

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg  
Fakultät Life Sciences  
Studiengang Gesundheitswissenschaften

## **Bachelorthesis**

### **Dimensionen der sexuellen Gesundheit als integrierter Bestandteil einer ganzheitlichen HIV/STI-Prävention bei Jugendlichen**

Eine empirische Untersuchung einzelner Träger der Deutschen AIDS-Hilfe e.V.

Vorgelegt von: Claudia Wodtke

Matrikelnummer: XXXXXXXXXX

Gutachterin: Prof.<sup>in</sup> Dr.<sup>in</sup> Zita Schillmöller

Zweitgutachterin: Dipl. Gesundheitswirtin Natalie Krämer

Tag der Abgabe: Hamburg, den 18.10.2019

## Danksagung

Diese Bachelorarbeit möchte ich gerne dem gesamten Team der AIDS-Hilfe Hamburg e.V., insbesondere dem Youthwork-Team und Doreen widmen. Als Ehrenamtlerin habe ich euch kennen-, als Praktikantin lieben- und nun auch mit dieser Arbeit verstehen gelernt. Danke.

## Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis .....	IV
Abbildungsverzeichnis .....	V
Tabellenverzeichnis .....	VI
1 Einleitung.....	7
2 HIV-Prävention und Sexualität in der Lebensphase Jugend.....	8
2.1 Das Humane Immundefizienz-Virus .....	8
2.1.1 Prävalenz und Inzidenz in Deutschland .....	9
2.1.2 Therapie und Prävention.....	10
2.1.3 HIV und Gesellschaft .....	12
2.2 Prävention der Deutschen AIDS-Hilfe e.V. ....	13
2.3 Der Gesundheitsbegriff.....	14
2.3.1 Sexuelle Gesundheit.....	14
2.3.2 Sexuelle Identität und sexuelle Selbstbestimmung.....	15
2.4 Jugend und Sexualität .....	16
2.4.1 Lebensphase Jugend.....	17
2.4.2 Sexuaufklärung in Deutschland .....	17
2.4.3 HIV-Prävention als Bestandteil von Sexuaufklärung.....	18
3 Fragestellung und Hypothesen .....	20
4 Methodik .....	21
4.1 Datenerhebung.....	21
4.1.1 Auswahl der Stichprobe .....	21
4.1.2 Quantitative Erhebung des Präventionsangebots in Deutschland .....	23
4.1.3 Entwicklung des Leitfadens.....	23
4.2 Datenauswertung .....	26
4.2.1 Befragung der einzelnen Träger mittels Online-Fragebogen .....	26
4.2.2 Inhaltlich strukturierende Inhaltsanalyse nach Kuckartz .....	26
4.2.3 Quantifizierung von Salutogenese und Ist- und Soll-Zuständen der Leitmotive .....	28
5 Darstellung der Ergebnisse.....	29
5.1 Veränderung von HIV (-Prävention).....	30

5.2 Bedeutung von „Dimensionen sexueller Gesundheit“ und „Salutogenese“ .....	31
5.2.1 Dimensionen sexueller Gesundheit (Leitmotiv) .....	31
5.2.2 Salutogenese und Pathogenese (Leitmotiv).....	35
5.3 Ausrichtung von HIV-Prävention in der Praxis .....	37
5.3.1 Konzepte der Experten*innen .....	37
5.3.2 Verteilung von Jugendpräventionen in Deutschland.....	39
5.4 Vergleich zwischen Leitmotiven und Konzepten .....	41
5.5 Chancen und Barrieren .....	43
5.5 Forderungen der AIDS-Hilfen .....	47
6 Diskussion .....	48
6.1. Ergebnisdiskussion.....	48
6.2 Methodendiskussion.....	54
7 Fazit.....	57
Literaturverzeichnis.....	58
Eidesstattliche Erklärung.....	63
Anhang .....	VII

## Abkürzungsverzeichnis

AIDS	-	Acquired Immunodeficiency Syndrome
ART	-	Antiretrovirale Therapie
BZgA	-	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
DAH	-	Deutsche AIDS-Hilfe e.V.
HIV	-	Humanes Immundefizienz Virus
MSM	-	Men who have sex with men
PrEP	-	Prä-Expositions-Prophylaxe
PROUD	-	Pre-exposure prophylaxis to prevent the acquisition of HIV-1 infection (Studie)
SchKG	-	Schwangerschaftskonfliktgesetz
SOC	-	Sense of Coherence
STIs	-	Sexuell übertragbare Infektionen
WHO	-	Weltgesundheitsorganisation

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Verlauf der HIV-Neuinfektionen in Deutschland zwischen 1975 und 2017 (RKI, 2018, S. 511) .....	9
Abbildung 2: Dimensionen der sexuellen Gesundheit (Jansen, K. et al., 2013, S. 913f.)..	15
Abbildung 3: Einteilung Deutschlands in die Regionen Nord, Ost, Süd, West, eigene Darstellung .....	21
Abbildung 4: Ablaufschema einer inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse nach Kuckartz (Kuckartz, 2016, S.169) .....	27
Abbildung 5: Einteilung des Salutogenese-Scores, eigene Darstellung.....	29
Abbildung 6: Induktive Kategorienbildung, Hauptkategorie „Veränderung“, eigene Darstellung .....	30
Abbildung 7: Induktive Kategorienbildung, Hauptkategorie „Dimensionen sexueller Gesundheit“, eigene Darstellung .....	32
Abbildung 8: Induktive Kategorienbildung, Hauptkategorie „Salutogenese/Pathogenese“, eigene Darstellung .....	35
Abbildung 9: Verteilung des Salutogenese-Scores (n=7), eigene Darstellung .....	36
Abbildung 10: Induktive Kategorienbildung, Hauptkategorie „Konzept“, eigene Darstellung .....	38
Abbildung 11: Kategorisierung der Angebote der Deutschen AIDS-Hilfe e.V. in % (n=52) .....	39
Abbildung 12: Häufigkeiten des Anleitungspersonals von HIV-Jugendpräventionen in absoluten Zahlen (n=54) .....	40
Abbildung 13: Vergleich von Soll- und Ist-Werten der Leitmotive im arithmetischen Mittel, *nach Bereinigung n=7.....	42
Abbildung 14: Induktive Kategorienbildung, Hauptkategorie „Chancen und Barrieren“, eigene Darstellung .....	44
Abbildung 15: Relative Häufigkeit der Subkategorie "Vorteil zur Schule", n= 38.....	45
Abbildung 16: Induktive Kategorienbildung Hauptkategorie „Zukunft“, eigene Darstellung .....	48
Abbildung 17: Mehrstufiges Verfahren zur gesetzlichen Verankerung von Kooperation und Vernetzung .....	53

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Ausgewählte Experten*innen nach Regionen sortiert, <sup>1</sup> Destatis, 2018; <sup>2</sup> RKI, 2017, S.447 .....	22
Tabelle 2: Erstellung des Interviewleitfadens durch Identifikation von Leitfragen .....	24
Tabelle 3: Modifikation salutogenetischer und pathogenetischer Aussagen zur Entwicklung eines Salutogenese-Scores .....	25
Tabelle 4: Berechnung des Salutogenese-Scores .....	28
Tabelle 5: Ranking von Ist- und Soll-Zuständen in relativen Häufigkeiten; (*n=9, **n=7) .....	42

## 1 Einleitung

Basierend auf Schätzungen leben zurzeit in Deutschland mehr als 86.000 Menschen, die mit dem HI-Virus (HIV) infiziert sind. Trotz sinkender diagnostizierter HIV-Neuinfektionen in Deutschland sind die Dunkelziffern jedoch hoch. Es wird vermutet, dass aktuell 11.400 Menschen in Deutschland HIV-positiv sind, ohne von ihrer Infektion zu wissen (RKI, 2018, S. 513ff.). Um diese Dunkelziffer zu verringern und die Zahl der Neuinfektionen zu senken, ist es wichtig, bedarfsgerechte und der Zielgruppe angepasste Präventionsstrategien zu entwickeln (BMG, BMZ, 2016, S.3).

Eine Zielgruppe stellen hierbei Jugendliche dar. Mit Eintritt der Pubertät stehen Jugendliche vor neuen Herausforderungen. Teil dieser Herausforderung bilden neben der Auseinandersetzung mit Veränderungen ihres Körpers auch die Entdeckung der eigenen Sexualität und damit verbundene Fragen zu Partnerschaft, Verhütung oder dem Schutz vor sexuell übertragbaren Erkrankungen, inklusive HIV (MGEPA, 2013, S.21). Studien zeigen, dass die Lebensphase Jugend häufig mit geänderten meist risikoreicheren Gesundheitsverhalten einhergeht. Auch die Aufnahme sexueller Aktivität führt bei einem Teil der Jugendlichen zu einem riskanteren Sexualverhalten (Pinquart, M., 2019, S. 2ff.). Um verantwortungsvoll mit Sexualität umgehen zu können, ist es wichtig hinreichend Kompetenzen auszubilden und eine positive Haltung zu Sexualität zu entwickeln. (WHO Euro & BZgA, 2011, S.5). Sexuelle Gesundheit ist hierbei im salutogenetischen Sinne ein mehrdimensionales Konstrukt. Im Zentrum steht nicht die Vermeidung von Krankheit, sondern Gesundheit, die durch verschiedene Dimensionen wie reproduktive Faktoren, sexuelle Rechte oder auch Krankheitserreger wie HIV beeinflusst wird (Jansen, K. et al., 2013, S. 913f.).

In Deutschland jedoch findet das gesundheitsfördernde Potenzial von Sexualität und sexueller Gesundheit bisher nur wenig Beachtung. Heterogen aufgestellte Strukturen führen zu einer Separierung einzelner Teildisziplinen und erschweren ein ganzheitliches Verständnis sexueller Gesundheit. Dies könnte dazu führen, dass wichtige Dimensionen außer Acht gelassen werden und somit der gesteigerte Informationsbedarf von Jugendlichen nicht gedeckt wird (Bremer, V., Winkelmann, C., 2012, S. 98f., 101). Aus diesem Grund scheint es wichtig die bisher weit verbreitete „Gefahrenprävention“ durch salutogenetische Komponenten zu vervollständigen (Stumpe, H., 2012, S. 123f.)

Ein Teil der deutschen Strukturen im Bereich Sexualität bildet die Deutsche AIDS-Hilfe e.V.. Im Rahmen der strukturellen Prävention führen lokale AIDS-Hilfen Angebote für Jugendliche durch, die sie dazu befähigen sollen sich selbst und andere vor HIV-Infektionen



zu schützen und stehen somit im Fokus der HIV-Präventionsstrategie Deutschlands (DAH, 2007; BMG, BMZ, 2016, S.15).

Die vorliegende Arbeit stellt die Bedeutung von Dimensionen der sexuellen Gesundheit für die HIV-Jugendprävention der Deutschen AIDS-Hilfe e.V. heraus und überprüft, inwiefern diese in der Realität abgebildet ist. Um in das Thema einzuführen, werden zunächst Hintergründe über HIV (-Prävention), Jugend und Gesundheit gegeben und das Forschungsthema vorgestellt.

## 2 HIV-Prävention und Sexualität in der Lebensphase Jugend

Zur Erläuterung des Hintergrunds und für die Herleitung der Forschungsfrage wird folgend ein Überblick über die verschiedenen thematischen Schwerpunkte gegeben. Hierzu werden zunächst die biomedizinischen Grundlagen von HIV erklärt, die Prävalenz und Inzidenz innerhalb Deutschlands aufgezeigt und die Veränderung von HIV in Deutschland in den letzten 30 Jahren beschrieben. Des Weiteren wird die Arbeit der Deutschen AIDS-Hilfe e.V vorgestellt und der dieser Arbeit zu Grunde liegende Gesundheitsbegriff definiert. Zuletzt wird die Bedeutung von Sexualaufklärung und HIV-Prävention im Jugendalter erläutert und in den Gesamtkontext eingebettet.

### 2.1 Das Humane Immundefizienz-Virus

Das Humane Immundefizienz-Virus (HIV) ist ein Virus, das die körpereigenen Abwehrkräfte bzw. das Immunsystem schädigt. Aus diesem Grund wird es auch als „Immunschwäche-Virus“ bezeichnet. Es zählt zu der Gruppe der Retroviren und besteht somit im Gegensatz zu anderen Viren nicht aus einer doppelsträngigen Erbsubstanz (DNA), sondern aus zwei einzelnen RNA-Strängen. Mittels des viruseigenen Enzyms Reverse Transkriptase wird die vorhandene RNA des Virus in DNA umgeschrieben und in das Zellgenom des Wirtes, in dem Fall der infizierte Mensch, integriert. Durch diese Integration ist die infizierte Zelle grundsätzlich in der Lage dauerhaft neue Kopien des Virus zu produzieren und zählt somit zu den chronischen Erkrankungen. HIV wird durch kontaminierte Körperflüssigkeiten, insbesondere Sperma, Vaginalsekret oder den Flüssigkeitsfilm auf der Schleimhaut des Enddarms übertragen. Die häufigste Übertragung entsteht durch ungeschützten Geschlechtsverkehr, weshalb es zu den sexuell übertragbaren Erkrankungen gezählt wird. Weitere Infektionswege sind die Übertragung durch kontaminiertes Blut (wie beispielsweise bei gemeinsamer Verwendung von Injektionsinstrumenten), durch Blutprodukte sowie eine Übertragung durch Schwangere auf ihr Kind kurz vor oder während der Geburt oder durch die Muttermilch (RKI, o.J.). Wurde eine HIV-Diagnose gestellt, sollte diese medikamentös behandelt werden. Bei Nichtbehandlung einer Infektion verläuft diese in vier Phasen.

### Verlauf der HIV-Infektion

In der ersten Phase, der akuten HIV-Infektion, treten etwa 2-4 Wochen nach Infizierung unspezifische grippeähnliche Symptome wie Müdigkeit, Abgeschlagenheit oder Fieber auf. Während dieser Krankheitsphase befinden sich aufgrund einer starken Vermehrung des Virus besonders viele Viren in den infektiösen Körperflüssigkeiten. Das Infektionsrisiko für Sexpartner\*innen ist stark erhöht. Nach der akuten Phase erfolgt eine symptomfreie Phase, in der das Virus durch die Immunabwehr des Körpers gehemmt wird. Diese Phase kann über mehrere Monate bis Jahre andauern und völlig unbemerkt bleiben. Trotz der in dieser Phase verhältnismäßig geringen Viruslast, greift das Virus das Immunsystem an und kann dauerhaft Organe schädigen (DAH, o.J.a). Bleibt die Infektion weiterhin unentdeckt oder unbehandelt, kommt es schließlich zur chronischen HIV-Infektion. Während dieser Phase kann es zu einer Vielzahl von Symptomen kommen, die klinisch nicht klar zu differenzieren sind. Typische Erscheinungen sind Veränderungen der Haut und Schleimhäute, gastrointestinale Beschwerden und allgemeines Unwohlsein. Es kommt zu einer irreversiblen Zerstörung der zellulären Immunabwehr und führt schließlich zu der lebensbedrohlichen Erkrankung AIDS (Acquired Immunodeficiency Syndrome).

Etwa 70% der Menschen, deren HIV-Infektion in ihrem Verlauf nicht diagnostiziert oder behandelt wurde, erreichen dieses Vollbild und erkranken durch Infektionen opportunistischer Erreger. Hierzu zählen sämtliche Erreger, die sich das geschädigte Immunsystem des Infizierten zu Nutze machen und den Körper somit angreifen. Klassische Beispiele sind Erreger wie *Pneumocystis jiroveci* (Lungenentzündung) oder *Toxoplasmen*, die schwerwiegende Abszesse hervorrufen können (RKI, o.J.).

#### 2.1.1 Prävalenz und Inzidenz in Deutschland

Dreißig Jahre nach der Entdeckung des HI-Virus kann Deutschland auf eine positive Entwicklung der HIV-Neuinfektionen blicken. Nachdem 1985 die HIV-Epidemie einen

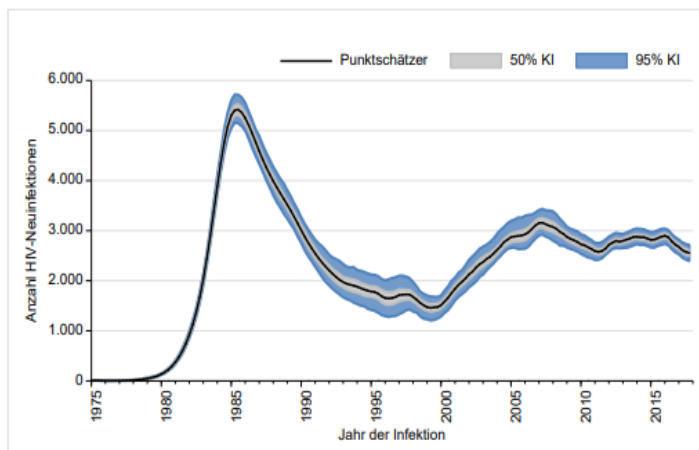


Abbildung 1: Verlauf der HIV-Neuinfektionen in Deutschland zwischen 1975 und 2017 (RKI, 2018, S. 511)

Hochpunkt erreicht hatte, sanken die jährlichen deutschlandweiten Inzidenzen bis heute auf etwa die Hälfte. Zwar schwankte der Verlauf kontinuierlich, der Trend der letzten Jahre zeigt jedoch eine weitere Abnahme (siehe Abbildung 1). Neben der Verfügbarkeit von gut funktionierenden antiretroviralen Therapien und einem

verbesserten Zugang zu solchen Therapien, ist ein Grund hierfür die in Deutschland verfügbare kontinuierliche Aufklärung und Prävention, die ständig evaluiert und an Bedarfe angepasst wird und als Kern der deutschen HIV/AIDS-Strategie gilt (BMG, BMZ, 2016, S.3). Von den 73.100 (95%KI: 68.100 - 78.500) in Deutschland oder von Deutschen im Ausland erworbenen HIV-Infektionen ist der größte Anteil mit 72,5% (n= 53.000) auf männlichen Sex mit Männern (MSM) zurückzuführen. Insgesamt 14,9% (n=10.900) der Infektionen entstanden durch heterosexuelle Kontakte (weiblich: 10%, männlich: 4,8%). Weitere 10,8% (n=7.900) aller HIV-positiven in Deutschland lebenden Menschen infizierten sich durch intravenösen Drogengebrauch. Weitere Infektionen erfolgten durch Bluttransfusionen zu Beginn der 1980er Jahre (0,6%) oder durch Infizierung durch die Mutter bei der Geburt (1,1%) (RKI, 2018, S.515).

Für das Jahr 2016 meldete das RKI 3.419 gesicherte HIV-Diagnosen. Von diesen 3.419 diagnostizierten Personen waren insgesamt 2.704 Person männlich (79%), 710 Personen weiblich (20,8%) und 5 Personen ohne Angaben von Geschlecht (0,1%). Mit einer Inzidenz von 6,7 stellen somit Männer die größte Gruppe dar. Die deutschlandweite Inzidenz betrug 4,2 Neuerkrankungen pro 100.000 Einwohner\*innen. In einem bundesweiten Vergleich lagen die höchsten Inzidenzen in den Stadtstaaten Hamburg und Berlin (je 10,1), gefolgt von Bremen (5,8), Bayern (4,4), Nordrhein-Westfalen (4,3) und Hessen (4,2). Die niedrigsten Inzidenzen wiesen im Jahr 2016 das Saarland (2,4), Schleswig-Holstein (2,0) und Thüringen (1,9) auf (RKI, 2017, S. 433). Neue Berechnungen werden für Herbst 2019 erwartet.

Im Jahr 2017 verkündete das Robert-Koch-Institut zum Welt-Aids Tag, dass sich im Jahr 2017 etwa 2.600 Menschen in Deutschland neu infiziert haben. Dies entspricht einer Senkung um 7,2% im Vergleich zum Vorjahr (2.800 Neuinfektionen). Trotz sinkender HIV-Neuinfektionen in Deutschland sind die Dunkelziffern jedoch hoch. Experten\*innen vermuten, dass in Deutschland aktuell 11.400 Menschen leben, die nichts von ihrer HIV-Infektion wissen (RKI, 2018, S. 515f.) Während für das Jahr 2016 etwa 2.900 Neuinfektionen geschätzt wurden, gab es insgesamt 3.419 gesicherte Neudiagnosen (RKI, 2017, S. 432; RKI, 2018, S. 511).

Eine genauere Betrachtung der Differenz zwischen Neuinfektionen und Neudiagnosen lässt vermuten, dass HIV-Infektionen heutzutage immer noch sehr spät im Verlauf diagnostiziert werden und unterstützt die Forderungen nach kontinuierlicher Aufklärung und Prävention.

### 2.1.2 Therapie und Prävention

Nachdem eine HIV-Therapie vor etwa 25 Jahren schwer bis gar nicht möglich war, besteht heutzutage die Möglichkeit einer guten antiretroviralen Therapie (ART). Ziel der ART ist es, durch Kombination von drei Medikamenten die Viruslast kontinuierlich zu senken und somit

die Entstehung eines irreversiblen Immundefekts zu verhindern. Dies geschieht durch sogenannte Inhibitoren, die durch Hemmung der Reversen Transkriptase oder durch Blockierung einzelner Rezeptoren die Integration der Virus-DNA in das Zielgenom des Wirtes verhindern und somit eine weitere Vermehrung hemmen. Auch wenn eine Heilung aktuell noch nicht möglich ist, werden derzeit unterschiedliche weitere Ansatzpunkte entwickelt (RKI, o.J.). Gleichzeitig bietet die ART nicht nur Schutz für HIV-positive Menschen, sondern ermöglicht durch Senkung der Viruskonzentration im Blut ganz neue Möglichkeiten in der Präventionsarbeit. Bereits seit einigen Jahren ist bekannt, dass eine gut funktionierende ART nicht nur medikamentös für HIV-positive Menschen wichtig ist, sondern auch das Infektionsrisiko senkt (Castilla, J. et al., 2005). Wissenschaftler\*innen haben nun herausgefunden, dass bei einer andauernden Therapie und einer dauerhaften Viruslast unter der Nachweisgrenze von 200 Kopien/ml keine Ansteckungsgefahr mehr besteht. Die ART bietet also nicht nur HIV-positiven Menschen die Möglichkeit eines fast normalen Lebens, sondern gilt gleichzeitig auch als Schutz für nicht-infizierte Menschen (Rodger, A.J. et al, 2016; Bavinton, B.R. et al., 2017).

Dennoch ergab die „repräsentative Bevölkerungsbefragung anlässlich des Welt-AIDS-Tages 2017“ der BZgA, dass nur 10% der befragten Teilnehmer\*innen glaubten, dass ungeschützter Geschlechtsverkehr mit HIV-positiven Menschen unter ART ohne Ansteckungsrisiko möglich sei. 71% der Befragten stimmten dieser Aussage nicht zu. Eine allgemeine Unsicherheit machte sich insbesondere dadurch bemerkbar, dass jede fünfte Person die Frage nicht beantworten konnte oder wollte (von Räden, U., Kostrzewski, D., 2017, S.17). Aus diesem Grund veröffentlichte die Deutsche AIDS-Hilfe e.V. zum Welt-AIDS-Tag 2018 die Kampagne  $n^2=n^2$  (nicht nachweisbar = nicht übertragbar).

Diese Erkenntnis machten sich Wissenschaftler\*innen zunutze. Durch Kombination von zwei von drei Wirkstoffen entwickelten sie ein Medikament, das einen Schutz vor HIV bietet, selbst wenn Kontakt zu infektiösem Material gegeben ist. Die britische PROUD-Studie (Pre-exposure prophylaxis to prevent the acquisition of HIV-1 infection) zeigte 2015, dass die Einnahme von einer Prä-Expositions-Prophylaxe (PrEP) das Infektionsrisiko um 86% senkt. Mithilfe einer randomisierten Kontrollstudie wurden 544 HIV-negativen Männern, die in den vergangenen 90 Tagen ungeschützten Sexualkontakt mit Männern hatten, PrEP angeboten. Die Ergebnisse zeigten signifikant, dass die Männer, die während des gesamten Zeitraums PrEP einnahmen, mit einer Inzidenz von 1,2/100 Personenjahre ein gesenktes Risiko einer Infektion aufwiesen (Kontrollgruppe: 9/100 Personenjahre) (McCormack et al., 2015, S. 56f.). Diese und weitere Studien legten den Grundstein zum Zugang zu einer neuen Präventionsmethode in Deutschland, der PrEP (Baeten, M.J. et al., 2012; Grant, M.R et al., 2010; Choopanya K. et al., 2013). Nachdem die PrEP 2015 in

Deutschland eingeführt wurde und zunächst als teures Selbstzahlermedikament galt, wird diese nun seit dem 1. September 2019 für Risikogruppen von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen und stellt somit einen wichtigen Teil neuer Präventionsstrategien der deutschen Bundesregierung dar (BMG, 2019).

Lange Zeit galt das Kondom als einzige verfügbare verhaltenspräventive Maßnahme. Unter dem Begriff „Safer Sex 3.0“ bieten diese drei Präventionsangebote nun die Möglichkeit eines verbesserten Zugangs zu einer lustvollen und sicheren Sexualität sowohl HIV-positiver als auch HIV-negativer Menschen (DAH, o.J. b).

### 2.1.3 HIV und Gesellschaft

Neben medizinisch-präventiven Maßnahmen ist es ebenso wichtig, strukturelle Maßnahmen zu berücksichtigen. Obwohl HIV in Deutschland sowie in anderen europäischen Ländern aufgrund der guten medizinischen Versorgung und der erfolgreichen Therapie mittlerweile als gut händelbare, chronische Erkrankung gilt, sind HIV-positive Menschen häufig Opfer von Diskriminierung und Stigmatisierung. Aussagen wie „Wer sich infiziert, hat bestimmt Drogen genommen“ oder „Wer sich ansteckt hat moralisch verwerflich gelebt“ gehören hierbei zur täglichen Routine (Hilgefort, G., 2010, S.12f.). Die häufigsten Gründe für AIDS-Erkrankungen stellen „Barrieren des Zugangs zum Versorgungssystem“. Hierzu zählen neben fehlendem Versicherungsschutz oder mangels finanzieller Ressourcen, sprachliche und kulturelle Barrieren sowie Diskriminierung durch Personal des Medizinsektors, Stigmatisierung von Betroffenen und fehlende soziale Unterstützung (Marcus, U., 2010, S.177). Bei der Repräsentativbefragung zum Welt-AIDS-Tag 2017 stimmten insgesamt mehr als die Hälfte (56%) der 1.012 befragten Haushalte der Aussage zu, dass über HIV-positive Menschen eher negativ gesprochen wird, während fast ein Viertel (23%) glaubte, dass die Menschen selbst schuld seien (von Räden, U., Kostrzewski, D., 2017, S.15). Gründe hierfür könnten fehlendes Wissen zu Übertragungswegen oder mangelnder Kontakt zu HIV-positiven Menschen darstellen. Insgesamt 83% gaben an keine HIV-positiven Menschen zu kennen. Bei der Bewertung von Alltagssituationen gaben 94% der Interviewten an, dass sie ohne Bedenken mit einem HIV-positiven Menschen arbeiten würden, jedoch 47% hätten Angst vor einer Infektion, wenn ein HIV-positiver Mensch sie anhustete. Mehr als die Hälfte (55%) äußerten Probleme damit zu haben, eine positive Person zu küssen, während sogar zwei Drittel der Befragten Sex mit Kondom mit einer HIV-positiven Person wahrscheinlich oder sicher vermeiden würden (von Räden, U., Kostrzewski, D., 2017, S.13f). Dieses Unwissen und Vorbehalte gegenüber Alltagssituationen mit direktem Körperkontakt, in denen nachgewiesenermaßen keine

Ansteckungsgefahr besteht, zeigen erneut die Wichtigkeit einer gesellschaftlichen Aufklärung und der damit verbundenen Antidiskriminierung.

## 2.2 Prävention der Deutschen AIDS-Hilfe e.V.

Die Zunahme der Aids-Erkrankungen in den 1980er Jahren erforderte ein Umdenken in Bezug auf strukturelle Bedingungen. Vor dem Hintergrund unzureichenden Wissens von Übertragungswegen und Schutz waren gesellschaftliche Vorurteile fest verankert. Fast 40% der Bürger\*innen der Bundesrepublik Deutschland gaben 1985 an, dass der Kontakt zu aidskranken Menschen ausschließlich auf Angehörige oder medizinisches Fachpersonal beschränkt werden solle. In diesem Kontext gründete sich am 23. September 1983 die Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (DAH) als Selbsthilfeorganisation mit dem Ziel, Wissen zu vermitteln, aufzuklären und unterstützend zu wirken. Heutzutage stellt die DAH den Dachverband für mehr als 120 Mitgliedsorganisationen, die in lokalen AIDS-Hilfen ihrer Aufgabe nachgehen (Antow et.al, 2008, S.9f.).

Während zu Beginn der 90er Jahre Präventionsangebote häufig in parallel geschaffenen Strukturen erfolgten und HIV-Prävention als isolierte zielgruppenspezifische Prävention verstanden wurde (Bremer, V., Winkelmann C., 2012, S.97), stellte die Bundesregierung und die gesundheitspolitische Forschung insbesondere flächendeckenden Kondomgebrauch als verhaltenspräventive Maßnahme in der Vordergrund (Reimann, B. W., Bardeleben, H., Schmidt, P., 1990, S.227). Geht man vom klassischen Begriff der Verhaltensprävention aus, lassen sich drei verschiedene Ebenen beschreiben: die Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention. Unterschiedliche Angebote von Prävention stehen hierbei in Abhängigkeit vom Zeitpunkt einer Erkrankung. Sie richten sich an Individuen vor der Erkrankung (Primärprävention), im Frühstadium einer Erkrankung (Sekundärprävention) und an bereits erkrankte Personen (Tertiärprävention) (Blättner, B., Waller, H., 2011, S 239f.) Eine Erweiterung dieses Konzepts bietet die Gesundheitsförderung. Gesundheitsförderung soll durch Stärkung von Gesundheitsressourcen und -potenzialen den Menschen dazu befähigen, für die eigene Gesundheit Sorge zu tragen. Gesundheit wird hier im salutogenetischen Sinne nicht als die Vermeidung von Krankheit (Pathogenese) verstanden (vgl. Abschnitt 2.3), sondern als dynamischer Prozess, der durch verschiedene Ressourcen beeinflussbar ist (Kaba-Schönstein, L., 2018, S. 227).

Die Verabschiedung der *Ottawa Charta für Gesundheitsförderung* im Jahr 1986 legte den Grundstein neuer gesundheitsförderlicher Ansätze. Es wurde offiziell anerkannt, dass Gesundheit nicht von „anderen Zielsetzungen getrennt werden“ darf und somit nicht nur auf Verhaltensebene, sondern auch Verhältnisebene politisch mitgedacht werden muss, um alle Lebenswelten zu erreichen (WHO, 1986). Während Verhaltensprävention einen

direkten Einfluss auf das Gesundheitsverhalten des Menschen nehmen soll, ist Ziel der Verhältnisprävention vielmehr der Einbezug von Lebensbedingungen und Umwelt, um das Individuum zu erreichen (Blättner, B., Waller, H., 2011, S.251ff.) Diese Erkenntnis bildete die Grundlage einer Forderung nach einem ganzheitlichen Präventionsansatz. Das Konzept der strukturellen Prävention entstand. Kern der strukturellen Prävention bildet die Verbindung von Verhaltens- und Verhältnisebene, eine Einheit von Primär-, Sekundär-, und Tertiärprävention, die Kombination von Gesundheitsförderung und Selbsthilfe sowie eine Verbindung von Emanzipation und Prävention. Sie stellt die Grundlage der Deutschen AIDS-Hilfe e. V. dar (Drewes, J. et al., 2010, S.15).

## 2.3 Der Gesundheitsbegriff

Den Grundstein dieser Arbeit legt der Gesundheitsbegriff nach Definition der WHO sowie der Begriff der Salutogenese nach Aaron Antonovsky. Demnach wird Gesundheit im Rahmen dieser Forschungsarbeit nicht nur als Abwesenheit von Krankheit definiert, sondern beinhaltet ebenfalls einen Zustand „vollkommenen körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefindens“ (WHO, 2006a, S.1). Antonovsky spricht von Gesundheit als einer Art Kontinuum (HEDE) zwischen Wohlbefinden (Health-Ease) und Unbehagen (Dis-Ease), auf dem sich Menschen im Verlauf ihres Lebens unterschiedlich positionieren. Gesundheit und Krankheit stellen keine dichotomen Begriffe dar, sondern sind multifaktoriell beeinflussbar. Durch die Entwicklung generalisierter Widerstandsressourcen ist es dem Individuum möglich, negative Einflussfaktoren (Stressoren) gegenüberzutreten und sich so auf dem HEDE-Kontinuum zu positionieren (Franke, A., 2015, S. 877).

### 2.3.1 Sexuelle Gesundheit

Seit der Einführung des Begriffes „sexuelle Gesundheit“ in den 1970er Jahren hat sich dieser stetig weiterentwickelt. Im Rahmen eines „technical Meetings“ verabschiedete die WHO im Jahr 2002 die heute verwendete Definition sexueller Gesundheit:

*„Sexuelle Gesundheit ist untrennbar mit Gesundheit insgesamt, mit Wohlbefinden und Lebensqualität verbunden. Sie ist ein Zustand des körperlichen, emotionalen, mentalen und sozialen Wohlbefindens in Bezug auf die Sexualität und nicht nur das Fehlen von Krankheit, Funktionsstörungen oder Gebrechen. Sexuelle Gesundheit setzt eine positive und respektvolle Haltung zu Sexualität und sexuellen Beziehungen voraus sowie die Möglichkeit, angenehme und sichere sexuelle Erfahrungen zu machen, und zwar frei von Zwang, Diskriminierung und Gewalt.*

*Sexuelle Gesundheit lässt sich nur erlangen und erhalten, wenn die sexuellen Rechte aller Menschen geachtet, geschützt und erfüllt werden. Es bleibt noch viel zu tun um sicherzustellen, dass Gesundheitspolitik und -praxis dies anerkennen und widerspiegeln.“ (WHO Euro, o.J.; WHO, 2006b, S.5)*

Betrachtet man diese Definition genauer, fällt auf, dass es sich bei einer gesunden Sexualität nicht nur um die Abwesenheit von Krankheit handelt, sondern diese vielmehr als ein Zusammenspiel vieler Faktoren zu betrachten ist. Wie in Abbildung 2 dargestellt lassen sich verschiedene Dimensionen unterscheiden, die einen wichtigen Einfluss auf die sexuelle Gesundheit haben. Hierzu zählen neben sozialen Gefügen, sexueller Bildung, reproduktiven Faktoren und Krankheiten auch allgemeine Themen wie sexuelle Zufriedenheit und Lust. Zwei Dimensionen der sexuellen Gesundheit stellen hierbei die sexuelle Identität und sexuelle Selbstbestimmung dar (Jansen, K. et al, 2013, 913f.).

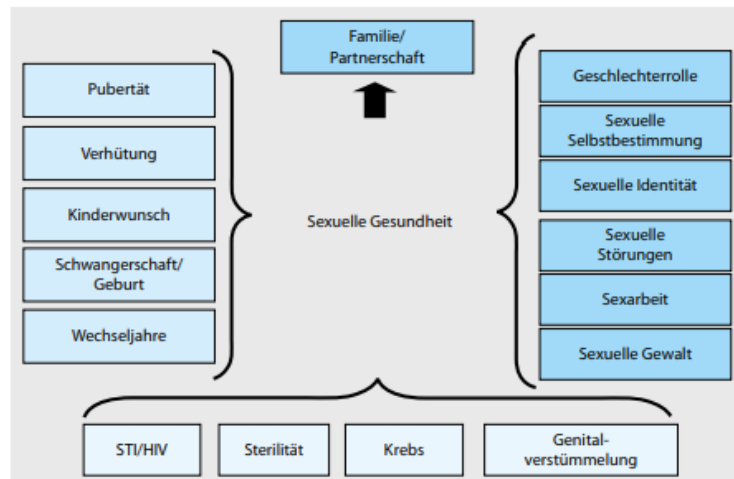


Abbildung 2: Dimensionen der sexuellen Gesundheit (Jansen, K. et al., 2013, S. 913f.)

### 2.3.2 Sexuelle Identität und sexuelle Selbstbestimmung

In den vergangenen Jahrzehnten gelangte das Thema sexuelle Selbstbestimmung zunehmend in den Diskurs vieler Menschenrechtsorganisationen. Zentrale Themen stellen hierbei Rechte zu den Themen der eigenen reproduktiven Gesundheit (z.B. Familienplanung und Schwangerschaftsabbruch), die geschlechtliche Identität und die sexuelle Orientierung dar (Leicht, I., 2014, S.17f.). Grundvoraussetzung für die Definition sexueller Selbstbestimmung als Menschenrecht ist die gesetzliche Verankerung der freien Entfaltung eines jeden Individuums und eines diskriminierungsfreien Zugangs zu „politischen, bürgerlichen, sozialen, wirtschaftlichen und kulturellen Rechten“, die jedoch unmittelbar mit Selbstbeschreibung, Selbstidentifikation und Selbstdefinition zusammenhängen (Leicht, I., 2014, S.14; GG, Art.3, Abs 3). Diese Fähigkeit sich selbst ausdrücken zu können und selbstbestimmt über die eigene Sexualität zu entscheiden, bildet eine wichtige Voraussetzung zur sexuellen Gesundheit, die jedoch im Laufe des Lebens erlernt werden muss (Stumpe, H. 2012, S.127).

Hierzu dient der Prozess der Identitätsbildung. Als sexuelle Identität bezeichnet man die Teilidentität eines Menschen, die sich auf sexuelle Orientierungen und sexuelle



Präferenzen bezieht. Des Weiteren umfasst die sexuelle Identität das geschlechtliche Selbstverständnis (biologisch, psychisch, sozial). Mit Einsatz der Pubertät und der damit einhergehenden Geschlechtsreife bildet sie eine der zentralsten Rollen des Jugendalters (Timmermann, S. nach Sielert, 2016, S. 19; Watzlawick, M., 2014).

Aus der Identitätsforschung ist bekannt, dass sich eine selbstbestimmte Handlungsfähigkeit positiv auf die eigene Gesundheit auswirken kann. Durch eine konsistent erlebte Identität nehmen sich Menschen trotz ständiger Veränderung von sozialen und physischen Umweltbedingungen dauerhaft als eine Person wahr und entwickeln ein Gefühl der Bedeutsamkeit, Handhabbarkeit, sowie eine Verstehbarkeit des eigenen Lebens (Hurrelmann, 2015, S.111, 79). Diese Eigenschaft, auch Kohärenzsinn (SOC) genannt, stellt nach Aaron Antonovskys Bewältigungstheorie einen wichtigen Bestandteil zur Gesundheit dar. Er drückt erstens aus in welchem Ausmaß ein Individuum ein dauerhaftes und dynamisches Vertrauen hat, dass Reize der Umwelt Sinn ergeben, strukturiert und vorhersagbar sind. Zweitens in welchem Maße die Ressourcen verfügbar sind, diesen Reizen gegenüberzutreten; drittens, die Fähigkeit Belastungen und Anforderungen als sinnhaft zu erleben (Antonovsky, A., 1997, S.36). Der SOC ist als wichtige Determinante für die Position auf dem HEDE-Kontinuum zu betrachten. Befinden sich zwei Individuen in einem ähnlichen gesundheitlichen Zustand, entscheidet der SOC, laut Antonovsky, über die Entwicklung in Richtung Gesund- oder Kranksein (Blättner B., Waller, H., 2011, S.165). Überträgt man den Gedanken der selbstbestimmten Handlungsfähigkeit auf die sexuelle Selbstbestimmung, lässt sich vermuten, dass das Erleben einer konsistenten sexuellen Identität ebenfalls zur Entwicklung eines hohen SOC beiträgt und einen wichtigen Beitrag zur sexuellen Gesundheit leistet. Insbesondere die Stärkung des SOC kann Jugendliche „widerstandsfähiger“ machen und ihnen dazu verhelfen, die mit Sexualität verbundenen Risiken wie die Übertragung von HIV/STIs, besser beurteilen und handhaben zu können (Stumpe, H., 2012, S. 127).

## 2.4 Jugend und Sexualität

Im Verlaufe eines Lebenslaufes jedes Menschen spielt Sexualität eine unterschiedliche Rolle. Sexualität ist etwas, das sich nicht plötzlich entwickelt, sondern als lebenslanger Prozess in verschiedenen Phasen erlernt werden muss (Schmidt, R.B., 2013, S.378). Eine dieser Phasen ist die Jugend. Folgend wird die Lebensphase Jugend und die Bedeutung für die sexuelle Entwicklung kurz vorgestellt. In einem zweiten Abschnitt wird die Funktion der Sexualaufklärung erläutert und der rechtliche Rahmen in Deutschland dargestellt. In einem dritten Abschnitt erfolgt eine Verortung der HIV-Prävention in diesem Rahmen.

### 2.4.1 Lebensphase Jugend

Ziel dieser Phase ist das Erlangen einer eigenen Identität, um die Fähigkeit zu besitzen eine soziale Rolle einzunehmen und diese in Abstimmung der eigenen Bedürfnisse nach gesellschaftlichen Normen, Werten und Ansprüchen auszuüben (Krappmann, 2000, S.18). Durch die Entwicklung einzelner Teilidentitäten entsteht ein facettenreiches Selbstkonstrukt jedes Menschen. Um ein konsistentes Identitätsgefühl wahrnehmen zu können, ist es notwendig, durch biographisches Erleben diese einzelnen Teilidentitäten miteinander in Einklang zu bringen (Timmermanns, S. nach Watzlawick, 2016, S.18). Dies geschieht durch die Lösung von Entwicklungsaufgaben, die mit dem Beginn körperlicher Veränderungen einhergehen und Jugendliche vor die Aufgabe stellen sich schrittweise von den Eltern abzulösen, ein eigenes soziales Netzwerk zu entwickeln und Partnerschaftsbeziehungen aufzubauen (Eschenbeck, K., Kauff, RK., 2018, S.190f.). Auch die Entwicklung der eigenen sexuellen Identität spielt hierbei eine Rolle (vgl. Abschnitt 2.3.2).

Um die Lösung der Entwicklungsaufgaben zu beschleunigen, kann es sein, dass Jugendliche sich riskantes Gesundheitsverhalten zunutze machen. So kann eine Abgrenzung von den Eltern beispielsweise vermeintlich schneller erfolgen, indem sich Jugendliche den Verboten der Eltern widersetzen. Auch soziale Anerkennung innerhalb der Peer-Group oder bei ersten Partnerschaftsbeziehungen sind wichtige Faktoren, die das Gesundheitsverhalten beeinflussen können (Pinquart, M., 2019, S.5).

Studien zeigen, dass mit Beginn sexueller Aktivität ein Teil der Jugendlichen auch im Bereich Sexualität ein erhöhtes Risikoverhalten aufwies. Die Repräsentativbefragung zur Jugendsexualität der BZgA aus dem Jahr 2015 ergab, dass 27 % der männlichen Jugendlichen mit Migrationshintergrund keine Vorkehrungen zur Verhütung von Schwangerschaft oder HIV/STIs trafen, wenn der erste Geschlechtsverkehr vor dem 15. Lebensjahr stattfand. 14 % der Personen, die jedoch mit dem 19. Lebensjahr den ersten Geschlechtsverkehr vollzogen, gaben an nicht verhütet zu haben (Bode, H., Heßling, A., 2015, S.152ff.). Zwar geht der Trend zunehmend dahin, dass Jugendliche verhütungsvernünftiger sind, dennoch besteht weiterhin Aufklärungsbedarf. Einen Großteil ihres Wissens beziehen Jugendliche durch Erwachsene. Hierbei bilden Lehrer\*innen die Hauptinformationsquelle. Weitere Möglichkeiten sind die Eltern oder Vertrauenspersonen sowie externe Erwachsene (Sielert, U., 2015, S.122).

### 2.4.2 Sexualaufklärung in Deutschland

Als Sexualaufklärung bezeichnet man einen Teil der Sexualerziehung, die mittels Informationsvermittlung Zusammenhänge zwischen Sexualitätsaspekten vermitteln soll.

Häufig wird sie in Kontext von Bildungseinrichtungen durchgeführt. (Martin, B., 2013, S. 670). In Deutschland wird zunehmend neben der Sexualaufklärung auch der Begriff der „sexuellen Bildung“ verwendet. Unter dem Ansatz des lebenslangen Lernens stellt sexuelle Bildung einen Prozess dar, der dem Individuum dazu verhelfen soll, selbstbestimmt über die eigene Sexualität entscheiden zu können und diese auszuleben. Hierzu ist es zunächst notwendig gewisse Kompetenzen zu erlernen, die den verschiedenen „Funktionen von Sexualität (Lust, Beziehung, Identität, Fruchtbarkeit)“ gerecht werden (Sielert, U., 2015, S.21). Den rechtlichen Rahmen bildet in Deutschland auf Bundesebene das „Rahmenkonzept zur Sexualaufklärung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung in Abstimmung der Bundesländer“. Angelehnt an §1 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes (SchKG) liegt die Aufgabe in der alters- und zielgruppenspezifischen „gesundheitlichen Vorsorge und der Vermeidung und Lösung von Schwangerschaftskonflikten“ (BZgA, 2016, S.7). Das Hauptziel liegt insbesondere darin Kinder und Jugendliche zu befähigen, eigen-, partnerverantwortlich und gesundheitsförderlich mit Sexualität umzugehen. Sexualaufklärung soll die psychosexuelle Entwicklung des Menschen fördern und dafür Sorge tragen, dass jedes Individuum Gefühle und Bedürfnisse ausdrücken, Sexualität lustvoll erleben und eine eigene sexuelle beziehungsweise geschlechtliche Identität ausbilden kann (WHO Euro, BZgA, 2011, S.31).

Wie auch in anderen Bildungsbereichen unterliegt auch die Gestaltung sexueller Bildung der Kulturhoheit der Länder. Im Rahmen von Lehrplänen, Richtlinien und anderen amtlichen Dokumenten definiert jedes Bundesland, den Leitlinien der BZgA entsprechend, den Umfang und die Art der Durchführung sexueller Bildung. Hierzu zählen nicht nur Inhalte, sondern auch eine mögliche Vernetzung einzelner Akteure im Umfeld der sexuellen Gesundheit (Deutscher Bundestag, 2016, S.4).

#### 2.4.3 HIV-Prävention als Bestandteil von Sexualaufklärung

Erst seit wenigen Jahren sind Bemühungen einer „stärkere(n) Vernetzung von HIV und sexueller und reproduktiver Gesundheit“ zu vernehmen (WHO et al., 2009). Häufig wird Sexualpädagogik in Deutschland und weiteren europäischen Ländern noch auf die Vermeidung von Problemen wie ungewollte Schwangerschaften, sexuell übertragbare Krankheiten und HIV fokussiert. So heißt es beispielsweise im Internetauftritt der Deutschen STI-Gesellschaft: „Wichtig für eine Reduktion von STI ist gezielte vorurteilsfreie Aufklärung zu den Infektionen und Übertragungswegen. Diese soll bereits in Schulen erfolgen. Dabei sollte hingewiesen werden, dass die regelmäßige Anwendung von Kondomen einen guten Schutz vor den meisten STI bietet“ (DSTIG, o.J.). Diese pathogenetische Problemorientierung, in der die Vermeidung als oberstes Ziel formuliert wird, kann jedoch dazu führen, dass die sexuellen Bedürfnisse von Jugendlichen sowie Interessen, Wünsche

und Erfahrungen nicht erfüllt werden können und somit ein verantwortungsvoller und selbstbestimmter Umgang mit der eigenen Sexualität ausbleibt. Aus diesem Grund ist es wichtig, einem positiven und ganzheitlichen Ansatz zu folgen (WHO Euro, BZgA, 2011 S.10). Nur mit präventiven Ansätzen allein können sexuelle Selbstbestimmtheit und (sexuelle) Gesundheit nicht gefördert werden. Hierbei handele es sich um eine Art „Bevormundung“, in der das Individuum häufig von Gefahren abgeschirmt sei. Stattdessen scheint es sinnvoll, einen „ressourcenorientierten, emanzipatorischen und partizipativen“ Ansatz zu wählen (Stumpe, H., 2012, S.123), eine Identitätsentwicklung zu fördern (Drewes, J., et. al, 2010, S.22) und Faktoren wie das Selbstwertgefühl sowie Vertrauen in die Selbstwirksamkeit als wichtige Teile von Gesundheitskompetenz zu stärken (Rosenbrock, R., 2010, S23).

Geht man davon aus, dass sexuelle Gesundheit wie in Abschnitt 2.3.1 beschrieben ein mehrdimensionales Konzept ist, in dem sich die einzelnen Dimensionen wechselseitig beeinflussen, entsteht ein Spannungsverhältnis, das sich nur durch eine ganzheitliche HIV/STI-Prävention auflösen lässt.

Laut der neuen Strategie der Bundesregierung „zur Eindämmung von HIV, Hepatitis B und C und anderen sexuell übertragbaren Krankheiten“ ist eine integrierte, bedarfsorientierte und sektorübergreifende Prävention der Schlüssel bei der Bekämpfung von HIV und anderen sexuell übertragbaren Krankheiten. Empowerment, Partizipation und Selbsthilfe stellen hierbei wichtige Bestandteile bisheriger Erfolge bei der Umsetzung der Strategie dar. Als zentraler Punkt dieser Bekämpfungsstrategie gilt es „Wissen zu vermitteln und Kompetenzen zu erweitern, um die Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass Menschen verantwortungsvoll mit sexuell übertragbaren Infektionen umgehen und darin bestärkt werden Präventions- und Versorgungsangebote wahrzunehmen“ (BMG, BMZ, 2016, S.4). Eine wichtige Rolle spielt hierbei in Deutschland, neben der schulischen Sexualaufklärung, die Arbeit von Verbänden und gemeinnützigen Trägern. Einer davon ist die Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (DAH). Durch strukturelle Prävention bieten die einzelnen Träger der DAH Workshops (für Jugendliche) an, die Verhaltens- und Verhältnisebene miteinander verbinden. Grundlage dieser strukturellen Prävention bildet hierbei das Konzept der Salutogenese nach Antonovsky (Rosenbrock, R., 2010, S.23).

Eine Möglichkeit bietet die gemeinsam von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) veröffentlichten „Standards für die Sexualaufklärung in Europa“. In einer Matrix veröffentlichten die Autoren Konzepte und die Bedeutung schulischer Sexualaufklärung als Grundlage sexueller Gesundheit. Sexuelle Gesundheit wird hier nach der 1975 verabschiedeten Definition der WHO nicht nur als gesundheitliche Unversehrtheit oder Abwesenheit von Krankheit definiert, sondern vielmehr als ein ganzheitlicher Ansatz betrachtet, der einen wichtigen Beitrag zur psychischen und

physischen Gesundheit leistet (Stumpe, H., 2012, S.124). Das besondere dieser Matrix ist die Kompetenz- und Werteorientierung, die die WHO als Grundlage sexueller Gesundheit benennt. In Form eines Katalogs werden insgesamt acht verschiedene Themenbereiche der Sexualaufklärung (z.B. „Fruchtbarkeit und Fortpflanzung“, „Emotionen“, etc.) geclustert und mögliche Kompetenzen, in Form von Information, Fähigkeit und Einstellung, einzelnen Altersstufen zugeordnet. Zwar wendet die Matrix sich explizit an schulische Sexualaufklärung, kann jedoch auch durch weitere Bildungsträger angewendet werden. Diese ganzheitliche Ausrichtung von Sexualaufklärung und die Dimensionen der sexuellen Gesundheit gaben den Anstoß dieser Forschungsarbeit.

### 3 Fragestellung und Hypothesen

Das Ziel dieser Studie ist es, HIV/STI-Jugendpräventionen einzelner Träger der Deutschen AIDS-Hilfe e.V. auf eine ganzheitliche Ausrichtung zu untersuchen. Im Rahmen von Experten\*inneninterviews soll die Bedeutung der Dimensionen „sexuelle Identität“ und „sexuelle Selbstbestimmung“ für die HIV-Jugendprävention zunächst identifiziert und in einem weiteren Schritt überprüft werden, ob diese Bedeutung in der Realität abgebildet ist. Des Weiteren soll bestimmt werden, inwiefern es sinnvoll ist sexualpädagogische Elemente in die HIV-Prävention zu integrieren und mit welchen Chancen beziehungsweise Barrieren dies verbunden ist. Hierdurch können mögliche Chancen und Potenziale für die Weiterentwicklung zukünftiger HIV-Jugendprävention identifiziert werden und somit zu einer gesundheitsförderlichen und flächendeckenden HIV-Prävention Deutschlands beitragen. Grundlage bildet hierbei die politische Forderung einzelner AIDS-Hilfen, Sexualpädagogik als Rahmen einer zukunftsorientierten HIV-Prävention anzusehen. Hierzu wurden in Anlehnung an den den zuvor beschriebenen Hintergrund folgende Hypothesen aufgestellt, die im Rahmen von Leitfragen (siehe 4.1.3) überprüft werden sollen:

1. *Prävention muss komplementär durch salutogenetisches Herangehen ergänzt werden (Stumpe, H.,2012, S.127)*
2. *Der Fokus einzelner Träger im Bereich Sexualität ist eher pathogenetisch statt salutogenetisch orientiert (vgl. Bremer, V., Winkelmann, C. 2012, S.98).*
3. *Sexuelle Selbstbestimmung und sexuelle Identität stellen wichtige gesundheitliche Ressourcen dar (vgl. Stumpe, H. 2012, S.127; Drewes, J., et. al, 2010, S.22; Rosenbrock, R., 2010, S23).*

## 4 Methodik

In folgendem Kapitel wird die Methodik beschrieben, die dieser Arbeit zu Grunde liegt. Nach einer kurzen Vorstellung der Stichprobe folgt eine Vorstellung der Entwicklung der Erhebungsinstrumente sowie die Beschreibung der Datenauswertung.

### 4.1 Datenerhebung

Die inhaltliche Vorbereitung und die Erhebung erfolgten in Anlehnung an die 10 Arbeitsschritte einer qualitativen Befragungsstudie nach Döring und Bortz (2016). Zur inhaltlichen Vorbereitung qualitativer Interviews müssen zunächst das Befragungsthema, die Forschungsfragen und die Stichprobe festgelegt werden. Im Anschluss erfolgt eine Entwicklung des qualitativen Befragungsinstrumentes und ein Pretest zur Erprobung von Interviewfragen (Döring, N., Bortz, J. 2016, S.365). Kern dieser Studie bilden halbstrukturierte Experten\*inneninterviews, die mittels inhaltlich strukturierender Inhaltsanalyse nach Kuckartz ausgewertet wurden. Diese halbstrukturierten Interviews beinhalten neben Leitfragen teils quantitative Elemente zur Erfassung einzelner Variablen. Eine Verteilung von Angeboten der Deutschen AIDS-Hilfe e.V. wurde mittels Onlinebefragung zusätzlich erhoben. Ziel ist es, durch eine Ergänzung der einzelnen Methoden (Triangulation), Ergebnisverzerrungen und Einseitigkeiten zu kompensieren und eine tiefere Erfassung der erhobenen Daten zu ermöglichen (Steinke, 2012, S.320).

#### 4.1.1 Auswahl der Stichprobe

Die Auswahl der Interviewpartner\*innen erfolgte in einem mehrstufigen Verfahren. Zunächst wurden mithilfe des Internetauftritts der Deutschen AIDS-Hilfe e.V. alle Träger in Deutschland gesichtet und in Regionen eingeteilt. Angelehnt an die im Rahmen der DAH durchgeführte Studie „Angebote(n) der Mitgliedsorganisationen der Deutschen AIDS-Hilfe“, erfolgte die Einteilung wie in Abbildung 3 dargestellt in die Regionen Nord, Ost, Süd, West (Wilke, T., 2016, S.23). Da die deutsche AIDS-Hilfe e.V. mit 120 Mitgliedsorganisationen einen sehr heterogenen Dachverband stellt und das Vorkommen von HIV insbesondere in urbanen und ländlichen Gegenden sich stark unterscheidet (vgl. RKI, 2017), wurden zur Anpassung der Rahmenbedingungen in einem zweiten Schritt Großstädte nach Einwohnerzahlen sortiert und HIV-Inzidenzen verglichen. Eingeschlossen in die Analyse



Abbildung 3: Einteilung Deutschlands in die Regionen Nord, Ost, Süd, West, eigene Darstellung

wurden nur AIDS-Hilfen, die in Städten liegen deren Einwohnerzahl > 250.000 Einwohner\*innen beträgt und in denen die HIV-Inzidenz über der deutschlandweiten Inzidenz liegt. Aus jeder Region Deutschlands wurden zwei Experten\*innen ausgewählt. Um eine Verzerrung der Ergebnisse möglichst gering zu halten, wurde in einem letzten Schritt die Art der durchgeführten HIV-Prävention überprüft. Hierzu wurden die einzelnen Internetauftritte der Träger gesichtet und die jeweiligen Konzepte auf die Begriffe „Sexualpädagogik“, „Sexuelle Bildung“, „Aufklärung“, „Leben mit HIV“ und „Antidiskriminierung“ untersucht. Um ebenfalls kritische Elemente der sexualpädagogischen Arbeit abbilden zu können, war es notwendig, ein heterogenes Angebot der HIV-Jugendprävention zu befragen und auch Träger zu interviewen, die nicht ausschließlich sexualpädagogisch arbeiten. Hieraus ergaben sich folgende Interviewpartner\*innen:

Tabelle 1: Ausgewählte Experten\*innen nach Regionen sortiert, <sup>1</sup>Destatis, 2018; <sup>2</sup>RKI, 2017, S.447

Region	Bundesland	Stadt	Inzidenz	Einwohnerzahl	Art der Prävention
Nord	Hamburg	Hamburg	10,06 <sup>2</sup>	1.830.584 <sup>1</sup>	Mischform
	Niedersachsen	Hannover	6,12 <sup>2</sup>	535.061 <sup>1</sup>	Keine Sexualpädagogik
Ost	Berlin	Berlin	10,07 <sup>2</sup>	3.613.495 <sup>1</sup>	Sexualpädagogik
	Sachsen	Leipzig	8,21 <sup>2</sup>	581.980 <sup>1</sup>	Sexuelle Bildung
Süd	Baden-Württemberg	Stuttgart	10,74 <sup>2</sup>	632.743 <sup>1</sup>	Sexualpädagogik
	Bayern	München	17,31 <sup>2</sup>	1.456.039 <sup>1</sup>	Keine Sexualpädagogik
West	Nordrhein-Westfalen	Köln	13,29 <sup>2</sup>	1.080.394 <sup>1</sup>	Mischform
	Nordrhein-Westfalen	Düsseldorf	8,82 <sup>2</sup>	617.280 <sup>1</sup>	Sexualpädagogik

Aufgrund der ehrenamtlichen Verknüpfung der Autorin erfolgten in der AIDS-Hilfe Hamburg e.V. ein Pretest des Interviews sowie der Online-Befragung. Da Hamburg eine der größten Städte Deutschlands ist und eine HIV-Inzidenz von über 10 Neuinfektionen/100.000 Einwohner\*innen aufweist, wurde der Pretest als zweites Interview in der Region Nord gewertet und wie die weiteren Interviews analysiert. Sieben der acht ausgewählten Experten\*innen wurden interviewt. Aufgrund terminlicher Gründe war ein Interview mit der Kölner AIDS-Hilfe e.V. nicht möglich. Somit erfolgte in der Region West nur ein Interview und ist im Gegensatz zu den anderen Regionen mit n=1 zu bewerten. Des Weiteren erfolgte auf Wunsch der AIDS-Hilfe ein Interview im Bereich Nord als Doppelinterview mit einer ehrenamtlichen sowie einer hauptamtlichen Mitarbeiterin. Um eine doppelte Gewichtung zu vermeiden, wird dieses Interview im Rahmen der Forschungsarbeit als n=1 gewertet.

#### 4.1.2 Quantitative Erhebung des Präventionsangebots in Deutschland

Um eine Verteilung der verschiedenen HIV-Jugendpräventionsangebote der Deutschen AIDS-Hilfe e.V zu erfassen und deskriptiv beschreiben zu können, wurden mithilfe eines Online-Fragebogens Ort, Verfügbarkeit von Angeboten, die Art der Durchführung sowie die Einstellung zur Sexualpädagogik abgefragt. Die Frage zur Durchführung wurde auf personeller und konzeptioneller Ebene unterschieden.

Die personelle Ebene beinhaltet die Anleitung von HIV-Präventionen bei Jugendlichen. Die Antwortmöglichkeiten bilden hierbei: HIV-positive Menschen, Hauptamtliche Mitarbeiter\*innen, Ehrenamtler\*innen (Peer-Group), Ehrenamtler\*innen (andere) sowie Sonstige.

Auf konzeptioneller Ebene wurden unterschiedliche Arten von HIV-Jugendpräventionen kategorisiert. Hierbei lag der Fokus insbesondere darauf, herauszufinden, ob eine Isolation von HIV/STI-Präventionen vorliegt (ausschließlich HIV/STI-Prävention mit dem Fokus Kompetenzvermittlung oder mittels Informationsvermittlung), oder ob Prävention in Form eines ganzheitlichen mehrdimensionalen Konstrukts verstanden wird (Einbettung in ein sexualpädagogisches Konzept/sexuelle Bildung). Eine vierte Kategorie bildete die Ergänzung von HIV/STI-Prävention durch weitere Module und die damit verbundene Öffnung für einzelne Dimensionen (Ergänzung durch weitere Module).

Eine weitere Frage wurde zum Themenbereich Sexualpädagogik gestellt. Ziel dieser Abfrage ist es, die Einstellung der einzelnen Träger gegenüber sexualpädagogischen Arbeiten zu erfassen und zu identifizieren, inwiefern diese als integrativer Bestandteil zukünftig gewünscht sind. Insgesamt wurde der Online-Fragebogen an alle auf der Homepage der Deutschen AIDS-Hilfe gelisteten Träger (n=99) via Email versendet.

#### 4.1.3 Entwicklung des Leitfadens

Mithilfe eines Leitfadeninterviews wurden Experten\*innen unterschiedlicher Träger der Deutschen AIDS-Hilfe e.V. telefonisch befragt. Zur Entwicklung des Befragungsinstrumentes wurden zunächst das Befragungsthema und die Forschungsfragen festgelegt. Das Forschungsthema *„Dimensionen der sexuellen Gesundheit als integrierter Bestandteil einer ganzheitlichen HIV/STI-Prävention bei Jugendlichen“* bildet hierbei die Basis. Diese und die weiteren Fragen nach *„Chancen und Barrieren eines ganzheitlichen Angebots“* und *„Veränderungen“* stellen die Grundlage der Entwicklung einzelner Zielvariablen dar.

Insgesamt gliedert sich wie in Tabelle 2 beschrieben der Leitfaden in fünf Teilbereiche. Der erste Teil erfasst mögliche Veränderungen der HIV-Prävention und bildet zusammen mit Teil zwei *„Aufbau der Prävention“* die Analysegrundlage der AIDS-Hilfen und ermöglicht



eine Verortung und Einschätzung der Angebote der einzelnen Träger. Der dritte Teil beinhaltet die Analyse salutogenetischer Aspekte und stellt gemeinsam mit Abschnitt vier „Dimensionen sexueller Gesundheit“ den Hintergrund der Angebote der AIDS-Hilfen dar. Mithilfe des Einsatzes quantitativer Elemente soll untersucht werden, ob und inwiefern die AIDS-Hilfen ihre Präventionsangebote ganzheitlich ausrichten. Ein fünfter Teilbereich dient der Erfassung möglicher Chancen und Barrieren einer Integration sexualpädagogischer Elemente. Unter „Sonstiges“ werden alle Aspekte aufgenommen, die nicht in den fünf Teilbereichen berücksichtigt wurden.

*Tabelle 2: Erstellung des Interviewleitfadens durch Identifikation von Leitfragen*

Teilbereich	Abfrage	Leitfrage
<b>HIV im Wandel</b>	Änderung	1. Inwiefern haben sich die Inhalte in den letzten 20 Jahren verändert?
<b>Verortung der Prävention/ Aufbau</b>	Aufbau	2. Nach welchem Konzept ist die Arbeit aufgebaut?
	Stärken	3. Welche Stärken hat das Konzept?
	Schwächen/Barrieren	4. Welche Schwächen/Barrieren hat das Konzept?
	Kompetenzen	5. Welche Kompetenzen werden vermittelt?
<b>Salutogenese/ Pathogenese</b>	Ist-Soll Zustände	6. - 7 Erfassung von Ist- und Soll-Zuständen der Leitmotive (Sortieren Sie nach Wichtigkeit...)
	Salutogenese	8. Berechnung eines Salutogenese Scores
<b>Dimensionen sexueller Gesundheit</b>	Identität	9. Inwiefern hängt sexuelle Identität mit einer HIV-Prävention zusammen?
	Sexuelle Selbstbestimmung	10. Inwiefern hängen sexuelle Selbstbestimmung und HIV-Prävention zusammen?
	Verhütung/Pubertät/ Ganzheitlichkeit	11. Ist es sinnvoll, Sexualpädagogik als Grundlage zu verwenden?
<b>Barrieren/ Chancen/ politische Aufträge</b>	<b>Strukturelle Barrieren</b>	12. Warum wird HIV-Prävention isoliert angeboten?
	<b>Chancen</b>	13. Ist eine Ergänzung der Schulen sinnvoll?
<b>Sonstiges</b>		14. Offene Frage

#### *Ist- und Soll- Zustände von Leitmotiven*

Mithilfe eines Rankings soll zunächst herausgefunden werden, als wie wichtig einzelne Komponenten von Sexualität in der HIV-Prävention eingestuft werden. Hierzu wurden den Befragten fünf Begriffe der Bereiche: Salutogenese, Pathogenese, sexuelle Dimension und politischer Auftrag genannt, welche von den Befragten nach Wichtigkeit (aus Sicht der AIDS-Hilfen) sortiert wurden. Folgende Begriffe wurden zur Auswahl gestellt: Vermeidung von Krankheit (Pathogenese), Kompetenzentwicklung (Salutogenese), sexuelle Selbstbestimmung (sexuelle Dimension), Identitätsbildung (sexuelle Dimension) und Antidiskriminierung (politischer Auftrag). Durch einen Vergleich zwischen Ist- und Sollzustand soll überprüft werden, welchen Fokus die Experten\*innen legen und mögliche Diskrepanzen zwischen Anspruch und Umsetzung aufgedeckt werden.

## Salutogenese-Score

Des Weiteren wurden mithilfe eines Salutogenese-Scores einzelne AIDS-Hilfen auf salutogenetische Aspekte untersucht. Hierzu wurden insgesamt 10 mögliche Outcomes und Ziele von HIV-Präventionen abgefragt und mithilfe einer Skala von 1 bis 10 bewertet. 1 entspricht hierbei keiner Relevanz, 10 höchster Relevanz. Insgesamt wurden fünf Fragen aus salutogenetischer Sichtweise und fünf Fragen aus pathogenetischer Sicht verwendet und im Anschluss in einem Score berechnet (vgl. Abschnitt 4.2.3). Salutogenese wird hier, wie in Abschnitt 2.3 beschrieben, als die Ausbildung von Kompetenzen zur Entwicklung von Widerstandressourcen verstanden. Grundlage der Salutogenese-Items bilden dabei die 2011 gemeinsam von der WHO und BZgA entwickelten Standards für Sexualaufklärung in Europa. In Form einer Matrix werden hier verschiedene Aufträge und Kompetenzen genannt, die an die jeweilige Altersstufe angepasst sind (WHO Euro, BZgA, 2011). Der Score umfasst Aussagen aus den Altersstufen 12-14 Jahre und 15 Jahre. Zur Verwendung des Pathogenese-Begriffs wurden die in der Literatur verwendeten Beispielsätze für pathogenetische Ausrichtung von Sexualaufklärung nach Stumpe verwendet. Pathogenese wird in diesem Kontext ausschließlich als die Vermeidung von Krankheit oder krankmachenden Einflussfaktoren (wie z. B. sexueller Missbrauch) definiert (Stumpe, 2012, S. 122). Alle Aussagen wurden, um eine Beeinflussung zu vermeiden, wie in Tabelle 3 sprachlich angeglichen und bei Bedarf modifiziert.

Tabelle 3: Modifikation salutogenetischer und pathogenetischer Aussagen zur Entwicklung eines Salutogenese-Scores

Salutogenese	
WHO-Matrix (WHO & BZgA, 2011, S.50 ff)	Leitfaden
...risikoträchtige Situationen erkennen und damit umgehen können (12-15)	Unser Ziel ist es, dass die Jugendlichen risikoträchtige Situationen erkennen und damit umgehen können
...sich Kondome und Verhütungsmittel beschaffen und wirksam anwenden (15+, 12-15)	Unser Ziel ist es, dass Jugendliche sich Kondome beschaffen und sie wirksam anwenden
...Verhandlungs- und Kommunikationskompetenz für ein sicheres und lustvolles Sexualleben entwickeln (12-15)	Unser Ziel ist es, dass die Jugendlichen Verhandlungs- und Kommunikationskompetenz für ein sicheres und lustvolles Sexualleben entwickeln
...sich gegen sexuelle Belästigung wehren; Fähigkeit, sich selbst zu verteidigen (15+)	Unser Ziel ist es, dass sich Jugendliche gegen sexuelle Belästigung wehren; die Fähigkeit haben sich selbst zu verteidigen
...bei Problemen (Pubertät, Beziehungen usw.) um Hilfe und Unterstützung bitten (15+)	Unser Ziel ist es, dass Jugendliche bei Problemen (Pubertät, Beziehungen usw.) um Hilfe und Unterstützung bitten
Pathogenese	
Stumpe (2012, S. 123)	Leitfaden
Wir wollen sexuell übertragbare Krankheiten (STI) vorbeugen	Unser Ziel ist es STIs/HIV vorzubeugen
Wir wollen sexuelle Gewalt und sexuellen Missbrauch verhindern	Unser Ziel ist es, sexuelle Gewalt und sexuellen Missbrauch zu verhindern
Wir wollen ungewollten Schwangerschaften zuvorkommen	Unser Ziel ist es, ungewollten Schwangerschaften zuvorkommen
Wir wollen Abtreibungen verhindern	Unser Ziel ist es, Abtreibungen zu verhindern
Wir wollen den negativen Einfluss von Pornographie verhindern	Unser Ziel ist es, den negativen Einfluss von Pornographie zu verhindern

## 4.2 Datenauswertung

Folgend wird die Datenauswertung dieser Forschungsarbeit beschrieben.

### 4.2.1 Befragung der einzelnen Träger mittels Online-Fragebogen

Die Auswertung der quantitativen Daten erfolgte mittels deskriptiver Statistik unter Verwendung der Software IBM SPSS Statistics 25. Sämtliche Daten wurden auf nominalem Datenniveau erhoben und dienen somit nur zur Übersicht der Häufigkeitsverteilungen einzelner Angebote in Deutschland.

### 4.2.2 Inhaltlich strukturierende Inhaltsanalyse nach Kuckartz

Die Auswertung der Interviews erfolgte durch die inhaltlich strukturierende Inhaltsanalyse nach Kuckartz. Ziel der qualitativen Inhaltsanalyse ist es, mittels Erstellung eines Kategoriensystems Material systematisch, regel- und theoriegeleitet zu analysieren und somit nachvollziehbar und überprüfbar zu machen. Durch diesen Schritt ist es möglich, sozialwissenschaftlichen Methodenstandards zu genügen und eine *intersubjektive Nachprüfbarkeit* zu gewährleisten (Mayring, 2008, S.12). Um diese Kategoriensysteme zu erstellen, gibt es zwei Möglichkeiten: die induktive und die deduktive Kategorienbildung (Kuckartz 2016, S.64f, S. 77f.)

***Induktive Kategorienbildung:*** Hierbei werden Kategorien ausschließlich anhand des Materials gebildet.

***Deduktive Kategorienbildung:*** Beinhaltet eine Kategorienbildung anhand bereits bestehender Theorien und Grundlagen vorangegangener Hypothesen.

In der vorliegenden Arbeit wurden beide Vorgehen gemischt und die Daten mithilfe eines deduktiven-induktiven Kategoriensystems analysiert.

Hierzu wurden zunächst die Interviews aufgezeichnet und anschließend verschriftlicht. Die Transkription erfolgte anhand der Transkriptionsregeln nach Kuckartz (Kuckartz, 2016, S.167f). Um den Richtlinien der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) zu folgen, wurden keine persönlichen Daten erhoben und die Interviews im Anschluss an die Transkription gelöscht. Alle Angaben, durch die sich Rückschlüsse auf befragte Personen ziehen lassen, wie beispielsweise persönliche Geschichten, wurden anonymisiert oder in der Transkription ausgelassen.

Die Inhaltsanalyse erfolgte wie in Abbildung 4 beschrieben in 7 Arbeitsschritten. Zu Beginn wurden alle Interviews gesichtet und durch Markierung wichtiger Textstellen und das Verfassen von Memos vorbereitet. In einem zweiten Schritt erfolgte eine Entwicklung von Hauptkategorien. Hierzu wurden die bei Entwicklung des Leitfadens festgelegten fünf abgefragten Themenbereiche deduktiv festgelegt und nach Sichtung des Materials durch die induktive Hauptkategorie „Zukunft“ ergänzt. In einem weiteren Schritt wurde das gesamte Material den Hauptkategorien wie folgt zugeordnet:

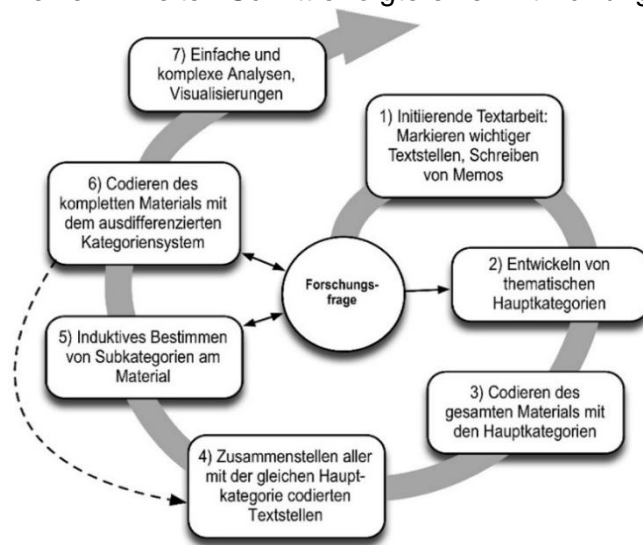


Abbildung 4: Ablaufschema einer inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse nach Kuckartz (Kuckartz, 2016, S.169)

#### 1. HIV im Wandel der Zeit (**K1 Veränderung**)

Alle Aussagen, die einen Vergangenheitsbezug oder einen Bezug zu Handlungen, die bis in die Gegenwart stattfinden, herstellen (z.B. „über Generationen“, „früher“, „damals“, „es hat...“, „es war“, „heute“)

#### 2. Verortung der Prävention/ Aufbau (**K2 Konzept**)

Alle Äußerungen, die das jeweilige Konzept der AIDS-Hilfe betreffen. („üben“ „werden besprochen“ „Themen sind“ „unsere Stärke“ „unsere Schwäche“.) Auch Stärken und Schwächen, die nicht unter Kategorie Chancen/Barrieren fallen

#### 3. Salutogenese/Pathogenese (**K3 Salutogenese/Pathogenese**)

Alle Aussagen, die „Vermeidung von Krankheiten“, „Krankheit als Teil des Lebens“ oder „ressourcenorientierte“ Elemente vorweisen. (Ergänzungskategorie zu Dimensionen sexueller Gesundheit)

#### Dimensionen sexueller Gesundheit (**K4 Dimensionen sexueller Gesundheit**)

Aussagen, die „sexuelle Identität“, „sexuelle Selbstbestimmung“, „Sexualpädagogik“ oder eine weitere Dimension wie beispielsweise „sexuelle Rechte“ berücksichtigen

#### 4. Barrieren/Chancen/politische Aufträge (**K5 Chancen/Barrieren**)

Schwächen oder Stärken, die sich auf die Trägerschaft AIDS-Hilfe beziehen (z. B. fehlende Ressourcen, Experten\*innenwissen), oder die die Institution Schule (nicht) vorweist

#### 5. Induktiv festgelegte Kategorie (**K6 Zukunft**)

Alle Äußerungen, die im Konjunktiv formuliert wurden, Wünsche äußern oder die Zukunft beschreiben (z.B. „wünsche“, „sollte“, „könnte“ „zukünftig“, „in Zukunft“)

Nach dem groben Codieren des Materials in die Hauptkategorien, wurden alle zugeordneten Textstellen in tabellarischer Form zusammengestellt. Im Anschluss erfolgte eine induktive Bestimmung von Subkategorien und eine abschließende Codierung des Interviewmaterials. Alle Haupt- und Subkategorien wurden mittels eines Kodierleitfadens, der die genaue Definition der Kodiereinheit beschreibt, festgehalten (siehe Anhang). Zuletzt erfolgte die Analyse des Textmaterials. Kuckartz unterscheidet insgesamt sechs verschiedene Analyseformen.

1. Die kategorienbasierte Auswertung entlang der Hauptkategorie,
2. Die Analyse der Zusammenhänge zwischen den Subkategorien einer Hauptkategorie,
3. Die Analyse der Zusammenhänge zwischen Kategorien,
4. Kreuztabellen - qualitativ und quantifizierend,
5. Die Untersuchung von Konfigurationen der Kategorien und
6. Die Visualisierung von Zusammenhängen (Kuckartz, 2016, S. 118ff.).

Im Rahmen dieser Forschungsarbeit erfolgte die Auswertung durch die ersten drei Methoden. Mithilfe eines Hauptkategorien-geleiteten Aufbaus wurden wichtige Informationen ausgewertet. In einem weiteren Schritt wurden die Zusammenhänge zwischen den einzelnen Subkategorien sowie zwischen den Hauptkategorien untersucht.

#### 4.2.3 Quantifizierung von Salutogenese und Ist- und Soll-Zuständen der Leitmotive

Mithilfe des Salutogenese-Scores sollen pathogenetische und salutogenetische Ausrichtungen der einzelnen Träger quantifiziert werden. Die 10 Outcomes (je 5 pathogenetisch, 5 salutogenetisch) werden jeweils mit einzelnen Punktwerten versehen, zusammengerechnet und der Mittelwert berechnet. Da Pathogenese in diesem Zusammenhang als negatives Item definiert ist, wird eine niedrige Bewertung als positive Summe gewertet. Die Salutogenese stellt hierbei den Gegenpol. Daraus ergibt sich folgende Kodierung.

*Tabelle 4: Berechnung des Salutogenese-Scores*

Antwort		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Punkte	Salutogenese	(-5)	(-4)	(-3)	(-2)	(-1)	1	2	3	4	5
	Pathogenese	5	4	3	2	1	(-1)	(-2)	(-3)	(-4)	(-5)

Werden im Rahmen des Rankings alle salutogenetisch orientierten Aussagen mit der höchsten und alle pathogenetischen Aussagen mit der niedrigsten Einschätzung bewertet, ergibt sich eine Maximalpunktzahl von 50 Punkten. Gaben die Befragten die Antworten gegenteilig (max. Punktzahl Pathogenese, min. Punktzahl Salutogenese) entspricht diese

einem Score von (-50). Eine Unterteilung in eine salutogenetische beziehungsweise pathogenetische Ausrichtung findet wie in Abbildung 5 dargestellt in fünf Kategorien statt. Ergibt die Gesamtpunktzahl des Scores 0 Punkte, wird dieser in die mittlere Kategorie eingeordnet.

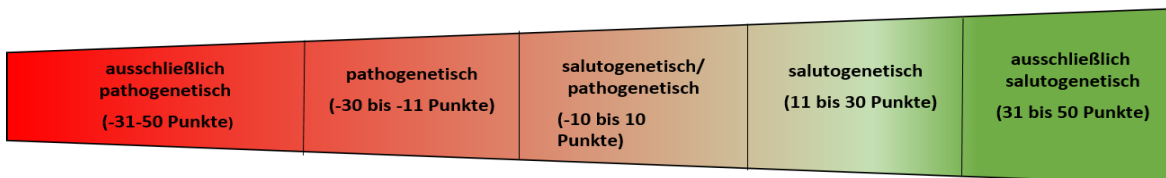


Abbildung 5: Einteilung des Salutogenese-Scores, eigene Darstellung

Zur weiteren Untersuchung salutogenetischer Ausrichtung wurde mithilfe eines Rankings ein Vergleich zwischen Ist- und Soll-Werten einzelner Komponenten der HIV-Jugendprävention ermittelt und deskriptiv beschrieben.

Zur Ermittlung eines Gesamtrankings wurden den Antworten die Punktwerte 1-5 in Anhängigkeit der Rankingposition zugeordnet. Der höchste Punktwert von 5 entspricht der von den Experten\*innen als wichtigste deklarierte Komponente (Ranking Position 1). Der niedrigste Punktwert 1 entspricht der zuletzt benannten Komponente. Durch Ermittlung des arithmetischen Mittels wurden die Komponenten miteinander verglichen.

## 5 Darstellung der Ergebnisse

Im Rahmen dieses Kapitels werden die Ergebnisse der Forschungsarbeit vorgestellt. Die Darstellung erfolgt mittels eines themengeleiteten Ansatzes. Dieser Ansatz bietet die Möglichkeit Forschungsobjekte qualitativ zu beschreiben und durch den Einsatz quantitativer Elemente zu ergänzen (David, M., Sutton, C.D., 2011, S. 596).

Um eine Einordnung in den aktuellen Kontext zu gewährleisten, werden zunächst die Veränderungen der HIV-Prävention innerhalb der letzten 20 Jahre beschrieben. In einem zweiten Schritt wird die Bedeutung der „Dimensionen sexueller Gesundheit“ sowie der „Salutogenese“ in der HIV-Prävention analysiert. Dem folgt eine Einordnung der aktuellen Ausrichtung der HIV-Prävention in der Praxis. Diese beiden Kapitel werden schließlich gegenübergestellt. Zuletzt folgt eine Analyse möglicher Chancen und Barrieren von Sexualpädagogik/HIV-Prävention bei der deutschen AIDS-Hilfe e.V.

## 5.1 Veränderung von HIV (-Prävention)

Die Hauptkategorie „Veränderung“ (n=27) beinhaltet alle Aussagen, die einen Vergangenheitsbezug oder einen Bezug zu Handlungen, die bis in die Gegenwart stattfinden, herstellen (z.B. „über Generationen“, „früher“, „damals“, „es hat...“, „es war“, „heute“). Mithilfe induktiver Subkategorien wurde bestimmt, ob eine Veränderung in den Angeboten stattgefunden hat und um welche es sich hierbei handelt. In einer weiteren Sub-Subkategorie wurden Hintergründe für die Anpassung der Konzepte identifiziert.

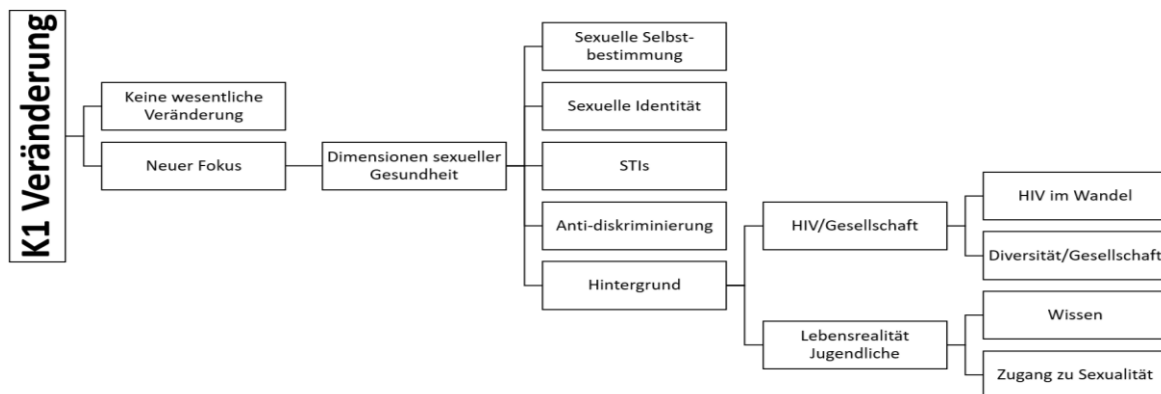


Abbildung 6: Induktive Kategorienbildung, Hauptkategorie „Veränderung“, eigene Darstellung

### Veränderung der Lebenswelt von Jugendlichen bedarf einer Anpassung von Präventionsangeboten

*„Also zunächst glaube ich, dass die reine STI/HIV Prävention nicht mehr ausreicht. Ich glaube, dass es ein ich sag jetzt mal grad heraus ein altes Konzept ist. Ich glaube, dass es nicht mehr das ist was der Lebensrealität der Jugendlichen/Jungen Erwachsenen heute gerecht wird.“ (S1)*

Gesellschaftliche und technologische Veränderungen über die letzten 20 Jahre stellten die HIV-Jugendprävention vor neue Herausforderungen. Die Folge: Der Fokus bei der Durchführung einer HIV-Prävention musste angepasst werden, um den Lebenswelten der Jugendlichen in ihrem heutigen Ausmaß gerecht zu werden. Hintergrund dieser Fokusverschiebung stellten verschiedene Aspekte wie der veränderte und erleichterte Zugang zur Sexualität durch Medien (n=3), veränderte Wissensstände der Jugendlichen (n=5) und Diversität oder weitere gesellschaftliche Anforderungen (n=2) dar.

*„(..) schnelleren Zugang zu sexuellem Content ermöglicht. Sodass die Jugendlichen einfach vermeintlich aufgeklärter sind und ich sage hier vermeintlich, weil da natürlich eine Realität von Sexualität vermittelt wird, die mitunter so ja gar nicht stattfindet und auch nicht stattfinden kann.“ (S1)*

Nachdem Ende der 90er Jahre HIV häufig noch mit dem Thema Tod und Sterben in Verbindung gebracht wurde und viele Präventionsprojekte mit Angst arbeiteten, wird das

HI-Virus heutzutage als gut händelbare chronische Erkrankung betrachtet (n=5) und der Fokus auf Aspekte der sexuellen Dimensionen/sexuellen Bildung gelegt.

*„Das Thema HIV, Tod und Sterben hat sich einfach so sehr in die Köpfe der Menschen eingebrannt über Generationen hinweg. Daran muss gearbeitet werden und das geht halt eben nicht, wenn man über Übertragungswege spricht.“ (N1)*

*„HIV ist eine schwere, tragbare, gut behandelbare chronische Krankheit. Das sollen sie mitnehmen.“ (S2)*

Die Auswertung zeigt deutlich, dass die Konzepte der HIV-Prävention sich über die letzten Jahre weiterentwickelt haben. Kern der Prävention vor zwanzig Jahren stellte zwar bereits die Abklärung von Übertragungswegen und die Fokussierung auf sexuelle Selbstbestimmung (beide: K1.1 keine Veränderung, n=2), dennoch rückten einzelne Aspekte der Dimensionen sexueller Gesundheit (n=8) wie die sexuelle Selbstbestimmung noch mehr in den Fokus.

*„Sexuelle Selbstbestimmung stand früher schon dabei im Vordergrund, zumindest da kann ich für die AIDS-Hilfe sprechen und das ist auch heute noch.“ (N1)*

Die neuen Fokusse der untersuchten HIV-Präventionen liegen in den Bereichen „sexuelle Selbstbestimmung“ (n=1), „sexuelle Identität“ (n=2), „sexuelle Bildung“ (n=1), „Verknüpfung mit anderen sexuell übertragbaren Infektionen“ (n=2) und Antidiskriminierung (n=2).

*„Vor 5 Jahren war zum Beispiel das Gender-Thema überhaupt gar kein Thema. Transgender Personen sind nur am Rande erwähnt worden. Die waren nicht auf dem Schirm. Mittlerweile ist das etwas das einfach komplett mitgedacht wird und auch mit besprochen wird und da gibt es halt auch sehr viele Fragen und Unsicherheiten seitens der Jugendlichen“ (W1)*

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Veränderungen der letzten Jahre neue Bedingungen für die HIV-Prävention stellten. Insbesondere sexuelle Bildung und Dimensionen der sexuellen Gesundheit rückten hierbei in den neuen Fokus. Wie HIV-Prävention und die Dimensionen zusammenhängen, wird in folgendem Abschnitt analysiert und erläutert.

## 5.2 Bedeutung von „Dimensionen sexueller Gesundheit“ und „Salutogenese“

### 5.2.1 Dimensionen sexueller Gesundheit (Leitmotiv)

Die Hauptkategorie „Dimensionen sexueller Gesundheit“ (n= 54) beinhaltet alle Aussagen, die eine der beschriebenen Dimensionen berücksichtigen. Bei der induktiven Entwicklung der Subkategorien wurden die Aussagen nach den Dimensionen „sexuelle Identität“ (n= 21) und „sexuelle Selbstbestimmung“ (n=20) unterteilt. In der Bestimmung weiterer Sub-Sub-Kategorien wurden mögliche Definitionen oder Prozesse zusammengefasst, Outcomes



definiert und die Resultate dieser Outcomes im Sinne von Kompetenzen wie in Abbildung 7 unterteilt.

Die dritte Kategorie „Sexualpädagogik als Rahmen“ (n=10) bildet ab, ob die Integration sexualpädagogischer Elemente gewünscht oder bereits angewendet wird, oder ob die Befragten dem eher kritisch gegenüberstehen.

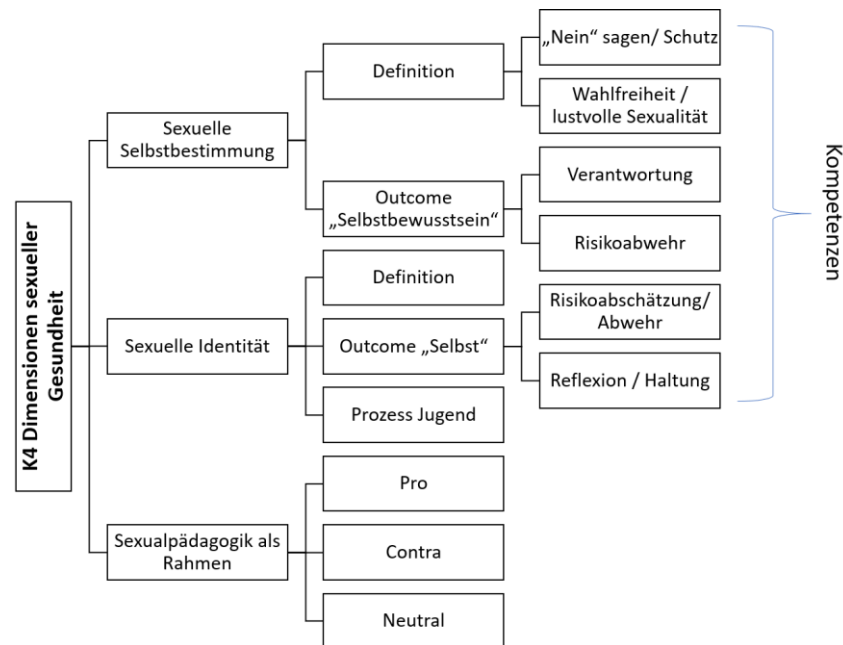


Abbildung 7: Induktive Kategorienbildung, Hauptkategorie „Dimensionen sexueller Gesundheit“, eigene Darstellung

### Stärkung des Selbstkonzepts führt zur Entwicklung von Kompetenzen für einen verantwortungsvollen Umgang mit Sexualität

*„und die sexuelle Selbstbestimmung ist für mich die Grundvoraussetzung, um Krankheiten zu vermeiden. Also nur wenn ich weiß, was ich möchte und was ich eben nicht möchte, dann kann ich eben auch für mich selbstverantwortlich dafür sorgen Krankheiten zu vermeiden“ (S1).*

Alle Experten\*innen gaben an, dass das Thema sexuelle Selbstbestimmung eine wichtige Rolle spielt (vgl. Quantifizierung von Leitmotiven). Bei der Einschätzung der Rolle der sexuellen Identität antworteten vier der befragten Personen, dass die Jugend als Lebensphase eine wichtige Rolle bei der Entwicklung der sexuellen Identität spielt oder diese aufgrund mangelnder sexueller Erfahrung noch nicht ausgebildet ist.

*„allerdings [sind] hier je nachdem welche Altersgruppe man hat, (..) vielen ihre sexuellen Präferenzen noch unklar. Auf was stehen sie später mal beim Sex, sie hatten noch keinen Sex“ (S2).*

Bei der Benennung von sexueller Selbstbestimmung unterschieden die Befragten zwei Formen der Definition. Während sexuelle Selbstbestimmung zum einen die Möglichkeit der Wahlfreiheit und der lustvollen Sexualität (n=2) bietet, gibt sie gleichzeitig das Recht dazu

„Nein“ sagen zu können und die Möglichkeit des Schutzes (n=2). Das Einfordern von Rechten ist jedoch auch immer mit Pflichten verbunden. Um alle sexuellen Rechte und Pflichten umsetzen zu können, ist es zunächst notwendig, gewisse Kompetenzen zu erlernen.

*„Also, wie gesagt was ich persönlich bei der Arbeit recht wichtig finde, ist tatsächlich einen Schwerpunkt zu setzen auf die sexuelle Selbstbestimmung, das Finden der sexuellen Identität und vor allen Dingen die Kompetenzentwicklung“ (W1).*

Mit insgesamt sieben Nennungen gaben die Experten\*innen explizit an, dass sexuelle Identität (n=4) und sexuelle Selbstbestimmung (n=3) wichtige Bestandteile des Selbstkonzepts der Jugendlichen bilden und als wichtige Voraussetzungen zur Entwicklung verschiedener Kompetenzen oder als Resultat dieser Kompetenzen gelten.

Als wichtigster Outcome wurde mit acht Nennungen die Entwicklung der Kompetenz „Risikoabschätzung/Gefahrenabwehr“ angegeben. Diese resultierte sowohl aus den Kategorien „Sexuelle Identität“ (Subkategorie: „Selbst“; n=4) als auch aus der Kategorie „Sexuelle Selbstbestimmung“ (Subkategorie: „Selbstbewusstsein“; n=4) und zeigt, dass beide Dimensionen eng miteinander verknüpft sind und sich gegenseitig beeinflussen.

*„Dass ich Jugendliche erst langsam daran führen muss, damit sie auch selbstbewusst und selbstbestimmt entscheiden können. Also die brauchen Wissen dazu, sie brauchen Identitätsstiftende Geschichten dazu“ (O2).*

Weitere kompetenzorientierte Outcomes stellten die Reflektion der eigenen Haltung (n=3, Kat.: sexuelle Identität) und damit verbundenes antidiskriminierendes Verhalten (n=2) sowie die Übernahme von Verantwortung (n=2, Kat: sexuelle Selbstbestimmung) dar. Die Verbindung von praktischen Fähigkeiten und politischen Leitmotiven zeigt, dass eine Verknüpfung zwischen Verhaltens- und Verhältnisprävention unerlässlich ist.

*„Ich denke, wenn ich mich so annehmen und wahrnehmen kann wie ich bin, ohne Angst vor Diskriminierung zu haben etwas heimlich tun zu müssen, dann kann ich meine Sexualität auch selbstbewusst ausleben und wählen wann und wie ich mich schütze vor was auch immer.“ (S1)*

Insgesamt zeigt sich, dass die Ausbildung einer konsistenten sexuellen Identität und selbstbestimmter Sexualität eng miteinander verbunden sind und eine wichtige Rolle in der HIV-Jugendprävention spielen.

In einem ersten Prozess scheint es sinnvoll, am Aufbau einer sexuellen Identität zu arbeiten. Es entsteht eine Konzeption des eigenen „Selbst“, in dem die Jugendlichen erlernen, ihre eigene Haltung zum Thema Sexualität zu entdecken und Risiken in Kombination mit ihren sexuellen Präferenzen einzuschätzen. Durch die Entwicklung einer

sexuellen Identität nehmen die Jugendlichen ihre Bedürfnisse wahr und legen so den Grundstein einer selbstbestimmten Sexualität.

*„Die Identitätsbildung „Wer bin ich? Was möchte ich überhaupt“ gehört auch zu einem überschaubaren oder einschätzbaren Risikoverhalten“ (W1).*

In einem zweiten Schritt lernen die Jugendlichen diese Bedürfnisse nach außen zu kehren und sichtbar zu machen. Hierzu ist es notwendig, Jugendlichen ihre sexuellen Rechte zu vermitteln und sie durch Empowerment dazu zu befähigen, „selbstbewusst“ für ihre Rechte einzutreten.

*„Die dann auch beim Heranwachsen ein gewisses Selbstbewusstsein und Selbstwertgefühl quasi mitgeben. Das man es sich dann doch auch selbst auch Wert ist die eigene sexuelle Gesundheit zu schützen“ (S1)*

### **Sexualpädagogik als Spannungsfeld – Zwischen Notwendigkeit und Fokusverlust**

Eine Möglichkeit neben klassischen Aufklärungsveranstaltungen weitere Dimensionen wie sexuelle Selbstbestimmung und sexuelle Identität zu integrieren, bietet der Ansatz der Sexualpädagogik. Im Rahmen des Interviews wurden die Experten\*innen befragt, inwiefern sie Sexualpädagogik als Grundsatz in der HIV/STI-Prävention befürworten.

Die Experten\*innen bewerteten den Einsatz von Sexualpädagogik als Rahmen für HIV-Prävention überwiegend positiv. Insgesamt vier Personen gaben an, dass sie bereits sexualpädagogisch arbeiten, eine sexualpädagogische Arbeit befürworten oder zukünftig gerne einsetzen würden. Eine Person beschränkte dies auf den generellen Einsatz pädagogischer Arbeit.

*„Also, wenn wir die Möglichkeit hätten unsere HIV-Prävention einzubetten in eine Sexualpädagogik und das vielleicht in Klassen über mehrere Schuljahre zu betreuen, sodass man das auch aufbauend gestalten kann. Das wäre toll.“ (N1).*

Zwei Personen äußerten sich negativ gegenüber Sexualpädagogik im Rahmen der AIDS-Hilfen. Als Gründe für eine Ablehnung wurde insbesondere eine Verwässerung der HIV-Prävention benannt. Aufgrund mangelnder zeitlicher Ressourcen würden wichtige Inhalte wie HIV-Themen oder Antidiskriminierung wegfallen und wichtige Aspekte sowohl der Prävention als auch der sexuellen Gesundheit verkürzt (vgl. 5.4 Chancen und Barrieren). Sexualpädagogik sollte eher durch weitere Träger sexueller Gesundheit (z.B. ProFamilia) durchgeführt werden.

*„Da müsste das Konzept wirklich so erweitert werden, so vergrößert werden, um wirklich sexualpädagogisch neben den Dingen HIV und Antidiskriminierungsthema also noch ein ganzes Sexualpädagogik Angebot zu machen, das glaube ich würde den Rahmen sprengen.“ (S2)*

## 5.2.2 Salutogenese und Pathogenese (Leitmotiv)

Die Hauptkategorie „Salutogenese/Pathogenese“ dient als Ergänzungskategorie zur Kategorie „Dimensionen sexueller Gesundheit“. Hierdurch sollen Hintergründe sowie weitere ganzheitliche Ansätze, die nicht als Kompetenzorientierung deklariert sind, erfasst werden. Die Hauptkategorie bildet alle Aussagen ab, die „Vermeidung von Krankheiten“, „Krankheit als Teil des Lebens“ oder „ressourcenorientierte“ Elemente vorweisen. Mittels Bildung der ersten Subkategorie wurden die Begriffe „Pathogenese“ (n=3) und „Salutogenese“ (n=6) unterschieden. Mithilfe der Bildung von Sub-Sub-Kategorien wurden die Hintergründe der pathogenetischen oder salutogenetischen Denkweise differenziert und ausgewertet.

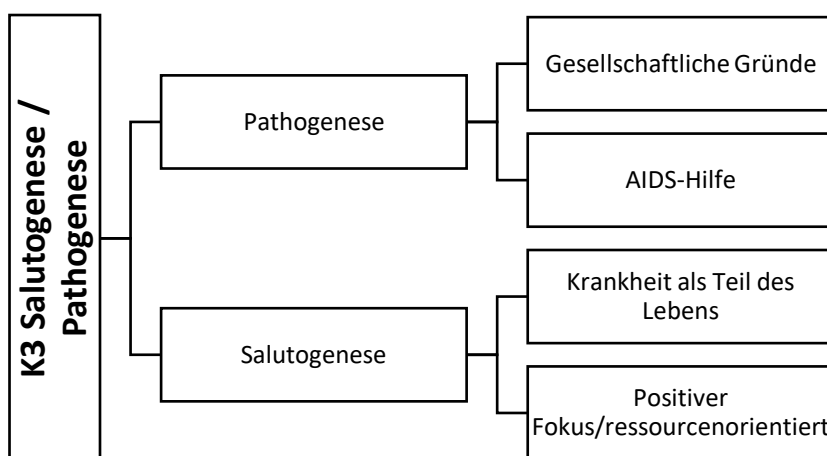


Abbildung 8: Induktive Kategorienbildung, Hauptkategorie „Salutogenese/Pathogenese“, eigene Darstellung

### **AIDS-Hilfe- Zwischen positiver Sexualität und krankheitsorientiertem Image**

Bereits im vorherigen Kapitel wurde gezeigt, dass die Motive der AIDS-Hilfen insbesondere die Stärkung des Selbstkonzepts und Kompetenzvermittlung darstellen, um die Jugendlichen zu befähigen verantwortungsvoll mit ihrer (sexuellen) Gesundheit umzugehen. Insgesamt drei der Experten\*innen gaben an, dass „Krankheit ein Teil des Lebens“ (n=3) ist und sie diese deshalb nicht vermeiden wollen, sondern Jugendliche durch Kompetenzentwicklung drauf vorbereiten möchten.

*Also ich finde es wichtiger in einer kurzen Zeit bei Jugendlichen die Kompetenz zu entwickeln etwas einzuschätzen, also die Kompetenz zu vermitteln etwas einzuschätzen, weil die Krankheitsbilder also die biologischen Krankheitsbilder. Die kommen von selbst.“ (W1).*

Hierbei liegt der Fokus der AIDS-Hilfen auf einer „ressourcenorientierten und positiven“ (n=2) Vermittlung von Sexualität ohne die Abschirmung von Gefahren.

*„Genau, also ich glaube das ist der lustvolle Aspekt ist eine große Stärke. Und lustbetonte fast ohne jetzt (...) also wir verbiegen halt nicht. Also viele Präventionskonzepte gerade im sexuellen Bereich zielen halt darauf ab etwas nicht zu dürfen, etwas nicht machen zu dürfen, weil es halt dann schädlich ist.“(N1)*

Diese der Jugendprävention zu Grunde liegende salutogenetische Grundhaltung spiegelt sich ebenfalls im Salutogenese-Score wider (vgl. Abschnitt 4.2.3). Die Auswertung des Salutogenese-Scores zeigt mit einer Range von 11,5 bis 34 ebenfalls, dass alle sieben befragten AIDS-Hilfen nach einem salutogenetischen oder ausschließlich salutogenetischen Ansatz arbeiten (Abbildung 9). Der häufigste berechnete Wert liegt bei 23, das arithmetische Mittel bei 22,64 und der Median bei 23. Es lässt sich eine Normalverteilung vermuten. Den höchsten Score erreichte eine AIDS-Hilfe aus der Region Ost (O2) einem Punktwert von 34 Punkten und ist somit die einzige der befragten Einrichtungen, die ausschließlich salutogenetisch arbeitet. Den niedrigsten Wert erreichte W1 mit 11,5 Punkten und liegt somit am untersten Rand der salutogenetischen Skalierung. Trotz dieser grundsätzlich salutogenetischen Ausrichtung der AIDS-Hilfen findet sich der reine

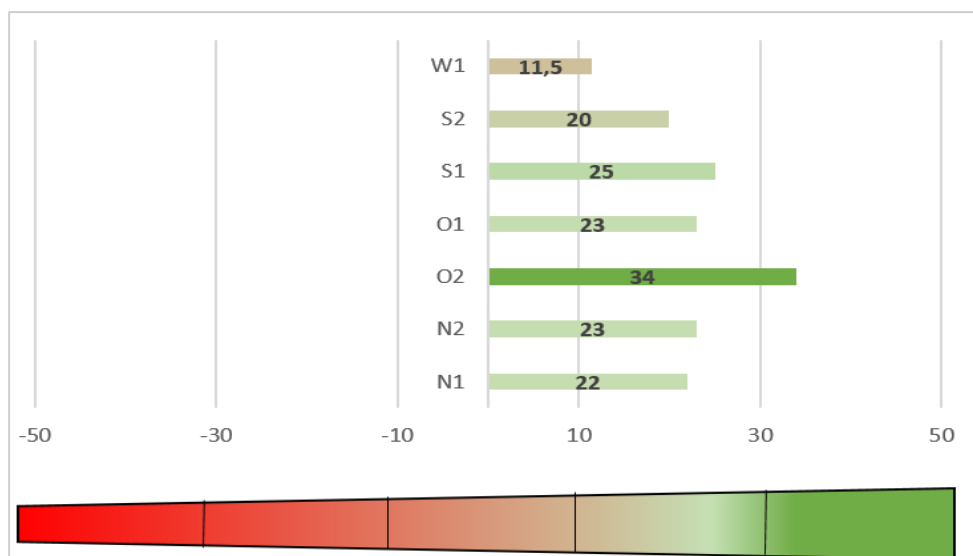


Abbildung 9: Verteilung des Salutogenese-Scores (n=7), eigene Darstellung

Präventionsgedanke und die Vermeidung von Krankheit dennoch in der Praxis wieder („Pathogenese“; n=3). Während eine Person der AIDS-Hilfe angab, dass „Vermeidung von Krankheit bzw. Gesundheitsförderung“ den höchsten Stellenwert in der Prävention hat (vgl. Quantifizierung von Leitmotiven), benannte ein/e Experte\*in, dass die AIDS-Hilfe aufgrund einer pathogenetisch denkenden „Gesellschaft“ (n=2) manchmal gezwungen wird ebenfalls

dem pathogenetischen Motiv zu folgen. Mögliche Gründe könnten hierzu in der Gesellschaft verankerte Bilder von AIDS und HIV darstellen (vgl. 5.1 Veränderungen).

*„Sie werden halt gerufen, wenn das Kind in den Brunnen gefallen ist. Dann sollen sie es halt richten. Dann sind halt kleinere AIDS-Hilfen eher halt dazu gezwungen diesem Ruf zu folgen und dann eben den Auftrag so zu erfüllen wie vielleicht Lehrer\*innen dies wollen oder ein Gesundheitsamt, das will oder... scheinbar die Auftraggeber das halt auch wollen, um einfach auch nicht abgesägt zu werden und weiterhin gerufen zu werden und so weiter.“ (N1)*

*„Weil das für mich der zentralste Punkt von Prävention ist. Vermeidung von Krankheit bzw, Förderung von Gesundheit. Aber da wir hier im Bereich der HIV-Prävention sind, ist es das was mir auch in den Kopf kommt und das an oberster Stelle steht.“(O1).*

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass sich die Träger der AIDS-Hilfe nach salutogenetischen Leitmotiven orientieren, eine Umsetzung durch eine pathogenetisch orientierte Gesellschaft jedoch manchmal schwer erscheint. Dennoch gilt: Durch Förderung von sexueller Identität und sexueller Selbstbestimmung werden Jugendliche in der Entwicklung ihres Selbstkonzepts bestärkt, was mit dem Erlernen wichtiger Kompetenzen einhergeht. Diese Kompetenzen sollen Jugendlichen dazu verhelfen Risiken einzuschätzen, ihnen gegenüberzutreten und verantwortungsvoll mit der eigenen (sexuellen) Gesundheit umzugehen. Somit stellen die Dimensionen einen wichtigen Teil persönlicher Präventionsstrategien.

### 5.3 Ausrichtung von HIV-Prävention in der Praxis

Im folgenden Abschnitt wird zur Untersuchung der Integration von Dimensionen sexueller Gesundheit die Hauptkategorie „K2 Konzepte“ beschrieben und analysiert. In einem zweiten Schritt erfolgt die Auswertung der deutschlandweiten quantitativen Befragung.

#### 5.3.1 Konzepte der Experten\*innen

Mithilfe der Hauptkategorie „Konzept“ wurden alle Aussagen erfasst, die das jeweilige Konzept der AIDS-Hilfe betreffen. Hierzu bildeten die kleinsten Kodiereinheiten Begriffe wie „üben“, „werden besprochen“ und „Themen sind“. Durch Bildung von Subkategorien wurden die Konzepte in „Ziele“ (n=15), „Art der Durchführung“ (n=11) sowie „Stärken“ (n=14) und „Schwächen“ (n=5) unterteilt und differenziert.

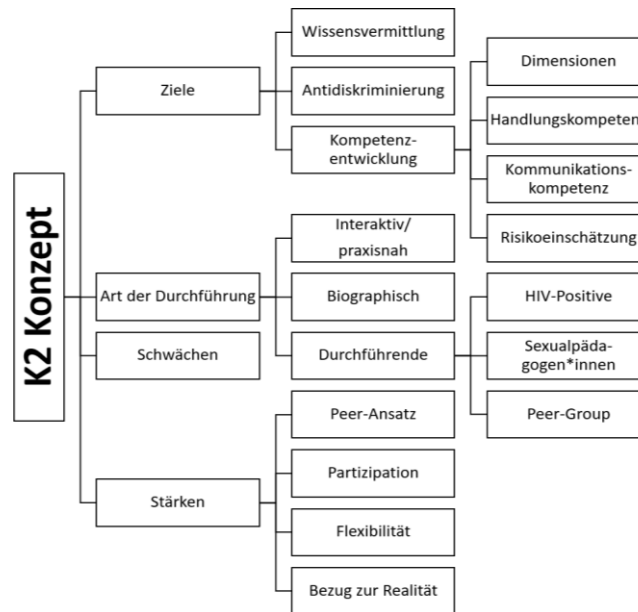


Abbildung 10: Induktive Kategorienbildung, Hauptkategorie „Konzept“, eigene Darstellung

Drei der sieben AIDS-Hilfen äußerten sich zur Anleitung der Workshops. Insgesamt werden Veranstaltungen der Experten\*innen sowohl durch HIV-positive Menschen (n=1), Sexualpädagogen\*innen (n=1) und Peers (n=1) durchgeführt. Als Ziele (n=15) für die Veranstaltungen nannten die Befragten als wichtigstes Outcome die Vermittlung von Kompetenzen (n=7). Hierbei unterschieden sie zwischen Handlungskompetenz (n=2), Kommunikationskompetenz (n=3) und Risikoeinschätzung (n=2) und Kompetenzen in Verbindung mit den „Dimensionen“ (n=2).

*„Ist das ein Risiko einer Übertragung oder vielleicht doch nicht.“ Lass sie das zuordnen und am Ende sprechen wir dann drüber mit dem Ziel, dass sie am Ende sehen, dass tatsächlich die Situationen, die ein übertragbares Risiko bergen doch deutlich geringer sind“ (S1)*

Weitere Ziele der Arbeit der AIDS-Hilfen sind „Wissensvermittlung“ (n=3) und „Antidiskriminierung“ (n=2). Um diese Ziele zu erfüllen, gaben insgesamt fünf AIDS-Hilfen an, dass sie interaktiv oder praxisnah arbeiten (n=7). Durch die Möglichkeit einer flexiblen Gestaltung (n=6) haben die Workshopleitungen die Möglichkeit intensiv auf Fragen und Probleme einzugehen, partizipativ (n=2) zu arbeiten und das Angebot in Abhängigkeit von Bedürfnissen der Jugendlichen zu gestalten. Dies wird insbesondere durch die Arbeit mit „Peers“ (n=2) verstärkt. Dennoch bieten interaktive, praxisorientierte und flexible Veranstaltungen nicht nur Vorteile. Schwächen (n=4) sind hierbei Zeitknappheit sowie Herausforderungen für die Peers in manchen Themengebieten.

*„Also zum einen wäre natürlich eine Schwäche der Peer-Education, dass die Ehrenamtlichen keine Ausgebildeten Sexualpädagogen oder Pädagoginnen sind. Dementsprechend gibt es gewisse Herausforderungen, die sie nicht so gut meistern können mit einer Gruppe. Jetzt so auf pädagogischer Ebene“ (O1, Schwäche).*

Eine AIDS-Hilfe hingegen führt ihre Veranstaltung durch biographisches Arbeiten durch. Eine große Stärke stellt hierbei der „Bezug zur Realität“ (n=4). Durch das Kennenlernen eines HIV-positiven Menschen ist es den Jugendlichen möglich, Vorurteile abzubauen und eine realistische Einschätzung von einem Leben mit HIV zu erlangen. Eine Schwäche stellt jedoch die Verfügbarkeit von HIV-positiven Menschen. Insbesondere eine hohe psychische Belastung in der biographischen Arbeit könnte hierbei eine Barriere bilden.

*„Ich finde, dass ich so eine Mischung aus Prävention und Antidiskriminierung bearbeite. Also dass man den Leuten, den Schülern und auch den Lehrern, wenn die da mit drinsitzen, zeigt „Das sind keine Menschen vor denen man Angst haben muss“. (N2)*

### 5.3.2 Verteilung von Jugendpräventionen in Deutschland

Um einen deutschlandweiten Überblick über die Verteilung zu erhalten, wurden mittels Online-Befragung Träger der Deutschen AIDS-Hilfe e.V. zu ihren Konzepten befragt. Kern der Befragung stellte die Frage nach einer „Definition des Konzeptes“ (vgl. 4.1.2). Mit einer Response Rate von 54,54% nahmen insgesamt 54 Personen der 99 kontaktierten AIDS-Hilfen an der Befragung teil. Die Kategorisierung von Konzepten einzelner Träger (n=52) zeigte, dass bereits fast die Hälfte der befragten Träger (46,15%) HIV-Jugendpräventionen in sexualpädagogische Konzepte einbetten (Abbildung 11). Weitere 26,92% gaben an, dass sie HIV/STI-Präventionen durchführen und diese durch weitere Module ergänzen (Antidiskriminierung, Leben mit HIV, Drogenprävention, geschlechtliche Vielfalt etc.).

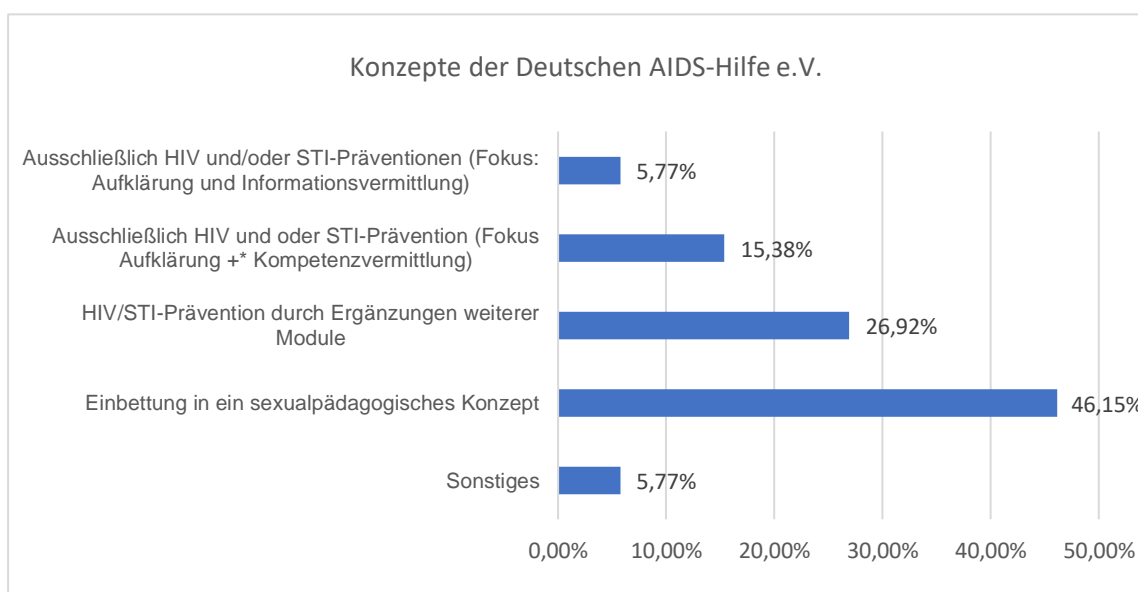


Abbildung 11: Kategorisierung der Angebote der Deutschen AIDS-Hilfe e.V. in % (n=52)

Insgesamt führen 21,05% der teilnehmenden Organisationen ausschließlich HIV/STI-Präventionen in Form von Aufklärungsveranstaltungen durch. Hiervon gaben 15,38% an den Fokus auf Kompetenzvermittlung zu legen, während 5,77% der Befragten die



Informationsvermittlung in den Vordergrund stellten. Insgesamt 5,77% der Teilnehmer\*innen kategorisierten ihre Präventionsangebote als Sonstige. Hierzu zählten unter anderem variable Konzepte sowie einzelne Aktionsveranstaltungen.

Diese Angebote werden zu großen Teilen durch hauptamtliche und ehrenamtliche Mitarbeiter\*innen durchgeführt. Da Mehrfachnennungen möglich waren, werden im Rahmen dieses Abschnitts nur die absoluten Häufigkeiten genannt. Fast alle AIDS-Hilfen (n=53) gaben an, dass eine Durchführung der Angebote durch hauptamtliche Mitarbeiter\*innen stattfindet (Abbildung 12). Gleichzeitig führen 23 Träger HIV-Präventionen durch Ehrenamtler\*innen durch. Hiervon arbeiten elf Träger durch die Peer-Group, während 12 AIDS-Hilfen andere ehrenamtliche Mitarbeiter\*innen einsetzen. In insgesamt 19 Trägern werden die HIV-Jugendpräventionsveranstaltungen von HIV-positiven Menschen durchgeführt. Es fand keine Unterscheidung zwischen Haupt- und Ehrenamt statt. Weitere fünf AIDS-Hilfen führen Präventionen durch sonstige Hilfskräfte wie beispielsweise Praktikant\*innen oder Honorarkräfte durch.

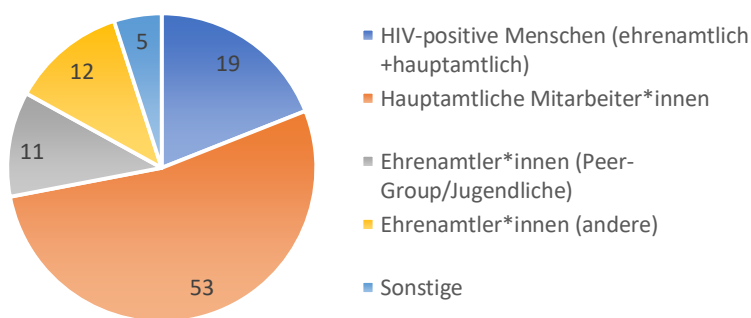


Abbildung 12: Häufigkeiten des Anleitungspersonals von HIV-Jugendpräventionen in absoluten Zahlen (n=54)

Die Frage nach einer zukünftigen sexualpädagogischen Ausrichtung beantworteten 49 Personen. Hierbei gaben mehr als die Hälfte (54,8%) an, sich zukünftig eine sexualpädagogisch ausgerichtete HIV-Jugendprävention vorstellen zu können. 11 Personen (17,7%) gaben an „es nicht zu wissen“ während vier Personen (6,5%) Sexualpädagogik verneinten. Als Gründe wurden hierzu mangelnder Bedarf (n=1), mangelnde Ressourcen/Akzeptanz (n=2) oder ein anderer Arbeitsfokus (n=1) genannt. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass ein Großteil der Träger der Deutschen AIDS-Hilfe interaktiv und praxisnah, teilweise sexualpädagogisch, arbeiten. Während die Durchführung der Anleitungen in den Workshops (Peer, Sexualpädagogen\*innen, etc.) sehr heterogen ist, lässt sich festhalten, dass ein gemeinsamer Fokus vor allem im Bereich Kompetenzorientierung liegt.

## 5.4 Vergleich zwischen Leitmotiven und Konzepten

Um Unterschiede und Gemeinsamkeiten zwischen den Leitmotiven der AIDS-Hilfen (K3 Salutogenese/K4 Dimensionen sexueller Gesundheit) und der tatsächlichen Umsetzung (K2 Konzept) zu quantifizieren, wurde im Rahmen der Experten\*inneninterviews ein Ist/Soll-Ranking zwischen Leitmotiven und Konzepten erstellt.

Hieraus ergaben sich für die Ist-Werte insgesamt 9 Rankings. Dies erfolgte durch Dopplungen im Bereich Nord. Während ein Interview mit einer hauptamtlichen und einer ehrenamtlichen Mitarbeiterin erfolgte, nahm eine weitere Befragte ein doppeltes Ranking vor, um einzelne Module der Jugendpräventionsarbeit abzubilden. Folgend werden die Häufigkeiten der Gesamtgruppe (n=9) beschrieben. Bei der Ermittlung der Soll-Werte wurden im Rahmen des doppelten Interviews keine Unterschiede ermittelt und folgend als eine Person bewertet. Damit einzelne AIDS-Hilfen in der Auswertung nicht stärker gewichtet werden, wurden in einem zweiten Schritt die Daten zur besseren Vergleichbarkeit bereinigt und genauer analysiert. Die Bereinigung erfolgte nach den Kriterien „hauptamtliche Mitarbeiter\*innen“ in Interview Nummer eins sowie durch die Löschung des zweiten Rankings in Interview Nummer zwei. Grund hierfür war die Beschreibung, dass es sich beim zweiten Modul um eine Ergänzung handele, die nicht zwangsläufig in Kombination mit HIV-Prävention durchgeführt wird.

Die Berechnung der Rankings der Leitmotive zeigt ein Missverhältnis zwischen Ist- und Sollzustand. Die häufigsten Nennungen 1 (höchste Priorität) des Ist-Zustandes stellen Antidiskriminierung (n=5; 55,56%) Vermeidung von Krankheiten (n=2; 22,22%), und sexuelle Selbstbestimmung (n=2; 22,22%). Die Verteilung des Soll-Zustands stellt hierbei jedoch ein sehr heterogenes Ergebnis dar. Die höchsten Prioritäten des Soll-Zustands stellten sexuelle Selbstbestimmung, Antidiskriminierung und Kompetenzentwicklung (jeweils n=2; 28,57%) (Tabelle 5). Besonders auffällig ist, dass 57,14% (n=4) der Befragten angaben, dass sie die Vermeidung von Krankheiten im Optimalzustand auf den letzten Platz einordnen würden. Dies unterstützt bereits das vorherige Ergebnis, dass die Vermeidung von Krankheit nicht oberstes Ziel stellt, sondern vielmehr der Umgang mit der eigenen Gesundheit im Vordergrund steht. Dieser kompetenzorientierte Gedanke zeigt, dass ein Großteil der Arbeit der AIDS-Hilfen einem grundsätzlich salutogenetischen Ansatz entspricht (vgl. Abschnitt 5.2.2). 28,57% (n=2) stufen die Wichtigkeit im mittleren Bereich (3) ein, während 14,29% (n=1) angaben, dass Vermeidung von Krankheit im Optimalzustand das Wichtigste an HIV-Jugendprävention darstellt.

Vergleicht man diese Ergebnisse mit dem Ranking des tatsächlichen Zustands, fällt auf, dass die Vermeidung von Krankheiten in der Realität einen wesentlich höheren Stellenwert einnimmt und die pathogenetische Denkweise in Form von Risikoprävention immer noch

verbreitet ist. Mehr als die Hälfte der Befragten (n=5; 55,55%) gaben an, dass die Vermeidung von Krankheiten aktuell in der HIV-Jugendprävention an erster oder zweiter Stelle steht. 28,58% (n=2) schätzen die Wichtigkeit im mittleren Niveau ein (3) und 14,28% (n=1) rankten sie auf dem letzten Platz.

Tabelle 5: Ranking von Ist- und Soll-Zuständen in relativen Häufigkeiten; (\*n=9, \*\*n=7)

	Rankingposition					
		1	2	3	4	5
<b>Vermeidung von Krankheiten</b>	<b>Ist*</b>	22,22%	33,33%	22,22%	11,11%	11,11%
	<b>Soll**</b>	14,29%		28,57%		57,14%
<b>Anti-diskriminierung</b>	<b>Ist*</b>	55,56%	11,11%	22,22%	11,11%	
	<b>Soll**</b>	28,57%	28,57%	14,29%	28,57%	
<b>Kompetenzentwicklung</b>	<b>Ist*</b>		55,56%	22,22%	22,22%	
	<b>Soll**</b>	28,57%	28,57%	14,29%	28,57%	
<b>Sexuelle Selbstbestimmung</b>	<b>Ist*</b>	22,22%		22,22%	33,33%	22,22%
	<b>Soll**</b>	28,57%	42,86%		28,57%	
<b>Identitätsbildung</b>	<b>Ist*</b>			11,11%	22,22%	66,67%
	<b>Soll**</b>			42,86%	28,57%	28,57%

Zur besseren Vergleichbarkeit der fünf Begriffe wurde das Ranking wie in Abschnitt 4.2.3 beschrieben in Punktwerte umgewandelt und der Mittelwert berechnet. Nach Bereinigung der Daten zeigen die arithmetischen Mittel (Abbildung 13), dass den höchsten Stellenwert der aktuell durchgeführten HIV-Prävention die Antidiskriminierung (4,14) aufweist. Dem folgt die Vermeidung von Krankheiten (3,57) und die Kompetenzentwicklung (3,29). Das Schlusslicht bilden die beiden Dimensionen sexueller Gesundheit, sexuelle Selbstbestimmung (2,57) und Identitätsbildung (1,43).

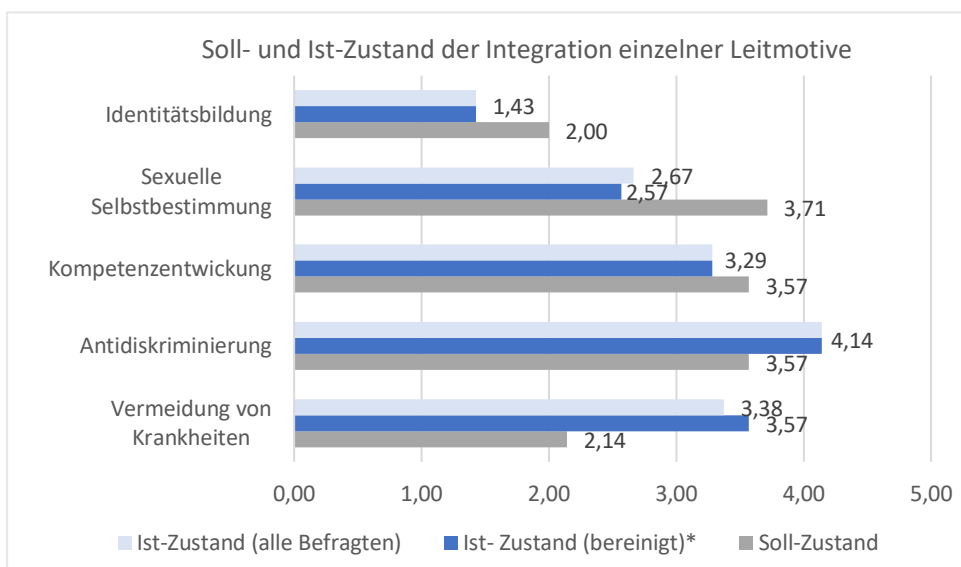


Abbildung 13: Vergleich von Soll- und Ist-Werten der Leitmotive im arithmetischen Mittel, \*nach Bereinigung n=7

Diese Betrachtungsweise zeigt eine Differenz zwischen Realität und Wunschvorstellung. Während die beiden Dimensionen der sexuellen Gesundheit „Identitätsbildung“ (0,57) und „Sexuelle Selbstbestimmung“ (1,14) von den Experten\*innen eher als unzureichend eingeschätzt werden, stellen Antidiskriminierung (-0,57) und die Vermeidung von Krankheiten (-1,43) den Gegenpol und sind in aktuellen Angeboten der Jugendprävention überrepräsentiert. Mit einer Differenz von 0,28 bildet die Entwicklung von Kompetenzen die geringste Lücke und stellt somit die beste Integration zwischen Ist- und Soll-Zustand. Vergleicht man die theoretischen Hauptkategorien (K3: Salutogenese/Pathogenese; K4: Dimensionen sexueller Gesundheit) mit der Praxiskategorie (K2: Konzept) spiegelt sich genau dieses Bild wider. Im Rahmen der Interviews benannten die Experten\*innen die beiden Dimensionen sexueller Gesundheit als sehr wichtig (vgl. Abschnitt 5.1.2). Betrachtet man jedoch die Konzepte der Befragten, fällt auf, dass sie innerhalb der Beschreibung der Konzepte die beiden Dimensionen nur zwei Mal explizit erwähnten. Die gewünschte Entwicklung von Kompetenzen hingegen wurde sowohl in den Leitmotiv-Kategorien als auch in den Praxiskategorien mehrfach genannt (K4: n=15; K2: n=7) und als wichtiges Hauptkriterium hervorgehoben. Um mögliche Hintergründe dieser Missverhältnisse zwischen den Leitmotiven der AIDS-Hilfen und dem tatsächlichen Konzept zu identifizieren, werden folgend die Chancen und Barrieren von sexualpädagogischer Arbeit in AIDS-Hilfen vorgestellt.

## 5.5 Chancen und Barrieren

Die Hauptkategorie „Chancen und Barrieren“ (n=78) beinhaltet alle Aussagen die Schwächen oder Stärken abbilden, die sich nicht ausschließlich auf einzelne Konzepte der AIDS-Hilfen beziehen (vgl. Stärken und Schwächen unter Kategorie K1 Konzept). Chancen (n=43) und Barrieren (n=35) wurden wie folgt definiert: Eine Chance entspricht einer Stärke, die sich auf die Trägerschaft AIDS-Hilfe bezieht (z.B. politisches Leitbild), die mehrere AIDS-Hilfen gemeinsam haben (z.B. Experten\*innenwissen) oder die die Institution Schule nicht vorweist. Induktiv wurde in einer Subkategorie unterschieden, ob es sich um einen gesetzlichen Hintergrund handelt oder um einen Vorteil gegenüber der Schule. Durch weitere Bildung einzelner Sub-Sub-Kategorien wurden diese differenziert. Als Barrieren wurden adäquat hierzu ebenfalls ausschließlich systematische, strukturelle oder gesellschaftliche Schwächen (Subkategorie: „strukturelle Barrieren“ (n= 16)) oder generelle „fehlende Ressourcen“ (n=18) bewertet. Durch weitere Unterteilung der Subkategorien wurden die fehlenden Ressourcen sowie die Art der strukturellen Barrieren herausgefiltert und unterschieden. Aufgrund der Größe dieser Hauptkategorie erfolgt eine Beschreibung mittels absoluter und relativer Zahlen.

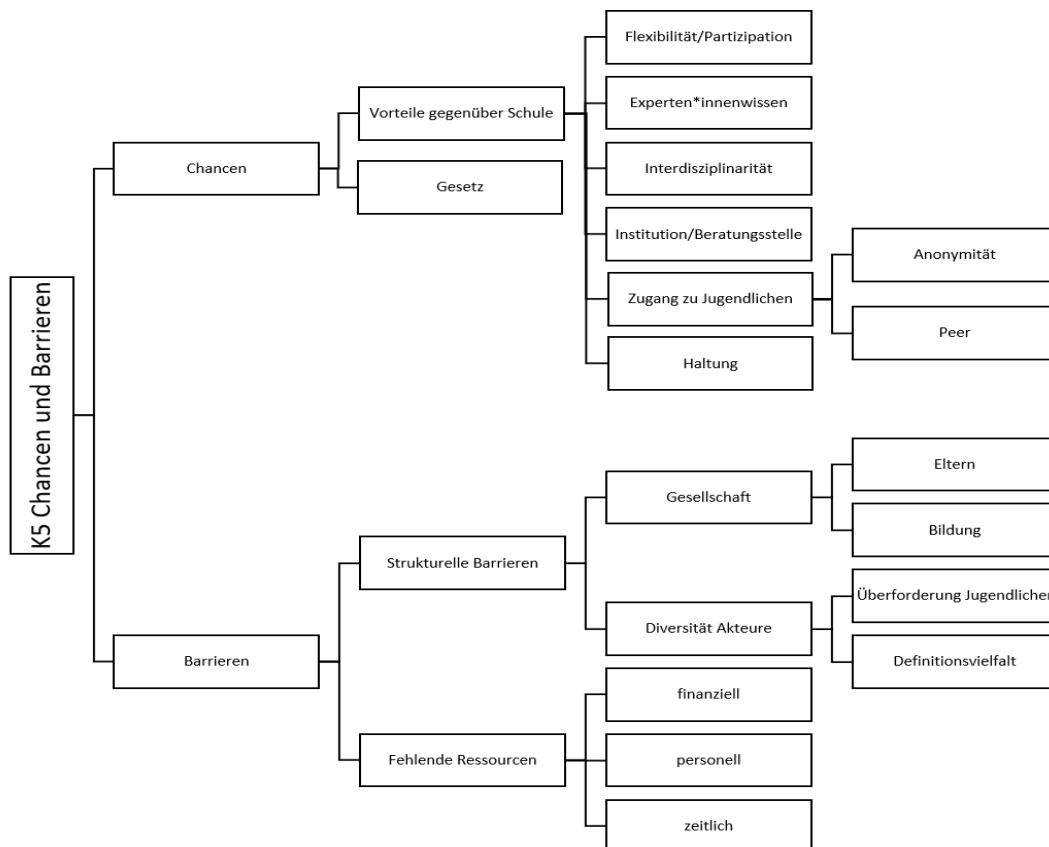


Abbildung 14: Induktive Kategorienbildung, Hauptkategorie „Chancen und Barrieren“, eigene Darstellung

### Sexualpädagogische Arbeit der AIDS-Hilfen bietet viele Vorteile zur Schule

Mit insgesamt 43 Nennungen stellt die Subkategorie „Chancen“ die größte aller Subkategorien dar. Insgesamt 38 der Nennungen zeigten Vorteile gegenüber der Institution Schule. Eine genaue Analyse der einzelnen Subkategorien ergab wie in Abbildung 15 dargestellt folgende Unterteilung: Den größten Vorteil sahen die Befragten in der gelebten Interdisziplinarität (n=11; 28,95%) der Träger. Durch einen ständigen Austausch innerhalb verschiedener Arbeitskreise etc. ist es möglich Angebote bedarfsgerecht anzupassen und eine gemeinsame Haltung zu transportieren.

*„also das liegt also auch da dran, dass wir mit den Kollegen von Schlau zusammenarbeiten, ProFamilia ist da mit drin, Gesundheitsamt ist mit drin“ (N2)*

*„Also ich glaube wirklich, dass Skills zu ergänzen und in einem Team wo Prävention stattfindet glaube ich ist so ein Skills-Mix eigentlich das was meiner Meinung nach eigentlich am besten funktionieren könnte und ich persönlich am wünschenswertesten fände, um gute Prävention zu machen.“ (S1)*

Die Mitarbeiter\*innen der AIDS-Hilfen fungieren in Veranstaltungen als Experten\*innen (n=4; 10,53%) im Bereich der Sexualität und haben die Möglichkeit aktuelle Entwicklungen (n=1; 2,63%) aus dem Bereich HIV/AIDS zu kommunizieren.

Des Weiteren gaben die Befragten an einen leichteren Zugang zu Jugendlichen zu haben als beispielsweise Lehrpersonal (n=9; 23,68%). Gründe hierfür könnten die Anonymität (n=3) der Experten\*innen oder die Durchführung der Workshops durch die Peer-Group (n=4) sein. Auf diese Art und Weise können die Veranstaltungen an die Lebenswelten der Jugendlichen angepasst werden und ihnen einen geschützten Rahmen bieten Probleme anzusprechen.

*„da ist es einfach ganz schön, wenn ich als völlig neutraler Mensch diese Veranstaltung machen kann und ich bin dann wieder weg. Die Schüler\_Innen können völlig frei fragen und völlig frei erzählen, was sie belastet, was sie wissen wollen“ (S1)*

*„sind wir ziemlich nah dran an den Lebenswelten unterschiedlichster Menschen, also unterschiedlichster sozialer Herkünfte oder Milieus und Kulturen, weil halt auch unseren ehrenamtlichen Teamenden aus unterschiedlichen Bereichen kommen, Lebenswelten kommen, und wir ziemlich/also es ist ein junges Team auch.“ (N1)*

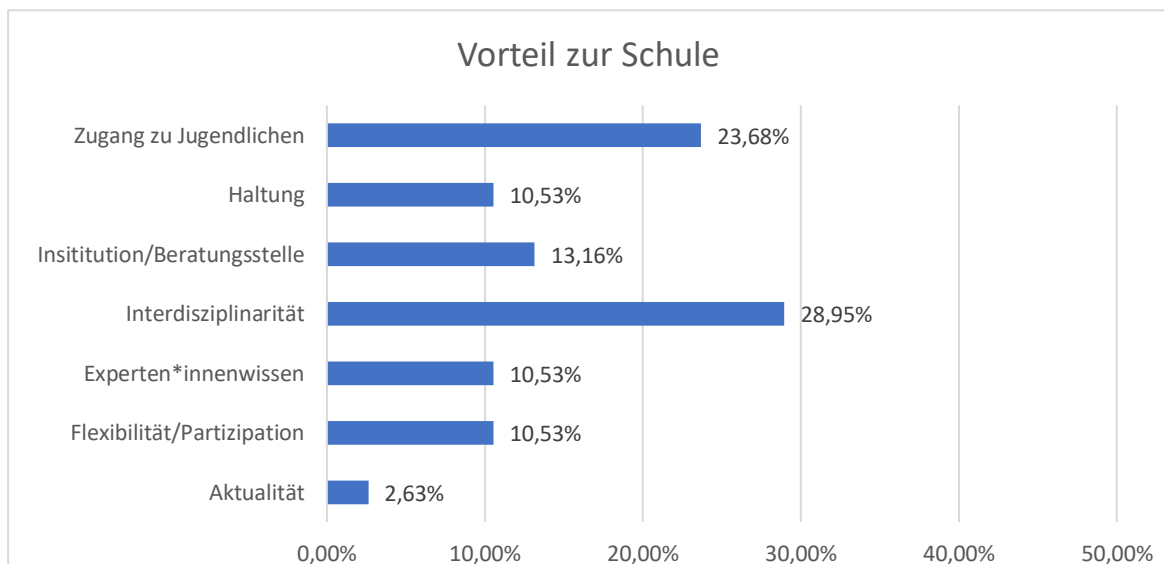


Abbildung 15: Relative Häufigkeit der Subkategorie "Vorteil zur Schule", n= 38

Insbesondere die Möglichkeit, Workshops in der Beratungsstelle stattfinden zu lassen, bietet verschiedene Vorteile (n=5; 13,16%). Erste Kontakte mit der AIDS-Hilfe können Ängste abbauen und es den Jugendlichen erleichtern zukünftig Beratungsangebote in Anspruch zu nehmen. Des Weiteren bietet die freie Umgebung (keine Schule, keine Noten, keine Lehrer\*innen) einen wichtigen Lernraum, in dem Jugendliche ohne Angst vor Konsequenzen Fragen stellen können.

*„Ich weiß auch nicht wie weit ein Biolehrer da gehen darf, ohne dass die Eltern da quasi in einem Elterngespräch das nochmal klären wollen“ (S1).*

Dieses Zitat zeigt insbesondere einen möglichen Konflikt zwischen Lehrer\*innen und Eltern hinsichtlich von Diskursen von Sexualität (z.B. Sexualität der Vielfalt, religionsbezogene Sexuaufklärung) in der Schule. Während Lehrpersonal strengen Bildungsplänen und Leitbildern folgen muss, kann die AIDS-Hilfe durch ihre in der Satzung festgeschriebene politische „Haltung“ (n=4; 10,53%) den Jugendlichen ein positives und wertungsfreies Bild von Sexualität sowie eine gesellschaftskritische Haltung vermitteln. Besonders zu betonen ist hierbei jedoch, dass dieses Bild von Sexualität sich nicht nur auf die Haltung der AIDS-Hilfen beziehen, sondern als Gesamthaltung aus oben erwähnten Arbeitskreisen resultiert.

*„Ja, also das ist vor allen Dingen glaub ich viel Haltung und Einstellung, die von uns transportiert werden, wo wir hoffen, dass das bei den Jugendlichen ankommt auch der Unterschied vielleicht auch zur Schule. Wo ich mir vorstellen könnte, dass es vielleicht mehr Bewertung gibt durch Lehrkräfte.“ (O1)*

*„Und so wie ich es da mitbekomme ist es dort von der Haltung her genauso. Ich gehe doch davon aus, dass auch andere Träger hoffentlich quasi von der Haltung her das gleiche transportieren.“(S1).*

### **Strukturelle Barrieren als Ursache für nicht-sexualpädagogische Arbeit**

*„Also, ich will da auch gar nicht sagen, dass die Lehrer da einen schlechten Job machen, aber ich glaube durch Zeitmangel, durch curriculare Vorgaben ist es glaub ich schon so, dass nicht immer so aufgefangen wird und nicht immer so eingegangen wird auf die Jugendlichen, wie man das möchte“ (W1)*

Mit insgesamt 16 Nennungen gaben die Experten\*innen an, dass Barrieren für sexualpädagogisches Arbeiten häufig strukturelle Bedingungen sind.

Gesellschaftliche Aspekte (n=8) wie Stigmatisierung durch Ärzte, Sexualität als Tabu-Thema oder HIV im Sinne einer gesellschaftlichen pathogenetischen Orientierung (vgl. Abschnitt 5.2.2) spielen hierbei eine Rolle.

*„Wenn wir uns den Pakt für Prävention angucken, den es in Hamburg gibt, sind Sport, Spiel und gesunde Zähne (...) also natürlich wichtig, aber das so sexuelle Gesundheit nennen wir es mal und HIV-Prävention spielt kaum eine Rolle“ (Gesellschaft, N1).*

Weitere strukturelle Barrieren könnten mangelnde Bildung (n=2) des Lehrpersonals im Bereich Sexualität und eine damit verbundene falsche Informationsweitergabe an die Jugendlichen sein sowie Eltern (n=2), die aufgrund des sexuellen Bildungsbegriffs oder Anonymität der Träger diesen eher skeptisch gegenüberstehen.

*„Sie wissen es halt nicht so genau „also wo war jetzt mein Kind eigentlich und wer hat das genau durchgeführt und wie sind diese Menschen geschult. (Eltern, O1).*

Des Weiteren bietet die Diversität der Akteure (n=6) grundsätzlich Vorteile, dennoch könnte eine Vielfalt von Trägern ebenfalls dazu führen, dass einzelne Träger unterschiedliche Inhalte/Definitionen (n=2) vermitteln. Dies könnte zur Überforderung (n=2) von Jugendlichen führen und sie eher verunsichern.

*„Also, wenn ich von Safer Sex rede im Sinne der Deutschen AIDS-Hilfe oder im Sinne von ProFamilia, die halt noch Schutz vor ungewollter Schwangerschaft reinpackt zum Thema SaferSex“ (Definition, O2).*

*„Wer war denn jetzt AIDS-Hilfe und wer war jetzt irgendein anderer Player, der da was zu erzählt hat.“  
(Überforderung, N1).*

### **Erfolgreiche sexualpädagogische Angebote benötigen ausreichend Ressourcen**

Neben strukturellen Bedingungen stellt ein großes Problem der Träger der Deutschen AIDS-Hilfe e.V. der Mangel an Ressourcen (n=18) dar. Alle AIDS-Hilfen benannten sexualpädagogisches Arbeiten als sehr zeitintensiv (n=9). Häufig haben die AIDS-Hilfen nur die Möglichkeit Veranstaltungen in 90- 180 Minuten abzuhalten und müssen aufgrund dessen wesentliche Inhalte reduzieren oder auslassen.

*„Ja, also ich kann die Sachen ein bisschen ankratzen und anreichen. Aber mehr ist einfach nicht möglich.  
Weil, die zeitliche Kompetenz ist nicht da. Mehr kann man nicht leisten“ (zeitliche Ressource, O2).*

Dies hängt zum einen mit engen zeitlichen Vorgaben der Schule zusammen, zum anderen aber auch mit dem Fehlen finanzieller (n=3) und personeller (n=6) Ressourcen.

Insbesondere das Fehlen gut geschulter Menschen, ehrenamtlicher Mitarbeiter\*innen und Personal, die diese adäquat betreuen und koordinieren können, führt zu diesem personellen Engpass und steht in unmittelbarem Zusammenhang zu den fehlenden finanziellen und zeitlichen Ressourcen.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die sexualpädagogische Arbeit im Rahmen der AIDS-Hilfe viele Vorteile gegenüber der Sexuaufklärung in der Schule bietet. Hierbei stehen insbesondere Flexibilität, Interdisziplinarität und ein erleichterter Zugang zu Jugendlichen im Vordergrund. Um dieses Potenzial nutzen zu können, ist es notwendig strukturelle Bedingungen zu ändern und fehlende Ressourcen aufzustocken.

### **5.5 Forderungen der AIDS-Hilfen**

Die Hauptkategorie „Zukunft“ (n=7) beinhaltet alle Äußerungen, die im Konjunktiv formuliert wurden, Wünsche äußern oder die Zukunft beschreiben (z.B. „wünsche“, „sollte“, „könnte“ „zukünftig“, „in Zukunft“). Sie dient dazu Forderungen der AIDS-Hilfe bezüglich zukünftiger Ausrichtungen sichtbar zu machen.



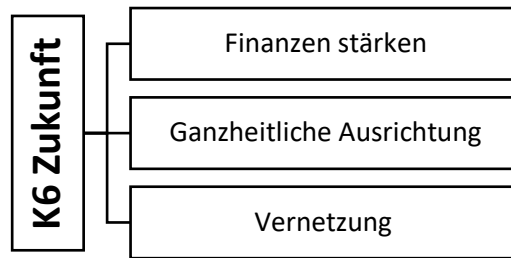


Abbildung 16: Induktive Kategorienbildung Hauptkategorie „Zukunft“, eigene Darstellung

Insgesamt drei AIDS-Hilfen wünschen sich für die Zukunft ein ganzheitliches Angebot (n=3). Ein ganzheitliches Angebot wird über die Experten\*innen als mehrjährige sexuelle Bildung unter Einbezug externer Träger verstanden. Somit soll bewirkt werden, dass punktuelle krankheitsbezogene Sexualaufklärung vermieden wird und stattdessen durch curriculare Verankerung auch lustbetonte Themen der sexuellen Gesundheit kontinuierlich gelehrt wird.

*„Was ich mir wünschen würde, dass Prävention viel größer stattfinden würde. Also eigentlich an allen, das fände ich toll und nicht das was wir machen, weil wir die Kapazitäten ja nicht haben. Dieses punktuelle, ich würde es mir wirklich so für alle Schulen wünschen. Das findet in dieser und dieser Klasse statt, oder in diesem Rahmen halt so 9./10. Klasse, dass sie es wirklich alle mal gehört haben.“ (Ganzheitlichkeit, N2).*

Hierbei sehen die Befragten eine zukünftige intensivere Vernetzung (n=2) als notwendig an. Während die Akteure\*innen sich untereinander stärker austauschen sollen, ist es ebenfalls notwendig als Experte\*in von Schulen herangezogen zu werden. Eine weitere Forderung stellt die Stärkung finanzieller Ressourcen (n=1). Durch weitere Gelder könnte die personelle Situation gestärkt werden und HIV-Jugendprävention weiter ausgebaut werden.

## 6 Diskussion

Folgend werden die Ergebnisse der Arbeit in Bezug auf das Forschungsthema diskutiert. Hierzu werden zunächst die der Arbeit zu Grunde liegenden drei Hauptthesen überprüft, in weitere Kontexte eingebettet und Handlungsempfehlungen gegeben. In einem weiteren Abschnitt werden die Limitationen dieser Forschungsarbeit vorgestellt.

### 6.1. Ergebnisdiskussion

#### **Stärkung des Selbstkonzepts führt zur Entwicklung von Kompetenzen für einen verantwortungsvollen Umgang mit Sexualität**

Die Auswertung der Interviews zeigte, dass die beiden Dimensionen „sexuelle Identität“ und „sexuelle Selbstbestimmung“ wichtige Faktoren für die sexuelle Gesundheit bilden und

bestätigt die im Vorfeld aufgestellte Hypothese, dass *„Sexuelle Selbstbestimmung und sexuelle Identität wichtige gesundheitliche Ressourcen darstellen“*. Durch Stärkung des Selbstkonzepts entwickeln Jugendliche Kompetenzen für einen verantwortungsvollen Umgang mit Sexualität. Während der Entwicklung der sexuellen Identität und dem damit verbundenen Aufbau ihres eigenen „Selbst“ lernen Jugendliche zunächst ihre Bedürfnisse wahrzunehmen. Laut dem Sexualwissenschaftler Uwe Sielert führt die Verbindung eines realistischen Selbstkonzeptes (kennen der eigenen Präferenzen), eines angemessenen Selbstwertgefühls („ich bin ok so“) und einer realistischen Selbstwirksamkeit („ich bin mächtig, Dinge zu tun“) dazu, dass das Individuum ein sexuelles „Ich“ entwickelt. Dieses sexuelle „Ich“ bietet Menschen die Möglichkeit in unserer heutigen Gesellschaft eine selbstbestimmte Sexualität auszuleben (Sielert, U., 2015, 115ff.). Insbesondere die Ausbildung eines hohen Selbstwertgefühls ist hierzu eine wichtige Ressource. Menschen, die sich selbst etwas „zutruen und keine Angst vor Diskriminierung“ haben, erzielen nicht nur schnellere Lernfortschritte, sondern lernen auf ihren Körper und ihre sexuelle Gesundheit zu achten (Timmermanns, S., 2016, S.29). Aus diesem Grund stellt es sich als sinnvoll dar, Jugendliche durch Empowerment dazu zu verhelfen ihre Sexualität selbstbewusst und selbstbestimmt auszuleben.

### **Grundsätzliche salutogenetische Ausrichtung der AIDS-Hilfen unter Vernachlässigung von Dimensionen sexueller Gesundheit**

Die Inhaltsanalyse zeigte, dass die Angebote der AIDS-Hilfen grundsätzlich nach salutogenetischen Leitmotiven verläuft. Im Zentrum der Veranstaltung sollen ein selbstbestimmter und lustbetonter Ansatz von Sexualität stehen, in dem sexuelle übertragbare Erkrankungen keine Fokusposition einnehmen, sondern als natürlicher Bestandteil von Sexualität angesehen werden. Der Fokus hingegen liegt auf der Entwicklung von Kompetenzen, um dieses Risiko einschätzen zu können und verantwortungsvoll mit der eigenen Gesundheit umzugehen und entspricht somit dem Gedanken der Ausbildung von generalisierten Widerstandsressourcen des salutogenetischen Ansatzes (Franke, A., 2015, S.878). Der Salutogenese-Score bestätigte grundsätzlich, den durch die Interviews erlangten Eindruck, dass es sich bei den Angebotenen weitestgehend um salutogenetische Ansätze der HIV-Prävention handelt, eine genauere Analyse ist jedoch nicht möglich. Zwar erreichte die einzige AIDS-Hilfe, die den Fokus ausschließlich auf sexuelle Bildung legt, als einzige Einrichtung einen Score, der in der Kategorie „ausschließlich salutogenetisch“ anzusiedeln ist, eine genaue Betrachtung zeigte jedoch Unterschiede zwischen weiteren weiten Scores und der Interviewangaben bzgl. des Konzeptes. Man würde man erwarten, dass diejenigen AIDS-Hilfen, die verneinen

sexualpädagogisch zu arbeiten den niedrigsten Score aufweisen. Dies ist jedoch, wie in 5.2.2 dargelegt, nicht gegeben. Die zu Beginn aufgestellte Haupthypothese *„Der Fokus einzelner Träger im Bereich Sexualität ist eher pathogenetisch statt salutogenetisch orientiert“* (vgl. Bremer, V., Winkelmann, C. 2012, S.98) lässt sich in Bezug auf die AIDS-Hilfen (mit Einschränkungen) nicht bestätigen. Trotz der grundsätzlich salutogenetischen Ausrichtung der AIDS-Hilfen zeigte die Analyse eine Diskrepanz zwischen Realität und dem Optimalzustand. Die Berechnung des Ist-Soll-Zustands zwischen Leitmotiven und Praxis zeigte, dass der aktuelle Fokus der HIV-Prävention auf Antidiskriminierung, Vermeidung von Krankheit und Kompetenzorientierung liegen. Eine Berücksichtigung der Dimensionen sexuelle Identität und sexuelle Selbstbestimmung werden hierbei vernachlässigt. Die Träger der AIDS-Hilfe versuchen zwar bereits zu großen Teilen Präventionsangebote salutogenetisch auszurichten (Drewes, J. et al., 2010, S.15) und durch Bereiche der sexuellen Bildung zu ergänzen, jedoch zeigt sich in der Praxis, dass die pathogenetische Denkweise, in Form von Risikoprävention immer noch verbreitet ist unterstützt die Haupthypothese, dass *„Prävention komplementär durch salutogenetisches Herangehensweisen ergänzt werden muss“* (Stumpe, 2012, S. 123f., 127).

### **Gesellschaftliche Faktoren führen zu teils pathogenetischer Ausrichtung der HIV-Jugendprävention**

Der Vergleich zwischen Leitmotiven und Konzepten zeigte, dass derzeit in den Angeboten der HIV-Prävention Antidiskriminierung als Thema überrepräsentiert ist. Gleichzeitig gaben die Befragten jedoch an, dass gesellschaftliche Faktoren häufig als Barrieren fungieren. Aspekte wie Stigmatisierung, Tabuisierung von Sexualität oder ein pathogenetisch-orientierte Gesellschaftsbild spielen hierbei wichtige Rollen und sind mit einem krankheitsbehafteten Bild der AIDS-Hilfe verbunden. Die Verbindung von HIV und Tod und Vorurteile gegenüber HIV-positiven Menschen könnten diesen Aspekt verstärken. Die repräsentative Bevölkerungsbefragung des Welt-Aids-Tages 2017 bestätigte dieses Bild. Auch hier zeigten sich verschiedene Diskriminierungspotenziale sowie Vorurteile gegenüber HIV-positiven Menschen in der deutschen Bevölkerung (von Rüden, U., Kostrzewski, D., 2017, S18f.). Kritisch wurde angemerkt, dass insbesondere die Integration von Dimensionen sexueller Gesundheit in Form sexualpädagogischer Arbeit unter Mangel von Ressourcen zur Verwässerung des Angebotes führt und mögliche gesellschaftliche Aspekte vernachlässigt werden. Dies sollte bei Weiterentwicklung von Konzepten berücksichtigt werden.

### *Handlungsempfehlung 1: Weiterer Fokus von Antidiskriminierung zur Verbesserung der Verhältnisse*

Aus diesem Grund sollte die Antidiskriminierungsarbeit weiterhin eine der wichtigsten Kernthemen im Bereich der AIDS-Hilfen stellen und nur dann durch weitere Dimensionen der sexuellen Gesundheit ergänzt werden, wenn Ressourcen dies zu lassen. Die bereits in den Ansatz der strukturellen Prävention integrierte Verbindung zwischen Verhaltens- und Verhältnisprävention kann weiterhin dazu verhelfen Vorurteile in der Bevölkerung abzubauen und tatsächliches Wissen zu vermitteln. Durch Verbesserung der Rahmenbedingungen kann ein positiver Umgang mit HIV geschaffen und eine salutogenetische Ausrichtung unterstützt werden.

#### **Schulische Sexualaufklärung in Zusammenarbeit mit der Deutschen AIDS-Hilfe e.V. bietet viele Vorteile**

Ein weiterer Grund für die fehlende Integration sexueller Identität und sexueller Selbstbestimmung in die HIV-Jugendprävention könnte der sein, dass die Entwicklung dieser Dimensionen ein dynamischer Prozess ist. Eine stabile sexuelle Identität und selbstbestimmte Sexualität müssen sich im Laufe des Lebens, von Kindheitstagen beginnend, entwickeln. Eine Möglichkeit bietet hierbei die sexuelle Bildung (Sielert, U., 2015, S.116f.). In Deutschland liegt der Auftrag der Sexualaufklärung als Teil des Bildungsangebots, in Abstimmung mit den Ländern, bei den Schulen. Die Ergebnisse zeigten, dass eine Kooperation zwischen schulischer Sexualaufklärung und der Deutschen AIDS-Hilfe e.V. (und anderen Trägern) viele Vorteile mit sich bringt. Gründe hierfür sind vor allem verstärkte Interdisziplinarität, Experten\*innenwissen, die politische Haltung, Flexibilität oder der Zugang zu Jugendlichen (vgl. Abschnitt 5.5) Die gleichzeitige Anonymität der Mitarbeiter\*innen der AIDS-Hilfen und Jugendlichen bietet die Möglichkeit ein offenes Vertrauensverhältnis zu schaffen, ohne das die Jugendlichen befürchten müssen zu einem späteren Zeitpunkt noch einmal auf persönliche Themen angesprochen zu werden. Gleichzeitig bietet die Auseinandersetzung mit der Institution AIDS-Hilfe erste Kontaktmöglichkeiten, kann dazu verhelfen Barrieren oder Vorurteile abzubauen und führt erneut zu einer Verbesserung struktureller Bedingungen. Dies hängt insbesondere mit einem verbesserten Zugang zu Jugendlichen zusammen. Zwar stellen Lehrer\*innen, aktuell insbesondere bei Jungs, eine wichtige Person bei der Aufklärung dar (Bode, H., Heßling, A., 2015, S. 34f.), eine Ausweitung auf externe Träger kann jedoch den Zugang zu Jugendlichen erleichtern. Insbesondere die Möglichkeit einer Durchführung der HIV-Prävention durch Peer-Groups wurde hierbei hervorgehoben. Durch den Einsatzes verschiedener Menschen, die in einer ähnlichen Lebensphase verweilen, kann eine niedrigschwellige Verbindung zu Jugendlichen

geschaffen und die Angebote an die Bedarfe der Lebenswelt der Jugendlichen besser angepasst werden. Die Datenlage bestätigt dies. Während bereits seit einigen Jahren die Verbesserung von gesundheitsförderlichen Programmen durch den Einsatz von Peer-Groups bekannt ist, zeigte eine randomisierte Kontrollstudie aus dem Jahr 2012, dass Peer-Education insbesondere im Bereich der Wissensvermittlung über HIV eine Verbesserung der Ergebnisse erzielt (vgl. Borgia, P. et al., 2012). Grundsätzlich sollte jedoch hierbei beachtet werden, dass vor allem der Ansatz der Peer-Education eine intensive Betreuung, Ausbildung und personelle Ressourcen benötigt sowie weitere Grenzen in der Durchführung ganzheitlicher Angebote mit sich bringt. Themen wie „sexualisierte Gewalt“, aber auch die damit eng verbundene Dimension „sexuelle Selbstbestimmung“, sollten durch sexualpädagogisch ausgebildete Menschen behandelt werden und eignen sich somit weniger für den Einsatz von Peer-Groups noch für Lehrpersonal in Schulen. Es zeigt sich insgesamt, dass eine Kooperation zwischen schulischer Sexualaufklärung und der Deutschen AIDS-Hilfe e.V. (und weiteren Trägern) viele Vorteile mit sich bringt und zukünftig bedacht werden sollte. Hierzu ist es zunächst notwendig strukturelle Bedingungen zu ändern und fehlende Ressourcen auszugleichen. Eine Möglichkeit bietet hierzu die Verankerung schulischer Sexualaufklärung auf Bundes- und Länderebene.

### **Sexuelle Bildung muss kontinuierlich und nach festgesetzten Standards erfolgen**

Während einige Bundesländer gesetzlich verankert haben, dass die Rolle der schulischen Sexualaufklärung durch weitere Träger im Bereich sexueller Gesundheit ergänzt werden, wird dies in anderen Bundesländern vernachlässigt (vgl. Deutscher Bundestag, 2016). Auch im Rahmen der Forschungsarbeit konnte aufgrund der heterogenen Strukturen zwischen einzelnen Bundesländern innerhalb der eingeteilten Regionen und dem gewählten Forschungsansatz kein systematischer Unterschied in den Angeboten erkannt werden. Insgesamt scheint es sinnvoll vergleichbare Strukturen zu schaffen, um Jugendlichen unabhängig ihres Wohnortes die gleiche Möglichkeit der Entwicklung ihrer eigenen Sexualität zu bieten.

#### *Handlungsempfehlung 2: Bundesweite gesetzliche Verankerung von schulischer Sexualaufklärung durch Ergänzung weiterer Träger*

Um vergleichbare Strukturen innerhalb Deutschlands zu schaffen, scheint es sinnvoll Kooperationen zwischen schulischer Sexualaufklärung und weiteren Trägern auf Bundesebene zu verankern. Grundlage sollten die von der WHO und BZgA gemeinsam entwickelten „Standards für Sexualaufklärung in Europa“ bilden. Durch die Entwicklung eines bundesweiten Gesetzentwurfs, dass die Kooperation schulischer Sexualaufklärung und weiterer Träger verpflichtet und gleichzeitig das ganzheitliche Potenzial der Standards

berücksichtigt, besteht die Möglichkeit punktuelle, krankheitsbezogene Sexualaufklärung zu vermeiden und diese auch im Rahmen der AIDS-Hilfe ganzheitlich zu betreiben.

*Handlungsempfehlung 3: Vernetzung von Akteuren unter Berücksichtigung gemeinsamer Standards zur Bündelung von Ressourcen (Entwicklung einer Road-Map)*

Hierbei ist jedoch zu beachten, dass der Staat im deutschen Bildungssystem ausschließlich die Aufgabe der Regelungs- und Steuerungskompetenz hat. Diese beinhaltet zwar die Planung und inhaltliche Ausrichtung von Bildungsangelegenheiten, die tatsächliche Umsetzung obliegt jedoch der Länderhoheit (bpb, 2013). Aus diesem Grund ist es sinnvoll unter Berücksichtigung möglicher bundesweiter Gesetzgebungen ebenfalls die Integration in die Länder voranzutreiben. Die Analyse zeigte, dass die Diversität der einzelnen Träger sowohl Chancen als auch Gefahren mit sich bringt. Die in Deutschland sehr heterogenen Strukturen verschiedener Träger können zu einer Separierung einzelner Teildisziplinen führen und ein ganzheitliches Verständnis von sexueller Gesundheit erschweren (Bremer, V., Winkelmann, C., 2012, S. 98). Gleichzeitig bieten diese Strukturen jedoch die Möglichkeit Experten\*innenwissen miteinander zu verknüpfen und unterstützen den Gedanken der gelebten Interdisziplinarität. Hierbei besteht jedoch die Gefahr in der Dopplung von Inhalten sowie Uneinigkeiten bei der Definition einzelner Kernbegriffe (z.B. SaferSex 3.0). Aus diesem Grund ist es ratsam, in regelmäßigen Austausch zu treten, sich über aktuelle Entwicklungen zu informieren und Leitlinien zu entwickeln, in denen die Kerninhalte trägerübergreifend vermerkt sind. Hierzu wird jedem Bundesland empfohlen, angelehnt an die Standards der WHO und BZgA, eine Road-Map zu entwickeln, die einzelne Kernbereiche unter verschiedenen Trägern und der Schule aufteilt. Grundsätzlich sollte hierbei jedoch berücksichtigt werden, dass die Inhalte einzelner Träger, wie zum

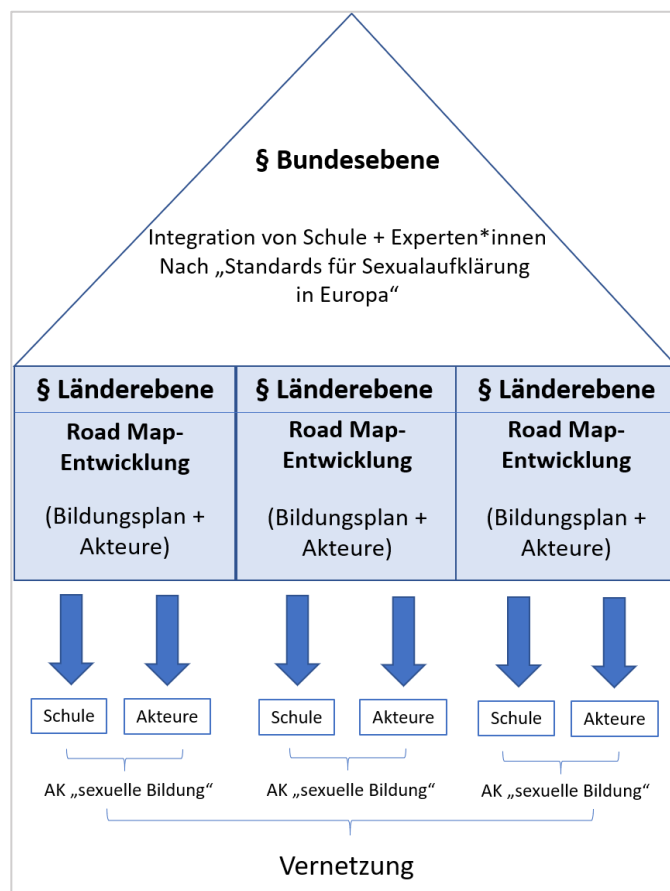


Abbildung 17: Mehrstufiges Verfahren zur gesetzlichen Verankerung von Kooperation und Vernetzung

Beispiel der Deutschen AIDS-Hilfe, nicht ausschließlich pathogenetisch (ausschließlich HIV-Prävention) eingeteilt werden, um eine erneute Isolation von einzelnen Dimensionen zu vermeiden. Ein kontinuierlicher Austausch der einzelnen Träger sollte erfolgen. Hierzu scheint es sinnvoll einzelne Arbeitskreise zu bilden, die sowohl Personal schulischer als auch auf Trägerebene beinhalten und durch regelmäßigen Austausch miteinander vernetzt sind. Good Practise-Beispiele könnten Netzwerke wie „Arbeitsgemeinschaft AIDS-Prävention NRW“ auf Länderebene oder der Arbeitskreis Sexualpädagogik & sexuelle Bildung Leipzig“ auf kommunaler Ebene darstellen (vgl. AIDS-Hilfe NRW o.J.; AIDS-Hilfe Leipzig, o.J.). Zur Entwicklung einer solchen Road-Map wird empfohlen zunächst eine systematische Analyse einzelner Bundesländer unter Berücksichtigung von Gesetzgebungen und Trägerlandschaften durchzuführen. Die Entwicklung einer solchen Road-Map bietet die Möglichkeit die einzelnen Arbeitsfelder verschiedener Träger sichtbar zu machen, Vermeidung von doppelten Angeboten umzusetzen und somit die eh knappen Ressourcen zu bündeln.

*Handlungsempfehlung 4: Stärkung von Ressourcen der AIDS-Hilfen (und anderen Trägern) erforderlich*

Sollte eine Bündelung von Ressourcen nicht möglich sein, scheint es sinnvoll fehlende Ressourcen zu stärken. Durch den Mangel an zeitlichen, finanziellen und personellen Ressourcen ist es nicht möglich ein ganzheitliches Angebot, angepasst an die Bedarfe der Jugendlichen, anzubieten. Hierdurch werden einzelne Dimensionen der sexuellen Gesundheit vernachlässigt und führen erneut zu krankheitsorientierten und separierten Veranstaltungsinhalten. Um dem Anspruch der WHO gerecht zu werden, einen positiven Ansatz von Sexualität in den Fokus sexueller Gesundheit zu stellen, ist es notwendig diese Barrieren zu überwinden und weitere Ressourcen zur Verfügung zu stellen.

## 6.2 Methodendiskussion

Die in dieser Arbeit verwendete inhaltlich strukturierte Inhaltsanalyse nach Kuckartz zeigte sowohl Vor- als auch Nachteile. Ziel qualitativer Forschungsverfahren ist es, ohne vorab festgelegte Antwortkategorien mithilfe des Forschungsmaterials induktiv Theorien zu entwickeln. Hierbei ist es notwendig ein Verfahren möglichst offen und ohne Vorannahmen zu gestalten (Hussy, W., Schreier, M., Echterhoff, G. 2013, 189ff.) Durch die Aufstellung einzelner Haupthypothesen und die zu Beginn deduktiv festgelegten Hauptkategorien wurde bereits zu Beginn sehr stark die Forschungsrichtung bestimmt, die sich erst im weiteren Verlauf induktiv entwickelte. Dies könnte zur Folge haben, dass der Fokus der Ergebnisse bereits zu Beginn gesetzt wurde und wichtige Aspekte durch die Forscherin

möglicherweise durch selektive Wahrnehmung nicht erfasst wurden (Diekmann, A. 2016, S. 54). Gleichzeitig zeigte sich jedoch auch, dass die Durchführung einer deduktiv-induktiven Mischform verschiedene Möglichkeiten der Erkenntnisgewinnung bot. Während zu Beginn mittels der deduktiven Hauptkategorien ein theoriegeleiteter Rahmen geschaffen wurde, war es möglich durch induktiv-gebildete Subkategorien neue Hypothesen zu generieren, welche als Erklärung für die Theorie genutzt werden konnten. Durch Gegenüberstellung einzelner Kategorien ist es möglich Zusammenhänge oder Unterschiede zu identifizieren. Ein Beispiel hierfür bietet die Subkategorie „Kompetenzorientierung“, die induktiv sowohl in den Kategorien „Dimensionen sexueller Gesundheit“ als auch „Konzepte“ identifiziert wurde. Um den Gütekriterien qualitativer Forschung Validität, Objektivität und Reliabilität gerecht zu werden, scheint es sinnvoll in einer weiteren Untersuchung die Forschungsergebnisse mittels Re-Test oder durch eine Reliabilitätsprüfung noch einmal zu überprüfen. Hierdurch können mögliche subjektive Wahrnehmungen verringert und die Reliabilität der Ergebnisse überprüft werden (Mayring, P., 2008. S. 109f.). Die Einbettung der Ergebnisse der Kategorie „Dimensionen sexueller Gesundheit“ in die sexualwissenschaftliche Theorie bestätigte den Zusammenhang zwischen den Dimensionen sexueller Gesundheit, der Entwicklung eines Selbstkonzepts und damit verbundenen gesundheitsförderlichen Verhalten und lässt auf eine hohe Konstruktvalidität schließen (Mayring, P., 2008. S. 110). Durch das mehrstufige Auswahlverfahren der Interviewpartner\*innen wurden insgesamt 7 AIDS-Hilfen aus Großstädten abgebildet, die miteinander verglichen wurden. Diese AIDS-Hilfen ähnelten sich in Größe, Mitarbeiter\*innenzahlen und Strukturen und sind somit vergleichbar. Es muss jedoch berücksichtigt werden, dass die Gegebenheiten kleinerer lokale Träger nicht in den Interviews mit abgebildet wurden und insbesondere mögliche Chancen und Barrieren nicht berücksichtigt werden konnten. Eine Überprüfung durch weitere Interviews mit kleineren Trägern wäre ratsam. Ebenfalls wurde im Rahmen eines Interviews auf Wunsch der AIDS-Hilfe die Befragung mit zwei Personen (hauptamtlich+ ehrenamtlich) durchgeführt. Während für die Auswertung der quantitativen Elemente ausschließlich Nennungen der hauptamtlichen Person verwendet wurden, stellten beide Personen die Grundlage der Inhaltsanalyse und könnten ein mögliches Bild beeinflussen.

Weitere Verzerrungen könnten durch ein konzeptionelles Ungleichgewicht der befragten Einrichtungen entstehen. Von den sieben AIDS-Hilfen arbeiteten nur zwei Träger nicht mit sexualpädagogischen Elementen. Zwar entspricht dies auch dem in der Online-Befragung gewonnen Bild über die Verteilung einzelner Angebote in Deutschland, dennoch könnte dies dazu führen, dass kritische Seiten der sexualpädagogischen Angebote in dieser Auswertung vernachlässigt wurden. Eine Möglichkeit dem zukünftig entgegenzuwirken, wäre es, mittels Online-Befragung im Vorfeld eine Kategorisierung der AIDS-Hilfen



einzuholen und die Interviewpartner\*innen auf Grundlage dieser Befragung möglichst heterogen auszuwählen (z. B. „sexuelle Bildung“, „Leben mit HIV“, „Wissensvermittlung“). Eine Einteilung nach Regionen stellte sich im Nachhinein als nicht nützlich heraus.

Bei der Konzeptionierung des Online-Fragebogens stellte sich eine Kategorisierung der verschiedenen HIV-Jugendpräventionsangebote als erschwert heraus. Aufgrund verschiedener curricularer Voraussetzungen der sexuellen Bildung in den Bundesländern und einer Selbstverantwortung der einzelnen Träger für ihre Angebote, sind die Angebote der Jugendprävention sehr heterogen. Klare Definitionen einzelner Angebote sind nicht verfügbar. Ziel der Einteilung war es eine allgemeine Tendenz zu erfassen, wie AIDS-Hilfen ihre Angebote selbst verstehen. Die Freiheit einer eigenen Interpretation durch die Träger, statt einer eng vorgegebenen Definition (z. B. Was ist Sexualpädagogik), ermöglicht es diese Tendenz zu erfassen, verhindert jedoch gleichzeitig die repräsentative Abbildung einer tatsächlichen Verteilung von HIV-Jugendprävention in Deutschland. Um diese zu erreichen, wäre es sinnvoller einzelne Konzeptbausteine der AIDS-Hilfen zu erfragen und diese im Anschluss zu analysieren.

Aufgrund der kleinen Stichprobe an Interviewpartner\*innen können die quantitativen Elemente der Interviews zwar einen ersten Hinweis auf mögliche Ergebnisse liefern, um diese jedoch repräsentativ abzubilden ist eine erneute Wiederholung unter Einbezug mehrerer AIDS-Hilfen zu empfehlen. Insbesondere die Befragung des Ist-Soll Rankings böte die Möglichkeit repräsentativ abzubilden, ob die entdeckte Diskrepanz zwischen Leitmotiv und Praxis zufällig ist, oder ob diese einem Gesamtbild der Trägerschaft entspricht. Auf eine Integration dieses Rankings sollte jedoch zukünftig bei der Durchführung von Experten\*inneninterviews nicht verzichtet werden, da die Erklärung des Rankings wichtige Informationen über die Denk- oder Arbeitsweise einzelner AIDS-Hilfen bieten kann.

Bei der Auswertung des Salutogenese-Scores sollte berücksichtigt werden, dass der gesamte Score insgesamt aus nur zehn verschiedenen Items gebildet wurde, die zu je fünf Items aus pathogenetischer und salutogenetischer Orientierung stammten. Wurde ein Item von den AIDS-Hilfen besonders niedrig oder besonders hoch bewertet, beispielsweise aufgrund politischer Leitbilder, könnte dies das Ergebnis stark beeinflussen. Beispiele hierfür sind die Frage nach „Verhinderung sexuellen Missbrauchs“ oder „Verhinderung von Abtreibungen“. Um eine reliable Aussage treffen zu können, scheint es sinnvoll die Anzahl an Items zu erhöhen, um so die Gewichtung möglicher Ausreißer zu senken. Eine weitere Möglichkeit böte die Adjustierung einzelner Aussagen und eine Analyse verschiedener Dimensionen sexueller Dimensionen. Als ein weiteres Bias muss die Erhebung der Daten durch Integration in den Fragebogen berücksichtigt werden. Hierbei könnten Faktoren der sozialen Erwünschtheit bei besonders „negativen“ oder „positiven“ Aussagen sowie eine

mögliche Beeinflussung durch die Stimmlage der Interviewenden sein (Diekmann, A., 2016, S. 446 ff.). Durch Integration dieses Scores in einen Fragebogen könnten diese Verzerrungen minimiert werden.

Zuletzt sollte berücksichtigt werden, dass die Autorin dieser Forschungsarbeit selbst als ehrenamtliche Mitarbeiterin der HIV-Jugendprävention in einem Träger der Deutschen AIDS-Hilfe fungiert und somit ein möglicher Interessenkonflikt bestehen könnte.

Insgesamt lässt sich sagen, dass die Auswahl der Methode trotz einiger Schwächen die Möglichkeit bot neue Barrieren und Chancen der HIV-Jugendprävention zu identifizieren, die zukünftig in der Umsetzung mitgedacht werden können. Insbesondere die Ergänzung des Experten\*inneninterviews durch quantitative Methoden verstärkte dieses Bild. Um repräsentative Ergebnisse zu erhalten, scheint es sinnvoll, angelehnt an diese Arbeit, weitere Interviews mit bisher vernachlässigten AIDS-Hilfen zu führen sowie die Erhebung weiterer quantitativer Daten mittels beschriebener und adjustierter Online-Befragung durchzuführen.

## 7 Fazit

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Dimensionen der sexuellen Gesundheit in der Theorie eine wichtige Rolle für die HIV-Jugendprävention der Träger der Deutschen AIDS-Hilfe e.V. spielen, jedoch in der Praxis vernachlässigt werden. Durch die Förderung von sexueller Identität und sexueller Selbstbestimmung stärken Jugendliche ihr Selbstkonzept und entwickeln Kompetenzen, die wichtig für einen verantwortungsvollen Umgang mit Sexualität sind. Hierzu zählen neben politischen Aspekten ebenfalls die Entwicklung persönlicher Präventionsstrategien.

Während das Leitmotiv der Träger der Deutschen AIDS-Hilfe e.V. im Sinne der Salutogenese ganzheitlich ausgerichtet ist, zeigt die Umsetzung, dass die Vermeidung von Krankheit eine sehr wichtige Rolle spielt. Gründe für diese pathogenetische Ausrichtung und die Vernachlässigung der Dimensionen in der Praxis stellen gesellschaftliche Aspekte, strukturelle Bedingungen und fehlende Ressourcen. Insbesondere gesellschaftliche Aspekte zeigen einen erhöhten Bedarf im Bereich Antidiskriminierung und sollten zukünftig weiter als Kernaufgabe der AIDS-Hilfen wahrgenommen werden. Auf struktureller Ebene scheint es sinnvoll weitere Ressourcen bereitzustellen oder diese durch gesetzlich geregelte Entwicklung gemeinsamer Standards zu bündeln. Dies bietet die Möglichkeit einer intensiven Vernetzung, Vermeidung von Dopplungen und einer Betrachtung einer ganzheitlichen Ausrichtung von HIV-Prävention unter Berücksichtigung von Dimensionen sexueller Gesundheit.

## Literaturverzeichnis

AIDS-Hilfe NRW (o.J.). Die Arbeitsgemeinschaft AIDS-Hilfe NRW. AIDS-Hilfe NRW. [https://ahnrw.de/aidshilfe-nrw/front\\_content.php?idcat=1961](https://ahnrw.de/aidshilfe-nrw/front_content.php?idcat=1961). Stand 13.10.2019

AIDS-Hilfe Leipzig (o.J.). Arbeitskreis Sexualpädagogik und sexuelle Bildung Leipzig. AIDS-Hilfe Leipzig. <http://www.leipzig.aidshilfe.de/sexuelle-bildung/sexualp%C3%A4dagogik/arbeitskreis-sexualp%C3%A4dagogik-und-sexuelle-bildung-leipzig>. Stand 13.10.2019

Antonovsky, A. (1997). Salutogenese. Zur Entmystifizierung von Gesundheit. Tübingen: TGVV Verlag.

Antow, A., Bartho, C., Bindrim, M., Grund, L., Gutsche, F., Langer, P.C., Müller, S., Pätsch, S., Seffert, B., Seidel, M., Wilke, T. (2008). AIDS-Prävention in Deutschland, in: Berliner AIDS-Hilfe e.V. (Hrsg.). Schoolwork-Team. Handbuch Jugendprävention, Berlin: Berliner AIDS-Hilfe e.V., S.9-12.

Baeten, J.M., Donell, D., Ndase, P., Mugo, N.R., Campbell, J.C., Wangisi, J., Tappero, J.W., Bukusi, E.A., Cohen, C.R., Katabira, E., Ronald, A., Tumwesigye, E., et al. (2012). Antiretroviral Prophylaxis for HIV Prevention in Heterosexual Men and Women, in: The New England Journal of Medicine, Vol. 367/2012, S. 399-410.

Bavinton, B.R., Prestage, G.P., Jin, F., Phanuphak, N., Grinsztejn, B., Fairley, C.K., Baker, D., Hoy, J., Templeton, D.J., Tee, B.K., Kelleher, A., Grulich, A.E., Opposites Attract Study Group. Strategies used by gay male HIV serodiscordant couples to reduce the risk of HIV transmission from anal intercourse in three countries, in: Journal of International AIDS Society, Vol. 22/2019 (4), e25277.

Blättner, B., Waller, H., (2011). Gesundheitswissenschaft. Eine Einführung für Grundlagen, Theorie und Anwendung. 5. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart: Kohlhammer.

Borgia, P., Marinacci, C., Schifano, P., Perucci, C.A. (2005). Is peer education the best approach for HIV prevention in schools? Findings from a randomized controlled trial, in: Journal of Adolescent Health, Vol. 35/2005 (6), p. 508-516.

Bremer, V., Winkelmann C. (2012). Sexuelle Gesundheit in Deutschland – Ein Überblick über existierende Strukturen und Verbesserungspotentiale, in: Sexuologie, Nr. 19/2012 (3-4), Berlin: DCSMTW, p.93-104.

Bundesministerium für Gesundheit, Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (2016). BIS 2030 – Strategie zur Eindämmung von HIV, Hepatitis B und C und anderen sexuell übertragbaren Infektionen. Berlin: Deutsche Bundesregierung.

Bundesministerium für Gesundheit (2019). Pressemitteilung der Bundesregierung vom 02.09.2019: Gesetzlicher Anspruch für HIV Präexpositionsprophylaxe (PrEP) kommt. Bundesministerium für Gesundheit. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/terminservice-und-versorgungsgesetz/prep.html>. Stand 27.09.2019

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2016). Rahmenkonzept zur Sexualaufklärung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung in Abstimmung mit den Bundesländern. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Bundeszentrale für politische Bildung (2013). Wie der Staat das Bildungswesen prägt. Bundeszentrale für politische Bildung. <http://www.bpb.de/gesellschaft/bildung/zukunftsbildung/145238/staat-als-akteur?p=all>. Stand 17.10.2019

Bode, H., Heßling, A. (2015). Jugendsexualität 2015. Die Perspektive der 14- bis 25-Jährigen. Ergebnisse einer aktuellen repräsentativen Wiederholungsbefragung. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

Castilla, J., del Romero, J., Hernando, V., Marincovich, B., Garcia, S., Rodriguez, C. (2005). Effectiveness of Highly Active Antiretroviral Therapy in Reducing Heterosexual Transmission of HIV, in: Journal of acquired immune deficiency syndrome K acquir Immun Devic Syndr Vol. 40/2005 (1), p. 96-101.

Choopanya, K., Martin, M., Suntharasamai, P., Sangkum, U., Mock, P.A., Leethochawalit, M., Chiamwongpaet, S., Kitisin, P., Natrujirote, P., Kittimunkong, S., Chuachoowong, R., Gvetadze, R.J., McNicholl, J.M., Paxton, L.A., Curlin, M.E., Hendrix, C.W., Vanichseni, S., et al. (2013). Antiretroviral prophylaxis for HIV infection in injecting drug users in Bangkok, Thailand (the Bangkok Tenofovir Study): a randomised, double-blind, placebo-controlled phase 3 trial, in: The Lancet, Vol. 381/2013, p. 2083-2090.

David, M., Sutton, C.D. (2011). Social Research. An introduction. Second Edition. Los Angeles: SAGE.

Destatis (2018). Gemeinden ab 5000 Einwohnern nach Fläche, Bevölkerung und Bevölkerungsdichte am 31.12.2017, im November 2018 wegen korrigierter Bevölkerung revidiert. Statistisches Bundesamt. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Laender-Regionen/Regionales/Gemeindeverzeichnis/Administrativ/07-gemeinden.html>. Stand 25.09.2019

Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (o.J.a). HIV-Symptome und Verlauf. Deutsche AIDS-Hilfe e.V. <https://www.aidshilfe.de/hiv-symptome-verlauf>, Stand 06.10.2019

Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (o.J.b). Safer Sex. Deutsche AIDS-Hilfe e.V. <https://www.iwwit.de/safer-sex>. Stand 06.10.2019

Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (2007). Leitbild. Deutsche AIDS-Hilfe e.V. <https://www.aidshilfe.de/leitbild#acc-73917>. Stand 13.10.2019

Deutscher Bundestag (2016). Dokumentation WD 8 - 3000 - 071/16- Sexuelle Vielfalt und Sexualerziehung in den Lehrplänen der Bundesländer. Berlin: Wissenschaftliche Dienste deutscher Bundestag

Deutsche STI-Gesellschaft (o.J.) Was sind STD/STI. Deutsche STI-Gesellschaft e.V. Gesellschaft zur Förderung der Sexuellen Gesundheit. <https://www.dstig.de/was-sind-stdsti.html>. Stand 06.10.2019

Diekmann, A. (2016). Empirische Sozialforschung. Grundlage, Methoden, Anwendungen. 10. Auflage. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Verlag.

Döring, N., Bortz, J. (2016). Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften. 5. vollständig überarbeitete, aktualisierte und erweiterte Auflage. Berlin/Heidelberg: Springer-Verlag.

Drewes, J., Gusy, B., Kraschl, C., Kleiber, D. (2010). Strukturelle Prävention – eine Betrachtung aus gesundheitswissenschaftlicher Perspektive, in: Drewes, J., Sweers, H. (Hrsg). Strukturelle Prävention und Gesundheitsförderung im Kontext von HIV, Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe, S.13-25.

Eschenbeck K., Kauff RK. (2018). Entwicklungsaufgaben und ihre Bewältigung, in: Lohaus, A. (Hrsg.). Entwicklungspsychologie des Jugendalters. Berlin/Heidelberg: Springer-Verlag, S. 169-196.

Franke, A. (2015). Salutogenetische Perspektive, in: Blümel, S., Frankowiak, P., Kaba-Schönstein, L., Nöcker, G., Plaumann, M., Trojan, A., Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden E-Book 2018, Köln: BZgA, S.877-881.

Grant, R.M., Lama, J.R., Anderson, P.L., McMahan, V., Liu, A.Y., Vargas, L., Goicochea, P., Casapia, M., Guanira-Carranza, J.V., Ramirez-Cardich, M.E., Montoya-Herrera, O., Fernández, T. (2010). Preexposure Chemoprophylaxis for HIV Prevention in Men Who Have Sex with Men, in: The New England Journal of Medicine, Vol. 360/2010, p. 2587-2599.

Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 100- 1, veröffentlichten bereinigten Fassung, das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 28. März 2019 (BGBl. I S. 404) geändert worden ist" (GG 3.3, S.2)

Hilgert, G. (2010). Handbuch. HIV-Prävention für Mädchen und Frauen. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe.

Hurrelmann, K., Bauer, U., (2015). Einführung in die Sozialisationstheorie. Das Modell der produktiven Realitätsverarbeitung. 11. vollständig, überarbeitete Auflage. Weinheim/Basel: Beltz Juventa

Hussy, W., Schreier, M., Echterhoff, G. (2013). Forschungsmethoden in Psychologie und Sozialwissenschaften für Bachelor. 2. Auflage. Berlin/Heidelberg: Springer-Verlag

Jansen, K., Bremer, V., von Rügen, U., Steffan E., Nitschke, H. (2013). Sexuelle Gesundheit in Deutschland - Indikatoren als Instrumente zum Beschreiben, Planen und Evaluieren. Der Indikatorenkatalog der Deutschen STI-Gesellschaft., in: Bundesgesundheitsblatt 2013, Nr. 56/2013 Berlin/Heidelberg: Springer-Verlag, S. 913–921.

Kaba-Schönstein, L. (2018). Gesundheitsförderung 1: Grundlagen, in: Blümel, S., Frankowiak, P., Kaba-Schönstein, L., Nöcker, G., Plaumann, M., Trojan, A., Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden E-Book 2018, Köln: BZgA, S. 227-238.

Krappmann, L., (2000). Soziologische Dimensionen der Identität. Strukturelle Bedingungen für die Teilnahme an Interaktionsprozessen. 9., in der Ausstattung veränderte Auflage. Stuttgart: Klett-Cotta.

Kuckartz, U. (2016). Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. 3. Überarbeitete Auflage. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.

Leicht, I. (2015). Sexuelle Selbstbestimmung als Menschenrecht, in: Breckenfelder, M. (Hrsg.), Homosexualität und Schule-Handlungsfelder-Zugänge-Perspektiven, Opladen/Berlin/Toronto: Budrich-Verlag, S.17-36.

Marcus, U. (2010). Medizinische und strukturelle Prävention von HIV-Infektionen und Aids-Erkrankungen, in: Drewes, J., Sweers, H. (Hrsg). Strukturelle Prävention und Gesundheitsförderung im Kontext von HIV, Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe, S.170-180.

Martin, Beate (2013). Körper- und Sexuaufklärung, in Renate-Berenike Schmidt & Uwe Sielert (Hrsg.), Handbuch Sexualpädagogik und sexuelle Bildung, Weinheim und Basel: Juventa, S. 670-686.

Mayring, P. (2008). Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 10. Auflage. Weinheim und Basel: Beltz

McCormack S, Dunn DT, Desai M, Dolling DI, Gafos M, Gilson R, Sullivan AK, Clarke A, Reeves I, Schembri G, Mackie N, Bowman C, Lacey CJ, Apea V, Brady M, Fox J, Taylor S, Antonucci S, Khoo SH, Rooney J, Nardone A, Fisher M, McOwan A, Phillips AN, Johnson AM, Gazzard B, Gill ON. (2015). Pre-exposure prophylaxis to prevent the acquisition of HIV-1 infection (PROUD): effectiveness results from the pilot phase of a pragmatic open-label randomised trial, in The Lancet, Vol 387/2016, p.53-60.

- MGEPA (2013). Weiterentwicklung der HIV/AIDS Prävention in Nordrhein-Westfalen-Schwerpunkt „Neuinfektionen minimieren“. Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen. [https://www.aids-nrw.de/upload/pdf/empfehlungen/ag\\_aidspraevention/20130506\\_mgepa\\_hiv\\_aids\\_konzept\\_druckversion.pdf](https://www.aids-nrw.de/upload/pdf/empfehlungen/ag_aidspraevention/20130506_mgepa_hiv_aids_konzept_druckversion.pdf). Stand 13.10.2019
- Pinquart, M. (2019). Prävention und Gesundheitsförderung im Jugendalter, in: Tiemann, M., Mohokum, M. (Hrsg.), Prävention und Gesundheitsförderung, Berlin/Heidelberg: Springer Reference Pflege – Therapie – Gesundheit, S.1-15.
- Reimann, B.W., Bardeleben, H., Schmidt, P. (1990). Aids und das Problem einer präventionsgerechten Sexualität, in: Rosenbrock, R., Salmen, A. (Hrsg.). Aids-Prävention. Berlin: Ed. Sigma Bohn, S. 227-240.
- Robert-Koch-Institut (o.J.). RKI-Ratgeber. HIV-Infektion/AIDS. Robert-Koch-Institut. [https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber\\_HIV\\_AIDS.html#doc2374480bodyText2](https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber_HIV_AIDS.html#doc2374480bodyText2). Stand 05.10.2019
- Robert-Koch-Institut (2017). Epidemiologisches Bulletin 39/2017. HIV-Jahresbericht 2016. Berlin: Robert-Koch-Institut.
- Robert-Koch-Institut (2018). Epidemiologisches Bulletin 47/2018. Schätzung der Zahl der HIV-Neuinfektionen und der Gesamtzahl von Menschen mit HIV in Deutschland - Stand Ende 2017. Berlin: Robert-Koch-Institut.
- Rodger, A.J., Cambiano, V., Bruun, T., Vernazza, P., Collins, S., van Lunzen, J., Corbelli, G.M., Estrada, V., Geretti, A.M., Beloukas, A., Asboe, D., Viciano, P., Gutiérrez, F., Clotet, B., Pradier, C., Gerstoft, J., Weber, R., Westling, K., Wandeler, G., Prins, J.M., Rieger, A., Stoeckle, M., Kümmerle, T., Bini, T., Ammassari, A., Gilson, R., Krznicar, I., Ristola, M., Zangerle, R., Handberg, P., Antela, A., Allan, S., Phillips, A.N., Lundgren, J., et al. (2016). Sexual Activity Without Condoms and Risk of HIV Transmission in Serodifferent Couples When the HIV-Positive Partner Is Using Suppressive Antiretroviral Therapy, in: Journal of the American Medical Association, Vol.316/2016, p.171-182.
- Rosenbrock, R. (2010). Entwicklungskonzept für die Prävention von HIV/Aids, sexuell übertragbaren Infektionen und Hepatiden in Berlin. Expertise erstellt im Auftrag der Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz. Berlin.
- Schmidt, R.-B. (2013). Sexualität als Lebensthema im Übergang vom Jugend- zum Erwachsenenalter bei Mädchen und jungen Frauen, in: Schmidt, R.-B., Sielert, U. (Hrsg.), Handbuch Sexualpädagogik und sexuelle Bildung, Weinheim/Basel: Beltz Juventa, S. 378-391.
- Sielert, U. (2015). Einführung in die Sexualpädagogik. 2. Erweiterte und aktualisierte Auflage. Weinheim/Basel: Beltz.
- Steinke, I. (2012). Gütekriterien qualitativer Forschung, in: Flick, U., von Kardorff, E., Steinke, I. (Hg.). Qualitative Sozialforschung. Ein Handbuch. 9. Auflage. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag, S. 319.-331.
- Stumpe, H. (2012). Zwischen Risikoprävention und sexueller Gesundheitsförderung-Salutogenese im Kontext von Sexualaufklärung in Europa, in: Sexuologie, Nr. 19/2012 (3-4), S.122-127.
- Timmermanns, S., (2016). Vielfalt erwächst aus Freiheit. Zur theoretischen Verortung einer Sexualpädagogik der Vielfalt, in: Henningsen, A., Tuiders, E., Timmermanns, S. (Hrsg.), Sexualpädagogik kontrovers, Weinheim/Basel: Beltz Juventa, S.17-31.
- von Rügen, U., Kostrzewski, D. (2017). Repräsentative Bevölkerungsbefragung anlässlich des Welt-AIDS-Tages 2017. BZgA-Forschungsbericht. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

Watzlawick, M. (2014). Homo-, bi- oder heterosexuell? Identitätsfindung in, zwischen und außerhalb der Norm, in: Zeitschrift Für Inklusion, Nr. 3/2014. <https://www.inklusion-online.net/index.php/inklusion-online/article/view/227>. Stand 03.10.2019

WHO (2006a). Constitution of the World Health Organization- Basis Documents, Forty-fifth edition, Supplement, October 2006. Weltgesundheitsorganisation. [https://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_en.pdf](https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf). Stand 13.10.2019.

WHO (1986). Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. Weltgesundheitsorganisation. [http://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0004/129532/Ottawa\\_Charter.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf?ua=1). Stand 24.09.2019

WHO (2006b). Defining sexual health. Report of a technical consultation on sexual health 28-31 January 2002, Geneva. Weltgesundheitsorganisation, Genf: WHO

WHO, UNFPA, IPPF, UNAIDS, UCSF (2009). Sexual and reproductive health and HIV: Linkages: Evidence Review and Recommendations. WHO, UNFPA, IPPF, UNAIDS, UCSF. [https://gcwa.unaids.org/sites/womenandaids.net/files/IPPF-UNAIDS-UNFPA-WHO\\_SRH-HIV-linkages\\_evidence\\_review\\_enSept09.pdf](https://gcwa.unaids.org/sites/womenandaids.net/files/IPPF-UNAIDS-UNFPA-WHO_SRH-HIV-linkages_evidence_review_enSept09.pdf). Stand 06.10.2019

WHO-Regionalbüro Europa (o.J.). Sexuelle und reproduktive Gesundheit. Definition. Weltgesundheitsorganisation Regionalbüro für Europa. <http://www.euro.who.int/de/health-topics/Life-stages/sexual-and-reproductive-health/news/news/2011/06/sexual-health-throughout-life/definition>. Stand 13.10.2019

WHO-Regionalbüro Europa, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (2011). Standards für die Sexualaufklärung in Europa Rahmenkonzept für politische Entscheidungsträger, Bildungseinrichtungen, Gesundheitsbehörden, Expertinnen und Experten. Berlin: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Wilke, T. (2016). Prävention und Gesundheitsförderung mit Jugendlichen: Angebote der Mitgliedsorganisationen der Deutschen AIDS-Hilfe Ergebnisse einer Umfrage, in: Deutsche AIDS-Hilfe e.V., HIV-Prävention, Lebensweisenakzeptanz, selbstbestimmte Sexualitäten: eine Entwicklung. Dokumentation eines Fachtages. [http://www.aidshilfe-koeln.de/wp-content/uploads/2017/04/Youthwork\\_Fachtag\\_web.pdf](http://www.aidshilfe-koeln.de/wp-content/uploads/2017/04/Youthwork_Fachtag_web.pdf). Stand: 25.09.2019

## Eidesstattliche Erklärung

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

---

Hamburg, den

---

Claudia Wodtke



## Anhang

### Kodierleitfaden

Kategorie	Definition	Ankerbeispiele	Kodierregeln
K1 Veränderung <b>(deduktive Hauptkategorie)</b>	Veränderung in den letzten 20 Jahren	„Sexuelle Selbstbestimmung stand früher schon dabei im Vordergrund, zumindest da kann ich für die AIDS-Hilfe sprechen und das ist auch heute noch.“ (N1)	alle Aussagen, die einen Vergangenheitsbezug oder einen Bezug zu Handlungen, die bis in die Gegenwart stattfinden, herstellen (z.B. „über Generationen“, „früher“, „damals“, „es hat...“, „es war“, „heute“)
K1.1 keine Veränderung	Es gibt keine wesentlichen Veränderungen	„Tatsächlich geht es immer noch darum Übertragungswege abzuklären und Jugendlichen zu befähigen ein Schutzverhalten an den Tag zu legen und für sich selbst am Ende gut zu sorgen.“ (N1)	Alle Aussagen, die betonen, dass das Konzept ähnlich geblieben ist (z.B. immer noch darum)
K1.2 Neuer Fokus	Wie hat sich die HIV-Prävention verändert?	„Die größte Veränderung ist eindeutig, dass das Thema Leben mit HIV und Antidiskriminierung einen größeren Stellenwert einnimmt... (S2)	Alle Aussagen, die verdeutlichen, dass der Kern der HIV-Prävention anders ist (z.B. „Fokus, einen größeren Stellenwert“, „früher haben wir mehr“)
K1.2.1 Hintergrund	K 1.2 Warum hat sich die HIV-Prävention verändert?		
K1.2.1.1 HIV-Wandel	Wahrnehmung/ Veränderung von HIV	„Das Thema HIV, Tod und Sterben hat sich einfach so sehr in die Köpfe der Menschen eingebrannt über Generationen hinweg. Daran muss gearbeitet werden und das geht halt eben nicht, wenn man über Übertragungswege spricht.“	Alle Aussagen, die einen medizinischen oder gesellschaftlichen Wandel von HIV beinhalten (z.B. „über Generationen hinweg“, „Vor 20 Jahren war HIV“, „das alte Präventionskonzept“)
K1.2.1.2 Zugang zur Sexualität	Zugang der Jugendlichen zur Sexualität	„(...) schnelleren Zugang zu sexuellen Content ermöglicht. Sodass die Jugendlichen einfach vermeintlich aufgeklärter sind und ich sage hier vermeintlich, weil da natürlich eine Realität von Sexualität vermittelt wird, die mitunter so ja gar nicht stattfindet und auch nicht stattfinden kann“	Alle Aussagen die die Begriffe „Zugang“ „Content“, „Zugriff“ beinhalten, oder sinnbildlich über den Zugang definiert werden. (Bsp. „Youporn schauen“)
K1.2.1.3 Wissen	Wissensstand und Verhalten der Jugendlichen hat sich verändert	„Man merkt dann auch ganz schnell, wenn man dann anfängt mit dem Thema HIV, dass es teilweise einfach so was die sexuelle	Alle Aussagen, die Begriffe wie „Defizite“, „Wissen“ aber auch Verhaltensweisen gegenüber

		Aufklärung angeht, so viele Defizite gibt, dass das Thema HIV viel zu vorgegriffen wäre und dass man wo ganz anders erstmal ansetzen muss.“	früherer Zeiten abgrenzt (z.B. „anders als die Eltern“
K1.2.1.4 Diversität	Gesellschaftliche Vielfalt	„Und mit dieser ganzen Farbenpracht (..) stehen wir aber auch vor anderen Herausforderungen. Weil wenn ich einen muslimischen Jungen habe, der mir im Rahmen dieser Veranstaltung sagt „Ja moment mal, onanieren macht doch blind“ dann kann ich nicht über HIV weiter sprechen.“	Begriffe die auf „sexuelle Vielfalt“ eingehen (z.B. LGBTQI*, Pan, trans, inter*...) oder auf andere diversitätsbezogene Faktoren, wie „Religion“ oder „Kultur“.
<b>K2 Konzept (deduktive Hauptkategorie)</b>	Nach welchem Konzept ist die Arbeit aufgebaut?		Alle Äußerungen, die das jeweilige Konzept der AIDS-Hilfe betreffen „üben“ „werden besprochen“ „Themen sind“ „unsere Stärke“ „unsere Schwäche“  Auch Stärken und Schwächen, die nicht unter Kategorie Chancen/Barrieren fallen
K2.1 Ziele	Welche Ziele werden mit dem Konzept verfolgt?	Dann (..) möchte ich ihnen <u>Mut</u> machen zum Arzt zu gehen.	Alle Aussagen, die sich einem Ziel zuordnen lassen.
K2.1.1 Wissensvermittlung	Der Fokus liegt auf Informationsvermittlung	„Naja, wenn man davon ausgeht, dass ein großer Teil unseres Konzeptes ist nun auch ein bisschen Wissen zu erlangen“	Alle Aussagen, die die Begriffe „Wissen“, „Wissensvermittlung“, „Informationen“, „Hintergrund“ oder „Sachkompetenzen“
K2.1.2 Antidiskriminierung	Antidiskriminierung liegt im Fokus der Workshops	Gleichzeitig ist bei uns, bei mir mittlerweile, der Schwerpunkt auch auf Toleranz gegen andersartige oder andere Sexualität. Sexuelle Einstellung, Identitäten.	Alle Aussagen, die die Begriffe „Antidiskriminierung“, „Stigmatisierung“, „Toleranz“ oder das Verhalten gegenüber eines anderen Menschen betreffen
K2.1.3 Kompetenzentwicklung	Jugendliche sollen Kompetenzen entwickeln	Erlernen sollen ist der eigene kritische oder der eigene reflektierte Umgang mit Sexualität.	Alle Aussagen, die die Begriffe „Kompetenzen“, „erlernen“, „können“, „umsetzen“, oder weitere „Handlungsfelder“ beinhalten. Sachkompetenzen werden hier unter Wissen kategorisiert.
K.2.1.3.1 Dimensionen	Wie werden die Dimensionen praktisch umgesetzt?	personelle Kompetenzen erwerben. Also wie gehe ich mit meiner eigenen Gesundheit um. Wie möchte ich damit auch umgehen.	Alle Aussagen, die eine Verbindung zu einer Dimension sexueller Gesundheit stellt UND ausdrücklich, als praktischer Teil des Konzepts genannt wird. z.B. Übungen zur Stärkung der Selbstbestimmung, herausfinden was man „IST/MÖCHTE“

K.2.1.3.2 Handlungskompetenz	Jugendliche erlernen praktische Fähigkeiten	„Kompetenz Verhütungsmittel, wirklich besonders ein Kondom anzuwenden.“	Begriffe, die sinngemäß die „Anwendung“ von etwas beinhalten. Z.B. „praktische Kompetenz“, „Kondomanwendung“, „Handling“
K.2.1.3.3 Kommunikations-kompetenz	Jugendliche lernen über Sexualität zu reden, oder Bedürfnisse auszudrücken.	„Weil sie natürlich in der Gruppe arbeiten. Weil sie dann quasi auch vor der Gruppe sprechen (..) müssen und erklären müssen was ist auf der Karte drauf, wie würden sie das einschätzen. Also soziale Kompetenz.“	Alle Aussagen, die sich auf Kommunikation beziehen. „Kommunikationskompetenz“, „gemeinsame Sprache“, „vor der Gruppe sprechen“
K.2.1.3.4 Risikoeinschätzung	Jugendliche erlernen Risiken und Gefahren einzuschätzen	„Ist das ein Risiko einer Übertragung oder vielleicht doch nicht.“ Lass sie das zuordnen und am Ende sprechen wir dann drüber mit dem Ziel, dass sie am Ende sehen, dass tatsächlich die Situationen, die ein übertragbares Risiko bergen doch <u>deutlich</u> geringer sind“	Begriff „Risiko“, die sich ausschließlich auf Inhalte der Workshops beziehen.  Sind in er Aussage Dimensionen sexueller Gesundheit integriert, werden diese im K4 weiter kategorisiert.
K2.2 Art der Durchführung	Wie werden die Ziele umgesetzt?		
K2.2.1 interaktiv/ praxisnah	Workshops sind praxisorientiert ausgerichtet.	„Also dann wird das halt so auf spielerische Art und Weise gemacht. Also nicht biographisch, sondern halt methodisch und spielerisch“	Begriffe „praktisch“, „Praxis“, „lebhaft“ „üben“, „Komdonnutzung“
K2.2.2 biographisch	Workshops werden autobiographisch gestaltet.	„Dann gehen wir die Nebenwirkungen durch und anhand meiner Geschichte wie ich mich angesteckt habe, arbeite ich dann das ganze HIV-Thema ab.“	Alle Aussagen, die sich auf Vermittlung von Inhalten durch die eigene Geschichte beziehen.
K2.2.3 Durchführende	Wer führt die Workshops durch?		
K2.2.3.1 HIV-Positive	Menschen, die selbst HIV-positiv sind.	Also ich würde sagen die Stärke da drinnen ist halt die Authentizität. Das man jemanden zum Anfassen da hätte	Kontextanalyse: Aus biographischen Arbeiten
K2.2.3.2 Sexualpädagogen*innen	Ausgebildete Sexualpädagoge*innen oder Hauptamtliche Mitarbeiter*innen	„Genau. 3 Hauptamtliche die das machen, ja“	„Hauptamtliche“, „Sexualpädagoge*innen“
K2.2.3.3 Peer-Group	Jugendliche, die dem gleichen Altern oder einer ähnlichen Altersstruktur entsprechen.	„Wo quasi die Altersspanne, also die nicht ganz soweit weg sind von den Jugendlichen, aber doch durchaus weit genug um Quasi auch eine entsprechende Autorität ausstrahlen zu können und eine entsprechende Erfahrung.“	„ehrenamtliche“, „Peer-Group“
K2.3 Stärken	Welche bildet das Konzept ab?		
K2.3.1 Peer-Ansatz	Stärke durch den Einsatz Gleichaltriger	Ich glaube den Jugendlichen selbst fällt es einfacher mit nahezu gleichaltrigen zu sprechen über sexuelle Inhalte als jetzt quasi	Vorteile die gegenüber Erwachsenen genannt werden.

		mit einer 40-Jährigen gestanden Frau, sag ich jetzt mal.	
K2.3.2 Partizipation	Jugendliche dürfen mitgestalten	Es ist auch angepasst an die Jugendlichen. Also die Jugendlichen dürfen durchaus mit (...) mitgestalten	„mitgestalten“, „kein Frontalunterricht“
K2.3.3 Flexibilität	Veranstaltungen sind frei gestaltbar, der Gruppengröße und dem Bedarf frei anpassbar.	Ich glaube Flexibilität ist eine unserer Stärken. Ich glaube, dass wir durchaus gut auf die Bedürfnisse der jeweiligen heterogenen Klasse/Gruppe eingehen können	Begriffe, die eine flexible Handlungsweise aufzeigen „flexibel“, „kein Drehbuch“, „anpassen“
K2.3.4 Bezug zur Realität	Verbindung zwischen Theorie und Praxis	„Ja die Stärke ist einfach ja wirklich, dass die Schüler sehen oder die jungen Erwachsenen, da ist jemand der ist positiv und das die wirklich mal jemanden sehen. Es ist ja sonst alles nur Theorie.“	„jemanden zum anfassen“, „Authentizität“
K2.4 Schwächen	Welche Schwächen haben die jeweiligen Konzepte?	Also, bei mir ist denke ich eigentlich das Problem: Es gibt keinen Nachwuchs.	
<b>K3 Salutogenese/Pathogenese</b>	Inwiefern spielen salutogenetische bzw. pathogenetische Faktoren eine Rolle in den Leitmotiven?	WEIL VERMEIDUNG VON KRANKHEIT, dass erinnert mich an das alte Präventionskonzept. Du nimmst Kondome, dann kriegst du kein AIDS. Punkt. Aber jemand in die Lage zu versetzen auch selbstbewusst Kondome zu nehmen, da gehört ein bisschen mehr dazu.	Alle Aussagen, die „Vermeidung von Krankheiten“, „Krankheit als Teil des Lebens“ oder „ressourcenorientierte“ Elemente vorweisen. (Ergänzungskategorie zu Dimensionen sexueller Gesundheit)
K3.1 Pathogenese			
K3.1.1 Gesellschaft	Pathogenetische Ausrichtung innerhalb der Gesellschaft	Wir sprechen seit 15-20 Jahren nur noch von HIV und trotzdem wird es halt, werden wir immer in Verbindung gebracht. Wir schaffen es einfach nicht deutlich zu machen, dass wir inzwischen eben auch auf ganz anderer Ebene eine Rolle spielen und ein kompetenter Partner sind	Alle Aussagen, die gesellschaftliche Faktoren als Hindernisse für eine „positive AIDS-Hilfe“ bezeichnen. (z.B. Tabu, Image) + gesellschaftliche Diskriminierungspotenziale
K3.1.2 AHH	Pathogenetische Ausrichtung innerhalb der AIDS-Hilfe	Weil das für mich der zentralste Punkt von Prävention ist. Vermeidung von Krankheit bzw, Förderung von Gesundheit. Aber da wir hier im Bereich der HIV-Prävention sind, ist es das was mir auch in den Kopf kommt und das an oberster Stelle steht.	„Vermeidung von Krankheit“
K3.2 Salutogenese	Krankheit wird als Teil des Lebens betrachtet. Um sich positiv auf	WEIL VERMEIDUNG VON KRANKHEIT, dass erinnert mich an das alte Präventionskonzept.	

	dem HEDE-Kontinuum zu positionieren müssen Kompetenzen entwickelt werden.	Du nimmst Kondome, dann kriegst du kein AIDS. Punkt. Aber jemand in die Lage zu versetzen auch selbstbewusst Kondome zu nehmen, da gehört ein bisschen mehr dazu.	
K3.2.1 Krankheit als Teil des Lebens	Krankheit wird als Teil des Lebens definiert und muss nicht vermieden werden	Also ich finde es wichtiger in einer kurzen Zeit bei Jugendlichen die Kompetenz zu entwickeln etwas einzuschätzen, also die Kompetenz zu vermitteln etwas einzuschätzen, weil die Krankheitsbilder also die biologischen Krankheitsbilder. Die kommen von selbst.	Aussagen, die Krankheit als Teil des Lebens betrachten wie „kommen von alleine“, „sind da“,etc.
K3.2.2 positiver Fokus/ressourcenorientiert	Lustbetonter und positiver Ansatz von Sexualität + Ressourcen von Jugendlichen werden berücksichtigt.	Genau, also ich glaube das ist der lustvolle Aspekt ist eine große Stärke (...) Also viele Präventionskonzepte gerade im sexuellen Bereich zielen halt darauf ab etwas nicht zu dürfen, etwas nicht machen zu dürfen, weil es halt dann schädlich ist. Und bei uns wird es halt ein bisschen umgedreht gehandhabt.	Alle Aussagen, die „Lust“ und „positive Sexualität in den Vordergrund stellen. Außerdem Aussagen, die Ressourcen als gegeben voraussetzen (Jugendlichen sind kompetent)
<b>K4 Dimensionen sexueller Gesundheit</b>			
K4.1 Sexuelle Selbstbestimmung	Allgemeines zu sexueller Selbstbestimmung	Ich glaube optimalerweise fände ich es wichtiger die sexuelle Selbstbestimmung noch mehr zu betonen, aber	Allgemeine Aussagen, die sich auf sexuelle Selbstbestimmung beziehen
K4.1.1 Definition	Definitionen von sexueller Selbstbestimmung		
K4.1.1.1 „Nein sagen“/Schutz	Sexuelle Selbstbestimmung bedeutet: das Recht zu haben „Nein“ zu sagen	sagen zu können „Ich möchte das! ich möchte das nicht!“. Eben auch sexuelle Selbstbestimmung.	Alle Aussagen, die „Nein“ + „sexuelle Selbstbestimmung“ oder „Nein“+“Recht“ oder „Nein sagen beinhalten
K4.1.1.2 Wahlfreiheit/lustvolle Sexualität	Sexuelle Selbstbestimmung bedeutet: seine eigene Sexualität wählen zu können	sagen zu können „Ich möchte das! ich möchte das nicht!“. Eben auch sexuelle Selbstbestimmung.	„ Vielfalt an Verhütungsweisen“, „frei wählen“ dürfen
K4.1.2 Outcome „Selbstbewusstsein“	Selbstbewusstsein als Resultat von sexueller Selbstbestimmung	Also Selbstbestimmung spielt immer eine Rolle. Die sind ja auf dem Weg erst sich auszuprobieren und da läuft nicht immer schon so alles selbstbewusst und selbstbestimmt	Die Nennung des Begriffes „Selbstbewusstsein“ in Kombination mit sexueller Selbstbestimmung
K4.1.2.1 Verantwortung	Resultat aus selbstbewussten und selbstbestimmten Handeln ist ein verantwortungsvoller Umgang mit Sexualität für sich und für andere.	Und dann eben auch freibestimmt handeln zu können und eine lustvolle Sexualität zu haben und trotzdem auch für sich zu sorgen, zu schützen, für sich zusammen. Das geht eindeutig mit der HIV-Prävention einher. Das steht schon weit vorne.	Begriffe wie „Verantwortung übernehmen“, „selbstverantwortlich“, „für sich“, „für andere“, „gemeinsam“

K4.1.2.2 Risikoabwehr	Resultat aus selbstbewussten und selbstbestimmten Handeln ist ein risikobewusster Umgang mit Sexualität für sich und für andere.	Sexuelle Selbstbestimmung ist natürlich auch ein sehr wichtiger Faktor im Sinne von, naja das ist nicht das richtige Wort, Gefahrenabwehr, sondern was möchte ich tun, was möchte ich nicht tun.	Aussagen, über das eigene Risikoverhalten, die in Kombination mit Selbstbewusstsein + selbstbestimmt genannt werden (Kontextabhängig)
K4.2 Sexuelle Identität			
K4.2.1 Definition	Wie wird sexuelle Identität definiert?	Was bedeutet denn sexuelle Identität für mich als Frau, unabhängig davon ob ich mit einer Frau oder einem Mann schlafe. Weil das Thema sexuelle Identität denke ich, maßgeblich mit der eigenen Geschlechteridentität einhergeh	Aussagen, die als Hintergrunderklärung für sexuelle Identität verwendet werden oder Zielgruppe „ Frau/Mann“, „MSM“ (Kontextabhängig)
K4.2.2 Outcome „Selbst“	Entstehung eines Selbst, durch Sexuelle Identität	Weil es ihnen einfach nicht schwer fällt sich über ihre Leidenschaft zu unterhalten oder auch ihren Körper vielleicht.	Aussagen wie „selbst“ oder „eigene Identität“ bzw. allgemeine Resultate, die hieraus entstehen, die nicht auf Reflexion oder Risiko basieren, selbstbewusst, selbstreflektiert, selbst....
K4.2.2.1 Risikoabschätzung/Abwehr	Eine bessere Einschätzung von Risiken durch sexuelle Identität/Selbst	“ wie kann ich mich schützen und was kann ich dafür tun gesund zu bleiben?“	Aussagen, über das eigene Risikoverhalten, die in Kombination mit sexueller Identität oder „selbst“ genannten werden (Kontextabhängig)
K4.2.2.2 Reflexion/Haltung	Reflexion der eigenen Sexualität und des eigenen Verhaltens	Ich denke da ist so die sexuelle Identität, die dann hoffentlich auch zu einer Reflexion des eigenen sexuellen Verhaltens führt	Aussagen, über die eigene Haltung, die in Kombination mit sexueller Identität oder „selbst“ genannten werden (Kontextabhängig)
K4.2.3 Prozess Jugend	Die Jugend als Phase der Identitätsfindung und Entwicklung	Das geschlechtliche Selbstverständnis ist den meisten wohl am klarsten, aber wahrscheinlich auch nicht allen. Die sexuelle Orientierung dazwischen, je nachdem bei 12, 13, 14-jährigen, kann das noch weg, also überhaupt kein Thema sein oder sehr weit weg, beim 15,16,17,18-jährigen ist das schon wieder mehr das Thema.	Aussagen, die besondere Eigenschaften der Lebensphase Jugend nennen. Dies können Begriffe wie „Prozess“, „Altersgruppe“, „entwickeln“, „Phase“ sein
K4.3 Sexualpädagogik als Rahmen	Wird eine Sexualpädagogische Ausrichtung durch die Experten*innen gewünscht?		
K4.3.1 Pro	Ja, es wird SexPäd benötigt	Das Feld der sexuellen Selbstbestimmung. Da müssen sexualpädagogische Konzepte her, die so ganzheitlich aufgebaut sind, dass es eben nicht in 2,5h getan ist.	„muss integriert werden“, „sollte Voraussetzung sein“ oder Zukunftsaussagen, die im Konjunktiv gewählt sind, die sich direkt auf eine Integration von Sexualpädagogik beziehen „Möglichkeit hätten“

K4.3.2 Contra	Nein, der Fokus sollte auf anderen Themen liegen	Ansonsten HIV-Prävention in 2,3,4 Stunden noch mit Sexualpädagogik zu verkaufen, halte ich für eine Mogelpackung. Einen Etikettenschwindel. Da ist nämlich. Entweder das Eine oder das Andere, oder zu wenig von beidem.	Negative Äußerungen gegenüber Sexualpädagogik wie „Mogelpackung“, „würde den Rahmen sprengen“
K4.3.4 Neutral	Keine klare Positionierung	Also mir gefällt da das Wort Pädagogik schonmal ganz gut. Weil ich glaube, also ich bin mir nicht sicher, ob es unbedingt Sexualpädagogik sein muss	Verallgemeinerung auf Pädagogische Angebote. Keine explizite Nennung von Sexualpädagogik. Allgemeine Äußerungen.
<b>K5 Chancen und Barrieren (deduktive Hauptkategorie)</b>			Schwächen oder Stärken, die sich auf die Trägerschaft AIDS-Hilfe beziehen (z. B. fehlende Ressourcen, Experten*innenwissen), oder die die Institution Schule (nicht) vorweist
K5.1 Chancen	Stärken, die sich nicht explizit auf das Konzept beziehen, sondern auf allgemeine Faktoren		
K5.1.1 Vorteile gegenüber Schule	Welche Vorteile bietet eine Kooperation?		Alle Aussagen, die allgemeine Vorteile zwischen „Schule“ und „wir“/„die AIDS-Hilfe“ nennen
K5.1.1.1 Flexibilität/Partizipation	Flexible Handhabung von Angeboten	Die Stärken sehe ich darin, dass es kein Frontalunterricht ist, sondern die bei allem mitmachen.	Doppelte Nennungen von Stärken möglich, wenn diese sich sowohl auf das Konzept beziehen, als auch einen allgemeinen Vorteil gegenüber Schule. Begriffe wie „flexibel“, „nicht frontal“, „freie Gestaltung“, „mitgestalten“
K5.1.1.2 Experten*innenwissen	Wissen, dass bei Lehrer*innen möglicherweise nicht gegeben ist.	Ich glaube auch, dass (...) ein Biolehrer oder Biolehrerin nicht zwangsläufig das Wissen über HIV hat, was jetzt zum Beispiel wir Mitarbeiter von der AIDS—Hilfe haben.	Aussagen, die „fehlendes Wissen“ von Lehrer*innen abbilden, oder „größeres Wissen“ der Akteure implizieren.
K5.1.1.3 Interdisziplinarität	Vernetzung von Akteuren	wir haben einen großen Arbeitskreis, Sexualpädagogik oder Sexuelle Bildung, wo wir uns gut austauschen. Bzw. ich mich mit meinen Kollegen und Kolleginnen austausche.	Aussagen, die anderen Träger, Schulen oder weitere Kooperationspartner nennen, Arbeitskreise etc. (im positiven Zusammenhang)

K5.1.1.4 Institution/Beratungsstelle	Vorteile der Beratungsstelle gegenüber der Schule /Erste Kontakte zur Verantwortsstelle	Aber auch aus den Rückmeldungen der Jugendlichen heraus, die schon immer wieder sagen, dass es gut ist, dass sie aus der Schule raus sind. Also die kommen ja auch immer zu uns zum Beispiel, weil es ein anderer Lehrraum ist	Vorteile, die sich explizit auf den Kontakt mit der Institution beziehen... z.B. werden „Barrieren abbauen“, „erte Kontakte“
K5.1.1.5 Zugang zu Jugendlichen	Erleichterter Zugang zu Jugendlichen ...	Dadurch dass auch die Lehrer nicht mit dabei sind hat es auch so eine Grundoffenheit. Ich glaube es werden verschiedene Fragen gestellt, die man sich nicht trauen würde vor dem Klassenlehrer oder Fachlehrer zu fragen	Grundsätzliche Faktoren, weshalb der Zugang zu den Jugendlichen leichter erscheint
K5.1.1.5.1 Anonymität	... Gegeben durch Anonymität der Experten*innen	Weder ich kenne die Schüler, noch die Schüler kennen mich. Insofern kann ein ganz anderes Vertrauensverhältnis aufgebaut werden. Während ein Lehrer auch danach noch Lehrer ist. Dem stellt man dann nicht wirklich fragen, bin ich jemand dem können Fragen gestellt werden, die werden dann beantwortet und danach bin ich weg.	Aussagen, die Anonymität des Trägers ausdrücken z.B. „ich bin dann weg“, „anonym“ „komme als Externer“
K5.1.1.5.2 Peer-Group	... durch Arbeit der mit Peer-Group	[...] sind wir ziemlich nah dran an den Lebenswelten unterschiedlichster Menschen, also unterschiedlichster sozialer Herkunft oder Milieus und Kulturen, weil halt auch unseren ehrenamtlichen Teamenden aus unterschiedlichen Bereichen kommen, Lebenswelten kommen, und wir ziemlich/also es ist ein junges Team auch.	Vorteile, die die Begriffe „Lebenswelt“, „Jugendliche“, „Peer“, „junge Menschen“ enthalten
K5.1.1.6 Haltung	Politisches Leitbild der AIDS-Hilfen und Sexualität der Vielfalt	Und so wie ich es da mitbekomme ist es dort von der Haltung her genauso. Ich gehe doch davon aus, dass auch andere Träger hoffentlich quasi von der Haltung her das gleiche transportieren.	„Haltung“, „politisches Leitbild“,
K5.1.1.7 Aktualität	Aktuelle Informationen durch Experten*innen	„Wir sind sehr darauf konzentriert, immer auch das aktuellste zu kommunizieren.“	„aktuell“
K5.1.2 Gesetz	Bereits voerhandene gesetzliche Verankerungen in einzelnen Bundesländern	Da kann ich nur für NRW sprechen und da ist es ja auch tatsächlich momentan so, dass externe Fachkräfte zugeholt werden sollen. Das ist ja schon eine soll Geschichte im derzeitigen Lehrplan	Integration eines „Bundeslandes“, „lokaler Gesetzgebung“ oder das Verhältnis zum Gesetz.



K5.2 Barrieren		Also wenn der Auftrag der ja bis jetzt verankert ist an Schulen so auch durchgeführt werden würde und das in allen Bundesländern. Würde ich sagen das reicht aus.	Allgemeine als Barrieren definierte Aussagen
K.5.2.1 Strukturelle Barrieren	Barrieren, die durch Verhältnisse gesetzt werden		
K.5.2.2 Gesellschaft	Gesellschaftliche Barrieren (z.B. Wertem Normen)	„Im Prinzip wissen die Leute das auch alle, aber man muss da vernünftig ins Gespräch kommen, weil die Leute das immer noch also Sex ist immer noch ein Tabu-Thema bei vielen.“	Begriffe wie „Gesellschaft“, „die Leute“, weitere Berufsgruppen wie zum Beispiel „Ärzte“
K.5.2.1.1.1 Eltern	Barrieren, die durch Konflikte mit Eltern entstehen	„sie wissen es halt nicht so genau „also wo war jetzt mein Kind eigentlich und wer hat das genau durchgeführt und wie sind diese Menschen geschult.“	Aussagen, die die Begriffe „Eltern“, „mein Kind“ enthalten
K.5.2.1.1.2 Bildung	Barrieren, die durch Lücken im Bildungssystem etstehen	„Ja, das macht auf jeden Fall Sinn, weil wenn ich mir die Ausbildung von Lehranwärttern, selbst im Fach Biologie. Da spielt der menschliche Körper und die menschliche Sexualität keine Rolle in der Ausbildung“	Aussagen, die sich auf strukturelle Hintergründe im Bildungssystem beziehen „Ausbildung Lehrer*innen“, „curriculare Verankerung Schule“
K.5.2.1.2 Diversität Akteure	Separierung von Teildisziplinen	aber es gibt noch so viele andere Akteure, wir sollten es den anderen auch nicht aus der Hand nehmen. Zu sagen, das macht die AIDS-Hilfe Ausschließlich und am besten und anders als ihr oder wir müssten da noch was ergänzen. Ich glaube die Vielfalt in diesem Thema zu arbeiten, auch doch unterschiedliche Angebote	Aussagen, die anderen Träger, Schulen oder weitere Kooperationspartner nennen, Arbeitskreise etc. (im negativen Zusammenhang)
K.5.2.1.2.1 Überforderung Jugendliche	Überforderung der Jugendlichen durch zu viele Akteure, zuviel Input	„Wer war denn jetzt AIDS-Hilfe und wer war jetzt irgendein anderer Player, der da was zu erzählt hat.“	Begriffe wie „Überforderung“, „zu viel“ oder die eine Art Verwirrung gegenüber Trägern zeigt.
K.5.2.1.2.2 Definitionsvielfalt	Mögliche Indifferenzen bei Begrifflichkeiten	„Also wenn ich von Safer Sex rede im Sinne der Deutschen AIDS-Hilfe oder im Sinne von ProFamilia, die halt noch Schutz vor ungewollter Schwangerschaft reinpackt zum Thema SaferSex“	Nennung eines anderen Akteurs + Definition eines weiteren Begriffs (negativ), „Sexualpädagogik“, „SaferSex“
K.5.2.2 fehlende Ressourcen	Mangel an...		„es fehlt an“, „zu wenig“, „wir brauchen“

K.5.2.2.1 finanziell	...Finanzen.	„Das man vielleicht <u>Gelder motivieren</u> könnte, für Leute die Schulprävention machen, ihre Geschichte zu erzählen, um vielleicht auch supervisorisch vielleicht einmal ein bisschen zu arbeiten“	Aussagen, die „fianziell“, „Geld“ oder ähnliches berücksichtigen
K.5.2.2.2 personell	...Personal.	Also nicht jede AIDS-Hilfe hat die Ressource sich um ein Team bestehend aus 25 Ehrenamtlichen zu kümmern, so wie die Youthworker*innen zum Beispiel.	Aussagen, die an personelle Engpässe geknüpft sind „Ressource“, „personell“, „Betreuung“, „fehlende Mitarbeiter“, etc.
K.5.2.2.3 zeitlich	...Zeit.	„Eine schwäche ist, dass einfach zu wenig Zeit ist ohne Vorlauf halt, wenn wir nur diese anderthalb Stunden haben“	Aussagen, die den Begriff „Zeit“ oder zeitliche Engpässe abbilden.
<b>K6 Zukunft (induktive Hauptkategorie)</b>			
K6.1 Finanzen stärken	Der Wunsch nach finanziellen Ressourcen	Das man vielleicht <u>Gelder motivieren</u> könnte, für Leute die Schulprävention machen, ihre Geschichte zu erzählen, um vielleicht auch supervisorisch vielleicht einmal ein bisschen zu arbeiten	Konjunktiv + Finanzielle Nennungen
K6.2 Ganzheitliche Ausrichtung	Der Wunsch nach längeren, sexualpädagogischen Angeboten	Was ich mir wünschen würde, dass Prävention <u>viel größer</u> stattfinden würde. Also eigentlich an allen, das fände ich toll und nicht das was wir machen, weil wir die Kapazitäten ja nicht haben. Dieses punktuelle, ich würde es mir wirklich so für alle Schulen wünschen. Das findet in dieser und dieser Klasse statt, oder in diesem Rahmen halt so 9./10. Klasse, dass sie es wirklich alle mal gehört haben	Konjunktiv+ „größer“, „gesamt“, „lanjährig“
K6.3 Vernetzung	Vernetzung von Akteuren der sexuellen Bildung	Also das heißt es gibt ganz viele Bereiche Vernetzung noch intensiver denkbar wäre und noch intensiver quasi auch noch intensiver (..) möglich wäre	Konjunktiv + „Vernetzung“, „Austausch“, „Interdisziplinarität“

## Kategoriebestimmung:

Hauptkategorie 1- Veränderung- Zusammengefasst					
	Befragte*r	Aussage	Memo	Hauptkategorie	Subkategorie
1	N1 Z.16-18	„Tatsächlich geht es immer noch darum Übertragungswege abzuklären und Jugendlichen zu befähigen ein Schutzverhalten an den Tag zu legen und für sich selbst am Ende gut zu sorgen.“	Veränderung: Im Wesentlichen keine Veränderung	K1 Veränderung	Keine wesentliche Veränderung
2	N1 Z. 18-19	„Sexuelle Selbstbestimmung stand früher schon dabei im Vordergrund, zumindest da kann ich für die AIDS-Hilfe sprechen und das ist auch heute noch.“	Veränderung: Im Wesentlichen keine Veränderung	K1 Veränderung	Keine wesentliche Veränderung
3	N1 Z. 20-21	Das wir darauf noch mehr den Fokus legen auf sexuelle Selbstbestimmung als allein auf das Wissen zum Thema HIV.	Veränderung: Der Fokus wurde verschoben --> Sexuelle Selbstbestimmung vs. Wissen	K1 Veränderung	Sex. Selbstbestimmung
4	N1 Z. 101-106	dass wir an unsere Grenzen stoßen, wenn wir selbst bei Übertragungswegen von HIV, wenn Jugendliche nicht einmal wissen, dass eine Vagina zwei Löcher besitzt. Oder auch [Geräusch nicht verstanden] wo die Schleimhäute sind. Überhaupt, wenn man erstmal Basic schaffen muss wie Körperwahrnehmung und was Ist Sex überhaupt. Also da sind wir schon stark daran interessiert eben auch ein Konzept zu schaffen, was halt ganzheitlich funktioniert.	Ganzheitlichkeit aus der Not heraus (Schüler*innen wissen immer weniger über Sexualität)	K1 Veränderung	Wissen
5	N1 Z. 300-303	Das Thema HIV, Tod und Sterben hat sich einfach so sehr in die Köpfe der Menschen eingebrannt über Generationen hinweg. Daran muss gearbeitet werden und das geht halt eben nicht, wenn man über Übertragungswege spricht.	HIV ist an sich nicht mehr schwerwiegend. Problem ist ein manifestiertes Bild/Vorurteile. Grund für Anpassung der Prävention	K1 Veränderung	HIV-Wandel
6	N1 Z.328-330	Und ich glaube das das Thema Angst das hat halt auch sehr lange funktioniert in der HIV-Prävention.	Früher= Angst, Heute= Entängstigend (Veränderung)	K1 Veränderung	Neuer Fokus
7	N2 Z.20-21	Es ist nicht mehr so dramatisch. Also ich sag den schon, ihr müsst ... also passt bitte auf.	HIV ist nicht mehr so dramatisch wie früher --> Fokus auf Antidiskriminierung verschoben (Veränderung, Hintergrund)	K1 Veränderung	HIV-Wandel
8	N2 Z.111-113	Und vorallendingen was auch bei mir immer Thema ist, wie die Ärzte einen behandeln. Da sind die Schüler immer geschockt, dass gerade Ärzte immer. Die sagen immer „aber das müssen die doch wissen“. „nein, das haben die so nicht in der Ausbildung	Altes AIDS im Medizinsektor verankert	K1 Veränderung	Gesellschaft
9	N2 Z.132-133	„Nee, das haben wir aus dem Internet oder hier zuhause oder nicht zuhause mit den Schülern“.	Sexueller Content durch verschiedene Ebenen.	K1 Veränderung	Zugang

10	S1 Z.10-12	Also wir sprechen hier ja nicht nur von der LSBTTIQ* Community, sondern eben auch Asexualität, Pansexualität, Transsexualität. Also ich denke, dass das Spektrum an Sexualitäten definitiv in den letzten 20 Jahren zugenommen hat	Sexuelle Vielfalt spielt größere Rolle (Veränderung) --> Verweis zur sexuellen Identität?	K1 Veränderung	Sexuelle Vielfalt
11	S2 Z.13-15	Also ich würde sagen, dass die Jugendlichen heute, also das ihre Sexualität angeht bewusster und auch selbstbewusster sind als vielleicht noch meine Eltern vor 50 Jahren es waren	Jugendliche sind selbstbewusster (Veränderung)	K1 Veränderung	Wissen
12	S1 Z.17-20	schnelleren Zugang zu sexuellen Content ermöglicht. Sodass die Jugendlichen einfach vermeintlich aufgeklärter sind und ich sage hier vermeintlich, weil da natürlich eine Realität von Sexualität vermittelt wird, die mitunter so ja gar nicht stattfindet und auch nicht stattfinden kann	Schnellerer Zugang zu Sexualität führt zu neuen Herausforderungen	K1 Veränderung	Zugang
13	S1 Z.33-37	Also ich glaub, dass gerade diese Youporn-Sache und dieser Zugriff zu Content auch dazu führt, dass so die Rolle zwischen Mann und Frau immer nochmal anders identifiziert werden muss. Weil oft auch von Jungs die Äußerung kommt, die knall ich richtig und da merkt man dann schon, dass sich an Realitäten orientiert wird, die so ja eigentlich im Schlafzimmer gar nicht stattfinden.	Erleichteter Zugang zu Sexualität (Medien) führt zur Verschiebung von Realitäten (Auswirkung Medien)	K1 Veränderung	Zugang
14	S1 Z.332-335	Also zunächst glaube ich, dass die reine STI/HIV Prävention nicht mehr ausreicht. Ich glaube, dass es ein ich sag jetzt mal grad heraus ein altes Konzept ist. Ich glaube, dass es nicht mehr das ist was der Lebensrealität der Jugendlichen/Jungen Erwachsenen heute gerecht wird	Nur HIV-Prävention wird Jugendlichen nicht mehr gerecht.(Veränderung)	K1 Veränderung	Hintergrund
15	S2 Z.11-13  Z. 24	Die größte Veränderung ist eindeutig, dass das Thema Leben mit HIV und Antidiskriminierung einen größeren Stellenwert einnimmt und die  Schutz oder Übertragung von HIV also die ganzen (..) Präventionserklärungen sind etwas denunzierter  <u>unser</u> Schwerpunkt ist eben HIV-Prävention, Leben mit HIV, Antidiskriminierung	Antidiskriminierung im Fokus statt Übertragung/Schutz (Veränderung)	K1 Veränderung	Antidiskriminierung
16	S1 Z.379-381	Also deswegen glaube ich, ist schon auch wichtig den Schülern den Auszubildenden den Erwachsenen zu helfen eine Haltung zu entwickeln und mit dieser Haltung dann auch anderen Menschen gegenüberzutreten. Vorallem auch HIV-positiven Menschen	Vermittlung von Haltung Toleranz/Vielfalt	K1 Veränderung	Haltung
17	S1 Z.391-394	Und mit dieser ganzen Farbenpracht (...) stehen wir aber auch vor anderen Herausforderungen. Weil wenn ich einen muslimischen Junge habe, der mir im Rahmen dieser Veranstaltung sagt	Diversität= Herausforderungen in Deutschland	K1 Veränderung	Gesellschaft

		„onanieren macht doch blind“ dann kann ich nicht über HIV weitersprechen.			
18	S2 Z.49-50	HIV ist eine schwere tragbare gut behandelbare chronische Krankheit. Das sollen sie mitnehmen.	HIV nicht mehr so schlimm wie in der Vergangenheit	K1 Veränderung	HIV-Wandel
19	W1 Z. 16-17	dass STIs also sexuell übertragbare Krankheiten wesentlich mehr in den Vordergrund getreten sind.	Prävention von HIV UND STIs (Veränderung)	K1 Veränderung	STIS
20	W1 Z. 24-26	Auch da hat sich eine klassische Veranstaltung dahingehend verändert, dass es wesentlich stärker eine sexualpädagogische Arbeit geworden ist und nicht eine reine Aufklärungsarbeit.	Aufbau und Veränderung. Aufklärungsarbeit wird durch Sexualpädagogik teilweise ersetzt (Aufbau/Veränderung/Ganzheitlichkeit)	K1 Veränderung	Weitere Subkategorisierung in Kategorie Salutogenese
21	W1 Z. 29-31	Ehrenamtler, die dann den Jugendlichen/Schüler/Schülerinnen berichtet haben von ihrem Leben, von ihrer Ansteckung. Wie es dazu gekommen ist, welche Einschränkungen sie haben.	Vergleich früher Heute. Früher HIV-positive Menschen/ heute Sexualpädagogik (Aufbau/Veränderung)	K1 Veränderung	Neuer Fokus
22	W1 Z.31-32	Weil a) diese ganzen Einschränkungen und das komplizierte Leben mit HIV (..) das gibt es fast <u>nicht</u> mehr	Hintergrund zur Veränderung der Prävention: HIV hat an Bedeutung in Deutschland verloren/nicht mehr so schlimm	K1 Veränderung	HIV-Wandel
23	W1 Z. 34-37	zum anderen sind wesentlich mehr Aufklärungsmedien auch dazugekommen, Online-Medien, Youtube, genauso wie irgendwelche Instagram-Geschichten, die ich auch bei mir zumindest in meinem Bereich auch einbaue in die Präventionsveranstaltungen.	Anpassung an heutige Bedingung (Multimedialität) (Veränderung)	K1 Veränderung	Neuer Fokus
24	W1 Z.59-63	Vor 5 Jahren war zum Beispiel das Gender Thema überhaupt gar kein Thema. Transgender Personen sind nur am Rande erwähnt worden. Die waren nicht auf dem Schirm. Mittlerweile ist das etwas das einfach komplett mitgedacht wird und auch mit besprochen wird und da gibt es halt auch sehr viele Fragen und Unsicherheiten seitens der Jugendlichen	Identität und Diversität ist mehr in den Vordergrund gerutscht (Veränderung)	K1 Veränderung	Sexuelle Identität
25	O1 Z.15-16	Den Fokus noch ein bisschen vielmehr zu allen anderen Geschlechtskrankheiten.	HIV-Prävention mit stärkeren Fokus auf STI (Veränderung)	K1 Veränderung	STI
26	O1 Z.23-27	Und das auch noch mehr, denke ich, drauf geachtet wird, dass nicht mit Angst und Abschreckung gearbeitet wird. Vor 20 Jahren war HIV ja schon noch ein bisschen anderes Thema dann (...) und zusätzlich muss man sich aber... natürlich musste man sich auch in den letzten Jahrzehnten damit auseinandersetzen wie HIV so in der Gesellschaft.	HIV heutzutage nicht mehr so schlimm, Gesellschaft liegt im Fokus, keine Angst/Abschreckungsmethoden	K1 Veränderung	HIV-Wandel
27	O2 Z. 26	wir aber <u>immer mehr</u> dazu übergehen, das in einem <u>Konzept</u> der sexuellen Bildung oder Sexualpädagogik einzubetten.	HIV-Prävention wird in sexuelle Bildung eingebettet (Veränderung)	K1 Veränderung	Sexuelle Bildung

<b>Hauptkategorie 2- Konzept- Zusammengefasst</b>					
	Befragte*r	Aussage	Memo	Hauptkategorie	Subkategorie
<b>1</b>	N1 Z. 33-35	Thema Nummer 1 ist: Eine gemeinsame Sprache zu finden. Also gerade über Sexualität zu reden ist ja auch schwierig und vielleicht auch manchmal mit Scham besetzt	Kompetenz: Über Sexualität reden, gemeinsame Sprache finden	K2 Konzept	K.2.1.3.3 Kommunikationskompetenz
<b>2</b>	N1 Z. 39-40	Übertragungswege von HIV und auch dabei werden auch andere STIs besprochen	Wissen vermitteln (Übertragungswege HIV/STI)	K2 Konzept	K2.1.1 Wissensvermittlung
<b>3</b>	N1 Z. 40	Thema Nummer drei ist dann der Kondomgebrauch, das Üben	Üben, Kondomnutzung vermitteln (Praxis)	K2 Konzept	K.2.1.3.2 Handlungskompetenz
<b>4</b>	N1 Z. 40.42	Leben mit HIV und so das Thema Antidiskriminierung von Menschen mit HIV.	Antidiskriminierung, Leben mit HIV (politischer Auftrag)	K2 Konzept	K2.1.2 Antidiskriminierung
<b>5</b>	N1 Z.115-116	Es ist auch angepasst an die Jugendlichen. Also die Jugendlichen dürfen durchaus mit (...) mitgestalten	Anpassung an Jugendliche, --> Partizipation	K2 Konzept	K2.3.2 Partizipation
<b>6</b>	N1 Z.261-262	Naja, wenn man davon ausgeht, dass ein großer Teil unseres Konzeptes ist nun auch ein bisschen Wissen zu erlangen	Großer Bestandteil – Vermittlung von Wissen	K2 Konzept	K2.1.1 Wissensvermittlung
<b>7</b>	N2 Z.46-48	Ich finde es ganz wichtig, denen nicht nur das theoretische sondern auch so ein bisschen plastisch darzustellen, was es heißt HIV zu haben mit den Tabletten.	Praxis statt Theorie ist wichtig (Aufbau/Stärken)	K2 Konzept	K2.2.1 interaktiv/ praxisnah
<b>8</b>	N2 Z.59-61	Dann gehen wir die Nebenwirkungen durch und anhand meiner Geschichte wie ich mich angesteckt habe, arbeite ich dann das ganze HIV-Thema ab.	Biographische Arbeit (Aufbau)	K2 Konzept	K2.2.2 biographisch
<b>9</b>	N2 Z.94-96	„So ihr kennt jetzt jemand, der HIV hat und wenn jemand mal einen Spruch drüber macht oder „schlechter Lebenswandel“ sagt, dann könnt ihr sagen „Nee, ist nicht so“.	Bezug zur Realität. HIV wird greifbar (Auseinandersetzung führt zur Antidiskriminierung)	K2 Konzept	K2.3.4 Bezug zur Realität
<b>10</b>	N2 Z.144-146  Z.162-163	Ja die Stärke ist einfach ja wirklich, dass die Schüler sehen oder die jungen Erwachsenen, da ist jemand der ist positiv und das die wirklich mal jemanden sehen. Es ist ja sonst alles nur Theorie.  Also ich würde sagen die Stärke da drinnen ist halt die Authentizität. Das man jemanden zum Anfassen da hätte.	HIV wird zur Realität (Stärke)	K2 Konzept	K2.3.4 Bezug zur Realität  K2.2.3.1 HIV-Positive
<b>11</b>	N2 T.176	Also, bei mir ist denke ich eigentlich das Problem: Es gibt keinen Nachwuchs.	Wenig HIV-Positive Menschen für Aufklärung	K2 Konzept	K2.4 Schwächen

12	N2 75-76	Also dann wird das halt so auf spielerische Art und Weise gemacht. Also nicht biographisch, sondern halt methodisch und spielerisch	Aufbau methodisch/spielerisch	K2 Konzept	K2.2.1 interaktiv/ praxisnah
13	N2 97-99	Ich finde, dass ich so eine Mischung aus Prävention und Antidiskriminierung bearbeite. Also das man den Leuten, den Schülern und auch den Lehrern, wenn die damit drin sitzen, zeigt „Das sind keine Menschen vor denen man Angst haben muss“.	Mischung aus Antidiskriminierung und Prävention --Y Stigma wird abgebaut	K2 Konzept	K2.3.4 Bezug zur Realität
14	S1 Z.43-44	Also ich als Frau gehe zu den Mädchen und einer von den Jungs, einer von den Männern geht zu den Männern.	Trennung nach Geschlecht (Aufbau)	K2 Konzept	Keine Subkategorie
15	S1 Z.48-50	Wo quasi die Altersspanne, also die nicht ganz soweit weg sind von den Jugendlichen, aber doch durchaus weit genug um Quasi auch eine entsprechende Autorität ausstrahlen zu können und eine entsprechende Erfahrung.	Peer-Ansatz (Aufbau)	K2 Konzept	K2.3.1 Peer-Ansatz
16	S1 Z.54-57	Man merkt dann auch ganz schnell, wenn man dann anfängt mit dem Thema HIV, dass es teilweise einfach so was die sexuelle Aufklärung angeht, so viele Defizite gibt, dass das Thema HIV viel zu vorgegriffen wäre und dass man wo ganz anders erstmal ansetzen muss.	Flexibilität zur Durchführung (Aufbau)	2 Konzept	Keine Subkategorie (Berücksichtigung bei Veränderung)
17	S1 Z.75-77	Ist das ein Risiko einer Übertragung oder vielleicht doch nicht.“ Lass sie das zuordnen und am Ende sprechen wir dann drüber mit dem Ziel, dass sie am Ende sehen, dass tatsächlich die Situationen, die ein übertragbares Risiko bergen doch <u>deutlich</u> geringer sind	Informationsvermittlung: Aufklärung über Übertragungswege	K2 Konzept	K.2.1.3.4 Risikoeinschätzung
18	S1 Z.84-86	allumfassender Schutz. Also nicht nur vor ungewollter Schwangerschaft, HIV sondern auch für alle anderen sexuell übertragbaren Infektionen. Also Hepatitis, Chlamydien, Syphilis. Alles was da so zugehört.	Verbindung STI, Schwangerschaft, HIV (allumfassender Schutz)	K2 Konzept	K2.1 Ziele
19	S1 Z.87-88	Genau, am Ende üben wir dann auch an Holzpenisen wie man ein Kondom richtig aufzieht und was zu beachten ist.	Kompetenzvermittlung: Anwendung Penis/Wissen	K2 Konzept	K2.2.1 interaktiv/ praxisnah
20	S1 Z.98-100	Weil sie natürlich in der Gruppe arbeiten. Weil sie dann quasi auch vor der Gruppe sprechen (..) müssen und erklären müssen was ist auf der Karte drauf, wie würden sie das einschätzen. Also soziale Kompetenz.	Soziale Kompetenz: Kommunikation vor Der Gruppe (Kompetenz)	K2 Konzept	K.2.1.3.3 Kommunikations- kompetenz
21	S1 Z.100-102	Fachliche Kompetenz, hoffe ich. Also wie ziehe ich ein Kondom richtig auf. Methodische Kompetenzen, wie zieh ich ein Kondom, also wie mache ich das Handling.	Fachliche Kompetenz: Handling (Kompetenz)	K2 Konzept	K.2.1.3.2 Handlungskompetenz

22	S1 Z.103-104	personelle Kompetenzen erwerben. Also wie gehe ich mit meiner eigenen Gesundheit um. Wie möchte ich damit auch umgehen.	Personelle Kompetenzen: Was möchte ich selbst (Bezug zur Identität? Selbstbestimmung?) (Kompetenz)	K2 Konzept	K.2.1.3.1 Dimensionen
23	S1Z.113-114	Ich glaube Flexibilität ist eine unserer Stärken. Ich glaube, dass wir durchaus gut auf die Bedürfnisse der jeweiligen heterogenen Klasse/Gruppe eingehen können	Flexibilität = Stärke (Vorteil zur Schule, da keine direkte Einhaltung des Curriculums)	K2 Konzept	K2.3.3 Flexibilität
24	S1 Z.117-119	Ich glaube den Jugendlichen selbst fällt es einfacher mit nahezu gleichaltrigen zu sprechen über sexuelle Inhalte als jetzt quasi mit einer 40-Jährigen gestanden Frau, sag ich jetzt mal.	Stärke= Peerarbeit. Barrierefreier	K2 Konzept	K2.3.1 Peer-Ansatz
25	S1 Z.143-144	Und natürlich verleitet die Flexibilität ein Stück weit dazu, dass man sich auch in manchen Thematiken die brennen verliert	Schwäche: Flexibilität --> das wesentliche geht verloren	K2: Konzept	K2.4 Schwächen
26	S2 23-34	Da wir auch sehr flexibel sind. Die Inhalte in der Regel von <u>uns</u> vorgegeben werden.  Das ist alles flexibel handelbar auch die Gruppengröße, weil es sehr stark in die Richtung geht (...) eine Mischung aus interaktiven Gruppenarbeit beziehungsweise ein (.)	Flexible Struktur de sAngebots (Aufbau)(Stärke)	K2 Konzept	K2.3.3 Flexibilität
27	S2 30-33	Aber dieser Vortrag ist eben nicht zwei Stunden nur Erklärung, sondern es soll eine <u>lebhaft</u> e, interaktive Diskussion mit Rückfragen möglich sein.	interaktive Herangehensweise	K2 Konzept	K2.2.1 interaktiv/ praxisnah
28	S2 45	Die Kompetenz Risiken und Nicht-Risiken genau einschätzen zu können.	Kompetenz: Risiken einschätzen	K2 Konzept	K.2.1.3.4 Risikoeinschätzung
29	W1 Z. 24-26	Auch da hat sich eine klassische Veranstaltung dahingehend verändert, dass es wesentlich stärker eine sexualpädagogische Arbeit geworden ist und nicht eine reine Aufklärungsarbeit.	Aufbau und Veränderung. Aufklärungsarbeit wird durch Sexualpädagogik teilweise ersetzt (Aufbau/Veränderung/Ganzheitlichkeit)	K2 Konzept	K2.2.1 interaktiv/ praxisnah
30	W1 Z.40-41	Das Problem ist. Klassisch gibt es bei uns nicht. Es wird von Schulform zu Schulform von Gruppe zu Gruppe ist das Unterschiedlich	Anpassung des Konzeptes an Gegebenheiten (Aufbau)	K2 Konzept	K2.3.3 Flexibilität
31	W1 Z.50-51	Bei 90 Minuten ist multimedial natürlich ein bisschen schwieriger. Das nimmt natürlich auch Zeit immer in Anspruch	Multimedial ist zeitlich aufwendig	K2 Konzept	K2.4 Schwächen
32	W1 Z.	Erlernen sollen ist der eigene kritische oder der eigene reflektierte Umgang mit Sexualität.	Kompetenz: Reflexion eigener Handlung/Sexualität	K2 Konzept	K2.1.3 Kompetenzentwicklung
33	W1 57-58	Gleichzeitig ist bei uns, bei mir mittlerweile, der Schwerpunkt auch auf Toleranz gegen andersartige oder andere Sexualität. Sexuelle Einstellung, Identitäten.	Fokus auf Vielfalt/Diversität	K2 Konzept	K2.1.2 Antidiskriminierung
34	W1 108-110	die Kompetenz zu entwickeln Risikosituationen einschätzen zu können	Kompetenz: Risikoerschätzung (Reflexion) (Kompetenz)	K2 Konzept	K.2.1.3.4 Risikoeinschätzung



35	W1 109-110	sagen zu können „Ich möchte das! ich möchte das nicht!“. Eben auch sexuelle Selbstbestimmung.	Kompetenz: Kommunikation von Wünschen (sexuelle Selbstbestimmung)	K2 Konzept	Keine Subkategorie, spätere Verschiebung in Dimensionen, da kein direkter Bezug zum Konzept
36	O1 36-37	wo wir ein festes Drehbuch zu haben, was immer mal wieder angepasst wird und was auch flexible Teil hat.	Feste Grundlage, mit flexiblen Elementen (Aufbau)	K2 Konzept	K2.3.3 Flexibilität
37	O1 48-49	Wir haben drei Hauptamtliche und (...) ungefähr so 15 ehrenamtliche, die auch gemischt die Workshops durchführen.	Mischung aus Ehrenamtlichen und Hauptamtlichen (Aufbau)	K2 Konzept	K2.2.3.3 Peer-Group
38	O1 53-55	Sachkompetenzen. Das heißt also Wissen über HIV oder also vor allem die Übertragungswege und nochmal die Grundlage was das überhaupt ist und über Geschlechtskrankheiten.	Sachkompetenz: Wissen über HIV	K2 Konzept	K2.1.1 Wissensvermittlung
39	O1 56-57	so gewisse Handlungskompetenzen oder praktische Kompetenzen. In dem Sie wissen, wo könnte ich mich testen lassen oder wo könnte ich mich hinwenden, wenn ich weitere Fragen habe in diesem Feld	Handlungskompetenz: Wo kann ich mich testen lassen	K2 Konzept	K.2.1.3.2 Handlungskompetenz
40	O1 61-62	Kompetenz Verhütungsmittel, wirklich besonders ein Kondom anzuwenden.	Handlungskompetenz: Verhütungsmittel insb. Anwendung Kondom	K2 Konzept	K.2.1.3.2 Handlungskompetenz
42	O1 63-65	Kommunikationskompetenzen, also das sie in der Lage sind all das was sie jetzt auch gelernt haben, also die Informationen zum einen für sich anzuwenden, zum anderen aber auch zu kommunizieren in der jeweiligen sexuellen Beziehung dann.	Kommunikationskompetenz: Informationen anwenden und kommunizieren (sexuelle Selbstbestimmung)	K2 Konzept	K.2.1.3.3 Kommunikationskompetenz
43	O1	Das es auf jedenfall genug Freiraum gibt für die Fragen. Und dass es immer angepasst werden kann an jede Art von Gruppe	Flexibilität = Stärke	K2 Konzept	K2.3.3 Flexibilität
44	O1 80-84	Das gleich- Gleichgesinnte, also das Peers von Peers besser lernen können und dann vielleicht auch mehr draus ziehen können aus so einer gemeinsamen Arbeit und auch aus meiner praktischen Erfahrung heraus bestätigen würde. Also ich finde das oft eine sehr (...) gute, sehr vertraute Gesprächsatmosphäre auf ungefähr <u>gleicher Ebene</u>	Stärke= Peer-Education (--> führt zu vertrauen)	K2 Konzept	K2.3.1 Peer-Ansatz
45	O2 47-49	Dann sind die anderen sexuell übertragbaren Infektionen hinzugekommen. Und mittlerweile sagen wir, es muss <u>mindestens</u> zwei Unterrichtseinheiten nur für HIV, zwei Unterrichtseinheiten nur für sexuelle übertragbare Infektionen und dann natürlich noch die Kondomkunde dazu.	HIV+STI+Andere Inhalte (Aufbau)	K2 Konzept	K2.2.1 interaktiv/ praxisnah
46	O2 70-71	Also spielerisch, dass wir versuchen die Menschen einzubeziehen und das nicht so frontal zu machen, runterzurattern mit einer PowerPoint... das ist Unsinn	Spielerisch an das Thema Sexualität heranführern (Aufbau)	K2 Konzept	K2.2.1 interaktiv/ praxisnah

47	O2 110	Dann (..) möchte ich ihnen <u>Mut</u> machen zum Arzt zu gehen.	Ziel: Befähigung bei unnormalen Sachen zum Arzt zu gehen. (Kompetenz statt Wissen. Statt Vermeidung den Umgang erlernen → Gesundheitskompetenz?)	K2 Konzept	K2.1 Ziele
48	O2 119-120	Die Stärken sehe ich darin, dass es kein Frontalunterricht ist, sondern die bei allem mitmachen. Also sich mit bestimmten Sachen auseinander zu setze	Kein Frontalunterricht (Stärke)	K2 Konzept	K2.3.2 Partizipation
49	O2 123-124	Eine Schwäche ist, dass einfach zu wenig Zeit ist ohne Vorlauf halt, wenn wir nur diese anderthalb Stunden haben.	Schwäche/Barriere = Zeitliche Ressource	K2 Konzept	K2.4 Schwächen
50	O2 150	Genau. 3 Hauptamtliche die das machen, ja	Hauptamtliche durchführung der Sexualpädagogik	K2 Konzept	K2.2.3.2 Sexualpädagogen*innen

<b>Hauptkategorie 3- Salutogenese/Pathogenese Zusammenfassung</b>					
	<b>Befragte*r</b>	<b>Aussage</b>	<b>Memo</b>	<b>Hauptkategorie</b>	<b>Subkategorie</b>
<b>1</b>	N1 Z. 72-74	Genau, also ich glaube das ist der lustvolle Aspekt ist eine große Stärke (...). Also viele Präventionskonzepte gerade im sexuellen Bereich zielen halt darauf ab etwas nicht zu dürfen, etwas nicht machen zu dürfen, weil es halt dann schädlich ist. Und bei uns wird es halt ein bisschen umgedreht gehandhabt.	Lustvoller Aspekt- Sexualität (Stärke der AIDS-Hilfe) --> Salutogenetische Orientierung?	K3 Salutogenese/Pathogenese	K3.2.2 positiver Fokus/ressourcenorientiert
<b>2</b>	N1 Z.145-149	Menschen die Sex haben, also Menschen werden halt immer Sex haben und das kann man nicht verhindern und die Vermeidung von Krankheiten bedeutet halt einfach... natürlich jeder Mensch ist selbst... sollte halt befähigt sein so gut für sich sorgen zu können und dadurch Krankheiten zu vermeiden. Also von daher würde ich halt die anderen Dinge voransetzen, damit dieses Ziel also am Ende auch entstehen kann.	Salutogenetischer Ansatz: Krankheit gehört zur Sexualität ebenso dazu	K3 Salutogene/Pathogene	K3.2.1 Krankheit als Teil des Lebens
<b>3</b>	N1 Z.330-335	Sie werden halt gerufen, wenn das Kind in den Brunnen gefallen ist. Dann sollen sie es halt richten. Dann sind halt kleinere AIDS-Hilfen eher halt dazu gezwungen diesem Ruf zu folgen und dann eben den Auftrag so zu erfüllen wie vielleicht Lehrer*innen dies wollen oder ein Gesundheitsamt, das will oder... scheinbar die Auftraggeber das halt auch wollen, um einfach auch nicht abgesägt zu werden und weiterhin gerufen zu werden und so weiter.	Verbindung mit dem politischen Auftrag HIV/AIDS? Werden erst spät gerufen (pathogen orientiert? statt im Vorfeld durch Sexualpädagogik Kompetenzen auszubilden?)	K3 Salutogenese/Pathogenese	K3.1.1 Gesellschaft
<b>4</b>	N1 Z.375-378	Wir sprechen seit 15-20 Jahren nur noch von HIV und trotzdem wird es halt, werden wir immer in Verbindung gebracht. Wir schaffen es einfach nicht deutlich zu machen, dass wir inzwischen eben auch auf ganz anderer Ebene eine Rolle spielen und ein kompetenter Partner sind	AIDS-Hilfe als Imageproblem (Pathogenetische Orientierung im Namen???) (Probleme)	K3 Salutogene/Pathogenese	K3.1.1 Gesellschaft
<b>5</b>	N1 Z.388-392	Es versteht keiner, wenn die AIDS-Hilfe das macht. Es zieht sich weiter, wenn Werbeagenturen etwas für uns machen möchten und die AIDS-Hilfe ganz nach vorne hängen und wir sagen: „Nein das wollen wir nicht“. Sagen wir mal wir wollen andere Dinge ins	Gesellschaftliche Akzeptanz von Ganzheitlichkeit? Die Gesellschaft ist pathogenetisch? (Image/Probleme)	K5 Chancen/Barrieren  K3 Salutogenese /Pathogenese	K3.1.1 Gesellschaft

		Schaufenster stellen, wir wollen das Schaufenster sagen wir mal umdekoriieren. Es wird nicht verstanden.			
6	S2	„Ich glaube auch nicht, dass man mit Prävention im Vorfeld Krankheiten nicht verhindern kann. Man kann das Wissen über Risiken, über Schutzmöglichkeiten, das verstehe ich dann wieder unter Kompetenzentwicklung“ „STIs gehören für mich zur Sexualität dazu und da geht e nicht ums verhindern. Es geht eher um das erkennen und dann behandeln Punkt.“	Krankheit ist schwer zu vermeiden. Stattdessen Kompetenzen entwickeln	K3 Salutogenese	K3.2.1 Krankheit als Teil des Lebens
7	W1 Z. 24-26	Auch da hat sich eine klassische Veranstaltung dahingehend verändert, dass es wesentlich stärker eine sexualpädagogische Arbeit geworden ist und nicht eine reine Aufklärungsarbeit.	Aufbau und Veränderung. Aufklärungsarbeit wird durch Sexualpädagogik teilweise ersetzt (Aufbau/Veränderung/Ganzheitlichkeit)	K1 Veränderung, K2 Konzept K3 Salutogenese	Keine weitere Subkategorie, weitere Unterteilung in Konzept und Veränderung
8	W1 11-112	Vermeidung von Krankheiten ergibt sich dann zwangsläufig aus den ersten Punkten	Vermeidung von Krankheiten = Resultat aus anderen Dimensionen (salutogenetischer Ansatz)	K3 Salutogenese/Pathogenese	Keine weitere Subkategorie (Ranking)
9	W1 112-116	Also ich finde es wichtiger in einer kurzen Zeit bei Jugendlichen die Kompetenz zu entwickeln etwas einzuschätzen, also die Kompetenz zu vermitteln etwas einzuschätzen, weil die Krankheitsbilder also die biologischen Krankheitsbilder. Die kommen von selbst.	Krankheit ist unvermeidbar und "kommt von selbst" deswegen ist die Ausbildung einer Kompetenz wichtiger (Salutogenese)	K3 Salutogenese/Pathogenese	K3.2.1 Krankheit als Teil des Lebens
10	W1 263-265	Weil ich glaube, dass Jugendliche durchaus in der Lage sind sehr kompetent mit ihrer Sexualität umzugehen, wenn sie die entsprechenden Informationen bekommen.	Jugendliche haben bereits Ressourcen, die müssen aktiviert werden	K3 Salutogenese/Pathogenese	K3.2.2 positiver Fokus/ressourcenorientiert
11	O1	Weil das für mich der zentralste Punkt von Prävention ist. Vermeidung von Krankheit bzw, Förderung von Gesundheit. Aber da wir hier im Bereich der HIV-Prävention sind, ist es das was mir auch in den Kopf kommt und das an oberster Stelle steht.	Vermeidung von Krankheit ist der zentralste Punkt von Prävention. (Pathogenese)	K3 Salutogenese/Pathogenese	K3.1.2 AHH
12	O1	Das ist ja eigentlich nichts neues, aber dieses Thema, was ja auch mit sexueller Selbstbestimmung zu tun hat eine lustvolle positive Sexualität zu leben und das wir das auch vermitteln was ein bisschen im Gegensatz dazu steht, dass wir soviel über Krankheiten sprechen.“  „Aber das wäre unser Ziel, dass da <u>keine Angst und keine Sorge hängen</u> bleibt, sondern das Bild das Sex	Lustvolle Sexualität statt Prävention von Krankheit sollte im Fokus stehen (Salutogenese)	K3 Salutogenese/Pathogenese	K3.2.2 positiver Fokus/ressourcenorientiert

		spaß macht und man nur halb bei gewissen Sachen aufpassen muss.“			
<b>13</b>	O2 164-166	WEIL VERMEIDUNG VON KRANKHEIT, dass erinnert mich an das alte Präventionskonzept. Du nimmst Kondome, dann kriegst du kein AIDS. Punkt. Aber jemand in die Lage zu versetzen auch selbstbewusst Kondome zu nehmen, da gehört ein bisschen mehr dazu.	Vermeidung von Krankheiten = Altes AIDS (Salutogenese vs. Pathogenese)	K3 Salutogenese/Pathogenese	K3.2 Salutogenese (allgemein)

<b>Hauptkategorie 4- Dimesionen sexueller Gesundheit- Zusammenfassung</b>					
	Befragte*r	Aussage	Memo	Hauptkategorie	Subkategorie
<b>1</b>	N1 Z. 21-22	Die Gründe sind die, dass HIV heute medizinisch eine gut händelbare Infektion einfach ist	Hintergründe für sexuelle Selbstbestimmung. HIV ist nicht mehr so bedrohlich wie früher	K4 Dimensionen	Keine Subkategorie (Interpretation in Veränderung, Fokus)
<b>2</b>	N1 Z.22-23	und der zweite Grund ist aber auch, dass es halt einen gesellschaftlichen Rollback einfach auch gibt, wo.... Der viele konservative Strömungen wieder erstarken lässt. Die kein Fan von sexueller Selbstbestimmung sind	Hintergründe für stärkere sexuelle Selbstbestimmung - gesellschaftlicher Wandel	K4 Dimensionen	Keine Subkategorie (Interpretation in Veränderung, Gedellschaft)
<b>3</b>	N1 Z.101-106	dass wir an unsere Grenzen stoßen, wenn wir selbst bei Übertragungswegen von HIV, wenn Jugendliche nicht einmal wissen, dass eine Vagina zwei Löcher besitzt. Oder auch [Geräusch nicht verstanden] wo die Schleimhäute sind. Überhaupt, wenn man erstmal Basic schaffen muss wie Körperwahrnehmung und was Ist Sex überhaupt. Also da sind wir schon stark daran interessiert eben auch ein Konzept zu schaffen, was halt ganzheitlich funktioniert.	Ganzheitlichkeit aus der Not heraus (Schüler*innen wissen immer weniger über Sexualität)	K1 Veränderung / K4 Dimensionen	Keine Subkategorie (Interpretation in Veränderung, Wissen)
<b>4</b>	N1 Z.119-122	Also wenn wir die Möglichkeit hätten unsere HIV-Prävention einzubetten in eine Sexualpädagogik und das vielleicht in Klassen über mehrere Schuljahre zu betreuen, sodass man das auch aufbauend gestalten kann. Das wäre toll.	Wunsch nach Ganzheitlichkeit	K4 Dimensionen	K4.3.1 Pro
<b>5</b>	N1 Z.255-256	Weil es ihnen einfach nicht schwer fällt sich über ihre Leidenschaft zu unterhalten oder auch ihren Körper vielleicht.	Förderung der sexuellen Identität ist wichtig, um zu kommunizieren/selbstbestimmt zu sein	K4 Dimensionen	K4.2.2 Outcome „Selbst“
<b>6</b>	N1 Z.267-269	Die Anwendbarkeit dieses Wissens spielt dann schon eine Rolle. Das natürlich dann auch angewendet werden kann, weil man sich mit sich selbst mit sich auseinandergesetzt hat.	Sexuelle Identität nicht zwangsläufig notwendig, wenn es um das Lernen geht. Dennoch förderlich zur Anwendung.--> Da Identität sich in der Jugend noch ausbildet, wirklich erforderlich?	K4 Dimensionen	K4 Dimensionen (allgemein)
<b>7</b>	N1 Z.279-283	Aber die Möglichkeit zu haben, allein die Schutzmöglichkeit sich auszusuchen zu dürfen. In der HIV-Prävention gibt es ja inzwischen mehr als das Kondom und was vielleicht noch vor 15 Jahren gepredigt wurde. Inzwischen gibt es auch den Schutz durch Therapie und Prophylaktisch die PrEP und allein	Sexuelle Selbstbestimmung bedeutet: "Es sich selber auszusuchen". Safer Sex 3.0 z.B.	K4 Dimensionen	K4.1.1.2 Wahlfreiheit/lustvolle Sexualität

		diese Wahlfreiheit zu haben ist halt auch ein Teil der sexuellen Selbstbestimmung. Oder wenn wir jetzt über Schwangerschaftsverhütung sprechen, was jetzt bei uns nicht unbedingt auf Platz eins steht, auch da überhaupt ein Verhütungsmittel der Wahl anzuwenden			
<b>8</b>	N1	Und dann eben auch freibestimmt handeln zu können und eine lustvolle Sexualität zu haben und trotzdem auch für sich zu sorgen, zu schützen, für sich zusammen. Das geht eindeutig mit der HIV-Prävention einher. Das steht schon weit vorne.	Warum ist sexuelle Selbstbestimmung wichtig für HIV-Prävention (Hintergrund?)	K4 Dimensionen	K4.1.2.1 Verantwortung
<b>9</b>	N1	Das Feld der sexuellen Selbstbestimmung. Da müssen sexualpädagogische Konzepte her, die so ganzheitlich aufgebaut sind, dass es eben nicht in 2,5h getan ist.	Sexuelle Selbstbestimmung kann nur vermittelt werden, wenn ganzheitliche Angebote stattfinden. Keine "Kurzzeitpädagogik" (Sexualpädagogik)	K4 Dimensionen	K4.3.1 Pro
<b>10</b>	N1	da kann man Leute mitnehmen, wenn man halt Antidiskriminierungsarbeit macht, man über Körperlichkeiten spricht, wenn man über sexuelle Rechte spricht	Wichtig für HIV-Prävention: Antidiskriminierung, Rechte, Körperlichkeiten --> Bezug zu Dimensionen sexueller Gesundheit? (Ganzheitlichkeit, Dimensionen)	K4 Dimensionen	K4.1 Sexuelle Selbstbestimmung
<b>11</b>	N2 Z.538-542	Habe ich das Recht es sagen zu können, wenn ich es nicht mehr gut finde und, dass ich das nicht mehr möchte.“ Oder auch abbrechen. Weil ich denke viele Jugendliche wissen auch gar nicht, dass sie auch mittendrin noch sagen können. „Nee, das finde ich aber gerade Käse was wir hier machen. Nee, ich will das hier gerade nicht mehr“	Sexuelle Selbstbestimmung= Das Recht Nein zu sagen	K4 Dimensionen	K4.1.1.1 „Nein sagen“/Schutz
<b>12</b>	N2 498-502	Die haben wir dann übrigens ganz oft bei einem HIV-Test hier sitzen, weil sie nämlich durch das schlechte Gewissen „Ich habe etwas gemacht, was ich eigentlich gar nicht machen wollte“ sich dann nämlich ausmalen, was sie jetzt alles als Strafe für eine Krankheit bekommen	Sexuelle Selbstbestimmung ist wichtig, um zu machen was man möchte. HIV wird sonst als „Bestrafung“ gesehen	K4 Dimensionen	K4.1.2 Outcome „Selbstbewusstsein“
<b>13</b>	S1 Z.105-108	Prävention bei den Mädchen auch ein bisschen Selbstverständnis der Rolle als Frau bzw. heranwachsende Frau. Das man zum Beispiel durch ein Femidom die Verhütung durchaus auch in eigene Hände nehmen kann und dass man da nicht auf den Mann angewiesen ist.	Personelle Kompetenz: Rollenverständnis (Identität???) /Selbstbestimmung (Kompetenz)	K4 Dimensionen	Keine Subkategorie (Berücksichtigung unter Konzept)
<b>14</b>	S1 Z.109-110	Die dann auch beim Heranwachsen ein gewisses Selbstbewusstsein und Selbstwertgefühl quasi mitgeben. Das	Selbstwert/Selbstbewusstsein (notwendig, um den Körper zu schützen)	K4 Dimensionen	K4.1.2.2 Risikoabwehr

		man es sich dann doch auch selbst auch Wert ist die eigene sexuelle Gesundheit zu schützen.			
<b>16</b>	S1 T.161-164	4. Zu tun und die sexuelle Selbstbestimmung ist für mich die Grundvoraussetzung, um Krankheiten zu vermeiden. Also nur wenn ich weiß was ich möchte und was ich eben nicht möchte, dann kann ich eben auch für mich selbstverantwortlich dafür sorgen Krankheiten zu Vermeiden	Sexuelle Selbstbestimmung= Grundvoraussetzung Krankheiten zu vermeiden	K4 Dimensionen	K4.1.2.1 Verantwortung K4.1.2.2 Risikoabwehr
<b>17</b>	S1 Z.225-226	Ich denke da ist so die sexuelle Identität, die dann hoffentlich auch zu einer Reflexion des eigenen sexuellen Verhalten führt	Identität fungiert als Reflexionseben zur Übertragung von Inhalten (Identität)	K4 Dimensionen	K4.2.2.2 Reflexion/Haltung
<b>18</b>	S1 222-223	Also ich denke, bei uns ist ja das Thema sexuelle Identität (...) da kann man bei uns hauptsächlich von der MSM Prävention sprechen.	Identität im Kontext HIV primär bei MSM wichtig (Identität)	K4 Dimensionen	K4.1.1 Definition
<b>17</b>	S1 236-237	“ wie kann ich mich schützen und was kann ich dafür tun gesund zu bleiben?“	Resultat aus Reflexion- Identität	K4 Dimensionen	K4.2.2.1 Risikoabschätzung/Abwehr
<b>18</b>	S1 243-245	Was bedeutet denn sexuelle Identität für mich als Frau, unabhängig davon ob ich mit einer Frau oder einem Mann schlafe. Weil das Thema sexuelle Identität denke ich, maßgeblich mit der eigenen Geschlechteridentität einhergeh	Geschlechtliche und sexuelle Identität gehen einher (Begriffsdefinition?)	K4 Dimensionen	K4.1.1 Definition
<b>19</b>	S1 253-255	Ich glaube wir müssen da in unserer Rollenidentität als Frauen und als Männer unsere damit einhergehend unsere sexuelle Identität auch entwickeln. Also ich würde garnicht trennen voneinander.	sexuelle Identität wichtig zum Rollenverständnis (Frau/Mann beispiel), Frauen müssen mehr bestärkt werden	K4 Dimensionen	K4.1.1 Definition
<b>20</b>	S1 263-266	a) die Vielfalt an Verhütungsweisen. Grad, Wenn du deutsche AIDS-Hilfe gerade mit erwähnst. Verhütung 3.0. Das es nicht nur das Kondom gibt, sondern auch Verhütung durch Therapie und Verhütung durch die PrEP beispielsweise	Sexuelle Selbstbestimmung = Vielfalt an Verhütung	K4 Dimensionen	K4.1.1.2 Wahlfreiheit/lustvolle Sexualität
<b>21</b>	S1 275-277	rauszuhören was gibt es denn hier für verschiedene sexuelle Identitäten und verschiedene sexuelle auch Vorlieben oder Herangehensweisen und was könnte das passende sein.	sexuelle Identität= Was möchte ich	K4 Dimensionen	K4.2 Sexuelle Identität
<b>22</b>	S1 300-301	Also mir gefällt da das Wort Pädagogik schonmal ganz gut. Weil ich glaube, also ich bin mir nicht sicher, ob es unbedingt Sexualpädagogik sein muss	Pädagogik ja, Sexualpädagogik nicht zwangsläufig	K4 Dimensionen	K4.3.4 Neutral
<b>23</b>	S1 332-352	Also zunächst glaube ich, dass die reine STI/HIV Prävention nicht mehr ausreicht. Ich glaube, dass es ein ich sag jetzt mal grad heraus ein altes Konzept ist. Ich glaube, dass es nicht mehr das ist was der Lebensrealität der Jugendlichen/Jungen Erwachsenen heute gerecht wird	Nur HIV-Prävention wird Jugendlichen nicht mehr gerecht.(Veränderung)	K4 Dimensionen K1 Veränderung	Keine Subkategorie, Einordnung in Veränderung



24	S1 372-374	Ich glaube erst ein Selbstverständnis und eine Haltung anderer Sexualitäten gegenüber meiner Sexualität gegenüber und dann vielleicht hoffentlich auch HIV-positiven Menschen gegenüber führt dazu, dass ich nicht diskriminiere.	Selbstverständnis und Reflexion als Hintergrund für Antidiskriminierung (Identität?)	K4 Dimensionen	K4.2.2.2 Reflexion/Haltung
25	S2 147-149	allerdings ist hier je nachdem welche Altersgruppe man hat, (..) vielen ihre sexuelle Präferenzen noch unklar. Auf was stehen sie später mal beim Sex, sie hatten noch keinen Sex.	Sexuelle Identität ist noch nicht entwickelt, da kein Sex stattgefunden hat.	K4 Dimensionen	K4.2.3 Prozess Jugend
26	S2 150-155	Das geschlechtliche Selbstverständnis ist den meisten wohl am klarsten, aber wahrscheinlich auch nicht allen. Die sexuelle Orientierung dazwischen, je nachdem bei 12, 13, 14-jährigen, kann das noch weg, also überhaupt kein Thema sein oder sehr weit weg, beim 15,16,17,18-jährigen ist das schon wieder mehr das Thema.	spielt zu dem Zeitpunkt noch keine wesentliche Rolle. Hängt aber langfristig zusammen	K4 Dimensionen	K4.2.3 Prozess Jugend
27	S2 166-167	Ich muss mich selber behaupten, durchsetzen, sich selber wahrnehmen, man Wünsche äußern kann	Sexuelle Selbstbestimmung wichtiger Punkt zur Prävention : BEhauptung, Durchsetzung, Wahrnehmung, eigene Wünsche	K4 Dimensionen	K4.1.2 Outcome „Selbstbewusstsein“
29	S2 183-186	Da müsste das Konzept wirklich so erweitert werden, so vergrößert werden, um wirklich sexualpädagogisch neben den Dingen HIV und Antidiskriminierungsthema also noch ganzes Sexualpädagogik ein Angebot zu machen, das glaube ich würde den Rahmen sprengen.	Wenn man sexualpädagogisch arbeiten möchte, müsste das angebot stark erweitert werden (Kurze Zeiträume funktionieren nicht)	K4 Dimensionen	K4.3.2 Contra
30	S2 194-196	Ansonsten HIV-Prävention in 2,3,4 Stunden noch mit Sexualpädagogik zu verkaufen, halte ich für eine Mogelpackung. Einen Etikettenschwindel. Da ist nämlich. Entweder das Eine oder das Andere, oder zu wenig von beidem.	HIV und Sexualpädagogik zusammen könnten die Angebote verwässern. (Fokus wird geteilt)	K4 Dimensionen	K4.3.2 Contra
31	S2 204-210	<u>Sexualpädagogik</u> (..) ist in den Lehrplänen mit drin. Da sind Lehrer mit drin. Da sind die Eltern gefragt, da sind die Medien gefragt. Da gibt es die ganzen Medien und das ganze Internet. Das sind alle an dieser sexuellen Bildung beteiligt und ich wüsste nicht warum die AIDS-Hilfe sich das an Land ziehen soll.  aber es gibt noch so viele andere Akteure, wir sollten es den anderen auch nicht aus der Hand nehmen. Zu sagen, das macht die AIDS-Hilfe Ausschließlich und am besten und anders als ihr oder wir müssten da noch was ergänzen. Ich	Sexualpädagogik ist bereits interdisziplinär verankert (Medien, Eltern, Schule....)	K4 Dimensionen	K4.3.2 Contra

		glaube die Vielfalt in diesem Thema zu arbeiten, auch doch unterschiedliche Angebote.			
<b>33</b>	S2 245-256	HIV-Prävention und Anti-Diskriminierungen sind ein Teil, ein kleiner Teil von sexualpädagogischen Angeboten	Prävention, Antidiskriminierung teile der sexuellen Gesundheit/sexualpädagogischen arbeitens. aber nicht andersrum	K4 Dimensionen	K4.3.1 Pro
<b>34</b>	W1 109-110	sagen zu können „Ich möchte das! ich möchte das nicht!“. Eben auch sexuelle Selbstbestimmung.	Kompetenz: Kommunikation von Wünschen (sexuelle Selbstbestimmung)	K4 Dimensionen K2 Aufbau	K4.1.1.1 „Nein sagen“/Schutz
<b>35</b>	W1 110-111	Die Identitätsbildung „Wer bin ich? Was möchte ich überhaupt“ gehört auch zu einem überschaubaren oder einschätzbaren Risikoverhalten	Man benötigt eine Identität (Wer? Was?) um Risikoeinschätzung vorzunehmen (sexuelle Identität) --> sexuelle Dimension	K4 Dimensionen	K4.2.2.1 Risikoabschätzung/Abwehr
<b>36</b>	W1 189-191	Welche Identität ich selber Leben möchte und leben werde kann ich mich auch (..) entsprechend vorbereiten, entsprechen schützen, entsprechend verhalten.	Sexuelle Identität nötig, um "vorbereiten, schützen, verhalten" (sexuelle Identität)	K4 Dimensionen	K4.2.2.1 Risikoabschätzung/Abwehr
<b>37</b>	W1 194	Gewünscht wäre es. Voraussetzung vielleicht nicht unbedingt	Sexuelle Identität keine Voraussetzung, aber erleichtert den Prozess (sexuelle Identität)	K4 Dimensionen	K4.2.3 Prozess Jugend
<b>38</b>	W1 196-198	. Aber für eine erfolgreiche HIV-Prophylaxe ist es tatsächlich von Nöten eine selbstbewusste, ein Selbstbewusstsein über die eigene Identität, seine eigene sexuelle Identität zu erhalten, ja,	Starker Zusammenhang zwischen Selbstbewusstsein, Identität und erfolgreicher HIV-Prophylaxe (sexuelle Identität)	K4 Dimensionen	K4.2.2 Outcome „Selbst“
<b>39</b>	W1 203-205	Sexuelle Selbstbestimmung ist natürlich auch ein sehr wichtiger Faktor im Sinne von, naja das ist nicht das richtige Wort, Gefahrenabwehr, sondern was möchte ich tun, was möchte ich nicht tun.	sexuelle Selbstbestimmung als "Gefahrenabwehr" (sexuelle Selbstbestimmung)	K4 Dimensionen	K4.1.2.2 Risikoabwehr
<b>40</b>	W1 207-2010	. Also, tatsächlich selbstbestimmt und nicht aufgrund von Partner/Partnerin drängt mich dazu, um sagen zu können: Diese Form der Sexualität möchte ich, diese Form möchte ich nicht. Die ist mir zu risikoreich. Ein recht wichtiges Ding dieser Nein-Danke/oder nein sagen zu können.	Sexuelle Selbstbestimmung ist wichtig, um Grenzen und Wünsche zu kommunizieren (Kompetenz???)	K4 Dimensionen	K4.1.2.2 Risikoabwehr
<b>41</b>	W1 218-220	Weil eine Präventionsmaßnahme weit mehr beinhalten muss als nur reine technische Vermittlung von Schutzmaßnahmen. Sexualpädagogik ist ja eben ein wesentlich weiteres Feld. Da gehören ja eben auch die Selbstbestimmungsgeschichte rein, Identitätsfindung. Da gehören all die Begriffe rein über die wir gerade geredet haben. Insofern sehe ich es als äußerst notwendig an sexualpädagogisch	Sexualpädagogik beinhaltet mehr als Vermeidung von Krankheiten, wie einzelne Dimensionen (Bezug zu Identität, Selbstbestimmung)	K4 Dimensionen	K4.3.1 Pro

<b>42</b>	W1 260-236	Also, wie gesagt was ich persönlich bei der Arbeit recht wichtig finde, ist tatsächlich einen Schwerpunkt zu setzen auf die sexuelle Selbstbestimmung, das Finden der sexuellen Identität und vorallendingen die Kompetenzentwicklung	Fokus auf sexuelle Selbstbestimmung, sexuelle Identität und Kompetenzentwicklung!	K4 Dimensionen	K4.1 Sexuelle Selbstbestimmung
<b>43</b>	O1 133-135	Ich glaube optimalerweise fände ich es wichtiger die sexuelle Selbstbestimmung noch mehr zu betonen, aber wahrscheinlich momentan ist es, dass wir noch mehr zur Antidiskriminierung machen. Was auch ein bisschen abnimmt	Sexuelle Selbstbestimmung noch wichtiger als Antidiskriminierung (sexuelle Selbstbestimmung)	K4 Dimensionen	K4.1 Sexuelle Selbstbestimmung
<b>44</b>	O1 185-188	Dementsprechend würde ich sagen, ist es (...) es gehört auf jedenfall dazu in (...) also auch auf theoretischer Ebene und es ist ja es gehört sowieso auch dazu, weil es die Phase ist in der die Identität der Jugendlichen sich ausbildet und sie sich sehr stark damit beschäftigen.	Jugend als Phase der Identitätsausbildung - Jugeldliche bringen Fragen mit	K4 Dimensionen	K4.2.3 Prozess Jugend
<b>45</b>	O1 195-199	Es ist aber tatsächlich eine große Diskussion, die wir im Team immer führen. Ich weiß sogar nicht nur im Youthwork, sondern auch generell in der AIDS-Hilfe, inwieweit spielt denn (..) das ganze LGBTIQ-Themengebiet, welchen Stellenwert hat das in unserer HIV-Präventionsarbeit.	Diskussionen über Berücksichtigung von sexueller Identität in der AIDS-Hilfe	K4 Dimensionen	K4.2 Sexuelle Identität
<b>46</b>	O1 182-186	Es gibt ja zum einen auch sehr viele Studien, die belegen, dass wenn Jugendliche sich selber nicht wertschätzen beziehungsweise ihre Identität selber nicht annehmen oder anerkennen können, dass sie dann nicht so gut auf ihre Gesundheit achten können beziehungsweise, ein nicht so gutes Gesundheitsschutzverhalten zeigen	Identität als Schutz	K4 Dimensionen	K4.2.2.1 Risikoabschätzung/Abwehr
<b>47</b>	O1 208-211	Weil wir, unsere Workshops, ja nicht so konzipieren, dass wir einfach nur Wissen vermitteln wollen. Also schon auch, aber das wir, also unser Ziel ja eigentlich ist, dass Jugendliche Informationen und gewisse Kompetenzen bekommen, damit sie dann selbstbestimmt und vorallendingen <u>informiert</u> ihre Sexualität leben können	Selbstbestimmung, Kompetenzvermittlung und Information stehen im Vordergrund der Workshops (sexuelle Selbstbestimmung)	K4 Dimensionen	K4.1 Sexuelle Selbstbestimmung
<b>48</b>	O1 230-232	Also, definitiv. So arbeiten wir eh schon. Und ich wüsste gar nicht was dann sonst die Grundlage ist. Also selbstverständlich ja. Wir würden aber eh beschreiben, dass wir sexualpädagogisch Arbeiten.	Sexualpädagogik sollte Grundlage stellen	K4 Dimensionen	K4.3.1 Pro
<b>49</b>	O2 39	Ich muss da eher schon eine ganze Menge Vorarbeit leisten.	Es muss eine Grundlage für HIV-Prävention geschaffen werden, HIV zu früh in Klasse 7	K4 Dimensionen	K4.3.1 Pro

<b>50</b>	O2 243-245	Ich denke, wenn ich mich so annehmen und wahrnehmen kann wie ich bin, ohne Angst vor Diskriminierung zu haben etwas heimlich tun zu müssen, dann kann ich meine Sexualität auch selbstbewusst ausleben und wählen wann und wie ich mich schütze vor was auch immer.	Sexuelle Identität und Antidiskriminierung sind nicht trennbar und ermöglichen sich zu schützen.	K4 Dimensionen	K4.2.2.2 Reflexion/Haltung
<b>51</b>	O2 254-254	Das ist schon ein Thema, aber das ist ein Hauptthema von unserem Partner der <u>Rosalinde</u> Leipzig, weil die da die kompetenten sind.	Sexuelle Identität ist eher ein Randthema (Auslagerung) --> Interdisziplinarität	K4 Dimensionen	Keine Subkategorie, Analyse in Chancen und Barrieren
<b>52</b>	O2 260-261	Also Selbstbestimmung spielt immer eine Rolle. Die sind ja auf dem Weg erst sich auszuprobieren und da läuft nicht immer schon so alles selbstbewusst und selbstbestimmt	Selbstbewusstsein ist wichtig, wenn man sich ausprobiert (sexuelle Selbstbestimmung)	K4 Dimensionen	K4.1.2 Outcome „Selbstbewusstsein“
<b>53</b>	O2 275-287	Dass ich Jugendliche erst langsam daran führen muss, damit sie auch selbstbewusst und selbstbestimmt entscheiden könne. Also die brauchen Wissen dazu, sie brauchen Identitätsstiftende Geschichten dazu	Wissen+ Identität führt zur Selbstbestimmung und Selbstbewusstsein (Sexualpädagogik)	K4 Dimensionen	K4.2.2 Outcome „Selbst“  K4.2.3 Prozess Jugend  K4.1 Sexuelle Selbstbestimmung

<b>Hauptkategorie 5- Chancen/Barrieren- Zusammenfassung</b>					
	<b>Befragte*r</b>	<b>Aussage</b>	<b>Memo</b>	<b>Hauptkategorie</b>	<b>Subkategorie</b>
1	N1	Also die Jugendlichen dürfen durchaus (...) mitgestalten.	Stärke/Chance	K5 Chance/Barriere	K5.1.1.1 Flexibilität/Partizipation
2	N1 Z. 57-60	Und allein diese Erfahrung, dass Jugendliche die jetzt Erfahrung machen können, dass es auch Erwachsene gibt und dass es diesen Ort hier gibt, die AIDS-Hilfe gibt, in dem Sie halt auch Dinge offen ansprechen können ohne sich schämen zu müssen oder vorverurteilt zu werden.	Offenes Ansprechen, Keine Scham durch externe Mitarbeiter*innen	K5 Barrieren/Chancen	K5.1.1.4 Institution/Beratungsstelle
3	N1 62-63	Sexualität und Sprache fließt ja auch ganz deutlich die Haltung der AIDS-Hilfe mit ein	Haltung der AIDS-Hilfe (politisches Leitbild?)	K5 Barrieren/Chancen	K5.1.1.6 Haltung
4	N1 Z. 81-84	[...] sind wir ziemlich nah dran an den Lebenswelten unterschiedlichster Menschen, also unterschiedlichster sozialer Herkünfte oder Milieus und Kulturen, weil halt auch unseren ehrenamtlichen Teamenden aus unterschiedlichen Bereichen kommen, Lebenswelten kommen, und wir ziemlich/also es ist ein junges Team auch.	verschiedene Lebenswelten, verschiedene Milieus, Junges Team sind Faktoren um Jugendliche besser zu erreichen	K5 Barrieren/Chancen	K5.1.1.5.2 Peer-Group
5	N1 Z.87-98	Es wird halt nicht bewertet, es wird halt (jemand Betritt tritt den Raum, Pause). Und auch die große Schuldfrage. Es wird zum Teil (...) Beim Thema HIV plopt die halt auch immer wieder auf. Das ist hier halt auch kein Thema	Es findet keine Bewertung statt - ressourcenorientiert?	K5 Chancen/Barrieren	K5.1.1.6 Haltung
6	N1 Z.122-123	der Rahmen von 2,5h seine Grenzen von dem was man sich so als Ziel steckt.	Es fehlen zeitliche Ressourcen	K5 Barrieren /Chancen	K.5.2.2.3 zeitlich
7	N1 Z.309-314	und wir dadurch sehr nah dran sind an den Menschen und allgemein und eben nicht nur einer bestimmten Zielgruppe, also ich meine jetzt nicht nur Suchtmenschen die Drogengebraucher sind, sondern HIV-Prävention richtet sich an jegliche Zielgruppen und Menschen und deswegen ist eben dieses Konzept notwendig das zu erweitern um halt auch alle Zielgruppen zu erreichen	Strukturelle Prävention erreicht ALLE Zielgruppen durch verschiedene Lebenswelten (AIDS-Hilfe hat die Kompetenz)	K5 Chancen/Barrieren	K5.1.1.5 Zugang zu Jugendlichen
8	N1 Z.322-324	Also nicht jede AIDS-Hilfe hat die Ressource sich um ein Team bestehend aus 25 Ehrenamtlichen zu kümmern, so wie die Youthworker*innen zum Beispiel.	Fehlende Ressource: Zeit + Personal? (Barrieren)	K5 Barrieren/Chancen	K.5.2.2.2 personell
9	N1 Z.357-359	Lehrer*innen es dann auch selbst versuchen und sich gar nicht wirklich damit auseinander setzen wollen und können, das ist	Mangelnde Kompetenz bei Lehrenden	K5 Chancen/Barrieren	K5.1.1.2 Experten*innenwissen

		auch in Ordnung, es dann aber nicht abgeben an dritte also an uns			
10	N1 Z.359-362	DAH natürlich dann ein total kompetenter Partner aus meiner Sicht, weil er einfach auch schon so viele Jahre Expert*innenwissen da einfach vorhanden ist	DAH kompetenter Partner. aufgrund von Expertenwissen (Chancen)	K5 Chancen/Barrieren	
11	N1 Z.361-362	und gleichzeitig aber auf dieser Ebene kaum Gelder zur Verfügung gestellt werden	Fehlen von finanziellen Ressourcen (Barrieren)	K5 Chancen/Barrieren	K.5.2.2.1 finanziell
12	N1 Z.352-353	Also wenn der Auftrag der ja bis jetzt verankert ist an Schulen so auch durchgeführt werden würde und das in allen Bundesländern. Würde ich sagen das reicht aus.	XXX	K5 Chancen/Barrieren	K5.2 Barrieren
13	N1 Z.382-384	Wenn wir uns den Pakt für Prävention angucken, den es in Hamburg gibt sind Sport, Spiel und gesunde Zähne (...) also natürlich wichtig, aber das so sexuelle Gesundheit nennen wir es mal und HIV-Prävention spielt kaum eine Rolle	Sexuelle Gesundheit/HIV-Prävention spielt nebensächliche Rolle in der Gesundheitsförderung	K5 Chancen/Barrieren	K.5.2.1.1 Gesellschaft
14	N1 Z.388-392	Es versteht keiner, wenn die AIDS-Hilfe das macht. Es zieht sich weiter, wenn Werbeagenturen etwas für uns machen möchten und die AIDS-Hilfe ganz nach vorne hängen und wir sagen: „ <u>Nein das wollen wir nicht</u> “. Sagen wir mal wir wollen andere Dinge ins Schaufenster stellen, wir wollen das Schaufenster sagen wir mal umdekoriieren. Es wird nicht verstanden.	Gesellschaftliche Akzeptanz von Ganzheitlichkeit? Die Gesellschaft ist pathogenetisch? (Image/Probleme)	K5 Chancen/Barrieren K3 Salutogenese /Pathogenese	K.5.2.1.1 Gesellschaft
15	N2 Z.140	„Ja die <u>redet nicht so wie so ein Lehrer, sondern redet Slang</u> “.	Experten*innen näher an Lebenswelten (Vorteil Schule)	K5 Chancen, Barrieren	K5.1.1.5 Zugang zu Jugendlichen
16	N2 Z.176	Also, bei mir ist denke ich eigentlich das Problem. Es gibt keinen Nachwuchs		K5 Chancen, Barrieren	K.5.2.2.2 personell
17	N2 Z.111	Und vorallendingen was auch bei mir immer Thema ist, wie die Ärzte einen behandeln.	Altes AIDS im Medizinsektor verankert	K5 Chancen, Barrieren	K.5.2.1.1 Gesellschaft
18	N2 Z.165-166	dass es vielleicht auch Ängste abbaut, was es Beratungsstellen betrifft.	AIDS-Hilfe hat den Vorteil Ängste vor Beratungsstellen abzubauen	K5 Barrieren/Chancen	K5.1.1.4 Institution/Beratungsstelle
19	N2 Z.390-392	Im Prinzip wissen die Leute das auch alle, aber man muss da vernünftig ins Gespräch kommen, weil die Leute das immer noch also Sex ist immer noch ein Tabu-Thema bei vielen.	Sex als Tabu in der Gesellschaft	K5 Barrieren/Chancen	K.5.2.1.1 Gesellschaft
20	N2 Z.194-196	Das man vielleicht <u>Gelder motivieren</u> könnte, für Leute die Schulprävention machen, ihre Geschichte zu erzählen, um vielleicht auch supervisorisch vielleicht einmal ein bisschen zu arbeiten	Wunsch nach finanziellen Ressourcen für Ehrenamtliche	K5 Barrieren/Chancen	K.5.2.2.1 finanziell
21	N2 Z.306-308	Das ist ja bei sexuelle Selbstbestimmung leider ja auch immer die Problematik, dass man da eigentlich gar nicht wirklich	Sexuelle Selbstbestimmung wird von Eltern und Schule teilweise nicht gewollt (sex. Selbstbestimmung)	K5 Barrieren/Chancen	K.5.2.1.1.1 Eltern

		drauf eingehen kann und dabei von der Schule bzw. von den Eltern schon eigentlich nicht gewollt ist.			
22	N2 Z.325-327	also das liegt also auch da dran, dass wir mit den Kollegen von Schlau zusammenarbeiten, ProFamilia ist da mit drin, Gesundheitsamt ist mit drin. Das heißt wir haben einen Pool von vielen unterschiedlichen Kollegen.	Interdisziplinäre Zusammenarbeit	K5 Barrieren/Chancen	K5.1.1.3 Interdisziplinarität
23	N2 Z.390-392	Im Prinzip wissen die Leute das auch alle, aber man muss da vernünftig ins Gespräch kommen, weil die Leute das immer noch also Sex ist immer noch ein Tabu-Thema bei vielen.	Sex ist in der Öffentlichkeit immernoch ein Tabu-Thema	K5 Barrieren/Chancen	K.5.2.1.1 Gesellschaft
24	N2 Z.672-674	„Wer war denn jetzt AIDS-Hilfe und wer war jetzt irgendein anderer Player, der da was zu erzählt hat.“	Isolierte HIV-Prävention= Schärfung des Profils	K5 Chancen/Barrieren	K.5.2.1.2.1 Überforderung Jugendliche
25	N2 Z.133-134	Ich habe das oft mit Klassen gehabt, ich bin da meistens dann in Schulen wenn da Projektwochen sind, dass heißt da sind dann auch andere Leute da	Kooperation in Projektwochen (Interdisziplinarität)	K5 Chancen/Barrieren	K5.1.1.3 Interdisziplinarität
26	S1 Z.119-121	Dadurch dass auch die Lehrer nicht mit dabei sind hat es auch so eine Grundoffenheit. Ich glaube es werden verschiedene Fragen gestellt, die man sich nicht trauen würde vor dem Klassenlehrer oder Fachlehrer zu fragen	Grundoffenheit durch Externe--> Vorteil gegenüber Lehrer*innen	K5 Chancen/Barrieren	K5.1.1.5 Zugang zu Jugendlichen
27	S1 Z.122-126	Ja und ich glaube unsere HALTUNG ist auch eine Stärke. Weil wir schon drauf Wert legen, dass wir keine Sexualität stigmatisierend behandeln oder diskriminierend behandeln, sondern es eher so „Ich bin ok, du bist ok“. Auch in deiner Sexualität. Ich glaube das ist auch eine Stärke. Also wir sind da alle von der Haltung her sehr offen und sehr, ja, sehr tolerant und die Welt ist bunt und die Sexualität ist bunt und so behandeln wir das auch.	Stärke: Haltung der AIDS-Hilfe für Vielfalt und Diversity (politisches Leitbild?)	K5 Chancen/Barrieren	K5.1.1.6 Haltung
28	S1 133-134	Und so wie ich es da mitbekomme ist es dort von der Haltung her genauso. Ich gehe doch davon aus, dass auch andere Träger hoffentlich quasi von der Haltung her das gleiche transportieren.	Haltung: Nicht spezielle AIDS-Hilfe, aber sämtliche Träger der Sexualität (Vernetzung? Politischer Auftrag?)	K5 Chancen/Barrieren	K5.1.1.6 Haltung
29	S1 Z.325-328	Also ich glaube wirklich, dass Skills zu ergänzen und in einem Team wo Prävention stattfindet glaube ich ist so ein Skills-Mix eigentlich das was meiner Meinung nach eigentlich am besten funktionieren könnte und ich persönlich am wünschenswertesten fände, um gute Prävention zu machen.	Interdisziplinarität als Grundlage einer erfolgreichen Prävention (Vernetzung)	K5 Chancen/Barrieren	K5.1.1.3 Interdisziplinarität
30	S1 Z.348-350	Aber ich glaube schon, dass man ein Kind massiv überfordern kann, wenn ein Kind grade vielleicht in der Selbstfindungsphase ist und noch garnicht weiß was es jetzt eigentlich	Mögliche Überforderung, wenn kein Vorwissen da ist (Schwäche, Barriere, Hintergrund)	K5 Chancen/Barrieren	K.5.2.1.2.1 Überforderung Jugendliche

31	S1 Z.406-411	Also das meine ich auch mit Skills-Mix und ich glaube auch dass wir da auch zukünftig verschiedene Identitäten in Zusammenhang mit Religiosität, Glauben kommen wo man auch nochmal, ich wills jetzt nicht Herausforderung nennen, weils (...) Also auf die wir uns einstellen dürfen.	Vernetzung als Brücke um Diversitätsbezogene Herausforderungen zu überbrücken	K5 Chancen/Barrieren	K5.1.1.3 Interdisziplinarität
32	S1 Z.113-114	Ich glaube Flexibilität ist eine usnerer Stärren. Ich glaube, dass wird durchaus auf die Bedürfnisse der jeweiligen heterogenen Klasse/Gruppe eingehen können.	Stärke+Chance	K5 Chancen/Barrieren	K5.1.1.1 Flexibilität/Partizipation
33	S1 Z.425-425	da ist es einfach ganz schön, wenn ich als völlig neutraler Mensch diese Veranstaltung machen kann und ich bin dann wieder weg. Die Schüler_Innen können völlig frei fragen und völlig frei erzählen, was sie belastet, was sie wissen wollen	Offenes Ansprechen, Keine Scham durch externe Mitarbeiter*innen	K5 Chancen/Barrieren	K5.1.1.5.1 Anonymität
34	S1 Z.429-432	Ich glaube auch, dass (..) ein Biolehrer oder Biolehrerin nicht zwangsläufig das Wissen über HIV hat, was jetzt zum Beispiel wir Mitarbeiter von der AIDS—Hilfe haben.	Fehlendes Wissen in der Schule!	K5 Chancen/Barrieren	K5.1.1.2 Experten*innenwissen
35	S1 Z.448-459	Sondern da hat man dann eben genau das Gefühl, dass der Lehrplanmäßig curricular abgearbeitet wird, was abzuarbeiten ist, aber (..) das Thema Störungen vor Inhalt dann nicht berücksichtigt wurde. Also ich will da auch garnicht sagen, dass die Lehrer da einen schlechten Job machen, aber ich glaube durch Zeitmangel, durch curriculare Vorgaben ist es glaub ich schon so, dass nicht immer so aufgefangen wird und nicht immer so eingegangen wird auf die Jugendlichen, wie man das möchte	Festlegung (Fokus auf Störungen) im Lehrplan, kann hinderlich sein	K5 Chancen/Barrieren	K.5.2.1 Strukturelle Barrieren
36	S1 Z.460-462	Ich weiß auch nicht wie weit ein Biolehrer da gehen darf ohne, dass die Eltern da quasi in einem Elterngespräch das nochmal klären wollen	AIDS-Hilfe ist anonym gegenüber Eltern (Vorteil)	K5 Chancen/Barrieren	K5.1.1.4 Institution/Beratungsstelle
37	S1 Z.509-510	Also da habe ich auch das Gefühl, dass hier in Stuttgart zumindest auf politischer Ebene auf politischer Ebene (..) sehr gut funktioniert	Politisch ist Vernetzung mit Exper*innen gewünscht	K5 Chancen/Barrieren	K5.1.2 Gesetz
38	S1 Z.515-516	Dadurch hat die AIDS-Hilfe angeht und die Hoppitse, also das ist schon seit je her eine Vernetzung und das meine ich auch wieder ein bisschen mit Skills-Mix. Vernetzung.	Skills-Mix= Vernetzung=Interdisziplinarität	K5 Chancen/Barrieren	K5.1.1.3 Interdisziplinarität
39	S1 Z.521-522	Also das heißt es gibt ganz viele Bereiche Vernetzung noch intensiver denkbar wäre und noch intensiver quasi auch noch intensiver (..) möglich wäre.	Stärkere Vernetzung ist gewünscht (Interdisziplinarität)	K5 Chancen/Barrieren	Weitere Verwendung in der Kategorie Zukunft
40	S2 210-212	Das Thema Antidiskriminierung. Leben mit HIV (...) verständlich darstellen zu reflektieren und in dem ein	Fokus auf eigenes Experten*innenwissen legen	K5 Chancen/Barrieren	K5.1.1.2 Experten*innenwissen



		Schwerpunkt zu sehen. <u>Da</u> glaub ich gibt es nicht weniger Experten zu dem Thema			
41	S2 236-237	Die Sexualpädagogik zu definieren und dann, wenn man das mal wüsste zu überlegen, welche Akteure wollen wie welchen Beitrag leisten und wann ist Arbeit <u>wirklich</u> sexualpädagogisch und wann ist es(...) also es ist eine Begrifflichkeit, die ist sehr inflationär.	Inflationäre Verwendung von Sexualpädagogik. Klare, einheitliche Definition wird gewünscht (Anlehnen an Kompetenzen der WHO???)	K5 Chancen/Barrieren K4 Dimensionen	K.5.2.1.2.2 Definitionsvielfalt
42	S2 221-224	aber es gibt noch so viele andere Akteure, wir sollten es den anderen auch nicht aus der Hand nehmen. Zu sagen, das macht die AIDS-Hilfe Ausschließlich und am besten und anders als ihr oder wir müssten da noch was ergänzen. Ich glaube die Vielfalt in diesem Thema zu arbeiten, auch doch unterschiedliche Angebote	SexPäd ist bereits interdisziplinär verankert	K5 Chancen/Barrieren	K.5.2.1.2 Diversität Akteure
43	S2 50-51	Wir sind sehr darauf konzentriert, immer auch das aktuellste zu kommunizieren.	Aktualität = Vorteil zur Schule durch Experten*innenwissen	K5 Chancen/Barrieren	K5.1.1.7 Aktualität
44	W1 69-71	Weder ich kenne die Schüler, noch die Schüler kennen mich. Insofern kann ein ganz anderes Vertrauensverhältnis aufgebaut werden. Während ein Lehrer auch danach noch Lehrer ist. Dem stellt man dann nicht wirklich fragen, bin ich jemand dem können Fragen gestellt werden, die werden dann beantwortet und danach bin ich weg.	Vorteil einer externen Person vs. Lehrer*in: neutral und vertrauen (Stärke)	K5 Barrieren/Chancen	K5.1.1.5.1 Anonymität
45	W1 78-80	dass (..) wir rein organisatorisch relativ wenig Zeit bei den einzelnen Schulklassen haben	Zeitliche Ressourcen Fehlen --> Kurzzeitpädagogik? (Schwäche)	K5 Barrieren/Chancen	K.5.2.2.3 zeitlich
46	W1 79-80	Eine weitere Schwäche sehe ich auch tatsächlich in der immer noch zu wenig genutzten Multimedialität. Ich habe immer noch zu wenig Möglichkeit oder Gelegenheit UP-to-Date zu sein.	Infrastruktur für Multimedialität fehlt (Barrieren – strukturell)	K5 Barrieren/Chancen	K.5.2.1 Strukturelle Barrieren
47	W1 86-87	Teils am zeitlichen Mangel, teils an der Organisation, teils an der Technik einfach schlicht untergreifend.	Gründe für fehlende Multimedialität - in der Schule	K5 Barrieren/Chancen	K.5.2.2.1 finanziell K.5.2.2.3 zeitlich K.5.2.1 Strukturelle Barrieren
48	W1 227-230	An der Möglichkeit überhaupt, an der personellen Möglichkeit. Weil viele dieser kleinen AIDS-Hilfen sind dann auch durch Ehrenamtler besetzt, die teilweise auch völlig andere oder keine sozialarbeiterische Grundbildung haben.	personelle Ressourcen fehlen. Es muss viel über Ehrenamt gestemmt werden.	K5 Barrieren/Chancen	K.5.2.2.2 personell
49	W1 241-243	Da kann ich nur für NRW sprechen und da ist es ja auch tatsächlich momentan so, dass externe Fachkräfte zugeholt werden sollen. Das ist ja schon eine tolle Geschichte im derzeitigen Lehrplan	Im Lehrplan verankert: Experten*innen sollen dazugeholt werden.	K5 Barrieren/Chancen	K5.1.2 Gesetz

50	W1 255-256	Dieses ganze Paket ist eigentlich eher unabhängig von dem Träger. Oder sagen wir es so. Sollte es zumindest sein.	Auftrag ist nicht an die AIDS-Hilfe gebunden. (Vernetzung der Akteure? Unterstützung aller)	K5 Barrieren/Chancen	K5.1.1.3 Interdisziplinarität
51	O1 93-96	Also zum einen wäre natürlich eine Schwäche der Peer-Education, dass die Ehrenamtlichen keine Ausgebildeten Sexualpädagogen oder Pädagoginnen sind. <u>Dementsprechend</u> gibt es gewisse Herausforderungen, die sie nicht so gut meistern können mit einer Gruppe. Jetzt so auf pädagogischer Ebene	Ehrenamtliche/Peer - haben keine Ausbildung was Sexualpädagogik betrifft (Schwäche)	K5 Chance/Barriere	K.5.2.2.2 personell
52	O1 77	Das es auf jedenfall Freiraum gibt für Fragen	Stärke +Chance	K5 Chance/Barriere	K5.1.1.1 Flexibilität/Partizipation
53	O1 190-192	Auf praktischer Ebene würde ich halt denken, deswegen habe ich es auch soweit gerated, dass es ein super großes Feld ist, dass wir jetzt in unserem Rahmen eines dreistündigen Workshops nicht zufriedenstellend (..) bearbeiten können.	Zeitliche Ressource fehlt, um Identitätsbildung abzudecken (Barrieren)	K5 Chance/Barriere	K.5.2.2.3 zeitlich
54	O1 217-220	Ja, also das ist vorallengingen glaub ich viel Haltung und Einstellung, die von uns Transportiert werden, wo wir hoffen, dass das bei den Jugendlichen ankommt auch der Unterschied vielleicht auch zur Schule. Wo ich mir vorstellen könnte, dass es vielleicht mehr Bewertung gibt durch Lehrkräfte.	Haltung der AIDS-Hilfe, keine Verurteilung, Neutrale AIDS-Hilfe (Vorteil zur Schule)	K5 Chance/Barriere	K5.1.1.6 Haltung
55	O1 238-241	Das es häufig nur eine Person ist oder zwei Personen sind, die das alleine machen. Dementsprechend einfach nicht die Zeit haben, um Workshops oder auch Konzepte in dieser Breite anzubieten.	Personelle Ressourcen: Barriere für fehlende Sexualpädagogik	K5 Chance/Barriere	K.5.2.2.2 personell K.5.2.2.3 zeitlich
56	O1 241-245	Dann hängt es natürlich aber auch ab davon was wird einem angeboten von den Schulen. Es ist ja nicht immer so, dass man drei Stunden hat oder noch mehr. Also manchmal auch sind es nur 90 Minuten Projekte machen können. Dann muss man natürlich auch aussieben und da unser Hauptauftrag natürlich HIV/STI-Prävention bleibt, kann das nicht wegfallen. Dann muss halt was anderes wegfallen.	Begrenzte zeitliche Vorgaben durch die Schulen (Barrieren)	K5 Chance/Barriere	K.5.2.2.3 zeitlich
57	O1 252-255	Aber auch aus den Rückmeldungen der Jugendlichen heraus, die schon immer wieder sagen, dass es gut ist, dass sie aus der Schule raus sind. Also die kommen ja auch immer zu uns zum Beispiel, weil es ein anderer Lehrraum ist	Angebote finden außerhalb des Lernraums statt (Vorteil zur Schule)	K5 Chance/Barriere	K5.1.1.4 Institution/Beratungsstelle
58	O1	Und dass die Lehrkräfte eben nicht dabei sind, dass auch keine Benotung stattfinden...	Keine Benotung öffnet den Rahmen (Vorteil zur Schule)	K5 Chance/Barriere	K5.1.1.4 Institution/Beratungsstelle K5.1.1.5.1 Anonymität

59	O1 268-269	Aber ansonsten ist es dann für die Lehrkräfte eine Entlastung, weil sie das Thema oder die Themen mit den Jugendlichen nicht so vertieft machen müssen. Plus sie haben dann die Zeit, während des Projektes frei. Also müssen dann die Jugendlichen nicht im Unterricht haben und können das quasi auch abgeben.	Entlastung des Lehrpersonals, durch Lehrende gewünscht (Vorteil zur Schule)	K5 Chance/Barriere	K5.1 Chancen
60	O1 278-280	sie wissen es halt nicht so genau „also wo war jetzt mein Kind eigentlich und wer hat das genau durchgeführt und wie sind diese Menschen geschult.	Durch Eltern gewünscht? Möglich intransparenz gegenüber der Eltern könnte ein Problem sein	K5 Chance/Barriere	K.5.2.1.1.1 Eltern
61	O2 27-29	wir haben einen großen Arbeitskreis, Sexualpädagogik oder Sexuelle Bildung, wo wir uns gut austauschen. Bzw. ich mich mit meinen Kollegen und Kolleginnen austausche.	Austausch ist wichtig (Interdisziplinarität) --> Arbeitskreis Sexualpädagogik	K5 Chance/Barriere	K5.1.1.3 Interdisziplinarität
62	O2	Ich würde es fast ähnlich sehen, dann bräuchte ich aber 3-2-3 Tage mit den Jugendlichen zu arbeiten  Ja, also ich kann die Sachen ein bisschen ankratzen und anreichen. Aber mehr ist einfach nicht möglich. Weil, die zeitliche Kompetenz ist nicht da. Mehr kann man nicht leisten	Zeitliche Ressourcen fehlen, um alle Party zu erfüllen	K5 Chance/Barriere	K.5.2.2.3 zeitlich  K.5.2.2.3 zeitlich
63	O2 287-288	Das könnte vielleicht damit zusammenhängen, dass niemand da ist der geschult ist. Es gibt ja auch ein paar Standards.	Mangelnde Kompetenz seitens mitarbeiter*innen (Barrieren)	K5 Chance/Barriere	K.5.2.2.2 personell
64	O2	Eine Schwäche ist, dass einfach zu wenig Zeit ist ohne Vorlauf halt, wenn wir nur diese anderthalb Stunden haben-	Schwäche/Barriere= zeitliche Ressource	K5 Chance/Barriere	K.5.2.2.3 zeitlich
65	O2 289-291	Oder sie sind in Absprachen mit anderen an Schulen Unterwegs, wo es ein Baustein des sexualpädagogischen Konzepts der Schule ist. Könnte ja auch eine Rolle spielen, Gibt es. Es gibt wenige Schulen, die so etwas haben. Aber das gibt es.	vereinzelt Sexualpädagogische Konzepte an Schulen verfügbar (Interdisziplinarität)	K5 Chance/Barriere	K.5.2.1.2 Diversität Akteure K5.1.1.3 Interdisziplinarität
66	O2 253-254	Das ist schon ein Thema, aber das ist ein Hauptthema von unserem Partner der <u>Rosalinde</u> Leipzig, weil die da die kompetenten sind	Sexuelle Identität ist eher Randthema, Auslagerung → Interdisziplinär	K5 Chance/Barriere	K5.1.1.3 Interdisziplinarität
67	O2 299-302	Also in Sachsen heißt es Orientierung „Fragen zur Sexualaufklärung, Familienbildung“, ja so heißt es. Und ja da steht auch explizit mit drin, dass Themen anzubieten sind, fächerübergreifend und das Externe dort auch reindürfen	Gesetzlich ist Interdisziplinarität verankert	K5 Chance/Barriere	K5.1.2 Gesetz
68	O2 307-309	Ja, das macht auf jeden Fall Sinn, weil wenn ich mir die Ausbildung von Lehranwärtern, selbst im Fach Biologie. Da spielt der menschliche Körper und die menschliche Sexualität keine Rolle in der Ausbildung, 0	Sexualität nicht in der Ausbildung von Lehrenden verankert (Stärke)	K5 Chance/Barriere	K.5.2.1.1.2 Bildung  K5.1.1.2 Experten*innenwissen

		Bildung von Lehrerinnen und Lehrern natürlich auch wichtig, sondern natürlich auch Erzieherinnen und Erzieher und SozialarbeiterInnen auch. Der ganze Bereich Bildung, das findet halt in der Ausbildung Sexualität nicht statt. Das finde ich <u>sehr schwierig</u> .			
69	O2 315-316	Ich finde es schon wichtig die mit ins Boot zu holen, die Eltern. Weil die oft viele Fragen haben und manchmal auch überfordert sind.	Wichtig: Interaktion zwischen Eltern und AIDS-Hilfe (Interdisziplinärität)	K5 Chance/Barriere	K5.1 Chancen K5.1.1.3 Interdisziplinärität
70	O2 336-338	Also wenn ich von Safer Sex rede im Sinne der Deutschen AIDS-Hilfe oder im Sinne von ProFamilia, die halt noch Schutz vor ungewollter Schwangerschaft reinpackt zum Thema SaferSex	Begriffe werden unterschiedlich verwendet (Kommunikation/Vernetzung wichtig)	K5 Chance/Barriere	K.5.2.1.2.2 Definitionsvielfalt K5.1.1.3 Interdisziplinärität
	O2 119-120	Die Stärken sehe ich darin, dass es kein Frontalunterricht ist, sondern die bei allem mitmachen.	Kein Frontalunterricht (Stärke/Chance)	K5 Chance/Barriere	K5.1.1.1 Flexibilität/Partizipation

Hauptkategorie 6- Zukunft					
	Befragte*r	Aussage	Memo	Hauptkategorie	Subkategorie
1	N2 194-196	Das man vielleicht <u>Gelder motivieren</u> könnte, für Leute die Schulprävention machen, ihre Geschichte zu erzählen, um vielleicht auch supervisorisch vielleicht einmal ein bisschen zu arbeiten	Wunsch nach finanziellen Ressourcen für Ehrenamtliche	K6 Zukunft	K6.1 Finanzen stärken
2	N2 694-698	Was ich mir wünschen würde, dass Prävention <u>viel größer</u> stattfinden würde. Also eigentlich an allen, das fände ich toll und nicht das was wir machen, weil wir die Kapazitäten ja nicht haben. Dieses punktuelle, ich würde es mir wirklich so für alle Schulen wünschen. Das findet in dieser und dieser Klasse statt, oder in diesem Rahmen halt so 9./10. Klasse, dass sie es wirklich alle mal gehört haben	Flächendeckendes Angebot gewünscht	K6 Zukunft	K6.2 Ganzheitliche Ausrichtung
3	N1 Z.119-122	Also wenn wir die Möglichkeit hätten unsere HIV-Prävention einzubetten in eine Sexualpädagogik und das vielleicht in Klassen über mehrere Schuljahre zu betreuen, sodass man das auch aufbauend gestalten kann. Das wäre toll.	XXX	K6 Zukunft	K6.2 Ganzheitliche Ausrichtung
4	S1 Z.446-449	Wie ich mir das wünschen würde. Sondern da hat man dann eben genau das Gefühl, dass der Lehrplanmäßig curricular abgearbeitet wird, was abzuarbeiten ist, aber (..) das Thema Störungen vor Inhalt dann nicht berücksichtigt wurde	Festlegung (Fokus auf Störungen) kann hinderlich sein	K6 Zukunft	K6.2 Ganzheitliche Ausrichtung
5	N1 Z.366-368	Ich denke schon, dass sie in großen und ganzen durchaus als beratende Funktion öfter hinzugezogen werden sollte.	Die DAH soll weiterhin beraten	K6 Zukunft	K6.3 Vernetzung
6	S1 Z.521-522	Also das heißt es gibt ganz viele Bereiche Vernetzung noch intensiver denkbar wäre und noch intensiver quasi auch noch intensiver (..) möglich wäre	Stärkere Vernetzung gewünscht	K6 Zukunft	K6.3 Vernetzung