

Flick, Uwe; Röhnsch, Gundula

"Ich vertrau der anderen Person eigentlich...". Armut und Obdachlosigkeit als Kontexte sexuellen Risiko- und Schutzverhaltens von Jugendlichen

ZSE : Zeitschrift für Soziologie der Erziehung und Sozialisation 26 (2006) 2, S. 171-187



Quellenangabe/ Reference:

Flick, Uwe; Röhnsch, Gundula: "Ich vertrau der anderen Person eigentlich...". Armut und Obdachlosigkeit als Kontexte sexuellen Risiko- und Schutzverhaltens von Jugendlichen - In: ZSE : Zeitschrift für Soziologie der Erziehung und Sozialisation 26 (2006) 2, S. 171-187 - URN: urn:nbn:de:0111-opus-56473 - DOI: 10.25656/01:5647

<https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0111-opus-56473>

<https://doi.org/10.25656/01:5647>

in Kooperation mit / in cooperation with:

BELTZ JUVENTA

<http://www.juventa.de>

Nutzungsbedingungen

Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, auführen, vertreiben oder anderweitig nutzen. Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use

We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. Use of this document does not include any transfer of property rights and it is conditional to the following limitations: All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

Kontakt / Contact:

peDOCS
DIPF | Leibniz-Institut für Bildungsforschung und Bildungsinformation
Informationszentrum (IZ) Bildung
E-Mail: pedocs@dipf.de
Internet: www.pedocs.de

Digitalisiert

Mitglied der

Leibniz-Gemeinschaft

ZSE Zeitschrift für Soziologie der Erziehung und Sozialisation **Journal for Sociology of Education and Socialization**

26. Jahrgang / Heft 2/2006

Schwerpunkt/Main Topic

Armut und soziale Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen Poverty and Social Inequality among Children and Adolescents

Sabine Walper

Einführung in das Themenheft „Armut und soziale Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen“

Introduction to the Topic “Poverty and Social Inequality among Children and Adolescents” 115

Wolfgang Edelstein

Bildung und Armut. Der Beitrag des Bildungssystems zur Vererbung und zur Bekämpfung von Armut

Education and Poverty: Contribution of the Educational System to the Transmission of and Fight against Poverty 120

Hartmut Ditton, Jan Krüsken

Sozialer Kontext und schulische Leistungen – zur Bildungsrelevanz segregierter Armut

Social Context and School Achievements – the Educational Relevance of Segregated Poverty 135

Andreas Klocke

Armut im Kontext: Die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen in deprivierten Lebenslagen

Poverty in Context: Health and Health Behavior among Children and Adolescents in Deprived Living Conditions 158

Uwe Flick, Gundula Röhnsch

„Ich vertrau der anderen Person eigentlich ...“ – Armut und Obdachlosigkeit als Kontexte sexuellen Risiko- und Schutzverhaltens von Jugendlichen

“Actually, I trust the Other Person ...” – Poverty and Homelessness as Contexts of Adolescents’ Sexual Risk Taking and Protection 171

Beiträge

Würdigung <i>Appreciation</i>	188
--	-----

Jürgen Zinnecker Jugendforschung als soziales Feld und als Erfahrung von Biografie und Generation – Für Helmut Fend <i>Youth Research as Social Field and as Experience of Biography and Gene- ration – To Helmut Fend</i>	189
---	-----

Barbara Stauber, Manuela du Bois-Reymond Familienbeziehungen im Kontext verlängerter Übergänge. Eine inter- generative Studie aus neun europäischen Ländern <i>Family Relationships and Prolonged Transitions of Young People. A 9-Country Comparison</i>	206
--	-----

Rezension/Book Review

<i>Einzelbesprechung</i> Stephan Drucks über Lüscher/Liegle	222
--	-----

Aus der Profession/Inside the Profession

<i>Veranstaltungskalender</i>	224
-------------------------------------	-----

<i>Vorschau/Forthcoming Issue</i>	224
---	-----

„Ich vertrau der anderen Person eigentlich ...“ – Armut und Obdachlosigkeit als Kontexte sexuellen Risiko- und Schutzverhaltens von Jugendlichen

„Actually, I trust the Other Person ...“ – Poverty and Homelessness as Contexts of Adolescents' Sexual Risk Taking and Protection

Was heißt es für Jugendliche in Deutschland, ‚auf der Straße‘ zu leben? Welche Auswirkungen hat diese Lebenssituation, die von Armut und sozialer Benachteiligung gekennzeichnet ist, auf Gesundheitsvorstellungen und -verhaltensweisen der Betroffenen? Solchen Fragen wird hier auf der Grundlage der Ergebnisse einer von der DFG geförderten Studie exemplarisch anhand des Sexualverhaltens der Jugendlichen nachgegangen. Da eine wesentliche Gesundheitsgefahr, der Straßenjugendliche ausgesetzt sind, sexuell übertragbare Erkrankungen darstellen, ist es von besonderem Interesse, wie dieses mögliche ‚objektive‘ Risiko wahrgenommen und verarbeitet wird. In diesem Kontext lassen sich drei Typen unterschiedlicher Deutungs- und Handlungsmuster identifizieren. Sie differieren vor allem im Hinblick auf das Risikobewusstsein der Jugendlichen sowie die Absicht, sich schützen zu wollen. Im Einzelnen zeigen sich Unterschiede in Bezug darauf, welche Einstellung die Jugendlichen gegenüber Kondomen vertreten, ob sie andere Schutzmaßnahmen ‚jenseits‘ des Präservativs anwenden und inwiefern sie diese als ‚sicher‘ erleben. Abschließend werden Konsequenzen aus den Studienergebnissen für eine zielgruppenspezifische Sexualprävention diskutiert.

Schlüsselwörter: Armut und Gesundheit; obdachlose Jugendliche; sexuelles Schutz- und Risikoverhalten; Gesundheitsvorstellungen und -verhaltensweisen

What does it mean for adolescents in Germany, to live ‘in the street’? Which are the consequences of these living conditions characterised by poverty and social discrimination for adolescents' health related representations and practices? Such questions are pursued based on a study funded by the German Research Council. In this paper, interview data are analysed in an exemplary way focusing on adolescents' sexual behaviour. Sexually transmitted diseases are a major threat for the health of homeless adolescents. Therefore it is of special interest, how these adolescents perceive this risk and how they cope with it. Three types of interpretive patterns and practices could be identified. These types differ mainly in the extent to which adolescents are aware of risks and in their intentions to protect themselves. In particular, these three types vary by attitudes towards condoms, adolescents' use of other forms of protection beyond the condom, and by how far these are seen as ‘safe’. Implications of these findings are discussed regarding how to design a sexual prevention that is specific for this target group.

Keywords: poverty and health; homeless adolescents; practices of sexual risks and protection; health representations and practices

1. Einleitung

Jugendliche, die ‚auf der Straße‘ leben, sind nicht mehr nur ein Phänomen armer Länder in Osteuropa oder der ‚Dritten Welt‘, sondern auch Realität in den reichen Ländern, so auch in Deutschland. Im Gegensatz zu den Betroffenen in den genannten anderen Regionen, sind die Jugendlichen hierzulande eher selten akut obdachlos (Thomas, 2005, S. 137). Sie übernachten kaum über längere Zeit hinweg im Freien. Während die Betroffenen sich vor allem tagsüber an zentralen, gut frequentierten Örtlichkeiten größerer Städte aufhalten, kommen sie nachts bei Bekannten oder in unterschiedlichen, teils pädagogisch betreuten Wohnformen unter oder haben kurzzeitig gar eine eigene Wohnung mit regulärem Mietvertrag. Probleme ergeben sich für die Jugendlichen jedoch aus der ungenügenden Absicherung der Wohnsituation, die meist provisorisch bleibt, sowie aus qualitativ unzumutbaren, gesundheitsbedenklichen Wohnverhältnissen. Die Betroffenen ‚scheitern‘ an den institutionellen Anforderungen, um dauerhaft Zugang zu angemessenem Wohnraum zu finden und diesen finanziell halten zu können (Avramov, 1998, S. 15f.; Thomas, 2005, S. 140). Zudem stellt sich ihnen eine langfristige Klärung der Wohnsituation angesichts insgesamt sehr unklarer Lebensperspektiven häufig als sekundär dar.

Zwar ist das Fehlen einer (festen) Bleibe unausweichlich mit Armut verbunden (Avramov, 1998, S. 16) und gilt als deren extremste Form. Jedoch sind die Jugendlichen nicht nur durch ihre Wohnsituation von sozialer Desintegration bedroht, sondern auch durch den Mangel an finanziellen Mitteln. Dieser führt zu einem Ausschluss aus den meisten gesellschaftlich oder individuell relevanten Lebensbereichen und zu Beschneidungen der Handlungs- und Entscheidungsspielräume, da sich die Jugendlichen auf die bloße Existenzsicherung konzentrieren müssen. So ist nicht nur die Wohnsituation (meist) instabil, ebenso erscheinen weitere Lebensvoraussetzungen wie ausreichende Ernährung und Kleidung in Frage gestellt.

Charakteristisch für die Lebenslage der Betroffenen sind alles in allem die weitgehende Abkehr von Familie bzw. Jugendhilfeeinrichtungen, Schule und Ausbildung, die Hinwendung zur Straße als Lebensmittelpunkt und zu Betteln, Raub, Prostitution, Drogenhandel sowie faktische Obdachlosigkeit. Diese von Armut geprägten Lebensbedingungen bewirken eine prekäre gesundheitliche Situation der Jugendlichen.¹ Dabei ist das Geld für den Kauf medizinischer Hilfsartikel wie Pflaster, Salben oder Kondome knapp. Zugleich steht ihnen, da sie oft die Zuzahlungen zu unterschiedlichen medizinischen Leistungen nicht aufbringen können, ärztliche Versorgung nur eingeschränkt zur Verfügung. Die sich nur bedingt kontrollierbar erweisenden Lebensbedingungen der Betroffenen dürften außerdem Auswirkungen auf die individuellen Vorstellungen davon haben, was Gesundheit kennzeichnet und inwiefern diese z. B. auch eigenen Einflüssen unterliegt.

1 Der Zusammenhang zwischen sozioökonomischer Lage und Gesundheit im Kindes- und Jugendalter allgemein findet in der aktuellen sozialwissenschaftlichen Literatur verstärkte Aufmerksamkeit (vgl. den Sammelband von Jungbauer-Gans & Kriwy, 2004).

Die Jugendlichen leiden aber nicht nur aufgrund ihrer Lebenslage unter gesundheitlichen Beeinträchtigungen wie z. B. häufigen Atemwegs- oder Magen-Darm-Erkrankungen, sie weisen auch ihrerseits riskantes Verhalten in verschiedener Hinsicht auf. Dieses steht meist in engem Zusammenhang mit den jeweiligen Lebensbedingungen, kann jedoch, in Form eines intensiven Alkohol- und Drogenkonsums (vgl. Flick & Röhnsch, 2005) oder riskanter Sexualpraktiken, mit erheblichen gesundheitlichen Konsequenzen verbunden sein. Für den englischsprachigen Raum verweisen Rotheram-Borus et al. (2003) darauf, dass obdachlose Jugendliche ein 6- bis 12-mal höheres Risiko haben, sich mit HIV zu infizieren, als ‚durchschnittliche‘ Gleichaltrige. Sie gelten somit als eine der Hauptbetroffenengruppen.

Im vorliegenden Artikel wird die Frage verfolgt, ob und unter welchen Aspekten es zwischen der Situation von Straßenjugendlichen in Deutschland und solchen internationalen Befunden, die von einer ‚objektiven‘ sexuellen Risikolage obdachloser Jugendlicher ausgehen und sich dazu primär auf die USA beziehen, Anknüpfungspunkte gibt. Dazu werden Ergebnisse aus der von der Deutschen Forschungsgemeinschaft (FL 245/10-1) geförderten Studie „Gesundheitsvorstellungen und -verhalten obdachloser Jugendlicher: Determinanten und Konstellationen im lebensweltlichen und sozialen Kontext“ herangezogen. In ihr werden verschiedene Aspekte untersucht, die sich zwei Hauptfragestellungen zuordnen lassen: Über welche Gesundheitsvorstellungen verfügen die Jugendlichen? Und: Welche Formen von Gesundheitshandeln werden berichtet oder lassen sich beobachten? Bezogen auf Sexualität stellt sich somit auch die Frage, wie die Jugendlichen mögliche objektive Risiken wahrnehmen und mit diesen umgehen.

2. Jugend und Risiko

Jugendliches Risikoverhalten oder youth at risk (Sharland, 2005) sind derzeit relevante Themen in der Auseinandersetzung mit dem Lebensalter bzw. der Entwicklungsphase Jugend. Obdachlose Jugendliche werden dabei neben anderen als „discrete populations at risk“ (a. a. O., S. 2) betrachtet. Armut und Obdachlosigkeit sind besondere Bedingungen, die Risiken für die Gesundheit der Betroffenen erhöhen, gleichzeitig stellen sie Kontexte dar, in denen Jugendliche sich jeweils mehr oder weniger riskant verhalten. Genereller betrachtet, gilt unterschiedliches riskantes Handeln, wie intensiver Substanzgebrauch, riskantes Sexualverhalten oder (Gewalt-) Delinquenz, insbesondere im Jugendalter als weit verbreitet, was häufig mit den im Besonderen in dieser Lebensphase auftretenden Herausforderungen erklärt wird (vgl. Pinquart & Silbereisen, 2004, S. 64). Risikoverhalten gilt als Übergangsphänomen, das experimentellen Charakter hat und sich in der Regel im (jungen) Erwachsenenalter ‚auswächst‘. Eine Minderheit der Jugendlichen behält riskantes Verhalten jedoch über die Jahre hinweg bei (ebd.) und ist folglich von – gravierenden – gesundheitlichen Konsequenzen bedroht.

Die besondere ‚Attraktivität‘ von Risikoverhalten für Jugendliche erklärt sich daraus, dass sie sich mit selbst gesetzten oder gesellschaftlich vorgegebenen altersspezifischen Anforderungen aktiv auseinandersetzen und sie unter Einsatz personaler und sozialer Ressourcen bewältigen müssen. Solche ‚Entwicklungsaufgaben‘ können z. B. darin bestehen, Freundschaftsbeziehungen

aufzubauen, intime Beziehungen zum anderen Geschlecht aufzunehmen oder tragfähige (berufliche) Zukunftsperspektiven zu entwerfen. Die Lösung dieser Entwicklungsaufgaben ist aber nicht selten erschwert, sei es, dass die Jugendlichen die eigenen Kompetenzen für die Umsetzung solcher Ziele und Anforderungen als zu gering ansehen, dass gesellschaftliche Rahmenbedingungen als hinderlich in dem Kontext erlebt werden oder es dem Einzelnen aufgrund eines ‚Sinnverlustes‘ von vornherein nicht gelingt, sich (angemessene) Ziele zu setzen. Erleben die Jugendlichen Misserfolge bei der Bewältigung der Entwicklungsaufgaben, kann das dazu führen, dass eine aktive Problemlösung künftig gemieden wird und riskantes Verhalten dazu dient, die aus der bisher ‚unbefriedigend‘ verlaufenen Entwicklung entstandenen Belastungen erträglich zu machen (vgl. Hurrelmann, 2000, S. 64). Risikoverhalten kann aber auch zum Selbstzweck werden, wenn sich die Jugendlichen, um ihr ‚Scheitern‘ an den herkömmlichen Sozialisationsinstanzen zu kompensieren, subkulturellen Gruppen anschließen. In deren Rahmen werden gegenkulturelle Werte gemeinsam gelebt, sodass es dem Einzelnen gelingt, die in den bisherigen Sozialbezügen vermisste Anerkennung zu erreichen und im Weiteren darüber zu Selbstachtung zu gelangen (Pinquart & Silbereisen, 2004, S. 65).

Die Gefahr, dass sich Jugendliche dauerhaft auf riskantes Verhalten einlassen (müssen), erscheint dann groß, wenn sie unter besonderen Belastungen aufwachsen und keine Möglichkeit sehen, diese zu bewältigen. Das trifft speziell auf Jugendliche zu, die in Armut und Obdachlosigkeit leben. Wenden sich die Jugendlichen unter solchen Bedingungen den Szenen von Gleichbetroffenen ‚auf der Straße‘ zu, erscheint das u. a. funktional, um Erfahrungen bisheriger Ausgrenzung zu bearbeiten. Zugleich sind sie darauf verwiesen, gemäß der Gruppennormen, zu denen unterschiedliches Risikoverhalten zählt, zu handeln, wollen sie nicht den Verlust dieses letzten Restes sozialer Integration in Kauf nehmen.

3. Ausgewählte Ergebnisse zu jugendlicher Obdachlosigkeit und Sexualität

3.1 Riskantes Sexualverhalten im Kontext der Lebenswelt „Obdachlosigkeit“

Das bereits erwähnte erhöhte Risiko obdachloser Jugendlicher, sich mit Aids zu infizieren, erklärt sich nicht nur aus riskantem Sexualverhalten in Form ungeschützten Geschlechtsverkehrs und häufiger Partnerwechsel, die meist innerhalb des eigenen risikobehafteten Milieus stattfinden. Straßenjugendliche sind zugleich häufig in den Kreislauf aus intravenösem Drogenkonsum und (Beschaffungs-)Prostitution eingebunden und müssen ‚sexuelle Dienste‘ auch anbieten, um im Gegenzug Nahrung, Kleidung oder eine Unterkunft zu erhalten.

Die besondere Funktionalität sexuell riskanten Verhaltens erklärt sich für die Jugendlichen somit auch daraus, das tägliche Überleben zu sichern – auch um den Preis der eigenen Gesundheit. Pyett und Warr (1997) heben hervor, dass sich Prostituierte primär aufgrund der Freier, die anderenfalls Zwang und körperliche Drohungen anwenden, auf riskante Sexualpraktiken einlassen *müssen*. Auf ‚Safer Sex‘ zu bestehen, wird ihnen auch erschwert durch intensiven

Drogenkonsum, Obdachlosigkeit und ihre insgesamt illegalisierte Lage in Verbindung mit extremer sozialer Isolation und fehlender öffentlicher Unterstützung. Krüger et al. (1994, S. 182f.) verweisen für marginalisierte Jugendliche allgemein auf eine Reihe weiterer Faktoren, die sexuell riskantes Verhalten begünstigen. Dazu zählen eine als langweilig empfundene, anregungsarme Alltagswelt und Gefühle der Sinnlosigkeit angesichts eines von vielen Unwägbarkeiten geprägten Lebensentwurfs. Riskantes Verhalten erscheint so als ‚Nervenkitzel‘, aber auch als Suche nach (existenzieller) Orientierung und als gesellschaftlich anerkannte Möglichkeit, „sich den Wert seiner Existenz“ zu verdeutlichen (Le Breton, 2001, S. 111). Unklare Zukunftsvorstellungen können jedoch auch bewirken, dass das Eingehen ebenso wie das Vermeiden von (sexuellen) Risiken als unerheblich gilt angesichts der Bedeutungslosigkeit, die dem eigenen Leben zugemessen wird (a.a.O., S. 118).

Wie Studien in den USA zeigen, können Jugendliche auch ‚auf der Straße‘ versuchen, sexuellen Risiken vorzubeugen. So gehört die Hälfte der durch Bailey et al. (1998) Befragten zu den konsistenten Nutzern von Präservativen als sicherstem Schutz vor sexuell übertragbaren Erkrankungen. Von den von Kral et al. (1997) interviewten Jugendlichen berichten 42% einen regelmäßigen Gebrauch von Kondomen. Ausgehend davon, dass gesundheitsriskantes und gesundheitsförderliches Verhalten oftmals nicht in ‚reiner Form‘ vorliegen, sich der Einzelne also unter bestimmten Bedingungen riskant, in anderen Situationen dagegen präventiv verhält (vgl. Pinquart & Silbereisen, 2004, S. 66), werden im Folgenden einige Voraussetzungen für sexualpräventives Verhalten diskutiert.

3.2 Ausgewählte Bedingungen sexualpräventiven Verhaltens

Ob sich das Sexualverhalten des Einzelnen am Schutz vor HIV und anderen Krankheiten orientiert, hängt zunächst einmal von rationalen Erwägungen ab. So gilt es als Voraussetzung, sich zu schützen, dass die Betroffenen Kenntnisse über die Übertragungswege von HI-Viren sowie über Vorsorgemöglichkeiten haben und sich selbst als potenziell gefährdet für eine mögliche Infektion erleben. Jedoch stellt die Wahrnehmung (auch) des eigenen Sexualverhaltens als riskant keine hinreichende Bedingung dafür dar, künftig vorsorgen zu wollen. Eine solche Absicht hängt im Weiteren u. a. ab von den subjektiven ‚Kosten‘ eines präventiven Verhaltens einerseits und dessen ‚Nutzen‘ andererseits. Damit eine beabsichtigte Verhaltensänderung hin zu einem weniger riskanten Handeln realisiert wird, muss sie sich letztlich gegenüber verschiedenen (inneren und äußeren) Barrieren durchsetzen. Externe Hindernisse sind etwa, dass Kondome als zu teuer angesehen werden oder aus anderen Gründen nicht verfügbar sind. Interne Barrieren sind etwa Hemmungen, mit dem Sexualpartner die Verwendung von Präservativen auszuhandeln. Sexualpräventives Verhalten wird jedoch neben rationalen Handlungsvorsätzen von emotionalen und sexuellen Bedürfnissen und situativen Faktoren bestimmt. Ob Schutzmaßnahmen angewandt werden, hängt letztlich vom individuellen Lebensentwurf und von subjektiven Theorien ab, die sich auf die Übertragung von und den Schutz vor HI-Viren beziehen (Bengel et al., 1996, S. 237).

4. Die Studie

Die hier vorgestellte Untersuchung wird in einer deutschen Großstadt durchgeführt. Dabei werden N = 24 obdachlose Jugendliche (je 12 Mädchen und Jungen im Alter von 14 bis 20 Jahren, vgl. Tabelle 1) einbezogen, die sich regelmäßig in einer einschlägigen (Bahnhofs-)Szene aufhalten.

Tabelle 1: Sample nach Alter und Geschlecht

Alter (in Jahren)	Geschlecht		
	männlich	weiblich	total
	N = 12	N = 12	N = 24
14	—	3	3
15	1	3	4
16	2	2	4
17	2	1	3
18	4	2	6
19	3	—	3
20	—	1	1
Ø	17,5	16,0	16,75

Um Zugang zu obdachlosen Jugendlichen zu bekommen und diese befragen zu können, beteiligte sich die Interviewerin an aufsuchender Sozialarbeit ‚auf der Straße‘ und in einer niedrigschwelligen Anlaufstelle für die Zielgruppe. Jugendliche, die in dem Kontext angetroffen und über den Sinn des Forschungsvorhabens aufgeklärt wurden, sorgten ihrerseits dafür, dass das Projekt in der Szene bekannt wurde und kaum Misstrauen hervorrief. Die Anlaufstelle wurde auch dafür genutzt, um mit den Jugendlichen ein Gespräch in einem Raum mit einer von äußeren Ablenkungen ungestörten Atmosphäre zu verabreden. Da dieser Raum den Untersuchungsteilnehmern aus ihrer alltäglichen Lebenswelt vertraut war, bot er einen ‚schützenden Rahmen‘ für das Interview. Die Bereitschaft der Jugendlichen, an dem Gespräch teilzunehmen und in dessen Verlauf auch ‚unangenehme‘ Fragen nicht auszuweichen, kann insgesamt als hoch bewertet werden. Die episodischen Interviews (Flick, 2004, Kap. 3) dauerten im Schnitt 45 Minuten. Ausgangspunkt ist dabei, dass Erfahrungen als narrativ-episodisches Wissen – bezogen auf konkrete Situationen und Umstände – und als semantisches Wissen (abstrahierte, verallgemeinerte Annahmen und Zusammenhänge) gespeichert werden. Um beide Bestandteile des Wissens zu einem Gegenstandsbereich zu erfassen, werden im episodischen Interview narrativ-episodisches Wissen in Erzählungen und semantisches Wissen durch konkret zielgerichtete Fragen erhoben. Die Jugendlichen werden nach ihren Gesundheitsvorstellungen und Erfahrungen mit Gesundheit, Gesundheitsproblemen und deren Bewältigung befragt und gebeten, entsprechende Situationen zu erzählen. Der Leitfaden umfasst den Einstieg in das Straßenleben, subjektive Gesundheitsdefinitionen, die Lebenssituation (Wohnen, finanzielle Probleme, Ernährung) und deren Folgen für Gesundheit und den Umgang mit gesundheitlichen Risiken (Drogen, Alkohol, Sexualität) und Beschwerden. Die Interviews werden durch teilnehmende Beobachtungen ergänzt.

In der Datenauswertung werden zunächst alle Aussagen zu einem Bereich (z.B. ‚Sexualität‘) fallspezifisch thematisch kodiert (Flick, 2002). Fallübergreifend werden dann Vergleichsdimensionen bestimmt, anhand derer sich Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen den einzelnen Interviews zeigen lassen (vgl. Kelle & Kluge, 1999, S. 81). Diese Vergleichsdimensionen ergaben sich im hier interessierenden Kontext daraus,

- wie die Jugendlichen dem Kondom gegenüber eingestellt sind,
- ob und wenn ja, wie regelmäßig sie ein Kondom verwenden,
- worauf die Verwendung des Präservativs beruht und
- wie sie die Verwendung des Kondoms oder den Verzicht auf dieses begründen.

Entlang dieser Dimensionen und ihren Merkmalsausprägungen werden die Fälle gruppiert und hinsichtlich bestimmter Merkmalskombinationen untersucht. Über Fallkontrastierungen werden zunächst die Fälle innerhalb einer Gruppierung auf Ähnlichkeiten verglichen. Fallvergleiche zwischen den Gruppen sollen bestehende Unterschiede zwischen diesen verdeutlichen (a.a.O., S. 86ff.). So entstehende Typen von Deutungs- und Handlungsmustern werden in ihren Sinnzusammenhängen analysiert und interpretiert. Dazu dienen abermals Fallvergleiche und -kontrastierungen innerhalb und zwischen den Gruppen (a.a.O., S. 92). Die Erhebung der Daten ist weitgehend abgeschlossen, ihre Auswertung jedoch erst in Teilen erfolgt. Im Folgenden wird der berichtete Umgang der Jugendlichen mit sexuellen Risiken behandelt.

5. Ergebnisse

5.1 Wohnsituation der Jugendlichen

Bevor auf das sexuelle Schutz- und Risikoverhalten der Jugendlichen eingegangen wird, zunächst zu einigen Charakteristika der momentanen Wohnsituation und deren Bedeutung für das gesundheitliche Befinden der Befragten. Als – aktuelle bzw. kurzfristige – Wohnformen zum Zeitpunkt der Befragung wurden genannt (vgl. Tabelle 2):

Tabelle 2: Aktuelle Wohnsituation der Jugendlichen

Wohnform	Jugendliche		
	männlich	weiblich	total
	N = 12	N = 12	N = 24
Unterkunft bei Freunden und Bekannten	9	6	15
Betreutes Wohnen	3	4	7
Unterkunft bei Bezugsperson	—	2	2

- Unterkunft bei Freunden und Bekannten, teils in (ehemals) besetzten Häusern. Der oft provisorische Charakter solcher Unterkünfte zeigt sich daran, dass dem Einzelnen nur über begrenzte Zeit hinweg Quartier geboten werden kann. Für die Betroffenen ergeben sich somit wiederholt Phasen akuter Obdachlosigkeit, in denen sie nicht nur tagsüber, sondern auch nachts den Witterungsbedingungen ausgesetzt sind. Infolgedessen leiden sie z. T. – trotz

Versuchen, sich an die situativen Umstände anzupassen – unter unterschiedlichen Erkrankungen: „... *haben da auf'm Dachboden geschlafen. Wir hatten beide Schlafsäcke. Aber die Kälte kam halt von unten durchgezogen. Das heißt, dass, da wir dann da geschlafen haben, wir am Morgen uns nicht wirklich gut gefühlt haben. Na ja, da ging die Erkältung eigentlich 'n bisschen schon los einfach.*“ (Julia, 14 Jahre) Notdürftig sind die Unterkünfte auch wegen ihres hygienischen Zustands – Schimmelpilze und Ratten – und der ungenügenden materiellen Ausstattung, die den Jugendlichen z. B. die Zubereitung befriedigender Mahlzeiten erschwert.

- Pädagogisch betreutes Wohnen. Im Rahmen einer auf mehrere Monate bis Jahre hin angelegten sozialpädagogischen Betreuung, die den Jugendlichen die Grundlagen einer selbstständigen Lebensführung vermittelt, erhalten die Betroffenen auch eine Bleibe, die ihnen vergleichsweise ‚fest‘ erscheint. Als solches hat sie für die Befragten ihren Wert als Schutz- und Rückzugsraum sowie dafür, im Alltag selbstbestimmt Entscheidungen zu treffen. Die eigene² Unterkunft gerät auch zur (materiellen) Grundlage, auf der sie für ihre Gesundheit sorgen können: „*Mittlerweile fühl' ich mich auch gesund, weil ich hab' 'ne eigene Wohnung und da kann ich – jederzeit kann ich da machen, was ich will. Und ich kann schlafen, wann ich will. Und ich kann Ruhe haben, wann ich will ... auf der Straße konnte ich mich ja nie pflegen oder so was.*“ (Linda, 18 Jahre). Jedoch kann betreutes Wohnen als belastend erlebt werden, wenn sich der Einzelne unverständlichen, entwürdigenden Regeln unterworfen sieht, welche die Privatsphäre wiederum beschränken. Psychosomatische und emotionale Beeinträchtigungen können die Folge sein.
- Unterkunft bei einer Bezugsperson – etwa der Mutter oder dem festen Freund. Die damit verbundene soziale Einbindung und gewisse finanzielle Absicherung erleichtern es den Betroffenen, die täglichen Grundbedürfnisse abzudecken und dabei begrenzt auch eigene Ansprüche zu berücksichtigen. Eine Unterkunft bei Bezugspersonen erscheint den Jugendlichen – verglichen mit Quartieren, die von Szenenangehörigen unverbindlich zur Verfügung gestellt werden – als relativ dauerhaft. Aus Sicht der Betroffenen erlaubt dies, Krankheiten vorzubeugen und sich im Krankheitsfall zurückzuziehen.

5.2 Muster des sexuellen Schutz- und Risikoverhaltens

Im Folgenden wird der Frage nachgegangen, inwieweit die Jugendlichen bestrebt sind, sich vor sexuellen Risiken zu schützen und wie sie speziell Kondomen gegenüber eingestellt sind und deren Verwendung begründen. Wenn die Befragten auf Präservative verzichten, interessiert, ob sie andere Schutzmaßnahmen anwenden und in welchem Zusammenhang sie diese mit der wahrgenommenen Bedrohung durch sexuell übertragbare Erkrankungen sehen. Dabei lassen sich drei Deutungs- und Handlungsmuster identifizieren.

5.2.1 Vermeiden von Risiken

Dieses Muster ist dadurch gekennzeichnet, dass das Sexualverhalten des Einzelnen an gesundheitlichen Überlegungen orientiert und insofern daran aus-

2 Sozialpädagogisch betreutes Einzel- oder Gruppenwohnen wird von den Jugendlichen nicht nur in diesem Beispiel damit gleichgesetzt, eine ‚eigene‘ Wohnung zu haben.

gerichtet ist, eine Infektion mit sexuell übertragbaren Erkrankungen zu verhindern. Das Muster findet sich bei sechs Befragten. Wenn die Jugendlichen mit Partnern Geschlechtsverkehr haben, die sie noch ‚nicht lange‘ kennen, erscheint ihnen die Verwendung von Kondomen als sehr wichtig und als sicherster Weg, sich vor möglichen Sexuallykrankheiten zu schützen. Präservative werden zur Bedingung, wenn sie sich auf den sexuellen Kontakt einlassen. Wenn auch festgestellt wird, dass Kondome den ‚reibungslosen‘ Ablauf des Geschlechtsakts unterbrechen und sinnliche Empfindungen behindern, werden solche Unannehmlichkeiten in Kauf genommen. Die Absicht, sich zu schützen, scheint nicht in Frage gestellt: *„Man merkt's halt jedes Mal: ‚Okay, jetzt darf man das nicht vergessen, jetzt muss man dran denken‘. Und das ist halt nicht grad so schön. Wenn dann diese Unterbrechung da ist. Aber was soll man machen.“* (Laura, 20 Jahre) Der Gebrauch des Kondoms gilt als Selbstverständlichkeit, für die sich die Befragten selbst in der Pflicht sehen. Präservative zu benötigen, wird im Vorfeld des Sexualverkehrs fest einkalkuliert. Dass die Notwendigkeit, sich schützen zu müssen, erst durch die direkte Konfrontation mit schweren, im persönlichen Umfeld aufgetretenen Erkrankungen deutlich wird, ist unter den Befragten in dieser Gruppe eher die Ausnahme: *„... ich hab' vor Jahren mal 'n Typen kennen gelernt, der hatte HIV. Und ist dann paar Jahre darauf verreckt. Und ja, da hab' ich mir dann gedacht ‚Okay, dann weißt du schon mal, was da raus kommt, wenn du nicht mit Gummi vögelst‘.“* (Nadja, 18 Jahre) Wenn der Partner bereits erkrankt ist, wird das Meiden des sexuellen Kontakts als einzige Möglichkeit betrachtet, eine Infektion zu verhindern.

5.2.2 Spiel mit dem Risiko

Das zweite Muster charakterisiert, dass beim Sexualverkehr auch mit (relativ) unbekanntem Partnern nur gelegentlich Kondome verwendet werden. Es trifft ebenfalls auf sechs Jugendliche zu. Auch sie sehen sich für Schutzmaßnahmen weitgehend selbst in der Verantwortung. Vorsorgen zu müssen, um sich nicht mit schweren Erkrankungen anzustecken, wird entsprechend relevant, wenn sexuelle Kontakte aufgenommen werden. Dennoch ist für Befragte, die einen spielerischen Umgang mit sexuellen Risiken aufweisen, im Vergleich zu denen, die Risiken meiden, der Gebrauch des Kondoms von geringerer Bedeutung.

Sexuelle Risiken allgemein einzugehen, kann ein Experiment und selbst gewähltes Abenteuer und insofern mit Befriedigung verbunden sein. Die Orientierung des Sexualverhaltens an präventiven Erwägungen erscheint dagegen langweilig und routiniert: *„... hundert Prozent sicher sein kann man sich nich', dann müsste man schon irgendwie komplett Gummianzug oder so was machen. Wer hat da schon Lust drauf, also ich nich'.“* (Hannes, 19 Jahre)

Gleichzeitig werden Vorsorgemaßnahmen, indem sie ‚wohllosiert‘ angewandt werden, als Voraussetzung für künftige Lebenslust und Risikofreude gesehen. So werden – geschützte – sexuelle Kontakte zu einem Partner aufrecht erhalten, der bereits an Aids erkrankt ist. In dem Kontext wird gegenüber einer möglichen Infektion mit HI-Viren zugleich eine fatalistische Einstellung vertreten. Diese dient der Rationalisierung des sexuell riskanten Verhaltens: *„... da bin ich auch definitiv mit dem Wissen ran ‚Hey wenn du Pech hast so, dann holst du dir hier was ein‘... ich mag halt mich und ich mag mein Leben und meine*

Gesundheit und so weiter und ... Spaß haben gerne, aber alles mit einer gewissen Sicherheit.“ (Hannes, 19 Jahre)

Auf Schutzmaßnahmen verzichten diese Befragten aber auch, weil sie Kondome für unerschwinglich halten. Der konsistente Gebrauch von Präservativen erscheint unter den Bedingungen des Straßenlebens, unter denen es schwer fällt, das tägliche Überleben zu sichern, als überflüssiger Luxus: „*Wenn man nicht mal das Geld hat, dass man sich was zu Essen kauft, wird man kaum Kondome kaufen. Das ist klar. Und das, finde ich, ist das Dumme da dran. Dass das so viel kostet.*“ (Helene, 14 Jahre) Die Möglichkeit, sowohl Verhütungsmittel als auch Grundnahrungsmittel kostenlos bei Hilfsorganisationen zu bekommen, ist einigen der Betroffenen offenbar unbekannt.

Eine weitere Ursache für den inkonsistenten Gebrauch von Präservativen ist, dass die Jugendlichen das Kondom nur als Notlösung betrachten, um sich vor den ‚größten‘ Risiken zu schützen. Präservative regelmäßig zu verwenden, lehnen diese Befragten ab – die damit verbundene Einschränkung der sexuellen Empfindungen erscheint ihnen zu gravierend. Die Jugendlichen sehen sich im Zwiespalt, als bedeutsam erachtete präventive Maßnahmen und die Erfüllung kurzfristiger sexueller Bedürfnisse in ein solch ‚ausgewogenes Verhältnis‘ zu bringen, dass das eine dem anderen nicht entgegensteht. Das Ganze gerät zum Spiel, in dessen Verlauf Verhaltensrisiken teils wider besseren Wissens eingegangen und auch ausgekostet, teils nur bedingt wahrgenommen werden.

Möglichkeiten und Grenzen einer Prävention jenseits des Kondoms für die Jugendlichen

Die Unterschätzung des eigenen Infektionsrisikos ist in einigen Fällen dadurch bedingt, dass sich die Jugendlichen in der falschen Sicherheit wiegen, der Verzicht auf das Kondom ließe sich durch andere Schutzmaßnahmen kompensieren. Wie im Weiteren deutlich wird, sind diese jedoch als weniger adäquat anzusehen. Solches, vermeintlich vorsorgendes Verhalten kann sich darin ausdrücken, dass die Befragten den Sexualpartner genau auswählen und sich dabei auf die eigenen Kompetenzen verlassen. Mittels einer ‚Inaugenscheinnahme‘ des Gegenübers wird versucht, die Gefahren bei einem etwaigen Sexualverkehr einzuschätzen. Entsprechend wird auf sexuelle Kontakte dann verzichtet, wenn der Partner durch Krankheiten bereits gezeichnet ist. Die Jugendlichen empfinden in solchen Fällen Angst vor einem möglichen ähnlichen ‚Schicksal‘ und zugleich Ekel, da das Gegenüber unsauber und ‚sexuell verbraucht‘ wirkt: „... *das törnt ja auch ab, so gesehen. Wenn du dann siehst, Alter, der hat übelst die offenen Entzündungen und irgendwas oder da krabbeln lauter kleine Viecher rum, das ist ja auch nicht grade lecker.*“ (Silke, 14 Jahre)

Die Befragten ignorieren, dass sexuell übertragbare Erkrankungen unsichtbar sein und vorerst ohne Symptome ablaufen können und nicht notgedrungen mit Verelendung einhergehen. Zugleich überschätzen sie die persönliche Hygiene als Schutz vor einer Infektion, der das Kondom ersetzt. Für die eigene Person verkennen die Jugendlichen zudem, dass sie eine gewisse Körperhygiene nur in Abhängigkeit von den ‚auf der Straße‘ vorgefundenen Gelegenheiten aufrechterhalten können.

Den äußeren Eindruck, den die Jugendlichen von ihrem Partner haben, versuchen sie gelegentlich durch ein klärendes Gespräch mit diesem abzusichern, von dem sie sich Auskünfte über vorliegende Krankheiten erhoffen. Die mangelnde Bereitschaft des anderen zu solch intimen Unterredungen kann dabei ebenso unterschätzt werden wie, dass der Betroffene selbst nicht unbedingt Kenntnis haben muss von eingetretenen Erkrankungen: „... *ich frag' natürlich jetzt vorher nach so, 'Hast du jetzt irgendwelche Krankheiten?' ...*“ (Silke, 14 Jahre)

Sogar wenn sie es als riskant betrachten, allein aufgrund der Angaben des Gegenübers auf das Kondom zu verzichten – in einem Umfeld, in dem riskante Sexualpraktiken häufig sind – halten einige Jugendliche an der diesbezüglichen Praxis fest. Das Wissen um Infektionsrisiken ist somit keine Bedingung für präventives Verhalten: „*Ich vertrau' der anderen Person eigentlich. Das kann aber auch 'n Fehler sein. Manchmal, weil derjenige das ja auch nicht wissen kann. Deswegen, wenn's danach geht, wer auf der Straße lebt, sollte immer so was machen.*“ (Anton, 19 Jahre)

Auf das Kondom wird auch verzichtet, weil sexuelle Treue in ihrer Bedeutung als Schutz vor Krankheiten überschätzt wird. Demgemäß werden Präservative nicht mehr als nötig empfunden, wenn die Jugendlichen ihren Partner zu kennen glauben, ihm vertrauen und davon ausgehen, ‚fest‘ miteinander zusammen zu sein. Das ist womöglich bereits nach kurzer Zeit der Fall: „*(I: Und nimmst du Kondome?) ... wenn ich die Person länger kenne und das meine Freundin ist, dann nicht. Wenn ich die Person kurzzeitig kenne, dann ja.*“ (Fabian, 16 Jahre) In parallel zu den Interviews durchgeführten Beobachtungen zeigt sich, dass die Jugendlichen sich offenbar ihre Erfahrung nicht eingestehen können, dass unter den Bedingungen des Straßenlebens nicht nur soziale Beziehungen allgemein oft unverbindlich sind, sondern dass auch das partnerschaftliche Verhältnis eher zweckbezogen und zerbrechlich bleibt.

Auf Präservative wird auch verzichtet, wenn ein gemeinschaftlich absolvierter HIV-Antikörpertest vorliegt. Diesem wird eine – medizinisch legitimierte, daher ‚objektive‘ – Alibifunktion zugeschrieben, die von jeder eigenen Verantwortung für präventives Verhalten entlastet. Zugleich wird verkannt, dass es einer gewissen Zeit bedarf, damit sich Viren hinreichend verlässlich mittels des Testes nachweisen lassen: „*Mit den letzten drei festen Freundinnen von mir war ich nach 'm zweiten oder dritten Woche erst mal beim Arzt gewesen ... 'n Aids-Test machen ... Dann kann man auch ohne Kondom pennen.*“ (Hannes, 19 Jahre)

5.2.3 Bewusstes Eingehen von Risiken

Dieses Muster findet sich bei 12 Jugendlichen und ist dadurch charakterisiert, dass auf (jegliche) Vorbeugung von vornherein verzichtet wird oder Schutzmaßnahmen allenfalls sehr sporadisch angewendet werden. Gegenüber einer insofern möglichen Infektion mit sexuell übertragbaren Erkrankungen wird eine eher gleichgültige Haltung eingenommen. Eine Auseinandersetzung damit, welchen Gefährdungen sie sich während des Sexualverkehrs aussetzen, vermeiden die Befragten weitgehend. In diesem Kontext kann auch ein negativer HIV-Antikörpertest zur Bestätigung der Ansicht dienen, aufgrund des eigenen Verhaltens ein geringes Infektionsrisiko zu haben.

Ob während des Sexualverkehrs Kondome verfügbar sind, erscheint als Frage von Glück oder Zufall. Teils sehen sich die Befragten gar nicht in der Verantwortung für die Verhinderung sexueller Erkrankungen. Stattdessen werden speziell HIV-Positive in der alleinigen Pflicht gesehen, alles zu tun, eine Ansteckung anderer zu vermeiden. Während den Kranken eine gewisse Mitschuld an ihrer Situation zugeschrieben wird, die Gefahr, sich mit HI-Viren zu infizieren, somit kontrollierbar erscheint, gilt eine solche Individualisierung des Risikos nicht für einen selbst. Vielmehr wirkt die eigene Person dem Erkrankten hilflos ausgeliefert, werden Ansprüche an eigenes Schutzverhalten zurückgenommen und die Augen vor eingegangenen Risiken verschlossen: „*Da sollte man schon aufpassen. Gummi benutzen oder ganz weglassen. ... Dann sollten die Leute wenigstens so ehrlich sein, ‚Ja, ich hab das und das.‘ ... Was hätte passieren können, da möchte ich’s gar nicht wissen.*“ (Konrad, 15 Jahre)

Gleichgültigkeit gegenüber gesundheitlichen Erwägungen angesichts der Funktionalität riskanten Verhaltens

Mit dem Geschlechtsverkehr ist primär die Erwartung einer optimalen sexuellen Befriedigung verbunden, die Überlegung, sich vor möglichen Infektionskrankheiten zu schützen, erscheint demgegenüber sekundär. Das dürfte auch vor dem Hintergrund der Fall sein, dass die Konsequenzen sexuell riskanten Verhaltens nicht unmittelbar zu erleben sind und Prävention somit als Investition in eine Zukunft erscheint, welche die Jugendlichen als unklar und z. T. als wenig lohnend ansehen. Sexuelle Bedürfnisse auszuleben, sehen die Befragten dagegen als Beitrag zu ihrem aktuellen Wohlbefinden, das für sie wiederum eine zentrale Komponente ihres Gesundheitsverständnisses ist. Kondome gelten als unangenehm, den Liebesakt unterbrechender ‚Eingriff‘, der lustvolle Empfindungen unmöglich macht (vgl. Tabelle 3). Aufgrund ihrer Beschaffenheit kann gegenüber Präservativen auch Ekel empfunden werden: „*Ich hasse Kondome. Kann ich mir ja gleich ’n Dildo holen, das fühlt sich genauso an. ... So ’ne Vibratorteile. So ’ne Gummiteile.*“ (Irina, 15 Jahre)

Zudem verstärkt der intensive Alkoholkonsum der Befragten die Suche nach Spaß und hoher Befriedigung durch sexuelle Kontakte, während er die Wahrnehmung der Risiken eines ungeschützten Geschlechtsverkehrs beeinträchtigt. Selbst wenn die Verwendung von Kondomen als sinnvoll erlebt wird, kann deren Gebrauch durch die gleichgültig machende Wirkung des Alkohols verhindert werden. Teils sind die Jugendlichen so alkoholisiert, dass ihnen gar nicht bewusst ist, sexuelle Kontakte eingegangen zu sein. Ihr Handeln unterliegt keiner rationalen Kontrolle mehr: „*Wenn ich was getrunken hab’ und nicht weiß, ob ich da verhütet hab’ oder nicht. ... Auf Festivals oder so, wenn ich irgendwo aufgewacht bin und gucke, ‚Ups, wo bist du denn?‘“* (Markus, 17 Jahre)

Dass die Verwendung von Kondomen unterbleibt, obwohl sie ursprünglich beabsichtigt wurde, kann auch darin begründet sein, dass der Geschlechtsakt ‚zu spontan‘ zustande kam. In solchen Fällen ein Präservativ zu gebrauchen, erschien den Jugendlichen in der Phase einer intensiven sexuellen Erregung als nicht akzeptable Störung erotischer Empfindungen: „*... ich hatte extra mitgenommen gehabt. Kam aber nicht mehr dazu, (lacht) mir den rauszuholen, den Gummi ... Die Hose irgendwie da am Ende des Raumes, dann ist es auch schon im*

Arsch. Dann sagt man, „Ah ja, du musst losdackeln“. Und dann hat die auch schon kein' Bock mehr.“ (Thomas, 18 Jahre)

Tabelle 3: Gründe für den Verzicht auf das Kondom (Muster ‚Bewusstes Eingehen von Risiken‘)

Gründe (Mehrfachnennungen)	Jugendliche		
	männlich	weiblich	total
	N = 6	N = 6	N = 12
negative Einstellung gegenüber Kondomen	2	3	5
Fehleinschätzung des Infektionsrisikos	1	2	3
fehlende eigene Verantwortung für präventives Verhalten	1	2	3
Alkohol	2	1	3
sexuelle Erregung	1	—	1
keine Angabe	—	1	1

Folgen riskanten Verhaltens und daraus resultierende Konsequenzen

Einige der Befragten in dieser Gruppe haben sich ihrer Ansicht nach bereits mit sexuell übertragbaren Erkrankungen angesteckt oder hatten zumindest einen entsprechenden Verdacht. Eine solche Betroffenheit kann einerseits dazu führen, dass das Sexualverhalten stärker an präventiven Erwägungen ausgerichtet wird. Andererseits erweisen sich auch eigene Krankheitserfahrungen als nicht handlungsrelevant. Sich infiziert zu haben, gilt zwar als bedauerlich, erscheint aber vor dem Hintergrund sehr gegenwartsbezogener, an unmittelbarer Bedürfnisbefriedigung orientierter Wertvorstellungen als kleineres Übel. Dabei ist es irrelevant, dass die entsprechende Erkrankung wohl kaum durch sexuelle Ansteckung zustande gekommen sein dürfte: *„Dass meine Blasenentzündung von daher kommen kann so. Hab' ich gesagt, ‚Das ist mir egal‘. Ich war mit der Frau zusammen, ich wollt' mit der Frau vögeln.“* (Robert, 19 Jahre)

5.3 Fazit zum sexualpräventiven Verhalten der Jugendlichen

Die befragten Jugendlichen kennen die Gefahr, sich durch einen ungeschützten Geschlechtsverkehr mit Sexuallykrankheiten anzustecken. Als solche werden teils auch Erkrankungen wie Hepatitis C aufgefasst, als deren Übertragungsweg vor allem Blutkontakt in Frage kommt. Insbesondere die Folgen einer HIV-Infektion werden als schwerwiegend betrachtet, die Jugendlichen wissen um die Unheilbarkeit der Erkrankung und um die daraus resultierende Notwendigkeit, ihrem Entstehen vorzubeugen. Ein solches Risikobewusstsein bewirkt jedoch nicht notwendigerweise präventives Handeln, wie die Zusammenstellung der gefundenen Verhaltensmuster zeigt (vgl. Tabelle 4).

Tabelle 4: Muster präventiven Verhaltens

Muster sexualpräventiven Verhaltens	Jugendliche		
	männlich	weiblich	total
	N = 12	N = 12	N = 24
Vermeiden von Risiken – regelmäßige Verwendung von Kondomen	3	3	6
Spiel mit dem Risiko – gelegentlicher Kondomgebrauch	3	3	6
Bewusstes Eingehen von Risiken – Verzicht auf Schutzmaßnahmen	6	6	12

6. Diskussion der Ergebnisse

Für die befragten Straßenjugendlichen steht im Vordergrund ihrer Risikovorstellungen sowie ihres unterschiedlichen präventiven Verhaltens, eine Infektion mit sexuell ansteckenden Krankheiten, speziell mit dem HI-Virus, zu verhindern. Im Gegensatz zur jugendlichen oder erwachsenen ‚Normalbevölkerung‘ (vgl. Bengel et al., 1996; Plies, 1999) ist die Absicht, Schwangerschaften zu verhüten, für die Untersuchungsteilnehmer nur von untergeordnetem Wert dafür, Schutzmaßnahmen anzuwenden.

Auch wenn sich in dieser Studie keine Hinweise auf eine HIV-Infektion einzelner Befragter finden, nehmen die Jugendlichen eine Infektionsgefahr ernst und erleben sich zumindest teilweise als anfällig. Dazu, ob sie der Beschäftigungsprostitution nachgehen und somit einem (zusätzlichen) Infektionsrisiko ausgesetzt sind, haben sich die Befragten nicht geäußert.

Studien zum Sexualverhalten von Straßenjugendlichen in Ländern der GUS oder in der Türkei zeigen, dass ein relativ hoher Anteil der Betroffenen keine Kenntnisse über Aids hat oder stereotype Vorstellungen über die Möglichkeiten äußert, sich mit HI-Viren zu infizieren oder sich vor diesen zu schützen (Baybuga & Celik, 2004; Goodwin et al., 2004, S. 385). In unserer Studie erscheint dagegen das Wissen der Befragten über Aids und die Haltung zu Kondomen vergleichbar mit den Kenntnissen und Einstellungen von ‚Durchschnittsjugendlichen‘. Allerdings schlägt sich das ‚Wissen‘ – auch – im Fall der Untersuchungsteilnehmer nicht in einer entsprechenden Kondomakzeptanz oder im Sexualverhalten insgesamt nieder. So verwendet nur eine Minderheit der Befragten Präservative zumindest während des Sexualverkehrs mit unbekanntem Partnern.

Wenn die Untersuchungsteilnehmer überwiegend sexuelle Risiken eingehen, indem sie auf die voraussetzungslose Verwendung des Kondoms verzichten, erscheint dieses Verhalten unter verschiedenen Aspekten funktional. So stellt es für die Befragten ein ‚aufregendes Abenteuer‘ dar, sich auf den Geschlechtsverkehr mit Partnern einzulassen, die sexuell erkrankt sind. Eine solche Suche nach den eigenen Grenzen, bis zu denen der Einzelne gehen kann, ohne sich mit der Krankheit des Gegenübers zu infizieren, wird in einigen Fällen als wesentlich für die Sicherung der eigenen Identität angesehen, was nach Dreher und Dreher (1985) als ‚typische‘ Entwicklungsaufgabe des Jugendalters gilt.

Wie die parallel zu den Interviews durchgeführten Beobachtungen zeigen, sorgt das wissentliche Eingehen von sexuellen Risiken zudem für Gesprächsstoff in

der Szene und kann dort (indirekte) Bewunderung auslösen. Für den Einzelnen ist somit eine Aufwertung des Sozialstatus innerhalb seines Netzwerkes denkbar, der zu einer weiteren Internalisierung der subkulturellen Szene-Normen und damit zur Lösung der Entwicklungsaufgabe beitragen dürfte, ein eigenes Wertesystem zu entwickeln (ebd.).

Wie in der Ergebnisdarstellung erwähnt, erachtet ein Teil der Befragten die Prävention sexueller Erkrankungen zwar als bedeutsam, weicht aber anstelle des Kondoms auf andere Schutzmaßnahmen aus. Diese sind vergleichbar mit denen von Jugendlichen und Erwachsenen, die nicht auf der Straße leben, und können sich darauf beziehen, Personen zu meiden, die sichtbar krank und verelendet erscheinen, oder darauf, wiederholt einen HIV-Antikörpertest durchführen zu lassen (vgl. Bengel et al., 1996). Um die mangelnde Angemessenheit solcher Schutzmaßnahmen wissen die Untersuchungsteilnehmer zumindest teilweise, lassen sich aber trotzdem auf diese ein, da sie gegenüber Kondomen das kleinere Übel zu sein scheinen. Indem Präservative mit einer Beeinträchtigung des sexuellen Lusterlebens assoziiert werden, erscheint der Verzicht auf sie funktional für das Entwicklungsziel, intime Beziehungen aufzubauen.

Nach den Ergebnissen dieser Studie ergibt sich die sexuelle Risikolage obdachloser Jugendlicher in Deutschland weniger aus einem spezifischen Sexualverhalten, das vor allem in Untersuchungen in den USA wiederholt festgestellt wurde und in der erwähnten ‚Überlebenssexualität‘ besteht (vgl. Haley et al., 2004). Die Problematik der von uns befragten Jugendlichen erwächst statt dessen einerseits aus den Lebensbedingungen ‚auf der Straße‘, unter denen sich die Entscheidung für (oder gegen) Safer Sex stellt. So gelten Kondome als finanziell nicht erschwinglich, sodass sich einige Betroffene, indem sie aus Kostengründen auf diese verzichten, notgedrungen riskant verhalten. Andererseits bewirkt die von Armut gekennzeichnete Situation der Jugendlichen, dass sie sich auf das Überleben im Hier und Heute konzentrieren. Präventives Verhalten im Allgemeinen und Safer Sex im Besonderen erscheinen demgegenüber als ‚kostspielige‘ Investition in eine (ungewisse) Zukunft. In diesem Kontext lassen sich einige der Studienteilnehmer auch aus Gleichgültigkeit gegenüber ihrer Gesundheit allgemein auf sexuelle Risiken ein. Ob diese eintreten oder nicht, erscheint als belanglos für die Befragten, wenn sie einem Weiterleben ohnehin keinen großen Wert beimessen (vgl. Le Breton, 2001).

7. Implikationen für eine zielgruppenspezifische Prävention

Die Ergebnisse dieser Studie zeigen, dass die mit den Lebensbedingungen Armut und Obdachlosigkeit einhergehenden Gesundheitsrisiken von den Jugendlichen durch Risikoverhalten (nicht nur) im Bereich der Sexualität verstärkt werden. Sie unterstreichen die Notwendigkeit, etwa in der Aidsvorsorge nicht allein auf die Vermittlung von Wissen zu setzen, da dieses auch im Fall der befragten Straßenjugendlichen nur bedingt handlungsleitend ist. So wird deutlich, dass für die Untersuchungsteilnehmer nicht nur mögliche, sondern auch bereits vorliegende gesundheitliche Konsequenzen riskanten Sexualverhaltens zweitrangig sind angesichts dessen Funktionalität.

Der subjektive Nutzen solches ungeschützten Sexualverhaltens liegt z. B. darin, intime Kontakte zum anderen Geschlecht aufzunehmen, die nicht durch die Ver-

wendung des Kondoms ‚verfälscht‘ werden. Oder es erlaubt, Grenzerfahrungen zu erleben und sich somit die eigene Einzigartigkeit zu verdeutlichen, indem Kontakte zu Partnern eingegangen werden, die ihrerseits häufig ungeschützten Geschlechtsverkehr haben. In diesem Kontext sollten sexualpräventive Interventionen darauf abzielen, den Jugendlichen Unterstützung bei der Lösung der genannten Entwicklungsaufgaben zu bieten und zu deren bisheriger Bewältigung Alternativen aufzuzeigen (vgl. Pinquart & Silbereisen, 2004, S. 68).

Zum Teil sind jedoch auch Wissensdefizite für das riskante Verhalten der Straßenjugendlichen verantwortlich. Um diese zu beheben, sollte in der Prävention vor allem auf individuelle Vorstellungen bezüglich der Infektionswege mit und Schutzmöglichkeiten vor dem HI-Virus Einfluss genommen werden. Zu problematisieren wäre z. B. die Bedeutung, die die Jugendlichen dem HIV-Antikörpertest zuschreiben als Schutz und als vermeintlich sicherer Hinweis auf ein ‚unbedenkliches‘ Sexualverhalten eines Partners.

Ein weiteres wesentliches Ziel von Interventionen sollte darin bestehen, obdachlosen Jugendlichen Lebensperspektiven jenseits der Straße zu vermitteln und dazu, gemeinsam mit den Betroffenen, ein tragfähiges Sozialgefüge jenseits der Szene aufzubauen oder wiederherzustellen. Das würde es den Jugendlichen ermöglichen, aus den allgemein wenig gesundheitsförderlichen Normen des Szenenetzwerkes ‚auszuscheren‘ und auf riskantes Verhalten auch angesichts einer lohnenswerten Zukunft ‚verzichten‘ zu können (vgl. Pinquart & Silbereisen, 2004, S. 69).

Die Notwendigkeit, im Rahmen der Prävention nicht nur verhaltens-, sondern auch verhältnisorientiert vorzugehen, wird anhand der vorliegenden Studienergebnisse auch insofern deutlich, als dass einige Befragte die Verwendung des Kondoms aus Preisgründen unterlassen. Daraus leitet sich die – alte – Forderung nach einer Finanzierung von Kondomen durch die Krankenkasse ab (vgl. Plies, 1999, S. 203). Zusätzlich erscheint es notwendig, die Möglichkeit, Kondome kostenlos bei Hilfsorganisationen zu erhalten, unter den Straßenjugendlichen bekannter zu machen. Bei den hier Befragten ist riskantes Sexualverhalten häufig mit intensivem Substanzgebrauch verbunden, wobei dies sich negativ auf die Verwendung von Kondomen auswirkt. Entsprechend sollte die Sexualprävention für diese Zielgruppe mit einem (sekundär-)präventiven Vorgehen im Bereich des Alkohol- und Drogenkonsums verknüpft werden.

Literatur

- Avramov, D. (1998). Homelessness in the European Union: Changes and Continuities. In D. Avramov (Hrsg.), *Youth Homelessness in the European Union*. FEANTSA Transnational Report 1997 (S. 13-65). Brüssel.
- Bailey, S. L., Camlin, C. S. & Ennett, S. T. (1998). Substance use and risky sexual behavior among homeless and runaway youth. *Journal of Adolescent Health*, 23, (6), 378-388.
- Baybuga, M. S. & Celik, S. S. (2004). The level of knowledge and views of the street children/youth about AIDS in Turkey. *International journal of nursing studies*, 41, (6), 591-597.
- Bengel, J., Bühlren-Armstrong, B. & Farin, E. (1996). Zusammenfassung und Konsequenzen. In J. Bengel (Hrsg.), *Risikoverhalten und Schutz vor Aids. Wahrnehmung und Abwehr des HIV-Risikos: Situationen, Partnerinteraktionen, Schutzverhalten* (S. 225-256). Berlin: Ed. Sigma.

- Dreher, E. & Dreher, M. (1985). Entwicklungsaufgaben im Jugendalter: Bedeutsamkeit und Bewältigungskonzepte. In D. Liepmann & A. Stiksrud (Hrsg.), *Entwicklungsaufgaben und Bewältigungsprobleme in der Adoleszenz* (S. 56-70). Göttingen: Hogrefe.
- Flick, U. (2002). *Qualitative Sozialforschung – Eine Einführung*. Reinbek: Rowohlt.
- Flick, U. (2004). *Triangulation – Eine Einführung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaft.
- Flick, U. & Röhnsch, G. (2005). Zwischen Bewältigung und Risiko – gesundheitsrelevante Lebensweisen obdachloser Jugendlicher in Bezug auf Drogen und Alkohol. *Psychomed*, 17, (4), 234-239.
- Goodwin, R., Kozlova, A., Nizharadze, G. & Polyakova, G. (2004). HIV/AIDS among adolescents in Eastern Europe: knowledge of HIV/AIDS, social representations of risk and sexual activity among school children and homeless adolescents in Russia, Georgia and the Ukraine. *Journal of health psychology*, 9, (3), 381-396.
- Haley, N., Roy, E., Leclerc, P., Boudreau, J.-F. & Boivin, J.-F. (2004). HIV risk profile of male street youth involved in survival sex. *Sexually transmitted infections*, 80, (6), 526-530.
- Hurrelmann, K. (2000). *Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung*. Weinheim: Juventa.
- Jungbauer-Gans, M. & Kriwy, P. (Hrsg.) (2004). *Soziale Benachteiligung und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Kelle, U. & Kluge, S. (1999). *Vom Einzelfall zum Typus*. Opladen: Leske & Budrich.
- Kral, A. H., Molnar, B. E., Booth, R. E. & Watters, J. K. (1997). Prevalence of sexual risk behaviour and substance use among runaway and homeless adolescents in San Francisco, Denver and New York City. *International Journal of STD & AIDS*, 8, (2), 109-117.
- Krüger, G., Maschewsky, W. & Osborg, E. (1994). AIDS-Prävention mit randständigen jungen Männern. Ergebnisse einer empirischen Studie. In W. Heckmann & M. A. Koch (Hrsg.), *Sexualverhalten in Zeiten von Aids* (S. 181-191). Berlin: Ed. Sigma.
- Le Breton, D. (2001). Riskantes Verhalten Jugendlicher als individueller Übergangsritus. In J. Raitzel (Hrsg.), *Risikoverhaltensweisen Jugendlicher. Formen, Erklärungen und Prävention* (S. 111-128). Opladen: Leske & Budrich.
- Pinquart, M. & Silbereisen, R. K. (2004). Prävention und Gesundheitsförderung im Jugendalter. In K. Hurrelmann, T. Klotz & J. Haisch (Hrsg.), *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung* (S. 63-71). Bern: Huber.
- Plies, K. (1999). AIDS-Prävention. In K. Plies, B. Nickel & P. Schmidt (Hrsg.), *Jugendsexualität in den 90er Jahren. Ergebnisse einer repräsentativen Studie in Ost- und Westdeutschland* (S. 131-204). Opladen: Leske & Budrich.
- Pyyet, P. M. & Warr, D. J. (1997). Vulnerability on the streets: female sex workers and HIV risk. *Aids Care*, 9, (5), 539-547.
- Rotheram-Borus, M. J., Song, J., Gwadz, M., Lee, M., Rossem, M. V. & Koopman, C. (2003). Reductions in HIV Risk Among Runaway Youth. *Prevention Science*, 4, (3), 173-187.
- Sharland, E. (2005). Young People, Risk Taking and Risk Making: Some Thoughts for Social Work. *British Journal of Social Work*, Advance Access published October 17, 2005.
- Thomas, S. (2005). *Berliner Szenetreffpunkt Bahnhof Zoo. Alltag junger Menschen auf der Straße*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Prof. Dr. phil. Uwe Flick, Alice Salomon Fachhochschule, Alice Salomon Platz 5, 12627 Berlin, E-mail: flick@asfh-berlin.de

Dr. phil. Gundula Röhnsch, Alice Salomon Fachhochschule, Alice Salomon Platz 5, 12627 Berlin, E-mail: gundula.roehnsch@web.de