



HIV-BERATUNG *aktuell*

- 2 Flüchtlinge: Aidshilfe gefordert
- 4 Nun offiziell: diagnostisches Fenster auf sechs Wochen verkürzt
- 6 Ich bin Aidshilfe: Heiner Rehn
- 8 Qualitätssicherung: ein beflügelndes Thema
- 10 Drogengebrauch bei schwulen Männern: wie beraten?
- 12 Impressum

Inhalt

1. Vorwort	1
2. Flüchtlinge: Aidshilfe gefordert	2
3. Nun offiziell: diagnostisches Fenster auf sechs Wochen verkürzt	4
4. Ich bin Aidshilfe: Heiner Rehnen	6
5. Qualitätssicherung: ein beflügelndes Thema	8
6. Drogengebrauch bei schwulen Männern: wie beraten?	10
7. Impressum	12

Vorwort

Berlin, 28.09.2015

Liebe Leserin, lieber Leser,

in diesen Wochen fällt es schwer, nicht über Flüchtlinge und Migration zu sprechen. Auch wir widmen uns in einem Beitrag der Frage, was die aktuellen Entwicklungen für die Arbeit von Aidshilfe bedeuten können.

Im Weiteren geht es noch einmal um die Verkürzung des diagnostischen Fensters bei HIV-Tests und im Interview mit Heiner Rehnen unter anderem darum, welche Bedeutung Testangebote für Aidshilfe heute haben.

Dass Qualitätssicherung keine blutleere Sache sein muss, zeigen dann unsere Debatte „Qualitätssicherung: ein beflügelndes Thema“ und das Projekt QUADROS, bei dem es um die Beratung von MSM zum Partydrogengebrauch geht.

Viel Spaß beim Lesen wünschen

Karl Lemmen, Steffen Taubert und Werner Bock.

Flüchtlinge: Aidshilfe gefordert

Deutsche AIDS-Hilfe verstärkt Einsatz für die Menschenrechte von Flüchtlingen



Die Bundesregierung rechnet dieses Jahr mit über 800.000 Immigrant_innen. Diese hohe Zahl stellt eine enorme Herausforderung für das Hilfe- und Gesundheitssystem dar. Die Deutsche AIDS-Hilfe und einiger ihrer Mitgliedsorganisationen leisten seit vielen Jahren HIV-Prävention für Flüchtlinge,

beraten und unterstützen HIV-positive Migrant_innen. Der Bedarf an mehrsprachiger Beratung und einem Einsatz von Sprach- und Kulturvermittler_innen nimmt kontinuierlich zu. Die wachsende Zahl von Flüchtlingen berührt so auch die Arbeit von Aidshilfe.

Zwar sind nur relativ wenige Flüchtlinge HIV-positiv; diese stehen jedoch vor immensen Herausforderungen. Da HIV in vielen Herkunftsländern ein Tabu ist und HIV-Positive dort massiv ausgegrenzt werden, haben sie meist große Angst davor, sich hier zu offenbaren. Viele HIV-positive Flüchtlinge kommen aus Ländern mit Einstellungen zu HIV, wie sie bei uns vor 20 bis 30 Jahren vorherrschten.

Die gesellschaftliche Enttabuisierung und die Solidaritätskampagnen der vergangenen Jahre sind an ihnen vorbeigegangen.

Ihr Bild von HIV ist im Wesentlichen vom „alten Aids“ geprägt. Für uns als Beratende ist es wichtig, uns bewusst zu sein, wer mit welchem Bild von HIV vor uns sitzt.

Denn das Bild im eigenen Kopf bestimmt die Angst, die mit HIV verbunden ist. Einige Migrant_innen befürchten, dass das Bekanntwerden einer HIV-Infektion das Asylverfahren negativ beeinflussen oder sogar zur Abschiebung führen könne. Dabei ist es egal, ob die Ängste im konkreten Fall tatsächlich berechtigt sind. Als kollektiv entwickeltes Angstthema erschwert es den Zugang zu den betroffenen Migrant_innen.

Für uns als Beratende bedeutet dies, dass wir in Zukunft auf beiden Schienen der Beratung – altem und neuem HIV – fit sein müssen. Wie viele Menschen mit HIV

derzeit nach Deutschland kommen, kann nicht gesagt werden. Die letzte vom Robert-Koch-Institut (RKI) dazu veröffentlichte Statistik zeigt aber einen Trend auf.

Nach [Angaben des RKI](#) wuchs der relative Anteil von Menschen aus afrikanischen Ländern südlich der Sahara an den neu Diagnostizierten von zehn Prozent im Jahr 2013 auf 15 Prozent im letzten Jahr. Dazu werden jedoch auch Menschen gezählt, die sich erst in Deutschland mit HIV infiziert haben.

„Fliehen oder sterben“

Auf magazin.hiv findet sich die Geschichte von Selem (Name von der Redaktion geändert), die in Eritrea als Christin und Regimegegnerin verfolgt, auf der Flucht vergewaltigt und mit HIV infiziert wurde.

Heute lebt sie in Deutschland, ist als politisch Verfolgte jedoch noch nicht anerkannt ([hier zur ganzen Geschichte](#)).

HIV ist jedoch selten das einzige Problem. Die nach Deutschland Geflohenen haben ihre Existenz und ihre Heimat verloren; viele sind durch Kriegs- und Fluchterlebnisse sowie sexuelle Gewalt traumatisiert.

Nicht an der medizinischen Versorgung sparen!

In Deutschland angekommen, steht den Flüchtlingen zunächst nur eine medizinische Notfallversorgung zu; psychologische und traumatherapeutische Unterstützung fehlen meist ganz. Manche finden zudem nicht den Weg in HIV-kompetente Einrichtungen, weil sie nicht in Großstädten untergebracht sind und Arztbesuche nach dem Asylbewerberleistungsgesetz vom Sozialamt genehmigt werden müssen.

Deutschland bietet derzeit wie kaum ein anderes Land in Europa Menschen aus Krisenregionen eine Zuflucht. Die Unterstützung darf sich jedoch nicht auf Unterkunft und Nahrung beschränken. Eine gute medizinische und psychotherapeutische Versorgung sind unabdingbar, um den körperlichen und psychischen Folgen von Flucht und Gewalt entgegenzuwirken und eine Integration der Migrant_innen zu ermöglichen.

In den nächsten Wochen und Monaten gilt es aufmerksam zu beobachten, wie gut die Versorgung von Flüchtlingen funktioniert, ob das bestehende Gesundheitssystem um die neuen Herausforderungen herum gestärkt wird oder ob – wie aktuelle politische Diskussionen befürchten lassen – massiv eingeschränkt wird.

tau

Flüchtlinge: eure Erfahrungen sind gefragt

Beratung aktuell will sich den Herausforderungen, die die Migration an die Arbeit von Aidshilfe stellt, in den nächsten Monaten verstärkt annehmen. Dafür wüssten wir gern mehr darüber, wie sich die Arbeit in eurer Region verändert:

- Habt ihr vermehrt Beratungsanfragen von Migrant_innen oder öffentlichen Stellen dazu?
- Welchen Herausforderungen seht ihr euch gegenüber?
- Wie gestaltet sich die Zusammenarbeit mit Erstaufnahmelagern oder Asylbewerberunterkünften?
- Habt ihr spezifische Angebote entwickelt?

Gern würden wir in einer der nächsten Ausgaben über Initiativen und Erfahrungen aus Aidshilfen, Aidsberatungsstellen und Gesundheitsämtern berichten.

Wenn ihr eure Erfahrungen teilen möchtet, schreibt eine kurze E-Mail. Ihr könnt uns Texte schicken, oder wir interviewen euch. Wir sind gespannt auf eure Rückmeldun-

Zentrale Fortbildungen der DAH zu Migration, Recht und interkultureller Kommunikation 2016

- EU-Recht mit Fokus auf dem Zugang zur Krankenversicherung (19.–20. Mai 2016 in der DAH, Berlin)
- Asylrecht, auch zu Homosexualität als Asylgrund (zweitägige Fortbildung im September 2016, Berlin)
- Interkulturelle Kommunikation: Modell der interkulturellen Prävention (15.–17. April 2016, Berlin)
- Diversity-Konzepte und ihre praktische Umsetzung (16.–18. September 2016, Berlin)

Auch 2016: Rundreise Migration das DAH-Tagesseminar, das zu euch in die Aidshilfe kommt, zu Themen wie

- Asyl-, EU- und Sozialrecht: Verlauf des Asylverfahrens und Asylgründe, HIV-Infektion als Abschiebehindernis, Homosexualität als Asylgrund, Bürger_innen aus den neuen EU-Ländern und ihr Zugang zur gesetzlichen Krankenversicherung
- Sozialrecht und Migration: Grundsicherung, Sozialleistungen SGB II/Hartz IV, Schwerbehinderung, Erwerbsminderung, Elterngeld, Kindergeld
- Interkulturelle Kommunikation

Nun offiziell: diagnostisches Fenster auf sechs Wochen verkürzt

Die Sechswochenfrist für den Labortest gilt nun offiziell. Ende Juni wurde die Empfehlung der Virologen im Bundesgesundheitsblatt veröffentlicht und ist damit „amtlich“.

Die europäischen Leitlinien sind diesen Weg schon im letzten Jahr gegangen; nun haben die deutschen Virologen – die Deutsche Vereinigung zur Bekämpfung der Viruskrankheiten (DVV) und die Gesellschaft für Virologie (GfV) – ihre Stellungnahme Ende Juni im Bundesgesundheitsblatt veröffentlicht. [Die Bekanntmachung steht auf der RKI-Seite zum Download.](#) Ausführlich geht auch der [neue HIVreport](#) darauf ein..

Sechs Wochen sind bei Labortests genug

Als Suchtest wird im Labor üblicherweise ein Antikörper-Antigen-Kombinationstest (vierte Generation der Antikörper-tests) angewandt.

Die Experten sind sich jetzt darin einig, dass ein negatives Ergebnis dieser Tests eine HIV-Infektion mit hoher Wahrscheinlichkeit ausschließt, wenn in den letzten sechs Wochen kein Risiko vorlag.

Für Ratsuchende verkürzt sich damit die Wartezeit von bisher zwölf auf nun sechs Wochen. Diese Verkürzung des diagnostischen Fensters gilt jedoch nicht für ältere Labortests (ohne Antigenanteil) oder für die gängigen Schnelltests.

Ausnahmen in der Praxis nicht relevant

Die Experten der DVV/GfV weisen lediglich auf zwei Ausnahmesituationen hin, bei denen auch der Kombinationstest das diagnostische Fenster nicht verkürzt.

- Infektion mit HIV-1, Subgruppe O („Outlier“) oder mit HIV-2. HIV-2 und die Subgruppe O sind in Deutschland jedoch sehr selten. (HIV-2 betrifft nur 0,3 Prozent aller Infektionen hierzulande.) Hintergrund: Der Subtyp O



[HIVreport 3/2015](#) zu den Änderungen bezgl. der diagnostischen Lücke.

und HIV-2 wird vom Antigenanteil des Labortestes nicht gut erkannt. (Allerdings sehr zuverlässig vom Antikörperanteil der Labortests, dann natürlich mit entsprechender zeitlicher Verzögerung) Ein verstärkter Verdacht auf eine HIV-2-Infektion besteht bei Personen mit epidemiologischer Verbindung nach Westafrika, d. h. Elfenbeinküste, Ghana, Senegal, Guinea-Bissau und Kamerun. Ähnliches gilt für HIV-1, Subgruppe

O. Für diese seltenen Fälle empfiehlt sich ggf. weiter die Zwölfwochenfrist (siehe [HIVreport 3/2015](#)).

- Menschen, bei denen eine Erkrankung des Immunsystems/ein Immundefekt vorliegt und die deshalb keine Antikörper bilden können. Das kommt extrem selten vor. Wie generell auch bei anderen HIV-Antikörpertests

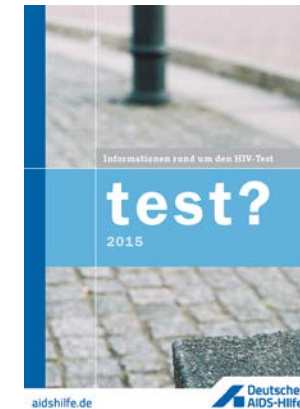
könnten diese Personen ein negatives Testergebnis erhalten, obwohl sie infiziert sind. Da sie eine schwere Erkrankung haben, werden sie in der Regel nicht zu einem HIV-Test im Testprojekt oder Gesundheitsamt erscheinen. Deshalb erscheint diese Ausnahme wenig praxisrelevant.

Wie gesagt: Beide Ausnahmen sind in der Praxis kaum relevant und sollten die gute Nachricht nicht überstrahlen. Nach einem Risiko muss man sich nicht mehr zwölf Wochen quälen, bis man ein sicheres Ergebnis hat; sechs Wochen reichen nun aus.

Beim Schnelltest bleibt es bei zwölf Wochen

Mit einem Schnelltest wird häufig die Erwartung verbunden, dass man ihn früher nach einem Risikokontakt durchführen könne. Jetzt müssen wir Ratsuchende darauf hinweisen, dass sie bis zur Durchführung eines Schnelltestes länger warten müssen als bis zur Durchführung eines Labortestes. Das ist leider eine Kröte, die wir schlucken müssen. Der Schnelltest ist nur noch in der Durchführung schneller; in Sachen diagnostisches Fenster ist er von den Labortests der vierten Generation überholt worden.

WB/tau



Update der Testbroschüre der Deutschen AIDS-Hilfe. Online und print unter [aidshilfe.de](#)

Ich bin Aidshilfe: Heiner Rehnen

„Das Testangebot lockt Leute zu uns, an die wir sonst nicht rangekommen wären“



Foto: Heiner Rehnen

Angst – eine ungeheure Angst vor dem HIV-Test über Jahre hinweg –, dieses Gefühl kennt Heiner aus eigener Erfahrung. Es ist zwar lange her, aber wenn Heiner davon erzählt, spürt er noch einmal, wie es sich damals anfühlte. Es geht um die frühen 1980er-Jahre. Das war die Zeit, in der Heiner merkte, dass er „anders“ ist, in der er schwule Erfahrungen machte und schließlich

sein Coming-out hatte. Neue Horizonte öffneten sich. 1982 erfüllte sich Heiner einen Traum: eine Reise nach San Francisco.

Ein paar Jahre später hörte er, dass San Francisco eine Hochburg der Aidsepidemie sei. Da begann die Angst. Auch in Deutschland war von einer „Schwulenseuche“ die Rede; es gab Unsicherheit, Ängste – bis hin zur Hysterie. Gefordert wurden eine namentliche Meldepflicht und Zwangstests für bestimmte Gruppen. „Aids habe ich von Anfang an mitbekommen“, sagt Heiner. „Ich hatte Angst vor einem Klima der Ausgrenzung und Diskriminierung – von schwulen Männern und von Menschen mit HIV.“

Heiner wollte etwas dagegen tun. Er gründete eine Schwulengruppe in Lingen (Ems), wo er damals wohnte. Er engagierte sich in der Kommunalpolitik, wurde in den Stadtrat gewählt und beschäftigte sich mit dem Thema „Aids“, noch bevor es in Lingen (Ems) eine Aidshilfe gab. Diese wurde 1987 gegründet; Heiner war eines der Gründungsmitglieder.

Ein alter Hase – und ein Tausendsassa

Seit 2010 ist Heiner hauptamtlich bei der AIDS-Hilfe Osnabrück. Er selbst nennt sich einen Quereinsteiger. Heiner war schon mal Schlosser, dann in der Jugendarbeit tätig. Sieben Jahre lang betrieb er eine Kneipe, arbeitete dann in einer Therapieeinrichtung für Drogenabhängige. Die Erfahrungen aus den verschiedenen beruflichen Stationen kommen ihm heute bei seinen Aufgaben in der Aidshilfe zugute.

Das Angebot, das Heiner mit vier Kolleg_innen auf die Beine stellt, kann sich sehen lassen: Neben Beratung und Begleitung als Kernangeboten gibt es einmal wöchentlich ein „Beratungsfrühstück“ für Drogengebraucher_innen und eines für HIV-Positive. Die Möglichkeit des Sprizttausches bietet die Aidshilfe ebenso wie Präventionsangebote für Schulklassen. Seit 2011 gibt es bei der Aidshilfe auch ein eigenes HIV-Test-Angebot.

Ein HIV-Test bei uns ist billiger als der Eintritt zu einer schwulen Party

„Wir sahen die Notwendigkeit zu einem eigenen Testangebot, weil das Angebot des Gesundheitsamtes mangelhaft war. Dort verlangte man 24 Euro für einen HIV-Test; das hatte eine abschreckende Wirkung“, erzählt Heiner. Außerdem wollte die

Aidshilfe ein Testangebot mit Öffnungszeiten schaffen, das auch für Berufstätige attraktiv ist.

Fragen gab es zuhauf: Wie oft sollte man den Test anbieten? Reichen dafür zwei Stunden am Abend aus? Wie und wo sollte man dafür werben? Welcher Test kam überhaupt infrage? „Wir haben uns bei anderen Aidshilfen kundig gemacht; manches war aber einfach auch Versuch und Irrtum“, sagt Heiner.

Sehr am Bedarf vorbei kann die AIDS-Hilfe Osnabrück aber nicht gelegen haben. Im ersten Jahr des Angebotes wurden 130 HIV-Tests durchgeführt; heute hat sich die Zahl bei 210 bis 220 Testungen pro Jahr eingependelt; 60 bis 70 Prozent der

Getesteten sind MSM. Das war nicht von Anfang an so und kam auch nicht von selbst. „Wir begannen mit einer sehr aktiven Bewerbung in der schwulen Szene. Dafür entwickelten wir eigene Flyer und eigene Poster“, berichtet Heiner.

Diese mussten dann an die richtigen Stellen gebracht werden, zu den schwulen Wirten, zu dem Sexshopbetreiber und den Partyveranstaltern. „Wenn man

Geduld hat und die Angebote immer wieder in Erinnerung ruft, lohnt sich die Arbeit auch, und man erreicht die Menschen, für die das Angebot konzipiert ist“, weiß Heiner zu berichten.

„Das Testangebot macht uns zukunftsfähig“

Inzwischen gibt es einen Multiplikator_innen-Effekt. Diejenigen, die den Test in der Aidshilfe gemacht haben, erzählen das in der schwulen Szene weiter. „Früher sagten uns die Menschen, dass sie durch das Internet oder durch die Zeitung auf das Testangebot aufmerksam wurden; heute berichten uns auch immer mehr, sie hätten vom Testangebot durch Freunde oder Bekannte erfahren“, sagt Heiner. Durch die Testangebote ist auch die Nachfrage nach telefonischer und persönlicher Beratung gestiegen; die Beratungskontakte haben sich verdreifacht.

„Das Testangebot lockt Leute zu uns, an die wir sonst nicht rangekommen wären. Das verändert Aidshilfe; das macht uns zukunftsfähig.“

Schulungen zur richtigen Anwendung von Heimtests?

Während Begleitung und Betreuung keine so große Rolle mehr spielen, gibt es beim Thema „HIV- und STI-Tests“ noch viel Potenzial. Bei der AIDS-Hilfe Osnabrück denkt man schon darüber nach, wie die Testangebote noch weiterentwickelt werden können. Und was, wenn der Heimtest irgendwann auch in Deutschland erlaubt wird?

„Der Heimtest wird kommen“, denkt Heiner. „Wir sollten uns dem Thema stellen. Wir müssen nicht warten, bis es so weit



Testkampagne der Aidshilfe Osnabrück

ist; wir müssen im Vorhinein eine Idee haben, wie wir damit umgehen.“ Eine erste Idee gibt es schon: Vielleicht bietet die Aidshilfe dann Schulungen für schwule Männer zur richtigen Durchführung des Heimtestes an.

Ruft man sich die Hilflosigkeit und Panik in Erinnerung, die entstand, als Anfang der 1980er-Jahre auch in Deutschland die ersten Fälle von Aids bekannt wurden, wird deutlich, wie viel sich auf dem Gebiet von HIV zum Guten gewendet hat – auch durch das jahrzehntelange Engagement von Menschen wie Heiner. Es war ein langer Weg, und es ist einer, der noch nicht zu Ende ist.

WB

Qualitätssicherung: ein beflügelndes Thema

Interview mit Werner Bock (DAH) und Christian Willno (AIDS-Hilfe Dresden)

Vom 17. bis zum 19. Juli fand in Eisenach das Jahrestreffen der bundesweiten Telefonberatung statt. Dieses Jahr ging es darum, wie die Qualität der Telefonberatung von Aidshilfe gesichert und verbessert werden kann. 26 Teilnehmer_innen, hauptsächlich Koordinator_innen von Telefonberater_innen-Teams aus 25 Aidshilfen, kamen und diskutierten. Werner Bock, Leiter der bundesweiten Telefonberatung, und Christian Willno vom Koordinationskreis des Projektes waren dabei.

Red.: Qualitätssicherung in der Telefonberatung – das Thema ist für viele nicht so sexy. Hattet ihr ein dröges Seminar?

C: Nein (lacht), ein sehr lebhaftes und beflügelndes Seminar, was sicherlich auch daran lag, dass wir nicht stundenlang über theoretische Konzepte diskutiert haben, sondern sehr genau unter die Lupe genommen haben, was wir ganz konkret für die Qualität unserer Beratungsarbeit tun. Und natürlich haben wir uns dann gefragt: Reicht das so aus? Oder müssen wir nachbessern?

Red.: Und zu welchen Ergebnissen seid ihr gekommen? Was sind eure wesentlichen Erkenntnisse von dem letzten Treffen?

W: Ich hatte den Eindruck, dass die Qualitätsstandards, auf die wir uns zu Beginn des bundesweiten Projektes geeinigt haben, nicht nur auf dem Papier stehen, sondern in der Aidshilfe vor Ort weitgehend auch praktiziert werden. Ich finde, bei dem Treffen war sehr spürbar, dass wir stolz auf das bundesweite Projekt sind und dass wir einen hohen Anspruch an unsere Arbeit haben.

Hauptsächlich geht es ja um zwei Fragen: Welche Ausbildung braucht jemand, bevor er oder sie am Telefon beraten kann? Und was braucht es danach an kontinuierlicher Weiterbildung, um auf dem aktuellen Stand zu bleiben?

C: Das sind schon große Herausforderungen. Die Themen sind in den letzten Jahren ja nicht weniger geworden, wenn ich z. B. an STIs, Schutz durch Therapie und jetzt die PrEP denke.

Red.: Was können die Aidshilfen vor Ort tun, um eine gute Beratungsqualität zu gewährleisten?

C: Ich glaube, es gibt verschiedene Stellschrauben, mit denen man die Qualität beeinflussen kann. Es geht schon mit der Auswahl von Ehrenamtlichen los. Es ist extrem wichtig, die Motivation für die Mitarbeit in der Beratung zu hinterfragen. Warum will sich jemand genau bei Aidshilfe engagieren? Hat er realistische Bilder von HIV? Kann er im Wesentlichen unsere Wertvorstellungen teilen, und ist er bereit, sich auch selbst immer wieder zu hinterfragen?

W: Ich finde, es muss zukünftigen Berater_innen auch klar sein, dass man Beratung nicht mal nebenbei machen kann, dass es einer längeren Ausbildung bedarf, die auch Geld kostet. Ich finde, es ist gut investiertes Geld, aber ich finde, Aidshilfe darf dann auch fordern, dass eine längerfristige Mitarbeit gewünscht ist. Das darf man auch sagen.

Red.: Und nach der Ausbildung? Wie schafft man es, dass Berater_innen immer aktuell und „am Puls der Zeit“ beraten können?

W: Da sind die regionalen Koordinator_innen vor Ort in der Pflicht. Sie müssen dafür sorgen, dass die Berater_innen nicht nur mit aktuellen Informationen versorgt werden, sondern auch zu neuen Themen eigene Haltungen entwickeln. Das gilt für haupt- und ehrenamtliche Mitarbeiter_innen. Es muss feste Gelegenheiten für diesen Austausch geben. Wir haben bei dem Treffen ja auch gelernt, dass es viele Möglichkeiten gibt, Aidshilfe nutzen: Man kann Themen im regionalen Team diskutieren oder sich mal ein bestimmtes Kapitel aus der Infomappe vornehmen. Man kann medizinische Rundreisen oder Inhouseschulungen buchen oder Fortbildungen besuchen.



*Koordinationskreis der Bundesweiten Telefonberatung.
Christian Willno, Tom Scheel, Boris Frenger, Olaf Rothe,
Claudia Veth, Werner Bock (v.l.n.r.) Foto: S. Taubert*

C: Die Koordinator_innen vor Ort müssen Beratungssituationen mit den neuen Mitarbeiter_innen üben. Diese Hospitationen haben wir ja auch in unseren Qualitätsstandards festgeschrieben. Erfahrene Mitarbeiter_innen sollten ihren neuen Kolleg_innen zuhören, dabei sein und Rückmeldung geben. Letztlich muss aber jeder irgendwann allein beraten und dann auch seinen persönlichen Stil finden. Da hilft kein Kopieren; das wäre nicht authentisch, und das merkt auch die/der Ratsuchende.

W: Sowohl der/die Koordinator_in als auch der oder die neue Mitarbeiter_in muss sicher sein, dass jetzt der richtige Zeitpunkt da ist, allein zu beraten. Wenn einer von beiden den Eindruck hat, dass dieser Zeitpunkt noch nicht da ist, sollte man noch warten. Wenn es dann so weit ist, finde ich es wichtig, eine gewisse Beratungsroutine zu bekommen. Das geht

nicht, wenn ich nur alle sechs bis acht Wochen mal am Telefonsitze.

Red.: Was kann die bundesweite Vernetzung für die Beratungsqualität leisten?

W.: Ich glaube, das Wichtigste ist der fachliche Austausch und der kurze Draht zueinander. Obwohl über 130 Berater_innen in der bundesweiten Telefonberatung mitmachen, gibt es über unser Internetforum stets die aktuellsten Informationen. Wenn es knifflige Fälle oder Unsicherheiten gibt, kann im Forum nachgefragt werden. Und mir als DAH-Vertreter fällt schnell auf, wo es brennt und Nachbesserungen braucht, wie neulich beim Thema „Verkürzung des diagnostischen Fensters“.

C: Durch die jährlichen Berater_innen-Treffen und die Treffen des Koordinationskreises tragen wir viele Informationen zusammen. So können wir sehr passgenaue Fortbildungen planen, weil wir wissen, was gebraucht wird.

Ich finde an den Treffen vor allem wichtig, dass wir Themen diskutierten und uns dann einigen, wie z. B. beim Umgang mit Vielfachanrufern. So haben wir als Koordinationskreis und als Organisatoren der Berater_innen-Treffen den Rückhalt der Gruppe. Dann können wir auch gemeinsame Standards definieren und niederschreiben. Das ist so ein Teil von Basisdemokratie, den ich ganz toll finde.

W.: Und mir noch einmal klar geworden, wie sinnvoll es ist, so ein gemischtes Team zu haben. Ich finde es super, dass z. B. viele schwule Männer mitarbeiten und Leute, die selber posi-

tiv sind. So kommt ganz automatisch viel Lebensweisenkompetenz in die Beratung. Davon profitieren wir alle.

Das Interview führte Steffen Taubert.

Drogengebrauch bei schwulen Männern: wie beraten?

Mit QUADROS werden Aidshilfen für das Thema fit gemacht und können etwas für ihre Qualitätssicherung tun

Berater_innen fühlen sich oft überfordert, wenn es um die Beratung schwuler Partydrogengebraucher geht. Aus diesem Grund hat die Deutsche AIDS-Hilfe das Qualifizierungsprojekt QUADROS gestartet. Sieben regionale Aidshilfen nehmen daran teil und lernen, wie sie spezifische Beratungs- und Präventionsangebote umsetzen können.

In den letzten Jahren fanden sich in den Medien dramatisierende Berichte über Sex- und Partydrogen von Männern, die Sex mit Männern haben. Insbesondere der Gebrauch von Crystal Meth, einem hochwirksamen psychoaktiven synthetischen Metamphetamin, wurde darin skandalisiert.

Einfluss von Crystal Meth auf Risikoverhalten

Auch wenn es sich, prozentual gesehen, um eine sehr kleine Gruppe handelt und nicht jeder Gebraucher abhängig wird, stellt der Substanzgebrauch eine Herausforderung für Aidshilfen und Gesundheitsämter dar. Berichte von Gebrauchern zeigen, dass der Gebrauch von Crystal Meth die Bereitschaft zu

riskanten Sexpraktiken und somit auch das Risiko einer Übertragung von HIV oder Hepatitis C fördert.

Eine 2014 veröffentlichte britische Studie, die sich mit dem Drogengebrauch von Männern in den schwulen Szenen beschäftigte, hat zwar festgestellt, dass es Männer gibt, die Drogen sehr bewusst und relativ kontrolliert einsetzen, z. B. um länger feiern zu können und intensivere Gefühle beim Sex zu haben.

Es gibt aber auch andere Facetten des Drogengebrauches: das Gefühl, nicht attraktiv genug zu sein, um den Anforderungen in den schwulen Szenen zu genügen, und eventuell den (stereotypen Jungen- und Männer-)Bildern nicht zu entsprechen, die auch von schwulen Lifestylemagazinen systematisch transportiert werden. Drogen werden hier auch gebraucht, weil sie eine Sexualität erst ermöglichen, die allgemein als falsch, unnatürlich und schmutzig gilt.

Stress durch strukturell angelegte Diskriminierung

Vermutlich gibt es Männer, deren Identität als „schwuler Mann“ eine weitaus geringere Selbstverständlichkeit hat, als ihr Verhalten vermuten lässt. So gehen einige Wissenschaftler davon aus, dass sich die permanente Auseinandersetzung mit der heteronormativen Umwelt und die strukturell angelegte Diskriminierung negativ auf die Gesundheit sexueller Minderheiten auswirken können („Syndemie-Produktion“ von (Stall/Friedman/Catania, 2008). Angenommen wird eine Wechselwirkung zwischen (internalisierter) Homonegativität, psychischem Wohlbefinden, riskantem Drogengebrauch und dem sexuellen Schutzverhalten.

Schwule Männer landen nicht in Drogeneinrichtungen

Bestehende Drogenberatungseinrichtungen haben in der Regel nicht das spezifische Wissen, um auf den besonderen Bedarf schwuler und anderer Männer, die Sex mit Männern haben, einzugehen. Auf Bundesebene wurde deshalb das Projekt QUADROS („Qualitätsentwicklung in der Beratung und Prävention im Kontext von Drogen und Sexualität bei schwulen Männern“) gestartet.



Safer-Use-Paket für Partydrogenkonsumenten. Die Berliner Präventionsprojekte Fixpunkt und ManCheck nutzen solche Give-Aways, um mit Partydrogen-User ins Gespräch zu kommen. Foto: S. Taubert

Mehr über Beweggründe für Drogenkonsum lernen

Am Modellprojekt QUADROS nehmen derzeit sieben Präventionsprojekte für MSM aus den Städten München, Nürnberg, Köln, Frankfurt am Main, Hamburg, Leipzig und Berlin teil. Um diese Projekte fit zu machen, sind zwei mehrtägige Trainings geplant, in denen Wissen über die Substanzen und Strategien der Beratung vermittelt werden.

Die Fortbildung baut unter anderem auf dem KISS-Training auf, einem verhaltenstherapeutischen Selbstmanagementprogramm. Mit KISS („Kompetenz im selbstbestimmten Substanzkonsum“) lernen Drogengebraucher_innen, ihren Substanzgebrauch besser zu kontrollieren und eigene Ziele hinsichtlich einer Gebrauchsreduktion oder Abstinenz zu definieren.

Weiter wird der Zusammenhang zwischen Sexualität und Drogen aus psychoanalytischer Sicht betrachtet; Wissen über gebräuchliche Substanzen und ihre Wechselwirkungen wird vermittelt, und Good-Practice-Beispiele werden vorgestellt sowie auf ihre Implementierungschancen untersucht.

Die DAH bietet [regelmäßig Weiterbildungen in KISS](#) an, die allerdings bisher vor allem von Mitarbeiter_innen klassischer Drogenhilfeeinrichtungen genutzt wurden. Fachlich wird das Projekt von Nils Graf und Anna Dichtl begleitet, zwei Expert_innen des Fachbereiches Soziale Arbeit der Frankfurter University of Applied Sciences. Sie unterstützen die teilnehmenden Aidshilfen auch dabei, ein Mapping bestehender Angebote zu erstellen.

Denn schon jetzt wird klar: Es bedarf vor allem einer besseren Vernetzung bestehender Angebote vor Ort. Deshalb soll mit

dem Projekt auch die Kooperation zwischen Drogenhilfeeinrichtungen, Präventionsprojekten für schwule Männer/MSM und dem psychotherapeutischen und suchttherapeutischen Hilfesystem gestärkt werden.

QUADROS läuft zunächst bis Februar 2016. Kontakt: Dr. Dirk Sander/Dirk Schäffer

tau

Impressum

HIV-Beratung *aktuell*

Herausgeber

Deutsche AIDS-Hilfe e. V., Wilhelmstraße 138, 10963 Berlin
Fon: (030) 690087 0, Fax: (030) 690087 42, www.aidshilfe.de

Redaktion/V. i. S. d. P.

Werner Bock, Karl Lemmen, Steffen Taubert

Texte in dieser Ausgabe

Werner Bock (WB), Karl Lemmen (KL), Steffen Taubert (tau)

Koordination/Kontakt

Steffen Taubert, steffen.taubert@dah.aidshilfe.de

Lektorat

Dr. Kirsten Nies, Martin Heiderich

Grafikvorlage

Carmen Janiesch