

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg - *Hamburg University of Applied Sciences*

Fakultät Life Sciences, Department Public Health



Interkultureller Transfer und die Rolle von Akteurinnen und Akteuren in der Aidsprävention

Der BZgA Mitmach-Parcours in Mosambik

Diplomarbeit

vorgelegt von

Joana Bugiel



Erste Betreuerin: Frau Professor Dr. Christine Färber (HAW Hamburg)

Zweitbetreuung : Herr Dr. Georg Nachtigal (GTZ)

Hamburg, im Oktober 2007

Im Sommer 2005 hielt ich mich drei Monate in Belo Horizonte/ Brasilien auf und befragte Akteurinnen und Akteure zu ihren Erfahrungen in der Aidsprävention. Die Leiterin einer Ambulanz für Straßenjüngliche sprach mich auf ein Präventionsprogramm aus Deutschland an, das weltweit eingesetzt werde. Sie bat mich um Unterstützung, das Programm in Brasilien einzuführen. So erfuhr ich zum ersten Mal vom Mitmach-Parcours. Ich nahm Kontakt zur GTZ auf und erhielt bald darauf das deutsche Handbuch zur Programmanpassung sowie portugiesischsprachiges Informationsmaterial aus Mosambik. Im darauffolgenden Sommer regte meine Professorin an, eine Hausarbeit über den Mitmach-Parcours in Mosambik zu schreiben. Später brachte sie mich darauf, die Programmumsetzung in Mosambik zum Thema meiner Diplomarbeit zu machen. Dazu war ein Aufenthalt vor Ort naheliegend. Dank finanzieller Unterstützung der GTZ konnte ich im März 2007 tatsächlich nach Mosambik reisen. Die drei Monate meiner Arbeit vor Ort waren eine sehr intensive und eindrückliche Zeit, die mich in vielerlei Hinsicht forderte, die ich mir aber nicht hätte besser vorstellen können. Ein Reisebericht wird demnächst im Hochschulmagazin *Impetus* publiziert.

Die vorliegende Arbeit enthält die Ergebnisse eines langen Arbeitsprozesses, an dem - wissentlich und nichtwissentlich - viele Menschen beteiligt waren. Mein ganz besonderer Dank geht in diesem Zusammenhang an *Frau Professor Dr. Christine Färber* für ihre kompetente Unterstützung, ihre Anregungen und die unbedingte Zuversicht im Vorfeld wie im Verlauf dieser Arbeit. Des Weiteren gilt mein ausdrücklicher Dank *Herrn Dr. Georg Nachtigal*, dessen Projekt (GTZ-Saúde) den Aufenthalt in Mosambik finanziell und organisatorisch ermöglicht hat und der darüber hinaus die Arbeit mit anhaltendem und feinsinnigem Interesse betreute. Ein aufrichtiges Dankeschön an die *Facilitators* in Inhambane, Beira und Manica für ihre freundliche Aufnahme, ihre Bereitschaft zum Gespräch und für ihr Vertrauen. Frau *Luitgard Matuschka* danke ich insbesondere für ihren ermutigenden Zuspruch im Vorfeld meiner Reise und für ihre Hilfsbereitschaft seit der ersten Kontaktaufnahme.

An dieser Stelle möchte ich auch meinen Freunden und meiner Familie danke sagen, besonders meiner Mutter, Frau *Gudrun Ritter*, für ihre Träume und ihr unbedingtes Vertrauen in mich; meinem Bruder *Marcel Bugiel* für seinen Rückhalt, seine Begeisterung und seinen Blick für das Wesentliche. In allen Höhen und Tiefen stand mein Freund *Michael Roos* mir zur Seite. Vielen Dank dafür, für die vielen verschenkten Wochenenden, für stärkende Verwöhnprogramme und für einen unerschütterlichen Glauben an mich. – *Valeo!* (Hamburg, im Oktober 2007)

 INHALTSVERZEICHNIS

Abbildungsverzeichnis.....	V
Anhangsverzeichnis.....	VI
Glossar.....	VII
Zusammenfassung.....	1
EINFÜHRUNG.....	2
1 Mosambik: Aktuelle Situation und epidemiologische Trends.....	2
2 Nationale Strategien zur Bekämpfung der Aids-Pandemie.....	4
3 Aidsprävention in der deutsch-mosambikanischen Zusammenarbeit.....	4
4 Aidsprävention als Gemeinschaftsprojekt der GTZ und BZgA.....	5
5 Erkenntnisinteresse.....	5
6 Übersicht zur vorliegenden Arbeit.....	6
I HINTERGRUND.....	8
1 HIV und Aids im soziokulturellen Kontext Mosambiks.....	8
1.1 Nationale Ausgangslage.....	8
1.2 Gesundheitsversorgung.....	9
1.3 Soziokulturelle Determinanten der HIV/Aids Übertragung.....	10
2 Aidsprävention für Jugendliche: Der BZgA Mitmach-Parcours.....	12
2.1 Konzept und Methodik des Mitmach-Parcours.....	12
2.1.1 Die Moderation als zentrales Element im Mitmach-Parcours.....	14
2.1.2 Ziele und Botschaften der Stationen des BZgA Mitmach-Parcours....	14
2.3 Einordnung des Programms in den theoretischen Kontext.....	16
2.3.1 Theoretischer Bezugsrahmen des Mitmach-Parcours.....	17
2.3.2 Moderatorinnen und Moderatoren als Rollenmodelle.....	18
2.4 Ergebnisse der Programmevaluation.....	19
3 Der Mitmach-Parcours in Mosambik.....	19
3.1 Programmreichweite in Mosambik.....	20
3.2 Programmfinanzierung.....	21
3.3 Programmanpassung für den soziokulturellen Kontext Mosambiks.....	21
3.4 Moderatorinnen und Moderatoren als <i>Facilitators</i>	22
3.4.1 Moderationstraining.....	23
3.4.2 Arbeit an den Stationen.....	23
3.5 Vorstellung der Teams.....	23
3.6 <i>Facilitators</i> als Rollenmodelle.....	25
II FRAGESTELLUNGEN UND ERHEBUNGSMETHODEN.....	26
1 Fragestellungen.....	26
2 Kulturübergreifende Sozialforschung.....	27
3 Methodenauswahl.....	28
4 Methodenanwendung.....	29
4.1 Auswahl der Interviewpersonen.....	29
4.2 Entwicklung des Leitfadens.....	30
4.3 Durchführung der Leitfadeninterviews.....	30
4.4 Teilnehmende Beobachtung.....	31
4.5 Potentiale und Grenzen der Untersuchung.....	32
5 Materialauswertung.....	33
5.1 Auswahl des Materials.....	34

5.2 Transkription.....	34
5.3 Induktive Kategorienbildung.....	34
5.4 Kategoriensystem.....	35
III DARSTELLUNG DER ERGEBNISSE.....	36
1 Die <i>Facilitators</i> in der Auseinandersetzung mit dem <i>Faça Comigo o Percurso</i>	36
1.1 Interviewpersonen.....	36
1.2 Organisatorischer Kontext.....	38
1.2.1 Programmanpassung.....	38
1.2.2 Anpassung von Kommunikationselementen.....	40
Konfliktthema Oral- und Analverkehr/ Konfliktthema Homosexualität/ Konfliktthema Präservativ - Üben am Modell	
1.2.3 Programmanpassung und Anpassung von Kommunikationselementen/ Begrifflichkeiten – Schlussfolgerungen für den <i>Faça Comigo o Percurso</i>	44
1.3 Gesellschaftlicher Kontext.....	45
1.3.1 Sexuelle Interaktionen.....	45
Aussagen zu den empfohlenen Schutzmaßnahmen: ‚Partnertreue‘ und ‚Enthaltbarkeit‘/ Vorurteile gegen den Schutz an sich/ Keine Zeit für Schutz – Rapidinhas/ Sexuelle Gewalt – Missbrauch und Gruppenvergewaltigung/ Geld oder Waren statt Schutz/ (Um)Deutungen (1): Frauen in der Verantwortung	
1.3.2 Gesellschaftliche Stimmung.....	60
Als notwendig empfundene Veränderungen/ (Um)Deutungen (2): ‚Es gibt viele Arten, sich anzustecken‘ – die Angst vor sozialer Stigmatisierung	
1.3.3 Sexuelle Interaktionen in der mosambikanischen Jugendkultur und gesellschaftliche Stimmung – Herausforderungen für den <i>Faça Comigo o Percurso</i>	63
1.4 Individueller Kontext.....	65
1.4.1 Beweggründe zur Arbeit im <i>Faça Comigo o Percurso</i>	65
Bezug zur Arbeit im <i>Faça Comigo o Percurso</i> / Erfahrungen mit HIV-Positiven	
1.4.2 Selbstverständnis als <i>Facilitator</i>	68
Reaktionen auf die Arbeit als <i>Facilitator</i> / Begegnung mit der Zielgruppe/ <i>Facilitator</i> als Vorbilder	
1.4.3 Beweggründe für die Arbeit im <i>Faça Comigo o Percurso</i> und das Selbstverständnis der <i>Facilitators</i> – Schlussfolgerungen.....	74
2 (Um)Deutungen (3) – Von welchen Grundannahmen können wir ausgehen?.....	75
2.1 Übertragungsflüssigkeiten.....	75
2.2 ‚Sexuelle Beziehung‘ als Umschreibung für Sperma- oder Vaginalsekret	76
2.3 Unterscheidungen zwischen ‚Sexuellen Beziehungen‘ und spontanen Sexualkontakten.....	78
3 Vom BZgA Mitmach-Parcours zum <i>Faça Comigo o Percurso</i> – Beobachtungen zum Praxistransfer.....	80
3.1 Kommunikation über Bilder – die Station Übertragungswege.....	80
3.2 Umsetzung der Personalen Kommunikation.....	82
3.3 Strategievermittlung im <i>Faça Comigo o Percurso</i>	85
3.4 Schlussfolgerungen aus der teilnehmenden Beobachtung.....	86
IV SCHLUSSBETRACHTUNG.....	87
V LITERATURVERZEICHNIS.....	97

 ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abb. 1	Mosambik im südlichen Afrika.....	2
Abb. 2	Provinzen in Mosambik.....	2
Abb. 3	Schätzungen zu HIV und Aids in Mosambik 2006.....	3
Abb. 4	Mosambik. Fakten im Vergleich zu Deutschland.....	8
Abb. 5	Die Stationen des BZgA Mitmach-Parcours mit den jeweiligen Zielen.....	15
Abb. 6	Stationen des BZgA Mitmach-Parcours und Stationen des <i>Faça Comigo o Percurso</i> , mit neuer Station ‚Sexuell übertragbare Erkrankungen‘.....	21
Abb. 7	Daten zu den Gruppen der <i>Facilitators</i> in den Provinzen Manica, Inhambane und Sofala.....	24
Abb. 8	Daten zu allen Interviewpersonen.....	37
Abb. 9	Bildliche Darstellungen aus dem FCP, Station ‚Übertragungswege‘	41
Abb. 10	‚Relação Sexual‘. Darstellung aus dem <i>Faça Comigo o Percurso</i> , Station ‚Übertragungswege‘.....	78
Abb. 11	Darstellungen an der Station ‚Übertragungswege‘ des FCP (komplett).....	81
Abb. 12	Problemanalyse/ Empfehlungen für den FCP (tabellarisch).....	94
Abb. 13	Vergleich der HIV- Prävalenzen unter den Erwachsenen (15-49 Jahre) auf Provinz- und Nationalniveau, 2001 – 2004.....	103
Abb. 14	Geschätzte HIV-Prävalenz bei Erwachsenen (15 bis 49 Jahre), geordnet nach Region.....	103
Abb. 15	HIV Indikatoren für Mosambik. Schätzungen für 2006.....	104
Abb. 16	Durchführungsdaten des Mitmach-Parcours in Mosambik im Jahr 2005 bis Februar 2006.....	105
Abb. 17	Station ‚Schutz‘. Implementierung in einer Sekundarschule der Provinz Manica.....	106
Abb. 18	Feedbackrunde des FCP in einer Strafvollzugsanstalt von Beira....	108
Abb. 19	Station ‚Körpersprache‘. Implementierung in einer Sekundarschule der Provinz Manica.....	109
Abb. 20	Begriffe der Station ‚Körpersprache‘ im deutschen MMP und im mosambikanischen FCP.....	109
Abb. 21	Station Sexuell übertragbare Erkrankungen. Themenkomplexe und dazu vorgegebene Stichworte.....	110
Abb. 22	Station ‚Sexuell übertragbare Erkrankungen‘. Implementierung in einer Sekundarschule der Provinz Manica.....	111
Abb. 23	Implementierungen des FCP in einer Kaserne in Beira (Sofala).....	111

ANHANGSVERZEICHNIS

Anhang

1	Epidemiologischer Trend nach Regionen.....	103
2	HIV-Indikatoren für Mosambik.....	104
3	Durchführungsdaten des Mitmach-Parcours in Mosambik.....	105
4	Station ‚Schutz‘: Vorgegebene Fragen im mosambikanischen FCP.....	106
5	Station ‚Körpersprache‘. Begriffe für die pantomimische Darstellung....	109
6	Station ‚Sexuell übertragbare Erkrankungen‘. Themenkomplexe und dazu vorgegebene Stichworte.....	110
7	Gesprächseinstieg bei den Leitfadeninterviews.....	112
8	Leitfaden vor und nach den <i>Pretests</i> der Untersuchung.....	113
9	Beobachtungsprotokoll bei einer FCP-Implementierung.....	117
10	Kategoriensystem.....	121

GLOSSAR

ACIS	Associação Comercial de Sofala (Kommerzielle Vereinigung von Sofala)
ACUDES	Associação Cultural para Desenvolvimento Sustentável (Kulturverein zur Entwicklung der Selbsthilfe). NRO in Inhambane
AGEG	Arbeitsgemeinschaft Entwicklungspolitischer Gutachter.
Aids	Acquired Immune Deficiency Syndrome
AJULSID	Associação da Juventude de Luta Contra Sida e Droga; (Jugendvereinigung im Kampf gegen Aids und Drogen). NRO in Beira
ANDA	Associação Nacional para o Desenvolvimento Auto-Sustentado (Nationale Vereinigung für die Entwicklung der Selbstständigkeit). NRO in Manica
BMZ	Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
CNCS	Conselho Nacional de Combate ao HIV/ SIDA
FCP	Faça Comigo o Percurso. Name des Mitmach-Parcours in Mosambik; (wörtlich: ‚Mach mit mir den Parcours‘)
GATV	Gabinete de Aconselhamento e Testagem Voluntária (Beratungs- und Testeinheit für den freiwilligen HIV- Test)
GFATM	Globaler Fonds zur Bekämpfung von AIDS, Tuberkulose und Malaria
GTZ	Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GmbH)
HIV	Human Immunodeficiency Virus
INE	Instituto Nacional de Estatística (Nationales Statistikamt)
MISAU	Ministério da Saúde (Gesundheitsministerium)
MMP	Mitmach-Parcours
NRO	Nichtregierungsorganisation
PARPA	Plano Nacional de Redução da Pobreza Absoluta (Nationaler Plan zur Reduzierung der absoluten Armut)
STDs	Sexuell Transmitted Diseases
TARV	Tratamento Anti Retro Viral (Antiretrovirale Therapie)
UNAIDS	Joint United Nations Programme on HIV/Aids

„Im Moment leben wir in einer schwierigen Zeit, viele Menschen sterben an Aids, wir durchleben eine Schockphase. Aber wir werden nicht alle sterben, wir werden uns erholen und weiter machen¹.“

¹David Simango, Minister für Jugend und Sport in Mosambik (Rundbrief 2006: 29)

Zusammenfassung

Mosambik gehört zu den zehn am stärksten von HIV und Aids betroffenen Ländern der Welt. Vor allen Dingen ungleiche soziale Machtverhältnisse zählen zu den soziokulturellen Determinanten der Epidemie. In der deutsch-mosambikanischen Entwicklungszusammenarbeit ist die Aidsprävention ein Querschnittsthema. Seit 2003 wird das, an die soziokulturellen Gegebenheiten angepasste, deutsche Präventionsprogramm ‚Mitmach-Parcours‘ (MMP) in Mosambik umgesetzt. Hauptziel ist die Erweiterung der persönlichen Handlungskompetenz junger Menschen. Dabei gilt die Moderation der Programminhalte als zentraler Wirkfaktor.

Bei der Untersuchung von Grenzen und Potentialen im interkulturellen Programmtransfer standen Einschätzungen der Akteurinnen und Akteure (*Facilitators*) im Mittelpunkt. Methode der Wahl waren qualitative Interviews sowie die teilnehmende Beobachtung.

Im Ergebnis der Untersuchung wird deutlich, dass bei der Zielgruppe offenbar kein einheitlicher Informationsstand vorausgesetzt werden kann und dass der Parcours primär als Instrument der Wissensvermittlung gesehen wird. Es zeigt sich, dass es in der mosambikanischen Jugendkultur zahlreiche Gründe gibt, die eine Kondombenutzung verzichtbar machen. Gängige Erklärungsmodelle zu Übertragungsrisiken fallen zu Ungunsten junger Mädchen und Frauen aus. Spezielle Kommunikationselemente werden nicht in der vorgesehenen Weise angenommen und bedürfen einer gendersensiblen Neuanpassung. Grundsätzlich sind die Inhalte des MMP auf die Lebenswelt mosambikanischer Jugendlicher anwendbar, es werden jedoch nicht alle Potentiale genutzt, um an den Lebensalltag anzuschließen. Die *Facilitators* haben das Potential, als Rollenvorbilder zu fungieren und den kulturellen Transfer produktiv mitzugestalten. Voraussetzung hierfür ist eine gute Betreuung und die Auseinandersetzung mit (eigenen) Verhaltensmustern in der Interaktion mit dem anderen Geschlecht. Grenzen im interkulturellen Transfer sind vor allen Dingen im Vorhandensein tradiertener genderspezifischer Dynamiken zu sehen, die nur auf lange Sicht nachhaltig verändert werden können.

Einführung

Seit über 25 Jahren breiten sich HIV und Aids weltweit aus. Trotz zahlreicher Anstrengungen zur Bekämpfung der Pandemie erhöht sich die Zahl der Menschen, die mit dem HIV-Virus leben, ebenso wie die Zahl der Aids Todesfälle. Etwa 40 Millionen Menschen lebten nach aktuellen Schätzungen im Jahr 2006 mit dem Virus – über 2,5 Millionen mehr als 2004.

Länder mit mittlerem und niedrigem Einkommen sind unverhältnismäßig stark von der Pandemie und ihren Auswirkungen betroffen. Afrika trägt die Hauptlast der weltweiten Epidemie. Zwei Drittel (63%) der HIV-positiven Erwachsenen und Kinder leben in Afrika südlich der Sahara (UNAIDS 2006a: 3).

1 Mosambik: Aktuelle Situation und epidemiologische Trends

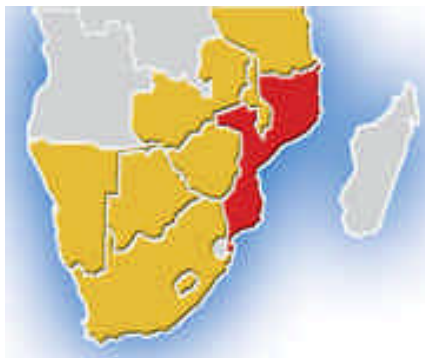


Abbildung 1: Mosambik im südlichen Afrika (DED 2007)



Abbildung 2: Provinzen in Mosambik (INWENT2007)

Mosambik, an der südöstlichen Küste Afrikas, gehört zu den zehn am stärksten von HIV und Aids betroffenen Ländern der Welt. Seit Ende des vergangenen Jahrzehnts zeigt sich ein bedeutender Anstieg der Neuinfektionen. Die HIV-Prävalenz unter schwangeren Frauen (15 bis 49 Jahre) stieg von 11% im Jahr 2000 auf 16% im Jahr 2004, so dass das Land in den letzten Jahren eine der steilsten Zunahmen in Afrika südlich der Sahara zu verzeichnen hat (UNAIDS 2006a: 3).

Für 2006 schätzt UNAIDS die Anzahl HIV-positiver Menschen in Mosambik auf 1,8 Millionen (16,2% der Bevölkerung). Die Infektionsrate ist im Verlauf der letzten sechs Jahre in allen Provinzen des Landes kontinuierlich gestiegen. Am stärksten ist die Provinz Sofala betroffen. Während die Prävalenz im Jahr 2001 mit 18,7% angegeben wurde, lag sie 2004 bereits bei 26,5% (MISAU 2007).

Die vorliegenden nationalen Daten geben keinen Hinweis auf die Verlangsamung oder Umkehr im Wachstum der Epidemie. Die Übertragung erfolgt fast ausschließlich über heterosexuelle Kontakte.

HIV und Aids in Mosambik (Schätzungen)	
Einwohner in Millionen	19,4
Anzahl der Menschen, die mit HIV leben	1 800 000 [1 400 000 – 2 200 000]
HIV-Prävalenz der 15 bis 49-jährigen	16,2 [12.5 – 20.0] %
HIV-positive Erwachsene ab 15 Jahre	1 600 000 [1 300 000 – 2 000 000]
HIV-positive Frauen ab 15 Jahre	960 000 [590 000 1 300 000]
Anteil der HIV-positiven Frauen im Alter zwischen 20 und 24 in Prozent	22% (2005)
Anteil der HIV-positiven Männer im Alter zwischen 20 und 24 in Prozent	7% (2005)
Bereits an Aids verstorben Menschen	140 000 [75 000 – 310 000]

Abbildung 3: Schätzungen zu HIV und Aids in Mosambik 2006 (nach UNAIDS 2007; CNCS 2007:8).
(Zu weiterführenden Daten vgl. Anhänge 1 und 2).

Wie auch in anderen Regionen des südlichen Afrika hat in Mosambik eine Feminisierung der Epidemie stattgefunden: Die HIV-Prävalenz unter Frauen ab 15 wird mehr als doppelt so hoch angegeben wie unter den Männern. Die Anzahl HIV-positiver junger Frauen zwischen 20 und 24 Jahren ist dreimal so hoch wie die der jungen Männer im selben Altersabschnitt (PARPA II 2006: 63; CNCS 2007:8).

2 Nationale Strategien zur Bekämpfung der Aids-Pandemie

Von Seiten der mosambikanischen Regierung werden die hohe Anzahl der HIV-Infektionen und Aids-Erkrankungen als nationale Krise bewertet (CNCS 2007:1). Im Jahr 2000 wurde der multisektorial ausgerichtete „Nationale Aids-Rat“ (CNCS) gegründet, in dem alle Ministerien, Glaubensgemeinschaften und wichtige Nichtregierungsorganisationen vertreten sind.

Die Aktivitäten des CNCS werden unter anderem über einen gemeinsamen Fonds, den *Fundo Comum*, finanziert, der wiederum von bilateralen Gebern, der Weltbank und dem *Global Fonds* (GFATM), unterstützt wird.

Die politischen Ansätze und Willensbekundungen der mosambikanischen Regierung werden von den internationalen Partnern für gut und angemessen befunden. In der Praxis bleiben die Umsetzungserfolge jedoch hinter den Erwartungen zurück. Es fehlt offenbar an qualifizierten Humanressourcen, effizienten Verfahrensabläufen und einer effektiven Kommunikation aller beteiligten Akteure (UNAIDS 2007; GTZ 2007a).

3 Aidsprävention in der deutsch-mosambikanischen Entwicklungszusammenarbeit

Mosambik ist Schwerpunktland der deutschen Entwicklungszusammenarbeit und eines von vier Pilotländern des Aktionsprogramms der deutschen Bundesregierung² (INWENT 2007: 17). Die HIV/Aids-Prävention ergänzt als übergreifendes Querschnittsthema alle Sektoren der Zusammenarbeit. Im Auftrag des Ministeriums für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ) unterstützt die Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) den mosambikanischen Gesundheitssektor bei der Umsetzung der nationalen Aidsbekämpfungsstrategie. Geographisch konzentriert sich die Arbeit auf die drei Schwerpunktprovinzen der deutschen

² Mit dem Aktionsprogramm 2015 hat sich die Bundesregierung dazu verpflichtet, an der Verwirklichung der Ziele, die in der Millenniumserklärung und anderen Gemeinschaftszielen der internationalen Staatengemeinschaft aktiv mitzuwirken. Formuliert wurden Zielsetzungen zur Bekämpfung der Armut und zur Sicherung sozialer, ökonomischer und politischer Rechte und Ressourcen (BMZ 2007).

Entwicklungszusammenarbeit, Manica (1,4 Millionen Einwohner), Sofala (1,7 Millionen Einwohner) und Inhambane (1, 4 Millionen Einwohner) (GTZ 2007b; DED 2007; INE 2007; vgl. Abbildung 2).

4 Aidsprävention als Gemeinschaftsprojekt der GTZ und BZgA

Im Jahr 2001 haben sich die GTZ und die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) zu einem Kooperationsprojekt entschlossen. Als qualitätsgesichertes Medium wurde das von der BZgA entwickelte und in Deutschland erprobte Instrument Mitmach-Parcours (MMP) zum zentralen Projekt erklärt. Das HIV-Präventionsprogramm ist für die Zielgruppe der Jugendlichen und jungen Erwachsenen konzipiert. Erklärte Programmziele sind die Erweiterung der persönlichen Handlungskompetenz, wirkungsvoller Schutz vor HIV sowie die Unterstützung von Betroffenen.

In einer Pilotphase wurde der Mitmach-Parcours für fünf Länder angepasst und eingesetzt. Hierzu gehörte neben der Russischen Föderation, der Mongolei, El Salvador und Äthiopien auch Mosambik (BZgA & GTZ 2005: 3 ff.). 2003 wurde begonnen, den *Mitmach-Parcours* in Mosambik unter dem Namen *Faça Comigo o Percurso*³ (FCP) zu implementieren, und zwar zunächst in der Provinz Manica. Seit 2005 läuft das Programm in allen drei Schwerpunktprovinzen der deutsch-mosambikanischen Entwicklungszusammenarbeit.

5 Erkenntnisinteresse

Die Übertragung eines deutschen Präventionsprogramms in den afrikanischen Kontext stellt ein gewagtes Unterfangen dar. Die Inhalte, Methodik und Ziele des Mitmach-Parcours sind vor einem soziokulturellen Hintergrund entwickelt worden, der sich grundlegend von den Gegebenheiten in der mosambikanischen Gesellschaft unterscheidet. Dies stellt alle beteiligten Akteurinnen und Akteure vor anspruchsvolle Herausforderungen: Zum einen müssen die Programminhalte so (um)gestaltet werden, dass sie für die Zielgruppe

³ Faça Comigo o Percurso – wörtlich übersetzt: Mach mit mir den Parcours

akzeptabel und annehmbar werden, die in einem, aus deutscher Sicht fremden Kontext sozialisiert ist. Das betrifft vor allen Dingen die Ansprache von sexuellen Bereichen, die im Zusammenhang von HIV und Aids unverzichtbar angesprochen werden müssen, jedoch mit Scham und Schicklichkeit behaftet sind. Neben dem kultursensiblen Umgang mit den gesellschaftlichen Tabus müssen Denkmodelle und soziale Machtverhältnisse identifiziert werden, die Hinweise darauf geben, wie in der mosambikanischen Gesellschaft Sexualität gelebt wird. Die Faktoren, die zur Verbreitung der HIV-Epidemie beitragen, müssen erkannt und in die Programmumsetzung integriert werden. Zugleich sollen die originären Ziele und die Wirkfaktoren des *Mitmach-Parcours* erhalten bleiben. Die hier erforderliche Flexibilität bewegt sich also in einem Spielraum, dem sowohl organisatorische als auch soziokulturelle Grenzen gesetzt sind.

In der vorliegenden Arbeit wird der Frage nachgegangen, inwieweit der interkulturelle Transfer des deutschen BZgA *Mitmach-Parcours* in den mosambikanischen Kontext gelungen ist. Es interessiert, an welche Grenzen das Programm bzw. die an der Umsetzung beteiligten Akteurinnen und Akteure stoßen, auch aber, wo (neue) Potentiale zu verorten sind und wie diese in Zukunft nutzbar gemacht werden können.

6 Übersicht zur vorliegenden Arbeit

Nach der Einführung in die Thematik werden im ersten Teil der Arbeit das Land Mosambik und wichtige, soziodemographische Daten vorgestellt. Im weiterführenden Teil wird auf das Konzept und die Methodik des BZgA *Mitmach-Parcours* und die Rahmenbedingungen seiner Übertragung in den mosambikanischen Kontext eingegangen (I: Hintergrund).

Im zweiten Teil werden die der Untersuchung zugrundeliegenden Fragestellungen und der Umgang mit den Erhebungsmethoden nachvollzogen. (II: Fragestellung und Erhebungsmethoden).

Der dritte Teil befasst sich zunächst hauptsächlich mit den Ergebnissen der Erhebung. Die Instrumente waren qualitative Interviews und teilnehmende Beobachtung im Feld.

In dem Bereich ‚organisatorischer Kontext‘ sind Aussagen und Einschätzungen der Interviewpersonen zusammengefasst, welche die Arbeit im Programm, dessen Inhalte und die Rahmenbedingungen seiner Umsetzung betreffen. Aussagen und Einschätzungen, die sich auf die in der mosambikanischen Jugendkultur vermittelnden Faktoren und Motive für sexuelles Risikoverhalten beziehen, sind unter der Überschrift ‚gesellschaftlicher Kontext‘ zusammengefasst.

Im Abschnitt ‚individueller Kontext‘ wird eine Vorstellung über das Rollenverhalten bzw. das Rollenbewusstsein der Akteurinnen und Akteure gewonnen. In drei Unterkapiteln werden komplexe Deutungs- und Erklärungsmuster nachvollzogen, die offenbar für das Schutz- und Risikoverhalten in der mosambikanischen Gesellschaft mitbestimmend sind. Im Rahmen der Auswertung werden die jeweiligen Ergebnisse in Bezug zu den Inhalten des Mitmach-Parcours und korrigierende Maßnahmen betrachtet.

Im letzten Abschnitt des Kapitels sind die Ergebnisse aus der teilnehmenden Beobachtung während der Umsetzung des Programms vorgestellt (III: Darstellung der Ergebnisse).

Im vierten und letzten Teil werden die wichtigsten Ergebnisse der Untersuchung zusammenfassend dargestellt, um dann, mit einer kurzen Schlussbetrachtung, die Arbeit abzuschließen (IV: Schlussbetrachtung).

I Hintergrund

In diesem Kapitel werden wichtige Daten zu den nationalen und soziokulturellen Rahmenbedingungen Mosambiks vorgestellt. In einem zweiten Teil wird das Programm *Mitmach-Parcours* und sein Transfer in den mosambikanischen Kontext ausführlich beschrieben.

1 HIV und Aids im soziokulturellen Kontext Mosambiks

Der Zusammenhang von soziokulturellen Faktoren und der Verbreitung von HIV/Aids ist unbestritten. Diese Determinanten bewegen sich in den Rahmenbedingungen, die die nationale Ausgangslage vorgibt.

1.1 Nationale Ausgangslage

Mosambik, mit der Hauptstadt Maputo, ist flächenmäßig mehr als doppelt so groß wie die Bundesrepublik Deutschland. Das Land ist in 11 Provinzen unterteilt (vgl. Abbildung 2 und 3). Die Bevölkerung, knapp 20 Millionen Menschen, zeichnet sich durch große ethnische Vielfalt aus. Das Bevölkerungswachstum wird mit 2,4% angegeben. Etwa 60% der Menschen hängen Naturreligionen an, 30% sind Christen und 10% Muslime (PESS 2007:8).

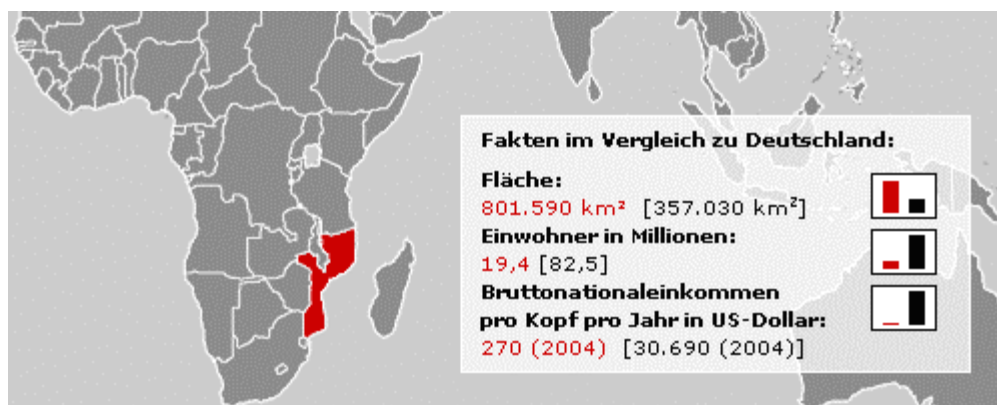


Abbildung 4: Mosambik. Fakten im Vergleich zu Deutschland (BMZ 2007)

Nach fast 500 Jahren portugiesischer Kolonialherrschaft erfolgte nach einem blutigen Befreiungskampf 1975 die Unabhängigkeit. Mit der Befreiungsbewegung Frelimo als Staatspartei wurde Mosambik zu einer

Volksrepublik. Bereits ein Jahr nach der Unabhängigkeit erlebte das Land den Beginn eines Bürgerkriegs, in dessen Folge mehr als eine Millionen Menschen starben und Tausende vertrieben wurden. Als die gegnerischen Parteien 1992 ein Friedensabkommen schlossen, war die Infrastruktur des Landes weitgehend zerstört. Heute hat Mosambik ein präsidentiales Regierungssystem, dessen Verfassung Menschenrechte und Meinungsfreiheit garantiert. Die Amtssprache ist portugiesisch (INWENT 2007).

Obwohl das Land seit dem Friedensabschluss große Fortschritte gemacht hat, zählt Mosambik zu den ärmsten Ländern der Welt. Die ländlichen Regionen, wo etwa 75% der Bevölkerung leben, werden weiterhin als „extrem arm“ eingestuft (BMZ 2007). Rund 90% der Landbevölkerung ist in der (Subsistenz-) Landwirtschaft beschäftigt (DED 2007).

1.2 Gesundheitsversorgung

Mit der Armut geht eine hohe Krankheitslast einher. Malaria, Diarrhoen, Erkrankungen der Atemwege und Tuberkulose sind neben steigenden HIV-Infektionen weit verbreitet.

Auf 100 000 Menschen kommen vier Ärzte (UNDP 2006:52). Etwa 30% der Bevölkerung hat keinerlei Zugang zu Einrichtungen der primären Gesundheitspflege und lediglich für 50% der Menschen kann das Niveau der medizinischen Grundversorgung als ausreichend bezeichnet werden (PESS 2005 – 2012: 8).

Nur ein geringer Teil der Bevölkerung hat Zugang zu einer Aids-Therapie. 2006 haben 12.150 schwangere Frauen Medikamente erhalten, um einer ‚Mutter-Kind Übertragung‘ vorzubeugen. Diese Zahl deckt 3,4% des Gesamtbedarfs (UNAIDS 2007; CNCS 2007:1; vgl. Anhang 2). HIV-Tests können auf freiwilliger Basis in den dafür eingerichteten Testzentren (GATVs) gemacht werden. 2005 gab es für ganz Mosambik ca. 155 Testzentren (WHO 2006).

1.3 Soziokulturelle Determinanten der HIV/Aids Übertragung

In einer breit angelegten Literaturstudie (Bukali de Graça 2002), die im Auftrag der UNESCO durchgeführt wurde, sind für Mosambik spezifische soziokulturelle Dynamiken identifiziert worden, die Einfluss auf den Verlauf der Epidemie haben. Genannt werden unter anderem traditionelle Rituale, Migrationsbewegungen, polygame Ehen, wechselnde Sexualpartner sowie kommerzieller Sex (ebd.: 13).

Bestimmte Traditionen schreiben Rituale vor, die zur Verbreitung der Epidemie beitragen. Dem Verständnis entsprechend wird der Tod als durch Verunreinigung verursacht erlebt. Bei der ‚Witwenreinigung‘ sollen durch rituell vollzogenen Geschlechtsverkehr (*pita kufa*) mit einem nahen Verwandten des Toten bei der Witwe die Ursachen der Verunreinigung beseitigt werden. Wenn der Tod des Ehemannes mit einer HIV-Infektion in Zusammenhang gestanden hat, wird durch dieses Ritual die Ausbreitung von HIV beschleunigt (ebd.:14; Riedlberger 2007: 9).

Als ein weiterer wichtiger Risikofaktor gelten Migrationsbewegungen. Die Arbeitsmigration von Bergarbeitern in Südafrika hat erheblichen Einfluss auf steigende Infektionszahlen. Viele der Minenarbeiter haben sowohl in Mosambik als auch in Südafrika Familie bzw. Sexualkontakte. Im Falle einer Infektion des Mannes oder der daheim gebliebenen Frau, kommt es zur Übertragung des Virus an beiden Wohnorten (Bukali de Graça 2002: 17).

Das Genderverständnis in der mosambikanischen Gesellschaft ist je nach sozialer und regionaler Herkunft unterschiedlich, jedoch fast immer zu Ungunsten der Frau geprägt. Häusliche Gewalt gegen Frauen ist weit verbreitet. Weitere Determinanten sind die Diskriminierung von Frauen bei den Eigentumsrechten (Erbrecht; Verfügbarkeit von Grund und Boden), beim Zugang zu Krediten und Einkommen sowie zu Schulen und Ausbildung. Die Alphabetisierungsquote unter Männern wird mit 63,3% angegeben, für die Frauen sind es 32,0% (Fórum Mulher 2006: 4). Frauen haben geringe Möglichkeiten, ökonomisch unabhängig zu sein. Außerhalb der Landwirtschaft

werden lediglich 4% aller Arbeitsplätze von Frauen eingenommen (SIDA 2006 zitiert in Riedlberger 2007: 8).

Die verbreitete wirtschaftliche Not bzw. mangelndes Einkommen, gerade auf Seiten der Frauen, führen dazu, dass junge Mädchen und Frauen sexuelle Beziehungen im Austausch gegen Geld anbieten (*transactional sex*⁴). Es kann dabei um das reine Überleben, im städtischen Umfeld aber auch um Zugangsmöglichkeiten zu Statussymbolen des modernen Lebens gehen. Schätzungen zufolge haben 28% der jungen Mädchen ihren ersten Geschlechtsverkehr in einem Alter unter 15 Jahren. 38% der jugendlichen Frauen zwischen 15 und 19 Jahren leben bereits in einer Ehe oder mit einem Partner zusammen (SIDA 2006, zitiert in Riedlberger 2007: 8, UNAIDS 2007). Bei dem Bedürfnis nach materieller Sicherheit kommt es häufig zu generationsübergreifenden sexuellen Beziehungen, die als maßgeblich für die Ausbreitung und die Feminisierung der Epidemie beurteilt werden (ebd.: 9).

In vielen Landgemeinden Mosambiks bestehen polygame Lebensgemeinschaften. Dadurch werden gleichzeitige Sexualbeziehungen gesellschaftsfähig, die einen weiteren Antriebsfaktor bei der Ausbreitung von HIV/Aids darstellen. In den urbanen Gebieten haben gerade junge Menschen diese Beziehungsmodelle übernommen. Als Begründung für das Eingehen mehrerer Sexualbeziehungen zur selben Zeit werden beispielsweise die Arbeitsmigration des Partners, Unfruchtbarkeit, Alkoholismus, materielle Bedürfnisse und der Einfluss der *Peer-Gruppe* genannt (Bukali de Graça 2002: 15).

„Der zukünftige Verlauf der HIV-Epidemien in der Welt hängt in mehrfacher Hinsicht von den Verhaltensweisen der jungen Menschen und den Kontexterfahrungen, die diese Verhaltensweisen bestimmen, ab.“ (UNAIDS 2006a:7).

⁴ Der Begriff *Transactional Sex* meint den Austausch sexueller Dienstleistungen gegen Geld oder Güter, von landwirtschaftlichen Produktionsmitteln bis zum Schulgeld. *Transactional Sex* gilt im südlichen Afrika als sehr verbreitet und wird häufig zum Erwerb der drei Cs eingesetzt: *car, cash, cellphones* (Schäfer 2005: 73; Reschka 2004).

2 Aidsprävention für Jugendliche: Der BZgA Mitmach-Parcours

In zahlreichen Regionen der Welt sind HIV-Neuinfektionen besonders stark bei jungen Leuten (15 – 24 Jahre) zu beobachten. In der Gruppe Erwachsener machten junge Menschen im Jahr 2006 einen Anteil von 40% der HIV-Infektionen aus (UNAIDS 2006a). Aufgrund ihrer noch in der Entwicklung befindlichen Verhaltensweisen und einer meist untergeordneten sozialen Stellung sind Jugendliche häufig einem besonderen Risiko ausgesetzt. Zugleich gelten sie aber auch als besonders zugänglich für Präventionsmaßnahmen. In einer Erklärung der Vereinten Nationen wurden junge Menschen zwischen 15 und 25 zur primären Zielgruppe in der Aidsprävention erklärt (United Nations 2001). UNAIDS betont die unbedingte Notwendigkeit, besonders für junge Menschen den Zugang zu aidspräventiven Maßnahmen zu gewährleisten:

„For the many young people who are sexually active, access to comprehensive prevention services, including prevention education and provision of condoms, represents an urgent global health necessity and a fundamental human right“ (UNAIDS 2006b: 137).

Das Aidspräventionsprogramm Mitmach-Parcours richtet sich in der Hauptsache an Jugendliche und junge Erwachsene. Durch den mobilen Einsatz ist es möglich, in kurzer Zeit viele Menschen anzusprechen und ihnen den Zugang zu aidspräventiven Maßnahmen zu erleichtern.

2.1 Konzept und Methodik des Mitmach-Parcours

Anfang der 90er Jahre wurde von der BZgA ein Konzept entwickelt, um insbesondere mit Jugendlichen im schulischen Kontext über Aidsprävention und Sexualaufklärung ins Gespräch zu kommen. Grundidee war eine spielerische *Ralley*, bei der die Teilnehmenden interaktiv verschiedene Aufgaben zu lösen hatten. Aus schrittweiser Verbesserung und Anpassung entstand schließlich das Konzept des Mitmach-Parcours⁵. Unter dem Namen „Mitmach-Parcours zu

⁵ Der BZgA Mitmach-Parcours ist Eigentum der BZgA (Köln). Spielidee und äußere Gestaltung sind urheberrechtlich geschützt.

Aids, Liebe und Sexualität“ wurde das Programm 1994 zum ersten Mal eingesetzt und ist seitdem jährlich mit über 1.400 Einsätzen in 50 bis 60 deutschen Städten durchgeführt worden (Stand 2005, BZgA & GTZ.: 24). Gleichberechtigt neben der wirksamen Vermittlung von Inhalten steht die Einbindung des Mitmach-Parcours in regionale Präventionsstrukturen. Dies ergibt sich aus der Vorstellung, dass funktionierende Strukturen als Voraussetzung für effektive Aidsprävention gesehen werden (ebd.: 42).

Das Programm selbst ist als Rundgang organisiert. Bei jedem Einsatz durchlaufen fünf Gruppen von je zehn Teilnehmenden nacheinander fünf Stationen. Jede Station ist durch eine Stellwand mit spezifischem Bildmaterial gekennzeichnet. Jeweils ein geschulter Moderator oder eine Moderatorin empfängt die Teilnehmenden, die durch interaktive Beteiligungsmöglichkeiten dazu motiviert werden, sich mit voller Aufmerksamkeit zu den Themen HIV, Sexualität und Liebe einzubringen (vgl. hierzu Abb. 5).

Die Umsetzung einer teilnehmerzentrierten Moderation („wertschätzend, dialog- und erlebnisorientiert“) spielt im Konzept des BZgA Mitmach-Parcours eine zentrale Rolle (ebd.: 50). Die jeweilige Moderation soll einen zielgruppenspezifischen Kontakt aufbauen, die Teilnehmenden in einen Dialog und eine aktive Beteiligung einbeziehen, vorhandenes Wissen strukturieren, festigen und Denkanstöße und Anregungen für spätere Diskussionen geben. Die für die Stationen verwandten Kommunikationselemente wie Bilder oder vorgegebene Fragen und Begriffe schließen an die Lebenswelt der jugendlichen Zielgruppe an. Für jede Station stehen etwa 15 Minuten zur Verfügung, der gesamte Durchlauf dauert etwa 90 Minuten und ist als Wettbewerb gestaltet⁶. Am Ende kommen alle Gruppen zur Auswertung zusammen und die Spielleitung ermittelt die Siegergruppe (ebd.: 25ff.).

⁶ An jeder Station gibt es Punkte zu gewinnen, die auf einer Aktionskarte pro Gruppe notiert werden.

2.1.1 *Die Moderation als zentrales Element im Mitmach-Parcours*

Das Konzept des Mitmach-Parcours basiert auf der personalkommunikativen Aids-Aufklärung der BZgA. Die eigentliche Wirkung des Programms soll durch eine professionelle Moderation erreicht werden. Das macht die Moderation zum zentralen Element und die Moderatorinnen und Moderatoren zu den wichtigsten Akteurinnen und Akteuren des Programms. Aus diesem Grund wird dem Moderationstraining besondere Aufmerksamkeit geschenkt. Von grundlegender Bedeutung ist, den Moderatorinnen und Moderatoren eine wertschätzende und nicht-bewertende Grundhaltung der personalen Kommunikation zu vermitteln. Die Moderatorinnen und Moderatoren sollen durch offene Fragen und Denkanstöße zum Nachdenken und Diskutieren anregen, ohne selber Stellung zu beziehen. Das von Seiten der teilnehmenden Zielgruppe Gesagte soll weder normativ noch diskriminierend bewertet, Kommentare sollen nur dann abgegeben werden, wenn Inhalte sachlich falsch dargestellt sind oder Wichtiges unvollständig geblieben ist. Die Kompetenz der Moderatorinnen und Moderatoren soll darin bestehen, das eigene Wissen so in Fragen umzuformulieren, dass sich die Jugendlichen das Thema soweit wie möglich selber erarbeiten.

Zur Grundkonzeption des Mitmach-Parcours gehört die regelmäßige Durchführung qualitätssichernder Maßnahmen, wie Supervisionen und Nachschulungen (ebd.: 50 ff).

2.1.2 *Ziele und Botschaften der Stationen des BZgA- Mitmach-Parcours*

Den einzelnen Stationen des MMP liegen verschiedene thematische Schwerpunkte zugrunde. Das Zusammenspiel der unterschiedlichen Kommunikationselemente an jeder Station soll dem Erreichen des Programmziels dienen, das wie folgt definiert ist:

„Hauptziel auf der Ebene der Teilnehmenden ist es, die persönliche Handlungskompetenz der jungen Menschen für ihre individuelle Lebenssituation zu erweitern. Sie sollen sich und ihre Partner wirkungsvoll gegen eine Infektion schützen und Betroffene unterstützen“ (GTZ & BZgA 2005:42).

Es geht also immer um die *Erweiterung der persönlichen Handlungskompetenz*, um einen *wirkungsvollen Schutz* und um die *Unterstützung von Betroffenen*.

Hieraus leiten sich die drei Hauptbotschaften des Programms ab:

„Informiere dich. Schütze Dich. Sei solidarisch“.

Die Namen der Stationen lauten „Übertragungswege von HIV“, „Liebe, Schutz und Sexualität“, „Verhütung“, „Körpersprache“ und „Leben mit HIV“.

<p>1. Übertragungswege von HIV: Auf verschiedenen Abbildungen werden Situationen dargestellt, die aus dem Lebensalltag der Jugendlichen kommen (z.B. Zahnarztbesuch, Küssen, Umarmung). Die Teilnehmenden müssen die Situation nach potentielltem Ansteckungsrisiko mit Kärtchen (rot, gelb, grün) einschätzen.</p>
<p>Ziel: Die Teilnehmenden sollen lernen, 'Übertragungsrisiken' sicher einschätzen zu können.</p>
<p>2. Liebe Schutz und Sexualität: An einem 'Glücksrad' sind verschiedene Symbole angeordnet, die für 5 verschiedene Themenbereiche (Partnerschaft, Schutzmöglichkeiten, Persönliche Einstellungen, Infos zu Kondomen, Spezialfragen, z.B. zum HIV-Test) stehen. Zu jedem Thema gibt es bestimmte Fragen, die den Teilnehmenden gestellt werden.</p>
<p>Ziel: Die Teilnehmenden sollen darin befähigt werden, ohne Tabus und Scham über Liebe und Sexualität zu sprechen.</p>
<p>3. Verhütung: In einem ‚Grabbelsack‘ befinden sich verschiedene gängige Verhütungsmittel. Die Gruppenmitglieder ziehen jeweils einen Gegenstand heraus und erklären, was sie darüber wissen. Anschließend werden die Verhütungsmittel vorbereiteten Aussagen zugeordnet.</p>
<p>Ziel: Die Teilnehmenden sollen Vor- und Nachteile von Verhütungsmethoden abwägen. Die Hauptbotschaft der Station: Nur Kondome schützen vor HIV und anderen sexuell übertragbaren Erkrankungen..</p>
<p>4. Körpersprache: Es sollen Begriffe, die aus dem Alltag der Jugendlichen kommen und mit den Themen Liebe, Sexualität und Partnerschaft assoziiert sind (z.B. Liebe, Kondom überstreifen, eifersüchtig sein etc.) von den Teilnehmenden pantomimisch dargestellt bzw. erraten werden. Die Begriffe sind auf der Rückseite überdimensionaler Puzzleteile vorgegeben, die zusammengesetzt das Bild eines jungen Liebespaares ergeben.</p>
<p>Ziel: Die Teilnehmenden sollen in lockerer Atmosphäre über Liebe und Sexualität sprechen und lernen, nonverbale Kommunikation besser zu verstehen und zu benutzen.</p>

<p>5. Leben mit HIV: Auf Bildern werden verschiedene Lebensbereiche dargestellt, die die Jugendlichen aus ihrem eigenen Alltag kennen (Sport, Familie, Partnerschaft). Durch die Moderation werden sie dazu gebracht, sich in die Lage eines Gleichaltrigen zu versetzen, der HIV positiv getestet worden ist.</p>
<p>Ziel: Die Teilnehmenden sollen sich auf persönliche Art und Weise mit verschiedenen Aspekten der HIV-Infektion auseinandersetzen. Sie werden für die möglichen Probleme eines HIV-infizierten Menschen sensibilisiert und darin bestärkt, Solidarität mit HIV infizierten und Aids kranken Personen zu üben und Betroffene zu unterstützen.</p>
<p>Info-Station: Nachdem sie den Parcours absolviert haben, können sich die Teilnehmenden hier Infomaterial mitnehmen. Es besteht zusätzlich die Möglichkeit, weitere Fragen zu stellen.</p>

Abbildung 5: Die Stationen des BZgA Mitmach-Parcours mit den jeweiligen Zielen (in Anlehnung an BZgA & GTZ 2005: 26ff., eigene Zusammenstellung, 2007)

2.3 Einordnung des Programms in den theoretischen Kontext

Programme in der Aidsprävention gehen fast ausnahmslos auf einen verhaltenstheoretischen Ansatz zurück. Ausgangspunkt ist die Erkenntnis, dass entsprechendes Wissen zum Themenbereich zwar notwendig ist, aber die Umsetzung dieses Wissens in adäquates Verhalten das eigentliche Problem darstellt. Neben der Informationsvermittlung wird daher immer auch eine Einstellungs- und Verhaltensänderung angestrebt (Roth, Rudert & Petermann 2003: 414).

Im internationalen Vergleich von 110 Ergebnisevaluationen verschiedener Präventionsprogramme (Peersman 1998, zitiert in UNAIDS 1999: 29) konnte gezeigt werden, dass sich besonders wirksame Programme für Jugendliche unter anderem dadurch auszeichnen, dass bereits im Planungsprozess gängige Denk- und Verhaltensmuster der Zielgruppe berücksichtigt werden. Neben der Vermittlung von Basisinformationen über HIV und Aids beinhalten diese Programme auch Informationen zur Schwangerschaftsverhütung und die Prävention von sexuell übertragbaren Erkrankungen⁷, außerdem die Vertiefung der persönlichen Risikoeinschätzung, das Angebot einer Beratung, das Einüben

⁷ Der Mitmach-Parcours in Mosambik wurde 2004 durch eine Station "Sexuell übertragbare Erkrankungen" ergänzt (vgl. hierzu Abb. 6 und Anhang 6).

von Verhandlungsfähigkeiten (wie zum Beispiel das Aushandeln der Kondombenutzung) und eine Zugangserleichterung zu Kondomen (Crepaz et al., 2005; Elwy et al., 2002; Merson et al., 2000, zitiert in UNAIDS 2006b: 127).

Im BZgA Mitmach-Parcours sind diese Ansätze weitgehend berücksichtigt. Das Programm bedient sich Theorien der Sozial-, Verhaltens- und Kommunikationswissenschaften. Wie aus dem Pantheoretischen Modell bekannt (vgl. hierzu Mc. Alister 1980 in Seibt, 2003a), können gerade durch dieses Zusammenspiel in Präventionsprogrammen gewünschte Einstellungs- und Verhaltensänderungen erzielt werden.

2.3.1 Theoretischer Bezugsrahmen des Mitmach-Parcours

Die an dem Parcours teilnehmenden Personen werden in den unterschiedlichen Stadien der Verhaltensänderung angesprochen⁸. Das gesamte Programm lässt sich somit zunächst in das „transtheoretische Modell der Verhaltensänderung“ (*Stages of Change*, USA 1970), einordnen (zitiert in Seibt 2003b, vgl. hierzu auch Pant 2003: 281). Neben der *teilnehmerzentrierten Moderation* als Stützpfiler des Konzepts lassen sich bei weitergehender Betrachtung Elemente des *Health-Belief-Modells* (USA: 1960, vgl. ebd.), der Sozialen Lerntheorie (*Social cognitive Theory*, Bandura: 1986 in Seibt 2003c), und dem Modell des rationalen Handelns (*Theory of Planned Behavior*) identifizieren (Ajzen & Fishbein 1980 in Seibt 2003d und in Pant 2003).

Der Lebensweltbezug der Programminhalte erlaubt eine *Sensibilisierung für die eigene Verwundbarkeit*. Dies entspricht dem Ansatz des *Health-Belief-Modells*, wonach die wahrgenommene Vulnerabilität, in diesem Fall die für eine HIV-Infektion, den Willen bestimmt, sich präventiv zu verhalten (Pant 2003: 271).

⁸ Das Modell postuliert im Kern fünf spezifische Phasen, die Menschen typischerweise bei einer Verhaltensänderung durchlaufen (Absichtslosigkeit; Absichtsbildung; Vorbereitung der Handlungsveränderung; Vollzug der Veränderung; Aufrechterhaltung des veränderten Verhaltens). Bei Interventionsmaßnahmen wird dies berücksichtigt, um die Menschen individuell in der jeweils aktuellen Phase zu erreichen (Seibt 2003c: 233).

Mit dem Trainieren der Risikoeinschätzung und dem Schulen von kommunikativen Fähigkeiten wird die, in der Theorie des rationalen Handelns wichtige, *Selbstwirksamkeitsüberzeugung* (ebd.) gestärkt. Diese kognitive Komponente steht auch im Zentrum der Sozialen Lerntheorie. Sie wird dort in engem Zusammenhang mit den objektiven Fertigkeiten (*skills*) gesehen, die für ein effektives Schutzverhalten notwendig sind (Bandura, 1998 in Pant 2003). Im Parcours verbessern die interaktive Beteiligung und die moderierten Diskussionen in Kleingruppen die Chance zu mehr Verhaltenssicherheit, Kompetenzerleben und damit Selbstwirksamkeitserleben in Hinblick auf zukünftiges Schutzverhalten.

In der Theorie des rationalen Handelns resultiert die Verhaltensintention selbst aus dem Zusammenspiel zweier Faktoren, der *subjektiven Norm* und der *Einstellung zum Verhalten*. Die subjektive Norm ihrerseits hängt von der Vorstellung ab, wie oder was die wichtigen Personen aus dem sozialen Umfeld über das in Frage stehende Verhalten (z.B. Kondombenutzung) denken und ob man selbst diesen Normen anderer entsprechen möchte oder nicht (ebd.). Hier kommt den Moderatorinnen und Moderatoren eine besondere Rolle zu.

2.3.2 Moderatorinnen und Moderatoren als Rollenmodelle

Die Moderatorinnen und Moderatoren des *Mitmach-Parcours* leiten die teilnehmenden Zielgruppen während des Programmdurchlaufs vordergründig zum kommunikativen Austausch an, gleichzeitig haben sie eine informierende, schulende und beratende Funktion. Ist ihr Verhalten glaubwürdig, kommt es zum *beobachtenden Lernen*, einem wesentlichen Element aus der Sozialen Lerntheorie (Seibt 2003c). Je nach Altersunterschied und Ähnlichkeit der Zielgruppe kann von den Moderatorinnen und Moderatoren auch als *peers* gesprochen werden (Backes 2003: 179), die den Jugendlichen und jungen Erwachsenen als Rollenmodell eine positive Orientierung bieten.

2.4 Ergebnisse der Programmevaluation

Der BZgA Mitmach-Parcours ist im Rahmen einer Evaluation zur personalen Kommunikation über mehrere Jahre wissenschaftlich begleitet worden⁹. Es ging in erster Linie um das Erreichen struktureller Ziele (zum Beispiel Vernetzung mit anderen aidspräventiven Maßnahmen) und die Bewertung des Programms durch die beteiligten Akteurinnen, Akteure, und Zielgruppen (BZgA & GTZ 2005: 56ff.). Eine umfassende Wirkungsanalyse zu erwünschten Einstellungs- und Verhaltensänderungen bei der Zielgruppe liegt noch nicht vor.

Als die drei wichtigsten Ergebnisse der seit 1994 durchgeführten Qualitätssicherung wird hervorgehoben, dass *die Moderation der wesentliche Wirkfaktor des Programms* ist, dass *die Themen und Inhalte der Lebenswelt der Teilnehmenden entsprechen* und dass *die empfohlenen Handlungen so einfach wie möglich sein müssen*, zum Beispiel die Kondombenutzung, (Stand 2005; ebd.: 57).

Für den erfolgreichen Transfer des BZgA Mitmach-Parcours in einen anderen kulturellen Kontext, sollte die Berücksichtigung dieser Ergebnisse vorausgesetzt werden können.

3 Der Mitmach-Parcours in Mosambik

Im Jahr 2003 wurde der BZgA Mitmach-Parcours an die nationalen Besonderheiten Mosambiks angepasst und von den Kooperationspartnern vor Ort auf Provinzebene implementiert. Heute wird der Parcours unter dem Namen *Faça Comigo o Percurso*¹⁰ (FCP) im Auftrag der GTZ und in Begleitung und Qualitätssicherung durch das Projekt *Promotion, Gesundheit und Medien*¹¹ in

⁹ „Arbeitsgruppe Sozialwissenschaftliche AIDS-Forschung“, Abteilung für Rehabilitationspsychologie am Psychologischen Institut der Universität Freiburg unter der Leitung von Prof. Jürgen Bengel (GTZ & BZgA 2005: 56).

¹⁰ *Faça Comigo o Percurso* ‚(Mach mit mir den Parcours‘). Im Folgenden wird vom *Faça Comigo o Percurso* oder dem *FCP* gesprochen, wenn vom Mitmach-Parcours in Mosambik die Rede ist.

¹¹ Die Durchführung des FCP in Mosambik basiert auf einem Abkommen zwischen BZgA und GTZ. Das GTZ-Vorhaben ‚Aids-Bekämpfung in Mosambik‘ hat die Firma Health Focus/ AGEG mit der Implementierung des Mitmach-Parcours beauftragt.

den drei Provinzen Manica, Inhambane und Sofala implementiert. Nach Angaben der Projektkoordination haben hierfür bislang etwa 60 junge Frauen und Männer ein Moderationstraining durchlaufen (BZgA & GTZ 2005).

3.1 Programmreichweite in Mosambik

Der *Faça Comigo o Percurso* wurde 2003 zunächst in der Provinz Manica durch die Nichtregierungsorganisation (NRO) *ANDA* implementiert. Im selben Jahr wurde begonnen, das Programm in der Provinz Inhambane einzusetzen, wo der Parcours seit 2005 durch die NRO *ACUDES* umgesetzt wird. In Sofala gibt es den FCP seit 2005. Dort findet die Implementierung durch die NRO *AJULSID* statt. Weiterhin setzt ein Zusammenschluss aus Medizinstudentinnen und -studenten an der katholischen Universität Beira das Programm im kleineren Rahmen um¹².

Im Laufe der Zeit ist besonders in der Provinz Sofala die Auswahl der Zielgruppen von Schülerinnen und Schülern der Sekundarschulen auf Studentinnen und Studenten, Fabrikarbeiterinnen und Fabrikarbeiter, Angehörige von Militär und Polizei sowie Gefängnisinsassinnen und Gefängnisinsassen ausgeweitet worden.

Aus dem Zwischenbericht der Projektkoordination geht hervor, dass allein im Zeitraum von Januar 2005 bis einschließlich Februar 2006 insgesamt 34.713 Teilnehmerinnen und Teilnehmer am FCP teilgenommen haben (Health Focus-AGEG-GTZ 2006: 8). Dabei ist die Zahl der erreichten männlichen Teilnehmer (21.297) deutlich höher als die der Teilnehmerinnen (13.379). Dieses Ungleichgewicht kommt augenscheinlich nicht nur durch den verhältnismäßig niedrigeren Anteil von Mädchen und Frauen in den Bildungseinrichtungen, sondern überwiegend durch die Implementierung des Parcours in von Männern dominierten Bereichen (Fabrik, Militär, Gefängnis) zustande (vgl. Anhang 3).

¹² Diese Gruppe bleibt in den weiteren Ausführungen der Arbeit unberücksichtigt.

3.2 Programmfinanzierung

Die Entwicklung und Umsetzung des *Faça Comigo o Percurso* wird fast ausschließlich vom BMZ-Vorhaben GTZ-Saúde¹³ finanziert. Seit 2004 ist der Nationale Aids-Rat in die Finanzierung mit eingebunden. In Sofala ist es gelungen, für Einsätze in Fabriken und anderen *Settings* des Arbeitslebens Gelder von der ortsansässigen Arbeitgebervereinigung *ACIS* zu erwirken.

Abgesehen davon hat es sich bisher als schwierig erwiesen, die Umsetzung des Programms unabhängig von personeller und finanzieller Betreuung durch die GTZ zu gewährleisten.

3.3 Programmanpassung für den soziokulturellen Kontext Mosambiks

Die Themen des BZgA Mitmach-Parcours wurden weitgehend übernommen. Nach der ersten Anpassung im Jahr 2003 wurden die Materialien kontinuierlich entwickelt und ergänzt, um den Parcours nach den zielgruppenspezifischen Besonderheiten noch weiter anzugleichen. Die bis zum Zeitpunkt der Untersuchung veränderten bzw. neu entwickelten Medien und Elemente sind in unten stehender Abbildung beschrieben (nach BZgA & GTZ 2005.:127 sowie nach eigener Beobachtung, 2007):

Stationen	originärer MMP	FCP
Übertragungswege von HIV <i>Vias de Transmissão</i>	12 Comickdarstellungen zum Einschätzen des potentiellen Ansteckungsrisikos.	12 realistisch dargestellte, landestypische Situationen zum Einschätzen des potentiellen Ansteckungsrisikos.
Liebe, Schutz und Sexualität <i>(Protecção¹⁴)</i> :	Zu fünf verschiedenen Bereichen werden den Teilnehmenden Fragen aus dem deutschen Lebensalltag gestellt.	Zu fünf verschiedenen Bereichen werden den Teilnehmenden Fragen aus dem mosambikanischen Lebensalltag gestellt (vgl. Anhang 4).
Verhütung <i>(Contraceptivos¹⁵)</i>	Gängige Verhütungsmittel werden blind aus einer Auswahl gezogen, benannt und erklärt.	Auf Fotos abgebildete Pille, Spirale, männliches und weibliches Kondom werden benannt und erklärt.

¹³ Vorhaben ‚Aids-Bekämpfung in Mosambik‘, mit Sitz in Maputo

¹⁴ Protecção - Schutz

		Die richtige Handhabung eines Kondoms wird besprochen und am Modell geübt.
Körpersprache (<i>Expressão Corporal</i>)	Pantomimische Darstellung von Begriffen, die für typische Situationen im Liebesleben deutscher Jugendlicher stehen (vgl. Anhang 5).	Pantomimische Darstellung von Begriffen, die für typische Situationen im Liebesleben mosambikanischer Jugendlicher stehen (vgl. Anhang 5).
	Puzzleteile ergeben das Bild eines jungen deutschen Paares	Puzzleteile ergeben das Bild eines jungen mosambikanischen Paares.
Leben mit HIV (<i>Viver com HIV</i> ¹⁶):	Darstellung von Lebensbereichen, die aus dem deutschen Alltag kommen.	Darstellung von Lebensbereichen, die aus dem mosambikanischen Alltag kommen.
Sexuell übertragbare Krankheiten (<i>Doenças de Transmissão Sexual, DTS</i>)	2004 wurde der Mitmach-Parcours in Mosambik um diese Station ergänzt. Die Teilnehmenden sollen verschiedene Abbildungen den fünf Bereichen ‚Ansteckung‘, ‚Schutz‘, ‚Beschwerden und Symptome‘, ‚Behandlung‘ und ‚unvollständige oder inadäquate Behandlung‘ zuordnen. Ein Würfel entscheidet, zu welchem Thema von der Moderation Fragen an die Gruppe gestellt werden. Ziel der Station ist es, die Teilnehmenden darin zu bestärken, bei Beschwerden möglichst früh und gemeinsam mit Partner/in einen Gesundheitsposten aufzusuchen um Folgekomplikationen einer Geschlechtskrankheit vorzubeugen (vgl. Anhang 6)	
Informationsrunde (<i>Mesa de Informação</i> ¹⁷):	Die Teilnehmenden können sich an einer zusätzlichen Station Informationsmaterial und Kondome mitnehmen. Die Siegergruppe wird ermittelt.	Die Spielleitung moderiert eine Feedbackrunde. Die Siegergruppe wird ermittelt, Informationsbroschüren (und Kondome) werden verteilt.

Abbildung 6: Stationen des BZgA Mitmach-Parcours und Stationen des Faça Comigo o Percurso, mit neuer Station ‚Sexuell übertragbare Erkrankungen‘ (eigene Zusammenstellung, 2007).

3.4 Moderatorinnen und Moderatoren als *Facilitators*

In Mosambik heißen die Moderatorinnen und Moderatoren *Facilitadoras* und *Facilitadores*, im Sinne von *BefähigerInnen, AnleiterInnen*¹⁸. Da die Bedeutung dieses Wortes über ‚Moderation‘ hinausgeht, es aber keine adäquate deutsche Übersetzung gibt, wird im Folgenden der englische Begriff *Facilitator* verwendet, der sowohl die weibliche *Facilitadora* als auch den männlichen *Facilitador* einschließt.

¹⁵ Contraceptivos- Contraceptiva

¹⁶ Viver com HIV – Leben mit HIV

¹⁷ Mesa de Informação – Informationstisch

¹⁸ *Facilitar* - ermöglichen, befähigen

3.4.1 Moderationstraining

In allen drei Provinzen hat zu Beginn der Programmumsetzung eine Vorbereitung stattgefunden, in der die künftigen *Facilitators* ausgebildet und geschult wurden. Inhalte des Trainings waren das Kennenlernen der teilnehmerorientierten, personalen Kommunikation, Konzept und Ziele des FCP sowie das vertraut machen mit den einzelnen Stationen. Das zweiwöchige Training wurde von einer internationalen Kurzzeit-Expertin und von einer einheimischen Fachfrau geleitet. Beide sind auch für die Organisation der Anpassungsaufgaben verantwortlich. Die einheimische Fachkraft übernimmt zudem die Supervision und die Durchführung von Auffrischkursen (BZgA & GTZ 2005: 133).

3.4.2 Arbeit an den Stationen

Im mosambikanischen FCP sind für eine Station jeweils zwei *Facilitators* vorgesehen, hinzu kommt die Betreuung des Parcours durch den so genannten „Spielleiter“, so dass ein Team in der Regel aus 13 Mitgliedern bestehen sollte (vgl. hierzu Abbildung 7).

3.5 Vorstellung der Teams

Die Gruppen der *Facilitators* in den drei Provinzen sind im Quervergleich recht heterogen. Wie in Abbildung 7 dargestellt, liegt das durchschnittliche Alter bei 25. In der Gesamtbetrachtung ist das Verhältnis weiblicher und männlicher *Facilitators* nahezu ausgeglichen, eine genauere Betrachtung macht jedoch deutlich, dass in zwei der Teams mehr männliche Akteure vertreten sind (in dem Team ACUDES sind hingegen mehr weibliche Akteurinnen). Die Anzahl der *Facilitators* ist in jedem Team unterschiedlich. Die Gruppe in Manica koordiniert ihre Einsätze komplett selbstständig. Für die Arbeit an den Stationen stehen 14 Akteurinnen und Akteure zur Verfügung, ein *Facilitator* übernimmt die Spielleitung, ein zweiter springt bei Bedarf ein. In Inhambane gab es zum Zeitpunkt der Untersuchung organisationsinterne Schwierigkeiten. Hier standen nur 9 Akteurinnen und Akteure zur Verfügung. In Sofala wird die Gruppe der

Facilitators von den Leitern der NRO AJULSID koordiniert, die bei den Einsätzen als Spielleiter fungieren, nicht aber die Stationen moderieren.

Ort/ Name der NRO	männliche <i>Facilitators</i>	weibliche <i>Facilitators</i>	Gesamt	Seit 2003 im FCP	Seit 2004 im FCP	Seit 2005 im FCP	Seit 2006 im FCP	Seit 2007 im FCP	Durchschnittl. Alter
Maníca/ ANDA FCP seit 2003	9	5	14	1	5	3	/	5	~ 25
Inhambane/ ACUDES FCP seit 2003	2	7	09	6	/	1	/	2	~ 24
Beira/ AJULSID FCP seit 2005	8	4	12	FCP seit 2005	FCP seit 2005	7	1	4	~ 26
Gesamt	19	16	35	7	5	13	1	11	~ 25

Abbildung 7: Daten zu den Gruppen der *Facilitators* in den Provinzen Maníca, Inhambane und Sofala (eigene Erarbeitung, 2007)

Von den anfänglich gegründeten Teams arbeitet heute kaum mehr als die Hälfte der *Facilitators* für den FCP. Dies hängt mit einer problematischen Finanzierungssituation in den Jahren 2005/2006 zusammen. Eine kontinuierliche Unterstützung von Seiten der GTZ war in dieser Zeit nicht möglich. Für die *Facilitators* stellt die Arbeit im *Faça Comigo o Percurso* in der Regel die einzige Einkommensquelle dar, so dass sich anscheinend viele veranlasst gesehen haben, eine andere Tätigkeit zu suchen.

Akteurinnen und Akteure, die nicht in der zweiwöchigen Schulung ausgebildet wurden, weil sie später in das Team aufgenommen wurden (ca. 22 junge Frauen und Männer oder 63%) sind nur im Rahmen von Auffrischkursen oder durch die Einarbeitung ihrer Teamkollegen und -kolleginnen ausgebildet worden.

3.6 *Facilitators* als Rollenmodelle

Die *Facilitators* kommen aus demselben oder zumindest einem ähnlichen Umfeld wie die jugendliche Zielgruppe. Sie sind für riskantes Sexualverhalten sensibilisiert und zugleich speziell geschult, darüber zu kommunizieren. Als junge Männer und Frauen, die sich selber als Mitglieder der jungen Generation wahrnehmen, können sie durch ihr Auftreten und ihre eigenen Verhaltensweisen die Einstellungen von Jugendlichen aus ihrem sozialen Umfeld direkt beeinflussen (Bandura, 1969 zitiert in Kleiber et al. 1990:13). Aus den Konsequenzen ihrer Verhaltensweisen können von der Zielgruppe Schlussfolgerungen über das zu erwartende Ergebnis für das eigene Verhalten gezogen werden (Seibt 2003c: 206). Für die *Facilitators* bedeutet dies, dass sie für die teilnehmenden Jugendlichen und jungen Erwachsenen als Rollenmodelle besonderen Einfluss auf deren Verhaltensweisen haben können.

Zur Einschätzung der Bedeutung als Rollenmodell muss berücksichtigt werden, dass die Zeit, die die Zielgruppe während des Programmdurchlaufs gemeinsam mit den *Facilitators* verbringt, von kurzer Dauer ist. Doch bleiben die *Facilitators* auch nach Ablauf des Parcours ausgebildete Expertinnen und Experten in der Aidsprävention, sei es in anderen Arbeitsbereichen oder aber in ihrem sozialen Umfeld, in dem ihre Tätigkeit bekannt ist, so dass sie über die Grenzen des FCP hinaus als Rollenmodelle wahrgenommen werden können.

II Fragestellungen und Erhebungsmethoden

In der vorliegenden Studie werden Potentiale und Grenzen des interkulturellen Transfers vom deutschen BZgA Mitmach-Parcours in die mosambikanische Wirklichkeit qualitativ untersucht. Im Mittelpunkt stehen die Aussagen von Akteurinnen und Akteuren des *Faça Comigo o Percurso*.

1 Fragestellungen

Ausgangspunkt der Untersuchung war die Frage nach dem Rollenverständnis der *Facilitators*. Deren Erleben, Lernen und Handeln wird durch psychosoziale Dynamiken ihrer Lebenswelt bestimmt (Bandura 1986 in Seibt 2003c: 207). Es soll daher zunächst ein *Set* identifiziert werden, das Rückschlüsse auf gängige (sexuelle) Handlungsmuster in der mosambikanischen Jugendkultur¹⁹ zulässt (Lamnek 1995: 204). Situationen mit ‚typischen‘ Ausprägungen sollen mit den Inhalten des *Faça Comigo o Percurso* abgeglichen werden.

Die Ergebnisse der Studie können sowohl zur qualitativen Verbesserung des Programmtransfers beitragen als auch Ausgangspunkt für vertiefende Erhebungen zum Risiko- und Schutzverhalten von Jugendlichen in Mosambik und anderen afrikanischen Ländern sein. Die forschungsleitenden Fragen der Untersuchung lauten:

1. Welche Faktoren und Motive beeinflussen nach Meinung der *Facilitators* das sexuelle Verhalten der Zielgruppe?
2. Haben die *Facilitators* die Botschaften des *Faça Comigo o Percurso* selber so weit verinnerlicht, dass sie der Zielgruppe als positive Rollenmodelle Orientierung bieten können?
3. Inwieweit sind die Inhalte des *Faça Comigo o Percurso* auf die Lebenswelt der Zielgruppe übertragbar?

¹⁹ In den Sozialwissenschaften wird unter dem Begriff „Jugendkultur“ die „Jugend als Gleichaltrigengruppe“ verstanden. Sie stellt eine eigenständige soziokulturelle Lebensform dar und unterliegt einem zeitgeschichtlichen Wandel, der als generationstypischer Lebensstil auf gemeinsamen Grunderfahrungen basiert (Oerter & Dreher 2002: 258).

Entsprechend der handlungsorientierten Forschungsperspektive sollen, nach Darstellung der Ergebnisse, Empfehlungen für punktuelle Korrekturen des Mitmach Parcours in Mosambik gegeben werden.

2 Kulturübergreifende Sozialforschung

HIV/Aids berührt als soziales Phänomen gesellschaftlich tabuisierte Bereiche, wie Lustempfinden, Prostitution, sexuelle Gewalt aber auch Krankheit und Sterben. Dies führt grundsätzlich zu der Frage, welche Aussagekraft Daten haben, die von kulturfremder Seite in Mosambik erhoben werden. Die Anwendung qualitativer Forschungsmethoden, vor allen Dingen die teilnehmende Beobachtung, gelten insbesondere in der Ethnologie bzw. Kulturanthropologie als erfolgreich (Lamnek 1995: 239). Allgemein darf nicht außer Acht gelassen werden, dass Forschende ihre tradierten kulturspezifischen Erfahrungen für die Kommunikation benutzen (Russel, B. 1988: 20). Enzensberger spricht in diesem Zusammenhang vom „Eurozentrismus wider Willen“ (1992: 31ff.); das eigentliche Forschungshindernis sei der spezifische kulturelle Hintergrund, den die Forschenden mitbrächten. Dagegen steht die Überlegung, dass in der Sozialforschung grundsätzlich die Problematik der Übertragung von Denk- und Handlungsmustern aus einer anderen gesellschaftlichen Umwelt gegeben ist. Sozialforschende haben sich daher in allen Situationen mit ihrer Rolle auseinander zu setzen (Lachenmann 1998: 225). Flick bringt den Begriff des ‚professionellen Fremden‘ (Agar 1980) ins Spiel, dem die Notwendigkeit, sich im Feld zu orientieren und sich darin zurechtzufinden, Einblicke in Selbstverständlichkeiten verschaffe, die den Mitgliedern längst vertraut seien und von ihnen als ‚fraglos und gesichert‘ routinisiert sind (Schütz 1971). Gerade in der Außenperspektive liege das Erkenntnispotential (Flick 2005: 93). Gleichzeitig bleiben den Forschenden als Fremden bestimmte Einblicke gänzlich verwehrt. Ein Anspruch auf Allgemeingültigkeit der Schlussfolgerungen aus der Untersuchung verbietet sich daher.

Im Bewusstsein dieser Rahmenbedingungen werden hier in verstärkter Form sowohl objektiv gegebene wie subjektiv erlebte Herausforderungen erfahren,

wie die Aushandlung von Nähe und Distanz, die Offenlegung und Klärung von wechselseitigen Erwartungen²⁰.

3 Methodenauswahl

Die Abbildung der Lebenswelt mit den Faktoren und Motiven für sexuelle Interaktionen mosambikanischer Jugendlicher und die Frage nach dem Rollenverhalten der *Facilitators* kann in angemessener Form am ehesten durch qualitative Erhebungen erfolgen. Qualitative Methoden können zu überraschenden und neuartigen Erkenntnissen führen und geben über verzweigte Details von Phänomenen Aufschluss, die mit quantitativen Methoden schwierig aufzuzeigen sind (Strauss & Corbin 1990: 5).

An die Durchführung von Interviews ist die Erwartung geknüpft, dass in der relativ offenen Gestaltung der Interviewsituationen die Sichtweisen der befragten Personen differenziert abgebildet werden. Einer zu erwartenden sozialen Erwünschtheit im Antwortverhalten kann situationsgerecht und flexibel begegnet werden. Die Methode der Wahl sind daher problemzentrierte Leitfadeninterviews.

Daneben sollen durch teilnehmende Beobachtung plausible Aussagen über Handlungsweisen ermöglicht werden. Das maßgebliche Kennzeichen dieser Methode ist ihr Einsatz in der natürlichen Lebenswelt der Untersuchungspersonen. Besonders in der kulturübergreifenden Sozialforschung ermöglicht die weitgehende Teilnahme am Alltagsleben einer fremden Kultur den oft einzigen methodologischen Zugang zur Erschließung der Lebenswelt der untersuchten Population (Lamnek 1995: 240). In der praktischen Durchführung der vorliegenden Studie, ist die teilnehmende Beobachtung mit den Leitfadeninterviews und der Inhaltsanalyse verschränkt.

²⁰ Hinzu kommt, dass sich die Situation als solche paradox darstellt: Hier soll die Umsetzung eines originär deutschen Programms, das in einem völlig anderen (fremden) Kontext implementiert wird, mit deutsch geprägten Blickwinkel beobachtet und bewertet werden.

4 Methodenanwendung

Die Untersuchung wurde zwischen März und Juni 2007 in Mosambik durchgeführt. In einem Zeitraum von 8 Wochen fand die Datenerhebung im Feld statt. Die insgesamt drei Erhebungsphasen fanden nacheinander in den Provinzstädten Inhambane, Beira (Sofala) und Manica statt²¹. Insgesamt wurden 16 Interviews geführt und 12 Implementierungen des *Faça Comigo o Percurso* beobachtet. Während der einzelnen Erhebungsphasen und zwischen ihnen wurden die erhobenen Daten kontinuierlich analysiert und der Leitfaden zur Optimierung daran angepasst.

4.1 Auswahl der Interviewpersonen

Für die Durchführung des *Faça Comigo o Percurso* ist in jeder der drei Provinzen eine ausgewählte NRO zuständig. Die Implementierungen werden durch die *Facilitators* realisiert (I/3.4ff.). Aus den Teams der *Facilitators* rekrutieren sich die Interviewpersonen für die vorliegende Studie.

Die Entscheidung über die Auswahl der Interviewpersonen erfolgte schrittweise im Prozess. Erst nachdem es Gelegenheit gegeben hatte, sich gegenseitig während der FCP-Implementierungen oder im Alltag aneinander zu gewöhnen, wurden gezielt Personen angesprochen.

Hauptkriterium bei der Auswahl war die zu erwartende Offenheit und der zu erwartende Gehalt an authentischen Informationen. Die ausgewählten Personen können in ihrer Heterogenität (bezogen auf Schulabschluss, Ausbildung zum *Faciliator* und Erfahrungen mit dem *Faça Comigo o Percurso*) als typisch für den Durchschnitt der einzelnen Teams bezeichnet werden (Flick 2005: 108). Das Verhältnis zwischen weiblichen und männlichen Interviewpersonen innerhalb einer Gruppe repräsentiert das Geschlechterverhältnis innerhalb des jeweiligen Teams und ist im Gesamtergebnis ausgeglichen (vgl. Abb. 7 in I/3.5 und Abb. 8 in III.1.1).

²¹ Inhambane, Manica und Sofala sind die Schwerpunktprovinzen der deutsch-mosambikanischen Entwicklungszusammenarbeit und Implementierungsorte des FCP (vgl. 1.3 und I/3.1).

4.2 Entwicklung des Leitfadens

Der Fragebogen wurde im Verlauf des Forschungsprozesses mehrfach überprüft und modifiziert (vgl. Anhang 8). Die inhaltlich relevanten Veränderungen fanden nach den *Pretests* der ersten Erhebungsphase statt. In den Tests (n=4) hatte sich gezeigt, dass die Interviewpersonen eine vorher nicht bedachte Loyalität gegenüber ihren Teamkollegen an den Tag legten und es ergiebiger war, sie über das Verhalten der Zielgruppe zu befragen anstatt, wie anfangs vorgesehen, zu dem der anderen *Facilitators*. Zudem ist in dieser Phase deutlich geworden, dass es ungünstig war, die Personen für das Interview zu Hause aufzusuchen. Gespräche wurden des Öfteren durch hereinkommende Besucherinnen oder Besucher unterbrochen bzw. beeinflusst, da die Gäste Platz nahmen und zuhörten.

Im weiteren Verlauf der Studie entwickelte sich das Fragenkonzept dergestalt, als dass während der Gespräche sondiert Themen angesprochen werden konnten, die während der teilnehmenden Beobachtung aufgefallen waren (vgl. 4.4).

4.3 Durchführung der Leitfadeninterviews

Alle angesprochenen Personen erklärten sich zum Interview bereit. Damit kein zeitlicher Druck entstand, wurden die Termine so abgestimmt, dass die Gespräche an Tagen stattfanden, an denen keine Implementierungen des *Faça Comigo o Percurso* vorgesehen waren. Die Gespräche fanden an neutralen Orten, meist in mittelgroßen Gastronomiebetrieben, statt.

Zu Beginn des Interviews wurde der jeweiligen Interviewperson erklärt, dass das Hauptziel der Befragung die Verbesserung der Aidsprävention in Mosambik und die befragte Person als kritische Expertin bzw. als kritischer Experte gefragt sei. Damit sollte die jeweilige Person zu einer differenzierten Betrachtungsweise motiviert werden. Zudem wurde im Einleitungsgespräch die vertrauliche Behandlung aller Äußerungen garantiert (vgl. Anhang 7). Dem gemäß entsprechen die hier erwähnten Namen nicht der Wirklichkeit; die Angaben zu den personenbezogenen Daten bleiben hingegen unverändert.

Die Gespräche wurden mit Zustimmung der Interviewpersonen auf einem Diktiergerät aufgenommen. Insgesamt ging es weniger um eine hohe Anzahl als vielmehr um möglichst tiefgreifende Aussagen. Hieraus ergibt sich die relativ lange Interviewdauer von durchschnittlich 1,3 Stunden.

4.4 Teilnehmende Beobachtung

Im Untersuchungsverlauf ergaben sich zwei Formen der teilnehmenden Beobachtung. Während der Implementierungen des Programms fand sie *offen*²² und *systematisch geplant* statt. Es wurde sich bei jeder Implementierung einer Kleingruppe angeschlossen, um den Durchgang so aus der Perspektive einer am *Faça Comigo o Percurso* teilnehmenden Person zu erleben. Die *Facilitators* waren darüber informiert, dass die Beobachtungen der Qualitätssicherung des Programms dienen sollten. Für die Zielgruppen war die Beobachtung allein wegen des äußeren Erscheinungsbildes offenkundig, auch aber durch die Mitschrift von Beobachtungen. Dem Anschein nach beeinflusste dies jedoch nicht das Antwortverhalten der Teilnehmenden. Die Verschriftlichung erfolgte systematisch, indem bei jeder Station festgehalten wurde, welche Informationen und Aussagen von Seiten der *Facilitators* an die Kleingruppen gegeben wurden und wie deren Reaktionen an den einzelnen Stationen ausfielen. Die Aufzeichnungen wurden während und nach jeder Implementierung in einem Tabellensystem festgehalten (vgl. Anhang 9) und mit den Programminhalten und -zielen des BZgA Mitmach-Parcours bzw. des *Faça Comigo o Percurso* abgeglichen. (BZgA & GTZ 2005: 23 – 40; 128, 129; 'Faça Comigo o Percurso' Manual 2007).

Im Alltag erfolgte die teilnehmende Beobachtung als *naive*²³ Form der Feldbeobachtung. Im Laufe der Untersuchung erwiesen sich informelle Gespräche und Beobachtungen als wichtige Ergänzung zu den offen

²² Bei der *offenen* Beobachtung ist den Beobachteten die Tatsache des Beobachtens bekannt, wobei der eigentliche Forschungszweck nicht notwendigerweise mitgeteilt worden ist (Lamnek, S. 1995: 254).

²³ Die alltäglich-naive Beobachtung erfolgt in natürlichen Alltagssituationen der Beobachteten und unterscheidet sich von der wissenschaftlichen vor allem dadurch, dass sie nicht systematisch geplant, aufgezeichnet und analysiert wird (ebd.).

erhobenen Daten. In einigen Fällen wurden wichtige Detailinformationen ex post, Stunden oder Tage nach dem geführten Interview, gegeben. So berichtete eine Interviewperson einen Tag nach dem Interview von der Existenz so genannter *Rapidinhas*²⁴, die den Aussagen nach zum Lebensalltag der Jugendlichen gehören. In den darauf folgenden Interviews konnte dieser Begriff aufgegriffen werden. Die Erwähnung des umgangssprachlichen Wortes sorgte bei den Gesprächspartnern zunächst für Überraschung, senkte jedoch im weiteren Gesprächsverlauf die Hemmschwelle, darüber zu sprechen und verbesserte die Vertrauensbasis.

Sowohl die Ergebnisse der alltäglichen als auch die der offenen und systematisch geplanten Beobachtungen wurden in den Interviewleitfaden integriert. Zum Beispiel war aufgefallen, dass bei der Programmdurchführung bestimmte feste Bestandteile des kulturadaptierten Materials weggelassen wurden²⁵. Dies wurde in den folgenden Interviews thematisiert (vgl. III/1.2.2).

4.5 Potentiale und Grenzen der Untersuchung

Die vorliegende Studie hätte ohne die Unterstützung der GTZ nicht stattfinden können. Nur durch die zentrale Koordinierung der *Faça Comigo o Percorso* - Implementierungen war es möglich, die Arbeit der *Facilitators* zu beobachten und Interviews mit den Beteiligten zu führen.

Dies brachte aber auch mit sich, an allen Untersuchungsorten als Vertreterin der GTZ empfangen zu werden. Dadurch wurde das ohnehin bestehende Problem von Nähe und Distanz zwischen Interviewerseite deutscher Herkunft und mosambikanischen Interviewpersonen vertieft. An allen Erhebungsorten stellte sich heraus, dass die *Facilitators* mit der ihnen angekündigten Befragung die Sorge verbanden, kontrolliert und, je nach Ergebnis, möglicherweise nicht mehr länger von der GTZ finanziert zu werden. In den Interviews kam dies vor allem bei Antworten zum Ausdruck, die die Arbeit im Programm betrafen. So

²⁴ In Deutschland als „Quickie“ bekannter flüchtiger Sexulakontakt

²⁵ Dabei handelt es sich um die bildlichen Darstellungen von Anal- und Oralverkehr und das Präservativ-Üben am Modell.

begannen einige der Interviewpersonen beispielsweise ungefragt die Abläufe an den Stationen so wiederzugeben, als gehe es um eine Wissensabfrage. Auf die Bitte zu sagen, was sie denn an dem Programm ändern würden, wenn sie die Möglichkeit dazu hätten, beteuerten sie, es sei alles gut und sie selber würden sich überall wunderbar zurechtfinden. Dieses Antwortverhalten kann damit zusammenhängen, dass mosambikanische Jugendliche allgemein nicht gewohnt sind, nach ihrer Meinung gefragt zu werden und/oder Kritik anzubringen, ist aber offenbar durch die beschriebenen Umstände noch verstärkt worden. In diesen Fällen wurde der Schwerpunkt der Befragung auf die Einschätzungen zum Verhalten der Zielgruppe, also der *Anderen* gelegt.

Anfänglichen Unsicherheiten wurde mit der Bemühung um weitestgehende Transparenz und vertrauensbildenden Maßnahmen begegnet, wie der Mithilfe beim Materialaufbau, Treffen im kleinen Kreis und persönlichen Gesprächen. In den Interviews wurde den Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartnern auch für vordergründig nicht forschungsrelevante Inhalte Zeit gelassen. Dass sich der Einsatz von Empathie und Zeit lohnte, zeigte sich daran, dass sich nahezu alle Interviewpersonen für die Art der Gesprächsführung und für dadurch neu gesetzte Impulse bedankten. Gleichwohl neigten die Befragten insgesamt dazu, sich so zu präsentieren, wie es ihrer Einschätzung nach sozial erwünscht ist²⁶. Es kann dennoch als sicher gelten, dass die Kopplung von teilnehmender Beobachtung und Interviews überraschend facettenreiche Einblicke in die mosambikanische Jugendkultur gewährte. Die Erkenntnisse, die hieraus gewonnen werden konnten, wären durch die Beschränkung auf standardisierte Interviews oder Fragebögen nicht vorstellbar. Hierin liegt zweifellos das Potential dieser Vorgehensweise.

5 Materialauswertung

Bei der Fülle des Materials ist es unmöglich, alle Daten vollständig zu präsentieren. Für eine nachvollziehbare Darstellung müssen sie reduziert und in

²⁶ Dies zeigte sich beispielsweise dann, wenn ex-post herauskam, dass die Schwangerschaft der Freundin oder ein uneheliches, woanders lebendes, Kind, verschwiegen worden waren.

eine Ordnung gebracht werden. Diese vorgenommene Selektion bedeutet bereits eine erste Interpretation der Daten. Das vorgestellte Material soll dabei einen Eindruck davon vermitteln, wie die beobachtete Welt wirklich ist, während die Interpretationen der Forscherin eine distanzierte Konzeptualisierung dieser Wirklichkeit liefern sollen (Strauss & Corbin 1990: 7).

5.1 Auswahl des Materials

Bei der Auswahl der Interviews für die Auswertung handelt es sich um Gespräche, die als besonders gehaltvoll erachtet wurden. Dabei wurde, wie zuvor bei der Auswahl der Interviewpersonen, auf ein ausgeglichenes Verhältnis zwischen weiblichen und männlichen Interviewpersonen an den drei Erhebungsorten geachtet. Ergebnisse der teilnehmenden Beobachtung werden in der Gesamtauswertung mit einbezogen. Entsprechende Stellen im Ergebnisteil sind als solche kenntlich gemacht.

5.2 Transkription

Von den insgesamt 16²⁷ geführten Interviews wurden 10 vollständig transkribiert (vgl. CD-Rom). Von zwei weiteren Interviews wurden selektiv Textstellen transkribiert, die wichtige Ergänzungen zu den vorhandenen Daten darstellten²⁸. Für die Auswertung des Materials wurden die (portugiesischen) Transkriptionen verwendet. Lediglich die Teile, die für die hier veröffentlichte Interpretation verwendet werden, sind von der Autorin ins Deutsche übersetzt worden.

5.3 Induktive Kategorienbildung

Menschen drücken mit dem, was sie sagen, *„ihre Absichten, Einstellungen, Situationsdeutungen, ihr Wissen und ihre stillschweigenden Annahmen über die Umwelt“* aus (Mayntz et al. 1974: 151). Diese Absichten, Einstellungen und Deutungen sind, so Mayntz, durch das soziokulturelle System mitbestimmt,

²⁷ Gesamtanzahl der Interviews ohne *Pretests*.

²⁸ Alle Transkriptionen wurden von der Autorin selbst durchgeführt.

dem die Sprecher angehören. Dies spiegelt nicht nur die eigenen Persönlichkeitsmerkmale wieder, sondern auch die Werte, Normen und sozial vermittelte Situationsdefinitionen der sie umgebenden Gesellschaft (ebd.).

Um einen Ausschnitt der Lebenswirklichkeit mosambikanischer Jugendlicher darzustellen, sollen hier die Aussagen der *Facilitators* und die Ergebnisse der Beobachtungen möglichst ungefiltert und gegenstandsnahe abgebildet werden. Die dazu notwendige Datenreduzierung erfolgt durch induktives Vorgehen. In einem Verallgemeinerungsprozess werden die Kategorien direkt aus dem Material abgeleitet, ohne dabei auf vorab formulierte Theoriekonzepte zurückzugreifen. Die Orientierung dazu bietet das ‚Prozessmodell induktiver Kategorienbildung‘ nach Mayring: Vor der Durcharbeitung des Materials und der Kategorienformulierung werden Selektionskriterien und Abstraktionsniveaus festgelegt. Nach etwa der Hälfte des Materialdurchgangs kommt es zu einer Revision der Kategorien, bevor – nach dem endgültigen Materialdurchgang – die Interpretation bzw. Analyse der Daten erfolgt (Mayring 2006: 75).

5.4 Kategoriensystem

Für die Kategorienbildung der vorliegenden Arbeit bot sich nach der ersten Materialdurchsicht die Festlegung folgender drei Hauptkategorien an (vgl. Anhang 10):

- **Organisatorischer Kontext:** Hierunter fallen Aussagen und Einschätzungen, welche die Arbeit als *Facilitators* im ‚*Faça Comigo o Percurso*‘, die Programminhalte und die Rahmenbedingungen der Programmumsetzung betreffen.
- **Gesellschaftlicher Kontext:** Hier werden Aussagen und Einschätzungen eingruppiert, die sich auf Faktoren und Motive für sexuelles Risikoverhalten in der mosambikanischen Jugendkultur beziehen.
- **Individueller Kontext:** Hier kommen Aussagen und Einschätzungen zusammen, die Aufschluss über das Rollenverhalten bzw. -bewusstsein der befragten *Facilitators* geben können.

III. Darstellung der Ergebnisse

Im Folgenden werden zunächst die Ergebnisse aus den Interviews vorgestellt und kommentiert. Im zweiten Teil des Kapitels werden die Ergebnisse der partizipativen Beobachtung vorgestellt.

1. Die *Facilitators* in der Auseinandersetzung mit dem *Faça Comigo o Percurso*

Die Auswertung der Interviews erfolgt in einer eingehenden Untersuchung der Aussagen, die den drei Hauptkategorien *organisatorischer*, *gesellschaftlicher* und *individueller* Kontext zugeordnet sind.

1.1 Interviewpersonen

Die Stichprobe umfasst 10 *Facilitators* im Alter zwischen 22 und 30 Jahren. Von diesen, sechs jungen Frauen und vier jungen Männern, kommen zwei aus Inhambane (ACUDES), vier aus Sofala (AJULSID) und vier aus Maníca (ANDA). Die Hälfte der Befragten wohnt bei ihren Eltern (n= 5), die andere Hälfte mit ihrem Lebensgefährten oder ihrer Lebensgefährtin²⁹ zusammen.

Sechs von zehn Interviewpersonen haben ein oder zwei Kinder. Die Hälfte hat die Schule bis zur letzten Klasse besucht (n=5), eine Interviewperson hat die Schule nach Abschluss der neunten Klasse verlassen. Die Hälfte der Stichprobe arbeitet zum Zeitpunkt des Interviews seit etwa zwei Jahren als *Facilitator* (seit 2005), zwei arbeiten seit Beginn der Implementierungen im Programm (seit 2003), eine Person hat zum Zeitpunkt des Interviews erst vor kurzer Zeit angefangen (seit 2007).

²⁹Allgemein bezeichnen befragte Personen diese Lebensgemeinschaften als Ehe, dementsprechend werden sie hier als „verheiratet“ aufgeführt.

Interview Nummer	Name ³⁰	Alter	Familienstand	Kinder	Besuchte Schuljahre	Zeit im FCP	Schulung zum Facilitator ³¹
Int. 1	Lucilla	22	verheiratet	2	12	2005	2 Tage
Int. 2	Reinaldo	22	ledig	1	12	2005	6 Tage
Int. 3	Katía	28	ledig	/	12	2006	Einarbeitung durch Team
Int. 4	Carlos	24	ledig	1	12	2005	3 Tage
Int. 5	Susana	29	verheiratet	2	11	2004	3 Tage
Int. 6	Adolfo	27	verheiratet	1	12	2003	15 Tage
Int. 7	Raimunda	24	verheiratet	/	10	2003	15 Tage
Int. 8	Armando	30	ledig	/	9	2005	6 Tage
Int. 9	Vanessa	22	verheiratet	1	10	2007	2 Tage ³²
Int. 10	Melena	29	ledig	/	9	2005	6 Tage
Int. 11	Ben	23	ledig	/	12	2007	2 Tage
Int. 12	Pedro	29	ledig	1	11	2003	15 Tage
Int. 13	Paula	20	ledig	1	5	2005	3 Tage
Int. 14	Jessica	23	ledig	/	12	2007	2 Tage ³³
Int. 15	Adriano	24	ledig	/	12	2007	2 Tage ³⁴
Int. 16	Natalia	19	ledig	/	11	FCP	2 Tage

Abbildung 8: Daten zu allen Interviewpersonen. Die ersten 10 Interviews sind vollständig transkribiert (eigene Erarbeitung: 2007; vgl. CD-Rom).

Die unterschiedliche Ausbildungszeit zum *Facilitator* fällt auf. Nur zwei der Befragten haben das vollständige Moderationstraining von 15 Tagen Dauer besucht. Drei *Facilitators* sind zwei Tage für die Arbeit im Programm vorbereitet

³⁰ Namen von der Verfasserin geändert

³¹ Ausbildung durch Kurzzeit- Expertin bzw. mosambikanische Fachkraft

³² Sowie Anlernen durch Teamleitung

³³ Sowie Anlernen durch Teamleitung

worden, ein *Facilitator* hat ohne vorherige Anleitung zu arbeiten begonnen und ist durch die Teamkolleginnen und -kollegen angeleitet worden.

1.2 Organisatorischer Kontext

Im Folgenden sollen Aussagen und Einschätzungen der befragten Personen vorgestellt werden, die Auskunft über die Umsetzung des angepassten *Faça Comigo o Percurso* geben.

1.2.1 Programmanpassung

In der Unterkategorie ‚Programmanpassung‘ werden Aussagen eingeordnet, die darauf schließen lassen, inwieweit die originäre Intention des Programms im kulturellen Transfer erhalten geblieben ist.

▫ Besonderheiten am *Faça Comigo o Percurso*

Auf die Frage, was das Besondere am *Faça Comigo o Percurso* sei, kommentieren alle befragten *Facilitators* die Besonderheit der Methodik:

„Da, wo ich [vorher] gearbeitet habe, hatten wir diese Sache mit den Bildern nicht, mit Bildern arbeiten und wissen, was Übertragungswege sind, wir konnten nur über AIDS *sprechen* ...“ (Vanessa, 182); „...es ist auch anders als beim Theater, weil beim Theater kommen die Leute und spielen und wer das Stück nicht verstanden hat, hat gar nichts verstanden (...) [der FCP] ist anders als jedes Aids-Programm“ (Lucilla 279); „...jeder hat die Möglichkeit, mitzumachen. Niemand kann sagen, dass er nichts beitragen kann, weil er nicht viel weiß (...). - Hier in Mosambik sind wir es gewohnt, immer nur zuzuhören. (...) [Aber beim FCP] halten wir keine Vorträge. Die, die mitmachen, beantworten sich selber alle Fragen“ (Reinaldo, 97).³⁵

³⁴ Sowie Anlernen durch Teamleitung

³⁵ Eine der befragten Personen geht die Frage nach der Besonderheit rein pragmatisch an und erinnert mit ihrer Aussage noch einmal in anderer Form an den Sprung, den das Programm von einem Kontinent auf den anderen zurückgelegt hat: „Ich finde das Programm gut, weil dann wenigstens wir *Facilitators* eine Beschäftigung haben. Ich bin lieber beschäftigt, als freie Zeit zu haben. Ich finde das ist gut. Es hilft vielen Leuten. Wenigstens wir, 14 oder 15 Leute haben eine Aufgabe und das mindert schon die Armut“ (Raimunda, 102).

In den Gesprächen zeigt sich, dass die Hauptintention des Programms anscheinend in der Wissensvermittlung gesehen wird. Dieser Eindruck bestätigt sich bei der Beantwortung der Frage, ob es eine Station gebe, die die Befragten favorisieren. Von acht Personen, die sich dazu äußern, nennen fünf die Station ‚Übertragungswege‘:

„Bei den ‚Übertragungswegen‘ bekommen die Leute die meisten Informationen. (...) Dort kann man am meisten lernen“ (Raimunda, 55); „...dort wird gezeigt, wie der Virus durch eine Klinge übertragen wird, durch scharfe Gegenstände, durch Spritzen, das Blut – oder – das wichtigste – durch den Geschlechtsverkehr (*relação sexual*)³⁶...“ (Armando, 59); „Ich mag ‚Verhütung‘ und ‚Übertragungswege‘ – beide, (...) bei der einen wird gezeigt, wie der Virus eintritt, bei der anderen, wie wir uns schützen können...“ (Vanessa, 74).

Neben der Station ‚Übertragungswege‘ wird von vier *Facilitators* der Station ‚Leben mit HIV‘ eine große Bedeutung beigemessen. Die Begründungen dafür sind unterschiedlich:

„...die Leute hier sind schnell dabei, jemanden zu diskriminieren. Sie versetzen sich nicht in die Lage des Kranken, und wenn einer kommt, dann zeigen sie mit dem Finger auf ihn ...“ (Melena, 74); „...viele glauben, dass es HIV und Aids gibt – aber sie wissen nicht, wie man mit jemandem leben kann, der HIV hat“ (Vanessa, 99); „...an dieser Station fällt es mir am leichtesten, zu sprechen“ (Adolfo, 144); „...es geht mir auch darum zu wissen, ob es [bei den Schülern] noch Diskriminierung gibt oder nicht...“ (Lucilla, 307).

Die Beantwortung der Frage, an welcher Station nicht so gerne gearbeitet wird, fällt weniger eindeutig aus. Drei *Facilitators* finden die Arbeit an der Station ‚Schutz‘ kompliziert (vgl. III/3.2), drei arbeiten nur ungern an der Station ‚Körpersprache‘, weil die Teilnehmenden mit dieser Station oft überfordert seien. Die anderen geben an, alle Stationen zu mögen.

³⁶ Relação Sexual – (wörtl.) Sexuelle Beziehung

1.2.2 Anpassung von Kommunikationselementen

Kaum einer der *Facilitators* meint, dass es bei dem Programm Dinge gebe, die verändert werden sollten. Die Frage, ob dem Programm anzumerken sei, dass es nicht aus Mosambik komme, beantwortet nur eine Person mit vorsichtiger Kritik:

„Manchmal haben wir überlegt, dass es nicht die mosambikanische Realität ist (...), aber unsere Zielgruppe aus den Sekundarschulen versteht das schon. (...) Nur vielleicht auf dem Land – machen die Bilder Probleme.“ (Adolfo, 209).

Hiermit spielt der Befragte auf eine Schwierigkeit an, die auch den anderen *Facilitators* bekannt ist. Anscheinend wird dies jedoch nicht als *Anpassungsproblem* des Programms an die Landesspezifika Mosambiks wahrgenommen. Spontan geben die Befragten an, es gebe keinerlei Probleme. Bei genauerer Nachfrage bzw. im fortlaufenden Gespräch werden von den Befragten dann doch Unsicherheiten bzw. Akzeptanzprobleme bei bestimmten Kommunikationselementen bzw. Thematisierungen genannt. Hierzu gehören insbesondere die Darstellungen von Oral- und Analverkehr und die Thematisierung von Homosexualität.

□ Konfliktthema *Oral- und Analverkehr*

An allen drei Untersuchungsorten fällt während der teilnehmenden Beobachtung auf, dass bei der Station ‚Übertragungswege‘ die Darstellungen von oralem und analem Sexualverkehr nicht gezeigt werden. In den Interviews wird zunächst allgemein nach Veränderungsbedarf gefragt. Dazu derselbe *Facilitator*, der als einziger kritische Aspekte angedeutet hat: „Es gibt ein Bild, das wir bisher weggelassen haben – darüber haben wir viel diskutiert – über die Zahnbürste, ob das ein Übertragungsweg ist...“ (Adolfo, 61). Offenbar gab es eine intensive Diskussion darum, wie hoch das Risiko ist, sich durch eine zu mehreren geteilte Zahnbürste anstecken zu können, wenn zum Beispiel eine Person eine Wunde im Mund hat. Eine Diskussion, wie mit den Darstellungen von Oral- und Analverkehr umzugehen sei, gab es anscheinend nicht, zumindest nicht so, dass sie den Befragten in Erinnerung geblieben wäre.

Alle Interviewpersonen müssen explizit darauf angesprochen werden, dass es eventuell Darstellungen gibt, die vielleicht in Mosambik vom Schamgefühl her nicht akzeptiert sind. Erst daraufhin werden von allen Befragten, die Darstellungen vom Oral- und Analverkehr benannt. Als Begründung für das Weglassen der Bilder wird die Unerfahrenheit der jungen Zielgruppe und die Provokation, die ältere Teilnehmende beim Zeigen der Bilder empfinden können, angegeben. Die Darstellungen werden als pornografisch und skandalös empfunden³⁷:

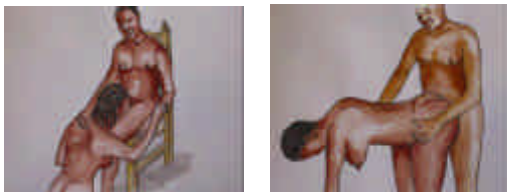


Abbildung 9: Bildliche Darstellungen aus dem FCP, Station ‚Übertragungswege‘ (Manual 2007)

„...diese Bilder sind [für die Jugendlichen] zu schockierend“ (Carlos, 266); „...für einige Leute sind diese Bilder ein Skandal...“ (Katía, 234); „ [Der Dorfcchef] sagte ‚also diese Bilder hier – in dieser Landgemeinde – für die Leute ist das ein Unding‘“ (Reinaldo, 162); „...wenn wir diese Darstellungen anbringen, gibt es Leute, die auf nichts anderes mehr achten...“ (Melena, 116). Ein weiterer *Facilitator* sagt: „Wenn wir die Bilder zeigen, dann sagen sie, so etwas gibt es bei uns nicht. Das machen nur Leute aus Südafrika“ (Ben, Int. 11).

Das Weglassen der Bilder von Oral- und Analverkehr scheint für die *Facilitators* so normal zu sein, dass sie von selber gar nicht darauf kommen, hier könnte ein ‚Anpassungsproblem‘ vorliegen. Wenn auf die Frage nach Schwierigkeiten eher die Diskussion um eine Zahnbürste genannt wird, als Beispiel für die Unmöglichkeit, alle Darstellungen zu zeigen, könnte dies ein mittelbarer Hinweis auf allgemein bestehende Vorbehalte gegenüber der punktuellen Hervorhebung von Sexualpraktiken sein.

³⁷ Eine Einschätzung, die die Beobachterin im Übrigen nach Augenschein teilt. Die Sexualpraktiken sind auf dem Bild unverhüllt dargestellt und würden aller Wahrscheinlichkeit nach auch in Deutschland nicht problemlos hingenommen werden (vgl. Abb. 9)

Für die Botschaft der Station ‚Übertragungswege‘ hat das gezielte Weglassen der beiden Darstellungen den überaus ungünstigen Nebeneffekt, dass die Thematisierung von Risikoverhalten und Sexualität an dieser Station lediglich einmal erwähnt wird (ausführlich erläutert in III/3.1).

□ Konfliktthema *Homosexualität*

Ein anderes Thema, das von vier *Facilitators* bei der Nachfrage nach problematischen Darstellungen oder Begrifflichkeiten genannt wird, ist die Thematisierung von Homosexualität³⁸. Das Problem wird darin gesehen, dass die meisten der Teilnehmenden schon allein mit dem Begriff ‚Homosexualität‘ oder ‚Lesbentum‘³⁹ nichts anzufangen wissen:

„Ich glaube, es wäre gut, wenn man hier die Methode ein wenig ändern würde (...) – zumindest mit einigen klaren Worten erklären, was ‚homosexuell‘ bedeutet – und es nicht durch Gesten zeigen lassen...“ (Carlos, 326); „Es gibt einige Leute, die das Wort ‚Homosexualität‘ nicht kennen“ (Armando, 204); „...die Jugendlichen können das nicht zeigen, wir müssen ihnen erst erklären, was sie machen sollen...“ (Vanessa, 20); „...es ist ein wenig schwierig zu sagen, ‚das ist wie Homosexualität‘. Für sie ist es ein völlig neues Wort. Es ist für sie schwierig ‚Lesbentum‘ zu sagen – sie kennen es nicht – und Homosexualität auch nicht...“ (Susana, 117).

Dass es sich hier offenbar um eine allgemeine Problematik handelt, wird dadurch unterstrichen, dass eine der drei *Facilitator*-Gruppen den Begriff ‚Lesbentum‘ aus der Station herausgenommen hat.

Möglicherweise kann gar nicht davon ausgegangen werden, dass den Akteurinnen und Akteuren der Zusammenhang von Homosexualität und einer HIV-Infektion klar ist. So wurde bei einer der regelmäßigen Feedbackrunden im Kreise der *Facilitators* von einer jungen Frau angemerkt, dass sie nicht verstehe, warum Homosexualität eine Gefahr darstelle. Sie fragte, wie eine Übertragung möglich sei, auch wenn beide Partner sich schützten. Im Gespräch

³⁸ ‚Homosexualität‘ (*Homosexualidade*) und ‚Lesbentum‘ (*Lesbianismo*) sind zwei Begriffe der Station ‚Körpersprache‘ (vgl. Anhang 5).

stellte sich heraus, dass sie davon ausgegangen war, Homosexualität an sich stelle ein Risiko dar, ohne dass sie sich erklären konnte, warum.

Aus den Aussagen und Fragen der *Facilitators* ist zu schliessen, dass Homosexualität als Beziehungskonzept wenig mit dem mosambikanischen Lebensalltag zu tun hat. Sowohl die Akteurinnen und Akteure als auch die teilnehmenden Gruppen scheinen mit der Thematik überfordert zu sein.

□ Konfliktthema *Präservativ – Üben am Modell*

Während der teilnehmenden Beobachtung ist aufgefallen, dass bei Parcourseinsätzen in Schulen der Holzpenis, und damit das Gespräch über die Kondombenutzung bzw. das Üben am Modell, weggelassen wird⁴⁰.

„Sie sagen, dass wir mit Minderjährigen nicht über die Anwendung von Verhütungsmitteln sprechen dürfen, weil es dann so aussieht, als wollten wir sie damit zum Sex ermuntern“ (Susana, 130).

Um niemanden zu sexuellen Handlungen ‚aufzufordern‘, ist es allgemein auch nicht erwünscht, den Teilnehmerinnen und Teilnehmern zum Ende des Parcours Präservative zur Verfügung zu stellen.

„Sie wollen das nicht. ‚Die Kinder werden diese Präservative nehmen und sie benutzen wollen.‘ – Sehen wollen wie ein Präservativ funktioniert, es also benutzen – und schon sind sie beim Sex. Also dürfen wir in den Schulen keine Präservative verteilen. Nur wer um eines bittet, kann es bekommen“ (Susana, 143).

Dagegen scheinen das Vorzeigen und die Erklärung der Verwendung des ‚weiblichen Kondoms‘ bei den Verantwortlichen keine Befürchtungen zu wecken. Die Erwähnung der Existenz eines ‚weiblichen Kondoms‘ scheint für alle Beteiligten beinahe einen Höhepunkt des Parcours darzustellen.

³⁹ So die wörtliche Übersetzung des an der Station vorkommenden Begriffs ‚Lesbianismo‘

⁴⁰ Es handelt sich hier um Beobachtungen in Inhambane und Maníca. In Beira, wo zur Zeit der Untersuchung Einsätze beim Militär und in Gefängnissen stattgefunden haben, war das Üben am Modell an der Station ‚Verhütungsmittel‘ integriert.

„Und in den Landgemeinden ist das weibliche Präservativ immer eine große Neuigkeit. Das ist immer etwas Neues, in allen Schulen, eine Neuigkeit“ (Lucilla, 691).

Diese Aussage findet an allen drei Untersuchungsorten ihre Bestätigung.

Offensichtlich kann *nicht* davon ausgegangen werden, dass die Verteilung von Präservativen in Mosambik allgemein gesellschaftlich akzeptiert ist. Im Rahmen der Untersuchung wurden die Aussagen der *Facilitators* über das Verbot des Übens am Modell und der Verteilung von Präservativen nicht überprüft - allein die Entscheidung, beides wegzulassen, gibt einen Eindruck von der Tabuisierung von sexuellen Praktiken vor Sekundarschülerinnen und -schülern (also der Hauptzielgruppe des Programms) bzw. dem Vorhandensein von sexuellem Risikoverhalten überhaupt; denn auch bei Militär und bei den Gefängnisinsassen unterblieb die Verteilung von Präservativen. Die (stellvertretende bzw. zusätzliche) Thematisierung des ‚weiblichen Kondoms‘ kann, schon allein wegen seiner faktischen Nichtverfügbarkeit, nicht als gleichbedeutender Ersatz angenommen werden. Die Frage, wo und zu welchem Preis mosambikanische junge Mädchen oder Männer ein weibliches Kondom bekommen können, bleibt im Parcours unerörtert.

1.2.3 Programmanpassung und Anpassung von Kommunikationselementen/ Begrifflichkeiten – Schlussfolgerungen für den *Faça Comigo o Percurso*

Für die Programmanpassung ergeben sich folgende Schlussfolgerungen:

Darstellungen, die von der Zielgruppe als pornografisch empfunden werden können, erfüllen nicht die Ansprüche kultureller Angemessenheit. Es bedarf eines kultursensiblen Austauschs zwischen Projektverantwortlichen und Akteurinnen und Akteuren, um entsprechende Änderungen der Darstellung von *Anal- und Oralverkehr* zu erzielen.

Es stellt sich die Frage, ob der *Faça Comigo o Percurso* ein geeigneter Rahmen ist, das offenkundig als Beziehungskonzept unbekanntes Thema ‚*Homosexualität*‘ bzw. ‚*Lesbentum*‘ anzusprechen. Zwischen Männern praktizierter Analverkehr (beispielsweise im Gefängnis) wird von den Beteiligten

vermutlich nicht mit dem Begriff ‚Homosexualität‘ in Verbindung gebracht. Es erscheint sinnvoller, stattdessen das zu benennen, worauf es allein ankommt, nämlich den Übertragungsmodus für das Virus. ‚Analverkehr‘ ist dem Begriff *Homosexualität* vorzuziehen. Der Begriff *Lesbentum* sorgt im mosambikanischen Kontext offenbar eher für Verwirrung als für Klärung und erscheint nicht sinnvoll.

Bei der Thematisierung der Verhütungsmittel sollte sichergestellt sein, dass die Benutzung des weiblichen Präservativs nicht im Vordergrund steht und der Zugang zu männlichen und, wenn überhaupt möglich, zu weiblichen Präservativen erleichtert wird. Die Teilnehmenden sollten Informationen darüber erhalten, wo in der Region sie Kondome erhalten können.

1.3 Gesellschaftlicher Kontext

Diesem Kapitel sind Aussagen und Einschätzungen zugeordnet, die sich auf die in der mosambikanischen Jugendkultur vermittelnden Faktoren und Motive für sexuelles Risikoverhalten beziehen.

1.3.1 Sexuelle Interaktionen

In der Unterkategorie ‚sexuelle Interaktionen‘ werden Beschreibungen zu gängigen Umgangsformen und Einstellungen wiedergegeben, die von den Befragten als maßgeblich für riskantes Sexualverhalten angesehen werden. Zudem geht es um die Umsetzbarkeit der im Mitmach-Parcours empfohlenen Handlungsempfehlungen ‚Partnertreue‘ und ‚Enthaltsamkeit‘.

- Aussagen zu den empfohlenen Schutzmaßnahmen: ‚Partnertreue‘ und ‚Enthaltsamkeit‘

Sieben der zehn Interviewpersonen werden darauf angesprochen, ob ihrer Meinung nach die *im Faça Comigo o Percurso* gegebenen Empfehlungen (zur ‚Partnertreue‘ und/oder Abstinenz) von den Jugendlichen angenommen und umgesetzt werden. Alle Befragten stehen den Empfehlungen positiv gegenüber, bezweifeln allerdings deren Realisierbarkeit. Besonders ‚Treue‘ scheint im Lebensalltag der Jugendlichen kaum vorstellbar:

„Wir sprechen über die Treue als eine der wichtigsten Arten, sich gegen HIV zu schützen. Aber die Wirklichkeit sieht anders aus“ (Adolfo, 381); „Für Männer ist [Treue] schwierig. Ich wünsche mir, [dass mein Mann] es schafft, das umzusetzen, was er versprochen hat“ (Vanessa, 448); „Allgemein ist Treue für einen Jugendlichen sehr schwierig. (...) Das kommt praktisch nicht vor. Vielleicht für die Älteren – aber selbst für die ist es schwierig. (...) [Jeder Jugendliche] hat zwei oder drei Freundinnen“ (Armando, 345); „Also Treue, hier in Mosambik ist das unter den Jugendlichen sehr selten. Wirklich sehr selten“ (Melena, 375); „...bei uns Männern ist das so, wenn du nur mit einer zusammen bist, dann ist das nicht cool (*famoso*⁴¹) – man braucht mehr als zwei, um cool zu sein. (...) Aber die Frauen sind da auch sehr ehrgeizig – wenn der eigene Freund nicht das bringt, was der Freund der Freundin bietet, dann sucht sie sich jemand anderen, der ihr diese materiellen Bedürfnisse erfüllen kann“ (Carlos, 552).

Unter ‚Enthaltsamkeit‘ wird für die Jüngeren gemeinhin der Aufschub sexueller Aktivität in ein höheres Alter verstanden, für sexuell bereits aktive Jugendliche und bei Erwachsenen wird situative Enthaltsamkeit, also die Unterbrechung einer sexuellen Handlung und deren Aufschub, wenn kein Präservativ zur Hand ist, empfohlen. Mindestens vier *Facilitators* halten die Umsetzung abstinenter Verhaltens für realistischer als die Partnertreue:

„...man kommt irgendwo hin, um Sex zu machen – hat kein Kondom [dabei] – also werde ich enthaltsam sein – und es auf einen anderen Tag verschieben“ (Armando, 281); „Enthaltsamkeit kann den Jugendlichen helfen. Denen mit 15 oder 17. – Enthaltsam zu sein ist besser für sie“ (Melena, 372). „Ich habe einen Bruder, der ist noch keine 15 – wir hatten nicht diese Gespräche, wie er sich in der Praxis verhalten soll – meine Rede geht mehr in Richtung Enthaltsamkeit – [ich sag’ zu ihm]’Du bist noch nicht im richtigen Alter – pass auf‘...“ (Carlos, 221). Ein weiterer *Facilitator* erzählt, dass er versucht, seinen Bruder auf den ‚rechten Weg‘ zu bringen, indem er ihm rate, sich zu enthalten. Das Thema ‚Präservativ‘ vermeide er, um ihn nicht auf falsche Gedanken zu bringen (Pedro, Int. 12).

⁴¹ famoso - berühmt

Nur eine junge Frau spricht von Schwierigkeiten, die sie in der Empfehlung von Enthaltsamkeit für Jugendliche sieht:

„Um ehrlich zu sein, Treue, Enthaltsamkeit, für Jugendliche, besonders in den Städten ist es nicht leicht, das einem Jugendlichen klar zu machen. Für einen Jugendlichen, der sagen wir mit 15, anfängt, ‚rumzumachen‘ (namurar), dem zu sagen, ‚hör auf rumzumachen, enthalte dich‘ – das ist schwierig für Jugendliche“, (Lucilla, 682).

Einer von sieben *Facilitators* meint, dass er Treue für eher umsetzbar halte als Enthaltsamkeit. Im Verlauf des Interviews stellt sich dann heraus, dass eine Freundin, die er neben seiner festen Beziehung hat, ein Kind von ihm erwartet. Darauf angesprochen, dass diese ‚Nebenfreundin‘ kaum zu seiner Aussage passe, er halte Treue für möglich, erklärt er, sein Verhalten habe nichts mit Untreue zu tun – das Mädchen habe ja gewusst, dass er eigentlich mit einer anderen zusammen sei. Untreue gegenüber der Hauptfreundin kommt ihm als Konzept überhaupt nicht in den Sinn.

Generell kann bei mosambikanischen Jugendlichen und jungen Erwachsenen offenbar nicht von monogamen Partnerschaften ausgegangen werden. Beziehungen mit mehreren Partnerinnen bzw. Partnern gehören offensichtlich zum Lebensalltag. Mit einer zweiten Freundin oder einer „Liebschaft“ wird nicht unbedingt Untreue assoziiert. Dies lässt an eine modernisierte Form der Polygamie denken.

- Vorurteile gegen den Schutz an sich

Bei der Frage, warum das Benutzen eines Präservativs als Schutz abgelehnt wird, geben die Befragten verschiedene Gründe an. Zum einen wird das Präservativ von männlicher Seite als lustmindernd abgelehnt. In Mosambik gibt es eine gängige Redensart Sex mit Präservativ sei wie ‚Banane mit Schale zu essen‘⁴².

„Die Leute meinen, es ist wie Banane mit Schale zu essen – kein Geschmack“ (Adolfo, 297); „Es gibt welche, die sind gut informiert, aber wenn es soweit ist [denken sie],

⁴² ‚comendo banana com casca‘

„diese Schweinerei schnürt mir nur die Lust ab“ (Carlos, 424); „...sie wollen nur Sex [mit] Fleisch auf Fleisch – [sie sagen], wenn ich es mit Kondom mache, dann ist es dasselbe, wie gar keinen Sex zu haben“ (Armando, 236).

Bei einer der Implementierungen des *Faça Comigo o Percurso* wird beobachtet, wie eine der Teilnehmerinnen (eine etwa 30jährigen Frau⁴³) die Handhabung des Präservativs am Modell vorführt und dabei leise zu den anderen Frauen der Gruppe sagt: ‚Ich benutze so etwas nicht. Ich mag’s nicht.‘

Abgesehen von den in ähnlicher Form wohl in allen Kulturen, Deutschland inbegriffen, verwendeten Argumenten gegen die Präservativbenutzung wird von Vorurteilen gegen das Präservativ an sich berichtet. Eine Befragte erwähnt die Sorge einiger junger Frauen, das Präservativ könne Krankheiten provozieren:

„...es waren fünf oder sechs Mädchen, die sagten, ein Präservativ würde Ausfluss verursachen. Also haben sie es vorgezogen, keines zu benutzen – weil sie nicht wussten, ob sie nicht eine Geschlechtskrankheit vom Präservativ bekommen könnten...“ (Raimunda, 173).

Vier *Facilitators* erzählen von dem umlaufenden Gerücht, das Präservativ selber sei für die Virusübertragung verantwortlich:

„...sie sagen, dass das Präservativ manchmal mit dem Aidsvirus kommt“ (Raimunda, 187); „...sie sagten, ‚im Präservativ ist der HI-Virus versteckt. (...) Tut Alkohol hinein, bindet es zu und hängt es auf – nach einigen Tagen tauchen kleine Viecher auf. Diese Viecher sind dieser Virus der, wenn er ins Blut eindringt, macht, dass jemand [HIV] positiv wird“ (Melena, 146); „...gewisse Leute (...) sagen, mit dem Präservativ kommt der Virus (...). Sie sagen, sie hätten Wasser hinein gefüllt, es in die Sonne gelegt und da seien [dann] kleine Viecher gewesen...“ (Susana, 226); „Und andere haben Vorurteile gegen das Präservativ an sich – sie suchen sogar Ausreden, als sei das Präservativ selbst der sexuelle Hauptübertragungsweg (...). Auf dem Land gibt es Leute, die sagen, ‚ihr bringt Präservative mit, obwohl das Präservativ den Virus trägt. Tut nur mal Wasser hinein und ihr werdet sehen...“ (Carlos, 428; 744).

⁴³ Insassin im Zentralgefängnis von Beira

Bei einer beobachteten Feedbackrunde in Maníca wird von einem etwa 15jährigen Schüler genau dieses Argument gegen die Benutzung eines Kondoms vorgebracht. Das Erklärungsmodell ist in Mosambik offenbar allgemein verbreitet, wird im FCP jedoch nicht thematisiert.

Die Vorstellung, das Präservativ sei Träger des HI-Virus, stellt sich als nachvollziehbarer Versuch dar, den - in einem medizinisch extrem schlecht informierten und ausgestatteten Land ganz besonders unheimlichen Krankheitsüberträger sichtbar und damit (an-)greifbar zu machen. Hier zeigt sich, dass vermeintlich plausible Erklärungen der modernen⁴⁴ Medizin, in diesem Fall das Vorhandensein von für das menschliche Auge unsichtbaren Viren, nicht ohne weiteres als angenommen vorausgesetzt werden können. Zugleich deutet diese Interpretation auf ein gesellschaftlich akzeptiertes Alibi hin, sich gegen die Umsetzung einer empfohlenen Schutzhandlung zu entscheiden. Die Umdeutung des Präservativs vom einzigen effektiven Schutzmittel zum (Haupt-) Übertragungsmedium von HIV stellt die Akteurinnen und Akteure in der Aidsprävention eindeutig vor eine besondere Herausforderung, die im FCP thematisiert werden sollte.

□ Keine Zeit für Schutz - *Rapidinhas*

Der Begriff *Rapidinha*⁴⁵ steht für das in Deutschland gängige Wort *Quickie*. Dieser umgangssprachliche Ausdruck fiel im Verlauf der Untersuchung auf (vgl. hierzu auch II/ 4.4 dieser Arbeit). Alle der sechs explizit auf *Rapidinhas* angesprochenen *Facilitators* wissen sofort, was mit dem Ausdruck gemeint ist. Drei weitere sprechen ohne die Nennung des Begriffs von Situationen, die dem zugeordnet werden können, was offenbar allgemein unter *Rapidinha* verstanden wird.

⁴⁴ Mit „moderner“ Medizin ist hier die Medizin mit naturwissenschaftlichem Ansatz gemeint. „Moderne Medizin heißt sie deswegen, weil sie im Gegensatz zu vielen anderen Heilsystemen (etwa in dem indischen Ayurveda) nur eine vergleichsweise kurze Geschichte in ihrer jetzigen Ausformung vorzuweisen hat, und außerdem, weil sie sehr in Mode ist. Die moderne Medizin ist weitgehend standardisiert und wird weltweit ähnlich ausgeführt.“ (Greifeld, 2001: 33).

⁴⁵ *Rapidinha* - (wörtlich) ‚Schnellchen‘ oder ‚kleiner Schneller‘

Fünf von zehn berichten über riskantes Sexualverhalten in Zusammenhang mit Discobesuchen und damit verbundenem Alkoholkonsum:

„So etwas geschieht oft (...) Es gibt die [spontan] vereinbarten *Rapidinhas*, die laufen in der Disco, vorher hat man nie miteinander gesprochen - dann ‚ich mag dich – ich lieb dich‘ und ‚machen wir’s‘ – dann geht’s ran ...“ (Adolfo, 315; 365); „Bei diesen *Rapidinhas* stehen sie manchmal unter Alkoholeinfluss – das passiert meistens in den Discos (...) das ist nicht Liebe, das ist Kontrollverlust“ (Vanessa, 303); „...die sagen, ‚wenn ich betrunken bin und auf ein Mädchen treffe, dann vergesse ich das Präservativ‘“ (Susana, 210); „...wenn jemand täglich trinkt und dann eine Frau sieht, denkt er an Sex, will er Sex – und normalerweise erinnert sich nicht jeder ans Kondom, wenn er betrunken ist“ (Armando, 272); „...sie wissen, dass die Gefahr besteht – wenn sie aber Alkohol und Drogen konsumieren, gehen sie das Risiko ein. (...) Viele Jugendliche trinken. Sehr viele“ (Melena, 387; 395).

Es scheint eine Vielzahl von Situationen zu geben, in denen ‚keine Zeit ist‘, an Verhütung zu denken:

„Ich werde ein Beispiel geben, also ich bin die Straße entlang (...), hab sie gerufen, wir haben ein wenig gesprochen – aber es war kein richtiger Dialog, wir sind direkt zur Sache gekommen...“ (Reinaldo, 195); „...Sex macht man, wenn man Lust hat, also, hingehen, sich kaum ein paar Minuten unterhalten, heute mit dem, morgen mit dem...“, (Katía, 191); „...[wenn er ein Mädchen trifft,] wird er sie sofort haben wollen, weil das seine Chance ist. Auch, wenn er kein Präservativ dabei hat – sie gehen das Risiko ein“, (Adolfo 310); „...es ist nur für diesen einen Tag, nur ein Kuss – dann einen Ort suchen, wo sie niemand sieht – aus und vorbei – alles passiert im letzten Ausgenblick (...) sich zusammen einen Ort in der Gegend suchen – jeden Moment kann jemand kommen, also muss es schnell gehen – und nur selten erinnert man sich da ans Präservativ“ (Carlos: 610).

Alle Kommentare sprechen dafür, dass unverbindliche Sexualbeziehungen zum Alltag gehören. Besonders in Diskotheken, aber auch tagsüber, bei flüchtigen Begegnungen, kommt es offenbar zu spontanen sexuellen Interaktionen mit kaum bekannten (Sexual-)partnern und -partnerinnen. Die

Schilderungen der befragten *Facilitators* erwecken den Eindruck, dass die Benutzung von Präservativen dabei keine nennenswerte Rolle spielt.

- Sexuelle Gewalt - Missbrauch und Gruppenvergewaltigung

Ein *Facilitator* bringt die *Rapidinhas* mit ‚trockenem Sex⁴⁶‘ (*sexo secco*) in Verbindung:

„Trockener Sex‘ geschieht meist bei den *Rapidinhas*, also es ist so: Das ist Sex, der nicht vorbereitet ist (...) – also geschieht es mit Kraft – Gewalt zum Beispiel – dann kann es die Form von Sex sein, die [für eine Übertragung mit HIV] am riskantesten ist“ (Adolfo, 427).

Diese Beschreibung legt den Schluss nahe, dass Anwendung von ‘Kraft’ und ‘Gewalt’ im sexuellen Kontakt durchaus als normal empfunden wird. Verstärkt wird dieser Eindruck durch die Schilderungen dreier weiterer *Facilitators* über in der Jugendkultur übliche Formen sexueller Gewalt:

„...wenn sie in die Disco gehen und ein Mädchen sehen, sind alle Typen scharf (*estão af todos*⁴⁷) . Weil sie dann ‚Liebe machen‘[wollen]. Sie geben ihr was zu trinken, sie wird betrunken, dann kommen vier, fünf Typen – ich glaube nicht, dass die ein Präservativ benutzen. Einer vielleicht – aber alle?“ (Susana: 311). „In unseren Diskotheken geschieht es häufig, wenn eine Frau in die Disco geht und sich bis zum Kontrollverlust betrinkt. Dann spricht sie jemand an: ‚Komm, wir schieben ’ne Nummer. Dieser Mann hat schon seine eigene Gruppe. (...) – Sie ist nicht zurechnungsfähig – weiß nicht, was sie tut. Es gibt eine bestimmte Reihenfolge, alle hintereinander. Diese Jugendlichen – bei so einer Sache ist es unmöglich, ein Präservativ zu benutzen. Weil, das ist eine gewalttätige Sache mit Abdrängeln und Herunterreißen - und andererseits gefährden sie auch [das Mädchen], wenn drei oder vier ohne Präservativ – ich bin sicher, dass einer dieser drei oder vier sie ansteckt. Und es kann auch sie sein, die ansteckt“ (Carlos, 444). „...man ist beispielsweise zu einem Fest gegangen und hat sich ein Mädchen gepackt –

⁴⁶ Im südafrikanischen Kontext wird hierunter allgemein verstanden, dass die Genitalien der Frauen durch das Einführen von Kräutern und anderen Substanzen ausgetrocknet werden, um so dem Ideal einer Jungfrau zu entsprechen und die Lust des Mannes zu steigern. (Diese Praktiken machen die Vaginalschleimhäute besonders verletzlich). (S. Civic/ Wilson 1996: 91 ff.; Goebel 2002: 460 ff., zitiert in Schäfer 2005: 73).

sie weggeschleppt – das nennt sich „bixa“ (...). Das Mädchen kann gar nichts machen. (...) Vier, fünf – bis das Mädchen nicht mehr kann und ins Krankenhaus muss. (...)“ (Armando, 319).

Missbrauch und Vergewaltigung stellen in der mosambikanischen Jugendkultur offenbar keine Seltenheit dar und scheinen von den jungen Erwachsenen als ein Bestandteil der Lebenswelt wahrgenommen zu werden. Eine Vielzahl von späteren Gesprächen unterstützt diesen Eindruck: Keine der befragten Personen spricht bei der Frage nach typischen Situationen für riskantes Verhalten und nach notwendigen gesellschaftlichen Veränderungen die Reduzierung sexueller Gewalt an (vgl.III/1.3.2). Auch in den Beobachtungen der Parcours-Implementierungen fällt auf, dass sexuelle Gewalt zum Alltag gehört. Besonders eindrücklich zeigt sich dies in Beobachtungen der Station ‚Körpersprache‘. Die Teilnehmenden erklären, dass ‚sexuelle Gewalt‘ insofern etwas mit HIV zu tun habe, als dass der Mann in seiner Erregung keine Zeit habe, an das Präservativ zu denken. Diese Interpretation wird von den *Facilitators* an allen drei Untersuchungsorten unkommentiert hingenommen.

▫ Geld oder Waren statt Schutz

Im Zusammenhang mit der Frage, ob Mädchen und Frauen freiwillig auf ungeschützten Sexualverkehr eingehen, kommt in allen Interviews das Gespräch auf sexuelle Dienstleistungen im Austausch gegen Geld oder Waren. Es wird über junge Mädchen berichtet, die ungeschützten Verkehr im Austausch gegen Kleidung, Getränke oder andere Waren in Kauf nehmen:

„...eine N., die nicht arbeitet aber auch ein Handy besitzen möchte – also, dieser Herr, der Geld hat – der kann sagen, ‚heute gehe ich zur N.‘ – N. wird ablehnen, am zweiten Tag auch noch, aber am dritten Tag wird etwas mit ihr passiert sein und sie wird sich drauf einlassen“ (Katía, 51); „Es gibt welche, die sagen ‚ich lad‘ dich in die Disco ein‘ – und danach können wir herummachen‘ – (...) er bezahlt alle Getränke [und] alles andere – ‚aber du musst garantieren, [später] mit mir zu schlafen‘ (...). Das geschieht häufig und noch nicht einmal wir bekommen immer etwas davon mit – oder ich nehme

⁴⁷ Estão aí todos – (wörtl.) Alle sind da

jemanden per Anhalter mit. - Dann passiert viel im Auto (...)“ (Carlos, 573, 594); „Es ist – weil die Kleine weiß – ‚ich habe nicht einmal eine Tasche für meine Bücher. Und ich bin die einzige, die keine schönen Schlappen besitzt‘ – sie lässt sich drauf ein. Es endet damit, dass sie sich darauf einlässt. Das große Problem dieser Infektionen ist das fehlende Selbstbewusstsein“ (Lucilla, 186).

Ein *Facilitator* berichtet von anscheinend gängigen Abmachungen zwischen Frauen und Männern, bei denen mittellose Frauen im Austausch gegen sexuelle Dienstleistungen in Überlandbussen oder LKWs mitreisen, oder denen vorbeifahrende Männer feilgebotenes Obst dann abkaufen, wenn sie sich auf sexuelle Handlungen einlassen. Diese Tauschgeschäfte (*‘transactional sex’*, vgl. I/1.3) werden von den Befragten nicht in direktem Zusammenhang mit Prostitution gesehen, wenngleich die Übergänge fließend zu sein scheinen:

„...[dann] taucht jemand auf, (...) – ‚ah, du möchtest dieses Oberteil oder so eine Hose? – Lass uns [zusammen] ausgehen‘. Sie weiß nicht, wo er herkommt, sie lässt sich drauf ein und wird sich prostituieren, um diese Hose und dieses Oberteil zu bekommen“ (Katía, 36).

Auf die Frage, ob bei diesen Tauschprozessen eher die Männer oder die Frauen über die Präservativbenutzung entscheiden, sagt eine der Befragten:

„Hier lassen sich viele durch Geld überzeugen. Materielle Liebe“ (Susana, 242).

Eine der Akteurinnen berichtet von der Reaktion ihrer Mutter, als sie mit einem gleichaltrigen, mittellosen Mann zusammenkommt:

„[Meine Mutter sagte], ‚du bist arm, du hast nichts – und bist mit jemandem zusammen, der genauso arm ist wie du. (...) Du lässt dich auf einen Jungen ein, der genauso alt ist wie du, der nichts ist, der sogar noch [wie du] zur Schule geht‘. Ich konnte nichts machen, ich mochte ihn. Er hatte gar nichts, nichts konnte er mir geben, noch nicht einmal Sachen für die Schule. Ich sagte zu meiner Mutter: [Aber] er ist nicht verheiratet, er wird mich nicht erst benutzen und dann wegwerfen...“ (Lucilla, 173).

Eine weitere junge Akteurin erzählt davon, dass sie von ehemaligen Klassenkameradinnen dafür verspottet wird, dass sie mit einem Gleichaltrigen zusammen ist, der ihr nichts bieten kann (Jessica, Int.14).

Generell scheint Geld ein überzeugendes Argument für das Eingehen auf ungeschützten Sexualverkehr zu sein. Mehr als die Beschreibung alltäglicher Tauschgeschäfte wird das Anbieten von sexuellen Dienstleistungen im Zusammenhang mit Geld als eine regelmäßige Einkommensmöglichkeit verstanden.

„Es gibt einige Frauen, die machen das für Geld. (...) Sie ernähren damit ihre Familie, die Eltern, Kinder – sie machen es, um sich zu ernähren (...). Sie können das Präservativ verlangen, [aber wenn] das Mädchen darum bittet, kann das jemand mit Geld ablehnen, ‚nein, ohne Kondom, sonst bin ich weg‘. Wenn sie das Geld möchte, hat sie nichts zu sagen“ (Armando, 243); „Es gibt andere, die machen es für Geld. Zum Beispiel diese Mädchen (...) mit Präservativ verlangen sie weniger, ohne Präservativ verlangen sie mehr (...). Andere machen es, um sich ernähren zu können (...)“ (Melena, 330); „Häufig machen sie es ohne Präservativ, weil sie Geld haben wollen“ (Vanessa, 242).

Sexuelle Dienstleistungen im Austausch gegen Geld oder Waren scheinen in der mosambikanischen Gesellschaft für viele Frauen die einzige Möglichkeit zu sein, sich und ihre Familien in existentieller wirtschaftlicher Not über Wasser zu halten. Andererseits bedeuten sie für jugendliche Mädchen und Frauen eine Option, um sich bestehende Konsumbedürfnisse zu erfüllen. Für Außenstehende entsprechen diese Verhältnisse durchaus der Prostitution. Von den Beteiligten und dem gesellschaftlichen Umfeld hingegen werden sie offenbar nicht als solche empfunden, da zum Beispiel nicht direkt Geld gegen Geschlechtsverkehr getauscht wird, oder auch weil manche dieser „Beziehungen“ langfristig sind und über das eine Mal hinausgehen.

□ *(Um-)Deutungen (1): Frauen in der Verantwortung*

Ob nun sexuelle Interaktionen im gegenseitigen Einverständnis stattfinden, oder ob es zu gewalttätigen Handlungen kommt - allgemein ist es offenkundig die männliche Seite, von der aus entschieden und gehandelt wird.

Jugendliche Mädchen und Frauen sind ganz offensichtlich in ihren Entscheidungen dem Willen und Verständnis der Männer bzw. unterdrückenden gesellschaftlichen Wertvorstellungen unterworfen. Einer Frau, die die Intention

hat, sich durch ein Präservativ zu schützen, wird ein unmoralisches Leben, wenn nicht gleich Prostitution unterstellt. Zugleich scheint Einigkeit darüber zu bestehen, dass viele junge Mädchen und Frauen für Geld (jederzeit) ungeschützten Sexualkontakt in Kauf nehmen. Dieses Bild trägt wiederum einen Teil dazu bei, dass (auch) *Facilitators* die Gefahr einer HIV-Infektion weniger dem Sexualverhalten der Männer als in erster Linie dem Verhalten der Frauen zuschreiben. Die Deutung der Gefahrenursache findet ihren Höhepunkt in der Annahme, dass Frauen als eigentliche (Über-)Trägerinnen des Virus gesehen werden.

Allgemein scheint es Männer zu *beunruhigen*, wenn eine Frau verhüten möchte. Zwei junge Frauen erzählen von der Schwierigkeit, sich vor ungewollten Schwangerschaften zu schützen. Fünf weitere *Facilitators* berichten, dass der Wunsch, sich mit Präservativen schützen zu wollen, von Partnern und Bekannten der Frau als ein Hindernis für Untreue oder eine bereits bestehende Erkrankung angenommen wird.

„Ich wollte die Pille nehmen. Er wollte nicht, wurde von ein paar Freunden beeinflusst, die sagten, nur leichtlebige Frauen nehmen die Pille. Also warum sollte ich die Pille nehmen, wenn ich verheiratet bin? – Doch nur, wenn ich noch einen anderen habe...“ (Susana, 175). „Einige, die [zur Beratungsstelle] kamen, mussten heimlich verhüten – der Mann durfte nichts davon wissen“ (Lucilla, 92).

„Wenn du deinen Freund nicht verlieren willst, musst du es ohne Präservativ machen; (...) Die Männer wollen nichts von einer Frau wissen, die ein Präservativ bei sich hat. Sie fragen ‚für wen hast du diese Präservative? – entweder, weil du mehrere Partner hast, oder weil du mir misstraut, oder es ist, weil du schon irgendetwas [eine Krankheit] hast‘“ (Vanessa, 208; 218); „Ich erinnere mich, dass wir in einer Fabrik waren. Die Arbeiter sagten, ‚warum sollten wir bei unseren Ehefrauen ein Präservativ benutzen? Wenn es doch die eigene Frau ist?‘ und als wäre das nicht genug, sagte eine andere [Frau], ‚nein, mein Mann wird denken, ich hätte ihn betrogen, oder warum sollte ich Sex mit Präservativ haben wollen?‘“ (Katía, 411); „...wenige [Frauen] haben Präservative bei sich, nur dass einige Typen wütend werden, wenn eine Frau ein Präservativ bei sich hat – ‚bist du eine Nutte, oder warum hast du ein Präservativ bei

dir? (...) – Betrügst du mich?’ – Das kann sogar ein Grund zur Trennung sein...“ (Carlos, 462).

Zwei der männlichen *Facilitators* bringen mit der Frage, ob Frauen mit Präservativ verhüten wollen, sofort Sexarbeiterinnen in Verbindung, wodurch zum Ausdruck kommt, dass auch sie selber nicht frei davon sind, jugendliche Mädchen und Frauen, die Wert auf die Benutzung des Präservativs legen, als Prostituierte zu sehen:

„Es gibt da eine Sorte von Mädchen, die bestehen auf das Kondom – sie nennen sich ‚Sexarbeiterinnen‘ – sie bestehen aufs Kondom, nur dass die Leute [mit Geld] das ablehnen können“, (261); Adolfo: „Es gibt da diese Sexarbeiterinnen, sie benutzen das Präservativ, weil sie – ja, weil sie [jemanden] anstecken können“ (Armando, 296).

Die letzte Bemerkung zeigt deutlich, dass es im Verständnis des *Facilitators* nicht der Kunde ist, vor dem sich die Sexarbeiterin schützen möchte. In seinem wie im allgemeinen Verständnis geht die Gefahr von der Frau selber aus.

Wie stark der gesellschaftliche Druck allgemein auf Frauen ist, die an einen Schutz mit Präservativ denken, macht folgende Aussage deutlich:

„Einmal hatte ich auf der Arbeit [im Geschäft] ein Präservativ dabei. Ein Typ fragte, ‚wofür hast du ein Präservativ bei dir?‘ – ‚Wenn plötzlich ein Unfall passiert und ich jemanden retten möchte – dann kann ich das Präservativ benutzen, um jemanden anzufassen, der blutet‘. Das nahm er mir ab. Verstehst du? – Das ist eine Möglichkeit, da raus zu kommen, ansonsten beschimpfen sie einen sofort mit [unflätigen] Namen...“ (Susana, 263).

Selbst für eine als *Facilitator* arbeitende Frau ist es demnach nicht ohne weiteres möglich, dazu zu stehen, auch nur ein Präservativ dabei zu haben.

Während Frauen mit Präservativ verbreitete Missbilligung entgegengebracht wird (Frauen, die sich nicht schützen, sind demnach ‚gesünder‘ als diejenigen, die eine Schutzintention haben), wird zugleich von der Käuflichkeit junger Mädchen und Frauen ausgegangen. Damit ist die besondere Empfänglichkeit für eine Infektion mit HIV assoziiert. Ein *Facilitator* gebraucht in diesem Zusammenhang den Begriff der Vulnerabilität:

„Ich bin ehrlich, die Frau ist manchmal verletzlich (*vulneravel*) – es kann jemand auftauchen und sagen, dass er es nicht mit Präservativ möchte. (...) Er bietet ihr 1000,- Mtn.⁴⁸ an, aber er will es ohne Präservativ – sie wählt das Geld und lässt sich drauf ein. (...) So gesehen ist sie verletzlicher [als Männer]“ (Carlos, 457).

Vulnerabilität (Verletzlichkeit) meint in diesem konkreten Fall weniger eine gesteigerte Notwendigkeit zum Schutz von Frauen, als vielmehr deren Charakterschwäche und die damit verbundene Gefahr für die Männerwelt. Diese Begriffsdeutung fällt auch bei der teilnehmenden Beobachtung während der FCP - Implementierungen auf: Die Station ‚Schutz‘ hält die Frage bereit, warum Frauen verletzlicher für eine HIV-Infektion sind, als Männer (vgl. Anhang 4). Bei den Antworten wird – sowohl von Seiten der Teilnehmenden als auch von Seiten der *Facilitators* - weniger die besondere (auch biologisch bedingte) Gefährdung junger Mädchen und Frauen betont als vielmehr ihre Bereitschaft, sich für Geld oder materielle Güter auf ungeschützten Sexualverkehr einzulassen.

Von *keiner* befragten Person wird darauf eingegangen, dass es die Männer sind, die sexuelle Dienstleistungen in Anspruch nehmen oder fordern, die mehr Geld für ungeschützten Verkehr bieten, die sexuelle Gewalt ausüben und sich an Massenvergewaltigungen beteiligen. Nicht Männer, sondern Mädchen und Frauen gelten als potentielle Überträgerinnen des Virus. Welchen Weg die Erklärungsmuster und (Um)Deutungen nehmen, kommt besonders drastisch in der bereits zitierten Schilderung sexueller Gewalt in der Jugendkultur zum Ausdruck. Der *Facilitator* erzählt von den jugendlichen Männern, die bei Festen gewaltsam Mädchen entführen und zu mehreren vergewaltigen:

„...bis das Mädchen nicht mehr kann und ins Krankenhaus muss. (...). Auch das ist ein Risiko – (...) wenn das Mädchen infiziert ist, gehen alle das Risiko ein, HIV zu bekommen“ (Armando, 319).

⁴⁸ Mtn.= Meticais, mosambikanische Währung. 1000,- Mtn. entsprechen ca. 30,-€.

Mit dieser Sichtweise erfährt die Tatsache sexueller Gewalt eine schreckliche Umdeutung. Das krankenhaushausreif misshandelte Opfer wird zur Gefahr für ihre Peiniger erklärt.

In einem Gespräch mit zwei jungen Männern, die nichts mit dem *Faça Comigo o Percurso* zu tun haben, kommt die Sprache auf einen offenbar in der mosambikanischen Gesellschaft verbreiteten Glauben, HIV sei eine Krankheit der Frauen⁴⁹. Ein Beweis hierfür sei, dass die Frauen länger mit dem Virus lebten als die Männer. Darauf angesprochen, ob er schon einmal davon gehört habe, erklärt ein *Facilitator* :

„Wir Männer fühlen uns nicht gut, wenn wir uns ohne Schutz mit einem Mädchen einlassen. Ich habe dann größere Sorge – ich weiß nicht, ob auch [das Mädchen] diese Sorge hat. (...) Es wird gesagt, dass normalerweise die Männer als erstes sterben – im Gegensatz zu den Frauen. So sagt man. Während der Mann bereits krank ist, geht es ihr gut. Sie läuft herum“ (Carlos, 474; 498).

Eine der Befragten erzählt: „Ich habe da eine Geschichte gehört, dass dieser Mann an HIV/Aids gestorben ist – weil – also wenn ich eine Abtreibung hatte, und mich dann mit jemandem einlasse, ohne vorher eine Behandlung gemacht zu haben – dann überträgt sich dadurch HIV...“ (Susana, 334).

Einen weiteren Anhaltspunkt für die Komplexität der anscheinend gesellschaftsfähigen Interpretationen, dass der weibliche Körper ein ‚Virusreservoir‘ sei, bietet ein *Facilitator*, der gefragt wurde, wie er den Teilnehmenden des *Faça Comigo o Percurso* die Übertragung des HI-Virus beim vaginalen Geschlechtsverkehr beschreibt:

„[Sie fragen, wie] der Mann, wenn er drinnen ejakuliert, wie er dann Vaginalsekrete aufnehmen kann (...). Nun, wir erklären es durch die Sekretionen – wir sagen, dass es [für eine Infektion] schon ausreicht, wenn das männliche Geschlecht mit den Sekretionen des weiblichen Geschlechts in Berührung kommt. Fertig. Da befindet sich bereits der Virus drin“ (Adolfo, 411).

Diese Deutungen physiologischer Vorgänge passen zu dem Vorstellungssystem afrikanisch traditioneller Heiler und Heilerinnen in Südafrika: „In diesem Vorstellungssystem werden die Körper von Mann und Frau als ‚durchlässig‘ gedacht, beide tauschen Körperflüssigkeiten aus und absorbieren sexuelle Substanzen voneinander, Sperma und Scheidensekret“ (Thornton, zitiert in Reschka 2004). Hier fügt sich auch ein weiteres Erklärungsmuster ein, nach dessen Vorstellung es möglich ist, sich (als Mann) durch den *Coitus Interruptus* schützen zu können:

„Es gibt Jugendliche, die sagen, ‚ja, durch den Geschlechtsverkehr [steckt man sich an], aber ich habe immer außerhalb ejakuliert’...“, (Reinaldo, 602); „Eine Sache, die sie oft wissen wollen ist - wenn ein Mann mit einer Frau schläft, und das Sperma außerhalb lässt – ob er sich kontaminieren kann oder nicht...“ (Carlos, 970).

Die hier aufgezeigte Komplexität von (Um)Deutungen, Interpretationen und Unterstellungen scheint insgesamt einer eigentümlichen Art von irrationaler Logik zu folgen, in der sich Genderbilder, Vorstellungen von Geschlechtsverkehr und Empfängnisverhütung sowie Assoziationen von Krankheitserregern vor dem Hintergrund einer anderen Kultur ganz anders zusammenfügen, als in dem Kontext, für den der originale BZgA Mitmach-Parcours konzipiert worden ist.

Wie für die gesamte Untersuchung gilt auch hier keinerlei Anspruch auf Allgemeingültigkeit. Dennoch geben die gemachten Aussagen zu denken. Es sind die Aussagen von *Facilitators*, jungen Frauen und Männern also, die mit der Umsetzung des Programms betraut sind, die in ihrer Funktion das Potential zum positiven Rollenmodell haben. Vorbilder im Sinne des Programms können sie aber nur dann werden, wenn sie selber ausreichend für genderspezifische Fragen sensibilisiert und für die eigene Umsetzung gestärkt sind.

⁴⁹ Frauen erfahren durch Schwangerschafts- und Geburtsvorbereitung als erste über ihren HIV-Status. Auch dies trägt sicherlich dazu bei, dass sie in der mosambikanischen Gesellschaft als Überträgerinnen des Virus gelten (Riedlberger 2007:9).

1.3.2 Gesellschaftliche Stimmung

Zur Frage nach der Wahrnehmung von HIV als Bedrohung meinen acht der zehn dazu befragten *Facilitators*, dass die Menschen informiert seien, sich selber aber nicht von der Gefahr betroffen fühlten. Hierfür wird von allen der Begriff ‚*ignorância*‘ verwendet, wörtlich übersetzt „Ignoranz“, hier auch im Sinne von ‚Verdrängung‘: „Es ist die Ignoranz (...) dieses ‚Nichts gesehen Haben‘, man sieht nicht, dass jemand krank ist, man hat nur davon gehört, also glauben sie nicht, dass es HIV wirklich gibt“ (Raimunda, 145).

Zwei der Befragten sagen in diesem Zusammenhang, dass es Leute gibt, die sich nicht betroffen fühlten, da sie HIV/Aids als eine „Krankheit der Armen“ sehen würden (Melena, 354; Armando, 423). Zwei weitere *Facilitators* meinen, dass die Lebensbedrohung durch eine Infektion unterschätzt werde. HIV/Aids werde wie „eine Malaria – ein Fieber, das vorbei geht“ wahrgenommen (Vanessa 339; Katía, 29).

Die eigene Gefährdung wird verdrängt oder durch eigene Erklärungsmuster heruntergespielt.

- Als notwendig empfundene Veränderungen

Im Anschluss an das Gespräch über sexuell gängige Interaktionen werden die Interviewpersonen gefragt, was sich ihrer Ansicht nach in der Gesellschaft ändern müsste, um Jugendlichen und jungen Erwachsenen das Schutzverhalten zu erleichtern. Von neun Interviewpersonen, die sich dazu äußern, meinen sechs, die Gesellschaft solle vor allen Dingen besser informiert werden (Katía, 166; Reinaldo, 410; Armando, 457; Vanessa, 371; Melena, 475). Ein *Facilitator* sagt, seiner Ansicht nach müsse man sich als erstes um die Ignoranz und die Vorurteile gegen den Schutz an sich kümmern (Carlos, 725). Nach Ansicht einer weiteren Interviewperson sollten vor allen Dingen traditionelle Praktiken wie ‚*pita kufa*⁵⁰‘ verändert bzw. abgeschafft werden (Adolfo, 436). Eine weitere Interviewperson ist der Ansicht, Jugendliche und junge Erwachsene

⁵⁰ Ritueller Geschlechtsverkehr (vgl. I/1.3)

müssten vor allen Dingen eine Chance auf Beschäftigung (im Sinne von Arbeit) bekommen, damit sich etwas verändern könnte (Lucilla, 436).

Auf die Schilderungen von sexuellen Interaktionen im Nachtleben, Gewaltanwendung und materielle Abhängigkeit in der mosambikanischen Jugendkultur geht keine der befragten Personen ein. Die gesellschaftlichen Strukturen bzw. das ungleiche Geschlechterverhältnis sehen die Befragten offenbar als unabänderliche Gegebenheiten an.

- *Umdeutungen (2): „Es gibt viele Arten, sich anzustecken.“ – Die Angst vor sozialer Stigmatisierung*

In der mosambikanischen Gesellschaft gibt es offenbar tief gehende Vorbehalte, sich auf HIV testen zu lassen. Die Furcht vor drohender gesellschaftlicher Stigmatisierung scheint neben der Angst vor einer existenzbedrohenden Diagnose eine fast gleichbedeutende Rolle zu spielen.

„Oft ist es nicht die eigentliche Krankheit, die die Leute tötet, sondern es ist die Gewissheit, dass man in der knapp verbleibenden Lebenszeit unterdrückt und ausgeschlossen wird...“ (Melena, 488).

Zwei *Facilitators* sagen, von Bekannten in einem Testzentrum gesehen zu werden, könne bereits dazu führen, als ‚aidskrank‘ abgestempelt zu werden (Vanessa, 407; Katía, 447).

Eine junge Frau berichtet davon, wie die Angst vor Stigmatisierung eine Schwester bis in den Tod (und darüber hinaus) begleitet:

„Meine Schwester ist in diesem Jahr gestorben. Das war im Februar. Ich war es, die sie begleitet hat, nur, dass alles zu spät war. Ich habe ihr immer gesagt, ‚komm, mach den Test‘. Der Ehemann ist nämlich im vorangegangenen September gestorben. Also habe ich versucht, sie zu überzeugen: ‚Komm, wir gehen zusammen. Wenn der Test positiv ist, kannst du mit der Behandlung anfangen‘. Aber sie wollte nicht. Hat sich herumgeschleppt, sagte, ‚mir geht es gut‘. (...) An dem Tag, als ich ihre Blutprobe zum Labor brachte, ist sie gestorben. Aber nur ich als Schwester wusste, das... – weil sie mich darum gebeten hat, es vor der Familie geheim zu halten – und bis heute weiß es

niemand. Sie hat mich darum gebeten. ‚Sag es niemandem aus der Familie‘. (...) Niemand weiß es. Auch niemand von [den anderen *Facilitators*]. (...) Es ist, weil - als meine erste Schwester gestorben ist - (...) alle Leute waren auf der Beerdigung. Bevor - sie den Sarg verschlossen haben, hat der Bruder meines verstorbenen Vaters gerufen ‚ach, meine [Nichte] ist an Aids gestorben‘ (...). In der Gegenwart all dieser Leute hat er das gerufen. (...) Deshalb wollte sie nicht, [dass es jemand erfährt]. Diese Krankheit sollte ein Geheimnis bleiben. (...) Sie wollte nicht, dass die Menschen, die kommen, um sie zu beweinen, wissen, dass sie an dieser Krankheit gestorben ist. (...) Alle wissen, dass es diese Krankheit gibt. Nur wissen sie nicht – wie man sich ansteckt. Sie denken, der Mensch ist gestorben, weil er was? Weil er viel Sex hatte. Sex ohne Schutz. Aber es gibt viele Arten, sich anzustecken“ (Paula, Int. 13).

Eine junge Frau stirbt, weil sie „viel Sex ohne Schutz“ hatte. Folglich ist sie für ihre Erkrankung selber verantwortlich. Unter dieser Voraussetzung kann sie nicht mit Anteilnahme und Mitgefühl rechnen. Über den Tod hinaus soll niemand erfahren, dass sie an Aids erkrankt und gestorben ist.

Mit einem positiven Testbefund wird den betroffenen Personen ein von der moralischen Norm abweichendes Leben unterstellt⁵¹. „Die Leute wissen hauptsächlich, dass man HIV/Aids bekommt, wenn man mehrere Partner hat“ (Katía, 169). Einzig annehmbare Entlastung von dieser ‚Schuld‘ scheint die Tatsache zu sein, dass die Übertragung des Virus auch ohne Sexualverkehr möglich ist⁵².

Eine Akteurin erzählt, sie motiviere Leute zum Test, indem sie betone, dass man „Aids nicht nur durch Geschlechtsverkehr“ bekomme. „Man kann sich [auch] über andere Wege infizieren“ (Vanessa, 407).

Die Angst vor gesellschaftlicher Stigmatisierung hält Menschen nicht nur davon ab, sich auf HIV testen zu lassen. Betroffene verschweigen ihre Erkrankung bzw. die ihrer Angehörigen. Die Tabuisierung findet sowohl außer- als auch

⁵¹ Zugleich besteht die Sorge, sich schon über harmlose Kontakte anstecken zu können. Dies treibt die Stigmatisierung in eine andere Richtung an.

⁵² Dies könnte einer der Gründe für die Beliebtheit der Station ‚Übertragungswege‘ sein. Mit der Erklärung, dass eine Infektion nicht nur über riskantes Sexualverhalten erfolgt, sondern auch andere Übertragungswege möglich sind, wird scheinbar auch auf eine Steigerung des Verständnisses für die Betroffenen gehofft.

innerhalb der Familien statt: „Mein Vater hat Malaria bekommen, er hat es nicht überstanden, er ist bald danach gestorben. Mein Vater starb 2005. Es war eine Malaria. Aber es kann auch sein – dass es HIV/Aids war. Ich weiß es nicht“ (Katía, 298).

Es ist naheliegend, dass das Klima des Schweigens dazu beiträgt, den Tatsachen auszuweichen. Wer nicht möchte, findet wenig Anlass, sich mit der Bedrohung durch HIV auseinandersetzen zu müssen. Die Übertragung des Virus durch das allgemein (wenn auch in Heimlichkeit stattfindende) übliche Sexualverhalten *darf* einfach nicht hinreichende Erklärung sein (denn dies würde ja jeden betreffen). Andere Erklärungsmodelle müssen herhalten: Die Person ist krank geworden, weil sie sich unmoralisch verhalten hat, weil sie durch eine Frau angesteckt wurde, die etwas falsch gemacht hat etc.

Mit dem eigenen Sexualverhalten scheint die Verknüpfung von Sexualität und der Übertragung des HI-Virus (vollends) nicht in Verbindung gebracht werden zu können.

Die Umsetzung des *Faça Comigo o Percurso* spiegelt dieses Phänomen wieder. Das Gespräch über sexuelle Praktiken wird gezielt vermieden: Die Darstellungen des Oral- und Analverkehrs werden weggelassen, so dass bei der Station ‚Übertragungswege‘ unter neun Möglichkeiten die Übertragung durch sexuelle Praktiken nur *einmal* thematisiert wird. Andere Übertragungswege rücken in den Vordergrund. Die Botschaft ‚Schützt Euch beim Sex‘ gerät auf einen Nebenschauplatz. In der Auswahl konstruierter Gründe, die gegen die Benutzung des Präservativs sprechen, bietet die Ablenkung vom Thema Sexualverhalten im Parcours einen Grund mehr, die Kondombenutzung für sich selber auszuschließen.

1.3.3 Sexuelle Interaktionen in der mosambikanischen Jugendkultur und gesellschaftliche Stimmung – Herausforderungen für den *Faça Comigo o Percurso*

Insgesamt scheint es in der mosambikanischen Gesellschaft eine Vielzahl von Erklärungsmodellen und Denkkonstruktionen zu geben, die Frauen und Männern als Gründe dienen, die Benutzung des Präservativs für sich selber

auszuschließen. Gesellschaftliche Tabuisierung und damit einhergehende (Um)Deutungen tragen zu einer „Unverwundbarkeitsillusion“ bei.

Für die Anpassung des *Faça Comigo o Percurso* muss berücksichtigt werden, dass sich die deutsche Vorstellung von Treue und Monogamie nicht in die mosambikanische Lebenswelt übertragen lässt. Es stellt sich die Frage, ob und wie die Empfehlung ‚Treue sein‘ dem mosambikanischen Kontext angepasst werden kann.

Eindeutig sollte die Notwendigkeit, ein Präservativ zu benutzen, Vorrang vor den Handlungsempfehlungen ‚Treue‘ und ‚Enthaltbarkeit‘ haben.

Vorurteile gegen das Präservativ könnten im FCP gezielt aufgegriffen und entkräftet werden. Die Station „Schutz“ bietet dazu großen Spielraum.

Neben dem Gespräch über die ‚sexuelle Beziehung‘ (*relação sexual*)⁵³, sollten flüchtige und unverbindliche Sexualkontakte thematisiert werden. Die Verwendung umgangssprachlicher Begriffe, wie dem der *Rapidinha*, könnte grundlegend dazu beitragen, dass die Zielgruppe sich über das hinaus angesprochen fühlt, was mit ihrer Vorstellung einer (sexuellen) Beziehung in Verbindung gebracht wird.

Es ist unwahrscheinlich, dass Jugendliche und junge Erwachsene, die im Alltag Waren gegen sexuelle Dienstleistungen tauschen, sich selber als Kunden von Prostituierten oder Sexarbeiterinnen⁵⁴ betrachten bzw. dass junge Frauen, die sich auf solcherlei Beziehungen einlassen, sich selber als Prostituierte bezeichnen würden. Um *Transactional Sex* im Mitmach-Parcours thematisieren zu können, sind entsprechende Begriffe aus der Alltagserfahrung zu identifizieren.

Gesellschaftliche (Um)Deutungen sollten, genauso wie die anderen aufgeführten Empfehlungen, in der Schulung der *Facilitators* berücksichtigt und

⁵³ Der Begriff ‚*relação sexual*‘ wird im gesamten Parcours für die Thematisierung des Sexualverkehrs verwendet.

⁵⁴ Thematisierung bei der Station ‚Körpersprache‘ (vgl. Anhang 5)

ausführlich diskutiert werden, damit Begriffe wie *Vulnerabilität* im intendierten Sinne, und nicht mit beinahe gegenteiliger Bedeutung gefüllt, vermittelt werden.

1.4 Individueller Kontext

Im Folgenden wird die Gruppe der *Facilitators* eingehend betrachtet. Dabei soll hauptsächlich auf das Rollenverhalten bzw. –bewusstsein der *Facilitators* eingegangen werden.

1.4.1 Beweggründe zur Arbeit im *Faça Comigo o Percurso*

Die hier wiedergegebenen Aussagen machen deutlich, wie die *Facilitators* zu der Arbeit im Programm stehen und welche persönlichen Erfahrungen sie mit hinein bringen.

- Bezug zur Arbeit im FCP

Auf die Frage, inwiefern die Aufgabe im FCP Einfluss auf ihr Leben gehabt habe, geben alle befragten Personen an, sie hätten einen persönlichen Gewinn aus der Arbeit gezogen. Die Erklärungen reichen von der pragmatischen Überlegung der Arbeit im FCP als (einziger) Einkommensquelle⁵⁵ bis zu dem Gefühl, etwas Wichtiges für das eigene Leben begriffen zu haben.

„HIV ist meine Lebensgrundlage. Alles, was ich habe, kommt durch [die Arbeit in der Prävention gegen] HIV“, (Raimunda, 108); „Ja, [das Programm hatte] Einfluss. Der *Faça Comigo o Percurso* hat geholfen, Nahrungsmittel zu kaufen“ (Armando, 156); „Ich sehe es sehr positiv. (...) Ich fühle mich [frei], mit anderen Leuten zu sprechen. Das ist eine sehr gute Sache“, (Adolfo, 254); „Vorher war ich sehr schüchtern – verschlossen – alleine. Nachdem ich zum Parcours gekommen bin, ging alles besser“ (Melena, 305).

Vier *Facilitators* meinen, durch das Programm grundlegende Informationen zur HIV-Problematik und möglichen Verhütungsmethoden bekommen zu haben:

„...wie man das Präservativ benutzt, das wusste ich nicht. Als ich es gesehen habe, hat mich das ermutigt“ (Susana, 21); „Ich konnte viele offene Fragen klären“ (Reinaldo,

⁵⁵ Mit Ausnahme eines jungen Mannes, der hauptberuflich als LKW-Fahrer arbeitet, gilt dies für die *Facilitators* in allen drei Teams.

171); „Vorher wusste ich nichts über die Methode, wie wir – wie man einer unerwünschten Schwangerschaft vorbeugen kann. Durch die Arbeit habe ich es selber auch schon gemacht“, (Carlos, 398); „...ich bin offener geworden – wir reden, wir machen Spaß, aber – die Auseinandersetzung mit HIV/Aids – ich selber wusste nicht, dass das Problem [tatsächlich] so ernst ist“ (Katía, 145).

Abgesehen davon, dass jede/r *Facilitator* in der Arbeit einen eigenen persönlichen Gewinn erkennt, empfinden alle befragten Personen die Arbeit im Team als effektiv und harmonisch.

Die *Facilitators* werden gefragt, was ihrer Meinung nach die wichtigste Botschaft des Programms sei. Die Antworten entsprechen den drei definierten Hauptbotschaften des Parcours⁵⁶: Vier der Befragten meinen, das Wichtigste sei der Appell, sich vor HIV/Aids zu schützen. Zwei der Befragten legen besonderen Wert auf die Botschaft, Solidarität mit den Betroffenen zu zeigen. Einer hält es für besonders wichtig, dass Informationen weitergetragen werden. Die Frage, ob es für sie selber möglich sei, diese Botschaft im Alltag umzusetzen, wird eher ausweichend beantwortet:

„...Ich zum Beispiel trinke und rauche nicht und gehe auch nicht in die Disco, von daher [begebe ich mich auch nicht in eine Risikosituation]“ (Melena, 551); „Naja, also, ähm – das ist dieses mit dem, dass man nicht das macht, was man sagt, also, zuerst einmal müssen wir bei uns selber anfangen, ähm, also auch mit meiner Frau zu Hause – da habe ich zum Beispiel mal das weibliche Kondom mitgebracht...“ (Adolfo, 497); „Ich als verheiratete [Frau] – zum Schutz habe ich als erstes den Test gemacht. Um meinen Status zu wissen. Von da an mussten wir eine Übereinkunft finden, ich und mein Mann. Es wäre wünschenswert, wenn einer den anderen nicht betrügt...“ (Vanessa, 432); „[Ich bin solidarisch.] Manchmal gebe ich [Betroffenen] Geld, um Milch zu kaufen. Ich helfe“ (Armando, 488); „Unter uns Jugendlichen ist es wichtig [zusammenzuhalten]. Wir [*Facilitators*] sind eine Gruppe, und niemand darf den anderen diskriminieren“ (Reinaldo, 181).

⁵⁶ Informiere Dich. Schütze Dich und andere. Sei Solidarisch (vgl. I/ 2.1.2 dieser Arbeit)

Andere Botschaften, die durch die einzelnen Stationen vermittelt werden sollen, zum Beispiel der Appell zu mehr Respekt und Kommunikation über Liebe Schutz und Sexualität, werden von keiner der befragten Personen angesprochen.

□ Erfahrungen mit HIV-Positiven

Von den befragten Personen gibt eine an, durch die Erkrankung eines nahen Angehörigen an die Arbeit in der HIV-Prävention gekommen zu sein: „...[vorher] wollte ich nichts davon wissen. Selbst von diesen [Aufklärungs-]Veranstaltungen nicht. (...) Bis ein Onkel, der mich immer sehr unterstützt hat, starb. Von einem Tag auf den anderen wurde er krank (...). Das war 2001. 2002 ist er gestorben (...). Da habe ich gemerkt, dass so die Wirklichkeit aussieht. Letztendlich ist es nicht das Problem der anderen. Es ist das Problem der gesamten Gesellschaft“ (Carlos, 05).

Die anderen Interviewpersonen erwähnen im Zusammenhang mit ihrer Motivation für die Arbeit keine persönliche Betroffenheit - in den Gesprächen kommt jedoch bei fünf weiteren Personen ungefragt die Sprache darauf, dass sie indirekt von der Pandemie betroffen sind. Eine junge Frau erzählt vor Beginn des Interviews, dass ihre Mutter weggezogen ist, nachdem sie HIV positiv, ihr Mann negativ getestet worden sei. Auch die anderen berichten von der Erkrankung oder dem Verlust von Familienangehörigen und Freunden:

„Drei meiner Schwestern sind an Aids gestorben. Die letzte im Februar diesen Jahres“ (Paula, Int. 13); „Ich habe zum Beispiel einen Schwager, [es ist] der Mann meiner Cousine. Vor kurzem haben wir erfahren, dass beide HIV positiv sind (...)“ (Katía, 377); „Immer habe ich gesagt ‘mein Freund, benutze das Präservativ, du musst es immer benutzen’, aber schließlich hat er sich doch infiziert (...). Eine Cousine von mir auch, sie ist mit 17 an HIV gestorben. (...) Mein Vater starb, weil er [viele verschiedene] Frauen liebte. Meine Mutter starb 2000, er 2002“ (Armando, 410) „Jugendliche, enge Freunde, die den Test gemacht haben und erfuhren, dass sie positiv sind – sie haben sehr unter den Diskriminierungen gelitten. Sie waren jung – ich habe es miterlebt“ (Reinaldo, 06).

Es kann angenommen werden, dass der überwiegende Teil der *Facilitators* durch eigene bzw. indirekte Erfahrungen selber bereits mit sozialer Stigmatisierung zu tun gehabt hat⁵⁷.

1.4.2 Selbstverständnis als *Facilitator*

Es folgen Aussagen, die Hinweise darauf geben, wie die *Facilitators* als Akteurinnen und Akteure in der HIV-Prävention wahrgenommen werden bzw. welche Bedeutung die Interviewpersonen ihrer Rolle als *Facilitator* beimessen.

□ Reaktionen auf die Arbeit als *Facilitator*

Gefragt, wie die Leute allgemein auf sie als Akteure und Akteurinnen in der Aidsprävention reagierten, meinten zwei der Befragten, sie würden als Experten wahrgenommen werden (Carlos, 1049; Armando, 572).

Vier *Facilitators* berichten davon, dass in der Gesellschaft schnell ein Zusammenhang zwischen Arbeit und eigener Betroffenheit unterstellt werde:

„Manchmal kommen wir an einen Ort und sie sagen, ‘die mit dem Aids sind gekommen‘, was bedeuten soll, dass die, die mit Aids arbeiten, auch Aids haben“ (Melena, 655); „[die Leute haben gesagt], ‚ihr Vater ist gestorben, und jetzt macht sie diese Arbeit, wer weiß, ob ihr Vater nicht an HIV/Aids gestorben ist und sie will es uns nicht sagen...“ (Katía, 570) „Wenn hier [in Mosambik] jemand in dem Gebiet HIV/Aids arbeitet, betrachtet uns jeder, der näher kommt, als seien wir alle positiv“ (Reinaldo, 525); „Einige denken, wir arbeiten in dem Bereich HIV/Aids weil wir selber positiv sind“ (Vanessa, 570).

Solche Aussagen lassen darauf schließen, dass die *Facilitators* nicht unbedingt davon ausgehen können, dass ihre Arbeit gesellschaftlich anerkannt wird. Gleichwohl kommt bei genauerer

⁵⁷ Das könnte eine weitere Erklärung für die besondere Bedeutung sein, die die Befragten der Station ‚Leben mit HIV‘ beimessen (vgl. hierzu auch III/1.2.1). Nach dem, was Akteurinnen und Akteure von den gängigen Präventionsmaßnahmen in Mosambik berichten, scheint die Thematisierung eines positiven Testbefunds und das Aufzeigen von Perspektiven, wie es an dieser Station des FCP gemacht wird, eine ganz besondere Ausnahme darzustellen.

Nachfrage zum Ausdruck, dass ein Unterschied zwischen der Allgemeinheit und der näheren Umgebung gemacht wird, in der die *Facilitators* aufgesucht werden oder versuchen, ihre engere Umgebung für die Problematik zu sensibilisieren (hierzu ausführlicher im weiteren Verlauf dieses Kapitels).

Darauf angesprochen, was oder wer ihnen allgemein bei Problemen und Sorgen eine Unterstützung, eine Hilfe sei, nennen die meisten ältere Bekannte oder Familienmitglieder, aber auch Freundinnen und Freunde:

„Ich kann sagen, dass ich keine Familie habe (...). Hier gibt es nur mich. Vielleicht meine Freundinnen. (...) Die Probleme, die ich nicht lösen kann – da können mir meine Freundinnen helfen“ (Raimunda, 543); „Die Person, die mir am nächsten steht ist meine Taufpatin. (...) Ich verehere sie sehr. Ein ganz besonderer Mensch“, (Lucilla, 785); „Meine Mutter hilft mir sehr, wenn ich mir bei etwas unsicher bin. Sie steht mir am nächsten“ (Vanessa, 612); „Es ist meine Patin – die Patin meiner Schwester“ (Katía, 596); „Ja, mein Bruder. Er hat mich großgezogen. Er ist sehr wichtig für mich. Wenn ich Probleme habe, gehe ich zu ihm. Oder wenn er sieht, dass etwas nicht stimmt, dann sagt er mir, was ich besser machen soll. Über andere Probleme spreche ich mit Freunden. Sie sind auch wichtig, gerade, wenn es um intime Dinge geht“ (Adolfo, 599). „Es gibt da ein Mädchen. Meine Freundin“ (Melena, 672). „Es sind meine [Pflegeeltern] (...). Sie beraten mich, wenn ich falsch liege. Aber ich vergesse auch nicht die Wichtigkeit meiner Freunde, weil sie es sind, mit denen ich die Tage verbringe“ (Carlos, 1072).

Nur ein *Facilitator* gibt an, in seiner Beziehung den größten Halt zu finden: „Ich kann sagen, dass mir am meisten meine Freundin hilft, sie unterstützt mich sehr (...). Sie ist Partnerin und [beste] Freundin“ (Reinaldo, 533).

Offenbar haben ältere Bezugspersonen eine wichtige Bedeutung im Leben der jungen Akteurinnen und Akteure. Sie scheinen als Ratgeber und Ratgeberinnen mindestens ebenso wichtig zu sein wie die Gruppe der Gleichaltrigen. Der Eindruck bestätigt sich in der Beantwortung der Frage, wer nach Meinung der *Facilitators* den Jugendlichen in Mosambik eine Orientierung bieten könne (siehe weiter unten: *Facilitators* als Vorbilder).

- *Facilitators* als Ratgeberinnen und Ratgeber in ihrem Umfeld

In ihren Familien, in der Nachbarschaft und im Freundeskreis werden die *Facilitators* offenbar als Expertinnen und Experten zu Fragen im Bereich sexuell übertragbarer Erkrankungen wahrgenommen und aufgesucht⁵⁸. Besonders eindrücklich ist das Beispiel einer jungen Frau, die davon berichtet, in ihrem Viertel anerkannte ‚Chefin‘ zu sein⁵⁹. In dieser Funktion werde sie beispielsweise bei Konflikten um Rat gebeten. Zu ihren Aufgaben gehöre aber auch die Verteilung von Präservativen:

„Ich spreche mit egal wem. Jedem, der mir auf der Straße begegnet., Raimunda, wir wissen da nicht weiter‘ (...). Zu jeder Zeit – wann immer sie wollen, [können] die Leute mit mir sprechen. (...) Selbst von hier bis zum Markt gehe ich nicht, ohne ein Präservativ in der Tasche zu haben (...); ich bin [die Person], die eine Kiste mit Präservativen bei sich zu Hause hat. Es gibt hier Jugendliche, die regelmäßig vorbeikommen und um Präservative bitten.“ (Raimunda, 114; 260).

Die anderen *Facilitators* berichten ebenfalls davon, als Beraterinnen und Berater angesprochen zu werden oder, im Rahmen der gegebenen Möglichkeiten, Informationen weiterzugeben und so Einfluss auf das Schutzverhalten von Familienangehörigen und Freundinnen und Freunden zu nehmen. Eine Interviewperson erzählt davon, dass ihr Kommen in dem Dorf, in dem ihr Bruder lebe, regelmäßig angekündigt werde, damit die Leute sie aufsuchen könnten (Paula, Int.13). Andere berichten von ihrem nahen Umfeld:

„Es kommen einige Jugendliche zu mir (...). Nicht nur, wenn sie eine bestimmte Krankheit haben, auch wenn es Schwierigkeiten mit dem Partner oder der Partnerin gibt, dann kommen sie manchmal und fragen mich nach meiner Meinung. Und das wenige, das ich weiß, die Erfahrungen, die ich bereits habe, die ich selber gemacht

⁵⁸ Besonders in den kleineren Städten Inhambane und Manica, in denen alles fußläufig zu erreichen ist, fällt auf, dass die *Facilitators* auf der Straße viele Leute begrüßen und von vielen begrüßt werden. Dies verstärkt den Eindruck, dass hier ein potentiell Netzwerk aus Bekanschaften besteht, in dem *Facilitators* als Multiplikatoren und Multiplikatorinnen auftreten können.

⁵⁹ „Weil ich die Chefin in diesem Viertel hier bin. Dieses Gebietes. Ich bin die Chefin dieses Gebietes, ja.“ (Porque eu sou chefe deste quarterão, ne. Dessa zona. Sou chefe dessa zona, sim“ (Raimunda, 131).

habe, helfen mir bei der Unterhaltung und dabei, einen Ausweg zu finden.“ (Lucilla, 797); „Ich habe Freunde, die zu mir kommen (...). Mir gelingt es, ihnen [die Dinge] zu erklären – sie wenden sich immer an mich, weil sie wissen, dass ich in diesem Gebiet arbeite“ (Carlos, 205); „Am Anfang habe ich mit meiner eigenen Mutter gesprochen: ‚Du musst vorsichtig sein. Pass auf, wie du spielst (*não brince mal*). Diese Krankheit tötet, ihr müsst aufpassen, mit wem ihr euch abgebt (...). Meine Mutter hat es so weitergegeben, weil unter uns Geschwistern können wir so nicht reden (...). Jetzt gehen wir zu den Nachbarn und beginnen davon zu sprechen, was HIV ist (...); Es gibt ein paar Freundinnen. Sie kommen nicht direkt, sie fragen über Umwege und ich merke, dass sie etwas [Bestimmtes] wissen wollen.“ (Katía, 339; 578); „Ich erkläre meinen Freunden, wie sie sich vor HIV/Aids schützen können“ (Armando, 160); „Ich spreche mit meinen Schwestern über Sexualität. Dass wir uns als Frauen nicht von den Männern unter Druck setzen lassen dürfen“ (Vanessa, 592); „Ich lebe mit meinen Neffen zusammen. Ich spreche offen mit ihnen über Sexualität, da bin ich wachsam. ‚Ihr dürft nie vergessen, ein Präservativ zu benutzen“ (Melena, 293); „Zumindest bei mir zu Hause habe ich Präservative – wenn meine Schwager kommen und eines wollen, gebe ich es ihnen“ (Susana, 198).

Die *Facilitators* tragen ihr Wissen an Personen heran, die offenbar (noch) keinen anderen Zugang zu aidsbezogenen Beratungsangeboten haben, sich lieber an eine Vertrauensperson wenden oder aber noch sensibilisiert werden müssen. In den Gesprächen wird dies eher beiläufig erwähnt. Es ist davon auszugehen, dass sich nur wenige Interviewpersonen ihrer Rolle als mögliche Multiplikatorinnen und Multiplikatoren außerhalb des Programms bewusst sind und dass der Wirkungskreis ihrer Einflussnahme begrenzt bleibt.

- Begegnung mit der Zielgruppe

Allgemein heben die *Facilitators* hervor, dass innerhalb des Programmdurchlaufs eine gleichberechtigte Beziehung zur Zielgruppe bestehe. Es werde sich ‘auf Augenhöhe’ begegnet, beide Seiten könnten und sollten voneinander lernen (Adolfo, 44; Reinaldo, 581; Melena, 626; Vanessa, 548; Carlos, 989; Armando, 540). Die Umsetzung dieser Einstellung, die ein wichtiges Element der

partizipativen Kommunikation⁶⁰ darstellt, kann bei der FCP–Implementierung beobachtet werden. Die Interaktion zwischen den *Facilitators* und teilnehmenden Zielgruppen verläuft in freundlicher und entspannter Atmosphäre.

Darauf angesprochen, was Jugendliche, die den Parcours durchlaufen, wohl von ihnen als *Facilitators* denken, meint eine junge Frau, es könne problematisch werden, wenn die Zielgruppe das selbe Alter wie sie selber habe: „Manchmal nehmen sie uns nicht ernst, [besonders,] wenn wir im selben Alter sind oder mal [Klassenkameradinnen] waren...“ (Vanessa, 530).

Auch in informellen Gesprächen wird mehrmals die Sorge zum Ausdruck gebracht, dass die *Facilitators* sich von Teilnehmenden gleichen Alters auf die Probe gestellt und provoziert fühlten und deshalb lieber auf dem Land, mit älteren Zielgruppen arbeiteten.⁶¹

Abgesehen davon fühlen sich sieben der befragten Akteurinnen und Akteure offenbar in ihrer Rolle als Anleiterinnen und Anleiter anerkannt:

„Sie denken, dass ich jemand bin, der alles weiß. Sie glauben, sie können mir alle Fragen stellen. Sogar Lehrer kommen manchmal zu mir und wollen etwas wissen.“ (Adolfo, 577); „Ich meine, dass die Teilnehmenden sich fragen, ob es sein kann, dass der [*Facilitator*] das, was er sagt, auch umsetzt.“ (Reinaldo, 562); „Vielleicht sehen sie [in mir] eine Beraterin, jemanden, der ihnen Ratschläge gibt (...). Ich kann ihnen bei jeder Unsicherheit helfen. Ich denke, sie meinen, dass ich jemand mit Ahnung bin.“ (Melena, 609); „Sie glauben, dass ich ausgebildet bin – ,er hat es so gesagt, von ihm können wir mehr lernen““ (Carlos, 1013); „Sie meinen, dass...ich als *Facilitator*, sie sagen, dass es gut ist [was wir machen], weil wir die Botschaft an sie herantragen“ (Armando, 196); „Ja, ich glaube, dass ich Einfluss auf die Jugendlichen habe“ (Raimunda, 423); „, [sie denken] ach, könnte doch ich das sein – in dieser schönen Position – über [all‘] diese Dinge sprechen, mich gut auskennen...“ (Lucilla; 742).

⁶⁰ Die wertschätzende und nicht bewertende Grundhaltung der Moderation sind grundlegende Elemente der partizipativen Kommunikation (vgl. II/ 2.2.1 dieser Arbeit).

⁶¹ Dabei wird offenbar in Kauf genommen, dass bei der Landbevölkerung viele Themen unerwähnt bleiben müssen, um das Schamgefühl der Älteren nicht zu verletzen (vgl. III/1.2.2).

Die Aussagen legen nahe, dass die befragten *Facilitators* sich selber als Vorbilder für die Zielgruppe betrachten, zumindest aber als Autoritätspersonen bzw. als Personen mit einem durch ihr Wissen gehobenen sozialen Status.

□ *Facilitators* als Vorbilder

Darauf angesprochen, an wem sich ihrer Meinung nach Jugendliche und junge Erwachsene orientieren könnten, wird der Eindruck, die *Facilitators* sehen sich selber als Vorbilder, nicht uneingeschränkt bestätigt. Fünf von neun Befragten meinen, sie als *Facilitators* stünden in der Verantwortung, den Jugendlichen (als Vorbild) eine gute Orientierung zu geben (Lucilla, 797; Raimunda, 550; Reinaldo, 562; Katía, ex-post; Armando, 583). Drei Interviewpersonen sind der Ansicht, dass die Orientierung der Jugend eher eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe sei und die Aufgabe ebenso bei jungen Erwachsenen wie bei Eltern und gesellschaftlich akzeptierten Führern liege (Adolfo, 601; Carlos, 1087; Melena, 678). Eine Akteurin sagt, ihrer Meinung nach liege die Orientierung der Jugend allein in der Verantwortung der Älteren: „Die Ältesten (...) sagen: Das ist gut und das ist schlecht. Und wir folgen ihrem Rat.“ (Vanessa, 616).

Alle befragten Personen sind sich darüber einig, dass sie als *Facilitators* den Jugendlichen und jungen Erwachsenen ein gutes Beispiel sein sollten. Die Frage, ob auch alle als „gutes Beispiel“ handelten, ob beispielsweise alle *Facilitators* immer ein Präservativ bei sich hätten, wird wiederum ausweichend beantwortet.

„Nun, immer mit Präservativ unterwegs sein – also – ob sie sich da draußen immer schützen – das weiß ich nicht.“ (Raimunda, 270); „Alle in der Gruppe – also jeder, vom Chef, bis zum untersten in der Reihe, handeln als gutes Beispiel – zumindest an der [jeweiligen] Station zeigen sie sich verantwortlich. An der Station. Nun – außerhalb kann niemand wissen, wie das Leben spielt...“ (Reinaldo, 419); „Ich kann nicht viel über die Jungen [in der Gruppe] erzählen (...). Aber zumindest wir, die Frauen, wenn wir reden, wir haben keine *Facilitators* bei uns, die in der Gesellschaft ein schlechtes Beispiel abgeben. Nein. (...) Es kann den einen oder anderen geben, aber das ist – zunächst einmal eine Frage des Alkohols“ (Lucilla, 602); „Ich kann nicht sagen [ob die anderen in der Gruppe treu sind]. Wir sind nicht alle zusammen, wir wohnen in

verschiedenen Gebieten. (...) Jeder denkt auf seine Weise.“ (Armando, 360); „Ein gutes Beispiel zu sein ist schwierig. (...) Innerhalb der Gruppe sind wir alle gut, aber außerhalb, wenn jemand ausgeht – seine Sachen macht – zurückkommt, nun – aber es passiert [bestimmt] nichts Schlechtes.“ (Adolfo, 522).

Einer der Befragten erzählt auf die Frage nach dem Verhalten der anderen *Facilitators* von sich selber:

„Nun, für mich, und für viele andere, ist der beste Schutz meine *Bewusstheit* (*consciência*⁶²). Für mich ist das der beste Schutz. Das sage ich, weil – wenn ich ausgehe und mich entscheide, dass ich mich schützen werde – an einem beliebigen Ort ankomme, und mich mit keiner Frau einlassen möchte – wenn ich diesem [Vorsatz] folge, ist das für mich der beste Schutz. Also: Mein Schutz ist meine Bewusstheit.“ (Carlos, 851).

In der Aussage des hier zitierten *Facilitators* zeigt sich, dass für ihn das Präservativ, wenn überhaupt, dann nur an untergeordneter Stelle als Schutzmaßnahme in Frage kommt. Die Aussagen der Interviewpersonen insgesamt machen deutlich, dass bei den *Facilitators* nicht uneingeschränkt von einem vorbildlichen Verhalten, im Sinne der unbedingten Umsetzung einer Schutzintention, ausgegangen werden kann.

1.4.3 Beweggründe für die Arbeit im *Faça Comigo o Percurso* und das Selbstverständnis der *Facilitators* – Schlussfolgerungen

Der persönliche Gewinn, den die Akteurinnen und Akteure aus der Arbeit im Programm erkennen, die (indirekte) Erfahrung mit der Diagnose HIV und ihren Folgen und nicht zuletzt die Tatsache, dass mit der Arbeit im *Parcours* der Lebensunterhalt bestritten wird, sprechen für eine hohe Identifikation mit dem *Faça Comigo o Percurso*. In der partizipativen Beobachtung bestätigt sich dieser Eindruck durch das hohe Engagement, das die *Facilitators* in der Vor- und Nachbereitung sowie während der Implementierungen zeigen.

⁶² *Consciência* - Gewissen, hier eher im Sinne von Bewusstsein, Bewusstheit gemeint (eigene Interpretation).

Diese Identifikation mit dem Programm kann und muss zur Qualitätssicherung seiner Umsetzung genutzt werden.

Die Funktion der *Facilitators* als Ratgeber und Ratgeberinnen in ihrem Umfeld stellt ein weiteres Potential dar. Es ist vorstellbar, dass mit der Stärkung dieser Rolle ein Multiplikatoreneffekt erzielt und damit die Reichweite des Programms auf der Mikroebene vergrößert werden könnte.

Es kommt jedoch auch klar heraus, dass gesellschaftliche Vorbehalte und Stigmatisierung sich erschwerend auf die Arbeit auswirken.

Die *Facilitators* selber haben die Botschaften des *Faça Comigo o Percurso* offenbar (noch) nicht genug verinnerlicht, um als Vorbilder für die Zielgruppe angesehen werden zu können. Es wird deutlich, dass zwischen nach außen hin vertretenem Wissen und tatsächlich gelebter Situationen eine tiefe Kluft liegt.

2. (Um)Deutungen (3) - Von welchen Grundannahmen können wir ausgehen?

Bei der Arbeit mit einem Präventionsprogramm, dessen erklärtes Hauptziel die *Erweiterung der persönlichen Handlungskompetenz* ist (GTZ & BzGA 2005:42), sollte davon ausgegangen werden können, dass die angesprochene Zielgruppe über ein Grundwissen verfügt, das durch das Programm gefestigt und erweitert wird. Kann dies in der Auseinandersetzung mit jungen Mosambikanerinnen und Mosambikanern vorausgesetzt werden? – Was genau können wir in diesem Zusammenhang unter ‚Grundwissen‘ verstehen?

2.1 Übertragungsflüssigkeiten

Bereits während der ersten teilnehmenden Beobachtungen des *Faça Comigo o Percurso* fiel auf, dass sich bei der Frage nach Infektionsrisiken beinahe alles um das Blut als Übertragungsflüssigkeit dreht, und zwar nicht allein von Seiten der Teilnehmenden, sondern genauso von Seiten der *Facilitators*. Diese Beobachtung setzte sich im Verlauf der weiteren Untersuchung fort und vertiefte sich in den Interviews und alltäglichen Gesprächen.

Ob es nun um Küssen geht (*„und wenn ich eine blutende Wunde im Mund habe?“*⁶³), den Händedruck (*„also da steckt man sich in ganz seltenen Fällen an, wenn man eine Wunde hat“*), um die Benutzung der Latrine (*„nein, das ist ungefährlich, da ist ja nichts mit Blut“*) oder den Verzicht auf den eindringenden Geschlechtsverkehr als eine Möglichkeit des Schutzes (*„das ist ein Schutz, weil ja keine Verletzung entstehen kann“*) – immer stehen Verletzungen und Blut im Fokus der Auseinandersetzung. Die Übertragung des HI-Virus durch Körpersekrete wird dagegen mehr beiläufig erwähnt.

Was mag sich in der Vorstellung von Jugendlichen für ein Bild ergeben, wenn immer wieder zu hören ist, dass erstens der HI-Virus im Blut lebt und dann, dass Geschlechtsverkehr ohne Schutz ein besonderes Risiko darstellt? Legt das nicht den Schluss nahe, dass Geschlechtsverkehr, bei dem kein Blut im Spiel ist, auch keine Gefahr darstellt?

2.2 ‚Sexuelle Beziehung‘ als Umschreibung für Sperma oder Vaginalsekret
Der Begriff des „ungeschützten Geschlechtsverkehrs“ (*relação sexual desprotegida*) wird zum Synonym für alles, was mit (riskanten) Sexualpraktiken zu tun hat. Verglichen mit dem Vokabular, das in Deutschland verwendet wird, mag die Verwendung dieses Begriffs nicht weiter bemerkenswert sein. Auch in deutschen Präventionskampagnen wird lieber von *ungeschütztem Geschlechtsverkehr* als Risiko für eine HIV- Infektion gesprochen als von *Sperma* oder *Vaginalsekret* - natürlich in der Annahme, dass „die Leute schon das Richtige damit verbinden“.

Welches Wissen aber, welches Abstraktionsvermögen kann in einer Gesellschaft vorausgesetzt werden, in der das offene Gespräch über Sexualität bekanntermaßen immer noch weitgehend tabuisiert ist, und in der die Alphabetisierungsrate unter den Männern bei 63,3% und unter den Frauen bei 32,0% (Fórum Mulher 2006: 4) liegt? - Es scheint zumindest vorstellbar, dass die Chiffrierung der Übertragungsflüssigkeiten (*Vaginal- und Samensekret*) mit dem

⁶³ Vgl. hierzu Beobachtungen zum FCP: Protokolle der partizipativen Beobachtung an den Untersuchungsorten Inhambane, Beira und Manica 2007 (Anhang 9 und CD-Rom).

allgemeinen Begriff des *ungeschützten Geschlechtsverkehrs* dazu beiträgt, das eigentliche Infektionsrisiko so umzudeuten, dass es nicht mehr viel mit der eigenen Person zu tun hat.

Die Aufmerksamkeit auf die Verwendung des Begriffs „*relação sexual*“ (wörtlich übersetzt: *sexuelle Beziehung*) bzw. auf das Wissen, das dahinter stehen könnte, kommt nicht von ungefähr. Neben den Beobachtungen zur Programmumsetzung wurde sie durch eine der ersten Interviewpersonen geweckt, die im Verlauf des Gesprächs fragte, was es eigentlich damit auf sich habe, dass HIV durch die „ungeschützte sexuelle Beziehung“ übertragen werde. Bekanntermaßen sei die hauptsächliche Übertragungsflüssigkeit doch Blut. Wie dann der Virus über den Geschlechtsverkehr in den Körper gelangen könne - dafür habe bisher niemand im Team eine Erklärung (Raimunda, 423).

Tatsächlich ist dies eine Unsicherheit, die von anderen geteilt wird. Es hat sich in späteren Gesprächen mit *Facilitators* gezeigt, dass eine differenzierte Vorstellung von der Übertragung des Virus durch den Geschlechtsverkehr nicht vorausgesetzt werden kann. Dies könnte einer der Gründe dafür sein, dass die *Facilitators* bei der Umsetzung des *Faça Comigo o Percurso* die Übertragung des HI-Virus durch die *ungeschützte sexuelle Beziehung* eher beiläufig erwähnen. Bei fehlender Vorstellung über das, was genau passiert, ist es nur konsequent, sich auf die konkretisierbare Gefahr der Infektion durch Blut zu konzentrieren. HIV lebt im Blut, das ist deutlich, damit lässt sich sofort das Bild einer blutenden Hand, einer klaffenden Wunde verbinden⁶⁴.

Die Aussagen einiger Teilnehmerinnen des FCP, die wahllos herausgegriffen und danach gefragt wurden, wo denn nun eigentlich der HI-Virus lebe, bekräftigen den Eindruck einer nur ungenauen Vorstellung der Übertragungsmöglichkeiten: ‚Im Organismus‘ heißt es ziemlich allgemein, und bei Nachfrage wird dann noch hinzugefügt: ‚im Blut, im Blut lebt der Virus‘.

Was die Anwendung des Begriffs der „*Relação sexual desprotegida*“ (ungeschützte sexuelle Beziehung) in der Präventionsarbeit im portugiesischen

⁶⁴ Dies passt zu der Vorstellung, HI-Viren seien als kleine Tierchen sichtbar (vgl. III/1.3.1).

Sprachraum betrifft, sollte vor allem zwei Dinge bedacht werden: Erstens, es kann nicht davon ausgegangen werden, dass damit automatisch die Übertragungsflüssigkeiten *Vaginal- und Samensekret* und (noch weniger) deren Eindringen in den anderen Organismus assoziiert werden, und zwar weder bei den jugendlichen Teilnehmerinnen und Teilnehmern des FCP, *noch* bei den *Facilitators*. Hier bedarf es einer differenzierten Beschreibung des eigentlichen Geschehens⁶⁵. Zweitens: Der Begriff der *relação sexual* an sich ist zu einfach und zu allgemein, um für sich allein stehend eine konkrete Aussage zum Infektionsrisiko machen zu können bzw. das individuelle Risiko zu verdeutlichen.

2.3 Unterscheidung zwischen ‚sexuellen Beziehungen‘ und spontanen Sexualkontakten

Akteurinnen und Akteure im interkulturellen Programmtransfer müssen sich fragen, bis zu welchem Grade sich die jugendliche Zielgruppe in Mosambik überhaupt mit dem Begriff der *„Relação Sexual“* angesprochen fühlt. Anders als das deutsche Wort „Geschlechtsverkehr“ impliziert der portugiesische Begriff die sexuelle Beziehung in einer Paarbeziehung. Der Doppelsinn wird auf Präventionsplakaten, in gängigen Informationsbroschüren und nicht zuletzt im Parcours unterstrichen: Die *sexuelle Beziehung* (als Synonym für riskantes Sexualverhalten) wird bildlich durch ein im Bett liegendes Paar dargestellt.



Abbildung 10: ‚Relação Sexual‘. Darstellung aus dem Faça Comigo o Percurso, Station ‚Übertragungsweg‘ (Manual 2007)

⁶⁵ Beispielsweise sehr gut beschrieben in dem Informationshandbuch „Conheça o SIDA“ (David, R. & Neil, M. Orr), Seite 34: (24) Como é que as pessoas se infectam durante o acto sexual?.

Nach dem, was die *Facilitators* berichten, hat dies wenig mit der Lebenswelt unverheirateter mosambikanischer Jugendlicher zu tun. Deren Sexualleben geht weit über das hinaus, was zu Hause im Bett geschieht. Deutsche bzw. westliche Präventionskonzepte gehen davon aus, dass bei Jugendlichen „promiskutive Tendenzen im eigentlichen Sinne nur gering ausgeprägt sind“ (vgl. Schmidt, Klusmann, Renter & Radizi, 1989, zitiert in Kleiber et al. 1990:6) und Heranwachsende sich nach dem Modell der „seriellen Monogamie“ (Sigusch u. Schmidt 1973, Simon u.a. 1972, Clement 1986, Schmidt u.a. 1989, zitiert in Kleiber et al. 1990: 5) verhalten. In der Lebenswelt mosambikanischer Jugendlicher dagegen wird Promiskuität als etwas Alltägliches gelebt. Im Verlauf der Untersuchung kommt klar heraus, dass sowohl jugendliche Männer *als auch* jugendliche Frauen, Treue als etwas ansehen, das in der mosambikanischen Gesellschaft „praktisch nicht vorkommt“ (Adolfo, 381) (vgl. III/1.3.1). Neben einer festen Partnerschaft gehören spontane Sexualkontakte zum Alltag. Die *Rapidinhas* (*quickies*) stellen ein Risikoverhalten dar, das wohl kaum mit der Darstellung eines vereinten Paares im Bett assoziiert wird⁶⁶.

„Bei einer *Rapidinha* macht man Sex.(...) Ich denke, bei einer ‚sexuellen Beziehung‘ unterhalten sich zwei Personen miteinander (...), was geschieht, was nicht geschehen sollte – es gibt eine Unterhaltung...“ (Katía, 185); „‚Sexuelle Beziehung‘ ist ein Prozess. Sich unterhalten. Verstehen. (...) Aber ‚Sex machen‘, da macht man’s einfach...“ (Adolfo, 318); „‚Sex haben‘ ist mehr, um einen [von beiden] zu befriedigen. (...) ‚Sexuelle Beziehung ist organisierter – da zählt die Lust von beiden..“ (Carlos, 647).

Es ist naheliegend, dass die Art und Weise, wie die *sexuelle Beziehung* als Risikosituation dargestellt ist genügend Raum lässt, um der Auseinandersetzung mit dem, was außerhalb des Bettes geschieht, aus dem Weg zu gehen. Es bedarf eines neuen Ansatzes, um den aktuellen Lebensweltbezug herzustellen.

In der Umsetzung des Mitmach-Parcours wird ein ‚Grundverständnis‘ physiologischer Vorgänge vorausgesetzt. Weil das Programm nicht auf die Vermittlung von Basisinformationen ausgerichtet ist, kann es passieren, dass eine Gruppe von Teilnehmenden den Parcours durchläuft, ohne dass ein einziges Mal die Übertragungssekrete explizit genannt werden. Die Ergebnisse der Befragung und der teilnehmenden Beobachtung lassen darauf schließen, dass verschiedene Erklärungsmodelle und Interpretationen das Wissen um die Hauptübertragungswege und –sekrete verschleiern. Der Mitmach-Parcours muss gewährleisten, dass mit Sicherheit von einem einheitlichen Informationsstand ausgegangen werden kann. Vorstellbar wäre hier eine ergänzende Station, mit der gemeinsam begonnen wird, oder aber eine einfach verständliche Darstellung, die an jeder Station ergänzend hinzukommt (beispielsweise ein Bild, auf dem, in dezenter aber nachvollziehbarer Weise, die Übertragungsflüssigkeiten Blut, Vaginal- und Samensekret sowie Muttermilch dargestellt sind und das an der jeweils ersten Station kurz erläutert wird) .

3. Vom BZgA Mitmach-Parcours zum *Faça Comigo o Percurso* – Beobachtungen zum Praxistransfer

Im Folgenden sollen, mit gleichzeitiger Berücksichtigung feststellbarer Potentiale und Grenzen die wichtigsten Beobachtungen bei der Umsetzung des *Faça Comigo o Percurso* zusammengefasst dargestellt werden.

3.1 Kommunikation über Bilder – Die Station Übertragungswege

Für den *Faça Comigo o Percurso* sind die meisten dargestellten Themen an der Station ‚Übertragungswege‘ graphisch zwar landestypisch angepasst, inhaltlich aber aus dem originalen BZgA Mitmach-Parcours übernommen: Hinzugefügt wurden das Bild einer Frau unter der Geburt und das einer stillenden Mutter. Die Darstellungen von oralem und analem Sexualverkehr werden an allen drei Untersuchungsorten regelmäßig weggelassen, da die Bilder als zu skandalös empfunden werden (vgl. III/1.2.1). Damit wird seitens der *Facilitator*-Teams eine kulturelle Anpassung vorgenommen, deren ungewollter Effekt eine Tabuisierung bewirkt.



Abbildung 11: Darstellungen an der Station ‚Übertragungswege‘ des FCP (komplett) (Manual 2007). Indem die Bilder nicht gezeigt werden, finden die Sexualpraktiken des Oral- und Analverkehrs überhaupt keine Erwähnung. Die Optik und die damit ermöglichten Assoziationen erfahren eine überaus ungünstige Wendung:

1. Das Weglassen der Bilder führt dazu, dass Sexualität nicht, wie vorgesehen, dreimal, sondern lediglich an einer Stelle thematisiert wird. Blut als Übertragungsflüssigkeit kann hingegen viermal assoziiert werden⁶⁷ (vgl. III/2.1). Die Thematisierung von riskantem Sexualverhalten spielt nur noch eine untergeordnete Rolle.
2. Die unterbleibende Erwähnung von Anal- und Oralverkehr könnte bei den Zielgruppen des FCP zu der Fehlannahme führen, dass diese Sexualpraktiken ungefährlich sind. Von UNAIDS wird darauf hingewiesen, dass sich in einigen Kulturen insbesondere Mädchen, in der Annahme, kein Risiko einzugehen, auf Analverkehr einlassen, um so ihre Jungfräulichkeit zu schützen⁶⁸ (UNAIDS 2006a: 138). Diese Problematik darf nicht ignoriert werden.
3. Während der heterosexuelle Sexualverkehr nur einmal Erwähnung als potentielles Risiko findet, wird die Mutter-Kind Übertragung auf drei

⁶⁷ Die Assoziation mit Blut als Übertragungsflüssigkeit geschieht durch die Darstellungen ‚Transfusion‘, ‚Rasierklunge‘, ‚Mücke‘ und ‚Erste Hilfe‘ sowie ‚Geburt‘

⁶⁸ „In some cultures, many young people, especially girls seeking to preserve their virginity, may engage in anal or oral sex in the belief that such behaviours do not constitute sex” (UNAIDS 2006a: 138).

verschiedenen Bildern gezeigt und besprochen (schwängere Frau, Frau unter der Geburt, stillende Frau). Die Assoziierung von Frauen mit dem HI-Virus erfährt dadurch eine ungleich höhere Bedeutung als die Darstellung anderer Übertragungswege. Es wird nichts von Bedeutung entgegengesetzt, was die Rolle der Frau als Überträgerin ‚neutralisieren‘ könnte.

In der Deutungsmöglichkeit, die sich bei der Station ‚Übertragungswege‘ durch das Weglassen der Kommunikationselemente ergibt, wird die Annahme, dass in der mosambikanischen Gesellschaft die Verantwortung für die Übertragung des HI-Virus allgemein den Frauen zugeschrieben wird, konkretisiert und als Vorurteil vorangetrieben (vgl. III/1.3.1).

Es bedarf einer kultursensiblen Neuanpassung, die ein Gegengewicht zur ‚Frau als Virusüberträgerin‘ schafft. Durch Veränderung der Illustrationen sollte eine Thematisierung lebensweltbezogener Sexualpraktiken ermöglicht werden können, die das Schamgefühl der Beteiligten respektiert (*vorstellbar wäre beispielsweise anstelle der realistisch dargestellten Szene des Oralverkehrs lediglich einen Mund zu illustrieren; ferner wären die Rapidinhas als neues Thema hinzuzufügen, indem das Bild einer Diskothek gezeigt wird, etc.*).

3.2 Umsetzung der Personalen Kommunikation

Die Umsetzung einer Personalen Kommunikation stellt sich in Mosambik als eine ganz besondere Herausforderung dar. Nicht nur für die *Facilitators* ist die Art und Weise, wie im *Faça Comigo o Percurso* miteinander umgegangen, gesprochen und Wissen transportiert wird, völlig neuartig. Auch die Teilnehmenden müssen sich auf eine bis dahin ungewohnte Art der Kommunikation einstellen.

„Der *Faça Comigo o Percurso* ist gut, weil jeder das Recht auf eine eigene Meinung hat. (...) Es gibt viele Leute, die sind es nur gewohnt, sich hinzusetzen und zuzuhören. [Es ist vorgekommen, dass] Leute sich erst einmal vor die Station gesetzt haben, in der Erwartung, dass ihnen jetzt etwas erzählt wird. ..“ (Reinaldo, 581).

Diese Ausgangsbedingung verlangt von den *Facilitators* umso mehr Sicherheit in der Umsetzung der Personalen Kommunikation. Nicht ohne Grund ist für das Training der mosambikanischen Akteurinnen und Akteure eine volle Woche vorgesehen, anstatt acht Stunden für das Moderationstraining des BZgA Mitmach-Parcours. Auch die Entscheidung, zwei *Facilitators* an einer Station arbeiten zu lassen und nicht nur eine/n, erweist sich als sinnvoll und notwendig.

Bei der Beobachtung der Interaktion zwischen Moderation und teilnehmender Zielgruppe fällt auf, dass die *Facilitators* die jeweiligen Kleingruppen an jeder Station ständig neu zum Gespräch einladen und sie zur Partizipation motivieren müssen. Die aus der Gruppe kommenden Antworten werden in erster Linie an die Moderation gerichtet, selten kommt es zu einer Diskussion untereinander. Die *Facilitators* sind fortwährend gefordert, Aussagen und, wenn diese kommen, Fragen und Zweifel wieder zurück an die Gruppe zu geben, um zum gegenseitigen Austausch anzuregen. Diese Dynamik verstärkt das ohnehin vorhandene Risiko, dass die *Facilitators* in die Rolle des Vortragenden fallen.

Damit die Methodik der Personalen Kommunikation erfolgreich angewendet werden kann, bedarf es also sowohl einer gewissen Professionalität von Seiten der Moderation als auch der Fähigkeit und Bereitschaft der angesprochenen Zielgruppe, sich auf diese Art der Ansprache einzulassen. So zeigt sich in der teilnehmenden Beobachtung, dass dies Sekundarschülerinnen und -schülern leichter fällt als zum Beispiel den Gefängnisinsassinnen und -insassen.

Das Prinzip der Personalen Kommunikation erlaubt es einer geschulten Moderation, auf die Gruppen einzugehen und sich deren besondere Dynamik zunutze zu machen. In der Regel ist selbst in sehr zurückhaltenden Gruppen mindestens eine Teilnehmerin oder ein Teilnehmer dabei, die oder der sich aktiv mit einbringt (besonders auffällig war dies bei den Gefängnisinsassen und -insassinnen). Ein/e geschickte/r *Facilitator* wird hier nicht nur die schweigenden Gruppenmitglieder zur Beteiligung auffordern, sondern das aktive Gruppenmitglied mit der Bitte einbinden, die anderen Beteiligten zur Mitarbeit zu motivieren. Eine Stimme aus der Gruppe selber hat meist

wesentlich größeren Einfluss auf die Partizipation der Teilnehmenden als die Einladung von Seiten der Moderation.

Ein weiteres Mittel, das sich als überraschend effektiv für die Motivation zur aktiven Beteiligung herausgestellt hat, ist der Umgang mit dem Wettbewerbaspekt (vgl. II./3.1.). Bei den Implementierungen der NRO AJULSID in Beira kommt dieses Element sehr bewusst zum Einsatz. Die *Facilitators* erinnern die Kleingruppen daran, dass Punkte nur zu holen seien, wenn *alle* mitmachen. Das führt zu einer spürbar regeren Beteiligung. Bemerkenswert ist die Begeisterung, die die Ermittlung der Siegergruppe in der Abschlussrunde mit sich bringt. Mit diesem Element kann und sollte in allen Moderationsgruppen noch bewusster gearbeitet werden.

- Grenzen der Moderation

Insgesamt bieten die unterschiedlichen Kommunikationselemente des *Faça Comigo o Percurso* der Moderation vielfältige Hilfen und Ansatzpunkte, sich während der inhaltlichen Auseinandersetzung mit den Parcours-themen auf die Steuerung des gruppenspezifischen Prozesses zu konzentrieren. Wie wichtig dabei klare Vorgaben sind, ist vor allen Dingen an den Stellen zu merken, wo Improvisation gefordert wird. So zum Beispiel ganz eindeutig an der Station ‚Sexuell übertragbare Erkrankungen‘. Die Einladung zum Gespräch wird dadurch erschwert, dass die zu stellenden Fragen nicht ausformuliert, sondern lediglich stichwortartig vorgegeben sind (vgl. Anhang 6). Hierdurch unterliegt die Moderation häufig der Versuchung, geschlossene (statt, wie vorgesehen, offene) Fragen zu stellen⁶⁹. Es kommt dazu, dass die einzelnen Themen relativ schnell abgehandelt sind, anstatt dass vertiefend auf sie eingegangen wird. Dasselbe Problem stellt sich in ähnlicher Weise an der Station ‚Schutz

⁶⁹ Bei der teilnehmenden Beobachtung wurden beispielsweise folgende Formulierungen protokolliert: ‚Kann Sterilität die Folge einer sexuell übertragbaren Erkrankung sein?‘; ‚Kann fehlende Körperhygiene zu einer sexuell übertragbaren Erkrankung führen?‘; ‚Gehört es zur Behandlung, die Partnerin mit zum Gesundheitsposten zu nehmen?‘; etc. (aus den Beobachtungsprotokollen vom 28.04.2007 in Beira; 03.05.2007 in Manica):

(*Protecção*). Bei den für diese Station vorgegebenen Themen handelt es sich teilweise um geschlossene Fragen⁷⁰ (vgl. Anhang 4).

An diesen Stellen stoßen die *Facilitators* an Grenzen. Es bedarf der Veränderung rhetorischer Vorgaben. Fragen, die an die Teilnehmenden zu richten sind, sollten vorher ausformuliert sein. Um eine Diskussion in Gang bringen zu können, ist dabei sicherzustellen, dass es sich um offene Fragen handelt.

Fragen mit gendersensiblen Potential (beispielsweise die Frage, warum eine Frau vulnerabler ist als ein Mann), laufen Gefahr, in ihrer Beantwortung gesellschaftskonform umgedeutet zu werden⁷¹. Um dem vorbeugen zu können, müssen die *Facilitators* trainiert und sensibilisiert werden. Als Orientierung würde zunächst die Vorgabe der richtigen Antworten für die *Facilitators* von Nutzen sein.

3.3 Strategievermittlung im *Faça Comigo o Percurso*

Jede der Stationen des *Faça Comigo o Percurso* hat ein eigenes, klar definiertes Ziel, aus dem sich jeweils eine bestimmte Botschaft bzw. ein Appell an die Teilnehmenden ergibt. Nicht immer gelingt es, der Zielgruppe die jeweilige Botschaft klar zu vermitteln. Dies stellt sich dann heraus, wenn am Ende der jeweiligen Station von den Teilnehmenden ein Fazit gezogen wird.

Die Station ‚Leben mit HIV/Aids‘ hat an allen drei Untersuchungsorten eine Veränderung erfahren, bei der das ursprüngliche Ziel ins Abseits zu geraten droht. Die Station erfordert Improvisation nur bis zu einem gewissen Maße. Geschulte *Facilitators* sollten die Leitfragen zu der Station kennen und damit das Gespräch führen können. In den überwiegenden Fällen haben sich Moderatorinnen und Moderatoren jedoch eine Fragesystematik angeeignet, die der Umsetzung dieser Station eine ganz andere Wendung als die eigentlich

⁷⁰ Beispiele für geschlossene Fragen an der Station ‚Schutz‘: ‚Ist es wahr, dass sich in einigen Fällen Leute über das Küssen mit HIV angesteckt haben?‘; ‚Ist es möglich, sich über eine Bluttransfusion im Krankenhaus zu infizieren?‘; ‚Kann eine Jungfrau HIV+ sein?‘; etc.

⁷¹ In diesem Fall so, dass junge Mädchen und Frauen allein ihrer Käuflichkeit wegen empfänglicher für eine HIV Infektion sind (vgl. hierzu ausführlicher III/1.3.1).

intendierte gibt: Indem die Gruppe vor allen Dingen nach den Rechten und Pflichten einer HIV-infizierten Person gefragt wird („Hat X als HIV-positiver das Recht, zu arbeiten?“ – „Hat X das Recht auf eine Partnerschaft?“ – „Auf was hat X bei seiner Ernährung achten?“ usw.) erfolgt eher eine Abgrenzung zu der im Mittelpunkt stehenden Person, als dass die Teilnehmenden dafür sensibilisiert werden, sich selber in die Lage eines Betroffenen zu versetzen oder gar mit ihm zu identifizieren.

Bei ihrem Fazit geben die Teilnehmenden bei dieser Station in der Regel an, gelernt zu haben, dass eine HIV-positiv getestete Person die gleichen Rechte hat wie alle anderen - vom Grundsatz her eine richtige und positive Botschaft. Durch den Wandel, den die Schwerpunktsetzung an dieser Station vollzogen hat, wird aber die wichtige Gelegenheit verpasst, die Zielgruppe auf vorhandene Ressourcen und anwendbare Strategien aufmerksam zu machen. Vom Konzept her ist beabsichtigt, darüber zu sprechen, *wem* X sich anvertrauen kann, wenn er/sie vom positiven Testergebnis erfährt, *wo* Hilfe in Anspruch genommen oder *wann* und *wie* das Ergebnis den Familienangehörigen mitgeteilt werden kann etc. Den Teilnehmenden könnten wichtige Handlungsorientierungen vermittelt werden, die ihnen helfen, bei eigener oder indirekter Betroffenheit, Bewältigungsstrategien zu entwickeln – dies aber nur, wenn die vorgesehene Rhetorik auch befolgt wird.

3.4 Schlussfolgerungen aus der teilnehmenden Beobachtung

Der *Faça Comigo o Percurso* beinhaltet Potentiale, die ausbaufähig und teilweise auch ausbaubedürftig sind. Bei den Grenzen, an die die *Facilitators* in der praktischen Umsetzung des Parcours stoßen, handelt es sich im Wesentlichen um Faktoren, die durch *Monitoring*, regelmäßige Weiterbildung und Stärkung der Moderation beeinflussbar bzw. korrigierbar sind. An allen Punkten der Beobachtung wird die Wichtigkeit einer gewährleisteten Teilnahme am Moderationstraining deutlich, und zwar für *alle* Akteurinnen und Akteure, die als *Facilitator* arbeiten sollen.

IV. Schlussbetrachtung

Bei einer Abschlussrunde des Faça Comigo o Percurso im Zentralgefängnis von Beira stellte eine der Insassinnen die Frage, ob die Facilitators selber alle den HIV-Test gemacht hätten. Der Spielleiter sah zu den am Rande stehenden Akteurinnen und Akteuren. Diese baten zunächst um die Wiederholung der Frage. Dann entstand Schweigen. Ein Facilitator trat schließlich aus der Gruppe heraus und sagte: „Ich. Ja. Ich habe den Test schon gemacht“. Dieser Schritt wirkte in der spürbar angespannten Atmosphäre sehr mutig und kam von der Überwindung her, die offenbar dahinter stand, einem Geständnis gleich. Der Leiter forderte den Gruppensprecher mit einem Zeichen auf, für das gesamte Team Stellung zu nehmen. Dieser trat vor die Frauen und sagte: „Wenn wir anderen helfen wollen, sich zu schützen, dann müssen wir uns zunächst selber schützen. – Reicht das? – Oder wollt ihr, dass jetzt jeder hier sagt, ob er den Test gemacht hat?“. Damit war das Thema beendet und die Abschlussrunde wurde weiter geführt.

In dieser Episode spiegelt sich das Spannungsfeld wieder, in dem sich die mosambikanischen *Facilitators* bewegen: Einerseits fühlen sie sich als Lehrerinnen und Lehrer, als Anleiterinnen und Anleiter, die informieren und Handlungsempfehlungen geben (vgl. III/1.4.2). Andererseits sind sie selber Teil einer Gesellschaft, deren soziokulturelle Determinanten wesentliche Antriebsfaktoren für die Ausbreitung von HIV darstellen.

Grenzen und Chancen im interkulturellen Transfer

Bei der Formulierung des Erkenntnisinteresses ist zum Ausdruck gekommen, dass sich die im interkulturellen Transfer erforderliche Flexibilität in einem Spielraum bewegt, dem nicht nur organisatorische, sondern auch soziokulturelle Grenzen gesetzt sind⁷². Die Rahmenbedingungen bestimmen

⁷² Hinzu kommen Kommunikationsbarrieren, die, gerade in der Entwicklungszusammenarbeit, durch formelle Rollen und Hierarchien beeinflusst sind. Dies kann eine partnerschaftliche Zusammenarbeit erheblich erschweren. Für den Einsatz des Mitmach-Parcours ist in diesem Zusammenhang exemplarisch, dass Bilder als untragbar empfunden und weggelassen werden, dies jedoch nicht in ausreichender Weise an die Projektinitiatoren weitergegeben wird.

den *Faça Comigo o Percurso* sowohl im Anpassungsprozess als auch in seiner langfristigen Durchführung.

Es ist als bemerkenswerter Erfolg zu werten, dass ein Programm, dessen Methode den Akteurinnen und Akteuren zu Beginn völlig unvertraut war, und dessen Umsetzung nur mit einem erheblichem Koordinierungsaufwand zu bewerkstelligen ist, seit nunmehr drei Jahren in einem Land umgesetzt wird, in dem es an qualifiziertem Fachpersonal mangelt und zusätzlich die infrastrukturellen Voraussetzungen besonders ungünstig sind.

Die Herausforderungen dieses Unterfangens sind jedoch nicht zu unterschätzen. Alle Beteiligten stoßen an Grenzen, ob nun bewusst (aus einem anderen Kulturkreis kommend) oder unbewusst (als Vertreterinnen und Vertreter der mosambikanischen Seite). Diese Grenzen liegen in dem Vorhandensein tief sitzender soziokultureller und genderspezifischer Dynamiken, die die Bildung und die Umsetzung einer Schutzintention gegen die HIV- Infektion negativ beeinflussen.

Offen bleibt, an welches vorhandene Wissen bei der Umsetzung des *Faça Comigo o Percurso* tatsächlich angeknüpft werden kann (vgl. III/2). Wenn die Grundintention des Programms erhalten bleiben soll, auf der Grundlage von vorhandenem Wissen zu arbeiten, muss bei den Zielgruppen zunächst ein einheitlicher Informationsstand hergestellt werden. Andernfalls besteht die Gefahr, dass der auf die Erweiterung der Handlungskompetenz ausgerichtete FCP zu einem mittelmäßigen Programm der Informationsvermittlung wird (mittelmäßig, weil der Parcours von der Grundintention nicht auf die Vermittlung von Basisinformationen ausgerichtet ist). Diesem Problem kann mit geringem Aufwand begegnet werden - wesentlich ist aber zunächst, dass die Frage der Wissensvermittlung im mosambikanischen Kontext, wo ansonsten nur wenig qualifiziertes Fachpersonal zur Verfügung steht, die meisten Frauen und viele Männer nicht lesen können und Mythen über die Verseuchung von Präservativen Leitbilder darstellen, als Aufgabe für sich selbst wahrgenommen wird.

Vermittelnde Faktoren und Motive für Sexualverhalten

Die Untersuchung hat ein komplexes Bild von Einstellungen zu (sexuellen) Interaktionen, zu Erklärungsmodellen für Schutz- und Risikoverhalten und zu vorhandenen Deutungen von Ursachen und Wirkungen im Zusammenhang mit der Aids- Epidemie in der mosambikanischen Gesellschaft entstehen lassen.

Es kommt zum Ausdruck, dass es zahlreiche Gründe gibt, auf die Kondombenutzung oder deren Einforderung zu verzichten. Diese Interpretationsmuster werden im *Faça Comigo o Percurso* (noch) nicht konsequent thematisiert, so dass offen bleibt, ob die Zielgruppe sich direkt betroffen fühlen kann. Die Schlussfolgerung liegt nahe, dass die Botschaften vornehmlich auf einem Niveau bleiben, für dessen Vokabular im Rahmen aidspräventiver Maßnahmen bereits ein Gewöhnungseffekt eingetreten ist, der die Angesprochenen nicht wirklich berührt. (Das betrifft beispielsweise Ausdrücke wie ‚sexuelle Beziehung‘ (*,relação sexual‘*) (vgl. III/ 2.3) oder die Fixierung auf das ‚Blut‘ als Hauptübertragungsweg (vgl. III/ 2.1).

Lebensweltbezug des FCP

Grundsätzlich sind die Inhalte des *Faça Comigo o Percurso* auf die Lebenswelt der Zielgruppe angepasst und in ihr anwendbar. Die teilnehmenden Jugendlichen und jungen Erwachsenen fühlen sich durch die verständlichen Bilder und durch die Methode angesprochen. Die Möglichkeit, im Rahmen eines partizipativen Gruppengeschehens Informationen zu erhalten, wird als einmalig und besonders wirksam empfunden.

Der eingehende Vergleich des deutschen Mitmach-Parcours mit der mosambikanischen Umsetzung des *Faça Comigo o Percurso* und die Analyse der Interaktionen in der mosambikanischen Jugendkultur zeigen aber auch, dass nicht alle Potentiale des Programms genutzt werden:

Die Darstellungen von *Oral- und Analverkehr* werden als pornografisch empfunden und gezielt weggelassen (vgl. III/1.2.2). Ein Auslassen spezieller Elemente darf grundsätzlich nicht ignoriert werden, zumal es in diesem Fall mythenverhärtende Verschiebungen bewirkt (vgl. III/1.3/ Frauen in der

Verantwortung/ sowie III/3.1). Hier ist eine kulturell angepasste Neugestaltung der Motive dringend geboten.

Bestimmte Begrifflichkeiten werden nicht verstanden (zum Beispiel ‚*Homosexualität*‘) oder sind in ihrer Bedeutung so eurozentristisch, dass sich die Teilnehmenden nicht unbedingt angesprochen fühlen (zum Beispiel mit dem Wort ‚*Sexarbeiterin*‘). Auch hier sollten die beteiligten Akteurinnen und Akteure im gemeinsamen Gespräch überlegen, welche, aus der Lebenswelt der Zielgruppe stammenden Begriffe vorzuziehen sind bzw. wie landestypische Interaktionen⁷³ mit der Problematik, die dahinter steht, anders thematisiert werden können.

Im Gegensatz dazu werden lebensweltbedeutende Konfliktpotentiale im Verlauf des Parcours gar nicht aufgegriffen (zum Beispiel das *Kondom als Virusüberträger*). Zur Auseinandersetzung mit den damit verbundenen Inhalten und daraus resultierenden Interaktionen, die in der Jugendkultur üblich sind, könnte die Zielgruppennähe der *Facilitators* genutzt werden, bestimmte Themen aufzugreifen und in die Programminhalte einzufügen.

Das Konzept des Mitmach-Parcours erlaubt nicht nur, es verlangt geradezu nach der Flexibilität, um an die Lebenswelt der Zielgruppe anzuschließen und die Stationen entsprechend zu gestalten. Genau darin sind die Stärke und die Chance dieses Programms zu sehen.

Facilitators als Rollenvorbilder

Viele der *Facilitators* werden bereits durch die Tatsache, dass sie im Präventionsbereich arbeiten, in ihrem sozialen Umfeld als Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner wahrgenommen und aufgesucht. In diesem Multiplikatoreneffekt liegt ein großes Potential, das aber nur genutzt werden kann, wenn in Vorbereitungskursen und Begleitmaßnahmen neben der Vermittlung von Sachinformation und Methodik auch die reflektierte

⁷³ Sexuelle Tauschgeschäfte gehören in der mosambikanischen Lebenswelt zum Alltag, und werden von den Beteiligten nicht unbedingt mit ‚Prostitution‘/ ‚Sexarbeit‘ assoziiert (vgl. III/1.3.1)

Auseinandersetzung mit gendersensiblen Fragen steht, wenn (eigene) Verhaltensmuster und die Bewusstmachung der Rolle als potentielles Vorbild besprochen werden.

Vor dem gegebenen soziokulturellen Hintergrund, und angesichts der Tatsache, dass der *Faça Comigo o Percurso* als Mitmach-Parcours in einem grundsätzlich anderen Kontext entwickelt worden ist, bleibt selbstkritisch zu hinterfragen, was eigentlich von den jungen Frauen und Männern erwartet werden kann, wenn die Frage danach gestellt wird, ob sie ihrer Rolle als Vorbild „gerecht“ werden:

Die Studie hat unter anderem gezeigt: (Auch) *Facilitators* halten Partnertreue für kaum umsetzbar, benutzen aller Wahrscheinlichkeit nur selten ein Präservativ und trauen sich nicht, im Team zu erzählen, dass Familienangehörige an Aids gestorben sind. Sie sind junge Erwachsene in einer Gesellschaft, die sich durch die Gleichzeitigkeit von sexueller Tabuisierung und Freizügigkeit auszeichnet. Wenn die *Facilitators* die Botschaften des *Faça Comigo o Percurso* als Rollenvorbilder glaubwürdig vermitteln sollen – als Mitglieder der jungen Generation, die die Lebenswelt der Jugendlichen kennen und mitbestimmen, haben sie dieses Potential⁷⁴ – dann ist es unerlässlich, diese jungen Menschen besser auf ihre spezifische Funktion als Rollenvorbild vorzubereiten. Dazu gehört, dass zumindest jede/r das vorgesehene zweiwöchige Training durchläuft.

Monitoring

Um sicherzustellen, dass die originären Ziele des Programms erhalten bleiben, muss eine kontinuierliche Betreuung (*Monitoring*) gewährleistet sein⁷⁵. Damit der Lebensweltbezug zur Zielgruppe sicher hergestellt werden kann, sind wiederholte, kultursensible Abstimmung und selbstkritische Hinterfragung der bisher eingesetzten Kommunikationselemente unumgänglich. Vorerst noch

⁷⁴ Ein Wirkfaktor des Programms besteht darin, dass die Themen und Inhalte der Lebenswelt der Teilnehmenden entsprechen (vgl. I/ 2.3). Diese können durch altersnahe Personen (*peers*) am überzeugendsten transportiert werden.

⁷⁵ Dies wird auch bei der Programmumsetzung in Deutschland als Notwendigkeit und wichtige qualitätssichernde Maßnahme angesehen (vgl. I/2.1.1).

benötigen die mosambikanischen Akteurinnen und Akteure eine externe unterstützende Begleitung⁷⁶.

Was als Grenze beschrieben wurde, kann zugleich als eine Chance begriffen werden. Im interkulturellen Austausch liegt die Möglichkeit, Interaktionen und Deutungsmuster zu beobachten und Zusammenhänge fassbar zu machen. Die Erkenntnisse, die sich daraus erschließen, könnten bei der Suche nach neuen Ansätzen und Ideen für eine wirksame Weiterentwicklung der Instrumente zur Aidsprävention genutzt werden.

Ausblick

Gutes *Monitoring* ist mit Zeitaufwand und Einsatz von finanziellen Ressourcen verbunden. Das legt die grundsätzliche Frage nahe, ob der Einsatz eines so aufwendigen und kostenintensiven Instruments wie dem Mitmach-Parcours sinnvoll und angemessen ist.

Die Antwort hierauf ist ein eindeutiges Votum für den Parcours. Die persönliche Ansprache ist eine von wenigen Möglichkeiten, der Komplexität von gesellschaftlich determinierten Verhaltensstereotypen wirksam zu begegnen. Die interaktive Methode und der vertrauensvolle Kontakt zu kompetenten Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartnern zeichnen das Programm vor gängigen Präventionsmaßnahmen (wie Vorträgen oder Theater) in Mosambik aus.

Bei einer allgemeineren Betrachtung der Studienergebnisse deutet sich an, dass die tieferen Ursachen der Aids-Epidemie in den tradierten Macht- und Abhängigkeitsverhältnissen zwischen Frauen und Männern zu suchen sind. Effektive Aidsprävention verlangt demnach die Auseinandersetzung mit gesamtgesellschaftlichen Entwicklungsprozessen. Hierzu gehört neben der Gewährleistung einer umfassenden medizinischen Grundversorgung

⁷⁶ Das betrifft nicht nur die Sicherheit für die Methodik und die Vermittlung von Inhalten, sondern auch die Diskussion darum, ob es Jugendlichen zumutbar ist, ein Kondom in die Hand zu geben. – Das Verbot, Präservative zu verteilen, darf von den Projektinitiatoren nicht hingenommen werden.

(einschließlich der reproduktiven Gesundheit und selbstbestimmten Fruchtbarkeit) selbstverständlich der gleichberechtigte Zugang von Mädchen und Frauen zu Bildung und Berufschancen, die Verfügungsgewalt über ökonomische Ressourcen u.a.m.

Soziokulturell geprägte Kontextbedingungen mit tradierten Einstellungen und Verhaltensweisen, die sich über Generationen etabliert haben, können nur in einem lange andauernden Prozess nachhaltig verändert werden. Der Mitmach-Parcours hat das Potential, einen wichtigen Beitrag dazu zu leisten.

Handlungsempfehlungen zur kultursensiblen Weiterentwicklung des 'Faça Comigo o Percurso' (tabellarisch)

Kapitel	Problem	Empfehlungen
III/1.2:Kommunikationselemente		
<ul style="list-style-type: none"> □ Konfliktthema Oral- und Analverkehr (1.2.2) □ Kommunikation über Bilder – Die Station ‚Übertragungswege‘ (3.1) 	<ul style="list-style-type: none"> - Darstellungen von Anal- und Oralsex werden als skandalös und pornografisch empfunden und deshalb nicht gezeigt 	<ul style="list-style-type: none"> - Austausch zwischen Projektverantwortlichen und Akteurinnen und Akteuren, um Darstellungen kultursensibel anzupassen (beispielsweise Darstellung eines Mundes, um Oralsex thematisieren zu können).
<ul style="list-style-type: none"> □ Konfliktthema Homosexualität (1.2.2) 	<ul style="list-style-type: none"> - Homosexualität ist als Begriff/ als Beziehungskonzept nicht bekannt 	<ul style="list-style-type: none"> - Auf den Begriff ‚Homosexualität‘ verzichten; stattdessen das Risiko (Analsex), welches mit homosexuellen Sexualpraktiken verbunden ist, benennen bzw. thematisieren
<ul style="list-style-type: none"> □ Konfliktthema Präservativ – Üben am Modell (1.2.2) 	<ul style="list-style-type: none"> - Verteilung von Präservativen wird von Verantwortlichen der Umsetzungs-Orte häufig nicht erlaubt - Sekundarschülerinnen und Sekundarschülern sollen Verwendung des Präservativs nicht am Modell üben - Keine Informationen über Zugangsmöglichkeiten zu weiblichen Kondomen 	<ul style="list-style-type: none"> - Vorgehensweise mit Verantwortlichen aushandeln. Wenn Holzpenis als zu provokant empfunden wird, darauf verzichten und Handhabung des Kondoms mit Hilfe der Finger zeigen/ üben lassen. - Verteilungsmöglichkeit von Kondomen sicherstellen. - Informationen an Zielgruppe, wo günstig an Kondome zu gelangen ist (für jeden Einsatzort erfragen). Falls keine Zugangsmöglichkeiten zu weiblichen Kondomen vorhanden sind, sollte dies zumindest nicht unerwähnt bleiben.
III/1.3:Gesellschaftlicher Kontext		
<ul style="list-style-type: none"> □ Empfohlene Schutzmaßnahmen ‚Partnertreue‘ und ‚Enthaltsamkeit‘ (1.3.1) 	<ul style="list-style-type: none"> - Im mosambikanischen Kontext gehören sexuelle Beziehungen mit mehreren Partner/innen zum Lebensalltag (<i>modernisierte Form der Polygamie</i>) 	<ul style="list-style-type: none"> - Handlungsempfehlung ‚Schutz durch Kondom‘ sollte eindeutig Priorität vor den Empfehlungen ‚Partnertreue‘ und ‚Enthaltsamkeit‘ haben.

<ul style="list-style-type: none"> □ Keine Zeit für Schutz - Rapidinhas (1.3.1) 	<ul style="list-style-type: none"> - Flüchtige, unverbindliche Sexualkontakte (<i>Rapidinhas</i>) gehören zum Alltag - Umsetzbarkeit von Enthaltsamkeit ist fraglich 	<ul style="list-style-type: none"> - ‚Partnertreue‘ als Handlungsempfehlung sollte für die Zielgruppen klar definiert werden (Treue= Sex mit nur <i>einer/ immer derselben</i> Person). - Die Umsetzbarkeit von ‚Treue‘ und ‚Enthaltsamkeit‘ sollte unter der Zielgruppe bewusst zur Diskussion gestellt werden. - Neben dem Begriff „sexuelle Beziehung“ als Synonym für sexuellen Verkehr, sollten gezielt auch die unverbindlichen ‚<i>Rapidinhas</i>‘ angesprochen werden. - <i>Rapidinhas</i> zum Beispiel an der Station ‚Übertragungswege‘ durch bildliche Darstellung (bspw. Pärchen hinter einem Baum.) oder an der Station ‚Körpersprache‘ aufnehmen.
<ul style="list-style-type: none"> □ Vorurteile gegen den Schutz an sich (1.3.1) 	<ul style="list-style-type: none"> - Präservativ wird in der Gesellschaft als Träger des HI-Virus gedeutet 	<ul style="list-style-type: none"> - Thematisierung und Entkräftung dieser Deutung im Parcours (bspw. Station ‚Schutz‘).
<ul style="list-style-type: none"> □ Geld oder Waren statt Schutz (1.3.1) 	<ul style="list-style-type: none"> - Sexuelle Dienstleistungen im Austausch gegen Waren (<i>Transactional Sex</i>) gehören zum Alltag und werden von den Beteiligten nicht mit Prostitution gleichgesetzt. 	<ul style="list-style-type: none"> - Andere Begriffe als ‚Prostitution‘ oder ‚Sexarbeit‘ aus der Alltagssprache identifizieren, mit deren Hilfe bei der Station ‚Körpersprache‘ auf <i>Transactional Sex</i> bzw. auf das damit zusammenhängende Infektionsrisiko eingegangen werden kann.
<ul style="list-style-type: none"> □ Sexuelle Gewalt, Missbrauch und Gruppenvergewaltigung (1.3.1) □ Umdeutungen(1): Frauen in der Verantwortung 	<ul style="list-style-type: none"> - Gendersensibles Potential erfährt Umdeutung. Beispielsweise bei der Thematisierung von <i>Vulnerabilität</i> der Frau an der Station ‚Schutz‘ oder ‚Sexuelle Gewalt‘ an der Station ‚Körpersprache‘ 	<ul style="list-style-type: none"> - Sensibilisierung und Stärkung der <i>Facilitators</i> für genderspezifische Fragen und Verhaltensweisen (Gesellschaft/ Parcours) - Genaue Ziel- bzw. Antwortvorgaben (Manual)

III/2:(Um)deutungen (3)		
<ul style="list-style-type: none"> □ Von welchen Grundannahmen können wir ausgehen? (2) 	<ul style="list-style-type: none"> - Basiswissen, als Voraussetzung für Erweiterung der persönlichen Handlungskompetenz, kann offenbar nicht gemeinhin vorausgesetzt werden. 	<ul style="list-style-type: none"> - Einführungsrunde, in der kurz die Übertragungssekrete erläutert werden, eventuell unter zur Hilfenahme einer einprägsamen Darstellung, die für die Dauer der Parcoursimplementierung für alle Teilnehmenden sichtbar bleibt. - (Oder) ergänzende (kleine) Darstellung an allen Stationen, auf die prinzipiell zu Beginn des Parcours an der jeweiligen ersten Station Bezug genommen, bzw. die bei Bedarf von den <i>Facilitators</i> hinzugezogen werden kann. - Der Begriff , <i>relação sexual</i> (sexuelle Beziehung) sollte für die Zielgruppe differenziert bzw. erklärt werden (was verstehen wir alles unter der ‚sexuellen Beziehung‘?); deutlich machen, dass hier nicht nur Paarbeziehung sondern auch flüchtige Sexualkontakte gemeint sind.
III/3: Praxistransfer		
<ul style="list-style-type: none"> □ Umsetzung der Personalen Kommunikation (3.2) 	<ul style="list-style-type: none"> - Zielgruppen verhalten sich insgesamt eher passiv - Unsicherheiten bei der Fragenformulierung an der Station ‚Sexuell übertragbare Erkrankungen‘ und bei den Frageformen an der Station ‚Schutz‘. - Unsicherheiten in der Methodenanwendung allgemein 	<ul style="list-style-type: none"> - Hervorhebung des Wettbewerbsaspekts - Vorgegebene Fragen ausformulieren (auf offene Fragestellungen achten) - Erwünschte Antwortmöglichkeiten (für <i>Facilitators</i>) hinzufügen - Gewährleistung einer Teilnahme am zweiwöchigen Moderationstraining für alle <i>Facilitators</i> - Regelmäßige Auffrischkurse, Gendersensible Weitebildungen. <i>Monitoring</i>

Abbildung 12: Problemanalyse/ Empfehlungen für den FCP (tabellarisch). (Eigene Zusammenstellung 2007)

V Literaturverzeichnis

Agar, M.H. 1980: The professional Stranger. New York: Academic Press. In: Flick, U. 2005, Seite 93.

Ajzen, I. & Fishbein, M. (1980): Understanding Attitudes and Predicting Behavior. Englewood Cliffs. In Seibt 2003: Theorie des rationale Handelns und Theorie des geplanten Verhaltens.

Backes, H. (2003): Peer Education. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.), 176 – 179.

Bandura, A (1986): Social Foundations of Thought and Action.-A Social Cognitive Theory. Englewood Cliffs. In Seibt, A. 2003: Soziale Lerntheorie.

Bandura, A (1998): Health promotion from the perspective of social cognitive theory. Psychology and Health, 13 (4), 623-649. In Pant, A. 2003: Sexualverhalten.

Bukali de Graça, F. (2002): HIV/ AIDS prevention and care in Mozambique, a social cultural approach. Literature and institutional assessment, and case studies on Manga, Sofala Province and Morrumbala District, Zambézia Province. UNESCO (Hg.), Maputo 2002.

BZgA (Hg.) (2003): Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden der Gesundheitsförderung. 4. Erweiterte und überarbeitete Auflage. Fachverlag Peter Sabo.

BZgA & GTZ (Hg) (2005): Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit. Der Mitmach-Parcours wirkt weltweit. AIDS Prävention auf neuen Wegen. Ohne Ortsangabe.

Civic, D., Wilson, D. 1996: Dry sex in Zimbabwe and implications for condom use, in: Social Science and Medicine, vol 41, no. 1, S. 91-98. Zitiert in Schäfer, R.

Clement, U. (1986): Sexualität im sozialen Wandel. Eine empirische Vergleichsstudie an Studenten 1966 und 1981. Stuttgart: Enke. Zitiert in Kleiber et al. 1990: 5.

CNCS (2007): Conselho Nacional de Combate ao HIV/ SIDA, Secretariado Executivo: Relatório das Revisão Conjunta da Componente de HIV e SIDA. República de Moçambique, Março de 2007.

David R. / Neil M. Orr (2003): Conheça o SIDA. Vida Positiva: Sim, eu posso! Tu também. Nelspruit North, 1209, África do Sul. Impresso sob licença exclusiva do Conselho Nacional de Combate ao HIV/ SIDA (CNCS) Maputo, Moçambique.

Enzensberger, H.M. (1985): Eurozentrismus wider Willen. Ein politisches Vexierbild. In: Politische Brosamen. Shurkamp Taschenbuch Verlag. Erste Auflage 1985. Frankfurt am Main 1982.

Flick, U. (2005): Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. Vollständig überarbeitete und erweiterte Neuausgabe. 3. Auflage September 2005. Rowohlt Taschenbuchverlag, Reinbek bei Hamburg, Juni 2002.

Fórum Mulher (2006): Para Além das Desigualdades 2005. A Mulher em Moçambique. Women in Development. Southern Africa Awareness. Fórum Mulher, SARDC, 2006.

Goebel, Allison (2002): ‚Men these days, they are the problem‘, husband-taming herbs and gender wars in rural Zimbabwe, in: Canadian Journal of African Studies, vol. 36, no. 3, S.460-489. Zitiert in Schäfer, Rita.

Greifeld, Katharina (2001): Einführung in Konzepte von „Gesundheit“ und „Krankheit“. In: Diesfeld, H.J./ Falkenhorst, G./ Razum, O./ Hampel, D. (Hg.) 2001: Gesundheitsversorgung in Entwicklungsländern. Medizinisches Handeln aus bevölkerungsbezogener Perspektive. 2. Auflage. Springer-Verlag Berlin, Heidelberg, New York.

GTZ (2007a): Deutsche Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit. Angebot. Multisektorale HIV/ Aids Bekämpfung Mosambik. Projektnummer: 2007.2065.6.

Health Focus/AGEG/GTZ (2006): Promotion & Gesundheit & Medien. Zwischenbericht zum Mitmach-Parcours in Mosambik. Beira.

Kleiber, D.; Beckmann, Herbert; Pforr, Petra; Velten, Doris (1990): Jugendsexualität und Kondomgebrauch. Ansatzpunkte für eine handlungsorientierte Aids-Prävention. Ergebnisse einer empirisch-qualitativen Untersuchung. Sozialpädagogisches Institut Berlin (spi), 2. Auflage, Berlin.

Lachenmann, G. 1982: Entkolonialisierung der Gesundheit – Theorie und Praxis der Gesundheitsversorgung in Namibia und Benin. Dissenhofen..

Lamnek, S. (1995): Qualitative Sozialforschung. Band 2. Methoden und Techniken, 3. korrigierte Auflage. Beltz, Psychologie Verlags Union., Weinheim .

Manual (2007): O Faça Comigo o Percurso sobre Amor, SIDA e Sexualidade. GTZ-Saúde, Maputo.

Mayntz, R./ Holm, K./ Hübner, P. (1968, 1974): Einführung in die Methoden der empirischen Soziologie (Seite 151), Köln, Opladen. In Flick, U. 2005, Seite 172.

Mayring, P. 2000: Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Beltz. 7. Auflage. Deutscher Studienverlag, Weinheim.

Mc Alister AL. et al. (1980): Pilot Study of Smoking, Alcohol and Drug Abuse, in American Journal of Public Health, 70 (7), 719-721 zitiert in Seibt 2003c.

Oerter, R. & Dreher, E. 2002: Jugendalter (Kapitel) in Oerter, R.; Montada, L. (Hg.) 2002:Entwicklungspsychologie. 5. Vollständig überarbeitete Auflage. Beltz Verlage, Weinheim, Basel, Berlin.

Pant, A. 2003: Sexualverhalten. In: Jerusalem, M. & Weber,H. (Hg.) 2003: Psychologische Gesundheitsförderung. Hogrefe-Verlag, Göttingen, Bern, Toronto. (269 – 289).

Peersman, G.; Levy, J. (1998): Focus and effectiveness of HIV-prevention efforts for young people. AIDS 1996, 10 (supl. 3): S27-S31.

PARPA II (2006): Plano de Acção Para A Redução Da Pobreza Absoluta 2006 – 2009 (PARPA II). Versão Final Aprovada pelo Conselho de Ministros aos 02 de Maio de 2006. República de Moçambique (MISAU).

PESS 2005 – 2012: Health Sector Strategic Plan 2001 – 2005 – 2012. República de Moçambique (MISAU).

Riedlberger, I. (2007): Prüfung des Neuansatzes für ein HIV/ AIDS-Querschnittsvorhaben in Mosambik. Beitrag zur Projektprüfung und zur Operationalisierung des Teilziels der Verankerung von Genderaspekten.GTZ Vorhaben HIV/ AIDS-Bekämpfung in Mosambik PN 03.2231.3-001.00.

Roth, M.; Rudert, E. & Petermann, H.: Prävention bei Jugendlichen. In: Jerusalem, M. & Weber,H. (Hg.) 2003: Psychologische Gesundheitsförderung. Hogrefe-Verlag, Göttingen, Bern, Toronto. (399 – 418).

Rundbrief (2006).: Mosambik-Rundbrief Nr. 70, Zeitschrift Koordinierungskreis Mosambik e.V., Zur HIV/ AIDS Bekämpfung in Mosambik. Umsetzung hakt, Aschoff, P., Seite 25.

Russel, B. 1988: Research methods in cultural anthropology. Newbury Park 1988.

Schütz, A. (1972): Der Fremde. In: A. Schütz, Gesammelte Schriften (Bd. 2). Den Haag: Nijhoff, S. 53-69. In Flick, U. 2005:94.

Schmidt, G., Klusmann, d.; Renter, K. & Radizi, R. (1989): Jugendsexualität und Aids. Ergebnisse einer Untersuchung an Hamburger Schülerinnen und Schülern. Zeitschrift für Sexualforschung 2, 42 – 54. Zitiert in: Kleiber et al. 1990:5, 6.

Seibt, A. (2003a): Das Pantheoretische Modell. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.) 2003, 167 - 169.

Seibt, A. (2003b): Transtheoretisches Modell der Phasen der Verhaltensänderung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.) 2003, S.233 – 235.

Seibt, A. (2003c): Soziale Lerntheorie. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.) 2003, 206 – 208.

Seibt, A. (2003d):Theorie des rationalen Handelns und Theorie des geplanten Verhaltens. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.) 2003, 231 - 232.

SIDA (2006): Swedish International Development Cooperation Agency: Towards Gender Equality in Mozambique – A Profile of Gender Relations – Update 2006. Maputo, January 2007, zitiert in Riedlberger 2007:8.

Siegusch, V. und Schmidt, G. (1973): Jugendsexualität. Dokumentation einer Untersuchung. Stuttgart: Enke. Zitiert in Kleiber et al.1990:5.

Strauss, A. & Corbin, J. 1990: Basics of qualitative research. Grounded theory procedures and techniques. Newbury Park: Sage. Deutsche Fassung: Grounded Theory. : Grundlagen qualitativer Sozialforschung. Beltz, Psychologie Verlags Union, Weinheim 1996.

Schütz, A. 1971 - 1972: Gesammelte Schriften (Bd. 1-2). Den Haag: Nijhoff. In: Flick, U. 2005, Seite 96.

UNAIDS (1999): Sexual behavioural change for HIV: Where have theories taken us? UNAIDS/ 99.27E. Best Practice Collection. Key Material. UNAIDS, Genf.

UNAIDS (2006b): 2006 Report on The Global AIDS Epidemic. A UNAIDS 10th anniversary special edition. UNAIDS, Genf.

CD-Rom

➤ Internetquellen:

BMZ (Hg) (2007): Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung. Länder und Regionen> Partnerländer> Mosambik.
www.bmz.de/de/partnerlaender/mosambik/index.html (02.10.2007).

DED (2007): Deutscher Entwicklungsdienst (DED): Mosambik. Rahmenbedingungen.
http://www.ded.de/cipp/ded/custom/pub/content,lang,1/oid,291/ticket,g_u_e_s_t
(02.10.2007)

GTZ (2007b): Deutsche Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit. Die GTZ in Mosambik. <http://www.gtz.de/de/weltweit/afrika/591.htm> (02.10.2007).

INE (2007): Instituto Nacional de Estatística. Mozambique: O País 2007.
http://www.ine.gov.mz/o_pais/painel_o_pais (28.05.2007).

INWENT (2007): Internationale Weiterbildung und Entwicklung GmbH. Mosambik.
Seite 2: Geschichte, Staat & Politik. www.inwent.org/v-ez/lis/mozambi/seite2.htm.
(02.10.2007) .

MISAU (2007): Ministério da Saúde Moçambique, HIV/ SIDA; Copyright (2005 – 2007)
MISAU Developed by Mzbuisness.com. www.misau.gov.mz/pt/hiv_sida (30.09.2007).

Reschka, B. (2004): Der Beitrag kultureller Normen bei der Ausbreitung von HIV und Aids im südlichen Afrika. Fachtagung: Internationale Situation zu HIV und Aids.
[www.Frauenforschung.fh-kiel.de/ Vortraege/ FachtagungAIDS.pdf](http://www.Frauenforschung.fh-kiel.de/Vortraege/FachtagungAIDS.pdf). (10.09.2007).

Schäfer, R. :Gender, Armut und HIV/ AIDS im südlichen Afrika. http://www.gender.hu-berlin.de/w/files/ztg_bulletin_2930/schaefer_rita__gender_armut_und_hiv_aids_im_suedlichen_afrika_bulletin_2930.pdf. Veröffentlichung vermutlich 2005 (keine genaue Angabe). (20.08. 2007).

UNAIDS (2007): Uniting the World against AIDS. Mozambique. Country Situation Analysis. www.unaids.org/en/Regions_Countries/Countries/mozambique.asp
(30.09.2007).

UNAIDS (2006a): Die AIDS-Epidemie. Statusbericht. Dezember 2006. UNAIDS und WHO. http://data.unaids.org/pub/EpiReport/2006/2006_EpiUpdate_de.pdf. (01.10.2007)

UNDP(2005): Human Development Report 2006, Human development index. http://hdr2006/statistics/countries/data_sheets/cty_ds_MOZ.html (28.05.2007)

United Nations (2001): Resolution adopted by the General Assembly. S-26/2. *Declaration of Commitment on HIV/ AIDS*. www.un.org/ga/aids/docs/acess262.pdf. (20.08.2007) .

WHO (2005): World Health Organization, Mozambique, Summary Country Profile for HIV/AIDS Treatment Scale-Up, December 2005. Abrufbar unter: <http://www.who.int/countries/moz/en> (26.05.2007).

➤ Eigene Beiträge:

Beobachtungen zum Praxistransfer: Protokolle der teilnehmenden Beobachtung an den Untersuchungsorten Inhambane, Beira und Manica (eigene Erstellung 2007).

Transkriptionen und Einordnung der Aussagen in das Kategoriensystem (eigene Erarbeitung 2007)

Anhang 1: Epidemiologischer Trend der HIV-Infektionen nach Regionen

Region	2001	2002	2003	Region	2001	2002	2003
Maputo Stadt	15,5 %	17,3 %	20,7 %	Süden	14,4 %	14,8%	18,1 %
Provinz Maputo	14,9 %	17,4 %	20,7 %				
Gaza	19,4 %	16,4 %	19,9 %				
Inhambane	7,9 %	8,6 %	11,7 %				
Sofala	18,7 %	26,5 %	26,5 %	Zentrum	16,8 %	16,7 %	20,4 %
Manica	18,8 %	19,0 %	19,7 %				
Tete	16,7 %	14,2 %	16,6 %				
Zambézia	15,4 %	12,5 %	18,4 %	Norden	6,8 %	8,4%	9,3%
Niassa	5,9 %	11,1 %	11,1 %				
Nampula	7,9 %	8,1 %	9,2 %				
Cabo Delegado	5,0 %	7,5 %	8,6 %				
National					13,0%	13,6%	16,2%

Abbildung 13: Vergleich der HIV-Prävalenzen unter den Erwachsenen (15-49 Jahre) auf Provinz- und Nationalniveau, 2001 – 2004 (MISAU 2007)

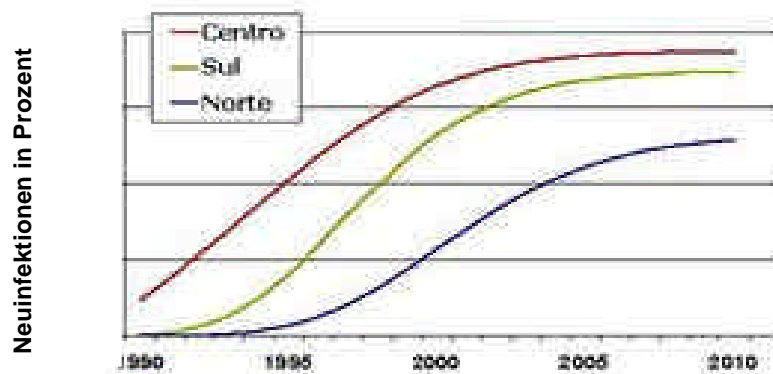


Abbildung 14: Geschätzte HIV-Prävalenz bei Erwachsenen (15 bis 49 Jahre), geordnet nach Region. Zentrum (rot). Süden (grün). Norden (blau) (MISAU, 2007).

Anhang 2: HIV-Indikatoren für Mosambik

INDIKATOREN (Schätzungen)	
Anzahl der Menschen, die 2006 mit HIV leben	1 800 000 [1 400 000 – 2 200 000]
HIV- Prävalenz unter den Erwachsenen (15 bis 49Jahre)	16,1 [12.5 – 20.0] %
HIV-positive Erwachsene ab 15 Jahre	1 600 000 [1 300 000 – 2 000 000]
HIV-positive Frauen ab 15 Jahre	960 000 [590 000 1 300 000]
Bereits an Aids verstorben	140 000 [75 000 – 310 000]
HIV-positive Kinder im Alter von 0 bis 14 Jahren	140 000 [57 000 – 310 000]
Aids-Waisen von 0 bis 17 Jahren	510 000 [390 000 – 670 000]
NATIONALE PROGRAMME	
Prozentualer Anteil der Frauen und Männer, die eine antiretrovirale Therapie erhalten	9,0 %
Schulbesuch von Aids-Waisen	63,0 %
Schulbesuch von Nicht-Waisen	78,0 %
WISSEN und VERHALTEN	
Prozentualer Anteil junger Menschen zwischen 15 und 24, die die Schutzmöglichkeiten vor einer HIV-Infektion richtig identifizieren	Männer: 33,0 % Frauen: 20,0%
Prozentualer Anteil junger Menschen zwischen 15 und 24, die in den letzten 12 Monaten Sex mit einer/m Gelegenheitspartner/in hatten	Männer: 84,0 % Frauen: 37,0 %
Prozentualer Anteil junger Menschen zwischen 15 und 24, die früher als mit 15 Sex hatten	Männer: -% Frauen: 27,7 %
Prozentualer Anteil junger Menschen zwischen 15 und 24, die das letzte Mal beim Sex mit einem Gelegenheitspartner ein Kondom benutzt haben	Männer: 33,0 % Frauen: 29,0 %

Abbildung 15: HIV Indikatoren für Mosambik. Schätzungen für 2006 (nach UNAIDS 2007).

Anhang 3: Durchführungsdaten des Mitmach-Parcours in Mosambik

Provinz	Männer	Frauen	Total	Teilnehmende
Manica	10. 241	6. 717	16. 958	Schulen und Berufs- Bildungseinrichtungen
	661	187	848	Kasernen und Schulen
Sofala	3. 318	1. 672	4. 990	Schulen und Berufs- Bildungseinrichtungen
	383	329	712	Märkte, Kasernen und Bildungseinrichtungen
AJULSID (NRO1)	737	187	924	Straßenbauarbeiter/innen
	720	153	873	Arbeiter/innen in der Zuckerfabrik Matambisse (06 – 10/02/2006)
PHABODZI (NRO2)			37	Student/innen der katholischen Universität (UCM), medizinische Fakultät
Inhambane	5. 237	4. 134	9. 371	Schulen und Berufsbildungseinrichtungen von Inhambane
Total	20. 649	13. 379	34. 713	Gesamtzahl der Teilnehmenden von 2005 und 01/ 2006

Abbildung 16: Durchführungsdaten des Mitmach-Parcours in Mosambik im Jahr 2005 bis Februar 2006 (Health Focus/AGEG/GTZ 2006: 8)

Anhang 4: Station ‚Schutz‘ – Vorgegebene Fragen im mosambikanischen FCP



Abbildung 17: Station ‚Schutz‘. Implementierung in einer Sekundarschule der Provinz Manica (eigene Aufnahmen 2007)

1. Über das Präservativ sprechen

Fragen:

1. Was ist der ideale Moment, um das Präservativ zu benutzen?
2. Was mache ich, wenn ich eine ‚sexuelle Beziehung‘ haben möchte, und kein Präservativ bei mir habe?
3. Nur Leute, die nicht treu sind, benutzen das Präservativ – richtig oder falsch?
4. Schützt mich das Präservativ nur vor einer Infektion mit HIV?
5. Was sollte ich unbedingt vor der Benutzung eines Präservativs überprüfen?
6. Wie oft kann das Präservativ benutzt werden?
7. Gibt es Präservative für Frauen?
8. Was ist der beste Ort, um ein Präservativ aufzubewahren?
9. Ist es möglich, dass Pärchen sich über Sex unterhalten? Wie sollte ich mit meiner Freundin/ meinem Freund über den Gebrauch des Präservativs sprechen? Kann die Freundin ihrem Freund das Präservativ überstreifen?
10. Ist das weibliche Präservativ so effizient wie das männliche?
11. Ist der Gebrauch des Präservativs notwendig, wenn beide Partner HIV positiv sind?
12. Was sollten wir mit einem Präservativ machen, nachdem wir es benutzt haben?

2. Über klinische Aspekte sprechen

Fragen:

1. Ist es sicher, im Krankenhaus eine Transfusion zu erhalten?
2. Was für Vorsichtsmaßnahmen muss ich treffen, wenn ich bei jemandem *Erste Hilfe* leisten möchte?
3. Kann man HIV bekommen, wenn man Blut spendet?

4. Auf welche Art kann eine bestehende sexuell übertragbare Erkrankung das Risiko erhöhen, sich mit HIV zu infizieren?
5. Warum ist die Übertragung von HIV von einem Mann auf eine Frau allgemein einfach?
6. Worauf sollten HIV-positive Personen normalerweise bei ihrer Ernährung achten?
7. Was ist TARV und welche Vorteile hat es ?
8. Heilt TARV? – Warum?
9. Was ist eine gute Ernährung?

3. Über soziale Aspekte sprechen

Fragen:

1. Ein echter Mann ist jemand, der Geschlechtsverkehr (*relações sexuais*) mit vielen Frauen hat. Richtig oder falsch?
2. Wenn jemand ‚nein‘ zur sexuellen Beziehung sagt, heißt das ‚vielleicht‘, und ‚vielleicht‘ bedeutet ‚ja‘. Richtig oder falsch?
3. Wenn ein Mann einer Frau etwas schenkt, sollte die ‚[sexuelle] Beziehung‘ als Bezahlung dienen. Richtig oder falsch?
4. Könnte es stimmen, dass es Fälle gibt, in denen sich Personen wegen eines Kusses mit HIV angesteckt haben?
5. Wie kann ‚trockener Sex‘ die Möglichkeit erhöhen, sich mit HIV anzustecken?
6. Auf welche Art können traditionelle Zeremonien (*pita kufa, pita moto* etc.) dazu führen, dass sich ein Individuum mit HIV ansteckt?
7. Geht ein polygamer Mann ein höheres Risiko ein, sich mit HIV zu infizieren?
8. Wie können Alkohol und andere Drogen das Infektionsrisiko erhöhen?
9. Warum sind jugendliche Mädchen am vulnerabelsten/ verletzlichsten für eine HIV-Infektion?
10. Kann eine Jungfrau HIV positiv sein?
11. Können sich zwei Jugendliche im selben Alter mit HIV anstecken ?

4. Über den HIV-Test sprechen

Fragen:

1. Ist es möglich, dass jemand, der mit HIV infiziert ist, länger als 20 Jahre lebt?
2. Was ist das ‚Zeitfenster‘?
3. Wenn Du mit HIV infiziert bist – was ist zu tun?
4. Was solltest Du bei einem negativen HIV-Test tun?
5. Warum ist es für eine schwangere Frau so wichtig, den HIV-Test zu machen?
6. Wo macht man den Test?
7. Wie lange dauert der Test?
8. Warum ist es wichtig, den HIV-Test zu machen?
9. Wie oft macht man den Test?

10. Kann HIV behandelt werden?
11. Was sollte getan werden, wenn der Test positiv ist?
12. Wer sollte den Test machen?
13. Warum lehnen Leute den Test ab?
14. Sind die meisten Babys, die von Müttern mit HIV geboren werden, mit HIV infiziert?

5. Über den Schutz sprechen

Fragen:

1. An welchen Stellen kann man sich ausführlicher über HIV/ Aids informieren?
2. Ist die beste Art, eine Ansteckung mit HIV zu vermeiden, überhaupt keinen Sex zu haben oder sich [situativ] zu enthalten?
3. Jemand, der sich aufreizend anzieht oder benimmt tut dies, um ‚sexuelle Beziehungen‘ zu haben. Richtig oder falsch?
4. Wenn ein Junge oder ein Mädchen sich dazu einladen lässt, alleine zu jemandem nach Hause zu gehen – ist das, weil es/ sie eine ‚sexuelle Beziehung‘ haben möchte?
5. Es liegt in der Verantwortung der Frau zu entscheiden, bis zu welchem Punkt man in einer Beziehung sexuell gehen kann. Richtig oder falsch ?
6. Wenn jemand ‚nein‘ zu einer ‚sexuellen Beziehung‘ sagt – bedeutet das, dass diese Person die andere nicht mag?
7. Wenn eine Frau ein Präservativ im Portemonai hat – bedeutet dies, dass sie viele Sexualpartner hat?
8. Wie kann ein ‚Heiler‘ für seine Behandlungen Rasierklingen benutzen, ohne ein Risiko einzugehen?

(Aus: Manual 2007; eigene Übersetzung).



Abbildung 18: Feedbackrunde des FCP in einer Strafvollzugsanstalt von Beira (eigene Aufnahme 2007)

Anhang 5: Station ‚Körpersprache‘. Begriffe für die pantomimische Darstellung



Abbildung 19: Station ‚Körpersprache‘. Implementierung in einer Sekundarschule der Provinz Manica (eigene Aufnahme 2007)

Begriffe im originären MMP	Begriffe im FCP	
Schwul/lesbisch sein	Homosexualität (<i>Homosexualidade</i>)	
Zungenkuss	Kuss (<i>Beijo</i>)	
Ein Kondom überrollen	Kondomgebrauch (<i>Utilização do Preservativo</i>)	
Petting	Masturbation (<i>Masturbação</i>)	
Blind vor Liebe	Unterhaltung (<i>Entredimento</i>)	
Macho	Sexuell übertragbare Erkrankungen (<i>DTS</i>)	
Schmusen	Sexuelle Gewalt (<i>Agressão Sexual</i>)	
Das erste Mal	Gewalt (<i>Agressão física</i>) -	
Flirten	ANDA (Manica)	AJULSID (Sofala)
Knutschfleck	Prostituieren (<i>Prostituir</i>)	Sexarbeiterin (<i>Trabalhadora do Sexo</i>)
Liebeskummer	Liebe (<i>Amor</i>)	Sex (<i>Sexo</i>)
Seitensprung	Betrug (<i>Traição</i>)	Treue (<i>Fidelidade</i>)
Herzklopfen	(Sich) verlieben (<i>Apeixionar</i>)	Schwangerschaft (<i>Gravidez</i>)
Miteinander streiten	Streiten (<i>Brigar</i>)	Drogen und Alkohol (<i>Droga e alcool</i>)
Heiraten	Lesbentum (<i>Lesbianismo</i>)	Banane, Apfelsine (<i>Banana, Laranja</i>)
Eifersüchtig sein	Eifersucht (<i>Ciúme</i>)	Persönliche Hygiene (<i>Higiene Pessoal</i>)
Sich trennen	Polygamie (<i>Poligamia</i>)	Händedruck (<i>Aperto de mão</i>)
Schüchtern sein		Maiskolben (<i>Papas de Milho</i>)

Abbildung 20: Begriffe der Station ‚Körpersprache‘ im deutschen MMP (BZgA>Z 2005:35) und im mosambikanischen FCP (eigene Beobachtungen 2007).

Anhang 6: Station ‚Sexuell übertragbare Erkrankungen‘. Themenvorgaben.

Bei der Station ‚Sexuell übertragbare Erkrankungen‘ sind zu fünf verschiedenen Themenkomplexen Bilder und Stichworte vorgegeben, die mit Hilfe der *Facilitators* in Zusammenhang gebracht und von der Gruppe diskutiert werden sollen:

Themenkomplex	Vorgegebene Stichworte
<p>1. Übertragungsformen</p> 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sexueller Verkehr, anal oder oral, mit einer Person, die eine sexuell übertragbare Erkrankung hat ▪ Kulturelle Vorbehalte ▪ Ungeschützte Beziehung mit verschiedenen Partnern ▪ Nicht vorschriftsgemäßer Gebrauch des Präservativs ▪ Fehlende Intimpflege ▪ Handtuch teilen ▪ Vulnerabilität der Frau ▪ Umarmung und Kuss
<p>2. Vorsichtsmaßnahmen oder Vorbeugung</p> 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vorschriftlicher Kondomgebrauch in Gelegenheitsbeziehungen ▪ Beratungsangebot nutzen ▪ Die Partnerin mit zum Gesundheitsposten nehmen ▪ Keine sexuellen Akte eingehen ▪ Enthaltbarkeit ▪ (Partner-)Treue
<p>3. Signale und Symptome</p> 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ausfluss ▪ Schmerzen beim Wasserlassen ▪ Schmerzen und Fieber ▪ Weißer Ausfluss mit schlechtem Geruch



<p>4. Behandlungsarten</p> 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Angemessene Medikamenteneinnahme für eine STD ▪ Besuch eines Testzentrums (GATV) ▪ Behandlung von opportunistischen Erkrankungen ▪ Umgehend einen Gesundheitsposten aufsuchen
<p>5. Folgen einer unangemessenen Behandlung gegen eine STD</p> 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Frühgeburten ▪ Erblindung der Frühgeborenen ▪ Eileiterschwangerschaft ▪ Untreue ▪ Sterilität ▪ Spontanaborte

Abbildung 21: Station Sexuell übertragbare Erkrankungen. Themenkomplexe und dazu vorgegebene Stichworte (Manual 2007; eigene Übersetzung).



Abbildung 22: Station ‚Sexuell übertragbare Erkrankungen‘. Implementierung in einer Sekundarschule der Provinz Manica (eigene Aufnahme 2007)



Abbildung 23: Implementierungen des FCP in einer Kaserne in Beira (Sofala). (eigene Aufnahmen 2007)

Anhang 7: Gesprächseinstieg bei den Leitfadeninterviews

„Erst einmal vielen Dank dafür, dass Du bereit bist, mit mir über Deine Arbeit und Deine Meinungen zu sprechen. Dieses Interview ist Teil einer Untersuchung, mit der die HIV-Prävention in Mosambik verbessert werden soll. Dazu sind Deine Erfahrungen als Spezialist/ Spezialistin aber auch Deine Erfahrungen als junger Mensch sehr wichtig. Du kannst hier alles erzählen, was Dir einfällt, für mich als Fremde ist alles wichtig.

Alles, was wir hier besprechen bleibt unter uns. Weder Mitglieder Deiner Gruppe noch Leute von der GTZ oder jemand anderes wird erfahren, was Du gesagt hast. Die Informationen gehen anonym in das Ergebnis ein.

Wenn es Dich nicht stört, würde das Gespräch gerne aufnehmen, damit ich mich später an alles erinnere. Wenn Du das nicht möchtest, können wir es aber auch weg lassen.

Ich habe einige Fragen, die ich mir zu meiner Orientierung mitgebracht habe. Es sind vier Blätter. Es sieht mehr aus, als es ist, vieles wird sich wahrscheinlich von alleine klären. Wenn Du Fragen hast, kannst Du sie natürlich auch stellen.

Bist Du bereit?“

Anhang 8 : Leitfaden vor und nach den *Pretests* der Untersuchung

Leitfaden I, Stand 26.03.2007	Leitfaden II, Endfassung, Stand 15.04.2007
Gesprächseinstieg	Gesprächseinstieg
Arbeit als Moderator im MMP Mich interessiert Deine Arbeit als Moderator im MMP. Erzähle doch bitte einmal, wie Du dazu gekommen bist, dort zu arbeiten, wie der Anfang von allem war, was Du dort für Aufgaben hast, wie dir diese Arbeit gefällt etc.	Arbeit als Moderator im MMP Als erstes möchte ich gerne über Deine Arbeit im MMP sprechen. Wir würden gerne wissen, was wir an dem Programm verbessern können, deshalb ist es wichtig, dass Du auch Dinge sagst, die Dir nicht gefallen. Das kann uns sehr helfen. Erzähle doch bitte einmal, wie Du dazu gekommen bist, dort zu arbeiten.
1. Was war deine Motivation für die Arbeit in der HIV-Prävention?	1. Hattest Du eine bestimmte Motivation?
2. Hast Du vorher schon einmal als Moderator gearbeitet?- Wo?	2. Was hast Du im Moderatorentraining gelernt?
3. Wie war das Moderationstraining?	3. War die Zeit ausreichend, um die neue Methode zu lernen?
4. War die Trainingszeit ausreichend?	4. Wie hast Du Dich gefühlt als Ihr so offen über Sexualität gesprochen habt? – Wie war das bei den anderen Frauen/ Männern in der Gruppe? Was hat geholfen?
5. Bitte, erklär mir deine Aufgaben beim Parcours.	5. Welche Station magst Du am liebsten/ nicht so gerne und warum?
6. Bekommst Du genügend Unterstützung oder sollte es mehr sein?	6. Bekommst Du genügend Unterstützung? – Von wem?
7. Ist das Honorar ausreichend, um deine Familie zu ernähren?	7. Ist das Honorar ausreichend?
8. Was findest Du am MMP besonders gut?	8. Was findest Du besonders gut am Programm?
9. Was ist nicht so gut?	9. Wenn Du etwas am MMP verändern könntest, was wäre das?
10. Findest Du, man merkt dem Programm an, dass es aus Deutschland kommt?	10. Findest Du, man merkt dem Programm an, dass es von woanders her kommt?
11. Vermittelt das Programm Werte, die Dir fremd waren?	11. Verstehen die Teilnehmenden die Begriffe, die verwendet werden?
12. Hat die Arbeit beim MMP irgendetwas in Deiner Handlungs- oder Denkweise verändert?	12. Gibt es genügend Material für die Jugendlichen?
13. Findest Du, dass es Durch die Arbeit leichter ist, über Sexualität zu sprechen?	13. Wie hat die Arbeit beim MMP Dein Leben beeinflusst?
	14. Hat die Arbeit beim MMP Einfluss auf die Beziehung mit Deinen Freunden/ Familie/

	Partner/ Kinder gehabt? In welcher Art?
<p>B: Fragen zur Einschätzung des präventiven Verhaltens der MMP Teilnehmenden.</p> <p>Vor ungefähr einem Jahr war ein anderer Student aus Deutschland hier. Er hat Jugendliche gefragt, ob sie wissen, wie sie sich schützen können. Die meisten von ihnen haben gesagt, dass sie Kondome kennen und sie auch benutzen wollen. Aber viele haben auch gesagt, dass sie es dann schließlich doch nicht tun. Hast Du eine Idee, was die Gründe dafür sind?</p>	<p>B: Fragen zur Einschätzung des präventiven Verhaltens der MMP Teilnehmenden.</p> <p>Bei den nächsten Fragen möchte ich gerne wissen, wie Du das Verhalten der Jugendlichen einschätzt. Das ist wichtig, um das Leben und die Notwendigkeiten der Jugendlichen besser verstehen zu können.</p>
<ol style="list-style-type: none"> 1. Ist dir diese Problematik bei deiner Arbeit als Moderator(in) schon aufgefallen? 2. Kannst Du verstehen, warum die Jugendlichen so handeln? 3. Was sagst Du den Jugendlichen, wenn Du merkst, dass sie daran zweifeln, sich schützen zu können? 4. Sprecht Ihr im Team über diese Problematik? 5. Gibt es deiner Meinung nach bestimmte Gruppen von Jugendlichen, die sich besser schützen können als andere? 6. Was müsste sich für Männer und Frauen verändern, um ihr Schutzverhalten zu erleichtern? 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Wenn Du mal an Deine eigenen Freunde und an die Teilnehmenden vom MMP denkst, was meinst Du, warum gibt es so viele Jugendliche, die das Präservativ nicht benutzen? 2. Von was ist es abhängig, ob Jugendliche sich schützen? 3. Hattest Du dieses Problem auch schon?- Wie war es vor dem Programm, wie ist es jetzt? 4. Was für einen Stellenwert hat Sexualität deiner Meinung nach im Leben der Jugendlichen? 5. Was denkst Du über Botschaften wie Treue oder Abstinenz?(Umsetzbarkeit) 6. Gibt es einen Unterschied zwischen „Sexueller Beziehung“ oder „Sex haben“? 7. Was sagst Du den Jugendlichen, wenn Du merkst, dass sie daran zweifeln, sich schützen zu können?- Beispiel 8. Sprecht Ihr im Team über die Probleme der Jugendlichen? Beispiel 9. Was denken die Jugendlichen über HIV/AIDS? 10. Kannst Du es verstehen, wenn jemand angst davor hat, den HIV-Test zu machen? 11. Was müsste sich in der Gesellschaft verändern, um das Schutzverhalten zu erleichtern? <p>Wer ist für die Veränderungen verantwortlich?</p>
<p>A. :Fragen zu Interaktionen bei der ProjektDurchführung (Moderation und Jugendliche, Moderation untereinander).</p> <p>Jetzt denken wir einmal mehr an das Team mit dem Du arbeitest. Glaubst Du, dass im Alltag jeder aus dem Team so handelt, wie er/sie es den Jugendlichen beibringt (z.B. Frauen</p>	<p>B: Fragen zu Interaktionen bei der ProjektDurchführung (Moderation und Jugendliche, Moderation untereinander).</p> <p>Als nächstes interessiert mich vor allem, was Du von den Botschaften des MMP hältst und ob Du glaubst, dass diese Botschaften im Alltag von allen Gruppenmitgliedern umgesetzt werden können.</p>

und Männer sprechen miteinander über Sexualität/ Schutz mit Kondom; Männer respektieren die Wünsche der Frauen...)?	Bitte versuche, mit kritischem Blick zu sprechen. Hier wie bei den anderen Fragen ist deine ehrliche Meinung sehr wichtig. Was ist denn deiner Meinung nach die bedeutendste Botschaft, die der MMP überbringt?
1. Wie findest Du das Team, in dem Du arbeitest?	1. Schaffst Du es, diese Botschaft in deinem Alltag umzusetzen?
2. Wie viele Frauen/ Männer sind im Team?	2. Und die anderen aus der Gruppe?
3. Hat jeder die gleichen Verantwortungen?	3. Was heißt „ein gutes Beispiel abgeben“ im wirklichen Leben?
4. Haben alle dieselbe Muttersprache (welche Sprache sprichst Du mit deinen Eltern)?	4. Glaubst Du, dass man als Moderator immer vorbildlich handeln sollte?
5. Hat die Muttersprache Einfluss auf die Arbeit/ die Beziehung mit den Jugendlichen?	5. Glaubst Du, das ist möglich?- Bei allen?
6. Weißt Du, ob alle dieselbe Religion haben?	6. Wie ist die Arbeit in der Gruppe?
7. Hat die Religion Einfluss auf die Arbeit/ die Beziehung mit den Jugendlichen?	7. Haben alle immer dieselbe Meinung?
8. Was macht Ihr, wenn es Probleme im Team gibt?	8. Gibt es einige im Team, die mehr Aufgaben haben als andere?
9. Gibt es bei den Jugendlichen Unterschiede in der Muttersprache/ in der Religion?	9. Wie ist die Beziehung zwischen Frauen und Männern im Team?
10. Wie reagiert Ihr, wenn es Probleme unter den Jugendlichen gibt?	10. Gehen die Frauen anders mit den Jugendlichen um als die Männer?
11. Was weißt Du noch über die Jugendlichen?	11. Haben alle dieselbe Muttersprache?
12. Wie ist die Beziehung zwischen Euch und den Jugendlichen?	12. Hat die Muttersprache Einfluss auf die Arbeit?
13. Glaubst Du, dass man als Moderator immer vorbildlich handeln sollte?	13. Gibt es Jugendliche, die Dich nach einem Einsatz mit persönlichen Problemen aufsuchen?- Beispiel
	14. Gibt es auch Jugendliche, die den Traditionen stark verbunden sind?- Welchen? – Hat das Einfluss auf die Arbeit?
	15. Hat die Religion Einfluss auf die Arbeit?
B. Fragen zur Selbsteinschätzung als Moderator(in) Glaubst Du, Du hast viel Einfluss auf die Jugendlichen? – als Moderator/ als Person	C: Fragen zur Selbsteinschätzung als Moderator(in) Jetzt kommen wir zum letzten Teil des Interviews. Hier ist deine Beziehung zu den Jugendlichen von Interesse. Was denken die Jugendlichen über Dich?- über die Gruppe?
1. Was magst Du bei deiner Arbeit als Moderator?	1. Glaubst Du, Du hast viel Einfluss auf die Jugendlichen? – als Moderator/ als Person

2. Was findest Du besonders schwer?	2. Verstehen die Jugendlichen alles, was Du ihnen erzählst?
3. Was für eine Bedeutung hat die Arbeit mit den Jugendlichen in deinem Leben?	3. Was magst Du bei deiner Arbeit im MMP?
4. Kennen deine Familie und Freunde deine Arbeit?	4. Was findest Du besonders schwer?
5. Wie ist die Reaktion, wenn Leute erfahren, dass Du in der HIV-Prävention tätig bist?	5. Was für eine Bedeutung hat die Arbeit mit den Jugendlichen in deinem Leben?
6. Wer begleitet/ unterstützt Dich bei deiner Arbeit? (Familie/ Freunde...)	6. Sprichst Du auch mit deinen Freunden über Sexualität und HIV/ AIDS?- Wie war das früher?
7. Hast Du ein bestimmtes Vorbild?	7. Wie ist die Reaktion, wenn Leute erfahren, dass Du in der HIV-Prävention tätig bist?
8. Hast Du eine bestimmte Person oder Sache, an der Du Dich orientierst?	8. Wer begleitet/ unterstützt Dich bei deiner Arbeit? (Familie/ Freunde...)
9. Wer kann den Jugendlichen eine gute Orientierung geben?	9. Hast Du eine bestimmte Person oder Sache, an der Du Dich orientierst?
10. Wie sehen die Jugendlichen Dich?	10. Wer kann den Jugendlichen eine gute Orientierung geben?

Von meiner Seite gibt es nun keine Fragen mehr. Wenn Du Fragen an mich hast, kannst Du sie gerne stellen. Vielen Dank für das gute Gespräch.

(Eigene Erarbeitung 2007)

Anhang 9: Beobachtungen einer FCP-Implementierung

Anhang 9: Beobachtungsprotokoll einer FCP-Implementierung

FCP am 08.05.2007 in Maníca, SekundarschülerInnen der neunten Klasse

Teilnahme von ca. 30 Schülerinnen und Schülern

Besonderheiten im Gesamteindruck:

Stationen sind ganz neu besetzt, einige Infos bzw. Botschaften kommen nicht so klar herüber, wie bei vorheriger Besetzung; jeweilige ModertorInnen sind merklich noch nicht aufeinander eingespielt⁷⁷.

Station	Beobachtungen Teilnehmende	Beobachtung Moderation	Anmerkungen
Übertragungswege	Fünfte Station⁷⁸ <ol style="list-style-type: none">1. Moskito2. <i>Hälfte der Gruppe glaubt an Risiko</i>3. Sexualverkehr4. Frage an die Gruppe, wo der Virus lebt.5. <i>Im Organismus./ Im Blut.</i>6. <i>Im Sperma. (Ausführung Durch M.)</i>7. Geburt8. <i>Wie immer unklar, warum Risiko.</i>9. Klinge	Grüne Karten nur als Gegenstimme zu rot. Keine Zeit für Fazit	Übertragungswege werden genannt! (aber erst bei der vorletzten Station!) Grüne Karten nur als Gegenstimme zu rot verhindert den Lerneffekt der Differenzierung zwischen Risiko und ungefährlich;

⁷⁷ Die Stationen werden von den Koordinatoren besetzt und zwar so, dass immer ein „starker“ mit einem „schwächeren“ zusammen ist (Gespräch mit Sergio am 09.05.2007)

	10. Transfusion Stillen		
<p>Verhütungsmittel (Kondomgebrauch fehlt in Maníca vollständig)</p>	<p>Dritte Station Dúvidas/ Fragen: Junge: <i>Wenn eine Frau weiß, dass das weibliche Kondom nicht in Ordnung ist und es dem Mann verschweigt, was ist dann?</i> Moderation: <i>Das ist genau das selbe, wie wenn der Mann der Frau verschweigt, dass das Kondom nicht funktioniert. Beide sind verantwortlich.</i></p>	<p>Vorgehen wie sonst auch. Hinweis auf beiderseitige Verantwortung. Hinweis, dass beide zusammen zum Gesundheitsposten gehen sollen. Fazit: Präservativ hat doppelte Funktion und kann deshalb am besten schützen.</p>	<p>Spirale erklären nimmt, wie immer, sehr viel Zeit in Anspruch; Übertragungswege nicht genannt</p>
<p>Sexuell übertragbare Krankheiten</p>	<p>Erste Station 1. DTS als Ursache für Blindheit des Säuglings 2. Abstinenz 3. Wort ist unbekannt 4. Extrauterine Schwangerschaft 5. Wort unbekannt 6. Adäquate Medikation 7. Übertragungsform DTS Dúvida:/ Frage: <i>Ist es gefährlich, bei einer extrauterinen Schwangerschaft abzutreiben?</i></p>	<p>Guter Bezug zwischen Bildern und Fragen; Guter Kontakt zur Gruppe; WISSEN: Es kann nicht genau der Zusammenhang zwischen der unbehandelten DTS und Folgen für Neugeborenes erklärt werden, Botschaft kommt aber klar rüber: <i>Wenn wir beim Arzt falsche Angaben machen, weil uns etwas peinlich ist, bekommen wir die falschen Medikamente und dann passiert so etwas.</i> Erklärung des Begriffes Abstinenz: <i>Das heisst, keinen Sex zu haben. Wenn mein Mann in Maputo ist, darf ich keinenn Sex mit jemand</i></p>	<p>Wissen über DTS nicht fundiert; Negieren von Sexualität im Jugendalter kann die Akzeptanz bei den Teilnehmenden nur erschweren; Zusammenhang DTS und HIV nicht genannt Übertragungswege nicht genannt</p>

⁷⁸ Die blaue Schrift zeigt an, an welcher Stelle die Station im Parcours-Rundgang aufgesucht wurde.

⁷⁹ Daraufhin die Frage eines Jugendlichen: Wie nennt man das, wenn man in unserem Alter schon Sex hat?

		<p>anderem haben. Ihr seid in einem Alter, in dem ihr noch keine Sexualität habt. Ihr seid abstinert.⁷⁹</p> <p>Fazit: DTS kann geheilt werden. Deshalb immer schnell zum Gesundheitsposten.</p>	
Körpersprache	<p>Vierte Station</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Masturbation 2. Verlieben 3. „Ausgehen“ <p>Liebe</p>	<p>Zwischenräume werden nicht genutzt;</p> <p>„Ausgehen“ im Zusammenhang mit HIV sei kein Risiko.</p>	<p>Übertragungswege nicht genannt</p> <p>Fazit?</p>
Leben mit HIV/ AIDS	<p>Sechste Station</p> <p>Gruppe kann Unterschied zwischen HIV und SIDA nicht benennen;</p>	<p>Einstieg:</p> <p>Unterschied zwischen HIV und SIDA?</p> <p>Frage nach Recht auf Teilnahme am Gemeindeleben;</p> <p>Frage nach Wichtigkeit sportlicher Aktivität;</p> <p>Frage nach den drei Hauptgruppen in Ernährung;</p> <p>Frage, ob RS möglich;</p> <p>Warum ist Arbeit wichtig?</p> <p>Unterschied zwischen „infectado“ und „affectado“.</p> <p>Fazit: Niemanden diskriminieren.⁸⁰</p>	<p>Identifikation mit Person in der Mitte bleibt aus;</p> <p>Strategie bzw. Ressourcensensibilisierung bleibt aus.</p> <p>Übertragungswege werden nicht genannt</p>
Schutz - Protecção –	<p>Zweite Station</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sind die meisten Babies von HIV+ Müttern auch 	<p>Schöner Gruppenbezug.</p>	<p>Teilnehmende beziehen sich beim Fazit auch auf das, was sie bei der Station DTS gehört</p>

⁸⁰ Negativmassage. Betonung besser auf aktive Seite des Solidaritätsaspektes;

	<p>infiziert?</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Kann TARV heilen? 3. Bedeutung Zeitfenster 4. Was, wenn kein Kondom zur Hand? 5. Echter Mann= Frauenheld? 6. Kann HIV behandelt werden? <p>Dúvidas:</p> <p>Junge: <i>Wie kann sich ein Mann schützen, der 20 Frauen hat?</i></p> <p>Mädel: <i>Bei allen mit Kondom.</i></p> <p>Mädel: <i>Den Test machen.</i></p> <p>Fazit von Teilnehmerseite:</p> <p><i>Nur einen Partner haben. Treu sein./ Test machen/ zum Gesundheitsposten gehen, Medikamente bekommen/ mit allen Problemen zum Gesundheitsposten;</i></p>		<p>haben.</p>
--	--	--	---------------

(Eigene Erarbeitung 2007)

(Weitere Protokolle, siehe CD-Rom)

Anhang 10: Kategoriensystem

Einschätzungen und Auskünfte von den *Facilitadores* des FCP

Organisatorischer Kontext	Gesellschaftlicher Kontext	Individueller Kontext
a. Rahmenbedingungen Determinanten, die im laufenden Prozess die Qualität der Programmumsetzung mit bestimmen ⁸¹ .	c. Begründungen für riskantes Sexualverhalten Gängige Umgangsformen und Einstellungen, die in der Jugendkultur als maßgeblich für riskantes Verhalten angesehen werden	f. Verinnerlichung von Botschaften Aussagen, die deutlich machen, wie die <i>Facilitadores</i> die Inhalte und Intention des Programms verstanden haben und in welcher Weise die Arbeit als <i>Facilitador</i> Einfluss auf ihr Leben hat (vgl. hierzu auch b: Programmanpassung).
	Sexuelle Interaktionen	Bezug zum FCP/ Einschätzung zur Wirksamkeit
Auswahlverfahren und Einarbeitung	Keine Zeit für Schutz	- Persönlicher Gewinn
Ausbildung	- Rapidinha (<i>Quicki</i>)	- Beispielhaftes Verhalten
Arbeit im Team	- Vergewaltigung	- Wichtigste Botschaft und deren Umsetzung
- Betreuung, Hilfe bei der Arbeit	Geld/ Waren statt Schutz	- Empfehlungen an Ratsuchende
- Verhältnis von Jungs und Mädels im Team	- Prostitution	Einfluss auf das alltägliche Verhalten
Zufriedenheit mit der Arbeit allgemein	- Transactional Sex	- Sprechen über Sexualität
- Motivation zur Arbeit in der Prävention ⁸²	Vorurteile gegen Schutz	- Beziehung
- Erleichternde Faktoren	- Vorurteile gegen das Präservativ an sich	- Problemwahrnehmung
- Erschwerende Faktoren	- Vorurteile gegen Frauen mit Präservativ	- Einschätzung des eigenen Schutzverhaltens
- Verbesserungsvorschläge	- Meinungen zu Sex mit Präser	Einfluss auf Gendersensibilität

⁸¹ ...und durch ein kontinuierliches Qualitätsmanagement beeinflusst werden können (einfach zu beeinflussende Stellschrauben)

⁸² Motivation gehört auch in individuellen Kontext – spielt aber wegen überwiegend monetärer Motivation eher im organisatorischen Kontext eine beeinflussende Rolle

b. Programmanpassung Aussagen, die darauf schließen lassen, inwieweit die ‚Grundideen‘/ Intention des Programms im kulturellen Transfer erhalten geblieben sind	d. Geschlechterverhältnis Rollenvorstellungen von Männern und Frauen, die ein riskantes Sexualverhalten fördern	g. Selbstverständnis Aussagen, die Hinweise darauf geben, welche Bedeutung die <i>Facilitadores</i> ihrer Rolle außerhalb der Arbeit beimessen.
Einschätzung zur Anpassung	Kommunikation von Männern und Frauen <i>Wie sehen sich junge Frauen und Männer selber? – Wie beurteilen sie sich gegenseitig?</i>	Sozialer Hintergrund
<ul style="list-style-type: none"> - Anpassung problematisch 	<ul style="list-style-type: none"> - Motive der Männer gegen das Präservativ/ gegen Verhütung 	<ul style="list-style-type: none"> - Erfahrungen mit HIV+
<ul style="list-style-type: none"> - Anpassung unproblematisch 	<ul style="list-style-type: none"> - Motive der Frauen gegen das Präservativ 	<ul style="list-style-type: none"> - Motivation zur Arbeit im FCP
Besonderheit am 'Faça Comigo o Percurso'	<ul style="list-style-type: none"> - Die Frau als Gefahrenursache/ Überträgerin 	<ul style="list-style-type: none"> - Orientierung/ Vorbilder
Intention des Programms	Positives Schutzverhalten <i>Welchen Lebensweltbezug haben die Empfehlungen des 'Faça Comigo o Percurso'?</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Reaktionen auf die Arbeit als <i>Facilitador</i>
<ul style="list-style-type: none"> - Wissensvermittlung 	<ul style="list-style-type: none"> - Abstinenz (individuell/ Gesellschaft) 	Verhältnis zur Zielgruppe
<ul style="list-style-type: none"> - Motivation 	<ul style="list-style-type: none"> - Treue (individuell/ Gesellschaft) 	<ul style="list-style-type: none"> - Rolle für Zielgruppe
Favorisierte Station ⁸³	<ul style="list-style-type: none"> - Miteinander Reden 	<ul style="list-style-type: none"> - Beziehung zur Zielgruppe
Schwierige Station		<ul style="list-style-type: none"> - Funktion als Ratgeber(in) im Setting

⁸³ macht auch deutlich, wie Programm verstanden wird

Anpassung von Kommunikationselementen/ Begrifflichkeiten	e. Gesellschaftliche Stimmung Allgemein vorherrschende Meinungen und der Umgang mit Informationen über HIV/ Aids, die das Risikoverhalten indirekt begünstigen.	- Vorbild für Zielgruppe
- sexo oral/ anal ⁸⁴	Vorstellungen von HIV <i>Wird HIV als Bedrohung wahr genommen? - Welche Denkkonstruktionen unterstützen riskantes Verhalten?</i>	Beurteilung der Teammitglieder
- Präservativ	- Ignorância (Verdrängung)	
- Homosexualität	- Vorstellungen von Risiko und Schutz	
- Bluttransfusion	Thematisierung von HIV <i>Wie wird mit der Bedrohung HIV/Aids umgegangen? - Welche Rolle spielen Tabuisierung und Stigmatisierung?</i>	
- Relação Sexual/ Fazer Sexo	Veränderungen <i>Welche Probleme werden als am schwer wiegendsten betrachtet? – Wo werden konkrete Ansatzpunkte für Veränderungen gesehen? – Welche Rolle spielen Akteure aus Politik/ und Prävention?</i>	
Lebensweltbezug (siehe e.)	<ul style="list-style-type: none"> • Notwendige Veränderungen • Verantwortung für Veränderungen 	

(Eigene Erarbeitung 2007)

⁸⁴ Gehört gleichermaßen zu gesellschaftlichem und individuellem Tabubereich

Eidesstattliche Erklärung

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

Joana Bugiel

Hamburg, im Oktober 2007