

2005 Fachtagung

Dokumentation
der Fachtagung 2005 für
Aids-Fachkräfte und
Aids-KoordinatorInnen in NRW vom
10.-12. Mai 2005 in Schwerte.



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

Anschrift:

**VAK-NRW e.V.
c/o Dr. F. J. Ehrle,
Palmstr. 26,
50672 Köln**

www.vak-nrw.de

Inhalt

Inhalt 3

| | | |
|-------|---|----|
| 1 | „Paradigmawechsel in der HIV- und STD-Arbeit?“ | 5 |
| 2 | Fünf Thesen zur Weiterentwicklung der Primärprävention | 13 |
| 2.1 | Protokoll der Kleingruppe 1 | 13 |
| 2.2 | Protokoll der Kleingruppe 2: | 14 |
| 2.3 | Protokoll der Kleingruppe 3: | 16 |
| 2.4 | Protokoll der Kleingruppe 4: | 18 |
| 2.5 | Protokoll der Kleingruppe 5: | 19 |
| 3 | Bericht des Sprecherkreises | 20 |
| 4 | „Praxisbezogene Beziehungsstrukturen“ – Interventionsstrategien in Kurzberatungen | 21 |
| 4.1 | Beziehungsmuster in Beratungssituationen | 22 |
| 4.1.1 | Allgemeiner Überblick zum Thema Beziehungsstrukturen | 22 |
| 4.1.2 | Beziehungsmuster in Beratungssituationen | 23 |
| 4.1.3 | Spezielle Beziehungsmuster in Beratungssituationen | 24 |
| 4.2 | Interventionsstrategien in Beratungssituationen | 25 |
| 4.2.1 | Umgang mit und Steuerung von Beziehungsmustern in Beratungssituationen | 25 |
| 4.2.2 | Berateranteile in Beratungsinterventionen | 26 |
| 5 | „AIDS- und STD-Prävention bei Menschen mit geistiger Behinderung“ | 27 |
| 5.1 | Menschen mit geistiger Behinderung | 27 |
| 5.2 | Bedeutung für die Sexualpädagogik | 28 |
| 5.3 | Prävention | 30 |
| 5.3.1 | Untersuchung bestehender Konzepte auf ihre Anwendbarkeit bei Menschen mit geistigen Behinderungen | 30 |
| 5.3.2 | Methodische Umsetzungsmöglichkeiten | 31 |
| 5.4 | Dokumentationen und Erfahrungsberichte | 33 |
| 5.5 | Fazit | 36 |
| 5.6 | Literatur | 36 |

| | | |
|-------|---|----|
| 6 | „Selbstmanagement – Wege aus dem inneren Chaos“ | 38 |
| 6.1 | Einführung in den Workshop | 38 |
| 6.2 | Vermittlung theoretischer Grundlagen | 39 |
| 6.2.1 | Theoretische Annahmen zur Entwicklung eines persönlichen Zugangs zum Thema „Selbstmanagement des „inneren Chaos“ | 39 |
| 6.2.2 | Theoretische Ansätze | 40 |
| 6.3 | Umsetzung der ausgewählten Methoden | 44 |
| 6.3.1 | Gruppensupervisionseinheit zum Thema „Das innere Chaos“ | 44 |
| 6.3.2 | Triade zur Lernbiographie - Modelle der Arbeitsethik | 46 |
| 6.3.3 | Gruppensupervisionseinheit zum Thema „Selbstmanagement“ „Subkutane Steuerung – eine Strategie der persönlichen Psychohygiene“ | 47 |
| 6.3.4 | Werbetext in Vierergruppe entwickeln mit Hilfe einer Bildvorlage | 48 |
| 6.4 | Abschlussrunde | 49 |
| 6.5 | Literaturverzeichnis | 50 |
| 7 | Abschlussplenum am 12.05.05 | 51 |
| 8 | Anhang | 53 |

Protokoll 1.Tag Karola Born

1 „Paradigmawechsel in der HIV- und STD-Arbeit?“

von Dr. Michael Wright (Licensed independent clinical socialworker [LICSW] Master of science [MS]), Forschungsgruppe Public Health unter Prof. Rolf Rosenbrock im Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB)

Um die Frage der Notwendigkeit eines Paradigmenwechsels in der HIV- und STD-Arbeit beantworten zu können, ist es sinnvoll zu bedenken, was genau das heutige Paradigma kennzeichnet, aus welchen Zusammenhängen es zustande gekommen ist und was uns dieses Paradigma bisher gebracht hat.

Mit dem Auftreten von Aids ergab sich die Frage, ob traditionelle Methoden der Seuchenkontrolle angewandt werden sollten. Gegenüber Aids war die Medizin machtlos und die Prognosen für die weitere Ausbreitung der Krankheit katastrophal. Der politische und gesellschaftliche Umgang mit der Krankheit wurde erschwert, weil die ersten Betroffenen homosexuelle Männer und Drogengebraucher waren, zwei stigmatisierte Bevölkerungsgruppen, die sich durch zwei verachtete Praktiken – Analverkehr und den intravenösen Gebrauch von Drogen – infizierten.

In der Bundesrepublik kam es zu einer Auseinandersetzung zwischen den so genannten Maximalisten und Minimalisten (Frankenberg 1994). Die Maximalisten (vor allem Politiker aus Bayern) argumentierten für Sanktionen und staatliche Kontrolle gegenüber Betroffenen – die Vollstreckung der schärfsten Bestimmungen der Seuchenkontrolle mit allen damit verbundenen Einschränkungen von Bürgerrechten. Die Minimalisten (vor allem das Bundesministerium für Gesundheit) sprachen sich für einen anderen Weg aus, nämlich für Sexualaufklärung (vor allem durch soziales Lernen), Forschung und Selbsthilfe. Sie setzten sich in Deutschland wie auch in den meisten anderen betroffenen Ländern durch – mit dem Ergebnis, dass bisher noch wenig verbreitete primärpräventive Strategien auf den höchsten politischen Ebenen unterstützt wurden und der Aufbau der AIDS-Hilfe beginnen konnte. Zum ersten Mal in der Weltgeschichte spielten Nichtregierungsorganisationen eine führende Rolle in der Bekämpfung einer Krankheit.

Die AIDS-Hilfe-Bewegung hat nicht alles neu erfunden, sondern griff schon existierende, aber bisher eher untergeordnete Theorien und Methoden auf. Im Mittelpunkt standen und stehen *Gesundheitsförderung* sowie das *Lebensweisen*

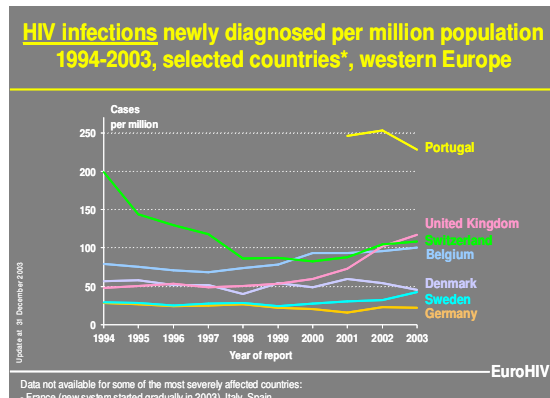
konzept der WHO (WHO Ottawa-Charta 1986), die in Deutschland vor allem im Konzept der *strukturellen Prävention* ihren Ausdruck finden (DAH 1998). Konkret bedeutet dies eine Integration von Verhaltens- und Verhältnisprävention, die durch folgende Merkmale gekennzeichnet ist:

- eine partnerschaftliche Zusammenarbeit zwischen Nichtregierungsorganisationen und Gesundheitsbehörden,
- Unterstützung der Selbsthilfestrukturen von betroffenen Gruppen und Förderung deren Teilnahme an der Planung und Durchführung von Bekämpfungsmaßnahmen,
- Interventionen vor Ort, die Lebensweisen und Umfeld der Zielgruppen direkt einbeziehen,
- Maßnahmen zur Verbesserung der Lebenssituation der Zielgruppen, um sozialstrukturellen Ursachen des erhöhten Risikos (wie Diskriminierung und Verelendung) entgegenzuwirken und
- die Verantwortung für präventives Verhalten gleichermaßen bei Infizierten und Nicht-Infizierten zu thematisieren.

Es ist in Vergessenheit geraten, dass dieser Ansatz schon vor Aids seine erste Probe in der Bekämpfung anderer sexuell übertragbaren Erkrankungen bestanden hat. Trotz einer flächendeckenden Sexualaufklärung, eines verbesserten Zugangs zu Schutzmitteln (vor allem Kondomen) und der Erfindung effektiver medikamentöser Behandlungen (vor allem Antibiotika) war es im zwanzigsten Jahrhundert nicht möglich, die Verbreitung von Syphilis und Gonorrhö ganz zu verhindern. In den siebziger und achtziger Jahren kam es in den Industriestaaten zu einer neuen Epidemie von Geschlechtskrankheiten, die erst durch die Einführung von neuen Strategien – vor allem zielgruppenspezifischer Aufklärung und aufsuchender Sozialarbeit – wirksam bekämpft werden konnte (Darrow 1997; Cates/Rothenberg/Blount 1996).

Im Ganzen steht das neue Paradigma, das zur Aidsbekämpfung eingeführt wurde, für den Übergang von der individualisierten, punktuellen, direkten Überwachung der Seuchenkontrolle zu strukturellen, kontinuierlichen und indirekten Mechanismen der Prävention; von Zwangsmaßnahmen zur Zusammenarbeit; von der individuellen Suchstrategie zur gesellschaftlichen Lernstrategie (Rosenbrock & Schaeffer 2002).

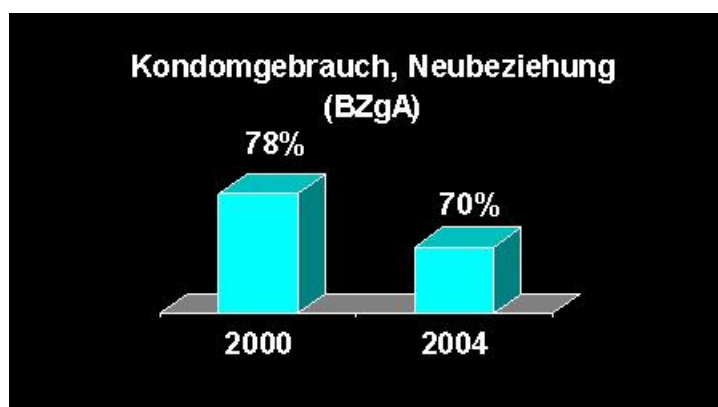
Dass dies der richtige Weg ist, zeigt sich an der Erfolgsgeschichte der Primärprävention in Deutschland.



Auf diesem Bild ist die noch sehr günstige epidemiologische Lage Deutschlands im europäischen Vergleich zu sehen. Diese Lage zeigt auch im Kontrast zu vielen anderen Ländern eine bemerkenswerte Stabilität über einen längeren Zeitraum:

Die geschätzte Anzahl der Neuinfektionen liegt über zehn Jahre hinweg bei 2000 Fällen. Es gibt bisher keine epidemiologische Verschiebung der Neuinfektionen auf jüngere Altersgruppen. Die Zusammensetzung der wichtigsten Übertragungswege ändert sich nur langsam: nach wie vor finden die meisten Neuinfektionen bei homosexuell aktiven Männern statt. Die Zahl der Übertragungen über heterosexuelle Kontakte steigt nur langsam an. Die Neuinfektionsrate bei Menschen mit intravenösem Drogengebrauch ist stabil bis abnehmend.

Dennoch gibt es auch hierzulande Anhaltspunkte für ein allmähliches Nachlassen der Bereitschaft, sich und andere vor einer HIV-Infektion zu schützen – nicht nur in der Allgemeinbevölkerung, sondern auch bei den am stärksten betroffenen Bevölkerungsgruppen.



Zum Beispiel kann anhand der Befragung „Aids im öffentlichen Bewusstsein“ der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung festgestellt werden (BZgA 2005), dass von 2000 bis 2004 der Kondomgebrauch in neuen Beziehungen von 78% auf 70% der Befragten gesunken ist. Weniger ausgeprägt, jedoch statistisch signifikant ist der Rückgang des allgemeinen Kondomgebrauchs unabhängig von der Beziehungsform: im Jahre 1997 lag der Anteil bei 73%, 2004 bei 69%. Bei der Wiederholungsstudie über das Sexualverhalten von schwulen Männern, die ebenfalls im Auftrag der BZgA durchgeführt wird, sind ähnliche Tendenzen zu erkennen (Bochow/Wright/Lange 2004): Während im Jahre 1999 72% der Befragten keine HIV-Übertragung beim Analverkehr riskierten, waren es im Jahre 2003 70%. Der Anteil der Männer, die beim Oralverkehr kein Sperma in den Mund aufgenommen hatten, lag 1999 bei 76% und 2003 bei 68%. Dieser Trend zu mehr Risikokontakten ist in der Studie über schwule Männer erst seit 1996, dem Jahr der Einführung der neuen antiretroviralen Therapien, zu beobachten.

Die relative Stabilität der epidemiologischen Situation, gekoppelt mit dem langsamen Verlauf der Entwicklung zu einer zunehmenden Risikobereitschaft, legen nahe, dass es sich um keine einzelne isolierbare Ursache oder Gruppe von Ursachen, sondern um einen komplexen sozial und historisch bedingten Prozess handelt. Dieser Prozess wird in Deutschland unter dem Stichwort „Normalisierung“ diskutiert, häufig mit einer Unterscheidung zwischen dem „alten AIDS“ und dem „neuen AIDS“ (Dannecker 2000, 2002; vgl. die Diskussion zu „post-AIDS“ bei Dowsett & McInnes 1996 und Rofes 1998). Wie Rosenbrock und Kollegen (2000, 2002) beschreiben, ist Normalisierung ein allmählicher Prozess mit einer Vielfalt von Ursachen, der sich u. a. an Änderungen im Verhalten der von HIV/Aids am stärksten betroffenen Gruppen erkennen lässt. Mit einer Normalisierung ist vor allem gemeint, dass die Gesellschaft Maßnahmen zur Eindämmung von HIV/Aids in Routineverfahren integriert; besondere (Schutz)Maßnahmen werden durch übliche Problemlösungsmuster ersetzt. Normalisierung bedeutet auch, dass medizinische Interventionen gegen die Krankheit eine wichtige Rolle zurückgewinnen, und HIV/Aids in der Risikohierarchie des Alltags zurückgestuft wird.

Die große Herausforderung für die HIV-Primärprävention besteht darin, den negativen Folgen der unaufhaltbaren Normalisierung entgegenzuwirken. Besonders problematisch in der Weiterentwicklung der Primärprävention ist das Definieren von erreichbaren Zielen. Es ist weiterhin davon auszugehen, dass ein hohes Informationsniveau hinsichtlich aller wichtigen Aspekte von HIV/Aids eine notwendige Voraussetzung für ein konsequent präventives Verhalten ist. Um dies zu ermöglichen, müssen allen sexuell aktiven Menschen entsprechende Informationsangebote zur Verfügung gestellt werden. Inwieweit eine weitere Steigerung der Risikobereitschaft

angesichts der Normalisierung von HIV/Aids verhindert werden kann, ist jedoch ungewiss. Auf Grund der bisherigen erfolgreichen Aufklärungsarbeit in Deutschland und in anderen vergleichbaren Ländern kann man davon ausgehen, dass auch gegenwärtig eine Einflussnahme auf das Sexualverhalten der Bevölkerung durch zielgruppenspezifische Interventionen möglich ist. Diese Interventionen sollten jedoch nicht versuchen, gegen den Normalisierungsprozess zu steuern – etwa dadurch, dass die Krisenstimmung der frühen Jahre neu entfacht wird. Hingegen gilt es, an die neuen Bedingungen direkt anzuknüpfen und Menschen zu helfen, das „normale“ Risiko von HIV/Aids in ihr Sexualleben so zu integrieren, dass Übertragungsrisiken und HIV-Infektionen so selten wie möglich vorkommen.

An dieser Stelle sollen fünf Aspekte der Weiterentwicklung der Primärprävention in diesem Sinne hervorgehoben werden:

- die Integration aktueller Risikomanagementstrategien in die primärpräventive Arbeit,
- die Vermeidung übersimplifizierter Erklärungen für eine steigende Risikobereitschaft,
- eine Verstärkung und Ausbreitung des lebensweltorientierten Ansatzes,
- die Integration medizinischer und psychosozialer Interventionen im Rahmen des Konzepts der sexuellen Gesundheit und
- die Präzisierung von Zielen und Wirkungsweisen durch eine verstärkte Qualitätssicherung und Evaluation.

Die Integration aktueller Risikomanagementstrategien in die primärpräventive Arbeit bedeutet eine Akzeptanz der Individualisierung und Differenzierung von Strategien, die sich im Laufe der Epidemie entwickelt haben. Jeder Mensch praktiziert seinen ganz eigenen Umgang mit Risiko, auch mit HIV-Risiko, und diese individuelle Anpassung an eine Übertragungsgefahr sollte respektiert werden. Demnach muss das Ziel der Primärprävention sein, dass jede und jeder in die Lage versetzt wird, ihr bzw. sein eigenes Risiko einzuschätzen und eine angemessene Risikovermeidungsstrategie zu entwickeln. Eine Rückkehr zu einfachen Botschaften oder die Vernachlässigung der Vielfalt der gelebten Umgangsformen mit dem HIV-Übertragungsrisiko führt zu einem Stillstand in der Primärprävention.

Mit der Aufforderung zur Vermeidung übersimplifizierter Erklärungen soll die Überbetonung bestimmter Risikosituationen (z.B. Risikoverhalten unter dem Einfluss von Drogen oder das Phänomen des „barebacking“) auf Kosten einer Betrachtung der Gesamtentwicklung vermieden werden. Es gibt keinen einzelnen Faktor, der erklärt, warum die Risikobereitschaft steigt. Der weitere Erfolg in der Primärprävention ist nicht davon abhängig, ob eine bestimmter Risikofaktor angesprochen wird, sondern inwieweit Interventionen und Botschaften die vielfältigen Risikosituationen berücksichtigen können.

Durch eine Verstärkung und Ausbau des lebensweltorientierten Ansatzes soll auf den Erfolgen der zielgruppenspezifischen Arbeit aufgebaut werden. Die wachsende Vielfalt an betroffenen Bevölkerungsgruppen und die Unterteilung der „klassischen“ Zielgruppen je nach Bedarfslage erfordert eine weitere Differenzierung der Botschaften und Arbeitsweisen. Schwer erreichbare Zielgruppen, die ein höheres Übertragungsrisiko aufweisen (z.B. Stricher, bestimmte Migrantengruppen und Menschen aus unteren sozialen Schichten), sollen dabei besonders berücksichtigt werden. Auch der längst vernachlässigte Bedarf nach primärpräventiven Interventionen für die Zielgruppe HIV-Positive ist ein Bereich, der auf Grundlage des lebensweltorientierten Ansatzes weiter ausgebaut werden sollte.

Eine Integration von medizinischen und psychosozialen Interventionen im Rahmen des Konzepts der sexuellen Gesundheit zielt vor allem darauf ab, der wachsenden Konkurrenz zwischen medizinischen und nichtmedizinischen Angeboten entgegenzuwirken, damit die Definitions-, Steuerungs- und Finanzierungsmacht der Akteure in beiden Bereichen (Medizin und Primärprävention mit einem psychosozialen Ansatz) weiterhin geteilt wird. Das viel versprechende aber auch zugleich schwer definierbare Konzept der sexuellen Gesundheit bietet eine mögliche gemeinsame Grundlage für diese Integration. Der Vorteil des Begriffs der sexuellen Gesundheit liegt darin begründet, dass er nicht die Vermeidung und Behandlung sexueller Erkrankungen, sondern das Ziel einer positiv erlebten Sexualität in den Mittelpunkt stellt. Obwohl der subjektive Charakter des sexuellen Erlebens dazu führt, dass eine für alle Menschen in allen Gesellschaften gültige Definition nicht zu erreichen ist, kann ein Konsens über Teilaspekte der sexuellen Gesundheit gebildet werden, der dann als Grundlage für die Zielsetzung der Gesundheitsförderung auf kommunaler oder Landesebene zur Verfügung steht. Gesundheitsförderung fordert uns also heraus, Lebensqualität in den Mittelpunkt zu stellen, diese Qualität in ihren wichtigen Merkmalen zu beschreiben und einen gemeinsamen Weg dahin zu finden.

Die Präzisierung von Zielen und Wirkungsweisen ist nötig, nicht nur um den steigenden Legitimationsbedarf vor allem auf kommunaler Ebene entgegenzukommen, sondern auch transparentere Kriterien für die Förderung und Steuerung der

Primärprävention zu schaffen. Immer häufiger werden Leistungsvereinbarungen zwischen Träger und Zuwendungsgeber abgeschlossen, die in der Regel nur eine grobe Zielsetzung beinhalten. Oft werden die erbrachten Leistungen an quantitativen Maßstäben, die keinen klaren fachlichen Bezug zum primärpräventiven Auftrag aufweisen, gemessen. In den seltensten Fällen liegen zuverlässige Informationen zur Bedarfslage der Zielgruppe vor, die als Grundlage für die längerfristige Überprüfung der Wirkung der Präventionsarbeit dienen könnten. So wird die Zahl der Neuinfektionen oft einbezogen – jedoch mit großer Unsicherheit hinsichtlich der Bedeutung dieser Zahlen für die Gestaltung der Primärprävention vor allem auf kommunaler Ebene. Diese Probleme lassen sich durch eine verstärkte Qualitätssicherung und Evaluation angehen. Dabei ist jedoch wichtig, dass die regionalen Besonderheiten hinsichtlich Epidemie, Trägerlandschaft und Förderstrukturen berücksichtigt werden, um „maßgeschneiderte“ Qualitätssicherungs- und Evaluationsverfahren entwickeln zu können. In einem Kooperationsprojekt mit der Deutschen AIDS-Hilfe (gefördert durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und soziale Sicherung) ist die Forschungsgruppe Public Health im Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung dabei, Strukturen für die Qualitätssicherung und Evaluation in diesem Sinne aufzubauen (Wright & Block 2005).

Die Weiterentwicklung der Primärprävention durch Berücksichtigung dieser fünf Aspekte verlangt nicht nur Innovationsbereitschaft, sondern auch die ausreichende Bereitstellung entsprechender Ressourcen für neue Strategien. Die Mittelkürzungen, die seit einigen Jahren auf allen Ebenen (Bund, Länder, Kommunen) in Deutschland erfolgen, stellen in Frage, ob die zur Verfügung stehenden Mittel hierfür ausreichen. Angesichts der sinkenden finanziellen Zuwendungen für HIV-Primärprävention muss auch die Frage gestellt werden, inwieweit die steigende Anzahl von Neuinfektionen hätte weiter verringert werden können, wenn Primärprävention in einem Ausmaß finanziert worden wäre, wie dies zu Beginn der neunziger Jahre noch der Fall war.

Zum Schluss kommt Dr. Wright zur Ausgangsfrage zurück: „Brauchen wir ein neues Paradigma in der HIV- und STD-Prävention?“ Vor dem Hintergrund des bisherigen Erfolges in der Bekämpfung sexuell übertragbarer Krankheiten in Deutschland ist die Antwort eindeutig: Nein. Die kontinuierliche Anpassung des Paradigmas an die sich wandelnden Epidemien durch einen weiteren Ausbau von Theorie und Praxis der Primärprävention ist jedoch unbedingt notwendig. Dafür muss die Politik bereit sein, die nötigen Ressourcen zur Verfügung zu stellen. Und die Fachkräfte im Bereich HIV/Aids und STD müssen bereit sein, unsere Kompetenzen sichtbarer und auch messbarer zu machen, damit die Wirkung der Primärprävention deutlicher dargestellt werden kann.

Literatur

Bochow, M; Wright, MT; Lange, M (2004) Schwule Männer und AIDS: Risikomanagement in Zeiten der sozialen Normalisierung einer Infektionskrankheit. AIDS-Forum Band 48. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2005) Aids im öffentlichen Bewusstsein der Bundesrepublik Deutschland 2004. Köln: BZgA.

Cates W Jr; Rothenberg RB; Blount JH (1996) Syphilis control. The historic context and epidemiologic basis for interrupting sexual transmission of *Treponema pallidum*. Sex Transm Dis; 23(1): 68-75.

Dannecker, M (2000) Wider die Verleugnung sexueller Wünsche. AIDS Infothek, 12(1): 4–10.

Dannecker, M (2002) Erosion der HIV-Prävention. Zeitschrift für Sexualforschung, 15(1): 58-64.

Darrow WW (1997) Health education and promotion for STD prevention: lessons for the next millennium in Genitourin Med;73(2), S: 88-94.

Deutsche AIDS-Hilfe (DAH) (1998) Strukturelle Prävention: Ansichten zum Konzept der Deutschen AIDS-Hilfe. Deutsche AIDS-Hilfe: Berlin.

In der anschließenden Diskussion erläuterte Dr. Wright:

Das WZB hat zurzeit zwei Projekte im Bereich AIDS.

Im Projekt „Bestandsaufnahme der Qualitätssicherung und Evaluation in der Primärarbeit der AIDS-Hilfe“ (Ansprechpartner: M. Wright / Block) geht es darum, in drei Jahren in 12 ausgewählten Einrichtungen Instrumente individuell zu entwickeln, um Daten zu bekommen und zu interpretieren. Zur Effektivitätsprüfung eines aufsuchenden Busses für Fixer soll z.B. geklärt werden, welche Mindestausstattung im Bus (Personal, Materialien) benötige ich für welche Szenegröße? Es sollen hierzu Methoden-Workshops (z.B. zum Peer-Review-Verfahren) stattfinden und ein interaktives Handbuch erstellt werden, dass dann auf der Internetseite des WZBs herunterladbar sein soll (www-wz-berlin.de).

Im zweiten Projekt sollen die Auswirkungen des neuen Präventionsgesetzes ermittelt werden. Die sozial benachteiligten Gruppen sind eine wichtige Zielgruppe des Präventionsgesetzes. In Berlin gibt es z.B. 2.700 Gesundheitsprojekte. Es sollen zentrale Anlaufstellen für Projekte im Bereich Gesundheit (regionale Knotenpunkte) geschaffen werden. Hier ist eine Studie zur Qualitätssicherung für drei Jahre geplant.

2 Fünf Thesen zur Weiterentwicklung der Primärprävention

Zum Referat „Paradigmenwechsel in der HIV- und STD-Arbeit?“ hatte Dr. Michael T. Wright unter dem Thema „Konsequenzen und Handlungsbedarf“ fünf Thesen zur Weiterentwicklung der Primärprävention bei HIV und STD (mit Diskussionsfragen) formuliert, die in fünf Kleingruppen von 15.00-17:00 Uhr diskutiert wurden:

2.1 Protokoll der Kleingruppe 1

„Für die Weiterentwicklung der Primärprävention bei HIV und anderen STD ist eine Fortentwicklung des zielgruppenspezifischen Ansatzes notwendig“

Was brauchen Sie, um Ihre primärpräventive Arbeit auszubauen, damit mehr Zielgruppen erreicht bzw. vorhandene Zielgruppen besser erreicht werden können?

Teilnehmer/innen: Annegret Schreeck, Stephan Ströher, Diana Dintinger, Gabriele Neumann, Karola Born

Protokollführerin: Karola Born

Beginn: 15:25h

Ende: 16:45h

Ergebnisse:

Für die Zielgruppe Migrantinnen muss nicht der Focus auf die verschiedenen Ethnien gerichtet werden, sondern die Kooperationspartner in den verschiedenen Einrichtungen (Ausländeramt, Landesaufnahmestelle, DRK...) müssen für das andere Gesundheitsverständnis / für die andere Sozialisation sensibilisiert werden. Der Verein „Lights of Africa“ macht Peer-Leader-Schulungen für Kirchengemeinden. Ende September wird die Fachtagung von Afrikanern für Afrikaner in Bonn stattfinden.

Für ländliche Strukturen sollte das Sprechstundenangebot ausgeweitet werden, damit Jugendliche einen anonymen HIV-Antikörper-Test machen können. Für den persönlichen Beratungsbedarf von Jugendlichen im Bereich Sexualität kann auch auf das Beratungsangebot der Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen in den verschiedenen Städten der Landkreise verwiesen werden.

Für Frauen, die in der Prostitution arbeiten, ist die aufsuchende Arbeit auszubauen. In Saarlouis wird im Anzeigenteil „Bars, Kavaliers, Hostessen und Clubs“ eine Anzeige geschaltet, die auf das Untersuchungsangebot des Gesundheitsamtes hinweist.

Die über 30-Jährigen sollten vermehrt angesprochen werden. Eine Ü-30-Party zum Welt-AIDS-Tag in einer Diskothek. Oder am Internationalen Frauentag werden kleine Geschenke verteilt (Thema: „Packt Euren Männern Kondome für die Fortbildung/Dienstreise ein“).

2.2 Protokoll der Kleingruppe 2:

„Zuwendungsgeber stehen unter zunehmenden Druck, primärpräventive Angebote zu legitimieren. Dieser Druck bedroht die längerfristige Förderung diverser Angebote im Gesundheitsbereich, auch Angebote im Bereich HIV und STD.“

Was brauchen Sie, um Ihre Arbeit gegenüber Zuwendungsgebern besser darstellen zu können?

Teilnehmer/innen: Astrid Platzmann, Anika Kerkhoff, Kai Dehne, Karin Hoeltz, Harriet Fischer, Rüdiger Panhorst, Guido Pelzer

Protokollführer: Guido Pelzer

Beginn: 15:25 Uhr Ende: 17:00h

Ergebnisse:

Es diskutierten 3 Mediziner und 4 Nicht-Mediziner.

Vier waren ganz in der Abteilung Infektionsschutz, zwei zur Hälfte.

Was brauchen die AIDS-Koordinatoren und AIDS-Fachkräfte:

- klare Regelung in der Verwaltung,
- Rückendeckung von der Amtsleitung,
- Kontakt zur Presse,
- sich einladen lassen,
- eigenes Budget,
- Ziele der Geldgeber,
- Arbeitskreis (eigenständig) → direkter Kontakt zur Presse,
- Arbeit mit Kooperationspartnern,
- Test bei niedergelassenen Ärzten vs. Gesundheitsamt;

Erfolge von Präventionsarbeit lassen sich nicht in Zahlen fassen.

Neues kommunales Finanzmanagement (NKF),

Bekanntmachung der AIDS-Beratungsstelle via Gesundheitskonferenz,

Präsenz in vielen Bereichen bei Entscheidern

Ziel:

- Bekannt sein,
- Kooperation mit Jugendämtern und freien Trägern,
- JugendFilmTage

Partner:

Zonta-Frauen, Soroptimistinnen, Lions Club, Rotary
kleiner Dienstweg

Ziele der Geldgeber:

- HIV / Aids verhindern (+ LÖGD Richtlinien erfüllen)
- Öffentlich positiv präventiv zu sein
- Anspruch Gesetz zu erfüllen
- „bürgernah“ preisgünstig viele Bürger erreichen
- Konzentration auf Pflichtaufgaben
- Marketing / Give aways mit Nachhaltigkeit
- Sponsoren – Partner
- Freiheit und Initiativen

Zusammenfassung:

Die AIDS-Fachkräfte brauchen:

- Zahlen / Inhalte / Ziele
- Ideen Initiativen
- Freiheit zur Umsetzung und Konzeptionalisierung
- Kontakte und Vernetzung

2.3 Protokoll der Kleingruppe 3:

„Eine Präzisierung von Zielen für die Primärprävention ist notwendig, um die Weiterentwicklung der Arbeit besser steuern zu können?“

Welche konkreten erreichbaren und messbaren Ziele sollen für Ihre Kommune bzw. für Ihre Region gesetzt werden?

Teilnehmer/innen: Beate Guse, Renate Jannes, Viktoria Eisenhardt, Christine Kröger, Claudia Pollmann, Elvira Dzikonski, Mathias Lehre, Gabi Becker, Astrid Schweppe

Präsentation: Mathias Lehre

Ergebnisse:

Ziele:

- Eingrenzung der HIV-Infektionen
- Risikobewusstsein schaffen
- Informationen vermitteln
- Beratungsangebot bekannt machen
- Selbstwertstärkung
- Basiskompetenz vermitteln
- Kommunikationsfähigkeit stärken
- Entscheidungskompetenz erhöhen
- Geschlechterrollen hinterfragen
- Sexorientierungen
- Akzeptanz für verschiedene sexuelle Orientierungen fördern
- Toleranz
- Antidiskriminierung
- Hepatitis-Impfung, Impfrate erhöhen
- Netzwerke aufbauen und pflegen

Zielgruppen:

- alter Mensch
- Behinderter Mensch (z.B. in Werkstätten für Behinderte) → Vermittlung sozialer Kompetenz)
- u.a. die bereits von den Beratungsstellen angesprochen werden, wie z.B. Jugendliche und MultiplikatorInnen

Kooperationspartner / Netzwerk

- Krankenkassen
- Blutspendedienst
- AIDS-Hilfe
- Pro Familia
- Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen
- Kontakt- und Informationsstellen für Selbsthilfegruppen
- Schulverwaltung
- Suchtberatung
- Einrichtungen, die „Jugend fördern“

Z.T. sind die Kooperationspartner auch der Zielgruppe der MultiplikatorInnen zuzuordnen, d.h. dass eine Kooperation häufig mit einer Schulung der Mitarbeiter beginnt.

Überprüfung der Ziele durch:

- Bedarfsanalyse
- Fragebogenaktionen

2.4 Protokoll der Kleingruppe 4:

„Das Konzept der sexuellen Gesundheit bietet sowohl für eine verstärkte Kooperation zwischen medizinischen und psychosozialen Angeboten als auch für die Entwicklung neuer Interventionsstrategien eine Grundlage“

Inwieweit wird Ihre Arbeit vom Konzept der sexuellen Gesundheit geleitet?

Teilnehmer/innen: Ekkehard Le Bihan, Jutta Bringmann, Ute Lorenz, Rudi Mann, Paul Baumann, Helga Tolle, N. Kellermann

Protokollführer: Ekkehard Le Bihan

Beginn: 15:15h

Ende:17:15h

Ergebnisse:

Definition „Sexuelle Gesundheit“

- Abwesenheit von sexueller Erkrankung
- Sexuelle Identität erkennen und akzeptieren
- Sexualität leben mit anderen
- Beachtung individueller Grenzen
- Sexuelle Selbstbestimmung
- Beziehungsfähigkeit

Konzeptionelle Ableitungen:

- Aufklärung / Beratung
- Diagnostik
- Therapie
- Beachtung kultureller, religiöser u. gesellschaftlicher Aspekte
- Beachtung kulturspezifischer Entwicklung der Krankheit

Fazit: Neuer Begriff, bekannte Inhalte

Die Teilnehmer konnten sich auf keine einheitliche Definition von Prävention, Prophylaxe und Aufklärung einigen.

2.5 Protokoll der Kleingruppe 5:

„Klarere Aussagen über die Bedarfslage der Zielgruppe sowie über die Wirkung der Präventionsarbeit sind für die Weiterentwicklung der Primärprävention wichtig.“

Welche Informationen über den Bedarf der Zielgruppe oder über die Wirkung Ihrer primärpräventiven Arbeit hätten Sie gerne? Wie könnten solche Informationen gewonnen werden?

Teilnehmer/innen: Sabine Wentzky, Renate Kaspar, Manfred Weber-Schulte, Iris Sperg, Nicole Savelsberg

Protokollführerin: Nicole Savelsberg

Ergebnisse:

es gibt zwei Bedarfe:

1. Der Bedarf, den wir postulieren
2. Der Bedarf der Zielgruppe, den wir kaum berücksichtigen können, da kulturelle und soziale Gegebenheiten bestimmend sind

Die Teilnehmer der Kleingruppe erhalten Informationen über den Bedarf aus Studien, aus den Statistiken des Robert-Koch-Instituts, des Bundesamtes für Statistik, aus der Multiplikatorenarbeit, von Interessenvertretungen und Betroffenen.

- Kommunikationswege abklopfen
- Zielgruppen überprüfen

Wirkung unserer Arbeit:

Langfristige Verfügbarkeit der wichtigsten Informationen zu HIV und AIDS

Umsetzung in der konkreten Situation

Kondombenutzung nicht der einzige Parameter

Bekanntheit der Beratungsstelle durch Öffentlichkeitsarbeit / Gesundheitsberichterstattung

Wie könnten solche Informationen gewonnen werden?

- Befragung in der Fußgängerzone: „Kennen Sie mich?“

3 Bericht des Sprecherkreises

Dr. Franz Ehrle berichtete über die Tätigkeiten des Sprecherkreises im vergangenen Jahr: Insgesamt fanden vier Sitzungen sowie ein Erfahrungsaustausch mit dem MFJFG statt. Bearbeitete Themen:

- Fachtagung 2005
- Landeszuwendungen
- Zielgruppenspezifische Prävention
- Blutprobenversand ans LÖGD Münster
- Regionalgruppentreffen in Düsseldorf, Düren und Essen
- LÖGD AK Sexuelle Gesundheit

Der Sprecherkreis ist auch Mitglied der Landeskommision Aids, die aber im letzten Jahr nicht getagt hat.

Auf der Homepage des Verbandes der AIDS-Fachkräfte in NRW (www.vak-nrw.de) sind die Dokumentationen der letzten Fachtagungen herunterladbar.

Im Mai 2006 wird die 15. durch den Sprecherkreis selbst organisierte Fachtagung der AIDS-Fachkräfte und AIDS-KoordinatorInnen stattfinden.

Wahl des Sprecherkreises

Ohne Gegenstimme und Enthaltungen wird der Sprecherkreis von den Aids-Fachkräften und Koordinatoren gewählt. Zum Sprecherkreis gehören:

- Dr. Franz Ehrle, GA Köln
- Brigitte Menze, GA Essen
- Karin Hoeltz, GA Wuppertal
- Helga Tolle, GA Remscheid
- Jutta Bringmann, GA Borken
- Astrid Schweppe, GA Bielefeld
- Karola Born, GA Soest

Guido Pelzer fragt, ob jemand den Verein „Arbeitsgemeinschaft Humane Sexualität“ kennt. Dieser Verein soll seit 20 Jahren gemeinnützig sein und Sexualität zwischen Kindern und Erwachsenen propagieren. Es wird aufs Internet verwiesen.

4 „Praxisbezogene Beziehungsstrukturen“ – Interventionsstrategien in Kurzberatungen

Referent: Dr. med. Dr. phil. Stefan Nagel

Protokoll: Beate Guse

Teilnehmer: Am Workshop nahmen 14 Personen teil

In diesem Workshop standen typische Beziehungsmuster in Beratungssituationen, deren positive und negative Konsequenzen für die Beratung und das Beratungsergebnis und die Interventionsstrategien bezogen auf diese Beziehungsmuster im Mittelpunkt.

Ein Blick in die Dokumentation der Fachtagungen 2003 (Workshop „Umgang mit den eigenen und fremden Normen und Werten und Grenzen in der AIDS-Arbeit“) und 2004 (Workshop „Beziehungsstrukturen im Beratungskontext“) lohnt sich, da dieser Workshop thematisch aus diesen vorhergehenden entstanden ist. Dennoch ist dieses Protokoll auch unabhängig zu verstehen, da zum Verständnis notwendige Wiederholungen, die auch im Workshop bearbeitet wurden, hier einfließen.

Nach einer Vorstellungsrunde wurden Fallbeispiele und Fragen gesammelt. Aus dieser Sammlung ergaben sich zusammengefasst die folgenden 4 Problemfelder, die im Verlauf des Workshops als Grundlage dienten, die Theorie anhand praktischer Beispiele zu vermitteln:

| | | |
|--|---|--|
| Macht <ul style="list-style-type: none">➤ Testdurchführung➤ Beratungsumfang➤ Hierarchie➤ Testergebnis-Mitteilung | Moral <ul style="list-style-type: none">➤ Eigene Moral➤ Fehlende Moral➤ Verantwortlichkeit➤ Schuld/Bestrafung➤ Normenkonflikt➤ „11. Gebot“ (Test vor Beziehung) | Beziehung <ul style="list-style-type: none">➤ Annahme der eigenen Arbeit➤ Betroffenheit➤ Nähe/Distanz➤ Schweiger➤ Erpressung➤ Anpreisen➤ Beziehungslosigkeit➤ Aufsuchende Arbeit |
| AIDS-Phobie | | |

Die Fallbeispiele fließen im Verlauf des Protokolls z. T. stichpunktartig unter „Beispiel:“ ein, werden aber nicht im einzelnen und ausführlich besprochen.

4.1 Beziehungsmuster in Beratungssituationen

4.1.1 Allgemeiner Überblick zum Thema Beziehungsstrukturen

Im folgenden gab es einen kurzen theoretischen Exkurs von den Definitionen der Begriffe Beziehung und Beziehungsstruktur ...

Beziehung (Relation):

Mit dem Begriff Beziehung bezeichnen wir das objektive oder subjektive Verhältnis zwischen zwei oder mehreren Gegebenheiten/Personen im Sinne eines sachlichen oder bedeutungshaften (symbolischen) Zusammenseins, Einanderbestimmens, Aufeinanderangewiesenseins.

Interaktion und Kommunikation kann, muss aber nicht zwingend ein Bestandteil von Beziehung (eines Verhältnisses) sein. In Beratungssituationen ist allerdings davon auszugehen, dass beides stattfindet.

Beziehungsstruktur:

Mit dem Begriff Beziehungsstruktur bezeichnen wir den mehr oder weniger geordneten (!) Zusammenhang, die Form oder das Gefüge, das die Beziehung in ihrem Was und Wie bestimmt.

In unserem Zusammenhang (HIV) sind besonders Beziehungsstrukturen zwischen Personen relevant. Die Beratungssituation stellt den Sonderfall einer Beziehung dar. Dennoch bleibt auch in ihr das ‚Typische‘ von Beziehungsstrukturen wirksam.

... über beziehungsstiftende Faktoren ...

Biologische Faktoren

- Aufeinanderangewiesensein (Abhängigkeit, oral):
Ernährer-Ernährter (z. B. Beute-Jäger-Beziehung, Mutter-Kind-Beziehung)
- Einanderbestimmen (Machtverhältnis, anal): Über/Unterlegenheit: (z. B. Geschwister-/Mann-Frau-Beziehungen, Rivalität unter Artgenossen)
- Zusammensein [-wollen] (Zuneigung, genital): Partnerschaft (z. B. Sexualität, ‚Rudel‘-oder Einzelkontakte)

Soziale Faktoren

- Aufeinanderangewiesensein (Abhängigkeit, oral):
Ernährer-Ernährter (z. B. ein Ehepartner als wirtschaftlicher oder sonstiger ‚Versorger‘)
- Einanderbestimmen (Machtverhältnis, anal):
Über/Unterlegenheit: (z. B. Staat-Bürger/Chef-Angestellter-Verhältnis, Eherecht)
- Zusammensein [-wollen] (Zuneigung, genital):
Partnerschaft (z. B. Ehe, Liebesbeziehungen, Freundschaft)

... zu der Feststellung, dass in praktisch jeder Beziehung alle diese Faktoren, also sowohl biologische wie soziale mit ihren jeweiligen oralen, analen und genitalen Anteilen, in unterschiedlichem Ausmaß und unterschiedlichem Mischungsverhältnis eine bedeutsame Rolle spielen.

Im Gegensatz zu Liebesbeziehungen, in denen alle drei Aspekte (Versorgung, Besitz/Macht, Zuneigung) in ihrer biologischen wie auch sozialen Ausprägung im Sinne von Bedürfnisbefriedigung eine wesentliche Rolle spielen, liegt der Akzent in Beratungssituationen idealerweise eher auf den sozial geprägten Aspekten, ebenfalls idealerweise unter möglichst weitgehender Ausschließung von partnerschaftlichen, freundschaftlichen oder gar Liebesbeziehungen (Abstinenzregel).

4.1.2 Beziehungsmuster in Beratungssituationen

Beratungssituationen weisen auch im Hinblick auf die zugrundeliegenden oder entstehenden Beziehungsmuster und Beziehungsstrukturen in der Regel einige Besonderheiten auf. Dies gilt nicht nur für Kurzberatungen oder Testberatungen, sondern auch in der Betreuungsarbeit:

- Fokussierung
d.h. die Einschränkung auf ein zentrales Thema
Schwierigkeiten können entstehen, wenn dieser Fokus nicht eingehalten werden kann.
Beispiel Testberatung: zentrales Thema/Fokus: HIV-Infektion; außerhalb des Fokus: Besprechen von Partnerschaftsproblemen
- vorgegebene Abhängigkeits- und Machtstrukturen
d. h. Klient ist aus verschiedenen Gründen auf Berater angewiesen
- negativ-emotionale Voreinstellung des Klienten
gemeint sind hier Gefühle wie Angst, Unsicherheit bis hin zu Auslieferungs- und Ohnmachtsgefühlen
- hoch-positive Erwartungshaltung des Klienten
d. h. der Klient erwartet vom Berater eine Beseitigung seiner negativen Gefühle
Beispiel Testberatung: auch an das Testergebnis gibt es diese Erwartung, in der Regel nämlich, dass es negativ ausfällt. Das hat zur Folge, dass wenn das Testergebnis diese Erwartung nicht erfüllt, d. h. nicht negativ ausfällt, diese Erwartung an den Berater steigt.

- begrenzter Spielraum des Beraters

d. h. zeitliche, formale, organisatorische, thematische, persönliche usw. Einschränkungen

In Folge dieser Besonderheiten kann es auf der Beziehungsebene zur Ausprägung folgender charakteristischer Beziehungsstrukturen kommen:

- Regressives Abhängigkeitsverhältnis

d. h. weitgehende Übergabe und Übernahme von Verantwortung an und durch den Berater bis hin zur Entwicklung von primärem und sekundärem ‚Krankheitsgewinn‘.

Dies führt zu vielfältigen Komplikationen, insbesondere verstärkt sich die Schwierigkeit, als Berater neutral zu bleiben.

- Machtkämpfe

(ungeachtet der realen Abhängigkeit des Klienten)

- Idealisierung des Beraters durch den Klienten und Entwertung des Klienten durch den Berater

- Erheblicher Leistungsdruck auf Seiten des Beraters

u. U. bis zur Ausprägung des Helfersyndroms

- Rollenumkehr im Sinne einer ‚Notlage‘ des Beraters

aufgrund seiner zeitlichen, formalen ... Einschränkungen

4.1.3 Spezielle Beziehungsmuster in Beratungssituationen

- weitgehende oder vollständige Regression des Klienten

- der abhängige und fordernde Klient

- der unzufriedene Klient

- der wütende Klient

- der lästige Klient (einschließlich Sonderfall: AIDS-Phobie)

- der ‚unklare‘ Klient

- das vorgeschobene Problem

- Entwertung des Beraters (oft nach vorangegangener Idealisierung) der Klient als ‚besserer Berater‘

- Freunde und Partner des Klienten
- Wegbleiben des Klienten (zeitweilig oder dauerhaft)
- Aufnahme privater Beziehungen mit dem Klienten ...

4.2 Interventionsstrategien in Beratungssituationen

Im Verlauf des Workshops wurden anhand der zu Beginn gesammelten Fallbeispiele aus der Gruppe die Beziehungsmuster und -strukturen erarbeitet und dann die möglichen Interventionsstrategien entwickelt. Um zu einer angemessenen Interventionsstrategie zu gelangen, ist die Analyse des Beziehungsmusters Voraussetzung.

4.2.1 Umgang mit und Steuerung von Beziehungsmustern in Beratungssituationen

Wesentliche Instrumente sind:

- Permanente Klärung der Rahmenbedingungen
- Einhaltung von Distanz (Beispiel: schwierig bei Betreuung, Hausbesuchen, usw.)
- Einhaltung der Abstinenzregel
- Einhaltung der Neutralitätsregel (nicht zu verwechseln mit fehlendem Standpunkt; aber im Widerspruch zu anderen Interessen, wie z. B. Präventionsauftrag)
- Vermeidung von Normenkonflikten (soweit möglich, s.o.)
- Fokussierung (Begrenzung des Themas, Umfangs und der beteiligten Personen)
- Permanente Beobachtung und Einschätzung der Beziehungssituation- und dynamik
- Begrenzung der (manifesten und latenten) Erwartungen des Patienten (Beispiel AIDS-Phobie: schwierig Erwartung des Patienten zu erkennen)
- Vermeidung einer ‚allmächtigen‘ Helferrolle
- Permanente Beobachtung und Einschätzung der eigenen Störungsanteile (s. 2.)
- Evtl. Supervision oder Intervision (mit Kollegen)

4.2.2 Berateranteile in Beratungsinterventionen

Hierzu gehört u. a.:

- die momentane Befindlichkeit des Beraters,
- die beratertypische Beziehungsinszenierung,
- eigene neurotische Störungsanteile,
- Kränkungen durch den Klienten (einschl. Missbrauchsempfindungen, Beispiel: telefonische Beratung, die vom Klienten für ‚Sexanrufe‘ genutzt wird),
- selbstgemachter oder von außen herangetragenener Leistungsdruck,
- Zweckentfremdung der Beratungssituation (Verwendung der Beratungssituation z. B. im Konkurrenzkampf mit Kollegen, im Kampf mit der Hierarchie usw.)
- weltanschauliche und kulturelle Differenzen,
- Differenzen im Verständnis und der Gestaltung von Beziehungen.

5 „AIDS- und STD-Prävention bei Menschen mit geistiger Behinderung“

Referentin: Nicole Kreppel

Institut für Heil – und Sonderpädagogik

Justus-Liebig-Universität Gießen

Protokoll: Jutta Bringmann

„Der Geistigbehinderte hat die gleichen Grundrechte wie jeder andere Bürger seines Landes und seines Alters“

Artikel I der Deklaration der Rechte Geistigbehinderter 1971 von der UNO-Vollversammlung verabschiedet

An dem Workshop nahmen acht Frauen und zwei Männer teil. Vier Teilnehmerinnen hatten bereits langjährige, die übrigen keine oder wenig Erfahrungen mit geistig behinderten Menschen.

Über die Frage: „Was ist geistige Behinderung?“ führte die Referentin in das Thema ein und stellte Ansätze für die Arbeit mit geistig behinderten Menschen vor. Mit Hilfe von Texten und Filmen wurde den TeilnehmerInnen die Palette an Möglichkeiten und Schwierigkeiten der Entwicklung und des Umgangs mit einer selbstbestimmten Sexualität nahegebracht. Schließlich sollten vorhandene Materialien und bestehende Förderkonzepte auf ihre Tauglichkeit für die präventive Arbeit untersucht und möglicherweise neue entwickelt werden.

5.1 Menschen mit geistiger Behinderung

In Deutschland leben ca. 420.000 Menschen mit geistiger Behinderung. Geistige Behinderung ist keine Krankheit. Sie kann angeboren sein oder durch Schädigung, Krankheit oder Verletzungen entstehen. Die Bezeichnung „geistige Behinderung“ ist nicht unumstritten. Zum einen gibt es nicht den „geistig Behinderten“, zum anderen schlägt sich in der Begrifflichkeit auch die Einstellung zu dem Personenkreis nieder. Früher gebräuchliche Bezeichnungen wie „Idiotie“, „Imbezillität“ oder „Oligophrenie“ sind wegen ihres diskriminierenden Charakters grundsätzlich abzulehnen.

In der **Geistigbehinderten-Pädagogik** finden heute Grundsätze einer anthropologischen Sichtweise ihren Niederschlag, die sich auszeichnen durch ein Menschenbild, das Würde und Wert der Person, Gleichwertigkeit, Lern- und Entwicklungsfähigkeit anerkennt.

Der **pädagogische Ansatz** geht weg von der Defizitorientierung hin zur Ressourcenorientierung.

| Defektologische Haltung | Dialogische Haltung |
|--|---|
| Defizitorientierung, Arbeit an Problemen Wissen, was das Beste für das Kind ist Lebenspraktisches Training | Kompetenzorientierung, Unterstützung von Entwicklung Beobachten, auf der Welle des Kindes mitgehen Rahmen für Handlungsfähigkeit |

Auszug aus „Polaritätenmodell“ Boban + Hinz 1993

Didaktische Prinzipien müssen die gerade bei Menschen mit geistiger Behinderung sehr ausgeprägten individuellen Unterschiede, kognitiven Fähigkeiten und das Lernniveau berücksichtigen.

Die **pädagogische Leitidee** ist das selbstbestimmte Leben.

5.2 Bedeutung für die Sexualpädagogik

„Gleichstellung durchsetzen, Selbstbestimmung ermöglichen, Teilhabe verwirklichen“

Motto des Jahres 2003 (europäisches Jahr der Menschen mit Behinderungen)

Diese Forderung bezieht sich auf den gesamten Lebenshintergrund einer Person, wie auf Bildung, Arbeit, Wohnen, Freizeit, soziale Beziehungen und eben auch die Sexualität. Körperliche Entwicklung und sexuelle Bedürfnisse unterscheiden sich, von einigen Ausnahmen abgesehen (z. B. Chromosomenaberrationen), nicht von Menschen ohne geistige Behinderung.

Die sexuelle Entwicklung kann sekundär behindert werden, etwa durch die Diskrepanz zwischen Sexual- und Intelligenzalter, Einschränkung der Ausdrucksmöglichkeiten oder negative Sozialisierungseffekte. Dabei spielt auch das Umfeld, die Einstellung der BetreuerInnen, fehlende Intimsphäre und fehlende Unterstützung eine wichtige Rolle.

Folgende Formel stellt die Situation sehr anschaulich dar:

Geistig behindert + Sexualität = Behinderte Sexualität

Erst im Zuge allgemeiner Liberalisierung der Sexualität rückte auch die Sexualität von Menschen mit geistiger Behinderung in das Bewusstsein.

Um am gesellschaftlichen Leben teil zu haben und einen gleichwertigen Lebensstil wie Nichtbehinderte führen zu können, brauchen Menschen mit geistigen Behinderungen eine Sexualerziehung.

Der **sexualpädagogische Ansatz** ist abzuleiten aus der allgemeinen Sexualpädagogik, die sich aus den Strömungen von repressiver zu emanzipatorischer Sexualerziehung bei uns etabliert hat. Menschen mit geistiger Behinderung bringen sehr unterschiedliche Voraussetzungen mit. Es ist deshalb umso wichtiger, individuell und persönlich an Fragen der Sexualität heranzugehen. Um das Ziel selbstbestimmter Sexualität in größtmöglicher Eigenverantwortung zu erreichen, ist sexualpädagogische Bildung in der Familie, Schule und Betreuungseinrichtungen unabdingbar nötig.

Sexualpädagogische Bildungsangebote im Sinne einer emanzipatorischen Sexualerziehung sollten beinhalten:

- Gefühle und Konflikte
- Freundschaft, Partnerschaft, Liebe
- biologische Grundlagen (körperliche Entwicklung, Pubertät)
- Hygiene und Gesundheit (Körperpflege, Monatshygiene, Geschlechtskrankheiten...)
- Körperwahrnehmung, Schönheitsnormen
- Sexuelle Verhaltensnormen (Küssen, Selbstbefriedigung, Petting...)
- Ehe
- Kinderwunsch, Elternschaft
- Schwangerschaftsverhütung
- AIDS Prävention
- Prävention sexuellen Missbrauchs
- Identitätsfindung in der Geschlechterrolle
- Sprache und Sexualität

5.3 Prävention

Lange Zeit stand die **Schwangerschaftsverhütung** bei Menschen mit geistiger Behinderung im Vordergrund. Aufklärung beschränkte sich häufig auf medizinisch-hygienische Aspekte. Die gängige Praxis war abwarten und die Empfehlung von Pille oder Dreimonatsspritze bis hin zur Sterilisation.

Heute ist die Sterilisation Minderjähriger ausnahmslos verboten, bei Erwachsenen unter eng gefassten Voraussetzungen möglich (juristisch geregelt durch das neue Betreuungsgesetz § 1631 c und § 1905).

AIDS- und STD Prävention fanden erst in jüngster Zeit Eingang in sexualpädagogische Konzepte. 10 bis 15 % der mittel- bis schwergradig behinderten Menschen kennen Genitalsex. Nach einer nicht repräsentativen Umfrage sind 0.01 % der Menschen mit geistiger Behinderung HIV-positiv. Eine besondere Gefährdung stellen mangelnde Aufklärung und risikoreiche Sexualkontakte aufgrund defizitärer Lebensbedingungen dar. Das können mangelnde Selbständigkeit, übermäßige Kontrolle, Unterbringung in einer Einrichtung, kein Verfügen über eigenes Geld oder eigene Räumlichkeiten sein.

Eine erfolgreiche AIDS-Prävention kann hier nur erreicht werden, wenn bedürfnisorientierte Förderkonzepte verstärkt entwickelt werden und wenn Eltern, Betreuer und Pädagogen eng zusammen arbeiten.

5.3.1 Untersuchung bestehender Konzepte auf ihre Anwendbarkeit bei Menschen mit geistigen Behinderungen

Menschen mit geistiger Behinderung sind häufig in ihren Möglichkeiten eingeschränkt. Das bezieht sich sowohl auf die Möglichkeiten des Ausdrucks als auch der Umsetzung sexueller Bedürfnisse.

Folgende **Prinzipien** sollten berücksichtigt werden:

- Prinzip der kleinen Schritte
- Prinzip der Lebensbedeutsamkeit
- Prinzip des Handelns
- Prinzip der Anschauung
- Vielfalt der Sinne
- Grobsinnliches Prinzip
- Altersangemessenheit
- Prinzip von Konkret nach Abstrakt
- Lebensnähe

In einem ersten Schritt wurden die bekannten **Verhütungsmittel und –methoden** nach den Gesichtspunkten Handhabung, Packungsbeilage, Schutz und Grad der Selbstbestimmung untersucht. Es wurde festgestellt, dass das Kondom, Schutz gegen viele sexuell übertragbare Infektionen und einzig wirksamer Schutz gegen eine HIV-Infektion, hohe Anforderungen an die kognitiven und motorischen Fähigkeiten stellt und somit nur bedingt einsetzbar ist. Zu bemängeln ist auch die Packungsbeilage, die keinem der vorgegebenen Prinzipien entspricht. Wünschenswert wäre eine Initiative, die Kondomhersteller dazu bewegt, ein Angebot für diesen Personenkreis auf den Markt zu bringen. Bis dahin gilt: Üben, üben, üben.

Die weiteren Methoden beziehen sich hauptsächlich auf die Schwangerschaftsverhütung, wobei lediglich die Pille und die Dreimonatsspritze (bzw. *Implantat*) als anwendbar und zuverlässig eingestuft wurden und den übrigen vorzuziehen sind.

5.3.2 Methodische Umsetzungsmöglichkeiten

Vier Vorschläge aus dem Handbuch „Sexualpädagogische Materialien...“ der Lebenshilfe wurden von den TeilnehmerInnen diskutiert und aus der eigenen Praxis ergänzt.

Verhütung

Einstieg durch **Fragen**, z. B. Was ist Verhütung? Welche Verhütungsmittel sind bekannt? Wovor schützen sie?

Risikosituationen

Einsatz von **Piktogrammen** (ganzer Körper)

Körpervorgang

Zeichnen des **Körperumrisses**

Körperteile einzeichnen oder mit Knetmasse plastisch herstellen.

(So kann man z. B. das Ei wandern lassen)

Man kann auch **Modelle** benutzen, die sehr anschaulich die **Organe** darstellen.

Hilfreich ist auch die **BZgA - Aufklärungsbox**.

Broschüre: **Das kleine 9x2 (BZgA)**

Üben mit dem Holzmodell

Aus Erfahrung wissen wir, dass dieses häufig eher erschreckend wirkt oder „zu groß“ empfunden wird. Alternativ können hier andere Modelle, z. B. der kleine Delfin oder, auch eine Erfahrung aus der Praxis, realistische Darstellungen eingesetzt werden.

Einsatz von Puppen

Die Puppen werden vorgestellt und eine alltägliche (bekannte) Situation nachgestellt, z. B. Besuch einer Disco. Langsam wird sich dem Thema genähert: Kennenlernen/PartnerIn/was passiert dann...

Puppen

- bewirken einen hohen Identifikationsgrad
- erlauben auch das Ansprechen heikler Situationen
- erweitern die Ausdrucksmöglichkeiten

Puppen werden als sehr gut geeignet für die Arbeit mit Geistigbehinderten eingestuft, gerade in den Bereichen Auseinandersetzung mit Gefühlen, Findung von Einstellungen und Darstellung erlebter Situationen.

Erstellen einer **Wandzeitung**

Die Umsetzung ist möglich, wenn die Wandzeitung relativ einfach gestaltet wird. Sind z. B. vorher die Piktogramme zu Risikosituationen („Ampelspiel“ oder „Nasemännchen“) eingesetzt worden, können diese nochmals ausgelegt oder an die Wand geheftet werden.

Je nach Grad der Möglichkeiten können auch „kompliziertere“ Vorgänge mit Hilfe der Wandzeitung rekapituliert werden.

Im Prinzip gilt:

Je einfacher desto besser.

Am besten geeignet sind die Materialien, die von den MitarbeiterInnen selbst entwickelt wurden.

Es wurde deutlich, dass die uns bekannten Vorgehensweisen in der Prävention für Menschen mit geistigen Behinderungen durchaus angewendet, aber für diese Arbeit modifiziert werden müssen. Auch reicht eine einmalige „Aufklärungsveranstaltung“ nicht aus. Das Tempo muss den Möglichkeiten und Fähigkeiten der AdressatInnen angepasst werden. Die Gruppengröße sollte 8-10 nicht überschreiten. Häufiges Üben, Wiederholen und Auffrischen ist unerlässlich. Für diese Arbeit sind MultiplikatorInnen nötig. Eltern, LehrerInnen und BetreuerInnen müssen einbezogen werden.

5.4 Dokumentationen und Erfahrungsberichte

beleuchteten unterschiedliche Aspekte im Umgang mit selbstbestimmter Sexualität geistig behinderter Menschen und ihrer Angehörigen und Betreuungspersonen, mit denen sich die TeilnehmerInnen während des Workshops auseinandersetzen.

Film „Drei Liebesgeschichten“ (MDR 1995)

Der Film zeigt drei positive Beispiele für die Verwirklichung des Wunsches nach Beziehung und gelebter Sexualität. Die ersten beiden Paare leben selbständig in einer „betreuten“ Wohnung bzw. in einem eigenen Zimmer einer Wohngemeinschaft. Das dritte Paar hat sich „heimlich“ den Kinderwunsch erfüllt. Eine Möglichkeit relativ selbständigen Lebens mit einem Kind wurde durch eine Betreuerin geschaffen, die die Familie auf ihrem Bauernhof aufnimmt und professionell betreut.

Eine lange Diskussion ergab sich aus der Frage, wie mit dem Wunsch nach einem eigenen Kind umzugehen ist und wie herangegangen werden kann, wenn dieser Wunsch geäußert wird.

Es sollte in jedem Fall die Motivation herausgefunden und nach möglichen Alternativen gesucht werden (z. B. Knuddeln-Tier).

Es sollte versucht werden, möglichst alle Konsequenzen aufzuzeigen und vorstellbar zu machen (z. B. im Umfeld eine Familie suchen, wo der Umgang mit einem Säugling erfahren werden kann; „Übungspuppen“).

Die Tragweite der Entscheidung sollte deutlich werden.

Film „Tabu“

(Behinderte und Sexualität, eine Reportage von J. Drossart und D. Greindl, 3Sat 1993)

In Holland gibt es in Pflegeeinrichtungen die Möglichkeit für das Personal, „Sexualassistenten“ zu leisten. Das bezieht sich insbesondere auf Menschen mit körperlichen Behinderungen, die Sexualität ohne fremde Hilfe nicht leben könnten. Der Film stellte diese Möglichkeiten mit großer Sensibilität vor.

Sexualassistenten gibt es auch bei uns in Deutschland. Allerdings ist sie, wie im Film gezeigt, zwischen Betreuern und Betreuten verboten. Das Thema wird aber auch hier oft und kontrovers diskutiert.

Film „Behinderte Lust“

(Landschaftsverband Westfalen-Lippe)

Dieser Film zeigt Beispiele für einen freizügigen Umgang mit sexuellen Bedürfnissen in Einrichtungen mit geistig behinderten Menschen.

Ein wichtiger erster Schritt ist schon die Schaffung von Kontaktmöglichkeiten (hier eine regelmäßig organisierte Disco), aber auch ein eigenes Zimmer und die Besuchs- und Übernachtungsmöglichkeit der Partnerin oder des Partners. Außerdem werden sehr einfühlsam zwei Beispiele für professionelle Hilfe bei schwer körperbehinderten Männern gezeigt.

Text „Liebespiel mit Tücken“ (Jules Eichenberger)

Ein sprachlich und motorisch behinderter Mann schildert seine Erfahrungen mit professionell angebotenen Sex, nachdem er die Erfüllung seiner Wünsche nach Zärtlichkeit und Nähe in einer Partnerschaft aufgegeben hat. Er berichtet von Diskriminierungen und unbefriedigenden Erlebnissen in verschiedenen Etablissements. Schließlich ist er auf die Lösung des Hausbesuches gekommen. Diese Variante ist sehr teuer. Er regt an, dass „Behindertenselbst und – Fachhilfe“ sich mit diesem Problem intensiv auseinandersetzen. Er könnte sich eine Partnervermittlung auf gemeinnütziger Basis vorstellen, die auch für die Menschen mit Behinderungen erschwinglich ist, die nicht so viel Geld zur Verfügung haben (z. B. Heimbewohner).

Text „Was macht Ihr Sohn denn da?“ (Ilse Achilles)

Die Mutter eines geistig behinderten Jungen in der Pubertät wird im Schwimmbad vom Bademeister darauf aufmerksam gemacht, dass ihr Sohn „an sich rumfummelt“. Die Mutter schildert ihre eigene Unsicherheit und Zwiespältigkeit in dieser Situation. Anhand weiterer geschilderter Ereignisse entwickelt sich eine Folge von Fragen, die mit ihrer eigenen Haltung, Sexualität und Behinderung des Sohnes, beschützen und loslassen können, Sexualität und Verhütung oder die Angst vor sexuellen Missbrauch.

Text „Das geht aber nicht“ (Jörg Bröskamp)

Ein Student schildert Situationen, die er als Praktikant in einem Heim für geistig behinderte Menschen erlebt hat und reflektiert seine Wahrnehmungen. Insbesondere beschäftigt er sich mit der Frage des Schutzes der Intimsphäre und der Gratwanderung zwischen Hilfsbedürftigkeit auf der einen und Mangel an Respekt und Sensibilität auf der anderen Seite. Dabei wird auch die Frage entsprechender Qualifizierung des Personals angesprochen.

In allen Beiträgen wird deutlich, dass die Situation von Menschen mit Behinderungen in vielen Bereichen verbesserungswürdig ist. Sie zeigen aber auch gelungene Ansätze zu Veränderungen auf, die mit großem Engagement und in enger Zusammenarbeit aller Beteiligten möglich sind.

5.5 Fazit

Veränderte Rahmenbedingungen machen heute eine Verwirklichung selbstbestimmter Sexualität möglich, erfordern aber eine frühzeitig einsetzende Sexualerziehung und eine partnerschaftliche Begleitung bis ins Erwachsenenalter.

Menschen mit geistigen Behinderungen brauchen Unterstützung, um Sexualität angemessen entwickeln und leben zu können. Eine Voraussetzung ist die Auseinandersetzung von Eltern und Betreuungspersonen mit dem Ziel einer positiven Einstellung zur Sexualität. Das beinhaltet auch die kritische Beleuchtung der Lebensumstände von Menschen mit geistiger Behinderung. Häufig mangelt es ihnen an Gelegenheiten, an Räumlichkeiten, Kontakt- und Ausdrucksmöglichkeiten.

Fehlende Aufklärung und mangelnde Erfahrung können zu risikoreichen Sexualkontakten führen.

AIDS- und STD-Prävention sollte eingebettet sein in ein ganzheitliches sexualpädagogisches Konzept, das den Bedürfnissen dieses Personenkreises angepasst werden muss. Im Grunde sind in der Prävention alle uns bekannten Methoden anzuwenden; sie müssen allerdings auf die jeweilige Gruppe abgestimmt und gegebenenfalls verändert werden.

Das betreuende Team ist in jedem Fall einzubeziehen.

5.6 Literatur

Achilles, Ilse: „Was macht Ihr Sohn denn da?“, München 1990, Piper-Verlag

Bröskamp, Jörg: „Das geht aber nicht!“ Der pädagogische Mitarbeiter und seine Stellung zur Privatsphäre, Intimität und Sexualität geistigbehinderter Menschen, Diplomarbeit an der J-L-U Giessen

Eichenberger, Jules (ein Pseudonym) INFORUM 1998

Bundesvereinigung Lebenshilfe(Hrsg.):Sexualpädagogische Materialien für die Arbeit mit geistig behinderten Menschen, Weinheim /Basel Beltz-Verlag

ProFamilia Landesverband Niedersachsen e.V. Hannover:“Sieh mal an(ders)!“ Sexualität und Behinderung, Hannover, Ströher Verlag 2002

BzGA Forum Sexualaufklärung und Familienplanung (2001): Sexualität und Behinderung,2/3

Eine umfassende Literaturliste kann per email bestellt werden: j.bringmann@kreis-borken.de

Filme

Filmverzeichnis der Lebenshilfe: claudia.fenner@lebenshilfe.de

www.westfalisches-landesmedienzentrum.de oder medienverleih@lwl.org

6 „Selbstmanagement – Wege aus dem inneren Chaos“

Referentin: Sabine Behrend

M.A. Linguistik, Psychologie, Literaturwissen schaften

Supervisorin (DGsV), Coach, Projektmanagerin

Protokoll: Brigitte Menze

An dem Workshop nahmen 9 Frauen und 3 Männer teil.

6.1 Einführung in den Workshop

Frau Behrend stellte uns zunächst die Ziele, Inhalte und Methoden vor, die sie mit uns be- und erarbeiten wollte.

Zielsetzung war, verschiedene theoretische Ansätze kennen zu lernen und mit den je persönlichen Erfahrungen zu verknüpfen sowie Erkenntnisse zu gewinnen und Methoden zu erlernen für die Analyse, Veränderung bzw. Verbesserung der inneren Strukturen. (Es sollten keine Methoden für ein persönliches Organisations- oder Zeitmanagement vermittelt werden.)

Dazu schlug Frau Behrend folgende Inhalte und Methoden vor:

- a) Gruppensupervisionseinheiten zu dem Thema „Das innere Chaos“
Was hat es mit dem Thema AIDS zu tun? Was hat es mit der eigenen beruflichen Rolle zu tun? Was hat es mit der Organisationsform, in der ich arbeite, zu tun? Was hat es mit mir persönlich zu tun?
- b) Supervisionseinheiten zu dem Thema „Selbstmanagement“
Meine Lieblingsprobleme und bewährten Lösungsverfahren
- c) Triade zur Lernbiographie
Thema „Arbeitsethik – Welche Modelle gab und gibt es?“
- d) Zweierspaziergang zum Thema „Meine Lieblingsvorwürfe an mich – Wie komme ich gerade auf sie? Wann, also in welcher Situation? Und ausgelöst wodurch treten sie besonders deutlich auf?“
- e) In zwei Sechsergruppen Theatersketches entwickeln und durchführen zum Thema „Gelebte Stereotypen und überraschende Wendungen“
- f) Werbetext in Vierergruppe entwickeln mit Hilfe einer Bildvorlage. Es solle eine Einladung erstellt werden zu einer Fortbildung für Kolleginnen und Kollegen, die motiviert, ein in der Bildunterzeile angegebenes Ziel gemeinsam zu erarbeiten.

Die Teilnehmer/innen waren mit dem vorgestellten methodischen Vorgehen einverstanden; entschieden sich jedoch u. a. aus Zeitgründen dafür, den Vorschlag e) nicht umzusetzen.

6.2 Vermittlung theoretischer Grundlagen

Frau Behrend ist es sehr gut gelungen, in Verbindung mit den praktischen Workshop-Anteilen (siehe oben) verschiedene theoretische Grundlagen und Ansätze zu vermitteln. In schriftlicher Form lässt sich einerseits diese Verknüpfung nur schwer wiedergeben und zum anderen können natürlich nicht die persönlichen supervisorischen Anteile einzelner Gruppenmitglieder öffentlich gemacht werden.

Von daher erfolgt zunächst eine Zusammenfassung des im Verlauf des Workshops eingebrachten theoretischen Hintergrundwissens. Anschließend wird versucht, den Verlauf der einzelnen Workshopphasen zu skizzieren.

6.2.1 Theoretische Annahmen zur Entwicklung eines persönlichen Zugangs zum Thema „Selbstmanagement des „inneren Chaos“

Folgende Grundannahmen wurden den theoretischen Erläuterungen vorangestellt:

- Innere Strukturen (des Fühlens, Denkens und Handelns) entwickeln sich auf der Grundlage von „inneren Lehr-/Leitsätzen“ (Mantras), die die Welt für uns erklären. Dahinter stehen häufig wie auch immer gelernte Stereotype, die unsere innere Befindlichkeit, unsere Wahrnehmung von eigener Handlungskompetenz und Veränderungsmöglichkeiten, aber auch das Gefühl von Ausgeliefertsein beeinflussen. Um die Folgen und Wirkungen unserer Stereotype beurteilen zu können, ist es zunächst notwendig, unsere Leitsätze kennen zu lernen.
- Innere Unausgeglichenheit, fehlende innere Balance und daraus resultierender „innerer Ärger“ führt zu einer Senkung der Immunabwehr und körperlichen Beschwerden und Erkrankungen, d. h. auf der Körperebene repräsentiert sich eine Spiegelung der Gefühle.
- Jeder Mensch hat grundsätzlich Ressourcen zur Selbstheilung, die jedoch häufig verdeckt sind und nicht ohne weiteres erkannt werden können.
- Der Weg aus dem „inneren Chaos“ gelingt nur über die immer wieder erneute Herstellung des inneren Gleichgewichtes über den Weg der Selbsterkenntnis.

Um für sich einen Weg zur „Selbsterkenntnis“ zu finden, stellte Frau Behrend verschiedene Ansätze vor, die Denkweisen aus verschiedenen wissenschaftlichen, philo-

sophischen und religiösen Richtungen beinhalten und miteinander verknüpfen. Im Anhang ist eine ausführliche Literaturliste beigefügt. Hier folgt eine Zusammenfassung der im Seminar mündlich und schriftlich eingebrachten Inhalte.

6.2.2 Theoretische Ansätze

David Sevan-Schreiber

Die neue Medizin der Emotionen

Stress, Angst, Depression: Gesund werden ohne Medikamente

In diesem Buch geht der Autor von einem emotionalen Gehirn aus, das in der Lage ist, die eigenen Selbstheilungskräfte zu mobilisieren. Emotionale Intelligenz definiert er als Gleichgewicht zwischen Gefühl und Vernunft. Dazu gehört die Fähigkeit

- Gefühle anderer erkennen zu können
- den natürlichen Ablauf von Gefühlen zu verstehen
- über eigene und fremde Gefühle vernünftig nachdenken zu können
- mit eigenen und fremden Gefühlen richtig umzugehen.

In einer Langzeitstudie wies er nach, dass diese Fähigkeiten der emotionalen Intelligenz anscheinend die Voraussetzung für die Ausbildung von Grundkompetenzen des Fühlens, Denkens und Handelns sind wie die Fähigkeit

- zur Selbsterkenntnis
- zur Zurückhaltung
- zum Mitfühlen können
- zur Kooperationsbereitschaft
- zur Konfliktlösung.

Er geht von einem unmittelbaren Zusammenhang zwischen Wahrnehmung als Gefühl, Informationsverarbeitung als Vernunftleistung und körperlicher Repräsentanz als Körperbefindlichkeit aus. Er bezeichnet den Prozess der Herstellung des Einklangs zwischen diesen drei Ebenen, die so genannte innere Kohärenz, als „Flow“ (Fließgleichgewicht). Diese Kohärenz beschreibt er als die Fähigkeit des Mitgefühls nach innen sowie des Mitgefühls mit der Welt.

Die Fähigkeit der Selbststeuerung durch Mitgefühl sich selbst und der Umwelt gegenüber mit dem Ziel, das „innere Gleichgewicht“ herzustellen, ist als wesentliche Voraussetzung dafür anzusehen, inneres Chaos und Stress adäquat zu bewältigen.

Mihaly Csikszentmihalyi

Flow im Beruf

Das Geheimnis des Glücks am Arbeitsplatz

Der Autor beschreibt Flow (Fließen, Strömen) als das Gegenteil von Anspannung, Müdigkeit, Überdross oder Angst und damit als wesentlichen Aspekt für Zufriedenheit und Glück.

Aus seiner Sicht tritt der „Flow-Effekt“ in der Arbeitswelt dann ein, wenn keine Trennung zwischen Denken und Handeln, zwischen Innen und Außen vorliegt, sondern eine tiefe Sicherheit über den Sinn des eigenen Tuns gegeben ist. Hier ist der Spaß an der Arbeit von besonderer Wichtigkeit, da so Arbeit nicht als Abspaltung von der Lebensqualität erlebt wird. Flow ist das Glücksgefühl, das entsteht, wenn wir im Einklang mit unserem aktuellen Handeln sind. Dieses Glücksgefühl entwickelt sich, wenn Handlungsanforderungen und Handlungspotential hoch sind und in einem ausgewogenen Verhältnis zueinander stehen (vgl. S. 65). Es wird dann als eine „Belohnung im Tun“ empfunden (intrinsische Motivation) ohne die Notwendigkeit des Gewinns der Anerkennung durch andere und geht somit unmittelbar mit der Frage nach der Sinnhaftigkeit des eigenen Tuns und weiterführend mit der Frage nach dem Sinn des Lebens einher.

Auf der Handlungsebene im Kontakt mit anderen ist ein wesentlicher Aspekt von Flow die Befähigung zur gewaltfreien Kommunikation, in dem

- Kritik und negative Bewertungen möglichst durch objektive Beobachtungen ersetzt wird
- Bewertungen vermieden und stattdessen eigene Gefühle berichtet werden
- die Erfordernisse des Körpers beachtet werden, insbesondere der gelungene Wechsel von An- und Entspannung.

Sylvia Wetzel

Hoch wie der Himmel, tief wie die Erde

Meditationen zu Liebe, Beziehungen und Arbeit

Leichter leben

Praktische Meditationen zum Umgang mit Gefühlen

Sylvia Wetzel beschreibt den hochwirksamen Zusammenhang von Gedanken (inneren Sätzen), psychischer Gestimmtheit und physischer Befindlichkeit. Für ein erfülltes Leben gilt es, fünf Fähigkeiten zu entdecken, die jedem Menschen eigen sind:

- Achtsamkeit
- Konzentration
- Energie
- Vertrauen
- Einsicht

Aus ihrer Sicht ist es wichtig, die Aufmerksamkeit darin zu schulen, die aktuelle Stimmung bewusst wahrzunehmen, Körperempfindungen zu spüren, Gedanken und das innere Zwiegespräch bewusst zu registrieren. Für einen besseren Umgang mit sich selbst gibt sie Anleitungen für Übungen zu folgenden Themen:

- unangenehme Gefühle aufspüren und vermindern
- angenehme Gefühle entdecken und immer wieder erlebbar machen
- neutrale Gefühle erkennen und hinterfragen
- Stimmungen wahrnehmen und verbessern
- heilsame Gedanken entwickeln und einsetzen
- Prioritäten erkennen, analysieren und gegebenenfalls neu gewichten
- günstige Lebensbedingungen von früher und heute aufspüren, sie genießen und sich darüber zu erfreuen lernen.

Darüber hinaus beschreibt sie in den Alltag integrierbare kurze Übungen:

- Gehmeditation von Thich Nhat Hanh:
Achtsames Gehen: „Ja zum Leben, danke für's Leben“

- Meditationstext Tilopa an Naropa 10. Jahrhundert:
“Nicht dein Sehen bindet dich, sondern deine Sicht.“
- Mantras für den Westen:
“Entspann dich. Lass los. Gut genug.“
“Es ist gut. Es reicht aus. Mach weiter.“
- Herzensrat Sanftsein von Lama Thubten Yeshe, 20. Jahrhundert:
“Sei weise. Geh sanft um mit dir und deinem Geist. Sei liebevoll und gütig. Bist du sanft mit dir, bist du auch sanft zu anderen.“

Luise Reddemann

Eine Reise von 1.000 Meilen beginnt mit dem ersten Schritt

Seelische Kräfte entwickeln und fördern

Imagination als heilsame Kraft

Zur Behandlung von Traumafolgen mit Ressourcen orientierten Verfahren

Neben der Fähigkeit von Achtsamkeit sich selbst gegenüber (vgl. Sylvia Wetzel) geht sie davon aus, dass mit Hilfe der Fähigkeit zur Imagination die innewohnenden Selbstheilungskräfte und das Körpergedächtnis für einen Heilungsprozess genutzt werden können.

Sie empfiehlt z. B. sich längerfristig darauf einzulassen, dem inneren Monolog zuzuhören und die dabei häufig auftretende Unfreundlichkeit sich selbst gegenüber zunächst zu registrieren, dann auszuhalten und im weiteren Verlauf in freundlichere Selbstbeurteilungen und Selbstinstruktionen umzuwandeln. Andere Achtsamkeitsübungen beziehen sich auf die Fähigkeit, Körperempfindungen wahrzunehmen.

Luise Reddemann bietet darüber hinaus auch Übungen an, in denen die Befähigung trainiert wird, sich innerlich in Stresssituationen distanzieren zu können, beispielsweise durch die Frage: „Wie wichtig wird dieses mir augenblicklich ganz schrecklich erscheinende Ereignis in zehn Jahren für mich gewesen sein?“

Diese kognitiven Übungen kombiniert sie mit einem Training für Körpererinnerungen. Das Training zielt darauf ab, ein mit einer früheren Erinnerung verbundenes Glücksgefühl zu aktivieren und zu trainieren, um dieses Gefühl in Stresssituationen sofort erzeugen zu können.

Durch die dadurch eintretende psychische und körperliche Entspannung gelingt es, Angst zu reduzieren und Distanz herzustellen.

6.3 Umsetzung der ausgewählten Methoden

6.3.1 Gruppensupervisionseinheit zum Thema „Das innere Chaos“

Zunächst wurde gemeinsam versucht, die Pole, zwischen denen sich unser Fühlen, Denken und Handeln bewegt, zu beschreiben:

| Struktur | Chaos |
|---|--|
| <p style="text-align: center;">wird bestimmt von festen Vorgaben</p> <p style="text-align: center;">z. B. Beratungsangebote, Veranstaltungen, Sitzungen, Projekten</p> <ul style="list-style-type: none"> • Struktur ermöglicht eine feste Orientierung <p>Raum/Ort Zeitrahmen Sprechstunde Regeln Teilnehmer/innenzahl Programm/Tagesordnung Jour-fix Zuständigkeit/Verantwortlichkeit Zuverlässigkeit Pünktlichkeit Kompetenz Prioritätensetzung</p> | <p style="text-align: center;">wird bestimmt von offenen Rahmenbedingungen</p> <p style="text-align: center;">z. B. für Beratungsangebote, Veranstaltungen, Sitzungen, Projekten</p> <ul style="list-style-type: none"> • Chaos ermöglicht Offenheit <p>Flexibilität Kreativität Spontanität</p> <p>Lebendigkeit Authentizität Vielseitigkeit</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> • Eine zu starre Struktur kann sich jedoch auch hindernd auswirken, durch <p>Themenfixierung Starrheit Einschränkung/Beschränkung Verlust von Multi-funktionalität</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Offenheit kann jedoch auch zum Chaos führen, durch <p>Verlust des Roten Fadens Beliebigkeit Hysterische Flatterhaftigkeit Unorganisiertheit Verlust des Überblicks</p> |

Die gemeinsam erarbeitete Beschreibung der beiden Pole „Struktur“ und „Chaos“ verdeutlichte, dass ein Überwiegen eines Pols letztlich immer zu einem Ungleichgewicht in der inneren Balance führt.

Es wurde deutlich, dass jeder für sich klären muss:

- Wie viel Struktur brauche ich?
- Wie viel Freiheit nehme ich mir?
- Was ist mein Anspruch, welche Kapazitäten habe ich und wo muss ich Grenzen setzen?
- Wie gehe ich mit mir selbst um, damit ich kein schlechtes Gewissen habe?
- Wie viel Struktur ist nötig im Umgang mit anderen Menschen?
- Wie gehe ich mit der Struktur anderer Menschen um?
- Ist die unterschiedliche Strukturiertheit kommunizierbar und akzeptierbar?

Um das „Fließgleichgewicht“ (wieder) herzustellen ist eine bewusste Selbstwahrnehmung unserer „ungeschriebenen Sätze“ und Leitbilder, die wir aus der Familie, den Werten der Arbeitsethik, aber auch aus Themen unseres Arbeitsfeldes übernommen oder für uns abgeleitet haben, maßgeblich.

Welche Leitsätze habe ich z. B. zu den Themen/Fragen:

- „Wenn ich Mutter bin, muss ich immer Zeit haben und ansprechbar sein.“ und wie übertrage ich es in die Arbeitswelt?
- Welche Rolle spielt das Thema HIV und Endlichkeit für die Problematik der inneren Dynamik „immer zu wenig Zeit zu haben“?
- Warum arbeite ich in diesem „exklusiven“ und „exotischen“ Arbeitsfeld, das nach Innen (Gesundheitsamt) nicht gesehen wird und im Außenkontakt häufig Anerkennung bringt.

Weitergehend kann die Beantwortung folgender Fragen von Bedeutung sein:

- Kann ich es am besten?
- Warum überschreite ich Grenzen?
- Was ist mir wichtig, in der mir verbleibenden Zeit zu erledigen?
- Kann ich loslassen?
- Welche Verbindungen gehen meine inneren Monologe mit den Spiegelungsphänomenen meines Arbeitsfeldes ein?
- Welche Dynamik entsteht dadurch in mir?

6.3.2 Triade zur Lernbiographie - Modelle der Arbeitsethik

Hier ging es um die Frage, welche Wertmaßstäbe hinsichtlich Leistung und Arbeit habe ich verinnerlicht, die meine ständige Selbstbewertung und eigene Prioritätensetzung steuern.

Diese verinnerlichten Wertmaßstäbe können aus der Familie, der Religion, Philosophie, Wirtschaft etc. zusammenfließen und eine sehr individuelle ethisch-moralische Haltung zur Arbeit begründen. Die individuellen Haltungen sind häufig geprägt von überhöhten Ansprüchen an sich selbst und projizierten Erwartungshaltungen anderer.

Hierzu einige Leitsätze/innere Monologe aus der Gruppe:

„Ich habe breite Schultern, ihr könnt alles bei mir ablegen.“

„Alles muss hoch kompetent sein – Die Leute sollen etwas von meiner Kompetenz haben.“

„Es muss immer zum Wohle der anderen sein.“

„Es muss immer ordentlich und korrekt sein und ich darf keinen Fehler machen.“

„Ich fühle mich gebraucht und die anderen sagen: Da kann man hingehen. Die macht es gut.“

„Lob ist nur etwas wert, wenn es von ‚Vorgesetzten‘ kommt.“

Arbeitsethik soll jedoch nicht „knechten“!

Arbeitsethik soll leiten!

Beziehen wir hier den theoretischen Ansatz zum „Flow“ ein, ist zu überprüfen:

- Steht der Grad der Verantwortung, den ich in meiner Arbeit übernehme, in einem ausgewogenen Verhältnis zu meinen verinnerlichten und/oder von außen herangebrachten Ansprüchen?
- Nehme ich mein Handeln als ganzheitlich und authentisch wahr?

Um Wirklichkeit und Anspruch in Einklang zu bringen, können folgende Leitsätze hilfreich sein:

- „Ich verfolge nur Dinge, hinter denen ich stehe.“
- „So ist es gut und richtig für mich.“
- „Ich habe getan, was ich konnte – jetzt muss es ruhen.“
- „So wie es kommt, wird es richtig sein.“

6.3.3 Gruppensupervisionseinheit zum Thema „Selbstmanagement“ „Subkutane Steuerung – eine Strategie der persönlichen Psychohygiene“

Die am ersten Workshop-Tag gewonnen Erkenntnisse und ausgetauschten Erfahrungen machten deutlich: Innere Monologe haben tatsächlich eine große Steuerungsfunktion für unser Fühlen, Denken und Handeln und das daraus entstehende Wohlbefinden oder Unwohlsein und bestätigten die zu Beginn formulierten theoretische Grundannahme hierzu.

Es besteht die Neigung zu unreflektiertem Funktionieren. So werden am Arbeitsplatz häufig gelernte Familienrollen übertragen und zugleich die damit verbundenen ungeschriebenen Sätze, die in der Familie nicht verhandelbar, aber hoch wirksam waren. Ebenso von Bedeutung sind z. B. die übernommenen Preußischen Tugenden aus der Arbeitswelt: Fleißig, aufopferungsbereit und gut muss ich sein, dann schaffe ich das auch noch.

Allen bekannte Sätze hierzu sind beispielsweise:

- „Was Du heute kannst besorgen, verschiebe nicht auf morgen.“ – oder –
„Morgen, morgen, nur nicht heute, sagen alle faulen Leute.“

Um über die inneren Monologe ein größeres Selbststeuerungspotential zu gewinnen, ist es notwendig, diese zunächst zu reflektieren:

- Was spreche ich? Wie lauten meine Sätze?
- Wo kommen sie her? – Aus der Kindheit oder dem Erwachsenenalter?
- In welchen Situationen setze ich welche Sätze ein? – In Situationen, in denen es „um etwas geht“. In Beziehungssituationen, wenn ich jemandem „etwas bedeuten will“.
- Welchen Effekt haben Sie? - Sind es vertraute Sätze, können sie stützend sein?
- Kennen ich Sätze, die mich selbst loben? - Lob kann nicht nur von anderen kommen, sondern auch von uns selbst!

Leitsätze sollten

- beruhigend wirken
- Angst reduzieren
- anspornen – aber nicht Druck ausüben
- loben

Bei der Überprüfung bzw. Reflexion der eigenen Leitsätze ist es wichtig zu erkennen, ob ich meinen Leitsatz neu formulieren oder ihn „nur“ neu konnotieren (färben, bewerten) muss. Denn: Der Zusammenhang, in welchem der Satz fällt, bestimmt die Seite der Medaille, wie dieser bislang von uns bewertet wurde und bei der Reflexion ist eine Entscheidung für eine positive oder negative Verstärkung/Interpretation möglich.

Beispielsweise kann der Satz – geprägt in der Familie -: „Du schaffst es, wenn Du hart genug arbeitest“ als Bedrohung erlebt worden sein. Dennoch hat er sich als innerer Monolog manifestiert und lautet nun: „Ich schaffe es, wenn ich nur hart genug arbeite.“ Gelingt es uns, solch einen Satz neu zu färben, kann er die Bedeutung einer offenen Chance gewinnen und uns vermitteln: „Wenn ich meine guten Fähigkeiten nutze und diese motiviert einsetze, kann ich viele von meinen Zielen erreichen.“

Bei der Formulierung und Bewertung unserer inneren Monologe ist es wichtig zu beachten:

- Leitsätze lassen den anderen wie er ist, aber sind gleichzeitig achtsam und fürsorglich gegenüber uns selbst.
- Es gibt Dinge, auf die wir keinen Einfluss haben und es liegt dann nicht an uns, wenn etwas nicht veränderbar ist.

6.3.4 Werbetext in Vierergruppe entwickeln mit Hilfe einer Bildvorlage

Es sollte eine Einladung erstellt werden zu einer Fortbildung für Kolleginnen und Kollegen, die motiviert, ein in der Bildunterzeile angegebenes Ziel gemeinsam zu erarbeiten.

Für diese Übung wurden Bilder von Miro, Eduard Hopper und Felix Tentr Szwedzka von Frau Behrend ausgewählt. Zu diesen konnten sich die Gruppemitglieder frei zuordnen.

Nachdem die Gruppen die Einladungen erarbeitet hatten, wurden wir aufgefordert, unsere eigenen Sätze noch einmal anzuschauen und zum Bild und Einladungstext in Beziehung zu setzen.

Themen in der Diskussion waren unter anderem:

- das Bedürfnis, sich eine härtere Schale anzuschaffen
- auch eine weiche Schale kann als Qualität bewertet werden
- Wer erlaubt mir fürsorglich mit mir zu sein?
- Es hat auch Charme, Nein-Sagen zu können.

Es würde den Rahmen sprengen, die Bilder und Einladungstexte hier wieder zu geben. Von daher wird auf eine Beschreibung der Bilder und eine Präsentation der Einladungstexte verzichtet.

6.4 Abschlussrunde

Die Abschlussrunde wurde thematisch mit drei Fragen eingegrenzt:

- Was nehmen Sie mit?
- Was wünschen Sie sich für die Zukunft?
- Was stellen wir im Plenum vor?

Auch hier werden nur beispielhaft einige Aussagen der Gruppenteilnehmer/innen wieder- gegeben. Dennoch vermitteln sie, glaube ich, dass das Klima in der Gruppe offen und zugewandt war und der Workshop für den überwiegenden Teil der Gruppenmitglieder wichtige Reflexions- und Lernprozesse angeregt hat.

- Ich habe Anregungen bekommen, die Prozesse angestoßen haben und zu Hause weitergeführt werden müssen.
- Mir ist klar geworden, ich muss prüfen, was mache ich alles – in welchen Töpfen rühre ich – und was werde ich für die Zukunft als Schwerpunkte auswählen.
- Ich habe das Gefühl, selbst Lösungen für mich gefunden zu haben und finden zu können.
- Ich fange mit neuen Erkenntnissen an zu laufen.
- Ich habe mehr Struktur als ich glaubte.
- Ich bin in meinem Weg bestätigt worden.
- Es war spannend mit meinen inneren Sätzen zu arbeiten und dabei Erkenntnisse zu gewinnen, woher sie kommen.

Da die Vorstellung des Workshops im Plenum sich auf das insgesamt zuvor Ausgeführte bezog, wird auf eine Wiederholung verzichtet.

6.5 Literaturverzeichnis

David Servan-Schreiber-Die neue Medizin der Emotionen-Stress, Angst, Depression: Gesund werden ohne Medikamente-Verlag Antje Kunstmann GmbH, München 2004

Luise Reddemann-Eine Reise von 1.00 Meilen beginnt mit dem ersten Schritt-Seelische Kräfte entwickeln und fördern-Verlag Herder Freiburg im Breisgau, 2004

Julie Henderson-EMBODYING WELL-BEING oder Wie man sich trotz allem wohl fühlen kann-AJZ Druck & Verlag GmbH, Bielefeld 2001

Sylvia Wetzel-Übung im Alltag-Essays & Übungen-Berlin 1997-

Sylvia Wetzel-Hoch wie der Himmel, tief wie die Erde-Meditationen zu Liebe, Beziehungen und Arbeit-Deutscher Taschenbuch Verlag GmbH & Co. KG, München 2004

Sylvia Wetzel-Leichter leben-Praktische Meditationen zum Umgang mit Gefühlen-Theseus Verlag GmbH, Berlin 2002

Mihaly Csikszentmihalyi-Flow im Beruf-Das Geheimnis des Glücks am Arbeitsplatz

Verlag Klett-Cotta, Stuttgart 2004

Andreas Hinz, Angela Werrmann, Reinhold Schwarz-Fatigue, Lebensqualität, Angst und Depressivität bei Patienten mit Depressionen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung-Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie,-Vol. 53, Heft 1, S. 75 – 85, Paderborn 2005

7 Abschlussplenum am 12.05.05

1. Beim
Abschlussplenum wurden folgende **Wünsche** geäußert:

Das nächste gemeinsame Regionaltreffen für STD/AIDS soll in Düsseldorf stattfinden. Iris Sperg wird gebeten, bei der Akademie nachzufragen, ob das Treffen dort stattfinden kann.

2. Für die **Workshops** für die **nächste Fachtagung** werden folgende **Themen** genannt:

- Indikatoren für den Präventionserfolg quantifizieren
“Was ist leistbar unter welchen Bedingungen?“
Argumentationsgrundlagen 19 Stimmen
- STD in der AIDS-Arbeit 16 Stimmen
- Sex im Alter 12 Stimmen
- Selbstmanagement II (Marketing, Sponsoring,
Gesundheitsmanagement) 10 Stimmen
- Konzeptarbeit Maßnahmenkatalog 9 Stimmen
- Praxisbezogene Arbeit mit geistig Behinderten in der
Sexualpädagogik 7 Stimmen

Die AWO in Essen (Lore Agnes-Haus) hat neue Materialien für die Arbeit mit geistig behinderten Menschen entwickelt (Brigitte Menze wird sich erkundigen). Auch die Lebenshilfe in Köln hat zu Lust und Leidenschaft hier etwas erarbeitet. Ansprechpartner ist hier Klaus Kwasnek , Youthworker bei der AIDS-Hilfe in Köln.

3. Sonstiges

Folgende Internetadressen wurden als empfehlungswert weitergegeben:

www.tuxi.de

www.syphilisalarm.de

www.nixohne.de

www.nachtderlichter.de

Bei der Buchung des Theaterstücks „Ronald Akkerman“ können beim Kultursekretariat in Gütersloh 250,-€ Förderung beantragt werden. Voraussetzung ist, dass keine Eintrittsgelder eingenommen werden. So kostet die Aufführung statt 530,€ nur 270,-€ (Ansprechpartner: Herrn Hegemann ☎ 05241-16191).

Annegret Schreeck zieht mit ihrem Projekt Aids und Kinder ab 1. Juli in die AIDS-Hilfe NRW. Neue Adresse : Lindenstr. 20, 50674 Köln, Telefon: 0221/253595, Email: annegret.schreeck@nrw.aidshilfe.de

8 Anhang

Paradigmenwechsel in der HIV- und STD-Arbeit?

Dr. Michael T. Wright, LICSW, MS

Forschungsgruppe Public Health
Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB)

Das neue Paradigma

Partnerschaft zwischen Nichtregierungsorganisationen und Gesundheitsbehörden

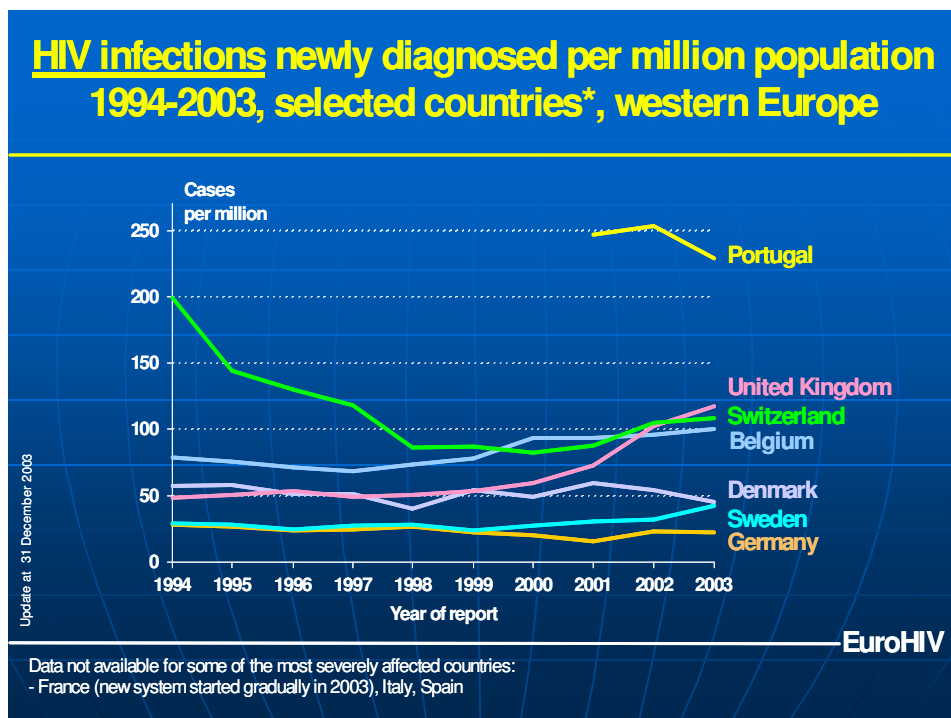
Unterstützung der Selbsthilfestrukturen

Teilnahme von betroffenen Gruppen an der Planung und Durchführung von Maßnahmen

Interventionen vor Ort, die Lebensweisen und Umfeld der Zielgruppen direkt einbeziehen

Maßnahmen zur Verbesserung der Lebenssituation der Zielgruppen

Thematisierung der Verantwortung für präventives Verhalten bei Infizierten und Nicht-Infizierten



Große Stabilität

- 2000 Neuinfektionen jährlich
- keine Altersverschiebung nach unten
- Sex zwischen Männern nach wie vor der wichtigste Übertragungsweg
- heterosexuelle Übertragung nach wie vor eingeschränkt
- Übertragung unter Drogengebrauchern stabil bis abnehmend



Verhaltensänderungen

- Zur Weiterentwicklung der Primärprävention
- Integration aktueller Risikomanagementstrategien
- Vermeidung übersimplifizierter Erklärungen
- Verstärkung und Ausbreitung des lebensweltorientierten Ansatzes
- Integration medizinischer und psychosozialer Interventionen im Rahmen des Konzepts der sexuellen Gesundheit
- die Präzisierung von Zielen und Wirkungsweisen durch eine verstärkte Qualitätssicherung und Evaluation