

2009 Fachtagung

Dokumentation der Fachtagung 2009 für AIDS-Fachkräfte und AIDS-KoordinatorInnen in NRW vom 12.-14. Mai 2009 in Meinerzhagen/Valbert

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



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

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

Inhalt

| | |
|--|----|
| Bericht des Sprecherkreises..... | 3 |
| Wahl des Sprecherkreises..... | 3 |
| Internetauftritt des VAK-NRW | 4 |
| Impulsreferat | 5 |
| Aktueller Stand der HIV/STD-Diagnostik und –Therapie | 5 |
| Workshop I: | 15 |
| Praktische Ansätze sexualpädagogischer Arbeit im Bereich „Neue Medien“ | 15 |
| Workshop II | 27 |
| „Balance finden“ - Positive Stressbewältigung | 27 |
| Workshop III | 33 |
| Notwendigkeit der HIV/STD-Prävention aus Sicht des ÖGD und seiner Kooperationspartner | 33 |
| Abschlussplenum | 40 |

Protokoll 1.Tag

Karola Born

Bericht des Sprecherkreises

Dr. Franz Ehrle berichtete über die Tätigkeiten des Sprecherkreises im vergangenen Jahr: Insgesamt fanden drei Sitzungen sowie ein Erfahrungsaustausch mit dem MAGS statt.

Bearbeitete Themen:

- Fachtagung 2008
- Fachtagung 2009
- Zielgruppenspezifische Prävention
- HIV-Schnelltest
- Regionalgruppentreffen
- LIGA AK Sexuelle Gesundheit
- Sitzung im Landtag NRW „AIDS-Politik gestalten – Konzept zur Prävention weiterentwickeln“ am 04.02.09 (Stellungnahmen und Anhörung)
- Landeskommision AIDS

Auf der Homepage des Verbandes der AIDS-Fachkräfte in NRW (www.vak-nrw.de) sind die Dokumentationen der letzten Fachtagungen an 2002 herunterladbar.

Im Mai 2010 wird die 19. selbstorganisierte Fachtagung des Sprecherkreises stattfinden.

Wahl des Sprecherkreises

Astrid Schweppe (erkrankt), Monika Brosda (Urlaub), Dr. Susanne Oheim, Brigitte Menze, Karin Hoeltz und Dr. Franz-Josef Ehrle wurden mit großer Mehrheit bei zwei Enthaltungen als Sprecherkreis wieder gewählt. Karola Born und Jutta Brinkmann scheiden aus dem Sprecherkreis aus. Ohne Gegenstimme bei zwei Enthaltungen wird der Sprecherkreis per Akklamation von den Aids-Fachkräften und Koordinatoren wieder gewählt. Zum

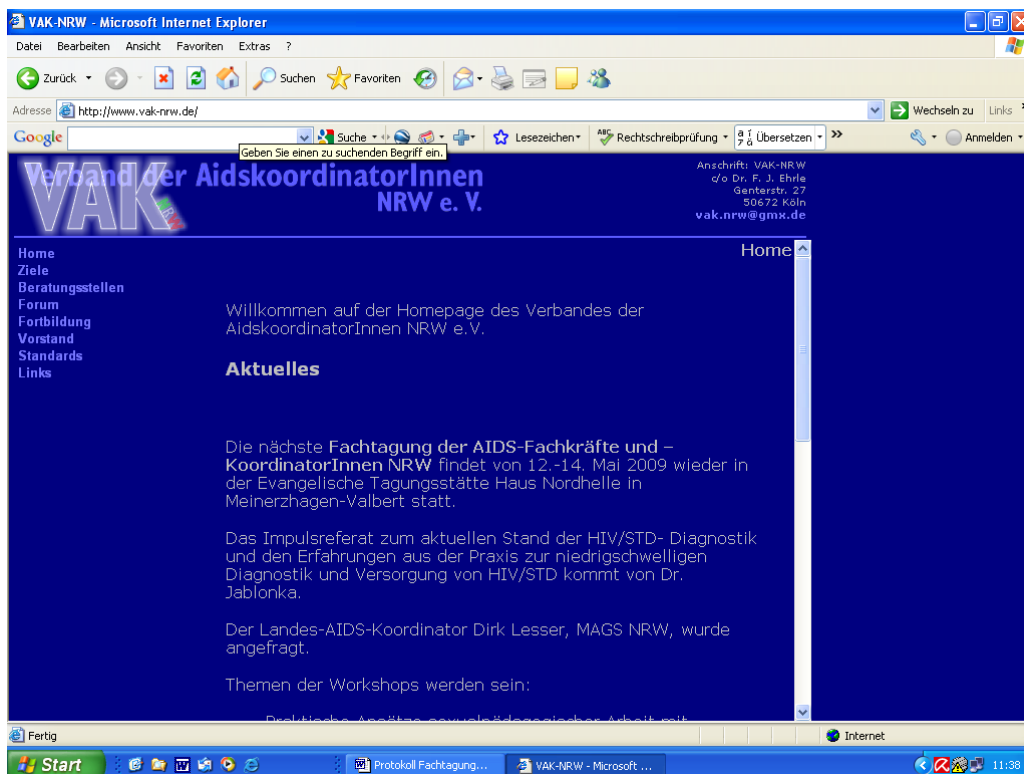
Sprecherkreis gehören nun:

- Dr. Franz Ehrle, GA Köln
- Brigitte Menze, GA Essen
- Karin Hoeltz, GA Wuppertal
- Helga Tolle, GA Remscheid
- Dr. Susanne Oheim, GA Kreis Aachen
- Astrid Schweppe, GA Bielefeld
- Monika Brosda, GA Münster

Als Gäste rücken nach: Harriet Fischer, GA Krefeld
Katrjn Bamberger, GA Siegen-Wittgenstein

Internetauftritt des VAK-NRW

Norbert Kellermann aus Nürnberg betreut in seiner Freizeit die Webseite des VAK (www.vak-nrw.de).



Der Navigationsbereich befindet sich links mit den Internetseiten: Home, Ziele (mit Satzung), Beratungsstellen, Forum, Fortbildung, Verband, Standards und Links. Die Startseite beginnt mit „Aktuelles“. 435 Besucher der Webseite haben sich unsere Standards angeschaut. Die Beiträge im Forum sind für alle Besucher lesbar. Im Forum kann jeder sich registrieren lassen. Dann kann er auch auf die Beiträge antworten. Eigene Beiträge können vom Verfasser selbst und dem Operator (Norbert) gelöscht werden. In der Menüzeile im Forum finde ich „Mein Profil“, „FAQ“, „Private Nachrichten“, „Suche“, „WholsOnline“, „Mitgliederliste“ sowie „ein“- bzw. „ausloggen“. In „meinem Profil“ gebe ich eine E-Mailadresse (privat oder dienstlich) an und kann die Homepage der AIDS-Beratung meiner Kommune angeben. Über die Mitgliederliste kann ich den anderen registrierten Mitgliedern im Forum eine Mail („PM“) im Forum (erstes) oder zur angegebenen E-Mailadresse (zweites) schicken.

"Kondomnutzung ist der entscheidende Schutz vor HIV und reduziert deutlich das Übertragungsrisiko für andere STI"

Impulsreferat

Aktueller Stand der HIV/STD-Diagnostik und –Therapie Erfahrungen aus der Praxis zur niederschweligen Diagnostik und Versorgung von HIV/STD

Referent: Dr. Robert Jablonka, Universitätshautklinik Essen, HIV/STD-Fachambulanz

Protokoll: Brigitte Menze

Teilnehmer/innen: Plenum

Vorbemerkung

Herr Dr. Jablonka hat beide o. g. Themenkomplexe in seinem Vortrag miteinander verbunden, um Möglichkeiten und Grenzen der Übertragbarkeit von Standards sowie die Umsetzbarkeit und Wirksamkeit von niederschweligen Maßnahmen und ihre Verknüpfung mit in der Regel hochschweligen Angeboten zu verdeutlichen.

Bei den ‚Erfahrungen aus der Praxis...‘ handelt es sich um die praktischen und diagnostischen Ergebnisse aus dem Essener Saunaprojekt, einer Zusammenarbeit zwischen den Saunabetreibern, dem Gesundheitsamt Essen, einem gemäß IfSG durch das GA beauftragten Facharzt und der AIDS-Hilfe Essen.

Aktuelle epidemiologische Erkenntnisse sowie aktuell diskutierte Präventionsstrategien/-ansätze

Zum Einstieg in das Thema präsentierte Herr Dr. Jablonka die aktuellen weltweiten und bundesrepublikanischen Zahlen. Es wird sehr deutlich, dass die Präventionsanstrengungen der Bundesrepublik weiterhin - trotz globalisierter pandemischer Ausbreitung auch in Europa - bewirken, dass die BRD zu den Niedrigprävalenzländern gehört:

- Täglich infizieren sich weltweit über 7400 Menschen mit HIV
 - in der Bundesrepublik im Jahr 2008 durchschnittlich täglich 1 Person, ca. 3000 Neuinfektionen im Jahr
- Weltweit leben mehr als 96 % der Menschen mit HIV und AIDS in Ländern mit einem niedrigen bis mittleren Einkommen (< 765 US-\$ bis < 9385 US-\$)
- Rund 1000 Personen sind Kinder unter 15 Jahren
 - in der Bundesrepublik infizierten sich rd. 25 Kinder im Jahr 2008
- Von den 6400 jugendlichen und erwachsenen Betroffenen sind:
 - ca. 50 % Frauen
 - ca. 45 % junge Menschen zwischen 15 und 24 Jahren
 - berücksichtigt man die Jugendlichen und Kinder unter 15 Jahren, liegt ihr Anteil bei über 50 % der weltweiten täglichen Neuinfektionen
 - im Gegensatz zu den weltweit relevanten Ausbreitungswegen und -bedingungen sind in der BRD auch heute noch folgende Infektionswege von Bedeutung:
 - ca. 72 % Männer, die Sex mit Männern haben
 - ca. 20 % heterosexuelle Menschen (Frauen und Männer)
 - ca. 8 % i. v. Drogengebraucher (Frauen und Männer)
 - < 1 % Mutter-Kind-Transmissionen

Wird in den Ländern mit geringem Einkommen für Betroffene darum gekämpft, überhaupt angemessene medizinische Versorgung und wirksame Medikamente bereitstellen zu können, wird in den europäischen Industrieländern bereits im Rahmen von Studien geprüft, inwiefern die medizinische Behandlung mit antiretroviralen Therapien (ART) als primärpräventive Maßnahme definiert und empfohlen werden kann und soll. Hier werden z. Z. insbesondere die Empfehlungen der Eidgenössischen Kommission für Aidsfragen in Bern (EKAF) in der Fachöffentlichkeit sehr kontrovers diskutiert; sie legen u. a. fest, welche Bedingungen erfüllt sein müssen, damit zwischen diskordanten Partnern kein Kondomschutz mehr erforderlich sein soll:

- Die antiretrovirale Therapie (ART) wird durch den HIV-infizierten Menschen eingehalten und durch den behandelnden Arzt kontrolliert.
- Die Viruslast (VL) liegt seit mindestens sechs Monaten unter der Nachweisgrenze (d.h., die Virämie ist supprimiert).
- Es bestehen keine Infektionen mit anderen sexuell übertragbaren Erregern (STD).

Dieser Präventionsansatz wird jedoch unter den Fachleuten sehr kontrovers diskutiert.

Mit Blick auf die nachfolgend dargestellten wesentlichen Kritikpunkte der Fachwelt an der EKAF-Empfehlung, ist aus unserer Sicht zu prüfen, ob die Reduktion des Risikomanagements auf eine wirksame HIV-Behandlung ein akzeptabler Präventionsansatz für Männer mit Mann-Mann-Kontakten sein kann.

Die wesentlichen Kritikpunkte an der EKAF-Empfehlung sind:

- Der EKAF-Empfehlung liegt keine einzige in Mitteleuropa durchgeführte Studie zugrunde.
- Keine der aufgeführten Studie hatte dezidiert das Ziel, Übertragbarkeit von HIV in Abhängigkeit von der Viruslast zu untersuchen.
- Es wurden lediglich heterosexuelle diskordante Paare analysiert.
- Eine Übertragung der Ergebnisse auf die Situation von MSM-Paaren ist nicht statthaft.
- Die statistische Power der Untersuchung von Übertragungsraten ist in keiner der drei Studien gegeben.
- In der EKAF-Mitteilung wird nicht auf die Möglichkeit eingegangen, dass auch bei nicht-nachweisbarer Viruslast Genitalsekrete von Mann und Frau infektionstüchtiges Virus enthalten können (mehrere methodisch einwandfreie Studien).

HIV

Entstehung und Verlauf der HIV-Infektion

HIV ist ein Virus, das sich im Immunsystem des Menschen vermehrt. Dazu benötigt es eine menschliche Wirtszelle und missbraucht den Stoffwechsel der infizierten Wirtszelle, um sein eigenes Überleben im menschlichen Körper zu ermöglichen.

Die Infektion des Menschen mit HIV kann nur durch bestimmte Körperflüssigkeiten (Blut, Samenflüssigkeit, Scheidensekret und Muttermilch) erfolgen, die eine hohe Virusmenge enthalten (können).

HIV erkennt seine Wirtszellen, die CD4-Helferzellen, und dockt sich daran an. Es dringt in die menschliche Immunzelle ein (Fusion) und setzt seine Erbsubstanz (RNA) und eigene Enzyme frei. Mit dem Enzym „Reverse Transkriptase“ passt HIV seine Erbsubstanz der menschlichen Zelle an. Das Enzym „Integrase“ fügt die virale Erbsubstanz in die menschliche Erbsubstanz ein. Die CD4-Helferzelle ist dann mit HIV infiziert und wird jetzt vom Virus als Produktionsstelle für seine eigene Vermehrung genutzt.

Das Enzym „Protease“ dient dazu, die Bestandteile des neuen Virus zusammenzubauen und aus der Zelle auszustülpen (Virusreifung). Durch die Vermehrung von HIV wird die CD4-Zelle so geschädigt, dass sie abstirbt. Das fertige „reife“ Virus ist bereit neue CD4-Zellen zu infizieren.

Die Antiretrovirale Therapie (ART)

Die heute zugelassenen Medikamente und empfohlenen Medikamentenkombinationen erreichen eine hohe Wirksamkeit (eine Liste der neuen Medikamente ist im Anhang beigefügt):

- Patienten/innen unter ART mit erfolgreicher HI-Viruskontrolle erreichen eine relativ normale Lebenserwartung.
- Ein 20jähriger, der eine HAART beginnt, hat eine durchschnittliche Lebenserwartung von weiteren 43 Jahren, ein 35jähriger, 32 weitere Jahre.
- Mortalitätsraten werden bei Patienten/innen, die 500 CD4-Zellen/mm³ und mehr erreichen, nach 6 Jahren Follow-up vergleichbar mit denen der Normalbevölkerung.

Sichtbare Nebenwirkung der Behandlung ist die Lipodystrophie. Hierbei handelt es sich um eine Veränderung der Fettgewebestruktur (Zu- und auch Abnahme an spezifischen Körperstellen wie z. B. Gesicht, Gesäß, Extremitäten, Nacken, Brüsten u.a.m.)

Trotz der gegen eine Virusvermehrung hoch wirksamen Therapie ist die hohe Ausbreitung/Entstehung von nicht HIV-spezifischen Malignomen und insbesondere Anal-karzinomen und des Morbus Hodgkin auffällig.

Problematische Heilpflanzen

Vor den immer wieder stattfindenden Alleinversuchen, parallel zur fachmedizinischen Behandlung heilpraktische Ergänzungen durchzuführen, muss dringend gewarnt werden. Einige Heilpflanzen haben erheblichen Einfluss auf den Sanderer MedikamenteMedikamentenspiegel im Blut oder auf eine nicht kalkulierbare Stimulation des Immunsystems:

- Echinacin (Sonnenhut): unspezifische Stimulation der Immunabwehr, Wechselwirkung mit ART (Anstieg des Spiegels von PI und NNRTI)
- Ginseng: Wechselwirkung mit ART (Reduktion des Spiegels von PI und NNRTI)
- Grapefruit: Wechselwirkung mit ART (Reduktion/Anstieg des Spiegels von PI)
- Johanniskraut: Wechselwirkung mit ART (Reduktion des Spiegels von PI und NNRTI)
- Knoblauch: Wechselwirkung mit ART (Reduktion des Spiegels von PI und NNRTI)
- Umckaloabo: unspezifische Stimulation der Immunabwehr

- Mistel: unspezifische Stimulation der Immunabwehr
- Taigawurzel: unspezifische Stimulation der Immunabwehr

Sexuell übertragbare Krankheiten/Infektionen

Herr Dr. Jablonka gab einen umfassenden Überblick über die relevanten sexuell übertragbaren Infektionen: HPV, Gonorrhoe, Chlamydien (unterschiedliche Arten), Trichomonaden, Syphilis, Herpes, Hepatitis B.

Bei der Darstellung folgte er nicht einer einheitlichen Systematik, sondern hob die Aspekte hervor, die eines besonderen Augenmerks bedürfen.

HPV

Weltweit die häufigste sexuell übertragbare Infektion; bis zu 75 % der sexuell aktiven Menschen werden im Laufe ihres Lebens mindestens mit einem HPV-Virustyp infiziert.

Insgesamt gibt es über 100 Typen. Ca. 30 hiervon lösen eine Infektion im Genitoanalbereich aus, dazu gehören insbesondere HPV 16 und 18 als High-Risk-Varianten und HPV 6 und 11 als Low-Risk-Varianten. Genital- und Analkrebserkrankungen gehen überwiegend mit dem Nachweis von High-Risk-HPV-Typen einher.

Als Risikofaktoren gelten

Promiskuität und Partnerpromiskuität

Rezeptiver Analverkehr

Genitoanale Begleitinfektionen

Zigarettenrauchen

Immunsuppression, besonders HIV

Prophylaxe

Impfstoffe sind erstmals zugelassen, ihr Einsatz wird kontrovers diskutiert. Eine Impfung sollte vor der sexuell aktiven Lebensphase erfolgen.

Kondome schützen nur eingeschränkt gegen eine HPV-Ansteckung, da eine Übertragung über Vektoren möglich ist.

Wichtig sind regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen (Risikoindikation s.o.) und im Falle auffälliger Befunde eine wiederholte Behandlung und ggfls. Abtragung der entstandenen Warzen.

Gonorrhoe / Tripper

Es handelt sich um ein Bakterium, das durch Geschlechtsverkehr übertragen wird. Das Infektionsrisiko liegt bei 50 % und die Manifestation erfolgt an nicht verhornenden Schleimhäuten.

Als großes Problem wird die zunehmende Resistenz gegenüber Antibiotika gesehen.

Nicht-gonorrhöische Urethritis (NGU)

Mögliche Erreger

- Chlamydia trachomatis (in 30 - 50 % der Fälle)

- Mycoplasma hominis/genitalium, Ureaplasma urealyticum (in 10 - 20 % der Fälle)
- Andere Erreger (Enterokokken, Streptokokken, Staphylokokkus aureus)
- 20 % der verursachenden Erreger bleiben unbekannt/unbekannt.
- Bei persistierender und rezidivierender Urethritis sollte auch Trichomonas vaginalis überprüft werden.

Häufige Infektionsverläufe

- 70 % der Männer entwickeln unterschiedliche Krankheitssymptome
- Asymptomatische Infektionen sind bei Frauen häufig.
- Besondere Bedeutung kommt den Infektionen bei schwangeren Frauen, Kleinkindern und HIV-Infizierten zu.

Chlamydieninfektion

Chlamydien sind Bakterien, die sich in urogenitalen Epithelzellen vermehren und über längere Zeiträume persistieren können.

Ausbreitung

Chlamydia trachomatis ist die häufigste sexuell übertragbare bakterielle Erkrankung in den westlichen Industrieländern.

- Die höchste Prävalenz findet sich bei Frauen zwischen 16 und 24 Jahren.
- Bei Männern liegt der Prävalenzgipfel etwa fünf Jahre später.
- Mit einer Prävalenz von bis zu 5 % sind die Chlamydien die in Deutschland unter den 15- bis 29jährigen Personen verbreiteste sexuell übertragbare Infektion.

Übertragungswege

- Heterosexuelle Kontakte (28 %)
- Ausübung von Prostitution (49 %)

Chlamydieninfektionen und Schwangerschaft:

- Chlamydieninfektionen erhöhen das Frühgeburtsrisiko
- Chlamydieninfektionen führen in 20 % bis 50 % zu unterschiedlichen Erkrankungen des Neugeborenen

Chlamydien screening in der Schwangerschaft ist seit 1995 Bestandteil der Mutterschaftsrichtlinien.

Zur Verhinderung von Re-Infektionen wird dringend die Partner/innenbehandlung angeraten.

Lymphogranuloma venereum (LGV)

- Bei dem Chlamydia trachomatis-SS serovar handelt es sich auch um ein intrazelluläres Bakterium.
- Es ist weltweit verbreitet, jedoch vorwiegend in den Tropen und Subtropen epidemisch.
- Männer - besonders MSM - erkranken häufiger.

- Das Auftreten in industrialisierten Ländern wird aus Endemiegebieten importierten Infektionen zugeschrieben.

Ureaplasma urealyticum und Mycoplasma hominis/genitalium

- Häufiger Nachweis von Ureaplasma urealyticum - selbst nach ordnungsgemäßer Therapie.
- Genitale Mycoplasmen sind bei bis zu 50 % der sexuell aktiven Personen nachweisbar.
- Tritt fast immer mit einer anderen STD auf.
- Nicht geklärt, ob der Erreger alleine pathogen ist.
- Uncharakteristisches Symptombild

Trichomoniasis

- Der Erreger (ein parasitischer Einzeller) ist weltweit verbreitet, genaue Daten liegen jedoch nicht vor.
- Die Infektion ist auch über Schmierkontakte möglich, allerdings auf den Urogenitaltrakt begrenzt.
- Die Infektionen verlaufen bei Frauen bei ca. 50 % ohne Beschwerden, bei Männern fast immer ohne Beschwerden.

Syphilis / Lues

Treponema pallidum ist der Erreger der Syphilis. Die Inkubationszeit liegt zwischen 9 und 90 Tagen (im Mittel 21 Tage).

Ausbreitung

Insgesamt ist weltweit eine steigende Inzidenz der Syphilisinfektionen zu beobachten, besonders hoch sind die Neuinfektionen in den Ostblockstaaten, jedoch auch in der Bundesrepublik ist seit Jahren ein stetig steigender Trend zu beobachten.

Übertragungswege

- Eine Übertragung ist
 - durch Kontakt mit dem erregerhaltigen Schleimhautdefekt (i. d. Regel nicht schmerzhaftes Geschwür)
 - über den Mutterkuchen auf das Ungeborene (den Fötus) möglich.
- Das Übertragungsrisiko liegt zwischen 10 und 60 %.
- Es gibt keine Möglichkeit, Immunität zu entwickeln.

Diagnostik

- Suchtest (TPHA-/TPPA-Test)
- Bestätigungstest (VDRL-Titration)

- Test zur Beurteilung der Notwendigkeit der Behandlungsnotwendigkeit (19S-IgM-FTA-Test)

Infektionsverlauf

Bei einem hohen Prozentsatz der Infizierten erfolgt eine Ausheilung der Infektion ohne Therapie. Eine durchgemachte Infektion führt allerdings **nicht** zu einer eigenen Immunität!!!

Wird die Infektion nicht selbst ausgeheilt oder frühzeitig erkannt und behandelt, verläuft sie in drei Stadien: Lues I - Lues II - Lues III.

Bei HIV-Infizierten folgen die Verläufe jedoch nicht den bekannten Schemata, sondern das Fortschreiten der Erkrankung passiert viel schneller und die Krankheitsverläufe sind viel schwerer. Gegenüber der Standardtherapie gibt es inzwischen eine Therapieresistenz, die bisher zu Neuroluesfällen geführt hat.

Herpes Genitalis

- Die Infektion kommt weltweit vor und nimmt stetig zu.
- 70 - 80 % der Herpes-genitalis-Fälle werden durch HSV2 verursacht, 20 - 30 % durch HSV1.
- Nur 30 % sind klinisch eindeutig, 50 % asymptomatisch.
- Die Manifestation kann an der Scheide, Vorhaut, Eichel oder am/im Darm erfolgen.

Hepatitis B

Ausbreitung

- Weltweit geht man von mehr als 300 Millionen Virusträgern aus.
- In der BRD sind ca. 600 000 Patienten mit einer chronischen Hepatitis B bekannt.
- Jährlich werden ca. 3000 Neuerkrankungen gemeldet - trotz allgemeiner Impfempfehlungen.

Übertragungswege

- Blut
- Samenflüssigkeit
- Scheidensekret
- Speichel

Eine durchgemachte Hepatitis B Infektion führt zur Immunität.

Diagnostik

Um festzustellen, ob jemand mit dem Hepatitis B-Virus in Kontakt gekommen ist, muss zunächst ein Antikörpertest - Anti-HBc - durchgeführt werden. Sollte dieser positiv sein, ist zu prüfen, ob sich eine Immunität entwickelt hat (HBsAG falsch: AK: Immunität, Ag: Infektiosität). Eine chronisch-virulente Hepatitis B kann mit HBeAg- und Anti-HBe-Untersuchungen (parallel zu weiteren Laborparametern) festgestellt werden.

Erfahrungen aus der Praxis zur niederschweligen Diagnostik und Versorgung von HIV/STD

Herr Dr. Jablonka berichtete von den Erfahrungen der Beratungs- und Arztprechstunden in den Essener Sauen.

Das Projekt ist eine Gemeinschaftsarbeit der Essener Saunen, des Gesundheitsamtes Essen unter Beteiligung von Herrn Dr. Jablonka und der AIDS-Hilfe Essen. Das Projekt wird seit Oktober 2005 regelmäßig über 6 Monate jährlich durchgeführt; und zwar immer von Oktober bis November und des laufenden Jahres sowie von Januar bis April des folgenden Jahres. Dieser Zeitraum wurde in Absprache mit den Saunabesitzern gewählt, da im Winter mehr Besucher mit dem Beratungs- und Untersuchungsangebot erreicht werden können.

Die Präsenz in den Sauen findet jeweils jeden 1. Mittwoch bzw. jeden 1. Donnerstag im Monat von 19-21 Uhr statt. Die Befundmitteilung erfolgt immer am Dienstag der übernächsten Woche von 18-20 Uhr in der Universitätshautklinik. Darüber hinaus können die die Ratsuchenden die Befunde zu den regulären Öffnungszeiten im Gesundheitsamt Essen erfahren.

Das Angebot in den Saunen umfasst:

- Eine umfassende Information und Risikoberatung zu HIV und anderen STD durch einen Mitarbeiter der AIDS-Hilfe Essen e. V.
- Die ärztliche Beratung zu HIV und anderen STD
- Die ärztliche Beratung zu weiteren individuellen Themen
- Die serologischen Untersuchungen auf HIV, Lues, Hepatitis B und C
- Die körperliche Untersuchung auf symptomatische Auffälligkeiten im Zusammenhang von HIV, STI und anderen Fragen sexueller Gesundheit.

Insgesamt wurden im Zeitraum von Oktober 2005 bis Mai 2009 folgende Leistungen in den Saunen erbracht:

| | |
|--|------------|
| Anzahl der beratenen Personen insgesamt | 293 |
| davon | |
| Personen mit Untersuchungen: | 245 |
| Personen ohne Untersuchungen: | 48 |
| | |
| Anzahl der verschiedenen serologischen Untersuchungen insgesamt | 614 |
| davon | |
| HIV-AK-Tests | 207 |
| TPHA | 225 |
| Hepatitis B | 152 |
| Hepatitis C | 30 |
| | |
| Anzahl der möglichen Ergebnisberatungen insgesamt ¹⁾ | 181 |
| (1)die letzten Ergebnisberatungen 2008/2009 konnten noch nicht ausgewertet werden) | |
| Anzahl der mitgeteilten Ergebnisse insgesamt | 137 |
| davon | |
| im Klinikum | 113 |
| im Gesundheitsamt | 24 |
| nicht abgeholte Befunde (s. 1)) | 44 |

Die Altersstruktur der Saunabesucher hat mit 31 % den höchsten Anteil in der Altersgruppe zwischen 40 und 49 Jahren, gefolgt von der Altersgruppe der 30- bis 39jährigen mit 23 %. Die Altersgruppen der 20- bis 29- und der 50- bis 59jährigen liegt jeweils bei rd. 16,5 %.

Beachtenswert ist, dass 13 % der Ratsuchenden älter als 60 Jahre sind (bis über 70).

Vergleicht man nun die Zusammensetzung der Männer mit Mann-Mann-Kontakten, die in den Saunen Beratung und Untersuchung in Anspruch nehmen, mit den MSM, die ins Gesundheitsamt kommen, so kann bezogen auf die Gesamtanzahl der Saunapersonen (293) in Bezug zu den MSM (395), die 2008 ins Gesundheitsamt gekommen sind, gesagt werden:

Der Anteil der bisexuellen Männer in den Saunen ist mit **15,7 % doppelte** so hoch wie im GA. Der Anteil der Migranten ist mit 15,7 % in den Saunen fast gleich hoch wie der Anteil an den MSM im GA (13,12 %). Jedoch liegt der Anteil von **bisexuellen Migranten in den Saunen mit 37 %** deutlich über dem im GA mit 6,42 %.

Das offengelegte Risikoverhalten bzw. -management der Ratsuchenden in den Saunen und im GA sollte z. B. genauer hinsichtlich der Aspekte ‚soziale Erwünschtheit‘ vs ‚erwünschte Lebensstilkompetenz‘ o. ä. analysiert werden:

Sauna

53,24 % der Saunaratsuchenden geben an, Analsex immer mit Kondom zu praktizieren,

und gleichzeitig geben

36,5 % an, auch geschützte orale Kontakte zu haben.

Gesundheitsamt

40,00 % der GA-Ratsuchenden geben an, Analsex immer mit Kondom zu praktizieren,

und gleichzeitig geben

15,2 % an, auch geschützte orale Kontakte zu haben.

Hingegen geben rd. 20 % der Ratsuchenden im GA an, Analsex ohne Kondom zu praktizieren, jedoch nur 6,8 % in den Saunen.

Resümee

Die Auslastung der Beratungs- und Untersuchungsnachfrage war hoch (durchschnittlich 6 Personen pro Abend) und mit dem Angebot in den Essener Saunen konnten genau die Personenkreise erreicht werden, die sich ansonsten nicht hätten untersuchen lassen. Im Falle erforderlicher Behandlungsoptionen war eine Überleitung in die Regelversorgung unproblematisch möglich, so dass auch die Zielsetzung der Infektionseindämmung optimal umgesetzt worden ist.

Was ist neu in der HIV-Behandlung?

- Der Entry-Inhibitor Maraviroc (Celsentri®) wurde im September 2007 in Europa zugelassen.

- Der Integraseinhibitor Raltegravir (Isentress®) wurde im Dezember 2007 in Europa zugelassen.
- Das aus 3 Substanzen bestehende Kombinationspräparat Atripla® wurde in Europa im Dezember 2007 zugelassen.
- Der NNRTI Etravirin (Intelence®), bekannt auch als TMC 125, wurde im Januar 2008 in den USA und im August in der EU zugelassen.
- Der gegen HIV seit 2001 zugelassene NRTI Tenofovir (Viread®) wurde im April 2008 auch zur Behandlung der chronischen Hepatitis B zugelassen.
- Atazanavir (Reyataz®) wurde im Juni 2008 in Europa auch zur Behandlung von therapie-naiven Patient/-innen zugelassen.
- Der neue Proteaseinhibitor Darunavir (Prezista®) wurde im Februar 2009 zur Behandlung von therapie-naiven Patient/-innen zugelassen.

Workshop I:

Praktische Ansätze sexualpädagogischer Arbeit im Bereich „Neue Medien“

Referenten:

Barbara Flotho, Dipl.-Psychologin., Essen

Dr. Daniel Hajok, Kommunikations- und Medienwissenschaftler, Berlin

Protokoll:

Helga Tolle, Verband der Aids – Koordinatoren NRW e.V. (www.vak-nrw.de)

Einstieg / Warming- up

Vorstellungsrunde

In welchen Bereichen arbeiten die Referenten/Teilnehmenden?

Welche Erfahrungen haben die Teilnehmenden (Tn) mit den neuen Medien und welche Erfahrungen haben sie bezüglich des Workshopthemas?

Welche inhaltlichen und formalen Erwartungen haben die Teilnehmenden an den Workshop?

„Soziometrie“

Ziel der Übung

- Herstellung der persönlichen Beziehung der Tn. zum Thema „Neue Medien“
- Positionierung zu dem Thema „Neue Medien“ als Chance bzw. als Risiko für die sexuelle Entwicklung von Jugendlichen.

Durchführung: Die Tn positionieren sich entsprechend ihrer Einstellung zu der jeweiligen Seite.

Fragen: WER.....

- chattet privat?
- hat schon mal eine online Beratung genutzt? (e-mail oder chat)?
- ist schon mal unabsichtlich auf einer Sexseite gelandet?
- macht E-mail Beratung oder Beratung per chat?
- findet: chatten ist eine gute Möglichkeit neue Leute kennen zu lernen?
- kennt jemanden, der eine / n Beziehungspartner/in über das Internet kennen gelernt hat?
- von Euch findet Pornografie frauenfeindlich?
- von Euch findet Pornografie männerfeindlich?
- findet, dass Pornos gucken normal ist?
- findet, dass Jugendliche mehr Vorteile als Nachteile durch das Internet haben?

Gruppenarbeit: Diskussionsfrage an die TeilnehmerInnen:

Was hat sich durch die neuen Medien für die Jugendlichen verändert? Welche Chancen und Risiken der neuen Medien seht Ihr für die sexuelle Entwicklung der Jugendlichen?: Schwerpunkt: Pornographie und Chat.

Beispielantworten:

- Verrohung sexueller Verhaltensweisen
- Konfrontation mit sehr starken Reizen

- Nutzung des Internets als Kommunikationsmedium. – Plattform, zum Austausch, zur Informationsweitergabe, zu Verabredungen
- Irritation durch Bilder, Texte, Filme, die schwer zu verarbeiten sind
- Bedenklich komplikationsloser Zugang zu harter, perverser und rechtsrelevanter Pornografie

Übung: Selbstreflexion

Ziel:

Erkennen der Ähnlichkeiten und Unterschiede im Umgang mit Medien heute und in der eigenen Jugendzeit.

Durchführung: In Paarbeit reflektierten die TN über den Bezug zu Medien in der eigenen Jugendzeit an Hand von vorgegebenen Leitfragen.

Leitfragen:

- Wie hast Du Dir als Jugendliche/r Informationen über Sexualität verschafft? Welche Medien haben dabei eine Rolle gespielt? Inwieweit haben sie Dein Bild von Sexualität geprägt?
- Wann bist Du zum ersten Mal mit pornografischen Bildern und Filmen in Kontakt gekommen? Wie war Deine Reaktion darauf?
- Was ist für Jugendliche bezogen auf Sexualität heute ähnlich und was ist anders als in Deiner Jugend?
- Was brauchen Jugendliche Deiner Meinung nach heute besonders, um eine positive Haltung zu Sexualität zu entwickeln?

Theoretischer Input (Hajok / Flotho)

Vorstellung der Themenschwerpunkte des Workshops:

- Die Bedeutung der neuen Medien für die sexuelle Entwicklung Jugendlicher - - Angebotslage, Mitgestaltung, Selbstreflexion
- Die Konsequenzen für die sexualpädagogische Praxis (sensibilisieren, aufklären, befähigen, schützen)
- Entwicklung von Konsequenzen für die Einbeziehung der neuen Medien in die sexualpädagogische Praxis in den Bereichen:
 - Thematisierung von Sexualität und Pornographie in den neuen Medien
 - Vermittlung von Kompetenzen für den adäquaten Umgang mit solchen Inhalten der neuen Medien
 - Nutzung der neuen Medien als sinnvolle Instrumente der sexualpädagogischen Information und Beratung

1. Bedeutung der neuen Medien für die Entwicklung Jugendlicher

1.1 WWW als Problem des Jugendmedienschutzes

Das Internet gilt heute nicht nur bei Pädagogen, sondern auch bei Eltern und den Jugendlichen selbst als weitgehend unregelter Raum.

Verglichen mit den anderen Medien werden dem Internet die (mit Abstand) größten Risiken und Gefahren zugeschrieben.

1.2 WWW: die Ausgangslage

Enorme Vielzahl und Vielfalt an Inhalten

April 2009 ca. 232 Mio. Websites (Vervierfachung in den letzten 5 Jahren!), aber: nur ca. 1/3 der Websites aktiv

Große Beliebtheit und Wichtigkeit des WWW bei der jungen Generation

bei Jugendlichen heute das Medium mit der höchsten Bindung (mit 14 Jahren die meisten täglich online)

Starke Defizite beim Handeln der Eltern

fehlendes Problembewusstsein, die wenigsten Eltern besprechen/kontrollieren die Internetnutzung ihrer Kinder

Internetnutzung Jugendlicher

2008 waren die 12- bis 19-Jährigen Internetnutzer wochentags über 2 Stunden online,

Jungen sind in der Regel deutlich länger online als Mädchen

Nutzungsdauer steigt im Altersverlauf an und geht mit 18/19 Jahren aufgrund veränderter Lebensumstände (Lehre, Beruf etc.) wieder zurück

Haupt- und Realschüler sind zwar seltener online als Gymnasiasten, verweilen dann aber länger im Internet

1.3 Inhaltliche Präferenzen bei der Internetnutzung

Online-Kommunikation

Online-Communities, Instant Messenger (z.B. ICQ und MSN) und E-mail sind bei den meisten Jugendlichen fest im Alltag integriert

Chatten v.a. bei Jugendlichen mit geringer Bildung ist beliebt, starke Angebotsfokussierung (z.B. Knuddels)

Information und Orientierung

Internet ist für viele Jugendliche erste Adresse für Recherche und Informationsgewinnung (z.B. Wikipedia)

privater und schulischer Kontext ist v.a. bei höher gebildeten Jugendlichen beliebt

1.4 Problemdimension 1: Pornografie

12% aller websites, 8 % aller E-mails und 35 % aller Downloads sind pornografisch
25 % aller Suchmaschinenanfragen beziehen sich auf Sex und Pornografie (z.B.

„Sex“, „Adult dating“, „Porn“, „Sex Toys“ und „Teen Sex“)

43 % aller Nutzer sehen sich im Internet Pornos an

34 % werden unerwünscht mit sexuellem Material konfrontiert

Inhaltliche Charakteristika von Pornos

Dominanz des heterosexuellen Geschlechtsverkehrs

am häufigsten wird der genitale Koitus in verschiedenen Stellungen, inklusive Vorspiel (i.d.R. Fellatio und Cunnilingus) dargestellt

Mythen und Geschlechtsstereotype

Sex braucht keinen besonderen Anlass, macht allen immer und überall Spaß, findet meist zw. Unbekannten/flüchtig Bekannten, häufig in Anwesenheit anderer statt, stets willige Frauen genießen Sex, Männer dominant

gebräuchliche inhaltliche Angebotsklassifikationen

sexuelle Neigungen/Praktiken (z.B. Homosexualität, Analverkehr), Betonung körperlicher Merkmale (z.B. große Busen, dicke Frauen), Personengruppen (z.B. „reife“ Frauen, Teenies)

1.5 Erfahrungen und Emotionen 11- bis 18-Jähriger

Große inhaltliche Bandbreite der Erfahrungen

v.a. Erfahrungen mit Darstellungen nackter Personen bis hin zu „normalem“ Geschlechtsverkehr, auf dem zweiten Rang folgen aber bereits strafrechtlich relevante Inhalte (Sodomie, Nekrophilie, sexueller Missbrauch etc.)

Positive und negative Emotionen nahe beieinander

„Ekel“ und „Angemachtsein“ etwa gleich stark vertreten, bei harten Angeboten v.a. negative Emotionen (Ekel/Angst)

Geschlechterunterschiede

Während Jungs sich eher angemacht fühlen, berichten Mädchen häufiger negative Emotionen

1.6 Problemdimension 2: Chatten: Beschimpfungen und Beleidigungen

Chat- Beiträge sind teilweise rüde im Ton, sexistisch, herabwürdigend oder rassistisch (Profileintrag von nazifreund85: „Interesse: „Ausländer boxen“)

Sexuelle Belästigungen

In Kinder- und Teen-Channels der großen Chats werden von pädokriminell geneigten Usern gezielt kindliche Chat - Partner gesucht, um ihre Phantasien auszuleben

Stimulierung durch Bilder und Objekte von Kindern

direkt oder nach längeren unverfänglichen Vorgesprächen Anfragen nach Telefon-/Cybersex, Netmeeting- / Cam-to-Cam - Kontakten, nach Fotos, getragener Unterwäsche

Übergriffe per E-mail, Telefon und Handy anhand der im Chat übermittelten persönlichen Daten

fast zwei Drittel der Jugendlichen werden im Chat nach persönlichen Daten (Name, Adresse etc.) gefragt, ein Viertel der Gefragten gibt sie tatsächlich weiter

Anbahnung/Vorbereitung eines sexuellen Missbrauchs

zunächst längerer freundlicher Kontakt zur Vertrauensgewinnung („grooming“), dann Kontaktaufnahme per Telefon oder Handy und dann konkrete Verabredung

Diskussion

Im Anschluss an den Input schloss sich eine Diskussion über die Frage an: „Welche Anforderungen an die sexualpädagogische Praxis lassen sich anhand des Gezeigten ableiten?“

Praxis

Ausgangsfrage: Wie reflektieren Jugendliche ihre persönlichen Erfahrungen mit Sexualität und Pornografie in den neuen Medien: Filmbeispiele für Pornografie („Geiler Scheiß“) und Online-Kommunikation („Blind Date“)

Vorstellung und Diskussion des Film „Geiler Scheiß“ des Medienprojekts Wuppertal Einsatzmöglichkeit:

„Geiler Scheiß“ ist ein Film für die sexualpädagogische Arbeit mit Jungen und Mädchen ab 16 Jahren zum Thema :“Pornografie“ .

Inhalt:

In dem Film beantworten Jugendliche unterschiedlichste Fragen zum Thema Pornographie und reden über ihre persönlichen Erfahrungen. Die Kamera

beobachtet eine Jungen und eine Mädchengruppe beim Schauen von pornographisch / erotischen Darstellungen.

Zusammenfassung der Diskussion zum Film:

Der Film gibt Multiplikatoren gute Informationen zu ganz unterschiedlichen Haltungen, Einstellungen, Gedanken und Gefühlen von Jungen und Mädchen zu pornographischen Darstellungen.(18 –23 Jahren)

Der Film geht sehr differenziert auf das „Pornographieverständnis“ von schon älteren Jungen und Mädchen ein und ist dort auch gut einsetzbar.

Es empfiehlt sich der Einsatz von spezifischen Ausschnitten des Films, zugeschnitten auf die jeweilige Zielgruppe (besonders bei jüngeren Jugendlichen), da er in ganzer Länge schnell überfordert.

Der Film bietet gute Möglichkeiten über das Thema Pornographie hinaus an andere sexuelle Themen anzuknüpfen: Bsp.: Behaarung, Klischees von Männern und Frauen, Schönheits - und Körperideal

Der Film bietet Chancen die Jugendlichen an ihren Interessenlagen abzuholen.

Anforderungen an die professionelle Haltung der Sexualpädagogen

Reflektion eigener Haltung zur Pornographie

Toleranz und Bandbreite für die Unterschiedlichkeiten der Sexualitäten

Offenheit und Neugierde für die Haltungen und Meinungen zu pornographischen Darstellungen und Artikulieren von Grenzen

2. Konsequenzen für die sexualpädagogische Praxis (Sensibilisierung, Aufklärung, Befähigen, Schützen

Was ist generell zu tun?

Sensibilisieren

Jugendliche, Eltern und Pädagogen sowie die erwachsenen User können und müssen für die Problematik von Sexualität und Pornografie in den neuen Medien sensibilisiert werden

Aufklären

Jugendliche müssen über die rechtliche Problematik und über den fiktionalen bzw. Wirklichkeit verzerrenden Charakter der Darstellungen aufgeklärt werden

Befähigen

Jugendliche müssen zu einem kritischen Umgang mit problematischen Inhalten befähigt werden, im schulischen wie im außerschulischen Rahmen

Schützen

durch restriktiv-bewahrendes Handeln seitens des Jugendmedienschutzes ist Jugendlichen der Zugang zu Pornografie zu erschweren, insbesondere, wenn es sich um sehr drastische Darstellungen oder Angebote handelt, die sich den Jugendlichen aufdrängen (Spam, Chat, Handy etc.)

Konsequenzen:

Aufgrund ihrer moralisierenden Haltung und häufig auch Skepsis gegenüber den neuen Medien sind Eltern und auch Lehrer nicht die richtigen

Ansprechpartner.

Sexualpädagogische Veranstaltungen im Rahmen institutionalisierter Bildung (Projekttag/-veranstaltungen an Schulen) könnten und sollten diese Leerstelle füllen

Diskrepanzen zwischen selbst erlebter/vorgestellter und in den Medien dargestellter Sexualität müssen thematisiert werden.

Insbesondere hinsichtlich der Bereiche „größer“, „länger“, „weiter“ und auch hinsichtlich der medial vermittelten fragwürdigen Identitätsentwürfe und Geschlechtsstereotypen.

In der sexualpädagogischen Jungen-/ Mädchenarbeit sollten die geschlechtsspezifischen Medienumgangsweisen adäquat berücksichtigt werden.

Bei der Mädchenarbeit sollten die Problemdimensionen der Social Communities und der Online-Kommunikation via Chat, Instant Messenger etc. thematisiert werden, bei der Jungenarbeit die Problembereiche von Pornografie

Praxis

Im Forum Sexualaufklärung und Familienplanung der BzGA-Forum 1-2009, das sich in dieser Ausgabe dem Thema „Medien“ widmet, wurde in dem Aufsatz „Medienkompetenz und Jugendschutz“ von Reiner Wanieliik vorgeschlagen zum Thema „Pornografie“ Jugendlichen folgende Fragen stellen:

- Welche pornografischen Bilder oder Filme hast Du schon im Internet gefunden?
- Was sind Deiner Meinung nach pornografische Bilder?
- Werden Deiner Meinung nach Männer und Frauen in pornografischen Medien unterschiedlich dargestellt?
- Wie bewertest Du Darstellungen schwuler und lesbischer Sexualität?
- Was waren die „heftigsten“ sexuellen Bilder, die Du bisher im Internet gefunden hast?
- Woran lässt sich feststellen, ob die Darstellerinnen und Darsteller sich freiwillig ablichten lassen?
- Wie schätzt Du die Möglichkeiten ein, pornografische Bilder von Kindern, anderen Gewaltdarstellungen oder Sexualität mit Tieren im Internet zu finden?
- Was sollte gegen die Verbreitung von Pornografie im Internet Deiner Meinung nach getan werden?

-

Diskussion

Die Teilnehmenden diskutieren und kritisieren die vorgestellten Fragestellungen und erstellen einen überarbeitenden Katalog relevanter Fragen zum Thema Pornografie im Internet und zum Thema Chatten (s. weiter unten)

Fragenkatalog zur Thematisierung der Problembereiche neuer Medien in der sexualpädagogischen Praxis

Thema: Pornografie

Persönliche Erfahrung

Hast Du schon mal ein Porno gesehen?

Wo und mit wem hast Du Porno(s) gesehen?

Was für unterschiedliche Sachen hast Du gesehen?

Was waren die „heftigsten“ Bilder, die Du gesehen hast?

Hast Du schon mal Sexualität zwischen Männern bzw. zwischen Frauen gesehen?

Was hat der Porno bei Dir ausgelöst?

An welche Sexszene erinnerst Du Dich?

Kennst Du eine schöne Sexszene (aus einem Film, Videoclip, Buch)?

Definition

Was ist für Dich ein Porno?

Wie wird Sexualität in Pornos gezeigt?

Was gibt es alles für pornografische Darstellungen?

Wo überall kann man pornografische Darstellungen (WWW, Videoclips, Hentai, Handy, Songtexte, Bücher, Comics etc.) finden?

Was unterscheidet Deiner Meinung nach Sex in Pornos von Sex in der Realität?

Bewertung

Was findest Du schön, anregend, aufregend, interessant etc. an Pornos?

Was findest Du unangenehm, abstoßend, ekelig, Angst machend etc. an Pornos?

Was findest Du witzig, affig (z.B. Handwerker an der Tür) etc. an Pornos?

Wie findest Du schwule/lesbische Szenen?

Wie werden Männer und Frauen in Pornos dargestellt?

Was glaubst Du: Macht den Darstellern die Sexualität (vor der Kamera) Spaß?

Wie stellst Du Dir einen „Pornodreh“ vor?

Was verdient wohl ein Pornodarsteller?

Würdest Du selbst auch in einem Porno mitmachen?

Wenn Ihr Gesetze machen könntet, welche Gesetze würdet Ihr zu Pornos machen?/Sollten Pornos für Jugendliche erlaubt oder verboten sein?

Was meinst Du: Warum sind Pornos für Jugendliche unter 18 Jahre verboten?

Wo sind für Dich persönlich die Grenzen?

Wünsche/Vorstellungen

Was sollte in der Beziehung anders/genauso sein, wie in Pornos?

3. Entwicklung von Konzepten für den Einbezug der neuen Medien in die sexualpädagogische Praxis

Bereiche der sexualpädagogischen Arbeit mit den neuen Medien

Thematisierung

Thematisierung von Sexualität und Pornografie in den neuen Medien im Rahmen der sexualpädagogischen Beratung

Medienkompetenzvermittlung

gezielte Vermittlung von Kompetenzen für den adäquaten Umgang mit solchen Medien- inhalten im schulischen und außerschulischen Bereich

Information/Beratung

Nutzung der neuen Medien als sinnvolle Instrumente der sexualpädagogischen Information und Beratung

Praxis

Aufgabenstellung für Gruppenarbeit:

Erstellung eines Konzeptes /Entwurfs für eine Veranstaltung mit Jugendlichen z. Thema Pornographie.

Zeitraum: 3 Unterrichtsstunden

Ziel der Veranstaltung: Sensibilisierung für den Umgang mit pornographischen Darstellungen (akzeptierend – kritischer Umgang mit pornographischen, Darstellungen, Aufzeigen von Bedürfnissen und Grenzen)
Erkennen des Zusammenhangs von Lust und Verantwortung

Zusammenfassende Ideen und Vorstellungen aus den Arbeitsgruppen:

- Das Thema Pornographie sollte in allgemeine sexualpädagogische Themen eingebettet sein.
- Wichtig ist eine Schweigevereinbarung zu Beginn der Veranstaltung.
- Besondere Beachtung und Schutz sollten bei der Behandlung des Themas unerfahrene Jugendliche bekommen.
- Wichtig ist die Einführung eines verbindlichen Regelwerks z.B. keine Abwertung von Schülern, die keine Erfahrung mit pornographischen Darstellungen haben.

Übungen:

1. Anhören von pornographisch – sexualisierten Liedern (z.B. Burschido) (s. auch Bundesprüfstelle für jugendgefährdende Schriften) und kritische Reflektion der Texte
2. Zeigen von ausgewählten Ausschnitten des Films „ Geiler Scheiß“
3. Assoziationen zu Pornographie
4. Einstiegsfragen: Was alles machst Du mit Deinem handy?
Welche ungewöhnlichen Sachen machst Du mit dem handy?
5. Ranking des persönlichen Bezugs zu Pornographie: (nah dran – weit weg)
6. Verteilung von Medien/Materialien auf dem Boden, die Bezug zu Pornographie haben, assoziieren lassen. Auch als Grabbelsack möglich.
7. Bettsportquartett (Spaßfaktor „Sie MEINUNGEN – EINSTELLUNGEN zu Pornographie
8. „Ja – Nein – Übung“: Teilnehmer stellen sich jeweils auf die Raumseite, die **Ihrer** Meinung der Frage entspricht.
9. Analysieren von Statements zu Pornographie in Zeitschriften und Zeitungen
10. Auseinandersetzung mit Fiktion und realer Sexualität: Einstieg über Teilausschnitte des Film „Geiler Scheiß“.
11. Auseinandersetzung mit der Lebens – und Berufssituation von Pornodarstellern. (nähere Info s. www.ligajob.de oder google: Pornodarsteller

3. b Input: Dimensionen der Medienkompetenzvermittlung

Medienkritik

Fähigkeit zur analytischen, reflexiven, ethischen Auseinandersetzung mit Sexualität und Pornografie in den neuen Medien via Thematisierung des Denkens; Fühlens und Handelns.

Medienkunde

normatives und instrumentell-qualifikatorisches Wissen über Sexualität und Pornografie in den neuen Medien (Bedingungen am Set, Unterschiede: Realität und Fiktion)

Mediennutzung

Anwendung der Wissensbestände zur rezeptiven, interaktiven und kritischen Nutzung solcher Medieninhalte (Einsetzen des Wissens beim Chat)

Mediengestaltung

Veränderung und Weiterentwicklung bestehender Angebote und das Verlassen herkömmlicher Kommunikationsroutinen (z. B. Drehen eigener „Erotik / Pornofilme“ im Dokustil)

Praxis

Film zum Thema : Chatten „**Blind Date**“ + CD Rom und Begleitmaterial

Bezugsquelle: s. Medienliste hinten

s. auch www.jugendfilm-ev.de

e-mail: info@bmfjsfj-service.bund.de - Bundesministerium f. Familie, Senioren, Frauen und Jugend: Ein Netz für Kinder: Surfen ohne Risiko

Zusammenfassung der Diskussion über den Film:

- Der Beginn des Films stellt die „Chat Situation von Jugendlichen“ sehr realistisch dar. Er bietet gute Möglichkeiten über den Chatalltag, die Erfahrung der Jugendlichen zu sprechen
- Der weitere Verlauf des Films wurde sehr kontrovers diskutiert: Er wurde einerseits als zu hart und zu klischeehaft angesehen, andererseits als kurz, knackig, deutlich und ohne Umschweife.

Lösung:

- den Film nicht zu Ende zeigen, die Jugendlichen nach Ideen zum weiteren Verlauf fragen und dann erst zu Ende zeigen.
- Der Film hat im Ganzen eher eine weibliche Orientierung. Bei den Jungen ist weniger eine positive Identifikation möglich, eher eine Abgrenzung zu dem gezeigten Verhalten im Sinne von „so bin ich nicht“.
- Der Film dient der Schärfung der Wahrnehmung der Umwelt „Ab wann fängt es an komisch zu werden?“

Wichtige Aspekte, Fragen für die Behandlung des Themas „Chatten“ mit Jugendlichen

- Was genau ist ein Chat? Was ist anders als beim mailen?
- Wer von den Jugendlichen chattet?, in welcher Intensität?
- Wo chatten die Jugendlichen?
- Was ist das besonders Schöne, Reizvolle beim chatten“? (unterhaltsam, ausprobieren von Rollen und Identitäten, Vertiefung von Interessen, Teilhabe

an sozialen Situationen (→ wichtig ist es, auch die positive Seite des Chattens in die sexualpädagogische Arbeit mit ein zu beziehen)

- Was alles kann man bei den unterschiedlichen Chat Anbietern machen (Flüsterraum, webcam etc.) wer chattet da? (z.B www.knuddel.de, www.schueler.vz, www.ICQ.de)
- Behandlung von Chatregeln zum fairen Verhalten im Netz: Welche Fragen, Aufforderungen von Chat Teilnehmern sollten vorsichtig machen? Ist es erlaubt, sein Alter, seine geschlechtliche Identität falsch anzugeben, aufreizende Bilder von Klassenkameraden einzustellen etc?)
- Chatten wird viel stärker von Mädchen praktiziert, gerade deswegen sollte die sexualpädagogische Arbeit auch Jungen in den Themenbereich Chatten einbeziehen.

Weitere Fragen zum Thema Chatten für Jugendliche

Chattest Du?

Wo chattest Du? Und wie oft?

Wer hat schon mal falsche Angaben gemacht?

- Welche waren das (falsches Alter, Geschlecht, Foto, Interessen etc.)?
- Weshalb hast Du die falschen Angaben gemacht?
- Wie merkst Du, wenn jemand anderes falsche Angaben macht?

Was macht Dir alles besonders Spaß beim Chatten?

Nach was alles wurdest Du im Chat schon einmal gefragt (persönliche Daten erfragt etc.)?

Welche Daten im Profil und im Chat gibst Du von Dir preis?

Wem ist im Chat schon mal etwas Unangenehmes (exhibitionistische Darstellung bzw. Webcam Inhalte bekommen, obszöne / intime Fragen etc.) passiert? Wie hast Du darauf reagiert? (Notrufbutton, „Verstöße melden“, „User sperren“, „meine Mutter kommt ins Zimmer“, Hilfe holen)

Welche Risiken/Gefahren gibt es beim Chatten?

Wer chattet nur mit Freunden (im Realen) und wer auch mit anderen (Fremden)?

Kann man sich übers Chatten verlieben?

Kann man im Chat (über längere Zeit) eine Beziehung führen?

Wie schätzt Du die Chance ein, dass eine Chatbeziehung auch im Realen funktioniert?

Hast Du schon einmal jemanden im Chat kennen gelernt, mit dem Du Dich getroffen hast?

Welche Möglichkeiten gibt es, sich mit jemand aus dem Chat real zu treffen?

4. Online Beratung - Praxisbeispiel

Frau Flotho stellt die Chat-Beratung des Lore Agnes Haus, Essen vor.

* Details zu dem Beratungsangebot s. Anlage – Vortrag Flotho

5. Medien zum Thema „Neue Medien“

Für die Arbeit mit Jugendlichen

Filme

KreisausschussGroß-Gerau (2007)

Albtraum Chatroom

zu bestellen über: jbw@kreisgg.de

Jugendfilm e.V. Hamburg (2008)

Blind date

zu bestellen über: kriminalpraevention@polizei.hamburg.de

Medienprojekt Wuppertal e.V. (2008)

Geiler Scheiß. Ein Film über Jugendliche und Pornografie.

Infos unter: www.medienprojekt-wuppertal.de

Bücher

Brigitte Bobel (2007). **Falsche Freundschaft. Gefahr aus dem Internet.**

Verlag an der Ruhr

Annette Weber(2006).**Im Chat war er noch so süß.**

Verlag an der Ruhr

Theater

„Klick it“ – Zartbitter Köln

Theaterstück über die Gefahren für Jungen im Netz

www.zartbitter.de

Für Pädagogen/Innen

Altstötter-Gleich, Christine (2006): **Pornographie und neue Medien.** Eine Studie zum Umgang Jugendlicher mit sexuellen Inhalten im Internet. Mainz: pro familia.

<http://www.profamilia.de/shop/download/248.pdf?PHPSESSID=ba5b736b3f3286932d5f14a805ed0b4e>

Bundesverein zur Prävention von sexuellem Missbrauch an Mädchen und Jungen e.V. (2007). **Mit einem Klick zum nächsten Kick.** Aggression und sexuelle Gewalt im Cyberspace. Verlag Mebes und Noack.

BZgA Forum (1/2009). Medien.

Kühne, Stefan & Hintenberger, Gerhard (2009). **Handbuch Online-Beratung.** Vandenhoeck und Ruprecht

Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest (2008). **JIM-Studie 2008.** Jugend, Information, (Multi-)Media. <http://www.mpfs.de/index.php?id=117>

Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest (2008). **KIM-Studie 2008.** Kinder + Medien. Computer + Internet.

„Chatten ohne Risiko“ und „Wollen wir chattten? Ja sicher!“ Bestelladresse:
www.jugendschutz.net **und** www.bmfsfj.de
„Chatregeln“ – Bestelladresse: www.zartbitter.de „Das ist mein handy“
Bezugsadresse: www.lfm-nrw.de
„Handy ohne Risiko“ – Ratgeber – Bezugsadresse: www.bmfsfj
„Klick Tipps“ Bezugsadresse: www.klick-tipps.de

6. Sexualpädagogische Information und Beratung

Informationsangebote

www.bravo.de
www.deinkondom.de/de
www.herzensdinge.de
www.laralove.de
www.leilas-haus.de
www.loveline.de
www.sexwoerterbuch.info
www.vomerwachsenwerden.de

Online-Beratung

www.aidsberatung.de (BZgA, E-Mail)
www.das-beratungsnetz.de
www.liebe-lore.de (AWO BV Niederrhein, E-Mail, Einzelchat)
www.lilli.ch (E-Mail)
www.loveline.de (BZgA, Gruppenchat, Expertenchat)
www.sextra.de (pro fa, E-Mail Erwachsene)
www.sexundso.de (profa, E-Mail Jugendliche)

Kontaktadresse der Referenten:

Barbara Flotho
Tel.: 0201 – 3105-3
barbara.flotho@awo-niederrhein.de
www.lore-agnes-haus.de

Dr. Daniel Hajok
Tel.: 030-30364310/09
d.hajok@gmx.de

Workshop II „Balance finden“ - Positive Stressbewältigung

Referentin: Karla Domning, Dipl.-Psychologin und - Theologin
Protokoll: Waltraud Bergtholdt

Stufen der Burnout- Entwicklung

- Enthusiasmus
- Stagnation
- Frustration
- Apathie
- Burn-out

Freudenberger hat 1974 diesen Begriff Burnout geprägt. Es ist eine Entwicklung, die bezeichnender Weise gerade bei Menschen häufiger auftritt, die in helfenden Berufen tätig sind. Es neigen immer gerade solche Personen dazu, die besonders engagiert sind und für bestimmte Ziele oder Menschen „kämpfen“.

Als hilfreich hat sich erwiesen, wenn gerade dieser Personenkreis eine höhere Achtsamkeit für sich selbst entwickelt. Denn diese Menschen geraten schnell in eine Bewegung von sich selbst weg. Das bedeutet, dass sie eigene Bedürfnisse und Wünsche weniger beachten als die anderer Menschen.

Ansätze können hier sein, die eigene **Persönlichkeitsstruktur** genau kennen zu lernen und einschätzen zu lernen, wie die Persönlichkeitsstruktur der anderen ist, mit denen man arbeitet und wie die sozialen Strukturen sind, die vorgegeben sind. Gerade hier ist es sinnvoll zu lernen, wie mit Strukturen umgegangen wird, die nicht geändert werden können.

Das Klarwerden innerhalb von Strukturen kann hier sehr hilfreich sein.

- Eigene Gefühle wahrnehmen und annehmen
- Sich selbst ernstnehmen
- Wenn mein Gegenüber weniger Ahnung als ich hat, meine Professionalität nicht wertschätzt, mich möglicherweise herabsetzt und dominieren will, muss ich das entweder, akzeptieren, mich arrangieren, kämpfen oder gehen
- In unserer Alltagsarbeit ist es entscheidend, dass wir uns selbst über unsere Gefühle klar sind, den eigenen Ärger und auch unsere Verletzungen wahrnehmen, auch und gerade dann, wenn wir uns nicht gesehen fühlen
- Es ist anstrengenden mit sehr anstrengenden Klienten umzugehen, ihnen positive Befunde mitteilen zu müssen oder andere Dinge, die sie selbst schwer verkraften
- Weiterhin ist es immer eine große Herausforderung, mit der Angst von Klienten umgehen zu müssen

- Das Klären unserer eigenen Gefühle ist notwendig für den professionellen Kontakt mit den Klienten

Das Erkennen der Persönlichkeitsstruktur

Es geht keineswegs darum, sich selbst oder andere in bestimmte „Schubladen“ einzuordnen und dann ein festes unwandelbares Bild von sich oder anderen Menschen zu haben.

Wahrscheinlich kennen alle die sogenannten vier Grundtypen der Angst von Riemann (Fritz Riemann: Grundformen der Angst, München; Basel: E. Reinhardt, 1987). Dieser war Analytiker und fand heraus, dass alle Menschen dazu neigen, im Fall von Angst in sehr deutlicher und immer ähnlicher Art zu reagieren. Es gibt selten so ganz reine Formen, die er heraus gestellt hat, vielmehr neigen die meisten Menschen dazu „Mischtypen“ zu sein.

Grob können die Persönlichkeitsstrukturen wie folgt beschrieben werden:

Schizoider Typ: ängstlicher Mensch, der sich in unsicheren Situationen lieber zurück zieht. Er ist oft intellektuell oder schützt sich durch Flucht ins Wissen.

Hysterischer Typ: extrovertierter, Gefühle inszenierender Mensch; Wut, Ärger aber auch positive Gefühle werden häufig zelebriert.

Depressiver Typ: der gesellige Typ, der überall gefühlsmäßig ohne Angst in die Situationen geht und sich auch gern auf andere einlässt. Jedoch überschreitet er auch Grenzen, vor allem die eigenen.

Zwanghafter Typ: guter Strukturarbeiter mit großer Angst vor Veränderung. Wenn zu viele Dinge passieren, die er selbst nicht einzuordnen vermag, versucht er die äußere Struktur sehr „sicher“ und stringent zu gestalten.

Theorie zum Burnout

Diese Entwicklung zum Burnout kann einerseits schon durch die Persönlichkeit begünstigt sein, andererseits aber auch durch menschen- oder lebensfeindliche Strukturen in Gang gebracht werden.

1. Phase/Anfangsphase

Erste Symptome, wie Schlafstörungen, Drehschwindel, Tinnitus, und Ängste werden oft als wichtiger Hinweis zu wenig beachtet

Burnout ist auch oft eine Art Suchtkrankheit, d.h. die Suchthematik spielt eine große Rolle. Von den eigentlichen Bedürfnissen und von sich weg orientiert, werden Ersatzhandlungen zur Sucht: Rauchen, Essen, Alkohol, Computer surfen, Sex

Weitere Hinweise können sein:

- Erschöpft sein, dabei gleichzeitig funktionieren wollen
- Chronische Müdigkeit
- Konzentrationsschwäche
- Eingeschränkte Beziehungsgestaltung
- Hyperaktivität
- Realitätsverlust

Dieser Verlauf ist häufig gerade auch bei Menschen mit helfenden Berufen bemerken. Gerade solche Menschen, die sich anfangs sehr engagiert haben, verlieren sehr bald an Kraft. Oft ist der verborgene Antrieb dieser Menschen für ihre übermäßige Anstrengung mit Realitätsverleugnung, die Haltung: Ich mache das, um gemocht oder geliebt zu werden, eigentlich bin ich der Zuwendung anderer gar nicht wert, deshalb muss ich erst etwas/ viel geben.

Ersatz für Eigenliebe, es gibt viele Parallelen zur Sucht, Hinweis auf Schmidtbauers (Wolfgang Schmidtbauer: Die hilflosen Helfer, Reinbeck: Rohwolt, 1977)

2. Phase

- Der Betroffene gerät in eine Sackgasse, und zwar dann, wenn das totale Engagement kippt, nachdem die eigenen Grenzen nie wahrgenommen wurden
- Reduziertes Engagement, man verliert das positive Gefühl gegenüber Klienten oder Kunden, seinen Schülern usw., dabei werden Stereotypen des Funktionierens entwickelt, und zwar so lange bis das auch kippt.
- Die Folge sind dann Aversionen, Lähmung, Herzneurosen oder Nervenzusammenbrüche (Symptome: Zittern, sich nicht mehr unter Kontrolle haben, Angstzustände, Brechen, Durchfall, nicht mehr steuerbar sein, Druck unerträglich hoch, oft wirres Reden)
- Deshalb frühzeitig Solidarisierungen suchen. „Damit meine ich jedoch nicht Komplizen suchen gegen den Rest der Welt. Denn gegen etwas oder alles zu sein, ist ganz unsinnig, besser ist es ja wirklich neue Gedanken und Ziele zu entwickeln, neue Handlungsmuster erwerben, die weiter sind und nicht noch mehr einengen“. - Hervorhebung meinerseits-
- Nischen finden und neue Inhalte entwickeln.
- Sich etwas trauen
- Es kommt oft zu Schuldzuweisungen. Je nach Typ erfolgt dies eher aggressiv, eher depressiv
- Hier ist es ganz entscheidend für eine konstruktive eigene Entwicklung, den Bezug zu sich selbst herzustellen. Was sind meine eigenen Strategien, Muster oder Eigenschaften, die solche Entwicklungen begünstigen? Wie kann ich meine Stärken so einbringen, dass ein befriedigender Verlauf der Prozesse gelingt?
- Innerhalb der Therapie wirken Elemente wie Malen, Singen, Märchenarbeit, die dann als Kunsttherapie, Musiktherapie oder ähnliche Tätigkeiten angeboten werden. In dieser Zeit ist es eher selten, dass diese Tätigkeiten ganz natürlich innerhalb von Beziehungen kultiviert werden.

- Wichtig ist es keine Vorurteile zu haben und sich auf gleicher Ebene zu begegnen. Achtsamer Umgang, nicht in „Schublade“ packen
- Zu hohe Erwartungen und/ oder Schuldzuweisungen (auch und gerade sich selbst gegenüber) vergiften die Atmosphäre
- Klar bekommen, was ist mein Beruf und was ist meine Berufung

3. Phase

- Höherer Konsum von Suchtmitteln, wie Alkohol oder Medikamente. Es wird als normal angesehen, diese zu konsumieren. Bei Frauen sind es häufig Schmerzmittel
- Verstärkter Rückzug/Isolierung, weniger Dialog, Abschottung. Persönliche Auseinandersetzungen finden kaum noch statt. Trauer wird nicht wahrgenommen. Eigene Gefühle des Schmerzes werden kontrolliert
- Betroffener stellt erhöhte Ansprüche an sich selbst und andere. Hat gleichzeitig das Gefühl, ausgenutzt zu werden
- Gefühl, nicht erfolgreich sein zu können, kann nicht zu sich selbst stehen, Schuldgefühle werden als Ersatz kultiviert, da, wo etwas wirklich getan und neu gestaltet werden könnte
- Abbau des Engagements bis hin zur Desorganisation
- Probleme bei komplexen Aufgaben
- Abnehmende Selbstorganisation, Vergessen, was wichtig ist
- Desorganisation: innen und außen herrscht Unsicherheit, deshalb wird sich am Äußeren festgehalten. Dies führt oft dazu, dass zwanghafte Phänomene gepflegt werden, damit die innere Unsicherheit nicht auffällt. Hier ist der Schauplatz oft das Essen.
- Dienst nach Vorschrift, Vereinsamung, Optik wird gepflegt, der Inhalt fehlt
- Verflachung des sozialen und mentalen Lebens. Das Leben reduziert sich immer mehr. Desinteresse ist vorherrschend.
- Klammern an nur eine Person oder auch an illusionäre Personen, ständige Suche nach interessanten Kontakten
- Das „Vollbild“ Burnout kann völlige Vereinsamung, Zwangsstörungen, psychosomatische Erkrankungen, Lähmung, Angststörungen, Herzprobleme, völlige Verzweiflung, auch Selbstverletzung bis hin zum Suizid, extreme Aggression, Familienbrüche beinhalten

- Begünstigt wird diese Entwicklung durch Beziehungslosigkeit innerhalb der Familien

Je verantwortlicher Menschen sind, je eingebundener sie im System leben, je eher werden Entwicklungen angesprochen und damit auch Korrekturen eher möglich. Begünstigt wird eine Entwicklung in Richtung Burnout durch ein persönliches Defizit an Ich-Stärke oder durch die Veranlagung zur Depression. Klinisch wird Burnout als „vegetatives Erschöpfungssyndrom“ kategorisiert. Die Erkrankten haben alles von Interesse nach außen projiziert und den Kontakt zu sich selbst verloren. Doch in jeder Phase des Burnouts besteht die Möglichkeit wieder auszusteigen.

Übungen zum Stressabbau und Burnout-Propylaxe

Übung aus der Eutonie, Du kannst sie im Sitzen oder auch im Liegen ausüben: Nimm einige Atemzüge, die Dich zur Ruhe bringen, lenke Deine Aufmerksamkeit in Deinen rechten Fuß, spüre nach wie er mit dem Boden in Kontakt ist, achte darauf, wie er Raum nimmt und gehe weiter mit Deiner Aufmerksamkeit in Dein rechtes Fußgelenk, auch hier so achtsam wie möglich in jeden Bereich des Gelenkes und auch auf den Kontakt mit der Temperatur im Raum, so gehe weiter in den rechten Unterschenkel, beachte Dein Gefühl in Deiner Wade, gibt es hier möglicherweise irgendeine Anspannung oder Begrenzung im Raum, liegt der Unterschenkel auf, wie ist der Kontakt zu Umgebung, dann gehe weiter in Dein Kniegelenk, wie fühlt es sich an? Und weiter in den Oberschenkel mit der gleichen Achtsamkeit bis in Dein Gesäß, auch hier nur die Wahrnehmung in die rechte Pobacke. Jetzt geh mit Deiner Wahrnehmung in Dein linkes Bein, fühlt es sich gleich an? Gibt es einen Unterschied? Dann, wie soll es denn anders sein, gehe mit der gleichen Methode auch durch das linke Bein und später durch den Rumpf, die rechte Hand bis zur rechten Schulter, das gleiche von der linken Hand bis zu linken Schulter. Dann schließlich weiter so über den Nacken, den Hals, das Gesicht, den Hinterkopf bis jegliche Dimension des Körpers wahrnehmend geachtet worden ist. So spüre schließlich Deinen ganzen Körper, wie er auf der Unterlage liegt oder auf dem Stuhl sitzt und genieße die Entspannung bis Du wieder mit Deiner Aufmerksamkeit in den Raum zurück kommst.

Klärung für Themen , Situationen oder in Bezug auf Menschen finden

Immer wiederkehrende Gefühle des Ärgers oder des Grolls in Zusammenhang mit Situationen oder bestimmten Menschen führen oft dazu, dass wir uns immer weiter zurückziehen. Die Situation oder der Mensch wird gemieden und die Unstimmigkeit des Gefühls wird unterdrückt, verdrängt.

Deshalb ist es wichtig, dass wir zur eigenen Klarheit finden, die uns dann auch wieder frei macht, zufrieden und kraftvoll.

Lösungsmöglichkeit

Den „Roten Faden“ finden, das „Muster“, wie verhalte ich mich überwiegend oder immer, in für mich schwierigen Situationen oder bei Menschen, mit denen ich Probleme habe.

Übung:

Imagination einer Begegnung mit einer Person.

Ich setze mich auf einen Stuhl und stelle mir vor, dass der Mensch, mit dem ich immer wieder an Grenzen stoße, mir gegenüber sitzt. Bei ihm ist es immer schwierig, über die wirklich wichtigen Dinge zu reden.

Zwischen uns stelle ich mir ein klares, helles Licht der Wahrheit vor. Es bewirkt Mut und Sicherheit. Diese Sicherheit führt dazu, dass es eine ehrliche Begegnung wird...

Nun fühle ich in mich hinein und nehme mein Gefühl zu diesem Menschen wahr, denn ich kann ihm jetzt wirklich echt begegnen.

Dann wechsele ich die Position. Ich setze mich mit meinem Stuhl genau gegenüber und fühle, dass ich jetzt die Person bin, die mir vorher gegenüber saß. Welche Wahrnehmung habe ich jetzt in dieser Position. Auch hier ist dieses klare und helle Licht der Wahrheit. Ich erlebe genau, was ist.

Es kann möglich sein, dass ich die Position vielleicht auch noch einmal wechseln möchte, dann tu ich das, und zwar so lange, bis ich Klarheit habe.

Die Klärung des Gefühls bewirkt, dass ich in zukünftigen Situationen eine ganz andere Kraft innerhalb der Begegnung mit dem Menschen habe. Der Kopf ist dann ergänzt durch mein Gefühl und so werden die künftigen Begegnungen authentischer.

Übung:

Sprechen mit Gebärden:

Ich bin wie ein Baum – ich stehe mit meinen Händen in Höhe meines Herzens

Tief verwurzelt in der Erde – ich gehe mit den Händen bis zum Boden

Mit einem aufrechten Stamm – ich richte mich auf

Mit vielen Ästen und Zweigen – Ich erhebe meine Hände zu den Seiten

Und einer Krone im Licht – Ich hebe meine Hände über meinen Kopf zum Himmel

Klösterliche Regeln:

- Schlaf und Ruhe (habe ich davon genug?)
- Essen und Trinken (Selbstfürsorge, esse ich das Richtige, ist es für mich bekömmlich?)
- Beziehungen und Freunde (dies bedarf der Pflege)
- Arbeit (macht sie mir Spaß, ist sie sinnvoll oder lebe ich an dem vorbei, was ich bin, oder strebt meine Seele zu etwas anderem, habe ich Angst, diesen Weg dorthin zu gehen?)
- Gebet, Meditation (Reflexion – ich bin von Kräften getragen, die größer sind als ich)

Zusätzlich in unserer Welt, in der wir leben:

- Wohnen und Sicherheit
- Freiräume
- Bewegung
- Familie

Workshop III

Notwendigkeit der HIV/STD-Prävention aus Sicht des ÖGD und seiner Kooperationspartner

Moderation: René Domschat, Geschäftsführer Agentur Sinus – Büro für Kommunikation in Köln

Protokoll: Karin Hoeltz

Vorbemerkung

Die Gruppe erarbeitete zu allen Themen nach unterschiedlichen Methoden Metapläne, die am Ende dieser Dokumentation zu finden sind. In dem Text sollen die Diskussionsstränge und –ergebnisse aufgeführt werden. Es werden nicht zwangsläufig alle Schlagwörter, die auf den Metaplänen zu erkennen sind, im Text behandelt.

HIV-Schnelltest

Am Vortag des Workshops wurden die Ergebnisse der Umfrage zum HIV-Schnelltest in den AIDS- und STD-Beratungsstellen der Gesundheitsämter in NRW von der Protokollantin vorgestellt und im Plenum diskutiert. Auf dem Diskussionsstand¹ wurde bei der Arbeit der Gruppe aufgebaut.

Unter folgenden Fragestellungen wurde das Thema bearbeitet, wobei die Erfahrungen und Bedingungen der verschiedenen Beratungsstellen von der Großstadt bis zum ländlichen Gebiet Berücksichtigung fanden:

- Wie wollen wir Ort damit umgehen?
- Wer sollte ihn wie für wen anbieten?
- Wie soll die Finanzierung geregelt werden?

Der Schnelltest wurde ursprünglich von Beratungsstellen eingeführt, um angesichts der epidemiologischen Notwendigkeit schwer erreichbaren hochriskierten MSM² einen Test niedrigschwellig zu ermöglichen. Nach den bisherigen Erfahrungen wird der Test von MSM häufig nicht so gut angenommen wie von der Allgemeinbevölkerung, u.a. deshalb, weil die parallel empfohlene Syphilistestung per Labortest angeboten wird. Man erreicht diese hochriskierten Männer vor allem an Orten der schwulen Sexualität wie Saunen³ und wahrscheinlich auch Klappen, Sexkinos und Autobahnparkplätzen. Dort scheint auch die Testung von MSM mit Migrationshintergrund, die oft in heterosexuellen Ehen leben, eher zu gelingen. Allerdings muss geklärt werden, ob wir uns an diese Orte begeben wollen, bzw. in welchem Setting ein Test dort angeboten werden kann.

Ein zunehmend von Schwulen und MSM genutzter Ort der Sex-Anbahnung ist das Internet. Die Begegnung erfolgt in den Wohnungen. Auch hierfür müssen Präventionskonzepte erstellt werden.

Die Nachfrage bei Testwilligen aus der Allgemeinbevölkerung wächst. Vier Gesundheitsämter in NRW bieten den Schnelltest kostenpflichtig als Alternative zur herkömmlichen kostenlosen serologischen Testung an. Hinderungsgrund für die

¹ Siehe entsprechendes Kapitel in der Dokumentation (HIV-Schnelltest)

² Männer, die Sex mit Männern haben

³ Siehe entsprechendes Kapitel in der Dokumentation (Plenarvortrag von Dr. Jablonka)

Annahme sind oft die Kosten. Nach Senkung des Preises von 15.- auf 5.- € in zwei Gesundheitsämtern nahm die Nachfrage zu, wenngleich auch diesen Preis nicht alle Testwilligen bezahlen können.

Die finanzielle Abwicklung des Testeinkaufs und der Einnahmen kann im ÖGD über ein zweckgebundenes Einnahme- und korrespondierendes Ausgabekonto ablaufen. Allerdings besteht in manchen Kommunen diese Möglichkeit nicht, sondern nur die Möglichkeit der Geldverbuchung zugunsten des allgemeinen städtischen Einnahmekontos.

Vor- und Nachteile des Schnelltestangebotes im ländlichen Bereich wurden diskutiert:

Positiv sind die Einsparung der oft langen zweiten Anfahrt zur Ergebnismitteilung und die Sicherstellung von Beratung im Kontext des HIV-Testes, da sonst wahrscheinlich zunehmend Heimteste eingesetzt würden.

Problematisch kann die personelle Ausstattung sein. Teilweise ist ein Berater in der Außenstelle für alle anfallenden Aufgaben zuständig und nicht besonders versiert in der Testberatung. Der Schnelltest erfordert zusätzliche beraterische Fähigkeiten. Zudem ist eine Person zur Testdurchführung notwendig, und es sollte möglichst eine zweite Beratungskraft zur Verfügung stehen, damit im Fall eines reaktiven Befundes das dann notwendige längere Gespräch möglich ist und die Sprechstunde parallel weitergeführt werden kann. Eine Idee könnte der Einsatz eines HIV-Beratungs- und Testbusses sein, der von mehreren Kreisen genutzt werden könnte.

Resultat der Diskussion zum Thema HIV-Schnelltest war:

Die Beratung zu HIV und Testung ist ursprüngliche Aufgabe des ÖGD. Die Mitarbeiter/innen haben langjährige Erfahrung und arbeiten nach hohen Standards. Ein Testangebot außerhalb des ÖGD (z.B. BuT⁴) darf nicht begünstigt werden. Das heißt: Wenn der HIV-Schnelltest von verschiedenen Zielgruppen dem herkömmlichen serologischen Testverfahren vorgezogen wird, kann nicht ein alternatives / konkurrierendes Testangebot durch eine Finanzierung über Landesgelder kostenlos zur Verfügung stehen, während dem ÖGD keine Finanzierung zugestanden wird und er sein Angebot nur kostenpflichtig vorhalten kann.

Die Kommunen, die als Pilotkommunen den Schnelltest in den Gesundheitsämtern anbieten und damit gute Erfahrungen gemacht haben, können das Angebot nicht wieder zurückfahren.

Ziel ist nach wie vor ein einheitliches kostenloses und anonymes Testangebot in den Gesundheitsämtern in NRW. Insofern sollte der Schnelltest in allen Kommunen angeboten werden können. Die Umfrage hat aber ergeben, dass das nur bei einer Finanzierung durch das MAGS möglich sein wird.

Die Kosten werden für das Land wahrscheinlich nicht höher sein als die der herkömmlichen Testung inklusive der Portokosten. Die Personalkosten zahlt beim Schnelltest das Gesundheitsamt.

Die AIDS-Koordinator/innen werden sich beim Land einsetzen für

- den Erhalt des bisherigen Angebots
- die weitere Verpflichtung von Testanbietern auf die Beratungsstandards
- die Finanzierung des Schnelltestes.

⁴ Beratung und Test – Projekt von AH-NRW und Herzenslust; siehe Dokumentation der Fachtagung 2008

Was vor der Einführung des Schnelltestes berücksichtigt werden sollte, ist der personelle Aufwand, den die Durchführung erfordert.

Es ist wünschenswert, dass gute Schnelltests für andere STD, besonders für Syphilis, zur Verfügung stehen. Dadurch könnte wahrscheinlich die Annahme des HIV-Schnelltests durch MSM gesteigert werden, die derzeit wegen der empfohlenen simultanen Testung auf HIV und Syphilis keinen großen Nutzen von einem HIV-Schnelltest haben, wenn sie wegen des Syphilis-Test-Ergebnisses eh wiederkommen müssen. Gerade für die aufsuchende Arbeit wäre eine solche Kombination auch sinnvoll und wünschenswert.

HIV- und STD-Prävention

Soll man AIDS-Prävention noch ohne STD-Prävention machen?

- a) Inhaltlich
- b) Organisatorisch / strukturell

Wie kann sich das Verhältnis gestalten?

Inhaltlich ist sich die Gruppe einig: AIDS- und STD-Prävention gehören zusammen. Uneinheitlich ist die Haltung zur Notwendigkeit der strukturellen Zusammenlegung und schwierig die Beschreibung optimaler Strukturen.

Schwierigkeiten entstehen u.a. durch Folgendes:

Das große Themengebiet HIV und STD wird von verschiedenen Professionen bearbeitet. Es gibt Überschneidungen. Das birgt Chancen aber auch Probleme. Die historischen Entwicklungen sind unterschiedlich und müssen überwunden werden:

Die STD-Beratung entstand aus der Prostituiertenberatung mit Untersuchungspflicht

–

die AIDS-Beratung führte erstmals die Werte der Freiwilligkeit, Vertraulichkeit und Anonymität neben der Kostenfreiheit ein.

Wenn die Akteure bereit sind, voneinander zu lernen und profitieren, bietet die Heterogenität Chancen.

Das Themengebiet gliedert sich im ÖGD in die Bereiche Prävention, Beratung und medizinische Untersuchung. Wichtig sind zielgruppenspezifische Sicht und Angebote wie z.B. die aufsuchende Arbeit. Bundes- und Landesgesetze sowie die Vorgaben der verschiedenen Säulen des Gesundheitssystems spielen in die Arbeit hinein. Aufgrund der kommunalen Selbstverwaltung hat jede Kommune die Möglichkeit, steht jedoch auch in der Pflicht, die Arbeit entsprechend zu gestalten.

Eine Möglichkeit zur flächendeckenden Sicherstellung eines qualitativ hochstehenden Angebotes können Kompetenzzentren⁵ – in welcher Form auch immer – sein. Allerdings besteht die Gefahr des Abbaus von Fachkraftstellen im ländlichen Bereich zugunsten dieser Zentren, was nicht wünschenswert ist.

Bezüglich der Finanzierung des Untersuchungsangebots für STDs beschreitet das Gesundheitsamt der Stadt Essen seit 2003 einen Sonderweg: die Leistungsabrechnung nach §19 IfSG direkt mit den Krankenkassen. Das ÖGD hat einen Sicherstellungsauftrag. Es gibt keinen Leistungskatalog. Insofern hat Essen einen Indikationskatalog erstellt. Beratung kann der ÖGD nicht abrechnen, wohl aber die Untersuchungskosten, und zwar schon bei anamnestischen Risiken, nicht erst bei Symptomen. Datenschutzrechtlich gibt es keine Bedenken: Die persönlichen Daten

⁵ siehe Thema Präventionsschwerpunkte in der Dokumentation dieses Workshops

werden weder im Gesundheitsamt noch bei den Krankenkassenberatern mit den abgerechneten Untersuchungen zusammengeführt.

Alternativ zur Abrechnung mit den Krankenkassen können die Patienten die Untersuchung auch privat bezahlen oder bei Angabe, dass sie nicht dazu in der Lage sind, kostenlos zur Verfügung gestellt bekommen. Die Annahme der Abrechnung über die Krankenkassen ist gerade MSM hoch.

Nach anfänglichen Problemen mit den Kassen hat sich dieser Weg etabliert.

Zielgruppenspezifische und aufsuchende Arbeit / ÖGD-Angebote / Allgemeinbevölkerung

Der ÖGD kann in diesem Arbeitsbereich der zielgruppenspezifischen und aufsuchenden Arbeit entweder selbst tätig werden oder seine Aufgabe in steuernder und koordinierender Funktion sehen und andere Träger mit der Umsetzung beauftragen. Zuerst muss geprüft werden, welche Akteure die notwendigen Zugänge zur Zielgruppe haben und welche die notwendige Fachkompetenz besitzen.

Beispiele für zielgruppenspezifische aufsuchende Projekte des ÖGD sind „Der Doktor kommt“⁶ oder Safe Environment⁷.

Die Gruppe der MSM und Stricher wird als epidemiologisch relevanteste, schwer erreichbare und somit vorrangige Zielgruppe für die aufsuchende HIV-Prävention und ggf. –Diagnostik angesehen. Über die Notwendigkeit der aufsuchenden Arbeit bei Prostituierten zum Zweck der HIV-Prävention herrschte in der Gruppe Uneinigkeit. Zumindest zum Zweck der allgemeinen Gesundheitsfürsorge und der STD-Prävention scheint diese Arbeitsweise noch geeignet zu sein.

Selbst wenn in ländlichen Regionen weder entsprechende Orte, an denen schwuler Sex ermöglicht wird, zu existieren scheinen noch Partner für entsprechende Präventionsprojekte vorhanden sind, muss der ÖGD zumindest eine sorgfältige Analyse der Orte und Strukturen durchführen. Neben der Bedarfsanalyse auch bezüglich weiterer wichtiger Zielgruppen z.B. an den Universitäten ist ab und zu eine Re-Analyse der vorrangigen Zielgruppen und Präventionsnotwendigkeiten und -wege vorzunehmen. Dazu können kleine Studien hilfreich sein.

So hat sich in Essen z.B. in einer dreimonatigen Untersuchung gezeigt, dass Chlamydien zu 10% bei Angehörigen der Allgemeinbevölkerung und nur zu 5% bei Prostituierten nachzuweisen waren. Insofern gehören die „Allgemeinbevölkerung“ und da besonders Gruppe der Männer weiterhin zur Zielgruppe der AIDS- und STD-Prävention des ÖGD.

Präventionsschwerpunkte der nächsten Jahre

Dieses zukunftsweisende Thema wurde anhand von 6 Fragen, verteilt auf 3 Metapläne

à 2 Fragen, behandelt. Drei Gruppen, von denen jede an einem anderen Metaplan startete, bearbeiteten in kreisendem Wechsel nacheinander die Fragestellungen, wobei sie jeweils auf dem von der/den Vorgruppe/n Erarbeiteten aufbauen konnten. Im Plenum wurden nach einer Phase des Austausches und der Diskussion durch Punktevergabe der Teilnehmer Schwerpunkte festgestellt.

Die Leitfragen waren:

1. Was werden/sollten die Schwerpunkte der HIV/STD-Prävention sein

⁶ ein ärztliche Untersuchungsangebot in zwei Essener schwulen Saunen :
siehe Dokumentation vom Vortrag: Vortrag Dr. Jablonka

⁷ Entwicklung von Standards zur HIV-Prävention in kommerziellen Sex-Betrieben für MSM

2. Wie können ÖGD und Partner diesen Aufgaben auf möglichst hohem Niveau gerecht werden?
3. Muss jedes GA alles machen? Aufgabenteilung? Aufgabenkonzentration?
4. → Regionale interdisziplinäre Fachzentren /Gesundheitshaus?
→ Überregionale Zusammenarbeit?
5. Wird die AIDS-Arbeit zum aussterbenden Bereich?
6. → Was ist zu tun?

Wie ein roter Faden zog sich durch alle Diskussionen die Notwendigkeit der überregionalen Zentrenbildung oder die Errichtung von Kompetenzzentren. Die ersten beiden Fragen wurden unter Hinzuziehung weiterer Kriterien behandelt. So wurde nach Strukturen, Inhalten, Zielgruppen und Maßnahmen unterschieden und zur Erlangung und Erhaltung eines hohen Niveaus die Notwendigkeit der Qualifizierung der Fachkräfte, des Qualitätsmanagements und der interdisziplinären Zusammenarbeit identifiziert. Denn nur dadurch können die sich stets wandelnden Herausforderungen erkannt und adäquate neue Herangehensweisen erdacht und umgesetzt werden.

Eine neue Herausforderung ist das Internet. Es wird sowohl zur Information als auch zur Anbahnung von sexuellen Kontakten zunehmend genutzt. Insofern sollten im Internet sowohl die Beratungsangebote des ÖGD leicht zu finden, komfortabel zu bedienen und einladend gestaltet sein als auch ggf. durch den ÖGD eigene Informationen im Netz bereitgestellt werden oder sogar per eMail, Chat oder Forenangebot eine Online-Beratung angeboten werden. Ideal wäre es, die Menschen auch im Netz da abzuholen, wo sie sind, so z.B. auf einer Flirt- oder Partnervermittlungsseite mit der Botschaft: „Sie sind frisch verliebt? / Sie haben einen neuen Partner? Dann nutzen Sie unser Angebot ...“

Auch beim Fernsehen sind Neuerungen zu erwarten. So sollte schon heute bedacht werden, wie Präventionsbotschaften an das Internetfernsehen andockt werden können.

Aufgrund der zurückgehenden Abonnentenzahlen bei den Zeitungen empfiehlt es sich, bei Nutzung von Printmedien auf kostenlos an alle Haushalte verteilte Zeitungen zurückzugreifen.

Bezüglich der zu erreichenden Zielgruppen stehen im ländlichen Bereich wahrscheinlich eher die Allgemeinbevölkerung, die sich in diverse Untergruppen gliedert, und in Großstädten eher spezielle Zielgruppen, vor allem MSM und Stricher, im Vordergrund.

Die Diskussion zu den Fragen 3 und 4 erbrachte, dass Aufgabenkonzentration nützlich sein kann. Allerdings sollte sichergestellt sein, dass die Angebote für alle Bürger – auch in ländlichen Regionen - in zumutbarer Entfernung erreichbar sind. Zentren machen die Beschäftigung von Fachkräften in den Beratungsstellen nicht überflüssig, denn dort sollten Ansprechpartner als Berater und „Lotsen“ arbeiten. Durch Vernetzung kann auch ihre Arbeitsqualität und -effizienz gesteigert werden. Die Organisationsstruktur überregionaler, übergreifender Angebote kann variieren von Know-how-Pools, aus denen die Fachkräfte vor Ort ihr Wissen beziehen, einem virtuellen Zentrum, mobilen Angeboten (z.B. Busprojekten') bis hin zu stationären, multidisziplinären Träger-übergreifenden Kompetenzzentren, von denen es wahrscheinlich in NRW maximal 4 bis 5 geben wird. Die Bildung und Finanzierung solcher Zentren durch interkommunale Verträge birgt Sprengstoff.

Tröstlich bei der Beschäftigung mit den beiden letzten Fragen war die Erkenntnis „Beim Thema „Sexualität“ haben wir immer etwas zu tun“, egal mit welcher sexuell übertragbaren Infektion oder unter welcher sonstigen Fragestellung. Allerdings war man sich einig, dass die zur Verfügung stehenden Personalressourcen allenfalls gleich bleiben, wahrscheinlicher aber zurückgehen werden, dass sich der bereits bestehende Trend in nordrhein-westfälischen Gesundheitsämtern diesbezüglich also fortsetzen wird. Je nach medizinischen Fortschritten und Entwicklungen können sich die notwendigen Anforderungen zwischen den Bereichen der Primär-, Sekundär- und Tertiär- sowie der strukturellen Prävention verschieben.

Die Gruppe war sich einig, dass aktives Gestalten des sich wandelnden Arbeitsfeldes dem passiven Zuwarten vorzuziehen ist. Voraussetzung ist eine Evaluation der Bedarfe und unserer Fähigkeiten sowie eine bedarfsgerechte Steuerung und Koordination. Die Politik wird von den Koordinator/innen vorrangige Zielgruppen, Bedarfe und Maßnahmen erfragen, die mit dem zur Verfügung stehenden Betrag „x“ angegangen werden sollen. Darüber hinaus muss geklärt werden, ob die Aufgaben selber wahrgenommen werden sollen und können oder an andere Träger vergeben werden sollen.

Viele Fähigkeiten, die die Youthworker, AIDS-Fachkräfte und AIDS-Koordinator/innen erworben haben, lassen sich auch für andere (gesundheitliche) Themen nutzen. Eine Erweiterung der Berufsbezeichnung zum allgemeinen „Gesundheitsberater“ würde allerdings zu weit führen und sollte thematisch eingegrenzt werden.

Ein wichtiger Präventionsschwerpunkt der nächsten Zeit scheint das Thema „Sexuelle Gesundheit“ zu sein, das es zu konkretisieren und weiterzuentwickeln gilt.

Kommunalisierung der Landesmittel

Dieses Thema wurde unter zwei Gesichtspunkten diskutiert:

1. Der Koordinator wird vom Partner zum Geldverteiler und
 2. Handlungsoptionen für die Verliererkommunen.
-
1. Durch Prioritätensetzung in Form eines Kataloges von Bedarfs-Kriterien und Entwicklung der Konzepte in einem koordinierenden Arbeitskreis, dem die Träger angehören, kann die Problematik entschärft werden. Zusätzlich scheint es ratsam zu sein, dass die Verwaltung und nicht der/die Koordinator/in die Bewilligungsbescheide unterschreibt.
 2. Der Notwendigkeit der Prioritätensetzung sind auch die Koordinator/innen der Gewinnerkommunen unterworfen. Allerdings ist die Umsetzung deutlich schwerer, wenn weniger Geld zur Verfügung steht und aufgrund der geringeren Zuweisungen ganze Stellen oder Arbeitsbereiche in ihrer Existenz gefährdet sind. Eine Information darüber, welche „Haushaltstöpfe“ deckungsfähig sind - konkret: Personal gegen Unterstützung der Selbsthilfe? - ermöglicht eine Einschätzung, ob der Arbeitsplatz des/der Koordinator/s/in im Gesundheitsamt zugunsten der Weiterförderung eines freien Trägers eingespart werden könnte. Politische Lobbyarbeit ist Verwaltungsmitarbeitern nicht gestattet, kann aber bei Unterstützung durch freie Träger möglich werden. Ein auf Landesebene noch gangbarer Weg zur Verhinderung Kommunalisierung ist die Einschaltung des Petitionsausschusses.

Ideen zur Kompensation reduzierter Finanzmittelzuweisungen bzw. zur Akquirierung zusätzlicher Finanzmittel sind:

- Leistungsabrechnung nach §19 IfSG mit den Krankenkassen

- Sponsorensuche, wobei der nötige Aufwand nicht unterschätzt werden sollte - Spendenverbuchung über einen Verein / AIDS-Hilfe
- Einsparungen, Kürzung der Ausgaben
- Interkommunale Zusammenarbeit: Die Kommune, die z.B. keine AIDS-Hilfe vorhält, erstattet der Nachbarkommune für deren Nutzung die Kosten. Dazu müsste der Koordinator der die AH nutzenden Kommune einen Verwaltungsantrag stellen und die AH die Kostenerstattung für ihre Leistungen beantragen
- AIDS-Hilfen können ggf. ihre Betreuungsleistungen als Einzelfallbetreuung nach SGB XII abrechnen
- Ähnlich wie die profamilia könnten Youthworker, AIDS-Hilfen und AIDS-Fachkräfte einen finanziellen Beitrag für die Durchführung von Präventionsveranstaltungen erheben
- Um Einnahmen zu erzielen, könnte der HIV-Schnelltest über die AIDS-Hilfe oder einen zu gründenden Verein abgerechnet werden
- Beim Einsatz der Youthworker als Gesundheitsberater lassen sich ggf. zusätzliche Financiers der Arbeit finden.

NRW-Landeskonzept „Neuinfektionen minimieren“

Bis Ende 2009 soll ein NRW-Landeskonzept zur HIV-Primärprävention erstellt werden. Trotz der kurzen Zeit sollte der ÖGD sich bei der Erstellung einbringen, da dieses Konzept die Landespolitik für die nächsten 10 bis 15 Jahre beeinflussen wird. Nach Abwägung der drei Möglichkeiten:

- Einbringen eines eigenen Konzeptes
- Entwurf eines Konzeptes in Absprache/gemeinsam mit der AH-NRW
- Abwarten, was vom Land vorgeschlagen wird

erscheint die 2. Variante, die eines gemeinsamen Entwurfes die beste zu sein. Nach einem Gespräch mit der Landes-AIDS-Koordinatorin sollte neben einer ÖGD-internen Vorbereitungsgruppe, die die Ziele und Schwerpunkte der ÖGD-Arbeit definiert, eine gemeinsame Redaktionsgruppe von Vertretern des ÖGD und der AH-NRW einen Konzeptentwurf erstellen. Als Grundlagen können die schon existierenden Papiere dienen, z.B. die Stellungnahmen für die Anhörung im Sozial- und Gesundheitsausschuss des Landtages am 4.2., die Ergebnisse dieses Workshops, unsere Standards und die Empfehlungen der Landeskommission zu verschiedenen Themen.

Nicht zuletzt vor dem Hintergrund der bevorstehenden Herausforderungen im AIDS-Bereich wünschen sich die AIDS-Koordinator/innen eine stärkere Präsenz und Übernahme von Verantwortung durch das MAGS. Es gab diverse Landesprogramme im AIDS-Bereich. Nach Beendigung der Programme AIDS-Koordinator/innen in den Gesundheitsämtern und nun auch Youthwork steht der öffentliche Einfluss „nur noch auf ganz dünnen Beinchen“.

Durch die Kommunalisierung wurde die Verantwortung für die AIDS-Politik in kommunale Zuständigkeit abgegeben. Das Land sollte sich positionieren und mittels Ausführungsvorschriften dafür sorgen, dass die Arbeit vor Ort tatsächlich auch getan wird. Im Landesprogramm sollte der Passus erscheinen, dass es keine Kürzung der Landesmittel AIDS in den nächsten 10-15 Jahren geben wird, damit diese Pflichtaufgabe von den Kommunen auch finanziert werden kann.

Die Anwesenheit der neuen Landes-AIDS-Koordinatorin Frau Slawski-Haun bei der Fachtagung wäre ein wünschenswertes Zeichen gewesen.

14.05. Abschlussplenum

Karola Born

Auswertung der Workshops

Alle Teilnehmer der drei Workshops zogen eine positive Bilanz über den Verlauf der zwei Tage. Der Sprecherkreis der AIDS-KoordinatorInnen dankte den Referenten. Auf der Homepage des Verbandes der AIDS-Fachkräfte in NRW (www.vak-nrw.de) werden die Protokolle eingestellt. Beate Guse will beim Layout der Dokumentation helfen.

Nächste Fachtagung

Nicole Savelsberg und Annegret Schreeck sind bereit, bei der Organisation der nächsten Fachtagung mitzuwirken. Da nur 4 Teilnehmer für Herbst als Veranstaltungszeitpunkt meldeten und 21 sich für das Frühjahr aussprachen, wird die 19. selbstorganisierte Fachtagung des Sprecherkreises vom 5. bis 7. Mai 2010 stattfinden.

Folgende Themen wurden gewünscht:

1. Beratung zu STD – 10 Stimmen
was erkennt man woran?
2. Kompetenzzentrum-Modelle – 6 Stimmen
3. Auftritt der Beratungsstelle/ Präsentation im Internet – 4 Stimmen
4. Beratungsstandards bei Schnelltest – 2 Stimmen
5. Rechtliche Aspekte bei HIV – 2 Stimmen →Impulsreferat
Schweigepflicht, Strafbarkeit
6. Erfahrungsaustausch Präventionsmethoden
7. Erregernachweis / STI-Diagnostik
Syphilis-Schnelltests
8. Gemeinsames Wandern für Kraft und Stärke gegen Stress

Geplante Regionaltreffen

13.08.09 in Dortmund

02.11.09 in Wuppertal

12.01.10 gemeinsames Treffen mit STD in Krefeld

24.03.10 in Aachen

im September 2010 wahrscheinlich im HSK