siehe 9.2 und 9.3, S. 251 ff.).



Ziele:

- **Erwerb von Wissen zu STIs**
- **Anregung der Diskussion in den Kleingruppen**



Variante:

Das Wissensquiz zu STIs kann mit dem Wissensquiz zu HIV/Aids (S. 208) kombiniert werden.



Fragen: Wissensquiz zu STIs

Was weißt du über sexuell übertragbare Infektionen?

1. Welche der folgenden Behauptungen sind richtig?

- a) In Deutschland spielen sexuell übertragbare Infektionen heute kaum noch eine Rolle.
- b) Sexuell übertragbare Infektionen sind nur ein Problem für Prostituierte.
- c) Es gibt sexuell übertragbare Infektionen, die viel weiter verbreitet sind als HIV.

2. Welche der folgenden Behauptungen sind richtig?

- a) Es gibt viele sexuell übertragbare Infektionen, mit denen man sich viel leichter anstecken kann als mit HIV.
- b) Alle anderen sexuell übertragbaren Krankheiten außer HIV/Aids haben keine schlimmen Folgen für die Gesundheit.
- c) Manche STIs wie Herpes oder Syphilis können nicht nur beim ungeschützten Sex, sondern auch durch engen körperlichen Kontakt (z. B. beim Küssen) übertragen werden.

3. Welche Behauptung ist richtig?

- a) Manche STIs werden durch Bakterien verursacht.
- b) Manche STIs werden durch Viren verursacht.
- c) Manche STIs werden durch Pilze verursacht.

4. Welche Behauptung ist richtig?

- a) Gegen Hepatitis A und B und gegen HPV kann man sich impfen lassen.
- b) Gegen Hepatitis C kann man sich impfen lassen.
- c) Gegen HIV kann man sich impfen lassen.

5. Was schützt vor einer Ansteckung mit STIs?

- a) Nur mit Leuten Sex haben, die man gut kennt.
- b) Die Pille nehmen.
- c) Ein Kondom richtig benutzen, Kontakt mit entzündeten Stellen und Bläschen vermeiden und auf Hygiene achten – das senkt das Risiko erheblich (bietet aber keinen hundertprozentigen Schutz).

6. Welche der folgenden Behauptungen stimmt?

- a) Bei Mädchen spielen vor allem Chlamydien und HPV eine Rolle.
- b) Manche STIs können zur Unfruchtbarkeit führen, wenn sie nicht rechtzeitig behandelt werden.
- c) Viele STIs können bei der Geburt von der Mutter auf das Kind übertragen werden.

7. Was versteht man unter „Safer Sex“?

- a) Sexualverkehr unter Aufsicht einer Schwester vom Roten Kreuz.
- b) Enthaltensamkeit. Nicht beim Alkohol, sondern beim Sex.
- c) Sexualität nur mit einem treuen Partner.
- d) Verwendung von Kondomen beim Vaginal- und Analverkehr und keine Aufnahme vom Sperma beim Oralverkehr.

8. Wie kann man erkennen, ob man sich mit einer sexuell übertragbaren Infektion angesteckt hat?

- a) Bei manchen Erregern kommt es zu Ausfluss sowie Brennen und Jucken an der Scheide.
- b) Manche STIs führen zu Schmerzen beim Sex.
- c) Durch eine Untersuchung bei der Ärztin oder beim Arzt, weil man bei manchen sexuell übertragbaren Infektionen keine Symptome hat und nicht selbst merkt, dass man sich angesteckt hat.

9. Was ist der Pingpong-Effekt?

- a) Eine besondere Technik beim Tischtennis.
- b) Wenn man nach jeder Diät mehr zunimmt, als man vorher gewogen hat.
- c) Wenn die Ansteckung mit einer sexuell übertragbaren Infektion zwischen zwei Sexualpartnern hin und her „springt“.

10. Worauf muss man beim Kauf und bei der Anwendung eines Kondoms achten?

- a) Das Kondom sollte das Siegel mit dem blauen Umweltengel haben.
- b) Beim Überrollen sollte man oben ein kleines luftfreies Reservoir für das Sperma lassen.
- c) Beim Rausziehen des Penis aus der Scheide sollte man das Kondom am Ende festhalten, damit es nicht vorzeitig abrollt.
- d) Beim Kauf sollte man auf das Verfallsdatum achten.

Lösungen:

Die richtigen Antworten auf die einzelnen Fragen:

- Frage 1: c
- Frage 2: a, c
- Frage 3: a, b, c
- Frage 4: a
- Frage 5: c
- Frage 6: a, b, c
- Frage 7: d
- Frage 8: a, b, c
- Frage 9: c
- Frage 10: b, c, d



Variante: Märchen oder Wahrheit

Eine Tafel, Pinnwand o. Ä. wird in zwei Hälften eingeteilt. Über der linken Hälfte steht „Wahrheit“, über der rechten „Märchen“. Die einzelnen Fragen des Wissensquiz werden auf Kärtchen geschrieben und an die Kleingruppen verteilt. Die Teilnehmerinnen der Kleingruppen diskutieren die Fragen und hängen sie je nach Ergebnis auf die entsprechende Seite.

Ansteckungswege: Eine Wanderung durch den Körper

Spielerische Vermittlung von Wissen zu Übertragungswegen



Dauer:

60–90 Minuten



Ablauf:

Die Teilnehmerinnen werden zunächst aufgefordert, auf zwei Wand- bzw. Bodenzeitungen die lebensgroßen Umrisse eines Mädchens und eines Jungen zu malen. Anschließend sollen sie die primären und sekundären Geschlechtsmerkmale realistisch einzeichnen. Im gelenkten Rollenspiel „wandert“ die Veranstaltungsführerin durch den Körper (von Kopf bis Fuß) und fragt nach den spezifischen Ansteckungsrisiken und Infektionsmöglichkeiten. Das sollte sie nicht „trocken“ tun, sondern eher wie eine Animateurin, die auch einmal etwas „Verrücktes“ vorschlägt (etwa „Hier am Ende des Rückens sind doch besonders erogene Zonen! Wenn man nun hier ...?“).

Dabei kommen wirkliche und vermeintliche Ansteckungsmöglichkeiten gleichermaßen zur Sprache, Fehlinformationen können bei Bedarf richtiggestellt werden. Die Ansteckungsmöglichkeiten werden – je nach Gefährlichkeit – auf rote (großes Ansteckungsrisiko, z. B. ungeschützter Analverkehr, Nadeltausch) bzw. gelbe (geringes Ansteckungsrisiko, z. B. Oralverkehr, wenn der/die aufnehmende Partner/in im Mundraum Verletzungen hat) Karten aufgeschrieben und an den entsprechenden Körperpartien angebracht; grüne Karten bezeichnen Partien bzw. Verhaltensweisen ohne Ansteckungsrisiko. Am Ende der Übung haben die Teilnehmerinnen zwei „sprechende Körper“ bzw. „Körper-Risiko-Bilder“ selbst gestaltet, die ausgestellt werden können.



Variante:

Die Teilnehmerinnen erstellen eine Broschüre über Ansteckungswege und Infektionsgefahren für andere Mädchen, die nicht lesen können oder unsere Sprache nicht verstehen. Dabei weisen sie mit selbst erstellten Bildern, Symbolen, Zeitungsausschnitten oder Collagen sowohl auf Gefahren als auch auf unbedenkliches Verhalten hin.



Vorbereitung/Material:

Wandzeitungspapier, Zeichenpapier, Stifte, Klebstoff, Scheren, Zeitungen, Kärtchen (rot, gelb, grün)



Ziele:

- **Informationen über HIV-Infektionswege und Schutzmöglichkeiten vertiefen**
- **Kreativ-gestaltende Auseinandersetzung mit dem Wissen über die Ansteckungswege**

Voraussetzung ist, dass die Teilnehmerinnen über die wesentlichen HIV-Infektionswege informiert sind.

nach BARMER Ersatzkasse 1995

Vier-Ecken-Spiel zum HIV-Test

Auseinandersetzung mit Argumenten für und gegen den Test



Dauer:

Ca. 60 Minuten



Ablauf:

Auf große Karten werden vier Aussagen zum HIV-Test geschrieben. Diese werden von der Veranstaltungsleiterin vorgelesen und in die Ecken des Raums an die Wand geklebt. Die Teilnehmerinnen sollen zu der Ecke gehen, die ihrer persönlichen Meinung am nächsten kommt (auch dann, wenn keine der vorgegebenen Meinungen der eigenen genau entspricht).

Die Aussagen sollten kontrastierend sein, ein breites Spektrum abdecken und auf die Zielgruppe abgestimmt sein. Beispiele zur Auswahl von Aussagen:

Man sollte regelmäßig zum HIV-Test gehen,

- dann kann nichts passieren.
- dann fühle ich mich sicher, da man im Frühstadium eine Infektion noch erfolgreich bekämpfen kann.
- weil man dann verantwortungsbewusst sich selbst und den Partnern/Partnerinnen gegenüber handelt.

Man sollte nicht zum Test gehen:

- Der Test ist nicht sicher (falsch positive Ergebnisse).
- Wer weiß, was dabei herauskommt.
- Die Belastung durch ein positives Ergebnis ist zu groß.
- Man kann sowieso nichts mehr daran ändern, wenn man sich infiziert hat.
- „Was ich nicht weiß, macht mich nicht heiß!“

Man sollte immer dann zum HIV-Test gehen, wenn etwas „passiert“ ist,

- z.B. ungeschützter Geschlechtsverkehr, Kondom geplatzt, mit der Injektionsnadel eines Infizierten gestochen usw.

Wenn die Teilnehmerinnen sich auf die Ecken verteilt haben, sollen sie nacheinander erklären, warum sie sich für die jeweilige Aussage entschieden haben. Die anderen Teilnehmerinnen hören in dieser Phase nur zu und geben keine Kommentare ab. Anschließend setzen sich alle wieder auf ihre Plätze, und eine Pro-und-Kontra-Diskussion zu den einzelnen Positionen kann beginnen. Dabei können die Teilnehmerinnen auch ihre tatsächliche Meinung formulieren. Herausgearbeitet werden sollte:

1. Was kann der HIV-Antikörpertest leisten und was nicht? Warum?
2. Diagnostisches Fenster
3. Bedeutung der beiden Teststufen
4. Was ist schnell an einem Schnelltest (Diagnostisches Fenster bleibt!)?
5. In welchen Situationen sollte man einen Test machen lassen?
6. Bedeutung des Tests für den rechtzeitigen Beginn einer Therapie/Folgen einer zu spät erkannten Infektion
7. Wie handle ich für mich und andere verantwortlich?

Vorbereitung/Material:

Karten mit Aussagen zum HIV-Test

Ziele:

- **Meinungsbildung und Meinungs austausch zum HIV-Test**
- **Vermittlung von Wissen über den Test**

nach BZgA 1998

Varianten:

Das Vier-Ecken-Spiel ist sehr variabel und kann bei vielen Themen eingesetzt werden (z. B. Homosexualität, Verhütung, Werte und Normen).

Beispielfragen zu Homosexualität:

- „Schwule sind okay – solange sie nicht meinen Freund/meinen Sohn verführen.“
- „Homosexualität ist unnatürlich.“
- „Ich kann gut mit lesbischen Mädchen/Frauen umgehen, solange sie mich nicht anmachen.“
- „Ein bisschen bi schadet nie.“

Was schützt vor HIV/Aids?

Auseinandersetzung mit den Vor- und Nachteilen verschiedener Schutzmaßnahmen



Dauer:

Ca. 1,5 Stunden



Ablauf:

Auf dem Fußboden werden zwölf Blätter ausgelegt, auf denen je eine – effektive, mehr oder weniger sichere oder völlig unsichere – Maßnahme zum Schutz vor der sexuellen Übertragung des HI-Virus genannt wird, z. B. Kondome, „Aufpassen“, „Aids-Test“, nur noch Petting, Beschränkung auf Selbstbefriedigung, Vertrauen, Treue, Verzicht auf „One-Night-Stands“, Kontrolle, nur noch Oralverkehr, Partnerauswahl, Verzicht auf Sexualität. (Die Formulierung der Schutzmaßnahmen sollte so gehalten sein, dass sie den Teilnehmerinnen einen gewissen Interpretationsspielraum belässt.)

Die Teilnehmerinnen gehen nun, jede für sich, durch den Raum und betrachten nacheinander alle Blätter, bis die Veranstaltungsleiterin sie auffordert, sich zum Blatt mit derjenigen Strategie zu stellen, die sie für die absolut sicherste halten. Danach werden die Teilnehmerinnen gebeten, sich bei „ihrer“ Schutzmaßnahme hinzusetzen und der Reihe nach ihre Wahl zu begründen. Die Richtigkeit dieser Wahl darf von Teilnehmerinnen, die eine andere Maßnahme favorisiert haben, in Zweifel gezogen werden. Diese Teilnehmerinnen sollen dann ihrerseits die Wahl „ihrer“ Strategie begründen. Eventuelle Unsicherheiten und Irrtümer der Teilnehmerinnen bezüglich der Verlässlichkeit einzelner Schutzmaßnahmen sollte die Veranstaltungsleiterin an dieser Stelle ausräumen. Sind alle Entscheidungen ausreichend begründet und hinterfragt worden, können die Schutzmaßnahmen nach dem Restrisiko geordnet werden („völlig sicher“, „mehr oder minder sicher“, „völlig unsicher“).

Danach werden die Zettel erneut im Raum verteilt, die Teilnehmerinnen werden wieder gebeten, im Raum herumzugehen. Auf das Signal der Veranstaltungsleiterin sollen sich die Teilnehmerinnen diesmal derjenigen Schutzstrategie zuordnen, die sie selbst in Zukunft praktizieren wollen. Auch diese Entscheidungen sollen begründet und diskutiert werden. (Da nach zukünftigem, beabsichtigtem Verhalten gefragt wird, brauchen sich die Teilnehmerinnen ohne sexuelle Erfahrungen nicht zu „outen“. Auch für Teilnehmerinnen mit Erfahrung kann es leichter sein, nicht eindeutig zu ihrem tatsächlichen Schutzverhalten Stellung beziehen zu müssen.)

Anschließend werden die Teilnehmerinnen anhand der von ihnen gewählten Schutzmaßnahmen in Kleingruppen aufgeteilt. Diese Gruppen sollen nun

gemeinsam überlegen, welche Probleme bei der Umsetzung der von ihnen gewählten Strategie auftreten und sie von der Umsetzung dieser Strategie abhalten können. Diese Schwierigkeiten werden anschließend in der Gesamtgruppe zusammengetragen; die Teilnehmerinnen können dann versuchen, Lösungen für die einzelnen Probleme zu finden.

Vorbereitung/Material:

Benötigt werden 12 Blätter mit unterschiedlichen Maßnahmen zum Schutz vor der sexuellen Übertragung des HI-Virus und ein Raum mit einer ausreichend großen, freien Fußbodenfläche. Für die Kleingruppenarbeit sind mehrere Räume von Vorteil, aber nicht unbedingt erforderlich.

Will man die Blätter mit den Schutzmaßnahmen mehrfach verwenden, kann man sie in einem Copy-Shop laminieren (mit Folie überziehen) lassen.

Ziele:

- **Wissen über die Sicherheit verschiedener Schutzmaßnahmen erwerben**
- **Auseinandersetzung mit den Vor- und Nachteilen der eigenen Schutzstrategie**

Bei der Wahl der sichersten Schutzstrategie wird erfahrungsgemäß häufig Treue oder Vertrauen im Sinne einer monogamen Paarbeziehung genannt. Die Teilnehmerinnen können an dieser Stelle darauf hingewiesen werden, dass die Formel „Treue schützt“ nur unter bestimmten Voraussetzungen gilt.

Um ihre Präferenzen für ein bestimmtes Schutzverhalten zu begründen, müssen die Teilnehmerinnen auch über ihre Wünsche, Bedürfnisse, Normen und Wertsetzungen im Bereich der Sexualität nachdenken, was ihre Selbstwahrnehmung fördert. Dadurch, dass die Teilnehmerinnen ihre Entscheidung argumentativ begründen bzw. die Entscheidungen der anderen hinterfragen und sich mit ihnen auseinandersetzen, werden auch ihre Argumentationsfertigkeiten erweitert.

Stellung zum eigenen HIV-Schutzverhalten zu beziehen bedeutet implizit auch, Stellung zur Gestaltung der eigenen Sexualität zu beziehen (z. B. „Ich entscheide mich für das Kondom, weil ich einen One-Night-Stand nicht mit Sicherheit ausschließen kann.“).

Die Besprechung von Schwierigkeiten bei der Umsetzung von Schutzmaßnahmen kann den Teilnehmerinnen vermitteln, dass in der Sexualität nicht immer alles ohne Komplikationen abläuft. Einer Idealisierung von Sexualität als völlig reibungslos und störungsfrei und daher mit dem Kondomgebrauch inkompatibel kann dadurch entgegengewirkt werden.

nach Sielert/Keil (Hg.) 1993

Roll down the rubber

Handlungskompetenzen für die Kondomanwendung



Dauer:

Ca. 30 Minuten



Ablauf:

Die Teilnehmerinnen finden sich in Zweiergruppen zusammen. Jedes Paar erhält ein „Penismodell“ (Holzpenis, Dildo, Banane, Zucchini usw.) und zwei Kondome; notfalls kann man ein Kondom auch über Zeige- und Mittelfinger der Übungspartnerin abrollen. Die Veranstaltungsleiterin erläutert, worauf beim Kauf, bei der Lagerung und bei der Anwendung von Kondomen zu achten ist (siehe S. 223), und demonstriert an einem der Modelle Schritt für Schritt die korrekte Anwendung des Kondoms. Dann fordert sie die Teilnehmerinnen zum gemeinsamen Üben auf: Eine Teilnehmerin zieht das Kondom über das Modell, die andere gibt nötigenfalls Hilfestellung (indem sie z. B. das Modell festhält, damit die Partnerin beide Hände frei hat). Haben alle Teilnehmerinnen die Anwendung des Kondoms einmal ausprobiert, trifft sich die gesamte Gruppe zum Erfahrungsaustausch.

Folgende Fragen können dabei von der Veranstaltungsleiterin gestellt werden: Was war leicht? Was war schwer? Wie fühlt sich das Kondom an? Wie riecht es? Welches Verhalten der Partnerin war hilfreich?

Die Veranstaltungsleiterin weist auch auf Unterschiede zwischen der Übungssituation und der realen Anwendungssituation hin (Dunkelheit, Nervosität, Erektionsverlust oder vorzeitiger Samenerguss usw.).



Vorbereitung/Material:

Ein Penismodell pro Zweiergruppe und je ein Kondom pro Teilnehmerin, evtl. Kopien mit Hinweisen zu Kondomen



Ziele:

- *Vermittlung von Wissen über Bezugsquellen von Kondomen, verschiedene Sorten, Haltbarkeit, Lagerung, Anwendung und Entsorgung*
- *Erwerb praktischer Fertigkeiten im Umgang mit Kondomen*
- *Förderung des Vertrauens in die eigene Handlungskompetenz*

nach BZgA 1998



Varianten:

- Als vorgeschalteten Schritt kann man die Teilnehmerinnen bitten, zerschnittene Anleitungen zur Kondomanwendung in die richtige Reihenfolge zu bringen.
- Man kann den Teilnehmerinnen auch eine Anleitung mit Zeichnungen mitgeben.
- Die praktische Übung der Kondomanwendung kann man durch ein Wissensquiz („theoretische Prüfung“) zu Kondomen erweitern (mit Fragen zur Aufbewahrung, zu Materialien, Haltbarkeit usw.) und den Teilnehmerinnen nach „Bestehen“ beider Teile einen „Kondomführerschein“ aushändigen. Als drittes Element kann man auch einen Teil zur Warenkunde einfügen, in dem die Teilnehmerinnen eine Beratung für verschiedene Kondom-Interessentinnen und -Interessenten durchspielen, z. B. in einer Apotheke, einer Beratungsstelle oder einem Sexshop.

Wichtige Hinweise zu Kondomen:

- Kondome in geprüfter Qualität mit dem CE-Kennzeichen bzw. dem Aufdruck DIN EN ISO 4074:2002 verwenden (erhältlich z. B. in Supermärkten, Drogerien, Apotheken, Tankstellen, Kondomläden, Sexshops oder aus Automaten).
- Beim Kauf auf das Haltbarkeitsdatum und eine unbeschädigte Verpackung achten (indem man draufdrückt und guckt, ob Luft entweicht).
- Bei Fernreisen empfiehlt sich die Mitnahme eines Vorrats; in manchen Ländern entsprechen die dort erhältlichen Kondome nicht immer den EU-Qualitätsstandards.
- Kondome vor direkter Sonneneinstrahlung, Hitze und Kälte sowie vor Reibung, Druck und spitzen oder scharfen Gegenständen schützen (sie also z. B. möglichst nicht im Auto, im Portemonnaie oder in der Hosentasche aufbewahren).
- Die Verpackung nicht mit Messer, Schere oder anderen scharfkantigen Gegenständen öffnen. Vorsicht ist auch bei scharfen Fingernägeln oder scharfkantigem Schmuck geboten.
- Kondom erst überziehen, wenn der Penis steif ist. Die Vorhaut zurückziehen, das Gummi mit dem Ring nach außen auf die Eichel setzen und mit den Fingern das Kondom an der Spitze (etwa 1–2 cm) zusammendrücken, um die Luft zu entfernen und ein Reservoir fürs Sperma zu lassen; das Kondom mit der anderen Hand vollständig bis zum Ende abrollen.
- Keinesfalls zwei Kondome übereinander ziehen – sie scheuern gegeneinander und können so leicht reißen und abrutschen! Die Sicherheit wird also

geringer statt höher. Wer sich damit sicherer fühlt, kann extra reißfeste Kondome verwenden.

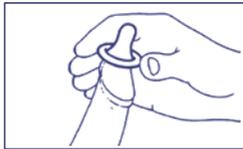
- Vor allem beim Analverkehr und bei trockener Scheide ausreichend fettfreies und für diesen Zweck bestimmtes Gleitmittel außen auf dem Kondom verwenden. Wird Gleitmittel direkt auf den Penis gegeben, bevor das Präservativ übergezogen wird, kann das Gummi leicht reißen (weil es dann beim Sex in Richtung Peniswurzel rutscht und oben „überdehnt“ wird) oder abrutschen. Auch fetthaltige Mittel wie z. B. Bodylotion, Massageöl oder Vaseline und bestimmte vaginalzäpfchen und Salben lassen das Kondom leichter reißen – gegebenenfalls die Packungsbeilage beachten!
- Vorsicht: Starke Haarstopplern nach Intimirasuren können dem Kondom schaden, ebenso Sandkörnchen (z. B. am Strand).
- Hin und wieder kurz mit der Hand überprüfen, ob das Kondom noch richtig sitzt.
- Penis und Kondom zusammen aus der Vagina oder dem Anus herausziehen, solange der Penis noch steif ist, damit das Gummi nicht abrutscht. Dabei das Kondom am Ring festhalten.
- Samenflüssigkeit nicht in den Mund, in andere Körperöffnungen oder auf Schleimhäute gelangen lassen.
- Kondome immer nur einmal verwenden!
- Bei einer Latexallergie kann man Kondome aus Polyurethan verwenden.
- Kondome nach Gebrauch in den Mülleimer werfen, nicht in die Toilette.

Bei einer „Kondompanne“ kann man zur Schwangerschaftsverhütung innerhalb von 72 Stunden die „Pille danach“ nehmen (Frauenärztin/Frauenarzt, ärztlicher Notdienst, Krankenhaus; siehe S. 192).

Anwendung des Kondoms

Die elf Abbildungen dieser Vorlage zeigen, was bei der Anwendung des Kondoms zu beachten ist.

Die einzelnen Schritte sind nicht richtig geordnet. Sieh dir die Abbildungen und Texte genau an. Nummeriere sie und klebe sie in der richtigen Reihenfolge auf.



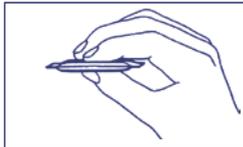
Das Kondom wird in zusammengerolltem Zustand auf die Eichel aufgesetzt. Die Rolle liegt außen.



Benutzte Kondome gehören in den Mülleimer.



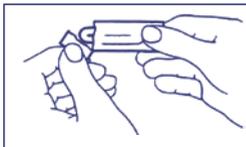
Das Glied muss versteift sein.



Durch Zusammendrücken der Folie wird die Unversehrtheit der Kondomverpackung überprüft; das Kondom wird griffbereit zurechtgelegt.



Das Reservoir wird mit Fingern der einen Hand zusammengedrückt, während mit der anderen Hand das Abrollen des Kondoms beginnt.



Die Verpackungsfolie wird vorsichtig eingerissen, das Kondom herausgeschoben.



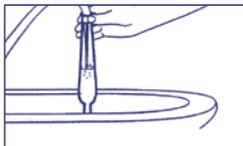
Nach dem Samenerguss wird das Kondom am Gliedansatz festgehalten und mit dem Glied zusammen aus der Scheide gezogen.



Das Kondom wird wo weit wie möglich zum Gliedansatz hin ausgerollt; dabei umfasst die andere Hand das Glied mit Kondom.



Die Vorhaut wird zurückgezogen.



Glaubt man, das Kondom während des Geschlechtsverkehrs beschädigt zu haben, kann man dies durch Füllen mit Wasser überprüfen.



Beim Geschlechtsverkehr wird darauf geachtet, dass sich der Sitz des Kondoms nicht verändert, z. B. Kontrolle mit der Hand.

Dialog zwischen Kopf und Bauch

Bewusstes Erleben des inneren Entscheidungsprozesses

Ablauf:

Zur Einführung kann die Veranstaltungsleiterin darauf hinweisen, dass im Leben viele Entscheidungen gefällt werden müssen, diese aber manchmal deshalb schwerfallen, weil wir mit uns selbst im Widerspruch stehen. Thema ist der innere Widerstreit zwischen den „Kopfargumenten“ (Vernunft, Moral – Langfristigkeit) und den „Bauchargumenten“ (Gefühl, Lust – Kurzfristigkeit).

Zu Beginn wird eine Liste von Problemen vorgestellt. Die Teilnehmerinnen lesen die Liste durch und stimmen darüber ab, welches der Probleme bearbeitet werden soll; sie können auch eigene Beispiele nennen. Nun werden zwei gleich große Gruppen gebildet. Das Los entscheidet darüber, welche Gruppe die „Kopfgruppe“ und welche die „Bauchgruppe“ wird. In den Gruppen werden „Bauch-“ bzw. „Kopfargumente“ gesammelt und auf großen Papierbogen notiert. Danach stellen sich beide Teilgruppen einander gegenüber auf. Die Veranstaltungsleiterin schreibt das zu bearbeitende Problem auf einen Zettel und legt diesen in die Mitte zwischen den beiden Gruppen auf den Boden. Nun werden abwechselnd Argumente ausgetauscht, wobei nach Möglichkeit auf das zuvor genannte Argument eingegangen werden sollte. Die Veranstaltungsleiterin sollte darauf achten, dass die Trennung in „Kopf-“ und „Bauchargumente“ auch wirklich eingehalten wird.

Abschließend kann die Veranstaltungsleiterin im Plenum deutlich machen, dass es bei einem inneren Dialog ähnlich wie bei dem Austausch zwischen der „Kopf-“ und „Bauchgruppe“ zugeht, dass jeder Mensch die Bewertung der Argumente aus den beiden Bereichen selbst vornehmen muss und dass es auch eine Entscheidung ist, etwas nicht zu tun.

Vorbereitung/Material:

Problemliste, große Papierbogen, Lose zur Aufteilung der Gruppen

Ziele:

- *Bewusstmachung des inneren Entscheidungsprozesses*
- *Lernen, bei Problemen erst einmal über verschiedene Lösungsmöglichkeiten nachzudenken und sie zu bewerten, bevor man handelt*
- *Erkennen, dass es oft schwierig ist, sich zwischen Kopf- und Bauchargumenten zu entscheiden*
- *Entwicklung von Ideen zur selbstständigen Problemlösung*

Problemliste:

- Will ich eine feste Partnerschaft eingehen?
- Schlafe ich mit jemandem, obwohl ich mich nicht binden will?
- Schlafe ich mit ihm/ihr, obwohl ich ihn/sie nicht liebe?
- Ihr möchtet miteinander schlafen, habt aber keine Verhütungsmittel. Macht ihr es trotzdem?
- Benutzt ihr beim ersten Mal ein Kondom?
- Es ist gerade so schön. Soll ich das Thema Verhütung ansprechen?
- Traue ich mich, das Thema HIV anzusprechen?
- Beichte ich einen Seitensprung?
- Soll ich Fragen zu meiner sexuellen Vorgeschichte wahrheitsgemäß beantworten?

nach IPTS 1994



Variante: Ich löse ein Problem

Die Teilnehmerinnen versuchen in einem zweiten Schritt, jede für sich ein Problem mit Hilfe eines Arbeitsblatts zu lösen (Dauer ca. 15 Minuten). Anschließend werden die Erfahrungen in der Gruppe vorgestellt. Die abschließende Diskussion kann sich an folgenden Fragen orientieren:

- Wie schwierig war es für dich, ein Problem zu finden und in Worte zu fassen?
- War es leichter, Kopf- oder Bauchargumente zu finden?
- Wie schwierig war es, Möglichkeiten zur Lösung zu finden?
- Wie hast du dich für eine der Möglichkeiten als „die beste“ entschieden?
- Wie schwer wird es dir fallen, die Lösung auszuprobieren? Was könnte dich davon abhalten? Wann würde es dir leichtfallen?

nach BStMUK/BStMUGV 2004



Arbeitsblatt: Ich löse ein Problem

*Schreibe ein Problem auf, das du persönlich lösen möchtest.
Versuche, mehrere Lösungsmöglichkeiten zu finden.
Entscheide dich dann für die deiner Ansicht nach beste Lösung.*

Die fünf Schritte:

1. Was ist dein Problem? (Was ist dein Ziel und was brauchst du zum Erreichen des Ziels? Was für Hindernisse gibt es dabei?)

.....
.....

2. Was kannst du tun? Wer könnte dir raten oder helfen?
(Bitte gib drei Möglichkeiten an!)

a)

b)

c)

3. Was sagt dein Kopf, was sagt dein Bauch zu den Möglichkeiten?

Möglichkeit a)

Kopf:

Bauch:

Möglichkeit b)

Kopf:

Bauch:

Möglichkeit c)

Kopf:

Bauch:

4. Welche Möglichkeit ist die beste?

.....

5. Wann wirst du diese Lösung ausprobieren? Was soll dabei passieren?

.....

.....

Drüber reden

In Rollenspielen wird eingeübt, über Kondome zu reden



Dauer:

Ca. 75 Minuten



Ablauf:

Die Veranstaltungsleiterin führt in einer Gesprächsrunde an die Übung „Drüber reden“ heran: Sie erzählt, wie schwer es ist, das Thema Verhütung und Kondome anzusprechen, und dass es deswegen nicht ausreicht, ein Kondom richtig anwenden zu können. Dabei kann sie auch eigene Erfahrungen einbringen.

Sie schlägt vor, das Darüber-Reden zu üben. Die Teilnehmerinnen sollen in einem Rollenspiel Schauspielerinnen darstellen, die für einen Hollywood-Film proben. Szenen, die von den Teilnehmerinnen als gelungen beurteilt werden, sollen dann aufgenommen werden (Digitalkamera, Video). Das Aufzeichnen motiviert die Teilnehmerinnen in der Regel sehr viel stärker als ein reines Rollenspiel. Außerdem entsteht auf diese Weise eine Distanz zum tatsächlichen Alltagsverhalten der Teilnehmerinnen, die ihnen das Ausprobieren und Spielen erleichtert.

Zu Beginn werden die Rollen vergeben, dann spielen die „Schauspielerinnen“ die Szene. Die anderen können Veränderungsvorschläge machen, indem sie selbst die Szene spielen; anschließend entscheiden alle gemeinsam, welche Szene aufgenommen werden soll. Nachdem sich die Teilnehmerinnen die Aufzeichnungen angesehen haben, sollten sie über die gespielten Situationen reden. Hierbei können auch Handlungsalternativen vorgestellt werden, die von den Teilnehmerinnen bisher nicht genannt wurden.

Bei Rollenspielen ist es grundsätzlich wichtig, die Teilnehmerinnen aus der Rolle zu „entlassen“, da gerade bei intensiven Spielen manche Teilnehmerinnen nicht allein in die Realität zurückfinden. Diese „Entlassung“ kann z. B. geschehen, indem man sagt: „Du bist jetzt wieder Nicole und nicht mehr die böse Mutter“, worauf die Teilnehmerin erwidert: „Ich bin Nicole.“ Man kann auch die „Schauspielerinnen“ verabschieden; diese verlassen dann den Raum und werden beim erneuten Betreten mit ihrem richtigen Namen begrüßt.



Vorbereitung/Material:

Vorbereitete Zettel mit den „Drehbüchern“ (Rollenspielanweisungen), Digital- oder Videokamera, Abspielgerät

Ziele:

- *Erleben, dass und wie man „drüber reden“ kann*
- *Erleben, dass und wie man Verantwortung für sich selbst übernehmen kann*
- *Ermunterung dazu, sich zu äußern*
- *Erwerb von Handlungskompetenz für die Realsituation*

nach Heiß 1997

Drehbücher „Drüber reden“

Drehbuch „Drüber reden“ Nummer 1:

Steven und Sarah (beide 15 Jahre) sind seit drei Monaten zusammen. Sarahs Eltern sind am Wochenende nicht da. Steven und Sarah wollen das erste Mal miteinander schlafen. Im Zimmer von Sarah:

Sarah hat Angst vor einer Schwangerschaft und vor einer HIV-Infektion. Sie will mit Steven darüber reden ...

Drehbuch „Drüber reden“ Nummer 2:

Lara (16) nimmt die Pille. Auf einer Strandparty lernt sie Bob (21) kennen. Sie verliebt sich unsterblich in ihn. Nach der Party am Strand fangen sie heftig an zu schmusen:

Bob will dann beim Sex ein Kondom benutzen, da er Angst vor Aids hat. Lara versteht das nicht.

Drehbuch „Drüber reden“ Nummer 3:

Eigentlich ist es total romantisch. Betty und Mike (14 und 16) sind verliebt und wollen das erste Mal miteinander schlafen.

Als sie ihm ein Kondom hinlegt mit den Worten „Komm, zieh das an!“, fängt er an, alle Nachteile des Kondoms aufzuzählen. Er hat keine Lust auf die Gummitüte!

Betty besteht darauf: „Entweder mit Kondom, oder es läuft nix.“

Ansichten über Homosexualität

Diskussion von Ansichten zu und Vorurteilen gegenüber Homosexualität anhand eines Fragebogens



Dauer:

Ca. 90 Minuten



Ablauf:

Die Teilnehmerinnen erhalten einen Fragebogen, den sie in Einzelarbeit beantworten sollen. Danach werden Kleingruppen gebildet, die folgende Aufgaben bearbeiten:

1. Diskutiert eure verschiedenen Antworten und einigt euch auf gemeinsame Aussagen.
2. Welche Fragen konntet ihr nicht klären?
3. Was würde eurer Meinung nach passieren, wenn sich jemand in eurem Bekanntenkreis als homosexuell outen würde?

Die Ergebnisse der Kleingruppenarbeit werden schriftlich festgehalten und anschließend in der Großgruppe vorgestellt und diskutiert.



Vorbereitung/Material:

Arbeitsbogen: Fragen zur Homosexualität



Ziele:

- **Abbau von Vorurteilen gegenüber Homosexuellen**
- **Auseinandersetzung mit Sexualitäts-, Partnerschafts- und Geschlechterrollenkonzepten**

nach IPTS 1994

**Variante:**

Zusätzliche Fragen, die in den Kleingruppen und/oder der Großgruppe diskutiert werden können:

- Welche Beschreibungen treffen auf schwule Männer und lesbische Frauen tatsächlich zu und welche nicht?
- Was sind Vorurteile? Wie kommen sie zustande? Was bedeuten sie für die Menschen, die so be- bzw. verurteilt werden?
- Was bedeutet es in Bezug auf Aids, schwul oder lesbisch zu sein (z. B. bezüglich Schuldzuweisungen)?
- Ist es ein Unterschied für dich, ob von Homosexuellen oder von Schwulen und Lesben gesprochen wird?
- Wie leicht oder schwer fällt es dir, andere sexuelle Lebensweisen zu akzeptieren?
- Kennst du Schwule oder Lesben? Welche Erfahrungen hast du gemacht?
- Kennst du jemanden, der bisexuell ist? Wie stehst du zur Bisexualität?
- Kannst du dir vorstellen, mit einem lesbischen Mädchen/einer lesbischen Frau befreundet zu sein oder sie als Mitschülerin/Kollegin zu haben?
- Kannst du dir vorstellen, mit einem schwulen Jungen/einem schwulen Mann befreundet zu sein oder ihn als Mitschüler/Kollegen zu haben?
- Wie wäre es für dich, wenn ein lesbisches Mädchen/eine lesbische Frau mit dir flirten würde?

nach BZgA 1998

 **Ansichten über Homosexualität**

1. Homosexuelle sind

.....
.....
.....
.....

2. Sie machen

.....
.....
.....
.....

3. Man erkennt sie an

.....
.....
.....
.....

4. Sie sind homosexuell geworden, weil

.....
.....
.....
.....

5. Und woher weißt du das alles?

.....
.....
.....
.....
.....

Fragestunde

Auseinandersetzung mit dem Thema Bi-/Homosexualität und Abbau von Vorurteilen durch Diskussion mit Bi-/Homosexuellen



Dauer:

Ca. 1,5–2 Stunden



Ablauf:

Für eine Fragestunde unter dem Motto „Was ich schon immer über Homo-/Bisexualität wissen wollte...“ werden auskunftswillige Lesben, Schwule und Bisexuelle eingeladen.

Zu Beginn der Fragestunde findet eine Vorstellungsrunde statt, bei der die Teilnehmerinnen, die Gäste und die Veranstaltungsleiterin neben persönlichen Daten (Name, Alter, Beruf, sexuelle Orientierung usw.) auch ihre Erwartungen an diese Veranstaltung, ihre Befürchtungen und ihre Interessen äußern können.

Für den Verlauf der Fragestunde stellt die Veranstaltungsleiterin die Regel auf, dass alle Fragen gestellt werden dürfen, aber nicht unbedingt alle Fragen beantwortet werden müssen. Dies schließt auch mit ein, dass die Gäste Fragen an die Teilnehmerinnen und die Veranstaltungsleiterin richten dürfen. Beispiele für solche Fragen könnten sein: „Wann hast du gemerkt, dass du heterosexuell bist?“, „Wie haben deine Eltern/Freunde reagiert?“, „Wie schützt du dich vor HIV?“, „Wie sieht dein Traummann/deine Traumfrau aus?“ usw.

Diskussionen zwischen den Gästen und den Teilnehmerinnen sollten von der Veranstaltungsleiterin nicht unterbrochen, sondern nur moderiert werden.

Die Fragerunde wird beendet, wenn keine Fragen mehr gestellt werden oder wenn die vorgesehene Zeit abgelaufen ist. Die Veranstaltungsleiterin dankt den Gästen für ihre Auskunftsbereitschaft und bietet ihnen die Möglichkeit, ihrerseits ein Schlusswort zu sprechen.

Vorbereitung:

Für die Fragestunde müssen auskunftswillige Schwule, Lesben und Bisexuelle gefunden werden. Hier bieten sich Kontakte zu den Schwulen- und Lesbenzentren in der Stadt bzw. Region an. In vielen Schwulen- und Lesbenzentren gibt es Aufklärungsprojekte mit auskunftswilligen Schwulen und Lesben, die in Schulen und Jugendgruppen gehen.

Der Verlauf der Veranstaltung sollte vorher mit den Gästen durchgesprochen werden. Insbesondere sollten sie darauf hingewiesen werden, dass die Mädchen/Frauen zwar alle Fragen stellen dürfen, dass aber nicht alle Fragen be-

antwortet werden müssen. Die Gäste sollten ermuntert werden, ihrerseits den Teilnehmerinnen Fragen zu stellen.

Gerade für die oft stockende Anfangsphase hat es sich als günstig erwiesen, wenn die Teilnehmerinnen schon vor dieser Fragestunde Themen sammeln, zu welchen sie den Gästen Fragen stellen wollen (z. B. Sexualität; sexuelle Praktiken; Coming-out; Reaktionen der Eltern, Verwandten, Freunde; Rollenverteilung in der Beziehung; Traummann/Traumfrau; Treue in der Beziehung; HIV-Schutzverhalten; Erfahrungen mit dem anderen Geschlecht; Kinderwunsch usw.).

Für die Veranstaltung empfiehlt sich eine kreisförmige Sitzordnung. Wenn mehrere Gäste eingeladen wurden, sollten sie möglichst nicht alle nebeneinander sitzen, um eine Frontenbildung zu verhindern.



Ziele:

- **Wissenserweiterung (Fragen klären und Unsicherheiten gegenüber Schwulen, Lesben und Bisexuellen abbauen)**
- **Abbau von Stereotypen und Vorurteilen**
- **Auseinandersetzung mit Normen, Werten und Konzepten (z. B. bezüglich Beziehungen, Sexualität usw.)**

nach Stamm 1996

Die Gerüchteküche

Rollenspiele zum Umgang mit Betroffenen



Dauer:

1–1,5 Stunden



Ablauf:

Anhand von strukturierten Situationen in Form von Rollenspielen sollen unterschiedlichste Positionen gegenüber HIV-Infizierten deutlich werden.

Rollenspiele:

Lehrerkollegium: Bei einer Kollegiumszusammenkunft wird erklärt, dass sich eine Schülerin bzw. ein Schüler infiziert hat. Es wird darüber diskutiert, wie man sich gegenüber dem oder der Jugendlichen und gegenüber den Eltern verhalten soll.

Jugendgruppe: In einer Jugendgruppe geht das Gerücht, dass der Vater einer Jugendlichen HIV-infiziert ist. Eine Gruppe von Freundinnen spricht im Beisein dieser Jugendlichen über das Problem.

Ferienlager: Bei einem Vorbereitungstreffen für ein Ferienlager wird bekannt, dass eine/r der Jugendlichen HIV-infiziert ist. Folgende Rollen werden ausgelost: etwa drei Gruppenleiter/innen, die dafür eintreten, diese/n Jugendliche/n trotzdem mitzunehmen; einige Jugendliche, die nicht mitfahren wollen, wenn der/die Infizierte mitfährt; einige Jugendliche, die sich mit dem/der HIV-Infizierten solidarisch erklären; Eltern, die ihre Kinder wieder abmelden wollen; ein/e Vertreter/in des Trägers der Maßnahme.

Nach den Rollenspielen kann im Plenum über die einzelnen Aussagen und Meinungen diskutiert werden.



Vorbereitung/Material:

Rollenspielanweisungen



Ziele:

- **Auseinandersetzungen über das Thema HIV/Aids im Team erleben und bearbeiten**
- **Vorurteile aufdecken und abbauen**

nach Sielert/Keil (Hg.) 1993

Leben mit HIV

Auseinandersetzung mit dem Leben von Menschen mit HIV/Aids



Dauer:

30 Minuten oder länger



Ablauf:

Aus der Perspektive eines HIV-infizierten Menschen, dargestellt durch eine (Papp-)Figur in der Mitte des Kreises, wird eine Lebensgeschichte erzählt, die auf verschiedene Lebenssituationen/-bereiche eingeht. Aufgabe der TeilnehmerInnen ist es, eine solche Lebensgeschichte gemeinsam zu entwickeln und dabei mögliche Konflikte, Schwierigkeiten oder Gefühle zu benennen, mit denen Menschen mit HIV in diesen Situationen/Bereichen konfrontiert sein können. Die Veranstaltungsleiterin kann Hilfestellung geben, indem sie spezifische Fragen stellt oder einzelne Aspekte ergänzt bzw. vertieft.

Folgende Situationen/Bereiche können thematisiert werden:

1. HIV-positiv
2. Soziale Kontakte/Freunde
3. Liebe, Partnerschaft, Sexualität
4. Beruf
5. Wissenschaft

Die Veranstaltungsleiterin stellt zunächst die „Person“ vor (Name, Alter, Beruf, Wohnort; seit wann weiß sie, dass sie HIV-positiv ist?; mit wem lebt sie zusammen? usw.). Alternativ kann die Gruppe auch die Lebensgeschichte von Anfang an gemeinsam erfinden. Die TeilnehmerInnen müssen sich dann darauf einigen, ob es um eine Frau oder einen Mann geht, wie sie/er heißt, wie alt sie/er ist, welchen Beruf sie/er hat usw. Im Anschluss können Satzanfänge vorgestellt werden, welche die TeilnehmerInnen vervollständigen sollen:

1. Szene: HIV-positiv

(Name) hat einen HIV-Test gemacht, weil ...

Als man ihr/ihm das Ergebnis mitteilte, war sie/er ...

2. Szene: Soziale Kontakte/Freunde

(Name) hat sich lange überlegt, ob sie/er überhaupt mit jemandem über die Ansteckung sprechen kann. Schließlich hat sie/er es ... gesagt.

Als sie/er von der HIV-Infektion hörten, ...

Die Veranstaltungsleiterin kann zur Unterstützung auch Zusatzfragen stellen, z. B.:

- Welche Probleme, Schwierigkeiten können auftreten?
- Welche Unterstützung könnte sie/er sich von ihren/seinen Freunden wünschen?

3. Szene: Liebe, Partnerschaft, Sexualität

Als (Name) das positive Testergebnis bekam, konnte sie/er zunächst überhaupt nicht an Sex oder eine Liebesbeziehung denken. Die Angst, andere Menschen anzustecken, war zu groß. Aber dann traf sie/er (Name) und verliebte sich. Sie/er musste sich entscheiden, ob sie/er von ihrer/seiner Infektion erzählen sollte oder nicht. Sie/er hat ...

Ihr/e bzw. sein/e Freund/in war ...

4. Szene: Beruf

Muss (Name) seinem Chef/seiner Chefin von der HIV-Infektion erzählen?

Was passiert, wenn sie/er krank wird?

Gibt es Berufe, die sie/er nicht mehr ausüben darf?

Muss sie/er in ihrem/seinem Beruf auf bestimmte Dinge besonders achten?

5. Szene: Wissenschaft

Welche Medikamente gibt es heute?

Was bedeutet eine erfolgreiche Behandlung für das Übertragungsrisiko?

Diese Szenenbeispiele können nach Belieben als Hilfestellung eingesetzt werden. Die Gruppe kann aber auch die Lebensbereiche selbst entwickeln und nur durch einzelne Leitfragen seitens der Veranstaltungsleiterin unterstützt werden.



Vorbereitung/Material:

Figur (z. B. aus Pappe), die auf der einen Seite eine Frau und auf der anderen Seite einen Mann darstellt (die Figur sollte nur angedeutet sein – z. B. als Schattenriss –, damit sie für möglichst viele verschiedene Menschen stehen kann), Karten mit den Titeln der einzelnen Szenen, die nacheinander um die Figur gelegt werden.

Will man die Figur und die Karten mehrmals verwenden, kann man sie im Kopierladen laminieren (mit Folie überziehen) lassen.



Ziele:

- **Auseinandersetzung mit verschiedenen Lebenssituationen von Menschen mit HIV**
- **Entwicklung eines Bewusstseins für mögliche Probleme und Schwierigkeiten einer/eines Infizierten**
- **Identifikation mit einer/einem Infizierten**
- **Ausräumen von Informationsdefiziten hinsichtlich HIV und Aids**
- **Abbau von Vorurteilen und Unsicherheiten im Umgang mit Infizierten**
- **Förderung der Solidarität mit Infizierten**



Varianten:

Nachdem Geschlecht, Name, Beruf, Alter und Lebenssituation der Hauptperson festgelegt worden sind, teilt sich die Gruppe in Kleingruppen auf, die jeweils einen Lebensbereich ausgestalten. Das Ergebnis kann den anderen Teilnehmerinnen erzählt oder als Rollenspiel vorgetragen werden.

Man kann Mädchen und Frauen das Leben mit HIV auch näherbringen, indem man HIV-positive Mädchen oder Frauen (eventuell auch Männer) in die Gruppe einlädt. Kontakte können über die Aidshilfen und andere Aidsberatungsstellen hergestellt werden.

nach BZgA 1998

Blitzlicht

Bewertung der Veranstaltung



Dauer:

Variabel



Ablauf:

Die Teilnehmerinnen und die Veranstaltungsleiterin sagen in ein oder zwei Sätzen (möglichst als Ich-Aussage), wie ihnen die Veranstaltung gefallen hat; dabei sollte möglichst nicht auf Vorrednerinnen Bezug genommen werden. Die Äußerungen werden nicht kritisiert oder kommentiert, Fragen werden nicht gestellt.

Die Teilnehmerinnen können auch auf eine bestimmte Frage antworten, z. B.

- Was war für mich neu/interessant/überraschend/wichtig?
- Was hat mir gut gefallen, was hat mir nicht gefallen?
- Was nehme ich mit nach Hause? Was will ich demnächst umsetzen?
- Wie ging es mir in der Gruppe? Was möchte ich der Gruppe sagen?
- Wie ging es mir mit der Veranstaltungsleiterin/Moderatorin?
- Wie bin ich mit den Arbeitsmethoden zurechtgekommen?
- War die Veranstaltung so, wie ich es erwartet hatte?
- Wo besteht weiterer Informations- oder Klärungsbedarf?
- Besteht der Wunsch nach weiteren Veranstaltungen?

Man sollte sich aus Zeitgründen auf ein bis drei Fragen beschränken.



Ziele:

- *Reflexion der Ergebnisse der Veranstaltung*
- *Rückmeldung geben*
- *Feedback für die Veranstaltungsleiterin (Beitrag zur Evaluation)*



Variante:

Das „Blitzlicht“ kann auch zu Beginn einer Veranstaltung oder während einer Veranstaltung eingesetzt werden. Es vermittelt ein Stimmungsbild der Gruppe und kann einzelne Prozesse abschließen bzw. auf einen anderen Veranstaltungsteil einstimmen.

Rückmeldung nach Cohn

Bewertung nach den Prinzipien der Themenzentrierten Interaktion nach Ruth Cohn (1984) mit Blickrichtung auf die eigene Person (Ich), die Gruppeninteraktion (Wir), das Thema oder die Aufgabe (Es) und das Umfeld, in dem das Angebot stattfand (Globe)



Dauer:

Je nach Anzahl der Teilnehmerinnen



Ablauf:

Man kann die vier Blickrichtungen auf einem Flipchart/einer Tafel vorgeben oder auch vier Stühle, die mit „Ich“, „Gruppe“, „Thema“ und „Umfeld“ beschriftet sind, in den Raum stellen. Die Teilnehmerinnen setzen sich dann nacheinander auf die Stühle mit den Themen, zu denen sie etwas sagen möchten.



Vorbereitung/Material:

Flipchart, Stühle mit Beschriftung



Ziele:

- *Resümee der Veranstaltung aus verschiedenen Perspektiven*

Abschlussbewertung

Bewertung verschiedener Aspekte einer Veranstaltung durch die Teilnehmerinnen



Dauer:

20–30 Minuten



Ablauf:

Auf einem Flipchart oder einer Tafel sind eine oder mehrere Zufriedenheitsskalen bzw. Bewertungstabellen angebracht. Alle Teilnehmerinnen erhalten Klebpunkte, mit denen sie darauf den Grad ihrer Zufriedenheit markieren sollen.

Mögliche Fragen:

- Wie hat mir die Veranstaltung gefallen („sehr gut“ bis „sehr schlecht“)?
- Wie wurden die Informationen zum Thema HIV/Aids bzw. STIs vermittelt?
- Wie war die Arbeit zum Thema Sexualität/Geschlechterrollen/Verhütung/Werte usw. für mich?
- Habe ich neue Erkenntnisse gewonnen?
- Wie beurteile ich die Arbeit der Veranstaltungsleiterin?
- Wie habe ich mich in der Gruppe gefühlt?

Die Veranstaltungsleiterin sollte anschließend die Ergebnisse kurz zusammenfassen.



Vorbereitung/Material:

Pinwand oder Flipchart mit vorbereiteten Fragen, Klebpunkte



Ziele:

- *Resümee zu verschiedenen Aspekten der Veranstaltung*
- *Beitrag zur Evaluation der Veranstaltung*



Varianten:

Um zu vermeiden, dass die Teilnehmerinnen zu positive („sozial erwünschte“) Antworten geben, kann die Veranstaltungsleiterin den Raum vorübergehend verlassen, während die Teilnehmerinnen ihre Punkte aufkleben.

Bei einer Gesamtrückmeldung kann man auch eine „Zielscheibe“ verwenden, auf die die Punkte aufgeklebt werden. Der innerste Kreis bedeutet hohe Zufriedenheit, der äußerste Kreis geringe Zufriedenheit. Man kann diese Zielscheibe zusätzlich auch in Felder zu bestimmten Themenbereichen einteilen

(Wissensvermittlung, Gruppenatmosphäre, Veranstaltungsleitung, Räumlichkeiten usw.).

Anstelle von Bewertungsskalen oder Tabellen kann man Smilies einsetzen (ein lachendes, ein neutrales, ein trauriges/verärgertes Gesicht: 😊 😐 😞). Die Veranstaltungsleiterin bittet die Teilnehmerinnen, die Veranstaltungsabschnitte mit Klebepunkten zu bewerten, die sie den drei (auf einer Tafel/einem Flipchart befestigten) Smilies zuordnen.

Die Teilnehmerinnen können auch gebeten werden, am Ende der Veranstaltung einen Fragebogen auszufüllen. Dabei sollte man beachten, dass die Teilnehmerinnen selbst nur ein begrenztes Interesse an der Auswertung haben; der Fragebogen sollte daher nicht zu lang und nicht zu kompliziert sein. Die Antwortmöglichkeiten können vorgegeben sein (z. B. durch Felder zum Ankreuzen) oder offen gelassen werden; vorgegebene Antworten sind leichter auszuwerten. Meist werden vorgegebene und offene Antworten miteinander kombiniert.

Beispiel für Zufriedenheitsskala:

Wie hat mir die Veranstaltung gefallen?

sehr gut			sehr schlecht
----------	--	--	---------------

Beispiel für Bewertungstabelle:

Thema	Bewertung				
	++	+	0	-	--
Wie wurden die Informationen zum Thema HIV/Aids vermittelt?					
Wie zufrieden bin ich mit der Auseinandersetzung mit dem Thema Sexualität?					
Wie habe ich mich in der Gruppe gefühlt?					

Beispiel für offene Fragen für einen Fragebogen:

1. Ich nehme aus der Veranstaltung mit (fachlich, persönlich) ...
2. Besonders gut gefallen hat mir ...
3. Ich habe Änderungsvorschläge und/oder Ideen (z. B. „Gefehlt hat mir ...“) ...

u. a. nach BZgA 1998



9. Literatur, Medien, Adressen

9.1 Zitierte Literatur

Ackermann 1998

Ackermann, L.: Hintergründe der Migration von Frauen. In: Handbuch Migration für AIDS-Hilfen, AIDS-Fachkräfte und andere im AIDS-Bereich Tätige. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e.V. 1998, 59–65

Averill/Boothroyd 1977

Averill, J.A./Boothroyd, P.: On falling in love in conformance with the romantic ideal. In: Motivation & Emotion, 1, 235 ff.

BARMER Ersatzkasse 1995

BARMER Ersatzkasse: AIDS-Prävention und Sexualaufklärung. Arbeitsmaterialien zur Gesundheitsförderung in der Schule. Wuppertal: BARMER Ersatzkasse 1995

BELLA DONNA 2004

Landesfachstelle Frauen & Sucht NRW/ BELLA DONNA: Anforderungen an eine geschlechtsbezogene stationäre medizinische Rehabilitation mit drogenabhängigen Frauen. Empfehlungen für die Praxis in Nordrhein-Westfalen. Essen: BELLA DONNA 2004 (im Internet unter http://www.belladonna-essen.de/fachstel/documents/Reha-Empfehlungen_Internet_000.pdf)

Bengel (Hg.) 1996

Bengel, J. (Hg.): Risikoverhalten und Schutz vor AIDS. Wahrnehmung und Abwehr des HIV-Risikos: Situationen, Partnerinteraktionen, Schutzverhalten. Berlin: edition sigma 1996

Bengel/Herdt/Bührlen-Armstrong 1999

Bengel, J./Herdt, J./Bührlen-Armstrong, B.: Multiplikatorenkonzepte in der AIDS-Prävention. Teil 1: Forschungsstand. Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften, 1/99

BStMUK/BStMUGV 2004

Bayrische Staatsministerien für Unterricht und Kultus und für Umwelt sowie für Gesundheit und Verbraucherschutz (Hg.): LIZA – Liebe in Zeiten von Aids. Unterrichtsprogramm für die siebten bis neunten Jahrgangsstufen. München: (Eigenverlag) 2004

Bültmann 1996

Bültmann, G.: Sexualpädagogische Mädchenarbeit. Eine Expertise im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (= Forschung und Praxis der Sexualaufklärung und Familienplanung, Band 5). Köln: BZgA 1996

Busch u. a. 2007

Busch, M./Haas, S./Weigl, M./Wirl, C./Horvath, I./Stürzlinger, H.: Langzeitsubstitutionsbehandlung Opioidabhängiger (Schriftenreihe Health Technology Assessment [HTA], Band 53). Köln: Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) 2007 (im Internet unter http://portal.dimdi.de/de/hta/hta_berichte/hta146_bericht_de.pdf)

BZgA 1995

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung: Sexualität und Kontrazeption aus der Sicht der Jugendlichen und ihrer Eltern – erste Zwischenergebnisse. Köln: BZgA 1995

BZgA 1997

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung: Rahmenkonzept „Sexualaufklärung für Jugendliche“. Köln: BZgA 1997 (im Internet unter <http://www.sexualaufklaerung.de/cgi-sub/fetch.php?id=500>)

BZgA 1998

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung: Veranstaltungen von Mensch zu Mensch am Beispiel AIDS. Plänen – durchführen – auswerten. Köln: BZgA 1998

BZgA 2006a

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung: Präventionsmappe „Sexuell übertragbare Krankheiten“. Köln: BZgA 2006 (im Internet unter <http://www.gib-aids-keine-chance.de/materialien/fremdsprachig/praeventionsmappe.php>)

BZgA 2006b

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung: Jugendsexualität. Repräsentative Wiederholungsbefragung von 14- bis 17-Jährigen und ihren Eltern. Ergebnisse der Repräsentativbefragung aus 2005. Köln: BZgA 2006 (im Internet unter <http://www.sexualaufklaerung.de/cgi-sub/fetch.php?id=473>)

BZgA 2009

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.): Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch bei minderjährigen Frauen. Eine Studie im Auftrag des Bundesverbandes der pro familia, gefördert durch die BZgA. Köln: BZgA 2009

Christiansen/Linde/Wendel 1991

Christiansen, A./Linde, K./Wendel, H.: Mädchen los! Mädchen macht! 100 und 1 Idee zur Mädchenarbeit. Münster: Votum 1991

Cohn 1984

Cohn, R.: Das Modell der themenzentrierten Interaktion. In: Farau, A./Cohn, R.: Gelebte Geschichte der Psychotherapie. 2 Perspektiven. Stuttgart: Klett 1984

Czajka 2005

Czajka, M.: Alles wird besser? Das neue Prostitutionsgesetz. In: Wright, M. T. (Hg.): Prostitution, Prävention und Gesundheitsförderung. Teil 2: Frauen (AIDS-FORUM DAH, Bd. 45–2). Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e.V. 2005, S. 51–65

Dannecker 1994

Dannecker, M.: Im Liebesfall. In: Aktuell – Das Magazin der Deutschen AIDS-Hilfe, 7, 16–20

DBDD 2009

Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD): Bericht 2009 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht: Drogensituation 2008/2009. München/Köln/Hamm: DBDD 2009

DKSB/BAG KJT 1999

Deutscher Kinderschutzbund/Bundesarbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendtelefon e.V.: Basiskonzeption für die sexualpädagogische Qualifizierung ehrenamtlicher Mitarbeiter/innen am Kinder- und Jugendtelefon. Wuppertal: DKSB/BAG KJT 1999

Drogenbeauftragte 2009

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung: Drogen- und Suchtbericht 2009. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit 2009

Falck 2005

Falck, U.: Weibliche Sexarbeit im 21. Jahrhundert. In: Wright, M. T. (Hg.): Prostitution, Prävention und Gesundheitsförderung. Teil 2: Frauen (AIDS-FORUM DAH, Bd. 45–2). Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e.V. 2005, S. 19–32

Fernandez 1997

Fernandez, C.: Zugehende Arbeit mit minderjährigen Drogengebraucher(inne)n. In: Deutsche AIDS-Hilfe e.V.: Zugehende Sozialarbeit für drogengebrauchende Frauen und Männer. Ein Handbuch. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e.V. 1997, S. 119–132

Friedrich 1993

Friedrich, M.: Mädchen und AIDS: Endbericht (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Band 22). Baden-Baden: Nomos 1993

Gerhards/Schmidt 1992

Gerhards, J./Schmidt, B.: Intime Kommunikation. Eine empirische Studie über die Wege der Annäherung und Hindernisse für „Safer Sex“. Baden-Baden: Nomos 1992

Heiß 1997

Heiß, R.: „HerzensLust?!“ Konzeption, Durchführung und Evaluation eines HIV-Präventions-Programmes für Mädchen. Universität Trier: Unveröffentlichte Diplomarbeit [1997]

Hentschel 2009

Hentschel, A.: Drogenkonsumräume. In: Für ein menschenwürdiges Leben mit Drogen. 20 Jahre JES-Netzwerk. HIV-Prävention – Interessenvertretung – Selbsthilfe (AIDS-FORUM DAH, Bd. 56). Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e.V. 2009, S. 79–84

Herd/Bengel/Bührlen-Armstrong 1999

Herd, J./Bengel, J./Bührlen-Armstrong, B.: Multiplikatorenkonzepte in der AIDS-Prävention. Teil 2: Evaluation eines Trainingsprogramms der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften, 1/99

Howe 1998

Howe, C.: Frauenhandel – Frauenspezifische Migration? In: Handbuch Migration für AIDS-Hilfen, AIDS-Fachkräfte und andere im AIDS-Bereich Tätige. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e.V. 1998, S. 66–76

IPTS 1994

Landesinstitut Schleswig-Holstein für Praxis und Theorie in der Schule (IPTS): Sexualpädagogik und AIDS-Prävention. Ein fächerübergreifender Ansatz für die Klassen 7–13. Handbuch für Lehrer und Lehrerinnen, Elternbegleitheft, Arbeitspapiere für den Unterricht. Kronshagen: IPTS 1994

Kepler 2008a

Kepler, K.: Frauen in Haft. In: Betreuung im Strafvollzug. Ein Handbuch. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e.V. 2008, S. 71–83

Kepler 2008b

Kepler, K.: Besonderheiten der Anstaltsmedizin. In: Betreuung im Strafvollzug. Ein Handbuch. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e.V. 2008, S. 46–70

Kerschl 2005

Kerschl, A. V.: Beschaffungsprostitution und ihre Risiken. In: Wright, M. T. (Hg.): Prostitution, Prävention und Gesundheitsförderung. Teil 2: Frauen (AIDS-FORUM DAH, Bd. 45–2). Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e.V. 2005, S. 113–122

Klee 2004

Klee, J.: Infektionsprophylaxe in Kontaktläden und Drogenkonsumräumen. In: Klee, J./Stöver, H. (Hg.): Drogen – HIV/Aids – Hepatitis. Ein Handbuch. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e.V. 2004, S. 107–128

Klees/Marburger/Schumacher 1992

Klees, R./Marburger, H./Schumacher, M.: Mädchenarbeit. Praxishandbuch für die Jugendarbeit, Teil 1. Weinheim: Juventa 1992

LAG Jungenarbeit NRW 2003

Landesarbeitsgemeinschaft Jungenarbeit in Nordrhein-Westfalen e.V.: Von der Praxis für die Praxis. Projekte in der Jungenarbeit in Nordrhein-Westfalen. Eine Arbeitshilfe. Dortmund: LAG Jungenarbeit NRW 2003

Lange 1993

Lange, C.: Jugendsexualität: Veränderungen in den letzten 20 Jahren, Unterschiede zwischen West- und Ostdeutschland und der Einfluß von AIDS. In: Lange, C. (Hg.): AIDS – eine Forschungsbilanz. Berlin: edition sigma 1993, S. 241–252

Leopold 2005

Leopold, B.: Minderjährige in der Prostitution. In: Wright, M. T. (Hg.): Prostitution, Prävention und Gesundheitsförderung. Teil 2: Frauen (AIDS-FORUM DAH, Bd. 45–2). Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e.V. 2005, S. 97–112

Narimani 1998

Narimani, P.: Zur Notwendigkeit kulturspezifischer Angebote in der HIV/AIDS-Primärprävention. In: Handbuch Migration für AIDS-Hilfen, AIDS-Fachkräfte und andere im AIDS-Bereich Tätige. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e.V. 1998, S. 239–261

Neubauer 1990

Neubauer, G.: Jugendphase und Sexualität: Eine empirische Überprüfung eines sozialisationstheoretischen Modells. Stuttgart: Enke 1990

Özalp 2008

Özalp, G.: Drogen gebrauchende Migrant(innen) in Haft. In: Betreuung im Strafvollzug. Ein Handbuch. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e.V. 2008, S. 178–186

Peeters 1999

Peeters, M.: Konzeption zur mädchen-spezifischen Primärprävention von HIV und AIDS für Mädchen mit einem erhöhten Infektionsrisiko. Düsseldorf: AIDS-Hilfe Düsseldorf e.V. 1999

Preiß/Schwarz/Wilser 1996

Preiß, D./Schwarz, A./Wilser, A.: Mädchen – Lust und Last der Pubertät: ein sexual- und gesundheitspädagogisches Modellprojekt zur Beratung junger Mädchen. Frankfurt/M.: dipa 1996

RKI 2009a

Robert Koch-Institut: Epidemiologisches Bulletin Nr. 21/2009 vom 25. Mai 2009

RKI 2009b

Robert Koch-Institut: Epidemiologisches Bulletin Nr. 48/2009 vom 30. November 2009

Rosenbrock 1996

Rosenbrock, R.: Dokumentation der Präventionsfachkonferenz der Deutschen AIDS-Hilfe e.V. vom 10. bis 12. Mai 1996 in Berlin. Frankfurt/M.: Archiv für Sozialpolitik 1996

Schaffrin/Wolters 1995

Schaffrin, L./Wolters, D.: Auf den Spuren starker Mädchen. Cartoons für Mädchen – diesseits von Gut und Böse. Köln: Zartbitter 1995

Schmidt (Hg.) 1993

Schmidt, G. (Hg.): Jugendsexualität. Sozialer Wandel, Gruppenunterschiede, Konfliktfelder (Beiträge zur Sexualforschung, 69). Stuttgart: Enke 1993

Schmidt 1995

Schmidt, G.: Über den Wandel heterosexueller Beziehungen. In: Zeitschrift für Sexualforschung, 1, 1–11

Schwarz 1998

Schwarz, A.: Mädchen auf ihrem Weg zu einer selbstbestimmten Sexualität. Frankfurt/M.: Lang 1998

SSJS/GEW 1999

Senatsverwaltung für Schule, Jugend und Sport/Gewerkschaft Erziehung und Wissenschaft: Sie liebt sie. Er liebt ihn. Wissenschaftliche Studie. Berlin: SSJS/GEW 1999

Sielert/Keil (Hg.) 1993

Sielert, U./Keil, S. (Hg.): Sexualpädagogische Materialien für die Jugendarbeit in Freizeit und Schule. Weinheim: Beltz 1993

Sigusch 1998

Sigusch, V.: Jugendsexualität – Veränderungen in den letzten Jahrzehnten. In: Deutsches Ärzteblatt, 95(20), 903–906

Spanjaard/ten Hove 1993

Spanjaard, H./ten Hove, O.: Prävention sexueller Gewalt gegen Jungen und Mädchen. Münster: Landschaftsverband Westfalen-Lippe/Landesjugendamt 1993

Stamm 1996

Stamm, W.: Let's talk about Sex. Entwicklung, Durchführung und Evaluation eines Programmes zur HIV-Prävention bei Jugendlichen. Universität Trier: Unveröffentlichte Diplomarbeit [1996]

Stöver 1994

Stöver, H.: Primärprävention. In: Klee, J./Stöver, H. (Hg.): Beratungsführer Drogen und AIDS. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e.V. 1994, S. 10–27

Stöver 2001

Stöver, H.: Drogen, HIV und Hepatitis im Strafvollzug – eine Bestandsaufnahme. In: Jacob, J./Keppler, K./Stöver, H. (Hg.): Lebhaft. Gesundheitsförderung für Drogen Gebrauchende im Strafvollzug (AIDS-FORUM DAH, Bd. 42–1). Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e.V. 2001, S. 13–65

TAMPEP 2009

European Network for HIV/STI-Prevention and Health Promotion among Migrant Sex Workers (TAMPEP): Sex Working in Europe. A mapping of the prostitution scene in 25 European countries. Amsterdam: TAMPEP 2009 (im Internet unter <http://tampep.eu> → Resources → Reports)

Tiede 1997

Tiede, I.: Mädchenprostitution. Ein Versuch, aus dem Elternhaus auszubrechen. Hamburg: Rowohlt 1997

Timmermanns/Tuiders (Hg.) 2008

Timmermanns, S./Tuiders, E. (Hg.): Sexualpädagogik der Vielfalt. Praxismethoden zu Identitäten, Beziehungen, Körper und Prävention für Schule und Jugendarbeit. Weinheim: Juventa 2008

Valdivia 1998

Valdivia, C.: Migrantinnen in der Prostitution. In: Handbuch Migration für AIDS-Hilfen, AIDS-Fachkräfte und andere im AIDS-Bereich Tätige. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e.V. 1998, S. 379–390

Vertheim 2009

Vertheim, U.: Die heroingestützte Behandlung opiatabhängiger Menschen. In: Für ein menschenwürdiges Leben mit Drogen. 20 Jahre JES-Netzwerk. HIV-Prävention – Interessenvertretung – Selbsthilfe (AIDS-FORUM DAH, Bd. 56). Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e.V. 2009, S. 85–97

Methodenhandbücher und Arbeitsmaterialien

**Bayerische AIDS Stiftung –
Verein zur Gesundheitsförderung e. V.**
Biedersteiner Straße 29
80802 München
Tel.: 0 89 / 34 99 62
Fax: 0 89 / 34 99 79
Internet: www.aids-stiftung-bayern.de

**Set: Methoden-Manual für Gesundheits-
förderung**

- **Teil 1: Hexen gestalten Lebenslust**
- **Teil 2: Spiel-Lust: Wir machen Theater**
- **Teil 3: „SeGs“ – Sexualpädagogische
Gesundheitsförderung und HIV-Prävention**
München, 2000/2003/2009
Ringordner, DIN A4
43,- Euro zzgl. Versandkosten

Bayrische Staatsministerien für Unterricht und
Kultus und für Umwelt, Gesundheit und Ver-
braucherschutz (Hg.): LIZA – Liebe in Zeiten
von Aids. Unterrichtsprogramm für die siebten
bis neunten Jahrgangsstufen. München 2004
(im Internet zum kostenlosen Download unter
[http://www.km.bayern.de/km/aufgaben/
gesundheit/thema/01857](http://www.km.bayern.de/km/aufgaben/
gesundheit/thema/01857))

Berliner Aids-Hilfe e. V.

Meinekestraße 12
10719 Berlin
Tel.: 0 30 / 88 56 40-0
Fax: 0 30 / 88 56 40-25
E-Mail: email@berlin-aidshilfe.de
Internet: www.berlin-aidshilfe.de

• **Handbuch Jugendprävention**

Grundlagenwissen zu HIV/Aids und sexuell
übertragbaren Infektionen, Drehbücher und
Leitfäden für Präventionsworkshops sowie
eine Vielzahl von praxiserprobten Methoden
und Materialien für die HIV/STI-Prävention
Ringbuch; Schutzgebühr 12,- Euro für Selbst-
abholer bzw. 16,- Euro inkl. Porto und Versand

**Bundeszentrale für gesundheitliche
Aufklärung (BZgA)**

Postfach 91 01 52
51071 Köln
Tel.: 02 21 / 89 92 - 0
Fax: 02 21 / 89 92 - 2 57
E-Mail: order@bzga.de
Internet: www.bzga.de

• **Aids und andere sexuell übertragbare
Krankheiten. Materialien für berufliche
Schulen**

64 Seiten, DIN A4, 20 Kopiervorlagen
Bestellnummer: 20230002; Lehrkräfte, Lehr-
amtsstudierende und Lehramtsanwärter/innen
können ein kostenloses Exemplar anfordern,
die Materialien stehen auch als PDF-Datei zum
Download zur Verfügung

• **Medienpaket Jugendsexualität**

Materialsammlung für Pädagog(inn)en, Eltern
und andere Interessierte
Bestellnummer: 70970000, kostenlos (maxi-
male Bestellmenge: 10 Exemplare)

• **Präventionsmappe „Sexuell übertragbare
Krankheiten“**

Für Fachkräfte entwickeltes Medium für die
Beratung von Menschen aus verschiedenen
Kulturen; Informationen in einfacher Sprache
und mit sensibler Bebilderung
Bestellnummer: 70400000; Bestellungen nur
für Multiplikatoren und Multiplikatorinnen
unter Angabe der Institution, 1 Exemplar kos-
tenlos/als PDF-Dateien zum Download unter
[http://www.gib-aids-keine-chance.de/materi-
alien/fremdsprachig/praeventionsmappe.php](http://www.gib-aids-keine-chance.de/materi-
alien/fremdsprachig/praeventionsmappe.php)

• **Präventionsmappe „Körperwissen und
Verhütung“**

Für Fachkräfte entwickeltes Medium für die
Beratung von Menschen aus verschiedenen
Kulturen; Informationen in einfacher Sprache
und mit sensibler Bebilderung
Bestellnummer: 13070000, Schutzgebühr:
20,- Euro; die Materialien stehen auch als
PDF-Datei zum Download zur Verfügung

- **„Nasencomics“ zu Übertragungswegen von HIV und STIs**

Download unter <http://www.gib-aids-keine-chance.de> → „Aktionen“ → „Projekt- und Aktionsideen“ → „Methoden für die Gruppenarbeit“

- **Methodensammlung „Bewegungs-Spiele und Übungen für die Aidsaufklärung in der Jugendarbeit“**

Aktionskiste mit 59-seitiger Begleitbroschüre (farbig, 28 x 19 cm)
Bestellnummer Aktionskiste: 70878400, Schutzgebühr: 10,- Euro
Bestellnummer Begleitbroschüre: 70878500, kostenlos; die Broschüre steht auch als PDF-Datei zum Download zur Verfügung
Tipp: Mit den Kopiervorlagen am Ende der Broschüre „Bewegungs-Spiele und Übungen für die Aidsaufklärung in der Jugendarbeit“ lassen sich alle Materialien der Aktionskiste leicht selber herstellen. So kann die Broschüre auch ohne Aktionskiste genutzt werden.

Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e.V. (Hg.): Sexualpädagogische Materialien für die Arbeit mit geistig behinderten Menschen. 5., aktualisierte Auflage. Weinheim: Juventa 2009; 154 S., 24,- Euro

Christiansen, A./Linde, K./Wendel, H.: Mädchen los! Mädchen macht! 100 und 1 Idee zur Mädchenarbeit. Weinheim: Beltz 2004

Klees, R./Marburger, H./Schumacher, M.: Mädchenarbeit. Praxishandbuch für die Jugendarbeit, Teil 1. 6. Auflage. Weinheim: Juventa 2007; 192 S., 13,- Euro (auch in: Klees, R./Marburger, H./Schumacher, M./Sielert, U.: Praxishandbuch für die Jugendarbeit; 2 Bände, zus. 430 S., 19,50 Euro erhältlich)

pro familia Bundesverband: Empfehlungen zur Sexualpädagogischen Konzeption für den Umgang mit Sexualität in Einrichtungen für Menschen mit geistiger Behinderung. Frankfurt a.M.: pro familia Bundesverband 2006

Renz, M.: Sexualpädagogik in interkulturellen Gruppen: Informationen, Methoden und Arbeitsblätter. Mülheim an der Ruhr: Verlag an der Ruhr 2007; 199 S., 22,- Euro

Timmermanns, S./Tuiders, E. (Hg.): Sexualpädagogik der Vielfalt. Praxismethoden zu Identitäten, Beziehungen, Körper und Prävention für Schule und Jugendarbeit. Weinheim: Juventa 2008; 244 S., 19,50 Euro

Vopel, K. W.: Interaktionsspiele. 6 Bände. Salzhäusen: iskopress (die einzelnen Bände sind in unterschiedlichen Auflagen erhältlich)

9.3 Informationen zu HIV/STIs und zur Prävention

Deutsche AIDS-Hilfe e.V.

Wilhelmstr. 138
10963 Berlin
Tel.: 0 30 / 69 00 87-0
Fax: 0 89 / 69 00 87-42
Internet: www.aidshilfe.de
E-Mail: dah@aidshilfe.de
Bestellungen über www.aidshilfe.de oder direkt über:
Deutsche AIDS-Hilfe e.V., Versand
Postfach 61 01 49, 10921 Berlin
Tel.: 0 30 / 69 00 87-43 oder -44
Fax: 030 – 69 00 87-64
E-Mail: versand@dah.aidshilfe.de

- **HIV/Aids von A bis Z. Heutiger Wissensstand (herausgegeben von der DAH und der BZgA)**

Informationen zu HIV/Aids, Infektionsverlauf, Übertragungswegen und Schutzmöglichkeiten, Test und Behandlung; Adressen 48 Seiten, DIN A6
Bestellnummer: 025010, kostenlos

- **Frauenlust – und was ist mit sexuell übertragbaren Krankheiten? Infos für Frauen, die Sex mit Frauen haben.**

56 Seiten, DIN A6
Bestellnummer: 023009, kostenlos

• **sexuell übertragbare krankheiten. info+ für Praktiker/innen aus Prävention und Beratung sowie interessierte Laien**

Informationen zu sexuell übertragbaren Infektionen; Risiken und Schutzmöglichkeiten nach Sexualpraktiken

180 Seiten, DIN A5

Bestellnummer: 026004, kostenlos

• **Klee, J./Stöver, H. (Hg.): Drogen, HIV/Aids, Hepatitis. Ein Handbuch**

336 Seiten, DIN A5

Bestellnummer: 012001, kostenlos

• **Betreuung im Strafvollzug. Ein Handbuch**

224 Seiten, DIN A5

Bestellnummer: 012007

• **Wright, M. T. (Hg.): Prostitution, Prävention und Gesundheitsförderung. Teil 2: Frauen (AIDS-FORUM DAH, Bd. 45-2)**

160 Seiten, DIN A5

Bestellnummer: 030145, kostenlos

• **AIDS und Migration (AIDS-FORUM DAH, Bd. 41)**

192 Seiten, DIN A5

Bestellnummer: 030041, kostenlos

9.4 Literatur und Materialien für Mädchen und junge Frauen

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

Postfach 91 01 52

51071 Köln

Tel.: 02 21 / 89 92 - 0

Fax: 02 21 / 89 92 - 2 57

E-Mail: order@bzga.de

Internet: www.bzga.de

• **Mädchensache(n)**

Eine Broschüre speziell für Mädchen zu Themen wie „wahre Liebe“, „das erste Mal“, „Lust und Frust“, „Freundschaft und Sex“

68 Seiten, DIN A5

Bestellnummer: 70450000, kostenlos

• **Aufregende Jahre – Jules Tagebuch**

... über das Gefühlschaos in der Pubertät, mit Infos zu körperlichen Veränderungen, Freundschaft, erster Liebe und Verhütung

100 Seiten, DIN A5

Bestellnummer: 13040000, kostenlos/auch als PDF-Datei zum Download

• **sex 'n' tips – Mädchenfragen**

Informationen über Körperentwicklung und Sexualität für Mädchen und junge Frauen in der Pubertät

20 Seiten, 10,5 x 14,8 cm

Bestellnummer: 13066002, kostenlos/auch als PDF-Datei zum Download

• **sex 'n' tips – Körper und Gesundheit**

Informationen über Körperentwicklung, Sexualität, Gesundheit und Körperpflege für Jugendliche in der Pubertät

20 Seiten, 10,5 x 14,8 cm

Bestellnummer: 13066003, kostenlos/auch als PDF-Datei zum Download

• **sex 'n' tips – Verhütung**

Die wichtigsten Verhütungsmethoden für Mädchen und Jungen

14 Seiten, Postkartenformat

Bestellnummer: 13066000, kostenlos/auch als PDF-Datei zum Download

• **Verhüten – gewusst wie! Informationen über Verhütungsmittel und -methoden für Jugendliche aus russischsprachigen Ländern**

76 Seiten, DIN A6

Bestellnummer: 13110110, kostenlos/auch als PDF-Datei zum Download

• **Sichergehen – Verhütung für sie und ihn**

76 Seiten, 195 x 195 mm

Bestellnummer: 13060000, kostenlos/auch als PDF-Datei zum Download

• **Alles ganz easy**

Comic zur Aidsprävention und zur Anwendung von Kondomen; eignet sich vor allem zum Arbeiten mit Jugendlichen, die nicht so gerne lesen

24 Seiten, 12 x 12 cm

Bestellnummer: 70330000, kostenlos/auch als PDF-Datei zum Download

9.5 Archive, Materialsammlungen und Bestelladressen für Broschüren

Aktion Jugendschutz, Landesarbeitsstelle Bayern e.V.

Fasaneriestraße 17
80636 München
Tel.: 089 / 12 15 73-0
Fax: 089 / 12 15 73-99
Internet: <http://materialdienst.aj-bayern.de>
→ Materialübersichten (mit Bestellmöglichkeit), u. a. zu Themen wie Sexualpädagogik und Aids-Prävention, Suchtprävention, Migration; für Fachkräfte/Eltern und Jugendliche

Anlauf- und Koordinierungsstelle zur gesundheitlichen Aufklärung für MigrantInnen (AKAM)/AKAM-Archiv

c/o Verband für Interkulturelle Arbeit, Regionalverband Berlin/Brandenburg
Petersburger Straße 92
10247 Berlin
Tel.: 0 30 / 29 00 69 49
Fax: 0 30 / 29 00 71 54
E-Mail: akam@via-in-berlin.de
Internet: www.via-in-berlin.de
→ Informations- und Aufklärungsmaterialien zu HIV/Aids, STIs, Gesundheit und sexueller Gesundheit in über 50 Sprachen

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

Postfach 91 01 52
51071 Köln
Tel.: 02 21 / 89 92-0
Fax: 02 21 / 89 92-2 57
E-Mail: order@bzga.de
Internet: <http://www.bzga.de>
→ auch fremdsprachige Materialien

• **Medien und Materialien zur Aids-Prävention**
Best.-Nr. 70950000
kostenlos/auch als PDF-Datei zum Download

• **Materialien zur Sexuaufklärung und Familienplanung**
Best.-Nr. 13010000
kostenlos/auch als PDF-Datei zum Download

• **Medienübersicht: Audiovisuelle Medien der BZgA. Mit Kurzbeschreibung, Verleihschriften und Schutzgebühren**
Best.-Nr. 99000000
kostenlos/auch als PDF-Datei zum Download

pro familia

Deutsche Gesellschaft für Familienplanung, Sexualpädagogik und Sexualberatung e.V.
Bundesverband
Stresemanallee 3
60596 Frankfurt/Main
Tel.: 069 / 63 90 02
Fax: 069 / 63 98 52
E-Mail: info@profamilia.de
Internet: www.profamilia.de
→ Broschüren, Bücher, Materialien, Fachpublikationen und Medien, u. a. zu den Themen Körper und Sexualität, Schwangerschaft, Verhütung, zum Teil mehrsprachig; spezielle Angebote für Jugendliche

9.6 Internetadressen

9.6.1 HIV/Aids und STIs allgemein, Basiswissen

www.aidsaufklaerung.de

Homepage des gleichnamigen Vereins aus Frankfurt mit Infos zum Thema HIV/Aids und Broschüren zum Download

www.aidsfinder.de

Literaturübersichten und Adressen zu den Themen Prävention, Psychosoziales, Epidemiologie, Medizin, Positiver Blick, Soziale Absicherung, Kultur, Politik/Ethik/Recht; HIV/Aids-Lexikon

www.aidshilfe.de

Die Homepage der Deutschen AIDS-Hilfe mit zahlreichen Informationen und Materialien rund um die Themen Leben mit HIV, HIV und andere STIs, Prävention und Selbsthilfe

www.gakc.de

Homepage der Kampagne „Gib Aids keine Chance“ der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

www.unaids.org

Internetangebot der Aidsorganisation der Vereinten Nationen

9.6.2 Epidemiologie

www.rki.de

Homepage des Robert Koch-Instituts in Berlin (RKI) mit zahlreichen epidemiologischen Daten

9.6.3 Frauen und HIV/STIs

www.frauengesundheitsportal.de

→ Informationen, Materialien, Fachpublikationen und Adressen, zusammengestellt von der BZgA

www.infopool-frauen-nrw.de

→ Umfangreiche Literatur- und Adressensammlungen der AIDS-Hilfe NRW rund um die Themen HIV/Aids und Frauen

www.netzwerkfrauenundaids.de

→ Das bundesweite Netzwerk ist Interessenvertretung von und für Frauen mit HIV/Aids und Frauen aus dem Arbeitskontext HIV/Aids; die Seite bietet u. a. Adressen von regionalen Ansprechpartnerinnen („Knotenfrauen“)

9.6.4 Drogen

www.archido.de

→ Die Seiten des ARCHIDO, des Informations- und Forschungszentrums für Alkohol, Tabak, Drogen, Medikamente und Sucht; zahlreiche Literaturangaben, Downloads, Links

www.dhs.de

→ Internetangebot der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V. mit zahlreichen Materialien, die in der Regel als PDF-Dateien zum Download angeboten werden

www.indro-online.de

→ Homepage des Instituts zur Förderung qualitativer Drogenforschung, akzeptierender Drogenarbeit und rationaler Drogenpolitik e.V. mit detaillierten Informationen zu Drogenarbeit, Substitution und Gesetzgebung sowie umfangreicher Linksammlung

9.6.5 Migration

www.aids-migration.de

→ Homepage des Migranten-AIDS-Projekts vom Ethno-Medizinischen Zentrum in Hannover

www.amnestyforwomen.de

→ Internetseiten der Frauen- und Menschenrechtsorganisation Amnesty for Women (Hamburg)

www.solwodi.de

→ Homepage von SOLWODI e.V. (Solidarity with Women in Distress – Solidarität mit Frauen in Not); der Verein ist Anlaufstelle für Frauen, die durch Sextourismus, Menschenhandel oder Heiratsvermittlung nach Deutschland gekommen sind, und bietet auch umfangreiche Hintergrundinformationen an

www.via-in-berlin.de

→ Die Internetseiten des VIA-Regionalverbands Berlin/Brandenburg mit zahlreichen Publikationen, Downloads und Adressen rund um die Themen Migration, Gesundheit und HIV-Prävention

9.6.6 Prostitution

www.tampep.eu

→ Homepage des European Network for HIV/STI-Prevention and Health Promotion among Migrant Sex Workers mit zahlreichen Informationen, Materialien und Adressen zu den Themen Sexarbeit von Migrantinnen und Migranten in Europa und HIV/STI-Prävention (überwiegend in englischer Sprache)

www.services4sexworkers.eu

→ Dieses TAMPEP-Projekt bietet Informationen zu den gesetzlichen Rahmenbedingungen für die Sexarbeit sowie über nichtdiskriminierende, unterstützende Angebote für Sexarbeiter/innen in ganz Europa (in Englisch, Spanisch, Französisch und Russisch)

9.7 Beratungsstellen

Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugend- und Eheberatung e.V. (DAJEB)

Neumarkter Straße 84c

81673 München

Tel.: 0 89 / 4 36 10 91

Fax: 0 89 / 4 31 12 66

Internet: www.dajeb.de

→ Der Online-Beratungsführer bietet über 12.000 Adressen aus ganz Deutschland aus den Bereichen Aids-Beratung, Beratung für Kinder, Jugendliche und Eltern, Ehe-, Familien und Lebensberatung, Familienplanungsberatung, Schwangerschaftsberatung, Schwangerschaftskonfliktberatung, Sexualberatung, Sozialberatung, Suchtberatung

