

2006 Fachtagung

Dokumentation der Fachtagung 2006 für AIDS-Fachkräfte und AIDS-KoordinatorInnen in NRW vom 02.-04. Mai 2006 in Meinerzhagen/Valbert

mit finanzieller Unterstützung des
Landes Nordrhein-Westfalen
Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS)



**Verband der AidskoordinatorInnen
NRW e. V.**

Impressum:
Verband der AIDS-KoordinatorInnen und –Fachkräfte
Dr. Franz-Josef Ehrle (V.i.S.d.P.)
Genter Straße 27
50672 Köln
www.vak-nrw.de

Die Dokumentation als Brochure kann angefordert werden bei:
Jutta Bringmann, Gesundheitsamt Kreis Borken, Fachbereich Gesundheitsamt, Burloer
Str. 93, 46325 Borken
j.bringmann@kreis-borken.de

Inhalt

	Danksagung	3
0.	Inhalte der Fachtagung	3
1.	Impulsreferat: Risikominimierung als HIV-Präventionsstrategie	4
1.1	Risikominimierung durch Entkriminalisierung/Präventionsstrategien	4
1.2	SexCheck '06 Studie	5
1.3	Untersuchungsergebnisse	5
2.	Vortrag: Aktuelle Präventionsansätze 2006. Die neue Kommunikationsoffensive zu AIDS und STD	8
2.1	Herausforderungen an die Präventionsarbeit und die sich daraus ergebenden Ziele	8
2.2	Die neue Kommunikationsoffensive	9
3.	Eröffnungsplenum: Erfahrungsaustausch	11
3.1	Bericht aus dem SprecherInnenkreis	11
3.2	Regionaltreffen	11
3.4	Wahl des SprecherInnenkreises (Wahlperiode 2006/07)	13
3.5	Präventionsaktionen zur Fußball-WM	13
4.	Workshop: „Sag nie, ich bin zu alt dafür“ - Zur Paar- und Sexualberatung Älterer	14
4.1	Einführung ins Thema	14
4.2	Übung: Satzergänzung	14
4.2.1	Erotik und Sexualität im Alter...	15
4.2.2	Sexuelle Probleme im Alter - Auslöser	16
4.2.2.1	Sexuelle Veränderungen im Alter beim Mann	18
4.2.2.2	Sexuelle Veränderungen im Alter bei der Frau	18
4.2.2.3	Sexuelles Erleben im Alter	18
4.3	Strategien der Beratung	19
4.3.1	Aspekte der Beratungssituation in den Gesundheitsämtern (GA) zu HIV und STDs	20
4.4	Abschlussrunde	20
5.	Workshop: „Was sind nützliche Indikatoren für den Präventionserfolg in meiner Kommune?“	21
5.1	Einführung	21
5.2	Strukturelle und theoretische Grundlagen	21
5.3	Das Fundament: Lokale Theorie und lokale Evidenz	23
5.3.1	Lokale Theorie I: Problembestimmung	24
5.3.2	Lokale Theorie II: Strategieplanung	25
6.	Abschlussplenum	29

Danksagung

Die OrganisatorInnen danken allen TeilnehmerInnen, der Referentin und den Referenten, sowie den Protokollantinnen, die alle im Einzelnen und gemeinsam die Fachtagung gestaltet und begleitet haben für ihre engagierte Mitarbeit, die profunde Themenaufbereitung und -darstellung. Der Evangelischen Tagungsstätte Haus Nordhelle sei für die gastliche Atmosphäre gedankt.

Auch in 2006 wurde die Fachtagung wiederum von AIDS-KoordinatorInnen und –Fachkräfte aus Nordrhein-Westfalen, Bayern, Baden-Württemberg, Hessen, Niedersachsen, Schleswig-Holstein, Rheinland-Pfalz, Saarland, Sachsen-Anhalt und Thüringen besucht.

0. Inhalte der Fachtagung

Der Verband der AIDS-KoordinatorInnen und –Fachkräfte NRW e.V. (VAK) hat 2006 die 16. Fachtagung durchgeführt. Sie fand vom 02.-04.05.2006 in der Evangelischen Tagungsstätte Haus Nordhelle Meinerzhagen/Valbert statt.¹

Die Tagung wurde eröffnet durch ein Impulsreferat von Dr. Markus Ulrich: „Risikominimierung als HIV-Präventionsstrategie“. Im Anschluss stellte Claudia Corsten, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) Köln, die „aktuellen Präventionsansätze 2006“ der BZgA vor. Der Eröffnungstag schloss mit einem Erfahrungsaustausch der AIDS-KoordinatorInnen und –Fachkräfte.

Am 03. und 04.05.2006 konnten die TeilnehmerInnen zwischen zwei Workshops wählen.²

Diplom-Pädagoge Robert Bolz, Paar- und Sexualberater, arbeitete mit den TeilnehmerInnen zur Frage „Paar- und Sexualberatung Älterer“ bzw. zum besonderen Beratungssetting bei alternden Menschen im 2. Workshop mit.

Bei Dr. Michael Wright, Wissenschaftszentrum Berlin, stand die Frage: „Was sind nützliche Indikatoren für den Präventionserfolg in meiner Kommune?“ im Mittelpunkt.

Die Tagung wurde durch ein Abschlussplenum beendet.

¹ Ev. Tagungsstätte Haus Nordhelle, Zum Koppenkopf 3, 58540 Meinerzhagen, Tel.: 02358-8009-0, Fax: 02358-8009-499, <http://www.haus-nordhelle.de/welcome.html>

² Ein geplantes dritter Workshop „Kollegialer Erfahrungsaustausch zur Praxis der STD-Arbeit im ÖGD“ musste leider im Vorfeld abgesagt werden.

1. Impulsreferat: Risikominimierung als HIV-Präventionsstrategie

Referent: Dr. Ulrich Marcus,
Abteilung für Infektionsepidemiologie des Robert Koch-Instituts
Protokoll: Karola Born

Risikominimierung durch Spritzenaustauschprogramme, erleichterten Zugang zu Spritzen sowie die Entkriminalisierung von Drogenkonsum hat bei i.v.-Drogenkonsumenten (IDU) zu einem Rückgang der HIV-Infektionen in Deutschland beigetragen. Diese Erfolge der „harm reduction“ sind in den Zahlen der HIV-Erstdiagnose-Inzidenzen, d.h. in der Zahl der Neuinfektionen pro Jahr, in den Jahren 1993 bis 2005 abzulesen: In den Großstädten mit mehr als 1 Mio. Einwohner sind durch die niedrighschwelligten Angebote die Zahl der HIV-Erstdiagnosen in der Gruppe der Drogengebraucher deutlich zurückgegangen. In ländlicheren Gebieten ist dieser Trend viel weniger zu sehen. Im europäischen Vergleich liegt Deutschland bei den HIV-Erstdiagnosen-Inzidenzen bei IDU auf einem niedrigen Level. In Osteuropa findet man bei i.v.-DrogengebraucherInnen hohe Inzidenzen, da hier nur wenig „harm reduction“ stattfindet.

1.1 Risikominimierung durch Entkriminalisierung/Präventionsstrategien

Bei kommerziellen Sexarbeiterinnen und Sexarbeitern wird explizit folgende Strategie verfolgt: Risikominimierung durch Entkriminalisierung (Prostitutionsgesetz³), Kondompropagierung, STD-Diagnose und -Therapieangebote, Aufklärung und Empowerment wird bei kommerziellen Sexarbeiterinnen und Sexarbeitern als Strategie zur HIV-Prävention diskutiert.

Die Inzidenz neu diagnostizierter HIV-Infektionen hat sich von 1,75 pro 100.000 im Jahr 2001 auf 3,02 pro 100.000 im Jahr 2005 erhöht. Bei Frauen gibt es beim Vergleich der Infektionszahlen seit 1993 relativ stabile Zahlen. Erst ab 2004 ist ein leichter Anstieg festzustellen, da der heterosexuelle Anteil gestiegen ist. Eine deutliche Zunahme findet man bei Männern, die Sex mit Männern (MSM) haben; besonders die 25- bis 29-jährigen sowie die 30- bis 39-jährigen Männer mit Mann-Mann-Kontakten haben die höchsten Inzidenzen. Bei den anderen Infektionswegen ist der Anstieg zwischen 2001 und 2005 viel geringer.

Gibt es Risikomanagement-Strategien bei MSM, die statt oder zusätzlich zu Safer Sex eine sinnvolle Risikominimierung des HIV-/STD-Risikos bewirken können?

M. Bochow und M. Wright haben eine Studie 1996, 1999 und 2003 mit MSM gemacht. In diesen Befragungen stieg der ungeschützte Analverkehr mit nicht festen Partnern mit unbekanntem HIV-Status im jeweils vorangegangenen Jahr. Besonders in der Gruppe der Männer, die mehr als 50 Partner im letzten Jahr hatten, nimmt der ungeschützte Sexualkontakt in den sieben Jahren zu. Der Anteil stieg von 4-5 % in 1996 auf 7-8 % in 2003. Ähnliche Ergebnisse wurden in einer nordamerikanischen Studie gefunden. In dieser sogenannten „Seattle RDD-Study“ aus 2003 hatten 6 % der befragten Männer mehr als 20 Partner, mit denen sie Analverkehr praktizierten.

³ Gesetz zur Regelung der Rechtsverhältnisse der Prostituierten - ProstG

1.2 SexCheck '06 Studie

Es gibt ein breites Spektrum unterschiedlicher, individueller Strategien im Umgang mit dem HIV-Infektionsrisiko. In einer großen im März 2006 in Eigenregie eines Kontaktportals (www.gayromeo.de) für homosexuelle Männer durchgeführten Befragung seiner Mitglieder, an der sich 45.000 Männer aus Deutschland beteiligten, lassen sich folgende Strategien unterscheiden:

- Konsequenter Kondomgebrauch beim Analverkehr (Safer Sex);
- Kondomgebrauch abhängig vom Beziehungs- (und Sero-) Status (negotiated safety);
- Kondomgebrauch abhängig vom HIV-Serostatus (eigener und/oder Partner) (Serosorting);
- Aktive/passive Rolle beim Analverkehr - abhängig vom HIV-Serostatus (strategic positioning);
- Hochaktive antiretrovirale Therapie zur Verminderung der Infektiosität.

In dieser „SexCheck'06“ Studie geben 20 % der befragten Männer an, oft bis immer ungeschützten Analverkehr zu praktizieren. Immerhin mehr als 50 % der Singles und 40 % der Monogamen sagen, dass sie nie ohne Kondom Analverkehr haben. HIV-Positive und insbesondere HIV-positive Singles benutzen deutlich seltener Kondome beim Analverkehr als HIV-Negative. Sie verzichten insbesondere dann auf Kondome, wenn sie die Einschätzung haben, dass ihr Partner ebenfalls HIV-positiv ist. 33 % berücksichtigen bei der Partnersuche den HIV-Serostatus des Partners. Bei den HIV-negativen Befragten suchen sich sogar 50 % den Partner nach dem HIV-Status aus.

29 % haben keinen HIV-Antikörper-Test durchgeführt. Von den 70 %, die einen HIV-Test durchführen ließen, haben 53 % 2-5 Tests gemacht.

Nach der RDD Study Seattle 2003 sank das mittlere Intervall zwischen HIV-Tests bei homosexuellen Männern von 550 Tagen in 2000 auf weniger als 300 Tage in 2005. In dieser Untersuchung wurden 2.625 Personen befragt. 34 % der HIV-Negativen und 16 % der HIV-Positiven praktizieren keinen ungeschützten Analverkehr. Aber 50 % der HIV-Negativen und 63 % der HIV-Positiven aus der STD-Klinik in Seattle war der ungeschützte Analverkehr egal.

63 % der HIV-infizierten Männer in der SexCheck'06 Studie (das sind immerhin 2.552 Männer) machen keine Angaben darüber, wo sie den infizierenden Partner kennen gelernt haben. Wenn man sich den Zeitraum der HIV-Diagnose anschaut, infizierten sich vor 2000 mehr HIV-Infizierte bei anonymen Kontakten als vor 1996 (44 % zu 37 %).

1.3 Zu den sechs Risikominimierungsstrategien von MSM gibt es folgende Untersuchungsergebnisse:

1. Kondome als Schutz vor sexuell übertragbaren Infektionen, SexCheck'06

HIV-positive Singles präferieren eindeutig den passiven Analverkehr, wahrscheinlich weil sie den Partner weniger gefährden wollen. Allerdings gibt es keine Studien, wie groß das Risiko unbeschnittener schwuler Männer beim aktiven Analverkehr ist. HIV-Positive, die selten Kondome benutzen, haben fast 3x häufiger eine Geschlechtskrankheit im Jahr vor der Befragung wie HIV-Positive, die häufig bis immer Kondome benutzen; d.h. 50 % der HIV-Positiven, die selten ein Kondom benutzen, hatten eine Geschlechtskrankheit im vorangegangenen Jahr. Von den HIV-

positiven Singles berichtet ein Drittel (34 %) über eine Geschlechtskrankheit in den letzten 12 Monaten.

HIV-negative Singles, die selten Kondome benutzen, haben etwa anderthalb mal häufiger eine Geschlechtskrankheit im Jahr vor der Befragung wie HIV-negative Singles, die häufig Kondome benutzen. HIV-positive Männer haben aufgrund der Immunsuppression ein sechs Mal höheres Risiko für weitere Geschlechtskrankheiten als HIV-Negative.

2. **Feste Partnerschaft als Schutz vor HIV-Infektion**

Das Eingehen einer festen Partnerschaft ist vor allem für HIV-Negative der häufigste Anlass, auf konsequente Kondombenutzung zu verzichten. Probleme dieser Strategie könnten die fehlende Kommunikation oder die fehlende Abklärung des HIV-Status sein. Wenn doch ein Fremdkontakt ungeschützt stattgefunden hat, besteht die Möglichkeit, dass dies in der Partnerschaft nicht thematisiert wird und auch kein Kondom bis zur Infektionsabklärung verwendet wird.

3. **„Serosorting“ als HIV-Präventionsstrategie bei MSM**

Die SexCheck'06-Studie ergab, dass gerade Singles wenig über HIV und Safer Sex kommunizieren, d.h. sie machen hierzu in ihrem persönlichen Profil auf Kontaktseiten im Internet keine Angaben. Auch HIV-Positive nutzen zu 75 % nicht die Möglichkeit, die das Portal jedem Nutzer bietet, im jeweiligen Mitgliedsprofil Angaben zur Anwendung von Safersex zu machen, wenn sie selten Kondome verwenden.

"Serosorter" reden etwa doppelt so häufig mit ihren Sexualpartnern über Safersex als Nicht-Serosorter.

Aber die Angaben oder Annahmen über den HIV-Status können unzutreffend sein. Immerhin werden zwischen 15 % und 30 % der HIV-Neuinfektionen bei MSM bei Männern diagnostiziert, die ungeschützten Analverkehr nur mit angeblich HIV-negativen Partnern angeben. Es scheint somit, dass die „Serosorting-Strategie“ – Kondome abhängig vom Serostatus zu gebrauchen –, nicht sehr effektiv ist.

4. **„Strategic positioning“ als HIV-Präventionsstrategie**

Die sexuelle Präferenz beim Analverkehr (aktiv oder passiv) scheint keinen Unterschied im Kondomgebrauch zu bewirken. Unterschiedliche Übertragungsrisiken bei aktivem und passivem Analverkehr in US-Studien sind möglicherweise in erster Linie auf den hohen Anteil beschnittener Männer in den USA zurückzuführen.

Afrikanische Studien bei meist heterosexuellem Verkehr zeigen vergleichbare Übertragungsrisiken bei insertivem und rezeptivem Verkehr und bei insertivem Vaginal- und Analverkehr.

5. **Hochaktive antiretrovirale Therapie zur Minimierung des sexuellen Übertragungsrisikos?**

Bislang gibt es hierzu keine prospektiven Studien. Es scheint eine mögliche Divergenz zwischen der Plasma-Viruslast und der genitalen/rektalen Viruslast zu geben, d.h. geringe Viruslast im Blut bedeutet nicht zwangsläufig geringe Viruslast in der Samenflüssigkeit/Scheidenflüssigkeit.

Verschiedene Medikamente scheinen unterschiedlich in die verschiedenen Kompartimente zu penetrieren (PIs und FIs im genitalen Kompartiment evtl. problematisch).

Mögliche Virus-Peaks bei intermittierenden Infektionen und Therapiepausen

Es ist unklar, ob nur freies Virus oder auch zellgebundenes Virus zur Transmission beiträgt.

6. Operativ/ medikamentöse Interventionen zur Reduzierung des Transmissionsrisikos

Die Beschneidung des Mannes scheint zur Reduktion des Infektionsrisikos bei insertivem Verkehr (Schutzfaktor ~60-70%) zu führen, da dadurch die Eintrittsfläche reduziert wird. Vielleicht kann so die Übertragung nur über den Harnröhrenausgang erfolgen. Die Partnerinnen von beschnittenen Männern haben weniger häufig Gebärmutterhalskrebs.

Studien laufen derzeit, ob eine Prä-Expositionsprophylaxe eine Infektion verhindert. Bei der Post-Expositionsprophylaxe ist die Finanzierung ungeklärt. Bei den Mikrobiziden als Vaginalzäpfchen und Gel laufen zur Effektivität der HIV-Prävention Studien.

Bisher lassen die Studien zum HIV-Impfstoff vermuten, dass ein zukünftiger Impfstoff keinen 100 %igen Schutz, sondern nur das Übertragungsrisiko verringern werden wird.

Zusammenfassend lässt sich sagen:

HIV-Negative praktizieren vor allem partnerbezogene Risikominimierung.

HIV-Positive berücksichtigen sehr wohl den HIV-Serostatus des Partners bei der Wahl der sexuellen Praktik und vertrauen vielleicht zu optimistisch auf die niedrige Viruslast. Die Kommunikation ist oft nicht explizit, sondern non-verbal.

Abschließend kann man festhalten, Risikominimierung statt Risikoverhinderung wird nur für wenige Menschen eine erfolgversprechende Präventionsstrategie sein.

Ab Mai 2006 wird eine Motivationsstudie zu Wissen und Einstellungen zu sexuell übertragbaren Infektionen übers Internet bundesweit durchgeführt. Auch die Schwerpunkt- und Szenepaxen werden mit einbezogen. Außerdem soll eine qualitative Studie über Frischinfizierte gemacht werden. Erste Ergebnisse werden 2007 erwartet.

2. Vortrag: Aktuelle Präventionsansätze 2006. Die neue Kommunikationsoffensive zu AIDS und STD

Referentin: Claudia Corsten , BZgA, Referat Maßnahmen zur Aidsprävention
 Protokoll: Astrid Schweppe

Die neue Kampagne der BZgA wird von dem PKV (= Private Krankenkassen Verband) finanziell unterstützt. In der Kampagne geht es neben HIV und AIDS um STDs (sexual transmitted diseases). STDs sind in der Bevölkerung kaum bekannt. Hier gilt es Begriffe zu setzen, auf die man später aufbauen kann.

2.1 Herausforderungen an die Präventionsarbeit und die sich daraus ergebenden Ziele:

"altes Aids" vs. "neues Aids"

Aids wird als chronische Krankheit wahrgenommen und ist nicht mehr so angstbesetzt wie früher. Dies hat zu einer Änderung der Motivation für individuelles Schutzverhalten geführt. Therapie-Optimismus und Halbwissen führen zu einer falschen Einschätzung des Übertragungsrisikos von HIV.

Eine dosierte Re-Dramatisierung durch sachliche und gleichzeitig deutliche Aufklärung ist notwendig.

Mythen und Risikostrategien

Risikomanagement ist nur mit differenzierten, sachlichen Informationen möglich. Solche Informationen können lediglich über personalkommunikative Prävention gegeben werden. Es gilt, falsch verstandene Risikominimierungsstrategien und Mythen aufzuklären und durch Fakten zu ersetzen. Das individuelle Risikobewusstsein muss geschärft werden.

„Kondome sind doch lästig...“

Kondombenutzung widerspricht den sexuellen Wünschen vieler Menschen. Darüber hinaus gibt es vielfältige Gründe für das nachlassende Schutzverhalten. Die Prävention muss diese Gründe, sowie die Schwierigkeiten der Umsetzung von Safer Sex kommunizieren. Es geht darum Präventionsbotschaften an die Frau / den Mann zu bringen ohne Leistungsdruck und Versagensängste aufzubauen.

Sprachlosigkeit und "innere Dialoge"

Bei einer sexuellen Begegnung findet häufig ein innerer Dialog statt, in dem z.B. von der Annahme "er bzw. sie würde es mir schon sagen..." ausgegangen wird. Hier wäre es notwendig, auch nonverbale Kommunikationsmöglichkeiten aufzuzeigen und zu fördern. In Beziehungen wird das Thema Safer Sex häufig als geklärt betrachtet, obwohl noch nicht angemessen darüber gesprochen wurde, in dem z.B. geklärt wäre, welche Beziehungsform wird eigentlich gelebt: offen? auf Treue beruhend? Was ist mit Ausnahmesituationen? Eine Stärkung des Selbstbewusstseins sowie der Kommunikationsfähigkeit ist notwendig, um der Sprachlosigkeit vorzubeugen.

Das Ziel: Verbesserung des Safer Sex Verhaltens soll erreicht werden durch:

- Re-Dramatisierung von HIV
- Sensibilisierung für STDs
- Verbesserung des Wissenstandes
- Schärfung des individuellen Risikobewusstseins

- Förderung der Kommunikationsfähigkeit.

2.2 Die neue Kommunikationsoffensive

2.2.1 Großflächenplakate mit neuen „mach's mit“-Motiven

Durch einen Kreativwettbewerb für Studenten sind sechs neue Motive mit verschiedenen Gemüsesorten, auf die ein Kondom gezogen ist, entstanden. Zu den Motiven gibt es jeweils eine knappe Aussage, z.B. zu der Möhre der Satz: „Gegen Kurzsichtigkeit!“

Die „mach's mit“-Kampagne hat damit einen neuen Weg eingeschlagen und wird sich 2008 mit einer neuen Staffel, auf denen Fotos zu sehen sind, die Assoziationen zu Risikosituationen freisetzen, weiter verändern.

2.2.2 Zielgruppenspezifische Print-Anzeigen

Schaltung von Print-Anzeigen, die sich an nicht monogam lebende Männer wenden und über HIV und STDs aufklären. Diese Anzeigen werden in "Männermagazinen", also Zeitschriften, die überwiegend von Männern gelesen werden zu den Themen Auto, Computer, Finanzen, Sport etc., geschaltet.

2.2.3 TV- und Kino-Spots

2.2.4 Erweitertes Internetangebot

Das Internet bietet neue Optionen für die Prävention, in dem es Massenkommunikation mit barrierearmer individueller Ansprache verbindet. Eine Fülle von Themen kann zielgruppenspezifisch zugeschnitten und interaktiv aufbereitet werden.

Das Online - Angebot der BZgA:

www.gib-aids-keine-chance.de

- Online-Portal der Kampagne
- Basis für weitere Online-Angebote, z.B.:

www.aidsberatung.de

www.stdinfo.de

STD-Informationen in Anlehnung an die Broschüren "Ach übrigens" und "... ist da was?" in leicht verständlicher Sprache.

www.sexsicher.de

Die Zielgruppe dieser Seite sind Sexsuchende im Internet. Es handelt sich um ein dreisprachiges Angebot (Deutsch, Englisch, Spanisch) mit Informationen zu STDs.

www.check-dein-risiko.de

Hier ist eine Selbst-Evaluation des eigenen Risikoverhaltens mit einer individualisierten Auswertung möglich. Es gibt drei Testebenen: Wissen, allgemeines Risikoverhalten, STD bezogenes Verhalten.

www.machsmit.de

- Interaktives Jugendportal
- Safer Sex Test, Kreativtool, Kondom-Manual etc.

www.welt-aids-tag.de

Kooperationsangebot DAH, DAS und BZgA zum WAT

2.2.5. Neuentwicklung sowie Unterstützung personalkommunikativer Angebote

Der Vortrag endet mit dem Ausblick, dass die BzgA plant neue personalkommunikative Ansätze zu entwickeln.

3. Eröffnungsplenum: Erfahrungsaustausch, 02. Mai 2006

Protokoll: Karin Hoeltz

3.1 Bericht aus dem SprecherInnenkreis

Dr. Franz-Josef Ehrle stellt die Aktivitäten des SprecherInnenkreises in der vergangenen Wahlperiode vor.

Landeseinsparungen im AIDS- und Drogenbereich:

Spritzenautomaten, ZSP-Projekte, AIDS-Hilfen und Youthworkerstellen werden weiterhin unverändert gefördert. Der AIDS-Dialog erscheint 2006 nicht:

⇒ Unklare Schlussfolgerung für 2007: *Karola Born und Dr. Franz-Josef Ehrle* beantragen AIDS-Dialog für 2007!

Folgende Kondomdeputate stehen beim Land für die AIDS-Prävention zur Verfügung:

1000 für Gesundheitsämter, 1500 für AIDS-Hilfen, 2000 für Youthworker.

Die nationale HIV-Bekämpfungsstrategie ist auf der BMG-Webpage einzusehen.

3.2 Regionaltreffen

Aufgrund der Organisationsschwierigkeiten und des schlechten Besuches der letzten Regionaltreffen wird über neue Organisationsstrukturen beraten. Astrid Schweppe stellt vom SprecherInnenkreis erarbeitete Alternativen vor (s.u.). Nach Beratung im Plenum wurden folgende Vereinbarungen getroffen:

	Bisher	Vorschlag	Votum des Plenums
Turnus	alle 2 Monate freitags	alle 4 Monate Januar, Mai, September freitags oder dienstags	alle 4 Monate Januar, Mai und September am letzten Dienstag des Monats, Ausnahme: 08.05.2007
Ort	Freiwillig	alphabetische Zuständigkeit der Orte oder Zuständigkeit nach Freiwilligenliste oder Zentral in Akademie (wer organisiert?)	Freiwilligenliste: Essen, Aachen, HSK, Recklinghausen, Krefeld, Köln (AH NRW), Viersen, Soest, Borken, Bielefeld, Erftkreis (ab 2008)
Themen	Aktueller Bericht aus dem SprecherInnenkreis Bericht von der Landeskommission Einzelthemen / Schwerpunktthema Erfahrungsaustausch	ditto + Themenvorschläge für das nächste Treffen Schwerpunkte Januar: Gemeinsame Planung, z.B. WAT	Übernahme des SprecherInnenkreis- Vorschlages, Diskussion s.u.

		Mai: Fachtagung mit Referent Sept.: Treffen AIDS + STD	
--	--	---	--

Diskussion

Akademielösung (Akademie für öffentliches Gesundheitswesen, Düsseldorf)

Vorteil:

Zentraler Ort mit IC/E-Anschluss.

„Seriöse“ Adresse: Vorteile bei Dienstreise-Genehmigung.

Keine Probleme, Ausrichter zu finden.

Nachteil:

Erschwernis bei Einladung von regionalen Kooperationspartnern zur Vorstellung von interessanten Projekten.

Es entfällt die interessante Möglichkeit, sich ein Bild von der Situation vor Ort bei anderen zu machen.

Inhaltliche Wünsche:

Einerseits wird gewünscht, nicht nur Organisatorisches zu besprechen, sondern inhaltlich zu arbeiten. Schwerpunktthema und Referent seien wichtig.

Andererseits wird daran erinnert, dass genügend Fachkompetenz in den eigenen Reihen vorhanden ist, um Themen wie HIV-Test oder Präventionsstrategien ohne Referenten zu besprechen. Der Effekt des kollegialen Austausches und der Nutzen der Übernahmemöglichkeit von guten Ideen aus anderen Kommunen werden betont.

Abstimmung:

Sitzungstag:

Letzter Dienstag in den betreffenden Monaten: 13

Stimmen

Letzter Freitag: 6

Stimmen

Sitzungsort:

Akademielösung: 5

Stimmen

Dezentrale Treffen in den Kommunen: 11

Stimmen

Durch viele freiwillige Angebote von Ausrichtungsorten entfällt die Notwendigkeit der alphabetischen Verpflichtung.

Termine und Orte für die nächsten 4 Treffen:

Dienstag, den 26.9.2006	Viersen	
Dienstag, den 30.01.2007	Essen	
Dienstag, den 08.05.2007	Bielefeld oder Akademie	Fachtag
Dienstag, den 25.09.2007	Krefeld	

3.4 Wahl des SprecherInnenkreises (Wahlperiode 2006/07)

Die 7 Mitglieder des SprecherInnenkreises

Karola Born

Jutta Bringmann

Astrid Schweppe

Brigitte Menze

Helga Tolle

Karin Hoeltz und

Dr. Franz-Josef Ehrle

stellen sich zur Wiederwahl und werden en bloc wiedergewählt. *Frau Dr. Susanne Oheim* ist interessiert an der Tätigkeit und wird im kommenden Jahr als Gast an den Sitzungen des SprecherInnenkreises teilnehmen.

3.5 Präventionsaktionen zur Fußball-WM

Nürnberg: Stand und 5-8 Leute mit Bauchläden vor dem Stadion an den 5 Spieltagen.

Recklinghausen: Taxifahrer verteilen Kondome an Freier. Menschen mit Bauchläden (einer in Riesenkondom kostümiert) verteilen Materialien in Stadionnähe von Gelsenkirchen.

Wuppertal: Taxifahrer verteilen Kondome an Freier. Vor der LED-Leinwand vor dem Rathaus Präsenz mit ca. 5 Leuten mit Bauchläden in Kondom-T-Shirt und mit Kondom-Hut vor den Deutschlandspielen.

Köln: Verteilen von 30.000 Broschüren Sex-Sicher mit Stempel der Beratungsstelle in Apotheken, Internetcafés und Taxis.

Senden der ‚JuPo‘-Info-Spots über Info-Screens in U-Bahn und an Bahnhöfen

Essen: Aktion auf Frauenstrich, Freieraktion in der Stahlstraße, Taxiaktion, Aktion am Hbf mit Zielgruppe Fußball-Fans und Reisende.

Bielefeld: Aktion vor Großleinwand, Auslegen von Informationen in den Zimmern der Unterkunft der Portugiesen.

Ab Herbst steht bei der BZgA ein Präventionsordner in 29 Sprachen als Stell- und Klapp-Ordner zur Verfügung.

4. Workshop: „Sag nie, ich bin zu alt dafür“ - Zur Paar- und Sexualberatung Älterer

Referent: Robert Bolz, Diplom-Pädagoge, Paar- und Sexualberater
 Pro-familia, München
 Dozent am Lehrinstitut für Alternspsychotherapie/Beratung
 Älterer, Kassel

Protokoll: Helga Tolle

4.1 Einführung ins Thema

Der Anteil älterer Klienten, die die Beratungsstelle aufsuchen - ältere Männer, ältere Paare (die seit langen Jahren zusammenleben) und ältere Paare, die sich neu gefunden haben, nimmt kontinuierlich zu. Was sind Ihre sexuelle Wünsche, Hoffnungen und Probleme, wie erleben sie Ihre Sexualität, was schränkt sie ein? Dieses sind Themen, die der Workshop näher beleuchten möchte. Dabei wird von dem Bild des **alternden** und nicht des **alten** Menschen ausgegangen, diese Sichtweise betont in stärkerem Maße den Prozess des Älterwerdens, des kontinuierlichen Alterns.

Die TeilnehmerInnen wurden gebeten, Ihre Motivation für die Teilnahme an dem Seminar zu benennen:

- *Berufliche Situation:* In die Beratungsstelle kommen zunehmend ältere Klienten. Die TeilnehmerInnen wollten Ihre Beratungskompetenz erweitern.
- *Persönliche Gründe:* Die TeilnehmerInnen nahmen den Workshop zum Anlass, sich vertiefend mit der eigenen, sich verändernden Sexualität auseinander zu setzen.

4.2 Übung: Satzergänzung

Den Teilnehmern wurden Satzanfänge vorgegeben. Sie sollten sich jeweils dem Satz zuordnen und ihn ergänzen, von dem sie sich „angezogen“ fühlten.

Die Diskussion über die Satzvervollständigungen erfolgte in Kleingruppen.

- Erotik und Sexualität im Alter ist für mich...
- Wenn ich mir Sexualität zwischen 60/70jährigen vorstelle, habe ich ein Gefühl von...
- Ein „One-night-stand“ bei 60/70jährigen ist für mich...
- Sexualität hat im Grunde etwas mit der Lust an Fortpflanzung zu tun, deshalb passt sie nicht zum Alter und ist für mich...
- Sexualität mit einem wesentlich älteren Partner/einer wesentlich älteren Partnerin kann ich mir...

Folgende Satzergänzungen wurden gegeben:

4.2.1 Erotik und Sexualität im Alter...

- hat sich für mich verändert
- ist einfach o.k., selbstverständlich
- ist eine Erweiterung der eigenen Vorstellung
- ist spannend, positiv – eine Entdeckungsreise
- ist bereichernd, anders – ohne Leistungsdruck
- ist schwierig und nicht genau definiert
- ist selbst sein können
- ist das Glück gemeinsam alt werden zu können
- ist ein „One-night-stand“ als Geheimnis
- ist ohne klare Vorbilder

Wenn ich mir Sexualität zwischen 60-70jährigen vorstelle, habe ich das Gefühl von...

- Verlässlichkeit
- Freiheit
- vertraut sein
- Eigenständigkeit

Ein „One-night-stand“ bei 60/70jährigen ist für mich...

- vollkommen in Ordnung
- mittlerweile sehr gut denkbar
- nicht auszuschließen

Sexualität mit einem wesentlich älteren Partner/einer wesentlich älteren Partnerin kann ich mir...

- gar nicht/schlecht vorstellen
- unter Umständen gut vorstellen

Studenten, die bei einer Befragung um die gleiche Satzergänzung gebeten wurden, ergänzten im Gesamten mit einer moralischen Haltung „Das gehört sich nicht mehr“.

Phasen des Alterns nach Einteilung der WHO

- | | | |
|---|---------------------------|----------------|
| • | alternder Mensch: | 51 – 60 Jahre |
| • | älterer Mensch: | 61 – 75 Jahre |
| • | alter Mensch: | 76 – 90 Jahre |
| • | sehr alter Mensch: | 91 – 100 Jahre |
| • | langlebiger alter Mensch: | 101+ |

Das Modell des Alterns in der früheren Entwicklungspsychologie sah den Alternsprozess als defizitären Vorgang an, als einen (ab 40) permanenten Prozess der Abnahme des gesamten Leistungsspektrums. Heute geht man von dem Modell des Alterns als „dynamischen Prozess“ aus, in einer spiralförmigen Aufwärts –Entwicklung. Entscheidend für das Altern ist weniger das numerische Alter, sondern vielmehr die Art und Weise, wie der einzelne Mensch alt wird, wie er vorher gelebt hat.

Zum einen ist Sexualität im Alter, und besonders die Sexualität von älteren Frauen, auch heute noch ein hoch tabuisierter Bereich. Zum anderen zeigen gleichzeitig die „life-style“

Darstellungen der „best-ager“ Leitbilder über ältere Menschen, die aktiv und urlaubserholt wirken und denen eine intensiv-lustvolle und aktive Sexualität zugestanden wird, sogar beinahe „gefordert“ wird. Sexualität jedoch verträgt keinen Zwang und keinen Druck. Die Entscheidung, wie Sexualität gelebt wird, muss jedes Paar individuell entscheiden. Mann und Frau dürfen auch „nicht mehr wollen“. Ältere Menschen bezüglich Beziehungsfragen und sexuellen Themen beraten zu können, setzt voraus, dass man ihre Lebensgeschichte zu Sexualität und Partnerschaft versteht, die Kriegs- und Nachkriegserfahrungen als Jugendlicher und junger Erwachsener. Wie sind sie aufgewachsen, mit Eltern, mit welchem Elternteil? Wie sind Ihre peer-group Erfahrungen? Welche sexuellen Vorbilder haben sie geprägt?

4.2.2 Sexuelle Probleme im Alter - Auslöser

1. Monotonie in der Partnerschaft

Gleichförmigkeit, Langeweile, tiefgreifende Entfremdung können zu einer chronischen Frustration in der Partnerschaft führen. Aufgabe der Beratung ist es, die chronische in eine aktuelle Frustration zu überführen, das heißt, die Starre aufzulösen, Bewegung und Veränderung zu initiieren.

2. Mangelnde Kommunikation und Sprachlosigkeit bzgl. der eigenen Beziehung

Beziehungen, in denen wenig über die Beziehung, über die individuelle Befindlichkeit mit dem/der anderen gesprochen wird, sind geprägt von Leitgedanken wie:

- „Eine gute Ehe bedarf keiner Anstrengung.“
- „Wenn sie mich liebt, dann weiß sie, was ich will und möchte.“

Ältere Paare hören sich oft nicht zu, sagen vieles nicht, weil sie den anderen nicht belasten wollen.

Aufgabe der Beratung ist es die Partner miteinander in Kontakt zu bringen durch z.B. folgende Intervention:

Aufgabenstellung an das Paar:

„Können Sie sich vorstellen, Ihre Frau in Ihrer gemeinsamen Wohnung zu sich einzuladen? Sie dürfen Ihr alles sagen, ohne dass Ihre Frau etwas erwidert, etwa 45 Minuten. Ihre Frau darf nichts berichtigen, nicht unterbrechen, nicht antworten, sie hört nur zu. Dann tauschen sie die Rollen.“

Kritische Phasen für eine Partnerschaft ist zum einen die Geburt des 1. Kindes und der Zeitpunkt, an dem die Kinder das Haus verlassen und die Eltern wieder zu Paaren werden. Zu diesem Zeitpunkt zeigen sich öfter gegenläufige Bewegungen bei Männern und Frauen. Frauen sind neu beginnend stark außenorientiert aktiv, „spannen ihre Flügel aus“, während die Männer eher zu den vertrauten Strukturen tendieren. Trennungswünsche werden in dieser Phase häufig von Frauen artikuliert

3. Sexuelle Selbstüberforderung

Sexuelle Selbstüberforderung zeigt sich besonders häufig bei Männern, die mit einer wesentlich jüngeren Frau (ab 15 Jahre +) in einer Beziehung leben. Zum einen ist diese Beziehungsform für die Männer ein narzisstischer Gewinn, zum anderen ein häufiger Anlass zur Entwicklung von Ängsten gegenüber jüngeren Konkurrenten. Häufig auch stimmt der Wunsch zur Familiengründung nicht überein.

4. Teilwissen - Nicht Wissen

Bei vielen Paaren fehlt es deutlich an Wissen über altersbedingte (nicht krankhafte), hormonell–sexuelle Veränderungen und deren Bedeutung für das sexuelle Verhalten.

- Nach der Menopause erlischt die sexuelle Lust bei Frauen nicht. (Mythos: nach der Menopause erlischt das sexuelle Begehren der Frau)
- Die Störanfälligkeit bezüglich der Erektion nimmt zu, die Erholungsphase danach dauert länger. (Mythos: der bis ins höchste Alter stets funktionierende, sexuell potente Mann)
- Die hormonellen Stati bei Männern und Frauen verändern sich. Sie können beim Arzt überprüft werden.

5. Körperliche und seelische Erkrankungen

Körperliche und seelische Erkrankungen der Partner beeinflussen die Sexualität und die Beziehung. Medikamente können Einfluss auf Libido und Erektionsfähigkeit haben; es ist wichtig, darüber informiert zu sein; es erleichtert den Umgang mit Veränderungen.

6. Neue Liebe und Beziehung

Auslöser für Probleme können die erwachsenen Kinder der jeweiligen Partner sein, die die neue Beziehung nicht akzeptieren, gegen sie opponieren. „Dass Du so was noch machst...“ oder „Das kannst du doch ihr/ihm (dem/der verstorbenen/geschiedenen Vater/Mutter) nicht antun...“. Hierin zeigt sich bei den Kindern ein archaisches Denken gemäß der Vorstellung: „Für uns gibt es nur ein Elternpaar“.

Kritischer Faktor für eine neue Beziehung ist auch die Entscheidung, **welche** Wohnung bezogen wird: ihre oder seine. Aus beraterischer Sicht hat sich eine gänzlich neue Wohnsituation für beide als beziehungsgünstig erwiesen.

7. Berufliche Überlastung

Den Teilnehmern wurde der Kurzfilm (92): „Die Hochzeitsnacht“ vorgestellt. Im Mittelpunkt des Films „Die Hochzeitsnacht“ steht eine ältere Frau, Mitte 70, die auf der Hochzeitsfeier ihrer Tochter mit dem für das Fest engagierten Pianospielder einen „One-night-stand“ hat.

Der Film verdeutlicht folgende Themen:

- Bedürfnisse von älteren Menschen bezüglich Sexualität
- Sexuelles Rollenverständnis älterer Menschen
- Einfluss der Kinder auf das Beziehungs- und Sexualverhalten der Eltern
- Positive Seite der Sexualität im Alter
- Gesellschaftliche Dimension der Sexualität
- Vermittlung des Lebendigen der Sexualität im Alter

Von den TeilnehmerInnen wurde der Film als sehr berührend erlebt. Er stellt eine gute Diskussionsgrundlage zur Thematik Sexualität und Alter dar und ist für den Einsatz von Seminaren empfehlenswert. Wichtig beim Einsatz des Films ist die Kenntnis der Struktur der TeilnehmerInnen und deren Bedürfnisse. Berücksichtigung sollte auch der Grad der kommunikativen Fähigkeit der TeilnehmerInnen finden, sich zu sexuellen Dingen zu äußern. Grundsätzlich ist bei der Vermittlung von Themen zu Sexualität und Alter sowie auch bei der Beratung darauf zu achten, dass das Alter der/des Beraterin /Beraters nicht zu weit entfernt von der Klientengruppe ist. Ältere Menschen besprechen Ihre sexuellen Wünsche und Probleme nicht mit "ihren Kindern", der Altersunterschied erschwert für die Klienten die Möglichkeit zur Öffnung.

4.2.2.1 Sexuelle Veränderungen im Alter beim Mann

- Erektionsprobleme häufen sich (der Penis wird nicht oder bleibt nicht steif)
- Die Erholungsphase nach der Erektion verlängert sich
- Verzögerung der Ejakulation
- Schwierigkeiten beim Wasserlassen aufgrund der Vergrößerung der Prostata

Bezogen auf das Sexualverhalten bedeuten diese Veränderungen, dass der Mann seitens des Partners/der Partnerin ein „Mehr“ an manueller und/oder oraler Stimulation braucht. Dazu gehört auch das Experimentieren mit unterschiedlichen Stellungen.

Der Einsatz von potenzsteigernden Mitteln hat den Vorteil von selbstheilenden Kräften; „Es“ geht wieder. Die positive sexuelle Erfahrung kann dazu führen, dass das Mittel anschließend nicht wieder gebraucht wird. Cialis hat Viagra gegenüber den Vorteil, dass es eine längere Wirkdauer hat (ca. 7 Stunden). Das vermindert den Druck zum schnellen Sexualverkehr.

4.2.2.2 Sexuelle Veränderungen im Alter bei der Frau

- Verlangsamung der sexuellen Reaktion
- Abnahme der Intensität des sexuellen Erlebens
- Atrophie der Vaginalschleimhaut
- Verkürzung/Abnahme der Elastizität der Vagina

Libidoverlust bedeutet eine Abnahme des sexuellen Verlangens und der sexuellen Phantasien. Dies entsteht durch Veränderung körperlicher Prozesse, kann aber auch als „kulturell sexuelle Deformierung“ angesehen werden. Lustlosigkeit als Ergebnis von gelernten Normen wie zum Beispiel „man darf als Frau keine Lust zeigen“, „Frau darf keine sexuellen Bedürfnisse anmelden“, „Frau muss ihm willig sein“.

Tendenziell zeigt sich heute eine Veränderung des sexuellen Verhaltens von Frauen; sie sind sexuell aktiver, stehen eher zu ihrer Lust, suchen sich ihren Liebhaber aus.

4.2.2.3 Sexuelles Erleben im Alter

In der Sexualität von älteren Paaren nimmt der Anteil des erotischen Miteinanders zu, auch bedingt durch die Verlangsamung der sexuellen Prozesse bei Mann und Frau. Im Alter beginnt keine neue Sexualität, sie wird „anders“ fortgesetzt, auf der Basis der bisher gelebten Sexualität. Reife Sexualität ist eher frei von Druck und Zwang. Die Notwendigkeit dem/der anderen etwas zu beweisen, fällt weg. Stattdessen ist Raum für stimmige Begegnungen, bei denen die Beteiligten stimmig mit sich sind. Allerdings ist Sexualität immer ein Entwicklungsprozess – die volle sexuelle Reife gibt es nicht. Es gibt sexuelle Situationen, in denen ich mit mir selbst eins bin, in diesem Moment bin ich eine reife sexuelle Persönlichkeit. Zitat: „Je höher man aufsteigt, desto weiter kommt man, desto mehr Kräfte verbraucht man, aber desto weiter sieht man.“ (Ingmar Bergmann)

Tendenziell zeigt sich heute eine Veränderung des sexuellen Verhaltens von Frauen; sie sind sexuell aktiver, stehen eher zu ihrer Lust, suchen sich ihren Liebhaber aus.

4.3 Strategien der Beratung

1. *Die Klientin/den Klienten aussprechen lassen.* Die/der BeraterIn sollte sich so verhalten, dass die/der KlientIn nicht länger an Schuldgefühlen und Scham festhält. Fragen zum Thema Sexualität und Beratung sollten einfühlsam und mit vorsichtigem Herantasten gestellt werden ("Wenn ich Sie das fragen darf?").
2. *Aufklären über „normale“ sexuelle Veränderungen im Alter.*
3. *Der/dem Klientin helfen, Selbstbefriedigung zu akzeptieren.*
4. *Den Partnern Unterstützung geben über vertrauliche Dinge zu kommunizieren, auch wenn keine Sexualität im engeren Sinne mehr praktiziert wird.* In vielen Ehen werden keine Wünsche, die Mann/Frau an die Beziehung hat, ausgetauscht; es werden gegenseitig keine Sehnsüchte, keine Phantasien geäußert. Durch eine eingehende sexuelle Anamnese, Selbstbeobachtung, Tagebucheinträge, Aufgabenstellungen sollen die Klienten einen anderen Blickwinkel für ihr Problem gewinnen und somit auch einen größeren Handlungsspielraum für eine neue Begegnung bekommen.

Beispiel für eine beraterische Intervention:

Hausaufgabe an das Paar:

- „Schreiben Sie Ihr bestes, sexuelles Szenario auf“ (1. Sitzung).
- „Wollen Sie sich Ihre Phantasien vorlesen?“ (2. Sitzung).

Den Partnern ist es freigestellt, ob sie das tun wollen oder nicht.

Formen der Phantasien

- Sexuelle Phantasien über die man reden kann
- Sexuelle Phantasien, über die man mit dem Partner redet
- Sexuelle Phantasien, die nur für einen selber sind

5. *Möglichkeiten des Einsatzes von verhaltenstherapeutischen Methoden*

Verhaltenstherapeutische Methoden bieten dem Klienten Möglichkeiten unter Anleitung bzw. durch "Verschreibung" der/des BeraterIn konkretes Verhalten zu erproben, zu reflektieren und zu verändern.

Beispiel für eine verhaltenstherapeutische Intervention im Rahmen einer Sexualberatung:

Aufgabe: Das Paar soll sich Zeit nehmen, sich gegenseitig auf der Körpervorderseite und der –rückseite zärtlich zu streicheln. Die Berührungen sollen kein Vorspiel für einen Koitus darstellen. Damit soll der Druck aus der gesamten sexuellen Situation genommen werden.

Anschließende beraterische Fragen:

- Wie erging es Ihnen in der passiven/aktiven Rolle?
- Wie haben Sie die Situation als Paar erlebt?
- Welche Gefühle haben Sie begleitet und wie sind Sie damit umgegangen?

6. *Beraten bei praktischen Fragestellungen*

- Hilfestellung bei der Partnersuche (Partnerbörse für Senioren: www.50plus-treff.de)
- Hilfestellung bei Fragen des Zusammenziehens.

Hier geht es unter anderem um die Stützung der Klienten bei der Konfliktlösung mit den Kindern, um die Beratungssituation gemeinsam mit den erwachsenen Kindern.

- Wenn Partnerschaft und Sexualität wegfallen, zielt die Beratung auf die Unterstützung für ein befriedigendes Alleinleben, auf die Nutzung von Vernetzungsstrukturen und eigenen sozialen Kompetenzen. Die Bedeutung von Haustieren für ältere Menschen ist in der Beratung mit zu beachten.

Weitere wichtige Beratungsaspekte alternder Menschen:

- Die/der BeraterIn sollte über Kenntnisse altersbedingter sexueller Veränderungen und Einflussfaktoren von Medikamenten verfügen
- Beratung ist angewiesen auf eine gute Zusammenarbeit mit Fachärzten, speziell Andrologen und Sexualmedizinern
- Beratungsfachteams sollten aus Männern und Frauen unterschiedlichen Alters bestehen
- Ziel der Beratung ist nicht die Wiederherstellung der sexuellen Funktionen, sondern sexuelle Zufriedenheit der Klienten

4.3.1 Aspekte der Beratungssituation in den Gesundheitsämtern (GA) zu HIV und STDs

Klienten in den GA haben in der Regel keine Möglichkeit zur Wahl der/des BeraterIn, da viele Ämter nur mit einer Person besetzt sind.

Die Beratungsdauer ist kurz, sodass die Variable Geschlecht/Alter weniger entscheidend für die Güte der Test-Beratung ist, zumal es auch um andere Inhalte geht als bei einer Sexualberatung.

Bei älteren KlientInnen, die die Beratungsstelle aufsuchen, steht sehr oft das Thema "Scham" im Vordergrund, besonders bei kurzfristigen Sexualkontakten.

4.4 Abschlussrunde

In der Feedbackrunde am Ende des Workshops äußerten die TeilnehmerInnen

- dass sie stark angeregt worden sind, über ihre eigene Lebenssituation/Sexualität nachzudenken;
- dass sie dem „Altersaspekt“ in der Beratung der Klienten eine stärkere Aufmerksamkeit schenken;
- dass ihr Wissen über Sexualität bei alternden Menschen erweitert wurde.

Literatur und Quellenhinweise:

- Internetportal „Geolit“ (über Google): Themen Alterssexualität, Altersehen etc.
- Zeitschrift: Anti Aging News: Themen „Neue Lust am Leben“, „Mehr Lust an der Lust“.
- Jelloscheck: Warum hast du mir das angetan?
- Leonie Ossowski: Die schöne Gegenwart
- Kurzfilm „Die Hochzeitsnacht“ Katholisches Filmwerk, Stuttgart
www.filmwerk.de Die Hochzeitsnacht → Medienpaket: Beziehungsreich älter werden.
- Lehrinstitut f. Alternspsychotherapie-Beratung
E-Mail: alternpsychotherapiebold@t-online.de (hier kann man das Ausbildungsprogramm für Gerontopsychotherapie beziehen)
- EZI – Evangelisches Zentralinstitut für Familienberatung, Fulda. Führen Fortbildungen zur Beratung Älterer durch
- Zeitschrift: Psychotherapie im Alter, Bezug: PV Psychosozial Verlag, Goethestrasse 29, 35390 Gießen, hier besonders Heft 3/2005 "Eheliches Burnout, Liebe, Lust und andere Leidenschaften - vergänglich, wandelbar, zeitlos.

5. Workshop: „Was sind nützliche Indikatoren für den Präventionserfolg in meiner Kommune?“

Referent: Dr. Michael T. Wright, Forschungsgruppe Public Health, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB)

Protokoll: Brigitte Menze

5.1 Einführung

Michael Wright ist es gelungen, den Workshop-Teilnehmerinnen und -Teilnehmern einen Einblick in die Strukturen der HIV-Prävention in Deutschland und die theoretischen Grundlagen und Zusammenhänge der Qualitätssicherung und Evaluation zu geben sowie aktuelle Ansätze und Methoden zu vermitteln, um die Ergebnisse und Auswirkungen der Präventionsarbeit überprüfen zu können.

Nach der theoretischen Einführung hatten die Workshopmitglieder die Chance, unter Anleitung das vermittelte ‚Prüfkonzept‘ praktisch zu erproben.

Grundsätzliches vorweg: Es ist nicht möglich, allgemeine und generell gültige Indikatoren für erfolgreiche Präventionsaktivitäten/-maßnahmen generalisiert für alle Kommunen zu formulieren! Mittelpunkt des von Michael Wright vorgestellten Praxisansatzes ist von daher, dass die Besonderheiten jeder Kommune ausreichend berücksichtigt und alle Akteure gleichwertig am gesamten „Prüfprozess“ beteiligt werden.

5.2 Strukturelle und theoretische Grundlagen

Stärken der HIV-Prävention in Deutschland

In Deutschland ist es von Beginn an gelungen, systematische vergleichbare Strukturen auf unterschiedlichen Arbeitsebenen (Bund, Länder, Kommunen) im ganzen Land aufzubauen und miteinander zu vernetzen.

Neben der formalen Kooperation zwischen staatlichen Stellen und den Nichtregierungsorganisationen (NGO) wurde eine klare Arbeitsteilung auf Bundesebene zwischen Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung/BZgA (Staat) und Deutsche AIDS-Hilfe/DAH (NGO) angelegt und konsequent verfolgt.

Die DAH als Dachverband der AIDS-Hilfen und die Koordinierungsstrukturen auf regionaler Ebene (Landesverbände, kommunale AIDS-Hilfen) entwickelten und sicherten eine gemeinsame Zielsetzung und inhaltlich abgestimmte Vorgehensweisen.

Dies führte zu einer hoch entwickelten fachlichen Auseinandersetzung über Ursachen von Risikoverhalten sowie über die Gestaltung und Durchführung von Interventionen. Zudem ermöglichte und führte es zu einem hohen Grad an Selbstreflexion auf den unterschiedlichen Arbeitsebenen.

Bereiche mit großem Entwicklungspotential

Die AIDS-Forschung in Deutschland ist weniger ausgeprägt, weniger öffentlich gemacht und sie wird weniger für die praktische Arbeit genutzt als z. B. in der Schweiz oder den Niederlanden.

Nachfolgend werden die Bereiche und Arbeitsfelder kurz skizziert, deren Weiterentwicklung und Ausbau für die Verbesserung der AIDS-Arbeit von besonderer Bedeutung ist.

Unzureichend genutzt werden bisher die Möglichkeiten, mehr praxisbezogene Forschungsansätze zum Nutzen der Präventionsarbeit einzubeziehen und weiterzuentwickeln

sowie schon vorhandene wissenschaftliche Erkenntnisse in konkreten Präventionsmaßnahmen umzusetzen. Die sozialwissenschaftliche und epidemiologische Forschung muss verstärkt zur systematischen Bestimmung des Bedarfs herangezogen und auf allen Ebenen ausgebaut werden. Auch auf regionaler und lokaler Ebene ist verstärkt die Erhebung, Aufarbeitung und Interpretation von epidemiologischen Daten voranzutreiben und zu nutzen.

Wissen und Praxiserfahrung aus dem In- und Ausland müssen systematisch zusammengeführt und aufbereitet werden, um sie für die Weiterentwicklung der Praxis, aber auch für die Forschung nutzbar machen zu können.

Um Einzelmaßnahmen auf unterschiedlichen Ebenen in einem sinnvollen Ganzen wirksam werden lassen zu können, ist eine strategische Planung zur Steuerung der Prävention auf allen Ebenen (Bund, Land, Kommune) dringend erforderlich. Hier sind die ersten Schritte mit der 2005 verabschiedeten AIDS-Bekämpfungsstrategie der Bundesregierung getan worden.

Partizipation in der Qualitätssicherung und der Evaluation

Die Aktivitäten im AIDS-Bereich - insbesondere von den AIDS-Hilfe-Organisationen - werden im In- und Ausland als gut bewertet, jedoch weiß man nicht, welche dieser Aktivitäten erfolgreich und weshalb sie wirksam sind. Es gibt bislang keine angemessenen Evaluationsverfahren, die wissenschaftlich fundiert und gleichzeitig in der praktischen Arbeit vor Ort genutzt werden können und darüber hinaus auch von den Zuwendungsgebern akzeptiert werden. Diese müssen noch entwickelt werden und das bedeutet in erster Linie, eine Verknüpfung von qualitätssichernden Aktivitäten mit einer laufenden Evaluation der Arbeitsprozesse und -ergebnisse herzustellen, um die Zielfindung, Durchführung, Effektivität und Effizienz gruppenspezifischer Primärprävention transparent und messbar zu machen.

Bislang werden beide Ansätze unabhängig voneinander eingesetzt. Eine Zusammenführung ist notwendig, da die Qualitätssicherung mit ihrem Blick auf Arbeitsprozesse ermöglicht, organisatorische Aspekte auch von sozialen und gesundheitsbezogenen Einrichtungen zu betrachten, dabei aber nicht berücksichtigt, dass diese nicht markt- und gewinnorientiert arbeiten, sondern einen öffentlichen Auftrag zu erfüllen haben. Die Evaluation hingegen stellt genau diesen öffentlichen Auftrag in den Mittelpunkt, wobei für die Bewertung der Auftragserfüllung vor allem wissenschaftliche Erklärungsmuster von Bedeutung sind und vernachlässigt dadurch die organisatorischen Besonderheiten der Einrichtung. Unterschiedliche Entstehungsgeschichten der Ansätze, eingeschränkte Kompetenz auf ein Fachgebiet (Qualitätssicherung oder Evaluationsforschung) sowie eine Vielzahl an Theorien und Modellen aus beiden Bereichen, die sich nicht ohne weiteres kombinieren lassen, erschweren eine Verknüpfung dieser Arbeitsfelder (vgl. Wright, MT; Block, M (2005) Bestandsaufnahme der Aktivitäten der AIDS-Hilfen zu Evaluation und Qualitätssicherung in der Primärprävention. In der Reihe „Discussion Papers“. Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung: <http://skylla.wz-berlin.de/pdf/2005/i05-304.pdf>.)

Eine Möglichkeit, diesem Problem zu begegnen, ist der partizipative Ansatz in der Qualitätssicherung und Evaluation. Er versteht sich zunächst als Querschnittsaufgabe, die unabhängig von Theorie oder Modell erfüllt werden kann. Partizipation bedeutet, dass alle an der Arbeitsaufgabe Beteiligten und insbesondere die Zielgruppen an allen Aspekten der Planung (einschließlich der Problemdefinition), Durchführung, Steuerung und Auswertung einer (primärpräventiven) Maßnahme teilnehmen und teilhaben.⁴

■⁴ Grundlage: Handlungsforschung (Aktionsforschung) nach Kurt Lewin
 ■ International: community-based research, action research, participatory research, participatory action research, collaborative research, participatory evaluation, empowerment evaluation
 ■ Skandinavien, USA, Kanada, GB: Entwicklungsarbeit
 ■ BRD: Selbstevaluation, betriebliche GF, gesundheitsfördernde Schule

Ziel des partizipativen Ansatzes in der Qualitätssicherung und Evaluation

Qualitätssicherung und Evaluation dienen dazu, für eine ausgewählte Zielgruppe die Frage zu beantworten: Ist für eine festgelegte Zielsetzung dies die richtige Intervention für diese Zielgruppe, zu diesem Zeitpunkt, mit diesen Ressourcen und unter diesen Bedingungen.

Das bedeutet, die Erhebung und Bewertung von ortsspezifischen Daten ermöglichen die Gestaltung und Durchführung von Interventionen sowie die flexible Umsetzung von generellen Erkenntnissen durch Anpassung der Maßnahmen an die Gegebenheiten vor Ort, wobei hier in besonderer Weise die von der Zielgruppe selbst genannten Bedürfnisse und Bedarfe berücksichtigt werden.

Ein weiteres Ziel des partizipativen Ansatzes ist es, ortsübergreifende Kriterien der Nachvollziehbarkeit und der Transparenz zu schaffen, die nicht zu letzt auch den fachlichen Input an Politik und Verwaltung unterstützen können (vgl. Wright, MT (2004) Partizipative Qualitätssicherung und Evaluation für Präventionsangebote in Settings. In: R. Rosenbrock; M. Bellwinkel; A. Schröer (Hg.) *Primäre Prävention im Kontext sozialer Ungleichheit*. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW für Neue Wissenschaft: 297-346.)

5.3 Das Fundament: Lokale Theorie und lokale Evidenz⁵

Lokale Theorie

Eine lokale Theorie ist eine von allen örtlich Beteiligten gemeinschaftlich formulierte und akzeptierte Erklärung eines lokalen Gesundheitsproblems. Diese lokale Theorie bzw. Erklärung beschreibt konkret die Merkmale der Probleme vor Ort, erläutert die ortsspezifischen Ursachen des Problems und beinhaltet ein Grundkonzept für eine Bekämpfungsstrategie. Dabei muss die aus den lokalen Informationen abgeleitete Bekämpfungsstrategie einen unmittelbaren Bezug zum Problem und zu dessen Ursachen herstellen.

Lokale Evidenz

Einer lokalen Theorie liegt zugrunde, dass sich auch die Evidenz nur auf die lokale Ebene beziehen kann. Das bedeutet: Lokale Evidenz ist die Feststellung, ob die vor Ort konzipierten Interventionen dazu dienen, dem spezifischen örtlichen Gesundheitsproblem entgegenzuwirken. Dabei gibt es nicht „die richtige Strategie“, aber es gibt Wahrscheinlichkeiten und Plausibilitäten.

Methodisches Vorgehen anhand praktischer Übungen

Nach dieser theoretischen Einführung erfolgte die Vermittlung eines möglichen methodischen Vorgehens auf der Grundlage einer spezifischen inhaltlichen Ausrichtung. Jedes Workshopmitglied sollte anhand des Wissens der je persönlichen lokalen Situation an einem selbstgewählten Praxisausschnitt die nachfolgend beschriebenen Aufgaben und Schritte ausführen.

Klärungsfrage

Zunächst ist es notwendig, die folgende Frage zu klären bzw. zu beantworten:

Für wen wird eine lokale Theorie entwickelt und wer soll diese für wahrscheinlich und plausibel erachten? Dient sie beispielsweise für Fachgespräche im KollegenInnenkreis oder für grundlegende Planungen mit der Leitung zur Weiterentwicklung des Fachbereiches? Das

■⁵ Vgl. Wright, MT (in Druck): Auf dem Weg zu einer theoriegeleiteten, evidenzbasierten, qualitätsgesicherten Primärprävention in Settings. Jahrbuch für kritische Medizin.

bedeutet, dass bei der Formulierung der Argumente die Sichtweise des Adressaten berücksichtigt werden soll!

Zu berücksichtigen ist hier auch, dass die Entwicklung einer lokalen Theorie und der Nachweis ihrer Evidenz ein Prozess ist, der nicht in wenigen Tagen abgeschlossen werden kann und in welchem es wichtig ist, alle Beteiligten einzubeziehen und einen Konsens herzustellen.

5.3.1 Lokale Theorie I: Problembestimmung

Leitfrage

Als nächstes ist es notwendig, eine Leitfrage zu formulieren, an der das weitere Vorgehen inhaltlich ausgerichtet werden kann.

Für die praktische Übung im Workshop hat Michael Wright als Leitfrage formuliert:
Was ist HIV/AIDS in meiner Kommune und wo will es hin?

Übung 1: HIV/AIDS im Zeitverlauf

Anhand der von jeder/jedem Teilnehmerin/Teilnehmer mitgebrachten epidemiologischen Daten des Robert-Koch-Institutes und falls vorhanden eigener Daten für die jeweilige Kommune sollten die wesentlichen Informationen anhand einer Zeittafel (Beginn, 2001, 2006, 2011) herausgearbeitet, analysiert und beschrieben werden. Dies erfolgte in mehreren Arbeitsschritten.

1. Schritt: Basisinformation
 - Erstellen der Zeittafel mit Inzidenzen der betroffenen Bevölkerungsgruppen.
 - Im Sinne der Leitfrage sollten weitere Informationen berücksichtigt werden wie z. B. Wahrnehmung der Krankheit, Wissensstand, Verhaltensweisen, politische Ordnungsmaßnahmen, Angebotsstruktur u.ä.m.
 - Jede Aussage ist nach ihrem Sicherheitsgrad von 1 - 3 einzustufen.
2. Schritt: W-Fragen beantworten
 - Wer infiziert sich in meiner Kommune?
 - Warum infizieren sich Menschen in meiner Kommune?
 - Was schützt Menschen in meiner Kommune vor einer HIV-Infektion?
 - Warum hat sich die Situation verändert bzw. warum ist die Situation stabil geblieben?
 - Warum ausgerechnet diese Prognose für die Zukunft (2011)?
3. Schritt: Fließtext schreiben (1. Teil)
 - Der Fließtext muss nicht perfekt formuliert sein
 - Der Fließtext soll das Wesentliche von HIV/AIDS in der Kommune erzählen

Peer-Review im Plenum

Anschließend stellten einige Arbeitskreismitglieder ihre Ergebnisse vor. Hier wurde noch einmal herausgearbeitet, dass es keine allgemeingültige „richtige“ Darstellung gibt, sondern dass es darauf ankommt, dass die Beantwortung der W-Fragen und die Schlussfolgerung für die Prognose plausibel aus der Problembestimmung abgeleitet worden sind. Zur Überprüfung der Plausibilität ist die Rückmeldung von anderen hilfreich. Als Kriterien für ein Feedback wurden folgende Fragen eingesetzt:

- Ist es plausibel und nachvollziehbar?
- Was sind die Stärken des Arguments?

- Was sind die Schwächen des Arguments?
- Ist es für den Adressaten geeignet?

5.3.2 Lokale Theorie II: Strategieplanung

Leitfrage

An diesem Punkt ist es jetzt notwendig, eine Leitfrage zu formulieren, die die Zielrichtung für die nun zu planende Strategie vorgibt. Für die praktische Übung im Workshop hat Michael Wright als Leitfrage formuliert:

Welche Präventionsstrategie könnte die weitere Verbreitung der Krankheit am besten verhindern?

Auch hier gilt die Prämisse: Nur das Notwendige! Oder anders formuliert: Die Zieldefinition für die Strategieplanung ist so detailliert wie nötig, aber so einfach wie möglich zu formulieren. Denn: ist die Zielsetzung zu kompliziert, zu komplex, ist sie nicht umsetzbar; ist sie jedoch zu einfach, ist sie nicht aussagekräftig genug.

Übung 2: Vom Ziel zur Handlung

Auch diese Übung erfolgte in mehreren Arbeitsschritten.

1. Schritt: Ebenen beschreiben
 - Was wollen wir erreichen? (Oberstes Ziel)
 - Unter welchen Bedingungen kann das Ziel erreicht werden? (Bedingungen)
 - Was setzen diese Bedingungen voraus? (Voraussetzungen)
 - Welche Einflussmöglichkeiten gibt es, um diese Voraussetzungen zu realisieren? (Interventionen)

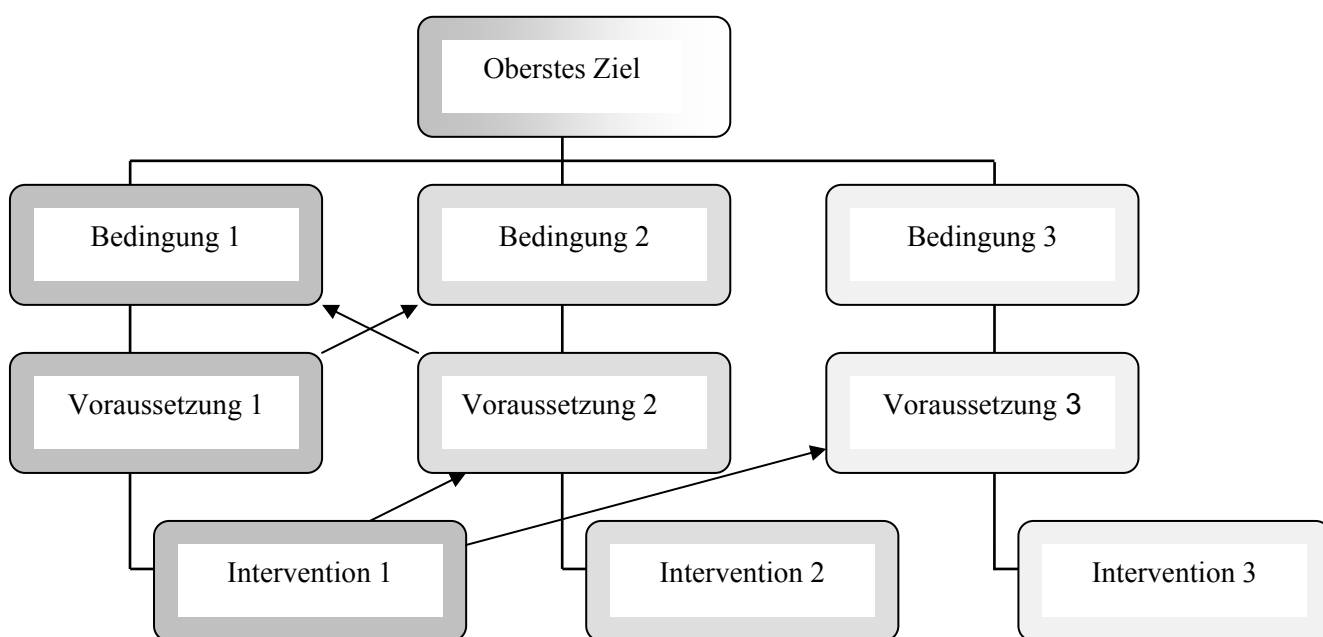
An dieser Stelle machte Michael Wright uns vertraut mit den SMART-Kriterien für eine Strategieplanung:

- **Spezifisch**
konkret definieren, was Prävention für die spezielle Zielgruppe bedeutet
- **Messbar**
nicht unbedingt quantitativ! Was können wir objektiv feststellen und belegen?
- **Angemessen**
im Verhältnis zum Bild von HIV/AIDS in der Kommune
- **Realistisch**
vorhandene Zeit, Ressourcen, Fachkenntnisse etc. aller Beteiligten berücksichtigen
- **Terminierbar**
die einzelnen Umsetzungsschritte müssen zeitlich planbar und überschaubar sein

Bezogen auf die einzelnen Ebenen bedeutet dies:

Das Ziel muss spezifisch und messbar definiert werden. Die Interventionen müssen realistisch und terminierbar und unter Berücksichtigung der gültigen Voraussetzungen und Bedingungen stringent und hierarchisch auf die Zielebene ausgerichtet sein.

Beschreibung der Ebenen:



2. Schritt: Fließtext schreiben (2. Teil)

- Der Fließtext muss nicht perfekt formuliert sein
- Alle Bestandteile der Strategie werden miteinander in Zusammenhang gebracht.

Peer-Review im Plenum

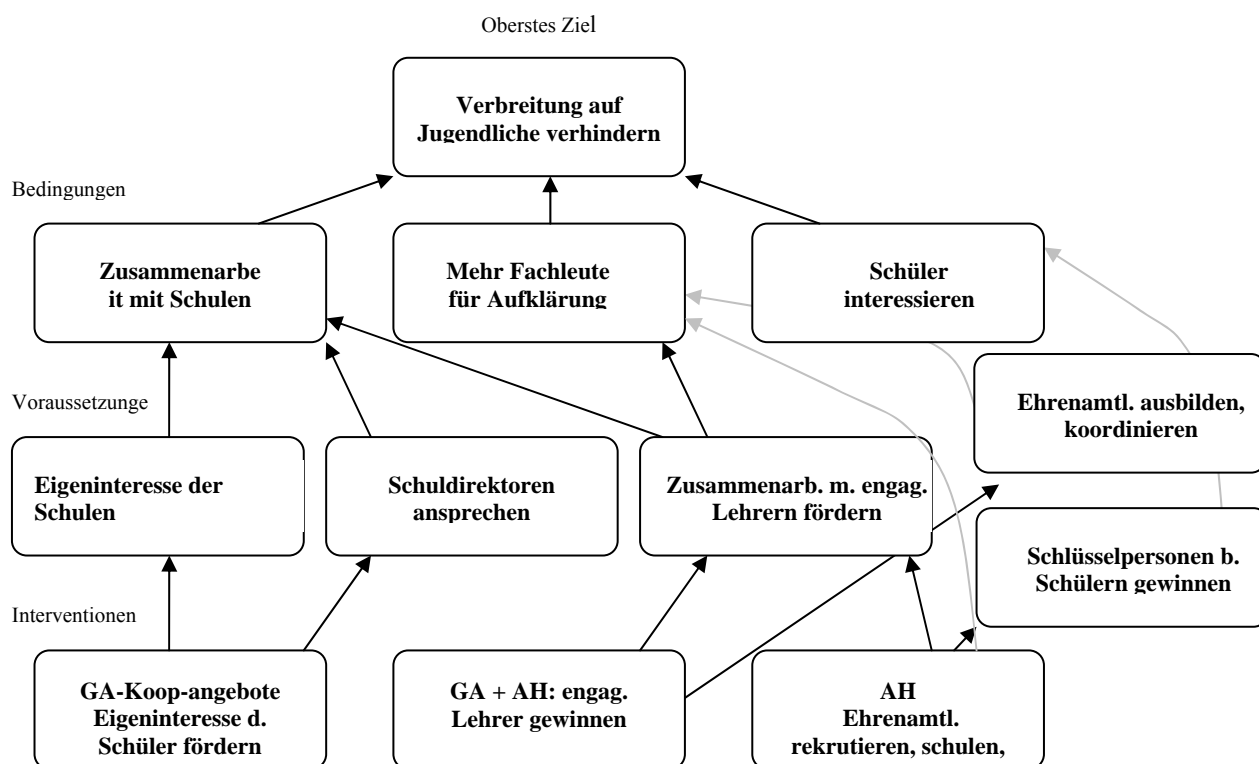
Auch für diesen Arbeitsschritt stellten einige Arbeitskreismitglieder ihre Ergebnisse vor. Dabei wurde deutlich: Es gibt keine „richtige“ Bekämpfungsstrategie. Hier kommt es darauf an, dass die SMART-Kriterien berücksichtigt werden. Zur Überprüfung der Plausibilität ist wiederum die Rückmeldung anderer von Bedeutung. Als Kriterien für ein Feedback gelten erneut die Fragen:

- Ist es plausibel und nachvollziehbar?
- Was sind die Stärken des Arguments?
- Was sind die Schwächen des Arguments?
- Ist es für den Adressaten geeignet?

Zusammenfassung:

Im Vorfeld der Entwicklung von Präventionsmaßnahmen ist es nicht möglich, Indikatoren für die Messung des Präventionserfolges zu formulieren. Notwendig ist zuerst eine Bestandsaufnahme. Daran schließt sich die Strategieentwicklung an und erst jetzt können unter Berücksichtigung der SMART-Kriterien Indikatoren entwickelt werden, die ermöglichen, den Präventionserfolg zu erkennen und zu beschreiben.

Praxisbeispiel einer Workshop-Teilnehmerin - Vom Ziel zum Handeln



Am oben skizzierten konkreten Beispiel erläuterte Michael Wright die Anwendung der SMART-Kriterien und die Bedeutung der Stringenz bei der Zielerreichung.

Diskussion der SMART-Kriterien:

1. Das Ziel ist zu allgemein formuliert. Unter Berücksichtigung der SMART-Kriterien bedeutet verstärkte Prävention in den Schulen z. B.:

Spezifisch: Präventionsveranstaltungen in allen 8., 9. und 10. Klassen

Messbar: Die Veranstaltungen sind nach vereinbarten Leitlinien und Methoden durchzuführen.

2. Die Bedingungen müssen konkretisiert werden, z. B.:

- Anstatt ‚Zusammenarbeit mit Schulen‘ – zu 3 – 10 Schulen gute Kontakte aufbauen und regelmäßige Veranstaltungen durchführen
- Anstatt ‚Mehr Fachkräfte für Aufklärung‘
Bestandsanalyse (Haben): Wie viele Klassen gibt es? Wie viele Veranstaltungen müssen geleistet werden?
Wie viele Fachkräfte benötige ich dafür?
Soll-Beschreibung: Berechnung der Mindestanzahl an Fachkräften, die notwendig sind, um das gesteckte Ziel zu erreichen.
- Schüler interessieren
Kleine Befragung der Schüler schon bei der Bestandsaufnahme an ausgewählten Schulen, Fremdwahrnehmung der Mitarbeiter erheben u.a.m.

3. Die Voraussetzungen müssen ebenfalls erhoben und beschrieben werden, z. B.:

- ‚Eigeninteressen der Schulen berücksichtigen‘

Warum wollen die Schulen mit uns zusammenarbeiten? Was wollen sie von uns haben? Erfassung der Interessenlage z. B. durch protokollierte Gespräche mit den Direktoren/innen; Auswertung der Ergebnisse und Information der Schulleitungen (schriftlich, Runder Tisch

o.a.)

- ‚Schuldirektoren ansprechen‘

Wer bzw. wie viele sollen angesprochen werden? Könnte man wirklich allen etwas anbieten? Wie sollen sie angesprochen werden: anschreiben, anrufen? Die Auswahl der Schulen kann schrittweise erfolgen, angepasst an die Ressourcen. Wichtig ist, dass die Ergebnisse dokumentiert werden!

und so weiter ...

Stringenz der Strategieplanung:

Die in die Ebenenmatrix eingefügten Pfeile zeigen die ursprünglich gedachten Zusammenhänge. Das Bild macht jedoch auch deutlich, dass hier die notwendige klare Zuordnung von Interventionen zu Voraussetzungen und Bedingungen nicht gegeben ist und eine Neuordnung und Umgestaltung erforderlich wäre, um angemessene Interventionen zielorientiert und überprüfbar umsetzen zu können.

Weiterführende Literatur von Michael T. Wright:

Michael T. Wright

Martina Block

Bestandsaufnahme der Aktivitäten der AIDS-Hilfen zu Evaluation und Qualitätssicherung in der Primärprävention - Ein gemeinsames Projekt des Wissenschaftszentrums Berlin für Sozialforschung und der Deutschen AIDS-Hilfe e.V. unter der Leitung von Rolf Rosenbrock

Gefördert von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung

Schlussbericht

Mai 2005

Bestell-Nr. SP I 2005-304

ISSN-Nr. 1860-8884

Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Public Health, Forschungsschwerpunkt Arbeit, Sozialstruktur und Sozialstaat
Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB), D-10785 Berlin, Reichpietschufer 50, Tel.: 030/25491-577

6. Abschlussplenum am Donnerstag, 04. Mai 2006

Protokoll: Karin Hoeltz

Frau Hanne Häring überbringt dem SprecherInnenkreis den Dank der TeilnehmerInnen für die Organisation der Fachtagung und verabschiedet sich, da sie in den Vorruhestand treten wird.

Die Referenten *Dr. Michael Wright* und *Robert Bolz* stellen die Ergebnisse ihrer Arbeitsgruppen vor. Sowohl TeilnehmerInnen als auch Referenten sind sehr zufrieden mit dem Verlauf der Tagung.

Themenwünsche für 2007

Der SprecherInnenkreis beabsichtigt 2007 einen Fachtag zu organisieren. Mehrfach wurde eine 3-tägige Fachtagung gewünscht. Die TeilnehmerInnen werden aufgefordert zu überlegen, wer sie organisieren kann und sich beim SprecherInnenkreis zu melden, da sich der SprecherInnenkreis für 2007 nicht in der Lage sieht, erneut eine mehrtägige Fachtagung zu gestalten und erst in 2008 wieder eine mehrtägige Fachtagung organisieren kann. Unterstützung bei der Antragstellung wird zugesagt.

Jede/r TeilnehmerIn erhielt zwei Klebepunkte, um die eigene Präferenz für die im Plenum zusammengetragenen Themenvorschläge für die nächste Fachtagung zum Ausdruck bringen zu können:

Themen	Punkte
Burn out	14
Risikomanagement bei Partnern aus Endemiegebieten	9
Veränderungen in der Testberatung Gesetzliche Grundlagen	9
Gesundheitsberichterstattung, Indikatoren	6
STD und ÖGD	1
Peer-Education-Projekte	1

Fortbildung zu Indikatoren im im AIDS-Bereich

Es wird kurz über eine Information von Dr. Michael Wright berichtet, der die AIDS-Hilfen zum Umgang und Arbeiten mit (epidemiologischen) Indikatoren schulen wird. Die BZgA wird die Ausbildung finanzieren. Zusätzlich wird er mit 12 großen Aids-Hilfen vor Ort arbeiten.

Da der Umgang mit Gesundheitsindikatoren und die Gesundheitsberichterstattung ureigenste und sehr wichtige Aufgabe der AIDS-KoordinatorInnen an den Gesundheitsämtern ist, wird Dr. Michael Wright seine Workshop-Bausteine dem SprecherInnenkreis zur Verfügung stellen. Dieser wird versuchen, über die Landes-AIDS-Koordination und/oder BZgA eine Fortbildungsserie durchzuführen. Die TagungsteilnehmerInnen bekunden ihr großes Interesse an einem solchen Fortbildungsangebot und bitten den SprecherInnenkreis entsprechend tätig zu werden.