

MASTERARBEIT | MASTER'S THESIS

Titel | Title

Medialer Einfluss auf die Aufklärung über Safer Sex bei
lesbischen und bisexuellen Frauen am Beispiel von Safer Sex
Kampagnen

verfasst von | submitted by
Celina Dinhopl BA

angestrebter akademischer Grad | in partial fulfilment of the requirements for the degree of
Master of Arts (MA)

Wien | Vienna, 2024

Studienkennzahl lt. Studienblatt | Degree
programme code as it appears on the
student record sheet:

UA 066 841

Studienrichtung lt. Studienblatt | Degree
programme as it appears on the student
record sheet:

Masterstudium Publizistik- und
Kommunikationswissenschaft

Betreut von | Supervisor:

Assoz. Prof. Mag. Dr. Florian Arendt

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	1
1.1. Forschungsfragen und Aufbau der Arbeit	2
1.2. Problemstellung und Untersuchungsziel	3
1.3. Ethischer Zugang	3
2. Theoretische Einbettung	4
2.1. Inklusive Sprache	4
2.2. Queere Identitäten	4
2.3. Safer Sex	6
2.4. Sexualpraktiken	7
2.5. Geschlechtskrankheiten und Ansteckungsgefahr	7
2.6. Verhütungsmöglichkeiten und Verhütungsverhalten	9
2.7. Rolle der Medien: Kampagnen	11
2.8. Wissen	13
3. Aktueller Forschungsstand	15
3.1. Geschlechtskrankheiten und Safer Sex	15
3.2. Wirksamkeit von Safer Sex Kampagnen	17
4. Methode	23
4.1. Zielgruppe	23
4.2. Untersuchungsmaterial	25
4.3. Qualitative Inhaltsanalyse	26
4.4. Operationalisierung Merkmalscodierung	26
4.5. Quantitativer experimenteller Fragebogen	28
4.6. Operationalisierung Wissens-Items	30
4.7. Stimulus-Material	32
4.8. Pre-Test	35
5. Ergebnisse	36
5.1. Qualitative Inhaltsanalyse	36
5.1.1. Selbstwirksamkeit	40
5.1.2. Betonung von Vergnügensförderung und -minderung	42
5.1.3. Positive und negative Darstellung	45
5.1.4. Akkurate und vertrauenswürdige und falsche und unsichere Information .	48
5.1.5. Involviertheit in die Thematik	52
5.1.6. Herstellung des Gefühls von Nutzen	54
5.2. Quantitativer Fragebogen	58

5.2.1.	Deskriptive Statistik	59
5.2.2.	Primärer Outcome.....	62
5.2.3.	Sekundärer Outcome	69
6.	Diskussion	76
6.1.	Zusammenfassung und Limitationen	76
6.2.	Ausblick.....	79
7.	Literaturverzeichnis	80
8.	Anhang.....	I
8.1.	Abstract.....	I
8.2.	Code-Schema	III
8.3.	Transkripte.....	IV
8.3.1.	Kampagne 1	IV
8.3.2.	Kampagne 2	V
8.3.3.	Kampagne 3	X
8.3.4.	Kampagne 4	XIII
8.3.5.	Kampagne 5	XV
8.3.6.	Kampagne 6	XIX
8.3.7.	Kampagne 7	XXIV
8.3.8.	Kampagne 8	XXV
8.3.9.	Kampagne 9	XXVIII
8.3.10.	Kampagne 10	XXXIV
8.3.11.	Kampagne 11	XXXV
8.3.12.	Kampagne 12	XXXVI
8.3.13.	Kampagne 13	XXXVIII
8.3.14.	Kampagne 14	XLI
8.3.15.	Kampagne 15	XLIII
8.4.	Stimulus-Material.....	XLIV
8.5.	Fragebogen.....	LI

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Nachbildung des Plakats für die Pride Paraden in Wiener Neustadt und Wien....	29
Abbildung 2: Interaktionseffekt Gruppen*Wissen.....	67

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Verhütungsmittel nach Sexualpraktik.....	10
Tabelle 2: Liste der Codes pro Kampagne.....	37
Tabelle 3: Anzahl der Kodierungen jedes Merkmals.....	39
Tabelle 4: Statistik über die Sexualität der Teilnehmerinnen*.....	59
Tabelle 5: Statistik über das bisherige Verhütungsverhalten der Teilnehmerinnen*.....	60
Tabelle 6: Statistik über das aktuelle Verhütungsverhalten der Teilnehmerinnen*.....	61
Tabelle 7: Statistik über das zukünftige Verhütungsverhalten der Teilnehmerinnen*.....	62
Tabelle 8: Mittelwertvergleich Stimulus A und Kontroll-Stimulus.....	64
Tabelle 9: Mittelwertvergleich Stimulus B und Kontroll-Stimulus.....	64
Tabelle 10: Mittelwertvergleich Stimulus A und Stimulus B.....	65
Tabelle 11: Statistik Mittelwertvergleich Wissensindexe nach Gruppen.....	66

1. Einleitung

Die eigene Sexualität ist eine Thematik, die jeden Menschen auf irgendeine Art und Weise betrifft. Manche Menschen interessieren sich für Personen des anderen Geschlechts, andere für das eigene Geschlecht und wiederum manche für beide bzw. für Menschen unabhängig vom Geschlecht. Frauen*, die Frauen* lieben, können unter anderem lesbisch oder bisexuell sein (LGBTQIA+ Resource Center, o.J.). In Deutschland wird der Anteil an lesbischen und bisexuellen Frauen* auf 1,3 und 3 Prozent beziehungsweise 1,8 und 6 Prozent geschätzt, für Österreich gibt es bisher keine konkreten Daten über die Grundgesamtheit queerer Frauen* (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2023, S. 3ff).

Ganz zentral für die Sexualität ist auch der Sex zwischen den Menschen. Bei queeren Frauen* konkret bedeutet das häufig, dass Geschlechtsverkehr ohne Verhütung stattfindet (Richters, et al., 2010). Doch bei ungeschütztem Sex besteht das Risiko, sich gegenseitig mit sexuell übertragbaren Krankheiten anzustecken (Jenness et al., 2011; WHO, 2024). Diese können oft medizinisch behandelt werden, sind teilweise aber nicht heilbar, wie zum Beispiel HIV und Herpes, doch präventiv helfen vor allem Barriere-Verhütungsmethoden wie das Kondom (WHO, 2024). Lange wurde fälschlicherweise aufgrund mangelnden Wissens angenommen, dass zwischen queeren Frauen* jedoch kein solches Risiko bestünde, wodurch eine Notwendigkeit, Safer Sex zu praktizieren, nicht vermittelt wurde (Diamant et al., 2000; Whitlock, 2021). Heutzutage zeigen Studien jedoch, dass lesbische und bisexuelle Frauen* diverse Sexualpraktiken durchführen, die zur Übertragung von Geschlechtskrankheiten führen können (z.B. Diamant et al., 2000) und, dass sie mit unterschiedlichen Krankheiten infiziert werden (z.B. Skinner et al., 1996). Trotz einer Vielzahl an Verhütungsmitteln wie dem Lecktuch oder Einmalhandschuhen (siehe Tabelle 1 auf S. 10) verhüten queere Frauen* selten (Richters, et al., 2010). Das liegt zum einen an Faktoren wie der Angst, das Vergnügen leide darunter, dem Geschlecht der Partnerin*, aber auch an einem mangelhaften Wissen über das Risiko und die Verhütungsoptionen (Doull et al., 2018, S. 411). In dieser Masterarbeit soll nun untersucht werden, inwiefern das Wissen über Safer Sex bei lesbischen und bisexuellen Frauen* gesteigert werden kann, um in weiterer Folge das große Problem der ausbleibenden Verhütung zu minimieren.

Eine Möglichkeit, Wissen zu vermitteln aber auch persuasiv Verhalten zu beeinflussen, sind Kampagnen (Bonfadelli, 2015, S. 815). Informationskampagnen werden eingesetzt, um

beispielsweise über Safer Sex aufzuklären (Röttger, 2009, S. 9f). Dass Kampagnen wirksam sein können, hat die Forschung bereits gezeigt (z.B. Friedman et al., 2016; Scott-Sheldon et al., 2006; Keller & Brown, 2002). Doch nicht jede Kampagne ist gleich effektiv, so werden bestimmte Merkmale mit hoher Kampagnen-Wirksamkeit assoziiert. Einige dieser Merkmale sind einerseits ein aufmerksamkeits-erregender, einfacher, positiver und humorvoller Zugang innerhalb der Safer Sex Kampagnen (Pedrana et al., 2014), aber auch die Betonung von Vergnügen (Scott-Sheldon et al., 2006; Philpott et al., 2006). Melkote et al. (2014) beschreiben beispielsweise folgende Merkmale als wirksam: Akkurate und vertrauenswürdige Information, positive Beziehungen zu Informationen über HIV sowie HIV-Positiven, Involviertheit mit der Thematik und die Herstellung des Gefühls nach Nutzen. Insgesamt wurden sechs Merkmale anhand der Literatur zusammengefasst, die als besonders effektiv gelten: positive Darstellung, Betonung von Vergnügensförderung, akkurate und vertrauenswürdige Information, Involviertheit in die Thematik, Gefühl von Nutzen und Selbstwirksamkeit. Es ist folglich anzunehmen, dass Kampagnen, die diese Merkmale beinhalten, stärker auf die Rezipientinnen* wirken und damit effektiver Wissen vermitteln. Doch dies musste untersucht werden.

1.1. Forschungsfragen und Aufbau der Arbeit

In dieser Masterarbeit wird mithilfe eines Methodenmix aus qualitativer Inhaltsanalyse und quantitativem Experiment mit Post-Only-Befragung untersucht, ob das Wissen über Safer Sex bei queeren Frauen* mithilfe von Safer Sex Kampagnen verstärkt werden kann. Die leitende Forschungsfrage dieser Masterarbeit ist folglich:

Welchen Einfluss haben Safer Sex Kampagnen auf die Aufklärung über Safer Sex bei Frauen, die mit Frauen Sex haben?

An diese Frage wurde mit folgender Unterfrage herangegangen: *Inwiefern lassen sich aktuelle Safer Sex Kampagnen in ihrer Effektivität verbessern?*

Erforscht wird dies in folgendem Design: In einem Methodenmix wurden nach ausgiebiger Literaturrecherche sechs Merkmale identifiziert, die mit effektiven (Safer Sex) Kampagnen in Verbindung gebracht werden. 15 Safer Sex Kampagnen aus dem deutschsprachigen und englischsprachigen Raum, die sich speziell an queere Frauen* richteten, wurden innerhalb einer qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2022) analysiert. Von den sechs Merkmalen wurden drei identifiziert, die am seltensten auftraten: Positive Darstellung, Betonung von Vergnügensförderung und Herstellung von Nutzen. Diese drei Merkmale wurden in einem weiteren Schritt in eine der 15 Kampagnen, die beispielhaft als Stimulus-Material genutzt wurde, hineingearbeitet. So entstanden drei verschiedene Stimuli, die für ein quantitatives

Experiments in Form einer Online-Umfrage genutzt wurden. Stimulus A war die Originalversion des Flyers „Safer Sex – Für lesbische*, bisexuelle, pansexuelle und queere Personen“ von MOSAIK Gesundheit et al. (2024), Stimulus B war die überarbeitete Version dieses Flyers und der Kontrollstimulus war der Flyer „Queer in die Praxis – Dein Manual rund um den Praxisbesuch Für lesbische*, bisexuelle, pansexuelle und queere Personen“, ebenfalls von der Organisation MOSAIK Gesundheit et al. (2024). Daraufhin wurden queere Frauen* online mit einer der drei Kampagnen konfrontiert und anschließend wurden ihnen 30 Wissens-Items gestellt, um sowohl das objektive als auch das subjektive Wissen über Safer Sex abzufragen. Die Untersuchung zielte darauf ab, festzustellen, ob das Wissen über Safer Sex im Nachgang der jeweiligen Kampagne variierte.

1.2. Problemstellung und Untersuchungsziel

Ziel ist es, einen Beitrag in der Forschung zu leisten, da trotz gesundheitlicher Relevanz bisher nur wenig Aufmerksamkeit auf den Medieneinfluss auf weibliche gleichgeschlechtliche Sexualität und Verhütung gelegt wurde (Diamant et al., 2000; Whitlock, 2021). Diese Forschungsarbeit hat vor allem auch ein gesellschaftliches Ziel, nämlich das Wissen über Safer Sex bei queeren Frauen* zu stärken. Wichtig ist dieses Wissen, um die Dringlichkeit des Schutzes vor sexuell übertragbaren Krankheiten für queere Frauen* zu verdeutlichen, da mangelndes Wissen einer der Hauptgründe für ausbleibende Verhütung ist (Doull et al., 2018). Mit dieser Masterarbeit soll also nicht nur eine Forschungslücke, sondern auch eine gesellschaftliche Wissenslücke geschlossen werden, um die Gesundheit von queeren Frauen* langfristig zu fördern.

1.3. Ethischer Zugang

Es gibt einige wenige Punkte, die besondere Aufmerksamkeit benötigen, damit diese Arbeit einem gewissen ethischen Standard entspricht. So wird über Sexualität gesprochen, ein höchstpersönlicher Lebensbereich jeder einzelnen Teilnehmerin*. Umso wichtiger ist es, die Anonymität der Teilnehmerinnen* zu wahren und gegebenenfalls auf deren Bedürfnisse einzugehen. Es ist essenziell, dass die Teilnehmerinnen* offen über das Thema berichten, daher muss ein neutrales und sicheres Umfeld geschaffen werden, in dem jede* sich ausreichend sicher fühlt, dies zu tun. Unter anderem deshalb fand das Experiment online statt, da so größere Sicherheit sowie Anonymität gewährleistet werden konnte. Außerdem wurden alle Aussagen so formuliert, dass keine Wertung entstand; schließlich mussten sich die Teilnehmerinnen* wohl damit fühlen, wahrheitsgemäß zu antworten.

2. Theoretische Einbettung

2.1. Inklusive Sprache

Bei Forschungsarbeiten zum Thema Geschlechtlichkeit, Sexualität u.Ä. ist es wichtig, dass versucht wird, inklusiv und offen an die Thematik heranzugehen. Diese Masterarbeit untersucht grundsätzlich lesbische und bisexuelle Frauen. Doch es gibt neben „lesbisch“ und „bisexuell“ noch weitere Sexualitäten, mit denen sich nicht-heterosexuelle Frauen identifizieren (LGBTQIA+ Resource Center, o.J.). Auch der Begriff „Frau“ und was diesen ausmacht, wird seit einigen Jahren neu betrachtet. So gibt es neben Cis-Frauen auch Transfrauen und Transmänner, aber auch diverse Geschlechtsidentitäten abseits eines binären Geschlechterverständnisses, wie nicht-binär, genderfluid oder Demigirl (LGBTQIA+ Resource Center, o.J.). In dieser Forschungsarbeit soll es konkret um Personen gehen, die mit weiblicher Anatomie geboren wurden (speziell Vulva und Vagina) oder diese durch eine geschlechtsangleichende Operation erhalten haben UND (zumindest teilweise) gleichgeschlechtlichen Sex haben. Aktuell gibt es noch keinen eindeutigen, wissenschaftlichen Begriff, der all jene Personen, auf die das zutrifft, allumfassend benennt. Daher wurde sich in dieser Masterarbeit dazu entschieden, abseits vom Titel weiterführend von Frauen* zu sprechen, um mit dem Asterisk (= *) Inklusion zu schaffen. Es sei jedoch anzumerken, dass dieser nicht frei von Kritik ist, so wird dem „Gendersternchen“ oft Unlesbarkeit unterstellt (Friedrich et al., 2021). Zwar empfehlen Diewald und Steinhauer (2020) Formen wie den Doppelpunkt, Abstand oder den Asterisk, da alte Gender-Formen wie das Binnen-I die Dichotomie zwischen männlich und weiblich repräsentieren. Fraglich ist jedoch, ob das bei Wörtern wie Frau*, Mann* etc. tatsächlich nicht der Fall ist, dies sind aber bislang nur Mutmaßungen. Zum Zeitpunkt des Verfassens dieser Arbeit war der Genderstern die beste Option. Außerdem wird neben „lesbisch“ und „bisexuell“ synonym von „queer“ gesprochen.

2.2. Queere Identitäten

In Deutschland liegt der Anteil an lesbischen und bisexuellen Frauen* laut Schätzungen zwischen 1,3 und 3 Prozent beziehungsweise 1,8 und 6 Prozent. Bisher liegen keine umfassenden Daten über die Grundgesamtheit lesbischer, bisexueller bzw. queerer Frauen* in Österreich vor (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2023, S. 3ff).

Lesbisch ist Teil des LGBT-Begriffs (Rice, 2019). Die LGBT-Community beinhaltet diverse Minderheiten sexueller Orientierungen und Geschlechteridentitäten (Bruessow, 2021). Ein Begriff, der die Community prägt, ist Vielfalt – diese herrscht auch innerhalb einzelner

Orientierungen und Identitäten vor (Rice, 2019). Die Begriffsdefinitionen unterliegen einem stetigen Wandel, was auch an der Entwicklung des Begriffs „LGBT“ zu „LGBTQIA+“ erkenntlich ist (LGBTQIA+ Resource Center, o.J.). So ist auch der Begriff „lesbisch“ im Wandel, definiert wird dieser vom LGBTQIA+ Resource Center folgendermaßen:

„Usually, someone who identifies as a woman, whose primary sexual and affectional orientation is toward people of the same gender. However, some nonbinary people also identify as lesbians, often because they have some connection to womanhood and are primarily attracted to women.“ [Typischerweise jemand, die sich als Frau identifiziert, deren primäre sexuelle und emotionale Orientierung zu Personen desselben Geschlechts neigt. Aber, manche nichtbinären Personen identifizieren sich als lesbisch, da sie oft eine gewisse Verbindung zum „Frau-Sein“ haben und sich primär zu Frauen* hingezogen fühlen] (LGBTQIA+ Resource Center, o.J.)*

In dieser Forschungsarbeit wird sich anhand dieser Definition orientiert, aber anstelle des gefühlten Geschlechts (sprich: sich als Frau* bzw. mit Weiblichkeit zu identifizieren) die anatomischen Gegebenheiten (sprich: primäre weibliche Geschlechtsteile Vulva und Vagina) vorangestellt.

Abseits von „lesbisch“ gibt es weitere Sexualitäten, die vom LGBTQIA+ Resource Center (o.J.) erfasst werden, beispielsweise Bisexualität, Pansexualität oder Omnisexualität. Aus Gründen der Einfachheit wird hier jedoch Bisexualität als Sammelbegriff verwendet, alternativ wird der Begriff „queer“ verwendet. Bisexuell wird als sexuelle Orientierung beschrieben, bei der Personen zum selben und anderen Geschlechtern Zuneigung spüren (LGBTQIA+ Resource Center, o.J.).

Queer wird folgendermaßen definiert:

„An umbrella term used to describe gender/sexual/romantic orientations or identities that fall outside of societal norms.“ [Ein Regenschirmbegriff, der dazu verwendet wird, geschlechtliche/sexuelle/romantische Orientierungen oder Identitäten zu beschreiben, die außerhalb der sozialen Normen fallen] (LGBTQIA+ Resource Center, o.J.)

Aus dem Englischen übersetzt, bedeutete der Begriff „schräg“ (Oxford English Dictionary, o.J., zitiert nach Sayers, 2005, S. 17). Früher galt „queer“ als Beleidigung gegenüber Personen der LGBTQIA+-Community, heutzutage wird der Begriff von der Community selbst neu definiert (Brontsema, 2004) und, wie man anhand des Definitionswechsels sieht, in einem positiven Kontext genutzt.

2.3. Safer Sex

Im Cambridge Dictionary wird Safe Sex wie folgt beschrieben:

„the use of condoms or other methods of avoiding catching a disease, especially AIDS (= a serious disease that destroys the body's ability to fight infection), from sexual activity with someone else“ [Die Nutzung von Kondomen oder anderen Methoden, um die Ansteckung mit einer Krankheit bei sexueller Aktivität mit jemand anderem zu vermeiden, besonders AIDS (= eine ernsthafte Krankheit, die die körperliche Fähigkeit, Infektionen zu bekämpfen, zerstört)](Cambridge Dictionary, o.J.a)

Synonym wird anstelle von Safe Sex von Safer Sex gesprochen (z.B. Richters et al., 2010; Whitlock, 2021), da man nicht von einem 100-Prozentigen Schutz sprechen kann und Sex lediglich sicherer, aber nie völlig sicher praktizieren kann, wie zum Beispiel die Website von Planned Parenthood beschreibt (2010). Neben dem Cambridge Dictionary gibt es weitere, ähnliche Definitionen des Begriffs (z.B. Oxford Learner's Dictionaries, o.J.).

Es zeigt sich innerhalb der hier gewählten Definition, dass auf weiblichen gleichgeschlechtlichen Sex wenig Bezug genommen wird, so wird ausschließlich das Kondom als Schutzmaßnahme vor sexuell übertragbaren Krankheiten konkret erwähnt. Als Folge wird das Risiko für Geschlechtskrankheiten und die Notwendigkeit, regelmäßige Gesundheitschecks durchzuführen, nicht erkannt (Power et al., 2009, S. 77). Dieser Umstand findet sich selbst in medizinischen Einrichtungen wieder, in denen lesbische und bisexuelle Frauen* typischerweise unsichtbar sind. Dies passiert aufgrund der heteronormativen Erwartungen an Sexualität und Sex. Jedoch haben queere Frauen* andere Bedürfnisse als heterosexuelle Frauen* und schwule Männer* (Munson & Cook, 2016, S. 3497). Dieser Umstand muss bei der Arbeit mit queeren Frauen* mitbedacht werden – betont wird das selbst von der Forschung (z.B. Power et al., 2009).

Das Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz spricht in einer inklusiveren Form über Geschlechtskrankheiten und Safer Sex. So wird beschrieben:

„Ob hetero oder queer, zu zweit oder in der Gruppe, Blümchensex oder anal: [...] Unabhängig davon, ob Sie Sex mit Männern, Frauen oder nicht-binären Personen haben oder wie oft Sie Ihre Partner:innen wechseln [...] Unter Safer Sex versteht man Methoden, die das Risiko einer Übertragung von STIs verringern. Diese Methoden sind z.B. die Verwendung von Kondom, Femidom oder einem Lecktuch.“ (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, o.J.)

Hier zeigt sich, dass es prinzipiell die Möglichkeit gibt, queere Frauen* in den Diskurs über Safer Sex einzubauen.

2.4. Sexualpraktiken

Bailey et al. (2003) untersuchten die Sexualpraktiken lesbischer und bisexueller Frauen* mithilfe der selbst-dargestellten Sexualgeschichte jeder Studienteilnehmerin*. Es zeigte sich, dass 98 Prozent der Teilnehmerinnen* innerhalb des vergangenen Jahres mit Frauen* Sex hatten. Hingegen hatten 85 Prozent sexuelle Erfahrungen mit Männern*, wobei diese bei 70 Prozent mindestens vier Jahre zurücklagen. Durchschnittlich hatten die Teilnehmerinnen* ihre ersten sexuellen Erfahrungen mit Männern* (ca. im Alter von 18 Jahren) und einige Jahre später (ca. im Alter von 21 Jahren) mit Frauen*. In der Studie wurde aufgezeigt, dass Oralsex, vaginale Penetration mit Fingern und gegenseitige Masturbation die am häufigsten genannten Praktiken darstellten.

Auch Roberts et al. (2000) untersuchten die Sexualpraktiken von lesbischen und bisexuellen Frauen*. Dazu zählen: Jegliche Art von Küssen, Fingern, „Scissoring“ (= das gegenseitige Aneinanderreiben der Klitoris) und Oralsex. Am seltensten wurden sadomasochistische Handlungen sowie Masturbation und Analfingern angegeben. Hingegen meinten 81,4 Prozent, auch während der Periode Sex zu haben, wovon 55,6 Prozent direkten Kontakt mit dem Periodenblut haben. Carroll et al. (1997) erwähnen ebenfalls ähnliche Praktiken, beispielsweise vaginale Penetration sowie die Kontaktformen oral – oral, oral – genital und genital – genital. Nicht zuletzt ist Sexualität ein höchstpersönlicher Lebensbereich, den viele Menschen nicht preisgeben möchten. Daher lässt sich nur mutmaßen, wie Einzelpersonen Sexualität für sich und ihre Sexualpartner:innen erleben. Jedoch steht fest, dass viele queere Frauen* diverse Handlungen praktizieren, die bei ungeschütztem Sex zur Ansteckung mit Geschlechtskrankheiten führen können.

2.5. Geschlechtskrankheiten und Ansteckungsgefahr

Geschlechtskrankheiten sind Infektionen oder Krankheiten, die durch jeglichen sexuellen Kontakt (z.B. mit Mund, Anus, Vagina oder Penis) übertragen werden können. Es gibt verschiedene Krankheitstypen, typische Symptome sind Brennen, Jucken, oder ungewöhnlicher Ausfluss der Genitalien. Es gibt jedoch auch Geschlechtskrankheiten, die asymptomatisch verlaufen (Cleveland Clinic, o.J.). Schon seit vielen Jahren werden Geschlechtskrankheiten als großes Gesundheitsproblem anerkannt (Gerbase et al., 1998).

Die WHO spricht von mehr als einer Millionen Ansteckungen mit heilbaren Geschlechtskrankheiten pro Tag weltweit unter den 15–49-Jährigen, die meisten verlaufen

asymptomatisch. Es sind in etwa 30 verschiedene Geschlechtskrankheiten bakteriellen, virologischen oder parasitären Ursprungs bekannt. 2020 wurden weltweit 129 Millionen Ansteckungen mit Chlamydien, 82 Millionen Ansteckungen mit Gonorrhoe, 7,1 Millionen Ansteckungen mit Syphilis und 156 Millionen Ansteckungen mit Trichomoniasis geschätzt (WHO, 2024). Geschlechtskrankheiten können eine ernsthafte gesundheitliche Gefährdung darstellen, die über die erworbene Krankheit hinausgehen können, so können sie das Risiko, an HIV zu erkranken, erhöhen. Mutter-Kind-Übertragungen vor oder nach der Geburt können diverse negative Folgen mit sich bringen, wie Stillgeburten, Unterentwicklung und Deformation. HPV kann zu verschiedenen Krebsarten wie Gebärmutterhalskrebs führen (WHO, 2024).

Um sich vor Geschlechtskrankheiten zu schützen, hilft es, Safer Sex zu praktizieren, konkreter Barriere-Methoden (Kondome, Lecktücher, Einmalhandschuhe etc.) zu nutzen. Kondome bieten dabei den größten Schutz gegen Geschlechtskrankheiten. Es gibt teilweise auch Impfungen gegen Geschlechtskrankheiten, so gegen HPV und Hepatitis B. Viele Geschlechtskrankheiten können durch Medikamente geheilt werden, einige hingegen nie vollständig, so zum Beispiel HIV und Herpes (WHO, 2024).

Für die längste Zeit wurde angenommen, dass Frauen*, die mit anderen Frauen* Sex haben, Geschlechtskrankheiten wie HIV nicht bekommen können, sowohl in der Forschung als auch von queeren Frauen* selbst. Lange gab es keine epidemiologischen Daten, weswegen diese Annahme bestärkt wurde (Richardson, 2000, S. 39). Auch hatten viele nur ein abstraktes Wissen über HIV, da sie sich selbst nie damit assoziierten (Stevens et al., 2001). Nicht nur bei HIV, sondern auch bei anderen sexuell übertragbaren Krankheiten wurde lange fälschlicherweise angenommen, dass queere Frauen* grundsätzlich ein geringes Risiko haben, sich mit diesen anzustecken (Cox & McNair, 2009). Dieses Unwissen bestand nicht nur in der Forschung, sondern auch bei den queeren Frauen* selbst (Marrazzo et al., 2005; Power et al., 2009). In der Studie von Stevens et al. (2001) wurden Interviews mit zwanzig lesbischen und bisexuellen Frauen* geführt. 20 Prozent der Teilnehmerinnen* hatten ungeschützten Sex mit Männern*, 75 Prozent mit Frauen*. Dies inkludierte beide Male Oralsex, vaginalen und analen Verkehr aber auch geteilte Dildos mit anderen Frauen* (S. 441).

Diese Annahme ist jedoch falsch; es können sehr wohl sexuell übertragbare Krankheiten beim Körperkontakt zwischen Frauen* weitergegeben werden. Es wird angenommen, dass Geschlechtskrankheiten durch Vaginalflüssigkeiten und direkten Kontakt mit der Schleimhaut übertragen werden (Marrazzo et al., 2005). Diamant et al. (2000) sprechen auch davon, dass

neben Körperflüssigkeiten auch Blut bei der Übertragung von Geschlechtskrankheiten zuständig sein kann. Belegbar ist einerseits, dass weiblicher gleichgeschlechtlicher Sex zur Übertragung von Geschlechtskrankheiten führen kann, andererseits, in welcher Form Geschlechtskrankheiten auftreten. So tritt unter lesbischen Frauen* häufig bakterielle Vaginose auf (Marrazzo et al., 2005). Edwards et al. (1990) fanden einen Hinweis auf gehäuftes Vorkommen von HPV und Herpes. Richardson (2000) beschreibt den Zusammenhang zwischen weiblicher Queerness und HIV wie folgt: „*The social construction of immunity*“ [Die soziale Konstruktion von Immunität]. So gibt es zwar tatsächlich ein niedrigeres Risiko für lesbische Frauen*, sich mit Geschlechtskrankheiten wie HIV zu infizieren (Roberts et al., 2000, S. 50) und folglich an AIDS zu erkranken, dennoch besteht eine Chance, vor allem, da viele queere Frauen* auch Sex mit Männern* haben und dadurch das Risiko wieder steigt (Diamant et al., 2000; Skinner et al., 1996).

2.6. Verhütungsmöglichkeiten und Verhütungsverhalten

Grundsätzlich gibt es für alle sexuellen Handlungen, die zwischen queeren Frauen* stattfinden können, Optionen zur Barriere-Verhütung (Marrazzo et al., 2005; Richters et al., 2010). Eine Möglichkeit, beim Oralsex zu verhüten, ist das Lecktuch. Diese werden im Rahmen von Safer Sex Kampagnen häufig verteilt und empfohlen. Studien zeigen aber, dass Lecktücher nur mangelhaft genutzt werden. Richters et al. (2010) zeigten beispielweise, dass nur etwa zehn Prozent der Teilnehmerinnen* Lecktücher im Zeitraum von sechs Monaten nutzten. Sogar nur zwei Prozent benutzten sie oft. Frauen*, die mehrere Sexualpartnerinnen* hatten oder Gelegenheits- und Gruppensex hatten, verwendeten nicht signifikant häufiger Lecktücher (Richters et al., 2010). Geht es um Latex-Produkte, haben viele queere Frauen* eine Aversion dagegen (Cox & McNair, 2009).

Hat man manuell penetrativen Sex, können geteilte Sexspielzeuge gewaschen oder speziell angefertigte Handschuhe benutzt werden (Marrazzo et al., 2005). Marrazzo et al. (2005) beschreiben Penetration per Hand oder Sexspielzeug als häufige Sexualpraktiken, die meist ohne Barriere-Verhütung (in diesem Fall Kondome) praktiziert werden. Für diese Masterarbeit wurden auch 15 Safer Sex Kampagnen gesammelt. Diese wurden als Basis herangezogen, um eine Tabelle zu erstellen, die die verschiedenen Verhütungsmöglichkeiten je nach Sexualpraktik zusammengefasst (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2023, 9. Juni; Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2023, 12. Juni; Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2023, 16. Juni; Queer Lexikon, 2024; MOSAIK Gesundheit et al., 2024;

Rainbow Health Ontario, 2022; Agents of Ishq, 2020; AIDS-Hilfe Hamburg e.V., 2017; Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e.V., 2010; Les Klamydia's, o.J.; SGCH et al., 2023; YACWA's Youth Educating Peers (YEP) Project, o.J.; Family Planning Association & The National LGB&T Partnership, 2019; MOSAIK Gesundheit et al., 2023b; Lothian Lesbian Line, o.J.; Fda, 2019; LLGS, 1992):

Sexualpraktik	Verhütungsnotwendigkeit	Verhütungsmittel
Oralsex	ja	Lecktücher, Kondome, Frischhaltefolie (Achtung: nur in Ausnahmefällen)
vaginale oder anale Penetration durch Finger	ja	Fingerlinge, Einmalhandschuhe
vaginale oder anale Penetration durch Sexspielzeuge	ja	Kondome, Toy Cover, vor erneuter Nutzung und Tausch gründlich waschen

Tabelle 1: Verhütungsmittel nach Sexualpraktik

Es zeigt sich, dass Verhütungsmittel grundsätzlich vorhanden sind, jedoch hapert es an deren Nutzung, da diese oft unzureichend ist. Vergleicht man das Verhütungsverhalten verschiedener Gruppen nach der Sexualität, verhüten lesbische Frauen* am seltensten (Charlton et al., 2019, S. 202). Aber: Eine weitere Motivation zur Verhütung neben dem Schutz vor Krankheiten ist der Schutz vor einer ungewollten Schwangerschaft. Anzumerken ist jedoch, dass es auch hier Probleme mit der konsequenten Verhütung gibt (Kraft et al., 2010, S. 234). Dennoch ist dieses Risiko bei lesbischen Frauen* typischerweise nicht vorhanden.

Diese „Unlust zur Verhütung“ hat mehrere Gründe. So spielen das Vergnügen, das Geschlecht der Partnerin* oder auch das mangelhafte Wissen über das Risiko und Verhütungsoptionen eine Rolle. Damit zeigt sich, dass Wissen zwar nicht der einzige, aber ein bedeutender Faktor bei der Aufklärung und dem Verhalten gegenüber Safer Sex darstellt (Doull et al., 2018). Safer Sex bzw. Latex (wie im Falle von Kondomen, Handschuhe oder Lecktüchern) bringe etwas *kontraintuitives*, wenn man *Liebe machen* will (Stevens et al., 2001, S. 442). Safer Sex würde die Intimität und die Erotik während des Sex stören, obwohl beides sehr wichtig ist. Andererseits fühlen sich viele Frauen* aufgrund der Angst vor HIV motiviert, Safer Sex zu praktizieren (Stevens et al., 2001, S. 442). Hürden können aber auch das heteronormative Verhalten und das mangelnde Wissen im Gesundheitssystem, die mangelhafte oder nicht-

vorhandene Information, Einstellung der Community und die Unsichtbarkeit weiblicher* Sexualität darstellen (Larsdotter, 2011).

Aber es geht auch anders: Wie in Marrazzo et al. (2005) gezeigt wird, werden Barriere-Verhütungsmittel wie Handschuhe oder Kondome akzeptiert, wenn es dafür einen Grund gibt und diese in einem Kontext der sexuellen Gesundheit und des sexuellen Vergnügens dargestellt werden.

2.7. Rolle der Medien: Kampagnen

Kampagnen stellen ein wirksames Instrument zur Beeinflussung der öffentlichen Meinung dar. Dabei stehen sie immer mehr im Fokus des öffentlichen Diskurses, unter anderem, weil der eben erwähnte Einfluss wächst (Röttger, 2009, S. 9; Speth, 2007, S. 18). Gründe sind die quantitativ steigende Anzahl, Professionalisierung und veränderte Qualität. Es gibt verschiedene Formen von Kampagnen, beispielsweise PR-, Werbe- und Marketing-Kampagnen (Röttger, 2009, S. 9).

Dabei ist es das Grundziel, Aufmerksamkeit zu erwecken (Saxer, 1994, zitiert nach Röttger, 2009, S. 9). Relevant ist hierbei aber nach Röttger (2009) auch der Aufbau von Vertrauen, da ohne Aufmerksamkeit und Vertrauen keine Zustimmung und folglich kein Anschlusshandeln erreicht wird. Besonders klassische Informations- und Sozialkampagnen, die darauf abzielen, Einstellungen oder soziale Verhaltensweisen zu verändern, sind davon betroffen. Neben Anti-Rauch- und Pro-Gurt-Kampagnen sind damit auch Safer-Sex-Kampagnen gemeint (S. 9f). Es geht also zusammengefasst darum, geplante, zielgerichtete, zeitlich befristete und thematisch fokussierte Kommunikationsstrategien der Öffentlichkeit zu präsentieren, um Aufmerksamkeit, Mobilisierung und Verhaltensbeeinflussung zu generieren (Bonfadelli, 2015, S. 815).

Kampagnen liegen klassischerweise einer kommunikativen Doppelstrategie zugrunde: 1. Medienorientierung 2. Publikumsorientierung. Sie sind demnach inhaltlich und zeitlich an die Regeln des Mediensystems angepasst, wobei auch auf eine hohe Medienresonanz abgezielt wird. Ziel ist es, gleichzeitig die Aufmerksamkeit des Publikums zu gewinnen und dessen Vertrauen zu stärken (Röttger, 2009, S. 10). Bei Gesundheitskampagnen geht es unter anderem stark darum, Ungleichheiten in der Gesundheitsversorgung oder dem Gesundheitswissen (=Wissenskluft) zu reduzieren (Reifegerste & Baumann, 2018, S. 56).

Während der 1980er- und 1990er-Jahre nahm der Einsatz öffentlicher Informationskampagnen erheblich zu. Diese werden vor allem zur Lösung gesellschaftlicher Probleme eingesetzt. Der Gesundheitsbereich hat besonders stark in Informationskampagnen investiert (Bonfadelli,

2004, S. 101, zitiert nach Leonarz, 2009, S. 214). Der im Gesundheitswesen angesiedelte Bereich „Safer Sex“ ist darin inkludiert. So geht es in dieser Masterarbeit darum, ein gesellschaftliches Problem, nämlich das unzureichende Wissen über Safer Sex bei weiblichem gleichgeschlechtlichem Sex, zu lösen. Dafür werden Informationskampagnen genutzt, wie im Kapitel 4. Methoden näher beschrieben wird.

Informationsbasierte Gesundheitskampagnen werden aber nicht problemlos von der Gesellschaft angenommen. So können sie als Erziehungsmaßnahmen wahrgenommen werden, die durch verschiedene Techniken der Kommunikation wirksam werden. Diese Erziehung „von oben“, wie sie von Leonarz (2009, S. 215) beschrieben wird, beißt sich mit den westlichen Werten Individualismus und Pluralismus, sowie dem Bedürfnis nach Privatsphäre, das von Gesundheitskampagnen als gestört wahrgenommen werden kann. Dennoch erhalten Gesundheitskampagnen insgesamt eine hohe Akzeptanz, da sie mit in der westlichen Gesellschaft hoch angesehenen Werten wie Gesundheit, Wohlbefinden, Lebensqualität und Zufriedenheit argumentieren (Leonarz, 2009, S. 215). Queere Frauen* sind sich dem Risiko, ihre Gesundheit durch ungeschützten Sex maßgeblich zu gefährden, nur eingeschränkt bewusst. Diese Erkenntnis widerspricht demnach nicht der Annahme, Gesundheitskampagnen würden gerade deswegen funktionieren, da sie den in der Gesellschaft hochgestellten Wunsch nach gesundheitlichem Wohlbefinden unterstützen – im Gegenteil: Man könnte argumentieren, Safer Sex Kampagnen für lesbische und bisexuelle Frauen* fördern diesen Wunsch, da mitunter das erste Mal auf die Gefährdung ebendieses Wohlbefindens hingewiesen wird. Um die eigene Gesundheit weiterhin aufrecht zu erhalten, könnte demnach der Griff zum Lecktuch und Co. gefördert werden.

Cox und McNair (2009) fassen zusammen, dass risiko-reduzierende Zugänge bei Safer Sex Informationen (inklusive Informationen über nicht-latex-basierte Verhütungsmittel) sowohl angebracht als auch brauchbar sind, wenn es um die Gesundheitsförderung von queeren Frauen* geht. Jedoch bedienen sich Informationskampagnen derselben Techniken wie werbliche Kampagnen, demnach sind sie derselben Informationsflut ausgesetzt. Nur gut konzipierte, gestalterisch ansprechende Kampagnen können Aufmerksamkeit erregen, damit auch das gewünschte Vertrauen erweckt und Wissens- und Verhaltensänderung getätigt wird (Leonarz, 2009, S. 215).

Informationskampagnen können wirksam sein, wenn sie also gut konzipiert sind und effektive Mittel einsetzen. Es soll aber nicht erwartet werden, eine konkrete Einstellungs- und Verhaltensänderung alleinig durch die Kampagne auszulösen, dazu bedarf es den Gesprächen

mit Familie und Freund:innen (Atkin, 2001, S. 53, zitiert nach Leonarz, 2009, S. 216). Diese Masterarbeit fokussiert sich nicht auf eine direkte Veränderung von Einstellungen oder Verhalten, sondern auf den vorgelagerten Schritt: die Vermittlung und Veränderung von Wissen. Es wird untersucht, ob und unter welchen Voraussetzungen Safer Sex Kampagnen zu Wissenssteigerung in Bezug auf korrekt angewandte Safer Sex Praktiken bei queeren Frauen* führen.

2.8. Wissen

Diverse Studien deuten darauf hin, dass das Wissen von queeren Frauen* über die Notwendigkeit, Safer Sex zu praktizieren, erhöht werden muss. Das wird hier anhand der Medien erforscht. In dieser Masterarbeit wird untersucht, inwiefern Safer Sex Kampagnen das Wissen verändern, konkreter sogar verstärken können. Es ist aber wichtig, vorab den Begriff „Wissen“ zu konkretisieren. Es gibt verschiedene Definitionsmöglichkeiten, so beschreibt der Duden Wissen wie folgt:

„Gesamtheit der Kenntnisse, die jemand [auf einem bestimmten Gebiet] hat“ (Duden, o.J.)

Das englische Pendant „Knowledge“ wird vom Cambridge Dictionary heruntergebrochen als Bewusstsein, Verständnis oder Information zusammengefasst, das bzw. die durch Erfahrung und Lernen erhalten wird und ein Individuum oder Menschen generell weiß (Cambridge Dictionary, o.J.b). Erschließend bedeutet Wissen nun, eine gewisse Information erhalten zu haben.

Etwas zu wissen ist nicht ohne Bedeutung, so sagt man nicht von ungefähr „Wissen ist Macht“ (Knoblauch, 2008, S. 465). Wissen wird als *wichtigster Rohstoff einer nachindustriellen Gesellschaft* (Knoblauch, 2008, S. 465) gesehen und kann über Reichtum statt Armut entscheiden (Knoblauch, 2008, S. 465) oder über Gesundheit und Krankheiten, wie es im Fall von ungeschütztem Sex der Fall sein kann. Wissen kann als Entscheidungsgrundlage und zur Erfüllung von Wünschen und Zielen dienen (Brendel, 2013, S. 1). Es kann also folglich dazu führen, dass korrekt verhütet und damit der Wunsch nach gesundheitlichem Wohlbefinden erfüllt wird. Damit wird die Wichtigkeit, das Wissen bei queeren Frauen* über Safer Sex zu verstärken, deutlich.

Dem Charakter dieser Masterarbeit nach ist es relevant, in einem zweiten Schritt zwischen „objektivem“ und „subjektivem“ Wissen zu unterscheiden. Hinter diesem liegt folgender Umstand: In weiterer Folge werden die Merkmale effektiver Kampagnen beschrieben. Diese sind für die empirische Untersuchung unerlässlich. Einige dieser Merkmale fördern jedoch

subjektive Reize und Wissensseinheiten anstelle von objektiven Wissensseinheiten. Damit wird angenommen, dass es Ergebnisunterschiede zwischen objektivem und subjektivem Wissen geben kann. Aufgrund dessen ist es wichtig, beide Begriffe klar zu definieren.

Subjektives Wissen wird zumeist als selbst-wahrgenommenes Wissen (Raju et al., 1995, S. 154) verstanden. In dieser Arbeit wird subjektives Wissen jedoch nicht so verstanden. Hier versteht sich subjektives Wissen als subjektiv wahrnehmbarer Informationsgehalt einer Sache (in diesem Fall: Safer Sex), die einen gewissen, aber nicht objektiven, Wahrheitsgehalt haben kann. Es versteht sich als normativer Bezug zu wahrgenommenen Tatsachen, die zwar zwischen Individuen unterschiedlich sein können, aber einen allgemeinen Wahrheitsanspruch verfolgen. Als Paradebeispiel sei hier Vergnügen bei (Safer) Sex erwähnt. Das Vergnügen stellt einen zentralen Aspekt des Geschlechtsverkehrs dar und ist einer der Gründe, warum es bei der Verhütung häufig zu Problemen kommt – diese wird oft als lustmindernd empfunden. Subjektives Wissen ist an dieser Stelle, dass Verhütung bei richtiger Anwendung und einer positiven Einstellung keinen – negativen – Einfluss auf das Vergnügen hat und sich sogar positiv auf das Vergnügen beim Sex auswirken kann.

Objektives Wissen wird hingegen als jenes Wissen verstanden, wie es bereits in dieser Arbeit definiert wurde. Es geht um die (Gesamtheit der) Kenntnisse, die jemand über ein bestimmtes Thema hat (Duden, o.J.). Ob das objektive Wissen zum Thema Safer Sex vorhanden ist, wird in dieser Masterarbeit anhand von 15 Fragen untersucht, auf die es nur eine richtige oder eine falsche Antwort gibt. Die Teilnehmerinnen* müssen die Fragen beantworten, können also falsch oder richtig liegen. In weiterer Folge zeigt sich also anhand der Antworten, ob das objektive Wissen vorhanden ist oder nicht.

3. Aktueller Forschungsstand

3.1. Geschlechtskrankheiten und Safer Sex

In Österreich fehlten lange Zeit umfassende Informationen und Daten zur medizinischen Versorgung queerer Menschen (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2023, S. 3), insbesondere im Bereich des Safer Sex zwischen queeren Frauen*. Die speziellen gesundheitlichen Bedürfnisse und Services für lesbische und bisexuelle Frauen* waren lange unsichtbar in der Wissenschaft (Mathieson et al., 2002).

Es wurde bereits umfassend etabliert, dass queere Frauen* Sexualpraktiken ausüben, die zur Ansteckung mit Geschlechtskrankheiten führen können. Es wurde ebenso besprochen, dass es Fälle von Geschlechtskrankheiten unter queeren Frauen* gibt und, dass es zwar Verhütungsmittel gibt, diese aber aus verschiedenen Gründen nicht genutzt werden. In diesem Kapitel soll ein tieferer Blick in die Datenlage im Feld der Geschlechtskrankheiten und Safer Sex bei queeren Frauen* geworfen werden.

Weder lesbische noch bisexuelle Frauen* sind risikobefreit, sich mit sexuell übertragbaren Infektionen und Krankheiten anzustecken, dies zeigten unter anderem Skinner et al. (1996). In einer Untersuchung mit 241 lesbischen Frauen* wurden 65 Prozent mit einer Geschlechtskrankheit diagnostiziert. Unterschiedliche Krankheiten traten in unterschiedlichem Ausmaß je nach Sexualität auf, so hatten heterosexuelle Frauen* eher Genitalwarzen und Genitalherpes, bakterielle Vaginose wurde hingegen bei 33 Prozent der lesbischen, aber nur bei 13 Prozent der heterosexuellen Frauen* gefunden. Gonorrhoe (Tripper) und Chlamydien konnten in beiden Gruppen nur selten diagnostiziert werden. Ebenfalls seltener festgestellt wurden Abnormalitäten der Cervix – aber wenn, dann nur bei lesbischen Frauen*. Anzumerken zu den Teilnehmerinnen* dieser Untersuchung ist, dass nur 23 Prozent der lesbischen Frauen* ausschließlich gleichgeschlechtlichen Sex hatten, viele hatten also auch Sexualkontakt mit Männern*. Zusammengefasst wird in der Studie angeführt, dass Screenings für lesbische Frauen* eine angemessene Methode zur Kontrolle von Genitalinfektionen sind. Die Ursache für die vergleichsweise hohe Infektionsrate mit bakterieller Vaginose konnte nicht abschließend geklärt werden, jedoch wird eine mögliche sexuelle Ansteckungsgefahr nicht ausgeschlossen.

Ähnliche Ergebnisse lieferten weitere Forschungsarbeiten, so beispielsweise bei Edwards und Thin (1990). Es zeigte sich, dass ein hoher Anteil der qualitativen Samples mit dem Herpes-simplex-Virus (HSV) und Humane Papillomaviren (HPV) infiziert waren. Diamant et al. (2000) zeigten, dass 17 Prozent der Teilnehmerinnen* die Diagnose für eine unheilbare und lebenslängliche Geschlechtskrankheit hatten. Carroll et al. (1997) fanden heraus, dass unter

jenen lesbischen Frauen*, die nie sexuellen Kontakt mit Männern* hatten, folgende Krankheiten auftauchten: Trichomoniasis, Genitalwarzen. Zudem wiesen einige Teilnehmerinnen* auffällige Befunde bei PAP-Abstrichen auf.

In einer schwedischen Studie wurde herausgefunden, dass die häufigste Geschlechtskrankheit unter queeren Frauen* Chlamydien war, 12,3 Prozent der Teilnehmerinnen* waren davon betroffen. Es wurde außerdem festgestellt, dass im internationalen Vergleich dieser Prozentsatz sehr hoch liegt. 12,2 Prozent hatten bakterielle Vaginose, 9,8 Prozent hatten Genitalwarzen und 8,4 Prozent Läsionen. Letztere beiden werden vom HPV-Virus verursacht. 45 Prozent der Teilnehmerinnen* empfanden kein Risiko, an HPV zu erkranken, 21 Prozent waren sich unsicher und gaben daher keine klare Angabe an. Das deutet darauf hin, dass mangelndes Wissen über die Erkrankung herrscht, da diese über die Schleimhäute verbreitet wird und damit auch leicht zwischen Frauen* weitergegeben werden kann. Drei Fünftel hatten sich bisher noch nie auf eine Geschlechtskrankheit testen lassen. Auch beim Wissen über Safer Sex sieht es ähnlich aus: 22 Prozent empfanden ihr Wissen als nicht oder kaum vorhanden, nur 18,7 Prozent hatten vermeintlich ausreichend Wissen darüber (Larsdotter, 2011). Korrekt angewandt können Verhütungsmittel (beispielsweise Kondome) gegen Geschlechtskrankheiten schützen (WHO, 2024).

Die Zahlen sprechen aber dafür, dass trotz der eigentlichen Notwendigkeit meistens nicht verhütet wird. So wurde in der schwedischen Studie von Larsdotter (2011) das Lecktuch, das als Barriere-Methode beim Oralsex gilt, von 93 Prozent nie verwendet, unter 3 Prozent verwendeten es bisher einmal (2,6 Prozent) oder ein paar Mal (2,8 Prozent). Nur 0,3 Prozent verwendeten es sehr oft und 0,9 Prozent immer. Ähnlich sah es auch bei Kondomen aus, die für den Oralverkehr beschnitten werden. Bei manueller Stimulation können Latexhandschuhe genutzt werden, diese werden aber ähnlich selten wie die bereits angeführten Verhütungsmittel genutzt, 93,2 Prozent nutzten sie nie, 0,9 Prozent immer und 4 Prozent manchmal. Ähnlich sah es bei einer Meta-Studie von Kanmodi et al. (2023) aus, in der das Wissen über und die Nutzung von Lecktüchern und Frischhaltefolie untersucht wurde. Hier wurde außerdem angemerkt, dass weder das Lecktuch noch Frischhaltefolie erprobte Safer Sex Methoden sind (Kanmodi et al., 2023, S. 218). Während sich Daten über die Frischhaltefolie mit dieser Aussage decken, zeigen andere Quellen über das Lecktuch, dass es sehr wohl als sicheres Verhütungsmittel gilt, sofern es richtig angewandt wird, wie zum Beispiel die Initiative der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung Liebesleben (o.J.) beschreibt. Kanmodi et al. (2023) fanden in ihrer Metaanalyse, dass die Teilnehmerinnen* kaum über beide Verhütungsmethoden Bescheid

wussten, während das Kondom als Safer Sex Methode bekannt ist. Außerdem herrschte eine mehrheitlich negative Einstellung gegenüber Lecktüchern vor, Hauptfaktor war dafür das Argument Vergnügen.

Benutzt man Sexspielzeug, kann man Kondome auf ein Dildo geben; das tun nur 4,6 Prozent immer. 75 Prozent der Teilnehmerinnen* nutzten diese Methode nie und 6,7 Prozent sehr oft. Die am häufigsten genutzte Verhütungsmethode war, während der Periode auf Sex zu verzichten. Das taten 11 Prozent der Teilnehmerinnen* immer, aber 80 Prozent nie. Insgesamt zeigte sich, dass 88,6 Prozent der Teilnehmerinnen* nie, nur 4,3 Prozent manchmal und 3,2 Prozent immer verhüteten. 2,1 Prozent verhüteten ein einziges Mal und 1,9 Prozent sehr oft (Larsdotter, 2011).

3.2. Wirksamkeit von Safer Sex Kampagnen

“[...] well-constructed visual aids are often among the most highly effective, transparent, fast, memorable, and ethically desirable means of risk communication.” *[[...] gut konstruierte, visuelle Werbungen sind oft unter den effektivsten, transparentesten, schnellsten, erinnerungswürdigsten und ethisch wünschenswertesten Methoden der Risikokommunikation]* (Garcia-Retamero & Cokely, 2011)

Dass Safer Sex Kampagnen benötigt werden, zeigten bereits diverse Forschungsarbeiten. So zeigten Zimmerman et al. (2007), dass sorgfältig gezielte, intensive massenmediale Kampagnen (in dem Fall: Bekanntmachung im öffentlichen Fernsehen) das Verhalten hin zu Safer Sex ändern können.

Die Literatur ist sich einig darüber, dass Kampagnen das Wissen über Geschlechtskrankheiten verbessern können (Friedman et al., 2016), wie beispielsweise die Untersuchung von Yzer et al. (2000) zeigt. Hier wurden drei niederländische Safer Sex Kampagnen miteinander verglichen und es wurde deutlich, dass Safer Sex Kampagnen Meinungen, soziale Normen, Selbstnutzen und Intentionen positiv beeinflussen. Argumentiert werden kann also, dass Kampagnen dafür nötig sind, ein hohes Level an Determinanten für Safer Sex stabil zu erhalten.

Lesbische Frauen* fühlen sich bei Safer Sex Kampagnen, die an schwule Männer* oder heterosexuelle Frauen* gerichtet sind, nicht angesprochen. Das führt in weiterer Folge dazu, dass keine Interaktion mit den Inhalten der Kampagne stattfindet. Das liegt darin begründet, dass sich lesbische Frauen* von normativen Sexualskripten wie penetrativem Sex ausgeschlossen fühlen, dieser aber in Kampagnen besonders hervorgehoben wird. Gleichzeitig

zeigt sich aber auch, dass Gesundheitskommunikation, die an lesbische Frauen* gerichtet ist, keine adäquaten, alternativen Diskurse auslöst (Power et al., 2009).

Häufig untersuchen Forscher:innen auch unterschiedliche Rezipient:innentypen, beispielsweise werden Personen in präventions-fokussiert versus förderungs-fokussiert unterteilt. Angenommen wird, dass Medieninhalte wie Informationsbroschüren je nach Typ zugeteilt werden und damit eine effektivere Nachrichtenvermittlung stattfindet. Jedoch wurde festgestellt, dass die Einteilung nicht zu signifikanten Ergebnissen führte und Informationsmaterial zu Geschlechtskrankheiten durchwegs förderungs-fokussiert sein sollte (Evans-Paulson et al., 2022).

Ziel dieser Masterarbeit ist es, zu untersuchen, wie das Wissen über Safer Sex effektiv gefördert werden kann. Die Literatur zeigt, dass Kampagnen einen bedeutenden Beitrag zur Aufklärung leisten können. Anhand der Literatur hat sich gezeigt, dass Kampagnen die Aufklärung vergrößern können. Basierend auf diesen Ergebnissen wird folglich diese Hypothese aufgestellt:

1. Wenn Teilnehmerinnen mit einer Aufklärungskampagne konfrontiert werden, dann haben diese Teilnehmerinnen akkurateres Wissen über Safer Sex als Teilnehmerinnen ohne Aufklärungskampagne.

Dabei zeigt die Forschung deutlich, dass bestimmte Merkmale positiv mit dem Erfolg einer Safer Sex Kampagne (z.B. Verhütungsintensität) zusammenhängen. Ein zentrales Merkmal ist die Betonung von Vergnügen (Knerr & Philpott, 2006). Denn es ist gerade das Vergnügen beim Sex, das durch Verhütung oft als eingeschränkt wahrgenommen wird (Charlton et al., 2019; Scott-Sheldon et al., 2006). Daraus ergibt sich, dass es wichtig ist, die Vorteile von Safer Sex hervorzuheben. Außerdem ist es effektiver, wenn die Inhalte der Kampagne positiv statt negativ dargestellt werden (Ort & Fahr, 2020). Jedoch verwenden trotz der Empfehlung, einen positiven Zugang zum Thema Safer Sex zu wählen, viele Kampagnengestalter:innen Risiko- und Angstappelle, um die Menschen dazu zu motivieren, zu verhüten (Philpott et al. 2006).

Marrazzo et al. (2005) fassen zusammen, dass Safer-Sex-Botschaften, welche die Wahrscheinlichkeit der Übertragung von Geschlechtskrankheiten bei lesbischen und bisexuellen Frauen* ansprechen und persönliche Verantwortung sowie das Interesse am Gesundheitszustand der Partnerin* betonen, gesundes Sexualverhalten fördern sollen.

Lange Zeit war es bei der HIV/AIDS-Prävention (für schwule Männer*) üblich, massenmediale Informationskampagnen zu verwenden, die auf Angsttaktiken oder Moralargumente setzen, um

bei den Rezipienten* Wirkung zu erzielen. Die Community selbst setzte hingegen auf positive Zugänge, unter anderem in die Erotisierung von Safer Sex (Rosser et al., 1993). Ein möglicher, positiver Zugang sind Humorbotschaften. Es zeigt sich, dass diese in der Werbung in Bezug auf höhere Aufmerksamkeit, positive Einstellungen, erhöhte Kaufbereitschaft und bessere Erinnerungsleistung erfolgreich sind. Effektiv kann das auch bei Personen sein, die sich insgesamt weniger für Gesundheitsthemen und Risikobotschaften interessieren. Zwar werden Furchtappelle häufig verwendet, diese können aber zu Abwehrmechanismen führen. Das passiert bei zu starker Furchterregung oder fehlenden Verhaltensalternativen. Daher hat es sich bewährt, auf humorvolle Botschaften zu setzen (Reifegerste & Baumann, 2018, S. 59). Die Forschungsergebnisse über Humorbotschaften im Gesundheitsbereich sind bislang aber noch mangelhaft (Reifegerste & Baumann, 2018, S. 60). Es zeigt sich aber: Sie werden im Kontext von Safer Sex genutzt. So setzt die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung auf humorvolle Botschaften, um das *Tabu von sexuell übertragbaren Krankheiten zu brechen* (Reifegerste & Baumann, 2018, S. 60). Es gibt Vor- und Nachteile bei Humorbotschaften: So können sie zwar durch schwierige Lebenssituationen helfen, aber auch dazu führen, dass wichtige Themen nicht ernstgenommen werden. Es ist daher zentral, das korrekte Maß und die Angemessenheit von Humorbotschaften abzuwägen (Reifegerste & Baumann, 2018, S. 61ff). Garcia-Retamero und Cokely (2011) untersuchten gewinnorientierte und verlusterorientierte Nachrichten und fanden, dass verlusterorientierte Kampagnen krankheits-findendes Verhalten wie Arztbesuche bewirkten, gewinnorientierte Kampagnen eher zu Verhütungsverhalten führte.

Es wird insgesamt auf positiv, kurz, klar und bestimmt formulierte Botschaften gesetzt. Es wird sich auf gewinnorientierte Nachrichten (Stephenson & Witte, 2001, zitiert nach Leonarz, 2009, S. 217) und „*catchy slogans*“ (Wallack, 1990, zitiert nach Leonarz, 2009, S. 217) fokussiert.

In einer Studie von Pedrana et al. (2014) wurde eine australische, nationale HIV-Kampagne untersucht, anschließend wurden schwule Männer* interviewt. Die Teilnehmer* identifizierten folgende Merkmale als entscheidende Merkmale der Kampagne, die zur Normalisierung der hier beworbenen Check-Ups der eigenen sexuellen Gesundheit und zu einem gesteigerten Kampagnenengagement führten, beziehungsweise eine hohe Kampagnenreichweite versicherten: aufmerksamkeits-erregende Bilder, humorvoller Zugang, positiv und einfach dargestellte Nachrichten und die Nutzung von Mainstream Medien.

Melkote et al. (2014) beschreiben, dass eine effektive HIV-Kampagne folgende Merkmale beinhaltet: akkurate und vertrauenswürdige Information, positive Beziehungen zu

Informationen über HIV sowie HIV-Positiven, Involviertheit mit der Thematik, Herstellung des Gefühls nach Nutzen.

Zusammenfassend lassen sich aus der Literatur einige Schlüsselmerkmale ableiten, die eine Safer-Sex-Kampagne effektiv machen: Sie sollte vergnügensbetont und positiv dargestellt sein und mit einfachen, präzisen sowie einbeziehenden Informationen arbeiten. Darüber hinaus sind Involviertheit und die Betonung von Vorteilen entscheidend.

Anhand dieser Ergebnisse wird vermutet, dass diese Effektivität auch das grundsätzliche Wissen über Safer Sex verbessert, das kann unter anderem durch das Extended Parallel Process-Model beschrieben werden. So beschreiben Ort und Fahr (2020), die ihre Arbeit auf die EPPM-Theorie stützten, dass bedrohliche Appelle mit Vorsicht genossen werden müssen, da sie die Wahrnehmung der Wirksamkeitseinschätzung (= Efficacy) reduzieren und Reaktanz auslösen.

Exkurs: Reaktanz und Extended Parallel Process-Model

In dem folgenden Exkurs wird nur oberflächlich über die Modelle der Reaktanz sowie des Extended Parallel Process-Models gesprochen. Dieser Abschnitt ist keineswegs eine vollständige Wiedergabe der beiden Modelle, sondern beschreibt diese nur in einer heruntergebrochenen Form. Beide Modelle können jedoch dafür verwendet werden, zu erklären, wieso bestimmte Kampagnenmerkmale effektiver sind als andere.

Die Theorie der psychologischen Reaktanz geht davon aus, dass Personen auf die empfundene Einengung ihrer Freiheitsspielräume insofern reagieren, als dass sie diese Freiheitsräume wiederherstellen möchten. Eingeschränkt werden kann ein solcher Freiheitsspielraum zum Beispiel dadurch, dass Verhaltens- und Meinungsalternativen beschnitten werden, oder Handlungsweisen und Meinungen aufgezwungen werden (Raab et al., 2010, S. 65). Effekte dieser Reaktanz können direkte und indirekte Wiederherstellung der Freiheit, subjektive Reaktionen bzw. Antworten, Leugnen und Ausweichen sein (Brehm & Brehm, 1981, zitiert nach Raab et al., 2010, S. 67). Ein häufiger Effekt ist die Meinungsänderung im Gegensinn der Kommunikation (Wendlandt & Hansen, 2005, S. 68), was in einer gesteigerten Attraktivität der verbotenen Handlungsalternative oder der Abwertung der erzwungenen Option resultiert (Raab et al., 2010, S. 68). Die Intensität dieser Effekte hängt davon ab, wie ausgeprägt die Überzeugung ist, über einen Freiheitsspielraum zu verfügen, also wie bedeutsam dieser eingestuft wird, und, in welchem Maß der eingeschränkte Spielraum im Verhältnis zu den alternativen Möglichkeiten steht (Brehm & Brehm, 1981, zitiert nach Wendlandt & Hansen, 2005, S. 66).

Es zeigt sich also, dass bei wahrgenommener Freiheitseinschränkung (beispielsweise durch den Druck, keine Meinungsalternativen zu haben bzw. eine Meinung aufgezwungen zu bekommen) diese Meinung gar abgelehnt oder abgewertet werden kann. Relevant kann das auch dabei sein, wenn es um die Freiheit, zu verhüten, geht. Auch hier kann es im Umkehrschluss dazu kommen, dass das Wissen rund um Safer Sex abgelehnt oder abgewertet wird, da man sich in der eigenen Meinung eingeschränkt fühlt. Zentral kann es also sein, den möglichen Druck zur Meinungsäußerung zu mindern sowie Alternativen (in dem Fall: verschiedene Verhütungsoptionen) zu bieten (Raab et al., 2010, S. 69). Dies könnte möglicherweise einen negativen Einfluss auf die effektiven Merkmale der Selbstwirksamkeit und Involviertheit haben, da in diesem Kontext die persönliche Freiheit der Individuen von zentraler Bedeutung ist.

Das Extended Parallel Process-Model (kurz: EPPM) ist eine Nachrichtendesign-Theorie der Sozialwissenschaften, in der Furchtappelle für effektive Kommunikation von Gesundheitsinformationen untersucht werden. Anhand dieser Theorie wird davon ausgegangen, dass es drei Kategorien gibt, nach denen Menschen auf Furchtappelle reagieren: Non-Reaktionen, Gefahrenkontroll-Reaktionen, Furchtkontroll-Reaktionen (Maloney et al., 2011).

Wie aber Ort und Fahr (2020) beschreiben, sind die Effekte von bedrohlicher Kommunikation anhand von vier Nachrichtenmerkmalen zu erklären: Schweregrad, Anfälligkeit, Selbstwirksamkeit und Wirksamkeit der Reaktion. Erstere beiden Merkmale beeinflussen, wie die Gefahr bewertet wird, letztere beiden, wie die Bewältigungsoptionen bewertet werden. Wiederum beeinflusst die Beziehung zwischen Gefahrenbewertung und Bewertung der Bewältigungsoptionen, ob angstkontrollierte oder gefahrenkontrollierte Prozesse ausgelöst werden. Gefahrenkontrollierte Prozesse (hohe Gefahrenwahrnehmung und hohe Bewertung der Bewältigungsoptionen) führen dazu, dass die Nachrichtenempfehlungen wahrgenommen werden und mit Anpassung reagiert wird. Hingegen führen angstkontrollierte Prozesse, die im Gegensatz zu gefahrenkontrollierten Prozessen von einer hohen Gefahrenwahrnehmung, aber niedrigen Bewertung der Bewältigungsoptionen geprägt sind, zu Reaktanz gegenüber der Nachricht (Witte, 1992, zitiert nach Ort & Fahr, 2020, S.345).

Es zeigt sich also, dass negative Botschaften zwar durchaus effektiv wirken, oftmals aber zu negativen Effekten wie Reaktanz führen können. Dadurch wird die Aufnahmefähigkeit gegenüber den Nachrichteninhalten gemindert, in diesem Fall gegenüber den Safer-Sex-Informationen. In weiterer Hinsicht ist aufgrund dieser Literaturrecherche davon auszugehen, dass positive Darstellungsweisen eines Nachrichteninhalts effektiver sind.

Nun hat sich während der Inhaltsanalyse gezeigt, dass diese Merkmale vor allem das subjektive Wissen über Safer Sex betonen. Daher wird für Hypothese 2, die den Unterschied der vermeintlich effektiven Einflüsse auf das Wissen untersucht, zusätzlich zwischen subjektivem Wissen und objektivem Wissen unterschieden. Es wird vermutet, dass die subjektiven Merkmalseinheiten dennoch einen Einfluss auf das objektive Wissen haben, weil durch die positive Darstellung Reaktanz nicht ausgelöst und Aufmerksamkeit aktiviert wird. Es könnte also sein, dass die hinzugefügten Merkmale einen Einfluss auf objektives und subjektives Wissen haben, weil die Merkmale grundsätzlich effektiv sind. Es ist jedoch auch denkbar, dass die Merkmale keinen Einfluss auf das objektive Wissen haben. Dies könnte der Fall sein, da selbst bei einer geringeren Betonung der Merkmale das objektive Wissen weiterhin korrekt vermittelt wird (siehe Hypothese 1). Allerdings könnten diese Merkmale einen großen Einfluss auf das subjektive Wissen haben, da sie vor allem die subjektive Wahrnehmung beeinflussen.

Anhand dieser Erkenntnisse wurde folgende Hypothese aufgestellt:

2. Wenn Teilnehmerinnen mit der manipulierten Aufklärungskampagne konfrontiert werden, dann haben diese Teilnehmerinnen akkurateres Wissen über Safer Sex als Teilnehmerinnen durch die unveränderte Aufklärungskampagne.

Damit ist das literarische Grundgerüst dieser Masterarbeit aufgebaut, im folgenden Kapitel wird sich der Methodenwahl gewidmet.

4. Methode

Die Forschungsfrage samt den Hypothesen wird mithilfe eines Methodenmix aus qualitativer Inhaltsanalyse und quantitativem Experiment in Form einer Online-Umfrage mit Post-Only-Befragung untersucht. Im ersten Schritt wurden 15 deutsche und englische (davon eine englisch-hindi) Safer Sex Kampagnen (Flyer, Poster, Informationsmaterialien etc.) gesammelt und analysiert. Diese wurden mithilfe von Maxqda nach Mayring (2022) analysiert und interpretiert, hierbei wurden Kategorien vorab definiert und den zutreffenden Textstellen zugeordnet. Als Kategorien galten die in der Literatur erprobten Merkmale erfolgreicher Safer Sex Kampagnen. Ziel war es, herauszufinden, welche der empfohlenen Merkmale in den Kampagnen vertreten waren und welche eher selten vorkamen. Zum Abschluss wurde eine Kampagne gewählt, die unverändert und in der verbesserten Version als Stimulus A und B fungierte. Die gewählte Kampagne war der Flyer „Safer Sex – Für lesbische*, bisexuelle, pansexuelle und queere Personen“ von MOSAIK Gesundheit et al. (2024). Gewählt wurde dieser anhand folgender Merkmale:

- Einfachheit (deutschsprachig, einfach lesbar, angemessene Länge),
- Wissensstand (Informationsqualität, Informationsquantität),
- vorhandene Merkmale (Möglichkeit, auf nötige Merkmale zu fokussieren, war gegeben).

Anschließend wurde die Kampagne um jene Merkmale, die nicht vorhanden waren, für Stimulus B bereichert. Dieselbe Institution hat einen ähnlich strukturierten Flyer mit dem Titel „Queer in die Praxis – Dein Manual rund um den Praxisbesuch Für lesbische*, bisexuelle, pansexuelle und queere Personen“ (MOSAIK Gesundheit et al., 2023a) veröffentlicht. Aufgrund dieser vorteilhaften Gegebenheiten wurde dieser Flyer als Kontrollstimulus verwendet.

Im zweiten Schritt wurde der Online-Fragebogen erstellt. Dieser war Teil des Experiments, die Teilnehmerinnen* erhielten randomisiert einen der drei Stimulus-Materialien, anschließend erhielten alle denselben Fragebogen. Die Teilnehmerinnen* konnten anonym und ortsunabhängig an der experimentellen Studie teilnehmen.

4.1. Zielgruppe

Die Zielgruppe des Experiments per Online-Umfrage waren alle Personen, die folgende Punkte erfüllten:

- hat teilweise oder ausschließlich gleichgeschlechtlichen Geschlechtsverkehr (gehabt)

- hat weibliche Geschlechtsorgane = Vulva und Vagina (Cis-Frauen*, Trans-Frauen* nach einer geschlechtsangleichenden Operation, Trans-Männer* vor einer geschlechtsangleichenden Operation, nicht-binäre, genderfluide Personen o.Ä. mit weiblichen Geschlechtsorganen)
- ist über 18 Jahre alt

Um mehr Personen zu erreichen, wurden statt von Frauen von Frauen* gesprochen. Wie bereits besprochen, muss jedoch mitbedacht werden, dass auch hier die Dichotomie zwischen männlich und weiblich repräsentiert wird (Diewald & Steinhauer, 2020), sich aber manche Teilnehmerinnen* nicht mit dem Wort Frau* oder dem Konzept von Weiblichkeit identifizieren. Zum Zeitpunkt der Veröffentlichung der Umfrage war jedoch keine gleichwertige oder bessere Alternative bekannt.

Da es nicht bekannt ist, wie groß die Grundgesamtheit queerer Frauen* tatsächlich ist (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2023, S. 3), konnte demnach auch keine repräsentative Stichprobe verfolgt werden. Es wurde aber eine angemessene Menge an Personen rekrutiert, um aussagekräftige Resultate zu erzielen. Die Umfrage wurde insgesamt 1059-mal geklickt, wobei eigene Klicks sowie wiederholte Klicks inkludiert sind. 325 Personen machten die Umfrage bis zur Seite 3 – hier wurde das Stimulus-Material eingeblendet. Etwa 50 Personen schlossen die Umfrage direkt, einige brachen auch auf weiteren Seiten die Umfrage ab, weswegen vor Bereinigung der Daten 212 Personen die Umfrage vollständig beendeten. Es bewahrheitete sich somit ein typisches Problem von Experimenten dieser und ähnlicher Art, nämlich der Abbruch durch Teilnehmer:innen bei längeren Leseinhalten. Unglücklicherweise ist auch hier von einem gewissen Verzerrungseffekt auszugehen, da nur jene Personen erreicht werden konnten, die sich den Text auch durchgelesen haben. Man könnte dazu die Frage in den Raum werfen, ob es einen Zusammenhang zwischen Vorwissen und Interesse an dem Thema gibt, konkrete Schlüsse können jedoch nicht daraus gezogen werden.

Einige Datensätze mussten gelöscht werden, da ungültige oder problematische Befehle getätigt wurden. So schlossen zwei mutmaßlich erwachsene, heterosexuelle Männer den Fragebogen ab, wobei diese sich auch bewusst als „heterosexuell“, „Mann“ bzw. „normaler Mensch“ bezeichneten. Eine Person identifizierte sich als „Apache Helikopter“, was darauf anspielt, sich über Identitäten abseits der Binärität lustig zu machen, indem man sich als Objekte u.Ä. identifiziert. Einige Personen machten außerdem als Reaktion auf den Asterisk deutlich, dass sie „normale Frauen“ seien. Diese wurden aber nicht aus dem Datensatz gelöscht, da sie den

Anforderungen an die Zielgruppe gerecht wurden. Ungültige Angaben in einem geringen Ausmaß sind ein typisches Problem von freien Textfeldangaben, daher wurden diese so weit wie möglich vermieden. Das war aber bei Angaben zu alternativen Sexualitäten, Geschlechtsidentitäten sowie der Angabe von weiteren Verhütungsmöglichkeiten nicht möglich. Es zeigte sich außerdem, dass zusätzliche, offene Antwortmöglichkeiten einigen Menschen den Raum boten, sich korrekt einzuordnen. So gaben einzelne Personen jeweils an, „Asexuell“, „demi-girl (she/they)“ zu sein. Eine Person gab als alternative Sexualität „If I like it I like it“ [Wenn ich es mag, dann mag ich es] an. In diesem Fall waren offene Textangaben ebenso eine Bereicherung wie ein Ausleseverfahren.

4.2. Untersuchungsmaterial

Als Untersuchungsmaterial der qualitativen Inhaltsanalyse, dem ersten Teil der empirischen Arbeit, wurden 15 Safer Sex Kampagnen aus dem deutschen und englischen Sprachraum sowie eine englisch-indischen Kampagne herangezogen. Hierfür wurde der Begriff Kampagne allgemein gehalten und verschiedene Formen der medialen, textbasierten Informationsdarstellung genutzt, so beispielhaft Plakate, Flyer und Broschüren. Diese Begriffsorientierung überschneidet sich mit folgender Beschreibung von „Kampagne“:

„Der Begriff ‚Kampagne‘ ist keineswegs ein feststehender Ausdruck. [...] Mal ist das [sic] gesamte Wahlkampf eine einzige Wahlkampagne, mal ist schlichtweg fast alles, was Parteien so treiben, eine Kampagne.“ (Plank, 2002, S. 65)

Zwar spricht dieses Paper von politischen Kampagnen, dennoch kann die grundsätzliche Aussage, dass das, was unter dem Begriff „Kampagne“ fällt, weit gefasst werden kann, auch für Informationskampagnen und weiters Gesundheitskampagnen verwertet werden. Es wurden ausschließlich schriftliche Inhalte untersucht, graphische o.Ä. Darstellungen wurden für die Inhaltsanalyse ignoriert.

Safer Sex Kampagnen, die sich (ausschließlich) an queere Frauen* richten, sind insofern wichtig, als dass die darin dargestellten Informationen von der Zielgruppe anerkannt werden. Ein zentraler Grund, warum das Wissen von queeren Frauen* über Safer Sex teilweise ungenau ist, liegt darin, dass diese innerhalb von Informationskampagnen nicht mit angesprochen werden (Power et al., 2009). Für diese Masterarbeit konnten 15 Kampagnen (im weitesten Sinne) identifiziert werden, die sich an queere Frauen* richten. Eine dieser Kampagnen wurde stellvertretend für die bereits existierenden Kampagnen herangezogen und im zweiten Teil der empirischen Untersuchung, und zwar im quantitativen Experiment, untersucht. Es wurde erforscht, inwiefern die bereits existierenden Kampagnen im Vergleich zu einer verbesserten

Kampagne sowie einer themenfremden Kampagne (Kontrollstimulus) zu akkuratem Wissen führen.

4.3. Qualitative Inhaltsanalyse

Nachdem die Literaturrecherche abgeschlossen wurde, konnte folgende Liste an Merkmalen festgestellt werden:

- Selbstwirksamkeit
- Betonung von Vergnügensförderung
- Positive Darstellung
- Akkurate und vertrauenswürdige Information
- Involviertheit in die Thematik
- Herstellung des Gefühls von Nutzen

Es wurden 15 Safer Sex Kampagnen untersucht. Hierbei handelte es sich um acht deutschsprachige Kampagnen, sechs englischsprachige und eine englisch/hindi-sprachige Kampagne. Alle Kampagnen wurden in ihrer Originalsprache analysiert.

Die Kampagnen wurden transkribiert und mithilfe von Maxqda nach Mayring (2022) analysiert. Die Ergebnisse der qualitativen Inhaltsanalyse können im Kapitel 5.1. Qualitative Inhaltsanalyse betrachtet werden.

Anschließend wurden die Kampagnen interpretiert und die Merkmale nach ihrem Vorkommen (= Anzahl an Codes) aufgelistet. Dabei zeigte sich, dass folgende zwei Merkmale am seltensten vorkamen:

- Betonung von Vergnügensförderung
- Herstellung des Gefühls von Nutzen

Außerdem wurde das Merkmal „positive Darstellung“ für die weitere Untersuchung im quantitativen Experiment ausgewählt, da negative Darstellung praktisch gleichermaßen stark vorhanden war (39 pos. vs. 37 neg.). Diese Merkmale waren entscheidend für den zweiten Schritt des empirischen Teils dieser Masterarbeit, nämlich die quantitative experimentelle Umfrage.

4.4. Operationalisierung Merkmalscodierung

Jene Merkmale, die für die Inhaltsanalyse zusammengetragen wurden, sind allesamt latente Variablen. Damit war es wichtig, die Merkmale bereits vor der eigentlichen Inhaltsanalyse zu operationalisieren, um verdeutlichen zu können, nach welchen Regeln kodiert wurde.

Selbstwirksamkeit kann als Erfahrung definiert werden, bei der die eigenen Handlungen eine Wirkung im Außen erzielen (Plohr, 2023, S. 45) So versteht sich Selbstwirksamkeit in dieser Masterarbeit insofern, dass Teilnehmerinnen* über korrekte Verhütung aufgeklärt werden oder darin bestärkt werden, zu verhüten. Diese war entweder vorhanden (= Kodierung) oder nicht vorhanden (= keine Kodierung).

Die Betonung der Vergnügensförderung wurde dahingehend operationalisiert, dass das Vergnügen im Kontext von Safer Sex hervorgehoben wird. Außerdem wurde kodiert, wenn betont wurde, dass Verhütung Sex nicht unangenehmer macht bzw. keine sensorischen Einschränkungen passieren. Wurde hingegen Safer Sex mit Vergnügensminderung, sensorischen Einschränkungen u.Ä. verbunden, wurde der Parallelcode „Betonung von Vergnügensminderung“ kodiert.

Positive Darstellung wurde unter folgenden Gesichtspunkten kodiert: Safer Sex wurde freudbetont oder spaßbetont beschrieben, Schutz wurde dem Risiko und Verhütungsmittel der Ansteckungsmöglichkeit vorgezogen. Wurde hingegen angstbetont beschrieben und das Risiko dem Schutz und die Ansteckungsmöglichkeit dem Verhütungsmittel vorgezogen, wurde mit dem Parallelcode „negative Darstellung“ kodiert.

Akkurate und vertrauenswürdige Information wurde zweierlei verstanden. Einerseits ging es darum, Informationen so zu vermitteln, dass diese als akkurat und vertrauenswürdig verstanden werden können. Andererseits sollten die übermittelten Informationen faktisch korrekt sein. Dies wurde an der Literatur festgemacht. Wurden Informationen vermittelt, die nicht als akkurat und vertrauenswürdig verstanden werden können sowie falsche Informationen verbreitet, wurde der Parallelcode „falsche und unsichere Information“ kodiert.

Involviertheit in die Thematik bedeutet, dass die Leserinnen* aufgrund ihrer Sexualität in die Nutzung von Safer Sex inkludiert wurden. Das war entweder vorhanden (= Kodierung) oder nicht vorhanden (= keine Kodierung).

Das letzte Merkmal war die Herstellung des Gefühls von Nutzen. Hier ging es darum, den Begriff „nützlich“ o.Ä. in Verbindung mit Safer Sex zu bringen. Ebenfalls fielen Begriffe wie wertvoll, unbeschwert etc. darunter. Ein Musterbeispiel ist die Wortreihenfolge „so kannst du ...“, da mit dieser ausgedrückt wird, sich selbst einen Nutzen daraus zu holen. Die Herstellung des Gefühls von Nutzen war entweder vorhanden (= kodiert) oder nicht vorhanden (= nicht kodiert).

Die Merkmale wurden nach Mayring (2022) kategorisiert sowie nach Paragraphen kodiert. Das bedeutet, es wurde vorab ein Codeschema kreiert, an dem sich orientiert wurde, gegebenenfalls konnten sich im Prozess weitere Ausprägungen (= in diesem Fall Merkmale) bilden sowie Ausprägungen exkludiert werden. Unter diesen Umständen war das aber nicht nötig, da gerade auf ebendiese Merkmale untersucht wurde. Das Codeschema kann im Anhang gefunden werden, die Ergebnisse der Inhaltsanalyse werden im Kapitel 5.1. Qualitative Inhaltsanalyse präsentiert.

4.5. Quantitativer experimenteller Fragebogen

Das Kernstück dieser Arbeit ist das quantitative Experiment in Form einer Online-Umfrage. Nachdem die Inhaltsanalyse abgeschlossen war, wurde eine Kampagne ausgesucht, die als Stimulus-Material weiter genutzt wurde. Es wurde sich für die Kampagne „Safer Sex – Für lesbische*, bisexuelle, pansexuelle und queere Personen“ von MOSAIK Gesundheit et al. (2024) entschieden. Stimulus A ist die unveränderte, echte Kampagne von MOSAIK Gesundheit et al (2024). Stimulus B ist die veränderte, eventuell verbesserte Version. Eine detaillierte Beschreibung über diesen Arbeitsschritt ist im Kapitel 4.7. Stimulus-Material zu finden. Anschließend wurde der Fragebogen entwickelt, hierfür wurde die Web-Application Soscisurvey genutzt. Darin enthalten waren die Abfrage der soziodemographischen Daten, ein Abriss des Verhütungsverhaltens sowie die Wissensfragen. Für letzteren Punkt wurden insgesamt 30 Items (=Aussagen über Safer Sex) erstellt. Diese dienten dazu, das Wissen über Safer Sex nach Rezeption einer der drei Kampagnen (Stimulus A, Stimulus B, Kontrollstimulus) zu erfassen. Die Items mussten jeweils entweder mit „stimmt“ oder „stimmt nicht“ beantwortet werden. Sinn dieser Entweder-oder-Einteilung war es, eine eindeutige Antwort aus den Teilnehmerinnen* herauszulocken und wenig Raum für Uneindeutigkeit zu lassen. Hätte man beispielsweise eine dritte Variable „ich weiß nicht“/„sowohl als auch“ oder eine Likert-Skala genutzt, hätten die Teilnehmerinnen* möglicherweise öfter davon Gebrauch gemacht, anstatt eine klare Antwort zu liefern. Die Items wurden so gewählt, dass pro Item eine Antwort eindeutig stimmt und eine nicht stimmt. 15 Items zählten als objektives Wissen, 15 Items als subjektives Wissen. Eine detaillierte Darstellung der Items sowie Operationalisierung liefert das darauffolgende Kapitel 4.6. Operationalisierung Wissens-Items.

Nachdem der Fragebogen finalisiert und veröffentlicht wurde, wurden die Teilnehmerinnen* rekrutiert. Sie wurden online per Link in diversen Foren auf WhatsApp, Facebook und Studo auf die Umfrage aufmerksam gemacht. Außerdem wurde die Veröffentlichung des Fragebogens bewusst in den Juni gelegt, der unter queeren Personen auch als Pride-Month [Monat des

Stolzes] gilt (Tandon et al., 2021). Im Juni finden diverse Veranstaltungen statt, die queere Sexualitäten und Geschlechtsidentitäten feiern (Tandon et al., 2021), unter anderem die Vienna Pride Parade. Teilnehmerinnen* wurden auf den Paraden in Wien und Wiener Neustadt per Plakat und QR-Code rekrutiert. Diese wurden per Plakat auf die Studie aufmerksam gemacht und dann zur Forscherin gebeten, wo sie anschließend einen QR-Code scannen konnten, der sie direkt zur Umfrage weiterleitete. Anhand der Rücklaufstatistik von Soscisurvey zeigte sich, dass bei diesen beiden Veranstaltungen ein beachtlicher Teil der Teilnehmerinnen* gesammelt werden konnte.

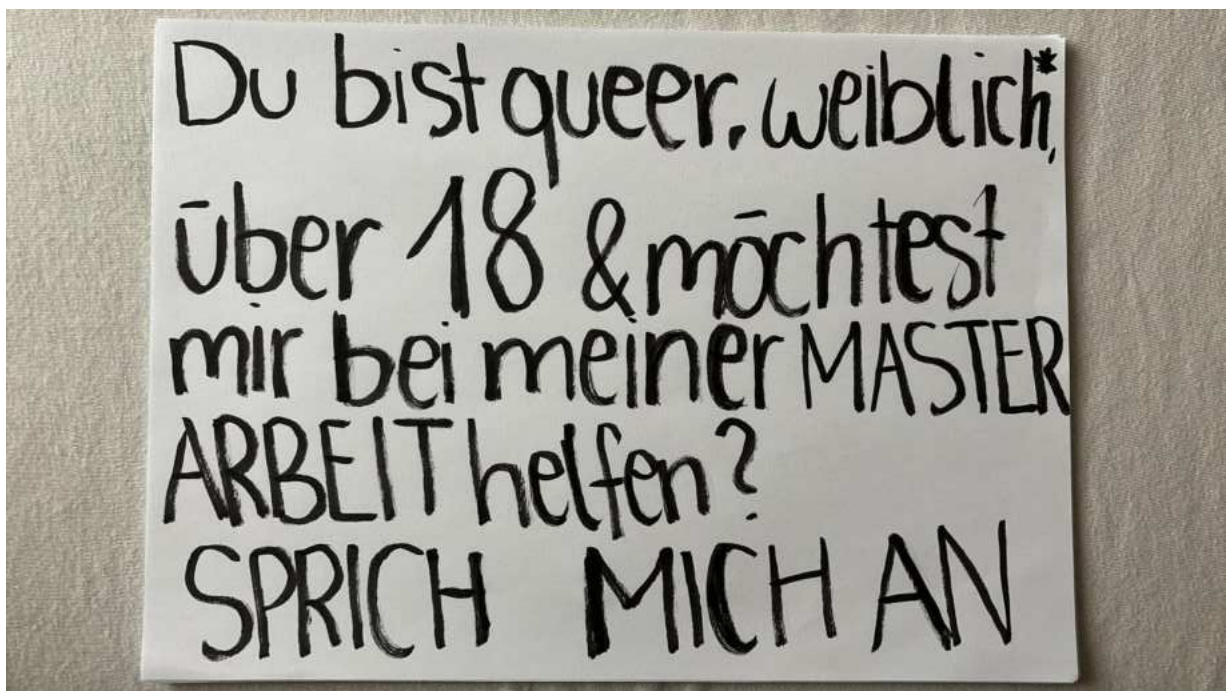


Abbildung 1: Nachbildung des Plakats für die Pride Paraden in Wiener Neustadt und Wien

Gleich zu Beginn wurden die Teilnehmerinnen* über das ungefähre Thema der Umfrage aufgeklärt. Nicht alle Informationen wurden von Anfang an bereitgestellt, um potenzielle Verzerrungseffekte zu minimieren. Die Teilnehmerinnen* wurden außerdem über den verwendeten Asterisk informiert. Danach bekam jede Teilnehmerin* randomisiert einen der drei Stimulus-Materialien zu lesen. Sie wurden darauf hingewiesen, den Text aufmerksam zu lesen. Anschließend wurden die 30 Wissens-Items abgefragt.

Es wurde sich für eine Post-Only-Befragung entschieden, damit Verzerrung, Priming, Framing oder jegliche Richtungslenkung minimiert werden konnten. Ein Kritikpunkt ist, dass gerade der kurzzeitige Medienkonsum zu Verzerrung führt, da man möglicherweise anders geantwortet hätte, wenn man auf die Thematik vorbereitet worden wäre. Ein weiteres Manko ist, dass dadurch der Wissensstand vor der Medienrezeption unklar bleibt. Insgesamt ist die Post-Only-

Befragung jedoch der passendste Weg für diese Forschungsarbeit. So kann durch die randomisierte Zuteilung der Teilnehmerinnen* davon ausgegangen werden, dass sich Personen mit unterschiedlichem Vorwissen, Einstellungen und Verhalten in den Gruppen wiederfinden.

Nach Beendigung des Umfragezeitraums und Bereinigung des Datensets wurden 200 vollständige Datensätze identifiziert. Diese wurden zuerst in Excel heruntergeladen und dann in einem weiteren Schritt statistisch in IBM SPSS® Statistics 27 untersucht.

4.6. Operationalisierung Wissens-Items

Dieses Kapitel beschreibt die Operationalisierung der latenten Variablen „objektives Wissen“ und „subjektives Wissen“.

Die Variable „Wissen“ wurde in zwei Untervariablen aufgeteilt: objektives und subjektives Wissen. Objektives und subjektives Wissen stellen jeweils 15 der 30 Wissens-Items dar. Alle Aussagen wurden positiv beschrieben, um eine etwaige Verzerrung durch gemischtes Wording zu vermeiden. Eine negative Beschreibung (= „nicht“-Struktur der Sätze) wurde außerdem daher vermieden, um die von der Literatur empfohlene positive Darstellung von Safer Sex zu verstärken. Hat man Stimulus A gelesen, lassen sich alle objektiven Wissens-Items im Text wiederfinden. Im Stimulus B sind sowohl alle objektiven Wissens-Items als auch alle subjektiven Wissens-Items erhalten. In der Kontrollgruppe lässt sich keines der 30 Items zurückverfolgen. Alle Items stützen sich also auf Informationen aus der originalen Kampagne von MOSAIK Gesundheit et al. (2024) sowie auf Informationen, die in den weiteren 14 Kampagnen verbreitet wurden.

Die 15 objektiven Items sind:

- Frauen*, die mit Frauen* Sex haben, können sich mit sexuell übertragbaren Krankheiten anstecken.
- Verhütung ist nur notwendig, um eine Schwangerschaft zu verhindern.
- HIV ist bei sexuellem Kontakt zwischen Frauen* übertragbar.
- Anstelle zu verhüten kann man sich auch alle paar Wochen beim Arzt/ bei der Ärztin durchchecken lassen.
- Herpes ist bei sexuellem Kontakt zwischen Frauen* übertragbar.
- Verhütung ist nur notwendig, wenn man Verletzungen und Wunden am Körper hat.
- Sexpartnerinnen* können Dildos und Vibratoren ohne Weiteres teilen.
- Dental Dams (= Lecktücher) schützen bei Oralverkehr vor sexuell übertragbaren Krankheiten.

- Kondome sind eine gute Alternative zu Dental Dams (= Lecktücher).
- Alufolie ist eine gute Alternative zu Dental Dams (= Lecktücher).
- Bauchschmerzen können ein Symptom von Geschlechtskrankheiten sein.
- Juckreiz der Vulva kann ein Symptom von Geschlechtskrankheiten sein.
- Bei manueller Stimulation (z.B. fingern) können Plastiksackerl als nützliches Verhütungsmittel verwendet werden.
- Bei manueller Stimulation (z.B. fingern) können Einmalhandschuhe als nützliches Verhütungsmittel verwendet werden.
- Verhütungsmittel wie Kondome oder Toy Cover (= Abdeckung für Dildos und Vibratoren) sind bei Penetration mit Dildo oder Vibrator nur notwendig, wenn man zwischen Anus und Vagina wechselt.

Nicht alle Aussagen sind wahr, so sind in etwa die Hälfte der Aussagen falsch (Aussage zwei, Aussage vier, Aussage sechs, Aussage sieben, Aussage zehn, Aussage 13, Aussage 15). Die Reihenfolge wurde randomisiert, das bedeutet, dass jede Teilnehmerin* eine andere Reihenfolge erhielt. Die Aussagen zielen außerdem darauf ab, in etwa gleichmäßig stark Teilgebiete der Verhütung abzudecken. So beschreiben Aussage eins, Aussage drei und Aussage fünf den Bereich Ansteckungspotenzial, während Aussage zwei, Aussage vier und Aussage sechs den Bereich Verhütungspotenzial abdecken. Aussage elf und Aussage 12 decken den Bereich Krankheitssymptome ab. Die verbleibenden Aussagen (acht, neun, zehn, 13, 14, 15) betreffen den Bereich Verhütungsoptionen und -mittel.

Die latente Variable subjektives Wissen wurde operationalisiert in Bezug auf Ansteckungsrisiken, Verhütungspotenziale, Krankheitssymptome sowie Verhütungsoptionen und -mittel.

Die 15 subjektiven Items sind:

- Verhütung beim Sex zwischen Frauen* erhöht die Unbeschwertheit.
- Verhütung beim Sex zwischen Frauen* hat mehr Vorteile als Nachteile.
- Verhütungsmittel wie Fingerlinge (= kurze Fingerkappen) stören, wenn man seine Sexpartnerin* manuell stimuliert (z.B. fingert).
- Verhütungsmittel wie Kondome stören, wenn man seine Sexpartnerin* mit einem Dildo oder Vibrator penetriert.
- Verhütungsmittel wie Dental Dams (= Lecktücher) stören, wenn man seine Sexpartnerin* oral befriedigt.

- Verhütung beim Sex zwischen Frauen* erhöht das Lustgefühl.
- Verhütung beim Sex zwischen Frauen* ist angsteinflößend.

Verhütung beim Sex zwischen Frauen* ist...

- lustfördernd
- ein Stimmungskiller
- unangenehm
- anstrengend
- die Mühe wert
- nützlich
- unwichtig
- spannend

Im Vergleich zum objektiven Wissen ist der Wahrheitsgehalt der Aussagen nicht ganz eindeutig. So handelt es sich hierbei um die subjektiv wahrgenommene Wahrheit der Aussagen. Dennoch stützen sich die Aussagen auf Empfehlungen und normative Erwartungen. Daher sind folgende Aussagen falsch: Aussage drei, Aussage vier, Aussage fünf, Aussage sieben, Aussage neun, Aussage zehn, Aussage elf und Aussage 14. Die Aussagen zielen außerdem darauf ab, gleichermaßen die drei ausgewählten Merkmale Betonung von Vergnügensförderung, Herstellung des Gefühls von Nutzen und positive Darstellung abzudecken. So decken Aussage zwei, Aussage sieben, Aussage 14 und Aussage 15 das Merkmal „positive Darstellung“ ab, während die Aussagen drei, vier und fünf sowie Aussage elf, Aussage 12 und Aussage 13 das Merkmal „Herstellung des Gefühls von Nutzen“ betreffen. Betonung von Vergnügensförderung wird mit den Aussagen eins und sechs sowie den Aussagen acht, neun und zehn beschrieben.

4.7. Stimulus-Material

Ein zentraler Bestandteil ist das Stimulus-Material. Es wird mit zwei Versionen einer Kampagne gearbeitet. Hierfür wurde der Flyer „Safer Sex – Für lesbische*, bisexuelle, pansexuelle und queere Personen“ von MOSAIK Gesundheit et al. (2024) herangezogen. Die textbasierten Informationen wurden transkribiert. Stimulus A ist der unveränderte Flyer.

Für Stimulus B wurde derselbe Text herangezogen, wobei bestimmte Stellen verändert, beziehungsweise hinzugefügt wurden. Das wurde anhand der Merkmale effektiver Safer Sex Kampagnen gemacht, wobei sich auf die drei Merkmale Betonung von Vergnügensförderung, Herstellung des Gefühls von Nutzen und positive Darstellung fokussiert wurde. Zwei dieser Merkmale waren grundsätzlich in allen Kampagnen am seltensten gegeben, während die

positive Darstellung ebenso häufig vorhanden war wie die negative Darstellung. In dieser Kampagne speziell dominierte zwar insgesamt eine positive Darstellung, das Informationsmaterial war ansonsten allerdings nur minder vergnügensbetont und stellte kaum das Gefühl von Nutzen her. Die restlichen Merkmale waren hingegen deutlich vorhanden. Daher diente der Text als Musterbeispiel zur Verbesserung von Safer-Sex-Kampagnen. Für diesen Zweck wurde wie folgt vorgegangen:

Es wurde darauf geachtet, den Text positiv zu formulieren. Dabei wurde auf den Spaß hingewiesen, „nicht“-Formulierungen vermieden und auf den Schutzfaktor statt auf den Risikofaktor verwiesen. Es wurde betont, dass Verhütung einfach und spannend ist. Geäußert wurde das in folgenden Aussagen:

„Es gibt viele Möglichkeiten, sich vor sexuell übertragbaren Infektionen zu schützen, meistens geht das ziemlich einfach und macht zudem auch Spaß! Sexuell übertragbare Infektionen wie HIV, Hepatitis (A, B und C), Chlamydien, Herpes, HPV, Gonokokken/Tripper oder Syphilis können je nachdem über Blut, Sperma, Speichel, Vaginal- bzw. Analflüssigkeit oder Stillmilch übertragen werden. Ein Ansteckungsrisiko gibt es immer, auch wenn du nur mit einer Person Sex hast oder wenn es dein erstes Mal ist, aber es gibt viele spannende Wege, Sex sicherer zu gestalten.“ (Stimulus B, Zeile 25-30)

„Denn wieso sollten nur Penisse den Spaß haben, Kondome und Co. zu tragen? Auch unsere Finger wollen sich bekleiden!“ (Stimulus B, Zeile 61-62)

Betonung von Vergnügensförderung wurde hergestellt, indem Begriffe wie „Unbeschwertheit“, „Lust“, „Leichtigkeit“ mit Safer Sex in Verbindung gebracht wurden. Geäußert wurde das in folgenden Sätzen:

„Denn für viele ist Sex unbeschwerter und damit automatisch lustvoller, wenn man sich schützt.“ (Stimulus B, Zeile 35-36)

„Weil sie so dünn sind, fühlen sie sich auch noch dazu gut an. Hilfreich sind Lecktücher für euch vor allem dann, wenn ihr mehr Leichtigkeit beim Oralsex verspüren möchtet.“ (Stimulus B, Zeile 51-53)

„Es dauert keine Minute, das Toy Cover oder Kondom zu wechseln, noch dazu hat es keine negativen Auswirkungen auf euer Lustempfinden - im Gegenteil: Durch die

befeuchtete Schicht auf Toy Cover und Kondomen sind Dildos und Vibratoren noch angenehmer beim Einführen.“ (Stimulus B, Zeile 80-83)

*„Also: Egal ob mit Lecktuch, Fingerling oder Toy Cover, so machst du Sex für dich und deine Sexpartner*innen sicherer und sorgenfreier.“ (Stimulus B, Zeile 84-85)*

Das Gefühl von Nutzen wurde hergestellt, indem darauf hingewiesen wurde, dass und warum Safer Sex gegenüber ungeschütztem Sex Vorteile mit sich bringt, obwohl kaum Aufwand damit verbunden ist. Hierfür wurden folgende Sätze erstellt:

„Die Menstruation ist kein Grund, keinen Oralverkehr zu haben. Schutz ist aber hier besonders wichtig, denn schon durch kleine Wunden an Mund und/ oder Genitalien können HIV und andere STI übertragen werden. Aber auch abseits von der Menstruation ist das Lecktuch nützlich beim Sex.“ (Stimulus B, Zeile 43-46)

*„Ob Fingerling oder ungepuderte Einmalhandschuhe, es ist sinnvoll, sie beim Sex zu nutzen, denn sie fallen kaum auf und haben dafür umso mehr Vorteile für deine Gesundheit bzw. die deiner Sexpartner*innen.“ (Stimulus B, Zeile 62-64)*

„Denn dein Körper ist es wert, geschützt zu werden - vor, während und nach dem Sex! (Stimulus B, Zeile 99-100)

Viele dieser Sätze wurden aus den analysierten Kampagnen übernommen. Da diese Studie letztendlich das Ziel verfolgt, insbesondere bei den Teilnehmerinnen* Wissen zu vermitteln, wurden bewährte Formulierungen aus anderen Kampagnen (in angepasster Form) übernommen. Hierbei ein Beispiel zur Veranschaulichung. Aus *„Dental dams can feel great! They are very thin“ [Lecktücher fühlen sich gut an! Sie sind sehr dünn]* (Kampagne 10, Zeile 7) wurde *„Zudem fühlen sich Lecktücher gut an, denn sie sind sehr dünn“*. Sowie *„Für viele ist Sex unbeschwerter, wenn er sicherer ist“* (Kampagne 9, Zeile 74), der in *„Denn für viele ist Sex unbeschwerter, wenn er sicherer ist“* abgeändert wurde. Es sei auch erwähnt, dass die Zuordnung der Sätze zu einzelnen Merkmalen nicht ohne Überschneidung verläuft, da diese Merkmale ineinandergreifen und einige Sätze mehrere Merkmale zusammenfassen können. Dennoch wurde eine etwaige Einordnung geplant, um alle Merkmale einigermaßen gleichmäßig abzudecken.

Diese beiden Versionen eines Informationsmaterials wurden erarbeitet und gegenübergestellt, um zu untersuchen, ob es signifikante Unterschiede im akkuraten Wissensbestand gibt, je nachdem, welchen Text man gelesen hat. Außerdem wurde ein dritter Stimulus, der

Kontrollstimulus hinzugezogen, um zu untersuchen, ob es einen Unterschied im akkuraten Wissensbestand gibt, je nachdem, ob man eine Safe Sex Kampagne gelesen hat oder nicht. Hierfür wurde ein Flyer von MOSAIK Gesundheit et al. (2023a) über ärztliche Praxisbesuche von queeren Personen ausgewählt. Dieser Text wurde gewählt, da er von der Länge und vom Schreibstil dem eigentlichen Stimulus sehr nahekommt und so etwaige Drittvariablen, die einen signifikanten Unterschied verursachen könnten, vermieden werden (können). Außerdem ist der Text von derselben Institution und behandelt ebenfalls ein Thema, dass queere Frauen* betrifft, was für genau diesen Flyer als Kontrollstimulus spricht. Es war entscheidend, dass der Text jedoch keinen expliziten Bezug zu Safer Sex hatte.

Die Teilnehmerinnen* wurden randomisiert einer der drei Gruppen zugeteilt. Während Gruppe A den unveränderten Stimulus erhält, bekommt Gruppe B die veränderte Verhütungskampagne. Gruppe C erhält den Kontrollstimulus. Die finalen Stimuli kann man im Anhang finden. Im nachfolgenden Kapitel werden die Ergebnisse beider empirischen Teile präsentiert.

4.8. Pre-Test

Vorab wurde die Umfrage im Rahmen eines Pre-Tests auf mögliche Fehler untersucht. Hier wurde eine Handvoll zielgruppenspezifische Teilnehmerinnen* gesucht, die die Umfrage so machten, als wären sie gewöhnliche Teilnehmerinnen*. Danach wurden diese um Feedback gebeten. Nachdem der Pre-Test abgeschlossen war, wurde die Umfrage verbessert und ging ins Feld, der Datensatz wurde bereinigt.

5. Ergebnisse

Im Anschluss werden die Ergebnisse des Methodenmix präsentiert. In Kapitel 5.1. wird ausführlich über die qualitative Inhaltsanalyse berichtet, anschließend findet die Ergebnisdarstellung des Herzstücks dieser Masterarbeit, und zwar des quantitativen Experiments in Form einer Online-Umfrage, statt. Das Codesystem, die Transkripte sowie das Stimulus-Material können im Anhang gefunden werden. Die Transkripte wurden um Unwichtiges reduziert, so wurde das Impressum sowie Kapitel, die nicht von Safer Sex handelten, nicht transkribiert.

5.1. Qualitative Inhaltsanalyse

Es wurden insgesamt 15 Safer-Sex-Kampagnen (deutsch, englisch und englisch-hindi) transkribiert und nach Mayring (2022) in Maxqda analysiert. Im Rahmen der Ergebnisdarstellung werden die wichtigsten Erkenntnisse beschrieben und in einem weiteren Schritt interpretiert. Ziel dieser Inhaltsanalyse war es, herauszufinden, welche Merkmale effektiver Safer Sex Kampagnen in den existierenden Kampagnen vorhanden sind und welche hingegen nur mangelhaft vorkommen. Zusätzlich wurde analysiert, in welcher Form diese Merkmale üblicherweise zum Ausdruck gebracht werden. Dieser Schritt war insofern wichtig, um herauszufinden, auf welche Merkmale für das Stimulus-Material überhaupt geachtet werden muss.

Folgende Codes wurden schon vorab definiert:

- Merkmale der Kampagnen
- Formales

In der folgenden Tabelle ist zu erkennen, dass insgesamt 531 Codes gefunden wurden. Die Anzahl der Codes pro Kampagne variiert stark, das hängt unter anderem damit zusammen, dass die Kampagnen sehr unterschiedlich lang sind und dadurch unterschiedlich ausführlich über Safer Sex informieren. So hat die kürzeste Kampagne (Kampagne 11) nur vier Absätze, dementsprechend konnten nur neun Codes gefunden werden, wobei sechs Formales darstellen. Die längste Kampagne hat hingegen 68 Absätze und 80 Codes. Durchschnittlich hatte jede Kampagne 35,5 Codes.

Liste der Dokumente	#
Dokumente	531
Kampagne 15	11
Kampagne 14	22
Kampagne 13	52
Kampagne 12	27
Kampagne 11	9
Kampagne 10	17
Kampagne 9	79
Kampagne 8	42
Kampagne 7	11
Kampagne 6	64
Kampagne 5	72
Kampagne 4	24
Kampagne 3	31
Kampagne 2	59
Kampagne 1	11

Tabelle 2: Liste der Codes pro Kampagne

Nach folgenden Kodierregeln wurde gearbeitet: Die Kodierung erfolgte grundsätzlich pro Absatz, um Redundanz zu vermeiden. Typischerweise wird innerhalb eines Absatzes ein Thema behandelt, daher wurde der gesamte Absatz und nicht jeder einzelne Satz mit einem Code versehen. Gleichzeitig sollten ausführliche Darstellungen eines Themas über mehrere Absätze hervorgehoben werden und nicht innerhalb eines Codes vermerkt werden, daher kam es auch vor, dass mehrmals hintereinander dasselbe Merkmal kodiert wurde. Wurde jedoch zwischen Themen gewechselt oder mehrere Merkmale innerhalb eines Absatzes beschrieben, wurden auch innerhalb eines Absatzes mehrere Codes versehen.

Die Merkmale der Kampagnen umfassen diese Ausprägungen:

- Selbstwirksamkeit
- Betonung auf Vergnügensförderung
- Betonung auf Vergnügensminderung
- Positive Darstellung
- Negative Darstellung
- Akkurate und vertrauenswürdige Information
- Falsche und unsichere Information
- Involviertheit in die Thematik
- Herstellung des Gefühls von Nutzen

Das Formale umfasst folgende Ausprägungen:

- Titel
- Kampagnennummer
- Erscheinungsland
- Erscheinungsjahr
- Sprache
- Quelle

Bevor die Merkmale der Kampagnen besprochen werden, wird kurz auf die formalen Ausprägungen eingegangen.

Die Titel weisen allesamt bereits bei erster Betrachtung einen Hinweis darauf auf, dass es sich bei der Kampagne (Flyer, Broschüre, Information, Plakat etc.) um eine Safer Sex Information handelt. Als Beispiel seien hier der Titel „*Guter Sex für alle aber sicher*“ (Kampagne 2, Zeile 3) und „*Safe Sex for queer women? Yes, Yes, Yes! Many ways to have sex, many ways to stay safe!*“ (Kampagne 5, Zeile 3) genannt.

Bei der Kampagnennummer handelt es sich um eine Nummerierung der Kampagnen von 1-15, da es insgesamt 15 Kampagnen gibt, die analysiert wurden.

Acht der fünfzehn Kampagnen sind im deutschsprachigen Raum erschienen (Österreich zwei, Deutschland vier, Schweiz zwei), die restlichen sieben im englischsprachigen Raum (Großbritannien vier, Kanada eins, Australien eins) sowie in Indien. Es zeigt sich also, dass die Kampagnen vorwiegend aus Europa stammen, nur drei der 15 Kampagnen stammen aus anderen Kontinenten.

Erschienen sind die Kampagnen in einem Zeitraum von 1992 (Kampagne 15) bis 2024 (Kampagne zwei und drei). Kampagne 15 ist die deutlich älteste Kampagne, die zweitälteste Kampagne ist Kampagne sieben, die in 2010 erschienen ist. Es zeigt sich damit, dass die Kampagnen hauptsächlich in den 2010er-Jahren erschienen sind und damit noch recht jung sind. Drei Kampagnen konnten keinem Jahr zugewiesen werden, da kein Verweis vermerkt wurde, diese waren Kampagne 13, Kampagne zehn und Kampagne acht.

Wie zuvor erwähnt, waren sieben der Kampagnen in englischer und acht in deutscher Sprache verfasst.

Die Quelle wurde kodiert, um herauszufinden, wer die Auftraggeber:innen der Kampagnen sind. Es zeigte sich, dass hauptsächlich Institutionen wie MOSAIK Gesundheit et al.

(Kampagne drei und Kampagne 12), das Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (Kampagne eins) oder die AIDS-Hilfe Hamburg e.V. (Kampagne sechs) Herausgeber:innen der Safer Sex Kampagnen sind.

Nun werden die Kampagnen detailliert auf die untersuchten Merkmale analysiert und interpretiert. Anhand der Tabelle zeigt sich, dass 441 Merkmal-Codes vorhanden sind.

Liste der Merkmale	#
Merkmale von Kampagnen	441
Selbstwirksamkeit	166
Betonung von Vergnügensbetonung	14
Betonung von Vergnügensminderung	3
Positive Darstellung	39
Negative Darstellung	37
Akkurate und vertrauenswürdige Information	108
Falsche und unsichere Information	31
Involviertheit in die Thematik	27
Herstellung des Gefühls von Nutzen	16

Tabelle 3: Anzahl der Kodierungen jedes Merkmals

Anhand dieser Grafik wird bereits deutlich, welche Merkmale eher häufiger vorkamen und welche Merkmale eher seltener vorkamen. So ist der insgesamt Trend, dass Selbstwirksamkeit und akkurate und vertrauenswürdige Information die deutlich häufigsten Merkmale sind. Selbstwirksamkeit stellt dabei das häufigste Merkmal da, so wurde es 166-mal kodiert und ist damit knapp 60-mal öfter kodiert worden als das Merkmal akkurate und vertrauenswürdige Information, das insgesamt 108-mal kodiert wurde. Selbstwirksamkeit war entweder vorhanden oder nicht, wurde also nur bei Vorhandensein kodiert. Akkurate und vertrauenswürdige Information hat hingegen einen Gegenpol, nämlich falsche und unsichere Information. Dieser kam 31-mal vor und war damit klar seltener vorhanden als akkurate und vertrauenswürdige Information. Spannenderweise war falsche und unsichere Information dennoch öfter vorhanden als die seltensten positiven Merkmale (Betonung von Vergnügensförderung, Herstellung des Gefühls von Nutzen und Involviertheit in die Thematik). Dennoch kam es deutlich seltener vor als akkurate und vertrauenswürdige Information, weswegen das Ergebnis lautet: Die beiden effektiven Merkmale Selbstwirksamkeit und akkurate und vertrauenswürdige Information kommen tatsächlich häufig in den Kampagnen vor.

Daraus folgend wurden alle weiteren Merkmale deutlich seltener gefunden, das nächsthäufigste und damit dritte Merkmal ist die positive Darstellung. Dieses Merkmal wurde insgesamt 39-mal kodiert. Spannenderweise wurde das Pendant, die negative Darstellung fast genauso oft, und zwar 37-mal kodiert. Damit wurde festgestellt: Positive Darstellung kommt nicht ausreichend oft in den Kampagnen vor, da die negative Darstellung gleich stark ist und diese sich gegenseitig aufheben.

Das vierthäufigste Merkmal ist Involviertheit in die Thematik, dieses kam 27-mal vor und damit über 10-mal häufiger als der vorletzte und letzte Platz. So wurde die Herstellung des Gefühls von Nutzen 16-mal kodiert, die Betonung von Vergnügensförderung 14-mal. Während die Involviertheit in die Thematik sowie die Herstellung des Gefühls von Nutzen entweder vorhanden oder nicht vorhanden sind, also kodiert oder nicht kodiert werden konnten, hatte die Betonung von Vergnügensförderung das Gegenstück Betonung von Vergnügensminderung, das 3-mal kodiert und damit am seltensten wahrgenommen wurde. Da bereits die positive Darstellung ein Merkmal darstellt, das unzureichend wahrgenommen wurde, ergab dies folgendes Ergebnis: Während Involviertheit in die Thematik als ausreichend empfunden wird, werden die Betonung von Vergnügensförderung sowie Herstellung des Gefühls von Nutzen als nicht ausreichend empfunden und somit in das Repertoire der zu ergänzenden Merkmale aufgenommen.

Zusammengefasst lässt sich also sagen, dass Selbstwirksamkeit, akkurate und vertrauenswürdige Information sowie die Involviertheit in die Thematik ausreichend vorkommen, während die positive Darstellung, Betonung von Vergnügensförderung sowie die Herstellung des Gefühls von Nutzen nicht ausreichend vorkommen. Daher werden letztere drei Merkmale in den Stimulus B ergänzt.

Nun wird jedes Merkmal im Detail beleuchtet, um ein genaueres Gesamtbild von der konkreten Darstellung einzelner Merkmale zu erhalten.

5.1.1. Selbstwirksamkeit

Selbstwirksamkeit wurde kodiert, wenn beispielsweise die Rezipientinnen* direkt in der Darstellung von Verhütung oder Risiko angesprochen wurden. So wurde beispielsweise folgendes erwähnt:

*„Get tested regularly and be open with your partners regarding your sexual health.“
[Teste dich regelmäßig und sei deinen Partner:innen gegenüber über deine sexuelle Gesundheit offen.] (Kampagne 14, Zeile 35)*

„ [...] *schütz dich und deine Partner:innen* [...] “ (Kampagne 1, Zeile 9)

Aussagen über das eigene Handeln spiegeln die Bedeutung von Selbstwirksamkeit wider, daher wurden Anweisungen, wie man sich in bestimmten Situationen verhalten soll, als Selbstwirksamkeit kodiert, besonders, wenn die Teilnehmerin* direkt angesprochen wurde, wie zum Beispiel in Kampagne 12:

*„Wenn Du an Deinem Körper eine Veränderung bemerkst, vielleicht ein Jucken oder Brennen im Genitalbereich, ungewöhnlichen Ausfluss oder Geruch, eine unübliche Farbe von Urin oder Kot, Rötungen, Ausschläge, Geschwüre, Bauchschmerzen oder Abgeschlagenheit (unerklärliche Müdigkeit): Geh‘ möglichst schnell zu Deine*r Ärzt*in und lass Dich auf STI und HIV untersuchen.“* (Zeile 46-50)

Aber auch wenn man nicht direkt angesprochen wird, kann die Selbstwirksamkeit greifen, wie beispielsweise in Kampagne 10:

„Dental dams can be used with external sex toys such as a vibrator.“ [Lecktücher können mit externem Sexspielzeug wie mit einem Vibrator verwendet werden.] (Zeile 8)

Insgesamt zeigt sich, dass die Kampagnen sehr deutlich darstellen, wie Safer Sex angewendet werden kann, wie mit gesundheitlichen Unsicherheiten umgegangen werden soll und teilweise auch, wie generell sexuell gehandelt werden kann. Selbstwirksamkeit kommt häufig vor, weil Safer Sex sehr anwendungszentriert dargestellt wird, viele Safer Sex Kampagnen also teilweise auch ein Manual über Verhütung sind. Außerdem werden die Teilnehmerinnen* häufig direkt angesprochen und so vermittelt: Man selbst hat die Kontrolle über Safer Sex. So werden die Teilnehmerinnen* per Du oder Sie angesprochen, teilweise wird aber auch „man“ oder „wir“ verwendet.

„Mit wem wir Sex haben und wie wir Sex haben hat einen Einfluss darauf, ob und welche Verhütungsmethode sinnvoll ist.“ (Kampagne 9, Zeile 27-28)

Es wird auch oft ein Rufzeichen am Ende des Satzes verwendet, was nochmals deutlicher als klarer Hinweis oder gar als Aufforderung zum Handeln aufgefasst werden kann:

„Add lube will help reduce friction, avoiding breaks or tears, but also skin abrasions and can also increase sensation during sex!“ [Gleitgel hinzuzufügen hilft dabei, Reibung zu reduzieren, Brüche oder Risse sowie Hautabschürfungen zu vermeiden und es kann auch das Empfinden beim Sex steigern!] (Kampagne 14, Zeile 29-30)

Teilweise wird die direkte Anrede auch großgeschrieben, möglicherweise um nochmal deutlicher die Leserin* anzusprechen:

*„Solltest du eher in festen Beziehungen ohne wechselnde Partner*innen leben und auf Schutzmaßnahmen verzichten wollen, empfehlen wir Dir und Deiner Partner*in, etwa zwölf Wochen nach dem letzten Sex außerhalb Eurer Beziehung einen HIV und STI Test zu machen.“ (Kampagne 12, Zeile 13-16)*

Diverse Male wurden auch bestimmte Sätze grundsätzlich großgeschrieben, um die Relevanz hervorzuheben und die Selbstwirksamkeit zu aktivieren:

„TAKE CHARGE OF YOUR HEALTH“ [ÜBERNEHME DIE VERANTWORTUNG FÜR DEINE GESUNDHEIT] (Kampagne 4, Zeile 34)

Einige Male wurde auch auf weiterführende Links verwiesen, bei denen sich die Leserinnen* weitere Informationen zu einem Thema holen konnten:

„Kondome, Dental Dams, Gleitmittel und mehr kaufen: <https://qr.los.ch/r/kondome-und-co>“ (Kampagne 9, Zeile 103-104)

Es wurde darauf hingewiesen, den eigenen Körper zu kennen, offen über Sexualität zu sprechen, es wurde angesprochen, zu verhüten und regelmäßig einen Arzt/eine Ärztin zu besuchen. Außerdem wurde dargestellt, wie man richtig verhütet, auf was man genau Acht geben soll, und es wurde auf weitere Quelle hingewiesen, sollte der Bedarf nach weiteren Informationen bestehen oder einem nicht bekannt sein, wo man gewisse Verhütungsmittel wie Lecktücher kaufen kann. Die Informationen variieren zwar in ihrer Ausführlichkeit, so wurde manchmal detailliert beschrieben, wie man gewisse Dinge richtig zu tun habe, andere Male wurden nur die Schlüsselfakten zusammengefasst, dennoch wurde präsentiert, wie man selbst aktiv etwas für die eigene sexuelle Gesundheit tun kann.

Zusammengefasst weisen die existierenden Kampagnen ein hohes Aktivierungspotenzial von Selbstwirksamkeit auf, die Teilnehmerinnen* werden teilweise direkt oder indirekt angesprochen, erfahren, wie sie sich schützen können und warum das wichtig ist.

5.1.2. Betonung von Vergnügensförderung und -minderung

Wie in der Literatur bereits dargestellt wurde, ist Vergnügen ein Hauptargument für Personen, nicht zu verhüten. Demnach sei es wichtig, Safer Sex mit Vergnügen in Beziehung zu bringen. Wie aber bereits argumentiert wurde, wird in den Kampagnen kaum vergnügensbetont über Safer Sex gesprochen.

Grundsätzlich lässt sich sogar sagen, dass nur mit Gleitgel eine gewisse Vergnügensförderung in Verbindung gebracht wird. Es wird darauf hingewiesen, dass Gleitgel die Verletzungsgefahr minimiert und die Intensität steigern kann.

„Lube is not just fun and smells good“ [Gleitgel macht nicht nur Spaß und riecht gut] (Kampagne 5, Zeile 47)

Es ist jedoch anzumerken, dass Gleitgel nicht per se ein Verhütungsmittel ist. Es schützt zwar tatsächlich vor Verletzungen wie Rissen, die wiederum das Ansteckungsrisiko für Geschlechtskrankheiten erhöhen, dennoch ist Gleitgel alleinig nicht ausreichend, um sich zu schützen. Gleiches gilt für Sexspielzeug: Auch hier wird vergnügensorientiert erklärt, doch auch Sexspielzeug allein schützt nicht vor Geschlechtskrankheiten, beispielsweise stellt es wiederum ein Infektionsrisiko dar, wenn man dieses teilt.

„Sextoys können Sex spannender und intensiver machen – manche von uns tun es nicht mehr ohne!“ (Kampagne 9, Zeile 122-123)

Dennoch gibt einige wenige allgemeine Aussagen, die darauf hinweisen, dass Safer Sex mit positiven Eigenschaften wie Sicherheit und Unbeschwertheit verbunden werden kann:

„Für viele ist Sex unbeschwerter, wenn er sicherer ist.“ (Kampagne 9, Zeile 74)

„Protection-wise, why should penises have all the fun?“ [Was den Schutz anbelangt, warum sollten Penisse den ganzen Spaß haben?] (Kampagne 5, Zeile 42)

Lecktücher hingegen werden insgesamt negativ dargestellt und zudem mit Vergnügensminderung verbunden, selbst wenn die Information positiv dargestellt wird, wie beispielweise in Kampagne 10:

„Dental dams can make sex more comfortable for those who experience discomfort due to sensitivity.“ [Lecktücher können Sex für jene, die durch die Sensitivität Unwohlsein erleben, angenehmer machen.] (Zeile 9-10)

Hier wird deutlich dargestellt, dass Lecktücher die Intensität verringern und daher positiv sein können für jene Personen, die Schwierigkeiten mit zu hoher Intensität haben. Doch nicht nur in Bezug auf Sensitivität, auch auf anderen Ebenen werden Lecktücher mit negativen Eigenschaften wie „teuer“ und „schwer erhältlich“ in Verbindung gebracht:

„Then they’re expensive and about as rare as those flavoured Lays.“ [Dann sind sie teuer und so selten wie diese Lays mit Geschmack.] (Kampagne 5, Zeile 26)

„Viele von uns haben noch nie ein Lecktuch verwendet, unter anderem weil sie schwer erhältlich und teuer sind und weil sie uns weniger spüren lassen.“ (Kampagne 9, Zeile 107-108)

Besonders letzteres Zitat zeigt, dass viele besonders negative Eigenschaften mit dem Lecktuch verbunden werden und daher die meisten Menschen Lecktücher nicht verwenden beziehungsweise noch nicht verwendet haben. Betonung von Vergnügensminderung hatte nur drei Codes, in allen drei Fällen wurde sich negativ über das Lecktuch geäußert. Das zeigt, dass das Lecktuch möglicherweise ein negatives Alleinstellungsmerkmal gegenüber anderen Verhütungsmitteln hat. Während andere Verhütungsmittel nicht unbedingt positiv mit Vergnügen verbunden werden, werden Lecktücher aktiv negativ verbunden. Da diese aber mitunter eine der wenigen Optionen darstellen, sich beim Oralsex zu schützen, ist es wichtig, dass Bild von Lecktüchern positiv zu bestärken. Es gibt keine Daten dahingehend, dass Lecktücher objektiv das Vergnügen verhindern – vor allem im Vergleich zum Kondom.

Nur selten werden Lecktücher positiv dargestellt:

„Dental dams can be great for people who want to feel more ease when receiving oral sex.“ [Lecktücher können für Personen, die mehr Leichtigkeit beim Oralsex fühlen möchten, großartig sein.] (Kampagne 10, Zeile 11)

„Dental dams can feel great! They are very thin.“ [Lecktücher können sich großartig anfühlen! Sie sind sehr dünn.] (Kampagne 10, Zeile 7)

Andere Verhütungsmittel wie Kondome, Fingerlinge u.Ä., die in den Kampagnen erwähnt werden, werden weder positiv noch negativ mit Vergnügen in Verbindung gebracht. Es zeigt sich also, dass Safer Sex und Vergnügen in den existierenden Safer Sex Kampagnen nur mangelhaft in Beziehung gebracht werden. Ausschließlich Gleitgel wird von verschiedenen Kampagnen als vergnügensfördernd dargestellt, doch dies kann nicht mit tatsächlichen Verhütungsmitteln in Verbindung gebracht werden. In Anbetracht dessen, dass sich Selbstwirksamkeit durch detaillierte Beschreibung von Verhütungsmethoden und Verhütungsmöglichkeiten auszeichnet, könnte ein Ergebnis sein, dass für Safer Sex möglicherweise eher ein technischer statt einem emotionalen Zugang gewählt wird.

Zusammengefasst zeigt sich also, dass Vergnügen nur selten mit Safer Sex in Verbindung gebracht wird. Zwar wird Gleitgel nachgesagt, das Empfinden zu verbessern, doch bei anderen, tatsächlichen Verhütungsmitteln, wird das nicht getan. Diese werden meist einfach nicht im Kontext von Vergnügen erwähnt, stattdessen wird technisch dargestellt, wie diese anzuwenden

sind. Anders ist das beim Lecktuch, das sowohl positiv als auch negativ dargestellt wird, wobei die negative Darstellung deutlich häufiger vorkommt. Daher es ist wichtig, Safer Sex im Stimulus B noch deutlicher mit Vergnügen in Beziehung zu setzen.

5.1.3. Positive und negative Darstellung

Ein Hauptmerkmal, das sich aus der Literaturrecherche ergeben hat, ist die positive Darstellung von Gesundheitsinformation in Kampagnen. Während negative Darstellung zwar in gewisser Weise ebenfalls zu gewünschten Effekten führen kann, besteht ein größeres Risikopotenzial, durch ungewünschte Reaktionen wie Reaktanz die Informationsaufnahme zu vermindern (Ort & Fahr, 2020). Daher wird heutzutage ein positiver Ansatz empfohlen (Ort & Fahr, 2020). Hier wurden Absätze positiv kodiert, wenn er freud-, spaß- und schutzbetont war und negativ kodiert, wenn er angst- und risikobetont war.

So wurde spaßbetont darauf hingewiesen, Safer Sex zu praktizieren, beispielsweise:

„Scharf auf Scissoring? Ja.SAFE!“ (Kampagne 1, Zeile 7)

„Lust auf Lecken? Ja.SAFE!“ (Kampagne 1, Zeile 6)

Es wird hier bei beiden Zitaten das Vergnügen am Sex dargestellt und mit Verhütung kombiniert, wie es auch in der Literatur empfohlen wird. Es wurden außerdem auch Wortspiele oder rhetorische Mittel verwendet, um diesen Effekt zu kreieren:

„Ob Cunnilingus oder Tribadie – ein Dental Dam das schadet nie.“ (Kampagne 3, Zeile 29)

„STD EXAM PASS“ [STD-PRÜFUNG BESTANDEN] (Kampagne 5, Zeile 70)

Zudem wird ein Bild kreiert, in dem eine Ansteckung auch nicht das Ende der Welt bedeutet:

„Das kann passieren und ist meist kein Grund zur Sorge: Die häufigsten STI können durch Tests schnell erkannt werden und lassen sich gut behandeln.“ (Kampagne 9, Zeile 41-42)

Insgesamt wurden Absätze als positiv kodiert, wenn sie schutzbetont statt risikobetont waren. Das ist in manchen Situationen deutlicher, beispielsweise in folgenden Zitaten:

„Beim Petting oder wenn du eine Person fingerst [sic] können Handschuhe z.B. aus Latex vor sexuell übertragbaren Infektionen schützen.“ (Kampagne 2, Zeile 85-86)

*„Durch die Impfung kann man sich selbst schützen, aber auch eine Übertragung auf Partner*innen verhindern.“ (Kampagne 9, Zeile 76-78)*

*„HOW DO WE PROTECT OURSELVES?“ [WIE SCHÜTZEN WIR UNS SELBST?]
(Kampagne 13, Zeile 59)*

Hier wird darüber gesprochen, wie man sich vor Krankheiten schützen kann. Es wird deutlich, dass Kampagnen in einigen Fällen den Schutz als Ausgangspunkt nutzen, um das Thema Safer Sex zu thematisieren. Es wird dargestellt, dass Safer Sex Spaß macht, teilweise wird sogar mit Humor gespielt und es wird aufgezeigt, dass es darum geht, sich zu schützen.

In anderen Situationen war die Grenze zwischen Schutzbetonung und Risikobetonung nicht trennscharf, daher wurden auch gewisse Sätze kodiert, die zwar über das Risiko sprachen, aber auf Risikominimierung fokussiert waren und trotzdem einen positiven Gesamtzugang darstellten:

„Wenn du Safer Sex praktizierst, minimierst du das Risiko [sic] dich mit STI oder HIV anzustecken.“ (Kampagne 3, Zeile 52)

„Die richtige Verwendung dieser drei Hilfsmittel kann das Risiko vor einer Candida-Infektion, vor Chlamydien, vor Hepatitis C, vor Herpes-Viren, vor HPV (Humanen Papillomaviren), vor Syphilis, vor Trichomoniasis, vor HIV und vor Tripper (Gonorrhö) deutlich verringern.“ (Kampagne 6, Zeile 121-123)

Beide Zitate verdeutlichen, dass es in manchen Situationen zwar um die Risikominimierung gegenüber Geschlechtskrankheiten geht, sie stehen aber stellvertretend für jene Situationen, in denen innerhalb der Kampagnen darüber informiert wird, mit welchen Verhütungsmitteln man sich konkret schützen kann bzw. das Risiko verringern kann. Daher wird interpretiert, dass dennoch insgesamt ein positives Bild kreiert wird, da der Fokus auf dem proaktiven Verhütungsverhalten liegt, mit dem man die eigene Gesundheit in der Hand hat.

Auf der anderen Seite wurden die Absätze negativ kodiert, wenn die Risikobetonung Vorrang gegenüber der Schutzbetonung hatte. Hier werden die Gefahren verdeutlicht, die mit (korrekter) Verhütung lediglich verringert werden können:

„Schon durch kleine Wunden an Mund und/ oder Genitalien können HIV und andere STI übertragen werden. Ihr solltet daher auch besonders achtsam sein, wenn eine Person von euch menstruiert.“ (Kampagne 3, Zeile 26-28)

„Um eine Ansteckung zu vermeiden, lasst kein Menstruationsblut in Mund, Augen, die Vaginal- und Darmschleimhaut oder verletzte Haut kommen.“ (Kampagne 6, Zeile 77-79)

Außerdem wird Safer Sex sowie dazugehörige Dinge wie ärztliche Besuche als unangenehm oder peinlich beschrieben:

„Der Gang zum Test kann sich unangenehm oder peinlich anfühlen, für die Mitarbeitenden der Teststellen gehören sexuell übertragbare Infektionen jedoch zum Arbeitsalltag“ (Kampagne 2, Zeile 45-47)

Queere Frauen* werden zwar in die Verhütung involviert, das kann aber auch gefahrenbetont geschehen, wie zum Beispiel in folgendem Zitat:

„YOU’VE HEARD ALL ABOUT HIV AND AIDS AND DECIDED YOU’RE SAFE BECAUSE YOU’RE A LESBIAN, WELL YOU’RE NOT!” [DU HAST ALLES ÜBER HIV UND AIDS GEHÖRT UND DENKST, DU BIST SICHER, WEIL DU LESBISCH BIST – ABER DAS BIST DU NICHT!] (Kampagne 13, Zeile 20-21)

Es zeigt sich, dass es zwei Zugänge dazu gibt, über Safer Sex zu sprechen: Eine grundsätzliche Risikohaltung, in der Safer Sex nur sehr schwierig komplett sicher ist, oder eine grundsätzliche Schutzhaltung, in der es immer eine Möglichkeit gibt, sich zu schützen:

„Wichtig ist, sich bewusst zu sein, welche Risiken Sie bereit sind, in Kauf zu nehmen.“ (Kampagne 8, Zeile 8)

„100 % Safer Sex ist möglich, aber aufwändig!“ (Kampagne 8, Zeile 6)

„If you’re having sex, there are ways to do it safely so you’re protecting yourself and others. You should feel safe, empowered, and have the kind of sex you want. You should never be pushed into anything that you are uncomfortable with.“ [Wenn du Sex hast, gibt es Möglichkeiten, ihn sicher zu gestalten, sodass du dich selbst und andere schützt. Du solltest dich sicher und gestärkt fühlen und so Sex haben, wie du möchtest. Du solltest dich niemals zu etwas gedrängt fühlen, mit dem du dich unwohl fühlst.] (Kampagne 4, Zeile 44-46)

*„[...] Behandeln und Sexpartner*innen informieren: Die meisten STI unter VSV lassen sich gut behandeln, wenn sie frühzeitig erkannt werden“* (Kampagne 9, Zeile 83-84)

Zusammengefasst lässt sich also sagen, dass in den Safer Sex Kampagnen für queere Frauen* sowohl positive als auch negative Darstellungen vorhanden sind. Die Kampagnen sind teilweise spaß-, freud- und sogar humorbetont, stellen eher Schutz statt Risiko dar. Gleichzeitig gibt es auch Kampagnen, die die Inhalte eher negativ darstellen, also angst- und gefahrenbetont sind und eher Risiko statt Schutz besprechen. In einigen Situationen gab es auch uneindeutige

Einteilungen, in denen zwar Risikobetonung stattfand, dennoch insgesamt positiv über Safer Sex gesprochen wurde. Während einige Kampagnen darauf hinweisen, dass Sex immer ein gewisses Risiko darstellt, machen andere darauf aufmerksam, dass es immer eine Möglichkeit gibt, sich selbstbestimmt zu schützen. Aufgrund der Uneindeutigkeit innerhalb der Kampagnen wurde beschlossen, im Stimulus den Fokus auf die positive Darstellung zu legen.

5.1.4. Akkurate und vertrauenswürdige und falsche und unsichere Information

Für Safer Sex Kampagnen ist es unerlässlich, dass die präsentierten Informationen der Wahrheit entsprechen. So haben Kampagnen den Anspruch, Persuasion zu bewirken (Röttger, 2009). Diese Persuasion funktioniert deutlich besser, wenn Vertrauen aufgebaut werden kann (Röttger, 2009, S. 9). Werbliche Produkte unterliegen zudem Ethikstandards, wie sie beispielsweise vom Österreichischen Werberat definiert werden. Dieser versteht sich als Selbstregulationssystem mit dem Ziel, irreführende Werbemaßnahmen zu verhindern (Österreichischer Werberat, o. J.). Das Vermeiden der Verbreitung falscher oder unsicherer Informationen lässt sich als Teil dieses Ziels betrachten. Dieser Anspruch deckt sich insgesamt mit den Ergebnissen dieser Untersuchung. So wurden 108 Codes gefunden, die als akkurate und vertrauenswürdige Informationen vermerkt werden konnten. Nur 31 Codes beziehen sich auf falsche und unsichere Informationen, wobei hierbei fast alle Codes auf falsche Informationen hinweisen, die direkt im Anschluss aufgedeckt und korrigiert wurden.

Grundsätzlich steigen viele Kampagne schon zu Beginn mit dem Anspruch ein, akkurate und vertrauenswürdige Informationen zu bieten:

„This brochure outlines some of the health issues of concern to lesbians.“ [Diese Broschüre thematisiert einige Gesundheitsprobleme, die für lesbische Frauen relevant sind.] (Kampagne 4, Zeile 13)*

„Wir haben Dir und Euch das Wichtigste rund um Safer Sex kompakt zusammengestellt. Was zu deinem Safer Sex Kit gehören sollte, liest du auf den folgenden Seiten.“ (Kampagne 3, Zeile 23-24)

So wird zum einen darüber berichtet, wie die aktuelle Lage rund um Geschlechtskrankheiten ist:

„Hast du gewusst, dass es in Europa einen Anstieg an STIs wie Gonorrhoe oder Syphilis gibt?“ (Kampagne 1, Zeile 8)

„Die Zahl der Neuinfektionen sexuell übertragbarer Infektionen in Deutschland ist jedes Jahr und mitunter für einzelne stetig steigend. Es gibt viele sexuell übertragbare Infektionen, nicht alle machen uns auch krank.“ (Kampagne 2, Zeile 30-32)

*„Auch nicht heteronormativ frauen*liebende cis Frauen, trans* Frauen, inter*, nicht-binäre und abinäre Personen können mit sexuell übertragbaren Infektionen und HIV in Kontakt kommen. Insbesondere wenn Du wechselnde Sexpartner*innen hast oder in einer offenen Beziehung lebst.“ (Kampagne 3, Zeile 13-16)*

Auch beschrieben wird die korrekte Anwendung sowie die Vielfalt von diversen Verhütungsmitteln:

„Sexspielzeug aus Silikon darf nicht zusammen mit silikonbasiertem Gleitgel verwendet werden und sollte nicht neben anderem Silikonspielzeug aufbewahrt werden ohne Schutzbeutel/räumliche Trennung, weil es sonst kaputtgehen kann.“ (Kampagne 2, Zeile 141-143)

„Lecktücher sind auch unter „dental dams“ bekannt [...]“ (Kampagne 2, Zeile 96)

*„Oil-based lube (or any oil as lube) can erode latex condoms, making them break.“
[Ölbasierte Gleitmittel (oder jedes Öl als Gleitmittel) können Latexkondome angreifen und zum Reißen bringen] (Kampagne 5, Zeile 64)*

Auch wird über die einzelnen Sexualpraktiken, die queere Frauen* miteinander praktizieren, informiert – vor allem, um weiters zu verdeutlichen, inwiefern dabei gewisse Krankheiten verbreitet werden können:

*„Beim Scissoring reibt eins den eigenen Intimbereich mit dem seiner*ihrer Sexpartner*innen aneinander.“ (Kampagne 2, Zeile 100-101)*

Die verschiedenen Möglichkeiten, welche Krankheiten durch welche Praktiken weitergegeben werden können, werden auch dargestellt:

„Most STIs have no signs or symptoms. The only way to know your STI status is to get tested. Sexually active lesbians should consider routine tests for chlamydia, gonorrhea, and syphilis. Other testing may be considered if symptoms of specific STI risk factors are present.“ [Bei den meisten sexuell übertragbaren Infektionen (STIs) gibt es keine Anzeichen oder Symptome. Der einzige Weg, deinen STI-Status zu kennen, ist, sich testen zu lassen. Sexuell aktive lesbische Frauen sollten routinemäßige Tests auf Chlamydien, Gonorrhö und Syphilis in Betracht ziehen. Weitere Tests können in Erwägung gezogen*

werden, wenn Symptome oder spezifische Risikofaktoren für STIs vorliegen.] (Kampagne 4, Zeile 55-57)

„The risk of STIs like gonorrhea, HIV is generally lower in sex between women. But there’s still much risk for other STI’s like bacterial vaginosis, herpes, pubic lice, etc.“ [Das Risiko für STIs wie Gonorrhö oder HIV ist beim Sex zwischen Frauen im Allgemeinen geringer. Dennoch besteht ein hohes Risiko für andere STIs wie bakterielle Vaginose, Herpes, Filzläuse usw.] (Kampagne 5, Zeile 8-9)*

Neben technischen Aspekten der Sexualität wird auch vermittelt, dass (unterschiedliche) Menschen unterschiedliche Bedürfnisse und körperliche Funktionen haben:

„Manche Menschen werden feuchter als andere, das bedeutet aber nicht unbedingt, dass sie mehr Lust auf Sex haben.“ (Kampagne 9, Zeile 143-144)

Es wird also insgesamt ein breites Spektrum der Aspekte rund um Sexualität akkurat und vertrauenswürdig abgedeckt. Dabei sind aber nicht alle Informationen, die in den Kampagnen behandelt werden, korrekt. So beschreiben auch viele Kampagnen absichtlich falsche Tatsachen, um diese gleich im Anschluss richtigzustellen:

*„• Du musst nur in einer heteronormativen Beziehung verhüten. • Du verhütetest nur, um nicht ungewollt schwanger zu werden. • Lesbisch*sein ist die beste Verhütung. • In einer festen Beziehung kannst du dich nicht mit sexuell übertragbaren Krankheiten (STI) anstecken“ (Kampagne 3, Zeile 7-11)*

„Some act like tribbing (rubbing vulvas together) have no way of protecting you from skin-to-skin STIs like pubic lice, herpes, etc.“ [Manche tun so, als gäbe es bei Tribbing (Aneinanderreiben der Vulven) keinen Schutz vor haut-zu-haut übertragenen STIs wie Filzläusen, Herpes usw.] (Kampagne 5, Zeile 72-73)

„Safer sex practices are not something that most lesbians have thought about. Lesbians have been repeatedly told that we don’t get HIV.“ [Sichere Sexpraktiken sind etwas, über das die meisten lesbischen Frauen nicht nachgedacht haben. Lesbischen Frauen* wurde immer wieder gesagt, dass wir uns nicht mit HIV anstecken können.] (Kampagne 13, Zeile 22-23)*

Andere Male wird darauf hingewiesen, dass gewisse Informationen schlichtweg nicht vorhanden sind und daher Unsicherheit vorherrscht:

„Die Forschung hat die sexuelle Übertragung von Infektionen zwischen Frauen bisher vernachlässigt – bis heute gibt es wenige verlässliche Daten dazu, welche der zahlreichen Schutzmöglichkeiten wann sinnvoll sind.“ (Kampagne 7, Zeile 11-13)

„Squirting: Verschiedene Untersuchungen haben sich damit befasst, woraus das weibliche Ejakulat, das beim Squirting austritt, besteht. Diese Frage kann bis heute nicht genau beantwortet werden. Dadurch kann nicht ausgeschlossen werden, dass durch diese Flüssigkeit ein Ansteckungsrisiko gegeben ist.“ (Kampagne 6, Zeile 80-83)

Einige Informationen, die jedoch erwähnt werden, werden auf Basis der Literatur als nicht korrekt oder zumindest verunsichernd gezählt:

„Es ist nicht nötig, alle Symptome der STI zu kennen, zumal sich viele Infektionen gar nicht durch Symptome bemerkbar machen.“ (Kampagne 8, Zeile 24-25)

Diese Aussage wird als nicht konstruktiv interpretiert. Zwar stimmt es, dass viele Geschlechtskrankheiten asymptomatisch verlaufen (WHO, 2024), diese Aussage könnte aber dazu verleiten, auftretende Symptome zu vernachlässigen.

„Was ist also nun mit den Lecktüchern, bei all dieser Uneinigkeit? Sie sind und bleiben vor allem eines: unsere individuelle Entscheidung.“ (Kampagne 9, Zeile 119-120)

Zwar ist die Aussage im Kern richtig, da Verhütung grundsätzlich am Ende des Tages eine individuelle Entscheidung ist. Aber die Aussage kann dazu verleiten, Lecktüchern ihre Sinnhaftigkeit abzusprechen, da das Lecktuch inzwischen eine erprobte Verhütungsmethode ist (Liebesleben, o.J.), um sich bei Oralsex zu schützen, eine Alternative stellt bislang nur das Kondom dar.

„HIV wird unter VSV nicht übertragen. Das HIV-Übertragungsrisiko besteht bei ungeschütztem Sex zwischen Penis und Vulva bzw. Anus oder dem ungeschützten Teilen von Sextoys. Im Zweifelsfall macht es Sinn, sich über die eigenen HIV-Risiken zu informieren.“ (Kampagne 9, Zeile 64-66)

Anhand der Literatur wurde bereits etabliert, dass HIV sehr wohl bei Sex mit ausschließlich weiblichen Geschlechtsteilen übertragen werden kann (z.B. Marrazzo et al., 2005; Diamant et al., 2000). Damit ist diese Aussage schlichtweg falsch, rekonstruiert damit auch ein gefährliches Bild, welches von anderen Kampagnen sowie dieser Masterarbeit richtiggestellt werden möchte.

Zusammenfassend zeigt sich, dass die Kampagnen viele Themen akkurat und vertrauenswürdig behandeln. Es wird über Safer Sex Praktiken und Mittel informiert, über Ansteckungsmöglichkeiten und Geschlechtskrankheiten aufgeklärt und über Unterschiede zwischen einzelnen Menschen gesprochen. Falsche und unsichere Informationen werden thematisiert und richtiggestellt. Nur selten wurden unsichere oder gar falsche Informationen verbreitet. Daher lässt sich sagen, dass die Kampagnen insgesamt akkurate und vertrauenswürdige Informationen weitergeben.

5.1.5. Involviertheit in die Thematik

Es wurde argumentiert, dass Involviertheit in die Thematik ausreichend oft in den Kampagnen vorkommt. So geht es hierbei darum, die Leserinnen* aufgrund ihrer Sexualität u.Ä. darauf aufmerksam zu machen, die ihnen vorliegende Information zu lesen und ernst zu nehmen.

Involviertheit in die Thematik wurde kodiert, wenn Leserinnen* direkt oder indirekt in den Kontext von Safer Sex, des Informationsmaterials o.Ä. miteinbezogen wurden. So ging es oft darum, Leserinnen* darauf hinzuweisen, dass jegliche queere Sexualität, aber vor allem auch lesbische Frauen* beim Thema Safer Sex miteinbegriffen sind.

Auch wurden die Teilnehmerinnen* beispielsweise darauf hingewiesen, dass Sex mehr ist als reine Penetration. Dabei wird interpretiert, dass die Lebensrealitäten von denjenigen queeren Frauen*, die üblicherweise keinen penetrativen Sex mit Penis und Vulva haben, dargestellt werden und zudem gezeigt wird, dass auch bei alternativen Sexpraktiken Verhütung wichtig ist:

„Sex bedeutet nicht nur "Penetration". Auch masturbieren, blasen, lecken, rumspielen, fingern oder Spielzeug sharing kann Schmierinfektionen übertragen.“ (Kampagne 2, Zeile 23-24)

Es wurden zudem direkte Begriffe wie lesbisch, bisexuell etc. verwendet, um queere Leserinnen* aktiv in das Thema zu involvieren. Es wird daraus der Schluss gezogen, dass die Kampagnen nicht nur für die bestimmte Zielgruppe, nämlich queere Frauen*, erstellt wurde, sondern auch darauf geachtet wurde, diese Zielgruppe aktiv in die Thematik einzubeziehen:

„Lesbians have many of the same health care needs as women in the general population but are at a higher risk for certain diseases.“ [Lesbische Frauen haben viele der gleichen Gesundheitsbedürfnisse wie Frauen* in der allgemeinen Bevölkerung, sind jedoch einem höheren Risiko für bestimmte Krankheiten ausgesetzt.] (Kampagne 4, Zeile 6-7)*

*„Diese Broschüre richtet sich an alle Personen, die eine Vulva haben und mit Personen schlafen, die ebenfalls eine Vulva haben, auch, wenn sie sich nicht als Frau definieren.“
(Kampagne 6, Zeile 25-27)*

Andere Male wurde zwar nicht explizit auf queere Frauen* verwiesen, aber darauf aufmerksam gemacht, dass grundsätzlich jede:r sich mit Geschlechtskrankheiten anstecken kann. Wiederum andere Kampagnen wiesen darauf hin, dass Safer Sex für alle Menschen wichtig ist:

„Anyone can get an STI – regardless of the gender of your partner or if it’s your first time.“ [Jeder kann sich mit einer sexuell übertragbaren Infektion (STI) anstecken – unabhängig vom Geschlecht deines Partners/deiner Partnerin* oder ob es dein erstes Mal ist.] (Kampagne 14, Zeile 7)*

„Testing Is Not Just For Your School Kids“ [Tests Sind Nicht Nur Für Schulkinder] (Kampagne 5, Zeile 71)

Nun wurde gezeigt, dass queere – dabei vor allem lesbische Frauen* – in die Thematik Safer Sex involviert werden. Ähnlich sieht es aus, wenn es darum geht, bereits erkrankte Personen einzubeziehen. So zeigen die Kampagnen deutlich, dass es queere Frauen* mit HIV u.Ä. gibt und dass auch für andere queere Frauen* ein Risiko besteht, sich mit diesen Geschlechtskrankheiten anzustecken:

„There are lesbians with HIV - WE DO EXIST!“ [Es gibt lesbische Frauen mit HIV – WIR EXISTIEREN!], (Kampagne 13, Zeile 29)*

„LESBIANS HIV & SAFER SEX“ [LESBISCHE FRAUEN, HIV & SICHERER SEX] (Kampagne 15, Zeile 9)*

Es zeigt sich damit, dass die Kampagnen das mangelnde Wissen über Safer Sex von queeren Frauen* aufgreifen und darauf hinweisen wollen, dass weiblicher gleichgeschlechtlicher Sex keinen alleinigen Schutz vor Geschlechtskrankheiten darstellt. Dabei werden vor allem lesbische Frauen* noch einmal deutlicher involviert.

Einige Kampagnen verwendeten gezielte Sprache, um die Leserinnen* zu involvieren, die jedoch für Außenstehende nicht sofort verständlich ist. So steht in Kampagne 9: *„Dieser Leitfaden wurde von VSV für VSV geschrieben“ (Zeile 18)*. VSV ist ein Begriff der LGBT-Community und wird von der Kampagne selbst wie folgt beschrieben: *„Die Abkürzung VSV steht für alle Menschen mit einer Vulva, die sexuelle Beziehungen mit Menschen mit einer Vulva haben“ (Kampagne 9, 13-14)*. Es ist ein recht unbekannter Begriff, der weder in der Popkultur

noch im wissenschaftlichen Diskurs bisher Raum gefunden hat, daher kann dieser Begriff für viele Leserinnen* unbekannt sein. Im englischsprachigen Raum wird ein ähnlicher Begriff WLW (women loving women) verwendet (Llewellyn, 2021).

Eine andere Kampagne bezeichnete die Leserschaft als Agent:innen, die darauf hingewiesen werden, dass Safe Sex mehr ist als Empfängnisverhütung:

„Agents! Safe sex doesn't juuuuust mean preventing pregnancy! [...]” [Agent:innen! Safe Sex bedeutet nicht nuuuuur, eine Schwangerschaft zu verhindern!] (Kampagne 5, Zeile 5)

Dieser Begriff steht in keinem konkreten Zusammenhang mit der LGBTQIA+-Community, es ist daher anzunehmen, dass die Institution hinter der Kampagne, die „Agents of Ishq“, ihre Leser:innen in Anlehnung an ihren Namen ebenfalls als Agent:innen bezeichnet.

Meistens wurde Involviertheit in die Thematik kodiert, wenn die Leserinnen* direkt angesprochen wurden (Schlüsselwörter z.B. lesbisch, queer, bisexuell) und gleichzeitig auf die Notwendigkeit, auch als queere Frau* zu verhüten, hingewiesen wurden. Andere Male wurde kodiert, wenn Leserinnen* indirekt angesprochen wurden und gleichzeitig auf die Notwendigkeit zur Verhütung verwiesen wurde. Involviertheit in die Thematik zeigte sich in einigen wenigen Fällen auch auf andere Weise, wie beispielsweise in folgendem Zitat aus einer Kampagne:

„Bei Sex denken wir oft zuerst an Lust, aber es geht auch um unsere Rechte: um unsere sexuelle Gesundheit, Selbstbestimmung und den Zugang zu Wissen.“ (Kampagne 9, Zeile 7-9)

Dieser Satz involviert die Leserinnen* insofern, da darauf hingewiesen wird, dass speziell ihre Rechte auf sexuelle Gesundheit, Selbstbestimmung und Wissen miteingerechnet sind.

Zusammengefasst zeigt sich, dass die Leserinnen* in die Thematik „Safer Sex“ involviert werden, meist direkt, indem darauf aufmerksam gemacht wird, dass lesbische, bisexuelle u.Ä. Frauen* verhüten müssen, um sich vor Geschlechtskrankheiten zu schützen. Es wird auch aufgezeigt, dass es queere Frauen* mit Geschlechtskrankheiten wie HIV gibt. Einige Male wurden Teilnehmerinnen* mit Kampagnen-spezifischen Begriffen benannt, so als Agent:innen (Kampagne 5, Zeile 5) und VSV (Kampagne 9, Zeile 18).

5.1.6. Herstellung des Gefühls von Nutzen

Die Herstellung des Gefühls von Nutzen wurde kodiert, wenn der Anschein erweckt wurde, Safer Sex habe einen positiven Nutzen für die Leserinnen*. Das Ziel ist es, zu vermitteln, dass Verhütung wirkungsvoll und sinnvoll ist. Es soll nicht der Eindruck entstehen, dass es mühsam,

unangenehm oder gar unnötig ist, als queere Frau* zu verhüten. Im Gegenteil: Es soll stattdessen betont werden, dass Verhütung sinnvoll, effektiv und die Mühe wert ist. Als erster Nutzen wird der Hinweis auf den Schutz vor Geschlechtskrankheiten angeführt.

„Deshalb gilt: Ob Lecktuch, Femidom oder Kondom – schütz dich und deine Partner:innen vor Chlamydien, Syphilis, Gonorrhoe, HIV, Mpox und Co.“ (Kampagne 1, Zeile 9-10)

Kampagnen zeigten beispielsweise auf, dass Verhütung gegen Geschlechtskrankheiten schützt. Es ist grundsätzlich anzunehmen, dass Menschen danach streben, in Bezug auf ihre Gesundheit uneingeschränkt fit zu sein, Geschlechtskrankheiten verlaufen bestenfalls asymptomatisch, schlimmstenfalls führen sie zum Tod (WHO, 2024). Auch ein asymptomatischer Verlauf bedeutet nicht, dass die Krankheit keine negativen Folgen hat (WHO, 2024), daher ist anzunehmen, dass Menschen prinzipiell keine Geschlechtskrankheit haben möchten.

Außerdem wurde der Nutzen einzelner Verhütungsmittel sowie von Utensilien beim Sex aufgezeigt. So wird das Gleitgel positiv dargestellt, das Spaß erhöhen und Schmerzen verhindern kann:

„Gleitgel ist eine großartige Erfindung! Es kann für alle den Spaß erhöhen und vermindert schmerzvolle Reibung beim penetrativen Sex [...]“ (Kampagne 2, Zeile 126-127)

„Das steigert nicht nur das Lustgefühl, sondern schützt auch ganz nebenbei vor kleinen Verletzungen, die unliebsame Folgen haben können!“ (Kampagne 3, Zeile 41-43)

Ähnlich ist es bei Fingerlingen bzw. Handschuhen, deren Nutzen damit beschrieben wird, dass sie für „Schutz aller Beteiligten“ (Kampagne 3, Zeile 39) sorgen, sowie beim Tausch von Sexspielzeug:

„Bevor du sie an eine andere Person weitergibst, kannst du so eine mögliche Ansteckung mit STIs verhindern.“ (Kampagne 6, Zeile 96-97)

Auch Lecktücher werden als nützlich dargestellt. Das ist besonders spannend, da bereits etabliert wurde, dass in Bezug auf Vergnügen Lecktücher eher abgewertet und negativ dargestellt werden.

„Ein großer Vorteil an Dental Dams ist, dass sie gebrauchsfertig zu kaufen und sehr einfach zu handhaben sind. Dental Dams reißen zudem nicht.“ (Kampagne 6, Zeile 68-69)

An dieser Stelle ist noch einmal darauf hinzuweisen, dass ein Hauptproblem dieser Analyse ist, dass 15 Kampagnen im Kontext von sechs Merkmalen miteinander verglichen und analysiert

sowie interpretiert werden. In dieser Arbeit wird ein Gesamtbild dargestellt (beispielsweise, dass Lecktücher eher als vergnügensmindernd dargestellt werden), jedoch ist ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass einige Kampagnen positiv über einzelne Aspekte wie Lecktücher sprechen, andere hingegen negativ, wiederum andere sprechen gar nicht darüber. Im Einzelnen wird abschließend noch einmal analysiert, welche Merkmale in welchen Kampagnen vorkommen.

Nicht nur während des Geschlechtsverkehrs, sondern auch danach sollte auf die eigene Gesundheit geachtet werden, um langfristiges Wohlbefinden sicherzustellen. Das soll durch regelmäßige Besuche bei einem Arzt oder einer Ärztin passieren:

„Getting regular check-ups and care from a compassionate, knowledgeable, and informed care provider is important to stay healthy.“ [Regelmäßige Untersuchungen und die Versorgung durch eine:n einfühlsame:n, sachkundige:n und gut informierte:n Gesundheitsdienstleister:in sind wichtig, um gesund zu bleiben.] (Kampagne 4, Zeile 40-42)

Spannend an dieser Stelle zu erwähnen ist, dass viele dieser Kampagnen betonen, wie wichtig es ist, eine*n empathische*n und kompetente*n Arzt/Ärztin zu finden. Zwar gestaltet sich die Suche oft schwierig, doch sie lohnt sich.

„We know it feels impossible to find a queer-friendly gynaecologist or doctor who makes you feel secure to discuss your sex life. But don't give up on your sexual health!“ [Wir wissen, dass es sich unmöglich anfühlt, eine:n queerfreundliche:n Gynäkolog:in oder Arzt/Ärztin zu finden, bei dem/der du dich sicher fühlst, über dein Sexualleben zu sprechen. Aber gib nicht auf, wenn es um deine sexuelle Gesundheit geht!] (Kampagne 5, Zeile 85-86)

Außerdem wird darauf hingewiesen, dass offene Gespräche mit den Sexpartnerinnen* nützlich sind:

„[...] be open with your partners regarding your sexual health. It's a conversation worth having!“ [[...] sei offen mit deinen Partner:innen bezüglich deiner sexuellen Gesundheit. Es ist ein Gespräch, das es wert ist, geführt zu werden!] (Kampagne 14, Zeile 35-36)

Zusammengefasst zeigt sich folgendes: Zwar wird darauf hingewiesen, dass Safer Sex vor Geschlechtskrankheiten schützt. Das wird allgemein beschrieben, sowie durch einzelne

Verhütungsmethoden hervorgehoben und durch die Empfehlung von ärztlichen Untersuchungen und offenen Gesprächen mit Sexualpartnerinnen* unterstützt. Insgesamt wird der Schutz vor Krankheiten thematisiert, jedoch nicht umfassend genug, da lediglich 16 entsprechende Codes identifiziert wurden. Außerdem wird im Prinzip kein anderer Nutzen außer dem Schutz vor Krankheiten dargestellt, außer wenige Male die Erhöhung von Spaß und dem Lustgefühl durch Gleitgel, was sich mit den Ergebnissen von 5.1.2. Betonung von Vergnügensförderung und -minderung deckt. Daher wird entschieden, dass die Herstellung des Gefühls von Nutzen nicht ausreichend dargestellt wird, weshalb im Stimulus-Material darauf ein besonderer Fokus gelegt wird.

Da außerdem nicht jede Kampagne die gleiche Anzahl jeder Ausprägung aufwies, wird zusätzlich untersucht, welche Tendenzen in den einzelnen Kampagnen erkennbar sind.

Selbstwirksamkeit kam in fast jeder Kampagne vor, teilweise nur ein, zwei Mal, andere Male sogar deutlich öfter. Ausschließlich in den Kampagnen 11 und 15 wird Selbstwirksamkeit nicht präsentiert. Vergnügensförderung kommt nur der Hälfte der Kampagnen vor, nämlich in Kampagne zwei, drei, fünf, neun, zehn, 12, 14 und 15. Vergnügensminderung kommt nur in den Kampagnen zwei, fünf und neun vor. Damit gibt es einige Kampagnen (eins, vier, sechs, sieben, acht, 11 und 13), in denen Vergnügen weder positiv noch negativ thematisiert wird. Die positive Darstellung kommt in fast jeder Kampagne außer in Kampagne acht und Kampagne 15 vor. Negative Darstellung kommt in Kampagne zwei, drei, vier, fünf, sechs, acht, neun, 12 und 13 vor. Damit ist die Kampagne acht die einzige Kampagne, in der ausschließlich negative Darstellung kodiert wurde, in Kampagne eins, sieben, zehn, elf und 14 hingegen nur positive Darstellung. Akkurate und vertrauenswürdige Information kam in jeder Kampagne außer in Kampagne 15 vor, die meisten hatten mehrere Codes, einige wenige nur einen Code (sieben und eins). Falsche und unsichere Information wurde in den Kampagnen zwei, drei, fünf, sechs, sieben, acht, neun, 13 und 14 kodiert. Die Involviertheit in die Thematik kam nur in den Kampagnen eins, acht und zehn nicht vor, alle anderen involvierten die Leserinnen* in die Thematik Safer Sex. Das Merkmal Herstellung des Gefühls von Nutzen kam in zwei Drittel der Kampagnen ca. ein bis zwei Mal vor, aber nicht in den Kampagnen sieben, acht, zehn, elf und 15. Damit zeigt sich, dass es einen Trend für gewisse Merkmale gibt und jede Kampagne auch einzeln für sich betrachtet werden kann und muss.

Zum Abschluss der qualitativen Inhaltsanalyse wird noch ein kurzer Blick auf den Code-Matrix-Browser sowie den Code-Relations-Browser geworfen.

Der Code-Matrix-Browser zeigt die Verteilung bzw. Häufigkeit der Codes innerhalb der Dokumente. Es zeigt sich, dass bestimmte Codes deutlich öfter in gewissen Kampagnen vorkommen als in anderen. Selbstwirksamkeit stellt hier das am häufigsten kodierte Merkmal dar, am öftesten kommt es dabei in den Kampagnen sieben und elf vor, gefolgt von Kampagne 14, zehn und drei. Sehr selten kommt es hingegen in den Kampagnen eins und fünf vor. Das am zweithäufigsten kodierte Merkmal, akkurate und vertrauenswürdige Information, kommt am stärksten in Kampagne sieben und zehn vor, gefolgt von Kampagne drei, sechs, elf und 14. Am seltensten kommt es in Kampagne eins vor. Andere Code-Matrix-Verbindungen sind durchschnittlich gleichermaßen verteilt und damit nicht weiter hervorzuheben.

Der Code-Relations-Browser zeigt Beziehungen zwischen verschiedenen Codes miteinander, also wie häufig gewisse Codes innerhalb der Dokumente gemeinsam vorkommen. So zeigt sich, dass Selbstwirksamkeit und akkurate und vertrauenswürdige Informationen oft (in Verbindung) miteinander auftreten. Ein möglicher Erklärungsansatz ist, dass zunächst Informationen vermittelt werden, die anschließend direkt an die Leserin* weitergegeben werden, sodass diese sofort angewendet werden können. Besonders gering sind jedoch die Beziehungen zwischen Vergnügensminderung und positiver und negativer Darstellung sowie Involviertheit in die Thematik. Das kann schlichtweg daran liegen, dass nur so wenige Codes für die Vergnügensminderung existieren. Auch wenig Beziehung besteht zwischen der Vergnügensförderung und jeglicher Art der Information sowie der Involviertheit in die Thematik. Es scheint wohl einen negativen Zusammenhang zwischen jeglicher Art von Betonung von Vergnügensförderung und Involviertheit in die Thematik geben. Die negative Darstellung hat keine Beziehung zur positiven Darstellung, was darauf hindeutet, dass diese selten innerhalb einer Kampagne miteinander vorkommen, sowie die Herstellung des Gefühls von Nutzen, welche sich mit der gefahren- und risikozentrierten Darstellung deckt. Außerdem gibt es keine Beziehung zwischen der Herstellung des Gefühls von Nutzen und der Involviertheit in die Thematik. Ansonsten gibt es insgesamt in etwa gleichermaßen starke Beziehungen zwischen den einzelnen Merkmalen. Diese Ergebnisse sind nur mangelhaft repräsentativ, da insgesamt eine zu geringe Anzahl an Codes existiert, um diese tatsächlich problemlos in Beziehung stellen zu können.

5.2. Quantitativer Fragebogen

In diesem Abschnitt werden die Ergebnisse des Experiments untersucht. Die Daten wurden mit IBM SPSS® Statistics 27 analysiert, es wurde mit einem Signifikanzniveau von 95 Prozent

gearbeitet. Anfangs wird die deskriptive Statistik samt soziodemographischer Daten analysiert. Danach werden die Hypothesen im Detail beleuchtet.

5.2.1. Deskriptive Statistik

Insgesamt haben 212 Teilnehmerinnen* die Umfrage abgeschlossen, davon mussten 12 Datensätze gelöscht werden, ausgewertet wurde die Umfrage also anhand von 200 Datensätzen. Die Teilnehmerinnen* waren durchschnittlich 25 Jahre alt, wobei die jüngsten zwei Teilnehmerinnen* 18 Jahre alt waren und die älteste Teilnehmerin* 54 Jahre alt war. Knapp 95 Prozent waren unter 40 Jahre alt, 85 Prozent waren dabei unter 30 Jahre alt und 8 Prozent unter 20 Jahre. Knapp ein Drittel (29 Prozent) identifizierten sich als lesbisch*, ein wenig unter der Hälfte (40,5 Prozent) als bisexuell. Als pansexuell bezeichneten sich 13 Prozent und als queer 15 Prozent. 2,5 Prozent gaben eine alternative Sexualität an. Dabei identifizierten sich jeweils einzelne Personen wie folgt: asexuell, demisexuell und pansexuell, als hetero Transmann, als lesbisch und asexuell sowie mit der Bezeichnung „If I like it, I like it“ [Wenn ich es mag, dann mag ich es], was auf eine Sexualität hinweist, bei der man sich in Menschen unabhängig vom Geschlecht verlieben kann, ohne feste Präferenzen zu haben oder diese definieren zu müssen.

Ihre Sexualität lässt sich am ehesten beschreiben als...

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Lesbisch*	58	29,0	29,0	29,0
	Bisexuell	81	40,5	40,5	69,5
	Pansexuell	26	13,0	13,0	82,5
	Andere, und zwar:	5	2,5	2,5	85,0
	Queer	30	15,0	15,0	100,0
	Gesamt	200	100,0	100,0	

Tabelle 4: Statistik über die Sexualität der Teilnehmerinnen*

84,0 Prozent waren Cisfrauen*, nur eine Teilnehmerin war eine Transfrau*, während drei Transmänner* an der Umfrage teilnahmen. Als nicht-binär identifizierten sich 6,5 Prozent und als genderfluid 4,5 Prozent. Einige Teilnehmerinnen* erwähnten eine alternative

Geschlechtszugehörigkeit, wobei sich drei Personen als „normale Frau“ bzw. Frau identifizierten. Eine Person war Agender, eine Person Demi-Girl und eine Person gab keine Angabe zur Geschlechtsidentität an. Die Hälfte der Teilnehmerinnen* (49,5 Prozent) hatte innerhalb der letzten drei Monate Sex mit Frauen*. Hingegen waren nur 30,5 Prozent zum Zeitpunkt der Umfrage in einer festen Beziehung mit einer Frau*.

Als höchsten Bildungsabschluss gaben mehr als die Hälfte (53,5 Prozent) die Matura o.Ä. an. 35,5 Prozent hatten einen Hochschulabschluss, 3 Prozent den Pflichtschulabschluss und 5,5 Prozent einen Lehrabschluss sowie 2,5 Prozent einen sonstigen Abschluss.

Außerdem wurde nach dem bisherigen sowie zukünftigen Verhütungsverhalten, gleichgeschlechtlichen Sex gefragt. In der Vergangenheit verhüteten 38,5 Prozent nie beim Sex mit Frauen*, nur 9,5 Prozent immer. Immerhin verhüteten 61,5 Prozent selten bis immer beim Sex mit Frauen*.

In der Vergangenheit habe ich beim Sex mit Frauen* ... verhütet

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	immer	19	9,5	9,5	9,5
	oft	33	16,5	16,5	26,0
	manchmal	37	18,5	18,5	44,5
	selten	34	17,0	17,0	61,5
	nie	77	38,5	38,5	100,0
	Gesamt	200	100,0	100,0	

*Tabelle 5: Statistik über das bisherige Verhütungsverhalten der Teilnehmerinnen**

Diese Daten decken sich mit jenen des aktuellen Verhütungsverhaltens. So verhüten 37 Prozent nicht beim Sex, nur 12 Prozent verhüten immer. Insgesamt 63 Prozent verhüten selten bis immer.

Beim Sex* mit Frauen* verhüte ich...

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	immer	24	12,0	12,0	12,0
	oft	32	16,0	16,0	28,0
	manchmal	40	20,0	20,0	48,0
	selten	30	15,0	15,0	63,0
	nie	74	37,0	37,0	100,0
	Gesamt	200	100,0	100,0	

*Tabelle 6: Statistik über das aktuelle Verhütungsverhalten der Teilnehmerinnen**

Es wurden auch Fragen zum zukünftigen Verhütungsverhalten gestellt. Hierbei gaben hingegen nur 9,5 Prozent der Teilnehmerinnen* an, in Zukunft nie verhüten zu wollen. 19 Prozent meinten, zukünftig immer zu verhüten und insgesamt 90,5 Prozent wollen selten bis immer verhüten. Hier zeigt sich deutlich, dass zumindest ausgesagt wird, in Zukunft häufiger Safer Sex praktizieren zu wollen. An dieser Stelle ist hervorzuheben, dass die soziodemographischen Daten sowie die Fragen zum Verhütungsverhalten nach der eigentlichen Untersuchung erhoben wurden. Daher liegt es nahe, dass das Stimulus-Material einen Einfluss auf dieses Ergebnis hatte. Weitere Forschungsarbeiten sind jedoch erforderlich, um diese Thematik weiter zu erforschen.

In Zukunft werde ich beim Sex mit Frauen ... verhüten

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	immer	38	19,0	19,0	19,0
	oft	69	34,5	34,5	53,5
	manchmal	55	27,5	27,5	81,0
	selten	19	9,5	9,5	90,5
	nie	19	9,5	9,5	100,0
	Gesamt	200	100,0	100,0	

Tabelle 7: Statistik über das zukünftige Verhütungsverhalten der Teilnehmerinnen*

Es wurde auch noch einmal genauer gefragt, welche der erprobten Verhütungsmittel genutzt werden. Lecktücher verwenden die Hälfte (51,5 Prozent) nie, 5,5 Prozent immer und etwa 20 Prozent (19,3 Prozent) manchmal. Kondome verwenden hingegen nur 30 Prozent nie, 20 Prozent immer und 14 Prozent manchmal. Es ist aber anzunehmen, dass diese Daten auch die Kondomnutzung bei heterosexuellem Sex inkludiert, da der Großteil der Teilnehmerinnen* bisexuell o.Ä. war. Einmalhandschuhe und Fingerlinge werden am seltensten benutzt, so gaben 73 und 76 Prozent an, diese nie zu benutzen. Nur 0,5 bzw. 1,5 Prozent benutzen diese immer und nur 9 bzw. 7,5 Prozent manchmal. Toycover verwenden 53,5 Prozent nie, 10,5 Prozent immer sowie 11,5 Prozent manchmal. Nur 3,5 Prozent der Teilnehmerinnen* nutzten alternative Verhütungsmittel, hierbei wurden folgende Methoden angegeben: Enthaltbarkeit, HPV-Impfung, Kupferspirale, Geschlechtskrankheiten Befund, nur mit Personen Sex haben, die kürzlich getestet sind, Toy Cleaner, verheiratet sowie eine ungültige Angabe.

5.2.2. Primärer Outcome

Nun werden die beiden Hypothesen, die auf Basis der Literaturrecherche entwickelt wurden, untersucht. Um die Hypothesen zu testen, wurden die Teilnehmerinnen* randomisiert einer von drei Gruppen zugeteilt. Stimulus A zogen 64 Personen (= 32 Prozent), Stimulus B 66 Personen (= 33 Prozent) und den Kontrollstimulus 60 Personen (= 35 Prozent). Damit sind die Gruppen annähernd gleich groß, was die weitere Analyse erleichtert und den Vergleich legitimiert.

Es wurden drei Indexe gebildet, um die weiterfolgende Analyse zu erleichtern. Insgesamt wurden 30 Wissensfragen getestet, diese konnten jeweils richtig (= 1) oder falsch (= 0) sein. Einige der Fragen mussten umkodiert werden, da die richtige Antwort „stimmt nicht“ war. Damit konnte jede Person einen gesamten Wissensscore von maximal 30 und minimal 0 Punkten erzielen. Von den insgesamt 30 Fragen waren 15 objektive Fragen und 15 subjektive Fragen, die folglich entweder richtig (= 1) oder falsch (= 0) waren. Somit konnte jede Person einen objektiven Wissensscore von maximal 15 und minimal 0 sowie einen subjektiven Wissensscore von maximal 15 und minimal 0 erreichen.

Um Hypothese 1 zu untersuchen, mussten die Mittelwerte der beiden Stimulus-Gruppen mit der Kontrollgruppe verglichen werden. Es wurde der T-Test gewählt, da auf diese Weise jeweils zwei der drei Gruppen im Direktvergleich analysiert und interpretiert werden konnten. Hierbei wurden einmal die Stimulus A- und die Kontrollgruppe sowie anschließend die Stimulus B- und die Kontrollgruppe miteinander verglichen.

Um die Hypothese 2 zu untersuchen, wurden die Mittelwerte von den Gruppen Stimulus A und Stimulus B miteinander verglichen. Es wurde wiederum der T-Test gewählt, um so die Gruppen direkt miteinander vergleichen zu können.

Weiters wurde untersucht, ob ein Unterschied dahingehend besteht, ob es sich um objektives oder subjektives Wissen handelt. Das wurde innerhalb einer Mixed ANOVA getestet, wobei die Gruppen auf Signifikanzunterschiede innerhalb der beiden Wissensindexe getestet werden. Auch das fand mithilfe der Wissensindexe statt.

Der Gesamtscore war für die Erforschung der Hypothesen 1 und 2 relevant. Der Mindestwert des Gesamtindex lag bei 6, was bedeutet, dass die Person mit der geringsten Anzahl richtiger Antworten sechs richtige Antworten hatte, und, dass niemand weniger als diese Zahl erzielte. Die maximale Punkteanzahl war 30. Neun Personen (= 4,5 Prozent) konnten diese erreichen, folglich hatten diese Teilnehmerinnen* alle Antworten richtig. Nur 3 Prozent hatten höchstens 15 Antworten richtig. Der Mittelwert lag bei 23,55 Prozent mit einer Standardabweichung von 4,053. Im zweiten Schritt musste jedoch untersucht werden, ob dieser Wert signifikant zwischen den einzelnen Gruppen variiert. Vergleicht man die Gruppen Stimulus A und die Kontrollgruppe, so zeigt sich folgendes:

Die Stimulus A-Gruppe lag bei einem Mittelwert von 23,69, die Kontrollgruppe hingegen bei 22,60. Der F-Test zeigt einen Wert von 0,695, die Varianzen sind somit gleich. Der T-Test zeigte

bei einem Wert von 0,095 ($= > 0,05$), dass zwischen den Mittelwerten kein signifikanter Unterschied liegt.

Test bei unabhängigen Stichproben

		Levene-Test der Varianzgleichheit	t-Test für die Mittelwertgleichheit					
					Signifikanz			
		F	Sig.	T	df	Einseitiges p	Zweiseitiges p	Mittlere Differenz
Gesamtindex	Varianzen sind gleich	ind,695	,406	1,683	132	,047	,095	1,087
	Varianzen sind nicht gleich			1,693	131,799	,046	,093	1,087

Tabelle 8: Mittelwertvergleich Stimulus A und Kontroll-Stimulus

Stimulus B hat einen Mittelwert von 24,44, die Kontrollgruppe hingegen 22,60. Der F-Test zeigt einen Wert von 0,876, die Varianzen sind somit gleich. Der T-Test zeigte bei einem Wert von 0,012 ($= < 0,05$), dass zwischen den Mittelwerten ein signifikanter Unterschied liegt.

Test bei unabhängigen Stichproben

		Levene-Test der Varianzgleichheit	t-Test für die Mittelwertgleichheit					
						Signifikanz		
		F	Sig.	T	df	Einseitiges p	Zweiseitiges p	Mittlere Differenz
Gesamtindex	Varianzen sind gleich	ind,876	,351	2,538	134	,006	,012	1,839
	Varianzen sind nicht gleich			2,529	129,601	,006	,013	1,839

Tabelle 9: Mittelwertvergleich Stimulus B und Kontroll-Stimulus

Die Hypothese 1 kann somit teilweise bestätigt werden. Wie die Mittelwerte zeigen, haben Teilnehmerinnen*, die eine der beiden Safer Sex Kampagnen sahen, akkurateres Wissen als jene Teilnehmerinnen*, die keine Safer Sex Kampagne gesehen haben. Gleichzeitig zeigt sich, dass es dennoch keinen signifikanten Unterschied gibt, wenn man die Mittelwerte des tatsächlich existierenden Safer Sex Materials mit der Kontrollgruppe vergleicht. Hingegen beeinflusste die verbesserte Safer Sex Kampagne das Wissen positiv im Vergleich zur Kontrollgruppe. Im weiteren Schritt soll untersucht werden, ob es hierbei einen Unterschied im objektiven und subjektiven Wissen gibt.

Doch zuerst wird Hypothese 2 erforscht. Hierfür werden die Gruppen Stimulus A und Stimulus B verglichen. Stimulus A hat einen Mittelwert von 23,69 und Stimulus B hat einen Mittelwert von 24,44. Der F-Test zeigt einen Wert von 3,011, die Varianzen sind also gleich. Wie der T-Test mit einem Signifikanzniveau von 0,289 ($= > 0,05$) zeigt, gibt es keinen signifikanten Unterschied im Gesamtwissen. Die Hypothese 2 wird somit verworfen.

Test bei unabhängigen Stichproben

		Levene-Test Varianzgleichheit	t-Test für die Mittelwertgleichheit				
		F	Sig.	T	df	Signifikanz Einseitiges p Zweiseitiges p	Mittlere Differenz
Gesamtindex	Varianzen sind gleich	3,011	,085	-1,065	128	,114 ,289	-,752
	Varianzen sind nicht gleich			-1,069	122,088	,143 ,287	-,752

Tabelle 10: Mittelwertvergleich Stimulus A und Stimulus B

Zuletzt soll noch untersucht werden, ob es einen signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen in Bezug auf objektives sowie subjektives Wissen gibt. Dafür wurde eine Mixed ANOVA gewählt, die auf Innersubjekt- und Zwischensubjektfaktoren beziehungsweise Haupteffekt(e) und Interaktionseffekt(e) untersucht. In diesem Fall sind die Haupteffekte die Gruppenzuteilung und die beiden Wissensscores, der Interaktionseffekt ist die Kombination aus Gruppenzuteilung und dem Wissensscore. Der Haupteffekt „Gruppenzuteilung“ wurde bereits

in den Hypothesen erläutert und wird folglich nicht weiter berücksichtigt. Hierfür wurden die Innersubjektvariablen objektives Wissen und subjektives Wissen gebildet. Vorab wurde der Mauchly-Test auf Sphärizität getestet. Da es sich um einen zweistufigen Innersubjektfaktor handelt, ist diese automatisch gegeben, die Mixed ANOVA konnte also ohne weiteres fortgesetzt werden. Ebenfalls wurde mithilfe des Levene-Tests auf Gleichheit der Fehlervarianzen erforscht. Alle Signifikanzniveaus waren deutlich über 0,05, die Homogenität der Fehlervarianzen zwischen den Gruppen war für alle Variablen erfüllt und die ANOVA darf weiter interpretiert werden. Zuletzt wurde der Box-Test auf Gleichheit der Kovarianz-Matrizen getestet, auch hier war der Wert von p über 0,05 (in diesem Fall: 0,086), die Voraussetzungen für die Mixed ANOVA waren somit allesamt erfüllt.

Nun kann der Interaktionseffekt genauer betrachtet werden. Hierfür werden zuerst die Mittelwerte miteinander verglichen. So zeigte sich folgendes Bild:

Deskriptive Statistiken

Zuteilung: Gezogener		Mittelwert	Standardabweichung	N
Code				
Objektivindex	Kontrollstimulus	13,10	1,625	70
	Stimulus A	13,44	1,651	64
	Stimulus B	13,27	1,869	66
	Gesamt	13,26	1,714	200
Subjektivindex	Kontrollstimulus	9,50	3,344	70
	Stimulus A	10,25	2,981	64
	Stimulus B	11,17	3,223	66
	Gesamt	10,29	3,249	200

Tabelle 11: Statistik Mittelwertvergleich Wissensindexe nach Gruppen

Wie bereits erwähnt, ist pro Index das Maximum 15, das Minimum liegt bei 0. Während beim subjektiven Wissen beide Extreme bedient wurden, war das Minimum des objektiven Wissens 5, was nur eine Person betrifft. Fasst man die Gruppen zusammen, hatten 47 Personen (= 23,5 Prozent) alle objektiven Fragen richtig. Nur 3 Prozent hatten 8 oder weniger Antworten richtig.

Über die Hälfte der Personen (=54,5) hatten 13 oder 14 Antworten richtig. Beim subjektiven Wissen hatten hingegen 30 Prozent 8 oder weniger Antworten richtig. 17 Teilnehmerinnen* (= 8,5 Prozent) hatten alle 15 Items richtig. Etwa die Hälfte (= 45 Prozent) hatten 10 bis 13 Antworten richtig. Der Index des objektiven Wissens ist bei allen drei Gruppen in etwa 13, damit sind durchschnittlich zwei Fragen falsch beantwortet worden. Den höchsten Index hat Stimulus A, den niedrigsten die Kontrollgruppe. Beim subjektiven Wissensindex gibt es eine größere Variation, so ist der Index der Kontrollgruppe knapp unter 10 und damit der niedrigste, den höchsten Index hat Gruppe B mit etwas über 11 von 15. Bereits im Vorfeld wird deutlich, dass es eine stärkere Variation im Hinblick auf das subjektive Wissen gibt, verglichen mit dem objektiven Wissen. Weiter verdeutlicht wird diese Variation auch, wenn man die Werte der Standardabweichung vergleicht, welche in den einzelnen Gruppen bezüglich des subjektiven Wissens stärker ausfallen als bei jenen des objektiven Wissens. In einem weiteren Schritt ist zu untersuchen, ob dieser Unterschied signifikant ist.

Der Test auf Innersubjekteffekte zeigt mit einem Signifikanzniveau von 0,022 ($= < 0,05$), dass es eine signifikante Interaktion zwischen dem Faktor Wissen und den Gruppen gibt. Dies wird zur Verdeutlichung auch graphisch dargestellt:

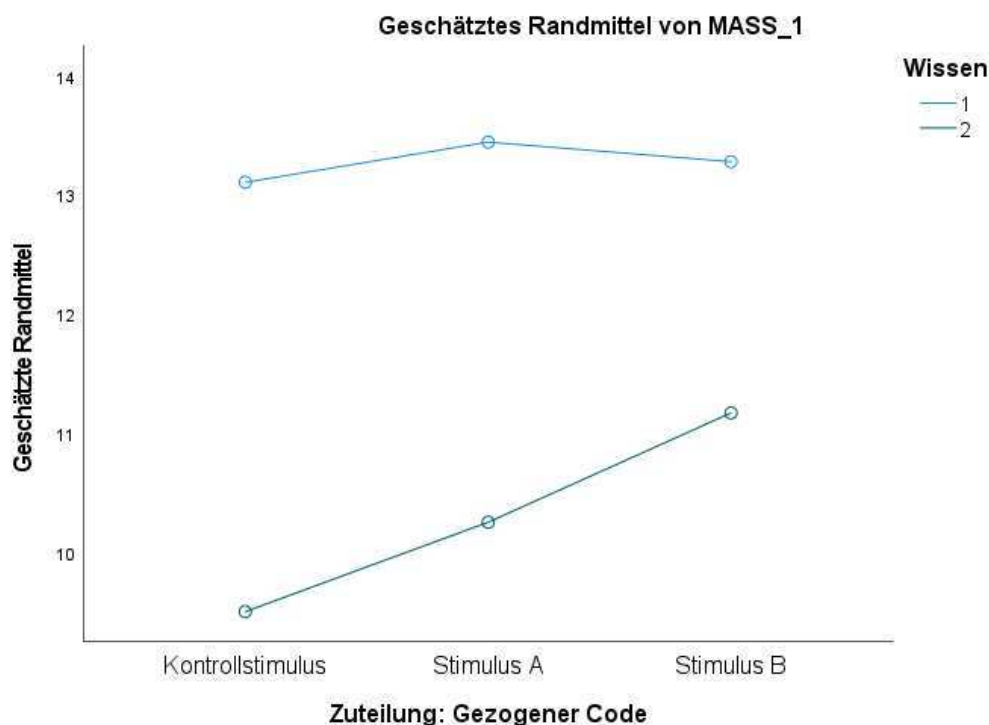


Abbildung 2: Interaktionseffekt Gruppen*Wissen

Anzumerken ist, dass die grüne Linie (=2) das subjektive Wissen darstellt, während die blaue Linie (=1) das objektive Wissen repräsentiert. Wie Grafik zeigt, geht die Schere zwischen den Gruppen zusammen, was den Innersubjekteffekt untermalt. Während die Gruppen hinsichtlich des objektiven Wissens (in beiden Grafiken mit der Zahl „1“ gekennzeichnet) relativ nahe beieinander liegen, zeigen die Ergebnisse beim subjektiven Wissen (in beiden Grafiken mit der Zahl „2“ gekennzeichnet) deutlichere Unterschiede. Gleichzeitig wird ersichtlich, dass die Mittelwerte beider Wissensindexe deutlich voneinander abweichen, da die Linie 2 ansteigt, was darauf hinweist, dass das subjektive Wissen vom Kontrollstimulus über Stimulus A bis hin zu Stimulus B zunehmend genauer wird.

Im weiteren sowie letzten Schritt werden nun innerhalb einer einfaktoriellen ANOVA die einzelnen Gruppen nochmals miteinander verglichen, um Aussagen über die Signifikanz zwischen den Gruppen zu treffen. Mit einem Wert von 0,525 ($= > 0,05$) gibt es keinen signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen in Bezug auf objektives Wissen. Hingegen gibt es bei einem Wert von 0,011 ($= < 0,05$) einen signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen in Bezug auf subjektives Wissen.

Im Detail betrachtet gibt es folgende Signifikanzniveaus beim objektiven Wissen: Kontrollgruppe und Stimulus A = 0,493 ($= > 0,05$), folglich nicht signifikant. Kontrollgruppe und Stimulus B = 0,828 ($= > 0,05$), folglich nicht signifikant. Stimulus A und Stimulus B = 0,848 ($= > 0,05$), folglich nicht signifikant. Somit ergibt sich, dass Hypothese 1 in Bezug auf das subjektive Wissen teilweise bestätigt werden kann.

Beim subjektiven Wissen zeigte sich hingegen ein allgemeiner, signifikanter Unterschied. Im Detail zeigt sich folgendes Bild: Kontrollgruppe und Stimulus A = 0,365 ($= > 0,05$), folglich nicht signifikant. Kontrollgruppe und Stimulus B = 0,007 ($= < 0,05$), folglich signifikant. Stimulus A und Stimulus B = 0,233 ($= > 0,05$), folglich nicht signifikant. Damit zeigt sich, dass Hypothese 1 teilweise bestätigt werden kann in Bezug auf subjektives Wissen. Es gibt einen signifikanten Unterschied zwischen Teilnehmerinnen*, die den verbesserten Stimulus erhielten und jenen, die gar keine Safer Sex Kampagne betrachteten. Hypothese 2 konnte hingegen nicht bestätigt werden und wird somit verworfen.

Das erwartete Ergebnis wurde folglich nur in begrenztem Maße bestätigt. Eine ausführliche Interpretation sowie Diskussion dieser Ergebnisse finden im Kapitel 6. Diskussion statt.

5.2.3. Sekundärer Outcome

Abschließend werden nun noch weitere statistische Untersuchungen gemacht, um detaillierte Ergebnisse über die Angaben der Teilnehmerinnen* zu erhalten. Im Folgenden werden die einzelnen Merkmale detailliert untersucht, einschließlich relevanter (Kreuz-)Tabellen und Korrelationen.

Zuerst wurde erforscht, welche Schlüsse aus den einzelnen Merkmalen gezogen werden können. Hierfür wurden Häufigkeitstabellen erstellt. Die Signifikanz zwischen den Gruppen wurde mithilfe eines Chi-quadrat Tests untersucht. Folgende Erkenntnisse gibt es über die Items aus dem objektiven Wissen:

- Frauen*, die mit Frauen* Sex haben, können sich mit sexuell übertragbaren Krankheiten anstecken.

Dieses Item wurde von 190 Teilnehmerinnen* richtig beantwortet, 10 Teilnehmerinnen* lagen falsch. Es gibt keinen signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen.

- Verhütung ist nur notwendig, um eine Schwangerschaft zu verhindern.

Dieses Item wurde von 193 Teilnehmerinnen* richtig beantwortet, 7 Teilnehmerinnen* lagen falsch. Es gibt keinen signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen.

- HIV ist bei sexuellem Kontakt zwischen Frauen* übertragbar.

Dieses Item wurde von 182 Teilnehmerinnen* richtig beantwortet, 18 Teilnehmerinnen* lagen falsch. Es gibt keinen signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen.

- Anstelle zu verhüten kann man sich auch alle paar Wochen beim Arzt/ bei der Ärztin durchchecken lassen.

Dieses Item wurde von 175 Teilnehmerinnen* richtig beantwortet, 25 Teilnehmerinnen* lagen falsch. Es gibt keinen signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen.

- Herpes ist bei sexuellem Kontakt zwischen Frauen* übertragbar.

Dieses Item wurde von 193 Teilnehmerinnen* richtig beantwortet, 7 Teilnehmerinnen* lagen falsch. Es gibt keinen signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen.

- Verhütung ist nur notwendig, wenn man Verletzungen und Wunden am Körper hat.

Dieses Item wurde von 195 Teilnehmerinnen* richtig beantwortet, 5 Teilnehmerinnen* lagen falsch. Es gibt keinen signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen.

- Sexpartnerinnen* können Dildos und Vibratoren ohne Weiteres teilen.

Dieses Item wurde von 173 Teilnehmerinnen* richtig beantwortet, 27 Teilnehmerinnen* lagen falsch. Es gibt keinen signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen.

- Dental Dams (= Lecktücher) schützen bei Oralverkehr vor sexuell übertragbaren Krankheiten.

Dieses Item wurde von 182 Teilnehmerinnen* richtig beantwortet, 18 Teilnehmerinnen* lagen falsch. Es gibt keinen signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen.

- Kondome sind eine gute Alternative zu Dental Dams (= Lecktücher).

Dieses Item wurde von 116 Teilnehmerinnen* richtig beantwortet, 84 Teilnehmerinnen* lagen falsch. Es gibt keinen signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen.

- Alufolie ist eine gute Alternative zu Dental Dams (= Lecktücher).

Dieses Item wurde von allen 200 Teilnehmerinnen* richtig beantwortet. Es gibt keinen signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen.

- Bauchschmerzen können ein Symptom von Geschlechtskrankheiten sein.

Dieses Item wurde von 162 Teilnehmerinnen* richtig beantwortet, 28 Teilnehmerinnen* lagen falsch. Es gibt keinen signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen.

- Juckreiz der Vulva kann ein Symptom von Geschlechtskrankheiten sein.

Dieses Item wurde von 196 Teilnehmerinnen* richtig beantwortet, 4 Teilnehmerinnen* lagen falsch. Es gibt keinen signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen.

- Bei manueller Stimulation (z.B. fingern) können Plastiksackerl als nützliches Verhütungsmittel verwendet werden.

Dieses Item wurde von 190 Teilnehmerinnen* richtig beantwortet, 10 Teilnehmerinnen* lagen falsch. Es gibt keinen signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen.

- Bei manueller Stimulation (z.B. fingern) können Einmalhandschuhe als nützliches Verhütungsmittel verwendet werden.

Dieses Item wurde von 142 Teilnehmerinnen* richtig beantwortet, 58 Teilnehmerinnen* lagen falsch. Es gibt einen signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen, so haben mehr Personen

in der Kontrollgruppe falsch geantwortet als in den anderen beiden Gruppen (um 14 bzw. 9 Personen im Vergleich zu Gruppe A bzw. Gruppe B).

- Verhütungsmittel wie Kondome oder Toy Cover (= Abdeckung für Dildos und Vibratoren) sind bei Penetration mit Dildo oder Vibrator nur notwendig, wenn man zwischen Anus und Vagina wechselt.

Dieses Item wurde von 164 Teilnehmerinnen* richtig beantwortet, 36 Teilnehmerinnen* lagen falsch. Es gibt keinen signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen.

Die Items wurden allesamt mehrheitlich richtig beantwortet, eine Frage wurde sogar vollständig richtig beantwortet. Viele der Antworten wurden von weniger als 20, teilweise sogar weniger als zehn Teilnehmerinnen* falsch beantwortet. Die größte Verunsicherung gab es beim Item neun. Ein Erklärungsvorschlag ist, dass Kondome typischerweise mit heterosexuellem Sex verbunden werden und eher selten mit weiblichem gleichgeschlechtlichem Oralsex in Verbindung gebracht werden. Auch größere Unsicherheiten gab es bei den Items 14 und 15. Möglicherweise kann das daran liegen, dass Einmalhandschuhe eine eher unbekannte Verhütungsmethode sind und mit anderen, alltäglichen Tätigkeiten abseits von manueller Penetration/Stimulation verbunden werden. Letzteres könnte daran liegen, dass einerseits das Wording etwas kompliziert ist und daher Verwirrung ausgelöst haben könnte, andererseits das Wissen über die korrekte Verhütung beim Wechsel zwischen Vagina und Anus möglicherweise unsicherer ist als jenes bei ausschließlichen vaginalen Verkehr.

Folgende Erkenntnisse gibt es über die Items aus subjektivem Wissen:

- Verhütung beim Sex zwischen Frauen* erhöht die Unbeschwertheit.

Dieses Item wurde von 143 Teilnehmerinnen* richtig beantwortet, 57 Teilnehmerinnen* lagen falsch. Es gibt keinen signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen.

- Verhütung beim Sex zwischen Frauen* hat mehr Vorteile als Nachteile.

Dieses Item wurde von 163 Teilnehmerinnen* richtig beantwortet, 37 Teilnehmerinnen* lagen falsch. Es gibt keinen signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen.

- Verhütungsmittel wie Fingerlinge (= kurze Fingerkappen) stören, wenn man seine Sexpartnerin* manuell stimuliert (z.B. fingert).

Dieses Item wurde von 134 Teilnehmerinnen* richtig beantwortet, 66 Teilnehmerinnen* lagen falsch. Es gibt einen signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen, da die Kontrollgruppe

häufiger falsch lag als die anderen beiden Gruppen (um ca. 20 Personen im Vergleich zu Gruppe B und ca. 10 Personen im Vergleich zu Gruppe A) und die Gruppe A häufiger falsch lag als Gruppe B.

- Verhütungsmittel wie Kondome stören, wenn man seine Sexpartnerin* mit einem Dildo oder Vibrator penetriert.

Dieses Item wurde von 176 Teilnehmerinnen* richtig beantwortet, 24 Teilnehmerinnen* lagen falsch. Es gibt keinen signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen.

- Verhütungsmittel wie Dental Dams (= Lecktücher) stören, wenn man seine Sexpartnerin* oral befriedigt.

Dieses Item wurde von 111 Teilnehmerinnen* richtig beantwortet, 89 Teilnehmerinnen* lagen falsch. Es gibt keinen signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen.

- Verhütung beim Sex zwischen Frauen* erhöht das Lustgefühl.

Dieses Item wurde von 56 Teilnehmerinnen* richtig beantwortet, 144 Teilnehmerinnen* lagen falsch. Es gibt einen signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen, da die Kontrollgruppe häufiger falsch lag als die anderen beiden Gruppen (ca. 20 Personen im Vergleich zu Gruppe B und ca. 10 Personen im Vergleich zu Gruppe A) und Gruppe A häufiger falsch lag als Gruppe B.

- Verhütung beim Sex zwischen Frauen* ist angsteinflößend.

Dieses Item wurde von 174 Teilnehmerinnen* richtig beantwortet, 26 Teilnehmerinnen* lagen falsch. Es gibt keinen signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen.

- Verhütung beim Sex zwischen Frauen* ist lustfördernd

Dieses Item wurde von 47 Teilnehmerinnen* richtig beantwortet, 153 Teilnehmerinnen* lagen falsch. Es gibt keinen signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen.

- Verhütung beim Sex zwischen Frauen* ist ein Stimmungskiller

Dieses Item wurde von 150 Teilnehmerinnen* richtig beantwortet, 50 Teilnehmerinnen* lagen falsch. Es gibt keinen signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen.

- Verhütung beim Sex zwischen Frauen* ist unangenehm

Dieses Item wurde von 149 Teilnehmerinnen* richtig beantwortet, 51 Teilnehmerinnen* lagen falsch. Es gibt einen signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen, da die Kontrollgruppe und Gruppe A häufiger falsch lagen als Gruppe B (um 15 bzw. 9 Personen).

- Verhütung beim Sex zwischen Frauen* ist anstrengend

Dieses Item wurde von 97 Teilnehmerinnen* richtig beantwortet, 103 Teilnehmerinnen* lagen falsch. Es gibt keinen signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen.

- Verhütung beim Sex zwischen Frauen* ist die Mühe wert

Dieses Item wurde von 183 Teilnehmerinnen* richtig beantwortet, 17 Teilnehmerinnen* lagen falsch. Es gibt keinen signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen.

- Verhütung beim Sex zwischen Frauen* ist nützlich

Dieses Item wurde von 191 Teilnehmerinnen* richtig beantwortet, 9 Teilnehmerinnen* lagen falsch. Es gibt keinen signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen.

- Verhütung beim Sex zwischen Frauen* ist unwichtig

Dieses Item wurde von 193 Teilnehmerinnen* richtig beantwortet, 7 Teilnehmerinnen* lagen falsch. Es gibt keinen signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen.

- Verhütung beim Sex zwischen Frauen* ist spannend

Dieses Item wurde von 91 Teilnehmerinnen* richtig beantwortet, 109 Teilnehmerinnen* lagen falsch. Es gibt keinen signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen.

Es wird deutlich, dass beim subjektiven Wissen größere Unsicherheiten bestehen als beim objektiven Wissen. Hier wurden mehrere Antworten vermehrt falsch beantwortet, wobei nochmals zu betonen ist, dass der Begriff „falsch“ hier normativ gewertet wird und die Items im realen Leben nicht objektiv als falsch oder richtig gewertet werden können. Es wird klar, dass sowohl die Vorteile im Vergleich zu den Nachteilen anerkannt werden als auch die Unbeschwertheit, die Verhütung mit sich bringt, verstanden wird. Insgesamt wird auch die Nützlichkeit von Safer Sex allgemein sowie einzelne Methoden insgesamt anerkannt. Es zeigt sich jedoch auch, dass Safer Sex mit Lustminderung und auch mit Anstrengung verbunden wird. Das Lecktuch wird am ehesten als störend wahrgenommen. Jedoch wird auch deutlich, dass bei einem der beiden Items, die sich auf die Lustförderung beziehen, ein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen besteht. Damit wird einmal mehr deutlich gemacht, dass Lustbetonung in einer Safer Sex Kampagne einen Effekt auf die Wahrnehmung von Safer Sex hat.

Außerdem wurde untersucht, ob ein Zusammenhang zwischen dem Verhütungsverhalten und den einzelnen Gruppen besteht. Hierfür wurde mit einer Kreuztabelle gearbeitet. Mit einem Signifikanzniveau von 0,074 ($= > 0,05$) zeigte sich, dass es keinen signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen in Bezug auf das aktuelle Verhütungsverhalten gibt. Während 12,9 Prozent der Kontrollgruppe immer verhüten, verhüten 6,3 Prozent aus Gruppe A und 16,7 Prozent aus Gruppe B immer. Nie verhüten hingegen 34,3 Prozent (Kontrollgruppe), 43,8 Prozent (Gruppe A) und 33,3 Prozent (Gruppe B). Manchmal verhüteten 11,4 Prozent (Kontrollgruppe), 20,3 Prozent (Gruppe A) und 28,8 Prozent (Gruppe B). Auch in der Vergangenheit gibt es keine signifikanten Unterschiede (Signifikanzniveau = 0,322; $= > 0,05$). Immer verhüteten 10 Prozent der Kontrollgruppe, 4,7 Prozent aus Gruppe A und 13,6 aus Gruppe B. Nie verhüteten 35,7 Prozent (Kontrollgruppe), 46,9 Prozent (Gruppe A) und 33,3 Prozent (Gruppe B). Manchmal verhüteten 14,3 Prozent (Kontrollgruppe), 15,6 Prozent (Gruppe A) und 25,8 Prozent (Gruppe B). Auch bei der zukünftigen Verhütung gibt es bei einem Signifikanzniveau von 0,136 ($= > 0,05$) keinen signifikanten Unterschied. 22,9 Prozent der Kontrollgruppe wollen immer verhüten, hingegen 12,5 Prozent aus Gruppe A und 21,2 Prozent aus Gruppe B. 7,1 Prozent (Kontrollgruppe), 10,9 Prozent (Gruppe A) und 10,6 Prozent (Gruppe B) wollen nie verhüten sowie 24,3 Prozent (Kontrollgruppe), 28,1 Prozent (Gruppe A) und 30,3 Prozent (Gruppe B) wollen manchmal verhüten. Da diese Masterarbeit nicht nur darauf abzielt, die Hypothesen und die Forschungsfrage zu untersuchen, sondern auch einen Beitrag zur sexuellen Gesundheit queerer Frauen* leisten will, ist es an dieser Stelle sinnvoll, die Zusammenhänge zwischen Verhütungsverhalten und anderen relevanten Variablen zu betrachten. Ziel ist es, Anreize für zukünftige Forschungsarbeiten zu schaffen, deren Erkenntnisse an dieser Stelle nur angeschnitten werden können. Hingegen wird die Variable Wissen nicht mit weiteren Variablen untersucht, da dies dem experimentellen Charakter dieser Masterarbeit widerspricht, nach dem die Gruppen in Punkto Sexualität, Beziehungsstatus u.Ä. randomisiert und folglich auch gleichverteilt sind.

Für die weitere Untersuchung des Verhütungsverhaltens wurde ein Verhütungsindex erstellt. Die Merkmalsausprägung reicht von immer (= 5) bis nie (= 1). Je höher der Wert, desto stärker ist der Verhütungsindex pro Person. Personen konnten also einen Wert zwischen 3 und 15 erreichen. Die Untersuchungen fanden mithilfe der einfaktoriellen ANOVA statt. Beispielsweise wurde erforscht, ob es einen signifikanten Unterschied im Verhütungsindex je nach Sexualität gibt. Wie die ANOVA mit einem Signifikanzniveau von 0,001 ($= < 0,05$) zeigte, gibt es zwischen den Gruppen einen signifikanten Unterschied. Konkreter gibt es diesen signifikanten Unterschied jedoch nur zwischen lesbischen* und bisexuellen Teilnehmerinnen*.

Vergleicht man die Mittelwerte, zeigt sich hier, dass lesbische* Teilnehmerinnen* bei einem Wert von 6,69 und einer Standardabweichung von 3,246 deutlich seltener verhüten als bisexuelle Teilnehmerinnen* mit einem Mittelwert von 9,47 und einer Standardabweichung von 3,633. Das kann jedoch möglicherweise damit erklärt werden, dass bisexuelle Teilnehmerinnen* auch sexuellen Kontakt mit Männern* haben, daher neben dem Risiko, an Geschlechtskrankheiten zu erkranken, auch das Risiko einer Schwangerschaft besteht. Zudem wird, wie in der Literatur etabliert wurde, Safer Sex eher mit heterosexuellem Sex verbunden anstatt mit weiblichen gleichgeschlechtlichem Sex. Besonders spannend ist, dass es einen signifikanten Unterschied zwischen dem Verhütungsindex und dem Beziehungsstatus (Signifikanzniveau: 0,001; $= < 0,05$) sowie der sexuellen Aktivität mit Frauen* innerhalb der letzten drei Monaten gibt. Personen in einer Beziehung hatten durchschnittlich einen Mittelwert von 6,13, Singles aber einen Wert von 9,35, damit verhüten Singles öfter. Eine Erklärungsmöglichkeit hierbei ist, dass Singles sporadischer sowie eher mit fremden Personen Sex haben und daher die Motivation zur Verhütung höher ist als bei Personen, die in einer festen Beziehung leben. Bei jenen Teilnehmerinnen*, die innerhalb der letzten drei Monaten Sex mit Frauen* hatten, gibt es einen Mittelwert von 7,13, bei jenen, die das nicht hatten, einen Mittelwert von 9,57. In Kombination mit den Ergebnissen, dass Singles eher verhüten und es vermehrt bisexuelle Teilnehmerinnen* gibt, könnte das Gesamtergebnis darauf hinweisen, dass diese Teilnehmerinnen* häufig Sex mit Männern* haben und hierbei eher verhütet wird als beim Sex mit Frauen*. Hingegen gibt es keinen signifikanten Unterschied beim Bildungsabschluss und der Geschlechtsidentität.

Zusammengefasst ergeben sich nun einige Kernergebnisse aus diesem Experiment. Die Hypothese 1 konnte nur teilweise bestätigt werden, so gibt es zwar einen signifikanten Unterschied zwischen der Kontrollgruppe und Stimulus-Gruppe B, jedoch nur in Bezug auf subjektives Wissen. Es gibt keinen signifikanten Unterschied in Bezug auf objektives Wissen sowie zwischen der Kontrollgruppe und Stimulus-Gruppe A. Hypothese 2 konnte nicht bestätigt werden. Die einzelnen Merkmale des objektiven Wissens wurden insgesamt häufiger richtig beantwortet als die des subjektiven Wissens. Hier gibt es einige Unsicherheiten, vor allem bezüglich Lustförderung und dem Gefühl, Safer Sex sei anstrengend. Aber: Bei ersterem Punkt zeigte sich ein signifikanter Gruppenunterschied, wobei Personen aus Gruppe B Safer Sex eher mit Lustförderung verbinden als Teilnehmerinnen* aus den anderen beiden Gruppen. Zu guter Letzt lässt sich sagen, dass bisexuelle Frauen* und Singles, die innerhalb von drei Monaten keinen Sex mit Frauen* hatten, eher verhüten als lesbische Frauen* und Personen in einer Beziehung, die innerhalb von drei Monaten Sex mit Frauen* hatten.

6. Diskussion

6.1. Zusammenfassung und Limitationen

Bisher war Safer Sex zwischen queeren Frauen* kein allgegenwärtiges Thema. Weder sind akkuratere Informationen über die Notwendigkeit bekannt (Diamant et al., 2000; Whitlock, 2021) noch wird großflächig verhütet (Richters, et al., 2010). Ziel dieser Masterarbeit war es, zu untersuchen, welchen Einfluss Safer Sex Kampagnen auf diese Tatsachen haben können. Daher wurden im Rahmen einer qualitativen Inhaltsanalyse bisherige Safer Sex Kampagnen analysiert, fehlende Merkmale herausgearbeitet sowie diese fehlenden Merkmale in eine verbesserte Kampagne hineingearbeitet. Kernelement dieser Arbeit war jedoch das quantitative Experiment, bei dem queere Frauen* in eine von drei Gruppen eingeteilt wurden und untersucht wurde, ob die Exposition gegenüber einer von drei Safer Sex Kampagnen das Wissen über Safer Sex beeinflusst. Es konnte nicht bestätigt werden, dass es einen Unterschied zwischen den bisherigen Kampagnen sowie der Kontrollgruppe (= keine Safer Sex Kampagne gesehen) gibt. Das trifft sowohl auf objektives als auch auf subjektives Wissen zu. Hingegen konnte bestätigt werden, dass es einen signifikanten Unterschied zwischen der verbesserten Kampagne und der Kontrollgruppe gibt, jedoch ausschließlich beim subjektiven Wissen. Dass es einen Unterschied zwischen der verbesserten und den bisherigen Kampagnen gibt, konnte weder für das objektive Wissen noch für das subjektive Wissen bestätigt werden. Damit gehen einige Implikationen einher. Eine positive Erkenntnis ist, dass das objektive Allgemeinwissen über Safer Sex bereits so hoch ist, dass es zwischen den Gruppen kaum Unterschiede gibt. Die Fragen waren bewusst leicht gewählt, um das Basiswissen zu testen. Hier zeigte sich, dass dieses Basiswissen intergruppal vorhanden ist. Lediglich bei der Frage, ob Einmalhandschuhe als Verhütungsmittel gelten, gab es einen signifikanten Unterschied zwischen der Kontrollgruppe und den anderen beiden Gruppen, was darauf deutet, dass spezielle Informationen, die eventuell seltener diskutiert werden, durch Safer Sex Kampagnen aufgenommen werden. Obwohl nur teilweise signifikant, zeigte sich dennoch, dass es eine insgesamt Verbesserung im subjektiven Wissen zwischen den Gruppen gibt. So macht es einen erheblichen Unterschied, die besonders positiv formulierten Sätze zu lesen, im Vergleich zu keiner Kampagne oder den bisherigen Kampagnen. Gleichzeitig gab es keinen negativen Einfluss auf das objektive Wissen, wie der T-Test zeigt. Vereinfacht gesagt: Schlimmstenfalls schadet es nicht, zukünftig einen stärkeren Fokus auf subjektives Wissen zu legen. Bestenfalls beeinflusst es die Wahrnehmung und den Zugang zu Safer Sex. Zwar konnte in dieser Arbeit kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen und dem zukünftigen Verhütungsverhalten festgestellt werden, allerdings lag der Fokus nicht auf diesem Aspekt. Weitere Untersuchungen zu Verhütungsverhalten sind notwendig, um

genauere Aussagen treffen zu können. An dieser Stelle ist es auch wichtig, darüber zu sprechen, wie diese Ergebnisse zustande gekommen sein könnten. Die folgenden Erklärungen sind spekulativ und sind nur eine Möglichkeit, dieses Ergebnis zu interpretieren. Weitere Forschung ist maßgeblich, um definitive Antworten zu erhalten. Dass es keine intergruppalen, signifikanten Unterschiede beim objektiven Wissen gibt, ist insgesamt ein positives Zeichen. Dadurch wird gezeigt, dass ein positiver Trend hin zu akkuratem Wissen besteht, das vor einigen Jahrzehnten noch eher mangelhaft vorhanden war (Stevens et al., 2001). Verhütungskampagnen müssen also viele Personen nicht mehr von Grund auf abholen, die Personen wissen bereits großflächig über Safer Sex Bescheid. Daher machte es keinen Unterschied, welche Safer Sex Kampagne man erhielt bzw. ob man überhaupt eine erhielt, da das Wissen, das abgefragt wurde, bereits vorhanden war. Unklar ist, ob dieses Wissen innerhalb der Gesellschaft ebenso gut vorhanden ist – es lässt sich jedenfalls vermuten, dass die betroffene Gruppe informiert ist. Damit haben wenigstens die Teilnehmerinnen* der Umfrage die Möglichkeit, mit vollem Wissen und Gewissen zu entscheiden, ob sie verhüten oder nicht und sind sich zumindest des Risikos, das sie bei Nichtverhüten eingehen, bewusst.

Dass es hingegen nur teilweise intergruppal signifikante Unterschiede beim subjektiven Wissen gibt, ist etwas schwieriger zu erklären. Es wird deutlich, dass es einen Unterschied macht, ob man keine Safer Sex Kampagne oder die verbesserte Kampagne erhält. So hat die Gruppe B akkurateres subjektives Wissen als die Kontrollgruppe. Das kann damit erklärt werden, dass die verbesserte Kampagne Wissen über Safer Sex vermittelt, welches die Kontrollgruppe nicht erhalten hat und folglich nicht weiß. Damit zeigt sich, dass es definitiv von Vorteil ist, Safer Sex Kampagnen mit objektivem und subjektivem Wissen zu lesen, anstatt gar keine zu lesen. Jedoch gibt es keinen signifikanten Unterschied zwischen den beiden Kampagnen-Gruppen. Eine mögliche Erklärung ist, dass die bereits existierenden Kampagnen ebenfalls implizit positive Aussagen über subjektives Wissen vermitteln. Damit ist jedoch nicht geklärt, wieso es keinen signifikanten Unterschied zwischen der Gruppe A und der Kontrollgruppe gibt. Logisch ist daher, dass schlichtweg der Sprung zwischen Kontrollgruppe und Gruppe B signifikant ist, wohingegen die Sprünge zwischen der Kontrollgruppe und Gruppe A sowie Gruppe A und Gruppe B zwar vorhanden, jedoch nicht signifikant sind. Damit würde erklärt werden, dass es einen insgesamten Effekt gibt, nur die Signifikanz eingeschränkt ist. Diese Uneindeutigkeit könnte man beispielsweise durch eine erweiterte Untersuchung mit größerer Teilnehmerinnenanzahl* erforschen, so waren in diesem Experiment nur durchschnittlich 67 Personen in den einzelnen Gruppen vertreten – eine allgemein kleine Gruppengröße, um signifikante Vergleiche zu erforschen.

Einige Ergebnisse waren hingegen eindeutiger zu erklären, so der Zusammenhang zwischen Verhütungsverhalten und Sexualität, Beziehungsstatus sowie sexueller Aktivität. So verhüten vor allem Bisexuelle, die Single sind und in den letzten drei Monaten keinen Sex mit Frauen* hatten. Da viele Teilnehmerinnen* bisexuell waren, ist anzunehmen, dass insgesamt eine große Menge an Teilnehmerinnen* neben gleichgeschlechtlichem Sex auch heterosexuellen Sex haben, was einige der erfragten Items rund um Verhütung und Verhütungsmethoden verzerren kann. So sollte in weiteren Untersuchungen explizit erwähnt werden, nur vom weiblichen gleichgeschlechtlichen Sex auszugehen, um ein klareres Bild zu erhalten. Dass es keine Unterschiede zwischen Verhütungsverhalten und Geschlechtsidentität bzw. Bildungsabschluss gibt, ist ebenfalls ein positives Zeichen. So zeigt sich, dass es keine eindeutigen Lücken innerhalb einer Gruppe gibt, sondern insgesamt die Zielgruppe zu einem gewissen Trend neigt. Es zeigte sich auch, dass es keinen signifikanten Unterschied zwischen Verhütungsverhalten und den Gruppen gibt. So verhüteten alle drei Gruppen in etwa gleich häufig in der Vergangenheit und Gegenwart und möchten auch circa gleich häufig in der Zukunft verhüten. Es zeigt sich jedoch auch, dass in allen Gruppen geplant wird, in Zukunft häufiger zu verhüten. Dadurch kann erklärt werden, dass jegliche Auseinandersetzung mit dem Thema Safer Sex zu einer gewissen Sensibilisierung führt und vermehrtes Verhütungsverhalten zumindest eingeplant wird. Ob dieses Verhütungserhalten tatsächlich durchgeführt wird und ob es hier Unterschiede zwischen den Gruppen gibt, könnte in weiteren Untersuchungen erforscht werden.

Wie in jeder Forschungsarbeit gab es auch in dieser Masterarbeit diverse Limitationen. Einige wurden in diesem Kapitel bereits erwähnt und können in weiteren Forschungsarbeiten konkreter behandelt werden. Außerdem gab es aufgrund mangelnder Ressourcen der Finanzen und Arbeitskraft sowie zeitlicher Begrenzung nur eingeschränkte Möglichkeiten, sich auf diverse Aspekte von weiblichem gleichgeschlechtlichem Safer Sex zu fokussieren. In dieser Arbeit wurden daher nur die Wissensunterschiede betrachtet, wohingegen Aspekte wie Verhaltensunterschiede ebenfalls spannend zu erforschen sind. Des Weiteren handelt es sich um eine Querschnittsstudie, das heißt, die Teilnehmerinnen* wurden nur zu einem einzigen Zeitpunkt befragt, daher können keine Aussagen über zeitliche Unterschiede getroffen werden. Zudem ist diese Arbeit von der wahrheitsgemäßen Fragebogen-Beantwortung der Teilnehmerinnen* abhängig, wobei aber einige Risiken bestehen, beispielsweise Verzerrung durch soziale Erwünschtheit, Framing oder Priming. Es wurde versucht, dieses Risiko durch die Post-Only-Befragung zu minimieren. Trotz dieser Limitationen verfolgte diese Arbeit ein konkretes Ziel, und zwar wollte man untersuchen, welchen Einfluss verschiedene Safer Sex

Kampagnen auf das Wissen und somit die Aufklärung über Safer Sex haben. Damit wurde versucht, einen Beitrag in der Forschung über queere Sexualgesundheit zu leisten. Zu guter Letzt muss die Forschungsfrage geklärt werden, so lautet diese:

Welchen Einfluss haben Safer Sex Kampagnen auf die Aufklärung über Safer Sex bei Frauen, die mit Frauen Sex haben?

Es lässt sich zusammenfassend sagen, dass Safer Sex Kampagnen teilweise einen Einfluss auf das subjektive Wissen über Safer Sex haben. Kampagnen scheinen hingegen weniger Einfluss auf das objektive Wissen zu haben, ein Erklärungsversuch wurde bereits unternommen.

Es gab ebenfalls eine Unterfrage: *Inwiefern lassen sich aktuelle Safer Sex Kampagnen in ihrer Effektivität verbessern?*

Hier ließ sich feststellen, dass aktuell Safer Sex Kampagnen definitiv effektiv sind, wenn auch nicht in allen vermuteten Aspekten. Es macht, wie bereits etabliert, einen Unterschied im subjektiven Wissen und hat aktuell noch ungeklärte Effekte auf die zukünftige Verhütungsmotivation. Die Frage, wie diese zu verbessern sind, ist nicht eindeutig zu beantworten. Es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen Gruppe A und Gruppe B, aber es gab einen kleinen Unterschied im subjektiven Wissen. Erhofft wird, dass zukünftige Untersuchungen mit einer größeren Stichprobe klarere Ergebnisse liefern. Es deutet jedoch einiges darauf hin, dass ein verstärkter Fokus auf subjektives Wissen hilfreich ist, um Safer Sex Botschaften zu vermitteln.

6.2. Ausblick

Es wurde erreicht, dass diese Forschungsarbeit zum größeren Verständnis der Rolle von Safer Sex Kampagnen im Bereich der sexuellen Gesundheit beiträgt. Es ist weiterhin darauf zu achten, die Gesundheit lesbischer und bisexueller Frauen* zu verbessern, nämlich indem die bereits in der Forschung etablierte Notwendigkeit zur Verhütung bei weiblichem gleichgeschlechtlichem Sex (z.B. Skinner et al., 1996; Diamant et al., 2000; Whitlock, 2021) weiterhin deutlich gemacht wird. Die Masterarbeit soll einen Ist-Zustand repräsentieren, mit dem ein aktuelles Bild über die Aufklärung rund um Safer Sex bei queeren Frauen* geschaffen wurde. Außerdem soll sie dazu anregen, weitere Forschungen in diesem Bereich zu machen. Die Existenz von queeren Frauen* und somit die (sexuelle) Gesundheit dieser wurde lange ignoriert. Heute leben wir in einem Zeitalter, in dem queere Frauen* ihre Sexualität frei ausleben dürfen – jedoch sollte dies auch in einem sicheren Rahmen geschehen.

7. Literaturverzeichnis

- AIDS-Hilfe Hamburg e.V. (2017). *LECKT MICH DOCH, IHR PUSSYS! Über Ansteckungsmöglichkeiten sexuell übertragbarer Infektionen für Frauen*, die Sex mit Frauen* haben.*
https://www.aidshilfe.de/sites/default/files/documents/2018_01_03_leckt_mich_doch_ihr_pussys_deutsch.pdf
- Agents of Ishq. (2020). *Safe Sex for Queer Women? Yes, Yes, Yes! There are many ways to stay safe.* Abgerufen am 11. Dezember 2024 von <https://agentsofishq.com/post/sex-queer-women>
- Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e.V. (2010). *Gesundheit von lesbischen und bisexuellen Frauen Informationen für • lesbische und bisexuelle Frauen • medizinische Tätige, Ärzt/inn/en, Therapeut/inn/en • Interessierte.*
https://www.arbeitskreis-frauengesundheit.de/wp-content/uploads/2015/05/flyer_lesbengesundheit_01.pdf
- Bailey, J. V., Farquhar, C., Owen, C. & Whittaker, D. (2003). Sexual behaviour of lesbians and bisexual women. *Sexually Transmitted Infections*, 79(2), 147-150.
<https://doi.org/10.1136/sti.79.2.147>
- Bonfadelli, H. (2015). Kampagnen-Kommunikation. In R. Fröhlich, P. Szyszka & G. Bentele (Hrsg.), *Handbuch der Public Relations* (S. 815-829). Wiesbaden: Springer VS.
<https://doi.org/10.1007/978-3-531-18917-8>
- Brendel, E. (2013). *Wissen Grundthemen Philosophie*. Berlin: De Gruyter.
- Brontsema, R. (2004). A Queer Revolution: Reconceptualizing the Debate Over Linguistic Reclamation. *Colorado Research in Linguistics*, 17(1). <https://doi.org/10.25810/dky3-zq57>
- Bruessow, D. (2021). LGBTQ Community. In N. Dimitrov & K. Kemle (Hrsg.), *Palliative and Serious Illness Patient Management for Physician Assistants* (S. 344-350). Oxford University Press.
- Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. (2023) *LGBTIQ+ Gesundheitsbericht 2022.*
- Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. (2023, 9. Juni).
Scharf auf Scissoring? Ja. SAFE!

<https://www.facebook.com/photo.php?fbid=570987451880416&set=pb.100069074984739.-2207520000&type=3>

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. (2023, 12. Juni).

Lust auf Lecken? Ja. SAFE!

<https://www.facebook.com/photo.php?fbid=589483803364114&set=pb.100069074984739.-2207520000&type=3>

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. (2023, 16. Juni).

Hast du gewusst, dass es in Europa einen Anstieg an STIs wie Gonorrhoe oder Syphilis gibt? Deshalb gilt: Ob Lecktuch, Femidom oder Kondom – schütz dich und deine Partner:innen vor Chlamydien, Syphilis, Gonorrhoe, HIV, Mpox und Co.

<https://www.facebook.com/photo.php?fbid=575102194802275&set=pb.100069074984739.-2207520000&type=3>

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. (o.J.). *Sexuell*

übertragbare Infektionen und Krankheiten. Abgerufen am 11. Oktober 2024 von <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Uebertragbare-Krankheiten/sexuell-uebertragbare-infektionen-und-krankheiten.html>

Cambridge Dictionary. (o.J.a). *safe sex*. Abgerufen am 10. Februar 2024 von

<https://dictionary.cambridge.org/dictionary/english/safe-sex>

Cambridge Dictionary. (o.J.b) *knowledge*. Abgerufen am 9. September 2024 von

<https://dictionary.cambridge.org/dictionary/english/knowledge>

Carroll, N., Goldstein, R. S., Lo, W. & Mayer, K. H. (1997). Gynecological Infections and

Sexual Practices of Massachusetts Lesbian and Bisexual Women. *Journal of Gay and Lesbian Medical Association*, 1, 15-23.

<https://doi.org/10.1023/B:JOLA.0000007008.17392.2d>

Charlton, B. M., Janiak, E., Gaskins, A. J., DiVasta, A. D., Jones, R. K., Missmer, S. A.,

Chavarro, J. E., Sarda, V., Rosario, M. & Austin, S. B. (2019). Contraceptive use by women across different sexual orientation groups. *Contraceptive (Stoneham)*, 100(3), 202-208. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2019.05.002>

Cleveland Clinic (o.J.) *Sexually Transmitted Infections*. Abgerufen am 26. November 2024 von

<https://my.clevelandclinic.org/health/diseases/9138-sexually-transmitted-diseases--infections-stds--stis>

- Cox, P. & McNair, R. (2009). Risk reduction as an accepted framework for safer-sex promotion among women who have sex with women. *Sexual Health*, 6(1), 15-18. <https://doi.org/10.1071/SH08022>
- Diamant, A. L., Lever, J. & Schuster, M. A. (2000). Lesbians' Sexual Activities and Efforts to Reduce Risks for Sexually Transmitted Diseases. *Journal of the Gay and Lesbian Medical Association*, 4, 41–48. <https://doi.org/10.1023/A:1009513623365>
- Diewald, G., & Steinhauer, A. (2020). *Handbuch geschlechtergerechte Sprache – Wie Sie angemessen und verständlich gendern*. Berlin: Dudenverlag. <https://doi.org/10.1515/infodaf-2022-0012>
- Doull, M., Wolowic, J., Saewyc, E. R. N., Rosario, M., Prescott, T. & Ybarra, M. L. (2018). Why Girls Choose Not to Use Barriers to Prevent Sexually Transmitted Infection During Female-to-Female Sex. *Journal of Adolescent Health*, 62(4), 411-416. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2017.10.005>
- Duden, (o.J.). *Wissen, das*. Abgerufen am 9. September 2024 von <https://www.duden.de/rechtschreibung/Wissen>
- Edwards A. & Thin R. N. (1990). Sexually Transmitted Diseases in Lesbians. *International Journal of STD & AIDS*, 1(3),178-181. <https://doi.org/10.1177/095646249000100304>
- Evans-Paulson, R., Widman, L., Javidi, H., Lipsey, N., Morrow, D. G. (2022). Examining the Efficacy of STD Testing Public Health Messages Tailored to Youth’s Regulatory Focus. *Journal of Experimental Psychology*, 28(4), 835-848. <https://doi.org/10.1037/xap0000421>
- Family Planning Association & The National LGB&T Partnership (2019). *It’s important to practise safe sex, regardless of your sexuality*. Abgerufen am 2. Jänner 2024 von <https://condom-usa.com/blogs/blog-sex-education/it-is-important-to-practice-safe-sex-regardless-of-your-sexuality>
- Friedman, A. L., Kachur, R. E., Noar, S. M. & MacFarlane, M. (2016). Health Communication and Social Marketing Campaigns for Sexually Transmitted Disease Prevention and Control: What Is the Evidence of Their Effectiveness? *Sexually Transmitted Diseases*, 43(1), 83-101. <https://doi.org/10.1097/OLQ.0000000000000286>

- Friedrich, M. C. G., Dröbler, V., Oberlehberg, N. & Heise, E. (2021). The Influence of the Gender Asterisk (“Gendersternchen”) on Comprehensibility and Interest. *Frontiers in Psychology*, 12, 760062-760062. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.760062>
- Garcia-Retamero, R., & Cokely, E. T. (2011). Effective communication of risks to young adults: Using message framing and visual aids to increase condom use and STD screening. *Journal of Experimental Psychology: Applied*, 17(3), 270–287. <https://doi.org/10.1037/a0023677>
- Gerbase, A. C., Rowley, J. T. & Mertens, T. E. (1998). Global epidemiology of sexually transmitted diseases. *The Lancet*, 351(3), 2-4. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(98\)90001-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(98)90001-0)
- Jenness, S. M., Begier, E. M., Neaigus, A., Murrill, C. S., Wendel, T. & Hagan, H. (2011). Unprotected Anal Intercourse and Sexually Transmitted Diseases in High-Risk Heterosexual Women. *American Journal of Public Health*, 101(4), 745-750. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2009.181883>
- Kanmodi, K. K., Egbedina, E. A., Nkhata, M. J. & Nnyanzi, L. A. (2023). Experiences with Cling Film and Dental Dam Use in Oral Sex: A Mixed-Methods Systematic Review. *Oral*, 3(2), 215-246. <https://doi.org/10.3390/oral3020019>
- Keller, S. N. & Brown, J. D. (2002). Media interventions to promote responsible sexual behavior. *The Journal of Sex Research*, 39(1), 67-72. <https://doi.org/10.1080/00224490209552123>
- Knerr, W. & Philpott, A. (2006). Putting the Sexy Back into Safer Sex: The Pleasure Project. *IDS Bulletin*, 37(5), 105-109. <https://doi.org/10.1111/j.1759-5436.2006.tb00310.x>
- Knoblauch, H. (2008). Wissen. In N. Baur, H. Korte, M. Löw & M. Schroer (Hrsg.), *Handbuch Soziologie* (S. 465-481). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Kraft, J. M., Harvey, S. M., Hatfield-Timajchy, K., Beckman, L., Farr, S. L., Jamieson, D. J. & Thorburn, S. (2010). Pregnancy Motivations and Contraceptive Use: Hers, His, or Theirs? *Women's Health Issues*, 20(4), 234–241. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2010.03.008>
- Larsdotter, S. (2011). Like licking a raincoat: A quantitative study of women who have sex with women and STIs/safer sex in Sweden.

- https://www.academia.edu/110500074/Like_licking_a_raincoat_A_quantitative_study_of_women_who_have_sex_with_women_and_STIs_safer_sex_in_Sweden
- Les Klamydia's (o.J.) *LES KLAMYDIA'S Leitfaden für Safer Sex zwischen Frauen*. Abgerufen am 11. Dezember 2024 von <https://shop.aids.ch/de/A~1624~1/0~0~Shop/Safer-Sex-zwischen-Frauen/deutsch>
- LGBTQIA+ Resource Center. (o.J.). *L*. Abgerufen am 10. Februar 2024 von <https://lgbtqia.ucdavis.edu/educated/glossary#l>
- LLGS. (1992). *LOW RISK ISN'T NO RISK*. Abgerufen am 11. Dezember 2024 von <https://onlineexhibits.library.yale.edu/s/we-are-everywhere/page/lesbian-aids-activism>
- Leonarz, M. (2009). Vorne ansetzen, um hinten zu sparen. Konzeption und Evaluation einer Informationskampagne im Sucht- und Gesundheitsbereich. In U. Röttger (Hrsg.), *PR-Kampagnen Über die Inszenierung von Öffentlichkeit* (S. 213-231). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Liebesleben. (o.J.). *Lecktücher*. Abgerufen am 9. Dezember 2024 von <https://www.liebesleben.de/fuer-alle/safer-sex-und-schutz/lecktuecher/>
- Llewellyn, A. (2021). "A Space Where Queer Is Normalized": The Online World and Fanfictions as Heterotopias for WLW. *Journal of Homosexuality*, 69(13), 2348-2369. <https://doi.org/10.1080/00918369.2021.1940012>
- Lothian Lesbian Line (o.J.). *LESBIAN SEX ARE YOU AS SAFE AS YOU THINK?* Abgerufen am 12. Dezember 2024 von <https://lhsa.blogspot.com/2020/12/enjoy-your-sexuality-safely.html>
- Maloney, E. K., Lapinski, M. K. & Witte, K. (2011). Fear Appeals and Persuasion: A Review and Update of the Extended Parallel Process Model. *Social and Personality Psychology Compass* 5(4), 206–219. <https://doi.org/10.1111/j.1751-9004.2011.00341.x>
- Marrazzo, J. M, Coffey, P. & Bingham, A. (2005). Sexual practices, risk perception and knowledge of sexually transmitted disease risk among lesbian and bisexual women. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 37(1), 6-12. <https://doi.org/10.1363/psrh.37.006.05>

- Mathieson, C. M., Bailey, N. & Gurevich, M. (2002). Health Care Services for lesbian and bisexual women: Some Canadian data. *Health Care for Women International*, 23(2), 185-196. <https://doi.org/10.1080/073993302753429059>
- Mayring, Philipp (2022). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. Weinheim: Beltz Verlag.
- Melkote, S. R., Moore, D., & Velu, S. (2014). What Makes an Effective HIV/AIDS Prevention Communication Campaign? Insights from Theory and Practice. *Journal of Creative Communications*, 9(1), 85-92. <https://doi.org/10.1177/0973258613517441>
- MOSAİK Gesundheit, Lesbisch in Niedersachsen & Queeres Netzwerk Niedersachsen e.V. (2023a). *Queer in die Praxis – Dein Manual rund um den Praxisbesuch Für lesbische*, bisexuelle, pansexuelle und queere Personen*. Abgerufen am 9. Dezember 2024 von <https://qnn.de/lin/>
- MOSAİK Gesundheit, Lesbisch in Niedersachsen & Queeres Netzwerk Niedersachsen e.V. (2023b). SAFER SEX FÜR LESBISCHE, BISEXUELLE UND QUEERE PERSONEN. Abgerufen am 2. Jänner 2024 von <https://qnn.de/lin/>
- MOSAİK Gesundheit, Lesbisch in Niedersachsen & Queeres Netzwerk Niedersachsen e.V. (2024). *Safer Sex – Für lesbische*, bisexuelle, pansexuelle und queere Personen*. Abgerufen am 9. Dezember 2024 <https://qnn.de/lin/>
- Munson, S. & Cook, C. (2016). Lesbian and bisexual women's sexual healthcare experiences. *Journal of Clinical Nursing*, 25, 3497-3510. <https://doi.org/10.1111/jocn.13364>
- Ort, A. & Fahr, A. (2020). The effectiveness of a positively vs. negatively valenced PSA against sexually transmitted diseases – evidence from an experimental study. *Studies in Communication and Media*, 9(3), 314-366. <https://doi.org/10.5771/2192-4007-2020-3-341>
- Österreichischer Werberat. (o.J.). *Selbstregulierung in Österreich*. Abgerufen am 26. November 2024 von https://werberat.at/show_4267.aspx
- Oxford Learner's Dictionaries (o.J.). *safe sex*. Abgerufen am 10. Februar 2024 von <https://www.oxfordlearnersdictionaries.com/definition/english/safe-sex?q=safe+sex>
- Pedrana, A. E., Hellard, M. E, Higgs, P., Asselin, J., Batrouney, C. & Stoové, M. (2014). No Drama: Key Elements to the Success of an HIV/STI-Prevention Mass-Media Campaign.

- Philpott, A., Knerr, W. & Boydell, V. (2006). Pleasure and Prevention: When Good Sex Is Safer Sex. *Reproductive Health Matters*, 14(28), 23-31. [https://doi.org/10.1016/S0968-8080\(06\)28254-5](https://doi.org/10.1016/S0968-8080(06)28254-5)
- Plank, S. (2002). Kampagnen: Gut geplant ist halb geschafft? In T. Berg (Hrsg.), *Moderner Wahlkampf: Blick hinter die Kulissen* (S. 65-80). Opladen: Leske + Budrich.
- Planned Parenthood. (2010). *What's the difference between "safe sex" and "safer sex"?* Abgerufen am 26. November 2024 von <https://www.plannedparenthood.org/blog/whats-the-difference-between-safe-sex-and-safer-sex#:~:text=what%20is%20the%20difference%20between,to%20be%20100%20percent%20safe.>
- Plohr, N. (2023). *Warum Achtsamkeit? Coachingimpulse zur (Selbst-)Führung*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Power, J., McNair R. & Carr S. (2009). Absent sexual scripts: lesbian and bisexual women's knowledge, attitudes and action regarding safer sex and sexual health information. *Culture, Health & Sexuality*, 11(1), 67-81. <https://doi.org/10.1080/13691050802541674>
- Queer Lexikon. (2024). *Guter Sex für alle aber sicher*. Abgerufen am 11. Dezember 2024 von <https://queer-lexikon.net/downloads/>
- Raab, G., Unger, A. & Unger, F. (2010). *Marktpsychologie. Grundlagen und Anwendung*. Wiesbaden: Gabler Verlag.
- Rainbow Health Ontario. (2022). *about lesbian health*. Abgerufen am 11. Jänner 2024 von <https://www.rainbowhealthontario.ca/resource-library/about-lesbian-health/>
- Raju, P. S., Lonial, S. C. & Mangold, W. G. (1995). Differential Effects of Subjective Knowledge, Objective Knowledge, and Usage Experience on Decision Making: An Exploratory Investigation. *Journal of Consumer Psychology*, 4(2), 153-180. https://doi.org/10.1207/s15327663jcp0402_04
- Reifegerste, D. & Baumann, E. (2018). *Medien und Gesundheit*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.

- Rice, D. (2019). LGBTQ The communities within a community. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 23(6), 668-671. <https://doi.org/10.1188/19.CJON.668-671>
- Richardson, D. (2000). The social construction of immunity: Hiv risk perception and prevention among lesbians and bisexual women. *Culture, Health & Sexuality*, 2(1), 33-49. <https://doi.org/10.1080/136910500300859>
- Richters, J., Prestage, G., Schneider, K. & Clayton, S. (2010). Do women use dental dams? Safer sex practices of lesbians and other women who have sex with women. *Sexual Health*, 7(2), 165-169. <https://doi.org/10.1071/SH09072>
- Roberts, S. J., Sorensen, L., Patsdaughter, C. A. & Grindel, C. (2000). Sexual Behaviors and Sexually Transmitted Diseases of Lesbians Results of the Boston Lesbian Health Project. *Journal of Lesbian Studies*, 4(3), 49-70. https://doi.org/10.1300/J155v04n03_03
- Rosser, B. R. S., Coleman, E. & Ohmans, P. (1993). Safer sex maintenance and reduction of unsafe sex among homosexually active men: a new therapeutic approach. *Health Education Research*, 8(1), 19-34. <https://doi.org/10.1093/her/8.1.19>
- Röttger, U. (2009). *PR-Kampagnen Über die Inszenierung von Öffentlichkeit*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Sayers, W. (2005). The Etymology of Queer. *ANQ: A Quarterly Journal of Short Articles, Notes and Reviews*, 18(2), 17-19. <https://doi.org/10.3200/ANQQ.18.2.17-19>
- Scott-Sheldon, L. A. J., Marsh, K. L., Johnson, B. T. & Glasford, D. E. (2006). Condoms+pleasure=safesex? A missing addend in the safer sex message. *AIDS Care*, 18(7), 750-754. <https://doi.org/10.1080/09540120500411073>
- Promoting Sexual Health Uni Project [SexEdUniProject]. (28. Mai 2019). *An alternative to the UK current 'prevent STI's - use a condom' campaign*. [Tweet] X. <https://x.com/SexEdUniProject/status/1133368907279028224/photo/1>
- SGCH, Lesbenorganisation Schweiz (LOS) & Les Klamydias (2023). *Lipsync Sexuelle Gesundheit und Vorsorge für Lesben, Bisexuelle und Queers mit Vulva*. Abgerufen am 11. Jänner 2024 von <https://shop.sexuelle-gesundheit.ch/de/A~1863~1/0~0~SGS/Lipsync/deutsch>

- Skinner, C. J., Stokes, J., Kirlew, Y., Kavanagh, J. & Forster, G. E. (1996). A case-controlled study of the sexual health needs of lesbians. *Genitourin Med.*, 72(4), 277-280. <https://doi.org/10.1136/sti.72.4.277>
- Speth, R. (2007). *Über die Inszenierung von Öffentlichkeit durch Kampagnen*. Berlin: De Gruyter.
- Stevens, P. E. & Hall, J. M. (2001). Sexuality and Safer Sex: The Issues for Lesbians and Bisexual Women. *Clinical Issues*, 30(4), 439-447. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2001.tb01563.x>
- Tandon, A. & Rao, T. S. S. (2021). Pride Parades. *Journal of Psychosexual Health*, 3(3), 209-211. <https://doi.org/10.1177/26318318211038118>
- Wendlandt, M., Hansen, U. (2005). Reaktanz als Stolperstein des Beziehungsmarketing. In A. Haas & B. S. Ivens (Hrsg.), *Innovatives Marketing* (S. 133-153). Wiesbaden: Gabler Verlag. https://doi.org/10.1007/978-3-322-89480-9_8
- Whitlock, M. C. (2021). ‘I never realised that sex between two women was not safe’: narratives of lesbian safer sex. *Culture, Health & Sexuality*, 24(2), 288-299. <https://doi.org/10.1080/13691058.2020.1855367>
- WHO. (2024). *Sexually transmitted infections (STIs)*. Abgerufen am 26. November 2024 von [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis))
- YACWA's Youth Educating Peers (YEP) Project (o.J.) *Why should I use a dental dam?* Abgerufen am 11. Jänner 2024 von <https://theyeproject.org.au/resource/safe-sex/condoms-dams-and-gloves/>
- Yzer, M. C., Siero, F. W. & Buunk, B. P. (2000). Can public campaigns effectively change psychological determinants of safer sex? An evaluation of three Dutch campaigns. *Health Education Research*, 15(3), 339–352. <https://doi.org/10.1093/her/15.3.339>
- Zimmerman, R. S., Palmgreen, P. M., Noar, S. M., Lustria, M. L. A., Lu, H. & Horosewski, M. L. (2007). Effects of a Televised Two-City Safer Sex Mass Media Campaign Targeting High-Sensation-Seeking and Impulsive-Decision-Making Young Adults. *Health Education & Behavior*, 34(5), 810–826. <https://doi.org/10.1177/1090198107299700>

8. Anhang

8.1. Abstract

Deutsche Version

Lesbische und bisexuelle Frauen* haben Sex mit Frauen*, verhüten dabei jedoch häufig nicht (Richters, et al., 2010). Aufgrund von mangelnder Information wurde fälschlicherweise angenommen, dass bei weiblichem gleichgeschlechtlichem Sex kein Risiko bestünde, sich mit Geschlechtskrankheiten anzustecken (Diamant et al., 2000). Heute ist einerseits bekannt, dass queere Frauen* sowohl Geschlechtskrankheiten erhalten als auch übertragen können (Skinner et al., 1996), während andererseits mangelndes Wissen weiterhin dazu führt, dass Verhütungsmethoden selten angewandt werden (Doull et al., 2018). Wissen kann durch Informationskampagnen vermittelt werden (Röttger, 2009). Effektive Kampagnen teilen oftmals bestimmte Eigenschaften (z.B. Scott-Sheldon et al., 2006; Philpott et al., 2006), diese können in sechs Merkmale zusammengefasst werden.

Diese Masterarbeit untersucht, inwiefern das Wissen über Safer Sex bei queeren Frauen* gestärkt werden kann. Dafür fanden in einem Methodenmix eine qualitative Inhaltsanalyse und ein quantitatives Experiment in Form einer Online-Umfrage statt. Für die Inhaltsanalyse wurden 15 Safer Sex Kampagnen analysiert. Drei der sechs Merkmale wurden dabei als selten vorkommend identifiziert. Diese wurden in eine Safer Sex Kampagne integriert, die in zwei Versionen (Originalversion und verändert) sowie einer Kontrollkampagne als Stimulus für das Experiment diente. Es wurden 200 Teilnehmerinnen* im Juni 2024 rekrutiert. Die Teilnehmerinnen* erhielten randomisiert eine der drei Kampagnen und beantworteten anschließend Post-Only 30 Wissensfragen (15 x 15 objektives und subjektives Wissen). Es zeigte sich, dass es keinen signifikanten Unterschied im objektiven oder subjektiven Wissen zwischen den Gruppen gibt. Zwischen der Kontrollgruppe und Gruppe B zeigte sich, dass zweitens signifikant stärkeres subjektives Wissen aufwies als die Kontrollgruppe. Diese Ergebnisse liefern neue Erkenntnisse über queere Sexualgesundheit.

Schlagwörter: Safer Sex, queere Gesundheit, Gesundheitsforschung, Verhütungskampagnen

Englisch Version

Lesbian and bisexual women* are having sex with women*, often without using protection (Richters et al., 2010). Due to a lack of information, it was erroneously assumed that female same-sex sexual activity carried no risk of contracting STIs (Diamant et al., 2000). On one hand, it is now recognized that queer women* can both contract and transmit STIs (Skinner et al., 1996), on the other hand, inadequate knowledge remains a reason why protection is rarely used (Doull et al., 2018). Knowledge can be disseminated through informative campaigns (Röttger, 2009). Effective campaigns often share specific characteristics (e.g., Scott-Sheldon et al., 2006; Philpott et al., 2006) which can be summarized into six features.

This master's thesis examines how knowledge about safer sex can be strengthened among queer women*. A mixed-methods approach was used, consisting of a qualitative content analysis and a quantitative experiment via an online survey. For the content analysis, 15 safer sex campaigns were analyzed. Three of the six features were identified as being rarely present. These features were integrated into a safer sex campaign presented in two versions (original and modified) alongside a control campaign which served as stimuli for the experiment. In June 2024, 200 participants were recruited. The participants were randomly assigned one of the three campaigns and subsequently answered a post-only survey consisting of 30 knowledge questions (15 x 15 objective and subjective knowledge). The results showed no significant differences in objective or subjective knowledge between the groups. Group B exhibited significantly higher subjective knowledge compared to the control group. These findings provide new insights into queer sexual health.

Keywords: Safer Sex, queer health, health research, contraception campaigns

8.2. Code-Schema

Dimension	Kategorie	Ausprägung	Codierregel	Ankerbeispiel
Formales	Kampagnennummer	1,2,3,4, ...	Zuteilung einer Zahl pro Kampagne	1
	Erscheinungsland	Österreich, Deutschland, Großbritannien	Erscheinungsland der Kampagne	Österreich
	Erscheinungsjahr	2024 – 1992, o.J.	Erscheinungsjahr der Kampagne, falls nicht nachweisbar o.J.	2023
	Quelle	z.B. Bundesministerium Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, AIDS Hilfe Deutschland	Erscheinungsquelle der Kampagne	Bundesministerium Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
	Sprache	Deutsch, Englisch	Sprache der Kampagne	Deutsch
	Titel	z.B. Ja.SAFE	Titel der Kampagne	Ja.SAFE
Merkmale von Kampagnen	Betonung von Vergnügen	fördernd, mindernd	Verhütung wird als vergnügensfördernd beschrieben ODER Verhütung wird als vergnügensmindernd beschrieben.	„Dental dams can feel great! They are very thin. (Kampagne 10, Pos. 4)“
	Positive Darstellung	positive Darstellung, negative Darstellung.	Verhütung wird freudensbetont beschrieben ODER Verhütung wird angstbetont beschrieben ODER Positive Darstellung = Verhütungsmethode vor dem Risiko ODER negative Darstellung = Risiko vor der Verhütungsmethode	„Lust auf Lecken? Ja. SAFE! (Kampagne 1, Pos. 3)“
	Akkurate & vertrauenswürdige Information	Akkurate Information, vertrauenswürdige Information.	Rezipientin* erhält akkurate und/oder vertrauenswürdige	„Von vaginalen Duschen wird abgeraten: Sie sind nicht nötig. Im Gegenteil,

		falsche Information, unsichere Information	Information ODER falsche und/oder unsicherere Information.	die schaden der Flora der Scheide und lassen die Infektionsrisiken ansteigen. (Kampagne 8, Pos. 14)“
	Selbstwirksamkeit	vorhanden, nicht vorhanden	Rezipientin* wird aufgeklärt, wie man korrekt verhüten kann ODER wird im Verhüten verstärkt.	„TALKING – In order to practise safer sex, we need to TALK! Only by talking <u>openly about</u> with our partners can we make sexual choices together, considering personal preferences and possible risks. (Kampagne 13, Pos. 3)“
	Involviertheit mit Problematik	vorhanden, nicht vorhanden	Rezipientin* wird aufgrund ihrer Sexualität o.Ä. in die Nutzung von Safer Sex inkludiert.	„Sexuell übertragbare Infektionen wie Syphilis, Gonorrhoe, Chlamydien, HIV und andere können auch beim Sex zwischen Frauen übertragen werden. (Kampagne 7, Pos. 4)“
	Herstellung des Gefühls von Nutzen	vorhanden, nicht vorhanden	Rezipientin* erhält das Gefühl, Verhütung sei nützlich.	„Bevor du sie an eine andere Person weitergibst, kannst du so eine mögliche Ansteckung mit STIs verhindern. (Kampagne 6, Pos. 31)“

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26

8.3. Transkripte

8.3.1. Kampagne 1

Ja.SAFE

1, Österreich, 2023, Bundesministerium Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz

Lust auf Lecken? Ja. SAFE!

Scharf auf Scissoring? Ja.SAFE!

Hast du gewusst, dass es in Europa einen Anstieg an STIs wie Gonorrhoe oder Syphilis gibt?

Deshalb gilt: Ob Lecktuch, Femidom oder Kondom – schütz dich und deine Partner:innen vor

Chlamydien, Syphilis, Gonorrhoe, HIV, Mpox und Co.

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29

8.3.2. Kampagne 2
Guter Sex für alle aber sicher
2, Österreich, 2024, Deutsch, Queer Lexikon
Wie du dich über sexuell übertragbare Krankheiten und ungewollten Schwangerschaften schützen kannst, wenn du schwul, lesbisch, bisexuell, asexuell, trans, intergeschlechtlich, polyamurös und/ oder queer bist
Sexuell übertragbare Krankheiten
Kondome, Lecktücher, Handschuhe
Gleitgel
Sexspielzeug
Etwas Wichtiges vorab
Es steht allen Menschen selbstverständlich frei, ihre Genitalien so zu bezeichnen (oder nicht zu bezeichnen), wie es sich für sie gut und richtig anfühlt. Wir verwenden hier gängige Bezeichnungen, zum einen, weil du genau wissen solltest, wovon wir reden, und zum anderen, weil wir es wichtig finden, beim Reden über Genitalien und Körper keine Scham aufzubauen. Zudem ist uns bewusst, dass die Übergänge zwischen verschiedenen Genitalien oft fließend sind und es nicht immer eine klare Trennung zwischen Vulven und Penissen gibt. Uns tut leid, dass unsere Sprache deswegen nicht umfassend inklusiv ist.
Nur du selbst darfst bestimmen, wie deine Genitalien benannt werden! Streich einfach die Wörter in dieser Broschüre durch, die nicht zu dir passen und schreibe deine Selbstbezeichnung hin.
Sex bedeutet nicht nur "Penetration". Auch masturbieren, blasen, lecken, rumspielen, fingern oder Spielzeug sharing kann Schmierinfektionen übertragen.
Sexuell übertragbare Infektionen (engl.: sexually transmitted infections; STI)
Sexuell übertragbare Infektionen wie HIV, Hepatitis (A, B und C), Chlamydien, Herpes, HPV, Gonokokken/Trippler oder Syphilis können je nachdem über Blut, Sperma, Speichel, Vaginal- bzw. Anflüssigkeit oder Stillmilch übertragen werden. Ein Ansteckungsrisiko gibt es immer, auch wenn du nur mit einer Person Sex hast oder wenn es dein erstes Mal ist.

Die Zahl der Neuinfektionen sexuell übertragbarer Infektionen in Deutschland ist jedes Jahr und mitunter für einzelne stetig steigend. Es gibt viele sexuell übertragbare Infektionen, nicht alle machen uns auch krank. Testen auf und fragen nach Infektionen sollte man bei denen, die auch eine therapeutische Konsequenz haben. Kostenlose Tests für einige Infektionen gibt es bei Gesundheitsämtern und niederschwelligen Anlaufstellen wie z.B. die Berliner Aidshilfe, dem Checkpoint Berlin, Fix Punkt (und weitere). Ärztliche Beratung findest du vor allem bei infektiologischen Schwerpunktpraxen (z.B. hivandmore.de), manchmal können auch Gynäkolog*innen, Urolog*innen oder Hausärzt*innen weiterhelfen.

Wann du dich auf sexuell übertragbare Infektionen testen lassen solltest:

- Wenn du sexuell aktiv bist (ca. 2 Mal im Jahr) und wechselnde Sexpartner*innen hast
- Wenn du Symptome wie Juckreiz, gerötete Haut im Intimbereich, Ausfluss oder ähnliches bemerkst
- Wenn du mit einer Person ungeschützten Sex hattest und dir unsicher bist, ob du dich mit einer sexuell übertragbaren Infektion angesteckt haben könntest

Testen ist bei Gesundheitsämtern, Ärzt*innen und AIDS-Hilfen möglich, teilweise auch anonym und ohne Termin. Der Gang zum Test kann sich unangenehm oder peinlich anfühlen, für die Mitarbeitenden der Teststellen gehören sexuell übertragbare Infektionen jedoch zum Arbeitsalltag

Protipp: Deinen Genitalbereich regelmäßig zu waschen (und darauf zu achten, dass deine Sexpartner*innen das auch tun), kann helfen, dich vor sexuell übertragbaren Infektionen zu schützen.

Viele Menschen wissen nicht, dass sie eine sexuell übertragbare Infektion haben, da STIs auch asymptomatisch sein können.

Deswegen ist das Folgende besonders wichtig: Drüber Reden!

Bevor du Sex mit neuen Personen hast, solltet ihr über ein paar Dinge reden. Das gilt aber auch ab und zu für deine regelmäßigen Sexpartner*innen. Neben bevorzugten Sexpraktiken und der Frage, wo ihr gern berührt werdet, gehört zu einem solchen Gespräch auch dazu abzuklären, ob jemensch eine sexuell übertragbare Infektion hat und welche Verhütungsmethoden ihr benutzen werdet.

60 Geh nicht davon aus, dass deine (möglichen) Sexpartner*innen das einfach so ansprechen oder
61 von sich aus Verhütung benutzen werden, sondern ergreif selbst die Initiative! Wenn dir das
62 peinlich ist, dann stell Kondome, Gleitgel bzw. alles, was du brauchst, in Sichtweite, um klar
63 zu machen, was du benutzen möchtest.

64 Ein letztes Thema für ein Vorgespräch kann der Beziehungsstatus aller Personen sein,
65 insbesondere dann, wenn Menschen in nicht-monogamen Beziehungen sind. Alle Beteiligten
66 sollten wissen, worauf sie sich einlassen und was (z.B. welche Sexpraktiken) innerhalb der
67 Beziehungsregeln mit anderen Menschen okay ist.

68 Manchmal ist es schwierig und peinlich über Sex zu sprechen. Deswegen ist es auch möglich,
69 sich gegenseitig einen Brief zu schreiben. Mit etwas Übung wird auch das darüber reden
70 einfacher.

71 Und: wenn sich jemensch grundsätzlich weigert, über Sicherheit und Konsens zu sprechen,
72 dann überlege dir, ob du dieser Person wirklich näher kommen möchtest.

73 An erster Stelle steht, dass alle Beteiligten sich wohl und sicher fühlen mit allem, was passiert.

74 Aber wie geht denn jetzt eigentlich Safer Sex?

75 Benutzt auf jeden Fall Schutz und Verhütung, wenn...

76 • ihr nicht wisst (z.B. durch kostenlose Tests beim Gesundheitsamt), ob ihr oder eure
77 Sexpartner*innen eine (sexuell) übertragbare Infektion habt

78 • eine Person schwanger werden könnte und das nicht möchte oder

79 • eine Person eine sexuell übertragbare Infektion hat oder haben könnte

80 Die sicherste Methode zum Schutz vor sexuell übertragbaren Infektionen bei Vaginal- oder
81 Analsex sind Kondome. Benutzt immer nur Kondome, die noch haltbar sind und sicher gelagert
82 wurden, das heißt z.B. nicht im Geldbeutel mit sich herumgetragen wurden oder Hitze
83 ausgesetzt waren, weil sie sonst kleine Löcher bekommen können. Außerdem können Kondome
84 immer nur einmal und nur für eine Person verwendet werden.

85 Beim Petting oder wenn du eine Person fingerst können Handschuhe z.B. aus Latex vor sexuell
86 übertragbaren Infektionen schützen. Bei Partner*innen Wechsel die Hand-schuhe wechseln.
87 Falls keine zur Hand, können auch Kondome verwendet werden. In jedem Fall solltet ihr darauf
88 achten, eure Hände zu pflegen. Das heißt z.B. darauf zu achten, dass eure Fingernägel nicht zu
89 lang, aber auch nicht frisch geschnitten sind, da sie sonst sehr scharfe Kanten haben.

90 Außerdem solltet ihr immer die Hände waschen und schauen ob ihr Risse oder Wunden habt
91 (dann sind Handschuhe dann sind Handschuhe eine gute Idee).

92 Zwar ist bei Oralsex das Risiko sich anzustecken geringer; trotzdem ist es wichtig, sich vor
93 Infektionen zu schützen. Dazu gibt es sogenannte Lecktücher. Sie sind teuer, lassen sich aber
94 aus einem Silikon-Handschuh oder einem Kondom einfach selbst basteln (benutze eine
95 desinfizierte, scharfe Schere).

96 Lecktücher sind auch unter „dental dams“ bekannt und in gut sortierten Sexshops und
97 Drogeriemärkten sowie online erhältlich. Das Lecktuch wird einfach z.B. auf die Vulva oder
98 den After einer Person gelegt und festgehalten. Auch Lecktücher dürfen nicht mehrmals
99 verwendet oder gedreht werden.

100 Beim Scissoring reibt eins den eigenen Intimbereich mit dem seiner*ihrer Sexpartner*innen
101 aneinander. Wenn du das ausprobieren willst, kannst du dich etwas absichern, indem du deine
102 Unterwäsche anbehältst.

103 Bei Neovaginas, also eine Vagina, die durch eine OP hergestellt wurde, kann es leichter zu
104 Rissen im Gewebe kommen. Das bedeutet ein höheres Ansteckungsrisiko für sexuell
105 übertragbare Infektionen. Deshalb sollten Neovaginas nur sehr vorsichtig penetriert werden, da
106 es zu Schmerzen kommen kann, vor allem, wenn die OP noch nicht so lange her ist.

107 Menschen mit kleinem Penis, z.B. trans Männer, die einen sogenannten Klitpen haben, können
108 sich ein Kondom aus dem Daumen eines Silikonhandschuhs basteln (benutze eine desinfizierte,
109 scharfe Schere). Wichtig ist dabei, dass die Harnröhre geschützt ist, damit keine Bakterien
110 eindringen können.

111 Nach Genital-OPs: Sprecht mit euren Ärzt*innen darüber, wann und wie ihr (wieder) sexuell
112 aktiv sein könnt.

113 Schwangerschaft

114 Menschen mit Uterus können eventuell schwanger werden (z.B. cis Frauen, trans Männer,
115 nicht-binäre Personen), Menschen mit Penis (z.B. cis Männer, trans Frauen, nicht-binäre
116 Personen) können eventuell schwängern – selbst wenn sie schon lange eine Hormonersatz-
117 Therapie begonnen haben. Insgesamt gilt: wenn es um Hormone geht, z.B. in Bezug auf
118 Verhütung oder die Transition, ist es wichtig, mit einem*einer Ärzt*in zu sprechen.

119 Falls du nicht schwanger werden willst, kannst du über langfristige Möglichkeiten zur
120 Schwangerschaftsverhütung nachdenken wie z.B. über eine Spirale oder die Pille. Frag dazu

121 deine*n Gynäkolog*in. Wenn du ungeschützten Sex hattest und vermutest, (ungewollt)
122 schwanger zu sein, kannst du bis 48 Stunden nach dem Sex die Pille danach in einer Apotheke
123 bekommen. Wenn du es erst später feststellst, gibt es auch die Möglichkeit einer Abtreibung.
124 Mehr Informationen dazu gibt es bei deinem*deiner Gynäkolog*in.

125 Gleitgel

126 Gleitgel ist eine großartige Erfindung! Es kann für alle den Spaß erhöhen und vermindert
127 schmerzvolle Reibung beim penetrativen Sex. Gleitgel sollte bei Analsex immer verwendet
128 werden, und auch bei Vaginalsex ist es empfehlenswert. Vor allem für trans Personen ist Gleitgel
129 wichtig, wenn sie Testo nehmen, da dann die Selbstbefeuchtung der Vagina verringert ist.
130 Außerdem ist Gleitgel ein Muss für alle Menschen, die eine Neovagina haben, die diese sich
131 meist nicht selbst befeuchten kann.

132 Wenn du mit einem Kondom oder Lecktuch verhütet, benutze nur Gleitgel auf Wasser- oder
133 Silikonbasis, sonst kann das Kondom/Lecktuch kaputt gehen. Und zuletzt: Speichel ist kein
134 sicherer Gleitgel-Ersatz, den darüber können Krankheiten wie Tripper, Herpes, Feigwarzen
135 oder Syphilis übertragen werden.

136 Sexspielzeug

137 Sexspielzeug kann alleine oder zusammen mit anderen viel Spaß machen. Wichtig ist, dass es
138 immer gut gereinigt werden muss, vor allem, bevor es eine andere Person benutzt.
139 Silikonspielzeug sollte bis zu fünf Minuten in Wasser ausgekocht oder mit antibakterieller Seife
140 gewaschen werden. Sexspielzeug sollte immer mit Kondomen verwendet werden.

141 Sexspielzeug aus Silikon darf nicht zusammen mit silikonbasiertem Gleitgel verwendet werden
142 und sollte nicht neben anderem Silikonspielzeug aufbewahrt werden ohne
143 Schutzbeutel/räumliche Trennung, weil es sonst kaputtgehen kann.

144

145

146

147

148

149

1

2 **8.3.3. Kampagne 3**

3 Safer Sex Für lesbische*, bisexuelle, pansexuelle und queere Personen

4 3, Deutschland, 2024, Deutsch, MOSAIK Gesundheit, Lesbisch in Niedersachsen & Queeres
5 Netzwerk Niedersachsen e.V.

6 Safer Sex Mythen

7 • Du musst nur in einer heteronormativen Beziehung verhüten.

8 • Du verhütest nur, um nicht ungewollt schwanger zu werden.

9 • Lesbisch*sein ist die beste Verhütung.

10 • In einer festen Beziehung kannst du dich nicht mit sexuell übertragbaren Krankheiten (STI)
11 anstecken

12 Leider alles nein!

13 Auch nicht heteronormativ frauen*liebende cis Frauen, trans* Frauen, inter*, nicht-binäre und
14 abinäre Personen können mit sexuell übertragbaren Infektionen und HIV in Kontakt kommen.
15 Insbesondere wenn Du wechselnde Sexpartner*innen hast oder in einer offenen Beziehung
16 lebst.

17 Aber auch in festen Beziehungen – ohne wechselnde Sexpartner*innen – solltet ihr euch vor
18 dem ersten ungeschützten Sex auf HIV und STI testen lassen. Am besten etwa 12 Wochen nach
19 dem letzten Sex außerhalb eurer Beziehung.

20 Communication is key!

21 Es ist wichtig mit deinen Sexpartner*innen offen über deine Sexualität zu sprechen. Nicht nur
22 im Hinblick auf was dir gefällt, sondern auch wie ihr sie zusammen sicher gestalten wollt.

23 Wir haben Dir und Euch das Wichtigste rund um Safer Sex kompakt zusammengestellt. Was zu
24 deinem Safer Sex Kit gehören sollte, liest du auf den folgenden Seiten.

25 Dental Dam

26 Schon durch kleine Wunden an Mund und/ oder Genitalien können HIV und andere STI
27 übertragen werden. Ihr solltet daher auch besonders achtsam sein, wenn eine Person von euch
28 menstruiert.

29 Ob Cunnilingus oder Tribadie – ein Dental Dam das schadet nie.

30 Aber mal Spaß bei Seite. Egal ob beim Oralsex oder beim aneinander reiben der Genitalien ist
31 ein Lecktuch nie verkehrt. Wenn du kein Dental Dam zur Hand hast, kannst du auch auf einen
32 aufgetrennten, ungepuderten Einmalhandschuh oder ein Kondom zurückgreifen.
33 Frischhaltefolie sollte nicht deine erste Wahl sein. Sie ist trotzdem besser als nichts.

34 Fingerling/ Handschuh

35 Wenn du Sex mit den Händen hast, schaue zuerst nach, ob Deine Haut frische Verletzungen
36 aufweist. Falls das der Fall ist, verwende sicherheitshalber einen Fingerling oder latexfreie,
37 ungepuderte Einmalhandschuhe. Wenn du mehrere Sexpartner*innen und/oder wechselnd
38 zwischen Vagina und Anus penetrierst, solltest du jedes Mal einen neuen Fingerling bzw.
39 Handschuh benutzen So sorgst du für den Schutz aller Beteiligten.

40 Gleitgel

41 Wir empfehlen dir - egal wie du Sex hast - die Verwendung von ausreichend Gleitgel. Das
42 steigert nicht nur das Lustgefühl, sondern schützt auch ganz nebenbei vor kleinen Verletzungen,
43 die unliebsame Folgen haben können! Solltest du das Gleitgel auf Sex Toys verwenden wollen,
44 nutze am besten welches auf Wasserbasis. Silikon Spielzeug verträgt sich nämlich häufig nicht
45 mit Silikongleitmittel.

46 Toy Cover / Kondome

47 Wenn ihr euch einen Dildo oder Vibrator teilt - oder diesen wechselnd in Vagina und Anus
48 verwendet – solltet ihr jedes Mal ein neues Toy Cover oder Kondom verwenden. Toy Cover
49 besitzen keine Reservoirspitze und können somit nicht safer-sex-sicher auf Penissen verwendet
50 werden.

51 Beobachte deinen Körper

52 Wenn du Safer Sex praktizierst, minimierst du das Risiko dich mit STI oder HIV anzustecken.
53 Beobachte trotzdem immer deinen Körper und sei aufmerksam:

54 • Jucken oder Brennen im Genitalbereich,
55 • ungewöhnlicher Ausfluss oder Geruch,
56 • unübliche Farbe von Urin oder Kot,
57 • Rötungen,

58 • Ausschläge,
59 • Geschwüre,
60 • Bauchschmerzen,
61 • Abgeschlagenheit oder Müdigkeit können Symptome von STI und HIV sein.
62 Solltest du an deinem Körper solche Veränderungen wahrnehmen, suche möglichst schnell eine
63 medizinische Praxis auf und lass dich auf STI und HIV untersuchen.

64

65

66

67

68

69

70

71

72

73

74

75

76

77

78

79

80

81

82

8.3.4. Kampagne 4

about lesbian health

4, Kanada, 2022, Englisch, Rainbow Health Ontario

Lesbians and women who have sex with women (WSW) are a diverse community.

Lesbians have many of the same health care needs as women in the general population but are at a higher risk for certain diseases.

Your health is influenced by many factors beyond sexual orientation. Discrimination, racism, and negative attitudes towards lesbians are not uncommon and may be experienced when seeking health care.

Health care providers may be homophobic, or they may not know much about your health concerns.

This brochure outlines some of the health issues of concern to lesbians.

You should also get tested for HIV annually, or more often if you change partners, have casual or new partners or have been diagnosed with an STI.

Consider the following recommendations to reduce your risk of STIs and bloodborne viruses to you and your partner(s):

- Negotiate safety with your partner(s) and discuss acceptable levels of risk everyone involved.
- Use barriers such as gloves, dental dams, and condoms with body parts and sex toys; many sexual health clinics and other health care facilities offer these free-of-charge.
- If you're using sex toys, clean before sharing with a partner, and use a new condom for each partner or between penetration of different body openings.
- Avoid oral sex if either of you has any cuts or sore in the mouth or on the lips.
- Use a condom and/or a dental dam for oral sex acts. A dental dam is a latex or polyurethane (very thin, soft plastic) square, to cover the anus or vulva during oral sex.
- Be aware that the use of alcohol and drugs before or during sex, sharing needles, and some BDSM/kink activities may involve a greater level of risk and should include negotiation.

• Wash your hands before and after sex. Some infections can be transmitted by hands, fingers, and mutual vulval rubbing.

• Wear latex gloves and use plenty of waterbased lubricant for vaginal and anal fisting.

• Some trans people taking hormones may still be able to get pregnant or impregnate their partner. To reduce the risk of unplanned pregnancy, use a condom, other barrier method, or talk to your health care provider about options.

TAKE CHARGE OF YOUR HEALTH

Being healthy means taking care of your physical, emotional, sexual, psychological, and spiritual needs. It can be difficult to come out about your sexual orientation, gender identity or medical history to your health care provider. But being your authentic self can promote good health and wellbeing.

Don't delay or avoid seeking services because you had negative experiences, or are concerned about discrimination, stigma, confidentiality, your immigration status, or other factors. Getting regular check-ups and care from a compassionate, knowledgeable, and informed care provider is important to stay healthy.

SEXUAL HEALTH

If you're having sex, there are ways to do it safely so you're protecting yourself and others. You should feel safe, empowered, and have the kind of sex you want. You should never be pushed into anything that you are uncomfortable with.

Sexually transmitted infections (STIs) are spread through sexual contact with someone who has an STI. Sexual contact includes oral, anal, and vaginal sex, as well as genital skin-to-skin contact. If two partners are both menstruating, they are at a higher risk of contracting certain STIs.

Women who have sex with other women can pass on or get STIs, such as herpes, and chlamydia. Human papillomavirus (HPV), bacterial vaginosis and trichomoniasis can also spread between lesbian partners. Oral sex and sexual behavior involving digital-vaginal or digital-anal contact, particularly with shared penetrative sex toys, can spread infections as well.

Most STIs have no signs or symptoms. The only way to know your STI status is to get tested. Sexually active lesbians should consider routine tests for chlamydia, gonorrhea, and syphilis. Other testing may be considered if symptoms of specific STI risk factors are present.

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26

8.3.5. Kampagne 5

Safe Sex for queer women? Yes, Yes, Yes! Many ways to have sex, many ways to stay safe!

5, Indien, 2020, Englisch, Agents of Ishq

Agents! Safe sex doesn't juuuuust mean preventing pregnancy! We love thinking 'lesbian sex' has no risks, lekin STI jaise bhi cheez hai!

Y U ALWAYS FORGET ABOUT US? STI

The risk of STIs like gonorrhea, HIV is generally lower in sex between women. But there's still much risk for other STI's like bacterial vaginosis, herpes, pubic lice, etc.

These Kitaanus spread from -> Skin-to-skin contact -> cuts/sores in your mouth or fingers -> tears in your vaginas or anus, etc.

Toh protection banta hai boss – SWIPE!

KHAANE KO KYA HAI? ORAL SEX!

If giving fellatio (aka blowjob aka oral sex on a penis) – use a condom!

If giving cunnilingus (aka eating pussy aka oral sex on a vulva) – use a dental dam!

Dental Dam Kya? SWIPE!

MYSELF DENTAL DAM! NAAM TOH SUNA HI HOGA?

Dental dam is a latex or thin plastic Ka square which covers the vulva or anus during oral sex and acts as a barrier against STIs. If you can't use one, avoid oral sex when there's any cuts or sores in your mouth or lips.

Where to get dental dams? SWIPE

WANTED

RARE, ELUSIVE, ALMOST MYTHICAL?

You know what' damned about dental dams?

Ek toh it feels like no one uses them.

Then they're expensive and about as rare as those flavoured Lays.

27 Kabhi Kabhi you can get them through Amazon but fear not – since dentists use it – you can
28 buy it in bulk from their supply shops (not a tried & tested method, but if you try it – tell us!)
29 Still too expensive? Fear not my dear, DIY is here – SWIPE!

30 DIY Dental Dam

31 Unroll a condom, cut the tip off, cut the other end, cut it lengthwise, unroll into a rectangle.
32 Use the lubricated side against the vulva, or if the condom is flavoured, keep the flavoured side
33 against your mouth (Kyunki flavours can irritate the vulva!)

34 LET’S GET HAndsy!

35 Matlab fingering (vaginal/anal), Fisting, Hand-jobs, etc. mein safe sex practices.
36 Sex with hands, means hand hygiene is priority.
37 Wash your hands vigorously before and after sex.
38 Keep nails short to prevent cuts and tears, which can be
39 a) painful &
40 b) lead to infections

41 MISS HYGIENE 2020

42 Protection-wise, why should penises have all the fun? Things your fingers can wear –
43 Latex gloves, finger cots (these special condoms for your fingers), or even just usual condoms!
44 PSST.. Worried about squeaky texture? Use lube to feel more comfy! Use plenty for vaginal &
45 anal fisting especially.

46 SEXY AND SMOOTH? NOT YOU, WE’RE TALKING ABOUT LUBE!

47 Lube is not just fun and smells good, but is also great for penetrative sex of all kinds because
48 it makes things slicker and move smoother (ekdum makkhan jaisa feels) so you don’t get any
49 cuts or tears inside the vagina or anus, which increase risk of STIs.

50 GOOD TO REMEMBER Unlike the vagina, the anus does not make its own lubricant!

51 YOU, ME AUR HUM (MATLAB SEX TO BHI!)

52 Using sex toys with partners? Put a condom on it!

53 Also remember – Mixing is for cocktails, not germs!

54 Use a condom for each new partner.

55 Use a new condom between penetration of different body openings. Matlab if you used a sex
56 toy + condom for anal sex, don't insert same thing into your vagina.

57 FOR ANAL FOR VAGINAL

58 AND... OF COURSE clean sex toys well between sessions.

59 LUBE CHEMISTRY

60 SILICON + SILICON = NOPE

61 OIL + LATEX = NOPE

62 USE THE RIGHT LUBE HA!

63 Don't use silicone-based lube directly on sex toys made of silicone.

64 Oil-based lube (or any oil as lube) can erode latex condoms, making them break.

65 YAHA PESHAAP KARNA ZAROORI HAI! AKA YOU GOTTA PEE!

66 Pee before and after sex, especially if you have a vagina!

67 WHY?

68 It helps avoid urinary tract infections.

69 Prone to infections? Phir toh pretend this is mandatory!

70 STD EXAM PASS

71 Testing Is Not Just For Your School Kids

72 Some act like tribbing (rubbing vulvas together) have no way of protecting you from skin-to-
73 skin STIs like pubic lice, herpes, etc.

74 Toh Karein Kya? SWIPE

75 GET TESTED FOR STI'S REGULARLY!

76 WELCOME TO YOUR ANNUAL STI TESTING

77

78
79
80
81
82
83
84
85
86
87
88
89
90
91
92
93
94
95
96
97
98
99
100
101
102
103

Grab your partner or a friend and do it together if it freaks you out! Testing is important because sometimes people don't even know they're infected, and others might not be honest about it.

Also – SWIPE!

Vaccines exist for some STI's –

Like Hepatitis A & B and HPV (it's available to women up to age 26)

HELP ME DOCTOR!

We know it feels impossible to find a queer-friendly gynaecologist or doctor who makes you feel secure to discuss your sex life. But don't give up on your sexual health!

Soooo... I HAVE THIS RASH.....

ASK AROUND!

Reccos from people in your community, referral from an organization can help you find a trusted gynaecologist or doctor to address your sexual health concerns

8.3.6. Kampagne 6

LECKT MICH DOCH, IHR PUSSYS! Über Ansteckungsmöglichkeiten sexuell übertragbarer Infektionen für Frauen*, die Sex mit Frauen* haben

6, Deutschland, 2017, Deutsch, AIDS-Hilfe Hamburg e.V.

Vorspiel

Die Broschüre in deiner Hand beschäftigt sich mit Sex zwischen Frauen* und der damit verbundenen Möglichkeit einer Ansteckung mit sexuell übertragbaren Infektionen. Sie ist entstanden durch eine Gruppe ehrenamtlicher Menschen unter dem Dach der AIDS-Hilfe Hamburg.

Vielleicht wunderst du dich darüber, dass es diese Broschüre gibt. Wir haben in der LGBTIQAP*-Szene in Hamburg die Erfahrung gemacht, dass das mögliche Risiko der Ansteckung mit STIs beim Sex von Frau* und Frau* den meisten nicht bewusst ist. Zu diesem Thema gibt es beispielsweise auch wenige bis keine aktuellen Informationsbroschüren. Das möchten wir ändern. Mit dieser Broschüre möchten wir ein Bewusstsein für dieses Thema und eine Sichtbarkeit der Sexualität von Frauen* in der Gesellschaft schaffen, von der wir finden, dass sie oft nicht thematisiert wird. Auf den folgenden Seiten haben wir kurz und knapp das zusammengetragen, was wir für wichtig halten – ohne Anspruch auf Vollständigkeit. Zuerst geht es um die jeweilige Sexpraktik an sich, dann, wie du dich konkret vor STIs schützen kannst. Am Ende findest du Informationen über die STIs, vor denen du dich schützen und wo du dich testen lassen kannst.

Wie immer beim Sex gilt auch hier: alles kann, nichts muss. Wenn ihr etwas ausprobieren wollt, sind Kommunikation und Vertrauen das Wichtigste.

An dieser Stelle möchten wir festhalten, dass wir von einem vielfältigen Genderbild ausgehen, das mehr Geschlechter umfasst als Mann und Frau. Diese Broschüre richtet sich an alle Personen, die eine Vulva haben und mit Personen schlafen, die ebenfalls eine Vulva haben, auch, wenn sie sich nicht als Frau definieren. Im Text verwenden wir dennoch die Schreibweise „Frau*“ - aber mit Sternchen* - um eine Geschlechtervielfalt ansatzweise deutlich zu machen.

STIs = sexuell übertragbare Infektionen (sexually transmitted infections)

Fingern

31 Das Fingern bezeichnet die Befriedigung der Vagina und des Anus mit den Fingern. Hier ist das
32 Ansteckungsrisiko sehr gering. Wandern aber etwa deine Finger zwischen Vagina, Anus oder
33 Mund hin und her, ist ein höheres Risiko gegeben. Ebenso bei Verletzungen der Schleimhäute
34 oder der Finger. Es ist wichtig, dass du dir deine Hände vorher gut wäschst. Viele bevorzugen
35 kurzgeschnittene Nägel, da es sich angenehmer anfühlt und das Verletzungsrisiko verringert
36 wird. Statt Speichel kannst du Gleitgel verwenden, dadurch kannst du das Risiko noch weiter
37 verringern.

38 Auch Fingerlinge kannst du benutzen, um dich weiter vor sexuell übertragbaren Infektionen zu
39 schützen. Das sind Latex- oder Vinylhüllen, die du über deine Finger stülpen kannst. Alternativ
40 kannst du von Einweghandschuhen die Finger abtrennen und sie einzeln überstülpen, oder du
41 benutzt den Handschuh als Ganzes.

42 Handschuhe und Fingerlinge gibt es online, in Apotheken und Drogerien zu kaufen. Du kannst
43 auch ein Kondom über deine Finger stülpen.

44 Hinweis: Latex darf nicht mit Öl verwendet werden. Achte beim Kauf von Gleitgel darauf, dass
45 es auf Wasser- oder Silikonbasis ist - das ist sowohl kompatibel mit Latex als auch mit Vinyl.
46 Verwende die Handschuhe und Fingerlinge nur ein Mal und wirf sie danach weg.

47 Lecken

48 Das Lecken ist eine Sexpraktik, bei der die eine Sexpartnerin* die Vulva der jeweils anderen
49 mit ihrem Mund, ihren Lippen und ihrer Zunge stimuliert. Beim Oralsex unter Frauen* besteht
50 generell ein sehr geringes Ansteckungsrisiko mit STIs, jedoch können Verletzungen, zum
51 Beispiel im Mund, das Risiko einer Ansteckung erhöhen.

52 Um das zu vermeiden, kannst du ein Lecktuch, auch Dental Dam genannt, benutzen. Es wird
53 auf die Vulva deiner Sexpartnerin* gelegt, um den körperlichen Kontakt mit Krankheitserregern
54 zu verhindern. Um unangenehme Reibung zu vermeiden, kann Gleitgel verwendet werden.
55 Wichtig bei der Anwendung eines Dental Dams ist, dass es nicht verrutscht. Halte es dafür mit
56 einer Hand fest.

57 Als praktischen Ersatz für das Dental Dam kannst du dir ein eigenes Lecktuch mit Hilfe von
58 Frischhaltefolie basteln. Schneide dir ein passendes Stück zurecht und verwende es wie das
59 Dental Dam. Da die Folie schnell reißen kann, kannst du auch mehrere Lagen nehmen. Du
60 kannst den Intimbereich deiner Sexpartnerin* damit einwickeln, damit es von selbst hält.

61 Für beide Arten von Lecktüchern gilt: es darf die Vulva deiner Sexpartnerin* nur mit einer
62 Fläche berühren, sonst ist der Schutz nicht mehr gegeben. Verwende das Lecktuch nur einmal.

63 Übrigens: Du kannst theoretisch auch ein Kondom verwenden. Rolle es dafür aus, schneide die
64 Spitze ab und das Kondom längs auf. Da die Fläche allerdings nicht die gesamte Vulva abdeckt,
65 besteht nach wie vor ein Ansteckungsrisiko. Kondome sind daher weniger zu empfehlen,
66 obwohl sie häufig schneller verfügbar sind als Lecktücher.

67 Lecktuch

68 Ein großer Vorteil an Dental Dams ist, dass sie gebrauchsfertig zu kaufen und sehr einfach zu
69 handhaben sind. Dental Dams reißen zudem nicht. Allerdings sind sie überwiegend im Sexshop
70 und im Internet zu erhalten. Bei einer Latexallergie sind Dental Dams nicht zu empfehlen.

71 Auch bei Lecktüchern gilt: bei Bedarf nur Gleitgel auf Wasser- oder Silikonbasis benutzen.

72 Eine preisgünstige Alternative zu Dental Dams ist Frischhaltefolie. Sie ist fast überall erhältlich
73 und geschmacksneutral. Bei Latexallergie sind Lecktücher aus Frischhaltefolie ideal. Leider
74 kann sie leicht reißen, beispielsweise bei längeren Fingernägeln und Piercings. Durch das
75 Zurechtschneiden sind Lecktücher aus Frischhaltefolie etwas umständlicher zu handhaben.

76 Menstruation: Wenn eine von euch ihre Periode hat, oder auch ihr beide, ist das
77 Ansteckungsrisiko durch das Menstruationsblut höher. Um eine Ansteckung zu vermeiden, lasst
78 kein Menstruationsblut in Mund, Augen, die Vaginal- und Darmschleimhaut oder verletzte Haut
79 kommen.

80 Squirting: Verschiedene Untersuchungen haben sich damit befasst, woraus das weibliche
81 Ejakulat, das beim Squirting austritt, besteht. Diese Frage kann bis heute nicht genau
82 beantwortet werden. Dadurch kann nicht ausgeschlossen werden, dass durch diese Flüssigkeit
83 ein Ansteckungsrisiko gegeben ist.

84 Scissoring

85 Scissoring, Tribbing oder auch Scherensex genannt, ist eine Sexpraktik, bei der zwei Frauen*
86 ihre Beine so verschränken, dass sie ihre Vulven aneinander reiben und dabei die Klitoris und
87 äußere Vagina stimulieren. Dies kann auch durch Reibung am Bein oder an anderen
88 Körperteilen der Partnerin* geschehen.

89 Durch das direkte Aneinander-Reiben können Körperflüssigkeiten ausgetauscht werden,
90 weswegen ein erhöhtes Ansteckungsrisiko bestehen kann. Bei dieser Praktik ist es durch die

91 Bewegungen schwierig, ein Dental Dam oder ähnliches zu verwenden. Wenn Schutz – wie bei
92 dieser Sexpraktik – kaum möglich ist, ist es von Vorteil, sich regelmäßig testen zu lassen.

93 Informationen zum Thema STI -Test findest du auf Seite 22.

94 Sextoys

95 Sextoys kannst du alleine oder mit deiner Sexpartnerin* verwenden. Du solltest die Spielzeuge
96 vor und nach jedem Gebrauch reinigen. Bevor du sie an eine andere Person weitergibst, kannst
97 du so eine mögliche Ansteckung mit STIs verhindern.

98 Silikontoys lassen sich super abkochen oder gründlich mit Seife abwaschen. Auch
99 Desinfektionssprays reinigen dein Spielzeug sicher.

100 Wenn du den Sex nicht unterbrechen möchtest, um dein Sextoy zu reinigen, empfiehlt es sich,
101 ein Kondom zu verwenden und vor dem Weitergeben einfach gegen ein neues auszutauschen.
102 Auch beim Wechsel des Spielzeugs von Anus zu Vagina solltest du es waschen bzw. das
103 Kondom wechseln.

104 Rimming

105 Rimming ist eine Sexpraktik, bei der mit dem Mund, den Lippen und der Zunge der Anus der
106 Sexpartnerin* stimuliert wird. Zum Schutz vor einer möglichen Ansteckung eignen sich, wie
107 beim Lecken, ein Dental Dam oder ein Lecktuch aus Frischhaltefolie. Die Anwendung ist
108 ähnlich, auch hier ist Gleitgel zu empfehlen.

109 Fisting

110 Fisting ist eine Sexpraktik, bei der die Hand in den Anus oder die Vagina der Sexpartnerin*
111 eingeführt wird. Hierbei unterliegen Beckenboden- bzw. Schließmuskel einer extremen
112 Dehnung. Die Vagina ist dabei deutlich dehnbarer als der Anus. Es besteht bei beiden
113 Dehnungsformen ein Verletzungsrisiko der Schleimhäute, wodurch eine Ansteckung möglich
114 ist. Gleitgel kann zumindest kleineren Verletzungen vorbeugen. Vor STIs kannst du dich mit
115 Handschuhen aus Latex oder Vinyl schützen.

116 Sexuell übertragbare Infektionen

117 Weil viele STIs durch Schmierinfektionen weitergegeben werden können, kann eine
118 Ansteckung auch trotz der Verwendung von Lecktüchern, Fingerlingen und
119 Einweghandschuhen nicht hundertprozentig ausgeschlossen werden – das Risiko wird aber
120 deutlich verringert.

121 Die richtige Verwendung dieser drei Hilfsmittel kann das Risiko vor einer Candida-Infektion,
122 vor Chlamydien, vor Hepatitis C, vor Herpes-Viren, vor HPV (Humanen Papillomaviren), vor
123 Syphilis, vor Trichomoniasis, vor HIV und vor Tripper (Gonorrhö) deutlich verringern. Vor
124 Hepatitis A und Hepatitis B kannst du dich mit einer Impfung schützen. Vor einer Übertragung
125 von Filzläusen kannst du dich mit diesen Hilfsmitteln nicht schützen.

126 Testen

127 Solltest du die Befürchtung haben, dich mit einer Infektion angesteckt zu haben, kannst du zu
128 deiner Ärztin* bzw. deinem Arzt* gehen. Dort kannst du dich auf sämtliche STIs testen lassen,
129 die Kosten hierfür können variieren. In größeren Städten kannst du dich, meist kostenlos und
130 anonym, im Gesundheitsamt oder in der örtlichen AIDS-Hilfe auf HIV testen lassen. Manche
131 Einrichtungen bieten auch ein zusätzliches kostenloses Angebot für andere STI-
132 Untersuchungen an.

133 Wenn du dich genauer über die STIs und die jeweiligen Ansteckungswege informieren
134 möchtest, empfehlen wir dir die Internetadressen auf der nachfolgenden Seite.

135

136

137

138

139

140

141

142

143

144

145

146

147

8.3.7. Kampagne 7

Gesundheit von lesbischen und bisexuellen Frauen Informationen für • lesbische und bisexuelle Frauen • medizinische Tätige, Ärzt/inn/en, Therapeut/inn/en • Interessierte

7, Deutschland, 2010, Deutsch, Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e.V.

SEXUELLE GESUNDHEIT

Sexuell übertragbare Infektionen wie Syphilis, Gonorrhoe, Chlamydien, HIV und andere können auch beim Sex zwischen Frauen übertragen werden. Einige Infektionen sind bei Frauen, die ausschließlich Sex mit Frauen haben, seltener als bei Frauen, die (auch) Sex mit Männern haben, andere nicht. Die Forschung hat die sexuelle Übertragung von Infektionen zwischen Frauen bisher vernachlässigt – bis heute gibt es wenige verlässliche Daten dazu, welche der zahlreichen Schutzmöglichkeiten wann sinnvoll sind. Gesichert ist hingegen, dass die meisten Infektionen effektiv behandelt und damit weitere Übertragungen und schwerwiegende Folgeerkrankungen verhindert werden können. Deshalb ist es wichtig, dass sich auch lesbisch und bisexuell lebende Frauen darüber informieren, welche Infektionen es gibt, wie sie übertragen werden und wie Frau sich schützen kann: um dann bewusst zu entscheiden, in welchen Situationen und wie sie sich schützen will.

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28

8.3.8. Kampagne 8
LES KLAMYDIA'S Leitfaden für Safer Sex zwischen Frauen
8, Schweiz, o.J., Deutsch, Les Klamydia's
WELCHES RISIKO SIND SIE BEREIT EINZUGEHEN?
100 % Safer Sex ist möglich, aber aufwändig! Frauen, die Sex mit Frauen haben, sind es selten gewohnt, sich zu schützen. Auch getrauen sich nur wenige, der Partnerin entsprechende Fragen zu stellen. Wichtig ist, sich bewusst zu sein, welche Risiken Sie bereit sind, in Kauf zu nehmen. Zwischen der Ansteckung mit einer ernst zu nehmenden Krankheit und einer Pilzinfektion gibt es einen großen Unterschied...
· Grundregeln, um sich vor HIV und Hepatitis* zu schützen:
· Kein Kontakt zwischen Blut und den Schleimhäuten (auch kein Menstruationsblut)
· Kein Lecken am Anus ohne Schutz
Nicht direkt vor oder nach dem Oralsex die Zähne putzen
Grundregeln, um sich gegen andere sexuell übertragbare Krankheiten zu schützen, oder wenn Sie bereits angesteckt sind:
Gleiche Grundregeln berücksichtigen, wie sie sich vor HIV oder Hepatitis zu schützen
Keine vaginale Penetration nach analer Penetration ohne neues Kondom/ neue Handschuhe
Dental Dams/ Latex-Rechteck/ Frischhaltefolie, Handschuhe, Kondom + Gleitmittel auf Wasserbasis über das Sex-Spielzeug bei jeder neuen Penetration (Wechsel der Körperöffnung oder Partnerin)
Kein Lecken der Vulva/ Vagina nach dem Lecken des Anus – ausser das Dental Dam ist genügend gross oder Sie wechseln ihn
Es ist nicht nötig, alle Symptome der STI zu kennen, zumal sich viele Infektionen gar nicht durch Symptome bemerkbar machen.
Es ist aber sehr wichtig, den eigenen Körper zu kennen und ihn regelmäßig zu beobachten.
Bei Schmerzen, Juckreiz, Brennen oder anormalen Ausfluss ist dringend empfohlen, zur Ärztin/zum Arzt oder zur Gynäkologin/zum Gynäkologen zu gehen.

29 Von vaginalen Duschen wird abgeraten: Sie sind nicht nötig. Im Gegenteil, die schaden der
 30 Flora der Scheide und lassen die Infektionsrisiken ansteigen.

31 Sexuelle Praktiken Schutzmöglichkeiten

32 Streicheleinheiten Kein Schutz nötig oder nur dann, wenn eine offene Wunde vorhanden ist.
 33 Jeden Kontakt mit offenen Wunden vermeiden.

34 Küssen Kein Schutz nötig

35 Schere (Vulva gegen Vulva) Dental Dam / Latex-Rechteck / Frischhaltefolie (keine
 36 Mikrowellenfolie verwenden) + Gleitmittel auf Wasserbasis

37 * Gegen Hepatitis A und B sowie das Papillomavirus kann man sich impfen lassen.
 38 Informationen über die Impfung finden Sie hier:

39 Hepatitis A:

40 <http://www.bag.admin.ch/themen/medizin/00682/00684/01076/index.html?lang=de>

41 Hepatitis B:

42 <http://www.bag.admin.ch/themen/medizin/00682/00684/01077/index.html?lang=de>

43 Papillomavirus: <http://www.bag.admin.ch/impfinformation/12041/index.html?lang=de>

44 Cunnilingus (Lecken an der Vulva) Dental Dam / Latex-Rechteck / Frischhaltefolie (keine
 45 Mikrowellenfolie verwenden) + Gleitmittel auf Wasserbasis

46 Anilingus (Lecken am Anus) Dental Dam / Latex-Rechteck / Frischhaltefolie (keine
 47 Mikrowellenfolie verwenden) + Gleitmittel auf Wasserbasis

48 Fisten Latex- / Vinyl- / Silikonhandschuhe + Gleitmittel auf Wasserbasis

49 Uro-scato-Praktiken Keine Sekrete der Partnerin aufnehmen

50 Vaginale / anale Penetration mit den Fingern Latex- / Vinyl- / Silikonhandschuhe falls eine
 51 offene Wunde vorhanden ist

52 Vaginale / anale Penetration mit einem Sexspielzeug Kondome (für Frauen oder Männer) aus
 53 Latex / Silikon / Polyurethan mit Gleitmittel auf Wasserbasis

54 Vorsorgeuntersuchung bei der Gynäkologin oder beim Gynäkologen:

55 Der erste Besuch ist angezeigt innert eines Jahres nach dem ersten sexuellen Kontakt (homo-
 56 oder heterosexuell) oder ab dem 20. Altersjahr.

Eine Vorsorgeuntersuchung ist auch dann sinnvoll, wenn Sie nicht sexuell aktiv sind. Die Gynäkologin oder der Gynäkologe führt allgemeine Kontrolluntersuchungen des weiblichen Geschlechts durch, sowie die Untersuchung der Brüste. Je grösser die Zahl der sexuellen Partnern oder Partnerinnen ist, desto höher sind die Risiken einer Infektion.

Eine Kontrolle bei der Gynäkologin oder beim Gynäkologen ist dringend empfohlen bei:

Vulva Rötung, Juckreiz, Schmerzen, Schwellung, Auftreten eines Ulcus (Geschwür), Auftreten von Bläschen, Auftreten von Warzen

Vagina Schmerzen, Brennen, Ausfluss mit ungewöhnlicher Farbe, komischem Geruch, ungewöhnlicher Menge oder bei Zwischenblutungen (Spottings)

Harnröhre Brennen beim Wasserlösen, Blut im Urin

Gebärmutter und Eileiter Unterbauchschmerzen, Schmerzen während der Penetration

Brust Schmerzen (ausser Brustspannen in Verbindung mit der Menstruation), Schwellung, Rötung, Sekretion aus der Brustwarze, ungewöhnliche „Beschaffenheit“, Verhärtung, Farbänderung, Formänderung, Änderung der Grösse (einseitig)

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30

8.3.9. Kampagne 9

Lipsync Sexuelle Gesundheit und Vorsorge für Lesben, Bisexuelle und Queers mit Vulva

9, Schweiz, 2023, Deutsch, SGCH, Lesbenorganisation Schweiz (LOS), Les Klamydias

Einleitung

Feucht und laut. Zärtlich und innig. Stundenlang, immer wieder oder lieber nur ab und zu: Queerer Sex kann ein grossartiges Erlebnis sein. Bei Sex denken wir oft zuerst an Lust, aber es geht auch um unsere Rechte: um unsere sexuelle Gesundheit, Selbstbestimmung und den Zugang zu Wissen. Gerade im Bereich der sexuellen Gesundheit gibt es wenig Informationen, die sich an Lesben, Bisexuelle, Pansexuelle und queere Frauen richten. Auch nicht-binäre, genderqueere oder trans Personen mit einer Vulva werden selten angesprochen. Mit diesem Leitfaden wollen wir diese Lücken schliessen.

Wir sprechen in dieser Broschüre von «VSV». Die Abkürzung VSV steht für alle Menschen mit einer Vulva, die sexuelle Beziehungen mit Menschen mit einer Vulva haben. Unser Leitfaden richtet sich an lesbische, bisexuelle, pansexuelle und queere cis Frauen sowie trans Personen, nicht-binäre Menschen und Genderqueers mit einer Vulva, Vagina, Neo-Vagina und/oder Brüsten. Er kann aber auch für andere Personen hilfreich sein.

Dieser Leitfaden wurde von VSV für VSV geschrieben.

Wir sprechen viele verschiedene Themen an: die gynäkologische Vorsorge, Konsens, sexuell übertragbare Infektionen (STI), Safer Sex, Familienplanung oder die Pflege von Sextoys. Und natürlich verweisen wir auch auf weiterführende Informationen. Dieser Leitfaden wurde von VSV für VSV geschrieben. Er stellt Informationen zur Verfügung, um selbstbestimmte Entscheidungen für die eigene Gesundheit zu treffen. Und er soll dabei unterstützen, Sex in vollen Zügen zu leben und zu geniessen.

Wir wünschen viel Spass beim Lesen!

Verhütung

Mit wem wir Sex haben und wie wir Sex haben hat einen Einfluss darauf, ob und welche Verhütungsmethode sinnvoll ist.

Richtig angewendet schützen Kondome zuverlässig vor einer Schwangerschaft und vor HIV. Sie reduzieren zudem die Ansteckung mit anderen sexuell übertragbaren Infektionen (STI).

31 Hormonelle Verhütungsmethoden wie die Pille, der Vaginalring, das Hormonpflaster, die
32 Dreimonatsspritze, das Hormonstäbchen oder auch die Hormonspirale können den
33 Menstruationsfluss verändern. Es kann sein, dass die Schmerzen vor und während der
34 Menstruation abnehmen, die Blutung schwächer wird oder ganz aufhört.

35 Es gibt auch andere Möglichkeiten, insbesondere die endgültige Empfängnisverhütung: die
36 Sterilisation.

37 Mehr Infos zu Verhütung: <https://qr.los.ch/r/verhuetung>

38 Sexuell übertragbare Infektionen (STI) und Safer Sex

39 Wenn wir sexuelle Kontakte mit einer oder mehreren Personen haben, kann es zu einer STI-
40 Ansteckung kommen – das gilt auch für VSV. STI können durch Viren, Bakterien, Parasiten
41 oder Pilze ausgelöst werden. Das kann passieren und ist meist kein Grund zur Sorge: Die
42 häufigsten STI können durch Tests schnell erkannt werden und lassen sich gut behandeln.

43 STI unter VSV

44 Die am häufigsten zwischen VSV übertragenen Infektionen sind Pilzinfektionen, Vaginose,
45 HPV, Chlamydien und Herpes. Pilzinfektionen und Vaginose entstehen durch ein
46 Ungleichgewicht in der vaginalen Flora, können aber beim Sex weitergegeben werden. Andere
47 Infektionen wie etwa HPV, Chlamydien und Herpes werden nur beim Sex übertragen.

48 Das Wichtigste in Kürze: Die meisten STI verursachen keine Symptome und bleiben deshalb
49 oft unbemerkt. Darum kann – abhängig von der Anzahl Sexualpartner*innen, deren Genitalien
50 und den gelebten sexuellen Praktiken – auch regelmässiges Testen sinnvoll sein. Die Häufigkeit
51 der Tests sollte daher mit einer gynäkologischen Fachperson besprochen werden. Bei
52 Symptomen wie beispielsweise Rötungen oder Juckreiz können Beratungen und STI-Tests für
53 Klarheit sorgen. Bei vielen STI ist auch nach einer Behandlung eine erneute Ansteckung
54 möglich, d.h. der Körper wird nicht immun gegen eine STI. Impfungen gibt es nur für HPV und
55 Hepatitis A/B.

56 Mehr Informationen zu den Symptomen:

57 <https://qr.los.ch/r/klamydias-safer-sex.de> <https://qr.los.ch/r/safer-sex-de>

58 Risiken kennen

59 Auch wenn die meisten STI gut behandelbar sind, macht es Sinn, mit einer gynäkologischen
60 Fachperson über die Übertragungsrisiken zu sprechen: Diese sind individuell und hängen von

61 der Anzahl Sexualpartner*innen, deren Genitalien und den sexuellen Praktiken ab. Ein weiterer
62 Faktor ist, ob bereits eine STI besteht. Dann ist die vaginale Flora geschwächt und damit
63 anfälliger für weitere Infektionen.

64 HIV wird unter VSV nicht übertragen. Das HIV-Übertragungsrisiko besteht bei ungeschütztem
65 Sex zwischen Penis und Vulva bzw. Anus oder dem ungeschützten Teilen von Sextoys. Im
66 Zweifelsfall macht es Sinn, sich über die eigenen HIV-Risiken zu informieren.

67 Weitere Infos zu HIV und Aids:

68 <https://qr.los.ch/r/ahs-de>

69 Bei trans Frauen mit einer Neo-Vagina hängt das STI-Risiko davon ab, aus welchem
70 Hautgewebe die Vagina geformt wurde: Wurde diese aus der Darmwand gebildet, bestehen
71 Risiken, wurde die Haut des Penis oder Hodensacks verwendet, ist das Risiko einer
72 Übertragung von STI stark vermindert.

73 Risiken verringern

74 Für viele ist Sex unbeschwerter, wenn er sicherer ist. Um das Risiko einer STI-Übertragung zu
75 verringern, können folgende Massnahmen ergriffen werden:

76 1 Impfen: Den wirksamsten Schutz gegen HPV, Hepatitis A und B bietet die Impfung. Durch
77 die Impfung kann man sich selbst schützen, aber auch eine Übertragung auf Partner*innen
78 verhindern.

79 2 Testen: Bei Symptomen lässt sich durch einen Test schnell bestimmen, ob eine Infektion
80 vorliegt. Auch wenn keine Symptome vorliegen, kann regelmässiges Testen sinnvoll sein. Dies
81 hängt von der Anzahl Sexualpartner*innen, ihren Genitalien und den sexuellen Praktiken ab
82 und kann mit einer Fachperson besprochen werden.

83 3 Behandeln und Sexpartner*innen informieren: Die meisten STI unter VSV lassen sich gut
84 behandeln, wenn sie frühzeitig erkannt werden. Wichtig ist, dass Sexpartner*innen über ein
85 mögliches Infektionsrisiko informiert werden und sich ebenfalls behandeln lassen können.

86 Impfen und Testen sind sowohl in einer gynäkologischen Praxis als auch in gewissen
87 Fachstellen für sexuelle Gesundheit möglich.

88 Check at Home ist ein Angebot, um sich Zuhause auf Chlamydien, Syphilis, Gonorrhoe und
89 HIV zu testen:

90 <https://qr.los.ch/r/check-at-home-de>

91 Schweizweite Liste mit Fachstellen für sexuelle Gesundheit:

92 <https://qr.los.ch/r/fachstellen>

93 Über das Testen und Impfen hinaus gibt es zusätzliche Möglichkeiten, um das Risiko einer

94 Übertragung zu verringern. Alle VSV können selbst entscheiden, was für sie am besten passt:

95 · mit Partner*innen über Safer Sex sprechen

96 · sich vor dem Sex die Hände waschen

97 · die Fingernägel kurz schneiden, um Verletzungen zu vermeiden

98 · mit Fingern und Toys nicht zwischen Anus und Vulva/Vagina wechseln, ohne diese vorher

99 zu reinigen

100 · Gleitmittel verwenden (siehe Kapitel «Let's get wet: Feucht-Werden und Gleitmittel»)

101 · direkten Kontakt zwischen Mundschleimhäuten, Genitalschleimhäuten und Blut vermeiden

102 (beispielsweise durch Dental Dams für Oralsex und Handschuhe fürs Fingern)

103 Kondome, Dental Dams, Gleitmittel und mehr kaufen:

104 <https://qr.los.ch/r/kondome-und-co>

105 Und wo bleiben die Lecktücher?

106 Lecktücher, auch Dental Dams genannt, sind unter Lesben, Bisexuellen und Queers ein viel

107 besprochenes Thema. Viele von uns haben noch nie ein Lecktuch verwendet, unter anderem

108 weil sie schwer erhältlich und teuer sind und weil sie uns weniger spüren lassen. Es fehlt nicht

109 nur an Informationen zur Anwendung, sondern auch an gross angelegten Studien zu ihrer

110 Wirkung: Das macht es schwer, eindeutige Empfehlungen zu Lecktüchern zu geben. Sorgfältig

111 angewendet können Dental Dams beim Oralsex das Risiko einer STI-Infektion reduzieren,

112 allerdings noch weniger als Kondome. Die Wirksamkeit wird erhöht, wenn das Lecktuch

113 möglichst nicht verrutscht (zum Beispiel, indem ein Gleitmittel auf Wasserbasis auf die Vulva

114 aufgetragen wird und das Lecktuch mit beiden Händen gehalten wird). Dental Dams können

115 nur einmal verwendet werden. Gewisse VSV verwenden Lecktücher zum Beispiel für

116 wechselnde Sexpartner*innen. Wieder andere entscheiden sich situativ für einen Dental Dam,

117 beispielsweise bei einem Bläschen auf der Vulva.

119 Was ist also nun mit den Lecktüchern, bei all dieser Uneinigkeit? Sie sind und bleiben vor allem
120 eines: unsere individuelle Entscheidung.

121 Let's play: Sexspielzeug

122 Sextoys können Sex spannender und intensiver machen – manche von uns tun es nicht mehr
123 ohne! Sexspielzeug gibt es in allen möglichen Formen, für alle möglichen Körper,
124 Sexualpraktiken und Wünsche. Auch beim Gebrauch von Sexspielzeug gibt es einige Dinge zu
125 beachten, um die Übertragungsrisiken von Infektionen zu verringern:

126 · Sextoys vor und nach jedem Gebrauch mit einem geeigneten Desinfektionsmittel reinigen

127 · während dem Sex: Nicht von Partner*in zu Partner*in und von einer Körperöffnung in die
128 andere wechseln, ohne das Sextoy zu waschen oder das Kondom zu wechseln

129 · Gleitmittel verwenden: Das verringert das Risiko von Mikroverletzungen und damit die
130 Übertragung von STI

131 Reinigung von Sextoys: Im Idealfall sollten Reinigungsmittel für Sextoys verwendet werden,
132 die in Sexshops, Apotheken oder online erhältlich sind. Danach das Toy mit Wasser abspülen.

133 Let's get wet: Feucht-Werden und Gleitmittel

134 Die natürliche Feuchtigkeit der Vulva und Vagina (Lubrikation) sorgt dafür, dass die
135 Schleimhäute befeuchtet werden und geschmeidig bleiben. Die Lubrikation hängt insbesondere
136 von Östrogenen ab, was zum Teil erklärt, warum es in den Wechseljahren, nach der Geburt,
137 während der Schwangerschaft, beim Stillen, nach der Entfernung der Gebärmutter oder bei der
138 Verwendung von Testosteron zu vaginaler Trockenheit kommen kann. Manche Menschen
139 werden feuchter als andere, das heisst aber nicht unbedingt, dass sie mehr Lust auf Sex haben.
140 Genauso wenig bedeutet eine trockene Vulva oder Vagina, dass kein Verlangen da ist. Es lohnt
141 sich in jedem Fall, mit Partner*innen darüber zu sprechen, ob sie gerade Lust auf Sex haben
142 oder nicht (siehe Kapitel «Coming out, Sex und Konsens»).

143 Manche Menschen werden feuchter als andere, das bedeutet aber nicht unbedingt, dass sie mehr
144 Lust auf Sex haben.

145 Die Verwendung von Gleitmittel kann dafür sorgen, dass sich der Sex angenehmer anfühlt und
146 ist bei vaginaler Trockenheit oder für Personen mit Neo-Vagina sehr empfehlenswert oder sogar
147 notwendig. Mittlerweile gibt es auch einige Möglichkeiten, um gegen lang anhaltende vaginale
148 Trockenheit vorzugehen (zum Beispiel Gleitmittel-Zäpfchen oder Laserbehandlungen). Die

149 zusätzliche Feuchtigkeit minimiert beim Sex zudem das Risiko, dass die Schleimhäute verletzt
150 werden.

151 Es gibt verschiedene Arten von Gleitmitteln. Die Gebräuchlichsten sind auf Wasser- und
152 Silikonbasis. Wasserbasierte Gleitmittel trocknen schneller aus, deswegen müssen sie
153 regelmässig neu aufgetragen werden. Gleitmittel auf Silikonbasis schützen insbesondere die
154 Analschleimhaut besser, wenn es zur Penetration kommt.

155 Mehr Infos über Sextoy-Pflege und Gebrauch:

156 [https:// qr.los.ch/r/sext toys-de](https://qr.los.ch/r/sext toys-de)

157 Sex unter Einfluss von Substanzen

158 Bestimmte Substanzen wie Alkohol, Cannabis oder Kokain können die sexuelle Erregung
159 steigern. Sie können aber auch enthemmen und es erschweren, sich Risiken bewusst zu sein
160 und Grenzen zu setzen. Darum ist es wichtig, die eigene Umgebung möglichst sicher zu
161 gestalten (z.B. in Begleitung von Personen sein, die bei Bedarf eingreifen können).

162 Mehr Infos zu Sexualität und Substanzen:

163 <https://qr.los.ch/r/sex-und-substanzen>

164 Infos zu Substanzen, Safer Use und Anlaufstellen:

165 <https://qr.los.ch/r/safer-use>

166

167

168

169

170

171

172

173

174

175

8.3.10. Kampagne 10

Why should I use a dental dam?

10, Australien, o.J., Englisch, YACWA's Youth Educating Peers (YEP) Project

Dental dams are a single-use barrier method that helps to prevent sexually transmitted infections (STIs) and blood borne viruses (BBVs) during oral sex on a vulva or anus.

Dental dams can feel great! They are very thin.

Dental dams can be used with external sex toys such as a vibrator.

Dental dams can make sex more comfortable for those who experience discomfort due to sensitivity.

Dental dams can be great for people who want to feel more ease when receiving oral sex.

Note

Dams are a single use item. Change your dam if:

- You put it on the wrong way
- Are having sex with multiple people
- Are having oral sex on different body parts (vulva/anus)

You can purchase dams online, at some sexual health clinics or community locations.

You can also make one out of a condom! Check out our other resources to find out how.

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26

8.3.11. Kampagne 11

It’s important to practise safe sex, regardless of your sexuality

11, Großbritannien, 2019, Englisch, Family Planning Association & The National LGB&T Partnership

Although there is a lower risk of transmitting STIs for lesbian and bisexual cis women, it is still possible. Using dams during oral sex and condoms for shared sex toys will help to protect against STIs.

#LBTWomensHealth19

8.3.12. Kampagne 12

SAFER SEX FÜR LESBISCHE, BISEXUELLE UND QUEERE PERSONEN

12, Deutschland, 2019, Deutsch, MOSAIK Gesundheit, Lesbisch in Niedersachsen & Queeres Netzwerk Niedersachsen e.V.

KAUM ETWAS IM LEBEN IST GANZ UND GAR OHNE RISIKO, AUCH SEXUALITÄT NICHT!

Lesbische, bisexuelle und queere Personen können Sex mit Personen aller Geschlechter haben, sind vielleicht Drogengebraucher*innen oder Sexarbeiter*innen. Also können auch lesbische, bisexuelle und queere Personen mit sexuell übertragbaren Infektionen und HIV in Kontakt kommen.

Insbesondere wenn Du beispielsweise wechselnde Sexpartner*innen oder eine offene Beziehung hast. Solltest du eher in festen Beziehungen ohne wechselnde Partner*innen leben und auf Schutzmaßnahmen verzichten wollen, empfehlen wir Dir und Deiner Partner*in, etwa zwölf Wochen nach dem letzten Sex außerhalb Eurer Beziehung einen HIV und STI Test zu machen.

Und: Redet (falls ihr es noch nicht getan habt) nach dieser kleinen Lektüre offen miteinander über Eure gemeinsame Sexualität und wie Ihr sie sicher für Euch gestalten wollt.

Wir haben Dir und Euch das Wichtigste hiermit kompakt zusammengefasst.

KLEINES LATINUM: CUNNILINGUS UND TRIBADIE

Willkommen beim kleinen Sex-Latinum:

Cunnilingus ist Oralsex und Tribadie heißt, die Genitalien aneinander zu reiben. Sollte Deine Sexpartner*in ihre Menstruation oder Wunden an den Genitalien und Du Wunden am Mund haben, kann es auch zur Übertragung von HIV kommen. Um Dich vor beidem zu schützen, kannst Du ein Dental Dam – auch „Lecktuch“ genannt – bzw. ein Kondom nutzen. Dental Dams kannst Du online und in einigen Apotheken kaufen. Solltest Du kein Dental Dam zur Hand haben, kannst Du auch einen aufgetrennten Einmalhandschuh oder Kondom verwenden. Frischhaltefolie können wir nicht empfehlen, sie ist besser als nichts, aber leider nicht so sicher, wie ein anderes Material.

HANDARBEIT: FINGER/ FISTEN

31 Fingerspitzengefühl oder auf's Ganze gehen?

32 Wenn Du Deine Sexpartner*in fingerst oder fistest, schaue nach, ob Deine Haut frische
33 Verletzungen aufweist. Falls das der Fall ist, verwende sicherheitshalber Einmalhandschuhe
34 (möglichst latexfrei und ungepudert) oder zur Not ein Kondom. Wenn Du Sex mit den Händen
35 du mit mehreren Partner*innen hast oder Du zwischen Vulva sowie anderen Genitalien und
36 After wechselst oder auch den After penetrierst, dann benutze jedes Mal einen neuen
37 Handschuh oder neues Kondom. So sorgst Du für Schutz aller Beteiligten.

38 FEUCHTGEBIETE? KLAR!

39 Egal wie Du Sex hast, empfehlen wir Dir und Euch die Verwendung von ausreichend Gleitgel.
40 Das steigert nicht nur das Lustgefühl, sondern schützt auch ganz nebenbei vor den kleinen
41 Verletzungen, die unliebsame Folgen haben können!

42 DU WILLST DOCH NUR SPIELEN: SEXTOYS

43 Wenn Du Dir mit Deiner Sexpartner*in beispielsweise einen Dildo oder Vibrator teilst, oder
44 diese auch in den After wandern, solltest Du jedes Mal ein neues Kondom verwenden.

45 SICHER IST SICHER: LIEBER ABCHECKEN LASSEN!

46 Wenn Du an Deinem Körper eine Veränderung bemerkst, vielleicht ein Jucken oder Brennen
47 im Genitalbereich, ungewöhnlichen Ausfluss oder Geruch, eine unübliche Farbe von Urin oder
48 Kot, Rötungen, Ausschläge, Geschwüre, Bauchschmerzen oder Abgeschlagenheit
49 (unerklärliche Müdigkeit): Geh' möglichst schnell zu Deine*r Ärzt*in und lass Dich auf STI
50 und HIV untersuchen.

51

52

53

54

55

56

57

58

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27

8.3.13. Kampagne 13

LESBIAN SEX ARE YOU AS SAFE AS YOU THINK?

13, Großbritannien, o.J., Englisch, Lothian Lesbian Line

TALKING – In order to practise safer sex, we need to TALK! Only by talking openly about with our partners can we make sexual choices together, considering personal preferences and possible risks.

Remember that Safer Sex also protects against:

- Hepatitis B
- Genital Herpes
- Gonorrhea
- Syphilis
- Gardnerella
- Trichomoniasis
- Thrush
- and HIV

WE WANT YOU TO BE AWARE OF THE FACTS NOT THE SCARE STORIES. OUR SEXUAL ACTIVITIES ARE GENERALLY LOW RISK, SO ENJOY YOUR SEXUALITY – SAFELY!

YOU’VE HEARD ALL ABOUT HIV AND AIDS AND DECIDED YOU’RE SAFE BECAUSE YOU’RE A LESBIAN, WELL YOU’RE NOT!

Safer sex practices are not something that most lesbians have thought about. Lesbians have been repeatedly told that we don’t get HIV.

- Anyone can become infected with HIV (the virus that can lead to AIDS).
- Lesbians can and do get AIDS.
- Lesbians can and do take part in high risk activities.

28 · Lesbians are not listed on official statistics because we are hidden in other categories.
29 There are lesbians with HIV - WE DO EXIST!

30 HOW ARE WE AT RISK?

31 Like anybody else, it's what we do that determines how much we places ourselves at risk. The
32 virus (HIV) is passed from one person to another through blood, vaginal fluids and semen.

33 Artificial insemination with infected semen – the NHS now screen semen for HIV.

34 Sharing equipment for intravenous drug use.

35 Unprotected sex with an infected man.

36 Unprotected sex with an infected woman.

37 Although very little research has been done into the transmission of HIV through sex amongst
38 Lesbians we should not be complacent.

39 IT'S NOT WHAT YOU DO IT'S THE WAY YOU DO IT.

40 As the HIV virus is present in blood, vaginal fluid and semen, you are more at risk if you have
41 cuts or sores, (e.g. eczema or mouth ulcers) on any part of your body that is in contact with
42 these fluids.

43 KISSING – Kissing, scratching, lovebites, or biting will not transmit the virus as long as you
44 do not draw blood.

45 MUTUAL MASTURBATION – There is little to no risk of transmitting HIV. If you use your
46 vaginal fluid to lubricate your partner, there could be a risk of infection if your partner has cuts
47 abrasions in her vagina. There is as yet no case reported of transmission in this way.

48 ORALSEX – Transmission of the virus during vaginal/oral or anal/oral contact is thought to be
49 minimal. If there are sores in the mouth or if either woman is having her period then the risk
50 factor could be increased.

51 PENETRATION – If you have healthy skin there is little risk of transmitting the virus during
52 vaginal or anal penetration by fingers. It is advisable to use disposable rubber gloves when
53 inserting the hand (fisting).

54 SEX TOYS – Using sex toys with your partner is safe as long as you don't share them. If you
55 do you can reduce the risk e.g. by using a condom over a vibrator or dildo, but change the
56 condom each time you transfer it from one person to another.

57 S/M – Will only transmit HIV if there is a risk of blood/blood or blood/vaginal fluid contact.

58 REMEMBER THE VIRUS HAS TO GET INTO THE BLOOD STREAM TO INFECT.

59 HOW DO WE PROTECT OURSELVES?

60 You do not need to limit yourself to one partner to reduce your risk of infection. It's not
61 how many partners you have that places you at risk – it's what you do with them. BUT
62 REMEMBER IT ONLY TAKES ONE INFECTED PARTNER TO TRANSMIT ANY
63 SEXUAL DISEASE. SO SAFER SEX EVERY TIME.

64 BARRIER PROTECTION

65 This can help prevent exchange of body fluids, so offering more protection. Barriers can be
66 used with water-based lubricants e.g. KY Jelly any may be washed to get rid of unwanted tastes
67 such as spermicides or talc. Barriers must not be used with oil-based products e.g. Vasline.

68 BARRIERS SHOULD NOT BE RE-USED!

69 DENTAL DAMS – a manufactured latex square used to cover the vaginal/anal area during oral
70 sex. They come in a variety of flavours, thickness and colours.

71 CONDOMS – used as bought to cover sex toys or hands during penetrative sex. Can be cut into
72 a square and used like dental dams for oral sex. Easily bought, thin and come in a variety of
73 flavours. The spermicide may irritate.

74 LATEX GLOVES – used to cover hands during penetrative sex and mutual masturbation. Wrist
75 area can be cut into a square to be used like a dental dam for oral sex. Available at chemists.

76 CLINGFILM – this can be used like a dental dam but it is not generally recommended as its
77 effectiveness as a barrier is unknown.

78

79

80

81

82

83

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28

8.3.14. Kampagne 14

Promoting Sexual Health Uni Project

14, Großbritannien, 2019, Englisch, Fda

What are we meant to use?

You can't catch anything through lesbian sex though, can you?

Anyone can get an STI – regardless of the gender of your partner or if it's your first time.

STIs can be caused by four different types of infection:

Virus – Herpes, Hepatitis, HIV, Genital Warts, Human papillomavirus (HPV).

Bacteria – Bacterial Vaginosis, Chlamydia, Gonorrhoea, Shigella, Syphilis

Parasite – Crabs, Scabies, Trichomonas Vaginalis

Fungus – Thrush

Some can be caught through skin to skin contact, while others are carried by bodily fluids (vaginal discharge, anal mucus, blood and saliva, pee).

The chance of infection is greater if either partner has cuts or sores in the mouth or on the hands. Or during the menstrual cycle.

Dams, gloves and condoms are the most effective way to prevent getting an STI, with plenty of water-based lube!

Dental Dams (Dams) Used during oral sex or rimming (anilingus) dental dams are thin pieces of latex that can be used to cover the vagina and anus. They come in the shape of a small square or rectangle and each piece should be used only once!

Gloves Wash your hands and wear gloves for manual sex. Ensure your nails are cut so as to not cause accidental cuts or scratches. Do not switch from anal to vaginal play without changing gloves or washing your hands.

Condoms When using sex toys use a new condom for reach partner or between penetration of different orifices (body openings). Sex toys should be washed with soap and water between sessions.

29 Add lube will help reduce friction, avoiding breaks or tears, but also skin abbrasions and can
30 also increase sensation during sex!

31 Unfortunately, dams are not as easy to get hold of as condoms – you’re unlikely to find them at
32 your local supermarket or chemist. You can get them rom the GP, sexual health or GUM clinics,
33 or buy them online. They do come in a variety of flavours though!

34 Safe Sex = Talk + Test + Protect

35 Get tested regularly and be open with your partners regarding your sexual health. It’s a
36 conversation worth having!

37

38

39

40

41

42

43

44

45

46

47

48

49

50

51

52

53

54

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25

8.3.15. Kampagne 15
LOW RISK ISN'T NO RISK
15, Großbritannien, 1992, Englisch, LLGS
Funny isn't it – how talking about doing it can be so much naughtier than actually doing it?!
HOW DO LESBIANS GET HIV?
WHAT IF YOU THINK YOU'VE BEEN AT RISK?
WHAT IS LESBIAN SAFER SEX?
LESBIANS HIV & SAFER SEX

8.4. Stimulus-Material

Kampagne A

Safer Sex

Für lesbische*, bisexuelle, pansexuelle und queere Personen

Safer Sex Mythen

- Du musst nur in einer heteronormativen Beziehung verhüten.
- Du verhütetest nur, um nicht ungewollt schwanger zu werden.
- Lesbisch*sein ist die beste Verhütung.
- In einer festen Beziehung kannst du dich nicht mit sexuell übertragbaren Krankheiten (STI) anstecken.

Leider alles nein!

Auch nicht heteronormativ frauen*liebende cis Frauen, trans* Frauen, inter*, nicht-binäre und abinäre Personen können mit sexuell übertragbaren Infektionen und HIV in Kontakt kommen. Insbesondere wenn Du wechselnde Sexpartner*innen hast oder in einer offenen Beziehung lebst.

Aber auch in festen Beziehungen – ohne wechselnde Sexpartner*innen – solltet ihr euch vor dem ersten ungeschützten Sex auf HIV und STI testen lassen. Am besten etwa 12 Wochen nach dem letzten Sex außerhalb eurer Beziehung.

Communication is key!

Es ist wichtig mit deinen Sexpartner*innen offen über deine Sexualität zu sprechen. Nicht nur im Hinblick auf was dir gefällt, sondern auch wie ihr sie zusammen sicher gestalten wollt. Wir haben Dir und Euch das Wichtigste rund um Safer Sex kompakt zusammengestellt. Was zu deinem Safer Sex Kit gehören sollte, liest du auf den folgenden Seiten.

Dental Dam

Schon durch kleine Wunden an Mund und/ oder Genitalien können HIV und andere STI übertragen werden. Ihr solltet daher auch besonders achtsam sein, wenn eine Person von euch menstruiert.

Ob Cunnilingus oder Tribadie – ein Dental Dam das schadet nie.

Aber mal Spaß bei Seite. Egal ob beim Oralsex oder beim aneinander reiben der Genitalien ist ein Lecktuch nie verkehrt. Wenn du kein Dental Dam zur Hand hast, kannst du auch auf einen

aufgetrennten, ungepuderten Einmalhandschuh oder ein Kondom zurückgreifen. Frischhaltefolie sollte nicht deine erste Wahl sein. Sie ist trotzdem besser als nichts.

Fingerling/ Handschuh

Wenn du Sex mit den Händen hast, schaue zuerst nach, ob Deine Haut frische Verletzungen aufweist. Falls das der Fall ist, verwende sicherheitshalber einen Fingerling oder latexfreie, ungepuderte Einmalhandschuhe. Wenn du mehrere Sexpartner*innen und/oder wechselnd zwischen Vagina und Anus penetrierst, solltest du jedes Mal einen neuen Fingerling bzw. Handschuh benutzen. So sorgst du für den Schutz aller Beteiligten.

Gleitgel

Wir empfehlen dir - egal wie du Sex hast - die Verwendung von ausreichend Gleitgel. Das steigert nicht nur das Lustgefühl, sondern schützt auch ganz nebenbei vor kleinen Verletzungen, die unliebsame Folgen haben können! Solltest du das Gleitgel auf Sex Toys verwenden wollen, nutze am besten welches auf Wasserbasis. Silikon Spielzeug verträgt sich nämlich häufig nicht mit Silikongleitmittel.

Toy Cover / Kondome

Wenn ihr euch einen Dildo oder Vibrator teilt - oder diesen wechselnd in Vagina und Anus verwendet – solltet ihr jedes Mal ein neues Toy Cover oder Kondom verwenden. *Toy Cover besitzen keine Reservoirspitze und können somit nicht safer-sex-sicher auf Penissen verwendet werden.*

Beobachte deinen Körper

Wenn du Safer Sex praktizierst, minimierst du das Risiko dich mit STI oder HIV anzustecken.

Beobachte trotzdem immer deinen Körper und sei aufmerksam:

- Jucken oder Brennen im Genitalbereich,
- ungewöhnlicher Ausfluss oder Geruch,
- unübliche Farbe von Urin oder Kot,
- Rötungen, • Ausschläge,
- Geschwüre, • Bauchschmerzen,
- Abgeschlagenheit oder Müdigkeit können Symptome von STI und HIV sein.

Solltest du an deinem Körper solche Veränderungen wahrnehmen, suche möglichst schnell eine medizinische Praxis auf und lass dich auf STI und HIV untersuchen.

Kampagne B

Safer Sex

Für lesbische*, bisexuelle, pansexuelle und queere Personen

Safer Sex Mythen

- Du musst nur in einer heteronormativen Beziehung verhüten.
- Du verhütetest nur, um nicht ungewollt schwanger zu werden.
- Lesbisch*sein ist die beste Verhütung.
- In einer festen Beziehung kannst du dich nicht mit sexuell übertragbaren Krankheiten (STI) anstecken.

Leider alles nein!

Auch nicht heteronormativ frauen*liebende cis Frauen, trans* Frauen, inter*, nicht-binäre und abinäre Personen können mit sexuell übertragbaren Infektionen und HIV in Kontakt kommen. Insbesondere wenn Du wechselnde Sexpartner*innen hast oder in einer offenen Beziehung lebst.

Aber auch in festen Beziehungen – ohne wechselnde Sexpartner*innen – solltet ihr euch vor dem ersten ungeschützten Sex auf HIV und STI testen lassen. Am besten etwa 12 Wochen nach dem letzten Sex außerhalb eurer Beziehung.

Es gibt viele Möglichkeiten, sich vor sexuell übertragbaren Infektionen zu schützen, meistens geht das ziemlich einfach und macht zudem auch Spaß! Sexuell übertragbare Infektionen wie HIV, Hepatitis (A, B und C), Chlamydien, Herpes, HPV, Gonokokken/Tripper oder Syphilis können je nachdem über Blut, Sperma, Speichel, Vaginal- bzw. Analflüssigkeit oder Stillmilch übertragen werden. Ein Ansteckungsrisiko gibt es immer, auch wenn du nur mit einer Person Sex hast oder wenn es dein erstes Mal ist, aber es gibt viele spannende Wege, Sex sicherer zu gestalten.

Communication is key!

Es ist wichtig mit deinen Sexpartner*innen offen über deine Sexualität zu sprechen. Nicht nur im Hinblick auf was dir gefällt, sondern auch wie ihr sie zusammen sicher gestalten wollt. Denn für viele ist Sex unbeschwerter und damit automatisch lustvoller, wenn man sich schützt.

Wir haben Dir und Euch das Wichtigste rund um Safer Sex kompakt zusammengestellt. Was zu deinem Safer Sex Kit gehören sollte, liest du auf den folgenden Seiten.

Dental Dam

Die Menstruation ist kein Grund, keinen Oralverkehr zu haben. Schutz ist aber hier besonders wichtig, denn schon durch kleine Wunden an Mund und/ oder Genitalien können HIV und andere STI übertragen werden. Aber auch abseits von der Menstruation ist das Lecktuch nützlich beim Sex.

Ob Cunnilingus oder Tribadie – ein Dental Dam das schadet nie.

Aber mal Spaß bei Seite. Egal ob beim Oralsex oder beim aneinander reiben der Genitalien ist ein Lecktuch nie verkehrt. Weil sie so dünn sind, fühlen sie sich auch noch dazu gut an. Hilfreich sind Lecktücher für euch vor allem dann, wenn ihr mehr Leichtigkeit beim Oralsex verspüren möchtet. Wenn du kein Dental Dam zur Hand hast, kannst du auch auf einen aufgetrennten, ungepuderten Einmalhandschuh oder ein Kondom zurückgreifen. Frischhaltefolie sollte nicht deine erste Wahl sein. Sie ist trotzdem besser als nichts.

Fingerling/ Handschuh

Wenn du Sex mit den Händen hast, schaue zuerst nach, ob Deine Haut frische Verletzungen aufweist. Falls das der Fall ist, verwende sicherheitshalber einen Fingerling oder latexfreie, ungepuderte Einmalhandschuhe. Denn wieso sollten nur Penisse den Spaß haben, Kondome und Co. zu tragen? Auch unsere Finger wollen sich bekleiden! Ob Fingerling oder ungepuderte Einmalhandschuhe, es ist sinnvoll, sie beim Sex zu nutzen, denn sie fallen kaum auf und haben dafür umso mehr Vorteile für deine Gesundheit bzw. die deiner Sexpartner*innen. Wenn du mehrere Sexpartner*innen und/oder wechselnd zwischen Vagina und Anus penetrierst, solltest du jedes Mal einen neuen Fingerling bzw. Handschuh benutzen. So sorgst du für den Schutz aller Beteiligten.

Gleitgel

Wir empfehlen dir - egal wie du Sex hast - die Verwendung von ausreichend Gleitgel. Das steigert nicht nur das Lustgefühl, sondern schützt auch ganz nebenbei vor kleinen Verletzungen, die unliebsame Folgen haben können! Solltest du das Gleitgel auf Sex Toys verwenden wollen, nutze am besten welches auf Wasserbasis. Silikon Spielzeug verträgt sich nämlich häufig nicht mit Silikongleitmittel.

Toy Cover / Kondome

Wenn ihr euch einen Dildo oder Vibrator teilt - oder diesen wechselnd in Vagina und Anus verwendet – solltet ihr jedes Mal ein neues Toy Cover oder Kondom verwenden. *Toy Cover besitzen keine Reservoirspitze und können somit nicht safer-sex-sicher auf Penissen verwendet werden.* Es dauert keine Minute, das Toy Cover oder Kondom zu wechseln, noch dazu hat es keine negativen Auswirkungen auf euer Lustempfinden - im Gegenteil: Durch die befeuchtete

Schicht auf Toy Cover und Kondomen sind Dildos und Vibratoren noch angenehmer beim Einführen.
Also: Egal ob mit Lecktuch, Fingerling oder Toy Cover, so machst du Sex für dich und deine Sexpartner*innen sicherer und sorgenfreier.

Beobachte deinen Körper

Wenn du Safer Sex praktizierst, minimierst du das Risiko dich mit STI oder HIV anzustecken.

Beobachte trotzdem immer deinen Körper und sei aufmerksam:

- Jucken oder Brennen im Genitalbereich,
- ungewöhnlicher Ausfluss oder Geruch,
- unübliche Farbe von Urin oder Kot,
- Rötungen, • Ausschläge,
- Geschwüre, • Bauchschmerzen,
- Abgeschlagenheit oder Müdigkeit können Symptome von STI und HIV sein.

Solltest du an deinem Körper solche Veränderungen wahrnehmen, suche möglichst schnell eine medizinische Praxis auf und lass dich auf STI und HIV untersuchen. Denn dein Körper ist es wert, geschützt zu werden - vor, während und nach dem Sex!

Kontrollkampagne

Queer in die Praxis

Dein Manual rund um den Praxisbesuch

Für lesbische*, bisexuelle, pansexuelle und queere Personen

Queer in die Praxis

Viele nicht heteronormativ frauen*liebende cis Frauen, trans* Frauen, inter*, nicht-binäre und abinäre Personen scheuen den Ärzt*innen Besuch. Aus Angst vor und/ oder Erfahrungen mit Diskriminierung oder Ablehnung verzichten sie auf medizinische Untersuchungen.

Dieses Manual soll dich dabei bestärken, eine gute individuelle und respektvolle Behandlung zu erhalten. Egal ob in deiner hausärztlichen, gynäkologischen, endokrinologischen oder jeder anderen Praxis. Denn du hast ein Recht auf eine ausführliche und verständliche Beratung vor, während und nach einer Behandlung. Ganz gleich ob es sich um eine Routineuntersuchung oder eine Behandlung einer schwerwiegenden Diagnose handelt.

Du bist auf der Suche nach neuen Ärzt*innen, aber unsicher zu wem du gehen sollst? Greife auf Empfehlungen von Freund*innen zurück oder wende dich an Beratungsstellen. Auch Frauengesundheitszentren können dir behilflich sein.

Folgende Fragen können dir dabei helfen, die richtige Praxis für dich zu finden:

1. Kann ich die Praxis gut erreichen?
2. Wie wurde die Praxis bewertet?
3. Wirbt die Praxis damit, queerfreundlich zu sein?
4. Werde ich in der Praxis freundlich und respektvoll behandelt?
5. Wird mein Anliegen ernst genommen?
6. Werden meine Wünsche in alle Entscheidungen mit einbezogen?
7. Kooperiert die Praxis mit meinen anderen Ärzt*innen?

Vor der Behandlung

Stelle eine Liste mit wichtigen Informationen rund um deine Gesundheit zusammen.

Denke dabei an:

- Vorerkrankungen,
- Allergien und Unverträglichkeiten,
- Erkrankungen in der Familie,
- Medikamente (Sprays, Tabletten, Salben...),
- Nahrungsergänzungsmittel/ pflanzliche Präparate die du einnimmst oder
- derzeitige Behandlungen (z.B. Physiotherapie).

Wenn du bereits Befunde aus einer alten Praxis hast, nimm` diese mit weiteren medizinrelevanten Unterlagen (wie z.B. Allergiepass oder Medikationsplan) mit. Schreibe dir auch am besten schon Fragen Zuhause auf, damit du sie im Gespräch nicht vergisst.

Während der Behandlung

Berichte in dem Gespräch von deinen aktuellen Beschwerden. Erzähle deiner behandelnden Person auch wenn dich etwas im Zusammenhang mit deiner Erkrankung bedrückt, besorgt oder verunsichert. Ihr entscheidet gemeinsam über die weitere Behandlung.

An folgenden Fragen kannst du dich orientieren:

1. Wie lauten die Erkrankung und das Behandlungsziel?
2. Welche Vorteile hat die vorgeschlagene Behandlung?
3. Welche Nebenwirkungen kann es geben?
4. Welche Alternativen gibt es?

Frag sofort nach, wenn du etwas nicht richtig verstanden hast. Denn du hast ein Recht darauf, dass dir alles genau erklärt wird.

Nach der Behandlung

Nimm dir nach deinem Termin Zeit, um über das Gespräch nachzudenken. Wenn du dir mit der vorgeschlagenen Behandlung nicht zu 100% sicher bist, hör auf dein Bauchgefühl und hole am besten eine Zweitmeinung ein. Es kann auch hilfreich sein, sich mit einer vertrauten Person oder anderen Betroffenen auszutauschen. Dazu kannst du Selbsthilfegruppen, Beratungen oder ein Frauengesundheitszentrum kontaktieren. Aber auch Heilpraktiker*innen können eine Anlaufstelle für dich sein, wenn du über eine alternative Therapie nachdenkst.

Am Ende entscheidest immer noch du, von wem du dich wie behandeln lässt.

Good to know

- Überleg dir vor deinem Besuch, welche Haltung du dir von dem medizinischen Personal zu deiner sexuellen Orientierung und/oder deiner geschlechtlichen Identität wünschst.
- Sind Informationen rund um deine sexuelle Orientierung und/oder deiner geschlechtlichen Identität wichtig für eine adäquate Behandlung?
- Ein Outing ist nicht immer zwingend notwendig. Es kann aber ein befreiendes Gefühl für dich sein.
- Du kannst den Praxisbesuch jederzeit abbrechen, wenn du dich unwohl fühlst.
- Auch hast du die Freiheit in Zukunft eine andere Praxis aufzusuchen.

8.5. Fragebogen

Sehr geehrte Teilnehmerin*,

vielen Dank für Ihr Interesse, an meiner Masterarbeit teilzunehmen!

Durch Ihre Teilnahme tragen Sie dazu bei, dass wissenschaftliche Fragestellungen untersucht und Erkenntnisse gemacht werden können. Für die Auswertung Ihrer Angaben bitte ich Sie, den Fragebogen wahrheitsgemäß und ernsthaft zu bearbeiten. Die Bearbeitung wird in etwa 10 Minuten in Anspruch nehmen.

Ihre Teilnahme an dieser Studie ist anonym (ohne Rückschlussmöglichkeit auf Ihre Person) und erfolgt freiwillig. Sie können jederzeit und ohne Angabe von Gründen Ihre Bereitschaft zur Teilnahme ablehnen oder auch im Verlauf der Studie zurückziehen, ohne nachteilige Folgen davon zu haben.

Alle Informationen, die in dieser Studie erhoben werden, werden vertraulich behandelt und nur für wissenschaftliche Zwecke verwendet. Alle im Rahmen der Studie erhobenen Daten werden anonymisiert gespeichert und ausgewertet.

Diese Studie beschäftigt sich mit der sexuellen Gesundheit queerer Frauen*, richtet sich daher an queere Frauen* beziehungsweise Personen mit Vulva, die (unter anderem) gleichgeschlechtlichen Sex haben oder hatten. Sollten Sie sich dieser Gruppe nicht zugehörig fühlen, bitte ich Sie, den folgenden Fragebogen nicht zu bearbeiten. Wenn Sie Teil der Zielgruppe sind, freue ich mich herzlich darüber, dass Sie an dieser Forschungsarbeit teilhaben!

In dieser Studie werden sensible Inhalte - Ihre Sexualität - untersucht. Daher möchte ich Sie nochmal darauf hinweisen, dass Ihre Angaben anonym sind und vertraulich behandelt werden.

Kontakt

Dieser Fragebogen ist Teil der Masterarbeit von Celina Dinhopf.

Falls Sie weitere Informationen zur Studie wünschen, stehe ich Ihnen per E-Mail unter celina.dinhopf@univie.ac.at zur Verfügung.

Für juristische Fragen im Zusammenhang mit der DSGVO/FOG wenden Sie sich bitte an den Datenschutzbeauftragten der Universität Wien unter verarbeitungsverzeichnis@univie.ac.at.

Einverständniserklärung

Hiermit bestätige ich, dass ich die vorliegenden Informationen zur Studie vollständig gelesen und verstanden habe. Der anonymisierten Speicherung und Verarbeitung meiner Daten sowie einer möglichen Veröffentlichung der Studienergebnisse stimme ich zu.

Durch das Klicken von „Weiter“ stimmen Sie der Einverständniserklärung zu.

Falls Sie nicht an der Studie teilnehmen wollen, schließen Sie jetzt bitte das Fenster.

Diese Forschungsarbeit untersucht das Thema sexuelle Gesundheit queerer Frauen*. Auf der nächsten Seite werden Sie Informationsmaterial eines queeren Vereins erhalten. Ich bitte Sie, den Text aufmerksam zu lesen. Direkt nach dem Informationsmaterial werden Ihnen Aussagen begegnen, die Sie entweder mit „stimmt“ oder „stimmt nicht“ beantworten.

In dieser Studie wird von Frauen* gesprochen. Mit dem Sternchen wird versucht, einen inklusiveren Rahmen für die Studienteilnehmerinnen* zu schaffen und Personen abseits der Geschlechtsbinarität zu erreichen. Die Studie richtet sich also an alle Personen mit Vulva, die gleichgeschlechtlichen Sex haben. Aktuell war es nicht möglich, die Zielgruppe unmissverständlich auf einem noch inklusiveren Weg zu erreichen. Dafür wird um Entschuldigung gebeten.

Mit „Weiter“ gelangen Sie zu dem Informationsmaterial.

Nun begegnen Ihnen einige Aussagen. Bitte schätzen Sie ein, ob diese Aussagen stimmen (= stimmt) oder nicht stimmen (= stimmt nicht). Entscheiden Sie für jede Aussage einzeln und aus dem Bauch heraus.

Kreuzen Sie zutreffendes an:	stimmt	stimmt nicht
Frauen*, die mit Frauen* Sex haben, können sich mit sexuell übertragbaren Krankheiten anstecken.	☐	☐
Herpes ist bei sexuellem Kontakt zwischen Frauen* übertragbar.	☐	☐
Anstelle zu verhüten kann man sich auch alle paar Wochen beim Arzt/ bei der Ärztin durchchecken lassen.	☐	☐
HIV ist bei sexuellem Kontakt zwischen Frauen* übertragbar.	☐	☐
Verhütung ist nur notwendig, um eine Schwangerschaft zu verhindern.	☐	☐
Verhütung ist nur notwendig, wenn man Verletzungen und Wunden am Körper hat.	☐	☐

Weiter

Kreuzen Sie zutreffendes an:

	stimmt	stimmt nicht
Sexpartnerinnen* können Dildos und Vibratoren ohne Weiteres teilen.	☐	☐
Dental Dams (= Lecktücher) schützen bei Oralverkehr vor sexuell übertragbaren Krankheiten.	☐	☐
Kondome sind eine gute Alternative zu Dental Dams (= Lecktücher).	☐	☐
Verhütungsmittel wie Kondome oder Toy Cover (= Abdeckung für Dildos und Vibratoren) sind bei Penetration mit Dildo oder Vibrator nur notwendig, wenn man zwischen Anus und Vagina wechselt.	☐	☐
Bei manueller Stimulation (z.B. fingern) können Plastiksackerl als nützliches Verhütungsmittel verwendet werden.	☐	☐
Alufolie ist eine gute Alternative zu Dental Dams (= Lecktücher).	☐	☐
Bei manueller Stimulation (z.B. fingern) können Einmalhandschuhe als nützliches Verhütungsmittel verwendet werden.	☐	☐
Bauchschmerzen können ein Symptom von Geschlechtskrankheiten sein.	☐	☐
Juckreiz der Vulva kann ein Symptom von Geschlechtskrankheiten sein.	☐	☐

[Weiter](#)**Kreuzen Sie zutreffendes an:**

	stimmt	stimmt nicht
Verhütung beim Sex zwischen Frauen* erhöht die Unbeschwertheit.	☐	☐
Verhütung beim Sex zwischen Frauen* hat mehr Vorteile als Nachteile.	☐	☐
Verhütungsmittel wie Fingerringe (= kurze Fingerkappen) stören, wenn man seine Sexpartnerin* manuell stimuliert (z.B. fingert).	☐	☐
Verhütungsmittel wie Kondome stören, wenn man seine Sexpartnerin* mit einem Dildo oder Vibrator penetriert.	☐	☐
Verhütungsmittel wie Dental Dams (= Lecktücher) stören, wenn man seine Sexpartnerin* oral befriedigt.	☐	☐
Verhütung beim Sex zwischen Frauen* erhöht das Lustgefühl.	☐	☐
Verhütung beim Sex zwischen Frauen* ist angsteinflößend.	☐	☐

[Weiter](#)

Nun begegnen Ihnen Zuschreibungen von Verhütung beim Sex zwischen Frauen*. Bitte wählen Sie für jede Aussage einzeln, ob diese stimmt (= stimmt) oder nicht stimmt (= stimmt nicht). Entscheiden Sie aus dem Bauch heraus.

Verhütung beim Sex zwischen Frauen* ist...

	stimmt	stimmt nicht
anstrengend	☐	☐
unangenehm	☐	☐
lustfördernd	☐	☐
spannend	☐	☐
die Mühe wert	☐	☐
unwichtig	☐	☐
ein Stimmungskiller	☐	☐
nützlich	☐	☐

[Weiter](#)

Nun werden Ihnen Fragen zu Ihrem persönlichen Sexualverhalten gestellt. Ich bitte Sie, hier ehrlich zu antworten, es gibt keine richtigen oder falschen Antworten.

Hatten Sie in den letzten drei Monaten Sex mit Frauen*?

- ☐ ja
- ☐ nein

Beim Sex* mit Frauen* verhüte ich...

- ☐ immer
- ☐ oft
- ☐ manchmal
- ☐ selten
- ☐ nie

In der Vergangenheit habe ich beim Sex mit Frauen* ... verhütet

- ☐ immer
- ☐ oft
- ☐ manchmal
- ☐ selten
- ☐ nie

In Zukunft werde ich beim Sex mit Frauen ... verhüten

- ☐ immer
- ☐ oft
- ☐ manchmal
- ☐ selten
- ☐ nie

Weiter

Nun werden Ihnen noch Fragen zu einzelnen Verhütungsmitteln beim Sex zwischen Frauen*, die in diversen Infomaterialien genannt werden, gestellt. Bitte geben Sie an, wie oft Sie die jeweilige Verhütungsmethode verwenden.

Dental Dams (= Lecktücher) verwende ich...

- ☐ immer
- ☐ oft
- ☐ manchmal
- ☐ selten
- ☐ nie

Kondome verwende ich...

- ☐ immer
- ☐ oft
- ☐ manchmal
- ☐ selten
- ☐ nie

Einmalhandschuhe verwende ich...

- ☐ immer
- ☐ oft
- ☐ manchmal
- ☐ selten
- ☐ nie

Fingerringe (= kurze Fingerkappen) verwende ich...

- ☐ immer
- ☐ oft
- ☐ manchmal
- ☐ selten
- ☐ nie

Toy Cover (= Abdeckung von Dildos und Vibratoren) verwende ich...

- ☐ immer
- ☐ oft
- ☐ manchmal
- ☐ selten
- ☐ nie

Gibt es ansonsten ein Verhütungsmittel, das Sie beim Sex mit Frauen* nutzen?

- ☐ nein
- ☐ ja, und zwar:

Weiter

Abschließend werden Ihnen noch einige Fragen zu Ihren soziodemographischen Daten gestellt.

Ihre Sexualität lässt sich am ehesten beschreiben als...

- ☐ Lesbisch*
- ☐ Bisexuell
- ☐ Pansexuell
- ☐ Queer
- ☐ Andere, und zwar:

Sind Sie in einer Beziehung mit einer Frau*?

- ☐ ja
- ☐ nein

Was ist Ihr höchster Bildungsabschluss?

- ☐ Keinen Abschluss
- ☐ Grundschule
- ☐ Pflichtschule
- ☐ Lehrabschluss o.Ä.
- ☐ Matura o.Ä.
- ☐ Hochschulabschluss
- ☐ Anderes, und zwar:

Meine Geschlechtszugehörigkeit lässt sich am ehesten beschreiben als:

- ☐ Cisfrau*
- ☐ Transfrau*
- ☐ Transmann*
- ☐ Nicht-binär
- ☐ Genderfluid
- ☐ Andere, und zwar:

Wie alt sind Sie?

Alter: Jahre

Weiter

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Ich möchte mich ganz herzlich für Ihre Mithilfe bedanken.

Im Rahmen meiner Masterarbeit untersuche ich die Aufklärung queerer Frauen* über Verhütung beim Sex. Um der Datenverzerrung entgegenzuwirken, wurden Sie vorab nicht vollständig über das Ziel der Forschung aufgeklärt. Dem wird nun nach Abschluss des Fragebogens nachgekommen.

Um das Wissen über Verhütung beim Sex von queeren Frauen* zu untersuchen, wurden zwei Informationsmaterialien genutzt, eine tatsächlich publizierte (Quelle: Queeres Netzwerk Niedersachsen e.V.) und eine manipulierte. Manipuliert wurden dieser anhand von Merkmalen, die bei Verhütungskampagnen effektiv sind. Außerdem gab es eine Kontrollgruppe, die Infomaterial über einen Arztpraxisbesuch lasen (Quelle: Queeres Netzwerk Niedersachsen e.V.). Im Anschluss erhielten alle Teilnehmerinnen* dieselben Aussagen, um Unterschiede in den Antworten zu testen.

Abschließend ist darauf hinzuweisen, dass Verhütung auch bei Sex zwischen Frauen* dringend empfohlen wird. Diverse Geschlechtskrankheiten können bei ungeschütztem Sex (bei Oralsex, manueller Stimulation wie z.B. fingern, Penetration durch Dildos u.v.m.) übertragen werden. Es wird allen sexuell aktiven Personen empfohlen, sich über Verhütungsmöglichkeiten zu informieren. Es ist nochmal deutlich zu betonen, dass die hier getätigten Aussagen teilweise nicht der Wahrheit entsprechen. Bei Unsicherheiten können Sie im Informationsmaterial von (queeren) Vereinen, die über Verhütungsmitteln informieren, nachlesen.

Ihre Antworten wurden gespeichert, Sie können das Browser-Fenster nun schließen.