

Wilke, Thomas; Ihrig, Luise; Speck, Fadl; et al.

HIV/STI-Prävention mit Jugendlichen und jungen Erwachsenen

3. vollständig überarbeitete Auflage

Berlin : Berliner Aids-Hilfe e. V. 2015, 215 S.



Quellenangabe/ Reference:

Wilke, Thomas; Ihrig, Luise; Speck, Fadl; Pevny, Sophie; Anders, Caroline; Döhn, Cora; Koppe, Uwe; Wollmer, Katja; Röder, Julia; Langer, Phil C.; Gregory, Jonathan: HIV/STI-Prävention mit Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Berlin : Berliner Aids-Hilfe e. V. 2015, 215 S. - URN: urn:nbn:de:01111-pedocs-349878 - DOI: 10.25656/01:34987

<https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:01111-pedocs-349878>

<https://doi.org/10.25656/01:34987>

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, aufführen, 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

Mitglied der


Leibniz-Gemeinschaft

HIV/STI-PRÄVENTION

MIT JUGENDLICHEN UND JUNGEN ERWACHSENEN

3. vollständig überarbeitete Auflage, 2015

Autor_innen:

Thomas Wilke, Luise Ihrig, Fadl Speck, Sophie Pevny, Caroline Anders, Cora Döhn,
Uwe Koppe, Katja Wollmer, Julia Röder, Phil C. Langer, Jonathan Gregory

Wir danken den Autor_innen früherer Auflagen für die Vorarbeit:

2. Auflage: Thomas Wilke, Stefan Müller, Phil C. Langer, Birte Seffert

1. Auflage: Phil C. Langer, Thomas Wilke, Stefan Müller, Christine Bartho,
Franziska Gutsche, Steffi Pätsch, Antonia Antow, Lydia Grund, Miriam Seidel,
Mario Bindrim



**Berliner
Aids-Hilfe e.V.**

Berliner Aids-Hilfe e.V.
Youthwork-Team
Kurfürstenstr. 130
10785 Berlin
Tel.: 030 885640-51
E-Mail: youthwork@berlinaidshilfe.de

Dieses Handbuch informiert über das Konzept des Youthwork-Teams der Berliner Aids-Hilfe e. V. Es entstand erstmalig im Rahmen eines Pilotprojektes und soll vorrangig den Austausch mit anderen in der HIV-Prävention Tätigen erleichtern. Die neuen Team- Mitglieder des Berliner Youthwork finden über das Handbuch wichtige Basisinformationen und die „Oldies“, die schon länger dem Team angehören, können bei Bedarf ihr Wissen durch die Lektüre des Handbuches auffrischen.

Das Handbuch dient der Qualitätssicherung und Festsetzung von Standards unserer Arbeit.

Es ist ein Nachschlagewerk und wird regelmäßig aktualisiert.

Zum Downloaden von Methoden und Aktualisierungen des Handbuches gehen Sie bitte auf die Internetplattform unter  www.berlin-aidshilfe.de.

 Das Passwort finden Sie zu Beginn des Methodenteils

Berliner Aids-Hilfe e.V.
Youthwork-Team
Kurfürstenstr. 130
10785 Berlin
Tel.: 030 885640-51
E-Mail: youthwork@berlinaidshilfe.de

ISBN 978-3-00-056908-1

v.i.S.d.P.: Ute Hiller
Koordination: Thomas Wilke, Fadl Speck
Lektorat: Thorsten Sandner
Grafik und Satz: Olrik Neubert

Grußwort von Dr. Dr. Wolfgang Müller – HIV/STI-Prävention mit Jugendlichen und jungen Erwachsenen

HIV- und STI-Prävention?

Das sind doch eher Themen von vorgestern - mögen manche denken.

Aber das ist nicht so.

Dank intensiver bundesweiter Präventionsprogramme und groß angelegter Kampagnen, die fast jeder in Deutschland kennt, wie „Gib Aids keine Chance“ wurde in den 80er und 90er Jahren des letzten Jahrhunderts ein breites Bewusstsein für die Notwendigkeit des Schutzes vor sexuell übertragbaren Infektionen geschaffen. In erster Linie aber wurde in den relevanten Gruppen Prävention wirksam gelebt, sodass die Infektionszahlen – im internationalen Vergleich – in Deutschland relativ niedrig blieben. Ein hart erarbeiteter Erfolg, der zeigte: Prävention wirkt! Allerdings nur, wenn sie richtig gemacht wird und vor allem nachhaltig angelegt ist. Gerade an Letzterem aber fehlt es seit Beginn dieses Jahrtausends vielerorts. Präventionsaktivitäten wurden eingestellt, Finanzmittel gekürzt oder komplett eingespart – mit fatalen Folgen: die Infektionszahlen steigen wieder, das Bewusstsein für notwendigen Schutz lässt insgesamt nach. Umso verdienstvoller und wichtiger ist das vorliegende Handbuch, das aus der Praxis für die Praxis entstanden ist und nun schon in der dritten Aktualisierung vorliegt. Ich habe die Entstehung des Handbuches von Beginn an mit großem Respekt verfolgen können und bin mehr denn je von der Qualität des Werks überzeugt. Mein Dank und meine Anerkennung gelten dem beeindruckenden Einsatz der vielen Beteiligten, die seit dem Start des Projektes ihre hohe Kompetenz und viel Herzblut investiert haben - und dem Team, das die im wirklichen Leben gesammelten Erfahrungen in eine einfach verständliche Schriftform gebracht hat. Ich wünsche dem Handbuch eine große Resonanz und viele Nutzer_innen, die die wertvollen Anregungen aufgreifen und in ihrer eigenen Arbeit in Zukunft umsetzen können!

Dr. Dr. Wolfgang Müller, bis 2011 Leiter des Referats für Aids- und STI- Prävention in der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln

Vorwort

Seit einigen Jahren steigt die Zahl der HIV-Neudiagnosen und anderer sexuell übertragbarer Infektionen (STI) in Deutschland stetig an. Allein im Jahr 2014 wurden geschätzt 3.200 HIV-Infektionen gemeldet; 2001 waren es noch ungefähr 1.500. Dies betrifft gerade Großstädte wie Berlin und zunehmend Jugendliche und junge Erwachsene. Dank weitreichender medizinischer Fortschritte konnten die Möglichkeiten HIV zu behandeln deutlich verbessert werden. Für die meisten HIV-Positiven in Deutschland bedeutet dies, dass ihre Infektion mehr einer chronischen, denn einer unheilbaren Erkrankung entspricht. Nichtsdestoweniger ist HIV nicht heilbar und kann für den Einzelnen schwerwiegende physische, psychische und soziale Folgen mit sich bringen. Jahr für Jahr sterben in Deutschland mehrere hundert Menschen an den Folgen von Aids.

Vor diesem Hintergrund ist eine wirksame Präventionsarbeit weiterhin unabdingbar. Diese muss sich mit spezifischen Mitteln an bestimmte Zielgruppen richten und dort über relevante Infektionswege und Schutzmöglichkeiten aufklären, aktuell über den HIV-Antikörper- und andere STI-Tests informieren und für Verständnis für die Lebenskontexte von HIV-Positiven und den Hauptbetroffenengruppen sensibilisieren. Nachhaltig kann dies nur gelingen, wenn ein akzeptierender Zugang zur Lebenswelt der Zielgruppen möglich ist und diese als gleichberechtigte Partner der Präventionsarbeit anerkannt sind.

Das Youthwork-Team der Berliner Aids-Hilfe e.V. ist seit 1996 im Bereich der Prävention mit Jugendlichen und jungen Erwachsenen tätig. Es folgt einem erweiterten Prinzip des Peer-Education-Ansatzes, demzufolge die Teamer_innen¹ aufgrund altersmäßiger Nähe und jugendkultureller Kenntnisse die Jugendlichen in ihrer eigenen Diktion erreichen und ihre persönlichen Erfahrungen in die Interaktion einbeziehen können. Das Team ist in unterschiedlichen Kontexten – vor allem in Schulen, Jugend- und Freizeiteinrichtungen, im Berliner Jugendarrest und bei öffentlichen Jugendevents – aktiv. Die anhaltend große Nachfrage der Youthwork-Angebote macht den Erfolg dieses Ansatzes deutlich.

¹ Die Verwendung des Unterstrichs bezeichnet den Versuch einer gendergerechten Sprache, die die Lücke in der soziokulturellen Konstruktion der heteronormativen Zweigeschlechtlichkeit sichtbar machen möchte (Hermann, 2006).

Im letzten Jahrzehnt seines Bestehens ist das aus ehrenamtlichen Mitarbeiter_innen zusammengesetzte Youthwork-Team stetig gewachsen. Durch Förderungen von der Levi-Strauss-Foundation, der Deutschen Klassenlotterie Berlin, der Privaten Krankenversicherer (PKV), der M.A.C.- Foundation und privater Spender wurde es möglich, das ehrenamtliche Engagement durch hauptamtliche Arbeit fachlich zu betreuen und somit Ressourcen für eine methodische Standardisierung bereitzustellen. Gleichzeitig hat sich das Team durch kontinuierliche Aus- und Fortbildungen professionalisiert.

Sowohl die Prämierung mit dem Sirius beim Bundeswettbewerb HIV/STI-Prävention 2010 und 2015 - ein Wettbewerb des Bundesministeriums für Gesundheit und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung - als auch das vorliegende Handbuch sind hierfür ein eindrucksvoller Beleg. Das Handbuch wurde vom ehrenamtlichen Team in einem mehrmonatigen Diskussions- und Arbeitsprozess erstellt und ist als Grundlage der gemeinsamen Präventionsarbeit gedacht.

In ihm sind alle für eine aktuelle und hochwertige Präventionsarbeit notwendigen fachlichen Informationen über HIV/Aids/STI aufgeführt und methodisch im Bezug auf die Vermittlung in jugendspezifischen Veranstaltungen aufbereitet. Viele der Herangehensweisen – von den „Drehbüchern“ mit den jeweils auf die Teilnehmenden abgestimmten Abläufen, über einzelne Übungen und Spiele bis hin zu Materialien – sind vom Youthwork-Team selbstständig (weiter)entwickelt und in der Praxis erfolgreich erprobt worden. Auf einer Internetplattform stellt Ihnen das Youthwork- Team sämtliche Methoden und Materialien für die Realisierung von HIV/STI-Präventionsveranstaltungen zur Verfügung.

Für dieses große Engagement, das die Präventionsarbeit mit Jugendlichen und jungen Erwachsenen der Berliner Aids-Hilfe e.V. maßgeblich voranbringen wird, sei allen Beteiligten und Unterstützern herzlich gedankt. Dem Handbuch ist weit über den engeren Kontext des Youthwork-Teams hinaus im Sinne einer Vernetzung der HIV/STI-Prävention in Deutschland nachhaltiger Erfolg zu wünschen.

Berlin, 2015:

Ute Hiller und Thomas Wilke

Inhaltsverzeichnis

HIV/STI-PRÄVENTION MIT JUGENDLICHEN UND JUNGEN ERWACHSENEN.....	1
Grußwort von Dr. Dr. Wolfgang Müller – HIV/STI-Prävention mit Jugendlichen und jungen Erwachsenen	
1. HIV-Prävention in Deutschland und die Berliner Aids-Hilfe e.V.	8
1.1. HIV-Prävention in Deutschland	8
1.2. Das Konzept der strukturellen Prävention	10
1.3. Berliner Aids-Hilfe e.V. Organisation, Struktur und Aufgabenfelder	14
2. Grundbegriffe und Zielsetzung der HIV/STI-Prävention am Beispiel des Youthwork-Teams	16
2.1. Der Peer-Education-Ansatz und dessen theoretische Grundlage	17
2.2. Das Programm „Youthwork- Prävention mit Jugendlichen und jungen Erwachsenen“	19
2.3. Das Fünf-Säulen-Konzept der Präventionsarbeit	21
2.3.1. Schulische und außerschulische Präventionsarbeit	22
2.3.2. Die Säulen des Programms	23
3. Wissenschaftliche Erkenntnisse zur Förderung sexueller Gesundheit bei Jugendlichen	26
3.1. Ungleiche Verteilung gesundheitlicher Chancen in Deutschland: Besonders in ihrer Gesundheit gefährdete Gruppen	28
3.2. Auch weltweit ungleich verteilt: das Infektionsrisiko	32
4. Grundlagenwissen zu HIV und Aids	33
4.1. Wie verläuft eine HIV- Infektion?	35
4.2. Behandlungsmöglichkeiten auf einen Blick	43
4.3. Wie kann HIV (nicht) übertragen werden?	45
4.4. Immunstatus und Testmöglichkeiten	58
4.5. HIV und Heilung	68
5. Grundlagenwissen zu STI – Sexuell übertragbare Infektionen	70
5.1. Allgemeines über sexuell übertragbare Infektionen	70
5.2. Mögliche Symptome sexuell übertragbarer Infektionen	71
6. Epidemiologische Situation von HIV und STI bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen	80

7. Leben mit HIV	85
7.1. Stigmatisierungs- und Zuschreibungsprozesse im Kontext von HIV	85
7.2. Folgen von Stigmatisierung für die Hauptbetroffenengruppen und HIV-Positive	87
7.3. Das Ausmaß von Stigmatisierung gegenüber HIV- Positiven in Zahlen: Ergebnisse aus dem Projekt „positive Stimmen“	87
8. HIV/STI- Prävention in der Praxis	91
8.1. Präventionsworkshops: Grundsätze. Methoden- und Ablaufpläne	91
8.1.1. Grundsätze der Arbeit	91
8.2. Methoden	95
8.2.1. Methodentypen	95
8.2.2. Grundsätze bei der Auswahl und Anleitung von Methoden	97
8.2.3. Regeln, wertschätzender Umgang und Einstellungen der Teamer_innen in Veranstaltungen	101
8.2.4. Verschiedene Gruppen – verschiedene Anforderungen	102
8.2.5. Ablaufpläne für Präventionsworkshops	106
8.2.5.1. Schulveranstaltungen	106
8.2.5.2. Vertiefung: Leben mit HIV	110
8.2.5.3. HIV in globaler Perspektive und Zugang zu Medikamenten	113
8.3. Öffentliche Veranstaltungen: Vor-Ort-Prävention	117
8.3.1. Bespielung eines festen Infostandes	118
8.3.2. Mobile Aktions-Teams	120
8.4. Junge Redakteur_innen als Peer-Präventions-Akteur_innen	121
8.5. Qualitätsentwicklung und –sicherung	127
9. Methoden	129
9.1. Aufwärmspiele	130
9.2. Allgemein sexualpädagogische Spiele	134
9.3. Methoden zu HIV und STI	152
9.4. Mitmachaktion	193
10. HIV/Aids -Filme	201
Literaturverzeichnis.....	207

1. HIV-Prävention in Deutschland und die Berliner Aids-Hilfe e.V.

1.1. HIV-Prävention in Deutschland

Als Anfang der 1980er Jahre auch in der ehemaligen Bundesrepublik Deutschland (BRD) erste Fälle der Immunschwächekrankheit Aids auftraten und eine Epidemie befürchtet wurde, stand die Frage nach geeigneten Mitteln der Bekämpfung und Eindämmung der Krankheit im Zeichen von Angst und Unsicherheit sowie den Ressentiments gegenüber den Hauptbetroffenengruppen, vor allem schwulen Männern.² Vor dem Hintergrund eines noch unzureichenden biomedizinischen Wissens hinsichtlich der relevanten Übertragungswege und Schutzmöglichkeiten und massiver gesellschaftlicher und politischer Vorurteile gegenüber nicht-konventionellen Lebensweisen wurden Forderungen nach seuchenrechtlichen Kontrollmaßnahmen laut.

So verlangte etwa der damalige bayerische Gesundheitsminister Peter Gauweiler, HIV-Positive jegliche Form sexueller Kontakte zu verbieten und sie zu isolieren. Noch im Jahr 1985 waren fast 40 % der BRD-Bürger der Ansicht, Kontakte mit Aids-Kranken müssten auf das medizinische Pflegepersonal und Angehörige beschränkt werden.

In diesem Kontext wurde am 23. September 1983 in Berlin die Deutsche AIDS-Hilfe e. V. (DAH) mit den Zielen Aufklärung und Information, aber auch Unterstützung der Kranken und Engagement gegen befürchtete erneute Repressionen schwuler Lebensweisen gegründet. Nach Etablierung von lokalen und regionalen Aids-Hilfen in der BRD – die Berliner Aids-Hilfe (BAH) beispielsweise wurde 1985 ins Leben gerufen – wurde die DAH 1985 zum Dachverband für die einzelnen Mitgliedsorganisationen.

Heute gehören mehr als 120 Aids-Hilfen in Deutschland dem Dachverband an.

Als Selbsthilfeorganisation hat sich die Aids-Hilfe in der BRD immer schon als ein politisches Repräsentativorgan für HIV-Positive und an Aids erkrankte Menschen verstanden, das auch im Hinblick auf die Prävention zielgruppenspezifische Arbeit leisten will.

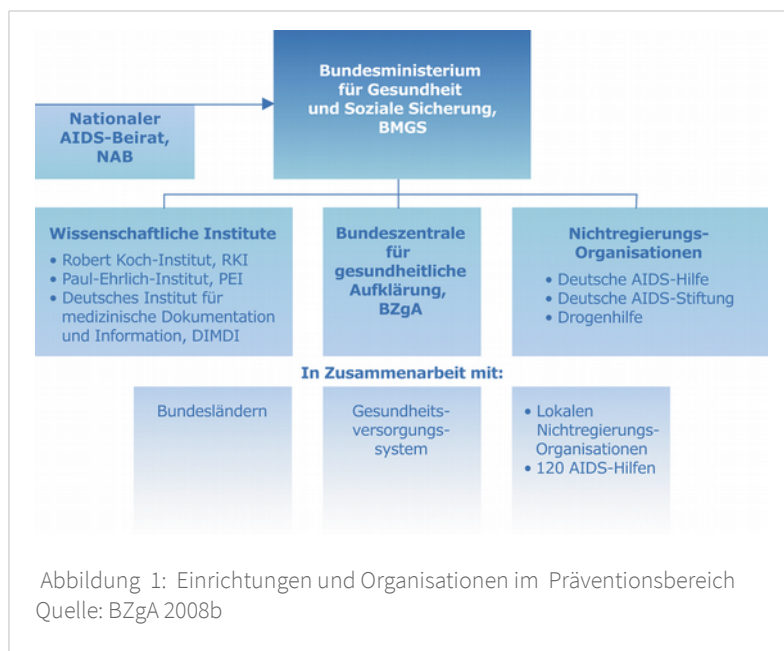
Als ab Mitte der 1980er Jahre die Diskussion über eine nationale Eindämmungsstrategie geführt wurde, ist es wohl einer Kombination aus politischer Lobbyarbeit der Aids-Hilfen, die auf eigenverantwortliche Verhaltensänderung der Hauptrisikogruppen in Bezug auf konsequenten Safer Sex setzten, und der – nicht zuletzt durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) – geförderten Einsicht in die Sinnlosigkeit und Kontraproduktivität der auf Kontrolle beruhenden Maßnahmenforderungen zu verdanken, dass sich nicht der repressive, sondern ein präventiver Ansatz durchsetzte, der auf Aufklärung, Beratung und Eigenverantwortung abzielte.

² Die HIV/Aids-Prävention in der DDR stellt sich systembedingt anders dar. Offiziell wurde lange Zeit die Existenz von HIV/Aids in der DDR geleugnet und die realen Infektionsfälle in spezifischen Krankenstationen isoliert. Gleichzeitig gab es Initiativen Einzelner und weniger nicht-staatlicher, beispielsweise auch kirchlicher, Gruppen, die sich etwa in Schulen in der Aids-Aufklärung engagierten. Dies geschah jedoch nur punktuell und wurde lediglich geduldet. Eine umfassende und koordinierte Aids-Prävention fand in der DDR nicht statt. Mit Beitritt zur BRD wurde das dortige System der Prävention unverändert übernommen. „Ost-spezifische“ Aids-Prävention war kein Thema. Die in den neunziger Jahren gegründeten regionalen Aids-Hilfen (z.B. Leipzig, Dresden) sind als kleinere Mitgliedsorganisationen der Deutschen AIDS-Hilfe e.V. i. d. R. mit vergleichsweise bescheidenen Ressourcen ausgestattet.

Eine massive Aufklärungskampagne, die das Kondom als Schutz vor HIV propagierte und sich gegen Ausgrenzung und Diskriminierung richtete sowie zum Abbau von bestehenden Ängsten beitragen wollte, steuerte einen wesentlichen Beitrag zu einem Einstellungswandel in der Bevölkerung bei: In einer Repräsentativ-Umfrage der BZgA stimmten 95 % gegen eine Isolierung von HIV-Positiven (BZgA, 2007c: 13). Ab Mitte der 1980er Jahre ging die HIV-Inzidenz drastisch zurück, was für den Erfolg der präventiven Strategie sprach.

Bis heute besteht bei der HIV-Prävention in Deutschland eine erfolgreiche Arbeitsteilung: Die staatliche BZgA als Fachbehörde des Bundesgesundheitsministeriums richtete sich mit ihren Veröffentlichungen und Kampagnen (z.B. „Mach's mit“) an die Allgemeinbevölkerung. Das Arbeitsfeld der DAH ist demgegenüber die mediale und personalkommunikative Präventionsarbeit mit und für die besonders von HIV/Aids bedrohten und betroffenen Individuen und Gruppen, insbesondere für Männer, die Sex mit Männern haben (MSM), aber auch Migrant_innen, Drogengebraucher_innen und Sexworker_innen. Für diese Arbeit stellt das Bundesgesundheitsministerium (und darüber die BZgA) seit 1986 finanzielle Mittel zur Verfügung. Aus dieser Konstellation entsteht unweigerlich ein Konfliktpotenzial, da das Abhängigkeitsverhältnis der DAH von staatlichen Mitteln ihre Unabhängigkeit in Bezug auf eigene Kampagnen und Veröffentlichungen beeinflussen kann und in der Vergangenheit auch tatsächlich - etwa in Bezug auf die Publikation oder Nicht-Publikation von Broschüren zu bestimmten Themen - beeinflusst hat.

Durch die seit Jahren zunehmende Bedeutung biomedizinischer Instrumente der HIV-Prävention (siehe 1.2. unten) spielen darüber hinaus auch Ärzt_innen mittlerweile eine wichtige Rolle im Präventionskontext.



Die DAH-Bundesgeschäftsstelle in Berlin veröffentlicht Broschüren, Faltblätter, Postkarten, Plakate, Anzeigen und Fachbücher, die in Inhalt, Stil, Motiv und Gestaltung auf spezifische Zielgruppen zugeschnitten sind, eröffnet Möglichkeiten zur Selbsthilfe und unterstützt das Engagement verschiedener Selbsthilfenetzwerke. Zu den Aufgaben der DAH als Fachverband gehören auch die Aus-, Fort- und Weiterbildung für die haupt- und ehrenamtlichen Mitarbeiter_innen der regionalen Aids-Hilfen.

Die Arbeit der DAH orientiert sich an der Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation (WHO) von 1986, in der zum ersten Mal eine umfassende und positive Definition des Gesundheitsbegriffs vorgelegt wurde, der neben der körperlichen Gesundheit auch psychosoziale Lebenskontexte als zentrale Faktoren beinhaltet (World Health Organization, 1986).

Das darauf aufbauende Konzept der „strukturellen Prävention“ nimmt das Verhalten Einzelner („Verhaltensprävention“) ebenso in den Blick wie die Verhältnisse, in denen sie leben („Verhältnisprävention“). Daraus folgt die Erkenntnis, dass die starke Abhängigkeit vom sozialen Umfeld und der Gesellschaft, Einfluss darauf nimmt, was der Einzelne für seine Gesundheit und zur Verminderung von Risiken beitragen kann.

Ein zentrales Prinzip der Arbeit von Aids- Hilfen besteht in der Lebensweltenakzeptanz - der vorurteilsfreien Haltung gegenüber den Menschen, die die Aids-Hilfen aufsuchen.

Der DAH gehören zurzeit etwa 120 Mitgliedsorganisationen an. Die regionalen Aids-Hilfen und sonstigen Mitgliedsorganisationen informieren und beraten Menschen aus allen Bevölkerungsgruppen (persönlich, telefonisch oder per E-Mail), auch vor Ort, etwa in der Schwulen- und Drogenszene sowie bei Menschen, die anschaffen gehen.

1.2. Das Konzept der strukturellen Prävention

Im Konzept der strukturellen Prävention fanden die Herausforderungen der beginnenden HIV-Pandemie der achtziger Jahre eine paradigmatische Antwort (Rosenbrock, Schaeffer, 2002; DAH, 1998). Statt in der Tradition eines „Old Public Health“ auf repressive Strategien des sozialen Ausschlusses von Positiven und der Eingrenzung von Risikogruppen zu setzen, die „Zwangstests, Sexverbote, Grenzkontrollen, Aufenthaltsbeschränkungen, Internierungen, Zwangstätowierungen (Rosenbrock, 2005: 2)“ und damit eine klassische Seuchenstrategie anvisierten, rekurrierte es auf die Forderung nach einer emanzipatorischen und partizipativen Gesundheitsförderung im Anschluss an die bereits in 1.1. zitierte Ottawa- Charta der WHO 1986. Es wurde getragen von der Hoffnung, dass gesamtgesellschaftliche Aufklärung zu einem rationalen und reflektierten Umgang mit der Krankheit führen und die individuellen Handlungskompetenzen erweitern würde. Kennzeichnend war dabei die Überlegung, dass ein gelingendes individuelles Risikomanagement nur innerhalb eines protektiven gesellschaftlichen Rahmens zu erwarten sei, die präventiven Ansätze zur Verhaltensänderung mit der Schaffung von Verhältnissen, die dieses Verhalten zulassen und fördern, einhergehen müssten. Hierzu wurde die enge Kooperation staatlicher Institutionen mit Selbsthilfeorganisationen und den sie tragenden Communities als unverzichtbar erkannt. Der Fachreferent für den Bereich MSM bei der Deutschen Aids- Hilfe e.V. (DAH) Dr. Dirk Sander resümiert: „Das ‚Konzept der strukturellen Prävention‘ ist gekennzeichnet durch folgende inhaltliche Facetten: die Einheit von Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention, die Einheit von Verhaltens- und Verhältnisprävention und von Prävention und Emanzipation. Hinzu kommen auf methodischer Seite die Unterstützung und Organisation der Selbsthilfe, die Stärkung der Lebensweisen, die Peer-Orientierung, die ‚harm reduction‘ usw. Dieses Konzept greift genau die Anforderungen auf, die zur Verhinderung, Minderung bzw. dem Abbau von Vulnerabilität geeignet sind und weiterhin sein werden (Sander, 2009: 109).“ Die Aids-Hilfen stellen dabei zentrale Partner im Konzept der strukturellen Prävention dar, indem sie die Interessen der Community repräsentieren und vertreten, sowie die zielgruppenspezifische Ansprache der Hauptbetroffenengruppen und das Empowerment ihrer Mitglieder übernehmen. In der Ottawa-Charta heißt es dazu: „Community development draws on existing human and material resources in the community to enhance self-help and social support, and to develop flexible systems for strengthening public participation in and direction of health matters. This requires full and continuous access to information, learning opportunities for health, as well as funding support (WHO, 1986: 3).

”Der Erfolg dieses Konzepts war empirisch schnell zu fassen; die Horrorszenarien einer unaufhaltsamen Aids-Epidemie haben sich zumindest in Deutschland nicht bewahrheitet: Nach dem rasanten Anstieg der Neudiagnosen Anfang der 1980er Jahre zeigte sich bereits wenige Jahre später ein deutlicher Rückgang in Bezug auf die HIV-Inzidenz, die seit Ende des gleichen Jahrzehnts lange auf einem relativ niedrigen Niveau konstant blieb. Zurückzuführen ist dies auf eine in dieser Geschwindigkeit und in diesem Umfang beispiellose Änderung sexueller Verhaltensweisen durch die Reduktion sexuellen Risikoverhaltens (McKusick et al., 1985; Winkelstein et al., 1988), die von signifikanten Einstellungsänderungen sowohl gegenüber schwulen Männern als auch HIV-Positiven begleitet wurde (BZgA, 2006: 20). Die im Konzept der strukturellen Prävention angelegte „zielgruppenbezogene und selbst organisierte Primärprävention der HIV-Infektion ist mittlerweile zum Pilotfall der erfolgreichen Umsetzung eines modernen, gesundheitswissenschaftlich fundierten Präventionskonzeptes geworden (Rosenbrock, 2005: 1).

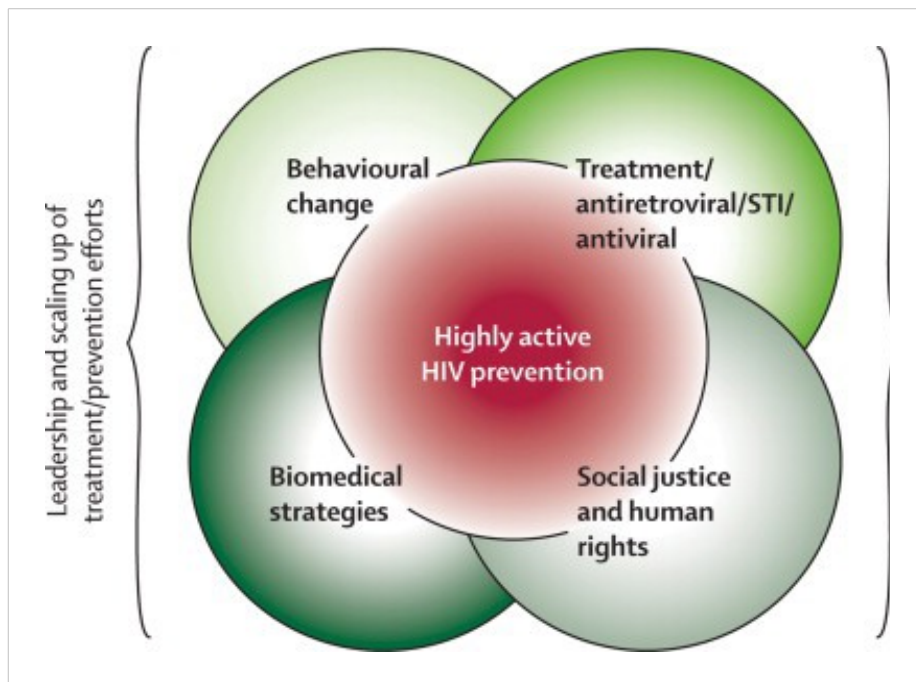


Abbildung 2:
Kombinationsprävention
Quelle: Coates, Richter, & Caceres,
2008 37.

Vor dem Hintergrund der seit 2001 kontinuierlich steigenden HIV-Neudiagnosen - insbesondere bei schwulen Männern - wird vielfach eine Krise des Konzeptes der strukturellen Prävention diagnostiziert (vgl. dazu die Kritik von Dannecker, 2007). Klar erscheint, dass „mit einer bloßen Fortschreibung bisheriger Botschaften, Formen und Medien der Aids-Prävention... dem perspektivisch auch epidemiologisch bedrohlichen Abbröckeln präventiven Verhaltens nicht beizukommen sein [dürfte], wohl auch nicht mit dem Rezept ‚mehr von demselben‘“ (Rosenbrock, 2007). In dieser Hinsicht wurde auf der Welt- Aids- Konferenz 2008 in Mexico- City das Konzept der „Kombinationsprävention“ programmatisch propagiert, demzufolge „... behavioural strategies need to be used in combination with biomedical and structural approaches that are combined strategically to address local epidemics“ (Coates, Richter, & Caceres, 2008: 37).

Die angesprochene biomedizinische Komponente der HIV-Prävention hat in den letzten Jahren – nicht ganz unumstritten, da eine weitere Aushebelung der bisherigen Präventionsmöglichkeiten angenommen wird (vgl. Langer, 2009a) – stark an Bedeutung gewonnen.

Der biomedizinische Ansatz umfasst insbesondere:

- ein Verständnis der antiretroviralen Therapie als Präventionsinstrument, insofern eine wirksame Behandlung vor Übertragung des Virus auf andere schützen kann und zugleich zur Verminderung der Virusgesamtlast in der Bevölkerung oder in bestimmten Gruppen beiträgt (zur kontroversen Diskussion um „treatment as prevention“ siehe Newman et al., 2014; Vella, 2014)
- die Anwendung antiretroviraler Medikamente vor oder nach einer Risikosituation – die so genannte Präexpositionsprophylaxe (PrEP; „Pille davor“) und Postexpositionsprophylaxe (PEP; „Pille danach“) – zur (in vielfachen Studien mittlerweile nachgewiesenen) deutlichen Verringerung der Übertragungswahrscheinlichkeit führt (vgl. Krakower et al., 2015)
- die Beschneidung des männlichen Genitals, wodurch es zu einer 60- bis 80-prozentigen Verringerung des Ansteckungsrisikos von HIV bei Vaginalverkehr kommt, weshalb diese Methode in Ländern und Regionen, in denen das Infektionsgeschehen vor allem durch heterosexuellen Geschlechtsverkehr angetrieben wird - etwa in Staaten des südlichen Afrika- zum Einsatz kommt (vgl. Wamai et al., 2015).

Eine viel versprechende Konkretisierung des Konzeptes der „Kombinationsprävention“ lässt sich anhand der nationalen HIV-Präventionsstrategie Namibias illustrieren.

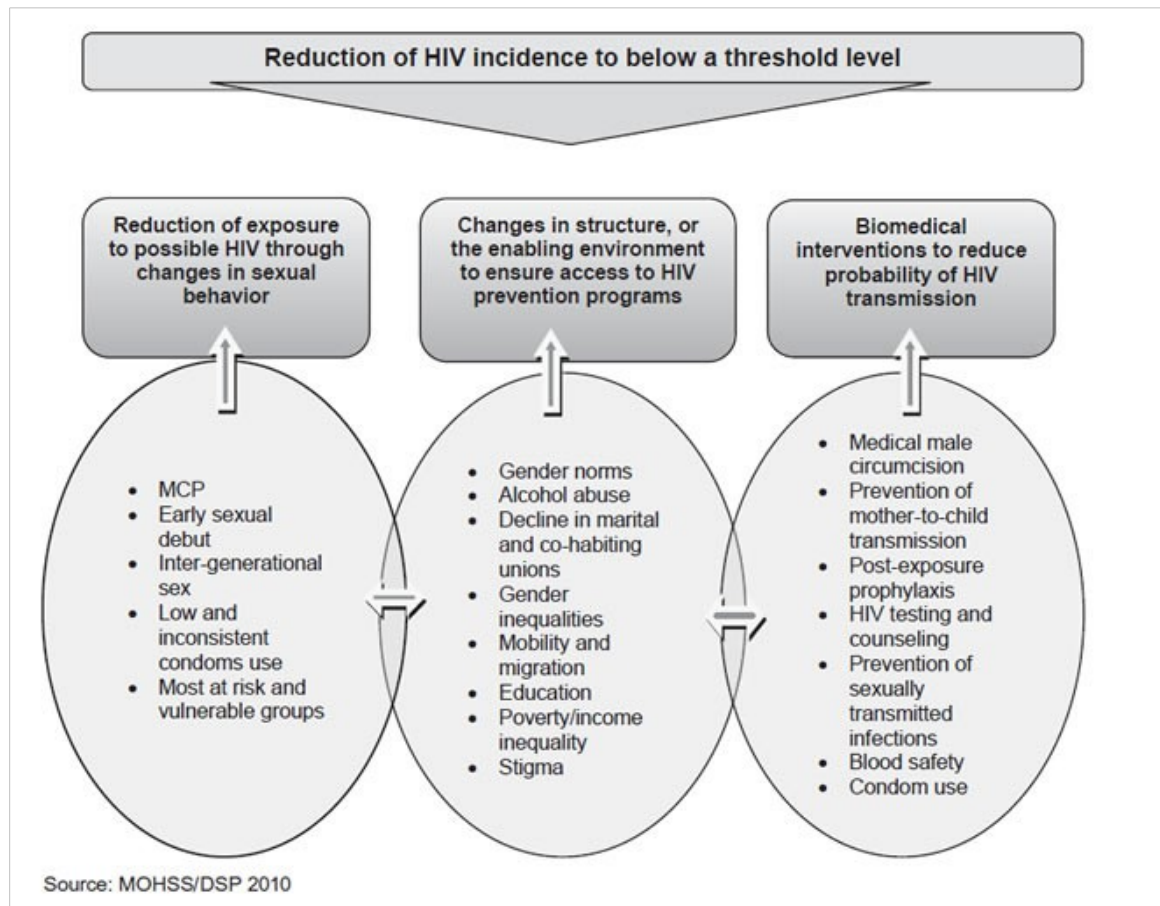


Abbildung 3:
Strategie der Namibias
Quelle: Ministry of Health and Social Services (2010): 21.

1.3. Berliner Aids-Hilfe e.V. Organisation, Struktur und Aufgabenfelder

Die Berliner Aids-Hilfe e.V. (BAH) wurde 1985 von vorwiegend homosexuell lebenden HIV-Positiven und an Aids Erkrankten als Selbsthilfverein gegründet. Die BAH ist Mitglied der Landesarbeitsgemeinschaft der Berliner AIDS-Selbsthilfegruppen (LaBAHS), in der Deutschen Aids-Hilfe (DAH) und im Paritätischen Wohlfahrtsverband (dpw). Sie ist eine der sechs großen Metropolen-Aids-Hilfen in Deutschland, neben Düsseldorf, Frankfurt, Hamburg, Köln und München = G6). Die BAH ist außerdem Mitglied im Netz der europäischen Telefon-Hotlines ENAH (European Network of AIDS Helplines).

Gemäß § 5 Abs. 1 der Satzung (Berliner Aids-Hilfe e.V., 2014) existieren folgende Vereinsorgane:

- die Mitgliederversammlung
- der Vorstand
- die Positivensprecher_innen
- die Ehrenamtssprecher_innen

Die Vereinsorgane im Überblick

Der Vorstand

Der Vorstand der BAH besteht aus drei bis fünf Mitgliedern. Sie werden für eine Amtszeit von zwei Jahren von den Vereinsmitgliedern gewählt. Derzeit hat der Verein ca. 200 Mitglieder. Grundlegend für die Arbeit des Vorstands sind die geltenden Gesetze, die Bestimmungen der Satzung und Geschäftsordnungen, die Beschlüsse der Mitgliederversammlungen und die zu beachtenden öffentlich-rechtlichen Verordnungen. Voraussetzung für die Übernahme dieses Amtes ist die Mitgliedschaft in der BAH.

Die Positivensprecher_innen

Die Positivensprecher_innen sind das „politische Sprachrohr“ der Positiven in der BAH und in ihrem Umfeld. Sie wirken an der Vorstandsarbeit mit, sind Ansprechpartner_innen für alle Belange von positiven Menschen, die nicht bereits an anderen Stellen in den Tätigkeitsbereichen der BAH abgedeckt werden. Etwa drei- bis viermal pro Jahr findet das Positivenplenum, jeweils mit verschiedenen Schwerpunktthemen, statt. Hieran können alle positiven Menschen, die in der BAH haupt- oder ehrenamtlich beschäftigt sind oder eines ihrer Angebote nutzen, teilnehmen und bei Wahlen und Abstimmungsprozessen ihr Votum abgeben.

Die Ehrenamtssprecher_innen

Die Ehrenamtssprecher_innen vertreten die Interessen der ehrenamtlichen Mitarbeiter_innen. Die bis zu drei Ehrenamtssprecher_innen werden alle zwei Jahre von den Ehrenamtlichen der BAH gewählt. Voraussetzung für die Übernahme dieses Amtes ist die Vereinsmitgliedschaft. Die Ehrenamtssprecher_innen nehmen an den Vorstandssitzungen teil und haben dort ein Initiativ- und Vorschlags- sowie ein Vetorecht (vgl. Lahn, 2013).

Ehrenamtliche Mitarbeit

Die Arbeit der BAH wird in wesentlichen Teilen durch ehrenamtliche Mitarbeit ermöglicht. Ca. 240 Menschen verschiedenster Nationalitäten und Lebensweisen engagieren sich derzeit für die Ziele der BAH. Ehrenamtliche Mitarbeit kann in folgenden Bereichen stattfinden (ebd.):

Ehrenamtliche in Begleitung

- Emotionale Begleitung
- Emotionale Begleitung in Haft
- Begleitung im Krankenhaus
- Begleitung von Migrant_innen
- Begleitung zu Ämtern

Ehrenamtliche Mitarbeit in den Begegnungsangeboten

- Café Ulrichs
- Frauenarbeit
- Kulturkartenservice

Ehrenamtliche in der Öffentlichkeitsarbeit

- Öffentlichkeitsarbeit
- Money-Maker
- Merchandising

Ehrenamt im Gesundheitsbereich

- Laufgruppe
- Kegel- und Bowlinggruppe

Ehrenamt in der Primärprävention

- Youthwork: Prävention mit Jugendlichen und jungen Erwachsenen

Ehrenamtliche intern

- Verwaltung
- Ehrenamtsmanagement

Bundesfreiwilligendienst

- Bundesfreiwilligendienst
- Internationaler Freiwilligendienst

KuratoriumZeitspender_innen

Mehr Informationen zur Organisation und Struktur sowie zu den Aufgabenfeldern der Berliner Aids-Hilfe e.V. finden Sie in der Ehrenamtsbroschüre (Berliner Aids-Hilfe e.V. 2013), in der Broschüre „30 JAHRE POSITIVES ERLEBEN“ der Berliner Aids-Hilfe e.V. (Berliner Aids-Hilfe e.V. 2015) oder unter

➔ www.berlin-aidshilfe.de

2. Grundbegriffe und Zielsetzung der HIV/STI-Prävention am Beispiel des Youthwork-Teams

Das Youthwork-Team bietet zielgruppenspezifische Präventionsarbeit für Jugendliche ab 14 Jahren und junge Erwachsene bis ca. 26 Jahren im HIV/STI-Bereich an. Ziel des Projektes Youthwork ist es, Heranwachsende zu motivieren und zu befähigen, sich mit Themen wie Liebe, Sexualität, Kondomgebrauch und Schutz vor HIV/Aids und anderen sexuell übertragbaren Infektionen (Sexual Transmitted Infections, STI) auseinanderzusetzen. Die Aufklärungsarbeit soll nachhaltig zu einer Stärkung des Selbstbewusstseins der Zielgruppe führen, um sich und andere Menschen selbstbestimmt und eigenverantwortlich vor Gefahren, die in Zusammenhang mit ihrer sexuellen Gesundheit stehen, zu schützen. Dafür werden ein Wissenszuwachs, eine Einstellungsänderung und eine Sensibilisierung in Bezug auf relevante Übertragungswege und Schutzmöglichkeiten vor HIV/STI sowie eine Auseinandersetzung mit physischen, psychischen und sozialen Folgen einer Ansteckung angestrebt. Diese Ziele werden auf Grundlage des erweiterten Peer-Education- und Peer-Involvement-Ansatzes verfolgt.

Im Mittelpunkt der Arbeit steht die Primärprävention, durch die Jugendliche mit relevantem Wissen und Kompetenzen versorgt werden, um die Anwendung von Safer-Sex Regeln im Sinne eines gesundheitsfördernden Verhaltens zu erreichen. Übergeordnetes Ziel ist die Verringerung von Neuinfektionen innerhalb dieser Zielgruppe.

Für eine erfolgreiche Arbeit ist es von enormer Bedeutung, dass die Prävention den spezifischen Lebenswelten und Lebensweisen der Zielgruppe angepasst ist. Die Prävention muss Beteiligung ermöglichen, da sich nur durch diesen Weg Empowerment, der Ausbau von bereits vorhandenen Kompetenzen und Ressourcen der Jugendlichen und jungen Erwachsenen, entwickeln kann.

Durch die erhöhte Lebenserwartung von HIV-Positiven werden immer mehr Menschen in Alltagskontexten mit der sozialen Nähe von HIV konfrontiert. Aus diesem Grund liegt ein Arbeitsschwerpunkt des Youthwork-Teams auf der Sensibilisierung für die Lebenszusammenhänge HIV-positiver Menschen, um auf diese Weise sozialer Diskriminierung und Ausgrenzung vorzubeugen.

Übergeordnetes Ziel des Programms ist die Förderung der sexuellen Gesundheit, mit dem deutlichen Fokus auf der HIV/STI-Prävention mit den jeweiligen Zielgruppen. Das Team arbeitet nach den bewährten Grundsätzen der strukturellen Prävention des Dachverbands, der Deutschen AIDS-Hilfe e.V.

2.1. Der Peer-Education-Ansatz und dessen theoretische Grundlage

Peer-Involvement

Der englische Begriff „Peer“ bedeutet übersetzt Gleichgestellter oder Ebenbürtiger. Er bezieht sich auf Personen, die der gleichen gesellschaftlichen Gruppe, besonders in Bezug auf Alter, Rang oder Status angehören. Seit geraumer Zeit wird Peer auch in Zusammenhang mit Bildung und Training verwendet. Präventionsprogramme für junge Menschen beziehen zunehmend Peers als Träger von Botschaften ein. Derartige Programme werden unter dem Begriff „Peer-Involvement“ zusammengefasst. Diese beinhalten den Einsatz von Jugendlichen für Jugendliche zur Aufklärung, Beratung oder Projektgestaltung.

Der Ansatz des Peer-Involvements wird unterschieden in Peer-Counseling, Peer-Education und Peer-Projekte



Abbildung 4:
Systematik Peer-Involvement
Quelle: BZgA, 2001, 7

Peer-Education

Peer-Education im Gesundheitswesen meint nach Sciaca (1987), das Lehren oder Teilen von Informationen, Werten und Verhaltensweisen zur Gesundheit durch Mitglieder gleicher Alters- oder Statusgruppen. Dieser Ansatz hat sich als eine effektive Strategie bewährt, die Verhaltensänderungen bewirken kann. Die Grundlage für Peer-Education bildet eine Reihe von bekannten Verhaltens- und Handlungstheorien.

In der Theorie des vernünftigen Handelns (Fishbein, Ajzen, 1975) findet sich die These, dass vor allem die Beobachtung von nahe stehenden Personen und deren sozialen Normen und Einstellungen für eigene Verhaltensänderungen maßgeblich ist. Rogers (1983) postuliert in seiner Diffusionstheorie, dass es in Gruppen Meinungsführer geben kann, die Verhaltensänderungen erleichtern und herbei führen können, indem sie die Gruppennormen in ihrer Gemeinschaft mit beeinflussen.

Der Ansatz des Empowerments (Freire, 1970, 2007) konstatiert, dass Machtlosigkeit gepaart mit einem niedrigen sozioökonomischen Status auf der Gemeinschafts- oder Gruppenebene einen hohen Risikofaktor für die Gesundheit darstellt (Amaro, 1995). Dieser Zustand kann durch die vollständige Teilnahme der Zielgruppe am Lösungsfindungsprozess überwunden werden. Anhand eines Dialogs plant und implementiert die betroffene Gemeinschaft kollektiv eine Antwort auf das Problem.

Vorteile von Peer-Education-Projekten

Expert_innen führen an, dass gerade durch den partizipativen Kommunikationsprozess und das gemeinsame Handeln der Peers Verhaltens- und Einstellungsänderungen bewirkt werden können. Grund hierfür ist, dass im Gegensatz zu anderen Ansätzen nicht nur Wissen vermittelt wird, sondern in gemeinsamer Auseinandersetzung und Diskussion auch Einstellungen, Werte und soziale Normen reflektiert werden.

Peer-Education-Projekte können innerhalb der Zielgruppe auf besonders effektive Weise die sozialen Normen beeinflussen und risikominderndes Verhalten fördern, da

- Jugendliche eher eine persönliche Bindung zu jemandem aufbauen, der ihnen in Bezug auf Alter, Hintergrund und Interesse ähnelt,
- die kulturellen Ähnlichkeiten von Peers sicherstellen, dass die Sprache und Präventionsbotschaften relevant und angebracht sind,
- Jugendliche sich in einem Bereich engagieren können, der sie selbst betrifft,
- meist nicht nur die eigene Peergruppe, sondern auch die Menschen im näheren sozialen Umfeld der Peers erreicht werden können.

Junge Menschen die Peer-Education-Veranstaltungen durchführen, sammeln praktische Erfahrungen im Umgang mit (Jugend-) Gruppen, mit Moderationsmethoden, im Konfliktmanagement und mit Arbeitsabläufen in einem Projekt. Dabei eignen sie sich wichtige Kompetenzen an, die sie persönlich bereichern - wie Teamwork und interkulturelles Miteinander - und verdeutlichen ihr soziales Engagement. Häufig erleben sich Jugendliche, die Peer-Education-Veranstaltungen geleitet haben, im Anschluss als selbstbewusster, selbstsicherer und offener (Kleiber, Appel, Pforr, 1998).

Nachteile von Peer-Education-Projekten

Trotz der zahlreichen positiven Aspekte gibt es auch kritische Anmerkungen bezüglich des Peer-Education-Ansatzes. So führen etwa Kleiber et al. (1998) an, dass die gewünschten Effekte nicht immer herbeigeführt werden können. Hinzu kommt, dass Effekte von „Gleichheit und Wechselseitigkeit“ in Peer-Education-Projekten

in Frage stehen können. Jugendliche kämpfen in allen Settings um soziale Rangplätze und auch Peer-Trainings können hier als ein Ort dienen, um die Rangordnung zu bestimmen und zu verfestigen.

Eine nicht von der Hand zu weisende Kritik weist auf den Umstand hin, dass Peer-Education-Projekte hauptsächlich Angehörige der Mittelschicht und dort insbesondere Mädchen akquirieren.

Dies führt zwar zu einer gut informierten Schicht mit stark ausgeprägten Unterstützungsnetzwerken, die eigentlichen Hauptbetroffenengruppen bleiben indes weitgehend abgekoppelt und werden mit diesem Ansatz oft nicht erreicht. Peer-Education muss daher, wenn sie effektiv zur Gesundheitsförderung beitragen will, sozial-kompensatorisch arbeiten.

2.2. Das Programm „Youthwork- Prävention mit Jugendlichen und jungen Erwachsenen“

In Bezug auf die Primärprävention kommt der Berliner Aids-Hilfe (BAH) als Mitgliedsorganisation der Deutschen AIDS-Hilfe (DAH) eine für Außenstehende nicht ohne Weiteres verständliche Sonderrolle zu. Durch die Bündelung der primärpräventiven Aktivitäten von unterschiedlichen Institutionen in Berlin auf die Hauptbetroffenengruppe der Männer, die Sex mit Männern (MSM) haben, wurde vor einigen Jahren manCheck als zentraler Vor-Ort-Präventionsakteur für diese Zielgruppe eingerichtet. Damit standen der BAH sowie anderen Akteuren keinerlei staatliche Mittel oder personelle Ressourcen mehr für die Präventionsarbeit außerhalb von MSM zur Verfügung, was eine Konzentration auf vermeintliche Kernbereiche der Aids- Hilfe- Arbeit - die Beratung und Betreuung von HIV- Positiven und an Aids Erkrankten - nach sich zog. Die seit 1996 existente Prävention mit Jugendlichen in der Berliner Aids-Hilfe musste als rein ehrenamtlicher Bereich über viele Jahre mit einem minimalen hauptamtlichen Aufwand von 3,875 Wochenstunden betreut werden.

Erst die Förderung der Präventionsarbeit durch die britische Levi-Strauss-Foundation ermöglichte die Einrichtung einer Koordinationsstelle für den Zeitraum von zwei Jahren. Im Zuge dessen konnten die Aufgabenbereiche der Koordination ausgeweitet werden. Zu den Aufgaben des Projektkoordinators gehören bis heute die Koordination der Angebote im Fachbereich Prävention mit Jugendlichen, die Vorbereitung der Präventionsveranstaltungen, die Aus- und Weiterbildung der ehrenamtlichen Mitarbeiter_innen, die Weiterentwicklung von Präventionsangeboten für Jugendliche, die Konzeption und Durchführung von Fortbildungen für Multiplikator_innen sowie Querschnittsaufgaben in der Koordination von Terminen für den Fachbereich, der Teamentwicklung, der hausinternen Kommunikation und Repräsentation des Bereichs, die Redaktion des „Handbuchs Jugendprävention“ sowie die Unterstützung von teamübergreifenden Projekten der BAH (zum Beispiel am Welt-Aids-Tag). Nach Auslauf der Projektförderung durch die Levi-Strauss-Foundation 2007 konnte der Arbeitsbereich nur mit Hilfe zweckgebundener Spenden fortgeführt werden. Mit der Förderung der Deutschen Klassenlotterie Berlin im Zeitraum von 2009 bis 2011 konnte die Stelle des Koordinators deutlich aufgestockt und die Anzahl der ehrenamtlichen Mitarbeiter_innen vergrößert werden. Die Erweiterung des Teams war die wesentliche Voraussetzung für die Ausweitung des Angebotsspektrums, in dessen Rahmen auch neue Konzepte und Methoden für die unterschiedlichen Veranstaltungsformate der Präventionsarbeit mit Jugendlichen entwickelt wurden. Für die Aus- und Weiterbildung von jungen Redakteur_innen erhielt das Team

2010 den *Sirius* beim Bundeswettbewerb HIV/STI-Prävention – eine Auszeichnung des Bundesministeriums für Gesundheit und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

Mit der Prämierung beim Bundeswettbewerb gelang es für den Zeitraum von 2011 bis 2013 eine Anschlussförderung durch die MAC Aids Foundation und den Verband Privater Krankenversicherungen e.V. (PKV) zu akquirieren. Mit diesen Mitteln konnte die Koordinationsstelle weiterfinanziert sowie zusätzlich eine geringfügig beschäftigte Stelle geschaffen werden. Das ehrenamtliche Team konnte in Zuge dessen anzahlmäßig aufrechterhalten bleiben und weitere Angebote für die Zielgruppen entwickelt werden. Mittlerweile ist der Arbeitsbereich in Youthwork umbenannt worden, was der Ausweitung der Angebote hin zu mehr außerschulischer Arbeit Rechnung trägt. Mit dem Projekt „Sex in the City. Eine Sexualpädagogische Kiezrallye in Schöneberg“³ gelang es dem Team beim *Bundeswettbewerb HIV/STI-Prävention 2015* erneut mit dem *Sirius* prämiert zu werden. Derzeit wird das Team übergangsweise wieder von der Deutschen Klassenlotterie Berlin finanziert. Vor Einrichtung einer hauptamtlichen Stelle wurde der Bereich von Anette Lahn, Barbara Schweizer und Claudia Veth betreut. Hauptamtliche Koordinator_innen des Youthwork- Programms seit 2005 waren Phil C. Langer, Birte Seffert und Thomas Wilke. Seit Juli 2015 hat Luise Ihrig die Stelle der Koordinatorin inne. Projektmitarbeiterin war Julia Röder und ist aktuell Fadl Speck.

3 Das Projekt findet in Kooperation mit pro familia Berlin, Mann-O-Meter, dem LSVD Berlin-Brandenburg statt. Mehr zum Wettbewerb HIV/STI-Prävention finden Sie auf www.gib-aids-keine-chance.de.

2.3. Das Fünf-Säulen-Konzept der Präventionsarbeit

Eine der größten Herausforderungen für die Förderung sexueller Gesundheit liegt darin, dass Ansätze, die auf reiner Wissensvermittlung beruhen, nicht allein imstande sind den Erwerb von angemessenen Einstellungen und Verhaltensweisen herbeizuführen. Dazu zählen beispielsweise der Respekt und die Akzeptanz gegenüber HIV-Positiven und von HIV besonders betroffenen Gruppen und der verantwortungsvolle Umgang mit Risiken, die die sexuelle Gesundheit gefährden. Für die Prävention ist deshalb die Integration von affektiven und emotionalen Aspekten von Sexualität in einem partizipativen Lehr- und Lernansatz für den Erfolg unerlässlich.

Jugend ist keine Bezeichnung für eine homogene Gruppe. Vielmehr unterscheiden sich Jugendliche und junge Erwachsene deutlich in Bezug auf ihre soziale Herkunft und Zugehörigkeit zu subkulturellen Milieus, das heißt auch in ihren Lebensauffassungen und –weisen und somit auch in Bezug auf ihre Chancen für einen aufgeklärten Umgang zum Thema sexuelle Gesundheit. Zielgruppenspezifisch Jugendliche anzusprechen bedeutet daher, sie mit differenzierten Konzepten und verschiedenen und milieuspezifischen Kommunikationsformen anzusprechen. Sowohl Präventionsinhalte und –formen müssen sich notwendigerweise unterscheiden, wenn die Präventionsbemühungen als Ganzes erfolgreich sein sollen.

Effektive Sexuaufklärung findet primär durch interpersonelle Kommunikation statt, an der sich unterschiedliche Personen im Umfeld von jungen Erwachsenen beteiligen (BZgA, 2010a, 2006b). Aus diesem Grund stellen *nicht* nur junge Erwachsene oder junge Peer-Edukatoren_innen, *sondern auch* erwachsene Multiplikator_innen eine wichtige Zielgruppe der Präventionsarbeit dar.

Das Programm „Prävention mit Jugendlichen und jungen Erwachsenen“ baut auf diesen Erkenntnissen auf. Das langfristige Ziel dieser Konzeption ist es, junge Erwachsene möglichst flächendeckend und über diese Lebensphase hinweg auf unterschiedliche Art und Weise kontinuierlich anzusprechen. Die Präventionsarbeit erscheint nach heutigem Wissensstand am aussichtsreichsten durch die Nutzung unterschiedlicher Präventionsformen und -inhalte bei gleichzeitiger Beteiligung verschiedener Akteure.

Ziel des Fünf-Säulen-Konzeptes ist es, die Voraussetzungen für feste und langfristige Strukturen für den Bereich „Sexuelle Gesundheit und Prävention“ in Berlin zu schaffen.

2.3.1. Schulische und außerschulische Präventionsarbeit

Prävention im schulischen Kontext

Der Prävention im schulischen Kontext (Schoolwork), wird weiterhin ein hoher Stellenwert in der Präventionsarbeit der Berliner Aids-Hilfe (BAH) beigemessen. Dies liegt zum Einen darin begründet, dass durch die allgemeine Schulpflicht zunächst alle jungen Erwachsenen über jegliche sozialen Schichten hinweg flächendeckend erreicht werden können. Zum Anderen ist die Schule der Ort, an dem junge Erwachsene per Curriculum grundlegende Handlungs- und Kommunikationskompetenzen sowie Wissen für den Umgang mit ihrer Sexualität erwerben sollen. Für Lehrkräfte und Schüler_innen entstehen jedoch gerade durch die privat gelebte Sexualität und Intimität einerseits und dem öffentlichen Charakter des Ortes Schule andererseits pädagogische Konflikte. Diese Schwierigkeiten behebt das Programm der BAH durch den Peer-Involvement-Ansatz effektiv.

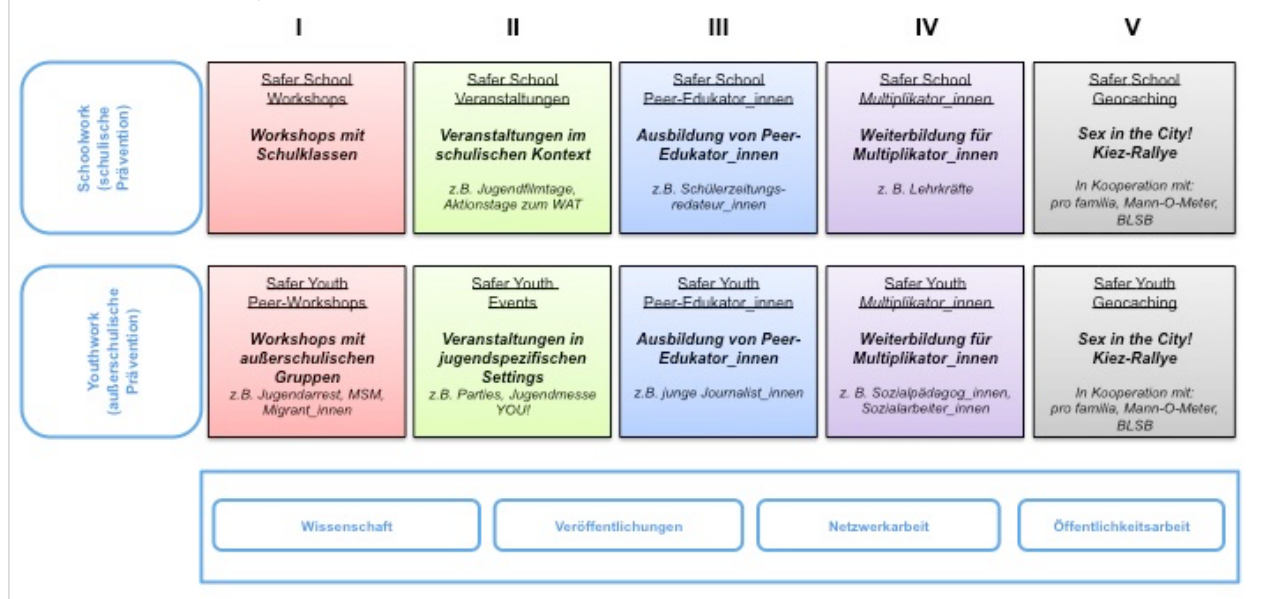
Prävention im außerschulischen Kontext

Der Prävention im außerschulischen Kontext (Youthwork) wird eine gleichwertige Bedeutung zugesprochen wie der im schulischen Bereich. Die außerschulische Präventionsarbeit setzt dort an, wo sich sexuelles Risikoverhalten und Problemlagen, die zu Gesundheitsgefährdungen führen können, abzeichnen. Die außerschulische Prävention richtet sich deshalb besonders auf Personen und Gruppen, die ein erhöhtes Risiko für HIV und andere sexuell übertragbare Infektionen aufweisen und ist bemüht sie zielgruppenspezifisch anzusprechen. Damit versucht das Programm einen Beitrag zur Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheit zu leisten.

Durch die zielgruppenspezifische Bedarfserhebung in Kooperation mit wissenschaftlichen Einrichtungen, Veröffentlichungen im Kontext von wissenschaftlichen Veranstaltungen oder an Multiplikator_innen gerichtete Publikationen, wie dem Handbuch Jugendprävention, wird die Qualität der Arbeit sichergestellt und optimiert und werden Diskurse angeregt. Mit Netzwerkarbeit und einem regelmäßigen fachlichen Austausch im Bereich der Jugendhilfe sowie einer breit gefächerten Öffentlichkeitsarbeit transportiert das Team im Rahmen seiner Möglichkeiten das Thema HIV/STI in (neue) soziale Kontexte.

2.3.2. Die Säulen des Programms

Abbildung 5:
Das Fünf-Säulen-Konzept des Youthwork-Teams



1. Säule:

Workshops mit Jugendlichen und jungen Erwachsenen

Ziel der Workshops ist eine spezifische und vielschichtige Präventionsarbeit für ausgewählte Schulklassen und außerschulische Gruppen, die ihr Wissen und ihre Handlungskompetenzen in Bezug auf HIV/STI erweitern wollen. Vor allem im Kontext Schule ist es ein langfristiges Ziel, dass die Schüler_innen als Peers mit den Lehrkräften sozusagen den „Stein ins Rollen bringen“ und die Auseinandersetzung mit HIV/Aids zu einem gemeinsam übernommenen Anliegen werden lassen, da junge Erwachsene nur auf diese Weise flächendeckend erreicht und kontinuierlich Präventionsinhalte platziert werden können. Die Präventionsworkshops für Schulklassen finden in der Regel freitags und teilweise auch dienstags von 10.00h – 12.30h in den Räumlichkeiten der Berliner Aids-Hilfe (BAH) statt. Externe Veranstaltungen zu anderen Zeiten ergeben sich insbesondere im Rahmen von schulinternen Projekttagen, die zusätzlich gebucht werden können. Das Team führt ebenfalls Präventionsworkshops mit außerschulischen Gruppen durch, darunter regelmäßig ganztägige Workshops (sechs Stunden) mit straffällig gewordenen jungen Erwachsenen im Jugendarrest Berlin, aber auch für Gruppen von Jugendhilfeeinrichtungen (zum Beispiel für junge Migrant_innen und Flüchtlinge) und für junge MSM. Die Veranstaltungen werden zudem dafür genutzt, die Lehrkräfte und Pädagog_innen vor und nach den Workshops über weitere Angebote des Teams zu informieren und ihnen Bedarfe in der Aufklärungsarbeit aufzuzeigen. Zur verbesserten Vor- und Nachbereitung der Präventionsveranstaltungen, aber auch als Inspiration für mögliche Projekte, gibt das ehrenamtliche Team das von ihm erstellte „Handbuch HIV/STI- Prävention mit Jugendlichen und jungen Erwachsenen“ und die von der Senatsverwaltung für Gesundheit herausgegebene Broschüre „Sexualpädagogische Angebote für Jugendliche in der Sekundarstufe“ heraus.

2. Säule:

Veranstaltungen Vor-Ort

Ziel der Veranstaltungen Vor-Ort ist es, über die Gruppenangebote hinaus eine hohe Anzahl von jungen Erwachsenen erstmalig oder erneut anzusprechen und sie durch die Teilnahme an Mit- Mach- Aktionen zu einer Auseinandersetzung mit den in der Zielsetzung festgelegten Themen zu bewegen. Der Welt-Aids-Tag am 01. Dezember bietet sich in besonderem Maße an, um Veranstaltungen besonderer Art durchzuführen. Formen von Veranstaltungen Vor-Ort im schulischen Kontext können umfassen: Ausrichtung der „JugendFilmTage – Liebe, Sexualität, Freundschaft, HIV/Aids“, Kooperationen für Theaterworkshops, Buchlesungen, die Aktion Rote Schleifen für Berlin, Stände in Rahmen von Projekttagen oder Aktionstage zum Welt-Aids-Tag. Formen von Veranstaltungen im außerschulischen Kontext können beispielsweise Partys, aber auch öffentliche Großveranstaltungen sein. So hat sich die Präsenz des Teams auf Europas größter Jugendmesse - der YOU! - in der Vergangenheit als überaus erfolgreich erwiesen. Auf der You! konnten regelmäßig viele Besucher_innen durch Mit- Mach- Aktionen und Standbetreuung erreicht werden. Das Team ist ebenfalls auf dem Christopher-Street- Day (CSD), dem Motzstraßenfest und den Respect Gaymes vertreten. Es pflegt eine enge Kooperation mit vier schwulen Einrichtungen, die Partys veranstalten: dem SchwuZ, der Busche, Möbel Olfe und Monster Ronsons.

3. Säule:

Aus- und Weiterbildung von Peer-Edukatoren_innen

Interessierte und engagierte Schüler_innen sowie andere junge Erwachsene bindet der Fachbereich mit Projekten und Maßnahmen gezielt ein. Dies geschieht vor allem um die Chance zu nutzen, jugendliche Wahrnehmungen und Kompetenzen in die Prävention zu integrieren sowie die Akzeptanz und Authentizität der Prävention zu steigern. Es gilt, die Prävention seitens der Peers verstärkt zu fördern. Zielgruppen der Safer Peers im schulischen und außerschulischen Kontext sind dabei hauptsächlich junge Erwachsene, die innerhalb der Zielgruppe respektiert und/oder bewundert werden (etwa Schulsprecher_innen, Sprecher_innen von Jugendgruppen) oder besondere fachliche Fähigkeiten mitbringen und aufgrund ihrer Stellung eine hohe Anzahl von jungen Erwachsenen erreichen (zum Beispiel junge Redakteur_innen). Zudem ist es von eminenter Wichtigkeit engagierte junge Erwachsene, die Verantwortung für Mitschüler_innen oder andere übernehmen möchten (zum Beispiel freiwillige Schüler_innen in AGs) und sich einige der vielfältigen Fertigkeiten, die sich durch die Beteiligung an einem Peer-Projekt angeeignet werden können (etwa qualifizierte praktische Erfahrungen im Umgang mit Gruppen, Moderationsmethoden, Konfliktmanagement, Teamwork), anzusprechen. Besonders letztere Gruppe gilt es für die Mitarbeit in den ehrenamtlichen Teams der BAH zu motivieren.

4. Säule:

Aus- und Weiterbildung von Multiplikator_innen

Um eine große Reichweite und die Nachhaltigkeit der Präventionsarbeit sicherzustellen, betreibt das Team verstärkt Multiplikatorenarbeit mit Lehrkräften, schulinternen Sozialarbeiter_innen und -pädagog_innen und Lehramtsstudenten_innen, vor allem aber mit Pädagog_innen außerschulischer Einrichtungen.

Neben der Vermittlung von Grundwissen und Konzepten werden in Multiplikatorenfortbildungen gemeinsam Methoden der HIV/STI-Prävention diskutiert, die auf die jeweilige Schule oder Einrichtung abgestimmt sind (Umsetzung des Themas HIV im Unterricht oder in der Einrichtung usw.). Zu den zentralen Zielen solcher Workshops gehört es, den Lehrer_innen und Pädagog_innen einen geschützten Raum zu geben, um sich über ihre Erfahrungen im sexualpädagogischen Umgang mit jungen Erwachsenen auszutauschen. Es soll ihnen bewusst werden, dass deren sexuelle Gesundheit auch in ihrer Verantwortung liegt. Darüber hinaus sollen sie motiviert werden, verstärkt mit Jugendlichen ins Gespräch zu gehen und selbst HIV/STI-bezogene Projekte zu initiieren. Die Arbeit am und die Veröffentlichung des vorliegenden Handbuchs, das sich sowohl an junge als auch an erwachsene Multiplikator_innen richtet, ist in diesem Zusammenhang ein Kern der Tätigkeit, um diesen ein entsprechendes Werkzeug an die Hand geben zu können und den Zugang zu Methoden und Materialien zu erleichtern.

5. Säule :

Geocaching: Sex in the City!

Die BAH setzt gemeinsam mit pro familia, Mann-O-Meter und dem LSVD Berlin-Brandenburg einen medialen Bildungspfad (Geocaching) zu den Themenkomplexen Sexualität, Geschlechterrollen und -identitäten, sexuelle Orientierung und HIV für Berliner_innen ab 15 Jahren um. In dieser sechsständigen Rallye laufen junge Erwachsene in Gruppen eigenständig innerhalb eines Radius von einem Kilometer sexualpädagogische Beratungs- und Begegnungseinrichtungen sowie unterschiedliche bürgerrechtsrelevante Gedenk- und Gedächtnisorte im Schöneberger Kiez ab. An diesen Stationen gibt es „Schätze“, so genannte „Caches“, zu finden, Workshops zu besuchen, Rätsel zu lösen und andere Aufgaben zu bewältigen. Im Rahmen des Projektes werden sexualpädagogische Inhalte vermittelt, die im weiteren Verlauf im Kontext gesellschaftlichen Wertewandels untersucht werden. Dabei kommt den Emanzipationsprozessen und Menschenrechten von Individuen und Gruppen besondere Bedeutung zu. Ziel ist es, junge Erwachsene zu weltoffenen Menschen zu bilden, die die Bereitschaft und die Kompetenzen entwickeln, sachkundig und verantwortungsbewusst ihre Sexualität zu gestalten. Das Projekt fördert die Akzeptanz diverser Lebensweisen und -welten im Zusammenhang von Sexualität, Gender und HIV, auch wenn diese von den eigenen Normvorstellungen abweichen. Es richtet sich an Schulklassen sowie Gruppen der Jugendhilfe.

Die „Handreichung für Pädagog_innen zur Vor- und Nachbereitung des Projekts „Sex in the City! Eine sexualpädagogische Kiezrallye in Schöneberg“(Berliner Aids-Hilfe e.V., pro familia e.V., Mann-O-Meter e.V., LSVD Berlin-Brandenburg e.V.) enthält alle Hintergründe, Stationsbeschreibungen und Methoden der Rallye. Download unter www.berlin-aidshilfe.de

3. Wissenschaftliche Erkenntnisse zur Förderung sexueller Gesundheit bei Jugendlichen

Kondome sind unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen weitgehend akzeptiert und es gibt ihnen gegenüber nur geringe Vorbehalte (vgl. von Rüden, 2010). Das Verhütungsverhalten und insbesondere der Gebrauch von Kondomen sind in der jetzigen Jugendgeneration so weit verbreitet wie bei keiner anderen zuvor (vgl. BZgA 2010a, 2006b). Diese positiv zu beurteilende Entwicklung ist dabei vor allem auf die HIV- Prävention zurückzuführen. Jugendliche stellen nicht generell eine Gruppe mit hohem HIV-Infektionsrisiko dar, sondern vielmehr eine mit einem erhöhten Risiko für STI. Sie bilden als Nachwachsende eine wichtige Zielgruppe der integrativen Prävention und Gesundheitsförderung und sie haben besonders zu Beginn ihrer sexuellen Aktivität einen hohen Bedarf an sexueller Aufklärung, insbesondere zu sexuellen Risiken und Schutzmöglichkeiten.

Aufklärung und Wissen zu Übertragungswegen und Schutzmöglichkeiten von HIV und anderen STI bilden die Basis für eine Verantwortungsübernahme für sich und andere sowie - einfach ausgedrückt - eine selbstbestimmte Sexualität. So kann das Wissen zu Übertragungswegen und Schutzmöglichkeiten Infektionen verhindern oder das Wissen zu Früherkennungsuntersuchungen zu einem rechtzeitigen Behandlungsbeginn führen, der sich positiv auf den Krankheitsverlauf auswirkt und körperliche Folgeschäden zu begrenzen hilft. Die Kenntnis über den eigenen sexuellen Gesundheitsstatus verhindert die Übertragung auf andere und beugt somit auch der Verbreitung sexuell übertragbarer Infektionen in bestimmten sozialen Gruppen vor. Die Vermittlung von Wissen bezüglich Diagnostik und Therapie stellt somit neben den Übertragungs- und Schutzmöglichkeiten eine wichtige inhaltliche Säule der HIV/STI-Prävention dar. Unzweifelhaft können Sexuaufklärung und HIV-Prävention Schamgefühle sowie selbst- als auch fremdauferlegte Stigmata von Jugendlichen stark verringern. Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn bei vorhandenen Symptomen einer STI unverzüglich ein Arzt aufgesucht wird oder bestehende Beratungsangebote in Anspruch genommen werden.

Wenngleich die Mehrheit der Jugendlichen ein sehr gutes Schutzverhalten an den Tag legt, so zeigen einige von ihnen inkonsistentes und eine - relativ kleine - Gruppe dauerhaft sexuelles Risikoverhalten (vgl. BZgA, 2010a, 2006b). Neben dem Wissen zu HIV/STI ist das Schutzverhalten Jugendlicher noch von einer Vielzahl anderer Faktoren abhängig - etwa vom situativen Kontext.

Die Ursachen für ein geringes und/oder inkonsistentes Schutzverhalten bei bestimmten Jugendlichen bezüglich HIV/STI sind vielfältig. Allgemein ist das Schutzverhalten - wie auch viele andere sexuelle Verhaltensweisen - stark in Prozesse sozialer Ungleichheit eingebunden, d.h. es ist strukturiert nach sozialer Schicht, Geschlecht, sexueller Orientierung und ethnischer Zugehörigkeit.

Dabei wirkt sich vor allem die Variable „formale Bildung“ auf das Schutzverhalten aus (BZgA, 2010a, 2006b; Krahé, 2008). Auch das Alter bei der sexuellen Initiation spielt eine große Rolle: Jüngere, bereits sexuell aktive Jugendliche zeigen ein geringeres Schutzverhalten als Jugendliche, deren „erstes Mal“ zu einem späteren Zeitpunkt erfolgt ist (Krahé, 2008; Fend 2005). In Anbetracht der weiten Verbreitung sexuell übertragbarer Infektionen unter Jugendlichen ist deren Allgemeinwissen in diesem Bezug als besonders unzureichend einzuschätzen. Auch führen höhere Partnerzahlen in jüngeren Altersgruppen zu vergleichsweise höheren Neuinfektionen bei einigen STI, vor allem Infektionen mit Chlamydien, Genitalherpes und HPV (von Räden, 2010) sind hier zu nennen.

Entwicklungspsychologische Studien verweisen darauf, dass Jugendliche, deren Risikobereitschaft sich in anderen Lebensbereichen manifestiert (Delinquenz, Drogenkonsum etc.), auch häufiger sexuelles Risikoverhalten zeigen (vgl. Fend, 2005; Engel 1994; Krahé, 2008; Raithel, 2001, 2004; Greve, Hosser, 2008). Viele Jugendliche aus dieser Gruppe verfügen - einer Studie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) zu Folge - über ein geringes Wissen bezüglich reproduktiver Gesundheit oder/und hegen allgemeine Unverwundbarkeitsfantasien (vgl. BZgA, 2010a, 2006b).

Da sexuelle Kontakte bei Jugendlichen häufig spontan erfolgen, wird in diesen Situationen seltener auf Verhütung geachtet, da es an Vorbereitung für die ungeplante sexuelle Interaktion fehlt (zum Beispiel ist die Verfügbarkeit von Kondomen nicht gegeben oder das Wissen fehlt, wo und wie Kondome beschafft werden können). Auch der Einfluss von Alkohol und anderen Drogen wirkt sich nachweislich negativ auf das Schutzverhalten aus (vgl. ebd.).

Es ist zudem davon auszugehen, dass Jugendliche aufgrund ihrer Unerfahrenheit und mangelnder Übung häufiger als Erwachsene Probleme mit der richtigen Anwendung von Kondomen haben.

In nationalen und internationalen Längsschnittstudien und epidemiologischen Untersuchungen zum jugendlichen sexuellen Risikoverhalten sind einige Faktoren mehrfach nachgewiesen worden, sodass sie als allgemeingültig angesehen werden können. Einzelne dieser Faktoren beeinflussen die Handlungsweisen Jugendlicher nachdrücklich:

→ ein niedriger sozioökonomischer Status

(insbesondere Armut, geringe formale Bildung) sowie Arbeitslosigkeit und geringe Zukunftsperspektiven.

→ das Aufwachsen in einer schwierigen familiären Umgebung-

dazu gehören zum Beispiel das Leben bei einem alleinerziehenden Elternteil in familiären Risikokonstellationen, psychosoziale Schwierigkeiten der Eltern oder eine ausgeprägte Distanz zwischen Eltern und Kind (vgl. Chewing, van Koningsveld, 1998; Krahé, 2008).

→ situative Kontexte wie Alkohol- und Drogenkonsum

oder die Spontaneität der sexuellen Kontakte (BZgA, 2010a, 2006b; Krahé, 2008).

→ allgemein ein junges Alter beim ersten Geschlechtsverkehr

(vgl. Fend, 2005; Krahé, 2008; Boldero, Moore, Rosenthal, 1992). Allerdings sei für das Alter beim ersten Mal einschränkend gesagt, dass sich bei der Gruppe der „Frühstarter“ die Anzahl der Verhütenden mit zunehmendem Alter und häufigerem Geschlechtsverkehr erhöht (vgl. BZgA, 2010a, 2006b). Eine Studie aus Potsdam (Klein, Zeiske, Oswald, 2008) zeigt, dass Jugendliche mit einem frühen ersten Mal aufgrund bereits gesammelter Erfahrungen über realistischere Vorstellungen von Sexualität und über eine höhere sexuelle Kommunikationskompetenz verfügen als Jugendliche mit einem späteren ersten Mal. Zudem sind sie mit der Häufigkeit ihrer sexuellen Interaktionen in aktuellen Beziehungen glücklicher und sehen sie der Zukunft in Bezug auf die eigene Zufriedenheit mit Sexual- und Beziehungspartner_innen optimistischer entgegen. Der Zeitpunkt des ersten Geschlechtsverkehrs stand – den Studienergebnissen zufolge – zudem nicht in Verbindung mit anderen als problematisch klassifizierten Verhaltensweisen (vgl. ebd).

Positiv auf präventives Verhalten wirkt sich unter anderem aus,

sich in einer festen Beziehung zu befinden, vor allem wenn in dieser - weitgehende - Geschlechtergerechtigkeit gelebt wird (Bodmer, 2014). *Auch eine gute Beziehung zwischen Jugendlichen und Eltern, in der über Sexualität offen kommuniziert werden kann, fördert das Schutzverhalten*, insbesondere bei männlichen Jugendlichen (BZgA, 2010a; Krahé, 2008, Bodmer, 2014). Allgemein können Kommunikationsfertigkeiten, wie Verhandlungskompetenz und die Fähigkeit über Verhütung zu diskutieren, als wichtige Grundlage für wirkungsvolles Schutzverhalten gelten (BZgA, 2010a). Für einen konsistenten Schutz vor negativen Folgen sexueller Kontakte bedarf es der Planung und Vorausschau (Fend, 2005; Krahé, 2008). Eine *langfristige soziale und gesundheitliche Perspektive* und das Gefühl, relevante Lebensbereiche unter Kontrolle zu haben sowie selbst beeinflussen zu können, wirken sich ebenfalls positiv auf ein effizientes Risikomanagement aus (Bodmer, 2014; Paikoff, 2000).

3.1. Ungleiche Verteilung gesundheitlicher Chancen in Deutschland: Besonders in ihrer Gesundheit gefährdete Gruppen

Die Chancen für sexuelle Gesundheit sind allgemein stark in Prozesse sozialer Ungleichheit eingebunden. Neben dem Merkmal soziale Schicht sind sie eng mit anderen Kriterien wie Geschlecht, sexuelle Orientierung und ethnische Zugehörigkeit verknüpft (vgl. Wilke, 2013; Johnson et al., 2006; Lugar, 1997). Vermittelt durch zahlreiche Variable wirken sich diese auf das gesundheitliche Verhalten aus. Es ist vor diesem Hintergrund nachvollziehbar, dass nicht alle Jugendlichen über die gleichen Voraussetzungen verfügen können, um den eigenen Gesundheitserhalt zu gewährleisten - die Gesundheitschancen sind ungleich verteilt.

Die Präventionsforschung begründet die stärkere Anfälligkeit bestimmter sozialer Gruppen unter anderem damit, dass diese besonderen Stressoren ausgesetzt sind und Schwierigkeiten bei deren Bewältigung haben (Meyer, 1995, 2003; Langer 2009a; Sander, 2006; Sander 2009). Stress und die daraus resultierenden Probleme ergeben sich dabei nicht zwangsläufig durch die fehlenden materiellen Ressourcen, sondern zumeist eher dadurch, dass den Jugendlichen strukturell eine gleichberechtigte gesellschaftliche Teilhabe verwehrt wird und sie allgemein eine geringere soziale Unterstützung erhalten (vgl. Sander, 2006; Sander, 2009). Ein nachhaltiges Schutzverhalten und eine allgemeine gesundheitliche Orientierung entwickeln sich unter diesen Bedingungen deutlich schwerer.

Die ungleiche Verteilung von sexuellen Gesundheitschancen für Jugendliche und junge Erwachsene ist zum Teil historisch bedingt. Alle sexuell übertragbaren Infektionen sind verstärkt dort anzutreffen, wo sie erstmalig auftraten und sich auf sexuellem Wege verbreitet haben (Johnson et al., 2006). So ist beispielsweise HIV ein Erreger, der zunächst vor allem aufgrund der vielfältigen Diskriminierungserfahrungen bestimmter Gruppen in relativ geschlossenen Communities auftrat. Nach wie vor sind HIV/STI in Deutschland besonders stark in der schwulen Community prävalent, sodass die Wahrscheinlichkeit für einen homosexuellen Jungen bei einem sexuellen Kontakt mit HIV und anderen STI in Berührung zu kommen, um ein Vielfaches höher liegt als für einen heterosexuellen. Die gesundheitlichen Chancen sind hier nicht ausschließlich von den individuellen Kompetenzen und dem sexuellen Verhalten der Jugendlichen abhängig, sondern auch von den gesellschaftlichen Rahmenbedingungen.

Allgemein kann gesagt werden, dass besonders gesellschaftlich diskriminierte und marginalisierte Gruppen einem größeren Risiko für HIV und andere STI ausgesetzt sind (vgl. Lugar, 1997; Johnson et al., 2006). Als besonders gefährdete Zielgruppen der HIV/STI-Prävention, die epidemiologisch relevant und sich sozialwissenschaftlich nachweisen lassen, sind vor allem junge Migrant_innen, junge Menschen in Haft sowie junge bi- und homosexuelle Jungen und Männer zu nennen. Auf die besondere Gefährdung von Teilen dieser Gruppen sei deshalb an dieser Stelle besonders eingegangen.

Bi- und homosexuelle Jungen

Auch in einer Stadt wie Berlin, die weltweit bekannt ist für ihren liberalen Umgang mit Sexualität, kann selbst heutzutage für Jungen und junge Männer die Feststellung, dass sie sich sexuell auch oder ausschließlich zu Männern hingezogen fühlen, eine tiefgehende und schmerzhaft Erfahrung bedeuten. Gerade diejenigen, die sich von ihrer näheren Umgebung nicht oder nicht im ausreichenden Maß unterstützt fühlen, erleben ihre Andersartigkeit oft als problematisch. Vor allem in soziokulturellen Milieus, in denen traditionelle Männlichkeitsvorstellungen vorherrschen, stößt die bi- und homosexuelle Orientierung der Jugendlichen häufig auf Ablehnung. Dabei werden sexuell gleichgeschlechtlich Orientierte oft nicht nur von ihren Peers diskriminiert und ausgegrenzt, sondern auch von ihrer Familie und der Nachbarschaft (vgl. Bochow, 1998, 2000; Dodds, Keogh, Hickson, 2005). Unter diesen Bedingungen ist es für bi- und homosexuelle Jungen oft schwierig eine stabile persönliche Identität auszubilden (vgl. Johnson et al. 2006). Die Konfrontation mit Vorurteilen und Gewalt sowie die internalisierte Homophobie können dazu führen, dass sie ihre Orientierung und ihr sexuelles Verhalten vor ihrer Umwelt zu verbergen suchen (BZgA, 2011). Dabei erfordert der oft heimliche Beginn ihres aktiven Sexuallebens besondere psychologische Begleitung und Informationen zu Risiken.

In einer festen Beziehung zu leben ist in einem feindlich gesinnten Umfeld erschwert. Oft werden in Folge der Diskriminierungserfahrungen unverbindliche Bekanntschaften gemacht, etwa in Form von flüchtigem und anonymem Sex. Diese Kontakte stellen für die Jugendlichen häufig die einzige Chance dar, ihre sexuellen Bedürfnisse auszuleben und ihre Wünsche nach Zuwendung, Nähe und Austausch zu erfüllen (Dodds, Keogh, Hickson, 2005; BZgA, 2011). Für die Partner- und Sexsuche im Internet oder an Treffpunkten für anonymen Sex, aber auch bezüglich der Gefahren in Hinblick auf HIV/STI, bedarf es zielgruppenspezifischer Informationen. Homophobe Einstellungen des Umfelds bi- und homosexueller Jungen machen diese Gruppe besonders anfällig für Depressionen, Substanzgebrauch, Suizidgedanken und Suizid und verringern die Wahrscheinlichkeit, dass die Jugendlichen gesundheitliche Serviceeinrichtungen aufsuchen (vgl. Keogh, Reid, Borne, Weatherburn, 2009; Dodds et al., 2005; Jungbauer-Gans/Gross, 2006; Cochran 2003, 2004, D’Augelli, Grossman 2001). HIV/STI-Prävention in der Schule und Freizeit kann für bi- und homosexuelle Jungen deutlich entlastend wirken und sich positiv auf die Einstellungen der Umwelt auswirken.

Jugendliche im Arrest

Eine von der Berliner Aids-Hilfe gemeinsam mit der Johann-Wolfgang-von-Goethe-Universität Frankfurt am Main, der Freien Universität Berlin und dem Jugendarrest Berlin durchgeführte Studie zur Sexualität von Arrestanten (vgl. Wilke, Langer, Drewes, Koppe, 2013, 2014) konnte zeigen, dass es sich bei straffälligen Jugendlichen um eine besondere Zielgruppe der Sexualpädagogik und Gesundheitsförderung handelt. Arrestanten sind dabei eine in Bezug auf STI und Teenager-Schwangerschaften besonders gefährdete Gruppe. Im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung ist bei Jugendlichen im Arrest der häufige Konsum von Alkohol und Drogen weit verbreitet. Auch findet bei ihnen der erste Geschlechtsverkehr nicht nur wesentlich früher, sondern auch häufiger ohne die Verwendung von Verhütungsmitteln statt. Zudem wird von häufigeren sexuellen Kontakten und Partnerwechseln berichtet. Ein konsistentes Verhütungsverhalten haben die wenigsten befragten Jugendlichen habitualisiert. Die besondere Gefährdung für STI und frühe Elternschaft entsteht dabei in Kontexten, die vornehmlich als prekär zu bezeichnen sind - durch eine Unterversorgung an Bildung, Perspektivlosigkeit in Bezug auf Ausbildungs- und Berufschancen sowie zum Teil auch Armut in den Herkunftsfamilien und Delinquenz (ebd.).

Nähere Informationen zum Jugendarrest, zur Präventionsarbeit der Berliner Aids-Hilfe im Jugendarrest und Studienergebnisse sind zu finden in der Jugendarreststudie „Man gewöhnt sich an alles...“. Einstellungen, Wissen und Verhalten zu HIV/Aids und weiteren sexuell übertragbaren Infektionen von Jugendlichen in der Jugendarrestanstalt Berlin“ (Wilke, Langer, Drewes, Koppe, 2013). Zusammenfassend dargestellt und diskutiert werden die Studienergebnisse in dem Artikel „Sexualpädagogik und Gesundheitsförderung im Jugendarrest – Befunde einer explorativen Studie im Berliner Jugendarrest“ (Wilke, Langer, Drewes, Koppe 2014).

Jugendliche Migrant_innen

Jugendliche Migrant_innen der ersten und zweiten Generation sind eine besondere Zielgruppe der HIV/STI-Prävention. Ihre spezielle Gefährdung erklärt sich durch die kulturellen Konflikte und Spannungen zwischen ihrer – bzw. den elterlichen oder großelterlichen - Herkunftsorten und dem vergleichsweise freizügigen Leben in Berlin und Deutschland, den mitunter strengen Verhaltensnormen im Elternhaus und den sich daraus ergebenden intergenerativen Konflikten. Häufig haben junge Migrant_innen problembehaftete Erlebnisse im Migrationsverlauf und sind Vorurteilen und Diskriminierungen in Schule und Nachbarschaft ausgesetzt (gewesen). Soziokulturelle, sprachliche und finanzielle Hindernisse können den Zugang zu Informationen zum Thema sexuelle Gesundheit sowie zum gesundheits- und medizinischen Bereich insgesamt erschweren. In der HIV/STI-Prävention mit Migrant_innen ist vor allem wichtig, die Integration und die Aneignung von Werten und Normen unserer Gesellschaft zu fördern, dabei aber deren soziokulturelle und religiöse Hintergründe zu respektieren.

Trans* und intersexuelle Jugendliche

Jugendliche, deren geschlechtliche Identität von dem bei der Geburt definierten biologischen Geschlecht abweicht, werden als „transident“ bezeichnet. Kinder und Jugendliche, die mit nicht eindeutigen (sichtbaren und nicht sichtbaren) Geschlechtsmerkmalen geboren wurden, werden mit dem Begriff „intersexuell“ definiert. Diese Jugendlichen zeigen in der Präventionsarbeit zu sexuellem Verhalten und im Umgang mit HIV/STI spezifischen Bedarf. Sexuelles Verhalten und individuelle Selbstwahrnehmungen können bei transidenten und intersexuellen Jugendlichen von dem anderer Jugendlicher teils stark abweichen. Wenngleich Trans* und Inter* Themen sind, die von der breiten Öffentlichkeit in den letzten Jahren vermehrt wahrgenommen und medial verarbeitet wurden, erleben trans* und inter* weiterhin in ihrem Alltag Unverständnis, Diskriminierung und Ablehnung bis hin zu verbaler, psychischer und physischer Gewalt. Daraus können Einsamkeit, Isolation und Schwierigkeiten der positiven Annahme der eigenen Person resultieren.

Transidente Jugendliche können zu verstärkt sexualisiertem Verhalten neigen, welches als Erprobung und Realisierung der eigenen Geschlechterrolle interpretiert werden kann oder häufige, anonyme, flüchtige sexuelle Kontakte als Mittel der Selbstbestätigung und subjektiv empfundenen Akzeptanz im Wunschgeschlecht zur Folge hat. Gezielte Aufklärung zum Thema geschlechtliche Vielfalt und Integration transidenter und intergeschlechtlicher Lebensrealitäten in existierende Methoden ermöglichen die Thematisierung ohne exponierte Darstellungsweisen.

3.2. Auch weltweit ungleich verteilt: das Infektionsrisiko

Das Risiko, sich mit HIV anzustecken, variiert nicht nur in Deutschland, sondern auch für verschiedene gesellschaftliche Gruppen je nach Weltregion. Während in den Ländern der so genannten Dritten Welt, vor allem in den afrikanischen Ländern südlich der Sahara praktisch die gesamte Gesellschaft von HIV und Aids betroffen ist, sind in den westlichen Ländern in erster Linie Menschen, die beim Drogengebrauch Spritzbestecke und andere Utensilien teilen sowie Männer, die Sex mit Männern haben (MSM), gefährdet. Das bedeutet jedoch nicht, dass in der westlichen Welt heterosexuelle Lebenswelten nicht von HIV und Aids bedroht wären. Zum Einen führt die zunehmende Migration aus Hochprävalenzländern dazu, dass auch in westlichen Ländern immer mehr Menschen, die ursprünglich aus Regionen mit hoher Verbreitung von HIV/Aids stammen, leben. Zudem sind die Zahlen von HIV-Infektionen in den ost- und südosteuropäischen Ländern - und damit zum Teil innerhalb der EU - in den letzten Jahren stark angestiegen.

Nach Lugar (1997: 12) gibt es eine grenzüberschreitende Gemeinsamkeit in der HIV-Pandemie: „The HIV/AIDS epidemic has continued to develop, and despite of differences in its details within each society, there is one common feature: in each society, the marginalised, stigmatised and discriminated became at highest risk of HIV infection.”

4. Grundlagenwissen zu HIV und Aids

Die Geschichte der globalen Pandemie von HIV und Aids beginnt im Jahr 1981 mit der ersten Beschreibung einer ungewöhnlichen Häufung seltener und tödlich verlaufender Krankheiten in den USA, die auf einen akuten Defekt des Immunsystems schließen ließen. Da die Diagnose einer spezifischen Lungenentzündung anfangs vor allem bei zuvor gesunden homosexuellen Männern gestellt wurde und die genauen Ursachen der Erkrankung nicht bekannt waren, wurde das besorgniserregende Phänomen kurzfristig als GRID als Gay Related Immune Deficiency bezeichnet. Aufgrund der damit einhergehenden Stigmatisierung homosexueller Männer erschien bald die Bezeichnung AIDS (Acquired Immunodeficiency Syndrom) angemessener, zumal rasch deutlich wurde, dass eine Übertragung auch über intravenösen Drogengebrauch, Bluttransfusionen und heterosexuellen Geschlechtsverkehr erfolgen kann. Der Terminus Syndrom spiegelt dabei die Erkenntnis wider, dass es sich bei Aids um einen Komplex aus verschiedenen Krankheiten ohne ein einheitliches Krankheitsbild handelt. Mit der Isolierung des Humanen Immunschwächevirus (HIV-1) im Jahr 1983 und HIV- 2 im Jahr 1986 wurde dessen Auslöser identifiziert.⁴ Dabei handelt es sich um ein Retrovirus, das insbesondere die für die spezifische Immunabwehr zentral bedeutsamen CD4- Helferzellen als Wirtszellen befällt, um sich dort über den Einbau viraler RNA in die menschliche DNA zu vermehren. Die Virusreplikation bedingt auf diese Art eine mehr oder weniger rasch verlaufende Schwächung des Immunsystems. Seit dem Jahr 1985 besteht die Möglichkeit die Infektion über einen Antikörpersuchtest nachzuweisen, wodurch die Differenzierung zwischen HIV- Infektion und Aids- Erkrankung wesentlich vorangetrieben, bzw. erst ermöglicht wurde: Ein Nachweis virusspezifischer Antikörper im so genannten ELISA- Test, der die Zuschreibung eines positiven Serostatus – umgangssprachlich mit HIV- positiv bezeichnet – mit sich bringt, ist von Aids als jenem Krankheitsstadium zu unterscheiden, in dem das Immunsystem bereits eine so starke Schädigung aufweist, dass charakteristische Erkrankungen und Infektionen auftreten können. Die 1993 eingeführte CDC- Klassifikation der HIV- Infektion (Centers for Disease Control 1993) verzeichnet drei Stadien A, B und C, die sich auf die klinische Manifestation der Infektion beziehen sowie drei Labor- Kategorien, welche das Stadium der Infektion über die Bestimmung des Immunstatus erfassen, die wiederum durch die Messung der Anzahl der CD4- Helferzellen pro Mikroliter Blut bestimmt wird.

4 Die Virustypen und ihre Untergruppen (Subtypen) weisen Unterschiede und spezielle Merkmale auf und kommen je nach Region und Kontinent unterschiedlich häufig vor. Für HIV-1 und HIV-2 gelten die gleichen Übertragungswege und Schutzmöglichkeiten.

CDC- Klassifikation der HIV- Erkrankung von 1993		Klinische Kategorien		
		A (asymptomatisch)	B (Symptome, kein Aids),	C (Symptome Aids),
Labor- Kategorien (CD4/ μ l)	1 (> 500)	A1	B1	C1
	2 (200-499)	A2	B2	C2
	3 (< 200)	A3	B3	C3

Aids wird darin in der klinischen Kategorie C durch das Auftreten bestimmter Erkrankungen – so genannter opportunistischer Infektionen, dem Kaposi- Sarkom, spezifischen Lymphomen – und/oder in der Laborkategorie 3 durch einen Wert von weniger als 200 CD4-Zellen/ μ l definiert.

Durch die Einführung einer hochaktiven antiretroviralen Therapie (ART/HAART)⁵, die erstmals auf der Welt- Aids- Konferenz im kanadischen Vancouver im Jahr 1996 vorgestellt wurde, und deren Wirksamkeit einer Kombination aus mehreren zumeist an verschiedenen Punkten der Virusreplikation ansetzenden Stoffen dort belegt wurde⁶, hat sich der Verlauf einer HIV- Infektion maßgeblich verändert. Während der „natürliche“ – sprich unbehandelte – Verlauf der Infektion trotz der individuell oft starken Unterschiede in Bezug auf die Krankheitsprogression und die damit einhergehenden Symptome eine stetige Verschlechterung des Immunstatus mit sich bringt, die in der Regel nach acht bis zehn Jahren zum Vollbild Aids und nach weiteren zwei bis vier Jahren zum Tode führt, wird HIV heutzutage zunehmend als eine chronische Infektion wahrgenommen, die nicht mehr zwangsläufig in Aids- definierende oder HIV- assoziierte Erkrankungen mündet.⁷ Ein Fortschreiten der Infektion kann langfristig verhindert werden und selbst bereits ausgebildete Immundefekte können sich zurückbilden. Auch wenn sich im Zuge dieser „medizinischen Normalisierung“ der Infektion – zumindest im globalen Norden – die Möglichkeiten der Therapie zunehmend verbessert haben und die auftretenden Nebenwirkungen deutlich abgeschwächt auftreten, und auch wenn sich die Lebenserwartung – und –qualität von HIV- Positiven an die von nicht mit HIV

5 ART: antiretroviral therapy; HAART: highly active antiretroviral therapy.

6 Früher erprobte Monotherapien, gerade mit ATZ, erwiesen sich als wenig wirksam. So änderten sich zwischen 1989 und 1994 die Mortalitätsraten in Deutschland kaum.

7 Dies führt auch zur Kritik an der CDC-Klassifikation: 1.) Es fehlen einige wichtige Erkrankungen, die die Kriterien einer opportunistischen Infektion erfüllen, in den USA als Entstehungsort der Klassifikation jedoch sehr selten sind. Dies hat Auswirkungen auf die medizinische Versorgung, da in einigen Ländern erst eine gesicherte Aids-Diagnose den Zugang zur HIV-Therapie ermöglicht. 2.) Epidemiologisch: In Bezug auf die statistische Erfassung ist der Wechsel der Kategorien im Krankheitsverlauf nur progressiv (also von A über B nach C und von 1 über 2 nach 3) möglich; Besserungen aufgrund erfolgreicher Therapie, die nach der CDC-Klassifikation von 1993 erst eingeführt wurde, werden nicht erfasst. Ein Patient mit der Diagnose Aids wird in der Statistik immer unter dieser Kategorie geführt, auch wenn er durch die ART „eigentlich“ wieder nach A1 gehören würde. Bei der Interpretation der epidemiologischen Daten ist dies zu beachten. (Kamps, 2007)

Infizierten angleichen, so sind die Folgen einer HIV- Diagnose für den Betroffenen mitunter nach wie vor erheblich - etwa in Hinblick auf neurologische Erkrankungen, die mit der Infektion einhergehen können, in Bezug auf Depressionen, Ängste vor und Erfahrungen mit gesellschaftlicher Stigmatisierung und Diskriminierung.

Von einer Impfung oder Heilung ist die Forschung noch weit entfernt – und zwar noch weiter als es Verlautbarungen in der vergangenen Zeit hoffen ließen. Der im ersten Jahrzehnt des 21. Jahrhunderts beobachtete signifikante Anstieg von HIV- Neudiagnosen, behandlungstechnisch nicht unkomplizierten Ko- Infektionen, vor allem mit Hepatitis C, sowie die in vielen Schwellen- und Entwicklungsländern nach wie vor problematische medizinische Versorgungslage, durch die oft nur ein geringer Teil der HIV- Positiven einen ausreichenden Zugang zur ART erhalten, verdeutlicht, dass HIV und Aids auch mehr als 30 Jahre nach der ersten Beschreibung der Krankheit eine besondere Aktualität besitzen. Angesichts von weltweit gegenwärtig etwa 35 Millionen HIV-Positiven, 21 Millionen Neuinfektionen und circa 1,5 Millionen an den Folgen von Aids Verstorbener allein im Jahr 2013 (WHO 2014) zählt die Aids- Pandemie zu einer der größten Gefahren für die globale Entwicklung des 21. Jahrhunderts. Die präventiven Bemühungen um Aufklärung zu Risiko-, Schutz-, Test- und Therapiemöglichkeiten und eine Sensibilisierung, die dazu beiträgt Stigmata in Bezug auf unterschiedliche Lebensweisen und -führungen abzubauen sowie die Probleme eines Lebens mit einer HIV- Infektion bewusst zu machen, sind aus diesen Gründen unverzichtbar.⁸

4.1. Wie verläuft eine HIV- Infektion?

HIV und das Immunsystem

Das Immunsystem ist das „Abwehrorgan“ des menschlichen Körpers. Es muss körperfremde Stoffe wie Viren, Bakterien, Pilze oder Parasiten erkennen und ihr Eindringen in den Körper verhindern, indem es diese unschädlich macht und entfernt. Die Erkennung von körperfremden Stoffen gelingt dadurch, dass diese eine andere Oberfläche haben als körpereigene Bestandteile. Diese körperfremden Oberflächenstrukturen werden auch „Antigene“ genannt. Zur Abwehr dieser Antigene sind im gesamten Organismus zahlreiche Abwehrzellen – zum Beispiel weiße Blutkörperchen - verteilt. Sie sind im Blut, in der Haut, den Lymphknoten und den Schleimhäuten zu finden.

⁸ In diesem Zusammenhang ist auf die „Rote Schleife“ (Red Ribbon) zu verweisen, ein internationales Symbol für den weltweiten Kampf gegen Aids und die Solidarität mit und die Toleranz gegenüber HIV-Positiven, das die New Yorker Künstlergruppe „Visual Aids“ Anfang der 1990er Jahre entwickelte (BZgA, 2015). Durch die Verteilung von Red Ribbons etwa zum Welt-Aids-Tag am 1. Dezember soll das Thema ins Bewusstsein einer breiten Öffentlichkeit getragen werden.

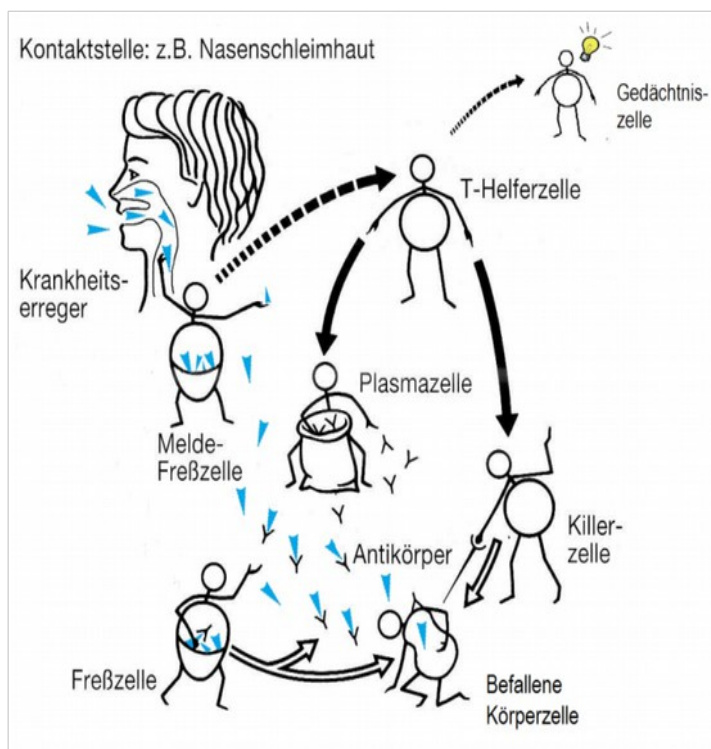


Abbildung 6: Normalreaktion des Immunsystems auf Krankheitserreger
Quelle: modifiziert nach BZgA 1998, 30

Beim Immunsystem wird zwischen der unspezifischen Abwehr und der spezifischen Abwehr unterschieden.

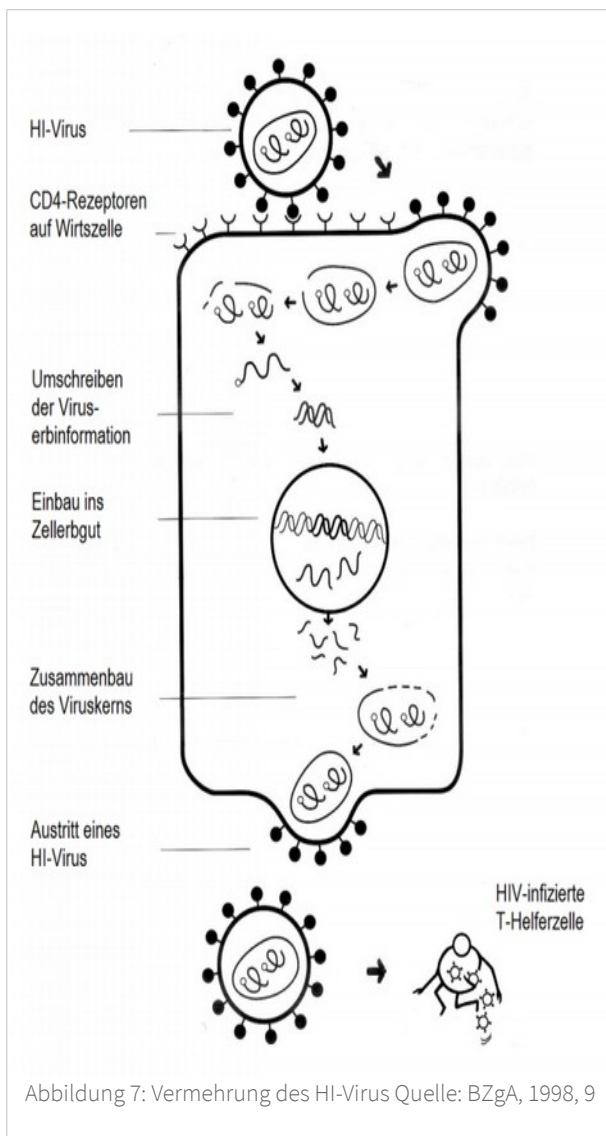
Die unspezifische Abwehr richtet sich gegen diejenigen „Fremdlinge“ im Körper, die häufig vorkommende und bekannte Oberflächenstrukturen haben. Wenn diese bekannten Strukturen erkannt werden, wird eine schnelle Abwehrreaktion ausgelöst, bei der das Immunsystem aktiviert und Fieber entstehen kann. Bestimmte körpereigene Abwehrstoffe können dabei eindringende Krankheitserreger abbauen und aus dem Körper entfernen. Wenn Erreger durch die unspezifische Abwehr nicht umgehend entfernt werden können, schaltet sich die spezifische Abwehr ein.

Die spezifische Abwehr kann lernen, verschiedene Oberflächenstrukturen zu erkennen und damit im Gegensatz zur unspezifischen Abwehr eine viel größere Anzahl von Antigenen

erfassen. Dies bedeutet aber, dass die Abwehr gegen die meisten Krankheitserreger erst vom Immunsystem des Menschen „erlernt“ werden muss, wenn dieser mit einem entsprechenden Erreger in Kontakt gekommen ist.

Sobald die spezifische Abwehr mit Hilfe von so genannten Melde- Fresszellen einen neuen Krankheitserreger registriert, werden Zellen und Antikörper produziert, die Antigene auf dem Eindringling erkennen und ihn darüber gezielt bekämpfen und neutralisieren. Die Antikörper werden in speziellen weißen Blutkörperchen, den Plasmazellen der B-Lymphozyten, gebildet. Diese Antikörper sind spezifisch, d.h. sie passen direkt zu dem eingedrungenen Erreger, binden sich an ihn, machen ihn unschädlich und markieren ihn für die Entsorgung. Diese erfolgt durch die Fresszellen, die Makrophagen, welche die markierten Krankheits-erreger umschließen und verdauen. Auch vom Erreger befallene Körperzellen, die durch die Killerzellen eliminiert worden sind, um eine Vermehrung des Erregers zu verhindern, werden auf diese Weise entfernt.

Nach der Bekämpfung eines Erregers verbleiben einige Zellen als Gedächtniszellen, in denen die Eigenschaften des Erregers gespeichert sind, um bei einer erneuten Infektion einen schnelleren Abwehrmechanismus auslösen zu können. Die Bezeichnung „Immunschwäche-Virus“ für HIV impliziert bereits, dass das Immunsystem geschädigt und seine Funktionen nach und nach lahmgelegt werden. Bei eingeschränkter Funktion des Immunsystems können Krankheitserreger oder vergleichsweise harmlose Infektionen, die von Menschen mit einem intakten Immunsystem in der Regel leicht abgewehrt werden können, zu schweren, sogar lebensbedrohlichen Erkrankungen führen.



Bei einer HIV-Infektion gelingt es dem Immun-system nicht, das Virus und seine Antigene vollständig zu beseitigen. Zur Abwehr wird, wie bei anderen Infektionen auch, die Bildung von T-Helferzellen in Gang gesetzt, welche eine wichtige Steuerungsfunktion im Immunsystem besitzen.

Aufgrund spezieller Oberflächen-eigenschaften - den CD4-Rezeptoren - werden die T-Helferzellen auch CD4-Helferzellen genannt.

Sie können die Antikörperproduktion anregen, Fresszellen zu eingedrungenen Erregern dirigieren oder andere Immunzellen aktivieren. Sie könnten mit Mitarbeitern in einer Feuerwehroleitstelle verglichen werden – wenn sie ausfallen, können die Einsatzwagen nicht mehr dorthin geleitet werden, wo sie benötigt werden. T-Helferzellen, oder genauer die CD4-Helferzellen, sind Zielzellen für HIV. Das Virus greift somit die Steuerungszentrale des Immunsystems an. Sowohl Makrophagen als auch die T-Helferzellen haben auf ihrer Oberfläche die CD4-Rezeptoren, die als Andockstelle und Eintrittspforte für HIV dienen: Das HI-Virus greift die Zelle an, indem es den auf der Zelloberfläche befindlichen Rezeptor als Angriffsstelle nutzt. Ist das Virus an den CD4-Zellen „angedockt“, dringt es in sie ein und schleust seine vollständige Erbinformation in das Erbgut der Zelle ein.

Dadurch werden die T-Helferzellen gezwungen, eine Vielzahl von neuen HI-Viren zu produzieren. Diese verbreiten sich im Körper und befallen weitere T-Zellen.

Im Verlauf der Infektion wird dadurch eine Vielzahl an T-Helferzellen zerstört - das HI-Virus hat somit die Steuerungszentrale des Immunsystems angegriffen und blockiert. Das Immunsystem kann sich nicht mehr gegen die Infektion verteidigen - die Anzahl der Viren im Blut (Viruslast) steigt innerhalb kurzer Zeit massiv an: HIV vermehrt sich rasant schnell.

Mit voranschreitender HIV-Infektion nimmt die Zahl der T-Helferzellen ab und ihre Aufgaben bei der Immunabwehr werden nicht mehr erfüllt. Somit kann die Antikörperproduktion nur eingeschränkt angeregt werden, die Viruslast steigt an und HIV kann sich noch schneller vermehren. Einhergehend mit dem Verlust der T-Helferzellen verliert das Immunsystem zudem Gedächtniszellen.

Den neuen Abwehrzellen fehlt die gespeicherte Erfahrung aus früheren Konfrontationen des Immunsystems mit HIV oder anderen Krankheitserregern.

Das immunologische Gedächtnis wird zerstört und das Immunsystem verliert seine „Erinnerungsfähigkeit“. Ab diesem Zeitpunkt ist nicht nur die Abwehr gegen das HI-Virus erlahmt, sondern auch gegen andere Krankheitserreger - es kommt vermehrt zu opportunistischen Infektionen (siehe weiter unten im Kapitel).

Natürlicher Verlauf der Infektion

HIV-Infektionen entwickeln sich unterschiedlich. Bestimmte Symptome können, müssen aber nicht auftreten. Zwischen den einzelnen Krankheitsphasen liegen meist lange Zeiten ohne körperliche Beschwerden. Selbst ein voll entwickelter Immundefekt kann bis zum Auftreten schwerster Erkrankungen zunächst ohne Symptome verlaufen. Viele HIV-Positive fühlen sich auch Jahre nach der Infektion gesund. Wenn eine HIV-Infektion vorangeschritten ist und das Immunsystem nicht mehr imstande ist sich gegen Krankheitserreger zu verteidigen, ist das Stadium erreicht, in dem von Aids gesprochen wird. Ein Patient mit Aids hat häufigere Infektionen mit schwereren Verläufen, an denen ein gesunder Mensch mit intaktem Immunsystem in der Regel nicht erkranken würde. Diese opportunistischen Infektionen können bis zum Tod führen.

Die akute HIV-Infektion

Innerhalb der ersten Wochen nach Ansteckung treten in der Mehrzahl der Fälle Beschwerden auf, die zumeist denen einer Grippe ähneln: Fieber, Hautausschlag, Muskelschmerzen, Schluckbeschwerden, Mandel- und Lymphknotenschwellungen. Dies ist auf eine hohe Viruslast bei gleichzeitig deutlichem Abfall der CD4-Zellen zurückzuführen. Während der akuten Infektion erkennt das Immunsystem das sich schnell vermehrende Virus als Eindringling und setzt ihm körpereigene Abwehrzellen entgegen, z.B. T-Helferzellen. Zugleich wird die Produktion von Antikörpern angeregt, die das HI-Virus bekämpfen sollen(vgl. DAH, 2013, 2012a).

Infolgedessen verschwinden die Beschwerden nach wenigen Tagen oder Wochen wieder. Die akute HIV-Infektion kann allerdings auch „klinisch stumm“, d.h. ohne deutlich erkennbare Symptome verlaufen. Eine frühzeitige Diagnose der akuten HIV-Infektion ist insofern von Bedeutung, da sich eine frühe antiretrovirale Behandlung im positiven Sinne auf den weiteren Verlauf der Krankheit auswirken kann. In der Primärinfektionsphase besteht aufgrund der erhöhten Viruslast ein wesentlich höheres Infektionsrisiko. Wenn die Viruslast eines HIV-Positiven unter wirksamer ART hingegen unter der Nachweisgrenze liegt, ist das Infektionsrisiko jedoch äußerst gering (vgl. DAH 2014a, 2013, 2012a).

Symptomfreie HIV-Infektion

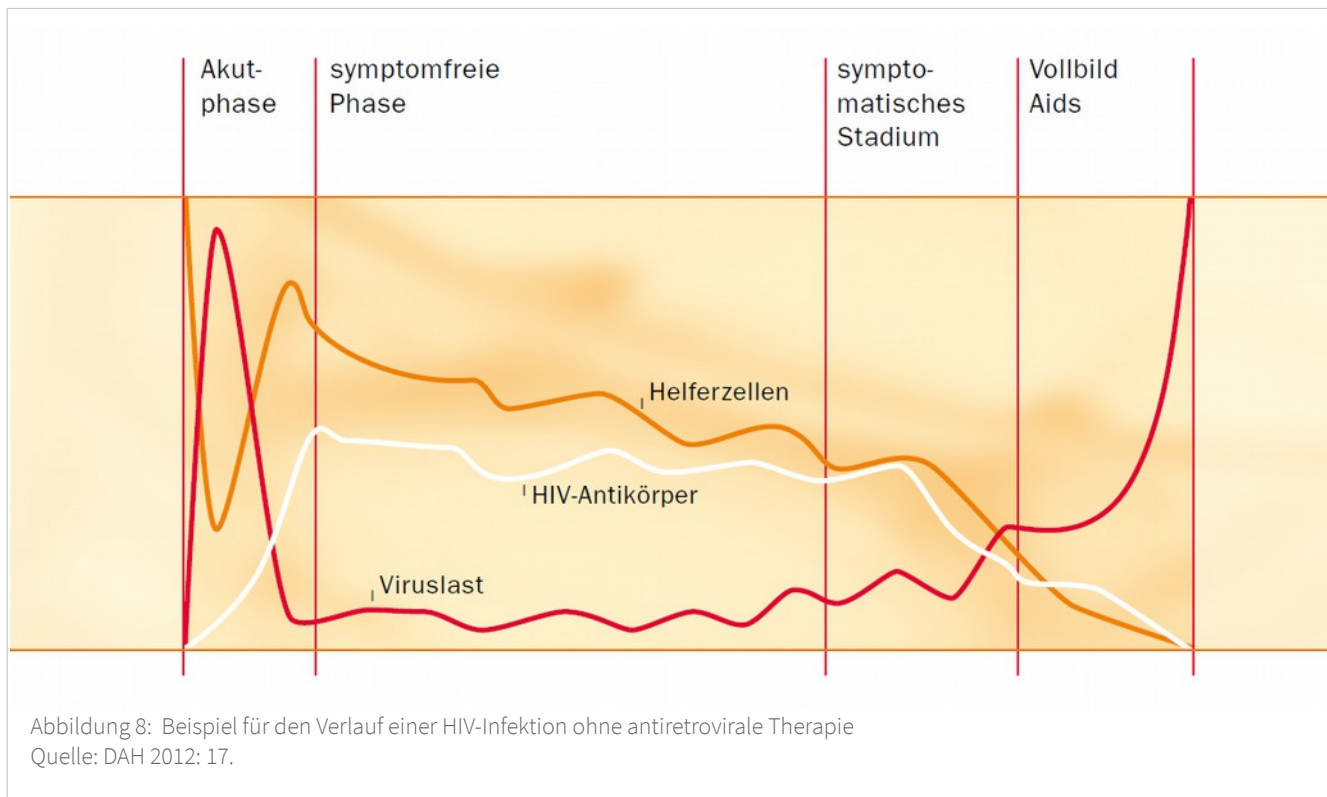
Die Phase zwischen der Infektion und dem Auftreten von Krankheitssymptomen wird als symptomfreies Stadium bezeichnet. Das Immunsystem ist in der Lage, über Jahre eine Art Gleichgewicht zwischen Virusvermehrung und Virusabwehr herzustellen. Vermutlich tragen Abwehrzellen, Antikörper sowie körpereigene Abwehrstoffe zu einer Zerstörung der neu produzierten Viren bei. Dieses Gleichgewicht bleibt ohne antiretrovirale Therapie etwa fünf bis zehn Jahre stabil (Alizon, Magnus, 2012) – unter anderem abhängig von der Fähigkeit des Immunsystems, HIV zu bekämpfen, der genetischen Ausstattung, dem Lebensalter, der Ernährung, den allgemeinen Lebensumständen, der seelischen Verfassung sowie von Vor- und Begleiterkrankungen. In dieser Zeit spürt der größte Teil der HIV-Positiven vergleichsweise wenig von seiner Infektion. Sie haben in dieser Phase auch kein erhöhtes Risiko in Bezug auf Infektionskrankheiten. Mediziner ordnen dem symptomfreien Stadium dennoch bestimmte Krankheitszeichen, insbesondere andauernde und über den gesamten Körper verteilte Lymphknotenschwellungen, zu. Das Virus ruht jedoch in dieser Zeit nicht. Es schädigt das Immunsystem weiterhin. Virusmutationen führen dazu, dass sich die Oberfläche des Virus ständig verändert. Die zu dem Zeitpunkt vor der Mutation vorhandenen Abwehrstoffe der spezifischen Immunabwehr werden dadurch ineffektiv, da sie sich gegen Oberflächenstrukturen richten, die beim Virus nicht mehr vorhanden sind. Gleichzeitig muss die spezifische Immunabwehr neue Abwehrstoffe gegen das veränderte Virus entwickeln und läuft dadurch sozusagen permanent auf Hochtouren. Die CD4-Zellen (dazu zählen neben T-Helferzellen auch Makrophagen) werden zudem schneller vernichtet, als sie neu gebildet werden können.

Symptomatische HIV-Infektion

Im symptomatischen Stadium der HIV-Infektion kommt es zu zunehmender Schwäche der Immunabwehr. Die Zahl der CD4-Zellen ist deutlich vermindert. Durch die Immunschwäche treten HIV-assoziierte Krankheiten auf. Sie sind jedoch (noch) nicht lebensbedrohlich. Weitere Symptome sind Nachtschweiß, Fieberschübe, Lymphknotenschwellungen, Hautveränderungen, anhaltende Durchfälle sowie Pilzerkrankungen. Die Krankheitszeichen, die bei einer HIV-Infektion auftreten können, sind im Einzelnen betrachtet unspezifisch, d.h. sie sind auch bei vielen anderen Krankheiten zu finden. Ob tatsächlich ein Immundefekt vorliegt, können deshalb nur auf diesem Gebiet erfahrene Mediziner feststellen.

Aids

Unter einem Wert von 200 CD4-Zellen pro Mikroliter (μl) Blut liegt ein schwerer Immundefekt vor. Das Immunsystem ist nicht mehr in der Lage die Vermehrung von HIV einzudämmen, was zu einer starken Vermehrung des Virus beim Patienten führt (starker Anstieg der Viruslast). Ab diesem Punkt muss mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit von spezifischen Erkrankungen gerechnet werden, deren Vorliegen zur Diagnose „Aids“ führt. Zu diesen zählen opportunistische Erkrankungen durch Viren, Bakterien oder Pilze, aber auch die HIV-Enzephalopathie (Erkrankung und Schädigung des Gehirns) und spezielle Krebsarten wie Kaposi-Sarkome oder bösartige Lymphome.



Beispiele häufiger opportunistischer Erkrankungen⁹ sind:

Pneumocystis-Pneumonie (PCP)

Hierbei handelt es sich um eine spezielle Form der Lungenentzündung. Sie äußert sich zunächst durch anhaltenden trockenen Husten ohne Auswurf, Fieber und Atemnot bei körperlicher Belastung (etwa beim Treppensteigen) und wird durch den Erreger *Pneumocystis jiroveci* ausgelöst. Dieser Schlauchpilz ist nahezu überall anzutreffen (Tröpfcheninfektion, im Staub), sodass der Kontakt mit ihm nicht vermieden werden kann. Wenn die Zahl der CD4-Zellen unter 200 pro Mikroliter Blut liegt, steigt die Wahrscheinlichkeit einer PCP. In diesem Fall ist eine medikamentöse Prophylaxe dringend geboten. Durch Medikamente lässt sich das Ausbrechen der PCP oft verhindern.

Toxoplasmose

Der Erreger *Toxoplasma gondii* ist ein Parasit, der hauptsächlich über rohes oder nicht durchgegartes Fleisch und gelegentlich durch Katzenkot übertragen wird. Er kann alle Zellen des menschlichen Körpers befallen, verbreitet sich aber besonders im Gehirn. Die ersten Symptome sind meist dumpfe Kopfschmerzen und Fieber. Später kann es zu Lähmungen oder Taubheitsgefühl in Armen und/oder Beinen, zu Sprach-, Seh- oder Hörstörungen, Benommenheit, Konzentrationsschwäche und Verhaltensänderungen kommen. Bei einer Toxoplasmose handelt es sich häufig um eine alte Infektion, die bei geschwächtem Immunsystem zum Ausbruch kommt. Frühzeitig erkannt und behandelt bestehen gute Aussichten auf Heilung.

⁹ Für weiterführende Literatur vgl. DAH, 2012a.

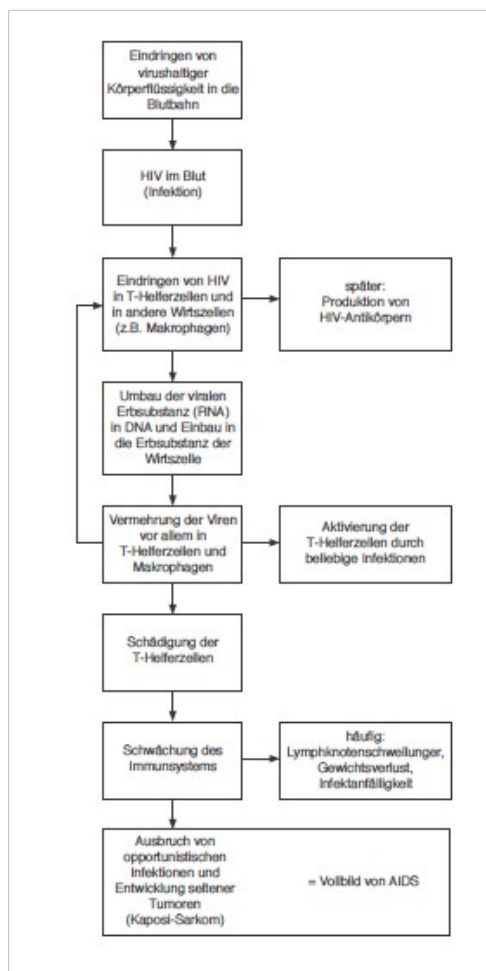


Abbildung 9:
Verlauf einer HIV-Infektion/
Quelle BZgA 1998: 30

Infektion mit dem Cytomegalie-Virus (CMV)

Das Cytomegalie-Virus gehört zur Familie der Herpesviren und kann sich in verschiedenen Organen ansiedeln. Betroffen sind meist der Verdauungstrakt und die Netzhaut (Retina), seltener die Lunge und das Gehirn. Eine Entzündung der Netzhaut (Retinitis) kann, wenn sie nicht behandelt wird, zu massiven Sehbeeinträchtigungen bis hin zur Erblindung führen.

Kaposi-Sarkom

Das Kaposi-Sarkom ist eine bösartige Systemerkrankung, die durch das Humane Herpesvirus 8 ausgelöst wird. Dieses kann über Geschlechtsverkehr, aber auch über Blut und Speichel übertragen werden. Zumeist sind die Haut, aber auch Schleimhäute, das lymphatische System und innere Organe betroffen. Dabei kann es ohne Behandlung zu aggressiven und innerhalb von wenigen Monaten tödlichen Verläufen kommen.

HIV- Enzephalopathie

Die HIV- Enzephalopathie beruht auf einer Infektion des zentralen Nervensystems mit HIV. Im Verlauf einer fortgeschrittenen Infektion erkranken schätzungsweise 20-30% der HIV- Positiven an einer HIV- Enzephalopathie (Spektrum, 2000). Sie äußert sich in Form von kognitiven, emotionalen, motorischen und vegetativen Beeinträchtigungen, wie Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, sozialem Rückzug, Depressivität,

Verlangsamung der Feinmotorik, Gangunsicherheit, verminderter Libido oder erektiler Impotenz. Die HIV-Enzephalopathie kann zu spezifischen und schweren Formen der Demenz – die mitunter mit Arbeitsunfähigkeit und Pflegebedürftigkeit einhergeht – führen.

Die behandelte HIV-Infektion

Die Verfügbarkeit und Verträglichkeit von Medikamenten ist von zentraler Bedeutung dafür, wie gut eine Infektion kontrolliert werden kann und wie schnell sie voranschreitet. Heutzutage haben sich nicht nur die Möglichkeiten der Behandlung insgesamt, sondern auch die der Vorbeugung und der Bekämpfung opportunistischer Infektionen signifikant verbessert, wodurch die Lebenserwartung für HIV-Positive – zumindest in den Industrieländern der westlichen Welt - um viele Jahre gestiegen ist.

Seit Einführung der Kombinationstherapien im Jahr 1996 konnte das Auftreten des Vollbilds Aids zurückgedrängt werden. Dank der hochaktiven antiretroviralen Therapien (ART) ist beispielsweise das Auftreten des Kaposi-Sarkoms - um 90% zurückgegangen (Schöfer, Brockmeyer, 2006). Grund dafür ist, dass bei rechtzeitiger Einleitung der ART die Virusvermehrung weitgehend unterdrückt werden kann: Ziel der Therapie ist es, die Viruslast unter die Nachweisgrenze zu senken und damit dem Immunsystem eine Erholung zu ermöglichen. Die Hoffnung auf Heilung, die mit der Kombinationstherapie anfangs verbunden war, ist indes der Realität einer wahrscheinlich lebenslangen Kontrolle der HIV-Infektion gewichen¹⁰. Nichtsdestoweniger gibt es auch in Deutschland immer noch Fälle von Aids-definierenden Erkrankungen, zum Beispiel aufgrund einer verspäteten Diagnose der HIV-Infektion, der nicht rechtzeitig erfolgten Einleitung der ART oder bei Patienten, deren Therapiemöglichkeiten aufgrund von Multiresistenzen begrenzt sind¹¹ sowie bei Personen, die keinen Zugang zum bundesrepublikanischen Gesundheitssystem haben.

Im Hinblick auf eine erfolgreiche und nachhaltige Therapie ist die Frage des „richtigen Zeitpunkts“ des Therapiebeginns zentral. Der Mitte der 90er Jahre ausgegebene Slogan „hit hard and early“, der eine sofortige und weitreichende Therapie propagierte, wurde vor dem Hintergrund der mit den Medikamenten einhergehenden Nebenwirkungen, möglichen Resistenzbildungen und in Bezug auf Einschränkungen bei der Lebensqualität HIV-Positiver in „hit hard, but only when necessary“ umformuliert (Harrington, Carpenter, 2000). Auch wenn sich die Notwendigkeit zwangsläufig - etwa bei einem CD4-Wert von 200 Zellen/ μ l Blut ergibt, um opportunistische Erkrankungen zu verhindern - verändert sich die Antwort auf die Frage, wann der Beginn der Therapie sinnvoll erscheint, mit weiteren Forschungserkenntnissen ständig: „Die HIV-Medizin ist im Fluss. Therapieleitlinien bleiben Leitlinien, mit Erscheinen sind sie oft überholt“ (Hoffmann, Rockstroh, Kamps, 2007: 98). Aktuell wird dazu tendiert HIV früher zu behandeln. Gemäß den Deutsch-Österreichischen Therapie-richtlinien ist die HIV-Therapie bei unter 350 CD⁺-Zellen und/oder einer Viruslast von über 100.000 Viruskopien pro Milliliter Blutplasma und/oder Aids-definierenden Symptomen indiziert (vgl. DAIG, 2014a).

¹⁰ Vgl. Kapitel „HIV und Heilung“.

¹¹ Ursache hierfür könnte eine anhaltende, aber nur geringfügige Virusreplikation im zentralen Nervensystem sein (Eggers, Rosenkranz, 2008).

4.2. Behandlungsmöglichkeiten auf einen Blick

Die heutzutage verwendete Therapiestrategie wurde 1996 eingeführt. Dabei werden verschiedene Medikamente mit unterschiedlichen Wirkmechanismen eingesetzt – der Kombinationstherapie. Die Medikamente greifen an verschiedenen Punkten der Virusvermehrung im Körper an und müssen zeitlebend eingenommen werden. Nur durch die kombinierte Gabe ist die Wahrscheinlichkeit einer schnellen Resistenzbildung des Virus gegen die Medikamente gering und damit einhergehend die lange Wirksamkeit einer bestimmten Kombination gesichert.

Durch die Kombinationstherapie, auch antiretrovirale Therapie (ART) genannt, wurde die Lebenserwartung und -qualität von HIV-Positiven enorm verbessert. Die Medikamente bewirken eine starke Senkung der Viruslast über einen längeren Zeitraum und verhindern damit ein schnelles Fortschreiten der Erkrankung. Bestimmte Merkmale oder Symptome der HIV-Infektion werden dadurch hinausgezögert. Unter einer wirksamen ART erholt sich die Zahl der Helferzellen im Blut und das Immunsystem wird entlastet.

Die Einnahme von HIV-Medikamenten kann allerdings mit einer Reihe von Nebenwirkungen einhergehen, die hier nicht einzelnen Medikamenten zugeordnet, sondern nur pauschal aufgeführt werden sollen. Zu den häufigsten Nebenwirkungen gehören: Kopfschmerzen, Schwindel, Benommenheit, Alpträume, Depressionen, Geschmacksstörungen, Magenschmerzen, Durchfall, Blähungen, Übelkeit, Anämie (Mangel an roten Blutkörperchen), Leukopenie (Mangel an weißen Blutkörperchen), Muskelschmerzen, Hautausschläge, Fieber, Müdigkeit, Schleimhautgeschwüre, Veränderungen des Stoffwechsels, Neuropathien (Nervenerkrankungen), Entzündung der Bauchspeicheldrüse, Lipodystrophien (Fettverteilungsstörungen), erhöhte Leberwerte und Hepatitis (Leberentzündung). Zudem ist vor allem über die langfristigen Nebenwirkungen bisher relativ wenig bekannt. Einige Langzeitnebenwirkungen wie Neuropathien oder Lipodystrophien lassen sich mit den derzeitigen aktuellen Medikamenten inzwischen vermeiden. Die neueren Therapien sind nicht nur signifikant ärmer an Nebenwirkungen, sie sind auch in Bezug auf die Einnahme komfortabler – bei einigen Therapien ist es inzwischen sogar möglich nur noch eine Tablette pro Tag einzunehmen – sodass die zwischen Patient und Arzt gemeinsam vereinbarten Therapieziele einfacher erreichbar sind.

Diese Fortschritte wirken sich unmittelbar auf die Lebensqualität und -erwartung HIV-Positiver aus. Exakte Aussagen über die Lebenserwartung sind aufgrund des – vergleichsweise recht kurzen – Einsatzes der Medikamente und der noch nicht vollständig abzuschätzenden Langzeitnebenwirkungen schwer zu treffen. Jedoch wird heutzutage – bei einer frühzeitigen Diagnose, einem rechtzeitigen Beginn der Therapie und deren nachhaltiger Wirksamkeit – von einer gerade noch um zehn Jahre verkürzten durchschnittlichen Lebenserwartung, ausgegangen (vgl. DAH, 2012a: 63). Folglich ist der Zeitpunkt der Diagnose und des Therapiebeginns im „natürlichen Verlauf“ der HIV-Infektion für den Krankheitsverlauf und die Lebenserwartung entscheidend: mit einem rechtzeitigen Handlungsbeginn steigen die Wahrscheinlichkeit eines Therapieerfolgs und die Wahrscheinlichkeit, erneut auf das CD4-Helferzellenniveau ähnlich eines HIV-Negativen zu gelangen. Zudem verringert sich allgemein die Zeit, die das Immunsystem benötigt, um die CD4-Zellen zu erhöhen.

(ebd.: 84). Gerade die vergleichsweise hohe Anzahl an Spätdiagnosen in Deutschland stellt jedoch die

HIV-Prävention vor eine große Herausforderung. Das Robert- Koch- Institut (RKI) (2014b; 2009) geht davon aus, - je nachdem welche Definition angelegt wird -, dass derzeit etwa die Hälfte bzw. ein Drittel der HIV-Infektionen spät bzw. zu spät festgestellt wird oder erst in einem fortgeschrittenen Stadium in die medizinische Behandlung gelangt. Spätdiagnosen führen aufgrund des zu späten Therapiebeginns zu einer höheren Mortalität (Kitahata et al., 2009; Girardi et al., 2007; RKI, 2009).

Die folgende Modellierung (vgl. DAH, 2012: 63) verdeutlicht, wie sich die Lebenserwartung von HIV-Positiven im Verlauf der letzten Jahre verbessert hat. Abgebildet ist jeweils die Überlebenswahrscheinlichkeit HIV- positiver Menschen (ohne vorliegende Hepatitis-Komorbidität) in vergangenen Zeiträumen, ab einem Lebensalter von 25 Jahren. Dargestellt sind die Überlebenswahrscheinlichkeiten Positiver in der Prä-ART-, der frühen ART- und der späten ART-Phase sowie die Lebenserwartung der Allgemeinbevölkerung.

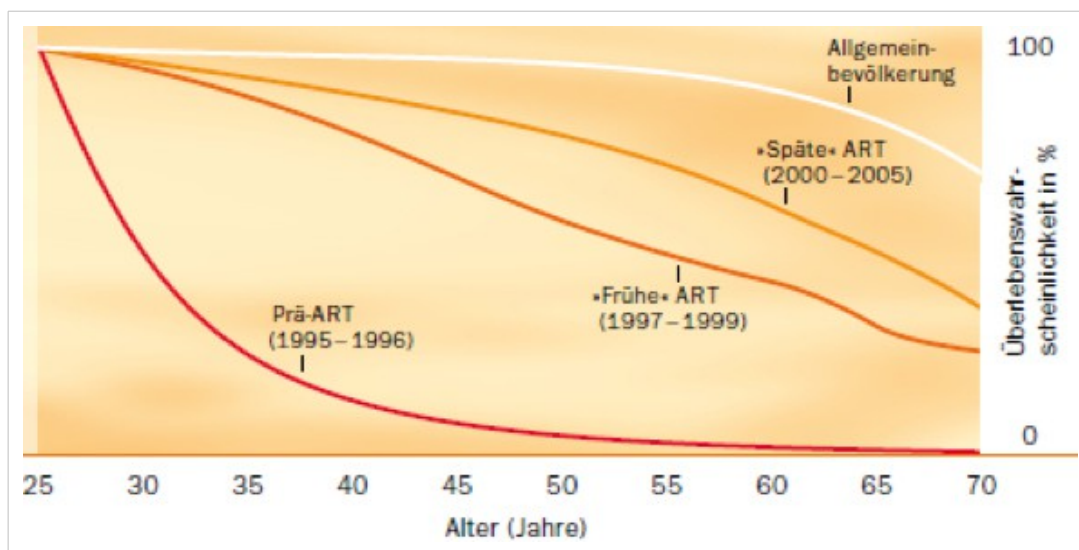


Abbildung 10:
Überlebenswahrscheinlichkeit für Menschen mit HIV

Weitere Aspekte:

Neben der Behandlung der HIV-Infektion an sich müssen HIV-Positive darauf achten, sich möglichst gut gegen weitere Infektionen zu schützen. Aufgrund der Infektion haben sie ein höheres Risiko sich beispielsweise mit Hepatitis C oder Tuberkulose zu infizieren. Bei fortgeschrittener Erkrankung und geschwächtem Immunsystem ist vor allem der Schutz gegen opportunistische Infektionen zu beachten. Darüber hinaus können so genannte komplementäre Therapien (Naturheilkundeverfahren, Homöopathie etc.) bei der Bewältigung der HIV-Infektion und beim Umgang mit den Nebenwirkungen der Medikamente behilflich sein und somit einen Beitrag zur Verbesserung der Lebensqualität leisten. Hier sollte der behandelnde Arzt einbezogen werden um mögliche Wechselwirkungen zwischen den Therapien auszuschließen. Von entscheidender Bedeutung bei der

HIV-Therapie ist die regelmäßige präzise Einnahme der Medikamente, da das mehrmalige Vergessen der Medikamenteneinnahme zu einer erneuten Vermehrung des Virus und möglicher Resistenzbildung, und damit zur Notwendigkeit eines Therapiewechsels, führen kann.

4.3. Wie kann HIV (nicht) übertragen werden?

HIV ist im Vergleich zu anderen Viren ein relativ schwer übertragbares Virus. Das Virus ist außerhalb des menschlichen Körpers unter Alltagsbedingungen nicht lang aktiv. Sobald infektiöse Körperflüssigkeiten ausgetrocknet sind, besteht keine Infektionsgefahr mehr. Auch hohe Temperaturen (z.B. beim Abkochen) inaktivieren das Virus. Unter optimalen Umgebungsbedingungen (z.B. feucht, kühl, dunkel) und auch durch Einfrieren kann HIV allerdings seine Infektionsfähigkeit über einen langen Zeitraum beibehalten.

Übertragungsmöglichkeiten:

Damit es zu einer HIV-Infektion kommen kann, muss das HI-Virus von einem Körper in einen anderen gelangen. Dazu benötigt es eine Eintrittspforte und eine ausreichende Menge einer infektiösen Körperflüssigkeit. Folgende Körperflüssigkeiten können das Virus übertragen:

- Blut
- Sperma
- Vaginalflüssigkeit
- Flüssigkeitsfilm auf der Darmschleimhaut
- Muttermilch
- Gehirnflüssigkeit

Die Anzahl der Viren ist in diesen Körperflüssigkeiten unterschiedlich hoch: Blut, Sperma und Vaginalflüssigkeit enthalten eine hohe Konzentration des HI-Virus. Auch der Flüssigkeitsfilm auf der Darmschleimhaut beinhaltet viele HI-Viren und kann zu einer Übertragung mit HIV führen. Muttermilch enthält eine vergleichsweise geringe Konzentration, die aber dennoch für die Ansteckung eines Säuglings über das Stillen ausreichend sein kann.

Das Risiko einer HIV-Übertragung ist erhöht, wenn sich besonders viele Viren im Blut und in den Körperflüssigkeiten befinden. Dies ist zum Beispiel bei einem Patienten mit unbehandelter HIV-Infektion der Fall oder während der akuten Phase der Infektion, da sich das Virus in diesem Zeitraum besonders stark vermehrt (siehe Kapitel „Wie verläuft eine HIV-Infektion“). Das Risiko ist deutlich geringer, wenn sich nur sehr wenige Viren im Blut befinden – etwa wenn HIV-Medikamente die Vermehrung des Virus effektiv verhindern. In diesem Zusammenhang wird von „Schutz durch Therapie“ und einer „Viruslast unter der Nachweisgrenze“ gesprochen: Nachdem durch die Einnahme von HIV-Medikamenten keine Viren mehr im Blut nachweisbar sind, sind auch im Sperma, in der Vaginalflüssigkeit, in anderen Körperflüssigkeiten und in den Schleimhäuten keine oder nur noch

sehr wenige HI-Viren vorzufinden, sodass eine Übertragung von HIV unwahrscheinlich ist. Da diese Safer-Sex-Strategie allerdings keinen Schutz vor anderen STI bietet, ist sie besonders für monogame Paare mit einem unterschiedlichen HIV-Status (eine/r HIV-positiv, eine/r HIV-negativ, auch serodiskordante Paare genannt) von Bedeutung. Für die Wirksamkeit der Schutzstrategie ist es wichtig, dass die Viruslast regelmäßig (mindestens alle drei Monate) kontrolliert und die Therapie konsequent eingenommen wird. Der/die HIV-Positive sollte sich idealerweise mindestens sechs Monate dauerhaft unter der Nachweisgrenze befinden (vgl. DAH, 2015: 9f) bevor der Schutz durch Therapie als Safer Sex- Methode Anwendung finden kann.

Entscheidend für eine Übertragung ist auch – wie oben beschrieben –, dass das Virus eine „Eintrittspforte“ im Körper benötigt. Unverletzte Haut bildet eine Barriere, sodass Hautkontakt mit einer der Flüssigkeiten nicht zur Infektion führt. Anders jedoch verhält es sich mit Schleimhäuten und offenen Wunden. Über letztere kann das Virus direkt in die Blutbahn und damit in den Körper eindringen. Schleimhautkontakt mit einer der genannten Körperflüssigkeiten ist deshalb gefährlich, da Schleimhäute das Virus direkt aufnehmen können, worüber es ebenfalls in die Blutbahn gelangt. Schleimhäute sind im Gegensatz zu „normaler“ Haut dünner, feuchter und durchlässiger für HIV. Sie befinden sich z.B. im Darm, an der Vagina, auf der Vorhaut des Penis oder im Mund. Jedoch unterscheiden sich die Schleimhäute in ihrer Durchlässigkeit: Die Darmschleimhaut kann HIV sehr leicht aufnehmen, wohingegen die Mundschleimhaut deutlich robuster ist, weshalb eine HIV-Übertragung über sie nur schwer möglich ist. Noch größer ist die Gefahr einer Ansteckung, wenn die Schleimhäute verletzt sind. Dies betrifft vor allem die Anal- sowie die Vaginalschleimhaut und die Eichel des Mannes. Sie können beim Sex kleine Verletzungen, so genannte Mikrorisse, bekommen – dies sind leichte, nicht spür- und sichtbare Verletzungen, die das Risiko einer HIV-Ansteckung deutlich erhöhen. Außer in der Vagina, im Darm, an der Eichel und im Mund befinden sich auch im Rachen und in der Speiseröhre sowie an den Augen Schleimhäute. Für den Fall dass diese mit einer der Überträgerflüssigkeiten in Kontakt geraten, besteht ebenfalls die Gefahr einer Ansteckung mit HIV.

HIV wird in Deutschland hauptsächlich auf sexuellem Weg oder über intravenösen Drogenkonsum übertragen. Es ist zu beachten, dass eine Infektion mit Syphilis, Tripper oder einer anderen sexuell übertragbaren Infektion das Risiko einer sexuellen Ansteckung mit HIV zusätzlich erhöht, da vor allem die Schleimhäute während dieser Erkrankungen gereizt und geschädigt werden und damit empfindlicher sind.

Im Einzelnen:

Analverkehr

Analverkehr ist die Sexpraktik mit dem größten Risiko für eine HIV-Übertragung. Die Darmschleimhaut ist sehr empfindlich und kann HIV direkt aufnehmen. Verletzungen an Darmschleimhaut, Penis und Eichel erhöhen das Risiko zusätzlich. Neben Sperma kann somit auch Blut als Übertragungsflüssigkeit eine Rolle spielen. Da die Darmschleimhaut HIV nicht nur aufnehmen, sondern auch weitergeben kann, ist auch für den aktiven Partner ein Risiko vorhanden.

Vaginalverkehr

Wie beim Analverkehr kann HIV auch beim Vaginalverkehr über Sperma und Schleimhäute in den Körper gelangen. Das HI-Virus kann sowohl vom Mann auf die Frau, als auch - über Vaginalflüssigkeit - von der Frau auf den Mann, übertragen werden. Beim Eindringen des Penis in die Vagina entstehen häufig kleine, nicht spürbare Verletzungen, die dem HI-Virus eine Eintrittspforte bieten können. Auch ohne die Aufnahme von Ejakulat kann eine Übertragung erfolgen. Bei der Aufnahme von Ejakulat erhöht sich das Risiko jedoch deutlich. Darüber hinaus besteht die Gefahr von Reizungen der Gebärmutter, die durch die Benutzung einer Spirale oder durch Pilze und andere STI hervorgerufen werden können. Während der Periode der Frau erhöht sich das Infektionsrisiko für alle beteiligten Sexpartner_innen.

Oralverkehr

Das Risiko für eine Übertragung des HI-Virus über Oralverkehr ist im Vergleich zu Anal- und Vaginalverkehr sehr gering, da die Mundschleimhaut sehr robust ist und die Virusmenge der infektiösen Körperflüssigkeit durch den Speichel verdünnt wird. Trotzdem gibt es wenige Infektionen über diesen Weg, die vor allem auf eine hohe Viruslast und das Vorliegen anderer sexuell übertragbarer Infektionen zurückzuführen sind. Durch die Nichtaufnahme von Sperma kann das Risiko einer Übertragung gesenkt werden („Raus bevor er kommt“). Auch bei Aufnahme des „Lusttropfens“ ist das HIV-Risiko äußerst gering. Die Viruskonzentration in der Vaginalflüssigkeit ohne Blut reicht in der Regel nicht für eine Ansteckung beim Oralverkehr aus (DAH, BZgA, 2010).

Drogengebrauch

Beim Injizieren von Drogen wie Heroin bleiben Blutreste, die zuvor in die Nadel gezogen werden, in der Spritze. Da die Kanüle sehr fein ist, gelangt keine Luft in die Spritze, sodass das in der Kanüle befindliche Blut unter Umständen noch nach mehreren Tagen „frisch“ und somit infektiös sein kann. Die gemeinsame Benutzung von Spritzbestecken stellt ein hohes Risiko dar, sich mit HIV oder Hepatitis- Viren zu infizieren.

Einige weitere Situationen sind in der Vergangenheit ebenfalls für HIV-Infektionen verantwortlich gewesen; diese Risiken können aber mittlerweile in Deutschland und anderen westlichen Ländern gering gehalten werden:

Geburt

Während der Schwangerschaft bleibt das Kind durch seinen abgeschlossenen Blutkreislauf vor HIV geschützt. Die meisten HIV-Übertragungen von der Mutter auf das Kind finden während des Geburtsvorgangs statt. Bei einer natürlichen Geburt kann es beispielsweise durch etwaige Verletzungen zu einem Blut- Blut- Kontakt kommen. Mit In- Kraft- Treten der Mutterschaftsrichtlinien im Jahr 2007 wird jeder schwangeren Frau ein HIV-Test angeboten. Im Falle eines positiven Testergebnisses kann bei unbehandelten und bei behandelten Schwangeren, deren Viruskonzentration über der Nachweisgrenze liegt, zur Senkung des Übertragungsrisikos ein Kaiserschnitt durchgeführt werden. Der Kaiserschnitt kann in diesem Zusammenhang auch bei einem riskanten Geburtsverlauf oder vorzeitigem Blasensprung zum Einsatz kommen. In Deutschland wird unter der Voraussetzung, dass die Mutter bis zur Entbindung unter wirksamer Therapie steht und keine weiteren STI- oder Hepatitis-Infektionen vorliegen, auch eine vaginale Geburt anstelle des Kaiserschnitts empfohlen. Kinder von HIV-positiven Müttern werden in der Regel nach der Geburt vier Wochen mit der ART behandelt, um einer Infektion vorzubeugen. Eine endgültige Feststellung des Serostatus des Kindes kann erst zum Ende des zweiten Lebensjahrs erfolgen. Dafür ist der Direktnachweis mittels HIV-PCR erforderlich, da Kinder HIV-positiver Mütter häufig so genannte „HIV-Leihantikörper“ aufweisen und der HIV-Antikörpertest dann womöglich ein falsch positives Ergebnis liefert (vgl. DAIG, 2014).

Stillen

Wenngleich eine Mutter-Kind-Übertragung bei wirksamer Behandlung der Mutter mit aller Wahrscheinlichkeit nicht stattfinden kann, wird empfohlen auf das Stillen zu verzichten, vor allem um eventuelle negative Folgen der ART auf die Entwicklung des Kindes zu verhindern.

Bluttransfusionen

Seit 1985 werden in der Bundesrepublik alle Blutspenden routinemäßig auf HIV getestet. Auch das für Bluter lebenswichtige Blutplasmakonzentrat enthält heute durch bestimmte Herstellungsverfahren und Tests kein HIV. Ein sehr geringes Restrisiko besteht aufgrund der diagnostischen Lücke, da HIV-Antikörper frühestens sechs Wochen nach einer Ansteckung mittels eines Antigen-Antikörper-Suchtests nachgewiesen werden können.

Tätowierungen/Piercen

Grundsätzlich besteht die Gefahr einer HIV- oder Hepatitis-Infektion durch unsterile Nadeln. Deshalb sollte immer darauf geachtet werden, dass beim Tätowieren oder Piercen frische, steril verpackte Nadeln verwendet werden.

Erste Hilfe

In Notfällen besteht die Pflicht Erste Hilfe zu leisten, was jedoch keinesfalls bedeutet sich selbst in Gefahr bringen zu müssen. Wichtig ist es zunächst, ärztliche Hilfe zu organisieren. Welche Hilfe vor Ort zu leisten ist, muss situativ entschieden werden. Angst vor HIV darf und sollte kein Grund sein, lebensrettende Maßnahmen zu unterlassen, zumal die Haut eine sichere Barriere für eine mögliche Übertragung darstellt und der Kontakt mit Blut oder anderen Körperflüssigkeiten sich mit Einmalhandschuhen vermeiden lässt (BZgA, 2015).

Zusammenfassung:

- **je geringer die Viruslast,**
- **je geringer die Menge der infektiösen Körperflüssigkeit,**
- **je unempfindlicher die aufnehmende Schleimhaut,**
- **je intakter die Schleimhaut,**
- **je kürzer die Verweildauer der infektiösen Flüssigkeit auf der Schleimhaut**
- **desto geringer ist das Risiko einer HIV-Infektion (DAH, 2013a).**

Wie HIV nicht übertragen wird:

Noch immer scheuen viele Menschen den unbeschwerten Umgang mit HIV-Positiven aus der Angst heraus, sich ebenfalls zu infizieren. Aufgrund seiner geringen Lebensfähigkeit außerhalb des menschlichen Körpers genügen in Alltagssituationen normale Hygienemaßnahmen, um das Virus abzutöten. Auch wenn HIV in geringer Menge in Urin, Kot, Speichel, Schweiß und Tränenflüssigkeit nachgewiesen wurde, besteht über diese Körperflüssigkeiten keinerlei Ansteckungsgefahr. Deshalb ist eine Ansteckung in folgenden Situationen nicht möglich:

- Händedruck, Umarmen, Streicheln, Anhusten, Anniesen
- Gemeinsames Benutzen von Besteck und Geschirr
- Gemeinsame Benutzung von Toiletten, Bädern oder Saunen
- Zusammenleben mit Menschen mit HIV/Aids, Betreuung und Pflege von Menschen mit HIV/Aids
- Genauso wenig kann HIV beim Küssen übertragen werden, sofern sich am oder im Mund keine größeren offenen Wunden befinden, die dem Virus als Eintrittspforte dienen können.
- HIV kann nicht von Mücken übertragen werden, auch wenn diese unmittelbar nach einem/einer HIV-Positiven einen/eine HIV-Negativen stechen sollten. Dies liegt an dem einfachen Umstand, dass Mücken kein Blut abgeben, das sie zuvor aufgenommen haben.

Situation	Eintrittspforte?	Kontaktkörperflüssigkeiten	HIV-Übertragung möglich?
Hände schütteln	-	Schweiß	nein
Mückenstiche	Stich	-	nein
gemeinsame Benutzung von Besteck/Geschirr	Mund- und Rachenschleimhaut, offene Wunden im Mund	Speichel	nein
Schwimmbadbesuch	-	-	nein
Saunabesuch	-	Schweiß	nein
gemeinsame Toilettenbenutzung	-	Schweiß, evtl. Kot und Urin	nein
Streicheln, Kuscheln, Petting, Küssen	-	Schweiß, Speichel	nein
Tätowieren/Piercen	offene Wunde	Blut	ja
Gemeinsame Benutzung von Spritzbestecken	Blutbahn	Blut	ja
Erste Hilfe	offene Wunde	Blut	Ja
Bluttransfusion	Blutbahn	Blut	Ja
Schwangerschaft	Blutaustausch bei Wehen	Blut	Ja
Geburt	Verletzungen	Blut	Ja
Stillen	Mund- und Rachenschleimhaut	Muttermilch	Ja
Oralverkehr (Blasen/Lecken)	Mund- und Rachenschleimhaut	Sperma, Menstruationsblut	Ja
Vaginalverkehr	Vaginalschleimhaut, kleine Verletzungen in der Vagina und am Penis	Sperma, Scheidenflüssigkeit	Ja
Analverkehr	Darmschleimhaut, kleine Verletzungen im Darmausgang und am Penis	Sperma, Blut	Ja

Tabelle 1: Übersicht Übertragungs(un)möglichkeiten

Quelle: eigene Darstellung nach DAH, BZgA (2010).

Die Tabelle zeigt, dass Risiken, sich mit HIV anzustecken, im alltäglichen zwischenmenschlichen Umgang praktisch nicht vorhanden sind. Darüber hinaus gibt es Situationen, in denen gewisse Vorsichtsmaßnahmen ausreichend sind, um vor einer Ansteckung sicher zu sein. Als Grundregel, um die Gefahr in einer bestimmten Situation einzuschätzen, gilt es das Vorhandensein einer Eintrittspforte und die Involvierung einer Überträgerflüssigkeit zu prüfen. Wenn beides nicht der Fall ist, besteht keine Gefahr einer HIV-Übertragung.

Wenn beides nicht der Fall ist, besteht keine Gefahr einer HIV-Übertragung.

Beim Anal- und Vaginalverkehr schützen Kondome vor HIV und senken zugleich das Risiko einer Ansteckung mit einer anderen sexuell übertragbaren Infektion. Safer Sex bedeutet darüber hinaus, beim Oralverkehr darauf zu achten, dass kein Sperma oder Blut z. B. in den Mund, auf die Schleimhäute oder in die Augen gelangt. Beim intravenösen Drogengebrauch ist es wichtig, nur das eigene sterile Spritzbesteck und Zubehör zu verwenden.

Hinweise zu unterschiedlichen Sexpraktiken und Schutzmöglichkeiten

Vaginalverkehr

Bei Frauen kann über die empfindliche Schleimhaut der Scheidenwände das HI-Virus leicht in die Blutbahnen eindringen; das Ansteckungsrisiko ist besonders hoch, wenn im Genitalbereich bereits eine andere Infektion vorliegt, ebenso während der Monatsblutung. Bei Männern kann die infektiöse Vaginalflüssigkeit über die Schleimhäute der Eichel zur Ansteckung führen; diese weist häufig sehr kleine, nicht spürbare Verletzungen auf (Haarrisse). Während der Monatsblutung ist das Infektionsrisiko aufgrund des Kontakts mit Blut höher. HIV ist leichter vom Mann auf die Frau übertragbar als umgekehrt - dennoch besteht auch für den Mann ein Risiko. Schutz beim Vaginalverkehr bieten Kondome. Ein fettfreies Gleitmittel sollte verwendet werden, wenn nicht ausreichend Vaginalsekret produziert wird, auch der Einsatz von Speichel kann an dieser Stelle hilfreich sein. Das Herausziehen des Penis kurz vor dem Samenerguss (coitus interruptus) ist keine geeignete Methode, um sich vor HIV und/oder STI (oder einer Schwangerschaft) zu schützen.

Analverkehr

Hier ist das Risiko besonders hoch, sich mit HIV und anderen Krankheitserregern zu infizieren. Der Harnröhrenaussgang kann wie beim Vaginalverkehr mit Erregern in Kontakt kommen, wenn aus Verletzungen im After Blut austritt. Zudem ist der After stark durchblutet und seine Schleimhäute besonders leicht verletzbar. Ein Infektionsrisiko besteht auch für den penetrierenden aktiven Partner: Kondome bieten zusammen mit einem fettfreien Gleitmittel einen guten Schutz beim Analverkehr. Je nach individuellem Bedarf und Schutzbedürfnis kann auf extra starke bzw. reißfeste Kondome zurückgegriffen werden. Keinesfalls sollten zwei Kondome übereinander gezogen werden, da diese durch die starke Reibung leichter zerstört werden können.

Oralverkehr

Oralverkehr (Blasen) gilt als risikoarm, solange kein Blut involviert ist. Wichtig zu beachten ist, dass kein Sperma in den Mund, auf Wunden, auf die Schleimhäute oder in die Augen gelangt. Wer jegliches Infektionsrisiko ausschließen möchte, kann auch beim Oralverkehr ein Kondom benutzen, was zudem den Vorteil hat vor Mund- Tripper zu schützen. Lecken gilt ebenfalls – außer während der Menstruation als risikoarm in Bezug auf eine HIV- Übertragung. Beim Lecken der Vagina bzw. des Anus bieten entweder ein Dental Dam (Latextuch), ein aufgeschnittenes Kondom oder Frischhaltefolie (vor allem zum Schutz vor anderen sexuell übertragbaren Infektionen) Schutz.

Eindringen mit den Fingern in die Vagina oder den After

Diese Praktik ist risikoarm, auch bei nicht-intakter Haut – dabei sollte auf kurzgeschnittene Fingernägel geachtet werden. Während der Menstruation empfiehlt es sich, Fingerlinge, Kondome oder Gummihandschuhe zu verwenden.

Fisting

Beim Fisting – ob anal oder vaginal – ist das Risiko gering, solange es zu keinem Blut-Wunde- oder Blut-Schleimhautkontakt kommt. Schutz bieten Latexhandschuhe - auf kurzgeschnittene Fingernägel sollte unbedingt geachtet werden. Wenn fetthaltige Gleitmittel (z. B. Crisco) beim Fisten verwendet werden, ist anschließender Anal- oder Vaginalverkehr riskant, da Fett Kondome beschädigt und angreift, sodass sie keinen verlässlichen Schutz gegen eine HIV- Übertragung mehr bieten.

S/M (Sado-Maso)

In Hinblick auf HIV ist S/M risikolos – vorausgesetzt, dass keine Wunden vorhanden sind (in die Blut oder Sperma gelangen kann) und Blut oder Sperma nicht in die Augen, auf Schleimhäute oder in den Mund gelangen. Auch verwendetes „Werkzeug“ ist sicher, solange mit ihm keine stärker blutenden Verletzungen herbeigeführt werden. Bei gemeinsamer Benutzung von S/M- Werkzeugen sollten diese vor dem Weiterreichen ausführlich mit Wasser und Seife gereinigt werden.

Sexspielzeug (Toys)

In Hinblick auf HIV sind Dildos, Vibratoren und andere Toys sicher, wenn sie nur von/bei derselben Person benutzt werden. Wenn sie von/bei anderen verwendet werden, sollte ihnen zuvor jeweils ein Kondom übergezogen werden oder eine sorgfältige Reinigung mit Wasser und Seife erfolgen. Frauen sollten Sex-Toys bei sich nicht zuerst anal und dann vaginal einsetzen, um zu verhindern, dass Bakterien aus dem After in die Scheide gelangen, wodurch Infektionen ausgelöst werden können.

Andere Praktiken

Andere Praktiken- etwa mit Urin („Golden Shower“) und Kot (Scat) - wie auch das Lecken des Anus (Rimming) sind in Bezug auf HIV unbedenklich – unter der Voraussetzung, dass es zu keinem Blutkontakt kommt. Allerdings besteht hierbei das Risiko, sich mit anderen Krankheitserregern anzustecken, z. B. Hepatitis-Viren.

Küssen

Küssen – auch tief und ausgiebig –, gegenseitige Masturbation und Massage, sich aneinander reiben und dergleichen bergen kein HIV-Risiko, solange kein Blut oder Sperma in den Mund, die Augen, auf Schleimhäute oder Wunden gelangt.

Die aktuellen Safer-Sex-Botschaften lauten:

- **Beim Sex Kondome benutzen**
- **Beim Oralverkehr kein Sperma in den Mund gelangen lassen**
- **Eine wirksame HIV- Therapie schützt vor einer HIV- Übertragung**

(vgl. DAH 2013a)

Allgemeine Hinweise – Kondome und Co.

Verfügbarkeit

Kondome gibt es in (fast) allen Drogerien, Supermärkten, Apotheken, Sexshops und an Automaten käuflich zu erwerben. Auf letztere sollte jedoch nur im Notfall zurückgegriffen werden, da ihre „Bestückung“ ungewiss ist und der Aufstellungsort häufig nicht den idealen Lagerungsbedingungen für Latexprodukte entspricht (evtl. Temperaturschwankungen etc.). Dental Dams, Latexhandschuhe und Fingerlinge sind in Apotheken und Sexshops erhältlich. Latexhandschuhe gibt es auch in Drogerien. Gleitmittel sind über Kondom- Fachgeschäfte, gut sortierte Sexshops, über den Versandhandel, in Drogerien und Apotheken erhältlich. Auf jeden Fall sollten nur Qualitätskondome verwendet werden. Diese sind erkennbar am CE-Prüfzeichen auf der Verpackung. Es bedeutet, dass ein Kondom nach europäischen Standards elektronisch geprüft und für sicher befunden wurde. Beim Kauf von Kondomen sollte stets auf eine unbeschädigte Verpackung geachtet werden („Luftkissentest“). Die Packungen sind mit einem Haltbarkeitsdatum versehen. Nach dessen Ablauf dürfen die enthaltenen Kondome nicht mehr verwendet werden. Bei Fernreisen empfiehlt sich die Mitnahme eines Vorrats, da in einigen Ländern die dort erhältlichen Kondome nicht den EU-Qualitätsstandards entsprechen.

Lagerung

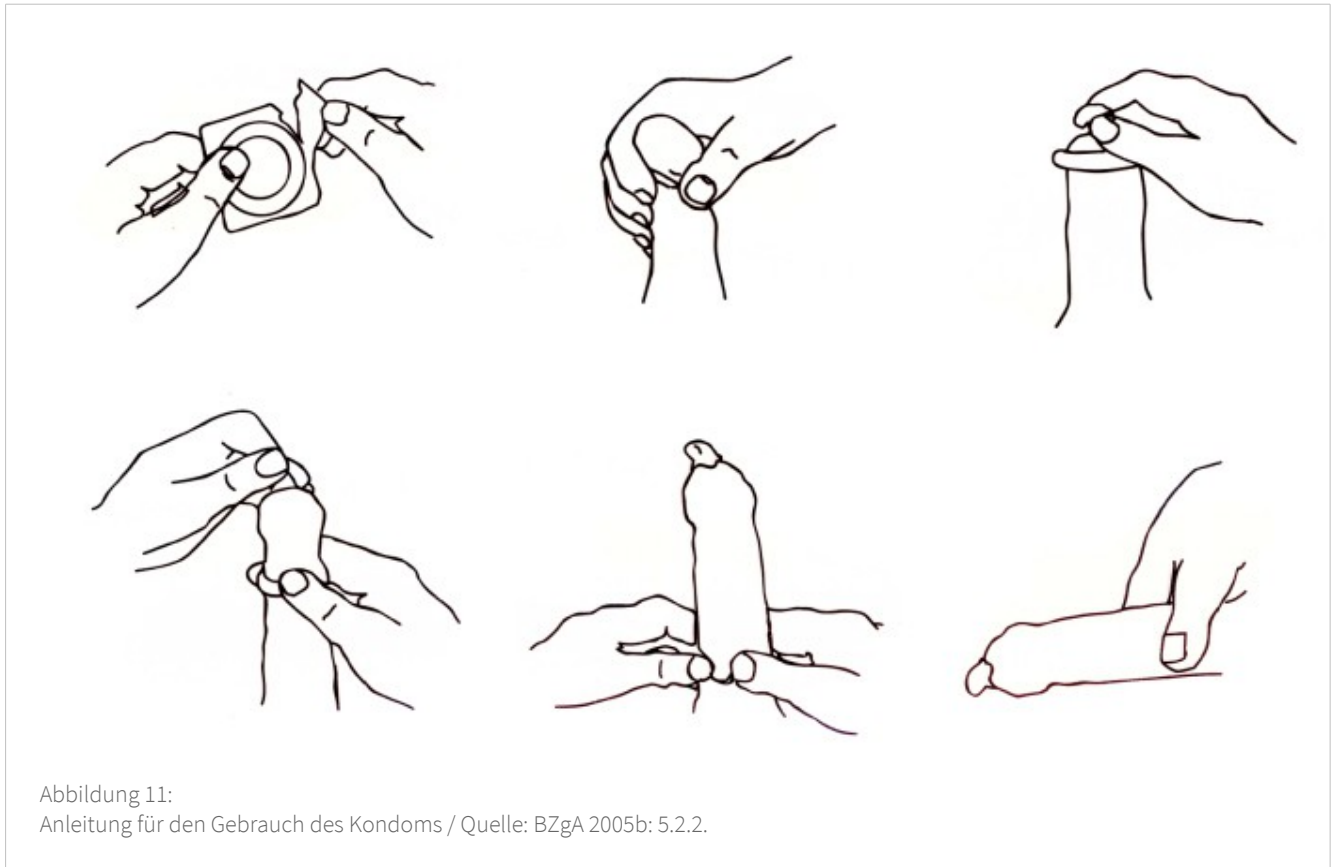
Kondome sollten immer so aufbewahrt werden, dass sie vor Reibung, Druck, Hitze, scharfen und spitzen Gegenständen geschützt sind und zudem kühl und trocken gelagert werden. Auf die Mitführung von Kondomen im Portemonnaie sollte verzichtet werden, da die Reibung an Münzen etc. sowie der ständige Temperaturwechsel das Latex angreifen. Für den Transport geeignet sind Kondom-Cases, die in Sexshops erhältlich sind. Kondome können aber auch in einer Zigarettenschachtel oder in weiten Hosentaschen verstaut werden.

Varianten

Extra große Kondome sollten nur dann benutzt werden, wenn ihr Einsatz tatsächlich notwendig ist, da, andernfalls das Risiko besteht, dass sie abrutschen. **Leuchtkondome und vergleichbare Scherzartikel** sind nicht mit dem CE-Zeichen gekennzeichnet, sondern tragen den Aufdruck „Scherz-/Stimulationsartikel – nicht zur Verhütung geeignet!“ Diese Kondome sind auch nicht zum Schutz vor HIV geeignet. Bei Allergien sollte zunächst vom Facharzt geklärt werden, wogegen sich die Allergie richtet. Falls eine Allergie gegen Latex nachgewiesen wurde, können Kondome aus Polyurethan verwendet werden, bei Allergien gegen Inhaltsstoffe und Produktionsrückstände bieten hypoallergene Kondome, die weitestgehend frei von allergieauslösenden Bestandteilen sind, eine Alternative, bei Allergien gegen die Inhaltsstoffe von Gleitmitteln kann der Versuch unternommen werden zu einer anderen Gleitmittelmarke zu wechseln, die die betreffenden Stoffe nicht enthält.

Handhabung

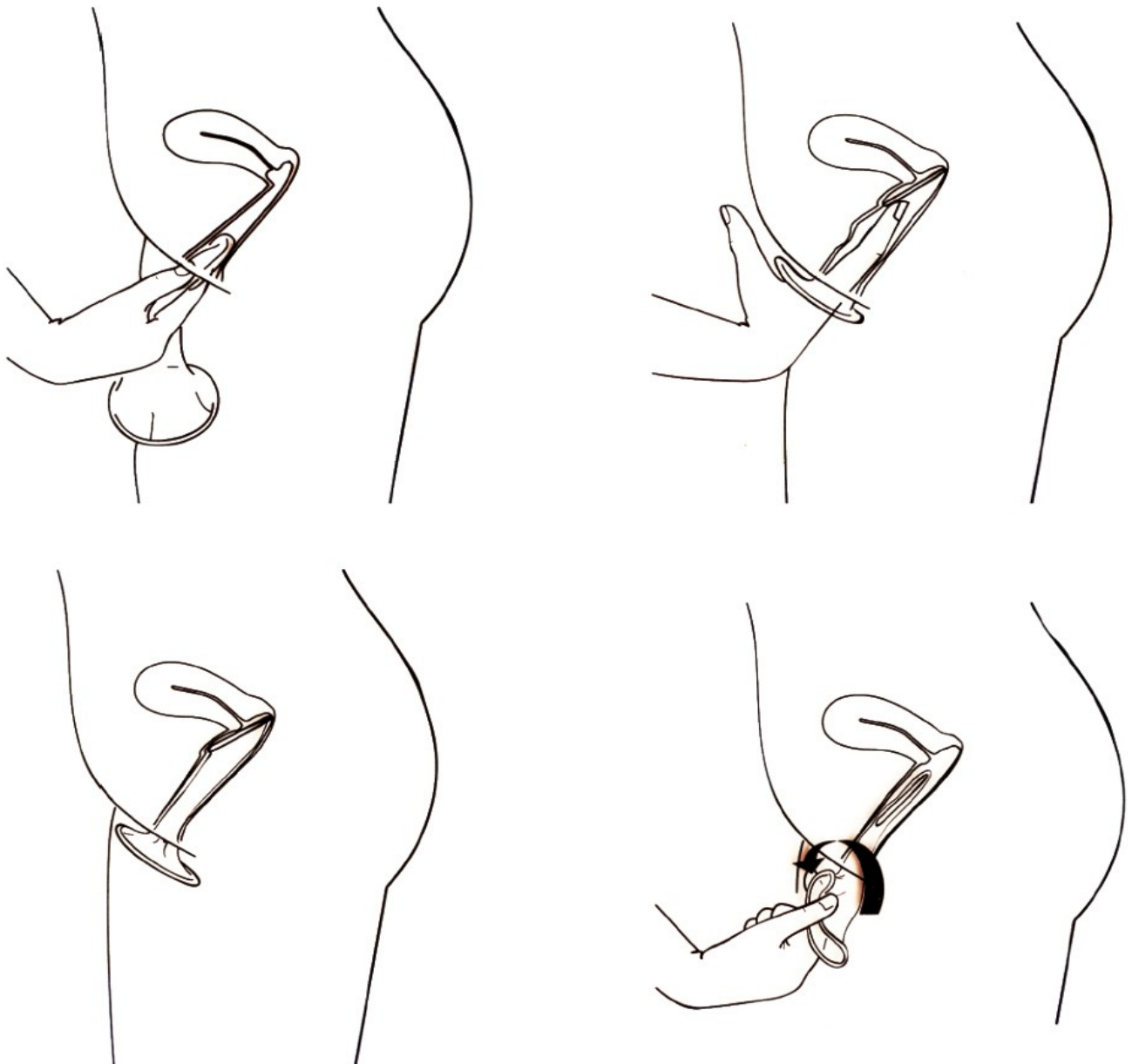
Kondome sollten nicht gemeinsam mit fett- oder ölhaltigen Gleithilfen oder Cremes (Nivea, Vaseline, Babyöle u. a., Speiseöle, Butter und Bratfette usw.), bestimmten vaginalen Zäpfchen und Salben verwendet werden. Es empfiehlt sich in jedem Fall die entsprechenden Packungsbeilagen sorgfältig zu studieren. Kondome können auch durch Stoppeln nach der Intimrasur beschädigt werden, worauf gesondert geachtet werden sollte.



Anleitung

Die (unbeschädigte) Verpackung sollte idealerweise behutsam mit den Fingern aufgerissen werden. Das Kondom darf nicht durch spitze oder scharfe Gegenstände (Schere, Messer, Schmuck usw.) oder durch Fingernägel und Zähne beschädigt werden. Wichtig ist es, das Kondom bereits vor dem ersten Eindringen zu benutzen, da vor dem Samenerguss so genannte Lusttropfen aus dem Penis austreten können, die bereits Spermien enthalten. Demzufolge sollte schon beim Petting/Vorspiel ein Kondom übergezogen werden.

Abbildung 12: Anleitung für den Gebrauch des Femidoms
Quelle: BZgA 2005b: 5.2.3.



Das Femidom

Der Einsatz des so genannten weiblichen Kondoms (des Femidoms) ist in Deutschland bislang nicht weit verbreitet. Das Femidom bietet nicht nur einen guten Schutz vor HIV, sondern auch vor anderen STI. Es ist im Durchschnitt zwischen 16 und 19 cm lang und mit zwei Ringen ausgestattet. Der äußere wird außerhalb der Scheide vor den großen Schamlippen platziert, der innere wie ein Diaphragma in die Vagina eingeführt. Das Femidom kann bis zu acht Stunden vor dem Geschlechtsverkehr eingeführt werden und ist ohne Vorlage eines Rezepts in Apotheken erhältlich oder kann über das Internet bestellt werden.

Direktmaßnahmen, wenn es mit dem Schutz einmal nicht klappt...

Das Kondom ist gerissen, oder es wurde „im Sturm der Gefühle“ einfach vergessen: so etwas kann passieren. Der eindringende Partner kann dann seinen Penis waschen und zu urinieren versuchen, um Reste von Körperflüssigkeiten des Partners/der Partnerin ab- und auszuspülen. Bisher ist nicht geklärt, ob für die aufnehmende Person eine Darm- oder Vaginalspülung sinnvoll oder im Gegenteil eher kontraproduktiv ist. Wenn beim Sex Sperma in die Augen gelangt ist, sollten diese möglichst schnell mit Wasser ausgespült werden. Wenn Sperma in den Mund gelangt ist, sollte es schnell ausgespuckt und ausgespült werden. Je schneller dies geschieht, desto besser – im Idealfall sollte die Spülung mit Alkohol erfolgen.

Post-Expositions-Prophylaxe (PEP)

Bei erhöhtem Ansteckungsrisiko (z.B. ungeschützter Sex mit einem HIV-Positiven oder Blut- oder Schleimhautkontakt mit HIV-positivem Blut, etwa bei einer Nadelstichverletzung im Krankenhaus) ist möglicherweise auch eine Post-Expositions-Prophylaxe – kurz HIV-PEP – sinnvoll. Es handelt sich um eine vierwöchige mit antiretroviralen Medikamenten durchgeführte Therapie, die zwei bis achtundvierzig Stunden nach dem Risikokontakt begonnen werden sollte, da die Chance dass sie die beabsichtigte Wirkung entfaltet, mit zunehmendem Zeitabstand sinkt. Außerdem ist möglichst bald mit einem Resistenztest zu überprüfen, ob das übertragene Virus eventuell bereits gegen einzelne Medikamente unempfindlich ist – in diesem Fall müssten diese ausgetauscht werden. Ob und wie gut die HIV-PEP wirkt, kann allerdings nicht präzise vorhergesagt werden. Zudem treten häufig starke Nebenwirkungen auf (Übelkeit, Haarausfall, Orientierungsstörungen, Abgeschlagenheit). Spätfolgen und Langzeitnebenwirkungen sind indes nicht zu erwarten. Der Einsatz der HIV-PEP lässt sich nur mit einem erfahrenen Mediziner besprechen und klären.

Weitere Präventionsinstrumente

Das Kondom wird nach wie vor als wichtigster Standard der HIV- Prävention betrachtet. Darüber hinaus werden indes weitere Möglichkeiten diskutiert:

Beschneidung

Die Beschneidung des Penis verringert das Ansteckungsrisiko beträchtlich, da dem Virus weniger Möglichkeiten zum Eintreten in den Körper gegeben sind – zum Einen wird durch die Beschneidung die Schleimhautoberfläche des Penis verringert, zum Anderen kommt es durch die entfernte Vorhaut zu einer stärkeren Panzerung (Keratinisierung) der Eichel. Zudem verringert sich – vor allem nach dem Vaginalverkehr – die Expositionsdauer mit dem Virus, da die womöglich infektiösen Körperflüssigkeiten nicht im geschützten Milieu zwischen Vorhaut und Eichel verbleiben (DAH, BZgA 2006,24). Die Beschneidung des männlichen Genitals führt zu einer etwa 60 prozentigen Verringerung des Ansteckungsrisikos mit HIV bei Vaginalverkehr. Für den Analverkehr liegen bislang kaum wissenschaftliche Erkenntnisse vor. Es ist jedoch anzunehmen, dass das Infektionsrisiko beim Analverkehr für beschnittene Männer dem des Vaginalverkehrs ähnelt (DAH 2015). Im Kontext der Prävention ist der Reduktion des Risikos indes mit einer gewissen Reserviertheit zu begegnen, da die womöglich überzogenen Erwartungen in Bezug auf die Schutzwirkungen durch die Beschneidung zu einem Gefühl falsch verstandener Sicherheit gerade bei Jugendlichen führen kann, was Nachlässigkeiten in Bezug auf das Schutzverhalten nach sich ziehen könnte. Zudem gilt es bei nicht beschnittenen Erwachsenen genau abzuwägen, ob und inwieweit der

operative Eingriff der Beschneidung als Mittel zur Verringerung des Infektionsrisikos sinnvoll erscheint, wenn dem Betreffenden andere Möglichkeiten der Infektionsvermeidung zur Verfügung stehen.

Impfung

In den 1980ern wurde von Teilen der Wissenschaft proklamiert, dass es in wenigen Jahren mit Sicherheit einen Impfstoff gegen HIV geben werde. Heutzutage sind die Prognosen diesbezüglich deutlich zurückhaltender. Die Ursache, weshalb sich die Entwicklung von Impfstoffen gegen HIV so ungemein schwierig gestaltet, liegt in der Vielfalt und in der Veränderbarkeit des Virus begründet: Verschiedene Subtypen mit unterschiedlichen Bauplänen, Mischtypen dieser Subtypen – so genannte Rekombinanten – und die genetische Wandelbarkeit des Virus erschweren der Forschung die Suche und Entwicklung eines Gegenmittels. Als 1996 der Durchbruch mit der medikamentösen Therapie eingeleitet und (allzu optimistisch) erwartet wurde, dass mit ihrer Hilfe der HI- Virus aus dem Körper komplett entfernt werden könne, wurden die Forschungsmittel für die Entwicklung von Impfstoffen zugunsten derjenigen von Medikamenten drastisch gekürzt. Nachdem die Grenzen der neuen Therapie - in Bezug auf die erhoffte Heilung- offensichtlich geworden waren, wurden wieder verstärkt Mittel in die Impfstoffforschung investiert – unter anderem auch von der Deutschen AIDS-Stiftung (DAS). Inzwischen befinden sich zwar verschiedene Impfstoffe in der Entwicklung, allerdings haben Wissenschaft und Forschung die Erwartungen an diese stark nach unten korrigiert. Weitere ausführliche Erläuterungen zu dem Thema finden sich im Abschnitt 4.6. HIV und Heilung.

Präexpositions-Prophylaxe (PrEP)

Seit 2004 laufen Studien zur Wirksamkeit einer prophylaktischen Medikamenteneinnahme. Das HIV- Medikament Truvada ist bereits seit 2012 in den USA für die tägliche Einnahme auch für den prophylaktischen Einsatz zugelassen (FDA, 2012). Eine prophylaktische Medikamenteneinnahme wird in Deutschland bereits praktiziert, um die HIV-Übertragung von Müttern auf ihre neugeborenen Kinder zu verhindern. Untersuchungen zur Wirksamkeit einer PrEP finden an Personen statt, die ein hohes HIV-Infektionsrisiko haben. Jüngste Forschungsergebnisse der Studien „PROUD“ und „Ipergay“ wurden Anfang 2015 auf der internationalen HIV-Konferenz Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI) in Seattle vorgestellt: Die Einnahme zeigte bei HIV-negativen schwulen Männern bzw. MSM eine 86 prozentige Schutzwirkung gegenüber einer Nicht-Einnahme. Die Risikoreduktion gilt dabei sowohl für die tägliche Einnahme, als auch für die anlassbezogene PrEP (Einnahme kurz vor bis kurz nach dem Sex). Da diese Ergebnisse nicht auf Frauen übertragbar sind, die Studienteilnehmer sorgfältig ausgewählt wurden und das Risiko einer Resistenzbildung durch regelmäßige HIV-Tests minimiert werden sollte (DAH 2015), bleibt es dabei konkrete Präventionsbotschaften der Deutschen AIDS- Hilfe abzuwarten. Die Deutsche AIDS-Gesellschaft e.V. (2015) empfiehlt bereits die PrEP als zusätzliches Präventionsinstrument auch in Deutschland einzuführen.

Lokale PrEP

Die lokale PrEP in der Form von Gel, Cremes oder Zäpfchen soll verhindern, dass HI-Viren über die Vaginalschleimhaut in die Blutbahn der Frau eindringen können. In einigen Regionen der Welt könnte die lokale PrEP das entscheidende Mittel sein, um Frauen eine größere Unabhängigkeit vom Schutzverhalten ihrer Sexual-

partner zu ermöglichen, denn anders als bei der Benutzung von Kondomen sind sie bei der Anwendung der lokalen PrEP nicht auf deren Zustimmung und/oder Kooperation angewiesen. Eine große Herausforderung für die Wirksamkeit der lokalen PrEP stellt die regel- und vorschriftsmäßige Einnahme dar. Da diese häufig nicht im notwendigen Maße befolgt wurde, sind mehrere Studien in den letzten Jahren vorzeitig abgebrochen worden. Die Ergebnisse der CAPRISA 004- Studie (Karim et.al. 2010) wiesen eine Schutzwirkung von nahezu 40% auf. Das verwendete Gel enthält das HIV- Medikament Truvada und wird bei Bedarf maximal zwölf Stunden vor und zwölf Stunden nach dem Sex lokal eingesetzt. Die lokale PrEP spielt in Deutschland für die Prävention keine Rolle, da es hier kaum nennenswerte Widerstände gegen den Gebrauch von Kondomen gibt, der zudem einen im Vergleich weitaus höheren Schutz bietet.

4.4. Immunstatus und Testmöglichkeiten

HIV ist im Vergleich zu anderen Viren ein relativ schwer übertragbares Virus. Das Virus ist außerhalb des menschlichen Körpers unter Alltagsbedingungen nicht lang aktiv. Sobald infektiöse Körperflüssigkeiten ausgetrocknet sind, besteht keine Infektionsgefahr mehr. Auch hohe Temperaturen (z.B. beim Abkochen) inaktivieren das Virus. Unter optimalen Umgebungsbedingungen (z.B. feucht, kühl, dunkel) und auch durch Einfrieren kann HIV allerdings seine Infektionsfähigkeit über einen langen Zeitraum beibehalten.

Viruslast und Zahl der Helferzellen (CD4-Zellen) zum Zeitpunkt der Diagnose

Um Informationen über den Zustand der Infektion eines HIV-positiven zu erhalten, kann die Viruslast (Anzahl der Viren pro Milliliter Blut) im Körper bestimmt werden. Sie wird durch die direkte Messung der HI-Viruskopien in Körperflüssigkeiten wie Blut, Samen- bzw. Vaginalflüssigkeit oder Gewebestrukturen wie Nervengewebe oder Lymphknoten ermittelt. Dabei werden die Viren labortechnisch aufgespürt und gezählt (z.B. Kopien pro Milliliter Blut). In den ersten Monaten nach der Ansteckung mit dem HI-Virus vermehren sich die Viren äußerst schnell und es kommt zu einem Anstieg der Viruslast. Bei einer unbehandelten Infektion bleibt die Viruslast hoch. Das Immunsystem arbeitet nach der Infektion mit HIV auf Hochtouren, um das Virus möglichst effektiv abzuwehren. Dies kann nach einiger Zeit durch die Daueraktivierung zur „Erschöpfung“ des Immunsystems führen, sodass sich der Körper nicht mehr gegen HIV und andere Infektionen schützen kann.

Der Zustand des Immunsystems kann über die Zahl bestimmter weißer Blutkörper, den CD4-Zellen oder Helferzellen, bestimmt werden: gezählt wird, in welcher Menge die CD4-Zellen im Blut des Patienten vorhanden sind. Menschen mit einem intakten Abwehrsystem verfügen über ca. 500-1200 CD4-Zellen pro Mikroliter Blut (DAH, 2010). Je höher die Viruslast, desto schneller wird das Immunsystem zerstört.

Sinkt die Zahl der Zellen unter den Wert von 200-250 Zellen pro Mikroliter Blut, gilt das Immunsystem als stark geschädigt. Spätestens zu diesem Zeitpunkt sollte mit einer medikamentösen Therapie begonnen werden (DAIG, 2014a).

Während des Therapieverlaufs

Die Bestimmung der CD4-Zellzahl und der Viruslast ist nicht nur sinnvoll um den Zustand der Infektion bei neu diagnostizierten Patienten zu bestimmen, sie dient auch der Verlaufskontrolle der Infektion während einer Therapie. Hierzu werden in regelmäßigen Abständen (in der Regel alle drei Monate) Blutuntersuchungen vorgenommen. Die Labordaten geben Auskunft über den aktuellen Stand der HIV-Infektion und über die Wirksamkeit der Medikamente. Wie oben beschrieben, ist die absolute CD4-Zellzahl pro Mikroliter ein wichtiger Parameter, der Auskunft über den Zustand des Immunsystems des Patienten gibt. Bei erfolgreicher Therapie wird die Vermehrung des Virus gehemmt und das Immunsystem kann sich wieder erholen – die CD4-Zellzahl steigt folglich wieder an.

Auch durch die Bestimmung der Viruslast kann die Wirksamkeit einer antiretroviralen Therapie ermittelt werden. Ziel der Therapie ist es, die Viruslast im Blut unter die Nachweisgrenze zu senken und zu halten. Je nach Messverfahren kann HIV heute bereits bei einer geringen Anzahl von Viruskopien nachgewiesen werden. Eines dieser Verfahren ist die so genannte PCR-Methode. Sie ist eines der empfindlichsten (sensitivsten) Testverfahren und ermöglicht bereits den Nachweis von wenigen Viruskopien.

Das Ziel der antiretroviralen Therapie ist es, die Viruslast im Körper möglichst lang niedrig (unter 50 Viruskopien pro Milliliter Blut (DAIG, 2014a)) zu halten. Steigt die Viruslast während des Therapieverlaufs wieder an, ist dies ein Zeichen dafür, dass die Viren möglicherweise eine Resistenz gegen das Medikament entwickelt haben, sich erneut vermehren können und somit das Immunsystem wieder stärker belastet wird.

Viruslast und Zahl der Helferzellen können durch verschiedene Faktoren beeinflusst werden (Medizinisches Versorgungszentrum, 2015):

- Tageszeit: Morgens werden in der Regel andere Werte gemessen, als nachmittags oder abends. Aus diesem Grund ist es ratsam, immer zur gleichen Tageszeit zur Blutuntersuchung zu gehen.
- Infektionen: Oft genügt eine einfache Erkältung, um die Werte zu verändern: die Zahl der Helferzellen sinkt, die Viruslast steigt an. Wenn der Infekt abgeklungen ist, normalisieren sich die Werte in der Regel wieder.
- Stress, Depressionen, starker Alkoholkonsum, Drogengebrauch oder Mangelernährung können die Werte ebenfalls negativ beeinflussen.

Der Test

Ein HIV-Test sollte vor allem zwei Kriterien erfüllen:

- Er sollte sensitiv sein, d.h. keine Infektionen übersehen (also keine falsch-negativen Ergebnisse produzieren)
- Er sollte spezifisch sein, d.h. nur ein positives Ergebnis anzeigen, wenn tatsächlich eine HIV-Infektion vorliegt (also keine falsch-positiven Ergebnisse liefern)

1985 wurde der erste HIV-Test (als Antikörpertest) durchgeführt. Seither haben sich die diagnostischen Möglichkeiten weiterentwickelt. Heute kann eine HIV-Infektion anhand direkter oder indirekter Tests diagnostiziert werden: Bei dem klassischen Antikörpertest handelt es sich um ein indirektes Testverfahren, da hier nicht nach dem Virus direkt, sondern nach den vom körpereigenen Immunsystem gebildeten Antikörpern gegen das HI-Virus gesucht wird (ELISA-und Western-Blot-Test). Bei den direkten Tests wird nach dem Virus oder nach Virusbestandteilen gesucht. Hierzu zählen das PCR-Verfahren und der p24-Test. Diese Verfahren werden weiter hinten im Kapitel erläutert.

Gründe für einen HIV-Test können sein:

- ungeschützter Geschlechtsverkehr mit einem_einer (vermutlich) HIV-positiven Partner_in
- gemeinsames Verwenden von Spritzen und Nadeln beim Drogengebrauch
- ein berufsbedingtes Risiko, z.B. Nadelstichverletzung im Krankenhaus
- der Wunsch nach Verzicht auf Kondome innerhalb einer festen Partnerschaft
- eine Schwangerschaft (Schutz des Kindes vor einer HIV-Übertragung)
- Auftreten von Symptomen, die auf eine HIV-Infektion hinweisen
- der Wunsch, frühzeitig von einer HIV-Infektion zu erfahren, um eine effektive Behandlung zu ermöglichen

Wo kann ein HIV-Test gemacht werden?

In Deutschland ist es möglich sich in verschiedenen Einrichtungen testen zu lassen, z.B. beim Arzt, direkt bei bestimmten Laboren, in Gesundheitsämtern und z. T. bei Aidshilfen. Bei der Entscheidung, wo der Test gemacht werden soll, sollten die Beratungsqualität vor dem Test und bei der Mitteilung des Ergebnisses, die Schnelligkeit der Ergebnisermittlung, die Anonymität und der Kostenfaktor als Kriterien in Betracht gezogen werden. Bei niedergelassenen Ärzt_innen hängt die Qualität der Betreuung in Bezug auf den Test häufig von deren Erfahrung mit dem Thema sowie von der Zeit ab, die sie für den Beratungsprozess aufzuwenden bereit sind; der Test in der Arztpraxis ist in der Regel nicht anonym. Das Testergebnis wird in der Krankenakte dokumentiert und ist somit „aktenkundig“, woraus Schwierigkeiten bei einem womöglich beabsichtigten Vertragsabschluss einer privaten Kranken-, Lebens-, Berufsunfähigkeits- und Zusatzversicherung resultieren können. Zudem ist der Test nur im Falle einer Indikation kostenfrei (begründeter Verdacht auf eine Infektion oder Schwangerschaft). Bei einigen Laboren (und nach voriger Absprache auch in Arztpraxen) besteht die Möglichkeit, gegen Selbstzahlung einen anonymen Test zu durchführen zu lassen.

Beim Gesundheitsamt und bei Aidshilfen, in denen das Angebot besteht sich auf HIV testen zu lassen, ist der Test anonym und meist kostenfrei (gelegentlich wird eine Schutzgebühr von zehn bis 15 Euro erhoben, die bei Menschen ohne eigenes Einkommen, also auch bei Schüler_innen und Student_innen, häufig erlassen wird. Die Kostenfrage ist in den einzelnen Bundesländern und Städten unterschiedlich geregelt und kann und sollte vorab geklärt werden, falls dies von persönlicher Bedeutung ist. Zentraler Bestandteil der Arbeit der Aidshilfen und Gesundheitsämter ist eine anonyme und bestimmten Qualitätsstandards¹² entsprechende Beratung sowohl vor dem Test als auch nach einem positiven Ergebnis.

Wer entscheidet über einen HIV-Test?

Der HIV-Test ist prinzipiell immer freiwillig. Niemand darf zu einem Test gezwungen werden. Wenn ein HIV-Test ohne Einverständnis der oder des Betreffenden durchgeführt wird, kann dies aufgrund der Verletzung des Persönlichkeitsrechts geahndet werden.

¹² Eine gute Beratung beinhaltet dabei: Klärung, ob der oder die Ratsuchende überhaupt ein Ansteckungsrisiko eingegangen ist, Aufklärung darüber, wie lange nach einer Risikosituation mit einem Test gewartet werden sollte, um ein zuverlässiges Ergebnis zu erhalten, Information über Ansteckungsrisiken (Übertragungswege), um ein risikobewusstes Verhalten zu fördern, Krisenintervention bei einem positiven Ergebnis, Unterstützungsangebote aufzeigen und über weitergehende psychosoziale oder medizinische Angebote informieren. Mitarbeiter_innen von Gesundheitsämtern und Aidshilfen teilen Patient_innen erst dann ein positives Ergebnis mit, wenn das Ergebnis durch einen Bestätigungstest abgesichert wurde. Darüber hinaus verfügen sie über viel Erfahrung in der Beratung rund um den HIV-Test. Sie nehmen sich Zeit für persönliche Gespräche und können dabei helfen, die Entscheidung für oder gegen einen Test zu treffen. Sie informieren auch über mögliche persönliche, medizinische, rechtliche und soziale Konsequenzen.

Testverfahren

Zum Nachweis einer HIV-Infektion haben sich sowohl indirekte als auch direkte Testverfahren etabliert.

1. Indirekte Testverfahren

Antikörper-, bzw. ELISA-Test (ELISA = Enzyme-linked Immunosorbent Assay):

Der ELISA-Test ist in Deutschland die gängigste Verfahrensweise, um eine HIV-Infektion nachzuweisen. Hierzu wird eine Blutprobe benötigt, in der nach Antikörpern gesucht wird, die der Körper im Falle einer Infektion gegen die Bestandteile von HI-Viren bildet (z.B. gegen Bestandteile der Virushülle oder des Viruskerns). Für den Nachweis werden die Blutzellen aus der Probe abgetrennt, sodass das Blutserum (eine gelblich-klare Flüssigkeit) übrig bleibt. Zudem benötigt wird eine ELISA-Testplatte: Diese enthält viele kleine Vertiefungen, auf deren Boden HIV-Bestandteile befestigt sind. Wenn das Blut-Serum eines HIV-positiven Menschen in die Vertiefungen gegeben wird, heften sich die darin enthaltenen HIV-Antikörper fest an die HIV-Bestandteile auf der Platte an. Das Serum wird anschließend gewaschen – aufgrund der festen Bindung bleiben die HIV-spezifischen Antikörper an der Platte haften. Wenn anschließend eine Testflüssigkeit in die Vertiefungen gegeben wird, sorgen die gebundenen Antikörper dafür, dass sich die Testflüssigkeit verfärbt. Falls nicht-positives Blut getestet wurde, bleibt die Testflüssigkeit klar. Schlägt der Test an, muss zwingend ein Bestätigungstest erfolgen. Aufgrund der hohen Empfindlichkeit (Sensitivität) des ELISA-Tests können zwar schon kleinste Mengen an Antikörpern nachgewiesen werden, jedoch kann es auch zu „falsch-positiven“ Ergebnissen kommen. ELISA-Tests können mitunter auf andere, bestehende Infektionen reagieren, sodass die extrem hohe Wahrscheinlichkeit Antikörper nachzuweisen, auf Kosten der Genauigkeit geht. Aus diesem Grund ist ein Bestätigungstest in jedem Fall angeraten.

Western-Blot-Bestätigungstest:

Wenn bei einer Untersuchung durch einen ELISA-Test Antikörper im Blut nachgewiesen wurden, führt das Labor umgehend einen zweiten Antikörpertest durch. Der aufwändigere (und teurere) Bestätigungstest erfolgt mittels der Western-Blot-Methode. Hierbei werden verschiedene Virusbestandteile auf einen Teststreifen übertragen. Dieser wird in eine verdünnte Serumprobe gelegt. Falls Antikörper gegen HIV im Serum vorhanden sind, haften sich diese an die Virusproteine und können wieder durch eine Farbreaktion sichtbar gemacht werden. Wenn Antikörper gegen mindestens zwei verschiedene Virusproteine sichtbar werden, ist die Diagnose nach WHO-Empfehlung eindeutig „HIV-positiv“. Erst nach diesem Bestätigungstest wird der getesteten Person ihr (positives) Ergebnis mitgeteilt. Die Diagnose wird mit einer erneuten Blutprobe mittels eines zweiten Western-Blot-Tests endgültig bestätigt.

Testzeitpunkt

Sowohl der ELISA- als auch der Western-Blot-Test weisen eine HIV-Infektion indirekt nach, indem sie Antikörper aufspüren, die der Körper des Positiven als Reaktion auf die HIV-Infektion gebildet hat. Der Körper benötigt eine gewisse Zeit, um diese Antikörper herzustellen.

2. Direkte Testverfahren

PCR (Polymerase Chain Reaction)

Im Gegensatz zu den Antikörpertests ist ein direkter Virusnachweis schon zwei bis drei Wochen nach der Ansteckung möglich. Dieses Testverfahren ist jedoch bei weitem nicht so empfindlich wie ein Antikörpertest, sodass nicht alle HIV-Infektionen erkannt werden können.

Das gebräuchlichste Verfahren, um Viren direkt nachzuweisen, ist die aufwändige und teure PCR-Methode. Aus der entnommenen Blutprobe wird die Virus-RNA isoliert (HI-Viren enthalten keine DNA). Mit einem Enzym wird die RNA in DNA übersetzt. Diese DNA kann dann mit dem PCR-Verfahren im Reagenzglas vervielfältigt werden. Wenn sich das HI-Virus in der Probe befindet, so kann diese Vervielfältigung mittels Geräten sichtbar gemacht werden und auch die Ausgangsmenge des Virus bestimmen. Falls keine Vervielfältigung der DNA zustande kommt, kann dies entweder bedeuten, dass kein Virus im Serum vorhanden ist (nicht positiv) oder dass die vorhandene Virusmenge zu gering ist, um sie zu vervielfältigen (Viruslast unter der Nachweisgrenze; der abgedeckte Messbereich beginnt gemäß Herstellern wie Abbott und Roche Diagnostics erst bei 20-40 Kopien pro Milliliter Blut). Außerdem wird vor Testbeginn festgelegt, nach welchen HIV-Subtypen getestet wird. Daher besteht die Möglichkeit, dass seltenere Subtypen nicht erfasst werden. Die Tests erfolgen qualitativ (Ergebnis: Virus/kein Virus) oder quantitativ (Ergebnis: Anzahl der Viruskopien pro Milliliter Blut). Die Qualität des Verfahrens wird zwar von Testgeneration zu Testgeneration verbessert, jedoch ist es durch einen Mangel an Spezifität weniger genau als ein Antikörpernachweis. So kann zwar durch die PCR-Methode bereits einige Wochen früher ein Infektionsnachweis ermittelt werden. Das Ergebnis sollte unbedingt durch einen p24/Antikörper-Kombinationstest oder Antikörpertest (auch in diesem Fall gilt: sechs Wochen beim Kombinationstest und drei Monate beim Schnelltest nach der letzten Risikosituation) bestätigt werden. Der direkte Virusnachweis ist zudem ein relativ teurer Test, der in der Regel selbst bezahlt werden muss. Hilfreich ist der PCR-Test bei Neugeborenen um den vorläufigen Serostatus zu ermitteln. Bei ihnen hat ein Antikörpertest keine Aussagekraft, da die Antikörper der HIV-positiven Mutter durch die Plazenta und die Muttermilch in das Blut des Kindes gelangen und daher das Testergebnis des Neugeborenen verfälschen. In diesem Fall ist die Anwendung des PCR-Verfahrens sinnvoll. Zur endgültigen Feststellung des Serostatus des Kindes muss der Test zum Ende des zweiten Lebensjahres wiederholt werden.¹³

p24-Test

Der p24-Test ist wie die PCR eine direkte Nachweismethode. Anders als bei der PCR wird jedoch in diesem Fall nicht nach der Virus-RNA, sondern nach einem Bestandteil der Kernhülle - genauer nach dem Protein p24 - gesucht. Der Test reagiert circa zwölf bis zwanzig Tage nach einer HIV-Infektion und wird in der Routinediagnostik meist nur in Kombination mit dem Antikörpertest (p24-AK-Kombinationstest) angewendet. Hierbei werden zusätzlich zu den Antikörpern gegen das Virus Virusbestandteile nachgewiesen, wodurch sich der Kombinationstest gut zum Erkennen von akuten Infektionen eignet (DAH, 2014).

¹³ Vgl. Kapitel „Wie kann HIV (nicht) übertragen werden?“

3. Direkte oder indirekte Testverfahren: Schnell- und Heimtests

Schnelltest

Der Schnelltest ist vom Prinzip her dem ELISA-Test sehr ähnlich. Auch er reagiert erst einige Wochen bis Monate nach einer möglichen Infektion. Es ist zu empfehlen die diagnostische Lücke von drei Monaten einzuhalten (siehe dazu Abschnitt Die diagnostische Lücke). Im Unterschied zum ELISA-Test zeigt der Schnelltest schon nach wenigen Minuten ein Ergebnis.

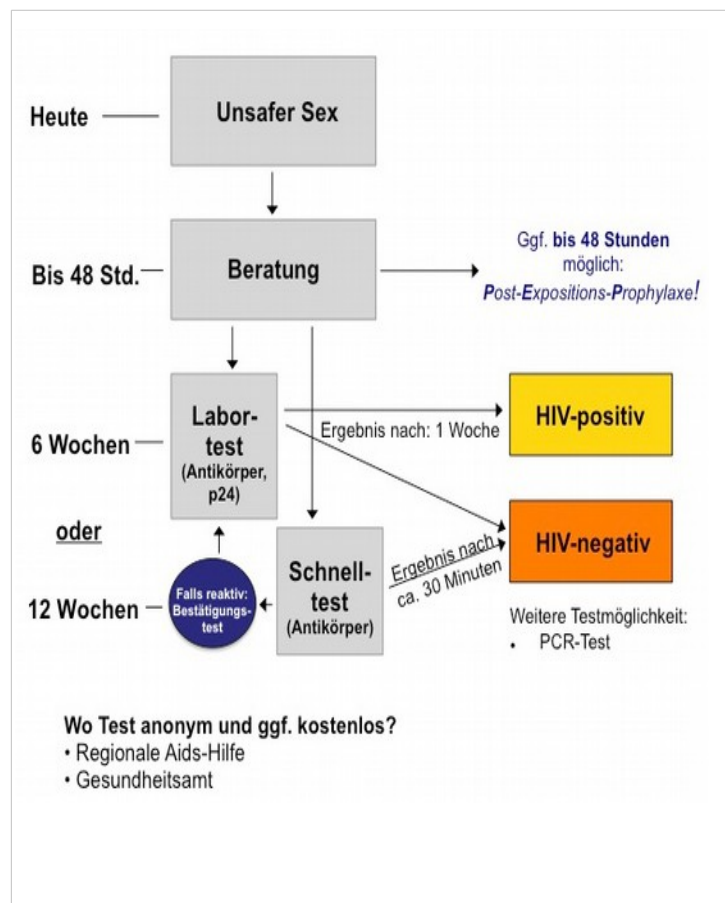
Schnelltests werden in Deutschland inzwischen relativ häufig angewendet. Der Schnelltest liefert bereits nach wenigen Minuten ein Ergebnis, was zweifellos ein Grund dafür ist, dass Testinteressierte sich immer häufiger für dieses Verfahren interessieren und entscheiden – im Falle eines positiven Ergebnisses muss dieses allerdings durch ein zweites Verfahren bestätigt werden. Diese Bestätigung benötigt in der Regel sieben Tage, da die erneute Blutprobe in ein Labor geschickt und dort untersucht werden muss. Für denjenigen, der über den Schnelltest positiv getestet worden ist, hat dies zur Folge, dass er mindestens eine Woche auf die Bestätigung des Ergebnisses warten muss, was häufig als psychisch stark belastend empfunden wird. Andererseits bietet der Schnelltest für HIV- negativ Getestete den Vorteil einer raschen Ergebnismitteilung und möglicherweise großen psychischen Entlastung.

In den Gesprächen vor der Blutabnahme erläutern die Berater_innen die in der Einrichtung jeweils zur Verfügung stehenden Testverfahren und unterstützen die Testwilligen bei der persönlichen Entscheidungsfindung, nach welchem Verfahren sie sich testen lassen wollen.

Heimtest

Heimtests wurden vor allem für Länder mit unzureichender medi-zinischer Infrastruktur entwickelt und sind beispielsweise in Afrika weit verbreitet. In Deutschland sind Heimtests, bei denen es sich sowohl um Antikörper- als auch p24-Antigentests handeln kann, nicht zugelassen, da unter anderem aufgrund von Anwendungsfehlern falsche Ergebnisse entstehen können und kein Beratungssetting zur Ab- und Aufklärung unmittelbar zur Verfügung steht.

Abbildung 13:
Wo, wie und ab wann kann man sich auf HIV testen lassen?



Die diagnostische Lücke

Der Zeitraum zwischen der Ansteckung und der Nachweisbarkeit von Antikörpern wird als diagnostische Lücke bezeichnet. Die Person ist zwar bereits positiv, der Antikörpertest reagiert jedoch nicht auf die Infektion, da noch nicht in ausreichendem Maße Antikörper produziert wurden. Es kann vier bis zwölf Wochen nach der Ansteckung dauern, bis der Körper genügend Antikörper gegen das Virus gebildet hat, um sie in einem entsprechenden Test nachweisen zu können (Schnitzler, 2011).

Seit dem 01.01.2015 hat die Deutsche AIDS-Hilfe e.V. aufgrund des mittlerweile flächendeckenden Einsatzes von p24/Antikörper- Kombinationstests ihre Standardempfehlungen angepasst. Für Labortests wurde die diagnostische Lücke – auch diagnostisches Fenster genannt – von zwölf auf sechs Wochen verkürzt, für Schnelltests beträgt sie weiterhin zwölf Wochen (vgl. DAH 2015).

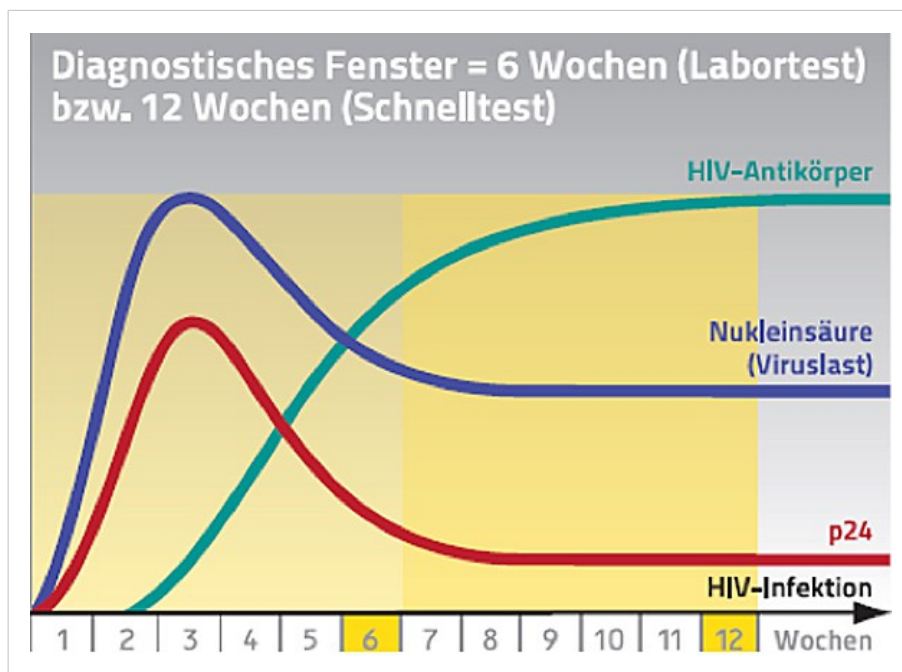


Abbildung 14:

HIV-Test:

Viruslast, Antikörperbildung
und das diagnostische Fenster

Da die Antikörperbildung jedoch individuell unterschiedlich ausfällt – dabei kann der Übertragungsweg oder die aufgenommene Menge an Viren eine Rolle spielen, wird – wie oben beschrieben – ein HIV-Labortest sinnvollerweise erst nach sechs und ein HIV-Schnelltest erst nach zwölf Wochen nach einer möglichen Ansteckung durchgeführt. Zu diesem Zeitpunkt sind dann nahezu alle Infektionen nachweisbar. Dies bedeutet gleichzeitig, dass das jeweilige Testergebnis lediglich den entsprechend zurückliegenden Immunstatus anzeigt. Es ist also durchaus möglich, dass jemand ein negatives Ergebnis erhält, obwohl er oder sie bereits HIV-positiv ist, da der HIV-Test innerhalb der diagnostischen Lücke durchgeführt wurde und der/die Betreffende inzwischen einen oder mehrere neue Risikokontakte gehabt hat, bei denen er sich infiziert hat.

Abwägung: HIV-Test - ja oder nein?

Die Frage, ob ein HIV-Test durchgeführt werden sollte, ist abhängig von der individuellen Risikosituation. Wichtig ist, dass den Ratsuchenden Hilfestellung und aktuelle Informationen gegeben werden, um eine eigene, unabhängige Entscheidung für oder gegen den Test treffen zu können.

Zu den Gründen gegen einen HIV-Test zählt zum Beispiel, dass das Wissen um die eigene Infektion eine große psychische Belastung bedeuten kann, die in der momentanen Lebenssituation womöglich nicht verarbeitet werden könnte. Da es – nicht nur bezogen auf HIV – ein Recht auf Nicht-Wissen gibt, kann eine Entscheidung gegen den Test oder ein Aufschub der Entscheidung ebenso selbstverantwortlich sein wie eine Entscheidung für den Test.

Demgegenüber steht der Wunsch nach Gewissheit angesichts einer befürchteten Ansteckung mit HIV, das Abklären von Symptomen, die auf eine HIV-Infektion hindeuten oder der Wunsch, rechtzeitig die Vorteile der Therapiemöglichkeiten zu nutzen, da sich durch diese gesundheitliche Folgeschäden der HIV-Infektion vermindern lassen und das Übertragungsrisiko für andere sinkt.

Auch Schwangerschaft und Kinderwunsch oder der Wunsch, künftig innerhalb einer Partnerschaft auf das Kondom zu verzichten (falls beide Partner entweder HIV-negativ oder HIV-positiv sind) zählen zu den Gründen sich für einen HIV-Test zu entscheiden.

Bei der Entscheidung für oder gegen einen Test können verschiedene Beratungsstellen eine Hilfestellung geben. Dazu gehören die bundesweiten Aidshilfen, die Zentren für sexuelle Gesundheit, die Telefonhotline der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und vergleichbare Einrichtungen.

HIV-Risikoeinschätzung

Ob es zu einer HIV-Infektion kommt, ist von vielen Faktoren abhängig. Beim Praktizieren von Safer-Sex kann das Risiko einer HIV-Infektion weitestgehend ausgeschlossen werden.

Demgegenüber steht ungeschützter Analverkehr als Sexpraktik mit dem höchsten Risiko für eine HIV-Übertragung, gefolgt von ungeschütztem Vaginalverkehr. Oralverkehr mit Ejakulation birgt ein deutlich geringeres Risiko; Oralverkehr ohne Ejakulation ist Safer Sex.

Wenn es zum Kontakt mit einer infektiösen Körperflüssigkeit gekommen ist, spielen mehrere Faktoren zur Abschätzung des Risikos eine Rolle: Falls die Person HIV-positiv ist, sind Informationen über medikamentöse Therapie und die Höhe der Viruslast von Bedeutung. Auch die Menge bzw. Konzentration der aufgenommenen HIV-haltigen Sekrete (bei geringer Menge ist das Risiko, sich mit HIV zu infizieren, niedriger) und die Dauer und Intensität des Sexualakts (je länger der Geschlechtsverkehr dauert und je „heftiger“ er ist, desto höher ist das Risiko einer HIV-Übertragung) sind von Bedeutung. Zusätzlich erhöhen Defekte der Schleimhäute, die Folge von STI, Entzündungen

oder Geschwüren sein können, das Risiko für eine HIV-Infektion um ein Vielfaches. Beschnittene Männer haben – wie bereits im Abschnitt Schutz vor Ansteckung erläutert beim Vaginalverkehr mit einer HIV-positiven Frau ein um ca. 60 % geringeres Risiko, sich mit HIV zu infizieren, als nicht beschnittene. Für eindringenden Analverkehr fehlen derzeit noch aussagekräftige wissenschaftliche Untersuchungen, es kann aber von einer ähnlich hohen Schutzwirkung ausgegangen werden (DAH, 2015).

Nicht zuletzt bestimmt neben der Anzahl der Sexualkontakte und der -partner_innen auch die Wahrscheinlichkeit, dass der Partner HIV-positiv ist, das Risiko einer HIV-Infektion: Gehört der/die Partner_in einer Gruppe mit höherem Risiko für eine Infektion (MSM, Drogengebraucher_innen, Herkunftsland...) an? Die Klärung und Beantwortung dieser Fragen ist vor allem dann von Bedeutung, wenn die Abwägung erfolgt, ob eine Postexpositionsprophylaxe (PEP) eingesetzt werden soll.



4.5. HIV und Heilung

Wenn von einer Heilung von HIV die Rede ist, wird zwischen zwei Zuständen der Heilung unterschieden: der Eradikation und der funktionellen Heilung. Die gängige Vorstellung einer Heilung beschreibt die vollkommene Entfernung des Virus aus einem HIV-positiven Menschen durch eine therapeutische Intervention (Eradikation). Diese Art der Heilung konnte nach neuestem Kenntnisstand nicht beobachtet werden. Daneben gibt es auch den Zustand der „funktionellen Heilung“: in diesem Fall ist das Virus zwar weiterhin im Körper vorhanden, jedoch wird das Immunsystem dazu gebracht, die Infektion mit dem HI-Virus von allein zu kontrollieren ohne dass Medikamente eingenommen werden müssen. Bislang wurden verschiedene Strategien verfolgt, um Menschen von einer HIV-Infektion zu heilen. In den nächsten Abschnitten sollen einige davon kurz vorgestellt werden:

Funktionelle Heilung

Der erste Fall einer Heilung eines HIV-Patienten gelang 2009 in Berlin. Ein HIV-positiver Mann erkrankte an einer akuten Leukämie, welche mittels einer Stammzelltransplantation behandelt wurde. Gleichzeitig versuchten die behandelnden Ärzte die HIV-Infektion unter Kontrolle zu bringen: sie wählten einen Knochenmarkspender aus, der einen genetischen Defekt im CCR5-Rezeptor hatte. Diesen Rezeptor benötigt das HI-Virus für den Eintritt in die Zellen. Da sich aus den Knochenmarkzellen im Verlauf der Therapie ein neues Immunsystem ausbildet, wurde der Patient demzufolge mit Immunzellen ausgestattet, die durch das HI-Virus nicht mehr angegriffen werden und somit wahrscheinlich die Infektion kontrollieren konnten. Nach der Transplantation des Knochenmarks wurde bei dem Patienten die ART abgesetzt und bis zum jetzigen Zeitpunkt konnten nur noch im Grenzbereich der Nachweisbarkeit Bruchstücke von HIV-DNA nachgewiesen werden, sodass der so genannte „Berlin Patient 2“ seit 2009 als (funktionell) geheilt gilt (Romm, 2014).

Als funktionell geheilt gelten inzwischen auch weitere Erwachsene, bei denen eine sehr frühe Therapie (ein bis drei Monate nach der Infektion mit HIV) eingesetzt wurde. Bei einer Minderheit der sehr früh Behandelten setzte nach wenigen Jahren unter einer antiretroviralen Therapie eine Kontrolle des Virus durch das körpereigene Immunsystem ein (Post-Treatment-Kontrolle). Auch wenn es bei wahrscheinlich 90 % der sehr früh Behandelten zu keiner Post-Treatment-Kontrolle kommt, haben diese Frühbehandelten wahrscheinlich weniger HIV-positive Zellen (Reservoir) und weniger Virusvarianten im Körper (Sáez-Cirión et al., 2013).

Eine weitere (vorläufige) Heilung war bei einem Neugeborenen, dem so genannten „Mississippi-Baby“, zu beobachten, bei dem durch eine sehr frühe, sechsmonatige antiretrovirale Therapie nur in weißen Blutzellen Virus-DNA im Bereich um die Nachweisgrenze vorgefunden wurde. Aus ärztlichen Untersuchungen gingen jedoch im Juli 2014 detektierbare Mengen des HI-Virus im Blut hervor, sodass das heute vierjährige Mädchen heute eine ART erhält (Young, Wilson, 2014).

Weitere Forschungsansätze

Ein großes Problem bei der Heilung von HIV-Patienten ist der Umstand, dass sich das HI-Virus zum Einen aktiv vermehrt und dabei die Immunzellen zerstört, und sich zum Anderen permanent in bestimmten Körperzellen einnistet und sich dort in die DNA der Zellen integriert. Dieses „schlafende“ Virus wird nicht von der ART angegriffen und verbleibt dauerhaft im Körper – daher ist bislang der lebenslange Einsatz der ART notwendig, da nach Absetzen der Therapie diese schlafenden Viren erneut aktiv werden und die Infektion wieder aufflammt. Beim Forschungsansatz mittels Gentherapie wird versucht diese schlafenden HI-Viren zu entfernen: einzelne Gene sollen so verändert werden, dass die Virus-DNA aus den körpereigenen Zellen HIV-positiver Menschen herausgeschnitten wird. Dieser Therapieansatz befindet sich jedoch noch im experimentellen Stadium.

Ein anderer Ansatz die schlafenden HI-Viren zu entfernen ist die „Kick and Kill“ – Strategie. In laufenden (Pilot-) Studien sollen ruhende und HIV-positive Zellen durch Medikamentengabe aufgeweckt werden („Kick“) und anschließend durch das körpereigene Immunsystem in den Zelltod getrieben werden („Kill“) (The Local, 2014). Eine Immuntherapie mit dem Ziel der Heilung von HIV verfolgt zwei unterschiedliche Ansätze. Zum Einen sollen durch die Anwendung von Antikörpern infizierte Zellen für den Körper markiert werden, sodass die körpereigenen Immunzellen diese schneller erkennen und zerstören können. Zum Anderen wird mittels therapeutischer Impfung versucht, „müde gewordene“, HIV-eliminiierende CD8-Zellen wieder gegen HIV-infizierte Zellen zu aktivieren. Die Verwendung dieser Methode wird auch für den zweiten Part („Kill“) der „Kick and Kill“-Strategie in Betracht gezogen, um das Immunsystem HIV-Positiver für das Virus zu sensibilisieren und HIV-infizierte Zellen infolgedessen schneller abzutöten (DAH, 2014b).

5. Grundlagenwissen zu STI – Sexuell übertragbare Infektionen

5.1. Allgemeines über sexuell übertragbare Infektionen

Unter dem Begriff sexuell übertragbare Infektionen (STI), fallen fast 30 Infektionskrankheiten, die von unterschiedlichen Erregern, insbesondere Viren, Bakterien, Pilzen und Parasiten hervorgerufen und primär beim Geschlechtsverkehr übertragen werden. HIV ist neben Syphilis und Gonorrhö (Tripper) die wohl bekannteste. Syphilis, Gonorrhö und Chlamydien sind mit Antibiotika heilbar. Gegen die sexuell übertragbaren Viren Hepatitis B und das Humane Papillomavirus gibt es Schutzimpfungen. Die als am weitesten verbreitet geltenden STI sind Triochomonaden, gefolgt von Chlamydien und Gonorrhö. Mögliche Folgen von unbemerkten und chronisch verlaufenden STI sind Unfruchtbarkeit bei Frauen und Mädchen bzw. Zeugungsunfähigkeit bei Männern und Jungen, Geburtsdefekte, lebensbedrohliche irreparable Schäden innerer Organe, besondere Krebsarten und weitere Komplikationen (vgl. DAH, 2012c).

Viele der in der untenstehenden Tabelle aufgeführten STI sind weitaus verbreiteter und leichter übertragbar als HIV. Die klassischen Geschlechtskrankheiten wie Syphilis oder Gonorrhö sind in den letzten Jahren in Europa wieder auf dem Vormarsch. Als Gründe hierfür werden der zunehmende Reise- und Warenverkehr, weltweite politische Veränderungen, die Zunahme von Risikoverhalten sowie das Auftauchen resistenter Krankheitserreger aufgeführt. Ein vollständiger Schutz vor STI besteht nur bei absolutem Verzicht auf jegliche sexuelle Aktivität. Kondome können das Infektionsrisiko bei einigen STI zwar stark mindern, aber nicht ganz ausschließen, da die Übertragungswege sehr breit gefächert sind. Dazu gehören Schmierinfektionen oder der Kontakt mit infektiösen Hautveränderungen.¹⁴ Viele Geschlechtskrankheiten sind – vor allem bei der Geburt – auch von der Mutter auf das neugeborene Kind übertragbar, im Falle einer Schwangerschaft bedarf es daher besonderer Aufmerksamkeit und gegebenenfalls entsprechender Vorsichtsmaßnahmen. Nicht selten tritt der Fall von Ko- Infektionen mit mehreren STI auf, was zum Teil darauf zurückzuführen ist, dass unbehandelte STI das Risiko einer Infektion mit anderen, aber auch mit HIV erhöhen, da das Virus über die bereits verletzten Schleimhäute leichter eindringen kann. Gleichzeitig ergeben sich für HIV-positive Menschen besondere Behandlungssituationen, da die Infektionen oft schwerwiegender und schneller als bei HIV-negativen Menschen verlaufen (DAH, 2012c).

Bei Verdacht auf eine STI sollte unverzüglich ein Arzt aufgesucht werden. Dies ist gerade auch für den Fall wichtig, wenn die Beschwerden zunächst abgeklungen sind. Bei der Diagnose einer STI muss die Behandlung in jedem Fall alle Sexpartner_innen der jüngst vergangenen Zeit einschließen, auch um eine erneute gegenseitige Infektion zu vermeiden (Ping-Pong-Effekt).

¹⁴Dazu gehören z.B. Pilzinfektionen, aber auch Syphilis im zweiten Stadium.

Aus diesem Grund ist es unbedingt zu empfehlen und auch ein Akt der Fairness die Sexpartner_innen der vergangenen Wochen über die eigene Diagnose zu informieren, zumal nicht bei allen STI spürbare Symptome auftreten. Bis zur vollständigen Abheilung sollte auf Sex verzichtet und den Anweisungen und Empfehlungen des Arztes Folge geleistet werden. Regelmäßige Besuche bei Fachärzt_innen (Gynäkologie, Urologie, Haut- und Geschlechtskrankheiten) können dazu beitragen, STI rechtzeitig zu erkennen. Von jeglicher Form der Selbstbehandlung, ohne Absprache mit dem Facharzt, ist dringend abzuraten, ebenso von übertriebener Intimhygiene mit Sprays und Vaginalspülungen, da diese kontraproduktiv sein können, etwa indem der natürliche Bakterienhaushalt der Vagina oder des Anus zerstört werden.

5.2. Mögliche Symptome sexuell übertragbarer Infektionen

Welche Symptome weisen auf eine Geschlechtskrankheit hin?

- Brennen beim Urinieren
- Auffälliger (verfärbter, streng riechender oder bröckeliger) Ausfluss an Penis und Vagina
- Juckreiz, Schmerzen, Schwellungen und Hautveränderungen an Penis, Vagina und Anus (Rötungen, Schuppen, Warzen, Geschwüre, Blasen, Knötchen, Pusteln), geschwollene Lymphknoten in der Leistengegend
- Schmerzen an den Genitalien, beim Sex oder im Unterbauch
- Veränderungen in Mund und Anus nach Oral- oder Analverkehr

Vielen Jugendlichen ist es unangenehm oder peinlich, mit einem derartigen Verdacht einen Arzt zu konsultieren. Für diese hingegen stellen sexuell übertragbare Infektionen berufliche Routine dar. Wichtig und hilfreich ist es in diesem Zusammenhang einen Arzt/eine Ärztin zu finden, zu dem/der ein Vertrauensverhältnis besteht, um ohne Scheu oder Scham seine Beschwerden schildern zu können. Für den Einzelnen kann es auch eine Entlastung darstellen gemeinsam mit einer Person des Vertrauens einen Arzt aufzusuchen. Besonders unterstützend ist es zudem zu lernen, den eigenen Körper regelmäßig zu betrachten und zu untersuchen um mögliche Veränderungen schneller zu registrieren und die notwendigen Schritte einzuleiten.

In der Prävention mit Jugendlichen rät die Deutsche AIDS-Hilfe (DAH), besonders die Infektion mit Chlamydien zu thematisieren, da sie zu Unfruchtbarkeit, bzw. Zeugungsunfähigkeit bei Jungen und jungen Männern führen kann. Vor Beginn der sexuellen Aktivität sollte zudem auf mögliche Impfungen hingewiesen werden, insbesondere gegen HPV und Hepatitis B (DAH, 2012c: 13).

Übersicht sexuell übertragbarer Infektionen

Name	Übertragung	Symptome und Verlauf	Folgen	Prävention	Diagnose und Therapie
Bakterielle Infektionen					
(Lues) Syphilis	Fast ausschließlich bei Sex übertragbar; auch über Drogengebrauch oder bei der Geburt. Infektion bereits über wenige Bakterien, die durch kleine Verletzungen in die Haut und Schleimhaut eindringen. Ansteckung über alle infizierten Hautstellen, Körperflüssigkeiten (auch Blut) des Infizierten. Übertragung ist auch bei Petting oder Küssen möglich!	Zwischen Erkrankungsstadien können symptomfreie Intervalle liegen. Erste Anzeichen i.d.R. zwei bis drei Wochen nach der Infektion. Die Stadien können sich wiederholen oder lange stagnieren. Stadium 1: Knötchen an der Eintrittsstelle, bis zum Geschwür; meist schmerzlos und unbemerkt. Stadium 2: Bakterien breiten sich im Körper aus, grippeähnliche Symptome, nässende warzenförmige Stellen auf der Haut, die ausheilen können. Stadium 3 (unbehandelt): kann Organe und Nervensystem befallen, harte Knoten in der Haut, die aufbrechen und auch zur Erblindung und Lähmung führen können.	Unbehandelt: langfristig schwere bis lebensbedrohliche Folgen Die Infektion muss nicht namentlich an das Robert-Koch- Institut (RKI) gemeldet werden. In der Schwangerschaft können Fehl- und Totgeburten sowie körperliche und geistige Schäden die Folge sein. Unbehandelt kann Syphilis zu dauerhaften Störungen des Nervensystems über Lähmungen zum Tod führen.	Bei jedem Partner ein neues Kondom, neue Handschuhe (beim Fisten) und eigenes Gleitgel verwenden. Spielzeuge nicht teilen, bei Partnerwechsel Hände waschen. Menschen mit vielen wechselnden Sexkontakten sollten sich 2x im Jahr testen lassen. Bis zum Ende der Behandlung auf Sex verzichten. Den Partner testen, ggf. mit behandeln lassen.	Durch vielschichtige Symptome oft nicht erkannt. Abstrich oder Bluttest (auch Schnelltest, ab drei bis fünf Wochen nach der Ansteckung). Bei Verdacht auf Befall des Nervensystems: Lumbalpunktion. Behandlung mit Penicillin (intravenös und intramuskulär) sehr erfolgreich. Behandlung so früh wie möglich beginnen, da Schäden irreversibel sind.
(Lues) Syphilis					

Name	Übertragung	Symptome und Verlauf	Folgen	Prävention	Diagnose und Therapie
(Tripper) Gonorrhö	Über alle beim Sex betroffenen Schleimhäute. Sehr hohe Ansteckungswahrscheinlichkeit beim Sex mit einem Infizierten, auch bei Oralverkehr, direktem Kontakt über Hände oder Spielzeug. Außerhalb der Schleimhäute sind die Gonokokken nicht lange lebensfähig.	Milchig bis eitriger Ausfluss, Entzündung mit Juckreiz und Brennen. Schmerzen beim Urinieren; bei Männern Entzündung der Prostata möglich. Im Rachen und Analbereich meist ohne Symptome. Im Rachen heilt es meist selbstständig aus. Beim Analverkehr können Schmerzen auftreten.	Oft mit Chlamydieninfektion gekoppelt. Bei Nicht-Behandlung (auch ohne Symptome) besteht die Gefahr der Unfruchtbarkeit; bei Infektion der Augen Erblindungsgefahr. Kann chronisch werden.	Kondome verringern die Infektion beim Vaginal- und Analverkehr und gemeinsamer Nutzung von Spielzeug erheblich. Während der Infektion auf Sex verzichten um einen Pingpong-Effekt zu vermeiden.	Abstrich im erkrankten Bereich oder Urinprobe eventuell mit Antibiotikaresistenztest. Auf weitere STI testen lassen! Behandlung mit Antibiotika.

Name	Übertragung	Symptome und Verlauf	Folgen	Prävention	Diagnose und Therapie
Genitale Chlamydien	Bei allen sexuellen Praktiken möglich, bei denen Kontakt mit infizierter Schleimhaut oder Flüssigkeit besteht. (Schleimhäuten im Vaginal-, Anal-, Rachenbereich und der Harnröhre sowie Sperma (auch Lusttropfen) und Vaginaflüssigkeit.	Verläuft meist ohne Symptome. Mögliche Symptome: wässriger bis eitriger Ausfluss, Juckreiz, Brennen beim Urinieren, bei Männern auch Schmerzen in Hoden und Unterbauch Im Anus- Bereich schleimig-eitriger Ausfluss, Schmerzen, Juckreiz, durchfallähnliche Beschwerden, Analekzeme.	Unbehandelt kann es zu einer Entzündung der Gebärmutter und Eileiter bzw. der Hoden und Samenleiter kommen, die bis zur Unfruchtbarkeit führen kann. Bei schwangeren Frauen kann eine Frühgeburt und/oder Erkrankung des Kindes die Folge sein.	Kondome bei Vaginal- und Analverkehr reduzieren das Risiko erheblich. Partner mit behandeln um einen Ping-Pong-Effekt zu vermeiden.	Abstriche im Vaginal-, Anal- oder Rachenraum, Urintest Frauen unter 25 können sich einmal jährlich kostenlos beim Frauenarzt testen lassen. Therapie durch Antibiotika
Virale Infektionen					
(HSV1+2) Herpes Genitales	Tröpfchen und Schmierinfektion meist beim Sex, durch kleine Wunden und über die Schleimhäute, auch bei der Geburt von Mutter auf Kind möglich. Bei akutem Ausbruch besonders ansteckend! Tritt bei Menschen mit geschwächtem Immunsystem häufiger und intensiver auf.	Inkubationszeit: wenige Tage bis eine Woche. Erst brennen, jucken, Spannungsgefühl und gerötete Haut, dann kleine gruppierte (Fieber-) Bläschen mit wässrigem Inhalt. Dann Geschwüre an Lippen, Genital- und Analbereich. Heilt binnen zwei bis drei Wochen ab, dann ruhen die Viren, sie können bei geschwächtem Immunsystem (bspw. nach Infekten) wieder ausbrechen.	Nach der Erstinfektion ist eine Reaktivierung immer wieder möglich; die vollständige Entfernung aus dem Körper ist unmöglich. Kann Organe befallen, auch Hirnhautentzündung möglich. Das Risiko sich beim Sex mit HIV anzustecken erhöht sich. Bei Säuglingen lebensbedrohlich!	Kondome mindern das Risiko nur begrenzt, da Herpes auch beim Küssen übertragen werden kann. Die Bläschen nicht berühren, falls dies doch geschehen ist, umgehend die Hände waschen und den weiteren Kontakt vermeiden.	Blickdiagnose Bei gutem Immunstatus Behandlung mit pflegenden und austrocknenden Mitteln. Virushemmer (bspw. Aciclovir) können den Verlauf verkürzen und Beschwerden mindern. Wichtig: Schon bei ersten Anzeichen sollten sie benutzt werden! Bei schweren Fällen ist eine Behandlung mit Tabletten oder intravenös möglich. Bei häufigen Ausbrüchen ist eine Dauerprophylaxe möglich.

Name	Übertragung	Symptome und Verlauf	Folgen	Prävention	Diagnose und Therapie
(HPV) Feigwarzen	Viren dringen durch winzige Läsionen in die Haut und Schleimhäute ein. Die Übertragung erfolgt in der Regel beim Sex – selten bei intensivem Körperkontakt oder durch Schmierinfektion. Piercings oder Verletzungen bei der Intimirasur begünstigen die Ansteckung.	Sichtbare Feigwarzen im Intimbereich, die größer werden, eine „blumenkohlartige Oberfläche annehmen und zur Geschwulst werden können. Es ist möglich, dass diese erst nach Wochen oder Monaten auftreten. Sie verursachen keine Schmerzen, allerdings sind Juckreiz und Ekzeme möglich.	Sie können zu Karzinomen (Tumoren) am Gebärmutterhals, am Penis oder im Analbereich führen.	Dreifachimpfung, die circa 70% der HPV-Hochrisikogruppen abdeckt. Für Mädchen vor dem ersten Sex empfohlen, in den USA auch für junge Männer. Kondome reduzieren das Risiko nur bedingt. Eine regelmäßige Krebsvorsorge beim Facharzt kann Karzinomen vorbeugen, bzw. dazu beitragen sie in einem frühen Stadium zu erkennen. Während der Wundheilung auf Sex verzichten.	Bei akutem Ausbruch Blickdiagnose (im Analbereich auch Darmspiegelung), sonst im Rahmen der Krebsvorsorge. Feigwarzen können operativ (wegschneiden, lasern) durch Verätzung mit entsprechenden Präparaten oder durch Lokalthherapie mit immunmodulierenden Substanzen (Creme, Gel) behandelt werden. Karzinome können chirurgisch oder medikamentös (auch mit Chemotherapie) behandelt werden.
Pilze und andere Erreger					
Genitale Trichomonaden	Meist durch Vaginalverkehr, Schmierinfektionen (auch beim Petting, der Geburt), auch bei gemeinsamer Nutzung von Handtüchern o.ä.	Oft ohne Symptome. Bei Frauen meist Harndrang, Brennen beim Urinieren, Juckreiz, schaumiger gelb bis grünlicher übel riechender Ausfluss. Bei Männern oft ohne Symptome, manchmal Anzeichen Harnröhreninfektion.	Kann unbehandelt zu Unfruchtbarkeit führen, wenn die Eileiter verkleben. Bei Schwangeren: Komplikationen bei der Geburt oder Frühgeburten	Kondome reduzieren das Risiko erheblich! Partner_innen sollen immer mit behandelt werden. Während der Behandlung auf Sex verzichten.	Mikroskopische Untersuchung von Sekret aus der Vagina bzw. Harnröhre; Auch eine Urinprobe ist möglich. Orale Therapie (Einmalgabe), bei Wiederholung über eine Woche. Resistenzen gegen Medikamente sind möglich.

Name	Übertragung	Symptome und Verlauf	Folgen	Prävention	Diagnose und Therapie
Candida-Mykose (Hefepilz, Soor)	Jeder Mensch hat Kleinstmengen auf der Haut. Bei schwachem Immunsystem können die Erreger zunehmen und auch sexuell übertragbar werden.	gerötete, geschwollene Schleimhäute im Intimbereich, weißlich bis gelbliche Beläge, starker Juckreiz, weißlicher u. bröckeliger Ausfluss, großflächige, juckende Rötungen auf der Haut (meist in Hautfalten; u.a. Achseln, Oberschenkel)		Kondome reduzieren das Risiko. Partner_innen sollten mit behandelt werden um einen Pingpong-Effekt zu vermeiden.	Mikroskopische Untersuchung vom Pilzabstrichen. Lokal angewendete Cremes, Salben und Zäpfchen (Antimykotika); bei schweren Fällen mit Tabletten; danach soll der Wiederaufbau der Schleimhaut durch Milchsäurebakterien in Betracht ziehen.
Krätze (Skabiles)	Durch Milben hervorgerufene Hautkrankheit. Durch engen Körperkontakt übertragbar. Die Milben überleben auch außerhalb des Wirts bis zu 14 Tage. Beengte Wohnverhältnisse und mangelnde Hygiene begünstigen Infektion.	Juckreiz, vor allem in der Nacht. Juckende Knötchen und Pusteln auf der Haut; v. a. Stellen an denen es warm ist (Fingerzwischenräume, Ellenbogen, Achseln, etc.)	Bei Auftreten in Gemeinschaftseinrichtungen ist die Meldung beim Gesundheitsamt verpflichtend.	Behandlung mit Insektiziden, die wiederholt werden muss. Die orale Therapie ist in Deutschland nicht zugelassen. Engen Körperkontakt mit Betroffenen soll zunächst vermieden werden. Mitbewohner/_innen und Partner_innen sollen mit behandelt werden. Unter- und Bettwäsche täglich bei 60° waschen oder für 14 Tage einfrieren. Möbel und Teppiche mehrfach saugen oder chemisch reinigen.	Blickdiagnose; Fund von Milben und Eiern auf dem Körper oder der Wäsche.

Name	Übertragung	Symptome und Verlauf	Folgen	Prävention	Diagnose und Therapie
Filzläuse	i.d.R. durch direkten Körperkontakt vor allem beim Sex, auch eine indirekte Übertragung durch gemeinsam genutzte/ nicht fachgerecht gereinigte Bettwäsche, Handtücher, etc. ist möglich.	Bisse verursachen Juckreiz und Hautrötungen, vor allem im Intimbereich, den Achseln, Oberschenkeln. Rückstände der Tiere in der Unterwäsche sind möglich.		Partner-innen mit behandeln um einen Pingpong-Effekt zu vermeiden.	Läuse und Nissen sind mit bloßem Auge sichtbar. Therapie durch Insektizide, Sie muss wiederholt werden. Bettwäsche, Handtücher und Unterwäsche täglich wechseln und bei mind. 60°C waschen (ansonsten vier Wochen luftdicht verpacken oder einfrieren), Bürsten und Kämme desinfizieren.

Hepatitis

Alle Hepatitis- verdachtsfälle und - Infektionen müssen namentlich beim örtlichen Gesundheitsamt gemeldet werden

Name	Übertragung	Hauptrisiko- gruppen	Symptome und Verlauf	Prävention	Diagnose und Therapie
(HAV) Hepatitis Typ A	Fäkal-oral, vor allem durch verunreinigte Lebensmittel (auch Eis) und Trinkwasser, welches nicht ausreichend erhitzt wurde; auch Kontakt- und Schmierinfektion beim Sex (oral, anal oder auch Kontakt mit Kondom nach Analverkehr), alltäglichen Vorgängen im gemeinsamen	Gegenden mit schlechten sanitären bzw. Hygieneverhältnissen und hoher Bevölkerungsdichte ; auch für Urlauber (Reise- Hepatitis). Drogengebrauch, Menschen mit häufig wechselnden Sexpartnern oder mit Kontakt zu HepA- Erkrankten; Patienten mit chronischen Lebererkrankungen.	Akute Leberentzündung, i.d.R. nicht chronisch. Kinder: meist ohne Symptome, Erwachsene: u.a. Appetitlosigkeit, Abgeschlagenheit, Kopfschmerz, Übelkeit, Durchfall, Druckgefühl unter dem rechten Rippenbogen, dunkler Urin, heller Stuhl und Gelbfärbung von Haut und	Impfung / oft als Reiseimpfung; für Risikogruppen empfohlen (Impfschutz für 10-25 Jahre). Nach Risikokontakt ist eine Impfung bis max. 14 Tage möglich um Infektion zu verhindern. Kondome schützen kaum. Sexspielzeug gut reinigen, Gleitmittel nicht teilen.	Diagnose: Antikörpertest im Blut Therapie: keine, behandelt werden die Symptome. Sonst nur körperliche Schonung.

Name	Übertragung	Hauptrisikogruppen	Symptome und Verlauf	Prävention	Diagnose und Therapie
(HAV) Hepatitis Typ A	Haushalt oder gemeinsamem Drogengebrauch.		Augenschleimhaut; heilt nach zwei bis sechs Wochen aus. Nach Ausheilen der Infektion besteht lebenslang Immunität.	Erkrankte dürfen bis zur Ausheilung nicht in Gastronomie, Lebensmittelmärkten oder Gemeinschaftseinrichtungen arbeiten.	
(HBV) Hepatitis Typ B	Durch Blut, Speichel, Muttermilch, Urin, Sperma und Vaginalflüssigkeit; bereits Kleinstmengen sind ausreichend; Hauptübertragung durch Sex (auch beim Küssen ist möglich!) und intravenösen Drogengebrauch (Spritzbesteck, Sniefen); Schleimhäute und Wunden. Auch über die gemeinsame Nutzung von Zahnbürsten, Rasierer o.ä. bzw. Tätowiernadel, oder bei der Geburt ist eine Infektion möglich. Das Virus kann auch außerhalb des Körpers mehrere Tage überleben.	Drogengebrauch, Menschen mit häufig wechselnden Sexualpartnern oder mit Kontakt zu HepB erkrankten; Patienten mit chronischen Lebererkrankungen.	Erste Symptome zwei bis drei Monate nach der Infektion. Verlauf ist sehr unterschiedlich. Zunächst ist eine Verwechslung mit einer Grippe möglich (u.a. Abgeschlagenheit, Übelkeit, Gelenkschmerzen, Unwohlsein); Gelbsucht ist möglich. Mit steigendem Alter steigt Gefahr von Leberversagen. Wird bei 5-10% chronisch; bei Menschen mit schwachem Immunsystem ist dies häufiger der Fall, dann sind auch Leberzirrhose (Schrumpfung der Leber) möglich. Nach Ausheilen der Infektion besteht lebenslange Immunität.	Impfung für alle Bürger empfohlen; sie wird meist im Kleinkindalter verabreicht. Nach Risikokontakt ist eine Impfung bis max. 48 Stunden möglich um eine Infektion zu verhindern; dazu werden Immunglobuline verabreicht. Auch bei Säuglingen nach der Entbindung ist eine Impfung möglich. Kondome verringern das Risiko, schützen aber nicht komplett! Bei Drogengebrauch: Safer Use!	Nachweis von Virusbestandteilen und Antigenen im Blut. Keine spezielle Therapie; gesunde Ernährung. Bei Fibrose oder Zirrhose auch mit Interferon(-spritzen) oder Nukleotid- und Nukleosidanaloga (über Jahre) möglich.

Name	Übertragung	Hauptrisiko- gruppen	Symptome und Verlauf	Prävention	Diagnose und Therapie
(HCV) Hepatitis Typ C	Durch Blut- Blut Kontakt übertragen – wesentlich leichter als HIV. Vor allem beim gemeinsamen Drogengebrauch (intravenös und sniefen- Nadeln und Röhrchen teilen), sehr selten beim Sex. Auch bei Teilen/Vertauschen von Rasierer, Zahnbürste oder Tätowiernadeln oder durch medizinische Behandlungen unter schlechten medizinischen Bedingungen in Hep-C-Hochprävalenzländern.	Bis zu 90% der langjährigen intravenösen Drogengebrauchenden sind infiziert. Menschen, die verletzungsträchtige Sexpraktiken ausleben/durchführen. Das Infektionsrisiko bei Sex oder bei der Geburt ist für HIV-Positive deutlich höher.	Inkubationszeit: zwei Wochen bis sechs Monate. Ähnlich wie bei Hep B. u.a. Abgeschlagenheit, Oberbauchschmerzen. Ca. 75% verlaufen chronisch, können später aber noch ausheilen. Kann zu Leberzirrhose und Leberkrebs führen. Der Verlauf ist bei HIV-Positiven häufig schneller.	Keine Impfung; Keine Immunisierung nach Ausheilen der Infektion! Kondome verringern das Risiko der Übertragung bei Vaginal- und Analverkehr, Handschuhe beim Fisten, Sexspielzeug gut desinfizieren bzw. bei jedem Partner mit neuem Kondom versehen, Gleitmittel nicht teilen. Bei Drogengebrauch: Safer Use! Menschen die mit HepC Patienten zusammenleben sollten die gemeinsame Nutzung von Zahnbürsten, Nagelscheren etc. meiden.	Diagnose durch Bluttest (Antikörper und Virusbestandteile); meist vier bis zwölf Wochen nach Infektion nachweisbar. Bei akuter Infektion kann durch sechsmonatige Behandlung eine Chronifizierung meist verhindert werden. Die Behandlungsmöglichkeiten haben sich inzwischen deutlich verbessert und sind entschieden nebenwirkungsärmer (medikamentöse Therapie, Zeitdauer abhängig vom Phänotyp und ob eine Ko- Infektion mit HIV vorliegt Kann (!) unter Kontrolle auch selbst ausheilen.
(HDV) Hepatitis Typ D	Durch Blut übertragbar Meist durch gemeinsamen Drogengebrauch, sexuelle Übertragung ist sehr selten! Unvollständiger Virus, braucht zur Vermehrung HepB.	Drogengebrauch mit bestehender HepB		Die Impfung gegen HepB schützt auch vor HepD.	

6. Epidemiologische Situation von HIV und STI bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen

Die Beschreibung der epidemiologischen Situation in Bezug auf STI in Deutschland ist deshalb schwierig, da für den Großteil von ihnen seit dem Jahr 2001 keine Meldepflicht mehr besteht. Außer zu HIV, Hepatitis und Syphilis existieren daher kaum oder keine verlässlichen Daten bezüglich Neuinfektionen und Verbreitung von STI. Allerdings können aus den vorliegenden Zahlen europäischer Nachbarländer Rückschlüsse auf Deutschland gezogen werden. Sexuell aktive Jugendliche sind im Allgemeinen mit einem sehr hohen Risiko für STI konfrontiert - die Gruppe der 15- bis 25-Jährigen weist in Europa die höchste Rate bei STI auf. So entfallen 73% aller Chlamydien- und 43% aller Gonorrhö- Infektionen auf diese Altersgruppe (ECDC, 2013). In Schweden, Dänemark, Norwegen und Großbritannien wird davon ausgegangen, dass bis zu 10% der Jugendlichen mit Chlamydien infiziert sind. Diese Zahlen werden von einer Berliner Studie gestützt (Gille et al., 2011). Bei ca. 500 Mädchen unter 17 Jahren fiel jeder zehnte Chlamydien-Test positiv aus. Des Weiteren kommen im Durchschnitt vier Jahre nach dem ersten Sexualkontakt 60% aller Mädchen und jungen Frauen mit HPV in Berührung. Die 20- bis 25-Jährigen stellen in Bezug auf Neuinfektionen und die Verbreitung von HPV die am häufigsten betroffene Altersgruppe dar (DAH, 2012). In der Allgemeinbevölkerung haben Mädchen und junge Frauen ein höheres STI-Risiko.

HIV, Syphilis und Hepatitis C sind hauptsächlich in bestimmten Populationen prävalent, etwa bei Männern, die Sex mit Männern haben (MSM) oder Migrant_innen. Innerhalb dieser Gruppen liegen nicht selten Ko-Infektionen mit anderen STI vor. Die allgemeine Gefährdung von Jugendlichen bezüglich dieser meldepflichtigen Infektionskrankheiten wird im Präventionsdiskurs häufig als relativ gering bezeichnet. Bei Betrachtung des generellen Trends der Diagnosen von HIV, Syphilis und Hepatitis C kann festgestellt werden, dass auch diese sich zunehmend auf Jüngere, zumindest auf diejenigen, die einer der Hauptbetroffenengruppen angehören, verlagern. Dieser Zusammenhang mag für die folgenden dargestellten Daten verdeckt werden, in der zum Teil absolute Zahlen benannt werden. Zu beachten bei der Interpretation von absoluten Zahlen ist, dass die heutige Generation der Jugendlichen im Vergleich zu den geburtenstärkeren älteren Jahrgängen zahlenmäßig unterrepräsentiert ist und somit die relativen Zahlen (pro 100.000 Einwohner) aussagekräftiger sind. Insgesamt kann auch von einer für die Prävention relevanten Prävalenz von HIV und Syphilis sowie Hepatitis C unter Jugendlichen, besonders bei den 20 -24- jährigen jungen MSM gesprochen werden.

Deutschlandweit lebten Ende 2013 ca. 80.000 Menschen mit einer HIV-Infektion. Etwa 66% davon entfallen auf Männer, die sich beim Sex mit Männern angesteckt haben. Ungefähr 23% der HIV-Infektionen erfolgten bei Frauen, die sich beim Sex mit Männern und 7,5% auf heterosexuelle Männer, die sich beim Sex mit Frauen infizierten. In etwa 43% der Infektionen über heterosexuellen Geschlechtsverkehr wurden im Ausland erworben. 9,7% der HIV-Positiven haben sich über intravenösen Drogengebrauch angesteckt.

Im Jahr 2013 haben sich ca. 3200 Menschen mit dem HI-Virus infiziert. Diese Zahl entspricht in etwa derjenigen des vorangegangenen Jahres 2012. Von der geschätzten Gesamtzahl an Neuinfektionen entfallen etwa 2400 auf Männer, die Sex mit Männern haben. 360 Frauen und 190 Männer haben sich schätzungsweise im selben Zeitraum über heterosexuelle Sexkontakte mit HIV infiziert. Darüber hinaus sind ca. 300 Menschen über den Konsum von intravenösen Drogen HIV-positiv geworden.

Die geschätzte HIV-Inzidenz unter MSM ist in der Altersgruppe der 25 - 29-Jährigen, mit 19 HIV-Neuinfektionen pro 100.000 männlicher Einwohner, am höchsten und unter den 20 - 24-Jährigen am dritthöchsten.

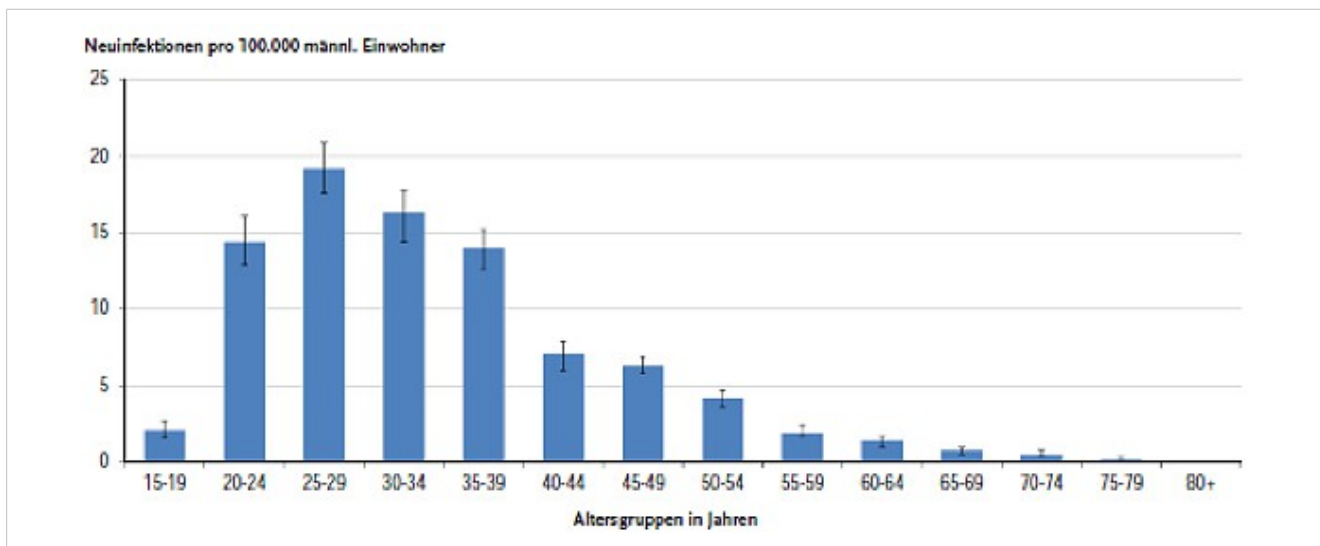


Abbildung 16:
HIV- Neuinfektionen pro 100.100 männlichen Einwohnern und Altersgruppen 2013
Quelle: RKI, 2014b, 434

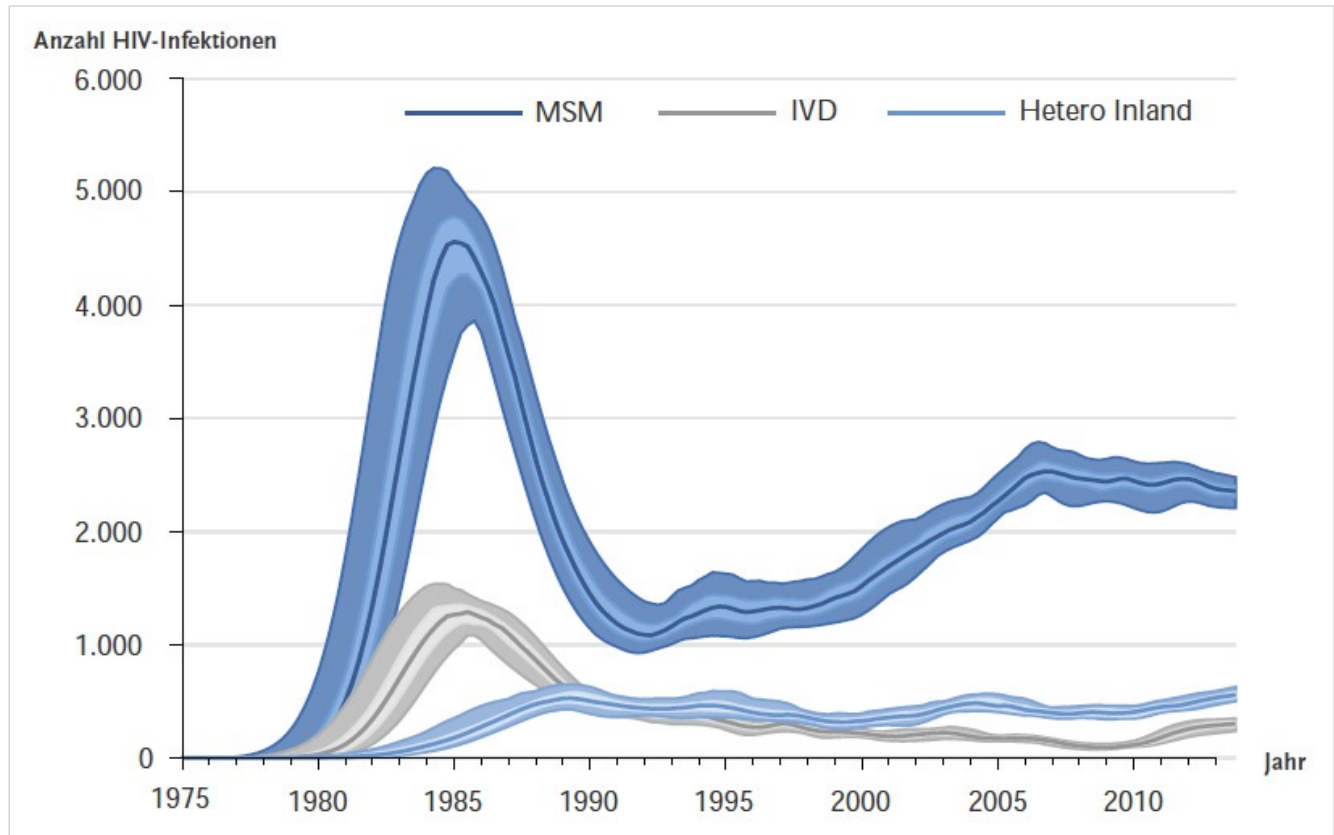
Die geschätzte Zahl derer, die sich in 2013 mit HIV infiziert haben, aber bislang nicht diagnostiziert wurden, stieg im Vergleich zum Jahr 2012 von 13.000 auf 14.000. Demgegenüber steht die Zahl derjenigen, die diagnostiziert wurden und eine antiretrovirale Therapie erhalten von 72% in 2006 auf 82% in 2013. Im Jahr 2013 starben ungefähr 550 Menschen an Folgen ihrer HIV- Infektion (vgl. RKI 2014b).

Bei Betrachtung der jüngsten Entwicklungen ist in den letzten Jahren ein deutlicher Anstieg der HIV-Neuinfektionen zu erkennen. Der Anstieg konzentriert sich vor allem auf die Gruppe der MSM. In dieser Gruppe sind die 20–29-Jährigen die am stärksten betroffene Gruppe. In den übrigen Bevölkerungsgruppen ist die Anzahl an Neuinfektionen weit gehend konstant geblieben (vgl. RKI 2014b).

Abbildung 17:

Geschätzte Gesamtzahl der HIV- Neuinfektionen in Deutschland seit Beginn der HIV- Epidemie 1975- 2013 nach Infektionsjahr und Transmissionsgruppe

Quelle: RKI 2014b: 430



Zum Verständnis der aktuellen HIV- Infektionsdynamik bei jungen MSM sind die Bedeutung der antiretroviralen Therapie (ART) und ihre Auswirkung auf die Bedrohungswahrnehmung von HIV sowie das veränderte Schutzverhalten von großer Bedeutung. Nach Einführung der ART ab dem Jahr 1996 wandelte sich die Situation der von HIV- Betroffenen grundlegend. Wenngleich eine HIV- positive Diagnose auch heute noch zum Teil schwerwiegende physische, psychosoziale und mitunter auch soziale Folgen für den Einzelnen haben kann, hat die Verfügbarkeit hochwirksamer Medikamente nicht nur die Lebensqualität, sondern auch die durchschnittliche Lebenserwartung deutlich erhöht. In Folge dessen hat sich die Wahrnehmung von HIV zunehmend von der einer lebensbedrohlichen Krankheit hin zu einer gut therapierbaren chronischen Infektion entwickelt, die nunmehr eine weitaus geringere gesundheitliche Bedrohung darstellt als in der Zeit vor 1996.

In der sozialwissenschaftlichen Präventionsforschung wird die Zunahme sexuellen Risikoverhaltens im Zuge der verringerten Bedrohungswahrnehmung von HIV für die stärkere Verbreitung von HIV und STI mit verantwortlich gemacht (vgl. Langer 2009a, b; Rosenbrock, Schaeffer 2002). Die Abnahme eines konsistenten Gebrauchs von Kondomen und die gleichzeitige Zunahme fehleranfälliger Risikominimierungsstrategien bei MSM stimmt zeitlich mit dem Anstieg von HIV, STI – vor allem Syphilis, Gonorrhö und Chlamydien – und Ko- Infektionen überein (vgl. Langer 2009a, b; RKI 2014b). Wie bereits an anderer Stelle betont, erhöht eine unerkannte und dementsprechend unbehandelte STI das Risiko sich mit anderen STI und/oder HIV anzustecken erheblich, da die verletzte Schleimhäute Erregern und Viren den Eintritt in den Körper erleichtern.

Einen nicht unerheblichen Einfluss auf das Infektionsgeschehen bei jungen MSM dürfte auch die veränderte HIV-Prävention haben. Die klassischen Präventionsstrategien und -botschaften der 80er und 90er Jahre sind in den letzten Jahren durch Strategien aus dem biomedizinischen Bereich ergänzt worden. 2013 wurden offizielle Leitlinien verabschiedet, wonach HIV-Positive unter lang anhaltender und wirksamer Therapie nicht infektiös sind (DAH 2013a). Dementsprechend werden Sexkontakte mit einem HIV-Positiven unter einer wirksamen ART als Safer Sex eingestuft. Diese Safer-Sex-Methode wird im Präventionskontext als „Schutz durch Therapie“ bezeichnet. Zwar bietet diese Methode einen wirksamen Schutz gegen eine HIV-Infektion, nicht aber gegen die Ansteckung mit STI. Die Anwendung von Schutz durch Therapie bedarf einer gründlichen und individuellen Beratung und Aufklärung – so ist es nicht erstaunlich, dass es in der Vermittlung und Diskussion zu den Bereichen Schutz durch Therapie, zu Prä- und Postexpositions-Prophylaxe zu Verständnisproblemen, Unsicherheiten und Missverständnissen bezüglich der Transmissionswahrscheinlichkeiten und Übertragungsrisiken kommt und kommen kann (Langer 2009a, Wilke 2013). MSM haben heute einen signifikant höheren Entscheidungs- und Handlungsspielraum in Bezug auf den Schutz vor HIV als noch vor einigen Jahren (vgl. Langer, 2009 a,b). Die Präventionsarbeit steht aufgrund der inzwischen zur Verfügung stehenden biomedizinischen Präventionsinstrumente vor neuen Herausforderungen – sie ist komplexer, auch komplizierter geworden, weil die Botschaften komplexer und komplizierter geworden sind. Hinzu kommt, dass es in Zeiten des Internets und der sozialen Medien, die auch zur Anbahnung sexueller Kontakte zunehmend genutzt werden, schwieriger geworden ist, die Präventionsbotschaften an die Adressaten zu bringen. Die Prävention muss auch hier lernen neue Wege zu beschreiten, ohne dabei die klassische Vor-Ort-Prävention vollständig aufzugeben.

Syphilis

Syphilis-Infektionen galten bislang als unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen als nicht weit verbreitet. Inzwischen jedoch sind junge Menschen – vor allem MSM – in zunehmendem Maße von ihnen betroffen.

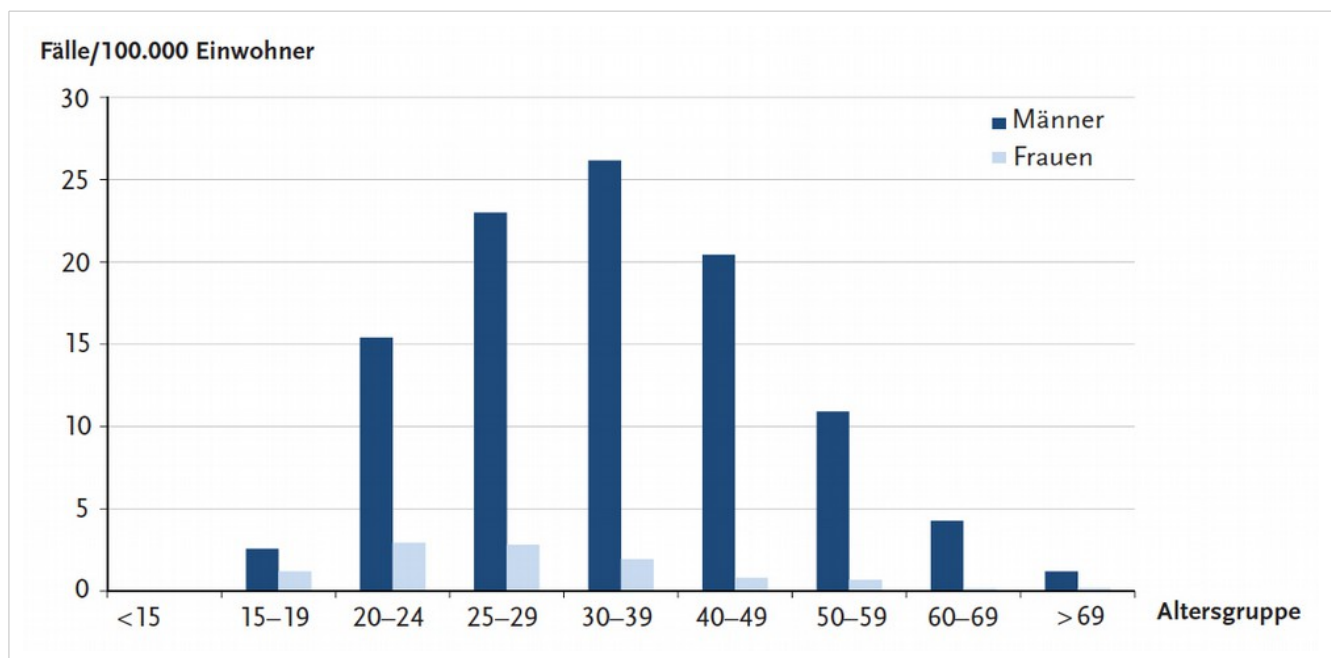


Abbildung 18: Gemeldete Syphilis Inzidenz nach Alter und Geschlecht, Deutschland IfSG 2013 (n = 5.015)
Quelle: RKI Epidemiologisches Bulletin Nr. 50

Die zweithöchste Neuinfektionsrate unter Männern gab es im Jahr 2013 in der Altersgruppe der 25 - 29-Jährigen. Bei Frauen ergab sich die höchste Neuinfektionsrate in der Altersgruppe der 20 - 24-Jährigen. Insgesamt gab es im Jahr 2013 5.015 Syphilis-Fälle. Damit erhöhte sich die Anzahl der Infektionen um 13,5% gegenüber dem Vorjahr. Der Frauenanteil der gemeldeten Fälle lag bei ca. 7,5%. Die Syphilis-Neuinfektionen unterscheiden sich demnach erheblich zwischen den Geschlechtern. Etwa vier von fünf aller Syphilis-Infektionen in Deutschland werden über sexuelle Kontakte zwischen Männern übertragen (RKI, 2014c).

Hepatitis C

Im Jahr 2013 wurden 5.156 Fälle einer erst diagnostizierten Hepatitis C-Infektion gemeldet. Die Neuinfektionsrate stieg im Vergleich zum Vorjahr leicht, ist jedoch niedriger als in den Jahren 2008 bis 2012.

Die Neuinfektionen waren unter Jungen und Männern mit 8,1 Erstdiagnosen pro 100.000 Einwohner wesentlich höher als unter Mädchen und Frauen (4,5). Bei den Männern kamen die häufigsten Neuinfektionen in der Altersgruppe der 30 - 39-Jährigen vor, bei den Frauen hingegen bei den 25 - 29-Jährigen. Unter den Fällen mit belastbaren Angaben zum Übertragungsweg gilt sowohl bei Männern, wie bei Frauen eine Übertragung von Hepatitis C durch intravenösen Drogengebrauch als häufigste Ursache für eine Ansteckung. Die Tatsache, dass Männer häufiger Drogen intravenös konsumieren als Frauen erklärt die erheblich höhere Neuinfektionsrate mit Hepatitis C unter Männern im Vergleich zu den Frauen. Die zweithäufigste Ursache für eine Ansteckung ist die Übertragung von Hepatitis C in der Gruppe der MSM (RKI, 2014a).

Chlamydien und Gonorrhö

Wesentlich breiter über die Allgemeinbevölkerung verteilt und besonders häufig bei 15 - 24-jährigen Jugendlichen vorkommend, sind die anderen, nicht-meldepflichtigen sexuell übertragbaren Infektionen wie Chlamydien, Gonorrhö und HPV. Im Vergleich zu Erwachsenen gehen häufigere Partnerwechsel bei Jugendlichen der Allgemeinbevölkerung mit höheren Inzidenzen bei diesen STI einher (von Rügen, 2010).

In der EU und in Norwegen ist die Infektion mit *Chlamydien*, die am weitesten verbreitete sexuell übertragbare Infektion. Ungefähr 75% aller Infektionen entfallen nach Angaben des European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC, 2013) auf Jugendliche bis 24 Jahre, insbesondere auf junge Frauen zwischen 16 und 19 und Männer zwischen 20 und 24 Jahren. In den Ländern Schweden, Dänemark, Norwegen und Großbritannien, in denen Infektionen mit Chlamydien während des 2000er Jahrzehnts deutlich angestiegen sind, wird davon ausgegangen, dass die Prävalenz bei Jugendlichen bei bis zu 10% liegen könnte. Untersuchungen in Deutschland stützen diese Schätzungen. Bei einer in Berlin von der Ärztlichen Gesellschaft zur Gesundheitsförderung der Frau e.V. (Gille et al., 2011) durchgeführten Interventionsstudie, wurden die Mädchen aus 92 Schulklassen bezüglich ihres Wissens zu Chlamydien befragt und ihnen ein Screening angeboten. Insgesamt lagen 521 Abstriche und Fragebögen vor, davon 266 von minderjährigen Mädchen. 6,4% der gesamten Stichproben wurden positiv auf Chlamydien getestet. Die Expositionszeit, d. h. die Zeit nach dem ersten Geschlechtsverkehr bis zum Zeitpunkt der Diagnose, betrug 19 Monate. Mit zunehmendem Alter stieg die Prävalenz an. Während bei den unter 15-Jährigen 3,6% positiv getestet waren, waren es bei den unter 17-Jährigen bereits 10%. Zudem konnte ein Bildungszusammenhang festgestellt werden: Hauptschülerinnen und Mädchen ohne Schulabschluss stellten mit fast 11% die am häufigsten betroffene Gruppe dar.

Die Chlamydien-Prävalenz war zudem von der Anzahl der Sexpartner abhängig. Bei Jugendlichen mit mehr als zehn Sexpartnern erreichte die Prävalenz 19% (ebd.). In der Prävention mit jungen Mädchen muss deshalb der Infektion mit Chlamydien ein hoher Grad an Bedeutung beigemessen werden, um Folgeschäden für die reproduktive Gesundheit der jungen Frauen zu verhindern.

Jugendliche, vor allem junge Männer, stellen in Europa ebenfalls die am stärksten von *Gonorrhö* betroffene Gruppe dar. Mehr als 40% aller diagnostizierten Fälle entfallen auf die 15- bis 24-Jährigen; mit Ausnahme zweier europäischer Länder beträgt sie nach Angaben des European Centre for Disease Prevention and Control sogar mehr als 50% (ECDC, 2013). Nur für Deutschland und Liechtenstein liegen aufgrund der fehlenden Meldepflicht keine epidemiologischen Daten vor. Die bis 2000 erfassten Daten des Robert- Koch- Instituts (RKI) machen indes deutlich, dass sich die epidemiologische Situation in Deutschland wohl ähnlich darstellen dürfte. Hier liegen sogar Daten zu den einzelnen Bundesländern vor. In Berlin stellten im Jahr 2000 - in relativen Zahlen gemessen - unabhängig vom Geschlecht Jugendliche bis 24 Jahre bei den inzidenten Gonorrhö-Infektionen von allen Altersgruppen die am häufigsten betroffene Gruppe dar (RKI, 2000). Gonorrhö liegt zudem als typische Ko-Infektion mit Chlamydien vor. In ca. 10-30% aller Gonorrhö-Fälle wurde zusätzlich eine Infektion mit Chlamydien diagnostiziert (ECDC, 2013).

7. Leben mit HIV

7.1. Stigmatisierungs- und Zuschreibungsprozesse im Kontext von HIV

Stigmatisierungen sind eingebettet in gesellschaftliche, wirtschaftliche, kulturelle und religiöse Rahmen und sind als ein dynamischer Prozess zu verstehen, der in und zwischen Individuen und Gruppen abläuft. Diese werden vor allem dann diskreditiert und stigmatisiert, wenn sie Verhaltensweisen und Attribute zeigen, die von anderen als ungewöhnlich, unnatürlich und/oder minderwertig eingestuft und empfunden werden (vgl. Goffman, 1967). Bei Homosexuellen beispielsweise erfolgt die Stigmatisierung und Diskriminierung aufgrund ihres als abweichend etikettierten sexuellen Verhaltens. Stigmatisierungs- und Zuschreibungsprozesse verlaufen mehrstufig: zwischen Individuen und Gruppen werden Diskrepanzen festgestellt, zum Beispiel in Bezug auf die sexuelle Orientierung oder den HIV-Status. Die wahrgenommenen Unterschiede werden häufig genutzt, um weitere negativ konnotierte Eigenschaften mit den stigmatisierten Individuen und Gruppen in Verbindung zu bringen, um diese schließlich abzuwerten. Personen, von denen die Diskriminierung und Ausgrenzung ausgeht, nehmen selbst in der Regel als „moralischer“ und „überlegen“, als Repräsentanten der Norm wahr. Die Etikettierung als „abweichend“ hat langfristig Auswirkung auf die Identität der Stigmatisierten, welche die Zuschreibungen der sozialen Umwelt nicht selten in ihr Selbstbild integrieren (vgl. ebd., Lamert, 1951; Blumer, 1969). Prozesse der Stigmatisierung und Etikettierung haben tendenziell die Wirkung von „sich selbst erfüllenden“ Prophezeiungen: Die beschriebenen Mechanismen treiben Personen und Gruppen dabei mitunter erst zu abweichenden Verhaltensweisen und zur Übernahme abweichender Lebensstile.

Gerade der soziale Ausschluss und die Erfahrung gemieden zu werden, führen nicht selten in abweichende Subkulturen und generieren eine abweichende Identität bei Stigmatisierten (ebd.).

Vor allem der Faktor Macht, aber auch gesellschaftliche Normen und Werte spielen eine entscheidende Rolle bei der Aufteilung in Stigmatisierer und Stigmatisierte. Er beeinflusst ebenfalls den Umstand, ob auf Stigmatisierung Diskriminierung folgt. Diskriminierung kann dabei als Umsetzung von Stigmatisierung im Alltag verstanden und definiert werden (DAH, 2013b). Wer als „anders“ oder abweichend“ etikettiert wird, ist nicht nur abhängig von der moralischen oder ethischen Bewertung seines Verhaltens, sondern auch von anderen sozialen Attributen, wie Alter, Herkunft und gesellschaftlicher Schicht. Insbesondere, wenn die gesellschaftliche Mehrheit ein vermeintliches Risiko definiert, das ihrer Ansicht nach von einer stigmatisierten Minderheit ausgeht, werden Prozesse der Etikettierung und Stigmatisierung sowie der Diskriminierung erleichtert. Ein anschauliches Beispiel hierfür ist HIV. Seit Beginn der HIV-Epidemie werden HIV-Positive und an Aids- Erkrankte nicht nur gesellschaftlich stigmatisiert, sondern erfahren und erfahren auch in ihrem Alltag immer wieder Formen sozialer Ausgrenzung.

Bei der HIV-bezogenen Stigmatisierung wird über HIV vor allem die Ablehnung gegenüber anderen als „abweichend“ etikettierten Verhaltensweisen artikuliert - Sex zwischen Männern (insbesondere Analverkehr) intravenöser Drogenkonsum oder Sexarbeit. HIV-bezogene Stigmatisierung wird dabei genutzt, um bestehende Macht- und Herrschaftsverhältnisse und die Stigmatisierung anderer „abweichender“ Lebensentwürfe und Verhaltensweisen zu verfestigen. Die von HIV hauptsächlich betroffenen Gruppen erfahren auch jenseits der Infektion – wie auch HIV- Positive - in vielen unterschiedlichen Lebensbereichen soziale Ausgrenzung, sei es in der Familie, in der Freizeit oder am Arbeitsplatz.

Stigmatisierung hat viele Ursachen und kann unterschiedliche Funktionen erfüllen. Bei HIV spielt die Auseinandersetzung mit Krankheit und Tod eine zusätzliche Rolle. Häufig reagieren Menschen angstbesetzt auf das Thema HIV, da sie die Auseinandersetzung mit der eigenen Sterblichkeit scheuen. Die Stigmatisierung HIV- Positiver kann zudem Ausdruck der Angst sein sich selbst mit HIV zu infizieren, aber auch der Äußerung eigener Werthaltungen und moralischer Vorstellungen dienen, die wiederum als Versuch gesehen werden können durch die Verurteilung bestimmter Verhaltensweisen oder Attribute die existierende gesellschaftliche Ordnung zu wahren. Häufig geht die Abwertung Anderer mit einer Selbstaufwertung des eigenen Ichs und einer Steigerung des Selbstbewusstseins einher. In Gruppen werden zudem oft das Zusammenhörigkeitsgefühl und die Gruppenidentität gestärkt. Da vor allem marginalisierte und ausgegrenzte Gruppen, die häufig diskriminierte und tabuisierte Verhaltensweisen vollziehen, besonders von HIV betroffen sind, wird die Diskriminierung dieser Gruppen durch ein zusätzliches, das HIV-bezogene Stigma, in der Regel verstärkt.

Mit Aufklärung kann Stigmatisierung und Diskriminierung gegenüber den von HIV hauptsächlich betroffenen Gruppen und HIV-Positiven entgegengewirkt werden. Die Einführung der ART hat einen wesentlichen Beitrag zur allmählichen De-Stigmatisierung von HIV-Positiven geleistet (vgl. Rosenbrock et al. 2002, Langer 2009a). Neuere Erkenntnisse der Stigma-Forschung (vgl. Drewes, 2013) zeigen, dass die ART und ihr Einfluss auf die Infektiösität von Positiven das Potenzial haben, das Ausmaß an Stigmatisierung gegenüber HIV-Positiven zu verringern.

7.2. Folgen von Stigmatisierung für die Hauptbetroffenengruppen und HIV-Positive

Viele Menschen, die von Stigmatisierung betroffen sind, verinnerlichen die Vorwürfe, Ausgrenzungen und Abwertungen, die sie im Laufe ihres Lebens erfahren (haben). Diese negativen Zuschreibungen und das Gefühl als „anders“ wahrgenommen zu werden können sich sowohl auf das Selbstwertgefühl als auch auf das Selbstbewusstsein auswirken. Häufig sind stigmatisierte Menschen gezwungen eine Informationskontrolle zu betreiben (vgl. Goffman, 1967: 56ff). So müssen sie etwa ihre sexuelle Orientierung oder ihren HIV-Status vor Freunden, Bekannten und am Arbeitsplatz verstecken. Menschen, die sich selbst nicht wertschätzen, legen häufig auch weniger Wert auf ihre Gesundheit, was sich unter anderem in verstärktem Alkohol- und Drogenkonsum oder in der Vermeidung bzw. Verzögerung von Arztbesuchen äußern kann (vgl. DAH, 2013b). Wie Menschen mit diesen (häufig anhaltenden) negativen äußeren und inneren Einflüssen auf ihr Selbstbild umgehen können, hängt unter anderem von ihrer Lebenssituation ab und welche Strategien sowie inneren Kräfte zur Bewältigung sie besitzen. Die Unterstützung des sozialen Umfelds und der offene Umgang mit der Infektion können dabei wichtige protektive Faktoren bilden. Fehlende Unterstützung, Zurückweisung und die permanente Geheimhaltung der Infektion am Arbeitsplatz oder in der Familie können zu Isolation und psychischen Beeinträchtigungen führen (ebd.). Durch die Stigmatisierung von Menschen mit HIV und anderen scheinbar „normabweichenden“ Lebensweisen ist es schwierig diese Gruppen mit Präventionsbotschaften zu erreichen und die Inanspruchnahme von HIV/STI-bezogenen Dienstleistungen bei ihnen zu fördern. Dies kann zum Beispiel zur Folge haben, dass Zugehörige von Risikogruppen erst bei Aids-definierenden Symptomen einen HIV-Test machen und demzufolge erst spät mit der ART beginnen können.

7.3. Das Ausmaß von Stigmatisierung gegenüber HIV-Positiven in Zahlen: Ergebnisse aus dem Projekt „positive Stimmen“

Im Projekt „positive Stimmen“ (DAH, 2013b), das die Umsetzung des PLHV Stigma Index in Deutschland gewährleistet, haben 40 Interviewer_innen 1148 Menschen mit HIV aus ganz Deutschland darüber befragt, ob und wie sie Stigmatisierung erleben. Hervorzuheben ist dabei der Ansatz des Projekts als Peer- Forschung: die Interviewer_innen gehören der gleichen Bezugsgruppe an wie die Befragten.

Die Auswertung des Projekts verdeutlichte die HIV- bezogene Stigmatisierung: so gaben 50% derjenigen, die im Jahr vor der Befragung von gesellschaftlichen Zusammenkünften ausgeschlossen wurden (13%) an, dies sei aufgrund ihrer HIV Infektion erfolgt. 41% von ihnen, die dies nicht auf ihren HIV- Status zurückführten, gaben ihre sexuelle Orientierung als Grund an, 11% ihre Migrationsgeschichte und 10% ihren Hintergrund als Drogenkonsument_in (vgl. ebd. 56)

Eine Übersicht über die wichtigsten Ergebnisse:

Gesundheit: 19% der Befragten gaben an im vergangenen Jahr eine Verweigerung im Gesundheitsdienst erlebt zu haben. Dabei unterscheiden sich die Erfahrungen je nach Gruppenzugehörigkeit erheblich: die größten Anteil verzeichnen hier die Sexarbeiter_innen mit 48%.

Arbeit: 45% der Befragten, die an ihrem Arbeitsplatz offen mit ihrer HIV- Infektion umgehen, berichten von einer unterstützenden Reaktion des Arbeitgebers. 29% von einer neutralen und 26% von einer diskriminierenden Reaktion.

Sexualität: Fast die Hälfte der Befragten hat im Jahr vor der Befragung sexuelle Zurückweisung aufgrund des HIV-Status erlebt. Als Gründe hierfür werden Ängste, Unsicherheiten und offene ungeklärte Fragen vor allem in Bezug auf Infektionsrisiken genannt.

Offener Umgang: 85% der Befragten geben an gegenüber ihren Partner_innen komplett und freiwillig, offen mit ihrem HIV- Status umzugehen – lediglich 13% sind dies auch gegenüber ihren Nachbarn. Diskriminierende Reaktionen erlebten 17% von ihren Partner_innen, 36% von den Nachbarn.

Verinnerlichung von Stigmatisierung: 42% aller Befragten hatten im vergangenen Jahr an mindestens einem Zeitpunkt ein niedriges Selbstwertgefühl aufgrund ihrer HIV- Infektion. 75% gaben an aufgrund ihrer Infektion deprimiert und traurig gewesen zu sein, 32% machten sich Selbstvorwürfe und 23% empfanden Schuldgefühle. Lediglich 20% gaben an keinerlei negative Gefühle im Zusammenhang mit ihrer HIV- Infektion im letzten Jahr durchlebt zu haben.

Rechte, Gesetze, Leitlinien: 16% berichteten, dass ihnen der Abschluss einer Versicherung verweigert wurde.

Veränderungen: Etwas über Hälfte der Befragten (51%) gaben an sich im letzten Jahr im HIV-Bereich engagiert zu haben. Der Großteil ist in der Selbsthilfe oder in einem Netzwerk tätig.

Die Ergebnisse zeigen, dass Stigmatisierung und Diskriminierung erhebliche Auswirkungen auf die physische und psychische Gesundheit HIV- positiver Menschen haben können. Zu den wichtigen Aufgaben der Präventionsarbeit gehört es, der Gesamtgesellschaft die negativen Folgen von Stigmatisierung bewusst zu machen. HIV- positive und ihre Unterstützer_innen und Zugehörigen sollen darin bestärkt werden, Stigmatisierung weiter abbauen zu helfen – um die Gesellschaft insgesamt offener und vielfältiger werden zu lassen.

Ein Trauma bildet sich aus, wenn für die aktuelle Situation in der bisherigen Lebensgeschichte keine Lösungsstrategie entwickelt wurde, die nun in diesem Moment zur Anwendung kommen könnte (Fischer, Riedesser, 2003). Aus dieser „Interferenz von Situationsfaktoren und persönlicher Situationsdeutung bildet sich das Traumaschema aus (ebd.: 127f).“ Dies macht deutlich, dass eine enge Verzahnung von biologischen, psychischen und sozialen Prozessen besteht.

Die psychische Befindlichkeit HIV-Infizierter hängt stark von sozialen und biologischen Faktoren ab und wird von diesen beeinflusst und ausgelöst (Escobar Pinzón, 2000). Die biologische Situation stellt sich wie folgt dar: Veränderung der Antikörper und Helferzellen (Viruslast), Therapiebeginn mit Medikamenten aufgrund einer erhöhten Viruslast oder anderer medizinischer Faktoren, ggf. Verschlechterung des Gesundheitszustands, Auftreten von opportunistischen Infektionen, die Diagnose Aids, um nur einige Beispiele zu nennen. Mit jeder Verschlechterung der Immunwerte, die regelmäßig kontrolliert werden, kann auch die Angst vor einer schwerwiegenden Erkrankung oder dem Tod zunehmen oder auftreten (Weilandt, 2000).

Wie bereits erwähnt, spielt auch die bisherige Biografie und somit auch die soziale Situation eine entscheidende Rolle bei der Bewältigung dieser möglichen Belastungen.

Die Diagnose einer HIV-Infektion kann auch eine Reihe sozialer Folgen mit sich bringen. Satzinger (1991: 18) fasst sie wie folgt zusammen:

- Fremd- und Selbstdiskriminierung
- Schuldhaftes Erleben der bisher gelebten Sexualität, einhergehend mit Identitätskrisen
- Einschränkung oder Verlust von Sexualität
- Belastungen der Partnerschaft bis hin zur Trennung
- Auftreten verschleppter Coming-out-Probleme (gegenüber Partner_in, Arzt, Angehörigen)
- Verlust der Wohnung
- Verlust des Arbeitsplatzes, verbunden mit starken finanziellen Einschränkungen
- Abbruch von Freundschaften (seitens der Betroffenen und des sozialen Umfelds)
- Konflikte in der Familie.

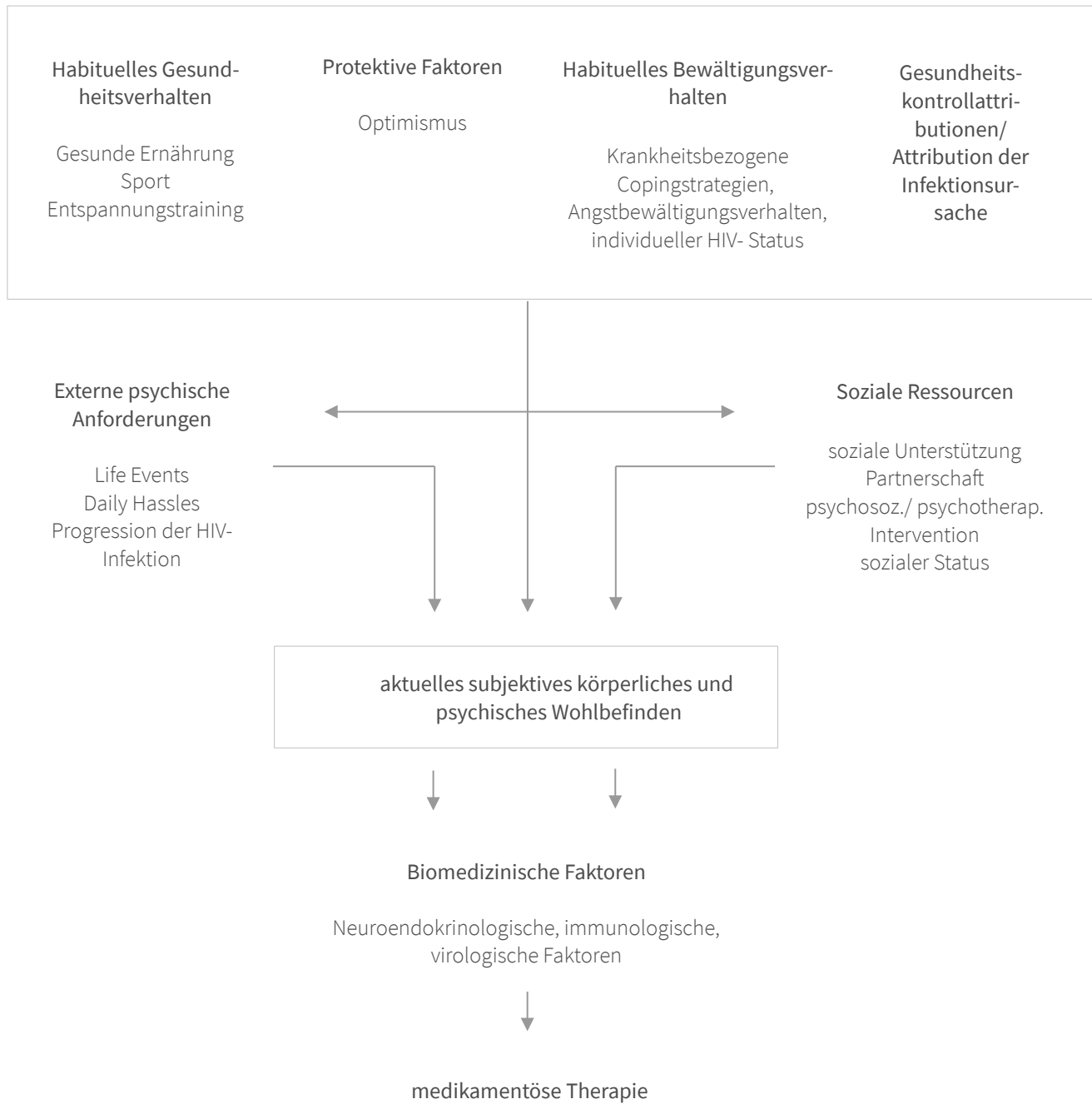
Weilandt (2000, S. 619) adaptierte das von Becker entwickelte interaktionistische Modell zur Erklärung des aktuellen körperlichen und psychischen Gesundheitszustands an die Situation von Menschen mit HIV.

Die Abbildung verdeutlicht wie sich interne und externe Ressourcen auf den Gesundheitszustand auswirken können und zeigt auch wie biologische, soziale und psychische Faktoren zusammenhängen. Die in das Modell eingegangenen biomedizinischen Faktoren wie neuroendokrinologische, immunologische und virologische Faktoren, werden durch die medikamentöse Therapie beeinflusst und wirken sich auf das aktuelle subjektive physische und psychische Wohlbefinden aus, welches wiederum Auswirkungen auf die biomedizinischen Faktoren hat. Weitere Einflüsse auf das psychische Wohlbefinden sind externe psychische Anforderungen, die durch die Umwelt herangetragen werden, (externe) soziale Ressourcen, wie soziale Unterstützung, Partnerschaft, psychosoziale und psychotherapeutische Interventionen und der soziale Status, und interne psychische Ressourcen. Unter internen psychischen Ressourcen versteht Weilandt das habituelle Gesundheits- und Bewältigungsverhalten, protektive Faktoren und Gesundheitsattribution, sowie die Attribution der Infektionsursache. All diese Faktoren tragen zum psychischen und physischen Wohlbefinden des HIV-Positiven bei und sind bei einer Therapie zu berücksichtigen (vgl. Weilandt, 2000).

Abbildung 19:

Modell zur Erklärung des aktuellen körperlichen und psychischen Gesundheitszustandes von Menschen mit HIV.

Quelle: eigene Darstellung nach Weilandt, 2000: 619.



8. HIV/STI- Prävention in der Praxis

8.1. Präventionsworkshops: Grundsätze. Methoden- und Ablaufpläne

8.1.1. Grundsätze der Arbeit

Die pädagogischen Grundsätze dienen als Leitgedanken, die die Angebote für Jugendliche und junge Erwachsene maßgeblich prägen sollen. Jedes Teammitglied richtet sich in seiner Arbeit mit den Jugendlichen an diesen Richtlinien aus. Dies unterstützt eine gute Qualität in den verschiedenen Angeboten des Programms.

Partizipation

Der Inhalt soll den Bedürfnissen der Jugendlichen angepasst sein. Die Veranstaltungen sollen interaktiv ablaufen und die Beteiligung der Teilnehmenden fördern.

Sukzessive Qualitätsmaximierung

Es besteht immer die Möglichkeit bereits ausgewählte Methoden und Abläufe zu überprüfen und zu hinterfragen, sie weiter zu entwickeln und zu verändern.

Anpassung der inhaltlichen Ausrichtung an Vorkenntnisse der Gruppe

Die Schwerpunktsetzung der Präventionsveranstaltung ist offen gestaltet und abhängig von der konkreten Situation und Gruppe. Dies bietet den Teamer_innen im Einzelfall die Möglichkeit über die Intensität bestimmter Abschnitte in den Veranstaltungen entscheiden zu können, da häufig recht unterschiedliche Vorkenntnisse bezüglich der Infektionsrisiken etc. vorhanden sind, um nur ein Beispiel zu nennen.

Situationsbezogenheit der Didaktik

Didaktische Entscheidungen sollen sich an den spezifischen Bedingungen der jeweiligen Gruppe orientieren.

Überwältigungsverbot

Die Teamer_innen dürfen die Jugendlichen keinesfalls mit erwünschten Meinungen „überrumpeln“ und an der Bildung eines selbstständigen Urteils hindern. Eigene Meinungen und Haltungen spielen in den Angeboten eine zentrale Rolle und dürfen und sollen geäußert werden. Ziel der Arbeit bleibt eine informelle Selbstbestimmung der Jugendlichen, die anhand offener Gespräche und Auseinandersetzung mit unseren Themen erreicht werden sollen.

Organisatorische Grundsätze

Die Gruppengröße ist niedrig anzusetzen. Die Anzahl von 16 Jugendlichen sollte nicht überschritten, die von sechs Jugendlichen nicht unterschritten werden. Nach Möglichkeit sollte eine geschlechtsspezifische Einteilung der Gruppe erfolgen. Dies gilt ebenfalls für die Teamer_innen. Das Alter der Jugendlichen sollte 14 Jahre nicht unterschreiten (BZgA 2001).

Sprache

Die verwendete Sprache der Teamer_innen in den Workshops spielt eine nicht zu unterschätzende Rolle, da sie zur Partizipation der Jugendlichen und zur allgemein vorherrschenden Atmosphäre während der Veranstaltung erheblich beiträgt.

Daher sollten wir:

- Eine verständliche Sprache sprechen
- Fach- und Umgangssprache mischen
- Verschiedene „Sprachen“ in unterschiedlichen Situationen zur Verfügung haben
- Berücksichtigen, dass es kaum neutrale Begriffe zum Thema Sexualität gibt und die offiziellen häufig technisch und kalt wirken und aus diesem Grund nicht immer ideal für die Arbeit mit Jugendlichen sind
- Beachten, dass andere Menschen Sprache anders aufnehmen, assoziieren und bewerten
- Berücksichtigen, dass es eine „Frauensprache“ und eine „Männersprache“ gibt
- Begreifen, dass sich unser eigenes Sprachverständnis entwickelt und verändert

Geschlechtertrennung

In der Regel werden die Gruppen im Lauf der Veranstaltung - nach einem gemeinsamen Einstieg - in Mädchen und Jungen aufgeteilt. Der Vorteil dieser Methode ist, dass eine entspannte und vertrauensvolle Atmosphäre entstehen kann, die frei von Selbstdarstellungsdrang, Unsicherheiten und Peinlichkeiten gegenüber dem anderen Geschlecht gehalten werden kann. Dementsprechend ist es sinnvoll, dass die Gruppen von Teamer_innen des jeweiligen Geschlechts geleitet und betreut werden, um auf diese Art näher an den Problemen, der Lebenswelt und den Sichtweisen der Jugendlichen ansetzen zu können. Aufgrund der Teamzusammensetzung wird es nicht in allen Fällen möglich sein dieses Prinzip auch zu realisieren. Dies muss allerdings nicht zwangsläufig ein Nachteil sein, da sich auch aus einer gegengeschlechtlichen Gruppenleitung Chancen und positive Effekte ergeben können, indem die Jugendlichen gerade mit den Lebenswelten und Sichtweisen des jeweils anderen Geschlechts konfrontiert werden.

Chancen, wenn Männer mit Mädchen arbeiten

- **Perspektivwechsel:**
sich in das andere Geschlecht hineinversetzen
- **Wahrnehmungsverständnis:**
Wie wirken Mädchen für Jungen?
Möglichkeit Handlungsmuster der Jungen zu hinterfragen und zu verstehen
Hilfreiche Hinweise im Umgang mit Jungen
Loch in den Bauch fragen: der Mann als Informationsquelle um Jungen zu verstehen

Chancen, wenn Frauen mit Mädchen arbeiten

- **Parteilichkeit:**
sich für das eigene Geschlecht einsetzen/stark machen
- **Authentizität:**
Expertin in eigener Sache
- **Gelassenheit:**
Teamerinnen haben eventuell ähnliches erlebt und können dadurch Sorgen und Ängste nehmen
- Sicherheit und geringere Scham durch Vertrauensvorschub
- Größere Sensibilität im gegenseitigen Umgang
- Frau als Vorbild und Orientierungshilfe
- Möglichkeit zum Erfahrungsaustausch, auch zu womöglich „schwierigen Fragen und Entwicklungen in der Pubertät
- Gleiche Ebene der Kommunikation durch größere Sensibilität in Bezug auf die Sprache
- Möglichkeit zur Reibung und zum Hinterfragen

Chancen, wenn Männer mit Jungen arbeiten

- **Parteilichkeit:**
sich für das eigene Geschlecht stark machen
- **Authentizität:**
Experte in eigener Sache
- **Gelassenheit:**
Teamer haben eventuell ähnliches erlebt und können dadurch Sorgen und Ängste nehmen
- Sicherheit und geringere Scham durch Vertrauensvorschub
- Größere Sensibilität im gegenseitigen Umgang
- Mann als Vorbild und Orientierungshilfe
- Möglichkeit zum Erfahrungsaustausch auch zu möglicherweise „schwierigen“ Fragen und Entwicklungen in der Pubertät
- Gleiche Ebene der Kommunikation durch größere Sensibilität in Bezug auf die Sprache
- Möglichkeit zu Reibung und zum Hinterfragen

Chancen, wenn Frauen mit Jungen arbeiten:

- Rollenbild-Veränderung: „Mädchen können auch anders“
- Die „große Schwester“ als beruhigendes Element: Jungen müssen sich nicht miteinander messen
- „Gefallen-Wollen“ als Motivation: „Wir können auch anständig“
- Die Möglichkeit konfrontativen Arbeitens
- Loch in den Bauch fragen: Frau als Informationsquelle um „Mädchen zu verstehen“
- Normalität im Umgang mit Frauen erfahren

8.2. Methoden

8.2.1. Methodentypen

Ein Ziel unserer Arbeit ist es mit allen Teilnehmer_innen und Besucher_innen einen gemeinsamen Lernprozess zu gestalten. Um einen Einblick in die anspruchsvolle Aufgabe der Seminar moderation – und –leitung zu geben, wird zunächst ein Überblick über die am häufigsten verwendeten Methoden gegeben, gefolgt von den Grundsätzen zur Methodenauswahl und Anleitung der Gruppe (Günther, Sperber 2008) .

Kurzvortrag oder Referat

Mittels eines Kurzvortrags, der von der Seminarleitung, aber durchaus auch von den Teilnehmenden, gehalten werden kann, wird Lernstoff vermittelt und werden Arbeitsergebnisse vorgestellt. Hierbei sind eine angemessene Visualisierung, da rein mündliche Vorträge rasch ermüden können, und eine zeitliche Beschränkung wichtig, da die Aufnahmefähigkeit nach spätestens 20 Minuten deutlich nachlässt.

Lehrgespräch

Darunter ist ein gezielt geführtes Gespräch zu einem bestimmten Thema zu verstehen, bei dem ein Dialog zwischen Leitung und Teilnehmenden entstehen soll, der durch gezielte Fragen seitens der Leitung gesteuert wird. Die Fragen sollen die Teilnehmenden zum Mit- und Nachdenken animieren, mit dem Ziel eines höheren Lernerfolgs als beispielsweise durch einen reinen Vortrag. Zu den Voraussetzungen für ein gelungenes Lerngespräch zählt die Beherrschung der entsprechenden Fragetechniken durch die Leitung (offene Fragen stellen, keine Kettenfragen formulieren etc.) Jeder der Teilnehmenden hat mit dieser Methode die Möglichkeit seine Erfahrungen und sein Wissen einzubringen. Die Methode ist dementsprechend zeitaufwändiger als ein Vortrag.

Erfahrungsaustausch

Beim Erfahrungsaustausch sollen die Teilnehmenden ihre persönlichen Bezüge zum Thema unter Einbringung eigener Erlebnisse diskutieren. Die Seminarleitung kann versuchen mit dieser Methode bereits vorhandenes Wissen der Teilnehmenden zu aktivieren und einen Einblick in das Vorwissen zu erhalten, um dementsprechend eine inhaltliche Anpassung der Schwerpunkte vorzunehmen.

Diskussion

In einer Gruppendiskussion wird ein Thema kontrovers beraten, ohne dass es zwangsläufig gelöst werden muss. Wenn die Diskussion in eine Entscheidungsfindung mündet, führt dies im Allgemeinen zu einer größeren Akzeptanz der Beschlüsse. Damit eine Diskussion konstruktiv verläuft, ist von Seiten der Teilnehmenden die Einhaltung der Diskussionsregeln notwendig, von Seiten der Leitung der angemessene und routinierte Einsatz von Frage-, Einwand-, und Entscheidungstechniken. Es gehört zu den Aufgaben der Seminarleitung auf die Einhaltung der Diskussionsregeln zu achten.

Spielerische Methoden

Spiele sind ein ausgesprochen effektives Instrument, um die Lust und Energie zum inhaltlichen Arbeiten zurückzuholen, falls diese zwischenzeitlich nachgelassen haben sollte. In der Einleitungsphase dienen sie der Auflockerung und des schnelleren „warm“ Werdens miteinander, der Abschlussphase können sie einen positiven und motivierenden Charakter verleihen (BZgA 2001, Günter, Sperber 2008).

Filme

Filme sind als Lehr- und Lernmethode überaus akzeptiert und erfreuen sich in der Regel großer Beliebtheit. Beim Einsatz in pädagogischen Settings, bieten sie sowohl den Jugendlichen als auch den Lehrkräften und der Seminarleitung eine Abwechslung zu den frontalen und interaktiven Unterrichtsformen der Wissensvermittlung. Da Filme sowohl die emotionale als auch die kognitive Ebene ansprechen, besteht die Möglichkeit über ihren Einsatz Zielgruppen anzusprechen, die über andere Zugänge unter Umständen weniger erreichbar sind.

8.2.2. Grundsätze bei der Auswahl und Anleitung von Methoden

Grundsätzlich gilt zu sagen, dass sich jede Seminareinheit methodisch von der vorangegangenen unterscheiden, bzw. verschiedene methodische Elemente enthalten sollte, da hierdurch die Aufmerksamkeit und das Interesse der Teilnehmenden stärker und nachhaltiger stimuliert wird.

Kriterien bei der Methodenauswahl

a) (Lern-) Ziel: Was soll erreicht werden?

- Aktivierung, Individualisierung der Lernziele, Intensivierung der Selbsterfahrung, Motivierung durch Kooperation oder Konkurrenz, Reflektieren der Erfahrungen oder
- Fördern von Gruppendynamik, Bewegung, Konzentrationsfähigkeit, Wahrnehmungsfähigkeit, Kooperationsfähigkeiten?

b) Teilnehmende

- Gruppengröße
- Alter
- Erfahrung der Teilnehmenden
- Bekanntheitsgrad der Teilnehmenden untereinander
- Grad der Motivation

c) Raum

- Größe
- Drinnen/draußen
- Untergrund/Bodenbeschaffenheit

d) Zeit

- Dauer
- Tageszeit

e) Material

- Was ist vorhanden?
- Was muss besorgt werden?

Quelle: Arbeit, Bildung, Forschung 2007

Grundsätze bei der Anleitung von Methoden

Allgemeine Hinweise

- Die Teilnahme an allen Spielen und Methoden erfolgt freiwillig.
- Die Teamer_innen sollten darauf vorbereitet sein, dass auch bei (scheinbar) einfachen Methoden unvorhergesehene und überraschende Situationen auftreten können. Als Beispiel sei eine mögliche Situation aus dem so genannten „Seitenspiel“ angeführt:
Die Gruppenleitung gibt vor, dass alle Teilnehmenden, die ein Haustier besitzen, sich auf der linken Seite des Raumes versammeln sollen, diejenigen, die keines besitzen auf der rechten. Ein Mitglied der Gruppe beginnt zu weinen, da sein geliebtes Haustier vor wenigen Tagen gestorben ist.

Das Beispiel soll verdeutlichen, dass auch vermeintliche lockere Übungen und Themen individuell belastet sein können. Die Teamer_innen sollten die Professionalität und Flexibilität besitzen, um auf eine derartige Situation eingehen und angemessen reagieren zu können.

Methoden sollen nur dann von den Teamer_innen angewendet werden, wenn sie diese gut und sicher beherrschen.

- Zu den häufig auftretenden Fehlern gehört es organisatorische Kleinigkeiten selbst erledigen zu wollen, anstatt der Gruppe klare und gezielte Aufträge zu erteilen:
(„Nehmt bitte die Stifte und Karten mit!“, „Stellt die Tische zusammen!“, „Bestimmt als erstes einen Protokollanten,“ etc.)

Fragetechniken

- Stets nur eine Frage an die Gruppe richten! (Anstelle von „Braucht ihr jetzt eine Pause? oder wollt ihr eine Pause in 30 Minuten?“ „Braucht ihr jetzt eine Pause?“ fragen, die Antwort abwarten und gegebenenfalls die nächste Frage formulieren)
- Fragen an die Teamer_innen sind in der Regel an die Gruppe zurückzugeben um den Diskussionsprozess zu fördern. Die Teamer_innen sollen dafür Sorge tragen, dass innerhalb einer Gruppe stets nur eine Person spricht und die anderen zuhören.
- Bedenken, dass auch Wissensfragen intime Fragen sein können.
- Intime Fragen sollen nie direkt oder an einzelne Personen gerichtet werden, damit niemand bloßgestellt und beschämt wird.
- Einstiegsfragen „wirken lassen“ (Zeit zum Nachdenken geben)
- Einstiegsfragen niemals an eine Einzelperson richten
- Persönliche und unpersönliche Fragen sollten gemischt werden

Dabei sollte der folgende Ablauf eingehalten werden:

Hinweise zum Anleiten von Kleingruppen- Übungen- Bevor das Spiel beginnt

Dabei sollte der folgende Ablauf eingehalten werden:

1. Allgemeines
2. Spezielles
3. Rückfragen („Habt ihr noch Fragen?“)
4. Wiederholung wichtiger Punkte

Nach einer Einleitung erfolgen generelle Instruktionen wie Aufgabenbeschreibung, Zeitabsprachen und allgemeine Anweisungen. Danach schließen sich die speziellen Instruktionen zur Gruppenbildung und die Materialverteilung etc. an. Eine Stichpunktliste kann dabei behilflich sein, um die Spiele möglichst klar strukturiert zu erklären und nichts Wesentliches zu vergessen.

Folgendes ist zu beachten:

- Den Raum einteilen (Einteilen der Spielfelder, Startpositionen festlegen etc.)
- Die Reihenfolge im Spiel-/Methodenverlauf festlegen (z.B. der/die Spieler_in, der_die an der Reihe war, bestimmt den/die nächste(n) Spieler_in)
- Erst nach Erklärung des Spiels und Klärung aller Fragen werden die Gruppen eingeteilt. (Spieler_innen selbst entscheiden lassen, Gruppenleitung entscheidet, Abzählen, Gemeinsamkeiten suchen wie Haarfarbe, Kleidung, Körpergröße etc.)
- Schriftliches Material soll erst am Ende der Instruktionen bzw. unmittelbar vor eventuellen Materialhinweisen verteilt werden, ansonsten besteht die Gefahr, dass die Teilnehmenden im Material blättern anstatt auf die Instruktionen zu achten. Es muss dafür Sorge getragen werden, dass die benötigten Arbeitsmaterialien (Flipcharts, Karten, Stifte etc.) bereit stehen.
- Erst am Ende der Instruktionen eine klare Zeitvorgabe mit Zeitvergleich machen! („Ihr habt zehn Minuten Zeit für diese Übung. Wir treffen uns um 10.40 Uhr wieder hier im Plenum.“)
- Kein vorzeitiges Startsignal geben! Oft genug passiert dies unbeabsichtigt, z.B. indem eine Denkpause der Seminarleitung als solches interpretiert wird. Einzelne Teilnehmer_innen werden mit Sicherheit aufspringen, um sich in die Arbeitsgruppen zu begeben, obwohl ihnen noch einige Informationen fehlen (BZgA, 2001).

Worauf beim Erklären von Spielen und Methoden geachtet werden muss:

Erklärungen sollen zügig, kurz und knapp, mit einfachen Worten erfolgen (z.B. erst nur die wichtigen Regeln erklären, dann im Verlauf weitere ergänzen). Es muss klar werden, was von wem zu tun ist. Empfehlenswert ist es, wenn die Arbeitsschritte unmissverständlich auf einem Aufgabenblatt festgehalten sind. Es ist frustrierend, wenn die Abläufe in jeder Gruppe noch einmal erläutert werden müssen oder Debatten um die richtige Auslegung der Aufgabe die Arbeit in den (Klein-)Gruppen behindern.

Es ist wichtig, in angemessener Lautstärke zu sprechen und niemandem den Rücken zuzuwenden. Wenn beim Erklären möglichst viele Sinne angesprochen werden (Sprechen, Fühlen/Anfassen, schriftliche Symbole), trägt dies wesentlich dazu bei das Interesse der Teilnehmenden zu gewinnen.

Die Aufmerksamkeit kann außerdem durch ungewöhnliche Darstellungsformen (Veränderungen von Sprache, Körperhaltung, Bewegung und Gesten etc.) geweckt werden. Die Gruppen, mit denen gearbeitet wird sind unterschiedlich alt und auf einem unterschiedlichen Bildungsniveau. Deswegen müssen sich die Erklärungen (Niveau, Wortwahl, Methoden usw.) der Zielgruppenorientierung anpassen.

Hinweise für die Moderation des Spielverlaufs

Im Spielverlauf sollte...

- die Übersicht behalten werden.
- auf die Einhaltung der Regeln und die korrekte Durchführung geachtet werden. Zurückhaltung ist bei konkreten Vorschlägen und Bewertungen angesagt. Besser ist es, an Ziele, Bedingungen oder sonstige Einzelheiten zu erinnern oder Impulsfragen zu stellen. Die Gruppe muss sich selbst entfalten können.
- ein flüssiger Verlauf sichergestellt werden.
- die Seminarleitung die Gruppen motivieren.
- wenn möglich, selbst mitgespielt werden (mindestens ein_e Gruppenleiter_in sollte nicht mitspielen, um den Überblick zu behalten – Ein Mitglied der Gruppenleitung muss immer für Fragen ansprechbar sein.
- das Ende angekündigt werden (letzte Runde ansagen oder wenn alle noch einmal an die Reihe kommen sollen)
- die Methode von der Gruppenleitung beendet werden (kurz nach dem Erreichen des beabsichtigten Ziels oder nach einer festgelegten Zeitperiode).

8.2.3. Regeln, wertschätzender Umgang und Einstellungen der Teamer_innen in Veranstaltungen

Regeln: Während der Veranstaltung achten die Teamer_innen auf die Einhaltung der Spielregeln.

Diese können zu Beginn der Veranstaltung wie folgt formuliert werden:

- Ihr könnt alles fragen.
- Bitte macht eure Handys aus oder stellt sie auf lautlos!
- Wir duzen euch, ihr könnt uns auch duzen.
- Ihr braucht euch nicht zu melden, aber achtet darauf, dass ihr andere ausreden lasst.
- Alles, was wir hier besprechen, bleibt unter uns. Wir werden nichts an eure Lehrer_innen weitergeben, da wir alle eine Schweigepflichtserklärung unterschrieben haben (Äußerungen, Fragen und Erfahrungen aus den Veranstaltungen mit den Gruppenmitgliedern bleiben innerhalb der Gruppe).

Die Teamer_innen orientieren sich an den Interessen der Gruppe und erläutern, warum sie auf bestimmte Themen nicht näher eingehen wollen und/oder können.

Die Teamer_innen sollen ihre Meinungen, Einstellungen und Gefühle äußern, gleichzeitig aber darauf hinweisen, dass es ihre Art und Weise der Betrachtung ist und andere Menschen eine andere Ansicht haben können.

Es muss keine Position vertreten werden, die nicht der eigenen Überzeugung entspricht.

Was möchten wir vermitteln? Was soll bei den Schüler_innen hängen bleiben?

- Es geht uns um den wertschätzenden Umgang mit dem eigenen und dem Körper der/des (Sexual-) Partners, ein Grundlagenwissen zu HIV/Aids/STI, den richtigen Umgang mit Kondomen, den akzeptierenden Umgang miteinander.
- Sex macht Spaß!

Wo setzen wir Schwerpunkte und Grenzen?

- Wir setzen die inhaltlichen Schwerpunkte eindeutig auf HIV/Aids/STI und deren Prävention.
- Wir können nicht alles wissen! Inhaltlich angrenzende Themen sowie Fragen von Jugendlichen, beispielsweise bezüglich Schwangerschaft, behandeln wir so minimal wie nötig. Ggf. verweisen wir auf weiterführende Literatur, informative Webseiten sowie andere Einrichtungen.

8.2.4. Verschiedene Gruppen – verschiedene Anforderungen

Im Folgenden werden weitere Präventionskontexte vorgestellt. Hintergrund ist, dass sich bei verschiedenen Gruppen die Anforderungen unterscheiden. Um mehr Jugendliche zu erreichen, können verstärkt Veranstaltungen etwa für Multiplikator_innen und Mehrtagesworkshops angeboten werden, deren Abläufe in verschiedenen Aspekten angepasst werden müssen. Doch auch Jugendliche und junge Erwachsene mit spezifischem Hilfe- und Handlungsbedarf erfordern eine besondere Methodik.

Jugendliche mit besonderem Präventionsbedarf

Der persönliche Kenntnisstand und der soziale Hintergrund sollten bei Präventionsveranstaltungen stets berücksichtigt werden. Sowohl in heterogenen als auch in homogenen Gruppen werden häufig Themen angeschnitten, die über die Themen HIV/Aids und STI hinausgehen. Im Sinne der Präventionsbotschaft muss dieser Tatsache besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden und individuell auf die verschiedenen Bedarfe und Bedürfnisse eingegangen werden. Dabei können Faktoren wie Religion und sexuelle Orientierung, aber auch Bildungsmangel, Drogen- und Alkoholkonsum, Arbeitslosigkeit, Armut, und Wohnungslosigkeit eine Rolle spielen.

Die Arbeit in diesen Kontexten ist besonders sinnvoll und bedeutend, weil diese Jugendlichen oft schwer mit Präventionsbotschaften zu erreichen sind, was sie besonders vulnerabel für die Ansteckung mit HIV und/oder STI macht.

Aus diesem Grund wird der Fokus von Präventionsveranstaltungen in diesen Kontexten auf Einstellungs-, Norm- und Verhaltensänderungen gelegt, die ein nachhaltiges Risikominimierungs- und Präventionsverhalten der Jugendlichen fördern. Ein Hauptanliegen ist es, dass die Jugendlichen die Präventionsgedanken des Workshops als Multiplikator_innen in ihre jeweilige(n) Szene(n) hineintragen. Der zeitliche Umfang der Workshops beträgt meist 90 Minuten und kann ggf. durch Unruhe, nachlassende Konzentration etc. gekennzeichnet sein. Zudem gibt es mitunter Gruppen, in denen der Anteil der männlichen oder weiblichen Teilnehmer_innen überwiegt, sodass eine ausgewogene geschlechtsspezifische Gruppenbildung nicht möglich ist.

Alle Workshops sollen auf Augenhöhe stattfinden, um Fragen und Gespräche jeglicher Art zu ermöglichen. Es kann folglich wichtig sein, auf die „Peer“- Sprache einzugehen und auf Fachvokabular zu verzichten, um ein gleichberechtigtes Vertrauensverhältnis aufzubauen.

→ **Hinweis:** Teamer_innen wurden und werden immer wieder auch mit Provokationen, Flirts und Annäherungsversuchen konfrontiert. Es ist aus diesem Grund sinnvoll auf ggf. auftretende Situationen vorbereitet zu sein.

Interkulturelle Gruppen

Interkulturelle Präventionsarbeit soll nicht auf die Assimilation und Anpassung der „Anderen“ an die vorherrschende Kultur ausgerichtet sein, sondern allen Beteiligten einsichtig machen, weshalb sich gerade diese und nicht andere Bilder menschlichen Zusammenlebens und der Sexualität in Kulturen und Traditionen verfestigt haben, ohne gleichzeitig eine (Ab-)Wertung vorzunehmen. Jugendliche sollen als Expert_innen der eigenen Herkunftskulturen gesehen werden. Zielgruppe der interkulturellen Sexualpädagogik sind alle jungen Menschen, die in einem Land leben, d. h. deutsche Jugendliche sind ebenso Bestandteil der Zielgruppe wie junge Menschen mit Migrationsgeschichte.

Die Anleitung von Mädchengruppen sollte ausschließlich von zwei Frauen übernommen werden. Die Jungen in ihren Kulturkreisen häufig eingeräumten größeren Freiheiten erlauben es ihnen eher, auch Frauen als Anleiterinnen zu akzeptieren. Außerdem ermöglicht die Arbeit mit Frauen den Jungen, bestimmte Verhaltensweisen zu erproben und sie auf den Grad der Akzeptanz beim anderen Geschlecht zu prüfen. Die Anleiterinnen müssen mit Beginn der Sitzung in diesem Zusammenhang klare Grenzen setzen. Unter diesen Voraussetzungen kann eine Jungengruppe auch von einem Mann und einer Frau angeleitet werden (BZgA 2008; Schütte, 1995; Holthaus, Korporal, Zillich, 1992).

Jugendliche im Arrest

Für die HIV/STI-Prävention stellt die Heterogenität der Jugendlichen im Arrest eine Herausforderung dar.¹⁵ Gerade das Alter, aber auch Bildungsstand und kultureller Hintergrund müssen bei der Planung zielgruppengerechter Angebote im Jugendarrest berücksichtigt werden. Gemeinsam mit der Anstaltsleitung und den Mitarbeitern sollte daher überlegt werden, ob die Jugendlichen entsprechend aufgeteilt werden können. Zugleich gilt: je größer die Gruppe, desto schwerer lassen sich Präventionsziele erreichen. Deshalb sollte jede Gruppe auf fünf bis acht Teilnehmer_innen begrenzt werden. Für Veranstaltungen, in denen vorwiegend Wissen vermittelt wird, sind mindestens 90 Minuten einzuplanen. Sollen vor allem Kompetenzen gestärkt und Einstellungen verändert werden, sollten 180 Minuten zur Verfügung stehen. Pausen sollte es regelmäßig,

¹⁵ Vgl. „Jugendliche im Arrest“ im Kapitel „Wissenschaftliche Erkenntnisse zur Förderung sexueller Gesundheit bei Jugendlichen“.

spätestens aber noch einer Stunde geben, wenn die Konzentrationsfähigkeit nachlässt. Zugleich ist abzuklären, wo sich die Jugendlichen in den Pausen aufhalten dürfen und ob und wo das Rauchen gestattet ist.

Auch der Umgang mit Störungen und Regelverstößen – zum Beispiel körperliche Gewalt, unerlaubtes Verlassen des Raumes, Rauchen auf der Toilette in der Pause – sollte vorab mit der Anstaltsleitung geklärt werden, um als Teamer_innen klar handeln zu können. Für die Arbeit im Jugendarrest sollten die ehrenamtlichen Teamer_innen über die üblichen Fragen zu HIV und STI hinaus zu Familienplanung, Sexualität und Sprache, aber auch zu Drogen (insbesondere Partydrogen und Safer Use) und Diversity-Ansätzen geschult sein. Sie können dann konkreter auf die verschiedenen Lebensrealitäten der Jugendlichen eingehen. Entscheidend für erfolgreiche Präventionsarbeit im Jugendarrest ist die Auswahl von Methoden, die zu den mit der Anstalt vereinbarten Zielen passend sind. Daher sollte vorab geklärt werden, ob eher ein Wissenszuwachs erreicht oder Einstellungen verändert und Kompetenzen erweitert werden sollen? Die zeitlichen Ressourcen und die Kompetenzen der Teamer_innen können die Methodenwahl beeinflussen, was aber nicht auf Kosten der Ziele geschehen darf.

Grundsätzlich sollte das Aufklärungs- und Unterstützungsangebot größtmögliche Beteiligung zulassen und sich inhaltlich wie auch sprachlich an der Lebenswelt der Teilnehmer_innen orientieren. Je nach Gruppe und Veranstaltung werden damit auch die spezifischen Ziele unterschiedlich sein. Die Teamer_innen können im Veranstaltungsverlauf zwischen den Rollen Experte, Berater und Vermittler wechseln.

Es ist ratsam, vor Beginn einen HIV/STI-bezogenen „Lehrplan“ festzulegen. Allerdings sollten hierfür ausreichend Zeit und methodische Kenntnisse zur Verfügung stehen, um nicht starr daran festhalten zu müssen und flexibel auf sexualpädagogische Bedarfe jenseits von HIV und STI reagieren zu können. Zu empfehlen sind offene und partizipative Lehr- und Lernmethoden (z. B. Gruppendiskussion, Erfahrungsaustausch, Brainstorming), während geschlossene und frontale Methoden (z. B. Kurzvortrag) möglichst sparsam verwendet werden sollten. Besonders zu Beginn der Veranstaltung nach der allgemeinen Begrüßung, der Vorstellungsrunde, der Präsentation des Programms, der Festlegung von Zielen und Regeln – bietet sich der Einsatz offener und partizipativer Methoden an. Auf diese Weise können wichtige Einblicke in die Lebenswelten und Bedürfnisse der Arrestanten gewonnen werden. Eine rein kognitive Vermittlung von präventivem Wissen und Schutzverhalten, bei der die sozioökonomischen und soziokulturellen Hintergründe der Jugendlichen nicht berücksichtigt werden, wirkt in aller Regel wenig nachhaltig. Deshalb sollte zunächst - auch wenn in erster Linie Wissen vermittelt werden soll - zu Beginn eine offene Methode zum Einsatz kommen. Unterschiedliche offene Methoden helfen, die Konzentration aufrechtzuerhalten, und sie erleichtern das Lernen. Außerdem fördern sie die Eigeninitiative, die Selbstbestimmung und die Selbstständigkeit der Teilnehmer_innen durch die aktive Auseinandersetzung mit sexualpädagogischen Themen (vgl. Wilke, Müller, 2014: 194ff).

Mehr Informationen für die Präventionsarbeit im Jugendarrest sind zu finden in dem Artikel „Chancen und Herausforderungen der HIV- und STI-Prävention im Jugendarrest“ (Wilke, Müller, 2014) oder in der Jugendarreststudie „„Man gewöhnt sich an alles...“. Einstellungen, Wissen und Verhalten zu HIV/Aids und weiteren sexuell übertragbaren Infektionen von Jugendlichen in der Jugendarrestanstalt Berlin“ (Wilke, Langer, Drewes, Koppe, 2013).

Transidente und intergeschlechtliche Jugendliche

In einer gemischten Schulklasse einer beliebigen Schule werden Teamer_innen höchstwahrscheinlich nicht über die Teilnahme transidenter und intergeschlechtlichen Jugendlicher in Kenntnis gesetzt. Sie sollten sich dennoch stets bewusst sein, dass transidente und intergeschlechtliche Jugendliche Teil einer jeden Klasse sein können, ein Outing aus Gründen der Gruppenzugehörigkeit und befürchteter negativer Folgen aber bewusst vermieden werden sollte. Grundsätzlich sollte folglich auch mit diesem Themenbereich sensibel umgegangen werden, gerade im Bezug auf den Sprachgebrauch.

Ist dem Teamer bekannt, dass sich unter den Workshop Teilnehmer_innen trans- und intergeschlechtliche Jugendliche befinden, sollte gezielt auf Themen wie geschlechtliche Vielfalt und Fragen zu transidenter und intergeschlechtlicher Lebensrealitäten eingegangen werden. Die Arbeit mit transidenten und intergeschlechtlichen Jugendlichen erfordert von den Teamer_innen eine erhöhte Sensibilität für den Sprachgebrauch und selbst gewählte Bezeichnungen.

So sollten bei der Thematisierung von Geschlechterrollen und ihre Auswirkung auf sexuelle Praktiken (z.B. welche sexuellen Stellungen und Positionen gelten als typisch weiblich/männlich?) individuelle Abweichungen von Körpernormen sowie deren Bezeichnung integrativ behandelt werden. Die im Kontext der Arbeit mit gemischten Gruppen genutzten Begriffe wie „Brüste“, „Klitoris“ oder „Penis“ können bei trans- und intergeschlechtlichen Jugendlichen auf große Ablehnung stoßen. Sie identifizieren sich und ihren Körper nicht mit diesen Bezeichnungen oder haben (womöglich im Laufe einer medizinischen/hormonellen Behandlung) eigene Begriffe für ihren Körper und/oder ihre Genitalien gefunden, die unbedingt berücksichtigt werden sollten. Aus der möglichen hormonellen Behandlung ergeben sich weitere Anforderungen, auf die im Workshop geachtet werden muss. So wird beispielsweise die Klitoris durch eintretendes Wachstum zu einem Penis, der auch von Sexualpartner_innen als solcher wahrgenommen wird. Problematisch ist jedoch oft die Tatsache, dass handelsübliche Kondome einem transidenten Jugendlichen nicht passen / abrutschen und auch Dental Dams oder aufgeschnittene Kondome aufgrund ihrer begrenzten Fläche ggf. keinen zuverlässigen Schutz bieten. Male to female transidente Jugendliche haben oft sehr früh Gesprächsbedarf zu Analverkehr. Schutzmaßnahmen durch Kondomgebrauch und die Verwendung von Gleitgel um (Mikro-) Verletzungen vorzubeugen sollten daher unbedingt thematisiert werden, auch um mögliche Ängste und Unsicherheiten zu nehmen.

Trans- und intergeschlechtliche Jugendliche können durch fehlende Akzeptanz im Umfeld und der damit verbundenen Vermeidung eines Outings stark von Einsamkeit und Isolation bedroht sein. Dies kann, auch in Verbindung mit der Realisierung der eigenen Geschlechterrolle, der Suche nach Selbstbestätigung und jugendtypischem „Ausprobieren“ zu einem verstärkt sexualisierten (Risiko-) Verhalten, beispielsweise in Form einer Vielzahl von anonymen Sexkontakten, führen. Essenziell ist es, den Jugendlichen die Risiken deutlich zu machen, die damit verbunden sind und ihnen gleichzeitig Alternativen/Schutzmaßnahmen, wie Kondomgebrauch aufzuzeigen.

8.2.5. Ablaufpläne für Präventionsworkshops

8.2.5.1. Schulveranstaltungen

Die Veranstaltungsinhalte und -abläufe orientieren sich an den Bedürfnissen der Gruppenmitglieder und werden von ihnen mitgestaltet. Auf den folgenden Seiten werden mögliche Konzeptionen von Präventionsveranstaltungen dargestellt und auf die Besonderheiten von Angeboten für spezifische Zielgruppen eingegangen.

In unserem Grundlagenworkshop vermitteln wir, ausgehend von dem Vorwissen der Teilnehmenden, die wichtigsten Informationen über HIV und Aids. Wir verwenden spielerische Methoden um die Übertragungswege von HIV deutlich zu machen sowie Schutzmöglichkeiten aufzuzeigen. Wir sensibilisieren die Teilnehmenden durch interaktive Methoden für die Lebenswelten von HIV-positiven Menschen.

	Themen	Zeit	Inhalte	Methode	Material
1. EINFÜHRUNG	Begrüßung und Vorstellung	3 Min.	- Vorstellung der Teamer - Sitzordnung: Stuhlkreis - Zeitlicher Ablauf in Abwesenheit von Lehrpersonal - geschlechtsspezifische Kleingruppen	Inputreferat	
	Organisation /Institution	3 Min.	Hintergründe, Struktur, Tätigkeitsbereiche, Aufgaben der Institution (wie Aufklärung, Beratung Betreuung, Selbsthilfe) vorstellen		
	Roter Faden	3 Min.	Vorstellung der Inhalte: Worum geht es in unserem Workshop? Was wollen wir mit euch erreichen? Was habt ihr für Erwartungen?		
	Warm-Up-Spiel	20 Min.	- Einführung in die Thematik - Ins Gespräch kommen über Liebe, Treue, Sex, Kondome, HIV/Aids - Gruppe und Kenntnisse kennenlernen	4-Ecken-Spiel, Seitenspiel	Laminierte Karten

	Themen	Zeit	Inhalte	Methode	Material
2. HIV/AIDS – „MEDIZINTEIL“	Was ist HIV?	15 Min.	- Erworbene und tödliche Viruserkrankung („Human Immunodeficiency Virus“) - Unterschied zwischen HIV und Aids („Acquired Immune Deficiency Syndrome“), Begriffe „positiv“ und „negativ“ - <u>Immunsystem</u>: Abwehr von Eindringlingen (Viren, Bakterien, Pilze...), unterschiedliche Abwehrkörper (Antikörper; weiße Blutkörperchen) - <u>Ablauf der Krankheit</u>: HIV-positiv ohne Symptome → opportunistische Krankheiten = Aids; Zeitraum ohne Behandlung individuell unterschiedlich, abhängig von Immunsystem und Lebensführung - <u>Behandlungsmöglichkeiten</u>: Medikamente, jedoch keine Heilung (Nebenwirkungen + Resistenzen!) → individuell unterschiedliche „Lebensdauer“, abhängig von Lebensführung, Wirksamkeit der Medikamente	Visualisierung	Flipchart Boardmarker Metaplankarten Medikamente zum Zeigen
	Wie bekommt man HIV? (1. Teil)	10 Min.	- <u>2 Bedingungen</u>: 1) Körperflüssigkeit mit hoher (!) Viruskonzentration und 2) Vorhandensein einer Eintrittspforte in den Körper - Körperflüssigkeiten: <u>infektiös</u>: Blut (auch Menstruationsblut!), Sperma, Scheidenflüssigkeit, Muttermilch, Gehirnwasser <u>nicht infektiös</u>: Schweiß, Speichel, Tränenflüssigkeit, Urin, Kot etc. → unterschiedliche Konzentration des Virus! → Bei wirksamer Therapie ist Viruskonzentration auch in „infektiösen“ Körperflüssigkeiten nicht ausreichend („Schutz durch Therapie“) - Eintrittsmöglichkeiten: Unterschied Schleimhaut (Vagina, Darm, Mund, Eichel) & Lederhaut (offene Wunden) - Erklärung der Begriffe vaginal, oral, anal - „Überlebensdauer“ des Virus an der Luft: wird nach ca. zehn Minuten inaktiv (nur relative Zeitangabe)	Brainstorming Zuruffrage Visualisierung	Flipchart Boardmarker Metaplankarten

	Themen	Zeit	Inhalte	Methode	Material
2. HIV/AIDS – „MEDIZINTEIL“	Wie bekommt man HIV? (2. Teil)	20 Min.	<u>Hohes Risiko:</u> 1. Nadeltausch bei intravenösem Drogengebrauch 2. sexuell penetrative Kontakte a) anal b) vaginal 3. Blutsbrüderschaft <u>Geringes Risiko:</u> 1. Oralverkehr 2. Schwangerschaft: keine Vererbung von HIV! Übertragungsrisiko Mutter – Kind kann auf unter ein Prozent gesenkt werden bei Gabe von Medikamenten für Mutter und Kind, Geburt durch Kaiserschnitt und Verzicht auf Stillen <u>Kein Risiko:</u> 1. In Alltagssituationen wie Hände schütteln, Schwimmbad, Restaurant, Küssen, Mücken, Niesen. 2. Medizinische Situationen: Zahnarzt, Arzt, Erste Hilfe, Bluttransfusion – kein Risiko bei Beachtung der medizinischen Standards und Hygiene. 3. Tattoos, Piercings, Rasur, Akkupunktur – kein Risiko, wenn die Hygieneregeln eingehalten werden. → HIV: schwer übertragbare Krankheit (schwerer als andere Infektionskrankheiten), Schutz möglich!	Visualisierung mit Metaplankarten Piktogramme	Flipchart Boardmarker Metaplankarten Piktogramme
	Wie kann es nachgewiesen werden? - TEST -	5 - 10 Min.	- Risikokontakt → sofortige Beratung (z.B. Ärzte, Ämter, Aidshilfen): Risikoeinschätzung? - Möglichkeit einer PEP (Postexpositionsprophylaxe) nach ärztlicher Beratung bei Risikosituation (→ starke Nebenwirkungen; keine 100%ige Vermeidung einer Infektion) – KEINE Präventionsstrategie! - HIV-Antikörpertest nach sechs Wochen (Labor) oder zwölf Wochen (Schnelltest) (sog. diagnostische Fenster) - Testorte: Ärzte, Gesundheitsämter, Aids-Hilfen (Abwägung von Anonymität und Kostenfaktor) - psychosoziale Belastungssituation des Tests - Ablauf: Blutentnahme und Labor; Ergebnismitteilung nur persönlich - Bestätigungstest, wenn „reaktiv“	Visualisierung	Flipchart Boardmarker Metaplankarten

	PAUSE	10 Min.		
3. STI		10 - 15 Min. - Vorstellung verschiedener STI mit Symptomatik und Behandlungsmöglichkeiten (Partner_in muss mitbehandelt werden) - Beispielkrankheiten Syphilis, Herpes Genitalis, Chlamydien, Feigwarzen, Hepatitis, Tripper etc.	Visualisierung	Flipchart Boardmarker Metaplankarten STI-Kuscheltiere
4. SAFER SEX	Kondome	10 Min. - Safer Sex = keine absolute Sicherheit, aber Minimierung des Risikos durch Kondome und „Schutz durch Therapie“ - Bei Kondomen: Achten auf Haltbarkeitsdatum + CE-Prüfsiegel (vgl. Spaß-Kondome) + Vakuum; bei Latexallergie und „Größe“ im Internet schauen oder spezielle Kondome in der Apotheke kaufen - Aufbewahrung: nicht im Geldbeutel o.ä. (Reibung und Druck!); keine große Hitze und Sonneneinstrahlung - Besonderheiten des Gebrauchs → Anleitung - Gleitmittel: fettfrei (auf Wasser-/Silikonbasis), keine Cremes, Massageöl, Vaseline (Gummi wird porös) - „Kondom für Frauen“ = Femidom; Dental Dams für Oralverkehr; extra starke Kondome für Analverkehr - Optional: Bei Bedarf in Mädchengruppen weitere Verhütungsmittel besprechen	Praktische Übung: Kondom auf Dildo aufziehen Interaktion	Dildo Pro Teilnehmer ein Kondom Rauschbrille Zellstoffhandtücher Gleitgel Spaßkondom Femidom andere Barriere-Methoden wie Dental Dam
5. PSYCHOSOZIALES		20 - 30 Min. - Themen wie Homosexualität, Liebe, Treue, Schuld, Verantwortung, Partnerschaft, Schwangerschaft, sexueller Missbrauch - Leben mit HIV/Aids (Alltag, Ängste...) bzw. Umgang mit Menschen mit HIV / Aids - Formen der Diskriminierung (ökonomische, soziale, kulturelle und religiöse Aspekte) - Sinn, Formen und Möglichkeiten von Aufklärung und Prävention (etwa am Beispiel der BZgA-Postkarten)	Kombi Pillenspiel	Offene Diskussion; Karten mit Personen und Informationen, drei Klebepunkte/ Rote Schleifen pro TN
6. SCHLUSS	Zusammenfassung & Verabschiedung	5 Min. - Materialausgabe - Evaluation - ggf. Angebot des Vier-Augen-Gesprächs	Referat	

8.2.5.2. Vertiefung: Leben mit HIV

In dem Workshop geht es ausschließlich um das Leben mit HIV und es gilt das Sprechen über Diskriminierung, Stigma und eigene Erfahrungen mit Ausgrenzung zu thematisieren. Zu verdeutlichen ist, dass jede_r selbst oder Personen aus dem eigenen Umfeld von Ausgrenzungen betroffen sein können. Dabei ist es wichtig zu betonen, dass jede_r andere Menschen so behandeln sollte, wie er oder sie selbst behandelt werden möchte.

Phase	Themen	Zeit	Inhalte	Methode	Material
Einführung	Begrüßung und Vorstellung Organisation Institution Regeln	5 Min	-Vorstellung der Teamer -zeitlicher Ablauf - Abwesenheit der Lehrer - Informationen zur BAH (Geschichte, Aufgaben,...)	Inputreferat	
Warm Up	Jeder kann betroffen sein Hintergründe nicht vorherzusehen Schuldfrage	15 Min	Pillenspiel/ Heilung Ansteckungsmöglichkeiten Schuldfrage Reflexion der Entscheidung der Teilnehmer o. - Begriffe die Teilnehmende mit „Leben mit HIV“ verbunden, Reflexion, Vorurteile deutlich machen	Pillenspiel o. Reduktion „Leben mit HIV“	Pillenspielkarten, Schleifen, Flipchart, Stifte
HIV/Aids	Unterschied HIV und Aids Übertragungswege Schutzmöglichkeiten Krankheitsverlauf Leben mit HIV	20 Min.	Je nach Vorwissen: Kurzfassung/Wiederholung der Grundlagen zum Virus, Übertragungswegen, etc.		Flipchart, Stifte, Piktogramme

Phase	Themen	Zeit	Inhalte	Methode	Material
Leben mit HIV	Welche Lebensbereiche sind durch die Diagnose betroffen? Wie wirkt sich die Diagnose auf diese Lebensbereiche aus?	40 Min.	Lebensbereiche: Beruf, Freizeit/ Alltag, Freunde, Beziehung, Familie und andere Beispiele der Teilnehmenden Mögliche Themen Beruf: Darf ich weiterhin arbeiten? Kann ich gekündigt werden? Werde ich als HIV-Positive_r diskriminiert, etc? Familie: Würdest du deinen Eltern erzählen dass du HIV-positiv bist? Wie würdest du behandelt werden wollen? Stigmatisierung in der Familie? Beziehung: Würdest du deinem Partner oder deiner Partnerin erzählen dass du positiv bist? Kann ich Kinder bekommen? Muss ein Sexualpartner immer über die HIV- Infektion informiert werden? Freunde: Würdest du es deinen Freunden erzählen? Was würdest du tun, wenn dein bester Freund dir erzählt, dass er positiv ist? Echte Freunde oder nur Bekannte? Freizeit/Alltag: Soll sich das Leben nach der Diagnose ändern? Sollte die Diagnose in einem öffentlichen Dokument stehen? Alltag mit Medikamenten? Sollten Menschen gezwungen werden Medikamente zu nehmen? HIV und Sport? Krankenkasse? Ausgehen trotz HIV? Hauptbetroffenengruppe: Blutspenden (PCR)	Mind Map	Papier, Stifte

Phase	Themen	Zeit	Inhalte	Methode	Material
Pause	(alternativ auch im Teil Lebensbereiche)	10 Min			
Aktiv werden	Reflexion und Anwendung der besprochenen Inhalte in der Methode, Erweiterung je nach Methode	30 -40 Min.	Klassenkonferenz: Ein Schüler der Schule ist positiv getestet. Schulleitung, Lehrer_innen, Schüler_innen und Eltern diskutieren (Ausschluss von der Schule, Stigmatisierung, Erste Hilfe,...) Biografienspiel/ Verliebt in Chris: verschiedene Personen sind in Chris verliebt. Welche Chancen haben sie mit/ohne Diagnose und warum? (Positiv und negativ, reicher/armen Background, Ausbildung, liberale/ konservative Eltern, nicht-deutscher Hintergrund,...) Fishbowl: Diskussion der vorher erstellten Fragen und kontroversen Thesen	Klassenkonferenz, Biographienspiel, Fishbowl	Material der jeweiligen Methode Papier und Stifte
Offene Fragen		variabel	Fragen und Diskussionspunkte der Teilnehmer_innen	Plenum	

8.2.5.3. HIV in globaler Perspektive und Zugang zu Medikamenten

Dieser Workshop fokussiert sich auf HIV in einer internationalen Perspektive und setzt andere Schwerpunkte als der HIV/STI-Grundlagenworkshop. Er sollte auf Grund der Länge (ca. vier Stunden) und der thematischen und methodischen Komplexität mindestens von zwei Teamer_innen durchgeführt werden.

Die zentralen Themen des Workshops sind der weltweite Zugang zu HIV-Medikamenten, gesundheitliche Ungleichheit und Menschenrechte. Der Workshop gliedert sich grob in drei Teile:

Erstens, einen Grundlagenteil zu HIV in der Welt mit besonderem Fokus auf das Leben mit HIV und den Zugang zu Medikamenten in globaler Perspektive.

Zweitens, die Simulation eines 2001 in Südafrika stattgefundenen Gerichtsprozesses mittels der Methode „Zugang zu Medikamenten“. In diesem Prozess verklagten führende Pharmakonzerne die südafrikanische Regierung, weil diese billigere Generika für HIV-Positive vertrieben hatte. Die Kernfrage des Prozesses lautete: Wiegt das Recht auf Eigentum so schwer, dass mit diesem Argument das Recht auf Leben und Würde von Menschen in Gefahr gebracht werden darf?

Drittens, die Vorführung des Dokumentarfilms „It's my life“ des Regisseurs Brian Tilley mit anschließender Diskussion. Im Mittelpunkt des Films steht der Aktivist Zackie Achmat, ein führendes Mitglied der Treatment Action Campaign (TAC), der sich obwohl im Verlauf des Gerichtsprozesses Aids bei ihm ausbrach, dazu entschied, so lang keine antiretroviralen Medikamente einzunehmen bis diese für jeden HIV-positiven Menschen in Südafrika frei zugänglich sind.

Der erste Teil des Workshops dient als Grundlage für die später folgende Simulation. Als geeigneter methodischer Einstieg eignet sich das Pillenspiel¹⁶, dessen Ergebnisse am Ende des Workshops neu diskutiert und wahrscheinlich anders bewertet werden (müssen). In der Vorbereitung des Workshops müssen die Teamer_innen darauf achten, dass dieser Teil alle wichtigen Themen abdeckt und alle Teilnehmer_innen Argumente für ihre späteren Rollen (Richter_innen, Vertreter_innen der Pharmaindustrie, Aktivist_innen von TAC, Vertreter_innen der Regierung Südafrikas) finden. Zentral behandelt werden sollte die epidemiologische Situation in der Welt mit einem besonderen Fokus auf Südafrika. Dabei sollen nicht nur die HIV-Inzidenz und -Prävalenz im Zusammenhang mit den historischen, sozioökonomischen und soziokulturellen Ursachen für die Verbreitung von HIV behandelt werden, sondern vor allem auch der Zugang zu HIV-Medikamenten sowie Hindernisse, die den weltweiten Zugang aller Menschen zu ihnen erschweren. Auch das Thema „Leben mit HIV“ sowie die Bedeutung der ART für die Lebensqualität und Lebenserwartung müssen für das spätere Gelingen der Simulation herausgearbeitet werden. Zudem sollte auch darauf geachtet werden, dass die Einstellungen und Haltungen von Regierungen und der Pharmaindustrie und ihre Stellung im HIV-Bereich zur Sprache kommen (z. B. die Bedeutung der Pharmaindustrie für die Entwicklung von Medikamenten).

¹⁶ Vgl. Methode „Pillenspiel“ im Kapitel „Methoden zu HIV und STI“.

Für die spätere Simulation müssen zudem grundlegende Begriffe (z. B. „Aktiengesellschaft“) und deren Implikationen (z. B. Generierung von Kapital für die Entwicklung von Medikamenten auf der einen Seite /Aktionäre mit primärem Interesse an Profit/Gewinnausschüttungen auf der anderen Seite) näher erläutert werden.¹⁷

Im zweiten Teil findet die Simulation „Zugang zu Medikamenten“ statt. Hier ist darauf zu achten, dass alle Jugendlichen ihre Aufgaben und Rollen verstehen und der weitere Ablauf klar ist. Falls die Jugendlichen in der Vorbereitungsphase Schwierigkeiten haben, Argumente für ihre jeweilige Rolle zu finden oder Probleme haben, sich in sie einzufinden, sollten durch die Teamer_innen Hinweise gegeben und Perspektiven eröffnet werden. Der Gruppenraum sollte von den Teamer_innen während der Vorbereitungsphase so hergerichtet werden, dass er einem Gerichtssaal ähnelt. Um gleich zu Beginn den Richter_innen die notwendige Autorität zu verleihen, sollte der Prozess damit beginnen, dass diese den Raum betreten und die anderen Teilnehmer_innen sich von ihren Plätzen erheben. Die Richter_innen sind mit einem Gerichtshammer o.Ä. auszustatten, sodass sie ggf. für Ruhe im Saal sorgen können. Während der Gerichtsverhandlung sollten die Teamer_innen zu keinem Zeitpunkt eingreifen und den Richter_innen die Führung des Prozesses überlassen.

Im dritten Teil findet die Auflösung statt, wie der Prozess in Südafrika tatsächlich verlief. Dafür sollte die Dokumentation „It's my life“¹⁸ gezeigt und anschließend diskutiert werden. Diskussionsfragen könnten sein: Mit welchen Mitteln und Argumenten versucht der Protagonist, den Zugang für alle HIV-positiven Menschen in Südafrika zu ermöglichen? Vor dem Hintergrund welcher ethischen Überlegungen wählt er seine Strategie? Wie beurteilt ihr diese? In welchem Verhältnis steht Zackie's Position zu der, die ihr oder einige von Euch im Pillenspiel vertreten habt? Was spricht dafür, sich beim Pillenspiel zu enthalten und keine Schleife zu legen (Zackie's Position) und was dagegen? Wie kann der Zugang für HIV-Medikamente weltweit erreicht werden?

Phase	Themen	Zeit	Inhalte	Methode	Material
Einführung	Begrüßung und Vorstellung Organisation Institution Regeln	5 Min	- Vorstellung der Teamer - zeitlicher Ablauf - Abwesenheit der Lehrer_innen - Informationen zur BAH (Geschichte, Aufgaben,...)	Inputreferat	
1. Teil HIV in globaler Perspektive					

¹⁷ Für mehr Informationen siehe Methode „Zugang zu Medikamenten“ im Kapitel „Methoden zu HIV und STI“.

¹⁸ Der Film kann bei *Steps for the future* bestellt und gestreamt werden ([↗ www.stepsforthefuture.co.za](http://www.stepsforthefuture.co.za)) oder bei der Berliner Aids-Hilfe e.V. gegen Pfand ausgeliehen werden.

Phase	Themen	Zeit	Inhalte	Methode	Material
Warm Up	Recht auf Gesundheit & Zugang auf Medikament	15 Min	Lebensbereiche: Beruf, Freizeit/ Alltag, Freunde, Beziehung, Familie und andere Beispiele der Teilnehmenden	Pillenspiel	Spielkarten, Schleifen, Flipchart, Stifte
HIV/Aids	Unterschied HIV und Aids Übertragungswege Schutzmöglichkeiten	20 Min.	Je nach Vorwissen: Kurzfassung zum Virus, Übertragungswegen, etc.	Gemeinsame Erarbeitung	Flip Chart, Stifte Piktogramme
HIV-Krankheitsverlauf und ART	Krankheitsverlauf von HIV und Aids Einfluss der ART auf Krankheitsverlauf ART und Nebenwirkungen	10 Min.			
Leben mit HIV	Wie wirkt sich die Diagnose auf das Leben aus? Welche Lebensbereiche verändern sich mit einer positiven Diagnose? Lebensqualität und –erwartung mit und ohne Einnahme der ART	20 Min.	Lebensbereiche: Beruf, Freizeit/ Alltag, Freunde, Beziehung, Familie und andere Beispiele der Teilnehmenden	Mind Map	Papier, Stifte
Pause		15 min			
HIV in globaler Perspektive	HIV in globaler Perspektive, mit Schwerpunkt auf (Süd-) Afrika	20 Min.	- Epidemiologische Entwicklung in den Gesellschaften und Hauptbetroffenengruppen	Powerpoint mit Schätzkarten und Karten	Computer & Laptop

Phase	Themen	Zeit	Inhalte	Methode	Material
HIV-Vulnerabilität, offene Fragen		45 – 90 Min.	- soziale Ursachen für die Verbreitung von HIV und Vulnerabilität - Auswirkungen von HIV im soziokulturellen und sozioökonomischen Kontext - Gesundheitliche Chancengleichheit Fragen und Diskussionspunkte der Teilnehmenden	z. B. Impuls-Referat mit Schätzfragen, Fishbowl und Plenum	
Pause		25 min			
2. Teil					
Gerichts-Simulation	Prozesssimulation: Recht auf Eigentum vs. Recht auf Leben	90 bis 180 Min		- Methode „Zugang zu Medikamenten“	
Pause		15 min			
3. Teil					
Film „It’s my life“ von Brian Tilley	Auswertung des Film und Diskussion	15 min	- Menschenrechte und Zugang zu Medikamenten - HIV im Kontext von Kapitalismus - HIV und gesundheitliche - Krankheit und Tod im Kontext von ART - Reflexion des Pillenspiels - Strategien für den weltweiten Zugang zu Medikamenten	Diskussion	
Auswertung	Tagesauswertung			Blitzlicht und Chart zu Lern- und Spaßfaktor	

8.3. Öffentliche Veranstaltungen: Vor-Ort-Prävention

Neben Präventionsworkshops, die in weitgehend fest definierten und vergleichsweise kleinen Gruppen stattfinden, in einem dialogorientierten Prozess detailliertes und handlungsrelevantes Wissen vermitteln sowie Kontextaspekte (Einstellungen, Homosexualität, Leben mit HIV...) thematisieren, gibt es Veranstaltungen mit Event-Charakter, in denen...

- ein feststehender Gruppenrahmen aufgelöst ist, da sie zum Beispiel im öffentlichen Raum, in mehr oder weniger allgemein zugänglichen Jugend-, Freizeit- oder Musikclubs oder größeren schulischen Festen in Szene gesetzt werden;
- ein personalkommunikativer und längerer Austausch mit den einzelnen Teilnehmer_innen des Events nicht mehr oder nur in sehr begrenztem Ausmaß möglich ist;
- komplexe Wissenszusammenhänge oder psychosoziale Aspekte nicht vermittelt werden können.

Beispiele

hierfür sind Straßenfeste, der Christopher-Street-Day (CSD), gemeinsame Aktionen mit anderen Trägern, z.B. den Krankenkassen, Infostände sowie die Verteilung von Cruising Packs bei Partys.

Vorteile

dieser Events sind präventive Quantität und Effektivität: Es wird in kurzer Zeit und mit vergleichsweise geringem personellen Aufwand eine große Zahl von Menschen erreicht.

- PR und Werbung: Die Aids-Hilfe erhält in der Öffentlichkeit und in den Medien größere Aufmerksamkeit und kann über positive Identifikationsangebote Menschen ansprechen, die sonst nur schwer erreicht werden können.
- Motivation: Durch die Eventform und unkonventionelle Methoden kann der Spaß an der Präventionsarbeit für das Team erhöht und zugleich der Teamzusammenhalt durch größere gemeinsame Aktionen gestärkt werden.

Zu berücksichtigen ist jedoch, dass auch auf Promotion-Events die präventiven Botschaften stets erkennbar sein sollten. Dies muss gerade für Events gelten, die offensichtlich nur wenig mit dem Thema HIV/Aids zu tun haben und/oder eine andere Zielgruppe als Jugendliche ansprechen. Im Hinblick auf den Peer-Education-Ansatz sollte der Schwerpunkt auf der HIV/STI-Prävention mit jungen Menschen liegen.

Daraus ergeben sich drei Kriterien für die Entscheidungsfindung für oder gegen die Durchführung eines Promotion-Events (wobei es sich dabei nicht um Ausschlusskriterien handelt, sondern die einzelnen Faktoren gegenseitig abzuwägen sind):

- Wie viele Menschen erreiche ich mit wie vielen Teamer_innen?
- Welche präventiven Botschaften kann ich im Event platzieren?
- Was bringt die Aktion für das Team?

Hinweise für den Auftritt bei Promotion-Events

- Da, anders als in den Räumen der Aids-Hilfe, für Außenstehende die Zugehörigkeit zum Präventionsteam bei größeren Events oft nicht ohne Weiteres erkennbar ist, muss in stärkerem Maße auf die Sichtbarmachung dieser Zugehörigkeit Wert gelegt werden. Dies kann beispielsweise durch Banner bei Infoständen oder über einheitliche Kleidung (T-Shirts mit Logo) oder die verteilten Give Aways (Cruising Packs mit Logo) erfolgen.
- Der Auftritt sollte zielgruppenspezifisch konzipiert werden, etwa über die Form (Infostand oder Promotion mit offensivem Ansprechen beim Herumlaufen) oder das Auftreten (Kleidung, Sprache, Beteiligung am Event). Nur wenn die Teamer_innen als authentisch wahrgenommen werden, kommt die Botschaft an den Adressaten.
- Oft finden größere Auftritte gemeinsam mit anderen Teams der Aids-Hilfe statt. Die Jugendprävention bringt dabei qua Ausbildung und Erfahrung Kompetenzen ein, die es zu vertreten gilt: jugendspezifische Ansprache, einen hohen Wissens- und Kenntnisstand, methodisches know-how. Wenn möglich sollte eine Arbeitsteilung stattfinden, wo die Stärken der Teams zum Tragen kommen, also z. B. zwischen Standbetreuung mit Give Aways und Infomaterial auf der einen und der Durchführung des Safer-Sex-Quiz mit möglicherweise genauerer Besprechung der Antworten auf der anderen Seite.

Zwei Formen sind für Aktionen im Rahmen von Promotion-Events möglich

1. Ein fester Infostand
2. Mobile Aktions-Teams

8.3.1. Bespielung eines festen Infostandes

Es wird vor Ort ein Infostand aufgebaut, mit Informationsmaterial und Give Aways bestückt und evtl. mit massentauglichen Aktionen beworben.

Aufbau

Oft sind komplette Stände auf Events vorgegeben und aufgebaut, können also umsonst oder gegen Miete bezogen werden, oder es stehen Tische, Wände, Stühle etc. bereit, die für einen Aufbau verwendet werden können. Bitte vorher anfragen, was vom Veranstalter gestellt wird und was mitzubringen ist. Bei der Zusammenarbeit mit anderen Teams sind die Verantwortlichkeiten festzulegen.

Dekoration

Für die Aufmerksamkeit empfiehlt sich, Banner, Poster und ansprechende Dekoration zu verwenden, bei denen erstens deutlich wird, mit welcher Einrichtung es das Publikum zu tun hat und zweitens die Zielgruppe angesprochen wird.

Informationsmaterial

Bei der Auswahl der Broschüren sind zwei Fragen von Bedeutung: Wer ist die (bekannte oder zu erwartende) Zielgruppe (Alter, Geschlecht, Sexualität, Migrationshintergrund, Bildung)? Wie viele Leute werden den Stand voraussichtlich aufsuchen (Wie groß ist das Event? Wie viele andere Stände sind dort? Liegen Erfahrungswerte vor?) So lässt sich die Art und Anzahl der Broschüren bestimmen. Hinweis: Es ist vorher zu überlegen, wie das Infomaterial verteilt werden soll. Das Auslegen der Materialien hat den Vorteil, dass es weniger arbeitsintensiv ist; aber den Nachteil, dass diese des Öfteren wieder in Ordnung gebracht werden müssen. Die Vorbereitung von Infopacks ist zwar arbeitsaufwändiger kann aber auch zu einer größeren Erreichbarkeit beitragen.

Give Aways

Postkarten und Plakate der BZgA sind bei Jugendlichen ausgesprochen beliebt, zudem Kondome, Rote Schleifen und Aufkleber, z. B. ebenfalls von der BZgA oder aus dem Dating Game¹⁹. Die Verteilung von Aufklebern oder Kondomen ist nicht in allen Kontexten erwünscht. Dies muss vorher unbedingt abgeklärt werden. Möglich ist auch der Verkauf von Schlüssel- und Freundschaftsbändern, Aids-Bärchen und anderen Utensilien.

Zusätzliche Aktionen/Spiele

Zusätzliche Aktionen/Spiele sind abhängig von der Größe des Stands, der Standbesetzung und der erwarteten Anzahl der Besucher_innen. Für größere Events hat sich das Safer-Sex-Quiz²⁰ bewährt, das es hinsichtlich der Anzahl und Schwierigkeit der Fragen in unterschiedlichen Varianten gibt. Es kann schnell ausgefüllt werden und bietet die Möglichkeit, mit einer Gewinnverlosung kombiniert zu werden. Dies erhöht den Anreiz zur Teilnahme und damit die Zahl der erreichten Personen. Das Quiz kann um einen Praxisteil erweitert werden, in dem die Jugendlichen Kondome über einen Dildo ziehen und bei Bestehen beider Teile den Safer-Sex-Führerschein ausgehändigt bekommen. Alternativ können auch Quiz-Fragen zur mündlichen Beantwortung gezogen werden, wonach es einen kleinen Preis (Cruising Pack o. ä.) gibt. Die Fragen können auch aufwändiger über ein Glücksrad gezogen werden, was in der Regel eine größere Öffentlichkeit herstellt.

19 Vgl. Methode „Dating Game“ im Kapitel „Methoden zu HIV und Aids“.

20 Vgl. Methode „Safer Sex Quiz“ im Kapitel „Methoden zu HIV und Aids“.

8.3.2. Mobile Aktions-Teams

Teamer_innen laufen in kleineren Gruppen über die Veranstaltung und machen mit öffentlichkeitswirksamen und präventionsrelevanten Aktionen auf die Arbeit aufmerksam und geben Anstöße für eine Auseinandersetzung mit HIV/Aids.

Mögliche Methoden

1. Verteilung von Informationen zu HIV/Aids, zur Einrichtung sowie Give Aways
2. Präventive Spiele, die auf die interaktive Vermittlung von Wissen abzielen und Denkanstöße geben sowie Aktionen, die die angesprochenen Personen für weiteren Austausch und Nachfragen an den evtl. vorhandenen Stand der Einrichtung bringen. Eine Kombination der Methoden ist möglich, wenn zum Beispiel Give Aways wie Kondome als Preis für die Teilnahme an einem Spiel ausgegeben werden oder auf ein weiteres Quiz am Stand hingewiesen wird.

Auftritt

Gerade bei größeren Events besteht oft die Schwierigkeit, genügend Raum und Zeit für eine detaillierte und ausführliche Vermittlung von Inhalten zu schaffen sowie Aufmerksamkeit zu erzeugen. Insofern ist es wichtig, dass die mobilen Teams schnell und eindeutig identifiziert werden können und einen hohen Sichtbarkeitswert haben. Dies geschieht in erster Linie über das Auftreten in einem gemeinsamen Corporate Design, etwa über Aktions-T-Shirts und Taschen. Je größer das Team ist, desto eher wird es wahrgenommen und kann Raum für die Präventionsaktion schaffen. Für den Erfolg der Aktionen ist es von herausragender Bedeutung, sich über Outfit, Verhalten und Sprache an den Kontext anzupassen, Teil der „Party“ zu sein und somit Identifikationsmöglichkeiten für die Passant_innen anzubieten.

Give Aways

Die Zusammensetzung der Give Aways sollte sich am Kontext der jeweiligen Veranstaltung orientieren. Bei den Sommerevents der Berliner Aids-Hilfe haben sich mit Sprüchen/Piktogrammen und dem BAH-Logo bedruckte Tüten als nachhaltig herausgestellt. Diese sind in der Öffentlichkeit auch dann noch sichtbar, wenn der Inhalt entnommen und die Tüten auf den Boden geworfen oder anderweitig entsorgt wurden.

Aktionen

Für die präventiven Ziele bietet sich das „Dating Game“²¹ an. Es kann in unterschiedlichen Versionen inszeniert und mit anderen kleineren Quiz-Formen oder Spielen, in denen sexuelle Stellungen aufgeführt werden müssen oder die Kondombenutzung geübt werden soll, kombiniert werden.

²¹ Vgl. Methode „Dating Game“ im Kapitel „Methoden zu HIV und Aids“.

8.4. Junge Redakteur_innen als Peer-Präventions-Akteur_innen

Kurzbeschreibung des Projektes

In dem Projekt „Junge Redakteur_innen als Peer-Präventions-Akteur_innen“ werden Journalist_innen verschiedener Schülerzeitungen dazu eingeladen, an einer zweiteiligen Veranstaltung teilzunehmen.

Im ersten Teil erhalten die Schüler_innen im Rahmen eines Grundlagenworkshops Hintergrundwissen zum Thema HIV/Aids. Im zweiten Teil haben sie die Möglichkeit, Interviews mit verschiedenen Expert_innen bzw. Positiven zu führen, um Fragen, die sie am Thema interessieren, zu stellen und Antworten aus sozusagen erster Hand zu erhalten. Die geführten Interviews halten die Schüler_innen in eigenen Artikeln fest, die in einem Sammelheft veröffentlicht werden. Zusätzlich publizieren sie diese Artikel in ihren Schülerzeitungen.

Dadurch wird eine große Reichweite für das Thema HIV/Aids hervorgerufen und dieses gleichzeitig aus einer jugendlichen Perspektive für eine jugendliche Zielgruppe beleuchtet.

Theoretischer Hintergrund

Schüler_innen möglichst zielgruppengerecht und nachhaltig mit Präventionsbotschaften zu erreichen, stellt eine dauerhafte Herausforderung der Präventionsarbeit dar. Entscheidend für die Nachhaltigkeit ist dabei insbesondere, dass die Zielgruppe die Möglichkeit erhält, an der Präventionsarbeit teilzunehmen, damit sie gemeinsam ihre Ansätze zum Umgang mit HIV/Aids entwickeln können. Schülerzeitungen wurden bisher als Medium in der HIV-Prävention kaum oder gar nicht berücksichtigt. Dabei tragen Schülerzeitungen durch ihren partizipativen Kommunikationsprozess wesentlich zur Meinungs- und Willensbildung in der Schülerschaft bei. Bei der Zielgruppe der Redakteur_innen handelt es sich ohnehin um eine in Schülerfragen bereits engagierte Gruppe, die für die HIV-Prävention nur noch aktiviert werden muss. Bei ihnen ist zudem auch die Fähigkeit vorhanden, Wissen angemessen weiterzuvermitteln sowie bei der Recherche kritisch, aber auch sensibel vorzugehen. Die Sensibilisierung durch Schülerzeitungsredakteur_innen hat den Vorteil, dass die Informationen für Jugendliche relevant und angemessen sind und in der Peer-Sprache vermittelt werden. Zudem haben Schülerzeitungen eine breite Leserschaft unter den Schüler_innen, werden aber auch von Familienmitgliedern und Lehrer_innen gelesen. Je nach dem in welchem Kontext die Zusammenarbeit mit Redakteur_innen erfolgt, können durch die Artikel bspw. auch Expert_innen im HIV-Bereich oder eine jugendliche Sichtweise zu verschiedenen HIV/Aids bezogenen Themen vorgestellt werden.

Akquise der Schülerzeitungsredakteur_innen

Die Ansprache der Schülerzeitungsredakteur_innen sollte auf verschiedenen Ebenen geschehen. Die Redaktionen der Schülerzeitungen sind direkt oder über die zuständigen Lehrer_innen zu erreichen. Dabei bietet es sich an, bereits bestehende Kontakte zu Lehrer_innen zu nutzen bzw. bei anderen Veranstaltungen Schüler_innen und Lehrer_innen auf die Veranstaltung aufmerksam zu machen. Zusätzlich sollte bei einer frühzeitigen Planung der Veranstaltung ein Einladungsschreiben an alle Schulen mit der Bitte um Weiterleitung an die Redaktionen und die zuständigen Lehrer_innen versandt werden. Neben der Schulebene ist es auch möglich Schülerzeitungsredakteur_innen über deren jeweiligen Landesverband mit einer Ankündigung zu erreichen. Nach diesen Maßnahmen stellen sich in der Regel erste Anmeldungen für die Veranstaltung ein. Es bietet sich jedoch an, in einer zweiten konzentrierten Nachfassaktion noch einmal Lehrer_innen und Schülerzeitungsredaktionen direkt anzusprechen und auf die Veranstaltung hinzuweisen. Die versendeten Ankündigungen/Anschriften, die auf die Veranstaltung aufmerksam machen sollen, sollten die Projektziele und Hintergründe der Idee des Projektes klar darstellen. Projektziele sind die Veröffentlichung von fachlich begleiteten Artikeln bspw. in Schülerzeitungen, Kongresszeitungen, Zeitschriften der Kooperationspartner oder auf deren und anderen Websites. Die Schüler_innen erlernen und vertiefen nicht nur interdisziplinär ihr Wissen zu HIV/Aids/STI, sondern haben auch die Möglichkeit ihre fachspezifischen und breiter angelegten Kompetenzen zu entwickeln. Im Workshop können zusätzliche kleine Anreize zur Teilnahme ausgegeben werden, kontextabhängig z.B. Galakarten oder weiteres.

Akquise von Expert_innen

Die Interviewpartner_innen spielen eine zentrale Rolle in dem Projekt. Sie bieten den Redakteur_innen die Möglichkeit über den Workshop hinaus weitere HIV-bezogene Informationen und Einblicke in unterschiedliche Lebenswelten zu erhalten. Daher sollten die Interviewpartner_innen ein breites Spektrum an Expertisen und Erfahrungen abbilden. Welche Expert_innen oder Positive zu einem Workshop eingeladen werden, muss jeweils vom Interesse der Redakteur_innen (falls bekannt), von den Zielen des Workshops (spezifisch oder breitgefächert) oder von der „Seltenheit“ oder „Fremdheit“ der repräsentierten Lebenswelt für die Schüler_innen abhängig gemacht werden (z.B. schwul oder nicht- schwul, Migrationshintergrund, intravenöse Drogengebrauchende o.a.). Zudem kann nach Funktion (Vertreter_in der BZgA, DAH etc.) oder Kompetenz (Forscher bestimmter Fachrichtung) ausgewählt werden. Wichtig ist in jedem Fall den Jugendlichen die Freiheit einzuräumen eigene Interessen und Themen (falls vorhanden auch Vorwissen) einzubringen, sodass Motivation und Eigeninitiative optimal genutzt werden können. Die Interviewpartner_innen sollten rechtzeitig vor der Veranstaltung kontaktiert werden, sodass ihre Teilnahme gesichert ist. Dabei ist es wichtig sie über das Projekt und die Ziele, sowie die Zielgruppe im Vorfeld aufzuklären. Es besteht zusätzlich noch die Möglichkeit, wenn das Projekt im Rahmen eines thematisch ähnlichen Kongresses stattfindet, den Schülerzeitungsredakteur_innen die Chance zu geben eigene Interviewpartner_innen auf dem Kongress anzusprechen.

Weitere organisatorische Vorbereitung

In der Planungsphase sind verschiedene Dinge zu beachten. Zunächst sollten adäquate Räumlichkeiten reserviert werden. Sie sollten ausreichend Platz für den Workshop und für die Interviews bieten, damit sich die Redakteur_innen nicht gegenseitig stören oder ablenken. Gleichzeitig sollten die Räumlichkeiten über die notwendigen technischen Voraussetzungen verfügen, wie Steckdosen in ausreichendem Maß, Beamer, usw. Um die Dokumentation der Interviews für die Schüler_innen so einfach wie möglich zu gestalten, sollten sämtliche technischen Geräte - wie Aufnahmegeräte, Laptops und Digitalkameras - durch die Projektleitung bereitgestellt werden.

Für die Anmeldung der Schülerzeitungsredakteur_innen sollte eine Deadline festgelegt werden, die in allen Anschreiben kommuniziert wird. Die teilnehmenden Schülerzeitungsredakteur_innen erhalten ebenso wie die Interviewpartner_innen kurz vor der Veranstaltung eine Erinnerung an das Datum der Veranstaltung mit letzten Informationen. Die Interviewpartner_innen sollten auch in Hinblick auf Bildrechte vor der Veranstaltung informiert werden. Die Erstellung der Broschüren für einen Kongress mit den Artikeln der Redakteur_innen erfordert eine_n Grafiker_in, der sich bereit erklärt, die Artikel nach der Veranstaltung in einem Heft zusammenzufassen. Für den Workshop müssen alle Materialien vorbereitet und gedruckt bzw. Präsentationen erstellt werden sowie Zuständigkeiten im Ablauf innerhalb des Teams geklärt werden.

Die Veranstaltung: Grundlagenworkshop, Interview und Schreibwerkstatt

Grundlagenworkshop HIV/Aids

Basis für alle Interviews und die entstehenden Artikel des Projekts ist ein Grundlagenworkshop zum Thema HIV/Aids. Dieser lehnt sich in seinen Grundzügen an den hier im Handbuch dargestellten Workshop zu HIV/Aids an. Jedoch richtet sich die inhaltliche Ausgestaltung des Workshops im Projekt mit den Schülerzeitungsredakteur_innen auch stark nach den Interviewpartner_innen. Dies bedeutet, dass je nach dem aus welchen Bereichen die Interviewpartner_innen für die Veranstaltung gewonnen werden konnten, möglicherweise spezielles Hintergrundwissen vermittelt werden muss, sodass die Teilnehmer_innen ausreichend vor den Interviews informiert sind. So ist z.B. eine detailliertere epidemiologische Datenauflistung sinnvoll, wenn ein Mitarbeiter des Robert-Koch-Instituts oder eine intensivere Sensibilisierung für das Leben mit HIV, wenn ein_e Positive_r eingeladen wurde. Generell sollte die Workshop- Phase mit einer Begrüßung und einer Vorstellungsrunde aller Teilnehmenden beginnen. Auch bietet es sich an, ein gemeinsames Aufwärmenspiel an den Anfang der Veranstaltung zu setzen, damit die Teilnehmenden einander besser kennenlernen.

Themenfindung

Anschließend an den Workshop und der damit verbundenen inhaltlichen Wissensvermittlung folgt eine Phase der Gruppenbildung und Themenfindung. Die Jugendlichen entscheiden sich für ein Thema und einen damit verbundenen Interviewpartner_in. Hilfreich für die Themenfindung der Jugendlichen ist eine detaillierte Vorstellung der Interviewpartner_innen, vor der Entscheidung. Falls genügend Teamer vorhanden sind, eignet sich dieser Zeitpunkt zur Bildung von Patenschaften. Die Paten stehen bei der konkreten Vorbereitung des Interviews zur Seite, helfen bei der Umsetzung der Inhalte des Workshops und motivieren zur kritischen Reflexion. Zur Vorbereitung der Interviews bietet es sich an, verschiedene Räumlichkeiten zu nutzen bzw. den Raum in verschiedene Arbeitsbereiche aufzuteilen. Um geeignete Fragen zu finden, die inhaltlich relevant sind und nicht den Rahmen sprengen, sollte für diese Phase ausreichend Zeit eingeplant werden.

Interviewphase

Bei Eintreffen der Interviewpartner_innen sollten diese nach einer kurzen Begrüßung und Vorstellung mit ihren Interviewern zusammengeführt werden. Die Schülerzeitungsredakteur_innen erhalten nun die Möglichkeit die von ihnen erarbeiteten Fragen zu stellen und ein Gespräch mit den Interviewpartner_innen zu führen. Dieses Interview wird entweder aufgenommen, oder schriftlich festgehalten, um es anschließend für die eigenen Artikel zu nutzen. Während des Interviews sollten sich die Workshopleiter_innen (Paten) vorerst im Hintergrund halten, aber zur Unterstützung präsent sein. Zur Dokumentation und späteren Illustration des Textes sind Fotos empfehlenswert. Außerdem kann es hilfreich sein, wenn die Interviewpartner_innen den Schülerzeitungsredakteur_innen Visitenkarten überreichen, um eine genaue Titelbezeichnung und korrekte Schreibweisen zu gewährleisten.

Schreibphase

Beim Schreiben der Artikel ist es wichtig, die Schüler_innen zur selbstständigen Arbeit zu ermutigen. Die Rolle der Pat_innen sollte sich darauf beschränken, im konkreten Bedarfsfall helfend zur Seite zu stehen und bei Blockaden, inhaltlichen und/oder stilistischen Fragen Anregungen und konstruktive Vorschläge zu unterbreiten. Sehr wichtig ist dabei, dass die Teamer so wenig wie möglich in den Gestaltungsprozess eingreifen sollten. Allerdings ist es deren Aufgabe regelmäßige Zeitansagen zu machen, um es den Redakteur_innen zu erleichtern, die zeitlichen Vorgaben einzuhalten. Die Artikel sollten in einem einheitlichen Format abgefasst und mit einer Überschrift und dem Namen des Autors/der Autorin gekennzeichnet werden. Die Zeit sollte so geplant werden, dass am Ende des Schreibens einige Minuten für die Auswertung und Nachbereitung des Schreibprozesses übrigbleiben. Es ist Aufgabe der Workshopleiter_innen, dieses Zeitfenster von Anbeginn an einzuplanen und offenzuhalten. Nach dieser abschließenden Runde sollte ein Gruppenfoto gemacht werden, welches gegebenenfalls Bestandteil der Broschüre werden kann. Dabei ist aus rechtlichen Gründen auf die ausdrückliche Einwilligung der Teilnehmer_innen und bei Minderjährigkeit auch der Erziehungsberechtigten zu achten.

Das Gruppenfoto bildet den Abschluss der Veranstaltung mit den Schülerzeitungsredakteur_innen. Bei der Verabschiedung kann erneut auf die vorherig gesetzten Anreize, wie Galakarten, eingegangen werden und wiederholt eine Einladung ausgesprochen werden. Außerdem ist es wichtig darauf hinzuweisen, dass jede_r Schülerzeitungsredakteur_in ein Exemplar des Heftes mit allen Artikeln erhält und dass sich im Umkehrschluss die veranstaltungsgebende Organisation darüber freut, Schülerzeitungen mit den in der Veranstaltung verfassten Artikeln zu erhalten.

Schlussredaktion, Druck und Distribution

Editorialphase

Nach Abschluss der Veranstaltung muss, aufgrund der Vielzahl an Artikeln, ausreichend Zeit für die Korrekturlesung eingeplant werden. Dabei ist zu beachten, dass lediglich Orthografie und Grammatik korrigiert werden dürfen. Inhaltliche Veränderungen sollten nicht vorgenommen werden - es sei denn, dass das Geschriebene ausdrücklich gegen den Präventionsgedanken verstößt oder fachlich falsche Informationen enthält. In diesem Fall dürfen Passagen gestrichen, aber nicht verändert werden. Ziel der Korrekturarbeit ist es, soweit wie möglich die Authentizität und den individuellen Schreibstil der Autor_innen zu erhalten, gleichzeitig aber einen für die Leser_innen verständlichen Text ohne Rechtschreibfehler zu gewährleisten. Auch hier sollte sich das Einwirken der Workshopleiter_innen auf das notwendige Mindestmaß beschränken.

Layout und Druck

Nachdem alle Artikel Korrektur gelesen wurden, werden sie in einem Sammelheft zusammengefügt. Dabei ist es wichtig eine ansehnliche, angemessene und möglichst hochwertige Aufmachung für das Heft zu gestalten, auch mit Hinblick darauf, dass das Heft die Arbeit der Schülerzeitungsredakteur_innen widerspiegelt und sich darin ein hohes Maß an Wertschätzung ihnen gegenüber zeigt. So erhöht sich auch die Selbstwirksamkeitserfahrung der Jugendlichen. Dabei ist im Besonderen auf das Cover, die Schriftart, mögliche Illustrationen und Bilder zu achten. Noch vor dem Druck sollten Dinge wie farbiger Hefteinschlag und farbige oder nicht-farbige Bilder und Illustrationen besprochen sein. Beim Druck ist auch auf die höchstmögliche Qualität bei evtl. limitierten Ressourcen zu achten. Falls die Veranstaltung im Rahmen eines zweitägigen Kongresses stattfindet, bietet es sich an die Hefte bis zum Folgetag zu drucken und bereits auf dem Kongress zu verteilen.

Veröffentlichung und Distribution

Wie zuvor beschrieben, können die Artikel in Form eines Heftes bei einer Einbettung der Veranstaltung in einen Kongress bereits am Folgetag an die Teilnehmer_innen verteilt werden. Außerdem bietet es sich an, eine Version des Heftes im pdf-Format als möglichen Download auf den eigenen Internetseiten hochzuladen und auch mögliche Kooperationspartner_innen (z.B. BZgA) darauf anzusprechen, dieses ebenfalls zu tun. Durch das Versenden einer CD, die die verfassten Artikel enthält, werden die Schülerzeitungsredakteur_innen ermutigt, die eigenen Artikel auch in ihren Schülerzeitungen zu veröffentlichen, sodass ein größtmöglicher Effekt für das Projekt erreicht wird. Wenn das Projekt mehrmalig durchgeführt wird, besteht auch die Möglichkeit einen kommentierten Sammelband mit allen Artikeln zu veröffentlichen, möglicherweise in Verbindung mit einem feierlichen Anlass oder eigenen Broschüren.

Nachbereitung des Projektes

Nach Abschluss des Projektes erhalten alle teilnehmenden Schülerzeitungsredakteur_innen ein Schreiben mit einer Danksagung, einer Teilnahmebescheinigung und einem Exemplar des erstellten Sammelheftes sowie, wie zuvor beschrieben, einer CD, die ihre eigenen Artikel enthält. Auch die Interviewpartner_innen erhalten ein Dankeschreiben und ein Exemplar des Sammelheftes. Es kann auch sinnvoll sein, sofern die Möglichkeiten und die Ressourcen bestehen, das Sammelheft an weitere Schulen, Schülerzeitungsredaktionen und die jeweiligen Landesverbände der Schülerzeitungen sowie Kooperationspartner_innen und Geldgeber zu verschicken, um weitere Aufmerksamkeit für das Projekt zu generieren und auf weitere Veranstaltungen der veranstaltungsgebenden Organisation sowie andere Angebote aufmerksam zu machen.

Beispielhafter Ablauf der Veranstaltung im Rahmen eines Kongresses:

Zeit	Phase
Freitag: 12.00h - 12.20h	Begrüßung / Ziel der Veranstaltung bzw. des Workshops / kurze Vorstellung der Interviewpartner/ Präventionsspot
12.20h - 12.30h	Kennlernspiel (Name, Schule, Klasse, Anfangsbuchstabe des Vornamens – sexuell konnotierter Begriff)
12.35h - 13.00h	Grundlagen HIV/Aids – Medizinischer Teil
13.00h - 13.25h	Grundlagen des HIV-Tests / Leben mit HIV
13.25h - 13.35h	Epidemiologie
13.35h - 13.55h	Fishbowl
13.55h - 14.00h	Vorstellung der Präventionslandschaft in Deutschland und der Interviewpartner_innen
14.00h – 14.05h	Gruppenfoto
14.05h – 14.25h	MITTAGESSEN
14.25h – 14.45h	Vorbereitung der Interviews (im Buddy-System)
14.45h – 15.15h	Interviewphase
15.15h – 15.30h	PAUSE
15.30h – 17.45h	Schreiben der Artikel
18.30h – 22.00h	Korrekturlesen / Layout
22.00h – 12.00h	Druck der Zeitschriften
Samstag: 14.00h – 18.00h und ab 21.00h	Verteilung der Zeitschriften auf der Konferenz bzw. Reminders-Night-Gala durch Redakteur_innen und Teamer_innen

8.5. Qualitätsentwicklung und –sicherung

Grundvoraussetzung einer guten Präventionsarbeit ist die fachliche und methodische Kompetenz der Mitglieder des Youthwork-Teams. Das Handbuch dient als gemeinsame Arbeitsgrundlage und ist als Instrument der Qualitätsentwicklung und -sicherung zu verstehen. Jedes Teammitglied erhält ein Exemplar kostenfrei zu Beginn seiner ehrenamtlichen Tätigkeit, sodass die Teamer_innen über alle notwendigen fachlichen Informationen über HIV/Aids/STI-Prävention verfügen und wissen, wie diese methodisch für Präventionsveranstaltungen mit Jugendlichen vermittelt werden können. Es wird vom Team stetig weiterentwickelt.

Nach einer zweitägigen Ausbildung seitens der Berliner Aids-Hilfe e.V. beginnt die teaminterne Ausbildung. Das vorliegende Handbuch spielt dabei eine zentrale Rolle. Das Engagement der ehrenamtlichen Youthworker ist aufgrund der mehrmonatigen Ausbildung grundsätzlich auf mindestens ein Jahr ausgelegt. Für neue Teamer_innen sollten die Koordinator_innen einen ganztägigen praxisorientierten Workshop zum Inhalt und Methoden der Youthwork-Arbeit durchführen. Um einen guten Einstieg und Einblick in die Präventionsworkshops zu bekommen, verpflichten sich neue Teamer_innen in den ersten zwei Monaten des Ehrenamts, mindestens drei Mal an Workshops teilzunehmen. Danach übernehmen neue Teamer_innen sukzessiv Teile der Workshops. Nach der Einarbeitungszeit wird mindestens einmal im Monat ein Workshop geleitet.

Die Koordinator_innen des Teams veranstalten zusätzlich ein bis zwei Mal jährlich eine interne Fortbildungsveranstaltung für alle ehrenamtlichen Mitarbeiter_innen. Über die internen Teamfortbildungen hinaus nehmen die Teamer_innen und Koordinator_innen ein Mal jährlich an mehrtägigen Fortbildungen der Deutschen Aids-Hilfe e.V. (DAH), der Akademie Waldschlösschen oder anderer Träger teil. Äquivalent kann auch eine Konferenz, wie „HIV im Dialog“ oder der „Deutsch-Österreichische Aids-Kongress“ (DÖAK), besucht werden. Diese Fortbildungsveranstaltungen erweitern den Qualifizierungsrahmen des Teams interdisziplinär. Alle erzielten Ergebnisse und Erkenntnisse der einzelnen Fortbildungen werden innerhalb des Teams auf der nächsten Sitzung von den Teammitgliedern weitervermittelt, diskutiert und ggf. methodisch für die Präventionsarbeit fruchtbar gemacht. Neue oder weiterentwickelte Ansätze und Methoden werden im „Handbuch HIV/STI-Prävention“ festgehalten. Durch Präsentationen auf Tagungen und Konferenzen werden neue Ergebnisse und Erkenntnisse anderen Akteuren der HIV/STI-Prävention im deutschsprachigen Raum zugänglich und auf diese Weise zum Diskussionsgegenstand gemacht.

Das Youthwork-Team ist Teil eines lokalen und bundesweiten Netzwerkes, über das es neue fachliche und methodische Impulse erhält. Das Youthwork-Team bildet mit den Jugendprojekten von pro familia Berlin, Mann-O-Meter und BLSB Berlin-Brandenburg das „Bündnis Aufgeklärt“. Die teilnehmenden Projekte verpflichten sich dabei freiwillig eng zu kooperieren. Das Youthwork-Team ist Mitglied des Berliner „Arbeitskreises Sexualpädagogik“ und arbeitet im Netzwerk der Youthworker des Bundesverbandes der DAH e.V. an der Entwicklung deutschlandweiter Standards für die HIV/STI-Prävention mit Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit.

Um die Qualität des Youthwork-Teams zu entwickeln und langfristig zu sichern, benutzen die Koordinator_innen bei der Entwicklung von Projekten und Programmen zusätzlich eine Reihe unterschiedlicher Instrumente. Die Entscheidung für oder gegen ein Instrument ist grundsätzlich abhängig vom Ziel, Art und Stand des Projektes und anderen Kriterien. Die Ansätze unterscheiden sich dabei in Bezug auf ihre wissenschaftstheoretisch-methodologische Fundierung. So basieren einige auf partizipativen, andere hingegen auf zielgruppenorientierten oder zielorientierten Ansätzen der Qualitätsentwicklung und -sicherung.

Eines der wichtigsten Instrumentarien der Qualitätsentwicklung für das Youthwork-Team stellt das von der DAH in Zusammenarbeit mit dem Wissenschaftszentrum Berlin entwickelte Papier *Ansätze und Methoden der Partizipativen Qualitätsentwicklung* (Wright, Block, Unger, 2011; DAH 2011) dar, die wissenschaftstheoretisch auf die Annahmen der Aktionsforschung zurückgehen. Eine besondere Schwerpunktsetzung liegt auf der Einbeziehung der verschiedenen Zielgruppen und/oder der betroffenen Interessengruppen in die HIV-Prävention in allen Stadien der Projektentwicklung: der Durchführung von Bedarfserhebungen, der Projektplanungen- und -durchführungen und Evaluationen. Der Fokus bei der partizipativen Qualitätsentwicklung liegt eindeutig auf der Beschreibung der Bedürfnisse und der Perspektiven der Beteiligten sowie auf der *gemeinsamen* Zusammenarbeit und Qualitätsentwicklung.

Dabei kommen auch andere Qualitätsentwicklungstools zum Einsatz, darunter zum Beispiel die Tools „Succeed“ (WHO, BZgA, Aids Action Europe, 2011), „Improving the Quality of SRHS Education Programmes for Young People“ (Stop Aids Now!, 2009) und „QUIET“ (SPI Forschung, 2011). Sie sind Instrumentarien für Projektkoordinator_innen in der HIV-Prävention. Die Tools unterstützen sie dabei, existierende Projekte kritisch zu überprüfen oder Projekte in Planung in Bezug auf die wichtigsten Kriterien einer Erfolg versprechenden Prävention hin zu untersuchen. Mit diesen Tools lässt sich schnell und übersichtlich feststellen, welche Teile eines Projektes gut oder weniger gut funktionieren, wo Verbesserungspotenzial besteht und von wem und bis wann diese Verbesserungen umgesetzt werden sollten.

Auf der Webseite www.qualityaction.eu können einige der Tools heruntergeladen werden.

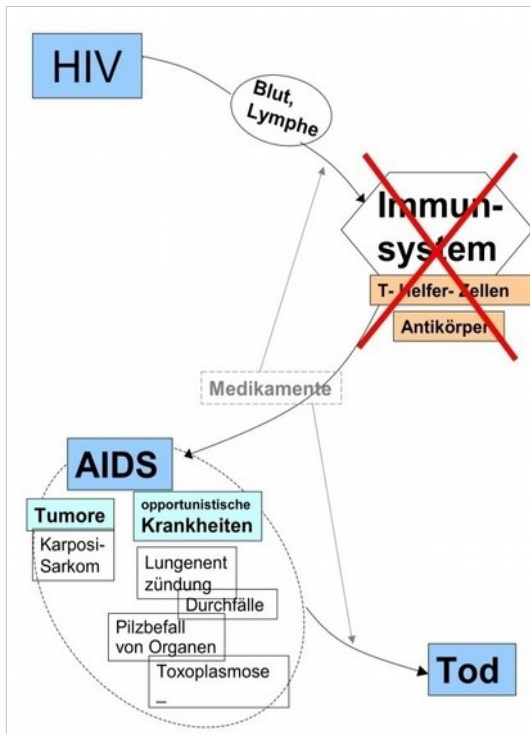
9. Methoden

Für die präventive Praxis sind alle Methoden und Materialien auf der Webseite

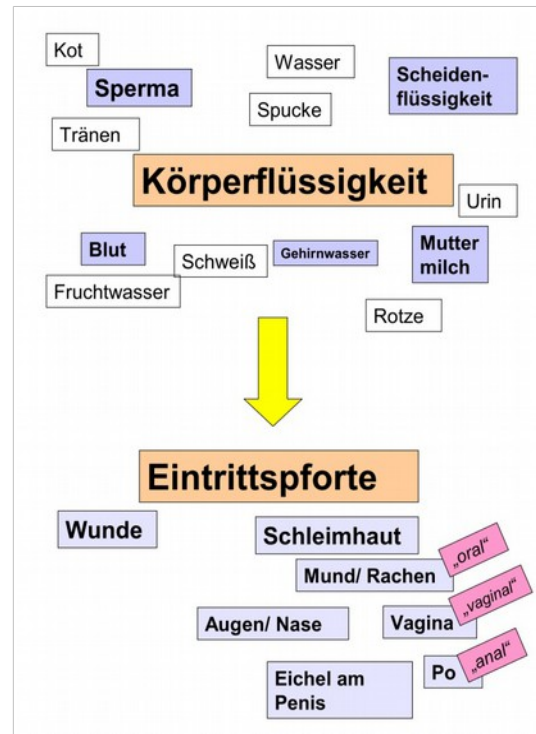
➔ www.berlin-aidshilfe.de/angebote/youthwork/handbuch als Download verfügbar

Passwort: Kondome_schuetzen!

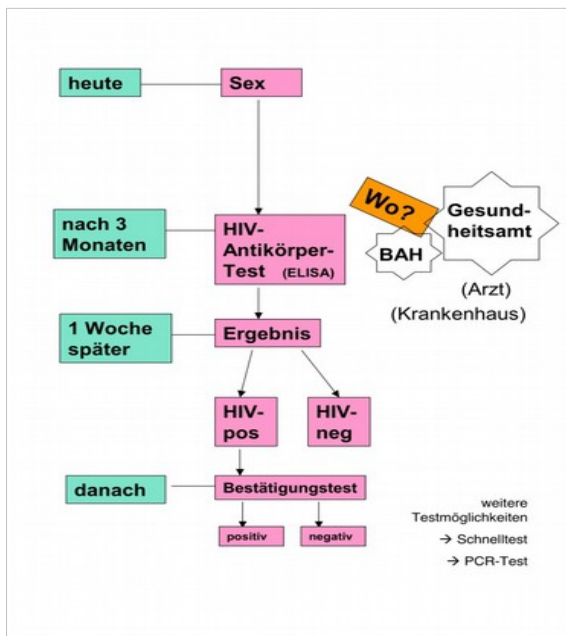
Was ist HIV?



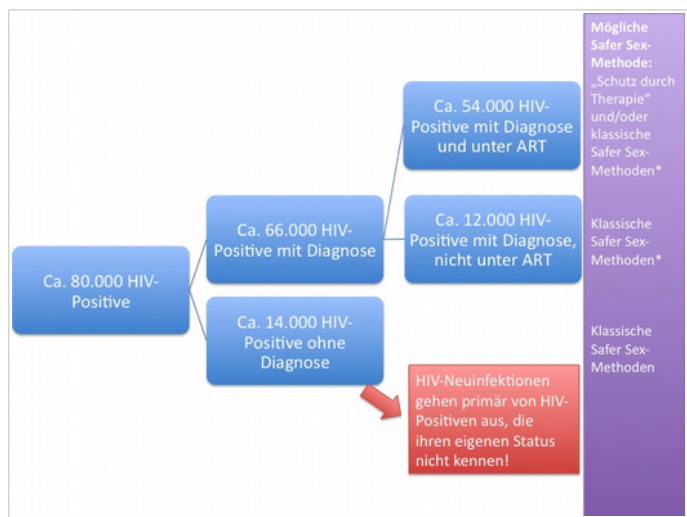
Wie bekommt man HIV?



Wo und wie kann ich mich testen lassen?



Epidemiologie und Safer-Sex-Methoden



9.1. Aufwärmspiele

Spiel: Der Wind weht ...

→ **Ziele:** Aufwärmen, wach machen

→ **Zielgruppe:** Gruppen, ohne Altersbeschränkung

→ **Zeit:** 5 – 10 min

Vorgehen: Die Gruppe sitzt auf Stühlen im Kreis. Eine Person steht in der Mitte. Alle Stühle sind besetzt. Die in der Mitte stehende Person beginnt mit dem Satz: »Der Wind weht für alle, die ...« und benennt eine Tätigkeit, die einige ausgeführt haben könnten, ein Hobby, das andere haben könnten, ein Merkmal, das verschiedene Teilnehmende aufweisen oder ähnliches.

Beispiele

Der Wind weht für alle ...

- die einen HIV-Positiven kennen.
- die heute schon geküsst haben.
- die sich heute Morgen die Zähne geputzt haben.
- Männer/alle Frauen.
- die denken, dass HIV und Aids dasselbe ist.
- usw. ...

Diejenigen, die sich angesprochen fühlen, müssen ihren Platz verlassen und sich einen anderen frei werdenden Stuhl suchen. Die in der Mitte stehende Person versucht gleichzeitig, sich ebenfalls auf einen frei werdenden Stuhl zu setzen. Wer keinen freien Stuhl mehr findet, setzt das Spiel in der Mitte stehend fort mit dem Satz:
» Der Wind weht für alle, die ... «

Hilfsmittel: stabile Stühle

Notizen: Es ist auch möglich die Gruppe in z.B. „Verhütungsmittel“-Untergruppen aufzuteilen. Dabei wird vorerst abgezählt: „1, 2, 3 - 1, 2, 3- ...“ usw. Alle Einser sind dann z.B. die „Kondom“-Untergruppe, alle Zweier die „Pille“-Untergruppe, alle Dreier die „Spirale“-Untergruppe. Der Wind weht in dieser Variante für alle Verhütungsmittel, Kondome, Pillen oder Spiralen. Die Benennung der Untergruppen ist beliebig: Denkbar sind auch Obstsorten, Körperteile, Geschlechtskrankheiten etc.

Spiel: Seitenspiel

→ **Ziele:** Gegenseitiges Kennenlernen, Einstieg in Gruppenarbeit, Sammeln von Informationen über die Gruppe.

→ **Zielgruppe:** Gruppen ohne Altersbeschränkung

→ **Zeit:** variabel

Vorgehen: Alle Teilnehmenden stehen in der Mitte. Die Gruppenleitung legt für zwei Seiten des Raumes fest, welche die Ja-Seite und welche die Nein-Seite ist. Die Spielleitung stellt Fragen, welche nur mit Ja oder Nein beantwortet werden können. Die Teilnehmenden stellen sich nun jeweils auf die passende Seite. Die Teilnehmenden sollen sich nicht untereinander absprechen, sondern spontan entscheiden. Dabei sind die Teilnehmenden nicht verpflichtet die Wahrheit zu sagen.

Mögliche Fragen:

- Braucht ihr morgens länger als eine halbe Stunde im Bad?
- Habt ihr mindestens ein Elternteil, der nicht in Deutschland geboren ist?

- Wer hat schon mal bewusst die Kleidung des anderen Geschlechts getragen?
 - Habt ihr schon einmal jemanden geküsst?
 - Habt ihr schon einmal eine Person des gleichen Geschlechts geküsst?
 - Habt ihr eine Tätowierung oder ein Piercing?
 - Kennt ihr einen HIV-positiven Menschen?
 - Glaubt ihr HIV und Aids ist das gleiche?
 - Seid ihr zurzeit verliebt?
 - Wer hat schon mal aus Liebe geweint?
 - Kennt ihr einen Schwulen oder eine Lesbe?
 - Deine beste Freundin sagt sie sei lesbisch. Würdest du weiter mit ihr befreundet sein?
-

Spiel: Ich bin der Sex ...

→ **Ziele:** Assoziationsketten entdecken, Spaß, Aufwärmen, Auflockerung, Aufdecken von Klischees

→ **Zielgruppe:** Gruppen ohne Altersbeschränkung

→ **Zeit:** 15 – 20min

Vorgehen: Drei Stühle werden nebeneinander gestellt und bilden „das Sofa“. Die Gruppenleitung setzt sich zur Eröffnung auf den mittleren Stuhl und sagt „Ich bin der Sex, wer passt zu mir?“. Wer eine passende Assoziation hat, setzt sich auf einen der zwei freien Stühle. Dann sagt die Gruppenleitung zu der einen Seite „Ich bin der Sex und wer bist du?“ Die Person antwortet z.B. „Ich bin die Geliebte.“ Anschließend fragt die Gruppenleitung die andere Person „Ich bin der Sex und wer bist du?“ Die andere Person sagt z.B. „Ich bin die Syphilis.“ Die mittlere Person muss sich nun für eine der beiden Antworten entscheiden, die ihr besser gefällt („Dann nehme ich die Syphilis.“) und verlässt mit der Person, die diese Assoziation vorgebracht hat, das Sofa. Die verbleibende Person eröffnet die nächste Runde, z.B. „Ich bin die Geliebte, wer passt zu mir?“, usw. Die Gruppenleitung beendet das Spiel, entweder nach einer gewissen Zeit oder wenn der Gruppe die Ideen ausgehen.

Varianten: Inhaltlich kann das Spiel angepasst werden. Es bietet sich an auch Begriffe wie HIV, Kondom oder Liebe zu verwenden.

Spiel: Fliegenklatsche

→ **Ziele:** Zusammenfassung oder Anwendung des Gelernten im Workshop oder zur Abfrage von Vorwissen

→ **Zielgruppe:** Gruppen, ohne Altersbeschränkung

→ **Zeit:** 10 min

Vorgehen: Die Teilnehmenden werden in zwei gleich große Gruppen aufgeteilt, die gegeneinander spielen. Gewinner ist die Gruppe mit den meisten Punkten. Die Gruppen setzen sich in zwei horizontal gegenüber stehende Stuhlreihen, sodass jeweils eine Person jeder Gruppe einer aus der anderen gegenüber sitzt. Diese Pärchen werden von der Gruppenleitung nummeriert.

Auf einem Flipchart oder einer Tafel werden Begriffe aus dem Workshop ohne Ordnung geschrieben. Auf einem Stuhl in der Mitte der Sitzreihen werden zwei Fliegenklatschen gelegt. Die Gruppenleitung stellt nun eine Frage, dessen Antwort sich als Begriff auf dem Flipchart/Tafel befindet. Er/Sie nennt dann eine Pärchenzahl. Diese beiden Teilnehmenden müssen dann versuchen als erstes den Begriff mit der Fliegenklatsche zu hauen, der ihrer Meinung nach die richtige Antwort auf die Frage ist. Der Spieler oder die Spielerin, der/die am schnellsten die richtige Antwort geklatscht hat, gewinnt einen Punkt für seine Gruppe. Das Spiel ist dann beendet, wenn alle Begriffe vorgekommen sind. Am Ende wird eine Siegergruppe gekürt.

Hilfsmittel: Zwei Fliegenklatschen, Flipchart oder Tafel

Variante: Die Methode kann auch am Anfang gespielt werden um das Vorwissen der Teilnehmenden zu testen. Am besten eignet sie sich jedoch zur Zusammenfassung.

9.2. Allgemein sexualpädagogische Spiele

Spiel: 4-Ecken-Spiel

→ **Ziele:** Bildung bzw. Überprüfung einer eigenen Meinung; Auseinandersetzung und Akzeptieren anderer Meinungen, Abbau von Ängsten und Vorurteilen

→ **Zielgruppe:** jede Art von Gruppe, ab 14 Jahren

→ **Zeit:** 15–30 min

Vorgehen: Die Teilnehmenden stehen in der Raummitte. Nun liest ein Teamer ein Statement vor, z.B.: „Liebe...“. Dann wird in jede der vier Ecken des Raumes eine der dazu passenden vier Statement-Karten gelegt. Die Teamer_innen fordern nun die Gruppenmitglieder auf, sich in die Ecke mit der Statement-Karte zu stellen, die ihrer persönlichen Meinung am nächsten kommt. Sollte keine der Karten zutreffend sein, können sie auch in der Mitte stehen bleiben. Auch die Positionierung zwischen zwei Karten ist möglich. Anschließend sollten die Teamer_innen eine Diskussion bzw. die Reflexion moderieren. Sollte es dazu nicht kommen, soll mit offenen Fragen eingegriffen werden. So kann zum Beispiel gefragt werden, weshalb sich die Teilnehmenden für eben diese Aussage entschieden haben oder was sie grundsätzlich mit diesem Stichwort verbinden. Weitere Anknüpfungspunkte für die Moderation sind Fragen darüber, wie sich die Teilnehmenden gefühlt haben, allein oder in einer kleinen Gruppe in einer Ecke zu stehen oder was die Gründe sind, warum sich die Gruppe geschlechtsspezifisch verteilt hat, z.B. Einstellungen in Bezug auf „Liebe“ oder „Sexfilme“. Zu beachten ist, dass niemand, der allein bei einem Statement steht, herausgegriffen und der Gruppe vorgeführt wird. Diskriminierende Äußerungen zu Homosexualität, Frauen, Sexarbeiter_innen, o.ä. können zuerst in die Gruppe zur Diskussion zurückgegeben werden. Die Teamer_innen sollten darauf achten, dass diese Äußerungen nicht unkommentiert stehen bleiben.

Im Anschluss wird ein neues Thema vorgegeben.

Materialien: Pro Thema eine Statementkarte mit vier Aussagekarten.

Die Karten können als Kopiervorlage unter www.berlin-aidshilfe.de heruntergeladen werden.

Liebe...	rechtfertigt alles!	existiert nicht!	die wichtigste Sache der Welt!	die Bedingung für Sex!
Treue ist ...	ist mir absolut wichtig!	nicht immer zu halten!	unwichtig!	wenn man verzeihen kann!
Über Liebe und Sex spreche ich mit ...	niemandem!	meinen Eltern!	meiner besten Freundin/ meinem besten Freund!	die ich in Internetchats kennenlerne!
Sexfilme sind ...	interessant!	erotisch!	langweilig!	abstoßend!
Bisexualität ...	ein bisschen Bi schadet nie!	igitt!	Bisexuelle wollen sich nur nicht entscheiden!	Bisexuelle haben das Beste aus zwei Welten!
Kondome sind ...	super!	eklig!	sicher!	unsicher!
HIV/ AIDS ...	betrifft mich nicht!	geht Jede/ Jeden an!	macht mir Angst!	existiert nicht!

Quelle: eigene Darstellung nach BZgA, 2010b: 34.

Diskussionsfragen:

Thema	Fragen
Liebe...	• Was ist Liebe? • Wenn kann man alles lieben? • Kann ich auch mein Haustier/einen Gegenstand lieben?
Treue...	• Was ist Treue? • Wann beginnt Untreue? • Beginnt Untreue schon im Kopf? • Wenn ich mit jemandem über das Handy schreibe? • Wenn ich jemanden küsse? Wenn ich mit jemandem Sex habe? • Gibt es in einer Freundschaft auch Treue?
Über Liebe und Sex spreche ich mit...	• Weshalb spricht ihr darüber am liebsten mit euren Freunden? • Warum nicht mit den Eltern? Haben sie nicht vielleicht das Gleiche erlebt? • Weshalb nicht mit Menschen im Internet? • Sind denn alle Chats gefährlich?
Sexfilme sind...	• Wer produziert Sexfilme? • Wer ist die Zielgruppe? • Ist das Realität, was in Sexfilmen passiert? • Wisst ihr, dass es Sexfilme auch speziell für Frauen gibt?
Bisexualität...	• Was ist Bisexualität? • Welche anderen sexuellen Lebensweisen kennt ihr? • An Jungs: Wie findet ihr es, wenn zwei Mädchen sich küssen? • Wie findet ihr, wenn sich zwei Jungs vor euch küssen?
Kondome sind...	• Was ist das Besondere an Kondomen? • Warum sind sie für Männer wichtig? (Einziges Verhütungsmittel für Männer...) • Wovor schützen Kondome und keine anderen Verhütungsmittel?
HIV/Aids...	• Was ist der Unterschied? • Warum macht es euch Angst? • Was kann gegen diese Angst getan werden? • Kennt ihr jemanden, der HIV-positiv ist?

Brainstorming

→ **Ziele:** Wissensstand der Gruppe erfahren, Überblick über das Themengebiet, Diskussion über diskriminierende Begriffe

→ **Zielgruppe:** jede Art von Gruppe

→ **Zeit:** 15–30 min.

Vorgehen: Die Gruppenleitung gibt ein Thema vor, wie „Sexualität“, „Leben mit HIV“, „Kondome“, „Homosexualität“, usw. Die Teilnehmenden werden dazu aufgerufen alle Begriffe, die ihnen dazu einfallen, zu nennen. Diese werden von der Gruppenleitung in einem Brainstorming-Bild aufgeschrieben. So entsteht ein breiter Überblick über das bestimmte Themengebiet. Wenn alle Begriffe notiert sind, können die wichtigsten eingekreist und eine Diskussion über diese angeleitet werden.

Hilfsmittel: Flipchart, Papier, Stifte

Notizen: Es ist darauf zu achten, dass diskriminierende oder verletzende Begriffe diskutiert werden und nicht unkommentiert aufgeschrieben werden.

Erstellung eines Clusters

→ **Ziele:** Erfassung vorhandenen Wissens, Erfahrungen und Erinnerungen; Ermittlung der Interessenlagen der Teilnehmenden und Festlegung von Schwerpunktthemen für den Workshop

→ **Zielgruppe:** alle Gruppen, ab 14 Jahren

→ **Setting:** Workshops mit wenig Zeit und mit Gruppen, welche ein offenes Vorgehen erfordern

→ **Zeit:** 10 - 15 min

Vorgehen: Im ersten Schritt wird zunächst ein Stichwort (z.B. HIV oder sexuelle Gesundheit) auf die Mitte eines Flipchart Papiers geschrieben und eingekreist. Im zweiten Schritt werden spontan bis zu acht Begriffe aufgeschrieben, die den Teilnehmenden dazu einfallen. Diese Begriffe werden um den Kreis herum geordnet. Im dritten Schritt nehmen sich die Teilnehmenden die erste Assoziation vor, um einen Ideenstrang zu entwickeln. Dafür werden die Ideen wie auf einem Strahl, der von der Umrundung des Stichworts ausgeht, aufgeschrieben und mit den Wörtern mit einer kurzen Linie verbunden. Im vierten Schritt wird auch mit den anderen Assoziationen derartig verfahren, sodass eine Vielzahl von strahlenförmigen Ideensträngen entsteht. Im fünften Schritt werden gemeinsam Überschriften für alle oder die interessantesten Ideenstränge erarbeitet („clustern“). Abschließend können sich die Teilnehmenden nun für bestimmte Themenschwerpunkte des Workshops entscheiden.

Hilfsmittel: Flipchart, Papier, Stifte

Notizen: Es ist darauf zu achten, dass diskriminierende oder verletzende Begriffe diskutiert werden und nicht unkommentiert aufgeschrieben werden.

Spiel: Zwiebelspiel

→ **Ziele:** Kommunikation und Austausch über Sexualität und Partnerschaft fördern. Sich und die eigenen Grenzen sowie die Grenzen des_der Partner_in kennenlernen und lernen sich darüber zu verständigen.

→ **Zielgruppe:** Gruppen mit gerader Anzahl an Teilnehmenden

→ **Setting:** Projekttage oder Fortbildungen, Schulklassen

→ **Zeit:** 20 – 30 min

Vorgehen: Die Gruppe wird in zwei Untergruppen geteilt. Eine Gruppe stellt sich in den Innenkreis, die andere in den Außenkreis und zwar so, dass sich immer zwei Personen gegenüberstehen. Die Spielleitung stellt eine Frage, die sich die beiden gegenüberstehenden Personen gegenseitig beantworten. Nach ca. vier Minuten wird gewechselt und der Außenkreis geht im Uhrzeigersinn eine Person weiter, sodass die Partner wechseln. Beide beantworten nun eine von der Spielleitung neu gestellte Frage. Es wird so lange rotiert bis die Ausgangssituation wieder erreicht ist.

Auswertung: Auf die Frage „Wie wars?“ kann sich herausstellen, dass sich mit den unterschiedlichen Gesprächspartnern sehr verschiedene Gesprächsverläufe ergeben. Was für die eine Person eine intime Frage ist, ist für eine andere eine ganz einfach zu beantwortende.

Variante: Die Fragen können je nach Gruppenzusammensetzung und Setting angepasst werden. Ist die Gruppe sehr groß, kann nach einer gewissen Zeit abgebrochen werden.

Fragen:

- Wer hat dich aufgeklärt und über welche Themen wurde gesprochen?
- Wie war dein erster Kuss?
- Welche Worte für die weiblichen und männlichen Geschlechtsteile benutzt du?
- Wenn du an deine Traumfrau/Traummann denkst, wie sieht er oder sie aus?
- Wie wird über Sexualität bei dir zuhause gesprochen?
- Reden Jungen und Mädchen unterschiedlich über Sexualität?
- Fühlst du dich manchmal einsam?
- Wie beendest du eine Beziehung?
- Gibt es etwas im Bereich der Sexualität, über das du mit niemandem sprechen möchtest?
- Stell dir vor, dein Freund/deine Freundin würde dir gestehen, dass er/sie auf einer Party mit einer/einem anderen geknutscht hat. Wie würdest du reagieren?

Spiel: Karussell

—> **Ziele:** Kommunikation und Austausch über Sexualität und Partnerschaft fördern. Sich und die eigenen Grenzen sowie die Grenzen des_der Partner_in kennenlernen und lernen sich darüber zu verständigen.

—> **Zielgruppe:** Gruppen mit gerader Anzahl an Teilnehmenden über die eigene Sexualität und Einstellungen zu gewissen Themen

—> **Setting:** Projekttage oder Fortbildungen, Schulklassen

—> **Zeit:** 20 – 30 min

Vorgehen: Es werden zwei Stuhlkreise gebildet. Die eine Hälfte der Teilnehmenden sitzt im Innenkreis, die andere im Außenkreis. Jeweils zwei Teilnehmende setzen sich so, dass sie einander zugewandt sind. Auf den Stühlen im Innenkreis liegen Briefumschläge mit circa fünf unterschiedlichen Fragen. Zu Beginn des Spiels wird erklärt, dass nun gemeinsam mit dem Gegenüber die Fragen in den Briefumschlägen beantwortet werden sollen. Jede_r kann dabei selbst bestimmen, ob und wie dies erfolgt. Nach vier oder fünf Minuten sagt die Spielleitung an, dass die Plätze gewechselt werden. Dabei wechselt der Innenkreis einen Platz weiter nach rechts und der Außenkreis nach links, wobei die Umschläge auf dem ursprünglichen Plätzen liegen bleiben. Nach dem Wechsel entstehen neue Paare, die mit neuen Fragen fortfahren. Wenn es nicht zu viele Teilnehmende sind, kann das Karussell einmal ganz durchlaufen, sodass jeder mit jedem aus der Gruppe einmal gesprochen hat. Ist die Gruppe zu groß, wird nach einer gewissen Zeit abgebrochen.

Hilfsmittel: Fragekarten in Briefumschlägen, ausreichend Stühle

Variante: Die Fragen in den Umschlägen können je nach Gruppenzusammensetzung und Setting angepasst werden. In einer Schulklasse bietet es sich an mehr Einstellungs- und Wissensfragen zu verwenden als persönliche Fragen. Wir stellen Muster zu den Fragen, gut ist es auch die Fragen handschriftlich auf verschiedenen, bunten Zetteln zu notieren.

Fragen für die Briefumschläge:

Die Fragen lassen sich in Wissens-, Einstellungs- und persönliche Fragen einteilen.

Fragekarten:

Wissensfragen:	
Was bedeutet Transsexualität?	Was bedeutet Transgender?
Wie funktioniert ein Schwangerschaftsabbruch?	Wie lange kann bumsen dauern?
Was ist ein Orgasmus?	Welche Geschlechtskrankheiten sind heilbar, welche nicht?
Einstellungsfragen:	
Wie stehst du zu One-Night- Stands?	Was denkst du über Bordelle für Frauen?
Dürfen Lehrer schwul sein?	Welches Verhütungsmittel findest du gut?
Würdest du eine Sexualberatungsstelle oder Aids-Hilfe aufsuchen? (Für Beratung, Tests, Infos)	Machen Frauen Bilder und Videos von Männern an?
Wie beschreibst du den Unterschied zwischen Liebe und Sex?	Gibt es in anderen Ländern andere „Sitten“ beim Sex?
Persönliche Fragen:	
Was macht einen guten Liebhaber aus?	Wo informierst du dich über Sex?
Mit wem redest du über Sex?	Was ist für dich guter Sex?
Hast du schon mal Telefonsex ausprobiert?	Könntest du dir vorstellen eine offene Beziehung zu führen?
Glaubst du an Liebe auf den ersten Blick?	Was machst du, wenn du eifersüchtig bist?
Würdest du zu einem Flirtkurs gehen?	Hattest du schon mal sexuelle Erfahrungen mit einem Partner des gleichen Geschlechts?
Was machst du gegen Liebeskummer?	Weißt du noch, wann und von wem du aufgeklärt wurdest?
Wie reagierst du, wenn dein bester Freund oder deine beste Freundin dir erzählt, dass er oder sie HIV-positiv ist?	Hast du einen Lieblingsfilm, in dem Liebe und Sexualität vorkommen?
Wann hattest du dein „erstes Mal“?	Gibt es im Bereich der Sexualität etwas über das du mit niemandem sprechen möchtest?

Spiel: Reduktion

→ **Ziele:** Eröffnung oder Vertiefung eines beliebigen Themas, dieses Themengebiet mit seinen unterschiedlichen Facetten zu sehen und Schwerpunkte zu setzen, als Einstieg zum Stimmungsbild. Gibt unterschiedliche Assoziationen zu einem Thema, gilt es diese auszuhalten und zu tolerieren.

→ **Zielgruppe:** alle Arten von Gruppen, ohne Altersbeschränkung

→ **Zeit:** ca. 15 min

Vorgehen: Zu einem beliebigen Thema (Sexualität, Aids, Partnerschaft, Männer, Frauen, Name der Einrichtung, etc.) wird eine Assoziationskette gebildet.

- 1. Schritt:** Die Gruppe ruft 16 Begriffe zum Thema, die auf das Flipchart geschrieben werden. Jeder zuerst gehörte Begriff gilt. Es wird nicht gewertet.
- 2. Schritt:** Nun werden aus ein und zwei wiederum ein Begriff gebildet, aus drei und vier einer, usw. Es bleiben nun acht Begriffe.
- 3. Schritt:** Aus den acht werden wieder jeweils zwei zu einem, es bleiben vier Begriffe.
- 4. Schritt:** Aus vier werden zwei
- 5. Schritt:** Aus zwei wird einer!

16 Begriffe > 8 Begriffe > 4 Begriffe > 2 Begriffe > 1 Begriff

Hilfsmittel: Flipchart, Stifte

Variante: Die Begriffe können dem Setting flexibel angepasst werden. Als Gruppen- oder als Einzelarbeit möglich.

Beispiel:

Thema: HIV

1. Schritt 2. Schritt 3. Schritt 4. Schritt 5. Schritt

1 Sex				
2 Schwul				
3 Blut				
4 Kondom				
5 Krankheit	1 Analverkehr			
6 Tod	2 Schutz			
7 Medikamente	3 Pharmaindustrie	1. Gummi		
8 Aids-Hilfe	4 Anstrengung	2 chronisch	1 Verhütung	PRÄVENTION
9 Jugendliche	5 Übertragungswege	3 Geburt	2 Deutsche AIDS-Hilfe	
10 Drogen	6 Schwangerschaft	4 Waldschlösschen		
11 Sperma	7 Positiventreffen			
12 Frauen	8 Party			
13 Positiv				
14 Aids				
15 bareback				
16 Safer Sex				

Spiel: Tauschbörse Pubertät

→ **Ziele:** Ins Gespräch kommen über Pubertät und damit verbundene Sorgen, Erfahrungen und Probleme. Austausch über Einstellungen und Erwartungen an sich selbst und andere, Reflexion über Selbst- und Fremdwahrnehmung, Bewussterwerb von Geschlechterstereotypen und woher gewisse Bilder und Meinungen kommen und wie sie entstehen.

→ **Zielgruppe:** Gruppen an Projekttagen oder während Fortbildungen, Schulklassen

→ **Zeit:** 45 min

Vorgehen: Die Jugendlichen bekommen drei bis fünf Karten mit Begriffen wie „knutschen“, „Sport“, „lange Beine“, „gemeinsam etwas unternehmen“, „Verhütung“ und werden gebeten sich zu überlegen, welche dieser Begriffe für sie besonders wichtig sind. Die Jugendlichen können ihre Karten tauschen, verschenken oder neue Begriffe hinzufügen. Am Ende sollen jedoch die Karten bzw. die Karte behalten werden, die für die jeweilige Person am bedeutungsvollsten ist.

Auswertung: Die Auswertung ist für diese Methode besonders relevant, da der intendierte Effekt erst bei der Reflexion über die ausgewählten Begriffe einsetzt. Jede Person stellt ihre_seine Karte(n) vor. Auswertungsfragen können sein:

- Wer ist glücklich/zufrieden mit seiner Wahl?
- Welche Begriffe waren sehr beliebt?
- Welche Begriffe haben gefehlt?
- Welche Begriffe wollte keine_r haben?
- Können sich Einstellungen ändern?
- Gab es Unterschiede zwischen den Begriffen, die für Jungs oder Mädchen wichtig waren?
Was könnten Gründe dafür sein?

Variante: Die Begriffskarten können auch je von einer Jungs- und Mädchengruppe vorgestellt werden. So kann sich herauskristalisieren, ob oder inwiefern es eine geschlechtsspezifisch unterschiedliche Gewichtung der Begriffe gibt.

Quelle: nach Klicksafe, 2013: 28-29.

Karten:

Zärtlichkeit	Geborgenheit	Miteinander reden können	Miteinander lachen können
Zuhören können	Aussehen	Schön sein	Großzügigkeit
chatten	tanzen	feiern	Intelligenz
Interesse für Politik	Sex	Spaß	Treue
Sport	Fußball	Party machen	Clubs
Fitness	Verhütung	Sexuelle Experimente	knutschen
fummeln	flirten	Große Busen	Lange Beine
Aussehen	Saufen	Rauchen	Drogen nehmen
Musik	Sixpack	Sportlich	Muskulös
Chillen	Gepflegtes Äußeres	Hygiene	Schlank
Videos auf YouTube gucken	Rasierter Achselbereich	Rasierte Intimzone	Gewicht
Figur	Haare	Augen	Zärtlichkeit auch offen zeigen können
Akzeptanz durch Eltern	Akzeptanz des Freundeskreises	DSDS	GNTM
Kinderwunsch	Geld	Kleidungsstil	Sportschau
Actionfilme	Rollenspiele	Computerspiele	Konsolenspiel
MTV-Shows	Facebook	Twitter	Instagram

Spiel: Kombi

→ **Ziele:** Auseinandersetzung mit dem Thema HIV und Aids, Austausch und Abbau von Vorurteilen, Klischees und Ängsten, Förderung der Akzeptanz gegenüber anderen Lebensweisen, Handlungsstrategien im Umgang mit Diskriminierung und Ausgrenzung

→ **Zielgruppe:** Gruppen ab 14 Jahren

→ **Zeit:** 30 – 60 min

Vorgehen: Die Gruppe bildet einen Stuhlkreis. Der Kartenstapel mit den Fragen wird in die Mitte gelegt. Jedes Gruppenmitglied zieht eine Karte und liest die Frage der Person zu ihrer rechten Seite vor. Diese kann antworten oder sagen, dass sie sich nicht äußern möchte. Dann wird die Frage an alle gestellt und in der Runde mit Unterstützung der Gruppenleitung diskutiert. Dabei gibt die ursprüngliche Antwort der „rechten Nachbar_innen“ den Einstieg in die Diskussion vor. So geht es reihum weiter, bis alle einmal als erste auf eine Frage geantwortet haben.

Hilfsmittel: Karteikarten mit Fragen

Notizen: Es ist hier besonders wichtig diskriminierende Bemerkungen zu thematisieren. Die Gruppenleitung hat die Aufgabe, das Gespräch in Gang zu bringen, indem sie z.B. über ihre Erfahrungen mit homosexuellen oder HIV-positiven Männern und Frauen berichtet und Wissen einbringt. Wichtig ist eine gekonnte Diskussionsleitung. Die Fragen zeichnen sich durch unterschiedliche Intensität aus und sind beliebig erweiterbar.

Kannst du einer Person ansehen, dass sie HIV-positiv ist?

Woran erkennst du das?

Nenne drei bekannte schwule Männer.

Woher weißt du, dass diese Männer schwul sind?

Nenne drei bekannte lesbische Frauen. Woher weißt du, dass sie lesbisch sind?	Du bist mit deinen Freunden auf der Straße unterwegs. Eine oder einer aus deiner Gruppe fängt an, einen Schwulen oder eine Lesbe zu beschimpfen. Was tust du?
Du siehst auf der Straße wie sich zwei Frauen Küssen. Wie findest du das?	Du vermutest, dass ein Freund oder eine Freundin von dir HIV-positiv ist. Würdest du ihn oder sie danach fragen?
Kannst du es jemandem ansehen, dass er oder sie heterosexuell ist?	Deine beste Freundin oder dein bester Freund erzählt dir, dass er oder sie HIV-positiv ist. Wie reagierst du?
Was würde passieren, wenn du hier erzählen würdest, dass du HIV-positiv bist?	Würdest du deinen Eltern erzählen, dass du HIV-positiv bist?

Ein anderes Mädchen sagt zu dir: „Du blöde Lesbe!“ Wie reagierst du?	Ein anderer Junge sagt zu dir: „Du schwule Sau!“ Wie reagierst du?
Deine Freundin ist ungewollt schwanger geworden und weiß nicht, was sie jetzt machen soll. Was rätst du ihr?	Du hast herausbekommen, dass dein Freund oder deine Freundin dich betrogen hat. Was tust du jetzt?
Du hast dich unsterblich verliebt, aber deine Familie ist gegen eure Beziehung. Wie gehst du damit um?	Du lernst abends in der Disko einen Jungen kennen, mit dem du gern nach Hause gehen willst. Leider hast du keine Kondome dabei. Wen würdest du fragen und woher bekommst du sie?
Du lernst abends in der Disko ein Mädchen kennen, mit dem du gern nach Hause gehen willst. Leider hast du keine Kondome dabei. Woher bekommst du die Kondome?	Du bist mit deiner Clique in der Disko. Eine Freundin von dir ist stark betrunken. Du bekommst mit, wie sie von mehreren Jungs angebaggert wird. Am nächsten Tag erzählt sie dir, dass sie sich an nichts mehr erinnern kann. Wie findest du das?

Spiel: Sex Rules

→ **Ziele:** Auseinandersetzung mit gesellschaftlichen, kulturellen und familiären Regeln in Bezug auf Sexualität und Beziehungen, Reflexion in Bezug auf die eigenen individuellen Bedürfnisse und das Treffen von selbstbestimmten Entscheidungen, Spannung zwischen gesellschaftlichen Regeln und individuellen Bedürfnissen aufdecken.

→ **Zielgruppe:** Gruppen ab 14 Jahren

→ **Zeit:** 30 – 45 min

Vorgehen: In einem ersten Schritt sollen die Teilnehmenden gesellschaftliche Institutionen und Personen (z.B. Religion, Schule, Familie, Freunde, Staat) sammeln und auf Karten schreiben. In einem zweiten Schritt benennen sie, welche Regeln diese jeweils rund um Liebe und Sexualität aufstellen. Dabei sollen die Regeln möglichst vielfältig sein, d. h. strenge, lustfeindliche, vernünftige, einschränkende, abwertende Regeln sollten mit einbezogen werden. Vorteilhaft ist, wenn die Regeln zu Jungen und Mädchen gleichermaßen passen (z.B. „Kein Sex vor der Ehe“, „Kein Sex mit dem_der Ex meines besten Freundes“, „Kein Sex in der Öffentlichkeit“, „Kein Sex mit jemanden des gleichen Geschlechts“, „Kein Sex mit fremden Partnern ohne Kondom“). Die Gruppenleitung sollte darauf achten, dass nicht nur negative und einschränkende Regeln gesammelt werden.

Nachdem alle Regeln aufgeschrieben wurden, wird ein Spalier von ca. zehn Gruppenmitgliedern gebildet, die sich im Abstand von ca. einem Meter gegenüberstehen. Jede dieser Personen zieht nun eine Karte mit einer Regel. Ein Freiwilliger oder eine Freiwillige geht zunächst schweigend durch die gebildete Gasse, während die Mitspielenden ihre Regeln nacheinander laut vorlesen. In einem weiteren Durchgang darf die Person, die durch die Gasse geht, die Regeln symbolisch wegschicken, die für ihn_sie nicht akzeptabel sind. Dabei kann auch ein Ranking aufgestellt werden. Die Regeln, die für die Person gar nicht von Bedeutung sind, müssen weit weg; die Regeln, die wichtig sind, bleiben nah stehen.

Anschließend gehen weitere Gruppenmitglieder durch die Gasse. Die Karten werden für jeden Durchgang neu gemischt, sodass es immer wieder neue Kombinationen von Regeln gibt.

Auswertung: Im Anschluss findet im Plenum eine Auswertung statt. Diejenigen, die durch die Gasse gegangen sind, geben ihre Eindrücke wieder. Alle anderen Teilnehmenden schildern ihre Beobachtungen.

Was fällt mir leichter: Regeln zu akzeptieren oder abzulehnen?

Welche Regeln sind für mein Leben wichtig?

Welche Institutionen habt ihr als besonders einschränkend/liberal/vielfältig/usw. erlebt?

Hilfsmittel: (Bunte) Karteikarten und Stifte

Quelle: eigene Darstellung nach BZgA, 2010b: 57.

Spiel: Grabbelsack

→ **Ziele:** Gruppengespräch über Liebe, Sex, Erfahrungen oder Ängste anregen, diskursive Vermittlung von Wissen. Zugangshürden und Ängste vor dem Thema Verhütung und Verhütungsmittel senken

→ **Zielgruppe:** Gruppen ab 14 Jahren

→ **Zeit:** 30 – 45 min

Vorgehen: Die Gruppe sitzt im Kreis, in der Mitte liegt der verschlossene Wäschesack mit den Verhütungsmitteln und anderen Gegenständen. Zunächst wird der Grabbelsack herumgegeben ohne zu sprechen. Die Teilnehmenden dürfen tasten, aber noch keine Vermutungen äußern (zur Steigerung der Spannung). Die erste Person geht zum „Grabbelsack“ und zieht blind einen Gegenstand heraus und setzt sich wieder. Dann erzählt er_sie den anderen Teilnehmenden, was er_sie über den Gegenstand weiß oder im Zusammenhang mit Liebe und Sexualität assoziiert. Interessant zu fragen kann auch sein, ob es ein eher positiver oder eher negativer Gegenstand ist oder eher für Mädchen oder eher für Frauen. Die Gruppenleitung fragt, ob jemand andere Assoziationen hat oder bezieht die Gruppe in eine Diskussion mit ein. Das Spiel endet, wenn alle einen Gegenstand gezogen haben.

Hilfsmittel:

Wäschesack,	Liebesbrief,	Rose,
verschiedene Verhütungsmittel,	Ring,	Lippenstift,
Hygieneartikel,	Straps,	Papiertaschentücher,
Bravo,	Kerze,	Zigarettenpackung
Hülle eines Erotikfilms,	Dildo,	oder ähnliches ...

Variante: Der Wäschesack kann nach anderen Themengebieten bestückt werden

Notizen: Das Penismodell sollte der Altersgruppe angepasst werden, um die Teilnehmenden nicht zu verschrecken.

Quelle: eigene Darstellung nach BZgA, 2010b: 47.

Spiel: World Café

→ **Ziele:** Ins Gespräch kommen, Auseinandersetzung mit Themen rund um HIV, Entfaltung und Verdichtung, Akzeptanz anderer Meinungen und Lebensweisen

→ **Zielgruppe:** kleinere Gruppen ab 14 Jahren, max. 20 Personen mit Grundlagenwissen

→ **Zeit:** 60 - 90 min

Vorgehen: An kleinen Gesprächsstationen/ Tischen diskutieren im „World Café“ je vier bis sechs Personen eine vom „Gastgeber“ vorgestellte Fragestellung. Der Gastgeber/Die Gastgeberin verbleibt am Tisch. Die Gäste wechseln nach jeder Runde (zwischen 15-30min) an einen anderen Tisch.

Zu Beginn der neuen Gesprächsrunde führt der Gastgeber oder die Gastgeberin die neuen Gäste in das Thema ein und gibt kurz die wichtigsten Argumente und Ideen aus der/den vorherigen Runde(n) wieder. Um diese nicht zu verlieren, werden Stifte und Papier bereitgelegt, auf denen alle Diskussionsteilnehmenden Notizen machen, Bilder malen oder sonstige für sie relevante Dinge verewigen. Meist werden diese Gedankengänge aufgegriffen, weitergeführt und durch Neue ergänzt.

In der Regel gibt es drei Gesprächsrunden (abhängig von der Zahl der Gesprächsstationen).

Durch die Rotation treten die Ideen und Argumente in Beziehungen und verdichten sich zu ersten Lösungsansätzen. Im Anschluss an die Diskussionsrunden werden die Ergebnisse zusammengetragen und können dann, wenn noch nicht geschehen visualisiert werden. Die Ergebnisse können die Basis für weitere Methoden oder Projekte sein.

Hilfsmittel: Papier(tuch), Stifte, Tische und Stühle, Fragen, „Regelwerk für alle“

Beispielfragen:

- Aufklärung
- Safer Sex
- Leben mit HIV
- HIV und Aids betreffen jeden
- Neue Medien und Sexualität
- Schuldfrage bei HIV und Aids

„Regelwerk“:

- Diskutiert gemeinsam die Fragestellung und haltet eure Ideen, Gedanken und Argumente auf dem Papier fest.
 - Versuche die anderen zu verstehen, respektiere ihre Meinung.
 - Lasse sie an deinen Erfahrungen teilhaben, wenn du das möchtest.
-

Spiel: Inside - Outside

→ **Ziele:** Perspektivwechsel, Austausch zu Diskriminierung und Ausgrenzung, Handlungsstrategien im Umgang mit Beiden

→ **Zielgruppe:** Kleinere Gruppen, ab 20 Jahren

→ **Setting:** mehrtätiges Projekt (2. oder 3. Tag), Workshop Leben mit HIV

→ **Zeit:** ca. 30 min

Vorgehen: Je nach Gruppengröße werden drei bis acht Personen gebeten den Raum zu verlassen. Die verbliebene Gruppe bildet einen Stuhlkreis und erhält folgenden Auftrag:

1. Findet ein Thema über das ihr euch angeregt unterhalten wollt.
2. Die zwei wichtigsten Wörter werden durch andere ersetzt.
(zum Beispiel Kondom = Sonnenblume, Sex = Gartenarbeit)
3. Einigt euch auf eine Handlung (zum Beispiel den linken Arm heben), wenn eine Person das Wort ergreift.
4. Der Außenkreis darf nur in den Innenkreis, wenn alle Komponenten korrekt wiedergegeben werden.

Die Gruppe, die den Raum verlassen hat, kommt zurück und positioniert sich um den Innenkreis. Sie erhalten lediglich den Auftrag mitzumachen, wenn sie den Code geknackt haben. Je nach Gruppe und Setting kann ein Zeitrahmen gesetzt werden.

Wenn der Zeitrahmen erfüllt ist oder alle im Innenkreis sind, folgt das Auswertungsgespräch.

Mögliche Fragen:

- Wie habt ihr euch im Innen-/ Außenkreis gefühlt?
- Ist euch die Situation leicht oder schwer gefallen? Warum?

Hilfsmittel: Stühle oder Sitzkissen

Variante: Erweiterungsmöglichkeit mit Comic (Kondom : Ja oder Nein?)

Notizen: Es dürfen keine Anweisungen gegeben werden wie „Lasst die anderen nicht rein.“ oder „Ignoriert sie!“ Alternativ können Innen- und Außenkreis getauscht werden. Die Codeknacker gehen in die Mitte und werden von der Geheimsprache umschlossen. Dies kann das Gefühl der Außenseiterrolle mindern. Auch bei jungen Erwachsenen kann diese Methode sehr emotional und negativ aufgenommen werden.

9.3. Methoden zu HIV und STI

Was ist HIV und was ist Aids?

→ **Ziele:** Vermittlung von Grundlagenwissen zu den Begriffen HIV und Aids. Dabei wird auf Unterschiedlichkeiten der beiden Begriffe und auf den Verlauf der Krankheit eingegangen.

→ **Zielgruppe:** ab 12 Jahren

→ **Zeit:** 10 min

Vorgehen: „HIV“ und „Aids“ werden groß übereinander auf ein Flipchart geschrieben. Die Teamer_innen erläutern, dass es sich bei beiden Wörtern um Abkürzungen handelt. Sie fragen die Teilnehmenden, ob sie wissen, wofür die Abkürzungen jeweils stehen.

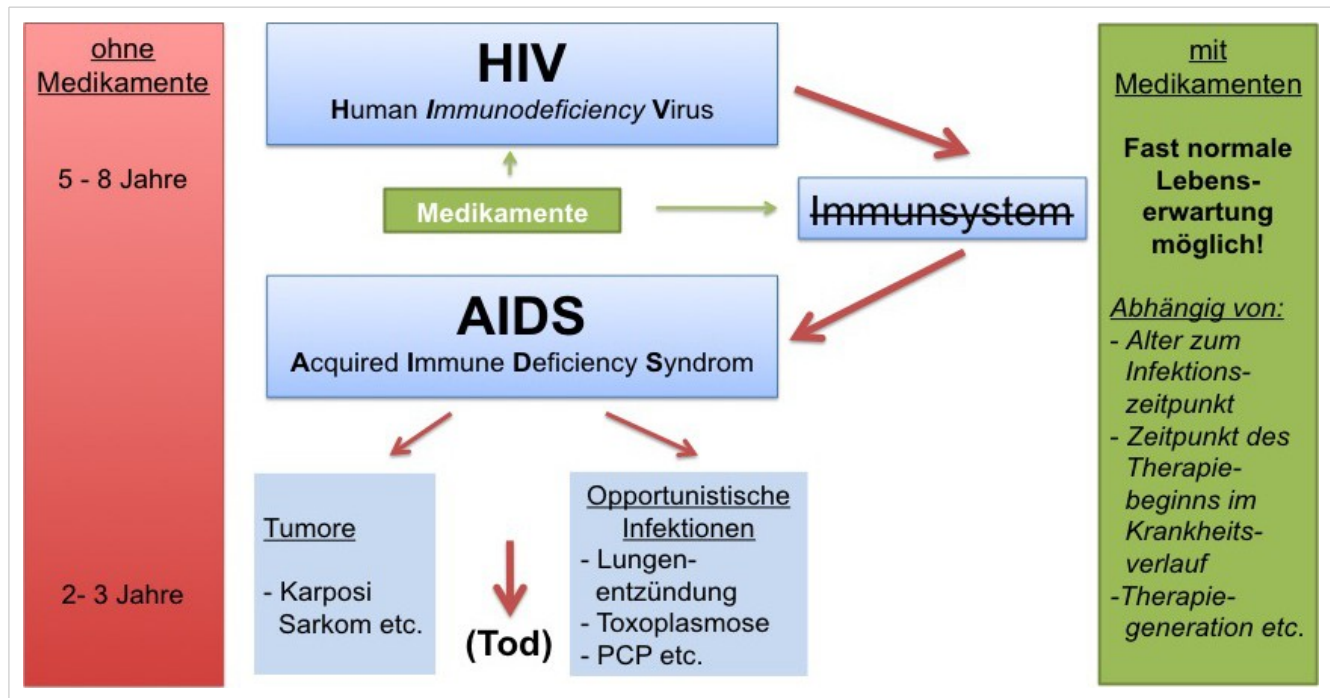
Die Jugendlichen sollten bei Bedarf beim Erraten unterstützt werden. HIV (Human Immunodeficiency Virus) und Aids (Acquired Immune Deficiency Syndrome) werden daraufhin ausgeschrieben und auf ihre einzelne Bedeutung hin näher untersucht. Entsprechend wird der Begriff „Immunsystem“ rechts zwischen die beiden Oberbegriffe geschrieben. Nun sollte gefragt werden, welche Aufgabe dem Immunsystem im menschlichen Körper zukommt und wie HIV sich auf dessen Funktion auswirkt. Folgeerkrankungen bei einer unbehandelten HIV-Infektion sollten näher erklärt werden.

Hierfür sollten die Blöcke „Tumore“ und „opportunistische Infektionen“ durch jeweils einen Pfeil mit dem Begriff Aids verbunden und darunter geschrieben werden.

Nun kann der Fokus auf die Gegenüberstellung vom Krankheitsverlauf mit und ohne medikamentöse Behandlung gelegt werden. Dafür schreiben die Teamer_innen „ohne Medikamente“ als Überschrift auf die linke „mit Medikamente“ als Überschrift auf die rechte Seite des Schaubilds. Nun sollten die Unterschiede in Bezug auf die Lebenserwartung und -qualität mit und ohne ART herausgearbeitet werden. Bei der behandelten HIV-Infektion sollten die wichtigsten Einflussfaktoren auf die Lebenserwartung, vor allem die rechtzeitige HIV-Diagnose und der Therapiebeginn, thematisiert werden.

Hilfsmittel: Flipchart, Stifte

Varianten: Die Einheit kann auch mit der offenen Frage eingeleitet werden, ob die Teilnehmenden wüssten, dass es einen Unterschied zwischen HIV und Aids gäbe. Die Frage wird später bei der gemeinsamen Erstellung des Flipchartbildes aufgelöst. Es ist auch möglich innerhalb dieser Methode auf die Wandlung der Schreibweise des Begriffs Aids und den damit verbundenen Gedanken einzugehen. Zudem können im Anschluss der weltweit ungleiche Zugang zu HIV-Medikamenten und die damit einhergehenden Auswirkungen thematisiert werden.



Wie kann HIV (nicht) übertragen werden?

→ **Ziele:** Informationen zu Übertragungswegen von HIV

→ **Zielgruppe:** ab 12 Jahren

→ **Zeit:** 10 min

Vorgehen: Die Teamer_innen leiten die Methode mit der Information ein, dass eine HIV-Übertragung nur stattfinden kann, wenn eine infektiöse Körperflüssigkeit in das Körperinnere gelangt. Für eine HIV-Übertragung müssen folglich zwei Bedingungen erfüllt sein: Erstens bedarf es einer Körperflüssigkeit mit hoher Viruskonzentration und zweitens einer Eintrittspforte in den menschlichen Körper. Um herauszufinden, welche Körperflüssigkeiten ansteckend sein können, schreiben die Teamer_innen den Oberbegriff „Körperflüssigkeiten“ auf das Flipchart. Anschließend fordern die Teamer_innen die Teilnehmenden auf, alle ihnen bekannten

Körperflüssigkeiten aufzuzählen. Alle Begriffe sollten in der Form aufgeschrieben werden, in der sie genannt wurden. Allerdings sollte für den Fall, dass umgangssprachliche Begriffe aufgeführt werden, nach dem Fachausdruck oder einer neutralen Bezeichnung gesucht werden. Nachdem die wichtigsten Körperflüssigkeiten aufgezählt worden sind, erläutert die Teamer_innen, dass das Virus in allen Flüssigkeiten vorhanden sei, es für eine Ansteckung jedoch einer bestimmten Anzahl an Viren bedürfe. Eine Infektion könne entweder über die Aufnahme einer Körperflüssigkeit mit *hoher (!) Viruskonzentration* erfolgen oder aber - äußerst unwahrscheinlich - durch die Aufnahme einer *großen Menge* an Körperflüssigkeit, die nur eine geringe Viruskonzentration aufweist (z.B. bedürfte es bei Speichel ca. sieben Liter). Körperflüssigkeiten, die bei einer unbehandelten HIV-Infektion eine ausreichende Viruskonzentration aufweisen sind: Blut, Vaginaflüssigkeit, Sperma und Muttermilch. Diese Überträgerflüssigkeiten werden bei Nennung eingekreist, wohingegen die Körperflüssigkeiten, die keine ausreichende Viruskonzentration für eine Übertragung aufweisen, durchgestrichen werden.

Im Anschluss schreiben die Teamer_innen den Begriff „Eintrittspforten“ als neuen Oberbegriff auf das Flipchart und fordern die Teilnehmenden auf, alle potenziellen Eintrittspforten für das Virus in den menschlichen Körper aufzuzählen. Die Teamer_innen schreiben alle Begriffe auf, sortieren aber auf dem Flipchart nach den Blöcken „offene frische Wunden“ und „Schleimhäute“. Bei den Schleimhäuten müssen die Teamer_innen darauf achten, dass auch alle für eine HIV-Übertragung relevanten Schleimhäute (Mund, Vagina, Anus, Nase, Auge und Eichel/Vorhaut/Harnröhre) genannt werden. An dieser Stelle sollte die Funktion der Schleimhäute und das Besondere an ihnen in Abgrenzung zur „normalen“ Oberhaut, der Epidermis, näher erläutert werden – ggf. auch für die Übertragung anderer Infektionskrankheiten. Im Anschluss fassen die Teamer_innen die Möglichkeiten einer HIV-Übertragung zusammen.

Im Anschluss daran erklärt, dass bei einer behandelten HIV-Infektion die Viruskonzentration in allen Körperflüssigkeiten (auch in den infektiösen Körperflüssigkeiten) sinkt, und bei erfolgreicher Therapie keine Viren mehr nachweisbar sind. Damit ist die Bedingung des Vorhandenseins einer infektiösen Körperflüssigkeit nicht mehr gegeben. Die Therapie schützt folglich vor einer Übertragung mit HIV.

Hilfsmittel: Flipchart, Stifte

Notizen: Zur Anwendung des Erarbeiteten sollte im Anschluss die Methode „Piktogramme“ verwendet werden.

Spiel: Pillenspiel

→ **Ziele:** Reflexion eigener (Vor-)Urteile, Perspektivwechsel, Diskussion über Schuld von Krankheit und Gesundheit, Auseinandersetzung mit den Themen Diskriminierung und Chancengleichheit, ins Gespräch kommen.

→ **Zielgruppe:** jede Art von Gruppe

→ **Zeit:** ca. 30 min

Vorgehen: Jede_r bekommt vor Beginn des Spiels drei rote Schleifen. Die Gruppenleitung erklärt, dass es sich dabei um eine „Wunderpille“ handelt, mit der HIV geheilt werden kann. Die Gruppenleitung legt in drei Durchgängen Karten und ihren nähere Beschreibung wie in Tabellenspalten auf den Boden. Nachdem die Karten mit den Personen, die im Spiel im Mittelpunkt stehen sollen, allgemein sichtbar sind, bekommen die Teilnehmenden Zeit eingeräumt, in der sie sich überlegen sollen, wem sie ihre „Wunderpille“ zur Heilung geben würden. Dazu legen sie ihre erste rote Schleife auf die entsprechende Person. Nun fragt die Gruppenleitung in die Runde, weshalb welche Person ausgewählt wurde. Die Leitung startet eine Diskussion über die Gründe für die jeweilige Entscheidung, die daran beteiligten Gefühle und die unterschiedliche Auswahl der begünstigten Personen in der Gruppe. In der zweiten Runde legt die Gruppenleitung die zweite Spalte mit näheren Beschreibungen zu den Personen auf den Boden. Wieder sollen die Teilnehmenden ihre „Wunderpillen“ einer Person geben und dazu auf die entsprechende Karte in der zweiten Reihe legen. Das Vorgehen ist in dieser und der dritten Runde dasselbe wie im ersten Durchlauf.

Auswertung: Bei dieser Methode ist die Diskussion und Auswertung der zentrale Bestandteil. Mögliche Auswertungsfragen können sein:

- Wem habt ihr zu Beginn eure „Wunderpille“ gegeben? Weshalb gerade dieser Person?
- Wie habt ihr euch gefühlt, als ihr die Entscheidung treffen musstet?
- Hat sich eure Wahl in der zweiten Runde geändert? Weshalb?
- Was hat euch geholfen, eine Entscheidung zu treffen?
- Kennt ihr jemanden, der sich in einer ähnlichen Situation befindet, wie unsere Personen hier?

Hilfsmittel: Lamierte Karten mit Personen und Eigenschaften. Rote Schleifen in ausreichender Menge.

Notizen: Wenn sich eine_r von den Teilnehmenden weigert an dem Spiel teilzunehmen, weil er/sie das nicht entscheiden möchte oder kann, so sollte diese Position am Ende unbedingt mit in die Diskussion aufgenommen werden.

1.Reihe:	Baby	Arzt	15-jähriges Mädchen	Junge Frau	Student	Geschäftsmann
2. Reihe:	Aids-Waise	Alkoholiker	Thailändische Prostituierte	Schwanger, will heiraten	Schwul	Hat eine Frau und zwei Kinder
3. Reihe:	Lebt im afrikanischen Dürregebiet und hat kaum Überlebenschancen	Hat sich beim Forschen nach HIV-Medikamenten angesteckt	Wurde von ihren Eltern an einen Zuhälter verkauft	Ist fremdgegangen und hat ihren Freund auch angesteckt	Hat sich über eine Blutkonserve angesteckt	Hat sich auf Geschäftsreise bei einer Prostituierten angesteckt

Spiel: Biografienspiel

→ **Ziele:** Abbau von Vorurteilen; Sensibilisierung für die Probleme, Benachteiligungen sowie Lebensrealitäten und –weisen anderer Menschen, im Besonderen derer mit HIV und Ungleichheit in der Gesellschaft durch Perspektivenwechsel

→ **Zielgruppe:** Jugendliche ab 14 Jahren

→ **Zeit:** 20–40 min (einschließlich Diskussion, abhängig von der Anzahl der Fragen)

Vorgehen: Jedes Gruppenmitglied erhält von der Leitung eine Karte, auf der geschrieben steht welche Person er oder sie darstellt. Für den Fall, dass nicht ausreichend Karten vorhanden sind, beobachtet ein Teil der Gruppe das Spiel. Danach stellen sich die Teilnehmenden in einer Reihe auf, die Identität eines jeden bleibt bis zum Ende des Spiels verdeckt. Die Gruppenleitung erläutert nun, dass bei jeder vorgelesenen Karte bei Zustimmung ein Schritt vorwärts gegangen wird, bei Ablehnung die Teilnehmenden an ihren Plätzen verbleiben. Bei Fragen die nicht eindeutig zu beantworten sind, darf der_die Teilnehmende den Interpretationsfreiraum nutzen und selbst entscheiden, ob die Frage auf ihn_sie zutrifft oder nicht. Am Ende des Spiels werden einige Mitspieler_innen vorn stehen, andere mittig, wieder andere keinen Schritt vorwärts gekommen sein.

Nachdem alle Fragen vorgelesen wurden, kann die beobachtende Gruppe Vermutungen über die einzelnen Lebensbiografien anstellen. Ansonsten liest jede_r Teilnehmer_in die jeweils zugewiesene Biografie vor, beginnend mit der am weitesten vorn stehenden Person. Die Gruppenleitung beginnt die Diskussion und regt an die sozialen, materiellen und physischen Benachteiligungen und deren Auswirkungen gezielt aufzuzeigen.

Hierzu sollte insbesondere auf Einschränkungen eingegangen werden, die z.B. für Menschen mit HIV, Menschen mit fehlenden Papieren oder Aufenthaltsgenehmigung, Menschen in psychiatrischer Behandlung oder im betreuten Wohnen entstehen können.

Als stimulierenden Einstieg in die Diskussion eignen sich Fragestellungen darüber, was den Teilnehmenden aufgefallen ist oder wie sie sich gefühlt haben, als sie während des Spiels keinen Schritt vorwärts gehen durften.

Hilfsmittel: Karteikarten mit Personenbeschreibung, Karteikarten mit Fragen

Variante: Die Personenbeschreibungen sowie die Fragen können variiert werden.

Karten mit Personenbeschreibungen:

Martin Schönfeld 14; HIV-negativ; schwul; lebt in einem Internat; Die Eltern sind Politiker und sehr auf ihren Ruf bedacht	Ugwu Okenga 20; HIV-positiv; heterosexuell, asylsuchend; ausgebildeter Elektrotechniker; ohne Arbeitsgenehmigung; Seine Eltern leben weit entfernt in einem Land, in dem Bürgerkrieg herrscht, aus dem er geflohen ist	Jonas Heim 17; HIV-negativ; schwul; will Abitur machen; lebt bei den Eltern; Beide Eltern sind Grundschullehrkräfte und haben moderne Einstellungen
Stefan Weiß 16; HIV-negativ; heterosexuell; hat eine geistige Behinderung; lebt im betreuten Wohnen; Seine Eltern sind mit der Erziehung überfordert	Stefanie Rausch 24; HIV-negativ; heterosexuell; hat ein Stipendium und studiert Sport; Vater Tierarzt, Mutter Lehrerin	Tom Hausmann 26; HIV-negativ; schwul; alleinerziehend; hat eine sechsjährige Tochter; arbeitet halbtags als Fleischereifachverkäufer; Vater verstorben, Mutter verarmt

Melanie Schwitzer 25; HIV-positiv; lesbisch; studiert Kunstgeschichte; lebt mit einer engen Freundin in einer WG; lebt von Bafög Ihre Eltern unterstützen sie und wissen, dass sie lesbisch ist	Dennis Kühlborn 15; HIV-negativ; heterosexuell; lebt bei den Eltern; Die Mutter ist nicht berufstätig, der Vater ist Ingenieur	Meike Kähler 19; HIV-positiv; heterosexuell; heroinabhängig ohne festen Wohnsitz; Kein Kontakt zu den Eltern
Fabian Meiners 28; HIV-positiv; heterosexuell; befristete Stelle als wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Uni; lebt in einer WG; Die Eltern sind Ärzte, unterstützen ihn	Katharina Bähr 28; HIV-negativ; heterosexuell; arbeitet als Musikerin, erhält aufstockend HARTZ IV; lebt in einer WG; hat kaum Kontakt zu ihren Eltern; Die Eltern sind sehr konservativ	Jenny Maak 17; HIV-positiv; heterosexuell; Auszubildende zur Bürokauffrau; lebt in einem pädagogisch betreuten Jugendwohnheim; Sie kommt aus einem schwierigen Elternhaus und hat kaum Kontakt zu den Eltern
Mathias Schreiber 23; HIV-positiv; schwul; studiert Soziologie; lebt in einer netten WG; Seine konservativen Eltern wissen weder, dass er schwul noch, dass er HIV-positiv ist	Süngül Sezgin 25; HIV-negativ; lesbisch; arbeitet Vollzeit in einer Werbeagentur, lebt in eigener Wohnung Ihre Eltern sind strenggläubige Muslime, der Vater ist berufstätig als Handwerker	Sabrina Müller 16; HIV-negativ; heterosexuell; nach einem Unfall querschnittsgelähmt; ist durch ihren Rollstuhl mobil; sucht einen Ausbildungsplatz; Lebt bei ihren fürsorglichen, arbeitslosen Eltern

Mira Schneider 18; HIV-positiv; lesbisch; ausgebildete Friseurin; arbeitsuchend; lebt bei ihren Eltern; Ihre Eltern sind beide arbeitslos; sie sind strenggläubige Katholiken	Boris Pjotrowski 16; HIV-negativ; schwul; sucht eine Ausbildung als Zimmermann; Russlanddeutscher; lebt bei seinen Eltern; Seine Eltern sind berufstätig im mittleren Management und modern eingestellt	
---	---	---

Fragen:

Vorbereitung

- Wie war Eure Kindheit? In was für einem Haus habt Ihr gewohnt? Was für Spiele habt Ihr gespielt? Was haben Eure Eltern gearbeitet?
- Wie sieht Euer Alltag heute aus? Wo trefft ihr Euch mit Freund_innen? Was macht ihr morgens, nachmittags, abends?
- Wie sieht Euer Lebensstil aus? Wo lebt ihr? Wie viel verdient Ihr im Monat? Was macht Ihr in Eurer Freizeit? Was macht Ihr in den Ferien?
- Was findet Ihr aufregend und wovor fürchtet Ihr Euch?

Hauptteil

1. Ich kann mit einer Freundin oder mit einem Freund auf die Bahamas in den Urlaub fliegen.
2. Ich kann problemlos eine zahnärztliche Behandlung bekommen.
3. Wenn ich mit meinem Partner oder meiner Partnerin auf der Straße Hand in Hand gehe, werden mir keine komischen Blicke zugeworfen.
4. Ich kann Jobs nach meinen persönlichen Interessen wählen.
5. Ich kann meinen Wohnort/meine Wohnung frei wählen.
6. Wenn ich Schmerzen habe oder krank bin, kann ich zum Arzt gehen und behandelt werden.
7. Wenn ich möchte, darf ich Blut spenden.
8. Ich kann mit meinem Partner oder meiner Partnerin oder mit einem anderem Sexualpartner oder einer anderen Sexualpartnerin Sex ohne Kondom haben, ohne später strafrechtlich dafür belangt werden zu können.
9. Ich habe das Gefühl, dass meine Sexualität, Sprache, Religion und Kultur in der Gesellschaft, in der ich lebe, respektiert werden.
10. Ich kann eines Tages leben, ohne Medikamente nehmen zu müssen.

Mögliche ergänzende Fragen:

- Ich kann jederzeit ein Kind bekommen.
- Ich kann meinen Partner oder meine Partnerin mit nach Hause zu meinen Eltern bringen.
- Ich kann meinen Eltern offen von meiner sexuellen Orientierung erzählen.

Nachbereitung:

An die Beobachtenden:

- Was habt Ihr beobachtet?
- Was glaubt Ihr – bitte ohne Vermutungen zur Identität der Personen zu äußern – woran lag es, dass einige Personen vorwärts gehen konnten, andere nicht?

An die Teilnehmenden:

- Was für ein Gefühl war es, einen Schritt vorwärts zu kommen – bzw. zurückzubleiben?
- Wann haben diejenigen, die häufig einen Schritt nach vorn machten, festgestellt, dass andere nicht so schnell vorwärts kamen wie sie?
- Hatte jemand irgendwann das Gefühl, dass seine grundlegenden Menschenrechte missachtet wurden?

An die Beobachtenden:

- Kann jemand die Rollen der anderen erraten?

→ Nach dieser Phase dürfen die Rollen bekanntgegeben werden.

An alle:

- Wie leicht oder schwer war es, die verschiedenen Rollen zu spielen?
- Haben sie sich die dargestellte Person vorstellen können?
- Spiegelt die Übung die Gesellschaft wider? Inwiefern?
- Welche Menschenrechte sind für die einzelnen Rollen jeweils in Gefahr? Kann jemand sagen, dass seine Menschenrechte nicht respektiert wurden oder dass er_sie davon ausgeschlossen war?
- Welche Schritte müssten als Erstes unternommen werden, um gegen die Ungleichheiten in der Gesellschaft anzugehen?

Spiel: Nasenmännchen/Piktogramme

→ **Ziele:** über HIV und andere sexuell übertragbare Infektionen und Hepatiden informieren, Infektions- und Berührungängste gegenüber HIV-Positiven abbauen und Übertragungsmythen entkräften, sprechen über Übertragungswege, Schutz vor HIV

→ **Zielgruppe:** jede Art von Gruppe

→ **Zeit:** 20 – 40 min

Vorgehen: Die Gruppe sitzt im Stuhlkreis. Zunächst erklärt die Gruppenleitung, dass die Jugendlichen gleich Bilder ziehen werden, die sie vorerst allein anschauen und dabei überlegen sollen:

- Was für eine Situation ist dargestellt?
- Welche Körperflüssigkeiten sind beteiligt?
- Droht in dieser Situation eine Ansteckungsgefahr?

Zudem wird der Boden im Stuhlkreis mit Hilfe von Karteikarten in drei Bereiche eingeteilt: „Hier droht Ansteckungsgefahr!“, „Keine Ansteckung durch ...“ sowie „Bei Einhalten bestimmter Vorsichtsmaßnahmen keine Ansteckung“. Die gezogenen Bilder sollen zugeordnet werden. Jede_r Teilnehmende zieht ein Piktogramm (oder mehrere, wenn die Gruppe klein ist) vom verdeckten Stapel, bis keines mehr übrig bleibt. Nach kurzer Bedenkzeit stellen die Teilnehmenden der Reihe nach die Piktogramme vor. Dabei moderiert die Gruppenleitung und korrigiert bzw. gibt Fragen an die Gruppe weiter. Nachdem geklärt wurde, wo die gegebene Situation einzuordnen ist, wird das Bild zur entsprechenden Karteikarte auf den Boden gelegt. Die Methode endet, wenn alle Piktogramme verteilt sind. Zusammenfassend erwähnt die Gruppenleitung, dass es sich bei den ungefährlichen Situationen eher um Alltägliches und bei den gefährlichen Situationen eher um intime Begegnungen handelt (Frage: „Seht Ihr bei den ungefährlichen/gefährlichen Bildern irgendwelche Gemeinsamkeiten?“).

Hilfsmittel: großer Übungsraum, Tische und Stühle, laminierte Karten (Übertragungswege einer HIV-Infektion, hohes Risiko, geringes Risiko, kein Risiko), Piktogramme mit Nasenmännchen

Varianten: Alternativ kann die Gruppe in Kleingruppen zu je vier Personen aufgeteilt werden. Die Gruppenleitung erklärt, dass den beschrifteten Karten kleine Bilder zugeordnet werden sollen. Im Anschluss werden die Ergebnisse der einzelnen Kleingruppen vorgestellt. Die Gruppenleitung fragt, ob die Übung leicht oder schwer war und sich die Gruppenmitglieder auf eine übereinstimmende Meinung festlegen konnten. Falsch platzierte Bilder werden der richtigen Rubrik zugeordnet. Zum Abschluss zählt die Gruppenleitung noch einmal die möglichen Infektionswege und die notwendigen hygienischen Schutzmaßnahmen auf.

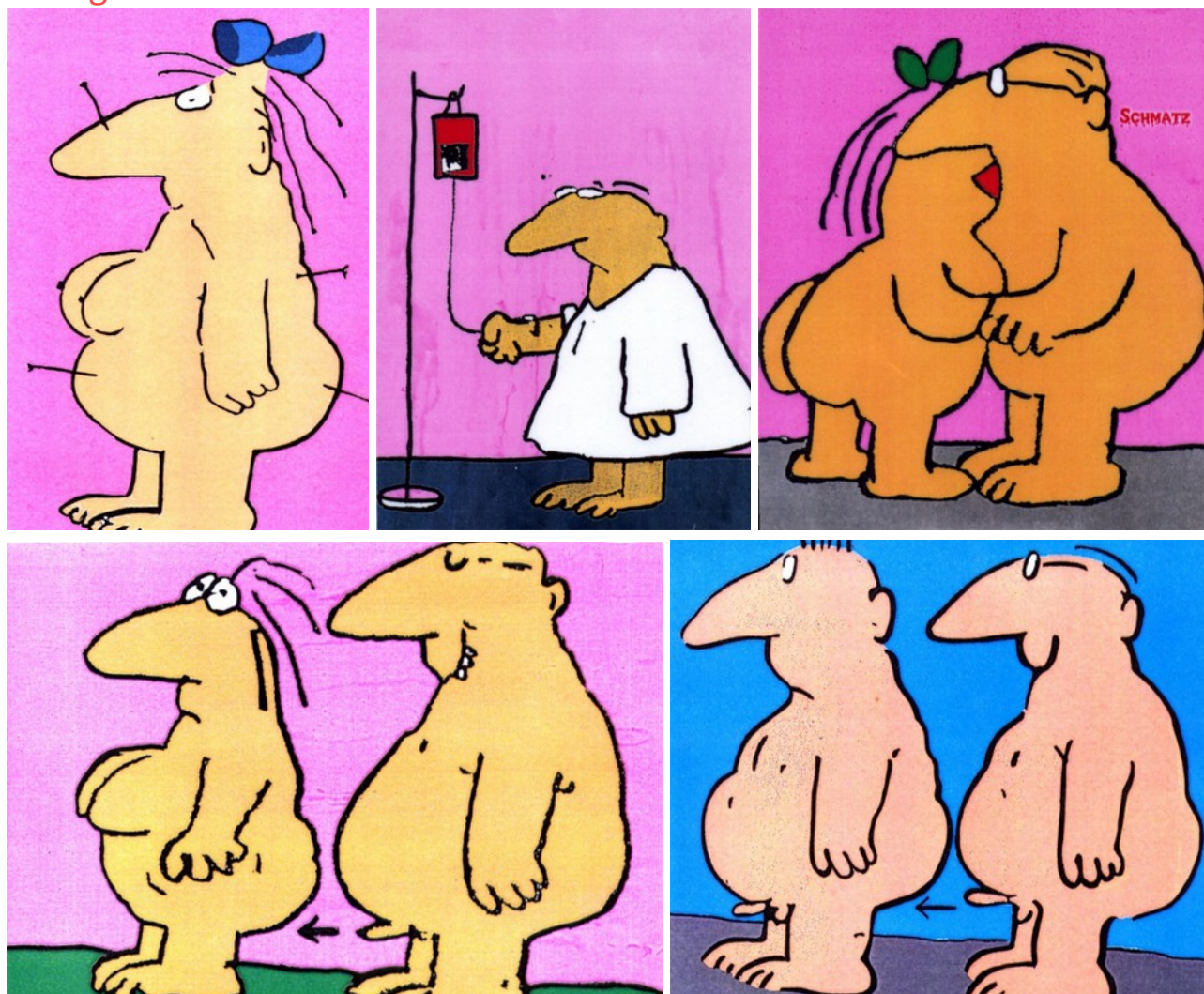
Während der Gruppenarbeit stellt sich die Gruppenleitung für Fragen zur Verfügung, weil die Aussage der Bilder zum Teil nicht eindeutig erkennbar ist. Falls notwendig, unterstützen sie die Gruppen bei der Einigung auf eine bestimmte Entscheidung.

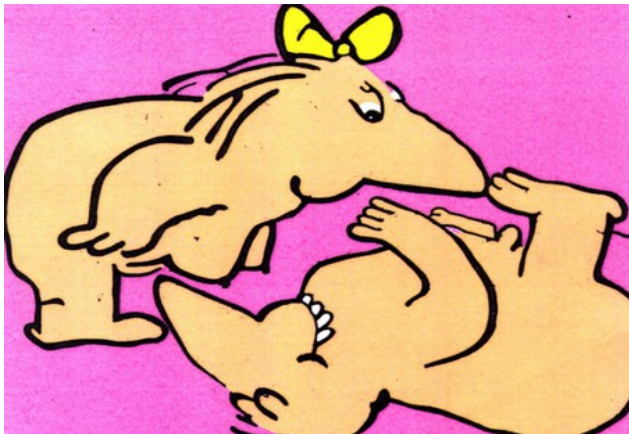
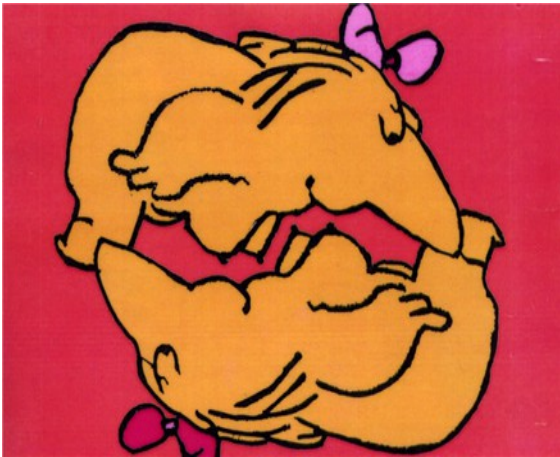
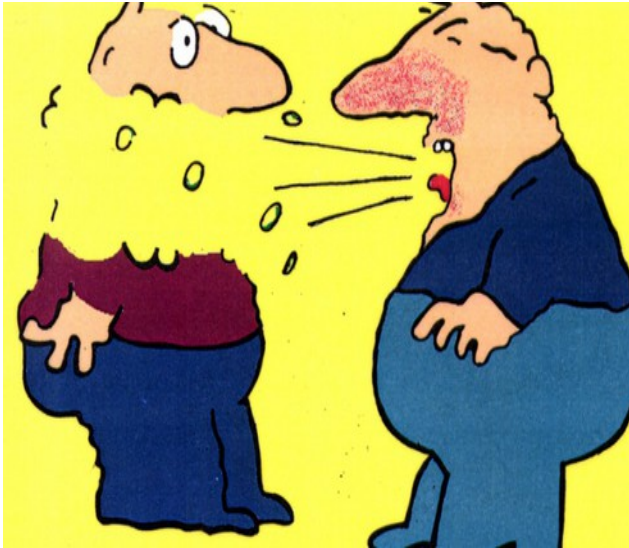
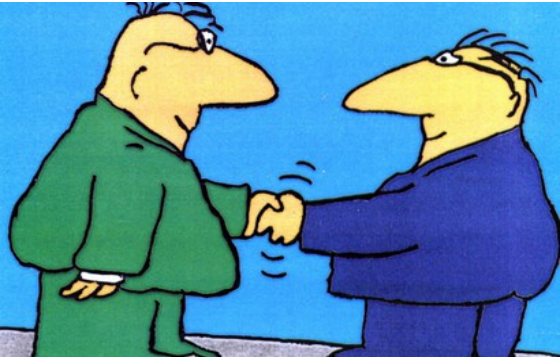
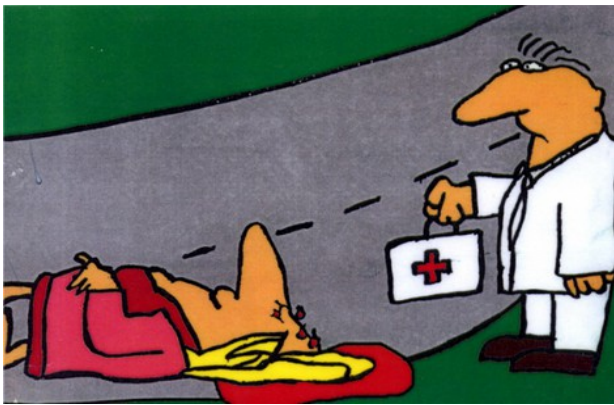
Diese Art der Durchführung nimmt mehr Zeit in Anspruch!

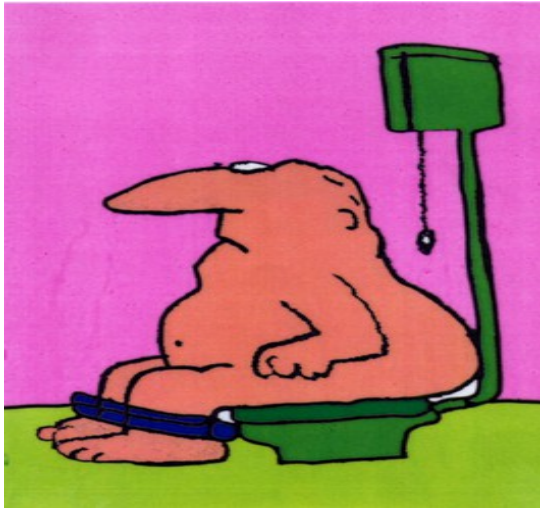
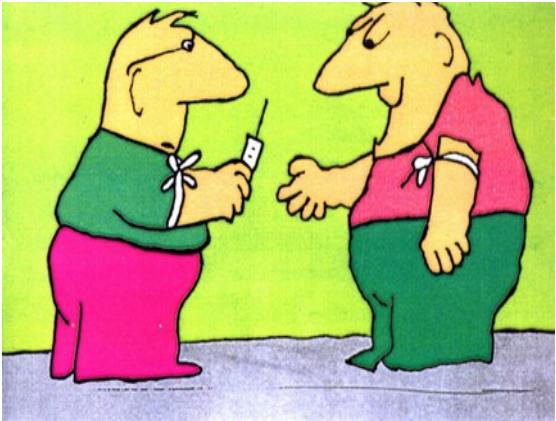
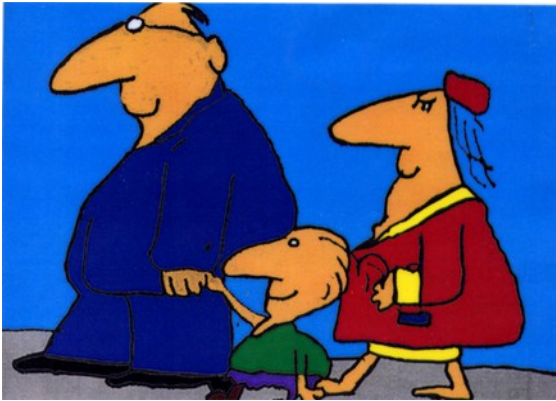
Diese Übung kann auch als Wettbewerb gestaltet werden. Siegergruppe ist diejenige, die am wenigsten Bilder falsch zugeordnet hat.

Notizen: Diese Übung kann als Einstieg für die Besprechung von Schutzmaßnahmen vor sexuell übertragbaren Krankheiten angewendet werden.

Piktogramme:





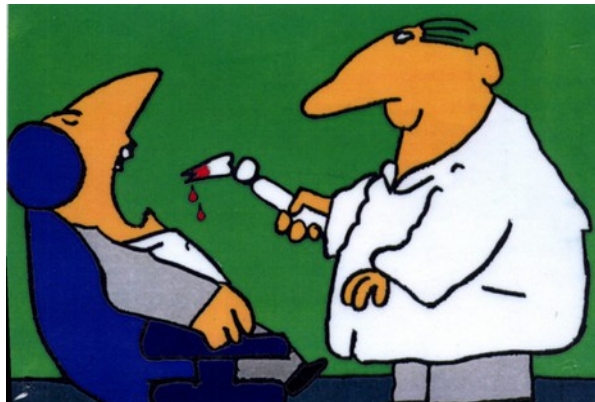
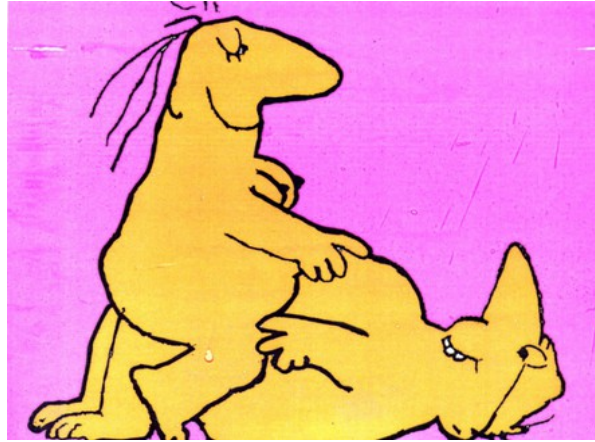


Hohes Risiko

Kein Risiko

Geringes Risiko

Übertragungswege
einer
HIV-Infektion



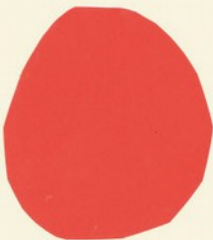
Quelle: Darstellung nach BZgA, (2010b: 22), farblich aufbereitet durch die Aids-Hilfe Potsdam



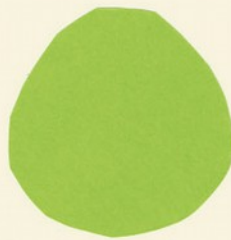
**GERINGES
RISIKO**



**HOHES
RISIKO**



**KEIN
RISIKO**





Spiel: Fishbowl

→ **Ziele:** Die Jugendlichen setzen sich, durch selbstgestellte Fragen, mit den Themen HIV und STI auseinander, Entwicklung von Selbstbewusstsein um die eigene Meinung zu dieses Themen auszudrücken, Förderung von Akzeptanz und Empathie.

→ **Zielgruppe:** ältere Jugendliche, ab 15 Jahren

→ **Zeit:** 45 - 90 min

Vorgehen: Die Jugendlichen erhalten Moderationskarten, auf denen sie ihre Fragen zur Thematik HIV und STI (insbesondere zu den Themen „HIV-Risiko“ und „Leben mit HIV“) anonym aufschreiben dürfen. Dafür erhalten sie etwas Zeit. Die Karten werden dann gefaltet in eine Schale gegeben. Anschließend bilden die Jugendlichen zwei Stuhlkreise. Einen größeren, äußeren und einen kleinen, inneren. Die Schale wird in die Mitte des kleinen Stuhlkreises gestellt. Die Jugendlichen setzen sich zunächst außen in den Stuhlkreis. Freiwillige dürfen sich dann in den inneren Stuhlkreis begeben. Eine_r der Freiwilligen zieht nun eine der Fragen und liest sie laut vor. Die Personen, die sich im inneren Stuhlkreis (max. drei Personen im Innenkreis) befinden, dürfen diese Frage nun miteinander diskutieren. Die anderen Jugendlichen im äußeren Stuhlkreis nehmen die Rollen als Beobachter ein. Möchten sie sich allerdings an der Diskussion beteiligen, dann stehen sie auf und tippen eine Person an der Schulter im inneren Stuhlkreis an. Dies ist das Signal zum Wechsel. Die Person innen begibt sich nun nach außen und die andere Person setzt sich in den inneren Kreis und darf sich jetzt ebenfalls zur Frage austauschen. Gibt es keine neuen Punkte oder Meinungen zur Frage, dann wird eine neue Frage gezogen. Dies geschieht, bis alle Fragen besprochen worden sind.

Auswertung: Die Gruppenleitung fragt die Teilnehmenden, wie sie sich in und außerhalb des Fishbowl gefühlt haben. Danach sollten sie ein Gespräch über die verschiedenen Ansichten anleiten. Mögliche Diskussionspunkte:

- Gab es Ansichten, die für manche von Euch schockierend, überraschend, nicht haltbar, usw. waren?
- Sind Menschen in Eurem Umfeld HIV gegenüber aufgeschlossen?
- Sind manche Gruppen aufgeschlossener als andere? Warum?
- Wie werden Einstellungen und Werte gegenüber HIV geformt?
- Unterscheiden sich die Einstellungen von Euch von denen Eurer Großeltern oder Eltern? Wenn ja, wie? Warum?

Tipps für die Moderation: Die Gruppenleitung trägt entscheidend dazu bei, welcher allgemeine Ton in der Diskussion herrscht, deshalb ist es gut zu Beginn in die Rolle als Diskussionsteilnehmender einzusteigen. Im Laufe des Spiels sollten die Teamer_innen gut beobachten und ggf. wieder in den Fishbowl einsteigen. So kann, wenn nötig, der Diskussion eine neue Richtung gegeben werden.

Hilfsmittel: Moderationskarten, Stifte, Schale/Kiste o.ä., Stühle

Notiz: Die Methode eignet sich besonders gut zum Abschluss einer Veranstaltung um offene und ethische Fragen zu klären.

Spiel: Sex and Crime

→ **Ziele:** Heranführung an die historische Bedeutung von HIV/Aids, Sensibilisierung für die Geschichte von HIV/Aids anhand wichtiger Eckdaten und den Umgang mit dem Wandel der Rezeption und der damit verbundenen Rolle der Medien im Lauf der Zeit, Thematisierung der Entwicklung von Ablehnung und Akzeptanz mit Blick auf die Betroffenen, Aufräumen mit Mythen

→ **Zielgruppe:** Junge Männer, die Sex mit Männern haben oder Gruppen an Projekttagen oder mehrtägigen Veranstaltungen

→ **Zeit:** abhängig von Alter und Gesprächsbedarf der Jugendlichen

Vorgehen: Karten, auf denen kurze Beschreibungen von wichtigen Ereignissen zu lesen sind, die im Zusammenhang mit HIV/Aids stehen, werden an alle Mitspieler_innen verteilt. Dabei ist darauf zu achten, dass niemand die Jahreszahlen sieht und alle nur die Seiten mit den Ereignissen betrachten – darauf sollten die Spieler_innen vor dem Austeilen hingewiesen werden. Haben alle gleich viele Karten erhalten, wird eine übriggebliebene laut vorgelesen und auf den Boden gelegt. Diese Karte bildet den Ausgangspunkt für die erste Zeitleiste, an die jetzt reihum die weiteren Karten chronologisch sowohl auf- als auch absteigend angelegt werden. Die Spieler_innen sollen ausgehend von der ersten Karte überlegen, wie ihre Ereigniskarten sich den bereits liegenden zuordnen lassen und entsprechend ablegen, sobald sie an der Reihe sind. Vermutet ein_e Spieler_in einen Fehler im ausliegenden Ereignisverlauf, kann vor dem eigenen Ablegen Einspruch erhoben werden. Dann muss bei allen ausliegenden Karten die Jahreszahl aufgedeckt werden. Liegen alle Karten in der richtigen Reihenfolge, bekommt die_der Spieler_in, die_der zuvor an der Reihe war, einen Punkt – anderenfalls gibt es einen für den_diejenige_n, der_die zu Recht angezweifelt hat. Nach dem Aufdecken werden die Karten weggeräumt und eine neue Startkarte auf den Boden gelegt. Das Spiel ist beendet, wenn alle Karten verspielt sind; wer die meisten Punkte gesammelt hat wird mit Give-Away-Artikeln belohnt.

Variante: Statt einzelnen Spieler_innen können auch Gruppen gegeneinander spielen und unter sich diskutieren, was wann passiert sein könnte. Auf diese Weise kann sich das Wissen im Team wechselseitig ergänzen und die Spieler_innen kommen in Austausch miteinander. Die ausgewählten Ereignisse können an die Zielgruppe angepasst werden und Daten aus kulturellen, medizinischen, politischen u.a. Bereichen umfassen. Da es bei dem Spiel weniger um eine Wissensabfrage als um Abschätzen, Raten und Diskussionen gehen soll, muss es sich nicht ausschließlich um allgemein bekannte Ereignisse handeln.

Material: Karten/Papierzettel. *Vorderseite:* Ereignis, *Rückseite:* Jahreszahl.

Es hat sich als vorteilhaft erwiesen, geknickte Zettel zu verwenden, sodass die Seite mit der Jahreszahl zunächst abgeknickt auf der Rückseite verborgen bleibt und später nach dem „Anzweifeln“ aufgeklappt auf den Boden gelegt werden kann, sodass Ereignis und Jahreszahl nebeneinander stehen (Give aways).

Erste Cross-species-Übertragung durch Kontakt mit Affenblut, nach Affenbiss oder Verzehr von rohem Affenfleisch	Ca. 1931 Berechneter Zeitpunkt der Existenz des letzten gemeinsamen Vorfahrens der HIV-1 Viren Bereits zuvor Risikokontakte zu Affen, aber Epidemie nun möglich durch soziale Veränderungen: Abholzung, Sklavenhandel, Prostitution, Verstädterung, Gebrauch unsteriler Injektionskanülen
Älteste bekannte HIV-infizierte Blutprobe aus Kinshasa, Kongo	1959
Erstmals wird AZT synthetisiert. Eigentlich zur Behandlung von Krebs hergestellt, wird es in den 80ern gegen HIV angewandt, da es die Replikation des Virus verhindert	1964

Eine HIV-positive Person aus Zentralafrika bringt HIV nach Haiti, wo es sich rasch verbreitet	1966
Haitianischer Immigrant importiert HIV in die Vereinigten Staaten, von wo aus sich die Epidemie über die ganze Welt verbreitet	1969 Ab 1969 sind Aids-Fälle in den USA retrospektiv nachgewiesen
Ungewöhnliche Häufung seltener und tödlicher Erkrankungen (PcP/Kaposi) bei ansonsten gesunden homosexuellen Männern	1981
Aids wird das erste Mal beschrieben (allerdings noch nicht unter diesem Namen). Es handelt sich um seltene Formen von Lungenentzündung, die bei homosexuellen Männern festgestellt wird	1981
Verschiedene Krankheiten, die auf Immunschwäche basieren (Kaposi-Sarkome), werden zunächst unter den Namen Gay Related Immuno Deficiency (GRID) oder Gay People's Immuno Deficiency Syndrome (GIDS) zusammengefasst	1982
Erkrankung wird neben schwulen Männern auch bei Frauen, heterosexuellen Männern und Kindern festgestellt – die Krankheit bekommt den Namen „Acquired Immune Deficiency Syndrome“	1982
Das Robert- Koch- Institut in Berlin beginnt ein Aids-Register zu führen, in dem Informationen über alle Neuinfektionen (anonym) gesammelt werden sollen	1982
„Gay Men's Health Crisis“ (GMHC) wird gegründet, von der sich später die militantere Bewegung „Act Up“ abspaltet. Die GMHC bietet bis heute verschiedene Leistungen für HIV-Positive und –Negative an	1982
Das HI-Virus Typ 1 wird erstmals isoliert (von Montagnier und Barré-Sinoussi in Frankreich und parallel von Gallo in den USA; die ersten beiden erhielten für die Entdeckung 2008 den Medizin-Nobelpreis)	1983

Die Deutsche AIDS-Hilfe e.V. wird als erste Aids-Selbsthilfeeinrichtung in Deutschland gegründet	1983
Der erste HIV-Antikörpertest wird vorgestellt	1984
Der ELISA-Test wird etabliert	1985
In Deutschland wird der Test aller Blutprodukte auf HIV zur Pflicht	1985
Der Us- Filmschauspieler Rock Hudson stirbt an den Folgen von Aids	1985
Erste internationale Aids-Konferenz in Atlanta/USA	1985
Das Aids-verursachende Virus bekommt offiziell den Namen HIV	1986
In Deutschland sind 3000 Bluter durch ungetestete Blutkonserven infiziert	1987
Die Kampagne „Gib AIDS keine Chance“ startet	1987
AZT, das erste Medikament gegen HIV, wird zugelassen. Heute wird es nur noch in Kombination mit anderen Mitteln eingesetzt	1987
In New York wird „Act Up“ gegründet. Die Bewegung will das Thema AIDS immer wieder in die Diskussion bringen und übt dabei Kritik an Pharmakonzernen und der katholischen Kirche	1987
Die UN rufen den ersten Welt-Aids-Tag aus	1988

Zur Prophylaxe von Pneumocystis-Pneumonie wird das Inhalieren von Pentamidin eingesetzt (das eine Vielzahl von Nebenwirkungen verursachen kann)	1989
Auf der Aids-Konferenz in San Francisco wird zunächst das Rote Armband als Zeichen gegen die Diskriminierung von HIV-Infizierten genutzt	1990
Die Rote Schleife als Zeichen der Solidarität mit HIV-Positiven setzt sich als Zeichen gegen Diskriminierung durch - zuerst in den USA, dann weltweit	1991
Der US- amerikanische Basketballspieler Magic Johnson erklärt seine Aids-Erkrankung	1991
Der Sänger Freddy Mercury stirbt an Aids	1991
In den USA wird die Red Ribbon Foundation gegründet, die vor allem Jugendliche über HIV und Aids aufklären will	1993
Die ersten mach's-mit-Plakate erregen in Deutschland Aufmerksamkeit	1993
Das Medikament AZT (Retrovir) erweist sich aufgrund der Entstehung resistenter Viren als nicht wirksam	1993
Der Bekleidungshersteller Benneton startet eine Werbekampagne, innerhalb derer auf Plakaten Fotos von einem nackten Hintern mit dem Stempel „HIV positive“ zu sehen sind. Nach einem Rechtsstreit wird das Verbot der Plakate in letzter Instanz aufgehoben	1993/94
Der PCR-Test wird zur Therapiekontrolle etabliert	1994

Die antiretrovirale Kombinationstherapie löst auf dem Welt-Aids-Kongress in Vancouver große Euphorie aus. Dabei werden mindestens drei unterschiedliche antiretrovirale Medikamente kombiniert,	1996
Messung der Virusmenge im Blut möglich	1996
Der erste Protease-Inhibitor speziell für die Behandlung von Kindern wird in den USA eingesetzt	1997
Nebenwirkungen und Resistenzbildungen der neuen HIV-Therapien werden bekannt	1998
Hoffnung auf Heilung durch antiretrovirale Therapie sinkt durch Entdeckung von viralen Reservoirs im Körper, in denen sich HIV verschanzt	1998
Beginn von Impfstoffstudien	1998
In den USA wird ein Geschäftsmann für das Verkaufen von gefälschten HIV-Test-Kits zu fünf Jahren Gefängnis verurteilt. Im gleichen Jahr wird ein Ehepaar zu mehrjährigen Haftstrafen verurteilt, das Ozon-Generatoren zur angeblichen Heilung von Aids verkauft hatte	1999
In der Erklärung von Durban sprechen sich tausende Unterzeichnende gegen die Leugnung von Aids aus: „HIV verursacht Aids. Es ist unglücklich, dass einige wenige weiter die Beweise leugnen. Diese Position wird unzählige Menschenleben kosten.“	2000

Südafrika wird Epizentrum der Epidemie – Verleugnung von HIV als Ursache von Aids	2000
In München wird das Aids-Memorial errichtet, das an die Aids-Toten von 1981 bis heute erinnert	2001
Aids ist weltweit die häufigste Todesursache bei Menschen im Alter von 15-59 Jahren	2001
Das Robert-Koch-Institut meldet erstmals wieder steigende HIV-Neuinfektionszahlen in Deutschland	2001
Erste generische HIV-Medikamente	2001
Die Kampagne „46664“ der Nelson-Mandela-Stiftung wird ins Leben gerufen und richtet vor allem Kampagnen in Afrika sowie Musikfestivals und Konzerte aus um über verschiedene Medien HIV- und Aids-Aufklärung zu betreiben	2002
Gallo beendet einen der größten Wissenschaftsstreits und räumt ein, dass Montagnier der Entdecker von HIV war	2002

Ergebnisse erster Impfstoffstudien zeigen keine Wirksamkeit	2003
Plan 3 by 5 der WHO und UNAIDS: 700.000 Menschen in armen Ländern werden mit Medikamenten versorgt	2004
Berichte über neues gefährliches HI- Supervirus entpuppen sich als Medienhype	2005
Studienergebnisse zeigen, dass die Beschneidung von Männern die Ausbreitung von HIV effektiv vermindern kann	2006
Neue Medikamente, die die HIV-Fusion mit der Zelle hemmen und den Einbau des HIV-Erbguts in die Zelle verhindern	2007
Der HIV-Schnelltest wird von der Deutschen AIDS-Hilfe e.V. empfohlen.	2007
Das EKAf-Statement wird veröffentlicht. In der Schweiz gelten HIV-Positive fortan als sexuell nicht infektiös, wenn die folgenden Bedingungen erfüllt sind: 1. die ART wird durch den HIV-Positiven konsequent eingehalten und durch einen Arzt regelmäßig kontrolliert 2. die Viruslast unter ART liegt seit mindestens sechs Monaten unter der Nachweisgrenze 3. es bestehen keine Infektionen mit anderen sexuell übertragbaren Erregern	2008

Das Einreiseverbot der USA gegen HIV-Positive fällt: Erstmals seit 1987 dürfen sie wieder offiziell in die USA einreisen.	2010
Die HPTN 052-Studie zeigt, dass eine wirksame Therapie bei HIV-Positiven die Übertragungswahrscheinlichkeit um 96% senkt. HIV-Übertragungen sind bei HIV-Positiven unter wirksamer Therapie folglich mehr als 20 Mal geringer als bei unbehandelten HIV-Positiven.	2011
Nach Angaben von UNAIDS haben das erste Mal seit Ausbruch der HIV-Pandemie weltweit 54% der ART bedürftigen HIV-Positiven Zugang zu den entsprechenden Medikamenten.	2012
Die amerikanische Medikamentenzulassungsbehörde FDA lässt die Prä-Expositionsprophylaxe (PrEP) für die USA zu um die HIV-Übertragungswahrscheinlichkeiten zu senken. Demnach wird in den USA Personen die Einnahme der ART als Schutz vor Ansteckung empfohlen, die ein hohes Risiko haben HIV zu bekommen - HIV- negativen Personen in serodiskordanten Partnerschaften oder Männern, die Sex mit Männern haben.	2013
Die Ergebnisse der Studie „positive Stimmen“ zeigen, dass HIV-Positive in Deutschland stark diskriminiert werden. 47% aller HIV-positiven Studienteilnehmer_innen wurden in den vergangenen zwölf Monaten aufgrund ihres Status sexuell zurückgewiesen. Dieser Anteil ist besonders bei 16-29-Jährigen und bei Migrant_innen hoch (57%).	2013
Die Deutsche Aids-Hilfe verkündet in einem Positionspapier: „Schutz durch Therapie ist Safer Sex“. Demnach werden die klassischen Safer-Sex-Botschaften „Beim Geschlechtsverkehr Kondome benutzen, beim Oralverkehr kein Sperma in den Mund gelangen lassen“ um eine neue ergänzt: „Eine wirksame HIV-Therapie schützt vor einer HIV-Übertragung.“	2013

Das diagnostische Fenster für HIV-Labortests wird von zwölf auf sechs Wochen verkürzt. Beim Schnelltest verbleibt das diagnostische Fenster bei zwölf Wochen.

2015

Spiel: Klassenkonferenz HIV-positive_r Schüler_in

- **Ziele:** Hineinversetzen in die Situation eines HIV-Positiven und der Menschen in seiner Umgebung. Die Jugendlichen sollen sich mit dieser besonderen Situation auseinandersetzen und ein unterstützendes Klima entwickeln. Austausch zu Übertragungswegen, Hinterfragen von Stereotypen, Diskriminierungs- und Ausgrenzungsmuster
- **Zielgruppe:** Gruppen ab 15 Jahren
- **Zeit:** 45 min

Vorgehen: Zu Beginn wird die allgemeine Situation erläutert. Es wird beschrieben, dass bekannt geworden sei ein_e Schüler_in einer Schulklasse habe sich mit HIV angesteckt. In der Klasse, bei den Lehrkörpern und den Eltern herrscht Unsicherheit darüber, wie mit dieser Situation umgegangen werden soll. Es wird eine Klassenkonferenz einberufen....

In diesem Rollenspiel gibt es neun Rollen, die durch Freiwillige übernommen werden sollten. Diese Rollen werden für alle vorgestellt:

Der Direktor oder die Direktorin ist unsicher und beruft sich auf Regeln. Die Eltern des betroffenen Schülers oder der betroffenen Schülerin wünschen sich den Verbleib ihres Kindes in der Klasse. In dieser Methode gibt es zwei Lehrer_innen, der_die eine stimmt den Eltern des Schülers zu. Ein_e andere_r lehnt den Verbleib ab. Die Rolle des Klassensprechers oder der Klassensprecherin erfordert die Unterstützung der Eltern des Schülers. Dem gegenüber stehen zwei Eltern anderer Schüler_innen, die sich gegen den Verbleib aussprechen.

Nachdem die Spieler_innen ihre Rollenbeschreibung ausgewählt haben, bekommen sie Zeit sich mit ihren Rollen auseinanderzusetzen. Die restlichen Schüler_innen erhalten die Aufgabe des Beobachtens. Sie sollen schauen, wie sich die Spieler_innen in ihren Rollen verhalten. Das Rollenspiel beginnt, wenn alle Beteiligten wissen, was ihre Aufgabe ist. Die Spielsituation wird abhängig von der jeweiligen Entwicklung von der Gruppenleitung beendet.

Hilfsmittel: Rollenbeschreibungen

Varianten: Variiert kann dieses Rollenspiel werden, indem die Rollenanweisungen jeder Person im Geheimen mitgeteilt werden. Eine weitere Möglichkeit ist es, dass sich die Gruppe selbst eine Situation ausdenkt, was indes mehr Zeit erfordert. Das Ende muss nicht zwangsläufig von der Gruppenleitung bestimmt werden, sondern kann aus der Diskussion der Gruppenmitglieder heraus festgelegt werden.

Notizen: Anknüpfungspunkte bestehen darin die Teilnehmenden zu fragen, wie sie sich in den jeweiligen Rollen gefühlt haben. Ist der Standpunkt der Rolle ihr eigener? Anschließend können die Beobachter_innen gefragt werden, was sie wahrgenommen haben und was ihnen aufgefallen ist. Welche schwierigen Momente gab es? Es ist möglich einen Bezug zur Klasse herzustellen, indem gefragt wird, was passieren würde, wenn eine derartige Situation in der Klasse auftreten würde? Wie würde sich jede_r verhalten? Was könnten Lösungen für einen Konflikt sein?

Klassenkonferenz

HIV-positiv

Aufgabenstellung

Stellt euch folgende Situation vor:

In einer Klasse ist bekannt geworden, dass ein_e Schüler_in HIV-positiv ist. Es entsteht eine Diskussion in der Schule – es herrscht große Unsicherheit sowohl im Kollegium als auch bei den Eltern der Schüler_innen in der Klasse. Eine Klassenkonferenz wird einberufen.

Teilt die folgenden Rollen untereinander auf:

- Der Direktor_die Direktorin ist unsicher und beruft sich auf Paragraphen.
- Die Eltern des_r betroffenen Schülers_der_ Schülerin wollen, dass er_sie in der Klasse verbleibt.
- Ein Lehrer_eine Lehrerin stimmt zu.
- Ein anderer Lehrer_eine andere Lehrerin wehrt sich dagegen.
- Die_der Klassensprecher_in unterstützt die Eltern des Mädchens_Jungen.
- Zwei Eltern von anderen Schüler_innen sprechen sich gegen den Verbleib aus.

Wie könnte die Klassenkonferenz ablaufen?

Überlegt euch einen Dialog, studiert diesen ein und führt ihn vor den Anderen vor.

Bevor Ihr mit dem Dialog beginnt, stellt Ihr

Euch die Situation und die Teilnehmenden der Klassenkonferenz vor.

Der Dialog sollte insgesamt nicht länger als fünf bis zehn Minuten dauern.

Spiel: Angesteckt

→ **Ziele:** Infektionswege von HIV erkennen, verdeutlichen, verstehen und nachvollziehen. Wissensvermittlung und –sicherung auch in Hinsicht auf den Schutz vor HIV.

→ **Zielgruppe:** Jugendliche ab 14 Jahren, mit Vorkenntnissen

→ **Zeit:** 30 – 60 min

Vorgehen: Jedes Gruppenmitglied erhält vom Spielleiter eine Karte, welche für alle sichtbar sein soll (umhängen, festhalten, o.ä.). Dann werden vom Spielleiter die Fallgeschichten einzeln vorgelesen. Die Gruppe hat die Aufgabe, den Ansteckungsweg des vorgelegten Falls herauszuarbeiten. Zur Veranschaulichung des Infektionswegs sollen diejenigen Teilnehmenden mit den entsprechenden Kärtchen aufstehen und diesen nachvollziehen. Zum Beispiel gehören „zur Ansteckung einer Frau durch Vaginalverkehr“ die Kärtchen: *Vagina, Eindringen, Penis, Sperma, Rein & Raus, Abspritzen*.

Variante: Die Methode kann auch als Wettbewerb gespielt werden. Hierzu sind die kompletten Kartensätze in der Anzahl der Kleingruppen nötig. Die Gesamtgruppe wird in Kleingruppen aufgeteilt (mind. zwei, max. fünf Personen). Jede Gruppe erhält gleichzeitig eine Fallgeschichte und soll die zugehörigen Infektionswege-Komponenten zusammenstellen. Die Gruppe, die zuerst das korrekte Ergebnis präsentiert, bekommt einen Punkt (ein Kondom). Die Gruppe, die am Ende die meisten Kondome erspielt hat, gewinnt.

Material: Karten mit Begriffen. Fallgeschichten

Fallgeschichten	Mögliche Ansteckungswege
Marie, 17, hatte noch nie Sex, drogenabhängig	Gemeinsame Nutzung von Spritzen
Hassan, 21, schwul (nimmt keine Drogen, bekam keine Bluttransfusion o.Ä.)	Analverkehr (aktiv und passiv), Oralverkehr mit Schlucken des Spermas
Wolfgang, 45, verheiratet, geht regelmäßig zum Straßenstrich	durch ungeschützten Oral- Vaginal- oder Analverkehr mit einer HIV- positiven Prostituierten, mit seiner positiven Frau während der Menstruation
Robert, 24, hatte noch nie Sex, bekommt regelmäßig Bluttransfusionen	Infizierte Blutkonserve
Yosra, 8, infiziert durch ihre Mutter	Falls die Mutter nicht mit ART behandelt wurde, spontane Geburt und Muttermilch
Elisabeth, 30, lesbisch (nimmt keine Drogen,	Oralverkehr

bekam keine Bluttransfusionen o.Ä.)	Gemeinsame Benutzung von Sexspielzeug
John, 38, heterosexueller Mann, der hin und wieder SM- Spiele mag (nimmt keine Drogen)	Ungeschützter Oral-, Vaginal- oder Analverkehr mit einer HIV- positiven Partnerin, ggf. Blut- Schleimhautkontakte bei Sexspielen, bei denen es zu Verletzungen kommt.

Spielkarten:

Quelle: eigene Darstellung nach Timmermanns, Tuider, 2008: 221-223.

Blut	Vagina	Sperma	Penis	Vene	Rein & Raus
Küssen	Nabelschnur	Eindringen	Saugen	Zungenkuss	Spontane Geburt
Scheidenflüssigkeit	Muttermilch	Mund	Po/After	Abspritzen	Schlucken
Reiben	Wichsen	Wunde	Spritze & Nadel	Lecken	Dildo

Simulation: Zugang zu Medikamenten

→ **Ziele:** Komplexität von Menschenrechten verstehen lernen, Wissen über Zugang zu Medikamenten und Arbeit der Pharmaindustrie aneignen und damit verbundene Ungleichheiten erkennen, unterschiedliche Methoden der Entscheidungsfindung vergleichen (Kontroverse oder Konsens), Fähigkeit zum Perspektivwechsel und Reflexion von Meinungen und Handlungsstrategien erlernen, Kommunikation und Zusammenarbeit in komplexen Themenbereichen lernen.

→ **Zielgruppe:** Schulklassen oder ältere Jugendliche ab 15 Jahren mit Vorkenntnissen

→ **Setting:** Projekttag

→ **Zeit:** 120 – 190 min

→ **Fokus:** Das Recht auf Leben und Würde. Das Recht auf Eigentum.

Hilfsmittel: Flipchartpapier, Stifte, Prozess-Rollenkarten, je Person ein Exemplar der Anweisungen zur Kleingruppenarbeit, je 1 rotes + grünes Kärtchen (10x6 cm) pro Person, Platz für Plenums- u Kleingruppenarbeit

Vorgehen: Die Übung hat zwei Teile:

Teil 1 ist eine Simulation des Prozesses,

Teil 2 eine Phase der Konsensfindung.

Vorbereitung: Kurze Einführung in das Szenario. Wenn vorher ein Workshop zum Grundlagenwissen, zur Epidemiologie und zum Zugang zu Medikamenten stattgefunden hat, kann dieser Teil kurz gehalten werden. Wichtig ist den Teilnehmenden vorher die Verbreitung von HIV/Aids im südlichen Afrika zu vermitteln und wie dort der Zugang zu Medikamenten durch die Pharmaindustrie erschwert wird. Der Zugang zu Generika (Nachahmer- Medikamenten) ist für Menschen aus ärmeren Regionen der Welt die einzige Möglichkeit einer Behandlung, wohingegen die Pharmakonzerne auf ihrem Recht als Inhaber der Patente beharren und ihre Medikamente nicht zur Nachahmung frei geben.

Teil 1 (65 min): Die Teilnehmenden simulieren einen Prozess, der 2001 in Südafrika stattgefunden hat. Führende Pharmakonzerne verklagten die südafrikanische Regierung billigere Generika vertrieben zu haben. Die Frage lautete: „Wiegt das Recht auf Eigentum so schwer, dass mit diesem Argument das Recht auf Leben und Würde von Menschen in Gefahr gebracht werden darf?“

Die Teilnehmenden bilden vier gleich große Gruppen: Die Pharma AG, die südafrikanische Regierung, die Treatment Action Campaign (TAC) und die Richter_innen. Die Gruppenleitung verteilt die Rollenkarten an die jeweiligen Gruppen und gibt ihnen 25 min Zeit diese zu lesen und Argumente sowie Fragen für den Prozess vorzubereiten. Jede Gruppe ernennt eine_n Sprecher_in, der_die die Gruppe im Prozess vertritt sowie ein oder zwei Mitverantwortliche, die diese unterstützen und dabei helfen, Fragen im Prozess zu beantworten.

Prozess-Rollenkarten: Die südafrikanische Regierung

Sie sind hohe Funktionsträger der südafrikanischen Regierung. Ihre Regierung muss auf die Forderung der Pharmakonzerne antworten, die sie verklagt haben. Die Pharma AG versucht zu verhindern, dass Staaten die Nachahmung ihrer Produkte und den Verkauf zu günstigeren Preisen – also zu Preisen, die unter den Verkaufspreisen ihre eigenen Präparate liegen – gestatten. Im Prinzip sind Sie derselben Meinung wie die Pharma AG. Doch populäre Bewegungen, allen voran die Treatment Action Campaign (TAC), machen geltend, dass es eine verfassungsmäßige Pflicht des Staates sei, den Zugang zu preiswerten Medikamenten sicherzustellen, insbesondere im Zusammenhang mit der HIV/Aids-Epidemie. Sie haben dem politischen Druck der Straße nachgegeben und begonnen, den Import von billigeren (generischen) Medikamenten aus anderen Ländern wie Indonesien zu genehmigen. Sammeln Sie Argumente, um Ihre Position zu verteidigen. Sie haben im Prozess fünf Minuten Zeit, um sie vorzutragen.

Prozess-Rollenkarte: Richter_innen

Sie sind die Richter_innen, die darüber entscheiden, ob der Versuch führender Arzneimittelhersteller, die südafrikanische Regierung zu verklagen und damit zu verhindern, dass diese die Nachahmung ihrer Produkte und den Verkauf zu günstigeren Preisen erlaubt, berechtigt ist. Aktivist_innen der Treatment Action Campaign (TAC) verteidigen die Position der Regierung.

Ihre Rolle besteht darin, die drei Parteien nacheinander um Darstellung ihrer jeweiligen Standpunkte zu bitten. Nach Beendigung der Plädoyers sollten Sie kein Urteil fällen und auch keine Schlussfolgerungen ziehen. Ihre Aufgabe besteht darin, die Streitfragen zu klären und die Argumente zusammenzufassen, um die gegensätzlichen Forderungen zu stützen.

Der Kern des Problems liegt darin, gegensätzliche Ansprüche auf Menschenrechte abzuwägen. Die Angeklagten (die Regierung und TAC) machen das Recht auf Leben und menschliche Würde geltend, die Kläger (Pharma AG) beanspruchen das Recht auf Eigentum. Das offizielle Prozessprotokoll formuliert es so:

„Die Rechte auf Leben und Würde sind die wichtigsten aller Menschenrechte und die Basis aller anderen Persönlichkeitsrechte. Wir bekennen uns zu einer Gesellschaft, die auf der Anerkennung der Menschenrechte beruht, und müssen somit diese beiden Rechte höher bewerten als alle anderen. Dies muss der Staat in all seinen Handlungen demonstrieren, auch in der Bestrafung von Kriminellen.“

Versus

„Das Recht auf Eigentum wird durch Abschnitt 25 der südafrikanischen Verfassung geschützt, der besagt: „Eigentum, 25 (l): Niemandem darf sein Eigentum genommen werden, außer durch ein allgemein anzuwendendes Gesetz, und kein Gesetz darf die willkürliche Enteignung erlauben.“

Formulieren Sie Ihre Fragen an die drei Parteien. Sie haben zehn Minuten Zeit, um Ihre Fragen zu stellen und sich die Antworten anzuhören.“

Prozess-Rollenkarte: Pharma AG

Sie sind eine Gruppe von Vorstandsmitgliedern der Pharma AG. Ihre Firma ist führend in der Arzneimittelherstellung weltweit. Sie haben die Rechte für Herstellung und Vertrieb wichtiger HIV- und Aids-Medikamente erworben. Sie müssen Ihre Profitmargen erhalten und für Ihre Aktionäre attraktiv bleiben. Daher wollen Sie das Recht der Firma zur freien Gestaltung der Verkaufspreise für Ihre Produkte schützen, denn Sie denken auch an die Kosten für Forschung und Produktion sowie an die Gehälter Ihrer Beschäftigten. Würden Sie es einer anderen Firma gestatten, Ihre Produkte zu kopieren und billiger zu verkaufen, würde das Ihren Profit und die Überlebensfähigkeit Ihrer Firma gefährden. Sie haben sich daher mit anderen Arzneimittelherstellern zusammengetan, um zu verhindern, dass Staaten die Nachahmung Ihrer Produkte und den Verkauf zu günstigeren Preisen gestatten. Notfalls gehen Sie damit bis zum Gericht vor. Sie haben die südafrikanische Regierung verklagt. Sammeln Sie Argumente, um Ihre Position zu verteidigen. Sie haben im Prozess fünf Minuten Zeit um sie vorzubringen.

Prozess-Rollenkarte: Treatment Action Campaign

Sie sind eine Gruppe von Aktivist_innen, die die Treatment Action Campaign (TAC), Südafrika, vertreten. Die Kampagne macht geltend, dass der Staat die Pflicht hat, den Zugang zu preiswerten Medikamenten sicherzustellen, insbesondere im Zusammenhang mit der HIV/Aids-Epidemie. Die Regierung ist darauf eingegangen und hat begonnen, preiswertere Medikamente zu importieren.

Sie vertreten außerdem die Ansicht, dass der Staat Patient_innen und Organisationen, die HIV/Aids bekämpfen, finanziell unterstützen muss. Die südafrikanische Regierung wurde jedoch von Pharmakonzernen verklagt, um die Nachahmung und den Verkauf ihrer Präparate zu günstigeren Preisen zu verhindern. Daher haben Sie beschlossen, gemeinsam mit der Regierung die Beschaffung preisgünstiger Medikamente vor Gericht zu verteidigen.

Sammeln Sie Argumente, um Ihre Position zu verteidigen. Sie haben im Prozess 5 Minuten Zeit, um sie vorzubringen.

Sind alle Gruppen bereit, kommen sie im Plenum zusammen, bleiben aber innerhalb ihrer vier Gruppen sitzen. Nun hat jede Gruppe jeweils fünf Minuten Zeit, um die jeweiligen Argumente vorzutragen. Die Richter_innen stellen die Gruppen dabei abwechselnd vor.

Anschließend haben die Richter_innen zehn Minuten Zeit um Fragen aus den Gruppen zu beantworten und die verschiedenen Argumente zusammenzufassen.

Teil 2 (100 min): Es werden Vierergruppen gebildet. In jeder Gruppe soll sich je ein Vertreter_in der Pharma AG, der südafrikanischen Regierung, der TAC und der Richter_innen befinden. Die Gruppenleitung verteilt die Karten mit Anweisung zur Kleingruppenarbeit und erläutert den Einsatz der grünen und roten Karten. Die Gruppen haben für den Versuch eine Konsens-Entscheidung herbeizuführen und die gegensätzlichen Forderungen miteinander zu verbinden, insgesamt 30 Minuten Zeit zur Verfügung.

Anweisungen für die Kleingruppen für Teil 2

Sie sind eine Vierergruppe. Jeder von Ihnen vertritt eine der vier Parteien:

- Pharma AG
- Die südafrikanische Regierung
- Aktivist_innen der Treatment Action Campaign (TAC)
- Die Richter_innen in dem Prozess, der von den führenden Pharmakonzernen angestrengt wurde

Anleitung

1. Alle Personen stellen sich reihum vor und nennen die Partei, die sie vertreten - also die Rolle, die sie innehaben.
2. Als Nächstes zeigt jede Person an, welchen Ausgang des Prozesses sie erwartet. Wenn sie der Ansicht ist, dass es leicht sein wird, eine Lösung zu finden, sollte sie die grüne Karte zeigen; glaubt sie, dass es schwierig sein wird, sollte sie die rote Karte zeigen.
3. Ihre Aufgabe besteht darin, eine zufriedenstellende Lösung zu finden, auf die sich die vier Teilnehmenden einigen können. Die Diskussion sollte in Runden stattfinden. Der_die Richter_in sitzt der Diskussion vor und stellt seinen_ihren Standpunkt als Letztes dar.
 - Runde eins: Stellen Sie Ihre Position dar!
 - Runde zwei: Nennen Sie Ihre Ideen für eine Lösung!
 - Runde drei: Verhandeln Sie über verschiedene Lösungsmöglichkeiten!
4. Hören Sie einander genau zu! Nach jedem Beitrag sollten Sie Ihre Farbkarte vorweisen, um zu zeigen, wie Sie nunmehr die Chancen zur Einigung einer zufriedenstellenden Lösung einschätzen.

Benennen Sie am Ende des Konsensfindungsprozesses eine Person, die Ihre Ergebnisse im Plenum vorstellt.

Anschließend ruft die Spielleitung alle Gruppen ins Plenum. Die Diskussionsergebnisse werden dargelegt, wofür jeder Gruppe fünf Minuten Zeit zur Verfügung stehen.

Die Spielleitung notiert die wichtigsten Lösungsvorschläge und Fragen auf einem Flipchart. Wenn alle Gruppen ihre Lösungen vorgestellt haben, wird über den Prozess der Entscheidungsfindung diskutiert. Mögliche Fragen zur Orientierung:

- Wie schwierig war es einen Konsens zu finden?
- Wo liegen die Stärken und Schwächen dieser Herangehensweise?
- War es schwierig, sich einerseits auf eine gemeinsame Lösung zu einigen und andererseits zu versuchen, alle Gruppenmitglieder an der Entscheidung zu beteiligen?
- Welches waren die brennendsten Probleme?

Zum Ende des zweiten Teils kann die Gruppenleitung den folgenden Auszug aus der Urteilsbegründung vom 19. April 2001 verlesen:

„Der Zweck (...) eines preisgünstigeren Zugangs zu Medikamenten (...) ist aner kennenswert und, im Kontext der HIV/Aids-Epidemie eine verfassungsmäßige Verpflichtung höchsten Ranges in Verbindung mit der Pflicht des Staates, eine Reihe von Grundrechten zu respektieren, zu schützen, zu fördern und zu gewährleisten, darunter auch die Rechte auf menschliche Würde und auf Leben (die als Basis aller anderen Rechte gelten) (...). Der (...) Angriff der Kläger (d.h. der Pharmakonzerne) auf das Gesetz ist kein Verdienst.“

Auswertung: Die Spielleitung sollte alle Teilnehmenden dazu ermuntern über den Prozess insgesamt nachzudenken und den Ausgang zu beurteilen. Welche entscheidenden Menschenrechte liegen dem Prozess zugrunde?

Mögliche Fragen:

- Welche Vermutungen gab es zu Beginn bezüglich des Urteils?
- Wie lassen sich die beiden Formen der Entscheidungsfindung, Kontroverse und Konsens, miteinander vergleichen? Welche führt zu den befriedigendsten Ergebnissen? Wie lässt sich ein erfolgreiches Ergebnis definieren?
- Was haben diese Probleme mit der sozialen Wirklichkeit der Teilnehmenden zu tun?
- Was bedeutet dies für die Menschen an Ihrem Ort?

Notizen: Wir empfehlen diese Methode in Verbindung mit einem Workshop zu „HIV in globaler Perspektive“²² anzubieten, um das nötige Grundlagenwissen zu schaffen. Brian Tilley's Dokumentation „It's my life“ über einen der Sprecher des TAC und den Gerichtsprozess in Südafrika sollte erst nach der Simulation gezeigt werden.

Quelle: nach Deutsches Institut für Menschenrechte, 2001: Kompass – Handbuch Menschenrechte.

Online:  www.kompass.humanrights.ch

22 Vgl. „HIV in globaler Perspektive und Zugang zu Medikamenten“ im Kapitel „Ablaufpläne“.

Spiel: STI- Alarm

→ **Ziele:** Überblick über STI, Kenntnisse über Schutz vor STI und deren, Behandlungsmöglichkeiten

→ **Zielgruppe:** jede Art von Gruppe

→ **Zeit:** 30 min

Vorgehen: Zu Beginn gibt die Gruppenleitung eine kurze Einführung in die Krankheitserreger und Schutzmöglichkeiten von STI. Sie erläutert die Begriffe (Krankheitserreger, Schutzmöglichkeiten, Joker), die auf den Bällen stehen und klärt mögliche Fragen.

Der Raum wird durch ein Kreuz aus Kreppband in vier gleich große Rechtecke unterteilt. Es bilden sich vier Teams, die sich einem Rechteck zuordnen (A, B, C, D). Die Gruppenleitung wirft dann alle Bälle gleichzeitig in den Raum. Dazu erklingt Musik. Die Teams beginnen die „Krankheitserreger“ mit Händen und Füßen aus ihrem Rechteck zu werfen und in den Besitz der Schutzmöglichkeiten und Joker zu gelangen. Die Bälle dürfen dabei nicht festgehalten oder am Körper versteckt werden, damit das Spiel im Fluss bleibt. Der Spieldurchlauf wird durch das Anhalten der Musik beendet. Ab dann dürfen keine Bälle mehr bewegt werden. Nun werden die Punkte ermittelt: Krankheitserreger im eigenen Rechteck zählen einen Minuspunkt, Schutzmöglichkeiten einen Pluspunkt, ein Joker verwandelt zwei Krankheitserreger in zwei Pluspunkte. Das Team mit den meisten Punkten gewinnt den Durchlauf. Je nach Zeitvorgaben können mehrere Durchläufe gespielt werden.

STI: HIV, Hepatitis, Syphilis, Chlamydien, Gonorrhö, HPV, Pilze, Genitalherpes, Trichomonaden

Schutzmöglichkeiten: Kondom, Femidom, Petting, Safer Sex, Schutz durch Therapie, Onanieren, Cybersex, Telefonsex, Impfung, Test, Enthaltbarkeit

Joker: Aids- Hilfe, Gesundheitsamt, pro familia, Hautarzt/Hautärztin, Urolog_in, Gynäkolog_in

Hilfsmittel: Beschriftete/beklebte Bälle jeweils in gleicher Anzahl, Stoppuhr, Kreppband, Musik und Abspielgerät, ausreichend großer Raum

Variante: Wenn die Möglichkeit besteht, kann die Zeit gestoppt werden anstatt Musik zu spielen. Am Ende des Spiels kann ein Transfer in den Alltag hergestellt werden. Jeder „Krankheitserreger“ wird kurz nach folgendem Schema besprochen:

- Was mache ich, damit ich diese STI nicht bekomme?
- Wie kann eine Infektion mit diesem Krankheitserreger erkannt werden?
- Was mache ich, wenn ich eine STI habe?

Quelle: nach Timmermanns, Tuider, 2008: 219ff.

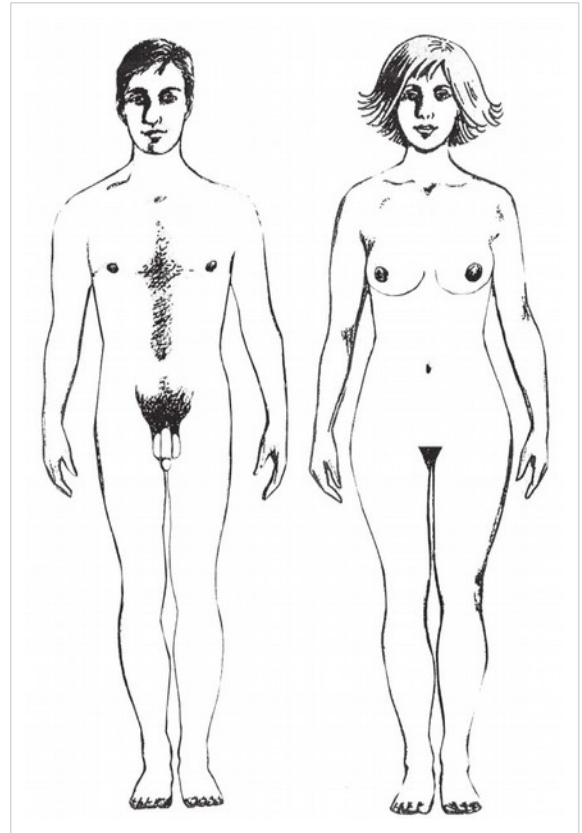
Spiel: Es juckt, es suppt, es brennt – Sexuell übertragbare Infektionen

- **Ziele:** Vermittlung von Wissen über STI
(Symptome, Ansteckungswege, mögliche Folgen, Behandlung, Schutz)
- **Zielgruppe:** jede Art von Gruppe
- **Zeit:** 20 – 60 min

Vorgehen: Jede Gruppe bekommt jeweils eine Karte mit einer STI und einem menschlichen Körper. Die STI-Karte wird nun durchgearbeitet, mit besonderem Fokus auf Symptome und mögliche Folgen. Anschließend werden auf der Karte mit dem Körper („Zünder“) die Symptome durch vorher festgelegte Symbole am Ort ihres Auftretens eingezeichnet.

So wird zum Beispiel bei Ausfluss aus der Harnröhre das Zeichen für Ausfluss im entsprechenden Körperbereich eingezeichnet. Abschließend stellt jede Gruppe „ihre“ STI vor. Dabei soll immer auch auf Schutz- und Behandlungsmöglichkeiten verwiesen werden.

Hilfsmittel: Vorbereitete Karten mit Beschreibung einzelner STI, vorbereitete Karten mit menschlichem Körper, bunte Stifte



Variante: Die Jugendlichen erhalten eine große Papierrolle und Stifte. Eine Person legt sich auf die Rolle und ein anderer zeichnet den Körper nach. Anschließend kann die Gruppe der Person einen Namen geben. Die Symptome werden nun auf dieses Körperschema gezeichnet.

Tabellarische Übersicht über Erkrankungen, Ansteckungswege, Folgen, Behandlung und Schutz

■ **Erklärung der Symbole**

	oft keine Krankheitszeichen		gelbe Haut
	■ Ausfluss aus der Scheide und der Harnröhre ■ Ausfluss aus dem Darm nach analsex		Filzläuse sind zu sehen
	Blutungsstörungen		■ Jucken ■ Hautrötungen
	■ Geschwüre ■ Hautveränderungen		Schmerzen
	Brennen		ähnlich wie Grippe
			■ Warzen an den Geschlechtsteilen ■ nicht schmerzhaft

Chlamydien

- betroffen sind vor allem junge Frauen zwischen 16 und 19 Jahren sowie Männer zwischen 20 und 24 Jahren

Mögliche Krankheitszeichen

- oft keine oder nur leichte Krankheitszeichen!
- Ausfluss aus der Scheide und der Harnröhre, Ausfluss aus dem Po nach Analsex
- Brennen beim Pissieren
- Schmerzen im Unterleib
- Schmerzen beim Sex
- Blutungsstörung
- Halsschmerzen nach Oralsex

Ansteckungswege

- Sex ohne Kondom

Mögliche Folgen

- Entzündung im Unterleib
- Unfruchtbarkeit: man kann keine Kinder mehr bekommen (Mann und Frau)
- Ein Kind kann bei der Geburt von seiner Mutter angesteckt werden!
- Das Risiko, sich mit HI-Viren anzustecken, ist höher, wenn man schon mit Chlamydien angesteckt ist!

Behandlung

- Kann durch Antibiotika geheilt werden
- Partner müssen behandelt werden
- Bis zum Ende der Behandlung kein Sex (Arzt fragen!)

Schutz

- Schütz Dich durch Kondome und Frauenkondome: sie helfen eine Ansteckung zu verhindern!

Syphilis (Lues)

Mögliche Krankheitszeichen

- Knoten und Geschwüre (offene Haut), die nicht weh tun
- Hautausschlag (rote Flecken)

Ansteckungswege

- Sex ohne Kondom
- Ansteckung auch durch Kontakt mit Geschwüren z. B. beim Küssen möglich!
- Ansteckung auch über Blutreste an Spritzen und Nadeln, die schon eine andere Person benutzt hat

Mögliche Folgen

- Schwere Schäden an inneren Organen und an Nerven; kann unbehandelt zum Tod führen
- Ein Kind kann während der Schwangerschaft von seiner Mutter angesteckt werden
- Das Risiko, sich mit HI-Viren anzustecken, ist höher, wenn man mit Syphilis angesteckt ist!

Behandlung

- Kann am Anfang durch Antibiotika ganz geheilt werden, später nicht mehr ganz: Schäden an Organen gehen dann nicht mehr weg!
- Partner müssen auch behandelt werden!
- Bis zum Ende der Behandlung kein Sex (Arzt fragen!)

Schutz

- Schütz Dich durch Kondome und Frauenkondome: sie helfen eine Ansteckung zu verhindern!

Felgwarzen (Kondylome)

- betroffen sind insbesondere Menschen zwischen 20 und 25 Jahren

Mögliche Krankheitszeichen

- Warzen am den Geschlechtsstellen, die nicht weh tun

Ansteckung

- Sex ohne Kondom

Mögliche Folgen

- Manchmal Gebärmutterhalskrebs bei der Frau oder Analkrebs beim Mann

Behandlung

- Die Warzen können durch den Arzt entfernt werden
- Frauen sollten einmal im Jahr eine Krebsvorsorge-Untersuchung bei ihrem Frauenarzt machen lassen!
- Auch Männer sollten regelmäßig zu Vorsorge-Untersuchungen bei ihrem Hausarzt gehen!

Schutz

- Kondome und Frauenkondome helfen, eine Ansteckung zu verhindern
- Direkten Kontakt mit den Warzen vermeiden!
- Mädchen und Frauen, die noch keine oder wenige sexuelle Kontakte hatten, sollten sich impfen lassen!

Herpes

Mögliche Krankheitszeichen

- Jucken
- Bläschen, Geschwüre an Geschlechtsstellen oder Po, die brennen und schmerzen
- Manchmal Fieber, Muskelschmerzen, Kopfschmerzen

Ansteckungswege

- Sex
- Beim Berühren von offenen Hautveränderungen, z. B. beim Küssen

Mögliche Folgen

- Krankheitszeichen können verschwinden; die Krankheit kann wieder ausbrechen, wenn man Stress hat oder schwach und krank ist
- Ein Kind kann bei der Geburt durch die Mutter angesteckt werden!
- Das Risiko, sich mit HI-Viren anzustecken, ist höher, wenn man mit Herpes angesteckt ist!

Behandlung

- Salben oder Tabletten gegen die Erreger helfen gegen die Beschwerden, können die Krankheitserreger aber nicht endgültig aus dem Körper entfernen

Schutz

- Kondome und Frauenkondome helfen, eine Ansteckung zu verhindern
- Bläschen und offene Haut nicht berühren

Hepatitis B und Hepatitis C (Leberentzündung)

Mögliche Krankheitszeichen

- Oft keine Krankheitszeichen!
- Manchmal ähnlich wie Grippe

Ansteckungswege

Hepatitis B

- Sex ohne Kondom
- Auch durch Küssen möglich!

Hepatitis C

- Durch vaginalen Verkehr oder Analsex, eher selten!

Hepatitis B und C

- Ansteckung über Blutreste an Spritzen, Nadeln und anderen spitzen Gegenständen (Scheren, Rasierklings), die andere schon benutzt haben

Mögliche Folgen

Hepatitis B

- Heilt nach 3 bis 5 Monaten oft von alleine!
- Wenn die Krankheit nicht heilt, kann sie nach Jahren die Leber zerstören!

Hepatitis C

- Heilt meist nicht mehr und zerstört dann die Leber!

Behandlung

Hepatitis B

- Wenn die Krankheit nicht heilt, kann sie behandelt werden, aber man wird nicht mehr ganz gesund

Hepatitis C

- Anfangs ist eine Behandlung möglich, später ist sie eher sehr schwierig

Schutz

Hepatitis B

- Lass Dich impfen!

Hepatitis B und C

- Schütz Dich durch Kondome und Frauenkondome: sie helfen eine Ansteckung zu verhindern!
- Beim Spritzen nur neue Nadeln / Spritzen verwenden
- Piercing, Tätowieren, Ohrlöcherstechen nur bei Fachleuten!

Pilze

Mögliche Krankheitszeichen

- Ausfluss aus der Scheide
- Rote Haut, starkes Jucken und Brennen an den Geschlechtsstellen

Ansteckungswege

- Sex ohne Kondom
- Pilzkrankungen können bei geschwächter Immunabwehr auch von selber entstehen!

Mögliche Folgen

- Bei geschwächter Immunabwehr können die Pilze den ganzen Körper befallen

Behandlung

- Salben und Zäpfchen oder Tabletten, die gegen die Pilze wirken, helfen gegen die Beschwerden
- Partner sollten auch behandelt werden

Schutz

- Benutz keine Seife beim Waschen der Geschlechtssteile!
- Mach keine Spülung der Scheide!
- Benutz besser keine Intimsprays oder Intimotionen!

Filzläuse, Milben (Krätze)

Mögliche Krankheitszeichen

- Jucken und Rötung der Haut
- Schwellung auf der Haut (grau, schorlig)
- Läuse sind zu sehen

Ansteckungswege

- Vor allem durch engen Körperkontakt beim Sex

Mögliche Folgen

- Keine

Behandlung

- Filzläuse und Milben werden mit chemischen Mitteln abgetötet, Kleidung muss desinfiziert werden
- Partner und auch Familienmitglieder müssen behandelt werden!

Schutz

- Vollständiger Schutz nicht möglich!
- Pflege Deinen Körper, trag saubere Kleidung! Dann bemerkst Du eine Ansteckung eher!
- Vermeide es, in ungepflegten, schmutzigen Betten zu schlafen!

Filzläuse, Milben (Krätze)

Mögliche Krankheitszeichen

- Jucken und Rötung der Haut
- Schwellung auf der Haut (grau, schorlig)
- Läuse sind zu sehen

Ansteckungswege

- Vor allem durch engen Körperkontakt beim Sex

Mögliche Folgen

- Keine

Behandlung

- Filzläuse und Milben werden mit chemischen Mitteln abgetötet, Kleidung muss desinfiziert werden
- Partner und auch Familienmitglieder müssen behandelt werden!

Schutz

- Vollständiger Schutz nicht möglich!
- Pflege Deinen Körper, trag saubere Kleidung! Dann bemerkst Du eine Ansteckung eher!
- Vermeide es, in ungepflegten, schmutzigen Betten zu schlafen!

Hepatitis A (Leberentzündung)

Mögliche Krankheitszeichen

- oft keine Krankheitszeichen!
- Manchmal ähnlich wie leichte Grippe
- Gelbe Haut
- Jucken
- Brauner Urin, heller Stuhl

Ansteckungswege

- Oft durch verunreinigte Lebensmittel oder Trinkwasser (häufig auf Reisen / im Urlaub)
- Auch durch Sex bei Kontakt von Mund und Darmausgang

Mögliche Folgen

- Heilt oft von alleine! Es kann aber Wochen und Monate dauern, bis man wieder gesund ist

Behandlung

- Nicht nötig

Schutz

- Lass Dich impfen!

Quelle: Nach BZgA 2001: 109, BZgA, 2005b

Spiel: STI- Jeopardy

→ **Ziele:** Motivation und Befähigung zu aktivem STI-Risikomanagement durch Informationen zu Symptomen, Verlauf, Folgen und Therapie von STI, Abbau von Angst und Scham im Bezug auf das Thema

→ **Zielgruppe:** ab 15 Jahren

→ **Zeit:** 15 – 20 min

Vorgehen: Bei dieser Methode werden die Teilnehmenden in zwei Gruppen eingeteilt. Diese Gruppen spielen gegeneinander. Gespielt wird abwechselnd. An einem Board werden die verschiedenen Punktekategorien (100-500) angepinnt. In jeder Kategorie gibt es zwei Fragen, für die richtige Beantwortung erhält die Gruppe die entsprechenden Punkte. Die Teilnehmenden dürfen in ihrem Zug aussuchen welche Kategorie sie wählen und welche Frage der beiden sie dann beantworten möchten. Sind alle Kategorien beantwortet, besteht die

Möglichkeit eine Bonusfrage zu stellen. Je nach richtiger/falscher Antwort verdoppeln/halbieren sich die Punkte. Gewinner ist die Gruppe mit der höchsten Punktzahl.

Hilfsmittel: laminierte Jeopardy-Karten

Variante: Die Bonusfragen können zu jeder Zeit gewählt werden und verdoppeln (halbieren) bei richtiger (falscher) Beantwortung die derzeitigen Punkte.

100	Du hast die Befürchtung eine STI zu haben. Was sind deine nächsten Handlungsschritte?	100	Nenne zwei Einrichtungen, bei denen Du dich anonym zu sexueller Gesundheit beraten und auf HIV/STI testen lassen kannst!
200	Nenne zwei Möglichkeiten, mit denen Du STIs entweder ganz verhindern oder zumindest die Übertragungswahrscheinlichkeit deutlich verringern kannst!	200	Nenne zwei Gründe, warum es notwendig ist, STI so schnell wie möglich zu behandeln!
300	Nenne vier mögliche Krankheitssymptome für STI!	300	Nenne zwei sexuell übertragbare Infektionen gegen die man sich impfen lassen kann!
400	Warum kannst Du Dich, wenn du entweder eine unbehandelte HIV-Infektion und/oder eine andere STI hast, auch leichter mit weiteren STI anstecken?	400	Warum bieten Kondome einen sehr guten Schutz vor HIV, aber nicht vor allen STI?
500	Nenne mindestens zwei STI, die vor allem junge Menschen unter 25 Jahren kriegen!	500	Nenne 3 Erregertypen sexuell übertragbarer Krankheiten!
BONUSFRAGE	Wie heißen STI bei Tieren? 1. Deckseuche 2. Steigkeime 3. Stallpest 4. Begattungsfäule	BONUSFRAGE	Was ist die weltweit häufigste STI? 1. Trichomonaden 2. HIV 3. Syphilis 4. Gonorrhö (Tripper)

9.4. Mitmachaktion

Bilderrätsel

→ **Zeit:** variabel

Vorgehen: In diesem Bilderrätsel stehen senkrecht oder waagrecht zwölf Begriffe rund um Sex, HIV-Prävention und STI. Finde sie und kreise sie ein.

Begriffe: Tripper, Test, Beratung, Kondom, HPV, Hepatitis, Lust, Herpes, Chlamydien, HIV, Syphilis, Sex.

Anwendung: Großformatig auf Laminat drucken und bei Aktionen Vor-Ort spielen. Oder als kleine Karten drucken und mitgeben.

K	I	R	D	O	T	W	S	Y	F	Z	D	J	L	P	U	N	K	O	K
L	O	P	G	N	A	S	E	G	H	J	L	P	O	I	L	B	O	X	L
A	S	F	V	R	L	E	X	K	L	H	A	K	P	L	L	O	N	A	N
P	C	O	F	A	I	H	F	E	B	L	H	A	O	A	G	H	D	L	S
P	H	T	O	W	H	B	G	Z	I	P	D	G	C	K	P	C	O	I	A
A	I	P	V	N	L	E	A	L	C	T	E	S	T	F	S	U	M	P	E
D	F	V	O	P	A	W	R	T	X	C	O	G	T	Z	N	K	D	B	C
M	K	S	F	P	I	U	T	O	K	L	G	N	S	W	M	I	O	L	V
C	G	C	H	T	J	A	R	L	U	Z	R	A	G	H	K	H	I	V	G
H	L	A	B	F	T	C	I	E	T	H	W	O	U	K	O	P	V	D	J
L	Z	L	E	O	K	H	P	J	S	L	K	T	K	A	S	X	P	H	K
A	D	F	R	G	I	O	P	H	A	T	S	Y	P	H	I	L	I	S	P
M	T	Z	A	H	V	A	E	G	P	W	F	S	G	A	E	R	T	Z	W
Y	U	P	T	O	B	L	R	A	L	P	O	K	J	H	B	V	G	P	B
D	J	K	U	L	O	P	C	V	B	N	M	W	X	V	H	S	T	H	N
I	S	L	N	O	L	K	O	I	G	C	H	E	R	P	E	S	G	J	K
E	T	Z	G	J	B	C	V	G	H	J	K	F	W	V	B	N	M	L	L
N	U	E	A	O	L	O	U	G	A	U	L	K	P	O	I	U	J	U	U
G	H	B	V	L	H	P	V	A	S	F	G	W	X	V	O	L	P	S	O
P	H	E	P	A	T	I	T	I	S	U	L	J	S	I	H	L	O	T	P

Spiel: „Male einen Schwulen, eine Lesbe“

→ **Ziele:** Aufzeigen von Stereotypen, Auseinandersetzung mit Stigmatisierung und Diskriminierung von Schwulen und Lesben, ins Gespräch kommen über Geschlechterrollen und -identitäten.

→ **Zielgruppe:** Jugendliche ab 15 Jahren

→ **Zeit:** variabel

Vorgehen: Die Teilnehmenden werden aufgefordert auf ein großes Flipchartpapier ihre Vorstellung von einem Schwulen und einer Lesbe zu malen. Während des Zeichnens kann über die „typischen Merkmale“ von Schwulen und Lesben diskutiert werden. Häufig wird den Teilnehmenden auffallen, dass es u. U. nicht einfach ist einen Schwulen oder eine Lesbe zeichnerisch wiederzugeben. Es sollte diskutiert werden, inwiefern Schwule und Lesben Merkmale besitzen, die sie äußerlich von anderen unterscheiden und woher diese Stereotypen kommen könnten.

Mögliche Fragen:

Kann einer Person angesehen werden, dass sie heterosexuell, schwul oder lesbisch ist?

Spiel: STI- Plüschtiere

→ **Ziele:** Wissen über STI abrufen und vermitteln, ins Gespräch kommen, Berührungsängste mit der Thematik STI abbauen.

→ **Zielgruppe:** Passanten, Menschen in Clubs, Schwimmbädern, auf Straßenfesten

→ **Zeit:** variabel

Vorgehen: In einer Tasche befinden sich die Mikroben-Plüschtiere. Die Teamer_innen gehen auf Menschen zu, stellen sich vor und schlagen vor ein kleines Spiel zu spielen. Sie bitten die Teilnehmenden ein Plüschtier aus der Tasche zu ziehen. Im Anschluss fragen sie, was der Name des Plüschtiers ist und ob die Personen etwas mit diesen Namen (Syphilis, Tripper, Chlamydien, u.ä.) anfangen können. Nun sollen die Teilnehmenden mindestens eine der Dosen mit Fragen aussuchen.

Die Fragen für die Dosen sind:

- Was sind mögliche Übertragungswege dieser STI?
- Was sind mögliche Schutzmöglichkeiten dieser STI?
- Welche körperlichen Symptome und Folgeschäden sind durch diese STI möglich, wenn sie nicht behandelt wird?
- Wo kann ich mich bei Verdacht auf diese STI testen lassen und wie findet die Untersuchung statt?
- Wie wird diese STI behandelt?

Hilfsmittel: Tasche, Mikroben-Plüschtiere, kleine Dosen mit Fragen

Die Plüschtiere sind käuflich zu erwerben bei www.riesenmikroben.de.

Notizen: Die Methode ist sehr gut geeignet für die Vor-Ort-Prävention zum Beispiel in Clubs, Schwimmbädern oder auf Straßenfesten.

Spiel: Dating Game

→ **Ziele:** Aufmerksamkeit für das Angebot des Trägers auf einem Event erlangen, lockere Kontaktaufnahme mit dem Publikum, Informationsvermittlung

→ **Zielgruppe:** Passant_innen, ab 16 Jahren

→ **Zeit:** variabel

Vorgehen: Die Passant_innen werden spontan angesprochen und zur Teilnahme am Dating Game aufgefordert. Sie bekommen einen Aufkleber und die Aufgabe, andere Besucher_innen mit dem gleichen Aufkleber zu finden. Personen mit gleichem Aufkleber sollen sich am Stand des Trägers gemeinsam einfinden, um einen Preis zu erhalten, an weiteren Gewinnspielen teilzunehmen und um weitere Infos zu HIV/Aids vermittelt zu bekommen.

Hilfsmittel: Aufkleber mit Abbildungen verschiedener Sex-Stellungen, evtl. Fragen vom Kombispiel, evtl. Kondom/Dildo/Rauschbrille

Piktogramme



Safer-Sex-Führerschein

→ **Ziele:** Wissensabfrage und Informationssicherung über HIV und Safer Sex

→ **Zielgruppe:** alle Arten von Gruppen

→ **Zeit:** 10 – 15 min

Setting: Veranstaltungen Vor-Ort oder bei Projektveranstaltungen

Vorgehen: An Teilnehmende wird der folgende Test verteilt. Bestehen sie diesen, bekommen sie den Safer-Sex-Führerschein. Durch die Kombination mit einer Gewinnverlosung kann der Anreiz zur Teilnahme erhöht werden.

Hilfsmittel: Test, Stifte, Stempel von der Aids-Hilfe

SAFER SEX FÜHRERSCHEIN



(Vorname und Name)

hat den großen **Safer-Sex-Test** erfolgreich bestanden
und kennt sich aus mit ...

- Übertragungswegen von HIV
- Schutzmöglichkeiten vor einer HIV-Infektion
- Kondombenutzung
- HIV-Antikörpertest

Der **Safer-Sex-Führerschein** wurde gemacht bei:

Kurfürstenstraße 130

10785 Berlin

➔ www.berlin.aidshilfe.de

(Unterschrift Mitarbeiter_in der BAH)

Jährlich stecken sich in Deutschland rund 3.200 Menschen mit HIV an. Trotz medizinischen Fortschritts ist die Infektion nicht heilbar. Nach wie vor können Menschen mit HIV an den Folgen von Aids sterben. Die Berliner Aids-Hilfe e.V. (BAH) klärt auf, tritt für Solidarität mit HIV-Positiven ein, organisiert Hilfen für Kranke und bietet Raum für Beratung und Begegnung.

Eine **anonyme Telefonberatung** steht täglich von 12 bis 22 Uhr unter 030/19411 für Fragen rund um HIV und Aids zur Verfügung. Die **Internet-Beratung** ist unter ➔ www.aidshilfe-beratung.de zu erreichen.

Safer-Sex-Test

Bitte die richtige(n) Antwort(en) ankreuzen! (Achtung: Es können eine oder mehrere richtig sein!)

1. Was ist HIV?

- ☐ Ein Gesellschaftsspiel für ältere Damen.
 - ☐ Eine Krankheit, an der im Mittelalter viele Menschen gestorben sind.
 - ☐ Eine unheilbare, vor allem beim Sex übertragbare Krankheit, die das menschliche Abwehrsystem zerstört.
 - ☐ Ein Computervirus aus Asien, der die Festplatte löscht.
-

2. Wofür steht die Abkürzung HIV?

- ☐ Es ist eine andere Bezeichnung für Aids.
 - ☐ Die Abkürzung für das Virus, das das menschliche Immunsystem schwächt und zur Krankheit Aids führt.
 - ☐ Es ist der Name des Medikaments, mit dem man Aids heilen kann.
 - ☐ Für die Gesundheitsorganisation der Vereinten Nationen.
-

3. Vor welcher sexuell übertragbaren Infektion kann man sich durch eine Impfung schützen?

- ☐ Tripper
 - ☐ Herpes
 - ☐ Hepatitis A und B
 - ☐ HIV
-

4. Durch welche Körperflüssigkeiten wird das HI-Virus übertragen?

- ☐ Blut
 - ☐ Urin
 - ☐ Scheidenflüssigkeit
 - ☐ Sperma
 - ☐ Schweiß
 - ☐ Muttermilch
 - ☐ Spucke
-

5. Ist es durch eine Behandlung möglich, endgültig von HIV geheilt zu werden?

- ☐ Bei gesunder Ernährung und viel Sport,, verschwindet HIV wieder.
 - ☐ Es ist durch eine Behandlung möglich, lange mit HIV zu leben – aber HIV bleibt im Körper!
 - ☐ Mit Wundermedikamenten aus dem Internet kann HIV vollständig geheilt werden.
 - ☐ Man kann gar nichts machen: Wer Aids hat, stirbt innerhalb weniger Wochen daran.
-

6. Wie kann man sich vor einer Ansteckung mit HIV schützen?

- ☐ Nur Sex mit Menschen haben, denen man ansieht oder von denen man denkt, dass sie kein Aids haben.
- ☐ Vor dem Sex Vitamine oder andere Tabletten schlucken, um die Abwehrkräfte zu stärken.
- ☐ Verhindern, dass beim Sex Samen- oder Scheidenflüssigkeit oder Blutspuren von einem Körper in den anderen gelangen.
- ☐ Sofort nach dem Sex gründlich duschen und die Geschlechtsorgane abseifen.

7. Welches Verhütungsmittel schützt vor der Ansteckung mit sexuell übertragbaren Infektionen und HIV?

- ☐ Die Spirale ☐ Das Kondom ☐ Die Pille ☐ Das Diaphragma
-

8. Wodurch kann ich mich nicht mit HIV anstecken?

- ☐ Küssen ☐ Geschlechtsverkehr ☐ Mückenstich ☐ Händeschütteln
-

9. Worauf muss man achten, wenn man Kondome kauft?

- ☐ Dass Farbe und Muster zur Bettwäsche passen.
☐ Dass auf der Verpackung das Haltbarkeitsdatum und das CE-Prüfzeichen aufgedruckt sind.
☐ Dass die Verpackung unversehrt ist.
☐ Dass man möglichst große bekommt, um die Freunde zu beeindrucken.
-

10. Wer immer Kondome bei sich trägt oder griffbereit hat ...

- ☐ ist ein leichtlebiger Mensch, der immer nur an das *eine* denkt.
☐ ... ist furchtbar misstrauisch, weil er anderen unterstellt, sie könnten Aids haben.
☐ ... verhält sich verantwortungsvoll, weil er auf alle Möglichkeiten vorbereitet sein will.
☐ ... ist bestimmt total ängstlich und hat keinen Spaß am Sex.
-

11. Wie kann man eine Ansteckung mit HIV feststellen?

- ☐ Durch eine Blutuntersuchung ("HIV-Test") beim Arzt, in den Aids-Hilfen oder im Gesundheitsamt.
☐ Durch einen HIV -Test aus der Apotheke.
☐ Man sieht es daran, dass sich die Haut gelblich färbt.
☐ Gar nicht, man merkt es erst, wenn man krank wird.
-

12. Kann man in einer festen Beziehung auf Safer Sex verzichten?

- ☐ Ja, denn Liebe macht unverwundbar.
☐ Ja, weil Safer Sex unromantisch ist.
☐ Ja, wenn ich sicher bin, dass beide Partner gesund und einander treu sind.
☐ Nein, niemals!

Der Safer-Sex-Test wurde gemacht bei der Berliner Aids-Hilfe e. V.

Spiel: Erotikspiel

→ **Ziele:** Ins Gespräch kommen über die eigenen Vorlieben, Wünsche und Erfahrungen sowie diejenigen des Partners oder der Partnerin kennenlernen. Spaß haben und sich näher kommen; auf spielerische Art den Anderen oder die Andere verstehen lernen.

→ **Zielgruppe:** Paare und junge Erwachsene ab 18 Jahren, die eine (sexuelle) Beziehung zueinander haben

→ **Zeit:** variabel

Setting: zuhause oder in vertrauten Gruppen, z.B. Freundeskreis. Kann auf Events als Give away verteilt werden.

Vorgehen: Die Fragen können in beliebiger Reihenfolge und Geschwindigkeit sich gegenseitig vorgelesen und beantwortet werden.

Hilfsmittel: Karten mit Fragen

Variante: Das Spiel kann auch in einer Gruppe gespielt werden. Dann werden die Fragen dementsprechend abgewandelt. Statt dem_der Partner_in wird dann der Name der jeweiligen Person eingesetzt.

Anmerkung:

Die grau hinterlegten Fragen lassen sich nicht anpassen und sollten für diese Variante aussortiert werden.

Was magst Du besonders an mir?	Meine sexuellen Fantasien sind...	Mit wem sprichst Du über unsere Beziehung?	Mein letzter erotischer Traum handelte von...
Begehrt zu werden heißt für mich...	Wie zeige ich Dir, dass ich Dich liebe?	Wenn ich erfahre, dass Du fremdgegangen bist dann...	Wie sprichst Du mit anderen über unsere Beziehung?
Wie zufrieden bist Du mit der von uns gewählten Methode der Schwangerschaftsverhütung?	Was ich gerne von Dir hören würde ist...	Vertrauen in der Beziehung heißt für mich...	Wie gut können wir miteinander über Sexualität reden?
Hast Du schon mal eine Geschlechtskrankheit gehabt? Wenn ja, welche?	An welchem speziellen Ort würdest Du gern einmal Sex haben?	In unserem Sexualleben möchte ich mehr...	Mich zu verlieben bedeutet für mich...
Was macht unsere Beziehung wertvoll?	Welche Art von Zärtlichkeit magst Du am liebsten?	Treue bedeutet für mich...	Einen „Dreier“ finde ich...

Liebe heißt für mich...	Was ich nie wagte Dir zu sagen ist...	Wie würdest Du reagieren, wenn Du erfährst, dass ich homo- oder bisexuelle Neigungen habe?	Ich werde eifersüchtig, wenn...
Hast du schon mal eine Risikosituation beim Sex gehabt, bei der Du Dich mit HIV hättest können? Was hast Du unternommen?	Hättest du eine Beziehung mit mir begonnen, wenn ich HIV-positiv wäre? Wieso ja/nein?	Wenn Du HIV-positiv wirst, dann würde ich...	Was macht Dich an/erregt Dich?
Wenn Du mir zu meinem Geburtstag ein Sexspielzeug schenkst, dann...	Was ich an Kondomen (nicht) gut finde ist...	In meiner Fantasie würde ich gerne Sex haben mit...	Was machst du, wenn ich/Du ungewollt schwanger werde/wirst?
Welche Träume hast Du und welche möchtest Du verwirklichen?	Einen HIV-Test zu machen bedeutet für mich...		Nenne drei Dinge, die ich besser kann als Du.
Du bist für mich wichtig, weil...	Wenn Du keine Lust auf Sex hast und ich schon, dann...	Was bedeutet Dir mein Körper? Mein Penis, meine Muschi, mein Busen?	Es tut mir Leid, dass...

*Quelle: Die Methode wurde in St. Gallen (Schweiz) von der Fachstelle für Aids – und Sexualfragen entwickelt und uns freundlicherweise für die Veröffentlichung zur Verfügung gestellt.

10. HIV/Aids -Filme

Filme bieten Jugendlichen und Pädagog_innen Abwechslung zu frontalen oder interaktiven Unterrichtsformen der Wissensvermittlung. Aus diesem Grund werden an dieser Stelle Filme für den Schulunterricht und die außerschulische Arbeit dargestellt, die nicht nur ein breites inhaltliches und ästhetisches Spektrum, sondern auch unterschiedliche Formate (Kurzfilme, Dokumentation, Spielfilm, Episoden von TV-Serien etc.) umfassen. Zunächst wird in der Reihenfolge des Erscheinungsjahrs eine Übersicht zu Filmen, die Themen wie Liebe, Freundschaft, Partnerschaft, Sexualität und HIV/Aids betreffen, aufgeführt. Diese sind unseres Erachtens nach, für den Einstieg in die Sexualpädagogik und HIV-Prävention zu empfehlen. Darauf folgt eine Übersicht von Filmen, in denen HIV in globaler Perspektive thematisiert wird. Zudem werden Filme benannt, die zum Teil inhaltlich nicht mehr zeitgemäß, aber aufgrund ihrer historischen, künstlerischen oder gesellschaftspolitischen Bedeutung nicht vergessen werden sollten.

Im Idealfall werden die mit den in diesem Kapitel vorgeschlagenen Methoden vor- und nachbereitet, sodass neben den zentralen Botschaften der Filme die breiteren Kontexte erschlossen werden können. Deshalb führen wir neben diesen Botschaften ebenfalls die wichtigsten, in den Filmen behandelten Themen auf. Es bietet sich an, diese mit den im Methodenteil benannten abzugleichen.

Ausgeliehen werden können die Filme bei lokalen Video,- und Mediatheken, den Landesfilmdiensten oder Landes-, Kreis- oder Stadtbildstellen.

Filme für Jugendliche zu Liebe, Freundschaft, Sexualität und HIV/Aids

Filmtyp	Titel, Land, Länge, FSK	Themen
Spielfilm	Dallas Buyers Club, USA 2013, 117 Min., FSK 12	Beginn der HIV-Epidemie, Aids, illegale Medikamente, soziale Unterstützung, Homo- und Transsexualität
Dokumentation	Der Berliner Patient. Geheilt von Aids. 2013 47 Min.	Heilung von HIV, medizinisches Hintergrundwissen
Spielfilm	Little Thirteen, DE 2012, 95 Min., FSK 12	Erwachsenwerden, Drogen, Teenager- Schwangerschaft

Spielfilm	Freier Fall, DE 2012, 101 Min., FSK 12	Neu entdeckte Homosexualität, Intoleranz, Coming-Out, Lebensweisenakzeptanz
Spielfilm	The Kids are all right, USA 2010, 107 Min., FSK 12	Homosexualität, Partnerschaft, gleichgeschlechtliche Elternpaare, Bisexualität, sexuelle Monogamie und Polygamie
Dokumentarfilm	Postcard to Daddy, DE 2010, 86 Min., FSK	sexueller Missbrauch, Pädophilie, Konfrontation des Vaters, Hoffnung, Liebe zum Leben, Trauer, HIV
Spielfilm	Same same but different, DE 2009, 104 Min., FSK 6	HIV/Aids, diskordante Partnerschaft, Prostitution, Liebe, Unterstützung, Vorurteile, Diskriminierung, HIV in globaler Perspektive, Zugang zu Medikamenten, soziale Ungleichheit
Spielfilme, Kurzfilme, Animationsfilme, Lernangebote	Sexuell übertragbare Infektionen inkl. HIV/Aids. Filme für Schule und Jugendarbeit mit Begleitmaterial. DE, FSK 12	Übertragung- und Schutzmöglichkeiten von HIV/STI, Solidarität, Leben mit HIV, Kondomgebrauch
Kurzfilme	10 Kurzfilme gegen Aids, Fr. 2009 Elizabeth Perez (Arte Produktion)	Kurzfilme über Frauen mit HIV/Aids
Spielfilm	Prayers for Bobby, USA 2009, 87 Min., FSK 12	Homosexualität, Religion, Homophobie, Homosexualität als Krankheit, Depressionen, Suizid, Wandel der Einstellung gegenüber Homosexuellen
Dokumentarfilm	Geiler Scheiß. Ein Film über Jugendliche und Pornografie, DE 2008, 37 Min., FSK 12	Umgang mit Sexualität und Pornos, Moralvorstellungen
Fernsehserie	South Park: Tonsil Trouble (dt.: Ärger mit den Mandeln), Season 12 Episode 1, USA 2008, 21 Min.	HIV/Aids, Heilung, Zugang zu Medikamenten

Dokumentarfilm	Die Jungs vom Bahnhof Zoo, DE 2011, 86 Min., von Rosa von Praunheim	Lebenswelt männlicher Prostituierter in Berlin, detaillierte Beschreibung der Arbeit von Subway e.V., Armut, Drogen, Migranten, Aids, Liebe
Spielfilm	XXY, AR/ES/FR 2007, 91 Min., FSK 12	Intersexualität, Ausgrenzung, Mobbing, Erwachsenwerden
Dokumentarfilm	Prinzessinnenbad, DE 2007, 89 Min., FSK 12	Freundschaft, Partnerschaft, Erwachsenwerden, Pubertät, soziale Milieus
TV- und Kinospots	TV- und Kinospots zur Aids-Aufklärung 1987 - 2006, DE, BZgA	HIV-Übertragungswege, Solidarität mit HIV-Positiven, Ausgrenzung, Diskriminierung, Kondomgebrauch
Spielfilm	Little Miss Sunshine, USA 2006, 103 Min., FSK 6	Schönheitsideale, Suizidgefahr, Homosexualität, Drogentod, finanzielle Schwierigkeiten, Enttäuschungen, familiärer Zusammenhalt
Spielfilm	Der Club der Bären, ES 2004, 100 min, FSK 12	Homosexualität, Liebe, Partnerschaft, sexuelle Lebensstile, Diskriminierung, Familie
Spielfilm	Sommersturm, DE 2004, 98 Min., FSK 12	Freundschaft, Drogen, Zukunft, Homosexualität, Angst vor dem Coming-Out, Entwicklung der Sexualität, Unterstützung
Fernsehserie	South Park: Jared has Aides (dt.: Jared hat Aides) (Season 6 Episode 1, USA 2002, 21 Min.	HIV/Aids, Werbelügen, Missverständnisse, Diskriminierung, Leben mit HIV
Spielfilm	Fickende Fische, DE 2002, 100 Min., FSK 12	HIV, Liebe und mit dem Virus verbundene Komplikationen, Angst vor dem Outing (HIV- positiv), Bluttransfusion
Dokumentation	FIGHT BACK, FIGHT AIDS: 15 YEARS OF ACT UP, USA 2002,	ACT UP-Bewegung, soziale Unterstützung der Aids-Kranken

Spielfilm	Billy Elliot, GB 2000, 106 min, FSK 6	Erwachsenwerden, Geschlechterrollen und -identität
Spielfilm	Alles über meine Mutter, ES/FR 1999, FSK 12	Transsexualität, HIV, Unfalltod, Unterstützung, Drogen, Schwangerschaft und HIV
Spielfilm	Fucking Amal (dt.: Raus aus Amal), DK/SE 1998, 89 Min., FSK 12	Homosexualität, Liebe, Pubertät, Ausgrenzung, Mobbing, Behinderung
Spielfilm	Mississippi - Fluss der Hoffnung, USA 1995, 99 Min., FSK 6	Mobbing, HIV/Aids, Unterstützung, Freundschaft
Spielfilm	Kids, USA 1995, 90 Min., FSK 16	Jugend, HIV/Aids, Promiskuität, Drogen, Entwicklung der Sexualität, Gefahren der Unwissenheit

HIV in globaler Perspektive

Dokumentation	Mr. India, IN 2010, 28 Min., Haobam Paban Kumar	HIV, Leben mit dem Virus, Wunschleben trotz Virus, Bodybuilding, Träume, Ziele
Dokumentation	So wollen wir nicht sterben. Aids in Odessa, DE 2006, 77 Min., Karsten Hein	HIV/Aids, Tuberkuloseepidemie, Drogensucht, Leugnung ausgehend von der Regierung, Verhalten des ukrainischen Staates gegenüber Aids-Kranken
Dokumentation	Imiti Ikula, ZM 2001, 26 Min. – Regie: Sampa Kanga Wilkie; Simon Wilkie	Straßenkinder in Lusaka, Aids, HIV, Kampf gegen Diskriminierung, Vorurteile, Träume
Dokumentation	It's My Life (OmdtU) – ZA 2001, 25 Min. Regie: Brian Tilley	Zugang zu Medikamenten, Pharmaindustrie, Menschenrechte, Emanzipation
Dokumentation	A Miner's Tale – MZ/ ZA 2001, 40 Min. Regie: Nic Hofmeyr; Gabriel Mondlane	HIV, Erwartungen der Gesellschaft an einen Mann

Dokumentation	Call me Kuchu, USA/Uganda 2012	HIV/Aids, Homophobie in Uganda
Dokumentation	Memory Books – Damit du mich nie vergisst, CH/DE 2008, 94 Min., FSK 6	Waisenkinder in Uganda, Tod durch Aids, Vorbereitung auf den Verlust der Eltern

Wichtige Zeitdokumente:

Spielfilm	Blue GB 1993, 79 Min. Regie: Derek Jarman	Der Film verwendet durchgehend die Farbe Blau, psychische Probleme, Verlust des Augenlichts, Kindheitserinnerungen, Verlust von Freunden, Politik & Homosexualität
Musikfilm	Zero Patience, GB/CA 1993, 100 Min., FSK 12, John Greyson	„Nullpatient“, Urbane Mythe des ersten HIV-Positiven Nordamerikas, Homosexualität, Diskriminierung
Spielfilm	Philadelphia, USA 1993, 125 Min., FSK 12	Gesellschaftlicher Umgang mit Homosexuellen sowie HIV-Positiven und Aids-Erkrankten, Diskriminierung, Ausgrenzung, Vorurteile
Spielfilm	And the Band Played On - ...und das Leben geht weiter, USA 1993, 141 Min., FSK 12	Ausbruch der HIV-Epidemie, Forschung, Medien
Spielfilm	The Living End, USA 1992, 92 Min., FSK 16, Gregg Araki	HIV, Reise ohne Ziel, Prostitution, Kunst, Homosexualität, Liebe in einer hasserfüllten Welt
Kurzfilm	Zimmer 303, DE 1991, 16 Min., Wieland Speck	Aids, Homosexualität, Verlust, Erinnerungen
Dokumentarfilm	Die Aids-Trilogie: Positiv - Die Antwort schwuler Männer in New York auf Aids, DE 1991, Rosa von Praunheim	Aids, Homosexualität, die Rechte von Homosexuellen, Desinteresse des Staats

Dokumentarfilm	Die Aids-Trilogie: Schweigen = Tod - Künstler in New York kämpfen gegen Aids, 1990, Rosa von Praunheim	Homosexualität, Diskriminierung und Desinteresse ausgehend vom Staat, Kampf gegen Aids
Kurz-Dokumentarfilm	Die Aids-Trilogie: Feuer unterm Arsch – Vom Leben und Sterben schwuler Männer in Berlin DE 1990, 50 Min., Rosa von Praunheim	Streitpunkte zum Thema „Safer-Sex“, Homosexualität, Aids-Aktivisten, Betreuung von Erkrankten, Überleben in Berlin
Kurzfilm	Marta: Portrait of a Teenage Activist USA 1990, 12 Min., Matt Ebert	Demonstrationen gegen Homosexualität, Aktivist setzt sich für Homosexuelle ein, Aids
Kurzfilm	November, DE 1989, 4 Min., Wieland Speck	„Safer-Sex“, Homosexualität in West-Berlin
Dokumentarfilm	Im Grunde sind wir Kämpfer, DE 1987, 61 Min., Michael Aue, Peter Sieglar	Aids, Bedeutung von Solidarität und Unterstützung, öffentliche Diskriminierung
Kurzfilm	Living with Aids (OV) – USA 1986, 24 Min., Tina Di Felicianantonio	Sterben, soziale Unterstützung, Ausgrenzung, Buddies, Aids, Homosexualität, Umgang mit der Krankheit
Dokumentation	Ein Virus kennt keine Moral., DE 1985 82 Min., Rosa von Praunheim	Aids, Homosexualität, Kritik an der Gesellschaft, Transsexualität, Ausgrenzung

Literaturverzeichnis

1. Abdool, Karim., Q.; Abdool, Karim, S.S.; Fröhlich, J.A., Gröbler, A.C., Baxter, C., Mansoor, L.E. et al. (2010) Effectiveness of Safety of Tenofovir Gel an Antiretroviral Microbicide for the Prevention of HIV Infection in Women. In Science 329 (5996) 1168-
2. Alizon S., Magnus, C. (2012): Modelling the course of an HIV infection: insights from ecology and evolution. In: Viruses. 4 (10). 1984-2013.
3. Altfeld M., Streeck H. (2011): Die akute HIV-1-Infektion. Online: <http://hivbuch.de>. (Abruf: 23.11.2014).
4. Arbeit, Bildung und Forschung (2007): Kriterien bei der Methodenauswahl. Unveröffentlichte Checkliste aus der Ausbildung „Gruppen leiten – Kommunikations- und Verhaltenstrainer, ABF“. Berlin: Freie Universität Berlin.
5. Amaro, H. (1995): Love, Sex, and Power. In: American Psychologist. 50. 437-447.
6. Berliner Aids-Hilfe e.V. (Hrsg.) (2015): 30 Jahre positives Erleben. Berlin: Berliner Aids-Hilfe e.V.
7. Berliner Aids-Hilfe e.V. (Hrsg.) (2014). Satzung der Berliner Aids-Hilfe e.V. Online: www.berlin-aidshilfe.de. (Abruf: 1.4.2015).
8. Berliner Aids-Hilfe e.V., pro familia Berlin e.V., Mann-O-Meter e.V., LSVD Berlin-Brandenburg e.V. (2015): Handreichung für Pädagog_innen zur Vor- und Nachbereitung des Projekts „Sex in the City! Eine sexualpädagogische Kiezrallye in Schöneberg. Online: www.berlin-aidshilfe.de.
9. Berliner Aids-Hilfe e.V. (Hrsg.) (2013): Ehrenamtliche Mitarbeit in der Berliner Aids-Hilfe e.V.
10. Berliner Aids-Hilfe e.V. (Hrsg.) (2011, 2009): Handbuch Jugendprävention (1/2 ed.). Berlin: Berliner Aids-Hilfe e.V.
11. Blumer, H. (1969): Symbolic Interactionism. Perspective and Method. New Jersey: Englewood Cliffs.
12. Bochow, M. (1998): Schichtspezifische Vulnerabilität im Hinblick auf HIV/AIDS. Eine empirische Studie zur besonderen Gefährdung homosexueller Männer aus der Unterschicht. In: Zeitschrift für Sexualforschung. 11 (4). 327-345.
13. Bochow, M. (2000): Das kürzere Ende des Regenbogens. HIV-Infektionsrisiken und soziale Ungleichheit bei schwulen Männern. Berlin: Edition Sigma.
14. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.) (2015): Wie HIV nicht übertragen wird. Online: www.gib-aids-keine-chance.de. (Abruf: 16.03.15).
15. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.) (2015): Die Rote Schleife – weltweites Symbol der Solidarität. Online: www.gib-aids-keine-chance.de. (Abruf: 18.4.2015).

16. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.) (2011): Heterosexuell? Homosexuell? Sexuelle Orientierungen und Coming-out... verstehen, akzeptieren, leben. Köln: BZgA.
17. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.) (2010a): Jugendsexualität 2010: repräsentative Wiederholungsbefragung von 14- bis 17-Jährigen und ihren Eltern - aktueller Schwerpunkt Migration; Ergebnisse der aktuellen Repräsentativbefragung. Köln: BZgA.
18. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.) (2010b): Handlungsorientierte Methoden für die AIDS- und Sexuaufklärung mit geschlossenen Gruppen. Köln: BZgA.
19. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.) (2008a): Über Sexualität reden... Die Zeit der Pubertät. Köln: BZgA.
20. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.) (2008b). Die BZgA Geschäftsbereich. Köln BZgA Online www.bzga.de (Abruf 28.07.2008)
21. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.) (2007a): AIDS und andere sexuell übertragbare Krankheiten. Materialien für berufliche Schulen. Köln: BZgA.
22. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.) (2007b): HIV- Übertragung und Aids-Gefahr. Köln: BZgA.
23. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.) (2007c): Aids im öffentlichen Bewusstsein der Bundesrepublik Deutschland 2006. Wissen, Einstellungen und Verhalten zum Schutz vor Aids. Kurzfassung. Köln: BZgA.
24. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.) (2006a): Aids im öffentlichen Bewusstsein der Bundesrepublik Deutschland 2005. Wissen, Einstellung und Verhalten zum Schutz vor Aids. Köln: BZgA.

25. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.) (2006b): Jugendsexualität 2006: repräsentative Wiederholungsbefragung von 14- bis 17-Jährigen und ihren Eltern - aktueller Schwerpunkt Migration; Ergebnisse der aktuellen Repräsentativbefragung aus 2005. Köln: BZgA.
26. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.) (2005a): Sexualpädagogische Jungenarbeit. In: Forschung und Praxis der Sexualaufklärung und Familienplanung. 1. Köln: BZgA.
27. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.) 2005b) Ist da was? Wichtiges über Krankheiten, mit denen man sich beim Sex anstecken kann. Köln BZgA
28. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.) (2004): Sexualpädagogische Mädchenarbeit. Eine Vergleichsstudie im Auftrag der BZgA von Gabriele Bültmann. In: Forschung und Praxis der Sexualaufklärung und Familienplanung. 17. Köln: BZgA.
29. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.) (2001): Peer Education - ein Handbuch für die Praxis. Köln: BZgA
30. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.) 1998. Material zum Thema Aids für 7. Bis 10. Klasse Köln BZgA

31. Chadborn, T. R., Baster, K., Delpech, V. C., Sabin, C. A. et al. (2005): No time to wait: how many HIV-infected homosexual men are diagnosed late and consequently die?. In: AIDS. Official Journal of the International Aids Society. 19 (5). 513-520.
32. Chewing, B., Van Koningsveld, R. (1998): Predicting Adolescents' Initiation of Intercourse and Contraceptive Use. In: Journal of Applied Social Psychology. 28. 1245–1285.
33. Coates, T.J., Richter, L., & Caceres, C. (2008): Behavioural strategies to reduce HIV transmission: how to make them work better. In: The Lancet. 372 (9639), 669–684.
34. Coates, T.J., Richter, L., & Caceres, C. (2008): Behavioural strategies to reduce HIV transmission: how to make them work better. The Lancet. 372 (9639). 669–684.
35. Cochran S. D., Ackerman, D., Mays V. M. (2004): Prevalence of non-medical drug use and dependence among homosexually active men and women in the US population“ In: Addiction. 99: 989-998.
36. Cochran S. D., Sullivan J. G., Mays V. M. (2003): Prevalence of mental disorders, psychological distress, and mental health services use among Lesbian, Gay, and Bisexual adults in the United States. In: Journal of Consulting and Clinical Psychology. 71 (1): 53-61.
37. Costa, F. M., Jessor, R., Donovan, J. E., Fortenberry, J. D. (1995): Early initiation of sexual intercourse: The influence of psychosocial unconventionality. In: Journal of Research on Adolescence. 5. 93–122.
38. D’Augelli, A. R., Grossman, A. H. (2001): Disclosure of sexual orientation, victimization, and mental health among Lesbian, Gay, and Bisexual older adults. In: Journal of Interpersonal Violence. 16 (10). 1008-1027.
39. Dannecker, M. (2007): HIV- Prävention in der Krise? In: HIV & more. Sonderausgabe Welt-Aids-Tag 12-13
40. Deutsche AIDS-Gesellschaft e.V. (DAIG) (2015): Stellungnahme der Deutschen AIDS-Gesellschaft e.V. (DAIG) zur HIV-Präexpositionsprophylaxe (PrEP). Online: www.daig.net. (20.4.2015)
41. Deutsche AIDS-Gesellschaft e.V. (DAIG) (Hrsg.) (2014a): Deutsch-Österreichische Leitlinien zur antiretroviralen Therapie der HIV-Infektion. Online: www.daig.net. (Abruf: 21.01.2015) Deutsche AIDS-Gesellschaft e.V. (DAIG) (Hrsg.) (2014b): Deutsch-Österreichische Leitlinien zur HIV-Therapie während der Schwangerschaft und bei HIV-exponierten Neugeborenen. Online: www.daig.net.
42. Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (DAH) (Hrsg.) (2015): Infomappe für die Beratung in Aidshilfen 2015. Online: www.aidshilfe.de.
43. Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (DAH) (Hrsg.) (2014a): Akute HIV-Infektion. In: HIVreport. 1 (2014). Online: www.hivreport.de.
44. Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (DAH) (Hrsg.) (2014b): Heilung. In: HIVreport. 2 (2014). Online: www.hivreport.de.
45. Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (DAH) (Hrsg.) (2013a): Positionspapier. Schutz durch Therapie ist Safer Sex. Berlin: DAH. (Abruf: 25.01.2015)
46. Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (DAH) (Hrsg.) 2013b) Positive Stimmen verschaffen sich Gehör. Die Umsetzung des PLHIV Stigma Index in Deutschland . DAH. Online: www.aidshilfe.de (Abruf: 10.08.2014)

47. Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (DAH) (Hrsg.) (2012a): HIV-Infektion und Therapie 2013. Berlin: DAH. Online: www.aidshilfe.de (Abruf: 25.03.2015)
48. Deutsche AIDS-Hilfe (DAH) (2012b): ComputermodeLL: Bei gut behandelter HIV-Infektion fast normale Lebenserwartung. Online: www.aidshilfe.de. (Abruf: 10.12.14).
49. Deutsche AIDS-Hilfe (DAH) (Hrsg.) (2012c): Sexuell übertragbare Infektionen 2013. Berlin. DAH. Online: www.aidshilfe.de. (Abruf: 25.3.2015).
50. Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (DAH) (Hrsg.) (2011a): Test?. Online: www.aidshilfe.de. (Abruf: 20.4.2015).
51. Deutsche AIDS- Hilfe e.V (DAH) (Hrsg.) (2011b) Partizipative Qualitätsentwicklung in der HIV- Prävention. Online: www.pg-hiv.de (Abruf: 24.05.2015)
52. Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (DAH) (2010): Grundwissen CD4-Zellzahl und Viruslast. Online: www.aidsmap.com. (Abruf: 20.01.15)
53. Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (DAH) (Hrsg.) (1998): Strukturelle Prävention. Ansichten zum Konzept der Deutschen AIDS-Hilfe e.V. (*AIDS-FORUM DAH, Bd. 23*). Berlin: DAH.
54. Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (DAH), Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.) (2010): HIV/Aids von A bis Z. Köln: BZgA.
55. Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (DAH), Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.) (2006): HIV/Aids von A bis Z. Köln: BZgA.
56. Deutsches Institut für Menschenrechte (2001): Kompass – Handbuch Menschenrechte. Online: www.kompass.humanrights.ch. (Abruf: 20.04.2015).
57. Dodds, C., Keogh, P., Hickson, F. (2005): It makes me sick. Heterosexism, homophobia and health of Gay men and Bisexual men. London: Sigma Research.
58. Drewes, J. (2013): HIV-Stigma, Viruslast und Infektiosität: eine experimentelle Untersuchung des Beitrags der antiretroviralen Therapie zur Entstigmatisierung von HIV/AIDS. Online: www.diss.fu-berlin.de. (Abruf: 15.3.2015).
59. Eggers, C., Rosenkranz, T. (2008): HIV-Enzephalopathie und HIV-assoziierte Myelopahtie. In: Hoffmann, C., Rockstroh, J., Kamps, B.S. (Hrsg.). HIV.NET 2008. Wuppertal-Beyenburg: Steinhäuser Verlag. 659-665.
60. Eidgenössische Kommission für Aidsfragen (EKAF) (2008): HIV-infizierte Menschen ohne andere STD sind unter wirksamer antiretroviraler Therapie sexuell nicht infektiös. In: Schweizerische Ärztezeitung. 89 (5). 165-169
61. European Centre Disease Control (ECDC) (2013): Sexual Transmitted Infections in Europe 2011. Surveillance Report. Online: www.ecdc.europa.eu. (Abruf 04.03.2015).
62. Engel, U. (1994): Was Jugendliche wagen: eine Längsschnittstudie über Drogenkonsum, Stressreaktionen und Delinquenz im Jugendalter. Weinheim: Juventa.
63. Escobar, Pinzón, L.C. (2000): Leben mit HIV und Aids: Entwicklung und Erprobung eines Gruppenprogramms zur Verbesserung der Lebensqualität für Menschen mit HIV und Aids. Regensburg: Roderer.

64. Fend, H. (2005): Entwicklungspsychologie des Jugendalters. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
65. Fishbein, M., Ajzen, I. (1975): Belief, Attitude, Intention and Behavior: An introduction to Theory and Research. Reading: Addison-Wesley.
66. Freire, P. (1970): Pedagogy of the Oppressed. New York: Herder & Herder
67. Freire, P. (2007): Unterdrückung und Befreiung. Münster: Waxmann-Verlag.
68. Gille, G. Meyer, T. Mylonas, I., Straube, E. (2011): Chlamydia-Trachomatis-Screening. Erfolgreiche Umsetzung steht noch aus. In: Deutsches Ärzteblatt. 108 (6). 262–264. Online: www.aerzteblatt.de. (Abruf 25.03.2015).
69. Girardi, E., Sabin, C. A., Monforte, A. D. (2007): Late Diagnosis of HIV Infection: Epidemiological Features, Consequences and Strategies to Encourage Earlier Testing. In: JAIDS. Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes. 46. 3-8.
70. Goffman, E. (1967): Stigma: über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
71. Greve, W., Hosser, D. (2008): Delinquenz und antisoziales Verhalten im Jugendalter: Entwicklungsbedingungen für adoleszente Delinquenz und Gewalt. In: R. Silbereisen, K., Hasselhorn, M. (Hrsg.): Entwicklungspsychologie des Jugendalters. Entwicklungspsychologie. Göttingen: Hogrefe. 578–625.
72. Günther, U., Sperber, W. (2008): Handbuch für Verhaltens- und Kommunikationstrainer. München: Reinhardt.
73. Harrington M., Carpenter C.C. (2000): Hit HIV-1 hard, but only when necessary. In: Lancet. 355 (9221). 2147-2152.
74. Herrmann, S. K. (2007): Performing the gap – Queere Gestalten und geschlechtliche Aneignung. In: A.G.GENDER-KILLER (Hrsg.): Das gute Leben. Linke Perspektiven auf einen besseren Alltag. Münster: Unrast. 195 – 203.
75. Holthaus, E., Korporal, J., Zillich, N. (1992): AIDS-Prävention bei Mitbürgern aus der Türkei. Berlin: Fachhochschule für Sozialarbeit und Sozialpädagogik.
76. Jungbauer-Gans, M., Gross, C. (2006): Erklärungsansätze sozialer differenzierter Gesundheitschancen. In: Richter, M., Hurrelmann, K. (Hrsg.): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Konzepte. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften. 73-90.
77. Johnson, A. M., Mercer, C. H., Cassell, J. A. (2005): Social determinants, sexual behaviour, and sexual health. In: M. Marmot & R. Wilkinson (Eds.), Social Determinants of Health. Oxford: University Press. 318–340.
78. Kamps, B. (2007): .CDC- Klassifikation (1993): Online: www.hivleitfaden.de. (Abruf: 20.04.2015).
79. Keogh, P., Reid, D., Bourne, A., Weatherburn, P. et al. (2009): Problematic alcohol and drug use among gay men and bisexual men. London: Sigma Research.

80. Kitahata, M. M., Gange, S. J., Abraham, A. G. (2009): Effect of Early versus Deferred Antiretroviral Therapy for HIV on Survival. In: The New England Journal of Medicine. 360 (18). 1815-1826.
81. Kleiber, D., Appel, E., Pforr, P. (1998): Peer Education in der Präventionsarbeit. Entwicklungslinien, Begründungsmuster, Erfahrungen und Entwicklungsforderungen. In: Schriftenreihe des Instituts für Prävention und psychosoziale Gesundheitsforschung Freie Universität Berlin. www.ewi-psy.fu-berlin.de.
82. Klicksafe (Hrsg.) (2013): Let's Talk about Porno. Arbeitsmaterialien für Schule und Jugendarbeit. Ludwigshafen: Klicksafe.
83. Krahé, B. (2008). Sexualität im Jugendalter. In: Silbereisen, R. K., Hasselhorn, M. (Hrsg.), Enzyklopädie der Psychologie. Göttingen: Hogrefe. 461–496.
84. Krakower, D. S., Jain, S., Mayer, K. H. (2015): Antiretrovirals for Primary HIV Prevention: the Current Status of Pre- and Post-exposure Prophylaxis. Current HIV/AIDS Report. Epub ahead of print.
85. Langer, P. C. (2009a). Beschädigte Identität: Dynamiken des sexuellen Risikoverhaltens schwuler und bisexueller Männer. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
86. Langer, P.C. (2009b) Sieben Thesen zur strukturellen Prävention. In: Drewes, J., Sweers, H., (Hrsg.) (2010) Strukturelle Prävention und Gesundheitsförderung im Kontext von HIV. Berlin. AIDS- Forum (DAH, Bd.57) 321-348
87. Lemert, E. M. C. (1967): Human Deviance, Social Problems, and Social Control. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
88. Lugar, L. (1997): HIV/AIDS prevention and class and socio-economic factors of risk of HIV infection. Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung.
89. McKusick, L., Wiley, J.A., Coates, T.J., Stall, R., Saika, G., Morin, S. et al. (1985): Reported changes in the sexual behavior of men at risk for Aids, San Francisco 1982-1984: the AIDS Behavioral Research Project. In: Public Health Report. 100. 622-629.
90. Medizinisches Versorgungszentrum (Hrsg.) (2015): HIV. Online: www.hepatitis-duesseldorf.com. (Abruf: 20.01.2015).
91. Meyer, I. H. (2003): Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. Psychological Bulletin. 129 (5). 674–697.
92. Meyer, I. H. (1995): Minority stress and mental health in gay men. Journal of Health and Social Behavior. 36 (1). 38–56.
93. Ministry of Health and Social Services (Hrsg.) (2010): AIDS Response in Namibia. 2010/11 – 2015/16. Online: www-aidstar-one.com (Abruf: 19.05.2015)
94. Moore, S., Rosenthal, D.: [The social context of adolescent sexuality: safe sex implications](#). In: Journal of Adolescence. 15 (4). 415-435.

95. Newman, C.E. de Wit, J., Persson, A., Holt, M. et.al (2014): Understanding Concerns About Treatment-as-Prevention Among People with HIV who are not Using Antiretroviral Therapy. In AIDS Behavior. 19 (5) 821-31
96. Paikoff, R. L., McCormick, A., Sagrestano, L. M. (2000): Adolescent Sexuality. In: L. Szuchman, T., Muscarella, F. (Hrsg.): Psychological Perspectives on Human Sexuality). New York: John Wiley & Sons. 416–439.
97. Rogers, E. (1983): Diffusion of Innovations. New York: Free Press.
98. Raithel, J. (2001): Risikoverhaltensweisen Jugendlicher: Formen, Erklärungen und Prävention. Opladen: Leske und Budrich.
99. Raithel, J. (2004): Jugendliches Risikoverhalten: eine Einführung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
100. Robert Koch Institut (RKI) (Hrsg.) (2014a): Zur Situation bei wichtigen Infektionskrankheiten in Deutschland. Virushepatitis C im Jahr 2013. 31. Berlin: RKI.
101. Robert Koch Institut (RKI) (Hrsg.) (2014b): Schätzung der Prävalenz und Inzidenz von HIV-Infektionen in Deutschland (Stand: Ende 2013). (44). Berlin. RKI.
102. Robert Koch Institut (RKI) (Hrsg.) (2014c): Syphilis in Deutschland 2013. (50). Berlin. RKI.
103. Robert-Koch-Institut (RKI) (Hrsg.) (2009): Zum Verlauf der HIV-Epidemie in Deutschland bis Ende 2009. In: Epidemiologisches Bulletin. 48: 491-502.
104. Robert-Koch-Institut (RKI) (Hrsg.) (2000): Meldungen von Gonorrhö von 1971 bis 2000. Online: www.rki.de. (Abruf: 19.04.2015).
105. Rogers, E. (1983): Diffusion of Innovations. New York: Free Press
106. Rosenbrock R. (2005): Aids-Prävention – eine Innovation in der Krise. Forum Gesundheitspolitik. Online: www.forum-gesundheitspolitik.de. (Abruf: 18.04.2015).
107. Rosenbrock, R., Schaeffer, D. (2002): Die Normalisierung von Aids: Politik- Prävention - Krankenversorgung. Berlin: Edition Sigma.
108. Romm, C. (2014): The Berlin Patient and the Mysterious Cure for HIV. In: The Atlantic. Online: www.theatlantic.com. (Abruf: 21.10.2014).
109. Sáez-Cirión A., Bacchus C., Hocqueloux L. et al. (2013): Post-Treatment HIV-1 Controllers with a Long-Term Virological Remission after the Interruption of Early Initiated Antiretroviral Therapy ANRS VISCONTI Study. In: PLOS Pathogens. 9 (3). e1003211.
110. Sander, D. (2006): „Man kann’s therapieren, aber man wird’s nie wieder los.“ Kontexte von HIV-Infektionen bei jüngeren schwulen Männern in Deutschland. Eine qualitativ-empirische Erhebung (*AIDS-FORUM DAH*, Bd. 50). Berlin: DAH.
111. Sander, D. (2009): ‘Vulnerabilitätsfaktoren’ im Kontext von HIV. In: Drewes, J., Sweers, H. (Hrsg.) (2010): Strukturelle Prävention und Gesundheitsförderung im Kontext von HIV (*AIDS-FORUM DAH*, Bd. 57). Berlin: DAH. 95-112.

112. Satzinger, W. (1991): Soziale Folgen von AIDS. In: Beckmann, M., Leidl, R., Mielk, A., Satzinger, W., Weber, U. (Hrsg.): Szenarien über soziale Folgen von AIDS. GSF-Bericht 1/1991. München: GSF. 16-23.
113. Schnitzler, P. (2011): HIV-Leitfaden. Online: www.hivleitfaden.de. (Abruf: 15.10.2014).
114. Schütte, E. (1995): Diskriminierungsbereitschaft Jugendlicher gegenüber Menschen mit HIV/Aids. Determinanten und Möglichkeiten der Veränderung durch schulische AIDS- Prävention, Prävention in: Studien zur Sexualpädagogik 7. Frankfurt am Main. Lang
115. Sciacca, J.P. (1987): Student peer health education: a powerful yet inexpensive helping strategy. In: Peer Facilitator Quarterly. 5. 4-6.
116. Sozialpädagogisches Institut (SPI Forschung 2012) QUIET Quality Improvement and Evaluation Tool Online: www.bordernet.eu (Abruf: 24.05.2015)
117. Spektrum der Wissenschaft (2000): HIV-Enzephalopathie. Online: www.spektrum.de. (Abruf: 23.11.2014).
118. Stop Aids Now! World Population Foundation (Hrsg. (2009) Improving the Quality of SRHS Education Programmes for Young People". Online: www.stopaidsnow.org (Abruf: 25.05.2015)
119. Sweers, H. (2012) [Online-Artikel]. Computermode: Bei gut behandelter HIV-Infektion fast normale Lebenserwartung. Verfügbar unter www.aidshilfe.de. (Abruf: 06.01.2012).
120. The local (2014): Danish researchers find way to 'kick and kill' HIV. Online: www.thelocal.dk. (Abruf: 01.10.14).
121. Tuiden, E., Timmermanns, S. (2008): Sexualpädagogik der Vielfalt : Praxismethoden zu Identitäten, Beziehungen, Körper und Prävention für Schule und Jugendarbeit. Weinheim: Beltz Juventa.
122. Vella, S. (2014): Treatment as Prevention: unanswered questions and progress to date. In: Journal of the International AIDS Society. 17 (4 Suppl. 3). 19521.
123. Von Rüden, U. (2010): Kondomnutzung als Schutz vor HIV/Aids und anderen sexuell übertragbaren Infektionen bei Jugendlichen in Deutschland. Jugendliche Schwangere und Mütter. 2. 10–14.
124. Wamai, R.G. et al. (2015): Male circumcision for protection against HIV infection in sub-Saharan Africa: The evidence in favour justifies the implementation now in progress. Global Public Health. Epub ahead of print.
125. Weilandt, C. (2000): Gesundheit und Zuwanderung in Nordrhein- Westfalen: Sonderbericht im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung Nordrhein- Westfalen. Düsseldorf: Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit.
126. Wilke, T., Langer, P. C., Drewes, J., Koppe, U. (2014): Sexualpädagogik und Gesundheitsförderung im Jugendarrest – Befunde einer explorativen Studie im Berliner Jugendarrest. In: Lehmann, M., Behrens, M., Drees, H. (Hrsg.): Gesundheit und Haft Handbuch für Justiz, Medizin, Psychologie und Sozialarbeit. Lengerich: Pabst Science Publishers. 483–498.
127. Wilke, T., Müller. S. (2014) Chancen und Herausforderungen der HIV- und STI- Prävention im Jugendarrest in Deutsche Aids- Hilfe e.V. (Hrsg.): Betreuung und Strafvollzug. Ein Handbuch 2014. Berlin DAH 188-200. Online: www.aidshilfe.de (Abruf:25.05.2015)

128. Wilke, T. Langer, P. C., Drewes, J., Koppe, U. (2013) "Man gewöhnt sich an alles..." Einstellungen, Wissen und Verhalten zu HIV/Aids und weiteren sexuell übertragbaren Infektionen von Jugendlichen in der Jugendarrestanstalt Berlin. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e.V. Online: www.aidshilfe.de. (Abruf: 20.04.2015).
129. Wilke, T. (2013) Der Einfluss von Bildung auf HIV- Risikoverhalten und die Gesundheit von Männern, die Sex mit Männern haben. Ein Beitrag zur Beschreibung der gesundheitlichen Ungleichheit in Langer, P.C.(Hrsg.) Schriftenreihe der soziologischen Sozialpsychologie (3) Online: www.fb03.uni-frankfurt.de (Abruf (30.03.2015)
130. Winkelstein, W., Wiley, J. A., Padian, N. S., Samuel, M., Shiboski, S., Ascher, M. S., Levy, J.A. (1998): The San Francisco Men's Health Study: continued decline in HIV seroconversion rates among homosexual/bisexual men. In: American Journal of Public Health. 78. 1472-1474.
131. World Health Organization (WHO) (2014) Global Summery of the AIDS Epidemic 2013 Online: www.who.int/hiv (Abruf: 25.05.2015)
132. World Health Organization. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Aids Action Europe (2011) Succeed: An easy-to-use evidence-based QI questionnaire. Online: www.pighiv.org (Abruf: 24.05.2015)
133. World Health Organization (WHO) (Hrsg.) (1986): Ottawa Charta for Health Promotion. Online: www.euro.who.int (Abruf: 18.04.2015).
134. Wright, M.T., Block, M., von Unger, H. (2011) Participatory Quality Development Concepts Toolkit and Case Studies. Online: www.pg-hiv.org (Abruf: 15.07.2013)
135. Young, S., Wilson, J. (2014): Virus detected in baby 'cured' of HIV. In: CNN (Hrsg.). Online: www.cnn.com. (Abruf: 01.10.14).