

„Man gewöhnt sich an alles ...“

Einstellungen, Wissen und Verhalten
zu HIV/Aids und weiteren sexuell übertragbaren Infektionen
von Jugendlichen in der Jugendarrestanstalt Berlin



*Eine Kooperationsstudie der Berliner Aids-Hilfe e. V.
und der Jugendarrestanstalt Berlin
mit Unterstützung der Deutschen AIDS-Hilfe e. V.*

**Thomas Wilke, Phil C. Langer,
Jochen Drewes und Uwe Koppe**

Impressum

Herausgeberin:

Deutsche AIDS-Hilfe e. V.

Wilhelmstraße 138

10963 Berlin

Tel.: 030 / 69 00 87-0

Internet: www.aidshilfe.de

E-Mail: dah@aidshilfe.de

2013

Bearbeitung: Holger Sweers

Danksagung und Vorbemerkung

Die vorliegende Studie wurde durch die Leitung der Jugendarrestanstalt Berlin, die auch an der Konzeption beratend beteiligt war, ausdrücklich begrüßt und unterstützt. Ihr, den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sowie der Senatsverwaltung für Justiz, insbesondere Herrn Hirsch, Frau Wolff und Frau Hänsel, gilt unser herzlicher Dank für eine produktive Zusammenarbeit im gemeinsamen Erkenntnis- und Praxisinteresse.

Dank gebührt natürlich auch und insbesondere den Jugendlichen in der Jugendarrestanstalt Berlin, die trotz des Umfangs und der „schwierigen“ Thematik an der Befragung teilgenommen haben. Ohne sie wäre diese Studie nicht zustande gekommen.

Die Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (DAH) hat das Projekt von Beginn an mit großem Interesse begleitet und durch ihre finanzielle Förderung die Durchführung der Befragung, die Auswertung der Daten und die vorliegende Veröffentlichung der Ergebnisse ermöglicht.

Die SPI Forschung gGmbH (Berlin), der Lesben- und Schwulenverband in Deutschland (LSVD; Berlin), Dipl.-Psych. Jochen Drewes (Freie Universität Berlin) und weitere sozialwissenschaftlich forschende Kolleginnen und Kollegen haben getestete Skalen und Items zur Verfügung gestellt, welche die Ergebnisse mit denen anderer Untersuchungen vergleichbar machen.

Das ehrenamtlich arbeitende Team „Schoolwork/Prävention mit Jugendlichen und jungen Erwachsenen“ der Berliner Aids-Hilfe e.V. (BAH) hält seit 2006 das HIV-Präventionsangebot im Berliner Jugendarrest aufrecht und hat auf unterschiedliche Weise an der Realisierung der Studie mitgewirkt. Namentlich seien erwähnt Stefan Müller, Birte Seffert, Franziska Gutsche, Patrick Hand, Lisa Kleinschroth, Julia Röder, Hannah Schürmann und Ludwig Straller.

Wesentlichen Einfluss auf die Durchführung der Befragung, die Auswertung der Daten und die Veröffentlichung der Ergebnisse gab es weder vonseiten der DAH noch vonseiten des Jugendarrests oder der Senatsverwaltung.

Berlin, im März 2013

Für die Autoren: Thomas Wilke

Vorwort

Einige Aidshilfen bieten Präventionsveranstaltungen im Jugendarrest an, die Berliner Aids-Hilfe bereits seit 2006. Wie wichtig dieses Angebot ist, zeigt auch diese Studie. Knapp 100 Jugendliche haben teilgenommen, 90 Fragebögen konnten in die Auswertung einfließen. Die Kollegen interessierten sich vor allem für Einstellungen, Wissen und Verhalten der jugendlichen Arrestanten zu HIV/Aids und weiteren sexuell übertragbaren Infektionen, aber es wurden auch Fragen zur Lebenssituation und zum Sexualverhalten gestellt.

„Man gewöhnt sich an alles ...“, so der Titel. Hoffentlich nicht, möchte man sagen: So waren fünf Prozent der Mädchen und acht Prozent der Jungen beim ersten Geschlechtsverkehr höchstens 11 Jahre alt, 14 Prozent der Mädchen und 15 Prozent der Jungen 12 Jahre. Mehr als jeder fünfte befragte Jugendliche hatte seinen ersten Geschlechtsverkehr also als Kind. Das legt die Vermutung nahe, dass viele Jugendarrestanten in ihrer Kindheit sexuelle Gewalt erlebt haben, und stellt uns vor die Frage, ob Einrichtungen mit entsprechenden Beratungsangeboten nicht auch im Jugendarrest tätig werden müssten.

Erstaunlich ist, wie viele der Jugendlichen bereits Eltern sind und auf Verhütungsmittel verzichten, da sie sich weitere Kinder wünschen. Warum ist der Kinderwunsch in dieser Gruppe so ausgeprägt? Was heißt das für die Lebenssituation der Jugendlichen? Positiv überrascht, dass es männliche Jugendliche mit Migrationshintergrund sind, die sich am meisten um Verhütung kümmern. Nachdenklich stimmt, dass diejenigen, die am besten informiert sind, wesentlich seltener zu Kondomen und anderen Verhütungsmitteln greifen als die anderen Gruppen – was heißt dies alles für die Prävention?

Dass die Haltung gegenüber HIV-positiven Menschen und schwulen Männern von Vorurteilen und Diskriminierungen geprägt ist, war zu befürchten. Eine der Ursachen, die auch schon in Studien mit anderen Gruppen aufgezeigt wurde, ist die enge Korrelation von geringem Wissen und Diskriminierung. Ein Grund mehr für Aidshilfen und andere Projekte, hier aktiv zu werden. Dazu möchten wir gerne ermuntern.

Bärbel Knorr, Arbeitsbereich Drogen und Strafvollzug der Deutschen AIDS-Hilfe e. V.

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung	6
2 Hintergrund	9
2.1 Rechtliche Rahmenbedingungen: Das Jugendstrafrecht	9
2.2 Die Jugendarrestanstalt Berlin	11
2.3 Das „Modulare Kompetenztraining“ (MKT)	13
2.4 Die Präventionsarbeit der Berliner Aids-Hilfe im Rahmen des MKT	13
3 Methodisches Vorgehen	18
3.1 Ziele der Befragung.....	18
3.2 Entwicklung des Fragebogens.....	18
3.3 Durchführung	19
4 Ausgewählte Ergebnisse der Befragung	21
4.1 Demografische Merkmale.....	21
4.2 Zur Lebenssituation der Jugendlichen.....	25
4.3 Sexuaufklärung: Personen, Medien und Institutionen	32
4.4 Wissen zu HIV/Aids und anderen sexuell übertragbaren Infektionen	36
4.5 Sexualverhalten	48
4.6 HIV/STI-Testverhalten und -ergebnis	60
4.7 Einstellungen zu HIV/Aids	63
5 Diskussion und Ausblick	72
Anhang	79
Interview mit dem Leiter der Jugendarrestanstalt Berlin	79
Literaturverzeichnis.....	86
Fragebogen.....	89
Bildmaterial	94
Zu den Autoren der Studie	95

1 Einleitung

Im Rahmen des Modellprojekts „Schoolwork/Prävention mit Jugendlichen und jungen Erwachsenen“ der Berliner Aids-Hilfe e.V. (BAH) wurde im Januar 2006 in Zusammenarbeit mit dem Jugendarrest Berlin ein Präventionsworkshop institutionalisiert, der seitdem arrestierten Jugendlichen¹ das Thema HIV/Aids und sexuell übertragbare Infektionen (STIs) als Teil eines umfassenden Programms zur Förderung sozialer Kompetenzen namens Modulares Kompetenztraining (MKT) vermittelt.

Zielgruppe der Workshops sind Jugendliche von 14 bis 21 Jahren, die vor dem Hintergrund teilweise fortgeschrittener krimineller Karrieren – die etwa durch wiederholte Gewalt-, Raub- und Drogendelikte charakterisiert sind – bis zu vier Wochen Arrest verbüßen. Aus Gesprächen mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Jugendarrestanstalt wurde deutlich, dass viele der arrestierten Jugendlichen Faktoren aufweisen, die sie besonders vulnerabel für gesundheitliche Risiken machen, nicht zuletzt für eine Ansteckung mit HIV und STIs. Berichtet wird etwa von Drogen- und Alkoholkonsum im Kontext prekärer Lebensumstände, die durch Armut, Bildungsmangel, Arbeitslosigkeit und zum Teil auch durch Obdachlosigkeit gekennzeichnet sind.

In den Workshops zeigen sich eklatante Wissensdefizite hinsichtlich der Übertragungsmöglichkeiten von HIV und weiteren STIs sowie der Schutzoptionen, aber auch ein hohes Stigmatisierungspotenzial, das sich nicht nur auf HIV und die davon betroffenen Menschen, sondern auch auf nichtheterosexuelle Lebensweisen bezieht. Ungeschützter Geschlechtsverkehr scheint nicht nur in Beziehungen, sondern auch bei Gelegenheitskontakten die Norm zu sein.

Es ist anzunehmen, dass die arrestierten Jugendlichen von herkömmlichen Präventionsstrategien – sei es mittels zielgruppenspezifischer Kampagnen der Deutschen AIDS-Hilfe e.V. (DAH), der sich auf die Allgemeinbevölkerung beziehenden Aufklärungskampagnen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) oder über schulische und elterliche Aufklärung – zumeist kaum angesprochen oder erreicht werden. Zugleich sind sie potenzielle Multiplikatoren in ihren jeweiligen Szenen für die Weiterverbreitung präventiven Wissens

¹ Zur sprachlichen Vereinfachung wird im Folgenden der Begriff „Jugendliche“ für alle Arrestanten verwendet. Im juristischen Sinne werden als „Jugendliche“ junge Menschen bezeichnet, die das 14. Lebensjahr, aber noch nicht das 21. Lebensjahr vollendet haben, als „Heranwachsende“ junge Menschen, die das 18. Lebensjahr, aber noch nicht das 21. Lebensjahr vollendet haben.

und Verhaltens sowie destigmatisierender Einstellungen und damit nicht nur als wichtige Adressaten, sondern auch als mögliche Partner der Prävention zu begreifen.

Für eine evidenzbasierte Präventionsarbeit mit diesen Jugendlichen sind allerdings verlässliche empirische Daten zu ihrem Wissen, ihren Einstellungen und ihrem Verhalten zu HIV/Aids und weiteren STIs unverzichtbar. Diese liegen für den deutschen Kontext bislang nicht vor – die für Jugendliche aus der Allgemeinbevölkerung repräsentativen Erkenntnisse aus den Studien der BZgA zur Jugendsexualität (2006, 2010) lassen sich nicht auf die arretierten Jugendlichen mit ihren spezifischen soziokulturellen und -ökonomischen Prägungen übertragen.

Diese Studie hat für das Setting des Berliner Jugendarrests erstmals empirische Erkenntnisse zu den oben angeführten Aspekten erhoben. Sie gewährt Einblicke in die Lebensweisen und -welten arretierter Jugendlicher und ermöglicht die Identifizierung von Vulnerabilitätsstrukturen, aus denen sich der präventive Bedarf und Ansatzpunkte für Aufklärung und Prävention ableiten lassen. Außerdem liefert die Studie Erkenntnisse zu stigmatisierenden Wahrnehmungs- und Bewertungsmustern in dieser spezifischen Bevölkerungsgruppe.

Die Daten schaffen eine Grundlage dafür, das Präventionskonzept des Jugendpräventions-Teams der Berliner Aids-Hilfe sachlich zu überprüfen und gegebenenfalls an die Bedarfe der Jugendlichen anzupassen. Außerdem kann die Studie – angesichts fehlender aktueller Daten zu sozial benachteiligten Jugendlichen – auch anderen Präventionsprojekten und Aidshilfen Anhaltspunkte dafür liefern, wie sie vulnerable, häufig als schwer erreichbar klassifizierte Jugendliche zielgruppenorientiert erreichen können.

Der vorliegende Bericht stellt zentrale Ergebnisse der Studie vor. Zunächst werden die rechtlichen Rahmenbedingungen und die institutionelle Praxis des Jugendarrests skizziert und das Präventionsangebot der Berliner Aids-Hilfe im Rahmen des MKT beschrieben (Kapitel 2). Danach wird das methodische Design der Studie vorgestellt und die Studiendurchführung rekonstruiert (Kapitel 3). Im eigentlichen Ergebnisteil werden ausgewählte Befunde der Studie präsentiert, die für die Präventionsarbeit im Jugendarrest wesentlich erscheinen (Kapitel 4). In der abschließenden Zusammenführung der Ergebnisse werden Folgerungen für die präventive Praxis im Jugendarrest gezogen, die als Ausgangspunkt für eine gemeinsame Diskussion aller an der Studie und am Präventionsprojekt Beteiligten zu verstehen sind (Kapitel 5).

Der Titel der Studie „Man gewöhnt sich an alles ...“ nimmt die Aussage eines Jugendlichen aus einem der im Vorfeld geführten Interviews auf, die gerade wegen ihrer Mehrdeutigkeit das komplexe Feld des hier Untersuchten gut abbildet. Sie entstammt einer Passage, in wel-

cher der 18-jährige Interviewpartner erzählte, dass er sich nach der ungewollten und schließlich abgebrochenen Schwangerschaft seiner kaum älteren Freundin an die konsequente Benutzung der ihm vorher lästigen und „unmännlichen“ Kondome gewöhnt habe. Die Aussage steht damit für einen Lerneffekt aufgrund der problematischen Folgen eines Verhaltens. Im Kontext des Jugendarrests lässt sich die Aussage jedoch auch fatalistisch lesen: als Sich-Ergeben in ein Schicksal, das durch soziale Exklusion, physische, psychische und symbolische Alltagsgewalt sowie strafrechtliche Sanktionen gekennzeichnet ist. Ein Ausbrechen scheint nicht möglich zu sein, eine Lernerfahrung zwecklos. Genau an dieser Stelle setzt das MKT an, das Perspektiven eines „anderen“ Lebens aufzeigen möchte und die dafür notwendige Aneignung von sozialen Kompetenzen unterstützt. Die Präventionsworkshops der Berliner Aids-Hilfe liefern dazu die gesundheitsbezogene Komponente.

2 Hintergrund

Im Folgenden werden zunächst die rechtlichen Rahmenbedingungen des Jugendarrests skizziert (Abschnitt 2.1) und die institutionelle Praxis beschrieben (Abschnitt 2.2). Vor dem Hintergrund des MKT im Jugendarrest Berlin-Lichtenrade (Abschnitt 2.3) wird das Präventionsangebot der Berliner Aids-Hilfe vorgestellt (Abschnitt 2.4). Hingewiesen sei an dieser Stelle auf das im Anhang dieses Berichts zu findende Interview mit dem Leiter der Jugendarrestanstalt, das Hintergrundinformationen zum Jugendarrest in Deutschland allgemein und zum Konzept des Berliner Jugendarrests im Besonderen enthält.

2.1 Rechtliche Rahmenbedingungen: Das Jugendstrafrecht

In Deutschland können Kinder unter 14 Jahren strafrechtlich nicht verfolgt werden (§ 19 StGB). Das Jugendgerichtsgesetz (JGG), das mehrheitlich das Jugendstrafrecht regelt, wird uneingeschränkt auf straffällig gewordene Jugendliche von 14 bis 17 Jahren und unter bestimmten Umständen auch auf 18- bis unter 21-jährige Heranwachsende angewendet. Ob das Jugend- oder das Erwachsenenstrafrecht zum Einsatz kommt, hängt davon ab, ob der Heranwachsende von seiner Persönlichkeitsentwicklung zum Zeitpunkt der Tat mit Jugendlichen gleichzustellen war oder ob er eine jugendtypische Tat² begangen hat (§ 105 ff JGG). In den einzelnen Bundesländern wird die Entscheidung unterschiedlich gehandhabt. In der Regel werden Heranwachsenden noch nach dem Jugendstrafrecht verurteilt, insbesondere wenn es sich um schwere Straftaten wie beispielsweise Gewaltdelikte handelt. 2009 wurden in Deutschland insgesamt 116.879 Jugendliche und Heranwachsende nach dem Jugendstrafrecht verurteilt (Brings 2011: 293).

Mit der Anwendung des Jugendstrafrechts soll vor allem neuen Straftaten entgegengewirkt werden. Die meisten der im JGG vorgesehenen Maßnahmen haben Sanktionscharakter, auch wenn das Gesetz selbst den Grundsatz formuliert, die Rechtsfolgen und das Verfahren seien „vorrangig am Erziehungsgedanken auszurichten“ (§ 2 JGG). Nach § 5 JGG stehen dem Richter für die Umsetzung des erzieherischen Leitgedankens *Erziehungsmaßregeln, Zuchtmittel* und die *Jugendstrafe* zur Verfügung. Die Erziehungsmaßregeln und Zuchtmittel können

² Zu den jugendtypischen Straftaten gehören beispielsweise Diebstahlsdelikte, unterschiedliche Formen der Körperverletzung, Fahren ohne gültigen Fahrausweis und Drogengebrauch, während sich Betrugsdelikte und Urkundenfälschungen vor allem bei Erwachsenen finden (Brings 2011: 291, Scherr 2011: 208).

dabei mit- und untereinander kombiniert vom Richter angeordnet werden (§ 8 JGG), was die Übergänge zwischen ihnen fließend macht.

Die *Erziehungsmaßregeln* stellen die mildesten Sanktionen im Jugendstrafrecht dar. Es handelt sich dabei um Weisungen oder um die Anordnung, Hilfe zur Erziehung in Anspruch zu nehmen (§ 9 JGG). Weisungen sind „Gebote und Verbote, welche die Lebensführung des Jugendlichen regeln und dadurch seine Erziehung fördern und sichern sollen“; so kann der Richter dem Jugendlichen etwa das Annehmen einer Arbeits- oder Ausbildungsstelle, Arbeitsleistungen, die Teilnahme an sozialen Trainingskursen oder Bemühungen zum Täter-Opfer-Ausgleich auferlegen. Den Jugendlichen kann ebenfalls verboten werden, sich an bestimmten Orten aufzuhalten oder Kontakt mit bestimmten Personen zu haben. Des Weiteren ist es möglich, die Unterbringung in einer Familie oder einem Heim anzuordnen (vgl. § 10, 2 JGG). Im Jahr 2009 lag der Anteil der nach dem Jugendstrafrecht verurteilten Jugendlichen, bei denen die Erziehungsmaßregel als schwerste Sanktion verhängt wurde, bei etwa 8 % (Brings 2011: 293).

Kommt ein Jugendlicher den Weisungen aus eigenem Verschulden nicht nach, kann Jugendarrest verhängt werden (§ 13 JGG Abs. 3). Der Jugendarrest gehört zu den sog. *Zuchtmitteln*, zusammen mit Verwarnungen und Auflagen (z. B. Erbringung gemeinnütziger Arbeit oder Entrichtung eines Geldbetrages). Zuchtmittel werden dann verhängt, wenn der Richter eine Jugendstrafe für unverhältnismäßig hält, er dem Jugendlichen aber dennoch „eindringlich zum Bewusstsein“ bringen will, dass „er für das von ihm begangene Unrecht einzustehen hat“ (§ 13 JGG). Zuchtmittel waren mit rund 77 % im Jahr 2009 die mit Abstand am häufigsten nach dem Jugendstrafrecht verhängte Sanktion gegen Jugendliche (Brings 2011: 293), wobei in der Praxis Auflagen an erster Stelle stehen.

Die härteste Sanktion des Jugendstrafrechts ist die freiheitsentziehende *Jugendstrafe*. Sie wird verhängt, „wenn wegen der schädlichen Neigungen des Jugendlichen, die in der Tat hervorgetreten sind, Erziehungsmaßregeln oder Zuchtmittel zur Erziehung nicht ausreichen oder wenn wegen der Schwere der Schuld Strafe erforderlich ist“ (§ 17 JGG). Neben dem Erziehungsgedanken ist auch die Sühne der Schuld Strafzweck der Jugendstrafe. Sie wird grundsätzlich mit mindestens sechs Monaten und maximal zehn Jahren bemessen (§ 18 Abs. des JGG). In der Praxis kam es jedoch im Jahr 2009 in 64 % der Fälle zu einer Aussetzung der Freiheitsstrafe zur Bewährung. Der Anteil der Jugendlichen, gegen die die Jugendstrafe als schwerste Sanktion verhängt wurde, lag 2009 bei 16 % (Brings 2011: 293).

Im Gegensatz zu den Erziehungsmaßregeln und Zuchtmitteln (einschließlich des Aufenthalts im Jugendarrest) hat die Jugendstrafe die Rechtswirkungen einer Strafe und zieht einen Eintrag ins Bundeszentralregister nach sich.

Im sozialwissenschaftlichen und -pädagogischen Diskurs und in der Kriminalsoziologie ist umstritten, ob die Gestalt und Wirkung von freiheitsentziehenden Maßnahmen dem Erziehungsgedanken entsprechen (können) (vgl. Bereswill 2011; Cornel 2011; Albrecht 2002). Zugleich zeigen Forschungsergebnisse, dass die Strafrückfälligkeit mit sozialpädagogischen Programmen effektiv gesenkt werden kann (vgl. Boers/Reinecke 2007; Harrendorf 2006; Cornel 2011). Nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 31.5.2006 ist der Gesetzgeber erneut dazu aufgerufen, auf Grundlage empirischer Untersuchungen und Evidenzen ein wirksames Resozialisierungskonzept zu entwickeln und den Strafvollzug entsprechend anzupassen (BVerfGE 116, 69, 89).

2.2 Die Jugendarrestanstalt Berlin

Die Jugendarrestanstalt Berlin befindet sich im Bezirk Tempelhof-Schöneberg im Stadtteil Lichtenrade. Sie konnte bis zu ihrem Umzug im April 2012 bis zu 29 männliche und vier weibliche Jugendliche und junge Erwachsene aufnehmen. Die Unterbringung der Arrestantinnen erfolgte (und erfolgt weiterhin) in einem abgetrennten Bereich.³

Im Jahr 2010 waren 1.309 Jugendliche im Alter von 14 bis 24 Jahren in der Anstalt untergebracht, davon 1.115 männliche Jugendliche (85 %) und 194 weibliche (15 %).⁴

Die mit Abstand häufigsten Delikte, die zur Verhängung des Jugendarrestes geführt haben, waren Diebstahl (29 % der angegebenen Delikte) und Körperverletzung (24 %). Weitere Gründe waren Sachbeschädigung (10 %), Leistungserschleichung (8 %), Raub (7 %) und Betrug (3 %) (Sozialdienst der Jugendarrestanstalt Berlin 2010).

Der Jugendarrest kann verschiedene Zeitrahmen umfassen: Freizeitarrest, Kurzarrest oder Dauerarrest. Beim Freizeitarrest werden die Arrestanten für ein bis zwei Wochenenden in der Anstalt untergebracht und können unter der Woche ihrem normalen Tagesablauf nachgehen. Alternativ kann statt des Freizeitarrestes auch Kurzarrest verhängt werden, wenn das aus Erziehungsgründen zweckmäßig ist und Ausbildung oder Arbeit der Jugendlichen nicht behin-

³ Der Jugendarrest Berlin-Lichtenrade ist am 1.4.2012 innerhalb Lichtenrades umgezogen und kann nun 50 Arrestanten und zehn Arrestantinnen aufnehmen.

⁴ Aus den vorliegenden Daten lässt sich nicht rekonstruieren, wie viele der arrestierten Jugendlichen im Jahr 2010 wiederholt im Jugendarrest waren.

dert werden; zwei Tage Kurzarrest werden dabei mit einer Freizeit gleichgesetzt. Der Kurzarrest kann zwei bis vier Tage dauern. Die längste Form des Jugendarrestes ist der Dauerarrest, bei dem die Jugendlichen eine bis vier Wochen in der Anstalt verbringen. Während des Arrestes können Ausgänge gewährt werden, damit die Jugendlichen ihrer Ausbildung oder Arbeit nachgehen können.

Im Jugendarrest gilt ein dreistufiges Betreuungs- und Motivationsmodell. Anhand eines umfangreichen Katalogs wird das Verhalten der Arrestanten festgehalten, benotet und mit ihnen zusammen ausgewertet. Indem sie am Vollzugsziel mitarbeiten, die Regeln einhalten, auf Ordnung und Sauberkeit achten und zum friedlichen Miteinander beitragen, können sie drei Stufen mit unterschiedlichen vollzuglichen Vorteilen (z. B. eine differenzierte Freizeit) durchlaufen und direkten Einfluss auf die Länge der Aufschlusszeiten, die Genehmigung von Ausgängen und eine eventuell vorzeitige Entlassung nehmen. Verfehlungen führen zu Rückstufungen. Bewertet werden insbesondere (1) die Arbeitsleistung (Reinigungsarbeiten, Renovierungsarbeiten u. Ä.) sowie die Mitarbeit im Rahmen des MKT, (2) Ordnung und Reinheit des Arrestraums, (3) soziales Verhalten gegenüber den anderen Arrestanten und den Mitarbeitern der Anstalt sowie (4) die Mitarbeit in der Beschäftigungstherapeutischen Werkstatt. Die täglich stattfindenden Beurteilungen sind nach Schulnoten gestaffelt, aus dem Mittelwert wird täglich über die Einordnung in die jeweilige Stufe entschieden.

Die Jugendlichen beginnen bei Antreten des Arrestes auf Stufe 3 und können bei entsprechendem Verhalten auf Stufe 2 und dann auf Stufe 1 aufsteigen. Das Erreichen höherer Stufen geht mit einem verlängerten Aufschluss am Nachmittag einher. Bei Erreichen der Stufe 1 besteht die Möglichkeit einer vorzeitigen Entlassung. Das Stufenmodell wird grundsätzlich auf Kurzarrestanten und Dauerarrestanten angewendet. Freizeitarrrestanten werden beim ersten Aufenthalt weitgehend „unter Verschluss“ gehalten. Im Falle eines zweiten Aufenthalts werden sie ebenfalls in die Stufe 3 eingruppiert.

Die Arrestanten bekommen während des Aufenthalts eine Einzelfallbetreuung, welche zur Analyse und zum Verstehen der persönlichen Situation beitragen soll. Des Weiteren werden Anlauf- und Beratungsstellen für die Zeit nach dem Arrest empfohlen. Ein besonderer Schwerpunkt wird in der Einzelfallbetreuung darauf gelegt, die Entwicklung des kriminellen Verhaltens zu reflektieren und aufzuarbeiten.

Über die Einzelfallbetreuung hinaus sollen Gruppenangebote im Rahmen des „Modularen Kompetenztrainings“ (siehe 2.3) soziale Kompetenzen der Arrestanten fördern, die Zeit im Arrest strukturieren helfen, die Arrestanten an jugendspezifische Inhalte heranführen und ih-

nen zeigen, wie sie ihre Freizeit sinnvoll gestalten können. Dieses soziale Lernen soll möglichst viele Arrestanten erreichen; das MKT ist in das Stufenkonzept eingebunden und stärkt den pädagogischen Auftrag des Jugendarrestes.

2.3 Das „Modulare Kompetenztraining“ (MKT)

Das Modulare Kompetenztraining ist ein pädagogisches Angebot im Berliner Jugendarrest, in dessen Rahmen die Ursachen und Folgen des sanktionierten Verhaltens der Jugendlichen reflektiert und aufgearbeitet werden sollen. Ziel ist es, den Arrestanten Anregungen zur Änderung der eigenen Einstellungen und des eigenen Verhaltens zu geben und ihre Kompetenzen zu fördern.

Arrestanten werden verpflichtend ins MKT aufgenommen, wenn sie mindestens eine Woche Dauerarrest ableisten müssen und über hinreichende Deutschkenntnisse verfügen. Eine Befreiung vom MKT ist möglich, wenn die Arrestanten an beruflichen oder schulischen Maßnahmen teilnehmen und dadurch Ausgang erhalten. Das MKT findet in der Regel dienstags bis freitags statt, die Gruppengröße beträgt zwischen fünf und acht Personen. Die unterschiedlichen Angebote sind in Module unterteilt, welche in der Regel eine Dauer von 90 Minuten haben. Manche Angebote können sich über mehrere Module erstrecken. Einige Angebote werden von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Jugendarrestanstalt vermittelt, andere von externen Trainern, welche regelmäßig oder unregelmäßig Module anbieten können.

Die Angebote decken ein breites Themenspektrum ab: Es gibt Module zu „Sinn und Zweck einer Strafe“, „Wer denkt an die Opfer?“, „Gewalt und Drogen“ und „Gewaltprävention“, die durch Sozialarbeiter und die Berliner Polizei durchgeführt werden. Kompetenzen stärken sollen Module wie „Bewerbungstraining“, „Berufsberatung“, „Schuldenprävention“ und „Zeiten ändern dich – Zukunftsperspektiven entwickeln“. Auch Aspekte der gesundheitsbezogenen Prävention und Gesundheitsförderung werden den Arrestanten vermittelt. So bietet die Berliner Aids-Hilfe seit dem Jahr 2006 im Rahmen des MKT ein Modul zur HIV/Aids-Prävention und zur Beratung und Aufklärung in Fragen der sexuellen Gesundheit an.

2.4 Die Präventionsarbeit der Berliner Aids-Hilfe im Rahmen des MKT

Das im Berliner Jugendarrest in der Regel im Rahmen des Modularen Kompetenztrainings realisierte Angebot der Berliner Aids-Hilfe e.V. wird vom Team „Schoolwork/Prävention mit

Jugendlichen und jungen Erwachsenen“ getragen.⁵ Das Team arbeitet ehrenamtlich unter hauptamtlicher Koordination, die Mitglieder sind sexualpädagogisch ausgebildet. Die Arbeit im Jugendarrest wird im zwei- bis dreiwöchigen Rhythmus in Form von Workshops realisiert, die in gemischtgeschlechtlichen Kleingruppen von vier bis acht Jugendlichen stattfinden.

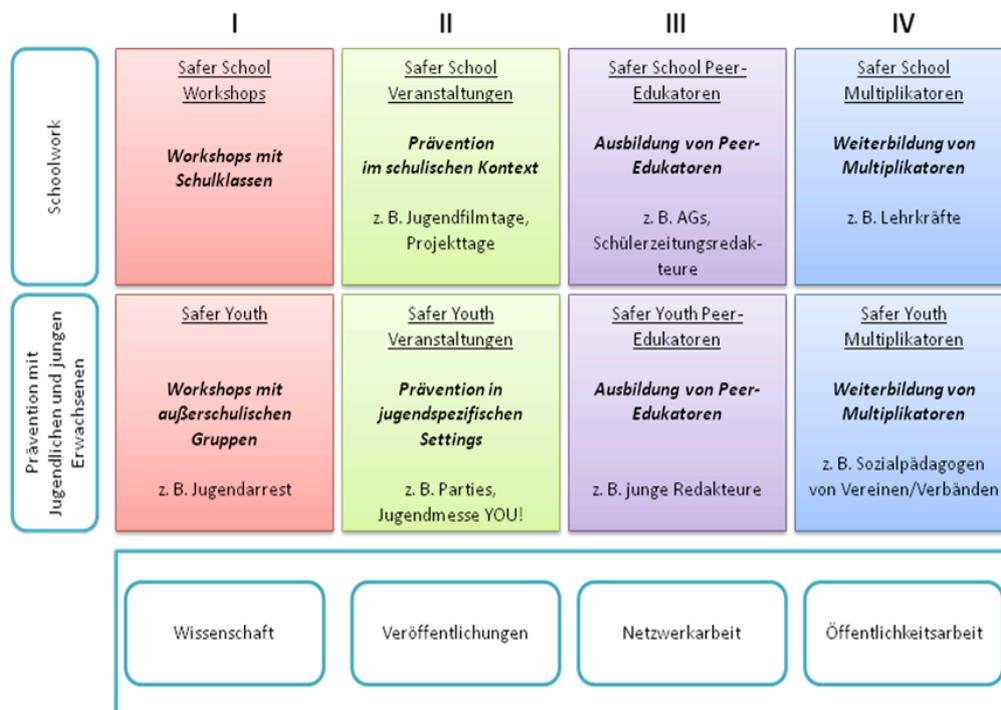
Ziel des Projekts „Schoolwork/Prävention mit Jugendlichen und jungen Erwachsenen“ ist es, Heranwachsende zu befähigen und zu motivieren, sich mit Themen wie Liebe, Sexualität, Kondomgebrauch und Schutz vor HIV/Aids und anderen sexuell übertragbaren Infektionen (STIs) auseinanderzusetzen. Die sexualpädagogische Aufklärungsarbeit soll zu einer nachhaltigen Stärkung des Selbstbewusstseins der Jugendlichen beitragen, damit sie sich und andere selbstbestimmt und eigenverantwortlich vor Gefahren im Zusammenhang mit ihrer sexuellen Gesundheit schützen können. Um dieses Ziel zu erreichen, werden die Jugendlichen über relevante Übertragungswege und Schutzmöglichkeiten informiert und zur Auseinandersetzung mit den physischen und psychosozialen Folgen einer Ansteckung angeregt. Ein weiterer Arbeitsschwerpunkt des Teams liegt auf der Sensibilisierung für die Lebenswelten HIV-positiver Menschen sowie der hauptsächlich von HIV betroffenen Gruppen, um auf diese Weise Diskriminierung und Ausgrenzung vorzubeugen.

Die Aufklärungsarbeit des Teams ist prinzipiell so aufgebaut, dass sie eine Beteiligung der Jugendlichen und jungen Erwachsenen ermöglicht, denn nur so kann es zum *Empowerment*, zum Ausbau der bereits vorhandenen Kompetenzen und Ressourcen, kommen. Diese Form von Partizipation stellt zudem sicher, dass die Prävention so weit wie möglich den Lebenswelten und -weisen der Zielgruppen entspricht. Übergeordnetes Ziel ist die Förderung der sexuellen Gesundheit der Zielgruppe mit einem Fokus auf HIV/STI-Prävention. Die Erreichung der benannten Ziele verfolgt das Präventionsteam im Rahmen eines *Peer-Involvement-Ansatzes*.

Das Projekt „Schoolwork/Prävention mit Jugendlichen und jungen Erwachsenen“ versucht seine Zielgruppen möglichst umfassend und auf unterschiedliche Weisen anzusprechen.

⁵ Vgl. dazu die Webseite der Berliner Aids-Hilfe e.V. unter URL <http://www.berlin-aidshilfe.de/aufklaerung-beratung/schoolwork.html>.

Abb. 1: Das Vier-Säulen-Konzept des Projekts „Schoolwork/Prävention mit Jugendlichen und Erwachsenen“ der Berliner Aids-Hilfe e.V.



Neben der schulischen Prävention („Schoolwork“) will das Team durch zielgruppenspezifische Prävention („Prävention mit Jugendlichen und jungen Erwachsenen“) besonders vulnerable Jugendliche direkt (Säule I und II) oder mittels Multiplikatoren (Säule III und IV) ansprechen. Durch zielgruppenspezifische Bedarfserhebung in Kooperationen mit wissenschaftlichen Einrichtungen, Veröffentlichungen im Kontext von wissenschaftlichen Veranstaltungen oder an Multiplikatoren gerichtete Publikationen wie dem *Handbuch Jugendprävention*⁶ sollen die Qualität der Arbeit sichergestellt und optimiert sowie Diskurse angeregt werden. Mit Netzwerkarbeit und regelmäßigem fachlichem Austausch im Bereich der Jugendhilfe sowie einer breit gefächerten Öffentlichkeitsarbeit transportiert das Team im Rahmen seiner Möglichkeiten das Thema HIV/STI in (neue) soziale Kontexte.

Die Präventionsarbeit im Jugendarrest stellt seit Beginn der Kooperation neben den Tätigkeiten im schulischen Kontext die Kernaufgabe des Teams dar (Säule I). Im Vergleich zu den

⁶ Das „Handbuch Jugendprävention“ (Wilke et al. 2008, 2010) wurde vom ehrenamtlichen Team entwickelt und richtet sich an neue und bisherige Mitarbeiter in der Präventionsarbeit sowie an alle potenziellen Multiplikatoren, insbesondere an Menschen, die mit Jugendlichen eng zusammenarbeiten wie Lehrer und Mitarbeiter in Jugend- und Freizeiteinrichtungen, Vereinen und Verbänden. Das Handbuch enthält Grundlagenwissen zu HIV/Aids und anderen sexuell übertragbaren Infektionen, Drehbücher und Leitfäden für Präventionsworkshops sowie eine Vielzahl von Methoden und Materialien für die Prävention, die zum Großteil vom Schoolwork-Team selbstständig für die Zielgruppe der Jugendlichen (weiter-)entwickelt und in der Praxis erprobt wurden. Das Handbuch verfügt über eine Internetplattform zum Download von Aktualisierungen und Materialien und ermöglicht so einen niedrighschwelligem Einstieg in die aktuelle Präventionsarbeit.

schulischen Aufklärungsworkshops werden zwar im Arrest wesentlich weniger Jugendliche mit einer einzigen Veranstaltung erreicht. Auf Grund eines größeren Aufklärungsbedarfs bei vulnerablen Zielgruppen liegt bei ihnen jedoch ein größerer präventiver Handlungsbedarf vor, sodass die Arbeit von der Bedeutung her der Schulprävention gleichwertig ist.

Die thematischen Schwerpunkte der Präventionsworkshops sind:

- Umgang mit Liebe, Freundschaft und Sexualität
- Infektionswege und -risiken von HIV/Aids und anderen sexuell übertragbaren Infektionen (STIs)
- Krankheitsverlauf von HIV/STIs
- Schutzmöglichkeiten und Kondomgebrauch
- HIV-Test und Behandlungsmöglichkeiten
- Sensibilisierung für die Lebenszusammenhänge HIV-positiver Menschen sowie für die Lebensweisen und -welten der von HIV hauptsächlich betroffenen Gruppen
- Abbau von Infektionsängsten und Vorurteilen
- Kulturspezifischer Umgang mit Sexualität.

Die Präventionsarbeit der Berliner Aids-Hilfe e.V. mit Jugendlichen und jungen Erwachsenen wird nicht durch die Berliner Senatsverwaltung gefördert und ist daher auf private zweckgebundene Spenden sowie Drittmittel angewiesen. Auf Grund dieser unsicheren Finanzierungssituation ist die Fortführung der Präventionsarbeit im Berliner Jugendarrest stets gefährdet. Dennoch konnte die Berliner Aids-Hilfe e.V. auch in den Jahren 2007 bis 2009, in denen keine Projektförderung vorlag, die Präventionsarbeit aufrechterhalten, wenngleich die Anzahl der Workshops eingeschränkt werden musste. Dass die Arbeit fortgesetzt wurde, ist vor allem dem Engagement der ehrenamtlichen Mitarbeiter zu verdanken, die die Prävention auf Grund des im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung bestehenden höheren Bedarfs der Zielgruppe an Information und Aufklärung für notwendig erachten.

Tab. 1: Präventionstätigkeit des Teams im Jugendarrest von 2006 bis 2011: Workshops und erreichte Jugendliche

	Jahr						Gesamt
	2006	2007	2008	2009 ⁷	2010	2011	
Anzahl Veranstaltungen	21	20	6	14	23	17	101
Anzahl Arrestanten (Jungen/Mädchen)	137 (109/28)	118 (98/20)	42 (30/12)	118 (106/12)	163 (133/30)	76 (64/12)	654 (540/114)

Seit Beginn der Arbeit im Jugendarrest konnte das Team „Schoolwork/Prävention mit Jugendlichen und jungen Erwachsenen“ insgesamt 654 Arrestanten erreichen, davon 540 männliche und 114 weibliche. Vor dem Hintergrund der Hoffnung, dass die erreichten Jugendlichen zudem als „Minimultiplikatoren“ die Präventionsgedanken der Workshops in ihre jeweiligen Szenen weitertragen, ist die Anzahl der über die Jahre erreichten Jugendlichen von ihrer präventiven Wirkung her nicht zu unterschätzen.

⁷ Im Jahr 2010 beteiligte sich das Team mit einem Stand am „Tag der offenen Tür“. Dabei konnten 33 (29/4) Arrestanten mit Mitmach-Aktionen und Gesprächen erreicht werden. Die Zahlen schließen diese Veranstaltung ein.

3 Methodisches Vorgehen

Im Folgenden konkretisieren wir kurz die Ziele der Studie (Abschnitt 3.1), stellen das methodische Design vor (Abschnitt 3.2) und beschreiben die Durchführung der Befragung und Auswertung (Abschnitt 3.3). Der in der Studie verwendete Fragebogen findet sich im Anhang.

3.1 Ziele der Befragung

Die Befragung hatte das vorrangige Ziel, empirische Daten zu Wissen, Verhalten und Einstellungen von Jugendlichen im Berliner Jugendarrest zu HIV, Aids und anderen STIs zu gewinnen, um die Präventionsarbeit der Berliner Aids-Hilfe im Jugendarrest bedarfs- und zielgruppengerecht zu optimieren. Sie versteht sich damit als Beitrag zu einer evidenzbasierten präventiven Praxis.

Besonderes Augenmerk lag dabei auf den Lebensumständen der arrestierten Jugendlichen – sozialer Status und Bildungsniveau, sozioökonomische und familiäre Lebensverhältnisse, Erfahrungen von (insbesondere sexueller) Gewalt, Drogenkonsum – und ihrem Einfluss auf Wissen, Verhalten und Einstellungen.

Die Anpassung und Verbesserung der Präventionsarbeit orientiert sich damit nicht nur an Wissenslücken, dem Eingehen gesundheitlicher Risiken oder problematischen Einstellungen gegenüber sich selbst oder anderen, sondern muss der Erweiterung und Kontextualisierung des Themenfeldes HIV/Aids und STIs im Hinblick auf dessen lebensweltliche Verortung offen stehen. In diesem Sinne besitzt die Studie auch stark explorative Elemente.

Die Ergebnisse der Befragung gilt es zusammen mit den für diese Zielgruppe maßgeblichen Akteuren der Prävention – der Leitung und den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Jugendarrestes selbst, der Deutschen AIDS-Hilfe e.V. und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung – im Hinblick auf die Folgerungen für die Prävention zu diskutieren. Die hier vorgelegten Ergebnisse verstehen wir als Diskussionsangebot an die Präventionspraxis.

3.2 Entwicklung des Fragebogens

Zur Erreichung der Ziele der Befragung wurde ein quantitatives Studiendesign gewählt, das sich an Designs bekannter KAB-Untersuchungen (*Knowledge, Attitudes & Behaviour*) anlehnt. Dabei wurden Daten zum Wissenstand (in Bezug auf Übertragungs- und Schutzmög-

lichkeiten von HIV und STIs), Verhalten (anhand von Indikatoren wie Kondomgebrauch, HIV-Testverhalten, Alkohol- und Drogennutzung, Kommunikation über HIV) sowie Einstellungen (z. B. Safer Sex-Normen und Einfluss der Peers auf diese Normen, HIV-spezifische Vulnerabilitäten, Stigmatisierung von HIV-Positiven und Homo- und Bisexuellen) erhoben.

Die Konstruktion des Fragebogens erfolgte in Zusammenarbeit mit Psychologen und Sozialwissenschaftlern der Freien Universität Berlin und der Goethe-Universität Frankfurt am Main. Dabei flossen zum einen Erkenntnisse aus sieben explorativen qualitativen Interviews mit arretierten Jugendlichen aus dem Jahr 2008 ein, die im Vorfeld der Studie relevante Themenfelder zu identifizieren halfen. In Absprache mit den jeweils Verantwortlichen enthält der Fragebogen zum anderen etablierte und getestete Fragen und Items aus Untersuchungen der SPI Forschung gGmbH und anderer Forschungseinrichtungen sowie psychometrische Skalen zu Stigma, *Sexual Double-Standards*, *Sensation Seeking* und zum Einfluss der Peers auf sexualitätsbezogene Einstellungen und Verhaltensweisen. Dies ermöglicht – in dem methodischen Design entsprechend begrenztem Umfang – Vergleiche mit Daten und Erkenntnissen aus anderen nationalen wie internationalen Kontexten.

Der Fragebogen wurde zweimal einem *Pretest* – einmal mit vier und einmal mit sechs Arrestantinnen und Arrestanten – unterzogen. Beide *Pretests* führten zu sprachlichen, inhaltlichen und Layout-Verbesserungen.

3.3 Durchführung

Beginn der Datenerhebung war Anfang August 2010. Die Fragebögen wurden durch den Sozialdienst der Jugendarrestanstalt an die Jugendlichen verteilt. Die Teilnahme war freiwillig und wurde in keiner Weise überprüft oder kontrolliert. Für die anonyme und vertrauliche Rückgabe der ausgefüllten Fragebögen stand im Gemeinschaftsbereich des Jugendarrests eine verschlossene Box bereit, die alle zwei Wochen durch Mitarbeiter der Berliner Aids-Hilfe geleert wurde. Unter den Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Studie wurden monatlich unter Wahrung der Anonymität (mittels einer zweiten Box) Gutscheine z. B. von Mode- oder Elektronikunternehmen im Wert zwischen 5 und 20 Euro verlost (als Anerkennung für die Teilnahme und zur Erhöhung der Motivation). Trotzdem war die Rücklaufquote relativ gering. Gründe könnten die Länge des Fragebogens und Verständnis- und/oder Sprachprobleme gewesen sein (z. B. bei Jugendlichen, deren Muttersprache nicht Deutsch ist).⁸

⁸ Für eine Wiederholungsbefragung oder Befragungen mit ähnlichen Zielgruppen empfiehlt sich daher die Übersetzung in mehrere Sprachen.

Daher wurden in zwei konzentrierten Aktionen vor Ort im September 2011 weitere arrestierte Jugendliche durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter – ebenfalls auf freiwilliger Basis und unter Wahrung der Vertraulichkeit und Anonymität – für die Teilnahme gewonnen.

Bis Ende September 2011 lagen insgesamt 94 ausgefüllte Fragebögen vor. Nach Durchsicht der Fragebögen, Eingabe und Bereinigung der Daten gingen schließlich 90 verwertbare Datensätze in die SPSS-gestützte Auswertung ein, die für den vorliegenden Bericht bis Ende Januar 2012 dauerte. Weitere Datenauswertungen zu spezifischen Fragestellungen sind anvisiert und werden an relevanter Stelle veröffentlicht.

4 Ausgewählte Ergebnisse der Befragung

Im Folgenden werden ausgewählte Ergebnisse der Befragung dargestellt. Die Auswahl richtet sich vor allem nach der Relevanz der Befunde für die Präventionsarbeit im Jugendarrest. Nach einer Beschreibung der demografischen Merkmale der Stichprobe (Abschnitt 4.1) wird die Lebenssituation der befragten Jugendlichen analysiert (Abschnitt 4.2). Im Hinblick auf das Wissen der Jugendlichen werden danach die Hintergründe ihrer sexuellen Aufklärung (Abschnitt 4.3) und ihre präventionsrelevanten Kenntnisse zu HIV/Aids und STIs (Abschnitt 4.4) untersucht. Das berichtete Sexual- und Testverhalten ist Gegenstand der Abschnitte 4.5 und 4.6. Abschließend werden Befunde zu den Einstellungen der Jugendlichen zu HIV/Aids und Sexualität ausgeführt (Abschnitt 4.7).

4.1 Demografische Merkmale

Im Vergleich zur Grundgesamtheit der im Zeitraum der Befragung arrestierten Jugendlichen sind in der vorliegenden Stichprobe (N = 90) inhaftierte Mädchen und junge Frauen überrepräsentiert: 64 Befragte sind männlich (71 %) und 22 weiblich (24 %), vier Befragte (4 %) wollten zu ihrem Geschlecht (und zu ihrem Alter) keine Angabe machen.

Der Altersdurchschnitt der männlichen Befragten beträgt 18,5, der der weiblichen 17,7 Jahre (Mediane m: 18; w: 17); weibliche und männliche Teilnehmer/innen unterschieden sich nicht hinsichtlich des Alters ($p = 0,133$).

Für die weiteren Analysen werden die Befragten nach juristischem Alter in drei Gruppen zusammengefasst. Der ersten Altersgruppe werden diejenigen zugeordnet, die das 14., aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben (Jugendliche), der zweiten Gruppe diejenigen, die das 18., aber noch nicht das 21. Lebensjahr vollendet haben (Heranwachsende), der dritten Gruppe alle Befragten ab 21 Jahren (Erwachsene).

Tab. 2: Altersverteilung im Jugendarrest (2010) und in der Stichprobe

Frage: „Wie alt bist du?“ (Anzahl in Klammern)

	Alter in Jahren										
	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Anzahl Arrestanten im Jahr 2010 (N) (N = 1.309)	2 %	6 %	15 %	15 %	17 %	15 %	15 %	9 %	4 %	2 %	1 %
Anzahl Arrestanten in Stichprobe (N = 90; Missing = 4)	1 % (1)	6 % (5)	16 % (14)	14 % (12)	17 % (15)	15 % (13)	9 % (8)	12 % (10)	6 % (5)	2 % (3)	0 % (0)
Gruppierte Anzahl Arrestanten in Stichprobe (N=90; Missing=4)	38 % (32)				42 % (36)			21 % (18)			

Quelle: Sozialdienst der Jugendarrestanstalt Berlin (2010)

53 Prozent aller Arrestanten in der vorliegenden Stichprobe haben einen Migrationshintergrund.⁹ Zugleich geben 93 % der Befragten an, in Berlin aufgewachsen zu sein.¹⁰

Bei den Arrestanten mit Migrationshintergrund handelt es sich überwiegend nicht um „Ausländer“¹¹, d. h. Menschen, die nicht die deutsche Staatsbürgerschaft besitzen, sondern vor allem um Deutsche nichtdeutscher Herkunft, d. h. im Inland geborene staatsbürgerliche Deutsche mit Migrationshintergrund. Insgesamt 86 % der Befragten geben an, in Deutschland geboren zu sein. 14 % sind nicht in Deutschland geboren und haben somit eine direkte Migrationserfahrung: Alle Arrestanten dieser Gruppe leben seit mindestens 6 Jahren in Deutschland, durchschnittlich mehr als 14 Jahre (Mittelwert = 14,36; Median = 15 Jahre).

⁹ Zur Bevölkerung *mit Migrationshintergrund* werden hier Menschen gezählt, die nach Deutschland zugewandert sind, und alle im Inland Geborenen mit fremder Staatsangehörigkeit. Hinzu kommen die hier geborenen Deutschen, bei denen mindestens ein Elternteil zugewandert ist, sowie Ausländer, die in Deutschland geboren sind (vgl. Brückner/Fuhr 2011: 188). Zur Bevölkerung *ohne Migrationshintergrund* zählen die Menschen, die selbst und bei denen auch beide Elternteile in Deutschland geboren sind. Diese Definition folgt im Wesentlichen der amtlichen statistischen Erfassung des Migrationshintergrundes in Deutschland, die auch im Mikrozensus Verwendung findet (vgl. MighEV 2010). Zu den Herausforderungen der statistischen Erfassung von Migrationsaspekten siehe insbesondere Diefenbach & Weiß (2006).

¹⁰ 2 % sind einer anderen Großstadt (über 100.000 Einwohner) und 5 % in einer Kleinstadt (10.000 bis 100.000 Einwohner) aufgewachsen.

¹¹ Der in der Amtssprache verwendete rechtliche Begriff *Ausländer* umfasst Personen, die nicht die deutsche Staatsbürgerschaft besitzen. Er wird hier lediglich verwendet, um die Vergleichbarkeit zur amtlichen Statistik zu gewährleisten.

Fünf von sechs (84 %) der befragten Jugendlichen sind im Besitz der deutschen Staatsbürgerschaft.¹² 21 % der in und 58 % der außerhalb von Deutschland geborenen Befragten haben bisher – trotz der z. T. langen Aufenthaltsdauer in Deutschland – nicht die deutsche Staatsbürgerschaft.¹³

Tab. 3: Jugendarrestanten nach Migrationsstatus

	Arrestanten (N = 85; Missing = 5)	Vergleich Arrestanten mit Berliner Allgemeinbevölkerung ¹⁴	
		Arrestanten im Alter von 16 bis unter 21 Jahren (N = 62; Missing = 2)	Berliner Bevölkerung im Alter von 16 bis unter 21 Jahren (2010)
Ohne Migrationshintergrund	47 % (40)	43 % (26)	63 %
Mit Migrationshintergrund	53 % (45)	57 % (34)	37 %
<i>Mit eigener Migrationserfahrung (zugewandert)</i>	14 % (12)	17% (10)	13 %
Keine deutsche Staatsangehörigkeit	6 % (5)	12 % (7)	9 %
Deutsche Staatsangehörigkeit	8 % (7)	5 % (3)	5 %
<i>Ohne eigene Migrationserfahrung (hier geboren)</i>	39 % (33)	4 % (24)	24 %
Keine deutsche Staatsangehörigkeit	8 % (7)	7 % (4)	9 %
Deutsche Staatsangehörigkeit	31 % (26)	33 % (20)	15 %

Quelle: Amt für Statistik Berlin-Brandenburg (2011)

Für die weiteren Analysen wurden die Herkunftskontexte (der Befragten und/oder ihrer Eltern) in „Türkei/Naher Osten“, „Ost-/Südosteuropa“ und „Andere“ zusammengefasst.

¹² Zwei Befragte haben eine doppelte Staatsbürgerschaft, bei einem ist die Staatsbürgerschaft ungeklärt. Erste-
re wurden beiden Kategorien, Letzterer wurde der Kategorie „andere Staatsbürgerschaft“ zugeordnet.

¹³ In der Forschung wird schon seit Längerem konstatiert, dass sich ein Großteil der Bevölkerung mit nicht-
deutschem Pass bewusst gegen eine Einbürgerung entscheidet, obgleich sie die Voraussetzungen für eine
Einbürgerung erfüllen (Geißler 2006, Grobecker/Krack-Rohberg 2008, Brückner/Fuhr 2011).

¹⁴ Für den Vergleich mit den Daten des Amtes für Statistik Berlin-Brandenburg wurde die Stichprobe auf die
Altersgruppe 16 bis 21 Jahre eingeschränkt, da nur für diese Altersgruppe Daten vorliegen.

Tab. 4: Herkunftsregionen der Arrestanten mit Migrationshintergrund

	Herkunftsregion		
	Türkei/Naher Osten	Osteuropa/Südosteuropa	Andere
Migrationshintergrund (N)	50 % (23)	28 % (13)	21 % (10)

N = 46

Von den Befragten mit Migrationshintergrund gab jeder Zweite (50 %) die Türkei oder ein Land des Nahen Ostens als eigenes Herkunftsland oder als Herkunftsland der Eltern an. 28 % berichten nennen ein Land Ost- und Südosteuropas, wobei darunter auch Nachfolgestaaten der Sowjetunion subsumiert wurden (z. B. Russland, Weißrussland, Ukraine, Kasachstan). Bei 22 % der Befragten ist mindestens ein Elternteil aus anderen Teilen der Welt zugewandert, darunter andere westliche Staaten (z. B. Vereinigte Staaten, Portugal, Irland, Dänemark und Holland), südostasiatische (z. B. Vietnam, Thailand) und afrikanische Staaten (z. B. Mosambik, Ghana, Benin).

In der vorliegenden Stichprobe sind Jugendliche mit Migrationshintergrund im Alter von 16 bis unter 21 Jahren im Vergleich zur Berliner Allgemeinbevölkerung im Jahr 2010 deutlich überrepräsentiert: Während 57 % der Befragten einen Migrationshintergrund besitzen, lag der Bevölkerungsanteil mit Migrationshintergrund in Berlin im Jahr 2010 mit 37 % deutlich niedriger.¹⁵

Mehr als die Hälfte (53 %) aller Arrestanten geben an, sich keiner Religion zugehörig zu fühlen, 25 % fühlen sich dem Islam und 19 % dem Christentum zugehörig. 4 % geben eine andere Religion an. Erwartungsgemäß hängt das Religionszugehörigkeitsgefühl signifikant ($p \leq 0,001$) mit dem Merkmal Migrationshintergrund zusammen. Während 83 % der Befragten ohne Migrationshintergrund sich keiner Religion zugehörig fühlen, trifft dies lediglich auf 27 Prozent der Befragten mit Migrationshintergrund zu. 11 % der Jugendlichen ohne Migrationshintergrund geben an, sich dem Christentum zugehörig zu fühlen, 5 % fühlen sich dem Islam zugehörig. Bei den Jugendlichen mit Migrationshintergrund stellt die Gruppe, die sich dem Islam verbunden fühlt, mit 41 % die größte Gruppe dar, gefolgt von der, die sich dem Christentum zugehörig fühlt (25 %).

¹⁵ Dies darf jedoch keinesfalls zu dem vorschnellen Schluss führen, dass Jugendliche mit Migrationshintergrund sich häufiger delinquent verhalten als Jugendliche ohne Migrationshintergrund. In der kritischen Kriminalsoziologie wird darauf verwiesen, dass auf Grund bestimmter Selektionsprozesse im gesellschaftlichen Kontroll- und Sanktionssystem Jugendliche mit Migrationshintergrund häufiger angezeigt und verurteilt werden, derweil sich die tatsächliche Deliquenzbelastung lediglich in Bezug auf Gewaltdelikte wesentlich von denen der Deutschen ohne Migrationshintergrund unterscheidet (vgl. Naplava 2011, Scherr 2011).

Tab. 5: Migrationsstatus und Religionszugehörigkeitsgefühl

Frage: „Fühlst du dich einer Religion zugehörig?“

Migrationsstatus	Religionszugehörigkeitsgefühl			
	Nicht religiös	Christentum	Islam	Andere
Ohne MH (N) (N=36)	83 % (30)	11 % (4)	6 % (2)	0 %
Mit MH (N) (N=44)	27 % (12)	25 % (11)	41 % (18)	7 % (3)
Gesamt	53 % (42)	19 % (15)	25 % (20)	4 % (3)

N = 80; Missing = 10

In Bezug auf die sexuelle Orientierung der Befragten ist die Stichprobe offenbar homogen: *Kein* männlicher Arrestant gibt an, sich vom gleichen oder von beiden Geschlechtern sexuell angezogen zu fühlen, d. h. *alle* befragten männlichen Jugendlichen geben an, heterosexuell zu sein. Inwieweit dabei sozial erwünschtes Verhalten (in der Gruppe der Arrestierten), befürchtete Sanktionen (im homosozial-heteronormativen *Setting* des Jugendarrestes) oder die Internalisierung traditioneller Männlichkeitsvorstellungen eine Rolle spielen, muss an dieser Stelle offen bleiben.¹⁶ Bei den weiblichen Arrestanten geben demgegenüber 11 % an, sich sexuell ausschließlich zu dem gleichen Geschlecht hingezogen zu fühlen, 16 % sagen, sie fühlten sich zu beiden Geschlechtern hingezogen.

4.2 Zur Lebenssituation der Jugendlichen

In Bezug auf die Wohnsituation stellen die Arrestanten keine homogene Gruppe dar. Fast drei Fünftel (59 %) der befragten Jugendlichen leben bei mindestens einem Elternteil¹⁷ zu Hause. Mehr als jeder Sechste (17 %) lebt allein, etwas weniger als jeder Sechste (15 %) lebt mit dem festen Partner oder einer festen Partnerin zusammen. Jeweils 3 % geben an, in einer Wohngemeinschaft bzw. bei einem Freund zu leben. 2 % berichten von aktueller Obdachlosigkeit.¹⁸

¹⁶ Angenommen, dass sich sexuelle Orientierungen willkürlich in der Gesellschaft verteilen, kann ebenfalls davon ausgegangen werden, dass einige arrestierte Jugendliche sich homosexuell orientieren oder verhalten. In der sozialwissenschaftlichen Forschung ist mittlerweile gut belegt, dass Jungen und junge Männer aus den unteren sozialen Schichten und mit Migrationshintergrund sich stärker an traditionellen Männlichkeitsrollen und -idealen orientieren und Abweichungen davon weitaus stärker sanktionieren (vgl. Flaake 2006, Phoenix/Frosh 2005, Frosh et al. 2005, Budde/Faulstich-Wieland 2005). Dadurch verhalten sich Jugendliche aus diesen sozialen Milieus auch bei entsprechender sexueller Orientierung weniger häufig homosexuell und definieren sich seltener als schwul.

¹⁷ Der Kategorie „Eltern“ wurde auch ein Arrestant zugeteilt, der bei einem Verwandten wohnt.

¹⁸ Zu den Gesundheitsvorstellungen und zum Gesundheitsverhalten von obdachlosen Jugendlichen siehe insbesondere die Studie von Flick und Röhnsch (2008).

Tab. 6: Wohnsituation der Arrestanten*Frage: „Wie wohnst du derzeit?“*

	Eltern	Allein	Mit (Ehe-) Partner	Wohnge- meinschaft	Freund	Obdachlos
Anzahl an Arrestanten in % (N)	59 % (51)	17 % (15)	15 % (13)	3 % (3)	3 % (3)	2 % (2)

N = 90; Missing = 3

Betrachtet man nur die drei größten Gruppen (Befragte wohnen bei mindestens einem Elternteil, allein oder mit ihrem Partner bzw. ihrer Partnerin zusammen), ergeben sich keine signifikanten Unterschiede in Bezug auf den Migrationshintergrund ($p = 0,121$) oder das Geschlecht ($p = 0,310$). Erwartungsgemäß ist die Wohnsituation signifikant vom Alter abhängig ($p \leq 0,001$): Mit zunehmendem Alter sinkt die Anzahl derjenigen, die noch bei ihren Eltern wohnen. Leben in der Gruppe der 14- bis 17-Jährigen noch 90 % der Befragten bei ihren Eltern, sind es bei den 18- bis 20-Jährigen nur noch 61 Prozent. In der Altersgruppe der über 21-Jährigen wohnt lediglich jeder Vierte (25 %) noch im Elternhaus, 44 % leben mit ihrem Partner bzw. einer Partnerin zusammen, 31 % leben alleine.

60 % der befragten Arrestanten geben an, derzeit in einer festen Beziehung zu sein. Im Hinblick auf das Geschlecht, den Migrationshintergrund oder das Alter lassen sich hier keine signifikanten Unterschiede feststellen. In der vorliegenden Stichprobe leben die weiblichen Arrestanten (63 %) etwas öfter als die männlichen (59 %) und die ohne Migrationshintergrund (67 %) häufiger als die mit Migrationshintergrund (55 %) in einer festen Partnerschaft. Erwartungsgemäß steigt die Anzahl der Arrestanten in festen Partnerschaften mit zunehmendem Alter tendenziell an. Berichten von den 14- bis 17-Jährigen 57 % von einer aktuellen Beziehung, so sind es bei den 18- bis 20-Jährigen 61 % und bei den 21- bis 23-Jährigen 67 %. Bei den 14- bis 17-Jährigen dominieren deutlich die kürzeren Beziehungsmuster: 56 % der Befragten dieser Altersgruppe sind kürzer als sechs Monate mit ihrem Partner zusammen, gerade einmal 19 Prozent über ein Jahr. Im Vergleich dazu sind bei den 21- bis 23-Jährigen nur 18 % kürzer als sechs Monate mit ihrem Partner zusammen, aber 56 Prozent länger als ein Jahr. Die 18- bis 20-Jährigen liegen zwischen den beiden anderen Altersgruppen.

Der Eindruck, dass die Arrestanten häufig ihre „festen“ Partner nach kurzer Zeit wechseln, ergibt sich bei der Analyse der bisherigen Anzahl an Beziehungen. Unabhängig vom Alter und Geschlecht gibt gerade einmal jeder fünfte Arrestant (20 %) an, in seinem Leben weniger als drei feste Partnerschaften gehabt zu haben. Die meisten geben an, zwischen vier und zehn feste Partner/innen gehabt zu haben. 40 % hatten bereits mehr als zehn, davon 24 % sogar

mehr als zwanzig. In Anbetracht des Alters der Arrestanten dürfte es sich hierbei um sehr viele sehr kurze Beziehungen hintereinander handeln. Tendenziell geben die Arrestanten mit Migrationshintergrund eine höhere Anzahl an festen Partnerschaften an ($p = 0,051$).

Tab. 7: Anzahl der bisherigen Partnerschaften der Arrestanten

Frage: Wie viele feste Freunde oder Freundinnen hattest du bereits?

	Ohne Migrationshintergrund (N = 37)	Mit Migrationshintergrund (N = 44)	
Anzahl der Beziehungen (N)			Gesamt
1–3	27 % (10)	14 % (6)	20 % (16)
4–10	49 % (18)	34 % (15)	41 % (33)
11–20	14 % (5)	18 % (8)	16 % (13)
> 21	11 % (4)	34 % (15)	24 % (19)

N = 81; Missing = 9

Unabhängig vom Geschlecht gibt mehr als jeder zehnte Befragte (11 %) an, eigene Kinder zu haben; davon haben vier von fünf ein Kind, jeder Fünfte bereits zwei Kinder. Die Altersspanne der Arrestanten mit Kindern liegt zwischen 14 und 22 Jahren. Daten zum Alter bei der Geburt bzw. beim Schwangerschaftsbeginn sowie dazu, ob die Befragten mit Kind einen Schwangerschaftsabbruch selbst oder beim Partner erfahren haben, sind nicht erhoben worden.¹⁹ Signifikante Unterschiede ($p = 0,026$) gibt es in Bezug auf die Herkunft und das Vorhandensein von Kindern: Während 21 % der befragten Arrestanten ohne Migrationshintergrund in der vorliegenden Stichprobe von eigenen Kindern berichten, sind es lediglich vier Prozent derjenigen mit Migrationshintergrund. Untersucht man die Stichprobe nach dem Zusammenhang des Bildungsniveaus und dem Vorhandensein von Kindern, so zeigt sich, dass die Anteil der Arrestanten mit eigenen Kindern mit steigendem Bildungsniveau abnimmt (statistisch nicht signifikant). Kein Arrestant, der das Abitur anstrebt oder abgeschlossen hat, hat bereits ein Kind. Im Vergleich dazu haben mehr als ein Viertel (26 %) der Arrestanten ohne Schulabschluss bereits mindestens ein Kind. Einen ähnlichen Zusammenhang zwischen Bildung bzw. Schicht und Frühschwangerschaft zeigen beispielsweise Block und Matthiesen

¹⁹ Der Anteil der Jugendlichen mit real erlebter Schwangerschaftserfahrung mit Abbruch dürfte angesichts der hohen Anzahl an Frühschwangerschaften im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung noch deutlich höher liegen. In der Studie *Jugendsexualität* der BZgA (2010) wurden insgesamt 3.542 Jugendliche im Alter von 14 bis 17 Jahren befragt. Von diesen Befragten gaben 10 (0,3 %) an, real eine Schwangerschaft erfahren zu haben, d. h. selbst oder beim Partner. Zudem wurde in der Studie ein Zusammenhang zwischen sexuellen Gewalterlebnissen und Schwangerschaft bei deutschen Mädchen festgestellt. Dieser Zusammenhang zeigt sich *nicht* in der vorliegenden Stichprobe.

(2007) sowie Häußler-Sczepan und Wienholz (2007). Die Autoren zeigen, dass Frühschwangerschaften und die Entscheidung für das Kinderkriegen besonders häufig bei Jugendlichen mit fehlenden Berufs- und Zukunftsperspektiven vorkommen. Meist kommen die Jugendlichen aus prekären Lebensverhältnissen und haben komplexe Problemkonstellationen zu bewältigen.

Tab. 8: Arrestanten mit eigenem Kind oder eigenen Kindern

Frage: „Hast du Kinder?“

	Jungen (N = 63)		Mädchen (N = 21)	
	Ohne Migrationshintergrund (N = 30)	Mit Migrationshintergrund (N = 33)	Ohne Migrationshintergrund (N = 9)	Mit Migrationshintergrund (N = 12)
Eigene Kinder in % (N)	20 % (6)	6 % (2)	22 % (2)	0 % (0)

N = 90; Missing = 6

38 % der Befragten gibt an, dass ihre Eltern noch zusammen leben, 63 % hingegen, dass sie aus einer Familie kommen, bei denen die Eltern getrennt leben oder sich haben scheiden lassen. Bei einem Viertel (25 %) fand nach Angaben der Jugendlichen die Trennung bzw. Scheidung der Eltern noch während der Schwangerschaft oder im ersten Jahr nach der Geburt statt. Im Schnitt waren die Arrestanten bei der Trennung ihrer Eltern etwas älter als fünf Jahre (Mittelwert = 5,6 Jahre; Median = 5 Jahre). Dabei gibt es signifikante geschlechtsspezifische Unterschiede ($p = 0,006$). Neun von zehn weiblichen (90 %), aber gerade mal 11 % der männlichen Befragten kommen aus Familien, bei denen die Eltern getrennt sind oder sich haben scheiden lassen. Bei den männlichen Jugendlichen gibt es einen Zusammenhang mit dem Migrationsstatus ($p = 0,025$): Haben 70 % der Jungen ohne Migrationshintergrund eine Trennung bzw. Scheidung der Eltern persönlich erfahren, so sind es bei denen Jungen mit Migrationshintergrund lediglich 42 %.

Von den Befragten haben 7 % keine Geschwister. 25 % geben an, einen Bruder oder eine Schwester zu haben, 68 % berichten von mehreren Geschwistern. Das Ergebnis ist unabhängig vom Geschlecht oder dem Migrationsstatus.

Danach befragt, welcher Schulabschluss vorliegt oder angestrebt wird, gibt jeder Sechste (17 %) das Abitur an. Fast jeder Vierte (24 %) besitzt den Realschulabschluss oder strebt ihn an, mehr als ein Drittel (37 %) den Hauptschulabschluss. Mehr als jeder Fünfte (23 %) der Befragten ist ohne Abschluss von der Schule abgegangen. Signifikante Unterschiede

($p = 0,014$) ergeben sich beim Schulabschluss bei den Jugendlichen mit und ohne Migrationshintergrund: Im Vergleich zu den migrantischen Jugendlichen sind die vorliegenden oder angestrebten Bildungsabschlüsse der nichtmigrantischen Deutschen tendenziell niedriger. Bezüglich des Geschlechts gibt es keine signifikanten Unterschiede beim Schulabschluss.

Tab. 9: Angestrebter oder abgeschlossener Schulabschluss

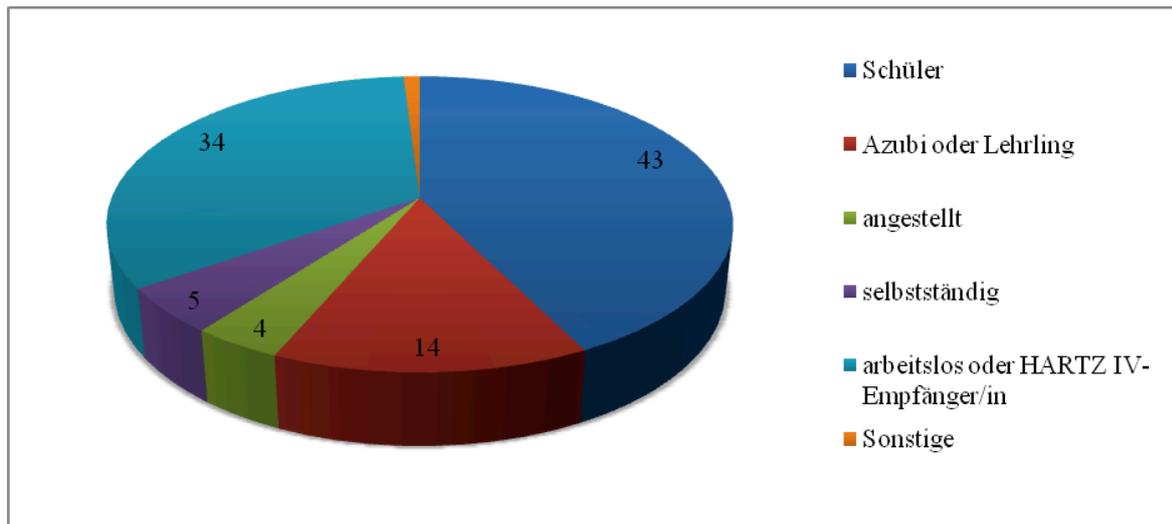
Frage: „Welchen Schulabschluss hast du oder strebst du an?“

	Angestrebter oder vorliegender Schulabschluss			
	Abitur	Realschulabschluss	Hauptschulabschl.	Kein Abschluss
Anzahl Arrestanten in % (N)	17 % (13)	24 % (19)	37 % (29)	23 % (18)
Ohne Migrationshintergrund (N)	11 % (4)	11 % (4)	49 % (18)	18 % (7)
Mit Migrationshintergrund (N)	21 % (9)	36 (15)	26 % (11)	17 % (11)

N = 79; Missing = 11

Die befragten Jugendlichen unterscheiden sich auch wesentlich in Bezug auf ihre derzeitige Tätigkeit. Ein Drittel (34 %) gibt an, zur Zeit der Befragung arbeitslos oder HARTZ IV-Empfänger zu sein. Die größte Gruppe der arrestierten Befragten berichtet von einer aktuellen Schulausbildung (43 %), eine kleinere (14 %) befindet sich in einer beruflichen Ausbildung. Fast jeder Zehnte geht einer beruflichen Beschäftigung nach – als Angestellter (4 %) oder Selbstständiger (5 %). Vergleicht man die derzeitige Tätigkeit nach Migrationshintergrund, so gehen die Befragten mit Migrationshintergrund häufiger zur Schule (56 % vs. 28 %) und sind deutlich seltener arbeitslos bzw. HARTZ IV-Empfänger als die ohne Migrationshintergrund (44 % vs. 26 %).

Abb. 2: Derzeitige Tätigkeit der befragten Jugendlichen (Angaben in %)



N = 86

Im Zusammenhang mit der Lebenssituation der Jugendlichen wurde auch nach der Art und dem Umfang des Drogenkonsums gefragt. Unabhängig vom Geschlecht sind Alkohol und Cannabis die am häufigsten verwendeten Rauschmittel der Arrestanten.²⁰ Fast jeder siebte Arrestant gibt an, *häufig* Alkohol (14 %) oder Cannabis (13 %) zu konsumieren. Alkohol ist jedoch das weiter verbreitete Rauschmittel: Es wird im Vergleich zu Cannabis fast doppelt so oft *gelegentlich* (73 % vs. 38 %) konsumiert. Und während nur jeder Elfte (12 %) *nie* Alkohol trinkt, konsumiert fast jeder Zweiter nie Cannabis (46 %). Nur einzelne Arrestanten (3 %) konsumieren sowohl Alkohol als auch Cannabis *häufig*. Gut ein Drittel (36 %) der Arrestanten konsumiert beide Drogen *gelegentlich*, etwas mehr als jeder Zehnte (12 %) konsumiert weder das eine noch das andere.

Tab. 10: Drogenkonsum der befragten Jugendlichen

Frage: „Nimmst du folgende Rauschmittel?“

Häufigkeit (N)	Rauschmittel				
	Alkohol (Missing = 0)	Cannabis (Missing = 3)	Speed (Missing = 7)	Ecstasy (Missing = 6)	Kokain (Missing = 7)
Häufig	14 % (13)	13 % (12)	4 % (3)	2 % (2)	2 % (2)
Gelegentlich	73 % (66)	38 % (34)	29 % (24)	13 % (11)	24 % (20)
Nie	12 % (11)	46 % (41)	68 % (56)	85 % (71)	74 % (61)

N = 90

²⁰ Für die Auswertung wurden die Variablen neu kodiert. Dabei sind die Häufigkeitsausprägungen „manchmal“ und „selten“ zu „gelegentlich“ zusammengefasst worden. Von Interesse ist insbesondere die starke Ausprägung des Konsums, hinter dem sich möglicherweise eine Abhängigkeit verbirgt.

In der Altersgruppe der 14- bis 17-Jährigen kommt der *häufige* Konsum sowohl von Alkohol als auch von Cannabis relativ selten vor (A: 3 %; C: 13 %), in der Altersspanne von 18 bis 20 Jahren am häufigsten (A: 22 %; C: 20 %). In der Altersgruppe der 21- bis 23-Jährigen ist *häufiger* Konsum vergleichsweise selten (A: 17 %; C: 6 %), *gelegentlicher* Konsum bei beiden Drogen deutlich häufiger als bei den jüngeren Altersgruppen. Während der Anteil der Cannabisabstinenten mit ungefähr 50 % in allen Altersgruppen gleich hoch ist, sinkt dieser bei Alkohol mit steigendem Alter auf null Prozent, d. h., alle Arrestanten im Alter von 21 bis 23 Jahren konsumieren mindestens *gelegentlich* Alkohol. Zwischen den Jugendlichen mit und ohne Migrationshintergrund lassen sich keine signifikanten Unterschiede beim Alkohol- und Cannabiskonsum feststellen. Etwa ein Viertel (26 %) der Befragten aus der Türkei und dem Nahen Osten gibt an, *nie* Alkohol zu trinken. Allerdings ist diese Gruppe in der Stichprobe jünger als die aus anderen Herkunftskontexten (inkl. Deutschland).

Die aufputschenden Amphetamine Speed und Ecstasy werden nur von wenigen Arrestanten *häufig* konsumiert (S: 4 %; E: 2 %). Gut zwei Drittel (68 %) aller Arrestanten konsumieren *nie* Speed, fünf von sechs (85 %) Arrestanten *nie* Ecstasy. Das Rauschmittel Kokain wird ebenfalls nur von sehr wenigen Arrestanten *häufig* verwendet (2 %), jedoch von fast jedem Vierten (24 %) *gelegentlich*. Fast Drei Viertel (74 %) aller Arrestanten nehmen *nie* Kokain zu sich. Bei den Drogen Speed, Ecstasy und Kokain ließen sich keine signifikanten Zusammenhänge zum Geschlecht, Alter oder dem Migrationsstatus finden. Anzumerken ist, dass die Antwortverweigerungsquote bei den drei Drogen im Vergleich zu Alkohol und Cannabis relativ hoch ist.²¹

In der soziologischen Forschung wird auf Zusammenhänge zwischen einem Mangel an ökonomischem, sozialem und symbolischem Kapital und der Prävalenz von Gewalterfahrungen hingewiesen. Jugendliche und Heranwachsende, denen selbst körperliche Gewalt widerfährt oder die stark vernachlässigt werden, tendieren diesen Studien zufolge häufiger zu Drogen- und Alkoholmissbrauch und begehen öfter Straftaten und Gewaltverbrechen (Nave-Herz/Onnen-Isemann 2001: 305 f.; zur Dynamik von „Gewaltkarrieren“ siehe insb. Sutterlüty 2002). Anzunehmen ist zudem eine höhere Bereitschaft zur Gefährdung der eigenen Gesundheit (etwa im Hinblick auf sexuelles Risikoverhalten) aufgrund spezifischer Selbstwertkon-

²¹ Vereinzelt benutzen Arrestanten zusätzliche Stimulanzen. Beispielsweise gibt ein Arrestant an, gelegentlich gleichzeitig eine Reihe von Partydrogen wie MDMA, Mephedron, Methylon, GHB, Ketamin, aber auch die psychoaktive Substanz LSD zu konsumieren. Zwei Arrestanten nehmen gelegentlich halluzinogene Pilze zu sich, ein weiterer das Opioid Tilidin. Ein Arrestant berichtet von seltenem Heroingebrauch, was auf eine potenzielle oder bereits bestehende Abhängigkeit hindeutet. Obgleich das Rauchen von Zigaretten nicht abgefragt wurde, geben 13 Befragte (=14 %) an, diese zu konsumieren.

flikte. Vor diesem Hintergrund wurde in der Studie nach den eigenen passiven Gewalterfahrungen gefragt. Die Frage „Gibt es körperliche Gewalt in deinem Elternhaus?“ verneinten mehr als zwei Drittel der Befragten (69 %). Gut jeder Vierte (26 %) erlebt eigenen Angaben zufolge *gelegentlich*, fünf Prozent erleben *oft* Gewalt in der Familie. Tendenziell sind mehr weibliche als männliche Befragte Gewalt in der Familie ausgesetzt ($p = 0,058$). Die Häufigkeit der berichteten passiven Gewalterfahrungen ist unabhängig vom Migrationsstatus.

Bemerkenswert ist der mit 23 % relativ hohe Anteil der befragten Mädchen, die bereits Opfer sexueller Gewalt geworden sind. Die Antwortverweigerungsquote ist bei den weiblichen Arrestanten zugleich sehr hoch. In der Befragung berichtete zudem ein Junge mit Migrationshintergrund, Opfer sexueller Gewalt geworden zu sein. Die Art der erlebten Gewalt ist genauso wenig abgefragt worden wie die Art der Beziehung zum Täter oder das Alter bei der sexuellen Gewalterfahrung, sodass weitere Rückschlüsse nicht gezogen werden können.

4.3 Sexuaufklärung: Personen, Medien und Institutionen

Jugendliche und junge Erwachsene beziehen ihre Informationen über Sexualität auf unterschiedliche Weise. Um die wichtigsten Informationsquellen herauszufinden, wurden die Arrestanten gefragt, wie wichtig bestimmte Personen und Medien für ihre Sexuaufklärung waren. Für die Analyse werden die Kategorien „sehr wichtig“ und „wichtig“ zu der Antwortkategorie „wichtig“ zusammengefasst. Aus Anschaulichkeitsgründen wird im Folgenden ausschließlich diese Merkmalsausprägung dargestellt.

Tab. 11: Personen der Sexuaufklärung

Frage: „Wie wichtig waren oder sind für dich diese Personen bei der Aufklärung über sexuelle Dinge?“ (Angabe der Antworthäufigkeiten „wichtig“)

Personen der Sexuaufklärung (N)	Jungen (N=60)		Mädchen (N=20)	
	Ohne Migrationshintergrund (N = 31)	Mit Migrationshintergrund (N = 29)	Ohne Migrationshintergrund (N = 8)	Mit Migrationshintergrund (N = 12)
Arzt/Ärztin	67 % (20)	83 % (25)	88 % (7)	91 % (10)
Partner/in	80 % (24)	73 % (22)	63 % (5)	83 % (10)
Beste/r Freund/in	68 % (21)	66 % (19)	63 % (5)	75 % (9)
Mutter	60 % (18)	43 % (13)	100 % (8)	58 % (7)
Vater	48 % (16)	43 % (12)	25 % (2)	33 % (4)
Lehrer/in	23 % (7)	55 % (16)	50 % (4)	33 % (4)
Geschwister	32 % (10)	41 % (12)	63 % (5)	33 % (4)

Anmerkung: Mehrfachnennungen waren möglich.

Sexualaufklärung findet damit primär durch interpersonelle Kommunikation statt. Überraschenderweise werden sowohl von den Jungen als auch von den Mädchen Ärzte als wichtige Personengruppe bei der Aufklärung genannt. Unabhängig vom Geschlecht rangieren bei den Arrestanten mit Migrationshintergrund Ärzte an erster Stelle, aber auch für Mädchen ohne Migrationshintergrund stellen sie zweitwichtigste Bezugsgruppe dar. Dies ist ein deutlicher Unterschied zu der Studie *Jugendsexualität 2010* (vgl. BZgA 2011: 11 ff.), bei der Ärzte eine eher periphere Rolle spielen und andere Personen, etwa die eigene Mutter, für die Aufklärung zu sexuellen Dingen wichtiger sind.

Gleichaltrige Peers, insbesondere der/die feste Partner/in, gefolgt von dem/der beste/n Freund/in, sind ebenfalls als Bezugsgruppe für die Sexualaufklärung der Arrestanten sehr wichtig. Mit Ausnahme der deutschen Mädchen ohne Migrationshintergrund rangieren die Peers mindestens an dritter Stelle, noch deutlich vor den Eltern.

Die eigene Mutter wird ausnahmslos von allen einheimischen deutschen Mädchen als wichtigste Person für die Aufklärung über sexuelle Fragen genannt und spielt auch für die einheimischen deutschen Jungen eine zwar nicht zentrale, aber dennoch wichtige Rolle. Für die Arrestanten mit Migrationshintergrund sind die Mütter im geschlechtsspezifischen Vergleich weitaus weniger wichtig.

Die eigenen Väter sind hauptsächlich für die männlichen Arrestanten bedeutend für die Sexualaufklärung, für die weiblichen sind sie eher unwichtig. Zu den Wissensvermittlern zu Sexualität zählen zudem für Jungen mit und für Mädchen ohne Migrationshintergrund die Lehrkräfte und die Geschwister. Für die Jungen mit Migrationshintergrund sind Lehrer noch vor den Eltern eine Informationsquelle der Sexualaufklärung.

Jugendliche und junge Erwachsene beschaffen sich nicht ausschließlich über persönliche Gespräche Informationen über Sexualität, sondern nutzen dafür auch aktiv Medien. Die Nutzung bestimmter Medien, um Informationen einzuholen, ist dabei wesentlich vom Geschlecht und vom Migrationsstatus der Arrestanten abhängig.

Tab. 12: Medien der Sexuaufklärung

Frage: „Wie wichtig waren oder sind für dich diese Medien bei der Aufklärung über sexuelle Dinge?“

Medien der Sexuaufklärung (N)	Jungen (N = 60)		Mädchen (N = 20)	
	Ohne Migrationshintergrund (N = 31)	Mit Migrationshintergrund (N = 29)	Ohne Migrationshintergrund (N = 8)	Mit Migrationshintergrund (N = 12)
Internet	26 % (8)	53 % (16)	38 % (3)	42 % (5)
Zeitschriften	13 % (4)	33 % (10)	50 % (4)	50 % (6)
Aufklärungsbroschüren	26 % (8)	52 % (15)	38 % (3)	67 % (8)

Anmerkung: Mehrfachnennungen waren möglich.

Sowohl für die männlichen als auch für die weiblichen Befragten mit Migrationshintergrund stellen Medien eine wesentlich bedeutendere Informationsquelle dar als für solche ohne Migrationshintergrund. Insbesondere von den Jungen mit Migrationshintergrund werden alle Medien mehr als doppelt so häufig genannt als von solchen ohne. Mehr als die Hälfte der männlichen Befragten gibt an, sich Informationen über das Internet und Aufklärungsbroschüren zu beschaffen. Bei den Arrestanten ohne Migrationshintergrund ist dies lediglich ein Viertel aller Befragten. Während gerade einmal jeder Achte der Jugendlichen ohne Migrationshintergrund Zeitschriften wie etwa die *Bravo* als Informationsquelle angibt, ist es bei den Befragten aus Migrantenfamilien jeder Dritte.

Bei den weiblichen Arrestanten ist der Unterschied nicht ganz so deutlich ausgeprägt wie bei den männlichen. Dennoch spielen das Internet und Aufklärungsbroschüren für die Mädchen mit Migrationshintergrund eine größere Rolle bei der Informationsbeschaffung als für einheimische deutsche Mädchen. Zeitschriften werden von jedem zweiten Mädchen mit und ohne Migrationshintergrund als wichtige Quelle für Informationen hinsichtlich Sexualität genutzt.

Insbesondere in der Pubertät, also in der Entwicklungsphase vom Kind zum Erwachsenen, ist es von enormer Bedeutung für Jugendliche, Vertrauenspersonen für sexuelle Fragen zu haben, um ihre körperlichen und psychosozialen Veränderungen besser verstehen und bewältigen zu können. Aus diesem Grund wurden die Arrestanten gefragt, ob sie jemanden haben, mit dem sie offen über sexuelle Fragen sprechen können.

Tab. 13: Vorhandensein einer Vertrauensperson

Frage: „Hast du derzeit jemanden, mit dem du offen über sexuelle Fragen sprechen kannst?“

	Jungen (N = 60)		Mädchen (N = 20)	
	Ohne Migrationshintergrund (N = 31)	Mit Migrationshintergrund (N = 29)	Ohne Migrationshintergrund (N = 8)	Mit Migrationshintergrund (N = 12)
Vorhandensein einer Vertrauensperson (N)	100 %	77 %	88 %	100 %

N = 90; Missing = 10

Alle Jungen ohne Migrationshintergrund und alle Mädchen mit Migrationshintergrund sowie alle Befragten über 21 Jahre haben eine Person, mit der sie offen über sexuelle Fragen sprechen können. Der Anteil derjenigen, die keine Vertrauensperson haben, ist bei den Jungen mit Migrationshintergrund am höchsten. Diejenigen, die keine Vertrauensperson besitzen, sind alle zwischen 14 und 20 Jahren alt.

Diejenigen, die eine Vertrauensperson haben, wurden befragt, wem sie sich für sexuelle Fragen anvertrauen.

Tab. 14: Vertrauenspersonen nach Geschlecht und Migrationshintergrund

Frage: „Hast du derzeit jemanden, mit dem du offen über sexuelle Fragen sprechen kannst?“ (nur Antworthäufigkeiten „wichtig“ angeben)

Medien der Sexualaufklärung (N)	Jungen (N=55)		Mädchen (N=19)	
	Ohne Migrationshintergrund (N = 31)	Mit Migrationshintergrund (N = 24)	Ohne Migrationshintergrund (N = 7)	Mit Migrationshintergrund (N = 12)
Beste/r Freund/in	61 % (19)	75 % (18)	86 % (6)	92 % (11)
Partner/in	74 % (23)	50 % (12)	71 % (5)	58 % (7)
Arzt/Ärztin	19 % (6)	29 % (7)	43 % (3)	33 % (4)
Mutter	29 % (9)	17 % (4)	57 % (4)	25 % (3)
Vater	23 % (7)	13 % (3)	0 % (0)	8 % (1)
Geschwister	13 % (4)	13 % (3)	43 % (3)	8 % (1)
Lehrer/in	0 % (0)	13 % (3)	0 % (0)	0 % (0)

Anmerkung: Mehrfachnennungen waren möglich.

Unabhängig vom Geschlecht oder vom Migrationsstatus sind die gleichaltrigen Peers, insbesondere der beste Freund/die beste Freundin und der Partner/die Partnerin, für die Arrestanten mit Abstand die bedeutendsten Vertrauenspersonen für sexuelle Fragen. Dies ist wenig verwunderlich, wenn man bedenkt, dass die Peers sich in ähnlichen Lebenssituationen befinden und deshalb vermutlich die jeweiligen Probleme besser nachvollziehen und entsprechende Tipps geben können, als dies von Erwachsenen zu erwarten ist. Viele Befragte, insbesondere die weiblichen, vertrauen sich eigenen Angaben zufolge Ärzten an. Mädchen und Jungen ohne Migrationshintergrund vertrauen sich ihren Müttern häufiger an als solche mit Migrationshintergrund. Väter spielen als Vertrauensperson nur bei Jungen eine Rolle, genauso wie schulische Lehrkräfte. Lediglich einige Jungen mit Migrationshintergrund wenden sich an diese für sexuelle Vertrauensfragen. Bedeutender hingegen sind die Geschwister, insbesondere für die Mädchen ohne Migrationshintergrund.

4.4 Wissen zu HIV/Aids und anderen sexuell übertragbaren Infektionen

Die im europäischen Vergleich niedrige HIV-Inzidenz- und Prävalenzrate in Deutschland lässt auf einen nachhaltigen Erfolg der nationalen HIV/Aids-Präventionsstrategie schließen. Ein wesentlicher Faktor dieses Erfolges dürfte dabei in dem – im Konzept der strukturellen Prävention angelegten – Bemühen um umfassende Aufklärung nicht nur spezifischer, epidemiologisch begründeter Zielgruppen, sondern insbesondere auch der Allgemeinbevölkerung liegen, durch die der angstbesetzten öffentlichen, medialen und politischen Hysterie zu Beginn der Pandemie Anfang und Mitte der 1980er Jahre ein rationaler Umgang mit der Infektion und den davon Betroffenen entgegengesetzt wurde. Die BZgA, die durch ihre Aufklärungskampagne „Gib AIDS keine Chance“ daran maßgeblichen Anteil hatte, schreibt dazu:

Zu Beginn der AIDS-Aufklärung in den achtziger Jahren wurde in Deutschland und den meisten anderen westlichen Industrieländern äußerst kontrovers über die richtige AIDS-Bekämpfungsstrategie diskutiert. Auf der einen Seite stand der Ansatz der klassischen Seuchenstrategie, der die Erkennung Infizierter und deren Isolierung vorsah. Dem gegenüber stand der Vorschlag, möglichst schnell, bevölkerungsweit und zeitstabil gesellschaftliche Lernprozesse zu etablieren. Individuen, soziale Gruppen, Institutionen und die gesamte Gesellschaft sollten sich selbstverantwortlich, präventiv und ohne Diskriminierung der Betroffenen auf ein Leben mit dem Virus einstellen.

Die gesellschaftliche Lernstrategie setzte sich durch. Die Ziele der bundesweiten AIDS-Aufklärungskampagne „Gib AIDS keine Chance“ wurden entsprechend dieser langfristig angelegten Lernstrategie formuliert. Wichtigstes Ziel war und ist es, möglichst viele Neuinfektionen mit HIV zu verhindern. Basis hierfür ist ein hoher Wissensstand in der Allgemeinbevölkerung über Ansteckungsrisiken, Nichtrisiken und Schutzmöglichkeiten (BZgA 2011: 9).

In der die Studie begleitenden Wiederholungsbefragung der BZgA *AIDS im öffentlichen Bewusstsein* drückt sich dies in einem konstant hohen HIV-relevanten Wissensstand aus:

Im Jahr 2009 wissen alle (99–100 %) – unabhängig vom Bildungsabschluss – über die Möglichkeit von Infektionsrisiken bei Sexualkontakten Bescheid. Ebenso kennen 99 Prozent das Risiko des Nadeltauschs bei intravenösem Drogengebrauch. In demselben Maße ist bekannt, dass eine Infektion mit dem HI-Virus möglich ist, wenn man Blut von jemandem, der mit HIV infiziert ist, in eine offene Wunde bekommt (ebd.: 21).

In ebenso hohem Maße ist die Bevölkerung darüber informiert, dass in Alltagssituationen, in denen man mit HIV-Infizierten zusammenkommen kann, keine Infektionsrisiken bestehen: Mehr als 90 Prozent der Befragten (94 bis 98 %) sehen keine Infektionsgefahr, wenn man mit HIV-Infizierten zusammen arbeitet. 98 Prozent wissen, dass keine Infektionsgefahr beim Händeschütteln besteht, und insgesamt mehr als 80 Prozent wissen, dass Küssen nicht als Risikofaktor gilt (ebd.: 22).

Der Wissensstand zu HIV/Aids und anderen sexuell übertragbaren Infektionen bei Jugendlichen wird durch die Fachöffentlichkeit kontrovers bewertet. Zum einen wird ihnen ein besonders guter Wissensstand unterstellt, der darauf zurückgeführt wird, dass das in der Schule vermittelte und aktuelle Wissen noch „frisch“ und abrufbar sei und die Jugendlichen in unterschiedliche schulische, familiäre und mediale Aufklärungskontexte eingebunden seien. Zum anderen wird angesichts einer nachlassenden öffentlichen Aufmerksamkeit gegenüber HIV/Aids, die mit den zunehmend sich verbessernden Behandlungsmöglichkeiten der Infektion, also einer medizinischen „Normalisierung“, in Zusammenhang gesehen wird, zunehmend häufiger ein deutlich nachlassender und unzureichender Wissensstand gerade auch von Praktikerinnen und Praktikern der Prävention mit Jugendlichen konstatiert.

Vor diesem Hintergrund ging es in der vorliegenden Untersuchung darum, den Wissensstand der befragten Jugendlichen zu HIV/Aids und weiteren sexuell übertragbaren Infektionen differenziert zu ermitteln. Dabei wird ein angemessenes und tragfähiges Wissen als Grundlage eines bewussten und nachhaltigen Gesundheitsverhaltens verstanden.²²

Ausgehend von den langjährigen Erfahrungen der Berliner Aids-Hilfe in der Präventionsarbeit mit Jugendlichen sowie den vorliegenden Erkenntnissen zum Zusammenhang zwischen Wissen und Verhalten in Bezug auf HIV/Aids wurden in der Studie vier Wissensdimensionen untersucht, die Grundlagen, Übertragungsrisiken, Schutz- und Behandlungsmöglichkeiten betreffen.

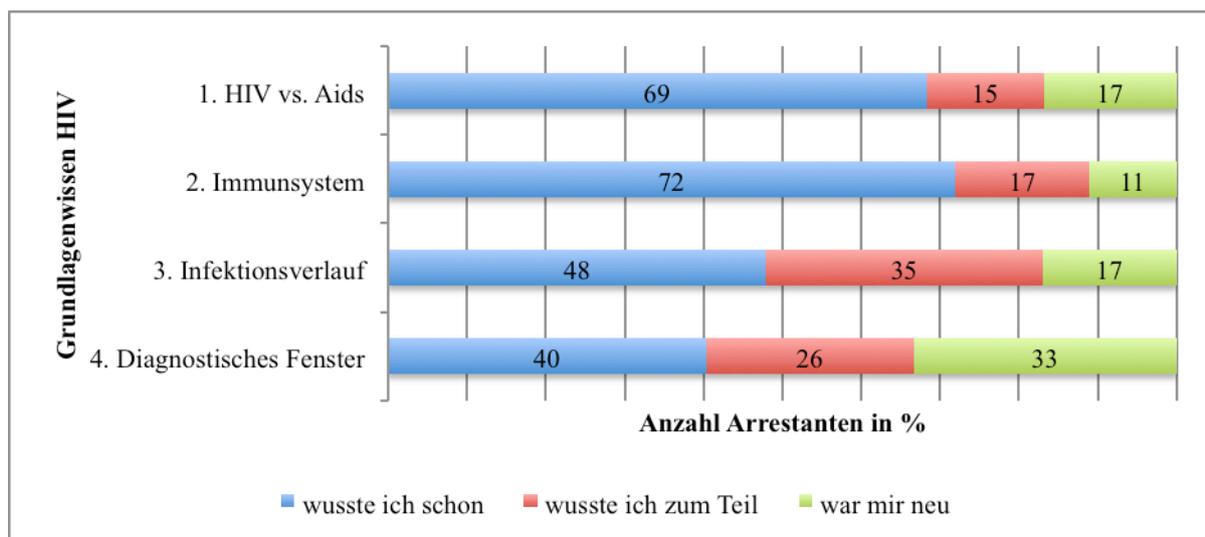
²² Dabei stellt sich jedoch – gerade vor dem Hintergrund der hohen Komplexität des biomedizinischen Wissens und dessen schneller Fortentwicklung – die Frage, was als „angemessen“ und „tragfähig“ bezeichnet werden kann: Was müssen oder sollen Menschen wissen, um einen gelingenden Umgang mit HIV und Aids in ihrem Verhalten, vor allem ihrer Sexualität, zu erreichen? Diese Frage wird im Zuge der zusammenführenden Interpretation der Befragungsergebnisse, die Rückschlüsse auf den Zusammenhang von Wissen und Verhalten zulassen, näher zu untersuchen sein.

In Bezug auf das Grundlagenwissen wurden die Jugendlichen gebeten anzugeben, inwieweit ihnen die folgenden Aussagen bekannt, teilweise bekannt oder neu waren:

1. „HIV und Aids sind nicht dasselbe. HIV ist der Krankheitserreger (ein Virus), Aids die ausgebrochene Krankheit (das Endstadium einer Ansteckung mit HIV).“
2. „HIV zerstört das Abwehrsystem, sodass ein infizierter Mensch für viele andere Krankheiten anfälliger wird.“
3. „Zwischen der Infektion mit HIV und dem Ausbruch von Aids können oft viele Jahre liegen. Durchschnittlich dauert es 8 bis 11 Jahre.“
4. „HIV kann einige Wochen nach der Infektion mit Hilfe eines Bluttests nachgewiesen werden. Damit der Test zuverlässig ist, müssen zwischen einer möglichen Ansteckungssituation und dem Test 3 Monate vergangen sein.“

Die Auswertung zeigt deutliche Unterschiede beim Wissensstand in Bezug auf das in diesen Aussagen enthaltene Grundwissen zu HIV/Aids. Während mehr als zwei Drittel der Befragten (69 % und 72 %) die Unterscheidung zwischen HIV als Krankheitserreger und Aids als Folge der HIV-Infektion als bekannt angeben, weiß weniger als die Hälfte der Jugendlichen (48 % und 40 %) um den langen zeitlichen Verlauf der Infektion und die Existenz eines diagnostischen Fensters bei der Testung auf eine HIV-Infektion.

Abb. 3: Grundlagenwissen zu HIV

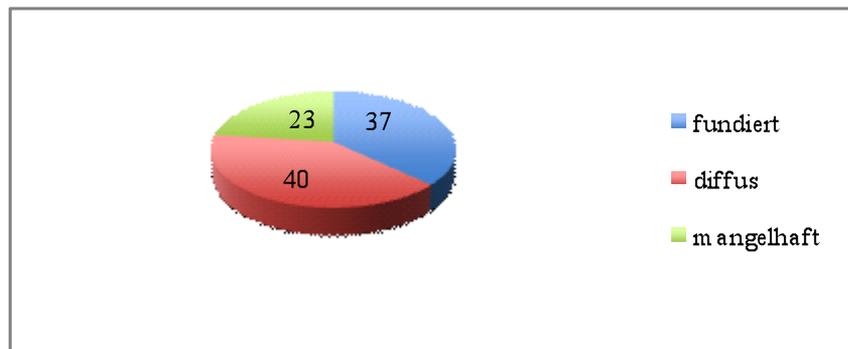


N1 = 89, N2 = 89, N3 = 89, N4 = 87; Rundungsfehler.

Durch Bildung eines Summenindex „Grundwissen“ können die Werte der vier Items additiv zusammengefasst werden. Auf einer Skala von 0 (keiner der Inhalte war bekannt) bis 8 (alle Inhalte waren bekannt) ergibt sich so für die folgenden vergleichenden Analysen ein Mittelwert von 5,6 (SD = 2,02; N = 87). Das so gefasste Grundlagenwissen der Jugendlichen weist keine signifikanten Unterschiede in Bezug auf Alter und Migrationshintergrund auf.²³ Deutliche Unterschiede lassen sich jedoch in Bezug auf Bildung und Geschlecht erkennen. Der t-Test für unabhängige Stichproben ergab mit 6,7 einen signifikant höheren Mittelwert für Mädchen als für Jungen, die auf einen Wert von 5,2 kamen (T = 3,03; df = 81; p = 0,003; N = 81). Zugleich wurde für die Gruppe der Befragten ohne Schulabschluss der niedrigste Indexmittelwert ermittelt (4,1), während Abiturient(inn)en mit 6,0 den höchsten Mittelwert aufwiesen; gegenüber Realschüler/innen (5,6) kamen Hauptschüler/innen auf einen leicht höheren Indexwert (5,0) als Befragte ohne Schulabschluss.²⁴

Fasst man die Indexwerte qualitativ zu den Kategorien „fundiertes Wissen“ (= Indexwerte 8 und 7), „diffuses Wissen“ (Indexwerte 5 bis 7) und „mangelhaftes Wissen“ (Indexwerte bis einschließlich 4) zusammen, so ergibt sich folgende Verteilung der befragten Jugendlichen im Arrest in Bezug auf ihr HIV-bezogenes Grundlagenwissen:

Abb. 4: Grundlagenwissen HIV (Anzahl der Arrestanten in %)



Zur Untersuchung des Wissens bezüglich der HIV-Übertragungswege wurden die Jugendlichen gebeten anzugeben, ob bei 14 im Fragebogen genannten Situationen ein Übertragungsrisiko besteht. Die Items wurden zu Vergleichszwecken zum einen an die in der Studie *AIDS im*

²³ Tendenziell steigt mit dem Alter der Indexwert an, was durch Zunahme von Wissen und Erfahrung erwartbar ist (5,3 bei den bis 18-Jährigen, 5,5 bei den Befragten zwischen 18 und 20 Jahren und 6,4 bei den mindestens 21-Jährigen). Befragte ohne Migrationshintergrund weisen zugleich tendenziell höhere Indexwerte auf als jene mit Migrationshintergrund, aber ohne eigene Migrationserfahrungen, und jenen mit eigenen Migrationserfahrungen (5,8; 5,5; 5,1).

²⁴ Ergebnisse der Varianzanalyse (ANOVA): F = 7,25, df = 3, p = 0,001, N = 87.

öffentlichen Bewusstsein genutzt angelehnt, zum anderen aufgrund der Erfahrungen aus der Workshoppraxis der Berliner Aids-Hilfe im Bereich der Prävention mit Jugendlichen und jungen Erwachsenen weiter differenziert.

Deutlich wird, dass die Korrektheit der Einschätzungen der Jugendlichen zu den einzelnen Übertragungswegen – und damit der anzunehmende Grad ihres Wissens über die Transmissionsrisiken – sehr unterschiedlich ausfällt. So ist ein hoher Wissensstand in Bezug auf die HIV-Übertragbarkeit bei gemeinsamer Nutzung einer Nadel bei intravenösem Drogenkonsum, bei Vaginal- oder Analverkehr sowie beim Austausch von Blut über offene Wunden zu vermerken: Jeweils mehr als neun von zehn Befragten schätzen diese Risiken richtig ein. Dies entspricht weitgehend den Befunden der BZgA-Studie *AIDS im öffentlichen Bewusstsein*. Ein eher diffuses Wissen bildet sich in der Befragung jedoch in Bezug auf Alltagssituationen ab, bei denen kein medizinisch relevantes Übertragungsrisiko: 86 % der Jugendlichen etwa sehen Händeschütteln und 79 % Küssen als Übertragungsmöglichkeiten für HIV, 71 % geben an, dass HIV auch am Arbeitsplatz, der weiter als „Büro“ spezifiziert wurde, übertragen werden kann, 62 % halten eine Übertragung bei der Benutzung öffentlicher Toiletten für möglich. Diese Ergebnisse markieren tendenziell einen Unterschied zur Einschätzung der BZgA, die Allgemeinbevölkerung sei über die Nicht-Übertragbarkeit von HIV in Alltagssituationen umfassend informiert, und machen auf mögliche Unsicherheiten im Umgang mit HIV und den davon Betroffenen aufmerksam. Dies spiegelt sich in den Präventionsworkshops der Berliner Aids-Hilfe im Jugendarrest wider, in denen die Jugendlichen im Gespräch über Übertragungswege häufig realitätsfremde Risiken konstruieren.²⁵ Beim Oralverkehr sieht nur etwas mehr als die Hälfte der Befragten (58 %) ein relevantes Transmissionsrisiko.²⁶ Dieses Ergebnis widerspricht deutlich der verallgemeinerten Feststellung der BZgA in Bezug auf den Wissensstand über die Möglichkeit von Infektionsrisiken bei Sexualkontakten und steht in Einklang mit einer Studie von Kouznetsov et al. (2009) über unterschiedliche Kenntnisse zu den Risiken bei unterschiedlichen Sexualpraktiken. Dies hat für die Präventionsarbeit im Jugendarrest Bedeutung, die sich – nicht zuletzt im Kontext kulturspezifischer Tabuisierungen –

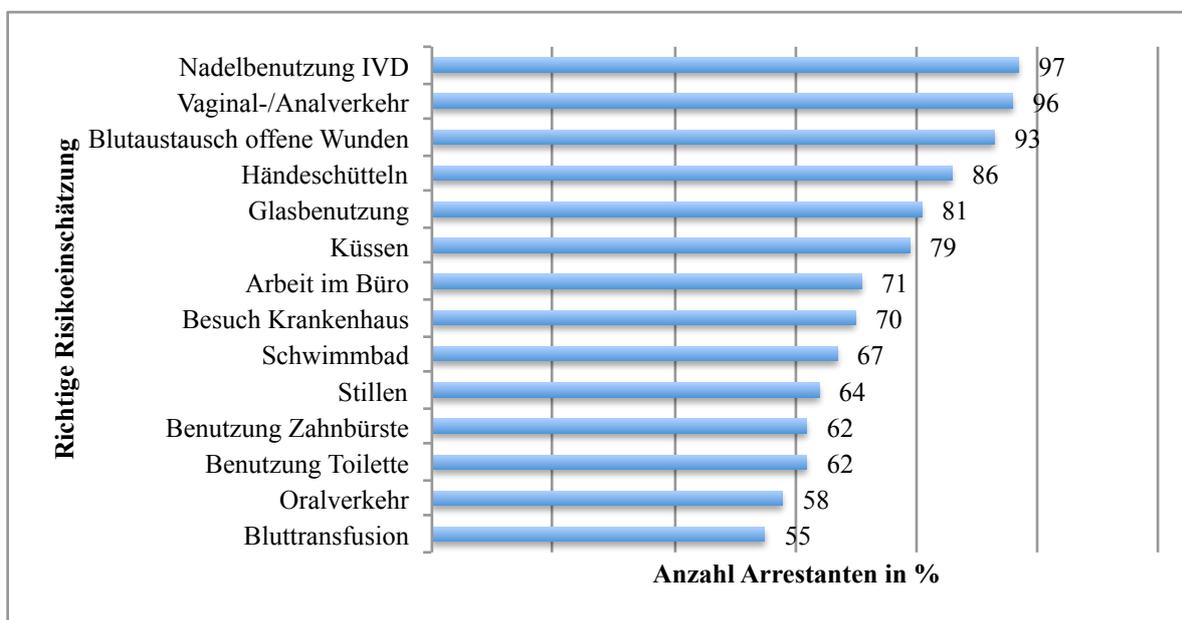
²⁵ Beispiel einer Aussage eines Workshopteilnehmers: „Wenn ich auf eine öffentliche Toilette gehe und vor mir ein drogenabhängiger Obdachloser mit HIV sich dort einen runtergeholt hat und das Sperma noch von unten am Sitz klebt und ich gleich danach mit meinem Schwanz genau an diese Stelle komme und ich am Schwanz eine kleine Wunde habe ...“

²⁶ Diese Aussage ist zugleich zu relativieren, da bei der Einschätzung der Übertragungswahrscheinlichkeit zwischen aktivem und passivem Oralverkehr, der Aufnahme von Sperma und dem Vorliegen anderer relevanter STIs weiter hätte differenziert werden müssen, was sich jedoch im Fragebogen nicht abbilden ließ. Aus präventiver Perspektive fällt jedoch die Diskrepanz zwischen recht hohen Zustimmungswerten bei der Einschätzung völlig risikoloser Situationen des Alltagshandelns als riskant und dem vergleichsweise geringen Zustimmungswert bei dieser für die Prävention bedeutsamen Sexualpraktik auf.

nicht auf verallgemeinernde Aussagen zurückziehen darf, sondern konkrete Fallszenarien durchsprechen und dabei die Unsicherheiten und Ängste der Jugendlichen ernst nehmen muss. Inwieweit die von der Repräsentativbefragung der BZgA abweichenden Befunde auf die besondere Situation der arrestierten Jugendlichen verweist und in ihrer erworbenen Vulnerabilität begründet liegt, lässt sich an dieser Stelle nicht sagen, da die dafür notwendigen altersgruppenspezifischen Vergleichsdaten aus der Allgemeinbevölkerung fehlen.

Abb. 5: Wissen zu Übertragungswegen

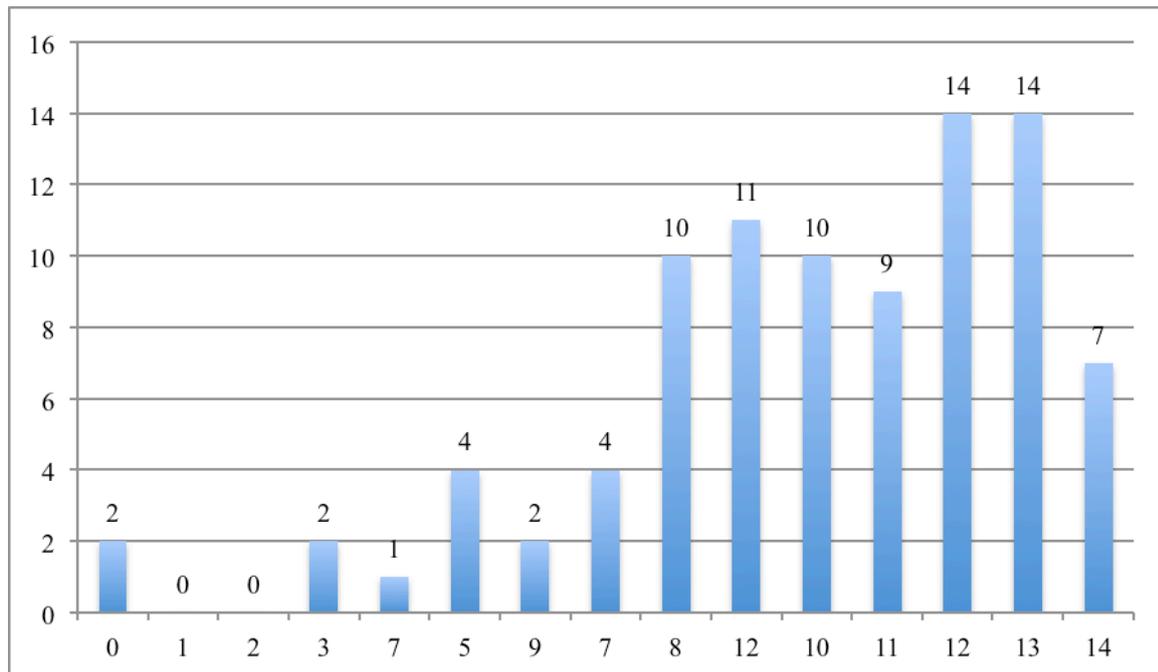
Frage: „Kann man sich mit HIV anstecken durch ...?“ (Anteil der richtigen Antworten)



Insgesamt konnten nur 7 % alle Übertragungs- und Nicht-Übertragungswege richtig identifizieren, immerhin 14 % schafften 13 Richtige (von 14). Der Großteil der befragten Jugendlichen zeigt eher diffuse Kenntnisstände, das heißt, einige Wege wurden – eher unsystematisch – richtig, andere falsch angegeben.²⁷

²⁷ Dabei kann man kaum feststellen, ob jemand aufgrund vorhandenen Wissens richtig lag oder die richtige Antwort nur zufällig angekreuzt hat.

Abb. 6: Wissen zu Übertragungswegen: Anzahl richtig beantworteter Items



Anmerkung: 73 der 90 Befragten haben alle Items angekreuzt, bei den anderen wurde Weglassung als nicht richtig gewertet.

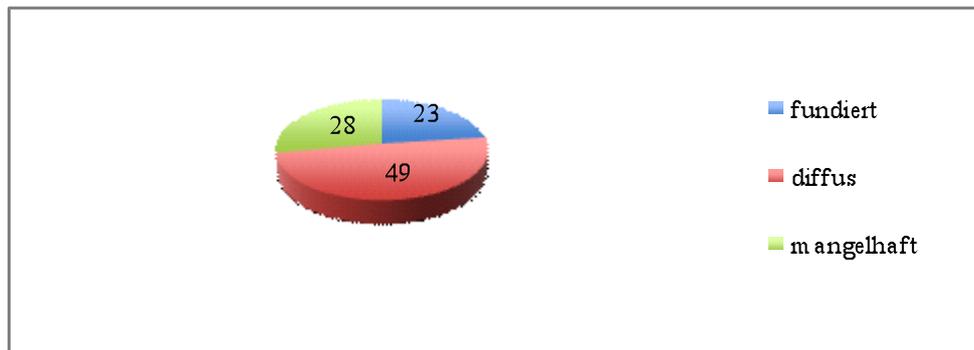
Wie für das Grundlagenwissen lässt sich auch für das Wissen über die Übertragungswege ein einheitlicher Summenindex bilden, der Werte von 0 (keine Antwort richtig) bis 14 (alle Antworten richtig) umfasst. Für die Gesamtstichprobe ergibt sich so ein Indexmittelwert von 10,0 (SD = 3,10; N = 90).

Basierend auf diesem Index lassen sich keine signifikanten Unterschiede in Bezug auf Geschlecht, Alter und Migrationshintergrund feststellen. Die für das Grundlagenwissen bereits beschriebenen Tendenzen eines höheren Kenntnisstandes bei Mädchen (im Vergleich zu Jungen: 10,3 vs. 9,8), bei Jugendlichen über 20 Jahren (im Vergleich zu Jugendlichen bis 18 und zwischen 18 und 20 Jahren: 10,6 vs. 10,1 vs. 9,3) sowie bei Befragten ohne Migrationshintergrund (im Vergleich zu Befragten mit Migrationshintergrund ohne Migrationserfahrungen und zu Befragten mit eigenen Migrationserfahrungen: 10,1 vs. 9,8 vs. 9,3) sind auch hier zu finden. Die Auswertung zeigt jedoch auch signifikante bildungsspezifische Unterschiede, die ebenfalls den Tendenzen beim Grundlagenwissen entsprechen: Jugendliche ohne formalen Schulabschluss weisen den geringsten Indexwert auf (Mittelwert für die Gruppe: 8,1), Abiturient(inn)en den höchsten (11,5). Befragte mit Haupt- und Realschulabschluss kommen durchschnittlich auf Werte dazwischen (Mittelwerte 10,5 und 9,9).²⁸

²⁸ Ergebnisse der ANOVA: $p = 0,008$, $F = 4,207$, $df = 3$.

Fasst man die Indexwerte qualitativ zu den Kategorien „fundiertes Wissen“ (= Indexwerte 14 und 13), „diffuses Wissen“ (Indexwerte 9 mit 12) und „mangelhaftes Wissen“ (Indexwerte bis einschließlich 8) zusammen, so ergibt sich folgende Verteilung der befragten Jugendlichen im Arrest in Bezug auf ihr HIV-bezogenes Grundlagenwissen:

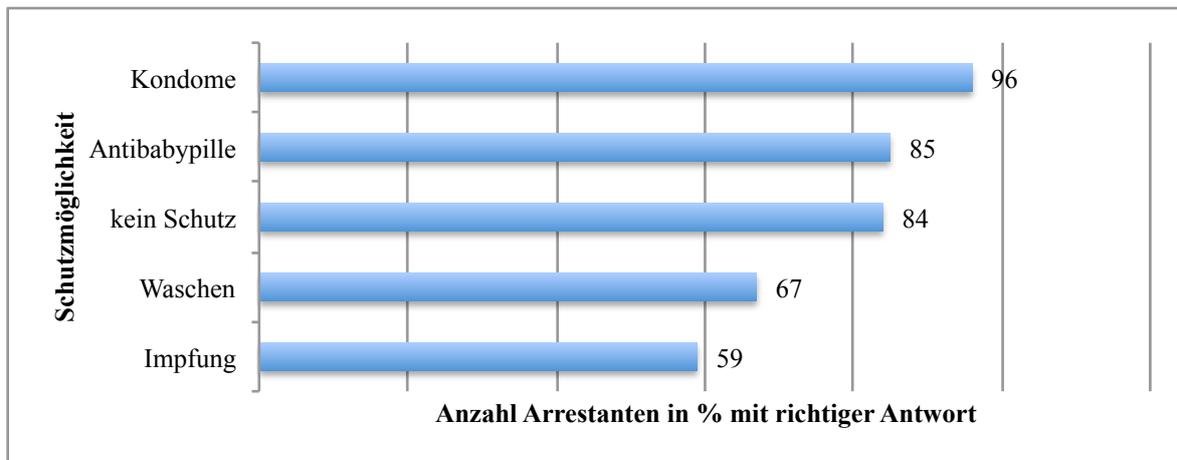
Abb. 7: Wissen zu Übertragungswegen (Angaben in %)



Als dritte Wissensdimension wurde nach Kenntnissen zum möglichen Schutz vor einer HIV-Infektion, insbesondere bei sexuellen Kontexten, gefragt. Neben Kondomen, die 96 % der Befragten richtig als Schutzmöglichkeit identifizierten, stand zudem die Antibabypille zur Auswahl, da in Präventionsworkshops der Berliner Aids-Hilfe der Begriff des Schutzes in sexuellen Dingen nicht selten durch Jugendliche verallgemeinert, Schutz vor einer ungewollten Schwangerschaft und Schutz vor HIV gleichgesetzt und die Antibabypille dieser (fehlerhaften) Logik zufolge un-/vorbewusst auch als Schutz vor HIV wahrgenommen wird. Immerhin gaben 85 % der befragten Jugendlichen richtigerweise an, dass die Antibabypille keinen Schutz vor einer HIV-Übertragung beim Sex bietet. Fast ebenso viele (84 %) lehnten die Aussage ab, dass es überhaupt keinen wirksamen Schutz vor einer HIV-Infektion gebe. Bemerkenswerterweise meinte jedoch ein Drittel (33 %), dass regelmäßiges Waschen (etwa der Geschlechtsorgane nach dem Sexualakt) vor einer HIV-Infektion schütze, 41 % glaubten, dass es eine Impfung geben die Infektion gebe.

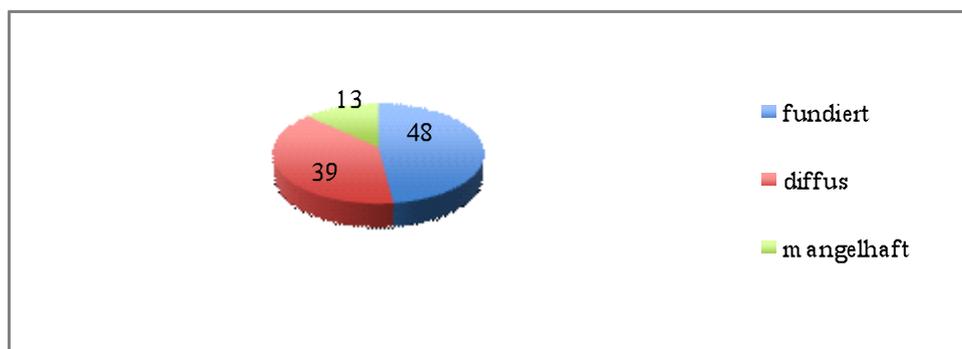
Abb. 8: Wissen zu Schutzmöglichkeiten: Anteil richtiger Antworten

Frage: „Wie kann man sich vor HIV schützen?“



Der berechnete Summenindex zum Wissen über die Schutzmöglichkeiten (Skala 0 = keine Antwort richtig bis 5 = alle Antworten richtig) weist einen Mittelwert von 3,9 auf (SD = 1,20; N = 82). Es lassen sich keine signifikanten Unterschiede in Bezug auf Alter, Geschlecht, Bildung oder Migrationshintergrund feststellen. Die bereits skizzierten Tendenzen sind auch hier vorhanden. Fasst man die Indexwerte wiederum qualitativ zu den Kategorien „fundiertes Wissen“ (=Indexwert 5), „diffuses Wissen“ (Indexwerte 3 und 4) und „mangelhaftes Wissen“ (Indexwerte bis einschließlich 2) zusammen, so ergibt sich folgende Verteilung der befragten Jugendlichen im Arrest in Bezug auf ihr Wissen zu den Schutzmöglichkeiten:

Abb. 9: Wissen zu Schutzmöglichkeiten (Angaben in %)



Zuletzt wurden im Hinblick auf verhaltensrelevantes Wissen zu HIV/Aids die Kenntnisse zu den aktuellen Behandlungsmöglichkeiten untersucht. Dies geschah insbesondere vor dem Hintergrund der gerade in den Medien weit verbreiteten Annahme eines „Therapieoptimismus“, demzufolge es aufgrund einer unrealistischen Wahrnehmung der Behandelbarkeit

(wenn nicht gar Heilbarkeit) der HIV-Infektion zu einer größeren Sorglosigkeit im Umgang mit sexuellen Risiken kommen könne. Je weniger jemand die Infektion aufgrund einer vermeintlichen Heilbarkeit als bedrohlich einschätzt, so ließe sich die Annahme formulieren, desto eher sei er möglicherweise bereit, Risiken in Kauf zu nehmen, die zu einer Ansteckung führen könnten (da die Infektion dann ja leicht geheilt werden könnte). Die Jugendlichen sollten daher angeben, inwieweit sie folgenden Aussagen zustimmen:

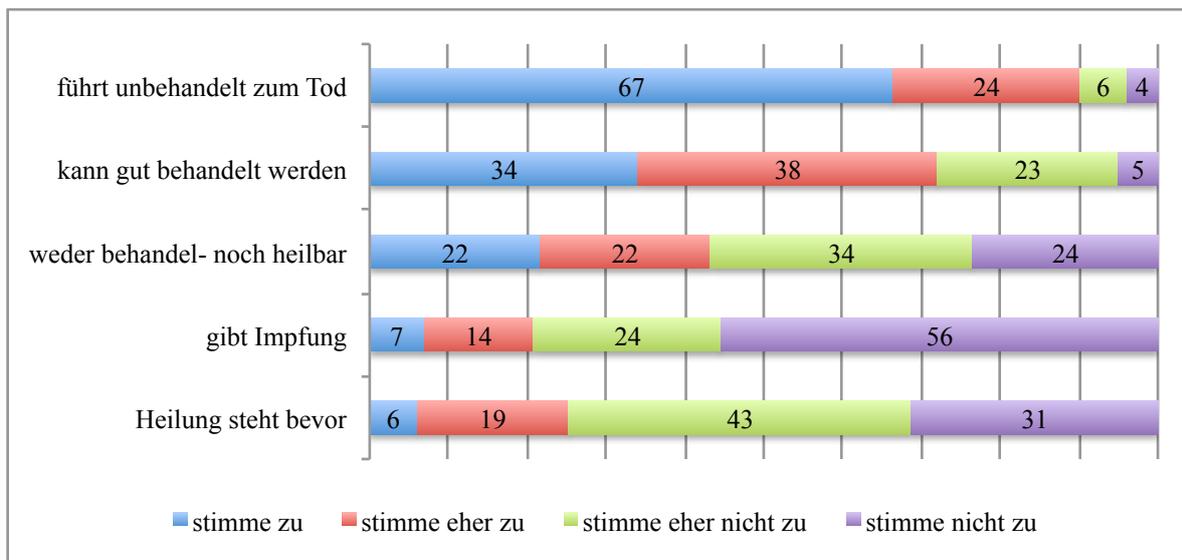
1. „Es gibt mittlerweile eine Impfung gegen HIV.“
2. „Aids führt unbehandelt in der Regel zum Tod.“
3. „Mit Medikamenten kann man HIV heute recht gut behandeln.“
4. „Eine Heilung der Krankheit steht kurz bevor.“
5. „HIV und Aids sind auch heute weder behandelbar noch heilbar.“

Die Wahrnehmung der Behandelbarkeit – und damit der Schwere und implizit der Bedrohlichkeit – der Infektion ist recht ambivalent. Während fast drei Viertel der Befragten (72 %) angeben, dass HIV heute gut behandelbar sei, geben 44 % der Befragten an, dass HIV weder behandelbar noch heilbar sei. Hier scheint teilweise ein Verständnis, was Behandelbarkeit von HIV real bedeutet, zu fehlen. Ebenso könnte – auch aufgrund der Frageform – das Wissen um die Behandelbarkeit mit einer diffusen Wahrnehmung der Bedrohlichkeit der Infektion vermischt worden sein.²⁹ Von einem „Therapieoptimismus“ kann indes nicht die Rede sein. Nur ein kleinerer Teil der Befragten (21 % bzw. 25 %) meint, dass es bereits eine Impfung gebe bzw. eine Heilung kurz bevorstehe.³⁰ Zugleich wissen neun von zehn Befragten, dass HIV unbehandelt in der Regel zum Tode führt.

²⁹ In dieser Hinsicht würden die ambivalenten Antworten die Realität der Erkrankung als derzeit unheilbare, aber zumindest in Deutschland doch gut behandelbare chronische Krankheit widerspiegeln.

³⁰ Unabhängig von möglichen „objektiven“ Perspektiven, dass HIV „in absehbarer Zeit“ heilbar sein könnte, die von einigen Experten vertreten werden, geht es hier um die „subjektive“ Ansicht der Befragten in Bezug auf die oben skizzierte These eines „Therapieoptimismus“, demzufolge die Einschätzung einer baldigen Heilbarkeit das eigene Risikohandeln erhöhen könnte.

Abb. 10: Wissen zu Behandlungsmöglichkeiten (Angaben in %)



Aufgrund der in der teilweisen Widersprüchlichkeit der Antworten begründeten Unschärfe dieser Wissensdimension sollte der entsprechende Summenindex nur der Vollständigkeit halber kurz angeführt werden. Auf einer Skala von 0 (keine Antwort richtig) bis 10 (alle Antworten richtig) ergibt sich ein Mittelwert von 6,3 (SD = 2,15; N = 90). Alle Unterschiede in Bezug auf Geschlecht, Alter, Migrationshintergrund und Bildung sind nicht signifikant. Eine weitere Auswertung oder Differenzierung scheint für diese Wissensdimension zumindest mit den im Fragebogen integrierten Items nicht sinnvoll zu sein.

Wie hängen die skizzierten Dimensionen des Wissens miteinander zusammen? Erwartungsgemäß ergibt eine Korrelationsanalyse signifikante statistische Zusammenhänge zwischen den vier Indizes. Spearman's Rho als ein Maß dieses Zusammenhangs ist bei allen Korrelationsmöglichkeiten positiv, jedoch immer nur von schwacher bis moderater Stärke. Am stärksten ist der Zusammenhang ausgeprägt zwischen dem Grad des Wissens bezüglich der HIV-Übertragungswege und der Schutzmöglichkeiten vor einer Übertragung.

Tab. 15: Zusammenhänge zwischen den Wissensdimensionen (Korrelationen)

	Grundwissen	Übertragungswege	Schutz
Grundwissen			
Übertragungswege	r = 0,22*		
Schutz	r = 0,40*	r = 0,49*	
Behandelbarkeit	r = 0,28*	r = 0,38*	r = 0,44*

Anmerkung: * statistisch signifikant (p < 0,05)

Die einzelnen Dimensionen lassen sich jedoch nicht einfach ineinander übersetzen; dafür sind die Zusammenhänge zu schwach ausgeprägt. Es sind durchaus Fälle denkbar (und in der Stichprobe realisiert), in denen ein hoher Indexwert in zwei der Dimensionen (als Hinweis auf ein fundiertes Wissen in diesen Bereichen) mit einem mittleren in einer dritten (als Hinweis auf ein diffuses Wissen in diesem Bereich) und einem niedrigen in der vierten Dimension (als Hinweis auf ein mangelhaftes Wissen in diesem Bereich) einhergeht oder drei niedrige Indexwerte mit einem besonders hohen zusammentreffen. In diesem Sinn lassen sich in der Stichprobe auch keine einheitlichen Gruppen etwa mit einem mangelhaften, diffusen oder fundierten Wissen über alle Bereiche hinweg identifizieren.

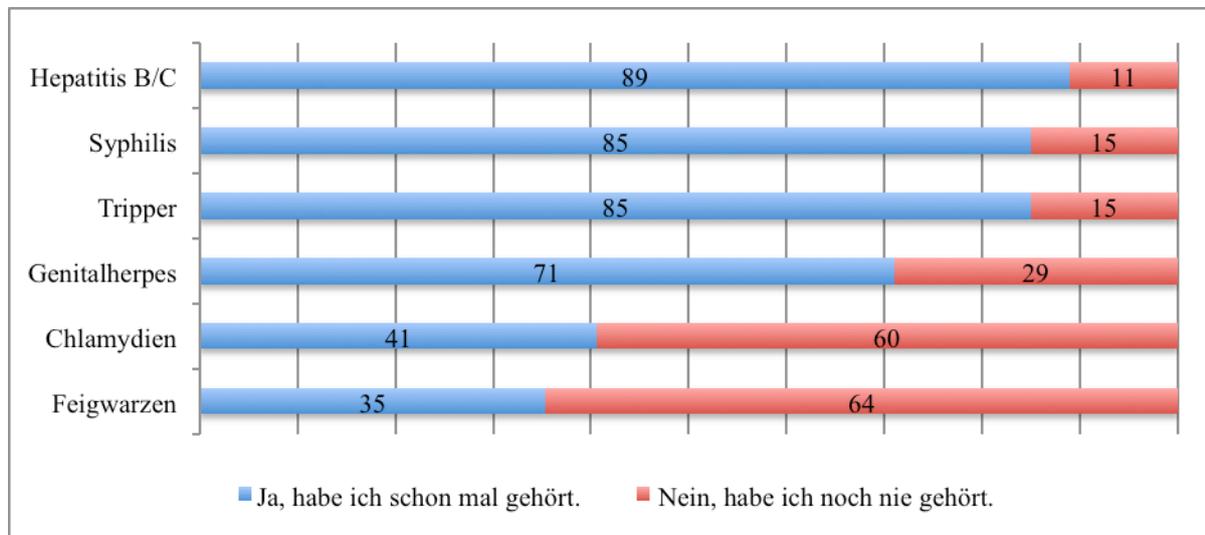
Für die konkrete Präventionsarbeit der Berliner Aids-Hilfe im Jugendarrest weisen die Ergebnisse darauf hin, dass Wissen im Kontext der HIV/Aids-Prävention mit Jugendlichen kein einheitliches Fundament darstellt, sondern aus unterschiedlichen und unterschiedlich miteinander zusammenhängenden Dimensionen besteht. Deren Bezüge untereinander müssen in den Workshops deutlich vermittelt werden, damit die Aneignung von Wissen nicht als schulisches, damit oft als lebensweltfremdes Auswendiglernen wahrgenommen wird, sondern als nachvollziehbares Mittel des Verstehens und der begründeten Entscheidungsbildung. So sollte etwa gezeigt werden, wie ein eher grundständiges Wissen zu einer realistischen Einschätzung von HIV-Risiken und damit zu rationalen Schutzentscheidungen beitragen kann.

Wie sieht nun das Wissen der befragten Jugendlichen zu weiteren sexuell übertragbaren Infektionen aus? In der Studie wurden die Jugendlichen befragt, von welchen STIs sie schon einmal gehört hätten.³¹ Während ein Großteil von ihnen Hepatitis B und C (89 %), Syphilis und Tripper (jeweils 85 %) angibt und immerhin 71 % mit dem Begriff Genitalherpes etwas anfangen können, hat jeweils nur eine Minderheit der Befragten schon einmal etwas von Chlamydien (41 %) und Feigwarzen (35 %) gehört. Der niedrige Wert gerade bei Chlamydien ist angesichts der im Vergleich zu den anderen abgefragten STIs höheren Prävalenz bei weiblichen Jugendlichen und jungen Erwachsenen bedenklich.

³¹ Eine Differenzierung dieses eher formalen Wissens und eine Testung dieser Selbsteinschätzung anhand konkreter Wissensfragen wurde in der Studie vor allem aus Gründen des Fragebogenumfangs nicht vorgenommen.

Abb. 6: Kenntnis weiterer sexuell übertragbarer Infektionen (Angaben in %)

Frage: „Von welchen der folgenden Erkrankungen, die beim Sex übertragen werden können, hast du schon einmal gehört?“



Inwieweit sich die angeführten Kenntnisse zu HIV/Aids und weiteren STIs im Sexual- und Testverhalten niederschlagen, wird in den folgenden Abschnitten Gegenstand der Analysen sein.

4.5 Sexualverhalten

Eine frühere sexuelle Aktivität, für die vor allem soziokulturelle Faktoren entscheidend sein dürften, wird in der Literatur häufig mit Risikoverhalten in Verbindung gebracht. Aus diesem Grund interessierten in der Studie die sexuellen Erfahrungen der Befragten, insbesondere Aspekte ihres ersten Geschlechtsverkehrs sowie ihres aktuellen Sexual- und Verhütungsverhaltens.

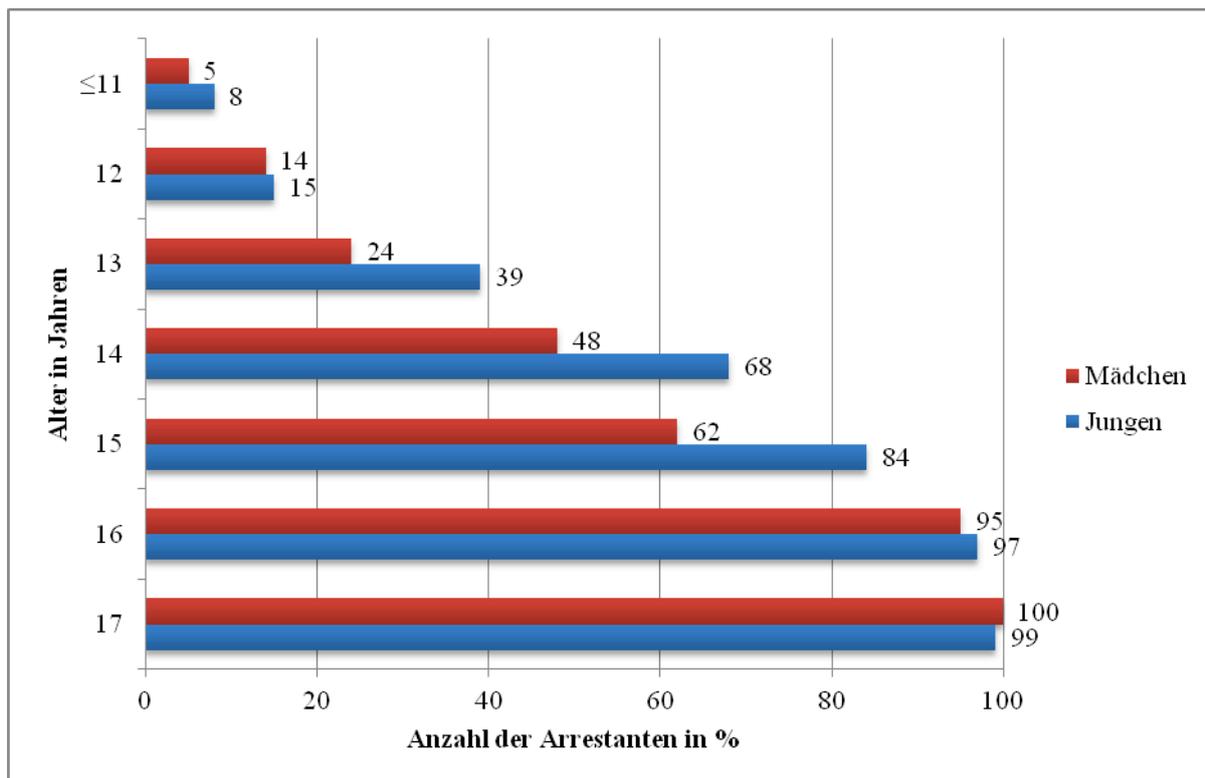
Die befragten jugendlichen Arrestanten sind sexuell erfahren und aktiv: 96 % der Befragten berichten von bereits erfolgten sexuellen Kontakten: alle weiblichen Arrestanten, alle ohne Migrationshintergrund und alle, die älter als 16 Jahre sind. Lediglich einzelne männliche Arrestanten mit Migrationshintergrund geben an, noch keinen Sex gehabt haben.

Verglichen mit dem Alter beim ersten Geschlechtsverkehr in der deutschen Repräsentativbefragung *Jugendsexualität* (BZgA 2006, 2010) findet die sexuelle Initiation bei den Arrestanten wesentlich früher statt: Stellen in der BZgA-Studie – unabhängig vom Geschlecht – Jugendliche unter 14 Jahren mit sexueller Erfahrung mit teilweise weit unter 10 % nur kleine Minderheiten dar, so ist diese Gruppe bei den männlichen Arrestanten mit 39 % und bei den

weiblichen mit 24 % deutlich höher.³² Der Trend des früheren Einsetzens der sexuellen Aktivität im Vergleich zur jugendlichen Allgemeinbevölkerung setzt sich dabei bis zum 17. Lebensjahr fort: Haben in der BZgA-Befragung bei den 17-jährigen Mädchen lediglich zwischen 53 und 66 % und bei den Jungen zwischen 65 und 72 % ihr „erstes Mal“ bereits erlebt, so sind es in der vorliegenden Stichprobe alle Mädchen (100 %) und fast alle Jungen (99 %).

Abb. 7: Alter beim ersten Geschlechtsverkehr (Angaben in %, kumuliert)³³

Frage: „Wie alt warst du beim ‚ersten Mal‘?“



N = 90; Missing = 8

Bei ihrem ersten Geschlechtsverkehr waren die befragten Arrestanten durchschnittlich 14 Jahre alt (Median = 14). Männliche Arrestanten hatten ihr erstes Mal mit durchschnittlich 13,8 Jahren (Median = 14) etwas früher als die weiblichen mit 14,5 Jahren (Median = 15). Dabei ist die Anzahl derjenigen, die mit 12 Jahren oder früher ihren ersten Geschlechtsverkehr hat-

³² In der BZgA-Studie (2010) sind deutliche Unterschiede zwischen den Geschlechtern und dem Alter beim ersten Geschlechtsverkehr festgestellt worden: Mädchen mit Migrationshintergrund hatten ihr erstes Mal deutlich später als die ohne Migrationshintergrund – im Gegensatz zu Jungen, bei denen solche mit Migrationshintergrund ihr erstes Mal früher erlebten als solche ohne. Überraschenderweise konnten unabhängig vom Geschlecht in Bezug auf den Migrationsstatus der jugendlichen Arrestanten keine wesentlichen Unterschiede festgestellt werden.

³³ Die Darstellung kumulierter Daten ist beim Alter beim ersten Geschlechtsverkehr allgemein üblich (siehe z. B. BZgA 2010), um den Anteil der Jugendlichen, die bei einem gegebenen Alter bereits Erfahrungen mit Geschlechtsverkehr hatten, auf einen Blick erkennen zu können.

ten, bei beiden Geschlechtern in etwa gleich hoch. Am häufigsten hatten die befragten arretierten Jungen im Alter von 13 und 14 Jahren und die Mädchen mit 15 Jahren ihr erstes Mal. Mehr als zwei Drittel (68 Prozent) der Jungen haben ihren ersten Geschlechtsverkehr vor bereits vor Vollendung des 14. Lebensjahr gehabt, während es bei den Mädchen noch nicht einmal jede Zweite (48 %) war. Ein Drittel aller arretierten weiblichen Befragten hat ihr erstes Mal mit 15 Jahren.

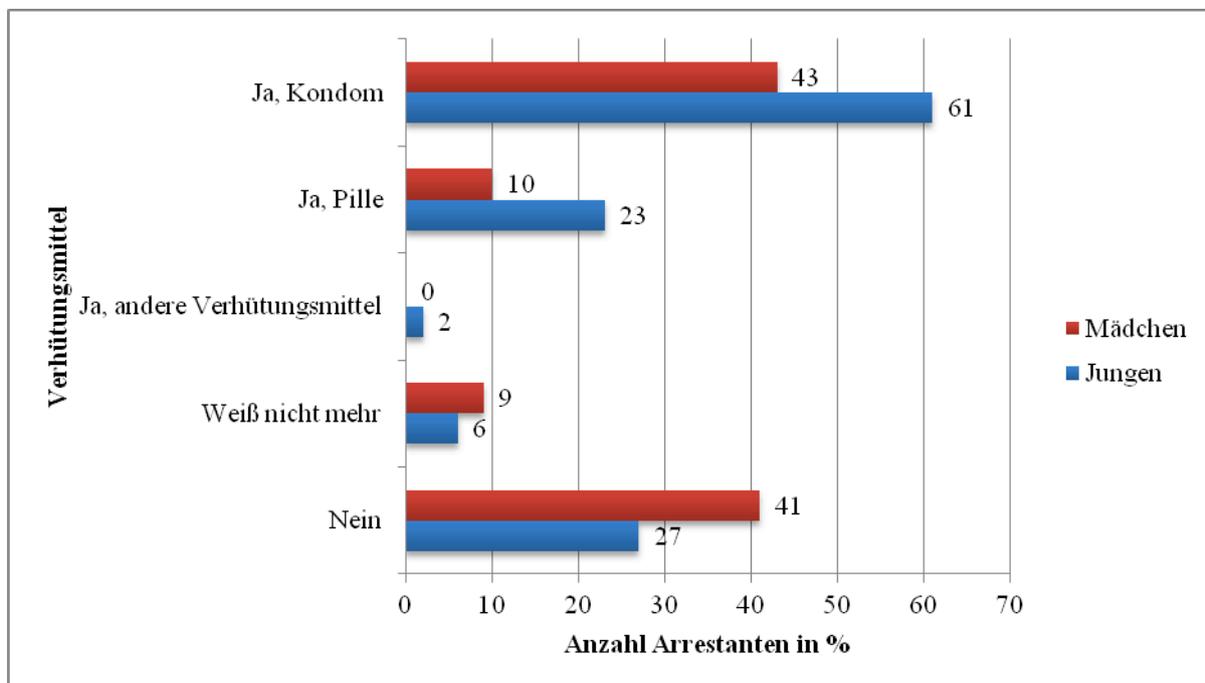
Auch bezüglich des Verhütungsverhaltens beim ersten Geschlechtsverkehr unterscheiden sich die befragten Arrestanten deutlich von der jugendlichen Allgemeinbevölkerung. Bei ihrem ersten Mal haben etwas mehr als zwei Drittel (69 %) der jugendlichen Arrestanten verhütet, etwas weniger als ein Drittel entsprechend nicht (31 %). Damit liegt das Verhütungsverhalten deutlich unter demjenigen in der Repräsentativstudie der BZgA, derzufolge acht Prozent der deutschen Mädchen und Jungen sowie 12 % der Mädchen und 18 % der Jungen mit Migrationshintergrund beim ersten Geschlechtsverkehr nicht verhütet haben (BZgA 2010: 148). Unabhängig davon, ob die Mädchen- oder Jungengruppen mit oder ohne Migrationshintergrund betrachtet werden, erreicht keine Gruppe ein solch hohes Verhütungsverhalten beim ersten Mal. Vor allem die Mädchen ohne Migrationshintergrund zeigen ein überdurchschnittlich schlechtes Verhütungsverhalten beim ersten Mal: Weit über die Hälfte (56 %) haben bei diesem Ereignis nicht verhütet. Bei den Mädchen mit Migrationshintergrund ist es gerade einmal jede Vierte, die sich nicht geschützt hat (25 %). Bei den Jungen ist der Unterschied zwischen den Gruppen mit und ohne Migrationshintergrund wesentlich geringer. Gut ein Viertel der Jungen ohne (24 %) und mit (27 %) Migrationshintergrund hat kein Verhütungsmittel benutzt. Insgesamt fand der erste Geschlechtsverkehr bei 41 Prozent der Mädchen und 27 % der Jungen ohne Schutz vor ungewollter Schwangerschaft oder sexuell übertragbaren Infektionen statt. Ähnlich wie in anderen Studien unterscheidet sich das Verhütungsverhalten nach dem angestrebten bzw. erreichten Schulabschluss. 47 % der Arrestanten ohne Schulabschluss und 45 % der Realschüler geben an, sich beim ersten Mal nicht geschützt zu haben. Das Verhütungsverhalten bei Hauptschülern ist mit nur 26 %, die sich nicht geschützt haben, stärker ausgeprägt als bei Realschülern. Am stärksten ausgeprägt ist das Verhütungsverhalten erwartungsgemäß bei denjenigen, die das Abitur besitzen oder diesen Abschluss anstreben, mit nur 8 %, die nicht verhütet haben.

Das Kondom ist in allen Gruppen das am häufigsten verwendete Verhütungsmittel beim ersten Geschlechtsverkehr: Weit mehr als die Hälfte (56 %) gibt an, dabei ein Kondom benutzt zu haben. Die arretierten Jungen benutzen wesentlich häufiger das Kondom als die Mädchen. Dies ist zunächst nicht besonders verwunderlich, ist doch das Kondom das einzige Mittel,

womit Männer aus eigener Initiative verhüten können. Insgesamt 20 % der Befragten geben an, beim ersten Geschlechtsverkehr mit der Pille verhütet zu haben. Ein überraschendes Ergebnis ist, dass lediglich 10 % der Mädchen, aber 23 % der Jungen die Verwendung der Pille beim ersten Mal angeben. Die relativ große Diskrepanz könnte als Hinweis darauf gewertet werden, dass Jungen eventuell denken, das Mädchen nähme die Pille, obgleich dies in Wahrheit gar nicht der Fall ist. Andere Verhütungsmittel werden von den Arrestanten kaum benutzt. Bemerkenswert ist, dass viele der arrestierten Jugendlichen sich nicht mehr daran erinnern, ob sie verhütet haben oder nicht; 9 % der Mädchen und 6 % der Jungen geben dies an. Ob Alkohol und Drogen, die Spontaneität oder andere Faktoren dabei eine Rolle spielen, kann an dieser Stelle nicht festgestellt werden. Anscheinend war die Verhütung für die befragten Arrestanten von nebensächlicher Bedeutung – ein Bewusstsein für die Gefahr einer ungewollten Schwangerschaft oder einer Ansteckung mit HIV und weiteren STIs war offenbar bei dieser Teilgruppe beim ersten Geschlechtsverkehr kaum oder gar nicht vorhanden. Nennenswerte Unterschiede bei der Verwendung bestimmter Verhütungsmittel zwischen den Jugendlichen mit und ohne Migrationshintergrund lassen sich nicht feststellen.

Abb. 8: Geschlechtsspezifisches Verhütungsverhalten (Angaben in %)

Frage: „Hast du oder dein/e Partner/in beim ‚ersten Mal‘ verhütet?“



N = 90; Missing = 8,4; Mehrfachantworten waren möglich.

Bis auf eine Ausnahme ist es bei den Arrestanten nicht beim einmaligen Geschlechtsverkehr geblieben; die übrigen Jugendlichen hatten in ihrem Leben eine höhere Anzahl an sexuellen Kontakten.

Tab. 16: Anzahl der sexuellen Kontakte im Leben nach Altersgruppen

Frage: „Wie häufig hattest du in deinem Leben Sex?“

Häufigkeit von Sex in % (Anzahl)	Alter in Jahren			Gesamt
	14–17	18–20	21–23	
1	0 % (0)	3 % (1)	0 % (0)	1 % (1)
2–10	26 % (7)	6 % (2)	0 % (0)	12 % (9)
11–50	52 % (14)	25 % (8)	13 % (2)	32 % (24)
> 50	22 % (6)	67 % (22)	87 % (13)	55 % (41)

N = 90; Missing = 15

12 % der Arrestanten geben an, zwischen zwei und zehn sexuelle Kontakte gehabt zu haben. Fast ein Drittel (32 %) berichtet von elf bis 50, über die Hälfte (55 Prozent) von mehr als 50 Sexualkontakten.³⁴

Erwartungsgemäß steigt die Anzahl der sexuellen Kontakte mit zunehmendem Alter an. Haben in der Altersgruppe der 14- bis 17-Jährigen gerade einmal 22 % mehr als 50 Sexualkontakte in ihrem Leben gehabt, so ist die Anzahl bei den 18- bis 20-Jährigen drei Mal und bei den 21- bis 23-Jährigen fast vier Mal so hoch. Ohnehin hatten alle Arrestanten im Alter von 21 bis 23 Jahren bereits zwischen elf und 50 sexuelle Kontakte.

Vergleicht man die Anzahl der sexuellen Kontakte der 14- bis 17-jährigen mit jenen der Allgemeinbevölkerung (vgl. BZgA 2010: 144), so haben nicht nur wesentlich mehr Arrestanten bereits ihr erstes Mal erlebt, sondern die Arrestanten sind auch sexuell erfahrener, d. h., sie hatten mehr Sexualkontakte. Bei keinem Arrestanten in dieser Altersgruppe ist es beim ersten Geschlechtsverkehr geblieben, in der BZgA-Befragung dagegen sind es 5 bis 11 % der Jugendlichen. Insgesamt 52 % der arrestierten 14- bis 17-Jährigen hatten zwischen elf und 50 Sexualkontakte, bei der Allgemeinbevölkerung sind dies zwischen 31 und 38 % und damit deutlich weniger. Die Anzahl derjenigen, die bereits mehr als 50 Mal Sex hatten, liegt mit 22 % im Rahmen der Allgemeinbevölkerung, in der zwischen 18 % und 27 % diese Anzahl

³⁴ Dabei muss auf mögliche Übertreibungen in Form eines *Impression Management* hingewiesen werden, insofern sexuelle Aktivität in Jugendgruppenzusammenhängen vielfach als symbolisches Kapital verstanden und genutzt wird. Zudem ist die Angabe der Anzahl der Kontakte nicht gleichzusetzen mit einer Aussage zur Anzahl von Sexualpartnerinnen oder Sexualpartnern.

der Sexualkontakte angeben. Allerdings ist die Anzahl der sexuell Aktiven in der Allgemeinbevölkerung prozentual wesentlich geringer als in der Gruppe der Arrestanten.

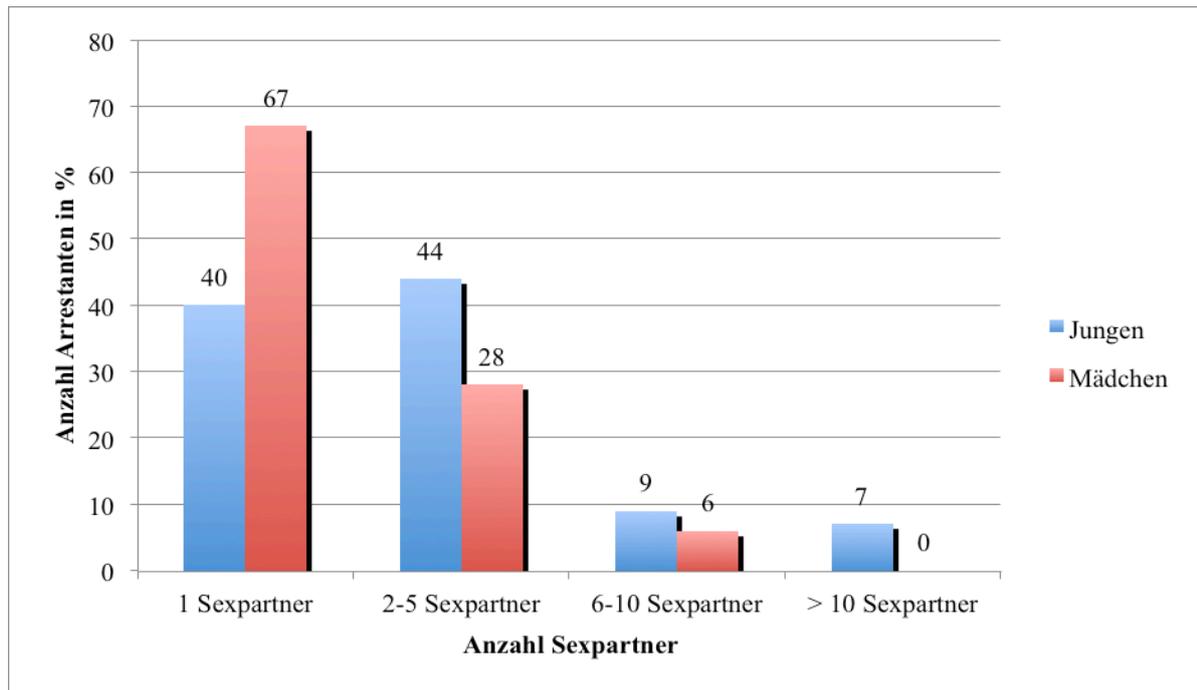
Ein weiterer Unterschied zur Allgemeinbevölkerung besteht auch darin, dass in der vorliegenden Stichprobe die Jungen sexuell aktiver als die Mädchen sind (vgl BZgA: 144). Sind die Anteile der Mädchen in der Repräsentativbefragung in der Antwortkategorie „mehr als 50 Mal“ höher als bei den Jungen, sind es in der vorliegenden Stichprobe die Jungen, die diese Antwortkategorie häufiger nannten (59 % vs. 42 %).

Vergleicht man die Anzahl der Sexualkontakte nach Migrationsstatus, so lassen sich bei den Mädchen keine Unterschiede feststellen. Bei den Jungen hatten mehr Befragte ohne Migrationshintergrund bereits über 50 Sexualkontakte als Befragte mit Migrationshintergrund, was allerdings auch damit zusammenhängen dürfte, dass Erstere in den jüngeren Altersgruppen vergleichsweise unterrepräsentiert sind.

Um einen Einblick in ihr gegenwärtiges Sexualverhalten zu erhalten, wurden die Jugendlichen im Arrest befragt, ob sie in den letzten sechs Monaten sexuelle Kontakte hatten. Fast alle (93 %) Arrestanten bejahten dies. Der Anteil ist dabei (geschlechtsunabhängig) bei den arrestierten Jugendlichen ohne Migrationshintergrund höher als bei den Jugendlichen mit Migrationshintergrund (98 % vs. 88 %) und erwartungsgemäß bei denjenigen, die sich in einer Partnerschaft befinden, höher als bei denen ohne feste Partner (98 % vs. 90 %).

Um die Anzahl der sexuellen Partner in den letzten sechs Monate besser beschreiben zu können, wurden die Antworten auf die offenen Fragen kategorisiert, und zwar nach „ein Sexualpartner“, „zwei bis fünf Sexualpartner“, „sechs bis zehn“ Sexualpartner und „mehr als zehn Sexualpartner“. Insgesamt geben 46 % aller Befragten mit Sexualkontakten in den letzten sechs Monaten an, nur einen Partner gehabt zu haben. 41 % hatten zwei bis fünf, 8 % zwischen sechs und zehn und 5 % mehr als zehn Partner.

Abb. 9: Anzahl der Sexpartner der Arrestanten in den letzten sechs Monaten (Angaben in %)



N = 90, Missing = 15, 16

Die Anzahl der Geschlechtspartner in den letzten sechs Monaten unterscheidet sich dabei nach dem Geschlecht. Während zwei Drittel der Mädchen (67 %) angeben, nur einen Sexpartner gehabt zu haben, sind es bei den Jungen mit 40 % deutlich weniger. Die männlichen Arrestanten haben in diesem Zeitraum wesentlich häufiger ihre Geschlechtspartner gewechselt und dominieren die Kategorien mit den höheren Sexpartneranzahlen. Die meisten Jungen (44 %) hatten zwischen zwei und fünf Sexpartner, bei den Mädchen ist es hingegen gerade etwas mehr als jede Vierte. 9 % der männlichen und 6 % der weiblichen Arrestanten geben an, zwischen sechs und zehn Sexpartner gehabt zu haben. Auf mehr als zehn Sexpartner kommen 7 % der Jungen, während keines der Mädchen über eine solch hohe Anzahl von sexuellen Partnern in den letzten sechs Monaten berichtet.

Auch in Bezug auf den Migrationsstatus lassen sich Unterschiede feststellen. Jugendliche ohne Migrationshintergrund hatten doppelt so häufig nur einen Sexpartner in den letzten sechs Monaten wie Jugendliche mit Migrationshintergrund (53 % vs. 26 %). Letztere überwiegen dafür deutlich in den mittleren Häufigkeitskategorien. So hatten 40 % der Jugendlichen ohne und 48 % derer mit Migrationshintergrund zwei bis fünf Sexpartner. Kein Arrestant ohne, aber 19 % der Arrestanten mit Migrationshintergrund hatten zwischen sechs und zehn Sexpartner. In der Kategorie mit der höchsten Anzahl an Sexpartnern sind die Jugendlichen ohne Migrationshintergrund in etwa gleich oft vertreten wie die mit (7 % vs. 7 %).

Betrachtet man die Arrestanten, die seit mindestens sechs Monaten in einer Beziehung leben (das sind 29 Jugendliche), so lässt sich feststellen, dass mehr als zwei Drittel (69 %) tatsächlich nur einen Sexpartner gehabt haben. Bei den Mädchen geben sechs von sieben Mädchen (85,7 %) dies an, während das nur auf 14 Jungen von 22 (63 %) zutrifft. Insgesamt hatten demnach im Umkehrschluss insgesamt 9 Arrestanten (31 %) sexuelle Partner außerhalb ihrer Beziehung. Lediglich ein Mädchen gibt an, zwischen zwei und fünf Partner gehabt zu haben. Bei den Jungen hatten 4 (14 %) diese Anzahl der Sexualpartner, drei berichten von sechs bis zehn (10 %) und zwei (7 %) von mehr als zehn Partnern. Die hohe Anzahl der männlichen Arrestanten, die außerhalb ihrer festen Beziehung eine hohe Anzahl sexuelle Partner haben, legt die Vermutung nahe, dass sie ihre festen Partnerinnen einem erhöhten Risiko für sexuell übertragbare Infektionen aussetzen.

Für die Beurteilung des allgemeinen Verhütungsverhaltens der Arrestanten wurde die entsprechende Variable neu kodiert. Die Ausprägungen „manchmal“ und „meistens nicht“ wurden zu *inkonsistent* zusammengefasst. Die anderen Ausprägungen blieben erhalten. Ein konsistentes Verhütungsverhalten beim Sex haben bei Weitem nicht alle Arrestanten habitualisiert. Gerade einmal die Hälfte (52 %) der Befragten gibt an, normalerweise beim Sex zu verhüten (sie selbst oder der Partner). 44 % geben an, inkonsistent zu verhüten. Nur eine kleine Minderheit von 4 % verhütet nie.

Tab. 17: Verhütungsverhalten nach Geschlecht und Migrationsstatus

Frage: „Verhütetest du normalerweise beim Sex?“

		Verhütungsverhalten			
Geschlecht	Migrationsstatus	Ja, ich Sorge dafür	Ja, mein Partner sorgt dafür	Inkonsistent	Nein, nie
Männlich	Ohne Migrationshintergrund	37 % (11)	13 % (4)	50 % (22)	0 % (0)
	Mit Migrationshintergrund	64 % (18)	10 % (3)	25 % (7)	0 % (0)
Weiblich	Ohne Migrationshintergrund	22 % (2)	0 % (0)	67 % (6)	11 % (1)
	Mit Migrationshintergrund	25 % (3)	0 % (0)	58 % (7)	17 % (2)
Gesamt		43 % (34)	9 % (7)	44 % (35)	4 % (3)

N = 90; Missing = 11

Die Gruppe, die am stärksten Eigeninitiative beim Verhütungsverhalten zeigt und bei der das Schutzverhalten am stärksten ausgeprägt ist, sind die männlichen Arrestanten mit Migrationshintergrund – die Gruppe, die auch die höchste Anzahl an Sexualpartnern aufweist. Dies kann als Indiz dafür gewertet werden, dass bei dieser Gruppe ein bestimmter Grad an Bewusstsein für die Gefahren, die mit einem häufigen Partnerwechsel einhergehen, vorhanden ist. 64 % geben an, sich selbst zu um die Verhütung zu kümmern. Bei ihnen ist der Kondomgebrauch 1,75 Mal höher als bei den Jungen ohne Migrationshintergrund. Ungefähr gleich oft überlassen sie ihren Partnern die Verhütung (11 % vs. 13 %), wobei an dieser Stelle offen bleiben muss, ob dies durch eine Bereitstellung von Kondomen geschieht oder ob es sich um eine tatsächliche oder angenommene Verwendung alternativer Verhütungsmittel handelt. Die inkonsistente Verhütung ist bei den Jungen ohne Migrationshintergrund höher als bei denen mit (25 % vs. 50 %). Unabhängig vom Migrationshintergrund gibt kein Junge an, nie Verhütungsmittel zu verwenden.

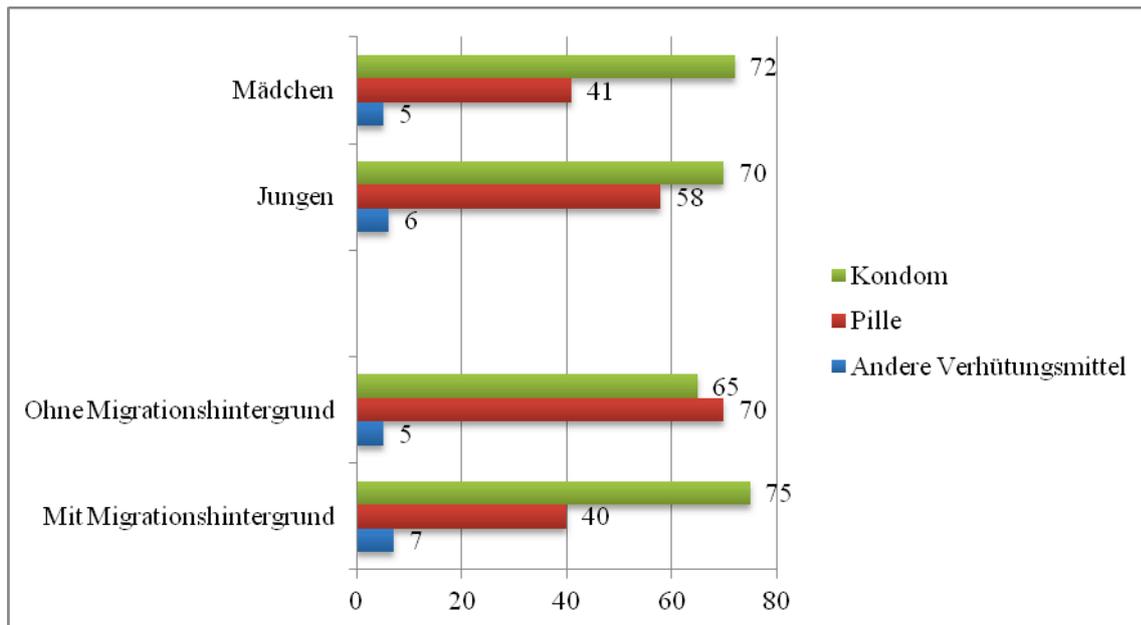
Das Verhütungsverhalten bei den Mädchen ist deutlich schwächer ausgeprägt als bei den Jungen, d. h., der Geschlechtsverkehr findet bei ihnen wesentlich häufiger ohne die Benutzung von Kontrazeptionsmitteln statt. Gerade einmal 22 % der Mädchen ohne und jedes vierte Mädchen (25 %) mit Migrationshintergrund gibt an, sich um die Verhütung selbst zu sorgen. Keines der befragten Mädchen verlässt sich auf das Schutzverhalten ihres Partners. Ohnehin scheint Verhütung bei der Mehrheit der Mädchen eher zufällig, d. h. nur auf Initiative des Partners, zu passieren – oder sie greifen auf unsichere Verhütungsmethoden wie den Koitus Interruptus oder Knaus-Ogino zurück, die hier nicht abgefragt worden sind. Die meisten Mädchen verhüten inkonsistent, viele nie. So geben 56 % der Mädchen ohne und 42 % der Mädchen mit Migrationshintergrund an, manchmal zu verhüten. Die Anzahl derjenigen, die meistens nicht oder nie verhüten, ist bei den Mädchen ohne Migrationshintergrund (11 %) jeweils etwas höher als bei denen mit Migrationshintergrund (17 %). Insgesamt darf das Verhütungsverhalten der befragten Mädchen als eher bedenklich eingeschätzt werden, nicht nur in Bezug auf den Schutz vor HIV/STIs, sondern vor allem hinsichtlich einer ungewollten Schwangerschaft.

Insgesamt besteht ein starker Zusammenhang mit dem angestrebten oder vorhandenen Schulabschluss. 69 % derjenigen, die das Abitur, aber nur 37 % bzw. 33 % derjenigen, die den Realschul- oder Hauptschulabschluss anstreben oder erreicht haben, geben an, sich selbst um die Verhütung zu kümmern. Diejenigen, die keinen Schulabschluss besitzen, rangieren mit 42 % über dem Niveau derjenigen, die den Realschulabschluss anstreben oder gemacht haben.

Wenn die Arrestanten verhüten, dann ist das Kondom das am häufigsten verwendete Verhütungsmittel. Insgesamt 70 % der Arrestanten geben dieses Verhütungsmittel an, gefolgt von 54 %, die die Pille, und 7 %, die andere Verhütungsmittel angeben.

Abb. 10: Gebrauch von Verhütungsmittel nach Geschlecht und Migrationsstatus

Frage: „Womit verhütet du oder dein/e Partner/in normalerweise beim Sex?“



N = 90; Missing = 5, 4, 13, 12

Kondome schützen nicht nur vor einer sexuellen Übertragung von HIV und senken das Risiko einer Ansteckung mit anderen sexuell übertragbaren Infektionen, sondern verhindern auch eine ungewollte Schwangerschaft. Aus diesem Grund wurden nach ihren Gründen für die Nichtbenutzung von Kondomen gefragt:

Tab. 18: Gründe für Nicht-Benutzung von Kondomen nach Geschlecht und Migrationsstatus

Frage: „Wenn du keine Kondome benutzt, was sind für dich die Gründe dafür?“

	Geschlecht/Migrationsstatus				Gesamt
	Männlich		Weiblich		
Gründe für Nicht-Kondomgebrauch (N)	Ohne Migrationshintergrund	Mit Migrationshintergrund	Ohne Migrationshintergrund	Mit Migrationshintergrund	
Kondome verringern die Lust	43 % (12)	57 % (17)	38 % (3)	64 % (7)	51 % (39)
Ich und mein/e feste/r Partner/in sind uns treu	43 % (12)	33 % (10)	75 % (6)	55 % (6)	44 % (34)
Mein/e Partner/in mag sie nicht	32 % (9)	20 % (6)	25 % (2)	55 % (6)	30 % (23)
Andere Verhütungsmittel	18 % (5)	30 % (9)	25 % (2)	36 % (4)	26 % (20)
Ich stecke mich nicht mit HIV an	7 % (2)	30 % (9)	25 % (2)	9 % (1)	18 % (14)
Ich will ein Kind	14 % (4)	13 % (4)	13 % (1)	27 % (3)	16 % (12)
Kondome sind unzuverlässig	14 % (4)	10 % (3)	25 % (2)	9 % (1)	13 % (10)
Kondome sind zu teuer	0 % (0)	10 % (3)	0 % (0)	18 % (2)	7 % (5)
Ich kenne mich damit nicht aus	4 % (1)	7 % (2)	0 % (0)	0 % (0)	4 % (3)

N = 90, Missing = 13. Mehrfachnennungen waren möglich.

Der am häufigsten genannte Grund für die Nichtverwendung von Kondomen ist, dass Kondome die Lust beim Sex verringern. Mehr als die Hälfte der Arrestanten (51 %) gab diesen Grund an, wobei es überraschenderweise keine deutlichen Unterschiede zwischen den Geschlechtern gibt, wohl aber hinsichtlich des Migrationsstatus. Unabhängig vom Geschlecht empfinden Arrestanten mit Migrationshintergrund die Kondombenutzung häufiger als störend. Dabei kann an dieser Stelle keine Aussage darüber getroffen werden, ob die Verringerung der Lust durch die kurzweilige Unterbrechung des Sexualakts zustande kommt oder ob sich die Befragten in ihrem tatsächlichen Empfinden beim Sex beeinträchtigt fühlen.

Der am zweithäufigsten genannte Grund für den Verzicht auf Kondome ist eine monogame Beziehung: 44 % aller Arrestanten geben als Grund an, dass sie und ihr Partner sich treu sind. Auffallend ist, dass der Anteil bei den arrestierten Mädchen höher ist als bei den Jungen. Bei

den Arrestanten, die sich in einer festen Beziehung befinden, verschwindet dieser Unterschied zwischen den Geschlechtern nahezu gänzlich: 76 % der männlichen und 80 % der weiblichen Arrestanten in einer festen Beziehungen geben Treue als Grund für den Nichtgebrauch an. Bei Arrestanten, die in einer festen Partnerschaft leben, ist die Monogamie der häufigste Grund, um auf den Gebrauch von Kondomen zu verzichten.

30 % der Arrestanten geben an, keine Kondome zu benutzen, weil der Partner Kondome nicht mag. Dieser Grund wird von Mädchen mit Migrationshintergrund (55 %) mehr als doppelt so oft genannt wie von Jungen mit Migrationshintergrund (20 %) oder Mädchen ohne Migrationshintergrund (25 %). Am seltensten geben Jungen ohne Migrationshintergrund an, dass sie auf Grund der Abneigung der Partnerin auf die Verwendung von Kondomen verzichten. Ob der Verzicht auf Kondome auf einer tatsächlichen Ablehnung des Partners beruht oder ob diese Ablehnung nur angenommen wird, muss an dieser Stelle offen bleiben.

Gut ein Viertel (26 %) der Arrestanten gibt an, dass die Verwendung anderer Verhütungsmittel der Grund sei, auf die Verwendung von Kondomen zu verzichten.

Etwas weniger als jeder Fünfte (19 %) gibt als Grund für den Verzicht auf Kondome an, er stecke sich nicht mit HIV an. Diese Einstellung ist am deutlichsten bei den männlichen Arrestanten mit Migrationshintergrund feststellbar (30 %). Am wenigsten ausgeprägt ist die Vorstellung bei den männlichen Jugendlichen ohne Migrationshintergrund.

Bei fast jedem sechstem Jugendlichen ist ein Kinderwunsch die Ursache für die Nichtverwendung von Kondomen. Insbesondere Mädchen mit Migrationshintergrund (27 %) verzichten auf Kondome, um ihn sich zu erfüllen. Auffallend ist, dass der Kinderwunsch bei den arretierten Eltern vergleichsweise weit verbreitet ist. Jeder dritte arretierte Jugendliche, der bereits ein Kind hat (33 %), wünscht sich ein zusätzliches und verzichtet deshalb beim Sex auf Kondome.

Zweifel an der Verlässlichkeit des Kondoms lassen immerhin 13 % der befragten Jugendlichen auf Kondome verzichten. Die Arrestanten ohne Migrationshintergrund hegen dabei ein vergleichsweise größeres Misstrauen gegen Kondome als die Arrestanten mit Migrationshintergrund. Für einige arretierte Jugendliche mit Migrationshintergrund – 10 % der männlichen und 18 % der weiblichen – ist der hohe Preis ausschlaggebend für die Nichtverwendung; dies gab kein Jugendlicher ohne Migrationshintergrund als Grund an. Ein jungenspezifisches Problem ist die richtige Verwendung von Kondomen, die für 4 % der Jungen ohne Migrationshintergrund und für 7 % der Jungen mit Migrationshintergrund ein Hindernis für die Verhütung mit Kondom darstellt.

4.6 HIV/STI-Testverhalten und -ergebnis

In den letzten Jahren hat in der HIV-Prävention die Thematisierung weiterer sexuell übertragbarer Infektionen stark an Bedeutung gewonnen. Gerade für Jugendliche liegt der Umgang mit und die reale Gefährdung durch STIs wie Gonorrhö oder – insbesondere bei Mädchen und jüngeren Frauen – Chlamydien lebensweltlich „näher“ als HIV und Aids. Daher wurde in der Studie systematisch nach dem Wissen über und nach dem Verhalten im Kontext von STIs gefragt. In dieser Hinsicht wurden die Jugendlichen gefragt, ob sie sich auf HIV und STIs haben testen lassen.

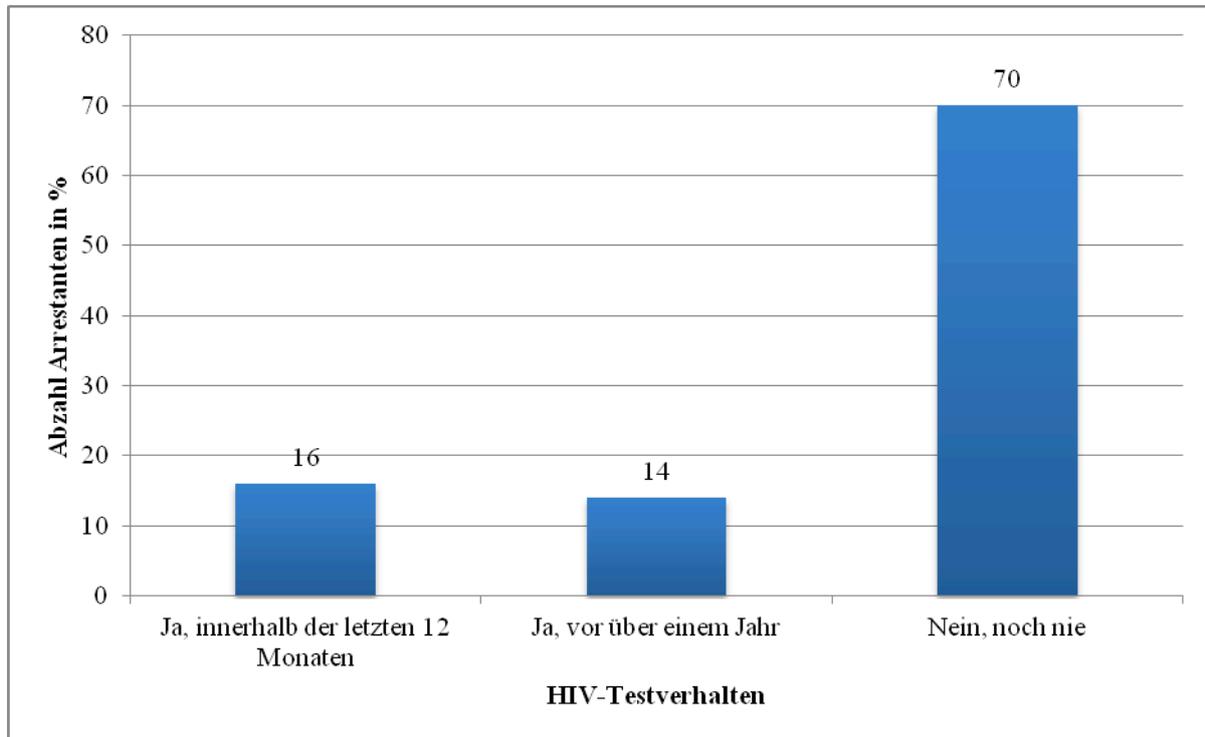
Fast jeder Dritte (30 %) hat bereits einen HIV-Test durchführen lassen, davon gut die Hälfte in den letzten 12 Monaten (16 %), die andere Hälfte vor über einem Jahr (14 %). Mit der Anzahl der sexuellen Kontakte im Leben steigt auch der Anteil derer an, die bereits einen HIV-Test gemacht haben. Bei den Arrestanten mit mehr als 50 sexuellen Kontakten hat sich bereits mehr als jeder Dritte auf HIV testen lassen.³⁵

Ob die Arrestanten einen HIV-Test durchgeführt haben, hängt signifikant vom Migrationsstatus ab ($p = 0,014$). Die Arrestanten ohne Migrationshintergrund haben im Vergleich zu denen mit Migrationshintergrund doppelt so häufig bereits einen HIV-Test durchführen lassen (68 % vs. 32 %). Erwartungsgemäß nimmt die Wahrscheinlichkeit der HIV-Testdurchführung signifikant ($p = 0,023$) mit zunehmendem Alter zu (14–17 Jahre: 28 %; 18–20: 32 %; 21–23: 40 %). Keiner der Arrestanten, die einen Test gemacht haben, hat ein positives HIV-Testergebnis erhalten.

³⁵ Anteil der bereits auf HIV Getesteten: 1 sexueller Kontakt: 0 %, 2–10 Kontakte: 19 %, 11–50 Kontakte: 25 %, >50 Kontakte: 35 %.

Abb. 16: HIV-Testverhalten

Frage: „Hast du dich schon einmal auf HIV testen lassen?“



N = 90; Missing = 6

Die 25 Befragten, die bereits einen HIV-Test haben durchführen lassen, wurden nach den Gründe und Anlässen für die Testdurchführung gefragt. Mehr als ein Drittel (36 %) der Befragten gibt an, den HIV-Test als Routinekontrolle durchgeführt zu haben. Jedem Sechsten (16 %) wurde der Test vom Arzt empfohlen. Mehr als jeder Zehnte (12 %) gibt als Testgrund an, eine HIV-Risikosituation gehabt zu haben. Genauso viele geben an, den Test zu Beginn einer neuen Partnerschaft durchgeführt zu haben (als Voraussetzung dafür, auf Kondome verzichten zu können). Fast ein Viertel (24 %) nennt andere Gründe und Anlässe für die Durchführung des HIV-Tests (z. B. Schwangerschaftsvorsorge oder Blutspenden).

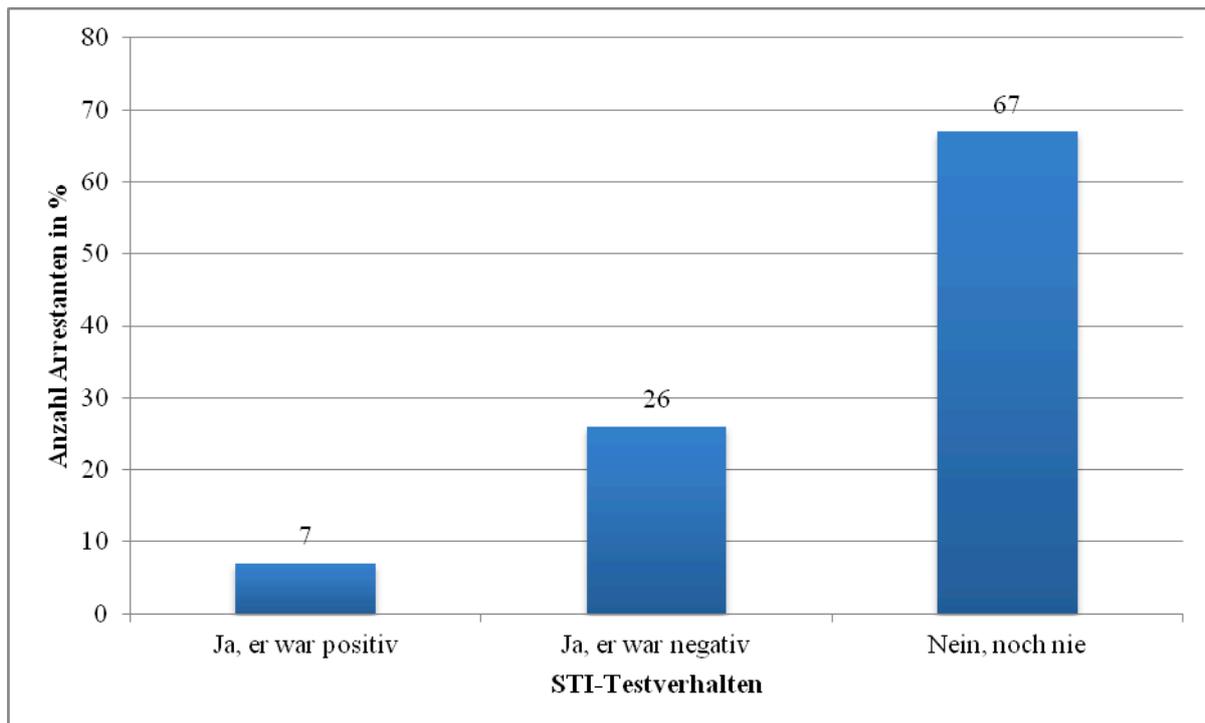
Entweder sind die Arrestanten nicht darüber informiert, dass man den HIV-Test anonym und kostenlos bei Vereinen wie der Aidshilfe oder beim Gesundheitsamt durchführen lassen kann, oder die Hemmschwelle für den Besuch dieser Orte ist zu hoch. Gerade einmal 4 % bzw. 13 % geben an, den Test bei einem Verein bzw. beim Gesundheitsamt gemacht zu haben. 50 % geben an, den Test beim Arzt bzw. Frauenarzt gemacht zu haben, jede Fünfte (21 %) hat ihn im Krankenhaus gemacht, 13 % geben einen anderen Ort an.

Die Arrestanten haben etwas mehr Erfahrungen mit STI- als mit HIV-Tests: Ein Drittel (33 %) hat in den letzten zwei Jahren einen STI-Test durchführen lassen. Dies ist insofern als

positiv zu bewerten, als dass Jugendliche ein höheres Risiko für eine STI als für HIV aufweisen. Von den Getesteten haben 7 % ein positives STI-Testergebnis vom Arzt erhalten. Zwei Drittel der Arrestanten (67 %) haben in den letzten zwei Jahren keinen Test auf sexuell übertragbare Infektionen durchführen lassen.

Abb. 15: STI-Testverhalten und -ergebnis

Frage: „Hast du in den letzten 2 Jahre einen Test auf Krankheiten, die beim Sex übertragen werden können, gemacht?“ (Angaben in %)



N = 90, Missing = 1

Setzt man die Zahl der positiven STI-Testergebnisse ins Verhältnis zur Gesamtzahl der durchgeführten Tests, so lässt sich konstatieren, dass jeder fünfte Getestete einen positiven STI-Befund erhalten hat. Angesichts der hohen Anzahl der Ungetesteten im Arrest und des symptomlosen Krankheitsverlauf vieler STIs ist davon auszugehen, dass bei einigen Arrestanten nicht diagnostizierte Infektionen vorliegen – zumal die jugendlichen Arrestanten durch ihre höhere sexuelle Aktivität (im Vergleich zu der Allgemeinbevölkerung früherer erster Geschlechtsverkehr, häufigerer Sex und häufigere Partnerwechsel) vulnerabler für STIs sind.

Die männlichen Arrestanten lassen sich etwas häufiger auf STIs testen als die weiblichen (41 % vs. 30 %). Dies scheint vor dem Hintergrund ihrer höheren sexuellen Aktivität nachvollziehbar, denn wenn Jungen sich testen lassen, wird bei ihnen häufiger eine STI diagnostiziert: *Alle* diagnostizierten STIs in der Stichprobe entfallen auf die arrestierten Jungen. Hier

gibt es Unterschiede je nach Migrationsstatus: Von den sechs Arrestierten mit einer STI haben vier einen Migrationshintergrund, nur einer hat keinen. Bei einem positiv Getesteten ist der Migrationsstatus unbekannt.

Tab. 19: STI-Diagnosen in den letzten zwei Jahren

	Sexuell übertragbare Infektionen					
	Syphilis	Gonorrhö	Chlamydien	Pilze	HPV	Hepatitis B
Anzahl an Arrestanten (N)	1,1 % (1)	2,2 % (2)	1,1 % (1)	1,1 % (1)	1,1 % (1)	1,1 % (1)

N = 90, Missing = 1

Bei den STI-Diagnosen in den letzten zwei Jahren handelte es sich in zwei Fällen um eine Gonorrhö sowie um jeweils eine Syphilis-, Chlamydien-, Hepatitis-B-, Pilz- und HPV-Infektion. Die Arrestanten mit einem positiven STI-Befund gehören dabei nicht zur Gruppe der Befragten, die bereits besonders häufig Sex hatten oder in den letzten sechs Monaten häufig ihre sexuellen Partner wechselten, sondern verteilen sich bei diesen Variablen recht gleichmäßig über die Ausprägungen – ausgenommen die Tatsache, dass alle bereits mehr als nur einmal Geschlechtsverkehr hatten.

4.7 Einstellungen zu HIV/Aids

HIV/Aids ist auch in der dritten Dekade der Epidemie eine stark stigmatisierte Erkrankung. Stigma, von Goffman (1963) definiert als eine Eigenschaft, die „zutiefst diskreditierend ist“, äußert sich, wie bei anderen Erkrankungen potenziell auch, auf der interpersonalen Ebene als Ablehnung, Distanzierung, Abwertung und Verurteilung der Person, die Träger der Eigenschaft bzw. Erkrankung ist. Allerdings ist das Stigma der HIV-Infektion deutlich stärker ausgeprägt als das Stigma der meisten anderen Erkrankungen.

HIV-Stigma wurde speziell als „Vorurteile, Geringschätzung, Abwertung und Diskriminierung von Menschen mit HIV und Aids und den Menschen, Gruppen und Communities, die mit ihnen verbunden sind“ (Herek, 1990), definiert. Viele Autoren greifen die Unterscheidung von instrumentell und symbolisch motivierter Stigmatisierung auf, die Pryor, Reeder, Vinacco und Kott (1989) aus der Einstellungsforschung in die Stigma-Diskussion eingebracht haben. Die Trennung in instrumentelles und symbolisches Stigma entspricht den beiden unterschiedlichen angenommenen Funktionen, die Einstellungen für ihren Träger haben können, nämlich

der Angst vor Ansteckung zu begegnen (instrumentell) oder eigene Werthaltungen und moralische Prinzipien zu äußern (symbolisch). Diese Unterscheidung ist auch sinnvoll bei der Messung stigmatisierender Einstellungen gegenüber HIV-Infizierten in der Gruppe der Arrestanten.

Im Rahmen der Befragung wurden Items eingesetzt, die entweder die symbolische oder die instrumentelle Dimension von Stigma abbilden sollen. Mehrheitlich wurden diese Items bereits in Befragungen anderer Gruppen (Studierende, Männer, die Sex mit Männern haben; vgl. z.B. Drewes & Kleiber, in Vorbereitung) zur Erfassung stigmatisierender Einstellungen genutzt.

Beide Typen von HIV-Stigma sind unter den befragten Jugendlichen stark verbreitet. 12 % der Arrestanten, aber 21 % der männlichen Jugendlichen mit Migrationshintergrund befürworten unter den instrumentell motivierten stigmatisierenden Aussagen das „generelle Wegsperrn von HIV-Infizierten“. 43 % lehnen den persönlichen Kontakt mit HIV-Positiven generell ab – unter den weiblichen Jugendlichen mit Migrationshintergrund sind es 50 %, unter den männlichen Jugendlichen mit Migrationshintergrund sogar 60 %. Von einem Hausarzt bzw. einer Hausärztin mit HIV würden sich 60 % der Jugendlichen nicht behandeln lassen. Am deutlichsten wird körperlicher Kontakt mit HIV-Infizierten abgelehnt: 61 % würden einen HIV-Infizierten oder eine HIV-Infizierte nicht auf den Mund küssen, und mit 90 % sind es fast alle Arrestanten, die selbst mit dem Schutz eines Kondoms keinen Sex mit HIV-Positiven haben wollten. Auffällig ist die jeweils deutlich geringer ausgeprägte körperliche Distanz der weiblichen Jugendlichen ohne Migrationshintergrund.

Deutlich ausgeprägt sind auch symbolisch motivierte stigmatisierende Einstellungen gegenüber HIV-Positiven. Zwar unterstützt nur ein Bruchteil der Jugendlichen die sehr starke Aussage, HIV-Infizierte und Aids-Kranke hätten es nicht anders verdient, doch 44 % der Jugendlichen assoziieren eine HIV-Infektion mit Dummheit, und die tendenziell ähnliche Aussage, wer sich heutzutage mit HIV anstecke, sei selber schuld, wird sogar von 57 % geteilt. Schuldzuweisungen an HIV-Infizierte äußern fast zwei Drittel der Jugendlichen, und für 69 % stellt die HIV-Infektion einen Grund zur Scham dar. Interessanterweise sind es zwar wieder weibliche Jugendliche, die hier unterdurchschnittlich stark stigmatisieren, allerdings handelt es sich anders als bei den instrumentell motivierten stigmatisierenden Einstellungen nicht um die weiblichen Jugendlichen ohne Migrationshintergrund, sondern um diejenigen mit Migrationshintergrund.

Tab. 20: HIV-Stigma: Anteil zustimmender Antworten nach Geschlecht und Migrationshintergrund

	Geschlecht/Migrationsstatus				Gesamt
	Männlich		Weiblich		
Zustimmung zu Einzelitem (N)	Ohne Migrationshintergrund	Mit Migrationshintergrund	Ohne Migrationshintergrund	Mit Migrationshintergrund	
Instrumentelles Stigma					
HIV-Infizierte und Aidskranke sollten weggesperrt werden.	11 % (3)	21 % (6)	0 % (0)	8 % (1)	12 % (10)
Ich würde eine HIV-infizierte Person nicht auf den Mund küssen.	62 % (18)	70 % (21)	11 % (1)	58 % (7)	61 % (51)
Ich möchte keinen persönlichen Kontakt zu HIV-Infizierten.	31 % (9)	60 % (18)	22 % (2)	50 % (6)	43 % (36)
Ich würde mit einer HIV-infizierten Person auch dann keinen Sex haben, wenn wir Kondome dabei nutzen.	89 % (25)	93 % (27)	56 % (5)	82 % (9)	90 % (73)
Wenn ich erfahren würde, dass mein/e Hausarzt/-ärztin HIV-infiziert ist, würde ich wechseln.	66 % (19)	59 % (17)	44 % (4)	67 % (8)	60 % (50)
Symbolisches Stigma					
Wer sich heutzutage mit HIV ansteckt, ist selber schuld.	46 % (13)	77 % (23)	56 % (5)	30 % (3)	57 % (46)
Es gehört schon ein gewisses Maß an Dummheit dazu, sich mit HIV anzustecken.	43 % (12)	57 % (17)	44 % (4)	30 % (3)	44 % (36)
Ich würde mich schämen, wenn ich mich mit HIV anstecken würde.	68 % (19)	76 % (22)	78 % (7)	46 % (5)	69 % (56)
HIV-Infizierte sollten die Schuld für ihre Ansteckung bei sich selbst suchen.	67 % (18)	82 % (22)	56 % (5)	30 % (3)	65 % (50)
HIV-Infizierte und Aidskranke haben es nicht anders verdient.	0 % (0)	7 % (2)	0 % (0)	0 % (0)	2 % (2)

Andere Einstellungen zur HIV-Infektion, genauer zu Übertragung und Prävention, zeigen, dass Präventionsbotschaften grundsätzlich auch in dieser Gruppe der Arrestanten aufgenommen wurden. So stimmt nur jeweils jeder Zehnte der befragten Jugendlichen den Mythen zu, dass die Gefahr einer Infizierung mit HIV auf die Gruppen der Schwulen und Drogenabhängigen beschränkt sei und dass sich Männer nicht so leicht mit HIV anstecken könnten wie Frauen, was als Unverwundbarkeitsphantasie von männlichen Jugendlichen interpretiert werden kann. Aber neun von zehn Jugendlichen teilen die Auffassung, dass sich jeder einmal im Jahr auf HIV testen lassen sollte. Allerdings korrelieren diese Aussagen nicht mit tatsächlichem Verhalten, wie die Ergebnisse zu den Erfahrungen mit dem HIV-Test zeigen, wo 70 % der Arrestanten angeben, dass sie sich noch nicht auf HIV haben testen lassen.

Tab. 21: Einstellungen zu HIV/Aids: Anteil zustimmender Antworten nach Geschlecht und Migrationshintergrund

	Geschlecht / Migrationsstatus				Gesamt
	Männlich		Weiblich		
Zustimmung zu Einzelitems % (N)	Ohne Migrationshintergrund	Mit Migrationshintergrund	Ohne Migrationshintergrund	Mit Migrationshintergrund	
Aids bekommen nur Schwule und Drogenabhängige.	7 % (2)	14 % (4)	0 % (0)	17 % (2)	10 (8)
Männer können sich nicht so schnell mit HIV anstecken wie Frauen.	0 % (0)	17 % (5)	11 % (1)	8 % (1)	10 (8)
Jeder sollte mindestens einmal im Jahr zum HIV-Test.	83 % (24)	87 % (26)	75 % (6)	100 % (12)	89 (74)

Homophobie, hier als Einstellungen allein zu schwulen Männern erfragt, wird von einem substantiellen Teil der Arrestanten geäußert. Items, die sich gegen eine Diskriminierung von schwulen Männern aussprechen, werden von ungefähr der Hälfte der Arrestanten gestützt, und mehr als 60 % der Jugendlichen sagen sogar, dass Schwulsein nur ein anderer Lebensstil sei, der toleriert werden sollte. Auch die gesellschaftlich kontrovers diskutierte Forderung nach einem Adoptionsrecht für Homosexuelle findet eine mehrheitliche Unterstützung in der Gruppe der Befragten. Die Zustimmung zu diesen Items ist erwartungsgemäß bei den weiblichen Jugendlichen, ob mit oder ohne Migrationshintergrund, höher als bei den männlichen Jugendlichen.

Entsprechend werden homophobe Items generell nicht von mehr als der Hälfte der Arrestanten geteilt. Dabei stimmen mit 17 % die wenigsten Jugendlichen der Aussage zu, dass Schwule sie aggressiv machen. Unter den männlichen Jugendlichen mit Migrationshintergrund gibt dies allerdings fast ein Drittel an. Ungefähr ein Drittel der Jugendlichen ist auch der Meinung, dass schwule Männer nicht als Lehrer beschäftigt werden sollten. Grundsätzliche persönliche Abneigungen gegenüber schwulen Männern äußern 45 % („Schwulsein ist pervers“) bzw. 53 % („Ich finde Schwule eklig“) der Arrestanten. Jeweils knapp über die Hälfte der Befragten ist darüber hinaus der Meinung, dass Sex zwischen Männern einfach falsch sei, dass die Idee einer Hochzeit zwischen zwei Männern lächerlich sei und dass sich Schwule in der Öffentlichkeit zurücknehmen sollten. Alle diese Aussagen werden von männlichen Jugendlichen mit Migrationshintergrund überdurchschnittlich stark geteilt, allerdings nicht von den männlichen Jugendlichen ohne Migrationshintergrund, die eher durchschnittliche Zustimmungswerte aufweisen.

Tab. 22: Homophobie: Anteil zustimmender Antworten nach Geschlecht und Migrationshintergrund

	Geschlecht/ Migrationsstatus				Gesamt
	Männlich		Weiblich		
Zustimmung zu Einzelitem (N)	Ohne Migrationshintergrund	Mit Migrationshintergrund	Ohne Migrationshintergrund	Mit Migrationshintergrund	
Schwulen Paaren sollte es genauso erlaubt sein, Kinder zu adoptieren.	58 % (18)	29 % (9)	78 % (7)	92 % (11)	55 % (48)
Ich finde Schwule eklig.	48 % (15)	75 % (24)	11 % (1)	25 % (3)	53 % (47)
Schwulen Männern sollte es nicht erlaubt sein, in der Schule zu unterrichten.	27 % (8)	45 % (14)	22 % (2)	25 % (3)	32 % (28)
Schwulsein ist pervers.	51 % (15)	66 % (21)	0 % (0)	8 % (1)	45 % (39)
Schwulsein ist ein natürlicher Ausdruck von Sexualität.	47 % (14)	42 % (13)	78 % (7)	67 % (8)	52 % (45)
Sex zwischen Männern ist einfach falsch.	57 % (17)	71 % (22)	11 % (1)	17 % (2)	51 % (44)
Die Idee einer Hochzeit zwischen zwei Männern erscheint mir lächerlich.	68 % (21)	74 % (23)	0 % (0)	17 % (2)	56 % (49)
Schwulsein ist nur ein anderer Lebensstil, der nicht verurteilt werden sollte.	71 % (22)	48 % (15)	78 % (7)	83 % (10)	63 % (55)
Wenn ich Schwule auf der Straße sehe, werde ich aggressiv.	13 % (4)	29 % (9)	0 % (0)	8 % (1)	17 % (15)
Schwule sollten sich in der Öffentlichkeit etwas zurücknehmen.	58 % (18)	68 % (21)	11 % (1)	33 % (4)	52 % (46)

Peer Sexual Attitudes stellen subjektive Normen dar, die repräsentieren, wie die Werte, Einstellungen und Erwartungen signifikanter Anderer (Freunde, Klassenkameraden usw.) und sonstiger Personen wahrgenommen werden. Subjektiven Normen wird in sozialpsychologischen (Gesundheits-)Verhaltensmodellen eine stark handlungsleitende Funktion zugemessen (vgl. z. B. Ajzen & Fishbein), ihre Rolle bei der Erklärung von HIV-bezogenem Risikoverhalten wurde früh untersucht (z. B. Fisher, Misovich & Fisher, 1992).

Normen, die liberale Einstellungen zur Sexualität repräsentieren (z. B. beim ersten Date Sex zu haben oder viele Sexualpartner/innen zu haben), werden nur von 22 % bzw. 29 % der Jugendlichen geäußert. Hier berichten männliche Jugendliche mit Migrationshintergrund überdurchschnittlich häufig, dass diese Normen in ihrem Freundeskreis Gültigkeit besitzen, während unterdurchschnittlich wenige weibliche Arrestanten dies berichten. Die Ablehnung von *One-Night-Stands* im Freundeskreis wird von 43 % der Jugendlichen berichtet, überdurchschnittlich häufig von weiblichen Arrestanten mit Migrationshintergrund. Diese Ablehnung ist geringer ausgeprägt als bei den beiden bereits berichteten Einstellungen zur Anzahl der Sexpartner/innen und zum Sex beim ersten Date. Hier kann allerdings auch der Wortlaut der Items (vor allem die Richtung der Aussage) eine Rolle spielen, was einen Vergleich der unterschiedlichen Items erschweren würde. Ungefähr 40 % der Jugendlichen geben an, dass in ihren Freundeskreisen Sex in einem sehr jungen Alter und Beziehungen mit deutlich älteren Partnern abgelehnt werden. Auch hier weist im Umkehrschluss eine Mehrheit der Jugendlichen einen Freundeskreis auf, dem solche Einstellungen nicht zugeschrieben werden. Zentral für das Risiko einer Infektion mit HIV und anderen STIs ist die wahrgenommene Norm zur Kondomnutzung. 31 % der Arrestanten geben an, dass die meisten ihrer Freunde Kondome generell ablehnen. Dabei zeigt sich, dass männliche Jugendliche mit Migrationshintergrund diese Norm unterdurchschnittlich häufig, männliche Jugendliche ohne Migrationshintergrund dagegen überdurchschnittlich häufig berichten.

Tab. 23: Subjektive sexualitätsbezogene Normen: Anteil zustimmender Antworten nach Geschlecht und Migrationshintergrund

	Geschlecht / Migrationsstatus				Gesamt
	Männlich		Weiblich		
Zustimmung zu Einzelitem % (N)	Ohne Migrationshintergrund	Mit Migrationshintergrund	Ohne Migrationshintergrund	Mit Migrationshintergrund	
Die meisten meiner Freunde/-innen finden es cool, viele Sexualpartner/innen zu haben.	32 % (10)	39 % (13)	11 % (1)	8 % (1)	29 % (26)
Die meisten meiner Freunde/-innen lehnen One-Night-Stands ab.	36 % (11)	42 % (14)	44 % (4)	58 % (7)	43 % (39)
Für die meisten meiner Freunde/-innen gehört es dazu, beim ersten Date Sex zu haben.	23 % (7)	33 % (11)	11 % (1)	8 % (1)	22 % (20)
Die meisten meiner Freunde/-innen lehnen es ab, Kondome zu nutzen.	47 % (14)	15 % (5)	33 % (3)	33 % (4)	31 % (27)
Die meisten meiner Freunde/-innen denken, dass es nicht okay ist, Sex zu haben, wenn man noch sehr jung ist.	42 % (13)	39 % (13)	33 % (3)	50 % (6)	42 % (38)
Die meisten meiner Freunde/-innen finden es nicht normal eine/n deutlich ältere/n Partner/in zu haben.	48 % (15)	36 % (12)	33 % (3)	25 % (3)	38 % (34)

Jeweils ungefähr 20 % bis 60 % der Arrestanten stimmen den diversen Indikatoren für sexuelle Doppelmoral zu – männliche Jugendliche mit Migrationshintergrund überdurchschnittlich häufig, die anderen Gruppen in der Regel zu einem deutlich geringeren Anteil. Eine wichtige Ausnahme stellt das Item zur „natürlichen“ Monogamie von Frauen dar: Dieser Aussage stimmen ungefähr zwei von fünf Befragten zu, unabhängig von Geschlecht und Migrationsstatus. Die mit 21 % geringste Zustimmung erfährt die Aussage, dass Frauen weniger sexuelle Erfahrungen haben sollten als Männer. Auch sind nur 26 % der Meinung, dass der Sex von Männern ausgehen sollte. Allerdings geben doppelt so viele der Arrestanten an, dass Männer die dominante Rolle beim Sex einnehmen sollten. Ebenfalls ungefähr die Hälfte der Jugendlichen stimmt der Aussage zu, dass es für Frauen viel schlimmer sei, wenn sie häufig die Sexu-

alpartner wechseln, als wenn Männer dies tun. Die höchste Zustimmung mit über 60 % erhält die Aussage, dass es für Männer wichtig sei, sexuelle Erfahrungen zu sammeln. Bei diesem Item handelt es sich allerdings nicht zwangsläufig um eine Operationalisierung von sexueller Doppelmoral, weil diese Aussage zwar impliziert, dass das Sammeln sexueller Erfahrungen für Frauen nicht wichtig oder angemessen sei, aber vom Wortlaut her auch die Lesart zulässt, dass das Sammeln von sexuellen Erfahrungen für Männer und Frauen gleich wichtig ist.

Tab 24: Sexuelle Doppelstandards: Anteil zustimmender Antworten nach Geschlecht und Migrationshintergrund

Zustimmung zu Einzelitems % (N)	Geschlecht/Migrationsstatus				Gesamt
	Männlich		Weiblich		
	Ohne Migrationshintergrund	Mit Migrationshintergrund	Ohne Migrationshintergrund	Mit Migrationshintergrund	
Mädchen/Frauen sollten weniger sexuelle Erfahrungen haben als Jungen/Männer.	10 % (3)	37,5 % (12)	0 % (0)	17 % (2)	21 % (19)
Für einen Jungen/Mann ist es wichtig, dass er sexuelle Erfahrungen hat, sodass er seiner Partnerin etwas beibringen und sie anleiten kann.	57 % (17)	84 % (27)	44 % (4)	50 % (6)	63 % (55)
Anders als Jungen/Männer sind Mädchen/Frauen von Natur aus monogam.	36 % (11)	49 % (16)	44 % (4)	42 % (5)	43 % (39)
Ein Junge sollte die dominante Rolle beim Geschlechtsverkehr einnehmen.	45 % (14)	70 % (21)	25 % (2)	50 % (6)	54 % (46)
Es ist viel schlimmer, wenn ein Mädchen/eine Frau häufig ihre Sexualpartner wechselt, als wenn ein Junge/Mann das tut.	39 % (12)	73 % (24)	33 % (3)	25 % (3)	52 % (57)
Es sollte der Junge/Mann sein, von dem der Sex ausgeht.	17 % (5)	42 % (14)	11 % (1)	17 % (2)	26 % (23)

5 Diskussion und Ausblick

Ziel der Studie war es, empirische Daten und Erkenntnisse zum Wissen und Verhalten sowie zu den Einstellungen und Lebensumständen von Jugendlichen im Berliner Jugendarrest zu gewinnen, um das seit 2006 dort bestehende primärpräventive Workshopangebot der Berliner Aids-Hilfe dem spezifischen Bedarf der Zielgruppe besser anpassen zu können. Im Folgenden werden die bisher ausgeführten Ergebnisse der Befragung im Hinblick auf deren Implikationen für die Präventionsarbeit zusammengeführt und diskutiert, um so Ansätze für deren gemeinsame Weiterentwicklung mit den Partnern vor Ort aufzuzeigen.

Vorab ist jedoch auf die Grenzen der Aussagekraft der Studie hinzuweisen. Aufgrund der nicht zufallsbasierten Fallauswahl und der vergleichsweise geringen Fallzahl ist eine Übertragung der Ergebnisse auf den gesamten Jugendarrestbereich schwierig, eine Verallgemeinerung auf das Setting des Jugendarrestes in Deutschland oder durch die Lebensumstände vermutlich ähnlich geprägte Jugendliche nicht statthaft. Auch wenn anzunehmen ist, dass sich die in der Studie aufscheinenden Zusammenhänge zwischen den Lebensumständen, dem HIV-bezogenen Wissensstand, dem sexuellen Verhalten und den Einstellungen zu HIV/Aids und den davon Betroffenen auch in anderen Bereichen und Gruppen als vulnerabel zu verstehender Jugendlicher abbilden, liefern die Ergebnisse zuallererst wichtige Hinweise für eine zielgruppengerechte Verbesserung der Präventionsarbeit der Berliner Aids-Hilfe im Berliner Jugendarrest. Um die Relevanz der Ergebnisse über diesen spezifischen Kontext hinaus zu überprüfen, bedarf es weiterer Forschungen.

Der ermittelte Wissensstand, die Einstellungen und die Verhaltensweisen der arrestierten Jugendlichen zeigen deutlich die Relevanz der Workshops der Berliner Aids-Hilfe. So ist bei den Jugendlichen ein vielfach diffuser, teilweise sehr gering ausgeprägter Wissensstand insbesondere zu den Übertragungswegen von HIV festzustellen. Im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung fand der erste Geschlechtsverkehr nicht nur früher, sondern auch häufiger ohne Verhütungsmittel statt. Zudem wurde von häufigeren sexuellen Kontakten und von mehr Partnern berichtet. „Serielle Monogamie“ und das häufige Wechseln von Geschlechtspartnern scheint vor allem (aber nicht ausschließlich) für die männlichen Jugendlichen im Arrest typisch und ein Teil der Lebensrealität zu sein. Ein konsistentes Verhütungsverhalten haben dabei die wenigsten befragten Jugendlichen habitualisiert. Mehr als die Hälfte der Befragten gibt an, dass weder sie noch ihr Partner normalerweise beim Sex verhüten. Vor allem bei den Mädchen verhütet ein recht hoher Prozentsatz nie. Auch angesichts der stark stigmatisieren-

den Einstellungen der Jugendlichen gegenüber HIV und von HIV Betroffenen wird die Bedeutung der Präventionsarbeit der Berliner Aids-Hilfe im Jugendarrest deutlich.

Gerade angesichts dieser Bedeutung muss es darum gehen, das Präventionsangebot im Hinblick auf den Bedarf der Zielgruppe zu optimieren. In diesem Sinn lassen sich aus den Ergebnissen der Studie (mindestens) fünf konkrete Folgerungen für die Präventionsarbeit der Berliner Aids-Hilfe im Jugendarrest Berlin ableiten:

1. Sinnvoll ist eine stärkere Differenzierung der Workshops nach Alter, Bildung und (ggf. auch) Migration.

Ausgangspunkt sind die Heterogenität und zugleich Homogenität der im Arrest befragten Jugendlichen. Bei den arrestierten Jugendlichen handelt es sich trotz gemeinsamem Arrestaufenthalt nicht um eine einheitliche Gruppe. Nicht nur die Gründe für den Arrest, sondern auch dessen Form und Länge sind z. T. sehr unterschiedlich. Auch im Hinblick auf das Alter, Bildungsniveau, den Beschäftigungsstatus sowie die Migrationshintergründe ist die befragte Gruppe stark heterogen. Zum anderen jedoch weisen die Analysen auf vielfach sehr ähnliche, „schwierige“ und prekäre Lebensumstände hin, die sich durch starke sozioökonomische Abhängigkeiten – mit Bourdieu: einen Mangel an ökonomischem und sozialem Kapital –, eigene aktive wie passive Gewalterfahrungen, problematische Familienverhältnisse und Rauschmittelkonsum auszeichnen, die allesamt als Vulnerabilitätsfaktoren gefasst werden können.

Gerade die Altersunterschiede besitzen Relevanz für die Präventionsarbeit, da sich die Arrestanten in unterschiedlichen Jugendphasen oder bereits im Übergang zum Erwachsenenalter befinden. Zum einen hat das Alter der Arrestanten Einfluss auf den Verlauf der emotionalen und sozialen Ablösung von den Eltern, die sich beispielsweise in den sehr unterschiedlichen Wohnsituationen und -konstellationen der Jugendlichen widerspiegelt, zum anderen aber auch auf jugendtypisches Verhalten, das sich in der Erweiterung der sozialen Bindungen beim Eingehen einer festen Partnerschaft, im Sexualverhalten und bei Erfahrungen und Umgang mit Drogen und Delinquenz zeigt. In diesem Sinn ist zu überlegen, in Zukunft altershomogenere Präventionsworkshops zu konzipieren und anzubieten.

Auch Bildungshintergründe müssen in der Arbeit der Berliner Aids-Hilfe im Jugendarrest stärker berücksichtigt werden. Sinnvoll wären möglicherweise Workshops, die sich speziell an Jugendliche ohne Schulabschluss wenden, die in den untersuchten Dimensionen durchweg den geringsten Wissensstand aufweisen. Dies könnte zu einer fruchtbaren Interaktionsdynamik in den Workshops führen, da ein vergleichbarer Wissensstand mögliche Hemmungen von Jugendlichen, Wissensdefizite einzuräumen oder diesbezügliche Fragen zu stellen, aufheben

könnte und eine zielgruppenspezifischere Vermittlung der Inhalte, also vor allem eine adäquater Art und Weise der Thematisierung dieser Inhalte durch die Schoolworker der Berliner Aids-Hilfe zulässt.

Zu diskutieren ist, inwieweit die unterschiedlichen Migrationshintergründe die Durchführung von spezifisch abgestimmten Workshops erfordert und/oder erlaubt. Wenngleich nahezu alle Arrestanten angeben, in Berlin aufgewachsen zu sein, so hat doch mehr als die Hälfte der Arrestanten einen Migrationshintergrund. Dabei verweist die eigene Migrationsbiografie oder die der Eltern auf sehr unterschiedliche soziokulturelle Herkünfte. Von ähnlichen Erfahrungen der unter diese Gruppe subsumierten Jugendlichen ist jedoch vor allem im individuellen Umgang mit gesellschaftlichen Stereotypen und Vorurteilen auszugehen. Aufgrund der mit den kulturellen Verortungen in Verbindung stehenden Werte und Normen in Bezug auf Sexualität sowie sprachlichen Herausforderungen bei Jugendlichen, die erst vor Kurzem nach Deutschland gekommen sind, könnte es sinnvoll sein, bestimmte Workshops insbesondere für Jugendliche mit türkisch-arabischem Hintergrund anzubieten, auch wenn dafür nur begrenzt Ressourcen und Kapazitäten zur Verfügung stehen. Auch haben die Erfahrungen der letzten Jahre im Jugendarrest gezeigt, dass eine gemeinsame und durchaus kontroverse Diskussion unterschiedlicher kultureller Vorstellungen von Sexualität und Partnerschaft für die Präventionsarbeit fruchtbar gemacht werden kann.

2. In die Workshops müssen die Lebensumstände der Jugendlichen systematisch einbezogen werden.

Sehr deutlich geht aus der Studie hervor, dass die alleinige Fokussierung der Workshopinhalte auf HIV nicht ausreicht. Der Präventionsbedarf der Zielgruppe weist auf die Notwendigkeit hin, das vermittelte Wissen in einen engen Bezug zu den Lebensumständen und -weisen der Jugendlichen zu stellen und so zu einer Stärkung des Selbstbewusstseins auch im Umgang mit dem eigenen Körper und der eigenen Sexualität beizutragen.

Problematische Familiensituationen, Gewalterfahrungen und Drogenkonsum beeinflussen das Selbstkonzept der Jugendlichen, ihr Selbstwertgefühl und ihr gesundheitsbezogenes Verhalten tief greifend. Bei der überwiegenden Mehrheit der Arrestanten, vor allem bei Mädchen ohne Migrationshintergrund, haben sich die Eltern getrennt oder sind geschieden. Mehr als jeder zehnte Arrestant hat bereits selber eines oder mehrere Kinder und muss selbst mit den Anforderungen der Elternrolle zurechtkommen. Eine Reihe von Studien zeigt, dass vor allem sozial benachteiligte Jugendliche vor dem Hintergrund mangelnder beruflicher Perspektiven und Lebenschancen früh Eltern werden. Berichtet wird zudem von passiven, auch sexuellen Ge-

walterfahrungen im familiären Kontext. Eine rein auf kognitiv-rationaler Ebene ablaufende Vermittlung von präventivem Wissen und Schutzverhalten, die diese Hintergründe nicht einbeziehen kann, dürfte in aller Regel wenig nachhaltige Folgen zeigen.

In diesem Sinn muss es in den Workshops auch um eine Auseinandersetzung mit Erfahrungen der Ausgrenzung und Diskriminierung und möglicherweise damit zusammenhängenden Einstellungen gehen. Was bereits im Hinblick auf eine Reflexion von *Gender*-Stereotypen und Einstellungen zu Homosexualität in den Workshops versucht wird, sollte also systematisch ausgebaut werden.

Neben HIV und Aids sollte zudem die Thematisierung anderer sexuell übertragbarer Infektionen eine wesentliche Rolle in den Workshops spielen. Die reale Gefährdung durch eine Gonorrhö- oder Chlamydien-Infektion liegt lebensweltlich „näher“ als eine Ansteckung mit dem HI-Virus – STI-Diagnosen bei den befragten Jugendlichen sowie die Prävalenzen in der Allgemeinbevölkerung in diesem Alter machen dies deutlich.

Ein entsprechender Ausbau der Workshops durch stärkere Einbeziehung von STIs auf der einen und der lebensweltlichen Verortungen der Jugendlichen auf der anderen Seite erfordert indes eine Verlängerung der Präventionsangebote. Statt 90 Minuten erscheinen Workshops mit einer Dauer von drei Stunden sinnvoll.

3. Wichtig ist eine Vernetzung der gesundheitsbezogenen Prävention mit anderen Angeboten der Stärkung sozialer Kompetenzen im Rahmen des MTK.

Die Arbeit der Berliner Aids-Hilfe im Jugendarrest ist im Kontext der weiteren Lebensplanung der Jugendlichen zu begreifen. Auf Grund der vielfältigen Problemlagen der Arrestanten – z. B. Gewalt, Drogen und ungeschützter Sex – kann die Arbeit der Berliner Aids-Hilfe sowie der anderen Projekte nur dann nachhaltig gelingen, wenn ein möglichst ganzheitlicher und integrativer Ansatz zur Stärkung der Kompetenzen gewählt wird, der alle am MKT beteiligten Akteure umfasst. Der regelmäßige Erfahrungs- und Methodenaustausch zwischen den Akteuren kann dabei wesentlich dazu beitragen, die Nachhaltigkeit der im Rahmen des MKT gestärkten Kompetenzen der Arrestanten zu sichern. Sinnvoll erscheint es, gemeinsam Strategien für die Optimierung des MKT zu entwickeln. Ziel muss es sein, dass die Arrestanten lebensweltliche Bezüge zwischen den einzelnen Angeboten (und ihrem eigenen Handeln) herstellen können und entscheidende Kompetenzen wie beispielsweise die Kommunikations-, Handlungs- und Reflektionsfähigkeit mehrfach im Rahmen des MKT trainieren. Dafür bedarf es einer Abstimmung, damit die Bezüge bei Bedarf und Notwendigkeit auch von den Referenten selbst in den Workshops aufgezeigt werden können – und somit auch andere Perspektiven.

Deshalb ist es wichtig, Einblicke in andere Tätigkeitsfelder zu erhalten und die eigenen Kompetenzen auszubauen. Das gegenseitige Fortbilden der Referenten und Teamer zu den einzelnen Themen – mit der Herausarbeitung der komplexen Wechselbeziehungen im Kontext der Lebenssituationen der Jugendlichen – ist in diesem Zusammenhang empfehlenswert.

4. Um dem skizzierten Präventionsbedarf der Zielgruppe gerecht werden zu können, ist eine Weiterbildung der ehrenamtlich im Jugendarrest tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Berliner Aids-Hilfe notwendig.

Um den Lebensrealitäten der Jugendlichen besser gerecht werden zu können, sollten auch die ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen verstärkt in sexualpädagogischen Querschnittsthemen – z. B. integrative Ansätze der Sexualpädagogik, insbesondere Familienplanung, Sexualität und Sprache, Migration, Religion –, aber möglichst auch in spezifischen Themen wie Drogen- und Gewaltprävention und *Diversity*-Ansätzen über Grundlagenwissen verfügen. Der Qualifikationsrahmen der Teamer kann sich insbesondere dann interdisziplinär erweitern, wenn die Teamer das Angebot der Berliner Aids-Hilfe wahrnehmen und neben der internen Aus- und Weiterbildung mindestens einmal jährlich eine Fortbildung anderer Träger zu diesen Themenbereichen besuchen. Die Erkenntnisse aus solchen Fortbildungen können dann innerhalb des Teams weitervermittelt, für das spezifische Angebot aufbereitet und zur Qualitätssicherung über den einzelnen Mitarbeiter hinaus im Handbuch Jugendprävention festgehalten werden.

5. Partizipative Ansätze und Methodenentwicklung können die Qualität der Präventionsarbeit im Jugendarrest erhöhen.

Für eine effektive Präventionsarbeit ist die Partizipation der Zielgruppe in den Workshops, aber auch in der Erstellung von Materialien unerlässlich, denn nur so kann sichergestellt werden, dass die Inhalte den Bedarfen der Zielgruppe entsprechen. Aus diesem Grund empfiehlt es sich, in den Workshops – ähnlich wie in denen mit Schulklassen – zu Beginn offene, d. h. verstärkt partizipative und integrative Methoden einzusetzen, die ein breites Spektrum sexualpädagogischer Themen abdecken, sodass die Teamer durch Gruppendiskussionen o. Ä. Einblicke in die Lebenswelten der arrestierten Jugendlichen erhalten. Die Workshopzeit sollte nach Möglichkeit – wie bereits erwähnt – verdoppelt werden, sodass neben dem inhaltlichen „Lehrplan“ genug Zeit bleibt, um auf identifizierte Bedarfe eingehen zu können. Dafür bedarf es einer umfassenden Methodenkompetenz und vor allem Flexibilität seitens der Teamer. Für den Jugendarrest sollten zielgruppenspezifische Materialien erstellt werden, die nicht ausschließlich herkömmlicher Art sein müssen. Diese Materialien sollten idealerweise in einem

mehrtägigen Workshop gemeinsam mit den Arrestanten entwickelt werden, können aber auch auf Grundlage dieses Berichts in Zusammenarbeit mit den Mitarbeitern der Jugendarrestanstalt erstellt werden. Die Materialien sind mehrfach mit verschiedenen Zielgruppen des Arrests vor der erstmaligen Herausgabe auf Eignung zu prüfen, um so die zielgruppenspezifische Passgenauigkeit zu gewährleisten. Die Materialien sollten von den Mitarbeitern des Jugendarrests bei der Einweisung an alle Jugendlichen ausgehändigt werden.

Es wäre zudem zu überlegen, ob den Arrestanten im Rahmen ihrer Entlassung Kondome bereit gestellt werden könnte – zusammen mit einem zielgruppengerechten Info-Flyer der Berliner Aids-Hilfe. Zwar mag dieser Ansatz nicht besonders nachhaltig wirken, aber immerhin könnten alle Arrestanten, unabhängig davon, ob sie einen Workshop der Berliner Aids-Hilfe besucht haben, zu Beginn und am Ende des Aufenthalts erreicht werden. Die Kondome sind dabei als ein Denkanstoß zu verstehen, der den lebensweltlichen und pädagogischen Ansatz der Jugendarrestanstalt über den Arrestaufenthalt hinaus unterstreichen könnte.

Die Studie zeigt, dass es sich bei den arrestierten Jugendlichen – trotz der Heterogenität der Gruppe – um eine besonders vulnerable Zielgruppe handelt, und zwar nicht nur in Bezug auf HIV/STIs, sondern auch in Bezug auf Frühschwangerschaften und Drogenaffinität. Die Vulnerabilität entsteht dabei in Kontexten, die vornehmlich als prekär zu bezeichnen sind, und sich durch eine Unterversorgung mit Bildung, Perspektivlosigkeit in Bezug auf Ausbildungs- und Berufschancen sowie zum Teil vermutlich auch Armut in den Herkunftsfamilien und Delinquenz auszeichnen. Vor dem Hintergrund der vielfältigen gesellschaftlichen Anforderungen, mit denen Jugendliche heutzutage konfrontiert sind, scheinen die individuellen Kompetenzen der Arrestanten nicht auszureichen, um diesen in einigen oder allen Lebensbereichen entsprechen zu können.

Die umfassende Förderung der sozialen Kompetenzen im MKT ist sowohl im Hinblick auf die sozialregulative Erwartung, den umfassenden gesellschaftlichen Anforderungen zukünftig mit einer höherer Wahrscheinlichkeit als zuvor zu entsprechen, als auch im Sinne einer substantiellen Verbesserung der Lebenschancen der Jugendlichen auf gesellschaftliche Teilnahme und -habe bedarfsgerecht und setzt an den entscheidenden Stellen an. Die über die Jahre von der Berliner Aids-Hilfe e.V. geleistete sexualpädagogische Aufklärungsarbeit ist dabei als Teil des Unterstützungsangebots bei der Bewältigung der jugendspezifischen Anforderungen und der weiteren Persönlichkeitsentwicklung zu begreifen. Sie trägt nicht nur zur Prävention negativer Folgen von Sexualität, sondern durch die Vermittlung von Wissen, das Hinwirken auf Einstellungs- und Verhaltensänderungen sowie die Stärkung des Selbstbewusstseins maß-

geblich auch zur Gesundheitsförderung bei, die auch in anderen Gesundheits- und Lebensbereichen nützlich ist.

In diesem Sinn ist das Präventionsangebot der Berliner Aids-Hilfe in der Jugendarrestanstalt Berlin als Beitrag zur Unterstützung einer nachhaltigen Förderung sozialer Kompetenzen und gesundheitsbezogenen Verhaltens in dieser vulnerablen und von Prävention kaum erreichten Zielgruppe zu verstehen.

Anhang

Interview mit dem Leiter der Jugendarrestanstalt Berlin

Das Gespräch mit Herrn Hirsch, 61 Jahre, Leiter der Jugendarrestanstalt Berlin, führten Thomas Wilke und Phil C. Langer. Es wurde am 18.5.2010 im Amtsgericht Tiergarten in Berlin aufgenommen, transkribiert, für die Veröffentlichung redaktionell bearbeitet und in der vorliegenden Fassung durch Herrn Hirsch autorisiert.

Berliner Aids-Hilfe: Was genau kann man sich unter einer Jugendarrestanstalt eigentlich vorstellen?

Hr. Hirsch: Das ist für einen Großteil der Bevölkerung das unbekannte Wesen. Es ist europaweit auch etwas ganz Seltenes, eine Institution, die in sehr dunkler Zeit geboren wurde, während des Nationalsozialismus. Damals hieß es, dass an sich „gutartige“ Jugendliche durch ganz harten kurzzeitigen Vollzug zur Besinnung gebracht werden müssen, wenn sie einmal irgendwie Fehler gemacht haben. Das hieß dann tatsächlich Vollzug bei Wasser und Brot und Holzpritsche und sonst nichts. So begann der Jugendarrest in Deutschland. Es gab dann in den 70er und 80er Jahren immer wieder Bestrebungen, den Arrest überhaupt abzuschaffen. Die Zahl der Arrestanten und Arrestantinnen nahm auch rapide ab. Aber er wurde eben nicht abgeschafft. Und er ist eine Institution, die auch eine Vorstufe ist zur Jugendstrafe. Das Jugendgerichtsgesetz ist auf drei Säulen gebaut: Es beginnt mit der Erziehungsmaßregel, also zum Beispiel Freizeitarbeit, Täter-Opfer-Ausgleich, Verkehrserziehungskurs. Dann die sogenannten Zuchtmittel, auch noch ein Ausdruck, der aus dem Nationalsozialismus stammt, wie man sich leicht vorstellen kann. Und zu den härtesten dieser Zuchtmittel gehört der Jugendarrest, der bis zu vier Wochen möglich ist. Und die nächste Säule ist dann die Jugendstrafe mit oder ohne Bewährung. Der Arrestvollzug innerhalb der Bundesrepublik Deutschland ist im Übrigen sehr, sehr unterschiedlich gestrickt. In Deutschland gibt es über 30 Arrestanstalten.

Berliner Aids-Hilfe: Was zeichnet Berlin da aus?

Hr. Hirsch: Es ist immer schwierig, in eigener Sache zu reden. Aber Berlin zeichnet aus, dass wir bundesweit die einzige Jugendarrestanstalt sind, die dieses umfassende Modulare

Kompetenztraining anbietet. Teilweise wird schon etwas Ähnliches angeboten, allerdings nicht in diesem Umfang. Wir versuchen aber immer wieder, dafür zu werben.

Berliner Aids-Hilfe: Was müssen die Jugendlichen denn anstellen, um in den Jugendarrest zu kommen?

Hr. Hirsch: Das ist ganz unterschiedlich. Wenn wir vom Urteilsarrest sprechen, dann betrifft es hauptsächlich Gewaltdelikte. Es sind eher junge Täter mit Gewaltdelikten, auch erheblichen Gewaltdelikten, die bisher gar nicht oder selten vor Gericht standen. Darüber hinaus geht es vielfach um Diebstahl und Sachbeschädigung.

Berliner Aids-Hilfe: Also nicht diejenigen, die vielleicht schon zwei oder drei Erziehungsmaßnahmen hatten und für die das sozusagen der letzte Schuss vor den Bug ist?

Hr. Hirsch: Die gibt es auch, natürlich. Aber es ist unterschiedlich. Aber als „letzten Schuss vor den Bug“ würde ich das nicht bezeichnen. Ich hasse diesen Ausdruck. Sie lesen ihn überall. Aber ich sage dann eben: Wir sind keine militärische Institution. Und die Arrestanten und Arrestantinnen, die sind keine Kriegsschiffe. Der Arrest ist für viele aber schon ein letztes Signal, eine letzte Warnung: Wenn es so weitergeht, dann musst du damit rechnen, wirklich vielleicht auch längere Zeit hinter Gittern zu verbringen.

Berliner Aids-Hilfe: Wie nehmen denn die Jugendlichen aus Ihrer Sicht den Arrest wahr?

Hr. Hirsch: Auch das ist ganz unterschiedlich. Erst mal als Langeweile. Vor allen Dingen als Langeweile. Viele auch als verlorene Zeit und voller Sehnsucht nach der Freundin, den Kumpels, der Mutter. Das ist ganz häufig. Viele sagen: Ist alles Kinderkacke, Jugendfreizeitheim oder Ferienlager, Jugendferienlager, aber das sind gerade diejenigen, die dann unter vier Augen leicht Tränen vergießen.

Berliner Aids-Hilfe: Man muss irgendwie nach außen seine Würde behalten ...

Hr. Hirsch: Ja, das stimmt. Aber ich glaube schon, dass die meisten, die an dem Modularen Kompetenztraining teilnehmen, diese Zeit nicht als verlorene Zeit wahrnehmen. Und auch nicht als Langeweile. Wir erfahren das ja immer in Abschlussgesprächen. Für die meisten ist das Kompetenztraining ein Gewinn, sie glauben schon, dass sie da Ansätze gelernt haben oder auch auf Gedanken gekommen sind, zu denen sie sonst nicht gekommen wären.

Berliner Aids-Hilfe: Wenn Sie sagen „die daran teilgenommen haben“, dann ist das ja nur ein bestimmter Prozentsatz der dort Arrestierten. Wie viele können das Modulare Kompetenztraining denn absolvieren?

Hr. Hirsch: Sie müssen sich vorstellen, dass bei einer durchschnittlichen Auslastung von etwa 38 bis 40 Arrestantinnen und Arrestanten etwa ein Drittel in den Ausgang geht, das sind diejenigen, die zur Schule gehen, die einer Maßnahme folgen, die einen Arbeitsplatz haben oder einen Ausbildungsplatz. Die fallen schon mal weg. Dann nehmen etwa sieben bis acht Arrestanten und Arrestantinnen teil am modularen Kompetenztraining. Der Rest kommt nicht in diesen Genuss.

Berliner Aids-Hilfe: Nach was werden die Teilnehmerinnen und Teilnehmer ausgesucht?

Hr. Hirsch: Das hängt immer davon ab, welche Module in der jeweiligen Woche stattfinden. Aber Hauptaugenmerk ist schon der Bedarf. Dabei geht es insbesondere um Gewaltdelikte, weil wir ja auch einige Module haben, die sich gerade damit beschäftigen: der Konfliktvermeidung, der Frage nach den Opfern der Gewalt. Es ist allerdings auch eine ganz summarische Prüfung. Sie müssen davon ausgehen, sie stellen sich am Montag, dann werden Montagmittag die Akten entsprechend angelegt, und dann bekommt unser Sozialdienst diese Akten auf den Tisch und wählt dann aus.

Berliner Aids-Hilfe: Wäre es nicht ein erstrebenswertes Ziel, das MKT zu erweitern und für alle zugänglich zu machen?

Hr. Hirsch: Ja, das täte vielen vielleicht ganz gut, wenigsten mal eine Woche wirklich durchgängig in der Anstalt zu sein, um dieses Training mitzumachen. Aber das scheitert schon mal daran, dass für uns auch oberste Priorität ist, dass keiner etwas von den Kompetenzen, die er mitbringt, verlieren darf. Und MKT für alle hieße dann: vier Wochen Schule zu versäumen, den Lehrvertrag gekündigt zu bekommen, aus der Maßnahme rauszufliegen. Und wenn ich da abwägen muss, dann sag ich mir: Auf keinen Fall.

Berliner Aids-Hilfe: Welche Rolle spielt denn HIV in dem Training? Konfliktvermeidung ist ja zunächst ein Thema, das für einen Laien gut nachvollziehbar ist. Aber HIV?

Hr. Hirsch: Ich kann Ihnen jetzt nicht mehr genau sagen, wie das zustande kam. Aber ich kann Ihnen sagen, warum. Unser Ziel im Rahmen dieses Modularen Kompetenztrainings ist, dass die jungen Menschen auf festeren Beinen stehen als davor. Dass sie besser im Leben zurechtkommen als davor. Dass sie mit mehr Selbstbewusstsein durch die Welt gehen als vorher. Und ich bin froh, dass jemand auf die Idee gekommen ist, HIV und Sexualität ins Training mit aufzunehmen, weil sich immer mehr herausgestellt hat – und auch durch das Feedback, das wir dann im Rahmen der Abschlussgespräche bekommen haben –, wie wichtig das ist, wie unaufgeklärt, wie unvorsichtig gerade viele der Jugendlichen

sind, die wir im Jugendarrest erleben. Ich glaube, dass der Kenntnisstand der Jugendlichen zu HIV und Aids relativ gering ist.

Berliner Aids-Hilfe: Wie schätzen Sie den Erfolg des Modularen Kompetenztrainings ein?

Hr. Hirsch: Ich versuche mir keine Illusionen im Hinblick auf die Nachhaltigkeit zu machen. Sie können innerhalb von drei, vier Tagen – und da mag die Arbeit noch so intensiv und befruchtend sein – nicht 20 Jahre Leben ändern, und Sie können auch nicht die Lebensumstände ändern, denn die jungen Menschen, die in die Jugendarrestanstalt kommen, kehren dann wieder in ihre bisherigen Lebensumstände zurück. Aber ich glaube schon, dass wir auf jeden Fall Gedankenanstöße geben. Und wir haben auch teilweise sensationelles Feedback. Wir bieten ja unter anderem einen Erste-Hilfe- Kurs, jede zweite Woche, hier an. Der findet dann immer mittwochs statt, in drei Modulen, also insgesamt viereinhalb Stunden, und wir haben schon zwei Arrestanten erlebt, die dann in anderer Sache wiederkamen und erzählt haben, dass sie draußen ein Erlebnis hatten, dass jemand zusammengebrochen war und einmal sogar bewusstlos war, dass sie daran dachten, was sie in diesem Erste-Hilfe-Training gelernt haben, und das angewendet haben und so möglicherweise zwei Menschen das Leben gerettet haben.

Berliner Aids-Hilfe: Sie hatten gerade auch gesagt, dass ein Ziel ist, Selbstbewusstsein zu stärken, Kompetenzen und Fähigkeiten zu fördern. Gibt es denn außer dem MKT noch andere Möglichkeiten, wie man das Selbstbewusstsein im Rahmen des Jugendarrests steigern kann?

Hr. Hirsch: Ja, durch Gespräche. Es finden zahlreiche Gespräche statt mit unsern Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen des Sozialdienstes, auch mit den Kollegen und Kolleginnen des allgemeinen Vollzugsdienstes, die da auch weitgehend sehr offene Ohren haben. Ja, und auch mit mir. Und mit Vertretern der Jugendbewährungshilfe oder Jugendgerichtshilfe. Um Ansatzpunkte zu finden. Woran hapert es? Was sind die Defizite? Wie kommen sie aus dem Schlamassel, in dem sie teilweise sind, wieder raus?

Berliner Aids-Hilfe: Welche anderen Aktivitäten können die Jugendlichen im Vollzug machen?

Hr. Hirsch: Wir bieten Fitness an. Das ist für die sehr wichtig, einmal die Woche. Was wir endlich wieder regelmäßig anbieten wollen, das ist unsere Beschäftigungstherapeutische Werkstatt, die ist seit über einem Jahr verwaist. Das wäre auch Beschäftigung für sechs bis acht Arrestantinnen und Arrestanten von Montag bis Freitag. Außerdem haben wir vor

Kurzem eine Musikgruppe gegründet, in deren Rahmen auch eigene Texte musikalisch unterlegt werden können.

Berliner Aids-Hilfe: Sie sagten etwas über die Lebensumstände, aus denen die Jugendlichen kommen, in die sie dann wieder zurückkehren. Was zeichnet diese Lebensumstände aus?

Hr. Hirsch: Sehr häufig große Armut. Gerade bei den Beugearrestanten, das sind diejenigen, die in den Arrest kommen, weil sie eine Auflage oder Weisung nicht erfüllt haben. Da haben wir es oft mit ziemlich desolaten Lebensverhältnissen zu tun, viele leben auf der Straße, sehr, sehr viele haben Erfahrungen mit Drogen aller Art, bringen nichts auf die Reihe.

Berliner Aids-Hilfe: Wahrscheinlich spielen auch eigene Gewalterfahrungen eine Rolle.

Hr. Hirsch: Ja, sehr häufig. Und große Vernachlässigung. Sodass, was dann auch im Rahmen unseres Modularen Kompetenztrainings unser Trumpf ist, dass wir Moderatoren und Moderatorinnen immer wieder auch den Eindruck haben, wir sind seit Langem die Ersten, die sich wirklich intensiv und auch auf Augenhöhe mit ihnen beschäftigen. Und auch nicht versuchen, so mit dem moralischen Zeigefinger da erst mal ranzugehen. Sondern wir versuchen, sie – wie das so schön neudeutsch heißt – da abzuholen, wo sie sind. Erziehung ohne Zuwendung ist überhaupt nicht möglich. Es geht darum: Wo ist jemand, welche Probleme hat er, und möchte er, dass diese Probleme gemindert werden oder sogar verschwinden, oder möchte er das nicht? Es gibt auch welche, die sagen: Das ist so okay. Gerade auch gewalterfahrene sehr junge Arrestanten, die in der pubertären Phase sind, die dann sagen: „Ist mir doch egal“. Die gibt es auch. Ob sie es wirklich so empfinden, ist eine zweite Frage.

Berliner Aids-Hilfe: Welche Rolle spielen Ihrer Meinung nach Migrationshintergründe bei den Jugendlichen, die zu Ihnen kommen?

Hr. Hirsch: Das ist eine ganz schwierige Frage. Zunächst: Es gibt sehr viele Jugendliche mit Migrationshintergrund hier. Es gibt schon so dieses Pauschalerlebnis, von dem man immer wieder hört und von dem wir auch im Rahmen des MKT immer wieder hören: Wer meine Mutter beleidigt, der kann zusammengeschlagen werden, bis er halb tot ist. Diese Einstellung. Die gibt es allerdings auch bei jungen Menschen ohne Migrationshintergrund, die vernachlässigt leben, die wenig Kultur genossen haben. Also auch bei deutschstämmigen Jugendlichen, die in ganz einfachen Verhältnissen aufwachsen, die vernachlässigt aufwachsen, die geprügelt werden. Auch da spielt diese Mutterehre eine ganz ähnliche Rolle. Da stellt sich die Frage: Liegt es jetzt am Migrationshintergrund oder liegt es

an den sozialen Verhältnissen? Ich glaube, dass eher die sozialen Verhältnisse ein Kriterium sind.

Berliner Aids-Hilfe: Wie sieht es Ihrer Meinung nach mit den Einstellungen beim Verhalten zu Sexualität aus? In der Literatur liest man immer wieder, dass mit einem Migrationshintergrund möglicherweise ganz andere Begriffe etwa von Scham eine Rolle spielen, dass damit stärkere Vorurteile zum Beispiel gegenüber Homosexualität einhergehen können.

Hr. Hirsch: Bei manchen schon. Das würde ich schon sagen, vor allen Dingen bei denen mit Migrationshintergrund. Aber ich glaube auch, dass sie da durch Ihre Arbeit ganz, ganz viele Vorurteile aufbrechen. Das erfahren wir immer wieder. Im Vorgespräch hören wir schon solche Äußerungen zum Präventionsworkshop: Was sollen denn die Schwulen da? Muss ich denn daran teilnehmen? Schon ganz oft gehört. Und im Abschlussgespräch haben wir dann gehört: Mensch, die waren ja klasse, die waren ja geil. Was wir da alles mitgekriegt haben.

Berliner Aids-Hilfe: Gibt es denn lesbische oder schwule Jugendliche bei Ihnen im Arrest, die sich dann auch offen outen?

Hr. Hirsch: Ja, aber in der Regel nicht gegenüber den Mitarrestantinnen und Mitarrestanten. Aber gegenüber den Kollegen und Kolleginnen schon. Wir haben ihnen dann auch immer geraten, sich gegenüber den Mitarrestanten und Mitarrestantinnen nicht zu outen. Weil es ganz, ganz leicht der Fall sein kann, dass jemand während des Arrests zum Außenseiter wird, und dann wird geredet und geredet und vielleicht nicht nur geredet.

Berliner Aids-Hilfe: Glauben Sie, es findet auch Sex statt im Jugendarrest?

Hr. Hirsch: Das ist eine gute Frage. Das wissen wir alle nicht. Wir haben gar nicht die Möglichkeit, von außen in die Arresträume zu gucken. Wir haben sehr häufig Doppelbelegungen. Aber ich glaube nicht, dass es Sexkontakte zwischen Jungen und Mädchen gibt. Die jungen Frauen haben einen separaten Bereich, der auch absolutes Tabu ist für die jungen Männer. Und daran halten sich die allermeisten.

Berliner Aids-Hilfe: Wie würden Sie die Einstellungen der Jugendlichen zur Sexualität beschreiben?

Hr. Hirsch: Also häufig schimmert schon durch, dass nicht von Gleichberechtigung ausgegangen wird. Auf der andern Seite ist es schon so, dass viele junge Männer auch in den Frauen, mit denen sie dann zusammen sind, die Rettung ihres Lebens sehen. Und häufig

dann auch haben. Weil sie dann endlich mal jemanden gefunden haben, der sich wirklich um sie kümmert.

Berliner Aids-Hilfe: Glauben Sie, es gibt da eine überdurchschnittliche Männlichkeitsvorstellung unter den männlichen Arrestanten?

Hr. Hirsch: Ich hoffe, dass es eine überdurchschnittliche ist (lacht). Ich hoffe, dass die Vorstellungen, die da teilweise zu Tage treten, nicht dem Durchschnitt der Bevölkerung entsprechen. Denn das wäre beängstigend. Das hat sicherlich auch viel mit mangelnder Bildung zu tun und mit entsprechenden Vorurteilen.

Berliner Aids-Hilfe: Wobei das ja auch Schutzmechanismus sein kann, dieses wirklich sehr stark Maskuline, Männliche, als Fassade.

Hr. Hirsch: Natürlich, das stimmt, und gerade gegenüber den Mitarrestanten, um so vermeintliche Stärke und Macht zu zeigen.

Berliner Aids-Hilfe: Wie sieht es denn mit Ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aus? Inwiefern sind sie oder werden sie als Ansprechpartnerinnen wahrgenommen von den Jugendlichen oder genutzt für Probleme? Ist da so eine Offenheit, ein Vertrauen da?

Hr. Hirsch: Größtenteils schon, das glaub ich schon. Es wird uns sicherlich auch häufig was vorgespielt, weil man ein bestimmtes Ziel erreichen möchte. Aber gerade im Rahmen des MKT, wo wir ja auch sagen, all das, was da gesagt wird, bleibt in den vier Wänden, da entsteht ganz schnell eine Vertrauensbasis. Da wird dann auch ganz offen gesprochen.

Berliner Aids-Hilfe: Was würden Sie sich denn von der Berliner Aidshilfe im Rahmen des MTK wünschen?

Hr. Hirsch: Das Sie immer dabei bleiben, erst mal! (lacht) Wenn wir was hören im Laufe der Abschlussgespräche über Ihre Arbeit, dann ist das nur Positives. Gerade auch von denen, die anfangs gesagt haben: Nee, damit will ich nichts zu tun haben.

Literaturverzeichnis

- Adams et al. (2004). Chlamydia trachomatis in the United Kingdom: A systematic review and analysis of prevalence studies. Abgerufen am 20.10.2011 von URL www.stijournal.com.
- Ajzen, I. & Fishbein, M. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*. 50. 179–211.
- Albrecht, H.-J. (2002). „Ist das Jugendstrafrecht noch zeitgemäß? Gutachten für den 64. Deutschen Juristentag. Abgerufen am 26.11.2011 von URL www.dvjj-hessen.de/download/dvjjh313_zeitg.pdf.
- Amt für Statistik Berlin-Brandenburg (Hrsg.) (2011). *Mikrozensus 2010*. Berlin.
- Arsova-Netzelmann, Z., Steffan, E., Sokolowski, S., Oremus, D. & Brehm, G. (2007). *Kenntnisstand, Einstellungen und Sexualverhalten junger Erwachsener (18–25 Jahre aus 6 EU-Ländern bezüglich HIV/STIs. Eine länderübergreifende BORDERNET-KAB-Studie*. Berlin: SPI Forschung.
- Bereswill, M. (2011). Straftat als biografischer Einschnitt. Befunde zum Jugendstrafvollzug aus der Perspektive seiner Insassen. In: Dollinger, B. & Henning, S.-S. (Hrsg.): *Handbuch Jugendkriminalität* (S. 545–556). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Block, K. & Matthiesen, S. (2007): Teenagerschwangerschaften in Deutschland. Studienergebnisse zu Risikofaktoren und Verhütungsfehlern bei Schwangerschaften minderjähriger Frauen. In: BZgA (Hrsg.): *Forum*. 2. 12–17.
- Boers, K. & Reinecke, J. (2007) (Hrsg.). Delinquenz im Jugendalter – Zusammenfassung und Ausblick. In: *Delinquenz im Jugendalter – Erkenntnisse einer Münsteraner Längsschnittuntersuchung* (S. 359–366). Münster: Waxmann Verlag.
- Bodmer, N. (2010). Erster Geschlechtsverkehr und Verhütungsverhalten in der Schweiz. In: BZgA (Hrsg.): *Forum*. 2. 24–28.
- Brings, S. (2011). Öffentliche Sicherheit und Strafverfolgung. In: Destatis & WZB (Hrsg.), *Datenreport* (S. 287–296). Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung.
- Brückner, G. & Fuhr, G. (2011). Bevölkerung mit Migrationshintergrund. In: Destatis & WZB (Hrsg.), *Datenreport* (S. 188–192). Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung.
- Budde, J. & Faulstich-Wieland, H. (2005). Jungen zwischen Männlichkeit und Schule. In King, V., & Flaake, K. (Hrsg.), *Männliche Adoleszenz. Sozialisation und Bildungsprozesse zwischen Kindheit und Erwachsensein*. Frankfurt a.M./New York: Campus. 37-56.
- Bundesministerium für Justiz (2010). Verordnung zur Erhebung der Merkmale des Migrationshintergrundes (Migrationshintergrund-Erhebungsverordnung - MigHEV). Abgerufen am 24.08.2011 von URL <http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/mighev/gesamt.pdf>.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.) (2010). *Jugendsexualität 2010. Repräsentative Wiederholungsbefragung von 14- bis 17-Jährigen und ihren Eltern – aktueller Schwerpunkt Migration*. Köln: BZgA.

- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.) (2006). *Jugendsexualität 2006. Repräsentative Wiederholungsbefragung von 14- bis 17-Jährigen und ihren Eltern*. Köln: BZgA.
- Cornel, H. (2011). Der Erziehungsgedanke im Jugendstrafrecht: Historische Entwicklungen. In: Dörlinger, B. & Henning, S.-S. (Hrsg.), *Handbuch Jugendkriminalität* (S. 455–473). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Diefenbach, H. & Weiß, A. (2006). Zur Problematik der Messung von „Migrationshintergrund“. *Münchener Statistik*, 3, 1–14.
- Drewes, J., Kleiber, D. (i. V.). *Stigmatizing attitudes against people living with HIV and AIDS in a nationwide sample of gay, bisexual and other men having sex with men in Germany*.
- Faulstich-Wieland, H., Weber, M., Willems, K. (2004). *Doing Gender im heutigen Schulalltag. Empirische Studien zur Konstruktion von Geschlecht in schulischen Interaktionen*. Weinheim: Juventa.
- Fisher, J.D., Misovich, S.J. & Fisher, W.A. (1992). Impact of perceived social norms on adolescents' AIDS-risk behavior and prevention. In: R. J. Di Clemente (Hrsg.): *Adolescents and AIDS: A generation in jeopardy* (S. 117–136). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Flaake, K. (2006). *Geschlechterverhältnisse – Adoleszenz – Schule. Männlichkeits- und Weiblichkeitsinszenierungen als Rahmenbedingung für pädagogische Praxis*. Oldenburg: Bis-Verlag.
- Flick, U. & Röhsch, G. (2008). *Gesundheit auf der Straße. Vorstellungen und Erfahrungsweisen obdachloser Jugendlicher*. Weinheim und München: Juventa.
- Frosh, S., Phoenix, A. & Pattman, R. (2002). *Young masculinities: Understanding boys in contemporary society*. London: Palgrave.
- Geißler, R. (2002). *Die Sozialstruktur Deutschlands. Die gesellschaftliche Entwicklung vor und nach der Vereinigung*. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.
- Geißler, R. (2006). *Die Sozialstruktur Deutschlands. Zur gesellschaftlichen Entwicklung mit einer Bilanz zur Vereinigung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Gille, G., Klapp, C., Diedrich, K., Schäfer, A., Moter, A., Griesinger, G. & Kirschner, R. (2005): Chlamydien – eine heimliche Epidemie unter Jugendlichen. Prävalenzbeobachtungen bei jungen Mädchen in Berlin. *Deutsches Ärzteblatt*. 102 (28–29), 2021–2025.
- Goffman E. (1963). *Stigma: notes on the management of a spoiled identity*. New York: Prentice-Hall.
- Grobecker, C. & Krack-Rohberg, E. (2008): Bevölkerung. In: Destatis, Gesis-Zuma, WZB (Hrsg.): *Datenreport* (S. 11–25). Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung.
- Häußler-Sczepan, M., Wienholz, S. (2007). Angebote und Hilfebedarf für minderjährige Schwangere und Mütter in Berlin und Brandenburg. Ergebnisse einer Expertenbefragung. In: BZgA (Hrsg.): *Forum*. 2. 19–24.
- Herek, G. M. (1990). Illness, stigma and AIDS. In Costa, P.T., Vanden Bos, Jr., G.R. (Hrsg.), *Psychological Aspects of serious illness: chronic conditions, fatal diseases, and clinical care* (S. 103–150). Washington D.C.: American Psychological Association.

- Johnson, A. M., Mercer, C. H., Cassell, J. A. (2007). Social determinants, sexual behaviour, and sexual health. In Marmot, M. & Wilkinson, R. G. (Hrsg.), *Social determinants of health* (S. 318–340). Oxford: Oxford University Press.
- Keck C. & Clad, A. (2004). Infektionen in der Reproduktionsmedizin. *Gynäkologe*, 37, 607–617.
- Morrow, K.M., for the Project START Study Group. (2009). „HIV, STD, and Hepatitis Risk Behaviors of Young Men Before and After Incarceration.“ *AIDS Care*. 21, 235–243.
- Nave-Herz, R. & Onnen-Isemann, C. (2001). Familie. In: Joas, H. (Hrsg.), *Lehrbuch der Soziologie* (S. 305). Frankfurt / Main: Campus Verlag.
- Naplava, T. (2011). Jugenddelinquenz im interethnischen Vergleich. In: Dollinger, B., Henning, S.-S. (Hrsg.), *Handbuch Jugendkriminalität* (S. 229–239). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Pfeiffer, C., Wetzels, P. (1998). Sieben Thesen zur Jugendgewalt. Vortrag auf dem 24. Deutschen Gerichtstag. Hannover.
- Pfeiffer, C., Wetzels, P. (2000). Zur Struktur und Entwicklung von Jugendgewalt in Deutschland – Ein Thesenpapier auf Basis aktueller Forschungsbefunde. In: Oerter, R., Höfling, S. (Hrsg.), *Mitwirkung und Teilhabe von Kindern und Jugendlichen* (S. 108–144). München: Hanns-Seidel-Stiftung.
- Pryor, J. B., Reeder, G. D., Vinacco, R., Kott-Russo, T. (1989). The instrumental and symbolic functions of attitudes toward persons with AIDS. *Journal of Applied Social Psychology*. 19, 377–404.
- Scherr, A. (2011). Jugendkriminalität – eine Folge sozialer Armut und sozialer Benachteiligung? In: Dollinger, B., Henning, S.-S. (Hrsg.), *Handbuch Jugendkriminalität* (S. 203–211). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Simon, B. (2008). Einstellungen zur Homosexualität. Ausprägungen und psychologische Korrelate bei Jugendlichen ohne und mit Migrationshintergrund (ehemalige UdSSR und Türkei). *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie*. 40, 87–99.
- Stulhofer, A., Graham, I., Bozicevic, K., Kufirin, K., Ajdukovic, D. (2009). „An Assessment of HIV/STI Vulnerability and Related Sexual Risk-Taking in a Nationally Representative Sample of Young Croatian Adults.“ *Archive of Sexual Behaviour*. 38, 209–255.
- Sozialdienst der Jugendarrestanstalt Berlin (2010). Interne Statistik. (Unveröff. Manuskript).
- Sutterlüty, F. (2002). Gewaltkarrieren. Jugendliche im Kreislauf von Gewalt und Missachtung. Frankfurt/New York: Campus.
- Von Räden, U. (2010). „Kondomnutzung als Schutz vor HIV/Aids und anderen sexuell übertragbaren Infektionen (STI) bei Jugendlichen in Deutschland.“ In: BZgA (Hrsg.): *Forum*. 2. 10–14.
- Wilke, T., Langer, P.C., Müller, S., Seffert, B., Gutsche, F. et al. (2008, 2. Auflage 2010). *Handbuch Jugendprävention*. Berlin: Berliner Aids-Hilfe e.V.

Fragebogen

Was weißt Du über HIV und Aids?

1. Im Folgenden findest Du einige richtige Informationen zu HIV/ Aids. Bitte gib an, wie neu sie für Dich sind.

	Wur mir neu	Wusste ich nur zum Teil	Wusste ich schon
HIV und Aids sind nicht dasselbe. HIV ist der Krankheitserreger (ein Virus), Aids die ausgebrochene Krankheit (das Endstadium einer Ansteckung mit HIV).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HIV zerstört das Abwehrsystem, so dass ein infizierter Mensch für viele andere Krankheiten anfälliger wird.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zwischen der Infektion mit HIV und dem Ausbruch von Aids können oft viele Jahre liegen. Durchschnittlich dauert es 8 bis 11 Jahre.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HIV kann einige Wochen nach der Infektion mit Hilfe eines Bluttests nachgewiesen werden. Damit der Test zuverlässig ist, müssen zwischen einer möglichen Ansteckungssituation und dem Test 3 Monate vergangen sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Kann man sich mit HIV anstecken...?

	Ja, man kann sich anstecken	Nein, man kann sich nicht anstecken	Weiß nicht
...am Arbeitsplatz (im Büro)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...beim vaginal- oder Analverkehr („ficken“) ohne Kondom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...beim Händeschütteln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...im Schwimmbad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...wenn Blut einer anderen Person mit offenen Wunden am eigenen Körper in Kontakt kommt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...beim Oralverkehr (blasen, lecken)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...durch die Benutzung öffentlicher Toiletten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...bei einem Krankenhausbesuch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...durch das Empfangen von Bluttransfusionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...durch Küssen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...durch Trinken aus dem gleichen Glas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...durch gemeinsames Benutzen von Spritzen beim Gebrauch von Drogen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...als Baby bei der Geburt oder beim Stillen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...durch gemeinsame Benutzung einer Zahnbürste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Wie kann man sich vor HIV schützen?

	Ja, stimmt	Nein, so nicht	Weiß nicht
...indem man sich gegen HIV/Aids impfen lässt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...indem man Kondome beim Sex benutzt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...indem man die Antibabypille einnimmt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...indem man nur Sex mit einem/einer Gesunden hat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...indem man auf Sex verzichtet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...durch regelmäßiges Waschen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...es gibt keine Möglichkeit, sich zu schützen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Kennst Du jemanden, die/der HIV-positiv ist oder Aids hat?

ja nein

5. Bitte gib an, inwieweit Du den folgenden Aussagen zustimmst.

	Stimme ich voll zu	Stimme ich schon zu	Stimme ich eher nicht zu	Stimme ich gar nicht zu
Es gibt mittlerweile eine Impfung gegen HIV.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aids führt unbehandelt in der Regel zum Tod.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mit Medikamenten kann man HIV heute recht gut behandeln.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eine Heilung der Krankheit steht kurz bevor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HIV und Aids sind auch heute weder behandelbar noch heilbar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Hast Du Angst, dass Du Dich mal mit HIV anstecken könntest?

sehr große Angst eher große Angst
 eher geringe Angst überhaupt keine Angst

7. Hast Du Dich schon einmal auf HIV testen lassen?

ja, innerhalb der letzten 12 Monate
 ja, vor über einem Jahr.
 nein → weiter mit Frage Nr. 10

8. Was war der Grund für Deinen letzten HIV-Test?

regelmäßige Routinekontrolle
 ich hatte eine Risikosituation
 ich wollte mit meiner/n (neuen) Freund/in auf Kondome verzichten
 Der Test wurde mir vom Arzt empfohlen.
 Sonstiges: _____

9. Wo hast Du Dich das letzte Mal testen lassen?

(Haus-)Arzt/Ärztin Frauenarzt/-ärztin Krankenhaus
 Verein oder Projekt (z. B. Aidshilfe) Gesundheitsamt
 Sonstiges: _____

10. Von welchen der folgenden Krankheiten, die beim Sex übertragen werden können, hast Du schon mal gehört?

	Ja, habe ich schon mal gehört	Nein, habe ich noch nicht gehört
Syphilis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tripper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Feigwarzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Genitalherpes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis B/C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chlamydien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Hast Du in den letzten zwei Jahren einen Test auf Krankheiten, die beim Sex übertragen werden können, gemacht?

- Ja, und der war negativ, das heißt, ich hatte keine dieser Krankheiten
- Ja, und der war positiv, das heißt, ich hatte folgende Krankheit(en):
- _____
- _____
- nein

12. Wie wichtig waren oder sind für Dich diese Personen oder Medien bei der Aufklärung über sexuelle Dinge?

	Wichtig	Eher wichtig	Eher unwichtig	Unwichtig
Mutter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lehrer/in	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arzt/Ärztin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Partner/in	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beste(r) Freund/beste Freundin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geschwister	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zeitschriften (z. B. Bravo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufklärungsbroschüren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. Hast Du derzeit jemanden, mit dem Du offen über sexuelle Fragen sprechen kannst?

- Ja, und zwar:
- Mutter Vater Lehrer/in
- Arzt/Ärztin Partner/in Beste(r) Freund/in
- Geschwister Sonstige: _____
- Nein

14. Wie gut wurdest Du in der Schule über das Thema HIV/Aids aufgeklärt?

- Sehr gut Eher gut Teils, teils Eher schlecht Schlecht

Fragen zu Deinem Sexualverhalten

15. Auf wen stehst Du sexuell?

- Ich stehe auf Frauen Ich stehe auf Männer
- Ich stehe auf Männer und Frauen Ich weiß es noch nicht

16. Hast Du derzeit eine feste Freundin oder einen festen Freund?

- Ja, wir sind seit ___ Monaten zusammen.
- Nein

17. Wie viele feste Freunde oder Freundinnen hattest Du bereits?

___ (Anzahl) keine

Wenn Du schon einmal eine/n feste/n Freund/in hattest:
Wie lang hat Deine längste Beziehung bisher gehalten?

___ Monate

18. Hattest Du schon Sex?

- Ja
- Nein → weiter mit Frage Nr. 28

19. Wie oft hattest Du in Deinem Leben Sex?

- Ein einziges Mal 2 bis 10 Mal
- 11 bis 50 Mal Mehr als 50 Mal

20. Hattest Du in den letzten 6 Monaten sexuelle Kontakte?

- Ja, mit ___ Personen
- Nein

21. Wie alt warst Du beim ersten Mal?

___ Jahre

22. Hast Du oder Dein/e Partner/in beim „ersten Mal“ verhütet?

- Ja, mit Kondom
- Ja, mit Pille
- Ja, mit anderen Verhütungsmitteln
- Weiß ich nicht mehr
- Nein

23. Verhütetest Du normalerweise beim Sex?

- Ja, dafür Sorge ich selbst
- Ja, aber das ist Sache meiner Partnerin/meines Partners
- Manchmal, kommt drauf an
- Meistens nicht
- Nein, nie → weiter mit Frage Nr. 26

24. Womit verhütet Du oder Dein/e Partner/in normalerweise beim Sex?

- Mit Kondom Mit Pille
 Mit anderen Verhütungsmitteln, und zwar _____

25. Wenn Du Kondome benutzt, wie oft hast Du sie in den letzten 6 Monaten benutzt mit...

	Immer	Oft	Selten	Fast nie
...Deiner/Deinem festen Partner/in	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...Deiner/Deinem Gelegenheitspartner/in	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

26. Wenn Du keine Kondome benutzt, was sind für Dich die Gründe dafür? (Du kannst auch mehrere Antworten ankreuzen)

- Mein/e Partner/in mag sie nicht Ich kenne mich damit nicht aus
 Ich und mein/e feste/r Partner/in sind uns treu
 Ich stecke mich nicht mit HIV an Kondome verringern die Lust
 Kondome sind nicht zuverlässig Sie sind zu teuer
 Ich will ein Kind
 Ich nutze andere Methoden zur Verhütung
 Sonstiges: _____

27. Wie häufig hast Du in den letzten sechs Monaten mit Deinen Sexpartner/innen über Safer Sex oder HIV gesprochen?

- Oft Manchmal Selten Nie

Wie stehst Du dazu? – Sag uns Deine Meinung!

28. Bitte gib an, inwieweit Du den folgenden Aussagen zustimmst.

	Stimme voll zu	Stimme eher zu	Stimme eher nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu
Die meisten meiner Freund/innen finden, dass es cool ist, viele Sexualpartner/innen zu haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die meisten meiner Freund/innen lehnen One-Night-Stands ab.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Für die meisten meiner Freund/innen gehört es dazu, beim ersten Date mit jemandem Sex zu haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die meisten meiner Freund/innen lehnen es ab, Kondome zu benutzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die meisten meiner Freund/innen denken, dass es nicht ok ist, Sex zu haben, wenn man noch sehr jung ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die meisten meiner Freund/innen finden, dass es nicht normal ist, eine/n deutlich ältere/n Partner/in zu haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mädchen/Frauen sollten weniger sexuelle Erfahrungen haben als Jungen/Männer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Für einen Jungen/Mann ist es wichtig, dass er sexuelle Erfahrungen hat, so dass er seiner Partnerin etwas beibringen und sie anleiten kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anders als Jungen/Männer sind Mädchen/Frauen von Natur aus monogam (nur Sex mit dem Partner/der Partnerin haben).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ein Junge/Mann sollte die dominante Rolle beim Geschlechtsverkehr einnehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es ist viel schlimmer, wenn ein Mädchen/eine Frau häufig ihre Sexualpartner/innen wechselt als wenn ein Junge/Mann das tut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es sollte der Junge/Mann sein, von dem der Sex ausgeht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Stimme voll zu	Stimme eher zu	Stimme eher nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu
Schwulen Paaren (zwei Männer, die zusammen sind) sollte es genauso erlaubt werden wie heterosexuellen Paaren (eine Frau ist mit einem Mann zusammen), Kinder zu adoptieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich finde Schwule eklig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwulen Männern sollte es nicht erlaubt sein, in der Schule zu unterrichten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwulsein ist pervers.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwulsein ist ein natürlicher Ausdruck von Sexualität.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sex zwischen zwei Männern ist einfach falsch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Idee der Hochzeit zwischen zwei Männern erscheint mir lächerlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwulsein ist nur ein anderer Lebensstil, der nicht verurteilt werden sollte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich Schwule auf der Straße sehe, werde ich aggressiv.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwule sollten sich in der Öffentlichkeit etwas zurücknehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

29. Nimmst Du folgende Rauschmittel?

	Oft	Manchmal	Selten	Nie
Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cannabis/Marihuana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ecstasy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Speed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere, und zwar _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

30. Bitte gib an, inwieweit Du den folgenden Aussagen zustimmst.

	Trifft voll und ganz zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft gar nicht zu
Alles in allem bin ich mit mir selbst zufrieden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hin und wieder denke ich, dass ich gar nichts taue.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich besitze eine Reihe guter Eigenschaften.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann vieles genauso gut wie die meisten anderen Menschen auch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fürchte, es gibt nicht viel, worauf ich stolz sein kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich von Zeit zu Zeit richtig nutzlos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich halte mich für einen wertvollen Menschen, jedenfalls bin ich nicht weniger wertvoll als andere auch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich wünschte, ich könnte vor mir selbst mehr Achtung haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alles in allem neige ich dazu, mich für einen Versager zu halten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe eine positive Einstellung zu mir selbst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

31. Bitte gib an, inwieweit Du den folgenden Aussagen zustimmst.

	Stimmt genau	Stimmt eher	Stimmt kaum	Stimmt nicht
Wenn sich Widerstände auftun, finde ich Mittel und Wege, mich durchzusetzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Lösung schwieriger Probleme gelingt mir immer, wenn ich mich darum bemühe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es bereitet mir keine Schwierigkeiten, meine Absichten und Ziele zu verwirklichen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In unerwarteten Situationen weiß ich immer, wie ich mich verhalten soll.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auch bei überraschenden Ereignissen glaube ich, dass ich gut mit ihnen zurechtkommen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwierigkeiten sehe ich gelassen entgegen, weil ich meinen Fähigkeiten immer vertrauen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Was auch immer passiert, ich werde schon klarkommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Für jedes Problem kann ich eine Lösung finden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn eine neue Sache auf mich zukommt, weiß ich, wie ich damit umgehen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ein Problem auftaucht, kann ich es aus eigener Kraft meistern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

32. Bitte gib an, inwieweit Du den folgenden Aussagen zustimmst.

	Stimme ich voll zu	Stimme ich eher zu	Stimme ich eher nicht zu	Stimme ich gar nicht zu
Aids bekommen nur Schwule und Drogenabhängige.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HIV-Infizierte und Aids-Kranke haben es nicht anders verdient.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Männer können sich beim Sex nicht so schnell mit HIV anstecken wie Frauen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HIV-Infizierte und Aids-Kranke sollten weggesperrt werden, damit sie niemanden anstecken können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeder ist für seine Gesundheit selbst verantwortlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeder sollte mindestens einmal im Jahr zum HIV-Test.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich würde eine HIV-infizierte Person nicht auf den Mund küssen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich möchte keinen persönlichen Kontakt zu HIV-Infizierten haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich würde mit einer HIV-infizierten Person auch dann keinen Sex haben wollen, wenn wir dabei Kondome benutzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich erfahren würde, dass mein Hausarzt bzw. meine Hausärztin HIV-infiziert ist, würde ich zu einem anderen Arzt wechseln.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wer sich heutzutage mit HIV ansteckt, ist selber schuld.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es gehört schon ein gewisses Maß an Dummheit dazu, sich mit HIV anzustecken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich würde mich schämen, wenn ich mich mit HIV anstecken würde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HIV-Infizierte sollten die Schuld für Ihre Ansteckung bei sich selbst suchen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Angaben zu Deiner Lebenssituation

33. Bist Du...?

- Schüler/in Azubi oder Lehrling angestellt
 selbstständig arbeitslos oder HARTZ IV-Empfänger/in
 Student/in Hausfrau oder Hausmann
 Sonstiges: -----

34. Wie viel Geld hast Du im Monat für Freizeit und Hobbys zur Verfügung?

- unter 50 Euro zwischen 50 und 99 Euro
 zwischen 100 und 199 Euro zwischen 200 und 499 Euro
 über 500 Euro

35. Hast Du Kinder?

- Nein Ja, ich habe __ Kind/er

36. Wie wohnst Du derzeit?

- Allein Bei meinen Eltern
 Bei anderen Verwandten
 Zusammen mit Partner/in oder Ehefrau/Ehemann
 In einer WG Ich bin obdachlos In einem Heim
 Sonstiges: _____

37. Bitte gib an, inwieweit Du den folgenden Aussagen zustimmst.

	Stimme voll zu	Stimme eher zu	Stimme eher nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu
Meine Eltern kennen meine Freund/innen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Eltern wissen, wo ich abends hingeh.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Eltern wissen, wofür ich mein Geld ausgabe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Eltern wissen, wie ich meine Freizeit verbringe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

38. Wie würdest Du das Verhältnis zu Deiner Familie beschreiben?

- Sehr gut Eher gut Teils, teils Eher schlecht Schlecht

39. Wie gut fühlst Du Dich in Deinem Leben durch Deine Familie unterstützt?

- Sehr gut Eher gut Teils, teils Eher schlecht Schlecht

40. Glaubst Du, dass Deine Familie stolz auf Dich ist?

- Ja Eher schon Teils, teils Eher nicht Nein

41. Wurdest Du schon mal Opfer sexueller Gewalt?

- Ja Nein Keine Angabe

42. Gibt es körperliche Gewalt...

	nie	selten	manchmal	oft	Keine Angabe
... in Deinem Elternhaus?	<input type="checkbox"/>				
... in Deinem Freundeskreis?	<input type="checkbox"/>				
... in Deiner Beziehung?	<input type="checkbox"/>				
... in Deiner Schule oder auf Deiner Arbeit?	<input type="checkbox"/>				

43. In welcher Sprache unterhältst Du Dich vorwiegend mit Deinen Freund/innen?

- Deutsch Türkisch Arabisch Russisch
 Polnisch Andere: _____

Angaben zu Deiner Person

44. Geschlecht:

- männlich weiblich

45. Wie alt bist Du?

__ Jahre

46. In welchem Land bist Du geboren?

- Deutschland _____

Wenn Du in einem anderen Land geboren bist:

Seit wann lebst Du in Deutschland?

Seit __ Jahren.

47. Welche Staatsbürgerschaft hast Du?

- Deutsch _____

48. Wo bist Du vorwiegend aufgewachsen?

- In Berlin
 In einer anderen Großstadt (ab 100.000 Einwohner)
 In einer kleineren Stadt (zwischen 10.000 und 100.000 Einwohner)
 In einer Kleinstadt (unter 10.000 Einwohner)
 Auf dem Land/Dorf

49. Sind Deine Eltern in Deutschland geboren?

- Ja, beide
 Nein, meine Mutter in _____
 Nein, mein Vater in _____

50. Leben Deine Eltern noch?

- Ja
 Meine Mutter ist gestorben Mein Vater ist gestorben
 Mein Vater und meine Mutter sind gestorben.

51. Haben sich Deine Eltern scheiden lassen oder sind sie getrennt?

- Ja, ich war __ Jahre alt Nein

52. Hast Du Geschwister?

- Nein
 Ja, eine/n Bruder/Schwester Ja, mehrere Geschwister

53. Fühlst Du Dich zu einer Religion zugehörig?

- Christentum Islam Judentum
 Ich bin nicht religiös. Andere: _____

54. Welchen Schulabschluss hast Du bzw. strebst Du an?

- Abitur/Fachhochschulreife
 Realschulabschluss/Mittlerer Schulabschluss
 Hauptschulabschluss kein Schulabschluss
 ich gehe noch zur Schule

55. Hast Du bereits einen Workshop der Berliner Aids-Hilfe besucht?

- ja nein

Vielen Dank!

Bildmaterial



Bilder 1 und 2: Außenbereich des Jugendarrestes mit Freizeitmöglichkeiten

Bilder 3 und 4: Doppelzelle im Männerbereich von innen und außen

Verwendung der Bilder mit freundlicher Genehmigung von Steven Kohlstock.

Zu den Autoren der Studie

Thomas Wilke, geb. 1979, BA Sozialwissenschaften, MA Soziokulturelle Studien. Seit 2000 arbeitet er in verschiedenen HIV/STI-Projekten mit und kam 2005 als ehrenamtlicher Mitarbeiter zum Schoolwork-Team der Berliner Aids-Hilfe e.V., dessen Projektkoordination er 2007 übernahm. E-Mail: thomas.wilke@berlin-aidshilfe.de

Phil C. Langer, geb. 1975, Prof. Dr., war von 2005 bis 2007 Koordinator der Jugendprävention der Berliner Aids-Hilfe e.V. und zwischen 2004 und 2005 sowie 2007 und 2010 ehrenamtlicher Mitarbeiter des Schoolwork-Teams der BAH. Seit 2011 ist er Juniorprofessor für soziologische Sozialpsychologie am Fachbereich Gesellschaftswissenschaften der Goethe-Universität Frankfurt. E-Mail: langner@soz.uni-frankfurt.de

Jochen Drewes, geb. 1973, Diplom-Psychologe, seit 2005 Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Arbeitsbereich Public Health: Prävention und psychosoziale Gesundheitsforschung der Freien Universität Berlin. Er forscht schwerpunktmäßig zu psychosozialen Aspekten von HIV/Aids und zur Prävention von HIV und anderen STIs.

Uwe Koppe, geb. 1983, Dr. rer. nat, ist seit November 2009 Mitglied des Schoolwork-Teams der Berliner Aids-Hilfe e.V. und seit Mai 2010 als Teamsprecher tätig.

