

2011 Fachtagung

Dokumentation
der Fachtagung 2011 für
Aids-Fachkräfte und
Aids-KoordinatorInnen in NRW vom
3. bis 5. Mai 2011
im Landkomforthotel in Oelde



Verband der AidskoordinatorInnen
NRW e. V.

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

Inhalt

Workshop I:	3
I.Rahmenbedingungen der HIV Test Beratung Veränderungen im Umgang mit dem HIV Test.....	5
II.Grundlagen von Sprache / Kommunikation auf der Basis des NLP (Neurolinguistisches Programmierens) und des systemischen Ansatzes.....	9
III.Zutaten für eine erfolgreiche Beratung	13
IV.Unterschiedliche Beratungskonstellationen.....	17
V.Fallbeispiele aus der Praxis	18
VI.Schwierige Beratungssituationen und -inhalte	21
VII. Ergebnismitteilung.....	23
VIII.Humor in der sozialen Arbeit	24
IX.Literaturliste.....	26
Workshop II:	27
I.Burnout erkennen	29
II.Verschiedene Sichtweisen von Burnout	34
III.Fragebogen zur Selbsteinschätzung	39
IV.Fragen zu Ressourcen	41
V.. Organisationsbedingte Faktoren, die das Entstehen von Burnout begünstigen, und die Bedeutung von Betrieblicher Gesundheitsförderung BGF	42
VI.Bearbeitung von konkreten Situationen.....	47
Workshop III:	48
TOPs.....	49
I.Input „Sexuelle Gesundheit“	49
Andere Länder	51
II.Input „Gesetzliche Grundlagen“	51
III.Entwicklung der Vision „Fachzentrum für Sexuelle Gesundheit“	52
IV.Nächste Schritte.....	56

Workshop I:
AIDS-Beratung heute:
Neue Anforderungen – Techniken und Reflexion

Referent:
Martin Taschies, Sozialarbeiter
AIDS/STD-Beratung
Gesundheitsamt Bremen

Protokoll:

Katrin Bamberger, Helga Tolle

Verband der Aids-Koordinatoren NRW (www.vak-nrw.de)

Vorstellung des Programms durch Martin Taschies:

- I Rahmenbedingungen der HIV Test Beratung
Veränderungen im Umgang mit dem HIV Test**
- II Grundlagen von Sprache / Kommunikation / Beratung**
- III Zutaten für eine erfolgreiche Beratungssituation**
- IV Unterschiedliche Beratungskonstellationen**
- V Fallbeispiele aus der Beratung**
- VI Schwierige Beratungssituationen und –inhalte**
- VII Mitteilung von HIV Testergebnissen**
- VIII Humor in der Sozialen Arbeit (optional)**

Darüber hinaus wurden von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern des Workshops noch folgende Themen gewünscht, welche in das o. g. Programm mit eingebunden wurden.

Vor- und Nachteile Schnelltest: z. B. Durchführung der Blutentnahme und Beratung

Erfahrungen mit AIDS-Phobie

Beratungs-Overkill

Mitteilung von positiven Testergebnissen an Minderjährige (14 bis 16)

Beratung Minderjähriger

I. Rahmenbedingungen der HIV Test Beratung Veränderungen im Umgang mit dem HIV Test

Einstieg in die Thematik

Die Gesundheitsämter waren und sind die Experten für die Durchführung des HIV Tests. Sie beschritten damit vor mehr als 25 Jahren ein neues Arbeitsfeld in der Gesundheitsversorgung, der dem bisherigen Umgang der Gesundheitsämter mit infektiösen Erkrankungen widersprach. Der Test wurde freiwillig, kostenlos, anonym und mit einer Beratung verbunden angeboten. (aus dem Skript von Martin Taschies)

Was ist nach wie vor, das „Besondere“ am HIV Test im Gesundheitsamt?

- Die Menschen gehen in ein „Amt“. Das ist für einige Menschen immer noch mit einem eigentümlichen Gefühl verbunden.
- Sie sprechen mit einem Ihnen bisher unbekanntem Menschen über sehr intime Dinge ihres Lebens, die sie evtl. noch nicht einmal mit ihrem Partner / Partnerin geteilt haben.
- Sie befinden sich in einer Situation, in der sie sich evtl. mit einer schweren chronischen Erkrankung angesteckt haben, die das Leben radikal verändert.
- Es gibt meist nur ein einmaliges Gespräch mit nachfolgender Ergebnismitteilung.
- Die HIV Test Beratung ist eine Mischung aus persönlicher Beratung und Informationsvermittlung. Evtl. ist eine Entscheidungsfindung auf dem Hintergrund neuer Information erforderlich.

Damit unterscheidet sich der HIV Test grundlegend von anderen Beratungssettings und erfordert in vielen Fällen qualitativ hohe Beratungskompetenzen.

Gruppenaufgabe:

Die Teilnehmer bekamen die Aufgabe in Kleingruppen über unterschiedliche Fragen zur HIV Beratung in der jeweiligen Institution zu diskutieren. Die Ergebnisse wurden schriftlich festgehalten.

Fragestellungen:

- Offene Sprechstunde oder Terminvergabe?
- Dauer einer Beratung zum HIV Test (von – bis)?
- Wie viele Beratungen werden in der Woche durchgeführt?
- Wie viele Berater stehen zur Verfügung?
- Wer führt die Blutentnahmen durch?
- Wird der Schnelltest angeboten?

Darstellung der Arbeitsergebnisse			
Fragen	Gruppe I GA Kleve, Münster und Siegen	Gruppe II: GA Düsseldorf, Mönchengladbach, Köln und Bremerhaven	Gruppe III: GA Nordhausen, Cuxhaven und Remscheid
Offene Sprechstunde oder Terminvergabe?	<ul style="list-style-type: none"> Offene Beratung und/oder Terminvergabe, abhängig von der Organisationsstruktur des GA's 	<ul style="list-style-type: none"> offene Sprechzeiten (alle ja) Terminvergabe (3 ja, 1 nein) „Laufkundschaft“ 	<ul style="list-style-type: none"> Terminvergabe und offene Sprechstunde
Dauer einer Beratung zum HIV Test (von - bis)?	<ul style="list-style-type: none"> Beratungsdauer 10 bis 30 Minuten 	<ul style="list-style-type: none"> PRETEST-Beratung: 10 bis 20 Minuten Posttest-Beratung 10 bis 30 Min 	<ul style="list-style-type: none"> 10 bis 30 Minuten
Wie viele Beratungen werden in der Woche durchgeführt?	<ul style="list-style-type: none"> Kleve (ca. 300.000 EW): 2 Münster (285.000 EW, Uni-Stadt): 15 – 20 Siegen (286.000 EW): 5 – 7* 	<ul style="list-style-type: none"> Düsseldorf: 60 Mönchengladbach: 15 Köln: 60 Bremerhaven: 6 	<ul style="list-style-type: none"> Nordhausen: ca. 50 im Jahr Cuxhaven: ca. 100 im Jahr Remscheid: ca. 250 im Jahr
Wie viele Berater stehen zur Verfügung?	<ul style="list-style-type: none"> Kleve: 1 Person / nach Bedarf Münster: 2 Personen / Teilzeit Siegen: 1 Person / Vollzeit 	<ul style="list-style-type: none"> Düsseldorf: 4 (3 w, 1 m) Mönchengladbach: 2 (w) Köln: 8 (6 w, 2 m) Bremerhaven: 4 (3 w, 1 m) 	<ul style="list-style-type: none"> Nordhausen: 1 Beraterin Cuxhaven: 1 Beraterin Remscheid: 1 ½ Beraterin
Wer führt die Blutentnahmen durch?	<ul style="list-style-type: none"> Kleve: Arzt Münster: Ärztin / Labor Siegen: Labor 	<ul style="list-style-type: none"> Düsseldorf: 1 Arzthelferin + STD Mönchengladbach: 2 Mitarbeiter (eigenes Labor GA) Bremerhaven: 1 2 KS? Köln: 3 Mitarbeiter + STD 	<ul style="list-style-type: none"> Nordhausen: Krankenschwester und Arzt Cuxhaven: Beraterin selbst Remscheid: Labor und Ärztin
Wird der Schnelltest angeboten?	<ul style="list-style-type: none"> Kleve: nein Münster: ja Siegen: ja 	<ul style="list-style-type: none"> Düsseldorf: ja Mönchengladbach: nein Bremerhaven: nein Köln: ja 	<ul style="list-style-type: none"> Nordhausen: nein Cuxhaven: ja Remscheid: ja

* Die Zahl der Beratungen ist u. a. abhängig von der Bevölkerungsstruktur und von der Angebotsstruktur (Wie bewirbt man das Angebot? Wie sind die Sprechstundenzeiten? Wie viele Berater? etc.).

Weitere Fragen wurden in den Kleingruppen diskutiert:

- Was hat sich in den letzten Jahren beim HIV Test verändert?
- Welche Auswirkungen haben sich daraus ergeben? Woran habt Ihr das gemerkt?
- Welche neuen Anforderungen gibt es für den/die Berater/in?

Ergebnisse aus der Kleingruppenarbeit:

Was hat sich verändert?	Auswirkungen:	Neue Anforderungen:
Wenige Klienten mit Migrationshintergrund, wenn, dann mit hohem Risiko	Einbeziehung von STD´s	
Entspannter Umgang mit Testung bei jungen Menschen	durch Schnelltest erhöhte Alarmbereitschaft des Beraters	längere Beratungen durch Schnelltest und STD
Menschen, die zur Testung kommen, sehen die Situation lockerer		Mehr Wissen zu den STD´s
Behandelbarkeit	Möglichkeiten der Früherkennung im Rahmen der Primärprävention	
Partnerindizierter Test steigend		
Ersttester steigend		
HIV / STD (Flexibilität und sexuelle Gesundheit)		
		Angststörungen

Ergänzungen durch Martin Taschies:

Veränderungen im Umgang mit dem Test

Früher

- Sehr hochschwelliges Angebot
- Großer Informationsanteil zu den Übertragungswegen
- Geringe Therapiemöglichkeiten der Erkrankung
- „Kritischer“ Umgang mit dem Test

Heute

- Niedrigschwelliger Zugang
- Aufforderung zur Durchführung des Tests
- Wirksame Medikamente stehen zur Behandlung der Erkrankung zur Verfügung
- Wissen zu den Übertragungswegen ist sehr hoch
- Schnelltest steht zur Verfügung
- Angebot von szenenahen Tests (Saunen etc.)

Neue Anforderungen

Schnelltest

- Mehr Informationen zu Diagnostik
- Unterstützung im Entscheidungsprozess
- Bei reaktivem Ergebnis steht wenig Zeit für den/ die Berater/in zur Vorbereitung der Ergebnismitteilung zur Verfügung

HIV Test

- Einbindung der STD's
- Erweiterung der Beratungsinhalte (Mehr Wissen erforderlich)
- Thematisierung der STD's ohne „Auftrag“
- Verbesserte Therapiemöglichkeiten in der Behandlung
- AIDS hat seinen Schrecken verloren
- Präventionsaspekt im Beratungsgespräch ist komplexer geworden

Darüber hinaus formulierten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Workshops Tipps für die Beratung sowie kurze Info's zu ausgewählten STI's zusammengestellt:

Durch allgemeine Fragen kann man sich einfacher dem Thema nähern:
„Haben sie Symptome?“ „Haben sie allgemeine Beschwerden?“
„ Sind Sie gegen Hepatitis B geimpft?“
-> Gespräch über STI's

Auf Chlamydien kann man bei Männern und Frauen im Beratungsgespräch eingehen (Symptome schildern und auf die Vorsorgeuntersuchung bei Frauen bis zum 25. Lebensjahr hinweisen).

Hepatitis B (steht seit 1995 in den Empfehlungen): Die Impfung ist bis 18 Jahre kostenlos und für bestimmte Zielgruppen (z. B. MSM) kostenlos.
Mittlerweile übernehmen viele Krankenkassen die Kosten, Krankenkasse fragen!

Hepatitis C ist keine STI im engeren Sinne (Blut-zu-Blut-Kontakte oder Blut-zu-Schleimhaut-Kontakte, Sexualpraktiken mit Blut (Fisten, SM, etc.)).

II. Grundlagen von Sprache / Kommunikation auf der Basis des NLP (Neurolinguistisches Programmierens) und des systemischen Ansatzes

Im Folgenden wurden von Martin Taschies Kommunikationsaspekte, die auf der Grundlage systemischer Sichtweise und aus dem NLP (Neuro Linguistischen Programmieren) stammen, vorgestellt.

Zum Einstieg in das Thema wurde den Teilnehmern folgende Geschichte vorgelesen: Als Einstieg möchte ich Euch eine kleine Geschichte vorlesen, vielleicht kennt der eine oder die andere sie schon, trotzdem ist sie immer wieder interessant.

Sechs weiße Männer aus Indien trafen auf einen Elefanten. Sie tasteten sorgfältig seine Gestalt ab, denn sie waren alle blind. Der Erste befühlte den Stoßzahn: „Mir scheint, dass dieses Prachtstück von einem Tier sehr stark einem Speer ähnelt.“ Der Zweite tastete die Flanke der Kreatur ab, die sich und flach anfühlte. „Aha“, rief er, und kam zu dem Schluss: „Dieses Tier ist eine Wand.“ Der Dritte hatte ein Bein ergriffen und meinte: „Ich weiß schon, was wir hier vor uns haben, dieses Geschöpf ist ein Baum.“ Der Vierte bekam den Rüssel zu fassen und sprach: „Dieses sogenannte Tier ist eine Schlange.“ Der Fünfte hatte das Ohr des Tieres in den Händen und ließ seine Finger darüber gleiten. „Ich habe die Antwort: Dieses Wesen ist wie ein Fächer.“ Der Sechste stieß auf den Schwanz und tastete ihn ab. „Hört meine Entscheidung, dieses Geschöpf ist wie ein Seil.“

Und so stritten die Männer, die alle nicht sehen konnten, lange und heftig über die Gestalt des Elefanten und obwohl sie teilweise Recht hatten, irrten sich alle.

(Charles Hampden – Turner)

Erläuterung zu der Geschichte:

Es geht hier um die Annahme, dass wir uns in einer Beratung in einer ähnlichen Situation befinden, wie die oben erwähnten weißen Männer aus Indien. Wir glauben häufig, dass wir die Welt um uns herum so wahrnehmen, wie sie wirklich ist. Durch diese wirklichen Erlebnisse bilden wir dann unsere Erfahrungen, unsere Meinungen und handeln entsprechend. Häufig wird dabei außer Acht gelassen, dass in diesem Prozess einige Einschränkungen vorgenommen werden und damit die so genannte Wirklichkeit verzerrt wird.

Wie nehmen wir unsere Erfahrungen auf?

Jede Erfahrung ist eine sinnliche Erfahrung, das heißt: wir Menschen erfahren die Welt um uns herum durch unsere fünf Sinne, also:

Visuell	sehen
Auditiv	hören
Kinästhetisch	fühlen / empfinden
Olfaktorisch	riechen
Gustatorisch	schmecken

In diesem sinnlichen Wahrnehmungsprozess erleben wir, durch die Auswahl unserer fünf Sinnesorgane, Einschränkungen. Wir benutzen in unserem Kulturkreis häufiger unser Sehen, Hören und Fühlen, wobei es große individuelle Unterschiede gibt. Manche Menschen sind eher visuell und andere eher auditiv in der Aufnahme und Verarbeitung von Erfahrungen ausgerichtet.

Die gemachten Erfahrungen werden somit als Bilder, Klänge, Gefühle, Gerüche abgebildet und abgespeichert. Hier gibt es wiederum eine Einschränkung, da die abgespeicherte Abbildung nie so komplex sein kann, wie die ursprünglich gemachte Erfahrung.

Diese innerliche Abspeicherung wird ein weiteres Mal reduziert, wenn wir sie in Sprache umformen und übertragen. Sprache ist somit gesehen oberflächlich. Sie kann Dinge nie so ausdrücken, wie sie wirklich sind und damit ist Sprache erst einmal in ihrer Aussage begrenzt.

„Die Landkarte ist nicht das Gebiet.“

„Die Speisekarte ist nicht die Mahlzeit.“

Der Vorteil an der Reduktion komplexer Erfahrungen in Sprache ist, dass wir so Erfahrungen austauschen und miteinander kommunizieren können. Der Nachteil liegt darin, dass in der Reduktion so viele Details verloren gehen können, dass wir uns unter Umständen gründlich missverstehen können, obwohl wir das Gleiche meinen.

Nehmen wir das Beispiel Urlaub: Wenn man das Wort „Urlaub“ hört, was passiert dann?

Person A sieht Berge. Person B hört das Rauschen des Meeres. Person C schmeckt die salzige Luft auf den Lippen

Die drei Personen erinnern sich an unterschiedlichen Erfahrungen. Obwohl alle glauben zu wissen, was mit Urlaub gemeint ist, verstehen sie alle etwas anderes darunter. Im Zusammenhang mit dem Thema Urlaub mag das nicht so wichtig sein, aber wenn Menschen sich über Angst, Freiheit oder Erfolg auseinandersetzen, kann es höchst problematisch werden.

Wir können weitere Einschränkungen, die bei der Verarbeitung von Erfahrungen gemacht werden, folgendermaßen beschreiben.

1. Tilgung:

Das Auswählen, Nichtwahrnehmen und Ausblenden von Informationen der Umwelt gibt einer Erfahrung eine bestimmte Bedeutung. Der Mensch ist in der Lage, die Aufmerksamkeit auf wichtige Informationen zu richten und unwichtige auszublenden. Dies erfolgt unbewusst durch unser Gehirn.

2. Generalisierung:

Eine Erfahrung wird so verallgemeinert, dass die Bedeutung für alle ähnlichen vergangenen und zukünftigen Situationen damit feststeht. Beispiel: Feuer ist heiß und damit gefährlich.

Was wir einmal gelernt haben, können wir in verschiedenen Situationen wieder anwenden, Wissen braucht nicht neu erworben werden, das ist positiv. Negativ ist, wenn jemand diese Generalisierung vornimmt und aus einer schlechten Prüfungserfahrung eine Prüfungsangst wird.

3. Verzerrung:

Informationen und Wahrnehmungen werden „passend umgebogen“, so dass bisherige Annahmen und Meinungen aufrechterhalten werden können. Beispiel: „Wenn der so guckt, passt ihm das bestimmt nicht, wie ich das jetzt mache.“ Man meint ganz genau zu wissen, was der andere denkt oder fühlt, wenn er sich so oder

so verhält. Informationen verlieren damit ihren Gehalt und werden zu Interpretationen.

In Beratungssituationen ist es wichtig, den genauen Kontext zu kennen, in der eine Person eine Situation oder ein Verhalten beschreibt. Hier ist die Fertigkeit des „Nicht-Wissens“ immer wieder gefordert

Berichtet zum Beispiel eine Person über „Ängste“, ist es erforderlich weitergehende Informationen zu erhalten, um genauer die Erfahrungen, die der Mensch erlebt hat, bei ihm zu entfalten. Wichtig ist hierbei jedoch zu erkennen, dass der Berater letztlich nicht genau die Angst kennen kann, die der andere erlebt, aber er kann sich dann ein vollständigeres Bild davon machen. Es ist somit notwendig, genauer die Situationen / Erfahrungen zu hinterfragen, die der Klient schildert. Zu beachten ist, dass man dabei nicht in einen so genannten Problemsog gerät, aus dem der Klient nur schwer herausfindet.

Um mehr über den genauen Kontext zu erfahren, muss der/die Berater/in sehr differenziert fragen.

Beispiele:

„Ich verstehe meinen Partner nicht.“

„Was verstehen Sie bei Ihrem Partner nicht?“

„Ich war in der Situation unsicher.“

„Worüber oder womit waren Sie in der Situation unsicher?“

„Mein Partner beeinflusst mich negativ.“

Wie genau beeinflusst Sie Ihr Partner negativ?“

„Männer zeigen keine Gefühle.“

„Was würde passieren, wenn Männer Gefühle zeigen würden?“

„Die Leute lernen einfach nichts.“

„Wer genau lernt nicht?“

W-Fragen sind angemessene Fragen, mit Ausnahme der Warum-Frage. „Warum Fragen“ führen zur Rechtfertigung des Problems oder der Situation. Die Frage nach dem „Warum“ führt letztlich in eine Sackgasse und sowohl der Befragte als auch der Berater erkennen nicht den dahinter liegenden Grund für ein Verhalten.

Sprache ist einerseits oberflächlich und andererseits auch sehr mächtig und manipulativ. Wir sollten von daher behutsam mit ihr umgehen. Dazu ein Beispiel zur Benutzung des Wortpaares „Ja, aber“. Dies ist eine mächtige und fast schon körperlich wahrnehmende Wortverknüpfung.

Beispiel: „Der Rechner, den Du gestern gekauft hast, ist sehr gut, aber der Farbdrucker ist absolut nicht zu gebrauchen.“

Das Beispiel zeigt, dass die positiven Elemente einer Amnesie unterliegen. Das „Gute“ bleibt in der Erinnerung der Person nicht haften. Als Hypothese könnte man hier sagen: „Alles was vor dem „Aber“ kommt, dient nur der Höflichkeit. Besser wäre die Satzelemente in einer anderen Reihenfolge anzuordnen: *„Den Farbdrucker, den du gestern gekauft hast, ist absolut nicht zu gebrauchen, aber der Rechner ist sehr gut.“*

Man muss sehr aufmerksam beim Zuhören sein. In bestimmten Situationen ist es notwendig, auf die Handlungsfähigkeit eines Klienten zu achten, um sie weiterhin zu ermöglichen. Hier ist die Aufgabe des Beraters, auf einen positiven Aspekt im Handeln des Klienten zu verweisen.

Beispiel: Klient hat einen Seitensprung gemacht und ist vollkommen aufgelöst, obwohl er den Kontakt geschützt praktiziert hat.

Berater: „Sie haben einen Seitensprung begangen, aber Sie haben ein Kondom genutzt und damit alles getan, um sich und andere vor einer STD zu schützen.“

Was heißt systemisch?

„Grundlage für die systemische Praxis ist die Kooperation zwischen Hilfesuchendem und Helfer. Zentrales Arbeitsmittel ist der öffnende Dialog. Dem Klienten gegenüber bemüht sich der Therapeut, Berater oder Supervisor um eine Haltung des Respekts, der Unvoreingenommenheit, des Interesses und der Wertschätzung bisheriger Handlungs- und Lebensstrategien.

Individuelle Symptome werden als Ergebnis von krankheitserzeugenden und – aufrechterhaltenden Beziehungsmustern im Kontext der wichtigen Bezugspersonen gesehen. Diese Personen werden deshalb nach Möglichkeit in den therapeutischen Prozess mit einbezogen.“ (Wilhelm Rotthaus, DGSF)

„Symptome werden als Ausdruck bestimmter Beziehungsmuster gesehen. Beraterische wie therapeutische Interventionen zielen darauf ab, diese Muster deutlich werden zu lassen, persönliche Ressourcen zu aktivieren und die Handlungsmöglichkeiten der Beteiligten zu erweitern.“ (Lubenow, Systemische Therapeuten)

NLP (Neuro Linguistisches Programmieren) oder auch Neue Lern – Prozesse

- Beschreibt einen Prozess, mit dem Menschen ihre Erfahrungen, ihr Leben und Erleben gestalten.
- Beschreibt ein Modell der Welt, eine Sichtweise mit bestimmten Grundannahmen
- Ist eine Sammlung von Methoden, um menschliches Erleben zu verändern.

Grundannahmen im NLP sind:

- Die Menschen bilden ihre Modelle von der Welt durch ihre Nervensysteme ab.
- Körper und Geist bilden eine Einheit.
- Die Landkarte ist nicht das Gebiet.
- Auf dem Hintergrund ihrer Erfahrungen handeln Menschen optimal.
- Die Menschen haben alle Ressourcen, um in der für sie angemessenen Weise handeln zu können.
- Es ist nicht möglich, nicht zu kommunizieren.
- Die Bedeutung der Kommunikation liegt in der Antwort, die sie hervorbringt.

III. Zutaten für eine erfolgreiche Beratung

Gruppenaufgabe:

Die Teilnehmer bekamen die Aufgabe in Kleingruppen über folgende Frage zu diskutieren:

„Was denkt Ihr, welche Qualitäten sollte ein/e Berater/in haben?“

Die Ergebnisse sollten in der anschließenden Phase im Plenum vorgestellt werden.

Ergebnisse aus den Kleingruppen:

Haltung des Beraters			
Professionalität	Echtheit	Selbstreflexion	aktives Zuhören
Anwendung von Fachwissen	ohne Vorurteile	eigene Grenzen einhalten	Perspektiven aufzeigen
Kompetenz fachlich und kommunikativ	wertschätzend	eigene blinde Flecke kennen	aktiv mitschwingendes Nachfragen
Struktur geben und haben	Objektivität (nicht wertend)	Selbstschutz (Psychohygiene)	geschärfte Wahrnehmung (Wie wirkt der Klient auf mich?)
fachliche Qualifikation	Offenheit	eigene Werte zurückstellen	entsprechende Gesprächsführung, bezogen auf Klienten
Sicherheit im Ablauf	wertneutral	Fähigkeit zur Trennung von Beziehungsebene und Sachebene bzw. Beziehungsebene klären	den Blickwinkel des Klienten beachten
Sicherheit geben, Spannung nehmen (bezugnehmend auf Klienten)	Geduld (zuhören können)		Neugierde
Welche Infos im individuellen Fall notwendig?	Empathie (Feinfühligkeit)		keine Schuldzuweisung
Klarheit der Beraterrolle	Wertschätzung		Aussagen/Fragen hinterfragen
	Freundlichkeit		positive Aspekte herausarbeiten (evtl.)

Haltung des Beraters

- Wertschätzend, zugewandt, offen und respektvoll im Umgang mit dem Klienten
- Keiner kann sagen, was wirklich ist
- Anerkennung der Problemwirklichkeiten des Klienten

- Wertschätzung der jeweiligen Person als Experte für sich und die für ihn und zu seinem Problem passenden Lösungen
- Vertrauen in die Kompetenzen und Ressourcen des Klienten
- Alles Geschehen in einem Beratungsprozess ist eine Koreaktion zwischen Berater und Klient

Grundannahmen für den Berater:

- Der Mensch, der mir gegenüber sitzt, ist der Experte für sein Problem. Er kennt es am besten und wenn auch nicht bewusst, trägt er die Lösung für das Problem in sich.
- Ich respektiere die Autonomie des Klienten. Für unseren Kontext heißt dies zum Beispiel: Der Klient / die Klientin entscheidet, ob und wann er/ sie den Test durchführen lässt (Ausnahmen).

Fertigkeit des Nicht – Wissens (Anderson und Goolishian)

Diese Position meint, dass ein/e Berater/in die Bedeutung der Erfahrungen und Handlungen eines Klienten nie „a priori“ (kraft des Bezugsrahmens einer Expertin) kennen kann. Der Berater muss sich vielmehr auf die Wahrnehmungen und Erklärungen des Klienten verlassen. Man kann dies am besten, wenn man die Haltung des „Nicht – Wissens“ einnimmt.

„Die Position des Nicht – Wissens zieht eine allgemeine Haltung oder einen Standpunkt nach sich, in welchem die Handlungen des Beraters eine reichhaltige, aufrichtige Neugier vermitteln. Das heißt, die Handlungen und die Haltungen des Therapeuten drücken eher das Bedürfnis aus, mehr über das zu erfahren, was gesagt wurde, als vorgefasste Meinungen und Erwartungen über den Klienten, das Problem oder das was geändert werden sollte, zu übermitteln. Der/die Berater/in positioniert sich selbst also in einer Weise, die es ihm/ihr erlaubt, durch den oder Klientin informiert zu werden.“(Anderson & Goolishian in „Lösungen (er-)finden“. Das Werkstattbuch der lösungsorientierten Kurztherapie, Peter De Jong / Insoo Kim Berg, S. 46).

Das „Zuhören können“ hat in diesem Kontext eine besondere Bedeutung.

„Wenn wir anderen dabei zuhören, wie sie über sich selbst erzählen, hören wir normalerweise nicht nur einfach zu, sondern reagieren mit eigenen Gedanken auf das Gesagte. Nehmen wir zum Beispiel an, ihr hört einem 15-jährigen zu, der euch erzählt, dass er sauer auf seine Eltern ist, weil er um 22.00 Uhr zu Hause sein soll und dass er Ihnen gesagt hat, die Eltern seien altmodische Idioten und dass er dann bis 3 Uhr weggeblieben ist. Während ihr dieser Geschichte lauscht, gehen euch vielleicht Gedanken wie die folgenden durch den Kopf: „Wenn er seine Eltern beschimpft, werden die ihn gerade nicht länger raus lassen.“ und „Es ist eine unreife und unproduktive Art, mit Wut umzugehen, wenn man bis drei Uhr wegbleibt.“ Wenn euch solche bewertenden Gedanken durch den Kopf gehen, dann entstammen sie eurem Bezugsrahmen und stören das genaue Zuhören. Sie stören, weil es schwierig ist, gleichzeitig zuzuhören und zu bewerten und eine solche Bewertung kann leicht zu der Art vorschnellen Problemlösens führen (ebd. S. 47 .)

Die meisten von uns finden es ziemlich schwierig, den eigenen Bezugsrahmen auszuklammern und die Geschichte der Klienten auch aus der Perspektive der Klienten zu hören. Wir sind es gewohnt, alles, was andere uns erzählen, durch unsere eigenen Erfahrungen und Überzeugungen zu filtern.“ (ebd. S. 47)

Der Berater benötigt die Erlaubnis des Klienten zur Intervention

Ich kann nur so gut sein, wie der Andere es mir erlaubt zu sein. Ich kann viele Methoden haben, aber ich benötige die Erlaubnis des Anderen sie einsetzen zu dürfen. Als erstes steht also die Erlaubnis, dann die Methode.

Heißt: Auf die Person eingehen, sie z.B. in ihrem Repräsentationssystem (Visuell / auditiv) ansprechen.

Formulierungen von Erfahrungen und Situationen aufgreifen und in der Wortwahl des Klienten wiedergeben. So ist es auch sehr hilfreich Schlüsselworte wieder zu geben und darauf einzugehen:

„Mein Leben ist ein Chaos!“ „Was meinen Sie mit Chaos?“

Die Erlaubnis für eine Intervention vom Klienten zu erhalten, ist eine Grundvoraussetzung für ein gelingendes Gespräch.

Zuhören können ist in diesem Zusammenhang sehr wichtig. Die meisten Klienten spüren, ob wir Ihnen sehr genau und respektvoll zu hören. Ihre Schlüsse darüber, ob wir Ihnen gut zuhören oder nicht, scheinen sie sowohl daraus zu ziehen, dass sie uns beobachten, als auch daraus, dass sie sich unsere verbalen Antworten anhören.

„Non verbale Äußerungen, die ein gutes Zuhören ausdrücken sind zum Beispiel:

- *ein Tonfall, der zu dem Klienten passt*
- *Augenkontakt*
- *gelegentliches Nicken, um zu zeigen, dass der Berater dem folgt, was der Klient sagt*
- *sich verändernde Mimik als Reaktion auf das, was der Klient mitteilt*
- *lächeln, wo es angemessen ist, um Wärme und Verständnis zu zeigen*
- *moderate Redeanteile*
- *gelegentliche Gestik der Hände*
- *leichtes Vorbeugen, um Interesse und Konzentration zu zeigen“ (ebd. S.).*

Empathie

Empathie ist:

- eine schwer fassbare Qualität in der Beziehung zum Klienten
- positive, nicht besitzergreifende Zuwendung

„Kontrollierte emotionale Beteiligung“. Sensibel für die Gefühle der Klienten sein, diese verstehen und angemessen reagieren können. Die Berater muss also mehr leisten, als rein kognitiv zu begreifen, was die Klienten kommunizieren. Die Geschichte der Klienten muss mit ihrem ganzen Wesen – mit ihren Gefühlen genauso wie mit ihren Gedanken, wenn man so will, mit dem Herzen – verstanden werden. (Biesteks, in „Lösungen (er-)finden“. Das Werkstattbuch der lösungsorientierten Kurztherapie, Peter De Jong / Insoo Kim Berg, S.).

„Empathie bedeutet nicht, dass sich der / die Berater/in mit dem Klienten identifiziert, und sich so in deren Welt verliert. Der Berater arbeitet vielmehr daran, den Bezugsrahmen der Klienten zu untersuchen und zu verstehen, ohne dabei jemals das innere Gefühl dafür zu verlieren, dass sie eine von der Klientin getrennte Person ist.“ (ebd. S.

Gesprächsbeginn

„Wie beginne ich das Gespräch, nachdem ich mich als Berater vorgestellt habe?“

1. Möglichkeit: „Was kann ich für Sie tun?“

Eine solche Eingangsfrage suggeriert dem Klienten, dass der Berater für ihn etwas tun wird und kann. Es besteht die Vorannahme, dass der Klient nach Hilfe und Unterstützung sucht, nach der Eigenmotivation und dem persönlichen Anliegen wird hier nicht gefragt.

2. Möglichkeit:

„Was ist Ihr Anliegen?“ oder „Was hat Sie zu uns geführt?“
Aus dem Anliegen wird der Auftrag!

Weitere Möglichkeiten für den Gesprächsbeginn:

- Begrüßung
- eigene Vorstellung
- anonyme Beratungsstelle, Gespräch vertraulich
- Was führt Sie zu mir? Was hat Sie zu mir geführt?
- Ist es das erste Mal, dass Sie sich mit dem Thema beschäftigen?
- Haben Sie schon mal einen Test gemacht?

Zum Beenden des Gesprächs eignet sich der Satz:

- Vielen Dank für das Gespräch mit Ihnen.

Auftragsklärung

Eigentlich ist die Auftragsklärung eines der ersten Dinge, die im Beratungsprozess zu klären ist: Bei der HIV Test Beratung ist das anders, da es in aller Regel klar ist, was der Anlass für den Klienten ist. Der Auftrag ist eindeutig, es geht um die Abklärung eines HIV Risikos. In einigen Situationen sehen wir, dass die vom Klienten geschilderte Geschichte / Situation wenig oder fast gar nicht mit einer HIV-Infektion in Verbindung zu bringen ist. Grund und Ursache liegen woanders. Hier muss im Gespräch abgewogen werden, ob wir uns einen „neuen“ Auftrag vom Klienten erteilen lassen.

Weitere fördernde Bedingungen für eine Beratungssituation:

- Sitzordnung im Beratungszimmer
- Rücken wird frei gehalten
- Kollegiale Beratung
- Supervision
- Fortbildung

IV. Unterschiedliche Beratungskonstellationen

Ausgangsfrage:

„Welche unterschiedlichen Beratungskonstellationen zwischen Berater/in und Klient/in können entstehen und was ist jeweils dabei zu beachten?“

Ergebnisse der Diskussion:

Mann berät Frau / Frau berät Mann

- Geschlechterkampf

Paarberatung (Frau – Mann, Mann – Mann)

- Der Berater bestimmt das Setting.
- Bei Paarberatungen besteht grundsätzlich eine innere, nicht sichtbare Dynamik, die positiv oder negativ sein kann.
- Erfragen des Verhältnisses in dem die stehen die Personen zueinander stehen.
- Allgemeine Infos zum Test können dem Paar gemeinsam mitgeteilt werden. Intime Fragen zu Risiken besser getrennt besprechen („Ich habe noch zwei, drei Aspekte, die ich gerne mit Ihnen jeweils alleine besprechen möchte.“ Nach dem Gespräch: „Ich habe mit Ihnen noch Einzelgespräche geführt, weil ich nicht weiß, ob Sie alles voneinander wissen.“)
- Das Setting erfragen, in dem ein Paar das Ergebnis mitgeteilt bekommen möchte (einzeln oder getrennt).

Menschen mit rechtlicher Betreuung

- Wenn es im Vorfeld klar ist, dass jemand. eine rechtliche Betreuung für den Bereich Gesundheit hat (oder es im Gespräch raus kommt), dann muss entweder eine schriftliche Einwilligung vorliegen oder der Betreuer geht eingangs mit in das Gespräch und willigt dem Test zu.

Jugendliche Klienten mit Begleitung

- Minderjährige, die vom Begleiter in der Jugendeinrichtung zum Test „gezwungen“ werden In einer solchen Konstellation ist die Sorgerechtsfrage ganz besonders wichtig.

Beratung Minderjähriger

- Bei unter 14jährigen muss die Einwilligung des Sorgeberechtigten vorliegen (Gesetzlich klar geregelt), da eine Venenpunktion (Körperverletzung im rechtlichen Sinne) durchgeführt wird.

V. Fallbeispiele aus der Praxis

Fall 1

Klientin, Anfang 40, ruft in der Beratungsstelle an und schildert, dass sie aufgrund eines einmaligen Erlebnisses große Angst bzgl. der HIV Infektion hat. Sie möchte darüber sprechen, und erhofft sich davon, dass die Angst weniger wird. Sie hätte mit ihrer Tochter auch schon darüber gesprochen, die sei gerade in den Vorbereitungen zu ihrer Gesellenprüfung und will mit ihr aber nicht mehr darüber reden.

Kollegin in der Anmeldung bietet der Klientin an, jetzt in die Beratungsstelle zu kommen.

Klientin kommt 15 Minuten nach dem Telefonat in die Beratungsstelle und hat ein Gespräch mit einer Beraterin.

Klientin schildert einen einmaligen ungeschützten Kontakt mit einem Mann vor 6 Wochen. Dieser hätte ihr danach erzählt, dass er vor einiger Zeit seine Ex Partnerin aus einer Beziehung rausgeholt habe. Der Partner seiner Ex soll HIV positiv sein. Sie habe mit ihrer Tochter darüber gesprochen, die will aber nichts mehr davon hören, sie bereitete sich gerade auf ihre Gesellenprüfung vor und knallt nur noch die Türen zu. Sie sei allein erziehende Mutter, sei Chefsekretärin, habe viel Arbeit und kann sich um nichts mehr kümmern.

Klientin fragt die Beraterin: „Jetzt sagen Sie mir bitte, ist meine Angst begründet?“

Fragen an die Gruppe:

- Wie könnte man mit so einer Fragestellung umgehen?
- Welche Fragen wären im Beratungsgespräch wichtig zu stellen bzw. was wäre noch wichtig zu erfahren?

Die Fragen wurden in zwei Kleingruppen bearbeitet mit folgenden Ergebnissen:

Gruppe 1:

beruhigende Worte zur Einleitung bezüglich der Beratung

HIV – grundsätzlich schwer übertragbar

grundlegende Informationen zur HIV-Infektion

Hinweis auf 12 Wochen (diagnostisches Fenster)

Wird der HIV-positive Partner behandelt?

Hatte der Partner mit seiner Ex eine sexuelle Beziehung? Jetzt?

Hinweis auf die Grenzen zwischen Mutter und Sohn bezüglich sexueller Erfahrungen?

Gruppe 2:

Frage nach Befindlichkeit

Klärung der sexuellen Netzwerke und der Übertragungswege

(Sachverhalt noch mal genau durchgehen)

mögliche Testszenarien variables Testangebot mit fixen Terminen

Wer ist der richtige Gesprächspartner

Generell gilt:

„Den Koffer zusammen auspacken und ihn anschauen.“

- Infektionsrisiken genauer definieren und Wahrscheinlichkeiten herausarbeiten
- Erfragen der Informationsquelle Von wem gibt es die Information, dass der Partner infiziert sein soll?

- Genauere Information zu dem Kontakt mit dem Mann und zu dem Kontakt Mann-Expartnerin einholen.
- Erfragen, ob eine Testung stattgefunden hat.

Das Ende des realen Falls sah so aus:

Klientin: „Jetzt sagen Sie mir bitte, ist meine Angst begründet?“

Beraterin: „Das kann ich Ihnen nicht sagen, ich sehe nur, dass Sie Angst haben.“

Klientin: „Damit kann auch nicht viel anfangen, ich habe auch mal ein paar Semester Psychologie studiert.“ Steht auf und geht.

Beraterin beschreibt die Klientin als sehr fordernd, distanzlos, grenzenlos und übergriffig. Kollegin Sie hat sich nach dem Gespräch schlecht gefühlt.

Im Plenum wird folgendes festgehalten:

Frage der Klientin aus dem Fall: „Ist meine Angst berechtigt?“

Die Antwort der Kollegin als Einstieg in das Gespräch ist ungünstig: „Diese Frage kann ich Ihnen nicht beantworten.“ Besser wäre eine „weiche Antwort“, z. B: „Um diese Frage beantworten zu können, mache ich Ihnen das Angebot, die Situation gemeinsam durchzugehen.“

Wichtig:

- Differenziertes Nachfragen (in ihrer Schilderung viele Unklarheiten), Klären des Prozesses. „Ich frage genauer nach, nicht weil ich neugierig bin, sondern um das Infektionsrisiko genau abzuklären zu können.“
- Fehlende Informationen ergänzen, um die Situation genauer einzuschätzen.
- Im Gespräch die Angst der Frau aufnehmen und mit ihr gemeinsam versuchen, das Gespräch aus der Gefühlswelt heraus auf eine sachliche Ebene zu bringen.
- Im Gespräch sehr reflektiert und mitdenkend sein.

Fall 2

- Klient, Anfang 30
- Kurzer ungeschützter Kontakt in einem abgelegenen Teil von Südamerika.
- Hat 2x den HIV Test durchgeführt, 12 bzw. 14 Wochen nach der Situation, einmal in Hannover und einmal in Oldenburg.
- Will eigentlich nicht noch Mal den Test machen, weil er Angst hat, er würde positiv ausfallen.
- Er ist verheiratet und hat eine kleine Tochter.
- Er schläft kaum noch seit diesem Ereignis.
- Er geht in seinen Gedanken soweit, dass er denkt in Südamerika gibt es einen HIV Virus, der hier noch gar nicht bekannt ist.
- Beobachtet jede kleine Veränderung bei sich, seiner Tochter und seiner Frau.
- Er möchte die Tochter heimlich testen.
- Er hat Angst Zeit zu verlieren, wenn die Tochter angesteckt sein sollte, so müsste sie ja jetzt Medikamente erhalten.
- Er träumt davon, dass der Arzt ihm irgendwann sagt, dass er positiv sei.

Frage an die Gruppe

- Welches Ziel hättet ihr für das Beratungsgespräch?
- Welche Fragen würdet ihr dem Klienten stellen?
- Würdet ihr mit dem Klienten treffen eine Vereinbarung und wenn ja, welche?
- Was würdet ihr dem Klienten empfehlen?

Der Fall wird im Plenum besprochen und überlegt, wie man in dieser Situation als Berater/Beraterin reagieren kann.

Fragen an den Fall:

Was ist wirklich sein Problem?

Hat er mit seiner Frau ein Problem? Hat er seinen eigenen hohen moralischer Level verletzt bzw.eigene Werte/Normen übertreten?

Was steckt hinter seiner Angst? Sieht er Wunsch nach HIV-Infektion als Bestrafung?

Wie weit geht der Auftrag der Testberatung?

VI. Schwierige Beratungssituationen und -inhalte

Fragestellung im Plenum

„Mit welchen Klienten habt Ihr Beratungen als schwierig oder herausfordernd empfunden?“

Im Plenum wurden folgende Situationen als schwierig benannt:

- **Menschen mit starken Ängsten oder Phobien**

Zu diesem Thema gibt es einen Artikel im Retrovirus Bulletin – Ausgabe 1/2011 „AIDS-Hypochondrie: Lieber krank und Herr des Geschehens, als ohne AIDS und ohne Macht zu sein!“

Der Link zum Artikel ist im Wiki auf www.vak-nrw.de unter AIDS-Phobie zu finden. (Ergänzungen siehe unten)

- **Eltern /-teile mit minderjährigen Kindern**

Die Beratung von Eltern oder einem Elternteil, die ihre Kinder mitbringen, sollte grundsätzlich nicht im Beisein von den Kindern geführt werden.

- **Menschen mit Migrationshintergrund (Kulturell und Sprachprobleme)**

Die Beratung kann auf den regulären Grundlagen erfolgen, unabhängig von Herkunft. Es ist keine „Sonderbehandlung“ notwendig, sondern am besten verhält man sich wie immer (Wie kommt der Mensch auf einen zu?)

- **Menschen, die nicht deutsch sprechen (Gespräch mit Dolmetscher)**

Jeder Klient/jede Klientin hat einen Anspruch auf einen unabhängigen Dolmetscher, der vom Amt bestellt wird (entweder Mitarbeiter im Amt, Beratungsstelle etc.). Die Dolmetscher haben eine Schweigepflicht (Ergänzungen siehe unten)

Weitere schwierige Beratungssituationen und –inhalte:

Menschen mit starken Ängsten bzw. Phobien:

- Wiederholtes Bestätigen, dass ein HIV-Infektionsrisiko nicht vorhanden gewesen sei, ist notwendig, auch wenn es offensichtlich keine Beruhigung beim Klienten auslöst.
- Es ist notwendig auf den möglichen Grund der Angst zu gelangen:
 - „Welche Idee haben Sie dazu, dass Sie bei der erlebten Situation an eine HIV-Infektion denken?“
 - „Was könnte die Ursache sein, dass Sie bei der erlebten Situation an eine HIV-Infektion denken?“
 - „Was könnte Ihrer Meinung nach der Grund für Ihre Angst sein?“
 - „Wie gehen Sie mit anderen riskanten Lebenssituationen um?“
 - „Kennen Sie solche Ängste aus anderen Lebenszusammenhängen?“
 - „Was würde jemand, der sie sehr gut kennt, zu dem sagen, was Sie mir gerade mitgeteilt haben?“
- Zügig überweisen
- Hat der Klient Therapieerfahrung?
- Was müsste geschehen, damit Sie einen negativen HIV-Test akzeptieren können?

- Durch Fragen, die Normen und Werte erkunden, die der Klient für sich beansprucht:
 - „Wie würde die von Ihnen beschriebene Situation in ihrer Kultur bewertet werden?“
 - „Wie würden Sie das Verhalten bewerten, wenn Ihnen dies ein guter Freund erzählen würde?“

Menschen mit psychischen Problemen

- Gibt es einen Zusammenhang zwischen psychischem Problem und riskantem Verhalten? (Muster)
- Hat der Klient Therapieerfahrung? (ambulant / stationär / aktuell therapeutische Begleitung)
- In der Therapie ansprechen bzw. weiß Therapeut vom Test?
- Termin für Ergebnis vereinbaren, evtl. in Planung mit Sozialpsychiatrischer Dienst. (Begleitung)
- Suizidal, ansprechen wie Suizid begangen werde würde.

Minderjährige

- Verfahren für die Berater rechtlich absichern
- Einverständnis einholen
- Mit ärztlichem Kollegen absprechen

Menschen, die eine amtliche Betreuung haben

- Frage, für welche Bereiche eine Betreuung eingerichtet ist
- Schriftliches Einverständnis notwendig
- Termin für Ergebnis (Begleitung)

Gespräche mit Dolmetscher

- Keine Übersetzung durch Partner / Bekannte
- Frage ob Klient und Dolmetscher bekannt
- Hinweis auf Schweigepflicht des Dolmetschers
- Sitzordnung

Schwierige Gesprächsinhalte oder Fragestellungen

Schwierige Inhalte oder Fragestellungen können sein:

- Emotionale Instabilitäten (weinen)
- Stille
- „Ich möchte nicht mit Ihnen darüber sprechen.“
- „Ich bin hierher gekommen, weil ich letzten Monat mal wieder Frischfleisch brauchte.“
- „Was würden Sie in meiner Situation tun?“

VII. VII. Ergebnismitteilung

Man unterscheidet drei Sachverhalte:

- Negativ
- Suchtest reaktiv / Bestätigungstest negativ
- Suchtest positiv / Bestätigungstest positiv

Fragestellung an die Gruppe:

- Was ist bei den Ergebnismitteilungen zu beachten?
- Welche Fragen sind noch wichtig zu stellen?
- Worauf ist beim Setting einer Ergebnismitteilung zu achten?

Negativ

- Hinweis auf diagnostisches Fenster.
- Möglichkeit in Anspruch nehmen, Themen, die im Beratungsgespräch nicht angesprochen werden konnten, zu thematisieren.

Reaktiv, Bestätigungstest negativ

- Noch Mal differenzierte Anamnese (Partner/Partnerin?).
- Erklärung des Testverfahrens
- Erneute Blutentnahme (Termin für Ergebnis vereinbaren).
- Angebot für einen möglichen weiteren Gesprächstermin

Positiv

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Die Mitteilung ist sehr individuell auf den Klienten abgestimmt, je nach Persönlichkeit.• Die Ergebnismitteilung beginnt mit dem Vorgespräch.• Nicht groß drum herum reden, sondern klar: „Das Testergebnis ist positiv.“ |
|---|

Ergänzungen durch Martin Taschies:

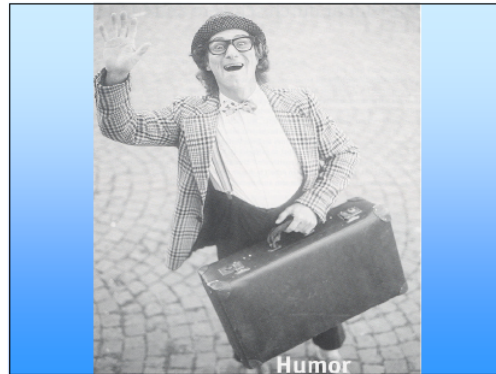
- Falls beim Beratungsgespräch kein Termin vereinbart wurde, organisieren, dass ein Kollege/in Zeit dafür hat.
- „Schocksituation“ nach Mitteilung nutzen, ... „aber das Leben geht weiter.“ Die Sätze bleiben in der Erinnerung in diesem Zeitfenster hängen.
- Stille aushalten.
- Weinen aushalten, evtl. bekräftigen, „dies gehört hierher...“
- Evtl. fragen: „Haben Sie sich auf so ein Ergebnis eingestellt?“
- „Wer weiß davon, dass sie den Test gemacht haben?“
- Bei Paaren: „Möchten Sie jetzt allein sein?“
- Hinweis darauf, dass weder dem Arbeitgeber noch sonst jemandem das Ergebnis mitgeteilt werden muss.
- Frage: „Für wen ist das Ergebnis noch bedeutsam?“ Oder „Wer muss es noch wissen?“

Eine Checkliste zur Mitteilung positiver Testergebnisse steht im Wiki auf der VAK-Seite.

VIII. Humor in der sozialen Arbeit

Humor in der Sozialen Arbeit Humor in der Beratung

Martin Taschies



Humor und Soziale Arbeit

- Soziale Arbeit ist oft durch schwierige, existenzielle oder ausweglose Situationen gekennzeichnet.
- Humor ist der fröhliche, lebensbejahende Teil im Leben des Menschen.

Was ist Humor?

- Humor wird als eine Kraft des Gemütes, als eine Herzenskraft beschrieben.
- Humor ist ein „soziales“ Schmiermittel.
- Lachen ist die kürzeste Verbindung zwischen zwei Menschen.

Was kann mit Humor erreicht werden?

- „Du wirst es nie zu Tüchtigem bringen bei deinen grauen Träumereien. Die Tränen lassen nichts gelingen: Wer schaffen will, muss fröhlich sein.“
Theodor Fontane
- „Der Heitere ist Meister seiner Seele.“
Shakespeare
- „Gibt es schließlich eine bessere Form mit dem Leben fertig zu werden, als mit Liebe und Humor?“
Charles Dickens

Welchen Effekt hat Humor in der Interaktion?

- Humor hat eine beziehungsstiftende und beziehungsfestigende Funktion.
- Humor dient als Türöffner oder als Mittel des Abbaus von Distanz.
- Mit Humor kann Kritik leichter gegeben und angenommen werden.

Welchen Effekt hat Humor in der Interaktion?

- Humor trägt zum Perspektivenwechsel bei.
- Durch Humor kann ein Mensch zu seinen überwältigenden Gefühlen oder irrationalen Ideen einen angemessenen Abstand gewinnen.

Welchen Profit haben Klienten?

- Humor steigert Selbstvertrauen und Widerstandskräfte.
- Humor verringert Gefühle von Hilflosigkeit, Scham, Angst, Verzweiflung.
- Humor lässt eigene Schwächen, Mängel, Leistungsdefizite leichter verarbeiten.
- Humor ist ein kreativer Weg, das Leben zu bewältigen und auch über sich selber lachen zu können.

- Eine ältere Dame, Diabetikerin, geht in ein Café und bestellt beim Ober: „Ein Kännchen Kaffee, bitte.“ Der Ober fragt nach: „Mit Milch und Zucker?“, worauf die Dame antwortet: „Nur mit Milch, Zucker habe ich selber.“

Profit für die Profi's

- Humorvolle Menschen haben eine positive Ausstrahlung.
- Eine humorvolle Grundhaltung schützt vor allzu großer Belastung (Burnout).
- Humor hilft genügend professionelle Distanz zu halten.
- Schützt vor Zynismus.

Voraussetzung für den „Einsatz“ von Humor

- Herzliche, offene, tolerante Beziehung zu der Person muss vorhanden sein.
- Es wird nicht über jemand oder auf Kosten von jemandem, sondern miteinander gelacht.
- Humor ist nicht Selbstzweck.

Was ist beim „Einsatz“ von Humor zu berücksichtigen?

- Die aktuelle Situation
- Das aktuelle Stimmungsbild
- Die aktuelle Auffassungsgabe des Klienten
- Die kognitiv – emotionale Reife

Kann man Humor „lernen“?

- Etwas Humor kann jeder lernen.
- Lesen von humorvollen Büchern, Besuche von Komödien, Zirkus, Kabarett, etc.
- Trainings und Zusatzausbildung, wie insbesondere systemische Konzepte, die den Einsatz von Humor fördern und begründen helfen.

Was unterstützt eine humorvolle Haltung?

- Gelassenheit durch zunehmende Berufserfahrung.
- Eine nicht perfektionistische, positive und Fehler zulassende Grundhaltung.
- Fähigkeit zur Selbstreflexion.

Mein Wunsch

- Nutzt Eure humoristischen Potenziale für die Interaktion mit den Klienten und Klientinnen und für Euch selbst (Psychohygiene).



IX. Literaturliste

Peter De Jong / Insoo Kim Berg
„Lösungen (er-)finden“
Das Werkstattbuch der lösungsorientierten Kurztherapie
Verlag Modernes Lernen
Dortmund, 1998

A. Bischoff, L. Loutan
„Mit anderen Worten“
Dolmetschen in Behandlung, Beratung und Pflege
Hopitaux Universitaires de Genève
Bundesamt für Gesundheit, Schweiz
Bern und Genf 2000

HIV Test 2000
Bestandsaufnahme und Perspektiven
Band 39
DAH, Dezember 2000
Bestellnr.: 030039

HIV- und STI – Tests 2011
Informationen und Standards für Beraterinnen und Berater
Deutsche AIDS Hilfe, 2011
Bestellnr.: 116001

Workshop II:
AIDS-Beratung heute:
Neue Anforderungen – Techniken und Reflexion

Referent:
Reimund Schiller
Supervisor,
Organisationsberater
Dortmund

Protokoll:

Monika Brosda

Verband der Aids-Koordinatoren NRW (www.vak-nrw.de)

Die Vortragsmaterialien wurden freundlicherweise von dem Referenten für das Protokoll zur Verfügung gestellt

Vorstellung des Referenten und Themen des Workshops

1. Burnout erkennen
2. verschiedene Sichtweisen von Burnout
3. Fragebogen zur Selbsteinschätzung
4. Fragen zu Ressourcen
5. Organisationsbedingte Faktoren, die das Entstehen von Burnout begünstigen, und die Bedeutung von Betrieblicher Gesundheitsförderung BGF
6. Bearbeitung von konkreten Situationen

I. Burnout erkennen

Burnout- Prävention



„Wer je ein ausgebranntes Gebäude gesehen hat,
der weiß, wie verheerend so etwas aussieht.

Ein Bauwerk, eben noch von pulsierendem Leben erfüllt,
ist nun verwüstet.

Wo früher Geschäftstätigkeit herrschte,
finden sich jetzt nur noch verkohlte Überreste von Kraft und Leben.

Ein paar Ziegel und Zementbrocken mögen stehen geblieben sein,
ein paar leere Fensterrahmen.

Vielleicht ist sogar die äußere Hülle des Gebäudes noch erhalten.

Wer sich jedoch hineinwagt in die Ruine,
wird erschüttert vor dem Werk der Vernichtung stehen.“

(Freudenberger, 1980, S. 13).



Burnout- Prävention

Burnout erkennen!

Eine Definition - Was ist Burnout?

- ein Zustand der Erschöpfung und Frustration,
- verursacht durch unrealistische Erwartungen.
- Burnout ist ein Energieverschleiß, eine Erschöpfung aufgrund von Überforderungen,
- die von innen oder von außen kommen kann, ausgelöst durch
- Familie, Arbeit, Freunde, Liebhaber, Wertesysteme oder die Gesellschaft
- und einer Person Energie, Bewältigungsmechanismen und innere Kraft raubt.

Burnout ist ein Gefühlszustand, der begleitet ist von übermäßigem Stress, und der schließlich persönliche Motivationen, Einstellungen und Verhalten beeinträchtigt.
(Quelle: Freudenberger, 1994, Seite 27)

Burnout – „Syndrom“: in der Medizin und Psychologie das gleichzeitige Vorliegen verschiedener Krankheitszeichen (Symptome).

Reimund Schiller
Quelle u.a. T.M.H. Bergner



Burnout- Prävention

Burnout erkennen!

Risikogruppen

Vorrangig betroffen sind Berufe, in denen Arbeits-Beziehungen zu anderen Menschen besonders wichtig sind und/oder Teil eines „Produktes“ sind.

Die drei Burnout - Merkmale

1. Emotionale Erschöpfung

Sie ist das Kern – oder Leitsymptom. Wenn Ihnen Aussagen und Gefühle wie

- „ich habe keine Kraft mehr“,
- „eigentlich kann ich nicht mehr“,
- „ich fühle mich leer“,
- „was tue ich hier eigentlich“,
- „ich brauche dringend Urlaub“,

bekannt vorkommen, besteht der Verdacht auf emotionale Erschöpfung.

Gepaart mit einer gewissen Unzufriedenheit im Beruf, ist es ein Nährboden für Burnout.

Reimund Schiller
Quelle u.a. T.M.H. Bergner



Burnout- Prävention

Burnout erkennen!

2. Depersonalisation

Sie bedeutet ein reduziertes Engagement für sein Klientel und andere (Mitarbeiter, Freunde, Partner, Verwandte...):

- äußert sich durch wenig gefühlvolle, gleichgültige, zynischer oder sarkastische Einstellung
- typisch ist eine negative Einstellung oder Gefühle zu Kollegen oder Klientel.
- gesellschaftlicher Rückzug, Vermeidung von Kontakten.
- wird gerne begleitet vom Versuch, perfekt zu sein.

3. Abnehmende Leistungsfähigkeit

Sie ist das schwächste der 3 Hauptkriterien, denn in der Anfangsphase von Burnout sind die Betroffenen besonders aktiv (hyperaktiv)!

- Durch starken Willenseinsatz hält man es noch länger im Hamsterrad aus.
- Leistungsabnahme geschieht Anfangs unmerklich.
- Wenn sie bemerkt wird, ist Burnout meist schon sehr fortgeschritten

Reimund Schiller
Quelle u.a. T.M.H. Bergner



Burnout- Prävention

Burnout erkennen!

Körpersymptome bei Burnout - eine (alphabetische) Auswahl

- Bandscheibenvorfall
- Enge in der Brust
- Herzrasen
- Kopfschmerzen
- Müdigkeit
- Muskelschmerzen
- Rückenschmerzen
- Schlafstörungen jeder Art
- Schulter-Arm – Syndrom
- Schwindel
- Sexuelle Unlust
- Tinnitus
- Übelkeit
- Verdauungsstörungen (sowohl Durchfall als Verstopfung)
- Vermehrte Banalinfektionen
- Zähneknirschen

Reimund Schiller
Quelle u.a. T.M.H. Bergner



Burnout- Prävention

Burnout erkennen!

Die drei Burnout- Phasen

1. Phase – Aggression und Aktivität

Leitgefühl – Ärger / Leitreaktion – Aggression

- Ist häufig den Betroffenen nicht klar, da wirklicher Leidensdruck noch selten ist bzw. nicht als solcher empfunden wird.
- Gerade helfende Berufe sind darauf trainiert, sich zurückzunehmen und das Letzte zu geben.
- Diese Phase fällt noch am ehesten der Umgebung auf.

Mal ganz ehrlich - haben Sie in der Letzten Zeit solche Rückmeldungen erhalten?

Und wie haben Sie darauf reagiert? Ärgerlich?

Reimund Schiller
Quelle u.a. T.M.H. Bergner



Burnout- Prävention

Burnout erkennen!

2. Phase – Flucht und Rückzug

Leitgefühl – Furcht (anfangs nur vor Arbeitsinhalten) / Leitreaktion – Flucht

- Das Gefühl, immer weniger Zeit zu haben, nimmt zu
- Bewegung wird im Übermaß betrieben (Sportaholik) oder minimiert.
- Unser Verhalten zielt darauf ab, Enttäuschung möglichst zu vermeiden oder gar nicht erst wahrzunehmen.
- Kontakt zu Klientel wird noch mehr minimiert.
- Mitmenschlichkeit und Empathie verringern sich.

Reimund Schiller
Quelle u.a. T.M.H. Bergner



Burnout- Prävention

Burnout erkennen!

3. Phase – Isolation und Passivität

Leitsymptom – Isolation / Leitreaktion – Lähmung

- Oft wird erst in dieser Phase Hilfe gesucht.
- Eigenmotiviertes Handeln schwächt sich immer mehr ab.
- Alkohol, Tabletten, Nikotin – spielen eine große Rolle.
- Depression wird ersichtlich –innere Befriedigung fehlt praktisch völlig.
- „Bewegung / Beweglichkeit“ erstarrt –
vielleicht auch, um die längst angelegten Fesseln nicht mehr zu spüren.

Reimund Schiller
Quelle u.a. T.M.H. Bergner

II. Verschiedene Sichtweisen von Burnout



Burnout- Prävention

Die Sichtweise erweitern:

Burnout ist anders als sein Ruf!

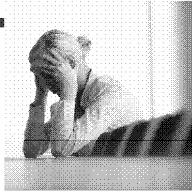
Reimund Schiller
Quelle u.a. T.M.H. Bergner



Burnout- Prävention



Reimund Schiller
Quelle u.a. T.M.H. Bergner



Burnout-Prävention



Reimund Schiller
Quelle u.a. T.M.H. Bergner



Burnout-Prävention

Die Sichtweise erweitern: Burnout ist anders als sein Ruf!

- Burnout ist weder ein Angriff noch ein Feind - es ist eine Zuflucht und ein Schutz!
- Burnout ist eine Aufforderung, bedachtsam und selbstliebend mit sich umzugehen!
- Burnout ist eine Aufforderung, eine neue Ordnung in sein Leben zu bringen!
- Durch Burnout kann es zu Wachstum kommen!

Reimund Schiller
Quelle u.a. T.M.H. Bergner



Burnout- Prävention

Die Sichtweise erweitern: Burnout ist auch...

- ... eine markante Aufforderung:
Es kann die Aufforderung sein, endlich aufzugeben! Durchhalten ist bei Weitem nicht immer klug oder ein Zeichen von Stärke.
Burnout kann bedeuten, etwas aufzugeben, um sich anderem zuwenden zu können.
- ... ein Freund:
Es kann ein Freund sein, der wenn man auf ihn hört, lebenswichtige und lebensentscheidende Hinweise gibt.
- ... ein Lebensthema:
Wir wollen unsere Lebensthemen verwirklichen. Gelingt uns das nicht, leiden wir darunter. Burnout setzt meist früh im Lebenszyklus ein, meist so früh, dass wir noch genug Zeit haben, unsere Zukunft anders zu gestalten.

Reimund Schiller
Quelle u.a. T.M.H. Bergner



Burnout- Prävention

Die Sichtweise erweitern: Burnout ist auch...

- ... ein Zeichen innerer Starrheit:
Wenn Ihre Seele Burnout zeigt, demonstriert sie eine gewisse Starrheit.
Sie ist dominiert von der Erkrankung
- ... vernünftig und normal:
Burnout ist eine physiologische und folgerichtige, konsequente und damit keine kranke oder verrückte Reaktion. Burnout entsteht, weil das System in dem wir leben und arbeiten, falsch ist und negativ wirkt. (30 % der helfenden Berufe, Ärzte, Lehrer, Sozialarbeiter, haben Burnout)
- ... als Krise eine Chance zur Stärkung:
Burnout weist uns auf eine fundamentale Lebenskrise hin. Es kann Sinn machen, einmal bewusst auf das bisherige Leben zurückzublicken und sich frühere Krisen bewusst zu machen.
Denn aller Erfahrung nach machen uns Krisen auf Dauer stärker!

Reimund Schiller
Quelle u.a. T.M.H. Bergner



Burnout- Prävention

Die Sichtweise erweitern: Burnout ist auch...

- ... ein mahndendes Anklopfen:
Burnout ist auch eine Aufforderung, dass wir es uns wert und schuldig sein sollten, uns besser zu fühlen. Und es ist die konkrete Aufforderung, für sich und nicht über sich nachzudenken.
- ... weit mehr als eine Berufskrankheit:
Selbst wenn die Berufstätigkeit entscheidend zu Burnout beigetragen hat, haben Heilung und Prävention für den Einzelnen mit dem Beruf wenig zu tun!

Reimund Schiller
Quelle u.a. T.M.H. Bergner



Burnout- Prävention

Die Sichtweise erweitern: Burnout ist auch...

- ... eine verdrängte Lösung:
Es spricht vieles dafür, dass Probleme in Wirklichkeit verdrängte Lösungen sind. Oder anders gesagt – das Problem ist schon ein Teil der Lösung. Burnout steht dafür, dass wir nur noch einen Teil dessen was uns gut tut nutzen. Also unsere Fähigkeiten, Talente, Kräfte. Es gilt diesen Teil wieder zu reaktivieren und zu trainieren!

„Eine neue Aktivität“

Haben Sie eine Idee, womit Sie wieder beginnen könnten, etwas, das Sie früher einmal gerne und häufig gemacht haben, dass aber im Laufe der Zeit verkümmert ist?

Vielleicht spielten Sie ein Musikinstrument, betrieben einen Sport oder beschäftigten sich mit einem faszinierenden Thema?

Was auch immer: **Entwerfen Sie einen konkreten Zeitplan für diese eine, neue Aktivität. JETZT!**

Reimund Schiller
Quelle u.a. T.M.H. Bergner



Burnout- Prävention

Die Sichtweise erweitern: Burnout ist auch...

- ... der Verlust von Authentizität:
 - der Fähigkeit des Staunens. Denn Staunen ist die Voraussetzung für alles Schöpferische.
 - der Kraft, sich zu konzentrieren. Denn Kraft ist die Voraussetzung für das Tun und dafür, das eigene Tun im Jetzt als das Allerwichtigste zu erkennen.
 - der Fähigkeit zur Selbsterfahrung. Denn Selbsterfahrung ist die Voraussetzung, mit sich selbst im Kontakt zu bleiben.
 - der Akzeptanz für Konflikte und Spannungen. Denn das ist auch eine Voraussetzung für die Fähigkeit Konflikte als zum Leben zugehörig anzuerkennen.
- ... Ihre Entscheidung:

Sie haben sich für Burnout entschieden (denn Burnout ist auch eine Wahl). Vielleicht nicht Sie, aber einige Ihrer inneren Instanzen.

Es gibt nicht wenige Menschen, die am Ende ihres Lebens feststellen müssen: Thema verfehlt! Burnout möchte dafür sorgen, dass es bei Ihnen nicht dazu kommt!

Reimund Schiller
Quelle u.a. T.M.H. Bergner



Burnout- Prävention

...also immer daran denken,



...manchmal ist es besser,
sich für das
Scheinbar „Verkehrteste“
zu entscheiden!

Reimund Schiller
Quelle u.a. T.M.H. Bergner

III. Fragebogen zur Selbsteinschätzung

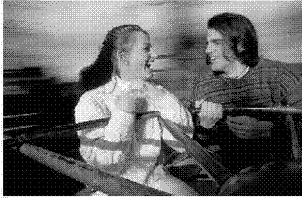
Fragen an mich selbst! Nach Dr. Günther Possnig/ Wien		N I E	S E L T E N	M A N C H M A L	S E H R O F T	H Ä U F I G
		1	2	3	4	5
1	Ich habe allgemein zu viel Stress in meinem Leben.					
2	Durch meine Arbeit muss ich auf private Kontakte und Freizeitaktivitäten verzichten.					
3	Auf meinen Schultern lastet zu viel.					
4	Ich leide an chronischer Müdigkeit					
5	Ich habe das Interesse an meiner Arbeit verloren.					
6	Ich handle manchmal, so als wäre ich eine Maschine. Ich bin mir selbst fremd.					
7	Früher habe ich mich um meine Mitarbeiter und Kunden gekümmert – heute interessieren sie mich nicht.					
8	Ich mache zynische Bemerkungen über Kunden und Mitarbeiter.					
9	Wenn ich morgens aufstehe und an meine Arbeit denke, bin ich gleich wieder müde.					
10	Ich fühle mich machtlos, meine Arbeitssituation zu verändern.					
11	Ich bekomme zu wenig Anerkennung, für das was ich leiste.					
12	Auf meine Kollegen und Mitarbeiter kann ich mich nicht verlassen, ich arbeite über weite Bereiche für mich allein.					
13	Durch meine Arbeit bin ich emotional ausgehöhlt.					
14	Ich bin oft krank, anfällig für körperliche Krankheiten, bzw. Schmerzen.					
15	Ich schlafe schlecht, besonders vor Beginn einer neuen Arbeitsperiode.					
16	Ich fühle mich frustriert in meiner Arbeit.					
17	Eine oder mehrere der folgenden Eigenschaften trifft auf mich zu: nervös, ängstlich, reizbar, ruhelos.					
18	Meine eigenen körperlichen Bedürfnisse (Essen, Trinken, WC) muss ich hinter die Arbeit reihen.					
19	Ich habe das Gefühl, ich werde im Regen stehen gelassen.					
20	Meine Kollegen sagen mir nicht die Wahrheit.					
21	Der Wert meiner Arbeit wird nicht wahrgenommen.					
Summe je Antwort:						
Gesamtsumme:						

Auswerteschema:

1. Bis 30 Punkte und / oder maximal zwei Fragen mit 5 beantwortet:
geringes Burnout – Risiko.
2. 31-60 Punkte und / oder fünf Fragen mit 5 beantwortet:
beginnende Burnout – Situation.
3. Über 60 Punkte und / oder mehr als fünf Fragen mit 5 beantwortet:
es ist dringend Zeit etwas zu tun!

© Fragenbogen aus dem theoretischen operationalisiert von Dr. Günther Possnigg,
Neurologe-Psychiater-Psychotherapeut: www.burnoutnet.at

IV. Fragen zu Ressourcen

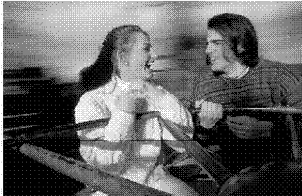


Burnout- Prävention

Fragebogen zur Lebensfreude

- | | |
|---|--|
| 1. Welche Glücksmomente gibt es für Sie im Alltag? | 5. Womit oder wobei können Sie sich am besten entspannen? |
| 2. Wie holen Sie sich selbst aus einem seelischen Tief? | 6. Woher schöpfen Sie die Kraft für die Bewältigung Ihres Alltags? |
| 3. Was war Ihr beglückendstes Erlebnis in letzter Zeit? | 7. Was tun Sie, wenn Sie einmal richtig genießen wollen? |
| 4. Was tun Sie, wenn es Ihnen schlecht geht? | 8. Welches ist für Sie das schönste Gefühl? |

Reimund Schiller
Nach:PUMA Stadt BO/ W. Köster-Stötting



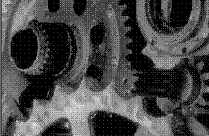
Burnout- Prävention

Fragebogen zur Lebensfreude

- | | |
|--|--|
| 9. Wie berauschen Sie sich ohne Alkohol oder Drogen? | 13. Was im derzeitigen Alltagsleben stärkt Ihr Selbstwertgefühl? |
| 10. Was macht Ihnen Lust auf Leben? | 14. Was war Ihr letztes Erfolgserlebnis? |
| 11. Wo fühlen Sie sich geborgen? | 15. Was in Ihrem derzeitigen Leben nützt Ihnen bzw. ist gut oder wertvoll für Sie? |
| 12. Wobei empfinden Sie am meisten Freude? | |

Reimund Schiller
Nach:PUMA Stadt BO/ W. Köster-Stötting

V. **Organisationsbedingte Faktoren, die das Entstehen von Burnout begünstigen, und die Bedeutung von Betrieblicher Gesundheitsförderung BGF**



Burnout-Prävention

ORGANISATIONSBEDINGTE FAKTOREN
Erklärungsansätze

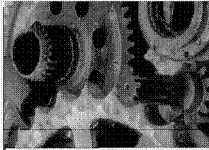
Erklärungsansatz nach Maslach und Jackson und nach Pines, Aronson und Kafry
Die Ursachen von Burnout liegen im Wesentlichen nicht in den Persönlichkeitszügen der Helfern, sondern bei den strukturellen Merkmalen schlechter Situationen der Arbeitswelt.

Faktoren, die das Entstehen von Burnout begünstigen :

- Mangel an (positivem) Feedback
- Fokussierung auf Klientenprobleme
- die Normen eines guten Helferverhaltens (Leitbilder/ Werte /Kultur der Organisation)
- gehäufte chronische und schwer zu beeinflussende Probleme
- eine zu starke Involviertheit
- Hierarchieprobleme / mit der Hierarchie oder in der Hierarchie
- administrative Zwänge
- ein zu geringes Ausbildungsniveau
- eine schlechte Teamarbeit
- Druck von Vorgesetzten / mangelnde Wertschätzung durch Vorgesetzte
- schlechte Arbeitsorganisation / zu viele Aufgaben
- mangelnde Ressourcen (Personal, Finanzmittel)
- problematische institutionelle Vorgaben und Strukturen

SEMINARE
SCHILLER

Quellen aus:
Imedo. de

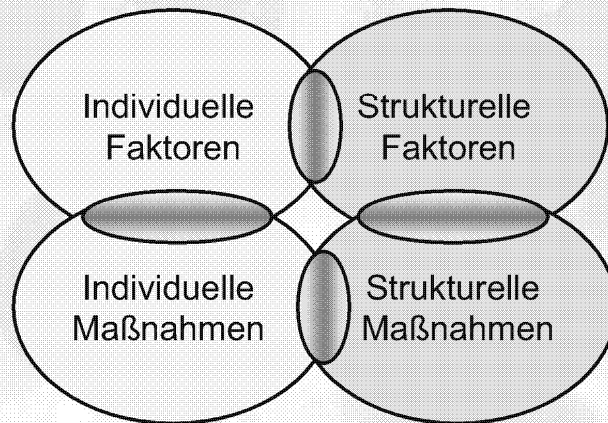


Burnout-Prävention

S
E
M
I
N
A
R
E

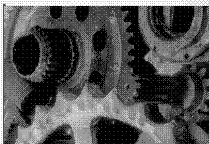
S
C
H
I
L
L
E
R

Bündelung von Maßnahmen / Maßnahmeschwerpunkte setzen



Diskutieren und entwickeln Sie Maßnahmen, die sowohl individuelle als auch strukturelle Faktoren berücksichtigen.

-
-
-



Burnout-Prävention

S
E
M
I
N
A
R
E

S
C
H
I
L
L
E
R

Maßnahmen auf organisationsbezogener Ebene

Begrenzung von Fallzahlen und Zeitdruck,

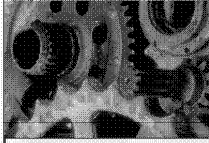
indem man beispielsweise:

- Schichten verkürzt,
- längere Arbeitspausen einplant,
- Sonderurlaub genehmigt,
- Teilzeitstellen einführt
- oder auch langfristig den Wechsel von Arbeitsplatz zu Arbeitsplatz oder
- eine Mischung der Aufgaben mit Routinetätigkeiten ermöglicht,
- MitarbeiterInnen Arbeitsaufgaben untereinander tauschen oder abgeben können
- einen Stellenaustausch auf gleicher Ebene oder vorzeitige Pensionierungen organisiert.

Durch solche Maßnahmen kann sich die Arbeit als

- abwechslungsreicher,
- interessanter und
- anregender erweisen,

dadurch individuellen Stress verringern und die Arbeitseinstellung zum Positiven verändern.



Burnout- Prävention

Maßnahmen auf organisationsbezogener Ebene

Gestaltung der Arbeitsumgebung

Die Arbeitsräume und der Arbeitsplatz sollten nicht nur bei Burnout-Patienten den individuellen Bedürfnissen und Vorlieben so weit wie möglich entsprechen und so persönlich wie möglich gestaltet werden können.

Die Organisation kann ungestörte Arbeitsplätze schaffen durch,

- Lärm verringern und
- durch eine indirekte Beleuchtung,
- Zimmerpflanzen und
- angenehme Farben
- eine bessere Arbeitsatmosphäre schaffen.

S
E
M
I
N
A
R
E

S
C
H
I
L
L
E
R



Burnout- Prävention

Maßnahmen auf organisationsbezogener Ebene

Schaffung von Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten,

die Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern

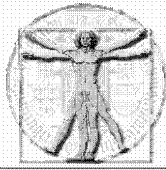
- zu mehr Selbstsicherheit und berufliche Handlungskompetenz verhelfen,
- ihre Problemwahrnehmung verbessern und
- helfen Arbeitsschwerpunkte neu zu akzentuieren,
- neue Perspektiven zu entwickeln,
- einmal Abstand von der alltäglichen Routine und dem Arbeitsstress geben,
- ermöglichen, verbrauchte Kräfte zu regenerieren und den geistige Horizont zu erweitern.

Supervision – Hilfe gegen Burnout

Eine regelmäßige, berufsbegleitende **Supervision** kann zur Reflexion der Arbeit von fundamentaler Bedeutung sein. (Quelle: Fengler, 1998,)

S
E
M
I
N
A
R
E

S
C
H
I
L
L
E
R



Burnout-Prävention

S
E
M
I
N
A
R
E

S
C
H
I
L
L
E
R

Maßnahmen auf organisationsbezogener Ebene

Einführung einer Betrieblichen Gesundheitsförderung BGF

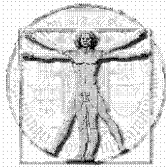
Warum ?

„... brauchen unsere Betriebe **gesunde, gut qualifizierte und motivierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter**.
Gesunde Arbeitsplätze und leistungsfähige Beschäftigte sind deshalb für jedes Unternehmen ein entscheidender **Schlüssel zum Erfolg**.“

(W. Clement, ehem. BMW)

„Phänomene wie **Stress, Mobbing und Burnout** werden an Bedeutung gewinnen. Der Anteil der psychischen Erkrankungen an den Krankheitstagen hat sich in den letzten 20 Jahren mit einem Anstieg von 2,5 % auf 7,5 % **verdreifacht**.
(BKK Bundesverband 2002 Essen)

Die kosten krankheitsbedingter **Produktionsausfälle** betrug in 2003 = **42.55 Mrd. €** bei 467,79 Mrd. Arbeitsunfähigkeitstagen.
(Bundesanstalt Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin 2005)



Burnout-Prävention

S
E
M
I
N
A
R
E

S
C
H
I
L
L
E
R

Maßnahmen auf organisationsbezogener Ebene

Einführung einer Betrieblichen Gesundheitsförderung BGF

Was und Wie?

Betriebliches Gesundheitsmanagement **BGF zielt** darauf ab,

- Krankheit am Arbeitsplatz vorzubeugen
- Gesundheitspotentiale zu stärken,
- Wohlbefinden am Arbeitsplatz zu verbessern.

BGF bezieht sich auf

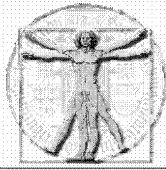
- Innerbetriebliche Verhältnisse wie auf
- das Verhalten aller im Betriebsprozess eingebundener Personen.

BGF ist

- An Zielen ausgerichtet
- Sollte überprüfbar sein
- Ist vorausschauend und ergebnisorientiert
- Bezieht Führungskräfte und beschäftigte mit ein.

BGF – Vorgehen:

1. Zieldefinition
2. Indikatorenbildung
3. Analyse
(z.B.: MA-Befragung)
4. Maßnahmenentwicklung
(z.B.: in Gesundheitszirkel)
5. Maßnahmenumsetzung
6. Controlling



Burnout-Prävention

S
E
M
I
N
A
R
E

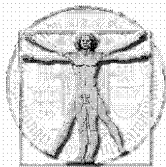
S
C
H
I
L
L
E
R

Maßnahmen auf organisationsbezogener Ebene

Einführung einer Betrieblichen Gesundheitsförderung BGF

Gesundheitszirkel

- ... sind Arbeitsgruppen, die der vertiefenden Analyse und der Maßnahmenentwicklung dienen.
- Gruppe aus 6 - max. 10 Beschäftigten
- aus einer Hierarchieebene (Berliner Modell) oder hierarchieübergreifend (Düsseldorfer Modell)
- Gesundheitszirkel können Verbesserungsvorschläge allgemein zu Problemen und Belastungen am Arbeitsplatz entwickeln oder einer Aufgabenstellung/ ein spezielles Thema bearbeiten.
- Die Gruppe trifft sich zu 4-6 Sitzung à ca. 1½ Stunden unter neutraler Moderation.



Burnout-Prävention

S
E
M
I
N
A
R
E

S
C
H
I
L
L
E
R

Maßnahmen auf organisationsbezogener Ebene

Einführung einer Betrieblichen Gesundheitsförderung BGF

Gesundheitszirkel

I. Einstiegsphase

- **Erwartungen** an den Zirkel
- **Vorgehen**: Wie werden wir arbeiten? (Methodik, Inhalte)
- Was sind unsere **Ziele**? (Möglichkeiten, Grenzen)
- **Regeln** für die Zusammenarbeit
- **Organisatorisches**



II. Analysephase

- **Sammlung** von Belastungen und Problemen
- Festlegen von **Prioritäten** (Schwerpunktthemen)
- **Ursachenanalyse**



III. Maßnahmenentwicklung

- Entwicklung von **Lösungsansätzen** und **Verbesserungsvorschlägen**
- Diskussion und **Bewertung** der **Realisierbarkeit**
- ggf. Beteiligung von **Experten**
- **Abstimmung mit der Leitungsebene**
- Führen einer **Maßnahmenliste** als Controllinginstrument



IV. Evaluation und Transparenz

VI. Bearbeitung von konkreten Situationen

Die Größe der Gruppe und die Bereitschaft der TeilnehmerInnen sich selbst einzubringen hat dazu beigetragen, dass der Workshop genutzt werden konnte, um einerseits konkrete Fragestellungen zu bearbeiten, aber auch, um die Blickrichtung der TeilnehmerInnen wieder auf die vorhandenen Ressourcen zu lenken.

Neben der Vermittlung von Fachwissen durch den Referenten wurde auch mit kollegialer Supervision gearbeitet.

Bei Klärungsbedarf insbesondere aus dem beruflichen Kontext konnten durch die Aufstellungsmethode Systemdynamiken betrachtet werden, zu denen allein durch logisch-rationale Überlegungen nur bedingt Zugang bestand.

Ein besonderer Dank gilt auch an dieser Stelle noch einmal dem Referenten, Herrn Reimund Schiller, der durch seine Fachlichkeit und sein gleichermaßen professionelles und sensibles Eingehen auf die aktuelle Gruppensituation dazu beigetragen hat, dass am Ende der Tagung „das Glas zumindest wieder halb voll war“.

Workshop III: **Weiterentwicklung der HIV/Aids-Arbeit unter dem „Dach“ Sexueller Gesundheit**

Moderation und Leitung:
Frau Dr. Christine Winkelmann
Referentin WHO Kollaborationszentrum
Internationale Beziehungen, Referat 2-23
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln
Astrid Platzmann-Scholten
Fachärztin für Gynäkologie
Gesundheitsamt Recklinghausen

Protokoll

Karin Hoeltz

Verband der AIDS-KoordinatorInnen NRW e.V. (www.vak-nrw.de)

TOPs

Tag 1 (4.5.11)

09.30 Vorstellungsrunde, Erwartungen

10.00 Input „Sexuelle Gesundheit“

11.00 Input „Gesetzliche Grundlagen“

12.00 Mittag

14.15 Gruppenphase: Vision „Fachzentrum für Sexuelle Gesundheit“

17.00 Plenum „Zwischenergebnisse“

18.00 Ende

Tag 2 (5.5.11)

Kleingruppen

Plenum: Nächste Schritte

13.30 Eckpunkte für Empfehlungspapier

15.00 Vorstellung der Ergebnisse

I. Input „Sexuelle Gesundheit“

In einem Powerpoint-Vortrag stellte Frau Dr. Winkelmann den Entwurf grundlegender WHO-Definitionen zur sexuellen Gesundheit vor, rekapitulierte die Entwicklungen im Zusammenhang mit diesem Themenbereich inklusive den bestehenden Hilfs- und Beratungsstrukturen in Deutschland, informierte in einem kurzen Exkurs über weiterführende Ansätze in unseren Nachbarländern Niederlande, Schweden und Großbritannien und schloss mit einer Vision, den sogenannten „Regionalen Fachzentren“.

Definitionen zur Sexuelle Gesundheit: (WHO 2006, draft definition)

„**Sexuelle Gesundheit** ist der Zustand körperlichen, emotionalen, geistigen und sozialen Wohlbefindens bezogen auf die Sexualität und bedeutet nicht nur die Abwesenheit von Krankheit, Funktionsstörungen oder Schwäche. Sexuelle Gesundheit erfordert sowohl eine positive, respektvolle Herangehensweise an Sexualität und sexuelle Beziehungen als auch die Möglichkeit für lustvolle und sichere sexuelle Erfahrungen, frei von Unterdrückung, Diskriminierung und Gewalt. Wenn sexuelle Gesundheit erreicht und bewahrt werden soll, müssen die sexuellen Rechte aller Menschen anerkannt, geschützt und eingehalten werden.“

„**Sexuelle Rechte** sind verknüpft mit den Menschenrechten, die bereits durch einzelstaatliche Gesetze, internationale Menschenrechtsdokumente und sonstige Konsenserklärungen anerkannt wurden. Sie beinhalten das Recht jedes Menschen, frei von Zwang, Diskriminierung und Gewalt,

- auf einen bestmöglichen Standard sexueller Gesundheit, einschließlich des Zugangs zu sexueller und reproduktiver Gesundheitsversorgung;

- Informationen zu Sexualität zu suchen, zu erhalten und zu verbreiten;
- auf sexuelle Aufklärung;
- auf Respekt gegenüber der körperlichen Unversehrtheit;
- auf freie Partnerwahl;
- zu entscheiden, ob er sexuell aktiv sein will oder nicht;
- auf einvernehmliche sexuelle Beziehungen;
- auf einvernehmliche Eheschließung;
- zu entscheiden, ob und wann er Kinder haben will; und
- ein befriedigendes, sicheres und lustvolles Sexualleben anzustreben.

Eine verantwortungsbewusste Ausübung der Menschenrechte macht es erforderlich, dass jeder die Rechte des anderen respektiert."

Laut World Association of Sexual Health stehen die negative Rechte und Risiken zu sehr im Fokus der Betrachtung - anstatt der positiven Aspekte, nämlich der positiven Kraft von Sexualität und dem Recht auf ein erfülltes Sexualleben.

Jugendliche kommen oft zum ersten Mal über den Themenkomplex Prävention/HIV/Kondom/Verhütung in Kontakt mit dem Thema Sexualität, was fernab ihrer Lebensrealität ist. Für sie sind zunächst die Aspekte Verliebtsein, Flirten und Zärtlichkeit viel relevanter als Sexualität und die damit verbundene Risiken.

Die Entwicklung der Sicht auf Sexualität seit den 1980er Jahren in Deutschland ist vor allem geprägt durch folgende Stationen:

- HIV/AIDS und eingeleitete Maßnahmen; durch die recht gute Behandelbarkeit verändert sich die Wahrnehmung und Bedeutung des Themas zur Zeit stark.
- Schwangerschaftskonfliktgesetz mit dem Recht sowie der Pflicht zur Beratung
- Zugang zu Information und Sexuaufklärung, Aufklärungskampagnen der BZgA
- Die Ablösung des GeschlKrG durch das IfSG

Die DSTDG¹ hat das Thema Sexuelle Gesundheit vor 4 Jahren aufgegriffen, indem sie eine entsprechende Sektion gegründet hat. Derzeit fokussiert sich die Arbeit der Sektion auf die Verknüpfung von HIV und STI, eine Ausdehnung auf andere Aspekte der sexuellen Gesundheit ist geplant.

Die medizinische Versorgung

Die Suche nach einem geeigneten Facharzt ist schon für Frauen schwierig.

Niedergelassene Gynäkologen beschäftigen sich vor allem mit reproduktiven Belangen wie Verhütung, Fertilitätsfragen, Schwangerschaft, Geburt, Nachsorge, Krebsvorsorge und HPV. Der holistische Ansatz der „Sexuellen Gesundheit“ spielt kaum eine Rolle; es gibt selten eine Sexualanamnese, wenig Gesprächsbereitschaft, keine Abrechnungsziffer und keine Zeit dafür in der Praxis. Auch das Thema STI spielt in der Regelversorgung keine Rolle. Das von der GKV finanzierte Chlamydien-Screening wird noch nicht angenommen, da es nicht angeboten wird. Den Ärzten scheint das Thema zu beratungsintensiv und evtl. peinlich zu sein.

Der ÖGD versorgt Sexarbeiterinnen. Hier stehen STI im Vordergrund. Für die anderen o.g. Bereiche müssen die Frauen oft noch einen Gynäkologen aufsuchen.

Der gesetzliche Wandel vom GKR² zum IfSG³ hat sich in der Realität noch nicht vollzogen.

¹ Deutsche STD-Gesellschaft

² Geschlechtskrankengesetz

³ Infektionsschutzgesetz

Die Angebote des Gesundheitsamtes für Prostituierte stehen der Allgemeinbevölkerung (noch) nicht zu Verfügung.

Definitiv medizinisch unterversorgt sind Männer, besonders heterosexuelle, aber auch schwule im ländlichen Bereich. Weder Dermatologen noch Urologen decken den Bedarf ab bzw. ist der Zugang nicht niedrigschwellig genug.

Wie kann dem Mangel abgeholfen werden? Soll man die Patienten qualifizieren, dass sie die notwendigen Untersuchungen einfordern – oder die Ärzte, dass sie Ausreichendes anbieten? Das Gesundheitsamt Essen gibt z.B. ein Informationsblatt heraus, auf dem die entsprechenden Vorgaben des Bundesausschusses verzeichnet sind. Die Workshop-Teilnehmer/innen meinen allerdings: Jeder Patient hat das Recht, vom Arzt / von der Ärztin informiert zu werden; zumindest bildungsfernere Patienten können auch gar nicht selber aktiv werden und Dienste einfordern.

Andere Länder

In den Niederlanden ist die sexuelle Gesundheitsversorgung Teil der primary health care, der Basisgesundheitsversorgung, und der Hausarzt für die Basisfragen der sexuellen Gesundheit wie Verhütung und STI zuständig. Das Outcome dieser Versorgung ist ähnlich gut wie in Deutschland. Problematisch für die Patienten kann sein, dass der Hausarzt oft der Familienarzt ist, dem man teilweise nicht alles sagen will.

Zusätzlich gibt es weitere Angebote wie z.B. SENSE für Jugendliche: Sie können 2x pro Jahr in einem nahe gelegenen Zentrum eine ganzheitliche Beratung zu vielfältigen Aspekten von Sexualität wahrnehmen.

In Schweden gibt es in Jugendzentren neben medizinischen Untersuchungen und Kontrazeptionsberatung niedrigschwellige Gesprächsangebote mit Psychologen, Ärzten und Suchtberatern für beide Geschlechter sowie Vorträge zu Aspekten der sexuellen Gesundheit.

In England steht der GP, der Hausarzt, an prominenter Stelle auch in Bezug auf die sexuelle Gesundheit. Family Planning Clinics und GUM Clinics ergänzen das Angebot. Ein Zusammenschluss zwischen den beiden Clinics ist geplant.

Während in Deutschland keine Daten zu Chlamydien bei Jugendlichen erhoben werden, wird in England, den Niederlanden und Schweden darauf untersucht. Nicht zuletzt wegen der Risiken späterer Unfruchtbarkeit, weiterer STIs und rheumatologischer Folgeerkrankungen muss diesem unerforschten Erreger Beachtung geschenkt werden, unter anderem auch unter volkswirtschaftlichem Blickwinkel, nämlich: Was kosten uns die Folgen?

In verschiedenen Ländern wird mit neuen Zugangswegen experimentiert, so zum Beispiel mit der Möglichkeit, Chlamydientests über das Internet zu bestellen, selber durchzuführen und den Testkit zur Auswertung einzuschicken.

II. Input „Gesetzliche Grundlagen“

Die rechtlichen Grundlagen der Arbeit zu HIV und STI im ÖGD werden von Brigitte Menze rekapituliert und ausgelegt. Wichtig sind vor allem folgende Gesetzespassagen:

§§ 6,9,15 ÖGDG

§§ 3, 19 IfSG

§§ 6 und 9 in Verbindung mit dem IfSG bedeuten: Die Aufgaben im AIDS/STI-Bereich sind als Pflichtaufgaben zur Erfüllung nach Weisung auszuüben – das hat Brigitte Menze 2005 vom Land NRW schriftlich bestätigt bekommen.

Das Problem ist: Das Land gibt keine konkrete Weisung!

Laut § 23 ÖGDG ist die Koordination zu AIDS und STI als eigenständige Aufgabe vom ÖGD wahrzunehmen. § 15 wurde ergänzt um STI; somit gilt alles, was in der ersten Version des Gesetzes nur für HIV galt, jetzt auch für die STI.

Anonyme Untersuchungen sind anzubieten, wenn sie vom Kunden selbst bezahlt werden, bzw. auch, wenn nach § 19 IfSG das Gesundheitsamt sie bezahlen muss. Wird die Leistung über die Krankenkasse abgerechnet, wird Anonymität aufgehoben.

Zielgruppen der Gesundheitsämter sind neben der Allgemeinbevölkerung nach § 19 IfSG „besonders gefährdete Bevölkerungsgruppen“.

Der ÖGD hat einen Sicherstellungsauftrag für die HIV- und STI-Prävention und -Untersuchung, d.h. er steht in der Verantwortung und er muss im Fall fehlender alternativer Kostenträger bezahlen.

Beratung zu HIV und STI muss vom ÖGD selber vorgehalten werden. Das Land kann bei Zuwiderhandeln (wie z.B. in Solingen und Hagen) dagegen vorgehen.

Sicherstellung der Untersuchung und Behandlung bedeutet: Die Leistung muss vom ÖGD erbracht werden, wenn es niemand anderes tut. Der ÖGD hat einen eigenständigen Sicherstellungsauftrag, was in der Gesetzeslogik zur gesundheitlichen Versorgung eine Ausnahme darstellt, da der Sicherstellungsauftrag sonst bei der KV liegt⁴. Er hat die Aufgabe, Angebote zu planen, vernetzen und qualifizieren.

Das Land NRW müsste tätig werden, um die Erfüllung des Auftrages durch die Gesundheitsämter einzufordern.

Weitere gesetzliche Grundlagen zur sexuellen Gesundheit finden sich z. B. auch im Schwangerschaftskonfliktgesetz und Neufinanzierungsgesetz für Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen mit seinen Ausführungsbestimmungen.

Alte Gesetze und Förderrichtlinien des Landes gelten weiter, solange sich die Begrifflichkeiten nicht ändern, bzw. neue Vorschriften die alten ersetzen.⁵ So war im Geschlechtskrankengesetz das Recht jedes Bürgers verankert, sich im Gesundheitsamt untersuchen zu lassen, wenn er meinte, entsprechende Risiken gehabt zu haben. Somit lässt sich die Zuständigkeit der Gesundheitsämter für die „Allgemeinbevölkerung“ auch juristisch herleiten - neben der politischen Zuweisung und der gelebten Praxis.

III. Entwicklung der Vision „Fachzentrum für Sexuelle Gesundheit“

Fragen

1. Besteht ein Bedarf an Zentren für sexuelle Gesundheit?
2. Ist die genaue Bedarfsermittlung Arbeitsgrundlage?
3. Zielgruppen?
4. Finanzielle Ausstattung?
5. Mögliche Kooperationen?
6. Welche Angebote sollen verfügbar sein?
7. Welche Kompetenzen sollen vorhanden sein?

⁴ siehe Baumann: Kommentar zum IfSG, hier § 19. Schriftliche Stellungnahme der KV No an das Gesundheitsamt Essem

⁵ Baumann Kommentar zum IfSG

8. Zentren als strategische Positionierung?

1. Besteht ein Bedarf an Zentren für sexuelle Gesundheit?

Der Bedarf wurde bejaht und mit den gesetzlichen Grundlagen begründet. Die Vorstellungen dieses Zentrums variierten von der Maximalvorstellung eines offenen Hauses, das die gebündelte Kompetenz vieler Professionen und Angebote vorhält, über ein Netzwerk, was insbesondere in Flächenkreisen helfen kann, Kunden die Anfahrt zu verkürzen bis hin zu nicht-physischen Angeboten wie Wissensportalen oder anderen Online-Informationsangeboten. Für seltene Themen sollte zumindest die Information vorhanden sein, wo im Land ein Angebot vorgehalten wird.

Es gibt derzeit keinen Akteur in Deutschland, der sich für den breiten Ansatz der sexuellen Gesundheit zuständig erklärt. Ein entsprechender Bedarf wird allerdings von den Workshop-Teilnehmer/innen gesehen.

Ein physischer Ort wird teurer sein als ein Netzwerk. Der Weg zum Fachzentrum für sexuelle Gesundheit wird als Kontinuum gesehen. Die Errichtung eines physischen Fachzentrums wird vermutlich allenfalls das Ende eines Weges darstellen.

2. Ist die genaue Bedarfsermittlung Arbeitsgrundlage?

Die Ermittlung der Bedarfe kann erfolgen über

- internationale wie nationale Studienergebnisse, z.B. der BZgA und des RKI, und deren Übertragung auf die Region,
- in Kooperation mit Hochschulen veranlasste eigene Erhebungen,
- Gesundheitsindikatoren NRW,
- Nutzung vorhandener kommunaler Daten und Gesundheitsberichterstattung,
- Erhebung von Daten über zeitlich begrenzte und somit leichter finanzierbare Angebote, wie z.B. ein halbjähriges Chlamydien-Untersuchungsangebot.

Angebot schafft Nachfrage.

Ein wissenschaftlicher Bedarfsnachweis erleichtert die Einrichtung von neuen Angeboten. Die Bedarfe sollten im großen Rahmen diskutiert werden.

3. Zielgruppen?

Die Zuordnung von Menschen zu Zielgruppen verstellt oft den Blick für ihr tatsächliches Verhalten. Von daher wird der Begriff der Zielgruppe durch den des Zielverhaltens ersetzt.

Das Angebot richtet sich an die Allgemeinbevölkerung, also an alle Menschen. Über Fragebögen oder Gespräche zum Verhalten lässt sich der individuelle Beratungs- und Untersuchungsbedarf eruieren.

4. Finanzielle Ausstattung?

Finanzquellen für die schon bestehenden Angebote sind öffentliche Gelder (Kommune, Land, Bund, EU), Mittel aus der Regelversorgung durch die Krankenkassen - die allerdings derzeit kaum vom ÖGD in Anspruch genommen werden, was sich bei der Errichtung eines Fachzentrums für sexuelle Gesundheit ändern würde - sowie Mittel, die selbst erwirtschaftet werden. Zumindest die Leistungen, die bisher schon durch die Regelversorgung finanziert werden, müssten auch im Rahmen eines Fachzentrums weiter finanziert werden.

Eine Pool-Lösung wird gewünscht, bei der die Krankenkassen und ggf. andere Kostenträger nach einem auszuhandelnden Schlüssel in einen Pool einzahlen, aus dem anonym erbrachte Leistungen finanziert werden können. Ähnlich funktioniert nach Kenntnis einiger Teilnehmer/innen die Finanzierung der Arbeit der Arbeitskreise Zahngesundheit und der Arztmobile. Bei der Einrichtung müsste das Land die Federführung übernehmen.

Um Spenden und Bußgelder zu akquirieren, müsste ein gemeinnütziger eingetragener

Verein gegründet werden.

Mittels Kosten-Nutzen-Rechnungen sollte den Kostenträgern gezeigt werden, dass Prävention und Früherkennung preiswerter sind als die Behandlung manifester Erkrankungen.

5. **Mögliche Kooperationen?**

Es wird differenziert in direkte/praktische und indirekte/strategische Kooperationspartner. Zu den direkten Kooperationspartnern gehören vor allem Anbieter von Leistungen in den Bereichen:

Sexualpädagogik und Beratung (Pro Familia, Familien-, Schwangerschaftsberatungsstellen, AIDS-Hilfen, S-L-T⁶-, Drogenberatungsstellen, Beratungsstellen zu sexueller Gewalt usw.),

Sicherstellung und Finanzierung der medizinischen Versorgung (Gynäkologen, Dermatologen, Urologen, HIV-Schwerpunktärzte, Klinikambulanzen, Labors, Anbieter sexueller Therapien, Krankenkassen, KV, Ärztekammer, Fachgesellschaften), sowie Selbsthilfegruppen, Migrationsberatungsstellen und interne Strukturen des ÖGD.

Zu den indirekten Kooperationspartnern gehören die verschiedenen politischen Ebenen, werden aber auch die Pharmaindustrie und die Organisationen gezählt, die sich bei der Entwicklung des Themas „Sexuelle Gesundheit“ in einen Diskurs begeben werden, z.B. „Träger konservativer Werte“ wie die Kirchen und Glaubensgemeinschaften sowie die Presse.

Auf politischer Ebene besteht sowohl im Land NRW als auch auf Bundesebene das Problem, dass für die unterschiedlichen Aspekte sexueller Gesundheit verschiedene Ministerien zuständig sind.

Auf Bundesebene bietet sich die Sektion Sexuelle Gesundheit der DSTDG als Kooperationspartnerin an.

6. **Welche Angebote sollen verfügbar sein?**

Sexualität ist ein integraler Bestandteil des Menschen.

Das Fachzentrum sollte zu allen Aspekten der sexuellen Gesundheit umfassend und multiprofessionell Information, Beratung, Diagnostik und Behandlung anbieten:

- von der Sexualerziehungsberatung für Eltern über die Sexualaufklärung für Jugendliche und Erwachsene bis zur Multiplikatorenschulung,
- von der Information über die normalen körperlichen und psychischen Vorgänge über die Beratung, Untersuchung und Behandlung bei Fragen, Problemen und Erkrankungen, bis hin zum Themenbereich der sexuellen Gewalt,
- zu allen Bereichen der reproduktiven Gesundheit wie Schwangerschaft, Geburt, Schwangerschaftskonflikt, ungewollte Kinderlosigkeit und deren Behandlung,
- zu den Bereichen HIV und STI von der Prävention bis zur Diagnostik und Behandlung usw.

Selbsthilfegruppen sollten angegliedert sein.

Die Daten sollten ausgewertet werden, sprich Forschung und Epidemiologie betrieben werden.

Eine Berücksichtigung der ethnischen und Gendergerechtigkeit ist anzustreben.

Angebote sollen auch mobil und online abrufbar sein.

Wichtig ist eine Vernetzung mit anderen Angeboten vor Ort und überregional. Aufgrund der erwarteten Entwicklung als Kontinuum wird das „Fachzentrum“ ohnehin zunächst in den meisten Fällen ein gut funktionierendes Netzwerk sein.

Darüber hinaus sollte das Zentrum Fachberatung und Qualitätssicherung für andere

⁶ Schwul, lesbisch, transgender

Fachstellen leisten und sich an der politisch-gesellschaftlichen Meinungsbildung in diesem Kontext beteiligen.

Langfristiges Ziel muss sein, dass Sexualanamnese und -beratung selbstverständlicher Bestandteil jeder ärztlichen und psychosozialen Beratung werden.

7. Welche Kompetenzen sollen vorhanden sein?

Wichtig ist eine akzeptierende Grundhaltung sämtlicher Mitarbeiter/innen und Beteiligten, die sich an der oben aufgeführten WHO-Definition der sexuellen Gesundheit orientiert. Beratungskompetenz sowie die Fähigkeit zur tabulosen Kommunikation über Sexualität sind weitere Voraussetzungen. Neben den spezifischen multiprofessionellen Fachkompetenzen aus den Bereichen Medizin, Psychologie, Sozialpädagogik usw. bis hin zu Wissenschaft, Epidemiologie und Jura sollten Kenntnisse in den Bereichen Lebensstile, Prostitution, Sucht und Behinderung vorliegen und eine Akzeptanz der entsprechenden Personengruppen garantiert sein.

8. Zentren als strategische Positionierung?

Das Thema „Sexuelle Gesundheit“ soll besetzt werden, da die Weiterentwicklung dieser holistischen Sichtweise wichtig ist. Die positive Begrifflichkeit soll durch den ÖGD gesetzt und bekannt gemacht werden. Der neue Name setzt ein Signal nach außen und nach innen.

Der ÖGD ist geeignet als Initiator dieser Bewegung, denn er hat den Sicherstellungs- und Koordinationsauftrag sowie Koordinationserfahrung. Er verfügt aufgrund der gewachsenen Aufgabenzuschreibungen über den Zugang zur Allgemeinbevölkerung sowie aufgrund der Gesetzeslage und seines Angebotes über den Zugang zu speziellen Zielgruppen.

Die Arbeitsgruppe sieht die AIDS/STI-Koordinator/innen als treibende Kraft einer vernetzten Bewegung. Für alle Partner muss eine win-win-Situation angestrebt werden. Neben der Besetzung des Feldes nach außen ist eine Platzierung des Themas nach innen nötig, sprich eine engagierte Beteiligung der Verwaltung und Politik.

Was die medizinischen Aspekte der sexuellen Gesundheit anbetrifft, ist festzustellen, dass sie Teil der Regelversorgung sind, die Aufgaben aber nur unvollständig wahrgenommen werden. Insofern ist auch hier subsidiär der ÖGD aufgefordert, tätig zu werden.

In der Regelversorgung durch niedergelassene Ärzte ist der risikoanamnestische Ansatz zu STI nicht explizit vorgesehen. Im Sinne positiver Formulierungen sollte man allerdings besser vom „sexual-“anamnestischen Ansatz sprechen.

Um nicht in den Ruch versponnener Visionäre zu geraten und zu scheitern, ist es wichtig, die Vision vorsichtig zu kommunizieren und die Vorstellung der Entwicklung als Kontinuum deutlich zu machen.

Strategische Überlegungen sind nötig, um Bündnispartner zu finden und Menschen einzubeziehen, die genügend Macht und Reputation zur Umsetzung dieses Ansatzes haben. Langfristig ist die Unterstützung von „oben“, sprich die politische Rückendeckung auf allen Ebenen (Amtsleiter, Kommunalpolitik, Oberbürgermeister bis hin zu Land, Bund und EU) unerlässlich. Insbesondere für die Entwicklung von physisch existierenden Zentren - vermutlich maximal vier in NRW - oder einer Internetplattform muss das Land einbezogen werden, da es sich nur um überkommunale Angebote handeln kann. Hier stellt sich das Problem der Zersplitterung der notwendigen Zuständigkeiten im Gesundheitsministerium.

In einer „Strategie der kleinen Schritte“ muss der ÖGD aktiv werden, um wahrgenommen zu werden, muss also an seinem Image und seinen Verbindungen und „Sprachrohren“ zu

Politik und Gremien arbeiten. Der VAK NRW e.V.⁷ hat den Vor- wie Nachteil, in den bestehenden Strukturen nicht verankert zu sein, jedoch als „Kleinod“ wahrgenommen zu werden. Eine strategische Partnerschaft mit dem Verband der Ärzte im ÖGD soll angestrebt werden. Auch die Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen ist ein wichtiger Bündnispartner.

Das Image des Gesundheitsamtes in der Bevölkerung ist aufgrund seiner hoheitlichen Aufgaben und des teilweise unfreundlichen Auftretens einiger Mitarbeiter/innen nicht uneingeschränkt gut. Die freiwilligen Angebote zu AIDS und STI genießen allerdings in der Regel hohe Reputation. Diese Angebote sollten in einer Imagekampagne beschrieben und herausgestellt und um die komplexen Aspekte der sexuellen Gesundheit ergänzt werden.

Um Doppelstrukturen zu vermeiden, ist zu beachten, welche Angebote existieren, wo inhaltliche Lücken klaffen und wo gegebenenfalls Konkurrenzen entstünden. Die Erzielung einer win-win-Situation für alle Partner sollte stets im Auge behalten werden.

IV. Nächste Schritte

1. Imagekampagne und Lobbyarbeit
2. Finanzierung
3. Kommunikations- und Kooperationsstrukturen
4. Empfehlungspapier (= Eckpunktepapier)

1. Imagekampagne und Lobbyarbeit

Überlegungen zu den ersten konkreten Schritten, die Idee vom Zentrum Sexuelle Gesundheit publik zu machen, führten zu folgenden Ideen und Erkenntnissen:

Die Arbeit muss auf vielen Ebenen stattfinden.

Imagearbeit ist kein Selbstzweck sondern ein notwendiger Baustein auf dem Weg zum Fachzentrum. Sie dient der Unterstützung der Lobbyarbeit und sollte nicht für den ÖGD insgesamt sondern nur für den Bereich der Angebote zur sexuellen Gesundheit betrieben werden, der in der Regel sowieso schon die bessere Reputation in der Bevölkerung und Politik genießt.

Zunächst müssen die Akteure ihr eigenes Selbstverständnis reflektieren und diskutieren, z.B. auf Regionaltreffen oder in der Arbeitsgruppe Sexuelle Gesundheit beim LIGA.

Dann ist Lobbyarbeit auf allen Ebenen in der eigenen Verwaltung wichtig, vom Team über Referatsleitung und Amtsleiter bis hin zum Dezernenten und Oberbürgermeister.

Name, Idee und Angebote müssen über Internet, Flyer, Medien- und Öffentlichkeitsarbeit sowie Vorstellung im Gesundheitsausschuss der (Fach)-Öffentlichkeit bekannt gemacht werden. Auch eine gemeinsame Aktion zum WAT kann ein Ansatz sein.

Engagement im Kleinen vor Ort kann nur ein Teil der Strategie sein:

Entsprechend einer Zangenbewegung muss die „Maulwurfarbeit von unten“ durch die Setzung des Thema von oben ergänzt werden.

Das Land soll frühzeitig an den Überlegungen und Planungen beteiligt werden.

Die Zusammenarbeit mit der BZgA soll intensiviert werden: Der ÖGD ist ein Bündnispartner vor Ort, auf den sie weiterhin in ihren Materialien verweisen kann:

„Beratungs- und Testangebote gibt es in Ihrem örtlichen Gesundheitsamt“.

Darüber hinaus möchten die AIDS- und STI-Beratungsstellen als Fachstellen mit Praxisbezug an der Entwicklung der neuen STI-Kampagne beteiligt werden.

⁷ Verband der AIDS-KoordinatorInnen NRW e.V.

Eine Veröffentlichung in der überregionalen Fachpresse wie z.B. im „Blickpunkt öffentliche Gesundheit“ ist anzustreben. Die Zeit ist reif für das Themengebiet der sexuellen Gesundheit. Es besteht öffentliches Interesse. So hat sich z.B. „Frau TV“ schon damit beschäftigt – allerdings durch Veröffentlichung falscher Zahlen eher Verwirrung gestiftet. Ein seriöser Artikel unsererseits kann Fehlinformationen revidieren und das Thema des Fachzentrums Sexuelle Gesundheit setzen.

In einem „Marsch durch die Institutionen“ sollten sich die Akteure durch Mitgliedschaften und Engagement in Institutionen wie der DSTDG bundesweit vernetzen und Unterstützung gewinnen.

2. Finanzierung

Hier wird auf den Abschnitt „Finanzielle Ausstattung?“ im Kapitel „Entwicklung der Vision „Fachzentrum für Sexuelle Gesundheit““ verwiesen. (S. 6)

Im Eckpunktepapier soll die Formulierung „Die originären Leistungsträger sind für die Finanzierung zuständig“ verwendet werden.

Weitere Überlegungen gehen in folgende Richtung:

Die bestehende kommunale Förderung ließe sich vielleicht erhöhen, wenn durch Vorlage einer Kosten-Nutzung-Rechnung gezeigt werden könnte, dass diese Investitionen zur langfristigen Ersparnis führen.

Bei der Abrechnung im Rahmen der Regelversorgung, also über die KV, die Kassenärztliche Vereinigung, ergibt sich das Problem: Obwohl das IfSG die Option beschreibt, funktioniert sie eigentlich so nicht, wie die KV Essen in einem Brief an die Stadt Essen ausgeführt hat. Die Kassen müssten einen eigenen „Topf“ für den ÖGD aufmachen. Es würde ein neuer eigenständiger Strang der Finanzierung durch die Krankenkassen begründet. Dadurch würde allerdings auch eine Konkurrenz zu Ärzten vermieden, die nicht befürchten müssten, dass die Leistungen des ÖGD ihr Budget schmälerten.

Die favorisierte Pool-Lösung wird vermutlich allenfalls nach langwierigen Verhandlungen und Unterstützung „von oben“ umsetzbar sein.

Weitere Finanzierungsquellen können sein: PKV-Gelder, Landesmittel / ZSP-Mittel und andere Mittel zur Finanzierung von Leistungen im Bereich der sexuellen Gesundheit.

3. Kommunikations- und Kooperationsstrukturen

Um auf überregionaler Ebene wahr- und als Gesprächspartner ernst genommen zu werden, müssen die kommunalen AIDS-Koordinator/innen ihre Institutionalisierung vorantreiben.

Auf Bundesebene gibt es bisher keine Struktur, auf Landesebene gibt es den VAK, der allerdings mangels Manpower nicht ausreichend aktiv werden kann. Hier wird erneut deutlich, wie wichtig die Einrichtung einer Geschäftsstelle ist. Bezüglich seiner Legitimation wurde in der Diskussion herausgestellt, dass der VAK, ein Fachverband ist, der durch die Fachlichkeit der Mitglieder legitimiert ist. Die GSSG⁸ von Harriet Langanke z.B. hat auch keine andere Legitimation, verschafft sich nur lauter und besser Gehör. Mit dem Satz: „Der Verband hat gesagt ...“ sollten seine Vertreter/innen selbstbewusster auftreten.

Ziele zur weiteren Stärkung des VAK sind:

- Möglichst viele oder alle AIDS-Koordinator/innen in NRW sollen als Mitglieder geworben werden,
- eine bundesweite Ausweitung in Analogie zum Bundesverband der Ärzte im ÖGD soll angestrebt werden und

⁸ Gemeinnützige Stiftung Sexualität und Gesundheit

- der VAK soll in der Sektion sexuelle Gesundheit der DSTDG vertreten sein, was durch eine entsprechende Legitimierung von Astrid Platzmann-Scholten leicht möglich ist.

Für die regionale Ebene wurden folgende Herangehensweisen erarbeitet:

Erstrebenswert ist ein politischer Auftrag vor Ort. Über die optimale zeitliche Reihenfolge herrscht noch Unklarheit: Wann ist der richtige Zeitpunkt, die Politik einzubeziehen?

Sofort? Oder sollte vorher die Lobbyarbeit im eigenen Bereich betrieben werden?

Hilfreich wird sein, deutlich zu machen, dass es durch das Landeskonzept einen politischen Auftrag gibt.

Eine Beauftragung durch die Gesundheitskonferenz kann unterstützend wirken.

Erfolgversprechend kann aber auch ein informeller Weg der Vernetzung sein, indem eine Einladung zum Thema „Sexuelle Gesundheit“, bzw. zur Gründung eines Arbeitskreises

„Sexuelle Gesundheit“ an alle relevanten Akteure ausgesprochen wird. Oder das Thema wird positioniert, indem es als TOP bei einem geeignetem Arbeitskreis eingebracht wird –

ggf. mit dem Ziel der Umbenennung des Arbeitskreises und der daraus folgenden

Ausweitung der Themen und Akteure. Auch über den Weg der Vorstellung des

Landeskonzeptes kann das Thema in einen Arbeitskreis eingebracht werden – oder über die Beteiligung eines Ärztezirkels.

Die Wege werden von Ort zu Ort unterschiedlich sein. Die Setzung des Themas ist zunächst das Ziel.

4. Eckpunkte für das Empfehlungspapier zum Regionalen (Fach)Zentrum „Sexuelle Gesundheit“

Das Eckpunktepapier soll die folgenden Stichpunkte enthalten und entlang dieser Sammlung geschrieben werden. Es soll nicht länger als 2 – 3 Seiten lang sein und beim nächsten Regionaltreffen den Kolleg/innen vorgestellt werden.

In einem Schreiben sollen BZGA, AH-NRW und DAH darüber informiert werden, dass wir an dem Thema gearbeitet und Ergebnisse erzielt haben. Es soll signalisiert werden, dass wir ein Positionspapier erarbeitet haben und darüber ins Gespräch kommen wollen.

Auf Landesebene soll die Landes-AIDS-Koordinatorin Frau Slawski-Haun informiert und um einen Gesprächstermin gebeten werden, bevor die Ministerin und die Staatssekretärin angeschrieben werden.

Auch Frau Kuttner-May vom LIGA soll in Kenntnis gesetzt werden.

Die Sektion Sexuelle Gesundheit der DSTDG wird auf der Sitzung im September in Frankfurt von Astrid Platzmann-Scholten informiert. Dann soll auch geklärt werden, ob der VAK Mitglied der DSTDG werden kann oder nur Einzelmitgliedschaften möglich sind.

Chronologische Stichpunktesammlung für das Eckpunktepapier

Bedarf für ein Fachzentrum – muss begründet werden

(Entwicklung in anderen Ländern,

fragmentierte Versorgung, unzureichende Versorgung – mit Beispielen)

Aufgabe des ÖGD aufgrund des gesetzlichen Auftrages - Anerkennung des Auftrages

Sicherstellungsauftrag

Koordinierungsauftrag

Erfahrung, und Kompetenz

(Argumentation mit historischer Entwicklung AIDS/STI im ÖGD, Erfahrung)

Es gibt keinen anderen Akteur, der für sexuelle Gesundheit in dieser Gänze zuständig ist

Fachzentrum

Grundhaltung orientiert sich an der WHO-Definition zu sexueller Gesundheit

Sexualität als integraler Bestandteil des Menschseins
(„Sexuelle Gesundheit“ ausformulieren)
Definition: Regionales Fachzentrum für „Sexuelle Gesundheit“
Ganzheitlicher Ansatz
Integrativer und ergänzender Charakter
Vernetzung/Netzwerkcharakter
Interdisziplinarität
(Erfahrung und Kompetenz existieren im ÖGD)
Prozesshafter Charakter
Win-win-Situation für alle

Zielgruppen

Allgemeinbevölkerung
Zielverhalten

Inhalte (Angebote, Aufgaben)

Information und Aufklärung
Beratung
Diagnostik
Behandlung
Fachberatung(Multiplikatoren) / Politisch-gesellschaftliche Meinungsbildung
Prävention
Forschung/Datenerfassung
Flächendeckende, für alle gut erreichbare Versorgungsstruktur
Verfügbarkeit der Angebote: Komm und Geh-Struktur, Onlineberatung/-angebote
niedrigschwellig

Entwicklung zu diesem Fachzentrum
Kontinuum, stufenweise Entwicklung

Finanzierung

Die Leistungen sind von den originären Kostenträgern zu erbringen

Unter Mitwirkung von:

Karola	Born	Gesundheitsamt Kreis Soest
Monika	Brosda	Gesundheitsamt Münster
Franz-Josef	Ehrle	Gesundheitsamt Köln
Martina	Fink	Gesundheitsamt Bremen / AIDS/STD-Beratung
Beate	Guse	Gesundheitsamt Kreis Viersen
Karin	Hoeltz	Gesundheitsamt Wuppertal
Renate	Kaspar	AWO AIDS-Beratungs- und Hilfsdienst
Norbert	Kellermann	Gesundheitsamt Nürnberg

Johannes	Kleine	Gesundheitsamt Hochsauerlandkreis: WS-Planung
Ekkehard	Le Bihan	AWO Reg. v. Rheinerft + EU
Matthias	Lehre	Gesundheit, Aidsberatung Kreis Herford
Brigitte	Menze	Gesundheitsamt Essen: WS-Planung AIDS-/STD-Beratung Gesundheitsamt Kreis
Claudia	Schubert	Recklinghausen
Reinhild	Wantia	Gesundheitsamt Kreis Borken