

Marcel Hackbart [Hg.]

# Gesunde Vielfalt pflegen

Band 2

Ansätze zu sexueller und geschlechtlicher Vielfalt  
in Prävention, Intervention und Rehabilitation



**edws**

## **Edition Waldschlösschen Materialien**

In der Edition Waldschlösschen Materialien veröffentlicht die Akademie Waldschlösschen Dokumentationen und Materialien. Auch Beiträgen von Kooperationspartner\*innen des Waldschlösschens steht die in unregelmäßiger Folge erscheinende Schriftenreihe offen. Die Schriftenreihe wird herausgegeben von Dr. Rainer Marbach.

## **Herausgeber dieses Heftes**

Marcel Hackbart

Projektmitarbeiter in der Akademie Waldschlösschen im „Kompetenznetzwerk zum Abbau von Homosexuellen- und Trans\*feindlichkeit“



**Selbst.verständlich  
Vielfalt**

**Kompetenznetzwerk zum Abbau von  
Homosexuellen- und Trans\*feindlichkeit**

Für die Akzeptanz von sexueller und geschlechtlicher  
Selbstbestimmung und Vielfalt!

*[www.selbstverstaendlich-vielfalt.de](http://www.selbstverstaendlich-vielfalt.de)*

---

Gefördert vom



Bundesministerium  
für Familie, Senioren, Frauen  
und Jugend

im Rahmen des Bundesprogramms

Demokratie **leben!**

Marcel Hackbart [Hg.]

**Gesunde Vielfalt pflegen**

Band 2

Ansätze zu sexueller und geschlechtlicher Vielfalt  
in Prävention, Intervention und Rehabilitation

Edition Waldschlösschen

Materialien

Heft 30

## **Impressum**

Marcel Hackbart [Hg.]

Gesunde Vielfalt pflegen Band 2. Ansätze zu sexueller und geschlechtlicher Vielfalt in Prävention, Intervention und Rehabilitation.

Edition Waldschlösschen Materialien / Heft 30

© Waldschlösschen Verlag

Göttingen 2021

Umschlagfoto:

istock/congerdesign

Gestaltung und Herstellung:

neueform corporate designers

1. Auflage 2021

ISBN 978-3-937977-22-5

Herausgegeben von der Akademie Waldschlösschen im Rahmen des „Kompetenznetzwerks zum Abbau von Homosexuellen- und Trans\*feindlichkeit – Für die Akzeptanz von sexueller und geschlechtlicher Selbstbestimmung und Vielfalt!“ im Bundesprogramm „Demokratie leben!“ des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ).

Die Veröffentlichung stellt keine Meinungsäußerung des BMFSFJ oder des Bundesamts für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben (BAFzA) dar. Für inhaltliche Aussagen trägt der\*die Autor\*in bzw. tragen die Autor\*innen die Verantwortung.

## **8. Empowerment zur Förderung sexueller Gesundheit in der HIV-Prävention**

Empowerment ist einerseits ein wichtiges Ziel von Prävention und Gesundheitsförderung sowie gleichzeitig wichtig, um Prävention überhaupt erst zu ermöglichen und Gesundheit zu fördern (→ [Salutogenese](#)). Dabei werden sowohl die Ressourcen einzelner Personen als auch ganzer vulnerabler Gruppen, die negativ von sozialer Ungleichheit betroffen sind, gestärkt. Im Folgenden soll ein kurzer Abriss zum Konstrukt des Empowerments gegeben werden und wie sich dies im Feld der sexuellen Gesundheit, besonders in der Strukturellen Prävention der Deutschen Aidshilfe (Drewes, Gusy, Kraschl & Kleiber, 2010), widerspiegelt. Ein Fokus wird dabei auf schwule Männer und andere Männer, die Sex mit Männern haben (MSM), gelegt.

### **Die Idee vom Empowerment in der Prävention und Gesundheitsförderung**

Das Konzept des Empowerments hat seine Wurzeln in der US-amerikanischen Bürger\*innenrechtsbewegung der 1960er Jahre. Vom Kampf gegen gesellschaftliche Benachteiligung, insbesondere gegen Rassismus, hat Empowerment inzwischen seinen Weg in die Gesundheitsförderung gefunden (vgl. Meierjürgen & Warnke, 2018) und weist Überschneidungen mit anderen Konzepten wie Partizipation und (Hilfe zur) Selbsthilfe auf (s. Box 1; u. a. Borgetto, Wünsche, Schwinn & Pfingsten, 2020; Hartung, 2020; Immerfall, Loss & Simshäuser, 2018; Meierjürgen & Warnke, 2018). Meierjürgen und Warnke (2018, S. 142) bestimmen den Begriff wie folgt: „Empowerment beschreibt den Prozess von Personen und Gruppen, die diese befähigen, selbsttätig und selbstbestimmt ihr Leben und ihre soziale Lebenswelt (mit) zu gestalten. Durch den Empowerment-Ansatz sollen Personen beziehungsweise Gruppen ermutigt werden, ihre eigenen (vielfach verschütteten) persönlichen und sozialen Ressourcen sowie ihre Fähigkeiten zur Beteiligung zu entde-

cken, weiter zu entwickeln und in praktische Handlungsstrategien zu überführen, um Kontrolle über die Gestaltung der eigenen sozialen Lebenswelt (wieder) zu gewinnen“ (vgl. Brandes & Stark, 2021; Kraschl, Drewes & Kleiber, 2010). Dieses Verständnis fokussiert drei Aspekte: (1.) Empowerment fördert die Selbstbestimmung, (2.) richtet den Blick auf soziale Gerechtigkeit und versucht, Diskriminierung abzubauen, und (3.) benötigt Partizipation und ermöglicht sie auch gleichzeitig (Meierjürgen & Warnke, 2018). Empowerment-Strategien können sich sowohl an eine einzelne Person richten, an eine Organisation als auch an die gesamte Gesellschaft (Meierjürgen & Warnke, 2018).

Ein Ansatz, der die Ermöglichung individuellen Empowerments durch die Stärkung der Umgebung fokussiert, ist der Lebensweltansatz. Der Lebensweltansatz (oder auch Setting-Ansatz) beschreibt, dass die persönliche Gesundheit dann gesteigert werden kann, wenn die Lebensbedingungen im Alltag gesundheitsgerechter ausgestaltet werden. Damit verbunden sind zwei Strategien (Meierjürgen & Warnke, 2018): Zum einen geht es um die Erreichbarkeit von Zielgruppen. Es werden Zugänge für die Gesundheitsförderung über zielgruppenbezogene Orte, Gruppen und Organisationen (Settings) hergestellt. Zum anderen können gesundheitsfördernde Settings aufgebaut werden. Dabei werden Partizipation und Organisationsentwicklungsprozesse angestoßen bzw. unterstützt, die die Förderung von Gesundheit ermöglichen (z. B. Gesundheitskonferenzen). Die Grundwerte von Empowerment sowie der Lebensweltansatz finden sich auch in der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung der Weltgesundheitsorganisation (WHO, 1986) wieder (→ [Salutogenese](#)).

Für die Förderung von Empowerment bedarf es nach Brandes und Stark (2021) bei professionell Tätigen einige Voraussetzungen in der Haltung: Ressourcen- und Kompetenzorientierung, Prozessorientierung, Optimismus, die Bereitschaft zu vertrauensvollen Arbeitsbeziehungen auf Augenhöhe sowie die Bereitschaft, Verantwortung abzugeben. Dafür benennen Brandes und Stark (2021, Abs. 7) folgende allgemeine Förderungsmöglichkeiten zugunsten der Zielgruppe:

- „Bereitstellung von instrumentellen Hilfen (Räume, Finanzen etc.),
- Befähigung zur Reflexion von Problemen, Bedürfnissen und Ressourcen,
- Aufzeigen oder Schaffen von Handlungsspielräumen,
- Anbieten von Orientierungshilfen und Erschließen von Informationsquellen,
- Unterstützung bei der Erarbeitung von Entscheidungen, Lösungen und Zielen,
- Unterstützung von Selbstorganisation und Selbsthilfe,
- Mediation und
- Sozialpolitische Einflussnahme.“

Werbrouck und Kolleg\*innen (2018) konnten in ihrer Meta-Analyse für chronisch erkrankte Menschen (zumeist Diabetes) zeigen, dass Empowerment durch Interventionen gefördert werden kann. Es gibt jedoch größere Schwankungen in den Effekten: Häufig wird die Vermittlung von Wissen als Mittel herangezogen, um Empowerment zu stärken, was jedoch nicht immer funktioniert. Die Arbeit an Zielsetzungen (*Goal Setting*) und Handlungsplanungen (*Action Planning*) erwies sich hingegen in bisherigen Studien als mehrheitlich erfolgreich.

*Partizipation* beschreibt die Teilhabe, Mitbestimmung und Mitwirkung bei gesundheitsbezogenen Entscheidungen sowie bei zielgruppenspezifischen Maßnahmen. Der Fokus liegt auf der Interaktion von professionell Tätigen und den Zielgruppen bzw. Klient\*innen.

*Selbsthilfe* nimmt Bezug auf gesundheitlich belastete Personen und beschreibt Maßnahmen zur Gesundheitsförderung bzw. Rehabilitation, die ohne professionell Tätige oder andere Fremdhilfe auskommen. Die Selbsthilfe kann individuell geschehen, in Gruppen oder in Organisationen.

*Empowerment* ist der Prozess, in dem gesundheitlich belastete Personen bzw. Personen aus Risikogruppen dazu befähigt und unterstützt werden, eigenständig für ihre eigene Gesundheit zu sorgen. Dabei sind sowohl verhaltens- als auch verhältnispräventive (z. B. Abbau von sozialer Ungleichheit) Maßnahmen möglich.

**Box 1:** Begrifflichkeiten mit Bezug zur Prävention und Gesundheitsförderung

Werbrouck und Kolleg\*innen (2018) resümieren deswegen, dass es sinnvoll ist, diese drei Methoden (Wissensvermittlung, Arbeit an Zielen und Handlungsplanungen) kombiniert in Interventionen zu nutzen, um Empowerment zu stärken.

### **Sexuelle Gesundheit und HIV**

In Anlehnung an die Ottawa-Charta (WHO, 1986) zur Gesundheit allgemein beschreibt die WHO (2006, nach Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) & WHO Europe, 2011, S. 19) sexuelle Gesundheit als „Zustand des körperlichen, emotionalen, geistigen und sozialen Wohlbefindens bezogen auf die Sexualität und bedeutet nicht nur die Abwesenheit von Krankheit und Funktionsstörungen oder Schwäche“. Relevant im Bereich der sexuellen Gesundheit sind u. a. sexuell übertragbare Infektionen (STI; *Sexually Transmitted Infections*), insbesondere HIV (humanes Immunschwäche-Virus; *Human Immunodeficiency Virus*).

HIV führt unbehandelt – zumeist nach einer längeren symptomfreien Latenzphase – zu AIDS (angeeignetes Immundefizit-Syndrom; *Acquired Immunodeficiency Syndrome*) mit einer Reihe opportunistischer Infektionen wie Lungenentzündungen (Pneumocystis-Pneumonie), Pilzinfektionen oder dem Kaposi-Sarkom (Tumore; Rockstroh, 2020). Übertragen wird HIV, wenn mindestens eine infektiöse Flüssigkeit (Blut, Sperma, Vaginalsekret, Analsekret und Brustmilch bzw. „Muttermilch“) in die Blutbahn, z. B. über offene Wunden, gerät oder auf Schleimhäute kommt (Rockstroh, 2020). Das Infektionsrisiko ist beim Sexualverkehr im Allgemeinen gering, kann aber je nach Übertragungsweg, Sexualpraktik, Viruslast der HIV-positiven Person und Anwesenheit anderer STI stärker variieren (Rockstroh, 2020). HIV ist zwar (noch) nicht heilbar, aber inzwischen ist die Behandlung von HIV mit Medikamenten (antiretrovirale Therapie, ART) so erfolgreich, dass für HIV-positive Menschen eine annähernd durchschnittliche Lebenserwartung ohne größere Einschränkungen möglich ist (Rockstroh, 2020; The Antiretroviral Therapy Cohort Collaboration, 2017).



HIV ist wahrscheinlich im frühen 20. Jahrhundert auf den Menschen übergegangen, bekam jedoch in den 1980er Jahren starke Aufmerksamkeit (Rockstroh, 2020). Insbesondere in der Zeit, in der das HI-Virus noch nicht isoliert werden konnte sowie Ansteckungsrisiken nicht mit Sicherheit bekannt und keine wirksamen Behandlungen vorhanden waren, gab es vielfach Angst vor AIDS und die Hauptbetroffengruppe, schwule Männer, wurden zusätzlich zu ihrer sexuellen Orientierung stigmatisiert (→ [Band 1 Vorurteile](#)). So wurde HIV bzw. AIDS als „Schwulenseuche“ oder „Schwulenpest“ bezeichnet (vgl. Stürmer und Salewski, 2009). Die aktuelle Situation in Bezug auf HIV hat sich entspannt und es gibt vielfach Fortschritte in der Behandlung und der Prävention, die zu Beginn des 21. Jahrhunderts erzielt wurden (s. Box 2). U. a. können HIV-positive Menschen, die erfolgreich mit Medikamenten behandelt werden (ART), HIV nicht mehr auf andere übertragen („Schutz durch Therapie“ bzw. *Treatment as Prevention*; Hoffmann, 2020). Die Stigmatisierung aufgrund von HIV bleibt aber hartnäckig, trotz des Wissens um „Schutz durch Therapie“ (Deutsche Aidshilfe, 2021; vgl. Hackbart & Thies, 2020 → [Beeinträchtigung](#)).

Nach Schätzungen des Robert Koch-Instituts (an der Heiden et al., 2020) lebten Ende 2019 in Deutschland etwa 90.700 Menschen mit HIV

Mit der Überschrift „Safer Sex 3.0“ beschreibt die Deutsche Aidshilfe (2018; vgl. Spinner & Hoffmann, 2020) die drei Methoden zur erfolgreichen Prävention von HIV-Infektionen:

1. Kondome
2. Schutz durch Therapie (bzw. *Treatment as Prevention* (TasP)): Bei einer erfolgreichen HIV-Therapie kann ein gutes Leben ermöglicht werden und HIV – auch bei kondomlosen Sex – nicht übertragen werden
3. Prä-Expositions-Prophylaxe (PrEP): Bei der PrEP nehmen HIV-negative Menschen HIV-Medikamente (mit medizinischer Begleitung), was sie vor einer HIV-Infektion schützt.

Außerdem gibt es noch zusätzlich die Post-Expositions-Prophylaxe (PEP), bei der nach einem Risikokontakt, z. B. beim Sex, HIV-Medikamente eingenommen werden. Dies ist jedoch nur als Notfallmaßnahme zu verstehen.

**Box 2:** Safer Sex 3.0 und PEP

– dies entspricht einer Prävalenzrate von 0,11 % in der Gesamtbevölkerung. Davon kamen 55.900 Infektionen, also etwa 62 %, durch Sex zwischen Männern zustande. Neben MSM werden auch weitere potenziell HIV-vulnerable Gruppen (sogenannte Risikogruppen) wie Menschen, die intravenös Drogen gebrauchen, oder Sexarbeitende identifiziert. Aber auch Personen, die keiner Risikogruppe angehören, können sich mit HIV infizieren. So nimmt die Anzahl und der Anteil von HIV-Transmissionen bei heterosexuellen Kontakten seit einigen Jahren langsam, aber stetig zu (an der Heiden et al., 2020).

### **Empowerment in der Strukturellen Prävention der Deutschen Aidshilfe**

Die Arbeitsgrundlage der Deutschen Aidshilfe (DAH) ist das Konzept der Strukturellen Prävention (→ [Prävention](#)), das sich zusammensetzt aus (1.) der Einheit von Verhaltens- und Verhältnisprävention, (2.) der Einheit von primärer, sekundärer und tertiärer Prävention, (3.) der Einheit von Gesundheitsförderung und Selbsthilfe sowie (4.) der Einheit von Emanzipation und Prävention (Drewes et al., 2010). Die letzten beiden Aspekte überschneiden sich mit Empowerment (s. Box 1): Für Risikogruppen, so der Ansatz der Strukturellen Prävention, ist es wichtig, eine gestärkte Community zu haben, um innerhalb dieser Community Möglichkeiten, Kompetenzen und Ressourcen zur HIV-Prävention zu fördern (Kraschl et al., 2010). Damit soll ein Ausgleich von ungleichen Voraussetzungen, die durch soziale Unterschiede entstehen, für Gesundheit ermöglicht werden (→ [Soziale Arbeit](#)). „Eine emanzipatorische Gesundheitsförderung setzt so weit wie möglich auf Selbstheilungs- und Selbsthilfepotentiale der von HIV und AIDS berührten und betroffenen Menschen, anstatt Prävention ‚von oben‘ durchzuführen. Auf diese Weise können diese Menschen dazu befähigt werden, präventiv in ihrem eigenen Umfeld tätig zu werden. Für die AIDS-Hilfe-Arbeit bedeutet dieser Grundsatz in der heutigen Situation, dass die Erfahrungen dieser Menschen mit sozialer, kultureller, ökonomischer und sexueller Benachteiligung und Ausgrenzung und mit HIV/AIDS als chronischer Erkrankung im Mittelpunkt der Arbeit stehen“ (Sweers, 2000, nach Drewes et al., 2010, S. 21).

Die Arbeit von AIDS-Hilfen fokussiert also stärker „Bottom-up“- als „Top down“-Prozesse. *Peer Education*<sup>1</sup> als eine Empowerment-Maßnahme kann bei MSM, bei Menschen, die intravenös Drogen konsumieren, und bei (weiblichen) Sexarbeiterinnen gesundheitsfördernd wirken: So erhöht *Peer Education* nach einer Meta-Analyse von He und Kolleg\*innen (2020) die Wahrscheinlichkeit für HIV-Testungen sowie Kondomnutzung und reduziert die Wahrscheinlichkeit für ungeschützten Sex und Materialtausch (z. B. Spritzentausch). Für MSM zeigte sich meta-analytisch bei Pantalone und Kolleg\*innen (2020) Folgendes: Kombinierte Interventionen zur Stärkung des Empowerments wirken sich positiv (1.) auf das Wohlbefinden aus, (2.) können Substanzkonsum sowie (3.) sexuelles Risikoverhalten verringern und (4.) die Therapietreue bei der Einnahme der HIV-Medikamente (Adhärenz) erhöhen. Besonders effektiv sind Maßnahmen, die mehr als neun Sitzungen umfassen und sich an einzelne Individuen richten (anstatt an eine Gruppe; vgl. Werbrouck et al., 2018).

### **Maßnahmen für Männer, die Sex mit Männern haben**

Was bedeutet dies nun für die konkrete HIV-Präventionsarbeit für schwule Männer und andere MSM? Die schwule Community und queeren<sup>2</sup> Strukturen müssen für die HIV-Prävention einbezogen, genutzt und gestärkt werden (vgl. Drewes et al., 2010). Ohne Einbezug der Zielgruppe(n) und ihrer Lebensrealitäten laufen Maßnahmen die Gefahr, an den wirklichen Bedarfen und Möglichkeiten der anzusprechenden Menschen vorbeizugehen. Besonders wichtig ist deswegen der enge Austausch mit den Zielgruppen, etwa durch die aufsuchende Arbeit. Es geht darum, mit MSM in Kontakt zu treten, wo sie sich

---

<sup>1</sup> *Peer Education* im Kontext von HIV-Prävention meint das Lehren oder Teilen von Informationen und Verhaltensweisen zur sexuellen Gesundheit durch Mitglieder der gleichen HIV-vulnerablen Gruppe (vgl. Backes & Lieb, 2015).

<sup>2</sup> Unter dem Begriff „queer“ werden hier alle Menschen gefasst, die von heteronormativen Vorstellungen zu sexueller Orientierung, romantischer Orientierung, Beziehungsgestaltung und Geschlechtlichkeit abweichen (vgl. Henderson, 2019).

aufhalten. Dies kann z. B. in schwulen Kneipen sein, in queeren Zentren, im Rahmen von Christopher Street Days (CSDs) oder an Orten sexueller Begegnungen wie Cruising-Plätze<sup>3</sup>. Da sich manche MSM nicht als schwul oder queer verorten, darf sich nicht nur auf eine Art der Struktur fokussiert werden. Je nach Ort entscheiden sich die Präventionsangebote.

Auf CSDs, in Kneipen oder auf Partys mit schwulen und/oder queeren Publikum bieten sich beispielsweise sogenannte „Präventainment“-Angebote (Mischung aus Prävention und Entertainment, z. B. Quiz-Spiele, Kondomüberziehen auf ein Dildo mit Rauschbrille) an, um die Zielgruppe zu erreichen. Während sich Menschen unterhalten fühlen, gibt es die Möglichkeit, über sexuelle Gesundheit und HIV sowie andere STI zu sprechen. Da bei solchen Angeboten der Bezug zu HIV offensichtlich ist und dies für manche Menschen aufgrund der noch immer existierenden Stigmatisierung (Deutsche Aidshilfe, 2021; Hackbart & Thies, 2020) eine Zugangshürde darstellen kann, ist es notwendig, auch Angebote ohne einen direkten Bezug zu HIV zu initiieren. Hier sind die Gestaltung von Veranstaltungen, etwa Lesungen, Film- oder Spieleabenden, zu nennen. Alles, was die schwulen und queeren Strukturen aufbaut und stärkt, schafft Gelegenheiten für MSM, die eigene Identität zu stärken und ermöglicht somit Empowerment (s. o. Lebensweltansatz). Dabei ist das Empowerment in Bezug auf die sexuelle Orientierung genauso wichtig wie die Stärkung der Kompetenzen für die (sexuelle) Gesundheit (vgl. Pantalone et al., 2020).

Örtliche AIDS-Hilfen und deren Dachverbände sind in schwulen und queeren Strukturen vertreten, stärken sie und implementieren ihre Präventionsmaßnahmen. Der Ansatz der Strukturellen Prävention – und damit von Empowerment – war und ist in Deutschland erfolgreich. Insbesondere die Inzidenzen (Neuinfektionen pro Jahr) sinken bei MSM seit Mitte der 2000er (an der Heiden et al., 2020). Dies kann

---

<sup>3</sup> *Cruising* bedeutet hier die spontane Suche nach (meist anonymen) Sexpartner\*innen an Orten außerhalb des eigenen Lebensmittelpunkts wie Badeseen, Parkplätzen, Sexshops oder Darkrooms.

als Wirkung von Fortschritten in den Möglichkeiten zum Schutz vor HIV (s. Box 2) gewertet werden sowie als Folge guter, umfassender HIV-Präventionsarbeit für MSM.

## Fazit

Sexuelle Gesundheit fokussiert sowohl körperliches, als auch psychisches Wohlbefinden (vgl. BZgA & WHO Europe, 2011). Empowerment ist eine notwendige Strategie für Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention, die sich an den Bedarfen der Zielgruppen orientiert und Impulse dieser Gruppen aufgreift. Prävention und Gesundheitsförderung für queere Menschen muss – wie hier am Beispiel für HIV aufgezeigt – lebensweltakzeptierend sein, die queere Community stärken und soziale Ungerechtigkeit abbauen. Ansatzpunkte bieten dabei die Fachkräfte, welche eine bestimmte Haltung brauchen, wie auch die Zielgruppen mit den unterschiedlichsten Lebensrealitäten selbst. Empowerment ist in der HIV-Prävention in Deutschland schon lange wichtiger Teil der praktischen Arbeit (Drewes et al., 2010; Kraschl et al., 2010). Aktuelle Wirksamkeitsstudien in Deutschland liegen jedoch nicht vor – auch weil Empowerment ein sehr umfangreiches Konstrukt ist, das schwer erfassbar ist.

## Literatur

- AN DER HEIDEN, M., MARCUS, U., KOLLAN, C., SCHMIDT, D., GUNSENHEIMER-BARTMEYER, B., & BREMER, V. (2020). Schätzungen der Zahl der HIV-Neuinfektionen im Jahr 2019 und der Gesamtzahl von Menschen, die Ende 2019 mit HIV in Deutschland leben. *Epidemiologisches Bulletin*, 48/2020, 1-16. <https://doi.org/10.25646/7213>
- BACKES, H., & LIEB, C. (2015, 23. Juni). Peer Education. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. <https://doi.org/10.17623/BZGA:224-i088-1.0>
- BORGETTO, B., WÜNSCHE, I., SCHWINN, S., & PFINGSTEN, A. (2020). Selbsthilfe. Handbuch Gesundheitswissenschaften (7. Aufl.) (S. 932-952). Weinheim: Beltz Juventa.
- BRANDES, S., & STARK, W. (2021, 08. März). Empowerment/Befähigung. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. <https://doi.org/10.17623/BZGA:224-i010-1.0>
- BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG & WELTGESUNDHEITSORGANISATION REGIONALBÜRO FÜR EUROPA (2011). Standards für die Sexuaufklärung in Europa. Rahmenkonzept für politische Entscheidungsträger, Bildungseinrichtungen, Gesundheitsbehörden, Expertinnen und Experten. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. <https://www.bzga.de/infomaterialien/sexuaufklaerung/who-regional-buero-fuer-europa-und-bzga-standards-fuer-die-sexuaufklaerung-in-europa/>

- DEUTSCHE AIDSHILFE (2018). Safer Sex 3.0. Mehr Schutz vor HIV. Du entscheidest (2. Aufl.). Berlin: Deutsche Aidshilfe. <https://www.aidshilfe.de/shop/archiv/safer-sex-30>
- DEUTSCHE AIDSHILFE (2021). Positive Stimmen 2.0. Mit HIV leben, Diskriminierung abbauen. Einblicke und Ergebnisse aus einem partizipativen Forschungsprojekt zum Leben mit HIV in Deutschland. Berlin: Deutsche Aidshilfe. <https://www.aidshilfe.de/shop/positive-stimmen-20>
- DREWES, J., GUSY, B., KRASCHL, C., & KLEIBER, D. (2010). Strukturelle Prävention – eine Betrachtung aus gesundheitswissenschaftlicher Perspektive. In J. Drewes & H. Sweers (Hg.), Strukturelle Prävention und Gesundheitsförderung im Kontext von HIV (S. 13-26). Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe. <https://www.aidshilfe.de/shop/strukturelle-praevention-gesundheitsforderung-kontext-hiv>
- HACKBART, M., & THIES, B. (2020). Das HIV-Stigma in Deutschland: Was kann die Aufklärung über Schutz durch Therapie bewirken? In-Mind Magazin, 4/2020. <https://de.in-mind.org/article/das-hiv-stigma-in-deutschland-was-kann-die-aufklaerung-ueber-schutz-durch-therapie-bewirken>
- HARTUNG, S. (2020). Partizipation von Zielgruppen in der Prävention und Gesundheitsförderung. In O. Razum & P. Kolip (Hg.), Handbuch Gesundheitswissenschaften (7. Aufl.) (S. 736-737). Weinheim: Beltz Juventa.
- HE, J., WANG, Y., DU, Z., LIAO, J., HE, N., & HAO, Y. (2020). Peer Education for HIV Prevention among High-Risk Groups: A Systematic Review and Meta-Analysis. BMC Infectious Diseases, 20, Artikel 338. <https://doi.org/10.1186/s12879-020-05003-9>
- HENDERSON, B. (2019). Queer Studies. Beyond Binaries. New York, NY: Harrington Park Press.
- HOFFMANN, C. (2020). ART 2020/2021. In C. Hoffmann & J. K. Rockstroh (Hg.), HIV 2020/2021 (S. 42-44). Hamburg: Medizin Fokus Verlag. <https://www.hivbuch.de>
- IMMERFALL, S., LOSS, J., & SIMSHÄUSER, U. (2018). Partizipation und Gesundheitsförderung. In C.-W. Kohlmann, C. Salewski & M. A. Wirtz (Hg.), Psychologie in der Gesundheitsförderung (S. 411-423). Bern: Hogrefe.
- KRASCHL, C., DREWES, J., & KLEIBER, D. (2010). Empowerment als Strategie in der HIV-Prävention. In J. Drewes & H. Sweers (Hg.), Strukturelle Prävention und Gesundheitsförderung im Kontext von HIV (S. 151-169). Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe. <https://www.aidshilfe.de/shop/strukturelle-praevention-gesundheitsforderung-kontext-hiv>
- MEIERJÜRGEN, R., & WARNKE, A. (2018). Empowerment. In C.-W. Kohlmann, C. Salewski & M. A. Wirtz (Hg.), Psychologie in der Gesundheitsförderung (S. 141-154). Bern: Hogrefe.
- PANTALONE, D. W., NELSON, K. M., BATCHELDER, A. W., CHIU, C., GUNN, H. A., & HORVATH, K. J. (2020). A Systematic Review and Meta-Analysis of Combination Behavioral Interventions Co-Targeting Psychosocial Syndemics and HIV-Related Health Behaviors for Sexual Minority Men. Journal of Sex Research, 57, 681-708. <https://doi.org/10.1080/00224499.2020.1728514>
- ROCKSTROH, J. K. (2020). Einleitung. In C. Hoffmann & J. K. Rockstroh (Hg.), HIV 2020/2021 (S. 2-13). Hamburg: Medizin Fokus Verlag. <https://www.hivbuch.de>
- SPINNER, C., & HOFFMANN, C. (2020). Prävention der HIV-Infektion. In C. Hoffmann & J. K. Rockstroh (Hg.), HIV 2020/2021 (S. 596-608). Hamburg: Medizin Fokus Verlag. <https://www.hivbuch.de>
- STÜRMER, S., & SALEWSKI, C. (2009). Chronische Krankheit als Stigma: Das Beispiel HIV/AIDS. In A. Beelmann & K. J. Jonas (Hg.), Diskriminierung und Toleranz. Psychologische Grundlagen und Anwendungsperspektiven (S. 263-281). Wiesbaden: VS.
- THE ANTIRETROVIRAL THERAPY COHORT COLLABORATION (2017). Survival of HIV-Positive Patients Starting Antiretroviral Therapy Between 1996 and 2013: A Collaborative Analysis of Cohort Study. The Lancet HIV, 4, 349-356. [https://doi.org/10.1016/S2352-3018\(17\)30066-8](https://doi.org/10.1016/S2352-3018(17)30066-8)
- WELTGESUNDHEITSORGANISATION (1986). Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa. <https://www.euro.who.int/de/publications/policy-documents/ottawa-charter-for-health-promotion,-1986>

WERBROUCK, A., SWINNEN, E., KERCKHOFS, E., BUYL, R., BECKWÉE, D., & DE WIT, L. (2018). How to Empower Patients? A Systematic Review and Meta-Analysis. *Translational Behavioral Medicine*, 8, 660-674. <https://doi.org/10.1093/tbm/iby064>

## **Autor\*innen**

**Marcel Hackbart** ist Diplom-Psychologe und Bildungsreferent bei der Akademie Waldschlösschen für das „Kompetenznetzwerk zum Abbau von Homosexuellen- und Trans\*feindlichkeit – Für die Akzeptanz von sexueller und geschlechtlicher Selbstbestimmung und Vielfalt!“, gefördert vom BMFSFJ im Rahmen des Bundesprogramms „Demokratie leben!“. Außerdem ist er Lehrbeauftragter und Doktorand am Institut für Pädagogische Psychologie der Technischen Universität Braunschweig.

Kontakt: [marcel.hackbart@waldschloesschen.org](mailto:marcel.hackbart@waldschloesschen.org) / [m.hackbart@tu-braunschweig.de](mailto:m.hackbart@tu-braunschweig.de)

**Simon Merz** ist Kommunikationswissenschaftler (M. A.) und Jugendbildungsreferent bei der Akademie Waldschlösschen im Programm „Politische Jugendbildung im AdB“, Projekt „Sexuelle und geschlechtliche Vielfalt (er-)leben – in Ausbildung, Beruf und Alltag“, sowie Projektmitarbeiter für das „Kompetenznetzwerk zum Abbau von Homosexuellen- und Trans\*feindlichkeit – Für die Akzeptanz von sexueller und geschlechtlicher Selbstbestimmung und Vielfalt!“, gefördert vom BMFSFJ im Rahmen des Bundesprogramms „Demokratie leben!“. Zu Arbeits- und Forschungsschwerpunkten zählen sexuelle und geschlechtliche Vielfalt in Gesellschaft und Privatleben, öffentliche Meinung und Gesundheitskommunikation.

Kontakt: [simon.merz@waldschloesschen.org](mailto:simon.merz@waldschloesschen.org) / [email@simonmerz.de](mailto:email@simonmerz.de)