

2013 Fachtagung



Verband der AidskoordinatorInnen
NRW e. V.

Dokumentation
der Fachtagung 2013 für
AIDS-Fachkräfte und
AIDS-KoordinatorInnen in NRW vom
14. bis 16. Mai 2013
im Gut Meier Gresshoff in Oelde

Impressum:

Herausgeber:
Verband der AIDS-KoordinatorInnen NRW e.V. (VAK-NRW)
E-Mail: vak.nrw@gmx.de, Internet: www.vak-nrw.de

Die Fachtagung 2013 für AIDS-Fachkräfte und AIDS-KoordinatorInnen in NRW wurde

gefördert vom:

**Ministerium für Gesundheit,
Emanzipation, Pflege und Alter
des Landes Nordrhein-Westfalen**



Inhalt

Erfahrungsaustausch mit Frau Slawski Haun MGEPA	4
Moderierter Erfahrungsaustausch der Teilnehmenden	8
Workshop I: Moderationsarbeit in der Prävention – ein Update.....	9
Workshop II: Zur Stärkung der Zusammenarbeit auf kommunaler Ebene durch Anwendung der Partizipativen Qualitätsentwicklung	10

Erfahrungsaustausch

mit Frau Slawski-Haun

Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes
Nordrhein-Westfalen

Protokollführerin:

Katrin Bamberger

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

Begrüßung durch Johannes Kleine

Johannes Kleine begrüßt Frau Slawski-Haun, MGEPA NRW, Referat AIDS, Organspende, Psychoonkologie und bedankt sich dafür, dass sie die Einladung zum 1. Tag der Fachtagung angenommen hat, um Entwicklungen in der AIDS-Prävention aus Sicht des Landes Nordrhein-Westfalen darzustellen und in den fachlichen Austausch mit den Fachkräften vor Ort zu kommen.

Erfahrungsaustausch mit Frau Slawski-Haun, MGEPA NRW

Frau Slawski-Haun begrüßt die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Fachtagung und bedankt sich für die Einladung.

Frau Slawski-Haun wird zum 31.07.2013 in Pension gehen. Eine Nachfolgerin bzw. einen Nachfolger gibt es zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht.

I. Stand der Umsetzung der landesweiten Datenerhebung

Die drei Einführungsveranstaltungen zur landesweiten Datenerhebung sind abgeschlossen. Die Login-Daten werden bis zum 15.05.2013 durch Beate Jagla (Geschäftsstelle der Arbeitsgemeinschaft AIDS-Prävention NRW) an 127 Institutionen (53 Kommunen, Rest freie Träger) verschickt.

Bei Problemen und Fragen steht Frau Jagla als Ansprechpartnerin zur Verfügung. Sie bietet darüber hinaus den Kommunen/freien Trägern, die an keiner Einführungsveranstaltung teilgenommen haben, sich aber am Berichtswesen beteiligen möchten, an, in kleinen Veranstaltungen vor Ort eine Einführung in die landesweite Datenerhebung zu geben.

Frau Slawski-Haun berichtet von sehr konstruktiven Rückmeldungen in den Veranstaltungen. Kleine Änderungen wurden direkt umgesetzt. Komplexere sowie aufwändige Änderungen sollen vorab in der AG AIDS-Prävention besprochen und danach ggfs umgesetzt werden. Diese Änderungen fließen dann erst in die Datenerhebung für das Jahr 2013 ein.

Die Eingabe der (geschätzten) Zahlen für das Jahr 2012 muss durch die Kommunen/freien Träger bis zum 30.06.2013 erfolgen. Nach dem Stichtag können keine Daten von 2012 mehr eingegeben werden. Ab 01.07.2013 (bis zum 28.02.2014) erfolgt die Datenerhebung für das Jahr 2013.

Beteiligung der Kommunen und freien Trägern (in %), Stand 14.05.2013:

Kommunen: 47 %,

davon 57 % der kreisfreien Städte und 40% der Kreise

Freie Träger: 70 %

Frau Slawski-Haun bittet die anwesenden Kolleginnen und Kollegen darum, bei den verbleibenden Kommunen für die landesweite Datenerhebung zu werben. Das Berichtswesen sollte aus Ihrer Sicht als Chance gesehen werden.

Falls Institutionen im Bereich der HIV-/AIDS-/STI-Prävention vor Ort tätig sind, aber bislang noch nicht erfasst sind, soll diese Information an Frau Jagla weitergegeben werden.

II. Empfehlungen zu Syphilis

Die Empfehlungen zur HIV – Prävention vor dem Hintergrund der Entwicklung der Syphilis in Nordrhein-Westfalen steht auf der Homepage der AG AIDS-Prävention (http://www.aids-nrw.de/front_content.php?idcat=1928&idart=4253) zum Download. Die Empfehlungen sollen auch in verschiedenen Publikationen veröffentlicht werden, um eine erhöhte Aufmerksamkeit für das Thema zu erreichen.

III. Landeskommision AIDS – Empfehlungen über den Umgang mit HIV/AIDS in der Arbeitswelt

Im April sind die „Empfehlungen über den Umgang mit HIV/AIDS in der Arbeitswelt“ von der Landeskommision verabschiedet worden. Nach dem Gespräch mit der Gesundheitsministerin Barbara Steffens sollen die Empfehlungen breit gestreut werden (Arbeitgeber, Ärzteschaft, Institutionen etc.).

Zudem ist die Erstellung eines Flyers „Rechte und Pflichten in der Arbeitswelt“ mit Fragen und Antworten geplant.

IV. HIV-Antikörpertest, HIV-Schnelltest und Syphilisuntersuchungen

Die konventionellen HIV-Antikörpertests (Diagnostik über Labor Krone) werden in allen Gesundheitsämtern in NRW offeriert. Die HIV-Schnelltests und die Syphilisuntersuchungen werden nur von einem Teil der Gesundheitsämter angeboten.

Die von den Gesundheitsämtern an das Landeszentrum Gesundheit (LZG NRW) gemeldeten statistischen Zahlen zu den o. g. Testverfahren, werden vom MGEPA ausgewertet. Frau Slawski-Haun bewertet diese Daten als Entscheidungsgrundlage des Landes als sehr hilfreich. Bezüglich der Inanspruchnahme der konventionellen HIV-Antikörpertests und der HIV-Schnelltests berichten die Tagungsteilnehmerinnen und -teilnehmer, dass in den Kommunen, in denen beides angeboten wird, die Nachfrage je nach Region sehr unterschiedlich ist

V. 25 Jahre YOUTHWORK NRW

Frau Slawski-Haun weist auf die Jubiläumsveranstaltung zu „25 Jahre YOUTHWORK NRW) am 19.07.2013 in der Jugendherberge in Düsseldorf hin.

VI. Landeskonzept zur Weiterentwicklung der HIV/AIDS-Prävention in Nordrhein-Westfalen

Das Landeskonzept befindet sich zurzeit in Druck (Broschüre im DIN-A-5-Format) und wird anschließend verschickt.

Zudem steht das Landeskonzept auf der Homepage der AG AIDS-Prävention zum Download zur Verfügung.

(http://www.aids-nrw.de/front_content.php?idcat=1694&idart=3495)

VII. Studie des Robert-Koch-Instituts (HIT- und Outreach)

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Fachtagung, die an der Studie teilnehmen, berichten, dass die Studie gute Erkenntnisse für die Arbeit in der Beratung liefert. Man müsse nun die Auswertung des RKI abwarten. In einigen Gesundheitsämtern ist eine Erweiterung des Testangebotes denkbar (z. B. zum Selbstkostenpreis). Es wurde angemerkt, dass sich der Zuspruch für einen Test erhöht, je geringer die Eigenkosten für den Klienten/die Klientin sind.

Frau Slawski-Haun verabschiedet sich und bedankt sich für den konstruktiven Austausch.

Moderierter Erfahrungsaustausch der Teilnehmenden

Moderator:
Dr. Frank Taschner, Diplom-Pädagoge, Systemischer Berater (SG)

Das gesamte Protokoll zu diesem Workshop befindet sich im Anhang dieser
Dokumentation als Fotoprotokoll.

Workshop I: **Moderationsarbeit in der Prävention – ein Update**

Referent:
Dr. Frank Taschner, Diplom-Pädagoge, Systemischer Berater (SG)

Das gesamte Protokoll zu diesem Workshop befindet sich im Anhang dieser
Dokumentation als Fotoprotokoll.

Workshop II:

**Zur Stärkung der Zusammenarbeit auf kommunaler Ebene durch Anwendung
der Partizipativen Qualitätsentwicklung**

Referent:

Prof. Dr. Michael T. Wright, LICSW, MS
Institut für Soziale Gesundheit
Katholische Hochschule für Sozialwesen Berlin

Protokollführerin:

Karin Hoeltz

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

Nach einer Abfrage der Wünsche und Erwartungen der Teilnehmer/innen folgte eine Powerpoint -Vorstellung der Methode der Partizipativen Qualitätsentwicklung (s. Anhang: „Stufen der Partizipation in der Gesundheitsförderung“). Ausführliche Beschreibungen von Ansatz, Methode und Beispielen finden sich im Internet unter www.pq-hiv.de und www.partizipative-qualitätsentwicklung.de

Im Workshop wurde mit Methoden der partizipativen Qualitätsentwicklung gearbeitet. Das Programm für den Workshop wurde gemeinsam entwickelt, aber nur teilweise bewältigt. Die partizipative Arbeit kann für alle Beteiligten anstrengend sein, da nicht ‚Ergebnisse‘ vermittelt werden, sondern jeder und jede an deren Erarbeitung beteiligt ist. Die Moderatorin/ der Moderator soll nach diesem Ansatz laut Michael Wright „maximal unvorbereitet“ sein, um offen und flexibel auf die Bedürfnisse der Teilnehmer/innen eingehen und an ihren Kenntnis- und Wissensstand anknüpfen zu können.

Qualitätsentwicklung (QE) ist Thema in vielen Organisationen. Qualitätsentwicklung sollte helfen, Fragen zu beantworten und der Praxis nutzen. Die gesamte Einrichtung sollte beteiligt, die Mitarbeiter/innen einbezogen sein. Eine Kultur der QE sollte sich entwickeln.

Fakt ist leider oft: Die positiven Aspekte geraten zugunsten einer lästigen Pflichtübung aus den Augen. Technokratisierung und Bürokratisierung entwickeln sich.

Die Idee der Partizipation ist nicht neu. Methoden aus der partizipativen Forschung werden verwendet. Der partizipative Ansatz ist aus der Situation des Mangels in den USA geboren. Im deutschen Sozialstaat geht es hauptsächlich um Haltung und Arbeitsweise, nicht um eine Erhöhung des Arbeitsvolumens.

Partizipation ist Ziel, nicht Mittel!!

Es geht nicht um die Frage, wie wir erreichen können, dass Menschen Angebote in Anspruch nehmen, sondern darum, dass Menschen als Kernprinzip der Arbeit einbezogen werden.

Daraus folgt umgekehrt, dass die Menschen, die wir am schwersten erreichen, diejenigen sind, die in der Gesellschaft am wenigsten beteiligt sind. Es geht um das Lernen vor Ort, nicht um die Anwendung standardisierter Methoden!

Das Stufenmodell der Partizipation ist vor allem gedacht als Reflexionsinstrument zu der Frage, wie man Menschen auf Dauer stärker beteiligen kann. Es lässt sich auch in der Form der Kreise der Beteiligung nutzen.

Zusammenarbeit wird im Beziehungsdreieck zwischen Geldgeber, Zielgruppe und Projekt/Einrichtung dargestellt, innerhalb dessen ein Auftrag umgesetzt werden soll.



Probleme können sein:

- Es besteht kein klarer Auftrag; der Auftrag ist diffus.
- Zielgruppen werden als Objekte betrachtet.
- Der Grad der Partizipation ist oft von Ressourcen abhängig. Zusammenarbeit wird gewünscht; es wird aber übersehen, dass sie mit Aufwand verbunden ist.
- Für die Koordination werden Kompetenzen und Zeit benötigt. Im Bereich der AIDS- und STI-Koordination besteht die Situation, dass die Fachkräfte oft nicht entsprechend ausgebildet sind. Ihre Haltung ist partizipativ ausgerichtet, aber Ausbildungsstand und Strukturen behindern die Arbeit.
- Hierarchien behindern die Partizipation.

In der folgenden Diskussion wurden Probleme und Nutzen des Ansatzes für die Arbeit der AIDS- und STI-Fachkräfte und -Koordinator/innen in den Gesundheitsämtern reflektiert.

- Laut beruflichem Ausgangspunkt der Teilnehmer/innen sehen sie sich in der Rolle der Anwälte der Betroffenen. Die gleichwertige Beteiligung von Betroffenen haben sie nicht gelernt.
- Rollenkonflikte entstehen dadurch, dass man Beteiligte/r im Prozess und als Mitarbeiter/in im ÖGD gleichzeitig Geldgeber/in ist.
- Was sind offene Ziele, was versteckte?
- Fragen bestehen bezüglich der Zielgruppen: Wer ist Zielgruppe? Wo finde ich sie? Was sind Ziele einer Zielgruppe? Vertragen sich diese mit unserem Auftrag? So sind primäre Ziele von Migrant/innen und/oder Sexarbeiter/innen in prekären Lebenssituationen oftmals die Befriedigung primärer menschlicher Grundbedürfnisse. Sexuelle Gesundheit gehört (noch) nicht unbedingt dazu. Passen unsere Standards auf jede unserer Zielgruppen?
- Möglichkeiten in einem Umfeld ohne Kooperationspartner werden reflektiert. Es stellt sich die Frage, wie man Kooperationspartner gewinnen kann?
- Bezüglich des Themas der „Sexuellen Gesundheit“ ist zu fragen: Gibt es Ziele, die für andere interessant sind? Haben wir Ziele?

Als Resümee ließ sich ziehen:

Es geht für uns um die Weiterentwicklung und Neugestaltung der Arbeit vor Ort und der vorhandenen Strukturen, nicht um die Implementierung eines neuen Projekts. Die Kunst ist, Altes zu verlassen und Neues zu beginnen und nicht, sich noch Zusätzliches aufzubürden. Die Strukturen sollen langsam angepasst werden.

Das Stufenmodell bietet die Möglichkeit zu reflektieren, auf welcher Stufe man sich befindet.

Das Konstrukt des Dreiecks stimmt für unsere Arbeit nicht unbedingt. Oft ist das Dreieck zumindest verzogen.

Programm für den Workshop

1. Partizipation von (schwer erreichbaren) Zielgruppen, Community-Bezug
2. Zusammenarbeit - auch im erweiterten Sinne - mit Zielgruppe und mit anderen/
Koordinierungstätigkeit
Mit wem soll und möchte ich zusammenarbeiten, um die sexuelle Gesundheit zu stärken?
Wer entscheidet?
Voraussetzung: Man muss wissen, was man erreichen will, aber in der Zusammenarbeit können sich auch gemeinsame Ziele entwickeln.
3. Konzept (wurde mangels Zeit nicht mehr thematisiert)
Was haben wir für Konzepte: Ressourcen, Aktivitäten, Ziele
Vorstellung einer Methode
Anhaltspunkte für eine Strategie, strategische Planung

Ad 1

Der politische Wunsch, am besten alle Menschen mit allen Informationen zu erreichen, ist nicht machbar. Man sollte - zumindest für einen Zeitraum - eine Zielgruppe in den Fokus stellen. Die Entscheidung sollte begründbar sein und stellt eine Entlastung für die Mitarbeiter/innen dar.

In einer Einzel-Reflexionsphase ging es um die Themen:

1. Wer ist die Zielgruppe?
Beschreibung der Zielgruppe, so spezifisch wie möglich: Zahl, alle Merkmale, die bekannt sind. Wichtig ist, bei dem zu bleiben, was man weiß und nicht ins Klischeehafte abzugleiten.
2. Begründung
Warum sind sie eine Zielgruppe? Aufgrund eines Konzepts?

In einer nachfolgenden Gruppenphase ging es um die Konkretisierung:

3. Nächster Schritt:
Welche Kontakte hatte ich bisher zu diesen Menschen – in der Arbeit, aber auch privat, in der Nachbarschaft,...? Was gab es bisher für Kontakte, Versuche, Angebote...?

Diese Arbeitsweise stammt aus der Marktforschung.

Problematisch sind Gruppen, die keine Information haben, aber auch keinen Bedarf anmelden oder ihn primär nicht sehen.

Die Frage wurde formuliert: Wie kann die sexuelle Gesundheit so aufgestellt werden, dass sie in klare Ziele mündet und an Ressourcen geknüpft ist?

Im folgenden Input erläuterte Michael Wright die Stufen der Partizipation

Michael Wright definiert Partizipation als

- Teilnahme und Teilhabe,
- Entscheidungsmacht bei allen wesentlichen Fragen der Lebensgestaltung,
- Definitionsmacht und die Möglichkeit, die Gesundheitsprobleme mitbestimmen zu können

Nicht-Partizipation

ist nicht im Prinzip schlecht. Schlecht ist die Instrumentalisierung von Menschen. Die Anweisung (Eingriff) kann in Krisensituation wie z.B. im Fall einer akuten Psychose oder Kindeswohlgefährdung notwendig sein. Allerdings ist sie seltener notwendig, als die Expertinnen und Experten manchmal denken.

Vorstufen der Partizipation

Informationen

- z.B. über HIV - sind wichtig, damit Leute handeln können.

Anhörung

Befragungen werden oft anonym im Stadtteil durchgeführt. Menschen haben die Möglichkeit, ihre Meinung zu sagen.

Einbeziehung

Menschen, die unsere Arbeit in Anspruch genommen haben oder die man kennt, werden angehört, der sogenannte „Lieblingsklienteneffekt“.

Partizipation

Mitbestimmung

Die Leute werden nicht nur konsultiert, sondern haben eine formale Rolle. Es erfolgt eine Teil-Übertragung der Entscheidungskompetenz. Innerhalb eines existierenden Rahmens können die Nutzer/innen entscheiden, was passiert.

Entscheidungsmacht

Die Mitglieder der Zielgruppe bestimmen in allen wesentlichen Dingen, das Hilfesystem bietet lediglich einen Rahmen. Eine weitere Form ist die Zusammenarbeit von Profis mit Ehrenamtlichen, wobei die Ehrenamtlichen bestimmen.

Über Partizipation hinaus

Selbstorganisation

So entstand AIDS-Hilfe.

In letzter Zeit wird sie allerdings eher professionalisiert und Beteiligung der Betroffenen geht zurück.

Partizipation erfordert Reflexion.

Bei den Stufen der Partizipation handelt es sich um ein Selbstreflexionsinstrument und nicht um eine Wertung, was besser ist oder ein Wettbewerbsinstrument. Die entscheidende Frage lautet nicht: „Was können wir tun?“, sondern „Wie ist eine Zusammenarbeit möglich?“

Gesundheitserziehung arbeitet nicht partizipativ. Viel Zeit wird aufgewendet, um Zielgruppen zu überzeugen.

Partizipation ist nicht definitionsmäßiger Bestandteil der Prävention, wohl aber der der Gesundheitsförderung.

Gesundheitsförderung besteht darin, Anschluss zu finden an die Bedürfnisse der Zielgruppe. Das momentane Ziel der Gruppe ist u.U. nicht das Ziel des anwesenden Profis. Das System sollte flexibel darauf reagieren. Hinderlich ist hier die Aufteilung des Systems, eine Zersplitterung, die den Bedürfnissen der Menschen nicht entspricht. Wenn also der/die AIDS- und STI-Koordinator/in in einer Zielgruppe z.B. vorrangig das Interesse an aufenthaltsrechtlichen Fragen eruiert, ist sie/er nicht befugt und kompetent, in diesem Bereich zu arbeiten, während die zuständigen Strukturen sich ggf. auch nicht beauftragt oder in der Lage sehen, allein oder gemeinsam tätig zu werden.

Das Helfersystem sollte sich vergegenwärtigen: Warum sollten sich Menschen in Not, die Hilfe brauchen, an das System anpassen? Für diese Menschen müssen die Angebote eine Relevanz haben.

Die einzelnen Akteure sollten sich ggf. zusammenschließen und Kooperationen begründen. Ziel ist die Schaffung von Strukturen, die auf die Bedürfnisse der Menschen reagieren. Beispiele sind: Integrierte Versorgung, Bürgeramt-Konzept oder in Berlin Männergesundheitszentren als Möglichkeit der Umsetzung des AIDS-Rahmenkonzeptes.

Problematisch ist, dass Amtsstrukturen dagegensprechen, so zu arbeiten.

Die Erkenntnis des Problems ist allerdings schon ein großer Schritt in die richtige Richtung.

Leitfrage zur Vermeidung der Kostenexplosion im Gesundheitswesen sollte werden: Wie kann man innerhalb von existierenden Netzwerken arbeiten, anstatt das Gesundheitswesen immer weiter auszubauen!

Es folgte eine weitere Reflexionsphase über die zu erreichende Zielgruppe anhand folgender Punkte:

4. Vornahme einer Einstufung, inwieweit die anvisierte Zielgruppe partizipiert, also Einfluss nimmt, auf das, was gemacht wird, und zwar im gesamten Prozess von der Planung bis zur Auswertung.

Ist-Zustand: Wo sind wir?

Soll-Zustand: Wo möchten wir hin?

Festlegung eines Zeitrahmens bis zur Zielerreichung.

Was hindert, was fördert die Erreichung der nächsten Stufe der Partizipation?

Aufzählung der förderlichen Bedingungen und der hinderlichen Bedingungen.

Erste Ideen zur Stärkung der Partizipation.

Problematisch ist, dass eine anvisierte Zielgruppe so oft im wahren Leben nicht existiert. Es handelt sich z.T. um künstliche Kategorien, die nur theoretisch stimmig sind. Man muss fragen, wo sich Menschen zugehörig fühlen. Die Außensicht spiegelt nicht unbedingt die Innensicht wider.

Es gibt die Möglichkeit, dass unsere Zielgruppe Teil einer Gemeinschaft ist, aber auch dass sie diversen Communities zugehört. Letztere erreichen wir eher über eine unspezifische Ansprache. Über Gespräche mit Vertreter/innen der verschiedenen Communities kann man versuchen weiterzukommen. An den Entwicklungsprozess muss man ergebnisoffen herangehen.

Hinderliche Bedingungen, z.B. bei der Kontaktaufnahme mit rumänischen/bulgarischen Sexarbeiterinnen oder Strichern sind: Die Frauen und Männer bleiben

nicht lange genug da, um eine Partizipation aufzubauen. Eine langfristige Lebensplanung existiert nicht.

Über eine Anhörung, also eine Befragung von Vertreterinnen und Vertretern einer Gruppe, kann man versuchen, die Gruppe und deren Bedarfe kennenzulernen.

Wegen der Grenzen von Zielgruppendefinition und –ansatz ist eine mögliche Herangehensweise, größere Gruppe mit einem allgemeineren Angebot - z.B. zur Gesundheit –zu versorgen und zu hoffen, dass die eigentliche Zielgruppe so ebenfalls erreicht wird.

Wichtig ist, in die Gruppe hineinzukommen.

Das Problem, das sich für unsere Arbeit stellt, ist die Zergliederung der Zuständigkeiten. Jeder und Jede ist nur für ein Gebiet zuständig, und unser Thema der sexuellen Gesundheit steht erschwerend bei vielen Menschen nicht oben auf der Bedarfsskala. Hier hilft Netzwerkarbeit, zur Erfüllung der primären Bedürfnisse geeignete Kolleginnen und Kollegen zu vermitteln. Allerdings müssen Menschen aus der Zielgruppe vermutlich auch nicht alles bekommen, was sie wollen. Man kann Wünsche und Themen je nachdem auch aushandeln.

Für die Arbeit mit bulgarischen und rumänischen Sexarbeiterinnen ist ein partizipativer Ansatz, die Frauen erst einmal zu besuchen und anzuhören, was sie brauchen. Vielleicht müssen auch andere angehört werden, wie z.B. die Clubbesitzer/innen. Die Vornahme einer ziemlich breiten Bedarfsbestimmung ist hilfreich.

Nicht partizipativ wäre eine Intervention mit dem Ziel der Information und der Erreichung der Tatsache, dass sie in die Sprechstunde kommen. Auch nur die Überreichung von Broschüren zur Sexuellen Gesundheit zu Beginn des Kontakts ist selbst bei bester Haltung nicht partizipativ. Give-aways haben allerdings Tradition. Man muss sie nicht per se weglassen.

Eine gelungene Maßnahme zur Durchführung der Stricherstudie war: Die Gruppengespräche fanden anhand eines strukturierten Fragebogens in einer Schwulenkneipe statt, wo sie sich wohl fühlten. Als Anreiz wurde das Abendessen bezahlt.

In der Stricherarbeit wurden viele Erfahrungen mit Partizipation gemacht. Partizipation gelingt nur bedingt. Gründe sind unter anderem die Mobilität und dass die Jungen aus der Szene herauswachsen. Wichtig ist Zeit.

Eine weitere Frage ist, wer für die erste Kontaktaufnahme und Befragung geeignet ist. Wenn man es nicht selbst ist, muss reflektiert werden, wer es sonst sein könnte?

Geeignet ist die Methode der Blitzbefragung¹, die maximal 10 Minuten dauert. Man stellt jedes Mal die gleichen Fragen, flicht sie aber ins Gespräch ein und notiert die Antworten hinterher. So erhält man Informationen über eine Menge von Menschen aus einer Gruppe.

Das Aufwändigste ist die Entwicklung des Fragebogens. Fokussieren sollte man auf die wesentlichen Fragen.

¹ <http://www.pq-hiv.de/de/methode/blitzbefragung> (s. Praxisbeispiele Sittenstrolche)

Blitzbefragungen können auch von den Zielgruppenangehörigen selbst durchgeführt werden. Dazu bietet sich z.B. folgender Weg an:

1. Kontaktaufnahme
2. Blitzbefragung
3. Gewinnung der befragten Person für eine Kooperation.

Bei Befragungen stellen sich meist sozioökonomische Bedarfe als wichtigste und rechtliche Fragen als ebenfalls wichtige Probleme heraus. Sexuelle Gesundheit rangiert in der Regel ganz hinten. Bei Themen, die im Vordergrund stehen, sollte man ansetzen. Vielleicht ist das Gesundheitsamt zunächst einmal gar nicht beteiligt, sondern Kooperationspartner/innen im Netzwerk.

Zusammenfassend lässt sich festhalten:

Neu an der partizipativen Herangehensweise ist die Zuhörerhaltung anstelle der Anbieterhaltung. Wichtig ist die Präsenz, also dass man da ist.

Vertrauen entsteht über Kontinuität. Man muss entsprechend Zeit investieren.

Wichtig sind nicht Methoden sondern Haltung und Rahmenbedingungen sowie die Umstellung, auf die andere Art zu arbeiten.

Die geänderte Haltung ist wichtig, kann aber auch zu Verunsicherung führen.

Stufe 9	Selbstorganisation	Geht über Partizipation hinaus
Stufe 8	Entscheidungsmacht	Partizipation
Stufe 7	Teilweise Entscheidungskompetenz	
Stufe 6	Mitbestimmung	
Stufe 5	Einbeziehung	Vorstufen der Partizipation
Stufe 4	Anhörung	
Stufe 3	Information	
Stufe 2	Anweisung	Nicht-Partizipation
Stufe 1	Instrumentalisierung	

Ad 2. Kooperation

Wichtig für die Zusammenarbeit ist ein definiertes Ziel. Die besten Arbeitsgruppen verlieren an Kraft, wenn das Ziel nicht klar ist.

Die Kreise der Entscheidung können zur Reflexion von Gruppenprozessen oder Projekten genutzt werden.

Diskutiert wurden Wege, das Thema der Sexuellen Gesundheit in den Kommunen voranzubringen.

Möglichkeiten sind:

- Die Gründung einer neuen Arbeitsgruppe oder
- die Nutzung von bestehenden Gruppen und deren thematische Weiterentwicklung.
- Die Einrichtung einer Arbeitsgruppe der Gesundheitskonferenz kann aufgrund des politischen Auftrags besonders effizient sein.

Zu bedenken ist,

- welche Akteure beteiligt sein sollten und
- die Tatsache, dass die Träger unter Umständen Ressentiments untereinander und gegenüber der Koordination haben.
- Koordinator/innen haben die Rolle zu organisieren. Sie müssen reflektieren, was sie wollen.
- Ziel kann und muss nicht eine vollständige Partizipation sämtlicher Kooperationspartner/innen sein.
- Problematisch im Sinne der Partizipation kann sein, dass sich Zielgruppen in einem Projekt beteiligen können, in einem Arbeitskreis hingegen eher nicht.

Bezüglich der Rolle eines Arbeitskreises ist zu reflektieren:

- Ist er beratend, während die Entscheidungen woanders getroffen werden? Oder hat er selber Entscheidungskompetenzen?
- Woher kommt das Geld? Wird es spezifisch vergeben, z.B. über Leistungsvereinbarungen oder –verträge?
- Was wollen die Träger?
- Wer bestimmt Sexuelle Gesundheit in der Kommune?

Diffuses kann sehr frustrierend sein für die Träger, z.B. die Situation, dass nicht klar ist, wer entscheidet.

- Die letztendliche Entscheidung in einer Kommune trifft die Politik. Allerdings muss Politik darauf reagieren, wenn im Arbeitskreis bei geteilter Entscheidungsmacht Ergebnisse erzielt werden.
- Wichtig ist, dass Entscheidungen getroffen und Verantwortung übernommen werden. Sonst ändert sich nichts.
- Wichtig kann sein, sich die Unterstützung und Legitimation durch die Vorgesetzten zu holen!
- Grundlagen der Arbeit und Legitimation für unser Handeln als AIDS- und STI-Koordinator/innen sind das Landeskonzept und das Eckpunktepapier, das wir laut MGEPA vor Ort umsetzen sollen.

Die Rolle und Entscheidungsmacht der AIDS- und STI-Koordinator/innen im Amt und in der Kommune wurden reflektiert. Dabei wurde deutlich, dass die Eigenwahrnehmung der Teilnehmer/innen unterschiedlich und oft diffus ist. Als Vertreterin der Behörde mit entsprechendem Auftreten und dazu passender Fremdwahrnehmung sah sich nur eine Teilnehmerin. Wichtig ist die Klärung der eigenen Rolle und der Kompetenzen in den eigenen Strukturen vor der Gründung von Kooperationen.

Einer der größten Partizipationsgefahren ist es, die Hoffnung in den Raum zu setzen, man könne bestimmen, wenn man das de facto nicht kann.

Wir können außerhalb von Strukturen agieren. Weiter wird der Prozess gebracht, wenn Strukturen von Koordinator/in transparent gemacht werden und keine unrealistischen Hoffnungen im Raum stehen.

Die Kreise der Entscheidung² können zur Anwendung kommen, um zu klären, wo man in seinem Amt steht und welche Entscheidungskompetenzen man hat.

² <http://www.pq-hiv.de/de/methode/kreise-der-entscheidung>

Alternativ können drei Fragen der Reflexion zur Anwendung kommen:

- Wer bin ich in meiner Rolle?
Was ist eine realistische Beschreibung meiner Rolle zu diesem Zeitpunkt als Koordinator/in?
- Was ist das Ziel/sind die Ziele?
→nach SMART-Kriterien³
- Mit wem kann ich zusammenarbeiten, um die Ziele zu erreichen?
→ Wie kann ich zusammenarbeiten (angesichts der Rolle)?

Mittels Blitzbefragung⁴ bestätigten sich Rollenkonflikte bei den meisten Teilnehmer/innen.

Die Methode der Aufstellung, also der Platzierung der Akteure und Zielgruppe mittels Stellvertreterinnen und Stellvertretern in den Kreisen der Entscheidung ermöglichte es einer Teilnehmerin, die Rollen und Perspektiven zwischen den Beteiligten in einem Arbeitskreis zu reflektieren und Ansatzpunkte und Ziele für Veränderungen herauszufinden.

Zusammenstellung der drei wichtigsten Erkenntnisse:

- Partizipation und Struktur können sich ständig ändern, je nachdem in welchen Gruppen man sich bewegt.
- Wir arbeiten oft schon partizipativ.
- Durch Transparenz erhöht sich die Motivation der anderen mitzumachen. Eine vorherige Rollenklärung ist notwendig.

Literaturempfehlungen

www.partizipative-qualitaetsentwicklung.de/

www.pq-hiv.de/

www.partizipation.at

www.gesundheitliche-chancengleichheit.de

Praxisdatenbank über 100 Projekte

Good Practice Kernkriterien

Erweiterte Recherche: Man kann ankreuzen, dass man nur Projekte sehen will, die die Kriterien erfüllen.

Handbuch und Film über PaKoMi:

<http://www.aidshilfe.de/de/shop/archiv/pakomi-handbuch-0>

<http://www.aidshilfe.de/de/shop/pakomi-video>

<https://de-de.facebook.com/video/video.php?v=4455848751991>

³ <http://www.pq-hiv.de/de/methode/smart-methode>

⁴ <http://www.pq-hiv.de/de/methode/blitzbefragung>