

Standards der Aidshilfe-Arbeit in Niedersachsen



Aidshilfe Niedersachsen Landesverband e.V. (Hrsg.), März 2021

Inhalt

Inhalt	I
Abkürzungsverzeichnis	II
Leitbild der Aidshilfe Niedersachsen Landesverband e.V. (AHN)	III
Vorwort zur dritten Auflage	IV
Vorwort zur zweiten Auflage	V
1 Grundsätze für die Aidsarbeit in Niedersachsen	
1.1 Die Grundsätze	1.1—1
1.2 Das Gender-Leitbild der Aidshilfe Niedersachsen	1.2—1
2 Organisation und Arbeitsweise von Aidshilfen	
2.1 Verein und Vorstand	2.1—1
2.2 Ehrenamtliche und hauptamtliche Mitarbeiter*innen	2.2—1
2.3 Selbsthilfe	2.3—1
2.4 Unterstützung von Selbsthilfe	2.4—1
2.5 Dienstleistungen.....	2.5—1
2.6 Vernetzung.....	2.6—1
3 Arbeitsbereiche von Aidshilfen	
3.1 Prävention	3.1—1
3.2 Beratung.....	3.2—1
3.3 Begleitung und Betreuung.....	7
3.4 Selbsthilfe (in Überarbeitung).....	3.4—2
3.5 Flucht- und migrationsspezifische Aidshilfearbeit	3.5—1
3.6 Antidiskriminierungsarbeit (in Erarbeitung)	3.6—1
3.7 Test und Testberatung (in Überarbeitung)	3.7—1
3.8 Multiplikator*innenschulung (Text folgt)	3.5—1
3.9 Öffentlichkeitsarbeit/ Public Relations (PR).....	3.6—1
4 Rahmenbedingungen der Arbeit von Aidshilfen	
4.1 Strukturen für eine Geschäftsordnung	4.1—1
4.2 Gewinnung und Auswahl von Mitarbeiter*innen	4—1
4.3 Personalführung und Personalentwicklung.....	4—5

Impressum

Abkürzungsverzeichnis

Aids	Acquired Immune Deficiency Syndrome
AH	Aidshilfe
AHN	Aidshilfe Niedersachsen e.V.
AK	Arbeitskreis
BPV	Bundespositivenversammlung
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
CI	Corporate Identity
d.h.	das heißt
DAH	Deutsche AIDS-Hilfe e.V.
ggf.	gegebenenfalls
HIV	Human Immunodeficiency Virus
i.v.	intravenös
JES	Junkies, Exuser und Substituierte (Selbsthilfegruppe)
MSM	Männer, die Sex mit Männern haben
MV	Mitgliederversammlung
PR	Public Relations
STD	sexually transmitted disease, sexuell übertragbare Krankheiten
u.ä.	und ähnlich
u.a.	unter anderem
usw.	und so weiter
vgl.	vergleiche
WHO	World Health Organization
z.B.	zum Beispiel

Leitbild der Aidshilfe Niedersachsen Landesverband e.V. (AHN)

Entstehung

Die AHN wurde als Niedersächsische AIDS-Hilfe Landesverband e.V. 1987 von engagierten Aidshilfe-Mitarbeiter*innen regionaler Aidshilfen gegründet in dem Bestreben, der Aids-Krise noch effektiver begegnen zu können. Es war Wunsch einzelner Aidshilfen, Arbeitsabläufe zu bündeln und eine Koordinierungsstelle zu etablieren. Im Zuge dieser Institutionalisierung, die auch eine Professionalisierung und Diversifizierung beinhaltete, wurden wir als Aidshilfe Niedersachsen zum Dachverband und zur Vertretung für unsere landesweit ansässigen Mitgliedsorganisationen. Dazu gehören neben den regionalen Aidshilfen weitere, ergänzend zur HIV/ Aids-Thematik arbeitende Organisationen mit speziellen Angeboten. Wir sind Mitglied der Deutschen AIDS-Hilfe e.V. (DAH).

Der Landesverband wurde als Dachorganisation ins Leben gerufen und ist nicht nur integrativer Bestandteil, sondern ein eigenständiges Element der Aidshilfe-Arbeit. Der Landesverband wird von seinen Mitgliedsorganisationen getragen und kontrolliert.

Unser Anspruch

Unser Handeln wird geleitet von den humanistischen Prinzipien der Gewalt- und Gewissensfreiheit und beinhaltet die Akzeptanz verschiedener Weltanschauungen und Lebensweisen.

Wir als Landesverband und unsere Mitgliedsorganisationen orientieren uns an den Lebenswelten unserer Zielgruppen.

Unser Engagement gilt den Menschen, die mit HIV/ Aids leben oder von HIV/ Aids sowie anderen sexuell oder beim Drogengebrauch übertragbaren Infektionen betroffen sind.

Grundlage unserer Arbeit sind die Richtlinien der ‚Strukturellen Prävention‘, die auf eine Verknüpfung von Verhaltens- und Verhältnisprävention abzielen. Somit steht der Abbau von gesellschaftlichen Benachteiligungen aufgrund einer HIV-Infektion, der sexuellen oder geschlechtlichen Identität, von Drogengebrauch sowie von Sexarbeit im Zentrum unserer Arbeit.

Unsere Ziele

Wir als Dachverband setzen uns gemeinsam mit unseren Mitgliedsorganisationen für folgende Ziele ein:

- Erhaltung und Förderung sexueller Gesundheit
- Gesellschaftliche Akzeptanz und Solidarität gegenüber Menschen mit HIV/ Aids
- Verbesserung des Rechts auf Selbstbestimmung und der Lebensverhältnisse unserer Zielgruppen, insbesondere Menschen mit HIV/ Aids. (Selbsthilfe/Vernetzung, Partizipation, Emanzipation)

-
- Gesellschaftliche Akzeptanz von vielfältigen Lebensweisen, sexuellen Orientierungen und geschlechtlichen Identitäten sowie die Entstigmatisierung von Sexarbeit

Unser Auftrag

Als Dachverband arbeiten wir synergistisch und nicht kompetitiv zu unseren Mitgliederorganisationen: Unsere Aufgaben liegen daher besonders in einer überregionalen Impulsgabe, Willensbildung und gemeinsamen Interessensvertretung nach außen. In diesem Sinne sind wir Kontaktstelle für die folgenden drei Adressatengruppen:

1. Mitgliedsorganisationen

Für unsere Mitgliedsorganisationen bieten bzw. übernehmen wir folgende Angebote und Aufgaben:

- Vertretung gegenüber landesweiten Behörden, Verbänden und anderen Einrichtungen der Gesundheits- und Wohlfahrtspflege
- Überregionale Vernetzung und Koordination
- Beratung in sachlichen und organisatorischen Angelegenheiten
- Organisation von Fortbildungen und Fachtagungen
- Akquise von Drittmitteln

1.

Als Landesverband setzen wir die Beschlüsse unserer Mitgliedsorganisationen gemäß unserer Satzung um.

2. Öffentlichkeit und Politik

Wir informieren Presse, Politik und Öffentlichkeit über unsere Aktivitäten und die unserer Mitgliedsorganisationen. Wir vertreten die landesweite Aidsarbeit gegenüber der Landesregierung, Landesbehörden und Verbänden.

3. Menschen mit HIV/Aids

Für diese Adressatengruppe sind wir parteilich und betreiben

- politische Antidiskriminierungsarbeit auf Landesebene
- Förderung von Selbsthilfestrukturen und Interessenvertretung.

Unsere Netzwerke

Die AHN ist nach innen und außen in verschiedene Netzwerke und Verbände eingebunden, um an einem Informationsaustausch teilzuhaben und unsere Interessen vertreten zu können. Unsere Bündnis- und Kooperationspartner*innen tragen zum Erfolg unserer Arbeit bei. Wir suchen zielorientiert nach strategischen Allianzen und arbeiten mit unseren Kooperationspartner*innen arbeitsteilig zu spezifischen Schwerpunktthemen (z.B. Gesundheit, Arbeit, Haft, Migration) lösungsorientiert zusammen.

Da die epidemiologische, medizinisch-therapeutische und gesellschaftliche Entwicklung einem anhaltenden, inhaltlichen und strukturellen Wandlungsprozess unterworfen ist, leistet der Landesverband eine moderierende Unterstützung der Mitgliedsorganisationen bei der Gestaltung dieser Prozesse. Unsere Bemühungen sind stets subsidiär und dienen der Stärkung eigenständiger Mitgliedsorganisationen.

Dieser Strukturwandel zeichnet sich aus durch eine stärkere Diversifizierung von Zielgruppen und Themen. Dies erfordert eine übergreifende Koordination durch den Landesverband oder einzelne Mitgliedsorganisationen¹.

Der Wandel zeigt sich auch durch einen immer stärkeren Wettbewerb um die finanzielle Absicherung der Arbeit und zunehmend konzertierte Projektmittel-Akquise und -Verwaltung.

Wir als Dachverband sehen uns bei diesen Entwicklungen in einer vernetzenden, impulsgebenden, starthelfende Rolle. Im ständigen Dialog mit unseren Mitgliedsorganisationen, im transparenten und wechselseitigen Informationsaustausch sowie aktiver und gegenseitiger Unterstützung liegt der Erfolg dieser gemeinsamen Zukunftsgestaltung.

Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung

Als Grundlage unserer Arbeit dienen die seit 1996 fortgeschriebenen „Standards der Niedersächsischen Aidshilfearbeit“. Diese werden kontinuierlich weiterentwickelt.

Tragende Elemente der Qualitätssicherung sind der Erfahrungsaustausch und die Fachdiskurse in den verschiedenen Arbeitskreisen.

Der Fachbeirat ist das gemeinsame Organ der Mitgliedsorganisationen und des Landesverbandes zur Qualitätssicherung. Die Interventionen des Fachbeirates erfolgen in Form von Empfehlungen und im Bewusstsein, dass die Autonomie der Mitgliedsorganisationen unantastbar bleibt.

¹ *In diesem Kontext entstanden landesweite Initiativen, unter anderem »Netzwerk Positiv in Niedersachsen« (PRO+), »Schwule Vielfalt erregt Niedersachsen« (SveN), »Aids, Kinder und Familie« sowie »Baobab – zusammensein« als transkulturelles Netzwerk.*

Beschlossen auf der Landeskonzferenz am 25.09.2016 in Osnabrück.

Vorwort zur dritten Auflage

In der dritten Auflage der „Standards der Aidsarbeit in Niedersachsen“ fassen wir die Ergebnisse eines inzwischen zehnjährigen Prozesses der Qualitätsentwicklung der Niedersächsischen Aidshilfen zusammen. Ein Prozess, der sowohl von Freiwilligkeit als auch Verbindlichkeit aller Beteiligten getragen war: So wurden die Standards beginnend 1996 in sieben Facharbeitskreisen „von unten“ entwickelt. Durch die Intensivierung des kollegialen Austauschs und die Klärung von Ansprüchen an die eigene Arbeit war es damals möglich, sich auf ein gemeinsames Verständnis von „Qualität in Niedersachsen“ zu einigen. Ihre Verbindlichkeit erhielten diese Standards durch ihre Diskussion und Verabschiedung auf mehreren Landeskongressen.

Als Titel für diesen Reader haben wir bewusst den Tango gewählt, weil er mit dem Thema Qualitätssicherung einiges gemeinsam hat: Der Tango ist ein sehr leidenschaftlicher Tanz, der einerseits viel Abstimmung des Tanzpaares erfordert, andererseits auch viel Raum für die kreative Ausführung der Figuren zulässt. Wer zusammen tanzen will, muss zuerst die Schritte kennen lernen. Es braucht die Verständigung darüber, wer führt und wer sich führen lässt. Und schließlich macht erst die fortwährende Übung den Meister! Denn erst eine Verinnerlichung der Schrittfolgen macht den Kopf frei und gibt den Tanzenden ihre Leichtigkeit. Voraussetzung hierfür ist wiederum, dass die Tänzer*innen Lust und Leidenschaft für den Tango entfalten können. Übertragen auf das Thema Qualitätssicherung bedeutet dies, dass nicht allein die Qualifikation zählt, sondern auch die Haltung der in Aidshilfe Handelnden. Auch wenn die Qualifikation eine „conditio sine qua non“ ist, müssen im alltäglichen Engagement Herz und Verstand ihren Einklang finden.

Wir veröffentlichen die „Standards“ hier in Form eines Readers, um allen Kolleg*innen in Aidshilfen eine Möglichkeit der Orientierung zu geben:

2. Für alle neuen haupt- und ehrenamtlichen Mitarbeiter*innen aus Niedersachsen als Orientierung, wie „Wir in Niedersachsen“ arbeiten.
3. Für alle, die schon länger dabei sind, als Erinnerung und Auffrischung: Wie war das noch? Als Anregung, die Diskussion weiterzuführen: Gilt das heute noch? Wo geht die Entwicklung hin?
4. Für alle Kolleg*innen aus anderen Aidshilfen als Angebot, unsere Erfahrungen für die eigene Arbeit und den eigenen Prozess der Qualitätssicherung zu nutzen. Aber auch als Einladung zum Benchmarking (Wettbewerb) und zur kritischen Rückmeldung.

5.

Wir freuen uns, wenn die vorliegende Veröffentlichung einen Beitrag zur Fortsetzung und Intensivierung des Themas Qualitätssicherung in Aidshilfen leistet.

Imke Schmieta

Geschäftsführerin Landesverband
Niedersächsischer Aidshilfen

Karl Lemmen

Referent für Psychosoziales und
Qualitätssicherung

Vorwort zur zweiten Auflage

Die Neustrukturierung des Gesundheitswesens, die Umverteilung knapper werdender Mittel und die Nachfrage nach Transparenz der öffentlich finanzierten gesundheitsfördernden Maßnahmen erfordern die Entwicklung von Qualitätskriterien und Standards der Arbeit der Hilfesysteme in der Bundesrepublik. Die Mitglieder des Landesverbandes der Aidshilfe Niedersachsen e. V. haben mit der Diskussion um die Ziele und Qualitätsanforderungen ihrer gesundheitsfördernden Dienstleistungen schon vor acht Jahren begonnen und die spezifischen Grundlagen und Merkmale ihrer Arbeit festgelegt. Der in zweiter Auflage vorliegende überarbeitete Band hält die gemeinsamen Kriterien und Standards der Arbeit fest. Im bundesweiten Vergleich einmalig sind hier die Arbeitsbereiche der niedersächsischen Aidshilfen konkret und weitreichend formuliert worden.

Ausgangspunkt der allgemeinen Qualitätsdiskussion im Bereich der Gesundheitsförderung ist die Definition der WHO: „Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl Einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. sie verändern können. In diesem Sinne ist die Gesundheit als ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens zu verstehen und nicht als vorrangiges Lebensziel...“ (*Charta der 1. Internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung. Ottawa 1986*).

„Qualität“ ist insbesondere bei der Gesundheitsförderung nur schwer zu definieren. Denn eine Definition ist abhängig vom jeweiligen Kenntnisstand und von den verschiedenen Interessenpositionen. Es kann jedoch zwischen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität unterschieden werden: „Strukturqualität bezieht sich auf die strukturellen Voraussetzungen, die in den Einrichtungen vorzufinden sind, wie z.B. die Ausbildung und Qualifikation des Personals. Unter Prozessqualität wird die Qualität der Arbeitsabläufe gefasst, während mit Ergebnisqualität die tatsächlich durch die Arbeitsprozesse erzielten Wertsteigerungen bzw. positiven Wirkungen gemeint sind.“ (*Bundesvereinigung für Gesundheit: Qualitätsmanagement in gesundheitsfördernden Einrichtungen. Bonn 1997, S. 17*)

Die niedersächsischen Aidshilfen gehen von einem dynamischen Qualitätsbegriff aus, der die örtlichen Gegebenheiten einbezieht, einen Impuls zur Organisationsentwicklung beinhaltet und eine schrittweise und kontinuierliche Weiterentwicklung des Angebots impliziert.

Das vorliegende überarbeitete Handbuch wendet sich an alle ehren- und hauptamtlichen Mitarbeiter*innen der Aidshilfen. Es dient der nötigen regelmäßigen Reflexion der täglichen Arbeit: Welche Aufgaben im Hinblick auf die Struktur der einzelnen Aidshilfen geleistet, welche Arbeitsbereiche weiter zu entwickeln sind, welche Aufgaben bei anderen eingefordert und welche Aufgaben abgegeben werden können und müssen. Ebenfalls können die formulierten Standards zur Ressourcenabschätzung bei der Planung neuer Aktivitäten in den einzelnen Aidshilfen herangezogen werden. Das Angebot der Aidshilfen kann regional variieren und ist abhängig von der Größe der jeweiligen Organisation. Die allgemein verbindlichen

Mindeststandards sind in den Grundsätzen für die Aids-Arbeit in Niedersachsen festgehalten worden (Kapitel 1).

Das Kompendium wendet sich nicht nur an die Neuen in den Aidshilfen, sondern auch an die langjährig erfahrenen Mitarbeiter*innen, die ihre Arbeit überdenken wollen, um nicht betriebsblind zu werden. Folgende Fragen sollten die Lektüre begleiten: „Wo stehen wir?“, „Was können oder wollen wir noch in unsere Arbeit aufnehmen und verbessern?“ und „Was können wir an andere Institutionen abgeben?“ Die formulierten Qualitätskriterien sind nur insofern verpflichtend, als dass sie sich auch jeweils an den örtlichen Gegebenheiten orientieren müssen.

Es handelt sich also um regulative Zielideen, die von den sieben Facharbeitskreisen des Landesverbandes der niedersächsischen Aidshilfen weiter diskutiert werden müssen. Die Arbeitskreise haben außerdem die Aufgabe, die Umsetzung der Ideen zu überprüfen. Die vorliegende Veröffentlichung ist -kurz gesagt- eine Hilfestellung für den alltäglichen Spagat zwischen dem Notwendigen und dem Möglichen.

Die in diesem Handbuch vorgestellten Ziele und Qualitätskriterien stellen den derzeitigen Stand der Arbeit in den Landesarbeitskreisen dar. Es handelt sich also um ein Papier, das ständig weiterentwickelt wird - im Hinblick auf sich verändernde Anforderungen an Aidshilfe-Arbeit. Die Rohfassung wurde von der Landeskonferenz am 18. Oktober 1998 in Osnabrück diskutiert und bestätigt. Die vorliegende überarbeitete Auflage wurde von der Landeskonferenz am 21.09.2003 in Osnabrück bekräftigt.

Die vorliegende Veröffentlichung dient dazu, die Arbeit transparenter zu machen. Es handelt sich dabei um einen dynamischen Prozess, der sich weiter entwickelt und verändert

Die Arbeitskreise entwickeln die formulierten Kriterien und Standards weiter. Es ist wünschenswert, dass sich möglichst viele Mitarbeiter*innen daran beteiligen. All jene neuen und alten Mitglieder, die sich an der Diskussion um Qualitäts- und Zielerfordernungen bislang noch nicht beteiligt haben, soll dieser Bericht dazu anregen, sich in Zukunft einzubringen.

Der Anstoß zur Arbeit an diesem Ordner wurde im Jahre 1996 durch den damaligen Vorstand der Niedersächsischen AIDS-Hilfe Landesverband e.V. gegeben. An dem Prozess haben viele ehrenamtliche und hauptamtliche Mitarbeiter*innen in den Aidshilfen mitgewirkt. Ihnen allen gilt unser großer Dank.

Hannover, im Februar 2004

Dr. Dirk Sander

für den Vorstand der AHN e.V.

Weiterentwicklung des Papiers vom Dezember 1998; Vorlage für die Landeskonferenz am 21. September 2003 auf Beschluss des engeren und erweiterten Vorstandes am 12. September 2003; auf der Landeskonferenz einstimmig angenommen; aktualisiert vom Vorstand im Februar 2004

1 Grundsätze für die Aidsarbeit in Niedersachsen

1.1 Die Grundsätze

Aidshilfe stellt sich der Realität von HIV und Aids

Aidshilfe ist für alle da, die sich an sie wenden. Sei es, um einen Rat zu Safer Sex zu bekommen, sei es um Informationen zum HIV-Antikörpertest zu erhalten, sei es, um die solidarische Unterstützung als Mensch mit HIV oder Aids, als Zu- oder Angehörige*r zu erfahren.

Aidshilfe nennt Diskriminierung und Ungerechtigkeit gegen Menschen mit HIV oder Aids öffentlich beim Namen und arbeitet daran, dass Akzeptanz wächst und Diskriminierung und Schuldzuweisungen aufhören. Dabei wendet sie verschiedene Methoden an, unter anderem die der gewaltfreien Aktion. Aidshilfe nimmt die mehrfache und besondere Diskriminierung von Schwulen, i.v. Drogengebraucher*innen und Frauen als spezifische Herausforderung an.

Aidshilfe beobachtet den Verlauf der Infektionsverteilung; sie stellt sich der Tatsache, dass Schwule immer noch mehr als die Hälfte und i.v. Drogengebraucher*innen 14% der Neudiagnosen ausmachen. Deswegen kümmert sich Aidshilfe besonders um diese beiden Gruppen.

Aidshilfe arbeitet auf den Grundlagen struktureller Prävention, Akzeptanz von Lebensweisen und Selbsthilfe.

Aidshilfe vertritt einen ganzheitlichen Ansatz auf der Basis der aktuellen Gesundheitsförderung. Deswegen lässt sie die verschiedenen Ebenen ihrer Arbeit nicht auseinanderdividieren: Verhaltens- und Verhältnisprävention gehören genauso zusammen wie Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention. Diesen integrativen Ansatz nennt Aidshilfe „strukturelle Prävention“. Innerhalb der strukturellen Prävention darf wegen der Unheilbarkeit der HIV-Infektion die Primärprävention keine untergeordnete Rolle spielen.

Ein wichtiges Element der strukturellen Prävention ist die Akzeptanz verschiedener Lebensweisen. Nicht die Veränderung von Menschen und ihrer Lebensweisen, sondern die Befähigung, aktiv, selbstbestimmt und selbstbewusst das eigene Leben zu gestalten und damit verbundene Risiken zu erkennen und soweit wie möglich minimieren zu können, ist Ziel ihrer Arbeit.

Die Unterstützung von Selbsthilfe auf allen Ebenen ist deswegen eine Selbstverständlichkeit. Besonders kümmern sich Aidshilfen um

- die Selbstorganisation von Menschen mit HIV und Aids, deren sozialen und biologischen Angehörigen und Freund*innen
- die Unterstützung von Selbsthilfegruppen für Schwule und i.v. Drogengebraucher*innen

Aidshilfe ist deshalb parteiisch und daher politisch

Weil Aidshilfe die Wichtigkeit der Verhältnisprävention erkannt hat, ist sie parteiisch und daher politisch. Aidshilfe setzt sich für die Gleichbehandlung von Schwulen, die Entkriminalisierung von Drogengebrauch und die Akzeptanz von Menschen mit HIV und Aids ein.

Politische Aktivität ist jedoch nicht Selbstzweck oder zusätzliche Aufgabe, sondern zentraler Bestandteil aller Arbeitsfelder.

Aidshilfe kooperiert und gibt Aufgaben aktiv ab

Aidshilfe steht nicht allein, sondern sucht Bündnis- und Kooperationspartner*innen. Aidshilfe hat weder den Willen noch die Möglichkeit, alle denkbaren Fragen selbst zu beantworten und alle Aufgaben selbst zu erfüllen. Deswegen gibt Aidshilfe vieles aktiv ab.

Die aktive Abgabe von Aufgaben bedeutet nicht, dass damit Aidshilfe aus ihrer Verantwortung entlassen ist – im Gegenteil. Der wichtigste Aspekt der aktiven Abgabe ist die Kontrolle, ob die Aufgaben auch wirklich und im Sinne von Akzeptanz der Lebensweisen und Befähigung zum eigenen Handeln erfüllt werden.

Aidshilfe Niedersachsen Landesverband e.V.

Weiterentwicklung des Papiers vom April 1989; Vorlage für die Landeskonzferenz am 24. März 1996 auf Beschluss des engeren und erweiterten Vorstandes am 18. und 19. Januar 1996; auf der Landeskonzferenz einstimmig angenommen; aktualisiert vom engeren Vorstand und Geschäftsführung der AHN im Dezember 1998.

1.2 Das Gender-Leitbild der Aidshilfe Niedersachsen

Prolog

Die Konzepte der Lebensstilakzeptanz und des Gender Mainstreaming können sich unserer Meinung nach sinnvoll ergänzen. Die Aidshilfe Niedersachsen und ihre Mitgliedsorganisationen erkennen in ihren ‚Qualitätsstandards der Aidshilfe-Arbeit‘ das Konzept der Lebensstilakzeptanz an.

Somit sind Antidiskriminierung und Solidarität kennzeichnend für alle Ebenen des präventiven Engagements (Verhaltens- und Verhältnisprävention, Beratung der von HIV und Aids betroffenen Menschen, Zusammenarbeit mit Multiplikatoren, Presse-, Lobby-, und Öffentlichkeitsarbeit).

Unser Geschlechterverhältnis

Das Geschlechterverhältnis in Aidshilfen ist im Vergleich zur Gesamtgesellschaft wesentlich komplexer bzw. konzentrierter. Bei uns arbeiten heterosexuelle Frauen und Männer, Lesben und Schwule, bisexuelle Frauen und Männer sowie Transgender. Durch diesen schillernden Mix an sexuellen Identitäten ergeben sich große Chancen, aber auch vielfältige Irritationen sowie Reibungs- und Konfliktpunkte.

Unsere Diskriminierungserfahrungen

Jede*r von uns hat schon mal Diskriminierungen erlebt, egal ob homo-, hetero-, bi- oder transsexuell. Diese unangenehmen Ereignisse haben unsere Persönlichkeit und unsere Biografien geprägt. Diese Erfahrungen -die mitunter bis hin zu biographischen Brüchen führten- haben dazu beigetragen, das Konzept der Lebensstilakzeptanz zu entwickeln. Erfolgreiche Antidiskriminierungsarbeit ist für uns ein ständiger aktiver und sensibler Prozess der Bewusstmachung und Bewusstwerdung von individuellen Bedürfnissen nach Schutz, aber auch nach Abgrenzung und Identifikationsfindung. Unsere Stärke ist die Vielfalt.

Was wir wollen

Die Aidshilfe Niedersachsen und ihre Mitgliedsorganisationen setzen sich aktiv für das Ziel der Geschlechterdemokratie ein. Alle Menschen sollen auf allen Ebenen und in allen Bereichen der Gesellschaft die gleichen Chancen, Ressourcen und Rechte besitzen, ohne durch vorher festgelegte Geschlechterbilder eingeschränkt zu werden. Jede*r soll gleichwertig demokratisch partizipieren können. Wir möchten mit dem Gender-Mainstreaming-Prozess einen Beitrag dazu leisten.

Wir begreifen die Vielfalt als unser Kapital, um auf die Gesamtgesellschaft auszustrahlen und als gutes Beispiel für die Geschlechtergerechtigkeit zu werben und sich ihr stetig anzunähern.

Das bedeutet

Wir sehen es als unsere Aufgabe an, im alltäglichen Umgang miteinander, die unhinterfragten und stillschweigend vorausgesetzten Geschlechterbilder zu reflektieren. Das bedeutet für alle, die unterschiedlichen Lebenswirklichkeiten, Interessen und Fähigkeiten von allen Menschen wahrzunehmen und zu respektieren.

Das Handeln soll sich an den Bedürfnissen und Fähigkeiten der Menschen ausrichten und nicht an den unterstellten traditionellen gesellschaftlichen Annahmen über das, was angeblich den Unterschied zwischen Männern und Frauen ausmacht. Damit rücken nicht die „unterstellten“ Defizite in den Vordergrund, sondern die Gleichwertigkeit der Vielfalt wird anerkannt.

Gender Mainstreaming nutzt deshalb allen

Die Mitarbeiter*innen können dadurch zukünftig noch besser ihre Potenziale erkennen, nutzen und entfalten.

Eine gendersensible Bedarfs- und Zielgruppenanalyse wird zukünftige Projekte und Kampagnen noch erfolgreicher machen.

Gender Mainstreaming setzt einen Prozess in Gang, der dazu beitragen kann, tradierte Geschlechterbilder zu überwinden und die freie Emanzipation der Einzelnen zu unterstützen.

Die Aidshilfe Niedersachsen und ihre Mitgliedsorganisationen bekommen eine geschlechterdemokratische Methode an die Hand, um ihre Antidiskriminierungsstrategie noch erfolgreicher abzurunden.

Vorlage für die Landeskongress am 21. September 2008 auf Beschluss des Vorstandes, auf der Landeskongress einstimmig angenommen.

2 Organisation und Arbeitsweise von Aidshilfen

2.1 Verein und Vorstand

Die Organisationsform aller Aidshilfen in Niedersachsen und des Landesverbandes ist die eines eingetragenen Vereins (e.V.) mit dem steuerlichen Kriterium der Gemeinnützigkeit. Folglich unterliegen die Aidshilfen den Richtlinien des Vereinsrechts. Für den Gemeinnützigkeitsstatus ist das allgemeine Verfahrensrecht für die Steuerverwaltung maßgeblich. Die Anerkennung wird vom Finanzamt ausgesprochen; Aidshilfen müssen ihm gegenüber regelmäßig nachweisen, dass sie gemeinnützig tätig sind. Diese Rechtsgrundlage ermöglicht eine Förderung durch Mittel der Öffentlichen Hand und erleichtert die Spendengewinnung.

Als Vereine müssen die Aidshilfen über eine Satzung verfügen, die in allen Belangen rechtsverbindlich und für die Strukturen maßgeblich ist. Die Satzung sollte beziehungsweise muss u.a. den Vereinszweck, die Mitgliedschaft, die Beitragszahlungen, die Organe und die Kompetenzen des Vorstands bestimmen. Aufgrund der großen Bedeutung, die der Satzung – besonders in Konfliktfällen – zukommt, empfiehlt sich ein sehr sorgfältiger Umgang bei der Erstellung, Veränderung und Auslegung der Paragraphen. In Zweifelsfällen sollten nicht nur Fachliteratur, sondern auch erfahrene, professionelle Berater*innen zu Rate gezogen werden. Für transparente Vereinskommunikation ist es sinnvoll, die Satzung immer in der aktuellen Fassung griffbereit zu haben und allen Mitgliedern ein Exemplar zur Verfügung zu stellen.

Das für die Willensbildung zuständige Organ ist die Mitglieder- oder Vereinsversammlung. Sie kann z.B. eine Satzungsänderung beschließen, und sie wählt den Vorstand. Da die Aidshilfen in Niedersachsen keine einheitliche Satzung haben, gibt es auch keine allgemeingültige Formulierung der Paragraphen, die sich mit dem Vorstand als Leitungsorgan befassen. Vorstände sind jedoch ausnahmslos für die materiellen und personellen Belange des Vereins verantwortlich (Arbeitgeber*in-Rolle). Einzelne Kompetenzen können aber in der Geschäftsordnung z.B. an eine Geschäftsführung übertragen werden.

Die Entwicklung vieler Aidshilfen hat in den vergangenen Jahren gezeigt, dass erfolgreiche Vereinsführung stark vom ehrenamtlichen Engagement der Vorstandsmitglieder abhängt. Vorstandsarbeit profitiert dabei besonders von persönlicher Reife und beruflichen Erfahrungen, von einem geschlossenen Auftreten innerhalb und außerhalb der Aidshilfe, von Verbindlichkeit und Verantwortungsbereitschaft.

2.2 Ehrenamtliche und hauptamtliche Mitarbeiter*innen

Die Arbeitsweise der Aidshilfen beruht auf einem Zusammenspiel haupt- und ehrenamtlicher Mitarbeiter*innen. Unterschiede ergeben sich aus der Größe des Vereins, regionalen Arbeitsschwerpunkten sowie der damit verbundenen Mitarbeiter*innenzahl und Mitarbeiter*innenstruktur.

Ehrenamtliche Mitarbeiter*innen

„Ein wesentlicher Teil der Arbeit von Aidshilfen beruht auf ehrenamtlicher Tätigkeit. Das Engagement und die persönlichen Kompetenzen der ehrenamtlichen Helfer*innen prägen das vielfältige Bild der Aidshilfe-Arbeit mit.“

(Curriculum für die Ausbildung von Ehrenamtlichen, Beratung und Betreuung in AIDS-Hilfe, S. 16)

Die Aufgabe und Anzahl der Ehrenamtlichen unterscheidet sich nach Größe, Struktur und Entwicklung der Aidshilfe. Es kann daher kein einheitliches Aufgabenspektrum geben.

Mögliche Einsatzgebiete der Ehrenamtlichen sind unter anderem:

- Vorstandstätigkeit
- Telefonberatung
- Betreuung/Begleitung
- Öffentlichkeitsarbeit und Fundraising
- Vor-Ort-Arbeit

Innerhalb dieser Aufgabengebiete richtet sich die Mitarbeit auch nach der jeweiligen Qualifikation und dem Interesse der Ehrenamtlichen sowie nach den Erfordernissen der Einrichtung. Die Aidshilfe plant Stellen und entscheidet, welche Arbeitsgebiete sie mit Ehrenamtlichen besetzt.

Wichtig ist neben der Auswahl und Ausbildung auch die weiterführende Qualifikation und kontinuierliche Anleitung von Ehrenamtlichen, die jede Aidshilfe gewährleisten muss. Dabei ist es für jede Aidshilfe möglich, die Aus- und Fortbildung der Ehrenamtlichen entweder selbst zu übernehmen oder auf die bestehenden überregionalen Angebote zu verweisen, zum Beispiel auf die DAH und der „Akademie Waldschlösschen“.

Alle Arbeitsbereiche der Aidshilfe können auch mit Hauptamtlichen besetzt werden. Wichtig ist dabei das Zusammenspiel von Hauptamtlichen und Ehrenamtlichen, in dem es um Unterstützung und Zusammenarbeit geht und nicht darum, die Ehrenamtlichen überflüssig zu machen oder zu verdrängen.

Die Struktur der einzelnen Aidshilfen bedingt auch die unterschiedlichen Konzepte bezüglich haupt- und ehrenamtlicher Mitarbeit. Hier kann es keine einheitlichen Maßstäbe geben. Es ist allerdings wichtig, ein Konzept zu erarbeiten und bekannt zu machen, das die Struktur und Aufgabenverteilung sowohl für haupt- als auch für ehrenamtliche Mitarbeiter*innen transparent macht.

Hauptamtliche Mitarbeiter*innen

Arbeitsgebiete der hauptamtlichen Mitarbeiter*innen in Aidshilfen sind sowohl die inhaltliche Arbeit als auch die Zusammenarbeit mit Ehrenamtlichen. Dazu gehört auch die Anleitung von Ehrenamtlichen. In diesem Zusammenspiel müssen wenigstens die Minimalanforderungen an die Arbeitsfelder der Aidshilfen erfüllt werden.

Folgende Bereiche setzen in der Regel die Fachkompetenz und zeitliche Präsenz von Hauptamtlichen voraus. Deswegen sollten sie von allen Aidshilfen vorrangig mit Hauptamtlichen abgedeckt werden:

- Beratung
- Anleitung von Gruppen/ Koordination von Ehrenamtlichen

2.3 Selbsthilfe

Aidshilfe hat sich aus Selbsthilfe entwickelt - Selbsthilfe ist auch heute noch ein Teil des Profils von Aidshilfe.

In den von Aidshilfe geförderten Selbsthilfegruppen organisieren sich Menschen mit HIV und Aids, deren Angehörige/ Zugehörige bzw. Hinterbliebene oder besonders durch HIV betroffene bzw. diskriminierte Gruppen (Schwule, Drogengebraucher*innen, Frauen)

2.4 Unterstützung von Selbsthilfe

Zwar kann Selbsthilfe nicht verordnet werden, aber es gibt Bedingungen, die der Selbsthilfe förderlich sind. Dazu gehört die Öffnung der Räume, technische und in geringem Maße auch finanzielle Unterstützung (z. B. Gerätebenutzung, evtl. Versand von Einladungen). Diese Unterstützung zerstört die Selbsthilfe nicht.

In besonders schwierigen Phasen kann Aidshilfe eine Selbsthilfegruppe auch personell durch professionelle Anleitung unterstützen oder in anderen Fällen Starthilfe geben. Jedoch muss dann darauf geachtet werden, dass eine Gruppe nicht ihren Charakter als selbstbestimmte Selbsthilfegruppe verliert. Die besonderen Eigenschaften einer Selbsthilfegruppe können nur bewahrt bleiben, wenn jede Anleitung von vornherein zeitlich begrenzt ist oder bei Erreichen eines bestimmten Zielles eingestellt wird.

2.5 Dienstleistungen

Aidshilfe bietet Dienstleistungen für andere Menschen an. Diese sind hauptsächlich:

- Beratung am Telefon oder persönlich zu HIV, Aids, medizinischen Behandlungsmöglichkeiten, Test- und Schutzmöglichkeiten
- Information durch Gespräche, Veranstaltungen oder gedrucktes bzw. im Internet verbreitetes Material
- Unterstützung und Anleitung von Gruppen
- Förderung von Selbsthilfe
- Anbieten der Koordination in besonders komplizierten Situationen (Umzug, Pflege, Tod eines An- oder Zugehörigen usw.)
- Vermitteln anderer oder weiterer Hilfen, auch finanzieller Art (Sozialberatung)
- Unmittelbare finanzielle Unterstützung in Einzelfällen

Um diese Dienste leisten zu können, muss Aidshilfe weitere Aktivitäten entfalten. Dazu gehören Mittelakquise Imagepflege oder PR. Diese Tätigkeiten dürfen jedoch nicht zum Selbstzweck werden, sondern müssen ihren dienenden Charakter erkennbar behalten.

2.6 Vernetzung

Aidshilfe kann nicht alle Aufgaben, die auf sie zukommen, selbst lösen. Deshalb gibt sie Arbeiten ab, muss aber deren Qualität kontrollieren. Aidshilfe muss auch die Vernetzung von solchen Personen, Gruppen und Institutionen, die für die Arbeit von Aidshilfe wichtig sind, vorantreiben. Dazu gehören insbesondere Beratungs- und Unterstützungseinrichtungen und (Selbst-) Hilfgemeinschaften der Hauptbetroffenen Gruppen Schwule, Drogengebraucher*innen und Frauen.

3 Arbeitsbereiche von Aidshilfen

3.1 Prävention

Menschenbild

Das Menschenbild der Aidshilfen ist humanistisch geprägt und den Menschenrechten verpflichtet.

Folgende Stichworte kennzeichnen dieses Verständnis:

- Alle Menschen sind gleichwertig und gleichberechtigt.
- Menschen können und sollen sich frei entscheiden, sich frei entwickeln und frei handeln.
- Menschen sind frei in ihrer Lebensgestaltung, Weltanschauung und Religion und leben dabei im Spannungsfeld von Autonomie und Abhängigkeit.
- Die Freiheit eines Menschen endet dort, wo er die Freiheit eines anderen einschränkt, die Schwäche eines anderen ausnutzt oder das Vertrauen eines anderen missbraucht.

Daraus ergeben sich Leitbilder für die Präventionsarbeit:

- Glaubwürdige Prävention ist aufrichtig, authentisch sowie wissenschaftlich und fachlich abgesichert.
- Die Nutzung von Präventionsangeboten ist freiwillig und wird von Präventionist*innen nicht erzwungen.
- Verhaltens- und Verhältnisprävention bilden eine Einheit.
- Prävention fördert den informierten, lustvollen und selbstbestimmten Umgang mit Sexualität und Infektionsrisiken. Präventionist*innen bestärken die Selbstbestimmung und Eigenverantwortung sowie das Verantwortungsbewusstsein anderen gegenüber. Sie beziehen das Konzept von Risikomanagement in ihre Arbeit ein.
- Prävention erzeugt keinen Handlungs- oder Rechtfertigungsdruck, sie arbeitet ohne moralische oder „Muss“-Botschaften und verzichtet bewusst auf manipulative oder Angst auslösende Strategien.
- Prävention orientiert sich an den Lebenswelten und Lebensweisen der Menschen und baut möglichst auf ihrem Erfahrungshintergrund auf. Präventionist*innen respektieren die individuelle sexuelle Orientierung und geschlechtliche Identität eines Menschen. Sie berücksichtigen die erkennbaren Bedürfnisse und Grenzen von Menschen aufgrund sozialer, ethnischer, religiöser oder sprachlicher Hintergründe.
- Lebensweisen-Akzeptanz, Antidiskriminierung und Solidarität kennzeichnen alle Ebenen von Prävention. Präventionsarbeit setzt sich ein für die Sichtbarkeit und Gleichberechtigung vielfältiger Beziehungsmodelle, sexueller Orientierungen und geschlechtlicher Identitäten. Prävention fördert eine Kultur der Vielfalt, einen selbstverständlichen Umgang mit HIV-positiven Menschen und ein selbstbewusstes Leben mit der Infektion. Sie will Menschen darin unterstützen, sich gegen Benachteiligung, Stigmatisierung oder Missbrauch zu schützen bzw. zu wehren.

3.1-1 Prävention für Schwule und andere Männer, die Sex mit Männern haben (MSM)

3.1-1.1 Ausgangslage und neue Herausforderungen

Schwule und andere Männer, die Sex mit Männern haben (MSM), stellen weiterhin die Hauptbetroffenengruppe von Menschen mit HIV und Aids dar: Von den ca. 3.100 geschätzten HIV-Neuinfektionen im Jahr 2016 sind mindestens 68 % (ca. 2.100) auf sexuelle Kontakte unter Männern zurückzuführen¹. Deshalb ist die Primärprävention bei Schwulen und anderen MSM ein Hauptanliegen der niedersächsischen Aidshilfen.

Von Beginn an versuchen Aidshilfen, HIV-Infektionen bei Schwulen und anderen MSM entgegenzuwirken. Verschiedene gesellschaftliche Veränderungsprozesse beeinflussen seitdem diese Arbeit. Gleichzeitig versuchen Aidshilfen, auf diese Entwicklungen Einfluss zu nehmen. Mittlerweile erfährt Homosexualität eine höhere Akzeptanz in der Gesellschaft und Öffentlichkeit. Die rechtliche Situation von Schwulen hat sich durch die Abschaffung des § 175 und die Einrichtung der Eingetragenen Lebenspartnerschaft deutlich verbessert. Aidshilfen unterstützen durch gezielte Öffentlichkeitsarbeit und Interessenvertretung diese emanzipatorischen Entwicklungen.

Seit ca. 2008 gehen die HIV-Neuinfektionen bei MSM zurück. Studien zeigen (u.a. EMIS 2011)², dass das Safer-Sex-Verhalten der schwulen und bisexuellen Männer in Deutschland auf einem stabilen und hohen Niveau liegt. Aidshilfen bieten verstärkt Test- und Beratungsangebote an. Infolge der gestiegenen Testbereitschaft erfahren Menschen eher von ihrer Infektion und werden früher behandelt als vor einigen Jahren. Da durch die wirksame ART die Wahrscheinlichkeit einer Übertragung von HIV erheblich sinkt, hat das positive Auswirkungen auf das Infektionsgeschehen. Auf der anderen Seite ist es für die HIV-Prävention eine Herausforderung, dass weiterhin ein beträchtlicher Anteil HIV-Positiver erst im Aids-Stadium von ihrer Infektion erfährt. Der späte Behandlungsbeginn kann die Therapiemöglichkeiten erschweren.

In den schwulen Szenen hat sich ein zum Teil drastischer Wandel vollzogen, vor allem durch die Kommerzialisierung, den Trend zu Großveranstaltungen wie CSDs oder Partys und die Verlagerung vieler Aktivitäten wie Kontaktanbahnung ins Internet.

Das Internet ist aus dem Lebensalltag der meisten Schwulen und anderen MSM nicht mehr wegzudenken und hat einen großen Einfluss darauf, wie sie ihr schwules bzw. MSM-Umfeld organisieren. Sowohl bei der Informationsbeschaffung als auch bei der (Sex-) Partnersuche bzw. Kontaktpflege spielt das Internet mittlerweile die überragende Rolle.

Davon unmittelbar betroffen ist in erster Linie die klassische schwule Szene (Bars, Kneipen, Clubs etc.), die in den meisten Städten kleiner wird. Prognosen gehen davon aus, dass vor allem die Lokalitäten überleben werden, die einen Raum für sexuelle Handlungen bieten (z.B. Sex-Kinos, Saunen, Lokale mit Darkrooms).

¹ vgl. **Robert-Koch-Institut:** Epidemiologisches Bulletin Nr. 47, Köln 2017.

² **EMIS:** Europäische Internet-Befragung schwuler und bisexueller Männer, Community Report 2, www.emis-project.eu/sites/default/files/public/publications/emiscommunity2_german.pdf. 2011.

Veränderungen gibt es auch in der schwulen Medienlandschaft: Das Medium Internet gewinnt auf Kosten des Mediums „Schwule Presse“ an Bedeutung. Trotzdem behalten die Printmedien einen hohen Stellenwert (vgl. SMA-2011)³.

Ändern sich die Orte (auch im virtuellen Sinn), die von Schwulen und anderen MSM besucht werden, oder wechseln die Medien, mit denen sich die Zielgruppen informieren, folgt daraus, dass die Prävention mit ihren Angeboten und ihren Qualitätsstandards den Zielgruppen folgen muss - unter anderem ins Internet.

Die langjährigen Bemühungen in der Präventionsarbeit in den schwulen Szenen lassen sich in einem kontinuierlichen Qualitätsentwicklungsprozess aufzeigen. Wichtiges Instrument zur Qualitätssicherung der Arbeit war bis 2012 der Facharbeitskreis „Prävention im Schwulenbereich“ der Aidshilfe Niedersachsen, die 1989 gegründet wurde. Diese Aufgabe übernahm mit der Gründung des neuen Fachbereichs MSM der „Präventionsrat“. Mit der Installation der Präventionskampagne „hin und wech – Schwule lieben in Niedersachsen“ wurde im Jahre 2000 die zielgruppenspezifische Primärprävention erstmals flächendeckend und dezentral verstärkt. Der Fachbereich MSM führt diesen Ansatz fort und bindet erstmals andere Akteur*innen (u.a. aus der schwulen Selbsthilfe, Gesundheitsämter) in die Arbeit unter dem gemeinsamen Label „**SVeN – Schwule Vielfalt erregt Niedersachsen**“ ein.

3.1–1.2 Ziel, Auftrag und Strategien der Prävention

Ziel

Unser Ziel ist, dass Schwule und andere Männer, die Sex mit Männern haben (MSM), informiert, lustvoll und selbstbestimmt mit Körper, Sexualität und Infektionsrisiken umgehen und dass sie ihre individuelle Lebensweise selbstbewusst und verantwortungsbewusst gestalten. Unsere Präventionsarbeit stärkt deshalb das Gesundheitsbewusstsein und Risikomanagement sowie die Partizipation und Emanzipation unserer Zielgruppen und fördert deren Schutz und Gleichberechtigung in unserer heteronormativ geprägten Gesellschaft.

Auftrag

Mit diesem Ziel verbinden wir den Auftrag,

- die HIV-Neuinfektionsrate bei Schwulen und anderen MSM in Niedersachsen niedrig zu halten bzw. weiter einzudämmen
- die Verbreitung anderer sexuell übertragbarer Infektionen (STI⁴) einzudämmen
- die Infrastrukturen, Vernetzung und Solidarität in der schwulen und LGBT*QI⁵-Community zu fördern

³ **Michael Bochow et al.:** Schwule Männer und HIV/AIDS: Lebensstile, Sex, Schutz- und Risikoverhalten 2010. In: AIDS-Forum DAH, Bd. 60, Deutsche AIDS-Hilfe e.V., Berlin 2011.

⁴ **engl. Abkürzung** für sexually transmitted infections

⁵ **engl.** für Lesben, Schwule, Bisexuelle, Trans*Personen, queere Personen und intersexuelle Personen

- das Leben mit HIV sowie HIV-positive Sexualität zu entstigmatisieren
- HIV-Positive aktiv in die Prävention einzubeziehen
- die Akzeptanz in der Gesellschaft gegenüber der Vielfalt von Lebensweisen, sexuellen Orientierungen und Identitäten zu stärken

Strategien

Um Ziel und Auftrag bestmöglich zu erfüllen, nutzen wir vielfältige Strategien, die sich größtenteils am Konzept der Strukturellen Prävention⁶ der Deutschen AIDS-Hilfe ausrichten. Im Sinne einer Einheit von Verhaltens- und Verhältnisprävention stärken wir die Ressourcen und Gestaltungskräfte von Einzelnen und Gruppen und fördern die Lebensbedingungen in sozialräumlichen und Szene-Strukturen sowie auf der gesellschaftlichen Ebene.

Unsere zentralen Strategien:

- Durch **multimediale und flächendeckende Verbreitung der Präventionsinhalte**, u.a. über ein eigenes Internetportal, gewährleisten wir, dass jeder Schwule oder andere MSM in Niedersachsen Zugang zu den aktuellsten Präventionsbotschaften erhält.
- Durch eine **zeitgemäße und lebensweisenorientierte Prävention**, die neben Präventionsbotschaften u.a. auch Gesundheitsangebote und die Stärkung der LGBT*QI-Community beinhaltet, stärken wir die Lebensqualität und insbesondere das Selbstbewusstsein, Gesundheitsbewusstsein und individuelle Risikomanagement von Schwulen und anderen MSM. Hierbei berücksichtigen wir die Lebensweisen und Bedürfnisse HIV-negativer, HIV-positiver und ungetesteter Männer.
- Durch die Förderung von Vernetzung und Empowerment in der schwulen und LGBT*QI-Community mit besonderer Berücksichtigung von Vielfalt und Unterschiedlichkeit wird eine Kultur von Akzeptanz, Wertschätzung und Respekt sich selbst und anderen gegenüber gefördert.⁷
- Durch **größtmögliche Partizipation unserer Zielgruppen** in Form von Mitwirkung an Planung, Durchführung und Evaluation von Präventionsmaßnahmen und anderen Angeboten sorgen wir für zielgruppengerechte Botschaften und Methoden. Hierbei würdigen wir die Expertise unserer Zielgruppen, die sich mit den Verhältnissen und Bedürfnissen in ihrer jeweiligen Subkultur bestens auskennen⁸, und wir legen Wert auf die Mitwirkung HIV-Positiver. Durch Partizipationsangebote stärken wir die Möglichkeiten von Emanzipation und gleichzeitig die Akzeptanz unserer Präventionsarbeit sowie das positive Image der Aidshilfen und der Partnerorganisationen im Fachbereich MSM.
- Durch die **Einbindung anderer im Bereich unserer Zielgruppen tätiger Partnerorganisationen in den Fachbereich MSM** verbessern wir die Reich-

⁶ **Jochen Drewes et al.:** Strukturelle Prävention – eine Betrachtung aus gesundheitswissenschaftlicher Perspektive. In: Jochen Drewes/Holger Sweers (Hg.): Strukturelle Prävention und Gesundheitsförderung im Kontext von HIV. AIDS-Forum DAH, Bd. 57, Deutsche AIDS-Hilfe e.V., Berlin 2010, 15-24

⁷ **Rolf Rosenbrock:** Kreativität und Durchhaltevermögen. In: Jochen Drewes/Holger Sweers (Hg.): Strukturelle Prävention und Gesundheitsförderung im Kontext von HIV. AIDS-Forum DAH, Bd. 57, Deutsche AIDS-Hilfe e.V., Berlin 2010, 351.

⁸ *ebd.*, 356.

weite und Vielfalt der Prävention, vergrößern wir zielgruppenspezifische Infrastrukturen und schaffen Synergien bei der Interessenvertretung für Schwule und andere MSM.

- Durch gezielte **Interessenvertretung in Form von Netzwerk-, Öffentlichkeits- und Lobbyarbeit** stärken wir die Sichtbarkeit, Anerkennung und Antidiskriminierung schwuler und bisexueller Männer und treten ein für die Gleichberechtigung und Gleichstellung von LGBT*QI-Lebensweisen gegenüber heteronormativen Lebensweisen.

3.1–1.3 Strukturelle Prävention

Ziel, Auftrag und Strategien der Prävention wurden im vorangehenden Kapitel erläutert. Das dabei zugrunde liegende Konzept der Strukturellen Prävention soll hier kurz skizziert werden.

Zur Einheit von Verhaltensprävention, Verhältnisprävention und struktureller Prävention

Prävention zielt nicht allein auf die Sensibilisierung für bzw. Veränderung von gesundheitsbezogenem Verhalten (Verhaltensprävention), sondern auch auf die Veränderung und Gestaltung von Lebensbedingungen, welche die Gesundheit und das Verhalten der Menschen beeinflussen (Verhältnisprävention).⁹ Deshalb fördern Aidshilfen seit jeher schwule Strukturen sowie einen auf Anerkennung und Gleichberechtigung zielenden gesellschaftlichen Diskurs. Noch weiter wird das Konzept der Strukturellen Prävention gefasst: „Es ist (...) als Konzept der verhältnisgestützten Verhaltensmodifikation mit emanzipatorischem und partizipativem Leitmotiv zu bezeichnen (...).“¹⁰ Prävention soll einen Anteil leisten zu Emanzipation und Empowerment, also zur Befreiung aus Abhängigkeiten und Benachteiligungen und zur Steigerung von Selbstbestimmung, Mitbestimmung und Selbstorganisation im Sinne besserer Lebensverhältnisse.^{11 12}

Gesellschaftliche Hintergründe für die Notwendigkeit struktureller Prävention

- Individuelle Lebensverhältnisse, sozialräumliche Strukturen und gesellschaftliche Bedingungen sind mitentscheidend dafür, welche Kommunikationsfähigkeiten, Handlungsfreiheiten und Einflussmöglichkeiten Schwule und andere MSM gelernt haben bzw. entwickeln, also in welchem Maße sie selbstbe-

⁹ **Jochen Drewes et al.:** Strukturelle Prävention - eine Betrachtung aus gesundheitswissenschaftlicher Perspektive. In: Jochen Drewes/Holger Sweers (Hg.): Strukturelle Prävention und Gesundheitsförderung im Kontext von HIV. AIDS-Forum DAH, Bd. 57, Deutsche AIDS-Hilfe e.V., Berlin 2010, 16

¹⁰ **ebd.**, S. 24

¹¹ **ebd.**, S. 21 f.

¹² **Christoph Kraschl et al.:** Empowerment als Strategie in der HIV-Prävention. In: Jochen Drewes/Holger Sweers (Hg.): Strukturelle Prävention und Gesundheitsförderung im Kontext von HIV. AIDS-Forum DAH, Bd. 57, Deutsche AIDS-Hilfe e.V., Berlin 2010, 151-168

wusst, gleichberechtigt und selbstbestimmt leben (können) – dies wiederum sind Stellschrauben für Gesundheitsbewusstsein und den Umgang mit sexuellen Infektionsrisiken.

- Wissenschaftlich belegt ist eine sozial und ökonomisch bedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen, die sich auch bei HIV zeigt: HIV-Infektionen kommen häufiger vor in Bevölkerungsgruppen mit sozialen und ökonomischen Benachteiligungen als in privilegierten gesellschaftlichen Gruppen. Schwule und andere MSM erleben soziale Benachteiligung beispielsweise in Form von Stigmatisierung, Ausgrenzung, Gewalt und rechtlicher Ungleichbehandlung, was sich auch auf deren seelische Gesundheit auswirken kann.^{13 14}
- Zahlreichen Studien zufolge begünstigen folgende Ressourcen eine niedrige Infektionswahrscheinlichkeit: ausreichende materielle Versorgung, Selbstverständlichkeit der eigenen Sexualität, Emanzipation.¹⁵

Zentrale Qualitätskriterien struktureller Prävention

- Stärkung des Selbstbewusstseins schwuler Männer und ihrer Zugehörigkeit zur schwulen bzw. LGBT*QI-Community (Identifikation, Partizipation und Empowerment)
- Stärkung der schwulen bzw. LGBT*QI-Community (Vielfalt, Sichtbarkeit und Vernetzung der Angebotsstruktur; Interessenvertretung und Einflussnahme im öffentlichen, medialen und politischen Raum zum Abbau von Benachteiligungen)
- Gute Erreichbarkeit und Vernetzung von Präventions- und Beratungsangeboten sowie Test- und Behandlungsmöglichkeiten im Zusammenhang mit HIV und anderen STIs.

3.1–1.4 Kommunikation und Methoden

Die zentralen Strategien der Präventionsarbeit sind im Kapitel „3.1 – 1.2 Ziel, Auftrag und Strategien der Prävention“ näher beschrieben:

- multimediale und flächendeckende Verbreitung der Präventionsinhalte
- zeitgemäße und lebensweiseorientierte Prävention
- Förderung von Vernetzung und Empowerment in der schwulen und LGBT*QI-Community
- größtmögliche Partizipation unserer Zielgruppen
- Einbindung anderer im Bereich unserer Zielgruppen tätiger Partner*inorganisationen in den Fachbereich MSM
- Interessenvertretung in Form von Netzwerk-, Öffentlichkeits- und Lobbyarbeit

¹³ **Dirk Sander:** „Vulnerabilitätsfaktoren“ im Kontext von HIV. In: Jochen Drewes/Holger Sweers (Hg.): Strukturelle Prävention und Gesundheitsförderung im Kontext von HIV. AIDS-Forum DAH, Bd. 57, Deutsche AIDS-Hilfe e.V., Berlin 2010, 106f.

¹⁴ **Martin Kruspe:** Wie geht's Euch? – Studie zur seelischen Gesundheit von schwulen und bisexuellen Männern in Deutschland, Deutsche AIDS-Hilfe e.V., Berlin 2013 (in Bearbeitung)

¹⁵ **Jochen Drewes/Holger Sweers:** Einführung. In: Strukturelle Prävention und Gesundheitsförderung im Kontext von HIV. AIDS-Forum DAH, Bd. 57, Deutsche AIDS-Hilfe e.V., Berlin 2010, 4

Die Umsetzung dieser Strategien erfolgt durch Kommunikation und durch den Einsatz verschiedener Methoden.

3.1-1.4.1 Kommunikation

Bei der gesamten Präventionsarbeit greifen zwei verschiedene Kommunikationswege ineinander: die mediale und die persönliche Kommunikation. Die Wirksamkeit von Prävention steigt umso mehr, desto stärker sich medialer Informationsfluss und persönliche Kommunikation gegenseitig ergänzen.

Mediale Kommunikation

Mediale Kommunikation ermöglicht die Verbreitung von Informationen bzw. Botschaften, ohne dass die Nutzenden der Medien und die Präventionist*innen zur gleichen Zeit am gleichen Ort sein müssen. Über Medien ist es möglich, kontinuierlichen Kontakt zu unseren Zielgruppen zu halten. All diese Medien ermöglichen eine „erinnernde“ Prävention, sie können Orientierung bieten sowie einfache und differenzierte Botschaften vermitteln:

- Printprodukte: Flyer, Broschüren, Postkarten, Plakate, Aufkleber etc.
- Anzeigen, Veranstaltungsankündigungen und Berichterstattungen in (schwulen) Printmedien
- Digitale Medien: Internetbanner, eigene Webseiten, Postings in Social Media, Filmspots etc.
- Sonstige Give-Aways

Persönliche Kommunikation

Die persönliche Kommunikation ermöglicht unmittelbare individuelle oder gruppenbezogene Interaktion, die ein Spektrum vom einfachen Blickkontakt bis zum intensiven Beratungsgespräch umfassen kann. Wichtig ist die Unterscheidung zwischen einem Informations- oder Präventionsgespräch auf der einen Seite und einer Beratung auf der anderen Seite:

In einem Informations- oder Präventionsgespräch werden Informationen und Präventionsbotschaften weitergegeben, wobei auch die persönliche (Lebens-) Situation eines Menschen einbezogen werden kann. Beratung beginnt, sobald sich ein Gesprächspartner*in als ratsuchende Person zeigt, indem er*sie z.B. zur eigenen konkreten Situationen vertiefende Fragen stellt, Ängste verbalisiert oder in anderer Weise um Unterstützung bittet. Beratung erfordert deshalb einen geschützten Rahmen und Präventionist*innen, die entsprechend aus- bzw. weitergebildet sind. In situativ entstehenden Beratungssituationen kann es deshalb u.U. notwendig werden, den unmittelbaren Ort zu wechseln oder das Gespräch an eine*n erfahrenen Präventionist*in zu delegieren. Möglicherweise ist es auch sinnvoll, ein ganz anderes Setting für ein ausführlicheres Gespräch zu verabreden, z.B. in der Beratungsstelle.

3.1–1.4.2 Methoden

Das Methodenspektrum umfasst unterschiedliche Handlungsebenen der Verhaltens- und Verhältnisprävention bzw. der Strukturellen Prävention.

Die Methoden können in vier Kategorien unterteilt werden:

Vor-Ort-Arbeit

Die Vor-Ort-Arbeit kann in der Szene, auf Veranstaltungen, bei Gruppenbesuchen oder als aufsuchende Arbeit (z.B. an sexuellen Orten) stattfinden. Sie soll insbesondere persönliche Kommunikation ermöglichen, unterstützen und verbessern – sowohl zwischen Präventionist*innen und der jeweiligen Zielgruppe, als auch innerhalb der Zielgruppe. Qualitätsfaktoren der Vor-Ort-Arbeit sind Sichtbarkeit, Kontinuität und eine zum jeweiligen Setting passende Interaktion. Auch eine gute Zusammenarbeit mit möglichen Kooperationspartner*innen vor Ort kann entscheidend sein, z.B. mit Betreibenden einer Location.

Veranstaltungen

Die Durchführung eigener Veranstaltungen ermöglicht

- Informationsweitergabe und Gesundheitsförderung (Beispiel: Test- und Beratungsangebote zu HIV und anderen sexuell übertragbaren Infektionen in Zusammenarbeit mit Gesundheitsämtern und/oder Arztpraxen)
- Wissensvermittlung und Austausch zu lebensweisenspezifischen Themen (z.B. Film- und Diskussionsabende)
- Vernetzung, Partizipation und Empowerment, vor allem bei ehrenamtlich (mit)organisierten Veranstaltungen (Beispiele: Party, Outdoorveranstaltung, CSD, Sportevent)
- die Außendarstellung der eigenen Organisation oder Gruppe als kompetente Ansprechpartner*in für Prävention und Interessenvertretung
- die Schaffung eines Raums für Prävention in strukturschwachen Regionen

Infrastruktur- und Vernetzungsarbeit

Die Stärkung der schwulen Infrastruktur und der LGBT*QI-Community durch Vernetzungsarbeit und eigene Angebote ist ein wichtiges Standbein der strukturellen Prävention. Die Möglichkeiten sind vielfältig; einige Beispiele:

- Initiierung neuer und Förderung bestehender Treffpunkte, Stammtische, Veranstaltungsreihen etc.
- Förderung der Zusammenarbeit von Locations, Gruppen und Organisation im Bereich der schwulen und LGBT*QI-Community
- Publikation eines Szeneguides (lokale/ regionale Sammlung von schwulen oder LGBT*QI-Angeboten)

(Gesellschaftspolitische) Lobbyarbeit

Die Lobbyarbeit dient ebenfalls der Verbesserung der gesellschaftlichen und sozial-räumlichen Rahmenbedingungen, in denen Schwule und andere MSM leben und in denen Präventionsarbeit stattfindet. Sie ist nach außen gerichtet und wendet sich z.B. an kommunale Entscheidungstragende oder an die Allgemeinbevölkerung. Sie besteht vor allem aus

- Medien- und Öffentlichkeitsarbeit (z.B. Kooperation mit Presse, Rundfunk, Fernsehen, Onlinemedien; eigene Publikationen; Infostände)
- Kontaktpflege und Kooperation im Bereich Lokalpolitik/ Kommunalverwaltung

Für eine gelingende Prävention im Sinne unseres Ziels und Auftrags (siehe **3.1 – 1.2**) ist ein ausgewogener Methoden-Mix notwendig. Bei allen Methoden ist es sinnvoll – teilweise auch Voraussetzung – Kooperationspartner*innen zu finden oder Netzwerke zu bilden. Geeignete Kooperationspartner*innen können auch ins Präventionsnetzwerk SVeN aufgenommen werden, um dauerhaft in der gemeinsamen Präventionsarbeit und Interessenvertretung mitzuwirken.

3.1–1.5 Risikomanagement

Mit unserer Präventionsarbeit stärken wir das individuelle Risikomanagement von Schwulen und anderen MSM im Umgang mit sexuellen Infektionsrisiken.

Wir verstehen Risikomanagement als grundsätzlichen Bestandteil der individuellen sexuellen Lebensweise. Risikomanagement umfasst verschiedene Strategien, um die Risiken einer HIV- oder/ und STI-Infektion vor, während oder nach einer Risikosituation zu senken.

Ein (selbst)bewusstes Risikomanagement bedeutet, mit Körper, Sexualität und Infektionsrisiken informiert, lustvoll und selbstbestimmt umzugehen. Dabei geht es darum, den Wunsch nach Intimität und lustvollem (ggf. ungeschützten) Sex mit dem Wunsch, sich vor bestimmten Infektionsrisiken zu schützen, in einen Ausgleich zu bringen. Die Basis dafür bildet eine realistische Risikoeinschätzung in der jeweiligen sexuellen Interaktion.

Risikomanagement beinhaltet und erfordert verschiedene Kompetenzen sowie Fragen, mit denen sich jede Person auseinandersetzt:

- **Wissen:** Welche Infektionsrisiken, Schutzstrategien und Testmöglichkeiten sind für meine sexuellen Praktiken und Lebensweisen relevant?
- **Wollen:** Wie will ich meine Bedürfnisse lustvoller Sexualität mit meinem Bedürfnis nach Schutz in Einklang bringen?
- **Entscheiden:** Welche Risiken möchte ich auf welche Weise senken oder ausschließen? Welche Risiken bin ich unter welchen Umständen bereit einzugehen?
- **Hinsehen:** Zeigt mein Körper Symptome einer STI? Sehe ich Auffälligkeiten am Körper meines/meiner Partner(s)?
- **Wahrnehmen:** Nehme ich meine Gefühle, Wünsche, Bedürfnisse und Grenzen wahr? Wie nehme ich meine(n) Partner wahr?
- **Kommunizieren:** Wie kommuniziere ich über meine Bedürfnisse, Grenzen und Entscheidungen und wie über die meines/meiner Partner(s)?
- **Aushandeln:** Wie gehen wir mit konträren Vorstellungen und Wünschen um?
- **Handeln:** Wie gut kann ich meine ausgewählten Schutzstrategien umsetzen oder was brauche ich dafür, um es besser zu können? Halte ich Vereinbarungen ein?

Wir unterstützen Schwule und andere MSM bei ihren Bemühungen um Risikosenkung, indem wir sie für ihr persönliches Risikomanagement sensibilisieren. Wir bieten ihnen Raum, ihre individuellen Strategien zu reflektieren und unterstützen sie darin, zwischen kurzfristigem Wohlbefinden und dauerhaftem Wohlergehen abzuwägen und Kompromisse zu finden.¹⁶

Im Einzelnen ermöglicht Prävention Schwulen und anderen MSM Lernprozesse zur Stärkung ihrer Wahrnehmungs-, Entscheidungs-, Kommunikations- und Handlungsfähigkeit im Umgang mit Intimität und Sexualität, und sie bietet ihnen einen Raum, um ihre Wünsche gegenüber Sex- und Beziehungspartner*innen zu reflektieren. Damit unterstützen wir Schwule und andere MSM darin, ihr Maß an Achtsamkeit und Authentizität, Selbstbewusstsein und Selbstbestimmung zu erhöhen – was ein (selbst-) bewusstes Risikomanagement befördert.

Unser Menschenbild in der Prävention und unser Konzept von Risikomanagement setzen voraus, dass beim einvernehmlichen Sex grundsätzlich jeder Mensch für sich selbst verantwortlich ist.¹⁷ Auch die „Entscheidung über das individuelle Risikomanagement (und damit über die Nutzung der angebotenen Informationen bzw. die Umsetzung von Empfehlungen) liegt beim Individuum.“¹⁸ Eigenverantwortung und Selbstbestimmung gehen Hand in Hand. Darüber hinaus beinhaltet Risikomanagement auch Verantwortungsbereitschaft für gemeinsames Handeln und Achtsamkeit für andere. Dies gilt für HIV-Positive, HIV-Negative und Ungetestete in gleichem Maße.

¹⁶ **Stefan Etgeton:** Gesundheit für Alle? Prävention und ihre Grenzen. In: Stefan Alkier/Kristina Dronsch (Hg.): HIV/Aids – Ethische Perspektiven, 2009, 209-220

¹⁷ **Deutsche AIDS-Hilfe e.V.:** HIV und Strafrecht. Auf dem Weg zu einem Positionspapier der Deutschen AIDS-Hilfe. Berlin 2012.

¹⁸ **Deutsche AIDS-Hilfe e.V.:** HIV-Therapie und Prävention. Positionspapier. Berlin 2009.

Die Möglichkeiten und Grenzen für gesundheitsbewusstes und selbstbewusstes Risikomanagement sind jedoch immer auch durch individuelle Lebensverhältnisse und gesellschaftliche Strukturen mitbedingt, wie wir im Kapitel „**3.1 – 1.3 Strukturelle Prävention**“ erläutert haben.

3.1–1.6 Präventionsbotschaften

Unsere Präventionsbotschaften orientieren sich am aktuellen Stand der Wissenschaft und sind daher Veränderungen unterworfen.

Einen aktuellen Überblick über Infektionswege und Risiken hinsichtlich HIV und anderer sexuell übertragbarer Infektionen (STIs) geben die Veröffentlichungen der Deutschen AIDS-Hilfe, vor allem die „Infomappe für die Beratung in Aidshilfen“. Da dort detaillierte Risikoeinschätzungen zu finden sind, möchten wir hier nur auf unsere zentralen Präventionsbotschaften eingehen.

Safer Sex

Kondome

- „Beim Anal- bzw. Vaginalverkehr schützen Kondome und ausreichend fett-freies Gleitmittel vor einer HIV-Infektion und reduzieren das Risiko einer Ansteckung mit anderen sexuell übertragbaren Infektionen (STIs).“

Oralverkehr

- „Beim Blasen sollte kein Sperma in den Mund kommen“ („Raus bevor's kommt!“).

Schutz durch Therapie

- „Bei einer erfolgreichen antiretroviralen Therapie ist die HIV-Übertragung beim Sex ohne Kondom praktisch ausgeschlossen¹. Diese Schutzwirkung ist mindestens genauso hoch wie der Schutz durch Kondome.² Voraussetzung ist, dass die HIV-positive Person täglich ihre Medikamente nimmt, dass ihre Viruslast seit mindestens einem halben Jahr unter der Nachweisgrenze liegt und dass der Erfolg der HIV-Therapie regelmäßig ärztlich überprüft wird.“

Wir empfehlen vor der Anwendung der „Schutz durch Therapie“- Methode eine enge Abstimmung mit dem*der (Sex-)Partnerin und gegebenenfalls ärztliche Rücksprache.

¹ **Deutsche AIDS-Hilfe e.V.:** Beratung aktuell, Ausgabe 3/2013. Berlin 2013.

² **Sowohl die konsequente Kondomanwendung als auch eine erfolgreiche HIV-Therapie** bieten keinen 100%igen Schutz vor **einer** HIV-Infektion. Beide Methoden haben Studien zufolge aber eine ähnlich hohe Schutzwirkung im Bereich von 95-96% und werden von der Deutschen AIDS-Hilfe gleichermaßen als Safer Sex (annähernd sicherer Sex) bewertet.

Prä-Expositionsprophylaxe (PrEP)

- „Mit der PrEP gibt es eine weitere Möglichkeit, sich ohne Kondom zu schützen: Bei der PrEP nehmen HIV-Negative vorbeugend HIV-Medikamente zum Schutz vor einer HIV-Infektion ein. Die sichere Schutzwirkung der PrEP als Langzeiteinnahme ist wissenschaftlich nachgewiesen³. Voraussetzung dafür ist die zuverlässige tägliche Einnahme. Wir raten dringend von Selbstversuchen ohne ärztliche Beratung und Begleitung ab.“

Die PrEP ist in Deutschland seit 2016 auf Privatrezept erhältlich und muss selbst bezahlt werden. Hier handelt es sich zurzeit um die Wirkstoffe Emtricitabin und Tenofovir Disoproxil Fumarat, die bislang lediglich als Dauermedikation verschrieben werden dürfen. Eine Kurzzeit-PrEP – z.B. vor einem geplanten Sex-Event am Wochenende – ist zurzeit nicht vorgesehen. Zur jeweiligen Schutzwirkung verschiedener Kurzzeit-Einnahmeschemata gibt es zwar bereits Einschätzungen, aber keine klare Datenlage⁴.

Wer sich für eine PrEP entscheidet, sollte sich vorher auf HIV und Hepatitis-B testen und die Nierenwerte überprüfen lassen⁵. In der Einnahmezeit sollte der HIV-Test mindestens alle drei Monate wiederholt werden, auch Tests zu anderen sexuell übertragbaren Infektionen (STIs) sowie weitere Nierenwert-Untersuchungen sind erforderlich.

Post-Expositions-Prophylaxe (PEP)

Nach einem hohen HIV-Infektionsrisiko kann eine PEP eine HIV-Infektion verhindern. Eine PEP bedeutet die Einnahme von HIV-Medikamenten über 4 Wochen und kann von HIV-Schwerpunktärzt*innen oder in einer Klinikambulanz verschrieben werden. Eine PEP wird empfohlen⁶

- nach ungeschütztem Anal- bzw. Vaginalverkehr mit einer bekannt HIV-positiven Person mit hoher (> 1000 Kopien/ml) oder ungeklärter Viruslast

Eine PEP soll angeboten werden

- nach ungeschütztem Analverkehr zwischen zwei Männern mit unbekanntem HIV-Status
- nach ungeschütztem Anal- bzw. Vaginalverkehr mit einer aktiv intravenös Drogen konsumierenden Person oder einer Person aus einer HIV-Hochprävalenzregion
- nach ungeschütztem Anal- bzw. Vaginalverkehr mit einer Person, deren Viruslast oberhalb der Nachweisgrenze (50-1000 Kopien/ml) liegt.

Eine PEP muss schnellstmöglich, am besten innerhalb von 24 Stunden, spätestens aber nach 48 Stunden begonnen werden. Eine Liste mit Kliniken, die die PEP anbieten, gibt es unter www.hivreport.de.

³Die dauerhafte tägliche und korrekt eingenommene PrEP hat sich in Studien als mindestens genauso sicher erwiesen wie ein richtig angewendetes Kondom oder „Schutz durch Therapie“.

⁴ **Deutsche AIDS-Hilfe e.V.:** HIVreport 5/2016

⁵ Wenn eine Person trotz HIV oder Hepatitis B ausschließlich die beiden Wirkstoffe Emtricitabin und Tenofovir Disoproxil Fumarat einnimmt, kann es zu Resistenzen gegen den Wirkstoff kommen, da sie allein zur Behandlung der Infektionen nicht ausreicht.

⁶ vgl. Deutsch-Österreichische Leitlinie zur HIV-PEP, 2013

Eine STI kann das Risiko einer HIV-Infektion erhöhen – umgekehrt kann eine HIV-Infektion eine zusätzliche STI begünstigen.

Für HIV-positive Menschen kann eine zusätzliche Infektion mit einer STI schwerwiegender, langwieriger und schwerer zu behandeln sein.

Testempfehlungen

- „Männer mit wechselnden Sexpartnern sollten sich einmal im Jahr auf HIV bzw. STIs untersuchen lassen bzw. halbjährlich, wenn sie mehr als 10 Sexpartner im Jahr haben.“

Impfempfehlung

- „Schwule und andere MSM sollten sich gegen Hepatitis A + B impfen lassen.“¹⁹

3.1–1.7 Zielgruppen

Schwule und andere Männer, die Sex mit Männern haben (MSM), bilden keine homogene Gruppe – ihre einzige Gemeinsamkeit ist das mann-männliche Begehren. Ihre Vielfalt zeigt sich in einer großen Bandbreite unterschiedlicher sexuellen Orientierungen und Identitäten sowie mit Blick auf ihre ganz unterschiedlichen Lebensrealitäten und Lebensweisen.

Sexuelle Orientierungen und Identitäten:

- schwul
- bisexuell
- MSM mit heterosexueller Identität
- trans*²⁰
- queer²¹

Lebenswelten:

- Alter
- soziale Herkunft, Bildungsweg, Einkommensverhältnisse
- familiäres und soziales Umfeld
- andere existenzielle Bedingungen (z.B. Sexarbeit, Haft)
- urbaner oder ländlicher Lebensraum mit mehr oder weniger vorhandenen schwulen oder LGBT*QI²²-Infrastrukturen

¹⁹ **Die Krankenkasse übernimmt dafür die Kosten**, wenn die Impf-Indikation in der jeweils aktuellen Schutzimpfungsrichtlinie enthalten ist. Diese wird vom Gemeinsamen Bundesausschuss veröffentlicht und ist zu finden unter www.g-ba.de.

²⁰ **Trans*Personen** definieren ihre Geschlechtszugehörigkeit abweichend von dem Geschlecht, das ihnen bei der Geburt zugewiesen wurde.

²¹ **Queere Personen** sind kritisch gegenüber bzw. leben abweichend von heteronormativen Geschlechtsidentitäten.

- kultureller/ sprachlicher Hintergrund (z.B. Migrationshintergrund)
- HIV-Serostatus (negativ, positiv, ungetestet)
- individuelle Erfahrungen bzw. Umgang mit Krankheiten (z.B. HIV, Depression, Sucht) oder Beeinträchtigungen (z.B. Substitution)
- individuelle Erfahrungen mit Diskriminierung, Stigmatisierung, Ausgrenzung, (sexueller) Gewalt

Lebensweisen:

- ledig, verpartnert oder verheiratet
- Singlehaushalt oder gemeinsamer Haushalt als Paar, WG oder Eltern/ Familie
- Single, Partnerschaft oder Wunsch nach Partnerschaft (monogam, offen, polygam o.a.)
- geoutete oder ungeoutete sexuelle Orientierung/ Partnerschaft/ HIV-Infektion
- starke oder geringe Nutzung von bzw. Einbindung in Infrastrukturen im schwulen oder LGBT*QI-Bereich
- bevorzugte Orte der (sexuellen) Kontaktaufnahme (z.B. Internet, sexuelle Orte)
- evt. Konsum von Rausch-, Potenz- oder Beruhigungsmitteln
- sexuelle Vorlieben (z.B. Anonymität, Fetisch, BDSM, Gruppensex, bestimmte Sexpraktiken)

So unterschiedlich sich Schwule und andere MSM in den drei Kategorien oben verorten lassen, so verschiedene Anknüpfungspunkte ergeben sich daraus, um sie gezielt mit Präventionsinhalten, Netzwerkarbeit und infrastrukturellen Angeboten zu erreichen.

Wenn es nicht möglich ist, für jede wesentliche Subgruppe eigene Angebote vorzuhalten, soll sich die Bandbreite an Medien und Angeboten möglichst an alle Schwulen und anderen MSM richten.

Aidshilfen passen die Gewichtung der Zielgruppen in der Prävention den jeweils aktuellen Erkenntnissen über HIV-Epidemiologie, Infektionswege sowie Schutz-, Test- und Behandlungsmöglichkeiten an. Beachtet werden nach Möglichkeit auch Unterschiede bzw. Veränderungen der HIV-Prävalenz bei Schwulen und anderen MSM verschiedener Altersgruppen, unterschiedlicher sozialer Herkunft oder mit unterschiedlichen sexuellen Vorlieben. Aktuelle Erkenntnisse über das relevante Infektionsgeschehen in Bezug auf andere STI werden ebenfalls in die Präventionsstrategien einbezogen.

²² engl. für Lesben, Schwule, Bisexuelle, Trans*Personen, queere Personen, intersexuelle Personen

3.1–1.8 Orte der Prävention

3.1–1.8.1 Übersicht der Orte

Zielgruppenspezifische Prävention ist an Orten möglich, an denen die Zielgruppe persönlich oder indirekt erreicht werden kann. Gelangen Präventionsbotschaften über Printmedien (Zeitungen, Flyer, Plakate) oder übers Internet (Homepage, Profile) ohne persönlichen Kontakt zur Zielgruppe, dann wird sie indirekt erreicht.

Es gibt noch weitere Möglichkeiten, die Orte zu unterscheiden:

- virtuelle oder analoge Orte (Internet oder z.B. das Café)
- Orte mit Komm- oder Gehstruktur (z.B. Aidshilfe oder Autobahnparkplatz)
- Szenespezifische Orte oder öffentliche Orte (z.B. schwule Bar oder Straßenfest)
- Kommerzielle Orte oder Selbsthilfestrukturen (z.B. schwules Café oder Coming-Out-Gruppe)
- Orte der sexuellen Begegnung oder der Geselligkeit (z.B. Sauna oder Stammtisch)

Nicht jeder Ort, an dem persönliche oder virtuelle Kontakte mit und unter Schwulen und anderen MSM stattfinden oder möglich sind, ist gleich gut für Prävention geeignet. Jeder Ort hat eigene Regeln und die dort verkehrenden Menschen reagieren unterschiedlich auf Interventionen. Daher sind ortspezifische Präventionsaktionen, die das jeweilige Setting und das dort gewünschte Maß an Anonymität berücksichtigen, notwendig.

Das Internet ist mittlerweile der Ort, an dem der Großteil der Kontaktaufnahmen unter Schwulen und anderen MSM stattfindet (siehe Kapitel „**3.1 – 1.8.3 Prävention im Internet**“). Insbesondere das schwule Datingportal **gayromeo** ist in Deutschland führend. Allein in Niedersachsen gibt es ca. 25.200 User (Stand: August 2012). Auch Facebook spielt mittlerweile eine wichtige Rolle bei der Kontaktaufnahme.

Ein besonders sensibler Bereich für Prävention sind die Orte der sexuellen Kontaktsuche (siehe Kapitel „**3.1 – 1.8.2 Orte der sexuellen Begegnung**“). Diese Orte können unterteilt werden in „outdoor“ (Parks, Badeseen, Parkplätze etc.) oder „indoor“ (Klappen, Saunen, Kinos etc.) oder öffentlich (Schwimmbäder, Saunen, Parks, Badeseen etc.) oder MSM-spezifisch (schwule Sauna, Sex-Kino, Darkroom etc.).

Kommerzielle Szene-Lokale ohne sexuelles Angebot (Kneipen, Bars, Diskotheken, Cafés etc.) haben heute in den meisten Städten eine geringere Bedeutung. Großveranstaltungen wie Christopher Street Days, Kulturtage oder Events werden gut frequentiert.

Treffpunkte verschiedener Gruppen (wie Freizeit- und Kulturgruppen, Coming-Out-Gruppen, Selbsthilfegruppen) sind auch Orte der Prävention. Insbesondere die Räume der Aidshilfen und der LGBT*QI-Zentren (in Oldenburg, Hannover, Braunschweig) sollen vielen Gruppen einen Raum geben.

Weite Teile Niedersachsens sind eher kleinstädtisch bzw. ländlich geprägt. Eine schwule Infrastruktur gibt es hier kaum. Insbesondere Outdoor-Cruising-Gebiete (Badeseen, Parkplätze etc.), Stammtische in Kneipen oder Restaurants und das Internet eignen sich hier als Ort der Prävention.

Bedingt durch die verschiedenen Lebenswelten und -weisen von MSM nutzt die Prävention die angeführten Zielorte nicht alternativ, sondern parallel.

Sinnvoll ist auch eine Vernetzung mit Präventionskräften über niedersächsische und deutsche Grenzen hinaus (als Beispiel seien die Niederlande genannt), weil sich die Zielgruppen auch über Niedersachsen hinaus orientieren.

3.1–1.8.2 Prävention an Orten der sexuellen Begegnung

Unter Orten der sexuellen Begegnung verstehen wir öffentliche Orte, an denen sich schwule und andere Männer, die Sex mit Männern haben, treffen, um dort sexuelle Kontakte zu suchen.

Charakteristisch für diese Orte ist, dass sie unter anderem von Männern aufgesucht werden, die - aus welchen Gründen auch immer - die „klassische“ schwule Szene wie Beratungsstellen, Bars, Cafés, Partys oder besondere Events (wie CSDs etc.) meiden. Daher bieten Orte der sexuellen Begegnung die Chance, auch diese Männer zu erreichen.

Folgende Standards gelten bei der Prävention an Orten der sexuellen Begegnung:

- Hier wird die Prävention von Männern durchgeführt.
- Der*die Präventionist*in steht dem Ort und dem dort stattfindenden Geschehen akzeptierend gegenüber.
- Er*sie tritt offen und sensibel auf und beachtet die unausgesprochenen Spielregeln dieser Orte. Dazu gehört insbesondere, dass er das Recht der Männer auf sexuelle Kontakte nicht stört.
- Während der Prävention sucht er keine eigenen sexuellen Begegnungen.
- Der*die Präventionistin achtet auf die eigene Sicherheit.

Neben den allgemein gültigen Präventionsbotschaften (siehe **3.1 – 1.6**) sollen die Männer mit folgenden Botschaften erreicht werden:

- „Achte auf deine Sicherheit“
- „Nimm Rücksicht auf Menschen, die hier keinen Sex suchen“
- „Hinterlasse den Ort sauber und nimm deinen Müll mit“

3.1–1.8.3 Prävention im Internet

3.1–1.8.3.1 Zielgruppen

Verschiedene Studien zeigen, dass über das Internet Schwule und andere MSM erreicht werden, die über klassische Prävention nicht erreicht werden können^{23 24}

²³ **Michael Bochow et al.:** Schwule Männer und HIV/AIDS: Lebensstile, Sex, Schutz- und Risikoverhalten 2010. In: AIDS-Forum DAH, Bd. 60, Deutsche AIDS-Hilfe e.V., Berlin 2011.

Insbesondere zu Personen, die aus ländlichen Gebieten kommen oder die keine schwulen Szene-Lokalitäten besuchen, ist es leichter Zugang zu bekommen. Wer keine Infrastruktur zur Verfügung hat bzw. sie nicht nutzen will, braucht das Internet, um an Informationen zu gelangen. So belegen die Studien, dass ein großer Anteil von Männern aus Klein- und mittleren Städten besser über das Internet erreicht werden, und das wird auch von Personen aus Orten mit weniger als 20.000 Einwohnern angenommen.

Auch junge schwule Männer sind nicht unbedingt in der Offline-Szene erreichbar. So zeigt sich, dass jüngere Männer, die noch bei ihren Eltern leben oder noch keinen Kontakt zur „schwulen Szene“ haben, besser über das Internet erreicht werden. Die Zahl derer, die ihr Coming-Out im oder durch das Internet haben, steigt kontinuierlich.

Bei Online-Befragungen stellte sich heraus, dass der Anteil „szeneferner“ MSM und solcher aus bildungsferneren Schichten höher war als bei Offline-Befragten. Bei Menschen mit Migrationshintergrund ist das Internet mittlerweile auch die erste Informationsquelle. Die vermeintliche Anonymität des Internets scheint dafür zu sorgen, dass es keine Schwellenängste gibt.

3.1–1.8.3.2 Präventionsbotschaften

Grundsätzlich gelten im Internet die gleichen Präventionsbotschaften wie in der realen Welt auch. Es gibt einige zusätzliche Themenbereiche, die im Zusammenhang mit dem Internet stehen und angesprochen werden sollten:

Safer Surfen

Es sollte thematisiert werden, dass alle Daten (Emailadressen, Telefonnummern, sexuelle Vorlieben, Bilder etc.) im Internet nicht verloren gehen und gegen den Willen der Nutzer*innen verwendet werden könnten. Sensible Daten sollten dementsprechend nicht auf Profilen veröffentlicht oder leichtfertig unbekanntem Chatpartner*innen geschickt werden.

Safer Daten

Das Verabreden zu einem Date im Internet vollzieht sich normalerweise ohne Zeug*innen. Daraus folgt, dass man bei einem ersten Date einige Sicherheitsvorkehrungen treffen sollte. So könnte das erste Date an einem neutralen Ort stattfinden oder man informiert eine Person seines Vertrauens im Vorfeld. Wertsachen sollten weggeschlossen werden bzw. nicht mitgenommen werden.

²⁴ **Axel Schmidt et al.:** Abschlussbericht zur KAB|a|STI-Studie: Wissen, Einstellung und Verhalten bezüglich sexuell übertragbaren Infektionen bei Männern mit gleichgeschlechtlichem Sex. Robert-Koch-Institut, Berlin 2007.

Sicherer Umgang mit den neuen Medien

Viele, nicht nur ältere, schwule Männer und andere MSM fühlen sich im Internet unsicher. Die Vermittlung von Medienkompetenz und Kommunikationsfähigkeiten kann daher ein wichtiges Thema für die Prävention sein.

3.1–1.8.3.3 Präventionsstandards

Viele Erfahrungen aus der Vor-Ort-Arbeit können auf die Prävention im Internet übertragen werden. Dazu gehört auf der einen Seite, dass man seine Zielgruppen kennt, auf der anderen Seite, dass die Prävention nicht nur auf den virtuellen Raum beschränkt bleibt, sondern die Wege von Nutzenden mitgeht. Die Prävention im Internet ist eine Ergänzung zur bisherigen Arbeit und kein Ersatz. Daraus folgt, dass sie zusätzliche Ressourcen braucht.

Darüber hinaus hat das Internet eigene Regeln und setzt bestimmte mediengerechte Kompetenzen voraus. Daher braucht die Prävention im Internet eigene Qualitätsstandards. Grundsätzlich gilt, dass alles, was man in der Präventionsarbeit in der Szene nicht tun würde, auch im Internet tabu ist.

Generell sollte gelten, dass Online-Präventionist*innen

- mit dem Internet vertraut sind und die Medien, die sie nutzen, und deren Regeln und Grenzen kennen. Dazu gehört auch das Bewusstsein, dass es trotz scheinbar „grenzenlosem Internet“ in verschiedenen Ländern unterschiedliche rechtliche Regeln gibt.
- die Sprache und die Gepflogenheiten von Nutzenden (u.a. die so genannte „Netikette“, Flirtkultur, Humorfaktor, Sprach-Codes) kennen.
- die Grenze zur Beratung beachten und in der Lage sind weiterzuverweisen (z.B. auf www.aidshilfe-beratung.de)
- als solche erkennbar sind (d.h. nicht anonym online sind) und ihre privaten Internetprofile bzw. E-Mailadressen nicht für die Präventionsarbeit nutzen.
- akzeptieren, dass die Internetnutzer*innen ein Recht auf Anonymität haben und selbst entscheiden, ob, wann und wie sie diese aufheben.
- Vertraulichkeit zusichern und mit Daten und Informationen verantwortungsvoll umgehen.

3.1–1.8.3.4 Externe Internetangebote

Da der Personenkreis, der mit den eigenen Internetangeboten über Internet erreicht werden kann, begrenzt ist, ist es wichtig, auch im Internet dorthin zu gehen, wo sich die Zielgruppen treffen. Dieses Kapitel konzentriert sich auf die für die Prävention wichtigsten bzw. sinnvollsten Angebote:

Dating-Plattformen / Kontaktportale (Beispiele: Gayromeo, Gay Royal)

Wie in einer Kneipe, muss man sich auch auf einem fremden Portal an die „Hausordnung“ (AGB, Teilnahmebedingung etc.) halten, d.h. ohne Zustimmung des Betreibenden ist in der Regel keine Aktivität möglich.

Gayromeo ist die größte schwule Plattform in Deutschland und kann als Hybrid aus

Kontaktportal und Social Community bezeichnet werden.²⁵ Ein Profil ist hier nur für Privatpersonen möglich. Aidshilfen haben die Möglichkeit, über eine Kooperation mit der Deutschen AIDS-Hilfe sich ein so genanntes Health-Support-Profil anzulegen, um bei Gayromeo als Präventionist*in sichtbar und ansprechbar zu sein. Die Teilnahme an der Kooperation wird über einen Vertrag geregelt und ist an Bedingungen geknüpft.

Unabhängig von dieser Kooperation können Präventionsorganisationen ausschließlich mit einem Club oder einem Guide-Profil (Mini-Homepage) online sein. Das aktive Anschreiben von Usern ist nicht erwünscht und wird von vielen als Störung empfunden. Die Plattformen sind insbesondere dafür geeignet, Präsenz zu zeigen, auf sich und die Angebote aufmerksam zu machen und als Ansprechperson zur Verfügung zu stehen.

Social Communities (Beispiele: Facebook, Xing, Google+)

Facebook ist weltweit die größte Social Community und mittlerweile nutzen viele schwule Männer und andere MSM diese Seite für die Kontaktpflege und Vernetzung. Als Präventionsorganisation besteht hier die Möglichkeit, eine Gruppe oder eine Fanseite einzurichten. Man kann User einladen oder sie werden von sich aus Mitglied. Als Mitglied können sie alle Nachrichten, die „gepostet“ (veröffentlicht) werden, lesen, teilen oder bewerten („I like“-Button). Insbesondere für die Verbreitung von Informationen ist Facebook geeignet. Der Erfolg einer Gruppe bemisst sich an der Anzahl der Mitglieder („Freunde“), die abhängig ist von der Qualität und Häufigkeit der geposteten Nachrichten.

Chatsysteme (Beispiele: gaychat, gaydar, IRC, Yahoo, MSN)

Chatsysteme gibt es sowohl als Raum für Einzelgespräche („one-to-one“) als auch für Gruppenchats. Es können eigene Chats zu Präventionsthemen aktiviert werden und es gibt Systeme, die auf der eigenen Internetpräsenz integriert werden können. Betritt man andere Chaträume sollte dem Prinzip der passiven Aktivität (behutsame Kontaktaufnahme) Folge geleistet werden, d.h. nicht „mit der Tür ins Haus fallen“, sondern sich ansprechen lassen.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass unabhängig davon, in welchem Medium Prävention stattfinden soll, einige Grundregeln gelten:

- keine moralisierenden Botschaften
- die Anonymität der Nutzenden muss gewahrt bleiben
- keine aggressive Aufklärung
- keine verdeckte Aufklärung (als „Trojaner“), d.h. ein Präventionist ist immer erkennbar

²⁵ **Nele Heise:** Die „blauen Seiten“ als Beförderer raum- und identitätsbezogener Demarginalisierung. Eine explorative Analyse des Online-Portals GayRomeo. Hans-Bredow-Institut. Vortrag im Rahmen der DGPUK-Jahrestagung „Media Polis“ am 17. Mai 2012 an der Freien Universität Berlin.

3.1–1.8.3.5 Qualitätssicherung

Prävention im Internet ist ein wichtiger Arbeitsbereich, der nicht „nebenbei“ erledigt werden kann und eigene Ressourcen braucht. Die Qualität der Arbeit kann über zwei Säulen sichergestellt werden:

1. Fortbildungen

Sowohl den haupt- als auch den ehrenamtlichen Mitarbeitenden muss die entsprechende Medienkompetenz vermittelt werden. Dafür sind Schulungen notwendig, bevor sie Maßnahmen zur Prävention im Internet durchführen.

2. Kooperationen

Viele Maßnahmen im Bereich der Internetprävention sind von der Zeit und dem Aufwand sehr umfangreich, daher sind Kooperationen bzw. Gemeinschaftsangebote sinnvoll. So gibt es bereits bundesweite Angebote (Emailberatung, Health Support bei Gayromeo), die sehr erfolgreich sind.

3.1–1.9 Anforderungen an ehrenamtliche und hauptamtliche Mitarbeiter*innen in der HIV-Prävention für Schwule und andere MSM

Die Aufgaben der Präventionsarbeit im Bereich für Schwule und andere MSM stellen viele persönliche und fachliche Anforderungen an ehrenamtliche und hauptamtliche Mitarbeiter*innen.

Unerlässliche Basisqualifikationen

- Integrität, Verschwiegenheit, Gewährleistung eines anonymen Angebotes
- eine positiv-akzeptierende Grundhaltung hinsichtlich der verschiedenen Lebensweisen sowie Lebenswelten von Schwulen und anderen MSM und insbesondere gegenüber Menschen mit HIV/Aids
- Toleranz und Offenheit gegenüber anderen - auch persönlich abgelehnten Lebensstilen
- Auseinandersetzung mit der eigenen Sexualität und anderen Formen von Sexualität
- Möglichst eine persönliche Verankerung in der Szene

Weitere entscheidende Zusatzqualifikationen:

- Kontaktfreudigkeit, Einfühlungsvermögen
- Verantwortungsbewusstsein, Verantwortungsbereitschaft
- Pünktlichkeit, Zuverlässigkeit
- Spontaneität, Flexibilität
- Konfliktfähigkeit
- Durchsetzungsvermögen
- Bereitschaft zur Motivationsklärung

- Fähigkeit zum Selbstschutz

Fachliche Anforderungen

Neben den oben genannten persönlichen Anforderungen ist es unerlässlich, dass Mitarbeiter*innen in der HIV-Prävention für Schwule und andere MSM

- Kenntnisse über die Ziele der Aidshilfe bzw. der Trägerorganisation besitzen
- Kenntnisse über das Konzept der strukturellen Prävention der Deutschen AIDS-Hilfe e.V. haben (vgl. AIDS-Forum DAH, Band 57)
- an andere Mitarbeiter*innen oder Angebote anderer örtlicher Institutionen verweisen können (Verweisungskompetenz mit Szene-Kenntnissen).

Darüber hinaus ist das Vorhandensein oder die Aneignung weiterer fachlicher Kompetenzen empfohlen:

- Medizinisches Wissen zu HIV/Aids (z.B. Behandlungsmöglichkeiten, allgemeine medizinische Entwicklungen)
- Sexualpädagogische Kenntnisse (z. B. Methodenkompetenz, (Er-)Kennen der Möglichkeiten und Grenzen der Methoden)
- Methoden der Sozialarbeit (Gesprächsführung und psychosoziale Beratung)
- Sozialrechtliche Grundkenntnisse im Zusammenhang mit HIV/Aids

Formale Anforderungen

Die formale Qualifikation hauptamtlicher Mitarbeiter*innen ist nur ein Faktor neben vielen, der über die Eignung zur Präventionsarbeit in diesem Bereich entscheidet. Jedoch ist die formale Qualifikation entscheidend für die Zuweisung von Landesmitteln. Neben den oben genannten persönlichen und fachlichen Qualifikationen sollte ein*e hauptamtliche*r Mitarbeiter*in mindestens aber folgenden Hintergrund besitzen:

- Fähigkeit zur Entwicklung, Durchführung und Nachbereitung primärpräventiver Maßnahmen
- Teamfähigkeit
- Fähigkeit zur Anleitung ehrenamtlicher Mitarbeiter*innen
- Fähigkeit und Bereitschaft zur Reflexion (z.B. im Rahmen von Teamgesprächen, kollegialer Beratung oder Supervision)
- Bereitschaft zu kontinuierlicher Fort- und Weiterbildung
- Kenntnisse von Internet- und Office-Anwendungen

3.1–1.10 Qualitätssicherung

3.1–1.10.1 Partizipative Qualitätssicherung bei Planung und Durchführung von Maßnahmen

Zur Qualitätssicherung in der Prävention für Schwule und andere MSM ist es sinnvoll, den Erfolg der Maßnahmen regelmäßig zu kontrollieren. Für die Optimierung vorhandener Maßnahmen bzw. die Entwicklung neuer Maßnahmen sind verschie-

dene Instrumente der Qualitätssicherung geeignet, u.a. die **Evaluation**. Evaluation beinhaltet die Bewertung von Wirkung und Erfolg einer durchgeführten Maßnahme. Unter „Maßnahme“ verstehen wir konkrete Präventionsaktivitäten, z.B. eine Veranstaltung, ein Projekt oder eine bestimmte Party-Aktion.

Für die Erfassung und Darstellung der Wirkung und des Erfolgs primärpräventiver Maßnahmen spielen zwei Fragen eine wichtige Rolle²⁶:

- Hat eine Maßnahme die erwünschte Wirkung erbracht?
- Wie ist die Wirkung der Maßnahme zu erklären?

Voraussetzung einer Evaluation ist eine genaue Planung und Zielbeschreibung der jeweiligen Maßnahme, um die erwünschte mit der anschließend erfassten Wirkung vergleichen zu können.

Die jeweilige Zielgruppe sollte in die Planung und Erfolgskontrolle einbezogen werden. Dadurch können wir berücksichtigen bzw. feststellen, was bei der Zielgruppe ankommt. Diese so genannte „partizipative“ Qualitätssicherung bietet vor allem diese Vorteile:

- Maßnahmen (z.B. Botschaften, Methoden) können besser auf die Situation und Bedürfnisse der Zielgruppe ausgerichtet werden, was die Aussicht auf eine positive Wirkung und Resonanz verstärkt.
- Der beste Indikator für die Wirkung einer Maßnahme sind die unmittelbaren Reaktionen oder Rückmeldungen der Zielgruppe.
- Eine möglichst häufige Partizipation unserer Zielgruppen stärkt deren Emanzipationsmöglichkeiten und steigert die Akzeptanz unserer Präventionsarbeit sowie das positive Image des Präventionsnetzwerks SVeN.

Die partizipative Qualitätssicherung erfolgt in zwei Schritten:

Vor der Maßnahme: Planung

- Einbindung der Zielgruppe in die Planung der Maßnahme (z.B. durch Blitzbefragung²⁷, Pre-Test²⁸ oder eine angeleitete Arbeitsgruppe)
- Zielbeschreibung nach den SMART-Kriterien (Spezifisch, Messbar, Angemessen, Realistisch, Terminierbar)

Einen besonderen Stellenwert haben ehrenamtliche Präventionist*innen, die sich an der Planung einer Maßnahme beteiligen und selber zur jeweiligen Zielgruppe²⁹ gehören. Sie können wertvolle Hinweise und Erfahrungen einbringen und tragen damit zur partizipativen Qualitätssicherung bei.

²⁶ **Corinna Gekeler et al.:** Sachbericht zum Seminar „Wie wissen wir, was bei der Zielgruppe ankommt?“ – Qualitätssicherung und Evaluation in der Primärprävention von Aidshilfen: Entwicklung eines interaktiven Handbuchs – Teil 5, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung und Deutsche AIDS-Hilfe, 2007

²⁷ **Fragebogenaktion** mit max. 5-8 Fragen, um z.B. Bedürfnisse oder Feedback der Zielgruppe zu erheben.

²⁸ **Vorab-Test** z.B. eines Flyers oder einer Präventionsmethode in der Zielgruppe

²⁹ **z.B. Stammgäste** einer bestimmten Location oder Party, wo eine Aktion stattfinden soll

Nach der Maßnahme: Erfolgskontrolle

Eine Erfolgskontrolle ist möglich, wenn es im Vorfeld eine realistische Zielbeschreibung gab und ausreichend Daten zum Auswerten gesammelt werden. Die Überprüfung kann anhand quantitativer und qualitativer Kriterien erfolgen.

Quantitative Erfolgsindikatoren (Beispiele)

- Anzahl der Kontakte, Gespräche, Teilnehmenden, Besucher etc.
- Aufenthaltsdauer
- Anzahl der Webseitenbesucher*innen, „Likes“, Postings etc.
- Mitnahme von Material durch die Zielgruppe

Qualitative Erfolgsindikatoren (Beispiele)

- Die Nutzenden haben mehr Wissen als vorher
- Gesprächsbereitschaft der Teilnehmer*innen/ Besucher*innen
- Weiterführende Fragestellungen von Teilnehmer*innen/ Besucher*innen

Datenerhebung

Es gibt mehrere Möglichkeiten in der Prävention, Daten für die Auswertung zu erheben³⁰:

- Beobachtung (z.B. teilnehmende oder verdeckte Beobachtung)
- Befragung (z.B. Blitzbefragung, Fragebögen)
- Dokumentation (z.B. Dokumentationsbögen)

3.1–1.10.2 Generelle Instrumente zur Qualitätssicherung

Aus- und Weiterbildung der ehren- und hauptamtlichen Mitarbeitenden (siehe **Kapitel 3.1 – 1.9**)

- Ausrichtung der inhaltlichen und strategischen Arbeit auf die Ziele und Qualitätskriterien im Bereich Prävention für Schwule und andere MSM
- Gemeinsame Planung und Auswertung von SVeN-Kampagnen im Präventionsrat
- Kollegialer Erfahrungsaustausch
- Kenntnisnahme und Berücksichtigung relevanter wissenschaftlicher Studien (u.a. von der Deutschen AIDS-Hilfe, vom Robert-Koch-Institut)

³⁰ **Corinna Gekeler et al.:** Sachbericht zum Seminar „Wie wissen wir, was bei der Zielgruppe ankommt?“ – Qualitätssicherung und Evaluation in der Primärprävention von Aidshilfen: Entwicklung eines interaktiven Handbuchs – Teil 5, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung und Deutsche AIDS-Hilfe, 2007

Wertvolle Hinweise und weiterführende Informationen zur Qualitätssicherung finden sich auf www.qualitaet.aidshilfe.de

3.1–1.11 Fachbereich MSM

Die Niedersächsischen Aidshilfen haben den **Fachbereich MSM** zum 01.01.2012 eingerichtet. Sowohl Mitgliedsorganisationen als auch externe Gruppen und Organisationen sind eingeladen, im Fachbereich mitzuarbeiten. Voraussetzung für die Mitarbeit im Fachbereich ist die Unterzeichnung der Charta zur Prävention für Schwule und andere MSM (Selbstverpflichtungserklärung), in der unter anderem die vorliegenden Standards als verbindlich für die gemeinsame Präventionsarbeit erklärt werden. Alle Akteur*innen der Prävention in Niedersachsen führen ihre Präventionsmaßnahmen gemeinsam unter einem Label durch. Mit dem neuen Fachbereich wird eine neue, überregionale Form der Prävention geschaffen, die zu Synergien führt.

Die Aufgaben des Fachbereichs sind

- die inhaltlich autonome Ausgestaltung der Prävention für Schwule und andere MSM.
- die Entwicklung und Ausgestaltung sowohl der Strategie zur landesweiten und überörtlichen Prävention als auch einzelner Elemente der Kampagnen unter dem gemeinsamen Label. Die Elemente sollen örtlich umgesetzt und können regional ergänzt werden.

Entscheidungsgremium des Fachbereichs ist der „Präventionsrat“. Mitglieder des Präventionsrates sind jeweils ein*e Vertreter*in der Organisationen und Gruppen, die die Charta unterschrieben haben, sechs von der AHN eingestellte geringfügig Beschäftigte, ein*e Internetkoordinator*in und ein*e Landeskoordinator*in. Alle Mitglieder sind gleichberechtigt. Inhaltliche Entscheidungen des Präventionsrats sind für die teilnehmenden Organisationen verbindlich. Der Präventionsrat soll nach dem Konsensprinzip arbeiten.

Der*die, von der AHN eingestellte Landeskoordinator*in, organisiert den Prozess, ist Impulsgeber*in und ist beauftragt, gegenüber den Unterzeichner*innen der Charta, den Gremien der AHN und innerhalb des Fachbereichs Transparenz und Information sicherzustellen. Er*sie erledigt die Aufgaben im Rahmen der Beschlüsse eigenverantwortlich. Der*die Landeskoordinator*in stimmt die Verwendung der Sachmittel im Teilhaushalt Fachbereich MSM des Landesverbandes mit dem Präventionsrat und der Landesgeschäftsführung ab. Die Landesgeschäftsführung ist gegenüber der Landeskoordination in allen finanziellen Fragen weisungsbe-rechtigt.

Die AHN richtet Koordinations-Stellen (so genannte SVeN-Koordinator*innen) ein. Dies sind in der Regel geringfügige Beschäftigungsverhältnisse. Der regionale Einsatz einer koordinierenden Person kann beim Landesverband von allen Organisationen, die die Charta unterschrieben haben, beantragt werden. Die Verteilung der Koordinationsstellen erfolgt einmal jährlich durch die Mitgliederversammlung auf Vorschlag des*der Landeskoordinator*in und des Vorstandes. Die Anbindung vor Ort ist individuell zu vereinbaren.

Die AHN stellt die Koordinatoren ein. Die Personalhoheit sowohl auf Landesebene als auch auf lokaler Ebene liegt jeweils beim Arbeitgeber. Personalhoheit umfasst u.a. Einstellung, Entlassung, Bezahlung, Urlaub, Krankheit etc.

Der Fachbereich berichtet jährlich der Landeskonferenz über den Stand der Arbeit. Als höchstes Organ kann die Landeskonferenz den Rahmen festlegen, in dem die Prävention sich bewegt.

Qualitätsfaktoren im Fachbereich MSM

Die Qualität der gemeinsamen Präventionsarbeit wird durch verschiedene Instrumente sichergestellt:

- Vernetzung und fachlicher Austausch durch die regelmäßige Teilnahme an Präventionsratsitzungen.
- Gemeinsame Konzeptentwicklung für Präventionsstrategien und -aktionen aller Präventionsakteure in Niedersachsen.
- Ermittlung von Schulungsbedarf und Konzeptionierung von passgenauen Fortbildungsveranstaltungen unter dem Titel „Präventionsakademie“.
- Mitwirkung von ehrenamtlichen Mitarbeiter*innen bei der Kampagnenplanung.

Mindeststandards SVeN

I. Zusammenarbeit im Präventionsrat

1. Zur gemeinsamen Verantwortung, die im Rahmen der Prävention für Schwule und andere MSM übernommen wird, gehört, dass diese einen angemessenen Stellenwert in der eigenen Arbeit einnimmt (Gesundheit, Interessenvertretung etc.).
2. Die Orientierung an den Qualitätsstandards der niedersächsischen Aidshilfen ist verbindlich.
3. Die im Präventionsrat gemeinsam beschlossene inhaltliche Ausrichtung der Prävention wird regional im Rahmen der Möglichkeiten umgesetzt.
4. Es wird gewünscht, dass alle Charta-Unterzeichnenden mindestens einmal im Jahr am Präventionsrat teilnehmen.
5. Aidshilfen bzw. Infolines müssen einmal im Jahr im Präventionsrat vertreten sein.
6. Die regelmäßige Teilnahme an regionalen SVeN-Vernetzungstreffen ist wünschenswert.
7. Jede teilnehmende Gruppe bzw. Organisation muss in der landesweiten E-Mailgroup vertreten sein und hat die Möglichkeit, die gemeinsame Cloud zu nutzen.

II. Corporate Design

a) Öffentlichkeitsarbeit

Allgemein

- Vollständige Schreibweise: SVeN – Schwule Vielfalt erregt Niedersachsen
- Kurzform: SVeN
- Der Name soll in jedem Text mindestens einmal in vollständiger Schreibweise erscheinen

Pressemitteilungen oder Briefe

- SVeN-Koordinator*innen + SVeN-Akteur*innen nutzen möglichst das SVeN-Briefpapier (Vorlage zur individuellen Anpassung)
- Mindestanforderung für Schreiben, für die die Standard-Briefpapiervorlage ungeeignet ist: www.svenkommt.de muss abgedruckt sein + SVen-Logo oder vollständiger Name muss abgedruckt sein: **SVeN – Schwule Vielfalt erregt Niedersachsen**

Eigene Internetseiten

- SVeN-Logo
- Verlinkung zu www.svenkommt.de
- Kurze SVeN-Selbstbeschreibung: „**SVeN ist ein schwules Präventionsnetzwerk für Gesundheit, Lifestyle und Interessenvertretung von Männern, die Sex mit Männern haben.**“

Anzeigen / Flyer / Plakate

- SVeN-Logo
- www.svenkommt.de
- ggf. SVeN-Regionalkoordinator*in oder SVeN-Akteur*in (Institution/ Gruppe) angeben mit Erreichbarkeit (mindestens Mailadresse)
- Der Styleguide sollte beachtet werden (Schrifttypologie, Farbwerte, Anordnung)
- Nach Möglichkeit Nutzung vorhandener Anzeigen oder Flyer-Vorlagen

b) Veranstaltungen oder Aktionen von oder mit SVeN-Akteuren

Ausstattung

- SVeN-Banner, Beach Flags und/ oder SVeN-Plakate und/ oder SVeN-T-Shirts (je nachdem, was örtliche Bedingungen erlauben)

Materialien/Give-Aways

- SVeN-Selbstdarstellungsflyer auslegen/ verteilen
- aktuelle SVeN-Materialien (z.B. „Engagement ist sexy“-Flyer) auslegen/ verteilen
- Auf Flyern muss Erreichbarkeit von SVeN-Regionalkoordinator*in/ SVen-Akteur*in stehen (mindestens E-Mailadresse)

Beschlossen auf der Landeskonferenz 2014 in Braunschweig.

Literatur

Bochow, Michael; Lenuweit, Stefanie; Sekuler, Todd; Schmidt, Axel J.: Schwule Männer und HIV/AIDS: Lebensstile, Sex, Schutz- und Risikoverhalten 2010. In: AIDS-Forum DAH, Bd. 60, Deutsche AIDS-Hilfe e.V., Berlin 2011.

Deutsche AIDS-Hilfe e.V.: HIV-Therapie und Prävention. Positionspapier. Berlin 2009.

Deutsche AIDS-Hilfe e.V.: HIV und Strafrecht. Auf dem Weg zu einem Positionspapier der Deutschen AIDS-Hilfe. Berlin 2012.

Drewes, Jochen; Gusy, Burkhard; Kraschl, Christoph; Kleiber, Dieter: Strukturelle Prävention – eine Betrachtung aus gesundheitswissenschaftlicher Perspektive. In: Jochen Drewes/Holger Sweers (Hg.): Strukturelle Prävention und Gesundheitsförderung im Kontext von HIV. AIDS-Forum DAH, Bd. 57, Deutsche AIDS-Hilfe e.V., Berlin 2010.

EMIS: Europäische Internet-Befragung schwuler und bisexueller Männer, Community Report 2, www.emis-project.eu/sites/default/files/public/publications/emis-community2_german.pdf. 2011.

Etgeton, Stefan: Gesundheit für Alle? Prävention und ihre Grenzen. In: Stefan Alkier/Kristina Dronsch (Hg.): HIV/Aids – Ethische Perspektiven, 2009

Gekeler, Corinna et al.: Sachbericht zum Seminar „Wie wissen wir, was bei der Zielgruppe ankommt?“ - Qualitätssicherung und Evaluation in der Primärprävention von Aidshilfen: Entwicklung eines interaktiven Handbuchs - Teil 5, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung und Deutsche AIDS-Hilfe, Berlin 2007

Heise, Nele: Die „blauen Seiten“ als Beförderer raum- und identitätsbezogener Demarginalisierung. Eine explorative Analyse des Online.Portals GayRomeo. Hans-Bredow-Institut. Vortrag im Rahmen der DGpuK-Jahrestagung „Media Polis“ am 17. Mai 2012 an der Freien Universität Berlin.

Kraschl, Christoph; Drewes, Jochen; Kleiber, Dieter: Empowerment als Strategie in der HIV-Prävention. In: Jochen Drewes/Holger Sweers (Hg.): Strukturelle Prävention und Gesundheitsförderung im Kontext von HIV. AIDS-Forum DAH, Bd. 57, Deutsche AIDS-Hilfe e.V., Berlin 2010.

Kruspe, Martin: Wie geht's Euch? – Studie zur seelischen Gesundheit von schwulen und bisexuellen Männern in Deutschland, Deutsche AIDS-Hilfe e.V., Berlin 2013

Kuske, Matthias: Herzenslust. Kontaktportale und Internetangebote sowie HIV- und gesundheitspräventive Angebote im Internet für schwule und bisexuelle Männer. Bestandsaufnahme und Dokumentation im Rahmen des Projektes „Virtuelle Herzenslustarbeit“. AIDS-Hilfe NRW, Köln 2005.

Lenz, Michael: Schöne Rosa Welt mit einem Schuss Übertreibung. In: Milbrett, Tobias: Ins Netz gegangen – Schwule Männer, Sex und Prävention im Internet. AIDS-Forum DAH, Bd. 53, Deutsche AIDS-Hilfe e.V., Berlin 2009.

Robert-Koch-Institut: Epidemiologisches Bulletin Nr. 47, Köln 2012.

Schmidt, Axel J.; Marcus, Ulrich; Hamouda, Osamah: Abschlussbericht zur KAB|a|STI-Studie: Wissen, Einstellung und Verhalten bezüglich sexuell übertragbaren Infektionen bei Männern mit gleichgeschlechtlichem Sex. Robert-Koch-Institut, Berlin 2007.

Rosenbrock, Rolf: Kreativität und Durchhaltevermögen. In: Jochen Drewes/Holger Sweers (Hg.): Strukturelle Prävention und Gesundheitsförderung im Kontext von HIV. AIDS-Forum DAH, Bd. 57, Deutsche AIDS-Hilfe e.V., Berlin 2010.

Sander, Dirk: „Vulnerabilitätsfaktoren“ im Kontext von HIV. In: Jochen Drewes/Holger Sweers (Hg.): Strukturelle Prävention und Gesundheitsförderung im Kontext von HIV. AIDS-Forum DAH, Bd. 57, Deutsche AIDS-Hilfe e.V., Berlin 2010.

erarbeitet von

Simone Kamin (Göttinger AIDS-Hilfe e.V.),

Andreas Paruszewski (Aidshilfe Niedersachsen Landesverband e.V.),

Kai Zayko (Braunschweiger AIDS-Hilfe e.V.)

Hannover, 13.09.2013 und aktualisiert am 17.09.2017.

Prävention im Drogenbereich – in Überarbeitung

Vorrangiges Ziel der primär-präventiven Arbeit mit Drogengebraucher*innen ist es, die Zahl der Infektionen mit HIV und allen sexuell übertragbaren Erkrankungen zu verringern oder Infektionen ganz zu verhindern. Drogengebraucher*innen sind einem doppelten Infektionsrisiko ausgesetzt. Zum einen über intravenösen Drogenkonsum, zum anderen über ihr Sexualverhalten. Drogengebrauchende versuchen oft, ihren Drogenkonsum über Beschaffungsprostitution zu finanzieren. Lange Zeit wurde aber das Risiko für i.v. Drogengebraucher*innen, sich auch über sexuelle Kontakte zu infizieren, unterschätzt und bei der Prävention vernachlässigt.

Verelendung und soziale Not erhöhen das Risikoverhalten. Die Illegalisierung von Drogen und die daraus resultierende Strafverfolgung führen zu Schwarzmärkten, Beschaffungsdelikten, Vertreibung und Inhaftierungen und damit zur gesundheitlichen und sozialen Verelendung von Drogen konsumierenden Menschen.

Wenn Überlebenshilfe wirksam sein soll, muss sie auf diese Alltagssituation der Drogengebraucher*innen zugeschnitten sein. Vor allem muss bei den gefährdeten Menschen Vertrauen und Offenheit gewonnen werden. Nur Kontakt und Nähe machen einen Dialog möglich, über den nicht nur reines Wissen vermittelt wird, sondern auch Verhaltensänderungen bewirkt werden. Im Laufe der Jahre kristallisierte sich die „akzeptierende Drogenarbeit“ als unverzichtbares Mittel heraus, diese Nähe herzustellen.

Akzeptierende Drogenarbeit betrachtet Drogenkonsum differenziert

- als Lebensstiläußerung,
- als Genusssucht,
- als Selbstmedikation,
- als Folge defizitärer sozialer Verhältnisse,
- als Krankheit.

In der Praxis der akzeptierenden Drogenarbeit müssen Bedürfnisse und Fähigkeiten von Drogengebraucher*innen berücksichtigt und in den Mittelpunkt der Unterstützungsangebote gestellt werden. Selbstbestimmung der*des Einzelnen steht im Vordergrund. Selbsthilfe, Selbstheilungskräfte und Betroffenenkompetenz sind in der Drogenarbeit deshalb unerlässlich. Professionelle Hilfe unterstützt, ergänzt und berät dabei.

Zur Infektionsvorbeugung gehört die schadensminimierende Drogenhilfe (Harm Reduction). Damit soll erreicht werden,

- die gesundheitliche Lage der Konsument*innen illegaler Drogen zu verbessern.
- HIV-Infektionen und Hepatitiden sowie alle sexuell übertragbaren Krankheiten (STD) zu vermeiden.
- Überlebenshilfen zu bieten.
- Entmündigung durch Eigenverantwortlichkeit zu ersetzen.

- Drogen gebrauchende Menschen mit ihrer Betroffenenkompetenz in die Arbeit einzubinden, d.h. Informationen von Drogengebraucher*innen für Drogengebraucher*innen (Peer Support, Peer Education) weiterzugeben.

Primär-Prävention im Drogenbereich

Zielgruppe

- i.v. Drogengebraucher*innen
- Substituierte
- Ex-User

8.

Ziele

- Verringerung von Neuinfektionen durch Informationen/ Aufklärung über Risiken, Kompetenzerweiterung durch Vermeidungs- und Minimierungsstrategien (Safer Use, Harm Reduction) und Verfügbarkeit von notwendigen Hilfsmitteln
- Förderung von Selbstbestimmung und gesundheitsbewusstem Handeln
- Gesundheitsförderung und Gesundheitserhaltung
- Lebensweisenakzeptanz, Abbau von Diskriminierungen gegenüber Betroffenen

9.

Zielorte

- Drogenszene
- Prostitutionsszene
- Drogenberatungsstellen und ihr Umfeld
- Drogenkontaktcafés
- Druckräume
- Wohnungsangebote für Drogengebraucher*innen
- selbst installierte, niedrighschwellige Angebote der Aidshilfen
- Justizvollzugsanstalten (auch Untersuchungshaftanstalten)
- Anlaufstellen für Straffällige

Aufgaben der Überlebenshilfe

- Abbau von Elend durch das Schaffen von schadensminimierenden Rahmenbedingungen (Harm Reduction)
- Abbau von Risiken durch Vermitteln von Wissen und Handhabungskompetenzen u.a. durch Einüben der erwünschten Verhaltensweisen (Safer Use, Risk Reduction, Safer Sex)
- Motivation zu risikominimierenden Verhaltensweisen

Methoden

- Einsatz von Material: Abgabe von sterilen Spritzen, Zubehör, Kondomen
- Einsatz von Medien, Broschüren
- Aktionen
- Zwischenmenschliche Dynamiken
- Anbindungsarbeit (Angebot innerhalb der AH, z.B. Frühstück, Gruppenangebote, Hygieneangebote) und aufsuchende Arbeit
- Unterstützung der Peer-Group-Arbeit durch Kooperation:
 - bei Aktionen von/für Drogengebraucher*innen (Peer Support)
 - mit den JES-Selbsthilfegruppen
 - mit regionalen Selbsthilfegruppen
- Trainings (Safer Use / Safer Sex / Erste Hilfe) durch Mitarbeiter*innen der Aidshilfen oder durch Drogengebraucher*innen (Peer Education) für Drogengebraucher*innen, auch für Drogengebraucher*innen in Haft (Spritzenprojekt zur Zeit in Vechta und Groß-Hesepe)

3.1-2 Prävention im Drogenbereich

Vorrangiges Ziel der primär-präventiven Arbeit mit i. v. Drogengebraucher*innen ist es, die Zahl der Infektionen mit HIV und allen sexuell übertragbaren Erkrankungen zu verringern oder Infektionen ganz zu verhindern. I. v. Drogengebraucher*innen sind einem doppelten Infektionsrisiko ausgesetzt. Zum einen über intravenösen Drogenkonsum, zum anderen über ihr Sexualverhalten. Drogengebrauchende versuchen oft, ihren Drogenkonsum über Beschaffungsprostitution zu finanzieren. Lange Zeit wurde aber das Risiko für i.v. Drogengebraucher*innen, sich auch über sexuelle Kontakte zu infizieren, unterschätzt und bei der Prävention vernachlässigt.

Verelendung und soziale Not erhöhen das Risikoverhalten. Die Illegalisierung von Drogen und die daraus resultierende Strafverfolgung führen zu Schwarzmärkten, Beschaffungsdelikten, Vertreibung und Inhaftierungen und damit zur gesundheitlichen und sozialen Verelendung von Drogen konsumierenden Menschen.

Wenn Überlebenshilfe wirksam sein soll, muss sie auf diese Alltagssituation der i. v. Drogengebraucher*innen zugeschnitten sein. Vor allem muss bei den Menschen Vertrauen und Offenheit gewonnen werden. Nur Kontakt und Nähe machen einen Dialog möglich, über den nicht nur reines Wissen vermittelt wird, sondern auch Verhaltensänderungen bewirkt werden. Im Laufe der Jahre kristallisierte sich die „akzeptierende Drogenarbeit“ als unverzichtbares Mittel heraus, diese Nähe herzustellen.

Zielgruppe

- i.v. Drogengebraucher*innen
- Substituierte
- Ex-User

Akzeptierende Drogenarbeit betrachtet Drogenkonsum differenziert

- als Lebensstiläußerung,
- als Genusssucht,
- als Selbstmedikation,
- als Folge defizitärer sozialer Verhältnisse,
- als Krankheit. 2

In der Praxis der akzeptierenden Drogenarbeit müssen Bedürfnisse und Fähigkeiten von Drogengebraucher*innen berücksichtigt und in den Mittelpunkt der Unterstützungsangebote gestellt werden. Selbstbestimmung der*des Einzelnen steht im Vordergrund. Selbsthilfe, Resilienz und Betroffenenkompetenz sind in der Drogenarbeit deshalb unerlässlich. Professionelle Hilfe unterstützt, ergänzt und berät dabei.

Zur Infektionsvorbeugung gehört die schadensminimierende Drogenhilfe (Harm Reduction). Damit soll erreicht werden,

- die gesundheitliche Lage der Konsument*innen illegaler Drogen zu verbessern.
- HIV-Infektionen und Hepatitiden sowie alle sexuell übertragbaren Krankheiten (STD) zu vermeiden.
- Überlebenshilfen zu bieten.
- Entmündigung durch Eigenverantwortlichkeit zu ersetzen.
- Drogen gebrauchende Menschen mit ihrer Betroffenenkompetenz in die Arbeit einzubinden, d.h. Informationen von Drogengebraucher*innen für Drogengebraucher*innen (Peer Support, Peer Education) weiterzugeben.

Primär-Prävention im Drogenbereich

Ziele

- Verringerung von Neuinfektionen durch Informationen/ Aufklärung über Risiken, Kompetenzerweiterung durch Vermeidungs- und Minimierungsstrategien (Safer Use, Harm Reduction) und Verfügbarkeit von notwendigen Hilfsmitteln
- Förderung von Selbstbestimmung und gesundheitsbewusstem Handeln
- Gesundheitsförderung und Gesundheitserhaltung
- Lebensweisenakzeptanz, Abbau von Diskriminierungen gegenüber Betroffenen

Zielorte

- Drogenszene
- Prostitutionsszene
- Drogenberatungsstellen und ihr Umfeld
- Drogenkontaktcafés
- Druckräume
- Wohnungsangebote für Drogengebraucher*innen
- selbst installierte, niedrighschwellige Angebote der Aidshilfen
- Justizvollzugsanstalten (auch Untersuchungshaftanstalten)
- Anlaufstellen für Straffällige

Aufgaben der Überlebenshilfe

- Abbau von Elend durch das Schaffen von schadensminimierenden Rahmenbedingungen (Harm Reduction)
- Abbau von Risiken durch Vermitteln von Wissen und Handhabungskompetenzen u.a. durch Einüben der erwünschten Verhaltensweisen (Safer Use, Risk Reduction, Safer Sex)
- Motivation zu risikominimierenden Verhaltensweisen
- Methoden

- Einsatz von Material: Abgabe von sterilen Spritzen, Zubehör, Kondomen
- Einsatz von Medien, Broschüren
- Aktionen
- Zwischenmenschliche Dynamiken
- Anbindungsarbeit (Angebot innerhalb der AH, z.B. Frühstück, Gruppenangebote, Hygieneangebote) und aufsuchende Arbeit
- Unterstützung der Peer-Group-Arbeit durch Kooperation:
 - 1.1 bei Aktionen von/für Drogengebraucher*innen (Peer Support)
 - 1.2 mit den JES-Selbsthilfegruppen
 - 1.3 mit regionalen Selbsthilfegruppen
- Trainings (Safer Use / Safer Sex / Erste Hilfe) durch Mitarbeiter*innen der Aidshilfen oder durch Drogengebraucher*innen (Peer Education) für Drogengebraucher*innen, auch für Drogengebraucher*innen in Haft (Spritzenprojekt zur Zeit in Vechta und Groß-Hesepe)

3.1-3 Prävention für Frauen und Mädchen

Präambel

Frausein und HIV-positiv sein sind im Alltagsdenken zwei Elemente, die selten zusammengedacht werden, denn bei vielen Menschen sind HIV und Aids nach wie vor fast ausschließlich mit MSM oder Drogen gebrauchenden Menschen verknüpft. Frauen bilden jedoch eine wichtige Zielgruppe für Prävention, Beratung und Selbsthilfe mit ganz spezifischen Anforderungen. HIV-positive Frauen erkranken immer häufiger an Aids. Bei Frauen wird oft nur während der Schwangerschaft ein HIV-Test durchgeführt. Frauen, die keine oder spät Kinder bekommen, tragen daher ein höheres Risiko, erst spät diagnostiziert zu werden. Denn sowohl die Frauen selbst als auch ihre Ärzt*innen vermuten selbst bei spezifischen Symptomen selten eine HIV-Infektion. Durch Spätdiagnosen und dem dadurch entstehenden späteren Therapiebeginn ergeben sich Infektionsverläufe, die zu großen Einschränkungen und Herausforderungen im Leben der Betroffenen führen können und einer spezifischen Begleitung und Beratung bedürfen.

Die Themen Kinderwunsch, Schwangerschaft und Geburt stellen HIV-positive Frauen trotz stark verbesserter medizinischer Versorgung vor besondere Herausforderungen: hierzu gehören bspw. die passende Medikation und die Suche nach unterstützenden Ärzt*innen und geeigneten Entbindungsorten.

Verhütungsmittel sind sowohl zur HIV-Prävention als auch zur Schwangerschaftsverhütung wichtige frauenspezifische Themen: so beeinflussen einige HIV-Medikamente bspw. die Wirksamkeit hormoneller Kontrazeptiva. Für Frauen, die sich vor dem HI-Virus schützen wollen, bietet neben dem Kondom das Frauenkondom eine geeignete Alternative, die selbstbestimmt angewandt werden kann. Dieses Verhütungsmittel ist trotz seiner einfachen und sicheren Anwendung in Deutschland eher unbekannt. Dabei ist es das einzige Verhütungsmittel, das beim

Sex sowohl gegen STIs und HIV schützt und von der Frau selbst am eigenen Körper genutzt werden kann.

Diskriminierung und Stigmatisierung sind für HIV-positive Frauen ebenso Thema. Im Vergleich zu Männern haben sie größere Angst davor sich als HIV-positiv zu outen und entwickeln eher Depressionen. Besonders Frauen mit Kindern tragen oft schwer an der Last des „Familiengeheimnisses“. Frauen, die in Familienkonstellationen eingebunden sind und/oder in ländlichen Gebieten wohnen, haben weniger Möglichkeiten sich in Selbsthilfeangeboten zu organisieren, die sie stärken könnten.

Hieraus ergeben sich besondere Anforderungen an Angebote für Frauen, aber auch an die Bearbeitung frauenspezifischer Themen und die Arbeit mit Multiplikator*innen. Der AK Frauen setzt sich vor dem Hintergrund vielfältiger Lebensrealitäten von Frauen mit frauenbetreffenden Themen 36 auseinander und entwickelt zielgruppenspezifische Angebote. Hier können Informationen über neue Studienergebnisse aus Kongressen und Fachtagen gebündelt und synergetisch von den teilnehmenden AHs genutzt werden. Fachtagungen, die der AK-Frauen für Mitarbeiter*innen von Beratungsstellen, Ärzt*innen sowie medizinischem Pflegepersonal anbietet, tragen zur Aufklärung und Sensibilisierung zum Thema Frauen und HIV/Aids bei.

Ziele

- Entstigmatisierung und Abbau von Diskriminierung
- Abbau von Ängsten und Tabuisierung
- Zugang zu Informationen und Testangeboten schaffen und verbessern
- Zugang zu Wissen über Präventionsmöglichkeiten
- Zugang zu Schutzmöglichkeiten sicherstellen
- Wissen von Ärzt*innen und med. Personal über HIV/Aids & STIs verbessern
- Anzahl von Spät Diagnosen verringern
- Frauen/Mädchen als Multiplikatorinnen erreichen
- Frauen/Mädchen in ihrer Selbstbestimmung und der Kompetenz zur Kommunikation über Sexualität stärken
- Frauen/Mädchen zu individuellem Risikomanagement befähigen
- Eigenverantwortlichen Umgang mit sexueller und reproduktiver Gesundheit stärken
- Tradierte Rollenvorstellungen bewusst machen, hinterfragen und positive Alternativen aufzeigen
- Abbau struktureller Benachteiligungen

Präventionsarbeit mit Mädchen und Frauen

Die Präventionsarbeit findet in Anpassung an die Lebenswelten der jeweiligen Zielgruppe statt. Mit geeigneten Mitteln und Methoden unter Berücksichtigung des speziellen Bedarfs der Teilnehmerinnen werden Informationen, bzw. Zugang zu Informationen vermittelt und Unterstützungsangebote aufgezeigt. Die Angebote finden immer, bedarfsorientiert und individuell an das Anliegen der Gruppe ange-

passt, in einem geschützten Rahmen statt. Ein besonderes Augenmerk liegt auf einem möglichen kulturell bedingten und milieuspezifischen Informationsbedarf. Um wichtige Informationen zu transportieren, werden Präventionsangebote kultur- und milieusensibel vorbereitet. Dazu gehört, dass der Veranstaltungsort sowohl im Aufenthaltsbereich der Zielgruppe, als auch in den Räumlichkeiten der Beratungsstellen stattfinden kann, um Schwellenängste abzubauen. Weitere Möglichkeiten, Informationen zugänglich zu machen liegen im Bereich der sozialen Medien. Dazu können zum Beispiel Präventionsworkshops gemeinsam mit Multiplikatorinnen entwickelt werden, damit Informationen in die jeweilige Peer-Group fließen können. Idealerweise fungieren die Mädchen und Frauen selbst als Multiplikatorinnen.

Die Berater*innen sind mit der jeweiligen Zielgruppe vertraut und im engen Kontakt. Nur so lässt sich der Bedarf an Information ermitteln und schafft einen leichteren Zugang zu Wissen über Präventionsmöglichkeiten, Schutz- und Testangeboten.

Weiterhin ist die Möglichkeit einer kontinuierlichen Zusammenarbeit der Berater*innen unerlässlich um sich gegenseitig zu informieren, auf dem aktuellen Wissensstand zu bleiben, sich über geeignete Methoden auszutauschen und Best-Practice-Beispiele zu nutzen.

Öffentlichkeitsveranstaltungen sollen zur Entstigmatisierung beitragen und Diskriminierung und Tabuisierung abbauen (entgegenwirken). Gemeinsame Veranstaltungen bündeln die Personalressourcen und können größere Gruppen erreichen (z.B. Frauengesundheitstag).

Um die Anzahl der Spät Diagnosen zu verringern, müssen Ärzt*innen über ausreichendes Wissen zu HIV und Aids verfügen. Die Praxis zeigt, dass sie ebenfalls einen Bedarf an Fortbildungsveranstaltungen haben.

Ziel der Präventionsarbeit ist es, Frauen durch Zugang zu Informationen und die Möglichkeit zum Austausch in ihrer Selbstbestimmung und Eigenverantwortung zu unterstützen und sie zu individuellem Risikomanagement zu befähigen.

Sowohl in der Beratung als auch in der Prävention sollten Mitarbeiter*innen in der Frauenarbeit sich in die unterschiedlichen Lebenswelten der Frauen einfühlen können. Die Bedürfnisse und Ressourcen der Frauen müssen bei allen Angeboten im Vordergrund stehen. Respekt, Wertschätzung und Akzeptanz der Frauen sind Voraussetzung für eine zielgerichtete Zusammenarbeit.

Primärprävention

Seit 1985 ist in Deutschland eine Zunahme von Neuinfektionen bei Frauen zu verzeichnen. Entfielen im Jahre 1985 noch 8,1 % der Neuinfektionen auf Frauen, waren es 2003 ca. 25 %. Diese steigende Tendenz bekräftigt die Notwendigkeit von Präventionsmaßnahmen.

Weltweit gesehen stellen Frauen einen Anteil von etwas mehr als 50 % der von HIV betroffenen Menschen.

Infektionsgefährdete Mädchen und Frauen können nicht als eine homogene Gruppe verstanden werden.

Vielmehr entstammen sie den unterschiedlichsten Lebenswelten und haben individuell stark variierende Hintergründe. Zum Beispiel als:

- Heterosexuelle Mädchen und Frauen
- Lesbische Mädchen und Frauen
- Migrantinnen
- Drogengebraucherinnen
- Sexarbeiterinnen

Die Aufzählung ist nicht als starres Konstrukt zu sehen.

Ein und dieselbe Frau kann mehreren der genannten Gruppen angehören.

Aus der Verschiedenheit der Lebenswelten und der damit jeweils einhergehenden spezifischen Gefährdung der betreffenden Frauen ergibt sich die Notwendigkeit einer zielgruppenspezifischen und ggf. geschlechtsspezifischen Präventionsarbeit.

Diejenigen Frauen, die hinsichtlich ihrer ökonomischen Lage, ihres Bildungsstandes sowie ihrer sozialen Beziehungen über geringe Ressourcen verfügen, gelten als besonders vulnerabel. Gleiches gilt auch für Frauen, die starken Repressalien (Abhängigkeit, Gewalt u.ä.) ausgesetzt sind.

Die heterosexuellen Mädchen und Frauen

In Deutschland ist die Übertragung durch ungeschützten heterosexuellen Geschlechtsverkehr der häufigste Infektionsweg bei Frauen. Aus biologisch bedingten Gründen (Scheidenschleimhaut bietet dem HI-Virus eine große Angriffsfläche, lange Verweildauer der Samenflüssigkeit im Körper der Frau, generelle Immunsuppression in der zweiten Zyklushälfte etc.) haben Frauen ein höheres Infektionsrisiko bei ungeschütztem vaginalem Geschlechtsverkehr als Männer.

Auch bei Frauen und Mädchen besteht ein großes Wissensdefizit in Bezug auf Infektionswege und Schutzmaßnahmen.

Mädchen und Frauen kommen nicht umhin, mit ihren Partnern über Sex zu reden, wenn sie sich schützen wollen. Um den Partner von Safer Sex zu überzeugen, erfordert es genügend Selbstbewusstsein und bestimmte kommunikative Kompetenzen. Über Sex zu reden, die Initiative zu übernehmen und eigene Wünsche und Vorstellungen zu äußern, entspricht nicht dem traditionellen Rollenverständnis. Zudem kann das Ansprechen von Safer Sex leicht als Ausdruck von Misstrauen verstanden werden, denn der ungeschützte Geschlechtsverkehr gilt als Liebes- und Vertrauensbeweis. Erschwerend kommt hinzu, dass das romantische Liebesideal und die Vorstellung von der „einen großen Liebe“ weiter in den Köpfen leben, obwohl die Realität anderes zeigt. Heute ist für die meisten Menschen die „serielle Monogamie“ eher Lebenswirklichkeit als die lebenslange Partnerschaft. Diese Diskrepanz zwischen dem Ideal und der Realität birgt große Risiken. Über die Möglichkeit eines „Seitensprungs“ zu sprechen, gilt nach wie vor als Tabu. Treue wird vorausgesetzt, häufig aber nicht durchgängig gelebt. Auch in festen Beziehungen infizieren sich Frauen mit dem Virus.

Die lesbischen Frauen / Sex unter Frauen

Hier kommt es aufgrund von herrschenden Tabus und Klischees, die es sowohl außerhalb als auch innerhalb der Szene gibt, oft zu Fehleinschätzungen des Risikos in beide Richtungen.

Lesbischsein schützt ebenso wenig vor HIV, wie es als Tatsache an sich ein hohes Risiko birgt. Wie in allen anderen Zusammenhängen auch, kommt es auf die Form der gelebten Sexualität an.

Lesbischer Sex heißt nicht zwangsläufig „Kuschelsex“. Auch unter Frauen gibt es die ganze Bandbreite von Sexualität bis hin zu „harten Sex“ und SM-Praktiken, die - werden sie unsafe praktiziert- ein dementsprechend hohes Infektionsrisiko in sich bergen. Lesbische Liebe bedeutet ebenso wenig wie heterosexuelle Liebe zwangsläufig Monogamie.

Die Migrantinnen

Bei der Gruppe der Migrantinnen muss man sich vergegenwärtigen, dass es sich um eine sehr heterogene Gruppe handelt.

Folgende Faktoren können u.a. Einfluss auf die spezielle Lebenssituation und damit auf die Präventionsarbeit haben:

- Aufenthaltsstatus
- Sprachkenntnisse
- Existenzsicherung
- Herkunftsgeprägte Einstellungen, z.B. zu Sexualität, Gesundheit, Krankheit
- gesellschaftliche Diskriminierung

Primärprävention bei Migrantinnen erfordert interkulturelle Kompetenz.

Kooperations- und Ansprechpartner*innen in Beratungsstellen für Migrantinnen und gegebenenfalls sprachliche Mediator*innen sind für diese Präventionsarbeit unabdingbar.

Idealer Weise wird die Präventionsarbeit durch die im Bereich HIV und AIDS ausgebildeten Multiplikator*innen mit nicht-deutschem kulturellen Hintergrund unterstützt und durchgeführt.

Die Drogengebraucherinnen

Drogengebraucherinnen sind häufig von Verelendung und sozialer Not betroffen. Dies sind Faktoren, die Risikoverhalten fördern. Suchtdruck, die Illegalisierung von Drogen, die daraus resultierende Strafverfolgung aufgrund von Beschaffungsdelikten sowie Vertreibungen und Inhaftierungen wirken sich negativ auf das Leben und damit auch auf den gesundheitlichen Zustand aus.

Drogengebrauchende Frauen sind einem mehrfachen Risiko ausgesetzt:

- Über das gemeinsame Benutzen von Spritzbestecken.
- Über ungeschützten Geschlechtsverkehr mit Partnern (aus der Szene). Das hier bestehende Risiko wird von Drogen gebrauchenden Frauen häufig unter-

schätzt. Ist der Wunsch nach Nähe besonders ausgeprägt, wird Sex „ohne“ häufig als Liebes- und Vertrauensbeweis gesehen.

- Im Rausch werden Bedenken schnell verdrängt, Safer-Sex und Safer-Use-Regeln brauchen jedoch einen „klaren Kopf“.
- Der Infektionsweg durch sexuellen Kontakt wurde bei Drogengebraucherinnen lange Zeit unterschätzt und demnach auch bei Präventionsmaßnahmen vernachlässigt.
- Ein Großteil der drogengebrauchenden Frauen finanziert die Sucht über Prostitution. Durch den finanziellen Druck zur Beschaffung der Drogen fügen sich die Frauen dem vom Freier eingeforderten ungeschützten Sex.

Sinnvolle Präventionsmaßnahmen sind beispielsweise die Aufklärung zu Safer Use und Safer Sex durch aufsuchende Arbeit. Gleichzeitig muss im Rahmen der Verhältnisprävention dringend auf eine Verbesserung der Lebensumstände von drogengebrauchenden Menschen hingewirkt werden.

Die Sexarbeiterinnen

Auch hier handelt sich dabei um eine heterogene Gruppe.

Es sind heterosexuelle, lesbische oder bisexuelle Frauen, die z.T. einen Migrationshintergrund haben und/oder Drogen gebrauchen.

Kennzeichnende Faktoren können sein:

- Gesellschaftliche Diskriminierung der Prostitutionstätigkeit
- Konkurrenz und (psychische) Drucksituationen vielfältiger Art
- Teilweise Arbeitsbedingungen, die rechtlich ungesichert sind
- Milieuspezifische Normen und Abhängigkeiten

Die oben benannten Bedingungen erschweren die Präventionsarbeit. Deshalb ist die aufsuchende Arbeit (Streetwork) in allen Bereichen der Prostitution als vertrauensbildende und -fördernde Maßnahme unabdingbar. Für die Präventionsarbeit ist zielgruppenspezifisches Informationsmaterial unter Berücksichtigung der speziellen Arbeitssituation erforderlich.

Präventionsarbeit mit Frauen und Mädchen

Damit Präventionsmaßnahmen greifen, müssen sie an die Lebensumstände der Frauen angepasst sein.

Die grundsätzlichen Voraussetzungen für Verhaltensänderungen sind Einsicht und Freiwilligkeit, Motivation und Selbstbeteiligung. Die HIV-Infektion muss als persönlich beeinflussbares Risiko empfunden werden. Dabei sollen Präventionsmaßnahmen nicht als Freiheitsbeschneidung empfunden, sondern - ganz im Gegenteil - als Mittel wahrgenommen werden, sexuelle Selbstbestimmung zu leben.

Daher ist es wichtig,

- zu üben, die eigenen Bedürfnisse wahr und wichtig zu nehmen, sie zu formulieren und deren Befriedigung einzufordern bzw. über deren Erfüllung zu verhandeln. Dies bedeutet auch, den Mut zur Verweigerung zu stärken

- Frauen/ Mädchen zum Nachdenken über die (sexuelle) Zufriedenheit innerhalb ihrer Beziehung anzuregen
- die Kommunikationsfähigkeit im sexuellem Bereich zu entwickeln, sexuelle Begriffe/ sexuelle Sprache zu finden, mit welcher Frauen sich wohl fühlen
- tradiertes Rollenverständnis bewusst zu machen, zu hinterfragen und positive Gegenbeispiele aufzuzeigen
- das Selbstvertrauen zu stärken, indem Talente gefördert, Fähigkeiten bewusst gemacht, Erfolgserlebnisse vermittelt werden
- Wissen über Methoden der Empfängnisverhütung und des Infektionsschutzes zu vermitteln und die jeweiligen Vor- und Nachteile zu diskutieren, damit jede die aktuell für sich geeignete Methode wählen kann
- die praktische Anwendung von Kondomen zu üben. Dabei ist es wichtig, nicht nur die Überwindung der technischen Schwierigkeiten zu trainieren, sondern vor allem Situationen nachzustellen, in denen Sprachlosigkeit und Mangel im Verhaltensrepertoire die Durchsetzung von Safer-Sex klassischerweise verhindern
- durch Wissensvermittlung und Verhaltenstraining zu Risikoabwägung, zur Balance zwischen sinnlichen und gesundheitlichen Bedürfnissen, zwischen kurzfristigem und dauerhaftem Wohlbefinden zu befähigen (Risikomanagement)
- zu Gesprächen mit dem*der Partner*in über seine*ihre sexuelle Vergangenheit und über mögliche sexuelle Beziehungen außerhalb der Partnerschaft anzuregen

Die Emanzipation verstanden als Förderung des Selbstbewusstseins, Alternative zum traditionellen Rollenverständnis und Abbau struktureller Benachteiligungen von Frauen und Mädchen ist in jedem Fall Bedingung für eine erfolgreiche Prävention!

Sekundär- und Tertiärprävention bei Frauen

Neben allen generellen Aspekten, die Menschen mit HIV und Aids betreffen, befinden sich HIV-positive und an Aids erkrankte Frauen oft in besonderen Lebenssituationen, aus denen sich folgende Problemlagen ergeben können:

Schlechterer ökonomischer Status im Vergleich zu Männern, da sie u.a.

- häufiger im Niedriglohnbereichen tätig sind
- vielfach mit reduzierter Stundenzahl berufstätig sind
- Kindererziehungszeiten in Anspruch nehmen
- die Pflege von Angehörigen übernehmen
- häufig geringere Rentenansprüche haben

Schwierigkeiten mit Sexualität und in der Partnerschaft

- die Auseinandersetzung mit der Mitteilung der Diagnose und dem Umgang mit der Krankheit mit dem*der Partner*in und den Kindern
- Frauen werden häufig in der Schwangerschaftsvorsorge mit der Diagnose konfrontiert
- die Entscheidung für oder gegen ein Kind
- Frauen übernehmen häufig Verantwortung für die Bedürfnisse ihrer Familie und kommen selbst dabei zu kurz; verschärft wird diese Situation noch bei Infektion von Mutter und Kind
- Angst vor der sozialen Ausgrenzung der Kinder bei bekannt werden der Infektion
- die Sorge um die Sicherstellung der Versorgung der Kinder im Krankheits- oder Todesfall
- Hemmungen bei der Partner*innensuche/ Partnerschaft
- Verunsicherung im Bereich der Sexualität.

Gesellschaftliche Stigmatisierung

- Frauen sind mit Schuldzuweisungen und dem Vorwurf unsolider Lebensweise konfrontiert
- die Auseinandersetzung mit dem Kinderwunsch stößt häufig auf Ablehnung

Interessenvertretung

- eine überwiegend schwul geprägte Interessenvertretung kann Frauen den Weg zu Beratung und Selbsthilfe erschweren
- frauenspezifische Wirkweisen bzw. Nebenwirkungen der HIV-Medikamente werden nicht genug beachtet und erforscht

Überarbeitung des Kapitels „Prävention für Frauen und Mädchen“ durch den Facharbeitskreis „Frauen und Migrantinnen“. Einstimmig angenommen auf der Landeskonferenz am 23. September 2007 in Goslar.

Prävention bei Frauen und Männern in der Sexarbeit

Aids-Prävention muss da ansetzen, wo die Zielgruppe zu erreichen ist. Sie greift in zentrale Lebensbereiche ein und soll das persönliche Sexualverhalten verändern. Eine nicht zu vernachlässigende Zielgruppe für Prävention sind Sexarbeiter*innen und ihre Freier. Für sie ist eine lebensweltbezogene Aufklärungsarbeit zu gesundheitlichen Risiken wie Aids, sexuell übertragbaren Krankheiten (STD), Hepatitis und die glaubwürdige Vermittlung von Safer Sex-Botschaften von überlebenswichtiger Bedeutung. Allein das Wissen um Aids führt nicht zu den notwendigen Verhaltensänderungen beim Sex. Aids-Prävention muss daher über den rein medizinischen Bereich hinausgehen.

Infektionsgefährdende Sexualpraktiken, notwendige Verhaltensänderung sowie Situationen, die zur Sexualitätsausübung gehören, müssen klar benannt werden. Aids-Prävention muss dort passieren, wo risikoreiche Sexualität angebahnt wird und stattfindet.

Für Aids-Prävention ist es nötig, mit Sexarbeiter*innen kontinuierlich daran zu arbeiten, sich nicht nur in beruflichen Situationen zu schützen. Insbesondere bei wechselnden persönlichen Sexualpartner*innen oder bei Partner*innen, die Drogen gebrauchen, ist es geboten, die Schutzmaßnahmen auch im Privatbereich anzuwenden. Erfahrungen zeigen immer wieder, dass Frauen das Infektionsrisiko im privaten Lebensbereich unterschätzen.

Aids-Prävention in der Prostitution sollte außerdem in Rechnung stellen, dass sich ihre Zielgruppe in einem gesellschaftlichen Randbereich bewegt, der immer noch weitgehend mit einem tief sitzenden Tabu belegt ist. Auch heute noch wird nicht die Prostitution an sich geächtet, sondern es werden weiterhin diejenigen, die als Prostituierte arbeiten, gesellschaftlich ausgegrenzt und sozial wie rechtlich diskriminiert. Ihre rechtlich und sozial schwache Position führt dazu, dass ihnen auch für den Schutz vor einer HIV-Infektion die alleinige Verantwortung zugeschrieben wird. Gesundheitliche Aufklärung zu Aids für Menschen in der Sexarbeit beinhaltet deshalb immer Anti-Diskriminierungsarbeit und sie macht auch vor weiteren gesundheitlichen und sozialen Problemen der Zielgruppe nicht halt.

Während sich professionell arbeitende Menschen (z.B. Callboys) der Gefahren einer HIV-Ansteckung bewusst sind und auf ihre Gesundheit achten (ihr Körper ist ihr Kapital), ist anderen in der Sexarbeit Tätigen das große Infektionsrisiko nicht bewusst.

Viele Sexarbeiter*innen, ob sie professionell oder als Gelegenheitsprostituierte arbeiten, führen ein Doppelleben. Oft weiß in ihrem privaten Umfeld niemand von ihrer Tätigkeit in der Sexarbeit. Hinzu kommt, dass sich viele Prostituierte ungeachtet ihrer objektiv risikoreichen Lebenssituation subjektiv nicht als HIV-gefährdet empfinden. Dennoch haben alle in der Sexarbeit Tätigen ein besonderes Risiko.

Prostituierte aus Osteuropa

Frauen aus Osteuropa sind einem besonderen Risiko ausgesetzt. Sie gehen hier häufig unfreiwillig der Prostitution nach und hatten vor ihrer Einreise keinerlei Kontakt zur Prostitution. Oft haben diese Frauen keine Kenntnisse über Verhütungsmethoden, Aids und andere sexuell übertragbare Krankheiten und sie sind nicht über Arbeitsbedingungen und -methoden in der Prostitution informiert. Weil

sie kein Deutsch können, sind sie über die übliche Präventionsarbeit nicht zu erreichen. Es ist zudem schwer, ihr Vertrauen zu gewinnen. Die verschleppten und zur Prostitution gezwungenen Frauen haben kein Vertrauen zu Behörden. Damit die Frauen Vertrauen aufbauen können, ist es wichtig, dass die Beratungsstelle unabhängig ist und Anonymität gewährleistet. Das gilt mit Abstrichen auch für die Arbeit mit Strichern aus Osteuropa.

Es ist auch nötig, Aids-Prävention auf die Heimatländer auszudehnen. Hier ist eine intensive Zusammenarbeit mit Kooperationspartner*innen von Nicht-Regierungsorganisationen sehr bedeutend. Institutionen in den Heimatländern sollten Informationsmaterial zu Aids, STD und Safer Work und aktuelle Hinweise über die soziale und rechtliche Situation der Menschen in der Sexarbeit in Deutschland erhalten.

Minderjährige Sexarbeiter*innen

Aids-Prävention bei minderjährigen Sexarbeiter*innen ist sehr wichtig, da diese Zielgruppe besonders gefährdet ist. Die häufig unerfahrenen Kinder und Jugendlichen bieten ihre Dienste häufig auf dem Straßenstrich, in einschlägigen Lokalen oder am Bahnhof an. Sie wissen, dass es für sie verboten ist, der Prostitution nachzugehen und sie sind ständig auf der Hut vor Polizei und Jugendamt. Oftmals versuchen sie sich „unsichtbar“ zu machen, damit sie nicht von Sozialarbeiter*innen angesprochen werden. So sind sie auch für die Aids-Prävention nur schwer zu erreichen. Um ihre Unwissenheit in Bezug auf Safer Sex und Safer Work zu verbergen und den Eindruck von Professionalität zu erwecken, stellen sie keine Fragen. Besonders junge Beschaffungsprostituierte werden noch leichtsinniger, wenn sie unter akutem Suchtdruck stehen.

Um diese Zielgruppe zu erreichen, sollte sich das Angebot durch Niedrigschwelligkeit, Akzeptanz und Kontinuität auszeichnen. Die kostenlose Vergabe von Kondomen und Informationsmaterial zum Thema Aids, Safer Sex und Safer Work ist ein wichtiges Kommunikationsmittel.

Freier

Im Rahmen aufsuchender präventiver Arbeit auf der Straße, in den Bordellen und in den einschlägigen Lokalen, müssen auch die Freier erreicht werden. Sie müssen immer wieder auf ihre besondere Verantwortung hingewiesen werden, die sie nicht nur sich selbst und den Prostituierten gegenüber, sondern auch ihren Lebens- und Sexualpartner*innen gegenüber haben. Denn trotz des allgemein hohen Informationsstandes zu Aids fordern die Freier nach wie vor Sex ohne Kondom. Der auch bei Freiern verbreitete Irrglaube, dass Geschlechtsverkehr mit ganz jungen Mädchen und Jungen risikolos sei, führt zu riskantem Sexualverhalten. Beim Streetwork werden daher Kondome nicht nur an Prostituierte, sondern auch an Freier verteilt. Gleichzeitig werden sie in Diskussionen verwickelt. Gezielte Kondomvergabe durch Taxifahrer, die potentielle Freier zu den Orten der Prostitutionsausübung fahren, ist eine weitere Aktionsform zur Aids-Prävention mit Freiern. Zudem ist die Entwicklung einer gezielten Freier-Prävention im Rahmen des Sex-tourismus notwendig.

Prävention in der Allgemeinbevölkerung

Das Arbeitsfeld „Prävention in der Allgemeinbevölkerung“ umfasst Präventionsmaßnahmen, die nicht direkt auf eine bestimmte Hauptbetroffenengruppe von HIV & STI ausgerichtet sind. „Allgemeinbevölkerung“ meint die Gesamtheit der Bevölkerung, in der auch alle besonders von HIV & STI betroffenen Adressaten von Präventionsarbeit anzutreffen sind: Menschen, die in Kontakt mit Menschen mit HIV stehen, Drogengebraucher*innen, Migrant*innen, hetero- & homosexuelle Menschen, usw.

Im Gegensatz zur zielgruppenspezifischen Prävention müssen die primärpräventiven Botschaften für die Allgemeinbevölkerung daher weiter gefasst werden. Diese umfassen alle in Bezug auf HIV & STI relevanten Infektionswege und Schutzmöglichkeiten. Deren Bekanntmachung und die Verbreitung der Tatsache, dass eine Infektion im alltäglichen Umgang nicht möglich ist, wirken der Diskriminierung von Menschen mit HIV aufgrund unbegründeter Infektionsängste entgegen.

Im Sinne der strukturellen Prävention ist die Aufklärung der Allgemeinbevölkerung damit zu großen Teilen auch Antidiskriminierungsarbeit für Menschen mit HIV und für die Hauptbetroffenengruppen von HIV und STI. Ein Grundsatz der Aidshilfe-Arbeit ist das gemeinsame emanzipatorische Handeln von Menschen mit und ohne HIV und eine akzeptierende Grundhaltung gegenüber gesellschaftlich marginalisierten und stigmatisierten Gruppen. Die Präventionsarbeit der Aidshilfen lebt dieses Miteinander und die dahinterstehende Haltung.

Die Größe des Arbeitsfeldes „Prävention in der Allgemeinbevölkerung“ macht es notwendig, Multiplikator*innen und Kooperationspartner*innen einzubinden und sich auf punktuelle Interventionen zu konzentrieren. Das sollte in Kooperation und Absprache mit anderen Trägerinnen, wie z.B. den Gesundheitsämtern umgesetzt werden.

Schul- und Jugendprävention in der Aidshilfearbeit: Leitlinien, Qualitätsmerkmale und Praxisempfehlungen

Anspruch

Bildungspolitischer Anspruch

Jede*r Jugendliche hat als Schüler*in einen Anspruch über HIV/ Aids aufgeklärt zu werden. Die Sexualaufklärung in der Schule muss der HIV/ Aids-Aufklärung vorausgehen.

Ziele der HIV/ Aids-Prävention in Schulen

Jede*r Jugendliche soll im Laufe der Schulzeit über HIV/Aids aufgeklärt werden. Dadurch sollen Neuinfektionen bei Jugendlichen verhindert werden. Um Jugendliche zu befähigen, sich aktiv vor einer Infektion schützen zu können, müssen folgende Lernbereiche einbezogen werden: Sensibilisierung, Wissensvermittlung, Stärkung der emotionalen, sozialen und kommunikativen Handlungskompetenz / Kompetenz zu handeln.

Anforderungen an HIV/ Aids-Prävention in Schulen

Minimalforderung:

- Vermittlung von Übertragungswegen, Schutzmöglichkeiten und Kondomgebrauch

Maximalforderung:

- Stärkung der emotionalen und sozialen Handlungskompetenzen im Umgang mit den Infektionsrisiken
- Sensibilisierung für einen solidarischen Umgang mit Menschen mit HIV/ Aids
Förderung der Akzeptanz unterschiedlicher Lebensweisen

Zuständigkeiten

Rolle der Schule

Es ist primär die Aufgabe der Schulen, die Fakten und das Wissen über HIV/ Aids und andere sexuell übertragbare Krankheiten zu vermitteln. Dazu gehören die Lerninhalte im Sinne der Minimalforderung.

Rolle der Aidshilfe

Angesichts der Schüler*innenzahlen in Niedersachsen und der knappen Ressourcen der Aidshilfen sind die Aidshilfen in Niedersachsen nicht in der Lage, eine flächendeckende Prävention in Schulen zu gewährleisten. Daher kann die Rolle der Mitgliedsorganisationen im Bereich der Schulprävention nur spezifisch im Sinne ihrer Fachkompetenzen und nur begrenzt angesichts ihrer Prioritäten und Kapazitäten sein.

Somit ist eine strategische und strukturelle Handlungsweise notwendig, um in diesem Arbeitsbereich höchstmögliche Effektivität zu erreichen.

Analyse der spezifischen und begrenzenden Faktoren der Aidshilfe

Nummerierung bzw. Buchstaben beachten! Die einzelnen Punkte werden den Muster-Beispielen unter dem Punkt ‚Sammlungen und Musterbeispiele‘ zugeordnet.

Spezifische Faktoren:

Als Präventionspartner*in bietet Aidshilfe diese spezifischen Ressourcen:

1. Betroffenenkompetenz
2. Fachkenntnisse und Lebenserfahrung der Betroffenen und Mitarbeiter*innen
3. Hauptamtliche und ehrenamtlich geschulte Mitarbeiter*innen als professionelle Expert*innen für die Aids-Thematik („Aids-Profis“)
4. „Vernetztes Fachwissen“ durch Organisationsstruktur von Aidshilfe (Bsp.: Fachgremien)
5. Fachinformationen wie Broschüren, Arbeitsmaterialien, Give-Aways u.a.
6. Methoden- und Medienkompetenz
7. Parteilichkeit für Betroffene und Betroffeneninteressen
8. Akzeptanz unterschiedlicher sexueller Orientierung und Lebensstile
9. Lebensweltenakzeptanz
10. Altersnähe vieler Ehrenamtlicher gegenüber Jugendlichen (z.B. Studierende)
11. Ehrenamtliche als Vorbild bzw. Beispiel für Zivilengagement
12. Unabhängigkeit vom Schulsystem

Begrenzende Faktoren:

Aidshilfe kann sich in der Schul- und Jugendprävention nur begrenzt engagieren:

- a) keine allgemeine Sexualaufklärung (Biene und Blume)
- b) kein Biologieunterricht
- c) keine medizinische/ rechtliche Aufklärung
- d) Konzentration auf Wesentliches: emotionale und soziale Handlungskompetenzen
- e) wenig Personal in Aidshilfen
- f) viele andere Aufgabenbereiche von Aidshilfe (Gewichtung von Prioritäten/ Kapazitäten)

Rolle der AHN/ Zentrale Aufgaben

Die Rolle der Aidshilfe Niedersachsen Landesverband e.V. (AHN) ist es, als Dachverband seine Mitgliedsorganisationen zu unterstützen und gegenüber Politik, Verwaltung und Öffentlichkeit zu vertreten. Daraus resultieren folgende zentrale Aufgaben im Bereich der Schulprävention:

Ausbildung

Die AHN sorgt auf Landesebene für geeignete Konzepte und Angebote zur Schulung der Multiplikator*innen (Betroffene, Ehrenamtliche, Lehrkräfte u.w.) und bündelt diese zentral. Dazu kann sie mit anderen Einrichtungen (z.B. DAH, Waldschlösschen) kooperieren.

Finanzierung

Die AHN hat die Aufgabe, dass die Schulungen von Ehrenamtlichen, Betroffenen oder Multiplikator*innen finanziell gesichert sind.

Öffentlichkeitsarbeit/ Lobbying

Die AHN geht aktiv auf die Politik zu und führt Gespräche, um die Leitlinien der Aidshilfen im Bereich der Schulprävention vorzustellen und umzusetzen.

Die AHN ist Ansprechpartner*in für die zuständigen Ministerien und Behörden. Sie vertritt die gemeinsamen Leitlinien mit dem Ziel, dass die Schulen ihre Rolle in der Aidsprävention erfüllen (Durchsetzung der Minimalforderung). Dazu kann sie die Erarbeitung von Konzepten für Schulen oder Behörden begleiten.

Empfehlungen der AHN-Kommission

Regionale Arbeitsbereiche

Die folgenden Überlegungen sollen regionalen Aidshilfen und ihren Mitarbeiter*innen als Entscheidungsgrundlage dienen, um ihre Schul- und Jugendprävention im Rahmen ihrer Kapazitäten und Prioritätensetzung zu gewichten.

Die Aidshilfen in Niedersachsen weisen individuelle Personal-, Arbeits- und Angebotsstrukturen auf, wobei sie sich an den regionalen Gegebenheiten orientieren, z.B. an der Erreichbarkeit und am Bedarf von Zielgruppen oder an den örtlichen Kooperationsmöglichkeiten. Regionale Unterschiede können zu unterschiedlichen Schwerpunkten in der Aidshilfearbeit führen.

Die Schul- und Jugendprävention darf originäre andere Arbeitsbereiche nicht verdrängen, z.B. Prävention bei Männern, die Sex mit Männern haben (MSM), Menschen in Haft, Migrant*innen oder Drogengebraucher*innen. Das Vorhandensein/ Nichtvorhandensein bzw. die Erreichbarkeit/ Nichterreichbarkeit dieser Zielgruppen hängt von teils veränderlichen, teils unveränderlichen Rahmenbedingungen vor Ort ab (z.B. keine Drogenszene, keine Haftanstalt).

Die verschiedenartigen Bedingungen für die Arbeit mit den Hauptzielgruppen sind der Grund dafür, dass jede Aidshilfe die Prävention bei Jugendlichen regional gewichten muss.

Effektive/ effiziente Strategien der Schul- und Jugendprävention

Es empfiehlt sich, in der Schul- und Jugendprävention Arbeitsprinzipien zu berücksichtigen, die eine höchstmögliche Effizienz erreichen lassen: Der Einsatz geringstmöglicher Mittel (Minimum-Prinzip) für einen größtmöglichen Erfolg (Maximum-Prinzip).

Andere arbeitsaufwendige Einsätze können immer noch sehr effektiv sein, sie sind aber nur dann auch effizient, wenn die Ressourcen hierfür angemessen bzw. relativ sparsam eingesetzt wurden.

Die folgenden Empfehlungen sollen den Mitarbeiter*innen und Teams regionaler Aidshilfen als konkrete Checkliste dienen:

1. Empfehlung: Deine eigene Strategie

Entwickle deine eigene spezifische Strategie! Die Strategie muss auf das institutionelle Profil deiner Aidshilfe und das regionale Umfeld abgestimmt sein, um die höchstmögliche Effektivität bzw. Effizienz bei der Umsetzung zu erzielen.

2. Empfehlung: Ehrenamtliche

Lass die Präventionsarbeit im Jugendbereich vorrangig von geschulten Ehrenamtlichen durchführen! Am sinnvollsten ist die Schulung und Einarbeitung von Ehrenamtlichen mit der Perspektive einer möglichst langen Mitarbeit.

Wichtig ist, dass die Hauptamtlichen die Organisations- und Koordinationsaufgaben im Bereich Schulprävention übernehmen, um so die Kontinuität der Prävention in Schulen zu sichern.

3. Empfehlung: Kooperationspartner*innen

Such dir Kooperationspartner*innen! Es gibt viele und verschiedene, die Strukturen sind regional unterschiedlich. Eine Auswahl möglicher Kooperationspartner*innen findest du im Anhang (siehe ‚Sammlungen und Musterbeispiele‘).

4. Empfehlung: Multiplikator*innen

Biete Schulungen für Multiplikatoren*innen an! Bilde Lehrkräfte und andere Multiplikator*innen fachlich und methodisch aus (siehe Auflistung unter ‚Sammlungen und Musterbeispiele‘).

5. Empfehlung: Zielüberprüfung

Achte darauf, dass die positiven Nebeneffekte (Spenden, Imagestärkung, Aktivierung von Menschen mit HIV/ Aids u.a.) nicht zur Zielsetzung für die Prävention in Schulen werden.

Reflektiere regelmäßig deine Arbeit, ob diese Gefahr für dich besteht.

Vorlage der „Leitlinien zur Prävention in Schulen“ durch die Kommission „Schulprävention“ auf Beschluss des Vorstandes“. Einstimmig angenommen auf der Landeskonzferenz am 21.09.2008 in Oldenburg.

Sammlungen und Musterbeispiele

Sammlung: Wer kann Kooperationspartner*in sein für uns?

- ProFamilia
- Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen
- Beratungsstellen für Homo-, Bi-, Transsexuelle
- Gesundheitsamt, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)
- Lehrinstitute
- Kinos
- Vereine, Verbände und Institutionen mit sexualpädagogischen Angeboten
- und weitere

Sammlung: Kooperationspartner*innen für die Multiplikatoren-schulung von Lehrern

- Landesweite Fortbildungsinstitute für Lehrer z. B. Waldschlösschen
- Ausbildungseinrichtungen wie Universitäten (bspw. Hildesheimer Projekt), Studienseminare, Hochschulen
- Einzelne Schulen/-verbände oder Institutionen reg. Schulnetzwerke (alle, die im Schul- und Jugendbereich arbeiten)
- Soziale Einrichtungen (Arbeitskreise/Netzwerke)
- AHN/ Kultusministerium auf Landesebene

Sammlung: Wer kann Multiplikator*in für uns sein?

Multiplikatoren in Schulen:

- Studierende (Lehramt, Sozialpädagogik, Pädagogik, Medizin, Kulturpädagogik, Uni/ Hochschule), „Mit Sicherheit verliebt“
- Schüler*innen (Peereducation)
- Berufe (Lehrkräfte, Erzieher*innen, Sozialpädagog*innen in Jugendzentren/ -einrichtungen, Schulsozialpädagog*innen, Streetworker, Jugend-/Sozialamt)

Multiplikatoren innerhalb von Aidshilfen:

- Positive und Ehrenamtliche

(Ergänzung: Die Aidsprävention IN Schulen und MIT Jugendlichen ist in Aidshilfen so definiert, dass sie die Arbeit in und außerhalb der Schule umfasst bzw. meint.)

Sammlung: Beispiele der „Kommission Schulprävention“:

Beispiel: I. Großveranstaltung

Was	Jugendfilmtag, mehrere Klassen, > 500 Schüler
Ziele	<ul style="list-style-type: none">• Sensibilisierung der Jugendlichen,• Öffentlichkeitsarbeit, Imagepflege, gutes „Seximage“,• viele Menschen in möglichst kurzer Zeit erreichen,• keine Kosten für AH – evtl. Einnahmen, Spenden, Hinweis auf Aidshilfe, Präsenz• in Kooperation (ProFamilia, Gesundheitsamt, Kino),• Vernetzung,• Arbeitsteilungsprojekt
Wie (Einsatz)	<ul style="list-style-type: none">• Organisation, Einladung (anteilig)• Umfang: hoher Aufwand, personal- und zeitintensiv (3-mon. Vorbereitung)• Jahresschwerpunkt• Infostand, Mitmachaktion, Parcour
Wer	<ul style="list-style-type: none">• EA = unterstützend• HA = vorrangig• andere Organisationen „im Boot“
Fazit	<ul style="list-style-type: none">• besser hohe Schülerzahl >1.000• öffentlichkeitswirksam• kostengünstig• nur in Kooperation oder/ und EA,• nicht jährlich
spez.:	Lebensweltenakzeptanz (Nr. 9, 3, 5,6)
begr.:	Nr. a, b
Bewertung	<ul style="list-style-type: none">• mittlere Effizienz /• hohe Effektivität

Sammlung: Beispiele, die auf regionaler Ebene umgesetzt werden

AG Schulprävention/ Beispiel Hildesheim

Seit 1987, der Gründung beider Einrichtungen, gibt es eine enge Kooperation zwischen der Aidsberatungsstelle (heute: AIDS- und Sexualberatungsstelle) des Landkreises Hildesheim (im Fachdienst Gesundheitsförderung) und der Hildesheimer AIDS-Hilfe e.V.

Die Zusammenarbeit ist im Bereich der Prävention für Jugendliche besonders intensiv. Schon sehr früh wurden auch Seminare an Fachhochschule (Fachbereich Sozialwesen) und Uni (Schwerpunkte: Lehramt, Sozialpädagogik, Pädagogik) installiert und letztlich auch ein Praxisprojekt angeboten, das im Folgenden beschrieben wird.

Das Projekt „Sexualpädagogik und AIDS-Prävention“ in Hildesheim:

- Die Mitarbeiterin des Landkreises übernahm die Dozententätigkeit, erarbeitete in Zusammenarbeit mit Dozent*innen von Fachhochschule und Universität und mit Unterstützung der AH ein Projektkonzept und erhielt einen Lehrauftrag.
- Der Lehrauftrag erfolgte „privat“, das Seminar erfolgte je Semester als Wochenendseminar (womit praktisch die Stunden für ein 2-stündiges wöchentliches Seminar/ Semester abgedeckt sind); die Wochenenden wurden durch ein*e Mitarbeiter*in der AH mit Anteilen begleitet.
- Die (wöchentliche) Begleitung des Projekts wurde als Arbeitszeit angesehen, wodurch auch der Landkreis ja weitere („ehrenamtliche“) Mitarbeiter*innen – vor allem für die Schulprävention - zur Verfügung hatte.
- Es gab zwei Blöcke für die Wochenendseminare: Teil I (1. Semester): Grundlageninformationen und Methoden-Know-how, Teil II (2. Semester): Reflexion von Erfahrungen, Auseinandersetzung mit eigenen (Vor-) Urteilen, eigener (sexueller) Entwicklung, mit eigenen Ängsten/ Hemmungen etc. und Entwicklung von neuen Ideen für die Präventionsarbeit (vorrangig mit Jugendlichen).
- Was sonst zu beachten ist: Je Semester gibt es an den Fachhochschulen/ Unis in der Regel eine Projektvorstellung (als Woche oder einzelnen Tag oder als Vorstellung vor einem großen Auditorium): Zur Gewinnung von neuen Projektstudent*innen sollten diese wahrgenommen werden.

Veränderungen in 2008:

- Durch personelle Veränderungen innerhalb der Landkreisverwaltung lässt sich die bisherige Umsetzung nicht weiterführen; es gibt – als Testphase – derzeit eine Berufspraktikantin im Landkreis, die als Tutorin die Projektstudent*innen begleitet und Praxisstunden koordiniert; das Wochenendseminar ist als Einstieg für das Projekt geblieben (Begleitung durch Landkreis und AH), wird aber nicht von der Tutorin, sondern von der früheren Projektleiterin durchgeführt.
- Inhaltlich wird das Projekt nur noch über Dozent*innen der FH begleitet (die Uni konnte bei dieser Umsetzung – eine kurzfristige Lösung - nicht rechtzeitig gewonnen und involviert werden).
- Die Projektstudent*innen sollen (relativ) „autonom“ Praxisfelder aufsuchen und Projekte umsetzen.
- Früher war ein Einstieg je Semester durch Student*innen möglich, so dass es immer „alte Hasen“ gab, die die Neuen mit eingearbeitet haben und es immer „Nachwuchs“ gab; nun ist ein Einstieg immer nur zum Wintersemester für 2 Semester möglich, so dass immer wieder Neue einzuarbeiten sind und eine „Lücke“ entsteht, weil es Zeiten ohne eingearbeitete Mitarbeiter*innen gibt.

Folgende Regelungen gab/ gibt es zwischen Landkreis und AH:

- Einzelveranstaltungen in Schulklassen/ Jugendeinrichtungen werden ausschließlich durch den LK (mit oder ohne Projektstudent*innen) durchgeführt.
- Großveranstaltungen (wie sogen. Schulaktionstage (= SAT) über einen ganzen Schultag mit Workshops für Kleingruppen) und öffentliche Events (Mitmach-

Parcours, Theaterstücke, Kinofilme, AIDS-Truck, Go-sports-Veranstaltungen, Präventionstage etc. für und mit Jugendlichen) erfolgen in Zusammenarbeit (Einsatz von Projektstudent*innen und/ oder weiteren Ehrenamtlichen ist notwendig). Zuständigkeiten werden im Einzelfall abgesprochen, aber: SAT werden durch den LK koordiniert und inhaltlich – mit Absprachen – vorbereitet.

- Die AH übernimmt nur solche Einzelveranstaltungen, die gezielt den Schwerpunkt haben, die Einrichtung und ihre Aufgaben kennenzulernen und die den Schwerpunkt auf Zielgruppen-Prävention und Betreuungsarbeit legen (meist kleine Gruppen in der AH selbst).
- Der LK ist vorrangig Kontaktstelle für (sozial-)pädagogische Multiplikator*innen (Lehrer*innen, Sozialpädagoge*innen, Erzieher*innen), die AH ist vorrangig Ansprechpartner für Multiplikator*innen aus dem Kranken-/Pflegebereich (Kranken-/ Gesundheitspflegekräfte: Aus- und Fortbildungshäuser oder verschiedene Abteilungen in Kliniken, Rettungsdienste).
- Beide Einrichtungen springen für die jeweils andere in Krankheitssituationen ein, wenn es möglich und sinnvoll ist (statt eine Veranstaltung ausfallen zu lassen).

Gewinnung von Multiplikator*innen durch Projektstudent*innen (Projekte sind zweiseitig)

Voraussetzungen:

- Es sollten (begleitende) Dozent*innen an den Lehreinrichtungen gefunden werden, die das Praxisprojekt (im Hildesheimer Beispiel: AIDS-Prävention und Sexualpädagogik) fachlich, mit theoretischen Seminaren und dem Angebot von der Ableistung von „Scheinen“, Studienleistungen, Diplomarbeiten begleiten; die Institutsleitung sollte die Zusammenarbeit befürworten und in gegenseitiger Werbung mit unterstützen.
- Es muss ein Lehrauftrag gewonnen werden, um ein projektbegleitendes (Ausbildungs-) Seminar anzubieten; die Honorare hierfür sind meist gering, können aber für AH-Mitarbeiter auch ein Anreiz sein, nebenberuflich den Lehrauftrag durchzuführen.
- Für die Lehrbeauftragten muss eine fachliche Eignung vorliegen (Ausbildung im jeweiligen Fachbereich mit entsprechender Qualifikation, d. h. im Fachbereich der Fachhochschule Sozialwesen muss mindestens eine fachliche Ausbildung zur Dipl.-Sozialpädagog*in/arbeiter*in (FH) vorliegen. FH-Ausbildungen reichen nicht, um an der Uni zu lehren.
- Es muss Zeit für die Begleitung des Projekts eingeplant werden und die Student*innen müssen Gelegenheit erhalten, ihre notwendigen Praxisstunden ableisten zu können (wer also bisher in seiner Region wenig Schulprävention/Prävention mit Jugendlichen durchgeführt hat, müsste nun genug Arbeitsfelder für die Praxiserprobung der Student*innen erschließen). Zur Begleitung von Student*innen gehören auch fachliche Auseinandersetzungen, Reflexionen, hier und da auch „Schein“-Prüfungen; Einsatz-Stunden müssen geprüft und gegenüber dem Lehrinstitut bescheinigt werden.

Folgende positiven Nebeneffekte entstehen:

- Wir gewinnen durch Projektstudent*innen junge Menschen (immer wieder auch junger Nachwuchs), die mit jungen Menschen (Jugendlichen) im Einsatz sind; die Altersnähe macht die Student*innen zu glaubwürdigen Gesprächspartner*innen, gleichzeitig ist oft mehr Lebenserfahrung bei Student*innen gegenüber den Schüler*innen vorhanden.
- Projektstudent*innen machen oft ein Praktikum in der AH oder dem LK: Sie sind somit bereits (was Theorie, Präventionsarbeit und Öffentlichkeitsarbeit angeht) gut eingearbeitete Mitarbeiter*innen.
- Projektstudent*innen werden öfter auch zu ehrenamtlichen Mitarbeiter*innen.
- Projektstudent*innen sind manchmal auch im ASTA oder StuPa oder anderen Gremien, begleiten oft Erstsemester als Tutor*innen: Zum einen führen sie „Neue in der Stadt“ oft zu unserer Einrichtung, zum anderen sammeln sie (z.B. auch auf einer Erstsemester-Fete) Spenden für die Einrichtung oder sorgen manchmal – durch ihre Ideen – für eine weitere Zusammenarbeit zwischen FH (Uni) und AH, z.B. für weitere Einladungen und Vorstellungen der Arbeit in Seminaren oder zu gemeinsamen Aktionen.
- Läuft das Projekt gut, machen Projektstudent*innen viel gute Mundpropaganda.
- Praktikant*innen gehen oftmals im Anschluss ins Projekt.
- Durch die vielfältigen Angebotsmöglichkeiten im Jugendbereich und durch die fachliche Begleitung können auch HIV-positive Menschen (als Interviewpartner*innen) gewonnen werden.
- Regelmäßige, fachlich gut angeleitete Veranstaltungen werden von den Schulen selbst als qualitativ hochwertig angesehen und abgefragt (wenn es gut läuft, braucht es hierfür keine Werbung): Hier sind „feste“ Einnahmemöglichkeiten gegeben, da fast alle Schulen hierfür „Töpfe“ haben, aber auch die Bitte um eine Spende von z.B. 50 Ct. pro Schüler*in keine Unmenge erscheint und dennoch eine recht gute Spendensumme bedeutet.
- Das (positive) Image der AH wird an vielen Stellen zugleich erhöht: Bei Uni, FH, Student*innen (und teils deren Eltern), Lehrkräften/ Schulen. Voraussetzung hierfür ist allerdings Professionalität und Zuverlässigkeit.

3.2 Beratung

Die Beratung ist eine grundlegende Dienstleistung der Aidshilfen. Neben der zu- meist anonymen Telefonberatung kann auch die persönliche Beratung verschie- dene Grade der Anonymität ermöglichen. Dazu gehören bestimmte Standards.

Telefonberatung

Organisatorische Voraussetzungen:

- regelmäßige verbindliche Beratungszeit (erreichbar über die Nummer 19 411 oder die Bürotelefonnummer)
- Anrufbeantworter mit Hinweis auf Beratungszeiten
- Beratungsraum bzw. Rückzugsmöglichkeiten, damit die Anonymität der anru- fenden Person sichergestellt ist und sich die beratende Person uneinge- schränkt konzentrieren kann
- maximale Beratungszeit: 1 Stunde
- Dokumentation der Beratungsgespräche

Zielgruppe:

- Menschen, die Fragen im Zusammenhang mit HIV und Aids haben

Beratungsinhalte:

- Test (HIV-Antikörper-Test und direkter Nachweis von HIV)
- Übertragungswege
- Schutzmöglichkeiten (Safer Sex und Safer Use)
- Postexpositionsprophylaxe (nach beruflicher bzw. nicht-beruflicher Expositi- on)
- Abklären der Problemlage und Suche nach Lösungen - das setzt Verwei- sungswissen bezüglich fachspezifischer Fragen voraus (Grenzen der Bera- tung)
- Hepatitiden und STD (sexuell übertragbare Infektionskrankheiten)

Mit HIV und Aids verbundene Problembearbeitung:

- Probleme mit Sexualität und Partnerschaft
- Probleme mit Homosexualität
- Probleme mit anderen Formen von Sexualität
- Drogengebrauch
- Krisenintervention
- Umgang mit Ängsten
- Risikomanagement

- Weitervermittlung an medizinische, psychologische, sozialpädagogische und juristische Institutionen, Schwulenberatungsstellen

Qualifikation der Berater*innen:

- Beratung in Aidshilfen wird von hauptamtlichen und ehrenamtlichen Mitarbeiter*innen durchgeführt. Grundsätzlich gelten für beide Gruppen die gleichen Anforderungen an die persönliche und fachliche Qualifikation.

Standards der Aidshilfen sind:

- Grundhaltung
- klientenzentrierte Haltung
- Lebensweisenakzeptanz
- Anonymität der anrufenden Person wahren
- Schweigepflicht einhalten
- sexuelle Abstinenz zu Anrufer*innen

Arbeitsweise:

- Informationsvermittlung
- Problembearbeitung
- Hilfe zur Selbsthilfe
- Orientierung an der Angebotsstruktur von Aidshilfen

Kompetenzen der Berater*innen

Grundsätzlich gehört zur persönlichen und fachlichen Kompetenz, die Grenzen der eigenen Möglichkeiten zu erkennen und zu akzeptieren. Zur Kompetenz gehört auch, qualifiziert an andere Kolleg*innen oder Institutionen zu verweisen.

Persönliche Kompetenzen:

- Kongruenz, Echtheit
- Belastbarkeit
- Verbindlichkeit
- Bereitschaft zur Supervision

Inhaltliche Qualifikation:

- Fachkompetenz (Aus- und Fortbildung)
- Beratungskompetenz (siehe Grundhaltungen und Arbeitsweise)
- Verweisungskompetenz (setzt Zugriff auf regionale Datenbank voraus)

Institutioneller Rahmen der Telefonberatung:

Jede Aidshilfe bietet Beratung entsprechend ihrer individuellen Ressourcen an und orientiert sich an der Nachfragestruktur. Vorbedingung für Telefonberatung sind (auch für hauptamtliche Mitarbeiter*innen) die unter „Organisatorische Voraussetzungen“ und „Kompetenzen der Berater*innen“ genannten Punkte sowie Supervision bzw. fachliche Anleitung.

Persönliche Beratung

Die persönliche Beratung in Aidshilfen findet statt als

- Variante der telefonischen Beratung
- Teil der persönlichen Betreuung von Betroffenen, Angehörigen und Hinterbliebenen
- Vor-Ort-Arbeit
- Beratung am Info-Stand

Für die persönliche Beratung gelten die gleichen Standards wie bei der Telefonberatung. Es ergeben sich aber zusätzlich die folgenden Grundsätze:

Anonyme persönliche Beratung

Die beratende Person muss während der Öffnungszeiten anwesend oder erreichbar sein oder eine Bürokraft übernimmt die Terminabsprache.

Persönliche Beratung als Teil der Betreuungsarbeit

Grundlegend für persönliche Beratung als Teil der Betreuungsarbeit sind die unten genannten Standards. Für den Bereich persönlicher Beratung als Teil der Betreuungsarbeit ergeben sich folgende Differenzierungen und Erweiterungen der Standards anonymer telefonischer Beratung.

Betreuungsarbeit in Aidshilfen wird von ehrenamtlichen und hauptamtlichen Mitarbeiter*innen geleistet. Sie ist ein fundamentaler Bestandteil des Konzepts von Aidshilfen und erfordert eine enge Abstimmung zwischen haupt- und ehrenamtlichen Berater*innen, Betreuer*innen, Pflegeeinrichtungen und Selbsthilfegruppen.

Persönliche Beratung wird in diesem Rahmen bei spezifischen psychologischen und sozialrechtlichen Problemen in der Regel durch hauptamtliche Mitarbeiter*innen durchgeführt.

Zielgruppe

- Menschen mit HIV und Aids
- Angehörige / Zugehörige
- Hinterbliebene

Beratung über Medizin

Die Medizinalisierung des Themas Aids nimmt fortlaufend zu und erfordert inzwischen ein kaum noch zu überblickendes Detailwissen. Aidshilfe-Mitarbeiter*innen konkurrieren nicht mit HIV-Schwerpunktbehandler*innen, sie führen keine medizinische Fachbetreuung durch. Wünschenswert ist grundlegendes medizinisches Wissen über HIV und Aids und antiretrovirale Therapien (ART) mit ihren Sonderformen.

Psychosoziale Beratung

Psychosoziale Beratung behandelt immer medizinische und oft auch sozialrechtliche Fragen. Deshalb ist ein wichtiges Ziel dieser Beratung immer, das Selbstbewusstsein der betroffenen Menschen im Kontakt mit medizinischen und sozialen Versorgungseinrichtungen zu stärken (mündiger Patient und Bürger).

Psychosoziale Beratung ist keine Psychotherapie. Sie umfasst maximal 5 +/- 2 Stunden. Ihr Schwerpunkt liegt im Bereich des Lebens mit HIV und Aids.

Dazu gehört

- die betroffene Person (Körper, Geist und Seele),
- die Beziehungen zu anderen,
- die Lebensperspektiven,
- die Krisen und ihre Bewältigung,
- das Sterben,
- der Tod.

Neben zeitlichen gibt es auch inhaltliche Grenzen psychosozialer Beratung. Aidshilfen verweisen an suchtspezifische, psychotherapeutische und psychiatrische Einrichtungen. In vergleichbarer Weise kann Beratung auch von Angehörigen/ Zugehörigen und Hinterbliebenen in Anspruch genommen werden.

Beratung über das Sozialrecht

Sozialrechtliche Beratung ist ein Kernangebot von Aidshilfen. Sie erfordert umfangreiche Sachkompetenz und wird deshalb meist von Sozialarbeiter*innen durchgeführt. Kleine Aidshilfen entwickeln vor allem ihre Verweisungskompetenz. Sozialrechtsberatung findet in Abstimmung mit internen Angeboten der Aidshilfen und in Kooperation mit anderen Versorgungseinrichtungen statt, wie z.B.:

- Landesversicherungsanstalt / Bundesversicherungsanstalt für Angestellte
- Sozialamt
- Arbeitsamt
- Versorgungsamt
- Kranken- und Pflegekassen
- Stiftungen (z.B. Deutsche AIDS-Stiftung)

Persönliche Beratung in der Vor-Ort-Arbeit

Grundlegend für persönliche Beratung in der Vor-Ort-Arbeit sind die im Kapitel *Anonyme persönliche Beratung* genannten Standards. Darüber hinaus ergeben sich

folgende Differenzierungen und Erweiterungen der Standards anonymer telefonischer Beratung. Aidshilfe leistet Vor-Ort-Arbeit in den Szenen der beiden Hauptbetroffenengruppen schwule und bisexuelle Männer und Menschen, die i.v. Drogen gebrauchen.

Ziel der aufsuchenden Arbeit ist vor allem die Vermittlung von HIV-spezifischen Präventionsbotschaften. Aidshilfe Mitarbeiter*innen beraten vor Ort aber auch persönlich.

Die persönliche Beratung findet dabei zu festen Zeiten und an festen Orten in den jeweiligen Szenen statt.

Organisatorische Voraussetzungen

Für feste Sprechstunden an Szene-Orten gelten die gleichen Standards wie für anonyme persönliche Beratung (siehe *Anonyme persönliche Beratung*).

Spezifische Aktionen werden in der Regel durch Aktions-Teams durchgeführt, die als solche erkennbar sein müssen. Durch diese Kommunikationsanlässe entsteht ein Kontakt, bei dem persönliche Beratung nachgefragt wird, die von ausgebildeten Berater*innen angeboten wird.

Allerdings müssen Grenzen beachtet werden, die durch den Szene-Ort selbst gesetzt werden. Lärm, schlechte Luft und schlechtes Licht und wenig Rückzugsmöglichkeiten führen zu einer geringeren Aufmerksamkeits- und Konzentrationsspanne sowohl den Beratenden als auch der ratsuchenden Person und bedingen eine starke zeitliche Beschränkung des Beratungsgesprächs.

Grundhaltungen

Berater*innen in der schwulen Vor-Ort-Arbeit sind immer auch Teil der Szene. Deshalb muss ihnen ihre besondere Rolle als Berater*in deutlich sein. Vor allem in Bezug auf

- Lebensweisenakzeptanz
- Schweigepflicht
- sexuelle Abstinenz während der Berater*inrolle

Persönliche Beratung am Info-Stand

Grundlegend für die persönliche Beratung am Info-Stand sind die im Kapitel *Telefonberatung* genannten Standards. Darüber hinaus ergeben sich folgende Differenzierungen und Erweiterungen der Standards anonym telefonischer Beratung:

Aidshilfe organisiert Info-Stände mit drei Funktionen:

- Aufklärung/ Information
- Öffentlichkeitsarbeit
- Mittelbeschaffung

Als Aushängeschild repräsentiert der Info-Stand die Organisation optimal. Seine Ausstattung, Gestaltung und personelle Besetzung orientiert sich am jeweiligen Anlass (schwule Aktionstage, Stadtfeste, Gesundheits- und Selbsthilfetage, Schulbesuche usw.).

Sowohl die beratende Person als auch jede*r andere Repräsentant*in der Aidshilfe am Info-Tisch verfügt über Wissen bezüglich der Arbeitsstruktur der konkreten Aidshilfe sowie ihrer Finanzierung. Weil in diesem Zusammenhang auch Beratung stattfindet, muss auch ein*e Mitarbeiter*in mit beraterischen Grundkenntnissen am Stand anwesend sein.

3.3 Begleitung und Betreuung

Begleitung und Unterstützung/Betreuung

Zum Kernangebot der Mitgliedsorganisationen der Aidshilfe Niedersachsen gehört auch die Begleitung und Unterstützung, die Vermittlung in weitere Fachdienste und verfügbare bedarfsgerechte Versorgung. Dieses Angebot unterscheidet sich von der Beratung dadurch, dass die Unterstützung zumeist über einen längeren Zeitraum angeboten wird (mehr als drei Kontakte) und Mitarbeiter*innen der Organisation auf Wunsch und nach Bedarf der Klient*innen über das Beratungsgespräch hinaus tätig werden. Andere Begriffe für diese Arbeit, die von einigen niedersächsischen Aidshilfen genutzt werden, sind Betreuung und Unterstützung.

Zielgruppen

Dieses Angebot richtet sich an

- Menschen mit HIV und Aids
- An- und Zugehörige
- Hinterbliebene

Das Angebot kann von Einzelpersonen, Paaren und Gruppen genutzt werden. Einzelne Mitgliedsorganisationen haben zum Teil zusätzliche besondere Zielgruppen und Aufgaben. Die Beteiligung naher Bezugspersonen, eine*r Dolmetscher*in und anderer professioneller Hilfsberufe und Fachdienste ist möglich.

Ziele der Maßnahmen

Die Klient*innen sollen befähigt werden, ein Leben mit HIV/Aids ohne durch die Infektion verursachten Einschränkungen zu führen und damit von den angebotenen Hilfestellungen möglichst unabhängig zu werden. Das bedeutet Hilfe zur Selbsthilfe. Für den Weg zu diesem übergeordneten Ziel ergeben sich die folgenden Unterziele:

- Schaffung und Erhaltung von bedarfsgerechten Versorgungsstrukturen
- Ermöglichung der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben
- Unterstützung beim Aufbau eines sozialen Netzes
- Steigerung der Lebensqualität der Klient*innen
- Abbau oder Ausgleich krankheitsbedingter Benachteiligungen
- Information zu geltenden Ansprüchen und Unterstützung bei deren Geltendmachung
- Stärkung des Selbstbewusstseins, der Selbstständigkeit und der Selbstbestimmung
- Empowerment im Umgang mit der Infektion und die aktive Unterstützung sich gegen Diskriminierung zu wehren

Inhalte und Methoden

Trotz medizinischer Fortschritte in der Behandlung einer HIV-Infektion wird eine HIV-Diagnose als Einschnitt im Leben und als belastend empfunden. Viele Klient*innen wünschen sich nach ihrer Diagnose emotionale Unterstützung, Beratung zum Leben mit HIV und Informationen zu

- medizinischen
- sozialrechtlichen
- psychosozialen
- administrativen Fragestellungen.

Art und Umfang konkreter Inhalte stehen dabei in Abhängigkeit der Ressourcen und Bedürfnisse der Klient*innen der Möglichkeiten der Mitgliedsorganisationen sowie der lokalen Versorgungsstruktur. Dazu gehört auch die Vermittlung in vorhandene bedarfsgerechte Angebote.

Haltung

Die Mitarbeiter*innen pflegen gegenüber Klient*innen als Expert*innen ihrer eigenen Lebenswelt eine Grundhaltung, die durch Respekt, Wertschätzung und Akzeptanz gekennzeichnet ist. Dazu gehört auch die Berücksichtigung der Freiwilligkeit und Zustimmung zur Annahme von Hilfen. Zur Stärkung einer professionellen Haltung nutzen Mitarbeiter*innen Angebote der Supervision, Fortbildungen und kollegiale Beratung.

Umgang mit Stigma und Diskriminierung

In der Antidiskriminierungsarbeit behält die Mitgliedsorganisation neben der individuellen Ebene der Rat suchenden Person auch den gesamtgesellschaftlichen Kontext im Blick.

Die Mitgliedsorganisationen verpflichten sich zur Umsetzung der Qualitätsstandards zur Antidiskriminierungsarbeit der Deutschen Aidshilfe e.V. (www.aidshilfe.de).

Institutionelle Rahmenbedingungen

Für eine angemessene und effektive Aufgabenerfüllung sorgen die Mitgliedsorganisationen für:

- Gewährleistung der Zugänglichkeit und Erreichbarkeit
- Gewährleistung eines ungestörten Settings und der Vertraulichkeit
- Einhaltung des Datenschutzes
- Regelmäßige Fort- und Weiterbildung
- Angemessene Dokumentation
- Regelmäßige Evaluation

Gesetzliche Grundlagen

Das Sozialstaatsprinzip (Art. 20 GG) verpflichtet den Staat, für eine soziale Gerechtigkeit und Sicherheit aller Menschen zu sorgen. Diese Verpflichtung ist den Sozialversicherungsträgern nach den Bestimmungen des SGB übertragen.

Zusätzlich zu diesen Leistungsverpflichtungen (Geld- oder Sachleistungen) obliegt den staatlichen Stellen zugleich eine Aufklärungs- und Beratungsverpflichtung, bei denen freie und gemeinnützige Einrichtungen und Organisationen eine gesetzlich garantierte Unterstützungs- und damit Betreuungs- und Beratungsfunktion haben (§ 17 III SGB I).

Auf diese rechtliche Basis stützt sich auch die Aufgabe der Aidshilfe als gemeinnütziger Verein, u.a. in der Betreuung und Beratung der Ratsuchenden, die infolge ihrer Infektion oder Erkrankung akut über einen bestimmten Zeitraum oder auf Dauer Begleitung und Unterstützung bedürfen.

Nach dem Prinzip der Subsidiarität werden sozialstaatliche Aufgaben an die AIDS-Hilfen übertragen. Damit ergeben sich Ansprüche aus:

- § 5 SGB XII auf Beratungsarbeit der freien Wohlfahrtspflege zur Aktivierung und Stärkung Ratsuchender
- § 11 SGB XII auf persönliche Beratung und soziale Unterstützung
- § 53 SGB XII auf Beratung und Unterstützung als Eingliederungshilfen
- § 55 SGB XII auf Sonderregelung für behinderte Menschen in Einrichtungen

3.4 Selbsthilfe

Charakter von Selbsthilfe

Die in Aidshilfe angesiedelten Selbsthilfefzusammenschlüsse haben insbesondere folgende Merkmale:

- unmittelbare Konfrontation der Gruppenmitglieder mit HIV/ Aids in gesundheitlicher, sozialer und/ oder rechtlicher Hinsicht (Eigenbetroffenheit)
- Wunsch der Gruppenmitglieder, die Lebenssituation gemeinsam zu bewältigen bzw. zu verändern, ohne professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen bzw. um diese zu ergänzen
- Freiwilligkeit der Selbsthilfearbeit
- selbstbestimmte Problemdefinition, Zielbestimmung und Vorgehensweise bei der Problembearbeitung
- Mitgliedschaft und Teilnahme an den Aktivitäten einer Gruppe
- Mitglieder übernehmen die jeweiligen Gruppennormen und Ziele eines Selbsthilfefzusammenschlusses

Weitere Merkmale für die in Aidshilfe organisierten Selbsthilfefzusammenschlüsse ergeben sich aus ihrer Funktion bzw. ihrer Wirkungsweise. Viele der Gruppen erfüllen meist zwei oder alle drei der hier genannten Funktionen:

- *komplementäre Funktion:* Selbsthilfe in Ergänzung und Erweiterung des Angebots von Aidshilfe
- *kompensatorische Funktion:* Selbsthilfe reagiert im Sinne eines Frühwarnsystems auf Mängel und Engpässe im Hilfesystem und schafft mit ihren bedarfsgerechten Aktivitäten flexibel und unbürokratisch Innovationen, die oftmals in das institutionelle Angebot übernommen werden
- *emanzipatorische Funktion:* Selbsthilfe begibt sich in eigenständiger Problemdefinition und Zielbestimmung in eine inhaltlich grundsätzliche Unabhängigkeit und/ oder Distanz zu den Anbieter*innen professioneller Hilfeleistung

Eine eindeutige, abschließend verbindliche Definition für die in Aidshilfe organisierten Selbsthilfefzusammenschlüsse kann es wegen verschiedener Bedürfnisse in den Regionen und wegen historisch unterschiedlich gewachsener Strukturen in den Mitgliedsorganisationen kaum geben. Auch im Hinblick auf das weitere Infektionsgeschehen bezüglich HIV ist eine Definition nur schwer zu formulieren.

Voraussetzungen für die Zusammenarbeit

Von Selbsthilfe wird erwartet:

- Selbstdarstellung/ Kurzkonzept über Ziele und Arbeitsweise einer Gruppe
- hinlänglicher Bezug der Selbsthilfearbeit zur Thematik HIV/ Aids
- Übereinstimmung der Selbsthilfearbeit mit den Grundsatzpositionen von Aidshilfe
- Einhaltung verbindlicher, hausinterner Absprachen, insbesondere bezüglich räumlicher, organisatorischer oder finanzieller Fragen
- Anmeldung des voraussichtlichen Ressourcenbedarfs (Materialien, Räumlichkeiten, Medien, personelle Unterstützung, Finanzmittel usw.)
- Benennung einer zuständigen Kontaktperson für die Belange einer Gruppe innerhalb von Aidshilfe (Schlüsselgewalt, Abrechnungs-, Haushaltsfragen usw.)
- bei Bedarf Bericht in allgemeiner Form über Verlauf und Stand der Selbsthilfearbeit

Von Aidshilfe wird erwartet:

- Unterstützung der Selbsthilfegruppen, deren Arbeit und Ziele einen hinlänglichen Bezug zur Thematik HIV/ Aids vorweisen und sich im Einklang mit grundsätzlichen Positionen von Aidshilfe befinden, im Rahmen ihrer Kapazitäten
- Selbstbindung der Selbsthilfeförderung an klar definierte, nachvollziehbare, verständliche und allgemein zugängliche Kriterien
- institutioneller Rahmen, den kleine Selbsthilfeszusammenschlüsse meist nicht vorweisen können (Postanschrift, Räumlichkeiten, fachliche Unterstützung usw.)
- Beachtung der inhaltlichen Autonomie und des Selbstbestimmungsrechts der Selbsthilfegruppen innerhalb des vereinbarten Rahmens (z.B. kein Dealen, keine Pädagogik-Gruppen usw.)
- Zurverfügungstellung des Informationsapparates und aller für die Selbsthilfearbeit relevanten Medien, Kontakte usw.
- transparente, nachvollziehbare Strukturen und Regelungen bezüglich der Belange und Anliegen der Selbsthilfe (Einbringen von Initiativen, Haushalte, Anfragen usw.)
- Möglichkeiten der Mitgestaltung, Mitsprache und Einflussnahme hinsichtlich der Aidshilfe-Arbeit
- klar definierte Regelungen und Anlaufpunkte für Konfliktfälle
- lebensweltorientierte Sprache, Verfahrensweisen, Abläufe und Umgangsformen gegenüber der Selbsthilfe

Aktive Selbsthilfeförderung

Die Unterstützung der Selbsthilfe auf allen Ebenen ist eine Selbstverständlichkeit. Aidshilfe hat daher neben ihren anderen Arbeitsbereichen auch die Aufgabe, Selbsthilfenezusammenschlüsse anzuregen, zu fördern und einzubinden. Selbsthilfe als präventives oder psychosoziales Instrument ergänzt nicht nur die professionellen Angebote, sondern hilft auch, diese Angebote an den realen Bedürfnissen der Adressat*innen von Aidshilfe auszurichten. Gelungene Einbindung von Selbsthilfenezusammenschlüssen ist also ein wesentlicher Teil basisnaher Angebots- und Qualitätsprüfung. Sie ist nur über die Auseinandersetzung mit Selbsthilfegruppen erreichbar. Diese Diskussion ist ein wichtiger Aspekt für die Selbstreflexion von Aidshilfe.

Aktive Selbsthilfeförderung bedeutet, Anregungen und Infrastruktur zu schaffen und Diskussionsprozesse zu fördern.

Anregungen werden geschaffen durch:

- regelmäßige und aktuelle Aushänge an Pinwänden
- Anlegen von leicht zugänglichen Infomappen über Selbsthilfearbeit regionaler und überregionaler Selbsthilfe
- Auslegen aktueller Printmedien regionaler und überregionaler Selbsthilfe in frei zugänglichen Bereichen der Aidshilfen
- direkte Ansprache möglicher Interessent*innen
- Förderung von Bewusstseinsbildung über den individuellen „Tellerrand“ hinweg
- Erweiterung der Beratungsarbeit um selbsthilfebezogene Inhalte

Infrastruktur wird geschaffen durch:

- Schaffung von Raumangeboten
- Schaffung von leicht zugänglichen Begegnungsmöglichkeiten (Freizeitaktivitäten wie Grillabende, Regenbogenfrühstücke, Wanderungen usw.)
- Weiterleitung aller für die Selbsthilfearbeit wichtigen Informationen (z.B. Termine überregionaler Selbsthilfetreffen und Seminare, Bundespositivensammlung, Literatur, Kontakte usw.)
- bei Bedarf Schaffung klar umrissener Arbeitsfelder für Tätigkeiten im Selbsthilfebereich, die über eine konsumorientierte Teilnahme hinausgehen, während der Initiierungs- und Aufbauphase von Selbsthilfegruppen
- verstärkte Werbungsbemühungen um Selbsthilfekräfte mit gestaltenden Aufgaben (ähnlich der Gewinnung Ehrenamtlicher)
- bei Bedarf Unterstützung von Selbsthilfeaktivitäten durch ehrenamtliche und hauptamtliche Kräfte der Aidshilfe
- bei Bedarf fachliche Beratung und Unterstützung von Selbsthilfekräften bei der Planung und Initiierung von Selbsthilfeaktivitäten

Förderung von Diskussionsprozessen durch:

- Regionale und überregionale Diskussionen mit Selbsthilfeszusammenschlüssen. Diese Auseinandersetzungen sind ein wichtiger Aspekt der Selbstreflexion von Aidshilfe
- Abfragen von Bedürfnissen bei den Selbsthilfegruppen und weitestgehende Berücksichtigung dieser Bedürfnisse bei der Planung und Gestaltung des Angebots
- Bei Bedarf Unterstützung bei der Herausgabe geeigneter Selbsthilfepublikationen

3.5 Multiplikator*innenschulung

Multiplikator*innenschulungen im Bereich HIV, Aids und Drogen

Es ist wichtig, Wissen über HIV, Aids und Drogen weiterzugeben, dazu bestimmte Trainings anzubieten und für Lebensweisenakzeptanz zu werben.

Zielgruppe

- Ärzt*innen, insbesondere substituierende Ärztinnen, ambulantes und stationäres Krankenpflegepersonal, Geburtshelfende
- Richter*innen, Staatsanwält*innen, Justizbeamte*innen (auch in Untersuchungshaftanstalten)
- Polizist*innen
- Sachbearbeiter*innen, Sozialarbeiter*innen, Therapeut*innen
- Lehrer*innen, Schüler*innen, Jugendsozialarbeiter*innen
- Journalist*innen
- Politiker*innen

Zielorte

- ambulante und stationäre Krankenpflege, Krankenkassen
- Polizei, Justiz, Justizvollzugsanstalten (auch Untersuchungshaftanstalten) und andere Behörden und Ämter
- Drogenberatungsstellen, Straffälligenhilfen, Bewährungshilfen, Therapieeinrichtungen, Unterkunftseinrichtungen, Wohnprojekte
- Migrant*innen-Organisationen
- Schulen und außerschulischer Jugendbereich
- politische Gremien

Möglichkeiten

- Multiplikator*innenschulung im Sinne der Wissensvermittlung
- Vermittlung von Lebensweisen, Entmystifizierung von Drogenkonsumenten
- Trainings zu Safer Use, Safer Sex, Erste Hilfe
- Lobby-Arbeit
- Öffentlichkeitsarbeit

Methoden

- Einsatz von Materialien, Medien, Aktionen wie z.B. Theater- und Musikveranstaltungen
- Vorträge, Referate
- Diskussionsgespräche in Gruppen
- Podiumsdiskussionen

- Safer Use-, Safer Sex-, Erste Hilfe-Training für Bedienstete in Haftanstalten

Es ist unabdingbar, die jeweiligen Peer-Groups in die Multiplikator*innenschulung mit einzubeziehen.

3.6 Öffentlichkeitsarbeit/ Public Relations (PR)

Die niedersächsischen Aidhilfen achten im Rahmen ihrer Öffentlichkeitsarbeit auf die Einhaltung der folgenden Selbstverpflichtung der BAG Selbsthilfe für die Zusammenarbeit mit Wirtschaftsunternehmen im Gesundheitswesen:

Selbstverpflichtung der Mitglieder des FORUMs chronisch kranker und behinderter Menschen im PARITÄTISCHEN (FORUM)

für die Zusammenarbeit mit
Wirtschaftsunternehmen im Gesundheitswesen insbesondere
mit Unternehmen der pharmazeutischen Industrie

Präambel

Das FORUM chronisch kranker und behinderter Menschen im PARITÄTISCHEN (FORUM) ist ein freiwilliger, rechtlich unselbständiger Zusammenschluss von Selbsthilfeorganisationen behinderter und chronisch kranker Menschen und deren Angehörigen im PARITÄTISCHEN Wohlfahrtsverband. Im FORUM sind derzeit 38 bundesweit tätige Selbsthilfeorganisationen vertreten. Das FORUM tritt als Aktionsbündnis in sozial- und gesundheitspolitischen Fragen unter den Grundsätzen der Offenheit, Vielfalt und Toleranz für die rechtliche und tatsächliche Gleichstellung behinderter und chronisch kranker Menschen ein.

Um seinen Auftrag als Aktionsbündnis der Selbsthilfeorganisationen behinderter und chronisch kranker Menschen sachgerecht wahrnehmen zu können, ist es für die Mitglieder des FORUMs unabdingbar, ihre Neutralität und Unabhängigkeit strikt zu wahren.

Auf der Basis ihrer Neutralität und Unabhängigkeit streben die Selbsthilfeorganisationen im FORUM eine partnerschaftliche Zusammenarbeit mit den übrigen Akteuren im Gesundheitswesen an. Sie begrüßen das Interesse der Wirtschaft an einer solchen Zusammenarbeit und sehen hier die Chance zu einem gleichberechtigten Dialog.

Um ihre Neutralität und Unabhängigkeit zu bewahren und auch künftig zu gewährleisten, sind im folgenden Leitsätze für die Kooperation mit Wirtschaftsunternehmen im Gesundheitswesen formuliert.

Die nachstehenden Leitsätze gelten sowohl für das FORUM als übergreifender Zusammenschluss als auch für die Selbsthilfeorganisationen, die sich durch schriftliche Selbstverpflichtung zur Anwendung dieser Leitsätze gegenüber dem PARITÄTISCHEN Wohlfahrtsverband, Gesamtverband e. V., verpflichtet haben und im Anhang aufgeführt sind. Soweit Selbsthilfeorganisationen im FORUM bereits Leitsätze oder Richtlinien verabschiedet haben, die mit dieser Selbstverpflichtung in Einklang stehen, bleibt deren Geltung unberührt. Die Mitgliedschaft im PARITÄTISCHEN Wohlfahrtsverband bleibt vom Beitritt zur Anwendung dieser Leitsätze unberührt.

1. Allgemeine Grundsätze

- a) Die beigetretenen Mitglieder des FORUM richten ihre fachliche und politische Arbeit ausschließlich an den Bedürfnissen und Interessen von behinder-

dernten und chronisch kranken Menschen und deren Angehörigen aus. Sie wollen die Selbstbestimmung behinderter und chronisch kranker Menschen fördern. Bei der Kooperation mit Wirtschaftsunternehmen kann es daher nicht darum gehen, vornehmlich die Erwartungen Dritter zu erfüllen, nur um beispielsweise Zuwendungen zu erhalten.

- b) Die Kooperation zwischen den beigetretenen Mitgliedsorganisationen und Wirtschaftsunternehmen muss mit den satzungsgemäßen Zielen und Aufgaben der Selbsthilfeorganisation im Einklang stehen und diesen dienen. Die beigetretenen Selbsthilfeorganisationen können keine Zusammenarbeit akzeptieren, die die Gemeinnützigkeit des Verbandes gefährdet oder gar ausschließt.
- c) In allen Bereichen der Zusammenarbeit mit Wirtschaftsunternehmen, insbesondere mit der pharmazeutischen Industrie, muss die Selbsthilfeorganisation die volle Kontrolle über die Inhalte der Arbeit behalten und unabhängig bleiben.
- d) Jedwede Kooperation und Unterstützung durch Wirtschaftsunternehmen, insbesondere aus der Pharmabranche, ist im Bestreben nach Transparenz zu behandeln, um die Neutralität und Unabhängigkeit der Selbsthilfeorganisation auch insoweit sicherzustellen.
- e) Sollte mit einem Unternehmen eine Sponsoringvereinbarung (siehe Abschnitt 5.) getroffen werden, sind die geltenden steuerrechtlichen Vorschriften insbesondere im Hinblick auf die Gemeinnützigkeit von Vereinen zu beachten.

2. Information und inhaltliche Neutralität

- a) In Kooperationen mit der Pharmaindustrie, Anbietern von Heil- und Hilfsmitteln und anderen Unternehmen, die Produkte für behinderte und chronisch kranke Menschen herstellen, ist auf eine eindeutige Trennung zwischen Produktwerbung des Unternehmens, Empfehlungen der Selbsthilfeorganisation und Informationen der Selbsthilfeorganisation zu achten.
- b) Die Selbsthilfeorganisation wirbt nicht für Produkte und beteiligt sich auch nicht an der Produktwerbung von Unternehmen.
- c) Die Selbsthilfeorganisation gibt grundsätzlich weder Empfehlungen für einzelne Medikamente, Medikamentengruppen oder Medizinprodukte, noch Empfehlungen für bestimmte Therapien oder diagnostische Verfahren. Es ist die Abgabe einer Empfehlung jedoch dann denkbar, wenn diese auf dem Bewertungsergebnis anerkannter und neutraler Expertengremien (Technikkommissionen, pharmakologische Beiräte, etc.) beruhen. Verlautbarungen von Wirtschaftsunternehmen werden hingegen kenntlich gemacht sowie nicht unkommentiert und einseitig weitergegeben.
- d) Die Selbsthilfeorganisation sieht es im übrigen als ihre Pflicht an, über die Erfahrungen von Betroffenen mit Medikamenten, Medizinprodukten, Therapien und diagnostischen Verfahren zu informieren. Entsprechendes gilt für die Information über die Vielfalt des Angebotes und über neue Entwicklungen im Bereich der Prävention, Kuration und Rehabilitation.

- e) Die Selbsthilfeorganisation ist in ihrer fachlichen Arbeit unabhängig und nicht an medizinische Fachrichtungen gebunden. Sie steht auch alternativen Heilmethoden und Therapierichtungen offen gegenüber.

3. Kommunikationsrechte

- a) Die Selbsthilfeorganisation gewährt ggf. den sie unterstützenden Unternehmen im Rahmen der geschlossenen Vereinbarungen Kommunikationsrechte, wie z.B. das Recht der Logo-Verwendung. Davon ausgeschlossen ist jedoch die unmittelbare oder mittelbare Bewerbung von Produkten bzw. Produktgruppen zur Therapie von chronischen Erkrankungen oder Behinderungen. Ausgeschlossen ist insbesondere eine Vereinbarung, wonach von einer Homepage der Selbsthilfeorganisation durch einen Link auf das Logo eines Wirtschaftsunternehmens umgeschaltet werden kann.
- b) Eine Verwendung des Logos und des Namens der Selbsthilfeorganisation darf nur mit ausdrücklicher Zustimmung der Selbsthilfeorganisation erfolgen. Das Logo muss dann originalgetreu verwendet werden. Abweichungen oder Änderung sind nicht zulässig.
- c) Die Selbsthilfeorganisation gewährt ggf. den sie unterstützenden Unternehmen auch das Recht, den Abdruck des Logos und/oder des Unternehmens in Publikationen oder auf Plakaten der Selbsthilfeorganisation zu verlangen, soweit dies ohne besondere Hervorhebung erfolgt.

4. Zuwendungen

- a) Die Selbsthilfeorganisation nimmt finanzielle Zuwendungen von Privatpersonen, Firmen oder der Öffentlichen Hand entgegen. Auch eine Unterstützung durch die pharmazeutische Industrie ist möglich. Dabei wird die Selbsthilfeorganisation vermeiden, in Abhängigkeit von einem bestimmten Unternehmen oder von einer bestimmten Person zu geraten. Die Selbsthilfeorganisation achtet bei der Förderung durch Wirtschaftsunternehmen und Privatpersonen insbesondere darauf, dass eine Beendigung der Unterstützung niemals den Fortbestand und die inhaltliche Arbeit der Selbsthilfeorganisation gefährden kann.
- b) Die Selbsthilfeorganisation trifft ggf. auch Sponsoring-Vereinbarungen mit Wirtschaftsunternehmen. Unter Sponsoring ist dabei die Gewährung von Geld oder geldwerten Vorteilen durch Unternehmen zur Förderung der Selbsthilfeorganisation zu verstehen, wenn damit auch eigene unternehmensbezogene Ziele der Werbung oder der Öffentlichkeitsarbeit des Unternehmens verfolgt werden. Die Selbsthilfeorganisation sichert ihre Unabhängigkeit gegenüber Sponsoren dadurch ab, dass Sponsoring-Vereinbarungen, die Zuwendungen in nicht unerheblichen Umfang zum Gegenstand haben, schriftlich fixiert und die Zuwendungen transparent gemacht werden.
- c) Die Selbsthilfeorganisation bietet den unterstützenden Firmen an, die im Rahmen der geschlossenen Vereinbarungen erfolgten Zuwendungen öffentlich zu dokumentieren.

5. Unterstützung der Forschung

- a) Die Selbsthilfeorganisation begrüßt Forschungsanstrengungen, die einer Verbesserung der Situation chronisch kranker und behinderter Menschen dienen.

- b) Die Selbsthilfeorganisation ist grundsätzlich bereit, sich mit ihrer Fachkompetenz an solchen Forschungsprogrammen, insbesondere an klinischen Studien zu beteiligen, sowie über solche Forschungsprogramme, insbesondere klinische Studien, zu berichten, um über ihre Mitgliedsverbände so die Beteiligung von Probanden an den Forschungsprogrammen bzw. Studien zu ermöglichen. Eine solche Unterstützung setzt jedoch voraus, dass die Informationen über die laufenden Ergebnisse der Forschungsprogramme bzw. Studien sowie die Informationen über das Forschungs- und Studiendesign gegenüber der Selbsthilfeorganisation vollständig offengelegt werden. Des Weiteren hält die Selbsthilfeorganisation die Übernahme der Kosten für die genannten Unterstützungsmaßnahmen durch die betreffenden Unternehmen für geboten.
- c) Die Selbsthilfeorganisation versucht ihrerseits, im Interesse chronisch kranker und behinderter Menschen auf die Firmenpolitik (Studiendesigns, Produkteigenschaften, Marketing, etc.) der Unternehmen Einfluss zu nehmen.

6. Veranstaltungen

- a) Die Selbsthilfeorganisation trägt dafür Sorge, dass auch bei von ihr organisierten und durchgeführten Veranstaltungen stets die Neutralität und Unabhängigkeit gewahrt bleibt.
- b) Bei der Festlegung der Inhalte und bei der Auswahl der Referenten achtet die Selbsthilfeorganisation insbesondere darauf, dass die Sachverhalte objektiv dargestellt und behandelt werden. Dies schließt eine einseitige Darstellung zu Gunsten eines bestimmten Unternehmens, einer bestimmten Therapie oder eines bestimmten Produktes grundsätzlich aus. Ist die Veranstaltung Teil einer Sponsoring-Vereinbarung, dann trägt die Selbsthilfeorganisation Sorge dafür, dass die behandelten Themenbereiche nicht allein von Referent*innen, die bei dem jeweiligen Sponsor angestellt sind oder vom dem jeweiligen Sponsor finanziell abhängig sind, behandelt werden.

Frankfurt, den 3. April 2003

Für die AHN:

Zugestimmt auf der Fachbeiratssitzung am 12.02.2009

Zugestimmt auf der Sitzung des Facharbeitskreis Geschäftsführung am 10.06.2009

4 Rahmenbedingungen der Arbeit von Aidshilfen

4.1 Strukturen für eine Geschäftsordnung

Der Vorstand ist gut beraten, wenn er sich durch eine Geschäftsordnung absichert. Folgende Punkte dienen als Anregung für die Aufnahme in die eigene Geschäftsordnung:

- Aufgabenstellung
- Anzahl der jährlichen/ monatlichen Sitzungen
- Formvorschriften für Einladung und Versand
- Mindestinhalt der Einladung zur Sitzung
- Festsetzung der Tagesordnung
- Kreis der Teilnehmenden/ Möglichkeit der Hinzuziehung von Gästen
- Beschlussfähigkeit, Beschlussfassung (Abstimmungsverfahren)
- Möglichkeit der Bildung von Ausschüssen (Bildung, Zusammensetzung, Aufgaben)
- Liste der zustimmungspflichtigen Geschäfte (zum Beispiel im Verhältnis von Vorstand und Geschäftsführung oder Beirat)
- Protokoll (Art der Protokollierung, Verantwortlichkeit, Fristen, Beschlussfassung, Veröffentlichung oder Vertraulichkeit)
- Nacharbeit (Verfolgung der Beschlussdurchführung, Nachfassen, Sanktionen bei Nichterledigung)

Beispiel: Geschäftsordnung der Braunschweiger AIDS-Hilfe e.V.

Diese Geschäftsordnung regelt die Beziehung zwischen Vorstand, Geschäftsführung und Hauptamtlichen und wurde von der Mitgliederversammlung am 04.04.2008 beschlossen.

1. Der Vorstand

Der Vorstand bestimmt im Auftrag der Mitgliederversammlung und in Übereinstimmung mit der Satzung die Grundsätze sowie Schwerpunkte der Arbeit der Braunschweiger AIDS-Hilfe e.V. und legt die Vorgaben der Betriebs- und Organisationsstruktur fest. Dem Vorstand obliegt die Festlegung von Planungsleitlinien für die Weiterentwicklung des Vereins.

1.1. Zusammensetzung, Gesamtverantwortung, Beschlussfähigkeit

1.1.1. Die dem Vorstand gemäß § 26 BGB obliegenden Pflichten und Verantwortungen werden durch diese Geschäftsordnung nicht berührt. Die gerichtliche Vereinsvertretung erfolgt durch den Vorstand.

1.1.2. Der Vorstand ist beschlussfähig, wenn die Mehrheit seiner Mitglieder anwesend ist. Der Vorstand fasst seine Beschlüsse mit einfacher Stimmenmehrheit der anwesenden Vorstandsmitglieder, Stimmenthaltungen zählen als Gegenstimmen.

- 1.1.3. Ein Vorstandsbeschluss kann auf schriftlichem Wege gefasst werden (Post, Fax oder Email), wenn die Mehrheit seiner Mitglieder ihre schriftliche Zustimmung erklärt.
- 1.1.4. Die Mitglieder des Vorstands müssen Vereinsmitglieder sein.
- 1.1.5. Die Mitglieder des Vorstands erhalten keine Bezüge oder pauschale Aufwandsentschädigungen und stehen nicht in einem Angestelltenverhältnis zum Verein.

1.2. Ordentliche und außerordentliche Sitzungen

- 1.2.1. Der Vorstand tagt in einer festen Regel.
- 1.2.2. Außerordentliche Sitzungen finden auf Antrag der Mehrheit der Vorstandsmitglieder oder der Geschäftsführung statt.
- 1.2.3. An den Vorstandssitzungen nimmt die Geschäftsführung teil. Auf Beschluss des Vorstands kann die Geschäftsführung von einer Sitzung oder Teil einer Sitzung ausgeschlossen werden. Dieser Beschluss muss der Geschäftsführung gegenüber begründet werden.
- 1.2.4. Die Geschäftsführung hat bei den Vorstandssitzungen Rede- und Antragsrecht.
- 1.2.5. Der Vorstand kann zu seinen Sitzungen weitere Personen hinzuziehen.
- 1.2.6. Nach vorheriger Anmeldung beim Vorstand kann jede*r sein Anliegen beim Vorstand vortragen.

1.3. Vorstandssitzungen

- 1.3.1. Die Geschäftsführung erstellt einen Vorschlag zur Tagesordnung.
- 1.3.2. Über die Vorstandssitzungen wird bei jeder Sitzung ein Beschlussprotokoll geführt. Es beinhaltet unter anderem, wer für die Ausführung der Beschlüsse in welchem Zeitrahmen zuständig ist. Eventuell abwesende Mitglieder des Vorstandes sind selbst dafür zuständig, Protokolle zur Kenntnis zu nehmen und sich zu informieren. Personalangelegenheiten werden getrennt protokolliert und sind nur dem Vorstand zugänglich.

1.4. Haushaltsplanung und -umsetzung

- 1.4.1. Der Vorstand beschließt auf der Grundlage von Vorlagen der Geschäftsführung den Haushaltsplan.
- 1.4.2. Der Vorstand kontrolliert mindestens zweimal pro Jahr die durch die Geschäftsführung zu leistende Mittelbewirtschaftung. Der Vorstand prüft und genehmigt die von der Geschäftsführung erstellten Verwendungsnachweise und Zuschussanträge. Der Vorstand kann der Geschäftsführung die Zeichnungsberechtigung für von ihm genehmigte Verwendungsnachweise und Zuschussanträge erteilen.

1.5. Personal

- 1.5.1. Der Vorstand entscheidet über die Einstellung und Kündigung der Geschäftsführung. Er entscheidet ebenso über arbeitsvertragliche Maßnahmen gegenüber der Geschäftsführung.
- 1.5.2. Die Geschäftsführung entscheidet im Einvernehmen mit dem Vorstand über die Einstellung, Kündigung und die Veränderung von inhaltlichen Schwerpunkten der hauptamtlichen Mitarbeiter*innen des Vereins sowie über arbeitsvertraglich relevante Maßnahmen.

1.6. Weisungsstrukturen, Dienstweg

- 1.6.1. Der Vorstand hat die Personalführung gegenüber der Geschäftsführung und ist gegenüber der Geschäftsführung weisungsbefugt. Die Ausführung der Personalführung und Weisungsbefugnis gegenüber den weiteren hauptamtlichen Mitarbeiter*innen des Vereins überträgt er auf die Geschäftsführung.
- 1.6.2. Der Vorstand führt am Jahresende ein dokumentiertes Personalgespräch mit der Geschäftsführung durch, wo die Ziele und Rahmenplanung der Geschäftsführung für das kommende Jahr festgelegt werden.

2. Geschäftsführung

Der Vorstand bestellt eine hauptamtliche Geschäftsführung für die Führung der Geschäftsstelle. Die Geschäftsführung hat in allen wesentlichen den Verein betreffenden Fragen den Vorstand zu informieren; das betrifft insbesondere die Finanzen, das Bild des Vereins in der Öffentlichkeit, die Personalsituation, die Vereinsentwicklung, die rechtlichen Aspekte des Vereins und alle satzungsrelevanten Fragen. Die Geschäftsführung regelt in Abstimmung mit dem Vorstand ihre Vertretung.

Zu den Aufgaben der Geschäftsführung dem Vorstand gegenüber gehören:

2.1. Vorstandssitzung

Vorbereitung der Vorstandssitzungen und Umsetzung der Beschlüsse.

2.2. Vertretung nach außen

Verhandlung mit Kostenträgern in Abstimmung mit dem Vorstand. Vertretung des Vereins nach außen soweit dies der Vorstand nicht übernimmt. Rechtsverbindliche Verträge können nur durch vorherigen Vorstandsbeschluss oder mit einer vorliegenden Vollmacht abgeschlossen werden.

2.3. Finanzverwaltung

Der Geschäftsführung obliegen die Finanzverwaltung und das Rechnungswesen des Vereins. Sie führt die Finanzgeschäfte im Rahmen des genehmigten Haushaltsplans durch. Die Durchführung von Finanzgeschäften über 1000 EURO im Rahmen von Projekten oder zweckgebundenen Einnahmen ist mit dem Vorstand abzustimmen.

Für die ordnungsgemäße Kassen- und Rechnungsführung gelten folgende Grundsätze: Gewissenhafte

Verwaltung des Bargeldbestandes und der unbaren Mittel, keine Geldbewegung ohne Beleg und Buchung. Folgende Unterlagen müssen vorhan-

den sein: Kontenplan, Kontenblätter, Kassenbuch, Buchungsbelege in übersichtlich angelegten Ordnern, Inventarliste. Die Haushaltspläne, Abrechnungen und Verwendungsnachweise sind nach den Bestimmungen der jeweiligen Zuwendungsgeber*innen fristgerecht zu erstellen und einzureichen. Haushaltspläne sind mit dem Vorstand abzustimmen. Der Haushaltsabschluss für das vergangene Jahr ist der ordentlichen Mitgliederversammlung vorzulegen. Über Prüfungen seitens der Zuwendungsgeber*innen ist der Vorstand zu unterrichten.

2.4. Personalverwaltung

Durch die Geschäftsführung sind Versicherungsnachweise, Lohnsteuerkarten, Urlaubsnachweise und Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen zu führen.

Die von den Gehältern einzubehaltenden Steuern sind an das zuständige Finanzamt unter Einhaltung der Abgabe- und Zahlungsfrist zu überweisen. Über Prüfungen ist der Vorstand zu unterrichten. Die gesetzlichen Bestimmungen zur Sozialversicherung sind zu befolgen. Die Sozialversicherungsbeiträge sind unter Einhaltung der Zahlungsfrist an die jeweiligen Institutionen abzuführen. Das Gleiche gilt für die Pflichtversicherung in der Berufsgenossenschaft. Über Prüfungen durch die Sozialversicherungsträger ist der Vorstand zu unterrichten.

2.5. Personalführung

Die Geschäftsführung hat die Personalführung und Weisungsbefugnis gegenüber den Hauptamtlichen gemäß 1.6.1.

- 2.5.1. Die Geschäftsführung führt auf der Basis der zwischen ihr und dem Vorstand für das kommende vereinbarten Ziele am Jahresende dokumentierte Personalgespräche mit den weiteren Hauptamtlichen durch.

3. Geschäftsordnung

Die Mitgliederversammlung entscheidet über Änderungen der Geschäftsordnung, bevor sie in Kraft treten.

(Quelle: Braunschweiger AIDS-Hilfe e.V.)

4.2 Gewinnung und Auswahl von Mitarbeiter*innen

Unter dem Dach der Aidshilfe arbeiten Vorstandsmitglieder, Beiratsmitglieder, Hauptamtliche und Ehrenamtliche. Gemeinsam stehen sie für Inhalte und Qualität der Arbeit. Deshalb ist die Gewinnung und Auswahl von Mitarbeiter*innen – egal in welchem Arbeitsbereich - eine Schlüsselfunktion für die Entwicklung jeder Organisation. Personalentscheidungen sind Entscheidungen, die besonders bei hauptamtlichen Mitarbeiter*innen viel Geld binden. Alle Personalentscheidungen (auch im Bereich des Vorstands und bei Ehrenamtlichen) prägen das Image und Ansehen des Vereins.

Um Fehlentscheidungen bei der Personalgewinnung zu vermeiden, ist eine möglichst klare Beantwortung der folgenden Fragen notwendig. Sie sollten daher vor allen wichtigen Personalentscheidungen gestellt werden:

- Was für Menschen brauchen wir, um unseren Betrieb vernünftig zu managen?
- Was sollen diese Menschen können?
- Wohin soll oder will unser Betrieb?
- Welche Aufgaben erfüllen wir und sind sie (noch) notwendig?
- Welche Aufgaben erfüllen wir nicht, obwohl sie notwendig oder sinnvoll sind?
- Welche Aufgaben erfüllen wir gut und welche eher schlecht?
- Welche Aufgaben erledigt der Vorstand?
- Welche Aufgaben müssen/ sollen durch bezahlte Kräfte erledigt werden?
- Welche Aufgaben lassen sich auch von unbezahlten Kräften erledigen?
- Welche Kompetenzen sind vorhanden und welche fehlen uns?

Die folgenden Kompetenzbereiche können dabei unterschieden werden:

- **Fachkompetenz.** Sie meint die Beherrschung aktuellen Fachwissens und die Fähigkeit, dieses Wissen aufgabengerecht einzusetzen. Dazu zählen neben inhaltlichen Kenntnissen z.B. auch Kenntnisse über grundlegende vereinsrechtliche und zwendungsrechtliche Regelungen. Ein wichtiger Teil der Fachkompetenz für Aidshilfen ist die **Feldkompetenz**. Feldkompetenz heißt: Der*Die Mitarbeiter*in muss sich im Lebensumfeld jener auskennen, für die die Aidshilfen arbeiten. Nur unter dieser Voraussetzung können Lebensweisenakzeptanz, Niedrigschwelligkeit und Vor-Ort-Arbeit als zentrale Kennzeichen von Aidshilfe-Arbeit realisiert werden.
- **Methodenkompetenz.** Sie umfasst die Fähigkeit, Verfahrensweisen für umfassende Problemlösungen anzuwenden. Dazu zählen z.B. Methoden der Problemanalyse oder der Informationsgewinnung und -auswertung, aber auch der Strukturierung von Sitzungen und Arbeitsgruppen.
- **Soziale Kompetenz.** Dazu gehören Fähigkeiten und Kenntnisse, die sich auf den zwischenmenschlichen Umgang und auf das Erleben und Verhalten ein-

zueinander beziehen - sowohl in „normalen“ als auch in „besonderen“ Situationen. Eine besondere Situation kann z.B. das Konfliktmanagement sein.

- **Strategische Kompetenz.** Sie bezieht sich auf die Zukunftsorientierung und damit auch auf das Denken in Chancen, z.B. für Innovationen. Dieses Kompetenzfeld hat angesichts der gegenwärtigen dynamischen Veränderungsprozesse eine besonders große Bedeutung im Rahmen von Geschäftsführungs- und Vorstandstätigkeit.

Gewinnung neuer Vorstandsmitglieder

In niedersächsischen Aidshilfen gibt es bisher überwiegend folgendes Vorstandsmodell: Die Mitgliederversammlung wählt einen ehrenamtlich tätigen Vorstand, der die Geschäftsführung des Vereins besorgt und den Verein nach außen wie innen repräsentiert. Dabei nutzt der Vorstand in unterschiedlichem Maße die Unterstützung durch bezahlte Kräfte (Siehe auch unter „Geschäftsordnung“).

Das Vorstandsamt ist ein besonderes Ehrenamt und bedarf besonderer Qualifikationen, spezieller Personalgewinnungsprozesse und Personalauswahlprozesse. Diese gelten zwar auch für die Gewinnung aller anderen bezahlten und unbezahlten Mitarbeiter*innen, für Vorstände als Führungskräfte jedoch in besonderem Maße.

Daraus ergibt sich, dass die Suche nach neuen Vorstandsmitgliedern eine dauerhafte Führungsaufgabe und zentraler Bestandteil jeder Vorstandsarbeit ist, und zwar weil

- ein Vorstand durch Ausscheiden immer wieder vervollständigt werden muss, aber oft auch (z. B. bei Veränderung von Arbeitsschwerpunkten) neue Energien, Kompetenzen und Ideen in der Vorstandsarbeit notwendig sind
- sich die Gesellschaft und die allgemeinen Rahmenbedingungen für einen Verein dauernd ändern. Damit gestalten sich auch die Anforderungen an die Vorstandsarbeit immer wieder neu. (Wenn sich eine Organisation beispielsweise dazu entschieden hat, vermehrt private Akquisition von Finanzmitteln zu betreiben (Fundraising, Sponsoring) ist es sinnvoll, neue und andere Leute mit genau jenem Wissen und jenen Erfahrungen, die jetzt gebraucht werden, in den Vorstand zu holen.)

Unabhängig von dem jeweiligen Verein, werden in jedem Vorstand (*nicht von jedem Vorstandsmitglied!*) folgende fachliche Kenntnisse gebraucht:

- Finanzkenntnisse
- Rechtskenntnisse
- Kenntnisse des Sozial- und Gesundheitswesens
- Fundraising-Know-how
- PR-Kenntnisse
- Kenntnisse im Personalmanagement

Daneben sind folgende persönliche Eigenschaften der Vorstandsmitglieder unverzichtbar:

- frühere Vorstands- oder zumindest Führungserfahrungen
- Identifikation mit dem Verein und seinen Zielen
- Ortskenntnisse und Erreichbarkeit
- ausreichend Zeit
- Loyalität
- Engagement
- Teamgeist/ soziale Fähigkeiten

Für die Gewinnung von Vorstandsmitgliedern ist es sinnvoll, eine Aufgabenbeschreibung so zu formulieren, dass transparent wird, welche fachlichen Kenntnisse und persönliche Eigenschaften gesucht bzw. gebraucht werden, welche Verantwortung damit übernommen wird und welcher Zeitaufwand dafür erforderlich ist. Weiter empfiehlt es sich Hospitationsmöglichkeiten im Verein und im Vorstand anzubieten und sicher zu stellen, dass Neue gründlich eingearbeitet werden.

Für die Auswahl, mit der sich der Vorstand selbst oder ein Benennungsausschuss befassen kann, gilt dann: Hat sich ein Vorstand die Entwicklung der eigenen Nachfolge als wichtiges Ziel gesetzt, sollte er auch der Mitgliederversammlung seine eigenen Kandidat*innen präsentieren. Auch wenn jede MV frei ist, dem Vorschlag zu folgen oder auch nicht: Sie hat ein Recht darauf, zu erfahren, was der bisherige Vorstand empfiehlt.

Gewinnung hauptamtlicher Mitarbeiter*innen

Zu einer guten Personalgewinnung gehören immer, die grundlegenden Fragen zu Beginn dieses Kapitels ausreichend geklärt zu haben. Daraus sollte eine ausführliche öffentliche Stellenbeschreibung entwickelt werden, die deutlich formuliert

- was getan werden soll (Aufgaben)
- was erreicht werden soll (Ziele)
- was gekonnt werden soll (fachliche Qualifikation)
- was sonst noch erwartet wird (persönliche Eigenschaften und Haltungen)
- in welchem Kontext die Arbeit stattfindet (Hierarchie, Vernetzung, Team)
- wie sie bezahlt wird
- was die Einrichtung bietet

Gute Personalauswahl setzt voraus, dass es mehrere Bewerbungen gibt und vorher Entscheidungskriterien entwickelt worden sind. Über die Einstellung entscheidet der Vorstand.

Gewinnung ehrenamtlicher Mitarbeiter*innen

Grundsätzlich gilt alles schon Gesagte auch für die Gewinnung und Auswahl ehrenamtlicher Mitarbeiter*innen. Für sie gelten abgeschwächt die Anforderungen, die auch an bezahlte Mitarbeiter*innen gestellt werden:

- Fach- und Feldkenntnisse
- Bereitschaft zu Aus-, Fort- und Weiterbildung
- Bereitschaft zur Einordnung in das Team bzw. die Gruppe und Supervision
- Identifikation mit dem Verein und seinen Zielen
- ausreichend Zeit

Möglichst klar sollte sein, wie Aufgabenbereiche für Ehrenamtliche im Verein aussehen und welche Anforderungen an Bewerber*innen gestellt werden. Anfragen können so korrekt und konkret Auskunft gegeben werden. Genauso hilfreich ist eine solche Klarheit bei der aktiven Suche nach ehrenamtlichen Mitarbeiter*innen. Bei diesen Überlegungen sollten alle anfallenden Arbeiten einbezogen werden. Auch bei Büroarbeiten und Routinetätigkeiten kann ehrenamtliche Hilfe nützlich sein.

Auch die Auswahl ehrenamtlicher Mitarbeiter*innen sollte ernst genommen werden. Ein ausführliches Bewerbungsgespräch zur Klärung der fachlichen und persönlichen Voraussetzung, der Aufgaben und der Rahmenbedingungen (Auswahl, Ausbildung, Anleitung, Beendigung der Mitarbeit) der Mitarbeit und nicht zuletzt der Motivation räumt viele mögliche Konflikte schon im Vorfeld aus. Möglicherweise endet ein solches Gespräch auch damit, im Sinne der Qualitätssicherung von Aidshilfearbeit Bewerber*innen abzulehnen.

4.3 Personalführung und Personalentwicklung

Personalführung

Strukturelle und organisatorische Basis der Personalführung sind:

- Geschäftsordnungen
- Stellenbeschreibungen
- Zuständigkeiten
- Ansprechpartner*innen
- Klarheit und Transparenz innerbetrieblicher Regeln (Fortbildung, Überstunden, Dienstreisen u.a.)
- Personalführung beinhaltet eine Leitung und Motivation der Mitarbeiter*innen und orientiert sich an den Zielen und Sachaufgaben der Aidshilfe. Das bedeutet:
 - Klarheit und Transparenz über Erwartungen, Ziele und Verfahren schaffen
 - Leistungen anhand von vorher vereinbarten und nachvollziehbaren Kriterien bewerten
 - Regeln etablieren, die für alle verbindlich sind
 - offen kommunizieren und Raum für angemessene Rückmeldung geben
 - Bedürfnisse nach Anerkennung, Sicherheit und sozialer Akzeptanz angemessen befriedigen

Personalentwicklung

Personalentwicklung ist eine perspektivische und strategische Aufgabe. Sie zielt sowohl auf die Erfüllung der Interessen und Ziele der Aidshilfe als auch der Mitarbeiter*innen. Die Leistungs- und Befähigungspotenziale der Mitarbeiter*innen werden erkannt, ausgebaut und je nach den Anforderungen der Aidshilfe-Arbeit unter Berücksichtigung der persönlichen und der Aidshilfe-Zielsetzungen gefördert und genutzt. Personalentwicklung ist als Daueraufgabe ein Prozess, der von allen mitgetragen werden muss

Wichtige Elemente der Personalentwicklung sind:

- individuelle Berufswegplanung/ Karriereplanung
- strategisch geplante Fortbildungen
- Mitarbeiter*in-Gespräche
- Teamentwicklung
- Zielvereinbarungen
- Maßnahmen zur persönlichen Entwicklung (z.B. Supervision, Coaching und Mediation)

Literatur:

Dipl. Päd. Britta Becker (Hrsg.): Praxishandbuch Sozial Management. Soziales Engagement professionell managen. Verlag PRO Sozial, Bonn Loseblatt-Sammlung.

Prof. Gerhard Geckle (Hrsg.), Der Verein, Das Standardwerk für die Vereinsführung, Planung/München Loseblatt-Sammlung.

Impressum

Aidshilfe Niedersachsen Landesverband (AHN) e.V. (Hrsg.)

Schuhstraße 4

30159 Hannover

Telefon 05 11 / 13 22 12 00

Telefax 05 11 / 13 22 12 10

Internet: www.niedersachsen.aidshilfe.de

E-Mail: info@niedersachsen.aidshilfe.de

1. Auflage: März 1999

AutorInnen:

Silke Eggers, Carsten Ertl, Walter Frommeyer, Peter Gallus, Franco Günther, Doris Kroninger, Jörg Lühmann, Dr. Dirk Sander, Christoph Schmidtpeter, Michael Steinbrecher, Jim Stenger, Doro Törnau, Dr. Jörn Wolters

2. Auflage: März 2004

3. Auflage: Dezember 2006

4. überarbeitete Auflage: Januar 2011

Autor*innen:

Vorstand und Facharbeitskreise der AHN

Genderleitbild: Torsten Schulte

Lektorat: Imke Schmieta

Layout und Satz: Marco Etmanski

Titel: Carmen Janiesch

5. überarbeitete Auflage: März 2018

Autor*innen:

Facharbeitskreise der AHN

Lektorat: Julia Maria Zimmermann

Layout und Satz: Carsten-Andres Werner · caanwe.com

Mit freundlicher Unterstützung durch:



Telefonische Beratung

Die telefonische Beratung der Aidshilfen hat die bundesweit einheitliche Nummer **0180 33 19411** (maximal 9 Cent pro Minute aus dem deutschen Festnetz, maximal 42 Cent/Min. aus den deutschen Mobilfunknetzen).

Sie erreichen uns **montags bis freitags** von **9 bis 21 Uhr** sowie **samstags und sonntags** von **12 bis 14 Uhr**. Sie können bei Ihrem Anruf anonym bleiben.

Unsere Berater*innen sind erfahrene Mitarbeiter von Aidshilfen aus ganz Deutschland. Sie werden intensiv geschult und sind fachlich immer auf dem neuesten Stand.

Die Berater*innen stehen Ihnen für alle Fragen über HIV/Aids und Geschlechtskrankheiten zur Verfügung. Außerdem geben sie Ihnen gerne Informationen über die

- Möglichkeit persönlicher Beratung in Ihrer Nähe
- Möglichkeiten, sich auf HIV testen zu lassen
- Notfallmaßnahmen nach einem HIV-Infektionsrisiko (siehe auch Safer-Sex Unfall / PEP)
- Aidshilfen, Selbsthilfegruppen, HIV-Schwerpunktärzte und andere Angebote in Ihrer Stadt oder Region.